View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by SNU Open Repository and Archive

creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

외교학석사학위논문

글로벌 보건 거버넌스와 브라질 및 남아공의 에이즈 치료 정책

- TRIPS 협정과 의약품 접근권 사이의 균형 탐색

2014년 7월

서울대학교 대학원
외교학과
황 예 은

글로벌 보건 거버넌스와
브라질 및 남아공의 에이즈 치료 정책

- TRIPS 협정과 의약품 접근권 사이의 균형 탐색

지도교수 김 상 배

이 논문을 외교학 석사학위논문으로 제출함

2014년 7월

서울대학교 대학원

정치외교학과 외교학전공

황 예 은

황예은의 석사학위논문을 인준함

2014년 7월

위 원 장	윤 영 관	(인)
부 위 원 장	신 범 식	(인)
위 원	김 상 배	(인)

국문 초록

본 논문은 에이즈 치료를 위한 의약품 접근권과 글로벌 지적재산권 보호 체제 간 균형을 찾기 위해 남아공과 브라질이 취한 전략을 국제정치학적 관점에서 살펴본다. 1990년대 이후 과학기술의 발달과 함께 항레트로바이러스(ARV) 약물이 개발되면서 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서는 치료를 통해 저개발 지역에서 집중적으로 나타나는 에이즈의 확산을 방지하는 방법이 강조되었다. 그러나 90년대 중반 무역 관련 지적재산권 협정(TRIPS Agreement)을 통해 강화된 의약품 특허권 보호는 심각한 에이즈 피해를 겪는 개도국들이 보편적으로 접근가능한 ARV 치료 프로그램을 구축하는 데에 있어 위협요소로 작용하였다. 특히 남아공과 브라질은 민주화 이후 순조로운 세계 경제 질서로의 편입과 국내 에이즈 퇴치 모두를 성공적으로 달성해야 하는 유사한 딜레마에 직면했다. 하지만 브라질은 1996년 공공의료체계를 통한 ARV 약물의 무료 보급을 법제화하고 이를 지속적으로 강화하여 에이즈 사태를 안정시킨 반면 남아공은 에이즈 치료 프로그램의 원활한 운영이 2000년대 중반까지 지연되는 가운데 에이즈로 인한 피해 및 사망사례가 증가하는 상반된 결과를 보였다.

기존에는 국내 정치·사회·문화적 특징이나 의약산업 인프라와 같은 물질적 여건을 중심으로 에이즈 치료와 의약품 접근권에 대한 남아공과 브라질의 정책을 분석한 연구가 주를 이루었다. 이와 달리 본 논문에서는 남아공과 브라질을 글로벌 에이즈 거버넌스를 구성하는 행위자로 보며 에이즈 퇴치를 통해 달성하고자 하는 각각의 목표가 상이하였음을 설명한다. 결정적으로 두 국가가 의약품 접근권에 대한 글로벌 규범을 변화시키는 과정에서 거버넌스의 전반적인 구조 내에서 자신의 위치를 무엇으로 설정하고 이를 구체적으로 어떤 대외전략과 연결하였는지가 두 국가의 에이즈 치료정책의 성패를 가른 요인이었다고 주장한다.

대형 제약회사 및 미국의 공세에 대응하여 남아공과 브라질이 에이즈 치료와 의약품 접근권에 대한 담론을 변화시키고자 한 노력의 이면에 자리한 행위자-구조-과정의 복합적인 역학을 드러내기 위해 본 논문은

네트워크 이론의 시각을 도입한다. 브라질의 경우 강제실시권 위협을 통해 대형 제약회사들로부터 가격 인하를 이끌어 내는 동시에 WHO, UNCHR과 같은 여러 국제적 장에서 균등한 의약품 접근권의 중요성을 알리고 세계 여론을 설득함으로서 사회 네트워크 이론이 말하는 중개자의 역할을 하였다. 브라질이 에이즈 치료 프로그램의 정당성을 확보해 나간 과정을 행위자네트워크 이론의 시각을 적용하여 분석한다. 남아공은 식민주의 청산과 자국과 아프리카 대륙의 정체성 및 자주성 회복을 우선적 과제로 인식하여 ARV 요법을 부정하는 에이즈 불찬성론자들의 시각을 수용하였다. 이로 인해 에이즈 네트워크에 관여한 다른 대내외적 행위자들과의 관계가 단절되고 고립됨으로써 남아공은 에이즈 통제에 실패하였음을 살펴본다.

남아공과 브라질의 에이즈 사례는 지재권 레짐으로 대표되는 신자유주의적 질서의 확장에 수반되는 여러 비전통 위협 요소에 대항하여 개도국이 자주성을 발휘하고 자국의 안보를 지켜낼 수 있는지에 대한 리트머스 테스트와 같은 의미를 갖는다. 본 논문은 두 국가의 에이즈 관리 성패 요인을 세계정치의 측면에서 분석하고 개도국이 탈근대 안보 문제 해결을 위해 어떤 전략을 택할 수 있는지 살펴보고자 한다.

주요어 : HIV 및 에이즈, 남아공, 브라질, 의약품 접근권, TRIPS 협정, 글로벌 에이즈 거버넌스, 네트워크 이론

학 번 : 2012-20211

목 차

Ⅰ. 서론
1. 문제제기 ·····1
2. 기존 연구 검토 및 분석틀 ·····6
⑴ 기존 연구 검토 ·····6
⑵ 분석틀: 네트워크 이론의 적용 ·····10
3. 연구 사례의 선택 ·····14
4. 논문의 구성 ·····16

Ⅱ. 글로벌 에이즈 거버넌스의 형성
1. 에이즈의 지정학적 특징 ·····18
2. 에이즈와 의약품 접근권 문제 ·····23

Ⅲ. 브라질과 남아공의 에이즈 대응의 배경
1. 초기 국내 에이즈 패턴의 유사성 ·····27
2. 민주화와 국가 에이즈 정책의 변화 ·····29
⑴ 까르도주 정권과 브라질형 에이즈 모델의 단초 ·····29
⑵ 탈 아파르트헤이트 남아공의 대응 ·····36
3. 국내 지재권법 개정과 에이즈 치료 간 갈등 ·····43
⑴ TRIPS 협정이 에이즈 치료에 미친 영향 ·····45
⑵ 다국적 제약회사 및 미국과의 법정 공방 ·····50

Ⅳ. 브라질과 남아공의 에이즈 전략
1. 브라질식 에이즈 프로그램의 확산 ·····55
2. 남아공의 에이즈 부정론 ·····68
3. 대외전략적 함의 ·····76

Ⅴ. 결론 ·····78

참고문헌 ·····81

표 목 차

<표 1-1> 남아공과 브라질의 경제 및 개발 지표(1995년 기준)
<표 3-1> HIV/에이즈에 대한 브라질과 남아공의 대응 비교
<표 4-1> 강제실시권 위협과 브라질-제약회사 ARV 약물 가격 협상 결과 (2001-2006)

그 림 목 차

<그림 1-1> 남아공의 연간 에이즈로 인한 사망사례 수(1990-2008)
<그림 1-2> 브라질의 연간 에이즈로 인한 사망사례 수(1983-2003)
<그림 1-3> 남아공과 브라질 HIV 유병률(15-49세) 비교
<그림 2-1> WHO 지역별 성인(15-49세) 집단 내 HIV 유병률(2012)
<그림 3-1> 브라질 내 HAART 투여 받는 HIV+ 환자의 수(1997-2005)
<그림 4-1> 브라질의 문제제기 속 행위자들과 그들의 목표

Ⅰ. 서론

1. 문제제기

에이즈(AIDS)는 1980년대 초반에 처음 발견된 이후 '현대의 흑사병', '20세기의 악마'라는 악명을 얻었으며 에이즈의 퇴치는 세계 주요 이슈로 다루어져왔다.[1] 에이즈라는 질병은 생의학적 차원의 문제를 넘어서 그 발생 경로와 파급효과가 경제, 안보, 개발 등 다양한 분야와 얽혀 있는 복합적 이슈이다. 1990년대 후반 이후에는 에이즈로 인해 저개발 지역에서 발생하는 피해를 최소화시키는 데 있어 '치료'의 측면이 강조되어 왔다. 그런데 아직 에이즈 완치를 위한 치료제나 HIV 백신이 존재하지 않으며 에이즈 치료법인 항레트로바이러스(ARV) 요법은 이 질병을 지속적인 약물 복용과 관리를 필요로 하는 만성질환으로 변형시킨다는 특징으로 인해 에이즈 치료의 중심에는 의약품 접근권 문제가 자리한다. 1977년 세계보건기구(WHO)에서 첫 번째 필수의약품 목록을 발표한 이후 대중화된 의약품 접근권 개념은 특정 질병이나 증상 치료에 필요한 약물을 필요한 때에 취할 수 있는 권리를 의미한다.[2] 오늘날 의약품 접근권은 전 세계적으로 수백만 명의 목숨을 앗아가고 있는 에이즈와 같은 전염병을 다루는데 있어 핵심적인 사안이라 할 수 있다.

HIV 감염사례가 집중적으로 분포되어 있는 개발도상국들이 에이즈 환자에게 적절한 치료를 제공하고 에이즈 사태를 효과적으로 극복하기 위해 기울인 노력에 위협을 가하기 시작한 것은 1990년대 중반 무역 관련

---

1) 에이즈는 후천성 면역 결핍증(Acquired Immune Deficiency Syndrome)의 약자로 HIV라는 인간 면역결핍 바이러스에 감염되어 신체의 면역 및 저항력이 저하되는 질병을 의미한다. 본 연구에서는 용어 사용에 있어 'HIV'와 '에이즈'로 통일하여 표기할 것이다.

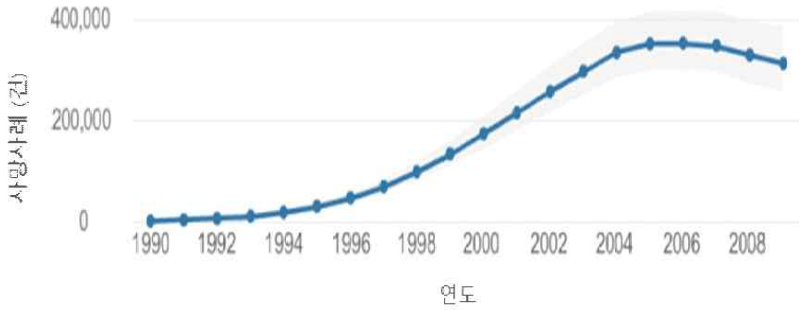
2) WHO는 필수의약품을 "대중의 최우선적 보건 의료 요구를 충족시키는 약품"이라 정의하고 필수의약품 목록(Model List of Essential Medicines: 1977년 이후 2년에 한 번씩 업데이트되어 옴)에 포함된 약품은 적절한 가격에 충분한 양이 항시 제공되어야 함을 회원국들에게 권고한다. 가장 최신 버전인 18차 EML 개정안(2013)에 포함되어 있는 ARV 약물의 대부분은 특허보호 대상이다. 필수의약품 접근권에 대해서는 WHO 홈페이지 참고 가능 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/)

지적재산권협정(TRIPS Agreement)의 등장과 함께 한층 강화된 글로벌 지재권 보호 체제였다. 무역이라는 영역에서 형성된 글로벌 차원의 규칙, 표준, 합의들이 보건이라는 또 다른 분야에서 발생한 비(非)전통 안보 문제에 대처하는 국가의 능력에 제약을 가하게 된 것이다. 전통적으로 대부분의 개도국에서는 의약품이 공공재로서의 성격을 갖는다는 이유로 제약산업을 특허법 예외대상으로 분류했다. 그러나 WTO 회원국에게 모든 기술 분야와 제품 및 제조과정에 대한 특허권을 인정하는 TRIPS 협정을 이행할 의무가 생기면서 제약산업에 대한 특허제도가 부활되었다. 이는 에이즈 치료에의 원활한 접근에 있어 일차적으로 중요한 요소인 ARV 약물의 가격 형성에 부정적인 영향을 미쳤다. 즉, 특허권을 소유하여 원하는 대로 약물 가격을 책정할 수 있는 대형 제약회사들의 권리는 ARV 약물을 저렴한 가격에 혹은 복제 의약품(generic drugs)을 구입하여 에이즈 감염자들에게 에이즈 치료서비스를 제공하는 데 있어 치명적으로 작용했다. 개도국들은 국제 자본 유입에 유리한 환경 조성을 위해 자유무역체제를 받아들이면서도 자국의 공중보건을 지켜야하는 딜레마에 직면하게 된 것이다.

이러한 상황에서 의약품 특허보호와 에이즈 치료정책 간 조화를 추구하는 과정은 국가마다 다르게 나타났다. 그 중에서도 남아공과 브라질은 유사한 국력과 내적 속성을 지녔지만 90년대 중반 이후 HIV/에이즈에 대한 대응 속도, 수준 그리고 성과 측면에서 대조적인 양상을 보인 대표적인 사례이다. 브라질의 경우 에이즈의 예방과 치료 부분을 함께 강조하였으며 1996년에는 개도국 중 처음으로 공공의료체계를 통해 ARV 약물 및 고활성 항레트로바이러스 치료요법(HAART)을 무상으로 제공하는 법적 제도를 도입하였다. 반면, 남아공은 세계에서 가장 높은 에이즈 감염률을 보유하게 되었음에도 불구하고 전국적인 에이즈 약물 보급을 2003년까지 지연하였으며 적절한 에이즈 치료법에 대한 논쟁은 2000년대 중반까지 계속되었다. 다시 말해 브라질이 비교적 신속히 탄탄하고 일관성 있는 에이즈 프로그램을 구축한 반면 남아공의 에이즈 정책은 오랜 기간 파편화되어 비효율적으로 운영되었으며 시민들의 에이즈 치료정책 요구에 더디게 응답하는 모습을 보였다. 그 결과 브라질에서는 1990년대 이후 에이즈 유병률[3]의 안정화 및 사망사례의 감소를 경험하는 동안 남아공에서는 2000년

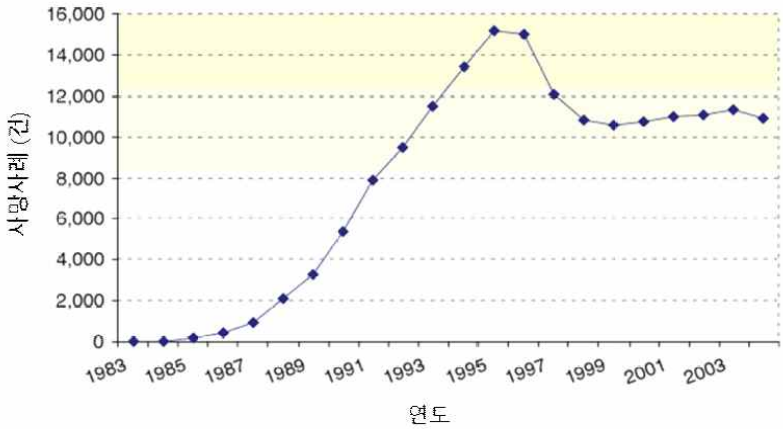
대에 들어선 이후에도 에이즈에 감염되고 그로 인해 사망하는 인구의 수가 증가하였다. 이에 관해 <그림 1-1>, <그림 1-2>, <그림 1-3>을 참고할 수 있는데 여기에서는 세로축의 개별적인 수치보다는 시간의 흐름에 따른 추이에 주목해야 한다.

<그림 1-1> 남아공의 연간 에이즈로 인한 사망사례 수 (1990-2008)



출처: Epidemiological Factsheet. South Africa (2014), UNAIDS

<그림 1-2> 브라질의 연간 에이즈로 인한 사망사례 수 (1983-2003)



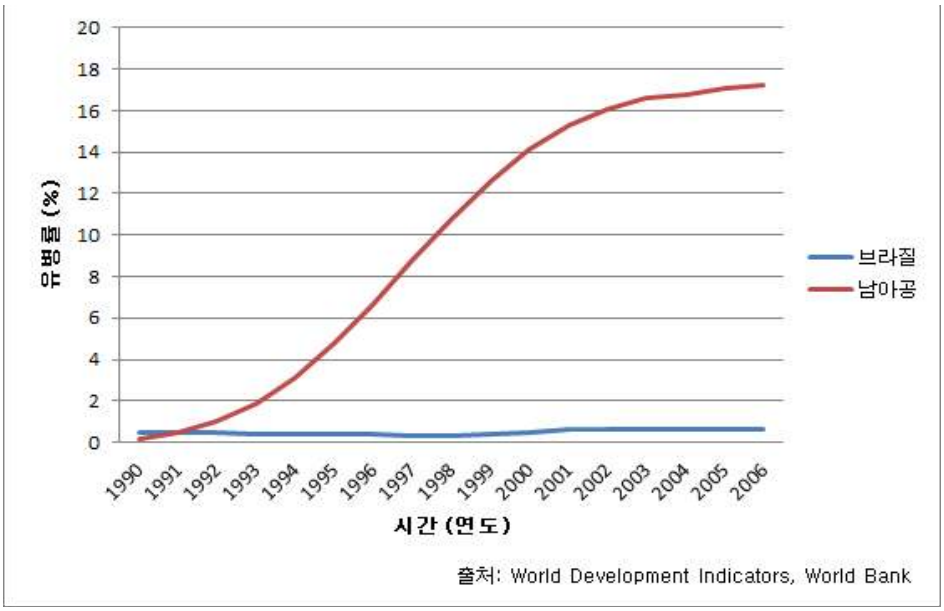
출처: National STD & AIDS Program of Brazil, 2006
; Nunn, 2009, p. 22에서 재인용

---

3) 유병률(prevalence rate)이란 일정 기간 동안 한 인구 집단 내에서 특정 질병에 걸려 있는 환자의 수를 의미한다. 유병률의 계산 공식은 다음과 같다:

$$\text{병률} \quad \frac{\text{특정 시점에 } IV/\text{에이즈에 감염되어 있는 개인의 수}}{\text{같은 시점의 총 인구수}}$$

<그림 1-3> 남아공과 브라질 HIV 유병률 (15-49세) 비교



그런데 민주화와 함께 각종 사회·개발 문제 해결을 위한 모멘텀이 존재했던 90년대 초반에 두 국가가 외채 수준 등의 자원적 조건 측면에서 유사했으며 더 나아가 남아공이 브라질보다 조금 유리한 상황에 있었다는 점을 고려해보면 왜 반대의 결과가 나타났는지에 대한 의문이 발생하게 된다. 본 연구는 이러한 문제의식에서부터 출발한다. 구체적으로 초기에는 남아공과 브라질에서 에이즈 피해 양상이 유사하게 나타났음에도 불구하고 "1990년대 중반 이후 왜 브라질에서는 에이즈 사망률이 감소하고 전반적으로 에이즈 사태가 안정화된 반면 남아공에서는 에이즈 감염사례 및 사망률이 증가하였는가?"라는 질문을 던지고자 한다. 그리고 두 국가가 에이즈 치료정책과 국제 지재권 레짐 간 균형을 찾기 위해 선택한 대외전략의 내용과 전개과정에 대해 고찰해 볼 것이다.

남아공과 브라질이 에이즈 상황에 대처하는 과정을 추적해볼 때 특히 주목해야 하는 부분은 두 국가가 글로벌 보건 거버넌스의 전체적인 구도 내에서 자신의 위치나 정체성을 무엇으로 설정하였으며 이를 에이즈 퇴치에 어떻게 활용하였는가에 관한 것이다. 기본적으로 에이즈 퇴치를 위

한 국가 차원의 프로그램을 구축함에 있어 국내 의약산업의 인프라나 인력 수준, 제도 및 문화적 환경도 중요하게 작용한다. 그러나 탈냉전기 신흥 경제국이자 강대국과 약소국 사이 중간적 위상의 국가에게 주어지는 영향력(leverage)이나 틈새(niche)를 얼마나 잘 활용하였는지가 브라질과 남아공의 에이즈 문제 관리의 성패 차이에 있어 핵심적인 요소였다고 볼 수 있다. 남아공은 세계 질서로의 편입을 추구하면서도 반식민주의, 반인종주의라는 정치적 목표를 바탕으로 에이즈의 과학에 대한 주류 학계의 합의에 반기를 들었다. 이로 인해 남아공 정부가 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서 고립되어 가며 일관성이 부족한 에이즈 치료정책을 전개하는 가운데 에이즈는 더 확산되었다. 이에 반해 브라질의 경우 신자유주의적 글로벌 무역 레짐에 적극적으로 참여하는 동시에 남반구 협력을 주도하였다. 브라질은 북반구와 남반구의 중개자 위치에서 의약품 접근권 이슈를 인권의 문제로 접근하는 대안적 시각을 제시하였고 세계 여론을 설득하는 전략을 통해 자신의 에이즈 치료정책에 대한 정당성을 확보할 수 있었다.

구체적으로 본 연구에서는 남아공과 브라질에서 각각 아파르트헤이트 정권과 군사 정권의 종식 후 민주주의 정부가 출범한 1990년대 중반부터 2000년대 중반까지 약 10년 동안의 에이즈 정책 변화를 살펴보고자 한다. 1990년대 후반 이후 남아공과 브라질은 각각 국내 산업재산권법, 복제의약품, 강제실시 등 에이즈 치료 약물의 생산 및 분배 체계와 관련된 이슈를 놓고 미국 및 다국적 제약회사들과의 소송에 휘말리며 무역 제재의 위협을 겪었다. 이는 지재권 보호와 의약품 접근권을 둘러싼 갈등의 전모가 드러나는 대표적인 사건들이 되었다. 남아공과 브라질이 소송 문제를 해결하고 에이즈와 의약품 접근권 이슈에 관해 펼친 전략을 입체적으로 조명하기 위해 본 연구에서는 네트워크 이론의 시각을 도입한다. 특히 사회 네트워크 이론(SNT: Social Network Theory)의 중개자(broker) 개념과 행위자-네트워크 이론(ANT: Actor-Network Theory)의 '번역(translation)'의 과정을 주요 이론적 틀로 활용할 것이다. 네트워크 이론은 다양한 국가 및 비국가 행위자들이 행위능력(agency)을 갖는 동등한 노드들로서 끊임없는 상호작용을 통해 연결되고 네트워크를 형성하는 동시에 동태적인 과정으로서의 이 네트워크가 노드의 집합에 대한 '관리양

식'이자 구조로 작용한다고 본다.[4] 이를 바탕으로 남아공과 브라질 사례를 분석함으로서 개도국이 어떻게 독자적인 행위능력을 발휘하여 글로벌 무역 레짐과 보건 이슈 간의 대립으로 인해 발생하는 구조적 제약을 극복하고 역으로 글로벌 보건 거버넌스를 구성해나갈 수 있는지 보여주고자 한다.

2. 기존 연구 검토 및 분석틀

(1) 기존 연구 검토

사회과학 분야에서 1990년대 이후 에이즈에 대한 남아공과 브라질의 대응을 다룬 연구는 크게 국내적 요소를 중심으로 설명한 것과 국제적 차원에서 살펴본 것 두 가지 유형으로 나누어볼 수 있다. 국내적 측면을 다룬 연구들도 특징에 따라 분류해볼 수 있다. 먼저 국가 에이즈 기관 및 네트워크의 정치적 리더십을 에이즈 정책을 결정하는 핵심 요소로 보는 입장이 있다.[5] 이러한 관점을 취한 연구들은 공통적으로 예전에 에이즈 관련 NGO나 캠페인의 운동가(activist)들로 구성된 에이즈 관련 국가 조직이 시민사회와의 탄탄한 파트너십을 형성하고 기업의 이해관계를 반영하는 글로벌 지재권 레짐에 대항하여 인권에 기반한 에이즈 치료 제도를 구축하는 데 중요한 역할을 하였음을 강조한다. 이들은 '관료적 운동가', 국가에 기반을 둔(state-based) 운동가', '체제전복형 행위자(subversive change actor)'[6] 등 다양한 명칭으로 불리는 정부 관료들이

---

4) 하영선·김상배 엮음, 『네트워크 세계정치: 은유에서 분석으로』(서울대학교출판문화원, 2010), p. 48.

5) 브라질 관련 연구는 João Biehl, "The Activist State: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil., *Social Text,* Vol. 22, No. 3 (2004); Eduardo Gomez, "Pursuing Centralization Amidst Decentralization: the politics of Brazil's innovative response to HIV/AIDS," *Journal of Politics in Latin Ameirca*, Vol. 3, No. 3 (2011); Matthew Flynn, "Origins and Limitations of State-Based Advocacy: Brazil's AIDS traetment program and global power dynamics," *Politics & Society*, Vol. 41, No. 1 (2013). 남아공에 대한 연구는 Helen Schneider and Joanne Stein, "Implementing AIDS Policy in Post-Apartheid South Africa," *Social Science and Medicine*, Vol. 52, No. 5 (2001).

6) 마호니와 텔렌(Mahoney and Tellen, 2010)에 의하면 체제전복형 행위자는 자신이 추

자신에게 주어진 제도적 공간 및 권력을 에이즈 퇴치를 위한 정책 강화에 어떻게 활용하였는지 보여준다. 한편, 슈나이더와 스타인(Schneider and Stein)은 남아공의 전반적인 에이즈 정책 변화의 정치적 맥락을 검토하면서 국가 지도자들의 개입은 즉각적인 에이즈 계획 수립을 가져왔지만 장기적이고 효과적인 정책 수행에는 방해가 된 양날의 검이었다고 설명한다.

두 번째는 시민사회 및 사회적 압력이라는 변수에 주목하는 논의들이다.[7] 브라질을 다룬 연구는 1980년대 이후 약 20년간의 에이즈 관련 시민사회 및 에이즈감염인(PLWHA) 네트워크의 활동 및 발전과정을, 남아공에 대한 연구의 경우 90년대에 설립된 치료행동캠페인(TAC)이 중심이 된 시민사회의 투쟁을 추적하여 시민사회가 양 국가의 에이즈 정책 변화에 강한 영향력을 미쳤다고 주장한다. 의학적 증거에 기초한 약물과 인권에 근거한 접근 방식을 지지하는 법률상(de jure)의 권리를 실질적인(de facto) 권리로 옮기는 데 시민사회 행위자의 정치적 수완이 결정적이었다는 것이다.

셋째, 여러 가지 국내 체제의 성격이나 공중보건을 위한 사회적 환경의 영향을 중점적으로 살펴보는 입장이 있다.[8] 이 진영의 연구는 남

구하는 목표를 위하여 기존의 제도에 점진적으로 침투하여 궁극적으로 이를 대체하고자 하는 행위자를 의미하다. 이들은 주로 주변부의 정책 개발에서 시작하여 중심(center)으로 진출하는 방식을 활용한다.

7) Peris Jones, ""A Test of Governance": rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa," *Political Geography*, Vol. 24, No. 4 (2005); Jane Galvão, Francisco Bastos, and Amy Nunn, "The Brazilian Response to AIDS from the 1980s to 2010: Civil Society Mobilization and AIDS Policy," *Global Health Governance*, Vol. 6, No. 1 (2012).

8) 가우리와 리버만(Gauri and Lieberman)은 다인공 국가인 남아공과 브라질 내에 존재하는 경계 제도(boundary institutions), 즉 사회과정이나 정책 개입에 대한 인종 간 정보 습득 능력 및 인식 차이를 낳고 분열을 강화하는 일련의 규칙이나 관습이 두 국가의 에이즈 대응 속도와 수준의 차이를 가져온 원인으로 지목한다. Varun Gauri and Evan Lieberman, "Boundary Institutions and HIV/AIDS Policy in Brazil and South Africa," *Studies in Comparative International Developmen*t, Vol. 46, No.3 (2006). 비에이라(Vieira)의 경우 남부 아프리카의 보츠와나, 모잠비크, 남아공 사례의 비교를 통해 국가-사회 관계, 정책결정 과정, 기존 정치적 문화, 에이즈 운동의 정치적 리더십 성향이라는 요소들의 어떻게 결합되었느냐에 따라 HIV/에이즈의 안보화 성공, 부분 성공, 안보화 실패라는 결과로 나뉘어졌음을 설명한다. Marco Vieira, "Southern Africa's Response(s) to International HIV/AIDS Norms: the politics of assimilation," *Review of International Studies*, Vol. 37 (2011). 클러그(Klug)는 탈 아파르트헤이트 시대를 맞이한 남아공의 보건, 무역, 산업 분야 사이에서 발생한 상

아공과 브라질, 혹은 다른 국가들과의 비교연구를 통해 국내 사회, 정치 그리고 문화적 구조가 에이즈에 대한 국가 간 인식 및 전략 차이를 가져왔음을 지적한다. 지금까지 언급한 연구들에는 에이즈에 관한 남아공과 브라질의 국내적 역학은 잘 드러나지만 국제사회와의 상호작용이나 글로벌 보건 거버넌스의 영향 등 국제 체제 변수에 대한 고려는 결여되어 있다.

한편, 국제정치학적 관점에서 남아공과 브라질의 에이즈 및 의약품 접근권 문제에 접근한 학자들도 있다. 우선 고메즈와 리(Gomez and Lee)는 브라질이 경제력과 외교적 감각이 적절하게 섞인 스마트 파워의 리더십을 발휘하는 데 글로벌 보건 영역을 어떻게 활용하였는지에 대해 설명하며 에이즈 및 의약품 접근권 이슈를 하나의 그 구체적인 예로 들고 있다. 또 다른 연구에서 고메즈는 BRIC 국가들이 에이즈 퇴치에 힘쓰는 과정에서 국제 보건 커뮤니티와 협력함에는 '수용성' 그리고 갈등을 겪은 측면에는 '저항'이라는 개념을 적용하여 분석하였다. 그는 이 신흥 국가들이 국제 보건 커뮤니티를 어떻게 전략적으로 사용했는지 비교하며 그들의 증가하는 영향력을 강조한다. 그러나 여전히 에이즈 이슈에 관한 과학기술과 같은 비인간 행위자들의 역할은 간과한 채 국가만을 중심으로 바라보고 있음을 알 수 있다.[9)]

에이미 넌(Amy Nunn)의 분석은 브라질의 에이즈 치료 제도의 발전의 흐름을 가장 잘 보여주는 작업이라 할 수 있다. 2009년에 출간된 『The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil』에서 넌은 역사적 제도주의(historical institutionalism)의 접근 방식을 통해 1988년부

호작용과 갈등이 국가적 변환과 에이즈 사태에 어떤 영향을 미쳤는지에 대해 고찰한다. Heinz Klug, "Access to Medicines and the Transformation of the South African State: Exploring the interactions of legal and policy changes in health, intellectual property, trade, and competition law in the context of South Africa's HIV/AIDS pandemic," *Law & Social Inquiry*, Vol. 37, No. 2 (2012).

