

이주자 건강증진을 위한 정책 제안

Policy Recommendations for Migrant Health Improvement

이상림 한국보건사회연구원 부연구위원

1. 이주와 건강

인구구조의 고령화와 이주인구의 증가는 현재의 글로벌 인구 동향을 나타내는 두 가지 키워드이다. 이 두 가지 현상은 앞으로 상호 작용하면서 세계의 인구지형을 바꿔놓을 것으로 예측되고 있다. 세계적으로 자신이 출생하지 않은 다른 지역에서 거주하고 있는 이주자 인구는 2억 명 가량으로 추산되고 있으며, 2005년부터 2010년까지 매년 약 2.7백만 건의 국제 이주가 발생하고 있는 것으로 보고되고 있다. 소득수준의 차이가 주요 이주의 목적이라는 점을 고려한다면 발전국에서 느껴지는 이주의 크기는 더욱 크다고 할 수 있을 것이다. 그리고 이러한 추세는 세계화의 진전 및 인구구조의 변화 등으로 인하여 더욱 강화될 것으로 예상된다.

이렇게 이주자 인구가 증가하고 사회에서 이주자의 역할에 대한 의존도가 점점 높아지면서 이주자들의 건강에 대한 관심도 높아지고 있다. 과거에는 이주와 건강의 문제에서 주요 쟁점은

AIDS, 결핵, 기타 성병들의 확산 방지에 초점이 맞춰져 있었던 것에 비해 현재에는 이주자들의 건강진증의 측면에서 이 문제가 다뤄지고 있는 것으로 보인다. 이주자의 건강 증진은 인권이나 인도주의 차원에서 중요한 요소일 뿐만 아니라, 전염성 질환의 예방, 목적국의 보건 시스템의 지속성 확보, 산업 현장에서의 생산성 향상 등 실제적인 문제들과도 연결되어 있는 중요한 이슈라고 할 수 있다.

우리나라에서는 현재 142만명 가량의 외국인 이 체류하고 있으며, 장기체류 외국인은 불법 체류자를 포함하여 97만 여명에 이르고 있는데, 한국 국적을 취득한 11만 명가량의 귀화 인구를 포함하면 장기체류 이주인구는 이미 100만 명을 넘어서고 있다. 우리나라에서도 이주 인구의 증가에 따라 이주자들의 건강 문제에 대한 관심은 증가하고 있지만, 단기순환 원칙을 지키고 있는 우리나라에서는 대부분의 이주자 건강지원 정책이 혼인이주여성에 초점을 맞추고 있는 실정이다. 그러나 지금까지의 외국인 유입의 증

가 추세를 볼 때 앞으로 국내 체류 이주자들의 수는 더욱 증가할 것이며, 이주자 보건 정책은 이주자 관리 및 지원 정책의 일환으로 중요성이 더욱 높아질 것으로 예상된다.

이주자들은 일반적으로 사회경제적, 문화적 차이들로 인하여 내국인들에 비해 열악한 건강 환경에 노출되어 있는 것으로 알려져 있다. 건강한 사람들이 이주를 하게 된다는 건강한 이주자 효과(healthy migrant effect)나 심각한 건강문제를 가지고 있는 이주자들은 본국으로 돌아간다는 연어효과(salmon effect) 등으로 이주자들의 실제 건강상태는 양호할 수도 있다. 그러나 이들이 열악한 건강환경에 지속적으로 노출된다는 것은 그 자체만으로 인권의 침해일 수 있으며, 또한 장기적 노출은 이들의 건강 상태에 부정적 영향을 미치게 되므로 이에 대한 해결을 통한 노력들이 이뤄지고 있다.

일반적으로 이주자들은 내국인들에 비해 저임금의 열악한 작업 환경에서 거주하고 있으며, 많은 경우 본국에서도 낮은 교육 수준을 갖고 있거나 혹은 이주 사회에서 그들의 교육수준은 더 낮은 평가를 받는다. 또한 낮은 수준의 소득으로 인하여 안전성과 위생상태가 좋지 않은 환경에서 거주할 가능성이 높으며, 거주 지역 역시 그 소득수준이 낮은 경우가 대부분이어서 더 많은 위험 환경에 노출되고, 의료시설의 부족, 높은 범죄율, 열악한 사회적 투자에 놓여 있는 경향이 있다.

