

2005년 보고서

북한 여성의 임신 및 출산과 건강에
관한 보고서

(사)어린이의약품지원본부

이 보고서는 행정자치부의
<2005년 민간단체 지원사업>
기금 지원으로 이루어졌습니다.

어린이의약품지원본부

주소 : 서울 종로구 이화동 26-1번지 3층

전화 : 744-9756

팩스 : 763-9756

홈페이지 www.healthchild.org

이메일 help@healthchild.org

북한보건의료네트워크

www.nkhealth.net

2005년 보고서를 발간하면서....

어린이의약품지원본부는 2002년부터 해마다 한 권씩 북한 보건의료 관련 자료를 모아 책을 냈습니다.

<2002년 북한 어린이 건강실태 보고서>를 시작으로 2003년, 2004년으로 이어졌습니다. 비단 북한 어린이의 건강에 국한하지 않고 북한 보건의료 현황과 북한 보건의료의 복구와 재건을 위한 전략 등에 대한 진지한 고민과 국내외 대북지원에 대한 자료 수집 및 정리 등 많은 내용들을 그동안 다루었습니다.

북한에 대한 무슨 작업을 할 때마다 많은 분들이 어려워하는 것이 자료의 절대적인 부족 또는 빈곤입니다. 그래도 최근 북한 당국이 국제사회와 함께 하는 프로그램이 많아지면서 어떤 형식으로든 보고서가 꾸준히 나오고 있어 많은 참고가 되고 있습니다.

북한 어린이 영양조사에 대한 결과는 1998년부터 격년 형식으로 발표가 되고 있고 특히 올해는 북한 여성의 임신·출산을 비롯한 전반적인 건강관리에 대한 <2002년 재생산건강조사보고서>가 발표되어 많은 관심을 모았습니다. 자료의 신뢰성에 대해서는 많은 분들이 의문을 제기하고 있고 극단적으로는 ‘모래 위에 지은 집’이라는 표현도 하십니다. 그러나 그렇게 발표된 수치가 아직도 우리의 걸음을 멈추게 두지 않습니다. 왜냐하면 여전히 많은 지표들이 국제기준에 미치지 못하고 있고 우리의 아이들은 회복이 어려운 상태로 가고 있기 때문입니다.

지난 12월 초, 한 국회의원이 주최한 정책토론회가 있었습니다. ‘남북보건의료 교류 및 협력 현황과 정책방향’이라는 주제였는데 주제발표의 내용 중 한 부분이 아직도 계속 남아있습니다.

5년 전 북한 군인의 평균 신장은 152cm였다고 합니다. 최근의 수치는 141cm라고 합니다. 북에서 고난의 행군이라 부르는 1995-98년에 한창 학교에 들어간 나이의 아이들이 이제 군인이 되고 있습니다. 남한의 초등학교 3-4학년 아이들의 키가 이쯤일 것입니다.

북한 어린이 건강실태 보고서를 3년째 만들다보니 엄마인 임신부의 건강을 때 놓고는 어린이의 건강 개선은 반쪽일 수 밖에 없다는 결론에 도달했습니다. 그래서 올해는 <북한 여성의 건강·임신 및 출산에 관한 보고서>를 생각했습니다.

북한 당국이 올해 초 공식적으로 <2002년 재생산건강조사보고서>와 <2004년

영양실태조사 결과>(DPRK Nutrition Assessment Report of Survey Result)를 발표하였는데 두 보고서가 공통적으로 지적하고 있는 것은,

- 1) 어린이의 저신장 및 만성영양장애는 산모의 영양상태와 관련이 매우 크며,
- 2) 3세가 되기 전 초기 성장기에 집중적인 지원이 시급하게 이루어지지 않으면 3세 이후 영양상태가 개선된다 할지라도 급격한 성장회복은 이루어지지 않는다는 것입니다.
- 3) 어린이와 산모의 건강관리를 담당하는 구역/군병원과 리병원 및 진료소들의 역할이 크다는 것을 다시 한번 보고서에서 확인했습니다.

북한이 지난 수년간 국제기구와 협력하여 산모와 어린이의 영양상태가 다소 나아졌다고 하나 2004년의 평가에서도 여전히 어린이들의 건강은 국제수준에 못미치고 있습니다. 또한 산모들의 영양상태가 다소 호전되었으나 대략 3명 가운데 1명은 아직도 영양부족과 빈혈로 어려움을 겪고 있습니다. 또한 쌀과 쌀로 만든 식품, 고기, 적황색 야채, 유제품과 지방 섭취는 어린이의 영양상태를 호전시키는 것과 관련이 있는 것으로 나타났으므로 이러한 식량지원 또한 지속적으로 이루어져야 합니다.

<2002년 재생산건강조사보고서>에 따르면 현대적인 피임방법을 이용하고 있는 여성들의 대다수인 77.5%가 구역/군병원에서 피임수단을 제공받았으며 첫 산후 검진을 받은 장소 또한 96.4%가 위의 병원들을 들었습니다. 또한 비타민A나 철분제를 공급받는 곳도 이들 진료소나 호담당의를 통해서입니다. 이는 북한의 의료 사정이 열악하여 간단한 검사를 위한 장비도 제대로 갖추고 있지 못하지만 광범위하게 구축되어 있는 북한의 보건의료 인프라를 고려할 때 이들 병원에 대한 집중지원은 산모나 어린이의 건강을 예방, 치료하는데 매우 효율적으로 기능할 것입니다. 다행히 내년도부터 5개년 계획으로 진행될 예정인 정부의 ‘북한 영유아, 산모에 대한 지원사업’에 군 단위 병원과 지방의 리진료소를 모자보건사업의 중심으로 삼겠다고 하니 모두가 관심을 가지고 지켜봐야겠습니다.

2005년 12월

어린이의약품지원본부

차 례

1. 북한에서의 여성의 지위와 역할

- (1) 시기별 경제활동 지원 정책
- (2) 여성관련 복지 정책
 - 1) 모성보호
 - 2) 가사노동의 사회화
 - 3) 탁아제도
 - 4) 의료제도
- (3) 식량난 이후 북한 여성의 삶

2. 북한여성의 임신과 출산

- (1) 출산 정책
 - 1) 출산장려정책
 - 2) 출산억제정책
 - 3) 제 2의 출산 장려정책
- (2) 피임
 - 1) 피임 방법
 - 2) 가족계획에 대한 남성들의 태도
 - 3) 결혼한 여성들의 가족계획 요구
 - 4) 피임 장소
- (3) 인공 유산
 - 1) 인공유산율

- 2) 인공유산 시 임신주수
- 3) 인공유산의 원인
- (4) 임신
 - 1) 산전등록
 - 2) 산전진찰
 - 3) 산전상담 횟수
- (5) 출산
 - 1) 출산율
 - 2) 출산장소
 - 3) 출산시 의료인의 참여
 - 4) 출산방법
- (6) 수유
 - 1) 모유수유
 - 2) 모유수유율
 - 3) 모유수유 기간

3. 북한여성의 영양과 건강

- (1) 영양실태
 - 1) 산모의 영양장애
 - 2) 산모의 체중
 - 3) 섭취 음식물
 - 4) 비타민 A 공급
 - 5) 요오드 공급

6) 산모와 어린이 영양장애의 연관성

(2) 건강실태

1) 파상풍 예방접종

2) 빈혈

3) 모성사망률

4) 성기염증

4. 북한어린이의 영양과 건강

(1) 어린이의 영양실태

1) 만성영양장애

2) 급성영양장애

3) 저체중

4) 지역별 영양조사 결과 비교

5) 비타민 A 공급

6) 요오드 공급

(2) 어린이의 건강실태

1) 예방접종

2) 설사병과 호흡기 감염증

3) 저출생체중아

4) 출생 후 검진 실태

5) 영아사망률

6) 5세미만 어린이 사망률

5. 여성 및 어린이 관련 기관

6. 지원

7. 북한여성과 어린이를 위한 지원 방향

1. 북한에서의 여성의 지위와 역할

북한은 일찍부터 여성의 가정혁명화, 노동계급화를 목표로 내세워 해방 직후부터 여성정책을 꾸준히 진행하여왔다. 여성정책은 여성 해방이란 목표 아래 이루어졌으며 남녀평등권과 혼인, 이혼의 자유를 보장하는 법적 조치를 취하는 데서 시작된다. 이처럼 북한의 여성들은 남성과 마찬가지로 사회적 노동의 의무와 권리를 갖고 있기 때문에 북한 여성들은 평등한 사회 활동을 위한 법적, 제도적 장치를 갖고 있다.

(1) 시기별 경제 활동 지원정책

북한은 해방 후 봉건적 가족제도의 해체를 통해 사회와 국가가 가족보다 우선하는 정책적 방향을 집행해 나갔다.

1945년 11월 11일에는 「조선 민주여성동맹」을 창립하는 한편, 북조선 「토지개혁에 대한 법령(1946.3)」을 통하여 토지분배를 실시하는 과정에서 여성의 경제활동 인구를 남성의 경제 활동력과 동일한 기준으로 평가하는 등 당시로서는 상당히 진보적인 조치를 취한 바 있다. 또한 사회주의 개혁과 함께 호적제도를 봉건사회의 잔재로 보고 1946년 9월에 호적제도를 공민제도로 바꾸었다.

1950년 전쟁으로 인하여 사망률이 높아지고 전후 사회주의 복구 건설에서 인력문제가 제기되어 인구장려정책을 실시하였으며 이에 맞게 임신부 건강관리와 안전한 해산방조, 산후 관리에 중요한 관

심을 돌리었다.¹⁾

그리고 1960년대 들어서면서는 가정의 혁명화, 여성의 혁명화, 여성의 노동계급화라는 구호 아래 가족 정책을 전개하였다. 이러한 목적을 달성하기 위해 탁아소, 보육원, 공동세탁소, 밥 공장, 반찬 공장 등의 설립을 적극 추진해 나갔다.

더욱이 1970년대에 들어와 북한은 사회주의적 경제의 진전과 함께 여성의 경제활동 참여가 더욱 필요해짐에 따라 이를 위한 제반 사회적 여건을 형성하면서 주체사상을 통한 사회주의적 인간으로서의 개조와 함께 온 사회의 혁명화를 강조하게 된다. 따라서 1972년 사회주의 헌법 등에서는 여성들을 위한 실질적 조치들을 취했고 1976년에는 어린이보육교양법을 제정하여 여성들의 육아부담을 덜어주기 위한 사회적 제도들을 적극적으로 추진하였다.

실제로 여성들의 사회 지출 비율은 한국전쟁후인 1956년 20%에서 점차 증가해 1971년 53.7%라는 최고점에 달한 후 현재는 50% 가량의 수준을 유지하고 있다.²⁾ 북한의 최고인민회의 대의원 중 여성이 차지하는 비중이 1997년 기준 20.1%, 지방인민회의 여성 참여율은 25%에 달한다고 한다. 남한 국회의원의 3%, 광역의회 5.7%, 기초의회 1.6%와 비교된다.

그러나 1980년대에 들어서면서 경제성장이 둔화되어 경제침체에

1) 연합뉴스 2005.5.1

2) 한국노동사회연구소, 북한여성노동자들의 삶. 월간<노동사회>, 2001.10

따른 여성 노동력의 필요성이 적어지게 되자 1980년대 후반에 이르러 여성의 사회적 동원지향의 정책에서 다소 벗어나 기혼여성의 경우 다시 가정으로 돌려보내는 경향을 보였다.

북한은 1991년 가족법을 제정하여 가정에서 여성의 지위와 관련한 주요 내용을 규정하고 있다. 이와 함께 부부간 동등한 사회, 정치, 생활 참여와 권리를 선언하고 있다.

(2) 여성관련 복지정책

북한 사회복지정책 중에는 여성과 밀접한 관련을 갖는 근로보호 및 모성보호 등에 대한 정책이 있고 그 밖에 사회복지정책도 여성과 관련을 갖고 있다. 북한의 경우 노동법, 남녀평등권법령 외에 사회보험제, 사회보장제, 무상치료제 및 탁아소 규정, 산원에 대한 규정 등을 들 수 있다.

1) 모성보호

북한은 남녀평등에 관한 법령(1946.6)과 북조선 노동자 및 사무원에 대한 노동법령(1946.7), 「사회보호법(1946.12)」등 각종 법률을 제정하면서 여성들의 사회적 평등권 실현을 위한 제도적 장치를 서둘러 마련하였다. 이들 법령에서 북한은 동일노동 동일임금의 원칙, 산전·산후 유급휴가제, 수유시간 허용, 임신부 및 산모에 대한 중노동 및

시간외 노동 금지 등 성평등을 실현하고자 했다.

1976년 4월 제정된 어린이 보호 교양법 제 20조의 경우 ‘국가는 어린이를 가진 어머니를 특별히 보호한다. 국가는 여성들에게 산전 산후휴가를 보장한다. 산전산후기간의 로임과 식량, 분배 몫은 국가와 사회협동단체가 부담한다. 국가는 산원시설을 비롯한 의료기관을 통하여 임신한 모든 여성들을 제대에 등록하고 그들에게 체계적인 의료봉사와 해산방조를 무료로 주며 산후의 건강을 보호한다’ 라고 규정하고 있다.

또한 1978년 <사회주의 노동법>에 따라 산전 35일, 산후 42일 등 모두 77일간의 휴가를 주었다가 1986년부터 산전 60일 산후 90일을 합쳐 모두 150일로 대폭 늘리고 이 기간에는 직장에 출근할 때와 똑같이 식량배급과 월급을 지급하고 있으며 휴가가 끝나면 직장 부근 탁아소에 자녀를 맡기도록 하고 있다.

사회주의 노동법 59조에는 노동보호 위생시설과 젖먹이를 가졌거나 임신한 근로자에게는 야간 노동을 시킬 수 없도록 하였다. 근로시간은 8시간 노동을 원칙으로 하되 3명 이상의 어린이를 가진 여성 노동자의 1일 노동시간은 6시간으로 규정하였다. 실제로 노동시간의 경우 기혼여성의 직장 출근은 30분 늦게 하고 1시간 30분 일찍 퇴근하는 것으로 가정 일을 할 수 있는 시간의 여유를 보장하고 있으며 6시간 근무에도 8시간의 임금을 지불하고 있는 것으로 알려지고 있다. 또한 수유부에 한해 오전오후 각각 30분씩 수유시간이 주어지고 있

다.

이러한 사회주의 노동법은 노동생활에서의 남녀평등과 모성보호를 비롯한 여성노동자의 보호를 특별히 규정하여 북한여성이 북한경제에 기여하게 하고 있다.

북한의 여성노동자에 관한 모성보호제도는 자본주의 취업에서와는 달리 국가가 제공하는 사회보장으로서의 성격을 갖는다고 할 수 있다. 즉 모성보호는 여성 자신에 대한 보호와 개발에 일조할 뿐만 아니라 장차 태어날 영유아의 건강에도 중요성을 갖는 것이다.

2) 가사노동의 사회화

1950년대 후반부터 각종의 옷공장과 생필품공장, 공동 세탁소, 공동 식당을 국영화하고 가정용 냉동고와 전기가마 등의 부속 세간을 공급하여 여성을 가사노동에서 벗어나게 하는 등 가사노동의 사회화를 갖추었다.

가사노동의 사회화의 대표적인 예로 밥공장과 반찬공장을 들 수 있다. 밥공장은 대도시에 3.4개 정도가 있고 된장이나 간장공장은 군마다 또는 몇 개 군에 한 군데씩 있다고 한다.

1980년대에도 서비스업종에 해당하는 국영상점 및 직매점, 수매상점, 백화점과 같은 상점망 뿐만 아니라 이발소, 목욕탕, 세탁소, 양복점 등과 같은 편의시설이나 사회급양시설, 즉 식당이나 밥공장, 빵공장 등을 국영, 공영화하여 여성을 가사노동에서 벗어나게

하고 여성 노동력을 사회적으로 동원하는 조치를 취하였다.

3) 탁아제도

북한의 복지제도 중 대표적인 것으로 탁아제도를 들 수 있다.

북한은 여성들의 사회 진출을 적극 지원하기 위해 곳곳에 탁아소와 유치원을 설치 운영하고 있다.

특히 취업모 여성들의 부담을 덜어주기 위하여 1947년과 탁아소 규칙을 제정, 공포하였는데, 1949년에 개정된 탁아소에 관한 규정은 생후 1개월부터 만 3세까지의 유아를 가진 취업모로 하여금 탁아소를 이용하도록 하였다.³⁾

북한은 1976년 4월 어린이보육교양법을 제정하여 생후 2-3개월이면 유아를 탁아소에 위탁하도록 의무화하였고 취학 전 유치원 교육 1년을 의무화하였다. 이 법 6장 46조의 경우 ‘국가는 탁아소와 유치원을 주택지구와 녀성들의 일터 가까이에 합리적으로 배치하고 주, 월 탁아소, 유치원을 널리 조직 운영한다’고 규정하여 여성노동력 동원을 위해 어린 아동을 부모로부터 장기간 격리시키는 것을 제도화하고 있다.⁴⁾

그러나 최근 경제난으로 이런 시설의 상당부분이 문을 닫아 아이 키우는 부담도 과거에 비해 더 커졌다.

4) 의료제도

3) 오미희, 남북한아동의 복지 환경에 관한 연구.2004 www.nkhealth.net

4) 김영란, 북한여성의 사회복지 정책 연구. 지역학논집 제 5집 68.

북한이 가지고 있는 또 다른 제도로써 북한보건의료의 특징인 무상치료제, 예방의학적 방침, 의사담당구역제가 여성들의 건강에 어떤 역할을 하는지 살펴보자.

< 2002년도 재생산건강조사보고서 >⁵⁾에 따르면 ‘정부는 인구의 질적 향상을 이룩하기 위해 인구문제에 대한 사회적 인식을 높이는 한편 인민보건법, 가족법, 어린이보육교양법, 교육법 등을 채택하여 여성들의 건강과 복리를 계통적으로 향상시켜왔으며 여성들과 어린이들을 국가와 사회의 부담으로 돌보아주는 제도를 확립하였다’ 라고 밝히고 있다.

특히 ‘예방의학적 방침을 보건정책의 기본으로 내세우고 그 실현방도로써 의사담당구역제를 실시함으로써 여성들의 건강보호를 위한 예방치료봉사의 확고한 담보를 마련하였다’ 라고 한다.

북한 주민들의 생활과 가장 밀착해있는 제도로써 의사담당구역제는 1980년대 후반에 이르러서 지방을 포함해 전국적으로 실시되었다. 이 시기에 의사담당구역제는 戶담당제로 개칭되었고 각 리인민병원과 진료소에 호담당과가 생겼다. 이 호담당의사는 한 명당 보통 2-3백명의 주민을 담당하는데 많으면 수천명까지도 담당하는 경우가 있다고 한다.

5) 여기서 재생산(reproduction)은 여성학에서 ‘2세의 생산’ 또는 ‘세대의 재생산’의 의미로 흔히 사용되는 표현이다. 재생산건강(reproductive health)은 가족계획, 피임, 출산, 모성보호, 생식기계 감염 및 성병 등을 주 내용으로 하는 의학의 한 분야이다.

< 2002년 재생산건강조사보고서>에서 지적하듯이 북한 어린이들과 여성들의 건강 문제를 제 1차적으로 발견하고 대처할 수 있는 것이 이 호담당의사들과 동 및 리급의 병원들과 진료소들이다. 왜냐하면 동 및 리급의 병원들과 진료소들은 성기염증을 진단 및 치료할 수 있는 설비들을 갖추고 있으며 호담당의사들은 가족계획상담, 경구피임알약과 콘돔의 공급, 임신부의 정상적인 건강관리 등을 책임지고 있다고 보고서는 밝히고 있다. 예를들면 현대적인 피임방법을 이용하고 있는 여성들의 대다수가 이들 의료기관 등에서 피임방법을 공급받았고 첫 산후 검진을 받은 장소도 이들을 통해서이다.

하지만 경제위기로 대부분 가동이 어려워 보인다는 것이 최근 방북을 하고 온 남한 의료인들의 공통된 의견이다. 따라서 이들이 제 기능을 다시 할 수 있도록 복구시키는 것이 중요하다.

(3) 식량난 이후 북한 여성의 변화

북한은 정권 창립 이전부터 여성들로 하여금 가사전담이라는 전통적인 여성의 역할을 충실히 수행하도록 못박고 동시에 건국사업에의 적극 참여를 통한 남녀평등 구현을 내세워 여성 노력동원을 합리화시키었다.

이와 같이 북한이 여성들에게 요구하는 바, 전통적 주부로서의 역할과 혁명가로서의 역할을 병행해나가는 데 따른 북한여성의 이중노동부담은 식량난을 비롯한 경제난이 심화됨에 따라 더 가중되어

가고 있는 것으로 알려지고 있다.⁶⁾

1972년에 제정된 사회주의 헌법 제 62조는 ‘녀자는 남자와 똑같은 사회적 지위와 권리를 가진다. 국가는 여성들을 가정일의 무거운 부담에서 해방하며 그들이 사회에 진출할 온갖 조건을 보장한다’ 라고 규정하고 있다. 그러나 1998년의 개정헌법 제77조에서는 ‘녀자는 남자와 똑같은 사회적 지위와 권리를 가진다. 국가는 여성들이 사회에 진출할 온갖 조건을 지어준다’ 라고 명시하여 ‘여성들을 가정일의 무거운 부담에서 해방하며’ 라는 문구를 삭제하였으며, 이로써 식량난을 비롯한 경제난 악화로 인해 가사노동의 사회화, 자녀양육의 사회화 시책이 축소내지 약화되었음을 시사하였다.

즉 경제난의 과정에서 가사노동 및 자녀양육의 사회화 시책이 축소되고 가정에서 가사 및 양육분담이 이루어지지 않음으로써 북한 여성들은 과도한 노동부담에 시달리고 있으며, 특히 식량문제 해결과 관련한 가사노동의 양이 크게 증가하여 여성들의 삶의 질이 크게 떨어지고 있다.

따라서 북한여성들은 북한 당국의 출산장려정책에도 불구하고 극심한 생활고로 생활전선에 나서기 위해 출산을 기피하는 현상이 만연되고 있다.

1990년 들어 북한이 여성들에게 출산과 경제활동을 촉구하고 나선 것은 식량난으로 인해 출산을 기피하는 여성들이 늘어나면서 인구

6) 임순희, 식량난이 북한여성에게 미친 영향, 통일문제연구 2005년 상반기호(통권 43호),172.

증가율이 매년 감소하는데다 노동력마저 부족해지자 여성을 대체 인력으로 활용하려는 의도로 해석된다.

식량난 이후 여성들에 의해 생계유지가 가능해짐에 따라 여성의 발언권이 보다 강화되었다고는 하나, 기본적으로 북한사회 전반에 만연해 있는 남성중심의 가부장적 생활의식이 달라진 것은 아니며 성별 역할 분담 의식도 달라지지 않았다. 다시 말해 식량난 이후 가족의 생계유지와 관련해 가장의 역할이 축소되고 여성이 실질적인 가장 역할을 해나갔음에도 불구하고 오히려 전통적인 가부장적 의식을 바탕으로 한 성역할 분담성 및 고정성이 강화되고 있음은 북한사회에 만연해있는 남존여비사상에 근원이 있다고 하겠다.

북한은 남존여비사상을 “착취사회의 반동적 룰리도덕관”이며 “근절되어야 할 봉건유교사상의 잔재”로 규정하고 있다. 그러나 이러한 공식입장과는 달리 북한주민들의 남존여비관은 강한 편이며, 이와 같은 관념은 전통적인 가부장제와 함께 북한여성의 삶을 제약하는 요소로 작용하고 있는 것이다.

2. 북한여성의 임신과 출산

1990년대 중반 이래 수 년간에 걸친 북한의 기근은 적게는 수십만, 많게는 1백만명 이상의 북한주민들을 영양실조와 이로 인한 질병, 또는 비위생적 식수와 물 부족 등의 불결한 생활환경으로 인한 전염병 등으로 희생시켰으며 그 대상은 주로 어린이와 노인, 그리고 여성들이었다.

다른 북한 주민 모두에게 일반적이듯 기근으로 인한 북한여성들의 희생 역시 영양실조에서 비롯되었다. 그러나 굳이 차별화한다면 북한 여성, 특히 어머니들은 나머지 가족들을 위해 음식을 먹지않거

나 줄임으로써 상대적으로 영양실조로 인한 건강악화가 보다 심각했던 것으로 알려지고 있다.⁷⁾

기근으로 인한 북한여성들의 영양실조가 초래한 가장 심각한 결과는 임신, 출산, 육아와 관련한 건강악화이다. 여성들의 영양부족으로 인해 출산력이 현저하게 떨어졌을 뿐 아니라 영양부족 상태에서 수태함으로써 유산 내지 사산, 또는 미숙아 내지 저체중아 출산 등을 초래하였으며, 이로 인해 임산부의 건강을 해치게 된 것이다.

영양결핍과 그 후유증으로 인한 불임으로 출생률이 크게 낮아졌음은 한 조사결과에 잘 나타나 있다.⁸⁾ 이에 따르면 기아가 발생하기 전, 1990년 초에는 1,000명당 21.8명의 출생률을 보였는데 1997년에는 11명으로 감소함으로써 출생률이 50%나 낮아졌다. 기아가 진행됨에 따라 북한여성의 신생아 출생률이 급격하게 낮아진 것이다.

식량난을 비롯한 경제난의 악화로 인해 의료전달체계도 붕괴됨으로써 안전한 피임이 어려워졌으며 이에 따라 임신한 여성들이 잘못된 낙태를 시도하여 아이와 산모의 생명이 위협당하는 사례도 적지 않다고 한다. 예를들면 병원에서 무료 지급되는 고리(피임용 루프)를 이용해 피임을 해왔지만 위생관리가 제대로 되지 않아 부인과 질환을 일으키기도 하고 그나마 고리 보급이 중단되기도 했다.⁹⁾

7) 북한이탈여성들에 따르면 대부분의 어머니들은 자신을 제외한 나머지 가족들을 먼저 먹이고 음식이 남으면 겨우 한 끼니를 때우는 정도였으며 4-5일씩 굶는 경우도 드물지 않아 영양실조로 인해 발병하는 췌라그라, 결핵 등으로 사망하는 사례가 많았으며, 특히 할머니들의 사망률이 높았다고 한다. 임순희, 앞의 책 173.

8) 연합뉴스 2004.12.2

더구나 식량난 이후 영유아 및 어린이 사망률이 급증하고 여성들이 출산을 기피함에 따라 1998년 제2차 '어머니대회'를 통해 다산이 장려되고 특히 김정일의 '아이를 낳을 데 대한 지시'가 있었기 때문에 병원에서 낙태나 피임 시술이 불가능해짐에 따라 의사를 개인적으로 불러 집에서 하는 불법낙태 시술이 많다고 한다.¹⁰⁾

식량난이 초래한 북한 여성의 건강 악화는 북한여성들의 건강의식 내지 인식에서도 근원을 찾을 수 있다. 북한 이탈여성 면담 결과의 한 예를 보면 북한여성들은 부인과 질환에 대해 크게 신경쓰지 않는 편이며 부인과 질환에 대한 인식도도 낮은 것으로 나타난다. 이들은 부인과 질환의 병명이나 발병 원인 및 확률에 대한 지식이 부족하며, 자궁암이나 유방암에 대한 진단 및 치료의 중요성을 잘 의식하지 못하고 있다. 이러한 실정은 북한여성들이 부인과 질병에 대한 조기, 정기 진단을 하지 않을 뿐만 아니라 여성들의 사인규명이 제대로 되지 않아 부인과 질병으로 인한 사망 여부를 확인할 수 없는 데서도 비롯된 것일 수도 있다.

(1) 출산정책

1) 출산장려정책(~ 1970년대)

북한에서 법적으로 결혼이 가능한 연령은 여자가 17세이고 남자가

9) 연합뉴스 2004.12.2

10) 임순희, 앞의 책, 174.

18세이다. < 2002년 재생산건강조사보고서 > 에 따르면 북한의 여성과 남성의 평균 초혼 연령을 24.8세와 27.3세로 집계했다. 이에 비해 2002년 당시 남한에서 여자와 남자의 초혼 연령은 각각 27.0세와 29.8세 2004년에는 27.5세와 30.6세로 북한의 남녀가 3년 정도 빨리 결혼을 하고 있는 셈이다.¹¹⁾

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에 따르면 조사 지역에서 결혼 여성들의 평균 첫 출산 나이는 25.9살로서 평균 첫 결혼나이 24.8살보다 1.1살 더 높다. 이것은 여성들이 첫 결혼하여 바로 첫 아이를 낳는다는 것을 보여준다. 거주지별로 평균 첫 출산 나이를 보면 도시지역이 26.1살이고 농촌지역이 25.7살로서 도시지역이 농촌지역보다 평균 0.4살 더 높다.

