

한국 공적개발원조(ODA) 보건사업의
지역사회참여 활성화 방안

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

박 선 희

한국 공적개발원조(ODA) 보건사업의 지역사회참여 활성화 방안

지도 김 소 윤 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2013년 12월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건전공

박 선 희

박선희의 보건학 석사학위논문을 인준함.

심사위원_____손명세_____인

심사위원_____전병율_____인

심사위원_____김소윤_____인

연세대학교 보건대학원

2013년 12월 일

감사의 글

우선 논문 주제 선정부터 이 논문의 완성까지 꼭 지도해주시고 지켜봐주신 김소운 교수님께 감사의 말씀을 먼저 전합니다. 가끔 제 능력 이상의 것을 말씀하실 때 속으로 저의 역량 부족에 뜨끔하긴 했지만, 논문에 대한 중압감으로 갈피를 못 잡고 갈팡질팡 불안해하는 저의 마음을 쿨하게 받아주시고 큰 틀을 제시해주셨습니다. 또한, 논문 주제에 대한 저의 좁디좁은 미시적 관점을 더 넓은 안목에서 볼 수 있도록 심사 전 과정에서 조언과 충고, 격려를 아끼지 않으신 손명세, 전병률 교수님께 깊이 감사드립니다.

그리고, 지역사회참여라는 주제선정에 영감을 주신 서울대학교 보건대학원 김창엽 교수님께 특히 감사드립니다. ODA보건사업 현장과 사회활동에서 몸소 보여주신 보건의료인으로서의 철학과 비전은 무지와 선입견으로 뚝뚝 뭉쳐있던 제게 큰 영감과 울림을 주셨습니다.

연세대학교 간호대학원의 김의숙 교수님께도 감사드립니다. 문헌리뷰에도 불구하고 개념정립이 잘 안되어 헤매고 있을 때, 교수님의 명쾌한 설명과 경험담은 제게 본 주제의 중요성에 대한 신념을 갖게 해 주셨습니다.

무엇보다, 저의 보잘 것 없는 논문에 심층면담 대상자로 흔쾌히 참여해주신 면담 참여자 7분과 바쁘신 와중에도 심층면담 pilot대상이 되어 주신 김명선, 박향숙 선생님 두 분께 머리 숙여 감사드립니다. 면담에 참여해주신 분들에게는 저의 미숙한 면담기술로 추가 질문 등 여러 번 번거로움을 드렸는데 모든 분들이 긍정적으로 저의 요청을 받아주셨습니다. 개인정보 유출 방지를 위하여 이름을 밝히지 못하는 것이 아쉽습니다.

제가 보건의료인으로서 ODA에 지속적으로 관심을 가지고 관련된 일을 할 수 있었던 건 봉사단원으로서 처음 인연을 맺게 된 KOICA 덕택이었음을 빠뜨릴 수 없습니다. 봉사단원으로 시작된 KOICA와의 인연으로 도영아, 김복희, 김형규, 공무현 소장님을 비롯하여 ODA분야에서 활동하시는 수많은 존경

하는 분들과 교류할 수 있었습니다.

또한, 석사 마지막 학기에는 KOICA의 ‘제4기 KOICA/World Friends Korea’ 장학생과 연세대학교 보건대학원 고위과정 총동문회의 장학생으로 선발되는 영광까지 얻게 되어 KOICA와 연세대학교 보건대학원에 감사함을 전하지 않을 수 없습니다. 감사합니다.

마지막으로, 논문을 핑계로 가족 구성원으로서, 친구로서 해야 할 역할을 거의 마다했고, 소홀했으며, 끝없는 투정과 히스테리를 부렸음에도 묵묵히 지지해준 모든 가족 구성원과 친구에게 깊은 애정을 보냅니다. 특히, 엄마와 같은 보살핌을 준 큰언니, 날카로운 지적으로 논문 마무리에 도움을 준 ‘매의 눈’ 정은이 언니, 워낙에 글 솜씨가 없고 쓰기를 두려워하던 제게 격려와 소소한 조언을 아끼지 않았던 최측근 친구 박상미, 안경철에게도 특별한 고마움과 애정을 보냅니다.

박선희 올림

차 례

국문요약

I. 서론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	4
3. 연구의 방법	4
II. 지역사회참여 개념과 원리	7
1. 지역사회참여 관련 주요 개념	7
2. 지역사회참여 단계와 원리	16
III. 우리나라 지역보건 사업과 공적개발원조(ODA)	24
1. 지역보건사업과 지역사회참여 논의	24
2. 보건의료 분야 공적개발원조(ODA) 현황	27
IV. ODA보건사업의 지역사회참여 활성화 방안	33
1. 심층면담 결과 요약	33
2. 지역사회참여의 중요성	35
3. 지역사회참여 방해 요인	38
4. 지역사회참여 활성화 방안	50
VI. 고찰 및 결론	59
1. 고찰	59
2. 결론	63
참고문헌	66
부록(심층면담 내용 요약)	70
Abstract	102

표 차례

표 1. 시민참여 단계 모형	18
표 2. 지역사회참여 연속체	21
표 3. KOICA 연도별 사업유형별 보건분야 ODA 지원 현황	29
표 4. 우리나라 ODA 세부 보건 분야별 지원 현황	30
표 5. KOICA 프로젝트 사업 추진 절차	31
표 6. 면담 참여자의 ODA 보건사업 경험 특성	33

부록 차례

참여자 1	70
참여자 2	78
참여자 3	82
참여자 4	85
참여자 5	90
참여자 6	94
참여자 7	97

국 문 요 약

지역사회참여(communit y participation)는 개인, 가족, 지역사회 전체가 스스로 문제를 인식하고 거기에 대처하는 자조능력(self-reliance)을 기르는 과정으로 정의된다(WHO, 1997). 지역사회참여는 특히 보건의료 자원이나 의료 접근성이 부족하고, 건강불평등 문제를 안고 있는 사회에서 효과적인 지역사회 접근 방법으로 통한다. 이에 개발도상국을 대상으로 하는 공적개발원조(ODA)사업에서의 지역사회참여는 사업 효과의 지속성과 지역사회의 자조(self-reliance)능력과 역량을 제고하는 데 여전히 유효한 전략으로 간주된다.

이에 본 연구에서는 보건의료 분야에서 지역사회참여와 관련된 개념을 정리하면서, 우리나라 ODA보건사업에서 지역사회참여의 중요성과 방해요인을 살펴해보았으며, ODA 보건사업에서 지역사회참여를 활성화하는 방안을 모색하고자 하였다.

본 연구는 1)문헌고찰을 통해 지역사회참여와 관련한 개념과 우리나라 보건사업의 지역사회참여 및 보건분야 ODA 추진현황을 검토하였고, 2)ODA 보건사업을 수행한 보건전문가와 현장실무자와의 심층면담을 통해 우리나라 ODA보건사업에서 지역사회참여가 왜 중요한지, 방해요인은 무엇인지, 그리고 어떻게 지역사회참여를 활성화 할 수 있는지 그 방안을 도출하였다.

심층면담 결과 면담참여자들은 지역사회참여를 ODA 보건사업 성공의 필수요소로 보았으나, 기존의 지역사회참여 개념에 대한 낮은 인식수준은 제고되어야 한다고 보았다. 지역사회참여를 방해하는 요인으로서는, (1)수원국 지역의 참여에 대한 금전적 보상 요구, 지역사회내 무기력감 팽배, 지역의 비동질적(heterogeneous)특성 등으로 나타났다. (2)공여국 사업수행자 측에서 발생하는 방해요인은 크게 사업수행 인력의 역량문제와 ODA사업의 특성에서 찾았다. 사업수행인력 측면에서는 지역사회개념에 대한 인식, 경험, 통합적 시각, 파트너십 면에서 역량이 부족하다고 보았고, ODA사업의 특성 면에서는 사업의 단기적이고 성과 중심적이며, 분절적인 접근 방식이 지역사회

참여에 방해가 된다고 보았다. (3)양쪽의 공통된 방해요인은 공여국과 수원국 모두 지역사회참여에 대한 관심과 경험 부족으로 나타났다. ODA 보건사업에서 지역사회참여를 방해하는 요인을 살펴본 결과, 공여국의 ODA사업을 수행자 측이 수원국 지역사회를 제대로 이해하는 노력이 더 본질적이고 실제적이라는 결론에 이르렀다.

이러한 문제점들을 극복하기 위해서 모색할 수 있는 방안으로, 본 연구는 (1)지역사회 파트너십 적극적 활용, (2)지역사회의 긍정적 참여경험 제공, (3)사업 수행측의 통합적 인식과 마인드 제고, (4)현장 수행인력 교육훈련 시스템 구축, (5)ODA사업 수행 과정에 대한 질적 평가 확대, (6)지역사회에 대한 충분한 사전조사 등의 필요성을 제안한다.

핵심어 : 지역사회참여, 공적개발원조(ODA), 지역보건사업

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

국제보건의료분야에서 ‘지역사회참여(community participation)’ 개념은 그다지 새로운 것이 아니다. 지역사회보건사업과 함께 지역사회참여의 중요성은 일찍부터 논의되어 왔으며, 보건의료 현장에서 이러한 개념이 본격적이고 전략적으로 이용된 것은 1978년 WHO(World Health Organization)가 주창한 일차보건의료의 알마타 선언부터라고 할 수 있다. 알마타 선언의 ‘전 인류에게 건강을(Health for All by the 2000)’이라는 구호는 국제보건의료에서 주요 전략이 되었으며, 지역사회참여를 주요원칙으로 우선순위에 두었고(정민수 외, 2007)¹⁾, 인간의 기본 권리와 의무로서의 일차보건의료(Primary Health Care; PHC)를 제창하면서 보건의료이용의 접근성과 지속성을 보장하기 위한 방법론으로 ‘지역사회참여’ 개념에 주목하였다.

지역사회참여 개념은 1960년대 라틴 아메리카를 중심으로 지역사회개발에 있어 일찍이 일반화되어 있었다. 주민참여에 대한 기본적인 이상과 개념은 참여민주주의’에 대한 정치학적 논의(고성주, 1989)와 모든 사람들은 그들의 삶에 영향을 끼치는 결정에 참여할 권리를 가진다는 사회정의(social justice)가 근거로 작용하였고, 특히 농촌지역 NGO기반 프로그램에서 빈곤층의 건강 개선에 대한 참여 가치가 반영되었다²⁾.

비슷한 시기에 우리나라를 비롯한 개발도상국은 열악한 보건의료 자원, 의료접근성 부족, 사회계층간 건강 불평등 문제 등에 직면해 있었고, 이들은 자국의 보건의료발전의 주요전략으로 일차보건의료를 받아들였다.

이러한 배경에서 우리나라 지역사회 보건사업은 1969년 거제 보건사업을 효시로, 1970년대는 의과대학을 중심으로 하는 지역보건 시범사업이 활기를

1) 1978년 알마타에서 열린 ‘일차보건의료회의’에서는 이를 달성하기 위한 5대 원칙은 형평성, 지역사회참여, 적절한 테크놀로지, 예방, 부문간 협력이었다(WHO, 1978).

2) Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience(Susan,B.Rifkin,2009)

떠기 시작했으며, 마을건강원 양성, 어머니회 활용, 지역 의료보험조합 등 지역주민의 자조를 위한 참여방안들이 시도되었다. 그러나, 이러한 지역사회보건 사업의 경험은 1989년 전국민 의료보험도입과 함께 1990년대에는 거의 단절된다. 80년대까지 의료공급이 제대로 되지 않던 농촌에서도 의료 이용이 활발해지고 고급의료서비스의 요구도가 높아지면서 지역사회 보건사업이 더 이상 주민의 관심을 받기 어려워졌다. 이후 우리나라 대부분의 보건정책은 정부주도의 Top-down방식을 취하면서 지역사회가 주도권을 가지고 사업에 참여할 수 있는 기전의 필요와 효과를 저하시키는 하나의 요인으로 작용하였다(조병희, 2010).

우리나라는 경제성장과 더불어 강력한 정부 추진 보건사업으로 세계적으로 이례를 찾아보기 어려울 정도로 단시간에 감염성질환, 모자보건, 가족계획 사업 등에서 획기적인 건강지표 개선을 이루었다. 이러한 성과는 현재 개발도상국을 대상으로 하고 있는 우리나라 공적개발원조(ODA)사업에서도 단연 우리나라가 지니는 강력한 비교우위로 평가되어 많은 ODA보건사업에 좋은 사례로 활용되고 있다. 그러나 정부주도 보건사업은 보건정책 수립 및 이행과정에서 지역주민의 참여 필요성과 참여기전의 약화를 초래하고 지역주민들이 주인의식을 가지고 사업을 지속시킬 수 있는 추동력을 발휘하기 어려운 문제점을 안고 있었다. 더욱이 ODA사업 대상국의 경제 상태는 과거 우리나라와 유사하지만 정치, 사회, 문화 등 상이한 사회적 배경 속에서 다른 나라에 우리의 경험을 그대로 이식하는 것에 문제제기는 계속되고 있는 상황이다.

지역사회참여는 지역사회가 보건프로그램의 주체자로 프로그램 전 과정에 참여하는 경험을 통해 지역사회역량을 증진시킨다. 여러 연구에서 지역사회참여로 증진된 지역사회역량은 개인의 건강수준에 긍정적인 영향을 미치고 사회의 질을 높여왔다는 것을 밝히고 있다(Chaskin, 2001; 정민수 외, 2011). 나아가 지역주민과 정치인, 관료를 매개하는 참여과정은 지역사회가 정책에 영향을 미치기 위해 활동하게 되고 결국 이러한 활동은 민주주의를 증진시킨다(이영하, 2010).

그러나 우리나라의 보건사업 뿐 아니라 개도국에서 수행되고 있는 ODA 보건사업에서 지역사회참여가 제대로 이루어져 사회의 역량이 강화되어 지

속적인 효과를 발휘하고 있는 예를 찾기란 매우 어렵다. 그동안 보건의료 설비 및 인프라 구축 위주의 ODA지원 형태가 최근 보건의료체계강화와 같은 콘텐츠 위주의 사업이 두드러지고 있어 지역사회참여 기전이 확대될 가능성이 커지고 있지만, 아직 지역사회참여 개념에 대한 인식 수준은 대체로 낮은 편이다. 생의학적 패러다임, 즉 “보건의료:지역사회=의사:환자”로 인식하는 패러다임이 강하게 남아있고, 보건의료 전문가에 의해 기획된 프로그램에 지역사회는 목표 집단으로 인식되어 지역사회참여 수준을 매우 소극적으로 보는 경향이 있다. 지역사회가 자신들에게 영향을 미치는 보건문제 해결을 위해 보건의료서비스를 창출하며, 기획, 수행, 평가 등에 결정권을 가지고 협력하는 수준(empowerment)정도를 바람직한 참여라고 본다면 지금의 소극적인 참여 형태는 제고의 여지가 크다 할 수 있다.

그렇다면, 수십 년 동안 국내외 지역보건사업에서 지역사회참여를 주요 전략으로 하고, 수많은 물적 지원과 노력을 했음도 주민참여가 제대로 이루어지지 못하는 이유는 무엇인가. 특히 보건의료자원이 열악한 개발도상국의 대상으로 하는 ODA보건사업에서 지역사회참여는 동원개념³⁾ 이상의 가치부여가 가능함에도 지역주민의 참여수준이 향상되지 못하고 있는 원인은 무엇인가.

우리나라 보건의료분야 ODA사업은 지속가능한 발전에 기여한다는 비전을 가지고 대체로 지역사회 단위로 추진되어왔다. 그러나 여전히 사업 수행자측은 지역사회를 단순히 사업의 수혜대상자로 인식하는 편이며, 지역사회참여의 본질을 깊숙이 내재화하지 못하고 있다. 또한, ODA사업에서 주민참여 중요성에 대한 자각은 점점 커져가고 있는 반면, ODA보건사업과 지역사회참여가 연관된 연구는 매우 드물다⁴⁾. 본 연구는 이러한 문제의식에서 출발하였다.

따라서, 본 연구에서는 사회적, 경제적, 환경적 건강 결정요인을 개선하고 해소하기 위한 지역사회 건강개선 접근법으로 보건의료전문가, 연구자, 지역사회

3) 김용익(1992)은 보건의료 개발이 이루어지고 있는 대부분의 개도국은 사회전반에 걸친 취약한 인프라 구조와 절대적으로 부족한 보건의료 시설과 인력문제에 봉착해 있는 상황이며, 이러한 열악한 상황에서 보건문제를 최소한의 수준에서라도 해결하기 위해서는 주민의 잠재적인 역량을 최대한 동원하여 야만 한다는 주민의 참여논리가 가능하다고 하였다.

4) 우리나라에서 지역사회참여개념을 가지고 ODA보건사업 과정을 연구한 논문은 신혜정, 김의숙, 유병옥, 이현경(2010)이 진행한 에콰도르 사례연구가 본 연구자가 찾을 수 있었던 유일한 논문이었다.

회 구성원이 모두 연계된 종합적이고 참여적인 보건사업이 필요하다는 인식하에 ODA보건사업에서 지역사회참여 전략의 활성화 방안을 ODA보건사업 경험을 가진 보건의료 전문가와 현장실무자와의 심층면담을 통해 모색하고자 하였다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 (1)보건의료 분야에서 지역사회참여와 관련된 개념을 정리하고, 2)우리나라 ODA보건사업에서 지역사회참여의 의의와 방해요인을 밝혀 3)ODA 보건사업에서 지역사회참여 전략의 활성화 방안을 모색하고자 한다.

3. 연구의 방법

가. 문헌고찰

본 연구에서는 문헌고찰을 통하여 지역사회참여와 관련된 개념을 이해하고 지역보건사업에서 지역사회참여의 수준을 논하였다. 그리고 우리나라 보건분야 ODA 현황을 고찰하였다. 고찰 대상으로 하였던 문헌 자료는 국내외 단행본, 학회 논문자료, 학위 논문자료 이외 세계보건기구(WHO)의 여러 지부에서 출판된 지역사회참여에 관한 보고서, ODA보건사업과 관련된 KOICA의 사업 실적 통계집 등으로 하였다.

나. 심층면담

본 연구에서는 우리나라의 ODA보건사업을 직접적으로 수행한 경험이 있는 ODA 보건의료 전문가 및 현장실무자와 심층면담을 실시하였다. 면담을 통하

여 ODA보건의사업에서 지역사회참여에 대한 중요성, 지역사회참여 방해요인, ODA보건의사업에서 지역사회참여 전략의 활성화 방안을 도출하였다.

(1) 면담 참여자 선정

면담 참여자는 보건의료 전문성을 지닌 집단의 구성원으로서 우리나라 ODA 보건의사업을 수행하는 학계, 의료기관, 보건의료NGO 등 보건의료관련 기관에서 최소 1년 이상 ODA보건의사업을 수행한 경험이 있거나 수행 중에 있는 자를 대상으로 하였다. 심층 면담 대상자에게 연구의 목적과 절차를 전화와 서면으로 직접 설명하고 참여에 동의한 7명이 선정되었다.

(2) 면담내용

면담 내용은 참여자의 ODA보건의사업 수행 경험을 토대로 ODA 보건의사업에 있어 지역사회참여 전략이 갖는 의의, 지역사회참여의 지역사회참여 활성화를 위한 방안에 대한 의견을 중점적으로 질문하였으며, 때에 따라서 참여자의 응답내용을 좀 더 명확히 파악하기 위하여 추가 질문들이 포함되었다.

(3) 자료수집 방법

심층면담 참여에 동의한 7명을 대상으로 1:1 개별 면담이 2013년 10월 중순부터 12월 중순까지 진행되었다. 개별면담은 1회 실시하였으며, 1회 면담에 걸린 시간은 30분에서 1시간 30분 정도 소요되었다. 면담의 원활한 진행을 위하여 참여자가 편안해하는 곳을 면담장소로 택하여 주로 참여자의 개인사무실, 서울 시내의 조용한 카페 등지에서 실시하였다. 면담은 개방적이고 비구조화된 질문 형태를 사용하였고, 면담자의 동의를 얻어 면담내용을 모두 녹음하여 자료의 누락을 방지하였다. 1차면담 후, 추가적으로 확인해야 할 사항은 직접 전화나 e-mail을 통해 재확인하여 보충하였다.

(4) 자료분석 방법

면담한 내용은 주제 분석을 위해 녹음 내용을 모두 필사하는 과정을 거쳤다. 심층면담 참여자 7명의 면담자료는 최종 53쪽에 달하였고⁵⁾, 녹음내용과 기록지를 반복적으로 청취하고 읽은 후, 문장을 분석단위로 하여 의미 있는 표현에 표시하여 면담주제인 ODA 보건사업에서 지역사회참여가 갖는 중요성과 실행에 있어 방해되는 요인, 그리고 이러한 문제점 극복을 위한 방안을 중심으로 표현이 유사하고 공통적인 요소들은 따로 묶어 분류하였다. 면담 참여자를 구분하기 위하여 참여자 1번부터 7번까지 일련번호를 부여하였다. 참여자의 의미 있는 직접적인 응답 표현은 ‘돋움’ 체와 따옴표(“ ”)로 표시하여 제시하였고, 좀 더 핵심적인 내용은 밑줄을 그어 강조 표시하였다. 구두 표현을 문자로 나타내는 한계로 인한 오해를 줄이기 위한 연구자의 부가적인 설명은 괄호로 표현하였다.

5) 부록 참조

II. 지역사회참여 개념과 원리

1. 지역사회참여 관련 주요 개념

가. 지역사회

지역사회(community)라는 용어는 그것을 사용하는 영역마다 다양하게 사용되고 있다. 지역주민 자체를 일컫기도 하고 어떤 장소나 지리적 구역을 이르는 용어로도 쉽게 인식된다. 지역사회는 그 이상의 어떤 관심이나 이익을 공유하는 사람들의 집단이나 지역에서 여러 관계를 맺고 있는 사회관계망(network)를 말하기도 한다. 유승현(2009)는 “지역사회는 행정구역상의 지리적 지역사회에 국한되지 않고 정체성을 공유하는 공동체를 포괄한다. 따라서 관심사, 문화, 체제 등을 공유하고 소속감, 공동체의식을 공유하는 집단으로서의 community에는 학교나 직장, 군대와 같은 조직과 동호회, 부녀회, 소비자단체, 학부모회, 환우회, 소비자단체 등의 모임이 다양하게 포함되는데 이를 Israel 등은 정체성 공동체(community of identity)라고 하였다 ‘고 하였다. 홍성모(2011)는 일반적으로 지역사회는 특정 국가와 지역에 거주하는 주민들은 물론 특정 종교의 인종집단과 관련이 있으며, 그 지역사회에 대한 정치적·사회적·경제적·문화적 관심과 이해를 공유하는 이익집단 등의 속성을 반영한다고 하였다.

반면, WHO/SEARO(Regional Office for South East Asia)(1981)는 지역사회를 친밀하고, 균질하며, 정적인 사람들의 결집체로 보아서는 안 되며, 오히려 서로 다른 차원과 이해관계를 가지는 계층화된 집단의 모임으로 보아야 한다고 하였다. 집단 안에 권력과 지위의 계층이 있고 경쟁과 갈등이 존재한다는 것을 의미한다. 고성주(1989)는 비판적 인류학적 시각에서 지역사회의 동질성에 대한 가정은 잘못된 것이며 하나의 지역사회가 갖는 전통, 정체감 가치 등은 그 자체가 독립변수가 아니라 생태적, 사회 환경적 조건에 따른 종속변수로서 역동적인 적응과정을 가진다고 하였다. 때문에 지역보건사업의

실패를 사업제공자와 다른 지역사회의 전통적 가치관이나 주민참여 의식의 부족 등으로 잘못을 돌리려는 생각은 잘못이라고 보았다. 또한 한 지역사회에서 나타나는 현상은 지역사회가 속한 사회와 외부사회의 정치·경제·문화 등 모든 수준에서 상호영향을 미치기 때문에 지역사회를 이해하기 위해서는 지역사회 영역 외의 바깥 사회에 대한 분석도 필요하다고 강조하였다.

한편, 미국 질병통제센터(Center of Disease Control; CDC)는 지역사회를 체계적(systems), 사회(social), 개인적(individual), 그리고 가상적(virtual)인 측면에서 지역사회 개념을 다루고 있는데, 특히 가상적 측면은 오늘날 통신망의 발달로 인터넷상의 가상적 공동체가 개인의 삶에 중요한 의사결정에 영향을 크게 미친다는 면이 반영된 결과로 인터넷과 온라인 공동체를 전통적 지역사회 개념으로 인식하고 있다(CDC, 2011).

이와 같이 지역사회는 여러 관점을 다양한 정의를 포함하고 있는데, 공통적으로는 지역사회가 단지 행정적 단위나 지리적으로 구분 되는 것이 아니라 공동의 관심사나 환경, 정체성을 공유하는 공동체, 이해공동체, 온라인과 오프라인의 공동체를 포함하는 넓은 개념으로 이해된다. 정민수 외(2011)는 지역사회는 자연스럽게 형성된 하나의 하부지역이면서 완전히 닫힌 체계는 아닌, 적절하게 경계를 유지하는 내적 상호관계의 집합이라고 하였다. 이와 동시에 지역사회는 동질적이기도 하고 비동질적인 속성을 더 깊이 이해하기 위해서는 지역사회가 속한 사회의 정치·사회·경제 등의 모든 수준과 권력이나 부의 분배와 같은 규정요인에 대한 더 넓은 스펙트럼을 이해해야 한다. 따라서 기존의 지역사회보전사업에서 지역사회를 단순히 행정구역별 또는 주거지를 공유하는 유사한 집단으로 가정하는 것은 지역사회가 갖는 다양한 특성과 변화를 담지 못하고 지역사회를 잘못 이해할 가능성이 있으므로(곽민선 외, 2012), 보전사업 기획 시 사업의 성격에 맞는 지역사회 정의를 명확히 할 필요가 있다.

많은 문헌에서 ‘지역사회(communitiy)’는 ‘지역주민’, ‘주민’, ‘공동체’로 번역되거나 같은 의미로 사용되기도 한다. 김용익(1992)는 우리말의 ‘지역사회’는 ‘지역’이라는 공간의 의미가 더 크지만, ‘지역사회참여’에서는 ‘공간’이 참여하는 것이 아니라 ‘사람’이 참여함을 뜻하므로,

‘지역사회참여’를 ‘지역주민참여’로 하는 것이 더 적합하다고 하였다. 본 연구에서는 ‘지역사회참여’ 개념을 더 중심에 두고 주변 개념을 정리하려는 의도를 가지고 있으므로, ‘지역사회’라는 용어는 ‘사람’과 ‘공간’의 개념을 모두 포함하는 개념으로 정의한다. 그러나, 문맥의 흐름상 이 두 가지를 구분해야 하는 경우는 ‘지역사회’와 ‘지역주민’을 혼용하도록 한다.

나. 참여

참여는(participation) 일상적으로는 회합이나 모임에 참여하는 것과 같은 다른 사람들과 함께 하는 활동에 관여하는 것부터 특정 사안에 대하여 의사결정 하는데 역할을 하는 것도 참여라고 일컬어져 왔으며, 다양한 학문분야나 각기 다른 환경에 처해 있는 사람들에게 각기 다른 의미로 해석되어 왔다.

정치학에서 시민참여는 개인이 정부 관료 선출이나 그 행동에 직접적인 영향을 미치는 활동으로, 환경-행동과학에서는 개인이 사회제도, 프로그램, 환경에 관한 의사결정에 관여하는 것으로, 지역사회조직론에서는 개인이 자신들의 생활에 영향을 미치는 정책 결정에 영향을 미치기 위한 수단으로서 참여를 정의하였다(김중해, 1995).

참여는 사람들이 자신들에게 중요한 영향을 미치는 광범한 영역의 결정에 효과적으로 관여하는 것이며, 동시에 어떤 공동 목적을 달성하기 위한 과정이다. 이러한 참여가 중요한 것은 참여한 사람들의 개인적 만족감과 공동의 정신을 증진시키고 의사결정 과정에 참여한 경우 결정에 대한 이해와 동의가 높아져 자원의 동원을 용이하게 하고 내용을 시행할 때 효과성을 높일 수 있는 등의 참여의 효과 때문이라고 보았다(김중해, 1995; 이영하, 2010). 이러한 측면은 참여를 목적 실현을 위한 도구이자 그 자체로 하나의 목적으로 이해하는 것이다. 참여는 나아가 자신의 생활에 영향을 미칠 수 있는 결정에 통제력을 가지게 함으로써 사람들이 거대사회에서 느끼는 소외감을 감소시키고 인간의 잠재능력을 개발시키는 교육과정으로 그 자체가 목적이 되기도 한다(김중해, 1995; 홍성모, 2011).

이러한 정의들의 공통적인 개념은 개인과 의사결정에 대한 힘(power)의 관

계임을 알 수 있다. 즉, 참여는 개인이 개인에게 영향을 미치는 의사결정에 관여하거나 권한을 행사하는 활동이라고 할 수 있다. 때문에 참여는 개인이 의사결정력을 얼마나 가지느냐에 따라 다양한 수준의 참여 형태로 나타날 수 있다.

또한, 참여는 지역사회 주민을 위시한 개인 차원에만 해당되는 활동이 아니라 각종 규모의 유형의 조직, 기구, 부서, 기관 차원에도 해당된다. 협력이라는 특성이 다른 다수의 조직들이 서로 공유하는 목적을 이루기 위하여 관계를 맺고 각자의 역할과 달성 목표를 정해 함께 일하는, 다시 말해서 관계형성과 공동의 작업에 참여하는 것이기 때문이다. 이에 참여와 협력은 지역사회 역량의 주요영역이자 역량강화 전략으로 받아들여지고 있다(유승현, 2012).

보건의료분야에서 ‘참여’는 1979년 WHO의 알마타 선언에서 일차보건의료 달성을 위한 핵심전략으로 채택되면서 1970, 80년대 전 세계의 지역보건사업의 주요개념으로 활용되어왔으며, 최근에는 건강증진의 핵심 전략으로 강조되고 있다. 건강증진에서 참여는 그 자체가 건강증진활동으로 인식되고 있고, 특히 우리나라에서는 지역보건의료계획 지침아래 지역주민 참여형 보건사업이 보건소를 중심으로 진행되고 있다. 김공현(2003)은 지역보건에서 참여를 지역사회 구성원들이 지역사회의 요구가 무엇이며, 그 요구의 본질이 무엇이고, 어떻게 그러한 요구들을 만족시킬 수 있는가를 결정하고, 그 결정을 실현하기 위한 여러 활동들에 능동적으로 적극적으로 관여하는 것으로 보았다.

참여는 그 방식은 여러 형태로 분류할 수 있다. 참여조직의 유형이나 정치사회적 환경과의 관계에 따라서도 구분할 수도 있고, 단순히 외형적으로 직접·간접참여, 공식·비공식 참여, 개인·집단참여로 나눌 수 있다. 본 연구에서는 연구의 목적인 지역사회가 보건사업에 실제로 어떠한 내용으로 참여를 하고 있는지를 진단하고 궁극적으로 지향해야 할 참여형태를 가늠하기 위하여 참여의 외형적인 형태보다는 참여자의 권한 부여 정도에 따른 참여 형태를 다음 장에서 논하도록 하겠다.

다. 지역사회참여

‘지역사회참여’의 용어적인 측면에서 살펴보면, 먼저, WHO의 알마타 선언에서는 지역사회참여를 ‘community participation’으로 표현하였다. 이후 김용익(1992)은 ‘일차보건의료에 대한 지역사회 주민의 더 깊고 더 개인적인 관련성(a deeper and more personal identification of members of community with primary health care)’을 의미하는 ‘involvement’가 참여로서의 의미가 더 크다고 보았다. WHO/Europe(2002)에서는 개인과 가족이 자신의 건강 및 지역사회건강에 책임을 느끼고 자신과 사회의 발전을 위하여 기여할 능력을 개발하는 것으로 이해되는 ‘기여(contribution)’ 개념을 제안하기도 하였다. Laverack(2007)은 community involvement는 지역사회 자원을 동원하고 보건의료서비스 접근성을 촉진하는 측면에 초점을 맞춘 관점이라 보고 이보다 ‘community engagement’가 더 발전된 참여의 단계라 하였다. 그러나 아직까지 참여 용어에 대한 세밀한 분석 자료는 그다지 많지 않다. 국내논문은 ‘지역사회참여’, ‘지역주민참여’, ‘주민참여’, ‘시민참여’ 등을 사용하고 있으며, 영어권에서는 지역사회를 크게 ‘community’, ‘citizen’으로, 참여를 ‘participation’, ‘involvement’, ‘engagement’ 등으로 혼용해서 사용하고 있다. 본 연구에서는 지역사회참여 개념에 있어 세부적인 구분을 하지 않으며 해석에 있어 비슷한 개념으로 사용하도록 한다.

지역사회참여 개념은 알마타 선언 이전 시기에도 서구 사회를 중심으로 시작하여 라틴 아메리카, 아시아의 대부분 나라에서도 자주 거론되던 개념이다. 지역사회참여는 원래 1950년대부터 주로 농업부문의 개발론인 지역사회 개발론에서부터 강조되기 시작한 것으로, 이러한 방식의 사회발전론 및 주민참여론은 보건의료에도 매우 큰 영향을 주었다. 이 개념에서 보건의료는 주택, 교육, 농업 등 사회 각 부문의 일부분이며 불가분의 관계를 맺고 있는 것으로 인식되었고, 보건개발은 지역개발의 일부분이어야 한다는 전략이 수립된다(Ugalde, 1985; 고성주, 1989; 김용익, 1992). 이는 건강향상을 위한 노력은 보건부문뿐만이 아니라 모든 삶의 부문과 통합하는 노력이 필요하다는 근거를 제공한다. 또한 지역사회참여는 좀 더 나은 건강상태로 촉진하는 역할을 하며 건강과 관련된 자원과 서비스 접근성에 대한 형평성을 증진시키킨다

(Rifkin, 2009).

보건의료 분야에서 지역사회 참여는 앞에서 ‘지역사회’와 ‘참여’의 개념을 고찰하였듯이, 지역주민이 자원으로 동원되는 개념보다 지역사회에 영향을 미치는 의사결정에 지역주민이 다양한 형태로 참여하는 것으로 간단히 요약할 수 있다. 그러나 지역사회가 실제로 참여기회가 주어진다 해도 모든 지역사회 구성원이 참여하는 것은 아니다. 지역사회가 참여를 하는 데에는 지역사회를 구성하는 다양한 특성이 참여에 영향을 미치기 때문이다.

