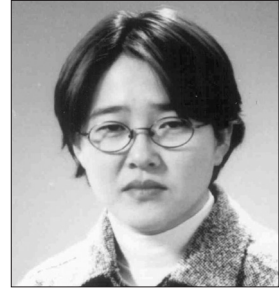


아동기의 건강불평등: 사회적 결정 요인을 중심으로

Health Inequality in Childhood



김명희 시민건강증진연구소 건강형평성연구센터장
전경자 순천향대학교 간호학과 교수
서상희 시민건강증진연구소 교육팀장

한국사회에서 건강불평등 문제에 대한 사회적 인식은 일정 수준에 올라 있는 것으로 보인다. 건강불평등 관련 연구들이 급속하게 늘어나고 있으며, 국민건강증진종합계획 2010에 건강형평성 증진이 총괄 목표로 제시된 데서 알 수 있듯이, 실질적 노력은 차치하더라도 일단 이 문제가 의제로 다뤄지고 있는 것만은 사실이다. 하지만 한국사회의 아동기 건강불평등 문제는 그 중요성에도 불구하고 학술과 정책영역에서 본격적으로 다루어지지 않고 있다. 이 글에서는 국내의 아동기 건강불평등과 관련된 일부 연구결과들을 소개하고, '건강의 사회적 결정요인'의 간략한 현황을 살펴본 후, 향후 연구와 정책과제들을 제시하고자 한다.

1. 왜 아동기의 건강불평등인가?

아직 충분하다고 하기는 어렵지만, 한국사회에서 건강불평등 문제에 대한 사회적 인식은 일정 수준에 올라 있는 것으로 보인다. 학술적 측면에서 건강불평등 관련 연구들이 급속하게 늘어나고 있으며, 국민건강증진종합계획 2010에 건강형평성 증진이 총괄 목표로 제시된 데서 알 수 있듯, 실질적 노력은 차치하더라도 일단 이 문제가 의제로 다뤄지고 있는 것만은 사실이다. 또한 2개월 간 이 문제를 집중적으로 보도한 시사주간지의 기획기사¹⁾가 독자들의 큰 호응을 얻은 만큼 시민들의 관심도 적지 않다.

하지만 아동기 건강불평등 문제에 대한 연구나 사회적 논의는 아직 이에 크게 미치지 못한 듯하다. 무엇보다, 아동기와 청소년기는 흔히 사망이나 만성질환의 이환으로 측정되는 객관적 건강지표가 가장 양호한 시기이기에, '통상적인' 보건학/의학 연구에서는 다물만한 주제가 많지 않다. 또한 사회경제적 위치 측정에 흔히 이용되는 소득, 직업, 학력 같은 변수들이 아동이나 청소년들한테는 적합하지 않아, 불평등 현상을 평가하는 것 자체가 쉽지 않다.

이러한 맥락에서, 아동기 건강불평등 문제에 대한 학술적 관심은 그 자체보다 성인기 건강불평등과의 연관성 속에서 성장했다고 볼 수 있

1) 한겨레 21 <생명 OTL> 2010년 12월 17일 (840호) - 2011년 2월 11일 (847호)

다. 성인기의 사망과 이환에서 관찰되는 불평등의 원인을 탐구하던 연구들이 아동기 건강과 사회경제적 환경의 중요성을 확인하게 된 것이다. 이를테면 아동기의 열악한 사회경제적 환경이 중년 이후 심혈관계 질환의 발병 위험을 높인다는 것이 대표적이다.²⁾ 국내에서도 성인기 사망이 현재 시점 뿐 아니라 아동기의 사회경제적 위치와 연관성이 있다거나,³⁾ 유년기 사회경제적 환경을 반영하는 중요 지표인 신장이 성인기의 호흡기질환이나 뇌졸중 사망 위험과 관련 있다는 연구결과가 발표된 바 있다.⁴⁾ 이러한 연구들이 의미하는 것은, 현재의 건강불평등을 해소하려면 성인만을 대상으로 하는 정책으로는 불충분하며, 아동기의 사회경제적 환경을 포함한 '생애과정관점(life course perspective)'이 필요하다는 것이다.

이는 건강불평등 연구에서 매우 중요한 진전이라 할 수 있지만, 한편으로는 자칫 성인기 건강불평등 때문에 아동기 건강불평등이 중요하다는 오해를 낳을 수도 있다. 유념해야 할 것은, 아동기는 성인이라는 목표지점에 도달하기 위해 지나쳐야 할 정거장들이 아니라 그 자체로 고유한 인권 주체라는 점이다. 따라서 아동기 건강불평등 문제를 다룰 때에도 건강형평성 지향의 보편적 가치인 인권과 사회정의라는 관점

이 적극 강조될 필요가 있다. 어린이와 청소년들은 보편적 인권의 틀 안에서 '생존권, 보호권, 발달권, 참여권'이라는 고유의 권리를 갖는다.⁵⁾ 물론 학령 전기(前期) 매년 1달러의 투자가 이후 40년 동안 매년 17달러의 효과를 낳는다는 분석결과가 말해주듯,⁶⁾ 아동기의 조기 투자가 가져오는 사회적 편익은 상당하다. 하지만 이외는 별개로 아동과 청소년은 고유한 인권적 주체들이다. 아동인권 보장의 기회들이 사회경제적 조건과 제도적 요인에 따라 차별적으로 구조화된다면 그 자체로 불공정한 것이다. 더구나 발달 취약성 (developmental vulnerability), 의존성 (dependency), 차별적 이환 (differential morbidity), 인구학적 차이 (difference in demographics)라는 '4D'로 표현되는 특성은 어린이들이 성인기에 비해 외부환경, 사회경제적 불평등에 더욱 취약하도록 만든다는 점에서 아동기 건강불평등 문제는 더욱 중요하며 사회의 책임도 더 크다고 할 수 있다.⁷⁾

이 글은 그 중요성에도 불구하고 한국사회의 아동기 건강불평등 문제가 학술과 정책영역에서 아직 본격적으로 다루어지지 못했다는 문제 의식에서 비롯되었다. 이어지는 장들에서 국내의 아동기 건강불평등 문제를 다룬 일부 연구결과들을 소개하고, '건강의 사회적 결정요인'의

2) Lynch J, Davey Smith G. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health* 2005, 26, pp.1~35.