북한은 한국전쟁 이후 부족한 노동력을 보충하고 군병력 유지의 어려움을 해소하기 위해 임신부 우대 조치와 이혼을 억제하는 등 인구증가 정책을 취했다.

1961년 최초로 전국 어머니 대회를 개최하기도 하는 등 북한은 60년대 줄곧 출산 장려 정책을 시행하였으며 이에 맞게 임신부 건강관리와 안전한 해산방조, 산후관리에 중요한 관심을 돌리었다.

북한정부는 모든 임신부들이 산전관리와 해산방조를 받도록 하기

11) 2004년 남한의 평균 결혼 나이는 여성은 27.5살, 남성은 30살을 넘었다고 한다. 한겨레 2005.12.13

위하여 1950년대 후반기부터 1960년대 전반기에 걸쳐 조산원들을 양성하여 농촌리마다 배치하도록 하였다. 정부의 인구장려정책으로 출생률은 1970년에 44.7%에 도달하였다.¹²⁾

북한은 ‘인민보건법’과 ‘어린이 보육교양법’등에 출산을 권장하는 조항을 넣고 있는데, 인민보건법 제11조는 ‘국가는 여성들이 어린이를 많이 낳아 키우는 것을 장려하며 한번에 여러 어린이를 낳아 키우는 여성과 그 어린이들에게 특별한 대우를 베푼다’고 규정하고 있다.

또 어린이보육교양법은 ‘국가는 한번에 여러 어린이를 낳아 키우는 어머니와 그 어린이들에게 특별한 혜택을 베푼다... 3명 이상의 쌍둥이가 태어났을 경우에는 그들에게 일정한 옷과 젖제품 같은 것을 무상으로 공급하고....’ (제 21조) 등으로 규정하고 있다.

2) 출산억제정책(1970년대 후반 ~ 1990년대 중반)

출산장려정책으로 인구가 증가하기 시작하자 1970년대 후반부터 출산억제정책을 펴 90년대 중반까지도 계속되었다. 이는 사회주의 공업화 정책을 추진하는 과정에서 부족한 노동력을 여성인력으로 충당하기 위한 조치이다.

1983년에는 낙태 수술을 공식으로 허용하고¹³⁾ ‘하나는 좋습니다, 둘은 많습시다, 셋은 양심이 없습시다, 넷은 미웁습시다’라는 내용의 산아제한 지침까지 하달하는 등 출산 억제 분위기가 지배적이었다.

탈북간호사의 말에 따르면 97년 이전까지는 임신 8-9개월 된 태아

12) 2002년 제생산건강조사보고서,

13) 법적으로 인정되지 않았던 중절이 1973년에 허용되었다는 이견도 있다. “당시 보건성 내부의 논의가 있었고 몇 개의 모델지구를 선정, 설문조사를 한 결과 중절허용을 바라는 요구가 많았다고 한다” 통일뉴스.2002.6.3

라도 임신중절이 허용되었다고 한다. 병원에서는 임신 방지를 위해 자궁내 피임법을 많이 이용하며 임신을 하는 경우는 리바놀이라는 액을 양수에 주입하는 등의 방법으로 임신중절을 시행하였다고 한다.

< 2002년 재생산건강보고서 > 에 따르면 북한정부는 1970년대 중엽부터 가족계획에 대한 관심을 높였다고 밝히고 있다. ‘여성들의 사회적 노동 참가를 증가와 인구장려정책으로 인한 출생률의 증가, 잦은 출산 간격, 여러 아이의 해산과 양육이 어머니들과 어린이들에게 미치는 부정적 영향들을 고려하여 국가는 정연한 여성 상담 체계를 세우고 부부들의 희망에 따라 무료피임봉사를 제공하기 시작하였다’ 고 한다. 그리고 ‘수술적방법(남성영구피임과 여성영구피임)들과 기계적 조작이 요구되는 방법들(자궁고리 삽입 및 제거)은 구역 및 군급 이상의 병원들에서 양성을 받은 보건일꾼들이 진행한다’ 고 보고되었다.

출산억제정책은 1970년대 초 김일성 주석의 “인구증가율을 지금보다 낮추는 것이 좋다” 는 지시에 따라 출산력을 억제하기 위한 방안이 논의되기 시작했다.

당시 중등학교 교과과정에 가정교육 과목을 통해 생리학 교육이 실시되었고 각 산원에 부인상담과를 설치 무료로 피임서비스를 제공하였고 황해도에 피임기구를 생산하는 공장이 건설되었다고 한다. 그러나 피임 제품의 질이 조악해 ‘콘돔의 두께는 두꺼웠고 자

국내피임법은 크기와 재질의 문제로 삽입 후 통증이 심하다는 부작용' 이 발생했다고 한다. 이에 따라 수입이 단행, 체코와 중국 등을 통해 양질의 피임기구가 보급되었고 호평을 받은 것으로 전해졌다.

3) 제2의 출산장려정책

최근 북한은 다시 출산장려정책으로 전환하였는데 그 이유는 계속되는 경제위기에 따라 출산률은 감소하고 영아사망률은 증가하는 등 인구감소에 직접적인 영향을 받은 것으로 보이며 1998년 9월 28일 열린 제2차 전국어머니대회를 통해 본격화되었다.¹⁴⁾

1961년 1차 대회에 이어 37년 만에 열린 이 대회에서는 첫째 여성들의 다산, 둘째 가정별 교양사업, 셋째 적극적인 노동, 넷째 가정차원에서의 군지원사업 강화 등을 적극 강조하게 된다.

다산 여성들에 대해서는 1)임신 여성과 산후 1년까지의 산모, 4살 아래 어린이들에 대한 식량 우선 제공 2) 4명 이상 자녀를 둔 여성에게 아이 수에 따르는 특별보조금 지급 3) 아이가 3명일 경우 산후 4개월부터 12개월까지의 휴직제 실시 4) 4살까지의 어린이가 있는 여성들의 사회적 노력 동원 면제 5) 3명 이상의 자녀를 둔 가구에 주택 우선 배정 등 다양한 혜택이 주어지고 있다고 한다.

특히 북한은 세쌍둥이가 태어나면 '나라가 흥할 징조'라며 특별대

14) 연합뉴스 2001.7.18.

우하고 있는데 남아에게는 은장도, 여아에게는 금반지를 각각 선물한다.¹⁵⁾

다산을 국가적, 사회적으로 높이 평가하고 장려키 위해 모성영양 제도가 새로 도입되기도 한다. 1990년대 중반의 극심했던 경제적 위기로부터 회복되면서 1999년 이후로는 북한에서의 출산률이 증가하고 있는 것으로 보인다.

한편 이런 상황에서 가족계획 수단을 제대로 공급하지 않아 여성의 건강에 중요한 위협요인이 되고 있다.¹⁶⁾

그러나 광범위하게 구축된 북한의 보건의료 인프라를 고려할 때 바로 국가적 차원에서 가족계획 서비스를 제공하지 못할 이유는 없어 보인다.¹⁷⁾

(2) 피임

최근 북한여성들 사이에서는 북한당국의 출산장려정책에도 불구하고 극심한 생활고로 생활전선에 나서기 위해 출산을 기피하는 현상이 만연되고 있다.

15) 연합뉴스 2005.3.12

“ 모든 어머니들이 아들 딸을 많이 낳아 수령결사옹위의 전위 투사, 선국조국을 지키고 빛내어 나가는 총대용사로 억세게 키워나가야 한다”고 북한의 박순희 조선민주여성동맹(여맹) 중앙위원장이 지난 8일 세계여성의 날 95돌 기념보고회에서 강조한 말이다.

16) 이금순, 대북인도적 지원개선방안:개발구호를 중심으로,통일연구원,2000

17) UN, 2002 DPRK Common country assessment, February 2003

북한 여성들은 고등중학교 가정실습시간에 '위생상식' 정도의 성교육을 받는 것 외에는 가정·직장에서의 성 교육이 따로 없어서 피임에 대한 전문지식은 거의 없는 실정이다.

또한 결혼한 여성의 대부분은 피임기구의 부족으로 결혼 후 6개월 이내에 임신하는 경우가 많고 피임은 여성들이 거주지 병원에서 무료로 배급하는 '용수철 형태의 링'으로 된 「루프」를 주로 사용해 왔다.

1996년 이후에는 출산율을 높이기 위해 중절수술을 불허하고 피임용 루프보급도 중지함에 따라 중국 보따리장수로부터 피임기구들을 몰래 구입하여 사용하고 있다 뜻하지 않게 임신이 되었을 경우에는 '박씨' 또는 '결핵약'을 복용하여 중절을 시도하기도 하고 평소에 안면이 있는 의사에게 돈, 술, 담배 등의 뇌물을 제공하여 불법적으로 중절 수술을 받고 있다고 한다.

북한 당국도 각종 계몽사업을 통해 여성에게 전적으로 부과된 기존의 피임법에서 남성의 콘돔 사용 등의 피임법 개선과 전환에 중점을 두고 있다. 이를 통해 75%에 달하는 자궁내 피임기구를 50% 수준으로 낮추고 남성 콘돔 사용률을 10%까지 올리는 것을 목표로 삼고 있다.¹⁸⁾

1) 피임 방법

18) 통일뉴스 2002.6.3

피임방법에 대한 조사는 1997년과 2002년 세계인구기금의 지원을 받아 실시되었는데 둘 사이를 비교해 보면 피임방법에 대한 변화를 알 수 있다.

1997년에 3개 도에서 시행한 조사에 의하면 결혼한 부부에서 현대적 방법을 이용하여 피임하는 경우가 52%, 다른 방법에 의존하는 경우 67%로 나타났다.

자궁내장치(IUD)¹⁹⁾는 가장 흔히 이용하는 피임 방법이었으며 (75%), 다음으로는 자연요법(17.7%), 여성불임수술(6.5%), 콘돔 (0.4%), 피임약(0.3%), 정관절제술 (0.1%) 순이었다.²⁰⁾

리단위에서는 피임약을 거의 이용할 수가 없었다고 한다. 콘돔의 사용도 증가하고 있으나 의미 있는 수준은 아니다. 정관절제술은 유엔인구기금의 두 번째 프로그램동안 의사들을 훈련시킨 바 있었지만 1개 도에서만 시행하고 있었다.²¹⁾ 피임을 여성에 의존하고 있는 경우가 99.5%로 높고 가족계획에 있어 남성은 거의 책임을 지고 있지 않았다.

표 1.은 < 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서 결혼한 여성들의

19) 자궁내장치는 일반적으로 '루프'라고 하지만 북한에서는 '자궁 고리'라고 부르고 있다.

20) UNFPA. Assistance to the government of the DPRK. 1998.2.9.

이러한 통계치는 2000년 7월 23일부터 29일까지 북한을 방문해 북한 인구학자들과 면담한 내용을 토대로 작성, 발행한 '북한에서의 인구조사와 연구사정' 2002.4의 내용과도 같다. 통일뉴스 2002.6.3

21) 1990-1993년까지 예정이었으나 1997년 까지 연장되었다.

나이에 따라 현재 이용하고 있는 피임방법을 보여 주고 있다.

조사 대상 여성의 68.6%가 피임을 하고 있고 이들 여성 가운데 자궁고리와 콘돔 등 현대적 방법을 쓰는 여성이 58.2%, 주기조절이나 질외사정 등 전통방법이 10.4%를 차지하고 있다.

현대적 방법의 종류는 자궁고리가 42.8%로 가장 많았으며 콘돔, 여성영구피임, 알약, 좌약, 남성영구피임 순으로 나타났다. 자궁고리는 콘돔이나 알약 등 다른 피임방법과는 달리 저렴한 비용으로 장기간 사용할 수 있어 인기가 있는 것 같다.

자궁고리 등 현대적 피임 방법 이용률은 5년 전인 1997년 조사 때와 비교해 소폭 증가했다. 이 중 자궁고리가 차지하는 비율이 5년 전보다 감소한 반면 콘돔 등 다른 현대적 방법은 늘어나고 질외사정 등 전통방법은 감소한 것으로 나타나 여성들이 다양한 피임방법을 이용하고 있는 것으로 분석됐다.²²⁾

또한 기혼 여성 80%는 피임방법의 부작용과 문제점을 병원이나 진료소를 통해 사전에 인지했으며 영구피임 여성 대다수는 피임에 관한 구체적인 정보를 사전에 알았다고 답했다.

표 1. 여성들의 현재 피임방법별 이용률(%)

나이	모든 방법	현대 방법	현대방법						전통방법	여성수
			여성 영구	남성 영구	알약	고리	콘돔	좌약		

22) UNFPA. Country programme outline for DPRK 2003.4.17

20-24	17.0	8.5	0	0	1.6	2.7	3.2	1.1	8.5	188
25-29	39.2	28.2	0.2	0.1	3.5	17.0	6.3	1.1	11.0	947
30-34	70.9	58.0	3.8	0.3	5.4	39.8	7.4	1.2	12.9	1470
35-39	86.1	73.7	6.6	1.3	5.2	51.8	7.7	1.1	12.5	1285
40-44	82.5	73.4	7.5	1.4	1.4	58.4	4.3	0.4	9.0	986
45-49	65.5	63.2	3.9	0.9	1.1	56.9	0.5	0	2.3	663
모두	68.6	58.2 (52)	4.4 (6.5)	0.8 (0.1)	3.7 (0.3)	42.8 (75)	5.8 (0.4)	0.9	10.4 (17.7)	5,539

() 안 수치는 1997년도 조사치임

그림 1. 연령별 피임 이용률

p 21.

표 2.는 현재 피임방법을 이용하지 않고 있지만 앞으로 피임방법을 이용하려고 하는 남녀들 가운데서 어떤 피임방법을 이용하겠는가를 나이에 따라 보여준다.

표 2. 앞으로 이용하려는 피임의 방법별 구성(%)

방법	여자			남자		
	20-29	30-49	모두	20-29	30-49	모두
여성영구피임	0.9	7.2	4.1	0	6.6	3.3
남성영구피임	0.3	1.4	0.9	0.7	2.2	1.5
알약	10.5	6.5	8.5	8.1	5.1	6.6
자궁고리	41.0	59.9	50.5	14.0	62.8	38.5
콘돔	19.4	8.1	13.7	22.1	8.8	15.4
좌약	6.6	6.1	6.3	8.8	2.9	5.9
생리	21.3	10.7	15.9	46.3	11.7	28.9
기타	0.1	0.1	0.1	0	0	0
계	100	100	100	100	100	100

모두	687	693	1,380	136	137	273
----	-----	-----	-------	-----	-----	-----

조사결과에 의하면 조사한 남녀들 가운데서 제일 많이 이용하려고 하는 방법은 자궁고리이며 이것을 이용하려고 하는 비율은 여자가 남자에 비하여 12% 더 많았다.

전통적인 피임방법을 이용하겠다고 한 비율이 두 번째로 높은데 이것은 여자(15.9%)보다 남자(28.9%)가 13% 더 높다. 앞의 표 1.에서 현재 피임방법을 묻는 조사에서 전통방법이 10.4%로 나왔는데 앞으로 이용하려는 피임방법으로 다시 전통방법을 쓰겠다는 대답이 높은 것은 피임교육의 필요성을 제시하는 대목이다. 피임방법에 대한 교육의 강화는 현재 피임을 하지 않고 있는 남녀들에게도 필요한데 앞으로 생리적 조절방법과 같은 전통적인 가족계획방법보다도 피임 효과성이 높은 현대적 피임방법을 이용하도록 추동하여야 한다는 것을 보여주고 있다.

2) 가족계획에 대한 남성들의 태도

표 3.는 가족계획활동에서의 성과를 담보하는 중요한 요소의 하나인 가족계획에 남성들을 참여시키는 것으로서 여기에서의 중요한 문제는 가족계획에 대한 남성들의 태도를 나이별로 보여준다.

표 3. 가족계획에 대한 남자들의 태도(%)

나이	찬성	반대	모름	남성수
25-29	95.0	2.5	2.5	119
30-34	88.7	2.8	8.5	247
35-39	87.6	3.3	9.0	299
40-44	83.5	5.9	1.6	236
45-49	73.5	6.6	19.9	166
50-54	59.3	11.9	28.8	59
55-59	30.8	38.5	30.8	13
모두	83.6	5.0	11.4	1,139

가족계획을 찬성하는 비율은 83.6%, 반대하는 비율은 5%로써 대다수의 남성들이 가족계획을 찬성하고 있다. 가족계획을 찬성하는 비율은 나이가 커짐에 따라 점차로 작아졌다.

조사결과는 조사지역 남성들의 대다수가 가족계획에 대해 좋은 인식을 가지고 있으며 이들을 잘 활용하면 현대적인 피임방법에 대한 이용률을 높일 수 있다는 것을 보여주고 있다.

그 동안 북한남자들은 거의 피임기구를 사용하지 않고 있으며 피임은 전적으로 여성들이 알아서 하는 것으로 되었으나 최근의 조사결과를 보면 남자들에 의한 피임률이 증가했으며 가족계획에 대한 남자들의 태도가 긍정적으로 바뀌었음을 알 수 있다.

3) 결혼한 여성들의 가족계획 요구

표 4.은 가족계획봉사 수요에 대한 결과로써 가족계획봉사, 봉사

자 양성, 물자 및 설비조달을 계획하는데 좋은 정보를 제공하여 주고 있다.

즉 가족계획 방법에 대한 교육과 정보 제공을 통하여 출생제한과 출생간격 조절을 위해 효과적인 피임방법을 선택하고 이용하도록 함으로써 그들의 가족계획 수요를 원만히 충족시킬 수 있다.

표 4. 결혼한 여성들의 가족계획 요구(%)

나이	충족못한 수요*			충족한 수요**			총수요			여성수
	간격***	제한****	모두	간격	제한	모두	간격	제한	모두	
20-24	15.4	2.6	17.9	17.0	0	17.0	32.4	2.6	35.0	188
25-29	34.9	10.7	45.6	15.4	23.8	39.2	50.3	34.4	84.7	947
30-34	5.9	8.7	14.6	9.5	61.4	70.9	15.4	70.1	85.5	1,470
35-39	0.5	8.0	8.4	4.4	81.8	86.1	4.8	89.8	94.6	1,285
40-44	0	10.3	10.3	0	82.5	82.5	0	92.8	92.8	986
45-49	0	19.9	19.9	0	65.5	65.5	0	85.4	85.4	663
모두	6.3	10.4	16.7	6.8	61.8	68.6	13.0	72.3	85.3	5,539

* 출산간격을 조절하려고 하거나 피임의 목적으로 현재 피임방법을 이용하지 못하고 있는 결혼여성을 뜻함

** 출산간격을 조절하려고 하거나 피임의 목적으로 현재 피임방법을 이용하고 있는 결혼여성을 뜻함

*** 출산간격 조절을 뜻함

**** 피임을 뜻함

표 3.은 현재 결혼한 여성들 속에서 가족계획에 대한 요구를 나이 별로 보여주고 있다. 현재 결혼한 여성의 16.7%가 가족계획봉사에 대한 충족되지 못한 수요를 가지고 있으며 68.6%는 현재 피임방법을 이용하고 있는 바 현재 결혼한 여성들 속에서 가족계획에 대한 총 수요는 85.3%임을 알 수 있다.

4) 피임장소

표 5.는 현재 현대적인 피임방법을 이용하고 있는 결혼여성들 가운데 피임수단을 제공받은 장소별 구성상태를 보여주고 있다.

표 5. 피임수단을 제공받은 장소별 구성(%)

장소	여성영구	남성영구	알약	고리	콘돔	좌약	모두
중앙병원	0.8	4.7	0.5	0.7	0	0	0.7
도/시병원	10.3	62.8	6.9	8.9	4.4	4.2	9.1
구역/군병원	88.9	32.6	23.2	90.3	22.6	20.8	77.5
리병원/진료소	0	0	68.5	0	72.7	75.0	12.6
기타	0	0	1.0	0.1	0.3	0	0.2
계	100	100	100	100	100	100	100
여성수	243	43	203	2,369	319	48	3,225

현대적인 피임방법을 이용한 여성의 대다수가(77.5%) 군/구역병원에서 피임수단을 제공받았으며 다음은 리병원과 진료소(12.6%)들 순이다. 이러한 결과는 피임방법들의 보급에서 군/구역병원들과 리병원 진료소들이 큰 역할을 한다는 것을 시사해준다.

현대적인 피임방법별로 피임수단을 제공받은 장소를 보면 여성영구피임은 대다수(88.9%)가 도, 시병원에서 봉사를 받았으며 도, 시병원들에서 제공한 남성영구 피임률은 62.8%였다.

자궁고리 대다수(90.3%)가 군, 구역병원에서 진행하였다. 알약과 콘돔, 좌약은 주로 리병원, 진료소들과 군, 구역병원으로부터 제공받고 있었다.

(3) 인공유산

출산억제정책이 시행되고 있던 1983년에는 낙태수술을 공식적으로 허용하였는데 이런 방침이 지속되다가 1990년대 후반 출산장려정책을 펴기 시작하면서 최근에는 임신중절을 허용하지 않는 것으로 보인다.

최근 자료에 따르면 북한의 인공유산율은 1,000회 임신 당 23회인 것으로 보고되고 있다. 이 수치는 현대적인 가족계획이 제대로 적용되지 않고 있다는 것을 의미한다.²³⁾

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에는 결혼 여성들의 인공유산율, 인공유산 시기의 임신주수, 인공유산의 원인에 대해 자세히 보여주고 있다.

1) 인공유산율

우선 인공유산율을 보면 지난 5년간 결혼인공유산율은 과거와 현재의 여성 인구구조가 같다고 가정한다면 기초하여 산출하였다.

표 6.은 1997년부터 2001년까지의 인공유산율의 변화를 보여준다. 이 표에 지적된 결혼인공유산율은 총결혼인공유산율이 아니라 해당 년도의 49살까지의 결혼여성 1,000명당 인공유산수이다.

23) UNICEF. Analysis of the situation of children and women in the DPRK
October 2003

표 6. 지난 5년 기간의 연도별 인공유산율(1,000명당)

거주지	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년	여성수
도시	-	14.8	12.8	10.7	9.7	2,979
농촌	-	16.6	14.1	12.9	12.6	2,704
결혼인공유산율	17.7	15.7	13.4	11.8	11.1	5,683

표 6.을 보면 지난 5년간 결혼인공유산율이 연도에 따라 점차적으로 감소됨을 볼 수 있는데 이는 가족계획에 대한 수요가 점차적으로 만족되고 있다는 것을 보여준다고 보고서는 평가하고 있다.

2) 인공유산 시 임신주수

인공유산을 할 때 임신주수가 클수록 여성들의 건강에 미치는 위험성은 높기 때문에 인공유산 시 임신주수는 재생산건강상태 분석에서 중요한 지표의 하나이다.

표 7. 2001년 인공유산의 임신주수별 구성(%)

거주지	임신주수				인공유산수
	12주 이하	13-20주	20주 이상	계	
도시	93.3	6.7	0	100	30
농촌	90.9	6.1	3.0	100	33
모두	92.1	6.3	1.6	100	63

표 7.은 2001년에 인공유산을 한 여성들의 92.1%가 임신 12주 이전에 조기 중절을 진행하였고 7.9%의 여성들이 12주 이후에 만기중절을 진행하였다는 것을 보여준다.

인공유산의 임신주수별 구성을 거주지별로 보면 조기중절 비중은

93.3%로서 농촌보다 약간 높으며 만기중절 비중은 농촌지역이 9.1%로 높는데 이것은 가족계획봉사의 질이 농촌보다 도시가 더 높다는 것을 의미한다고 할 수 있다.

3) 인공유산의 원인

인공유산의 원인을 보면 자녀의 수를 제한하기 위하여 인공유산을 진행한 여성들이 41.3%로 제일 많은 비중을 차지하고 다음으로 원하지 않은 임신으로 인한 인공유산이 33.3%라는 것을 보여준다. 이 두가지 원인이 전체 인공유산의 74.6%를 차지하고 있다. 본인의 건강이 허락지 않음으로 인공유산을 한 여성들이 17.5%, 피임실패로 인한 원인은 7.9%이다.

표 8. 2001년 인공유산의 원인별 구성(%)

거주지	원인					인공유산수
	원치않음	자녀수제한	건강	피임실패	계	
도시	27.6	48.3	17.2	6.9	100	29
농촌	38.2	35.3	17.6	8.8	100	34
모두	33.3	41.3	17.5	7.9	100	63

원하지 않은 임신과 건강상 원인, 피임실패로 인한 인공유산은 농촌지역이 도시지역보다 10%이상 높고 자녀 수 제한은 반대로 농촌지역이 도시지역보다 13% 더 낮다. 이것은 도시와 농촌에서 자녀수를 제한하려는 요구가 큰 차이가 없다는 것을 보여준다.

(4) 임신

1) 산전 등록

북한의 모성건강관리에는 임신 12주 내에 진행하게 되어있는 임신부 등록과 진료소나 집에서 조산원에 의한 임신부 및 신생아 건강관리가 포함되어있다.

먼저 조사 전 5년 기간에 있는 마지막 출생에 대하여 산전등록을 한 여성들의 비율을 조사하였는데 조사 지역에서 출산한 여성들 2,118명중 산전등록 비율은 98.7%로서 거의 모든 여성들이 임신시 산전등록을 하였음을 알 수 있다. 이 비율은 출산 순위와 거주지에 따라 큰 차이가 없이 전반적으로 96% 이상으로써 매우 높은 수준이었다.

표 9.는 산전등록을 한 여성들의 산전등록 시 임신 개월 수를 거주지별로 보여주고 있다. 임신부들이 산전등록을 할 때의 평균 임신 개월 수는 3.4개월로써 대다수의 임신부들이 조기에 산전등록을 함을 볼 수 있다. 임신 3-5개월 사이에 산전등록을 한 여성들이 74.7%로써 제일 많은 비중을 차지하고 다음 임신 1-2달에 산전등록을 한 여성들이 18.7%를 차지하였다.

표 9. 산전등록 시 임신 개월 수에 따른 지역별 구성(%)

산전등록 시 임신 개월 수	거주지	모두
----------------	-----	----

	도시	농촌	
1-2개월	26.1	10.5	18.7
3-5개월	68.9	81.3	74.7
6-7개월	4.5	7.4	5.9
8-9개월	0.5	0.8	0.7
계	100	100	100
신전등록 시 평균 임신 개월 수	3.2	3.6	3.4
여성 수	1,093	997	2,090

2) 산전 진찰

산전 진찰은 임신중독증, 빈혈, 전염성 질환과 같은 발생 가능한 합병증이나 위험 요인들을 파악하고 관리하여 산모 사망률을 감소 시키는데 기여하게 된다. 이를 통해 임신이나 출산에 따르는 위험을 미리 감지하고 과상풍에 대한 예방 접종을 시행하며 태어날 어린이를 돌보는 방법에 대해 배우게 된다.

2000년도에 시행된 2차 MICS²⁴⁾의 결과(표 10.) 산전 진찰에서는 97.1%, 출산 시에는 96.7%가 의사, 간호사, 조산사 등 의료인의 진찰을 받은 것으로 나타났다. 의사보다는 조산사에 대한 의존도가 더 높은 것을 알 수 있다.

2000년도의 다른 보고에서는²⁵⁾ 산모의 99.9%가 산전 진료를 위해 등록이 되었고 94-99%는 임신 1기에 등록되었으며 대부분이 의료기

24) MICS(multiple indicator cluster survey). 어린이 및 여성의 건강과 위생에 관한 설문 조사 도구로 유엔아동기금에서 개발하여 각국에 보급, 5년마다 조사할 것을 권장하고 있다. 북한에서는 1998년 실시된 영양조사 당시 같이 시행되었으며(제1차), 2000년에는 북한 단독으로 조사를 시행하였다(제2차).

25) WHO. Emergency programs in DPR Korea 2000. Dec 1999.

관에서 출산을 하였다고 한다.

산전 진찰의 양적인 성과는 대단하지만 경제적 위기에 봉착하여 내용적 수준은 크게 후퇴하였다. 출산 전까지 산모는 보통 18번 산전 진찰을 받고 있지만 장비나 약품 부족으로 혈액 검사나 소변 검사 등 적절한 진료가 이루어지고 있지 않은 실정이다.²⁶⁾ 이러한 불충분한 검사 등으로 인해 위험군 산모에 대한 조기 진단이나 대처가 지연되어 결과적으로 산모나 아기의 건강에 부정적인 영향을 미치게 된다.