더불어 내국인들과는 달리 새로운 환경에 적

응에 대한 정신적 스트레스를 받고, 때로는 차별을 경험하게 되거나 혹은 차별"을 크게 인식할 가능성이 높다. 기존의 거주 환경을 떠나서 경험하게 되는 사회적 고립은 그 자체로 스트레스의 한 요인이 되지만, 또한 그들이 작업장이나 일상에서 받게 되는 스트레스에 대한 적절한 대응을 방해하기도 한다. 더불어 가지고 있는 경제적/사회적 자원이 부족할 수밖에 없기 때문에 사회적 관계를 제대로 맺지 못하고 음주나 흡연, 운동부족, 불균형한 식생활 등의 부정적 건강행동 습관에 빠질 위험성마저 높다고 볼 수 있다.

그들이 경험하게 되는 사회적 고립과 낮은 사회적 지지에서 비롯된 정보의 부재는 건강관련 정보에 대한 접근성을 떨어뜨리고, 의료 서비스 이용에 있어서도 등록과정이나 의사와의 진료에서 언어 소통의 장애에 부딪히게 된다. 또한 건강보험이나 의약분업 등 그들이 익숙하지 않을 수도 있는 의료제도 환경은 또 다른 의료접근성의 방해요인으로 작용할 수 있으며, 의료기관에서도 자신의 신체적 특성을 충분히 반영하지 못하는 의료 서비스를 받을 가능성이 높을 것으로 추정된다.

이주자 인구 중에서도 특정 집단의 이주자들은 더욱 심각한 건강 위협에 노출되기도 한다. 우선 미등록 이주자의 경우는 강제 출국에 대한 위협 속에서 살게 되면서, 제도권 의료 서비스와는 더욱 멀어지게 되어 적절한 진료와 치료를 받을 수 없게 된다. 조기 검진 및 치료를 받지 못

1) 이주민이 경험하는 차별을 단순히 '외국인에 대한 차별'로 한정하는 것은 적절하지 않음. 차별에는 빈곤, 교육수준, 직업, 언어소통 능력, 종교, 식생활, 문화 및 생활습관, 거주지, 피부색, 인종, 출신국 등 다양한 요인들이 작용할 수 있기 때문임.

하여 증상이 더욱 심해진 이후에야 의료기관을 찾게 되고 건강보험의 미가입으로 인하여 더 높은 의료 비용을 감당해야 하며, 이는 다시 적절한 의료 서비스를 미루게 되는 악순환으로 이어질 수 있다. 그들의 불안정한 신분으로 인하여, 더욱 열악한 작업환경에서 근무할 수도 있으며, 근로 여건에 있어서도 부당한 대우에 적절히 대응하지 못하고, 사회적 관계에 있어서도 고립이 더욱 심해지는 열악한 상황이 계속될 수 있다.

국내에서는 흔하지 않은 경우이지만, 위협을 피해 비자발적으로 이동한 난민, 밀항 등의 불법적 입국이나 인신매매의 경우에는 이주(migration) 과정 속에서 심각한 위협에 노출될 가능성이 매우 높다. 그리고 이주 이전이나 이주 과정 중에서 경험할 수 있는 트라우마는 이주 이후에도 심각한 건강 위협의 요인으로 장기간 부정적 영향을 미칠 수 있다. 더불어 여성, 아동, 노인이나 병약자들 역시 이주과정이나 이주 후 정착 과정에서 상대적으로 더욱 심각한 건강위협이나, 같은 상황에서도 더욱 심각한 건강악화를 경험할 수 있다. 특히 여성 이주자들의 경우는 인신매매의 위협성이 높으며, 성적 학대나 폭력, 성매매 관련 직업에 강제로 종사할 가능성이 있기 때문에 더욱 세심한 접근이 요구된다.