3) 강영호. 사회경제적 건강불평등에 대한 생애적 접근법. *예방의학회지* 2005;38(3):267-275

4) Song YM, Sung JH. Adult height and the risk of mortality in South Korea Women. *Am J Epidemiol* 2008, 168(5), pp.497~50.

5) <http://www.unicef.org/crc/>

6) Irwin IG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, WHO 2007.

7) Halfon N, Larson K, Russ S. Why social determinants? *Healthcare Quarterly* 2010, 14(Special Issue), pp.8~20.

간략한 현황을 살펴본 후, 향후 연구와 정책과 제들을 제시하고자 한다.

2. 국내의 아동기 건강 불평등 현황과 연구 동향

아동기 건강 문제의 범위는 사망과 이환을 넘어 고유의 특성인 성장과 발달까지 포괄해야 한다. WHO는 조기 아동발달(Early Child Development, ECD)을 ‘건강의 사회적 결정요인’의 핵심 영역으로 설정하고, 신체적·사회-정서적·언어-인지적 발달을 구성요소로 정의했다. 이러한 맥락에서 ‘놀이’와 ‘관계발달’ 처럼 보건학 분야에서 흔히 탐구하지 않던 주제들도 아동건강의 주요 요인으로 다뤄지고 있다.⁸⁾ 이 장에서는 성장과 발달, 정신적·사회적 건강, 건강관련 행동, 이환 및 사망이라는 소주제에 따라 일부 연구들에서 확인된 불평등 현황을 개괄하고자 한다. 아동건강을 구성하는 영역, 또 관련 연구들이 체계적으로 모두 망라된 것은 아니지만, 향후 본격적인 연구와 정책 논의를 활성화시키는 계기를 마련코자 한다.

1) 성장과 발달

성장과 발달 문제를 건강불평등이라는 관점에서 다룬 연구는 찾아보기 어렵다. 하지만 보건복지부의 <아동청소년종합실태보고서>와

한국청소년정책연구원의 <국제기준 대비 한국 아동·청소년의 인권수준 연구> 등은 사회경제적 조건에 따라 아동발달과 인권보장 수준을 광범위하게 측정한 바 있다. 이들 보고서는 저소득층의 어린이와 청소년들이 다양한 영역의 성장·발달 지표에서 일관되게 불리한 결과를 보여준다. 예를 들어, 0~8세 아동의 기본인지기술 점수를 분석한 결과, 모든 연령에서 소득수준에 따라 점수의 차이가 나타났으며, 특히 학령기에 진입하는 7세 이후부터 빈곤층 <차상위층 < 차상위 이상의 순으로 기본인지기술 평균점수가 높아지는 경향이 뚜렷해졌다. 이는 읽기, 쓰기, 사회적 의사소통 등 인지 발달 영역 전반에 걸쳐 일관되게 나타났으며, 학령기에 들어서면 연령이 높아질수록 소득수준에 따른 학업성취도의 격차가 커지는 결과를 보였다.⁹⁾

다변량 분석결과가 아니기에 혼란요인의 효과를 배제할 수는 없지만, 소득계층에 따라 발달 수준에 격차가 존재하는 것만은 분명해 보인다. 이러한 격차는 이후 학업성취도와 상급학교 진학, 그에 따른 노동시장 성취의 차이로 이어져, 사회적 불평등을 다음 세대로 이전시키는 데 적지 않은 역할을 할 수 있다는 점에서 매우 중요한 문제가 아닐 수 없다. 아동의 성장과 발달을 건강의 관점에서 이해하고 생애과정적 관점에서 영향을 평가하는 학제적 연구가 활성화 되어야 할 것으로 보인다.

8) Irwin IG, Siddiqi A, Hertzman C. Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, WHO 2007.

9) 보건복지부·서울대학교 산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

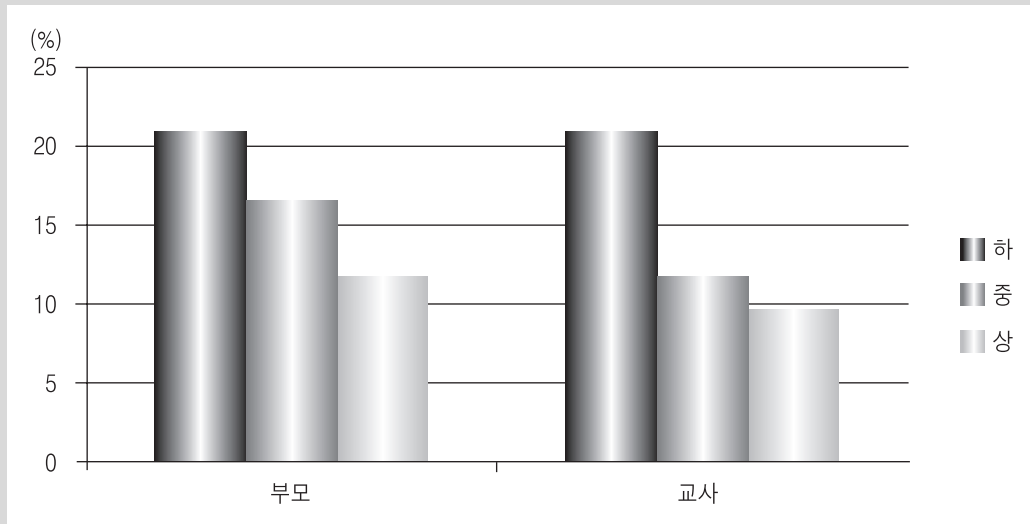
2) 정신적·사회적 건강

한국청소년정책연구원의 실태조사결과에 따르면, 고소득층 초등학생들의 약 80%가 행복하거나 매우 행복하다고 답한 반면, 저소득층에서는 무려 50%가 행복하지 않거나 전혀 행복하지 않다고 답했다. 행복하지 않은 이유로 저소득 계층 어린이들은 가정형편(26.3%)과 학업부담(26.3%), 가정불화(21.1%), 친구관계(21.1%)를 들은 반면, 중상위 계층 어린이들은 학업부담(30.3%)을 가장 많이 지적했다. 또한 주관적 평가 뿐 아니라, 체벌이나 정서적 학대 경험, 혹은 방임/방치 또한 소득계층에 따라 뚜렷하게 차이