표 10. 산전 진찰과 출산에서의 참여 의료인의 비율 (단위: %)

	산전 진찰	출산
의사	38.7	36.3
간호사	1.8	2.8
조산사	56.6	57.6
기타	0.4	3.0
계	97.1	96.7

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에 따르면 산전등록을 한 여성들 중 산전검사 지표 중 어느 한 가지라도 받은 여성들의 비율을 조사한 결과가 나오는데 출산 순위가 낮을수록 지표별 검사받은 비율이 높다는 것을 보여주었다.

거주지별로 보면 도시지역이 농촌지역에 비해 지표별 검사받은 비율이 높았다.

산전검사를 받은 비율을 지표별로 보면 혈압을 잴 비율이 90.3%로써 제일 높고 소변검사와 혈액검사를 받은 비율이 각각 87.7%,

26) UNICEF. A humanitarian appeal for children and women Jan-Dec 2001

87.1%로 두 번째, 세 번째 순위이다.

임신 합병증에 대하여 들은 비율은 82.4%로 대다수의 여성들이 산전에 임신시 합병증에 대하여 보건일군들에게서 들었다고 답했다.

몸무게와 키를 잴 비율은 각각 62.8%와 54.7%이다.

종합적으로 보면 출산 순위가 낮을수록 그 비율은 더 높으며 농촌에서보다 도시에서 그 비율이 더 높다.

표 11. 사전검사 지표에 따라 검사받은 비율(%)

구분		사전검사 받은 비율						사전검사 받은 여성수
		합병증	몸무게	키	혈압	소변	혈액	
출산순위	1	93.3	76.5	69.7	99.4	97.2	96.6	668
	2-3	77.6	56.7	47.9	86.3	83.7	83.3	1,150
	4이상	72.2	52.2	43.3	82.2	75.6	73.3	76
거주지	도시	87.6	69.4	63.6	91.9	89.7	91.7	1,007
	농촌	76.6	55.6	45.0	88.6	85.6	82.1	887
모두		82.4	62.8	54.7	90.3	87.7	87.1	1,894

3) 산전 상담 회수

< 2002년도 영양조사 > 결과 2세 미만 어린이를 둔 엄마에 대한 조사에서 대부분 3회 이상의 산전 진찰을 받은 것으로 나타났으며 38%(도시지역 38.8%, 농촌지역 36.8%)는 4-6회 정도 진찰을 받은 것으로 조사되었다.²⁷⁾

또한 이 조사에서는 7회 이상 진찰을 받는 것과 만성영양장애 사이에 관한 상관관계가 밝혔는데 7회 이상 산전 진찰을 받는 경우

27) Central Bureau of Statistics, DPRK. Report on the DPRK. Nutrition Assessment. 2002

산모에게 특별한 문제가 있어 자주 진찰을 받게 되고 나중에는 저출생체중아를 분만하는 경우가 많음을 의미한다는 것이다. 즉 자주 진찰을 받지만 만성영양장애를 예방하지 못하고 있음을 의미한다. 이런 경우가 2세 미만 어린이가 있는 엄마들의 거의 반수 정도에 해당한다는 것은 임신 중에도 일을 해야하고 아파도 제대로 약이나 치료를 받을 수 없는 북한 산모들의 어려움을 반영한다.

북한에서는 지역사회의 보건일군과 의료시설이 산모들에게 아주 근접해 있기 때문에 일단 임신하면 최소 한달에 한번은 진찰을 받게 된다. 따라서 7회이상 산전 진찰을 받는다는 것은 그만큼 산모가 도움을 필요로 한다는 것을 의미한다. 결국 임신중에 더 많이 아파서 자주 진찰을 받는 산모가 나중에 만성영양장애의 어린이를 가질 가능성이 높아지는 것이다.²⁸⁾

< 2004년도 영양조사 > 에서는 조사 대상 여성의 60.7%가 지난 임신 기간에 10회, 또는 10회 이상 관련 검사를 받았다고 답했으며 이러한 산전관리 비율은 모든 지역에서 균일하게 높게 나타났다. 단 5%만이 1-3회의 검사를 받았는데 WHO는 최소 4회를 권고하고 있다. 북한의 여성들은 임신 32주에 산부인과 의사의 검진을 비롯하여 임신 기간에는 17회, 해산 후에는 약 5회의 검진을 받게 되어있다.²⁹⁾

표 12. 마지막 임신에서 산전관리를 받은 비율

28) Roger Shrimpton etc. Analysing the causes of child stunting in DPRK. October 2003

29) DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results

		산전관리를 받은 횟수(%)					계	여성 수
		0회	1-3회	4-6회	7-9회	10회 이상		
나이	20-24	0.0	3.1	11.8	21.4	63.8	100.0	260
	25-29	0.0	4.8	10.3	24.9	60.1	100.0	1,695
	30-34	0.0	6.0	11.2	22.4	60.4	100.0	2,185
	35세 이상	0.0	5.9	11.8	18.6	63.7	100.0	660
지역	평양	0.0	5.7	11.4	22.1	60.8	100.0	600
	평안남도	0.0	4.6	12.3	25.0	58.1	100.0	600
	평안북도	0.0	2.6	6.4	28.8	62.2	100.0	600
	황해남도	0.0	5.9	11.2	21.9	61.0	100.0	600
	황해북도	0.0	5.6	11.2	22.4	60.8	100.0	600
	함경남도	0.0	5.7	11.5	22.1	60.7	100.0	600
	함경북도	0.0	4.6	11.1	22.6	61.7	100.0	600
	양강도	0.0	5.4	11.6	22.4	60.6	100.0	600
교육 정도	중등교육	0.0	5.7	11.0	22.9	60.5	100.0	3,641
	고등교육	0.0	3.1	10.3	25.1	61.5	100.0	1,159
계		0.0	5.0	10.8	23.4	60.7	100.0	4,800

한편 < 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서도 임신 기간 중 산전 상담을 6번 이상 받은 여성 비율이 63.6%이며 3-6번 받은 여성비율은 34.6%이고 한 두번 받은 비율은 1.3%로써 극히 적은 비중을 차지하고 있다는 것을 보여주고 있다.

2002년도 영양조사

Central Bureau of Statistics, DPRK, Report on the DPRK, Nutrition Assessment, 2002

북한의 보건당국과 유니세프 등 국제기구는 1998년 공동으로 북한 어린이들에 대한 영양조사를 1차로 실시한 바 있다.

2000년에는 북한당국이 국제기구의 참여없이 독자적으로 영양조사사업을 진행하였다.

국제기구는 이후에도 계속 공동조사를 주장하였으나 북한 당국이 이를 수용하지 않아 실시하지 못하고 있다가 2002년 2차로 다시 전국적인 영양조사를 실시하게 되었다.

2차 조사의 목적은 7세미만 어린이들과 어머니들의 영양상태와 관련 요인들의 중요성을 평가하는 것이었다. 7개 도와 3개 특별시에서 무작위로 추출한 200개의 리와 동의 6,000세대를 대상으로 조사를 진행하였다. 북한의 전체 9개 도중에서 강원도와 양강도는 접근이 허용되지 않고 있는 지역이 많아 대상에서 제외하였다. 도나 시마다 2개 팀이 배정되었기 때문에 모두 20개 자료 수집팀이 구성되었다. 각 팀은 통계청에서 1명, 어린이영양관리연구소에서 1명, 세계식량계획이나 유니세프에 근무하는 공무원 1명, 국제기구에서 파견된 스텝1명, 운전수 1명 등 5명으로 구성되었다.

대상이 된 가구는 모두 7세 미만 어린이가 있는 가정이었다. 가구마다 가장 어린 아이의 키와 몸무게를 측정하였으며 2세 미만 어린이가 있는 경우는 어머니를 인터뷰하여 어머니와 아이의 건강관리, 수유방법, 어머니의 영양 등에 대해 조사하였고 어머니의 경우에도 키와 몸무게를 재고 혈색소 검사를 시행하였다. 자료 수집은 2002년 10월 7일부터 25일 사이에 이루어졌다.

2004년도 영양조사

DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results

2004년도 영양조사는 유엔아동기금과 세계식량계획의 재정 및 기술지원으로 북한 중앙통계국과 어린이영양관리연구소가 진행하였다. 이 조사는 National Programme of Action for the Well-being of Children: 2001-2010을 감독하기 위한 자료를 수집하고자 실시했다.

2004년 조사는 2002년과 기본자료 조사방법에서 거의 동일하나, 조사의 규모가 6,000세대에서 4,800세대로 다소 축소되었고 남포, 개성등의 특별시가 조사에 포함되기는 하였으나 별도지역으로 분류되지 않았다.

북한의 7개도와 1개 시 지역에 거주하는 6살이하의 어린이와 2살 이하의 어린이를 가진 여성의 대표집단을 대상으로 2004년 10월 4일부터 14일까지 10일간에 걸쳐 설문조사를 실시하였다. 여전히 자강도 및 강원도 등 접근제한지역이 조사에서 배제된 것은 실태조사의 기본적인 한계로 남아있다.

조사에서는 세가지의 기본설문서를 사용하였다. 세가지는 가구정보에 관한 설문, 여성과 신생아 건강에 관한 설문, 아동과 여성의 인체측정조사이다.

식품이용 가능성은 조사시점 전 6개월 동안 가구와 여성들이 14가지의 식품종류를 소비한 빈도를 물어 평가하였다.

체중과 신장의 측정치는 모든 어린이를 조사하였다. MUAC, 체중, 혈색소의 측정치는 2세 이하 어린이를 가진 여성들을 조사하였다.

조사자료는 160개 동과 리에 거주하는 4,800가구에서 수집되었으며 160개동과 리 중 97개가 도시지역, 63개가 농촌지역이었다. 2세 이하의 어린이는 2,109명으로 6세 이하 어린이의 44%에 해당된다.

2세이하 어린이가 있는 모든 여자들이 인체측정에 참여하였으나 혈색소 측정에 참여한 여자는 단지 1,253명으로 59%에 불과하였다.

(5) 출산

1) 출산률

북한의 출산률(total fertility rate)은 1990년 2.4에서 2000년에는 2.01로 감소하였다(표 8-1).

표 13. 북한의 출산률³⁰⁾

연도	1990	1993	1996	1999	2000	2001
출산률	2.4	2.2	2.1	2.0	2.01	2.03

북한의 2001년 평균출산율은 2.03명으로 한 사회가 현재 인구를 유지하는데 필요한 대체출산율 2.1명에 가까워지고 있는 추세이다.

1990년 대체출산율보다 높았던 것이 경제위기가 고조에 달했던 1990년대 중반 가장 감소하였다가 다시 약간씩 높아지고 있다고 하지만 아직은 뚜렷한 변화로 보기는 어렵다.³¹⁾

경제위기는 인구성장률에도 영향을 미쳐 대부분의 여성들이 2명 이상 낳으려 하지 않고 있어 90년 초의 인구성장률은 평균 1.3%로서 60-70년대의 5%, 80년대의 3%보다 많이 감소하고 있다.³²⁾

30) UNFPA

31) 미국 중앙정보국(CIA)은 2004년 7월 펴낸 `월드 팩트북(world factbook) 2004'를 통해 북한의 인구성장율은 1.07%로 2002년의 1.10%에 비해 0.03% 감소했고, 출산율은 1천 명당 2001년 19.10명, 2002년의 17.95명, 2003년의 17.61명으로 매년 줄어들고 있다.

32) < 2002년 재생산건강조사보고서>에 따르면 아이를 한 명 가진 여성이 '자식을 더 요구하는 비율'은 50.2%, 두 명 가진 여성이 '자식을 더 요구하는 비율'은 7.9%로 나타났다.

북한의 사망률의 증가, 출산률의 저하 등으로 인한 인구 수의 정체 상태는 경제에 부정적 영향을 미치고 있다. 북한 당국은 출산장려정책을 추진하고 있으나 출산과 보육과정의 여러 위험 요인 등으로 인해 여전히 출산률은 오르지 않고 있다.

남한의 출산율은 2003년 현재 1.19명으로 대체출산율에 훨씬 못 미치는 수준이다. 남한은 OECD 가입국들 가운데 가장 빠르게 저출산 고령화 문제가 나타나는 국가이다. 이에 반해 북한의 경우 유엔 인구기금의 조사 결과 2000-2005년 합계 출산률 2.02명으로 장차 북한이 우리나라의 ‘노동력 공급소’ 역할을 맡게 될 가능성도 제기되고 있다.³³⁾

2) 출산 장소

표 14.에서 출산 순위와 거주지에 따른 해산 장소를 볼 수 있다. 병원 해산 비율은 1997년 조사에서는 76.1%였는데 이번 조사에서는 86.8%로 증가하였다.

표 14. 출산 장소에 따른 비율³⁴⁾

구분		해산 장소			어린이 수
		병원	집	계	
출산 순위	1	96.1	3.9	100	1,044
	2-3	80.8	19.2	100	1,503
	4이상	81.9	18.1	100	105

33) 연합뉴스 2005.7.7.

34) 2002년 재생산건강조사보고서

거주지	도시	89.7	10.3	100	1,328
	농촌	84.0	16.0	100	1,324
모두		86.8	13.2	100	2,652

2003년 UNICEF 자료를 보면 출산은 리단위 병원이나 진료소에서 이루어지는 경우가 가장 많으며 다음으로 군단위 병원이나 산원이다. 집에서 출산을 하는 경우는 드문 것으로 보인다.(그림 2.)

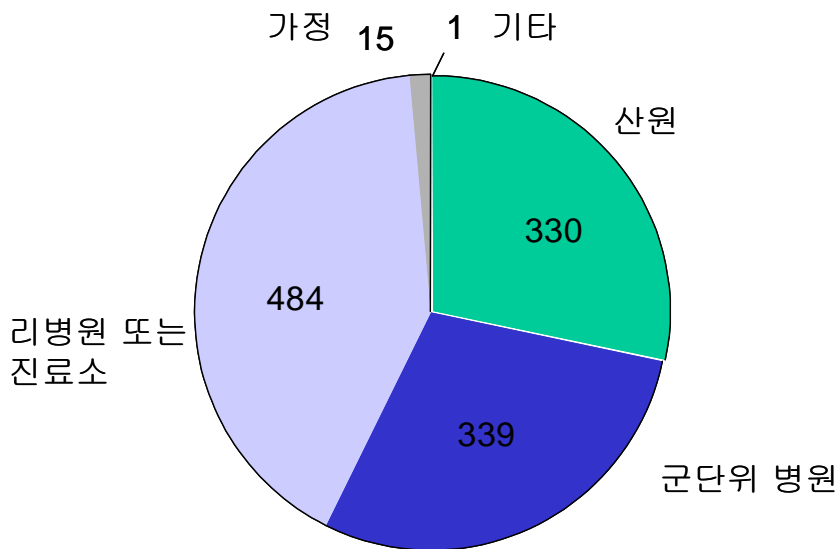
산모의 41%는 리 병원이나 진료소에서 출산을 하였고 집에서 출산을 한 경우는 1.3%에 불과한 것으로 나타났다. 집에서 해산하는 경우는 조산원들이 해산 방조를 하며 따라서 거의 모든 해산은 기능이 있는 보건일군들의 참여 하에 진행되고 있다.

집이 아닌 병원을 이용한 출산이 늘고는 있지만 경제난으로 난방이나 급식 등 병원 환경이 악화되었고 임신이나 출산과 관련한 합병증을 관리할 수 있는 능력은 크게 나아지고 있는 것 같지 않다.

더욱 중요한 문제는 후송할 수 있는 교통수단이 제한되어 있고 수술이나 수혈이 필요한 합병증을 해결할 수 있는 병원도 준비되어 있지 않은 지역이 있다는 것이다. 이와 같은 여러 요인으로 인해 출산 전후 산모의 사망은 아직도 높은 수준이다.

그림 2. 출산 장소에 따른 구분³⁵⁾

35) UNICEF. Analysis of the children and women in the DPRK October 2003



3) 출산 시 의료인의 참여

1993년과 1997년 사이에 전문 의료인에 의해 출산이 이루어지는 경우가 87.7%에서 10% 정도 감소하였는데 특히 농촌 지역에서는 70%에서 45%까지 감소하였다.³⁶⁾

< 2002년도 영양조사 > 에서는 대부분 전문 의료인이 출산에 참여하는 것으로 나타났다. 의사가 출산에 참여하는 경우 38.5%, 조산사나 간호원이 참여하는 경우 58.4%, 친구, 친족 또는 아무 도움 없이 출산하는 경우는 3.1%로 의사보다는 조산사나 간호원에 대한 의존도가 더 높은 것으로 조사되었다.

36) UNFPA. Assistance to the government of the DPRK. 1998.2.9.

도시지역은 각각 42.3%, 54.7%, 3.0%였으며 농촌지역은 33.2%, 63.6%, 3.1%로 조산사나 간호원에 대한 의존도가 농촌 지역에서 더 높게 나타났다.

표 15. 출산시 의료인의 참여³⁷⁾

(단위 :%)

	2000*	2002**	2004***
의사	36.3	38.5	29.6
간호사	2.8	58.4	67.5
조산사	57.6		
기타	3.0	3.1	2.9
계	96.7	100	100

* Central Bureau of Statistics, DPRK. Report of the second multiple indicator cluster survey 2000, DPRK. Oct. 2000

** Central Bureau of Statistics, DPRK. Report on the DPRK. Nutrition Assessment. 2002

*** DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results

표 15.에서 보는 것처럼 2000년 조사나 2002년 조사 사이에 큰 차

37) 2002년 재생산건강조사보고서에서도 보건일군에 의한 해산방조율을 볼 수 있는데 보건일군의 범위를 어디에 두느냐가 명확치 않지만 대체로 표 15.의 결과와 크게 다르지 않음을 볼 수 있다. 1997년 조사에서는 87.9%였는데 이번 조사결과는 96.8%로 증가하였다. 보건일군에 의한 해산방조는 모성사망과 신생아사망을 줄이는데 효과적이므로 일단 유의미한 결과로 본다.

표 15-1. 보건일군에 의한 해산방조율(%)

구분	보건일군 해산방조율	보건일군에 의한해산수	어린이 수
출산순위 1	99.5	1,039	1,044
2-3	95.0	1,428	1,503
4이상	94.3	99	105
거주지 도시	97.1	1,289	1,328
농촌	96.5	1,277	1,324
모두	96.8	2,566	2,652

이는 관찰되지 않고 있다. 그러나 2004년도 조사에서는 의사로부터 출산 도움을 받는 비율(29.6%)보다 간호사나 조산원으로부터 도움을 받는 비율이 크게 증가(67.5%)한 특징을 보인다.

출산 시 의료인의 참여가 94-97%로 높기는 하지만 반 수 이상에서 조산사의 도움에 의지하는 경우가 많고 의사의 도움을 받는 경우는 40% 미만으로 나타나고 있어 출산 중 합병증의 발생이나 응급 상황 발생시 대응에 어려움이 예상된다.

4) 출산 방법

출산 방법에 대한 조사결과도 있는데 남한의 통계와 비교해보면 대조적이다.³⁸⁾

1997년 조사 시 자궁절개 해산율은 3.55%였는데 2002년 조사에서는 3.6%로 거의 같은 결과이다. 출산 순위가 높아질수록 자궁절개 해산율은 감소되었는데 첫 번째 출산인 경우 그 비율이 제일 높고 도시와 농촌 지역간 차이는 적었다.

표 16. 해산방법별 구성(%)³⁹⁾

38) 지난해 전체 분만 가운데 제왕절개가 차지한 비율은 37.7%로 2001년의 40.5%, 2002년의 39.3%, 2003년의 38.2%에 비해 해마다 낮아지는 추세를 보였다. "제왕절개 분만율이 경제협력 개발기구(OECD) 가입국의 평균 수준이나 세계보건기구(WHO) 권고치인 5-15%연합뉴스 2005.12.28

39) 2002년 재생산건강조사보고서

구분		해산방법			어린이 수
		자궁절개 해산	정상 해산	계	
출산순위	1	6.2	93.8	100	1,044
	2-3	2.1	97.9	100	1,503
	4이상	0	100.0	100	105
거주지	도시	3.8	96.2	100	1,328
	농촌	3.5	96.5	100	1,324
모두		3.6	96.4	100	2,652

(6) 수유

1) 모유 수유

북한은 우선적으로 신생아에게 모유수유를 하고 질병이 있는 경우에만 우유를 먹인다.

모유수유는 어린이들의 영양상태와 어머니의 건강회복에도 좋은 영향을 준다. 그러나 45만 여명으로 추산되는 북한의 산모와 수유부는 만성적인 영양 부족에 시달리고 있는데 이러한 결과 산모뿐만 아니라 새로 태어나는 영아들의 건강에도 부정적인 영향을 미치고 있다. 엄마가 제대로 먹지를 못해 모유가 충분히 나오지 않으나 젖을 대신할 수 있는 대용품도 충분하지 않은 실정이다. 영아기의 영양부족은 신체적, 정신적 발달에 큰 영향을 미칠 뿐만 아니라 면역력의 저하를 유발하여 감염병에 쉽게 걸리게 된다.

2001년 북한은 모유 수유 권장기간을 기존의 3개월에서 6개월로 연장하였다.⁴⁰⁾ 그러나 의무 출산휴가가 만료되는 3개월 후에 유아

들은 탁아소 보육시설에 맡겨져야 한다. 이 때문에 탁아소가 조직적으로 운영되고 일터와 가까이 있어도 모유수유는 종종 성급히 진행되거나 방해받게 된다.

또한 병원 분만의 높은 비율에도 불구하고 초유 수유가 평균 12-24시간씩 늦어진다고 지적하고 있다.⁴¹⁾ 이는 어린이들의 건강 및 영양상태에 악영향을 미친다. 왜냐하면 신생아들이 모유 내의 항생성분을 섭취하지 못하는 것은 물론이고 사회 정서적 차원에서도 향후 유대관계 형성 능력을 떨어뜨리기 때문이다. 또한 신생아가 모유 대신 다양한 음식물을 섭취하게 되면 여러 감염물질에 노출될 확률이 높아진다. 특히 상수원이 감소하고 위생설비가 열악한 환경에서 그 위험성은 높아진다.

2) 모유수유율

< 1998년도 영양조사 > 보고서는 북한 어린이의 96.5%가 출생 후 첫 4개월간 모유만 먹고 성장한다고 설명했다.⁴²⁾ 그러나 북한에서는 산모가 아이에게 미움을 주는 것을 모유를 준다는 것과 차이를 두지 않기 때문에 이 수치는 부정확하다. 출생 4개월 후에는 모유수유율이 현저히 줄어든다.

40) 북한은 최근 신생아들에게 모유를 먹일 것을 권장하고 나섰는데 북한 월간 잡지 ‘조선녀성’ 2002년 5월호에서는 젖떼는 시기가 기존에는 생후 6개월에서 한 살까지였으나 최근에는 3살까지 먹이는 것이 좋은 것으로 견해가 바뀌고 있다고 전했다. 연합뉴스 2002.6.19

41) <http://www.unicef.org/dprk/children.html>

42) Unicef. Analysis of the Situation of Children and Women in the DPR Korea 2003.10
www.unicef.org/dprk/unicef_files/situationanalysis.pdf

2000년 2차 MICS에서 조사 대상 304명의 어린이 중 0-3개월 영아의 90.7%가 모유만 먹고 있었다. 6-9개월 영아의 18.4%가 고형식을 먹이기 시작하였고 12-15개월 어린이 중 86.3%, 20-23개월 어린이 중 36.5%도 모유 수유를 같이 하고 있었다.

< 2002년도 영양조사> 결과에서는 북한에서 6개월 미만 영아에 대해 모유 수유만 시행하는 비율이 69.6%로 나타났다.(표 17.)

평양이 43.1%, 남포시가 46.9%, 평안북도가 47.1%로 다른 지역에 비해 낮은 편이었다. 농촌 지역이 74.4%로 도시지역 66.4% 보다 약간 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.⁴³⁾

< 2004년도 영양조사> 보고서에서는 지역별 모유 수유 비율이 황해남도(92.6%), 양강도(90.6%), 함경북도(72.7%) 등의 순으로 높게 나타났으며 황해북도에서 22.5%로 가장 낮게 나타났다.

표 17. 6개월 미만 영아에 대한 모유 수유율⁴⁴⁾

43) 2002년 재생산건강조사보고서에서도 전체적으로 모유수유율이 높은 편이다. 1997년 조사에서는 89.6%의 결과를 보였는데 2002년도에서도 큰 변화없이 89%이다. 수유기간은 7-12달이 62.5%로 가장 높았고, 고학력일수록 짧았다.

표 17-1. 모유 수유율

구분	모유수유율	모유수유 수	어린이 수
남자	87.1	1,254	1,440
여자	91.3	1,107	1,212
도시	88.8	1,179	1,328
농촌	89.3	1,182	1,324
모두	89.0	2,361	2,652

		2002년			2004년			
		예(%)	아니오(%)	산모 수	예(%)		아니오(%)	6개월 미만 어린이 수
					모유만수유	부분적 모유수유		
도	평양	43.1	56.9	51	64.3	35.7	0.0	28
	평안남도	78.8	21.2	52	56.8	36.4	6.8	44
	평안북도	47.1	52.9	34	54.5	45.5	0.0	44
	황해남도	83.9	16.1	31	92.6	7.4	0.0	54
	황해북도	77.1	22.9	48	22.5	72.5	5.0	40
	함경남도	72.7	27.3	33	65.4	34.6	0.0	52
	함경북도	83.3	16.7	42	72.7	27.3	0.0	33
	양강도	80.0	20.0	50	90.6	9.4	0.0	32
지역	도시	66.4			69.1	29.9	1.0	194
	농촌	74.4			59.4	38.3	2.3	133
계		69.6			65.1	33.3	1.5	327

* 2002년도와 2004년도의 개월 기준이 달랐고 2004년도는 훨씬 세분되었지만

2002년도와 비교하기 위해 2002년도에 제시된 개월을 기준으로 했다.

** 인터뷰 전 24시간 동안을 기준으로 했다.

*** 중간에 비교가 되지 않는 연령은 뺐기 때문에 평균은 맞지 않을 수도 있다.

3) 모유수유 기간

< 2002년도 영양조사 >에서 수유 지속여부를 보면 6개월 미만의 경우 95.4%, 6-12개월의 경우 92.1%로 높은 편이었으며 1-2년 사이에 모유를 수유하는 경우도 61.9%로 매우 높은 편이었다. 도시 지역은 각각 95.4%, 91.5%, 57.1%이고 농촌지역은 95.3%, 92.9%, 68.6%였다.

< 2004년도 영양조사 > 결과는 6개월 이하, 6-9개월, 12-13개월, 22-23개월된 유아가 모유만을 먹고 있는 비율은 각각 98.5%,

44) 2002년도와 2004년도 결과를 합쳐 재구성했다.

86.1%, 71.2%, 38.9%였다.

면담 이전의 24시간 리콜(지난 24시간 동안 가구의 식량소비에 대한 정보 수집)에 따르면 6개월 이하 유아의 65%가 모유에만 의존하고 있었다. 그리고 6개월 이하 유아의 약 22%는 모유와 물 위주의 수분을 공급받았고 극소수가 분유에 의존하고 있었다. 6-9개월된 유아 중 31%는 약간의 무상식량을 받고 있었다.

표 18. 2세미만 아이들에서 모유수유 지속 여부⁴⁵⁾

연령 (개월)	2002년	2004년				
		최근까지 수유했음	수유 중			
			모유로만 수유	물/쥬스 혼합수유	우유 급식받음	무상식량받음
6개월미만	95.4	98.5	65.1	22	7.6	3.7
6-9		86.1	40.6	9.7	4.4	31.4
6-12	92.1					
12-13		71.2	4.2	2.6	1.3	63.1
12-24	61.9					
22-23		38.9	2.7	4.5	0.0	31.9
평균	79.7	69.8	20.3	7.3	2.5	39.6

표 19.는 표 18.과 다른 결과를 보여주는데 모유수유 기간을 몇 가지 배경에 따라 구분하였다.

표 19. 모유수유 기간별 구성(%)⁴⁶⁾

구분		1달미만	1-6달	7-12달	12달이상	계	어린이 수
거주지	도시	1.0	26.0	61.0	12.0	100	1,179
	농촌	0	23.9	64.0	12.2	100	1,182
교육	대졸	0	35.7	53.4	10.9	100	221
	전졸	0	32.3	55.7	11.9	100	201
	중졸	0.6	22.9	64.2	12.3	100	1,939
모두		0.5	24.9	62.5	12.1	100	2,361

45) 2002년도와 2004년도 결과를 합쳐 재구성했다.

46) 2002년 재생산건강조사보고서

7-12달 동안 모유수유를 한 비율이 62.5%로써 제일 높고 다음 1-6달이 24.9%, 12달 이상은 12.1%이다.

1-6달 동안 모유수유를 한 비율은 도시지역이 농촌지역에 비해 높았으며 어머니의 교육수준이 높을수록 높다. 7-12달 동안의 비율은 농촌지역이 도시지역에 비해 높았으며 교육수준이 낮을수록 높다.