2. 이주자 건강과 관련한 두 가지 흐름: 건강권과 공중보건적 접근

이주자의 건강증진이란 건강증진의 개념 및 사회정책적 접근을 이주자들에게 적용하는 것

이라고 할 수 있다. 건강증진의 정의에는 다양한 시각들이 존재하지만 단순한 질병의 의학적 예방, 치료 등을 통한 무병상태 이상을 포함하는 실천적 개념이라고 할 수 있다. 질병은 의학을 통해 치료가 가능할 수 있지만, 건강 자체를 의료 서비스의 결과물이라고 한정할 수는 없다. 이는 건강상태가 다양한 사회 환경이 미치는 영향의 결과물인 동시에, 개인의 개별적 건강행동들의 누적된 결과물이기 때문이다. 그러므로 건강증진을 위해서는 의료 서비스의 강화에 초점을 두는 전통적 접근과는 달리, 개인을 둘러싼 건강 지지적인 환경의 실현과 개인의 건강생활을 실천할 수 있도록 하는 개인의 역량강화(empowerment)가 강조된다.

최근의 이주자의 건강증진을 위한 국제사회의 노력들은 과거부터 이어져 내려온 두 가지 건강관련 논의에 크게 영향 받고 있다고 할 수 있는데, 이는 인권으로서의 건강권과 공중보건적 접근이다. 이 두 가지 접근방식은 상호 배타적인 것이 아니며, 전자의 노력을 후자의 접근이 확대·보완해주는 방식이라고 할 수 있다.

1) 건강권적 접근

건강권(right to health) 개념은 이주자 건강지원에 대한 사회적·정치적 규범을 설정하며, 그 제도화를 위한 근거를 제공한다. 국제사회는 건강권과 국제인권기준상 규정된 이주자들의 권리를 결합하여, 이주자의 건강권이라는 규범적 근거를 제시하고 있다. 건강권 개념은 1946년 61개국 대표가 서명한 세계보건기구(WHO)헌장에서 처음 도입된 것으로 여겨진다.

인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 조건의 구별 없이 성취 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것은 모든 사람들이 가지는 기본적인 권리이다.

WHO 헌장에서 제안된 위의 건강권 개념은 그 이후 채택된 대부분의 국제법과 국제인권법에서 건강권에 대한 정의로 인용되고 있다. 국제연합(United Nations, UN)에 의해 1948년에 채택되어 최초의 국제인권기준이 된 ‘세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)’은 ‘건강할 권리’로서의 건강권에 대한 명확한 정의를 제시하지는 않지만, 제22조에서 ‘사회보장에 대한 권리’, 제25조에서 ‘건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리’를 규정하면서 그 권리들의 일부로서 건강의 측면을 언급한다.

제 22조 모든 사람은 사회의 일원으로서 사회 보장을 받을 권리를 가지며, 국가적 노력과 국제적 협력을 통하여, 그리고 각 국가의 조직과 자원을 따라서 자신의 존엄과 인격의 자유로운 발전에 불가결한 경제적, 사회적 및 문화적 권리들을 실현할 권리를 가진다.

건강권에 대한 이러한 선언적 규정들은 UN이 1976년 채택한 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 대한 국제규약(International Covenant

on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR)’을 통해 제도적 구속력을 갖게 된다. 이 규약의 제12조에 제시된 건강권의 정의에는 앞에서 언급한 WHO 헌장에서의 건강권 개념이 반영되어 있다.²⁾

제 12조 1. 본 규약의 당사국은 모든 사람이 성취할 수 있는 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 누릴 권리를 가지고 있음을 인정한다

이렇게 건강권적 접근은 인간의 보편적 권리로서 건강권을 제시하면서 이주자들 역시 내국인과 마찬가지로 건강한 삶을 위한 사회보장의 대상이 되는 근거를 마련해준다. 물론 이주자들의 체류 자격 등에 따른 내국인과의 건강서비스 제공 정도의 차이를 인정하고는 있지만, 국제사회의 많은 논의들은 국가는 주권 지역 내 모든 사람들의 건강에 대해 법적 의무를 지고 있음을 강조하고 있으며, 특히 응급 상황 및 기본적인 의료 접근성에 대한 권리는 인권적 의무로서 보호 받아야 함을 명확히 하고 있다