9) 고메즈는 브라질의 에이즈 문제에 대해 활발한 작업을 보이는 학자인데 그 중 정치학적 관점이 잘 드러나는 대표적인 연구로는 다음을 꼽을 수 있음. Eduardo Gomez, "The Politics of Receptivity and Resistance: How Brazil, India, China, and Russia strategically use the international health community in response to HIV/AIDS: a theory," *Global Health Governance*, Vol. 3, No. 1 (2009); Kelley Lee and Eduardo Gomez, "Brazil's Ascendance: the soft power role of global health diplomacy." (2011).

터 2006년까지 약 20년의 세월 동안 에이즈 치료에 관한 법, 관습, 공공 정책이 어떻게 그리고 왜 브라질형 에이즈 모델로 발전했으며 그 과정에 개입한 정치적 지도자, 사회운동, 국제기구 등 다양한 변수들과 여러 제도들의 상호작용을 종합적으로 다루고 있다. 저자는 제도들의 발전 과정이 경로-의존적이라고 보며 과정들의 누적 및 장기적 효과가 브라질의 에이즈 치료정책을 이해하는 데 가장 중요하다고 주장한다. 또한 포센카와 그러스킨(Fosenca and Gruskin)과의 공동작업에서는 미국과의 WTO 분쟁에 처한 가운데 자신의 국가 에이즈 프로그램을 보존시키기 위해 글로벌 차원의 의약품 접근권에 대한 규범을 변화시키기 위해 힘쓴 브라질의 노력을 그린다. 브라질이 국제 보건 정책, 인권 그리고 무역정책 간 조화를 찾고 의약산업의 투명성 확보에 기여한 부분을 다루고 있는 것이다.[10] 넌의 연구를 넘어서 본 논문에서는 남아공과 브라질의 사례를 함께 다룸으로써 보건 안보 증진을 위한 개도국의 전략에 관한 조금 더 일반적인 함의를 도출해보고자 한다.

남아공의 에이즈 사태와 부정론(AIDS Denialism)을 주제로 다룬 대표적인 연구로는 퓨리와 마이어(Fourie and Meyer) 그리고 유드(Youde)의 분석을 꼽을 수 있다.[11] 퓨리와 마이어는 만델라 및 아파르트헤이트 정부 시기까지 거슬러 올라가 남아공 에이즈 현실의 근본적인 문제의 기원을 찾으면서 특정 사회악에 대한 부정론적 태도는 항상 정치적이라고 주장하고 부정과 책임 전가 사이에는 시너지가 발생한다고 정리한다. 유드는 지식(knowledge)과 과학 변수, 특히 인식 공동체(epistemic community)가 남아공 에이즈 정책 형성에 미친 영향을 중심으로 논의를 전개한다. 퓨리와 마이어 그리고 유드의 연구는 역사학적, 사회학적 해석은 풍부하게 제공하지만 국제정치학적 함의는 상대적으로 적다고 볼 수 있다. 특히 과학 분야 내에서 에이즈의 매커니즘를 둘러싸고 지식인들과

---

10) Amy Nunn, *The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil* (New York: Springer, 2009a); Amy Nunn, E. Da Fonseca, and S. Gruskin, "Changing Global Essential Medicines Norms to Improve access to AIDS Treatment: Lessons from Brazil," *Global Public Health,* Vol. 4, No. 2 (2009b).

11) Pieter Fourie and Mellisa Meyer, *The Politics of AIDS Denialism: South Africa's failure to response* (Ashgate Publishing, 2013); Jeremy R. Youde, *AIDS, South Africa, and the Politics of Knowledge* (Ashgate Publishing, 2013).

정책가들 사이에서 전개된 논쟁이 남아공의 에이즈 상1`ㅊ황에 미친 영향에 주목하여 에이즈 제약회사나 NGO 등 에이즈 거버넌스의 또 다른 주축을 이루는 행위자들과의 역학관계나 이해관계의 변화는 많이 포함하지 않고 있다. 부차적으로는 연구 내 곳곳에서 사용된 다소 감정적이고 민족주의적인 어조 또한 연구의 객관성을 저해시킨다고도 평가할 수 있다.

끝으로 우가트 외(Wogart et al.)는 남아공과 브라질이 에이즈와 ARV 약물 접근권 문제를 해결하는 과정에서 관찰된 전략을 법적, 자원적, 조직적 그리고 담론적 영역(interface)으로 쪼개어 비교한 뒤 브라질의 대응이 더 바람직했음을 주장한다. 또한 물질적 권력보다는 담론적 영역이 세계 여론과 글로벌 보건 거버넌스를 변화시키는 데에 더 중요하다고 말한다.[12] 이러한 기존 연구들에는 에이즈라는 이슈 영역에서 남아공과 브라질 사례가 독특성을 갖는다는 인식을 공유하며 두 국가의 에이즈 정책에 대한 세부적 설명을 제공하고 있다. 하지만 여전히 노드의 물질적 여건이나 행태의 측면에 집중하는 속성론적 시각에서 벗어나지 못하고 있다는 점에서 아쉬움이 남으며 전반적인 세계정치 구조 속의 두 국가의 위치를 잘 부각시키지 못하는 한계를 안고 있다.

⑵ 분석틀: 네트워크 이론의 적용

본 논문은 같은 주제를 다루었던 기존 연구들이 잡아내지 못하는 국제정치학적 의미를 찾기 위해 네트워크 이론의 시각을 도입하고자 한다. 네트워크 시각을 바탕으로 하는 이론에는 다양한 종류가 있는데 그 중에서 글로벌 차원에서 형성된 에이즈·보건 거버넌스의 구조 속 브라질과 남아공의 위치를 파악하기 위하여 사회네트워크이론을, 그리고 두 국가가 에이즈 문제를 다루는 과정에서 펼친 대외전략을 살펴보는 데에는 행위자네트워크 이론의 분석틀을 원용하고자 한다.

탈냉전기가 도래한 이후 세계정치는 기존의 국제정치이론에서 제

12) Wogart et al., "AIDS and Access to Medicines: Brazil, South Africa and global health governance," in Kent Buse, Wolfgagng Hein and Nick Drager (eds.), *Making Sense of Global Health Governance: A policy perspective* (London: Palgrave Macmillan, 2009).

시하는 국민국가 간의 관계 그리고 전통적 권력 및 질서의 개념만으로는 설명할 수 없는 다양한 현상들을 목격해 왔다. 네트워크 이론은 행위자의 외연을 엄격히 구분하지 않는 유연한 관점을 보인다. 또한 세계 질서의 형성과 해체 과정에 참여하는 행위자들을 규모나 권력의 크기에 상관없이 하나의 노드(node)로 인식함으로써 다층적인 국가군과 다양한 비국가 행위자들의 정치활동과 영향력을 이해할 수 있는 기반을 제공한다. 특히 보건과 같은 비전통 안보 영역에서 발생하는 거버넌스를 네트워크적 관점에서 설명하는 '노드형 거버넌스(nodal governance)'에 대한 이론들이 최근에 등장하였다[13]. 이 이론들은 거버넌스가 네트워크를 통해 형성되며 네트워크에의 접근이 거버넌스에 효과적으로 참여하는 데 선행 조건이라고 본다. 그러나 여전히 거버넌스의 성질과 노드들의 역할에 대한 경험적 연구가 더 필요하다고 본다(Shearing and Wood, 2003). 네트워크 시각을 통해 보는 거버넌스는 어떤 특정 노드를 관념적으로 우선시하지 않기 때문에 민관파트너십, NGO, 제약회사와 같은 비국가 행위자들의 두드러지는 활동을 설명하기에 용이하다.

글로벌 에이즈 거버넌스 내 남아공과 브라질의 역할을 이해하기 위해서 로널드 버트(Ronald Burt)의 구조적 공백(structural holes)과 중개자(broker)의 개념을 적용해보고자 한다. 버트는 조직·경영학적 시각을 통해 시장의 사회적 구조에서 집단 간에 존재하는 취약한 링크를 구조적 공백이라고 설명한다. 사회적 구조는 노드 간의 상호작용을 통해 물질적 자원뿐만 아니라 정보와 같은 비물질적 요소의 지속적인 교환과 소통으로 바탕으로 형성된다. 버트는 구조적 공백으로부터 새로운 가치창출이 가능하며 특정 노드가 이 구멍을 메움으로써 권력을 획득할 수 있다고 본다.[14] 스테이시 고다드(Stacie Goddard)는 이러한 역할을 수행하는 행위

---

13) Rod A. Rhodes, *Understanding Governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability* (Buckingham and Philadelphia: Open University Press, 1997); Manuel Castells, "Materials for an Exploratory Theory of the Network Society," *British Journal of Sociology*, Vol. 51, No. 1 (2000); Shearing and Wood, "Nodal Governance, Democracy, and the New 'Denizens'," *Journal of Law and Society*, Vol. 30, No. 3 (2003).

14) Ronald Burt, *Brokerage and Closure: an introduction to social capital* (Oxford University Press, 2005).

자를 중개자라고 정의하고 중개자에게 부여되는 권력을 위치권력(positional power)이라 한다.[15] 본 연구에서는 이러한 개념들을 활용하여 에이즈 치료정책과 의약품 접근권을 둘러싸고 선진국 및 제약산업의 네트워크와 개도국 및 시민사회 진영 간에 발생했던 에이즈 거버넌스의 공백을 브라질과 남아공이 어떻게 인식하고 다른 종류의 행위자들이 갖는 상징과 규범, 이데올로기 간에 호환성을 제공하는 중개자 역할을 성공적으로 수행하였는지를 평가해보고자 한다.

본 논문에서 활용되는 또 다른 네트워크 이론은 행위자네트워크 이론(이하 ANT)이다. 1980년대 초반부터 과학기술학(STS) 분야를 연구하던 프랑스의 브누로 라투르(Bruno Latour), 미셸 칼롱(Michelle Callon), 그리고 영국의 존 로(John Law)가 주축이 되어 정립한 ANT는 행위능력과 구조 또는 행위자로서의 네트워크를 구별하는 이분법이나 환원주의를 거부하는 탈근대적 인식론에 입각하여 인간 및 비인간(non-human) 행위자들이 이종(異種)적 네트워크를 구성해가는 동태적 과정을 탐구한다.[16] ANT는 사회 구조를 고정된 것이 아니라 관계적 과정 속에서 되풀이되고 재생산되는 것으로 보며 질서를 향한 갈등과 저항의 과정에 대한 설명을 중요시한다.[17] 또한 사물, 기술 등 비인간 행위자에게 인간의 행위에 영향을 미칠 수 있는 행위능력을 부여하는 ANT의 특징은 에이즈 문제를 탐구함에 있어 특히 중요하다고 할 수 있다. 의약 기술의 발전을 통한 ARV 약물의 개발, 생산, 분배는 에이즈 감염자, 국가, 국제기구, NGO와 같은 행위자들이 선호한 에이즈 대응책이 변화하는 과정과 직결되어 있다. 즉, 전문가 집단의 초점이 에이즈 예방이 아닌 약물요법을 통한 치료의 측면에 대한 강조로 이동하고 선진국과 개도국 시민들에게 공평하게 부여될 의약품 접근권을 둘러싼 논쟁 속에서 에이즈 의약품이라는 비인간 행위자가 중요한 역할을 한다는 점에 주의할 필요가 있다.

---

15) Stacie Goddard, "Brokering Change: Networks and entrepreneurs in international politics," *International Theory*, Vol. 1, No. 2 (2009).
16) 김상배, 『아라크네의 국제정치학』(한울, 2014), pp. 51-52.
17) John Law, *Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy, and Heterogeneity* (Center for Science Studies, Lancaster University, 2003), p. 5.

브라질과 남아공 사례를 살펴보는 과정에서 중요한 의미를 갖는 ANT의 또 다른 특징은 권력(power)에 대한 관점이다. ANT는 권력자의 권력이 태생적으로 부여되거나 단순히 노드의 크기나 자원력, 물리력, 카리스마와 같은 성질에서 발생하는 것이 아니라고 말한다. 남아공과 브라질이 에이즈라는 이슈 영역을 통해 발휘하고 획득하는 권력은 다양한 이해관계를 협상하고 주변 행위자들과 동맹관계를 맺는 번역의 능력에 달려있던 것이다. 특히 두 사례는 탈근대 세계정치에서는 강압적 방식보다는 관념과 규범의 힘, 설득의 힘이 권력 획득에 더 중요하게 작용함을 보여줄 것이라 기대한다.

인간 및 비인간 행위자들이 행위자네트워크를 건설하는 과정을 설명하기 위해 ANT 이론가 칼롱은 번역의 과정이라는 분석틀을 제시하였다. 이 번역을 이해하는 것이 ANT의 핵심이다.[18] 네트워킹을 통한 성공적인 번역은 권력을 획득하는 과정이고 이를 통해 네트워크 내에 상이한 크기의 권력을 가진 행위자들이 존재하는지를 설명해준다. 칼롱은 번역이 4단계로 이루어진다고 본다. 이는 한 행위자가 네트워크 구도와 다른 행위자들을 파악 및 정의하며 기존의 네트워크를 교란하는 '문제제기(problematization)', 다른 행위자들을 기존의 네트워크에서 분리시켜 새로운 협상을 진행하는 '관심끌기(interessement)', 새롭게 관계를 맺은 다른 행위자들에게 적극적으로 정체성 및 역할을 부여하는 '등록하기(enrollment)', 그리고 이들을 자신의 네트워크에 포함시켜 표준을 설정하고 일반적 보편성을 획득하는 '동원하기(mobilization)' 단계이다. 단, 현실 속에서는 이 네 가지 단계가 항상 순차적으로 나타나는 것이 아니며 번역의 과정 또한 결코 고정적인 것이 아니라고 칼롱은 말한다. 본 논문에서는 이러한 접근방식을 남아공과 브라질의 자국의 에이즈 치료정책을 옹호하고 의약품 접근권 관련 글로벌 규범에 접근하는 과정에서 전개한 전략을 분석하는데 도입해보고자 한다. 하지만 번역의 과정을 기계적으로 적용하기보다는 ANT의 시각이 제공하는 이론적, 개념적 틀을 통해 브라질과 남아공의 사례가 갖는 중요성과 일반적 함의를 찾는 것이 연구의 목적

18) 홍성욱 엮음, 『인간·사물·동맹: 행위자네트워크 이론과 테크노사이언스』(이음, 2010), pp. 24-27.

이라 할 수 있다.

3. 연구 사례의 선택

본 논문은 남아공과 브라질의 에이즈 사태와 대외전략이 어떻게 변화했는지를 유사하지만 개별적인 두 가지 이야기의 전개를 추적하는 방식을 통해 살펴보고자 한다.[19] 1990년대 중반부터 2000년대 중반 사이의 남아공과 브라질을 연구 사례로 선정한 이유는 다음과 같다. 첫째, 국가의 속성적 측면에서 볼 때 남아공과 브라질은 중간 소득층 국가로 유사한 사회, 경제, 정치적 특징을 보였다(<표1-1> 참조). 당시의 경제 및 개발 지표는 두 국가가 유사한 글로벌 경제 흐름과 압력에 노출되어 있었음을 의미한다. 또한 양쪽 모두 높은 생태적, 인종 및 민족적 다양성을 가진 국가로 인종 간 소득 격차가 높게 나타나고 총 인구의 2/3 이상이 도시에 사는 사회적 특징을 보인다. 중도좌파적 성향의 까르도주 및 만델라 정부 두 국가의 보건체제는 국가, 주(州), 지방 3분체계의 형태를 띠었으며 정부의 보건 부문 지출 또한 유사하기 때문에 공중보건 환경도 주요 변수에서 제외할 수 있다.

<표 1-1> 남아공과 브라질의 경제 및 개발 지표 (1995년 기준)

지표	남아공	브라질
총 인구 (명)	3,912만	1억6,189만
1인당 국민총소득(GNI,USD) /경제성장률(%)	3,740 / 3.1	3,730 / 4.4
대외채무(USD)	2,535억	1,609억
수출(% of GDP)	23	10
소득불평등성(지니계수)	56.6	60.2
공공보건지출(% of GDP)	7.4	6.7
인종 x 소득 상관관계	높음	높음

출처: World Bank, World Development Indicators, 1995; CIA, The World Factbook, 2014

19) 이는 과정추적(process tracing)의 틀을 따른다고 할 수 있다. 과정추적의 방법은 독립변수와 종속변수 사이에 개입된 인과적인 사건들을 경험적으로 추적한다. 이는 단일 사례나 소수의 사례를 기반으로 하여 인과적 추론을 가능하게 한다는 장점을 갖는다. 조지와 베넷(George and Bennett)은 과정추적이 하나의 사례 내에서 수많은 관찰들을 가능케 하며 이 관찰들이 서로와 연결되어 있는 특정 방식이 사례에 대한 설명을 구성

둘째, 전체적인 국제체제 내에서 두 국가가 차지하는 구조적 위치의 유사성 때문이다. 브라질과 남아공은 2000년대에 이후 신흥 경제강대국으로 주목을 받아왔으며 총 세계 인구의 40%를 점하고 있는 브릭스(BRICS)의 일원으로 자체적인 정상회의 및 모임을 통해 상호 금융협력 및 공동 투자기회 등을 모색해 왔다. 또한 두 국가 모두 G20 회원국으로 다양한 분야에 있어 국제무대에서 책임과 역할을 확대해 나가고 있는데 이는 남아공과 브라질이 강대국에 미치지는 못하지만 각각 아프리카와 남아메리카 정치 및 경제 분야의 지역 통합을 주도하는 역내 강대국의 위상을 차지한다는 점을 반영하고 있다. 더 나아가 2003년 브라질, 남아공은 인도와 더불어 서구 주도 세계질서에 대한 대안 세력 형성과 글로벌 무역 및 개발의 공정성의 증진이라는 목표 하에 남반구 지역을 대표하는 개발협력공동체 입사(IBSA)를 창설하였다. IBSA 내에는 질병역학 모니터링, 위생, 지재권 관련 보건 이슈들 등에 대해 논의하는 보건 관련 워킹 그룹이 생성되어 있다.

마지막으로 두 국가는 같은 시기 민주화라는 국가적 변화를 겪었으며 에이즈 사태 및 의약품 접근권과 관련된 상황의 전개 과정에서 상당한 유사성을 보였다. 남아공에서는 아파르트헤이트 시대에 해방운동을 이끌었던 아프리카민족회의(ANC: African National Congress)가 정권을 잡으며 1994년 만델라 대통령을 수장으로 한 첫 민주정부가 등장하였다. 브라질에서도 1960~80년대의 군사정권이 종식된 후 짧은 시행착오를 거친 뒤 1995년 까르도주 정부가 출범하였다. 민주화의 물결과 함께 양 국가에서는 시민의 권리에 대한 사회적 요구가 증가했고 에이즈 및 의약품 접근권을 기본적인 인권 이슈로 접근할 것에 대한 시민사회의 요구의 증대 또한 이러한 맥락 안에서 가능했다고 볼 수 있다. 또 한편으로는 유예기간없이 TRIPS 협정에 맞춰 국내 산업재산권법을 바로 개정함으로써 공중보건과 지재권 보호 사이의 딜레마를 겪었다는 점 그리고 1990년대 후반~2000년대 초 특허법과 강제실시권의 사용가능성을 두고 다국적 제약회

하기 때문에 이론 검증(theory testing)과 이론 생성(theory development)에 긴요한 도구라고 설명한다. Alexander George and Andrew Bennett, *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences* (MIT Press, 2005), p. 207.

사 및 미국과의 소송에 연루되었다는 특징을 보인다. 즉, 이러한 상황의 전개로 인해 두 국가에게 비슷한 기회와 제약의 구조가 주어졌다고 할 수 있다.

본 연구에서는 이렇게 남아공과 브라질에게 유사한 구조적 여건이 주어졌음에도 불구하고 왜 HIV/에이즈에 대한 두 국가의 정책적 대응 속도와 범위가 대조적으로 나타났으며 이것이 브라질에서는 에이즈 사태가 진정되는 한편 남아공의 에이즈 감염사례는 2000년 중반까지 계속 증식되는 결과로 이어지는 과정에 대해 살펴볼 것이다.

4. 논문의 구성

본격적으로 남아공과 브라질의 사례를 다루기에 앞서 본 연구의 2장에서는 에이즈가 보이는 지정학적 특징과 1990년대부터 이 질병의 폐해를 감소시키기 위해 형성된 글로벌 거버넌스의 구조를 살펴보고자 한다. 이를 통해 사회, 경제, 개발 영역과 밀접한 관계를 갖는 에이즈의 복합성을 드러내고 그동안 에이즈 거버넌스가 다양한 이해당사자들 간 이해관계 조율을 바탕으로 발전해왔음을 밝힐 것이다. 에이즈 환자들이 정상적인 생활을 영위할 수 있게 해주는 에이즈 약물이 개발됨에 따라 에이즈 정책에서 치료의 비중이 증가되는 한편 TRIPS 협정의 체결로 세계 지재권 보호가 강화되어 원활한 ARV 약물 공급이 타격을 입게 되었는데 그 과정에서 대두된 지재권 레짐과 의약품 접근권 간 마찰과 다양한 행위자들의 입장 또한 설명할 것이다.

그 다음으로 3장에서는 1990년대 초반부터 시작된 민주화의 물결 속에서 에이즈에 대한 브라질과 남아공 정부의 위협인식이 어떻게 변화하였고 이와 함께 에이즈 프로그램이 어떤 발전 혹은 퇴보의 과정을 겪었는지에 대해 살펴볼 것이다. 특히 남아공의 경우 국가 건설과 국제사회 내 자신의 입지 재고라는 과제와 에이즈 관리가 동반되지 못한 반면 브라질에서는 에이즈 확산 방지와 치료정책 강화에 우선적으로 집중하는 차이를 보였음을 논하고자 한다. 더 나아가 양 국가가 동일하게 유예 기간 없이 TRIPS 협정에 맞춰 국내 산업재산법을 개정하면서 지재권 보호와 에이즈

약물치료 제공 사이에 발생한 딜레마를 해결하기 위해 어떤 조치를 고려하였는지, 그리고 다국적 제약회사 및 미국과의 무역 분쟁에서 어떤 주장 및 입장을 펼쳤는지에 대해 살펴볼 것이다.

이러한 내용을 바탕으로 4장에서는 글로벌 지재권 레짐으로 인해 상승하는 ARV 약물 가격이 부과하는 재정적 부담을 극복하고 국내 보건 정책과 의약품 접근권을 지키기 위해 두 국가가 국제사회를 상대로 어떤 대외전략을 펼쳤는지를 ANT 이론의 번역의 과정을 적용하여 분석하고자 한다. 남아공과 브라질이 에이즈와 의약품 접근권에 대한 글로벌 규범을 변화시키기 위해 전개한 전략에서 서로 다른 목표 및 주안점을 가졌다는 것과 이것이 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서의 상이한 위치설정과 연관이 있음을 살펴볼 것이다. 그리하여 어떻게 브라질이 중개자로서 성공적인 번역을 펼치는 동안 남아공은 국제사회로부터 고립되고 에이즈 문제를 제대로 다루지 못하였는지를 설명할 것이다. 마지막 장에서는 앞에서 다룬 내용들을 정리하고 네트워크 이론 시각을 통해 바라본 남아공과 브라질의 에이즈 문제가 비전통 안보 영역에서 개도국이 펼칠 수 있는 전략에 대해 갖는 일반적 함의가 무엇인지 생각해보고자 한다.

Ⅱ. 글로벌 에이즈 거버넌스의 형성

1. 에이즈의 지정학적 특징

오늘날 세계적으로 약 3,500만 명의 HIV 및 에이즈 감염자가 존재하는 가운데 에이즈 질병은 세계 10대 사망원인 중 6위를 차지하고 있다(WHO, 2013). 에이즈는 1980년대 초반 처음 진단된 이후 세계 도처에서 그러나 동시에 저개발 지역에서 집중적으로 발병해왔다. 에이즈의 역학(epidemiology)은 의료기반시설의 수준, 인구통계학적 특성, 예방과 치료 제공을 위한 정치적 리더십의 존재 여부 등 다양한 경제, 사회제도적 그리고 발전 관련 요소들과 복합적으로 얽혀 있다.

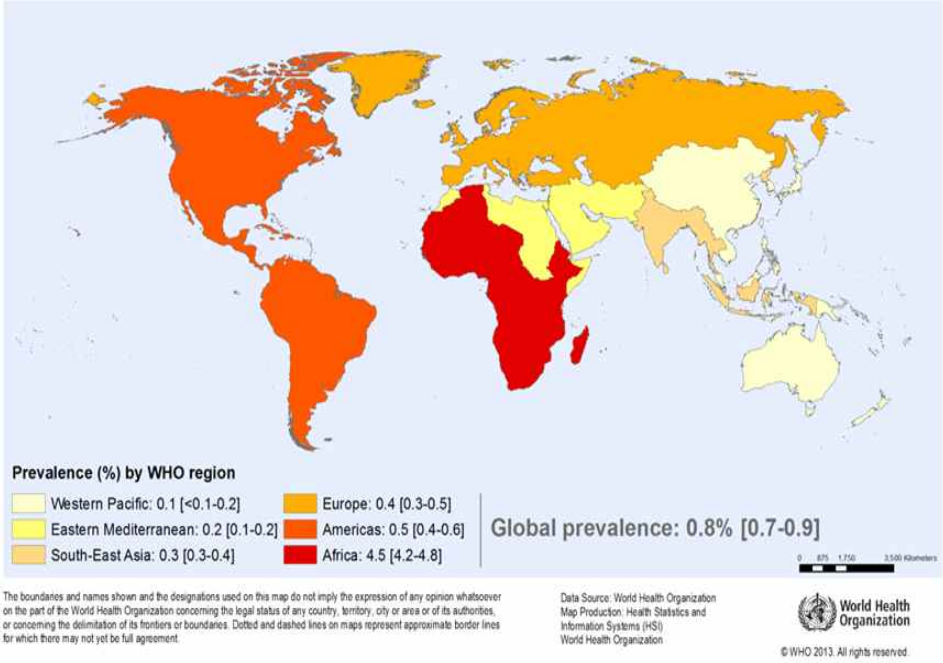
이러한 특징은 HIV 및 에이즈 감염 사례 수의 분포 현황이 각 국가와 지역별로 상당히 불균등하게 나타난다는 사실에서 잘 드러난다. 최근 통계에 의하면 총 3,500만 명에 달하는 세계 감염자 중 서부 및 중앙 유럽에서 86만 명, 동아시아 88만 명, 북미 130만 명 그리고 오세아니아에서 5만 명이 발견된 것과 대조적으로 사하라이남 아프리카에는 2,500만 명(전체의 약 60%), 동남아시아에 390만 명 그리고 캐리비안 및 남아메리카에 170만 명의 감염자가 있는 것으로 파악되었다.[20] <그림 2-1>은 생산 활동이 가장 활발한 성인 집단에서 보이는 에이즈 유병률의 지역적 차이를 보여 준다. 세계적으로 가장 높은 수준의 빈곤과 저개발 문제를 보이는 지역과 에이즈로부터 치명적인 타격을 입은 피해 지역이 거의 동일하게 나타나고 있다. 이는 지정학적 및 경제 구조와 그 불균등성이 비대칭적 에이즈 확산을 강화시키고 있음을 의미한다.[21]

---

20) UNAIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2013*.

21) Jill Bradbury and Jude Clark, "The Millennium Development Goalposts Researching the Score on and off the Field," *Journal of Health Management*, Vol. 11, No. 2 (2009), pp. 391-404.

<그림 2-1> WHO 지역별 성인(15-49세) 집단 내 HIV 유병률 (2012)



1980년대 중반까지 아프리카에서 보고된 몇몇 에이즈 사례는 성병으로 오진되었으며 WHO는 에이즈를 문제 해결이 자체적으로 가능한 부국 내 몇몇 특정 집단에서 불거진 새로운 질병으로만 인식하여 1980년대~90년대 초에는 미온한 반응을 보였다.[22] 그러나 HIV/에이즈가 서서히 일반 대중으로까지 널리 확산되면서 이에 대한 위협인식이 증가하게 되었다. 2005년 2월 당시 유엔에이즈계획(UNAIDS)의 집행국장이었던 피터 피오트(Peter Piot) 박사는 런던정치경제대학(LSE)에서의 연설을 통해 왜 에이즈가 글로벌 사회에게 이례적인 위협을 가하는지를 다음과 같이 설명하였다.[23] 먼저 일반적인 질병이나 재난의 경우에는 일정 시간이 경과하면 적절한 사회적 대응책이 마련될 수 있는 안정기(plateau)에 접어드는 것과 달리 에이즈의 안정화는 국가, 글로벌, 장기적 차원 모두에서 요원하다는 특징을 갖는다. 또한 에이즈는 국가의 경제, 사회 등 다양한 측면에 악영향을 미치는 도미노 효과를 낳는다. 그리고 이 질병에 대한 사회적 편견

22) Mann et al., *AIDS in the World* (Harvard University Press, 1992), pp. 567-70.
23) Peter Piot, "Why AIDS is Exceptional," speech given at the London School of Economics, February 8, 2005.

혹은 사회적 낙인이 효과적인 조치를 취하는데 장애물로 작용하고 있음을 지적할 수 있다. 피오트 박사는 이에 덧붙여 에이즈가 많은 국가에서 발전에 위협을 가하는 가장 무서운 요인임을 강조하며 에이즈 퇴치를 위해서는 개별 국가의 정책적 노력뿐만 아니라 국제사회의 협력 수준 또한 그만큼 확장되어야 한다고 주장하였다.