이러한 참여 결정요인에 대해서 김종해(1995)는 지역사회의 맥락을 형성하는 환경, 생태, 사회적 특성인 인구구성, 사회관계망, 규범, 전통 등을 비롯하여 인구학적 특성을 주요 결정요소로 보았다. 그 중에서 연령, 학력, 직업, 계층과 같은 인구학적 특성은 참여에 필요한 중요한 자원으로 특정한 역할을 수행에 필요한 기술, 관련 경험, 참여에 소요되는 비용(시간, 돈)등을 어느 정도 보유하고 있는가가 참여에 영향을 미친다고 하였다. 지역사회 시민의 참여활동에 직접적 영향을 미치는 요인을 개인적 수준과 제도적 수준으로 구분하여 분석한 김혜정(2012)은 참여역량으로서 참여기술, 시민의식, 참여경험과 시민적 태도로서 정치효능감, 신뢰, 지역사회 운영에 대한 만족 수준이 제도적 요인들과 함께 영향을 미치는 것으로 파악하였다.

한편, 지역사회가 다양한 지역사회내의 문제와 관련하여 참여를 통한 문제 해결을 위해서는 지역주민과 지방정부를 비롯한 다양한 집단의 복잡한 상호작용이 필요하다. 예를 들면, 지방정부의 정책결정과 내용에 영향을 미치는 기제로서 지역사회참여는 지역주민과 정치인, 관료를 매개하는 수단이 될 수 있는데, 이것은 지역주민들이 어떻게 공공 토론 및 의사결정에 참여하느냐의 사회 및 정치과정이 지역사회의 건전성을 결정하는 것을 의미하기 때문에 민주적 거버넌스 발전을 위해서 지역사회 내 각 집단의 상호협력, 나아가서는 각 집단 간의 네트워크와 시민들 간의 적극적인 동참이 요구된다. 이와 함께 시민 참여는 민주적 정당성이라는 목적에 기여하는데, ‘참여’는 지역주민과 정치인, 관료를 매개하는 핵심적 수단이 되어 시민들의 정부 및 정책에 영향을 미치기 위해 활동하게 되고, 결국은 이러한 활동은 민주주의를 증진시킨다(이형하, 2010). 즉, 대의민주주의 하에서 시민참여는 정치체제 하에서 시민들 간

의 신뢰를 증진시키고 공식적 과정을 통해 참여를 촉진함으로써 제도적 성과를 높인다(홍성모, 2011).

이러한 맥락에서 보건의료 분야에서의 지역사회참여는 일차보건의료의 핵심 원리로 작용하면서 사회정의(social justice)를 강조하고 있다. 모든 사람들은 그들의 삶에 영향을 미치는 결정에 참여할 권리가 있다는 관점을 반영한다. 이에 WHO(1979)는 지역사회참여(community participation)는 개인, 가족, 지역사회 전체가 스스로 문제를 인식하고 거기에 대처하는 자조능력(self-reliance)을 기르는 과정으로 정의하면서 일차보건의료의 핵심전략으로 채택하였다. 알마타 선언에서는 ‘사람들은 그들의 보건의료에 대한 계획과 수행에 개인적이고 집단적으로 참여할 권리와 의무가 있다⁶⁾’고 명시하고, 일차보건의료는 지역의 개인과 가족의 ‘전적인 참여(full participation)⁷⁾’를 통하여 이루어지며 참여를 통해 발생하는 자조능력과 책임성을 강조하였다.

따라서, 보건의료 부문에서의 지역사회참여는 보건의료기관 또는 중앙당국의 보건전문가가 기획한 보건의료프로그램에 의해 변화되는 수동적 대상으로 인식하는 것이 아니라, ‘지역사회가 보건의료서비스를 전달·창출하는 여러 과정들 즉 계획, 시행, 평가 등 모든 과정에 적극적으로 개입하여 의사결정을 하면서 응분의 책임을 가지는 것(김공현, 2003).’으로 정의할 수 있다. 진정한 주민참여가 가능하기 위해서는 주민의 주체적 인식, 지역주민이 자발적이고 효율적으로 참여 할 수 있는 조직기반 구축, 의사결정과정에서 실제적 참여를 전제로 할 때, ‘주민으로 하여금 보건의료 서비스를 잘 이용하게 하는 것’을 가장 편협하고 낮은 수준의 참여로 보며, 진정한 참여는 주민 또는 주민조직의 권력(power)에 근거한 것으로 주민이 ‘선택’ 할 수 있어야 하고 ‘반대’ 할 수 있는 자체결정(self-determination)을 의미한다(고성주, 1989).

6) 원문내용은 ‘The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.’ 이다(Declaration of Alma-Ata, WHO(1978)).

7) 원문내용은 ‘Primary health care is essential health care based on practically sound and socially acceptable methods and technology made accessible to individuals and families in the community through their full participation...’ 이다(Declaration of Alma-Ata, WHO(1978)).

라. 지역사회역량

역량(capacity)이란 보통 영어로 ‘competence’, ‘empowerment’와 혼용되어 사용되며, 사전적 의미로는 ‘어떤 일을 해낼 수 있는 힘’을 말한다. 같은 맥락에서 따져본다면, 지역사회역량(communitary capacity)은 지역사회가 어떤 일을 해낼 수 있는 힘을 의미하며, 이는 앞에서 고찰한 ‘지역사회참여’ 개념과 매우 밀접한 관련성을 가진다. 지역사회의 건강의제가 파악되고 결정되는 과정에 지역사회가 참여하여 대안을 개발하고 문제해결을 경험함으로써 지식, 기술, 경험, 자원이 증강될 수 있기에 참여는 역량강화 과정이자 발전된 역량의 형태라 할 수 있다(유승현, 2012). 즉, 역량화(empowering)는 참여가 목표로 하는 최상위 단위로 볼 수 있다. 이런 맥락에서 지역사회역량(communitary capacity)은 지역사회가 그들의 참여로 지역사회가 내재하고 있는 물적, 사회적 자원을 찾아내어 지역사회내의 어떤 과업을 달성할 수 있는 능력이라 할 수 있다.

보건의료 영역에서 지역사회역량에 관심을 갖는 것은 건강에 대한 사회적 결정요인이 부각되면서 지역사회를 단위로 하는 보건사업이 필요하다는 인식에서 비롯된다. 지역사회역량 개념은 1970년 이후 세계화 추세에 대응하여 지역사회 생존력과 자발성을 강화하려는 서구와 남미 등지의 사회운동에서 기원한다. 초국가적인 경제발전 일변도의 추세 속에서 지역이 황폐화되고 위기를 맞는 상황에 대응하여 질병에 대한 치료위주의 보건사업만으로는 지속성을 보장할 수 없는 현실을 인식하게 되었다(정민수 외, 2007). 개인과 사회는 각자가 가지는 모든 속성들과 상호작용하기 때문에 건강에 대한 접근방식이 질병 중심의 의학적 중재를 위주로 하는 생의학적 중재 패러다임으로는 건강 개선에 한계가 있다. 지역사회역량은 사회 및 보건문제 해결에 지역사회의 자산과 잠재능력에 대한 긍정적 측면에서 작용한다. 즉, 지역사회는 그들 스스로가 그들의 문제를 진단하고 문제해결에 필요한 자원과 능력을 찾아내어 의사 결정하는 과정을 통해 지역사회 문제를 해결하고 진정한 지역발전을 도모할 수 있는 잠재능력이 있다고 보는 것이다.

곽민선 외(2012)는 Chaskin(2001)의 ‘지역사회역량은 지역사회의 개인, 조직, 네트워크가 각각의 기능을 하면서 역량이 형성되고, 이후 지역사회의 특

성에 따라 그 역량이 확대된다'는 관점을 인용하여, 이러한 역량개념을 적용하려면 동기, 지식, 기술을 가진 인적자본이 전제되어야 하고, 개인, 조직, 네트워크가 각자 제 역할을 할 때 역량을 이야기할 수 있다. 지역사회는 다양한 잠재 자원을 갖고 있고 이것이 발굴되고 조직화되는 정도에 따라 그 발전과 역량 증진이 좌우된다고 보았다. 안양희(2007)는 지역사회역량을 지역 내 자원을 개발하고 활용할 수 있는 지역사회의 힘과 능력으로 정의하고, 지역사회 구성요소들의 상호 역동적인 과정에 의하여 조직, 인구집단, 지역사회의 다차원적 수준과 지역주민의 건강유지, 증진 및 지역개발에 이르기까지 포괄적인 특성을 지닌다고 하였다. 정민수 외(2007)는 지역사회 안녕과 건강 증진을 위한 수단이 될 수 있는 인적 자본, 조직 자원, 사회자본의 상호작용을 통해 지역사회의 보건학적인 문제를 스스로 해결하는 능력을 지역사회역량이라 하였다.⁸⁾ 지역사회역량을 측정하는 척도는 지역사회정체성(sense of community), 사회적 연결망(social network), 신뢰와 상호관계(trust/reciprocity), 사회적 결속력(social cohesion), 지역사회참여(community participation) 영역으로 기술하였다⁹⁾.

이러한 지역사회역량 개념은 지역사회에 대한 기존의 문제 중심 접근에서 지역사회의 자산과 강점을 기반으로 하는 전체적인(holistic) 접근을 사용한다. 흔히 보건의료 전문가가 지역사회 건강문제를 진단하는 데 있어 문제 중심으로 지역사회를 보는 관점이 두드러질 수밖에 없는데, 지역사회 문제를 해결하기 위해서 외부 지원에 의존하기보다 지역사회 내 개인, 조직, 기관 등이 가지는 긍정적인 강점을 활용하고자 하는 관점이다. 이러한 과정에서 지역사회의 다양한 주체들의 참여는 필수적이며, 참여자들의 리더십 개발, 구성원의

8) 여기서 사회자본이란, 지역사회 구성원들 간에 정체성의 공유, 유기적 의사소통, 상호신뢰 및 평등한 참여를 기반으로 구축된 결속과 통합을 의미한다. 즉, 지역사회구성원들이 상호이익을 위해 조정과 협력을 촉진시키는 네트워크, 규범, 신뢰와 같은 사회적 형태를 의미하며, 이러한 사회 자본은 잘 보이지는 않지만 비공식적으로 상호작용하면서 지역사회가 변형할 수 있는 조건을 만든다(정민수 외, 2011)

9) 5가지 척도의 세부 영역은, 1)지역사회 정체성(sense of community): 지역주민의 지역에 대한 소속감, 영향력, 필요의 충족, 공감대 등, 2)사회적 연결망(social network): 친구나 이웃 접촉, 도움을 청할 수 있는 주변인, 사회적 지지에 대한 규범정도, 3)신뢰와 상호관계(trust/reciprocity): 지역거주기간, 타인에 대한 신뢰, 사회적 신뢰 등, 4)사회적 결속력(social cohesion): 사회적 포섭, 사회성, 갈등과 폭력 등, 5)지역사회참여(community participation): 지역단체와 조직에 대한 참여여부 및 참여형태, 활동 내용 등이다

응집력, 문제해결 능력 향상으로 이어지는 순기능을 하게 된다.

건강관리 사업에서 역량이 높은 지역사회는 지역주민들이 지역사회문제에 대해 인식을 함께 하고, 그들이 가지고 있는 지식과 기술에 의해 문제해결 할 능력과 행동할 의지를 가지고 있으며, 지역사회 내 개인, 조직, 기관, 그룹 등이 관련 지식, 기술 및 특수성을 가지고 있는 상태를 말한다. 구성원들은 지역사회의 안녕 유지나 건강증진에 관심이 높고, 지역사회에 적극적으로 참여하며, 문제해결에 초점을 두는 반면에 불건강한 지역사회는 빈곤, 질병, 무관심, 불만 등으로 역기능적이다(안양희, 2007). 역량은 사람들이 집단적으로 행동하는 것을 돕고, 힘의 불평등에 도전하며, 자원에 대한 접근성과 기관을 변화시킴으로써 건강증진을 가져온다(Rifkin, 2009).

지역사회의 역량에 있어 지역사회 참여과정은 필수요소로 작용한다. 지역사회역량의 주된 목표는 지역사회 구성원이 외부로부터의 지원에 대해 단순한 수혜자가 아닌 지역사회 개발을 주도하고 다른 집단과 협력할 수 있는 능력을 키우는 데에 있으며, 이는 지역사회참여 없이는 이룰 수 없다. 따라서 보건사업 기획자는 지역사회역량을 구성하는 요소를 잘 인지하여 지역사회 구성원의 참여 기전을 다양화하고, 그러한 참여 과정을 통해 지역사회가 스스로 건강문제를 인식하고 해결하며 건강증진을 꾀할 수 있는 능력을 갖도록 조력하는 역할이 강조된다.

2. 지역사회참여 단계와 원리

지역사회참여 개념에 대해서 참여의 필요성에 대해서는 나름의 합의된 논의가 있으나, 어디까지를 참여로 볼 것인가가 사람들마다 입장과 생각이 다르다. 그리고 대부분의 지역보건사업에서 지역사회의 자발적 참여를 강조하지만 실제적으로 지역주민들은 사업수행과정에서 동원 수준의 참여를 요구받거나 의사결정과정에서는 거의 배제가 되고 있는 경우가 많은 게 사실이다.

지역사회참여의 단계나 원리를 너무 개념적으로 구분하는 것은 변화무쌍한

지역사회 보건사업 현장에서는 그다지 도움이 되지는 않는다. 그러나 지역사회참여가 실제적으로 어떠한 형태로 이루어지고 있는지, 참여의 내용이 얼마나 실질적인가를 지역사회참여의 단계와 원리를 통해서 확인하고 진단하는 것은 현재의 상태를 이해하고 개선할 부분을 예측하는데 도움이 될 것이다.

가. 지역사회참여 단계

지역사회참여는 지역의 역량이자 역량 강화의 전략이다. 참여의 형태는 강좌의 청중역할, 자원봉사, 보건교육, 건강증진 프로그램 참가, 주민위원회, 공청회 등에서 의견개진, 주민건강리더, 시민모니터요원 활동, 거버넌스 참여 등 다양한 형태로 나타날 수 있다(유승현, 2012). 하지만 지역사회보건 현장에서는 지역사회 정보 탐색, 제공, 의사결정시 의견 개진, 위원회 회원으로서 형식적 회의참석 등의 형태에 국한되어 있었음을 인정하지 않을 수 없다. 지역사회의 참여가 역량강화로 작동하기 위해서는 지역 주민이 특정 프로그램이 자리 채우기와 같은 형식적 참여가 아니라 프로그램의 기획과 의사결정을 논의하는 실질적 참여의 수준으로 발전될 소지가 있어야 할 것이다.

지역사회참여의 정도 수준은 참여의 고전적인 개념 틀인 Arnstein(1969)의 ‘시민참여 8단계 모형’이나 Brager&Specht(1973)의 ‘지역사회참여 단계모형’ (표 1.)에서 잘 설명된다. 두 모형은 비 참여(non-participation)에서부터 현실적으로 많이 이루어지고 있는 참여자의 정보제공, 발언기회 제공 등의 형식적 참여, 그리고 지역사회가 협력과 의사결정에 권한을 행사하는 정도의 적극적 참여까지를 단계별로 설명하고 있다.

Arnstein(1969)¹⁰⁾의 8단계 참여 단계는 참여의 효과 측면에서 3범주로 분류하였다. 그는 ‘Manipulation(조작)’과 ‘Therapy(치료)’를 참여의 가장 낮은 단계로 참여가 이루어지지 않은 수준으로 보았다. 주민은 의사결정에 참여시키지도 않으면서 참여의 형식을 흉내 내는 ‘조작’과, 형식적인 참여를 인정하지만 실질적인 효과가 없는 ‘치료’ 단계(고성주, 1989)는 사람들이 프로그램을 기획하고 수행하는데 참여할 수 있도록 하는 것이 아니라 권한

10) Sherry R. Arnstein(1969), A ladder of citizen participation, JAPA

을 가진 사람들이 참여자를 ‘교육’ 하고, ‘치료’ 할 수 있도록 하는 게 목적일 뿐이다. Informing(정보제공) . ‘Consultation(상담)’ , ‘Placation(회유)’ 은 권한을 가진 자에 의해 참여가 확대되고 참여자의 의견이 반영될 수 있으나, 이러한 조건하에서 권한 있는 자의 배려에 의지할 수 밖에 없고 배려를 장담하기도 어렵다. 이 수준에서 사람들은 참여에 제한이 생기면서 현실에서 요구되는 변화를 확신할 수 없다. 권한이 없는 자(have-nots)는 자신의 의견을 포함한 조언을 하는 것이 허용되는 Placation(회유))단계는 형식주의 단계에서 가장 높은 수준이기는 하지만, 여전히 의사결정권은 권한을 가진 자가 가지며 주민의 영향력은 매우 미약한 형식적 참여의 범주에 속한다. 그리고 마지막으로 전통적인 권력과 거래를 하고 협상할 수 있는 ‘Partnership(협동관계)’ 과 ‘Delegated Power(권한의 위임)’ , 중요한 사안에 대한 의사결정권 또는 전체 관리력을 발휘하는 ‘Citizen Control(통제력)’ 단계는 그들의 의사결정권을 발휘하는(Citizen Power) 본질적인 참여로 분류하여 참여의 최상위 단계로 보았다(표 1). 고성주(1989)는 이 모형이 권력관계 및 분배에 초점을 두고 체계적인 분류를 하고 있으나, 각 단계에서 이루어지는 사회 전반적 체계와의 관련성이 언급되지 않는 제한점이 있다고 하였다.

표 1. 시민참여 단계 모형(The ladder of citizen participation)

Brager&Specht (1973)	Level	Arnstein (1969)	
Control Delegated authority Plan jointly Advise Consulted Information No participation	High	Citizen power	Citizen control Delegated power Partnership
		Tokenism	Placation Consultation Informing
		Non-participation	Therapy Manipulation
	Low		

*출처 : 유승현 (2012), 지역사회건강증진을 위한 참여: 이해와 적용

Brager&Specht(1973)의 모형에서도 정보제공, 상담, 조언제공을 중간단계의 참여 수준으로 보았으며, 지역사회가 공동기획, 대표권한위임, 통제권과 같이 지역사회가 기획력과 조정력을 발휘하는 것을 최상위 참여 단계로 보았다. 상위 단계일수록 상위자들의 리더십과 스스로를 대변하는 역량이 강조된다(유승현, 2012).

지역사회참여는 하나의 연속체로 볼 수도 있다(표 2). 미국 CDC (2011)에서 보여주는 ‘지역사회참여(community engagement) 연속체’에서 지역사회는 처음에 프로그램에 필요한 정보를 제공하는 수준의 참여 형태로 시작하여 시간이 흐르면서 의사결정권을 가지고 권한을 공유하면서 스스로 프로그램을 진행할 수 있는 역량으로까지 발전한다.

정보제공-의견참고-관여-협력-임파워먼트(empowerment)로 이어지는 이 단계모형은 ‘임파워먼트 모형’이라고 불리기도 한다. 각 단계를 이해하기 위하여 유승현(2012)의 ‘지역사회참여 증진을 위한 전략(strategy for promoting community participation)’을 재구성하여 설명하고자 한다. 먼저, 가장 하위단계인 정보제공 단계(Inform, Outreach)는 무엇이 진행되고 있는지 사람들이 알도록 하고 의사결정을 하거나 행동하는데 필요한 정보를 제공하며 프로그램에 대하여 사람들에게 알리는 정도의 참여단계로 지역사회에 대한 일방적인 접촉단계라 할 수 있다. 두 번째 단계인 의견참고 단계(Consult)는 지역주민들의 관점 또는 의견(views)을 구하고, 지역주민들의 관심이 무엇인지를 경청하고 인식하는 수준이다. 지역사회 구성원의 관심사, 요구도, 건강현황, 서비스 이용, 전략 제안, 기대치, 사업에 대한 반응 등 다양한 정보를 구할 수 있다. 이러한 참여 도입 단계에서는 참여의 목적과 참여대상 지역사회를 명확히 하는 것이 관건이다. 다음은 관여 단계(Involve)로 지역주민이 좀 더 개입하도록 돕고, 건강을 기획하는 데 지역사회가 참여하며, 지역주민들이 의사결정하고, 기획방향에 영향력을 행사할 수 있는 기회를 창출하는 수준의 참여단계다. 이 과정에서 사업수행자는 지역사회 현장에 직접 가서 지역사회 구성원들과 관계형성을 하고 공식·비공식 리더십과 함께 일하며, 신뢰와 지지를 얻어 참여에 대한 움직임을 형성하는 것이 핵심이 된다. 그 다음은 지역사회와 파트너십을 형성하여 문제를 해결하고 지역사회와 함께 주

어진 역할 안에서 보건 기획을 하고 전달하는 수준의 참여로 바로 협력 단계(Collaborate)이다. 여기서의 협력은 관련 주체들이 권한을 공유하고 역할을 담당하는 차원을 말한다. 그러므로 지역사회 참여로서의 협력은 지역사회 구성원인 개인과 조직, 단체들이 지역사회 건강을 위한 최선의 해결책과 대안을 찾아내고 의사결정을 하는 과정의 면면에 서로 동등한 협력자로 역할을 담당하는 것이다. 마지막 역능화 단계(Empower, Shared leadership)는 지역사회가 리더십을 공유하고 사업의 주인의식을 갖게 되며 독립적으로 서비스를 결정하고 전달하며 자조할 수 있는 단계이다. 즉 이 단계의 참여는 지역사회가 지역사회 목표를 위한 기획, 수행, 평가 등의 결정권을 가지고 협력적 과정을 진행하는 수준으로 참여의 최고 지향점이라 할 수 있다.

한편, WHO(1987)는 참여 수준을 좀 더 단순하게 3가지 형태로 구분하였다. 자발적(spontaneous or voluntary) 참여, 유도된(induced) 참여, 그리고 강요된(compulsary) 참여가 그것이다. 강요된 참여는 주민의 노동력이나 자금을 강제적으로 동원하는 형태를 말하며, 유도된 참여는 지역보건사업에서 가장 흔히 보이는 주민참여 형태로 사업의 의사결정과 시행과정에서 주민의 실질적인 참여는 배제된 채 반대급부를 제공함으로써 주민참여를 유도하는 형태라고 규정하고 있다. 그리고 자발적 참여는 보건의료체계의 관리나 사업의 내용 결정에 주민이 참여의 주도권을 가지는 경우로서 이러한 형태의 주민참여는 현실적으로 거의 존재하지 않거나 존재하더라도 지속성이 크지 않음을 지적하고 있다(고성주, 1989).

표 2. 지역사회참여 연속체 (Community Engagement Continuum, CDC(2011))

Increasing level of community involvement, impact, trust and communication flow 				
Outreach	Consult	Involve	Collaborate	Shared Leadership
Some community involvement	More community involvement	Better community involvement	community involvement	Strong Bidirectional Relationship
Communication flows from one to the other, to inform	Communication flows to the community and then back, answer seeking	Communication flows both ways, participatory form of communication	Communication flow is bidirectional	Final decision making is at community level
Providers community with information	Get information or feedback from the community	involve more participation with community on issues	Forms partnerships with community on each aspect of project from development to solution	
Entities coexist	Entities share information	Entities cooperate with each other	Entities form bidirectional communication channels	Entities have formed strong partnership structures
Outcome: Optimally, establishes communication channels and channels for outreach	Outcomes: Develops connections	Outcomes: Visibility of partnership established with increased cooperation	Outcomes: Partnership building, trust building	Outcomes: Broader health outcomes affecting broader community. Strong bidirectional trust built

*출처 : CDC(2011), Principle of Community Engagement

나. 지역사회참여의 원리

세계보건기구는 주민참여가 주민의 활성화만으로 일어날 수 있는 것이 아니며 ① 주민참여를 위한 정치적 지원(political commitment) ② 관료들의 활동방식 재설정(bureaucratic reorientation) ③ 최소한의 수준만이라도 기본적인 보건의료체계가 구성되고 의료 혜택이 제공되어야 한다는 것(minimum basic health structure and coverage)등이 전제 되어야 한다고 하였다(김용익, 1992). 이러한 이유로 서구사회의 주민참여 전략과 제 3세계 국가에서의 주민참여 전략은 차이를 보일 수밖에 없으므로 주민참여 접근방법에는 지역의 정치 문화, 경제 등과 보건의료자원의 수준 등의 요소가 고려되어야 할 것이다. 따라서 참여를 위한 고정된 행동모형은 다양한 변수가 작용하는 보건사업 현장에서는 잘 맞지 않고 오히려 참여에 제약이 생길 수 있기 때문에 좀 더 일반적이며 성공적인 주민참여 접근방법을 도출하기 위해서 미국 질병통제센터(CDC, 2011)가 제시한 지역사회참여 원리를 인용하고자 한다.

미국질병통제센터(CDC)에서는 성공적인 건강증진과 지역사회기반참여연구 또는 프로그램(Community Based Participation Research or Program; CBPR)을 위한 지역사회참여 원리를 제시하였다.

- 먼저, 참여의 목적과 대상 지역사회를 명확히 한다. 건강향상과 질병예방에 직간접적으로 기여를 하는 지역의 경제, 기반시설 개발을 포함하여 전체 지역의 발전에 주목한다. 프로그램에 있어 지역사회를 구체적으로 정의하고 프로그램 초반에 누가 참여를 할 것인지를 명확히 한다.
- 지역의 문화, 경제 상태, 네트워크, 정치와 권력 구조, 규범, 가치, 인구학적 성향, 역사, 다양한 프로그램에 참여해 본 경험 등의 자원을 확인하고 지역사회를 이해하기 위한 노력이 사업의 초기단계부터 시작되어야 하고, 지역사회가 ‘참여’를 어떻게 생각하고 있는지에 대한 지각수준을 확인한다.
- 지역사회와 신뢰 관계를 구축하고, 공식·비공식 리더십과 협력한다. 지역사회 파트너와 협력을 구축하는 일은 지역사회참여의 핵심일 수 있다.

지역사회 구성원의 참여를 촉진하거나 방해하는 요소들에 대한 정보를 확인한다.

- 집단의 자기결정권(self-determination¹¹⁾)은 지역사회의 모든 구성원의 권리이며, 어떤 외부 기관도 그들의 이익을 위해 지역사회에 권한을 부여할 수 있다고 여겨서는 안 된다.
- 지역사회와 협력하는 것은 지역사회의 변화를 일으키고 건강수준 개선을 위한 필수 요소다. 개인과 집단은 건강을 추구하는데 있어 서로 기여하며 함께 노력하여 얻은 최종 결과에 대해 응분의 책임을 가진다.
- 모든 측면에서 지역사회의 다양성을 인정하고 존중한다. 지역사회의 다양한 문화와 다양성에 미치는 여러 요소들을 인식하고 서로 다른 사람과 조직내 다양한 인구집단에 대한 다각도의 참여 전략이 필요하다.
- 지역사회가 가진 자산과 강점을 파악하고 이용하는 것은 기본이지만, 지역사회참여는 새로운 자원과 함께 지역사회 역량과 의사결정 및 실행에 필요한 자원으로 개발될 때 지속된다.
- 변화를 모색하는 기관이나 개인은 지역사회가 주도하는 활동이 되도록 지역사회 활동에 필요로 하는 많은 요소들을 고려하고 지역사회의 변화요구에 부합하도록 충분히 유연하게 반응해야 한다.
- 지역사회 협력은 참여 조직과 파트너의 장기적인 헌신이 요구된다. 지역사회와의 협력은 개발단계마다 조금씩 다르게 나타나지만 지역사회와 파트너십을 구축하고 역량 개발을 위해서는 많은 시간이 소요되며 나아가서 지속적인 참여를 위한 전략들이 개발되어야 한다.

그러나, 지역사회참여는 획일적이고 고정된 개념이 아니라 참여 과정을 거치면서 참여 수준이 높은 수준으로 흐를 수 있는 연속적인 체계로서, 지역사회참여를 수준을 결정하는 세부사항은 참여가 일어나는 곳에서 개인의 노력과 조직과 지역사회 맥락에 따라 유연하게 결정되어야 한다.

11) empowerment의 핵심개념으로서의 self-determination은 지역사회 문제를 확인하고 프로그램 전략의 기획과 실행 그리고 평가하는 전 과정을 지역사회 자신의 것으로 받아들인다는 개념이다. 이슈가 지역사회 구성원의 문제와 동일시되고, 그들이 영향을 미친다고 느끼거나 그들이 기여를 할 수 있다고 생각하는 이슈에 지역사회 참여가 더 잘 이루어진다(미국 CDC, 2011).

Ⅲ. 우리나라 지역보건 사업과 공적개발원조(ODA)

현재 우리나라는 경제개발협력기구 개발원조위원회(OECD/DAC¹²⁾) 회원국으로서 주요 원조 공여국¹³⁾으로서 역할을 하고 있지만, 우리나라와 공적개발원조(Official Development Assistance; ODA¹⁴⁾)의 관계는 1945년 해방 이후 미국을 중심으로 한 서방 선진국으로부터 원조를 받기 시작하면서 부터라고 할 수 있다. 주로 전후 인플레이션 억제와 재정안정을 위한 물자원조 및 산업설비 투자가 이루어졌고 무상·유상 원조를 포함하여 1999년까지 약 127억불의 원조를 받았다. 우리나라 보건 의료 역사에서 1960, 70년대 대거 시범운영 되었던 지역사회보건사업도 이러한 외국의 원조금으로 시작하여 오늘날에 이르렀다. 우리나라가 수원국이었을 때의 보건사업 진행양상을 고찰함은 지금의 원조 공여국으로서 개발도상국에 보건사업을 시행하는 데 있어 참고할 수 있는 교훈을 얻는 기회가 될 것이다.

1. 지역보건사업과 지역사회참여 논의

우리나라 지역보건은 시대적으로 1950년대는 전염병 위주의 방역사업이, 1960년대에는 보건망 구축과 가족계획사업이 널리 보급되었고, 1970년대에는 지역사회의학 개념이 도입되면서 우리나라 의과대학의 주동으로 해외개발원조금을 통한 지역사회보건사업으로 이어져 80년대까지 활발히 지속되었다¹⁵⁾.

12) OECD/DAC(Organization for Economic Cooperation and Development/Development Assistance Committee) 은 개발도상국과의 협력문제를 다루는 곳으로 원조 규모 확대 및 원조 프로그램의 효율성 제고를 위한 회원국 간 정책협의 및 조정의 기구이다(KOICA 홈페이지).

13) 1995년 1.1억 달러에 불과하던 원조규모가 2011년에는 13.3억달러를 기록했다(KOICA 홈페이지)

14) 우리가 일반적으로 사용하고 있는 공적개발원조(Official Development Assistance; ODA)는 경제개발협력기구(OECD)의 개발원조위원회(Development Assistance Committee; DAC)가 정한 수원국 리스트에 있는 국가 및 지역, 또는 다자간 개발협력기구에 제공되는 자금 또는 기술협력을 말한다. 보통 '국제협력', '경제개발', '개발협력', '공적원조', '공적원조', '공적개발금융' 등 개념이 유사하지만 정의가 다른 용어와 구분 없이 사용하는 경우가 많다(KOICA 홈페이지).

우리나라 보건사업에 있어 주민참여 개념을 정확히 규정한 예는 흔치 않다(김용익, 1992). 1950년대 한국전쟁 이후의 우리나라는 전쟁이재민 구호와 장티푸스 등 급성전염병이 창궐한 시기로 이 기간 동안의 보건의료는 방역행정 및 대규모 구호가 주축을 이루었고, 파괴된 보건의료자원과 사회기간시설 복구 작업이 주를 이루었기에 지역주민참여 수준은 구호서비스를 받는 수동적 대상자 역할에 머물렀던 것으로 보인다. 이후 1960년대 세계적으로 사회발전론 및 주민참여론이 대두되고, 지역사회참여와 지역사회개발 개념이 포함된 일차보건의료가 세계보건기구(WHO)에 의해 1978년에 제안되면서 우리나라 지역보건사업에서도 주민참여에 대한 관심과 함께 지역사회를 기반으로 하는 지역보건 시범사업이 활발히 전개되었다.

이러한 지역보건사업이 활발하게 진행된 이유는 당시 대부분 식민지에서 갖 벗어난 개발도상국이 가지는 보건의료의 공통적인 문제였던 보건의료 시설과 인력 등 자원부족, 지리적 접근성 부족, 사회 계층 간의 건강 불평등과 같은 현상이 우리나라에서도 예외 없이 일어나고 있었고, 선진 공여국의 발전된 의료 개념 및 제도 또는 접근방법이 개발도상국의 현실에 그대로 적용할 수 없다는 문제의식은 특히, 농촌의 건강문제에 관심을 가지게 된 계기가 된다(김일순 등, 1985). 이것은 1960년대부터 세계적으로 농촌과 빈민지역을 중심으로 전개되기 시작한 지역사회개발 운동의 영향과 일차보건의료에서 주민참여 전략에 대한 WHO의 제안과 궤적을 같이 한다.

본격적인 지역보건사업은 1969년 의료선교사(John R. Sibley)가 거제 지역사회보건사업을 시작한 이후, 연세대학교를 비롯한 여러 대학에서 보건사업을 시작하게 된다. 서울대학교 보건대학원 춘성군 보건시범사업(1971년), 이화여자대학교 남양주 수동면 보건사업(1972년), 연세대학교 강화군 지역보건사업(1974년), 경북대학교 경산군 남촌 보건시범사업(1976년), 고려대학교 여주군 보건시범사업(1982년) 등의 의과대학을 기반으로 하는 지역사회보건사업과 이외에 KHDI마을건강사업(1976년), 부산 청십자 보건의료보험조합(1969년), 옥구군 지역사회보건사업(1978년) 등이 진행되었는데 이 시기는 우리나라 지역사회 보건의 꽃을 피운 시기라 할 수 있다. 이러한 대부분의 지

15) 지역보건발전추진위원회(2012), 지역보건 60년의 발자취 2.

역보건사업 재원은 선교회, 국제기구 기금과 선진국의 차관으로 진행되었던 반면, 이화여대의 수동면 보건사업은 다른 사업이 해외 원조금에 의존한 것과 달리 순수하게 주민조직을 통해 재원을 조달하였다¹⁶⁾.

