

COVID-19 백신 보급에 따른 경계와 모빌리티의 재구조화

아프리카 대륙의 사례*

Restructuring Borders and Mobilities in
Response to COVID-19 Vaccine Distribution:
The Case of Africa

박준홍**, 정희선***

본 연구에서는 모빌리티 정의를 실현하기 위한 실천적 전략과 인식 전환의 필요성을 강조하고자 COVID-19 팬데믹하에서 불균등한 백신 보급의 상황을 검토하고 아프리카 대륙을 중심으로 보건 불평등과 모빌리티 기회의 제약이 나타나는 맥락을 고찰하였다. COVID-19 팬데믹하에서 백신 접종 여부 및 접종한 백신 종류가 새로운 신원 정보로 경계 관리의 기준이 되고 있으며 이는 차별적이고 배타적인 관계성을 (재)생산하고 있다. 아프리카의 경우, 식민시대부터 지속된 보건 불평등이 COVID-19 상황에서 백신 보급의 불균등으로 이어지고 있으며 이는 모빌리티 기회와 네트워크 자본의 축소를 매개로 사회경제적 취약성을 다시 악화시키고 있다. 전 세계 국가들에서 전개되고 있는 배타적인 백신 승인과 불균등한 백신 보급은 경계 관리 방식과 모빌리티를 재구조화시키고 있는데 이는 생명정치적 통치성을 바탕으로 지정학적 목표를 달성하고자 하는 생명지정학의 상황을 나타낸다. 저개발국에서 보건 불평등, 모빌리티 축소, 사회경제적 취약성의 악화로 이어지는 흐름을 끊는 것은 일차적으로 평등한 백신 보급을 통해 분배적 정의를 실천하는 것

* 이 논문은 2021년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2021S1A5A2A03060460). 이 논문의 일부는 (사)한국도시지리학회 2021년 동계정기학술대회에서 발표되었음.

** 상명대학교 대학원 지리학과 박사수료(제1저자, dankal_my@naver.com).

*** 상명대학교 공간환경학부 교수(교신저자, hchung@smu.ac.kr).

이며, 백신에 따른 신체의 경계화가 모빌리티 권리와 기회의 차별화로 연결되고 있는지에 대한 속고와 성찰을 요구하는 것이기도 하다.

주요어: 팬데믹, COVID-19 백신, 경계화, 모빌리티, 모빌리티 정의

1. 서론

재난과 재해가 불평등한 이유는 신체에 피해를 가하는 인위적·자연적 위험이 모두에게 동등하기보다는 차별적이기 때문이다(Tierney, 2006; 머터, 2020). 재난과 재해의 차별적 프로세스는 개개인의 생존 문제와 일상적 삶의 유지에 직접적으로 영향을 미치며, 이는 시공간을 통해 구체화되어 나타난다. 차별적 프로세스로서 재해와 재난이 유발하는 사회경제적 문제점을 폭로시킨 COVID-19 팬데믹은, 글로벌 불평등에 다시 주목하도록 만들었다.

COVID-19 팬데믹이 유발하는 불평등의 문제는 전 세계적인 차원에서 발생하고 있는 현상으로서, 바이러스 그 자체만큼이나 심각한 피해를 가져오고 있다(Oxfam, 2021). 대표적인 사례 지역 가운데 하나인 아프리카는 2020년 COVID-19 확산 초기의 감염률과 사망률이 유럽·북미 지역 등에 비해 상대적으로 낮게 나타나면서 감염 위험의 측면에서 그 영향이 비교적 적게 나타나는 듯 보였다.¹⁾ 그러나 2021년 초, 전염성이 높은 COVID-19 델타 변이 바이러스(SARS-CoV-2 Delta variant)가 확산하면서 아프리카 국가들은 타 지역과 비교하여 상대적으로 높은 감염률을 보였으며, 그 결과 치명률(case fatality rate) 역시

1) 2020년 9월 28일 기준 COVID-19의 치명률은 북미 2.9%, 유럽 4.5%이었던 반면 아프리카는 2.4%로 상대적으로 낮았다(연합뉴스, 2020.9.30). 연구자들은 이에 대한 원인으로서 신속한 출입국 통제 및 아프리카의 인구사회학적 특성, 즉 낮은 평균 연령과 낮은 기대 수명, 낮은 심혈관 질환자 수 등을 지적하였다(BBC, 2020.10.8; Lawal, 2021).

세계 평균을 크게 상회하였다.²⁾

더욱 심각한 문제는 COVID-19 백신의 개발·보급과 관련된 불평등에서 대두되었는데, 특히 팬데믹의 대응 과정에서 나타나는 분배적 불의(injustice)의 문제와 사회경제적 취약성 및 불평등의 심화를 보여주었다. 2021년 10월 기준 아프리카의 COVID-19 백신 접종 완료율은 4.4%로, 전 세계 백신 접종 완료율 34.3%에 비해 현저하게 낮은 편이다(BBC, 2021.10.1). 효과적인 치료제의 개발과 보급이 이루어지기 전까지 백신이 COVID-19의 감염 확산을 억제할 수 있는 최우선의 대응책으로 기능하고 있기 때문에, 백신을 구매하거나 지원받지 못한 저개발국에서의 피해는 증폭되고 있다. 특히 아프리카 국가에서의 경제적 곤궁과 개개인의 생계 곤란의 문제는 기존에 주로 의존해 왔던 이주, 노동, 송금의 제한으로 악화되고 있는 실정이다. 2020년 COVID-19의 감염 위험은 전 세계 국가에서 예외 없는 경계화의 실천과 모빌리티의 제한을 추동하였지만, 그 부정적 영향은 물리적 이동과 송금에 의존도가 높은 국가에서 더 심각할 수밖에 없다(Bisong *et al.*, 2020; Kalantaryan and McMahon, 2020).

아프리카에서 COVID-19로 야기되는 불평등은 사람, 사물, 자본의 이동과 상호 관계를 맺고 있는데, 누가 어디로 어떻게 이동하는지, 모빌리티 시스템이 어떻게 작동하며 이 과정에서의 실천과 제도 그리고 의미가 어떻게 구성되는지 파악할 필요성을 제기한다. 이는 팬데믹이 드러낸 차별적이며 불평등한 생명보존의 과정과 결과를 극복하는 데 유용한 시사점을 제시할 수 있기 때문이다. 무엇보다도 이동적 존재론에 기반한 ‘새로운 모빌리티 패러다임(new mobilities paradigm)’이 이동의 재개와 정상화를 위한 흐름 속에서 불균등·불평등 모빌리티의 존재를 드러내는 만큼, 타자와 외부자 그리고 소수자를 구분 짓는 경계와 이동 관리 방식을 검토해 볼 필요가 있다.

‘모빌리티 정의(mobility justice)’의 관점은 권력에 의한 특정 집단의 모빌리

2) 2021년 2월 아프리카의 치명률은 세계 평균(2.2%)을 상회하여 3.7%까지 증가하였다 (WHO, 2021.2.11).

티 통제와 부동성(immobility)의 생산, 혹은 강제적 이동을 발생시키는 구조와 맥락을 파악할 수 있게 하며, 윤리적이고 규범적인 모빌리티 시스템을 확산시키고 궁극적으로는 차별과 불평등의 문제 해결 방안을 모색하는 데 기여할 수 있게 한다(셀러, 2019). 모빌리티 인식론은 특히 국가 간 경계공간에 해당하는 공항, 항만, 접경 지역, 그리고 미시적 스케일에서 자가격리 공간이나 교도소, 수용소 등지에서 이동하는 주체들이 “지리적으로 구성”되는 과정에 초점을 두는데, 이는 특정 사회 집단·계급의 정체성과 모빌리티가 결정되는 상황을 포착할 수 있게 한다는 점에서 유용하다(크레스웰, 2020: 306).

COVID-19 백신 개발로 새롭게 등장한 신원 구분 방식인, 백신 접종자와 미접종자 간의, 그리고 백신 종류별 접종자 간의 구분은 새로운 차별의 방식으로 받아들여질 수 있으므로 백신에 따른 신체의 구분이 모빌리티 권리와 기회의 차별화로 연결되고 있는지에 대한 숙고와 성찰을 필요로 한다. 즉, 백신 접종 여부 및 접종 백신의 종류에 따른 신체 구분 방식은 사회적 구성 과정에서 차별을 생산하며, 이는 포용과 배제라는 관계적 차원에서 유발되는 것이다. 전 지구적인 관점에서 COVID-19 백신의 접종 여부와 특정 백신의 접종을 사적이고 우연적인 문제나 혹은 제한된 선택으로 본다면 백신과 관련된 경계 관리의 방식은 감염병의 위협보다 더 심각하고 인위적인 불평등을 유발하는 기제로 이해되어야 한다. 결과적으로 이는 백신의 조달과 보급으로 가시화된 보건 불평등이 모빌리티 기회의 불균등, 그리고 사회경제적 불평등과 결합하는 양상을 검토해 볼 필요성을 제기한다.

본 연구는 이와 같은 배경하에 COVID-19 백신의 개발과 보급에 따라 전 지구적으로 재구조화되고 있는 경계와 모빌리티 차별화 과정을 검토하고, 아프리카 대륙을 중심으로 불균등한 백신 배분과 제한된 모빌리티가 나타나는 원인과 맥락을 고찰하고자 한다. 이를 통해 팬데믹의 발생으로 (재)생산되고 있는 전 지구적 모빌리티의 불균등을 완화하고 모빌리티 정의를 실현하기 위한 실천적 전략과 인식 전환의 필요성을 강조하고자 한다.

본 연구의 구성은 다음과 같다. 먼저 이론적 배경으로서 경계화의 실천을

촉진하는 안보(security) 패러다임의 전환과 경계의 신체화 개념을 살펴보고, 이러한 논의가 이동적 존재론 및 모빌리티 정의와 접합하는 부분을 고찰한다. 다음으로 COVID-19 백신의 전 지구적 보급과 그 맥락 속에서 구체화되는 경제화의 실천 사례를 검토한다. 마지막으로 아프리카 국가들을 중심으로 백신 접종과 관련된 모빌리티 기회의 불균등·불평등이 (재)생산되는 원인과 과정, 예견되는 결과에 대해 논하고, 이를 바탕으로 결론에서 COVID-19 불평등을 둘러싼 분배적·인식론적 정의와 관련하여 제안한다.

2. 경계 만들기과 모빌리티 정의

1) 경계의 안보화와 경계화된 신체

근대 주권국가의 주요 기능은 외부로부터의 침략에 대비하고 시민의 일상 생활을 보호하는 것으로서 이러한 내·외부라는 이분법적 사고를 바탕으로 성립된 국가의 안보 기능은 국가 존립의 당위성으로 부각되었다(Walker, 1993). 그러나 글로벌화와 모빌리티가 증대되면서 국가와 개인 사이, 그리고 국가 내·외부 사이의 경계가 모호해졌고(Bigo, 2001), 그 결과 국가안보는 인간안보 및 사회안보와 연관 지어 이해되기 시작하였다(부잔, 1995). 위협의 수준은 개인이라는 미시적 차원에서 국민과 국가라는 특정 집단의 생존 문제로 확대될 수 있으며(전웅, 2004), 동시에 일상생활에서 발생하는 개인의 공포가 국가안보 영역으로 쉽게 전환이 가능해진 것이다(김상배, 2020).

이에 따른 안보 패러다임의 전환으로 ‘위험 관리’가 중요한 현안이 되었으며, 그 핵심 기능을 수행하는 ‘경계’는 안보 장치의 일부가 되었다. 즉, 현대 사회에서 경계는 “위험을 사전에 예방하기 위해 위험의 개연성을 측정하는 기능을 담당하는 곳”으로 전환되었고, 안보 위협이 가시화됨으로써 안보가 구성되는 공간으로 변화된 것이다(포페스쿠, 2018: 145). 오늘날 안보 위협과 경계의

관계를 파악하기 위해서는 어떤 위험을 막아야 하는가, 이를 위해 어떻게 경계를 안보화할 것인가, 그 결정은 누가 하며, 근거는 무엇인가에 대한 이해가 선행될 필요가 있다(포페스쿠, 2018: 146).

무엇보다도 위험 관리에 대한 강조는 경계 안보화의 실천을 가장 작은 공간 스케일로서 인간의 신체에 집중하게 만들었다(Sassen, 2006). 공간의 질서화와 권력 생산이 신체를 통해 이루어지며, “경계적 신체경관(border bodyscapes)”의 작용이 중요해진 것이다(포페스쿠, 2018: 165). 신체화된 경계의 이점은 글로벌화로 증대된 위험 요소의 이동을 신체를 통해 파악할 수 있다는 것이고, 나아가 경계상에서 위험 요소를 내재한 신체를 선별하고 제한함으로써 효과적인 관리가 가능하다는 점이다(포페스쿠, 2018: 166).

국경에서 전개되는, 신체에 착근된 경계화의 실천은 생체 계측과 신원 확인을 통해 구체화된다. 생체 계측은 객체화된 개인의 신원을 확인하고 관련 정보의 데이터베이스를 구축하기 위해 개개인의 고유한 생리적 특성을 측정하는 경계 관리 및 통제 방식을 의미한다. 이는 개인의 신체에 다양한 위험 요소가 결합할 수 있으며 신원은 그러한 위험의 수준을 설명한다는 가정을 포함하고 있다(포페스쿠, 2018: 166). 디지털 정보 기술의 발달은 신체와 국경, 신원을 상호 연결시켜 새로운 경계화의 실천을 가능하게 하였는데 사진, 서명 등을 통한 확인에서 지문, 홍채, 안면의 인식 등 신체 일부를 통한 신원의 구별까지 가능해진 것이다.

