

비판 건강연구

• 편집인의 글 정백근

특집 사람 중심 관점

- 사람중심 통합돌봄, 사업이 아닌 원리로
- 범용기술이 된 AI, 빠진 것은 사람이다
- 제도는 왜 가장 절실한 사람을 배제하는가

초점 2026년 1월~3월 주요 논평

- 행정통합특별법, 진정한 지역균형발전을 위해 재검토가 필요하다
- 주가만 오르고 삶은 불안정한 사회
- 선택이란 신화 뒤로 숨은 책임들: 36주 임신중절 사건의 살인죄 판결에 부처

기고

- 섬 응급의료 시스템의 부재와 현실 강제운
- 비판 디지털 건강 연구를 위한 시론 정성식
- Artificial Intelligence for Global Health: But Whose AI, and Whose Health? Kyoung Kyun Oh
- 자살의 의료화와 젠더 패러독스 임정빈

비판건강연구

비판건강연구

Critical Health Studies

2026년 3월 제2권 1호

발행일	2026년 3월 31일
편집인	정백근
발행인	김창엽
발행처	시민건강연구소
전화	02-535-1848
팩스	02-581-0339
주소	서울특별시 동작구 사당로13길 36 2층
이메일	people@health.re.kr
홈페이지	health.re.kr

비판건강연구

제2권 1호 2025.3.

시민건강연구소

차례

편집인의 글 정백근 · 7

사람중심 통합돌봄, 사업이 아닌 원리로 시민건강연구소 · 11

범용기술이 된 AI, 빠진 것은 사람이다 시민건강연구소 · 15

제도는 왜 가장 절실한 사람을 배제하는가 시민건강연구소 · 20

행정통합특별법, 진정한 지역균형발전을 위해 재검토가 필요하다 시민건강연구소 · 25

주가만 오르고 삶은 불안정한 사회 시민건강연구소 · 30

선택이란 신화 뒤로 숨은 책임들: 36주 임신종결 사건의 살인죄 판결에 부처
시민건강연구소 · 34

섬 응급의료 시스템의 부재와 현실 강제운 · 40

비판 디지털 건강 연구를 위한 시론 정성식 · 46

Artificial Intelligence for Global Health: But Whose AI, and Whose
Health? Kyoung Kyun Oh · 66

자살의 의료화와 젠더 패러독스 임정빈 · 77

기고 영문초록 모음 · 86

편집인의 글

정백근
(시민건강연구소 소장)

『비판건강연구』 제2권 1호를 발간한다. 이번 호는 ‘사람 중심 관점’이라는 특집 아래, 통합돌봄, 인공지능, 제도의 배제라는 서로 다른 문제를 통해 한국 사회의 보건 의료와 돌봄 체계가 어떤 원리로 작동하고 있는지를 드러내고자 했다. 통합돌봄은 제도의 확장에도 불구하고 여전히 분절된 서비스와 책임의 공백 속에서 작동하고 있다. 이는 ‘통합’을 표방하지만 실제로는 ‘분절’을 재생산하는 현재의 정책 구조를 보여준다. 또한 인공지능은 보건의료를 포함한 전 사회 영역에서 빠르게 확산되고 있으나 그 영향을 받는 사람들은 여전히 정책과 법제의 중심에서 배제되어 있다. 기술의 발전이 곧 사회적 진보를 의미하지 않으며 오히려 기존의 불평등을 강화할 수 있음을 분명히 확인할 수 있다. 이와 함께 제도는 왜 그것이 가장 필요한 사람들에게 도달하지 못하는지를 구조적으로 분석한다. 제도의 실패는 단순한 시행상의 문제가 아니라 사회 구조와 권력 관계에 깊이 뿌리내린 결과이다. 제도와 기술은 결코 가치 중립적이지 않으며 특정한 가치와 이해관계를 반영하여 작동한다. 그리고 그 결과는 반복적으로 가장 취약한 사람들의 배제로 나타난다.

초점에 실린 글들은 이러한 문제를 보다 넓은 사회 구조 속에서 확장한다. 지역불평등을 해소한다는 명분 아래 추진되는 정책이 오히려 발전국가적 성장 전략을 재생산하며 지역을 경쟁과 위협으로 내몰고 있음을 비판한다. 이는 지역 문제 또한 단순한 자원 부족이 아니라 국가와 자본의 권력 관계 속에서 형성된 것임을 보여준다.

「주가만 오르고 삶은 불안정한 사회」는 투자 중심 사회가 어떻게 국가의 책임을 약화시키고 개인에게 생존의 위험을 전가하는지를 분석하며 건강과 삶이 시장 성과에 종속되는 구조를 비판한다. 또한 「선택이란 신화 뒤로 숨은 책임들」은 후기 임신중지 사건을 통해 개인의 선택으로 환원된 문제 뒤에 존재하는 국가의 부작위와 제도적 공백을 드러내며 임신중지를 필수의료로 재구성할 필요성을 제기한다.