를 보이는데, 이는 가정 내는 물론 학교에서도 재현되는 경향이 있다(그림 1).¹⁰⁾

한편 청소년패널조사 3차년도(2005년) 자료를 분석한 연구에 따르면 부모의 학력이 낮고 빈곤할수록, 또 월소득이 적고 중소도시에 거주하는 청소년일수록 사회적 배제를 심하게 경험하는 것으로 나타났다. 특히 가구의 월소득은 청소년의 사회적 배제를 설명하는 가장 중요한 요인이었다.¹¹⁾ 동일한 자료를 분석한 또 다른 연구는 부모의 사망, 외병, 이혼, 실직, 폭력 등 부모 관련 부정적 생활사건의 경험이 많을수록, 자살생각, 우울감으로 표현되는 정신건강 수준이 낮다고 보고했다.¹²⁾

그림 1. 소득 수준에 따른 월 1회 이상 부모/교사로부터의 체벌 경험률



자료: 한국청소년정책연구원(2009), 국제기준 대비 한국아동·청소년의 인권수준 연구 IV - 생존권·보호권 인권실태조사.

10) 한국청소년정책연구원(2009), 국제기준 대비 한국아동·청소년의 인권수준 연구 IV - 생존권·보호권 인권실태조사.

11) 이종섭·이용교(2009), 가족의 사회경제적 지위가 청소년의 사회적 배제에 미치는 영향, 청소년학연구, 16(7), pp.1~27.

12) 김동식(2007), 부모관련 부정적 생활사건의 경험과 청소년의 정신건강 및 비행행위, 예방의학회지, 40(3), pp.218~226.

이러한 결과들은 아동에서 청소년기에 이르기까지 정신적·사회적 건강의 불평등이 뚜렷하게 존재하며, 경제적 곤란에 덧붙여 가족구성/관계의 문제들이 복합적으로 작용하고 있음을 시사한다.

신체적 이환과 달리 정신건강문제는 아동, 특히 청소년 집단에서 상당히 중요한 건강문제라는 점에서 불평등 실태 뿐 아니라 사회적 결정요인을 탐색하고 기전을 탐색하는 연구들이 더욱 필요하다.

3) 건강관련행동

아동기와 청소년의 건강관련행태를 다룬 연구들은 상당히 많지만, 이를 불평등의 관점에서 바라본 것들은 많지 않다. 하지만 한국청소년패널조사(한국청소년정책연구원), 청소년건강행태온라인조사와 국민건강영양조사(질병관리본부) 등 건강행태와 사회경제적 환경에 대한 정보를 동시에 담고 있는 자료들이 가용해지면서, 관련 연구들이 점차 늘어날 것으로 보인다.

이들테면 2006년 청소년건강행태온라인조사 자료를 이용한 연구는 가구의 물질적 풍요 척도(Family Affluence Scale, FAS) 점수가 높을

수록 청소년의 양치질 횟수와 예방적 치과진료 빈도가 높으며, 아침식사나 규칙적 운동 같은 다른 건강행태들도 균집을 이루는 경향이 있다고 보고했다.¹³⁾ 또한 동일한 조사의 2007년 자료를 분석한 연구도 FAS 점수가 높을수록 바람직한 구강보건행동(양치질과 예방적 치과진료)의 가능성이 높다는 점을 재확인했는데, 부적절한 구강보건행동(흡연, 탄산음료와 과자 섭취)에는 가구의 사회경제적 조건 외에 다른 요인들이 작용한다는 점을 지적한 바 있다.¹⁴⁾ 동일한 자료를 이용한 또 다른 연구도 FAS 점수가 높은 청소년일수록 적절한 신체활동을 할 가능성이 높다고 보고했다.¹⁵⁾ 한편 2005년 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구는 아동기와 청소년기에서 부모의 학력수준이 낮을수록 질적·양적 측면에서 영양 섭취가 나쁘고, 식품 불충분성이 더 높다는 사실을 확인했다.¹⁶⁾

한편 전국단위 서베이가 아니라 1개 중소 도시 초등학교 5학년생 전체 4천여 명을 조사한 다른 연구도 낮은 사회경제적 위치에 속한 어린이들일수록 바람직하지 않은 건강습관을 가지며 비만한 경향이 있다고 보고했다.¹⁷⁾

이렇게 몇몇 사례들만 살펴봐어도 건강관련행태에서 불평등 현상을 쉽게 확인할 수 있지

13) Park Y, Patton L, Kim H(2010). Clustering of oral and general health risk behaviors in Korea adolescents: a national representative sampl, J Adolesc Health, 47(3), pp.277~81.

14) Jung S-H, Tsakos G, Sheiham A, Ryu J-I, Watt RG(2010). Socio-economic status and oral health-related behaviors in Korean adolescents, Soc Sci Med, 70, pp.1780~88.

15) 오인환·이교은·오창모 등(2009). 우리나라 청소년의 신체활동과 사회경제적 변수와의 관련성, 예방의학회지, 42(5), pp.305~14.

16) 김기량·홍서아·김미경(2008). 한국인의 생애 주기별 교육 수준에 따른 영양 상태와 식품 불충분성-2005년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 한국영양학회지, 41(7), pp.667~681.

17) 강희태·주영수·박경희 등(2006). 도시지역 초등학생 비만 수준 및 관련요인에 대한 연구:사회경제적 요인을 중심으로, 예방의학회지, 39(5), pp.371~378.