이주, 테러리즘, 혹은 이미 잘 알려진 감염병에 대한 관리와 통제에 활용되었던 생체 계측과 신원 확인은 COVID-19 팬데믹 상황에서 더욱 확대·강화됨으로써 신체 증상의 발현을 확인하고 새로운 신원 정보를 구축하는 과정을 추가하도록 만들었다. 열 적외선 이미지 촬영과 체온의 측정은 이상 반응을 COVID-19의 위험으로 인식하게 하였으며 신원 확인 과정에서는 신체에 COVID-19 바이러스가 결합하였는지를 검사하고 그 구체적인 확인증을 요구하게 만들었다. 또한 감염의 위험 정도를 낮추는 백신의 접종 여부와 인증서 역시 경계 관리의 중요한 요소가 되었다.

주목해야 할 점은 감염병 확산 과정을 차단하기 위한 경계 만들기 담론의 핵심이 ‘타자화(othing)’에 있으며, 타자의 존재는 경계에 기초한 내·외부 차별화의 대상이 된다는 점이다(Houtm and Naerssen, 2002). COVID-19 감염 여부와 백신 접종 여부는 계층, 젠더, 인종, 민족, 국적, 성 정체성에 부가하여 새로운 정체성을 형성하였을 뿐만 아니라 이와 연관된 인식과 실천이 다중 스티그마를 구성함으로써 차별과 배제의 기제를 작동시키게 된 것이다(박준홍 외, 2021; Cole and Dodds, 2020). 개인은 COVID-19라는 질병의 잠재적 매개자인 동시에 피해자가 되고, 감염자의 모빌리티는 비난을 받으며 지속적으로 통제되고 조절된다(Cresswell, 2020). 글로벌화로 추동된 탈경계화(Newman, 2006)로 오히려 국가안보가 위협받았다고 판단한 개별 국가들은 팬데믹 상황 속에서 예외 없는 경계를 만들어내기 시작하였다. 개별 국가와 지역들은 경계 내부에서 ‘타자’와 ‘위험’을 제거시킨, 안전하다고 인식된 환경을 조성하기 위한 목적으로 출입국 통제, 봉쇄, 자가격리 등과 같은 경계화의 실천을 통해 공간의 질서를 구축한 것이다.

2) 모빌리티 관리와 불균등 모빌리티

복잡하고 다층적인 스케일에서 전개되는 이동의 관계와 연결, 흐름과 순환, 일시적 체류 등에 초점을 두는 새로운 모빌리티 패러다임은 국제 이주와 안보 정치, 국경과 경계화의 실천을 이해하는 새로운 사유 방식을 제시한다(셸러, 2019; Sheller and Urry, 2006). 즉, 경계의 안보화 담론과 신체의 경계화는 모빌리티를 통제하고 특정 공간에 고정시키기 위한 과정이며 모빌리티와 부동성을 관리할 수 있도록 만드는 질서화 전략으로 이해될 수 있다. 여기에는 이동, 의미, 실천이라는 구성 요소를 통해 조직되는 ‘모빌리티 정치(politics of mobility)’가 존재하며(Cresswell, 2010), 더 나아가 신자유주의 권력과 전 지구적 불평등, 과거 식민지 역사 및 포스트 식민화 과정과 연관된 불평등, 그리고 ‘불균등한 모빌리티(uneven mobility)’가 작동한다(Sheller, 2016).

모빌리티 정의(mobility justice)는 이와 같은 문제들을 완화하고 해결하고자 하는 접근으로서 개인의 정체성에 기반한 불평등한 권력과 공간 및 재화에 대한 차별적 접근성, 이를 (재)생산하는 사회 구조와 실천을 파악하고자 한다(Sheller, 2018: 20). 윤리적·규범적 측면에서 모빌리티 정의는 전 세계가 어떻게 하면 보다 환경적으로 지속가능하고 사회적으로 정의로운 모빌리티로 전환할 수 있는지를 고민하며 새로운 모빌리티 문화를 제시하는 것에도 주목한다(셀러, 2019: 60). 그 관심은 모빌리티 권리 보장과 이동 통제의 원인 규명, 모빌리티 시스템을 통한 통치와 낙인화된 신체에 대한 고찰(Bærenholdt, 2013), 전복적이며 대안적인 새로운 모빌리티 방식의 탐색과 ‘이동적 공유재(mobile commons)’의 확보로 구체화된다(Sheller, 2018: 22~23).

불균등한 모빌리티는 지역과 도시, 그리고 근린이라는 일상적 삶의 공간에서, 작게는 신체 및 거리와 결합하고 때로는 초국가적 스케일의 현상 및 행위자와 연결된다. 일반적으로 사회적 불평등과 모빌리티 불균등이 폭로되는 때는 당연한 것으로 여겨졌던 일상생활의 이동마저 제한되는 재난과 재해, 그리고 감염병의 상황이다. 재난과 재해는 계급, 젠더, 인종, 신체적 특성 등의 차이에 따라 상이한 사회적 취약성에 혼란을 가중시키기 때문에 모두에게 동등하기보다는 불평등하다(셀러, 2019: 244). 빈번하게 언급되는 허리케인 카트리나(2005년)의 피해는 계급 및 인종 불평등과 이로 인해 야기된 불균등한 모빌리티의 양상을 단적으로 보여준다. 2017년 국내에서 발생한 포항과 경주 지진의 경우에서도 고령층, 장애인 등이 신체적 특성에 따른 이동 취약성으로 그 피해를 얼마나 차별적으로 경험하게 되는지 보여주었다. 재난 문자 메시지를 이해하지 못한 청각 장애인과 지적 장애인, 자력 이동에 어려움이 있는 휠체어 사용자는 포항 지진 현장에 남아 있을 수밖에 없었고, 경주 지진 입원 환자의 30% 이상은 고령층이었다(매일경제, 2017.11.6; 한겨레21, 2019.5.13). 이는 또한 평등한 모빌리티 시스템의 부재와 함께 참사로 인해 쉽게 붕괴되는 모빌리티 관계망을 드러낸다.

한편 전 지구적 차원에서 바라보면 재난과 재해에 의해 유발된 불평등에는

선진국과 저개발국 간의 불균등한 모빌리티가 내재해 있음을 확인할 수 있다. “불평등한 식민지-제국의 역사”가 형성한 불균등한 이동 방식이 재난과 재해를 통해 강화될 수 있음을 보여주는 것이다(셀러, 2019: 245). 가령 Sheller(2013)는 아이티 지진이냐 푸에르토리코의 허리케인과 같은 저개발국에서의 자연 재난 이후 모빌리티 권리를 행사하는 사람들이 주로 선진국의 기자, 봉사자, 연구자 등이었으며, 피해를 입어 도움이 필요한 사람들의 네트워크 자본은 오히려 감소하였음에 주목하였다.

신체, 도시, 국가, 그리고 전 세계의 스케일에서 작동하는 팬데믹은 경계 내부의 차별적 모빌리티는 물론 전 지구적으로 불균등한 시민권을 창출하였다. COVID-19 확산 초기, 일부 국가에서 시행된 국경 폐쇄와 지역 봉쇄 조치는 저개발국에서 선진국으로의 이동을 막았고, 선진국 내에서는 단기 체류자와 불법 이주자에 대한 송환 조치로 강제 이동이 발생하였다(IOM and MPI, 2021: 24). 백신 개발과 보급 이후의 상황은 다소 변화하였지만 경계 관리의 기준이 백신 접종 여부와 백신의 종류가 됨에 따라 보건 불평등은 글로벌 모빌리티의 불균등으로 연결될 수밖에 없다. 즉, 국민의 생명을 보존하고 국가를 보호하고자 하는 백신의 보급은 전 지구적 스케일에서 사회적·경제적·정치적 요인에 따라 국가별로 상이하며, 그로 인해 이동의 제약이 뒤따르게 된 것이다.

감염병과 관련된 모빌리티 정의와 불의(injustice)에 대한 초점은 모빌리티 권리를 행사할 수 있는 주체와 그렇지 못한 주체가 누구인지를 고찰하고 그 맥락을 파악하는 것에 있다. 특히 전 세계적인 이동 통제의 상황 속에서 글로벌 모빌리티의 차이가 커져감에 따라 이동할 수 있는 지역과 국가가 어디인지, 그리고 그 원인이 무엇인지 파악할 필요가 있다. 이에 본 연구는 바이러스의 확산, 그리고 백신 개발과 보급에 따라 변화하는 경계화의 실천이 지속되고 있는 현 상황에서 식민주의와 제국주의, 신자유주의가 남긴 불평등을 품고 있는 아프리카 대륙에서 불균등 모빌리티가 생산되는 과정과 맥락을 검토해 보고자 한다.

3. COVID-19 백신 개발과 보급에 따른 경계화의 실천

COVID-19의 발생과 대확산은 전 세계 각국의 경계 안보화를 가속화시켰다. 글로벌화로 국가 간, 도시 간 연결성과 모빌리티가 증대된 상황에서 외부 경계에 대한 통제와 관리가 COVID-19와 관련된 생체 계측 및 신원 확인을 통해 이루어졌다. 신체와 COVID-19 바이러스의 결합, 그리고 그 이상 반응을 확인하는 체온 측정은 경계 관리의 기본이 되었고, 중합효소 연쇄반응(polymerase chain reaction, PCR) 검사의 결과는 출입국자의 안전한 신원을 확인하는 증명서로 기능하였다. 이 과정은 바이러스 감염이라는 개인의 위험이 사회와 국가의 생존 문제로 전환됨으로써 건강안보가 사회안보 및 국가안보와 관련지어 이해되기 시작하였음을 의미한다. 나아가 전 세계를 감염시킨 바이러스의 확산은 식량, 환경, 정치, 경제 등 인간안보의 거의 모든 측면과 결합함으로써 전 지구적 위협으로 받아들여졌다.

이와 같은 경계화의 실천은 COVID-19 백신의 개발과 보급 이후 또 다른 양상으로 전개되었다. 경계화된 신체에서 감염 위험을 완화할 수 있는 백신의 접종 여부가 중요해진 것이다. 이는 백신 접종자와 미접종자 구분에 따른 출입국 허가-거부 및 자가격리 면제 등과 같은 새로운 신원의 생산과 이동 관리 방식을 출현시켰다. 복잡성을 증가시키는 것은 ‘백신 패권’을 주도하려는 세계 각국의 백신 개발과 보급이며, 이에 따라 국가별로 승인하는 백신의 종류가 상이하다는 사실이다. 이처럼 전 지구적 모빌리티의 재구조화는 바이러스가 확산하며 다수의 희생자를 발생시키는 순간뿐만 아니라 그 위험을 극복하고 일상생활로 복귀하는 과정에서도 지속적으로 변화하는 특징을 보인다.

체온 측정, 바이러스 검사, 백신 접종 확인 등에 따른 경계화 및 모빌리티의 통제가 주로 의학적 논의에 기반하여 명확한 구분을 제시하는 것과 달리 개별 국가의 백신별 경계 관리는 ‘자국 내에서 승인된 백신’과 ‘그 외 백신’이라는 정치적 담론에 근거하며, 이는 백신과 백신 접종자에 대한 차별화를 동반한다. 특히 개별 국가의 백신 보급과 접종은 첫째, 백신의 안전성과 효과, 둘째, 백신

보급 인프라와 경제력, 셋째, 백신의 개발과 생산 능력, 넷째, 백신 개발국·생산국 간의 정치경제적 관계와 외교력 등이 복합적으로 작용하기에 매우 복잡하다. 출입국이 이루어지는 양국이 특정 백신을 상호 승인해야 한다는 점에서, 국가 간 이동은 제한되며 결국 전술한 백신 선택의 요소가 국가별 모빌리티의 차이를 유발하게 된다.

<표 1>과 같이 2021년 10월 기준으로 상용화된 주요 COVID-19 백신의 특징을 살펴보면 개별 백신은 작용 원리에 따른 유형과 예방 효과, 접종 횟수, 가격과 보관 환경, 개발사와 개발 국가 등에서 차이가 두드러진다. 가령 예방 효과에 초점을 둔다면 mRNA 방식의 새로운 백신 플랫폼으로 개발된 미국의 모더나·화이자 백신이 우위에 있지만 이들 백신의 비교적 높은 판매가와 초저온 보관·유통 환경이 필요하다는 점은 백신의 접근성을 낮춘다. 가격과 보관 환경의 측면에서는 영국의 아스트라제네카 백신이 가장 널리 보급될 수 있는 장점을 보인다. 아스트라제네카사는 생산량 증대와 보급 확대를 위해 인도에서 위탁 생산하고 있으며, 위탁 생산된 코비실드 백신(Covishield vaccine)은 개발도상국을 중심으로 공급되고 있다. 이러한 요소들은 특히 의료기반시설이 미비하고 백신 구매력이 낮은 저개발국에서는 심각한 제약 혹은 이점으로 작용한다.

한편 백신의 주요 개발 국가가 영국, 미국, 러시아, 중국 등 상호협력체제를 유지하면서도 정치경제적 경쟁 관계에 있는 국가들이라는 점은 외교 관계의 중요성을 증대시켰다. 이는 백신 보급과 관련된 EU의 블록화 현상(위민복, 2021), 중국과 미국의 패권경쟁(은진석·이정태, 2021), 더 나아가 민주주의 대 사회주의의 이념 갈등(최재덕, 2020)으로까지 이어지며 국제정치를 재편성하였다. 이러한 과정에서 백신의 보급과 승인, 경계 관리 및 통제 방식이 결정되면서 백신별·국가별 차이가 나타났다.

