



PHI Research Report 2016-01

PHI 연구보고서 2016-01



인권 중심의 위기대응: 시민, 2015 메르스 유행을 말하다

모두가 건강한 사회를 만들어가는
시민건강증진연구소
People's Health Institute

건강·생명·인권·연대
건강세상네트워크
Health Right Network

PHI Research Report 2016-01

PHI 연구 보고서 2016-01

인권 중심의 위기대응: 시민, 2015 메르스 유행을 말하다

출판일 || 2016년 2월 15일

편집인 || 김 명 희 (시민건강증진연구소 연구원)

공동저자 || 김 광 묘 (서울대학교 보건대학원 박사과정)

(가나다 순) 김 명 희 (시민건강증진연구소 연구원)

김 정 숙 (건강세상네트워크 활동가)

박 유 경 (서울대학교 보건대학학원 박사과정)

송 리 라 (시민건강증진연구소 영펠로우,
중앙대학교 사회학과 박사과정)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소

서울시 서초구 방배동 812-25 보성빌딩 4층

전화: 070 8658-1848 팩스: 02 581-0339

누리집: www.health.re.kr

전자우편: phikorea@gmail.com

ISBN || 979-11-87195-01-6 (PDF)

머리글

지난 메르스 유행 과정에서 ‘공중’의 보호를 위해 많은 이들이 자신의 안전과 건강을 유보했고, 또 일부는 원하지 않는 위협과 차별, 배제, 프라이버시의 침해를 경험했다. 상황의 긴박함이라는 해명만으로는 충분치 않다. 만일 앞으로 발생하는 있는 공중보건 위기 혹은 사회적 재난 상황에서도 그러한 인권 침해가 반복된다면 위기 대응은 실패할 수밖에 없다. 공중보건 위기 대응 정책이 효과를 발휘하기 위해서는 신뢰와 폭넓은 수용성, 시민의 협조가 필수적이기 때문이다. 이는 윤리적 고려이자 실용적 고려이기도 하다.

그동안 정부와 학계, 언론의 평가들이 메르스 유행의 원인, 대처가 부실했던 이유를 규명하는데 초점을 두었다면, 우리는 인권과 사회정의라는 측면에서 국내의 메르스 유행을 되짚어보고 문제의 구조와 기전을 파악하고자 했다. 이는 메르스 유행이 시작된 이래 일관되게 시민적 관점에서의 평가와 협치의 중요성을 강조해왔던 우리 주장에 대한 스스로의 답변이기도 하다.

재난은 고통스러운 경험이지만, 보다 나은 체계로 이행하는 새로운 기회의 창이기도 하다. 우리는 이러한 작업을 통해서, 향후 또 다른 공중보건 위기나 재난 상황에서 좀더 평등하고 정의로운 사회적 대응을 하기 위한 교훈을 찾고자 했다. 우리의 분석에 대한 비판과 더 나은 대안을 위한 활발한 토론이 촉발되기를 바란다.

연구에 도움을 준 민주노총 공공운수노조, 의료연대본부, 노동건강연대, 안성의료복지사회적협동조합, 지구인의 정류장, 전북 순창 장덕리 주민들, 홈리스행동, ‘에이즈환자 건강권 보장과 국립요양병원 마련을 위한 대책위원회’, 이름을 밝히지 않은 여러 명의 노동자/시민/활동가들에게 감사드린다. 또한 독립적 연구가 가능하도록 물질 토대를 지원해 준 (사)시민건강증진연구소와 건강세상네트워크의 후원회원들에게도 감사드린다.

2016.02.15.

연구진 일동

요약문

공중보건 위기 대응 정책이 효과를 발휘하기 위해서는 신뢰와 폭넓은 수용성, 시민의 협조가 필수적이다. 이는 윤리적 고려이자 실용적 고려이기도 하다. 그동안 메르스와 관련된 대부분의 평가 작업이 유행의 원인, 대처가 부실했던 이유를 규명하는데 초점을 두었다면, 우리는 인권과 사회정의라는 측면에서 국내의 메르스 유행을 되짚어보고 문제의 구조와 기전을 파악하고자 했다. 구체적으로는 다음과 같은 두 가지 목표를 갖는다. 첫째, 노동자와 평범한 시민들이 메르스 유행 중 일터를 비롯한 생활공간에서 어떤 경험들을 했는지, 이들이 예기치 못한 위험에 어떻게 대응했는지 드러내고자 했다. 둘째, 건강할 권리, 노동할 권리, 알 권리, 인간으로서 차별 없이 존중받을 권리가 어떤 구조와 기전을 통해 침해당하고 경시되었는지를 파악하고자 했다.

우선, 노동자들은 메르스 유행 과정에서 충분한 보호 없이 ‘최전선’에 내몰리기 일쑤였다. 특히 보건의료 노동자들은 메르스 감염 위험은 물론 과로와 스트레스, 심지어 오명과 차별을 경험했다. 이들은 메르스를 비롯하여 전반적으로 감염 감리와 관련된 충분한 교육과 훈련을 받지 못했고, 허술한 대응 지침으로 극심한 업무 혼란에 직면했다. 만성적인 인력난은 이들의 대응을 더욱 어렵게 만들었다. 공공부문 서비스 노동자들은 직접 환자 진료에 참여한 것은 아니었지만, 감염에 대한 공포와 과로, 업무의 혼란과 책임 전가 등으로 커다란 스트레스를 경험했다.

비정규 노동자 차별은 메르스 유행에서도 다양한 형태로 지속되었으며, 빈곤아동, 이주노동자와 홈리스, 에이즈 환자 같은 사회적 취약계층에 대한 의도적/비의도적 배제와 차별이 극심했다. 또한 공중을 보호한다는 명목으로 검역 조치가 강화되는 과정에서, 마을 폐쇄 같은 극단적 조치가 취해지기도 했다.

우리는 이러한 현실이 한국 사회에 깊이 자리한 불평등과 낮은 민주주의에 의해 촉발된 것이라고 진단했다. 우선 노동안전보건 관점이 결여된 병원 감염 관리체계와 실종된 작업장 민주주의는 보건의료 노동자와 공공부문 노동자들의 고통을 초래한 구조적 요인이다. 둘째, 불안정 고용, 인종주의와 그에 기초한 고용허가제도, ‘잔여적’ 공공보건의료 체계, 지역적 위계화와 결합한 강압적 검역조치는 사회적 취약계층에게 차별과 배제의 정치로 작동했다. 셋째, 신종 감염병이라는 새로운 위험에 대한 위험소통을 포함한 ‘위험/재난 거버넌스’의 실패가 이러한

위험의 불평등과 차별적 상황을 초래한 주요 요인이었다.

향후 이러한 실패를 반복하지 않기 위해서 우리는 다음과 같은 원칙들을 제안하고자 한다.

- 첫째, 공중보건 위기 상황에서도 개인의 자유와 평등은 중요하게 다루어져야 한다. 감염병 유행 대응 과정의 격리와 검역 조치, 감시와 접촉자 추적은 과학적 타당성과 더불어 윤리적 정당성을 균형 있게 고려해야 한다. 구체적으로 ① 전파 확률과 위해의 중증도 측면에서 위험을 평가하되 불확실성을 고려한 과학적 평가에 기초해야 한다. ② 무차별적 제한이 아니라 타당성이 인정된 표적화된 제한 조치를 시행해야 한다. ③ 강제적인 검역보다는 가급적 ‘자발적’인 검역을 취할 수 있도록 한다. ④ 격리나 검역은 가급적 안전하고 인간적인 환경에서 이루어져야 하며, 가능하다면 가장 덜 제한적인 방법이 사용되어야 한다. 예컨대 별도의 격리 시설보다는 가능하다면 자택에서 이루어질 수 있도록 한다. ⑤ 특히 검역의 경우 공중의 보호를 위해 건강한 개인의 자유를 제한한 만큼 생계 보장 등 공정한 대우를 보장해야 한다. ⑥ 이 과정은 절차적으로 공정하고 투명해야 한다. ⑦ 오명과 낙인의 가능성을 최소화하기 위해 당사자 혹은 위험에 처한 지역사회의 의견을 구하는 과정이 필요하다. ⑧ 접촉자 추적과 감시 과정에서 정보의 활용과 공개 가능성, 위해와 관련한 투명성이 절대적이다. ⑨ 수집된 자료들이 공중보건 목적으로만 쓰일 것은 분명히 해야 하며, 실제로 그래야 한다.
- 둘째, 위험의 불평등한 분배가 발생하지 않도록 고려해야 한다. 공중보건 위기 대응 과정에서 차별적 영향을 최소화하기 위해, ① 공중보건 위기 상황에서 취약계층을 어떻게 보호할 것인지에 대한 사전 계획이 마련되어야 한다. ② 또한 사회적 안전망과 공공보건체계를 강화해야 한다.
- 보건의료 노동자의 직업안전보건 문제가 중요하게 다루어져야 한다. 보건의료 노동자 보호야말로 공중보건 위기에 대응하고 일상적인 보건의료 필요를 충족시킬 수 있는 보건의료 체계의 역량을 갖추는 데 핵심적 요소이다. 공중보건 위기 대응 과정에서 대중을 보호하는 데 참여하는 보건의료 노동자와 기타 인력들의 부담을 인정하고 그들을 보호하고 지원할 수 있는 조치를 마련해야 한다. 이를 위해서는 ① 무엇보다도 병원이 환자를 돌보고 보호하는 서비스 공간일 뿐 아니라, 보건의료 노동자들이 안전하고 건강하게 일할 수 있는 노동의 공간이라는 점을 인식해야 한다. ② 충분히 알지 못하는 새로운 위험요인으로부터 노동자들을 보호하기 위해 ‘사전주의 원칙 (precautionary principle)’을 준수해야 한다. ③ 보건의료 체계 내에 고용되어 있는 불안정 노동자의 보호 방안을 특별히 고려해야 한다.

- 앞서의 제안들이 현실화되기 위해서는 무엇보다 위험 ‘거버넌스’ 체계의 구축이 필요하다. 전통적 위험 인식 패러다임에 기초한 위험 ‘관리’ 모형으로는 새로운 사회적 위기, 공중보건 위기에 효과적이면서 보다 정의로운 방식으로 대응하기 어렵다. 특히 정부와 전문가에 대한 시민의 신뢰가 위험인식에 매우 중요한 영향을 미친다는 점을 인정하고, 공중보건 위기 대응 과정에 전문가-정부-시민의 상호 신뢰 관계를 구축하고 다양한 이해당사자들의 경험을 반영하는 의사결정 구조를 만드는 것이 필요하다. 또한 공중보건 위기 상황에서 정부의 권력 남용을 방지하고 책임성을 강화하기 위해서도 거버넌스는 중요하다. 하지만 협력적 거버넌스를 구축한다는 것이 정부와 시민사회가 부담해야 할 책임의 크기가 같다는 것을 의미하지는 않는다. 위기에 대응할 수 있는 권력과 자원은 압도적으로 정부 측에 존재한다. 정부의 책무성을 강화하고 시민의 참여를 높일 수 있는 거버넌스 방안으로 다음과 같은 것들을 제안하고자 한다. ① 공중보건 위기가 발생하고 이에 대응해야 하는 긴급 상황에서 협력적 거버넌스를 새롭게 구축하는 것은 불가능하다. 그보다는 중앙 혹은 지방정부 차원에서 공중보건 위기 대응 기획이나 평가 과정에 거버넌스가 작동할 수 있는 제도를 만들어야 한다. ② 일선 현장에서 거버넌스의 가장 구체적이고 현실적인 실행 방안은 노동조합을 통한 작업장 민주주의의 강화가 될 것이다. 보건의료기관이든 공공서비스 기관이든, 현장에서 실무를 담당하는 노동자들의 경험과 의견이야말로 불확실성의 위기를 효과적이고 유연하게 대처할 수 있도록 하는 집단지성이다. 또한 사업장 권력 관계에서 힘의 균형추를 찾아줄 노동자의 대표 기구는 노동자를 위협으로부터 보호할 수 있는 유력한 수단이다. ③ 지방정부는 지역사회 차원에서 공중보건 위기 대응에 중요한 역할을 할 수 있는 주체들과 평소에 네트워크를 구축하고 위험 소통이나 위기 시 지원 방안을 마련해두어야 한다.

고통스러운 경험은 한 번으로 족하다. 실패를 교훈으로 삼아, 향후 한국 사회에서의 공중보건 위기 대응은 보다 평등하고 정의로우며 합리적인 것이 되기를 기대한다.



차 례

머리글	iii
요약문	iv
메르스 유행과 대응의 타임라인	2
1. 들어가는 글	3
2. 자료의 수집	6
3. ‘을’들이 경험한 메르스 유행	7
3.1. 충분한 보호 없이 ‘최전선’에 내몰린 노동자들	7
3.1.1. 보건의료 노동자들이 경험한 메르스 유행	7
3.1.2. 공공부문 노동자들의 메르스 유행 경험	17
3.2. ‘투명인간’의 비애	21
4. 왜, 어떻게 이런 일이 벌어졌는가?	31
4.1. 불평등의 정치학	31
4.1.1. 기울어진 경기장: ‘노동’의 열세	32
4.1.2. 차별과 배제의 정치	43
4.2. 취약한 거버넌스와 민주주의	51
4.2.1. 위험관리의 실패: 위험인식과 위험소통	52
4.2.2. ‘재난 거버넌스’의 실패	59
5. 위기를 반복할 것인가?	64
6. 맺음말	70
§ 참고문헌	71

〈표 차례〉

표 1 메르스 감염 확진된 보건의료 종사자의 분포	8
표 2 간호사 감염 경과	34
표 3 감염관리팀 구성	36
표 4 조직 민주주의의 주요 요소들	42
표 5 연도별 한국의 공공보건의료 비중	45
표 6 한국 사회 위험관리의 특징과 문제점	55

〈그림 차례〉

그림 1 신종/재출현 감염병의 세계적 발생 현황	32
그림 2 호흡기 감염병의 증상 발현 시기와 감염 기간	35
그림 3 메르스 유행 기간 산업안전보건연구원의 공지사항	36
그림 4 메르스 유행 기간 안전보건공단의 메르스 관련 안내	37
그림 5 위험관리, 위기관리, 재난관리의 과정적 정의	51
그림 6 위험 관리의 과정	54
그림 7 재난관리의 개념 전환	60





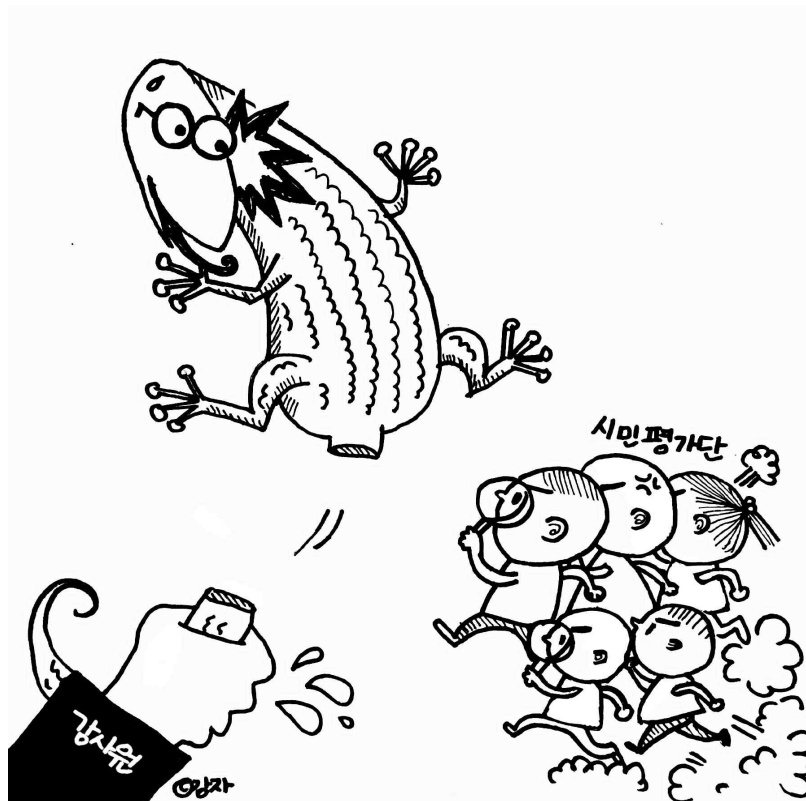
메르스 유행과 대응의 타임라인



1. 들어가는 글

두 달 동안은 현실감이 없고 일을 하면서도 꿈같았어요. 진짜 이런 일이 일어났구나... 그런데 지금은 지났잖아요. 언제 그런 일이 있었나..

2015년 늦은 봄부터 한국 사회를 대 혼란에 빠뜨렸던 메르스 유행이 공식적으로 ‘종식’되었다. 유행이 정점에 달했을 때, 사람들은 모처럼 한 목소리로 보건의료체계, 방역체계에 변화가 필요하다고 이야기했다. 유행이 접어들 무렵, 사람들은 엄정한 평가로 사태의 책임을 묻고 다시는 이런 일이 없도록 해야 한다고 입을 모았다. 하지만 최근 공개된 국정감사 보고서에서 드러난 결과는 실망스러웠다. ‘책임의 정치’는 사라지고, 철저하게 실무자들에게만 사태의 책임이 돌아간 것이다. 많은 이들이 ‘나쁜 예감은 틀린 적이 없다’는 자조를 내뱉었다.



이러한 암울한 평가와 미미한 변화에도 불구하고, 사회 전체를 보자면 메르스가 남긴 긍정적 영향이 분명히 있다. 첫째, 이전의 다른 공중보건 위기 사건들과 달리, 다양한 영역의 주체들이 이 문제를 스스로 평가하고 분석하려는 노력을 기울였다. 입법부에서 메르스 특별조사위원회를 꾸리고 중앙과 지방 정부들이 백서를 발행한 것은 물론, 의료기관, 학계, 시민사회단체, 직능단체, 노동조합들까지 다양한 공론의 장을 만들었다. 대개는 ‘어쩌다 이 지경이 되었나’라는 분노와 한탄에서 시작된 움직임이었지만, 이유를 불문하고 이렇게 다양한 주체들이 사회 문제를 두고 머리를 맞댔다는 것은 다원적 민주주의의 진전이라 할 수 있다. 아마도 세월호 참사를 겪으면서 얻게 된, 정부만 믿고 있다가는 안 되겠다 뭐라도 직접 해야 한다는 학습 효과가 컸을 것이다. 둘째, 그러면서 최근 한국사회를 압도해왔던 ‘각자도생’ 방식으로는 위기를 헤쳐나갈 수 없다는 점을 사람들은 실감했다. 정부가 우왕좌왕 하는 사이, 시민들은 마스크를 구비하고 소셜미디어를 통해 퍼지는 소문에 귀를 기울이면서 ‘각자도생’ 해보려 했다. 하지만 나 혼자의 노력으로 감염병 유행을 피하기란 불가능했고, 버텨나갈 수도 없었다. ‘우리 모두는 연결되어 있다’는 아메리칸 인디언의 격언이 이렇게 잘 들어맞는 경우도 찾기 어려웠다. 이러한 경험들은 좋은 싫든, 신뢰와 협력, 연대가 없이는 이 복잡한 현대사회를 살아가기 어렵다는 소중한 교훈을 각인시켜 주었다.

우리는 여기에 한 가지 주장을 덧붙이고자 한다. 잘 알려지지 않은 감염병의 유행이라는 공중보건 위기 상황에서조차, 시민적 자유와 건강할 권리에 대한 최선의 보호 노력이 필요하다는 것이다. 지난 메르스 유행 과정에서 ‘공중’의 보호를 위해 많은 이들이 자신의 안전과 건강을 유보했고, 또 일부는 원하지 않는 위험과 차별, 배제, 프라이버시의 침해를 경험했다. 상황의 긴박함이라는 해명만으로는 충분치 않다. 만일 앞으로 발생하는 있는 공중보건 위기 혹은 사회적 재난 상황에서도 그러한 인권 침해가 반복된다면 위기 대응은 실패할 수밖에 없다. 공중보건 위기 대응 정책이 효과를 발휘하기 위해서는 신뢰와 폭넓은 수용성, 시민의 협조가 필수적이기 때문이다. 이는 윤리적 고려이자 실용적 고려이기도 하다.

그동안 대부분의 평가 작업이 메르스 유행의 원인, 대처가 부실했던 이유를 규명하는데 초점을 두었다면¹⁾, 우리는 인권과 사회정의라는 측면에서 국내의 메르스 유행을 되짚어보고 문제의 구조와 기전을 파악하고자 한다. 이는 메르스 유행이 시작된 이래 일관되게 시민적 관점

1) 수원시 메르스 비상대책본부에서 펴낸 백서 <메르스 일성록>은 예외적 사례에 속한다. 이 백서는 “인권예 대한 소고”라는 제목으로 별도의 장을 마련하고, ‘건강은 누려야 할 권리이며 인권이다 / 공중보건 위기 상황에서 문힐 수 있는 인권 / 위기 상황에서 더 강조되는 ‘알권리’ ‘보호받을 권리’ / 메르스 확진자와 접촉자를 바라보는 우리의 시각 / 앞으로는 없어져야 할 희생자를 비난하는 일, 희생을 강요하는 일 / 취약계층 보호하기’ 등의 소제목으로 메르스 대응 과정에서 인권 문제를 다루었다.

에서의 평가와 협치의 중요성을 강조해왔던 우리 주장²⁾에 대한 스스로의 답변이기도 하다.

이 보고서는 구체적으로는 다음과 같은 두 가지 목표를 갖는다.

첫째, 노동자와 평범한 시민들이 메르스 유행 중 일터를 비롯한 생활공간에서 어떤 경험들을 했는지, 이들이 예기치 못한 위험에 어떻게 대응했는지 드러내고자 했다. 이들은 전문가나 정책결정자들과 달리, 매우 제한된 정보를 가지고 대개는 자신이 통제할 수 없는 조건 하에서 유행을 경험했다. 이들의 행동은 때로는 잘못된 인식이나 정보에 의해 촉발된 것이기도 했다. 하지만 그것 자체가 이미 공중보건 위기의 한 측면이다. 공중보건 위기, 그에 대한 정부의 대응 전략이 현실의 생활세계에서 어떻게 작동하고 경험되는지 살펴보는 것은 미래를 위해서 중요하다.

둘째, 건강할 권리, 노동할 권리, 알 권리, 인간으로서 차별 없이 존중받을 권리가 어떤 구조와 기전을 통해 침해당하고 경시되었는지를 파악하고자 한다. 방역 체계의 총체적 실패나 컨트롤 타워의 부재 같은 정책 실패가 메르스 ‘사태’를 일으켰다는 점은 분명하지만, 그렇게 한마디로 정리할 수 없는 문제의 복잡성이 존재한다. 자연재난이든 사회적 재난이든, 위기 상황은 기존에 잘 드러나지 않던 사회적 취약성과 불평등을 극적으로 드러내는 경향이 있다. 예컨대 미국의 허리케인 카트리나는 그 대표적 사례로 여전히 전 세계에 회자하고 있다. 국내의 메르스 유행과 그에 대한 정책 실패는 그동안 우리 사회에 존재해왔던 노동권 경시, 사회 불평등, 소수자 차별 등의 문제와 결합하여, 위험의 불평등을 심화시켰다. 메르스 대응 정책의 특정 요소와 기존의 사회경제적 불평등이 어떤 방식으로 상호작용했는지 이해할 필요가 있다.

재난은 고통스러운 경험이지만, 보다 나은 체계로 이행하는 새로운 기회의 창이기도 하다 (Berkes & Ross, 2013). 우리는 이러한 작업을 통해서, 향후 또 다른 공중보건 위기나 재난 상황에서 좀더 평등하고 정의로운 사회적 대응을 하기 위한 교훈을 찾고자 했다.

2) 서리풀 논평 “메르스 감사를 다시 하라(하자).” 2016.01.18. (<http://health.re.kr/?p=2704>) “메르스 사태 이후, 세월호 참사에서 배우는 것” 2015.06.29. (<http://health.re.kr/?p=2405>)

2. 자료의 수집

‘시민적’ 관점이라 해도 개별 시민들은 성별, 연령, 직업, 지역, 소득과 자산 등에서 다르고, 메르스 유행에서도 매우 다른 경험들을 했기 때문에 이 모든 것을 망라하여 ‘평균적’ 혹은 ‘대표적’ 관점을 정할 수는 없다.

우리는 메르스 유행 당시 직간접적으로 대응 과정에 참여했던 일선의 노동자, 혹은 대응 과정에서 차별적 위험을 경험했던 사회적 취약계층들에 초점을 두었다. 이들의 경험 세계가 모든 가능한 상황을 대표하는 것은 아니지만, 우리가 제안하고자 하는 인권 기반 위기 대응의 바로미터 역할을 할 수 있는 집단이기 때문이다.

보건의료 노동자들의 경우, 메르스 환자 진료에 직간접적으로 관여했던 이들을 섭외하여 연구진이 일대 일 개별 면담을 시행하거나 초점집단 면접을 통해 자료를 수집했다. 공공부문 노동자들의 경우 노동조합 간담회나 지역아동센터 교사 간담회에 참여하여 의견을 청취했다. 노인, 이주노동자나 노숙인, 에이즈 환자 등의 경우 지역의료생활협동조합의 간담회 참관, 혹은 인권 단체를 통해 당사자를 직접 만나거나 활동가와 개별 면담을 하는 방식으로 정보를 수집했다. 마을 집단 격리로 논란이 되었던 전북 순창 지역의 경우, 연구진이 직접 마을을 방문하여 청년회를 비롯한 마을 주민들을 만나서 의견을 청취했다.

한편 전체적인 사건의 개요와 정책을 파악하기 위해 언론 보도와 국회, 지방 정부, 공공기관 등의 백서들을 검토했다.

3. ‘을’들이 경험한 메르스 유행

3.1. 충분한 보호 없이 ‘최전선’에 내몰린 노동자들

메르스 유행 과정에서 많은 이들이 직간접적으로 어려움을 겪었지만, 그 중에서도 특히 주목해야 할 집단은 보건의료 노동자와 공공부문 서비스 노동자들이다.

우선 보건의료 노동자들은 감염이 확진되거나 추정되는 환자를 직접 돌보는 업무에 종사하기 때문에 누구보다 감염 위험이 높다. 메르스는 SARS나 에볼라와 마찬가지로 병원을 기반으로 전파가 이루어졌다. 전체 확진자 186명 중 병원에서 다른 질환을 치료받던 중 감염된 환자가 82명 (44.1%), 이들을 돌보던 보호자가 65명 (34.9%), 보건의료 종사자가 40명 (21.5%)을 차지할 만큼, 병원은 ‘위험한’ 공간이었다. 보건의료 노동자들이 감염된 경우, 새로운 감염원으로서 다수에게 질병을 전파할 수 있을 뿐 아니라, 환자들에게 적절한 의료서비스를 제공하는 데에도 커다란 차질이 일어난다는 점에서 이들의 건강 보호는 매우 중요한 이슈이다.