기고에 실린 강제윤의 「섬 응급의료 시스템의 부재와 현실」은 이러한 구조가 구체적인 삶의 조건에서 어떻게 드러나는지를 생생하게 보여준다. 그는 섬 지역에서 반복되는 ‘골든타임 상실’의 사례를 통해 의료 접근성의 문제가 단순한 지리적 조건이 아니라 정책 우선순위의 결과임을 드러낸다. 정성식의 「비판 디지털 건강 연구를 위한 시론」은 보건의료의 디지털화를 자명한 진보로 간주하는 지배적 인식을 비판하며 기술이 권력과 자본의 이해 속에서 구성되고 불평등을 재생산하는 과정을 드러낸다. 나아가 이에 맞서는 비판적 연구와 사회적 개입의 필요성을 제기한다. 오경균의 영문 글은 국제보건 영역에서 인공지능이 누구의 건강을 위해 작동하는지를 묻고 기술과 권력의 문제를 국제적 맥락으로 확장한다. 임정빈의 「자살의 의료화와 젠더 패러독스」는 자살 문제를 개인의 병리로 환원하는 의료화의 한계를 비판하며 젠더와 사회구조의 맥락에서 이를 다시 해석할 필요성을 제기한다.

이번 호를 통해 우리는 다시 확인한다. 한국 사회의 보건의료와 돌봄 체계는 효율성과 성장, 재정 건전성이라는 기준에 의해 조직되어 왔으며 그 과정에서 공공의 책임은 축소되고 개인과 시장의 역할은 확대되어 왔다. 그 결과 건강과 돌봄은 권리가 아니라 관리와 부담의 문제로 전환되었고 제도는 반복적으로 가장 절실한 사람들을 배제하는 방식으로 작동해 왔다.

따라서 지금 필요한 것은 개별 정책의 보완이 아니다. 무엇을 문제로 정의하고, 누구를 중심에 둘 것인가에 대한 근본적인 재구성이 필요하다. 건강을 시장에서 조정되는 서비스가 아니라 사회가 보장해야 할 권리로, 돌봄을 개인과 가족의 책임이 아니라 새로운 사회적 관계로 전환하는 것은 기술적 선택이 아니라 정치적 선택이다.

『비판건강연구』는 이러한 문제들을 단순히 분석하는 데 머물지 않는다. 우리는 문제를 다시 정의하고 권력 관계를 드러내며 대안을 모색하는 실천적 학술지로서의 역

할을 지향한다. 그러므로 우리는 건강과 돌봄을 둘러싼 지배적 질서를 권리와 연대의 기반 위에서 다시 구성하는 집단적·정치적·이론적 실천을 멈추지 않을 것이다.

특집
사람 중심 관점

사람중심 통합돌봄, 사업이 아닌 원리로 시민건강연구소 · 11

범용기술이 된 AI, 빠진 것은 사람이다 시민건강연구소 · 15

제도는 왜 가장 절실한 사람을 배제하는가 시민건강연구소 · 20

사람중심 통합돌봄, 사업이 아닌 원리로

시민건강연구소

2018년부터 기본계획을 수립하고 시범사업을 운영해 온 지역사회 통합돌봄이 지난 3월 27일부터 전국적으로 시행되었다. 복합적 돌봄 수요가 발생하고 있지만 서비스가 부족하고 분절적으로 제공되어 사회적 입원이 증가하는 현실 속에서, 통합돌봄은 살던 곳에서 필요한 서비스를 한 번에 받을 수 있도록 하겠다는 취지로 도입된 제도다. 기존에는 보건의료, 주거, 요양, 돌봄 등의 서비스를 받기 위해서는 필요한 제도를 먼저 파악한 뒤 각각 신청해야 했으며 서비스 간 연계도 제대로 이루어지지 않았다. 그 결과 사람의 필요에 따라 서비스가 제공되는 것이 아니라 제공 가능한 서비스에 사람이 맞춰야 하는 구조였다. 지역사회 통합돌봄은 바로 이러한 문제를 해결할 것으로 기대를 모으는 제도다.

그러나 시작부터 우려의 목소리가 적지 않다. 주거 지원과 재활 서비스 부족, 예산과 정치적 의지 부족, 민간 공급자 의존, 협소한 제도 대상자 범위 등이 주된 비판이다. 우리는 이러한 비판에 공감하면서, 좀 더 근본적이고 구조적인 성찰과 질문에 주목하고자 한다.

이 제도에서 말하는 '통합'은 과연 무엇인가. 서비스 중심 관점에서 사람이 그에 맞추는 현실을 타개하기 위해 제도가 논의되기 시작했지만, 제도가 구현되는 단계에서는 다시 제공되는 서비스에 집중되고 있다. 이런 가운데 새 제도는 '통합돌봄'이라는 또 하나의 수직적 서비스 패키지로 작동하는 것은 아닐까. 큰 틀에서 보면, 기존에 나열된 각각의 서비스들을 그대로 두거나 일부 추가한 뒤, 중간에서 조정하는 인

력을 덧붙인 구조처럼 보인다. 별도의 예산, 조직, 사업, 그리고 대상자까지 구획된 또 하나의 제도인 셈이다. 현재는 복합적 돌봄 연계가 필요하다고 인정받는 고위험군의 사람들에게 위기가 발생할 때만 제공되는 '특별한 서비스'에 머물러 있다. 건강과 질병, 자립과 의존의 상태가 끊임없이 유동하는 삶의 연속성이나 예방적 개입, 관계성 같은 것은 좀처럼 고려하지 않는다.