주목할 점은 이와 같은 경계화의 실천이 백신별 차이에 의한 글로벌 공간 및 재화에 대한 차별적 접근성과 여행, 무역, 기타 이동의 불평등을 유발할 수 있다는 것이다. <그림 1>은 주요 COVID-19 백신별 사용 승인 국가 수를 보여준

<표 1> 주요 COVID-19 백신별 특징과 차이(2021년 10월 기준)

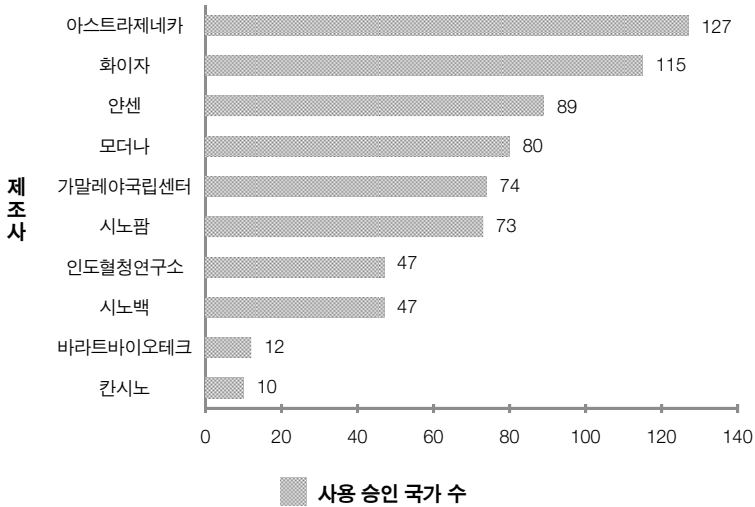
제조사	개발 국가	백신명	백신 플랫폼 (제조방식)	예방 효과	접종 횟수	가격(US\$)*		보관 환경
						범위	평균	
옥스퍼드-아스트라제네카 (Oxford-AstraZeneca)	영국	Vaxzevria	바이러스 벡터	62~90%	2회	\$ 2.19~\$ 8	\$ 4.67	2~8°C
인도 혈청연구소 (Serum Institute of India)**	영국	Covishield	바이러스 벡터	62~90%	2회	\$ 13.27~\$ 2.88	\$ 5.07	2~8°C
안센 (Johnson&Johnson)	미국·벨기에	Ad26.COV.2.S	바이러스 벡터	66%	1회	\$ 8.5~\$ 10	\$ 9.63	2~8°C
모더나 (Moderna)	미국	Spikevax	mRNA	95%	2회	\$ 15~\$ 37	\$ 24.73	-25~-15°C
화이자 (Pfizer)	미국·독일	Comirnaty	mRNA	95%	2회	\$ 6.75~\$ 23.15	\$ 13.78	-80~-60°C
가말레야 국립 전염병·미생물학 센터 (Gamaleya National Center for Epidemiology and Microbiology)	러시아	Sputnik V	바이러스 벡터	92%	2회	\$ 9.95~\$ 27.15	\$ 16.94	-18.5°C
시노팜 (Sinopharm)	중국	SARS-CoV-2	불활성화	79%	2회	\$ 9~\$ 36	\$ 20.48	2~8°C
시노백 (Sinovac)	중국	Coronavac	불활성화	50.4%	2회	\$ 10~\$ 32.52	\$ 17.85	2~8°C
칸시노 (Cansino)	중국	Ad5-nCoV	바이러스 벡터	65.70%	1회	\$ 17~\$ 27.15	\$ 22.07	2~8°C
비라트 바이오테크 (Bharat Biotech)	인도	Covaxin	불활성화	77.8%	2회	\$ 3.02~\$ 35	\$ 14.89	2~8°C

* 백신별 거래 가격에 관한 기사를 취합하여 데이터화한 UNICEF(2021)의 “COVID-19 Vaccine Market Dashboard”를 참고하였음.

** 코비실드는 인도 혈청연구소가 위탁 생산하는 아스트라제네카 백신임.

자료: BioSpace(2021), UNICEF(2021), WHO(2021b).

<그림 1> 주요 COVID-19 백신별 사용 승인 국가 수



출처: COVID-19 Vaccine Tracker(2021.12.15. 기준).

다(2021년 12월 기준). 백신 종류별로 승인 국가 수에서 차이가 나타나는데, 이는 해당 백신을 접종한 사람들이 이동하고 접근할 수 있는 국가가 결정되는 일면을 보여준다.

아스트라제네카 백신은 가격 경쟁력과 보관·유통의 용이성으로 가장 많은 국가에서 접종되고 있는 것으로 확인된다. 다음으로 미국에서 개발된 화이자, 모더나, 얀센 백신이 뒤따르며, 러시아와 중국, 인도 계열 백신 순으로 승인 국가 수가 감소하고 있음을 알 수 있다. 인도혈청연구소(Serum Institute of India)가 위탁 생산하는 코비실드 백신은 아스트라제네카 백신과 동일한 원료를 사용하고 동일 제조방식을 따르지만 승인 국가 수에 차이가 있다. 이는 백신의 승인과 보급 과정에 안전성과 효과, 가격과 보관 환경뿐만 아니라 분명한 사회정치적 요인이 작용하고 있음을 드러낸다.

물론 개별 국가가 단일 백신만을 승인하고 접종하는 경우는 드물다. 예기치

<표 2> 주요 백신 개발·생산 국가의 사용 승인 백신 종류

국가	백신 제조사(백신명)
영국	아스트라제네카, 화이자, 모더나, 안센
미국	화이자, 모더나, 안센
러시아	가말레야국립센터(스푸트니크V, 스푸트니크 라이트), FBRI(에피박코로나), 추마코프센터(코비박)
중국	시노팜 베이징, 시노팜 우한, 시노백, 칸시노, 안후이 지페이 롱콤, 민하이바이오
인도	인도혈청연구소(코비실드), 바라트 바이오테크(코백신), 자디어스 캐딜라, 아스트라제네카, 모더나, 안센, 가말레야국립센터(스푸트니크V)

출처: COVID-19 Vaccine Tracker(2021.12.15. 기준).

얇은 생산 중단 등 백신 수급의 불안 요인을 해소하고 계획적이고 순차적인 백신 보급을 위해서라도 백신 공급처를 다양화할 필요성이 있기 때문이다. 또한 아프리카와 중남미에서 백신 접종이 저조한 국가들의 경우에는 자국 내에서 승인이 이루어지지 않았더라도 아프리카 규제 태스크포스(Africa Regulatory Taskforce, ART), 카리브해 규제 시스템(Caribbean Regulatory System, CRS) 등의 협력 기구를 통해 승인된 백신을 접종하기도 한다(Africa CDC, 2021). 그러나 이와 같은 사례는 특정 대륙 및 지역에 한정되며, 협력 기구의 승인 역시 모든 백신을 동일하게 승인하는 것은 아니라는 점에서 백신 종류에 따른 모빌리티 통제는 자국 내 승인 백신을 통해 이루어짐을 확인할 수 있다.

백신과 관련한 글로벌 이동의 제약은 개별 백신의 사용 승인 분포를 통해 다시 검토해 볼 수 있다. 전술한 바와 같이 영국, 미국, 러시아, 중국이 주도하는 백신 경쟁은 개별 백신의 승인 분포와도 맞물려 있다. 먼저 해당 국가들은 자국산 백신만을 승인하고 타국에서 개발된 백신은 배제하고 있다(<표 2>). 영국의 아스트라제네카 백신은 미국, 러시아, 중국에서 승인을 얻지 못하였다(2021년 12월 기준). 미국의 화이자·모더나·안센 백신은 영국과 EU에서는 승인된 상태이지만 중국과 러시아에서는 승인되지 않았다. 마찬가지로 러시아 가말레야 국립 전염병·미생물학 센터(Gamaleya National Center for Epidemiology and Microbiology, 이하 가말레야국립센터)의 스푸트니크V 백신은 영국, 미국, 중

국에서, 그리고 중국의 시노팜 백신은 영국, 미국, 러시아에서 승인되지 않았다. 다만 2021년 7월, 백신 여권 제도를 도입한 EU의 경우, 회원국마다 차이는 있지만 공식적으로는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)로부터 긴급 승인을 얻은 중국의 시노팜, 시노백 백신 접종자에 대해 격리면제 조치를 취하였다(SchenhenVisainfo, 2021.9.7, 2021.9.8). 미국도 2021년 10월 25일 백신 여권 제도를 도입하고 여행 재개를 시작하며 WHO에서 승인한 아스트라제네카, 시노팜, 시노백 백신 접종자의 입국을 허가하기로 결정하였다(The White House, 2021.10.25).

한편 백신 승인의 분포 양상에서도 종류별 차이를 확인할 수 있다. 가장 많은 국가에서 승인된 아스트라제네카 백신의 경우, 승인 국가가 서유럽과 아프리카, 중남미, 아시아, 오세아니아 등에 고르게 분포한다. 그러나 러시아 백신의 승인 국가는 동유럽, 중앙아시아, 북·서아프리카, 중남미에 주로 분포하며, 중국 시노팜·시노백 백신의 분포는 아시아와 중남미, 아프리카 국가들에 집중되어 있다. 중국과 러시아의 백신 승인 분포는 백신 생산과 지원 등을 통해 이루어지는 백신 외교를 반영하고 있다(노윤재·문지영, 2021; 최재덕, 2020). 아프리카와 중남미는 외교전의 주요 무대인데, 어떤 국가에 백신을 공급할 것인지는 주로 지정학적·지경학적 조건의 토대에서 결정된다. 요컨대 이러한 배타적인 백신 승인과 불균등한 백신 보급은 경계와 모빌리티를 재구조화시키고 있다.

<표 3>은 백신 접종 완료 여부 및 접종 백신 종류가 출입국 관리에 반영된 국가와 그 세부적인 출입국 관리 방식을 보여준다. 2021년 10월 14일 기준으로 각국의 해외입국자에 대한 조치 현황을 살펴보면 아시아·태평양 17개국, 유럽 42개국, 아메리카 22개국, 서아시아 13개국, 아프리카 7개국으로 확인된다. 주요 백신 개발·생산국 가운데 백신 접종률이 비교적 높은 영국과 미국은 백신 접종 여부와 접종 백신의 종류를 국경 관리에 적극 반영하고 있다. 영국의 경우, 자국의 입국자를 ‘적색국가(red list)발 입국자,’ ‘여타 국가 발 일반입국자,’ ‘여타 국가 발 백신 접종 완료자’로 구분하여 출입국 관리를 진행하고 있는데, 백신접종 완료자는 입국 후 자가격리 10일 면제 혜택을 부여받는다. 인정 백

<표 3> COVID-19 백신 접종 정보를 출입국 관리에 반영하고 있는 국가 및 사례

구분*	백신 정보 반영 국가	백신 접종 완료 여부 및 백신 종류에 의한 출입국 관리 사례
아시아·태평양	<p>네팔, 뉴질랜드, 동티모르, 마카오, 말레이시아, 몰디브, 몽골, 바누아투, 스리랑카, 싱가포르, 인도네시아, 태국, 파키스탄, 파푸아뉴기니, 피지, 필리핀, 홍콩 (총 17개국)</p>	<p><스리랑카> ※ 21.7.8.부터 백신 접종 완료자 격리 면제(9.29.부터 도착 후 PCR 검사도 면제) • 백신 접종 국가에서 인정하는 백신은 모두 인정하며(교차접종 방식도 인정), 백신별 접종횟수에 따라 접종 완료하고 14일 경과 필요</p> <p><뉴질랜드> ※ 21.11.1.부터 비시민권자(영주권자 포함)는 백신 접종을 모두 완료한 경우에만 입국 가능 • 단, 17세 미만이거나 건강상 사유로 백신을 접종할 수 없는 경우 진단서 소명 등에 의한 요건 면제 가능</p>
유럽	<p>노르웨이, 몰타, 그리스, 네덜란드, 덴마크, 독일, 라트비아, 루마니아, 룩셈부르크, 리투아니아, 모나코, 몬테네그로, 몰도바, 벨라루스, 보스니아헤르체고비나, 북마케도니아, 불가리아, 사이프러스, 세르비아, 스웨덴, 스위스, 슬로바키아, 슬로베니아, 아이슬란드, 아일랜드, 알바니아, 영국, 오스트리아, 우즈베키스탄, 우크라이나, 이탈리아, 조지아, 체코, 카자흐스탄, 크로아티아, 키르기스스탄, 터키, 포르투갈, 폴란드, 프랑스, 핀란드, 헝가리 (총 42개국)</p>	<p><영국> ※ 여타 국가 발 입국자 방역지침(백신 접종 완료자) • 입국 8일차 진단검사, 입국 후 자가격리 10일 면제 ※ 백신 접종 인정 기준 • 영국 백신 프로그램에 따라 영국 내에서 백신 접종 완료 후 14일이 경과된 자, 아래 인정 백신을 접종 완료 후 14일이 경과된 자, 영국 및 입국 허용 지정 국가에 거주하는 18세 미만 미성년자(백신 접종 무관하게 백신 접종 완료자로 처우), 영국 또는 미국에서 승인된 백신 임상실험 참여자, 의학적 사유로 백신 접종 불가한 영국 거주민 • 아스트라제네카, 화이자, 모더나, 얀센, 시노백, 시노팜, 코백신을 접종 완료하고 14일이 경과한 자(교차접종 인정/접종 완료 후 14일이 경과하지 않은 경우 백신 접종 완료자로 불인정)</p> <p><프랑스> ※ 백신 접종자는 모든 국가에서 서약서 지참 시 입국 가능 ※ 접종 완료자 조건 • 화이자, 모더나, 아스트라제네카 백신 2회 접종 후 7일 경과, 얀센 백신 접종 후 28일 경과 • 코로나에 감염되어 항체가 생성된 경우는 추가로 1회 접종 후 2주 경과</p>
아메리카	<p>가이아나, 그레나다, 미국, 바베이도스, 바하마, 세인트루시아, 세인트키츠네비스, 수리남, 아르헨티나, 아제르바이잔, 우루과이, 에콰도르, 엘살바도르, 온두라스, 자메이카, 칠레, 캐나다, 투르크메니스탄, 트리니다드토바고, 코스타리카, 파나마, 파라과이 (총 22개국)</p>	<p><미국> ※ (공통) 질병통제예방센터(CDC)는 21.1.26.부터 2세 이상의 모든 미국 입국 항공편 승객(경유 승객 포함) 대상 탑승 전 COVID-19 음성 확인서 소지 여부 확인 의무화 • 미국 도착 후 3~5일 안에 다시 진단검사 받고 7일 자가격리 권고, 단 백신 접종 완료자는 자가격리 조치 이행 불필요 ※ (뉴햄프셔州) 해외에서 방문 시 10일간 의무 자가격리하거나(자가격리 도중) 도착 6~7일차에 COVID-19 검사하여 음성일 경우 격리 기간을 7일로 단축 가능 • 단, 화이자, 모더나, 얀센 백신접종 완료(제조사에 따라 1회 또는 2회 접종 후 14일 경과) 또는 방문 전 90일 이내 COVID-19 감염사실 있을시 자가격리 면제</p>

