

북한 기아사 수준과 정책적 함의

북한은 1990년대 중반에 들어 흉수와 가뭄 등 연이은 자연재해의 여파로 식량 생산이 급격히 감소하여 극심한 식량난을 겪었으며, 이로 인해 기아사(또는 아사자)가 발생한 것으로 알려져 왔다. 북한의 기아 상태 및 이로 인한 영양실조 및 사망자 증가는 현재와 미래에 걸쳐 경제, 복지, 보건의료, 교육 등 제 분야에서 각종 문제를 유발시킬 것이다. 이러한 문제들은 결국 남북한 통일 후에도 부담으로 지속될 것이다. 본고는 이러한 측면에서 1995~1997년 기간 동안 북한 사망자에 관한 각종 자료를 검토하여 그 원인과 수준을 규명하고 정책적 함의를 논의하였다.

李三植

한국보건사회연구원 책임연구원

1. 서론

북한은 초기에 구소련식 보건의료체계를 도입하여 예방의학 강조, 무상치료제 채택, 의사담당구역제 실시, 구급의료봉사단 구축 등 기초보건체계를 확립하였으며, 그 결과 1970년 이전 북한의 평균수명은 남한에 비해 높은 수준에서 유지되었다. 그러나 이후

경제악화, 식량부족¹⁾ 등으로 인해 북한의 평균수명은 1990년대 초까지 작은 폭으로 상승하는 데 그쳤다.

1) 1960년대 말에 경기침체로 인해 식량부족 현상이 시작되었음. 북한당국은 식량부족문제 해결을 위해 1970년부터 배급제도를 실시하였으며, 1972년부터는 전쟁 비축미, 애국미 등의 명분으로 감량 배급하여 왔음.

북한은 1990년대 중반에 들어 홍수와 가뭄 등 연이은 자연재해의 여파로 식량 생산이 급격히 감소하여 극심한 식량난을 겪었으며, 이로 인해 기아사(또는 아사자)가 발생한 것으로 알려져 왔다. 국제사회는 대북 식량원조 기준 마련 등을 위해 북한당국이 제공한 통계를 분석하거나 조사단을 파견하여 질병·사망에 관한 조사를 수행하는 등 식량난이 극심하였던 1995~1997년 기간동안 북한의 '기아사' 추정에 노력을 기울였다. 그러나 북한의 기아사에 대한 각종 추정결과간에 큰 차이가 있으며 그 개념과 범주도 분명치 않아 혼동이 초래되고 있다.

보고는 1995~1997년 기간 동안 북한 사망자에 관한 각종 자료를 검토하여 그 원인과 수준을 규명하고 정책적 함의를 논의하였다.

2. 북한 사망증가의 원인

북한의 사망관련 각종 자료에는 '기아사'라는 용어가 일반적으로 사용되고 있다. 그러나 사망원인분류로 이용되는 국제질병분류(ICD: International Classification of Diseases)²⁾ 제10차 개정(ICD-10)에 의하면 '기아'는 사망원인으로 분류, 포함되어 있지 않다. '기아사'는 ICD분류상 정신병적 질환군 중 영양실조(Malnutrition: E40-46)와 영양질환(Nutritional

Disease: Re. E00-88)과 연계된다고 볼 수 있으나, 각종 자료들이 사망원인별로 구분되어 있지 않아 정확한 기준을 알 수 없다. 그럼에도 불구하고, '기아사'는 식량부족과 직·간접적으로 연관된 여러 원인에 의한 사망자 모두를 포함하였을 것으로 가정하여 그 원인을 살펴보았다.

우선 북한에서 식량 배급량의 변화를 살펴보면(표 1 참조), 1995~1997년 기간 동안 배급량이 1일 1인 적정량 450그램 이하로 감소하여 전 연령층에 걸쳐 영양실조가 발생하였을 것으로 추측될 수 있다³⁾.

영양실조는 여성의 경우 발육부진(stunted)과 빈혈의 원인이 되며, 특히 단백질 칼로리 영양실조(protein calorie malnutrition)는 자궁 발달에 영향을 미쳐 저체중 출생아(2,500g 이하)의 원인이 된다. 저체중 출생아의 경우 출산후 4개월 이내에 모유수유에 의해 영양이 보충될 수 있으나, 모유가 충분치 못한 경우 등에는 발육부진, 소진(wasting) 등 성장지체(growth retardation)를 겪게 된다.