그런 한편 에이즈에 대한 최선의 해결책을 이끌어내기 위해 진행된 조율 과정은 지난 20여 년간 글로벌 보건 거버넌스 전반이 그러하였듯이 고도로 정치화되었다. 재커와 키프는(Zacher and Keefe)는 그 배경 요인으로 이익의 다수성(multiplicity)과 행위자 및 목적의 다수성 두 가지를 지적한다. 전염병에 관한 글로벌 보건 시스템의 가장 명백하고 일차적인 목적은 질병이 인류 사회에 야기하는 피해를 최소화하는 것이다. 그러나 보건 거버넌스는 다른 이슈 영역과 떨어져 독자적으로 작동하지 않기 때문에 네트워크 내에 존재하는 이해당사자들은 전염병 퇴치 이외에도 여러 가지 다른 목적을 동시에 추구한다. 따라서 다음 절에 나오는 의약품 접근성 논쟁을 통해서도 볼 수 있듯이 글로벌 보건 거버넌스는 경제 개발이나 군사안보, 인권, 그리고 환경과 같은 다른 이슈 영역에서 생기는 변화나 이해관계 구도와 밀접하게 상호작용하며 발전해 온 모습을 관찰할 수 있다.[24]

HIV/에이즈는 때로는 글로벌 보건 프레임워크 내의 일부로, 또 다른 한편으로는 에이즈만의 독특성을 부각시키는 독자적인 이니셔티브나 프로젝트를 통해 다루어져왔는데 그 과정에 국가, 지역, 세계적 수준의 다양한 행위자들이 개입해왔음에 주목할 필요가 있다. 우선적으로, 이 글로벌 구조의 중심에는 UNAIDS가 자리한다. UNAIDS는 1996년 창설된 이후 에이즈에 대한 정보를 수집 및 제공하며 에이즈 확산 방지와 환자에 대한 치료 및 지원 사업을 관리하는 중개자이자 감시자의 역할을 담당하고 있다. 1996년에 창설된 UNAIDS는 유엔 체제 내에서 유일하게 여러 기관의 공동 후원 및 소유 방식을 통해 운영되는 독특한 제도적 특징을 갖는다.[25]

---

24) Keefe and Zacher, *The Politics of Global Health Governance: united by contagion* (Palgrave Macmillan, 2008), pp. 129-141.

세계은행이나 국제통화기금(IMF)으로 대표되는 국제 재정 기관과 G8 등이 선도하는 경제 거버넌스 또한 글로벌 에이즈 정책 형성에 중요하다. 그런데 가중 투표 방식을 따르는 국제금융기구 내 결정사항에 있어서 선진국 회원국들의 입김이 강할 수밖에 없다는 비판이 종종 제기된다. 또한 차관 수락에 따르는 예산 상한선 설정이나 공공부문 고용 동결 등의 권고사항은 효과적인 에이즈 프로그램을 위한 공중보건 노동력 강화의 필요와 종종 상충하곤 한다. 그럼에도 불구하고 브라질과 남아공의 사례에서도 볼 수 있듯이 사하라 이남 아프리카나 동남아시아 등의 많은 개도국들이 보건 인프라 구축 및 에이즈 퇴치 사업에 착수함에 있어 국제기구로부터의 원조에 의지하게 되는 것이 사실이다.

다른 한편으로는 다양한 비국가 행위자의 역할 및 비중 또한 꾸준히 증가해왔다. 우선 개인 운동가, 에이즈 전문가 그리고 수많은 NGO와 단체들로 구성된 시민사회는 초반부터 에이즈에 대한 인식 고취 및 에이즈 환자들의 권리 증대를 위해 캠페인을 전개했다.[26] 또한 민간 부문에서 충당하는 HIV 및 에이즈 퇴치 관련 기금 총액의 2/3를 제공하는 게이츠 재단이나 제네바에 본부를 둔 에이즈, 결핵, 말라리아 퇴치를 위한 글로벌 펀드(GFATM)는 민관 파트너십 방식을 촉진하는 대표적인 예다. 이러한 단체들은 공공개발원조(ODA) 대상으로 덜 선호되는 백신 개발이나 예방 및 치료 등의 분야를 지원해왔다. 브리스톨-마이어스 스퀴브 재단

---

25) 현재 유엔난민기구(UNHCR), 유엔아동기금(UNICEF), 세계식량기구(WFP), 유엔개발계획(UNDP), 유엔인구기금(UNFPA), 유엔마약범죄사무소(UNODC), 유엔여성기구(UN Women), 국제노동기구(ILO), 유엔교육과학문화기구(UNESCO), 세계보건기구(WHO), 세계은행(World Bank) 등 총 11개 기관이 UNAIDS 공동스폰서로 참여하고 있다. UNAIDS는 각각의 기구가 일국 차원에서 시행하는 계획이나 사업을 방해하지 않으면서 글로벌 에이즈 전략의 수립과 조율을 시행할 수 있어야 한다는 유엔 내 합의를 바탕으로 조직되었다. UNAIDS는 HIV/에이즈 퇴치와 관련하여 명시적으로 11개의 목표를 설정하고 있다. 그 중 본 연구에서 중점적으로 살펴보는 의약품 접근권 문제와 관련해서는 2015년까지 1,500만 명의 HIV 감염자에게 ARV 치료를 제공한다는 목표를 추진하고 있다.

26) 브라질의 에이즈 퇴치 시민조직(ABIA: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), 남아공의 치료행동캠페인(TAC: Treatment Action Campaign), 미국의 액트업(ACT UP) 등 특정 국가에 기반을 둔 조직들은 국경없는의사회(MSF: Médecins Sans Frontières)나 국제적십자사(the Red Cross), 옥스팜(Oxfam) 등 유명한 초국적 NGO와 협력 사업을 펼치며 현지 및 세계 주요 언론과의 연대를 통해 제약회사들에게 압력을 가하여 개도국의 지재권법의 위법성에 대한 소송을 취하하게 만들기도 하였다.

(Bristol-Myers Squibb 社 소속)과 같이 기업, 특히 제약회사 산하 재단들도 에이즈 약 기능이나 가격 인하 등을 통해 에이즈 피해국을 지원하지만 정작 지재권 레짐의 강화를 도모하여 많은 개도국들이 에이즈 프로그램을 시행하는데 어려움을 겪게 한 장본인이 이들이라는 다소 아이러니한 모습을 발견할 수 있다.

이렇게 글로벌 에이즈 거버넌스는 지난 20여 년간 점진적으로 형성되며 다양한 행위자들의 출현을 목격했다. 많은 개도국들은 이러한 글로벌 구조의 한 부분을 차지하며 각각의 국내 에이즈 정책 및 보건 체계는 다른 행위자들과의 관계 속에서 협력 및 갈등을 경험하며 변화해왔다고 할 수 있다. 이 때 주의해야할 점은 글로벌 차원의 구조의 측면에만 집중한다면 행위능력에 대한 논의를 놓치게 된다는 것이다. 월트 외(Walt et al.)는 다양한 파트너들이 HIV/에이즈 퇴치에 관한 명확하고 중첩적인 문제의식과 목표를 공유하며 이와 관련된 국제 가이드라인, 지표, 감독 방식 등에 대해서 합의한다 하더라도 다른 한편으로는 그들 간에 배치되는 이해관계가 존재할 수 있고 실제로 에이즈 정책의 성과 수준이 국가마다 다르게 나타난다는 점을 간과할 수 없다고 설명한다. 이것이 에이즈라는 질병을 둘러싸고 형성된 글로벌 거버넌스를 파악한 후 국가 수준으로 돌아가 논의를 전개시켜야 하는 이유인 것이다.[27] 따라서 본 연구에서 전체적인 구조를 고려하면서도 브라질과 남아공이라는 국가의 고유한 관념, 가치 그리고 상이한 이해관계가 에이즈 및 의약품 접근권 전략에 어떻게 반영되었는지 분석하고 각각의 행위능력을 이해하고자 하는 것도 이와 같은 맥락으로 바라볼 수 있다.

---

27) Gill Walt, Neil Spicer and Kent Buse, "Mapping the Global Health Architecture," in Buse et al.(eds.), *Making Sense of Global Health Governance: A policy perspective* (Palgrave Macmillan , 2009), pp. 63-66.

2. 에이즈와 의약품 접근권 문제

미지의 질병이었던 에이즈에 대한 지식이 점차 늘어가면서 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서는 질병의 예방과 더불어 ARV 약물치료에의 접근성의 중요성이 부각되었다. 이전에는 에이즈 감염이 사형선고나 마찬가지였던 것과 달리 1990년대 이후 탁월한 과학기술의 발전을 바탕으로 개발된 HIV 치료제라는 비인간 행위자가 등장하면서 에이즈는 더 이상 죽음의 병이 아님이 강조되었다. 또한 ARV 약물치료를 통해 HIV 전염의 확률을 막는 "예방으로서의 치료 (TASP: treatment as prevention)"라는 개념이 등장하였다. ARV 약물치료의 원리는 체내의 바이러스 수치(viral load)를 감소시켜 폐렴과 같은 에이즈 관련 질환에 감염될 확률을 줄이는 것이다.[28] HIV 양성 환자의 바이러스 수치가 바로 HIV 전염의 가장 큰 위험인자이기 때문에 ARV 약물의 사용은 환자 개인의 차원에서는 물론 전체 인구 내 HIV의 확산을 예방하는 효과도 갖는다.[29]

이러한 치료가 보편적으로 접근가능해지는 데에는 ARV 약품의 가격이 결정적인 요소라 할 수 있다. 2000년 남아공 더반(Durban)에서 개최된 제1차 국제 에이즈 회의에서 의약품 접근권 이슈가 제기된 이후 ARV 약물을 투여 받는 개도국의 에이즈 환자의 수는 점진적으로 증가하기 시작하여 최근 들어 5백만 명에 달하게 되었다. 또엔 외('T Hoen et al)는 에이즈 치료의 발전 과정을 세 가지 구성 단계로 나누어 설명한다. 먼저, 현지 및 초국적 시민사회가 에이즈 치료에 대한 접근권을 글로벌 어젠다에 올려 놓았다. 다음으로 의료산업 관계자들이, 특히 개도국의 국영 제약회사 및 연구소들이 약물치료 제공이 안전하고 효과적이며 자원이 빈약한 국가에서도 가능하다는 것을 보여주었다. 그리고 그 결과로 약물 가

---

28) 구체적으로 TASP에는 모자수직감염예방(PMTCT), 노출 후 예방법(PEP, post exposure prophylaxis: 에이즈 환자에 사용된 바늘에 찔릴 수 있는 의료진과 같이 위험직종 종사자들이 HIV에 노출된 직후 약 한 달 정도의 단기간 ARV 약물치료를 받아 HIV 감염의 확률을 줄이는 것) 그리고 노출 전 예방법(PrEP, Pre-exposure prophylaxis: 비감염인이 처음부터 예방을 목적으로 HIV 치료 약물을 지속적으로 복용하는 것)이 포함된다.

29) WHO, *Antiretroviral Treatment as Prevention(TASP) of HIV and TB: Programmatic Update* (Geneva: July, 2012).

격의 인하 및 안정화가 간헐적으로 이루어진 것이다.[30] 그런데 이러한 과정이 순조롭게만 전개된 것은 아니었다. 뜻밖에도 HIV 및 에이즈 감염자들을 위한 약물 보급에 제동을 건 것은 우루과이 라운드의 타결과 함께 출범한 세계무역기구(WTO)와 TRIPS 협정이었다.

TRIPS 협정은 국제 무역 체제에 지적재산권법을 처음으로 도입시킨 그리고 동시에 가장 포괄적으로 다루고 있는 협정이다. 이는 1970년대부터 이미 시작된 지식 기반 경제로의 움직임과 지적 재산의 인정 및 보호를 위해 선진국가들 내에서 다방면으로 이루어진 로비 활동의 정점에 놓여 있었다고 할 수 있다. 수잔 셀(Susan Sell)은 사적 행위자들이 이익을 추구하는 데에 국가를 필요로 할 때 그들은 정책 결정자들이 수용할 수 있는 방식으로 자신들의 이해를 표현해야만 하며 국가들이 공식적인 지위를 갖는 다자 협상에서는 특히 그러하다고 설명한다. GATT 협상은 지재권 로비, 특히 의약산업의 로비를 통해 사적인 이해가 공익의 문제로 전환하는 것에 성공한 대표적인 사례라고 볼 수 있다.[31]

기본적으로 제약 산업은 위험부담이 높고 큰 규모의 부자비용을 필요로 하는 부문이며 신약이 임상을 거쳐 실제로 상업화될 때까지 까다롭고 긴 절차를 거쳐야 한다.[32] 따라서 특허 보호 제도를 통해 자금 회수 및 새로운 시장 개척을 추구하는 대형 제약기업들은 지재권 보호 제도가 신약 개발 및 혁신에 기여한다고 주장해 왔다.[33] TRIPS 협정의 내용에는 이러한 주장이 잘 반영되어 있다. TRIPS 협정은 “모든 기술 분야에서 신규성, 독창적 단계 및 산업적 이용가능성을 갖는 모든 물건 또는 제조법에 대해 특허획득이 가능해야 한다(제27조)”고 규정하며 이를 위반하는 회원

---

30) 'T Hoen et al., "Driving a Decade of Change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all," *Journal of the International AIDS Society*, Vol. 14, No. 1 (2011).

31) 수잔 셀, 『초국적 기업에 의한 법의 지배』 (서울: 후마니타스, 2009), p. 157-158.

32) 2012년 2월 10일 포브스(Forbes)지의 보도에 의하면 대형 제약회사에서 매년 신약 개발에 소모하는 비용은 평균 최소 40억 달러에서 최대 110억 달러에 달한다.

33) “지적 재산권의 보호 및 시행은 기술 혁신과 기술의 이전 및 확산을 촉진하는데 기여할 것이다. 이는 기술 지식의 생산자와 사용자의 상호이익이 될 것이며 사회 및 경제적 안녕과 권리 및 의무 간의 균형을 위해 바람직한 방식으로 이루어질 것이다”고 명시하는 TRIPS 협정의 제7조는 특히 이러한 시각을 잘 반영하고 있다. WTO, *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (Geneva, 1994).

국에게 보복 조치를 취할 수 있는 패널티 제도도 함께 도입할 것을 요구한다. 또한 특허, 판권, 상표, 산업디자인 영역 모두 범위 내에 포함되며 특허출원 후 최소 20년간 특허권을 보호함으로써(제33조) 실질적인 권력을 지닌 지재권법의 글로벌 표준이 탄생하게 되었다(WTO, 1994). 이에 더해 미국 정부는 WTO 틀 외에도 양자 및 지역적 무역 협정을 통해 TRIPS-plus 기준을 도입할 것을 교역 국가들에게 강하게 요구하여 글로벌 지재권 레짐의 형성을 도모하였다.

그러나 개도국들과 옥스팜, MSF 등의 글로벌 시민단체들 측에서는 TRIPS 협정이 남반구 지역의 의약품 접근권에 부정적인 영향을 미칠 것이라고 강한 우려를 표하였다. 이에 따라 TRIPS 협정을 둘러싼 논쟁은 남반구-북반구의 대립 구조를 가장 첨예하게 보여주는 사례가 되었다.[34] 그 중 에이즈는 백신이나 근본적인 치료약이 존재하지 않아 ARV 요법을 통해 만성적 상태(condition)로 변환시켜 지속적인 약물 공급을 통해 관리해야 하는 특성을 갖기 때문에 의약품 접근권 논의의 중심에 자리하게 되었다. ARV 약물 처방이 선진국에서는 용이해졌지만 TRIPS 협정에 근거하여 새로 개발된 의약품의 특허권을 보유하는 제약회사들의 독점적인 가격 책정으로 인해 정작 사하라 이남 아프리카 등 에이즈 퇴치가 시급한 저개발 지역에서는 약물에의 실질적인 접근이 위기에 빠졌다고 개도국과 시민사회 진영은 주장했다. 그리고 제약회사들이 시장성이 높은 의약품 개발에만 집중하여 저개발 지역의 안보에 위협을 가하는 질병 퇴치에는 소홀하기 때문에 권리자의 이익만 강조하는 결과를 낳음을 지적하며 인도적 차원에서 이 문제에 접근할 것을 촉구했다 .

물론 TRIPS 협정은 회원국들이 국내법에 유연성 조항 혹은 공중보건을 위한 안정장치(safeguards)를 포함할 수 있도록 허용하고 있다. 제8조에서는 “회원국은, 본 협정의 조항들과 일치한다면, 법과 규제를 만들거나 개정할 때 공중보건과 영양을 보호에 필요한 조치를 채택할 수 있으며 회원국의 사회경제적 그리고 기술적 발전에 중대한 분야의 공익을 촉진시킬 수 있다(WTO, 1994)”고 밝히고 있다. 이에 더해 최빈국에게

34) Sarath Ganji, "TRIPS Implementation and Strategic Health Policy in India and Brazil," Josef Korbel Journal of International Studies, Vol. 29 (2011), p. 31.

2005년까지의 협정 준수 유예기간을, 그리고 강제실시권과[35] 같이 최빈국 및 개도국들이 국가 차원의 공중보건 비상사태 시 사용할 수 있는 유연성들을 인정하고 있다. 그런데 남반구 국가들은 현실적으로 선진국의 통상 압력이나 무역 분쟁 제기의 위험부담으로 인해 강제실시권이나 특허권 예외사항에 대한 유연한 해석이 상당히 제한되어 있다고 반론을 제기하였다.

이러한 남-북 갈등 구조가 발생한 가운데 에이즈 퇴치에 있어 여러 난관에 봉착한 국가들이 많이 생겨났고 남아공과 브라질도 그 예외가 아니었다. 특히 바이러스가 기존의 항바이러스 약물에 대해 부작용을 보이거나 내성이 생기는 경우에 대비해 끊임없이 새로운 ARV 약물이 개발되어야 한다는 점, 그리고 이 새로운 약물들은 TRIPS 체제 하에 지재권 보호를 받는다는 점에서 에이즈를 둘러싼 의약품특허보호와 공중보건의 균형은 진행형의 과제로 남게 되었다. 이제 다음 장에서는 이러한 문제들이 남아공과 브라질이라는 행위자의 고유한 특징과 어떻게 결합되어 복합적인 양상을 띠게 되었는지를 살펴보고자 한다.

---

35) 강제실시권(compulsory licensing)이란 개인, 기업, 정부기관 등을 포함하는 제3자가 특허권자의 동의 여부와 관계없이 그러나 브랜드 상품 매매를 위한 잠재적 시장의 감소에 대한 일정 보수(법적으로 책정된 특허권 사용에 대한 대가와는 구별됨)를 지불하여 지적재산을 사용하는 것을 의미한다 (한국 특허청 홈페이지 참고, http://www.kipo.go.kr/kpo/user.tdf?a=user.html.HtmlApp&c=8008&catmenu=m06_04_05). 보건 분야와 관련된 여러 유연성 중 강제실시권이 의약품 접근권에 있어 특히 중요하다고 할 수 있다. 배타적 독점권에 내재된 위험에 대한 안전장치의 일종인 강제실시권을 TRIPS 협정에서도 인정하고는 있지만 그 구체적인 실현 방법이 모호하기 때문에 브라질과 여러 개도국들은 '공중 보건에 관한 도하 선언문(Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health)'을 통해 국가가 어떤 상황에서 공익적 목적을 위해 권리자의 권리를 유보할 수 있는지 스스로 결정할 수 있어야 한다는 데 뜻을 모으게 된다.

Ⅲ. 브라질과 남아공의 에이즈 대응의 배경

1. 초기 국내 에이즈 패턴의 유사성

민주사회로의 이행 과정에서 왜 브라질은 약물 치료에 대한 에이즈 환자들의 권리 보장에 앞장설 수 있었던 반면 남아공은 에이즈 문제에 대해 일관성이 없으며 비효과적인 에이즈 정책을 펼쳐 나갔는가? 에이즈 문제에 대처하는 국제사회의 대응 속에서 브라질과 남아공의 실질적인 역할은 무엇이었는가? 이러한 질문에 대한 답을 찾기 위해서는 에이즈 프로그램이 도입 및 시행되었던 당시의 남아공과 브라질의 정치, 경제, 사회 그리고 제도적 맥락에 대한 고찰이 선행되어야 할 것이다.

브라질에서는 1982년 그리고 남아공에서는 1983년에 첫 에이즈 사례가 보고되었다.[36] 가우리와 리버만(2006)은 초창기 이 질병의 특징과 전염, 확산 경로가 두 국가에서 상당히 비슷하게 나타났다고 지적한다. 구체적으로 두 가지 측면에서 그 유사성을 발견할 수 있다. 첫째, 고위험성 행동을 하거나 이에 쉽게 노출되는 소수의 특정 집단을 위주로 HIV 감염이 일어났다. 1980년대 남아공에서 에이즈는 주로 동성애자, 이주 노동자, 혈우병 환자와 같이 다량의 수혈을 필요로 하는 소수의 인구와 관련된 병으로 인식되었으며 실제로 1982년부터 1990년까지 보고된 에이즈 사례의 43%는 동성애 관계를 통해 전염된 것이었다. 브라질에서는 1987-1989년 사이 처음으로 총 에이즈 감염 사례가 3,000건에서 9,000건으로 급증하였는데 감염자 중 50% 이상이 남성 동성애자(MSM: men who have sex with men)로 밝혀졌다.[37] 따라서, 첫 에이즈 발병 사례가 보고된 직후 양 국가 모두 에이즈를 동성애자의 질병 혹은 암(gay cancer)으로 치부하는 경향을 보였다. 이외에도 브라질의 두 번째 주요 에이즈 확산 시기였던 1990년대 초반에는 동성애자 집단 이외에 정맥 내 마약 복용자들(IDUs) 사이에서 HIV가 빠르게 확산되었다고 보고되었다. 둘째, 초기 브라질과

36) Amy Nunn, 2009, p. 20.; Ras et al., "Acquired Immunodeficiency Syndrome. A Report of 2 South African Cases," *South African Medical Journal*, Vol. 64, No. 4 (1983), pp. 140-2.
37) Nunn, 2009, p. 21.

남아공 보건 당국은 에이즈 전염이 도심 지역 그리고 상위 중산층 백인 인구에 한하여 나타나는 현상이라고 보았다. 브라질에서는 상파울루와 리오 데 자네이로와 같은 대도시가 모여 있는 남동쪽에서 그리고 남아공에서 또한 서쪽보다는 요하네스버그, 더반, 프리토리아 등이 위치한 동쪽 및 남쪽 지역에서 높은 유병률을 보였다.

이러한 에이즈 발병의 사회지리적 특징과 더불어 초반에는 에이즈라는 질병 자체에 대한 정보가 부재함으로 인해 HIV/에이즈에 대한 양쪽 정부의 초기 위협 인식이 상당히 낮게 나타났다. 또한 에이즈에 대한 신속한 대응책을 요구하는 국제적 압력 또한 상대적으로 적었기 때문에 연방 정부 차원의 대응은 상당히 더디어졌고 국지적인 NGO 및 시민단체의 활동을 중심으로 에이즈 캠페인이 이루어졌다.[38] 그러나 1990년대에 들어서면서 에이즈가 일반 대중에게로 확산되는 양상을 보이자 브라질과 남아공 내에 질병의 폭발성 및 각 사회의 취약성에 대한 우려가 만연해졌다. 1990년 남아공이 전국의 임산부 전문 병원을 대상으로 실시한 첫 연례 국가 조사에서 나타난 HIV 유병률은 0.8%였지만 일 년 뒤에는 그 수치가 1.5%로 거의 두 배나 뛰었다. 이는 이미 남아공에서 HIV 및 에이즈가 창궐하고 있음을 알려주는 적신호였다.[39] 같은 시기 브라질에서도 에이즈 유병률이 전체 인구의 1%가 조금 넘는 것으로 나타났다. 기존의 특정 고위험 집단 외 이성애자들 사이에서도 HIV가 전염되기 시작하였다는 점이 에이즈 사례가 급증하게 된 가장 큰 요인이었다. 실제로 브라질에서는 1994년 이후 동성애자보다 이성애자의 HIV 감염 비율이 더 높게 나타나기 시작하였다.[40] 또한 다양한 사회경제적 계층 중 빈곤층에서 HIV 및 에이즈 감염률이 불균형적으로 높게 나타났으며 여성과 아동 등 새로운 취약 집단도 등장하였다. 이는 당시 전 세계적으로 대부분의 저발전 국가들에서 공통적으로 나타난 에이즈 사태의 특징이었고 에이즈는 이제 단순한 의학적 문제가 아니라 안보, 경제, 사회적 영향을 수반하는 복합적인 위협으로 탈바꿈되었다. 이러한 에이즈 문제에 대응하는 남아공과 브라질의 에

38) Gomez, 2010, pp. 102-103; SS Abdool Karim and Q. Abdool Karim (Eds.). *HIV/AIDS in South Africa* (Cambridge University Press, 2010), p. 34.
39) Schneider and Stein, 2001, p. 725.
40) Nunn, 2009, p. 21.

이즈 정책 또한 변화하게 되었다. 다음 절에서는 그 구체적인 과정과 두 국가의 정치 및 사회적 맥락에 대해 고찰해 보고자 한다.

2. 민주화와 국가 에이즈 정책의 변화

(1) 까르도주 정권과 브라질형 에이즈 모델의 단초

브라질 에이즈 프로그램의 핵심적인 특징은 시민사회와 민간 영역의 활동에서 시작되는 상향식 발전 양상과 민관 파트너십의 지속적인 강화라고 볼 수 있다. 1980년대 브라질의 에이즈 퇴치 운동의 핵심주역은 다양한 NGO와 유명 인사들이 포함된 민간 부문의 행위자들이었다. 브라질 내 첫 에이즈 관련 프로그램은 HIV 감염의 주요 고위험 대상자들이 집중적으로 분포되어 있던 대도시 중 하나인 상 파울루에 기반을 둔 NGO GAPA(Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS)와 상 파울루 주 정부의 협동 하에 탄생하였으며 이는 1985년 연방 차원의 에이즈 프로그램(NAP: National AIDS Program)으로 이어졌다. 이런 대응은 에이즈로 인해 유사한 피해를 겪고 있던 다른 저개발 국가들에 비해 현저히 빠른 것이었다. 상 파울루에 비해 조금 늦어지긴 했지만 리우 데 자네이루에서도 저명한 사회학자이자 인권 및 에이즈 운동가인 허버트 드 수자가 창설한 ABIA와 시민단체들을 중심으로 에이즈 환자들의 의료서비스에의 접근에 대한 운동이 펼쳐졌다.[41]

국내 시민단체들이나 에이즈 운동가들은 군사독재정권의 붕괴 이후 더 공개적으로 활동을 펼쳐나가기 시작하였는데 이들은 에이즈를 기본적인 인권 이슈로 접근할 것을 지속적으로 주장하고 인권에 대한 언어를 통해 에이즈 개선에 대한 요구의 사회적 가치를 부각시키고자 하였다.[42]

---

41) 드 수자는 수혈을 통해 HIV에 감염된 혈우병 환자였다. “베띤호(Betinho)”라는 애칭으로 더 많이 불리게 된 그는 브라질의 에이즈 역사에서 가장 중요한 인물 중 하나로 손꼽히고 있다. 베띤호가 세운 ABIA의 주요 기능은 에이즈에 대한 서적, 연구 페이퍼, 보고서 등을 출간하고 1980년대 이후의 아카이브를 제공하는 것이며 오늘날까지도 ABIA는 브라질의 핵심 에이즈 연구 및 지식 센터로 남아 있다.

42) Nunn, 2009, p. 50.

특히 1988년 개정된 헌법의 제196조, 제198조, 제199조에 근거하여 연방 정부가 에이즈에 대한 적절한 대응책을 내놓을 것을 요구하였다.[43] 시민 사회가 선호한 방법은 위 헌법 조항에 근거하여 에이즈 환자들을 위한 적절한 보건 서비스를 제공하지 않는 정부를 대상으로 소송을 제기하는 것이었다. 에이즈 관련 NGO 단체 'Pela Vidda'의 법적 지원 프로그램의 지휘자였던 미리암 벤츄라(Miriam Ventura)는 공중 보건의 특정 목표로서의 에이즈 그 자체에 초점을 맞추기보다는 전반적인 공중 보건 체계에 대한 관심과 에이즈 이슈를 결부시키는 쪽으로 에이즈 캠페인의 방향을 정하였다고 밝혔다. 에이즈 외에도 많은 문제점들이 존재하는 브라질의 공공 보건체계를 개선할 필요가 있음이 사실이었고 에이즈 치료 제공을 보장하는 법의 입안보다는 사법체계를 통한 처리가 훨씬 빠를 것이라고 판단하였기 때문이다.[44] 이와 같은 NGO들의 노력은 민주화라는 시대적 변화를 바탕으로 정치, 시민, 사회 그리고 경제적 권리에 대한 사회적 요구가 증가했다는 거시적인 맥락 안에서 가능했다고 볼 수 있다.

여기에서 시민사회와 더불어 에이즈에 대한 국내 인식을 변화시키고 적절한 정책 구축에 필요한 재정과 인력을 끌어오는 데에 중요한 역할을 한 또 다른 행위자 네트워크 '사니따리스따스(sanitaristas)를 언급할 필요가 있다. 사니따리스따스는 보건뿐만 아니라 민주화와 관련된 사회 변혁 움직임에 앞장선 보건 분야 전문가와 의사, 간호사, 학생, 공중 보건 종사자 등으로 구성된 집단이었다. 이들이 1970~80년대에 전개한 "위생보건개혁운동(Movimento da Reforma Sanitária)"은 의료 체계가 사회적 소외와 양극화에 미치는 영향을 비판적으로 접근하면서 탈집중화, 사회적 참여, 통합적 관리, 그리고 보편화라는 원칙을 내세우며 평등한 의료 서비스 제공을 사회 정의 구현과 직결시켰다. 운동의 기본 정신은 1988년 헌법과 1990년 공공의료보건체계(SUS) 구축의 밑바탕을 제공하였다.