한편 지하철이나 버스, 공항 등 다중이용 시설에 근무하거나 학교, 지역아동센터 등에서 근무하는 공공부문 서비스 노동자도 중요한 관심 대상이다. 이들은 환자와 직접 대면하지는 않지만 다수의 대중과 접촉하고 때로는 감염병 관리와 관련된 실무를 맡는다. 질병과 관련된 전문성 측면에서 보자면 그저 평범한 일반 시민이지만, 공공부문의 특성 상 다른 이들을 보호하고 안전을 책임져야 한다는 부담을 가지고 있는 이들이다.

- 저도 불안해 하고 있으면서도 아이들한테는 걱정할 게 아니고 너희들이 조심하고 하면 된다고 얘기하니까. 그게 좀 어려웠죠 (지역아동센터 교사)

3.1.1. 보건의료 노동자들이 경험한 메르스 유행

● 메르스 감염 위험에 노출된 노동자들

보건의료 노동자들은 감염 환자와 직간접적으로 접촉할 기회가 많기 때문에 평소 근무 시에도 감염 위험이 높다. 이번 유행에서도 직접 메르스 환자 진료를 담당했던 의사와 간호사는

물론, 돌봄을 맡은 간병노동자와 요양보호사, 임상 지원서비스에 해당하는 의료기사나 이송 요원, 심지어 병원 공간에서 간접적 접촉만을 했던 보안/전산 요원들까지 감염이 확인되었다. 이 중에서도 환자와의 일상적 접촉이 가장 많은 직군인 간호사들 중 감염자가 많았다. 또한 업무의 전문성은 낮지만 환자와 매우 가까운 거리에서 돌봄 역할을 맡았던 간병노동자들의 감염도 빈번했다. 간병/요양 노동은 일반적으로 저학력 중고령 여성의 일자리로 간주되며, 실제 감염자의 평균 연령도 다른 직군에 비해 높았다. 이미 건강 취약성이 상당한 이들 중고령 노동자들에게 메르스 노출은 특히 심각한 우려였는데, 보건의료 종사자 중 메르스 감염으로 사망자 환자 두 명 모두 70대의 고령이었다 (표 1).

표 1 메르스 감염 확진된 보건의료 종사자의 분포

직군	확진자 수 (명)	특성
의사	8명 (남 7, 여 1)	평균 연령 34.0세 (25~50세)
간호사	15명	모두 여성, 평균 연령 33.8세 (24~54세)
간병노동자	8명	모두 여성, 평균 연령 64.1세 (60~70세)
요양보호사	1명	70대 여성, 사망
방사선사	2명	30대 남성
이송요원	1명	50대 남성
구급차 운전자	1명 (+1명 동승)	70대 남성 (사망, 운전자), 30대 남성 (동승자)
보안요원	2명	20~30대 남성 (청원경찰)
전산요원	1명	30대 남성 (협력업체)

그러나 감염의 위험성에도 불구하고, 보건의료 노동자의 안전은 충분히 보호받지 못한 것으로 보인다. 심지어 유행 초기에는 메르스 공포로 환자가 줄어들 것을 우려한 병원들이 노동자의 마스크 착용을 금지한 사례도 있었다. 또한 개인 보호 장비 착용에 관한 지침에도 불구하고 장비가 제때 지급되지 않거나 적절치 못한 장비가 지급된 경우가 있었다.

- 여기 직원은 완전히 역질 환자 취급 받고 병원은 텅텅 비고 있는 환자 다 퇴원해버리고, 그렇게 난리가 났으니 병원도 초기에는 직원도 마스크 쓰지 말라고 혐오감을 주니까, 병원이 그런 지침을 내려서 지금 미쳤냐 니가 그런 얘기 할 때가 아니다. (노동조합 활동가)
- 지침 관련해서도 하나 또 말하자면 장갑을 끼라고 하는데 잘 찢어지는 장갑을 두 개 꺼라라는 어떻게 보면 찢어지지 않는 장갑을 끼는 게 당연한 건데 여기서는 그냥 장갑만 꺼라 뭐 그런데 돈을 쓰냐는 식으로 (격리병동 간호사)
- 마스크 구해달라 얘기하거든요 사실 피팅 테스트를 먼저 했어야 하는데 나중에 와서야 했구요 못한 사람도 있구요. 나름 맞는 거 찾았는데 그건 국내에 없다 이런 식으로 얘기하니 까 그냥 다른 거 쓰라 하고 그러거든요. 새는 느낌이 드는데 그냥 들어갈 수밖에 없는 거죠 장비들이. 장갑도 비싸서 안 된다고 하고 (격리병동 간호사)

게다가 비정규 노동자에 대한 차별은 방역 조치에서도 재현되었다. 예컨대 삼성서울병원에서 용역업체 직원으로 일하던 응급이송요원이 6월 14일에 메르스 확진판정을 받은 일이 있었다. 이 요원의 메르스 증상은 이미 6월 2일에 시작되었다는 것이 나중에 알려졌다. 당시 병원 내 전파를 막기 위해 직원들에 대한 대대적 스크리닝이 이루어졌지만, 비정규직 노동자였던 그는 병원의 관리 대상에 포함되어 있지 않았던 것이다.³⁾

삼성서울병원 137번, 부산의 143번 메르스 환자는 비정규직이었다

허핑턴포스트코리아 | 작성자 원성운

게시일: 2015년 06월 15일 13시 43분 KST | 업데이트일: 2015년 06월 15일 13시 45분 KST



3) 민중언론 참세상. 2015. 6. 23. 메르스와 비정규직이 보여준 신자유주의 대한민국. (<http://www.newscham.net/news/view.php?board=news&nid=99419>)

또한 메르스 환자가 다녀가거나 진료 중인 병원의 노동자들은 감염 현황이나 관리 정보를 제대로 제공받지 못했다. 병원 내부의 상황을 소셜 미디어나 언론을 통해 알게 되었다는 이들이 적지 않았다. 환자의 프라이버시는 보호되어야 하지만, 주로 병원을 통해서 감염이 전파되고 있는 상황에서 이러한 소통 미비는 노동자들의 불안을 가중시키는 역할을 했다.

- 저는 내과도 아니고 정보를 다이렉트로 받을 바운더리 안에 있는 사람이 아니라서. 근데 바운더리 밖에 있는 사람 치고는 빨리 들었어요. 제 친구가 그 환자를 받고, 첫 환자 때는 비밀이었어요. 격리가 됐다고 하는데 친구가 '부럽다, 나도 격리되고 싶어' 이러면서 '근데 이거 비밀이니까 어디 가서 얘기하진 마'였어요. 그래서 저도 그냥 말 안하고 그냥 '격리됐나보네.' 친구한테 '잘 지내냐, 별 일은 없냐, 열은 안 나냐?' 이런 안부인사 정도만 하는 정도였고 일이 그렇게 마무리 되는 줄 알았어요.
- 모른다는 거에 대한 두려움도가 굉장히 크구나 이런 걸 느꼈던 거고, 기껏해야 자료를 얻는 것도 인터넷을 뒤져서 이렇더라 저렇더라 알게 되는 게 많았어요. 그래서 스스로 정보를 찾고 그나마 아는 사람들끼리 공유를 하고 이런 방식으로 해결을 했던 것 같고
- 일반 병동에서는 아까 말씀하신 것처럼 잘 몰랐으니까 그리고 잘 몰랐어도, 별 문제 없었으니까 큰 관심이 없었어요... (중략) ... 쉬쉬하면서 자기들끼리 비밀리에 조용조용히 저쪽 병동을 아예 폐쇄해버렸잖아요. 거기서 무슨 일이 일어나는지 아예 모르니까 모르는 거예요.
- 우리가 일을 안 하겠다는 것도 아니고, 설명을 요구하는데 왜 설명을 안 해주냐 '클리어하게 우리한테 말을 잘 안 해주는 부분이 불만이다.'
-

감염 환자 진료에 직접 참여했던 대부분의 노동자들은 가족에게 전파가 될 것을 우려하여 가족들과 떨어져 숙소 생활을 했다. 미처 숙소가 마련되지 않았던 유행 초기에는 가족들로부터 스스로를 분리하기 위해 노력했고, 어린 자녀를 다른 친지에게 맡겨야 했다.

- 그때도 숙소가 마련이 안 되고 애들은 이미 집을 나왔었어요. 자체적으로. 얘기된 상태는 아닌데 집을 나와서 보파리를 싸가지고 결혼 안한 자기 동생 집에 들어가 있거나, 보파리 싸왔다가 그냥 들어갔거나 아니면 이미 다 애들 셋 친정집에 보내고
- 어떤 간호사들은 자기가 중간에 미열이 나는 거예요. 애들하고 접촉하면 안 될 거 같은데 애들이 방과 후에 돌아오잖아 초등학교 다니니까. 근데 개네들하고 같이 있으면 안 될 거 같으니까 집을 일단 무조건 나온 거예요. 갈 곳이 없는 거죠... (중략)... 애 잠잘 때 차에서 대기하고 있다가 잠잘 때 들어가서 자고 나오고 이런 식으로 했었어요.

환자 돌봄이라는 직업적 의무가 이들에게 존재하는 것은 분명하지만, 공중보건 위기 상황에서 이들의 근로 윤리는 당사자 혹은 가족들의 건강과 안전이라는 중요한 가치와 충돌한다. 그렇기에 사회는 ‘호혜성’의 원칙에 따라 이들의 부담을 특별히 인정하고 이들을 보호할 수 있는 최선의 노력을 기울여야 한다 (Torda, 2006). 하지만 이러한 기본적 원칙들은 지켜지지 않았다.

● 메르스 ‘감염’만이 문제인가?

국제노동기구와 세계보건기구는 서아프리카 지역 에볼라 유행 시 의료인 감염에 대한 합동 조사를 통해, 진료 중의 감염 위험 이외에 제기된 직업안전보건 상의 위험을 기술한 바 있다. 여기에는 감염에 대한 공포와 업무 과중에 의한 심리적 피로움, 유행의 오염원으로 간주되는 오명 (stigma)과 그로부터 촉발된 폭력은 물론, 진료나 방역 업무에서의 장시간 노동, 무거운 개인보호구 사용에 의한 열 스트레스와 탈수, 인간 공학적 부담 등이 포함된다 (ILO & WHO 2014).

국내 메르스 유행에서도 비슷한 문제들이 확인되었다. 특히 제한된 인력으로 장시간, 강도 높은 업무를 수행하면서 겪는 피로와 탈진은 심각한 수준이었던 것으로 보인다.



- 덩고 중간에 화장실 못가니 끝나면 빨리 벗고 싶고 화장실 달려가고...
- 밥 먹을 때 빼고 계속 마스크를 하고 있었어요. N95로! 하루 9시간 근무하는데 점심시간 30분 빼고 계속 했어요. N95를 계속하고, 얼굴에 자국이 남고 나중엔 호흡이 답답하고 냄새도 나고 머리가 아프고
- 긴장과 피로가 심했어요. 오버타임이 정말 많았거든요. 오버타임 수당이 역수로 나왔어... (중략)... 선택을 할 수가 없었어요. 그 당시에는 실 손 없었고 무조건 오버타임
- 병실 안에는 사실 아무것도 없잖아요, 진짜 몸만 달랑 가는데 이 사람들이 한두 달을 여기서 생활을 해야 하는데 물품도 없고 먹는 거 씻는 거 생수도 없지 들어갈 때마다 생수를 넣어주고 본인이 먹고 싶은거 집에서 택배로 보내주시면 저희가 넣어주고 청소 씻기는 거 보호자가 없으니깐 정말 누워계신 환자는 머리부터 발끝까지 다 해드려야 하니까 너무 힘들었어요
- 굉장히 피곤한 그런 것 때문에 너무 힘들어가지고 거의 잠을 못 자고 살았거든요

또한 의료인에 대한 오명과 차별이 매우 심각했다. 초기에 메르스 전파 경로에 대한 정보가 공개되지 않고 감염에 대한 공포가 극대화되면서, 보건의료 종사자들은 ‘감염원’으로 여겨지기도 했다. 사는 곳과 가족에 대한 신상 정보가 유출되기도 하고, 심지어 의료인의 가족이라는 이유만으로 배제되는 경우도 있었다. 이러한 오명과 차별은 보건의료 노동자들에게 과로만큼이나 커다란 상처가 되었다. 이는 ‘호혜성’의 관점에서 볼 때 사회적으로 절대 용납할 수 없는 일이었지만, 유행 초기 시민들이 느꼈던 공포를 보여주는 현상이기도 했다.

- 저희 당사자 입장으로 정말 불쾌한 거예요. 모든 사람들을 감염덩어리로 보는 거지. 우리 자녀가 니네 자녀들 때문에 감염되면 어떡하냐 하면서... (중략)... 내가 문제가 아니라 아이들이 낙인이라도 찍히면 어떻게 하나 너무 걱정되는 거야. 애들이 열이라도 나면... 어떤 직원의 아이는 중학교 다니는데 열이 나서 병원 갈려고 했는데 엄마가 병원 직원이라고 해서 받아주지 않아서 우리 병원 응급실에 데리고 왔어요
- 제가 아는 친구가 병원에서 근무를 하는데, 같이 다니던 친구들도 제가 그 친구 만난다. 그러니까 저까지 격리를 해야 한다고 메르스 발생 병원도 아니고 일반병원이거든요 그런데 그 친구 만났다는 이유로 저를 안 만날라 하고 그래서 서운 했어요



● 병원이라는 ‘일터’에서는 무슨 일이 있었나?

흔히 병원은 질병 치료와 관리에 대한 고도의 전문성을 갖춘 곳으로 여겨진다. 하지만 온갖 병원체가 존재하고 또 취약한 환자들이 모여 있는 위험한 공간이기도 하다. 그래서 감염관리는 의료의 질을 평가하는 핵심 요소 중 하나이다. 병원의 감염 예방은 의료인의 보호장비 착용에 한정되지 않으며 행정적 통제와 공학적 설계 등의 광범위한 시스템 요소들이 포함된다. 그러나 현실에서 이러한 시스템이 제대로 작동하지 않았다.

의료연대본부가 간호사를 대상으로 시행한 설문조사에 의하면, 메르스 대처와 관련하여 충분한 훈련을 받지 못했다는 응답이 30%를 차지했으며, 예방관리 인력 (55%), 보호구 준비정도 (51%), 예방 보호조치 (39%) 등도 취약한 것으로 나타났다. 메르스 확진 환자를 담당할 간호사들 또한 충분한 정보를 제공받지 못했다는 응답이 42%나 되었으며, 추가인력 지원이 없었다는 응답도 1/3에 달했다 (의료연대본부, 2015).

○ 불충분한 교육과 훈련

의료법은 감염관리위원회와 감염관리실 설치를 의무화하고 감염관리에 관한 자체규정을 제정하고 직원을 교육할 것을 명시하고 있다. 2014년 복지부 발주에 의해 이루어진 “의료기

관의 신종 감염병 위기대응 교육 콘텐츠 개발 및 시범교육 운영” 연구는 신종 감염병에 대한 전문 인력의 역량 강화가 필요하다는 점을 지적하며 실무에서 활용할 수 있는 교재를 개발하고 실습 중심의 훈련 프로그램을 제안한 바 있다 (서울대학교 병원, 질병관리본부, 2014). 하지만 메르스 환자 진료에 관여했던 노동자들의 증언에 따르면, 기존 교육체계가 미비했을 뿐 아니라 메르스 유행이 확인된 후에도 교육 훈련은 여전히 제대로 이루어지지 않았음을 알 수 있다.

- 병동 오리엔테이션 한다고 들어가서 잠깐 설명해주는 정도? 감염관리실에서 처음 와서 결핵이 있는지 없는지 여부를 검사해주고 딱히 다른 건 없었던 것 같아요. 따로 교육을 와서 해주거나 그러지는 않았어요. 접촉 격리를 모니터링 하러 자주 오기는 했는데, 감염 병동이라고 해서 따로 교육 받은 것은 없어요.
- (보호장구착) 병동간호사도 한 번씩 입어보기는 했는데 한 반 정도는 입어보고 반 정도는 못 입어봤어요. 사실 저는 시간이 안 맞아서 못 입어봤어요. 그거 하면서 옷 입어보고 나오는 정도 그런 것 밖에 안 해봤어요. (메르스 당시에) 따로 교육이나 훈련 같은 것은 받지 않고, 마스크 필요하면 마스크 써라 정도였습니다. 거의 매뉴얼이라고 하는 것이 공동 매뉴얼인데 매뉴얼들도 대부분 간호사들이 만들었고, 교육 받은 적이 없습니다. 제가 여기 한 4년 정도 있었는데, 음압 시설이나 공기 흐름이 어떻게 돌아가는지 교육 받은 적이 없어요. 맨 처음에 오티를 하고 수간호사들에게 이야기하는 정도, 그러나 정확하게는 듣은 적이 없죠.
- 처음엔 교육을 안 해줬어요. 옷을 입어야 되는데 교육해 줄 사람이 없어서 그림보고 이렇게 입어라 이런 식으로 알려줬어요.
- 메르스가 종식될 무렵 우리한테 교육을 시켰어요. (그 전에는) 거기 나와 있는 대로 대충 입었어요.
- 저희 다 끝날 때 좀 되서는 옷 벗는 거 테스트 했어요 며칠 전에 메르스 다 끝난 후에 이 제야 와서 보겠다고 그제서야. 그니까 병동에서 엄청 화가 난거예요 다 끝난 다음에 와서 그러니까.

○ 가중된 인력난

메르스처럼 중증도와 감염력이 높은 신종 감염병에 이환된 환자를 돌보기 위해서는 양질의 의료인력 확보가 필수적이다. 하지만 한국의 병원들이 만성적인 간호사 부족에 시달려왔으며, 그로 인해 간호사들의 노동 강도가 높다는 점은 이미 잘 알려져 있다 (시민건강증진연구소 2015). 평소에도 빠듯했던 인력 운용은 메르스 유행 같은 비상 상황에서 심각한 문제를

야기한다. 더구나 격리 병동의 중환자를 간호하기 위해서는 경험과 역량이 중요하기 때문에 쉽게 인력을 대체하거나 충원하기도 어렵다. 현장에서는 비상 상황에서의 인력 충원이나 대체 계획이 사전에 마련되어 있지 않았기 때문에, 인사고과나 보너스 등의 유인, 비공식적인 인맥 등을 통해 인력을 확보하는 경향이 있었다. 이는 업무의 숙련도 측면에서 문제가 되기도 하고, 또한 노동자들 사이의 갈등 요인이 되기도 했다.

- 간호사들은 이제 병원에서 공개적으로 모집을 하지는 않았고, 수간호사나 과장이나 이런 사람들이 카톡을 통해서 모집한다라는 얘기를 계속 했었고. 또 하나는 본교 출신 중심으로는 여러 가지 얘기가 있었더라구요. (중략) 뭐 예를 들면은, 임금을 15배를 주겠다. 그리고 뭐, 휴가도 주겠다. 그리고 승진승급할 때 인사고과를 좋게 주겠다. 또 하나는 좋은 데로 빼주겠다. 어쨌든 그런 내용들로 해서 얘기를 다 했었더라구요.
- 숙련된 간호사를 우선으로 한다 이런 얘기는 있었는데. 문제는 구체적인 기준이 없는 거고, 그게 모든 책임이 병원한테 다 가있어요. 책임도 보상도 모든 것들이 다 병원에만 기관에만 가 있으니, 그니까 결국은 병원 마음대로 하는 거고. 여기저기서 차츰해서 왔는데 나머지 병동들은 죽어나는 거죠.
- 평간호사들 중에 메르스에 자원형식이라고 찍업을 하려 했던 거예요. 공지는 띄웠는데 없었어요. 니가 원하는 거 다해줄테니까 가라 결국엔 암묵적으로 그런 식으로 된 거죠. 이제 가끔씩 좀 해보고 싶다는 사람들, 진짜 해보고 싶은데 안 하는 건지 모르겠어요. 근데 진짜 자원자가 없었어요. 평상시에 조금 낄새가 있으면 바로 넣으려고. 대책은 어쨌든 병원이 체계적으로 만들라고 노조가 얘기했고 중간에 행정차장이 면담을 했어요. 교육받은 수간호사 있는데 왜 우리만 가야 되냐 얘기 했었고 그다음 수간호사가 투입됐어요.
- 결국은 인력 때문에 병원 전체가 쑥대밭이 됐거든요. 노조가 인력을 충분히 계속 해야 한다고 했는데 초기 발생 때 아무도 사태가 어디까지 갈지 모르니까 다들 우왕좌왕 했죠.

인력부족 문제는 부실한 지침과 맞물려 위험천만한 상황들을 초래하기도 했다. 병원체에 노출될 가능성이 있었던 인력이 충분한 안전보장 조치도 없이 일반 환자 진료에 투입되었던 사례가 그것이다.

- 문제는 처음 의심환자를 보는 간호사가 소아과도 보는 거예요. (중략)... 저는 이해가 안 되는 게 매뉴얼도 없다는 게 뭐냐고, 여기 보다가 환자가 없어지면 다시 이 병동으로 가는 거예요. 이 확진 환자를 보고 다시 가서 일하는 것도 웃기고요. 소아과 이런 간호사들은 또 가도 되냐고 하고... 진짜 운이 좋아서 이정도지...
- 제일 찝찝한 게 아무 일도 없다는 듯이 다른 환자들 또 보고 하는 게, 의심 환자 본 사람은 의심 환자만 보고 확진 환자 본 사람은 확진 환자만 보고 그런 게 분리가 돼야 되는데 그런 게 저희는 전혀 없었어요.

○ 업무의 혼란

병원에서 환자를 직접 돌봐야 하는 의료진들에게 치료 방침만큼이나 중요한 것은 감염 관리 지침이었다. 정부 차원에서는 감염관리 매뉴얼을 개발하고 또 유행 과정을 거치면서 지속적인 업데이트를 했지만, 현장에서의 평판이나 활용 수준은 매우 낮은 편이었다. 심지어 메르스 환자 진료를 전담한 지정병원에서조차 대응 지침이 불충분했던 것으로 보인다.

- 뭐 아무 이야기도 못 들었어요. 하라는 대로 해라. 하라는 것만 해라. 뭘 나서서 하려고 하나. 이런 이야기도 수간호사를 통해서 들었고요. 의심환자가 들어오고 나서 그 환자에게서 나오는 쓰레기부터 그 환자를 보고 나오면 옷은 어떻게 벗어야 하는지 준비가 하나도 안 되어 있었어요.
- 병원지침은 그냥 환자 받아라. 그것 뿐이었어요. 정말.
- 처음에 입원을 했을 때는 어떤 절차로 하고, 퇴원할 때는 어떤 절차로 하고, 쓰레기는 어떤 절차로 나가고, 이런 걸 사실 병원에서 만들어 줘야 하는데 사실 병원에서 이런 걸 안하다보니까 저희가 그래서 매뉴얼을 만들었고 그 상황에서 본부장은 니네 간호나 하지 이걸 왜 하나 이렇게 이야기를 했죠. 근데 막 만들고 있으니까 오히려 교수들이 같이 보기 시작하더니 이건 이렇게 해서 이렇게 하고 그래서 같이 만들게 된 매뉴얼이에요. 그랬더니 본부장이 뒤로 빠지더라구요.
- 일반병실 대응 어떻게 해야할 지 그런게 없는 거예요. 면회객이나 의료기 상사라든지 제약회사직원들, 환자들이 다 오는데 어떻게 받고 안 받고 할 건지 그런 기준이 없는 거예요.

잘 알려지지 않은 감염병의 경우, 경험이 쌓여가면서 치료나 관리 방법이 개선되고 그에 따라 지침도 변하는 것은 어쩔 수 없는 일이다. 이렇게 지침이 바뀔 때마다 현장에서는 업무에

곤란을 느낄 수밖에 없는데, 게다가 이러한 업데이트가 제때, 적절한 방식으로 전달되지 않으면 더 큰 문제가 된다. 혼란과 비합리적 업무부담은 노동자들로 하여금 역량을 충분히 발휘하지 못하게 만들었을 뿐 아니라 피로와 스트레스의 주 요인이기도 했다. 이러한 문제점은 메르스와 비슷하게 잘 알려지지 않은 호흡기 감염병이었던 SARS 유행 시기에도 지적된 바 있다 (Rambaldini et al., 2005).

- 마스크도 했는데 그게 나중에는 어떤 얘기가 돌았냐면 '눈을 통해서도 점막으로도 감염이 된다.' 이런 얘기가 또 어느 순간 나왔어요. 그 다음부터 아이 프로텍터까지 하게 됐어요. 우리도 잘 모르니까 우리나라에 없는 병이니까, 알 수 없는 정보들이 한 번씩 툭툭 튀어나오면 방침이 바뀌는 거예요. 우리도 정신이 없었던 거죠... 위에서도 어버버 하신 거예요. 제가 개인적으로 이 모든 사태를 보면서 느낀 건, 개인이 부족해서 생긴 문제는 결코 아니거든요. 우리 병원 내과 선생님들을 저는 우리나라 최고라고 생각해요. 그 분들이 할 수 있는 최선을 다했어요.
- 되게 그때그때 변동이 많았어요. 지침이 어제 다르고 오늘 다르고, 특히 저희과는 그런 거를 모르니까. 우리는 감염 아는 것도 없고 맨날 감염내과에 전화해가지고 어떻게 해야 되냐고 묻기도 하고 했었거든요.
- 결재에는 통보, 합의, 참조가 너무 많은 거예요. 맨날 바뀌고... 그런 게 한심했어요. 도대체 일을 하는데 위에 주안점을 두어야 하는지...
- 직원 발열체크를 오전오후로 해서 입력을 해야 하고, 이게 굉장히 한심한 게 의사들도 반 발하고 있대요. 의국은 비서가, 사무직원이 해야 하는데, 레지던트 포함해서 전 직원이니깐 발열체크를 오전오후로 해야 하는데 주말 같은 때 아님 평일에도 어디 가서 무슨 일을 해야 하는데 온도를 올리라는데 누가 올리겠어요. 그렇지만 전원 죽어도 무슨 일이 있어도 보고를 해야 하는 거야. 전원! 행정부서 직원은 그것 때문에 오버타임, 특근을 해야 하는 거야, 주말에 토요일과 일요일에 나와서 입력을 해야 하는 거야. 너무 한심하죠.