만, 아동의 발달단계와 개별 행태의 특징, 사회 문화적 맥락, 제도(예, 학교의 프로그램이나 규제) 등의 차이 때문에 모든 지표에서 동일한 크기와 방향의 불평등이 나타나는 것은 아니다. 이 분야는 상대적으로 측정이 용이하고 가용한 자료들이 많기 때문에 향후 다양한 소주제별로 심층적 연구가 이루어질 수 있을 것으로 기대된다.

4) 이환 및 사망 수준

아동기와 청소년기는 신체적으로 가장 건강한 시기이기 때문에, 이환을 지표로 건강불평등 문제를 탐색한 연구는 찾아보기 힘들다. 다만 학술연구는 아니지만 건강보험 청구자료를 분석한 아토피, 천식, 과잉행동장애로 치료를 받는 어린이들의 빈도가 저소득층에서 고소득층의 2배에 달한다는 국회보고자료를 확인할 수 있었다.¹⁸⁾ 아토피나 천식처럼 상대적인 중증도는 낮지만 아동과 청소년기에 비교적 흔하면서 일상생활에 영향을 큰 미치는 질환들에 대한 연구들이 이어져야 할 것으로 보인다.

오히려 사망률에서의 격차를 보고한 연구들이 적지 않다. 1995/96년 시기 출생등록코호트 자료를 활용한 여러 편의 연구들은 추적기간, 사회경제적 위치의 정의, 분석 모형에 포함된 변수들의 차이에도 불구하고 부모의 학력이나 직업, 혹은 거주지 박탈 수준 등으로 평가한 사회경제적 위치가 낮을수록 일관되게 사망수준이 높다는 결과를 보여주었다. 이러한 불평등은 손상을 포함한 대부분의 사인에서 공통적으로 관찰되었다.^{19) 20) 21) 22) 23)} 또한 1995~2006년 동안의 출생과 사망자료를 연계한 다른 분석도 부모의 저학력이 어린이의 암사망과 유의하게 연관되어 있음을 보고했다.²⁴⁾

가장 극단적인 건강결과인 사망에서조차 불평등 현상은 비교적 분명하게 드러나는데, 질병의 발병과 관리실태, 의료이용에서의 불평등 현황과약은 여전히 미흡하다고 할 수 있다. 그리고 이러한 연구가 가능했던 것은 사회경제적 위치지표가 포함된 자료의 가용성 덕분이었다는 점에서, 향후 공공자료의 적극적 개발과 공개가 절실하다고 할 수 있다.

18) 권영길 의원실 발표자료(2010년 10월 8일 경향신문 보도).

19) Hong J, Lee B, Ha E, Park H(2010). Parental socioeconomic status and unintentional injury deaths in early childhood: consideration of injury mechanisms, age at death, and gender, *Accid Anal Prev*, 42(1), pp.313~9.

20) Kim J, Son M, Kawachi I, Oh J(2009). The extent and distribution of inequalities in childhood mortality by cause of death according to parental socioeconomic positions: a birth cohort study in South Korea, *Soc Sci Med*, 69(7), pp.1116~26.

21) 손미아 · 오주환 · 최용준 등(2006). 우리나라의 1995~2004년도 출생코호트에서 부모의 사회계층이 영아사망률과 소아사망에 미치는 영향, *예방의학회지*, 39(6), pp.469~476

22) 윤태호 · 김준연 · 유승흠 등(2007). 부모의 사회경제적 지위와 어린이 사망의 연관성, *보건과 사회과학*, 20, pp.5~186

23) Kim MH, Subramanian SV, Kawachi I, Kim CY(2007). Association between childhood fatal injuries and socioeconomic position at individual and area levels: a multilevel study, *J Epidemiol Community Health*, 61, pp.135~140

24) Kong K, Khang Y, Cha E, Moon E, Lee Y, Lee W(2010). Childhood cancer mortality and socioeconomic position in South Korea: a national population-based birth cohort study. *Cancer Causes Control*, 21(10), pp.1559~67.

3. 아동기 건강의 '사회적 결정 요인'

앞서 살펴본 국내 연구들은 대개 사회경제적 위치에 따라 다양한 건강요소들의 분포를 보여주는데 집중하고 있다. 하지만 사회경제적 조건들이 어떻게 그러한 건강결과로 이어지는지, 혹은 자원/폭로요인의 불평등한 분포에 영향을 미치는 제도적, 정치경제학적 측면에 대한 탐구는 절대적으로 부족한 실정이다.

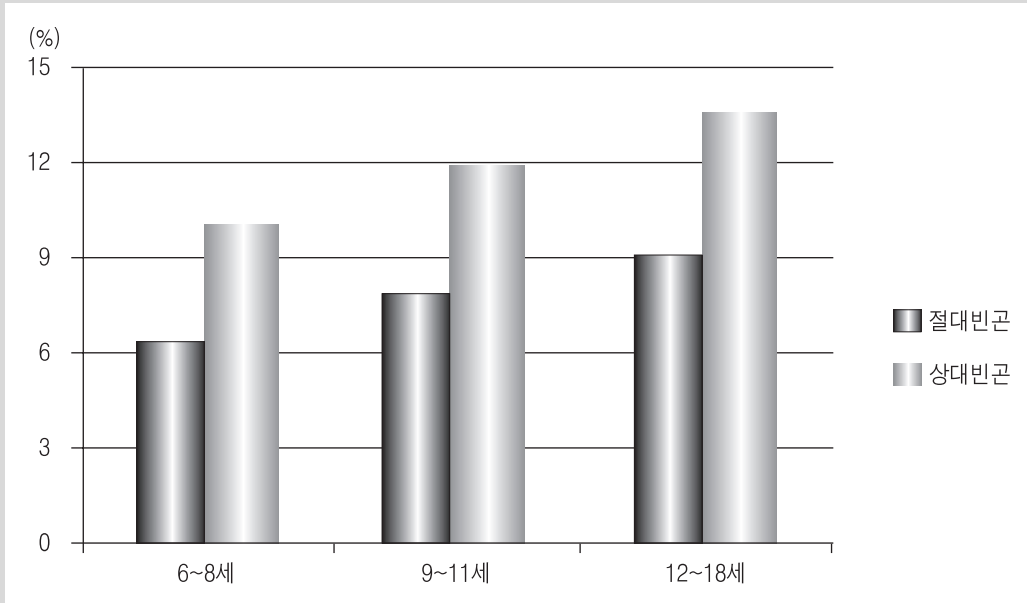
이 장에서는 여러 층위에 걸쳐 존재하는 다양한 건강결정요소들 중 여러 문헌들이 공통적으로 제기하는 핵심 이슈 - 빈곤과 소득 보장, 필

수적 공공서비스의 제공 문제를 간략히 살펴보고자 한다.