---

43) 제196조에서는 의료보건서비스를 모든 국민의 권리로 그리고 통합된 단일한 의료체계를 구축할 것을 규정한다. 제198조는 지역적 및 위계적인 네트워크를 통합하여 하나의 체계를 만들고 보건 정책에의 커뮤니티의 참여를 보호한다. 제199조에서는 피와 관련한 모든 제품의 상업적 판매를 금지한다. *Constitución Política de la Republica Federativa del Brasil, 1988.*

44) 미리암 벤츄라 인터뷰. Nunn, 2009, pp. 50-51에서 재인용.

초당파적인 태도와 전략을 통해 1980년대를 거치면서 보건 관련 연방 정부 기관의 여러 요직을 차지한 사니따리스따스는 시민사회의 요구가 정책에 잘 반영될 수 있도록 정부 내부의 여건을 조성하였다. 고메즈(2011)가 말하듯 권리옹호 및 정책 형성에 대한 풍부한 사전 경험을 쌓은 새로운 인사들이 주 정부 기관에 침투한 것은 더 효과적이고 중앙집권적인 에이즈 예방 및 치료 정책의 신속한 시행을 가능케 하였다.[45] 그 대표적인 인물로 상 파울로 주 정부의 '피부병학 및 위생' 부서 책임자에서 시작하여 브라질 에이즈 퇴치 프로그램 디렉터와 이후 WHO 에이즈 국장에까지 오른 빠울로 텍세이라(Paulo Teixeira)를 들 수 있다.

하지만 브라질에서 에이즈 프로그램이 항상 순조롭게만 발전한 것은 아니었다. 1990년대 초반의 외채위기는 공공의료체계의 지속적인 자금 부족을 가중시키며 에이즈 치료에 대한 비국가 행위자들의 요구를 충족시키지 못하는 모습을 보였다. 1989년 20년 만에 직선제를 통해 선출되었던 꼴로르(Collor) 대통령(1989-1992)은 짧은 재임 기간 동안 정부의 보건의료 지출 중 거의 반을 삭감하였으며 1988년 헌법에 나타난 보편적 의료보험적용으로의 개혁이 아닌 민간의료보험의 확대라는 상반된 방향의 정책을 추진하였다.[46] 또한 정권 교체와 함께 첫 NAP 책임자였던 게라(L.Guerra)가 꼬르테스(E.Cortes)로 교체되는 등 베띤호와 같은 에이즈 운동가들과의 사적 친분을 바탕으로 시민사회의 에이즈 운동을 지원해주던 보건부 내 핵심인사들이 사라지면서 정부와 비정부 부문 사이에 갈등이 빚어지게 되었다.[47] 다수의 미디어 보도에서는 "브라질에게는 산모 사망률, 설사질환 등이 더 중대한 보건문제이며 에이즈는 정부에게 우선시되는 문제가 아니다"라는 당시 보건부 장관이었던 알세니 게라(Alceni

---

45) Eduardo J. Gómez, "Pursuing Centralization amidst Decentralization: The Politics of Brazil's Innovative Response to HIV/AIDS," *Journal of Politics in Latin America*, Vol. 3, No. 3 (2011), pp. 104-105.

46) Nunn, 2009, pp. 47-48.

47) 브라질의 관료주의나 제도적 발전에 대한 논의에서 종종 나타나는 '제이찡유(jeitinho)'가 에이즈 정책 발전 과정에서도 중요한 역할을 하였음을 알 수 있다. "작은 수단"이라고 직역할 수 있는 이 용어는 인맥, 속임수, 비공식적인 편법을 통해 문제를 해결하는 방식을 의미한다: 최영수, 이달의 초점: Brics 국가의 문화적 접근 (브라질편), 『국제지역정보』, 141(단일호, 2005), p. 6.

Guerra)의 공식적인 발언이 많은 비판의 대상이 되었음을 보여주었다.[48]

그러던 중 대형 제약회사 웰컴(Wellcome: 현재 글락소스미스클라인社)에서 개발한 최초의 에이즈 치료제인 지도부딘(AZT)이 브라질에서 구입가능하게 되면서 그때까지 지원이나 규정이 전무하였던 에이즈 치료 부분이 중요한 논쟁의 대상이 되었다. 다양한 시위, 미디어 캠페인, 소송 등을 통해 약물치료 접근의 평등권에 대한 환자들의 요구가 점점 더 거세지자 게라 장관은 이에 못 이겨 1990년 10월 연방정부 차원에서 에이즈 약물을 제공할 것을 약속하였다. 넌(2009)은 이 결정이 브라질 에이즈 치료의 역사제도적 발전에 있어 결정적인 분기점이었다고 평가한다.

이렇게 AZT 무료 보급이 시작된 이후에도 브라질 내 HIV 감염 확산은 멈출 기미를 보이지 않았다. 1990년대 초반 브라질은 아프리카 지역 제외 시 미국에 이어 세계에서 2번째로 높은 HIV 감염률을 보이게 되었으며 90년대 중반에는 에이즈가 전국적 유행병이 되어 있었다.[49] 이제 시민들의 사회경제적 인권에 대한 담론 형성에 주력하였던 사니따리스따스나 시민사회뿐만 아니라 전반적인 국가 안보에 대한 심각한 위협으로서의 에이즈에 대한 정부 차원의 인식 또한 고조되었다. 비교적 신속하게 1985년 보건부 내 소수의 스태프로 구성된 에이즈 담당 부서에서부터 시작하였지만 계속되는 재정 부족 문제로 인해 큰 활약을 하지 못하고 있던 NAP를 강화시켜야 한다는 필요성이 제기되었다.

그런 의미에서 1995년 까르도주 정권의 출범은 브라질 에이즈 정책이 강화될 수 있는 또 하나의 모멘텀이 되었다. 회고록에서 까르도주 대통령은 당시 많은 아프리카 국가들이 그랬듯이 에이즈라는 문제의 존재를 부정할 것인가 아니면 이에 대해 정면 돌파할 것인가라는 선택의 기로에서 자신의 정부가 후자를 택했다고 밝힌다.[50] 일반적으로 성(性)에 대한 이야기가 금기시되었던 정치 영역에서 대부분의 에이즈 감염 사례가 성관계를 통해 발생하고 빈곤층과 여성이라는 사회적 약자 집단이 주요 감염

---

48) Nunn, 2009, p. 49.

49) Brooke, J. “AIDS in Latin America – A special report; In Deception and Denial, an Epidemic Looms,” *New York Times*, Jan. 25, 1993.

50) Fernando Henrique Cardoso and Brian Winter, *The Accidental President of Brazil: a memoir*. (PublicAffairs, 2006), p. 214.

대상이라는 부분을 공론화한다는 것은 과감한 정치적 행보였다. 브라질에서는 금욕과 정절을 강조하는 예방 측면의 강화가 중요하다는 국제사회의 일반적 통념이 오히려 혼란을 야기하며 반생산적이라는 의견이 우세하게 되었다. 따라서 이러한 기존 인식을 타파하고 피임기구 사용 장려와 ARV 약물에 대한 접근 향상을 새로운 목표로 설정하였다고 까르도주 대통령은 설명한다.[51]

다른 한편으로 까르도주 행정부 및 보건, 외교 당국의 관계자들에게 에이즈 문제는 브라질이 독자적으로 사회 및 안보 문제를 처리할 수 있는 역량을 갖춘 국가임을 증명하고 에이즈 해결에 관해 다른 국가들이 참고할 수 있는 선례를 제공함으로써 국제적 명성(reputation-building)을 고취시킬 수 있는 기회로 여겨졌다. 당시 브라질은 냉전과 국내 군사독재 정권의 종식 이후 경제성장이라는 목표 이외에 '어떤 대외정책과 국제적 정체성을 구축해 나갈 것인가'라는 과제에 당면해 있었다. 신자유주의적 질서에 적극적으로 참여하면서도 지역 통합이나 인도, 남아공과의 전략적 연합을 통해 대안적 질서와 자주성을 추구하는 복합적인 외교를 모색하는 과정에서 에이즈 프로그램과 의약품 접근권 관련 규범 문제는 좋은 매개체가 되었다. 제1공화국(1889-1930) 때부터 매독, 황열, 말라리아 등 다양한 질병과 싸워 이긴 경험과 1942년 세계보건기구 설립과 이후의 다양한 사업에의 참여 등 보건 분야에서의 많은 경험은 브라질에게 중요한 외교적 자원 중 하나였다. 까르도주 대통령이 이후에 여러 인터뷰를 통해 밝혔듯이 당시 정책 결정자들은 이 전통과의 연속선상에서 브라질의 효과적인 의료체계와 기술적 전문성을 보여주기 위해 에이즈 프로그램 강화에 심혈을 기울이기로 한 것이다.[52] 이는 룰라 정권 시기를 비롯하여 2000년대 이후의 브라질 에이즈 정책에서도 반복적으로 발견되는 특징이다.

브라질의 에이즈 정책이 강화되는 과정에서 중요했던 요소 중 하나는 외부로부터의 기부원조(donor aid)였다. 80년대 후반부터 브라질 정

---

51) 이성과의 안정적인 관계 속에 있던 많은 여성들은 한 명의 파트너와만 관계를 맺는다면 HIV 감염 위험으로부터 완전히 보호된다는 그릇된 안전 의식을 가지게 되었고 이에 따라 여성이 가장 빠르게 증가하는 고위험 집단이 된 것이었다. Cardoso and Winter, 2006, p. 215.

52) Gomez, 2009, p. 7.

부와 NGO들은 WHO, 미주보건기구(Pan American Health Organization: PAHO), 포드 재단과 같은 다양한 단체로부터 재정 및 기술적 지원을 받아왔다. 이미 이 시점부터 브라질이 글로벌 에이즈 거버넌스에 관여하는 다른 행위자들과 쌓은 관계의 성격이나 수준이 외부 요소의 영향을 최소화하고자 했던 남아공의 경우와는 다르게 나타났음에 주목할 필요가 있다.

많은 원조 중에서도 에이즈 프로그램 확장에 가장 결정적이었던 것은 1993년 이후 "에이즈 및 성병 통제 프로젝트(Project for the Control of AIDS and STDs)"와 관련해 세계은행이 몇 차례에 걸쳐 제공했던 차관이었다.[53] 고메즈는 세계은행의 원조가 브라질 에이즈 정책의 발전을 설명할 수 있는 독립변수는 아니지만 국가가 국제적 압력과 시민사호의 요구에 시기적절하게 응할 수 있게 해준 중요한 수단이었음을 강조한다.[54] 총 $2,500,000 예산의 4개년 계획이었던 AIDS Ⅰ(1995-1998)은 NAP와 시민사회 간의 협력관계를 제도화하면서 1) HIV 및 성병 예방을 위한 기본 프로그램 마련 및 실행, 2) 전국의 보건소 300 군데에 에이즈 및 성병 센터 설립, 3) 역학 감시 실시, 4) 역량 강화를 위한 인적자원 양성 및 실험기관의 구축을 그 구체적인 목표로 삼았다. 재정개혁과 하이퍼인플레이션으로 인한 의회의 승인 지연 등 여러 정치경제적 상황으로 인해 예정보다 늦게 유입되었지만 첫 번째 세계은행의 차관은 전국적인 에이즈 퇴치사업을 위한 초기 기반을 구축하는데 결정적인 역할을 맡았다

---

53) 세계은행 차관의 일부는 연방정부 사업에, 또 다른 일부는 직접적인 NGO 지원에 할당되었다. 이후에 이루어진 AIDSⅡ(1998-2003)는 질병 예방을 통한 비용 감소를 중심으로 비용 효율적인 의료 서비스에 대한 접근 방식의 촉진이라는 목표 하에 진행되었는데 NAP가 보건부로부터 독립적인 기관이 될 수 있도록 지원하였고 특히 ARV 배급을 위한 복합적이고 중앙집권적인 전국적 시스템을 개발하는 데에 큰 기여를 하였다. STD & AIDS Control Ⅲ라는 정식명칭을 갖는 세 번째 프로젝트(2003-2007)는 180,000명 이상의 환자가 국가 규정에 따라 ARV 치료를 받을 수 있게 되는 결과를 낳았다. 1993년 이후 세계은행이 브라질에 제공한 차관 총 액수는 약 5억 달러에 달한다
: 세계은행 홈페이지 참고,
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/EXTLACREGTOPHEANUTPOP/EXTLACREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:23075109~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:841609,00.html (검색일: 2013년 12월 9일)

54) Gomez, 2011, p. 108.

고 평가할 수 있다.[55]

여기에서 지적해야할 중요한 부분은 브라질이 세계은행 등 신자유주의적 원칙이 많이 반영된 다자적 국제기구를 통해 확산되던 개발 방식이나 비전통 안보 문제 해결에 관한 국제사회의 지배적 담론과 권고사항을 항상 일방향적으로 수용하지 않았다는 점이다. 차관이 도입되기에 앞서 1992년 세계은행은 공공의료보건체계를 통해 ARV 약물을 무료로 보급하는 것이 궁극적으로 브라질의 재정 파탄을 야기할 것이라고 판단하고 차관의 조건으로 브라질 정부에 약물 제공을 중단할 것을 지시하였다. 1993년 세계은행 프로그램 감정 보고서에서는 "일단 에이즈에 감염되면 이는 사망으로 이어지기 때문에 예방만이 에이즈 퇴치에 있어 효과적인 유일한 방법이다"고 주장하며 보건 분야의 인프라 개발과 성병 치료를 위한 약물 구입 부분에는 예산을 할당하였지만 에이즈 치료를 위한 ARV 약물을 위한 지출은 철저하게 금지하였다.[56]

그러나 브라질 에이즈 정책 책임자들은 이러한 지시사항이 1988년 헌법에서 정부의 책임이자 대국민 약속이라 명시하고 있는 의약품 접근권 보장을 위반하는 것이라며 거부하였다. 더 나아가 1996년 "사르네이법(Sarney's Law, Law 9.313)"을 채택함으로써 ARV 약물 무상 제공에 대한 보편적 권리를 법제화시켰다. 약물치료에 대한 연방정부의 리더십은 브라질 에이즈 프로그램의 가장 탁월한 부분이자 국제적으로 가장 뜨거운 논쟁의 대상이 된다. 브라질은 예방과 치료 중 한 쪽을 선택해야 하는 딜레마로 그려지던 기존 국제사회의 대응책과 달리 예방과 치료 모두를 균형적으로 아우르는 새로운 표준, "브라질형 모델"의 가능성을 제시하게 되었다. 즉, 시판되는 에이즈 약물에의 접근이 용이한 선진국들에 비해 물질적 기반이나 사회적 자본이 상대적으로 약한 개도국들의 상황조건에서도 치료정책 실행이 가능하다고 세계를 설득함으로써 브라질은 자국의 에이즈 정책을 정당화하고자 하였다. 이러한 시도들은 브라질이 이후 글로벌 에이즈 거버넌스에서 독특한 위치와 역할을 담당할 수 있게 하는 단초가

55) Nunn, 2009, pp. 64-67.

56) World Bank, *Brazil AIDS and STD Control Project: World Bank Staff Appraisal Report*, (Washington, DC: World Bank, 1993).

되었다고 볼 수 있다.

⑵ 탈 아파르트헤이트 남아공의 대응

이번에는 같은 시기 남아공에서 형성된 에이즈 정책에 대해 살펴보고자 한다. 남아공의 에이즈 정책 발전 과정은 아파르트헤이트 정권에서 민주주의로의 전환이라는 극적인 변화이자 특수한 시대적 조류와 밀접한 연관이 있다. 1990년대 초 남아공의 새로운 집권당이 된 ANC는 새로운 국가 건설, 아파르트헤이트 시대의 잔재 그리고 세계정치 환경의 변화 사이에 발생하는 마찰과 균형 속에서 다양한 문제에 대한 체계적인 대응을 모색해야했다. 이렇게 빠르게 변화하는 기회와 제약이 등장하는 과도기에는 특정 정책, 법, 제도가 수용 및 생성되거나 소멸하도록 하는 추동력을 부여받는 영역이 재설정된다. 또한 다양한 이해당사자들은 국가가 자신이 추구하는 목표를 선택하도록 조장하고 한정된 주요 자원을 차지하기 위하여 경쟁을 벌이게 된다.[57] 탈아파르트헤이트 시기의 보건 정책, 특히 그 에이즈 프로그램은 새로운 사회로의 이행 가운데 발생한 여러 시행착오의 영향을 받는 동시에 의약품 접근권과 같은 관련 이슈들을 둘러싼 다양한 이해관계자들의 주도권 다툼과 대내외적 시민사회의 연계와 노력을 바탕으로 독자적인 발전을 보이기도 한 영역이었다.

남아공에서는 1988년 보건부 내에 '에이즈 부서 및 국가 자문위원회(AIDS Unit and National Advisory Group)'이라는 명칭의 첫 에이즈 프로그램이 개설되었다. 소수의 정부 관리로 구성된 이 조직에게는 새로운 경계대상으로 떠오르는 이 질병에 대한 민중의 인식을 높이고 적절한 대책을 세우라는 임무가 주어졌다. 그럼에도 불구하고 아파르트헤이트 정권의 예방 전략은 지나치게 (인종)차별적이었으며 이를 위해 동원된 자원과 노력 또한 턱없이 부족하였다. 따라서 앞서 언급하였듯이 1990년대 초기

57) Heinz Klug, "Access to Medicines and the Transformation of the South African State: Exploring the Interactions of Legal and Policy Changes in Health, Intellectual Property, Trade, and Competition Law in the Context of South Africa's HIV/AIDS Pandemic," *Law & Social Inquiry*, Vol. 37, No. 2 (2012), pp. 299-300.

HIV 감염자 수는 점점 늘어만 갔다.

이렇게 악화되어 가는 현상에 대해 처음으로 문제 제기를 한 것은 국외로 추방되었다가 아파르트헤이트 정권의 인종차별적 탄압 및 정책에 대한 비판과 압력이 거세지면서 1990년부터 다시 귀환이 허용된 남아공 해방 운동가들과 통일민주전선(UDF: the United Democratic Front) 그리고 남아공노조회의(COSATU: the Congress of South African Trade Union)를 중심으로 형성된 국내 진보 운동 진영이었다. 민주주의로의 전환을 위한 움직임의 핵심 주체였던 ANC 구성원들은 망명 시기 다른 아프리카 지역의 정치 간부들과 일반 국민들이 에이즈로 인해 고통을 겪는 것을 직접 목격한 바 있었으며 이것이 국가 재건에 미칠 수 있는 부정적인 영향에 대해서도 인식하고 있었다.[58]

1990년 모잠비크 마푸토에서 개최된 제4차 남부 아프리카 보건에 대한 국제회의를 통해 아직 귀국금지 대상이었던 ANC 대표, 반 아파르트헤이트 인사, 보건전문가 그리고 다른 국가의 에이즈 관련 정책가 등은 이 지역에서 급증하고 있는 HIV의 잠재적인 위험성에 대해 논의하였다. 이 회의에서 크리스 하니(Chris Hani) ANC 군사지도자 겸 남아공 공산당(SACP) 사무총장은 “에이즈 전염이 우리의 꿈이 실현되는 것을 망치게 놔둘 수 없다”고 단언하였다.[59] 이어 같은 해 4월에는 “남부 아프리카의 HIV 및 에이즈에 대한 마푸토 선언(Maputo Statement on HIV and AIDS in Southern Africa)”이 발표되었다. 이 선언은 남부 아프리카 지역의 국가들은 HIV 확산 방지를 우선순위로 삼아야 한다는 문제의식과 예방과 감염 환자들의 권리에 대한 강조를 포함하여 성공적인 에이즈와의 싸움을 위한 권고사항들을 담고 있었다.

이후 국내로 복귀한 ANC는 남아공 보건 종사자 의회(SAHWCO)

---

58) Helen Schneider and Joanne Stein, “Implementing AIDS policy in Post-apartheid South Africa," *Social Science & Medicine*, Vol. 52, No. 5 (2001), p. 725.

59) Virginia Van der Vliet, “South Africa Divided Against AIDS: a crisis of leadership,” *AIDS and South Africa: The Social Expression of a Pandemic* (Palgrave Macmillan, 2004), pp. 48-96; AVERT 홈페이지에서 발췌, http://www.avert.org/history-hiv-aids-south-africa.htm#footnote11_h3tnwyp (접속일: 2014년 4월 6일).

나 국가 의료 및 치과 협회(NAMDA), 보건 관련 운동가들 그리고 시민사회와 함께 에이즈 억제를 위한 계획을 세웠다. 결정적으로 흑백간의 정권 이양을 앞두고 1992년 10월 ANC와 보건부의 공동 주최 하에 열린 범 국가적 에이즈 회의는 각 정당, 노동조합, 기업체, 정부, 시민단체, 교회, 학계 등 각종 기관과 단체에 속해 있는 이해관계자들 약 450명을 소집하여 이 문제에 대해 의견공유가 이루어지는 기회를 제공하였다. 슈나이더와 스타인은 당시 새 정부 선출을 위한 민주선거 날짜에 대한 민감한 협상이 진행중이었다는 점을 지적하며 이 회의는 그러한 복잡한 정치적 상황에서 보기 어려운 진기한 국민단결의 광경이었다고 평가한다.

회의의 결과로 남아공 에이즈 조정 위원회(NACOSA)가 결성되었고 위원회에서 마련한 초안을 바탕으로 국가 에이즈 계획(the National AIDS Plan)이 작성되었다. 이 계획의 골자는 정부가 NGO, 연구가, 보건 종사자, 산업 분야 등과 네트워크를 강화하여 HIV 감염 및 사회적 충격 완화를 위한 집중적 상담 프로그램을 개발하고 에이즈 대응책 활성화에 지방, 국가, 국제적 자원을 활용하자는 것이었다. 이 때 에이즈 계획을 이끌고 재정적으로 지원하는 중추적인 역할은 정부에게 부여되었으며 무엇보다 중요한 부분은 효율적인 UNAIDS의 파트너십 형태와 같이 보건·교육·복지·국방부라는 각 핵심 부처 내에 집행국을 설치하여 이들 간의 협력 틀을 구축할 것을 제시하였다는 점이다.[60] 1994년 최초의 민주정부가 수립될 즈음에는 인권중심의 에이즈 정책이 조속히 시행될 것이며 따라서 이웃 아프리카 국가들이 겪고 있던 정도의 에이즈 사태는 피할 수 있을 것이라는 기대가 전국적으로 고조되어 갔다.

넬슨 만델라 대통령을 위시한 새 정부는 출범과 함께 에이즈 계획을 채택하여 이전 대비 두 배로 증가한 예산 및 기부금을 할당하였고 앞서 국민당이 창설했던 에이즈 부서는 국가 에이즈 프로그램(the National AIDS Programme)으로 대체되었다. 특히 주목할 만한 사항은 에이즈가 ANC 국가재건강령(Reconstruction and Development Programme: RDP)의 22가지 '대통령 주도 사업(Presidential Lead Project)' 중 하나로 지정되었다는 것이다.[61] 이는 에이즈 프로그램이 우선적이고 특별한

60) Schneider and Stein, 2001, p. 725.

지위를 부여받았고 RDP를 위해 책정된 자원에의 접근이 용이해짐을 의미했다. 이외에도 당시 발표되었던 ANC의 핵심 정책 문서들은 효율적인 에이즈 프로그램의 구축이 필요하며 이를 위해 노력하겠다는 의지와 계획을 표명하였다. 「국가 보건 계획(A National Policy for Health, 1994)」은 "권리장전의 문맥 내에서 이미 감염된 사람들을 위한 예방 및 통제 개입 그리고 포괄적인 케어를 규정하는 것은 의무사항이다"라고 선언하였다.[62] 이러한 내용들은 아프리카에서 사회 및 개발 정책이 실패할 때 그 주요 원인으로 정치적 의지의 부재나 미비함이 가장 빈번히 꼽히는 것과 달리 적어도 만델라 정권 초기의 남아공에서는 에이즈 퇴치에 대한 리더십의 정치적 의지나 결단이 존재하였음을 보여준다.

그러나 계획 단계에서 제시된 낙관적인 전망과 이후의 실질적인 진척 정도 간에는 치명적인 간극이 존재하였음을 관찰할 수 있다. 1994년 1.8%로 기록되었던 HIV 유병률이 1999년에는 10%를 웃돌게 되면서 국가 에이즈 정책의 제1의 목표였던 HIV/에이즈 확산 방지는 달성되지 못하였다. 당시 국가 에이즈 계획을 지지했던 들라미니 주마(Dlamini-Zuma) 신임 보건부 장관은 남아공의 현실적인 제도 및 사회적 역량에 대해 정확히 파악하지 못했고 따라서 계획 시행을 위해 동원 가능한 재정 그리고 특히 인적 자원이 과대평가되었던 것이다.[63]

이외에도 우터스 외(2010)는 이 시기 남아공 에이즈 정책의 실패와 관련하여 세 가지 측면을 덧붙여 설명한다.[64] 먼저, 국가 에이즈 프로

---

61) RDP는 HIV/에이즈에 관해 "에이즈 피해자들과 HIV 보균자은 그들의 지속적인 사회에의 기여에 대한 깊은 존중를 바탕으로 대우할 것이다. 차별은 용납되지 않을 것이다. 농촌과 특히 여성을 위한 에이즈 교육이 최우선 순위이다"고 약속하고 있다(Para. 2.12.8): ANC, *The Reconstruction and Development Programme (RDP): A Policy Framework* (1994).

62) ANC, *A National Health Plan for South Africa* (1994).

63) Alan Whiteside and Clem Sunter, *AIDS: the challenge for South Africa.* Human & Rosseau (2000), p. 120; Anthony Butler, "South Africa's HIV/AIDS Policy, 1994-2004: How can it be explained?," *African Affairs*, Vol. 104, No. 417 (2005), p. 593.

64) Edwin Wouters, H. C. J. Van Rensburg, and H. Meulemans, "The National Strategic Plan of South Africa: what are the prospects of success after the repeated failure of previous AIDS policy?," *Health Policy and Planning*, Vol. 25, No. 3 (2010), pp. 174-175.

그램 디렉터를 보건부 소속으로 두었다는 점에 문제가 있었다. 에이즈가 개발 및 사회적 분야에 미치는 영향은 간과한 채 이를 편협한 보건 및 생의학 이슈로만 간주한 데에 기인한 이 접근방식은 처음에 의도하였던 다부문(multi-sectoral) 대응에 있어 걸림돌이 되었다. 1919년 공중 보건법(the Public Health Act of 1919)이 제정된 이후 남아공의 의료서비스체계는 연방정부, 주, 지역 세 수준으로 나누어져 운영되었는데 이 세 수준 간의 세력 경쟁도 부정적인 영향을 미쳤다. 다시 말해 에이즈 퇴치가 국가 차원의 대통령 직속 사업 중 하나로 지정되면서도 동시에 주 정부의 관할 분야인 보건 문제로 취급되는 모순적인 조치로 인해 비일관적인 정책 수행이 발생할 수밖에 없었던 것이다. 다른 한편으로는 민주주의로의 변환이라는 더 거시적인 정치적 맥락에서 여전히 곳곳에서 발견되는 아파르트헤이트 정권의 잔재와 부진한 인프라 개발은 에이즈 확산 방지를 위한 전체론적 목표들을 수용하지 못하였다.[65] 여기에 더해 정부가 NACOSA의 에이즈 계획과 다른 노선을 취하는 WHO의 "지구촌 에이즈 계획(GAP)"을 도입하여 혼선을 빚고 사라피나 2와 같은 각종 스캔들이 터지면서 정부의 에이즈 계획에 대한 신뢰성이 떨어지게 되었다.[66]

처음부터 시민 단체와 지방 정부 간의 적극적인 협력과 공공의료체계의 지원을 통해 에이즈 정책이 발전했던 브라질의 경우에 비해 남아공에서는 사회적 공감대를 이끌어내는 데 필수적인 NGO 부문에 대한 정부의 지원이 약화되며 둘 간의 제휴가 미흡하게 나타나기도 했다. 남아공의 HIV/에이즈 정책 개선과 HIV 환자들의 삶의 개선을 가장 열렬히 지지하였던 치료행동캠페인(이하 TAC)는 1998년에나 결성되었으며 이를 포함한 대부분의 시민사회단체들은 국제기구나 해외 원조 단체, 민간 재단의 부분적 혹은 전액 지원에 의지하였다. 이는 상당 기간 외부의 개입을 최대한 차단시키고자 한 정부 차원의 대처와는 대조적이었다.

---

65) 그 결과 국가 에이즈 프로그램(NAP)은 할당된 재정 총액을 다 활용하지 못하는 모습을 보였다. NAP는 1995/6년 회계연도에는 재정의 총액 7,100만 란드(남아공 화폐단위) 중 51%인 3,600만 란드만 지출하였으며 1994-1997년 동안 유럽연합이 제공한 에이즈 관련 원조 5,300만 란드의 13%에 해당하는 700만 란드만이 사용되었다.

66) 사라피나 2는 에이즈에 대한 대중의 인식을 고취시키기 위해 제작했던 오페라인데 1,420만 랜드라는 막대한 예산이 투자되었지만 재정의 방만함과 부패로 인해 이는 결국 국가적인 실패로 전락하였다.

1994년부터 1999년 사이 보건 분야에 대한 남아공 정부의 예산 중 국제 원조가 차지하는 비중은 1%가 조금 넘는 정도였다.[67] 우가트(2008)에 의하면 이 시기 중산층 국가 중, 특히 브라질에 비해 외채가 적었던 남아공은 조건부 원조에 의탁하기 원치 않았으며 ANC 정부는 HIV/에이즈 퇴치와 관련된 외부의 재정 및 기술적 지원을 거부하였다.[68] 정부의 이러한 태도는 이후에도 지속되었다. 결정적으로는 에이즈, 결핵, 말라리아 퇴치를 위한 세계기금이 남아공 남동부 콰줄루나탈 주의 "보건 강화 이니셔티브(Enhancing Care Initiative)"를 위해 제공하려는 지원을 정부가 막으면서 크게 문제화되었다. 이렇게 정부와 시민단체의 활동 간 긴밀한 연속성의 부족은 1990년대 남아공 에이즈 정책의 특징 중 하나였다. 종합해보자면 초기 남아공의 에이즈 정책은 국가 건설이라는 방대한 대내적 과제와 국제사회와의 관계 및 자신의 위치 재설정이라는 대외적 도전 사이에 끼어 여러 가지 어려움을 겪었던 것이다.