		<p><코스타리카> ※ COVID-19 백신 예방접종 완료 후 14일 경과한 외국인 및 18세 미만 외국인의 경우 보험 가입 조건 없이도 입국 가능 • 인정 대상 백신: 모더나, 화이자, 아스트라제네카, 얀센 • 입국 시 예방접종증명서 또는 예방접종 카드를 지참해야 하며, 동 서류에는 접종자 이름, 백신 접종 일자, 백신 종류가 기재되어 있어야 함</p>
<p>서아시아</p>	<p>레바논, 모로코, 바레인, 사우디아라비아, 아랍에미리트, 오만, 요르단, 이라크, 이란, 이집트, 쿠웨이트, 카타르, 튀니지(총 13개국)</p>	<p><사우디아라비아> ※ 사우디로의 입국이 금지된 10개국 이외의 국가에서 입국하는 면역 미생성 외국인은 최소 5일간 사우디 정부가 지정한 시설에서 격리(21.9.23.~) ※ 면역 생성 외국인은 아래를 의미하며, 아래 조건 미충족시 면역 미생성자에 해당 • 아스트라제네카(2회), 화이자(2회), 모더나(2회), 얀센(1회) 중 한 종류의 접종을 완료하고 14일이 경과한 자(아스트라제네카, 화이자, 모더나 간 교차 접종 이후 14일이 경과한 자도 면역 생성자로 인정)</p>
<p>아프리카</p>	<p>가봉, 감비아, 모리셔스, 세네갈, 앙골라, 에티오피아, 지부티(총 7개국)</p>	<p><지부티> ※ 입국 시 출발 기준 3일(72시간) 이내 발급 받은 PCR 음성확인서 제출 필수 ※ 도착 시 공항 내 검사소에서 내외국인 모두 PCR 검사 실시(검사비: USD30) • 백신접종증명서 소지자: PCR 검사 결과 음성인 경우 격리면제 • 백신접종증명서 미소지자: PCR 검사 결과 음성인 경우, 10일 자가 격리/PCR 검사 결과 양성인 경우, 10일 지정호텔 격리(자부담)</p>

* 외교부 분류 기준을 따름.
 출처: 외교부(2021년 10월 14일).

신은 아스트라제네카, 화이자, 모더나, 얀센, 시노백, 시노팜, 코백신이며, 해당 백신을 백신 접종 인정 국가에서 접종 완료 후 14일이 경과해야 한다고 명시하고 있다. 이에 비해 미국은 백신 접종 완료자의 경우, 자가격리 조치 이행이 불필요하다고 규정하고 있다. 다만 개별 주(州)마다 출입국 관리 방식에 차이가 있어 뉴햄프셔주에서는 해외 방문자의 경우 10일간 의무 자가격리가 필요하지만 화이자, 모더나, 얀센 백신 접종자는 자가격리를 면제하고 있다.

이상의 사례는 백신 개발과 보급으로 인한 경계화의 재구조화 양상이 지닌 특징을 설명한다. 즉, 백신 접종 여부와 접종 백신의 종류는 출입국 관리의 주요한 기준이 되고 있는데, 영국의 적색국가 지정과 같은 조치에서 알 수 있듯이 여전히 확진자 수, 치명률 등 감염 위험도 경계 관리 방식에 적극적으로 반

영되고 있다. 개별 신체를 기반으로 하는 이와 같은 경계 관리는 자가격리를 통해 일시적인 부동성을 생산하고 개별 국가 및 지역으로의 접근을 제한함으로써 모빌리티의 변화를 견인한다.

이처럼 전 세계적으로 백신 종류에 따른 차별화된 경계 관리가 지속되고 있는 상황에서 개인의 백신 선택은 국가의 일차적 결정 내에서 이루어지며 경우에 따라서는 개인의 선택권이 부재하기에 글로벌 이동과 모빌리티 역시 영향을 받는다. 증상의 완화와 일상생활로의 복귀, 자유로운 이동에 다가가는 조건으로서 백신 접종은 반드시 필요하지만 특정 백신에 대한 혜택과 차별은 오히려 경계 관리의 “이중 시스템(two-tier system)”을 만들어내며 불평등을 심화시킬 수 있다(WHO, 2021.7.1). 다양한 백신 종류의 개발과 보급으로 이와 같은 모빌리티 기회의 불균등·불평등의 문제를 해결하기보다는 상호배타적 태도와 차별적 제도를 재생산하고 있는 것이다. 특히 아직까지도 백신 조달과 접종이 이루어지지 못하고 있는 저개발국들은 백신을 접종받지 못해 발생하는 생명에 대한 직접적인 위협뿐만 아니라 미접종자 및 백신 종류별 차이에 따른 이동의 통제, 이로 인해 제한되는 이주, 노동 등에 의한 생존의 위기를 경험하게 된다.

4. 글로벌 COVID-19 백신의 분배와 모빌리티의 재구성: 아프리카 대륙의 사례

본 장에서는 아프리카 대륙을 중심으로 COVID-19 백신 분배의 차이를 살펴보고, 이를 모빌리티 재구성의 관점에서 해석하고자 한다. 먼저 아프리카에서의 불균등한 백신 보급과 그 사회공간적 맥락을 검토한다. 이후 백신 미접종과 아프리카 대륙으로 공급되는 주요 백신의 종류에 따른 모빌리티의 재구조화 양상을 살펴본다. 특히 이주, 노동, 송금으로 연결되는 아프리카의 사회경제적 문제가 보건 불평등, 그리고 불균등한 모빌리티 기회 및 자본과 결합

하여 어떠한 양상으로 전환되는지 파악한다. 이를 통해 과거 제국주의와 식민지 역사를 반영하는 불평등 유산이 팬데믹을 통해 심화되는 현상과 새로운 지정학적·지경학적 조건 속에서 재편되는 국제 관계를 파악하고자 한다.

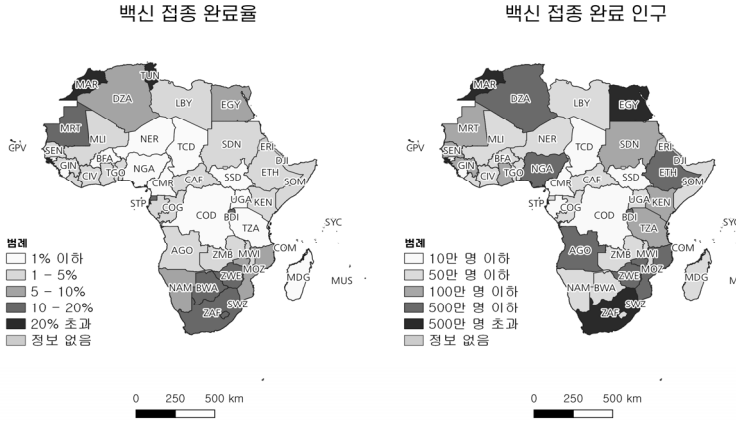
1) 백신 접종 불균등의 사회공간적 맥락

2021년 10월 기준 전 세계 COVID-19 백신의 접종 완료율은 34.3%이며 아프리카의 백신 접종 완료율은 4.4%로, EU 평균 62%, 영국 66%, 미국 55%와 극명하게 대조된다(BBC, 2021.10.1). 아프리카 대륙 내에서도 국가별 차이가 두드러지는데, <그림 2>는 아프리카의 국가별 백신의 접종 완료율과 접종 완료 인구 규모를 보여준다.

아프리카 55개국 가운데 백신 접종 완료율이 10% 이상인 국가는 15개국이고, 이 가운데 50% 이상인 국가는 세이셸(72.29%), 모리셔스(61.84%), 세인트헬레나(58.16%), 모로코(52.15%) 4개국이다(WHO, 2021a, 2021년 10월 5일 기준). 백신 접종 완료 인구 규모의 경우, 모로코(약 1,900만 명), 남아공(약 900만 명), 이집트(약 580만 명) 순으로 높게 나타나며, 해당 3개국의 백신 접종 완료 인구는 아프리카 전체의 약 56%를 차지하고 있다(WHO, 2021a, 2021년 10월 5일 기준). 아프리카에서 백신 접종 완료율이 높고 접종 완료 인구 규모가 큰 국가들은 첫째, COVAX(COVID-19 Vaccines Global Access)나 개별 국가의 원조에 의존하지 않고 자체적으로 백신 구매가 가능한 고·중소득국이고, 둘째, 백신의 조달부터 실제 접종까지의 보건 행정의 효율성이 높은 국가들이며, 셋째, 백신 유통이 용이한, 인구가 적고 영토가 좁은 국가들이다(강문수 외, 2021).

다양한 COVID-19 백신 가운데 아프리카에서 가장 널리 조달된 백신은 인도 코비실드 백신으로, 2021년 10월까지 42개국에서 접종이 이루어졌다(<표 4>). 인도는 미국에 이어 백신의 대량 생산이 가능한 두 번째 국가로서 COVAX를 통해 가나, DR콩고, 앙골라 등 아프리카 국가에 백신을 공급하고 있다. 2021년 5월, 인도에서 COVID-19 확진자의 폭증으로 백신 수출 금지가 이루어

<그림 2> 아프리카 국가별 COVID-19 백신 접종 완료율과 접종 완료 인구 규모



출처: WHO(2021a, 2021.10.5. 기준).

<표 4> 백신별 아프리카 내 접종 국가 수

백신 종류	인도혈청 연구소	시노팜	시노백	가말레야 국립센터	화이자	얀센	바라트 바이오테크	아스트라 제네카	모더나	칸시노
아프리카 국가수	42	27	10	9	9	9	5	5	4	0

출처: WHO(2021a, 2021.10.5. 기준).

지자 백신 조달과 접종 계획에 차질이 발생하였는데(WHO, 2021.5.14), 이는 아프리카 백신 접종의 외부 의존성과 그 취약성을 보여준다(강문수 외, 2021: 7).

백신별 승인 국가 수는 인도 코비실드 백신에 이어 중국의 시노팜, 시노백 백신과 러시아의 스푸트니크V 백신, 미국의 화이자, 얀센 백신 순으로 감소한다. 중국 역시 인도와 마찬가지로 아프리카 국가를 대상으로 지원 정책을 펼치고 있어 조달된 국가 수가 높게 나타나고 있다. 인도와 중국 계열의 백신은 타 백신과 비교하면 생산이 용이하고 생산 시설의 규모가 크며, 보관 및 유통 환경이 까다롭지 않기 때문에 아프리카 국가들에 공급될 수 있었다(노윤재·문지영, 2021: 10). 더욱이 인도 코비실드 백신은 영국 아스트라제네카 백신과 같

이 US\$5 내외의 가격으로 저렴하고 중국 백신 역시 아프리카 국가들이 구매할 수 있는 수준이라는 점에서 아프리카에서의 보급이 확대되고 있다.³⁾

현재와 같은 백신 접종 불균등을 논하기 위해서는 아프리카의 보건 불평등을 역사적인 관점에서 검토해 볼 필요가 있다. 아프리카의 보건 불평등은 역사적, 정치적, 경제적, 사회적 요인의 복합적 작용으로 지속되고 있지만 특히 제국주의의 역사 및 신자유주의 경제 체제의 상호작용 결과로 이해될 필요가 있다(Büyüm *et al.*, 2020). 식민주의 시기 아프리카에는 이윤 창출을 목적으로 하는, 제국주의 국가의 자본이 도입되었고 이를 작동시키는 경제 체제가 확산되었다. 자본은 농업 생산과 무역을 위한 도로와 철도의 부설, 항구와 수도, 세관 등의 건설에 투입되었는데 그 과정은 폭력을 동반하였고, 결국 식민지 프로젝트는 국제 자본주의 체제에 부합하는 자급자족 국가 경제를 구축시키지 못하였다(Bracking and Harrison, 2003). 이후 1979년 제2차 석유파동과 금리인상으로 부채의 증가를 경험한 아프리카 국가들은 1980년대 초 확산된 신자유주의 경제 체제, 즉, 시장지향적인 거시 경제의 흐름 속에서 공공 부문의 상업화·민영화로 대표되는 국가 정책을 시행하게 되었고, 그 결과 의료 접근성의 급격한 저하와 보건 불평등을 경험하게 되었다(Bond and Dor, 2008).

아프리카에서는 보건 형평성 문제가 해결되지 않은 상황 속에서 감염병의 확산과 백신 수급의 불균등 현상이 지속적으로 반복되었다. 과거 여러 차례 경험한 감염병의 대규모 확산 상황에서도 아프리카는 백신과 치료제 보급에서 후순위에 위치하였다. 1980년대 출현한 HIV/AIDS는 1990년대 중반 치료제가 출시되었지만 아프리카에는 거의 공급되지 못하였다(Nkengasong *et al.*,

3) 아프리카에서 중국 백신의 조달은 주로 COVAX를 통해 이루어지고 있다. 다만 국가 간 거래를 통해 공급되기도 하는데, 중국 시노팜 백신은 세네갈에서 한 병당 US\$18.6에, 시노백 백신은 보츠와나에서 한 병당 US\$15에 거래되었다. 중국 백신의 경우, 보츠와나에서 모더나 백신이 한 병당 US\$28에 거래된 것에 비교하면 상대적으로 저렴하다고 볼 수 있으나 얀센 백신의 평균 판매가 US\$9.63, 화이자 백신 평균 판매가 US\$13.78에 비하면 높은 가격이며, 러시아 스푸트니크V 백신(US\$16.94)과는 비슷한 수준이다(UNICEF, 2021).