이주자 건강에 대한 인권적 접근은 실제 이주자들의 건강환경에 있어서 많은 효용성을 가지고 있다. 첫째, 이주자들의 건강문제를 다루고 이를 지원하는 것이 시혜적 차원의 배려가 아닌 국가적 사회적 의무임을 국제적 기본원칙으로 보여준다. 둘째, 위와 관련하여 건강권 확

2) 건강권에 관한 조항들은 이후 채택된 국제인권협약에서 지속적으로 명시되고 있음. 여기에는 모든 인간을 대상으로 하는 ‘모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약(International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination)’과 특정 집단을 보호하기 위한 국제인권협약들, 즉 ‘여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)’, ‘아동의 권리에 관한 협약(Convention on the Rights of the Child)’, ‘모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약(International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families)’ 등이 포함됨.

보를 위한 최소한의 기준이 마련됨으로서, 건강권 침해 예방 또는 개선하여 열악한 건강 상태에 놓여 있는 이주자들에게 ‘최저선’ 이상의 권리를 영위할 사회적 권리로서의 혜택을 제공해준다.

그러나 이러한 이주자 건강에 대한 인권적 접근이 갖는 효용성에도 불구하고 실제 이민자 건강을 위한 정책이나 프로그램 마련에서는 많은 한계들이 발견된다. 이는 대부분 건강이 갖는 매우 포괄적인 요인들이 종합된 결과물로서의 특성이 건강권에는 충실히 반영되지 않기 때문이라고 할 수 있다. 이러한 한계점들을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강권에 대한 개념은 건강 정책 및 사회적 개입에서 중요한 근거로 작용하고 있지만, 현실 정책의 입안과 실시에서 그 명확한 범위나 구체적인 기준이나 지침을 제공해주지는 못하고 있다. 둘째, 건강권의 실현을 정부정책의 공식 영역으로 그 책임을 명시함에 따라 일상 영역에서 나타나는 비공식 영역의 건강 결정 요인에 대해서는 역설적으로 사회적 책임을 묻지 않는 결과를 초래할 수 있다. 예를 들어 일상 영역에서의 사회적 소외나 스트레스 혹은 개인적 건강행동의 이상에 대한 개입 프로그램은 공식 부분의 정책 의무로 규정되기 매우 어렵다고 할 수 있다. 셋째, 인권적 측면의 접근 방식은 그 사회에서 설정한 일정 수준의 건강권 침해에 포함되지 않는 건강 상태에서 나타나는 건강불평등의 문제에 대해서는 침묵하는 경향을 보인다. 마지막으로 인권으로서의 건강권의 개념은 전염병의 퇴치 등 과학 발전에 따른 의학적 성취에 대한 낙관적 전망이 주류를 이룬 20세기 중

반 이후의 시대적 사조를 반영하고 있는 것으로 보인다. 이러한 의학 발전에 대한 믿음은 의학이라는 도구에 의해 질병들이 해소될 것으로 믿어졌으며, 이에 따라 건강권의 개념은 개인들이 현대적 의학 처치를 받을 권리로 해석의 범위가 좁혀졌다는 비판을 받고 있다. 이로 인해 환경이나 건강 행동의 개선을 통한 질병의 예방이 상대적으로 덜 주목받는 경향이 나타나는데, 건강권에 대한 책임이 국가나 사회에 집중되면서, 건강의 다른 주체들, 즉 환자, 지역 공동체, 일상 생활 영역의 중요성이 적극적으로 반영되지는 않았던 것으로 판단된다.