이렇게 시도된 지역보건사업은 보건의료 서비스 확충, 보건의료 인력의 개발, 지역주민의 역량 향상, 자원 확충 등이 중심으로, 중심지에 치료 서비스를 제공하는 시설을 두고, 지역사회에서는 지역사회 주민 조직, 교육, 방문활동, 환경개선 등을 병행하는 형태였다(김창엽, 2011). 주민참여 접근방법은 크게 마을건강원, 지역사회 주민조직사업, 지역사회의 자조적인 재정사업 형태로 이루어졌다. 거의 모든 지역보건 시범사업에 마을의 건강지도자로서 마을 주민 중에서 마을건강원을 선발 훈련하여 활용하였으며, 마을운영위원회 형태의 지역사회를 대표 조직을 두었으며, 자원 확충을 위한 협동조합 운영 방식들이 시도되었다. 이러한 형태의 지역사회보건은 보건의료 자원이 부족한 농어촌을 중심으로 의료전달체계 모형 개발, 지역사회보건의료 인력 양성, 의료협동조합 설립 등에 큰 기여를 하였고, 이후 보건소를 중심으로 하는 1차 보건의료 확립으로 지역사회의 보건예방 및 보건교육 등의 목표를 효과적으로 달성할 수 있었다.

하지만, 지역사회참여로서는 실패했다고 보는 관점이 지배적이다. 대부분의 보건사업은 그 사업과정에서 아래로의 접근(bottom-up)'인 주민들의 자발적 참여를 강조하였지만, 실제로는 자발적 참여라고 볼 수 없는 측면이 많았다. 주민들이 보건사업에 참여할 수 있는 기전은 주로 전문가에 의해 계획된 설치형(communitry-placed) 사업에 주민들은 자신들의 건강요구를 확인하고 이들의 의견을 보건계획에 반영하여 실천해나가는 방식¹⁷⁾이었다.

또한, 시범 보건사업의 주요 주민참여 형태인 마을건강원은 낮은 수준의 간단한 진료 및 예방서비스를 제공하고 정보를 전달의 역할 이외에는 주민참여의 매개체로서는 역할을 하는데 한계를 가지고 있었고, 주민조직은 지역의 지도자 중심으로 조직되거나 지역주민을 대표하지 못하는 등 바람직한 참여조직

16) 지역보건의료발전을위한모임(2012), 지역보건 60년의 발자취 2.

17) 지역사회 구성원이 아닌 외부인 전문가들이 건강증진 연구나 사업을 개발한 뒤 지역사회에 적용하여 수행함으로써 지역사회를 연구/사업의 단순한 대상자로 설정하는 방식을 지역사회 설치형(communitry-placed)라고 할 때, 지역사회참여(communitry participation)와의 구분이 필요하다.

으로 기능으로서 유명무실해졌다. 지역사회의 자조를 위한 재정사업은 의료보험사업, 신용협동조합, 등으로 운영이 되었고 성공사례도 있었으나, 지역의료보험실시에 따라 정부사업으로 편입이 되어 확대되지를 못하였다¹⁸⁾. 지역보건에서 지역사회참여가 실패한 원인에 대한 논의는 참여의 의사결정에 주민이 참여할 수 있어야 한다는 개념으로부터 지역주민이 ‘소외’ 되었다는 개념으로 더 나아간다. 의료전문주의(medical professionalism)에 의하여 의료과정에서의 일반인들이 배제되고 있었고, 보건의료 정책과정에서 주민들의 참여를 보장하는 민주적 참여과정과 지방정부 조직의 관료주의로부터 주민들이 참여할 수 있는 기회와 범위는 한정되어 있었다(김용익, 1992).

이후 우리나라의 보건의료는 몇 차례에 이르는 경제개발계획과 의료보험제도의 정착과 더불어 정부주도의 보건의료 정책과 제도 개선 차원의 접근방법에 더욱 힘을 신게 된다. 결과적으로 정부주도의 Top-down방식의 보건정책은 지역사회가 주도권을 가지고 사업에 참여할 수 있는 기전의 필요와 효과를 저하시키는 요인으로 작용했다. 1995년 지방자치제 실시로 지방화 보건시대가 열리면서 지방자치단체가 추진하는 건강증진사업이 활성화되고 지역보건의료계획 과정에서 지역사회참여를 구체화하려는 시도를 하고 있으나, 정부주도의 건강증진사업의 실천 과정에서의 관료적 속성, 전문가 중심의 계획수립, 지역주민의 대상화 등은 지역사회가 참여할 수 있는 기전이 예전 시범보건사업의 보건 프로그램에 비하여 더 낮다고 할 수 없다는 비판은 계속되고 있다(조병희, 2010).

2. 보건의료 분야 공적개발원조(ODA)

공적개발원조(Official Development Assistance; ODA)는 경제개발협력기구(OECD)의 개발원조위원회(Development Assistance Committee;

18) 일차보건의료와 거의 동일시되는 마을건강원(CHW)은 얼마동안 일차보건의료를 성취하는데 큰 도움이 되었지만, 정부의 지원 부족, 부적절한 훈련, 관리감독 부족, 그들의 기여도에 대한 인센티브 부족, 기존의 지역사회보건서비스로의 통합의 부족 등의 문제로 지속되지 못하였다(Rifkin, 2009).

DAC)가 정한 수원국 리스트에 있는 국가 및 지역, 또는 다자간 개발협력기구에 제공되는 자금 또는 기술협력을 말한다¹⁹⁾. 즉, 중앙 및 지방정부를 포함한 공공기관이나 이를 집행하는 기관이 개도국의 경제발전과 복지증진을 주목적으로, 개도국 또는 국제기구에 공여하는 무상(증여, Grant) 및 유상(양허성 차관, Concessional loan)을 의미한다(최재욱, 2013). 무상원조는 외교부의 감독 하에 한국국제협력단(KOICA)가 전담하여 집행하고, 유상원조는 기획재정부 감독 하에서 대외경제협력기금(Economic Development Cooperation Fund; EDCF)을 통해 장기저리의 차관을 집행하는 형태로 이뤄진다²⁰⁾.

ODA 지원분야는 주로 교육, 보건, 공공행정, 농림수산, 산업에너지, 긴급구호 분야 등을 통해 수행되고 있다. 그 중에서 보건 분야는 2015년까지 달성해야 할 새천년개발목표(Millennium Development Goals; MDGs) 8개 부문에서 3부문이 직접적인 연관성을 가지거나 다른 부문의 세부목표에서도 상당한 연관성을 가지고 있어 매우 중요한 분야로 인식되고 있다. 우리나라 ODA의 무상원조 부분을 전담기구인 한국국제협력단(KOICA)의 보건의료분야에 대한 지원규모는 지난 2000-2011년간 KOICA 전체 예산 대비 약 20%의 예산을 지원하고 있으며, 세부 분야별로는 기초보건 및 의료부문, 식수, 인구 및 생식보건, 말라리아·결핵 등 전염병 분야를 지원하고 있다²¹⁾.

2006년에서 2012년 사이의 ‘대외무상원조실적 통계’ 결과에 의하면, ODA지원 유형에서 보건 분야는 프로젝트, 봉사단 파견, 민관협력(NGO), 연수형 초청 순으로 비중이 큰 것으로 나타났다(표 3). 제일 큰 비중을 차지하는 프로젝트형 사업은 2007년 보건분야 ODA 전체의 65%를 차지하였고 2010년 80%를 넘었다가 2012년에는 70%대로 유지하고 있다. 반대로 물자지원 부문에서는 2008년 물자지원 분야가 20%대를 넘어선 적이 있지만 이후로는 1%도 되지 않는다. 이러한 결과는 그동안 우리나라 ODA사업이 물자지원 위주의 ODA 보건사업이라고 비판해왔던 주장과 대치되는 결과로 오해할 수 있으나, 보건분야에서 가장 많은 비중을 차지하는 프로젝트형 사업은

19) 국제개발협력의 이해, (2008), 한울

20) 그러나 양자간 원조 중 무상원조비율은 2011년 58.3%를 차지하고 있어 DAC회원국이 90% 이상인 것에 비해 상당히 낮은 수준이다.

21) KOICA홈페이지.

프로그램형 사업과 함께 의료시설 확충이나 기자재 지원 등의 물자지원을 상당한 규모로 하고 있다는 점을 고려한다면 오히려 물자지원은 프로젝트형 속으로 가려졌을 뿐 절대적인 지원규모는 오히려 더 증가했음을 알 수 있다. 표 4.는 2006년 이후 2010년까지 병원건축 등 기초 보건기반시설에 여전히 집중되어 있다는 것을 보여준다. 봉사단 파견을 통한 국내 의료인력 활용은 약 15% 안팎으로 프로젝트형 사업 다음 순으로 큰 비중을 차지한다. 민관협력 유형은 2012년 전체 비중에서 10% 이상을 나타냈는데, 이는 최근 국내 NGO의 해외보건사업이 점차 활성화되고 있음을 반영한다 하겠다.

ODA보건사업은 다양한 유형로 지원이 되고 있으며, 대학, 병원, 보건의료 NGO등 사업을 직접 수행하는 기관도 다양하다. ODA사업 수행체계의 다양성을 고려하여 본 연구의 심층면담에서는 ‘공적개발원조(ODA) 보건사업’을 사업수행 기관이나 사업유형과 관계없이 ODA 자금으로 운영되는 모든 보건사업’으로 정의 한다.

표 3. KOICA 연도별 사업유형별 보건분야 ODA 지원 현황

(단위 : %)

년도	프로젝트	개발조사	연수생초청	전문인력파견	봉사단파견	민관협력	물자지원	국제기구협력사업
2007	64.91	1.13	4.12	3.62	16.50	7.24	2.48	0
2008	57.12	0.05	2.72	1.24	12.81	4.77	21.29	0
2009	76.87	0	2.36	0	9.67	2.50	0.13	8.47
2010	84.34	0	1.76	0.15	9.21	3.05	0.50	0.99
2011	72.83	0.57	3.59	0	13.89	8.20	0.20	0.72
2012	71.78	1.18	3.78	0	12.17	10.16	0.65	0.28

*출처 : 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 KOICA 대외무상원조실적 통계(분야별 사업유형별 총괄표 재구성)

표 4. 우리나라 ODA 세부 보건분야 별 ODA 지원현황(단위:백만불)

	보건 분야 분류	2005	2006	2007	2008	2009	2010
보 건 일 반	보건정책 및 행정관리	13.05 (2.95)	2.37 (6.14)	1.66 (3.58)	8.85 (17.98)	8.27 (9.08)	8.92 (6.86)
	의료교육 및 훈련	0.48 (1.08)	0.73 (1.89)	0.43 (0.93)	2.00 (4.06)	0.20 (0.22)	1.32 (1.01)
	의료연구	0.65 (1.47)	0.37 (0.96)	0.73 (1.57)		2.10 (2.31)	0.16 (0.12)
	의료서비스	17.46 (39.47)	4.63 (12.00)	9.88 (21.33)	0.62 (1.26)	19.06 (20.93)	35.22 (27.07)
기 초 보 건	기초보건 의료	3.77 (8.52)	4.31 (11.17)	6.94 (14.98)	3.52 (7.15)	6.22 (6.83)	8.20 (6.31)
	기초보건기반 시설	3.29 (7.44)	23.21 (60.18)	22.16 (47.83)	28.60 (58.12)	50.51 (55.48)	67.28 (51.71)
	기초영양	0.14 (0.32)	0.45 (1.17)	0.89 (1.92)	0.22 (0.45)	0.16 (0.17)	0.10 (0.08)
	전염병 관리 및 예방 (말라리아, 결핵, 성병 제외)	5.19 (11.73)	1.84 (4.77)	2.71 (5.85)	0.68 (1.38)	2.88 (3.16)	5.94 (4.56)
	보건교육	0.08 (0.18)	0.18 (0.47)	0.19 (0.41)	0.11 (0.22)		0.14 (0.11)
	말라리아 관리 및 예방				0.04 (0.08)	0.64 (0.70)	0.94 (0.72)
	결핵관리 및 예방		0.31 (0.80)	0.45 (0.97)	0.14 (0.28)	1.01 (10.10)	1.42 (1.09)
	보건인력개발	0.12 (0.27)	0.16 (0.41)	0.29 (0.63)	4.45 (9.04)		0.46 (0.35)
	보건 합계	44.24	38.57	46.33	49.21	91.04	130.10

*출처; 최재욱(2013), 우리나라 ODA보건분야 사업의 현황과 평가

이와 같이 우리나라 보건분야 ODA는 ODA전체 지원 분야 중에서 매우 큰 비중을 차지하는 중요한 분야로 인식되고 있으며, 주로 프로젝트형 사업으로 추진되고 있음을 확인하였다. 프로젝트 사업은 개도국의 교육·훈련, 보건·의료, IT분야 지원 등 특정 개발 목표달성을 위해 건물, 시설물 및 기자재 등의 물적 협력수단(Hardware)과 전문가파견 및 연수생초청 등의 인적 협력수단(Software)을 결합하여 다년간(통상 2~5년) 지원하는 사업 형태로서, 사업의 발굴, 계획, 실시, 심사 및 평가에 이르는 전 과정을 체계적으로 추진하는 종합적인 협력사업 수단이다.

표 5. KOICA 프로젝트 사업 추진 절차²²⁾.

수요조사	재외공간 및 사무소 대상으로 수요조사를 실시하여 사업요청서 접수
V	
사업선정	현지조사, 사업별 타당성검토 및 사업심의위원회 개최를 통해 신규 및 예비사업 선정
V	
사전조사	현지조사를 통한 사업성 검토 및 기본계획수립
V	
실시협의	양국분담사항 및 사업세부지원계획 확정 등 양국간 합의서(R/D) 체결
V	
사업집행 계획수립	예산집행계획, 용역업체 선정방안 등 사업별 세부지원 계획수립
V	
정부간 합의	사업시행을 위한 정부간 합의(구상서 교환, MOU등)
V	
용역업체 선정 및 본 사업 시행	용역업체 선정 기자재지원, 연수생초청 및 전문가파견 등에 대한 사업수행관리 현장관리자파견 관리 및 중간평가
V	
종료평가 및 사후관리	종료사업에 대한 평가 및 사후관리 지원

*출처 : KOICA홈페이지

현재 ODA사업 중에서 가장 많은 형태로 지원이 되고 있는 프로젝트사업의 추진 절차를 확인해 보면(표 5.), 본 연구에서 논의하려는 지역사회참여의 기전이 작동할 수 있는 여지가 많지 않다는 것을 알 수 있다. 지역사회 구성원이 그들의 건강문제 요구를 확인하고 문제해결을 위한 활동을 기획, 수행, 평가하고 사업의 전 과정에서 의사결정권을 갖는 것을 본질적인 지역사회참여라 정의한다면, ODA사업의 본질이 정부 간의 약정에 의해 사업이 수립된다는 점

22) KOICA홈페이지(koica.go.kr)

을 제외하고라도 사업이 형성되는 초기단계에서 지역사회가 참여할 수 있는 기전은 매우 제한적이다. 그나마 지역사회참여가 가능할 것으로 고려되는 단계는 현지 사무소나 재외공관이 수요조사 시 사업에 필요한 정보를 제공하고 의견을 내는 정도의 낮은 참여수준은 가능할 것이다.

하지만, 일단 사업계획이 확정이 되고 나면, KOICA의 역할은 사업수행 과정동안의 관리 및 평가 영역으로 전환이 되고, 오히려 사업 수행 과정에서는 사업수행용역업체의 역할 영역이 크다 할 수 있다. 즉 사업시행 기관의 역량에 따라 ODA보건의사업에서 지역사회참여 수준과 질이 결정이 될 소지가 높기 때문에 사업시행기관이 지역사회참여의 인식이 중요하다고 볼 수 있다.

이는 사업을 준비하고 계획하는 단계에서는 정부나 전문가가 상당한 역할을 하면서 지역사회는 소수의 주민들에 의한 정보와 지식을 제공하는 수준으로 참여가 일어나지만, 시행 관리 운영 단계에 이르면 정부나 전문가는 단지 조력자로서 위치할 뿐 많은 주민의 다양한 활동과 참여로 사업이 진행되어가는 방식이 자연스럽게 형성이 된다는 송미령 외(2003)의 연구결과와 흡사한 현상이라 하겠다.

IV. ODA보건의사업의 지역사회참여 활성화 방안

1. 심층면담 결과 요약

가. 참여자의 특성

면담 참여자의 ODA보건의사업 경험의 특성으로, 본인이 수행한 ODA보건의사업의 총 경력 년 수, 사업 수행 건수, 사업수행 당시 직책, 소속기관, 수행 국가를 조사하였다. 이러한 요소는 지역사회참여에 대한 참여자의 의견이 단시간의 ODA사업 경험에서 도출된 것이 아니라 장기간 축적된 경험에 의한 전문적인 시각에서 도출된 의견이라는 근거를 제공한다.

표 6. 면담 참여자의 ODA 보건의사업 경험 특성

참여자	총 경력 (년)	사업수 (건)	직책	소속기관	사업 대륙
1(여)	7	8	PI, 평가자문가	간호대학원	아시아, 남미, 아프리카
2(남)	11	6	PI, 타당성조사 자문가	보건대학원	아시아, 태평양, 남미
3(여)	3	7	PM, ODA전문가	보건대학원, KOICA	남미, 아시아
4(여)	7.5	4	봉사단원, PM, 자문가	간호대학원	남미, 아프리카
5(여)	6	7	사업팀장	NGO	아시아
6(여)	1.5	2	사업팀장	NGO	태평양, 아프리카
7(남)	3	3	PM	보건대학원	아시아

참여자는 총 7명으로 기본적으로 ODA에 기반한 보건사업을 연속적으로 수행한 경험이 최소 1년 이상 있는 자로 하였다. 참여자의 ODA 보건사업 총 경력은 1.5년에서 11년 사이였으며, 단기 타당성조사나 평가조사 경험 등을 포함한 사업수행 건수는 최소 2회에서 16회까지 다양한 폭으로 분포하였다. 이것은 참여자 중 중장기 프로젝트 외에 단기 타당성조사 및 평가조사 등에 참여한 경험이 영향을 미쳤다. 사업수행당시의 직책은 사업의 총책임자(PI), 프로젝트 매니저(PM), 타당성 및 평가전문가, 자문가, ODA전문가, 해외사업팀장, KOICA 봉사단원으로 다양한 직책에서 사업을 수행하였다. 사업 수행당시 소속기관은 KOICA, 보건대학원, 간호대학원, 보건의료 NGO였으며, 보건의료 관련 대학원 소속 인력으로서의 경험이 대부분이었다. 참여자들이 사업을 한 지역은 대륙별로 아시아, 남미, 아프리카, 남태평양 지역이며 아시아 지역이 가장 많았다(표 6).

나. 결과 요약

지역사회참여에 대한 중요성에 대해서 대부분의 참여자는 ODA보건사업 성공의 필수요소라는 당위적 인식을 같이 하였으나, 기존의 지역사회참여 개념에 대한 낮은 인식수준은 제고되어야 한다는 의견이 많았다.

그리고 이러한 지역사회참여의 필요와 중요성에도 불구하고 ODA보건사업 현장에서 지역사회참여가 제대로 이루어지지 못하는 이유와 방해요인을 수원국의 지역사회 측면과 공여국의 사업수행자 측면에서 살펴보았다.

첫째, 수원국의 지역사회측면에서는 참여에 대한 금전적 보상 요구, 지역사회내 이미 팽배하고 있는 무기력감, 그리고 지역사회의 본질적 특성인 이질성(heterogeneous)이 방해요인으로 도출되었다.

둘째, 공여국의 사업수행자 측면에서는 크게 사업수행 인력의 역량문제와 ODA사업의 특성 측면에서의 방해요인이 확인되었다. 먼저, 사업수행 인력은 지역사회개념에 대한 인식과 경험이 부족하고, 지역사회를 바라보는 통합적 시각과 파트너십이 부족하다고 보았다. 그리고 DOA사업 특성 측면에서는 사업의 단기성과 성과중심 평가, 보건분야 외 다른 영역과의 통합적 접근 부족

(분절적 접근)이 주요 방해요인으로 작용한 것으로 요약된다.

셋째, 공여국과 수원국 모두에서 나타나는 방해요인은 지역사회참여에 대한 관심과 경험부족으로 나타났다.

이러한 제한점들을 극복하기 위해서 모색할 수 있는 방안으로, 면담 참여자들은 1)지역사회 내 파트너십 적극적 활용, 2)지역사회의 긍정적 참여경험 제공, 3)사업 수행측의 통합적 시각과 마인드 제고, 4)현장 수행인력 교육훈련 시스템 구축, 5)ODA사업 수행 과정에 대한 질적 평가 확대, 6)지역사회에 대한 충분한 사전조사 등을 제시하였고, 이로써 지역사회참여 전략은 활성화를 기대할 수 있을 것으로 보았다.

2. 지역사회참여의 중요성

(1) 보건사업 성공의 필수 요소이다

보건사업을 굳이 ODA사업이라는 틀 안에서 보지 않더라도, 보건사업 수행에 있어 지역사회참여는 당연한 요소로 인식하고 있었다. 거의 모든 ODA 보건사업이 공공의 목적을 가지고 지역을 기반으로 하고 있고, 지속성 문제로 봤을 때 거기에 속해있는 주민의 적극적인 협조나 참여가 없이는 보건사업을 성공시킬 수 없다는 인식이 기본적으로 깔려 있다.

“보통 지역사회기반 사업이라 하면 지역사회참여가 당연하다.”-참여자 1.

“ODA사업이 국가대 국가 프로그램이긴 한데, 지역사회참여도 중요하다, 왜냐하면 지역 사람들의 인식이 어느 정도인가에 따라서 사업자체의 (결과가) 바뀌기 때문에...”-참여자 3

“일단은 보건사업에 있어서는 지역사회 주민들이 함께, 그리고 지역사회 주민들의 인식 없이는 보건사업이 성공할 수가 없다... 지역주민들이 가족계획이 무엇인가라는 이해를 올바르게 하지 않는다면, 우리가 아무리 가족계획서비스를 제공한다 하더라도 지역주민들이 거부할 것이다.”- 참여자 4

“현지에서 사업을 하는 경우에는 현지 사람들이 그것을 동의하고, 본인들이 스스로만 들어내고 진행하지 않으면 그거는 아무 소용이 없다는 걸 처음부터 인지를 하게 되었다...” -참여자 5

“지속성 문제를 가장 이야기를 많이 하지 않나. 지속성의 문제로 볼 때 결국 참여가 없는 지속성 보장이 안되는 거다.”-참여자 7

(2) 기존의 지역사회참여 인식 제고 필요

지역사회참여는 당연히 중요하다는 인식 속에서 면담참여자들이 지역사회참여 개념을 어떻게 인식하고 있는지를 알 수 있었다. 그것은 지역사회를 보건사업의 수혜 대상자 이상으로 보지 않는다는 것이다. 이러한 시각은 지역사회가 보건프로그램에 교육대상으로 참여하거나 보건서비스의 목표집단으로 인식하는 경향이 있기 때문에, 보건사업의 목표달성을 위해서는 지역주민들의 반응성이 매우 중요하다고 보는 관점이 몇몇 참여자 사이에서 나타났다.

그러나, 이러한 인식이 잘못된 것이라고 볼 필요는 없다. 동원개념의 참여가 꼭 바람직하지 않은 것은 아니다. 하지만, 그동안 지역사회참여를 단순히 주민들의 이야기를 듣거나 강의 교육대상 정도로 생각하는 제한적인 인식이 있었기 때문에 동원 개념의 소극적 참여에서 지역사회가 의사결정하고 스스로 통제하는 수준의 참여로 나아가 한다는 인식 제고는 필요하다고 보았다, 또한 보건사업에 있어 참여 범위와 의미를 좀 더 명확히 할 필요가 있다고 보았다.

“시작부터 처음 plan부터 같이 해야 한다는 것. 그리고 community involvement를 하면 그냥 사람들을 불러놓고 강연하거나 community health worker나 주민들의 대표자들과 얘기하는 걸 다라고 생각하는데, 나는 그렇게 생각안하고 plan하고 모든 단계를 지역주민, 여러 종류들, community leader뿐 아니라 여러 다방면에서 해야 한다고 생각했다. 그다음에는 그냥 그런 정도의 단계가 아니라 마지막으로 그것 자체가 community가 먼저 initiate할 수 있는정도로...”-참여자 1

“경우에 따라서는 동원하고 참여하고 겹치는 부분도 있으니까 그것을 항상 바람직하지 않은 것으로 볼 필요는 없다. 그러나 참여를 뭐가 모자라니까 동원하는 것으로 보고 그게 계속된다는 건 좋은 거 같지 않다. 참여의 의미가 뭐냐 라는 걸 명확히 해야겠고, 한국에서 앞으로 그런 걸 할 때도 실제로 나와 본인이나 우리가족이나 우리 동네나 우

리 지역사회와 결정된 문제를 우리가 스스로 결정하고 우리가 스스로 통제해야 한다는 개념이 좀 더 강화되어야 하지 않을까.”-참여자 2

“지역사회기반이라는 데 있어서 범위가 좀 구분되어야 한다고 생각한다. (지역사회가) 어느정도 참여할 거냐, 가장 수동적인 형태는 혜택을 받는 것일 테고, 가장 능동적인 단계로 가자면 자기들이 기획하고, 진행하고, 평가도 하고....”-참여자 7

이러한 인식은 지역사회참여를 보건사업의 목표 달성을 위한 단순한 수단이나 전략으로만 인식하기보다는 지역사회가 참여하는 과정에서 의사결정하고 행동하며 책임지는 일련의 경험을 통하여 지역주민들의 역량이 강화되는 측면을 강조한다. 지역사회가 참여 과정을 거치면서 사업의 목표 달성을 용이하게 하는 그 자체가 전략이 될 수 있고, 참여를 통한 민주적인 의사결정 경험과 지역의 주인의식은 지역사회가 스스로 자조(self-reliance)할 수 있는 기반이 된다. 즉 지역사회참여는 그 자체가 기본 철학이고, 전략이며, 목표이자 사업 자체가 되기도 한다.

“보건사업에서 지역사회참여란 기본 철학이기도 하고, 전략이고, 목표이자 사업자체이기도 하다. 주민 자체가 그 사업이 ‘내꺼다, 내 일이다’라고 생각하지 않는 한 모든 사업은 시범사업으로 끝나지 뿌리를 내릴 수가 없다.”-참여자 1

“ODA뿐만 아니라 보건개발이라는 측면에서 보면 (지역사회참여는) 철학이자, 가치이자, 또 한편으로는 전략이다.”-참여자 2

반면에, 참여자 3은 보건사업에서 지역사회참여가 중요하긴 하지만 정부의 거버넌스가 더 중요하며, 이것이 받쳐주지 않으면 지역사회참여도 소용이 없다고 강조하였다.

“나는 좀 다른 의견일 수 있다. 지역사회참여가 중요하긴 하긴 한데 governance가 중요한 거 같다..(중략) 누가 관리하지 않고, 서비스가 없어도 아무도 이런 거 해달라고 찾아가는 사람이 없고, 공공재기 때문에 누가 관여를 못하는 거다. 그거를 좀 방지하고 목소리를 높여보려고 했었는데, 근데 주민들 대표가 참여하고 보건소에 모여서 하고,

우리가 뭐가 문제이고, 그래서 이걸 개선하기 위해 무엇을 어떻게 할 것이고, 이런 initiation하고 의사소통을 통해서 사실은 실제로 뭐가 필요하다는 거까진 나온다. 자기들(지역사회)이 active하게 참여한다. 근데, 결국은 정부에서 그런 것들을 밀어주지 않으면, 필요한 것들을 주지 않으면 의미가 없다.”-참여자 3

홍성모(2011)는 Veenstra와 Lomas(1999)를 인용하여, 시민참여는 효과적인 거버넌스의 구성하는 요소의 하나임을 밝히고 있다. 지역사회의 참여는 결국 좋은 거버넌스를 만들고 지탱하는 한 요소로 역할을 하며, 역으로 거버넌스 역시 지역사회 역량의 한 영역으로 간주할 수 있다. 따라서 무엇이 먼저이고, 무엇이 더 중요하다는 것을 구분하는 것은 그다지 중요해 보이지 않는다

결론적으로, 면담 참여자들은 비록 지역사회참여에 대한 인식 정도와 의미를 조금씩 다르게 해석하고 있었지만 보건사업 현장에서 지역사회참여의 중요성에 대한 인식은 기본적으로 갖추고 있었다.

3. 지역사회참여 방해요인

기본적으로 대부분의 사람들이 지역사회참여의 중요성을 인식하고 있음에도 불구하고, 여전히 지역사회참여가 활성화되지 못하는 방해요인은 무엇인가. 본 연구에서는 ODA 수원국의 지역사회측면(recipient, 의료이용자)과 공여국의 사업수행자(donor, 의료제공자, 사업수행인력), 그리고 양쪽 모두에서 방해요인을 찾을 수 있었다.

가. 수원국 지역사회측면

면담 참여자들이 생각하는 수원국 지역사회 측면에서의 장애요인은 지역사회의 본질적인 비균질적 속성이 갖는 지역사회의 다양한 특성을 비롯하여 기존의 외국원조 경험에서 오는 편견과 불신, 특히 참여에 대한 금전적 보상에

대한 심리가 크게 작용하였으며, 지역사회가 오랫동안 무기력하고 힘이 없는 (powerless) 상태가 지속되었기 때문에 참여에 대한 동기부여가 잘 되지 않는다고 응답하였다.

(1) 참여에 대한 금전적 보상

먼저 참여자들은 그동안 많은 해외원조 기관들이 단기적 사업성과 성과 내기에 급급해 지역사회의 참여 또는 동원을 위해 금전적 보상 방식을 주로 취해옴으로써 지역사회가 원조기관을 불신하고 다소 부정적 편견을 갖게 되는데 영향을 미쳤다고 보았다. 이러한 피해를 경험했던 참여자 중에서는 이미 지역의 잘못된 관행이 고착화되었기 때문에 가시적인 보상이 없으면 형식적으로도 참여하지 않는다는 의견을 강하게 피력하였다. 참여자의 응답 내용은 다음과 같다.

“처음에 무슨 사업을 잘 해보려고 아무리 해봐도 사람들이 잘 모이지 않고 모여도 사람들이 우두커니 앉았다가 갈 때는 돈을 달라고 한다. 왜 줘야 하는지 몰랐는데 그동안 ODA 사업을 통해 돈을 받아왔고, 다른데서 ODA 사업을 하면 다들 거기로 가게 된다. 우리 쪽에서는 돈을 안주니까.” -참여자 1

“지역사회참여? 왜 할 거 같은가, 돈이 없으면 안 된다. 왜냐하면 나 먹고 살기 바쁘니까. 진심이다. 열심히 참여하려고 하지만 금전적 인센티브가 없으면 참여하지 않는다, 진짜로 참여하지 않는다.” -참여자 3

“한국 사람들은 가끔씩 와서 의례히 돈 주고, 사진 찍고 가고 그랬는데 너는 달랐다고 하더라. (중략) ○○과 ○○을 통해 느낀 것은 (ODA공여국이) 이미 많이 스쳐 지나갔다. 그리고 많이 스쳐지나가서 좋은 것도 있지만, 불신이 팽배하다. 이 불신이 팽배한 부분들은 결코 우리가 뚫을 수 없다. 우리가 이거 할거야 하는 순간부터 어그러진다는 걸 배웠다. .” -참여자 5

“아무래도 개도국에서 그런 게(금전적 보상) 많이 작용하는데, ‘나에게’ 금전적 보상이 없으면 굳이 시간을 내서, 관심을 기울여서 할 이유가 없는 거다. 심지어 그게 그들의 자식을 위한 것일지라도..” -참여자 6

면담 참여자 다수는 지역주민들이 프로그램 참여하는 유인 요소는 금전적 보상이 큰 이유인 것으로 보았으며, 이런 기대심리가 ODA 보건 사업 전 과정에서 부정적인 영향을 끼친다고 생각하고 있었다. 사실 이러한 현상은 ODA개발 현장에서 흔히 경험할 수 있는 모습임에 그다지 새로운 것은 아니나, 일선의 실무자들은 이러한 지역사회 모습에 크게 실망하고 있고, 이것은 사회의 선한 의도까지 의심하게 만드는 요인으로도 작용할 수 있다.

고성주(1989)는 ‘이익’이 보이지 않는 것에 주민이 참여하기를 기대할 수 없다고 하였다. 여기서 ‘이익’이라는 것은 ‘혜택’이나 ‘수혜’로 볼 수도 있지만, 본질적으로 주민이 원하는 ‘자원(건강을 위한 보건자원)’에 대한 관리 내지 통제(control)을 의미한다고 보았다. 보건사업 제공자(donor) 입장에서는 지역사회가 사업을 통해 금전적 이익만을 챙긴다고 실망할 수 있으나, 지역주민이 본질적으로 원하는 부분이 금전적 혜택인지, 다른 필요 자원인지 선입견을 갠 세밀한 접근이 필요한 대목이다.

(2) 지역사회 내 무기력감 팽배

참여자 1은 지역사회가 자신들이 직면해 있는 문제가 무엇인지 스스로 파악하고, 문제해결하려고 하는 의지가 약하고 무기력한 상태라고 하였다. 반복된 실패의 경험과 주기만 하는 일방적 해외원조 형태가 지역사회를 무감각하게 만들었다고 보았다.

“나는 지역사회가 스스로 문제점을 알고 asking할 수 있는 걸 만드는 데는 시간이 굉장히 많이 걸린다고 생각한다. 결국은 그 사람들을 empowering시키는 것인데 거의 대부분 주민들이 가지고 있는 문제가 사실 powerless다. 처음에는 당연히 자기네들이 노력하고 해보려고 했는데, 하다보면 이런저런 문제에 걸리고, 뭔가 해보려다가 실망하다가 모든 사람들이 자기들 일에만 powerless되는 게 아니라 외부의 이런 원조에 무감각해지는 거다.”-참여자 1

“사람들한테 뭐가 필요한가를 물으면 집에 뭐가 필요하다는 등의 전부 받을 것만 생각하지 뭔가 개발하려면 우린 그런 거 못한다, 필요 없다, 그런 식이다.”-참여자 1

김중해(1995)는 참여의 목적, 즉 자신의 생활에 영향을 미치는 외부의 결정에 대한 통제 욕구와 관련되어 있는 무력감을 ‘소외감’으로 정의하였다. 참여가 필요한 이유가 자신의 삶에 영향을 미치는 결정을 지역주민들이 통제할 수 있어야 하는데, 결국 참여가 이루어지지 않음으로써 자신들의 생활에 영향을 미치는 결정을 자신들이 아닌 외부에서 이루어진다고 생각하는 높은 소외감을 보여준다. 그러나, 지역사회가 가지는 높은 소외감과 현실 극복의 실패경험으로 새로운 원조기관에 대한 편견과 불신을 낳고 있다 하더라도, 참여자 4, 7은 지역사회가 무기력한 것이 인정하지만 그것을 지역사회를 타하는 것으로 결론짓는 것을 경계하였다.