3.1.2. 공공부문 노동자들의 메르스 유행 경험

지하철이나 버스, 공항 등 다중이용 시설에 근무하거나 학교, 지역아동센터 등에 근무하는 공공부문의 서비스 노동자들은 다양한 사회적 위기 상황에서 직간접적으로 시민들의 안전을 보호하는 역할을 한다. 이 과정에서 노동자 본인들이 위험에 노출되기도 한다. 메르스 유행에서도 이들은 환자를 직접 돌보는 역할을 맡지는 않았지만, 방역 관련 업무 혹은 자체의 고유

업무 과정에서 잠재적 감염자와 접촉 기회가 많았다. 반대로 이들이 감염될 경우 광범위한 대중에게 질병을 전파시킬 가능성도 높았다. 따라서 이들 노동자에 대한 보호 조치와 행동 지침은 보건의료 종사자들만큼은 아니더라도, 상당한 중요성을 갖는다. 하지만 이들이 경험한 현실은 그렇지 못했다.

● 메르스 감염에 대한 공포

사회적으로 감염에 대한 공포가 높아져 있는 상황에서 이들은 충분한 정보와 보호장비를 제공받지 못했을 뿐 아니라, 고객들에게 공포감을 심어주고 ‘이미지’를 훼손시킬 수 있다는 이유로 마스크 착용을 금지당하기도 했다. 다행히 실제 감염이 일어난 사례는 없었지만, 불안과 공포 자체가 직무 스트레스와 갈등으로 이어졌다.

- 최초 문제제기가 들어간 일주일 동안 저희 공항과 보안검색지부 쪽에서는 아무 것도 안했어요. 그 가장 크게 문제가 된 분이 @@ 지부에 계신 분인데 임산부예요. 임산부인데 혹시 사무실에서 마스크라도 끼고 있어야 하지 않느냐 했더니 회사에서 안 된다고 그랬다고. 외국에서 한국인이 제일 먼저 메르스 걸렸는데 당신이 마스크를 끼고 있으면 분위기에 해롭습니다. 그랬다는 거예요. (중략)... 여기서 우리가 아무리 떠들어박아야 될게 아니구나. 그래서 이제 언론에 보도가 되고 그제서야 나오는 게 뭐 방호복, 그것도 옛날부터 쓰던 거예요. 일회용 마스크 주고, 장갑을 수술용 장갑처럼 좀 좋은 걸 달라고 그랬거든요, 그런데 5분만 쓰면 찢어지는 그런 걸 쥐 놓고 지급했다고 그러는 거예요. 많은 사람들을 직접 대하는 면세점 직원, 항공사 직원, 식품업체 직원들은 마스크를 못 껴죠. 기업 이미지 때문에 (공항 노동자).
- 회사가 메르스 때문에 발각 뒤집혔어요. 메르스 확진 환자가 근처 @@병원에 있다. 그리고 @@ 병원을 다녀온 직원들에 대한 조치가 뭐냐고 물어봤을 때 아무런 대답이 없었어요. 그래서 공식적으로 기본적인 마스크, 손 세정제나, 그리고 우리들이 제 2의 가해자가 되지 않게 조심했습니다. (중략)... 보건소에서 얘기하는 말과 틀려요. 현실은 전화 상으로 물어보면 격리시켰다고. 간담회 할 때도 ## 보건소장도 다 격리시켰다고 얘기를 했는데, 아니 격리 시켰다는 사람들이 계속 출근해서 일을 하고 있는데. 저희도 직접 확인을 했죠. 우리가 신고를 했지. 보건소에. 많은 버스 노동자들이 병문안을 갔고 그리고 관리자들도 다 갔다는 얘기를 직접 확인을 했는데. 왜 격리조치가 안되어 있냐. (버스 노동자)
- 학교는 마스크 단 한 번도 받아본 적이 없어요. 근데 뭐 메르스 때도 아이들한테 한 것이 손 씻어라 이거 말고는 뭐 한 게 없잖아요. 근데 거기에서 일 하는 사람들한테 뭘 했겠어요. 아무것도 없어요. (학교 비정규직 노동자)

- 공공부문 노동자의 일터에서는 무슨 일이 있었나?

이들 공공 부문 노동자들을 더욱 힘들게 만들었던 것은 불합리하거나 감당하기 어려운 업무 지침이었다. 물질적, 제도적 뒷받침도 마련해놓지 않고서 일선의 노동자들이 이 상황을 ‘알아서’ 책임지도록 만드는 것은 커다란 스트레스이자 불안 요인이었다. 이러한 부정적인 학습 효과는 제도, 정부에 대한 불신으로 이어져, 또 다른 위기 상황에서의 대응을 어렵게 만드는 걸림돌이 될 수 있다.

- “선생님, 저 열이 나고 이런 증상이 있는데.. 저 메르스 아니에요?” 이렇게 전화를 받은 적이 있었어요. 그때 딱 드는 생각은 병원으로 가라고 말을 하고 있지만.. 도대체가 어느 병원으로 가야 되는지를 모르고 있고, 만약에 집에 부모님이 없을 경우에는 제가 데리고 가야 하는데 그런데.. 그게 안 되는 거 같아요. 그게 어떤 망이 갖춰져 있지 않고 있으니까 (지역아동센터 교사).
- 학교 휴교하고 학원 휴원하고 센터 휴원해도 아이들 돌아다니는 거 다 알고 있거든요. 그걸 어른들도 다 알면서.. 제가 주사님이랑 통화했는데.. 주사님이 ‘애들이 학교 안 간다고 집에 있겠어요? 아니라고.. 다 돌아다니겠죠.’ 라고 얘기를 하시는데 (지역아동센터 교사).
- 구청에서 자체적으로 센터 운영을 해야 한다면 하래요. 근데, 무슨 일이 생기면 센터 책임이라고 그렇게 말을 했어요. 그게. 너네 센터장 책임이라고 말을 하니까, 저희는 뭔지 모를 불안감에 휩싸이게 되었었고.. (중략).. 기억하고 싶지 않아요. 그때 머리 엄청 쥐어뜯었어요. 어쨌든 저는 이 일을 하는 직장인으로서 이 일에 돌아가게끔 해야 하는데 걸림돌들이 굉장히 많은 거죠. (지역아동센터 교사)

- 안전관리팀에서 지침을 하나 내렸어요. “발열이나 이상 징후가 나타나신 고객님께서는 역무원이 대기하고 있으니 말씀하시기 바랍니다” 이런 내용의 공문을 뿌려서, 근데 항당하게도 환자시면 병원을 가야지 역무원이 의사도 아닌데 역무원한테 문의를 하라니까 당황했죠. (지하철 노동자)
- (접촉자로 확인된 승객이) 지방 분이어서 해당 보건소 직원이 올라올 때까지 기다리라는 거예요. 그 안에서. 그니까 입원을 빨리 가까운 인천이나 서울 보건소라든가 이쪽에 이송을 하거나 병원 자체 내에서 연계하는 게 아니고 수유실에 모셔놔다가 두 시간 동안인가 거의 지난 다음에 해당 보건소 직원 오니까 그때서야 연계 끝. 이게 무슨... 그리고 수유실가서 소독을 하는 거예요. 더 웃긴 거는 그 양반은 인천국제공항에서 동떨어져서 수유실 앞습니까? 출국장도 지나왔죠. 면세점도 지나왔죠. 동선을 확인하고 그거를 방역을 해야 되는데 방역 자체가 없는 거예요 (공항 노동자).

아마도 메르스 유행 중 제대로 작동하지 않은 업무체계 때문에 가장 곤란을 경험한 이들은 메르스 방역 업무에 직접 참여한 일선 보건직 공무원들일 것이다. 수원시 메르스비상대책본부 (2015)에서 펴낸 백서에는 특히 ‘격리 대상자’ 통보와 지원 업무에서 보건소 담당자들이 경험했던 난처했던 상황이 그대로 드러나 있다.

- (수원시) 비상대책본부를 가장 괴롭혔던 것은 격리대상자가 먼저 연락을 해온 경우였다. 서울 개포동 재건축조합에 참가하였던 경우나 삼성서울병원 등 확진 환자 발생 일부 병원에서 해당 보건소에 격리대상자 명단을 통보하기 전에 대상자에게 먼저 격리자임을 통보했다.... 처음 격리대상자임을 통보받은 시민들의 반발은 예상보다 심했다. 그 이유는 '메르스 확산에 따른 정부대처 불만' '대책 없는 무조건적인 격리' '마지막 접촉일이 훨씬 지났음에도 높은 격리' 등이었다. 담당자들은 이에 대한 설명과 대상자를 이해시키기 위해 진땀을 흘려야했다.
- 1주일 정도 늦은 6월 12일 경 질병관리본부에서 격리자를 위한 위생키트를 내려 보냈는데 격리자 수보다 훨씬 적은 수량과 늦은 배부임에도 격리자에게 신속히 전달하는 질병관리본부의 공문 내용에 보건소 감염병 담당자들은 당혹스러워했다.

한편 일종의 ‘비상 근무’ 상황은 공공부문 노동자들의 노동 강도 강화로 이어지기도 했다. 예컨대 학교에서는 학생들의 등하교 지도나 급식실 청소, 배식 지원 등을 맡았던 ‘실버’ 인력들이 감염 위험을 이유로 휴직을 하면서, 기존 비정규 노동자들의 업무 부담이 가중되었던 것이다. 이러한 현상은 정책이 의도한 것도 아니었고, 메르스 방역의 중심 이슈도 아니었지만, 공공부문 노동자이기 때문에 감당해야 했던 추가적 부담이었다.

3.2. ‘투명인간’의 비애

메르스 유행 과정에서 생사의 기로를 오가며 가장 고통받은 이들은 물론 메르스 감염 환자들이었다. 하지만 이들 이외에도 부당한 검역⁴⁾ 조치를 당했던 이들, 의료서비스 이용이 필수적이었던 다른 환자들, 특히 공공병원 이용이 절실했던 노숙인, 쪽방 거주자, 에이즈 환자 등 사회적 소수자들의 고통은 상당했다. 몇몇 사례들을 살펴보자.

- 비정규 노동자 차별은 메르스 유행에도 지속된다.

한국 사회에서 비정규 노동자들이 경험하는 일상적 차별과 배제의 실상을 다시 나열할 필요는 없을 것이다. 이러한 차별과 배제는 메르스 유행이라고 비켜가지 않았다. 메르스 여파로 병원의 진료 기능이 축소되고 매출이 악화되면서 계약직 등 비정규 노동자들 사이에서는 고용 불안에 대한 우려가 급속히 확산되었다. 학교에서는 휴교 조치가 내려진 가운데에서도 돌봄 교실 운영을 위해 비정규직 노동자들은 출근을 해야 했다. 휴교 기간 중 출근을 하지 않는다면 개인의 연차를 사용해야 했고, 이는 임금 보전의 실패를 의미하는 것이었다. 한편 메르스 접촉자들을 검역하기 위해 마련된 공공 시설에서는 정직원들을 서둘러 피하게 한 후 고령의 비정규 노동자들에게 청소와 준비 과정을 맡기는 결정을 내리기도 했다.

4) 유행 기간 내내 광범위하게 쓰였던 ‘격리’라는 용어에 대해서 뜻을 분명히 밝힐 필요가 있다. ‘격리 (isolation)’란 감염된 이들로부터 감수성이 있는 이들, 혹은 병원체를 타인에게 옮길 수 있는 이들에게 병원체가 전파되는 것을 예방하거나 제한하기 위해 ‘감염된 사람이나 동물’을 감염력이 있는 동안 다른 이들과부터 분리하는 것을 지칭한다. 반면 ‘검역 (quarantine)’이란 감염병 이환 사례의 감염력이 있는 동안 노출된 적이 있는 ‘건강한’ 사람이나 동물의 활동을 질병 전파를 예방하기 (만일 감염이 발생했다면 잠복기 동안) 제한하는 것을 말한다 (Porta, 2014). 즉, ‘격리’라고 표현했던 대부분의 사례는 실제로 ‘검역’이었고, 이는 환자가 아닌 건강한 사람을 대상으로 하는 것이며, 당사자보다는 다른 이들의 건강을 보호하기 위한 성격이 강하기 때문에 격리에 비해 훨씬 높은 과학적 타당성과 윤리적 정당성을 요구한다 (Wynia & AMA, 2007).

- 근데 의사직은 사실 환자가 없다고 우리를 부레임하거나 우리를 짜르겠다고는 절대 안 하는데 타직 분들 같은 경우에는 그냥 놓고 있으니까 눈치를 많이 보고 혹시나 찔릴까봐 걱정을 많이든 하셨어요. 특히 계약직은 정말 그럽고 그래도 정규직은 조금 덜한데 어쨌든 계약직들은 불안할 수밖에 없죠. (병원 노동자)
- 대부분의 학교들이 다 휴교를 했는데도 불구하고 비정규직 노동자들에게는 너희들이 일을 쉬려면 연가를 사용해라 이런 식으로 했고.. (중략).. 너희들은 쉬면 임금도 없다는 거. 굉장히 차별이 저희를 서럽게 했고.. 그런데 저희가 더 안타까운 것은 비정규직 선생님들이 그거에 대해서 문제제기를 못하는 거예요. (학교 비정규직 노동자).
- 정직원들은 알아서 피했어요. 근데 비정규직, 경비원 하시는 청소하시는 그 분들은.. (@@ 수련원 노동자)

● 불안정 고용과 인종주의라는 이중의 차별

한국 사회에서 이주노동자들이 열악한 노동환경 뿐만 아니라 심각한 인종주의로 인해 고통받고 있다는 점은 잘 알려져 있다. 사실 ‘메르스’와 ‘이주노동자’는 특별히 연결 고리가 없어 보이지만, 우리가 제보받은 사례는 이들이 처한 이중의 취약성을 상징적으로 보여주었다.

경남 지역 농가에서 일하고 있던 한 이주 노동자가 휴일에 모처럼 경기도 용인에서 일하는 남편을 만나러 다녀온 일이 있었다. 방문 직후에 감기 증상이 나타났는데 메르스일지 모르다며 사업주는 출근을 못하게 했다. 그녀는 여러 곳의 의료기관을 방문하여 메르스 감염이 아니라는 진단서를 떼어왔지만 무조건 작업장 출입을 저지당했다. 당장 머물 곳이 없어서 거리를 배회하다 겨우 이주 노동자 쉼터에서 도움을 받을 수 있었다. 만일 그녀가 실체가 메르스에 감염되었다면, 제대로 된 치료와 돌봄을 받지 못해서 생명이 위협받을 수도 있는 상황이었다. 사후에 이러한 부당한 조치에 대해 항의하자 고용주는 사과는커녕 오히려 근무지 무단이탈로 신고를 해버렸다. 이주노동자 지원단체의 활동가는 이 사례를 전하며 분노를 감추지 못했다. 미지의 상황에 대한 공포가 인종주의와 만나서 벌어진 사건이라 할 수 있었다.

- 메르스 위험환자처럼 취급되기 시작했고. 네 군데 보건기관에서 확인을 했지만 그게 아니고 몸살이라고 하고. 제 생각엔 과로에 의한 몸살이예요. 제 생각엔. 그렇게 해서 이 사람이 쫓겨났다가. 전화해서 저 안 아프데요. 일 할래요. 안 돼 너 오지 마. 오지 말랬잖아. 또 이 날 가서 사장님 나 안 아파요. 있을 곳도 없고. 하니까. 근데, 사장은 어디든 가 있어. 여기 오지마. 이런 거죠. 일년 내내 다른 곳은 가본 데가 없는데. 일만 했던 사람인데. 겨우 남편 한번 만나고 온 거죠. 그런데, 오지마라. 7월에 와라. 이 병 다 지나가면 와라.
- 사람이 기본적으로 그렇게 위험한 상황이고 사람이 병이 걸렸을 지도 모르는 상황이라면 그 사람을 보호해야 하지 않냐. 그 사람은 가족도 없다. 그 사람 집까지 폐쇄를 했다. 그 사람이 보균자라면 자가격리를 시켜야 하는데. 집에서 쫓아내면 어찌하란 말이냐... (중략)... 이 사람은 사람 아니냐고. 거기서 지난 일 년간 한 달에 하루 쉬고 이틀 쉬고 일한 이 노동자는 사람 아니냐. 이 노동자가 그 무서운. 당신들이 생각하는 그 병에 걸려서 죽을 수 있는 상황이었다라고 한다면 치료를 받을 수 있는 숙소라고 열어 놓고 쉬게 해야지
- 사용자가 이탈 신고를 했어요. 미등록이 됐어요. (중략)... 사장님이 이 전염병이 다 지나가기 전까지 오지 말라고 하고는 뭘 어떻게 하냐고. 뭘 담보든지 약속이 있어야 갈수 있는 거 아니냐고 (항의를) 했더니 그랬더니 이탈신고를 한 거예요. (중략)... 쉬는 날 쉬어야지. 왜 서운 했어. 내가 너 서운 가라고 했나. 네 남편한테. 그래서 이것 가지고 노동청에 하소연을 했거든요. 거기도 마찬가지예요. 그분들 말씀이 왜 쉬는 날 쉬어야지. 왜 밖에 나가냐고. 왜 돌아다녔냐고. 그게 문제라고 한 거예요.

● 고립되거나 방치된 노인과 아이들

메르스 방역에 불필요하다는 전문가들의 지적에도 불구하고, 많은 어린이집과 유치원, 학교들이 휴교조치를 취했다. 빈곤 아동과 청소년들의 방과 후 돌봄을 책임지던 지역아동센터 역시 여기에 보조를 맞춰야 했다. 한 지역아동센터에는 지역 내 여러 학교의 아이들이 모이는데 학교마다 휴교 기간이 다르다보니 결국 지역아동센터들은 상당한 기간 휴원을 해야 했다. 그렇다고 저소득층 부모들에게 아이를 돌볼 수 있는 휴가가 주어진 것은 아니었다. 이는 곧 아이들의 방치를 의미했다. 아이들은 부모가 없는 집에 혼자 지내거나 동네를 배회했다. 이러한 상황은 아이들을 감염으로부터 보호하겠다는 휴교 취지에 결코 부합하지 않는 것이다. 뿐만 아니라, 이들 빈곤 아동들에게는 또 다른 어려움이 있었는데, 바로 끼니 문제였다. 그동안 학교 급식으로 점심을 해결하고 지역아동센터에서 저녁을 먹던 아이들이 스스로 식사를 해결해야

할 상황이 된 것이다. 지역아동센터 교사들이 소속 아이들의 가정에 부식거리를 전달해주었지만, 저렴한 간편식으로는 양과 질이 불충분했고 그나마 아이들이 이를 스스로 잘 챙겨 먹을 지조차 의문이었다.

- 근데, 휴교가 다 다르게 한 학교.. 한 학교.. 또 한 학교.. 저희 25명의 아이들 중에 한 명, 두 명, 한 명.. 이런 거예요. 한 아이를 위해서 휴원을 해야 하고 두 아이를 위해서 휴원을 해야 하고.. 나머지 아이들은 학교 다 가고 일상적인 생활을 하고 있는 거예요.
- 휴원을 했을 때 보면은 애들은 굉장히 (길에) 많이 나와 있어요. 그 부모님들께서 집에 안 계시는 경우도 있으니까. 특히나, 큰 애들이 있는 경우. 그리고 동생 하나 있는 경우. 부모님들이 평상시처럼.. 밥이랑 반찬 먹을 거 많으니까 그냥 일을 하러 나가시는 경우가 많더라고요. 저희 센터는 학교 바로 앞에 있으니까.. 애들이 보여요. 3층이니까.. 밖을 보면 애들이 돌아다니는 게 보여요. 그리고 잠깐 밥을 먹으로 갈 때도 보이고, 퇴근할 때에도 보이고. 결국에는 휴원을 했지만, 가정에서 충분히 보호가 되는 경우는 많지 않았다는 거죠. 애들이 더 사람 많은 곳에 노출되고 집에 돌아와서 제대로 청결한 상태를 유지하지 않고.. 이런 게 많다는 거죠.
- 부식.. 저희가 급식 그게 일인당 4500원 이거든요. 그니까 저희는 드문드문 하루 이틀 그렇게 휴원에 들어갔었거든요. 그럼 일인당 4500원에 맞춰서 부식을 사야해요. 그럼 뭘 살 수 있을까요.. (웃음). 햇반.. 스펀.. 3분 카레.. 짜장.. 그걸 인스턴트 그걸.. 한 끼.. 한창 많이 먹을 때인데.. 그거 먹어도 양에 차지도 않을 그걸 사가지고.. 센터에 아이들 오면 안 된다고 해서 밥을 차려서 집으로 오라고 했어요.. (중략).. 햇반 한 개, 두 개 가지고는 진짜.. 안 챙겨 먹을 거 아니까.. 최대한 간편식으로 해서 밥을 전자렌지로 돌려서 먹을 수 있는 컵밥이나 이런 걸로.. 주면서도.. 한숨 푹푹 쉬고.. 전화 하면서도 하~ 이거는 도대체.. 차라리 3일이 붙어 있었으면 $4 \times 3 = 12$. 12,000원하면 차라리 먹을 만한 거 먹일 수도 있었을 텐데.. 하루 하루 이렇게 태서..

일반적으로 노령기는 은퇴, 자녀의 독립, 질병 등으로 인해 사회적 관계가 축소되는 시기이다. 많은 연구들이 보여주듯, 이 시기의 사회활동과 사회네트워크는 건강과 삶의 질에 큰 영향을 미친다. 그런데 메르스 유행이 심각해지고 각종 공적·사적 모임들이 취소되면서 노인들은 심각한 사회적 단절의 고통을 호소했다. 특히나 만성 질환을 앓고 있는 경우에는 병원 이용 제약이라는 어려움까지 가중되었다. 병원에 간다면 메르스에 감염될 수 있다는 공포가,⁵⁾ 가지

5) 메르스 감염으로 인한 사망자의 80.6%가 60대 이상의 연령군이었던 만큼, 노령층에서 감염에 대한 우려와 공포는 상당한 심각했다.

않는다면 지병 악화라는 상황에 직면해야 했던 것이다. 메르스 감염으로 인해 생사를 오가는 심각한 상황에 비추어본다면 ‘사회적 고립’ 정도야 별것 아닌 경험으로 치부될 수도 있다. 하지만 이미 사회적 접촉 기회가 불충분한 노인들에게는 유일하게 남아 있던 사회적 참여의 기회가 단절되어 버린 것은 당사자들에게 무척이나 큰 고통이었다. 의료복지사회적협동조합에서 노인참여 프로그램을 운영했던 실무자의 발언은 이러한 상황을 잘 보여준다.

- 해바라기가 안성에서 굉장히 오래된 모임이에요. 자조 모임이죠. 중풍 환자들이나 몸이 불편하신 분들이 모여서, 그니까 재활 프로그램이라기보다는 똑같은 나라 같은 아픔을 갖고 있는 분들이 모여서 함께 말하고 웃고 서로의 처지를 이해해주는 그런 자조 모임이거든요. 결국에는 (메르스 때문에) 이제 안 오시는 걸로 결정이 됐는데, 이제 메르스로 인해 한 달 정도 시간이 지나고 나니까, 굉장히 적적하고 우울하고 힘들었다는 게 공통 의견이세요.
- 혹시나 이게 또 감염이 되서 자기가 어떻게 되면 어떻게하는 생각에 어르신들은 두려웠다고 하시는 분들도 계시더라고요. 병원에서 침 맞고 그걸로 낫을 삼으시는데 그것도 못 가고 하니까 이거 정말 죽으려고 하는 거 아닌가. 그런 두려움도 크시고, 또 항암치료 받으시는 분들도 몇 분 계시는데 그분들이 겪는 스트레스도 만만치 않고.

● 쪽방주민과 노숙인, 에이즈 환자

거주지역이 일정치 않은 노숙인이나 쪽방 거주민 같은 취약계층은 평소에도 항시적 건강 위기 상황에 직면해 있다. 이들의 생활환경을 생각해보면 충분히 이해할 수 있다 (박유경, 2015). 전국 노숙인 쉼터 등록자료와 통계청 사망 자료를 분석한 연구결과에 따르면 2009년 시점 노숙인의 사망률은 전 국민에 비해 2배 이상 높으며, 그 차이는 점차 늘어나는 추세이다.⁶⁾ 공중보건 위기 상황에서라면 이들에 대한 고려가 우선적으로 이루어지는 게 당연하겠지만, 현실은 그렇지 않았다.

6) 경향신문. 2011. 8. 22. “노숙인 하루 한명 꼴 사망” (<http://is.gd/mNqqgJ>)

- 그 흔한 마스크하나 지급하지 않았죠. 기관 차원에서 직원들에게만 마스크를 보급했었죠. 해서, 일단 저희가 마스크 300개 정도를 사서 서울역에 배포했고, 서울시에 마스크 보급을 요구했었습니다. 그래야야 상황 발생 일주일 가량이 지나서야 거리홍리스들에게 마스크, 손소독기가 보급됐어요. 아시다시피, 홍리스들은 집단 밀집 생활을 하기에 전염성 질환에 취약해요. 또 외기에 고스란히 노출돼 있고, 주거가 없음으로 인해 위생관리에 불리하죠. 메르스 같은 게 발병했을 때 당연히 홍리스들에 대한 예방대책이 발 빠르게 움직였어야 할 텐데 서울시, 복지부는 이 부분에 대해 놓치고 갔던 것 같아요. (노숙인 지원단체 활동가)

평소에 공공병원에 의존하던 쪽방주민과 노숙인, 특히 국립의료원을 내원하던 에이즈 환자 또한 메르스 유행 과정에서 의도치 않은 피해를 경험했다. 이들 병원이 메르스 진료 병원으로 지정되면서 외래 진료 기회가 차단되거나, 입원해 있던 환자들이 급하게 병원을 옮겨야 하는 상황이 벌어졌던 것이다. 그리고 이렇게 밀려난 환자들에게 다른 의료기관을 알선해주거나 진료기록을 연계해주지 않아서, 환자들은 경제적 피해와 함께 상당한 불편과 우려를 감수해야 했다.