단순히 서비스를 연계하고 재배치 하는 것 이상으로 무엇을 할 수 있을지 상상하기는 쉽지 않다. 의료와 복지, 요양 서비스 모두가 처음부터 분절적으로 설계되고 운영되어온 탓에, 사람을 중심에 두는 서비스는 경험해본 적이 드물기 때문이다. 다만, 완벽하지 않아도 단편적 사례들을 참고해볼 수는 있다. 이를테면 의료기관이 없는 마을에서 보건진료소는 일종의 통합돌봄을 수행하고 있었다. 지역 주민들을 대상으로 건강관리 프로그램도 진행하고, 간단한 진료와 처방을 하면서, 전자기기에 익숙하지 않은 노인의 휴대전화 세팅을 바꿔주거나, 코로나19 유행 때는 장을 봐주는 경우도 있었다.

물론 이것으로 충분하다는 의미도, 다른 곳에서 보건진료소 모델을 그대로 적용하면 된다는 뜻도 아니다. 작은 마을에서 공공보건의료기관이 주민들과 지속적 관계 속에서 신뢰를 쌓아 왔다는 점이 핵심 요인이었다. 지역에서 요양, 돌봄 서비스 시장이 형성되지 않은 것은 서비스 공백을 유발하였지만, 역설적으로 조정 과정을 단순하게 만드는 측면도 있다. 여기서 두드러진 것은 시장 메커니즘의 영향력이 상대적으로 약하다는 점이다.

전문가들은 시장이 작동하지 않는 곳에 공백이 발생한다는 이유로, 의료와 장기요양 등 서비스 공급이 시장에 내맡겨진 현실을 비판한다. 이는 중요하게 짚어야 할 지점이다. 그러나 시장중심 체계의 문제는 서비스 공백뿐 아니라, 서비스 간 연계 역시 어렵게 한다는 점도 간과해서는 안 된다. 이윤 창출을 목적으로 운영되는 기관들은 시장에서 경쟁하며, 이는 연계, 조정, 협력을 구조적으로 어렵게 한다. 의료만 보더라도 1·2·3차 기관이 시장에서 경쟁 하는 가운데, 기능 및 역할의 구분과 기관 간 연계·협력이 오랜 기간 강조되어 왔음에도 불구하고 기대한 성과를 거두지 못했다. 대신 이를 보완하기 위해서 막대한 예산이 투입되어 왔다. 코로나19 유행 당시에는

시장의 민간 의료기관들을 동원하거나 조정하지 못해 공공의료기관의 부담이 커졌고, 민간 의료기관의 참여를 이끌어내기 위해 역시 상당한 보상을 지급해야 했다. 이처럼 시장 중심의 공급 체계는 경쟁 속에서 협력을 어렵게 하고, 정부 당국의 조정 역량을 크게 제한한다.

시장중심 체계에서 정부가 택할 수 있는 선택지는 많지 않다. 그리고 그 적은 선택지 중에서 정부는 대체로 시장 공급자에게 인센티브(수가)를 얹어주는 시장적 방식에 의존해왔다. 코로나19 유행 시에는 손실보상금으로 민간의료기관에 약 5조원을 지급했고, 상급종합병원이 중증도가 높은 환자에 집중 하라고 3년간 10조원을 투입하여 상급종합병원 구조전환 사업을 진행중이다. 공공의료나 일차의료에 비해 시장에서 영향력이 큰 행위자들이 '본래' 역할을 하도록 만들기 위해 투입되는 예산이 막대한 것이다.

이처럼 시장의 민간 공급자들을 조정하기 어려운 구조적 현실을 고려하면, 지역사회 통합돌봄이 서비스 제공의 기본 원리로 작동하지 못하고, 또 하나의 사업으로 수렴되는 현실이 이상하지 않다. 그리고 앞으로 돌봄 수요가 더 커질 것이 자명한 상황에서, 정부의 새로운 사업에 다시 시장의 민간 공급자들이 뛰어들 것임을 예상할 수 있다. 하지만 시장중심 체계가 그대로라면, 시장이 형성되지 않는 곳에서 서비스의 공백은 반복되고, 서비스 간 조정, 통합, 연계는 쉽지 않을 것이다.

서비스에 사람을 맞추는 것이 아니라, 사람을 중심에 두고자 했던 제도의 출발점을 잊지 말아야 한다. 그렇다면 통합돌봄은 특정 대상에게 제공되는 하나의 사업이 라기보다는, 기존의 의료·요양·돌봄 서비스 전반을 관통하는 기본원리로 작동하는 것이 바람직하다. 이는 위기가 발생했을 때 일시적으로 개입하는 서비스가 아니라, 일상적인 삶의 흐름 속에서 지속적 관계를 기반으로 이루어지는 돌봄을 의미한다. 건강할 때에는 예방과 관리가 이루어지고, 상태가 악화되면 그에 따른 조치를 하고, 회복 이후에도 다시 일상적 관계 속으로 자연스럽게 이어지는 구조가 필요하다. 통합은 서비스를 묶는 조정이 아니라, 삶의 연속성 위에서 돌봄을 재구성하는 원리인 것이다.