“이 사람들도 그게 없었던 건 아니다. 하고는 싶은데, 뭔가 조건이 안 되는 거다. 뭔가는 해야 하는데..” -참여자 4

“지역사회가 무기력한 건 당연하다. 문제가 없다는 게 아니라 인정을 하지만 수행하는 사람들이 그것 때문에 못했다고 하는 건 문제 있다.” -참여자 7

이러한 의견은 무능한 지역사회를 비판하고자 하는 관점이 아니라, 사업수행자가 지역사회가 다양한 이유로 무기력해져 있다는 점을 인정하고 사업에 힘해야 한다는 관점으로 이해해야 한다. 고성주(1989)가 연구에서 주민의 무기력(패배주의)가 주민참여를 저해하는 가장 큰 요인으로 볼 수 있으나 이런 상태를 주민에게 책임을 전가하는 것이 아니라 그들을 둘러싸고 있고, 그들에게 그릇된 세계관을 야기 시키는 구체적인 지배 상황의 산물이라는 Freire의 말을 인용한 부분과 맥락을 같이 한다. 즉, 주민의 실질적인 참여 없는 정책이나 사업들은 이러한 의존을 이용해 보다 큰 의존을 만들어낸다고 할 수 있다.

(3) 지역사회의 이질적 특성

이론적 고찰에서도 밝혔다시피, 지역사회는 다양하게 해석되고 있다. 비슷한 관심사, 문화, 체제 등을 공유하는 속성을 가졌는가 하면, 서로 다른 차원의 이해관계와 계층화된 집단의 모임으로 볼 수도 있다. 참여자 4는 지역의

비균질적인 속성으로 다양한 지역사회 구성원 집단과의 협력이 어려운 구조라고 보았다.

“여러 가지 원인을 말했지만, 일단 기본적으로 대상이 체계적인 조직, 학교, 기관 이런 데가 아니라 한 지역에서 한다는 동질성을 가지지만 그 안의 구성원들은 정말 다양하기 때문에 어려운 게 사실이다...원인이 많은 만큼 대상지역의 사람들도 homogeneous(균질적)하지 않다.” -참여자 7

나. 공여국 사업수행자 측면

면담 참여자들은 공여국 사업수행자 측면에서의 방해요인은 크게 사업수행 인력의 역량부족과 ODA사업의 구조적 특성에서 찾았다. 사업수행인력은 지역 사회참여에 대한 인식과 경험이 부족하였고, 지역사회를 저평가하고 있다고 보았다. ODA사업은 사업기간이 매우 짧고 분절적이며 성과중심의 평가방식으로 진행되고 있어 지역사회참여 활성화 전략에 장애가 된다고 보았다.

(1) 사업수행 인력의 역량 부족

① 지역사회참여 개념에 대한 인식과 경험 부족

본 연구에서는 면담참여자를 대상으로 지역사회참여 개념에 대한 인식수준을 직접적으로 조사하지는 않았으나, 면담과정에서 인식수준을 가늠할 수 있었다. 면담 참여자들은 지역사회참여 수준에 대한 인식 측면에서 다소 차이를 보였다. 보건사업에 있어 지역사회참여의 중요성에는 모두 공감하지만, ODA 보건사업 인력들이 지역사회의 참여 수준을 어디까지 고려하고 인식하는지는 참여자 나름의 경험과 견해가 많이 좌우하는 것으로 보인다. 면담 참여자 중에는 지역사회참여 개념을 보건 교육이나 서비스의 대상 정도로 국한해서 보았으며, 지역사회의 전문성이 떨어지기 때문에 그 이상으로 참여하는 것은 오히려 조심해야한다고 했다(참여자 3, 참여자 6). 아직 ODA 보건사업 현장

에서 지역사회는 지역사회 사업의 핵심적 인적자원이자 변화의 주체로서 의사 결정과 권한을 공유하는 파트너로 인식되기보다는, 예컨대 보건 프로그램의 교육 대상자, 만족도 설문 대상자, 홍보 대상자, 의료 서비스 수혜자와 같이 제한된 틀 속에서 건강지표 개선에 동원되는 대상 이상으로 인식되지 못하고 있음을 알 수 있다.

“지역사회참여는 필요하다. 어떤 사업도 지역사회참여 없이는 될 수가 없다. 갖다 퍼주는 식이 아닌 이상은, 모자보건같은 사업도 지역사회가 참여해서 교육도 참여 하고, 예를 하면, 피임기구를 사용하자 하면 참여해서 어떻게 하는지 교육도 듣고 어떻게 사용하는지 실제로 사용하고 해야지만 성공가능하다.” -참여자 3

“지역사회가 서비스의 대상자로서 접근을 하려면 그 사람들이 이 사업이 하고자 하는 목적이 뭔지 이해가 있어야 하고, 그 서비스를 받기 위해서 어떻게 접근할 수 있을지에 대해서 이해를 해야 한다.”-참여자 4

“(지역사회가) 지역사회내의 보건문제를 파악하고 우선순위를 두는 것과 같은 참여는 할 수 있다고 보지만...굉장히 조심해야 한다고 본다.”-참여자 6

참여자 2는 이런 인식은 지금까지 한국 사회에서 참여를 소극적으로 해온 경험이 많기 때문에 이런 환경에서 일하는 사람들이 참여를 단순하게 생각하는 경향이 많다고 보았다

“(중략)..근데, 지금까지는 대체로 동원이 아니어도 소극적으로 참여하는 게 많았기 때문에 보건 쪽에서 일하는 사람들이 그렇게 생각하는 게 많았다.”-참여자 2

그러나 참여 수준을 인식하는 정도는 단순 동원 수준을 넘어 지역사회 스스로가 initiate하는 정도까지 가는 수준이 되어야 한다고 보는 시각까지 넓게 존재했다. 면담 참여자 내에서의 차이는 현장 실무자보다는 이론 정립이 잘 되고 있는 학계의 관점(참여자 1, 참여자 2) 훨씬 넓은 것을 알 수 있었다.

“참여를 단계별로 정의하는데.. 사실은 mobilization, information 단계를 떠나서 지역사회가 initiate할 정도로 해야 ..”-참여자 1

“지역사회참여라 하면 그냥 사람들을 불러놓고 강연하거나 지역사회건강요원이나 주민들의 대표자들과 얘기하는 걸 다라고 생각하는데, 나는 그렇게 생각 안하고 plan하고 모든 단계를 지역주민, 지역사회 리더 뿐 아니라 다방면으로 해야 한다고 생각한다.”-참여자 1

“나한테나 우리 가족이나 우리 동네나 우리 지역사회와 결정된 문제를 우리가 스스로 결정한다든가 우리가 스스로 통제해야 한다는 개념이 좀 더 강화되어야 하지 않을까.”-참여자 2

“가장 수동적인 거는 혜택을 받는 것 일 테고, 가장 능동적인 단계로 가자면 자기들이 기획하고, 계획수립하고, 진행도 하고, 평가도 하고, 이런 것까지 액티브하게 하는 걸 텐데..”-참여자 7

또한, ODA 수행인력은 지역사회참여 경험이 부족하여 참여형 사업에 익숙하지 못하고 능동적으로 할 역량이 부족하다고 보았다.

“우리나라 전문가들도 지역사회참여를 이끌어낼 그렇게 경험된 사람이 없다. 제3국에 나가서 현장경험이 있는 사람이 많이 있어도 이런 걸 이론화해서 큰 프레임을 갖고 국제기 준 트렌드와 겹해서 생각하려고 하면 어렵다.”-참여자 1

“인프라 위주로 했던 분들은 역량강화나 지역사회주민 활동을 포함하면 머리가 아프고 일단 해본 적이 없기 때문에 어렵게 생각하는 사람들도 있는 거 같다.”-참여자 3

“저희도 지역사회참여 프로그램이...프로젝트 자체가 그다지 익숙하지 않아서 좀 더 능동적으로 할 역량이 부족했고, 그에 따른 동기 유발 프로그램들, activity 잘 못한 부분도 좀 있고..”-참여자 7

② 통합적 시각과 파트너십 부족

무엇보다 현지에서 사업을 수행하는 인력의 철학과 자질이 매우 중요한데 그러한 핵심인력들의 자질이 지역사회기반 사업을 수행하기에는 부족한 점이 많다고 보는 시각이다. 전반적으로 사업수행 인력은 지역사회에 대한 인식과

이해가 부족하고, 현지의 사회적 맥락을 통합적으로 이해하고 접근할 수 있는 자질을 갖춘 인력이 부족하다고 보았다.

“지역사회가 powerless되어 있고, 사람들의 bad behavior가 있지만, 그럼에도 불구하고, 그 사람들이 왜 그렇게 되었는지 이해하면서 그것을 이끄는 리더십이 필요한데 그게 없다.” -참여자 1

“큰 계획은 차치하고라도 이행단계가 굉장히 중요한데, 현장에 파견되어 있는 사람들이 사실 잘 훈련이 되어 있지 않다. 그런 것에 대해서 교육을 받거나 지역사회에 접근하는 방식에 대한 훈련이 안되어 있고, 지역사회를 이해하려고 안하고,통계자료 그냥 몇 개 보고...” -참여자 7

그러나, 참여자 7은 사업수행 인력의 자질 부족은 개인적인 차원의 문제라기보다는 파견인력이 제대로 훈련이 되어 있지 않고 경험이 부족하기 때문이라고 보았다. 도너(donor) 입장에서 수행 인력을 하찮게 보는 경향이 있기 때문에 이들에 대한 교육에 신경을 쓰지 않는다고 하였다.

“일단은 교육이 안되어 있는게 가장 크고, 교육이 안되어 있으니까 어떻게 하는지 모르고, 어떻게 하는지 모르니까 못하는 거다.” -참여자 7

“아직 우리나라는 기획과 평가는 있는데 implementation에 대해서는 잘 모른다. 아무리 좋은 계획을 세우고 평가를 잘 하면 뭐하나, 결국은 제일 중요한 건 이행하는 사람들인데, 이행하는 사람들을 좀 하찮게 보는 경향이 있다. 그거 누가 못하나 식의...그래서 이행자들에 대한 교육도 신경 안쓰고...” -참여자 7

참여자들은 ODA보건의료 인력들이 일반적으로 지역사회를 저평가하고 있으며 믿지 못하고 있다고 보았다. 이러한 인식 바탕에는 사업수행자가 ODA 수원국이나 지역사회를 파트너로 생각하기보다 사업으로부터 도움을 받는 수동적인 존재로 보는 경향이 강하기 때문이라고 하였다.

“그런 마인드로 시작하니까 대부분은 우리가 설정해 준 목적을 갖다 주고, 예산을 갖다 주고 그대로 진행되기를 바라지 않는가..”-참여자 4

“보건의료인력 뿐만 아니라 외부에서 들어오는 대다수의 도너(donor)들은 자기목적 중심으로 진행을 한다. 지역주민들 못 믿는다. 나라도 못믿는데, 정부도 못 믿는데 지역주민들을 어떻게 믿어, 그런 것들...”-참여자 4

“‘내가 도와주는데 너희들은 잘 모르니 경험이 없으니 우리가 옳아. 우리가 옳으니 이행하는 방식에서 중요한 결정들은 우리가 해야 하고 너희들은 그냥 그 결과를 보고 우리에게 고마워하거나 그냥 그걸 누리면 돼’ 이런 시각이 좀 많은 거 같다.”-참여자 7

이러한 불신은 수원국의 지역사회가 전문성이 높은 보건 분야에 대해서 잘 알지 못하고 자칫 잘못된 판단을 하여 프로그램에 부정적 영향을 끼칠지도 모른다는 의구심에 기인하는 것으로 보인다. 기본적으로 ODA보건사업의 기획은 보건의료 전문가들에 의해 기획되고 제작이 되기 때문에 이런 전문성에 대한 신뢰가 지역사회의 잠재능력에 대한 믿음보다 더 클 것이다. 참여자 6. 은 그러한 의구심을 표현하였다.

“너무 (지역사회에서 얘기하는) 불필요한 의견에 초점을 맞추진 않을까라는 노파심이 들고, 개개인이 생각이 다 다르고, 입장이 다른데, 그걸 하나로 묶는 것은 매우 신중해야 하지 않을까라는 생각이 든다.”-참여자 6

(2) ODA사업의 특성 측면

① 사업의 단기성과 성과 중심의 평가 방식

면담 참여자의 대부분은 우리나라 ODA사업의 특성이 사업기간이 짧고 성과결과 중심의 평가방식이 사업 과정에서 지역사회참여를 이끌어내는데 장애가 된다고 생각하고 있었다. 지역사회가 그들의 필요를 가지고 자발적인 참여가 일어나고 역량이 성장하는 것을 그 성과로 보기에선 사업기간 1~2년은 너무 짧다는 점에 참여자들은 공통적으로 동의하였다. 또한, 지역사회가 참여하

는 과정과 지역의 역량이 강화되고 성장하는 것들을 수치화하기가 어려운 반면에 ODA사업은 가시적인 결과를 요구하는 경우가 많다고 하였다. 그렇기 때문에 사업 수행자 입장에서 가능한 빨리 어떤 결과를 보여야 한다는 압박감을 가지게 되고, 사업결과를 수치화할 수 있는 활동에 치중하게 된다고 보았다.

“제일 고민했던 것은 이 사업이 딱 1년 사업이라는 거다. 1년 사업으로는 사실 지역사회 참여가 시작되는 건 굉장히 어렵기 때문에...”-참여자 1

“한국의 경우 ODA사업을 굉장히 짧게 한다. 기간이 짧은 단기 프로젝트를 많이 한다는 게 하나 있고, 또 하나는 대체로 ODA를 할 때 많이 요구하는 게 눈에 보이는 변화나 지표이기 때문에 그런 지역의 역량이 성장하고 이런 것들을 성과로 표현하기 매우 어렵다.”-참여자 2

“자꾸 이쪽에서의 기준 잣대가 자꾸 효과가 있냐, 얼마나 갔냐, 이런걸로 가니까 실제적으로 ODA사업을 했을 때 질적인 변화나 이런 부분들은 어떻게 진행되는지, 내가 볼때는 결과는 안 나온다.”-참여자 5

“결과에 대한 수치화를 내야하고, 지금 ODA사업에서 보면 M&E(monitörung and evaluation)를 굉장히 중요하게 보는데, 그런 거를 다 KOICA에서 수치화한다고 하더라. 보건의료 현장에서 수치화하는데 더 많은 요구를 당하고 있다.”-참여자 6

“지속성을 고려하면 긴 시간이 필요한데, 사업자체 기간이 길어야 하는데..아직까지 우리나라 원조를 집행하는 기관의 수준이라는 게 대개 단면적이다. 당장 결과가 정량화 되어야 하고, 결과가 보여야 하고, 언론에도 나와야 하고..”-참여자 7

이는 ODA보건의사업에 대한 평가를 수치화된 결과에만 치중할 것이 아니라, 사업 과정의 모습을 평가하는 질적 평가 영역이 확대되어야 한다는 의견이 나올 수 있는 대목이라 하겠다.

② 분절적 접근

참여자 2는 ODA사업이 분야별로 나누어져 따로따로 접근하는 방식으로는 여러 요소들이 밀집되어 섞여 있는 지역사회에 통합적으로 접근할 수 없다고

보았다. ODA사업은 교육, 보건, 공공행정 등 각 분야별로 따로 사업을 진행하고 있는데 이러한 접근방식은 사람이 중심이 되는 사회에서는 잘 맞지 않다는 것이다. 다양한 삶의 요소에서 보건분야만을 따로 떼어내서 문제화하고 해결하려는 방식에 지역사회가 적극적으로 참여하기를 기대하는 것은 어렵다. 특히 보건 분야는 전문성이 높다는 이유로 다른 영역과의 통합적인 접근이 차단되는 경향이 있다.

“ODA가 갖는 사업의 구조적 특성은 소위 people-centeredness라고 하는 표현하는, 사람을 중심으로, 주민의 시각을 중심으로 하는 것과 잘 안맞는 점이 있다. 분야별로 나뉘어져 있고, 전문성이라는 이유로 영역별로 따로따로 접근하고, 그런 것들이 하다못해 2개의 사업이 같은 지역이나 같은 대상으로 하는 경우도 굉장히 드문, 따로따로 다 한다는 거다.” -참여자 2

개인은 그들 나름의 삶을 살아가는 존재이며 그 삶의 과정에 있어 자신이 속한 지역사회의 여러 요소와 상호작용한다. 따라서 분절적인 접근방식으로는 과 참여를 담보할 수 없을 것이다.

다. 공통적인 측면

공여국과 수원국의 공통된 방해요인은 지역사회참여에 대한 관심과 경험이 부족하다로 요약된다.

(1) 지역사회참여에 관심 부족

공여국과 수원국 모두 지역사회참여에 대한 가치를 잘 인지하지 못하고 있다는 견해이다. ODA사업 추진체계가 양국 정부간의 논의와 협의에 통해 진행되기 때문에 보건사업의 목적과 취지가 국가의 정책 틀 안에서 고려된다. 때문에, 면담참여자들은 기본적으로 국가차원에서 지역사회참여에 대한 인식 수준이 낮고, 지역에서 일어나는 일에 관심이 적다고 보았다.

“양쪽이 다, 주는 쪽에서도 그렇지만 수원국에서도 이런 가치를 모르고 돈을 직접 줘서 중앙 프로젝트를 안 하고 왜 지역사회에서 직접 하느냐 이러면서 중간에서 방해를 많이 놓기 때문에.”-참여자 1

“수원국도 그렇고 공여국도 그렇고 그것을(지역사회참여) 별로 중요하게 생각하지 않는다... 보건이라는 것이 굉장히 전문성이 있다는 인식 때문에, 참여라는 것이 다른 거에 비해서(소득 같은) 중요한 거냐, 그런 생각도 있을 수 있고, 그리고 참여 이런 게 정치나 민주주의나 이런 것과 관련되기 때문에 수원국 입장에서 도구적인 어떤 의미 이상을 부여하기 어려운 것도 있고, 공여국도 마찬가지로 그런 것을 신경써야하고 하는 그런 문제. 그리고 참여라는 게 대체로 지역이나 지방에서 일어나는 일이기 때문에, ODA는 주로 국가차원에서 하는 일이어서 좀 관심이 안가는 부분이 있고..”-참여자 2

“보통은 지역사회기반 사업이나 주민참여형 사업은 bottom-up사업이다. 그런 사업에서는 중앙정부의 관심을 이끌어내기가 상당히 힘들다...정부입장에서 봤을 땐 너무나 소소하게 가고 있는 듯한 느낌이 드는 거다. 저게 과연 우리의 모성사망률을 낮추는 데 기여할 수 있을까. 근데, 궁극적으로는 그런 것에 기여하고 있는데도 불구하고 너무 그냥 잔가지처럼 보여서 그런 잔가지에 가치부여를 별로 못해준다.”-참여자 4

참여자 2는 또한 지역사회참여에 대한 관심이 부족한 이유 중에는 보건 분야가 굉장히 전문적이라는 인식이 강하기 때문에 수원국 사람들이 보건의슈에 관심을 기울이기가 어렵다고 보았다. 이것은 의료인의 의료전문주의와 같은 우월의식이 아니라 보건 분야를 전문적이라고 보는 외부의 시각이 보건 분야의 지역사회참여에 대한 관심으로 연결되지 못한다는 견해로 풀이된다. 이는 국제적 보건기관들이나 개발기구들의 특성상 지원대상국의 지배집단이나 의료인 집단들과 제후관계에 있기 때문에 주민의 건강과는 거리가 멀어지게 되어 주민의 이익이나 주민참여는 부차적인 것으로 인식하고 있다는 고성주(1989)의 주장과 일치하는 대목이다.

(2) 지역사회참여 경험 부족

참여자 7은 ODA 수원국과 공여국 모두 지역사회참여 경험이 부족하다고 하였다. 지역주민의 참여가 수월히 이루어지기 위해서는 참여의 경험이 중요

한데, 양쪽 모두 그러한 경험이 부족하다는 의견이다. 우리나라에서는 지역사회참여 전략뿐 아니라 ODA사업에 익숙한 보건의료 전문가도 부족하며, 특히 지금까지의 ODA보건사업은 기자재 및 인프라 제공을 중심으로 이루어져, 지역사회참여 전략을 추진하고 활용할 수 있는 경험되고 축적된 인력이 부족할 수밖에 없다고 하였다.

“그동안 인프라 위주로 했던 분들은 역량강화나 지역사회주민 활동을 포함하면 머리가 아프고 일단 해본적이 없기 때문에, 어렵게 생각하는 사람들도 있는 거 같다.”-참여자 3

“외국 사람들과 그렇게 지속적으로 사업을 해보지 못했기 때문에, 외국사람들은 대부분은 큰 병원에만 가고 지역사회 안으로 들어가진 않았던 거 같다. (지역주민들이) 뭘 해야 할지 모르고, 외국 사람들이 손님으로 와서 하나라도 남기고 가니까 관심사는 있는데 과연 이것을 어떻게 끌고 가야할지를 서로가 몰랐다.”-참여자 4

“우리나라같이, 특히 인프라 제공 형태의 원조를 시행해왔던 나라들의 입장에서는 (지역사회참여) 경험이 일천하기 때문에 다른 원조 선진국에 비해서 이런 프로그램들을 지역사회를 기반으로 해서 지역주민들을 이끌어내는 데는 아직 많이 미숙한 것이 사실..” - 참여자 7

4. 지역사회참여 활성화 방안

이상과 같이 우리나라 ODA 보건사업의 지역사회참여 방해요인을 살펴보면, 지역사회의 참여를 활성화하는 것은 쉬운 일이 아니다. ODA 관련 인력의 개인적인 인식과 태도의 변화 이상으로 지역사회 및 국가수준에서 변화되어야 할 요소들이 많다. 여기에서는 기존의 논의들을 비판적으로 검토하면서 지역사회 활성화 방안을 제시하려 한다.

(1) 지역사회 파트너십 적극적 활용

기본적으로 개발도상국에서 수행되고 있는 사실상의 모든 ODA사업에서 관련기관이나 유사기관과의 파트너십은 필수불가결한 요소로 인식되고 있다.

면담 참여자들은 보건사업 역시 그 지역의 맥락을 제대로 이해하고, 잠재되어 있는 지역사회 자원과 능력을 확인하기 위하여, 보건사업의 직접적으로 관련된 파트너를 포함하여 지역사회의 협의체나 공동체를 적극적으로 활용하는 방안이 지역사회참여를 이끌어내는 데에 효과적이라는 인식을 같이 하였다. 또한, 참여자 1은 지역사회 파트너십을 적극적으로 활용하여 외국 원조기관으로서 수행하는 사업의 제한점(예를 들면, 언어, 문화 등)을 적극 상쇄시키고 지역사회 공동체가 주도적으로 움직일 수 있게 하려던 노력이 사업 수행을 용이하게 했고, 결국은 주민참여와 지속성이 증가했다는 경험을 들려주었다.

“그래서 그곳의 women’s group을 활용했다. 거기는 늘 여자들이 모여서 행사를 많이 하는데 시장부인, 보건소·병원장 부인들이 women’s group을 동원해서 보건소 한 곳에서 어린이 급식을 하면서 그게 MCH(모성 아동 건강)서비스가 연결되게...그것이 자연스럽게 지역사회참여와 지속가능성이 늘어났다.”-참여자 1

“영어로 해도 어려운데 하물며 스페인 말로...우리가 몇 개의 대학을 방문하고 그 중에서 제일 교육을 잘 할 수 있는 대학을 선정해서...우리가 하는 것보다 훨씬 말도 잘 통하고...”-참여자 1

면담 참여자들은 파트너십을 외부단체를 포함하여 사업과 관련되는 지방정부, 보건소, 보건지소의 인력, 지역 내 영향력 있는 종교 지도자와 같은 지도층 인력 및 현지인력을 모두 포함하는 것으로 인식하고 있었으며, 나아가 이들의 중간자적 역할이 사업수행자가 지역사회에 대한 이해 및 기술의 부족으로 생길 수 있는 문제점을 해소시키고, 지역사회가 참여하도록 동기부여를 할 수 있다고 보았다. 더불어 사업수행자는 지역주민을 사업의 주체로 이끌도록 노력하며, 이들을 조력하는 역할이 바람직하다는 다수의 의견을 타나내었다.

“우리는 그 사람들의 언어를 쓰는 게 아니고 그 사람들 문화를 다 알리 없으니까. 그러면 그 지역주민들이 참여할 수 있게 끌어줄 수 있는 Bridge역할을 해줄 사람이 필요한 거다. ...우리가 직접 혼자서 뛰어가서는 안된다. 결국은 누군가 뛰어줄 사람이 필요하데...그럴 때 한국 사업팀들은 그것을 원만하게 이끌어갈 수 있게 조정자 역할을 해주는 거다”- 참여자 4

“그 지역의 파트너십을 통해서 그들이 할 수 있는 일과 우리가 할 수 있는 일을 나누고, 그들이 할 수 있는 부분은 전적으로 그 사람들에게 맡기고, 우리가 할 수 있는 것은 전문가 그룹을 붙여줘서 지속적으로 모니터링 할 수 있게 지침이나 기준을 만들어 주는 조력의 역할로 충분하다고 본다.”-참여자 5

“결국은 제일 중요한 건 이런 걸 이어받기 위해서는 현지인력들의 교육이 중요하다.”-참여자 7²³⁾

(2) 지역사회에 긍정적 참여 경험 제공

다수의 면담 참여자들은 지역사회가 참여 경험을 통해 얻은 실질적인 결과물, 즉 소득이 창출되거나 기대하는 변화를 대면할 때 참여의 필요성을 실감하고 새로운 곳에 그런 경험을 재적용하면서 그들의 역량이 증진된다고 보았다. 사업수행자에게 있어 지역사회가 무지하고 무기력해 보일 수 있지만, 그것은 개인이나 지역사회가 성공이나 실패를 해 본 경험이 거의 없으며 새로운 시도가 목적에 다다를 수 있도록 이끌어주는 리더십을 경험해 보지 못했기 때문으로 보았다. 따라서 이들에게 목적달성 이후에 대한 구체적인 그림을 제시하고 실질적인 이점을 경험하게 한다면 지역사회가 좀 더 적극적으로 참여할 수 있다고 강조하였다.

“이 사람들이 완전히 달라졌다. 소위 powerless였던 사람들이 이렇게도 변할 수 있구나. (프로그램이) 끝나고 나니까 아무것도 못하겠던 사람들이 와서는 자기네들이 이런 것도 만들 수 있는데 팔 수 있겠느냐고 물어왔다.”-참여자 1

“우선은 본인들이 첫걸음을 할 수 있는 경험, 자기네가 이익을 손에 쥘 수 있게 하는 것이고... 소득창출은 꼭 들어가야 한다고 본다. 우리나라 새마을 운동이 결국은 소득창출이 같이 들어간 거였다.”-참여자 1

“사람을 모아보고, 거기에 참여해서 조직도 만들고 거기서 토론도 하고, 이런 경험이 좀 쌓이면 다른 것이 같이 잘 될 수 있을 있고,..다른 경험이 있으면 이 보험 사업을 하거나 이런 것도 그런 역량이 바탕이 되어서 잘 될 수 있는 거고...”-참여자 2

23) 여기에는 사업의 지속성을 위하여 현지인력의 역량강화를 위한 노력도 파트너십의 한 형태로 포함하였다.

이는 “지금까지의 참여관련 한계와 지역사회 건강증진을 위한 본질적 참여의 필요성과 중요성에는 공감하더라도, 본질적 참여의 경험이 서로 익숙하지 않은 상황에서라면 참여를 하는 입장이나 참여 기회와 경로를 마련하는 입장에서든 무엇을, 어떻게 해야 본질적인 참여가 제대로 이루어지고 활성화될 수 있을지 막막할 수밖에 없다” 는 유승현(2010)의 의견과 같이 한다. 말로써만 참여를 강조하고 독려하는 것이 아니라 지역사회가 여러 형태의 참여를 통해 긍정적 경험을 하게 되면 다른 경험으로 연결이 되고 활용되어 결국은 지역사회의 역량이 강화된다는 의미로 풀이된다.

참여자 4는 지역주민들 참여를 이끌기 위해서는 목표달성 이후의 모습을 구체적으로 그릴 수 있도록 장기적 목표 외에 좀 더 실현가능하고 구체적인 단기 목표를 세워 성취감을 갖도록 해야 한다고 조언한다. 특히 이러한 목적이 이상적인 것이 아닌 실현가능한 목적이 되도록 옆에서 가이드하고 조력하는 역할을 해야 한다고 하였다.

“그러면, 그 목적을 달성하기 위해서 이 만큼의 기간이 필요하고, 그 다음에 무엇을 어떻게 해줄 것인가를 가이드를 해 줘야 한다. 그러면 눈에 보이거든, 그림이. 그럼 그 다음엔 으쌔으쌔가 된다. 그리고 정말 적극적으로 참여를 한다. 그게 장기 목적일 때에는 쉽게 지치고 쉽게 포기하고 그런다...진짜 놀랍다. 그렇게 목적이 설정이 되고 나면 같이 추진할 때 놀랍다.”-참여자 4

또한, 참여자 2는 참여는 반드시 보건분야라는 한 분야에서만이 아니라 교육, 젠더, 소득향상 등 다양한 분야에서의 경험이 일어나야 하고, 한 분야에서의 좋은 경험은 다른 분야로 확대되어, 보편적 경험으로 넓어져 지역사회 전체의 역량 향상으로 나아갈 수 있다고 보았다. 같은 맥락으로 참여자 1, 4는 이러한 긍정적 참여의 기회는 소득창출이나 다른 부대사업을 통해 가능하다고 하였다.

“보건이든, 교육이든 여성과 관련된 문제든, 소득향상에 대한 문제든 구체적인 여러 가지 경험을 하는데 그 경험이 그 분야의 경험으로 끝나지 않고 보편적인 경험으로 넓어

지면서 전체적인 역량이 조금씩 올라가는, 그렇게 봐야, 그런 점에서 보면 보건 분야의 어떤 참여의 경험을 해서 사람들이 그거를 통해서 더 많이 알게 되고 더 좋은 경험을 알게 되면 다른 분야로 확대될 수 있는 것을 보건에서 먼저 시작할 수도 있다.”- 참여자 2

“지역사회참여를 이끄는 주요요소는 프로그램을 이끄는 인적역량과 저는 거기에 소득창출을 위한 활동이 꼭 들어가야 한다고 본다. 우리나라도 그랬다. 새마을 운동이 결국은 소득창출이 같이 들어간 거였다. .”-참여자 1

“예를 들면, 센터에서 이루어지는 요리교실, 바구니교실, 이런 걸 통해서 바구니를 만들면서 가족계획 얘기도 하고,..그 다음에 .비즈 공예, 태권도 교육, 유치원.. 이런걸 다양하게 많이 해서 사람들이 우리 사업에 조금 더 가까이 친근감 있게 다가올 수 있게 만들어 주는 그런 활동들...”-참여자 4

(3) 사업 수행자측의 통합적 시각과 마인드 제고

참여자 2는 사업 수행 인력의 통합적 시각을 강조하였는데, 보건의료 인력이 지역사회참여에 대한 전략이 있어도 ODA구조에 많이 좌우되기 때문에 한계는 분명히 있지만, 보건사업을 따로 떼어서 다른 영역과 별개로 접근하는 게 아니라 지역사회 주민들의 실제 삶을 중심에 놓는 시각에서 통합적으로 바라봐야 한다고 보았다. 이러한 관점은 보건부문에서만 지역사회참여가 잘 일어난다고 해서 건강문제가 해결되는 것이 아니라 사회 전반에서 축적된 기반으로부터 참여가 일어나야 가능하다는 맥락으로 이해된다. 이는 ‘보건만의 단독 영역이 아닌 모든 분야에서 보건을’ 이라는 접근방식과 일치한다.

“지역에서는 지역에 있는 주민의 시각에서, 주민의 시각이 되면 굉장히 통합적으로 이해를 하게 된다. 그런데 그거를 그 분야에서 일하는 사람이나 전문가들이 주민의 시각과 달리 쪼개 놓으면 현실에 잘 맞지 않는 거다. 주민의 시각으로 통합적으로 보는 게 필요하다. 예를 들어서 교육, 보건, 젠더, 문화 이런 게 결합해서 기존의 ODA에서 분류하는 것과 상관없이 주민의 시각에서 통합적으로 하게 되면 훨씬 나올 거다.”-참여자 2

“보건영역에서만 그런 것이 (지역사회참여) 잘 된다는 건 좀 생각하기 어렵다. 사회 전반적으로 그런 역량이나 문화, 전통, 역사 이런 것들이 축적되어야 건강이나 보건 분야도 가능하지 다른 쪽에는 그런 기반이 전혀 없는데 보건만 이렇게 한다는 건...그래서 전반적으로 지역의 역량, 참여나 민주적인 의사결정 이런 것들이 전반적인 역량이

올라가야...(중략..예를 들어서, 교육사업을 하는데 건강과 관련된 거를 같이 한
다든지, 문맹퇴치사업을 하는데 문자교육을 꼭 필요한 건강교육, 말라리아에
방, 뭐 이런 거와 관련된 내용으로 한다는 거는 이걸 통합적인 내용이라는 거
다.”-참여자 2

이러한 통합적 시각과 함께 사업수행 인력이 지녀야 할 마음자세(mind)는
참여자 5, 7이 응답한 공감이나 의사소통 기술, 협력, 존중의 자세 등을 들
수 있다.