2020: 198). 선진국에서는 HIV/AIDS로 인한 사망자가 급감하였지만 여전히 아프리카 국가에서의 HIV/AIDS 사망자는 감소하지 않고 있다(UNAIDS, 2021). 또한 2004년 고병원성 조류 인플루엔자 바이러스(H5N1 virus)와 2014년 서아프리카에서의 에볼라 바이러스(Ebola virus) 확산 과정에서도 백신 개발 및 공급에서 불균등한 상황이 전개되었다(Nkengasong *et al.*, 2020; UN, 2021.4.16). 이와 같은 양상은 COVID-19의 확산 초기, 바이러스 진단 키트의 조달 부족으로 시작하여 예방과 증상 완화를 위한 백신 보급 과정에서도 지속되고 있는데, 치료제의 보급·조달 과정에서도 유사하게 진행될 가능성이 크다. 특히 이는 “백신과 필수 의약품들이 공공재가 아닌 시장 상품으로 취급”되는, 세계 보건 및 경제가 지닌 근본적인 결함을 드러낸다(Katz *et al.*, 2021: 1281).

전술한 바와 같이 아프리카에서의 백신 접종률이 저조한 이유 가운데 가장 중요한 요인으로 작용하고 있는 것은 경제력의 부족이다. 모로코, 남아공 등 일부 국가를 제외한 아프리카 국가 대부분이 백신 공급을 COVAX에 의존하고 있다는 사실에서도 알 수 있듯이 개별 국가의 백신 구매력은 백신 확보에 있어 가장 중요한 요소이다. 양국 간 백신의 구매 협상이 이루어지기 위해서는 동등한 거래 관계의 지위가 확보되어야 하지만 아프리카 국가들은 그렇지 못한 상황이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 2021년 6월 아프리카 백신 확보 태스크팀(African Vaccine Acquisition Task Team, AVATT)이 설립되었으나 백신 보급률은 여전히 낮은 수준이다(WorldBank, 2021.6.14).

아프리카 국가들의 의료 인력과 시설 등 인프라의 미비도 접종 불균등을 가속화시키고 있다. 특히 mRNA 백신은 보관 및 운송에 있어 초저온 보관·유통 환경이 마련되어야 한다. 그러나 콜드체인 시스템의 미비는 안전성과 효과가 높다고 판단되는 백신의 조달을 어렵게 하고 아프리카의 보건 불평등을 심화시키고 있다. 또한 아직까지 모든 COVID-19 백신 종류에 대한 동등한 인정이 이루어지지 않은 상황에서 특정 백신만을 조달·접종하는 것은 의존성과 취약성은 물론 백신별 경계와 모빌리티의 통제 조건과도 결합하고, 그 결과 자유로운 이동을 전제로 하는 이주, 노동, 무역 등에도 영향을 준다.

한편 COVID-19 백신의 확보에 국가의 경제력만이 작용하는 것은 아니다. 백신의 개발과 생산이 일부 국가에 한정되어 있고 백신의 생산량이 전 세계 인구를 충당하기에 부족한 상황이라는 점에서 백신의 구매 협상에는 외교 관계와 정치적 요인이 개입한다. 개발도상국에 대한 백신 공급을 위해 세계은행(World Bank), 국제통화기구(IMF) 등 국제기구의 지원과 세계보건기구, 세계백신면역연합, 감염병대비혁신연합 등이 구성한 COVAX의 노력에도 불구하고 국가 간, 대륙 간 접종률의 차이는 지속되고 있다.

‘자국 우선’ 배분을 주장하는 “백신 민족주의(vaccine nationalism)” 역시 백신 접종 불균등의 원인으로 지적된다(최성민, 2021; Katz *et al.*, 2021). 미국, 중국, 인도 등에서 생산된 COVID-19 백신은 자국민에게 우선 공급되었고, 유럽 국가들 역시 자국 물량 확보를 최우선 과제로 삼았다. 결국 백신 개발 초기, 생산량의 대부분은 서유럽과 북미 국가에 공급되어 저개발국에 보급될 물량은 거의 남지 않게 되었다. 이러한 조치들은 급박한 위기 상황 속에서 자국민의 생명 보존을 위한 필수불가결한 정책으로 받아들여졌다. 그러나 저개발국에서의 바이러스 확산 및 사망자 증가, COVID-19 변이 바이러스의 출현, 경제적·외교적·전략적 이익에 미친 부정적 영향 등 역기능을 고려할 때, 팬데믹의 종식을 위해서는 전 세계적 협력과 백신의 공유가 필수적인 상황임을 인식해야 한다는 주장도 제기된다(Bollyky and Bown, 2020).

백신 민족주의의 연장선에서 백신을 무기화하며 지정학적 이득을 취하려는 외교 전략은 외교 및 국제 관계를 재편하려는 강대국들의 의도로 이해될 수 있다. 이는 공중 보건, 만성 질환, 감염병 등에 취약한 인구의 관리 및 생명정치적 통치성(biopolitical sovereignty)을 바탕으로 지정학적 목표를 달성하고 발전시키고자 하는 “생명지정학(biogeopolitics)”의 작동을 의미한다(Jauhainen, 2020). 기존의 생명정치관이 단일 국가에서의 통치성에 주목한 것과 달리 생명지정학은 글로벌화로 구축된 다층적인 국가 관계에서의 통치성과 이를 통해 부여되는 초국적 권력에 중점을 둔다. 여기에서 경계해야 할 것은 생명을 담보로 하는 비대칭적인 국가 간 관계와 권력의 불균형이다.

중국과 러시아는 중남미와 아프리카를 중심으로 백신 외교를 진행하며 미국과 패권 경쟁을 펼쳐나가는 동시에 개발도상국에서의 식량과 자원 확보를 계획하고 있다. 특히 국영 생산을 통해 백신을 보급하고 있는 중국과 러시아는 백신이 지닌 재화의 성격을 ‘공유재(common goods)’로 정의 내리면서 사회주의 체제의 강점을 선전하는 한편 서방 국가의 백신 민족주의를 비판하는 전략을 취하고 있다(은진석·이정태, 2021; 법률저널, 2021.5.7). 같은 맥락에서 중국은 보건외교의 이론적 기반이라고 할 수 있는 ‘도덕적 현실주의’를 강조하며 자국의 희생으로 인류를 수호한다는 가치를 내걸고 있다(서정경, 2021). 그러나 이와 같은 표면적인 주장을 일부 수용하더라도, 생명지정학의 관점에서 볼 때 각국의 백신 외교 전략은 여전히 자국의 정치경제적 이익을 확보하기 위해 지정학적 조건을 이용하고 있음을 보여주는 것이다. 자국민의 백신 확보에 중점을 두었던 미국과 달리 중국은 2020년 말부터 일대일로(一帶一路) 사업의 일환으로 백신외교를 적극적으로 수행하였다.⁴⁾ 중국이 아프리카 국가들 가운데 적도 기니에 최초로 자국 백신을 지원한 이유가 대서양 연안에 해군기지 건설을 추진하려는 계획과 관련이 있고(WSJ, 2021.12.5), 또한 지부티에 백신을 제공한 이유도 지부티가 중국의 첫 해군기지가 세워진 동아프리카의 군사적 거점 국가라는 점에 있는 것처럼, 생명을 담보로 한 백신 제공은 해당 국가와의 지정학적 이해관계를 반영하고 있다.⁵⁾

-
- 4) 미국의 경우, 2021년 6월부터 COVID-19 백신의 기부를 본격화하기 시작하였다. 특히 ‘조건 없는 기부’의 형태로 백신 제공을 약속함으로써 백신을 지정학적·지경학적 수단으로 활용하는 중국 및 러시아와의 차이를 부각시키고자 하였다(연합뉴스, 2021.6.11). 바이든 행정부는 ‘백신이 국가 내 권력 확대의 수단으로 사용되는 것을 경계한다’는 점을 역설하였으나 백신 관련 수출 규제를 적용하면서 인도에 대해서만 백신 원료의 수출 금지를 해제하여 미국 역시 지정학적인 이해관계를 따르고 있다는 비판을 받았다(Foreign Policy, 2021.7.9; 김태환, 2021: 20).
- 5) 중국 정부는 미국과 긴밀한 외교 관계를 맺고 있었던 중남미 및 남아시아 국가들을 중심으로 지정학적·지정학적 관계의 재구조화를 시도하고 있다. 예를 들어, 백신 조달을 조건으로 해당 국가에서 임상시험 참여 계약을 진행하고 백신 구입 비용을 차관으로 제시하거나 경제협력사업

2) 모빌리티의 차별적 구성과 불평등의 심화

COVID-19 백신의 보급에 따른 경계 관리 방식과 모빌리티 차별화 양상은 크게 두 가지 맥락에서 살펴볼 수 있다. 하나는 백신 여권 제도의 도입에 따른 모빌리티 관리이며, 또 다른 하나는 백신 종류에 따른 모빌리티의 차이와 제한이다.

국제 이동에서 백신 여권은 개별 국가의 출입국 관리에서 백신 예방 접종 인증서를 확인하는 제도이다. 기존에 공항과 국경 등에서 이루어진 여권과 비자에 의한 신원 확인 제도와 생체 계측에 더해 새로운 선별 장치로서 COVID-19 백신 여권이 도입된 것이다. 이스라엘의 그린패스(Green Pass), EU의 디지털 COVID 인증서(Digital COVID Certificate), 영국 NHS COVID 여권(NHS COVID Pass)의 사례에서처럼 디지털 방식으로 판독되는 백신 여권은 개개인을 경계화하는 방식으로 이용되고 있다.

이와 같은 초국가적 모빌리티를 관리하는 제도는 객체로서의 정체성에 기반한 계층화 과정으로 이해될 수 있다. 글로벌 모빌리티에 대한 접근성이 계층화 요소의 최상위에 위치하며(셀러, 2019: 268), 백신 접종자는 가장 이동성이 큰 존재가 된다. 이는 백신을 접종 받지 못한 사람들, 일반적으로 사회적 불평등을 경험하거나 보건 취약계층에 해당하는 사람들의 경우에는 이차적인 이동 제약을 경험하게 된다는 것을 의미한다.

국제 백신 여권의 시행에 관한 논의는 주로 선진국에서 이루어지고 있는데, 이때 간과되고 있는 점은 국가 간 백신 접근성의 격차이다(Jecker, 2021). 즉, 보건 형평성이 보장되지 않은 상황에서의 백신 여권 제도의 시행은 백신 공급이 이루어지지 않은 저개발국의 모빌리티를 위협할 수 있는 것이다. 이는 기존에

을 강화하는 등 지경학적 이익을 실현하고자 하고 있다. 또한 대만과의 수교 관계를 백신 공급의 기준으로 삼아 대만 수교국들에게 단교를 요구하였다. 실제로 니카라과는 중국과의 수교 발표 직후 중국 정부로부터 1,000만 회분의 시노팜 백신 제공을 약속받았다(BBC, 2021.12.14).

존재하던 불평등이 백신 여권 시스템의 불평등으로 심화될 수 있음을 시사한다(Tanner and Flood, 2021).

백신 여권의 신속한 도입을 주장하는 측에서는 전 세계의 보건 안전을 확보하는 것이 보다 더 중요하며 접종자에게 혜택을 줌으로써 접종을 장려할 뿐만 아니라 팬데믹을 빨리 종식시키는 데 도움이 될 수 있다고 주장한다(Brown *et al.*, 2021).⁶⁾ 그러나 이 역시 저개발국의 백신 접근성을 고려하지 않은 것으로, 자발적으로 백신 접종을 ‘안’ 하는 사람들에게는 정당화될 수 있는 주장이지만 접종을 ‘못’ 받고 있는 저개발국의 국민들과 건강 취약계층에게는 공정한 타협으로 받아들여지기 어렵다(Jecker, 2021; Kofler and Baylis, 2020). 백신 여권 제도에 의해 미접종자의 이동이 금지되는 것보다 중요한 것은 백신의 공평한 할당과 이를 통해 세계 도처에서 출현하고 있는 COVID-19 변이 바이러스를 억제하는 일이다(WHO, 2021.5.31). 팬데믹의 종식은 일부 국가나 지역에 국한되어 실현될 수 있는 것이 아니기 때문이다.

한편 백신 접종률이 높은 국가에서도 백신 종류에 따라 상이하게 적용되는 출입국 관리 조치로 모빌리티의 제한이 발생할 수 있다. 아프리카 대륙에 가장 널리 보급된 인도 코비실드 백신을 승인한 국가는 전 세계적으로 47개국에 불과하며, 러시아 스푸트니트V 백신은 74개국, 중국의 시노팜과 시노백은 각각 73개국, 47개국이다(COVID-19 Vaccine Tracker, 2021, 2021년 12월 15일 기준). 해당 백신들은 아프리카로부터 이주가 주로 이루어지는 유럽 국가들에서 승인을 받지 못한 경우가 많으므로 모빌리티 제한의 영향은 사회·경제 전 영역으로 확대된다.

COVID-19 팬데믹 이전 시기인 2019년 아프리카인의 이주 목적지는 아프리

6) 주요 논지는 백신 여권을 도입하지 않음으로써 접종자·미접종자 모두에게 동일한 제한적 조치가 적용된다면 그 누구도 혜택을 받지 못하는 불합리한 상황으로 나갈 수 있다는 것이다(Brown *et al.*, 2021: 60). 다만 이와 같은 주장은 개인의 이득이나 손해보다 평등과 공정성 등 비개인적 가치의 중요성이 크다는 점에서 정당화되기 어렵다(이경도, 2021: 44).