1) 아동 빈곤

빈곤은 어린이의 건강과 성장발달을 저해하는 가장 중요한 단일 요인이다. 그런데 2008년 현재 최저생계비 이하의 절대빈곤가구에 살고 있는 어린이와 청소년의 비중은 6~9%에 달하며, 중위소득 50% 이하인 상대빈곤 가구까지 포함하면 빈곤아동 비율은 10~14%로 높아진다(그림 2). 어린이와 청소년 10명 중 1명 이상이 빈곤층이라는 것이다.²⁵⁾

그림 2. 어린이·청소년들의 절대·상대 빈곤율



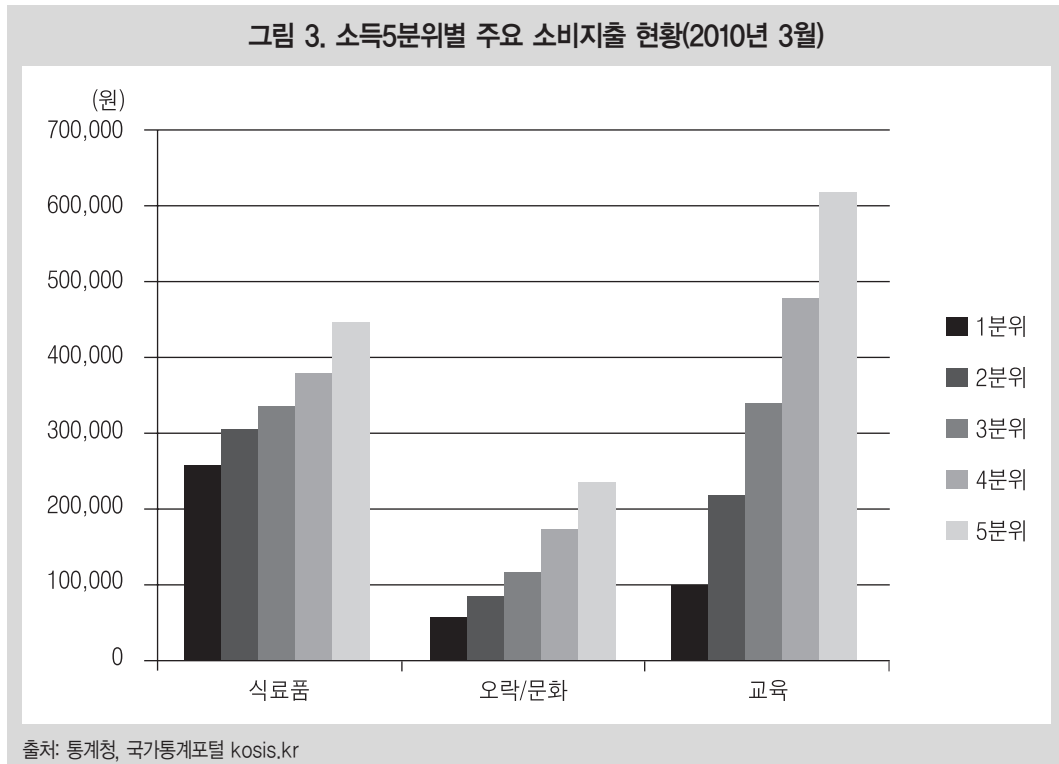
자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

25) 보건복지부·서울대학교산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

경제적 자원은 삶의 다양한 기회 영역에 직접적인 영향을 미친다. 주요 소비지출 규모를 소득분위별로 살펴보면 식료품 구매는 물론이거니와 오락·문화, 특히 교육비 지출에서 소득분위 간 극심한 격차가 관찰된다(그림 3).²⁶⁾ 빈곤층 어린이들 중 1년에 5~6회 이상 공연이나 영화를 관람하는 경우는 20%에 못 미치며, 교과서가 아닌 어린이용 책이 10권 미만이라는 응답이 22%에 달한다는 실태조사결과(차상위 이상 계층에서는 어린이의 절반 이상이 1백 권 이상의 책을 보유)는 이러한 통계로 설명할 수 있

을 것이다.²⁷⁾ 앞서 소개했던 것처럼 청소년이 경험하는 사회적 배제의 핵심 요인 또한 경제적 빈곤이었음을 고려하면,²⁸⁾ 다른 요소에 대한 근거는 미흡하더라도 최소한 인지적 발달과 정신적·사회적 건강에 대한 빈곤의 영향만큼은 분명하다고 할 수 있다.

더구나 빈곤층은 가족 관계의 문제까지 안고 있는 경우가 많다. 저소득층 어린이의 양친 동거 비율은 60%에 못 미치며 청소년기가 되면 그 비율은 40%대로 떨어진다.²⁹⁾ 가족구성에서의 불리함 같은 문제가 없다 해도, 어려운 가계



26) 국가통계포털 kosis.kr

27) 보건복지부·서울대학교산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

28) 이종섭·이용교(2009). 가족의 사회경제적 지위가 청소년의 사회적 배제에 미치는 영향, 청소년학연구, 16(7) pp.1~27.