이렇게 브라질과 남아공의 에이즈 프로그램이 다양한 변화를 겪는 과정에서 발생한 차이는 글로벌 차원에서 TRIPS 협정과 보건 문제 간 충돌, 그리고 의약품 접근권을 둘러싼 논쟁이 전개되는 과정에서 두 국가가 취하는 외교전략의 차이로도 이어진다. <표 3-1>은 지금까지 살펴본 브라질과 남아공의 에이즈 프로그램의 내용 및 성과를 제도화, 치료, 예방이라는 세 가지 측면으로 나누어 비교정리한 것이다.

---

67) Helen Schneider and Lucy Gilson, L, "Small fish in a big pond? External aid and the health sector in South Africa," *Health Policy and Planning*, Vol. 14, No. 3 (1999), p. 266.

68) Jan Peter Wogart, "AIDS, access to medicines, and the different roles of the Brazilian and South African governments in global health governance," *GIGA Working Paper* No. 86 (2008), p. 20.

<표 3-1> HIV/에이즈에 대한 브라질과 남아공의 대응 비교

지표	브라질	남아공
질병 발전 궤도	HIV 감염자 수 770,000명 유병률: <1% (1992) → HIV 감염자 수 620,000명 유병률: 0.61% (2006)	유병률: <1% (1990) → HIV 감염자 수 5,540,000명 유병률: 17% (2006)
제도화		
국가 에이즈 프로그램 도입	1985년 (National AIDS Program)	1988년 (AIDS Unit and National Advisory Group)
부처 간 에이즈 위원회 설립	1988년	1998년
HIV/에이즈 프로그램 직원 수	476명 (2002년 기준)	100명 (2004년 기준)
정부-NGO 파트너십	협력적 - 1993년 이후 NGO에게 직접 재정 배분	복합·갈등적 : NGO가 정부를 상대로 소송 제기
치료		
연방 정부의 HIV/에이즈 치료 정책 시작	1985년 (National HIV/AIDS Program)	1994년 (National AIDS Plan)
단일요법 약물 제공	1991년 이후 AZT 전국 무료 보급	실행된 바 없음
HAART(ARV) 제공	1996년 이후 ARV 무료 보급 법제화 및 실행	· 2002년 법정 공방 이후 HIV 감염 임산부에게 네비라핀(Nevirapine) 제공 · 2003년 전국 약물 보급 시작
예방		
교육 및 지원	· 1988년 이후 일터 내, 1992년 이후 학교 내 교육 시작 · 특정 집단 대상 지원 활동 - 1985년 동성애자 집단 - 1990년 성매매종사자 - 1996년 주삿바늘교체 프로그램	주요 캠페인이 개시되기 이전에 에이즈 확산됨
피임기구 배포 (2004년 기준)	3억 개 배급 (대규모 정부 프로그램)	5,400만 개 배급
모자수직감염예방 (PMTCT)	AZT 076 치료 프로토콜 (1994)	네비라핀 제공 (2002)
수혈혈액 안전성	1998년 혈액 암시장 제거 이후 확보	1985년 이후 안전성 확보

출처: Gauri and Liberman, 2006, p. 53와 Wogart, 2008, p.17의 표를 정리하여 재구성함.

3. 국내 지재권법 개정과 에이즈 치료 간 갈등

1990년대 이후 에이즈 치료를 위해 개발된 다양한 약물이 상업화되면서 브라질과 남아공을 포함한 많은 개도국들 내에서는 에이즈 환자들에게 안정적으로 약물을 제공할 수 있는지가 에이즈 퇴치의 관건이 되었다. 대부분의 질병의 경우 통제를 위해서는 예방과 치료 매커니즘 모두가 적절히 마련되어야 한다는 것이 일반적인 상식이다. 하지만 HIV/에이즈의 경우 감염 예방을 위한 감시시스템 구축이나 교육의 중요성에 대해서는 쉽게 합의가 이루어졌지만 에이즈 치료를 위한 약물 사용, 특히 개도국에서의 약물 치료는 그동안 많은 논란을 불러일으켜 온 것이 사실이다.[69]

의약품에 대한 접근성에 대해 개도국들이 직면하는 다양한 장애물 중에서도 ARV 약물의 높은 가격이 가장 핵심적인 요소라 할 수 있다. 이미 미국을 비롯한 많은 선진국들에서는 여러 가지 에이즈 치료제를 병행 투여하는 트리플 치료법을[70] 적용함으로써 에이즈 문제를 성공적으로 해결해왔다. 그러나 이들에 비해 HIV 감염 사례가 확연히 많은 남반구 지역에 같은 방법을 도입하기에는 그 비용이 너무 높다는 큰 문제가 있었다.[71] 종종 ARV 약물에 수반되는 기회감염 치료 약물이나[72] 기타 진통제

---

69) Halbert, D, "Moralized Discourses: South Africa's Intellectual Property Fight for Access to AIDS Drugs," *Seattle Journal of Social Justice,* Vol. 1, No. 2 (2002), p. 260.

70) 일명 '칵테일 요법'이라고도 알려진 트리플 치료법은 세 가지 약제를 동시에 복용하는 에이즈 치료법이다. 하나의 약제로 치료할 경우에는 내성을 가진 변종 바이러스가 잘 생기기 때문에 이를 억제하기 위해 개발된 칵테일 요법은 현재까지 에이즈 치료에 가장 큰 효과를 낳고 있는 치료법으로 알려져 있다(HAART와 교체 사용 가능).

71) UNAIDS와 WHO의 지침 보고서에 따르면 1997년 당시 기준으로 칵테일 요법을 사용하는 미국인의 경우 연간 $12,000의 비용을 감당해야 했다. 이는 사하라 이남 아프리카에 거주하는 환자들은 물론 미국과 같은 선진국의 일반 국민이 감당하기에도 상당히 부담스러운 수준이었다. UNAIDS & WHO, *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 1: Introduction to Antiretroviral Treatments*, (UNAIDS/98.7, 1998), http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacl432.pdf (검색일: 2014년 3월 24일)

72) 기회감염(opportunistic infection)이란 시간이 경과하면서 면역체계를 손상시키고 질병에 대한 신체의 저항능력을 약화시키는 HIV로 인해 면역체계가 정상적으로 작동하지 않을 때 발생하는 감염을 지칭한다. 많은 HIV 감염자들이 반복되는 감염으로 신체의 약화가 가속화되고 결국에는 사망에 이르게 되지만 최근에는 여러 가지 약물치료를 통해 일상적인 생활을 영위하는 사례도 증가해왔다. 정광모, 『에이즈 상담원을 위한 전문 상담교재』, (대한에이즈예방협회, 2000), p. 88.

까지 고려해볼 때 한없이 상승하는 비용으로 인해 1990년대 중후반까지도 여러 국제기구들이 개도국들을 대상으로 제시한 에이즈 전략들은 치료 제공보다는 예방과 교육 측면에 초점을 맞추는 경향을 보였다. 이 때부터 의약품 접근권 향상을 향한 저개발 국가들의 치열한 투쟁이 시작되었다.

1990년대 중반 이후 브라질과 남아공에서 주안점을 두었던 부분도 이 에이즈 약물치료에 대한 수요와 공급 간의 불균형 완화였다. 그러한 측면에서 1996-97년은 양 국가 모두의 에이즈 치료정책에 있어 흥미롭고 중대한 시기였다고 할 수 있다. 브라질과 남아공은 WTO 가입을 통해 세계경제로의 편입을 추진하는 과정에서 1996년에 발효된 TRIPS 협정을 준수해야 하는 의무를 갖게 되었다. TRIPS 협정 발효 이전에는 다수의 국가들이 보건은 국민들의 기본적인 생활을 위한 필수요건 중 하나이기 때문에 전면적인 상업화로부터 보호해야 한다는 이유와 함께 제약 산업을 지적 재산권 적용 제외 혹은 부분적인 적용만 가능한 분야로 규정했었다.[73] 브라질과 남아공의 경우도 이와 마찬가지였다. 그러나 TRIPS 협정은 무차별적으로 모든 산업 부문에 지적 재산권을 적용할 것으로 요구하였는데 개도국의 입장에서는 이 부분이 가장 부담이 되었다. 그럼에도 불구하고 브라질과 남아공은 예외 없이 WTO 회원국으로서 협정 내용에 맞춰 국내 산업재산권법의 개정을 진행해야했다.

동시에 다른 한편으로는 에이즈에 대한 해결 방안의 일원으로 브라질에서 '사르네이 법(1996)'이, 남아공에서는 '의약품 및 의약 관련 물질에 대한 개정안(Medicines and Related Substances Control Act Amendments, 1997: 이하 의약품 통제법)'이 통과되었다. 따라서 개별적인 두 영역에서 서로 상반된 목적을 위해 고안되었던 두 법적 조치는 에이즈 퇴치 문제를 둘러싸고 충돌하며 관계 당국이 발휘할 수 있는 정책적

---

73) 이러한 상황은 남반구 지역뿐만 아니라 제약 산업이 상당히 발달되어 있고 국가 경제에 중요한 비중을 차지함에도 불구하고 약물에 대한 특허권을 비교적 늦게 도입한 스위스와 같은 일부 선진국들에게도 해당되는 것이었다. 이미 서구권에서는 약물 특허권이 규범으로 통했지만 유럽에서도 지재권 관련 법 개정에 있어 자체적인 선택보다는 유럽특허조약(1973)이나 TRIPS 협정의 압력으로 인해 약물 특허권을 도입한 국가들을 볼 수 있었다: Pter Cullet, "Patents and Medicines: the Relationship Between TRIPS and the Human Right to Health," *International Affairs*, Vol. 79, No. 1 (2003), p. 141.

레버리지를 제한시키는 결과를 낳았다. 이 과정에서 두 국가는 유사성을 보이기도 하였지만 지재권 레짐 강화와 보건 안보 간 발생한 딜레마 해소를 위해 선택한 전략 방식 및 전개 과정에서는 상당한 차이를 찾을 수 있다.

(1) TRIPS 협정이 에이즈 치료에 미친 영향

먼저 TRIPS 협정이 브라질의 보편적인 ARV 약물 제공의 법제화 과정에 미친 영향에 대해 살펴보겠다. 전술한 바와 같이 그동안 브라질에서는 1971년 특허법에 근거하여 비특허 ARV 약물을 국영 인프라 및 현지 제약회사들을 통해 자체적으로 생산하는 것이 가능했었다.[74] 그러나 TRIPS 협정 기준에 맞춰 개정된 산업재산법(Industrial Property Law, Law 9.279)이 1996년 5월 의회에서 통과되면서 제약 산업 내 모든 부분에 대한 특허보호가 재도입되었다. WTO 규정 하에 개도국들에는 2005년까지의 TRIPS 협정 이행 유예기간이 적용되었음을 고려해볼 때 브라질의 움직임은 상당히 빠른 것이었다. 그렇게 진행된 배경에는 1980년대 후반 브라질의 특허 보호 제도가 미흡하다는 이유로 통상법 301조에 따른 보복 조치를 취하고 이후 지속적으로 압력을 가했던 미국의 영향과 지재권 관련 법규를 빨리 도입하는 것이 세계경제로의 편입과 외국인직접투자 유치에 중요하다는 행정부의 판단이 자리하였다.[75] 특히 까르도주 대통령은 "이 법안[Law 9.279]에 서명함으로써 우리[브라질]는 브라질이 무능하다고 생각하는 이들의 식민주의적 사고방식과 외부 세력이 우리[브라질]에 대해 모든 것을 알며 앞으로도 계속 브라질을 지배할 것이라고 생각하는 이들을 타파하는 것이다"고 발표했다.[76]

---

74) 특허법에 앞서 1969년에 재정되었던 산업재산권법에서도 의약산업 부문에 대한 특허만은 제외하였었다.

75) 미국은 1988년 통상 기반의 지재권 접근 태도를 강화한 통상법 개정안을 통과시켜 301조를 더 공격적으로 활용하기 시작했지만 브라질은 이에 맞서 의약품을 대상에서 제외하는 특허법을 바꾸지 않겠다는 뜻을 밝혔다. 그러자 1989년 미국은 브라질의 의약품과 제지품, 가전제품에 대해 100% 관세(총 3,900달러)를 부과하는 강력한 보복 조치를 취하였다. Bass, 2002, p. 207; 수전 셀, 2009, p. 170.

76) Netto, V., "Lei de Patentes Entra em Vigor," *Jornal do Brasil*, 15 de Maio de

브라질의 산업재산법에서 다루고 있는 내용 또한 TRIPS 협정에서 요구하고 있는 수준보다 더 포괄적이었다. 개정된 법에 따르면 브라질 정부는 국내에는 아직 출시되지 않았지만 다른 나라에서 특허를 인정받은 제품에 대해서도 소급적으로 특허권 보호를 제공해야 할 의무가 있었다. 이 부분은 대형 제약회사에서 개발한 최신 1차 및 2차 약제의 보다 값싼 복제 버전을 국영 제조사나 현지 제약회사가 생산하는 것을 금지한다는 측면에서 NAP의 ARV 무료 제공 정책 전개에 특히 치명적인 것이었다.[77] 그러나 당시에는 이것이 국민들의 의약품 접근권과 에이즈 문제에 관해 가져올 결과에 대한 공적 논의가 거의 이루어지지 않았다. 일부 에이즈 운동가들은 대부분의 사람들이 인식하지 못한 상태에서 법안이 상당히 빠르게 통과되었던 점과 에이즈 치료서비스의 확대를 옹호하던 관계자들이 의회보다는 행정부와 사법체계를 활용하는 쪽에 초점을 맞춘 나머지 입법부에서 진행되고 있던 사항에 대한 관심이나 관여는 상대적으로 적었던 점을 그 이유로 설명한다.[78] 개정된 산업재산법의 효력으로 인해 ARV 약물 값의 상승으로 이어져 브라질 정부에게 심각한 재정적 부담을 야기하게 되면서야 비로소 지재권 강화의 영향이 가시화된 것이다.

아이러니한 점은 지재권 제도에 큰 변화가 있었던 같은 해에 에이즈 약물치료에 대한 보편적 접근권이 법적으로 제도화되면서 브라질의 에이즈 정책의 지형 또한 근본적으로 변하였다는 것이다. 국내 의약산업 인프라를 통해 ARV 복제의약품의 생산이 가능해졌고 정부에서 에이즈 약품 구입을 위해 연간 1억 달러 이상을 지출하고 있었음에도 불구하고 사르네이 법이 통과되기 이전 브라질 의료체계는 만성적인 의약품 및 시설재고 부족에 시달리고 있었다. 그러던 중 1996년 캐나다 벤쿠버에서 열린 제11차 국제 에이즈 컨퍼런스에서 에이즈 환자들의 생존력을 높이는 트리플 치료법의 효능이 증명되었다. 컨퍼런스 직후 NAP에서는 칵테일 요법을 포함한 에이즈 치료에 대한 첫 공식 치료지침을 채택 및 발표하였다. 이로

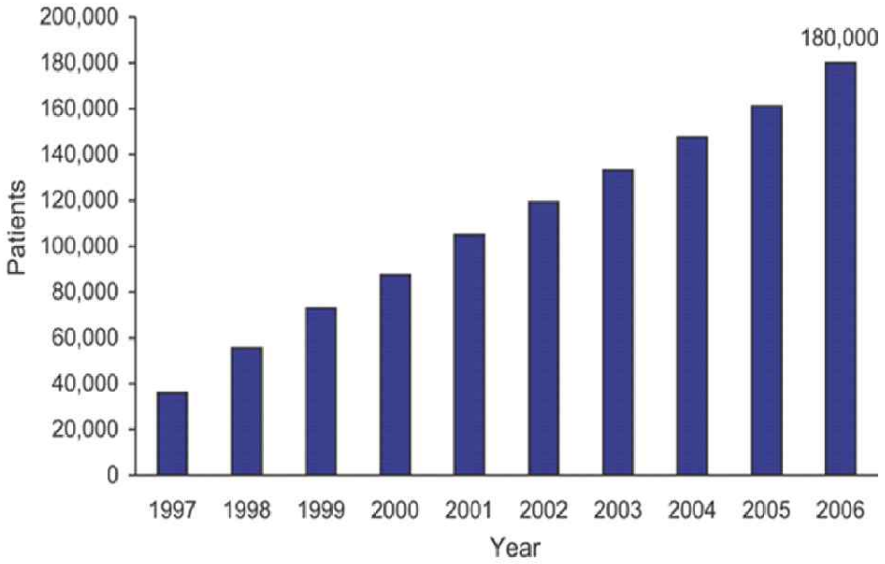
1996. (기사 제공 http://www.bv.fapesp.br/namidia/noticia/20407/lei-patentes-entra-vigor/, 검색일: 2014년 2월 8일).

77) Ganji, 2011, p. 38.

78) Nunn, 2009, p. 85.

인해 사키나비르(saquinavir)와 인디나비르(indinavir) 등의 단백질 분해효소 억제제가 제공 약물 목록에 추가되면서 불안정한 ARV 약물의 공급 상황은 악화되었다.[79] 에이즈 환자들과 시민사회가 까르도주 행정부의 불충분한 대응수준에 대해 비판과 소송을 활발히 제기하던 가운데 전 대통령이자 당시 국회의장이었던 호세 사르네이(José Sarney)는 공공의료체계에서 통합적으로 에이즈 약물을 조달 및 배분할 것을 골자로 한 법안을 의회에 제출하였다. 넌(2009)은 1996년 11월 13일에 통과된 이 법이 브라질 에이즈 치료정책 발전에서 가장 중요한 법이었다고 평가한다. 사르네이 법은 예산 제한선에 대한 언급을 생략하여 공공의료체계에 대한 국회의 폭넓은 자금 지원을 확보하고 에이즈 약물에 대한 보편권이라는 구체적인 어휘를 통해 헌법에서 다소 추상적으로 다루었던 보건에 대한 국민의 권리를 강화하였다.

<그림 3-1> 브라질 내 HAART 투여 받는 HIV+ 환자의 수 (1997-2005)



출처: National STD and AIDS Program of Brazil, 2005; Nunn et al., 2007, p. 1806에서 재인용

79) Nunn, 2009, pp. 85-87.

사르네이 법이 승인되고 자체적인 ARV 복제의약품 생산을 국가에서 장려함에 따라 공공의료체계를 통해 약물치료를 받게 된 HIV 감염 환자들의 수는 점차 증가하였다(<그림 3-1> 참고). 그러나 전술하였듯 특허권 인정을 통해 브랜드 약품에 독점적 힘을 실어주는 산업재산권법과 국민에게 안정적으로 에이즈 약물을 제공할 의무를 나라에게 부과하는 사르네이 법의 도입이 시기적으로 맞물려 의약품 가격의 급격한 상승이라는 결과가 발생했으며 브라질 내 ARV 약물의 공급은 경제성 및 지속가능성 측면에서 위기를 맞이하게 되었다.[80]

한편, 남아공의 경우에도 브라질과 유사하게 민주주의 정부의 최우선적 목표가 되었던 경제 재건과 세계경제로의 복귀에 대한 열망이 이른바 "워싱턴 합의(Washington Consensus)"로 통하는 자유무역체제를 적극적으로 수용하게 만든 중요한 동인이 되었다. 1994년에 출범한 만델라 정부는 1990년대 초반 국가 사회주의가 붕괴된 이후 자국의 경제 가운데 지속적으로 나타나던 높은 실업률과 저성장의 문제를 타파하기 위하여 재건개발계획(RDP)을 채택하였다. RDP는 '성장과 '평등'이라는 목표 하에 국유화정책과 부의 재분배를 통한 성장 정책을 주요 골자로 하였다.

그러나 RDP가 실패로 돌아가면서 남아공 내 자본세력과 IMF 및 세계은행을 중심으로 시장지향적 경제 개혁을 지지하는 목소리가 커졌고 1996년 ANC는 경제정책을 RDP에서 '성장, 고용, 재분재 정책(GEAR: Growth, Employment, and Redistribution)'이라는 새로운 방안으로 변경하였다.[81] 이러한 거시경제적 전환은 남아공이 세계화 조류에 합류함에 있어 더 유리한 여건을 제공하였다. 이와 같은 맥락에서 남아공은 WTO 가입을 결정하게 되었고 TRIPS 협정 이행에 따른 지재권법 개정안(Intellectual Property Laws Amendment Act 1997) 또한 통과시킴으로써 의약품을 포함한 모든 산업 제품 및 과정에 대한 특허권을 인정해야하

80) Chavez et al., 2007, p. 166.

81) Heinz Klug, "Access to Medicines and the Transformation of the South African State: Exploring the Interactions of Legal and Policy Changes in health, Intellectual Property, Trade, and Competition Law in the Context of South Africa's HIV/AIDS Pandemic," *Law & Social Inquiry*, Vol. 37, No. 2, (2012), p. 304.

는 의무를 갖게 되었다.

문제는 이러한 경제 및 무역 부문에서의 변화가 이전보다 더 심각해진 에이즈 사태를 해소하고자 하는 남아공의 노력과 이를 위해 필요한 자원 조달에 부정적인 영향을 미치게 되었다는 것이다. 특히 치명적이었던 부분은 평화로운 정권 교체에 대한 국제사회의 환호와 국제 무역 규제를 신속하게 수용하는 데에 따르는 이익을 최대한 이용하기 위해 남아공이 GATT 시절 부여받았던 '선진국' 지위를 유지하기로 결정했던 것이었다.[82] 선진국으로 남는다는 것은 TRIPS 협정이 개도국들에게 허용하고 있는 유예기간이나 유연성 조항을 활용할 수 없음을 의미하였다. 다시 말해 남아공은 무역경쟁과 공중보건 양쪽 모두에 있어 다른 개도국들에 비해 불리한 위치설정을 감행하였다고 볼 수 있다.

세계 자유무역 체제에 합류하여 경제성장을 이루고자 한 정책적 의도와 효과적으로 에이즈 퇴치를 위한 분투 사이의 마찰은 1996년에 마침내 남아프리카공화국 헌법이 제정되어 보건에 대한 권리가 법적으로 사회경제적 권리의 일부로 인정받게 되고 WHO의 필수의약품에 대한 행동프로그램을 국내적 맥락에 맞게 변용시킨 「국가의약품정책(National Drug Policy)」이 도입되면서 본격적으로 드러나게 되었다. 이제 헌법을 바탕으로 에이즈 치료서비스에 대한 국민들 요구의 정당성이 더 강화된 것이다.

국가의약품정책은 1990년대 중반부터 에이즈 약물치료 제공에 대한 시민들의 요구가 점점 커지는 가운데 ARV 약물의 높은 시장가격을 낮추어 의약품 접근권을 향상시킬 수 있는 방법을 모색하고자 한 ANC 정부의 고민이 반영된 것이었다. 당시 남아공의 의약품 시장은 국내에서 생산 및 판매되는 의약품의 총 거래량 중 최대 70%에 달하는 양이 공공부문에서 분배되는 반면 총 지출 및 판매량의 80%는 사적 부문에서 발생하는 이분법적인 모습을 보였다.[83] 이러한 특징은 남아 있는 아파르트헤이트 체제의 흔적 중 하나였다. 만델라 정부는 이 구조적 특징을 바로 잡고 민관 영역을 통합하여 전반적인 약물가격의 균일화와 에이즈 치료에 대한

82) Klug, 2012, p. 305.
83) Klug, 2012, p. 312.

접근성을 높여야 할 필요가 있음을 인식하였다. 따라서 국가의약품정책에서는 "국내에서 복제의약품과 그 생산에 유리한 인센티브를 시행함으로써" 그때까지 시장에 쉽게 발을 들이지 못하고 있던 복제필수의약품의 사용을 장려하고 "공공 및 민간 부문에서 복제의약품이 처방될 수 있을 때까지 대체조체를[84] 법적으로 허용할 것"을 명시했다.[85] 이러한 정책의 내용과 목표는 이듬해에 통과된 의약품 통제법에 토대를 제공하였다.

⑵ 다국적 제약회사 및 미국과의 법정 공방

지금까지 살펴본 바와 같이 남아공과 브라질은 대내적으로 지재권 레짐 및 에이즈와 의약품 접근권 문제 사이의 딜레마에 직면했다는 점이 유사하였다. 이뿐만 아니라 각자가 TRIPS 협정 발효 이후 치솟는 약물 값의 위협으로부터 국내 공중보건을 지키기 위해 마련한 보호 조치로 인해 미국을 위시한 제약회사 및 선진국 연합 세력으로부터 거센 반격을 당하는 대외적인 어려움도 겪고 자주 언급되는 국제적 논쟁의 대표적인 사례가 되었다는 공통점을 가진다. 또한 같은 시기 한 쪽에서 발생한 사건이 다른 쪽에 상황 전개에 영향을 미치며 상호작용하는 모습을 보인다. 두 국가의 사례는 확장되어 가는 신자유주의적 질서에 수반되는 여러 안보위협들에 대항하여 개도국이 자주성을 발휘하고 국가 경제, 사회, 보건을 지켜낼 수 있는가에 대한 리트머스 테스트로서의 의미를 지닌다고 할 수 있다.

세계에서 가장 높은 에이즈 감염률을 갖게 된 남아공이 1997년에 취한 중요한 행보는 에이즈 치료정책이 효과적인 수행이라는 목표 하에 의약품 통제법 개정안을 채택한 것이었다. 이 법안의 의도는 국가의약품정책에 이어 WHO에서 필수의약품 접근권 향상과 관련해 권장하는 방안들

84) '대체조제(generic substitution)'란 의사의 상품명 처방에 대해 약사가 약효가 동등하다고 인정되는 동일성분, 동일함량, 동일제형을 가진 타 회사제품으로 대체하여 조제하는 것을 말한다. 대체조제는 과도하게 비싼 특정상품의 약을 저렴한 약으로 조제할 수 있어 환자와 정부 양쪽 모두의 입장에서 비용절감을 할 수 있다는 장점을 제공한다: 이현정, 「약국경영정보1」, http://dric.sookmyung.ac.kr/NEWS/oct00/pm1.htm (검색일: 2014년 4월 10일)

85) "National Drug Policy for South Africa" (4.2 The use of generic drugs), p. 10.

을 남아공의 상황에 맞게 적용하여 규정하는 것이었다. 개정안에서는 국내 공중보건 비상시 국민들에게 구입 가능한 가격대의 약품을 제공할 수 있도록 강제실시권과 병행수입을 실시할 수 있는 법적 권한을 보건부 장관에게 부여하였다.[86] 개정안의 15(c) 조항에서 강제실시권과 병행수입이라는 정확한 단어를 언급하고 있지는 않지만 이에 해당되는 내용을 서술하였는데 ANC 정부는 이것이 TRIPS 협정에 나와 있는 유연성 조항에 어긋나지 않는다고 보았다.

그러나 대형제약회사들과 미국, 그리고 곧 이어 유럽 측에서는 법안의 통과에 대해 즉각적으로 반대하고 나섰다. 당시 미국의 부통령이었던 앨 고어와 미국무역대표부 대표였던 바셰프스키(Barshefsky) 등을 포함한 미국 측 관계자들은 그 해 7월 음베키 남아공 부통령에게 개정안을 비판하는 서한을 보냈다.[87] 이어서 1998년 2월에는 남아공 제약 연구 및 제조사 협회(South African PhRMA: 이하 제약협회)와 다국적 제약회사들로부터 라이선싱을 받아 남아공에서 운영되는 39개의 제약사들이 남아공 정부를 상대로 프레토리아(Pretoria) 고등 법원을 통해 의약품 통제법 개정안의 위헌 소송을 제기하였다.

남아공의 법률이 우루과이 라운드에서 미국이 성취한 것에 정면으로 도전한다고 주장하는 미국 PhRMA의 청원서에 근거하여 미국에서도 남아공을 통상법 301조의 "감시대상국" 목록에 추가하고 최혜국대우(MFN)를 유예한다고 발표하였다.[88] 소송을 위한 법정 진술서에서 딥(M. T. Deeb) 제약협회 대표이사는 15(c) 조항이 TRIPS 협정에 위반한다고 지적하며 "국제 규제에 대한 남아공의 의무 사항과 대립하는 법을 제정해서는 안 된다"는 뜻을 밝혔다. 또한 남아공이 301조 감시대상국으로 지정된 것은 "의약품 통제법 개정안에서 지재권과 관련된 조항으로 인해 경제제재가 가해지고 남아공에 대한 투자가 위축될 수 있다는 측면에서 이를

86) South Africa, *Medicines and Related Substances Control Act 101 of 1965*, p. 10, http://www.nda.agric.za/doaDev/fisheries/03_areasofwork/Aquaculture/AquaPolGuidLeg/Legislation/MedicinesRelatedSubstancesControlAct101of1965.pdf (검색일: 2014년 3월 5일).
87) Deborah Halbert, 2002, p. 270; 수잔 셀, 2009, pp. 234-235.
88) 수전 셀, 2009, pp. 234-235.

공익을 위한 조치라고 볼 수 없다"고 주장하였다.[89] 이러한 공격에도 불구하고 남아공의 정책 결정자들은 에이즈 문제를 포기할 수 없었기 때문에 법의 폐기를 거부하였다. 이 때 액트업과 같은 에이즈 활동 단체들과 개인 참여자들의 초국적 운동도 중요했지만 복제 ARV 의약품을 활용하여 에이즈 치료 확장에 성공하고 있다는 브라질의 소식이 남아공 정부의 선택에 대한 큰 지지를 제공해주었다.