- 복지부는 보도자료를 통해 입원 환자를 타 병원으로 전원시키겠다고 했어요. 당연한 수순이고, 그렇게 할 거라고 생각했죠. 그런데 혹시 몰라 병원을 방문했던 거고, 단체들에 수소문을 했던 건데 병원 측 대응이 보도자료와는 사뭇 달랐죠. 병원 측도 갑자기 거점병원이 돼서 그런지 당황하는 분위기가 역력했고, 입원자 일동을 전원시킬 병원에 연계하는 게 쉽지는 않았던 것 같아요. 그렇다 하더라도 적어도 홍리스 같은 보호자, 가족이 없는 환자들은 일대일로 전원 처리할 수 있도록 했어야죠. 메르스만 질병은 아니잖아요. 누구나 다 자기가 앓고 있는 질병이 가장 고통스러운 법인데, 치료도 끝나지 않은 환자들을 방출하다시피 한 건 이해가 되지 않아요. (중략) 그 분도 쪽방에 사셨고 쪽방지역단체와 연계가 돼서 서울의료원으로 입원했던 사례예요. 이분에 대해서 역시 국립의료원 측은 병원을 연계해 주지 않았어요. 지역 단체에서 수소문해서 입원을 할 수 있었던 거죠. (중략) 낙상 사고 후 거동이 불가능한 환자였는데, 애초 이분은 쪽방에 살던 분이였어요. 그 분이 전원 갈 병원을 의료원 측에서 알아봐주지 않고 당사자에게 구해서 나가라고 했던 거죠. 다행히 이 분은 가톨릭 재가복지 단체에서 사례관리를 했던 분이라 그 단체의 도움으로 타 요양병원으로 갈 수 있었죠. 하지만 그 과정에서도 우여곡절이 많았어요. 애초 입원을 승낙했던 요양 병원측에서 국립의료원에서 왔다고 하니 메르스에 감염됐을지도 모른다며 입원을 거부했죠. (홍리스 지원 단체 활동가)

- 병원 에이즈 상담 간호사가 메르스 때문에 죽을 수도 있으니까 빨리 나가라고, 메르스 때문에 그냥 빨리 나가라고, 9일까지 앵부런스 불러서 옮기라고 하더라고.. 옮겨주는 거 아니냐고 물어보니까 @@ 병원에 알아냈으니까 그 병원으로 옮기라고, 전날에.. (중략)... 대책도 없이 무조건 나가라고 하니까 우선 국립의료원 한방병원으로 하루 옮겼다가 @@병원으로 온 거지... 어찌나 닥달을 하던지 너무 마구잡이로 나가라고 하니까, 수술을 받는 중인데도 빨리 나가라고 하니까 간병인이 울었다니까... 안 나갈까봐... (중략)... 나는 없었고, 간병인이 @@병원으로 옮겼는데 가자마자 이런저런 검사를 했다고 하더라고.. 보호자인 나에게는 아무런 연락이 없었고, 간병인에게 연락해서 아무런 설명도 없이 뭐 이런저런 검사를 했다고 하더라고 (에이즈 환자 보호자, 진료비 3백만 원 청구됨).
- 국립의료원에 입원했던 에이즈 환자들은 에이즈 상담간호가 병원 차원이 아니라 개인적으로 아는 다른 병원에 상담간호사들에게 연락해서 알아본 거라서 그나마 다른 병원으로 갈 수 있었던 거예요. 제가 알게 된 것은 환자가 있던 층은 감염내과가 아니었는데, 그 병동 수간호사가 간병인에게 연락을 한 거지 빨리 나가야 한다고... 갑자기 나가라고 하니까 놀래가지고 보호자 분이 저에게 연락이 와서, 그 때가 8일 오전 11시 쯤이었는데, 제가 다시 국립의료원 상담간호사에게 확인을 해보니까 그때까지 상담간호사는 모르고 있었던 거예요... 국립의료원이 메르스 지정병원으로 결정되고 수간호사들에게 환자들 전원시키라고 내려왔고 8일 날 바로 퇴원하라고 병원이 난리가 난 거지. 그때 일본에 연락을 했는데 일본도 모르고 있더라고... 이후에 다시 연락을 해보니 일본에서는 집으로 모셔가라고 하더라고.. (중략)... 다른 병원으로 옮기기로 한 세 분은 병원비 때문에 집으로 모셨어요. 세 분 모두 기초생활수급자여서 민간병원의 병원비를 감당할 수 없을 것 같아서 연락이 안 되던 가족, 지인들의 집으로 퇴원하였습니다. (에이즈 인권 활동가).

● 마을이 폐쇄되었던 전북 순창 장덕리

중앙 정부의 방역 조치가 혼란을 거듭하는 동안 지방자치단체들이 독자적으로 대책 마련에 나선 경우가 적지 않았다. 그 중 100명 넘는 주민이 거주하는 순창 장덕마을의 방역 사례는 언론을 통해서 모범사례로 알려졌다.⁷⁾ 이 마을 주민들 가운데 메르스 환자와 접촉자가 확인되자 마을 전체가 통째로 검역 조치된 것이다.

이는 과학적 측면에서나 인권 측면에서 전혀 정당화될 수 없는 조치였다. 공중보건 위기 상황에서 검역을 비롯한 제한적 조치들은 공적 필수성, 입증된 효과성과 과학적 근거, 비례성,

7) 예컨대 News1 2015년 6월 19일자 기사 제목은 “‘메르스 관리는 이렇게 하는 거다’...순창 장덕마을 칭찬 릴레이”이다 (<http://news1.kr/articles/?2288860>)

최소한의 침해, 호혜성, 공정함 등의 윤리적 원칙 하에서 작동해야 하지만 (Calain & Poncin, 2015), 이는 어느 한 가지 조건도 만족시키지 못한 조치였다. 특히 SARS 사례에서 드러나듯, 지역 단위의 대규모 검역이나 군사적 집행은 대중의 공포와 불신, 심지어 패닉을 불러 일으키고 검역을 탈주하도록 만들 수 있는 (Wynia & AMA, 2007), 채택해서는 안 되는 수단이었다. 연구진이 직접 마을을 방문했을 때, 주민들은 언론이 사실을 편향해서 보도했으며 마을 격리가 강압적이고 비합리적인 절차를 통해 이루어졌다고 토로했다.

○ 검역 조치 과정

마을은 읍내와 도보 10분 정도밖에 떨어져 있지 않은 곳이었다. 마을 입구에는 집이 드문드문 있지만, 길을 따라 들어가면 밀집된 동네가 나온다. 메르스로 진단받은 환자는 동네 안쪽에 거주하는 노인이었고, 역학조사를 통해 14인의 밀접 접촉자가 확인되었다. 그러자 충분한 설명도 없이 마을 입구부터 100여명 가까운 주민이 통째로 격리대상이 되었다.⁸⁾ 동선이나 주거 밀집도를 전혀 고려하지 않은 행정 편의 조치이자 과도한 공포에 사로잡힌 비이성적 조치라고 밖에 할 수 없었다. 일부 주민들의 격렬한 항의에 슬그머니 조치를 해제했다는 것 자체가 이러한 격리의 무리함을 반증해준다. 주민들은 스스로 메르스에 대한 정보를 학습했고, 이러한 격리조치가 매우 비합리적 처사였다는 것을 알게 되면서 매우 분노했다.

8) YTN 2015년 6월 19일 “순창 장덕마을 격리 해제...부동켜안은 이웃들.”
http://www.ytn.co.kr/_ln/0115_201506191357572895

- 설명을 제대로 못 들었어요. 메르스 할머니가 나왔기 때문에 어쩔 수 없다. 그 할머니 때문이다. 그런 식으로 이야기를 하더라구요. 그래서 그 때 언성이 높아졌고 어떻게 무식하게 그런 말을 할 수가 있는지 그 할머니도 피해자죠.
- 사전에 충분히 양해를 할 수 있게 충분한 설명을 해줬어야죠. 설명하는 부분이 일단 빠졌어요.
- 처음에는 입구부터 막았었는데 나중에 트랙터 가지고 난리치신 분이 계셔서 그 밑에는 풀 어졌어요. 그러니까 힘없는 사람은 다 가둬놓고 우리도 그렇게 하고 싶었는데 우리는 마을 한 가운데로 들어가야 하니까 그것도 아니고.
- 혹시나 또 다른 뭔가 우리가 알지 못하는 게 있을까봐. 그러니까 저렇게 적극적으로 막지 않나. 그래서 혹시나 일단 따라주자. 그리고 그 안에 있는 순간이라도 구멍은 많잖아요. 마음 먹으면 나갈 수 있어요. 아 진짜 산을 건너서라도 갈 수 있는 거 아니에요. 그런데도 그냥 자체적으로 일단 따르자. 마을 분위기가 그랬어요. 일단 조용히 지나가자. 일단 14일 동안은 어떻게든 따라주자

○ 격리에 따른 피해와 그 보상

처음에 마을 입구 세 군데가 막히고 방역복을 입은 사람들이 입구를 지키기 시작했을 때, 주민들은 심각한 상황인가보다 짐작만 하고 지시에 순응했다. 마을 안에서 밖으로 일하러 가는 것도 가로막히고, 생계 때문에 마을 바깥 출입을 해야 하는 주민들까지도 제지를 당했다. 그 과정에 설명은 없었다. 격리 기간 동안 주민들은 생활의 불편함은 물론 지병이 있는데도 의료기관을 이용하지 못한 어려움, 메르스 감염에 대한 공포, 강제적 고립으로부터 유발된 불안을 경험했다. 또한 ‘순창’에 산다는 것만으로 오명의 대상이 되기도 했다.

그나마 마을 안에서 농사를 짓던 주민들은 보급물품과 자원봉사를 통해 일부 도움을 받을 수 있었지만, 마을 바깥에 일자리를 가지고 있었던 주민들은 그 손해가 막심했다. 격리 조치 해제 후에도, 피해 정도와 실제 상황을 고려하지 않은 천편일률적 보상 때문에 주민들은 더욱 분노했다. 하루만 검역조치되든 14일 내내 조치되든 1인 당 보상액은 동일했던 것이다.

- 2주가 넘죠 근데 끝나고도 식당에 가서 밥을 먹으러 가면 못 오게 해요 꺼리고... 나같은 경우 아버님이 얼마 전 돌아가셨는데 아프신데 병원에도 갈 수가 없었고 병원에서도 받지를 않고... 불과 십몇일 사이에 상태가 더 안 좋아지셔서... 예약한 날보다 훨씬 뒤에 가서 진료를 받아보니 불과 18일 사이에 병이 더 악화되셔가지고 치료를 할 수 없는 상황이라고 판정을 받고 불과 한 달 열흘 누워만 계시다가 요양원에 계시다가 집에 오셔서 돌아가셨어요.
- 출근도 못하고 물론 직장생활 하시는 분들은 월급이 나오니까 상관은 없지만 근데 이제 자영업하시는 분이나 트럭하시는 분이나, 또 어떤 분은 주민등록상 거주지가 딱 한 명으로만 나와서 40만원만 나온 거예요 그 분은 대충을 받아서 트럭을 사가지고 트럭 유지비가 장난 아니예요 진짜 기가 막힐 노릇이죠.
- 처음에 격리되었을 때는 그러면 어느 정도 피해 보상은 해주겠지. 일단 이것은 있을 수가 없는 일이지만 거기에 따른 생각이 있어서 이렇게 막지 않나. 아니더라도 자기네들만 잘 했다고 칭찬 받은 거더라고요.

4. 왜, 어떻게 이런 일이 벌어졌는가?

메르스가 한낱 유행병이 아니라 전 사회적 ‘사태’가 된 것을 두고, 많은 이들이 방역체계의 ‘충체적’ 실패와 한국 보건의료체계의 ‘고질적’ 병폐에서 그 원인을 찾았다. 이러한 진단에 우리도 동의한다. 위기는 그 사회에 감춰져 있던 취약성을 드러내는 구실을 한다.

하지만 앞서 살펴보았듯 이러한 위험의 생산과 부담이 공평하게 이루어진 것은 결코 아니었다. 생명을 위협하는 질병 앞에서도 이윤 동기, 노동자 경시, 사회적 약자에 대한 의도적/비의도적 차별은 결코 사라지지 않았으며, 그로 인해 사회적 열세에 처한 이들이 감당해야 할 부담의 몫은 더 컸다. 우리는 이 문제가 한국 사회 구조에 내재한 불평등과 낮은 민주주의 수준에 의해 촉발되었다고 생각한다.

4.1. 불평등의 정치학

경제위기, 학교폭력, 자살, 문지마 살인, 환경파괴, 신종 감염병 등은 현대사회 위험의 대표적인 사례들이다. 현대사회에서 위험은 편재해있으나 가해자를 찾거나 위험의 특정 원인을 파악하기는 어렵다. 또한 세계화된 사회에서 서로 연결되어 있기 때문에 특정 사회만 잘 운영, 관리한다고 해서 위험에서 벗어날 수 있는 것도 아니다 (김미숙 등, 2014). 현대사회를 ‘위험 사회’로 규정한 독일의 사회학자 울리히 벡(Ulrich Beck)에 따르면 19세기와 20세기 초반의 공장이나 직업에 관련된 한정된 범위의 위해(hazards)와 달리, 21세기의 위험은 더 이상 특정 지역이나 집단에 한정되지 않는다. 위험은 생산 및 재생산 과정에서 국경을 넘어 지구화의 경향을 나타낸다. 즉, 과거의 위험이 개인적인 것이었다면, 현재의 위험은 핵 사고나 방사성 폐기물 축적처럼 전 인류의 위험으로 변화하고 있다. SARS, 에볼라, 메르스 같은 신종 감염병의 출현이나 인플루엔자 대유행은 전 지구화된 세계에서 나타날 수 있는 위험의 양상을 잘 보여 준다 (그림 1).

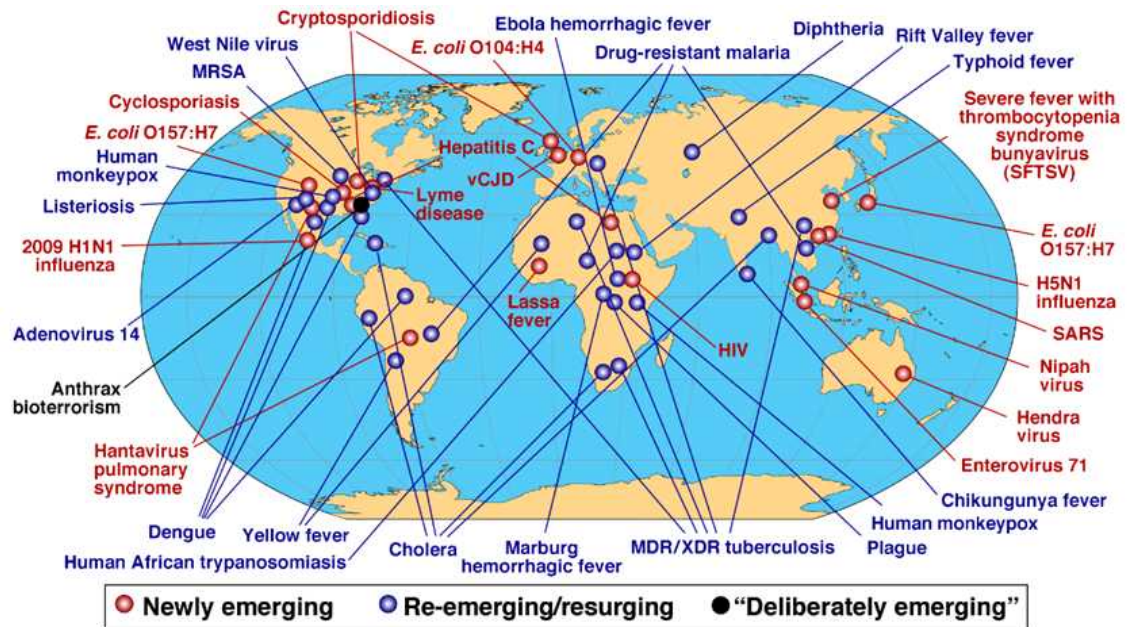


그림 1 신종/재출현 감염병의 세계적 발생 현황

(출처: Fauci, 2012)

그런데 위험에 대한 공포나 실제 위험 수준은 모든 이들에게 동일하지 경험되지 않는다. 어떤 사람들은 다른 이들보다 위험의 생산과 분배에 의해 더 큰 영향을 받는다. 즉 ‘사회적’ 위험집단들이 생겨나는 것이다. 계급과 계층지위의 불평등에 기초하여, 위험은 차등적으로 분배된다. ‘자본의 분배’가 상층에 편중된다면 ‘위험의 분배’는 하층에 편중된다. 빈곤은 위험이 만연할 수 있는 조건인 반면, 지배 엘리트는 위험으로부터의 안전과 자유를 사들일 수 있다 (백 2006, pp75-76). 사회가 평등하고 안전망이 잘 갖춰져 있을수록 사회적 위험집단이 생겨날 가능성이 적고, 위험이 편중되지 않기 때문에 부정적인 결과 역시 줄어들 수 있다. 국내 메르스 유행에서 사회적 취약계층에게 부담이 가중되었던 것 또한 이러한 ‘위험의 분배’ 개념으로 설명할 수 있을 것이다.

4.1.1. 기울어진 경기장: ‘노동’의 열세

노동은 성인기 삶의 가장 큰 부분을 차지하며, 대부분의 사람들은 노동력을 제공한 댓가로 생계를 이어간다. 그런데 이 과정에서 많은 노동자들이 충분한 보상을 받지 못할 뿐 아니라 건강 위험에 노출된다. 물론 유해성이 미처 알려지지 않아서, 혹은 기술적 대안이 충분치 못해서 어쩔 수 없이 위험에 처하는 경우도 있다. 하지만 때로는 기술이 충분하다 해도, 노동자가 스

스스로 보호할 수 있는 힘이 없기 때문에 어쩔 수 없이 위험에 노출되기도 한다. 노동자가 작업장에서 어떠한 보호를 받을 수 있는지는 개별 고용주와 노동자의 힘의 균형, 정부의 규제, 노동시장 상황, 전반적인 계급 간 힘의 크기에 의해 좌우된다 (우딩과 레벤스타인 2008).

메르스 유행 과정에서 보건의료 노동자들이나 공공부문 서비스 노동자, 비정규 노동자와 이주노동자 등 취약 노동자들이 충분한 보호를 받지 못했던 것은 개별 작업장, 노동시장에서의 힘의 불균형, 취약한 안전보건 규제와 관련 있다. 한국 사회에 뿌리 깊은 노동 경시와 압도적인 힘의 불균형은 메르스 유행에서도 그 위력을 발휘했다.

● 노동안전보건 관점이 취약한 병원 감염 관리체계

메르스 감염자 186명 중 보건의료 종사자는 40명으로 21.5%에 달한다. 그 중 15명으로 가장 많은 수를 차지하고 역학적 정보가 비교적 잘 알려져 있는 간호사들의 사례를 살펴보자. 이들의 감염은 크게 세 가지 유형으로 구분된다. ① 첫째, 최초 발단 환자가 미처 확진되기 전에 직간접적으로 이 환자의 진료에 참여했다가 감염된 사례들이다. 이들은 평상시와 마찬가지로 개인 보호구를 착용하지 않고 진료 과정에 참여했다. 이 때는 메르스에 대한 정보가 전혀 알려지지 않았던 시점이다. 이 시기의 감염은 ‘메르스’ 방역대책보다는 급성 호흡기 감염 증상에 대한 표준감염주의 조치 자체가 미흡했던 것이 중요했다. ② 두 번째 집단은, 메르스 유행이 확산되는 시점에서 아직 확진되지 않은 접촉자들을 진료하다가 감염된 이들이다.⁹⁾ 이는 급성 호흡기 감염에 대한 표준감염주의 조치 미흡과 더불어 방역 대응의 부적절함에서 비롯된 감염이다. 만일 초기 확진자들의 의료 이용 경로가 공개되고 별도의 주의 조치가 취해졌다면 일부는 감염을 막을 수 있었을 것이다. ③ 세 번째 집단은 확진된 메르스 환자를 진료하는 과정에서, 심지어 개인 보호구를 착용한 상태에서 감염이 일어난 경우이다. 이는 MERS-CoV 전파 차단조치가 미흡했음을 보여준다 (표 2). 감염 일반이 아니라 메르스에 한정해서 보자면, 이미 메르스 유행이 알려진 후에도 보건의료 노동자들에 대한 안전보건 조치가 충분치 않았다는 점에서 두 번째, 세 번째 감염 사례들은 매우 심각한 사안으로 다루어져야 마땅하다.

9) 대부분의 간병노동자들도 유행이 시작된 이후 감염 정보가 미흡한 상황에서 확진 이전의 메르스 환자를 돌보거나 주변에 있다가 감염되었다.

표 2 간호사 감염 경과

①	#07 (평택성모병원) #08 (아산서울의원) #34 (평택성모병원)	확진 전 #01 환자 병동 진료 보호구 미착용
②	#43 (평택성모병원) #117 (동탄성심병원) #163 (아산충무병원) #182 (강동경희대병원) #60 (삼성서울병원) #78 (삼성서울병원) #79 (삼성서울병원)	#01 환자 확진 후 병동 폐쇄 → 옮겨진 접촉자들 (확진 전) 병동 진료 #01 환자 접촉자 (#51) 병 문안했던 아들 (#15, 확진 전) 병동 진료 #119 환자 (확진 전, 1차 검사 양성, 2차 음성) 병동 진료 #76 환자 (확진 전) 응급실 진료 보호구 착용? 확진 전 #14 환자 응급실 접촉 (5월 27일, 6월 초까지 근무 계속)
③	#148 (건양대병원) #164 (삼성서울병원) #179 (강릉의료원) #183 (삼성서울병원) #184 (삼성서울병원)	#36 환자 심폐소생술 시행 중 감염 추정 (level D 방호복) 6/10~12 확진자 격리 병실 근무 (6/17부터 level D?) 1차 양성자 (level D)와 확진자 (level C) 구급차 이송 동행 #136 환자 확진 전 진료 후 자가격리, 6/23~ 격리병실 근무 (level D?) 6/13~24 확진자 중환자실 근무 (무증상 상태 진단)

흔히 병원 내 감염관리라고 하면 방호복이나 마스크 착용 같은 개인 보호장비를 우선 떠올린다. 이번 메르스 유행에서도 적정 수준의 방호복을 지급했는가를 두고 논란이 일기도 했다. 하지만 병원 내 감염 관리, 특히 급성 호흡기 증상을 일으키는 질병의 감염 관리는 특정 병원 체 확인 이전의 ‘표준감염주의’가 매우 중요하다. 국내 사례에서 드러났듯, 메르스 감염은 특정 사례가 의심되거나 확진되기 이전에 일어날 가능성이 높다. 호흡기 바이러스의 경우, 일단 감염된 후 잠복기를 거쳐 증상이 발현되기 전후의 감염력이 가장 높기 때문이다 (그림 2). 따라서 호흡기 증상이 있는 환자를 진료할 때 메르스에 한정해서가 아니라 전반적인 급성 호흡기 감염을 막는 표준 조치들의 일상적 적용이 매우 중요하다. 가장 기본적으로 ① 표준 감염 주의, 다음 단계에서 ② 급성호흡기 감염 주의, 그리고 유행 시기나 접촉자/확진자 진료 과정에서 ③ 메르스 감염 주의 순서가 되어야 한다.

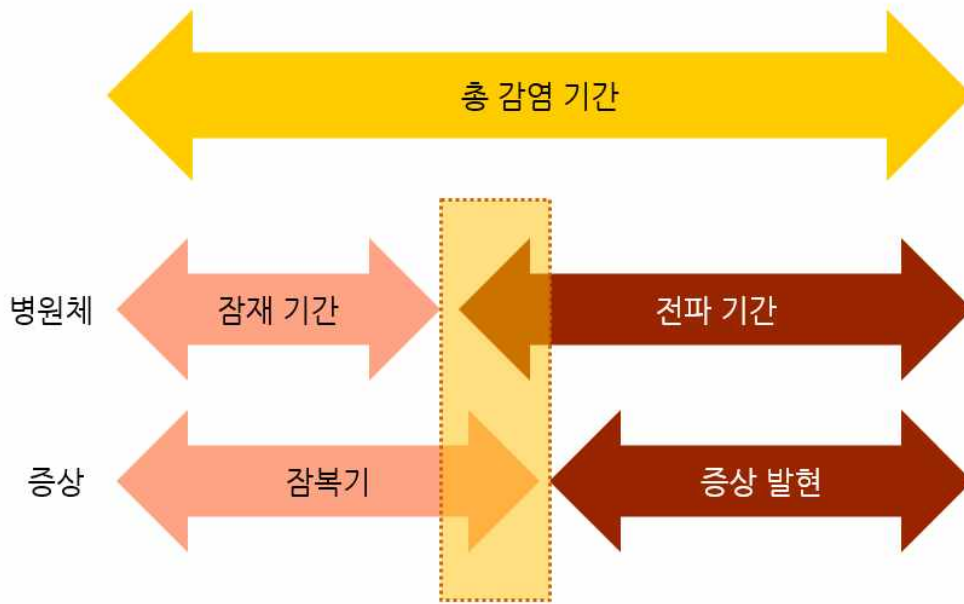


그림 2 호흡기 감염병의 증상 발현 시기와 감염 기간

또한 보건 의료 환경에서 감염 예방/관리 전략의 1순위는 개인 보호구 착용이 아니라 행정적 관리이다. 캐나다의 SARS 유행 당시에도 비말 감염이나 공기전파나, N95 마스크를 반드시 착용해야 하는가를 두고 전문가들 사이에 논란이 벌어졌지만 사실 이는 무의미한 논쟁이었다. 신종 감염병의 전파 양상에 대한 지식에는 상당한 불확실성이 수반되고, 비말감염이라 해도 다른 조건이 합당한 경우에 공기전파도 가능하기 때문이다. 중요한 것은 어떤 보호장비를 채택하느냐가 아니라 사전 주의 원칙 (precautionary principle)에 따라 ‘체계’를 만드는 것이다 (The SARS Commission, 2006). 즉, 위험수준에 따라 환자를 선별하고, 의료진을 대상으로 한 급성 호흡기 감시체계를 갖추고 직업보건의 모든 측면에 대한 정책과 절차를 수립하며, 지속 가능한 예방/관리 인프라 구축, 의료진 교육, 대기 공간의 과밀 해소, 적절한 물품 조달 등 그야말로 ‘행정/관리’가 주축이 되어야 한다. 환기, 소독/청소, 공간 분리 같은 환경/공학적 관리가 그 다음 2순위이며, 개인 보호구 착용은 3순위로 우선 순위가 가장 낮다. 개인 보호구는 행정적/공학적 관리가 없으면 그 효과를 발휘하기 어렵다 (WHO, 2015a; 2015b). 하지만 병원 노동자들의 경험을 들어보면, 메르스 진료 병원에서도조차 이러한 행정적 관리가 충분치 않았으며, 적절한 교육이나 정보제공 등도 매우 불충분했다.