형편은 부모가 자녀와 많은 시간을 함께 하며 학업이나 생활을 돌보기 어렵게 만든다. 이를테면 주 양육자가 초등학교생의 책임이나 숙제를 거의 매일 돌봐준다는 비율은 소득 수준에 따라 뚜렷한 격차를 보이며, 부모가 자녀의 친구들 이름을 아는 정도 또한 소득계층에 따라 분명한 차이를 나타낸다.³⁰⁾ 아동학대 사례들에 대한 연구에서 학대행위자의 특성 중 두드러진 것은 ‘양육태도 및 방법의 부족(30.2%)’, ‘사회·경제적 스트레스 및 고립(24.6%)’, ‘중독 및 질환 문제(12.7%)’ 등이었다.³¹⁾ 빈곤 해결이 가족문제의 해결로 바로 이어지는 것은 아니지만, 경제적 요인이 가족의 구조와 관계특성을 악화시킬 수 있다는 점에서 소득 보장의 중요성은 다시금 강조될 필요가 있다.

2) 노동시장

아동빈곤의 해결에서 공적이전이 중요한 역할을 하지만, 근본으로는 노동시장의 문제를 지적하지 않을 수 없다. WHO 지식네트워크 보고서에 공적소득이전, 조기 아동교육 및 서비스 제공과 더불어 고용정책, 부모휴가와 모성의 고용증진을 아동 건강증진을 위한 국가의 핵심정

책과제로 제시한 바 있다.³²⁾ 캐나다의 연구도 아동건강 형평성을 증진시키기 위한 정책 영역으로 ① 고용관련 전략, ② 아동지원 프로그램, ③ 사회적 안전망을 지적했다.³³⁾

아동빈곤 문제는 실질적으로 부모의 빈곤 문제이며, 한국사회의 소득 불평등과 빈곤 문제는 노동시장 양극화를 빼놓고 설명하기 어렵다. 기업의 노동비용 절감을 주요 동기로 하는 수량적 유연화가 소위 ‘비정규직’으로 총칭되는 다양한 불안정 노동자를 낳았음은 주지의 사실이다.³⁴⁾ 이들은 고용 불안정뿐 아니라 낮은 임금과 열악한 근로환경, 사회적 보호장치의 부재 속에서 광범위한 근로 빈곤층을 형성하고 있다. 비정규직 노동자들의 시간당 임금은 정규직 노동자들의 절반에 불과하며, 특히 여성 노동자들의 비정규직 비율은 압도적으로 높아서, 40대 여성들의 비정규직 비율은 70%에 이른다.³⁵⁾ 빈곤층 혹은 차상위 계층 어린이들의 부모들이 바로 이들이다.

아동수당 같은 소득이전 프로그램도 중요하지만, 적절한 생활임금 보장이야말로 근본적인 아동빈곤 예방정책이라 할 수 있다. 실제로 1999년 영국에서 최저임금제도를 도입한 목적은 아동빈곤의 증가를 막는 것이었다. 2008/09

29) 보건복지부·서울대학교산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

30) 보건복지부·서울대학교산학협력단(2009). 한국 아동청소년종합실태보고서.

31) 배기수·김신영·정영기·류경희. 국내 아동학대의 현황 및 신고체계, *Korean J Pediatrics*, 52(11), pp.1185~1193.

32) Irwin IG, Siddiqi A, Hertzman C(2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer*, Final Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health, WHO.

33) McNeill T(2010). Family as a social determinant of health: implications for governments and institutions to promote the health and well-being of families, *Healthcare Quarterly*, 14(Special issues), pp.60~67

34) 채구묵(2002). IMF 경제위기 이후 비정규근로자의 증가원인 분석 및 과제, *한국사회학*, 36(5):pp.143~169.

35) 김유선(2010). 비정규직 규모와 실태: 통계청 경제활동인구 부가조사(2010.8) 결과, 한국노동사회연구소.

년 세계경제위기 당시 ILO 108개 회원국 중 절반이 최저임금 인상 조치를 취했는데, 빈곤 예방과 구매력 보장이 일차적 목표였다. 한국은 최저임금이 임금 중앙값의 25% 내외로 매우 낮은 편인데다, 저임금 고용이 꾸준히 증가하여 전체 임금 노동자의 25%를 넘는다. 이는 최근 자료가 가용한 국가들 중에서 최고 수준이다.³⁶⁾

뿐만 아니라, 한국의 근로시간은 OECD 국가들 중에서 압도적으로 길다. 가장 짧은 네덜란드에 비해 연간 900여 시간이나 더 일을 하는 셈인데,³⁷⁾ 이러한 장시간 근로 하에서 부모들의 자녀에게 충분한 관심을 기울이며 시간을 함께 보내기란 어려운 일이 아닐 수 없다.

3) 필수적 공공서비스

앞서 살펴본 구강보건행동 관련 연구에서 FAS 점수가 높을수록 바람직한 구강보건행동(양치질과 예방적 치과진료)을 할 가능성이 높았지만, 유독 예방적 치과진료는 최하위 계층에서 더 빈번한 것으로 나타났다. 이는 저소득층 무상진료 프로그램과 관련하여 설명할 수 있다.³⁸⁾ 소득으로 표현되는 경제적 자원이 부족하더라도 필수적인 서비스들이 사회화되어 접근성 장벽을 낮춘다면 불평등 완화에 기여할 수

있음을 보여주는 사례이다.

하지만 현재 한국 사회에서 아동의 성장과 발달, 건강을 위한 필수서비스들은 ‘사회화’나 ‘공공’과는 거리가 멀다. 2009년 현재 국내의 보육시설 35,550개소 중 국공립 시설이 차지하고 있는 비중은 채 6%(1,917개소)에 지나지 않는다.³⁹⁾ 뿐만 아니다. 2007년 현재 전국에 총 28,897개의 놀이터가 설치되어 있는데 이 중 민간건설업체가 설치한 곳이 72.4%에 이른다.⁴⁰⁾ 어린이 성장발달에 필수적 요소인 놀이공간도 아파트 건설업체의 손에 달린 셈이다. 가끔씩 언론에 등장하는 동네 어린이들의 아파트 놀이터 출입금지 사례들은 필수적인 공적 공간이 아닌 상품화된 사적공간으로서 놀이터의 현재 위상을 잘 드러낸다. 한편 OECD 국가들 중 대학 교육 이수율은 가장 높은 편이지만 교육투자에 공공 부담의 비중은 가장 낮은 군에 속한다.⁴¹⁾ 물론 잘 알려진 대로 가족복지 프로그램 지출 또한 OECD 국가들 중 최하위권이다.⁴²⁾

이런 상황에서 정부가 대대적으로 추진하는 ‘사회서비스 투자사업’이나 ‘지역사회서비스 투자사업’은 근본 가치에서 상당한 문제점을 안고 있다. 이를테면 지역사회서비스 투자사업은 ‘지역사회의 창의적 아이디어로 사회서비스를 개발하여 저소득 무직가구 여성 등 취업 취

36) International Labour Office(2010). Global Wage Report 2010/11: Wage policies in times of crisis.