2) 공중보건적 접근

인권으로서의 외국인 건강에 대한 접근방식이 지니는 실천적 한계를 보완하기 위하여 최근에는 공중보건(public health) 영역에서 제안되고 발전된 건강증진 개념이 국제적으로 제안되고 있다. 이주자를 위한 건강증진의 접근은 간략히 말하자면 특정 질병을 가지고 있거나 혹은 특정 질병에 대한 위험군만을 대상으로 한 것이 아니라, 전체 인구의 맥락에서 그들의 건강증진을 위한 건강환경의 개선에 역점을 두는 것이라고 할 수 있다. 이를 위해 일반적 질병에 대한 예방적 조치로 이주자 당사자들과 지역사회가 그들이 처한 스스로의 건강 위험 요인을 올바르게 인식하고, 대처할 수 있도록 그들의 역량강화를 꾀하는 제반 의료적, 사회적, 제도적 지원을 의미한다.

신공중보건 혹은 인구 건강(population health)의 관점에서는 인간의 건강 상태를 결정

하는 데, 진료나 치료 등과 같은 의료 관리나 혹은 음주, 흡연, 운동 등과 같은 건강 행동보다 사회경제적 특성들이 더 많은 결정력을 갖는다고 보고하고 있다. 이러한 맥락에서 최근의 신공중보건 운동에서는 개인이나 지역이 자신의 건강 환경을 스스로 개선할 수 있도록 하는 자기 역량강화의 영역을 단순히 의료 서비스에 대한 교육이나, 보건 교육을 통해서만 이루려는 것이 아니라, 사회참여 및 포괄적 건강 결정요인에 대한 개선이 가능할 수 있는 환경 마련을 위한 노력도 병행하고 있다. 이를 위해서는 의료 시설, 의료 서비스 제공자, 대중 위생 및 공중보건 교육 등 기존의 전통적 보건 영역뿐만 아니라, 지역사회, 사회복지, 공공정책, 노동 분야 등 다양한 영역의 비의료영역까지 협력하는 더 넓은 의미의 건강정책으로 그 영역을 확대한다.

3. 이주자를 위한 국제사회의 건강증진 정책

이주자들의 건강 문제는 국제사회의 중요한 이슈로 주목받고 있는데, 이에 대한 논의는 인권적 차원과 공중보건 차원의 문제로 그 정책적 대응마련의 논의가 이어지고 있다. 최근에는 이러한 국제사회의 노력에 대한 주목할 만한 최근의 예로 지난 2008년 61차 세계보건총회(World Health Assembly)에서는 WHO에 이주자 건강에 관한 보고서 개발을 요구하였으며, 이에 근거하여 WHO, IOM(국제이주기구) 그리고 스페인의 보건사회부(Ministry of Health and Social Policy)가 공동으로 스페인의 마드리드에서 ‘이

주자 건강에 관한 국제회의(Global Consultation on Migrant Health)’를 개최하였다.