“완벽한 사람은 없다. 하지만 처음에 공감, 동의 이런 부분이 매우 중요하고, 의사소통이
잘 되어야 하고, 그런 부분들을 함께 만들어 갈 수 있는 협력하는 마음이 매우 중요하
다.”-참여자 5

“약속을 계속 철저히 지켰다... 그렇게 약속을 지키니까 이 사람들이 다음에는 구체적인
제안을 하더라.”-참여자 5

“많은 부분에서 우리가 간과하는 게 ‘평등’의 개념에서 자꾸 벗어나는 거다...사람들이
사는 세상에는 그 지역의 상황에 따라서 제도나 관습이 만들어지기 때문에 그 상황에서
는 (그 사람들이 하고 있는 방식이 거기서는) 최고인 거다.”-참여자 5

“기본적으로 그 지역에 대한 신뢰와 존중, 그 다음에 지역을 파악하려는 노력들이 있어
야겠다.”-참여자 7

“처음에는 서로 의견이 안맞고 대립하더라도 서로 머리를 맞대고 계속 파트너십을 형성
하면, 나중에는 지역사회와 자연스럽게 합의된 방식이 도출이 되고 그거를 이행하면 생
각보다 나은 결과가 나오는 경우가 있더라.”-참여자 7

지역보건에서는 지역주민의 자조 능력을 강조한다. 하지만 지역주민이 주도
적으로 하기에는 오랜 시간이 소요되기 때문에 경험 있는 전문인의 자문과 지
도를 해주어 한다 하였다. 같은 맥락에서 본 연구의 참여자들도 사업수행 인
력이 가져야 할 자질은 직접적인 도움이 아닌 지역사회에 대한 깊이가 제대로
되어서 그들의 잠재능력을 스스로 확인하고 활동할 수 있도록 이끌어 내고 조
력하는 리더십을 강조하였다.

“지역사회참여라는 것이 처음부터 지역사회가 참여하면서 뭔가를 한다는 것 자체는 사실...그렇게 하는 게 아니고, 지역사회가 할 수 있도록 그것을 북돋아주고.. 이런 문제를 어떻게 엮어내고 어떻게 이끌어가고 하는, 이런 마인드를 가진 사람들이 들어가야 한다.”-참여자 1

“이 사람들이 뭔가를 하고는 싶은데, 조건이 안 되는 거다. 어렵פות이는 아는데 무엇을 할지 잘 못 찾는 거다. 그럼 어떻게 하면 좋을까. 그럼 같이 해보자. 우리도 작은 단체니까 다 할 수 없으니까 지금 가장 긴급한 사안이고 그 지역에서 부담 없이 할 수 있는 일을 찾자...”-참여자 5

(4) 현장 수행인력 교육훈련 시스템 구축

지역사회참여 전략을 제대로 수행하기 위해서는 사업을 형성하고 지역에서 직접 활동하는 인력의 자질이 매우 중요함을 강조하였다. 때문에 ODA집행기관, 수행인력, 학계 모두 제대로 교육과 훈련이 되어 있어야 하지만, 현실은 그렇지 못하다고 보았다. 면담 참여자들은 그 이유를 우리나라의 교육과정에서 지역사회와 참여에 대하여 제대로 다루지 못하고 있고, 해외로 파견되는 인력에 대한 사전 교육이나 훈련이 제대로 이루어지지 못하고 있다고 하였다.

“사업의 타당성 조사나 이 사업을 organize하면서 들어가는 사람들이 훨씬 더 많이 훈련이 되어야 한다...이것 자체가 사실 어려서부터 교육도, 우리나라 간호교육이나 의과 교육이 그렇게 되어야하고, 우리나라 전체의 사회개발이 되어야 하는데 그게 안되기 때문에, 나는 우리를 blame하는게 아니라 우리가 그럴 수 밖에 없는 형편이기 때문에, 무엇이 중요하냐하면, 우리가 부족하다는 것을 빨리 알고 그쪽을 최대한으로 그렇게 일 할 사람을 훈련해내야 되는데 그런게 없다. KOICA가 그런 fuction을 하려면 KOICA 자체 내부 훈련이 많아야 하고...대사관도 그런 훈련을 스스로 해야 하고...그리고 우리 소위 아카데미에 있는 사람들도 그런 훈련을 해야, 이렇게 셋 다 훈련을 해야 한다고 본다.”-참여자 1

“결국은 주는 쪽과 받는 쪽이 서로 파트너십을 이루어서 하는 건데, 주는 쪽도 가서 잘 할 수 있게 충분한 교육이 필요한 거고, 현장에 가서 적응훈련도 필요하고, 그 국가, 지역에 대해 이해할 수 있는 체계적인 교육 시스템(이 필요하다)..여러가지를 해결해야 하지만 가장 급한 게 교육이다...이런 것을 집행하는 기관, 관련 학계, 이런 분야에서 일을 하고 싶어 하는 현직에 종사하는 사람들, 미래에 이런 일에 종사하고 싶은 모든 사람들이 현장에서 이행하는 것에 대해서 조금 강조점을 둘 필요가 있다.”-참여자 7

따라서 ODA와 연관된 다양한 분야의 기관과 인력들에게 체계적인 교육을 줄 수 있는 체계적인 시스템이 필요하다고 보았다. 참여자 7은 사업 수행인력을 충분히 교육할 수 있는 환경과 체계적인 시스템 구축을 제안하였다. 구체적인 실행 방법으로, 학내 및 사이버 교육과정 개설 및 콘텐츠 개발, 수행인력 교육의 의무화, ODA경험을 공유할 수 있는 방안 등이 제시되었다.

“예를 들면...장기적으로 학교에 교육과정을 만드는 건 당연히 해야 하고, 이 분야에 종사하는 사람들, 학계나 단체들, 이런 사람들이 모여서 논의를 해서 단기적으로는 교육 프로그램, 서적, 책들이라든지, 아니면 사이버 강의라든지, 콘텐츠와 시스템은 장기적으로 만들어 가야하고, 그게 굉장히 어렵다면, 단기적이라면 2-3달 교육이라도...예를 들면, 요즘은 예산이 적지 않지 않나. 사업 하나에 건축과 기자재가 들어가지만 40억, 50억 하지 않나. 그런 큰 사업을 하는데, 그것을 이행할 인력에 대한 교육시스템이 부재하다는 건 말이 안된다. 선발을 했다. 보낼 사람이 결정이 되면, 선발과정도 중요하고, 선발 된 사람들에 대해서, 파견될 국가, 지역, 할 사업에 대한 교육을 2-3달 정도로 의무화 시키는 건 필요하다. 그리고 그런 거에 대한 결과물을 제출하게, 매뉴얼화 또는 케이스리뷰라도 하게. 그런 것들을 모아나가는 작업을 해야 한다.”-참여자 7

(5) ODA 사업 수행과정에 대한 질적 평가 확대

성과중심의 ODA보건의사업에서 단기간에 지역사회참여 전략의 효과를 양적으로 수치화하는 데는 어려움이 따른다. 다수의 면담 참여자는 참여의 효과를 평가할 수 있는 이행과정 평가와 같은 질적평가 영역의 확대를 요구하였다. 조금 더 구체적으로는 사업초기 기획 단계부터 지역사회참여를 사업전략의 하나로 포함하거나 과정평가를 사업초기부터 기획할 필요가 있다고 보았다.

“대단히 실용적으로는 KOICA나 KOFIH같은 데서 이러한 개념들을 제대로 정립하고 ODA사업을 할 때 기획의 한 부분으로 포함을 한다든지, 전략의 한가지로 한다든지, 이렇게 하는 게 바로 효과를 볼 수 있는 길이라 본다.”-참여자 2

“이런 참여형 사업을 통해서 수치화시킬 수 있는 outcome은 결국엔 나오는데, 그걸 단기간 안에 평가하기에는 상당히 어렵다...주민참여형 사업에는 2-3년 단기 사업은 어려울 거 같고, 가능하면 중장기 계획이 세워져서 단계별로 어떻게 전략을 짜서, 주민참여가 어떤 %로 진행이 되어질지, 그런점도 고려를 좀 하면 좋겠다.” -참여자 4

“M&E방법이 수치에 너무 초점을 맞추기 보다는 다른 방법, 즉 질적 평가나 동기부여를 할 수 있는 또 다른 게 필요하다.”-참여자 6

“그래서 과정평가가 필요한 거다. 결과만 보지 말고 이행과정에 이리이러한 활동을 했고, 이러한 것들이 변화했다는 것을 사업초기에 기획할 필요가 있다.”-참여자 7

그러나 지역주민참여 전략을 기획단계에서 명시적 지침을 만들거나 너무 구체화하는 것은 사업의 성격에 맞지 않으며, 오히려 사업의 경직성이나 획일화를 초래할 수 있다는 우려를 나타내었다(참여자 2, 4).

(6) 지역사회에 대한 충분한 사전 조사

지역사회참여가 잘 일어나기 위해서는 지역에 대한 이해가 충분히 이루어져야 한다. 참여자 4, 7은 사업 시작 전 단계에서부터 지역사회 헤게모니를 비롯하여 지역사회에 대한 충분한 조사가 이루어져야 지역사회의 진정한 필요를 바탕으로 하는 사업이 될 수 있다고 보았다.

“프로젝트 기획단계에서부터 가능하면.. 예를 들어 한국의 보건전문가, 교육이면 교육 전문가들이 파견되어 충분한 시간을 갖고 그 사람들하고 협의하면서 프로포절이 개발되었으면 좋겠다... need를 최대한 많은 다양한 계층의 need를 파악하고 그 need를 바탕으로 사업이 기획이 되고, 그게 그 다음 프로세스를 진행되면, 기획단계에서 좀 더 전문가가 투입이 돼서 좋겠다는 생각이다...”-참여자 4

“발굴조사가 그런 목표(MDGs)를 두고 사업계획이나 실행 제안이 아니라 실제로 그 지역에서 필요한 수요조사가 제대로 이루어져야 한다...”-참여자 6

“현실적인 방법은 지역사회 헤게모니에 대한 완벽한 이해가 필요하다. 충분히 조사가 가능하다..정보를 어떤 경로로 제공할 것이냐, 이 사업에 참여하기 위해 어떤집단을 먼저 설득하면 주민들이 신뢰하고 따라 올 수 있느냐...문제가 발생했을 때는 어떤 집단과 먼저 얘기를 해야 하는가...이런 거를 파악하는 거다”-참여자 7

V. 고찰 및 결론

1. 고찰

가. 방법론 고찰

본 연구는 문헌고찰과 심층면담으로 이루어진 질적 연구이다. 문헌고찰은 주로 지역사회참여와 관련된 개념과 중심으로 정리하였고, 개념에 대한 이론적 정리가 대부분 외국문헌에 의존하고 있어 2차 자료 수집에 부분적인 제한점이 있었다. 심층면담은 우리나라 ODA보건의사업에 직·간접적으로 1년 이상 장기간 참여한 경험이 있는 보건전문가를 대상으로 하였다. ODA사업 경력 부분에서 참여자들의 경력 차이가 큰 편이었기 때문에 참여자들 사이에 지역사회참여 개념에 대한 인식의 차이를 보였다. 이런 점은 면담참여자들이 지역사회참여에 대한 인식이 다른 수준에서 면담조사자의 질문에 반응한 점이 단점이라면, 여러 가지 다양한 측면에서 결과가 도출될 수 있었던 것은 장점으로 작용하였다. 면담과정에서 면담조사자는 객관적 입장을 유지하기 위하여 노력하였으나, 면접조사자의 미숙한 면담기술과 자료내용의 분류 과정에서 면담조사자의 주관과 선호가 작용하여 연구자의 생각보다 더 중요할 수 있는 요소들을 놓치거나 지나쳤을 가능성이 있음이 본 연구 결과의 한계로 지적할 수 있는 부분이다.

나. 결과 고찰

모든 면담 참여자들은 보건사업 수행에 있어 지역사회참여의 중요성을 ‘당위적’ 관점에서 이해하고 있었다. 거의 모든 보건사업이 지역을 기반으로 하고 있고 거기에 속해있는 주민의 적극적인 참여가 없으면 보건사업을 성공시킬 수 없다는 것이 기본적인 인식이다. 또한, 사업 효과의 지속성 제고에 있어 지역사회참여는 그 자체가 보건사업의 철학, 전략, 목표가 되며 그 사업 자체

이기도 하다고 보았다. 알마타 선언이후 30여년이 지난 지금까지도 지역사회 참여의 중요성에 대한 변함없는 믿음이 아직 보건의료 현장에 기본적으로 내재되어 있음을 알 수 있었다.

이러한 인식에도 불구하고 ODA보건사업에 있어 여전히 지역사회참여 전략이 활성화 되지 못하고 있는 이유를 본 연구에서는 수원국의 지역사회측면과 공여국의 사업수행자의 입장에서 정리해 보았다.

수원국 지역사회가 기존의 외국원조 행태에 대해 부정적인 경험을 가지고 있었다. 원조 의존도가 높아질수록 지역사회가 자체적으로 시도하는 자구책에도 불구하고 다양한 이유로 실패를 경험함으로써 실망감, 무기력함, 불신과 같은 인식이 지역사회에 널리 퍼져 있다고 면담 참여자들은 인식하고 있었다. 특히 참여에 대한 대가로 지역사회가 금전적 보상을 원하고 있다는 점인데, 이는 사실 그다지 새삼스러운 것이 아니라 개발 현장에서 흔히 경험할 수 있는 모습임에도 현장 활동가는 이러한 지역사회 모습에 크게 실망하고 있고 지역사회의 의도를 의심하게 만드는 요인으로 작용하고 있는 것으로 보인다.

이렇게 지역사회가 가지는 부정적이고 현실 극복의 실패경험은 새로운 원조 기관에 대한 편견과 불신을 낳았고, 결국은 외국 원조기관도 지역사회를 불신하고 저평가하는 악순환이 되고 있다. 그렇다고 지역사회의 무기력을 그들만의 탓으로 돌릴 수는 없는 일이다. 수원국의 취약한 거버넌스, 오래동안 지속된 외부원조에 의존하는 경향 외에도 공여국의 단기성과 위주의 ODA사업 추진 성향 등으로 지역사회가 역능화(empowerment) 되기 전에 연속성 없이 끝나버리는 문제가 있다고 여러 면담 참여자들은 지적하였다.

본 연구자는 무엇보다 다른 방해요인과 함께 ODA보건사업 현장 실무자들의 지역사회참여에 대한 인식이 그다지 높지 않음에 더욱 주목하고자 한다. ODA 보건사업 현장에서 지역사회는 핵심적 인적자원이자 변화의 주체로서 의사결정과 권한을 공유하는 파트너로 인식되기보다는, 예컨대 보건 프로그램의 교육 대상자, 설문 대상자, 홍보 대상자, 의료 서비스 수혜자와 같이 제한된 틀 속에서 인식되고 있음을 알 수 있었다. 문헌고찰에서도 밝혔다시피, 참여는 동원, 정보제공과 같은 낮은 수준의 참여에서 지역사회가 의사결정권을 발휘하고 역능화로 이어져 궁극적으로는 지역사회가 주도권을 가지는 높은 단

계의 참여까지의 넓은 스펙트럼을 가진다. 그러나 ODA사업의 구조적 한계를 인지한다 하더라도 ODA 보건사업을 수행하는 보건인력이 지역사회참여의 수준을 여전히 낮은 단계의 참여로 국한시켜 보는 시각은 제고되어야 할 것이다.

WHO는 알마타 선언 30주년을 맞아 일차보건의료의 핵심 전략인 지역사회 참여가 일차보건의료사업과 제대로 통합되지 못하고 있는 이유에 대해 보건프로그램 기획에 있어 지역사회를 의료중재 대상으로 보는 의학적 패러다임 지배적이고, 지역사회참여 개념과 전략을 제한된 틀 안에서 인식하는 경향이 있다고 보았다. 이는 본 연구자가 심층면담을 통해 얻은 공여국과 수원국 양쪽 모두가 지역사회참여에 관심이 적고, 사업수행자가 가지는 지역사회에 대한 인식 또한 그들은 수동적 수혜자로서 보고 있다는 점과 통하는 부분이라 하겠다. 나아가서 이러한 인식 바탕에는 수원국 지역사회가 전문적인 보건분야에 대해서는 무지무능하고 자칫 잘못된 판단을 하여 프로그램에 부정적 영향을 끼칠지도 모른다는 의구심도 작용하는 것으로 보인다. 기본적으로 ODA보건사업의 기획은 전문가들에 의해 제작이 되기 때문에 지역사회 잠재력에 대한 믿음보다 전문가를 신뢰하는 데 더 가치를 두기 때문으로 해석된다. 그러나 지역사회와의 교류 없이 전문가, 담당자들의 시각에서 만들어진 프로그램은 현장 적합성, 지역사회 관심 형성, 지속가능성 측면에서 한계를 가질 수밖에 없는 것이다.

ODA사업의 특성인 단기성, 성과중심 특성과 함께 보건분야가 다른 영역과 통합되지 못하는 구조적 특징은 지역사회참여를 이끌어내는데 장애요인으로 제기되었다. 따라서 ODA사업에 대한 효과를 수치로만 평가할 것이 아니라 수행 과정에서 주민참여가 어떠한 방식으로 일어나서 어떠한 현상이 발생하였는지 등에 대한 질적 평가 영역이 확대되어야 할 것이다. 또한, 지역사회 파트너십을 적극적으로 활용하여 외국 원조기관으로서 수행하는 사업의 제한점을 적극 해소하고 지역사회 공동체가 주도적으로 움직일 수 있게 하는 것이 중요한 것이다. 특히, 보건이슈만으로는 성공적인 지역사회참여가 일어날 수 없음을 인식하고 지역주민의 시각에서 통합적인 접근을 할 필요가 있다.

이러한 방안과 함께 사업 수행에 중추적인 역할을 담당하는 참여 인력들의

지역사회를 바라보는 마인드의 변화가 필요할 것으로 보인다. 먼저 수원국의 지역주민들은 스스로 삶을 통제할 능력이 없고, 무기력하며, 우리의 도움이 필요한 존재로 인식하여 이들이 가진 잠재력을 저평가하는 자세에 대한 변화가 필요하다. 그들도 나름의 삶에 대한 의지가 있다는 것을 인정하고 서로가 필요한 부분에 대해서 협력한다는 태도가 요구된다.

1980년대 연세대 강화사업에서 들려주는 교훈은 “지역사회 보건문제는 지역사회 스스로 해결해야 하므로 이를 위해 지역주민은 단결하고 조직되어 주민의 건강증진을 위한 활동에 책임적, 주도적으로 참여하여야 한다. 그러나 보건문제를 지역주민이 스스로 발견하고, 해결 방안을 실천하도록 하는 데에는 오랜 시간이 소요되며, 초기에는 누구라도 경험 있는 전문인이 자문과 지도를 해주어야 한다(김일순 외, 1985)” 는 것이었다. 또한 참여에 대하여 공감하더라도 대한 경험이 제한적이고 부재한 상황에서는 본질적인 참여가 제대로 이루어지기 어렵다.

이에 보건사업을 수행하는 보건인력은 지역사회가 본질적인 참여 경험을 갖도록 중재·조력하는 역할을 감당할 수 있어야 한다. 모든 것을 지역주민들이 한다는 개념이 아니라 지역사회와 스스로 문제를 인식하고 해결하고 의사결정하는데 통합적 시각을 제공하는 것이다. 통합적이 시각은 주민들의 실제 삶을 중심에 놓고 바라보는 통합적 시각과 마인드를 가져야 한다는 것이다. 결국 이러한 시각과 마인드는 지역보건사업과 관련된 모든 관계자에 대하여 사회적 시스템을 통해 적절한 교육과 훈련을 통해 지속될 수 있을 것이다.

이재준 외(2003)은 지속가능한 농촌발전을 위한 주민참여 요인 분석에서 주민참여 활성화 요인으로 마을 지도자 선도와 주민의 적극적 참여, 마을자원의 개발을 통한 소득증대, 장단기 비전을 담은 마을계획, 외부로부터의 지원과 관심 등 크게 4가지를 들고 있다. 그리고 송미령 외(2003)은 성공적인 마을개발사업을 전개했던 지역에서의 공통점은 지도자의 리더십, 외부로부터의 지속적 관심과 지원, 적극적 주민참여와 주민 간 역할 분담, 사업 진행에 따른 주민참여 수준 확대, 적절한 보상기제 작동하였고, 보상기제는 경제적 보상에만 귀착되는 것이 아니라 참여에 따른 금지와 보람, 역할에 대한 만족감 등 비경제적 측면이 중요하게 작용한다 점에 주목하였다. 이는 본 연구에서 제시한

활성화 방안과 상당히 일치하는 부분이며, 보건개발이 단지 보건의료 이슈만을 다루는 영역이 아니라 지역의 다양한 요소와 영역을 고려하는 지역개발이 고려되어야 한다점 점에서 본 연구의 지역사회참여 활성화 방안 연구에 타당성과 신뢰성을 제공한다 하겠다.

2. 결론

본 연구는 지역사회기반 보건사업의 주요전략이 되는 지역사회참여와 관련된 개념을 정리하고 우리나라 보건사업에서 지역사회참여를 논하였다. 그리고 우리나라 ODA보건사업에서 지역사회참여가 가지는 중요성, 방해요인, 활성화 방안에 대하여 ODA보건사업을 직접 수행한 경험이 있는 학계와 현장 전문가들을 심층면담 하였고, 여기서 도출된 의견을 토대로 방안을 모색하고자 시도되었다. 본 연구의 결과는 다음과 같이 요약할 수 있다.

1960년대 후반부터 세계적으로 지역개발론의 시기와 같이 우리나라 지역보건사업의 역사에서도 의과대학을 중심으로 하는 시범사업의 활성화가 일어났다. 이러한 지역보건사업은 보건의료자원이 부족한 사회에서 지역주민의 자발적 참여과정을 통해 자조능력을 키우고 지역사회의 역량이 증대되는 효과에 대한 기대감을 가지고 시도되어 의미 있는 성과를 이룩하였다. 그러나, 보건의료는 경제성장의 기치아래 경제개발의 한 분야로 인식됨으로써 정부주도의 보건사업으로 흡수되어 지역사회가 참여할 수 있는 기전이 약화되었다. 또한 여전히 보건개발 측면보다는 질병치료 중심의 생의학 패러다임에서 벗어나지 못한 접근 방식으로 온전한 지역사회참여 전략을 실현하지 못했음을 알 수 있었다.

이러한 우리나라 지역사회보건의 역사를 기반으로 지금 우리나라는 과거의 우리나라와 비슷한 환경을 가진 저개발 국가를 대상으로 ODA보건사업을 펼치고 있다. 최근 우리나라 보건분야 ODA 프로그램의 70~80%는 물적·인적 협력을 결합한 프로젝트형 사업으로 수행되고 있으며, 병원건축 등 기초 보건 기반시설에 여전히 집중되어 있는 것을 확인하였다.

그러나 이러한 물적 협력수단은 원조사업의 효과지속성과 수원국의 자발적 능력을 제고하는데 한계가 있으므로 이를 극복하기 위한 대안으로 본 연구에서 핵심어로 하는 지역사회참여 전략은 WHO의 알마타 선언 이후 오늘날에 이르기까지 여전히 중요한 전략으로 고려된다. 개인, 가족, 지역사회 전체가 스스로 문제를 인식하고 거기에 대처하는 자조능력(self-reliance)을 기르는 과정으로 정의(WHO, 1979)되는 지역사회참여는 이미 여러 연구에서 밝혔듯이, 지역사회역량으로 발전되며 결국 개인과 지역사회 건강수준에 긍정적인 영향을 미치고 사회의 질을 높여왔다.

이러한 지역사회참여가 우리나라 ODA보건의료사업에서 가지는 중요성과 지역사회참여에 방해되는 요소, 그리고 활성화방안에 대해 ODA보건의료사업 전문가 및 현장실무자와의 심층면담 결과를 통해 도출하였다.

지역사회참여에 대한 중요성에 대해서 대부분의 참여자는 ODA보건의료사업 성공의 필수요소라는 당위적 인식이 지배적이었다. 그러나 기존의 지역사회참여 개념에 대한 낮은 인식수준은 제고되어야 한다고 하였다. 이러한 지역사회참여의 필요와 중요성에도 불구하고 ODA보건의료사업 현장에서 지역사회참여가 제대로 이루어지지 못하는 이유 및 방해요소를 수원국의 지역사회 측면과 공여국의 사업수행자 측면에서 살펴보았다.

첫째, 수원국의 지역사회측면에서는 참여에 대한 금전적 보상이 이루어졌던 그동안의 외국원조 경험이 새로운 보건사업에 대한 불신과 편견으로 작용하였고, 장기간의 원조 및 실패경험으로 지역사회내에 무기력감이 팽배하다고 보았다. 그리고 지역사회가 가지는 속성인 이질성으로 다양한 계층과의 협력이 쉽지 않다고 보았다.

둘째, 공여국의 사업수행자 측면에서는 크게 사업수행인력의 역량문제와 ODA사업의 특성 측면에서의 방해요인이 확인되었다. 먼저, 사업수행인력은 지역사회참여 개념에 대한 인식과 경험이 부족하고, 지역사회를 바라보는 통합적 시각과 파트너십이 부족하여 사업현장에서 실패를 경험하고 능동적인 활동이 어렵다고 보았다. 그리고 DOA사업 특성 측면에서는 지역사회참여 효과를 확인하기에는 사업기간이 1~2년으로 짧고, 성과중심의 평가 위주이며, 보건분야 외 다른 영역과의 통합적 접근 부족(분절적 접근)이 주요 방해요인으

로 요약되었다.

셋째, 공여국과 수원국 모두에서 나타나는 방해요인은 ODA보건사업이 수원국의 중앙정부와 공여기관이라는 국가단위에서 약정되어 이루어지는 사업이기 때문에 지역사회에 대한 관심이 저조하고, 양국 모두 지역사회의 참여 경험도 부족하다고 하였다.

이러한 제한점들을 극복하기 위해서 모색할 수 있는 방안으로는 첫째, 지역사회의 사업파트너를 포함 다양한 협의체 및 파트너십을 적극적 활용한다. 둘째, 지역사회가 참여에 대한 긍정적인 경험을 갖도록 경험의 기회를 제공한다. 셋째, 사업 수행자 측의 주민중심의 통합적 시각과 협력 존중의 마음자세를 가진다. 넷째, 질적인 현장 수행인력의 확보를 위한 교육훈련 시스템을 구축한다. 다섯째, ODA사업 수행 과정에 대한 질적 평가 영역 확대한다. 여섯째, 지역사회에 대한 충분한 사전조사 등을 통해 지역사회의 해게모니를 파악한다. 이와 같은 방안으로 지역사회참여 전략은 활성화 될 수 있을 것으로 보았다.

본 연구의 심층면담 결과는 의도적으로 7명으로 제한된 ODA보건사업 경험 전문가를 대상으로 한 점에서 제시된 결과의 해석이나 일반화에는 한계가 있다. 그럼에도 우리나라 ODA보건사업 수행 경험으로부터 지역사회참여의 의의를 밝히고 ODA수원국 지역사회의 참여 활성화 방안 도출을 시도한 하나의 사례를 제공하였다는 점에서 의의를 가진다 하겠다. 마지막으로 ODA보건사업 종사 인력의 지역사회참여에 대한 인식수준에 대한 후속 연구를 제안하는 바이다.

참고문헌

- 고성주. 지역보건개발에서 주민참여의 개념과 전략(석사논문 논문). 서울: 서울대학교 보건대학원; 1989.
- 김공현. 지역사회 보건개발과 지역사회참여-기고. 대한산업보건협회 2003.5; 181; 22-31
- 김용익. 보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구. 보건행정학회지 1992; 2(2): 90-111
- 김일순, 유승흠, 박태근, 김한중, 오희철, 이용호, 조우현, 서 일, 손명세, 이영두. 강화 지역사회보건 연구 및 교육사업-10년의 성과와 교훈. 서울: 연세대학교 의과대학 예방의학교실. 1985.
- 김종해. 도시지역 지역사회행동의 주민참여요인에 대한 연구:부천시 조례제정 운동을 중심으로(박사학위 논문). 서울: 서울대 대학원; 1995.
- 김창엽. 일차보건의료와 보건진료원 제도. 서울: 서울대학교 보건대학원, 2011.
- 김혜정. 지역사회 시민의 참여활동과 영향요인. 한국행정학보 2012; 46(2): 213-240
- 곽민선, 윤난희, 장사랑, 조병희, 유승현. 지역사회 역량의 구성 영역-서울시 임대아파트 임차인 대표회 사례. 보건교육건강증진학회지 2012; 29(5): 77-88
- 곽민선, 유승현. 지역사회보건기획과 지역보건체계 강화: MAPP 모형의 사례. 보건교육건강증진학회지 2010; 27(3): 59-66
- 권순만. 보건의료분야 국제개발사업 수행체계 및 프로그램 개발. 서울대학교 산학협력단. 2010
- 나정순. 간호장교의 군생활 경험에 관한 심층면접 연구(석사학위 논문). 서울: 연세대학교 대학원 간호학과; 2001.

- 박은옥. 지역사회 보건사회지표를 이용한 지역사회 건강수준 관련 요인 분석. 지역사회간호학회지 2008; 19(1): 13-25
- 신혜정, 김의숙, 유병옥, 이현경. 일차보건의료 역량 개발을 위한 지역사회 기반 참여형 국제보건사업 모델 개발:에콰도르 일개 지역을 중심으로 한 사례연구. 지역사회간호학회지 2010; 21(1): 31-42
- 안양희. 지역사회역량구축과 지역사회간호. 한국보건간호학회지 2007; 21(1):102-109
- 유승현. 건강증진을 위한 지역사회기반 참여 연구의 적용 방안. 보건교육건강증진학회지 2009; 26(1):141-158
- 유승현. 지역사회건강증진을 위한 참여: 이해와 적용. 보건교육건강증진학회지 2012; 29(4): 57-66
- 유원섭. 지역사회보건에서의 건강형평성-국내외 현황과 문제점. 2008년도 전기학술대회 연제집, 제40회 한국보건행정학회 전기학술대회(연제집) 2008; 171-184
- 이재진, 이상문. 지속가능한 농촌발전을 위한 주민참여 요인분석에 관한 연구. 국토계획:대한국토·도시계획학회지 2003; 38(3): 39-55
- 이형하. 농촌 다문화가정 결혼이주 여성의 지역사회참여 연구. 서울: 이담, 2010.
- 임소진. 2015 Post-글로벌 목표와 보건의제-대한민국 국제보건의 오늘과 미래(특집). 의료정책포럼 2013; 11(2)
- 정민수, 조병희. 지역사회역량이 건강에 미치는 영향에 대한 수준 분석-사회의 질 증진에 주는 함의. 보건교육건강증진학회지 2011; 28(4):1-14
- 정민수, 조병희. 지역사회역량이 주민 건강수준에 미치는 영향-2006년 서울시 도봉구 주민 건강행태조사를 중심으로. 보건과 사회과학 2007; 153-182
- 정민수, 정유경, 장사랑, 조병희. 지역사회 기반 참여연구 방법론. 보건교육건강증진학회지 2008; 25(1):82-104
- 조병희. 지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재. 보건교육건강증진학회지

2010; 27(4): 1-6

지역보건의료발전을위한모임. 지역보건 60년의 발자취 1,2. 서울: 지역보건의료발전을 위한모임, 2012.

최재욱. 우리나라 ODA보건분야 사업의 현황과 평가-대한민국 국제보건의 오늘과 미래(특집). 보건정책포럼 2013; 11(2)

홍성모, 황진수, 류지성. 사회자본의 지역사회참여에 관한 연구. 한국동북아학회 2011; 16(2): 291-319

송미령, 성주인. 주민참여형 마을개발사업의 평가와 모형 정립. 한국농촌경제연구원, 2004.12

한국국제협력단. 국제개발협력의 이해. 과주: 한울. 2008.

한국국제협력단, 2012 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2011 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2010 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2009 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2008 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2007 KOICA 대외무상원조실적 통계

한국국제협력단, 2012 KOICA 대외무상원조실적 통계

Arnstein S R. A Ladder of Citizen Participation. JAPA 1969;35(4):216-224

CDC. Principle of Community Engagement second edition. NHI publication, 2011.

Chaskin R J. Building community capacity: A definitional framework and case studies from a comprehensive community initiative. Urban Affairs Review. 2001

Issel L M. Health Program Planning and Evaluation : a practical and systemic approach for community health. Jones and Bartlett

Publishers, 2009.

Laverack G. Health promotion practice: Building empowering communities. New york: Open University Press, 2007.

Mackenzie J F, Smeltzer J L. Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs. (출판도시):Pearson education, 2005.

Rifkin S B. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. International Health 2009; 1: 31-36

Suwit Wibulpolprasert, Viroj Tangcharoensathien&Chrunrurtai Kanchanachitra. Three decades of primary health care: reviewing the past and defining the future. Bulletin of the WHO 2008; 86(1)

Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. Soc.Sci.Med 1985; 21(1):41-53

WHO, Alm-Ata 1978, Primary health care, Report of the international conference on primary health care, Alm-Ata, USSR 6-12 September 1978, WHO, Geneva 1979(Health for All" Series, No. 1)

WHO. Global strategy for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1981.

WHO Regional Office for South East Asia. Team-work for primary health care. Report of WHO Expert Group New Dehli, 1981.

WHO Regional Office for Europe. Community participation in local health and sustainable development-Approaches and techniques. 2002

부록. 심층면담 내용(요약)

- 녹취록 내용은 연구결과를 도출하게 된 주요 면담내용을 위주로 수록하였다.
- 동일하거나 반복되는 내용은 중복 게재하지 않았다.
- 성명은 익명 처리 하였으며, 개인 정보를 유추할 수 있는 정보(지역이름, 제3자 이름 등) 또한 ○○처리하였다.
- 면담자의 응답 문장은 존칭과 평서문이 섞여 있기 때문에 내용의 전달에 객관적 입장을 두기 위하여 문장어미를 ‘~(이)다’로 수정하였음을 밝힌다.

참여자 1. (면담시간: 1시간 30분/ 면담장소: 소속기관 회의실)

나는 보건사업을 옛날서부터 당연히 보건사업을 community involvement로 해야 한다. 지역사회 참여라는 개념을 훨씬 깊이 해야 한다. 보통 community based 사업이라 하면 지역사회참여가 당연한데 그러려면 WHO이 내린 definition이상으로 훨씬 practical해져야 한다. 이론에 의하면, 특별히 involvement를 4단계 또는 8단계로 define하는데 사실은 mobilization, information단계를 떠나서 community가 initiate할 정도로 해야 한다는 강한 신념을 가지고 있다. 아예 처음부터 사업을 할 때...(중략) 첫째가 시작부터 처음 plan부터 같이 해야 한다는 것. 그리고 community involvement를 하면 그냥 사람들을 불러놓고 강연하거나 community health worker나 주민들의 대표자들과 얘기하는 걸 다라고 생각하는데, 나는 그렇게 생각안하고 plan하고 모든 단계를 지역주민, 여러 종류들, community leader뿐 아니라 여러 다방면에서 해야 한다고 생각했다. 그 다음에는 그냥 그런 정도의 단계가 아니라 마지막으로 그것 자체가 community가 먼저 initiate할 수 있는, 우리가 service를 주는 게 아니라 자기네들이 그들의 need를 알 수 있는, 이런 단계로 해야 되겠다고 생각했다.