이러한 전환을 가능하게 하기 위해서는 구조적으로 분절을 만들어내는 시장 메커니즘의 영향력을 줄여나갈 필요가 있다. 많은 사람이 언급하는 공공 공급자 확충은 확실히 중요한 수단이지만, 그것이 유일한 것은 아니다. 행위별수가제를 대체하는 지불 방식으로 전환하는 것, 그리고 주치의제를 비롯한 일차의료를 공공이 중심이 되어 강화하는 것도 중요한 역할을 할 수 있을 것이다. 주민이 돌봄 서비스의 수동적 수혜자가 아니라 능동적 주체로 참여할 수 있는 방안도 함께 논의되어야 한다. 비공식 돌봄과 공동체를 활성화하되, 돌봄 책임이 다시 개인과 가족에게 전가되거나 국가의 책임이 후퇴되지 않는 균형도 필요하다. 결국 진정한 의미의 통합은 '통합돌봄'이라는 제도의 틀을 넘어, 분절을 만들어내는 구조까지 바꾸어낼 때 비로소 가능할 것이다.

범용기술이 된 AI, 빠진 것은 사람이다

시민건강연구소

“이것이 중요한 사건이라는 사실은 알았지만, 정확히 어떤 의미인지는 알지 못했다”

소설가 장강명은 2016년 3월 이세돌 9단과 알파고의 대국이 모두의 예상과 달리 알파고의 압승으로 끝나는 장면을 본 소감을 이렇게 말했다(장강영, 2025). 세기의 대국 이후 10년, 한국사회는 AI산업 진흥에 무게를 둔 인공지능기본법을 제정하고 2026년 1월 22일부터 시행되고 있다.

바둑이나 체스 게임에서 인간 플레이어를 상대하며 고전했던 AI는 이제 범용기술의 자리에 올랐다. 역사적으로 범용기술은 활자 인쇄술, 증기기관, 전기, 인터넷처럼 전반적인 경제와 사회구조를 변모시키는 거대한 파급력을 가졌던 기술을 일컫는다. 이재명 정부의 ‘AI기본사회’나 ‘AI 100조 투자’ 선언은 테크노-유토피아적 기대와 함께 한국사회에 AI기술 확산을 가속화시킬 전망이다. 이런 맥락에서 우리가 여전히 “정확히 어떤 의미인지 알지 못하는” 채로 신기술의 무차별적 침투라는 곤경에 빠지지 않기 위해 예상하고 대비해야 할 점을 짚어보고자 한다.

첫째, AI기술 주도권의 편중. 현재 AI기술은 행정, 물류, 금융, 의료, 교육, 복지, 군사 등 전 분야에서 데이터 분석, 자동화 작업 같은 업무에 활용되고 있다. 그러나 다양한 프로그램들이 활용하는 원천 기술은 OpenAI, Google, Anthropic 등 미국의 소수 빅테크 기업에 의해 독점되어 있다. 이 기업들은 막대한 자금을 기술개발에 투입하고 있으며, 급증한 투자금을 회수하기 위하여 공익성보다는 수익성 위주의 구

독료 모델이나 API(Application Programming Interface) 가격 정책을 적용하고 있다. 또한 다른 국가나 기업들과의 기술접근성 격차는 이미 해소되기 어려운 수준에 이르러 개별 국가나 국제사회의 규제가 따라가기 어렵기 때문에 정부와 시민들은 기업의 자율 규제에 의존하는 상황이 되고 있다.

의료부문에서도 소수 빅테크 기업들이 AI 시장을 독점함으로써 환자진료의 패턴을 바꾸고 의료윤리를 위협하고 있다. 가령 에픽(Epic)이 개발한 알고리즘은 2억 5천만 명 이상의 의료기록을 보유한 전자건강기록(EHR) 시스템에 내장되어 있어, 개별 의료기관이 독자적으로 검증하거나 수정하기 불가능하다. 또 네비헬스(NaviHealth)는 요양기관 치료일수를 제한함으로써 진료비를 절감하는 방식으로 설계되어, 의료진들이 임상현장에서 부정확하거나 잘못된 예측에 개입하여 환자에게 필요한 서비스를 제공하기는 어려웠다(관련기사). 심지어 기업들은 결함이 드러난 AI 예측모델임에도 더 많은 병원들이 도입하도록 인센티브를 지급하며 장려하기까지 했다.

둘째, '영향받는 사람(affected person)'에 대한 고려 부족. 현재의 법체제는 빅테크 기업과 다운스트리밍 사업자를 개발자로, 이들의 기술을 구매하는 기업을 이용자로 규정한다. 그러므로 실제로 AI 시스템의 적용을 받는 개인들은 법적 주체로 포착되지 않아, 최근의 논의에서는 이들을 '영향받는 사람'이라는 개념으로 지칭한다(정보인권연구소, 2025).