이는 감염관리 ‘일반’의 문제이기도 하지만, 특히 메르스 감염을 병원 노동자의 안전보건 문제가 아닌 특정 감염병 문제로만 바라본 것과 관련 있다. 병원을 기반으로 감염병이 유행하고 있다는 사실 그 자체가 명백한 노동안전보건 이슈임에도 불구하고, 노동자 안전보건과는 전혀

관계없는 의학적 이슈로만 다루어진 것이다. 실제로 대한감염학회, 대한의료관련감염관리학회, 대한감염관리간호사회가 함께 펴낸 MERS-CoV 감염관리지침 (v2.1)을 살펴보면, 감염관리팀 구성에 노동안전보건을 담당하는 ‘산업보건관리자’가 포함되어 있지 않다 (표 3).

표 3 감염관리팀 구성

구분	위원 구성	
위원장	병원장	
당연직 위원	내과과장	수술팀장
	감염관리실장	약제팀장
	감염관리사	중앙공급실장
	진단검사의학과장	원무팀장
	간호부장	영양팀장
	응급의학과장	총무팀장
	중환자실장	시설팀장

병원 기반의 메르스 유행을 직업안전보건 이슈로 보지 않았던 것은 노동자 안전보건의 주무 부처인 산업안전보건연구원과 안전보건공단도 마찬가지였다. 한창 유행이 확산되던 시기 두 기관의 공지사항을 보면, 감염관리에서 우선순위가 가장 낮은 개인보호장비와 사용지침 정도가 안내되어 있고, 그나마 보건의료 기관이 아닌 일반 사업장에서의 대응만이 설명되어 있다 (그림 3과 4).



번호	제 목	작성일	조회
167	중등 호흡보호구(MERS) 예방용 마스크 현황	2015-06-22	96
166	메르스관련 개인보호장비 사용지침	2015-06-22	63
165	전폐정도관리 폐활량/폐기능 검사 및 판정교육 일정변경 알림	2015-06-16	156
164	전폐건강진단기관 (임시)전폐정도관리평가 및 교육 실시 공고	2015-06-16	63
163	특수건강진단기관 (정기)전폐정도관리평가 및 교육 실시 공고	2015-06-16	91
162	2015년 2분기 특수건강진단기관 전폐-정맥 (수시) 정도관리 실시결과 공고	2015-06-16	66
161	2015년 전폐건강진단기관 (정기)정도관리 실시결과 공고	2015-06-16	36
160	특수건강진단기관 폐활량검사교육 일정 변경 안내	2015-06-09	96
159	2015년도 특수건강진단 청탁정도관리 실시 공고	2015-06-09	124
158	2015년 7월 특수건강진단기관 수시 분석정도관리 신청 및 일정 안내	2015-06-09	113

그림 3 메르스 유행 기간 산업안전보건연구원의 공지사항

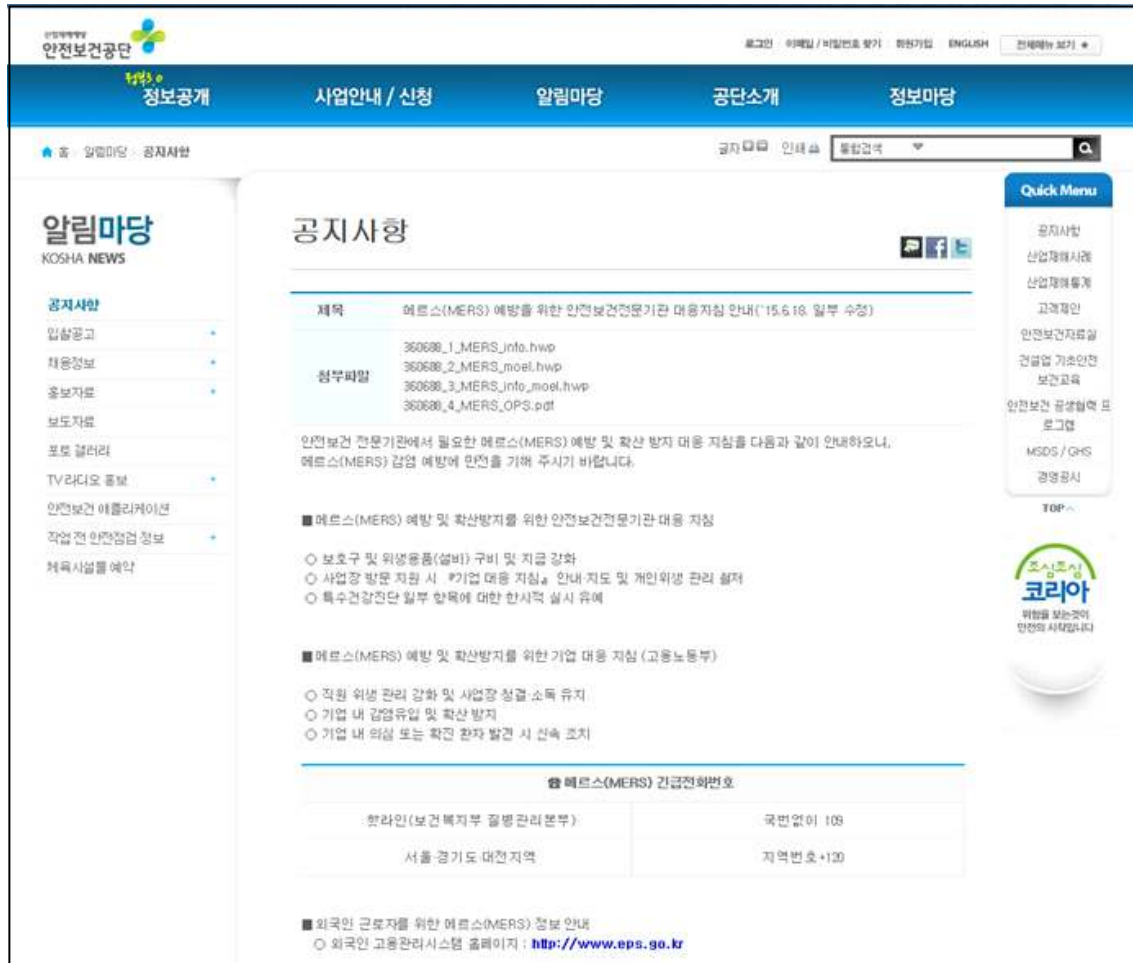


그림 4 메르스 유행 기간 안전보건공단의 메르스 관련 안내

상황이 이렇다보니 2015년 12월 16일 현재, 메르스 관련하여 산업재해보상이 청구된 사례는 11건에 불과하다. 그 중 확진자 6명은 승인이 되었고 나머지 사례들은 반려되거나 조사 중이다.¹⁰⁾ 보건의료 종사자 중 감염자 수가 40명이었던 것에 비하면 턱없이 낮은 신청률이다. 특히 메르스를 확진 받은 간호직 15명 중 오직 두 명만이 산재 신청을 했다. 전 국민이 지켜보는 가운데 직업적 노출이 명백했던 드러났던 사례들조차 ‘산재’로 인식되지 못한다는 사실은 우리 사회의 인식 체계 안에 ‘노동’이라는 개념이 아예 들어있지 않음을 알 수 있다. 이는 직업적 노출에 의해 발생한 감염은 물론 외상 후 스트레스 장애 또한 직업성 질환으로 인정되어야 하며, 고용주는 직업성 질환 사례에 대해서 근로감독관에게 보고해야 한다는 ILO와 WHO의 방침에도 반하는 것이다 (ILO & WHO, 2014).

10) 메르스 관련 산재 신청 현황 (국회 환경노동위원회 장하나의원실 제공. 2015.12.18)

전반적으로, 메르스 유행 과정에서 보건의료 노동자들은 위험한 근로환경에 노출된 노동자로서 보호받기보다는 진료에 참여하는 ‘직업인’의 정체성이 강조되었고, 보호 조치 또한 개인의 실천에 의존하는 경향이 컸다. 한 노동조합 활동가는, 메르스 유행 과정에서 노동자 안전보건 보호의 정치적 책임 주체인 고용노동부가 실질적인 역할을 하지 못했다고 비판했다. 반면 의료연대본부가 주최한 토론회에 참가한 고용노동부 당국자는 정부의 방역대책 논의에서 자신들이 배제되었으며, 개입의 여지가 거의 없었다고 털어놓았다. 또한 병원 현장 근로감독을 철저히 하려 해도, 소속 요원들을 보호할 방안이 마땅치 않아 어렵다는 점을 제기했다.

- 노동부 입장에서는 배부른 소리라고. 그리고 아픈 거는 병원이 해결하는 건데. 아픈 건 병원이 알아서 하세요. 이 마인드가 아주 쉽게 있다니까? (노동조합 활동가)

사실 이러한 상황은 한국만의 고유한 문제는 아니다. 예컨대 캐나다 SARS 유행에 대한 평가결과를 보면, 병원감염 관련 전문가와 병원 경영진들이 직업안전보건과 관련한 규제에 무지했을 뿐 아니라 자문을 구할 전문가가 누구인지조차 모르고 있다는 점이 확인되었다. 감염관리와 직업안전보건 체계는 완전히 별도의 체계로 움직였고, 이러한 분리가 보건의료 노동자들이 대거 희생되었던 중요한 원인으로 지목되었다 (The SARS Commission, 2006).

메르스 유행이 그나마 더 심각한 여파를 남기지 않았던 것은 의료진의 헌신 덕분이다. 교수들이 직접 당직을 서면서 환자를 돌보고, 간호사와 전공의를 비롯한 여러 인력들이 장시간 노동과 열악한 근무환경을 견뎌내면서 최선을 다한 결과로 여기까지 온 것이다. 하지만 노동안전보건 체계를 갖추지 않고 개인들의 헌신과 책임을 강조하는 것으로는 문제의 재발을 막기 어렵다. 자신의 몸을 돌보지 않으면서 환자를 살려내려 노력한 간호사의 분투는 상찬받아 마땅하지만, 현장의 노동자가 이러한 위험을 모두 감수하는 것은 부당하다. 평범한 시민이자 노동자로서 자신의 일터에서 맡은 일을 성실하게 하는 것, 아픈 환자를 돌보는 것이 자신의 목숨을 건 영웅적 행위가 되어야 한다는 것은 비극이다. 이후에 또 다른 공중보건 위기가 발생할 때, 이들이 또다시 그러한 희생을 반복할 것이라고 기대하기 어려우며, 그래서 안 된다.

- 저학 실무자 입장에서의 느낌은 모든 사람들이 순수한 마음으로 메르스를 퇴치하기 위해서 열심히 일한 것 같아요. 그리고 그거에 대한 공감대가 있어요
- 교수랑 펠로우랑 세트로 해서 당직이 돌아갔고. 또 하나는 이제 호흡기 문제가 생기고 계속 이러잖아요. 그래서 호흡기가 봐야 된다고 이게 얘기가 되가지고, 호흡기 교수님 아예 거의 킵했어요. 그러니까 이 사람들이 병동을 떠나지를 않으니까 그 쪽에서 전화가 오면 보통 제가 스테이션에 있거나 이렇게 하면, 제가 그걸 보고 찾아가지고 어레인지링 하거나 노티를 하거나 방법을 찾거나 이렇게 해서 제가 중간에 연결다리를 해주거나 이런 방식으로 가니까 그나마 일이 좀 굴러가는 듯한 느낌?
- 진짜 운이 좋았다고 생각을 해요. 왜냐면 초반에 봤었던 그 펠로우가 누구냐면 에볼라 팀에 갔었던 펠로우예요. 오히려 이 사람이 우리를 교육을 많이 시켜줬어요. 심지어 직원 관리하는 방법도 아무것도 없었거든요. 그 사람이 얘기했던 게 직원들 체온 재게 해야 된다. 그리고 그거 혼자 하면 안 되고 둘이 같이 확인하게 해야 된다. 출입대장 만들어야 된다. 이 얘기를 그 펠로우가 다 한 거예요. 초반에 아무것도 안 되어 있었어요.





● 실종된 작업장 민주주의

메르스 대응의 실무 현장에서 또 다른 중요한 문제는 노동자의 의견이나 주장이 존중되거나 받아들여지지 않았다는 점이다. 그동안 경험해보지 못한 새로운 감염병의 대처에는 불확실성과 시행착오가 따를 수밖에 없다. 이 과정에서 이론적, 실무적 차원의 조직적 학습은 대응 역량을 증진시키는 중요한 요소가 된다. 그러나 메르스 유행 과정에서 노동자들은 방역 대응의 주체나 대등한 파트너로 인식되기보다 오로지 주어진 명령만 수행하면 되는 통제의 대상으로 여겨졌다.

병원을 포함한 여러 공공분야의 노동자들이 공통적으로 제기했던 문제 중 하나는 경영진이 제대로 된 정보를 알려주지 않았고 업무에 대한 설명도 불충분했던 반면 과도한 비밀유지를 강요했다는 점이다. “우리가 일을 안 하겠다는 것도 아니고, 설명을 요구하는데 왜 설명을 안 해주나?”라는 병원 노동자의 발언은 당시의 상황을 잘 보여준다.

- 그냥 의심환자가 들어오고 나서도 하라는 대로만 하라고 했어요 그래서 뭐라도 함께하면 되니까 면담을 하자, 매뉴얼이라도 만들자 했는데 면담을 피하고 과장이랑 일대일 면담을 시키더라구요 일대일로 거의 협박수준의 이야기를 들었어요 (병원 노동자).
- (병원 상황을 발설하지 말라는) 그런 서약서를 왜 받냐. sns에 다 나오고 있는 얘기를 (병원 노동자).
- (격리대상자 수용을 위해 건물을 비워야 하는데) 서류에 이름이 다 써 있고 자기가 근무를 할 건지 자기가 연가를 쓸 건지 동그라미를 하라고 종이를 준거예요. 그 때 저는 우리가 원해서 나가는 것도 아니고 어쩔 수 없이 나가는 건데 왜 이것 해야 되느냐고 얘기했죠. 일단 급하니까 빨리 사인하고 가라고 하더라고요. (시설 노동자)
- 지침이 딱 내려왔어요. 뭐라고 내려 왔냐면은 일체 기자들하고 접촉하지 말라고. 기자건 기자가 아니건 어느 누군가가 와서 메르스에 관해서 묻으면은 자기는 아무것도 모른다 이렇게. 공항은 그런 거를 잘해요. 지네들이 확대 생산해서 홍보용으로 쓸 수 있을 것 같은 거는 거의 LTE급입니다. (공항 노동자)

특히나 ‘노동조합’을 그저 말썽꾼으로 간주하는 왜곡된 정치의식은 합리적인 의사소통을 가로막았다. 이러한 모습은 작업장 민주주의의 전형적 실패 사례라 할 만하다.

- 현장 목소리 듣는 게 제일 중요하다고 생각해요 현장에서 하는 사람이 들어가서 얘기를 해야 하는데 그냥 간호직 대표를 앉혀 놓으니까 현장대표를 넣어 달라 했더니 하는 말이 노조간부를 현장 대표로 넣을 순 없다 였어요.

작업장 민주주의는 “작업장에서 민주사회에 대한 우리 기준을 실현하는 것과 관련”있으며 (Holtzhausen, 2002), “더 많은 사람들이 의사결정에 영향력을 미치는 힘을 증진시키는 활동, 구조 또는 과정이며 조직이 작업장을 민주주의로 나아가게 한다고 여겨질 수 있는 활동” (Harrison and Freeman, 2004) 등으로 정의된다. 정의 방식은 다양하지만 여기에는 공통적으로 평등, 의사결정, 실질적 참여의 개념들이 포함된다. Luhman(2006)은 방대한 문헌검토와 질적 분석을 통해 작업장 민주주의의 이론적 프레임을 도출하고 조직의 민주주의에 대한 주요 개념을 제시한 바 있다 (표 4)

표 4 조직 민주주의의 주요 요소들

- 내·외부로 열린 의사소통과 정보의 흐름 증진
- 표현과 선택에 대한 개인의 자유
- 노동자들에 영향을 미치는 기능들에 대한 더 많은 통제권
- 신뢰는 높이고 두려움은 줄이는 것
- 작업 설계인, 요구사항과 질에 대한 노동자의 의견 반영
- 덜 위계적이고 수평적 팀에 기초한 조직구조와 관리, 그리고 책무성 있는 위계적 통제
- 의사결정 할 수 있는 권력과 책임의 위임
- 여성과 대표성이 낮은 집단의 충분한 참여와 이들에 대한 존중
- 노동자들이 통제에 이의를 제기할 수 있는 정당성
- 조직에 대한 헌신, 개인의 책임성, 변화 가능성의 증진
- 작업장 구성원들에 민주적 가치를 심어줄 수 있도록 참여를 통한 교육이 이루어지게 할 것

일반적으로 이론가들은 작업장에서 민주주의를 증진하는 것이 시민참여와 정치적 민주주의, 노동자들이 자신의 일을 바라보는 관점을 증진할 수 있다고 주장한다. 노동자 참여와 조직 내 민주적 권력은 노동자들의 자율성, 동등하게 대접받을 수 있는 ‘정의의 문제’와 연관되며, 의사결정의 자율성은 다시 개인 자주권의 연속선 상에 있다. 노동자들은 “규칙에 종속되는 것에 대한 일종의 보상으로써 권리 차원에서 회사 내 민주적 목소리를 낼 권리가 있다” (Dhal, 1985; Mayer, 2001).

작업장 민주주의의 훼손은 도덕적 가치 측면에서만이 아니라, 실질적인 부정적 결과로 이어질 수 있다. 현장의 실태를 반영한 감염관리 대책이 마련이 어려워지고, 노동자들의 안전보건이 위협받을 수 있기 때문이다. 많은 이들이 메르스 유행과 관련하여 적절한 ‘매뉴얼’ 부재의 문제점을 지했다. 하지만, 사실 모든 질병 각각에 대해서 맞춤형 매뉴얼을 만드는 것은 불가능하다. 또한 실행 매뉴얼을 아무리 잘 개발한다 한들 각기 다른 역량과 특성을 가진 작업현장에 모두 들어맞을 수도 없다. 그렇기 때문에 현장의 피드백, 노동자들이 참여하는 현장 협치 구조가 중요할 수밖에 없다.

- 저는 매뉴얼을 만드든 프로토콜을 만드든 뭘 만드든 간에 그거는 또 상황이 생기면 이전 상황과 또 다른 게 생길 거예요. 그랬을 때 아주 기본 원칙으로는 현장에서 직접 일하는 사람을 참여시키는 거야. 그거를 가지고 과거의 것을 가지고 그거를 갖대로 두는 게 아니라 과거의 것을 염두로 두되 어떤 환경이 변할 수가 당연히 있기 때문에 현장의 목소리를 듣고 현장의 의견을 반영하고 이런 게 기본이 되어야지 (병원노동자)

이러한 노동자 참여의 핵심은 노동조합이다. 노동조합의 지속적인 문제제기와 모니터링이 실제로 작업 현장에서 노동자 보호조치의 강화로 이어진 사례는 쉽게 찾아볼 수 있다. SARS 유행 과정에 대한 평가에서도, 보건의료 노동자 관리에서 가장 효과적인 접근은 강력한 리더십과 더불어 노동자들과의 개방적인 토론, 적절한 정보와 보호 제공, 수용가능한 위험 수준과 작업배치 결정에 노동자들이 참여하게 하는 자발성이라고 지적된 바 있다 (Rambaldini et al. 2005; Torda, 2006). 캐나다 온타리오주의 SARS 조사위원회는 보건의료 노동조합과 정보를 공유하고 파트너십을 구축하는 것이 필요하다고 강조했다 (The SARS Commission, 2006). 또한 ILO와 WHO도 에볼라 유행 차단과 관련하여, 보건의료 현장에서 사업주들이 직업안전 보건 측면에 대해 노동자들의 의견을 청취해야 하며, 경영진과 노동자(대표)의 협력은 작업환경과 관련된 예방 조치들의 핵심 요소가 되어야 한다고 지적했다 (ILO & WHO, 2014).

만일 한국사회에서 작업장 민주주의가 이런 식으로 계속 부정된다면, 새로운 질병 혹은 예상치 못한 재난 상황에서 현장 대응은 지금과 같은 혼란을 또다시 맞이할 수밖에 없을 것이다.

4.1.2. 차별과 배제의 정치

- 보이지 않는 그림자 노동: 비정규노동자

용역, 외주, 파견, 계약직 등 다양한 이름으로 지칭되는 비정규직은 임시성과 고용불안, 권력의 열세, 보너스 등 부가급여의 부재, 저임금이라는 공통점을 갖는다 (Hadden et al., 2007). 오늘날 한국 사회에서 ‘비정규직’이란 사회적 열세를 나타내는 대표적 지표나 다름 없다. 한국 사회에서 비정규직은 생산 방식의 유연성을 확보하기 위한 것이라기보다 낮은 비용으로 정규직을 대체하는 것에 불과하며 (정원오 등, 2006), 따라서 소득이나 안전보건 측면에서 보호는 배제되고 위험은 전가되는 양상을 보인다.

메르스 유행 대응과정에서도 의도적 혹은 비의도적으로 비정규노동자에게 위험과 부담이 전가되는 것을 확인할 수 있었다. 예컨대 메르스 유행의 진앙지였던 삼성서울병원의 경우, 응급실을 통한 유행 전파의 심각성이 제기된 후 전 직원을 대상으로 이동 경로를 파악하고 증상 조사를 했지만 정작 환자 이송을 담당했던 비정규직 노동자는 누락시키는 실수를 범했다. 병원의 필수 인력이지만, 경영진의 안중에는 없는 그림자 노동자였던 셈이다. 또한 검역 대상자를 수용하기로 한 공공시설에서는 소속 노동자들을 황급하게 ‘대피’시키면서, 정작 청소와 대

비 업무는 고령의 일용직 노동자들에게 맡겼다. 학교비정규직 노동자들도 휴교 조치로 교사와 정규직 노동자들이 모두 학교를 비운 상황에서 돌봄 교실을 맡아 출근해야만 했다. 이렇게 시급한 ‘대피’나 휴교조치 자체는 의학적으로 불필요한 과도한 대응이었고 따라서 당시 비정규 노동자들이 메르스 위험에 특별히 크게 노출되었다고 볼 수는 없다. 하지만 분명한 것은 당시에 메르스에 대한 공포가 사회적으로 만연해 있었다는 점이다. 교사들이 나오지 않는 학교, 정규직 직원들이 빠져나간 건물에서 아이들을 돌보고 밤늦게까지 남아 청소와 물품 준비 업무를 맡았던 비정규 노동자가 느낀 불안과 우려는 상당한 것이었다.

‘위험의 외주화’라는 표현이 상징하듯, 현재 : 한국사회 노동현장에서 위험 부담은 철저하게 비정규노동자에게 전가되고 (대)기업은 그 책임을 회피하고 있다. 이러한 불평등한 노동시장 구조가 바뀌지 않는다면 비단 메르스 뿐 아니라 또 다른 사회적 재난이나 위기 상황에서도 이러한 모습은 반복될 것이다. 그리고 그 부정적 영향은 비단 비정규 노동자 뿐 아니라 우리 사회가 다같이 치르게 될 것이다.

● 인종주의와 차별적 제도의 피해자: 이주노동자

그동안 여러 연구보고서와 언론 보도는 한국 사회의 인종 차별 수준이 전 세계적으로도 두드러진다는 점을 지적해왔다. 예컨대 세계가치관 조사 결과에서도 한국은 예외적일 만큼 인종 차별의식이 강하며, 노동시장에서 내/외국인 사이의 임금 차별도 두드러진다.¹¹⁾

앞서 소개한 이주 노동자 사례 또한 비인간적인 사업주 1인의 일탈행위라기보다는 한국 사회에 만연한 인종주의와 사업주 중심으로 설계된 고용허가 제도의 문제점을 드러낸 사례라 할 수 있다.

‘고용허가제도’ 하에서 노동자 자의에 의한 사업장 변경이 원칙적으로 금지되며, 사업주가 이탈신고를 하는 순간 이주노동자는 ‘불법체류자’ 신분이 되어 강제출국을 당하게 된다. 이주 노동자의 국내 체류 가능성이 전적으로 사업주 손에 달려 있으며, 따라서 노동자는 착취와 폭력 등 부당한 노동조건에 처하더라도 그대로 받아들일 수밖에 없다.¹²⁾ 지난 10년 동안 인권 단체들은 고용허가제의 문제점을 꾸준히 지적해왔는데, 이 제도가 메르스 유행에서도 위력을 발휘한 것이다. 이 보고서에 소개한 사례에서 사업주는 자신이 노동자의 출근을 가로막았으면

11) 뉴스페퍼민트 2013.05.21. “나라별 인종차별 지수, 한국은 최하위권” (<http://is.gd/e5bDt7>) 연합뉴스 2015.09.09.. “한국, 외국인에 ‘차가운 땅’... 인종차별 성향 있다” (<http://is.gd/QcNKHc>)

12) 김기돈. “이주노동자 고용허가제 10년, 왜 만신창이가 됐나” 프레시안 2014.08.17. (<http://www.pressian.com/news/article.html?no=119539>)

서도 나중에 인권 단체를 통해 문제가 불거지자, 오히려 해당 노동자를 작업장 이탈로 신고해 버렸던 것이다. 노동자를 보호해야 할 노동청은 이 문제에 항의하는 노동자와 인권 단체 활동가에게 왜 쉬는 날 집에 안 있고 다른 지역을 방문해서 이 모든 문제를 일으켰냐는 식으로 반응했다. 한 달에 이틀밖에 쉬지 못했던 노동자가 모처럼 가족을 만나러 다녀온 것이 이들 눈에 주저넴은 사치로 보였던 것 같다. 불공정한 제도와 인종차별의 완벽한 결합이다.

● ‘잔여적’ 공공의료 체계의 피해자: 사회적 소수자

노숙인이나 쪽방 거주민 같은 취약계층의 경우, 위기 상황에서의 특별한 관심은 고사하고 평소에 이들이 기댈 수 있는 의료 안전망조차 충분치 않은 것이 현실이다. 건강보험의 본인 부담이 크고 의료급여 제도의 진입장벽이 높은 상황에서 이들이 이용할 수 있는 의료기관은 제한적이다. 이들은 정해진 ‘노숙인 진료시설’을 이용하는 것이 보통인데, 이러한 시설은 대개 공공병원들이다. 문제는 한국 사회 공공의료 체계가 매우 취약하여, 이들이 이용할 수 있는 시설의 숫자가 매우 적다는 점이다.