근데, 제일 고민했던 것은 딱 1년 사업인거야. 1년 사업에 사실 community involvement가 시작되는 건 굉장히 어렵기 때문에, 그 다음에 해야 했던 것이 spanish를 해야했는데 영어로 해도 우리나라에 데려와서 훈련하고 또는 가서 하는 것이 어려운데 하물며 스페인 말로 연수를 데려와서 하던가 또는 우리가 거기 가서 연수를 시킨다던가, 영어를 할 수 있는 사람이면 몰라도 도저히 불가능하다고 생각해서, 처음부터 그렇다면 우리가 제일 중요한 것 중 하나로 그 나라에서 이것을 할 수

있는 방법을 찾자 해서 상당히 여러 군데를 방문했다, 타당성 조사를 다른 사람들은 기껏해야 대사관이나 코이카 사무소에서 정보를 얻는 정도밖에 할 수 없었는데 왜냐하면 따로 예산이 들어가는 것도 아니고 기껏해야 타당성 조사 사흘내지 나흘 정도로 할 수 없었다. 우리가 미리 plan을 짜고 대사관 협조를 얻어 우리가 몇 개의 대학을 방문하고 그 중에서 제일 교육을 잘 할 수 있는 대학을 선정해서 그 대학에서 우리와 같이, 우리나라가 보건진료원을 훈련했던 그 경험을 가지고 있는 모든 자료와 그 때의 그 상황가지고 할 수 있는 그런 대학의 faculty를 정해서 양쪽 팀을 구성해서 완전히 모든 프로세스를 같이 갔다.

완전히 거기에 일반적인 PHC 기본개념에 welfare개념을 같이 넣었다. 왜냐하면 ○○지역의 가장 큰 문제가 애들이 먹을 게 없는 것도 있다. 그래서 women's group을 활용했다. 남미에는 그렇게 강해가지고 늘 여자들이 모여서 행사하는 게 많다. 동네마다 동네권을 뽑기도 하고, 여자들의 미팅이 잘 되어있다. 시장부인, 보건소병원장 부인들의 women's group을 동원해서 보건소에 한 곳에서 급식까지 시간을 정해서 women's group들이 어린이 급식을 하면서.. 그것을 하면서 MCH서비스가 연결되게.. 그것이 자연스럽게 community involvement와 sustainability가 늘어났다. 시장부인이 하니까 시장의 서포트가 가능하고.. 우선은 대사관의 서포트가 굉장히 좋았고, 코이카의 담당자가 내가 제안하는 것을 잘 이해를 했다.

(중략)...나는 community involvement가 그 사람네들이 스스로 문제점을 알고 asking 할 수 있는 걸 만드는데 시간이 굉장히 많이 걸린다고 생각한다. 그 사람들을 결국은 empowering 시키는 것인데 거의 대부분 주민들이 가지고 있는 문제가 사실 powerlessness다. 처음에는 당연히 자기네들이 노력하고 해보려고 했는데, 하다보면 이런저런 문제에 걸리고 그러다 보면 생기면 먹고 못생기면 그냥 하다 죽으리라. 뭔가 해보려다 실망하다가 모든 사람들이 자기들 일에만 powerless가 되는 게 아니라 외부의 이런 원조에 무감각해지고. 완전히 둘 중에 하나다. 오면 어떻게든 뜯어내자 하거나, 뭐든지 asking 하고 거기서 뭐라도 훔쳐내려고 하는 그러거나 아니면 니네 하려면 하고...그런 완전히 powerless가 되는 것이기 때문에 이거를 바꾸려고 그러면 아무것도 없는 데보다 훨씬 힘들다. 그래서 우리가 처음부터 지역사회를 involve시키면서 뭔가를 한다는 건 자체는 사실...그렇게 하는 것이 아니고...community involvement를 한다는 게 사실 그런 뜻이 아니다. community가 할 수 있도록 그거를 북돋아서 하는 거고, 어떤 큰 그림을 그려놓고 brainstorm을 하면 차츰차츰 카테고리에 맞아 들어가거나 조금씩 바꾸게 되는 거고, 그럼에도 불구하고, 막 먹여주는 게 아니라 그 사람네들이 자연스럽게 하면서 그래야지, 그걸 리드하는 사람들도 카테고리에 알고 그 사람들이 말할 때 카테고리에 딱딱 집어넣기 때문에, community

involvement도 똑같은 거다. 이거를 큰 플랜을 하는 사람이, 사실 그 지역이 아무리 unique하고 어쩔다 해도 거의 대부분이 다 비슷하다. 문제는 거의 다 똑같다. 이런 문제들은 어떻게 엮어내고 어떻게 이끌어가고 하는 이런 마인드를 가진 사람들이 들어가야 그 사람네들이 전혀 준비하지 않았어도 이것저것 얘기하면서 가능한 것처럼, 나는 누가 어떤 사람이 들어가나처럼 ODA사업도 똑같다 본다. 지역에서부터 우리가 KOICA가 기다려서 '지역사회가 요구할 때까지 기다려야한다' 이걸 아니고, KOICA사무실이나 대사관 측이 그걸 못하는 게 문제점이다. KOICA도 거기에 좋은 인력이 별로 없고, 이제 겨우 expert를 집어넣긴 하지만, 우리나라 전문가들도 그렇게 경험된 사람이 없으니까 문제고, 대사관은 뭐 방문하는 사람 뒤치다꺼리 하는데 더 바쁘지 정말 그 지역이나 나라가 우리 ODA사업에서 무얼 도와줘야지 되느냐...사실 이걸 최근에 생긴 거라서 이걸 거의 안중에 없고,..그래서 나는 그 나라에 ODA를 할때 그 나라가 제대로 된 그 나라에 필요로 하는 것을 asking한다는 건 사실 불가능하다고 본다. 그러나 우리가 보는 것이 뻔하고 우리의 이익을 생각하기 쉽기 때문에,..정말 수혜국 중심의 생각과 사업을, 어떻게든 그쪽의 많은 의견을 들어서 하게 하는 것은 매우 중요하다고 생각한다.

그러기 위해서 제일 중요한 것은 KOICA사무실이 굉장히 액티브하게 자료수집을 하고 그쪽에 수원국 사람들과 늘 접촉하면서 그것을 들어야 하고, 둘째, 들었을 때 그것을 어떻게 organize할 수 있는지, 모든 사람들이 아는 만큼만 들을 수 있고 아는 만큼만 생각하기 때문에, 그것을 알 만한 사람들이 KOICA사무실에 들어가 있어야 한다. 세째는 대사관이 full support를 해야 한다는 게 나는 가장 첫 번째라 생각한다. 그 다음에 이 사업의 타당성 조사나 이 사업을 organize하면서 들어가는 사람들이 훨씬 더 많이 훈련이 되어야 한다...제 3국에 나가서 훈련된 사람들이 많이 있어도 그 사람네들은 현장경험이 많은데 이런 걸 이론화해서 큰 프레임으로 갖고 이거를 국제 기준 트렌드와 함께 겹해서 생각하려고 하면...이것 자체가 사실 어려서부터 교육도, 우리나라 간호교육이나 의과교육이 그렇게 되어야하고, 우리나라 전체의 사회개발이 되어야 하는데 그게 안되기 때문에, 나는 우리를 blame하는게 아니라 우리가 그럴 수 밖에 없는 형편이기 때문에, 무엇이 중요하냐하면, 우리가 부족하다는 것을 빨리 알고 그쪽을 최대한으로 그렇게 일할 사람을 훈련해내야 되는데 그런게 없다. KOICA가 그런 function을 하려면 KOICA 자체 내부 훈련이 많아야 하고, 또 요새는 많이 좋아져서 그러는데, 훈련은 따로 있고, 그게 시스템이 잘 작동 안하는데, 대사관도 그런 훈련을 스스로 해야 하고...그리고 우리 소위 아카데미에 있는 사람들도 그런 훈련을 해야, 이렇게 셋 다 훈련을 해야 한다고 본다. 그래서, 사실 WHO나 그런데서는 PHC에 지역사회참여를 굉장히 중요한 section으로 넣고 많은 성공사례들을 내지만

사실은 아직도 문헌도 부족하고, 구체적으로 그것이 이론화가 안되어 있는 것이 사실, 왜냐하면, 거기가 우선은 문화에 따라 다르고, 문화뿐만 아니라 상황에 따라서 어떻게 판단하고 이끌어가야 하느냐 하는 자체가, 인간사회에서는 많이 되어 있는 게 아니라서, 실험실에서 수천번 해서 되는 것도 아니고, 워낙에 사회가 다이나믹하게 움직여서, 나는 이게 이론도 부족하지만 부족할 수밖에 없는 상황이어서 이해가 되는데, 그럼에도 불구하고 이런 것들은 지속적으로 서로 encourage하고 거기서 조금이라도 성공적인 게 나타난다면 그게 written document로 어딘가 발표가 되어야 되는데 아직은 이런 걸 중심으로 문헌이 나온건 거의 없기 때문이에요, 굉장히 어렵다.

(중략).. ○○에 갔더니 도저히 어떻게 사업을 할 수가 없었다. 뭔가를 하려고 하면, 주민들과 좀 만나보자 하면, 오는 데는 1등으로 온다. 와서는 우두커니 앉았다가 갈 때는.., 가족계획이나 MCH사업을 하려고 해도 사람들이 잘 모이지 않고 모여도 사람들이 우두커니 앉았다가 갈때는 돈을 달라고.. 왜 줘야 하느냐 물랐는데, 그동안 ODA사업을 통해 돈을 받아왔고, 다른 ODA사업을 하면 우리 쪽이 아니라 다들 거기로 간다, 우리 쪽에서는 돈을 안주니까. 이래서는 안되겠다. 사람들에게 뭐가 필요한가를 물으면 집에 뭐가 필요하다는 등의 전부 받을 것만 생각하지 뭔가 개발하려하면 우리 그런, 거 못한다, 우리는 그런거 필요없다 그런식, 도저히 안되서 이게 여러 가지 고민에 봉착했다. 이거야 말고 지역사회참여 활동을 시작해야겠다고 마음먹었다. 그래서 생각한 것이 완전히 1개 지역 자체를 모델 지역사회를 설정했다.

<모델지역사회-식수사업 일화>

일단 이 지역 자체가 모델 커뮤니티가 되기 위해 지역사회 진단을 들어갔고, 진단을 하기 위해서는 주민들의 협조가 필요한데 도저히 안돼서 가구 대표와 지역사회 리더들, 지역사회 대표들과 다 같이 모여서 need assessment를 실시했다. 물론 말이 안통한다. ○○가 영어를 한다해도 지역주민들은 못하니까. 통역을 놓고 정말 너네들이 마을을 위해서 필요한 게 뭐라고 생각하느냐고 물었다. 적으면서 하는데 사람들이 대답도 안하고 그러다가 여하튼 자기네들은 수도를 놓았으면 좋겠다고 결론을 내린 것. 식수 말고 보건사업 없냐 그랬더니 그거 말고 이게 가장 필요하대. 그러면, 집에 돌아가서 의견을 모아갖고 와서 필요로 되는 것을..몇번을 걸쳐서 need assessment를 했다. 자기네들이 결정한 거야. 우리는 다 수도를 놓고 싶다. 그러면 우리 수도 놓는 것으로 하자. 그날은 모두 앉아서..그러면 수도를 놓으려면 마을에 공동수도를 놓고, 빨래터를 놓고 그러자 (했더니).. 애네들이 아니다, 집집마다 수도를 놔 달라 그러는거야. 그래서 도대체 왜 수도가 필요하냐, 마을에 놓으면 좋은거 아니냐(하니까), 애네들은 아니래. 그럼 좋다, 우리는 돈을 주는 사람이 아니다, 같이 벌어서 하는 거다(하니까?). 애네들은 설마한 거지.

여태까지 그런 적이 없으니까. 그럼 돈이 얼마가 드냐 (하니까), 그 당시 4만비르(400만원)가 든다. 그렇다면 그 돈을 어떻게 벌 수 있냐(하니까), ○○○(면담 참여자!)이 주면 된다 이거지, 나는 돈을 줄 수 없다(그러니까), 그럼 KOICA에 달라고 한다(하더라). 그건 안된다. 그럼, 우리가 4만 비르를 어떻게 모을 것인가. 너네들 기술이 뭐냐. 기술이고 뭐고 아무것도 없대. 아프리카 사람들 재주 많다던데 조각도 못하느냐? 못한대, 그럼 바구니도 못만드냐? 그거 해보자 그랬더니 그건 여자들이 하지 남자들은 못한대 등등...이유가 많지, 그럼 좋다, 방법은 하나다 4만비르를 어떻게 모을거냐 집에가 서다 생각해서 와라...이러한 과정을 몇 번 거쳤더니 일단 닥터 김이 4만비르를 해서 물을 나눠주면 자기네들이 어떻게 해서든 갚겠대. 그럼 어떠한 프로세스로 갚겠냐 했더니 모르겠대. 그러면 내가 못믿는다 내가 빚쟁이가 되니까 안된다 그랬지. 그럼 이제 내가 도와야 될 때다 생각이 들어서 그러면 우리가 어떻게 모을수 있냐, 계산을 해보니 4만 비르를 모으는데 20년이 걸려. 그럼 우리 열심히 모아서 20년 후에 수도를 놓자 그랬더니 아~~ 아니라는 거야. 그래 그럼 우리 20년 후에 놓을 거를 1년 후에 놓는 걸로 목표로 2011년 9월에는 모든 집에 수도를 놓는 걸로 하자. 그것도 수십번 확인했지. 그럼 1년 동안에 4만 비르를 어떻게 만드느냐를 수십번 왔다갔다 했지. 하지만 아이디어가 없지, 그럼 내가 아이디어를 내겠다. 만약에 어떤 이벤트를 해서 5천비르의 자본을 모은다면 그 5천비르로 1년안에 4만비르를 만들 수 있겠느냐 했더니 할 수 있겠대. 뭘 할 수 있냐 하니까 양을 팔수도 있고....그래서 우리가 5천비르를 만드는 이벤트를 시작. 마침 학생 20명을 데리고 갔는데, 시니어 단원이 가고 싶다고 해서 건축, 주얼리 하는 사람들 데리고 갔는데 아프리카 간다고 주변에서 준 옷가지들을 그냥 나눠주면 안되니까 잘 가지고 가서 바자회를 하자 해서 학생과 함께 주민들과 함께 하는 프로그램을 만들었다. 그래서 주민들 훈련하는 프로그램을 만들었는데 여전히 잘 안되죠. 사람들이 와서 같은 걸 계속 하니까. 학생들이 와서 이벤트를 만들어서 어느 날 하루 주민들과 학생들이 다 같이 모이는 바자회를 만드는 걸 하기로 했다. 바자회를 하려고 하면 주민들이 해야하니까 주민 리더들을 모아놓고 물건을 놓고 주민을 4-5명으로 그룹을 나누고 옷을 나누어주고 그룹핑하고 가격을 매기서 전체를 얼마에 팔 수 있는지 하자. 처음에 이렇게 물건이 있고 하니까 사람들이 난리가 났다. 그룹에서 대장, 회계, 물건 킵하는 사람, 연락하는 사람등을 그룹에서 정해서, 그렇게 하는데 서로 말이 안통하고 언어가 안되니까, 물건들을 각 그룹마다 하나하나 체크하고 얼마에 팔아서 얼마를 버는가 등을 하는 것을 하루 종일 했는데, 그때 이 사람들이 처음으로 그런 걸 해 본거야. 그룹을 만들고, 물건을 분류하고, 물건을 일일이 세서 너무 비싸면 안팔리고 너무 싸면 이익이 안남으니, 나도 가격을 잘 모르니 필요하면 시장에 가서 물건값을 알아봐서 와라 해서.. 이러한 과정에서 바자를 준비하는 중에 각 그룹에서 리더가 나오게 나고 그룹사이에 collaboration이 나오고 그러한 과정에서 굉장히 많은 변화가 왔다... 그 전에는 가만히

있더니 난리가 난거다. 애네들이 그 전까지는 그냥 그러더디 내가 그랬지. 너네들이 이것들 다 샀고 여기 직원들도 다 샀다. 여기서 1비르라도 차이가 나면 너네 그룹이 책임지는 거다 그랬더니 여기저기서 우글우글...그래, 하기싫으면 나가라 했더니 물건을 이리저리 꿈치고 난리가 난거다. 자기네는 이거 지킨다. 밤중에 잃어버릴까봐. 염려마라.. 그래갖고 물건에 대한 굉장한 애착심이 생겨. 다음날 물건을 팔아야 하는데 우두커니서 있는거다. 그래서 그 다음에는 책상에는 번호를 붙여서 각 그룹이 책임지게하고 저녁 5시에 닥터김 손에 물건값을 가져와라. 이거 안되면 전부 물려야 한다(그렇게 다짐을 받고).....그래서 그날 5천비르가 아니라 6천비르를 모았다. 그러니까 5천비르를 벌려면 5-6년이 걸리는 걸 하루에 번거다. 그니까 애네들이 갑자기 완전히 달라졌다. 소위 powerless였던 사람들이 이렇게도 변할 수 있다. 주민들이 이것을 하면서 리더십이 생기고 collaboration이 생기고 마케팅하는 방법과 뭔가를 팔아서 자기네들이 할 수 있다라는 것을 배운 거다. 끝나고 나니까 아무것도 못하던 사람들이 와서는 자기네들은 이런 것도 만들 수 있는데 팔수 있겠냐는 거다. 이런걸 시작해서 모은 6천을 모았는데, 6천을 공동으로 기증하려 하니까 이따만한 양을 선물로 가져왔더라. 어떤거는 좋은 청바지는 100비르씩 했더니 하나도 안팔렸다. 애네들이 나눠갖고 싶어하는거다. 그래서 다 도로 회수했다. 애네들이 내 앞에 와서 돈을 수십번을 세고 하면서 다 나한테 일수 내듯이 했다. 안그러면 컨트롤이 안되니까. 번 6천 비르, 양, 청바지를 어떻게 할건지 논의. 딱 1년 후에 이 6천을 가지고 1년안에 2만비르를 만들어라, 그러면 내가 어디서 매칭펀드로 어디서 만들어 오겠다 약속을 했다. 그랬더니 그 전까지는 맨날 돈 달라고 그러더니, 그렇게 싹 없어지고, 주민들이 여기 주민센터에 와서 자기네들이 청소를 하겠다던가. 청소하면 일당을 주기 때문에 그걸 자기들이 몇분의 1만갖고 나머지는 모으고, 빵을 굽고, 매일 일수를 걷는 걸로 해서 2만비르를 만들려고 주민 자체가 노력을 했다. 우리는 벌써 클래스가 시작이 돼서 바구니 만드는클래스를 정기적으로 하고, 양 선물은 womens 그룹이 한달에 5비르씩 모아서 2천비르를 모아놨는데 그거를 10년을 걸려서 모았는데 서로 못믿으니 쓰지도 못하고 서로 싸움만 하고 있었다, 우먼스 그룹에도 똑같은 프로세스로 했다. 자기네들은 카페테리아를 하고 싶대. 그럼 카페테리아는 얼마나 드느냐. 짓는데 6만비르래. 전혀 아이디어가 없지, 2천비르만 모아놨으니까. 그럼 너네들도 해봐라, 양하고 옷 남을 걸 다 줬다. 해봐라 했더니, 앉은 자리에서 바로 나가서 여자들은 혈썬, 양이랑 옷을 팔고 또 2천 비르를 벌었다. 딱 4천을 만든거다.

재미를 쏙쏙히 봐서 우먼스 그룹은 4천비르를 만들었지만 6만 비르를 만들기에는 힘들어서 센터 안에 작은 창고방을 치어주고 카페테리아를 열어라, 그럼 센터에 오는 사람들한테 커피와 빵을 팔고 하면 1년 안에 바깥에서 카페테리아를 열 수 있는 돈을 벌여라. 그랬더니 우먼스 그룹이 너무 좋아하면서 거기서 시작을 했다. 그래서 1년 만에 우먼스 그룹은 조그만 땅을 사서 거기에 집을 지어, 카페테리아를 짓고 우먼스 그룹은 정

말 액티브하게 그거를..그니까 1년 동안에 배우고 운영해서 지금 카페티라아를 운영 중이다.. 내가 2만비르를 준비해서 갔더니, 어디는 땅을 개간해서 팔고 해서 돈을 마련했더라. 그래서 내가 너무 신통방통해서...완전히 커뮤니티가 달라진거다..

근데, 1년만에 수도값이 6만으로 올랐다. 그럼 수도 못 놓는다. 돈만 준다고 놓을 수도 없고, 내가 거기 앉아서 주민대표 다 오라 그래서 수도국 사람을 초청해서 앉아서 서로 통역하면서 이 마을에 집집마다 수도를 놓고 싶어한다, 그럴려면 무슨 서류가 필요하나(하니까). 뭐뭐가 필요하다. 너네 다 알아들었냐. 서류는 언제까지 들어가고 언제까지 하나 이렇게 하나하나.. 그다음 주민들에게 너네들은 뭐 물어볼 거 없냐. 이렇게 모든 프로세스를 만들었다. 그랬더니 수도국 사람들이 이렇게 주민들이 도와주고 하면 자기네들이 한달 안에 놓아줄 수 있겠다 그런다. 그런데 돈이 모자라는데 방법이 없겠냐 하니까 방법이 있다. 뭐냐 했더니 주민들이 땅파는 걸 하고, 파이프를 수도에 가서 직접 사가지고 오면 이게 싸진대. 그래서 주민들에게 하겠느냐 하니 하겠대. 좋다, 물건 사러가는 건 차를 빌려주겠다...그렇게 해서 저절로 새마을 운동이 된 거다. 자기네들이 다 파고 해서 집집마다 수도를 놓게 됐다. 수도를 딱 놓으니까 주민 전체가 다 바뀌었다..(중략)..커뮤니티가 완전히 initiate이 돼서 지금은 micro-financing이 된 상태, 계속해서 돈을 벌고 하니까, 자기들은 이젠 전기 놓고 싶다고 한다.

나는 change 이론이 정확히 적용된다고 생각하는데 변화이론에서 제일 중요한 거 하나가 그 중 하나가 우선은 본인들이 첫걸음을 할 수 있는 경험, 자기네가 이익을 손에 쥌 수 있는, 그리고 두 번째가 어머니회가 우리나라 새마을 운동의 성공요인으로 볼 수 있는데, 문헌리뷰를 해보면, 어떤 리더가 그것을 이끌었느냐, 해주었느냐, 하고, 그리고 seed money가 포함되었다는 것. 정부가 어머니회에 조금씩 돈을 주면서 이걸로 시작해서 그걸 가지고 뭘 만들면서 팔기도 하면서 그것 때문에 계모임 하듯이 모임이 가능했다는 것. 그래서 소득창출 활동과 이것을 이끌어갈 리더가 비전이 있어서 조금만 이끌어 준다면 나는 이것은 거의 확실하다고 본다. 그렇다면 지역사회 참여를 이끄는 주요요소는 프로그램을 이끄는 인적역량과 거기에 소득창출을 위한 활동이 꼭 들어가야 한다고 본다. 우리나라도 그랬다. 새마을 운동이 결국은 소득창출이 같이 들어간 거였다.

그 사람들이 굉장히 powerless되어 있고, 아까 얘기한 것처럼 그 사람들의 bad behavior가 있지만, 그럼에도 불구하고 그 사람들이 왜 그렇게 되었는지 이해하면서 이것을 이끄는 리더십이 필요한데, 그게 없는 게 첫 번째고, 두 번째는 사실을 예를 들면, 나 같은 사람이 이끌려고 해도 KOICA프로젝트가 이것에 대한 가치를 모르고

방해를 놓는 경우가 너무 많다. 그게 뭐, 양쪽이 다 그렇다. 주는 쪽에서도 그렇지만 수원국에서도 이런 가치를 모르면, 그들이 왜 돈을 직접줘서 중앙 프로젝트를 안하고 지역사회에서 직접하느냐 이러면서 중간에서 방해를 많이 놓기 때문에, 수원국과 공여국의 공무원의 마인드가 굉장히 크다. 그 다음은 전략자체가 부족한 게 많다. 예를 들면 소득창출에 대한 활동에 대해 잘 모른다. 즉 경제를 할 수 있는 기술을 모른다, 예를 들면 내가 수를 놓을 줄 알겠나, 바구니를 만들 줄 알겠나. 아니면 태권도를 가르칠 수 있겠나. 뭔가 소득을 낼 수 있는 걸 모른다. 내가 할 수 있는 것은 간호밖에 없는데..그래서 모든 collaboration과 network과 그 지역에 필요로 하는 서비스를 네트워크 해서 가는 게 중요하다. 그래서 고민을 많이 했다. 이 지역에서 소득창출을 할 수 있는 게 무엇인가.

보건사업에서 지역사회참여란 그것 자체가 요소라 말할 수 없는 것 같다. 그것 자체가 기본 철학이다. 나는 늘 그렇게 생각하는데, 지역사회참여란 기본 철학이기도 하고, 전략이기도하고, 목표이기도 하고, 사업자체이기도 하다. 주민자체가 그 사업이 '내꺼다', '내일이다'라고 생각하지 않는 한은 모든 사업은 시범사업으로 끝나지 뿌리를 내릴 수가 없다.

참여자 2. (면담시간: 30분/면담장소: 개인 사무실)

참여가 뭐냐, 말은 그냥 참여라 하는데, 참여가 뭐냐, 뭐 사람이 부족하니까, 네트워크가 부족하니까 사람들을 동원(mobilization)하는 거냐, 아니면 실제로 지역이든 동네든 뭐를 결정해야 하는데 그게 이제 내 문제이고 자기문제이기 때문에 실제로 권한을 행사하는 것으로 보아야 하느냐... 보통 보건에서 참여를 이야기할 때 불분명 하게 하는 경우가 많아서.. 참여가 뭐냐..이런거를 기본적으로 명확하게 할 필요가 있다. 지금까지 한국에서 또는 흔히 국제적으로 할 때도 참여라는 것을 자기하고 결정된 문제를 스스로 결정하는 권한을 가진다고 보기보다는 사람들을 동원하는 것을 참여라고 부르는 경우가 많지 않았겠냐. 근데, 경우에 따라서는 동원하고 참여하고 겹치는 부분도 있으니까 그것을 항상 바람직하지 않은 것으로 볼 필요는 없다. 그러나 참여를 뭐가 모자라니까 동원하는 것으로 본다, 그리고 그게 계속된다라는 건 좋은 거 같지 않다. 참여의 의미가 뭐냐라는 걸 명확히 해야겠고, 한국에서 앞으로 그런 걸 할 때도 실제로 나한테나 우리 가족이나 우리 동네나 우리 지역사회와 결정된 문제를 우리가 스스로 결정한다, 우리가 스스로 통제해야 한다는 개념이 좀 더 강화되어야 하지 않을까. 근데, 지금까지는 대체로 동원이 아니어도 소극적으로 참여하는 게 많았기 때문에 보건 쪽에서 일하는 사람들이 그렇게 생각하는 게 많았다.

또 하나는 보건, 건강 쪽에만 그런 게 잘 된다는 건 좀 생각하기 어렵다. 사회 전반적으로 지역 전체적으로 그런 역량이나 문화나 그런 전통이나 역사나 이런 것들이 축적되어야 건강이나 보건 분야에서 가능하지, 딴 거는 전혀 그런 기반이 없는데 보건만 이렇게 한다는 건... 물론 돈을 들이고 사람을 투입이 돼서 일하고 프로그램 하는 동안에는 그렇게 될지 모르겠지만, 사람들이 실제로 살아가는 원리로 보면, 어떻게 한 부분 한 영역만 그렇게 되겠냐. 그래서 전반적으로 지역사회의 역량, 참여나 민주적인 의사결정이나 이런 것들의 전반적인 역량이 올라가야 보건문제에 대한 것도 거기에 포함되지 않겠냐. 근데, 거꾸로 다른 게 되고 나서 이 건강문제에 대한 지역사회참여가 되겠느냐 그런 뜻은 아니고, 보건의든, 교육이든 여성과 관련된 문제든, 소득향상에 대한 문제든 구체적인 여러 가지 경험을 하는데 그 경험이 그 분야의 경험으로 끝나지 않고 보편적인 경험으로 넓어지면서 전체적인 역량이 조금씩 올라가는, 그렇게 봐야, 그런 점에서 보면 보건 분야의 어떤 참여의 경험을 해서 사람들이 그거를 통해서 더 많이 알게 되고 더 좋은 경험을 알게 되면 다른 분야로 확대될 수 있는 것을 보건에서 먼저 시작할 수도 있다 이런 건데, 그 두 가지를 서로 역동적으로, 전체가 다 되어야 보건의 되는 게 아니고, 보건의 전체적으로 전반적인 역량이 올라가

는데 기여할 수도 있다. 이런 생각을 해 볼 수도 있는 거다. 전체적으로 참여의 역량, 민주적인 의사결정 역량이 같이 올라가는 게 중요하다. 그런 점에서 보면, 어떤 지역 의료보험의 경험이나 그런 걸 통해서 그렇게 해석될 수 있다. 이걸 통해서 사람을 모 아보고, 거기에 참여해서 조직도 만들고 거기서 토론도 하고, 이런 경험이 좀 쌓이면, 다른 게 같이 될 수 있고, 거꾸로 보면 지역의료보험 같으면 그런 게 잘 되려면, 다른 경험이 있으면 이 보험 사업을 하거나 이런 것도 그런 역량이 바탕이 되어서 잘 될 수 있는 거고, 그래서 상호 관련성이 있다는 거다, . 그런 것이 지역에서 참여의 역량이 만들어지고 올라가고 또 활용되는 그런 기본적인 통로가 아니겠냐 이런 생각이 다.

ODA사업도 다를 거라고 보지는 않는다. 몇 가지 제약이 있다. 특히 한국적 상황에 서. 한국은 굉장히 짧게 한다. 기간이 짧은 단기 프로젝트 많이 한다라는 게 하나 있 고, 또 하나는 대체로 ODA같은 걸 할 때 많이 요구하는 게 눈에 보이는 변화나 지표 이기 때문에 그런 지역의 역량이 성장하고 이런 것들을 성과로 표현하기 매우 어렵 다. 뭘 잘했나 못했나를 보려 할 때 재기 어렵다. 그러니까 그런 문제가 있고, 그러나 그것보다 더한 문제가 뭐냐 하면, 수원국도 그렇고 공여국도 그렇고 별로 그거를 중 요하게 생각하지 않는다, 기본적으로. ODA로 본다면, ODA뿐만 아니라 보건개발이라 는 측면에서 보면, 철학이자, 가치이자, 또 한편으로는 전략인데, 이런 것을 별로 중 요하게 생각하지 않는 것 같다, 기본적으로. 그 여러 가지 이유가 있겠다. 하나는 보 건이라는 것이 굉장히 전문성이 있다라는 인식 때문에, 참여라는 것이 다른 거(소득 같은 거)에 비해서 중요한 거냐, 그런 생각도 있을 수 있고, 그런 전문성에 대한 문제 도 있고, 그리고 참여 이런 게 정치나 민주주의나 이런 것과 관련되기 때문에 수원국 입장에서 도구적인 어떤 의미 이상을 부여하기 어려운 것도 있고, 공여국도 마찬가지로 그런 것을 신경써야하고 하는 그런 문제. 그리고 참여라는 게 대체로 지역이나 지 방에서 일어나는 일이기 때문에, ODA는 주로 국가차원에서 하는 일이어서 좀 관심이 안가는 부분이 있고, 그렇게 다양한 이유 때문에 기본적으로 그렇게 중요한 개념이자 철학이자 전략으로서 간주되고 있지 않다, 공여국 수원국 모두 이런 게 많이 작용하 는 거 같다. 전 세계적으로도 지역을 기반으로 하는 전략 이런 것들이 주로 중앙정 부, 국가에서 논의되니까 도구적인 수단으로서는 그다지 많이 거론 되는거 같지 않 고, 이런 다양한 이유 때문에, 실무적인 이유도 있지만, 다양한 맥락이나 환경 때문에 지역을 통한 전략이 별로 그렇게 중요한 전략으로 간주되고 있지 못하는 것 아니냐 이런 게 기본적인 생각이다. (ODA사업으로 파견되는 보건의료 인력들의 ‘지역사회 참여’에 대한 인식수준에 대한 질문에) 별로 없다. 배워본 적이 없고, 생각한 적도 없 고, 갑자기 그걸 할 수 있나...대단히 실용적으로는 KOICA나 KOFIH같은데서 그런 개

넘들을 제대로 정립하고 ODA사업을 할 때 기획의 한 부분으로 포함을 한다든지, 전략의 한가지로 한다든지, 이렇게 하는게 제일 바로 효과를 볼 수 있는 길이겠죠? 전반적으로 거기에 대한 인식이 그리 강한 거 같진 않다. (보건의료사업 외 소득창출과 같은 다른 프로그램 연계에 대한 생각은?) 지역이라는게 각 분야별로 각각 따로 분리되어 있는 게 아니니까..교육 따로, 소득 따로, 농업 따로, 이렇게 되어 있는게 아니니까.. 당연히 지역에서는 지역에 있는 주민의 시각에서, 주민의 시각이 되면 굉장히 통합적으로 이해를 하게 된다. 하나의 전체로서, 그런데, 그거를 그 분야에서 일하는 사람이나 전문가들이 주민의 시각과 달리 쪼개 놓으면, 사실은 현실에 잘 안 맞는 거다. 주민의 시각을 다시 회복하는 게 필요하고, 주민의 시각에서 통합적으로, 예를 들어서, 교육과 보건의 결합할 수도 있고, 교육, 보건, 젠더, 문화 이런 게 결합해서 기존의 ODA에서 분류하는 것과 상관없이 주민의 시각에서 통합적으로 그런 걸 하게 되면 훨씬 나올거다.