12달 이상은 농촌지역이 도시지역에 비해 약간 높으며 교육수준이 낮을수록 높았다.

평균 모유수유 기간은 계산하지 않았으므로 서로 밀접히 연관시킬 수는 없으나 종합해보면 농촌지역이 도시지역에 비해, 어머니의 교육수준이 낮을수록 모유수유 기간이 길었음을 볼 수 있다.

최근에 모유수유 방법을 개선하기 위한 노력이 이루어지고 있다. 국가 차원에서 모유수유 훈련 팀이 구성되고 영국 런던의 아동건강 연구소⁴⁷⁾의 지원을 받아 전국에서 모인 35명의 실무자를 대상으로 한 교육이 평양산원에서 진행되었다. 앞으로도 2년 동안 전국적인 교육이 더 진행될 예정이다.⁴⁸⁾

3. 북한여성의 영양과 건강

(1) 북한여성의 영양실태

47) Institute of Child Health(ICH)

48) UNOCHA. DPRK Situation bulletin. May 2003

1) 산모의 영양장애 (MUAC 수치가 22.5cm 이하를 기준으로)

MUAC(mid-upper arm circumference)는 성공적인 출산 결과와도 관련이 있는데 이 수치가 22.5 이하인 산모는 영양장애로 저출생체중아가 태어날 가능성이 높아진다고 한다. MUAC와 BMI는 상관관계가 있는데 MUAC 22.5는 BMI 18.5에 해당한다고 한다.

MUAC를 기초로 판단할 때 < 2002년도 영양조사 >에서는 2세 미만 아이를 둔 엄마의 32%가 22.5cm 이하로 영양장애 상태였다. 함경북도(37.1%)와 개성시(36.5%)가 가장 높았고 황해남도(24.6%)와 남포시(26.6%)가 가장 낮았다.

이와 비교해볼 때 < 2004년도 영양조사 >에서는 산모의 영양상태가 크게 개선되지 않은 것으로 나타나고 있다.

2세 미만의 자녀를 둔 산모의 32.4%는 MUAC 수치가 22.5cm 이하로 영양장애 상태로 나타났고 연령별로는 20-24세(39.6%)와 35세 이상(38.4%)에서 높은 비율로 나타났다. 즉 MUAC 수치는 젊은 여자와 나이든 여자의 경우 높게 나타나는 U자형 형태를 보이고 있다. 비슷한 패턴은 여성의 저체중에서도 관측되었다.

표 20. 산모의 영양장애(MUAC 수치가 22.5cm 이하)

	%		여성 수
	2002*	2004	

나이	20-24		39.6	229
	25-29		30.7	1,109
	30-34		31.7	669
	35세 이상		38.4	102
지역	평양	34.2	33.8	263
	평안남도	35.8	35.0	260
	평안북도	30.9	31.1	267
	황해남도	24.6	23.4	269
	황해북도	31.3	32.1	268
	함경남도	29.8	31.7	262
	함경북도	37.1	37.2	261
	양강도	33.5	33.6	259
산모의 교육정도	중등교육		32.9	1,587
	고등교육		30.6	522
섭취음식	세계식량기구 식량이 주식원이 아닌 산모		34.9	979
	세계식량기구 식량이 주식원인 산모		30.3	1,128
지역	도시		31.7	1,286
	농촌		33.5	823
평균		32.0	32.4	2,109

* 2002년도와 2004년도 결과를 합쳐 재구성했다.

통계상 유의미한 차이는 아니지만 2002년과 2004년에 평가된 연령별 ‘ 낮은 MUAC(22.5cm 이하) 비율을 비교해 보면 주로 25-29세(36%에서 31%)의 산모와 30-34세(35%에서 32%)의 산모들에게서 약간의 비율 감소가 나타났다.

지역별로는 함경북도(37.2%)에서 가장 높게 나타났으며 황해남도(23.4%)에서 가장 낮게 나타났는데 황해남도의 비율은 전국 평균보다도 낮은 수치이다.⁴⁹⁾ 산모의 영양장애 비율은 황해남도를 제외한 모든 지역에서 유사하게 나타났고 2002년 영양실태조사에서 보고된 패턴과도 대체로 일치하는데 이는 산모의 영양상태가 크게 개선되

49) 산모의 빈혈증 비율도 황해남도에서 가장 낮게 나타났다.

지 않았다는 것을 반영하는 것일 수도 있다.

그림 3. 연령별 2002년과 2004년 비교(MUAC 수치가 22.5cm 이하)

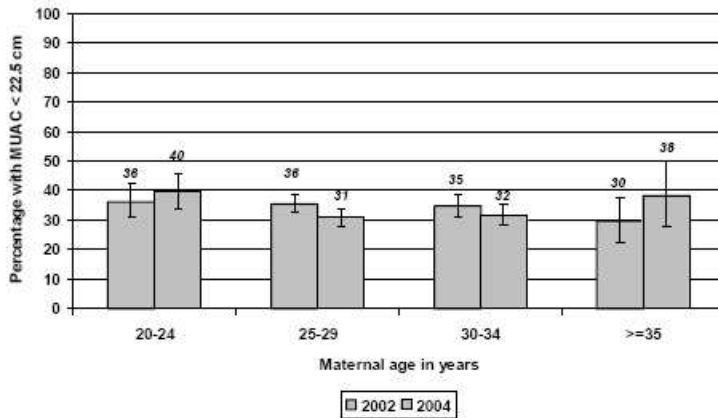
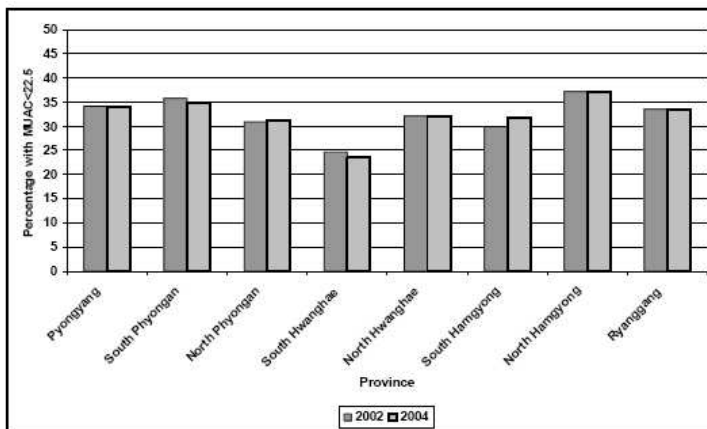


그림 4. 지역별 2002년과 2004년 비교(MUAC 수치가 22.5cm 이하)



2) 산모의 체중

산모들의 임신 이전 체중은 그 수치만으로도 향후 저체중 아이 출산 위험성을 예측하는 자료로 활용될 수 있으며, WHO에 따르면 45kg 미만인 여성의 저체중아이 출산 위험은 80-90%에 달한다고 한다.

< 2002년도 영양조사 > 에서는 2세 미만 아이를 둔 엄마의 체중은 확인하였으나 신장을 확인하지 않아 BMI⁵⁰⁾를 구할 수는 없었다.

체중의 경우 45kg 이하 체중을 가진 엄마가 16.7%, 50kg 미만이 50%로 전반적으로 체중이 낮았는데 황해남도가 5.3%로 가장 낮은 비율을 보였으며 함경북도가 23.6%로 가장 높았다.

< 2004년도 영양조사 > 보고에서는 50kg 미만의 체중은 연령별로 20-24세와 35세 이상의 산모들에서 가장 높은 비율로 나타났는데 이러한 저체중은 북쪽 지역에서 약간 더 높았으며 함경북도에서 가장 높게 나타났고 황해북도에서 가장 낮게 나타났다.

표 21. 산모의 체중 분포

		산모 체중(%)			여성 수
		45kg이하	45-49.9kg	50kg이상	
나이	20-24	26.2	39.7	34.1	229
	25-29	20.0	38.8	41.2	1,109
	30-34	21.5	39.0	39.5	669
	35세 이상	19.6	42.2	38.2	102
지역	평양	18.6	39.9	41.4	263
	평안남도	27.7	31.9	40.4	260
	평안북도	16.5	46.8	36.7	267
	황해남도	14.9	45.0	40.1	269
	황해북도	15.7	36.6	47.8	268
	함경남도	21.8	40.5	37.8	262
	함경북도	30.3	35.6	34.1	261
	양강도	24.3	36.3	39.4	259
산모의 교육정도	중등 교육	20.6	39.6	39.8	1,587

50) body mass index = 체중/(신장x신장)로 이 수치가 18.5 이하이면 건강한 생활을 유지하는 것이 어려워진다.

		고등 교육	22.8	37.5	39.7	522
섭취음식	쌀/쌀제품	lowest intake	22.2	38.2	39.6	1,053
		highest intake	20.1	40.1	39.9	1,056
	콩/콩제품	lowest intake	19.5	45.1	35.4	113
		medium intake	20.8	38.0	41.3	1,183
		highest intake	21.9	40.0	38.1	813
	고기	lowest intake	23.4	38.6	37.9	947
		highest intake	19.3	39.5	41.2	1,162
	야채	lowest intake	25.8	37.4	36.9	198
		highest intake	20.7	39.3	40.0	1,911
	녹황색채소	lowest intake	17.9	38.4	43.7	190
		medium intake	20.7	37.2	42.1	739
		highest intake	21.9	40.4	37.6	1,180
	음식원	세계식량기구 식량이 주식원이 아닌 산모	22.2	39.3	38.5	979
세계식량기구 식량이 주식원인 산모		20.3	38.9	40.8	1,128	
지역		도시	23.3	37.7	39.0	1,286
		농촌	17.7	41.3	40.9	823
평균			21.1	39.1	39.7	2,109

3) 섭취 음식물

< 2002년 영양조사 > 에서 인터뷰를 한 2세 미만 어린이를 둔 엄마들의 62.3%가 전날 하루에 3끼 이상 식사를 했으며 4끼 이상 식사를 한 경우도 37.4%나 되었다. 전날 먹은 식품의 종류는 표와 같은데 지역에 따라 상당한 차이를 보여 주고 있다.

표 22. 인터뷰 전날 섭취한 식품군의 종류(%)

	녹말류	콩류	고기/계란/ 어류	우유류 /지방	과일/채소	당분/ 음료	강화식품
평양시	100	69.4	66.9	99.6	97.5	67.6	26
남포시	99.7	80.3	78.6	99	99	78.6	22.8
개성시	100	78.8	63.6	99.2	99.6	70.8	15.9
황해남도	99.6	86.1	26.6	95.5	98.5	28.1	10.1

황해북도	98.9	67.3	49.6	99.3	99.3	51.1	32.4
평안남도	99.7	39.8	29.4	96.7	99.3	27.1	30.8
평안북도	98	76.3	70.7	98.3	97.9	78.3	16.7
함경남도	100	40.7	32.6	87.4	98.9	43.2	15.8
함경북도	99.6	63	45.7	69.9	90.9	40.6	45.3
양강도	99.6	37.9	32.7	93.5	99.6	34.5	31
계	99.5	63.9	49.8	93.9	98	52.3	24.7

< 2004년 영양조사 > 결과는 2002년과 달리 조사 전 6개월간 가정에서 소비된 식품 그룹을 조사하였는데 표 23.과 같다.

쌀 소비가 가장 낮은 지역은 양강도와 황해북도이며 이 지역들에서는 기타 곡물과 감자의 일일소비가 높았다.

대부분의 지역에서 고기와 생선의 일상적 소비는 콩과 콩으로 만든 식품 소비의 약 절반인 것으로 나타났다.

양강도에서는 고기와 생선의 소비가 매우 낮았고 녹색채소와 무색채소는 모든 지역에서 유사하게 높은 빈도로 소비되었다.

적황색채소의 소비는 양강도와 함경북도에서 가장 높게 나타났고 이들 야채의 평균소비는 다른 야채들에 비해 매우 낮다.

양강도에서는 유지류와 지방 소비가 가장 낮았으며 강화식품의 소비 빈도는 양강도, 함경북도 등 북쪽 지역에서 가장 높게 나타났다.

표 23. 조사 전 6개월간 가정에서 소비된 식품 그룹

쌀 및 쌀 제품	기타 곡물	감자, 고구마	콩 및 콩 제품	고기	생선	녹색채소	적황색채소	무색채소	과일	계란	유제품(버터 제외)	유지류, 지방	강화식품	가구수
----------	-------	---------	----------	----	----	------	-------	------	----	----	------------	---------	------	-----

평양	2.34	1.59	0.29	0.27	0.15	0.11	2.84	0.27	2.83	0.21	0.18	0.12	2.20	0.06	600
평 안 남도	2.54	1.47	0.62	0.32	0.10	0.25	2.92	1.22	2.99	0.37	0.26	0.57	2.81	0.52	600
평 안 북도	2.00	1.58	0.27	0.20	0.12	0.12	2.99	0.25	2.97	0.22	0.15	0.16	1.88	0.47	600
황 해 남도	2.48	1.99	0.45	0.33	0.13	0.15	3.00	0.35	3.00	0.29	0.20	0.25	2.47	0.48	600
황 해 북도	1.47	2.10	0.26	0.27	0.11	0.11	2.85	0.32	3.00	0.24	0.13	0.23	2.12	0.52	600
함 경 남도	2.43	2.13	0.73	0.45	0.16	0.26	2.64	0.38	2.95	0.29	0.19	0.33	1.72	0.56	600
함 경 북도	2.55	1.83	0.67	0.61	0.13	0.28	2.81	0.47	2.89	0.38	0.27	0.24	2.78	0.61	600
양 강 도	1.89	1.52	2.07	0.34	0.08	0.06	2.43	0.42	2.99	0.08	0.08	0.14	1.42	0.79	600
평균	2.21	1.78	0.67	0.35	0.12	0.17	2.81	0.46	2.95	0.26	0.18	0.25	2.17	0.50	

섭취하는 음식은 어디로부터 취하는지를 묻는 조사에서 가장 일반적으로는 중앙공급제의 배급분 또는 농장공급분인 것으로 나타났다. 25%의 가구에서 WFP식량을 받았다고 답했으며 자력생산을 주식원이라고 답한 가구의 비율은 양강도, 함경남도, 황해남도에서 가장 높았다.

콩과 콩제품은 농민에게서(26.8%), 또는 자력생산(26.7%), 친척의 도움(27.3%), 시장(30.9%) 등을 통해 구입하였고, 과일과 야채는 주로 국가상점(100%), 시장(49.4%), 자력생산(46.6%), 농부(34.7%) 등을 통해 구입했다고 답했다.

표 24. 곡물 주식원

(단위:%)

--	--	--	--	--	--	--	--

	중양배급분	농 장 배 급 분	W F P 식 량	자 력 생산	약 탈 (foragi ng)	친 척 도움	시 장
평양	85.0	15.0	2.7	7.7	0.5	10.0	19.0
평안남도	68.7	31.0	26.2	14.8	0.2	8.2	6.3
평안북도	52.2	47.8	23.0	22.3	0.2	9.8	23.2
황해남도	37.0	63.0	21.8	41.7	4.8	10.0	20.3
황해북도	55.5	44.5	24.7	30.0	1.3	2.5	20.0
함경남도	61.8	39.3	27.2	40.0	5.0	12.0	20.0
함경북도	65.0	35.0	36.8	21.8	3.3	12.0	15.8
양강도	70.3	31.7	38.5	60.5	5.0	17.2	31.8
평균	61.9	38.4	25.1	29.9	2.5	10.2	19.6

4) 비타민A 공급

비타민A가 결핍된 경우 호흡기질환의 발병률은 2배, 사망률은 4-12배가 증가하고 야맹증을 유발하는 것으로 보고 되고 있다.⁵¹⁾

그리고 모유에 함유된 비타민A가 생후 6개월 동안 신생아를 보호 하기에 충분한 정도가 되기 위해서는 출산 시 산모에게 비타민A가 충분하게 저장되어 있어야한다.

북한에서는 6개월과 5세 이하의 어린이에게는 ‘민족면역의 날’ 프로그램을 통해 비타민A를 제공하고 있고 6개월 미만의 영아에게는 출산 후 6주 이내의 여성(48만명)에게 비타민A를 제공하여 모유를 통해 공급될 수 있도록 하고 있다.

51) 어린이의약품지원본부. 2002북한어린이건강실태보고서.2002

그러나 2002년 영양조사 결과를 보면 출산 후에 비타민A를 복용하는 경우가 전체적으로 볼 때 33.1%였으며 평양이 51.5%로 가장 높았고 함경북도 25.1%, 황해북도 25.8%로 가장 낮았다. 농촌지역은 24%로 도시지역 39.4%보다 낮았다.

이처럼 상대적으로 6개월 미만 어린이에 대한 비타민A 공급이 낮아 2003년에는 출산 후의 엄마들에게 비타민A를 제공하는데 역점을 두고 있다.⁵²⁾

< 2004년도 영양조사 > 에 따르면 산후 산모에 대한 비타민A 보충 규모는 지역에 따라 매우 다양하게 나타났는데 가장 높은 곳은 평양(52.1%)이며 가장 낮은 곳은 함경북도(26.4%)로 평균 33.5%의 산모가 산후에 비타민A를 지급받았다.

표 25. 출산 후 비타민A 복용여부

		출산후 비타민 A 복용 %	2세 미만 아이를 둔 산모수
산모의 나이	20-24	35.9	312
	25-29	34.1	1,157
	30-34	31.6	563
	35세 이상	28.6	77
산모의 건강상태	정상 MUAC	33.2	1,430
	MUAC<22.5cm	34.2	679
지역	평양	52.1	263
	평안남도	36.5	260
	평안북도	33.0	267
	황해남도	29.4	269
	황해북도	27.2	268
	함경남도	33.6	262
	함경북도	26.4	261

52) UNOCHA.DPRK Situation bulletin May 2003

	양강도	30.1	259
교육정 도	중등교육	33.1	1,587
	고등교육	34.7	522
지역	도시	40.0	1,286
	농촌	23.3	823
계		33.5	2,109

또한 < 2004년도 영양조사> 에 응한 여성들의 5.7%가 지난 임신 중에 야맹증이 있었다고 답했다.

낮은 MUAC(수치 22.5cm이하)의 여성들일수록 그리고 비타민A의 주요 공급원인 적황색야채를 적게 섭취하는 산모들일수록 임신 중의 야맹증이 보다 높은 비율로 나타났다.

야맹증 비율이 가장 높은 곳은 양강도(6.6%)이며 가장 낮은 곳은 평안남도(4.6%)였다.

표 26. 산모의 야맹증

		임신시야맹증(%)	2세미만 아이를 둔 산모 수
나이	20-24	5.8	312
	25-29	5.8	1,157
	30-34	5.7	563
	35세 이상	5.2	77
지역	평양	5.7	263
	평안남도	4.6	260
	평안북도	5.6	267
	황해남도	5.9	269
	황해북도	6.0	268
	함경남도	5.7	262
	함경북도	5.7	261
	양강도	6.6	259
영양상 태	정상치 MUAC	5.5	1,430
	정상치 이하 MUAC	6.2	679

	(<22.5cm)			
섭취음식	녹색잎채소	lowest	5.6	198
		highest	5.8	1,911
	적황색채소	low	7.9	190
		medium	6.8	739
		highest	4.7	1,180
지역	도시		6.0	1,286
	농촌		5.4	823
계			5.7	2,109

5) 요오드 공급

산모에서의 요오드 결핍은 태아의 성장과 발달에 큰 영향을 미친다. 요오드는 신체에 소량이 필요하지만 저장되지는 않는다.

유엔아동기금은 2003년도에 요오드 부족으로 인한 유산과 신생아 갑상선 기능 저하증 등을 예방하기 위해 북동 산간지역인 자강도와 양강도 지역의 산모들에게 요오드캡슐을 제공하고 있다. 산모들에게는 임신 중 1알을 먹게 하고 있고 요오드 부족 지역의 어린이에게는 6개월 또는 1년에 1알씩 복용시키고 있다.

2005년이면 요오드화염이 전국적으로 공급될 것으로 기대하고 있다.⁵³⁾ 이들 산모에서 태어나는 아기들은 요오드 결핍에 의한 정신 신체 발달의 결함을 예방할 수 있을 것이다.

< 2004년도 영양조사 >에서 미량원소인 요오드에 대해서는 조사된

53) UNOCHA. DPR Korea. Situation bulletin April May 2004

가구의 40%가 요오드 처리된 소금(iodised salt)을 사용하고 있었지만 북부산악지역인 양강도에서는 15.3%로 아주 적게 사용하고 있었고 평양은 58.1%로 가장 많이 사용하는 등 지역적 차이가 심했다.

표 26. 요오드결핍 질환의 유병률과 요오드 이용률⁵⁴⁾

지역	2002년 유병률(%)*	2004년 요오드 이용률(%)
평양		58.1
황해남도	4.4	53
황해북도	6.9	40.1
평안북도	10.7	45
함경남도	15	30
함경북도	15	24.8
강원도	16.9	
자강도	26	
양강도	20.9	15.3
	115.8(유병률 합계)	59.8(이용률 평균)

* 육안소견에 의한 갑상선종 확인방법에 의한 것이고 소변이나 혈액검사는 없다.

6) 산모와 어린이 영양장애의 연관성

유아기 성장은 출산 환경과 임신 기간 및 그 이전 산모의 전반적 영양상태에 영향을 받는다.

북한여성들의 영양부족 현상은 과도한 노동량, 감염에의 노출, 영양섭취 부족 등에 기인한다. 이는 태아성장 및 발달을 지연시켜 신생아의 저체중을 유발하고 감염 및 영양실조의 위험에도 노출시킨다.

54) 2002년과 2004년 보고서를 합쳐 재구성하였다.

만성영양장애가 MUAC와는 관계가 있지만 출생 체중과는 관계가 없었다. 이것은 만성영양장애의 원인이 저체중이나 급성영양장애의 원인과는 다르다는 것을 의미한다. MUAC는 엄마의 body mass index(BMI)와 관계가 있으며 임신 초반기 체중을 반영한다고 볼 수 있다. 출생 체중은 임신 후반기의 체중 증가를 반영하는 것으로 이 기간동안 에너지 섭취가 적절했는지를 말해준다.

이처럼 만성영양장애는 임신 초반기에 결정되는 것 같으며 섭취하는 음식의 양보다는 질에 영향을 받는 것으로 보인다. 왜냐하면 2세 이상 어린이의 영양장애 정도는 태아부터 생후 첫 2년까지 그 아이가 성장해온 환경이 어땠는가로 파악할 수 있기 때문에 임신기간이 향후 성장을 좌우한다는 최근의 조사 결과들은 임신 중이나 임신 전후 산모의 영양상태의 중요성을 부각시키고 있는 것이다.

< 2002년도 영양조사> 에서는 엄마의 영양상태와 어린이의 만성영양장애 사이에 관계있는 것으로 나타났다. 단백질 음식과 깊은 관계가 있는데 단백질 자체가 중요하다고 단정할 수는 없다. 왜냐하면 육류나 계란 등에는 단백질도 풍부하지만 철분이나 아연과 같은 미량원소도 많이 함유되어 있기 때문이다. 집안에 쌀이나 밀가루가 저장되어 있느냐 여부도 만성영양장애와 관계가 있는 것으로 나타났다.

< 2004년도 영양조사 > 에서도 산모의 영양장애와 어린이 영양장

애와의 연관성을 보여주고 있는데 산모의 영양장애는 어린이 저체중의 유병율을 43%, 만성영양장애 유병율은 22% 높게했다. 또한 산모의 영양장애로 인한 영아의 출생시 저신장은 만성영양장애를 초래하는 것으로 나타났다.

그리고 0-11개월된 어린이의 만성영양장애 비율은 2002년 조사 결과와 큰 변화가 없었다. 이 연령대의 만성영양장애는 태아 성장과 산모의 영양장애에 의해 크게 영향을 받는데 앞 장에서 살펴보았듯이 산모의 영양상태가 그 사이에 크게 개선되지 않은 결과의 반영인 아닐까 한다. 따라서 유아의 만성영양장애발병률을 빠르게 줄이기 위해서는 산모의 영양상태를 개선하는데 보다 많은 노력을 기울여야 한다는 것을 지적하고 있다.

또한 가구의 쌀, 쌀 관련 식품, 고기류, 적황색채소, 기름, 지방 등의 소비가 늘어나면 어린이 영양장애가 감소하는데 이러한 사실은 어린이의 만성영양장애를 개선하기 위해서는 지속적인 식량지원의 중요성을 보여주는 것이다.

(2) 건강 실태

1) 과상품 예방접종

과상품 독소 예방접종은 신생아 사망의 중요한 원인 중 하나인 신

생아 파상풍으로부터 어린이를 예방하기 위해 임신 중 산모에게 접종하는 것이다. 임신 중 2번 접종하게 되는데 전에 접종한 적이 있다면 한 번만 추가로 접종하면 된다. 5번의 접종으로 평생 예방이 가능해진다.

경제적 위기를 겪으면서 북한에서 파상풍 예방접종률이 감소하고 소독제의 부족, 열악한 출산 환경 등으로 인해 신생아 파상풍 발생 가능성이 증가하게 된다.

세계보건기구의 자료에는 북한에서 1995년 3명, 1996년 2명, 1998년 6명의 신생아 파상풍 환자가 발생한 것으로 되어 있다. 실제 발생은 이 보다 많을 것으로 보인다.

산모에 대한 파상풍 예방접종이 1998년 1차 MICS에서는 4%에 불과한 것으로 나타나지만 유엔아동기금과 세계보건기구의 집중적인 지원에 힘입어 2000년 조사에서는 85.6%로 상승하게 된다. 백신의 제공과 더불어 의료진에 대한 교육 및 포스터 제작, 배포 등 홍보 사업도 활발히 진행되었다.

표 27.은 파상풍예방주사의 접종에 대한 실태를 보여주고 있다. 임신시기 파상풍 예방주사를 맞은 여성들의 비율은 75.8%로써 대다수의 여성들이 임신기간에 파상풍 예방주사를 맞았다. 출산순위가 낮을수록 파상풍 예방주사를 맞은 비율이 높다. 2번 이상 주사를 맞은 비율은 농촌지역이 도시지역에 비해 높는데 이것은 농촌지역이 도시지역에 비해 어린이 파상풍 발병률이 더 높은 것과 관련이

있어 보인다.

표 27. 파상풍 예방주사를 맞은 회수별 구성(%)⁵⁵⁾

구분		주사맞은 회수 비율			주사맞은 여성수	출산 여성수
		1회	2회이상	모두		
출산순위	1	37.8	40.1	77.9	528	678
	2-3	36.9	38.6	75.5	1,017	1,347
	4이상	32.3	33.3	65.6	61	93
거주지	도시	36.8	33.7	70.5	776	1,101
	농촌	37.2	44.4	81.6	830	1,017
모두		37.0	38.9	75.8	1,606	2,118

2) 빈혈

산모의 임신중 빈혈은 조산 및 저체중출산의 위험과 유아 빈혈의 위험도를 높이기 때문에 산모와 수유부 빈혈을 감소시키기 위한 노력이 진행되고 있다.

여러 가지 조사에서 공통적으로 산모나 수유부 중 30% 이상에서 철분결핍성 빈혈이 있다고 하는데 이는 신생아, 영아에게도 영향을 미치게 된다. 뿐만 아니라 영양부족 등으로 임신, 출산 과정에서 합병증이 증가하고 있으나 적절한 의료서비스가 제공되지 않아 임신과 관련한 산모의 사망률이 증가의 한 원인이 된다.

< 2002년 재생산건강조사보고서> 에서는 조사지역의 임신한 모든 여성들에 한하여 혈색소 검사를 진행하고 임신성 빈혈 수준을 평가한 결과가 있다.

55) 2002년 재생산건강조사보고서

혈색소가 10.0-11.0g/dl일 때 경한 빈혈, 7.0-9.9g/dl일 때 중등도 빈혈, 혈색소가 7.0g/dl 이하를 중증 빈혈로 구분하였다.

조사지역에서 임신부들의 빈혈 수준은 33.8%로써 임신부의 약 1/3에서 빈혈이 인정되었다.

그림 5. 빈혈수준별 임신부 비율

p31

< 2002년도 영양조사 > 에서도 2세 미만 아이를 둔 엄마를 대상으로 빈혈에 대한 혈액검사를 시행하였다. 대상자의 25%만 검사에 동의하기는 하였지만 그래도 유용한 자료라고 판단된다.

검사자의 33.6%가 빈혈이 있는 것으로 나타났으며 함경남도 48.6%, 평양 46.5%로 가장 높았고 평안북도 21%, 황해남도 22%로 가장 낮았다.