북한의 출산여성은 영양이 부족하여 출생아에게 충분한 모유를 주지 못한 데다가, 노

2) 1893년 국제통계협회가 질병통계 작성을 위해 제정한 것으로, 의학 발전과 새로운 질병의 발생 등에 따른 통계적 요구에 부응하기 위해 매 10년 주기로 개정되고 있음.

3) 1999년 5월 북한주재 UNICEF 대표가 발표한 『'99 대북한 Appeal』에 의하면, 북한에서 악성 영양실조 등으로 사망위기에 처한 인구는 신생아 및 유아 40만명, 5세 이하 유아 200만명, 2차 성장기 여자아동(12~16세) 100만명, 임산부 32만명, 수유모 31.7만명 등이며, 신생아의 경우에는 출산시 체중미달로 사망이 증가하였다고 함. 또한 동년 5월 국제기구 대표회의(북경)에서 WFP 대표는 1998년 UNICEF 조사결과를 인용하여 어린이의 12%가, 그리고 노인, 12세 이상 청소년 순으로 영양이 결핍되어 있다고 함.

표 1. 북한의 식량 배급량 변동

| 시 기 | 식량 배급량 | 비 고 |
|---------|---|----------------------------|
| 1970~72 | 0~5세 100~330g, 6~19세 400~600g, 일반노동자 700g, 군인·중노동자 800g | 기준량 전량 배급 |
| 1973~85 | 0~5세 90~260g, 6~19세 350~500g, 일반노동자 600g, 군인·중노동자 700g | 전쟁비축미 월 4일분 공제 |
| 1986~93 | 0~5세 80~230g, 6~19세 310~470g, 일반노동자 550g, 군인·중노동자 700g | 애국미 10% 추가 감량(총 22% 감량) |
| 1994~95 | 군인·농민·특수계층 700g, 노동자 등 주민 350g, 학생 기준량의 50% | 평양주민 5~6백g |
| 1996~97 | 군인·농민·특수계층 700g, 노동자 등 주민 150g, 학생 기준량의 20% | 평양주민 3~4백g |
| 1997말~ | 주민은 기준량의 50%로 다소 증가(300~350g) | 국제지원으로 증가 |

동동원으로 인해 모유수유 기간이 대체적으로 6~12개월로 제약되었다. 따라서 불충분한 모유수유 및 부적합한 이유식(암가루, 찹쌀죽 등)은 출생아의 질병에 대한 저항력 약화 및 사망의 원인이 되었을 것이다. 특히, 단백질 칼로리 영양실조는 아동발달에 영향을 미쳐 성장지체를 발생시켰을 것이다. 임산부의 영양부족도 산전·산후 및 출산 보호의 미흡 등과 함께 모성사망 증가에 영향을 미쳤다. 영양실조는 전연령층에 걸쳐 결핵 발병을 증가시켰으며, 이 외 위생불량과 함께 피부병, 이질, 구루병 등을 유발하여 사망을 증가시키는 원인으로 작용하였다.

의료보건체계의 붕괴도 영양실조로 면역이 약화된 주민에게 적절한 질병 예방과 치료를 제공하지 못하는 원인이 되어 사망을 증가시켰다. 즉, 1990년대에 들어 구소련·동구국가의 지원중단과 경제난으로 인한 공장 가동률 저하(20% 이하)로⁴⁾ 의약품 배급이 축소·중단되고 의료기기·장비가 노후화되어

(생산 및 수입 중단으로) 그 결과 의료기관의 기능이 마비되어 환자 치료가 제대로 이루어지지 못하였다⁵⁾.