영향받는 사람들은 이미 도처에서 확인할 수 있다. 신입 직원을 아예 선발하지 않는 일자리 대체, AI학습 데이터에 포함된 콘텐츠 창작자의 권리 문제, 플랫폼 노동자나 데이터 라벨링 작업자의 열악한 노동환경, 알고리즘 편향으로 피해를 입거나 AI 의사결정에서 배제되는 취약집단 같은 현상들이 생겨나고 있다.

예를 들어 병원의 진단AI는 전자건강기록 데이터를 분석하여 질병 발생을 예측하고 치료를 권장하지만, 그 과정이 “블랙박스”적 특성을 가져 의사결정의 투명성이 부족하다. 더욱이 학습데이터에 내장된 인종, 성별, 장애, 연령에 대한 편향을 강화하거나 증폭시킨다는 사실이 학계에 보고되고 있다(Akingbola, Adeleke, Idris, Adewole, & Adegbesan, 2024). 게다가 기술접근성과 환자 규모 등을 고려하면 특정 지역에 집중될 수 밖에 없는 AI보건의료 투자는 지역간 의료격차를 오히려 확

대하기 쉽다. 이처럼 사람들이 기존의 사회적 불평등과 차별이 고스란히 반영된 신기술의 일방적 적용 대상이 된다면, AI는 사람중심관점을 역행하는 파괴적 도구일 수 밖에 없다.

셋째, 불충분한 영향평가와 속도 경쟁. 한때 빅테크 기업문화의 상징으로 여겨졌던 ‘빠르게 움직이고 기존 질서를 파괴하라(Move fast and break things)’의 잔재로 인해 현행 규범이나 법제도를 신중하게 준수하는 것이 오히려 혁신과 기술개발에 방해가 된다는 인식이 널리 퍼져있다. 더구나 빅테크 기업의 기술 독점과 기술발전 속도에 비하여 공적 규제기관의 검증시스템이나 규제절차는 부재하거나 격차가 크다. 규제기관은 노동, 교육, 금융 등 각 분야의 고유한 특성들을 잘 알지 못할 뿐 아니라, 가령 의료분야의 경우 임상환경에서 사용되는 알고리즘 기반 의사결정 도구에 대한 규제기관의 검토가 필수사항이 아닌 경우도 있다.

경쟁의 압박으로 기업들의 안전성 검증 책무는 생략되기도 하는데, 이런 속도 경쟁을 부추기는 것은 기업화된 국가로서의 한국 정부이기도 하다. 가령 신의료기술 선진입 후평가 제도는 기술 개발자에게는 시장 진입 기회를 주고 의료기산업의 글로벌 경쟁력을 강화한다는 명목으로 환자를 실험체 삼아 기술의 유효성을 평가하는 것이다. 이것은 신의료기술의 안전성과 효과성 검증을 국가가 책임지지 않고, 환자와 시장에 내맡기는 무책임한 일이다. 또한 최근 발표한 <대한민국 인공지능 행동계획> (안)에 포함된 ‘보건의료 AI고도화’나 ‘30년 AI기반 글로벌 바이오·헬스 5대 강국 도약’은 그동안 추진했던 보건의료산업화 전략을 AI와 결합시켜 기업들의 수익창출을 부양하겠다는 뜻에 다름 아니다.

결국 이 세 가지 요인은 서로를 증강하는 기전이 된다. 즉 기술주도권을 확보하려는 기업의 속도 경쟁이 AI가 미칠 파급효과에 대한 평가를 소홀히 하게 만들고, 이것이 결국 영향받는 사람들의 목소리를 배제하는 결과로 이어진다.

하지만 지금 더욱 필요한 것은 AI 안전성(AI safety) 연구와 AI기술이 인간의 삶과 사회구성의 원리를 어떻게 바꿀지에 대한 체계적 검토이다. 기술의 시대일수록 인간다움, 일의 의미, 문화와 사회 진보의 가치를 더 많은 사람들이 공유해야 한다. 이를 위해 우리는 수동적으로 “영향받는 사람”이 아니라, 적극적으로 행동하는 권리

주체가 되어야 한다. AI 시스템의 작동방식을 묻고, 잘못된 결정에 이의를 제기하며, '자동화된 결정을 거부할 권리'를 행사해야 한다. 이러한 요구와 저항이 기업과 정부로 하여금 보호조치를 강화하고, 기술 확산 속도를 제어하며, 권력을 시민에게 분산시키는 시작이 될 수 있음을 명심하자.

참고문헌

- 장강영. (2025). *먼저 온 미래*. 동아시아
- 정보인권연구소 (2025). [이슈보고서] *인공지능에 대한 인권기반접근 : 영향 받는 사람들의 인공지능*
- Akingbola, A., Adeleke, O., Idris, A., Adewole, O., & Adegbesan, A. (2024). Artificial intelligence and the dehumanization of patient care. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 3, 100138.