< 2004년도 영양조사 > 에서는 혈색소 측정에 동의한 2세 미만의 자녀를 둔 산모의 34.7%가 빈혈증(혈색소<12.0g/dl)이 있는 것으로 나타났다.⁵⁶⁾

56) 산모들의 혈색소검사는 본인의 동의하에 진행되었으며 참여비율은 지방에 따라 차이를 보이고 있으나 59%(1,253명)만이 참여하였다. 2004년도 보고서에 따르면 심한 빈혈증(혈색소<9.0g/dl)은 0.5%로 나타났고 0.1%는 보다 심한 빈혈증(혈색소<7.0g/dl)을 보였다.

빈혈증은 가장 젊은 연령(20-24세)과 가장 나이든 연령(35세 이상)에서 각각 35.9%와 38.2%로 높게 나타났다.

지역별로는 평안남도(61.3%), 평안북도(47.8%)의 순으로 높게 나타났으며 황해남도(15.8%), 평양(22.2%), 함경남도(22.3%)의 순으로 낮게 나타났다.

결과적으로 1998년도에는 34.7%, 2002년의 영양조사에서는 33.6%, 재생산건강조사에서는 33.8%, 2004년의 영양조사에서는 34.7%로 수년간 큰 차이는 없었다.

빈혈증은 산모의 식품섭취와도 관련이 있는데 쌀과 쌀로 만든 식품, 콩과 콩으로 만든 식품, 고기, 적황색 야채 등을 자주 적게 섭취한 산모들에게 있어 빈혈증의 비율이 높게 나타났다.

또한 세계식량계획(WFP)의 식량이 주식원의 하나라고 밝힌 여성들에게 있어서 빈혈증의 비율이 보다 높게 나타났는데 세계식량계획 프로그램을 통해서 공급된 식량에는 높은 수준의 철분강화식품이 포함되어 있지 않아 여성들의 빈혈증 예방을 기대할 수 없었다.

표 28. 산모의 빈혈분포

		빈혈그룹(%)			여성 수
		2002*	2004		
			혈색소< 12.0g/dl	혈색소< 9.0g/dl	
나이	20-24		35.9	0.7	142
	25-29		34.6	0.5	650
	30-34		33.8	0.5	393
	35세 이상		38.2	0.0	68
지역	평양	46.5	22.2	0.0	153
	평안남도	25.9	61.3	0.0	204

		평안북도	21.0	47.8	1.1	184
		황해남도	22.0	15.8	0.0	165
		황해북도	35.0	36.3	1.4	146
		함경남도	48.6	22.3	0.5	193
		함경북도	30.3	31.0	0.0	71
		양강도	35.7	32.1	0.7	137
산모의 교육정도		중등교육		35.4	0.3	955
		고등교육		32.6	1.0	298
섭취 음식	쌀/쌀제품	lowest intake		48.6	0.0	111
		medium intake		38.4	0.8	508
		highest intake		29.3	0.3	634
	콩/콩제품	lowest intake		47.9	1.4	71
		medium intake		38.1	0.4	714
		highest intake		27.6	0.4	468
	고기	lowest intake		38.7	0.4	550
		highest intake		31.6	0.6	703
	야채	lowest intake		22.9	1.9	105
		highest intake		35.8	0.3	1,148
	녹황색 채소	lowest intake		37.7	0.0	114
		medium intake		33.5	0.9	448
		highest intake		35.0	0.3	691
	음식원	세계식량기구 식량이 주식원인 산모		38.8	0.5	603
		세계식량기구 식량이 주식원이 아닌 산모		30.9	0.5	650
지역		도시		36.8	0.3	753
		농촌		31.6	0.8	500
평균			33.6	34.7	0.5	1,253

* 2002년과 2004년을 비교하기 위해 2004년도 표에 2002년만 끼워넣었다.

표 29.는 임신기간 중 철분/엽산제를 먹은 여성비율을 출산 순위와 거주지에 따라 보여준 것이다. 표에서 볼 수 있듯이 낮은 출산 순위와 높은 출산순위 사이 그리고 도시와 농촌 사이에 그 차이가 극히 적었다.

산모들의 높은 빈혈 수준은 여성들 속에서 임신 때 철분/엽산제를 충분히 먹지 못한 것과 관련되어 있다. 따라서 임신성 빈혈을 예방하기 위하여 모든 임신부들이 임신 시에 철분/엽산제를 철저히 먹어야 하고 이는 국가의 주도 아래 진행되어야 한다.

북한 보건성은 철분공급정책을 재검토하여 2003년 초반까지는 5,600만정의 철분-엽산 복합제제를 공급할 계획을 세우고 실행했다. 또한 유엔아동기금은 “임신중 철분/엽산 공급과 철분결핍 빈혈 치료 프로토콜”과 “임신 1기 미량 영양소 공급 프로토콜”을 수립하여 보건성과 내용을 공유하면서 사업을 추진하고 있다.⁵⁷⁾

표 29. 철분/엽산제 복용 비율(%)⁵⁸⁾

구분		복용 여성 수	복용 비율	출산여성수
출산순위	1	273	40.3	678
	2-3	561	41.6	1,347
	4이상	40	43.0	93
거주지	도시	461	41.9	1,101
	농촌	413	40.6	1,017
모두		874	41.3	2,118

3) 모성사망률⁵⁹⁾

산모의 건강상태 저하와 의료시스템의 대응부족으로 인해 과거 10

57) UNOCHA. DPR Korea. Situation bulletin April May 2004

58) 2002년 재생산건강조사보고서

59) UNOCHA. Consolidated inter-agency appeal 2003 DPRK. 2002. 11.18

년동안 모성사망률도 급격하게 증가하였다.

임신 중에 산모에 대한 산전진찰이 리진료소나 호담당의사들에 의해 정기적으로 이루어지고 있으나 그 수준은 낮은 편이다. 빈혈 검사와 같은 간단한 검사를 위한 장비도 제대로 갖춰져있지 않고 임신과 출산 중에 합병증이 발생했을 때 제대로 대응할 수 있는 체계와 물자가 갖춰져 있지 않다.

평양의 구역병원조차도 출산에 필요한 기초적인 기구, 장비가 부족하여 정상 분만도 인근의 산원으로 이송할 정도로 출산 여건이 어려운 형편이니 지방은 더더욱 열악한 조건에 처해 있는 것으로 보인다. 지방에서는 교통수단이 없어 이송이 지연될 가능성이 많으며 안전한 혈액이 부족해서 수혈이 제한적일 수밖에 없다.

이처럼 산모들은 어려운 조건에서 임신을 하고 출산을 맞이하고 있다. 임신과 관련한 산모의 사망률을 모성사망률이라고 하는데 최근 발표된 < 2002년 재생산건강조사보고서 > 에 따르면 출생아 10만 명당 87명의 산모가 목숨을 잃는 것으로 나타나고 있다.

모성사망에는 여러 요인이 작용한 것으로 보이지만 산과적인 응급진료의 부적절성이 가장 주요하게 작용한 것으로 보인다.

2000년도 조사에서는 출혈, 감염, 임신중독증이 주요한 원인이었다. 2002년의 세계인구기금의 보고에서는 임신중독증과 회음절개(episiotomy) 문제를 지적하고 있다.

남북한의 모성사망률을 보면, 북한의 경우 출생아 10만 명당 모성 사망이 1990년 70명에서 1996년 110명으로 증가하여 임신으로 인해 산모의 건강이 크게 위협받고 있음을 알 수 있다.⁶⁰⁾

남한의 경우 1990년 110명으로 북한보다도 훨씬 높고 사회경제적 여건에 비해서도 너무 높게 나와 사회적으로 문제가 된 바 있으나 이후 새로운 조사 방법을 개발 적용하여 나온 결과는 1995-6년 20명, 1999년 18명, 2000년 15명으로 점차적으로 개선되고 있는 것을 알 수 있다.⁶¹⁾

북한 통계가 산출된 조사방법에 대해서는 구체적인 언급이 없어 알 수 없으나 단순 비교해 보면 1996년에 북한은 남한에 비해 5배 이상 모성사망이 많은 것을 알 수 있다.⁶²⁾

표 30. 남북한 모성사망률 비교 (단위 : 출생아 10만 명당)

	1990	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
북한*	70	54		110	105				97
남한**	110		20(16)#	20(16)			18(15)	15(13)	

* UNICEF. A humanitarian appeal for children and women,

60) UNICEF. A humanitarian appeal for children and women Jan-Dec 2001

61) 세계보건기구나 유엔아동기금의 방법 등으로 산출한 결과 1990년 당시 북한의 2배에 달하는 결과가 나온다. 우리나라 실정에 비해 너무 높아 사회적으로도 문제가 되었다. 이후 새로운 조사 방법을 개발하여 모성사망을 조사하게 된다. 1995-1996년도에 발생한 모성사망에 대해 1997년에 처음으로 제1차 모성사망조사를 통해 모성사망비가 산출 되었으며 제2차 조사는 1999년과 2000년에 발생한 모성사망에 대해 2001년 12월에 실시하였다.

62) 2002년 재생산건강조사보고서에서는 모성사망률을 조사한 여성들의 여자형제에 대한 질문에서 산출하였다고 밝히고 있다. 형제들의 생사유무, 언제 어떻게 사망하였는가에 대하여 정확히 대답하지 않으면 자료의 정확성을 담보하는데서 일련의 애로가 제기될 수 있다. 또한 이 숫자는 조사지역에서의 모성사망률을 기본적으로 반영하였지만 대다수의 여자형제들이 조사 지역 외에 다른 지역에서 생활하고 있으므로 부분적으로 다른 지역의 모성사망률도 반영되었다고 붙이고 있다.

Jan-Dec 2001.

1993년, 1997년, 2001년 자료는 UNFPA. Country programme outline for the DPRK. 2003.4.17에서 인용

** 보건복지부 1999, 2000년도 모성사망조사보고서. 2002.12

괄호안의 숫자는 임신, 분만 등 직접 산과적 원인에 의한 모성사망 비임

< 2002년 재생산건강조서보고서>에서는 1997년 모성사망률은 전국적으로 10만 명당 105명(중앙통계국 자료)이었는데 2002년도 조사에서는 87명으로 남한의 3-4배 수준이나 이전에 비해 개선되었음을 알 수 있다. 이는 북한이 고난의 행군이라 부를 정도로 경제적으로 매우 어려웠던 1990년대 중반 기아 등으로 많은 사상자가 발생했다는 점에서 북한 경제가 서서히 회복 기미를 보이면서 주민 생활형편도 그만큼 나아졌기 때문으로 분석하는 의견도 있다.⁶³⁾

4) 성기염증

성병을 비롯한 성기염증의 예방과 치료는 재생산건강의 중요한 목표의 하나이다.

표 31.은 조사 전 3달 동안 성기염증과 관련한 증상들이 있었다고 대답한 결혼여성들의 비율을 나이, 교육수준, 거주지별로 보여주고 있다.

나이별로 보면 20대가 제일 높고 30-40대에 제일 낮다. 그리고 교육수준이 높을수록 그 비율이 낮고 도시지역보다 농촌지역에서 높

63) 연합뉴스 2005.5.2

음을 볼 수 있다.

표 31. 성기염증 증상 비율(100명당)⁶⁴⁾

구분		증상이 나타난 여성비율	증상이 있는 여성수	여성수
나이	20-24	5.3	10	188
	25-29	8.6	82	954
	30-34	11.2	166	1,484
	35-39	11.7	154	1,318
	40-44	9.7	100	1,033
	45-49	5.2	37	706
	모두	9.7	549	5,683
교육 수준	대졸	5.9	36	615
	전졸*	9.5	50	526
	중졸**	10.2	463	4,542
거주지	도시	8.2	243	2,979
	농촌	11.3	306	2,704
모두		9.7	549	5,683

그러면 치료과정은 어떻게 될까?

표 32. 는 조사 전 3달 동안에 성기염증 증상이 나타난 여성들 속에서 증상이 나타났을 때 치료받은 과정을 보여주고 있다.

병원에서 치료받은 비율은 나이가 많아짐에 따라 줄어들며 교육수준이 낮은 여성들보다 높은 여성들에서 약간 높고 농촌보다 도시에 더 높다.

표 32. 성기염증이 있는 여성들의 치료 관계 비율(%)

구분		병원	자체	없음	계	증상있는 여성수
나이	20-24	90.0	10.0	0	100	10
	25-29	87.8	11.0	1.2	100	82

64) 2002년 재생산건강조사보고서

	30-34	84.9	13.9	1.2	100	466
	35-39	84.5	11.6	3.9	100	154
	40-44	78.0	15.0	7.0	100	100
	45-49	59.5	21.6	18.9	100	37
교육 수준	대졸	84.8	13.0	2.2	100	36
	전졸	83.3	13.0	3.7	100	50
	중졸	81.9	13.6	4.5	100	463
거주지	도시	84.1	12.6	3.3	100	243
	농촌	80.8	41.2	5.0	100	306
모두		82.3	13.5	4.2	100	549

나이가 많아짐에 따라 자체로 치료를 하거나 치료를 받지 않은 비율이 많아지는 것은 이 여성들 속에서 비정상적인 성기염증 증상들에 대하여 만성적인 태도를 취하기 때문이라고 보고 있다.

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서는 에이즈에 대한 인식도 조사하였는데 조사지역에서 에이즈에 대하여 들은 적이 있는 비율은 남여에서 각각 92%, 86.1%이고 에이즈를 피할 수 있는 방법을 알고 있는 비율은 남여에서 각각 81.3%, 79.8%로서 높은 수준이며 남자가 여자보다 더 높았다.

또한 에이즈 예방에 대한 방법별 인식률은 ‘무질서한 성생활 금지’가 69.7%, ‘콘돔 사용’이 61.5%로써 조사한 남여의 과반수가 이 두 가지 방법을 알고 있었다. 그러나 ‘수혈을 피해야 한다’와 ‘주사맞는 것을 피해야 한다’의 경우 그 비율은 각각 22.4%, 15.8%이다.

북한에서는 주사기의 재사용이나 수혈관리체계의 부실 등으로 인해 에이즈 전파 위험성이 높다. 혈액 검사에 HIV가 포함되어 있지

만 경제적 어려움으로 인해 검사가 제대로 이루어지고 있지는 않다. 북한은 에이즈 환자가 급속히 늘고 있는 중국과 접하고 있어 전파 위험성이 상존해 있다.

현재까지 북한 주민에게 에이즈 환자가 발생했다는 공식적인 보고는 없다.⁶⁵⁾ 간혹 감염자가 발견되기는 하였지만 대부분 외국인인 경우가 많아 위생학적인 측면에서 사회문제가 되고 있지는 않다. 그러나 에이즈는 일단 유입되면 급속히 전파되는 특성이 있기 때문에 예방이 가장 중요하다.

4. 북한어린이의 영양과 건강

(1) 어린이의 영양 실태

북한 어린이의 영양상태에 대한 조사에서 전에 비해 뚜렷하게 개선된 것을 확인할 수 있지만 여전히 어려움에 처해있고 위기가 계속되고 있다는 것은 부인할 수 없다.

토피크 뮈타바 유니세프 평양사무소 부대표는 “북한의 아동 4만 명이 심각한 영양결핍으로 인해 사망에 이를 수 있다”고 경고했다. 또한 그는 “이런 상태에 놓인 북한 어린이의 숫자가 2002년 7만 명에서 2004년 조사에서 4만 명으로 감소하긴 했지만 여전히 영

65) 어린이의약품지원본부. 2004 북한어린이건강실태 보고서. 2004

양실조 및 발육부진을 동반한 설사 및 호흡기 감염이 북한 아동들의 주요 사망원인이 되고 있다” 고 말했다.⁶⁶⁾

표 32. 와 그림 5.는 4회(1998, 2000, 2002, 2004)의 조사 결과를 연령별로 비교한 것이다.

2002년과 2004년의 조사 결과를 보면 지난 2년 동안 급성영양장애와 만성영양장애는 다소 호전되고 저체중은 오히려 증가한 것으로 보인다. 그러나 영양상태가 조금씩 호전된다고 해도 여전히 영양장애가 있는 아이들의 비율이 높다.

표 32. 어린이 영양장애 비율 변화: 과거 조사와의 비교⁶⁷⁾(단위 :%)

지표		만성영양장애(stunting) 연령대비신장<-2Z				급성영양장애(wasting) 신장대비 체중<-2Z				저체중(underweight) 연령대비 체중<-2Z			
조사 연도		1998 *	2000 **	2002 ***	2004 ****	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
연령 (개월)	<6	-	21.9	17.3	19.4	-	7.8	5.3	6.0				14.1
	6-11	14.5	31.9	22.7		17.6	10.4	6.7					
	12-23	48.5	50.2	41.6	27.1	30.9	11.9	11.9	8.7				20.5
	24-35	62.2	47.5	45.6	34.7	20.5	9.7	8.4	7.3				27.3
	36-47	75.1	58.6	47.6	46.7	13.4	10.2	7.4	7.5				26.3
	48-59	77.5	60.3	47.5	50.8	8.9	11.9	6.3	6.2				26.6
	60-84	74.8		44.2	46.8	7.8	-	5.6	5.3				22.5
평균		62.3	45.2	39.2	37.0	15.6	10.4	8.1	7.0	60.6	27.9	21.2	23.4

* EU/UNICEF/WFP. Nutritional survey of DPRK 1998

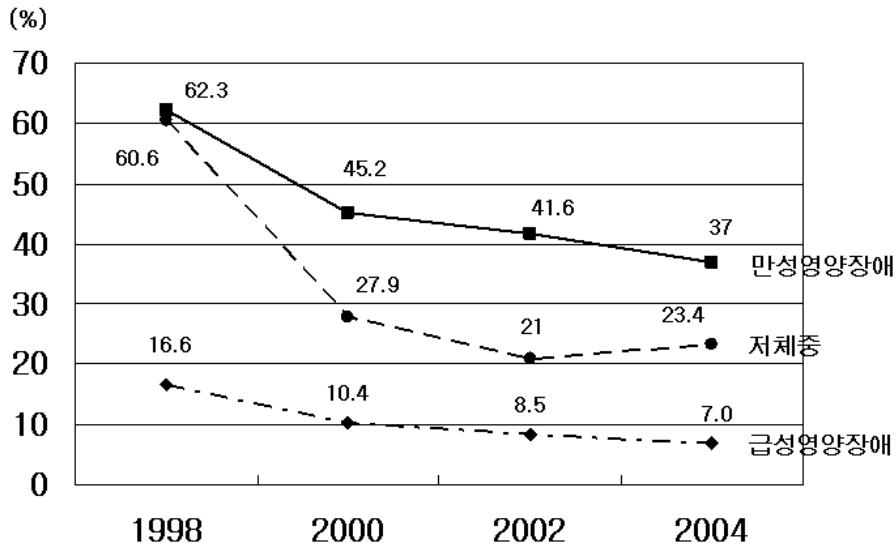
** Central Bureau of Statistics, DPRK. Report of the second multiple indicator cluster survey 2000, DPRK. Oct. 2000

*** Central Bureau of Statistics, DPRK. Report on the DPRK. Nutrition Assessment. 2002

66) 연합뉴스 2005.10.10

67) 1998년에는 6개월 미만 어린이를 조사에서 제외하였고 2004년 조사에서는 0-11개월로 묶었고 60-72개월로 조사대상을 줄였다.

그림 5. 북한 어린이 영양장애 유병률⁶⁸⁾



1) 만성영양장애

만성영양장애는 느린 속도로 변화하며 최근의 질병에 의해 크게 영향을 받지 않는다는 점에서 영양장애의 주요지표로 활용되고 있다.

만성영양장애는 단기적으로는 어린이 사망률 증가와 관계있으며 중장기적으로는 학습능력의 저하, 과제 수행 능력의 저하, 성인기 유병율의 증가, 조기 사망률의 증가 등으로 나타난다. 이처럼 만성영양장애가 어린이의 유병률이나 사망률과 깊은 관계가 있기 때문

68) 백재중. 보건의료분야 대북지원 10년: 평가와 발전방안. 우리민족서로돕기운동 평화나눔센터 정책토론회 발표문 2005.6.22

에 이와 관련된 요인들을 확인하는 것은 중요한 의미를 갖는다.

1998년 조사에서 3세 이상 어린이의 만성영양장애가 70% 이상 되었는데 이것은 이들이 1995-1996년의 심각한 기근 시기에 태아 및 영아기를 거쳤기 때문인 것으로 보인다. 그러나 2002년에는 46%까지 감소하였는데 4년 동안 무려 40 % 가까이 감소한 수치이다.

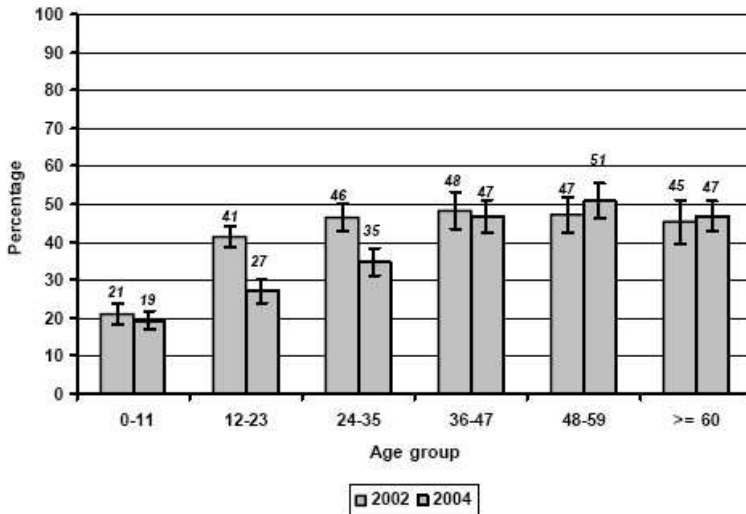
2002년 조사에서 처음 5개월의 유병율은 17.3%였으나 24개월까지 41.6%로 급격하게 증가하는 것을 관찰할 수 있다. 이후에 약간의 추가 상승이 있기는 하나 거의 비슷하게 유지되는데 보통 3세가 되기 전 어린이들의 초기 성장기에 집중적인 지원이 시급한 이유가 여기 있다.

즉 2002년도와 2004년도의 만성영양장애 비교에서 영양공급 시기의 중요성을 알 수 있는데 12-23개월의 경우 41%에서 27%로, 24-35개월의 경우 46%에서 35%로 감소하였다. 그러나 36-71개월의 경우 두 조사간에 변화를 보이지 않았는데 어린이들은 영양상태가 개선된다 할지라도 일반적으로 3세 이상에서는 급격한 성장회복이 이루어지지 않음으로 초기 성장기에 지원이 진행된다면 차기 조사에서 상당한 수준으로 감소할 것으로 예상 할 수 있다.

또한 36-71개월 사이에 있는 어린이들의 만성영양장애비율은 큰 변화가 없었는데 어린이들은 일반적으로 3살이 지나서는 아무리 음식이 개선되어도 성장격차를 만회하지 못한다. 그래서 아주 어렸을 때 성장에 영향을 줄 수 있도록 조치를 취하는 것이 매우 중요하

다.⁶⁹⁾

그림 6. 2002년 및 2004년 연령별 만성영양실조 비율



이처럼 어린이의 만성영양장애가 성장 초기에 좌우된다는 주장을 담은 또 다른 논문이 있는데 중국 체류 탈북 어린이를 대상으로 성장발육 실태를 연구한 것이다.

이 논문에 따르면 어린이는 출생 직후에는 전세계적으로 신장이 비슷하지만 시간이 지나면서, 특히 이유기를 지나면서 영양상태에 따라 신장 차이가 나기 시작한다는 것이다. 실제 EU 조사에 의하면 북한 어린이도 12개월이 지나면서부터 신장 성장의 지체가 심화되어 36개월 이후부터는 약 75-78%가 만성영양상태인 것으로 나타나고 있다.

69)

유니세프도 'The care for children and women project'를 통해 초기 성장기에 있는 어린이들과 산모를 전략적으로 집중지원한다는 방침을 가지고 있다. www.unicef.org/dprk/nutrition.html

급성영양결핍에 의해 발생한, 신장 대비 체중의 감소는 영양상태가 호전되면 즉각적으로 회복하는 반응을 보인다. 따라서 중국이나 남한에 체류하는 탈북 어린이의 경우 급성영양결핍으로 분류되는 아동이 없는 것이다. 그러나 만성 영양부족에 의해 초래된 신장차이는 보다 긴 시간을 통해서만 극복될 수 있을 뿐만 아니라 회복이 시작된 시기에 따라서도 회복의 정도가 달라진다. 이는 인간의 성장이 나이에 따라 규칙적인 패턴으로 이루어지기 때문이다. 70)

2002년과 2004년 사이 영아들의 만성영양장애 유병률 차이 39.2%에서 37.0%로 2.9% 하락하였고 심각한 만성영양장애의 경우도 2002년 14.4%에서 2004년 11.8%로 유의할 만한 감소세를 보였다.

그러나 1세 미만의 영아의 경우는 비율이 거의 줄지 않았는데 이는 산모들의 영양상태와 태아의 발육상태가 호전되지 않았기 때문으로 볼 수 있다. 다행스럽게 1세부터 3세까지 어린이들의 만성영양장애 비율은 30% 정도 급격히 감소하였는데, 이 연령대는 주로 불충분한 식사와 감염성 질환에 의한 영양장애가 나타나는 시기이므로 긍정적인 변화로 보인다.

북한 어린이의 영양상태가 과거에 비해 크게 향상되기는 하였지만 여전히 외부의 도움을 필요로 하고 있음을 알 수 있다. 왜냐하면 2004년 조사에서 만성영양장애는 36%로 세계보건기구의 기준에 의하면 ‘아주 높은’ 수준이기 때문이다.

70) 박순영, 탈북자 인체측정 자료를 이용한 북한의 생물학적 복지수준에 대한 일 연구. 한국문화인류학 35집 1호.2000

북한 어린이의 기아 문제를 연구한 논문⁷¹⁾에 따르면 성장기에 지속적 또는 반복적인 영양 결핍 상태에 노출된 어린이는 신장과 체중 감소, 골 피질 감소, 성적 성숙 지연, 성장기의 연장 등을 경험하며 성장기가 길어져서 보충한다 해도 이상적 성인 신장에 도달하기는 어렵다고 한다.

만성적 영양 결핍에 노출된 아동은 그렇지 아니한 아동에 비해 사춘기에 늦게 도달한다. 사춘기는 신체 급격 성장기이므로 조숙아와 만숙아의 신장 차이가 극대화되며 만숙아가 적응상의 어려움을 경험하는 경우가 많다. 더구나 정신적, 육체적 성숙은 서로 관련되어 있어서 성숙기가 늦어지는 아동은 나이에 비해 신체적인 성장이 늦을 뿐만 아니라 지능의 발달에 있어서도 동년배 보다 더디다. 따라서 학교 교육이 나이를 중심으로 조직되어 있는 현대 사회에서 상대적인 불이익을 경험하게 된다. 이런 문제가 북한 사회 내적으로 어느 정도 심각할 지는 북한 내 사회 계층 분화의 수준에 달려 있지만 이에 대해서는 적절한 정보가 없어서 판단하기가 어렵다.

또한 심혈관계, 호흡계, 순환계의 기능에 영향을 미쳐 결국 성인이 되었을 때 신체 운동 능력 나아가 노동 능력을 감소시키게 된다. 이러한 신체 운동 능력 감소가 그 자체로 어느 정도의 의미를 가질지는 이 어린이들이 성인이 되었을 때 주로 종사하게 될 노동의 성격에도 달려 있다.

어쨌거나 만성적 영양 부족으로 신체가 작고 운동 능력이 떨어지는 성인은 할 수 있는 일이 제한될 뿐만 아니라 그렇지 아니한 사람들에 비해 같은 일을 하는데도 더 전력을 다해야 하여 긴 시간을

71) 박순영(서울대학교 비교문화연구소), 북한어린이 기아문제 연구의 제 차원:북한어린이 성장발육의 특성과 그 기능적 함의

노력해야만 하니 삶의 전반적인 질이 저하되리라 볼 수 있다.

이처럼 만성영양장애와 다양한 여러 인자들과의 관계가 일정하지 않다는 것은 만성영양장애의 원인인 단일한 원인에 의한 것이 아니라는 것을 의미한다. 따라서 지역에 맞게 다양한 방식으로 접근할 수 있는 전략을 수립하는 것이 중요한데 엄마의 영양상태를 개선하고 태어나 영아의 성장을 보호할 수 있는 방안들은 반드시 포함되어야 할 것으로 보인다.

최근 아프리카 니제르의 기아문제를 다룬 기사는 다음과 같이 쓰고 있다.⁷²⁾ “영양실조를 막는 데는 하루 1달러로도 충분한데 제때 지원이 되지 않아 이젠 굶어 죽는 아이를 살리기 위해 80달러가 필요하다” 는 말은 의미심장하다.