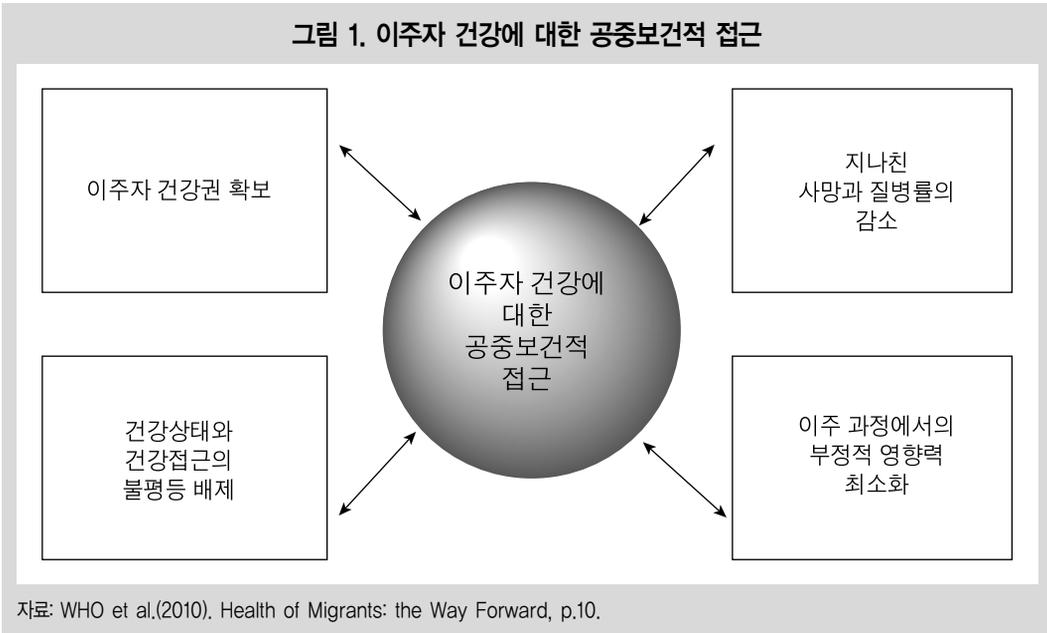
이 자리에서는 이주자 건강에 대한 공중보건적 원칙이 제안되었는데, 이는 건강권의 실현이나 질병 및 사망의 완화 등 같은 이주자 건강에 대한 전통적 접근을 포함할 뿐만 아니라, 건강 상태나 접근성에 대한 불평등의 개선이나 이주 과정 상 발생할 수 있는 부정적 건강효과의 최소화를 포함하고 있다(그림 1). 후자의 제안들은 이주자들이 갖는 다양한 특성에 대한 이해와 그에 따른 대응의 필요성을 강조한다고 볼 수 있는데, 특히 이주과정이라고 하는 것은 단순히 이동이나 출입국만을 의미하는 것이 아니라, 이주와 정착 그리고 적응 및 사회통합 과정을 포괄하는 종합적 개념이라고 할 수 있다.

이러한 공중보건적 접근을 바탕으로 크게 네 가지의 정책적 실천방안(operational framework on migrant health)이 제시되었는데, 이는 다음과 같다.

이주자 건강에 대한 모니터링

- 이주자 건강에 대한 표준화되고 비교 가능한 데이터의 개발
- 건강정보의 세분화와 분석을 통한 이주인구의 다양성과 특성에 대한 이해의 증진
- 이주자 건강 증진 노력, 건강 서비스의 이용, 자료의 수집을 위한 모니터링 기능의 강화
- 이주자 건강에 대한 모니터링, 건강증진을 위한 정책 모델 구성, 이주자 포용적 건강 시스템 및 정책으로 이어지는 정책의 구성
- 이주자의 건강 행위 결정과 정책 프로그램

그림 1. 이주자 건강에 대한 공중보건적 접근



을 연결시킬 수 있는 자료의 유용성 강화

법률-정책적 체계

- 이주자 건강권 보호를 위한 법률적 제도의 국내 및 국제 기준의 채택
- 이주자의 법률적 지위를 떠나 이주자들의 건강과 의료서비스 접근성을 진증할 수 있는 정책의 국가적 개발
- 이주자의 건강 수요에 부합하는 국가의 정책, 법률, 규정의 실행 모니터링
- 이주자의 건강 서비스 접근성에 영향을 미치는 다양한 영역의 정책들의 통합성 강화
- 모든 이주자들을 위한 사회적 건강 보호 노력의 확대와 사회보장의 강화

이주자 인지적(migrant sensitive) 보건 체계

- 이주자들에게 문화적/언어적으로 접합한 방식의 건강 서비스 확립 및 차별 금지를 위한 법률적 제도적 강화
- 종합적, 협력적, 그리고 제정적으로 안정적 인 이주자 포용적 건강 시스템의 역량 강화
- NGO 및 대안적 건강 서비스 제공자들을 포함하는 돌봄의 질적 개선 및 연속성 강화
- 이주자들과 관련된 건강 및 사회 이슈들의 이해 증진을 위한 건강 및 비건강 영역들의 역량 강화

협력과 국제 공조

- 주요 도시, 지역, 그리고 이주자 송출국 및 수용국 간의 이주자 건강 증진을 위한 협력 및 교류 강화와 지원
- 이주, 경제, 발전 등을 포괄하는 지역 및 세

계 차원에서의 건강 문제 접근

- 이주자 건강 아젠다 증진을 위한 기존의 네트워크들의 연계성 강화

이렇게 이주자의 건강문제를 건강증진을 목표로 하는 공중보건의 영역에서 다루려고 하는 시도는 비단 ‘이주자 건강에 관한 국제회의’에서 처음 나타난 것은 아니다. 공중보건의 사회복지의 주요 근간으로 자리 잡고 있는 서유럽이나 캐나다 등에서는 국가적 건강정책의 일환으로 자연스럽게 포함되고 있었으며, 국제기구들이나 국제적 협력을 통해 끊임없이 발전해 온 발전전략이기도 하다.