제도는 왜 가장 절실한 사람을 배제하는가

시민건강연구소

병원에 입원했을 때 가족이나 지인에게 부탁할 수 있는 사람, 10만원이 훌쩍 넘는 ‘하루 간병비’가 전혀 부담스럽지 않은 사람이 얼마나 될까. 간병을 맡길 수 있는 이가 있더라도 대개는 가족 구성원 내 여성에게 간병 책임이 전가된다. 경제적 여유가 있다 해도 간병비가 가볍게 느껴지는 경우는 드물다. 이러한 가족 간병과 간병비 부담을 줄이기 위해 간호간병통합서비스가 도입된지도 어느덧 10년이다.

환자 입장에서 이 제도는 분명 큰 도움이 된다. 간병인이 상주할 필요가 없으니, 가족이 없거나 도움을 청할 사람이 없는 경우에도 걱정이 덜하다. 누군가가 간병을 위해 경제활동을 포기하는 것을 예방하여 가구소득을 보호할 뿐만 아니라 유급 간병에 비해 약 1/3 수준으로 저렴하니 경제적 부담도 크게 낮춘다(보건복지부, 2024년 1월 5일) 이 제도는 점차 확대되며 미비한 점들을 개선해 나가고 있다. 뿐만 아니라 이재명 대통령은 요양병원 간병비 급여화까지 추진한다고 하니 입원 환자와 가족이 처한 상황이 이전보다는 나아질 것이라는 기대가 커지고 있는 것도 사실이다.

그럼에도 작년 9월 1일, 시민사회 단체들이 모여 제도 개선을 촉구하며, <중증장애환자 간호간병통합서비스 차별 철폐를 위한 시민연대>를 출범했다(김승환, 2025년 9월 1일). 연대체의 이름에서 짐작할 수 있듯 제도의 차별적 요소가 개선되지 않은 까닭이다.

“모든 생활을 환자 본인이 할 수 있어야 (통합병동에) 입원하게 하는 (정부) 기준이 있어요.” (박준용, 2025년 8월 1일)

병원은 명백한 거짓말까지 동원하며, 거동을 못하는 중증 환자나 장애인의 간호간 병통합병동 입원을 거부한다. 의료법 시행규칙에는 장애가 심하거나 중증도가 높은 환자를 간호간병통합병동에 우선적으로 입원시켜야 한다고 하지만, 현실은 정반대다. 일부 병원의 일탈이 아니다. 조사에 따르면 50개 병원 중 단지 4곳만 중증환자를 수용하겠다고 응답했다. 민간 중심의 의료공급체계에서 이윤을 늘리기 위해 정부로부터 지원을 받으면서도 간호 인력을 충분히 두지 않은 탓이다. 재정적으로 더욱 열악하고, 간호인력을 충원하는 데 어려움이 더 커서인지는 모르겠으나, 지역의료원들조차 중증 환자를 거부하고 있다. 제도가 존재하고, 시행규칙에도 중증 환자를 우선하라는 명시되어 있지만 현장에서 작동하지 않는 것이다. 공공운수노조 의료연대본부가 간호사 적정인력 확보 등을 내세우며 총파업을 예고했던 것 역시 이런 현실과 무관하지 않다.

간병 부담만이 문제가 아니다. 일을 하는 사람이라면 아플 때 또 다른 두려움도 따라온다. 치료 이후에 일하던 곳으로 다시 돌아갈 수는 있을지, 일을 하지 못해 소득이 없다면 생계는 어떻게 꾸려나갈지 하는 것들 말이다. 우리는 누구나, 언제든 아플 수 있지만, 생산성, 효율성, 근면성실을 최고의 덕목으로 꼽는 한국 사회는 우리가 아플 수 있다는 사실은 고려하지 않는다. 각 개인은 그저 소리없이 아파도 참고 일하다가 병을 키워 병원을 찾는다. 그러다 코로나19 유행 시기 ‘아프면 쉬라’는 보건당국의 메시지가 현실과 마찰을 빚고, 동시다발적으로 쉬어야만 하는 사람들이 발생하자 사회에 균열이 일어났다. 업무 외의 질병으로 경제활동을 할 수 없는 경우 소득을 보장하는 상병수당 제도가 논의되었고, 현재 시범사업을 진행 중이다.

이러한 가운데 작년 9월 또 하나의 시민사회 연대체가 출범했다. 그간 상병수당과 유급병가 도입, 누구나 아플 때 쉴 권리 보장을 위해 활동해 온 <아프면쉴권리공동행동 준비위원회>가 정식으로 출범한 것이다. 본 사업이 예정된 상병수당제도가 마냥 잘 만들어지길 손놓고 기다리기만 할 순 없기 때문이다.

2022년 시작한 시범사업은 이미 여러 한계를 드러냈다. 은퇴하고도 소득보장이 충분치 않아 일을 해야만 하는 65세 이상 노동자들은 제도의 대상이 되지 않고, 소득이 일정 수준 이상이면 신청 자격이 주어지지 않으며, 이주노동자도 배제되었다.

제도의 대상이 되더라도 최저임금의 60%라는 낮은 수준의 급여는 충분히 회복할 시간을 보장하기엔 턱없이 부족하다. 더구나 급여를 받기까지 대기기간을 둔다. 그 기간에는 유급병가제도가 소득을 보장하도록 해야 하는데, 이에 대한 논의는 좀처럼 진전되지 않고 있다. 결국 상병수당제도 역시 가장 절실한 사람들을 배제하고, 아플 때 걱정없이 쉴 수 있도록 충분한 소득보장을 구현하지 못할 위험이 크다.