2) 급성영양장애

처음 영양조사가 시작되었던 1998년에는 급성영양장애가 16%에 달했다.

연령별로 세분하면 12개월 미만 어린이의 18%가 영양장애 상태로 조사되었는데 이것은 태아 상태와 모유를 먹는 상태에서 영양이 부족하다는 것을 보여주고 있다. 임신을 하였음에도 임신부의 몸무게가 늘지 않으며 몸무게가 작은 아이를 낳고 있는 것이다. 이런 어린이들은 같은 나이 또래의 발육 상황을 따라잡기가 어렵다.

72) 한겨레신문 2005.12.27

또 12개월에서 24개월 어린이들은 이 수치가 30%로 높아져 적어도 3명중 1명이 영양장애 상태에 있음을 의미했다. 이 시기는 두뇌의 중요한 부분이 기능하기 시작하고 운동신경이 발달하며 면역체계가 완성되는 때로 이 시기의 영양실조는 영구적인 신체 장애를 가져올 수 있다.⁷³⁾

2002년 조사에서는 급성영양장애의 경우 6개월 미만의 5%에서 시작해 12-23개월까지는 12%로 상승한 후 이후에는 다시 감소하는 경향을 보이고 있다. 2004년 영양조사에서도 같은 양상을 보이고 있다.

2004년 조사에서는 세계보건기구 기준의 중간 수준인 7.0%이다. 함경남북도의 경우 10% 이상으로 매우 높게 나타났지만 기타 4개도 지역은 세계보건기구 기준에서 중간 수준인 5-9%에 해당하고 있다.

어린이가 영양장애로 어려움을 겪고 있더라도 많은 학자들은 회복 환경의 중요성을 인식하고 가능한 빠른 시간 안에 영양공급을 하는 것이 중요하다라는 것을 밝히기 위해 노력해 왔다. 이는 결국은 북한이 경험한 기근 사태 이후에 아동이 발달상에 어느 정도의 장애를 경험할 지 여부는 대부분이 회복 조건에 달려 있다는 의미이다.⁷⁴⁾ 즉, 이미 발생한 기근의 피해는 차지하고라도 현재 성장 지체를 보이는

73) "인간의 뇌 조직은 어머니 배속에서부터 생후 2년까지 약 80%가 성장합니다. 따라서 이 시기에 영양실조에 걸리면 평생 신체적·정서적으로 발육에 지장을 받게 됩니다. 지금 북한 어린이를 돕는다면 10~20년 후 통일이 됐을 때 남북한 어린이들이 같은 키로 어깨동무하는 모습을 볼 수 있을 것입니다." 서울의대 홍창의 명예교수
임신 마지막 3개월에서 생후 이년까지가 인간에서 두뇌 급격 성장기인데 이 중에서도 영양 결핍에 가장 취약한 시기는 임신 최종 3개월에서 생후 일년까지이다. www.nkhealth.net

74) 박순영, 북한 어린이 기아 문제 연구의 제 차원 :북한 어린이 성장 발육의 특성과 그 기능적 함의 www.nkhealth.net

어린이들이 장기적으로 심각한 발달 장애를 경험하는 사태를 방지하려면 이후에 지속적으로 양호한 회복 환경이 확보되어야 한다는 것은 어린이들에 대한 지원은 늦어서 필요없는 때는 없다는 것을 알려주고 있다.

3) 저체중

1998년 국제기구가 참여하여 전국적으로 진행한 조사에서는 저체중 어린이 비율이 60%에 이르렀는데 이는 당시 세계적으로 볼 때 최악의 수치였다.

2000년 북한 당국이 독자적으로 시행한 조사에서는 저체중이 28%로 감소하였으며 2002년 국제기구가 참여한 조사에서는 21%로 해마다 급속히 호전되는 양상을 보이고 있다.

1998년 이래로 해마다 저체중 비율이 10%씩 감소하고 있는 것으로 1990년대의 아시아 평균보다 200배나 빠른 속도이다. 이러한 조사 결과는 그동안 국제사회의 식량지원이 아주 적절하게 어린이 건강에 기여하고 있음을 보여주고 있는 것이다.⁷⁵⁾

그러나 2002년 20% 이던 저체중 아동의 비율이 2004년도에는 23%로 오히려 증가해 나이에 비해 키는 커지고 있으나 체중은 줄어 들고 있는 것으로 보인다.(그림 7.) 2004년 영양조사에서 저체중의 유병율은 출생부터 24-35개월까지는 점진적으로 증가하고 있지만 이후부터는 다소 감소한 것으로 나타났다.

75) 어린이의약품지원본부.2004년 북한어린이건강실태보고서.2004

그림 7. 2002년과 2004년의 저체중 변화

(그림 21)

4) 지역별 영양조사 결과

지역에 따라 영양상태에 큰 차이를 보이는 것이 확인되었다.

2002년도 만성영양장애의 경우 남포시는 23.2%로 낮은 편이었는데 함경남도는 45.5%로 거의 두배에 달했다. 저체중의 경우도 남포시 14.7%, 평양시 14.8%인 반면 양강도는 26.5%로 상황이 좋지 않았다. 급성영양장애는 평양이 3.7%인 반면 함경남도는 12%였다. 중증 급성영양장애의 유병율도 평균 2.7%로 남포시의 1.2%에서 함경북도의 4.0%까지 지역에 따라 차이가 있었다.

2004년에 지역별로 조사된 만성영양장애의 비율은 전체적으로 2-3%정도 줄어들었으나 가장 나은 평양시가 26%이고 가장 나쁜 함경남도가 47%로 두배 가까이 차이가 나는 점은 눈여겨볼 부분이다. 그리고 함경북도와 양강도의 경우 만성영양장애와 저체중의 유병율이 매우 높은 비율을 보이고 있다.

표 33. 지역별 영양장애 유병율

지표		만성영양장애		급성영양장애		저체중	
조사 연도		2002	2004	2002	2004	2002	2004
지역	평양시	27.00	25.9	3.68	2.8	14.83	18.8
	남포시	23.24		4.33		14.67	
	개성시	44.41		7.00		20.67	
	황해남도	38.56	36.7	11.00	7.6	20.17	23.4
	황해북도	42.83	41.0	9.00	7.9	20.67	24.8
	평안남도	42.17	29.7	7.19	4.9	18.67	19.6
	평안북도	42.40	41.2	6.83	6.0	17.83	21.6
	함경남도	45.50	46.7	12.02	10.8	24.17	29.3
	함경북도	42.83	40.0	10.68	10.0	23.33	26.6
	양강도	46.67	45.6	9.5	9.1	26.50	30.8
	계	39.22		8.12		20.15	

그림 8. 2002년 및 2004년 지역별 만성영양실조 유병율

5) 비타민A 공급

비타민A는 ‘민족면역의 날’ 프로그램을 통해 6개월- 5세 어린이 (230만명 정도 추정) 대부분에게 공급되고 있다.

실제로 2002년 영양조사에서는 2세 미만 어린이의 98.6%가 비타민 A를 복용한 것으로 조사되었다. 조사 시점이 10월이므로 최종적으로 5월에 비타민A를 복용하였는지를 확인한 것이다. 도시지역은 98.5%, 농촌지역은 98.3%로 차이가 없었다.

2003년도에도 95% 이상의 어린이에게 비타민A를 투여한 것으로 보고되고 있다.⁷⁶⁾

표 34. 6-23개월 어린이들에서 비타민A 복용 및 공급처

		비타민A 복용 어린이 %	어린이 수	동, 리 진료소	탁아소	어린이 수
연령 (개월)	6-11	96.7	151			
	12-23	98.4	1,071			
성	남아	98.5	595			
	여아	97.9	627			
지역	평양	100.0	161	37.3	62.7	161
	평안남도	98.6	142	47.3	52.7	146
	평안북도	98.1	157	22.6	77.4	159
	황해남도	99.3	148	40.7	59.3	150
	황해북도	98.0	151	35.8	64.2	159
	함경남도	98.7	156	65.2	34.8	155
	함경북도	99.3	147	34.5	65.5	148
	양강도	93.8	160	39.0	61.0	159
교육정도	중등교육	98.5	884			
	고등교육	97.3	338			
계		98.2	1,222	40.2	59.8	1,237

2004년도에도 어린이들에 대한 비타민A 보급에 대해서 조사되었는데 조사 전 6개월간 모든 지역에서 매우 광범위하게 이루어졌다고 보고되었다.

지역에 따라 다소 다르기도 하지만 조사 전 6개월간 비타민A를 복용한 2세미만 어린이의 대부분은 지역 탁아소에서 받았으며 함경남도의 경우 지역의 동 또는 리 진료소에서 받았다고도 한다.⁷⁷⁾

76) UNOCHA.DPRK Situation bulletin May 2003

77) 성장관찰(growth monitoring)은 탁아소에서 정기적으로 이루어지며 각 기관에 연계된 담당구역 의사로부터 지원된다. 기관마다 체중계량과 결과분석 등 성장관찰 업무를 보육사와 담당구역 의사들이 분담하고 있으나 기관에 따라 다르다. 아울러 어린이 체중에 관한 자료는 담당구역 의

6) 요오드 공급

요오드는 갑상선호르몬 합성의 기본 물질이며, 갑상선호르몬은 소아의 성장과 지능 발달에 없어서는 안되는 중요한 호르몬으로 이것이 결핍되면 성장이 지연되어 성장장애, 정신지체 등의 중요한 장애를 초래한다. 그리고 태아기나 아주 어려서 요오드가 부족하면 유산이나 갑상선기능저하증(크레티니즘)에 걸릴 수 있다.

북한에서 요오드 부족은 일반적인 현상으로 요오드 부족에 의한 갑상선종(goiter)발생이 흔하게 발생하고 있으며 산악지역에서 더 심각한 것으로 보고되고 있다.

갑상선종 유병율에 대해서는 1998년 북한에서 제공한 자료가 있다.⁷⁸⁾ 북동 산간지역인 자강도와 양강도 지역의 유병률이 20% 이상으로 나타나고 있다. 4-6세 어린이의 갑상선종 유병률은 10% 정도인데 11-16세 어린이의 경우는 거의 20%까지 증가하고 있다. 특히 북부의 산악 지역에서는 해산물 공급이 충분하지 않아 요오드 결핍

사들이 부족되어 있는 리나 동 진료소에 별도로 보관되어 있다. 영양장애 문제를 심각히 경험하고 있는 다른 국가들의 경험으로 미루어 보육사와 보호자가 체중계량 및 결과분석에 손수 참여할 때 성장관찰이 가장 효과적이라는 것을 알 수 있는데 현재 북한은 성장관찰의 예방적 기능보다는 아이에게 이상이 발생한 후에 부모에게 알리는 치료적 방식에 국한되어 있다고 한다. 북한은 주민과 가족들이 생산조직을 중심으로 리단위로 구성되어있다. 이런 성장관찰 기록들이 꼼꼼히 보관되어있지만 안타깝게도 인구의 전반적 복지상태 파악과 인적자원보호를 위해 가장 유용한 이 정보는 지역적 차원의 계획수립에 사용되고 있지 않고 있다.

Unicef. Analysis of the Situation of Children and Women in the DPR Korea 2003.10

www.unicef.org/dprk/unicef_files/situationanalysis.pdf

78) 국가계획위원회(DPRK State Planning Commission) 1998

이 빈발하고 있다.

요오드 부족과 관련한 지원사업은 2001년부터 이루어지고 있다.⁷⁹⁾ 대규모 지역에서의 요오드 결핍 예방은 염분의 요오드화를 통해 이루어지고 있는데 2001년도에 15,000톤, 2002년도에는 18,000톤의 요오드화염이 생산되었다.⁸⁰⁾ 2005년에는 남양의 요오드염공장을 재건하여 약 16,000톤(북한 정제 수요의 35%)을 생산하려고 계획하고 있고 나머지 5개 공장에서도 생산을 진행하고 있다.⁸¹⁾

(2) 어린이의 건강 실태

1) 영아사망률

북한의 경제 위기가 가속화되면서 인구학적인 많은 변화가 일어난다. 대표적인 것이 출생률 감소와 어린이사망률의 증가이다.

출생률이 감소하는 것은 식량난으로 인해 결혼이 늦어지고 임신자체를 기피하게 되며 임신중 영양부실로 인해 유산이 증가하기 때문인 것으로 보인다.

북한 당국이 공식적으로 발표한 자료에서는 북한의 영아사망률이

79) UNICEF는 2003년 전국수요의 절반 정도인 18,000톤의 요오드화염을 통해 요오드를 섭취함으로써 수백만명의 여성과 어린이에게 도움을 주었다고 한다.

UNOCHA.DPRK Situation bulletin Dec 2003

80) UNICEF. DPRK Humanitarian action report 2003

81) Unicef Humanitarian Action DPR KOREA Donor Update 12May 2005.

식량난이 본격화되기 전인 1994년 영아 1천 명당 14명에서 최악의 식량난을 겪은 후인 1999년 22.5명으로 증가한 것으로 나타난다.⁸²⁾

2002년도에 3개 지역에서 실시된 조사에서 영아사망률은 1천명당 21명인데 이는 1999년의 22.5명과 비슷한 수준이었다.

남한의 경우는 1993년 9.9명에서 1996년 7.7명 그리고 1999년에는 6.2명으로 계속 감소 추세를 보이고 있다.⁸³⁾ 1999년에는 남북간에 3.5배 이상의 차이를 보이게 된다. 이러한 영아 사망률의 증가는 저출생체중아의 증가와도 무관하지 않을 것이다.

표 38. 남북한 영아사망률 비교⁸⁴⁾ (영아 1천명당)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002***	2003****
북한*	14	14 (26.8)				(39)	22.5		23	21	22
남한**	9.9			7.7			6.2				5.3

* 1994년과 1999년 수치는 National Report DPR Korea, The 5th Ministerial Consultation for the East Asia and Pacific Region 2001.5 에서 인용하였으며 1993년과 2001년 수치는 UNFPA.Country programme outline for the DPRK. 2003.4.17에서 인용함.

82) National Report DPR Korea, The 5th Ministerial Consultation for the East Asia and Pacific Region 2001.5

83) 북한의 경우 자료 수집을 어떻게 하였는지에 대해서는 언급이 없다. 남한의 경우 출생 신고를 하기 전에 사망한 영아의 경우 사망신고도 되어 있지 않아 신고 자료를 토대로 영아사망률을 산출하기가 어렵다. 이러한 문제를 해결하기 위해 국민건강보험 자료를 인용한 조사 방법을 개발하여 3차에 걸친 영아사망 조사를 실시한 바 있다. 제 1차 영아사망조사는 1993년 사망 코호트에 대해 1995년에 조사가 실시되었고 1996년 출생아에 대해서는 1998년 2차 조사, 그리고 1999년 출생아에 대해서는 2001년에 조사를 진행하였다.

84) 연합뉴스 2001.7.18일자에는 북한의 영아사망률을 80년 39명에서 90년 31명, 94년 26.8명, 96년 28명으로 밝히고 있다. 이처럼 북한의 보건지표에 관한 자료들의 신뢰성에는 커다란 문제가 있다고 여겨진다.

** 보건복지부 1999년도 영아사망조사 보고서 2002.12.

*** UNFPA. Country programme outline for DPRK 2003.4.17

**** WHO.2005 The World Health Report 2005.

() 수치는 국제인구연구소(PRB)의 '98년 세계인구의 영아사망률 통계분석 결과'에서 인용함.

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서는 어린이사망률을 여성들의 출산경력에 기초하여 계산하였는데 그 자료의 질은 모성사망보다 더 정확하다고 밝히고 있다.

출산 순위별로 사망률을 보면 첫 출생인 경우에 높다가 2-3번째 출생에서는 낮아지고 4번째 이상 출생에서는 다시 높아지는 경향성이 있다.

그리고 출산 간격이 2-3년 일 경우 2년 이하보다 사망률이 30% 이상 줄어드는 것으로 조사됐다. 즉 출산 간격이 클수록 사망률이 줄어드는 경향을 보이고 있다.

이러한 분석을 통하여 초산부들과 4명 이상 다산부들에 대한 산전 산후관리를 특별히 잘하고 출산 간격을 조정하는 것이 어린이사망률을 낮출 수 있는 중요한 방법이라고 한다.

표 39. 어린이 사망률(산출생 1천명 당)

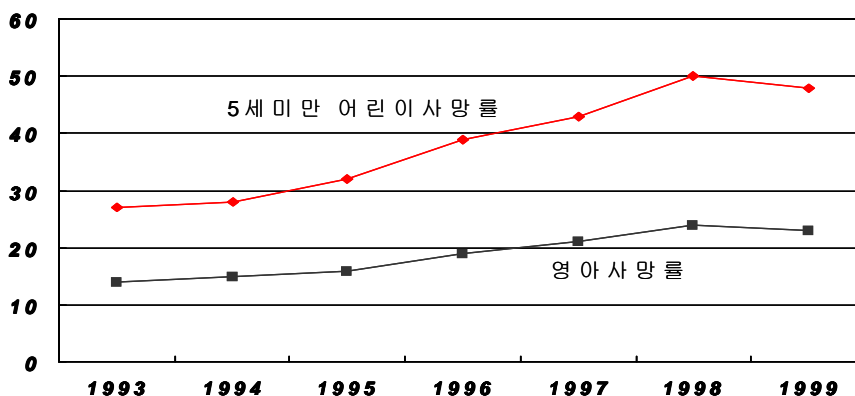
구분		신산아*	신생아**	유아***	5살 미만
출생순위	1	9.9	15.4	22.0	35.2
	2-3	7.5	12.4	19.3	29.8
	4이상	13.4	20.1	26.8	40.3
출생간격	2년이하	26.1	43.5	60.9	69.6
	2-3년	8.5	12.1	19.3	33.8
	4년이상	6.2	10.6	15.5	26.1
모두		8.6	13.9	20.6	32.2

영아사망률이 수년간 큰 변화없이 높이 유지되는 것은 영양부실 및 보건의료체계 붕괴에 기인한 것으로 영양과 건강관리의 측면에서 근본적인 대책이 수립되지 않으면 문제해결을 기대하기가 어려울 것으로 판단된다.

2) 5세 미만 어린이 사망률

5세 미만 어린이 사망률은 1960년에는 출생아 1천 명당 37명에서 1990년 14명으로 급감했으나 1990년 이후부터는 감소율이 저조하였다. 그러나 경제위기가 가속화되고 보건의료시스템이 붕괴되면서 2000년에는 48.8로 상승하였다고 북한 당국이 공식 발표한 적이 있다. 이 수치는 1993년부터 1999년까지 1.8배 정도 증가한 것이다.

그림 10. 영아 및 5세 미만 어린이사망률⁸⁵⁾



어린이사망률의 꾸준한 증가는 5년조차 살지 못한 채 죽어버리는

85) UNICEF. Analysis of the Situation of Children and Women in the DPRK, 2003.10

어린이의 수가 늘고 있다는 것이다.

이들의 주요 원인으로 설사병, 급성호흡기질환 등을 꼽을 수 있으나 다른 저개발국가의 경우와 마찬가지로 북한에서 5살 미만 어린이사망의 절반 가까이는 영양실조에 기인하는 것으로 보인다. 물론 여기에는 환경적 요인도 관련이 있는 것으로 판단된다.

3) 예방접종

예방접종은 전체 인구의 일정비율 이상이 면역성을 가질 때만 사회적 효용성을 지닌다. 즉 예방접종은 전체 인구를 대상으로 접종할 때만 예방접종의 효과가 나타난다. 따라서 예방접종의 대상은 5세 미만 어린이 전체가 된다.

1990년대 중반 북한은 극심한 식량위기를 겪음과 동시에 다양한 형태의 보건의료 문제를 접하게 된다. 심각하게 대두된 문제 중의 하나가 감염병의 폭발적인 증가로 감염병의 발생과 확산은 다양한 양상을 띠고 사회전반에 큰 충격을 가져다주었다.

예를 들면 소아마비는 이전에 어느 정도 통제가 되고 있다가 1990년대 중반 예방접종이 이루어지지 않으면서 북한에서 다시 발생하기 시작한 질병이다. 1987년부터 1994년까지는 소아마비 발생 사례가 없었는데 1995년 7명, 1996년에는 6명의 소아마비 환자가 다시 발생한 것이다.

이후 소아마비를 통제하기 위해 북한 당국은 세계보건기구의 제안을 받아들여 1997년부터 소아마비 박멸을 위해 ‘민족면역의 날(National Immunization Days)’을 지정하여 시행하기 시작하였다. 시행 첫해인 1997년부터 소아마비 발생 보고가 없었다. ‘

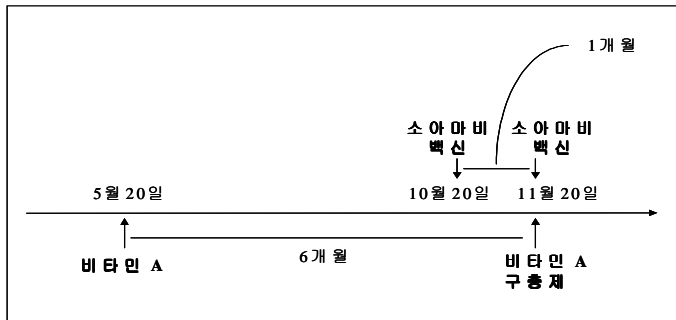
민족면역의 날’ 프로그램은 소아마비 백신 투여와 비타민 A 캠페인, 어린이 구충사업까지 병행하는 다목적 어린이건강관리 프로그램으로 5세미만 어린이를 대상으로 전국적으로 시행되었으며 세계보건기구, 유엔아동기금 등 국제기구 관계자들이 모니터링에 참가하였다.⁸⁶⁾

6차년도인 2002년까지 계속되다가 소아마비가 효과적으로 통제되고 있다는 판단에 따라 7차년도인 2003년부터는 소아마비 백신투여가 제외되었으며 명칭도 ‘National Health Child Days’로 변경되었다. 2004년도에도 계속 진행되어 비타민 A와 구충제를 제공하고 있다. 6-59개월 어린이 95%이상이 일년에 두 번 비타민 A를 복용하고 모든 산모들은 출산 직후에 한번 비타민 A를 복용할 수 있도록 하고 있다.

그림 9. 민족면역의 날 프로그램 일정(1997-2002년)⁸⁷⁾

86) 북한은 “비타민A와 메벤다졸을 먹이는 목적은 회충구제를 하고 간 기능과 시력을 보호하는데 있다”면서 “보건기관은 사전에 기술실무 강습을 했고 어린이 건강관리를 위한 다양한 의료활동을 진행했다”고 설명했다. 연합뉴스 2004.11.22

87) 어린이의약품지원본부. 2002년 북한어린이건강실태보고서



세계보건기구 등 국제기구들은 이와 같은 전국적인 동원 프로그램을 공중보건 사업을 전개하는데 있어 유용한 하나의 모델로 판단하여 모성보호사업 등 다른 영역으로의 확대를 검토하고 있다고 한다.⁸⁸⁾

표 35.는 자료 수집이 가능한 연도의 예방접종률의 변화를 보여주고 있다.

표 35. 예방접종률의 변화(단위 :%)

	1998*	1999**	2000***	2002#	2004##
BCG	63.5	81.5	81.5	88.3	99.7
DPT	37	95.5	92.4	68.1	93.3
소아마비	76.5	90.4	98	98.5	100
홍역	34	91.5	98.6	95.3	96.3

* UNICEF.DPR Korea:UNICEF Country office, Multiple Indicator Cluster Survey 1998

** 2nd Multiple Indicator Cluster Survey

88) www.unicef.org/dprk/health_159.html

*** UNICEF, Humanitarian appeal for children and women Jan-Dec 2001

Central Bureau of Statistics, DPRK. Report on the DPRK. Nutrition

Assessment. 2002

DPRK 2004 Nutrition Assessment Report of Survey Results

47만 명의 영아와 48만 명의 산모에 대한 예방접종을 효과적으로
진행하는 것이 2004년의 목표였는데 2004년 영양조사 결과를 보면,
2세 미만 어린이들에 대한 BCG(99.7%), 소아마비(100%),
PT(93.3%), 홍역(96.3%)등의 예방접종이 전 지역에서 광범위하게
이루어졌음을 볼 수 있다.

4) 설사병과 호흡기 감염증

설사병과 급성호흡기 감염증은 5세 미만 어린이 사망률의 80%가
이들 질환에 의한 것일 정도로 여전히 어린이 사망의 주요한 원인
이 되고 있다.⁸⁹⁾ 이들 질환은 정상적인 면역조건에서 적절한 치료
만 이루어진다면 대부분 회복되지만 극심한 영양결핍 상태에서 치
료가 이루어지지 않으면 치명적인 결과를 초래한다.

최근들어서 최악의 상황은 지났다고 하지만 여전히 어린이에게 위
협적인 존재인 것은 마찬가지이다. 수년간 외부로부터 의약품과
ORS(구강수분보충염) 등의 지원에 힘입어 그 충격을 줄일 수는 있
었지만 앞으로도 지속적인 지원이 필요하다.

89) www.relief.int 2005.7.6

< 2004년도 영양조사 > 결과에서도 어린이 5명중 약 1명꼴로 조사시점 전 2주일 사이에 설사를 한 경험이 있었다. 설사 발병률은 평양이 다른 도에 비해 낮았고 화장실 형태나 급수원과 설사와의 관련성은 찾지 못했으나 완전 배제할 수는 없다.

여성의 83%가 설사증세가 나타났을 때 ORS나 필요한 수분을 제공받았다고 답했고⁹⁰⁾ 여성의 62%는 모유를 계속하였다. 그러나 여성의 30%는 설사가 발생하였을 때 음식섭취를 줄였으며 20%는 수분섭취를 줄였다고 답했다.

조사시점 전 2주일 동안에 어린이의 12%가 급성호흡기질환, 20%가 발열, 85%가 급성호흡기질환과 발열증상이 있었다. 6-17개월된 어린이에게 급성호흡기 질환과 열이 있는 급성호흡기질환이 보다 많이 나타났다. 급성호흡기질환에 걸린 대부분의 어린이들은 치료를 받았다고 보고됐다.

감염병 확산의 차단과 관리는 북한 보건의료의 중요한 현안중의 하나이다. 영양, 환경, 의약품, 병원시설, 의료인력 등 다양한 측면이 고려되어야 하는 문제이긴 하지만 현재의 조건에서 제한된 물자와 인력을 제대로 활용하여 최대의 효과를 올릴 것인가도 중요한 과제의 하나이다.

또한 북한 당국이 감염병 관리에 대한 의지를 갖고 장기적이고 근본적인 대책을 마련하는 것이 필요하며 이를 위한 관리시스템을 체

90) 2002년도에는 58%였다. Unicef Humanitarian Action DPRKOREA Donor Update 12May 2005.

계화, 전문화하는 것이 중요하다. 교육과 훈련을 통해 전문 인력을 확보하는 것도 절실히 필요하다.

5) 저출생체중아

식량이 부족하면 산모들도 식량부족으로 인한 고통을 나눌 수밖에 없는데 산모가 제대로 먹지 못하면 이 산모에서 태어나는 아이도 체중이 작을 수밖에 없다. 즉 출생시 어린이 몸무게는 임신부들에 대한 산전관리 및 임신시 여성들의 영양과 많이 관련되어 있기 때문에 중요한 것이다.

의학적으로 2.5kg 이하인 경우를 저출생체중아라고 하는데 북한의 경우 저출생체중아가 증가하는 것은 일차적으로 산모의 영양상태가 불량하기 때문이다. 따라서 한 세대가 영양부족의 상태로 성장하면 그 영향은 다음 세대에게도 미치게 된다. 왜냐하면 다음 세대에서의 저출생체중아의 비율이 증가할 것이기 때문이다.

저출생체중아는 여러가지 의학적인 문제를 일으킬 수 있는데 영아 사망률이 증가할 뿐 아니라 성장발달상에서도 문제가 되는 경우가 흔하기 때문에 세심한 진료가 필요하게 된다.

일부 현장보고에서는 저출생체중아에 대해 언급하고 있다. 지방 공무원들과의 대화를 통해 평균 3.3kg에서 2.2-2.3kg으로 유의하게 감소했다는 것을 확인한 적도 있다고 한다.⁹¹⁾

식량난이 가장 극심했던 당시에 지역에 따라 다르지만 일부 지역에서는 평균 2.6kg, 다른 지역에서는 평균 2.3kg 정도의 저체중을 보였다는 보고도 있다.⁹²⁾ 또 다른 정보에 따르면 지난 몇 년 사이에 출생 시 체중이 평균 약 400g 정도 감소하였다고 한다.⁹³⁾

최근 들어 출생시 신생아들의 체중이 증가하고 있다는 보고들이 있으나 이전 상태 정도로 회복되었다고 보기는 어려울 것 같다. 1998년 조사에서 9.1%, 2000년 조사에서는 6.4%, 2002년 조사에서는 6.7%였다고 한다.