미국의 질병통제예방센터에 의하면, 북한에서 약품부족 등으로 방역 조치가 미흡하여 파라티푸스, 장티푸스, 콜레라 등 전염병이 계절과 지역에 관계없이 발생한 반면, 의약품 부족으로 치료가 제대로 되지 않아 발병환자의 상당수가 사망하였다. 또한 예방약 부족으로 영구면역 전염성 질환인 홍역, 백일해, 소아마비 등의 감염 및 사망이 보편화되었다⁶⁾. 비료 부족으로 인분을 대신 사용하고 있는 데 반해, 구충제 공급이 중단되어 기생충성 질환에 의한 사망도 증

4) 1997년말 북한의 의약품 생산액은 0.3억불(남한 81.7억불)에 불과함.

5) 귀순자에 의하면, 의약품이 부족하여 환자의 30~50%만이 치료되며 민간요법이 만연되고 있다 함.

6) 북한주재 UNICEF 계획조정관에 의하면, 유행성감기, 폐렴, 설사 등으로 인해 영아사망률이 높고 소아마비 예방접종도 80%가 부족하다 함.

가하였다.

북한의 식수 부적절도 사망증가의 한 요인으로 파악되고 있다. 북한의 상수도 보급률은 도시 100%, 농촌 70~90% 수준이나 정수시설이 홍수로 인해 큰 피해를 입은 데다가, 정전으로 인해 수도물 공급이 제대로 이루어지지 못하였다(AFP, 1997. 6.). 수도물도 소독약 부족으로 제대로 소독되지 못하였다⁷⁾. 식수 부적절은 콜레라 등 전염병 및 기타 수인성 질환과 이로 인한 사망을 증가시켰다. 귀순자에 의하면, 식량난이 심각한 지역(함경도 등)에서는 주민들이 기근을 해결하기 위해 나무껍질, 풀뿌리 등으로 연명함으로써 파라티푸스 등의 감염병과 장과열 등으로 인한 사망이 증가하였다.

이와 같이 1995~1997년 기간 동안 북한에서 사망 증가는 식량부족으로 인한 영양실조와 다른 요인이 복합적으로 작용한 결과로서 초래되었다. 즉, 영양실조로 면역이 약화된 주민이 영양질환 이외 식생활 등 생활환경의 열악, 전염병 등으로 인해 보다 많은 질병을 겪게 되나, 보건의료서비스 체계의 붕괴로 적절한 치료를 받지 못하여 사망이 증가한 것으로 설명될 수 있다. 따라서 본고에서는 '기아사'를 식량난과 직·간접적으로 연계된 사망으로 재정의하였으며, 이들의 직접적인 분류가 곤란하므로 평상시보다 추가 발생된 사망으로 추정하였다.

7) 귀순자에 의하면, 일제때 건설된 수도관이 부식되어 오염물질이 수도물로 유입되어 각종 전염병의 한 원인이 되고 있다고 함.

3. 기아사 수준

북한의 기아사에 관한 자료는 5세 이하 아동과 전체 인구에 대한 것으로 구분될 수 있다. 북한당국은 1996년부터 5세 이하 아동의 15.6%인 32만 4천명이 극심한 영양실조에 걸렸으며, 사망아동은 1996년에 134명인 것으로 밝혔다. 미국 질병예방통제센터에 의하면, 북한당국 자료를 분석한 결과 5세 이하 아동사망률이 1994년 31‰(5세 이하 인구 천명당 사망자수)에서 1996년 58‰로 증가하였다. 1997년 7월에 UNICEF는 북한보건부 자료를 인용하여 5세 이하 아동 중 약 80만 명(37.6%)이 영양실조에 걸렸으며, 이 중 10%가 아주 심각하고, 65%는 심각한 상태, 그리고 25%는 다소 약한 상태라고 밝혔다.

국제사면위원회는 『1998년 연례인권보고서』에서 1995~1997년간 전체 인구 중 총 200만명 이상이 사망하였다고 주장하였다. 1998년 8월 방북한 미하원 국제관계위원회는 2250만명 전체 인구 중 1995~1997년간 연평균 30~80만명이 식량난으로 인해 사망하였다고 보고하였다. 황장엽은 1996년 11월 시·군 당을 통해 중앙당에서 집계한 자료를 인용하면서 기아사가 1995년 50만명, 1996년 100만명, 1997년 150만명에 이르고 있다고 주장하였다(문화일보, 1998. 5.). 여러 가지 정보에 의하면, 기아사는 농촌보다 인구가 밀집해 있는 지방의 중소도시에서 주로 발생하고 있으며, 이들은 주로 함경북도(청진시 가장 심각), 양강도(감자와 생산물 없음), 자강도(군수공업지역으로 교통불편) 등에 집