카 역내 53%, 유럽 26%, 아시아 11%, 북아메리카 8%, 오세아니아와 라틴·중앙아메리카 각 1% 이하로 집계되었다(UNDESA, 2019; IOM, 2020: 17). 이처럼 아프리카에서의 이주는 주로 아프리카 대륙 내 다른 국가들로의 이동이 절반을 차지할 만큼 활발하게 이루어지고 있다. 그러나 사실상 아프리카 개별 국민이 비자 없이 다른 아프리카 국가로 여행할 수 있는 경우는 약 25%로, 이동이 그렇게 자유로운 것만은 아니다(African Development Bank, 2019: 10). 물론 아프리카 대륙 내의 자유 이동 체제를 수립하기 위한 목적으로 아프리카연합의 자유이동의정서(Free Movement Protocol) 비준과 아프리카자유무역지대(African Continental Free Trade Area, AfCFTA) 출범 등의 노력이 전개되었지만 COVID-19 팬데믹은 이와 같은 노력을 급격하게 후퇴시켰다.

과거 아프리카 대륙 내에서의 국경 관리는 주로 군사적 안보 위협에 대한 우려에서 비롯되었지만 그 고려 사항은 이제 공중 보건과 질병의 관리까지 추가되었다(ICMPD, 2020: 11). 이는 기존의 경계화 방식을 강화시키는 방향으로 전개되었는데, 가령 COVID-19 발생 이전에도 특정 아프리카 국가로 여행하기 위해 필요했던 황열병(yellow fever), 말라리아(malaria) 등의 국제 예방 접종 인증서 제도에 COVID-19 백신 시스템이 추가된 것이다. 2021년 9월 남아공이 백신 여권 제도를 논의하기 시작하였고 동년 10월에는 아프리카 국가 가운데 최초로 토고가 백신 여권을 도입하였다(Africanews, 2021.9.13; GAVI, 2021.10.22).

아프리카에서의 백신 조달과 보급이 지속적으로 이루어지고 백신 여권 제도가 보다 많은 국가들에서 도입된다면 황열병, 말라리아 등 기존 질병에 대한 예방 접종이 WHO가 인정하는 단일한 방식을 거치는 것과 달리 아직까지 통일되지 않은 COVID-19 백신과 그 차별적 인식으로 국가 간 이동에 혼란을 가중시킬 가능성이 크다. 물론 2021년 2월 25일 아프리카 규제 태스크포스가 아스트라제네카·코비실드 백신에 대한 긴급사용을 승인하였으며 이후 다수의 아프리카 국가들도 승인에 동참함으로써 아프리카 국가들이 상호 인정할 수 있는 백신을 구축해 나가고 있다(African CDC, 2021.2.25). 그러나 아프리카에서 코비실드 백신에 뒤이어 가장 많이 승인된 시노팜, 시노백 백신은 공동

승인을 얻지 못하였다. 그로 인해 세이셸과 같이 중국 시노팜 백신 접종 인구가 많은 국가의 경우(WSJ, 2021.5.10), 백신을 기준으로 삼는 경계 관리 방식이 보다 확산된다면 이동은 제한될 수 있다.

아프리카에서 대륙 간 국제 이주가 가장 많은 지역은 지리적으로 인접하며 정치경제적 관계가 밀접한 유럽이다. 아프리카에서 유럽으로의 이주는 COVID-19 백신이 개발되기 이전인 2020년 강력한 국경 폐쇄 조치로 이미 금지되었다. 독일, 프랑스, 이탈리아 등 COVID-19 상황이 위중했던 국가들은 EU 비회원국과 생겐협정 가입국 외 제3국 국민의 입국을 제한하는 조치를 취하였다(심성은, 2020: 2). 이후 2020년 말 COVID-19 백신이 개발되고 2021년 순차적인 보급이 이루어짐에 따라 백신 접종을 조건으로 하는 이동 제한 해제 조치가 취해지기 시작하였다. 그러나 이러한 혜택을 아직까지도 누리지 못하고 있는 아프리카 국가들은 여행, 이주, 노동의 제한을 받고 있다. 더구나 EU가 인정하는 백신(아스트라제네카, 화이자, 모더나, 얀센 백신)과 아프리카에 주로 공여되고 있는 백신(코비실드, 시노팜·시노백 백신)의 불일치성 역시 모빌리티의 차별화를 발생시키고 있다. 예컨대 2019년 아프리카의 이주 경로 가운데 가장 많은 이민자(약 157만 명)를 기록한 알제리-프랑스 관계를 살펴보면(UNDESA, 2019; IOM, 2019: 58), 알제리에서의 주요 사용 백신은 시노팜, 스푸트니크V, 코비실드 백신이지만 프랑스는 해당 백신을 2021년 8월까지 인정하지 않았다(SchenhenVisainfo, 2021.9.11).

다만 2021년 9월 WHO의 긴급 승인을 얻은 백신을 인정하려는 EU 회원국들이 증가하면서 코비실드 백신은 전체 29개 회원국 가운데 18개국에서, 시노팜·시노백 백신은 각각 10개국, 9개국에서 인정받게 되었다(SchenhenVisainfo, 2021.9.7; 2021.9.8; 2021.9.11). 이는 자유로운 이동을 보장하기 위해 COVAX가 주장하는 ‘백신의 동등 인정(equal recognition of vaccines)’으로 나아가기 위한 조치로 볼 수 있다(WHO, 2021.7.1). 특히 아프리카에서 모빌리티는 분명한 생계 전략이며 실업률, 빈곤, 경기 침체를 극복할 수 있는 수단이라는 점(ICMPD, 2020: 16)에서 백신에 의한 부동성의 증가 문제는 해소될 필요가 있다.

2019년 기준 아프리카에서 아시아로의 이주는 주로 북·서아프리카 국가에서 중앙아시아 및 남아시아 국가로의 이동이 다수를 차지하고 일부 동아시아와 동남아시아 국가로의 이동도 확인된다(UNDESA, 2019). 주요 수용국은 비교적 경제적 여건이 좋은 사우디아라비아, 아랍에미리트, 쿠웨이트 등인데(UNDESA 2019; IOM, 2019: 58), 해당 국가들은 COVID-19와 관련된 경계 관리에서 백신의 차별화 혹은 위계화를 보여준다. 가령 사우디아라비아는 입국이 금지된 10개국 이외의 국가에서 입국하는 외국인이 서구권 백신인 아스트라제네카, 화이자, 모더나, 얀센 백신 접종을 완료한 경우에는 시설격리를 면제해 주지만 중국의 시노팜, 시노백 백신 접종자에 대해서는 앞선 4종의 백신 가운데 하나로 추가 접종한 조건에서만 격리면제 혜택을 부여한다(외교부, 2021.10.14). 쿠웨이트 역시 시노팜, 시노백, 스푸트니트V 백신 접종자는 아스트라제네카, 화이자, 모더나, 얀센 백신 가운데 한 종류를 추가 접종해야 입국할 수 있다(외교부, 2021.10.14). 이러한 조치는 아프리카 대륙에 널리 공급되고 있는 인도 코백실드 백신을 인정하지 않고 추가 접종 부담을 가중시키는 것으로서 해당 국가로의 이동을 위축시킨다. 동시에 WHO와 선진규제기관국이 안전하고 효과가 있다고 판단한 백신에 대한 차별적 조건을 만들어 특정 백신을 “2급(second-class)” 백신으로 인식되도록 암시하고 접종 백신에 따른 “백신 카스트 제도(vaccine casteism)”를 만들어낼 가능성이 있다는 점에서 그 함의를 검토할 필요가 있다(Baraniuk, 2021).

한편 북아메리카에서 아프리카 이민자의 주요 수용국은 캐나다와 미국이며, 특히 미국으로의 이동이 활발하다(UNDESA, 2019). 미국의 경계 관리 방식은 2021년 10월 25일 여행 재개를 전후하여 그 차이가 나타났는데(The White House, 2021.10.25), 여행 재개 조치 전에는 영주권자, 시민권자 혹은 이민 비자 소지자를 입국 제한, 시설격리 등에서 예외자로 취급하였으나 단기 입국자에게는 엄격한 통제 조치를 적용하였다. 즉, 여행 재개 이전 미국의 경계 관리와 이동 통제는 백신 미접종자에 대한 자가격리를 통해 일시적 체류와 부동성을 발생시켰다. 개별 주에 따라서는 백신 종류에 따라 이동 제한이 이루어졌다.⁷⁾

또한 백신의 접종률이 증가하고 있는 상황에서도 특정 국가의 감염 위험이 경계 관리의 주요 근거가 되어 국가별 입국 금지 조치가 유지되었다.⁸⁾ 그러나 여행 재개를 촉진하기 위한 대통령 조치(Presidential Proclamation 10294)로 국가별 입국 금지는 해제되었으며, 대신 백신 접종 여부를 통해 입국 금지 여부를 판단하게 되었다(The White House, 2021.10.25). 인정되는 백신은 FDA가 긴급 승인한 화이자, 모더나, 얀센 백신과 WHO가 인정한 아스트라제네카, 시노팜, 시노백 백신 총 6가지로(경향신문, 2021.10.26), 영국과 중국의 백신을 추가적으로 포함하였지만 여전히 모든 백신에 대한 동등 인정이 아니라는 점에서 백신의 종류에 따른 차별화된 경계 관리와 모빌리티 제한이 발생할 수밖에 없다.

사실 WHO의 COVID-19 팬데믹 공포 후 약 1년여간 글로벌 모빌리티를 위축시킨 주요 요인은 개별 국가의 바이러스 감염 위험과 국경 봉쇄 조치라고 볼 수 있다. 이러한 양상을 분석한 국제이주기구(International Organization of Migration)와 이주정책연구원(Migration Policy Institute)의 보고서 「2020년 COVID-19와 글로벌 모빌리티 현황(COVID-19 and the State of Global Mobility in 2020)」(IOM and MPI, 2021)에서는 백신 보급에 따른 이동의 활성화와 관련하여 다음과 같이 언급한다.

-
- 7) 미국 질병통제예방센터(US Centers for Disease Control and Prevention, CDC)는 이민자 의료 검사에 관한 요구 사항에서 COVID-19 백신 예방 접종을 권고하고 있으며, 이때 인정 백신은 WHO의 긴급 승인 백신과 미국 식품의약국(US Food and Drug Administration, FDA)의 승인을 받은 백신이다(CDC, 2021a). 미국 입국 시에도 백신 접종 완료자는 자가격리 조치를 이행할 필요가 없었는데, 다만 인정하는 백신의 종류는 주(州)마다 차이가 있었다. 대부분의 주는 공통적으로 WHO와 FDA 승인 백신을 인정하였지만 뉴햄프셔주는 FDA가 승인한 화이자, 모더나, 얀센 백신 완료자에 대해서만 자가격리를 면제하였다(외교부, 2021.10.14).
- 8) 가령 중국(홍콩, 마카오 제외), 이란, 쟁쟁 26개국, 영국, 아일랜드, 브라질, 남아프리카공화국, 인도를 방문(환송 포함) 후 입국하는 외국인의 경우, COVID-19 음성 확인서를 지참하고 있어도 입국이 불가하였다(외교부, 2021.10.14). 이는 2021년 초, COVID-19 델타 변이 바이러스에 의한 감염이 폭증한 시점에 제정된 입국 금지 조치가 여행 재개 이전까지 지속되었기 때문이다(The White House, 2021.1.25).

앞으로는 ‘이동자(movers)’와 ‘비이동자(non-movers)’, 즉 자유로운 이동을 가능하게 하는 자원 및 기회를 가진 사람들과, 감염병과 관련하여 또는 기존의 비자 제한 및 한정된 자원 등으로 특정 장소에 계류되는 사람들 간의 격차는 더 벌어질 것이다. …… 만약 백신이 일부 국가에서 다른 국가들보다 훨씬 먼저, 널리 보급되고, 여행자에 요구되는 건강 요건이 백신 접종자에게 유리해지기 시작한다면, 아마도 가장 큰(모빌리티의) 차이를 경험하게 될 것이다(IOM and MPI, 2021: 26, 괄호 필자 추가).

즉, 재난과 감염병의 상황 속에서 이동할 수 있는 사람들은 기존의 사회경제적 지위가 보장되는 사람들이며, 백신의 보급이 이러한 양상을 반영한다면 사회경제적 취약계층은 보다 큰 격차와 불평등을 경험하게 된다는 의미이다. 사회적 측면에서 이동은 물리적 위치 변환의 과정일 뿐만 아니라 사회 안전망과 인프라 그리고 각종 서비스에 대한 접근성을 의미하고, 국내외 이동과 정기·비정기 이동을 막론하고 모두 생존을 위한 노동의 전제 조건이 된다. 모빌리티 패러다임이 ‘이동적 존재론’에 기반하여 이동과 관련된 실천, 맥락, 정치에 주목하는 이유도 여기에 있다(셀러, 2019: 75~76).

백신에 따른 경계 관리와 이동 제약의 여파가 차별적으로 작용할 수 있는 아프리카에서의 이주와 노동, 송금의 흐름은 COVID-19 감염 위험에 따른 국경 봉쇄 조치가 시행되었던 때와는 다소 상이하게 전개될 수 있다.⁹⁾ 아프리카의 정기·비정기 이주 노동자들은 2020년 전면적인 국경 폐쇄로 기존 이주 경로를 상실하였을 뿐만 아니라 경제 활동의 어려움과 임금손실을 경험하였다(African Union, 2020.4.14). 이미 수용국에 있던 이주 노동자, 유학생 가운데 일부는 여행

9) 변이 바이러스의 출현은 감염 위험 국가에 대한 통제를 강화시키는 변수로 작용하고 있다. 가령 2021년 11월 24일 오미크론 변이 바이러스(SARS-CoV-2 Omicron variant)가 WHO에 처음 보고되면서 전 세계 국가들은 변이 바이러스가 검출된 남아프리카공화국 및 보츠와나, 그리고 그 주변국들에 대한 선별적인 입국 제한 조치를 취하였다(CDC, 2021b). 변이 바이러스의 출현과 기존 백신의 효과성에 대한 논란은 경계 관리 방식의 우선순위가 유동적으로 변화할 수 있음을 보여준다.