공공체계에 속한 보건의료기관에는 국공립병원과 보건소, 보건지소, 보건진료원 등 보건기관들이 있다. 입원이 가능한 병원급 이상에 한정해보자면, 잘 알려져 있듯 한국의 공공병원은 그 수가 턱없이 부족하다. 국가 간 비교에 가장 흔히 사용되는 공공부문 보건의료기관의 병상수 비중을 살펴보면 OECD 회원국 중 가장 높게는 영국과 캐나다가 각각 100%와 99.1%에 달하는 반면, 호주 (69.2%), 프랑스 (62.3%), 독일 (40.4%)이 그 뒤를 잇고 하위권에 속하는 일본과 미국도 그 비중이 각각 26.3%와 미국 24.5%에 달한다. 하지만 한국은 그나마 유지하던 10%대에서도 하락하여 2013년도에 공공 병상 비중이 9.5%에 불과하다 (표 5). 인구 1,000명 당 공공 병상 수는 1.19개로 OECD 24개 회원국 평균인 3.25개의 절반에 불과하다 (이주호, 2015).

표 5 연도별 한국의 공공보건의료 비중

연도	공공보건의료기관수 비율	공공보건의료기관 병상수 비율
2009년	6.1%	11.2%
2010년	6.0%	10.5%
2011년	5.9%	10.4%
2012년	5.8%	10.0%
2013년	5.7%	9.5%

전체 상황이 이렇다 보니 대부분 공공보건의료기관을 중심으로 지정되는 노숙인 진료시설이 충분할 리 만무하다. 2012년도 보건복지부가 공개한 노숙인 진료시설 지정현황을 보면 전국에 국공립병원과 보건기관을 포함해 총 248개가 지정되었는데 이 중 국공립병원은 17개에 불과했고 심지어 광주, 울산, 충북, 경남은 지정된 2차 의료기관이 없었다. 지방자치단체가 협의를 통해 민간병원에 지정을 할 수도 있지만 실제로 지정된 기관은 없었다. 빛 좋은 개살구라는 비판이 쇄도하면서 정부는 급하게 지정병원 숫자를 늘렸지만, 2013년 6월 현재 16개 광역자치단체 중 부산을 비롯한 8개 시·도가 여전히 단 한 개씩의 2차 병원을 지정했을 뿐이다.¹³⁾

메르스 유행 과정에서 소위 ‘음압병실’로 상징되는 격리병동 운영이 병원 수익에 도움이 안되며, 그래서 민간병원에서는 이러한 시설이 제대로 구축되어 있지 않다는 점이 알려졌다. 또한 정부가 민간병원에게 ‘협조’를 구할 수는 있지만, 일사분란하게 정부 방역 체계에 편입시킬 수 없다는 점이 드러났다. 결국 메르스 환자 진료는 거의 전적으로 공공의료 체계 안에서 이루어질 수밖에 없었다. 이는 곧 기존 공공병원 이용자들의 제약을 의미했다. 앞서 소개한 사례들에서처럼 환자들은 충분한 설명과 동의도 없이 다른 병원으로 전원되었고, 심지어 그 과정 또한 체계적 전원조치가 아닌 개별적 해결 방식에 의존했다. 오랫동안 국립중앙의료원에서 진료를 받아온 에이즈 환자는 새로운 병원으로 갑자기 전원된 이후 3백만 원에 달하는 검사를 받기도 했으며, 일부 환자들은 메르스 진료병원에서 왔다는 이유만으로 입원을 거부당하기도 했다.

- 문제는 홈리스들은 지정병원만 갈 수 있는 체계라는 데 있는 거 같아요. 홈리스들은 대다수가 공공병원으로 지정된 ‘노숙인진료시설’만 갈 수 있어요. 국립의료원은 이 중 유일한 3차 병원이고요. 그런데 이곳이 메르스 환자만 받게 되다보니 국립의료원 진료가 필요한 분은 그 대로 방치되는 상황이 온 거죠. 또, 이번 메르스 대응에서 가장 문제가 됐던 거는 질병에 더 취약할 수밖에 없는 홈리스, 빈민에 대한 별도의 고민이 없었다는 거예요. (노숙인 지원 단체 활동가)

공공의료의 취약성은 오래 전부터 지적되어왔지만, 그 취약성으로 인해 발생한 문제의 부담은 전적으로 사회의 가장 소수자, 가난한 이들에게 전가된 셈이다.

13) 노숙인 지정 진료시설 현황 (최동익 의원실 제공자료, 2013년 6월)

● 프라이버시 침해와 시민적 자유의 침해

다양한 공중보건 조치들이 개인의 자율성과 공공성 사이의 긴장을 가져온다는 지적은 오래 전부터 있어왔다. 특히 최근의 SARS와 에볼라 유행은 공중보건 위기 대처 과정에서의 윤리적 딜레마를 잘 보여주었다. 긴급한 공중보건 요구에 부응하여 시민적 자유가 일시적으로 유예되고, 논쟁적인 검역 조치가 취해지고, 인권 보호에서의 취약성이 드러난 것이 대표적이다 (Calain & Pocin, 2015).

공중보건 조치들 중에서 특히 논란이 되는 것은 공중의 보호를 위해 건강한 개인의 자유를 제한하는 검역이지만, 국내 메르스 유행 과정에서는 검역 뿐 아니라 환자의 격리 과정에서도 적지 않은 문제들이 드러났다. 예컨대, 환자들에게 왜 병원 격리병동에 입원해야 하는지 충분한 설명이 이루어지지 않았고, 격리병동에 입원 중인 환자들에게 가족 면회가 전면 차단되어 심지어 임종을 지킬 수 없었던 경우도 있었다.¹⁴⁾ 사실 의료진과 동일한 수준의 보호장비를 착용한다면 가족 면회가 불가능한 것은 아니었다는 점에서, 이러한 상황은 윤리적으로 정당화하기 어렵다. 에볼라 유행 사례 분석에 의하면, 격리된 환자들은 질환으로 인한 고통 뿐 아니라 사회와의 차단, 보호 장비로 전신 무장한 의료진과 언어적/비언어적 의사소통도 어렵다는 점 등으로 인해 신체적, 인지적, 정서적, 영적 측면에서 부정적 영향을 받는다 (Calain & Poncin, 2015). 국내에서도 이에 대한 세심한 고려가 필요했지만, 실제로는 그렇지 못했다.

- 사실 면회도 안 됐거든요 그거는 사실 지금도 좀 그래요. 면회 안 되는 거는 의료진의 편리를 위한 거잖아요. 면회를 안 해주는 건 감당할 자신이 없으니까 모니터 상으로도 이 환자가 어떻게 살고 있는지 조차도 안 보여줬어요. 다들 핸드폰으로 영상통화하거나 그랬지. (격리병동 간호사)
- 처음에 의심이 있을 때는 그냥 끌려오신 거예요. 안에서 난리쳤어요. 출근해야 한다고, 회사에도 얘기도 안 돼 있고, 빨리 퇴원시켜달라고 (격리병동 간호사)

백신 같은 효과적 예방 방법이나 치료법이 없는 감염병 유행에서 접촉자 추적과 검역 조치는 유행 차단에 결정적 역할까지는 아니더라도 중요한 역할을 하는 것이 사실이다. 이러한 개인 권리와 자유의 제한은 응급 상황에서 공중의 건강을 보호하기 위해 때때로 제한적 조치가

14) 허핑턴포스트 2015.06.17.. “‘메르스 비극’이 만들어낸 ‘편지 임종’” (<http://is.gd/ehggt6>)

필요하다는 것에 기초하여 정당화된다. 특히 시라큐사 원칙 (Syracusa principles)은 자유권의 제약과 유보의 조건을 잘 드러낸다. 시라큐사 원칙 25조에 의하면, 시민적 자유를 제한하기 위해서는 다음의 기준을 만족시켜야만 한다. 첫째, 그러한 조치가 법에 따라 제공되고 실행되어야 하며, 둘째, 일반 선(general good)의 정당한 목표를 가진 경우에만, 셋째, 그러한 목표를 달성하기 위해 민주적 사회에서 엄격하게 필요한 수준으로, 넷째, 동일한 목표에 이르기 위해서라면 가장 덜 침습적이고 제한적인 수단으로, 다섯째, 과학적 근거에 기초해서, 여섯째, 임의적으로 부과되거나 차별적 방식이 아니어야 한다는 것이다 (Calain & Poncin, 2015). 또한 감염병 전파를 막기 위한 인권 제한을 정당화하기에 이러한 Syracuse 원칙만으로는 불충분하다는 지적이 있다. 호혜성의 원칙이 강조되어야 한다는 것이다. 공중보건 위기로 인해 개인의 인권과 자유가 제한되었을 때, 국가는 그들이 부당하게 해를 입지 않도록 그 손실을 보상하고 지원해야만 하며, 만일 이러한 호혜적 의무를 수행하지 않는다면 그러한 조치들은 정당성이 없거나 비윤리적인 것이 된다는 지적이다 (Silva and Smith, 2015).

이러한 원칙에도 불구하고 국내에서 접촉자 추적과 검역 조치는 상당한 윤리적 논쟁을 유발하는 방식으로 진행되었다. 이를테면 관계자의 진술이나 폐쇄회로 TV 모니터를 넘어서, 휴대전화 위치 추적이나 신용카드 이용 정보 확인 같은 개인정보 침해가 무차별로 발생했지만, 이에 대한 문제제기는 좀처럼 찾아보기 어려웠다.¹⁵⁾ 그리고 검역이나 격리 당사자들에 대한 합당한 설명이나 안내는 매우 불충분했다.

- 그냥 뭐~ 낡은 다음에 이 사람들(자가격리자)한테만 원칙을 안 지키면 큰일 난다는 거예요. 정말 임종을 못할 정도로 그런 식으로까지 생업도 못하게 하고 꿈쩍도 못하게 하고 하면서 중간 중간 빠져 나가는 구멍에 대해서는 나 몰라라 하는 느낌. 정부를 신뢰를 전혀 못하겠어요. (검역 경험자).
- 너무 재미있는 게 3일이었는데. 이틀째 되는 오전에 해제됐다고 연락이 온 거예요. 그래서 기분이 무슨 흥정해서 깎아주는 기분이 드는 거예요. 그래서 그것도 이유도 없고 설명도 없고. 아버님은 통화가 됐는지 어쩐지를 모르겠어요. 그렇게 끝나고는 더 이상 없었죠 (검역자의 가족).

아마도 이러한 문제점을 가장 극적으로 드러낸 것이 순창 장덕리의 마을 폐쇄 사례일 것이다. 장덕리 사례는 앞에서 제시한 윤리적 원칙들 중 어느 하나도 충족하지 않았다. 법적 기반

15) MBC 뉴스 2015.06.22. “확진자 신용카드 사용내역 파악해 접촉자 찾는다”(http://is.gd/KjtADb)

이 없었고, 일반 선에 대한 합의된 목표가 없었으며, 엄격하게 필요하지 않은 수준으로, 그것도 매우 폭력적이며 제한적인 방식으로 시행되었다. 과학적 근거가 없었음은 물론이고, 이러한 조치가 지방자치단체의 임의에 의해 차별적으로 부과되었다는 점도 분명하다. 또한 호혜성의 원리마저 제대로 충족되지 않았다. 정책결정자들은 실책에 대한 정치적 책임을 지지 않았을 뿐 아니라 보상이 비합리적이고 불충분해서 주민들에게 상당한 손실을 안겨주었다는 점에서 그러하다.

이렇게 무리한 조치가 강행될 수 있었던 것은 지역에 따른 ‘위계화’(Therborn, 2013), 불평 등의 공간적 구조화에서 비롯되었다고 볼 수 있다. 수도권 지역, 서울 강남의 아파트 단지에서도 감염 사례가 보고되었지만, 이들 지역에서의 집단 격리 조치란 상상도 할 수 없는 일이었다. 심지어 삼성서울병원 인근 지역에서 열린 학부모 간담회에는 교육부총리와 지역구 국회의원, 삼성서울병원 진료 부원장이 직접 참여했고, 학부모들의 요청에 의해 메르스 ‘전문요원’들이 배치되었다.¹⁶⁾



사회경제적으로 낙후되어 있고 노인들이 주로 거주하는 농촌 지역이라는 특성이 차별적 대우의 근거가 되었다는 점에서, 장덕리 사례는 우리 사회에 존재하는 뿌리 깊은 지역 불평등과

16) 뉴스시스 2015.06.20. “교육부, 삼성서울병원 주변 학교에 메르스 ‘전문요원’ 배치” (<http://is.gd/VQYzI>)

차별을 생생하게 보여준 것이라 할 수 있다. 이러한 지역 폐쇄가 힘없는 노인들이 모여 있는 시골이기 때문에 벌어진 일이라고 비판한 장덕리 주민들의 이야기는 매우 타당하다.

- 장덕리에 힘 있는 사람들이 별로 없는 것 같더라고요. 말씀 꺼나 하시는 분들도 없고 쉽게 얘기해서 뺄 있는 분들이 별로 없더라고요. 그러니까 그 마을을 통제를 시켜놨지. 읍내 같은 경우에는 그렇게 했겠어요? 도시, 아파트 같은 경우가 더 위험하지 않나요? 엘리베이터 떼 해된 공간이잖아요. 그거를 통해서 다 오르락내리락 해야 하는데 그들은 어디 격리했습니까? 아파트 등 전체를 격리해야 당연한 거잖아요. 근데 이거는 진짜 말도 안 되는.. 힘 없는 사람들 죽어라 죽어라 하는 거예요.
- 너무 무시하니까요. 완전히 무시한 거예요. 안 그러면 이럴 수가 없는 거예요. 힘 있는 사람이 살고 있었다면 절대 이런 일이 일어나지 않았을 겁니다. 게다가 조용히 이번 일이 지나간다면 앞으로 이러한 일들은 또 계속 일어날 것이고, 만약에 이러한 선례가 남는다면 진짜 극심하게 꼭 통제할 상황이 온다 할지라도 통제를 누가 따르겠습니까?
- 비슷한 일이 또 생긴다 하면 마을을 또 막을 거 같아요. 촌이고 마을이라고 하니까 이렇게 막는 거 같아요. 도시였으면 자가격리나 이런 조치를 취했을텐데 지금 우리같은 경우는 촌이다 보니까 전체를 다 한 거 같아요. 앞으로는 이렇게 부분격리를 해야 하지 않나 싶어요. 앞으로를 위해서라도 법륜적으로 해야할 거 같아요.

4.2. 취약한 거버넌스와 민주주의

지금까지 살펴본 바에 의하면 메르스 유행 과정에서 한국 사회 기저에 자리하고 있는 불평등이 증폭되어 나타났다고 볼 수 있는데, 그 기폭제 역할을 한 것이 바로 ‘거버넌스’ 문제라고 할 수 있다. 좀 더 구체적으로 말하자면, 정부가 위험인식, 위험소통, 그리고 위험과 재난관리에 실패한 가운데, 개인들이 무거운 짐을 떠안고, 특히 일선의 노동자들과 사회경제적 취약 계층이 그 댓가를 지불해야 했던 것이다.

위험, 위기와 재난의 개념은 <그림 6>과 같이 구분해 볼 수 있다. 위험이 외부 요인과 내부의 취약성으로 인해 현실화되고 이것이 인지되면서 혼란에 빠진 상태가 ‘위기’에 해당한다. 만일 사회가 이 위기를 극복하지 못하면 이는 ‘재난’으로 진화한다. 이렇게 재난으로 빠지지 않도록 ‘위기’에 대응하기 위한 역량을 개발하는 활동을 대비(preparedness)라고 하며, 재난으로 인한 결과를 회복하려는 노력은 복구(recovery)에 해당한다. 이러한 일련의 과정은 사회가 위험과 재난에 대해 마땅히 준비하고 수행해야 할 기능이다 (정지범, 2009).

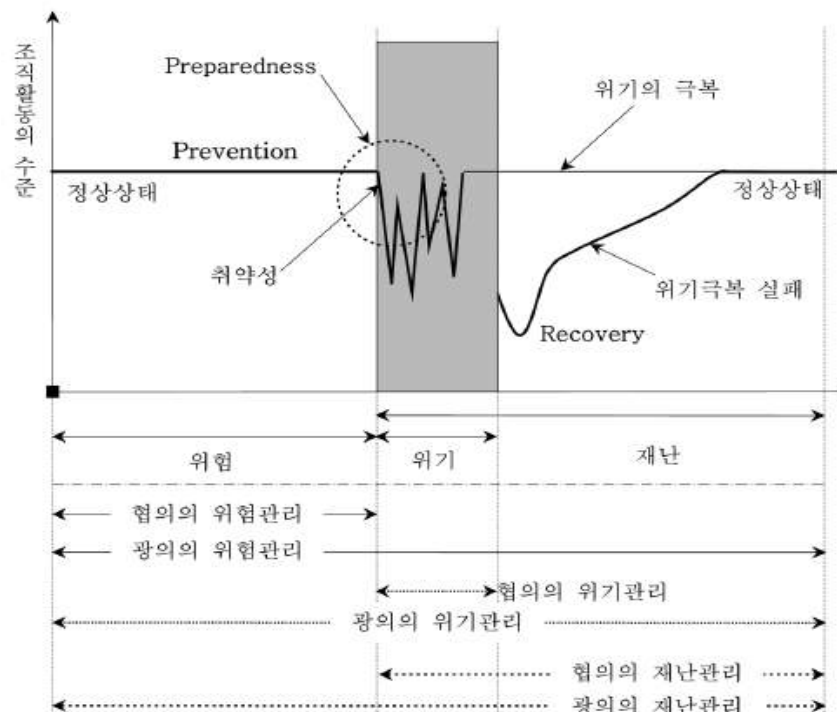


그림 5 위험관리, 위기관리, 재난관리의 과정적 정의
 (출처: 정지범, 2009)

이 구분에 따르면 메르스가 언제든지 한국에 유입되어 유행할 수 있는 가능성을 가진 상태가 ‘위험’이며, 이때는 위험을 관리하는 예방적 활동(prevention)이 필요했지만 그 대비는 불충분했다. 일단 메르스 발생이 처음 알려지고 대응(response)의 미흡함이 사회적으로 인식되면서 일종의 위기 상황이 시작되었다. 그리고 이후 괜찮다는 정부의 발표에도 불구하고 지속적으로 새로운 감염자와 사망자가 발생하면서 나라 전체가 패닉에 빠지고 일종의 재난 상황으로 이행했다고 볼 수 있다. 유가족 위로, 검역 대상자나 노동자들에 대한 적절한 보상, 평가 등은 복구 노력에 해당한다고 할 수 있다.

이번 메르스 유행 과정에서는 특히 위험인식과 소통의 실패가 두드러졌다. 이는 시민들 사이에서 정부에 대한 극도의 불신, 메르스에 대한 불필요한 공포, 감염자나 접촉자에 대한 차별과 오명을 촉발한 직접적 이유가 되었다. 비교적 인권의식이 높고 민주주의 훈련이 잘 되어 있는 노동조합 활동가들마저 효과가 없는 휴교조치를 강력하게 요구하고, 감염자의 신상 정보를 밝혀야 한다고 주장하며, 순창 장덕리의 마을 폐쇄를 모범적 조치로 평가했던 것은, 당시 시민들이 얼마나 정보가 불충분하고 패닉 상태였는지를 잘 보여준다.

4.2.1. 위험관리의 실패: 위험인식과 위험소통

● 현대의 위험 관리 모형

‘위험’이란 ‘자연적 사건이나 인간 행위의 결과로 발생할 수 있는 바람직하지 못한 현실의 상태’를 뜻한다 (Renn, 2008). 위험에 대한 전통적 시각은 과학기술의 발전 덕분에 위험요소를 사전에 파악하고 이에 대비할 수 있다고 믿는 ‘기술적 패러다임’이다 (Fischer, 1990). 이 패러다임에서는 위험을 객관적이고 중립적인 것으로 인식하기 때문에 위험요소들이 측정가능하고 계산가능하며 예측가능하다고 본다 (Renn, 2008). 일반시민들은 위험에 대한 과학적 이해가 부족하기 때문에 위험에 대해 직관적이고 감성적인 판단을 내릴 것으로 간주된다. 전문가들은 과학적 지식에 기반하여 위험을 평가하고 이를 확률적으로 이해하며, 큰 위해가 가지 않을 정도의 위험허용범위, 인구전체 평균을 기준으로 한 위험을 이야기하는 반면 일반시민들은 위험을 직관적으로 이해해서 ‘위험하다 혹은 위험하지 않다’ 식의 단정적 판단을 원하고 자신에게 미치는 결과를 중심으로 위험을 바라본다는 것이다. 즉, 전문가의 위험평가와 일반시민들의 위험인식 사이에는 상당한 격차가 존재한다 (Powell and Leiss, 1997). 이러한 패러다임 하

에서 위험소통의 핵심 기능은 위험에 대한 전문가의 과학적 판단을 일반시민들에게 잘 전달하여 전문가들의 견해를 보다 잘 이해하도록 하고 이를 통해 위험에 대한 사회적 수용성을 높이는 것이다. 요약하자면, 전통적인 시각에서의 위험소통이란 전문가가 일반시민들을 교육시키는 일방적인 과정이다 (이영희, 2015; 성지은 등, 2007).

따라서 이 때 위험에 대한 정책적 접근은 결핍 모델을 통해 설명할 수 있다. 결핍 모델은 과학주의에 기초한 정책적 접근으로, 과학적 불확실성을 정보 부족으로 인한 잠정적 상태로 판단하기 때문에 과학적 연구가 증가하면 불확실성을 제거할 수 있다고 본다. 데이터 수집과 분석 과정에서 측정 오차 때문에 발생하는 기술적 불확실성, 위험정보를 분석하는데 사용되는 방법의 불확실성, 과학적 지식의 생산과정에 가치가 개입함으로써 나타나는 인식론적 불확실성에 대해서는 고려하지 않는다 (김은성, 2009). 또한 전통적 위험관리는 전문가 중심의 폐쇄적 위험관리 체계를 운영하는 것이 합리적이라고 본다. 기술적 위험(technological risk)은 난해하고 복잡하기 때문에, 가치중립적이고 객관적 지식을 가진 과학기술 전문가들과 전문 관료들이 과학적 분석적 방법론을 통해 위험을 측정하고 관리해야 한다는 것이다. 따라서 과학적으로 무능하고 위험을 주관적이고 가치편향적으로 판단하는 일반시민들이 참여하는 것은 오히려 위험을 증폭시킬 수 있다고 본다 (Fischer, 1990).

그러나 신종감염병 같은 ‘현대 위험’은 전통적 재해와 달리, 위험의 원인, 파급효과에 대한 과학적 지식이 절대 부족하다. 불확실성의 정도가 크고 불확실성의 특성도 기존의 위험과는 다르다. 태풍 피해 같은 전통적 재해는 매년 반복적인 성격을 가지고 있어서 경험의 축적을 통해 불확실성을 어느 정도 해결할 수 있고, 예방보다는 재해 발생 후의 신속한 복구에 치중하기 때문에 불확실성은 재난관리 정책의 중요한 요소가 아니다. 그러나 ‘새로운 위험’은 현재의 의학 지식과 기술을 총동원해도 그 위험을 완벽하게 통제하기 어렵다 (페터 페터스, 2005; Slovic, 2000). 또한 위험의 불확실성이 크고 제한된 시간 내에 한정된 정보를 가지고 의사결정을 해야 하기 때문에 과학주의적, 혹은 기술관료주의적 접근만으로는 불확실성을 해결할 수 없다. 이러한 상황에서는 전문가 집단, 정책관료에 대한 대중의 신뢰가 감소할 수밖에 없으며, 사회적 갈등은 증가한다. 이러한 상황에서 과학적 지식에 대해서 이견들이 존재하거나 사회정치적으로 다양한 해석이 가능한 경우, 또 추가 연구를 한다고 해도 불확실성이 감소되거나 제거할 수 없는 경우라면, 새로운 형태의 위험정책, 전략이 필요해진다. 일반시민에게 전문가의 방식을 강제하기보다는 상호 소통하여 전문가도 일반인의 위험인식과 지식에 대해서 학습하는 것이 필요하다. 또한 이때는 위험을 다루는 기관과 전문가들에 대한 일반 시민들의 신뢰 여부가 시민들의 위험인식에 매우 중요한 영향을 미치므로, 전문가, 정부, 시민 간 관계를 새롭게

설정하여 상호 신뢰관계를 구축하고, 다양한 이해당사자들의 경험 등 사회적 지능을 활용하여 새로운 형태의 의사결정을 하는 ‘위험 거버넌스’가 필요하다 (Jasanoff, 2002; Wynne, 1992; Funtowicz & Ravetz, 1992).

위험 거버넌스는 위험관리의 전 과정에 걸쳐서 중요한 의미를 갖는데, 이 때 위험관리란 위험의 인식과 식별 (identification), 위험 평가 (assessment), 통제와 완화 (control, mitigation) 과정이 지속적으로 되풀이 되는 감시 (oversight process)를 통해 위험을 최소화하는 전 과정을 의미한다. ‘위험 소통(risk communication)’은 위험의 식별, 평가, 통제와 완화의 모든 단계에서 이루어진다 (Scalliet, 2006: 275) (그림 7).



그림 6 위험 관리의 과정

서구 개발국가들이 위험에 관한 다양한 갈등과 시행착오를 거쳐 위험관리 체계를 구축해왔던 반면, 한국은 압축적 경제성장 과정에서 ‘성공’에만 초점을 두고 위험이나 실패에 대해서는 공개적 논의를 발전시키지 못했다. 안전은 비용이 많이 드는 대안이라고 생각했기 때문에 ‘위험을 무릅쓰는 (risk-taking)’ 태도가 보편화되었고 위험관리 체계는 형식적으로만 존재하게 되었다 (성지은, 2008; 노진철, 2004). 그러나 경제성장에 따라 삶의 질에 대한 관심이 높아지고 삼풍백화점과 성수대교 붕괴 같은 대형 사고들이 잇따라 발생하면서 위험관리에 대한 사회적 관심과 요구도 높아졌다. 특히 최근의 세월호 침몰은 결정적 전환을 요구한 일대 사건이었다. 현재 한국사회는 실패 학습과 위험관리를 비롯한 전반적인 사회관리 시스템의 전환이 필요한 단계에 와 있다. 정책결정구조나 행정체계 뿐 아니라 위험의 수용이나 평가, 실패에 대한 용인 같은 전반적인 사회시스템의 재설계가 필요한 시점이다.