중되었다(길주, 김책, 무산광산 등 큰 기업집단에 집중됨). 반면, 식량사정이 비교적 양호한 평양(식량 우선 배급), 남포(무역항으로 쌀 등 도입), 평안남북도, 황해남북도(농사, 어로 가능) 등에서는 기아사가 덜 심한 편인 것으로 주장되고 있다. 또한 기아사는 아동과 노인에게서 심각하며 특히, 고연령층에서 심각한 것으로 파악되고 있다.

반면, 1997년 11월에 방북한 미국 정부 식량조사단은 북한에서 기아 및 집단적 영양실조 및 아동의 기아사가 없으며, 이는 국제지원으로 식량상태가 호전되었기 때문이라고 주장하였다. 북한당국은 '국경없는 의사회'가 활동하고 있는 남부지역에 극심한 영양부족을 겪고 있는 아동이 많지 않음을 예로 들어 기아로 인한 각종 사망보고를 부인하였다. 1998년 6월에 방북한 World Food Programme(WFP) 직원은 1998년 북한의 식량사정은 국제지원으로 과거에 비해 상당히 호전되었으며 지금은 산간지역에서도 기아사가 없다고 주장하였다. WFP 사무차장보는 북한주재 WFP와 국제민간단체로부터 북한에서 대량 아사가 발생했다는 보고를 지금까지 받은 적이 없다고 설명하였다.

이상 북한의 기근사망 수준은 출처별로 큰 차이가 있다. 물론, 이들 자료들이 언급하고 있는 '기아사'도 그 범주가 불분명하다. 북한의 사망통계는 작성체계 미흡 및 정치적·국제적 이유에 의한 허위 발표 등으로 신뢰도가 낮다. 따라서, 국제기구 등이 북한당국의 자료를 이용하여 추정한 결과도 정확도가 낮다고 할 수 있다. 중국 국경에 거

주하는 극한 상황에 처해 있는 탈북자 일부 또는 북한내 일부 지역의 주민을 표본추출하여 조사한 결과들도 표본선정의 부적절성 등으로 인해 신뢰도가 떨어진다고 할 수 있다. 따라서, 여기에서는 이들 제한적인 자료들을 이용하여 북한의 기아사 수준을 간접적으로 추정하고, 그 결과가 인구학적으로 타당성이 있는지에 대해 검토하는 수준으로 한정하였다.

1993년 북한에서 최초로 실시한 인구센서스 결과를 이용하여 추정한 결과⁸⁾, 사망자는 17만 4천명으로 조사망률(인구 천명당 사망자수)이 8.3%이며, 평균수명이 남자 63.5세, 여자 69.3세로 나타났다. 한편, 1994년 영양상태와 의료보건의 수준은 1993년에 비해 다소 악화된 것으로 간주하여, 1994년 조사망률은 1993년 수준에서 1987~1993년간 변동분이 증가하는 것으로 가정하여 8.75%로 가정하였다.

1995~1997년간 추가 사망자(기아사) 추정을 위해 여러 정보들을 이용하여 4가지 가정을 설정하였다. 가정 I은 1995~1997년간 연간 아사율 최소 1.6%, 최대 5.1%의 평균을 이 기간 평균 아사율(3.35%)로 가정하였다. 가정 II는 귀순자 진술(1998. 5.)을 토대로 1996년 무산군 기아사 연평균 300명(월평균 25명)을 인구 30만명으로 나누어 아사율

8) 1993년 북한인구센서스 결과 성별·연령별 사망률을 UN 모델생명표의 General Pattern에 Fitting시켜 추정함. 즉, 인구집단별로 수준을 구한 후, 유사수준을 도출하여 그 수준의 사망률을 모델생명표에서 구하여 적용함.