제도를 만들고 보완하더라도 그 목적을 달성하기란 쉽지 않다. 간호간병통합서비스의 경우 의료법 시행규칙에서 중증 환자 우선 원칙을 명시했음에도 현실은 바뀌지 않았다. 상병수당과 유급병가 제도가 도입된다 해도, 현실에서 대체인력이 없다면 그림의 떡이 될 가능성이 높다. 단순한 제도 마련을 넘어, 사회 전체가 권리를 어떻게 이해하고 보장할 것인지에 대한 근본적 성찰과 실천이 필요하다. 사람들에게 당연한 권리로 자리 잡아야만 비로소 현실에서 제도가 역할을 할 수 있다.

주목할 점은 제도가 반복해서 한쪽으로 기울고, 가장 절실한 사람들을 배제하는 방향으로 설계된다는 것이다. 이는 단순한 우연이 아니다. 생산성과 효율을 중시하는 사회 구조, 돌봄과 재생산 영역을 주변화하는 문화, 이익을 극대화하려는 자본 논리가 제도의 바탕에 깔려 있기 때문이다. 즉 제도의 실패는 사회구조와 권력 관계의 문제에서 비롯된다.

따라서 시민사회의 활동은 제도 개선을 요구하는 것으로만 이해할 수 없다. 이는 원래 '당연히 감내해야 하는 것'으로 여겨지던 것들을 권리의 언어로 호명하는 과정이다. 그리고 이 권리를 둘러싼 인식, 문화, 실천을 변화시키며, 시민권력과 국가권력, 자본권력 간의 관계를 새롭게 재조정해나가는 실천이다. 간호간병통합서비스 차별 철폐와 아프면 쉴 권리 보장을 위한 연대체들의 출범은 바로 그 변화를 향한 첫 걸음이다.

참고자료

- 보건복지부. (2024. 1월 5일). 간호.간병 통합서비스 강화로 간병비 일(日) 부담 9만 원↓. *보건복지부 보도자료*. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1479678&act=view
- 김승환. (2025. 9월 1일). 아무나 이용 못하는 간호간병통합서비스…“병원, 환자 생명·권리 뒷전”. *세계일보*. <https://www.segye.com/newsView/20250901516089>
- 박준용. (2025. 8월 1일). [단독] 나랏돈 받으면서 중증환자 간병은 안 한다는 병원들. *한겨레21*. https://h21.hani.co.kr/arti/society/society_general/57770.html

초점

2026년 1월~3월 주요 논평

행정통합특별법, 진정한 지역균형발전을 위해 재검토가 필요하다 시민건강연구소 · 25

주가만 오르고 삶은 불안정한 사회 시민건강연구소 · 30

선택이란 신화 뒤로 숨은 책임들: 36주 임신종결 사건의 살인죄 판결에 부쳐 시민건강연구소 · 34

행정통합특별법, 진정한 지역균형발전을 위해 재검토가 필요하다

시민건강연구소

2월 12일 늦은 밤 대전·충남, 광주·전남, 대구·경북 세 지역의 행정통합특별법안이 국회 행정안전위원회를 통과했다. 이재명 대통령이 2025년 12월부터 지역 국회의원들과의 간담회에서 행정통합을 조속히 마무리하자는 뜻을 전한지 두 달여 만이다. 2026년 6월 3일에 열릴 지방선거와 7월 통합특별시 출범에 맞춰 2월 말 국회 가결을 위한 전격적인 일정이다. 이후 광주·전남통합특별법은 3월 1일 국회 본회의와 3월 5일 국무회의를 통과했다. 대전·충남과 대구·경북 통합특별법은 3월 12일 임시국회 본회의에 상정되지 못하여 사실상 통과가 무산되었다.

특별법안 제안 이유에서 밝혔듯이, 산업과 인구가 집중된 수도권과 인구 유출 및 고령화로 축소되고 있는 비수도권 간의 구조적 불균형은 매우 심각하다. 미래세대의 기회까지 위협받고 있는 상황에서, 우리는 지역균형발전을 위한 정책적 노력 자체를 반대하지 않는다. 다만 이 행정통합특별법이 진정한 해법이 되려면, 지역불평등을 공고화시킨 역사의 교훈을 되짚으며 바람직한 행정통합의 조건을 신중히 검토해야 함을 강조한다.

지역불평등 발전의 역사적 경과

‘통합은 성장의 지렛대’라는 대통령의 언급대로 행정통합의 목적은 경제적 번영에

있다. 그런데 바로 이 국가주도의 ‘경제성장 최우선’ 정책이 현재 한국사회의 지역불평등을 만들어낸 근본 원인이라는 게 학계의 축적된 평가이다. 1960년대부터 시작된 발전국가의 핵심 전략은 국가가 자원을 의도적으로 특정 지역과 산업에 집중·배분하는 불균형발전 방식에 기반하였고, 1997년 외환위기 이후 신자유주의적 구조조정이 본격화되면서 소득불평등과 지역불평등이 확대고착되었다.