(ODA사업이 지역사회참여 전략에 미치는 제한점은) ODA사업 자체가 갖는 구조적 특성 같은 것도 주민의, 소위 people-centeredness라고 하는 표현하는, 사람을 중심으로, 주민의 시각을 중심으로 하는 것과 잘 안맞는 점이 있다. 분야별로 나뉘어져 있고, 전문성이라는 이유로 영역별로 따로따로 접근하고, 그런 것들이 하다못해 2개의 사업이 같은 지역이나 같은 대상으로 하는 경우도 굉장히 드문, 따로따로 다 한다는 거다. 직업훈련원 따로, 여성 따로...다 이런식이니까... 그런 정도도 다 통합적으로 못하면 사실은 지역주민이 가지고 있는 어떤 안목에 맞춘다는 건 굉장히 멀은 거다. (ODA사업으로 파견되는 인력의 역할은) 인력이 자기가 생각을 가지고 있고, 괜찮아도, 기본적으로 ODA구조에 많이 좌우될 테니까 그런 한계는 분명히 있고, 시키는 일, 하기로 되어 있는 일 이상을 하기가 굉장히 어렵지 않나. 그런 한계가 우선 있고, 그러나 그런 한계 안에서도 말하자면 통합적이고 주민들의 시각에서 하는 것은, 저는 어떻게 보냐하면, 아주 작은 미시적인거부터 거시적인 단계까지 다 그게 필요하다고 본다. 아주 작은 사업을 어떤 마을이나 이런데서 하더라도 다른 거하고 협력하고 통합할 수 있는 게 굉장히 많다, 그런 점에서 보면 일선에서 일하는 인력들은 기본적으로 통합적 시각을 가져야 된다고 본다. 통합이라는 거는 가장 높은 단계의 통합은 돈을 같이 쓰는 게 통합이지만, 아주 소박한 단계의 낮은 단계의 통합은.. 통합이라는 게 스펙트럼이 굉장히 넓다. 예를 들어서, 정기적으로 서로 협의를 한다, 이것도 통합이다. 너는 뭐하나 우리는 이거 할란다, 시기를 같이 하면 어떠냐, 또는 이쪽 마을 하는데 이쪽 마을을 같이 해보면 어떠냐, 예를 들면 이런 정도의 협의만 하더라도 낮은 단계의 통합이라는 거고, 나중에 높은 단계의 협의로 나아가겠지만, 그런 정도의 협의부터 정기적으로 해서 목표를 같이 한다든지, 이런 넓은 단계에 있는 통합의 어느

단계인가를 실제 일하는 사람들이 다 할 수 있다는 거다. 그런 점에서 보면 통합적 시각을 갖는 게 굉장히 필요하다. 그리고 거기에 필요한 실제적인 일의 방식이나 과정을 찾는 것은 아주 낮은 단계의 통합을 염두 하면 아주 불가능하지 않다. 그리고 그 낮은 단계의 통합이라는 거는 통합 자체가 좋다라기 보다는, 통합해야한다는 행정 목표이기 보다는, 주민들의 시각에서 볼 때 이게 과연 얼마나 떨어져 있는 거냐, 예를 들어서 교육사업을 하는데 건강과 관련된 거를 같이 한다든지, 문맹퇴치사업을 하는데 문자교육을 꼭 필요한 건강교육, 말라리아예방, 뭐 이런거와 관련된 내용으로 한다는 거는 이걸 통합적인 내용이라는 거다. 그래서 그런 주민들의 입장에서, 주민들의 시각에서 볼 때, 주민들의 실제 생활이나 삶을 중심에 놓고 그거를 쪼개는 게 아니라 실제 삶에 가장 밀착한 방식으로 하기 위해서 통합적인 시각이 필요하다는 거다. 근데 그거는 일선에서 일하는 사람한테도 그게 꼭 대단히 무리하게 행정 뭐를 바꿔야한다든지, 방식을 바꿔야 한다든지, 이러지 않고서도 가능한 것들이 많이 있을 거다. 그래서 그런 것들부터 시작을 해서 일하는 방식을 바꿔야 한다. 이런 얘기다. 근데, 지금은 아마 그런 거를 찾아보고 하다못해 협의라도 하고 이런 것도 잘 안되어 있을 거다.

참여자 3. (면담시간: 35분/ 면담장소: 시내 카페)

제가 보기에 국가대 국가 프로그램이긴 한데, 지역사회참여도 중요하긴 하다. 지역사회기반 의료보험사업 같은 경우는 많이 중요하고, 왜냐하면 그 사람들의 인식이 어느 정도인가에 따라서 사업자체가 바뀌기 때문에,..(중략) 지역사회참여가 중요하긴 한데 governance가 중요한 거 같다. 예를 들면 지역사회기반 의료보험같은 경우도, 그냥 돈 주고 알아서 해라 의료기관에서 하는 경우가 있고, NGO가 있어서 알아서 하는 경우가 있긴 하지만, 그거를 어느 누구도 모니터링 하지 않고 어느 누구도 국가에서 간섭을 하지 않는다. 그래서 할 수 없다. 왜냐하면 의료 기관에서는 내가 환자한테 보험료를 지원해주나 안하나 어차피 내 돈이다. 손해인거지 이익이 아니기 때문에, 그런것들에 대한 국가에서 충분한 설명 없이, 그렇다고 모니터링 하는 것도 아니고, 가이드를 명확히 주는 것도 아니고,..(중략) 나는 굉장히 local governance를 중요하게 생각하는데, 그런 게 없어서 안타깝다...(중략) 누가 관리하지 않고, 서비스가 없어도 아무도 이런 거 해달라고 찾아가는 사람이 없고, 공공재기 때문에 누가 관여를 못하는 거다. 그거를 좀 방지하고 목소리를 높여보려고 했었는데, 근데 주민들 대표가 참여하고 보건소에 모여서 하고, 우리가 뭐가 문제이고, 그래서 이걸 개선하기 위해 무엇을 어떻게 할 것이고, 이런 initiation하고 의사소통을 통해서 사실은 실제로 뭐가 필요하다는 거까진 나온다. 자기들이 active하게 참여한다. 근데, 결국은 정부에서 그런 것들을 밀어주지 않으면, 필요한 것들을 주지 않으면 의미가 없다.

지역사회참여는 필요하다. 어떤 사업도 지역사회참여 없이는 될 수가 없다. 갖다 퍼주는 식이 아닌 이상은, 모자보건같은 사업도 지역사회가 참여해서 교육도 참여 하고, 예를 하면, 피임기구를 사용하자 하면 참여해서 어떻게 하는지 교육도 듣고 어떻게 사용하는지 실제로 사용하고 해야지만 성공가능하다, 지역사회참여가 중요하다. (그렇다면, 이러한 참여가 필요한데 지역사회 거버넌스의 부족으로 잘되지 않는 제한점이라 보는 건가), 이런 건 좀 다르게 볼 필요가 있다. 거버넌스가 굉장히 중요하고 문제는 또 지역사회참여가 참여하지만, 서비스가 없으면 못하는 거다. 지역사회주민이 참여해서 자기 목소리를 내서 우리는 이러이러한 게 필요합니다라고 국가에 요청하는 거나, 지방정부에 요청해서 이걸 주세요, 그러면 역으로 올라가서 서비스를 받을 수는 있다. 그럼 장비, 서비스, 인거비등까지 마련했다 치자, 그것을 지속성을 유지하기 위해서는 고용하는 사람이 꾸준히 있어 줘야하고, 그것을 뒷받침해주는 의료장비, 소모품 등 필요한 것들이 계속 지원이 되어야 한다. 결국은 재정적인 것과 관련이 있다, 지속성이라는 게. 지역사회참여만 높다 해서 되는 게 아니라, 지역사회참

여가 굉장히 중요하긴 하지만 중앙정부나 지방정부의 거버넌스가 중요하고, 그 다음엔, ○○같은 경우에는 서비스 자체가 없는 경우가 많기 때문에 그것을 어떻게 지원하느냐, 어떻게 가져오느냐 그것도 거버넌스의 일종이고, 나는 그게 크다고 본다. 많은 부분 지금 universe health coverage라고 해서 하는데, 지역사회참여도 중요하지만 결론은 정부다. 정부의 재정적 support가 없으면 아무리 해도 안된다. 참여를 해달라고 해봤자 정부가 펀드가 안돌면 할 수가 없다. 그리고 정부가 어디다 우선순위를 두느냐에 따라서 우선순위를 뒤야 지역사회에서 요청하는 것들을 줄 수가 있는다.. 대신 지역사회참여도가 높아서 지역사회에서 요구하는 것들이 있으면, 지금은 일단 지방정부에서 어떤든 간에 명확히는 모르지만, 이렇게 요청을 하게 되면 하나라도 더 가져갈 수 있는 건 맞다.

(해결방안은?) 많이 어렵다. 거버넌스는 20년 안에 되는 건 어려운 거 같고, 정부가 그것을 깨닫도록 해야 하고, 지방정부에서 따로, 왜냐하면 중앙정부에서는 지방정부까지 다 커버하기 어렵기 때문에 중앙은 중앙대로 접근을 하고, 지방정부는 지방정부대로 접근을 해서 이러한 방향으로 보건의료에 펀드를 주고, 보건쪽에서는 이런 접근을 접근해야 하고, 이런 것들을 계속 지방 보건국뿐만 아니라 지역사회에도 계속 인식을 개선해줘야 한다. 너희들도 목소리를 높일 수 있다. 이런 것들이 나온다. 지방정부에서도 당신들이 이렇게 이렇게 해주면 지역사회도 참여하니까 그만큼 시너지 효과가 있어서 원하는 서비스를 받을 수 있을 것이다. 지속성 유지를 위해서는 너희가 이렇게 하면서 정부에 어필을 해라, 돈을 달라고.

(지역사회참여전략이 ODA사업과 어울린다 생각하는가) 사업의 특성과 연관이 있을 거다. 사업에 따라서 그런 경우가 있고, 아닌 경우가 있는데, 음...내가 봤을 땐, ODA사업 전체가 지역사회 주민뿐만이 아니고, 지방정부, 중앙정부든 간에, mind-set 인거 같다. mind가 바뀌지 않으면 절대 어쩔 수 없는거 같고, 그게 바뀌어서 누군가가 계속 해줘야지 시스템이 새로 변하기도 하고 시스템이 갖춰져야 지속성 있게 계속 운영이 되는 거다. 어느 한쪽만 치중해서는 안 되는 거 같다. 결국은 지역사회가 아무리 참여를 하고 해도 결국은 지속성 유지를 위해서는 지방정부든 중앙정부든지 지역사회하고 같이 가는 거밖에 없는데 어쨌든 지역사회가 따로 가고 정부가 따로 가는 건 아닌 거 같다. 정부가 끼지 않으면 결국 공여기간이 동시에, 아무리 지역사회가 참여해도 공여기관이 손 땀과 동시에 와르르 무너진다. 그건 너무나 명백하다. 지역사회참여? 왜 참여할 거 같나. 돈이 없으면 안된다. 왜냐면 나 먹고 살기 바쁘니까. 진심이다. 일부 깨어있는 몇몇이 주도적으로 해서 이러자 이러자 해서 잘 되가고 있다. 왜냐면 내가 GIZ에서 한 local health governance 프로그램에 갔는데

governance안에 지역주민 인식 개선 활동하고, 이쪽에서 지역주민참여 계속 끌어들이고, 로컬정부 계속 끌어들이고, 중앙정부 계속 끌어들이고, 이렇게 3개의 트랙에서 계속 끌어들이어서 사업을 보고서 계속 운영되게 하려는데, 마지막 최종 평가에서 결국은 돈이다...결국은 이 상태를 계속 유지하기 위해서는 펀드가 뒷받침되지 않으면 안 된다는 거다. 그런데, 그게 어떻게 되느냐하면, 지역사회에서 요구할 수 있는 거는 한계가 있다. 지역사회주민 참여, 열심히 하려고 하지만, 뭔가가 incentive가 있지 않으면 참여하려 하지 않는다. 진짜로 참여하지 않는다.

(중략)..그동안 우리나라가 이식형 사업을 해온 건 상당히 잘못된 거다. 우리나라가 다른 공여국 같이 경험이 많지 않기 때문에 눈에 보이는 가시적인 걸 원했기 때문에, 인프라나 눈에 보이는 것들, 우리가 주고 싶은 것들을 줬으니까 문제였다. 그러나 최근에는 많이 바뀌고 있다...단지 우리가 사업을 할 때 조심하는 거는, 왜냐면, 지금은 저희가 새로운 사업을 발굴한다기 보다는 지금까지 선진국들이 해오던 evidence를 모아서, 예를 들면, UNICEF같은 것도 MCH사업과 같은 통합된 사업의 사례가 굉장히 많다. evidence base로 된 사업들이 UN사이트로 가면 매우 많기 때문에 그거를 국가의 context에 맞춰서 어떻게 변형하는가가 관건이지 새로운 사업을 발굴하는 건 아닌 거 같다. (중략).. 결국은 의사소통이고 한방향으로 똑같은 비전을 가지고 가는 데는 서로 의사소통하고 비전을 공유하면, ODA 국가간도도 마찬가지다. 양국이 똑같은 거를 보면 문제가 없는거다. 물론 과정상의 어려움이 있겠지만, 그런거는 대화를 통해서 풀어가면 되는거고... PM하면서 기대했던 결과가 나오지 않아 힘들었지만, KOICA와는 글썄..나름 ODA사업을 어떻게 해보려고 하는 사람들 사이에 있어서 그런지 잘 몰랐는데 그런얘기는 듣는다. 그동안 인프라 위주로 했던 분들은 역량강화나 지역사회주민 활동을 포함하면 머리가 아프고 일단 해본적이 없기 때문에, 어렵게 생각하는 사람들도 있는거 같다. 근데 그거를 어렵게만 볼 건 아닌거 같다. 우리가 독자적으로 하는 게 아니고 그동안 해온 것을 꼭 보면서 경험 공유하고 풀어나갈 문제니까. (중략)..지금 나는 정부와 같이 일을 하는 입장에서 ODA사업에서 지역사회참여를 방해하는 거는 글썄..들어가는 지역사회주민 자체의 인식일 거 같다. 만약에 지역사회주민이 아니면 지방정부의 활동 부족 이 정도로 들겠다.

참여자 4. (면담시간: 45분/ 면담장소: 시내 카페)

일단은 보건사업에 있어서는 지역사회 주민들이 함께, 그리고 지역사회 주민들의 인식 없이는 보건사업이 성공할 수가 없다. 특히 우리가 했던 가족계획이라든지 모자 보건 사업은 아무리 중앙정부에서 상의하달식으로 전달하더라도 지역주민들이 일단은 필요성을 인식해야 하고 그러면서 보건서비스에 접근할 수 있어야 한다. (중략) 일단은 지역사회가 서비스의 대상자로서 접근을 하려면 그 사람들이 이 사업이 하고자 하는 목적이 뭔지 이해가 있어야 하고, 그 서비스를 받기 위해서 어떻게 접근할 수 있을지에 대해서 이해를 해야 한다. 그리고 어떻게 하면 지역주민들의 인식을 변화할 수 있을까. 근데 그 변화시키는 과정에서, 예를 들어 가족계획이라는 이해자체를 ‘가족계획은 애기를 그만 낳는 것, 단산이다. 신이 아이를 자연스럽게 권하는데 이것은 가족계획을 통해서 애를 못 낳게 하는 것’이라는 인식이 강하다. 그러나 가족계획은 단산이 아니라 터울조절이 근본적인 목적이다. 터울조절을 통해서 산모와 아이를 건강을 유지시키고자 하는 것이다. 그렇다면 지역주민들이 가족계획이 무엇인가라는 이해를 올바르게 하지 않는다면, 우리가 아무리 가족계획서비스를 제공한다 하더라도 지역주민들이 거부할 것이다. 그러니까 그런 사업 내용에 대한 이해? 그런 것들은 지역주민들의 인식이 변해야 가능하고, 그 다음에 그런 변화를 이끌어내는 과정에서 지역주민들이 얼마나 적극적으로 참여하는가, 그런데 단순히 서비스 대상자나 교육대상자로만 해서는 그런 변화들이 너무나 미비하고 더디다. 그렇다면 그것을 정보를 전달해 주는 사람이나 그 사람들한테 서비스를 전달하고 그 내용을 전달해주는 그런 사람들이, 그 지역사회에 영향력 있는 대표자나 그 지역사회내의 구성원들이 전달했을 때 훨씬 더 이해가 빠르고 수용도가 높다. 그런데 우리가 가서, 보건인력들이 가서 아무리 ‘어쩌구 저쩌구’ 해 봐야 안된다.

(방해요인은) 일단은 우리나라에서도 그러는게 있는데, 우리는 우리 입장에서 얘기하는 경우가 많다. 지역주민들의 언어로 얘기한다기 보다는 우리 언어로 얘기한다. 왜냐하면 우리는 전문가이기 때문에 외국인이 보기에... 그러니까 우리 언어로 설명하는데 그 사람들이 이해하는 데는 한계가 있다. 그게 보건문맹 이런 용어로 설명되는데.. 결국은 그 사람들의 언어로 그 사람들한테 경험에 기반한, 그런것도 많다. 한두사람이 경험해 보고 그게 좋다라는 게 자기들 언어로나 직접 체험해야지만 행동의 변화로 일어날 수 있고, 그러니까 그런 역할을 해 줄 수 있는 사람들은 지역사회사람들이고 그러면 물론 처음에는 단순한 서비스의 대상자가 되지만 결국은 그 사람들이 교육을 제공하는 교육자가 될 수 있고, 참여 자체가.. 그런 다양한 형태로 참여할 수

있다.

일단은 우리 사업에서는 그래도 나름 많은 참여들이 이루어졌다. 일단 가족계획 사업에 대한 주민 인식 변화를 위해서 다양한 활동을 기획했었고, 활동 주체로서 지역 주민들이 참가를 했었고, 좀 전에도 말했던 'information transformer'로서 영향력 있는 사람들, 마을의 종교지도자, 여성지도자, 청소년지도자, 학교 교사, 공무원들, 특히 종교 지도자의 경우 영향력이 상당히 높기 때문에 종교지도자가 가족계획에 대한 이해만 충분히 일어난다고 하면 그 사람들이 지역사회 주민들한테 가족계획에 대한 설명했을 때 그 수용력이 엄청 높다. 처음에는 어찌보면 그 사람들은 교육 대상자였다. 근데 나중에 교육자가 되었다. 그런 식으로 했었고... 그 다음에는 다양한 프로그램...지역주민들이, 쉽게 말하면...유쾌하게 즐기고 좋아할 수 있는, 그 다음에 가족계획이나 보건이라는 색체를 배제한 그런 활동이 많았었다. 예를 들면, 센터에서 이루어지는 요리교실, 바구니교실, 이런 걸 통해서 바구니를 만들면서 가족계획 얘기도 하고,...그 다음에 .비즈 공예, 태권도 교육, 유치원.. 이런걸 다양하게 많이 해서 사람들이 우리 사업에 조금 더 가까이 친근감 있게 다가올 수 있게 만들어 주는 그런 활동들...그런 것들을 통해서 진행이 됐고, 아까도 말했지만 지역사회 지도자 그룹, 지역사회 여성 지도자들..그런 사람들이 지역내에서 가족계획 홍보를 할 수 있게...

지역사회참여형 사업으로 하려면 자잘해야한다...지역사회참여 구성을 하려면.. 조금 큰 그림 하에서 폐로 치면 폐포? 기관지가 아니라..정부입장에서 봤을 때는, ODA 수행국가입장, 도너의 입장, recipient입장에서는, 우리는 큰 정부 보건정책 하에 사업이 진행되기를 원하지만 그런 지역사회참여형 사업으로 진행하려면은 그 큰 정부정책에서 추구하는 목적을 이루기 위해서 하고 있는 여러 가지 활동이지만, 정부입장에서 봤을 땐 너무나 잘잘하게(소소하게)가고 있는 듯한 느낌이 드는 거다. 저게 과연 우리의 모성사망률을 낮추는 데 기여할 수 있을까. 근데, 궁극적으로는 그런 것에 기여하고 있는데도 불구하고 너무 그냥 잔가지처럼 보여서 그런 잔가지에 가치부여를 별로 못해준다, 그렇기 때문에 사실은 그런 것들은 사업이 구성되는 단계에서부터 그렇게 딱 고정이 되면 좋은데,,,그니까 지역주민의 인식변화라는 큰 목적을 두고 그 밑에 세부내용들은 현장 상황을 봐가면서 부단하게 바뀌어야 하는 거고, 부단하게 현지상황에 맞게 수정보완이 되면서..어려움은 그런거다. 정부정책에서 봤을 때 너무나 가치평하되기 쉽고, 그치만 현장에서는 너무나 중요하고 많은 시간들이 소요된다.

(중략)... 우리가 처음에 사업을 준비하고 진행 하려고 보면 큰 그림 속에서 큰 보건정책하에서 기획되고 그 밑에서 내용이 구성되고, 세부 내용들은 구체적으로 나오지

않고 '인식변화'라는 하나의 목적, 그렇게만 되다 보니까 그 밑에 구성하고 있는 다른 여러 가지 사업의 구성요소가 많은데 그런 것들을 다 해내면서 이거를 해야 되거든. 그러면 사실은 이게 현장 PM의 어떤 마인드가 많이 작용하고, 그다음에 사업의 메인 주체이고 사업 수행의 PI, 전체 사업팀의 마인드도 많이 작용하는데, 다른 사업에 영향을 주지 않으면서 이거를 해내야 하거든, 그럴려면, 시간적으로나 에너지 측면에서나 플러스 알파가 들어갈 수 밖에 없다...(중략).. 지역사회참여 형태가 구체적으로 세부적으로 세워지지 않는다. 물론 어느 정도까지는 계획이 이루어지지만, 정말 세부계획들은 정말 말 그대로 현장의 상황들을 고려해 가면서 수정 보완되어야 하기 때문에...그러니까 정말 이런 큰 줄기는 어느 정도는 나와 있지만, 그 밑에 나뭇가지 밑에는 나뭇잎도 있고, 그런건 다 구성되어 가기 어렵다. 예산아 몇 % 딱딱 배정되어 있으면, 그 예산 안에서 그런 것들을 탄력적으로 운영이 되어야 할 것이다.

(ODA파견 보건인력의 역할은) PM이 어느 정도 그런 거에 대한 인식을 가지고, 그 다음에 본인이 현장상황을 파악해가면서 지속적으로 본부와 커뮤니케이션 해 가면서 사업을 만들어 갈 수 있는 역량, 기본적인 인식?(지역사회참여가 지속적으로 필요하다는 인식?) 그렇다...그러니까 보건사업이 왜 지역개발하고 같이 가야하는지에 대한 인식, 그다음에 지역주민들의 인식 변화를 위해서 왜 이런 활동들이 수반되어야 할 수밖에 없는지에 대한 그런 이해도..(중략)..사실은 아무리 PM이, 아니면 이 사업팀이 전체가 이런 지역주민 참여에 대한 필요성과 이해가 높고 한다면, 그것을 전달할 수 있는 방법이 있는데 우리는 그 사람들의 언어를 쓰는 게 아니고 그사람들 문화를 다 알리 없으니까. 그러면 그 지역주민들이 참여할 수 있게 끌어줄수 있는 Bridge 역할을 해줄 사람이 필요한거다. 그게 현지 프로젝트 팀이다. 그 다음에 현지 프로젝트 팀뿐만 아니라 그 현지 행정 인력들, 그니까 우리 사업의 행정인력이 아니라 그 지역 사회의 행정, (지방정부가 될수도 있고), 지방정부의 행정인력이나 보건행정인력이지, 우리는 보건사업이니까 보건을 같이 하고 있는 보건소 인력이라든지, 그리고 우리가 직접 사업을 같이하고 있는 현지의 그 사람들이 이거에 대한 우리하고 동일한 목적의식을 가지고 이해를 해야지만 한다.(중략)

(그 외 우리가 해야 할 실행방안은) 일단은 프로젝트 기획단계에서부터 가능하면, 지금은 프로포절이 현지 수원기관에서 제출을 하고 코이카에서 받아서 사업타당성 조사를 하고 이렇게 한다. 근데, 수원기관의 프로포절을 받는 단계에서, 예를 들어 한국의 보건전문가, 교육이면 교육전문가들이 파견되어 충분한 시간을 갖고 그 사람들하고 협의하면서 프로포절이 개발되었으면 좋겠다. 그니까 need를, 물론 충분하다는 표현에 어폐가 있는데, need를 최대한 많은 다양한 계층의 need를 파악하고 그 need

를 바탕으로 사업이 기획이 되고, 그게 그 다음 프로세스를 진행되면, 기획단계에서 좀 더 전문가가 투입이 돼서 좋겠다는 생각이다. 물론 사업타당성 조사나 그 다음 단계에서 지역사를 방문하고 포커스 그룹 인터뷰도 하고 하지만, 그런 것들이 사전에 좀 더 많이 되었으면 좋겠다는 거다. 가능하면 어쨌든 기획단계에서 이루어져야 하고. 그 다음에, 사업이 너무 top-down으로 가도 안되고 bottom-up으로 가도 안되니까 그걸 좀 더 조화시킬 수 있는 그런 전략들이 개발이 되면, 그니까 보통은 지역사회 기반 사업이나 주민참여형 사업은 bottom-up사업이다. 그런 사업에서는 중앙정부의 관심을 이끌어내기가 상당히 힘들다. 아까도 말했지만, 너무 세분화되어서 현장화 사업으로 가다보니까 중앙정부의 관심을 끌어내기가 상당히 힘든데, 그거를 잘 조화시켜 줄 수 있어야 할 거 같다. bottom-up사업으로 진행하더라도 우리가 하고 있는 사업내용이 중앙정부와 충분히 공유가 되고, 그걸 통해서 중앙정부가 목적으로 하는 보건사업에 같이 도달할 수 있게, 그렇게 이끌어가면 좋겠다는 생각이다. 그 다음에 이런 프로그램형 사업이 끝나고 나면 반드시 평가하게 되어 이게 뭐 단기,중기,장기 평가로 나누어지고, 영향평가로도 나누어지지만, 가능하면 단기 평가뿐 아니라 중장기 평가가 이루어져서 과연 이런 사업들이 전략에 따라 어떠한 결과가 나오는지 그런 것들을 데이터베이스화 시키다보면 아마 공통적인 분모가 나올 거다. 이런 참여형 사업을 통해서 수치화시킬 수 있는 outcome은 결국엔 나오는데, 그걸 단기간 안에 평가하기에는 상당히 어렵다. 그런 것들은 장기평가를 통해서 많이 나올거고, 그러려면, 어쨌든, 주민인식, 주민참여형 사업에는 2-3년 단기 사업은 어려울 거 같고, 가능하면 중장기 계획이 세워져서 단계별로 어떻게 전략을 짜서, 주민참여가 어떤 퍼센테이지로 진행이 되어될지, 그런점도 고려를 좀 하면 좋겠다.

내가 봤을 때 개도국은, 특히 아프리카 쪽은 무기력화 되어 있는 건 맞는거 같다. 왜냐하면, 너무나 많은 그런 지원에, 어떻게 보면 쳐져있고, 대부분의 아프리카 국가들이 사회주의의 지배를 받기도 했었고, 근데, 또 한편으로는 그 사람들이 목적만 분명하다면 상당히 열정적으로 바뀐다. 그런 예들도 실제로 있었고, 그러니까 그 사람들에게 목적은, 장기목적을 얘기하는 게 아니라 단기 목적을 얘기하는 거다.... 예를 들어, 한 석달 뒤에 1000원을 벌어야 한다, 근데 그 사람들에게 석달 후 1000원이라는 건 너무나 큰 돈이다. 근데 거기서 생각이 멈춰버린다. 그 1000원을 석달 동안 쪼개볼 생각을 안한다. 그니까 1000원을 벌려면, 석달을 나누면 한달에 300원, 300원을 한달로 나누면 하루에 10원, 어? 하루에 10원이면 가능하네? 이렇게 되는 거다. 그러면은 그 사람들에게 석달 동안에 1000원이라는 목적을 보여줄 것인가, 아니면 한달에 3000원을 목적을 보여줄 것인가, 아예 하루에 10원을 할 것인가, 그것을 역할을 해줘야 하는게 우리의 역할일 것이다.(중략)....그러면, 그 목적을 달성하기 위해

서 이 만큼의 기간이 필요하고, 그 다음에 무엇을 어떻게 해줄것인가를 가이드를 해
줘야 한다. 그러면 눈에 보이거든, 그림이. 그럼 그 다음엔 으쌔으쌔가 된다. 그리고
정말 적극적으로 참여를 한다. 그게 장기 목적일 때에는 쉽게 지치고 쉽게 포기하고
그런다. 무기력이 참여를 방해하는 요소이긴 하지만 절대적은 아니다....진짜 놀랍다.
그렇게 목적이 설정이 되고 나면 같이 추진할 때 놀랍다....(중략)...보건의료인력뿐만
아니라 외부에서 들어오는 대다수의 도너들은 자기목적 중심으로 진행을 한다. 지역
주민들 못 믿는다. 나라도 못믿는데, 정부도 못믿는데 지역주민들을 어떻게 믿어. 그
런것들...그런...일단 마인드를 그렇게 시작하니까 대부분은 우리가 설정해준 목적을
갖다주고 우리가 갖고 있는 예산을 갖다주고 그대로 진행하기를 바라잖나.

참여자 5. (면담시간: 1시간/ 면담장소: 개인 사무실)

2007년 처음 갔을 때 ○○에서부터 냉대를 받았다. 처음에는 그 이유를 잘 몰랐는데, 계속 사업을 하다보니까 한국사람에 대한 일반화가 이미 진행되고 있었다. 너희 한국 사람들은 1년에 한번정도 와서 의례히 돈 주고, 사진찍고 이런거 하지. 이러니까 우리가 지역을 찾는데 너무 형식적으로 하더라. 근데 나는 작정을 하고 그런 상황이 아니면 우리가 가면 안된다 생각했기 때문에 막 뒤지기 시작했는데...(중략) 나중에 1년 뒤에 담당직원이 말하길, 그때 내가 되게 미웠다고. 한국 사람들은 딱 찍어주면 사진찍고 가고 그랬는데 너는 달랐다고 하더라. 뭐가 달랐나 했더니 그렇게 집요하게 찾더라는 거다. 근데, 자기도 그걸 몰랐다는 거다. 그 과정에서 2년쯤 되니까 너네들이 끝나고 나서 모니터링하고 간담회하고 하는 것을 보면서 애네들은 뭔가 다른 게 있나라고 생각하기 시작했다는 거다. 이러한 한국 사람에 대한 편견을 깨는 게 나의 과제라 생각했다.

외국 사람들과 그렇게 지속적으로 사업을 해보지 못했기 때문에, 외국사람들은 대부분은 큰 병원에만 가고 지역사회 안으로 들어가지 않았던 거 같다. (지역주민들이) 뭘 해야 할지 모르고, 외국 사람들이 손님으로 와서 하나라도 남기고 가니까 관심사는 있는데 과연 이것을 어떻게 끌고 가야할지를 서로가 몰랐다. 그래서 처음 1-2년은 서로 계속 체크하면서 보냈다. MOU체결도 2년씩 하면서 평가 후에 재연장을 판단하여 지금까지 7년을 끌고 와서 10년 프로그램으로 들어갔다. 이 사람들 같은 경우에도 마음의 문을 여니까 찾기 시작하더라. 저 사람들과 일하려면 이 지역에서 가장 시급하게 해결할게 뭐야, 우리가 할 수 있는 일이 뭐야, 이런 것들을 구분하면서 제안하면서 3-4년째 되더라,...우리는 첫 출발이 그랬다, 우리는 손님이다. 손님은 어쩌다 한번 가는 거고 언제든지 돌아올 수 있고, 만약에 우리가 어떤 사업을 진행할 때 우리나라 안에서 하는 건, 우리가 여기 거주하고 있기 때문에 별 문제가 되지 않지만, 현지에서의 사업 같은 경우에는 현지사람들이 그거를 동의하고 본인들이 스스로 만들어내고 진행하지 않으면 그거는 아무 소용이 없다라는 걸 처음부터 인지를 하게 되었다. (중략)..그리고 그 사람들이 그 부분에 대해서 인지하는 데는 시간이 좀 걸렸지만, 약속을 계속 철저히 지켰다. 뭘 요청을 해오면, 그냥 받아들이는 게 아니라, 의논을 하고 가능하면 뭐가 가능한지, 가능하지 않다면 왜 가능하지 않은지 가능하면 언제까지 될지 피드백을 계속 해 주었다. 이 사람들이 처음에는 그 부분에는 애네가 오나 안오나 했는데, 그렇게 약속을 지키니까 이 사람들이 구체적으로 제안을 하더라...

(중략)..우리는 사실 그냥 작은 기관에서 하는 거다 보니까, 지역사회보건이라 하면 단순히 어느 한 기관에서 하는 부분이 아니다, 그 지역사회의, 행정부분과 연계해서 그거를 세팅하는 데에는 정부기관과 연결해야 한다. 그런데, 이런 작은 NGO를 상대 국가에서는 별로, 우리가 international이 아니다보니, 그런 부분에 대해서는 애로 사항이 있다.(중략)..또 하나는 이쪽에서의 문제는 뭐냐 하면, 간극이다, 사실, 이쪽(공여국)의 보건의료현황과 이쪽(수혜국)의 보건의료현황이 틀리기 때문에 그 해당되는 (한국에서)전문가를 찾기가 쉽지 않다.(중략)...거기에 해당되는 전문가를 찾아서, 전문가가 거기에 가서 현 상황에 맞는 프로그램을 계속해서 만들어내고, 애정을 가지고 지속적으로 운영을 시켜야하는 그런 게 어렵다.. 그래서 저희가 여기서 팀을 짤 때도... 검증을 다 하고 혹시나 사고가 날 수 있고, 또 하나는 봉사단원이 갔을 때 불미스런 일들이 일어나면 안되기 때문에 그런 부분에 대해서는 자체내에서 검증을 한다.

(중략) 파견인력의 마인드가 첫 번째로 되어야 한다고 생각한다. 왜냐하면 여기에도 많은 분들이 지원요청을 하는데, 사람들이 부류가 다 다른데, 그런 마음을 가지고 있는 사람들은 오래간다. 근데 한번 해볼까 하는 분들은 다녀와서 중단한다. 근데, 나는 지역사회 프로그램을 가거나 하면 하나의 프로그램에서는 해당되는 분들이 계속 유지해 주시는 게 처음과 끝을 볼 수 있고, 평가 부분에서도 일관적인 게 있고, 그 쪽에 신뢰도 부분이 있기 때문에 프로그램에 대해서는 같이 가는 게 맞다고 생각한다. 그래서 이 분들의 의지를 처음에 확인하는 거는 매우 중요하다. 근데, 그 자세가, 완벽한 사람은 없다. 처음에 공감, 동의 이런 게 매우 중요하고, 일단은 의사소통이 잘 되어야, 그런 부분들을 함께 만들어 갈 수 있는, 어떻게 보면, 협력할 수 있는 마음이 매우 중요. 그렇지 않고 자기 고집으로 하게 되면 현지에 가서 꼭 사고가 생기더라. (중략)...전문가 그룹이랑 일을 하게 되면 그런 장점이 있는 거 같다. 이게 일회성으로 이 모델 사업으로 끝나는 게 아니라 다른 지역에 이 모델 사업을 스스로 해 볼 수 있게 토대를 만들어 주는 거다.