표 2. 가정별 북한 기아사 및 총사망자 추정결과

(단위: 명, %)

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1995~1997 |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| 총인구 | 21,542,815 | 21,684,491 | 21,809,656 | - |
| 평상사망자(A) (CDR=8.75) | 188,500 | 189,739 | 190,834 | 569,073 |
| 아사자 | | | | |
| 가정 I (B) ¹⁾ | 73,825 | 75,539 | 77,054 | 226,418 |
| 가정 II (C) ²⁾ | 21,543 | 21,684 | 21,810 | 65,037 |
| 가정 III (D) ³⁾ | 300,000~800,000 | 300,000~800,000 | 300,000~800,000 | 900,000~2,400,000 |
| 가정 IV (E) ⁴⁾ | 500,000 | 1,000,000 | 3,000,000 | 4,500,000 |
| 총사망(CDR) ⁵⁾ | | | | |
| 가정 I (A+B) | 260,668(12) | 262,282(12) | 263,897(12) | 786,847 |
| 가정 II (A+C) | 210,043(10) | 211,423(10) | 212,644(10) | 634,110 |
| 가정 III (A+D) | 488,500~988,500 (23~46) | 489,739~989,739 (23~46) | 490,834~990,834 (23~46) | 1,469,073~2,969,073 |
| 가정 IV (A+E) | 688,500(32) | 1,189,739(55) | 3,190,834(146) | 5,069,073 |

- 주: 1) 1995~1997년간 평균아사율 3.35‰로 가정
 2) 1995~1997년간 평균아사율 1.0‰로 가정
 3) 1995~1997년간 연평균 아사자를 30~80만명으로 가정
 4) 1995년 아사자 50만명, 1996년 100만명, 1997년 300만명으로 가정
 5) ()안은 인구 천명당 사망자수(조사망률)임.

을 1.0‰로 가정하였다. 가정Ⅲ은 1995~1997년 기간동안 연평균 아사자를 30~80만명으로 가정하였다(미하원 국제관계위원회의 보고). 가정Ⅳ는 황장엽 주장을 토대로 아사자를 1995년 50만명, 1996년 100만명, 1997년 300만명으로 가정하였다. 가정 I 과 Ⅱ는 아사율을 전체인구에 적용하여 총 아사자수를 추정하였다. 가정 I 은 아사자 발생이 다소 낮은 것으로, 가정Ⅱ는 아주 낮은 것으로, 가정Ⅲ은 다소 많은 것으로, 그리고 가정Ⅳ는 아사자가 아주 많을 것으로 보며, 나머지 정보들은 이들 범주 안에 포함되므로

별도 가정을 설정하지 않았다.

추정 결과 1995~1997년간 아사자는 최소 6만 5천명(가정Ⅱ)에서 최대 450만명(가정Ⅳ)으로 큰 편차를 나타냈다. 아사자를 포함한 총사망자도 최소 63만 4천명(가정Ⅱ)에서 최대 506만 9천명(가정Ⅳ)으로 큰 차이를 보였다(표 2 참조).

이들 사망자를 1993년 인구센서스 결과로서 제시된 성별·연령별 사망자(보정후)의 분포에 적용하여 생명표를 작성하여 각 가정별 평균수명을 추정하였다(표 3 참조). 1997년 경우 전체인구 평균수명은 가정 I 62.3

표 3. 가정별 북한 평균수명¹⁾

(단위: 세)

| | 1995 | | | 1996 | | | 1997 | | |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 전체 | 남자 | 여자 | 전체 | 남자 | 여자 | 전체 | 남자 | 여자 |
| 가정 I | 62.4 | 59.8 | 64.7 | 62.3 | 59.8 | 64.6 | 62.3 | 59.8 | 64.5 |
| 가정 II | 64.7 | 62.1 | 66.9 | 63.8 | 61.1 | 66.1 | 63.0 | 60.2 | 65.4 |
| 가정 III | 40.4~52.5 | 38.5~50.2 | 42.6~55.0 | 39.6~51.6 | 37.7~49.4 | 41.7~54.1 | 39.0~51.0 | 37.2~48.8 | 41.2~53.4 |
| 가정 IV | 46.8 | 44.6 | 49.2 | 36.3 | 34.5 | 38.4 | 21.0 | 19.7 | 22.5 |