37) OECD 통계포털 stats.oecd.org

38) Jung S-H, Tsakos G, Sheiham A, Ryu J-H(2010), Watt RG. Socio-economic status and oral health-related behaviors in Korean adolescents, Soc Sci Med, 70, pp.1780-88.

39) 보육시설 연도별 설치·운영 현황. 보건복지가족부 보육정책과(2009, 12, 31)

40) 국토해양부 주택토지실

41) OECD. Education at a Glance 2010.

42) OECD Health Data 2009.

약계층에게 괜찮은 일자리를 창출하고, 이를 기반으로 사회서비스의 산업화를 도모하며, 사회서비스의 폭넓은 선택의 기회를 통해 보편적 복지를 구현'을 목표로 삼고 있다.⁴³⁾ 보편적 권리로서의 '사회권'은 '소비자의 선택권'으로 제한되고, 복지보다는 일자리 창출이라는 경제적 측면들이 더욱 중요하게 부각되고 있다. 사회서비스를 '상품'으로 만들어 시장에 맡긴 채, 구매능력이 없는 이들에게만 선별적으로 바우처를 제공하는 것을 두고 '능동적', '보편적' 복지라 부르는 것은 어려울 것이다. 실제 사례를 살펴보면, '아동인지능력향상' 사업 중 취약계층 아동의 독서기회 증진을 목표로 하는 '드림북 프로젝트'는 (주)교원, (주)구몬학습, (주)대교, (주)아이북랜드, (주)영교, (주)웅진씽크빅, (주)장원교육, (주)한솔교육, (주)한우리 등을 통해 서비스를 제공한다. 이들은 부연 설명이 불필요한 국내의 대표적인 방문 사교육 업체들이다. 효과성에 대한 근거도 전무한 영리기업의 사교육 상품 구매를 국가가 지원하는 것은 좀처럼 합리화시키기 어려워 보인다.

물론 의료급여를 비롯하여 저소득층 아동을 위한 별도의 사회적 보호 프로그램들이 존재하지만 여전히 불충분하다. 이를테면 보건·복지·보육이 팀을 이루어 저소득층 가족을 지원하는 '드림스타트' 사업은 기초생활수급가구를 우선대상으로 하기 때문에 대상자가 매우 제한적이고, 지역 별로 전문인력의 수준이나 여건이 다름에도 불구하고 전국적으로 비슷한 내용과

예산으로 사업을 운영하고 있다.

이렇게 특정 계층만을 위한 잔여적 복지프로그램이 '낙인'과 결부되고 광범위한 정치적 동의 속에서 발전해나가기 어렵다는 점은 이미 잘 알려져 있다. 필수적 서비스와 프로그램들이 상품화되어 있거나, 혹은 제한적으로만 제공되고 있는 현재의 상황은 소득불평등으로 야기되는 부정적 결과를 완충하기는커녕 상황을 더욱 악화시키는 것으로 보인다.

4. 결론과 제언

한국은 1991년에 유엔 아동권리협약에 가입한 이래 주기적으로 국가보고서를 제출하면서 권고를 이행하기 위한 노력하고 있지만 특별한 보호가 필요한 취약계층 어린이 대상 정책에서 벗어나지 못하고 있다.⁴⁴⁾ '아동이 건강하게 출생하여 행복하고 안전하게 자라나도록 그 복지를 보장함을 목적으로 한다'는 아동복지법도 빈곤아동, 학대 아동, 장애아, 한부모가정 자녀, 소년소녀가장 등 취약 가구의 어린이들에게 개별적인 지원을 하는 것에 초점을 두고 있다.⁴⁵⁾ 물론 이러한 개별적 지원이 매우 중요하다는 사실은 부정할 수 없다. 하지만 이러한 접근은 어린이의 건강한 성장과 발달에 대한 책임이 근본적으로 가족에게 있음을 전제하며, 건강의 사회적 결정요인에 대한 고려를 근본적으로 결여한 것이다. 한국에서 가족복지(family welfare)란 가

43) 보건복지가족부 사회서비스사업과. 2010년도 지역사회서비스 투자사업 안내.

44) 이재연·황옥경·김효진(2009). 아동과 권리, 아동학회지, 30(6), pp.153~165.

45) 이혜원(2006). 아동권리와 아동복지, 집문당.

족을 통한 복지(welfare through the family), 더 나아가 가족에 의한 복지(welfare by the family)를 의미했을 뿐이라는 지적은 매우 타당하다.⁴⁶⁾ 필요(need)가 가장 절실한 가정이야말로, 대개 그것을 감당하기 가장 어려운 가정이다. 따라서 아동 건강불평등 문제에서 가족환경의 중요성은 고려하되, 가족이 처한 사회적 맥락의 영향을 폭넓게 고려할 필요가 있다.⁴⁷⁾