이러한 노력들이 구체적 정책으로 나타난 것은 이주자를 위한 건강 서비스 체제의 개선 부문에서라고 할 수 있으며, 이주자 인지적(migrant sensitive), 이주자 맞춤형(migrant tailored) 혹은 이주자 친화적(migrant friendly) 건강 체제라는 다양한 형태로 제안되어 왔으며, 이러한 노력들에서도 위에서 언급한 공중보건의 접근 원칙들이 반영되어 있음을 알 수 있다. 그 대표적인 예가 EU 12개국이 참가한 MFH(migrant-friendly hospital) Project Group이 2004년에 제시한 암스테르담 선언이라고 할 수 있을 것이다(부록 참조). 이 선언은 이주자들에게 좀 더 효율적인 의료 서비스를 제공할 수 있는 ‘이주자 친화적 병원’을 유럽 건강 정책의 주요 의제로 포함시키기 위해 공동으로 진행된 프로젝트의 최종 결과물이다.

‘이주자 친화적 병원’이 보여주는 흥미로운 사실은 이 제안이 병원 서비스의 개선에 주목적 을 두고 있음에도 불구하고 병원 운영 및 의료

인력뿐만 아니라, 서비스 이용자(이주자) 및 지역, 정책부문과 연구자 등에까지 책임 범위를 확대하고 있다는 점이다. 이러한 참여 영역의 확장은 이주자가 갖고 있는 사회문화 및 언어적 요구를 반영하기 위함이기도 하지만, 의료 서비스의 효율적 전달은 건강 지지적 환경의 조성을 위한 비의료 부문과의 종합적 접근을 통해서만 이뤄질 수 있다는 사실을 나타낸 것이기도 하다. 이와 같이 이주자 친화적 병원 체제는 이주자를 의료 서비스의 대상으로 정의하지 않고, 건강증진을 위한 핵심적 주체로 정의하고 있으며, 또한 이들의 주도적 참여를 돕기 위해 지역 사회나 이주자 단체의 역할까지도 요청하고 있음을 알 수 있다.

4. 평가와 함의

지금까지 논의한 이주자 건강 증진을 위해 제안된 정책적 실천방안에는 기존의 전통적 이주자 건강정책과는 차별되는 몇 가지 특성이 담겨져 있다고 볼 수 있다. 첫째, 이주자들의 배경에 대한 이해의 필요성을 전제로 하고 있다는 점이다. 이는 이주자들을 외국인이라는 하나의 단일한 틀로 해석하는 것이 아니라, 이들이 새로운 거주지역에서 구분되게 나타나는 다양한 차이들이 구체적으로 반영되어야 한다는 것을 전제로 하고 있다. 이주자들의 빈곤의 문제, 열악한 근로 및 생활 환경은 물론이고, 문화 및 언어적 차이에 대한 이해를 바탕으로 그들에게 더욱 적합한 건강정책의 제공을 통해 이주자들의 건강증진이 이뤄질 수 있음을 밝히고 있다. 이러

한 노력은 이주자 건강에 대한 다양한 정보의 축적과 공유, 보건인력 교육을 포함한 보건체계의 개선 및 이주 정책에 마련 등을 통해 나타날 수 있다.