제한으로 취약한 환경에 계류된 채 귀국하지 못하였다(IOM and MPI, 2021: 23~24). 자발적인 이동이 제한되고 강압적인 부동성이 생산되는 환경이 팬데믹과 경계 관리의 작동을 통해 조성된 것이다.

COVID-19의 감염을 막기 위한 경계 관리는 또한 이민자들이 밀입국(smuggling)에 의존하고 위험한 이주 경로를 선택하게 만든다(ICMPD, 2020; IOM and MPI, 2021; MMC, 2020). 2020년 7월, 혼합이주센터(Mixed Migration Centre)가 실시한 ‘이민자 밀입국에 대한 COVID-19의 영향에 관한 설문조사에 따르면, COVID-19 이전과 비교한 밀입국 필요성의 증가 여부를 묻는 질문에서 서아프리카 출신 이민자는 44%, 북아프리카 출신 이민자는 28%가 그 필요성이 증가하였다고 응답하였다(MMC, 2020: 3). 팬데믹의 상황에서 밀입국의 필요성 뿐만 아니라 밀입국 비용도 증가하였으며 이주 경로는 더욱 위험해진 것이다(MMC, 2020: 4~5). 밀입국은 보장되지 않는 신원을 은폐하기 위해 시도되기 때문에 기존의 출입국 절차에 더해지는 검증의 강화는 오히려 밀입국 시도를 더 촉발시킬 수 있다.

COVID-19를 포함한 다양한 감염병에 대한 노출과 위험한 밀입국 과정을 감수하고 이동하는 이유는 가족의 생계를 책임지기 위한 노동과 송금이 절실하기 때문이다(African Union, 2020.4.14). 송금은 국가적 차원에서도 중요한데, 특히 사하라 이남 아프리카 국가들은 국가 경제의 상당 부분을 송금에 의존하고 있다. 가령 2019년 나이지리아의 송금액은 US\$238억으로 추정되며 남수단의 송금액은 GDP의 34.4%를 차지했던 것으로 확인된다(Worldbank, 2020: 27).

아프리카로의 송금액은 전 세계 송금액에서 차지하는 비율이 2019년 11.98%에서 2020년 11.7%로 비슷한 수준에서 유지되었으나 아프리카 국가 전체로 송금된 총액은 2020년 US\$784억으로, 2019년 US\$859억에 비해 감소하였다(UNECA, 2021: 4). COVID-19의 직접적인 위협과 전면적인 봉쇄 조치가 영향을 주었다고 볼 수 있는데 COVID-19로 열악해진 이동·노동 환경과 변화된 관계성의 변화 등을 검토해 볼 필요가 있다.

한편 2021년의 경우, 사하라 이남 아프리카 국가들의 송금액이 2020년

US\$440억에서 2021년 US\$410억으로 약 5.4% 감소할 것으로 예상된다(UNECA, 2021: 16). 중요한 것은 대륙별 혹은 국가별 백신 조달 및 접종률의 차이가 송금액의 차이로 이어져 전 지구적 차원의 사회경제 불평등을 추동하는 원인이 되지 않는지 확인하는 일이다. 이는 보건 불평등이 모빌리티 기회의 불균등과 네트워크 자본의 축소로, 더 나아가 사회공간적 배제의 심화로 이어질 수 있다는 인식에 기초하며, 그 흐름이 신체, 도시, 국가, 그리고 전 세계의 다층적 스케일을 넘나들며 작동하고 있다는 것을 반영한다.

5. 결론

본 연구는 경제화의 실천과 모빌리티 정의의 관점에서 COVID-19 팬데믹과 백신 보급의 상황을 해석해 보고자 하였으며, 특히 아프리카 대륙을 사례로 보건 불평등과 모빌리티 기회의 불균등을 살펴보았다. 2020년 말부터 상용화되기 시작한 COVID-19 백신의 보급은 개별 국가의 경제 관리 방식에 영향을 미쳤는데, 국가별·백신별로 결정되는 이동 통제 및 관리는 체온 측정과 PCR 검사 등에 부가된, 신체를 중심으로 이루어지는 경제 관리 방식을 보여주었다. 백신 선택 및 보급에서 중요한 역할을 하는 가격, 보관·유통 환경, 국가 간 정치외교적 관계 등의 요인은 그 복잡성을 증가시켰고, 국제 관계의 재편 과정에서 배타적으로 이루어지는 백신 사용과 승인은 글로벌 이동을 더욱 위축시켰다. 2020년 COVID-19의 유행과 국경 폐쇄 조치로 축소된 모빌리티에 2021년 백신 보급이 이루어지면서 차별화가 진행되고 있다. 특히 백신 보급과 접종이 저조한 아프리카의 경우에는 백신 여권 제도의 도입과 백신 종류에 따른 차별적인 경제 관리 방식으로부터 더욱 심각한 영향을 받을 가능성이 크다. 가령 이주, 노동, 송금에 의존도가 높은 아프리카 경제는 큰 타격을 받을 것으로 예상되고 있다. 식민시대부터 반복된 아프리카의 보건 불평등은 COVID-19 상황에서도 재현되고 있으며, 그 영향은 모빌리티와 네트워크 자

본의 축소로, 더 나아가 사회공간적 취약성의 증대로 연결되고 있음을 확인할 수 있다.

이러한 검토를 통해 도출한 본 연구의 함의는 다음과 같다. 첫째, 불균등한 모빌리티의 생산이 COVID-19의 감염 위험의 상황뿐만 아니라 백신 개발과 보급을 통해 팬데믹의 종식을 앞당기고 있는 과정에서도 지속되고 있으며, 경계 관리 방식이 백신과 관련된 새로운 신원 정보를 생산함으로써 오히려 차별적이고 배타적인 양상으로 전개되고 있음을 확인하였다. 차별화된 경계 관리와 질서화 전략으로서 모빌리티 통제는 백신 여권 제도와 백신 종류에 따른 출입국 통제 시스템을 통해 구체화되었다. 백신 여권은 전 세계적인 스케일에서 백신 보급과 접종의 불평등을 경험하고 있는 아프리카, 라틴아메리카 등의 저개발국에서 글로벌 이동을 위축시키고 있다. 이는 특정 국가 혹은 지역으로부터의 이주, 무역, 여행 등의 제한으로 이어져 출입국이 이루어지는 국가 모두에게 부정적 영향을 줄 수 있다는 우려를 낳고 있다. 한편 백신 종류에 따른 차별화된 출입국 제도는 개별 국가가 경쟁하듯 진행한 백신 개발의 결과로서 정치외교적 결정에 영향을 받고 있다. 개별 국가의 백신 승인과 접종 과정에서 백신의 의학적 안전성과 효과를 먼저 고려하고 있지만 이 외에도 가격 및 보관·유통 환경, 그리고 제한된 백신 생산량으로 인해 보건외교의 측면이 반영되고 있는 실정이다. 이 과정에서 백신의 개발·생산국은 자국의 백신을 중심으로 타 백신에 대한 배타적인 태도를 보이고 있으며, 이는 국제 관계에도 반영되어 글로벌 모빌리티의 혼란을 가중시키고 있다. 특히 백신에 대한 차별화와 특정 백신 접종자에 대한 타자화가 추동되면서 백신에 대한 신뢰를 낮추고 신체에 대한 새로운 차별 기제를 생산할 수 있는 문제점을 발생시킨다. COVAX는 WHO와 선진규제기관국이 승인한 모든 백신에 대한 동등 인정을 촉구하는 등의 노력을 기울이고 있는데, 모빌리티 정의의 관점에서 이와 같은 주장은 감염병 상황에서 심화되는 불균등한 모빌리티 기회의 문제를 완화시키기 위한 실천적 논의로 이해될 수 있다.

둘째, 아프리카 대륙의 경우, 식민시대부터 지속된 보건 불평등이 COVID-19

상황에서 백신 보급의 불균등으로 이어졌으며, 이는 모빌리티와 네트워크 자본의 축소를 매개로 사회경제적 취약성을 다시 악화시키는 양상으로 전개되고 있다. 아프리카는 식민주의 역사와 신자유주의 체제에 기인한 보건 불평등을 극복하지 못하고 있다. 특히 HIV/AIDS, 고병원성 인플루엔자 등 감염병의 상황에서는 그 위험이 보다 차별적인 양상으로 전개되어 왔으며, 이러한 양상은 COVID-19 팬데믹 상황에서도 백신 접종의 불균등으로 재현되었다. 자국민의 생명 보존과 안전을 위한 백신 민족주의는 불균등한 백신의 보급을 가져왔으며 전 세계적으로 감염의 위험을 낮추고 팬데믹의 종식을 늦추는 데에는 부정적 영향을 미쳤다. 한편 백신을 통한 보건 외교 정책은 생명을 담보로 한 지정학적·지경학적 이익을 창출하기 위해 전략적으로 이용되고 있는데, 아프리카는 그 주요 무대가 되고 있다. 이주 노동과 송금에 상당 부분을 의존하는 아프리카의 개별 국가들은 저조한 백신 보급으로 인해 백신과 관련된 경계 관리와 모빌리티 통제의 부정적 영향을 심각하게 받을 것으로 예상되며, 결국 사회공간적 배제와 글로벌 격차는 더욱 확대될 상황에 놓이게 되었다. 보건 불평등, 모빌리티 축소, 사회경제적 취약성의 악화로 이어지는 흐름을 끊는 것은 일차적으로 평등한 백신 보급을 통해 분배적 정의를 실천하는 데 있다. 이를 위해서 백신 자체에 대한 보급과 조달된 백신을 접종 가능하게 하는 의료 및 유통·보관 인프라에 대한 지원, 전문 의료 인력의 양성, 생산량 부족 문제를 극복하기 위해 개별 국가로의 백신 생산 시설의 이전, 더 나아가 생산 기술의 이전이 필요하며, 이러한 모든 과정에 직접적으로 연관된 지역사회 및 국가가 관련 논의와 해결책 마련에 동등하게 참여할 수 있는 기회가 보장되어야 한다.

본 연구에서는 팬데믹하에서 개인의 권리로서의 이동의 자유뿐만 아니라 이와 관련된 다차원적인 모빌리티 정치를 파악하고자 하였으나 경계화의 실천과 맥락을 전 지구적인 차원에서 바라보며 개별 국가의 경계 관리 방식에 중점을 두어 고찰하였다는 점에서 한계를 지닌다. 이 과정에서 신원 관리와 생체 계측 등 신체 스케일에서 이루어지는 경계화의 실천을 다루었으나 그러한 실천이 전개되는 구체화된 장소나 도시 사례에 대한 심층적인 분석이 이루어

지지 못하였다. 경계화의 실천과 이의 대응 과정이 적극적으로 나타나는 국경
검문소, 공항, 항만 등에 대한 미시적 차원의 공간 분석을 통해 보완될 필요가
있다. 이와 같은 공간과 장소는 의도된 실천과 우연적 행위의 결합으로 경계
화의 실천과 경계 넘기의 행위가 다차원적으로 구성되는 곳임을 고려할 때,
새로운 이동정치와 실천 혹은 투쟁을 포착할 수 있는 기회를 제공할 것이다.

원고접수일: 2021.11.18.

심사완료일: 2021.12.13.

게재확정일: 2021.12.17.

최종원고접수일: 2021.12.19.

Abstract**Restructuring Borders and Mobilities in
Response to COVID-19 Vaccine Distribution:
The Case of Africa**

Jun Hong Park · Heesun Chung

This study examines the inequitable distribution of vaccines under the COVID-19 pandemic, and explores the context of the emergence of health inequality and restrictions on mobility opportunities, with a case of the African continent, in order to emphasize the need for a change in awareness and practical strategies to implement mobility justice. Under the COVID-19 pandemic, vaccination status and the type of vaccine administered has become the standard for border management as new identity information, which (re)produces discriminatory and exclusive relationships. In the case of Africa, health inequality that has persisted since the colonial era has led to inequality in vaccine distribution in the context of COVID-19, which is again exacerbating socioeconomic vulnerability through reduced mobility opportunities and network capital. The exclusive vaccine approval and unequal vaccine procurement in countries around the world are restructuring border management methods and mobility, which represents the biogeopolitics of infectious diseases to achieve geopolitical goals based on biopolitical governance. Breaking the flow that leads to worsening health inequality, mobility reduction, and socioeconomic vulnerability in underdeveloped countries is primarily to practice distributive justice through equal distribution of vaccines. It ultimately requires contemplation and reflection on whether the way in which the human body is regarded as a boundary through vaccines leads to the differentiation of mobility rights and opportunities.