남아공에서의 분쟁 사건 이후 2~3년 뒤 브라질 또한 미국이 WTO에서 제기한 소송에 휘말리게 되었다. 바이러스 변이로 내성이 생긴 환자의 경우 가장 최신에 개발되었으며 더 비싼 2, 3차 약물로 변경하여 치료를 해야 하는데 이 최신 약물들에는 특허보호가 적용되었으며 그만큼 재정적 부담이 가중되어감에 따라 브라질 정부에서는 이 약물들에 대한 강제실시권 작동을 고려하고 있었다.[90] 하지만 브라질을 대상으로 미국은 TRIPS 협정 이행 과정에서 발생할 수 있는 피해를 만회하기 위해 브라질이 산업재산권법 개정안에 포함하였던 제68조의 "국내 실시 요건(local working requirement)"에 대해 문제제기를 하였다. 이 조항에 의하면 특허권자(현지인과 외국인에 동일하게 적용)는 최소한 특허제품을, 혹은 최소한 제품의 일부라도 브라질 내에서 생산할 것을 규정하고 있으며 특허를 받은 후 3년 내에 국내에서 특허품이 제조되지 않으면 특허권자의 의사와 상관없이 브라질 정부는 타인에게 강제실시권을 부여할 수 있는 권한을 갖는다. 또한 국내실시 대신 수입을 통해서 특허를 가동시키고자 한다면 특허권자 외의 제조업자들도 제품을 병행수입할 수 있게 된다고 규정하고 있었다.[91]

미국 제약협회가 가장 우려했던 점은 브라질의 특허법에 따라 수입이 아닌 국내 생산이 이루어지면 해당 기술이 훨씬 쉽게 이전될 수 있다는 것과 TRIPS 협정과 국내 지재권법에 대한 브라질의 해석 및 적용

---

89) Deeb, *Founding Affidavit by M. T. Deeb,* (Pretoria: High Court of South Africa, 1998). Klug, 2012, p. 316.

90) 당시 일반적인 칵테일 요법 처방에 드는 비용은 환자 한 명 당 연간 12,000 달러에 달했다. 이 액수는 브라질 국민 평균소득의 3배에 달하는 것으로 가난한 사람들은 물론 정부의 입장에서도 엄청나게 부담스러운 수준이었던 것이다: Cardoso & Winter, 2006, p. 215.

91) T'Hoen, 2002, p. 45.

방식이 다른 개도국들이 따라할 수 있는 좋은 예가 될 가능성이 높다는 것이었다. 실제로 브라질 에이즈 프로그램은 강제실시 위협을 통해 저소득층 지역에 가격이 상대적으로 저렴한 약물을 저소득층 지역에 제공하여 에이즈 감염자들의 생명을 연장시키고 에이즈로 인해 발생하는 각종 비용을 감소시키면서 에이즈 치료제도의 모범 사례로 떠오르고 있었다.[92] 미국무역대표부는 브라질의 산업재산권법 68조가 외국 의약제조회사에 대한 차별적 조치이며 TRIPS 협정 27.1조항과 28.1조항을 위반한다고 주장하며 2001년 2월 WTO 무역 분쟁 소송을 제기하였다.[93] 이 때 미국은 표면적으로는 브라질 에이즈 치료정책을 소송의 핵심 쟁점으로 겨\냥하지는 않았지만 간접적으로 이를 국제적인 논란의 대상으로 만들고자 하였다.

남아공과 브라질의 사례가 국제적으로 주목을 받게 되면서 몇 가지 문제점이 수면 위로 떠오르게 되었다. 먼저, 비록 TRIPS 협정에 공중보건이나 다른 사회 공공의 목적을 위해 활용할 수 있는 유연성이 포함되어 있지만 내용과 범위가 너무 모호하게 나와 있어 그 해석에 대한 국가 간 이견이 크다는 점이었다.[94] 조문 해석을 바탕으로 유연성의 적용이 가능하였으나 개도국과 선진국 간에 존재하는 정치적, 경제적 이해관계가 이를 막고 있는 것이 현실이었다. 개도국들이 제약회사나 선진국으로부터의 법적 소송의 위협이나 도전 없이 유연성을 사용할 수 있도록 명시할 필요가 있었다. 또 다른 부분은 에이즈와 의약품 접근권 및 지재권 레짐을 둘러싼 통상과 보건, 사적 부문의 이익와 공익이라는 다른 영역이나 시각 간의 충돌이 국내, 국제적 수준 모두에서 발생한다는 것이었다. 특히 남아공의 경우 미국뿐만 아니라 국내 제약협회가 정부를 상대로 법적 소송을 제기했던 사건 그리고 다음 장에서 더 자세히 보겠지만 에이즈 문제에 대한 2000년대 초반 음베키(Mbeki) 정부의 접근과 시민사회의 주장 간 붉어진 대립구도는 이를 잘 보여주는 사건들이다.

이제 두 국가는 지재권 제도가 에이즈 치료정책에 가하는 제약을

---

92) Miriam Jordan, “Merck Vows AIDS Help for Brazilians”. *Wall Street Journal*, March 29, 2001; The Economist, “AIDS in Brazil: Roll out, roll out,” July 28th 2005.
93) 셀, 2009, p. 235.
94) T’Hoen, 2002, p. 44.

극복하고 더 나아가 국내 에이즈 프로그램을 정당화할 수 방향으로 필수 의약품 접근권에 대한 글로벌 규범을 변화시켜 나가는 전략을 착수하게 되었다. 그러나 강제실시권을 발동시키겠다는 위협과 협상을 통해 대형 제약회사들로부터 가격인하를 이끌어내는 동시에 국제적 장에서 의약품 접근권에 대한 규범을 적극적으로 바꾼다는 브라질의 전략은 성공한 반면, 남아공은 국제적으로는 공중보건 환경 및 의약품 접근권 개선을 주장하기도 하면서도 적절한 에이즈 치료 프로그램에 대한 정치적 합의를 이루지 못하고 비일관적인 정책으로 인해 에이즈 사태에 잘 대응하지 못하는 모습을 보였다.

Ⅳ. 브라질과 남아공의 에이즈 전략

미국이 브라질과 남아공을 상대로 벌인 무역 분쟁 사건을 통해 드러난 문제의 본질은 두 국가 내에 특허를 보호하는 법적 장치가 존재하는지의 여부가 아니라 궁극적으로 두 국가가 TRIPS로 대표되는 신자유주의적 가치를 어떻게 받아들이고 선진국과의 비대칭적 파워게임에서 어떤 전략을 취할지에 대한 것이었다. 브라질과 남아공의 입장에서는 매번 대외적 압력이나 위협 요소들로부터 방해받지 않고 국내 에이즈 치료 정책을 원활히 운영할 수 있는 독자적 권력을 확보하는 것이 중요했다. 그런데 시장 중심의 시각에서 의약품 접근권을 비롯한 보건 문제에 접근하는 WTO 표준에 대한 대항 담론을 형성하고 자율성을 증대시키기 위해 두 국가는 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서 상이한 대외전략을 전개하였다. 이 장에서는 브라질과 남아공이 국내 에이즈 프로그램의 독자성을 지키기 위해 펼친 전략의 내용과 전개 방식을 분석해볼 것이다.

1. 브라질식 에이즈 프로그램의 확산

1996년 공공의료체계를 통해 국내 HIV 감염자 모두에게 에이즈 치료약물을 제공하겠다는 파격적인 정책을 선보임으로 인해 브라질은 제약산업, 특히 미국 제약협회(PhrMA)의 공격 대상 되었다. 강제실시를 통해 현지에서 에이즈 약물을 생산하겠다고 발표한 브라질에게 무역 제재를 가해야 한다는 미 제약협회의 워싱턴 로비활동에 맞서 브라질은 글로벌 차원에서 공개적으로 에이즈 치료 및 의약품 접근권을 추진하는 전략을 선택하였다. 이렇게 브라질이 대외적으로 전개한 전략은 ANT에서 말하는 번역의 과정을 성공적으로 펼친 사례라고 할 수 있다.

우선 몇 가지 기회를 통해 브라질은 의약품 접근권과 무역 레짐 문제를 세계적 이슈로 확장시켜 누가 어느 쪽 가치를 옹호하는지 확인할 수 있었다. 이는 미셸 칼롱이 “문제제기”라고 명명한 번역의 첫 번째 부분에 해당된다. 이 단계에서는 관련이 있는 일군의 인간 및 비인간 행위자들

중 누가 '내 편'이고 누가 '네 편'인지를 정의하고 네트워크의 전체적인 구도에 대해 파악하게 된다. 또한 의무통과점(OPP) 설정을[95] 통해 자신의 입지와 역할을 부각시키는 방식으로 네트워크 상황을 재구성하는 이중적인 움직임이 일어난다. 1990년대 후반 남아공과 제약회사 간 법적 소송이 진행되는 동안 브라질을 포함한 다수의 개도국과 다양한 민간 및 인권단체들, 일부 학계에서는 남반구의 공중보건의 위기에 대한 적절한 대응책과 의약품 접근권의 중요성을 강조하기 시작하였다. 이 때에는 남아공 측도 브라질과 동일한 입장을 표명하고 의약품 접근권 향상을 위해 합세하는 모습을 보였다는 점을 기억할 필요가 있다. 개도국 연합 측은 세계보건총회(WHA: World Health Assembly)에 '의약품 전략 개정안(Revised Drug Strategy)'을 결의하여 통과시켰다.[96] 이제 글로벌 보건 거버넌스 전반에서도 의약품 접근권을 둘러싼 상업적 이해와 인권 간의 대립 구도를 인식하기 시작하였던 것이다.

그 중에서도 보건 관련 사업을 지원하는 WHO는 브라질이 에이즈 및 의약품 접근권에 대한 글로벌 규범을 변화시키는 전략을 펼치기 위해 자주 찾는 행선지가 되었다. 그 첫 행보로 브라질의 대표단은 2000년 제53회 세계보건총회(WHA)에서 '에이즈 질병에 대한 대응(HIV/AIDS: Confronting the Epidemic)'이라는 결의안을 제출하였다. 이 결의안은 WHO가 필수의약품이라고 지정한 약물들에 대한 국제 가격 데이터베이스를 생성하고 지속적인 업데이트를 통해 의약품 가격에 대한 투명성을 확보하자는 내용을 담고 있었다. 결과적으로 결의안이 통과되지는 않았지만 브라질은 이에 대한 반응을 통해 누가 '내 편'이고 누가 '네 편'인지 그 구도를 파악할 수 있었다. 구체적으로 남아공을 비롯해 프랑스, 짐바브웨, 태국 등은 브라질의 제안을 지지한 반면, 미국과 대형 제약기업들은 이에 대한 강한 반대를 견지하였다.[97]

---

95) 의무통과점(obligatory passage point) 설정이란 기존의 네트워크를 교란시키기고 다른 행위자들을 자신의 네트워크로 끌어들이기 위해 전체 구도 가운데 자신의 역할을 필수불가결한 것으로 만들어 자신의 편으로 끌어들임을 의미한다.

96) Halbert, 2002, p. 270.

97) Donald McNeil, "Patent Holders Fight Proposals on Generic AIDS Drugs for Poor," *New York Times*, May 13, 2000; MSF, MSF Summary of the 53 World Health Assembly, May 15-21, 2000,

또한 2000년 7월 남아공 더반에서 열린 제13차 국제에이즈회의에서 브라질 에이즈 프로그램의 새 디렉터로 부임한 빠울로 텍세이라(Paulo Texeira)는 직접 복제의약품을 생산하겠다고 밝힌 브라질에 대해 압력을 가하는 미국 정부를 비판하였다. 그리고 아프리카 국가들이 에이즈 정책을 강화시킬 수 있도록 지원을 제공할 것이라는 뜻을 밝혔다.[98] 한 인터뷰에서 그는 다음과 같이 밝혔다:

> 당시 개도국 중 95%가 에이즈 치료를 제공하지 않았다. 브라질은 소수의 측에 속했으며 우리[브라질]의 (에이즈)프로그램은 많은 비판을 받고 있었다. 따라서 2000년에 우리는 이 논쟁을 공개적이고 국제적인 것으로 만들었다. 우리의 목표 중 하나는 치료를 제공하는 국가의 수를 확장시켜 우리의 치료정책과 약물 현지 생산 전략을 강화시키는 것이었다. ... 다른 국가들이 우리에게 도움을 청하기 시작하여 우리는 기술을 이전시켜주기 시작했고 복제의약품 생산에 대해 가르쳐주기 시작했다. 국내 프로그램을 장기적으로 유지하고 가격 상승에 대응할 수 있는 유일한 방법은 특허를 깨는 것이었다. 보건부 장관은 내게 이 이슈에 대해 공개적으로 이야기할 수 있는 권한을 주었다.[99]

단순히 글로벌 에이즈 거버넌스에 관여하는 행위자들 각각이 어떤 정체성을 갖고 있는지 규명하는데 그치는 것이 아니라 필수의약품에 대한 접근권 문제가 자신의 목적뿐만 아니라 다른 행위자들 각각의 이해관계와도 어떻게 연결되어 있는지를 밝혀줄 필요가 있다. 바로 이 부분이 칼롱이 문제제기 단계에서 핵심이라고 보는 의무통과점 설정에 관한 것이다. 브라질은 에이즈 운동가들, MSF, Oxfam 등의 초국적 NGO들과 연합하여 지

---

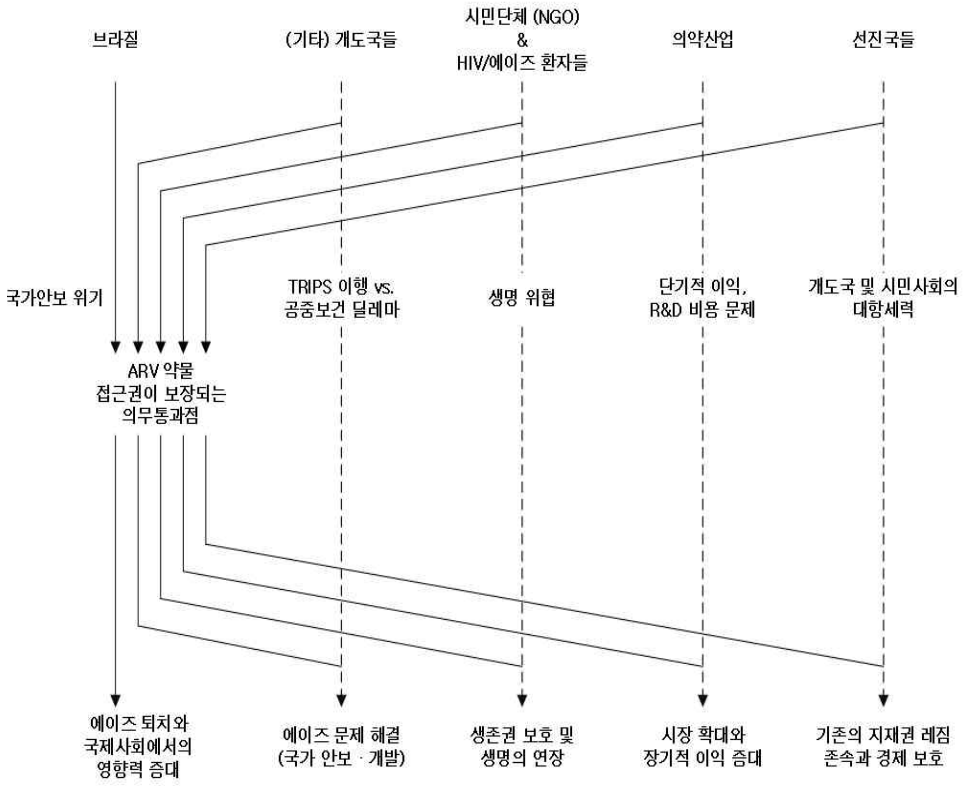
http://www.msfaccess.org/content/msf-summary-53rd-world-health-assembly-15-21-may-2000 (검색일: 2013년 11월 25일).

98) Cilene Guedes, "Brasil Ajudará África a Combater Avanço da AIDS," O Globo, 3 de Julio da 2000.
(기사 제공
http://www1.unimed.com.br/nacional/bom_dia/saude_destaque.asp?nt=8134
검색일: 2014년 3월 3일).

99) 빠울로 텍세이라 인터뷰(2005). Nunn, 2009, p. 126-127에서 재인용.

재권을 무역 레짐 내 당연한 게임의 법칙(rule of the game)으로 바라보는 인식의 틀을 깨고 의약품 접근권 보호를 통한 에이즈 문제 해결이 각 행위자에게 중요하며 이익을 주는 것임을 상기시키기 위해 노력하였다. 이를 통해 브라질은 세계경제에 참여하면서도 개도국의 에이즈 치료정책 시행을 용이하게 하는 ARV 약물 가격 수준 및 의약품 접근 보호라는 의무통과점을 설정하여 자국의 에이즈 프로그램을 위한 지지세력 구축을 시작하였다. 이 구도는 칼롱(1986)의 논의를 참고하여 <그림 4-1>과 같이 정리해볼 수 있다. 여기에서 주의할 점은 칼롱이 지적했듯이 행위자의 정체성과 목적이 완전히 독립적이고 체계적인 방식을 통해 공식화되기보다는 연속적인 하나의 과정 속에서 드러나는 것으로 이해해야 하는 것이다.

<그림 4-1> 브라질의 문제제기 속 행위자들과 그들의 목표



출처: Callon, 1986, p.20의 <그림 2>를 참고 및 변형

당시 브라질을 이끌어 가던 까르도주 대통령을 위시한 보건 및 외교 정책가들은 2001년 미국과의 WTO 무역 분쟁에 휩싸이면서 순전히 경제적인 대결만으로는 미국에 대항할 수 없음을 깨달았다. 또한 아직 국제사회에서 개도국에서의 에이즈 치료 실시에 대해 곱지 않은 시선을 보내는 국제사회 내에서 국내 에이즈 치료정책의 정당성을 확보하기 위해서 기본적 인권의 일부로서의 보건이라는 논리를 펼칠 수 있는 장으로 의약품 접근권 논쟁을 끌어오고자 하였다.[100] 이러한 브라질의 전략은 네트워크에 존재하는 '빈틈' 혹은 구조적 공백을 찾아 메움으로서 새로운 역할이나 가치를 창출해 내는 '틈새지성(niche intelligence)'의 개념과도 연관이 있다.[101] 즉, 그동안 지재권 보호와 의약품 접근권 보호 간 균형에 대한 논의가 가장 활발히 진행되었던 WTO 프레임 내에서는 세계 경제의 후발주자인 브라질이 영향력을 발휘할 공간이 너무 적었기 때문에 브라질은 UNHCR이나 WHO와 같이 개발, 인권, 안보의 프리즘을 통해 에이즈 문제를 바라보지만 그동안 상대적으로 비중이 작았던 다른 국제기구를 활용하여 국가들 간의 논의를 촉진하도록 노력했다.

그 다음으로는 브라질이 한편으로는 서구 제약회사들을 상대로 여러 차례 강제실시권의 위협을 통해 ARV 약물의 가격 인하를 이끌어 내면서 다른 한편으로는 다른 개도국들과의 협력사업과 미디어의 활용을 통해 미국 여론, 남반구 파트너 국가들 그리고 시민사회와의 연합전선을 공고히 했음을 볼 수 있다. 이는 번역의 두 번째 단계인 '관심끌기'와 관련된 것으로 브라질이 문제제기를 통해 정의된 실체들 간 형성되어 있던 관계를 해체하고 제약회사들과의 관계는 적당히 끊고 후자의 진영과는 새로운 관계를 맺음으로써 자신에게 유리한 힘의 균형을 생성해냄을 의미한다.

먼저 브라질은 2001년 미국의 제약회사 메르크 앤 코(Merck & Co.)에서 특허권을 갖고 있는 ARV 약물인 인디나비르와 에파비렌즈에 대해 강제실시권을 발동시키겠다는 위협을 통해 각각 64.8%와 59%의 가격 인하를 이끌어 냈다. 또한 애봇(Abbott), 호프만-라로쉬

100) Amy Nunn, E. Da Fosenca and S. Gruskin, "Changing Global Essential Medicines Norms to Improve Access to AIDS Treatment: Lessons from Brazil," *Global Public Health*, Vol. 4, No. 2 (2009), p. 135.
101) 김상배, 2014, p. 200.

(Hoffman-LaRoche)를 포함한 다른 제약사와의 협상에서도 가격 인하에 성공하였다(<표4-1> 참조). 이를 통해 브라질 정부는 TRIPS의 유연성 조항을 사용하였을 경우 선진국으로부터 상업적 압력이 들어올 수 있다는 위험부담이 있음에도 불구하고 자국의 보건 및 사회 정책을 지키겠다는 단호한 의지를 보였다.

<표 4-1> 강제실시권 위협과 브라질-제약회사 ARV 약물 가격 협상 결과 (2001-2006)

년도	특허권 소지자	의약품명 (브랜드명)	가격 협상결과
2001	Merck	Indinavir (Crivixan)	64.8% 인하
		Efavirenz (Sustiva)	59% 인하
	Hoffman-LaRoche	Nelfinavir (Viracept)	40% 인하
2003	Merck	Efavirenz (Sustiva)	25% 인하
	Hoffman-LaRoche	Nelfinavir (Viracept)	10% 인하
	Abott	Lopinavir/ritonavir (Kaletra)	13% 인하
2005	Abott	Lopinavir/ritonavir (Kaletra)	46% 인하
2006	Gilead	Tenofovir (Viread)	51% 인하

*** Flynn, 2011, p. 159의 <표6.1> 참고하여 재구성**

또한 강제실시권의 시행이 아니라 이에 대한 위협만으로도 협상력을 높일 수 있다는 선례를 다른 개도국들에게 선사하였다는 점이 중요하다. 이 때 브라질과 같이 현지에서 약품을 생산할 수 있는 능력을 갖추고 있는 사례에 한하여 성공적인 협상이 가능할 수 있다는 점을 고려해볼 필요가 있다. 그러나 플린(Flynn, 2011)은 국내 복제의약품 제조 능력이 외국 제약회사에 대한 브라질의 협상력을 증가시키기는 했지만 국영 제약회사인 파망귀노스(Far-Manguinhos)를 제외한 현지 제조업자들은 TRIPS 유연성 사용에 있어 주도적인 역할은 하지 않았다고 분석한다. 또한편으로는 강제실시를 감행하여 대형 제약회사 및 선진국들로부터 보복조치를 겪으며 논란의 대상이 되었던 태국의 사례와 달리 브라질의 강제

실시권 사용은 긍정적인 평가를 받았다. 즉, 브라질은 제약회사들과 먼저 충분한 협상 과정을 갖고 2007년에 들어서야 처음으로 강제실시권을 작동시켰으며 예방 의약품에까지 강제실시를 적용한 태국과 달리 이를 치료제에 대해서만 사용하는 적절한 끊기 접근을 취했다고 평가할 수 있다.

필수의약품 접근권에 대한 규범 변화를 위해 브라질의 보건부와 외교부(Itamaraty)에서 주력했던 또 다른 측면은 미국 국민들과 세계 여론의 공감을 얻어내고 설득하는 것이었다. 즉, 국가 대 국가로 정부 관계자들이 관여하는 '트랙-1 외교'를 넘어서 민간 행위자들을 적극적으로 포함시키는 '트랙-2 외교' 혹은 공공외교도 활용하는 멀티트랙 외교 방식의 효과에 주목했던 것이다. 당시 외교부 내에서 보건 부문을 맡았던 호세 비아나(José Viana) 대사는 한 인터뷰에서 다음과 같이 말하였다:

> 우리[브라질 보건부와 외교부]의 전략은 미국 정부를 꺾는 것이 아니었다. 세력균형은 우리에게 유리하지 않은 상태였다. 미국과의 무역 분쟁[WTO 소송]에서 이기는 방법, 즉 미국 정부로 하여금 정책을 바꾸도록 설득할 수 있는 방법은 미국 국민들 그리고 세계의 의견을 바꾸는 것이었다. 우리[브라질]를 지지해달라고 미국 여론을 설득하는 것이 WTO에서의 그리고 다른 NGO들, 뉴욕타임즈 및 기타국가들과 추진한 전략이었다. ... 우리[브라질]는 뉴욕 타임즈, 워싱턴 포스트, 로스엔젤레스 타임즈 등 미국 내 대형신문사들의 광고를 모두 사들였다.[102]

신문 광고 게재뿐만 아니라 2001년 한 해에만 브라질의 에이즈 치료프로그램에 대해 수백 건 이상의 신문 및 매스컴 보도가 나오는 등 미디어가 적극적으로 동원되었다. 그 중 뉴욕타임스의 로젠버스(Rosenberg)가 쓴 "브라질에 주목하라(Look at Brazil)"는 브라질의 에이즈 치료정책에 대해 심층적으로 보도하였다.[103]

또한 남반구 국가들과의 대화 및 정보 공유 증진 그리고 국내, 글로벌 NGO들과의 협력 하 대중을 대상으로 에이즈 캠페인이나 교육 실시

---

102) 호세 비아나 인터뷰 (2005: Nunn et al., 2009, p. 136 재인용)
103) Tina Rosenberg, "Look at Brazil," *New York Times*, January 28, 2001.

를 통한 세 불리기도 진행되었다. 그런데 이 과정에서 브라질이 선진국들에 무조건 반대하는 위치를 취했다거나 이분법적인 시각을 통해서 이슈에 접근했다고 보지 않도록 주의해야한다. 오히려 브라질의 전략은 네트워크 이론에서 말하는 중개자의 역할 및 권력의 개념과 관련이 있다. 단순한 정보의 중개를 넘어서 대립적 관계의 두 입장 사이에서 상징과 규범, 이데올로기의 호환성을 제공하는 중개자의 모습을 브라질의 사례에서 볼 수 있는 것이다.[104]

다시 말해, 브라질은 선진국 및 개도국 간의 의견 조율을 통하여 TRIPS 유연성 조항들의 애매모호한 언어와 해석의 여지를 구체화하고 에이즈 치료 및 의약품 접근권 규범과의 호환성을 제시하고자 했다. 자유주의적 경제질서의 관점에서 의약품 접근권을 바라보는 제약산업 및 선진국의 입장과 공중보건, 사회발전 및 공평성의 언어를 통해 이슈에 접근하기 원하는 개도국 간의 중개자로 활동했다고 볼 수 있다. 여기에서 한 가지 중요한 점은 공중보건과 인권의 불가분관계에 대해 브라질이 제시한 담론이나 규범이 아예 새로운 '내용'이 아니라는 것이다. 이는 중개자의 위치권력이 때로는 내용 그 자체보다는 내용을 중심으로 주위 행위자들을 얼마나 잘 엮어내는지에 따라 달라질 수 있음을 의미한다.

이제 브라질이 하드 파워 자원을 기반으로 한 강제의 방식이 아닌 규범에 대한 설득과 협력을 통해 세(勢)를 모으고 지재권 보호와 의약품 접근권 간 균형에 대해 새로운 글로벌 표준을 세워나가는 모습에 대해 논하고자 한다. 이는 에이즈 및 의약품 접근권 전략의 완성을 위한 번역의 후반 부분인 "등록하기"와 "동원하기"에 상응하는 내용으로 볼 수 있다.

먼저, 등록하기는 브라질이 이전 단계들을 통해 파악된 지지 세력의 행위자들에게 새로운 역할을 부여하고 이를 토대로 새로운 네트워크를 건설하는 활동을 포함한다. 여기에서 브라질과 같이 강대국에 비해 국제체제에서 행사할 수 있는 영향력이 상대적으로 작은 국가의 경우에는 자신의 입장에 동조하고 지지하는 중견국 및 약소국들을 얼마나 많이 모을 수 있는지가 관건이다. 브라질의 정책 책임자들은 바로 인권으로서의 의약품

104) 다양한 유형의 중개자와 이들에게 주어지는 위치권력에 대한 더 자세한 논의는 김상배, 2014, pp.141-146 참고.

접근권이라는 규범을 선진국과의 양자적 관계가 아닌 여러 다자적 장에서 공식화하기 위해 시민 에이즈 운동 단체들 및 동류국가(like-minded)들과 협조하는 방식을 선택하였다.[105] 김상배(2011a, 2014)는 이를 네트워크를 구성한 행위자들이 그렇지 못한 행위자들에 대해서 행사하는 집합권력을 기반으로 하는 '협업외교(collective intelligence)'라고 설명한다.

2001년은 브라질의 에이즈 전략과 의약품 및 에이즈와 관련된 글로벌 차원의 제도 구축에 있어 결정적인 시기였다. 2001년 4월 브라질이 유엔인권위원회(UNCHR: UN Commission on Human Rights)에 제출한 '에이즈 및 기타 유행병에 관한 의약품 접근권(Access to Medication in the Context of Pandemics such as HIV/AIDS)'이라는 제목의 결의안이 미국의 단독 기권을 제외하고 만장일치(52:0)로 통과되었다. 이는 의약품 접근에 대한 권리를 명확하게 다룬 첫 국제 결의안이었다. 이 결의안은 맨 처음 부분부터 에이즈 치료가 보건에 대한 권리의 근본적인 요소 중 하나라고 명시한 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(CESCR)과의 연계성을 강조하였다(서문, 6조). 또한 회원국들이 에이즈 및 기타 기회감염에 대한 필수 에이즈 및 기회감염에 대한 예방·치료·완화를 위해 필요한 약품 및 의약 기술을 충분히 보유할 수 있도록 하는 정책을 추진하고(2조), 다른 국가들의 접근성을 위해서도, 특히 공중보건 위기 시 협력할 것을(4조) 요청하고 있다.[106]

이를 시작으로 UNCHR 틀 내에서는 의약품 접근권에 대한 강조가 더욱 두드러졌다. 한 달 뒤 UNCHR에서 발표한 'TRIPS 협정이 인권에 미치는 영향에 대한 보고서(The Impact of the Agreement on TRIPS on Human Rights)'에서는 브라질의 에이즈 치료 프로그램을 언급하며 개도국들이 적절한 약물 가격을 책정하여 접근성을 확보하고자 할 때 생길 수 있는 문제점들을 지적하였다. 브라질이 대표적인 사례로 다루어졌다는 것은 그만큼 에이즈 치료정책의 확장을 위한 브라질의 노력과 성과가 세계적으로 인정받기 시작했음을 의미한다.[107] 더 나아가 8월 유엔인권소위원

105) Flynn, 2013, p. 13.
106) UNCHR, *Access to Medications in the Context of HIV/AIDS: Resolution 2001/33* (2001).
107) Fosenca et al., 2009, p 137.

회(UNSCR) 또한 '지재권과 인권(Intellectual Property and Human Rights)'이라는 결의안을 통과시킴으로써 무역 혹은 경제 정책보다 인권이 수위임을 국제사회에게 다시 한 번 상기시켜 주었다.