둘째, 다양한 영역의 협력을 강조하고 있다. 건강 정보 일상 행정 체계 내 통계 시스템을 통한 정보의 구축이나 이주자 정책의 개선 등은 전통적인 의료분야만의 노력으로는 이뤄질 수 없다. 특히 정책적 차원에서 이주자 건강을 위해서 이주자 보건정책뿐만 아니라 일반적 이주 정책 체계에 대한 새로운 정립을 요청하고 있다. 더불어 보건 체계의 개선에 있어서도 이주자들의 요구가 반영되어야 하며, 또한 서비스 전달 체계의 간극을 만들어내는 문화사회경제 요소들에 대한 이해가 전제되어야 하는데, 이것은 바로 비의료 영역이 건강 정책의 중요 부분으로 참여해야 한다는 점을 의미한다.

셋째, 제안된 실천 방안들은 이주자들의 참여를 전제로 하고 있다. 이주민 건강증진의 노력은 이주자들의 요구(needs)에 부합하고 서비스

및 정책 전달을 가로막는 장애물들을 해소할 수 있는 정책을 마련하는 것을 근거로 하고 있는데, 이러한 시도는 이주자들의 적극적인 참여 없이는 도달할 수 없기 때문이다. 그러므로 이주자 건강증진은 이주자 스스로의 건강환경 개선을 지원할 수 있는 주민과 지역사회의 역량을 강화하는 데 초점을 맞추고 있다.

이주자의 건강정책으로 국제사회에서 제안된 내용들을 보면 그 배경에는 이주자 건강뿐만 아니라, 보편적 건강권이나, 공중보건이나 건강진증에 관한 논의들의 종합적 축적임을 알 수 있다. 이는 이주자 건강에 관한 접근이 사회 전체의 건강증진의 한 맥락으로 이뤄져야한다는 점을 시사한다. 이주자들의 건강증진을 위한 건강환경 조성과 역량강화는 이주자들의 행복과 건강권만을 위해서가 아니라, 이주자들의 사회 통합, 나아가 이주자가 거주하는 지역사회나 수용국가의 전체 보건과 경제적 효용을 위한 노력이라고 할 수 있다. 

〈부표〉 이주자 친화적 병원(migrant-friendly hospital)을 위한 제안

<p>일반적 제안</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 개인에게 맞춰진 서비스 • 이주자들의 경험 및 건강의 다양성과 건강 불평등에 대한 이해 • 종족문화적 다양성(eco-cultural diversity)의 강조 • 지역 단체들(local community organizations)과의 협력
<p>병원 운영 및 관리</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 운영 기초 및 목적에 대한 정의, 적절한 자원의 지원 • 조직 체계의 개발(organizational development process) • 의료 서비스 이용자(환자, 가족, 지역 공동체)와 제공자(직원)의 요구와 재원에 대한 모니터 • 문화적/언어적 역량 강화(competence)을 위한 투자
<p>직원 및 의료 전문가</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 이주자 친화, 문화 및 다양성에 대한 역량(competence)을 위한 · 기준(criteria)에 대한 합의 • 다문화, 다양한 집단에 적합한 의사소통 및 다양성과 관련된 역량의 강화 • 예방 서비스와 건강증진 활동에서 이용자들의 일반 및 건강 관련 지식 수준을 고려한 서비스 제공 • 이주과정에서의 트라우마 경험의 잠재적 위험성 인지
<p>이용자(실제 및 잠재적 환자/가족) 및 지역 단체</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 환우조직은 자신들의 다양성에 맞는 전략의 수립 • 이주자 대표단체들은 자신들의 성원을 옹호할 뿐만 아니라 중재자로서 기여 • 건강에 대한 이해(health literacy) 증진을 위한 개인 및 단체의 투자
<p>건강 정책 및 행정부문</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 개별 병원들에 적합한 이주자 친화적 정책 프레임의 제공 • 이주자들을 위한 건강 지역 공동체 개발(health-oriented community development) 프레임 제공 • 정책 및 관리 행정의 중요성 인식
<p>건강 연구자</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 종족집단과 이주자들에 대한 배경 정보를 연구에 반영 • 건강 관련 계획수립, 모니터, 평가를 지원 • 인종주의, 편견, 차별 및 배제에 반대할 수 있는 과학적 근거를 제공 • 지역 공동체들과의 동반자 및 조력자 관계 수립

출처: MFH Project Group(2004).