표 36.은 < 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서 어린이들의 출생시 몸무게를 출산 순위와 거주지에 따라 보여준 것인데 1997년의 결과와 비교해보면 저체중아 비율은 2.4% 감소되었다고 한다.

표 36. 출생시 어린이 몸무게 구성(%)

구분		어린이 몸무게 비율				어린이 수
		2.5kg이하	2.5kg이상	모름	계	
출산순위	1	6.2	81.8	12.0	100	1,044
	2-3	6.1	85.5	8.4	100	1,503
	4 이상	8.3	88.0	3.7	100	105
거주지	도시	6.3	88.6	4.1	100	1,328
	농촌	6.1	79.9	14.0	100	1,324
모두		6.2	84.2	9.6	100	2,652

91) UNOCHA. DPK Korea Humanitarian situation report: 15 Jul-15 Aug. 1999.8.15

92) UNOCHA. OCHA Special update Aug-Sep 1999 Bulletin #8 1999.9.17

93) WHO, 북한의 보건의료에 관한 보고서, 1999.4

6) 출생 후 검진 실태

< 2002년 재생산건강조사보고서 >에 따르면 출생 후 검진받은 어린이들의 비율은 98.8%로써 ‘ 태어난 첫 날부터 어린이에 대한 건강관리사업을 국가가 전적으로 책임지고 진행하고 있는 사회주의보건제도의 우월성을 반영한다’ 고 적고 있다.

그리고 자택에서 출생한 어린이들의 출생 후 첫 검진을 받은 날짜를 조사했는데 출생 후 2일 안에 검진받은 비율이 66.5%, 3-6일에 검진받은 비율이 11.7%로써 78.2%가 태어난 후 6일 이내에 검진을 받았다는 것을 보여주고 있다.

어린이들이 첫 건강검진을 받은 장소에 대한 결과를 보면 어린이와 여성들의 일차적인 건강관리사업을 진행하는데 있어 기본적인 구역/군병원의 중요성을 알 수 있다.

어린이들이 첫 건강검진을 받은 장소는 구역/ 군병원이 81.7%로 제일 높고 리병원이 14.7%로 두 번째로 높다. 중앙병원과 도/시병원에서 검진을 받은 비율은 이에 비하여 상대적으로 매우 적다.

이러한 경향성은 출산 순위와 거주지별로 유사한데 출산순위가 낮을수록 구역/군병원에서 검진을 받은 비율이 높고 도시지역이 농촌지역에 비해 18.5% 더 높다. 이는 지원단체들의 사업 우선순위를 정하는데 많은 시사점을 주기도 한다.

표 37. 출생한 어린이들의 첫 검진장소별 구성(%)

구분		검진 장소				계	어린이 수
		중앙병원	도/시병원	구역/군병원	리병원		
출산순위	1	2.3	1.4	88.5	7.8	100	1,043
	2-3	2.4	1.1	44.2	19.3	100	1,479
	4이상	5.2	0	76.3	18.6	100	97
거주지	도시	1.8	1.4	91.0	5.8	100	1,325
	농촌	3.1	1.0	72.5	23.4	100	1,294
모두		2.5	1.2	81.7	14.7	100	2,619

1998년과 2002년도도 영양조사 결과에 대한 자료는 2002년과 2003년에 본 단체에서 발간한 ‘북한어린이영양실태보고서’에 자세히 기술되어 있다. 또한 2004년도 영양조사결과와 함께 북한보건의료 네트워크(www.nkhealth.net)의 연구자료실에서 파일을 내려받아 볼 수도 있을 것이다.

5. 여성 및 어린이 관련 기관

(1) 여성상담소

여성상담소는 “여성의 건강을 위생적으로 보호하고 특히 부인병을 예방 치료하며 여성을 사회적으로 보호” 하는 것을 목적으로 하고 있다. 여성상담소는 접수실, 휴식실, 부인과실, 임신부실, 전문의실, 사회법률 상담실 등의 기본 시설을 갖추고 주로 여성의 건강

보호를 위한 예방치료 활동에 주력하고 있다고 한다. 여성상담소는 법규정에서 재정에 관한 언급은 없다. 그러나 현재 북한의 보건의료체계가 북한의 표현대로 ‘완전하고 전반적인 무상치료제도’로 이루어지고 있으므로 여성상담소의 운영 비용은 전액 국가 예산에서 부담하고 있는 것으로 보인다. 그리고 임산부 보호를 위한 산전 산후 휴가도 전액 국가와 사회협동단체에서 부담하고 있다.⁹⁴⁾

그러나 2001년 10월의 경제관리개선지침에서 ‘무료의무교육제, 무상치료제 등 사회주의제도의 우월성을 보여주는 시책들도 일부 불합리한 것’으로 정리할 필요가 있다고 언급하였다. 이러한 사실들을 통해 앞으로 북한이 사회보장제도를 개편해 나갈 것임을 예상할 수 있는데 개편의 방향은 국가지원의 축소와 개인 및 가족부담의 증가가 될 것이다.

이미 북한은 2002년 9월부터 학제를 개편하고 대학수학 기간을 4-6년으로 단축하고 교과과정을 개편하는 등 실리주의적 경향을 보이고 있다.⁹⁵⁾

이처럼 위의 경제난 시기와 함께 7.1경제조치 이후 진행되고 있는 배급제, 사회보장제의 축소는 국가적 차원에서는 가격 인상을 통하여 주민들의 의식주 공급의 책임자라는 부담에서 어느 정도 벗어날 수 있는 계기가 되었지만, 개인과 가족의 차원에서는 국가의 줄어든 부담을 고스란히 떠안게 되고, 그 부담의 최종 책임자는 바로

94) 김영란, 북한여성의 사회복지 정책 연구, 지역학논집 제 5집 60.

95) 박현선, 북한경제개혁 이후 가족과 여성생활의 변화, 2005 여성학논집 제22집1호, 97쪽.

여성이다. 고난의 행군시기에 그러했듯이 여성들은 가족경제의 책임자로서 그 역할을 수행하기 때문이다.

(2) 산원

산원은 “산전 산후 여성들의 건강을 위한 보건 위생적 보호 및 분만에 대한 예방의학적 방조를 주며 특히 병적 임신 분만과 산부에 대한 입원치료 및 유산을 방지함으로써 사회적으로 보호” 하는 것이라고 한다. 산원에서는 임신부와 신생아의 발병률과 사망률의 저하, 임신부의 분만방조, 임신부의 섭생 및 신생아의 양육에 대한 위생선전 등을 주목적으로 한다.

중앙에는 평양산원이 있고 도 단위에도 산원이 있다. 시군 단위에는 인민병원에 산부인과가 설치되어 있다. 도시의 병원과 농촌의 리단위 병원에도 산과 진료실리 설치되어 있다.

1) 평양산원

가장 대표적인 것이 평양에 있는 평양산원이다.

평양산원은 종합적 여성봉사와 산부인과학 연구기지를 목적으로 1980년 7월 30일 준공되었다. 연건축 면적 60,000평방미터, 13층 규모의 본관건물과 6개의 보조 건물로 이루어져 있으며 산과 병동 540병상, 부인과 460병상, 500개의 신생아병상 등 총 1,500병상이며 의사 300명, 조산원 100명 등 직원만 1,500명이 일하고 있다. 또한 산과와 갓난애기과, 부인과, 내과, 비뇨기과, 구강과, 구급

과, 소생과, 이비인후과, 동의부인과가 있으며 기능진단과, 실험검사과, 렌트겐과, 물리치료과 등이 있다.

1일 분만이 평균 50명, 연간 2만여 명의 어린이가 이곳에서 태어난다고 한다. 이 산원에는 지역병원과 리 단위 병원에서 정상 분만이 어렵거나 임신중독증 등 이상이 있는 산모들이 주로 입원한다.⁹⁶⁾ 평양산원에서의 제왕절개 수술 비율은 20% 정도로 남쪽보다 낮다. 정상 분만 입원기간은 7일, 제왕절개 수술을 한 경우는 14일 정도 입원하는데 이는 남쪽보다 긴 기간이다.

최근 평양산원은 의료정보 전산화에 박차를 가하고 있다⁹⁷⁾. 조선중앙방송은 7일 "평양산원에서 의료봉사의 종합적 정보화를 실현하기 위한 작업이 거의 마무리 단계에 있다"면서 '전자 병력(病歷)서'와 전자도서관, 의약자료정보센터, 홈 페이지 구축 등이 이 작업의 핵심이라고 보도했다.

전자병력서는 환자가 입원해 퇴원할 때까지의 치료 사항을 전산으로 입력해 관리하는 것으로, 다른 병원에서 진료를 받을 때에도 컴퓨터망을 통해 이 자료를 이용할 수 있다고 방송은 전했다. 이와 함께 의료기관으로는 처음으로 홈 페이지가 개설된다. 이 홈페이지는 내부 전산망으로 연결돼 북한 지역에서만 이용할 수 있다. 중앙방송은 "홈 페이지와 전자도서관, 의약자료정보센터가 구축되면 의학, 과학기술 자료를 제때에 받아볼 수 있고 전국의 관련부문에 도 신속봉사가 가능해질 것"이라고 말했다.

2) 함경북도 산원

함경북도 산원은 청진시의 수북지구에 위치하고 있다. 3,200㎡의

96) 유광사. 한국의사 평양서 진료할 날 기대. 의협신보. 2003.3.24

97) 연합뉴스 2003.7.7

부지 면적에 연3,890m²의 건평을 가진 산원은 4층짜리 입원병동, 외래병동과 식당 등 여러개의 부속 건물들을 갖추고 있다. 산원에는 산과, 애기과, 부인과, 상담과, 고려치료과, 수술실들이 있으며 보육기, 흡출기 등 여성들의 해산과 어린이 보육에 필요한 각종 치료설비들이 갖추어져있다.

이곳에서는 한 해에 3,000-4,000여명의 여성들이 출산을 하고 있는데 개원 후 지난 3년 동안에 이 산원에서는 5쌍의 세쌍둥이, 78쌍의 쌍둥이들이 출생하였다.

3) 회령산원

회령산원은 최북단 함경북도 회령시에 자리잡고 있으며 1995년 10월 4일에 개원하였다. 연건평은 4, 200m²이며 건물은 3층으로 되어 있다. 1층은 외래치료실, 2층은 해산수술실, 기능진단실, 3층은 입원실이다. 이곳에는 보육기와 기능진단기를 비롯한 최신의료설비들이 갖추어져 있다. 여기에서는 해마다 1, 000여명의 여성들이 출산을 하고 있으며 개원 후 지난 6년 동안에 3쌍의 세쌍둥이와 37쌍의 쌍둥이가 태어났다.

4) 강원도산원

북한의 강원도 원산시에 최신 의료설비를 갖춘 '강원도 산원'이 26일 개원했다. 북한의 조선중앙방송은 27일 부지면적 1만여m²에 입원실, 치료실, 해산실 등이 있는 본관과 부속건물을 갖춘 강원도 산원이 개원, 임신부와 신생아에 대한 의료봉사 활동을 한 단계 높일 수 있게 됐다고 보도했다.⁹⁸⁾

(3) 조선가족계획 및 모성유아건강협회⁹⁹⁾

98) 연합뉴스 2003.12.26

조선 가족계획 및 모성유아건강협회¹⁰⁰⁾는 인구 및 모성유아보호 정책에 적극 이바지하는 것을 기본으로 하면서 가족계획 및 재생산 건강에 대한 봉사와 선전 보급 활동을 펼치기 위해 1990년 1월에 설립되었고 1995년부터는 국제가족계획연맹 정회원의 정회원으로 있다.

평양시 중구역에 본부가 있고 사업 대상지역들에 7개의 지부사무소를 두고 있으며 8개의 가족계획진료소와 7개의 이동봉사대가 있다. 이동봉사대는 보건기관과 멀리 떨어진 농촌, 산간지대의 주민들을 대상으로 봉사 활동을 벌이고 있다.¹⁰¹⁾ 보건, 공장, 농촌 여성위생 선전실을 두고 있는데 9만7천명의 회원을 확보하고 있다.

(4) 인구연구소

북한은 1985년 7월 11일 인구학 연구의 목적으로 인구연구소를 설립했다. 이 연구소는 평양시 평천구역에 있는데 북한의 인구 분포와 인구성장에 관한 연구 등을 바탕으로 인구와 경제간의 균형 보장등 여러 가지 인구학적 문제를 해결하는 등 다양한 연구사업을 벌이고 있다. 또한 정기 간행물인 ‘인구소식’과 학보 및 각종 연구 도서들을 발간하고 있으며 각국의 인구학 연구소들과도 교류하고 있다.¹⁰²⁾

99) www.unfpa.org

100) Korean Family Planning/Maternal Child Health Association(KFP/MCHA)

101) 조선중앙통신. 2003.7.10

102) 연합뉴스 2002.9.10

(5) 탁아소

북한에서는 1947년 탁아소와 유치원을 설립하기 시작하여 2002년 현재 유치원과 탁아소에 다니는 어린이 수는 2,280,560명이라고 한다.¹⁰³⁾ 거의 대부분의 어린이가 탁아소나 유치원에 다니고 있는 셈이다. 그러나 실제로는 이보다 적을 가능성이 있다고 한다. 국제기구들의 현장보고를 보면 탁아소 출석률이 감소하고 있으며 식량부족과 난방을 위한 연료 부족이 출석률을 저하시키는 가장 큰 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다

북한은 탁아소를 유치원에 가기 전 단계(1-3세)의 어린이들을 국가적 및 사회적으로 키우는 공산주의적 보육교양기관으로 규정하고 49.2 보건국 명령 1호로 「탁아소규칙」을 마련하였다.

탁아소 운영비용은 국가와 사회단체에서 부담토록 헌법(49조)에 명시하고 있으나 북한에서 탈출해온 귀순자들에 의하면 탁아소 운영자금 부족으로 육아비용을 부모들에 부담시키고 있다고 한다.

탁아소는 운영방법에 따라 일 탁아소, 주 탁아소, 월 탁아소로 구분되며 일 탁아소는 매일, 주 탁아소는 1주, 월 탁아소는 한달 또는 그 이상을 기간으로 어린이들을 맡아보도록 되어 있으며 주 월 탁아소는 장기간의 파견근무나 출장, 소집교육시 등에 이용한다.

103) UNICEF, Analysis of the situation of children and women in the DPRK October 2003

일 탁아소는 공장, 기업소, 농장 그리고 각 도에 200-300명 기준으로 1개소가 운영되고 주, 월 탁아소는 평양, 함흥, 청진 등 3대 도시에는 2개 지역당 1개소가 설치되어 있고 중,소도시에는 2-3개소, 군소재지에는 1-2개소가 설치, 운영되고 있다.

탁아소에 맡겨진 어린이들은 월령에 따라 젖먹이반, 젖떼기반, 밥먹이반으로 나뉘어져 양육되고 있고 접수방, 잠자는방, 놀이방, 젖먹이는방, 햇빛쪼이는방, 목욕방, 영양방, 의무방 등의 시설이 갖추어졌다고 한다.¹⁰⁴⁾

산후 휴가를 마친 여성들은 젖먹이반에 맡긴 아이에게 모유를 먹이는 시기인 생후 8개월 정도까지 2시간에 한번씩 20-30분 동안 탁아소에 와서 자녀에게 모유를 먹이고 돌봐줄 수 있다. 8개월이 되면 젖먹이반을 끝내고 암죽이나 미음 등을 먹이면서 점차 적을 때는 젖떼기반에 들어가게 된다. 이유식을 먹는 1년 정도까지는 오전, 오후 각각 한차례 와서 봐주며 1년 반까지는 하루 한번씩 다녀갈 수 있다.

각 탁아소, 유치원마다 의무실과 의사가 배치되어 있다. 예방접종 등도 여기서 시행한다. 탁아소에 입소할 때는 어린이 건강관리부가 필수품으로 간주되고 있다. 대표적인 탁아소로는 김정숙탁아소, 9·15탁아소, 강반석탁아소 등이 있다.

104) www.wonen.or.kr 북한의 산전산후, 탁아, 복지정책

1) 김정숙탁아소 (평양시 모란봉구역)

북한 최초의 탁아소인 「3·8탁아소」를 증축하여 1988년 4월에 김정일의 생모 김정숙의 이름으로 개명하여 개소한 것이며 연건평 7,600평방미터의 5층 건물로서 460여명을 수용, 1-2층은 탁아소이고 3-5층은 유치원으로 운영되고 있다.

평양시 모란봉구역 칠성문동 안상택 거리에 위치하고 있으며 1988년 4월 14일 문을 열었다. 「김일성·김정숙 어린시절 따라 배우기 방」·탈의실·교양실·침실·식당·놀이장·물놀이장·춤실·영양실·종합운동놀이장 등의 시설이 갖춰져 있다.

2) 9·15탁아소 (평양시 중구역)

1969년 9월 15일에 개소하여 9·15탁아소라 명명되었으며 연건평 12,000평방미터로 5층의 4개동에 1,000여명을 수용하고 있고 방북 외국인들에게 체제선전을 위한 관람코스로 이용하고 있다.

3) 강반석탁아소 (평양시 광복거리)

김일성의 母 강반석의 이름을 따서 1996년 2월에 개소되었으며 연건평 3,500여 평방미터 규모로 지어졌다.

(6) 유아상담소

유아상담소는 생후 1일부터 만 3세까지의 유아들의 건전한 발육을 보건위생적으로 보호하며 유아질병에 대한 예방 및 치료를 목적으로 한다.

(7) 유치원

2년 기간의 유치원은 어린이들에게 “학교에 갈 준비교육을 주는 교육기관”이다. 만 4세가 되면 유치원 낮은 반으로 편입되고 만5세가 되면 높은 반으로 올라가는데 1973년 북한은 11년 의무 교육 제도를 도입하면서 만 5세의 어린이들이 취학하기 전까지 1년 동안 유치원 높은 반에서 의무교육을 받도록 하고 있다.

유치원은 교육성 산하로 건강관리와 급식 보장이 탁아소에 비해 상대적으로 떨어지지만 그래도 대부분 여성들은 유치원을 선호하고 있다. 북한당국은 유치원 교육을 강요하지 않고 있으며 자녀를 유치원에 보내는 것은 전적으로 부모의 권한이다. 한글을 가르치는 유치원 높은 반은 학령 전 의무교육 차원에서 운영되는 것으로 부모들은 이를 당연하게 여기고 있어 유치원에 가지 않으면 자기 아이만 손해일 것이라는 의식으로 유치원에 보낸다.¹⁰⁵⁾

대표적인 유치원으로 창광유치원은 1982년 개원했으며 평양시 중구역 창광거리에 소재하고 있다. 10층 건물로 어린이 8백명을 수용할 수 있으며 김일성 혁명사상연구실을 비롯하여 각층에 놀이방·공

105) 오미희, 남북한 아동의 복지 환경에 관한 연구, 2004.

부방·침실·목욕실 등이 갖춰져 있다. 2백 60여점의 동물박제표본과 각종 악기 2백55점이 구비돼있고 건물의 옥상에는 「우리는 행복해요」라는 대형 간판이 세워져 있다.

(8) 고아 보호시설

북한의 고아들은 나이별로 다른 시설에 생활하고 있다.

4세 미만은 육아원, 4세 - 5세는 애육원(유치원 과정), 6세 - 9세는 초등학교(인민학교 과정), 10-15세는 중등학교(고등중학교 과정) 이라고 부르며 도, 시 직할시 마다 하나씩 두고 있다.

육아원과 애육원은 “부모의 보살핌을 받을 수 없는 어린이들을 국가가 맡아 키우는 보육교양기관” 이라고 성격을 규정하고 있다. 육아원과 애육원은 먹고 자고 교육받을 수 있는 시설이 같이 되어 있는 반면 초등학교와 중등학교는 기숙시설과 교육시설이 분리되어 있다. 육아원은 전국 12개 시도에 14개가 있으며, 보건성에서 관할하고 있고 종종 영양실조 어린이를 회복시키기 위한 군내 소아병원으로 종종 활용된다.(표 38.참조) 애육원은 전국 12개 시도에 1개씩 총 12개가 있으며 교육성 관할이다.¹⁰⁶⁾

고아시설은 가정이나 생산 기업과 특별히 관계를 맺고 있지 않기 때문에 재정이 빈약하며 전적으로 정부지원에 의존하고 있다. 특히 육아원은 생산조직과 연계되지 않고 국가보조에 전적으로 의존하기

106) 이윤상. 민주평통 제 57차 여성분과위원회 2004.11.23. 북한 어린이 보육/ 교육실태와 지원 현황 및 과제

때문에 재정적으로 매우 어려운 상황이다. 현장조사에 의하면 탁아소보다 육아원에 영양부족 문제가 심각한 상태이다.

현재 북한 전역에 고아를 돌보는 시설은 37개소 정도 되며 고아의 수는 2001년도에는 15,000명 정도, 2002년도에는 7,500명 정도로 추산하고 있다.

표 38. 북한의 육아원 현황

육아원명	예상 아동수	소 재 지
평양육아원	200명	평 양 시
남포육아원	200명	남 포 시
해주육아원	400명	황해남도 해주시
사리원육아원	400명	황해남도 사리원시
원산육아원	300명	강원도 원산시
해산육아원	400명	양강도 해산시
청진육아원	400명	함경북도 청진시
신의주육아원	300명	평안북도 신의주시
룡천육아원	300명	평안북도 룡천군
개성육아원	200명	개 성 시
평성육아원	400명	평안남도 평성시
희천육아원	400명	자강도 희천시
강계육아원	400명	자강도 강계시
함흥육아원	400명	함경남도 함흥시

6. 북한여성과 어린이를 위한 지원현황

북한이 경제적 어려움과 자연재해로 인한 피해에 대처하기 위해 국제사회에 지원을 요청한지 10년이 지나간다. 국제기구, 외국과 남한의 지원단체 그리고 북한당국과 주민들이 많은 노력을 기울였지만 북한의 인도주의적 위기는 아직까지 끝나지 않았다. 특히 보건의료 분야의 취약성은 북한 주민들 특히 어린이나 노인, 산모 등 위기에 민감할 수 밖에 없는 인구집단에 어려움을 더해주고 있다. 이는 인도주의 위기가 아직 완전히 극복되지 않았으며 또한 현재 수준을 유지하는데도 외부의 지원이 절대적으로 필요하다고 판단된다. 만약 외부의 지원이 중단된다면 북한 주민의 건강과 생명에 큰 위기가 닥치게 될 것이다.

간단한 예로 말라리아, 결핵의 예를 들 수 있다. 현재 국제기구, 남한정부, 민간단체 등의 지원에 힘입어 어느 정도 통제가능한 수준에 이르렀다고 판단되는데 당장 외부 지원이 중단된다면 다시 통제 불가능한 수준으로 상황이 악화될 가능성이 높다.

(1) 국내 현황

국내적으로 보면 지원의 내용도 긴급구호에서 복구와 개발 지원으로 전환하고 있고 지원범위도 다양해지고 규모도 확대되고 있다.¹⁰⁷⁾

병원현대화 지원 사업의 예를 들면 호담당의사들에 대한 왕진가방

107) 제임스 모리스 세계식량계획 사무총장은 북한이 더 이상의 긴급구호 활동은 필요치 않고 개발지원을 해주기를 바라고 있다고 12월 11일 자유아시아방송과의 인터뷰에서 말했다. 연합뉴스 2005.12.11

지원에서부터 동진료소(1차의료), 구역병원(2차), 평양 인민병원, 평의대병원(3차), 적십자병원(4차)에 이르기까지 거의 모든 수준에 이르는 병원에 대한 지원이 이루어지고 있다. 어린이병원, 안과병원 등 전문병원 들도 남북의 협력 하에 신축되어 가동 단계에 들어가 있다. 지원사업이 복구, 개발지원으로 전환하면서 수십억 이상의 재정이 소요되는 사업들이 진행되고 있다.

또한 대북지원과정에서 남한의 의약품, 의료기기, 장비의 지원, 기술지원, 남북보건의료인들의 교류 등 다양한 형태의 교류협력이 이루어지면서 상호 이해의 폭이 넓어졌다. 남한 의사들이 평양에서 열리는 의학학술 대회에 참가하기도 하고 남한 의사의 집도 하에 수술이 이루어진 경우도 많다. 다양한 교류를 통해 북한 보건의료 실태나 시스템에 대한 이해 수준이 높아졌으며 피드백의 과정을 거쳐 보다 적절한 수준의 지원이 이루어지는 선순환 구조가 형성되고 있다.¹⁰⁸⁾

그러나 북한 당국은 유니세프나 세계식량기구 등의 국제기구가 주기적 모니터링을 통해 변화를 파악하여 보고서를 정기적으로 제출하면서 지원방향과 규모를 조정하고 있는 것과 비교하면 남한의 민간지원단체가 사업성과에 대한 분석과 그에 따른 보완 방향을 모색할 수 있는 기회를 제한하고 있다.¹⁰⁹⁾ 또한 지원이 평양에 집중되어 지원이 절실하게 필요한 지방 주민들에게 효력이 미치지 못함은 앞 장의 어린이영양실태보고서에서 확인할 수 있다.

(2) 국제 현황

108) 어린이의약품지원본부에서는 <북한보건의료네트워크(www.nkhealth.net)>를 운영하고 있는데 여기서 북한보건의료 시스템과 의료실태 등에 대한 다양한 자료를 구할 수 있다.

109) 이기범. 남과 북이 함께 설립한 평양어깨동무 어린이병원, 남북어린이어깨동무. 2005

여성과 어린이에 대한 국제적인 지원을 보면 임신, 출산과 관련 있는 장비 및 기구의 지원이 꾸준히 이루어졌다. 분만실, 수술실 장비들과 모자보건키드가 제공되었고 안전한 임신과 출산을 위한 교육, 훈련도 이루어지고 있다.

교육식량지원연락사무소(FALU)와 세계식량계획은 산모와 수유부의 영양요구에 대한 워크숍을 2001년 5월 5일 원산시에서 개최한 바 있다. 2001년도에는 160여 명의 의사와 조산사를 대상으로 한 <Life Saving Skills>에 관한 5일 과정의 훈련이 진행되었다. “빈곤, 인구, 개발”을 주제로 한 7월 11일 세계 인구의 날 행사도 평양 및 함흥에서 사진전시회 등 다양하게 진행되었다.

1) 유엔인구기금(UNFPA)의 지원

유엔인구기금(UNFPA)은 출산과 관련한 분야에서 지속적으로 지원을 하였는데 2000년 8월과 9월에는 200여 명의 의사와 조산사들을 대상으로 산과 응급 진료 및 합리적인 약물 사용, 지역사회 보건에 대한 교육과정이 평안북도와 자강도에서 진행된 바 있다.

북한정부와 유엔인구기금은 1주기협조계획(1986년-1989년), 2주기협조계획(1990년-1996년), 3주기협조계획(1998년-2001년), 4주기협조계획(2003년-2006년)을 진행해왔다.

1주기 협조계획에서는 모성유아건강봉사, 가족계획봉사, 자궁고리 공급을 비롯하여 인구와 개발, 인민보건사의 능력강화 등의 분야에

220만 달러를 할당하였다.

2주기 협조계획에서는 총 600만 달러가 할당되었는데 1993년의 인구일제조사를 포함하여 모성유아건강 및 가족계획분야와 10개 군 병원들에 구급차를 포함한 기초약품들과 의료설비들이 제공되었다. 그리고 MCH/FP 관련한 장비를 지원하였으며 해외연수도 추진하였으나 어학 실력이 모자라 효과가 적었다.

1주기, 2주기 협조계획에서는 모성건강과 어린이 건강, 가족계획 인구문제 등에 초점을 맞춰 이루어졌다.

3주기협조계획에는 약 100만 달러가 할당되었는데 재생산건강조사 및 토론회, 구급차와 필수약품, 의료설비의 공급과 같은 활동들이 진행되었다. 그리고 전문가들을 북한에 직접 파견하여 교육하도록 하였다. 이 시기는 북한이 경제적인 위기에 봉착하여 아주 어려움을 겪었던 시기에 해당하는데 이러한 위기는 필수약품과 피임약의 부족, 높은 유산율, 모성사망률 증가 등으로 이어지고 있다. 그리고 일반 대중, 공장 노동자, 협동농장 농부들에게 생식의학 정보를 제공하는데도 비중을 두었다.¹¹⁰⁾

또한 유엔인구기금은 3주기 협조계획 시기인 1998년부터 황해남도, 평안북도, 평양시 등 3개 시,도를 대상으로 생식의학의 상태를 개선시키기 위한 프로그램을 지원해 왔다. 3개 지역 각각에서 3개의 군 인민병원과 군마다 2개씩 6개 리병원을 지원하였다. 이 의료

110) UNFPA. Country programme outline for DPR Korea. 2003.4.17

기관에는 reproductive health care를 개선하기 위해 빈혈, 패혈증, RTIs, 출혈 등의 예방과 치료를 위해 필수 의약품을 지원하였다.