그러나 한국사회의 위험관리는 여전히 사후 대응 위주의 재난관리에 초점을 두고 있다. 한국 사회 위험관리의 문제점으로는 다음과 같은 것들이 지적되고 있는데, 메르스 같은 신종감염병 관리에서도 유효한 비판이다. 첫째, 한국의 위험관리는 정부 중심의 접근을 취하고 있다. 정부의 기능과 역할을 중심으로 위험관리가 이루어지고 다른 사회구성요소들은 정부의 위험관

리에 지원을 하거나 협력을 하는 방식이다. 위험 ‘거버넌스’가 제대로 작동하지 않는 것이다. 둘째, 가시적 성과 위주의 위험관리 방식을 채택해왔다. 따라서 위험관리의 내용은 일회성 평가, 조사대책 마련, 기구 신설, 법 제정, 관련교육, 전담기관 지정 등이 주를 이루었다. 세월호 참사 이후 국민안전처가 신설된 것이 그 전형적인 사례일텐데, 잘 알려진 대로 국민안전처는 메르스 대응에서 어떠한 실질적 기능도 하지 못했다. 셋째, 개별 재난에 대한 소극적 대응 중심의 위험관리가 이루어져왔다. 재해나 재난이 발생할 경우 개별적으로 피해를 최소화하거나 인명구조, 이재민 대피, 원상태로의 회복을 위한 복구가 위험관리 활동의 주를 이루어왔다. 전체적 관점에서 위험관리가 이루어지지 않는 않았던 것이다 (강홍렬, 2006: 126-127). <그림 5>에서 제시한 위험관리 과정에 따라 한국사회 위험 관리의 문제점을 요약하면 <표 6>과 같다.

표 6 한국 사회 위험관리의 특징과 문제점 (김은성, 2009)

특징	문제점
위험평가	· 안전보다 국가발전과 경쟁력 관점에서 접근 · 위험을 경제발전의 부산물로 인식 · 소극적 위험 대응과 과소 규제 · 규제 권고나 규제 가이드라인 미확립 · 과학적 근거에 따른 위험 평가 및 관리 미흡
위험소통	· 비밀주의와 폐쇄성 · 정보 미공개와 낮은 투명성 · 일반 대중과의 커뮤니케이션 미흡 · 관료와 일부 소수 전문가 중심의 위험관리 · 정부의 일방적인 강행과 사후 정당화 · 분산된 위험 관리 구조로 관련 행정부처 간 연계미비
위험관리	· 제도 수입과 모방: 지식과 전문가 부족 · 제도의 형식화와 사후 대응적 위험 관리 · 위험 평가의 독립성, 투명성이 낮음 · 정부의 문제 회피적 대응과 갈등 관리의 미비 · 시민 단체의 취약성과 전문성의 부족 · 정부와 시민 단체 간 대결 구조로 협력 미비

● 메르스 위험관리 실패

국회 ‘중동호흡기증후군 대책 특별위원회’가 제출한 활동결과 보고서 (2015)를 통해 드러난 메르스 위험관리의 문제점을 요약해보면 다음과 같다. 첫째, 신종 감염병에 대한 지식의 부족,

초기 역학조사의 미흡함은 위험인식의 실패를 가져왔고, 이것이 초동 대응의 실패로 이어졌다. 정부의 전폭적 지원 하에 건설 산업이나 보건의료산업의 중동 진출이 활발해지면서 인적 교류가 크게 늘어나고 있음에도 불구하고, 2012년 4월 중동에서 첫 사례가 보고된 이래 지난 3년간 메르스에 대한 연구나 대비는 제대로 이루어지지 않았다. 둘째, 메르스에 대한 위험을 평가할 때에도 세계보건기구의 국제보건규칙을 융통성 없이 적용하여 메르스의 전파력이 매우 낮을 것으로 판단했다. ‘밀접 접촉자에 국한된 비말 감염’과 ‘낮은 치사율’이라는 평가에 근거하여 접촉자 검역 기준을 ‘2m 이내, 1시간 접촉’으로 정했으며, 환자들의 활동성을 염두에 두지 않은 채 병상에만 머물렀을 것이라는 잘못된 가정으로 접촉자 범위를 매우 좁게 설정했다. 신종 감염병은 전 세계적으로도 질병 정보가 부족하기 때문에 국제 기준이 절대 척도는 될 수 없다. 국내에서의 발생 양상을 실증적으로 검토하여 유연하게 대응했어야 하지만, 여전히 ‘추격국’으로서의 위험관리 양상을 크게 벗어나지 못했다. 셋째, 통제와 완화과정에서도 감염자가 가장 많이 발생했던 삼성서울병원의 접촉자 파악을 병원 측에 맡겨 두었다가 뒤늦게 보건당국이 직접 나서는 등 소극적 대응으로 일관했다. 무엇보다도 유행 초기에 메르스와 관련된 의료기관 정보를 공개하지 않는 ‘비밀주의’를 고수함으로써 불안과 혼란을 증폭시켰다. 심지어 이러한 정보를 의료기관에도 공개하지 않음으로써 의료기관을 통해 감염이 급속도로 확산되는 결과를 낳았다. 정보가 제한된 가운데 부정확한 정보들이 소셜미디어를 통해 대량 유포되고, 예상하지 못했던 감염 사례들이 계속 나타나자 시민들의 불안과 혼란, 정부에 대한 불신은 극에 달했다. 이러한 불안과 공포는 학교 휴교조치 같은 효과 없는 대책, 감염자 신상 공개, 이주노동자 추방, 장덕리 마을 폐쇄 조치 같은 비합리적 정책 요구와 사회적 약자에 대한 낙인, 차별을 가져온 주요 요인이다. 서울시가 시행한 전문가 인터뷰에서도 비슷한 지적이 제기되었다(서울특별시, 2015).

- 유추를 해보면 그 시점에 있는 농업에 종사하는 노동자들 또 사용자들은 왜. 단 이틀 경기도를 여행했다는 이유만으로 이주노동자를 쫓아냈는가. 해석이 안 되잖아요. 공포에 싸여 있다는 그 당시에. 전국적으로 공포가 있었다는 거.. (이주노동자 지원단체 활동가).

- 전문가가 보기에는 저거 이번 주로 끝날 일이 아니고 그 며칠 내로 끝날 일이 아니라는 것을 전문가들은 알고 있기 때문에 제발 그런 말 좀 하지 말라고 그렇게 얘기를 해도 말도 안 되는 예측을 계속 하더라고요. 결국은 그 말과 다르게 또 터지고 또 터지니까 정부의 발표에 불신이 생기게 되는 겁니다. 이것은 우리가 흔히 얘기하는 리스크 커뮤니케이션의 문제입니다. 국민들이 느끼는 위험정도가 있단 말이에요. 그런데 정부의 말이 맞아 들어가거나 딱딱 투명하다고 느껴지면 불안감이 훨씬 덜 합니다. 그런데 정부의 말이 계속 사실과 다르게 나타나면 정부가 어떤 사실을 숨기고 있다, 혹은 계속 틀리고 있다 하면 뭔가 숨기고 있거나 거짓말을 하고 있다고 오해할 수도 있습니다. 이렇게 되면 국민들은 그 사실 자체만으로도 10배, 20배 더 불안감을 느끼는 거거든요. (천병철 고려대학교 교수, 서울시 심층인터뷰)
- 지역사회에 감염된 것은 바이러스가 아니라 공포인데 그 공포는 정부가 퍼뜨린 거예요. 그것의 결과로 나온 게 휴교인데 휴교를 적절했다 아니냐고 하는 것은 그 원인을 따져야 될 건데 휴교가 적절하지 않았는지 과도했는지 이 부분에 대해서는 이미 공포에 다 감염된 학부모들이 교장한테 전화해서 왜 휴교 안 하냐고 하는데 무슨 재주로 교장이 휴교를 안 해요. 휴교는 결과예요. 정부의 제대로 된 대처가 이뤄지지 못한 것에 대한 결과가 휴교인데 이 결과가 잘 됐냐 못 됐냐를 가지고 평가하라고 하면 곤란하죠. 정부가 정보공개를 안 해서 휴교가 결과로 나온 거예요. (우석균 보건의료단체연합 정책국장, 서울시 심층인터뷰)

특히 위험소통 실패는 심각했다. 신종 감염병은 전 세계적으로도 질병에 대한 정보와 대응 기술에 대한 지식이 부족하며 과학적으로 완벽히 해결할 수 없는 문제이다. 따라서 위험을 식별하고 평가한 후 통제와 완화의 과정에서 모든 정보를 투명하게 공개하여 일반 시민의 신뢰를 구축하는 것이 매우 중요하다 현실적으로도 정부와 소수 전문가의 힘으로는 통제할 수 없는 부분이 많기 때문에 시민의 의견을 반영하고 사회적 합의를 도출하는 과정이 필수적이다. 하지만 정부는 여전히 위험에 대한 ‘전통적’ 패러다임을 고수했고, 그 결과 메르스 위험 소통은 완전히 실패했다.

- 문제가 터지고 나면.. 그걸 미리 생각해서 하는 게 아니라, 이게 일이 터지고 나면 그때 가서.. 사실 그 때는 할 말이 정말 많았는데. 시간이 너무 많이 지나서.. (웃음) 제가 그때 느꼈던 거는 원칙도 기준도 없고 그리고 그 정책을 내린 사람들 자체도 신뢰가 안가고 그분들은 이게 정말 국가적인 큰 사태인데도.. 그 사람들을 믿고 따를 수 있는 근거도 없고. 그분들이 말씀하시는 언행들이 너무 현실하고 안 맞다는 걸 아는데도.. 그냥 그 말을 지켜야 겠다는 생각도 안 들게.. 저걸 지키라고 하니까 지키기는 하지만. 왜 지켜야 하나하는 생각이 든 정도로 신뢰도 얻지도 못하고..(검역자 가족)

- 시민들은 다 알아요. 국민들은 지금 SNS라든가 인터넷이 굉장히 발달돼 있지 않습니까, 전문가 못지않게 다 알고 있어요, 그런데 거기서 뭘 발표 잘하고 이런 것은 요즘 맞지 않아요, 그리고 제일 감염병의 원칙이 신뢰회복, 국민의 도움 없이 안 되는 그런 데서 벌써 어긋나는 거예요, 그렇기 때문에 자꾸 이게 늦어지고 길어진 거예요. (서울시 보건환경연구원장, 서울시 심층인터뷰)

공중보건 위기 상황에서 정부 관료가 공개적이고 완전하게 책임성 있는 방식으로 결정을 내리는 ‘투명성’ 원칙이 효과적 공중보건 조치의 근간을 제공해야 한다. 또한 가능하다면, 강제적 방법보다는 자발적 방법을 통해 이러한 원칙이 구현되어야 한다. 이러한 측면에서 패닉을 예방하고 위험회피를 장려하는 대중설득과 교육이 공중보건의 중요한 요소가 되어야 하는데 (Gostin et al., 2003), 국내의 메르스 대응은 이 모든 측면들에서 불충분했다.



4.2.2. '재난 거버넌스'의 실패

지금까지 전통적인 위험인식과 기술관료적인 위험관리가 현대의 새로운 위험, 특히 메르스 같은 신종 감염병을 다루기에 부족하다는 점을 언급했다. 이렇게 위험관리에 실패하여 위기가 극복되지 못하면 '재난'으로 전환된다. 세계보건기구는 사회적 취약성에 외부로부터의 위해가 더해져 재난이 된다고 보았으며 (WHO/EHA, 2002), 불확실성으로 인해 대중들이 기존에 이해하던 방식과 의미체계가 혼란스러워졌을 때 재난이 된다고 보는 견해도 있다 (Gilbert, 1998)¹⁷⁾. 많은 경우 재난 위험은 합리적으로 예측하거나 통제하는 것이 불가능하다. 재난이 발생한 경우에도 위험관리에서와 마찬가지로 전문가와 기술관료를 넘어서 시민참여가 필수적이며, 이러한 맥락에서 '재난 거버넌스' 개념이 대두된다 (이영희, 2014).

● 재난 '관리'에서 재난 '거버넌스'로의 전환

거버넌스는 학문 분야에 따라 다양하게 개념화되고 있어 어느 한 가지로 정의 내리기는 어렵지만 대표적 속성으로 다음과 같은 것들이 꼽힌다. ① 최소한 정부보다는 광범위한 의미를 담고 있으며 관련된 공공, 민간의 행위자들을 폭넓게 인식하며 (네트워크와 유사), ② 관련된 행위자들 사이에 협력하여 갈등을 해소하고 공동의 목적을 달성하기 위한 것이다. 또한 ③ 행위자들 사이의 수평적 관계와 상호조정, 즉 과정이 중요하게 여겨지며, ④ 조정(setting)과 게임의 규칙 (rule of game) 의미를 담고 있다 (Kjaer, 2004). 행정 영역에서는 법과 통치 지향적 접근인 공공행정의 한계가 드러나면서 시민 지향적 접근인 '공공 거버넌스'¹⁸⁾로 변화하는 추세기도 하다 (김근세, 2009). 이는 이미 사회적 위험과 재난관리에도 적용되는 개념이다.

재난 관리와 달리 재난 거버넌스는 재난을 인식하고 대응하는 관점 자체의 근본적 변화를 요구한다. 재난 대비와 대응 전반에 걸친 전 과정에서 시민의 인식을 적극적으로 반영하고 협상하며 민주적 절차를 따르는 것을 특징으로 하기 때문이다. 이는 정부 주도의 대응과 복구과정에서 단지 필요에 따라 자원봉사단체 동원과 같은 방식으로 시민들의 협력을 구하는 것과는 근본적으로 다르다 (이영희, 2014). 호주와 뉴질랜드의 위기관리 기준에 의하면 하향식 정책도

17) 「재난 및 안전관리기본법」에는 사회적 재난의 목록에 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산 등으로 인한 피해를 포함하고 있다.

18) 그렇다 하더라도 위험성은 늘 존재한다. 행정적 시각으로 볼 때 개인은 시스템 안에서 관리의 대상이다. 불확실성과 복잡성이 늘어난 현대 사회에서 규제와 통제만으로 해결되지 않는 문제에 시민들의 참여를 독려하는 것의 진짜 의미는 '동원'이 될 가능성이 크기 때문이다.

필요하지만 완화 전략의 집행과 성공적인 재난관리에서 실질적 동력이 되는 것은 지역수준의 상향식 정책임을 밝히고 있다 (Australia and New Zealand Standards Association, 1995). 시민의 관점이 필요한 이유는 단지 효과 때문만은 아니다. 지역사회 구성원은 어떤 위험이 예상되는지 알고 이해할 권리가 있으며, 다른 결정을 하고 그에 참여할 권리를 갖는다 (Pearce, 2003). Salter는 재난관리에 대한 개념을 <그림 8>과 같이 전환해야 한다고 제안했다 (Disaster Preparedness Resource Center, 1998).

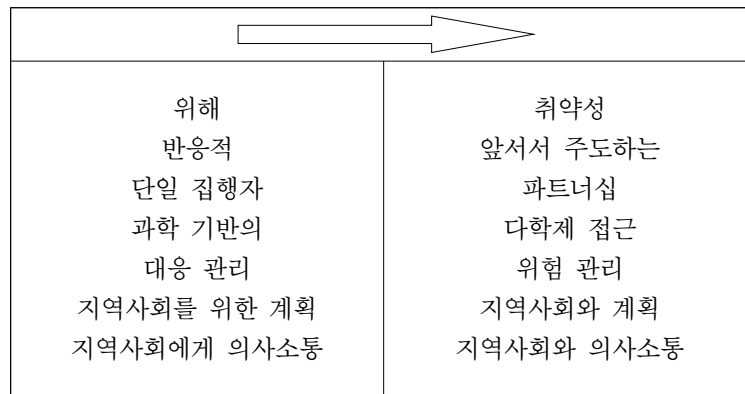


그림 7 재난관리의 개념 전환

- 특정한 위해에 집중하기보다는 전반적인 취약성을 고려한다. 여기에는 낙후한 건물 같은 물리적 고려, 지역사회 주민들이 삶이 포함된다.
- 단순한 반응에서부터 적극적인 재난 관리로, 대응과 복원활동에서 지역사회 계획으로 초점을 이동한다
- 지역사회에 존재하는 많은 이해 당사자들과 파트너십을 만들기 위해 노력한다.
- 지역사회와 함께 일하는 것은 재난 관리자와 지역사회 계획을 수립하는 이들에게 강력한 책임을 더해주고 그들의 계획안에 대중을 관여시킨다.

재난 거버넌스가 가능하고 또 제대로 작동하기 위해서는 시민들의 자발적 참여가 중요하다. 이영희(2014)는 이를 ‘재난 시티즌십’이라는 개념으로 설명했다. 재난 시티즌십은 위험사회에서 시민의 권리와 책무를 포괄하는 개념으로, “시민들이 재난 문제에 일상적으로 관심을 기울이고 재난 관련 공적 의사결정에 적극적으로 참여할 권리를 주장하며, 재난으로 인한 공동체의 파괴에 대해 연민과 연대감을 가지고 그 복구과정에 정신적, 육체적, 또는 다른 어떤 방식으로라도 참여하는 것”을 의미한다. 참여는 단계적으로 소극적 형태의 정보 제공(inform)에서부터 논의와 협의(discuss)를 거쳐 가장 적극적 형태의 통제(control)에 이르기까지 그 스펙트

럼이 넓다. 하지만 한국은 위험관리에서와 마찬가지로 전문가를 중심으로 하는 인식과 실천의 소극적 형태를 벗어나지 못했다.

● 메르스 유행에서 나타난 ‘재난 거버넌스’의 실패

메르스 유행에서 시민들은 의사결정과 위험관리에 실질적 참여를 할 기회가 없었으며, 심지어 방역현장이나 메르스 진료 현장의 노동자들조차 그러한 기회를 보장받지 못했다. 그에 비해 시민들의 협력과 노동자들의 헌신이야말로 메르스 유행을 통제하는 데 결정적인 기여를 했다는 점은 역설이 아닐 수 없다.

- 이런 씁쓸한 이야기가 있더군요. 이번 메르스 사태에서 정부 관군은 보이지 않고 의병과 국민이 지켜냈다, 그래서 막은 거라고 생각이 들고요. (A00 교수, 서울시 심층인터뷰)
- 결국 전염병이라는 것은 시민들의 협력을 얻어야 된다고 생각합니다, 그러니까 정부가 할 수 있는 일은 한계가 있다는 거죠, 스스로 누구나 전염은 되는 거니까 스스로 자가격리하고 스스로 해야 되잖아요. 사실 우리가 무슨 수로 이 사람을 다 통제합니까, 그러니까 시민들의 협력을 얻어야 되는데 그것은 정보를 충분히 공유해줘서 이 질병이 어떤 질병인지 어떤 속도로 전염되는 것인지 어떤 노력을 해야 예방할 수 있는지 이런 것에 대해서 충분한 공유를 하는 게 중요하다고 보거든요 (서울시장, 서울시 심층인터뷰)

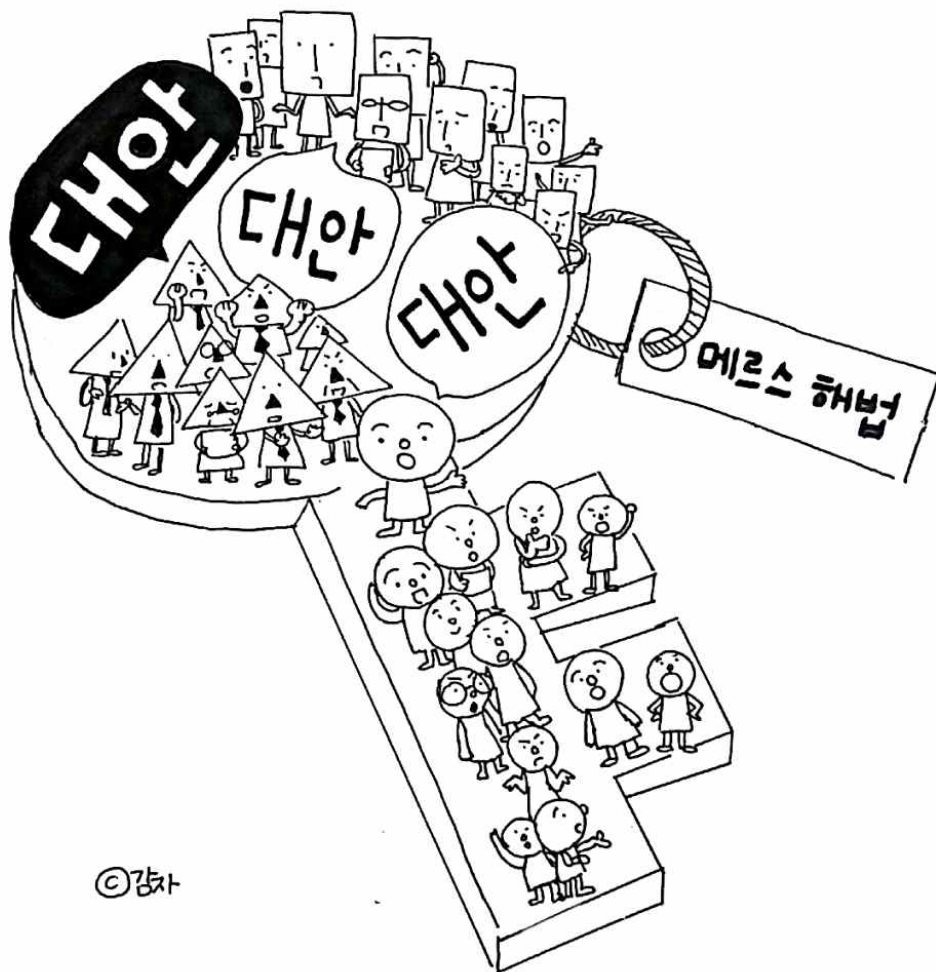
이영희(2014)의 ‘시민관점’ 재난 거버넌스 개념은 메르스 유행에서 찾아볼 수 없었다. 시민적 관점은 차치하고 정부 내부에서조차 협력적 연계가 부재했던 것이 현실이다. 메르스 평가와 대책을 논하는 자리에서 빠짐없이 나온 의견이 거버넌스의 확립이었다는 것은 이 문제가 대응 실패의 핵심 요인 중 하나라는 것을 보여준다. 단적인 사례가 서로 다른 지침을 내린 보건복지부와 교육부의 휴교 관련 행보,¹⁹⁾ 중앙정부와 서울시의 갈등이었다.

19) 경향신문 2015년 6월 3일. 어느 장단에 맞추나...교육부는 ‘메르스 휴교’, 복지부는 ‘휴교 반대’ (<http://is.gd/s5OADk>)

- 이런 재난사태에서 중앙정부하고 지방정부가 어떻게 협력을 할 것인가에 대한 롤 모델을 제시하지 못하고 오히려 혼선을 부추겼습니다. 각 시도에서 그 이후에 다 자기들이 대책본부를 똑같이 다 만들었거든요. 그리고 역시 보건소의 경우 기술적으로는 보건복지부나 질병관리본부로부터 기술지원도 받지만 기술 감독도 받습니다. 그렇지만 소속은 지자체예요. 그리고 실지 일하는 것은 보건소 직원들이거든요. 그런데 보건소는 엄청난 혼란을 겪습니다. (천병철 교수, 서울시 심층인터뷰)
- 월요일 오후에 국립중앙의료원장을 만나 오랜 시간 상의를 하면서 개인적으로 질병관리본부와 보건복지부의 문제가 컨트롤타워가 없다 라는 결론을 내리게 되었습니다. 그래서 그날 저녁에 병원에 다시 돌아와 간부들과의 회의를 통해서 현 시점은 메르스 사태에 대한 컨트롤타워가 부재인 것 같은 판단이 드니 우리 살 길은 우리가 찾자 라는 의견을 모았어요. 즉 메르스와의 전쟁을 따로 준비해야하는 상황이 벌어지게 되었습니다. (서울의료원장, 서울시 심층인터뷰)

여러 영역과 위치에서 현장 실무자들이 알아서 지침을 만들거나 개인경험에 의존하고, 혹은 운에 맡겨야 했다. 행동 지침은 각 위치에서 담당할 책무를 지정해주는 역할을 하기 때문에, 지침의 사각지대가 생기면 책임의 떠넘김이 일어났다. 일선의 실무자들은 이러한 상황에서도 어떻게든 맡은 책무를 다해야 하는 이중의 부담에 시달릴 수밖에 없었는데, 이는 추가 업무나 문제 발생에 대한 보상과 책임 구조가 제대로 수립되지 못했던 탓이다. 예컨대 메르스에 대한 전문적 지식이 하나도 없고 방역 대응과정에 어떠한 의견도 개진할 수 없었던 지역아동센터 교사들이 ‘무슨 일이 생기면 책임’을 져야 하는 상황은 거버넌스의 총체적 실패와 책임 전가 양상을 단적으로 보여준 사례라 할 수 있었다.

- 구청에서 자체적으로 센터운영을 해야 한다면 하래요. 근데, 무슨 일이 생기면 센터 책임이라고... (중략)... 그게. 너네 센터장 책임이라고 말을 하니까. 저희는 뭔지 모른 불안감에 휩싸이게 되었었고.
- (여름캠프) 준비를 하는데. 이렇게 준비를 해도 되나 하는. 그때까지 메르스가 과연 다 나을까 하는. 그때 모든 센터의 선생님들이 불안해서 저한테 전화를 다 주시는 거죠. 못 가면 어떡해요... 그 소리도 해요. “선생님이 책임지실 거죠?” 이렇게. 얘기를 하니까, 그래서 “제가 책임을 질 수 있는 상황이 아닌데요. 어떻게든 될 수 있도록 해야죠.” 했죠.



5. 위기를 반복할 것인가?

지금까지의 논의를 종합하자면, 국내 메르스 유행에서 발생했던 인권 침해와 차별, 노동자 보호 실패는 한국사회에 내재한 불평등 구조와 위험/재난 거버넌스의 실패의 상호작용에서 비롯된 것이라 할 수 있다. 전 지구화된 세계에서 신종 감염병을 비롯하여 ‘새로운 위험’은 지속적으로 발생할 것이 분명한데, 그렇다면 우리는 앞으로도 이러한 불합리와 부정의를 반복하고 감내해야 하는 것일까?

우리는 향후 또 다른 공중보건 위기나 재난 상황에서 좀더 평등하고 정의로운 사회적 대응을 하려면 어떻게 해야 할지 몇 가지 원칙들을 제안하고자 한다.

- 공중보건 위기 상황에서도 개인의 자유와 평등은 중요하게 다루어져야 한다.