주: 1) <표 2>의 결과를 이용하여 생명표를 작성하여 추정

표 4. 일부 국가의 평균수명(1990~1995) 비교

(단위: 세)

| 국가 | 전체 | 남자 | 여자 | 국가 | 전체 | 남자 | 여자 |
|--------|------|------|------|--------|------|------|------|
| 아프가니스탄 | 45.5 | 45.0 | 46.0 | 네팔 | 57.3 | 57.6 | 57.1 |
| 방글라데시 | 58.1 | 58.1 | 58.2 | 수단 | 55.0 | 53.6 | 56.4 |
| 캄보디아 | 53.4 | 51.5 | 55.0 | 예멘 | 58.0 | 57.4 | 58.4 |
| 중국 | 69.8 | 67.9 | 72.0 | 앙골라 | 46.5 | 44.9 | 48.1 |
| 이디오피아 | 43.3 | 42.4 | 44.3 | 보츠와나 | 47.4 | 46.2 | 48.4 |
| 이라크 | 62.4 | 60.9 | 63.9 | 부룬디 | 42.4 | 41.0 | 43.8 |
| 케냐 | 51.1 | 53.0 | 52.0 | 중앙아프리카 | 44.9 | 42.9 | 46.9 |
| 라오스 | 53.2 | 52.0 | 54.5 | 차드 | 47.2 | 45.7 | 48.7 |
| 몽고 | 65.8 | 64.4 | 67.3 | 소말리아 | 45.4 | 48.6 | 47.0 |

자료: UN, "World Population Prospects", The 1999 Revision, Volume I: Comprehensive Tables, 1999.

세, 가정 II 63.0세로 큰 차이를 보이지 않고 있으나, 가정 III은 39.0~51.0세로 아주 낮게 나타났으며, 가정 IV는 21.0세로 극히 낮게 나타났다.

위 추정결과를 식량난을 겪거나 최극빈 국가 등의 평균수명과 비교하였다(표 4 참조). 국제비교에서 북한의 평균수명은 중국(69.8세)보다 낮고 아프리카 국가들이나 최빈

국가인 네팔(57.3세) 및 캄보디아(53.4세) 등 보다 높을 것으로 간주하여 이들 평균수명 사이에 위치해 있을 것으로 볼 수 있다. 가정 III과 IV는 이들 국가들보다 낮으며 차라리 비현실적인 것으로 설명될 수 있다. 가정 II (63~65세)는 식량난 심화 시기 이전인 1993년도 평균수명 수준과 유사하여 식량난의 영향에 대한 설명력이 약하다고 볼 수 있다.

표 5. 남북한 평균수명 추이

(단위: 세)

| | | 1973 | 1983 | 1993 | 1995 | 1997 |
|------------------|----|-------|-------|-------|-------|------|
| 남한 | 남자 | 59.61 | 63.21 | 68.76 | 69.57 | 70.6 |
| | 여자 | 67.03 | 71.47 | 76.80 | 77.41 | 78.1 |
| 북한 | 남자 | 60.71 | 62.14 | 63.58 | 59.80 | 59.8 |
| | 여자 | 65.63 | 67.46 | 69.29 | 64.70 | 64.5 |
| 차이 ¹⁾ | 남자 | -1.10 | 1.07 | 5.18 | 9.77 | 10.8 |
| | 여자 | 1.4 | 4.01 | 7.51 | 12.71 | 13.6 |

주: 1) 남북한간 평균수명의 차이는 남한의 평균수명에서 북한의 평균수명을 차감하여 구함.

자료: 통계청, 『1971~97년 생명표』, 1999.

_____, 『북한 총인구 추계』, 1999.

결과적으로 가정 I로 추정된 평균수명 수준이 보다 설득력이 있는 것으로 설명될 수 있으며, 따라서 북한의 아사자 수준도 대체적으로 가정 I로 추정된 결과(3년간 23만명 수준)에 근접하는 것으로 분석될 수 있다.