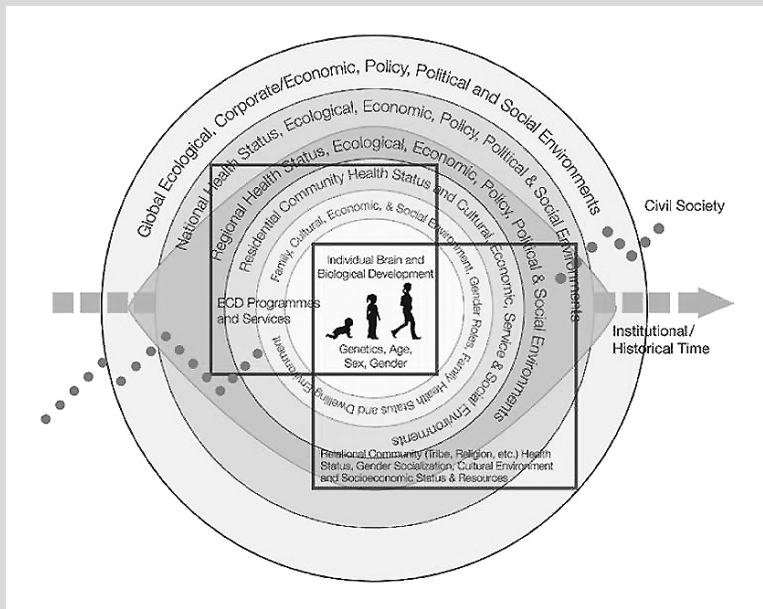
WHO ECD 지식네트워크는 아동기 건강결정요인을 이해하기 위해 [그림 4]와 같은 틀을

제안했다. 개별 아동, 가족, 거주 및 관계적 공동체, 프로그램과 서비스, 광역 및 국가 수준, 전지구적 차원, 시민사회 등으로 구분되고 또 상호 연결되는 다층적 공간(sphere)과 시간 흐름 속에서 아동 건강에 영향을 미치는 요인들을 파악하자는 것이다. 이는 문제의 인식과 해결에 매우 유용한 틀을 제공하는데, 국내에서도 이러한 틀에 근거한 통합적 접근이 필요하다.

기존의 아동관련 정책들은 관련 부처/단위들 사이의 연계가 부족하고 목표도 제각각인 경우

가 많았다. 또 아동 건강에 중요한 영향을 미칠 수 있는 환경, 건설, 노동, 문화 부문의 정책들이 아동과는 무관하게 시행되는 경우가 대부분이다. 물론 이는 한국에만 특수한 것은 아니다. 캐나다에서 발표된 한 종설논문은 분절화된 프로그램과 혼돈스러운 목표들이 아동기 건강불평등 문제 해결의 걸림돌들 중 하나라고 지적하면서, 문제가

그림 4. Total Environmental Assessment Model – Early Child Development (TEAM-ECD)



자료: Irwin IG, Siddiqi A, Hertzman C, 'Early Child Development: A Powerful Equalizer, Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health,' WHO 2007

46) 장경섭(2009). 가족 · 생애 · 정치경제: 압축적 근대성의 미시적 기초, 창비.

47) McNeill T(2010). Family as a social determinant of health: implications for governments and institutions to promote the health and well-being of families, Healthcare Quarterly, 14(Special issues), pp.60~67.

발견될 때마다 ‘특별’ 프로그램들을 부가하는 방식은 효과를 거두기도 어려우며 더 심한 분절과 관리상의 문제만을 낳는다고 비판한 바 있다.⁴⁸⁾ 한편 학술적 측면에서도, 지금까지 아동기 건강에 대한 연구는 빈곤층 아동이나 장애 같은 특별한 문제를 가진 어린이들에 대한 서비스를 주로 탐구하는 아동복지학, 학업 성취나 이탈행위와 관련된 과제를 다루는 교육학, 임상적인 소아 질환을 다루는 의학, 건강행태와 이환/사망의 분포 문제를 다루는 보건학 등 학문 분야에 따라 개별적으로 다루어진 경향이 있었다. 하지만 [그림 4]의 모형처럼 어린이 생활과 건강에 영향을 미치는 요인들을 포괄적으로 이해하지 않고는 근본적인 대책을 마련하기 어렵다. 이를테면 한국사회 노동시장 문제를 다루지 않고는 아동빈곤의 실태를 이해하기 어려우며, 마을 도서관 같은 공공자원 배치 문제를 다루지 않고서는 지역 간 어린이들의 독서습관 차이를 해석하기 어려울 것이다.

최근 10년 동안 WHO 건강의 사회적결정요인 특별위원회뿐 아니라 개별 국가들에서 아동건강을 포괄적으로 이해하고 불평등 문제를 다

루려는 노력들이 활발하게 이루어졌다. 미국의 학원⁴⁹⁾과 미국소아과학회⁵⁰⁾는 자국의 아동건강 문제를 포괄적으로 조망하면서 아동의 권리, 사회정의, 인적 자원 투자, 건강형평성을 핵심적 개념으로 제기했으며, 캐나다도 아동건강의 사회적 결정요인을 중점 이슈로 다룬 바 있다.⁵¹⁾

한국에서도 그동안 축적된 건강불평등 연구 성과들을 기반으로, 아동기 건강불평등에 대한 학술연구와 정책이니셔티브를 본격화해야 할 것이다. 앞서 살펴본 몇몇 단편적인 연구사례들에서 드러나듯 국내의 아동기 건강불평등은 일견 뚜렷하면서도 몇 마디로 요약할 수 없는 복잡한 특성들을 가지고 있다. 이렇게 어렵고도 중요한 문제를 다룰 수 있는 학제 연구와 다양한 사회적 행위자들을 포괄하는 실천적인 논의가 시급하다고 할 수 있다. 어떤 부모에게서 태어날지, 혹은 어떤 환경에서 자랄지 어린이 스스로는 선택한 적이 없다. 어른들이 만들어놓은 질서에 그저 영향을 받을 뿐이다. 모든 어린이들이 ‘건강한 시작 (healthy start)’을 할 수 있도록 보장하는 것은 한 사회의 의무이다.⁵²⁾ **본문
특기**

48) Halfon N, Larson K, Russ S(2010). Why social determinants? Healthcare Quarterly, 14(Special Issue), pp.8~20

49) Institute of Medicine. Children’s Health, the Nation’s Wealth: Assessing and Improving Child Health, The National Academic Press 2004.

50) The American Academy of Pediatrics(2010). Policy statement – health equity and children’s right. Pediatrics, 125(4), pp.838~849.

51) Health Quarterly Special Series: Child Health in Canada – issue 1. Social determinants and child health 2010

52) Irwin IG, Siddiqi A, Hertzman C(2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health, WHO.