(중략) 단편된 경험이라 제한될 수 있지만, 현지 분들이 움직여야 한다고 생각한다. ○○의 경우, 사업을 할 때 해당되는 파트너 병원을 찾았고, 그 병원에 지역사회 보건팀이 있었고, 보건팀하고 이야기를 하면서 현지에 있는 사람들과의 네트워크는 그 보건팀이 전적으로 하도록 했다. 저희가 가서 설명하고 하는 부분은 매우 제한이 있고, 또 외국인이 가게 되면 사업의 본질이 흐려진다. 왜냐하면, 다른 마음을 두고 보기 때문에, 자기네들끼리 충분히 필요하다 안하더라를 갑론을박하면서 끌어내고 그럼 부족한 게 뭐냐 충분히 끌어내올 수 있는데 이게 외국 사람들이 같이 하게 되면 방향이 전혀 다르게 나올 수 있는데, 외국 단체들은 그 자리에서 그걸 조절을 못한다. 그렇기 때문에 철저하게 지역사회의 있는 회의테이블이 어떤지를 보고 그것을 같이 할

수 있는지를 현지의, 어떻게 보면 우리는 파트너십이 있는 거다. 우리는 그런 파트너십을 통해서 그 사람들이 어떤 상황인지 충분히 들을 수 있고 이 사람들이 할 수 있는 일과 우리가 할 수 있는 일을 나눌 수 있는 거다. 그러면 이 부분에 대해서 전적으로 이 사람들에게 말기는 거다. 우리가 할 수 있는 거는 전문가 그룹을 붙여줘서 단순한 일회성 사업이 아니라 계속 지속할 수 있게 연구사업을 포함시켜 주고 관찰하고 모니터링 할 수 있게 지침이나 기준을 만들어 주고... (중략).. 저희가 ○○의 큰 교훈이 뭐였냐하면 한국은 돈이 많았었다, 그래서 재네가 오면 무조건 부탁하라는 거였다. 이쪽 진료소도 마찬가지였다. 처음에 이러다가 다음에 가니까 우리 머 필요해, 필요해 이렇게 되더라. 그렇다고 그 사람들만의 잘못이라고만 할 순 없다. 알았다, 그치만, 그렇다면 이것을 쓸 인력이 있냐, 없다, 무엇이 우선되어야 하겠냐, 이것을 교육할 프로그램이 있냐, 있다. 언제까지 가능하냐 라고 해서 약속을 계속 해나가는 거다.

(중략)..우리들도 그렇다, 생활에서 이게 좀 필요한데 조건이 안되면 미뤄두지 않느냐, 그게 취미라든지 먹고 사는데 지장이 없으면 크게 상관이 없다. 근데 보건의료나 진단을 제대로 받아서 뭔가를 해야 하는 상황에서 그게 전혀 이뤄지지 않았을 때는, 오래산다는 개념이 아니라, 조금 더 건강한 상태에서 삶을 갈 수도 있는데, 기초 일차진료가 제대로 되지 않았을 때는 고통을 받는 부분이 있지 않느냐,..(중략).. ODA 자체도 물론 검은 목적이 있다. 국가차원에서는 국가는 전략적으로 움직여야 하니까 그럴 필요는 있지만, 모든 걸 그렇게 할 필요는 없다. 그거를 어떻게 활용하느냐에 따라서 목적이 달라질 수 있다고 본다. 그 사람들을 만나게 되면 아무 생각이 없는게 아니다. 근데, 여건이 도저히... 뭔가를 해볼려고 하는 건 뭔가 하면, 조금 조건이 형성될 때 움직이는 거지 아무런 뭔가 없을 때는 해보고 싶어도 의지가 안나오지 않나.

(중략) 자꾸 이쪽에서의 기준 잣대가 자꾸 효과가 있냐, 얼마나 갔냐, 이런걸로 가니까 실제로 ODA사업을 했을 때 질적인 변화나 이런 부분들은 어떻게 진행되는지, 내가 볼때는 결과는 안나온다. 왜냐하면 삶이라는 자체가, 우리가 삶의 학교 졸업했다고 해서 나는 성인이 다 됐으니까 완전한 인간이야 이게 안된다. 그건 하나의 과정으로서 내가 조금조금씩 살아가면서 끝까지 가는다. 나는 ODA사업도 긴 안목이 필요하다고 생각한다. 우리가 뭔가 나쁜 영향을 주든, 좋은 영향을 주든, 그게 그 사람들에게 삶에 있어서 뭔가의 변화의 요소로 작용하는 거지 그것을 수치로 적용하는 건, 몇백가구 뭘 하고 있고, 쓰고 있고, 이런 정도인데 그걸 가지고 썼던 사람들의 모습에서 이걸 해보니까 이것도 가능할까 라고 생각한 부분은 끌어내지 못하는 거다. 그런 애로사항은 평가부분에서 항상 있는 거 같다. 질적평가에서는 그래서 어렵다.

(금전적 인센티브에 대해서) 우리도 전처를 밟을 것인가, 우리도 고민을 많이 했다. 외국사람이라고 하면 이미 다 드러나기 때문에 그쪽에서 요구를 했을 때, 그건 안돼, 그건 너네 일이야하고 해도 먹히지 않는다. 그럼 철저하게 어떻게 해야 하느냐, 그걸 현지사람들이 같이 한다고 하면 무리한 요구를 안하다. (중략)...○○과 ○○을 통해 느낀 것은 (ODA공여국이) 이미 많이 스쳐 지나갔다. 그리고 많이 스쳐지나가서 좋은 것도 있지만, 불신이 팽배하다. 이 불신이 팽배한 부분들은 결코 우리가 뚫을 수 없다. 우리가 이거 할거야 하는 순간부터 이거는 어그러진다는 걸 배웠다. 그 사람들이 스스로 그것을 해내는 방법이, 지역 커뮤니티에서 안정화 되는 방법이라 생각하고,... 결국 2015년 이후 MDGs종료되면 어떡할거냐, 결국 지역사회다, 지역사회에서 그 사람들이 움직이지 않으면 사업은 실패한다.

(중략) 지역사회 단위에서는 역할들이, 물론 전체 국가의 비전이나 전망, 체제 때문에 제한되는 요소는 있지만 실질적으로 본인들이 살아가는 데 있어서 개선이나 이런 부분에 대해서는 충분히 자체적으로 운용할 수 있는 힘이 있다. 그런 것들을 모델을 계속 만들어내고 하면 오히려 거꾸로 중앙에서 그런거를 보면서 끌어낼 수도 있다. 예를 들어서 위에서 뭔가를 만들어낸다. 아랫단위에서는 그런걸 해보지를 않았으니까 또 왜곡이 생긴다. ODA가 정부대 정부로 하는 부분이 물론 이제 돈을 확실히 주고 받고 이렇게 있을 수 있지만, 오히려 개도국에 관련된 사람들의 건강한 관료조직들을 망가뜨리는 요소도 되고 있다. 실제로 그런 역할을 많이 했고..(중략).. 그 사람들이 그거를 할 수 있는 자생성들을 봐줘야 하는데 중앙단위에 그런식으누 갖다 꽂아버리니까 그럼 이쪽만 배부르고, 밑에 있는 사람들은 뭔가 해보고 싶은데 아무것도 안오고, 그러니까 ODA가 훨씬 더 왜곡과 부패를 불러일으키는 그런 요소들이 있다.

참여자 6. (면담시간: 30분/ 면담장소: 소속기관 회의실)

(중략) 다시 지역사회보건의료체계 강화로 사업 전체의 타이틀이 바뀌면서 조금 더 정치적인 문제를 해결해야 할, ○○○의 특성상 선거 관련해서 부정부패가 너무 심하고, 예산이 지방정부까지 내려오지 않아서 보건소의 운영예산이 없어서 1년간 파업을 하는 경우도 많고, 그런 의미에서 이런 것들을 해결하려는 거에 의해서 지역사회의 참여의 의미는 예전만큼 그다지 크지는 않았다. (중략) (사업에서 지역사회참여가 나타난 형태는?) 지금은 그런 게 없다. 왜냐하면 소소하게 가기보다는 정치적으로 가게 하거나 의료 인력이 교육대상으로 많이 초점이 맞추어져 있어서 지역사회가 참여하는 거는 굳이 얘기하자면, 만족도 조사를 통해서 보건소를 평가하는 거(설문 대상), 아니면 보건소 홍보의 대상(홍보자원으로 동원)으로 밖에 안되고 있다. (면담참여자가 생각하는 참여란?) 직접적인 참여가 있어야 하는데, 세부적인 커뮤니티로 들어갔을 때는 직접적인 참여가 있으면 아무래도 ODA사업을 하는 기관과 수혜자만의 직접적인 connection이 생기니까 좋은 건데, 그런 커넥션을 어떻게 만드느냐는 아이디어 뱅크를 통해 여러 프로그램이 생길 수 있는데, 우리가 하는 보건소의 경우 직접적으로 참여하기는 굉장히 어렵다. 하루에 200명의 환자가 오는데, 그거를 월, 년단위로 계산했을 때 상당히 많다. 그런 경우에는 직접적인 참여보다는 간접적인 방법을 통해서 해야 하지 않을까. (국제보건에서 지역사회참여가 중요한 이유는?) 모든 보건사업뿐만 아니라 다른 ODA사업을 할 때도, 예를 들면, 보건소 의료인력을 통해서 서비스 질을 향상시키는 것이 목적이라면, 그 지역의 유병률을 낮추는 것이고, 유병률을 낮추기 위해서는 왜냐하면 지역주민 사이에서 나타나는 포션이 크고, 그렇게 되면, 이 사업의 최종적인 목적은 사업내의 주민들이 더 나은 서비스를 받고, 주민들의 유병률을 낮추고, 사업의 이익이 주민들에게 돌아가도록 하는 것이다. 그래서 사업의 목적이 의료인력 교육이라고 하더라도 그런걸 통해서 주민들에게 되돌아가기 때문에, 최종적으로, 궁극적으로, 수혜자는 주민이 될 수밖에 없기 때문에, 그들의 의견을 듣고 그들의 아이덴티티를 부각시켜야 한다고 본다.

(지역사회를 사업의 대상, 수혜자라도 보는 관점에 대한 의견은?) 지역사회내의 보건문제를 파악하고 우선순위를 두는 것과 같은 참여는 할 수 있다고는 보지만 굉장히 조심해야 한다고 본다. 왜냐하면, 너무 불필요한 의견에 초점을 맞추진 않을까라는 노파심이 들고, 물론 통계학적 수치가 모든 걸 말해주진 않지만, 개개인이 생각하는 게 다 다르다. 그게 하나로 묶는 것은 굉장히 신중해야 하지 않을까라는 생각이 든다. 왜냐하면, 여성들의 입장에서 얘기 낳는 것이 가장 큰 문제고, 남성들은 일을 하다가 다치는 게 가장 큰 문제고, 여러 가지 문제가 있을 수 있는데 그런 것을 다

수용해야 하는지, 어느 정도로 수용해야 하는지, 그런 것에 대해서 스코프를 정하고 깊이를 정하는 데 있어 신중해야 한다고 본다.

(지역사회참여를 이끌어내기 위해서는) 최대한 많이 듣고 그럴 수밖에 없는데, 큰 틀에서 생각해보면, 지금 UN의 MDGs와 같은 게 크게 이슈가 되어 있어서 그것을 중심으로 돌아가는 ODA프로그램이 굉장히 많다. 근데, 그런 문제가 중요하지만, 동일한 지역에서 나타나는 문제는 아니다. 근데, 그런 다른 문제를 해결하기 위해서, 무상원조가 다 KOICA를 통해서 되고 있는데, 그런데서 오는 제약점? 그런 게 느껴지기도 한다. 예를 들면, 한 지역에서는 모성사망률이 전혀 문제가 아닌데 이 사업이 RFP(사업제안서)상으로는 모성사망률을 줄이기 위해서는 어떻게 구상해라는...그런 부분에서 좌절감을 느낀적이 있다. 그렇게 하기 위해서는...발굴조사가 그런 목표를 두고 사업 계획이나 실행 제안이 아니라 발굴조사 실제로 그 지역에서 필요한 수요조사가 제대로 이루어져야 한다. 물론 MDGs를 통해 공동의 목표를 갖는 건 좋지만 그게 너무 제약적이고, 어떤 부분에서는 획일화 되어 있기 때문에,...(사업을 수행하는 NGO 측면에서의 제한점은?) 주민들이 이게 '나에게' 직접적인 혜택이 오지 않는 한 참여를 이끌어내기는 굉장히 힘이 든다. 그런데, 그 주민들에게 경제적 혜택을 직접적으로 제공할 수 있는 건 아니잖느냐. 아무래도 개도국에서 그런 게(경제적 인센티브) 많이 작용하는데, 나에게 금전적인 보상이 없으면 굳이 시간을 내서, 관심을 기울여서 할 이유가 없는 거다. 심지어 그게 내 자식을 위하는 것일지라도. 그런 것들에 대한 동기부여, 이것이 왜 중요하고...우리가 하고 있는 베트남 사업 중에 장애아동 재활치료 사업이 있다. 엄마아빠가 돈 벌로 가고, 아이들은 집에 창문도 없는 그곳에 하루 종일 거동이 불편하니까 방치된다. 처음에 우리가 처음 시작한 게 지분을 내어주는 사업으로 나아질 수 있는데, 가정형편상 그냥 죽어가기 때문에 아이들이 재활치료 센터에 와서 치료를 받고 더 걸을 수 있게 하자. 그런데, 부모들이 그런 개념이 없다. 애는 일단 이런 애고, 나는 일단 돈을 벌어야 된다는 거기 때문에 오지 않는다. 그리고 그게 왜 중요한지 몰라. 저희한테만 중요한 거다. 엄마는 돈버는 게 더 중요하다. 그런 것들에서 똑같이 공감을 하고 사업을 실행하기 위해서 그것에 대한 중요성, 필요성, 그리고 같이 설득을, 설득이라는 단어가 좀 조심스럽긴 한데, 그런 공감을 얻어내는 거 굉장히 중요하지 않을까...왜냐하면 이 사업의 목적은 장애아동이지만, 아이들을 데리고 올 부모님들 또한 이 사업에 포함되어야 하기 때문이다.

(지역사회가 프로그램 전 과정에 적극적으로 참여해야 한다는 의견에 대해서)누구나 이상을 다 꿈꾸기 때문에...좋은 그림이다, 누구나 좋은 그림을 그리고 있는데, 실제로 현장에서 예산집행이라든가, ODA의 나라나 기관이나 방향성이 정해져 버리면 또

안따르면 안되지 않는가..(중략)..결과에 대한 수치화를 내야하고, 지금 ODA사업하는 거에서 보면 M&E를 굉장히 중요하게 보는데, 그런 거를 다 KOCIA에서 지금 수치화 한다고 하더라... 수치로 다 보여줄 수 없는 것들 양적평가지 질적평가가 아니다. 그런것들을...M&E방법이 수치를 너무 초점을 맞추기 보다는 다른 방법, 평가방식에 있어 질적 평가도 중요하다는 얘기다... 동기부여를 할 수 있는 또 다른 게 필요하다, (보건의료현장에서 지역사회참여에 대한 인식이 있다고 보는가?) 그렇게 보지 않는다. 수치화하는데 더 많은 요구를 당하고 있다. 적어도 문제의식은 있다. 모든 거를 다 개량화 할 수 없기 때문에, 그치만, 도너가 원하기 때문에.. (NGO입장에서 그런 문제점을 다 뺀다면 어떻게 할 거 같은가?) 천천히 갈 거 같다. 탄자니아 모자보건사업도 산모간호, 신생아 대상으로 방문간호하고 있는데, 이런 것들을 통해서 그 지역 내의 신생아 사망률이 얼마나 낮춰졌는가가 그게 평가를 받는 부분인데, 이렇게 3년 안에 크게 영향을 미칠 수도 있겠지만, 그러지 못할 수도 있다. 그치만 산모 한명 한명이 그런 교육을 받고, 혜택을 받음으로써 다음 자식을 낳았을 때 영향을 미치고 다른 이웃에 영향을 미치고 전파되기 위해서는 3년으로는 부족하다. 10년을 내다봐야 하는 그런 거기 때문에...그런 압박감 없이 일대일 소통을 하면서 진행을 하지 않을까...

참여자 7. (면담시간: 50분/ 면담장소: 시내 카페)

(ODA보건사업에서 지역사회참여란) 논문이나 교과서에 이미 ‘정의’가 있을 거다. 일단 그런 것과 크게 다르지 않다고 생각하고, 지역사회기반이라는 데 있어서 범위가 좀 구분이 되어야 한다고 생각하고, 예를 들면, 어느 정도로 참여할 거냐, 가장 수동적인 거는 혜택을 받는 것 일 테고, 가장 능동적인 단계로 가자면 자기들이 기획하고, 계획수립하고, 진행도 하고, 평가도 하고, 이런 것까지 액티브하게 하는 걸 텐데... 제가 생각하기에 이런 걸 논하기 전에는 그거에 대한 정의가 필요하지 않겠느냐는 생각이다..(중략) (ODA보건사업에서 지역사회참여의 실현을 위해서는) 가장 이상적인 거는 처음에 서로 약속을 할 때, 정부 대 정부간으로 할 때 이런 점이 충분히 고려되어야겠다. 근데, 주는 사람의 입장도 있고, 받는 사람의 입장도 있기 때문에 그런 점이 고려되어야 하지만...사실은 우리나라에서 이행되는 보건사업들이 이런 것들을 잘 고려하지 않고 한다. (중략)..우리 사업은 사업지역이 5개라.. 지역이 실제로 대상이었고, 범위도 명확했고, 사실 지역으로 명확히 했기 때문에 지역과 협력하에 했다고 볼 수 있고, 우리 사업이 어찌 보면, 지역사회의 참여 정도가 높다고 할 수 있다. 왜냐하면 사업을 처음 구상할 때도 그런 거였고, 수정할 때도, 예를 들면 교육이라든지, 결정, 그 다음에 이행, 평가 이런 것들을 우리팀은 도와주고 지역주민이나 해당 당사자들이 이끌고 가는 것을 모델로 했기 때문에 저희 사업은 수준에서 따지자면 참여가 상당히 필요했던 사업이었다. 굳이 분류하자면, Grade1에서 5까지라면 4,5정도가 되지 않을까. (그렇다면 참여가 전반적으로 일어났다고 보는건가?) 그건 아니다. 사업 자체는 그걸 의도 했지만, 결과는 그 만큼 나오지 않았다.

(결과가 그만큼 나오지 못한 이유?) 이거는 이야기를 많이 해야 하는 부분인데, 일단 지역사회참여는 기본적으로 어렵다. 왜냐하면 지역사회참여가 이루어지려면 일단은 어떤 대상 집단들이 참여 경험도 있어야 하고, 그 대상 집단이 굉장히 민주적이어야 한다. 세번째는 정보도 충분히 골고루 제공되어야 한다...그런 조건들이 갖춰져야 하는데 사실 그게 ODA 저개발국가를 대상으로 하지 않냐. 지역사회가 참여한 경험이 없고, 물론 지역사회도 부조나 이런 것들, 전통적인 방식으로 하긴 하지만, 그렇게 비민주적인 것도 많기 때문에, 민주적인 걸 기대하기 힘들 뿐 아니라 경험도 없고, 아무래도 사회인프라도 딸리다보니까 교육수준도 낮을 수밖에 없다. 대부분 ODA대상 저개발 국가들이 아주 부유하거나 그런 나라가 아니기 때문에...정보 전달력도 떨어지지만, 정보를 전달 했을 때 이해력도 떨어지고.. 상당히 기본적으로 어려운 문제다. 그래서 잘 안된다. 우리 사업만 딱 꼬집어서 얘기를 하면, 저희 사업도 비슷하다. 일

단은 대상자 중에서 자기 일상적인 삶 때문에 바쁜 사람도 있기 때문에 참여가...저희 사업측면에서만 보자면, 전반적으로 참여자수가 적었다, 각 지역별로, 그러니까 이해 관계가 걸린 몇 사람들만 관심을 보였을 뿐, 저희들이 주민 공청회나, 서베이를 통해서 지역주민 의견을 많이(수용하기 위해 노력했지만)...지역의 참여자 수가 적었다. 두번째로 저희도 지역사회참여 프로그램이...프로젝트 자체가 그다지 익숙하지 않아서 좀 더 능동적으로 할 역량이 부족했고, 그에 따른 동기 유발 프로그램들, activity를 잘 못한 부분도 좀 있고...세번째는 프로젝트가 어려웠다. 프로젝트 주제가 일반인들이 주민들이 이해하기가 무척 생소한...그런면에서 좀 어렵지 않았나...(중략) 아마 우리나라같이 원조, 특히나 인프라를 제공하는 형태의, 지금까지 시행해왔던 나라들의 입장에서는 사실은 경험이 일천하기 때문에 다른 원조선진국에 비해서는 이런 프로그램들이 지역기반으로 해서 지역주민들을 이끌어내는 것은 아직도 많이 미숙한 건 사실이기 때문에..(중략)

(우리나라 ODA보건사업의 구조적인 특성으로 인한 문제점은 없는가?) 기본적으로 접근방식이 좀 잘못된 경우가 많다. 예를 들면, 아직도 giving, 준다는 데 의미가 더 강한 거 같다. 이런 건 사실 우리도 잘 안해봤기 때문에 잘 모르는데 접근방식이 파트너라는 생각보다는 '우리가 너네들을 도와준다', 도와준다고 생각할 때는 결국은 지역사회참여 측면에서도 '내가 도와주는데 너네들이 잘 모르니 경험도 없으니, 우리가 옳아. 우리가 옳으니 이행하는 방식에서 중요한 결정들은 우리가 해야 하고 우리가 적극적으로 해야 돼, 너네들은 그냥 그 결과를 보고 우리한테 고마워하거나 감사하거나 그냥 너네들은 그걸 누리면 돼,' 이런 시각이 좀 많은 거 같다는 생각을 하고. 그리고 결국은 큰 계획은 차치하고라도 이행단계가 굉장히 중요한데, 현장에 파견되어 있는 사람들이 하는데, 사실 대개 잘 훈련이 되어 있지 않다. 그런 거에 대해서 교육을 받거나 지역사회에 접근하는 방식에 대한 훈련이 안되어 있고, 지역사회를 이해하려고도 안하고, 통계자료 그냥 몇 개보고, 이해관계자들, 공무원들, 지역대표들 몇 명 만나고, 일주일정도 출장가고, 그래서 각종 자료들 취합해서 기본적인 사전조사계획 표라든지 기본계획을 짜기 때문에, 기본적으로 지역의 세밀한 점에 대해서 이해가 안되어 있다. 정리하자면, 인력적인 면에서는 훈련이 안되어 있다. 일단 철학의 문제다. 아직도 '협력'한다라기 보다는 '준다'라는 인식(사업수행자의), 두번째로는 훈련이 제대로 안되어 있다. 세번째는 지역에 대한 이해도가 떨어진다. 네번째는 내 개인적인 생각인데, 아직도 우리나라는 기획과 평가는 있는데 implementation에 대해서는 모른다. 아무리 좋은 계획을 세우고 평가를 잘 하면 뭐하나, 결국은 제일 중요한 건 이행하는 사람들이 중요한데, 이행하는 사람들을 좀 하찮게 보는 경향이 있다. 기획, 평가가 중요하지...이행 그거 누가 못해 이런 식의...그래서 이행자들에 대한 교육도

신경 안쓰고, 실제로는 사실 제일 중요한 건 현장에서 이행하는 사람들이다. 이 사람들의 마인드. 이 사람들이 모든 분야의 전문가가 될 순 없기 때문에 또 일하면서 배울 수도 있지 않나. 그 사람들도 재교육을 받아야 하고, 그런 것들...어떻게 보면 그 지역을 가장 많이 파악하고, 실제로 이행하는 사람들에 대해서 높게 생각하는 게 아니고 좀 그 과정을 하찮게 보는 게 좀 있다. 하면 되지 뭐..이런...(중략) 그러니까 제 생각에는 우리나라에서 가장 부족한 자원이 현장에서 일하는 사람들이다. 이론가들은 천지다. 실제로 그런 부분들이 가장 취약하다. 그런 부분은 사실은 외국 사례를 보면 대개 NGO들이 많이 메꾸어 주는데, 우리나라 NGO는 그런 (역량이) 많이 떨어진다. 국가가 큰 계획을 짜고 그 다음에 펀딩을 하면, 실제로 선순환 구조가 되려면 체계화 되고 잘되고 그다음에 훈련된 인력들이 현장에 가서 현지의 전문가, 현지 인력들과 조화를 잘 이루어 그 사업을 잘 이행하는 구조가 어찌 보면 이상적인 방식인데 우리나라는 그런 NGO자체가 부족하기도 하고, 관련된 교육기관도 그다지 많지 않고, 경험도 별로 없고...(중략) (지역자체가 무기력하다는 의견에 대한 견해는?) 지역사회는 기본적으로 무기력하다...너무나 당연하거고, 그거를 그 문제가 없다는 게 아니라 인정을 하지만, 수행하는 사람들이 그것 때문에 못했다는 하는 건 문제 있다...그건 자신들 역량을 탓해야지...그런 것을 제대로 전달하지 못한 능력이 부족한 것이 문제지... 그 사람들의 교육수준, 지역의 환경, 그 사람들의 사회문화적 특성, 신념체계 이런 게 다 있는데 그런 걸 무시하고 우리가 하고 싶은 말 떠들었는데 잘 못 알아듣는다고 하는 건.. 그것이 내가 말한 아직까지도 파트너십이 아니라 giving 한다는 거다...(중략)

(지역사회참여 활성화 방안에 대한 의견은?) 제일 어렵다. 아까도 말했지만, 여러 가지 원인을 말했지만, 일단 기본적으로 대상이 체계적인 조직, 학교, 기관 이런 데가 아니라 한 지역에서 한다는 동질성을 가지지만 그 안의 구성원들은 정말 다양하기 때문에 어려운 게 사실이다. 이 문제가 그렇게 쉽게 해결할...원인이 많은 만큼 대상지역의 사람들도 homogeneous하지(균질적이지) 않다. 그 다음에 이 사람들의 기본적인 성향, 수혜국 대상이 되는 사람들의 낮은 (인식),...사업을 수행하는 사람들의 기본적인 철학과 능력의 부재, 교육의 부재, 다양한 프로그램과 도구의 부재, 세번째 사회 환경적 요소, 예를 들면 그 사람들의 경험부족이라든지, 민주적인 의사결정 구조가 그 대상지역내에 있지 않다든지, 그런 복합적인 요소들이 많기 때문에 해결하기 상당히 힘들다. 그러면 어떻게 할 것이냐...(중략) 우리나라가 원조를 계속 할 거면, 현장에서 일하는 것에 대한 중요성을 높여야 한다, 이런 것을 집행하는 기관, 관련 학계, 이런 분야에서 일을 하고 싶어하는 현직에 종사하는사람들, 미래에 이런 일에 종사하고 싶은 모든 사람들이 현장에서 이행하는 것에 대해서 조금 강조점을 둘 필요가 있

다. 거기에 강조점을 두고 제일 먼저 해야할 것이 어떤 방식으로든 이 사람들을 훈련하고 교육하는 구조를 만들어 내야 한다. 그게 학교든,..그런 것에 대한 고민이 필요하고, 교육프로그램을 체계화할 필요가 있다. 아니면 지금이라도 의무적으로 이행단계에 대한 평가들, 다음에 그런 스토리와 사례들, 이런 것들을 좀 체계화하고 정리해서 신규로 이 분야에서 일하는 사람들에게 충분한 교육과 정보를 제공할 수 있는. 그리고 인식을 좀 바꾸어야 하고,.. 현장인력들은 기본적으로 지역주민들을 존중하는 태도가 필요하다. '왜 이래!'하고 말하는 거는 의미가 없고, 그렇다고 현장에서 그 사람들과(지역사회) 동화되는 것도 좀 그렇다, 어떻게든 motivation을 제공하고 tool을 제공해야 하는데, 그런 입장에서 봤을 때 너무 동화되어서도 안되고, 그렇다고 이 사람들과 아주 비즈니스 관계 내지는 내가 지휘 지시하는 수직적이고 딱딱한 관계 좀 어렵고, 그런 것을 잘 조화시키는 것이 중요한데, 기본적으로 그 지역에 대한 신뢰와 존중, 그 다음에 그 지역을 파악하려는 노력들이 있어야겠다. 그런 게 생기기 위해서는 각자 교육이 필요하다. 그런거 없이 그냥 열정만 갖고 현장에 보내면 그냥 삽질한다. 가서 지역주민들이랑 밥만 먹으러 가는 게 아니지 않나....(중략)

그럼 현장에서는 뭐가 중요하느냐, 민주적인 참여가 매우 중요하다.,,(중략) 지속성의 문제로 볼때 결국 참여가 없이는 지속성은 보장이 안되는 거다. 결국은 우리가 끝까지 해 줄 수는 없는 거고 그 사람들이 이어 받아가지고 우리가 떠날 때 쯤에는 스스로 할 수 있어야 하는데, 스스로 할 수 있는 것의 가장 큰 핵심은...적극적인 참여가 되려면 민주적인 의사구조가 되어야 한다. 하지만 이게 많이 힘들지 않나,..(중략) 굳이 현실적인 방법을 찾아보자면, 지역사회 헤게모니를 철저히 파악해서 그 지역 내에서 정보와 어떤 일을 도모할 때 참여를 유발할 수 있는 핵심 포인트를 예를 들면, 어떤 인물이든, 기관이든, 이런 것들을 명확한 파악을 해서 그런쪽으로 잘 접근시켜서 그 사람들이 우리가 하던 사업을 핸드오버해서 받는 방식에 대해 심각한 고려를 해봐야 한다.

(ODA사업의 특성 견해) (중략)...지속성을 고려하려면 그런 긴 시간이 필요한데, 사업자체 기간이 길어야 하는데, 아직까지 우리나라 원조를 집행하는 기관의 수준이라는 게 대개 단면이다. 당장 결과가 정량화 되어야 하고, 결과가 보여야 되고, 언론에도 나와야 하고, 2년 3년을 못기다려준다. 프로젝트를 1.2년 단기로 하고 빠지는 경우가 많고..그것도 문제다

(평가방식이) 정량시키기가 무척 힘들다. 물론 행정을 집행하거나 평가하는 분들의 입장도 이해한다. 왜냐하면 그 분들이 이런 사업을 처음부터 끝까지 다 관찰하는 것

도 아니고, 수많은 사업을 평가하는 데 일일이 모든 걸 다 캐치해달라고 하는 것도 사실 무리한 요구다. 그래서 과정평가가 필요한 거다. 결과만 보지 말고 이행과정에 이러이러한 활동을 했고, 이러한 것들이 변화했다는 것을 사업초기에 기획할 필요가 있다...(중략) 물론 이행집행 기관들도 정부에서 예산을 따거나 이러한 과정 절차가 있기 때문에 그 분들의 입장을 충분히 이해한다. 그런 결과가 있어야 향후 이 사업을 지속시켜서 추가 펀딩을 제공하거나 아니면 외부기관을 설득하는 데 필요한 것이라는 것을 알지만 이런 부분들은 서로 입장이 다르겠지만 그런 부분들은 좀 협력해서 이제부터는 사업 초기부터 출구전략, 이행과정의 평가, 지속성을 위한 현지에 인수인계 이런것들이 사업계획의 필수부분으로 들어가야 하지 않을까... 하나더! 결국은 제일 중요한 건 이런 걸 이어받기 위해서는 현지인력들의 교육이 중요하다. 두번째는 사업 초기부터 과정평가라든지 출구전략, 이런것들에 대한 툴을 마련할 필요가 있다.

<ABSTRACT>

Strategies for community participation on ODA(Official Development Assistance) health programme

Park, Sunhee

Division of Global Health

Department of Health Policy

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor So Yoon Kim, MD, PhD.)

Community participation is the process by which individuals, families, and local communities recognize their own problems and develop self-reliance to deal with the problems. Community participation is particularly effective in a society that lacks access to health resources and medical services and has health inequity problems. In consequence, community participation in Official Development Assistance(ODA) is a valid strategy for maintaining sustainability of health programme and enhancing capacity and self-reliance of local community.

This study explores concepts related to community participation in the field of health and analyses importance of community participation in ODA health programme of the Republic of Korea. While examining obstacles to community participation, this study suggests ways to enhance community participation.

The study focuses on 1) exploring concepts related to community participation, discussing community participation on community-based health programme of Republic of Korea and analysing situation health programme of ODA by the Republic of Korea 2) examining importance of community participation and its obstacles while suggesting ways to enhance community participation by conducting in-depth interviews with health experts.

As a result of in-depth interviews, respondents said that community participation is a core element of successful ODA health programme and it is necessary to raise awareness on the concept of community participation. Obstacles to realize community participation are 1) financial incentive requests on community participation by local communities in recipient country; 2) too much powerlessness in local communities; and 3) heterogeneous characteristic within local communities. From donor country's perspectives, obstacles are 1) lack of capacity of project delivery managers; and 2) characteristic of ODA programme itself. Project delivery managers lack of awareness on local community, experiences, integrated perspectives and partnership. Short-term and segmental approach of the ODA project prevents community participation. Both recipient and donor countries

lack of interests and experiences on community participation which make community participation difficult.

As a result of analysing obstacles to community participation in ODA health programme, the study concludes that efforts to fully understand local community of recipient country by ODA project delivery managers from donor country are more fundamental and practical solution for community participation.

To overcome these obstacles, the study suggests 1) active utilization of local community partnership; 2) providing positive participation experience of local community; 3) enhancing understanding and integrated views of project implementation team; 4) developing training system to build capacity of local project staffs; 5) expanding qualitative evaluation of ODA programme; and 6) extensive feasibility study on local communities.

Keyword : community participation, Official Development Assistance(ODA),
community-based health programme