가정 I의 결과를 기준으로 볼 때, 북한의 평균수명은 1993년 남자 63.6세, 여자 69.3세이었으나, 식량난이 심화되었던 1997년에 남자 59.8세, 여자 64.5세로 낮아져 남자 3.8세, 여자 4.8세가 각각 단축되었다. 남북한간 평균수명의 비교에서 1973년에 남북한간 평균수명 차이(남한-북한)는 남자 -1.1세, 여자 1.4세로 큰 차이가 없었으나, 1993년에는 남자 5.2세, 여자 7.5세로 크게 벌어졌다. 특히, 북한의 식량난이 심화되었던 1997년에는 남자 10.8세, 여자 13.6세의 차이가 나타났다.

4. 정책적 함의

북한의 식량난 등의 여파는 사망을 증가

시키고 영양실조 특히, 아동의 영양실조를 심화시켰다. 이는 현재뿐만 아니라 향후 인구의 규모와 질에 지대한 영향을 미칠 것이다. 즉, 아동기 등 일부 연령층에서 비정상적으로 사망이 증가하면, 이들 연령층이 학령기, 혼인적령기, 가임기, 노동기 등에 도달할 때마다 교육, 복지, 경제 등 여러 분야에서 커다란 후유증을 발생하게 될 것이다. 예를 들어, 사망이 극심했던 연령층 인구가 학령기에 들어서면, 교육 시설 및 인력에서 공급과잉 현상이 발생하게 되며, 노동기에 들어서면 노동력 부족이 초래될 수 있다. 특히, 가임기 인구의 부족은 출생아수에 영향을 미쳐, 후세대도 동일한 문제를 유발하게 될 것이다.

장기간 기아상태는 1~2세대에 걸쳐 정신적, 육체적 장애자를 증가시킬 것이다. 예를 들어, 장기간 영양실조로 신체(키와 체중)의 발육이 부진하게 되며, 정신적으로 정상적인

성장을 할 수 없게 된다. 그리고 영양실조에 걸린 인구는 면역력이 약화되어 장기적으로 생애 전기간 동안 많은 질병에 시달리게 되며 동시에 높은 사망률이 나타나게 된다. 결국, 영양실조를 겪었던 인구집단은 장기적으로 질병 예방 및 치료에 대한 보다 많은 수요를 발생시켜, 개인적 그리고 국가적으로 큰 부담이 될 것이다. 그리고 이들 인구집단은 육체적·정신적 장애로 인해 교육 및 노동 등에서 기회 상실이 상대적으로 커 빈곤 계층으로 전락될 가능성이 높아, 복지비용도 증가할 것이다.

이와 같이 북한의 기아 상태 및 이로 인한 영양실조 및 사망자 증가는 현재와 미래에 걸쳐 경제, 복지, 보건의료, 교육 등 제 분야에서 각종 문제를 유발시킬 것이다. 이러한 문제들은 결국 남북한 통일 후에도 부담으로 지속될 것이다. 따라서 북한에 대한 지원은 동포애의 인도주의적인 차원에서뿐만 아니라 장래 남한 인구에 지어질 부담을 최소화한다는 보다 현실적인 차원에서도 고

려되어야 한다.

북한의 식량난이 최근 국제사회 지원으로 어느 정도 완화되어 가고 있다 하나, 이는 미봉책일 뿐 보다 근본적인 차원에서 해결되어야 한다. 즉, 단기적으로는 북한의 식량난을 보다 완화하기 위해 남한을 포함한 국제사회의 식량지원이 계속되어야 하며, 이를 위해 남한정부는 국제사회에 지속적인 지원을 촉구하여야 할 것이다. 동시에 의약품 등의 부족 문제를 해결하기 위해 의약품 지원을 강화하며, 북한의 의료보건체제의 재정비를 다각도로 지원하여야 할 것이다. 장기적으로는 북한에서 식량난 등의 유사사태가 재발되지 않도록, 북한 스스로가 개방정책을 채택하여 경제를 회복할 수 있도록 유도하여야 할 것이다. 그 일환으로 남북간 경제협력에 경제원리에 입각하여 점진적이고 종합적으로 추진되어야 할 것이다. 또한 식량, 의약품 등 생활필수품의 생산체계에 대한 인력 및 기술 지원 등이 적극적으로 검토되어야 한다. ▶▶▶