공중보건 영역에서 공중의 보호를 위해 개인의 자유가 유보되는 경우는 드물지 않다. 격리나 검역 조치, 감염 접촉자 추적, 백신 의무 접종, 여행 제한 등이 그 대표적 사례이다. 그러나 잊지 말아야 할 것은, 자유는 오직 보다 큰 자유를 위해서만 제한될 수 있다는 점이다. 이 때 자유의 제한은 모두가 공유하는 자유의 전 체계를 강화하면서 동시에 자유가 제한된 이들에게 받아들여질 수 있는 것이어야 한다. 사회적 이득의 총량이나 효율성이 정의의 원칙보다 우선해서는 안 된다 (Rawls, 1999. pp400). 공중을 위해 개인의 희생을 ‘강요’해서는 절대로 안 되며, 어쩔 수 없는 자유의 제한은 당사자에게 수용가능하면서 공정한 것이어야 한다.

이러한 정의와 공정성의 원칙은 윤리적 측면 뿐 아니라 공중보건 위기 대응의 효과성과 지속가능성 측면에서도 중요하다. 예컨대 SARS 유행 당시, 경찰이나 군에 의한 검역 모델은 대중의 신뢰를 저해하고 공포와 패닉을 촉진하여 결과적으로 역풍을 가져왔다. 베이징에서는 광범위한 검역 조치 중에 20만 명이 넘는 노동자가 지역을 ‘탈주’했다는 소문이 돌았다. 유행의 진앙지였던 홍콩의 아파트 단지에는 원래 264가구가 거주하고 있었지만 방역대책반이 도착했을 때 절반 이상이 비어 있었다 (Wynia & AMA, 2007). 서아프리카 에볼라 유행에서도 강제적이고 폭력적인 격리 조치가 이루어지면서, 심각한 오명과 생계 손실 등으로부터 가족을 보호하기 위해 일부 환자들이 자신의 주소를 숨기거나 잠적하는 일이 벌어졌다 (Calain & Poncin, 2015). 비자발적인 검역은 집행이 어렵고, 그렇게 해서 야기된 불충분한 검역은 다시

금 공중보건체계에 대한 불신이라는 악순환으로 이어진다. 겪어보지 못한 미지의 감염병에 대한 공포는 국가권력의 남용을 정당화하기도 한다. 메르스 유행 당시 휴대전화 위치 추적이나 신용카드 거래 내역 조회 같은 조치에 별다른 비판의 목소리가 들리지 않았던 점을 상기해보자. 하지만 역사적 경험을 통해 확인된 일관된 근거는, 공권력 남용에 의한 강제적 공중보건 조치들은 정부에 대한 불신, 심지어 소요로 이어지고 오히려 질병의 확산을 야기했다는 것이다 (ACLU, 2008).

이러한 맥락에서 감염병 유행 대응 과정의 격리와 검역 조치, 감시와 접촉자 추적은 과학적 타당성과 더불어 윤리적 정당성을 균형 있게 고려하여, 다음과 같은 원칙들을 지켜야 한다 (ACLU, 2008; Gostin et al., 2003; Silva & Smith, 2015; Calain & Poncin, 2015; Wynia & AMA, 2007).

- ① 전파 확률과 위해의 중증도 측면에서 위험을 평가하되 불확실성을 고려한 과학적 평가에 기초해야 한다 (‘효과성’).
- ② 무차별적 제한이 아니라 타당성이 인정된 표적화된 제한 조치를 시행해야 한다.
- ③ 강제적인 검역보다는 가급적 ‘자발적’인 검역을 취할 수 있도록 한다.
- ④ 격리나 검역은 가급적 안전하고 인간적인 환경에서 이루어져야 하며, 가능하다면 가장 덜 제한적인 방법이 사용되어야 한다. 예컨대 별도의 격리 시설보다는 가능하다면 자택에서 이루어질 수 있도록 한다.
- ⑤ 특히 검역의 경우 공중의 보호를 위해 건강한 개인의 자유를 제한한 만큼 생계 보장 등 공정한 대우를 보장해야 한다 (‘호혜성’).
- ⑥ 이 과정은 절차적으로 공정하고 투명해야 한다 (‘투명성’).
- ⑦ 오명과 낙인의 가능성을 최소화하기 위해 당사자 혹은 위험에 처한 지역사회의 의견을 구하는 과정이 필요하다.
- ⑧ 접촉자 추적과 감시 과정에서 정보의 활용과 공개 가능성, 위해와 관련한 투명성이 절대적이다.
- ⑨ 수집된 자료들이 공중보건 목적으로만 쓰일 것은 분명히 해야 하며, 실제로 그래야 한다.

● 위험의 불평등한 분배가 발생하지 않도록 고려해야 한다

의도적이든 그렇지 않은 사회적 위기 대응 과정에서 기존의 취약성이 극대화되면서 불평등이 심화되는 경우가 흔하다. 올리히 백이 <위험사회>에서 제기한 ‘위험의 불평등한 분배’가

현실에서 작동하는 사례를 찾기란 어렵지 않다 (ACLU, 2008). 메르스 대응 과정도 그 중 하나에 속한다.

불평등 자체가 사회에 뿌리 깊이 내재해 있기 때문에 공중보건 위기 대응 과정에서 이를 완벽히 극복하는 것은 사실상 불가능하다. 하지만 최소한 차별적 영향을 줄이기 위한 노력이 필요하며, 이를 위해 두 가지 접근을 제기하고자 한다.

① 첫째, 공중보건 위기 상황에서 취약계층을 어떻게 보호할 것인지에 대한 사전 계획이 마련되어야 한다. 예컨대 공공병원들이 신종감염병 전담 치료병원으로 지정되었을 때 기존에 진료하던 노숙인이나 에이즈 환자들은 어디로 어떻게 옮길 것인지, 학교 휴교 상황에서 빈곤층 아동은 누가 어떻게 돌볼 것인지, 암 등 중증질환이나 만성질환으로 지속적인 의료가 필요한 환자들은 어떻게 돌볼 것인지, 한국어가 서툰 이주민이나 국내 거주 외국인에게 어떻게 공중보건 메시지를 전달할 것인지 등 이번 메르스 유행을 거치면서 드러난 문제 점들에 대해서 보완책을 마련해야 한다. 이러한 것들이 미리 마련되어 있지 않으면, 위기가 닥쳤을 때 또다시 우선순위에 밀려서 취약계층의 희생이 반복될 것이다.

② 둘째, 이 보고서에서 깊이 있게 다루지는 못했지만, 위험의 불평등한 분배를 최소화하기 위해서는 사회적 안전망과 공공보건체계를 강화하는 것이 중요하다는 점을 다시금 강조하고 싶다. 취약계층 보호의 상당 부분은 공공병원을 포함한 공공보건 체계를 통해서 작동할 수 있는 내용들이다. 공공보건체계가 불충분하거나 제대로 작동하지 않을 때 실질적인 피해는 취약계층에게 전가된다는 것을 생각한다면, 공공보건체계의 강화야말로 위기 상황에서 취약계층을 보호할 수 있는 최우선책이다.

● 보건의료 노동자의 직업안전보건 문제가 중요하게 다루어져야 한다.

보건의료 노동자 보호야말로 공중보건 위기에 대응하고 일상적인 보건의료 필요를 충족시킬 수 있는 보건의료 체계의 역량을 갖추는 데 핵심적 요소이다. 보건의료 노동자에 대한 보호와 지원이야말로 응급 상황 대응과 대비, 강건한 보건의료 체계 건설을 위한 노력의 핵심 요소가 되어야 한다 (WHO, 2015).

이번 메르스 유행 과정에서 보건의료노동자들의 헌신은 상당했다. 메르스 감염 위험과 장시간 노동, 직무 스트레스, 업무의 혼란은 물론 가족과의 분리, 감염원이라는 오명에 이르기까지 수많은 곤경에 처했음에도 말이다. 사회가 그들의 희생을 높이 평가했지만, 언제까지나 이들에게 희생을 강요할 수는 없다. 이들에게는 돌봄의 의무라는 근로윤리만 있는 것이 아니라 자기

자신과 가족의 건강과 안녕이라는 또 다른 중요한 가치가 존재한다. 따라서 사회는 이들의 희생을 청송하는 데 머무르지 않고, 공중보건 위기 대응 과정에서 대중을 보호하는 데 참여하는 보건의료 노동자와 기타 인력들의 부담을 인정하고 그들을 보호하고 지원할 수 있는 조치를 마련해야 한다 (Torda, 2006). 이를 위해서 다음과 같은 접근이 필요하다.

- ① 무엇보다도 병원이 환자를 돌보고 보호하는 서비스 공간일 뿐 아니라, 보건의료 노동자들이 안전하고 건강하게 일할 수 있는 노동의 공간이라는 점을 인식해야 한다. 그에 따라, 감염병 등 공중보건 위기 상황이나 일상적인 감염 관리에서 고용노동부의 역할이 강화되고, 직업안전보건의 전문성이 투입될 수 있어야 한다. 위험한 환경에서의 작업 거부, 임신한 노동자나 건강문제가 있는 노동자를 위한 보호 조치 등에 대해, 고용노동부가 분명한 지침을 제시해주지 않는다면 (The SARS Commission, 2006), 현장에는 갈등이 생기고 그 부담은 온전히 취약한 입지에 처한 노동자에게 전가될 수밖에 없다.
- ② 충분히 알지 못하는 새로운 위험요인으로부터 노동자들을 보호하기 위해 ‘사전주의 원칙 (precautionary principle)’²⁰⁾을 준수해야 한다 (The SARS Commission, 2006). 과학 지식은 계속 진화해나감에, 이렇게 달라진 근거에 기초하여 대응 방법도 계속 달라질 수밖에 없다. 제한된 과학 지식의 도그마에 의존했던 것이 어떤 결과를 낳았는지는 메르스 유행 초기의 대응을 보면 잘 알 수 있다. 보건의료 노동자의 보호를 공중보건 위기 대응의 우선순위에 놓는다면, 사전주의 원칙이 그 기본 지침이 되어야 한다.
- ③ 보건의료 체계 내에 고용되어 있는 불안정 노동자의 보호 방안을 특별히 고려해야 한다. 현재 병원에는 용역, 파견, 외주 등 다양한 형태의 비정규 노동자들이 일하고 있다. 그 숫자도 점차 늘어나는 추세이다. 하지만 이들은 병원의 정규직 노동자가 아니기 때문에, 보호 조치에서 의도적 혹은 비의도적으로 배제되는 일이 빈번하다. 예컨대 간병인의 경우, 병원과의 공식적 고용관계가 없기 때문에 파악조차 쉽지 않으며 백신, 마스크, 장갑 같은 보호장치가 공식적으로 제공되지 않는다. 하지만 비정규직 노동자라고 해서 바이러스나 세균이 비껴가는 것은 아니다. 이들에 대한 배제는 형평성의 윤리 뿐 아니라 방역 대응의 실효성 측면에서도 실패를 가져온다는 점에서, 노동자 보호 조치의 기획과 실행에 반드시 고려해야 한다.

20) 공중이나 환경에 해롭지 않다는 과학적 합의가 없는 상태에서, 어떤 정책이나 조치가 위해를 유발할 가능성이 있다면, 그것이 해롭지 않다는 입증의 부담은 조치를 취하는 이들에게 지워져야 한다는 것이다. 이 원칙은 심각하거나 비가역적인 공중보건 혹은 생태계 위협의 가능성이 있는 경우, 과학적 불확실성이 예방적 조치를 유보하는 이유로 쓰여서는 안 된다는 것을 시사한다. 이는 1980년대 초, 불확실한 위험에 직면하여 건강과 환경을 가장 효과적으로 보호할 수 있는 방안이 무엇일지에 대한 논의에서 출발하여, 현재 공중보건과 환경보호 정책의 중요한 원칙으로 자리 잡았다 (Martuzzi & Tickner, 2004)

● 위험 ‘거버넌스’가 구축되어야 한다

앞서의 제안들이 현실화되기 위해서는 무엇보다 위험 ‘거버넌스’ 체계의 구축이 필요하다.

전통적 위험 인식 패러다임에 기초한 위험 ‘관리’ 모형으로는 새로운 사회적 위기, 공중보건 위기에 효과적이면서 보다 정의로운 방식으로 대응하기 어렵다. 특히 정부와 전문가에 대한 시민의 신뢰가 위험인식에 매우 중요한 영향을 미친다는 점을 인정하고, 공중보건 위기 대응 과정에 전문가-정부-시민의 상호 신뢰 관계를 구축하고 다양한 이해당사자들의 경험을 반영하는 의사결정 구조를 만드는 것이 필요하다 (Jasanoff, 2002; Wynne, 1992; Funtowicz & Ravetz, 1992).

또한 공중보건 위기 상황에서 정부의 권력 남용을 방지하고 책임성을 강화하기 위해서도 거버넌스는 중요하다. 종류와 형태만 달라질 뿐, 감염병 유행은 인류가 지속하는 한 사라지지 않을 항구적인 위협이다. 매번 위기를 ‘빌미’로 시민적 자유가 위협당하고 민주주의가 유보되는 상황이 반복되어서는 안 된다 (ACLU, 2008). 이러한 상황을 예방하려면 시민적 감시가 강화되어야 한다.

협력적 거버넌스를 구축한다는 것이 정부와 시민사회가 부담해야 할 책임의 크기가 같다는 것을 의미하지는 않는다. 위기에 대응할 수 있는 권력과 자원은 압도적으로 정부 측에 존재한다. 정부가 책임을 다 하지 않는 상황에서 어쩔 수 없이 시민들이 스스로 위기를 극복하는 일이 있어서는 안 된다. 실제로 라이베리아 에볼라 유행 시 지역사회의 자발적 대응활동이 유행 차단에 중요한 역할을 했지만, 이는 국가와 국제사회의 대응 실패에서 비롯된 어쩔 수 없는 선택지였으며 그로 인해 감염의 취약성이 높아지기도 했다 (Abramowitz et al. 2015).

정부의 책무성을 강화하고 시민의 참여를 높일 수 있는 거버넌스 방안으로 다음과 같은 것들을 제안하고자 한다.

- ① 공중보건 위기가 발생하고 이에 대응해야 하는 긴급 상황에서 협력적 거버넌스를 새롭게 구축하는 것은 불가능하다. 그보다는 중앙 혹은 지방정부 차원에서 공중보건 위기 대응 기획이나 평가 과정에 거버넌스가 작동할 수 있는 제도를 만들어야 한다. 이를테면 보건의료 노동자나 사회적 취약계층의 이해를 대변할 수 있는 주체가 기획/평가단에 포함되도록 하거나, 공청회 등을 통해 의견을 수렴할 수 있도록 해야 한다.
- ② 정부 차원을 벗어나면, 거버넌스의 가장 구체적이고 현실적인 실행 방안은 노동조합을 통한 작업장 민주주의의 강화가 될 것이다. 보건의료기관이든 공공서비스 기관이든, 현장에서

실무를 담당하는 노동자들의 경험과 의견이야말로 불확실성의 위기를 효과적이고 유연하게 대처할 수 있도록 하는 집단지성이다. 또한 사업장 권력 관계에서 힘의 균형추를 찾아줄 노동자의 대표 기구는 노동자를 위협으로부터 보호할 수 있는 유력한 수단이다. 캐나다의 SARS 조사위원회가 감염병 유행 대응과 관련된 모든 정보를 노동조합과 공유하고 산업안전보건위원회에 노동자 대표를 반드시 포함시키라고 권고한 것은 이러한 맥락에서이다 (The SARS Commission, 2006). Therborn (2013) 또한 사회적 평등을 촉진하기 위한 접근의 하나로 집합적 조직화를 통한 탈 위계화 전략을 제안한 바 있다. 실제로 메르스 유행 과정에서 노동조합의 때로는 ‘성가신’ 문제 제기가 노동자 자신은 물론 환자의 안녕을 보호하는 중요한 안전판으로 작동했다.

- ③ 지역사회 차원에서 공중보건 위기 대응에 중요한 역할을 할 수 있는 주체들을 확인해야 한다. 이를테면 메르스 유행 당시 한 의료복지사회적협동조합은 조합원들에게 예방과 관련한 메시지를 자체적으로 전달했다. 또 메르스로 오인 받아 갈 곳이 없어진 이주노동자가 도움을 받은 곳은 이주노동자 옹호단체였다. 지방자치 정부는 이렇게 다양한 시민사회 주체들과 평소에 네트워크를 구축하고 위험 소통이나 위기 시 지원 방안을 마련해둘 필요가 있다.

- 조합원들에게 이 병원 관련 정보등을 보내야겠다. 왜냐하면 그 당시에 정부차원에서 병원에서 초반 대응을 실패하고 특히나 커뮤니케이션, 소통에 실패했죠. 그래서 정부가 하는 말을 믿을 수 없는 상황에서, 그러는 조합원들과 신뢰성 있는 관계를 갖고 있지 않느냐, 그 관계에 근거해서, 우리가 확보하고 있는 다른 관련 정보 등을 제공할 수 있겠다 해서

6. 맺음말

이번 메르스 유행 과정에서 불공정하고 불합리한 조치들로 인해 많은 이들이 불필요한 고통과 상실을 경험했다. 이 보고서에서 다루지 못했지만, 의료기관의 폐쇄나 격리/검역 조치로 인해 발생한 건강 피해,²¹⁾ 광범위한 검역 조치와 감시, 프라이버시 침해에 대해서도 엄정한 평가와 비판적 성찰이 필요하다.

캐나다의 SARS 조사위원회는 온타리오 주의 광범위한 SARS 피해가 ‘시스템 실패’에서 비롯되었으며, ‘시민으로서 우리도 실패했다’고 진단했다. 왜냐하면 정부가 시민을 더 잘 보호하라고 집요하게 요구하지 않았기 때문이다 (The SARS Commission, 2006). 우리는 이러한 교훈으로부터, 지난 메르스 유행을 비판적으로 돌아보고 향후 공중보건 위기 대응에서 정부가 어떠한 접근을 취해야 하는지 제안하고자 했다.

고통스러운 경험은 한 번으로 족하다. 실패를 교훈으로 삼아, 향후 한국 사회에서의 공중보건 위기 대응은 보다 평등하고 정의로우며 합리적인 것이 되기를 기대한다.

21) 뉴스파타 2015.11.26. “80번 메르스 환자 사망은 보건당국의 살인” (<http://newstapa.org/30358>)

§ 참고문헌

- Abramowitz SA, McLean KE, McKune SL, Bardosh KL, Fallah M, Monger J, et al. Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *PLoS Negl Trop Dis* 2015;9(4): e0003706
- Annas GJ, Mariner WK, Parmet WE. Pandemic Preparedness: the need for a public health - not a law enforcement/national security - approach. American Civil Liberties Unions (ACLU) 2008
- Australia and New Zealand Standards Associations. The Australia/New Zealand Risk Management Standard. Australia and New Zealand Standard #4360, Sydney and Auckland 1995.
- Berkes F, Ross F. Community resilience: toward and integrated approach. *Society & Natural Resources* 2013;26(1):5-20
- Calain P, Poncin M. Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice?. *Social Science & Medicine* 2015;147:126-133. doi:10.1016/j.socscimed.2015.10.063
- Dahl R. A Preface to Economic Democracy. Berkeley: : University of California Press 1985.
- Disaster Preparedness Resources Centre. The mitigation symposium: towards a Canadian mitigation strategy, comprehensive symposium preceeding. Vancouver, BC.: : Disaster Preparedness Resources Centre, University of British Columbia 1998.
- Fauci AS. The Research Reponse to Emerging Infectious Disease: An NIAID Perspective. Institute of Medicine 2012
- Fischer F. Technocracy and the Politics of Expertise. Newbury Park, Calif.: : Sage Publications 1990.
- Funtowicz S, Ravetz J. Three types of risk assessment and the emergence of post-normal science. In: Krinsky S, Goldings D, ed. *Social Theories of Risk*. London: : Praeger 1992.
- Gilbert C. Studying disaster : changes in the main conceptual tools. In: Quarentelli E, ed. *What is a disaster? Perspectives on the Question*. London: : Routledge 1998. 11-18.
- Gostin LW, Bayer R, Fairchild AI. Ethical and legal challenges posed by SARS: implications for the control of severe infectious disease threats. *JAMA* 2003;290:3229-3237
- Hadden W, Muntaner C, Benach J et al. A glossary for the social epidemiology of work organisation: Part 3, Terms from the sociology of labour markets. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007;61:6-8. doi:10.1136/jech.2004.032656
- Harrison JS, Freeman ER. Democracy in and around organizations: Is organizational democracy worth the effort? *Academy of Management Executive* 2004;18:49-53.
- Holtzhausen D. The effects of workplace democracy on employee communication behavior: Implication for competitive advantage. *Competitiveness Review* 2002;12:30-48. doi:10.1108/eb046440
- International Labour Office, World Health Organization. Ebola Virus Disease: Occupational Safety and Health. Joint WHO/ILO Briefing Note for Workers and Employers 2014.
- Jasanoff S. Citizens At Risk: Cultures of Modernity in the US and EU. *Sc as Culture* 2002;11:363-380. doi:10.1080/0950543022000005087
- Kjær A. Governance. Malden, MA: : Polity Press 2004.
- Luhman J. Theoretical postulations on organization democracy. *J Management Inquiry* 2006;15:168-185. doi:10.1177/1056492605275419
- Martuzzi M, Tickner JA. The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children. World Health Organization Europe 2004

- Mayer R. Robert Dahl and the Right to Workplace Democracy. *Review of Politics* 2001;63:221. doi:10.1017/s0034670500031156
- Pearce L. Disaster management and community planning, and public participation: How to achieve sustainable hazard mitigation. *Natural Hazards* 2003;28:211-228.
- Porta M. Int EA. *A Dictionary of Epidemiology*. 6th ed. Oxford University Press 2014
- Powell D, Leiss W. *Mad cows and mother's milk*. Montreal: : McGill-Queen's University Press 1998.
- Rambaldini G, Wilson K, Rath D et al. The impact of severe acute respiratory syndrome on medical house staff a qualitative study. *J Gen Intern Med* 2005;20:381-385. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0099.x
- Rawls J. *A Theory of Justice* 2nd ed. 1999 (황경식 역. 정의론. 이학사 2003)
- Renn O. *Risk Governance*. London: : Earthscan 2008.
- Scalliet P. Risk, society and system failure. *Radiotherapy and Oncology* 2006;80:275-281. doi:10.1016/j.radonc.2006.07.003
- Silva D, Smith M. Limiting rights and freedoms in the context of Ebola and other public health emergencies: How the principle of reciprocity can enrich the application of the Siracusa Principles. *Health and Human Rights* 2015;17:52. doi:10.2307/healhumarigh.17.1.52
- Slovic P. *The Perception of Risk*. London: : Earthscan Publications 2000.
- The SARS Commission (Final Report). *Spring of Fear: Commission to investigate the introduction and spread of SARS in Ontario*. 2006
- Therborn G. *The Killing Fields of Inequality*. Polity 2013
- Torda A. Ethical issues in pandemic planning. *Medical J Australia* 2006;185:S73.
- WHO/EHA. *Disasters & Emergencies Definitions*. Addis Ababa: : Panafrican Emergency Training Centre 2002
- World Health Organization. *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A Preliminary Report*: 2015a.
- World Health Organization. *Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection*. 2015b.
- Wynia MK, AMA. Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty. *Am J Bioethics* 2007;7(2):1-5
- Wynne B. Risk and Social Learning: Reification to Engagement. In: Krinsky S, Golding D, ed. *Social Theories of Risk*. London: : Praeger 1992.
- 강홍렬. 일상의 안전을 위한 미래의 사회시스템: 지식정보사회의 위험관리. 정보통신정책연구원 2006.
- 김근세. 제2장 위기관리 행정학이론 일반. 국가중립위기관리 - 이론과 실제. 한국행정연구원. 법문사 2009:145-160.
- 김미숙 · 김상욱 · 신승배. 위험사회에 대한 국민의식: 한국사회위험지수 분석. 보건복지포럼 2014;213:49-64.
- 김은성. 불확실성에 대응하는 위험거버넌스: 신기술 및 신종재난을 중심으로, 서울: 법문사 2009.
- 노진철. 위험사회학: 위험과 사회의 관계에 대한 사회이론화. *경제와 사회* 2004;63:98-123.
- 대한민국국회. 중동호흡기증후군 대책 특별위원회 활동결과보고서, 중동호흡기증후군 대책 특별위원회 2015.
- 박유경. 흡리스를 위한 건강보장은 가능할까: 노숙인 의료보험제도의 현황과 과제. *월간 복지동향* 2015;196:21-25.
- 서울대학교 병원, 질병관리본부. 의료기관의 신종 감염병 위기대응 교육 콘텐츠 개발 및 시범교육 운영. 2014

- 서울특별시. 메르스 전문가 및 현장관계자 심층인터뷰 결과. 2015.7.6.
- 성지은, 정병걸, 송위진. 탈추격형 기술혁신의 기술위험 관리. 과학기술정책연구원 2007.
- 성지은. 기술위험 유형에 따른 관리 전략과 기술위험 거버넌스 비교 분석: 광우병(BSE)을 중심으로. 행정논총 2008;46(1):63-91.
- 수원시 메르스비상대책본부. 일성록: 5월에서 6월, 그리고 7월까지. 2015
- 시민건강증진연구소. 한국 보건의료부문의 근로시간 형태와 그 영향. 2015.
- 올리히 벡. 위험사회-새로운 근대(성)를 향하여. 홍성태 역. 새물결 2006.
- 의료연대본부. 메르스 이후 간호사의 직업안전과 감염예방을 위한 정책토론회 자료집 2015.
- 이영희. 참여적 위험 거버넌스의 논리와 실천. 동향과 전망, 2010;79(여름호):281-314.
- 이주호. 메르스 사태가 한국의료에 던진 개혁과제. 사회경제정책포럼 자료집-공공의료의 역할과 강화방안. 2015.
- 정원오, 성은미, 손정순, 홍원표. 불안정 노동자를 위한 사회보장. 진보정치연구소 2006.
- 정지범. 광의와 협의의 위험, 위기, 재난관리의 범위. 한국방재학회논문집 2009;9(4):61-66.
- 존 우딩 · 찰스 레벤스타인. 노동자 건강의 정치경제학. 김명희 외 역. 한울 2008.
- 한스 페터 페터스. 위험보도와 매스커뮤니케이션. 송해룡 역. 서울:커뮤니케이션북스 2005.

이 연구는

(사) 시민건강증진연구소와 건강세상네트워크의
회원들의 후원금으로 수행되었습니다.



사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 812-25 보성빌딩 4층

§ 전화 : 070-8658-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소