한편 브라질이 WHO, HIV/에이즈에 관한 유엔총회 특별 세션(UNGASS) 그리고 WTO에서 펼친 활동에도 주목해 볼 만하다. 2001년 5월 제54차 WHA에서는 브라질이 앞서 제출하였던 WHO 약물 전략 개정안(WHA 52.19)의 내용을 이어받는 'WHO 의약품 전략(Medicines Strategy, WHA 54.11)'이 통과되었다. 브라질의 제출안보다는 완화된 어투를 사용하긴 했지만 WHO 의약품 전략 또한 위급 시 복제의약품 사용의 가능성을 인정하며 에이즈 약물을 포함한 필수의약품 접근권 보호에 대한 국가들이 의무를 갖는다는 내용을 포함하였고 WHO 사무총장에게 글로벌 약물가격 모니터링 체계를 만들 것을 요청하였다. 이러한 내용을 정하는 과정에서 브라질 대표단 측 로비는 비중 있는 역할을 하였고 이 결의안의 영향으로 2002년 처음으로 ARV 약물이 WHO의 필수의약품 목록에 추가되었다.[108)]

세계적으로 HIV 감염 확산이 가속화되고 그 폐해도 심각해짐에 따라 국가들은 2001년 6월 뉴욕에서 열린 UNGASS에 모여 에이즈 퇴치를 위한 적절한 국제사회의 조치를 논하게 되었다. 호세 세라(José Serra) 브라질 보건부 장관은 총회에서 연설을 통해 브라질의 에이즈 관련 사망률이 어떻게 에이즈 약물의 현지 생산이라는 전략을 통해 급격히 감소하였는지를 설명하고 제약회사들에게 국가별 차등 가격 정책을 도입할 것을 요청했다.[109)] 한편 이 총회에서 채택된 'HIV/에이즈에 관한 선언(Declaration of Commitment on HIV/AIDS)'은 의약품 접근권을 인간의 가장 기본적인 권리로 인정한 UNCHR의 결의안을 인용하였다. 그리고 다양한 행위자들 간의 협력을 바탕으로 각국의 의료체계를 강화시키고 좋

---

108) WHO, "WHO Takes Major Steps Do Make HIV Treatment: Treatment guidelines and AIDS medicines list announced by WHO," (press release) April 22, 2002, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release28/en/ (접속일: 2014년 2월 27일).

109) Serra, J., Statement by Minister of Health Jose Serra at UNGASS, UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS (New York, 2001).

은 품질의 ARV 요법을 신속히 제공할 것을 촉구하였다.[110] 넌(Nunn, 2009)은 선언문에서 브라질이 구체적으로 언급되지는 않지만 선언문의 작성 과정이나 구체적인 목표 설정에 있어 브라질의 사례와 그 지원활동이 중요한 역할을 하였고 UNGASS를 통해서 달성된 성과는 역으로 브라질의 치료정책의 정당성을 강화시켰다고 설명한다.

의약품 접근권과 무역 정책 간 균형을 재설정하고자 한 브라질 및 다른 개도국들 그리고 글로벌 시민사회의 연합세력은 WTO 도하 회의의 협상 과정에도 큰 영향을 미쳤다. 회의가 진행되는 가운데 실질적인 유연성 사용에 있어서 모호한 표현을 취하고 있는 TRIPS 협정을 더 명확하게 하고자 하는 개도국들과 이에 반대하는 미국 및 제약산업 간의 대립이 뚜렷하게 드러났다. 이 때 브라질은 두 입장 사이의 절충점을 찾고 'TRIPS 협정과 공중보건에 관한 도하 선언'을 이끌어내는데 핵심적인 역할을 했다. 당시 브라질 측의 협상 대표였던 프란시스코 카나브라바(Francisco Cannabrava) 외교관은 "우리[브라질]의 목적은 TRIPS 자체를 타파하는 것이(do away with) 아니라 TRIPS 유연성을 지켜내는 것이었다"며 공공부문과 지재권에 관한 권리의 재조정이 그 목표임을 지속적으로 밝혔다고 회상하였다.[111] 애봇(Abbott, 2002)은 도하 선언문은 개도국의 대표인 브라질과 미국 간의 비공개적 의견 조율을 통해 도출되었다고 분석하였다.

이 때 의약품 접근권 이슈를 둘러싸고 유럽연합 내에서 붉어진 의견대립과 9월 워싱턴 D.C.의 탄저균 테러 사건으로 인해 미국이 독일 바이엘 社의 탄저균 치료제인 '시프로플록사신(Ciprofloxacin)'에 대해 강제실시를 한 사건은 의약품 접근권 보호에 방점을 둘 것을 주장하는 브라질 및 개도국에게 유리하게 작용하였다.[112] 도하 선언문의 최종 버전은 단 7조항으로 구성된 간결한 문서였다. 선언문에서는 TRIPS 협정이 회원국들이 공중보건을 보호하기 위해 조치를 취하는 것을 막지도, 막아서도 안된다고 명시하였다. 특히 제5조에서는 구체적으로 다음의 내용을 포함하였다.

---

110) UNGASS, *United Nations Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (New York, 2001).
111) Nunn et al., 2009, p. 142.
112) Flynn, 2013, p. 14.

(b) 각 회원국은 강제실시를 승인할 수 있는 권리와 강제실시권이 부여되는 근거를 정할 수 있는 자유를 갖는다.

(c) 각 회원국은 국가적 비상사태나 기타 위급상황을 자체적으로 규정할 수 있는 권리를 갖는다. HIV/에이즈, 결핵, 말라리아 및 기타 질병과 관련된 상황을 포함하여 공중보건상의 위기는 국가 비상사태나 기타 위급상황이 될 수 있다.[113]

도하 선언문은 법적 구속력을 갖지는 않지만 그 규범적 힘이 브라질 등의 개도국들이 에이즈 치료 및 의약품 접근권을 위해 TRIPS 유연성 조항을 실행할 수 있는 근거로 작용해왔다.

이후에도 브라질은 제약회사들과의 협상을 통해 ARV 의약품의 가격인하를 달성하면서 글로벌 차원에서 의약품 접근권 향상을 위해 지속적으로 노력했다. 브라질의 복제 ARV 약물 현지 생산은 복제의약품 시장 내 경쟁을 자극하였으며 가격 협상과 시장 내 경쟁은 ARV 약품(특히 2차 약제) 가격이 전반적으로 낮아지는 데 일조하였다.[114] 2003년 브라질과 몇몇 개도국이 WHA에 제출한 결의안을 바탕으로 WHO에서는 지재권 보호가 개도국의 공중보건 수준에 미치는 영향에 대한 독립적인 조사 권한을 갖는 '지적재산권·혁신·공중보건에 관한 위원회(Commission on Intellectual Property Rights, Innovation, and Public Health)'를 창설하였다. 이 위원회에서는 2006년 보고서를 통해 글로벌 지재권 제도가 개도국들에게 가장 문제가 되는 질병들에 대한 적절한 의학 및 진단 기술의 개발을 촉진시키기 못하였다고 지적하였고 이 결과는 더 평등한 의약품 및 에이즈 치료서비스에의 접근권에 대한 세계적 요구에 정당성을 부여하였다.[115]

이제 에이즈 치료제도 강화를 위한 전략을 통해 브라질이 에이즈 프로그램이 과연 동맹세력의 대변인으로서 대표성을 갖게 되었는지, 즉 번

113) WTO Ministerial Conference 4th Session, *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* (Doha, 2001).
114) MSF, *Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions* (16th ed.), Geneva: Médecins Sans Frontières (2013), p. 4.
115) Nunn, 2009, pp. 142-143.

역의 마지막 단계인 “동원하기”까지 완수하였는지 살펴보고자 한다. 동원하기는 소수의 특수한 성공사례를 넘어서 새롭게 만들어진 네트워크가 일반적 보편성을 갖게 되는 것에 해당한다(김상배, 2014). 달리 표현하자면 번역의 과정을 통해 세계정치의 전체적인 구도에서 수용되는 표준을 세울 수 있는지에 대한 문제인 것이다. 현실적으로 에이즈 및 의약품 접근권 이슈가 미해결된 세계적인 문제이며 브라질의 에이즈 프로그램의 변화 또한 진행형이라 볼 수 있기 때문에 아직 브라질이 이 분야에서 하나의 완전한 표준을 세웠다고 평가하기는 무리일 것이다.

그럼에도 불구하고 브라질이 에이즈 거버넌스 내에서 새로운 모델 혹은 표준을 세워가고 있음을 보여주는 사례들이 존재한다. 2003년 이종욱 전 WHO 총장은 브라질 NAP의 역량 및 성과를 높이 평가하여 이를 지휘하고 있던 빠울로 텍세이라 박사를 WHO HIV/에이즈, 결핵 및 말라리아 국장으로 임명하였다.[116] 또한 2003년 빌&멜린다 게이츠 재단은 "무상 에이즈 치료법 제공과 적극적인 HIV 예방 사업을 결합하는 브라질 NAP는 개도국 에이즈 퇴치의 모델이다“고 말하며 브라질 NAP 앞으로 ‘2003년 게이츠 세계보건상(Gates Award for Global Health)과 100만 달러의 에이즈 퇴치 기금을 수여하였다.[117] 더 나아가 2001년 브라질이 WHA에 결의한 ’HIV/에이즈에 대한 대응 강화(Scaling up the Response to HIV/AIDS)‘로부터 부분적인 영향을 받아 생성된 에이즈·말라리아·결핵 퇴치를 위한 세계기금(GFTAM)은 HIV/에이즈 치료서비스 제공 및 에이즈 관련 질병 퇴치 사업을 위한 가장 큰 민관 파트너십 중 하나로 활동하고 있다.

에이즈 관련 정보 및 기술 국제협력 또한 브라질에서 주력하는 영역 중 하나이며 그동안 남-남 협력(SSC)을 특히 강조해왔음을 알 수 있다. 구체적으로 2005년 이후 브라질 정부의 성병 및 에이즈부는 라틴 아

---

116) Jong-Wook Lee, "Address to WHO Staff," WHO, July 21, 2003, http://www.who.int/dg/lee/speeches/2003/21_07/en/ (접속일: 2013년 10월 29일).

117) Gates Foundation, "2003 Gates Award for Global Health - Brazilian National AIDS Program," (press release), May 28, 2003, http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2003/05/Brazilian-National-AIDS-Program (접속일: 2013년 10월 29일).

메리카의 21여개 이웃 국가들과 에이즈 경험 공유를 위한 수평 기술 협력 그룹을 만들었다.[118] 또한 약 31여개 개도국들이 에이즈 예방 및 치료에 관한 브라질의 가이드라인을 수용하겠다는 뜻을 밝혔으며[119] 카리브 공동체(CARICOM)에서는 '에이즈에 관한 범 캐리비안 파트너십(PANCAP)'을 위한 지식 및 기술 교환을 위한 제1의 파트너로 브라질을 지목하기도 하였다.[120] 이러한 예들은 브라질형 에이즈 모델이 글로벌 거버넌스 내 다른 행위자들을 이미 유인하고 설득하기 시작했음을 보여준다.

2. 남아공의 에이즈 부정론

이번에는 같은 시기 에이즈에 대응하는 과정에서 남아공이 보인 전략에 대해 살펴보고자 한다. 전술하였듯이 1996년 산업재산권이 개정된 직후의 남아공은 브라질과 유사한 움직임을 보였다고 할 수 있다. 사실 의약품 접근권과 무역 레짐 간의 딜레마를 세계적 이슈로 확장시켜 어떤 행위자가 어느 쪽 가치를 옹호하는지 확인할 수 있는 계기가 된 것은 바로 '거대 제약회사(Big Pharma) vs. 만델라 정부'의 법적 공방이었다. 현지 제약회사, 남아공 내 다국적 기업의 자회사 및 본사 그리고 미국가지 합세한 거대 제약산업 측이 에이즈 문제 또한 지재권법 틀 내에서 다루어져야 한다며 1997년 만델라 대통령이 채택한 의약품 통제법 개정안에 대해 강하게 반대하였다. 그러자 남아공에서는 제약협회 및 USTR이 제기한 소송에 대항하여 특히 에이즈 문제에 있어 의약품에 대한 강제실시 및 병행수입을 선택할 수 있다는 남아공 정부의 권리를 지지하는 담론이 형성되었다. 만델라 정부는 강제실시를 통해 ARV 약물을 생산하여 이를 낮은 가격에 판매하더라도 아프리카의 에이즈 퇴치를 위해 필요한 약품의 수량

---

118) 이 그룹의 활동에 대한 더 자세한 설명은 브라질 정부의 성병 및 에이즈부 홈페이지 참고 가능,
http://www.aids.gov.br/en/pagina/horizontal-technical-cooperation-group

119) Patrice M. Jones, "Brazil AIDS Program Touted as Model for World," *Chicago Tribune*, June 8, 2003.

120) UWI Consulting, "Technical Cooperation on HIV/AIDS between CARICOM/PANCAP and the Government of Brazil," 부산 세계개발원조총회 발표자료(2011), pp. 8-9.

자체가 절대적으로 크기 때문에 제약회사들의 입장에서도 손해가 아닌 상당한 이익을 창출해낼 수 있는 기회임을 강조하였다.[121] 또한 남아공 대표단은 브라질을 비롯한 다른 남반구 개도국들과 더불어 여러 국제회의장을 통해 에이즈 사태의 심각성을 알리고자 노력하였다. 더불어 1998년에 설립된 현지 NGO 치료행동캠페인(TAC)를 주축으로 해 남아공 내부뿐만 아니라 초국적으로 형성된 남-남 연대 세력의 활동은 매스컴의 주목을 끌어 에이즈 및 의약품 접근권 이슈를 세계적으로 공론화하는 데 기여하였다.[122]

그런 의미에서 2000년 7월 남아공 더반에서 열린 제13차 국제에이즈회의는 중요한 의미를 가졌다. 더반 회의는 남반구 지역의 에이즈 문제의 심각성을 세계에 알리고 이에 대한 논의를 시작하는 데 좋은 기회를 제공하였다. 남아공은 국제에이즈회의를 개최한 첫 개도국이었고 더반 회의는 강한 아프리카의 색채를 띠게 되었고 이 회의를 통해 거의 처음으로 선진국과 개도국 간 나타나는 불공평한 에이즈 치료에의 접근을 중점적으로 다루는 장이 마련되었다. 에이즈 퇴치와 의약품 접근권 증진에 큰 관심을 갖고 있던 남아공의 보건 관련 전문가 및 활동가 집단들은 국내외적으로 동조 세력을 형성하여 에이즈 프로그램을 발전시키려는 뜻을 갖고 있던 것이다.

이렇게 1990년대 중후반에는 남아공이 의약품 특허권을 지지하는 세력에 맞서 자국민의 에이즈 치료를 받을 권리를 지켜내었다. 그러나 1999년 음베키 정권이 출범한 이후 남아공 내 에이즈 사태는 점점 더 악화되는 모습을 보였다. 이러한 상황을 초래한 결정적인 요인으로 남아공에서 에이즈의 과학 및 치료법을 둘러싼 정치적 대립이 최고조에 달했으며 남아공 정부의 부정(denialism) 및 불찬성자(dissident) 태도 혹은 입장이 세계적으로 많은 비판을 사며 남아공이 글로벌 에이즈 네트워크 내에서 고립되어 갔다는 점을 꼽을 수 있다. 즉, 실질적인 에이즈 치료의 시급성을 주장하는 글로벌 보건 커뮤니티 및 비정부 연합세력과 국가 정체성을

---

121) Steve Sternberg, "Victims Lost in Battle Over Drugs Patents," *USA today*, May 23, 1999.

122) Sue Armstrong, *Stepping Back from the Edge: The Pursuit of Antiretroviral Therapy in Botswana, South Africa, and Uganda* (UNAIDS, 2003), p. 34.

우선시하는 정부의 입장 간 치열한 충돌이 발생하면서 남아공의 NAP는 대내외적으로 신뢰성을 잃게 되었고 그 치료정책은 사실상 실패사례로 통하게 되었다. 남아공 지도자들에게 에이즈 문제는 '아프리카의 부흥(African Renaissance)'이라는 관념을 바탕으로 하여 지역적 리더로서의 자국의 정체성과 아프리카 대륙 전반의 자주독립성을 국제사회에 주장할 수 있는 수단이었다. 더 나아가 이들은 HIV와 에이즈 발병 간의 인과관계와 ARV 약물의 실제적인 효력에 관한 기존 학설의 정확성 혹은 국제적 합의에 의문을 제기함으로써 심각한 에이즈 문제에 대한 국가적 차원의 미온한 대응을 정당화하고자 하였다.[123] 1990년대 후반 당시에는 많은 검증을 통해 HIV와 에이즈 치료의 과학적 매커니즘이 잘 밝혀져 있었음에도 불구하고 왜 남아공 지도층이 의도적으로 부정론적 태도를 고수하는 전략을 택했는지 이해하기 위해서는 보건 영역이 아니라 더 거시적인 세계정치적 구조 차원에서 남아공이 어떤 전략적 목표를 추구했는지를 이해할 필요가 있다. 이제 에이즈 진압의 실패 사례로서 남아공의 에이즈 치료정책을 놓고 펼쳐진 논쟁의 내용과 전개과정을 구체적으로 살펴보고자 한다.

프레토리아 고등재판소가 제약협회 및 USTR과의 법적 소송에서 만델라 정부의 손을 들어준 이후 남아공 대표단이 이에 안주하지 않고 의약품 접근권에 대한 개도국의 권리를 위해 WHA에서 목소리를 내고 있는 동안 남아공 정부는 이에 완전히 반대되는 모습을 보였다. 새로이 등장한 음베키 정부는 ARV 약물 무상 보급을 제한하고 시험운영 병원이 아닌 공공병원에서 모자감염이나 강간으로 인한 HIV 감염을 방지하기 위해 네브라핀을 투여하는 의사는 징계하였는데 이러한 조치는 에이즈 환자들과 시민사회로부터 큰 반감을 사기 시작하였다.

에이즈를 둘러싼 소란과 남아공 정부의 부정주의적 접근은 음베키 대통령의 에이즈 관(觀)으로부터 큰 영향을 받았다고 할 수 있다. 아파르트헤이트 시기 망명생활을 했던 음베키는 만델라 전 대통령에 이어 경제부흥이라는 과제를 안고 대통령에 취임했다. 점점 악화되는 에이즈 감염 문제를 어떻게 처리할 것인가를 고민하던 중 음베키 대통령은 인터넷에서

---

123) Karim and Karim, 2010, p. 377; Youde, Jeremy R., *AIDS, South Africa, and the Politics of Knowledge* (Ashgate Publishing, 2013), p. 78.

피터 모카바(Peter Mokaba)를 포함하여 에이즈에 대한 기존의 학설을 뒤집는 의학계의 소수파 불찬성자들의 이론을 접하게 되었다. 이들의 논지는 HIV가 아닌 빈곤이 에이즈의 원인균이며 따라서 에이즈가 성 접촉을 통해서 감염되는 것이 아니라는 점 그리고 서구의 치료약을 아프리카에 그대로 접목할 때의 위험하다는 것 등을 포함했다. 당시 부통령이자 국립에이즈위원회 회장으로 만델라 정부 제약회사들 간의 소송 문제를 지켜보면서 후자의 의도에 대해 의구심을 갖게 되었으며 에이즈 정책을 위한 재정적 지원에 따르는 부담을 안고 있던 음베키 대통령은 이 주장을 쉽게 받아들였다. 음베키의 자서전을 집필한 마크 게비져(Mark Gevisser)는 일반적 통념을 거스르는 이러한 선택이 음베키 대통령의 성격과 자기인식을 잘 보여주는 대표적인 사례라고 설명한다. 그는 주위의 반대에도 불구하고 남아공의 생존을 위해 ANC가 시장과 서구를 받아들여야 한다며 음베키 대통령이 추진한 경제 개방이 긍정적인 성과를 냈던 것처럼 "에이즈 문제에 관해서도 다시 한 번 그[타보 음베키]는 장기적 관점에서 보았을 때 자신이 옳다고 증명될 것임을 절대적으로 믿었다"고 묘사한다.[124]

그러나 이러한 해석은 타보 음베키 개인이 왜 불찬성자의 시각을 수용하였는지를 넘어서 어떻게 ANC 전반에서 이러한 입장이 설득력을 얻었는지에 대해서는 불충분한 설명을 제공한다. ANC 내에서 에이즈 치료에 반대하는 정책이 득세하게 된 배경은 ANC가 기본적으로 반인종주의적, 반식민주의적 성향을 띠었으며 아파르트헤이트 정권의 잔재를 척결해야한다는 국가적 과제를 최우선시하였다는 데에서 찾을 수 있다.

2000년 음베키 대통령은 국내 과학 전문가 집단인 의약연구회(MRC) 대신 16명의 에이즈 '전통론자(orthodox)'들과 16명의 '불찬성자'들로 구성된 대통령 직속 에이즈 패널기구(The Presidential AIDS Panel)를 따로 설치하고 클린턴 미 대통령을 포함한 세계 몇몇 지도자들에게 에이즈에 대한 자신의 의견을 담은 서신을 보냈다.[125] 그러나 많은

---

124) Mark Gevisser, *A Legacy of Liberation* (biography of Thabo Mbeki), p. 280.

125) 2000년 4월 워싱턴 포스트에서 음베키 대통령과 서신과 이에 대한 워싱턴의 반응에 대해 다루었다. 음베키 대통령은 이 서신에서 "HIV/에이즈라는 중대한 이슈에 대한 서양의 경험을 통해 우리[남아공]가 배워야 하는 혹은 배울 수 있는 교훈이 무엇이던지 그 경험을 아프리카 현실에 부과하는 것은 불합리적이다"라며 '서구의 해결책'에 대한

이들이 예상했던 바와 같이 에이즈 패널은 에이즈의 속성과 질병에 대한 적절한 대응책에 관한 합의에 도달하지 못하였다. 이렇게 발생한 공백은 대통령과 짜발랄랄-음시망(Tshabalala-Msimang) 보건부 장관이 더 확실한 연구와 근거가 필요하다는 이유로 AZT 및 ARV 약물의 도입을 반대할 명분을 제공하였다.[126]

음베키 정부와 국제사회 간의 갈등은 음베키 대통령 및 ANC 정부가 국제에이즈회의 개회사, 청문회, 보도자료 등 공식적인 소통의 채널과 타임지를 포함한 다양한 대중매체와의 개인적인 인터뷰를 통해 반복적으로 부정주의적 태도를 표명하면서 더 깊어져갔다.[127] 더반 회의의 개회사에서 음베키 대통령은 HIV가 아닌 빈곤이 에이즈의 원인이라고 강하게 주장하였는데 에이즈 거버넌스 내 다른 행위자들은 이를 충격적인 발언으로 받아들였다.[128] 물론 빈곤 및 불평등성과 에이즈 간의 연관 관계를 강조하는 레토릭 그 자체는 새롭거나 문제시될만한 것이 아니었다. 그러나 HIV-에이즈의 생의학적 매커니즘과 ARV 약물처방의 필요성을 빈곤이라는 요소만 조명하는 담론으로 완전히 대체하는 것은 잘못되었다는 견해가 우세적이었다.

남아공 내에서도 정부의 견해에 반대하는 목소리가 상당하였는데 대표적으로 남아공의 제1야당인 민주동맹(DA)의 토니 리옹(Tony Leon)은 국가 차원에서 에이즈 치료제인 AZT와 모자감염방지(PMTCT) 프로그램을 구축할 것을 주장하였다. 이에 대해 ANC는 다음과 같은 입장을 공식적으

불신을 피력하였다. 워싱턴 포스트에 의하면 백악관에서는 이 편지의 내용을 상당히 충격적인 것으로 받아들였다. Media AIDS, http://www.mediaaids.org/content/page/mbekis_letter_to_world_leaders_2000 (접속일: 3월 5일).

126) Nicoli Nattrass, "AIDS and the Scientific Governance of Medicine in Post-apartheid South Africa," *African Affairs*, Vol. 107, No. 427 (2008), pp. 162-163.

127) Mandisha Mbali, "AIDS Discourses and the South African State: Government denialism and post-apartheid AIDS policy-making," *Transformation: Critical Perspectives on Southern Africa*, Vol. 54 (2004), pp. 105-106.

128) Thabo Mbeki, Speech of the President of South Africa at the Opening Session for the 13th International AIDS Conference, July 9, 2000. http://www.virusmyth.com/aids/news/durbspmbeki.htm (접속일: 2014년 4월 25일).

로 표명하였다.

> 남아공 시민들은 일부 제약회사와 그 대행자들의 포퓰리즘, 교조 그리고 판매 광고에 굴복해서는 안된다. ... (국가 정책을 어기고 칼릿쳐 지방에서 시행된 HAART 프로그램에 대해) 기니피그로 사용되며 건강에 치명적인 위험하고 유독한 약물을 복용하도록 속임을 당하는 우리[남아공] 국민의 안녕과 안전을 완전히 무시하는 것이다. ... 이는 아파르트헤이트 시대에 자행된 생물전(biological warfare)을 연상시킨다.[129]

더 나아가 남아공 정부는 에이즈가 식민세력, 즉 서구권에서 아프리카 대륙과 그 주민들을 음해하기 위해 만들어낸 음모론으로 치부하였다. 남아공의 유력 주간지인 메일앤드가디언(Mail & Guardian)의 2000년 10월 6일자 기사에서는 다음과 같이 전하였다:

> 타보 음베키 대통령은 미국 중앙정보국(CIA)이 HIV가 에이즈를 유발한다는 시각을 확산시키는 음모론에 일조하고 있다고 믿는다. 또한 음베키 대통령은 자신이 HIV와 에이즈 간 연결고리에 대해 의문을 제기함으로써 ARV 치료제를 생상하는 제약회사의 이익에 큰 위협을 가하기 때문에 CIA가 암암리에 미국의 대형 제약회사와 함께 자신[음베키]을 넘어뜨리려 한다고 생각한다. 그는 지난 목요일에 있었던 ANC 국회 간부회의에서의 연설에서 CIA를 (음모세력으로) 지목하였다.[130]

한편 '남아공의 2000-2005 HIV/AIDS/STD 전략계획'을 통해 짜발랄랄-음시망 장관은 에이즈는 몇 가지 의학적 개입만을 통해서 해결될 수 있는 보건 문제 이상이기 때문에 다부문적 접근방식을 적용할 것이라고 강조하였다. 그러나 위에서 살펴본 ANC 정부의 불찬성자의 태도와 연

---

129) ANC Press Statements, "HIV and AIDS as an Electioneering Tool," October 23, 2000: ANC 홈페이지 참고, http://www.anc.org.za/show.php?id=7538 (접속일: 2014년 5월 13일).

130) Howard Barrell, "Mbeki Fingers CIA in AIDS Conspiracy," *Mail & Guardian (SA)*, October 6, 2000.

속선상에서 진행된 이 계획에는 여전히 ARV 치료정책 부분이 빠져 있었고 구체적인 스케쥴과 내용을 설정하지 않았기 때문에 큰 비판의 대상이 되었다.[131]

특히 국내 시민사회에서 국가 에이즈 정책에 대해 강하게 반발하였는데 이들은 음베키 정권이 에이즈 이슈에 있어 신뢰를 잃고 정책을 개선하게 만든 추동 세력으로 작용하였다. TAC를 비롯한 다양한 시민단체들과 미디어에서는 공개시위, 위헌성 제기, 비폭력 시민캠페인 등을 통해 ARV 약물에 대한 정부의 허위 정보를 반박하고 에이즈 치료를 제공할 것을 요구하였다.[132] 그리고 2001년 11월에 정부를 상대로 프리토리아 고등법원에 제소하였다. 길고 긴 소송 과정을 거친 끝에 시민사회는 네브라핀 공급을 전면확대하라는 판결을 얻어낼 수 있었으며 2003년에 들어 처음으로 공공의료체계의 ARV 무상 보급이 시작되었다. 여기에 남아공 정부가 에이즈 정책을 바꾸지 않는다면 음베키 대통령이 제안한 '아프리카의 발전을 위한 새로운 협력관계(NEPAD)'를 G8 협상안에서 제외시키겠다는 캐나다 장 크레이앵(Jean Chretien) 수상의 위협과 같은 국제적 압력 또한 더해지면서 음베키 대통령은 불찬성자들과의 동조에서 한 걸음 물러나는 제스처를 취했다.[133] 하지만 포괄적인 치료서비스의 실시는 2009년 정권이 교체된 이후에야 본격화되는 모습을 보였다.

지금까지의 내용을 정리해보자면 당시 2000년대 초반 남아공 정부는 에이즈 정책을 통해 서구세력에 반대하여 자국의 정체성을 강화시키고 국제사회에 행위주체성을 증명하고자 했으며 아파르트헤이트 정권의 잔재에 대한 투쟁과 아프리카의 부흥이라는 더 큰 이데올로기적 맥락에서 불찬성자의 시각을 수용하였다. 민주주의 정부 수립 이후 도입된 신자유주의적 정치 및 경제 제도가 에이즈 문제를 악화시키는데 그치지 않고 에이즈의 안보화 및 세계화의 영향이 남아공의 자율성을 저해한다고 음베키

131) Butler, 2005, p. 595.

132) 이는 NGO들이 세계여론을 동원하여 인권침해 행위에 대해 공공연히 비난함으로써 가해자 혹은 책임 있는 국가를 도덕적 및 정치적 압력 하에 놓는 전형적인 '비난하기와 망신시키기(blaming and shaming)' 전략이라 할 수 있다: Keck and Sikkink, *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics* (Ithaca and London: Cornell University Press, 1998).

133) Butler, 2005, p. 606.

정권이 인식하게 되면서 에이즈 문제는 남아공의 새 정체성 형성에 핵심적인 사안으로 자리하게 되었다(Bosia, 2005; Elbe, 2005; Johnson, 2005). 셰켈스(Sheckels)는 이러한 음베키 대통령의 전략을 서구 진영을 적으로 만들어 아프리카 사람들 간의 연대를 강화시키는 전가(scapegoating) 전략이라고 설명하였다.[134] 그러나 실질적으로 남아공의 입장에서 서구권 국가들은 경계해야 하는 대상인 동시에 경제, 발전의 측면에서는 이들과의 우호적인 관계가 필수적이었기 때문에 남아공의 대외정책은 일관성을 잃고 혼란에 빠진 모습을 보였다고 분석할 수 있다.