Keywords: pandemic, COVID-19 vaccine, bordering, mobilities, mobility justice

참고문헌

- 강문수·정민지·박규태. 2021. 「아프리카 코로나19 백신 공급 현황과 시사점」. 《세계경제 포커스》, 4권 5호, 1~16쪽.
- 김상배. 2020. 「COVID-19와 신형안보의 복합지정학: 팬데믹의 창발과 세계정치의 변환」. 《한국정치학회보》, 54권 4호, 53~81쪽.
- 김태환. 2021. 「미·중 가치 경쟁과 백신외교」. 《IFANS 주요국제문제분석》, 22권, 1~35쪽.
- 노윤재·문지영. 2021. 「인도와 중국의 코로나19 백신 개발 및 외교 동향과 시사점」. 《세계경제 포커스》, 4권 10호, 1~14쪽.
- 머터, 존(Mutter, John). 2020. 『재난 불평등』. 정상미 옮김. 파주: 동녘.
- 박준홍·백지혜·이지나·정희선. 2021. 「코로나19 집단감염 사례를 통해 본 소수자에 대한 사회공 간적 배제: 이태원 클럽 감염을 중심으로」. 《국토지리학회지》, 55권 2호, 137~154쪽.
- 부잔, 배리(Buzan, Barry). 1995. 『세계화 시대의 국가안보』. 김태현 옮김. 서울: 나남.
- 서정경. 2021. 「중국의 백신 외교: “팬데믹 시기 내가 리더다!”」. 《아시아브리프》, 11호, 1~5쪽.
- 셸러, 미미(Sheller, Mimi). 2019. 『모빌리티 정의』. 최영석 옮김. 서울: 엘피.
- 최재덕. 2020. 「코로나 팬데믹 시대, 국제질서의 변화와 러시아의 외교전략: 중러·미러 관계를 중 심으로」. 《중소연구》, 44권 3호, 49~85쪽.
- 심성은. 2020. 「코로나19 대유행시기 유럽연합 주요동향과 함의」. 《이슈와 논점》, 1753호, 1~4쪽.
- 위민복. 2021. 「코로나19 백신 관련 EU와 미국의 수출통제」. 《통상법률》, 151호, 137~173쪽.
- 은진석·이정태. 2021. 「백신은 공공재인가: 미·중 패권경쟁 사례를 중심으로」. 《국제지역연구》, 25권 2호, 161~189쪽.
- 이경도. 2021. 「코로나19 백신 접종 여부에 따른 차등 대우와 불평등은 정당한가?」. 《생명윤리》, 22권 1호, 37~54쪽.
- 전웅. 2020. 「국가안보와 인간안보」. 《국제정치논총》, 44권 1호, 25~49쪽.
- 조문영. 2020. 「한국사회 코로나 불평등의 위계」. 《황해문화》, 108호, 16~34쪽.
- 최병두. 2020. 「코로나19 위기와 방역국가: 인권과 인간 생태안보를 중심으로」. 《공간과 사회》, 30권 4호, 7~50쪽.
- 최성민. 2021. 「팬데믹의 현재와 백신의 미래」. 《OUGHTOPIA》, 36권 1호, 5~38쪽.
- 크레스웰, 팀(Cresswell, Tim). 2021. 『은 더 무브: 모빌리티의 사회사』. 최영석 옮김. 서울: 엘피.
- 포페스쿠, 가브리엘(Popescu, Gabriel). 2018. 『국가·경계·질서: 21세기 경계의 비판적 이해』. 이영민·이용균·이현옥·김수정·이종희·이지선·장유정 옮김. 서울: 푸른길.
- African Development Bank. 2019. *Africa Visa Openness Report 2019*.
- Africa CDC. 2021. *Guidance on Emergency Expedited Regulatory Authorisation and Access to COVID-19 Vaccines in Africa*.
- Baraniuk, C. 2021. “What do we know about China’s covid-19 vaccines?.” *BMJ*, Vol.373,

DOI: 10.1136/bmj.n912

- Bigo, D. 2001. "The Möbius Ribbon of Internal and External Security(ies)." In Albert, M., Jacobson, D. and Y. Lapid (eds.). *Identities, Borders, Orders*. Minneapolis: University of Minnesota Press. pp.91~116.
- Bisong, A., Ahairwe, P. E. and E. Njoroge. 2020. *The impact of COVID-19 on remittances for development in Africa*. Maastricht: ECDPM.
- Bollyky, T. J. and C. P. Bown. 2020. "The Tragedy of Vaccine Nationalism: Only Cooperation Can End the Pandemic." *Foreign Affairs*, Vol.99, No.5, pp.96~100.
- Bond, P. and G. Dor. 2008. "Uneven Health Outcomes and Political Resistance under Residual Neoliberalism in Africa." *International Journal of Health Services*, Vol.33, No.3, pp.607~630.
- Bracking, S. and G. Harrison. 2003. "Africa, Imperialism and New Forms of Accumulation." *Review of African Political Economy*, Vol.30, No.95, pp.5~10.
- Brown, R. C. H., Kelly, D. Wilkinson, D. and J. Savulescu. 2021. "The scientific and ethical feasibility of immunity passports." *The Lancet Infectious Diseases*, Vol.21, No.3, pp.58~63.
- Büyüm, A. M., Kenny, C., Koris, A. Mkumba, L. and Y. Raveendran. 2020. "Decolonising global health: if not now, when?." *BMJ Global Health*, Vol, 5, No.8, DOI:10.1136/bmjgh-2020-003394.
- Cole, J. and J. Dodds. 2020. "Unhealthy geopolitics? Bordering disease in the time of coronavirus." *Geographical Research*, Vol.59, No.2, pp.169~181.
- Cresswell, T. 2010. "Towards a politics of mobility." *Environment and Planning D: Society and Space*, Vol.28, No.1, pp.17~31.
- Cresswell, T. 2020. "Valuing mobility in a post COVID-19 world." *Mobilities*, Vol.16, No.1, pp.51~65.
- ICMPD. 2020. *COVID-19 and the Future of Migration and Mobility in Africa*.
- IOM. 2019. *World Migration Report 2020*.
- IOM. 2020. *Africa Migration Report: Challenging the Narrative*.
- IOM and MPI. 2021. *COVID-19 and the State of Global Mobility in 2020*.
- Jauhiainen, J. S. 2020. "Biogeopolitics of COVID-19: Asylum-Related Migrants at the European Union Borderlands." *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, Vol.111, No.3, pp.260~274.
- Jecker, N. S. 2021. "Vaccine passports and health disparities: a perilous journey." *Journal of Medical Ethics*, DOI:10.1136/medethics-2021-107491.
- Kalantaryan, S. and S. McMahon. 2020. *Covid-19 and Remittances in Africa*. Luxembourg:

- Publications Office of the European Union.
- Katz, I. T., Weintraub, R., Bekker, L. G. and A. M. Brandt. 2021. "From Vaccine Nationalism to Vaccine Equity - Finding a Path Forward." *New England Journal of Medicine*, Vol.384, pp.1281~1283.
- Kofler, N. and F. Baylis. 2020. "Ten reasons why immunity passports are a bad idea." *Nature*, Vol.581, pp.379~381.
- Lawal, Y. 2021. "Africa's low COVID-19 mortality rate: A paradox?." *International Journal of Infectious Diseases*, Vol.102, pp.118~122.
- MMC. 2020. *Impact of COVID-19 on migrant smuggling*.
- Newman, D. 2006, "Borders and Bordering: Towards an Interdisciplinary Dialogue." *European Journal of Social Theory*, Vol.9, No.2, pp.171~186.
- Nkengasong, J. N., Ndembi, N., Tshaangela, A. and T. Raji. 2020. "COVID-19 vaccines: how to ensure Africa has access." *Nature*, Vol.586, pp.197~199.
- Oxfam. 2021. *The Inequality Virus: Bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy*.
- Sassen, S. 2006. *Territory, Authority, Rights: From Medieval to Global Assemblages*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sheller, M. 2013. "The islanding effect: Postdisaster mobility systems and humanitarian logistics in Haiti." *Cultural geographies*, Vol.20, No.2, pp.185~204.
- Sheller, M. 2016. "Uneven Mobility Futures: A Foucauldian Approach." *Mobilities*, Vol.11, No.1, pp.15~31.
- Sheller, M. 2018. "Theorising mobility justice." *Tempo Social*, Vol. 30, No.2, pp.17~34.
- Sheller, M. and J. Urry. 2006, "The New Mobilities Paradigm." *Environment and Planning A*, Vol.38, No.2, pp.207~226.
- Shepherd, A., Mitchell, T., Lewis, K., Lenhardt, A. Jones, L., Scott, L. and R. Muir-Wood. 2013. *The geography of poverty, disasters and climate extremes in 2030*. London: ODI.
- Hallegette, S., Bangalore, M., Bozanigo, L., Fay, M., Kane, T., Narloch, U., Rozenberg, J., Treguer, D. and A. Vogt-Schilb. 2016. *Shock Waves: Managing the Impacts of Climate Change on Poverty*. Washington, DC: WorldBank.
- Houtm, H. V. and T. V. Naerssen. 2002. "Bordering, Ordering and Othering." *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, Vol.93, No.2, pp.125~136.
- Tanner, R. and C. M. Flood. 2021. "Vaccine Passports Done Equitably." *JAMA Health Forum*, Vol.2, No.4, doi:10.1001/jamahealthforum.2021.0972.
- Tierney, K. J. 2006. "Social Inequality, Hazards and Disasters." In Daniels, R. J., Kettl, D.

F. and H. Kunreuther(Eds.). *On Risk and Disaster: Learning from Hurricane Katrina*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. pp.109~127.

UNAIDS. 2021. *Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet*.

UNDESA. 2019. *International Migrant Stock 2019*.

UNECA, 2021. *African regional review of implementation of the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*.

Walker, R. B. J. 1993. *Inside/Outside: International Relations as Political Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Bank. 2020. *COVID-19 Crisis Through a Migration Lens*.

기사

경향신문. 2021.10.26. “미국, 다음달부터 백신접종 마친 외국인만 입국 허용…18세 미만은 예외.”

매일경제. 2017.11.16. “노인을 위한 지진매뉴얼은 없다.”

법률저널. 2021.5.5. “‘백신확보전쟁’과 재화를 둘러싼 ‘해석 투쟁’ 가능성.”

연합뉴스. 2020.9.30. “‘질병 취약’ 아프리카, 코로나19 선방 비결은.”

연합뉴스. 2021.6.11. “바이든, 백신 외교 본격 시동…“기부에 조건 없다”.”

외교부. 2021.10.14. “코로나19 확산 관련 각국의 해외입국자에 대한 조치 현황: 총 185개 국가지역.”

한겨레21. 2019.5.13. “택 막힌 대피로 택 없는 매뉴얼.”

African CDC. 2021.2.25. “Africa Regulatory Taskforce has Endorsed the Emergency Used Listing for Two Versions of the AstraZeneca-Oxford Vaccine.”

Africanews. 2021.9.13. “South Africa announces COVID ‘vaccine passport’ plans.”

African Union. 2020.4.14. “Statement of the African Union (AU) Labour Migration Advisory Committee (LMAC) on the novel Coronavirus Disease COVID-19 and the condition of African Migrant Workers.”

BBC. 2020.10.8. “Coronavirus in Africa: Five reasons why Covid-19 has been less deadly than elsewhere.”

BBC. 2021.10.1. “Covid-19 vaccinations: More than 50 nations have missed a target set by the WHO.”

BBC. 2021.12.14. “Nicaragua receives China vaccines after cutting ties with Taiwan.”

Foreign Policy. 2021.7.9. “U.S. Blunts China’s Vaccine Diplomacy in Latin America.”

GAVI. 2021.10.22. “Togo becomes one of the first African countries to introduce digital vaccine passports.”

SchenhenVisainfo. 2021.9.7. “Travel: List of EU Countries Accepting Sinovac Vaccine as Proof of Immunity for Entry.”

SchenhenVisainfo. 2021.9.8. “These Are the EU Countries That Permit Entry for Those

Vaccinated With Sinopharm.”

SchenhenVisainfo. 2021.9.11. “EU Travel: Covishield, Sinopharm & Sinovac Vaccines Are Most Widely Accepted by EU Countries After Those Authorised by EMA.”

The White House. 2021.1.25. “A Proclamation on the Suspension of Entry as Immigrants and Non-Immigrants of Certain Additional Persons Who Pose a Risk of Transmitting Coronavirus Disease.”

The White House. 2021.10.25. “A Proclamation on Advancing the Safe Resumption of Global Travel During the COVID-19 Pandemic.”

The White House. 2021.11.26. “A Proclamation on Suspension of Entry as Immigrants and Nonimmigrants of Certain Additional Persons Who Pose a Risk of Transmitting Coronavirus Disease 2019”

UN. 2021.4.16. “Unequal Vaccine Distribution Self-Defeating, World Health Organization Chief Tells Economic and Social Council’s Special Ministerial Meeting.”

WHO. 2021.2.11. “Rising mortality as Africa marks one year of COVID-19.”

WHO. 2021.5.14. “Risks and challenges in Africa’s COVID-19 vaccine rollout.”

WHO. 2021.5.31. “A New Commitment for Vaccine Equity and Defeating the Pandemic.”

WHO. 2021.7.1. “Joint COVAX Statement on the Equal Recognition of Vaccines.”

WorldBank. 2021.6.14. “The World Bank and the African Union’s COVID-19 Africa Vaccine Acquisition Task Team (AVATT) agree to work together to deploy vaccines for 400million Africans.”

WSJ. 2021.5.10. “Seychelles, the World’s Most Vaccinated Nation, Sees Renewed COVID-19 Surge.”

WSJ. 2021.12.5. “China Seeks First Military Base on Africa’s Atlantic Coast, U.S. Intelligence Finds.”

웹사이트

Biospace. 2021. “UPDATED Comparing COVID-19 Vaccines: Timelines, Types and Prices.” <https://www.biospace.com/article/comparing-covid-19-vaccines-pfizer-biontech-moderna-astrazeneca-oxford-j-and-j-russia-s-sputnik-v/>(검색일: 2021.10.14).

CDC. 2021a. “CDC Requirements for Immigrant Medical Examinations: COVID-19 Technical Instructions for Panel Physicians.” <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/panel-physicians/covid-19-technical-instructions.html>(검색일: 2021.10.20).

CDC. 2021b. “Omicron Variant: What You Need to Know.” <https://www.cdc.gov/coronavirus/>

2019-ncov/variants/omicron-variant.html(검색일: 2021.12.14).

COVID-19 Vaccine Tracker. 2021. “Approved Vaccines.” <https://covid19.trackvaccines.org/vaccines/approved/#vaccine-list>(검색일: 2021.12.15).

UNICEF. 2021. “COVID-19 Vaccine Market Dashboard.” <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>(검색일: 2021.10.19).

WHO. 2021a. “Vaccination data.” <https://covid19.who.int/who-data/vaccination-data.csv>
(검색일: 2021.10.14).

WHO. 2021b. “Status of COVID-19 Vaccines within WHO EUL/PQ evaluation process.” https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Status_COVID_VAX_29Sept2021_0.pdf(검색일: 2021.10.14).