그리고 이 시기부터 IUD에 대한 과신에서 콘돔이나 피임약 복용 등 좀 더 다양한 선택을 권장해오고 있다. IUD 사용을 75%에서 50%까지 감소시키고 전통적인 방법을 17.7%에서 8%까지 줄이며 콘돔 사용은 04%에서 10%로, 피임약은 0.3%에서 10%까지, vasectomy는 0.1%에서 10%까지 증가 시키는 것을 목표로 하고 있다.

유엔인구기금과 국제가족계획연맹(IPPF, International Planned Parenthood Federation)에 의해 고용된 국제컨설턴트가 보건성을 도와서 reproductive health guideline을 검토하고 국제기준에 맞도록 개정하여 새로운 가이드라인이 국가기준으로 채택되었다.

올해 5월 초 국내에 소개된 < 2002년 재생산건강조사 보고서 > 는 유엔인구기금의 3주기 협조계획의 영향을 평가하는데 있으며 북한 인구연구소가 유엔인구기금과 국제가족계획연맹의 후원으로 2004년에 발행하였는데 북한이 모성보호사업에 대한 필요성을 인식하고 국제사회의 지원을 희망하고 있는 것으로 평가되고 있다.

이를 위해 북한 당국은 2002년 보건성과 인구연구소, 중앙통계국, 평양산원, 유엔인구기금 민족조정위원회 구성원으로 "'2002년 재생산 건강 조사 기술협조위원회'"를 구성했다.

조사지역은 평양시 강동군 문흥리를 비롯 황해남도의 청단군 청정리와 신천군 새날리, 평안북도의 염주군 염주읍과 구장군 구장읍 등 5개 지역이다. 2002년 8월부터 10월 초까지 5개 지역에서 조사가 진행됐으며 조사된 가구 수는 총 4천833가구로 49세 이하 기혼 여성 5천683명과 59세 이하 남성 1천139명 등 총 6천 22명이 조사

대상이었다.

보고서에서는 유엔인구기금을 비롯해 국제가족계획연맹 동아시아·동남아시아 지역사무소, 태국주재 유엔인구기금 국가지원팀 등이 기술적으로 협조했다고 밝혔다. 이는 객관성을 확보하려 노력했다는 뜻으로 읽혀진다.

유엔인구기금의 4주기 협조계획은 프로그램은 2004-2006년에 진행될 예정이다. 이번 프로그램에서는 모성 및 영아 관리, 가족계획 서비스, 생식기계 감염 및 성병 치료 등의 생식의학 서비스를 제공함으로써 모성사망률을 감소시키는 것을 목표의 하나로 설정하고 있다.¹¹¹⁾

그리고 4주기 협조계획 동안 1) 모성사망률이 2001년 출생아 10만 명당 97명에서 2006년 87명으로 감소하고, 2) 영아사망률은 2001년 1천 명당 23명에서 2006년 19명으로 감소하며, 3) 총출산률은 여성 1명 당 2.0으로 유지 되는 것을 목표로 하고 있다.

세부적인 다른 지표들에서는 1) 여성의 빈혈이 2002년 34%에서 2006년 25%로 감소, 2) 저출생체중아의 비율이 2002년 7%에서 2006년 5%로 감소, 3) 숙련된 의료인에 의한 출산이 97% 정도로 계속 유지, 4) 현대적 방법에 의한 피임률이 2001년 56%에서 2006년 58%로 증가, 5) 콘돔의 사용률이 2006년 최소 2%, 6) 가족계획에서 수요가 충족되지 않는 경우가 2006년 17% 이내로 유지되는 것을 목표로 하고 있다.¹¹²⁾

111) OCHA. DPR Korea OCHA Situation bulletin 2003.2.28

112) UNFPA. Country programme outline for the DPRK. 2003.4.17

2) 유엔아동기금(UNICEF)의 지원

북한정부와 유니세프는 다음과 같은 3개년(2004-2006년) 협력프로그램에 합의하였다.¹¹³⁾

첫째, 조기 아동 발달과 어린이 질병(어린이 생명과 관련된 설사병이나 호흡기질환 등) 치료를 보장하고 ORS와 6가지 기본약품은 지역사회의 요구를 50% 충당할 수 있도록 한다.

둘째, 2004년에 전국적으로 47만 명의 유아와 48만 명의 임산부에 대해 높은 예방접종률을 유지하도록 하는데 이를 위해서는 적절한 양의 백신과 1회용 주사바늘, 냉장보관박스, 냉장장비와 운송장비 구비가 필수이다.

셋째, 1년에 2회 National Health child Days을 통해 해마다 6-59개월 사이 어린이의 95% 이상에게 비타민 A와 구충제를 공급하고 모든 임산부에게 비타민 A를 공급하여 모성과 어린이의 건강 개선을 꾀한다. 또한 21,000명 이상의 중증 영양실조 어린이들의 회복을 위한 회복용 음식과 약품 지원을 지원한다.

넷째, 식수 공급 확대와 위생적인 화장실을 설치하고 교육 환경을 개선한다.

113) DPRK -UNICEF Master Plan of Operations 2004-2006

북한정부와 유니세프의 이같은 협력프로그램은 남한에게 북한 어린이 지원에 대한 가이드라인 제시했다는 의미를 갖는다. 즉 어린이 지원사업이 식량이나 의약품 등 긴급 구호에 머무는 것이 아니라, 상하수도 및 위생시설을 포함한 사회간접시설 구축이나 어머니 관련 시설, 교육 시설 등에 대한 지원과 같이 종합적으로 지원되어야 함을 시사하는 것이다.

유니세프의 2004년도 활동을 보면, 의약품 공급을 확대하여 1천 500백만 명(전체 인구의 65%)이상의 주민들을 치료했고 심각한 영양장애 아동 7만 명중의 33%인 23,000명의 아동을 지원했다. 6,000명의 임산부가 깨끗하고 안전한 분만을 했으며 250건의 합병증 케이스가 후송되어 치료를 받았다. 가장 취약한 지역의 10만 가구 이상이 깨끗한 물을 공급받았는데 2003년도에는 1만 가구였다. 그리고 80만 달러 이상이 룡천역폭발사고 재건에 쓰였다.

2005년도에도 영아와 임산부, 수유부에게 비타민과 미네랄이 보충된 강화식품의 지원은 계속되었다.¹¹⁴⁾ 적용 대상은 탁아소와 유치원을 다니는 어린이와 병원에 입원한 250만 명의 어린이와 480,000명의 임산부, 수유부인데 2005년에는 약 45,000톤이 공급될 예정이다.

114) 유니세프의 'The micronutrients project'이다. 북한당국도 'Protocols for vitamin and mineral supplementation for women before and pregnancy'를 2004년부터 진행해오고 있다. www.unicef.org/dprk/nutrition.html

2004년 9월부터 임신부에게 미량원소의 공급을 시작하였는데 처음에는 평양지역에만 공급되었는데 이제는 전국적으로 확산되었다. 2005년에는 70%에 해당하는 315,000명의 임신부에게 미량원소를 지급할 예정이다.

임신 전 여성에게 철분과 엽산을 공급하는 것도 2004년 9월에 시작해 지금까지 시범사업으로 진행하고 있다. 23-28세의 여성이 그 대상인데 2005년에는 약 350,000명의 여성에게 공급할 예정이다.

안전한 출산을 위한 재생산건강 전략(Reproductive Health Strategy)에 따라 황해 남북도의 120개 리병원, 5개 군병원, 2개 도산원에 긴급 산부인과용품과 분만키트가 전달되었다.

표 39. 2005년 4월 현재 우선 요구 사항¹¹⁵⁾

사업명	수혜자 및 범위	예산(US\$)
필수의약품(심한영양장애 어린이)	· 8개 도, 시의 120만명 아동 · 3개도, 1개 시에서 후송된 어린이와 임신부	1,100,000
안전한 모성보호	5개도의 180,000명 임신부	500,000(응급산부인과 및 분만도구)
예방접종	1세미만 어린이 470,000명 480,000임산부 전국적	400,000(백신 및 냉장시설)
식수 및 위생	추출지역에서 150,000명에게 식수공급	300,000(식수복구)
교육	북동지역의 어린이와 전국에	150,000(교과서 및 학용품)

115) Unicef Humanitarian Action DPRKOREA Donor Update 12May 2005.

	있는 고아원 아이들	
--	------------	--

3) 세계보건기구(WHO)의 지원

2003년 3월 세계보건기구(WHO)대표자들과 북한 보건성 관계자들은 향후 5년간(2004-2008년) 북한 보건부문에서 해결되어야 할 과제들에 대하여 논의하였다. 같은 해 6월 이 협의 내용을 바탕으로 세계보건기구는 “2004-2008년도 대북지원전략(WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008 DPR Korea)을 발표하였다.¹¹⁶⁾

4가지 전략 방향 중 우선적으로 취약계층의 사망률과 질병률 감소가 제기되었다. 즉 질병예방 및 통제와 임산부, 어린이의 건강 등을 위해 기술적 전략을 촉진시키는 것이 주된 관심사이다.

주요 질병 및 과제는 말라리아, 결핵, 예방접종, 유행성 전염병 감시 및 대응, HIV/에이즈, 여성건강, 임산부 및 신생아 보호, 어린이 감염 종합관리, 영양관리(유니세프와 공동 계획), 가족계획(유엔인구기금과 공동 계획) 등이다. 표 40.에서 좀 더 자세한 내용을 볼 수 있다.

표 40. 대북지원전략, WHO 우선적 지원 분야(2004-2007)

그동안 세계보건기구는 병원현대화와 관련하여 농촌지역의 리 진료소와 군 병원지원에 집중하고 있다. 이를 위해 의료시설에 적합한 의료장비와 소모품의 표준키트를 개발하였다. 2001-2004년 기간 동안 1,972개소의 리 진료

소 키트를 지원하였으며 2004년에는 20개 군 병원에 대한 지원을 계획하고 있다.¹¹⁷⁾

세계보건기구는 지난 10년간 북한의 영양실조를 크게 줄이고, 말라리아와 결핵예방접종 등에서 큰 성과를 거두었으나 2005년에는 북한 보건의료지원 사업에 870만 달러의 예산중 50%밖에 오지 않아 전염병, 결핵관리, 지역사회보건 프로그램, 기초 의약품 등의 분야에서 긴급한 지원을 필요로 한다고 밝혔다.¹¹⁸⁾

세계보건기구(WHO)는 2006년부터 북한의 산모와 영아의 보건환경 개선 사업에 본격적으로 나설 계획이다.¹¹⁹⁾ 북한 보건 체계의 취약성, 특히 소규모 병원의 보건체계를 개선하는 것이 이 사업의 목적이며 지방 병원의 능력을 강화해 분만 시 안전, 신생아에게 발생하는 문제 등에 제대로 대처해 나갈 계획이다.

이 사업은 2005년 남한의 통일부로부터 북한의 산모와 영유아 보건 개선을 위한 자금 지원을 약속받으면서 북한의 요구사항을 파악하는 등 준비작업을 벌여왔다. 구체적으로 WHO가 추진할 지원사업은 첫째, 군 단위의 의사, 간호사, 조산원 등 관련 공무원을 위한 훈련 프로그램으로 북한에서 의사는 많지만 간호사는 너무 적어 간호사를 직업적으로 키울 수 있는 시스템이 마련될 것 같다. 둘째, 지방병원에 의료장비와 기초 의약품 지원 셋째, 구급차 제공 등이다.

7. 북한 여성과 어린이들을 위한 지원 방향 ¹²⁰⁾

116) www.who.int/disasters/repo/10414.pdf

117) 어린이의약품지원본부. 2004년 북한어린이건강실태보고서.2004

118) 연합뉴스 2005.7.7.

119) 연합뉴스 2005.11.30

(1) 현재의 북한 보건의료체계가 갖는 순기능적 측면을 강화하여 효율성을 극대화해야 한다.

북한의 의료는 99% 공공의료에 기반하고 있기 때문에 무상치료제와 예방의학중심의 보건의료체계 유지가 가능하다고 본다. 공공의료의 관료적이고 효율이 낮을 것이라는 인식이 있는 것도 사실이지만 한편으로는 의료에 있어 상업적 이윤 동기가 그만큼 배제된다는 의미이므로 이윤 창출을 위해 그나마 부족한 물자가 시급하지 않은 의료 분야로 분배되는 것을 막을 수 있는 제도적 장치로 기능할 수도 있다.

북한 보건의료체계의 특징 중에서 중요한 개념 중의 하나가 의사담당구역제이다. 이는 무상치료제, 예방의학중심, 동서의학의 결합 등의 개념과 더불어 북한 보건의료의 내용과 형식을 규정한다고 볼 수 있다.

1961년에 도입된 의사담당구역제는 1980년대 호담당제로 개칭되었다. 북한은 의사담당구역제에 대해 “의사들이 일정한 주민 지역을 맡고 그 지역 담당 주민들의 건강을 책임지고 돌보는 주민들에 대한 건강관리 책임제로서 보건사업에서 우리 당의 예방의학적방침을 철저히 관철하며 인민들에게 완전하고 전반적인 무상치료제의 혜택을 원만하게 하는 의료봉사조직이 기본형식이다” 라고 정의하고 있다.¹²¹⁾ 최근 북한은 戶담당사업을 더욱 강화하고자 호담당의사의 수를 늘려 의사 1인당 가구 수를 종전보다 수십가구 줄이고 주민들의 건강을 보다 책임적으로 돌보도록 했다. 또한 호담당 의사들이 내과와 소아과뿐 아니라 외과, 산부인과, 한방과 등 모든 질병을 종합적으로 보는 의료봉사를 하고 있다고 전했다.¹²²⁾

< 2002년 재생산건강조사보고서 > 에서도 어린이와 산모의 건강사업에 있어서 구역병원과 진료소의 역할이 중요하다고 한 바 이 호담당의사의 역할 또한 의미있게 봐야 할 것이다.

이는 보건의료분야의 대북사업에서 ‘지역사회에 기반을 둔 지원’ 이 중요한 이유가 되는데 주민들의 생활공간(자신을 담당하는 호담당의사, 진료소, 병원, 탁아소 등)에 근접한 지원 전략은 가장 효율적인 방식으로 가장 직접적인 지원이 가능하기 때문이다.

즉 북한에서는 수만명의 호담당의사가 현장을 누비면서 주민 건강을 일선에서 돌보고 있고 동, 리, 협동농장, 사업장마다 진료소가 있어 일차 진료를 담당하며 구역, 군 단위에 입원이 가능한 병원들이 하나씩 설치되어 있다.¹²³⁾ 평양과 도청소재지에는 3차 진료가 가능한 병원과 산원들이 다수 설치되어 있다. 단선적이지만 체계적인 시스템이 구축되어 가동하고 있는 것이다. 이러한 시스템이 하나의 보건의료 문제를 해결하는데 굉장히 효율적이라는 것은 소아마비 퇴치를 위한 ‘민족면역의 날’ 프로그램에서 이기 입증된 바 있다.

그동안 북한의 보건의료체계가 많은 성과를 이룬 것도 사실이지만 경제 위기는 그 동안의 성과를 잃어버리게 하고 있다. 따라서 현재의 보건의료 시스템을 강화하면서 복구와 재건 프로그램을 진행하는 것이 가장 효율적이며 자원의 낭비를 방지하는 최선이 방책이 될 것이다.

2) 고급의료보다는 일차의료의 지원에 우선순위를 두어야 한다.

일차의료는 주민들에게 직접적인 혜택을 돌아가게 하며 현재와 같이 보건의료 시스템이 제대로 가동되지 않는 상황에서는 무엇보다도 투자대비 효율성 측면에서 가장 우월한 분야이므로 우선적으로 일차의료에 대한 지원에 집중하여야 한다.

호담당의사 - 진료소 - 구역병원으로 연결되는 북한의 일차의료 시스템은 1970년대에 이미 골격이 완성되어 현재까지도 유지되고 있다.

주민들이 병이 낫을 때 가장 먼저 찾는 곳이 진료소인데 이들 기관에는 성기염증을 진단하고 치료할 수 있는 설비들을 갖추고 있고 이 병원들과 진료소들의 조산원이나 호담당의사들은 가족계획상담, 경구피임알약과 콘돔의 공급, 임신부의 정상적인 건강관리 등을 책임지고 있다고 한다.

그리고 북한여성의 안전한 출산을 보장하기 위해서는 출산이 가능한 구역 병원과 군(郡)병원의 산과 진료 기능이 정상적으로 가동될 수 있도록 지원

하는 것이 무엇보다도 우선되어야 한다. 왜냐하면 도 단위의 산원들은 최소한의 기능을 유지하고 있지만 그 이하 단위의 구역병원들은 사실상 정상적인 산과 기능을 수행하기에 역부족인 것으로 판단되기 때문이다. 그러나 분만은 시간을 다투는 응급진료의 성격을 갖고 있기 때문에 거주지역에서 가까워서 언제든지 빠른 시간에 접근할 수 있어야 한다. 이런 점에서 도 단위에 설치된 산원들은 접근성의 측면에서 취약할 수밖에 없다.

어린이들이 첫 건강검진을 받은 장소도 구역/군병원이 81.7%로 제일 높고 리병원이 14.7%로 두 번째로 높다. 중앙병원과 도/시병원에서 검진을 받은 비율은 이에 비하여 상대적으로 매우 적은 결과를 보면 어린이와 여성들의 일차적인 건강관리사업을 진행하는데 있어 기본적인 구역/군병원의 중요성을 알 수 있다.¹²⁴⁾

따라서 여러 단계의 병원 중에서 가장 우선 순위는 주민들이 병에 걸렸을 때 가장 먼저 찾는, 일차의료를 담당하고 있는 진료소나 구역병원, 군병원에 대한 지원에 집중하는 것을 고려해야 할 것이다.¹²⁵⁾ 평양 지역이면 구역병원이 될 것이고 지방이면 시, 군에 위치한 병원이 여기에 해당할 것이다.

3) 의료를 가장 필요로 하는 취약 계층에 대한 지원을 강화해야 한다.

북한 주민들의 삶의 질을 향상시키는데 기여하기 위해서는 취약계층에 대한 지원이 선행되어야 한다.

다양한 취약계층 중에서 우선순위를 꼽으라면 당연히 어린이와 산모들이다. 이들 집단은 한 사회 발전의 동력을 보장한다는 의미도 있지만 사회경제적 위기에 가장 민감하게 영향을 받는 집단이기도 하기 때문이다. 또한 이들 집단이 영양결핍에 특히 취약하고 시의 적절한 구호를 받지 못하면 영양실조의 장기적 악영향이 크게 나타날 집단이기 때문이다. 북한 취약집

간의 자세한 현황에 대해서는 부록에 실었다.

실제 한 사회의 발전 정도를 평가하기 위해 영아사망률, 5세미만 어린이 사망률, 모성사망률이 종종 언급되곤 한다. 북한에서 이들 지표들이 이전 시기에 비해 상당히 높아졌다는 것은 어린이와 산모들이 의료적 지원을 절실히 필요로 하고 있다는 것을 반영한다.

어린이나 산모 등 취약계층에 대한 의료지원에서 전략적 목표는 극히 단순하다. 영아사망률, 5세 미만 어린이 사망률, 모성사망률을 어떻게든 낮추는 것이며 어린이들의 건강한 성장과 발육을 돕고 안전한 출산을 보장하는 것이다. 또한 어린이와 산모들에 대한 지원과 더불어 노인이나 장애인과 같은 다른 취약계층에 대한 지원에 대해서도 충분히 고려를 해야 할 것이다.

그동안 남한의 대북지원 민간단체들은 어린이와 산모 등의 취약집단에 우선성을 부여하고 있다고는 하지만 예산의 비중, 그리고 사업의 체계성, 전문성과 지속성은 아직 미약하다.

지원예산으로 보았을 때 2002년에는 1,967만 달러로 14%를 차지하고 있지만 지원액 누계에서는 5,754만 달러로 7%에 그치고 있다.¹²⁶⁾

가장 먼저 지원의 혜택을 받아야 할 집단이 충분한 혜택을 받지 못하는 것은 북한 당국의 분배 정책의 문제점도 있지만 이처럼 대북지원 민간단체들이 더 적극적인 사업의 발굴을 고민해야 한다는 것을 의미한다.

4) 어린이와 산모의 영양 및 건강 관리를 체계적인 모자보건사업이 필요하다.¹²⁷⁾

< 2002년 재생산건강조사보고서 >와 <2004년도 영양조사 > 는 어린이의 영양상태는 산모의 임신 중 영양상태와 밀접한 상관관계가 있기 때문에

120) 백재중.보건의료 분야 대북지원 10년 : 평가와 발전방안. 우리민족서로돕기운동 평화나눔센터

체계적인 모자보건사업의 필요성을 보여주고 있다.

어린이들의 영양문제는 일차적으로 식량 부족에 기인한 것으로 결국 식량 문제 해결이 중요한 선결 과제임에는 틀림없다. 그러나 식량 부족이 당장 해결될 기미가 보이지 않고 있으며 이미 중증 영양장애가 진행된 어린이들에게는 당장 전문적이고 체계적인 치료가 필요하다는데 문제의 심각성이 있다. 이들 어린이들이 전국적으로 4만여명에 이를 것으로 판단되며 이들을 대상으로 한 특별 프로그램이 당장 필요하다. 또한 이들 문제는 단순히 식량만 공급해서 해결되지 않고 영양재활을 수행할 수 있는 전문적인 시설, 인력, 프로그램이 요구된다.

또한 어린이 사망의 대다수가 설사병과 호흡기감염증에 기인한 것이므로 일차적으로 이들 질환의 관리와 통제에 집중하여야 할 것이다. 식수, 영양, 환경, 공중위생, 의료시설 개선, 의약품 공급 등 사회 전반적인 상황이 호전되어야 할 것이다. 설사병과 호흡기감염증이 발생한 상태에서는 조기에 적절한 치료를 시행하면 많은 수에서 회복이 가능하다. 이를 위해서는 어린이 병원이 어느 정도 제 기능을 수행할 수 있어야 하며 이들 질병을 치료하기 위한 수액제, 항생제 등의 의약품 공급이 절대적으로 필요하다.

북한의 산모는 그 자체로 고위험군이다. 안전한 임신과 출산을 돕기 위한 지원대책이 필요한데 이는 그동안 대북지원에서 간과된 부분이기도 하다.

북한의 모성사망률이 남한의 3-4배로 높은 것은 산모들의 건강상 취약함 뿐만 아니라 출산 과정에서 충분히 안전한 출산을 보장하기 어려운 여러 가지 제반 조건들에 기인한 면이 더 크다고 판단된다. 당장 출산을 위한 기본 도구, 장비가 부족하며 출산중 합병증이 발생했을 때 대처할 수 있는 인력의 준비 부족이 가장 큰 요인으로 작용하는 것으로 보인다. 따라서 안전한 출산 과정을 보장하기 위한 지원을 확대하는 것으로 우선 출산이 이루어지는 가정, 구역병원과 군급 병원의 산과 진료 기능이 정상적으로 가

동할 수 있도록 지원하는 것이다.

또한 산모들의 영양부족과 건강상의 취약함은 산모 자신의 건강뿐만 아니라 태아의 성장 발육과 건강에도 지대한 영향을 미치므로 산모들의 영양을 유지하고 건강하게 임신기간을 보낼 수 있도록 사회적으로 배려하고 여러 가지 정책적 수단을 마련해야 한다. 산모에게 충분한 식량이 공급될 수 있도록 하고 철분이나 요오드 결핍과 같이 산모나 태아에 영향을 줄 수 있는 성분은 의약품의 형태로 공급될 수 있도록 해야 할 것이다.

취약계층의 임신부에 대한 집중지원 프로그램(예를 들면 미국의 WIC프로그램)¹²⁸⁾ 영양조사에 사용된 지표들을 중심으로 이후 북한 당국과 어떻게 기술협력을 할지에 대한 고민도 필요하다.

5) 단체간 협력이 절대적으로 필요하다.

어린이 영양문제의 해결을 위해서는 북한 당국, 국제기구 및 민간 단체의 공동 협력이 필요하다.

북한 당국은 어린이 영양문제에 대처하기 위해 전문적인 기관을 설립하거나 기존의 기구를 강화할 필요가 있으며 지역 단위로 영양문제를 전문적으로 다룰 의료기관을 지정하여 시설을 보강하고 인력을 지원하고 훈련시킬 필요가 있다.

어린이 영양에 대한 지원을 수행하고 있는 국제기구와 민간지원단체들은 공동의 네트워크를 구성하여 정보를 교환하고 효율적인 지원을 위한 공동 전략을 모색해야 할 것이다.

국내 민간단체의 경우 지원 대상기관이 동일한 경우 해당 단체간에 충분한 정보 공유를 통해 지원의 효율성을 극대화해야 한다. 그리고 북민협 산하에 분과별 모임을 구성하여 정보 공유의 틀, 협력의 틀을 마련해 나갈 필

요성이 있다. 이를 통해 장기적으로 민간단체 차원의 대북 지원 사업의 올바른 방향을 모색할 수 있을 것이다. 대북지원 민간단체들의 열린 자세가 필요한 시기이다.

마지막으로 남북통합을 향한 장기적이고 정책적 접근 노력이 필요한데 정부기관, 연구기관, 민간단체들이 그동안의 지원과 교류 사업의 성과를 바탕으로 남북통합을 위한 장기적 마스터플랜을 작성할 필요가 있다.

3. 참고문헌

서지영 외. 북한여성들의 초경 및 월경양상에 관한 연구. 대한한방부인과학회지 2004 Vol.17, NO.4:186-195(2004)

LDI경제자료. UNICEF의 북한 어린이, 여성 상황보고서

정책토론회 2005.6.22

121) 과학백과사전종합출판사. 소아과전서 3-1. 1988

122) 연합뉴스 2004.12.27

123) 어린이의약품지원본부가 지원하고 있는 평양의 대동강구역병원의 경우 전체 구역 주민 20여 만명의 건강을 일선에서 담당하는 호담당 의사는 500여명 정도라고 한다. 대동강구역병원의 전체 의사 170명중 39명이 호담당과에 속한 호담당 의사이며 산하 12개 진료소에는 각각 40여명의 호담당 의사가 있다.

124) 2002년 재생산건강조사보고서

125) 최근 북한당국은 그동안 시행해오던 의사담당구역제를 개선, 시 군병원 의사는 출장 진료를 나가지 않고 각 지역의 종합진료소나 진료소에서 담당지역 진료를 전담하도록 했다. 이 같은 조치는 의사 수가 늘어남에 따라 종합병원의 전문성을 높이는 대신 동.리, 구의 종합진료소나 진료소에 의사를 집중 배치해 주민 건강을 돌보는 방향으로 보건분야에서도 실용성을 중시하는 시스템이 도입되고 있는 것으로 평가된다. 연합뉴스 2005.1.18

126) 이기범. 대북협력활동 10년의 평가와 과제 남과 북이 함께 설립한 평양어깨동무 어린이병원, 남북어린이어깨동무.2005

127) 모자보건사업의 예로 2005년부터 어린이의약품지원본부와 남북어린이어깨동무가 합동사업으로 진행하고 있는 “북한의 산모와 영유아를 위한 모자보건복지사업 계획안”을 부록에 실었다. 북한당국과의 실무진행의 어려움으로 실제 진행은 2005년 말부터 시작되었기 때문에 사업 결과는 2006년 말에야 나오게 될 것이다.

128) USDA는 저소득층 여성, 영아, 어린이들에게 식품, 영양상담, 보건서비스 등을 제공하는 Women, Infants, and Children(WIC) 프로그램을 지역단위로 운영하는데 이를 통해 간접적으로 출산을 장려하는 결과를 가져올 수도 있다고 보고 있다.

남한의 보건복지부에서도 임신부 및 영유아 영양보충 사업(WIC)을 몇 개의 지역 보건소를 대상으로 시범적으로 진행하고 있는데 ‘저출산·고령화’라는 문제에 대한 보다 적극적인 대책의 일환이라는 설명이다. 즉 영양상 취약계층인 임신부와 영유아 중 영양위험요인을 가진 대상을 위해 영양교육을 실시하고, 부족한 필수영양소를 특정 식품의 형태로 지원하여, 이들의 영양 섭취 상의 문제를 해결하고, 장기적으로는 평생건강유지의 틀을 확보하고자 한다는 것이다. 보건복지부 홈페이지 <http://www.mohw.go.kr/index.jsp>