결과적으로 혼란스러운 에이즈의 정치화는 불필요한 자원 및 시간 낭비로 인해 에이즈 상황이 훨씬 악화되고 남아공 정부가 오히려 국제사회로부터 고립되는 상황을 초래하였다. 2003년 산전(産前) HIV 유병률은 27.9%로 상승하였으며 에이즈로 인한 사망사례는 1997년 317,132 건에서 556,779 건으로 증가했다고 보고되었다.[135] 또한 음베키 정부의 전가 전략은 남아공 국민들이 에이즈에 대해 갖고 있는 경각심과 HIV 감염을 막기 위해 개인 차원에서부터 책임감 있는 행동을 보여야한다는 의식을 저해하기도 하였다.[136] 음베키 정부 당시의 전략이 실패하면서 남아공의 에이즈 및 의약품 접근권 정책은 대내외적으로 어리석은 고집의 대명사로 통하게 되었다.[137]

---

134) Theodore Sheckels, "The Rhetoric of Thabo Mbeki on HIV/AIDS: Strategic scapegoating?," *Howard Journal of Communications*, Vol. 15, No. 2 (2004).

135) AVERT(Averting HIV and AIDS), South Africa HIV & AIDS Statistics, http://www.avert.org/south-africa-hiv-aids-statistics.htm (접속일: 2014년 4월 30일).

136) Sheckels, 2004, p. 80.

137) Edwin Cameron, "The Dead Hand of Denialism," Edaward A Smith Annual Lecture at Harvard Law School's Human Rights Programme (2003), http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-90503.html (접속일: 2014년 3월 6일); Cullinan, "Infected by toxic ideas," *Financial Mail* (Johannesberg), May 7, 2004.

3. 대외전략적 함의

네트워크 이론의 시각을 통해 남아공과 브라질의 에이즈 프로그램 및 의약품 접근권 전략을 분석하는 과정에서 몇 가지 중요한 함의를 발견할 수 있다. 먼저 남아공과 브라질을 연방정부 및 관련 부처, 주 정부, 지자체, 공중보건 네트워크, 시민사회 등에 속해 있는 인간들과 국가 에이즈 프로그램(제도), 미디어, 의약산업 인프라 및 ARV 의약품과 같은 비인간 행위자들 사이의 상호작용을 통해 끊임없이 변화하는 과정적 존재인 네트워크로 이해할 필요가 있다. 이러한 인식론을 바탕으로 그리는 행위자의 모습은 기존 국제정치이론들에서 상정하고 있는 국가의 이미지와는 상이하다고 할 수 있다. 앞에서 이루어진 분석을 통해서는 남아공보다 브라질에서 훨씬 더 협력적인 네트워크가 형성되었고 따라서 브라질이 국제사회에서 더 영향력 있는 행위자로 활동하였음을 관찰할 수 있었다.

다음으로, 글로벌 거버넌스 내에서 자국의 에이즈 치료정책의 정당성을 확보함에 있어서는 어떤 정책적 목표를 설정하였는지 그리고 동류국가 및 초국적 시민세력과의 네트워크를 얼마나 잘 구축하는지가 관건이었다. 즉, 본 논문에서는 에이즈 정책 시행을 뒷받침해 줄 수 있는 국가의 자원적 역량이나 사회문화적 환경은 부차적인 요소였다고 보는 바이다. 특히 브라질의 경우 TRIPS 체제를 전복하지는 않되 공중 보건 관리를 위한 유연성 및 의약품 접근권에 대한 대안적 규범을 제시하여 상이한 두 가치의 양립가능성 혹은 호환성을 제공하는 역할을 하였다. 이러한 글로벌 네트워크 내에서의 중개자 역할은 역으로 국내 에이즈 치료정책의 보호 및 발전에 중요한 영향을 미쳤다. 남아공에서는 올바른 에이즈 정책에 대한 국내적 합의조차 이루지 못한 상태에서 글로벌 에이즈 거버넌스 내에서 이단적인 태도를 취함으로써 동조세력을 얻지 못하는 모습을 보였다. 남아공은 외부의 개입을 받지 않고 국제사회 내에서 독립적인 위치를 차지하는 것을 우선적으로 설정하였다. 그 후 이에 맞는 방향의 에이즈 전략을 수립하였다는 점에서 구조적 위치에 대한 고려가 국내 정치경제적 여건보다 남아공 에이즈 프로그램에 더 중요한 영향을 미쳤다고 할 수 있다.

또 다른 요점은 브라질이 인권의 시각을 통해 바라보는 의약품 접

근권 규범을 제시하고 공고화시켜가는 과정에서 동원한 전략방식에 대한 것이다. 수전 셀은 민간 기업들이 의약품에 대한 특허권 보호를 무역 이슈로 그리고 '특권 부여'가 아닌 정당한 권리에 대한 인정이라는 권리 담론 내에 위치시킨 민간 기업들에 반대하는 대항 세력은 의약품 특허권을 공중보건 및 인권이라는 또 다른 권리 담론으로 옮기는 전략을 취했다고 설명한다.[138] 또한 Wogart et al.(2009)은 남아공과 브라질이 에이즈 약물에 대한 의약품 접근권을 보호하는 과정에서 담론 권력뿐만 아니라 법적, 조직적, 자원(재정)적 측면에서 활용가능한 수단을 적절히 결합하여 사용한 것이 긍정적인 효과로 이어졌다고 지적한다.

더 나아가 브라질은 세계의 무역과 경제 문제를 다루는 WTO가 아니라 인권과 보건 문제를 담당하는 UNCHR과 WHO에서 의약품 접근권 이슈를 새로이 공론화시키고, 재정의하고, 다른 행위자들을 자신의 편으로 끌어들이는 전략을 사용하였다. '원칙에 입각한 주장(princpled argument)'이라고 할 수 있는 이러한 전략은 강압적이고 위협적인 방식의 사용이 가능한 강대국과 달리 중견국이나 약소국이 원하는 결과를 얻는 데 효과적이라고 볼 수 있다. 의약품 접근권의 경우 지재권이 당연히 주어져야 하는 것이라 주장하는 권리의 담론에 인권이 상업적 이해관계가 바탕이 된 권리보다 우위에 있다는 또 다른 권리 담론으로 대항했다고 볼 수 있다. 특히 규범 형성 및 변화와 같은 담론적 방식은 브라질이 WHA, UNHCR, UNGASS 등 복수의 국제기구에서 문제제기를 한 바와 같이 다양한 장(場)과 만났을 때 시너지 효과를 발휘한다고 할 수 있다[139].

---

138) Sell, 2001, pp. 489-491.

139) 이렇게 개도국과 시민사회가 다양한 논의의 장을 적극적으로 활용하여 자신의 주장을 관철시키는 것을 설명하는 다른 개념들로는 '이슈 이동(issue migration)' 방식, '레짐 이동(regime shift)' 등이 있다.

5. 결론

본 연구에서는 1990년대 중반 이후 지재권 보호를 강조하는 국제무역 표준이 세계적으로 확산되면서 의약품 접근권이라는 공중보건 이슈와 갈등을 빚는 상황 속에서 브라질과 남아공이 자국의 에이즈 치료정책을 지키기 위해 펼친 노력에 대해 살펴보았다. 1980년대 초반 국제사회에 처음 모습을 드러낸 에이즈는 90년대에 들어서면서 사하라 이남 아프리카나 동남 아시아, 남아메리카와 같은 저개발 지역들을 집중적으로 공략하며 개도국들의 안보 및 개발에 있어 가장 큰 위협 요소로 부상하였다. 특히 한 번 감염이 된 이후에는 완전한 치유가 어렵다는 점 그리고 15~64세의 생산 가능 인구 사이에서 급속도로 확산되면서 국가 경제 및 사회적 근간에까지 부정적인 영향을 미친다는 점에서 에이즈는 많은 남반구 국가들에게 치명적인 존재가 되었다.

1990년대 민주화와 함께 새로운 국가 정체성 형성 및 국가 발전에 있어 새로운 기회를 맞이한 남아공과 브라질에게도 세계 1,2위를 다툴 정도로 급증한 HIV 및 에이즈 감염률은 반드시 해결해야할 큰 숙제였다. 첫 국내 에이즈 사례가 발견된 직후부터 양쪽 국가 내 시민사회에서는 에이즈를 인권과 직결된 이슈로 인식하고 다양한 캠페인과 미디어의 활용을 통해 감염 환자들에게 적절한 에이즈 치료정책을 제공할 것을 정부에게 지속적으로 요구하였다. 그런데 시간이 경과함에 따라 이러한 요구에의 대응 방식은 두 국가에서 상이하게 나타났다. 브라질에서는 연방정부, 보건당국, NGO, 의약산업, 미디어 등 다양한 행위자들로 구성된 '보건 네트워크'가 점진적으로 형성되었다. 이 네트워크 내 협력 및 분업을 통해 브라질에서는 다양한 공여기관의 원조를 바탕으로 예방을 강조하던 국제사회의 통념을 뛰어넘어 예방과 치료를 결합시킨 에이즈 프로그램이 제도화되었다. 브라질 에이즈 프로그램의 역사에서 있어 가장 획기적이었던 사건은 1996년 에이즈 환자들을 위한 ARV 약물 무상 보급이 법제화되었던 것이었다. 한편, 남아공에서는 통합적인 접근을 통해 에이즈 문제를 처리하겠다는 처음의 의도와는 달리 분야 간 협력이 원활하게 이루어지지 못하였으며 정부와 민간 부문 간 그리고 남아공과 국제사회 간의 제휴가 상대적

으로 미흡하게 나타나면서 에이즈 정책의 강화가 지연되는 모습을 보였다.

에이즈 퇴치에 있어 두 국가가 결정적인 차이를 보였던 부분은 대내외적으로 의약품 특허권 보호와 의약품 접근권 사이의 균형을 모색하는 과정이었다. 상업적 계산을 바탕으로 브라질과 남아공은 모든 산업 및 제조상품에 무차별적으로 지재권을 부여하는 TRIPS 협정의 내용을 국내 산업재산권법에 일괄적으로 적용시켰고 이로 인해 ARV 약물의 시장가격이 빠르게 상승하게 되어 각 정부에게 상당한 재정적 부담을 안겨 주게 되었다. 동시에 지재권법을 둘러싸고 미국 및 서구 제약회사들로부터 상업적 압력이 들어오는 가운데 에이즈 치료정책을 독자적으로 결정할 수 있는 자율성을 보호하기 위해 두 국가는 의약품 접근권에 대한 글로벌 규범의 변화를 추진하였다.

하지만 에이즈 문제를 통해 달성하고자 한 최우선적인 목표가 무엇이었는지 그리고 전체적인 글로벌 에이즈 거버넌스 내 자국의 위치를 대외전략과 어떻게 결합시켰는지가 두 국가의 에이즈 퇴치의 성패를 가른 요인이었다고 할 수 있다. 브라질은 기존의 시장주의적 세계 경제 질서에 적극적으로 가담하면서도 지역 통합과 남-남 연대를 통해 자율성을 강화하였다. 또한 다양한 다자주의적 세팅을 활용하고 세계 여론을 동원하여 균등한 의약품 접근권을 위해 글로벌 규범을 변화시키는 중개자의 역할을 담당하였고 그 과정을 통해 국가 에이즈 프로그램에 대한 정당성을 확보하였다. 본 연구에서는 그 과정을 행위자네트워크 이론의 번역의 과정의 4단계를 원용하여 분석해 보았다. 이는 구조-행위자-과정을 아우르는 복합적인 프레임워크를 적용해보고자 한 시도였다.

남아공 또한 일부 국제적 논의의 장에서 상업적 시각이 아닌 인권의 시각에서 의약품 접근권에 접근할 것을 주장한 점은 동일하였다. 그러나 다른 한편으로 음베키 정부는 반식민주의, 반인종주의라는 거시적인 이데올로기적 틀 안에서 자국과 아프리카 대륙의 정체성 및 자주성 회복이라는 목표를 가장 우선적으로 추구하였다. 따라서 에이즈 이슈에 관해서도 HIV와 에이즈의 연관성을 부정하고 에이즈 질병을 서구의 음모론으로 인식하는 불찬성론자들의 시각을 수용한 나머지 글로벌 거버넌스 내에 존재하는 다른 행위자들과 첨예한 대립을 겪었으며 비일관적인 에이즈 정책을

펼쳐 나갔다. 이러한 전략은 남아공 내에서 오히려 에이즈 감염이 확산되는 부정적인 결과를 초래하였다.

의약품 접근권 이슈에 대해 전개된 논쟁은 세계정치 전반에서 일어나고 있는 변화를 잘 보여주는 사례이기도 하다. 글로벌 차원에서 적용되는 법, 규율, 표준을 형성해나가는 데 정부 간, 국가 간 합의가 여전히 중요한 역할을 하지만 또 다른 측면에서 국가는 글로벌 거버넌스 내에 있는 다양한 행위자 노드들 중 하나이기도 하다. 미국을 위시한 선진국들과 긴밀하게 협력한 의약산업이나 개도국 및 에이즈 환자들의 권리를 옹호하였던 시민사회의 활약은 세계정치에서 비국가 행위자들이 차지하는 비중이 증가하고 있음을 보여준다.

또 한편으로는 본 연구에서 브라질이 의약품 접근권의 규범을 변화시켜가는 과정을 통해 논한 중개자의 역할이나 틈새전략은 강대국과 약소국 사이에서 중간적 위상을 갖는 국가들이 글로벌 거버넌스 내에서 발휘할 수 있는 영향력과 관련된 함의를 갖는다. 다양한 비전통 안보 문제들은 중견국가들이 이를 해결하는 과정 속에서 새로운 권력을 행사할 수 있는 기회로 작용하기도 한다. 단, 새로운 권력에 대한 네트워크 이론의 논의가 국가의 물질적, 자원적 능력이라는 변수를 아예 배제하는 것은 아님을 유념해야 한다. 예를 들어, 현실적으로 브라질과 남아공처럼 ARV 복제 의약품 생산이 가능한 국내 인프라를 보유하지 못한 개도국에게는 강제실시의 위협이 선택 가능한 대안이 되지 못할 가능성이 크다. 하지만 자국의 경험을 다른 개도국과 공유하고 정보 및 기술협력을 강화시키는 과정에서 설득, 규범의 권력을 획득하고 브라질형 에이즈 모델을 구축해나간 브라질의 모습은 국가의 고유한 능력을 뛰어 넘어 관계 속에서 얻을 수 있는 새로운 권력의 가능성을 암시한다. 이러한 브라질과 남아공의 에이즈 정책에 대한 연구는 효과적인 탈근대 안보 문제 해결을 위해 개도국이 선택할 수 있는 대외전략을 이해하는 데 의미 있는 논의가 될 수 있을 것이다.

< 참고 문헌 >

[단행본]

김상배. 2014.『아라크네의 국제정치학』, 한울.

수잔 셀. 2009.『초국적 기업에 의한 법의 지배: 지재권의 세계화』, 후마니타스.

하영선·김상배 엮음. 2010.『네트워크 세계정치: 은유에서 분석으로』. 서울대학교출판문화원.

홍성욱 엮음. 2010.『인간·사물·동맹: 행위자네트워크 이론과 테크노사이언스』, 이음.

Armstrong, Sue. 2003. *Stepping Back from the Edge: The Pursuit of Antiretroviral Therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Joint United Nations Programme(UNAIDS).

Bliss, Katherine E. (eds.). 2010. *Key Players in Global Health: How Brazil, Russia, India, China, and South Africa are Influencing the Game*. Washington, DC: CSIC.

Buse, Kent, Hein, Wolfgang and Drager, Nick. 2009. *Making Sense of Global Health Governance: A Policy Perspective*, London: Palgrave Macmillan.

Cardoso, Fernando Henrique and Winter, Brian. 2006. *The Accidental President of Brazil: A Memoir*, New York: PublicAffairs.

Fourie, Pieter, and Melissa Meyer. 2013. *The Politics of AIDS Denialism: South Africa's Failure to Respond.* Ashgate Publishing.

Gevisser, Mark. 2009. *A Legacy of Liberation: Thabo Mbeki and the Future of South African Dream*. New York: Palgrave Macmillan.

George, Alexander and Bennett, Andrew. 2005. *Case Studies and*

Theory Development in the Social Sciences. Massachusetts: MIT Press.

Grewal, David S. 2008. *Network Power: the Social Dynamics of Globalization*. New Haven: Yale University Press.

Karim, S. Abdool and Karim, Q. Abdool (Eds.). 2010. *HIV/AIDS in South Africa*. London: Cambridge University Press.

Keefe, Tania J. and Zacher, Mark W. 2008. *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion,* New York: Palgrave Macmillan.

List, Franklyn. 2009. *Global Institutions and the HIV/AIDS Epidemic*. Routledge.

Nattrass, Nicoli. 2013. *The AIDS Conspiracy: Science Fights Back*. Columbia University Press.

Nunn, Amy. 2009. *The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil* (Vol. 18), New York: Springer.

Poku, Nana and Whiteside, Alan (Eds.). 2004. *The Political Economy of AIDS in Africa*. Surrey: Ashgate Publishing, Ltd.

Roff, Pedro and Vivas-Eugui, David. 2005. *Negotiating Health: Intellectual Property and Access to Medicines*. Earthscan.

Shadlen, Kenneth C., and Samira Guennif. 2011. *Intellectual Property, Pharmaceuticals and Public Health: Access to Drugs in Developing Countries.* Edward Elgar Publishing.

Söderholm, Peter. 1997. *Global Governance of AIDS: Partnerships with Civil Soviety*. Lund University.

Youde, Jeremy R. 2013. *AIDS, South Africa, and the Politics of Knowledge*, Cornwall: Ashgate Publishing, Ltd.

Whiteside, Alan, and Clem Sunter. 2000. *AIDS: The Challenge for South Africa*. Human & Rosseau.

WHO. 2010. *Intellectual Property and Access to Medicines: Papers and Perspectives*. India.

[논문, 연구페이퍼]

조명선. 2003.「의약품특허보호와 공중보건의 균형」.『지식재산21』. Vol. 78, pp. 113-134.

Bass, Naomi A. 2002. "Implications of the TRIPS Agreement for Developing Countries: Pharmaceutical Patent Laws in Brazil and South Africa in the 21st Century." *George Washington International Law Review,* Vol. 34, pp. 191-222.

Biehl, João Guilherme. 2004. "The Activist State: Global Pharmaceuticals, AIDS, and Citizenship in Brazil." *Social Text,* Vol. 22, No. 3, pp. 105-132.

Bradbury, Jill, and Jude Clark. 2009. “The Millennium Development Goalposts Researching the Score on and off the Field.” *Journal of health management*, Vol. 11, No. 2, pp. 391-404.

Butler, Anthony. 2005. “South Africa’s HIV/AIDS Policy, 1994-2004: How Can it be Explained?” *African Affairs*, Vol. 104, No. 417, pp. 591-614.

Chaves et al. 2008. "Acces to Medicines and Intellectual Property in Brazil: Reflections and Strategies of Civil Society." *SUR-Int'l Journal on Human Rights*, Vol. 8, pp. 163-187.

Chorev, Nitsan. 2012. “Changing Global Norms through Reactive Diffusion The Case of Intellectual Property Protection of AIDS Drugs.” *American Sociological Review*, Vol. 77, No. 5, pp. 831-853.

Cohen, Jillian C. and Lybecker, Kristina M. 2005. "AIDS Policy and Pharmaceutical Patents: Brazil's Strategy to Safeguard Public Health." *The World Economy*, Vol. 28, No. 2, pp. 211-230.

Cullet, Philippe. 2003. "Patents and Medicines: The Relationship Between TRIPS and the Human Right to Health." *International*

Affairs, Vol. 79, No. 1, pp. 139-160.

Flynn, Matthew. 2008. “Public Production of Anti-Retroviral Medicines in Brazil, 1990-2007.” *Development and Change*, Vol. 39, No. 4, pp. 513-536.

_____. 2013. “Origins and Limitations of State-Based Advocacy: Brazil’s AIDS Treatment Program and Global Power Dynamics.” *Politics & Society*, Vol. 41, No. 1, pp. 3-28.

FM‘T Hoen, Ellen. 2002. “TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines: Seattle, Doha and Beyond.” pp. 39-68.

Galvão et al. 2012. "The Brazilian Response to AIDS from the 1980s to 2010: Civil Society Mobilization and AIDS Policy." *Global Health Governance*, Vol. 6, No. 1.

Ganji, Sarath K. 2011. "TRIPS Implementation and Strategic Health Policy in India and Brazil." *Josef Korbel Journal of International Studies*, Vol. 29, pp. 29-58.

Gauri, Varun and Liberman, Evan S. 2006. "Boundary Institutions and HIV/AIDS Policy in Brazil and South Africa." *Studies in Comparative International Development*, Vol. 41, No. 3, pp. 47-73.

Gomez, Eduardo J. 2009. "The Politics of Receptivity and Resistance: How Brazil, India, China, and Russia Strategically Use the international Health Community in Response to HIV/AIDS: a theory." *Global Health Governance*, Vol. 3, No. 1, pp. 1-29.

_____. 2011. "Pursuing Centralization Amidst Decentralization: The Politics of Brazil's Innovative Response to HIV/AIDS." *Journal of Politics in Latin America*, Vol. 3, No. 3, pp. 95-126.

Greco, Dirceu B., and Mariangela Simao. 2007. “Brazilian Policy of Universal Access to AIDS Treatment: Sustainability Challenges and Perspectives.” *Aids,* Vol. 21, pp. S37-S45.

Halbert, Deborah. 2002. "Moralized Discourses: South Africa's intellectual property fight for access to AIDS drugs." *Seattle Journal for Social Justice*, Vol. 1, pp. 257-295.

Jones, Peris S. 2005. “’A Test of Governance’: Rights-based struggles and the politics of HIV/AIDS policy in South Africa.” *Political Geography*, Vol. 24, No. 4, pp. 419-447.

Klug, Heinz. 2012. “Access to Medicines and the Transformation of the South African State.” *Law & Social Inquiry,* Vol. 37, No. 2, pp. 297-329.

Lanoszka, Anna. 2003. "The Global Politics of Intellectual Property Rights and Pharmaceutical Drug Policies in Developing Countries." *International Political Science Review*, Vol. 24, No. 2, pp. 181-197.

Lee, Kelley, and Gomez, Eduardo. 2011. “Brazil’s Ascendance: The Soft Power Role of Global Health Diplomacy.” Paper for the Summit of Simon Fraser University 2011.

Nattras, Nicoli. 2008. “AIDS and the Scientific Governance of Medicine in Post-apartheid South Africa.” *African Affairs*, Vol. 107, No. 427, pp. 157-176.

Nunn, Amy, Fosenca, E. Da, and Gruskin, S. 2009. “Changing Global Essential Medicines Norms to Improve Access to AIDS Treatment: Lessons from Brazil.” *Global Public Health,* Vol. 4, No. 2, pp. 131-49.

Olsen, Tricia D. and Sinha, Aseema. 2013. "Linkage Politics and the Persistence of National Policy Autonomy in Emerging Powers: Patents, Profits, and Patients in the Context of TRIPS Compliance." *Business and Politics*, Vol. 15, No. 3, pp.

323-356.

Parker, Richard. 2002. “The Global HIV/AIDS Pandemic, Structural Inequalities, and the Politics of International Health.” *American Journal of Public Health*. Vol. 92, No. 3, pp. 343-347.

Schneider, Helen, and Lucy Gilson. 1999. “Small Fish in a Big Pond? External Aid and the Health Sector in South Africa.” *Health Policy and Planning*, Vol. 14, No. 3, pp. 264-72.

Schneider, Helen and Stein, Joanne. 2001. “Implementing AIDS Policy in Post-apartheid South Africa.” *Social Science and Medicine,* Vol. 52, No. 5, pp. 723-731.

Sell, Susan K. 2001. “TRIPS and the Access to Medicines Campaign.” Wisconsin International Law Journal, Vol. 20, No. 3, pp. 481-522.

Serra, Jose. 2004. “The Political Economy of the Brazilian Struggle Against AIDS." *Institute for Advanced Study Friends Froum*, Paper No. 17.

Shadlen, Kenneth C. 2004. “Patents and Pills, Power and Procedure: The North-South Politics of Public Health in the WTO.” *Studies in Comparative International Development,* Vol. 39, No. 3, pp. 76-108.

Shearing, Clifford and Wood, Jennifer. 2003. "Nodal Governance, Democracy, and the New "Denizens"." *Journal of Law and Society*, Vol. 30, No. 3, pp. 400-419.

Sheckels, Theodore F. 2004. "The Rhetoric of Thabo Mbeki on HIV/AIDS: Strategic Scapegoating?." *Howard Journal of Communications*, Vol. 15, No. 2, pp. 69-82.

Teixeira, Paulo R., Marco Antônio Vitória, and Jhoney Barcarolo. 2004. “Antiretroviral Treatment in Resource-Poor Settings: The Brazilian Experience.” *Aids,* Vol. 18, pp. S5-S7.

Van der Vliet, Virginia. 2004. “South Africa Divided against AIDS: A Crisis of Leadership” in *AIDS and South Africa: The Social Expression of a Pandemic.* New York: Palgrave Macmillan, pp. 48-96.

Viera, Marco A. 2011. "Southern Africa's Response(s) to International HIV/AIDS Norms: the Politics of Assimilation." *Review of International Studies*, Vol. 37, pp. 3-28.

Westerhaus, Michael and Castro, Arachu. 2006. "How Do Intellectual Property Law and International Trade Agreements Affect Access to Antiretroviral Therapy?." *PLoS Medicine*, Vol. 3, No. 8, pp. 1230-1235.

Wogart, Jan Peter. 2008. “AIDS, Access to Medicines, and the Different Roles of the Brazilian and South African Governments in Global Health Governance.” *German Institute of Global and Area Studies Working Papers*, No. 86.

Wouters, Edwin, H. C. J. Van Rensburg, and H. Meulemans. 2010. “The National Strategic Plan of South Africa: What Are the Prospects of Success after the Repeated Failure of Previous AIDS Policy?” *Health Policy and Planning,* Vol. 25, No. 3, pp. 171-85.

[정부 및 국제기구 문서]

African National Congress. 1994. *The Reconstruction and Development Programme (RDP): A Policy Framework.* www.anc.org.za

Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis/SVS/MS. 2012. *AIDS in Brazil*. www.aids.gov.br

UNAIDS & WHO. 1998. *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 1: Introduction to Antiretroviral*

Treatments. UNAIDS/98.7.

UNAIDS. 2008. *The United Nations and the Response to AIDS in Brazil*. UNAIDS Brasil.

UNCHR. 2003. *Access to Medication in the Context of Pandemics such HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria*. Geneva: UNCHR.

World Bank. *Brazil AIDS and STD Control Project: World Bank Staff Appraisal Report* (Washington DC, 1993).

WTO. 1995. *Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights*. Geneva: WTO.

WTO and WHO. 2002. *WTO Agreements & Public Health*. A joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: WTO.

Abstract

Global Health Governance and AIDS Policy of Brazil and South Africa

: Search for the balance between TRIPS Agreement and access to medicines

Ye-Eun Hwang
Department of International Relations
The Graduate School
Seoul National University

This study explores Brazil and South Africa's struggles for balance between access to medicines for AIDS treatment and the global intellectual property rights(IPR) regime from the perspective of international politics. Since the 1990s, the development of anti-retroviral(ARV) drugs added weight to the importance of treatment within the global AIDS governance in preventing the spread of the AIDS epidemic, which engulfed underdeveloped regions. However, the introduction of Trade-related Intellectual Properties(TRIPS) Agreement in the mid-1990s strengthened protection for pharmaceutical patents and it posed a significant challenge to developing countries' effort in instituting universal access to ARV treatment.

Brazil and South Africa, in particular, faced a similar dilemma between smooth incorporation into the global economic order along with democratization and successful eradication of

HIV/AIDS. But the two countries showed contrasting results: Brazil legally institutionalized free distribution of ARV drugs through its unified health system in 1996 and stabilized the AIDS crisis by reinforcing the program, whereas operation of the national AIDS program was delayed until the mid-2000s and the damage caused by AIDS increased over time in South Africa.

The previous studies have primarily focused on the domestic political and sociocultural elements as well as material capabilities such as infrastructures of pharmaceutical industry to examine the AIDS policies of the two countries. This study, on the other hand, views Brazil and South Africa as constituents of global AIDS governance and explains that the two intended to achieve different goals through the fight against the epidemic. It also argues that how each country connected its structural position to specific external strategy in the process of changing norms about access to medicines was crucial in determining the success or failure of national AIDS treatment policy.

To highlight the complex dynamic between actor, structure, and process behind the Brazilian and South African effort to change the discourse on access to medicines against the major pharmaceutical corporations and the U.S., the study adopts a network perspective. In case of Brazil, it acted as a 'broker' of social network theory by campaigning for the importance of access to medicines and persuading the world opinion while eliciting price reduction from major pharmaceutical companies with the threat of compulsory licensing. Actor-network theory is applied to analyze how Brazil managed to obtain legitimacy of its national AIDS program. South Africa perceived eradication of colonialism and recovery of the national and African identity and autonomy as priorities, thus embraced the

AIDS dissident view which denies the effectiveness of the ARV therapy. South Africa became isolated in the AIDS network as a result of the dissident approach. The study investigates how this led to the failure of controlling AIDS in South Africa.

The AIDS crises of Brazil and South Africa are explored as litmus tests of a developing country's ability to show autonomy and to protect its own security against various nontraditional threats entailed by expanding neoliberal global order such as IPR regime. This study attempts to offer insights on how developing countries can deal with nontraditional security issues effectively and utilize the experience to enhance its diplomatic influence.

Keywords: HIV/AIDS, South Africa, Brazil, Access to medicines, TRIPS Agreement, Global AIDS governance, Network theory

Student Number: 2012-20211