현재 비수도권 지역의 필수·공공의료 의사나 의료기관 부족 같은 문제들도 발전국가 ‘경제’ 전략의 제도적 산물이다. 국가는 한정된 자원을 산업화에 총동원하면서 보건의료부문에 대한 국가책임을 축소했고, 민간에 의료서비스 공급을 맡기면서 분야와 지역간 수급불균형을 방치했다. 의료의 상품화·산업화는 단순한 부수적 결과가 아니라 국가 정책의 핵심방향이었다는 점에서 보건의료도 명백히 자본주의 경제체제의 한 축이었다.

또한 권위주의적 발전국가는 노동과 시민사회를 억압하고 민주주의를 제약하는 방식으로 유지되었다. 이때 지역차별적 엘리트 충원과 지역주의적 동원 전략을 활용한 공간정책은 단순한 경제성장의 도구가 아니라 축적전략 그 자체였다. 중앙집권적 행정체제에서 지역은 수평적 파트너가 아닌 수직적 전달의 위계를 따르는 일사분란한 동원과 자원 추출의 대상이었다. 이 과정은 경제적 격차를 넘어 정치·사회·문화적 배제와 차별을 드러내는 외부에 대하여 지역주민 스스로가 그것을 내면화하여 조응함으로써 완결되는 내부식민지화였다.

지역을 위험과 경쟁으로 내모는 행정통합특별법

행정통합특별법안에는 특별시장의 권한으로 글로벌미래특구, 규제자유특구, 소형원자로시스템 진흥특구, 글로벌의료관광특구 등의 지정과 광범위한 규제완화 특례를 포함시키고 있다. 대전충남 통합특별법안에는 의료법인의 부대사업 확대 특례도 포함되어 있는데, 이것은 진료 외의 수익추구적 영업에 투자하도록 허용해달라던 의료자본의 오래된 민원사항이다. 결국 정책의 공공성을 강화하는 대신 규제 완화와 특례 남

발로 지역 주민들을 위협에 빠트리는 자기착취적 성장으로 내몰겠다는 말이다. 이미 수도권과의 큰 격차가 존재하는 상황에서 통합지방정부가 선택한 자본유치와 성장전략이 그동안 사회진보의 성과로 만들어낸 노동권, 건강권, 환경권 등에 대한 보호장치를 스스로 철회하는 것이어서 되겠는가?

이것은 또한 지방분권이라는 이름하에 중앙으로부터 이양된 개발과 인허가 권한을 가지고 친자본·반노동적 축적체제를 위해 비수도권 지역들끼리 비대칭을 심화시키는 경쟁국면으로의 전환이기도 하다. 이미 3특(강원, 전북, 제주)과 세종시가 광역행정통합에 비해 소외와 역차별을 받고 있다며 '3특·행정수도 특별법'을 2월내 처리할 것을 요구하고 있다. 우리는 전국이 주민들에 대한 사회적 보호 수준을 하향한 예외적 공간으로 재편되는 것에 동의할 수 없다.

더 심각한 문제는 절차적 정당성의 결여이다. 대통령이 약속했던 '주민 의견을 최대한 반영할 지역별 주민설명회'는 2월 9일 국회에서 열린 입법공청회 단 한번뿐이었다. 6개월이라는 예정된 시간표에 맞추기 위해 주민들의 알권리와 참여의 권리는 충분히 보장되지 못했고, 법적 절차인 주민투표는 임기가 얼마 남지 않은 지역의회에서 의결하는 편법으로 대체되었다. 이것이 바로 지역이 내부식민지로 취급되고 있다는 증거가 아니고 무엇인가.

게다가 정치인들이 지역주민들의 권리와 이익을 위해서가 아니라, 자신의 정치적 유불리에 따라 행정통합에 대한 태도를 정한다는 사실을 누구나 알고 있다. 상당수 행정통합법안에 대하여 행정부처들이 '불수용'을 표명하는 것을 보면, 입법부와 행정부가 지역의 상황을 개선하기 위한 충분한 이해를 공유하고 있는지도 의문이다. 오로지 일사분란하게 중앙정치에 종속되면서 스스로 식민지 주민의 자격을 갱신하는 경쟁, 이것은 결코 평등하고 자유로운 삶을 보장하는 민주주의가 아니다.

지금 지역에서 진짜 해결해야 할 일

행정통합보다 더 시급하게 해결해야 할 일들이 비수도권 지역에 산적해 있다. 필

수의료와 공공의료 부족 문제, 신규 핵발전소 건설과 노후 원전 재가동 논란, 수도권 송전을 위한 송전탑 건설, 적자 운영 및 생태환경 파괴를 초래할 신공항 건설, 수도권 쓰레기 처리문제 등이 그것이다. 지역 공동체의 파탄과 갈등을 유발하고 막대한 재정적, 환경적 부담을 전가시키는 이 문제들은 지역에서 스스로 만들어낸 것이 아니다. 인구와 산업을 서울로 집중시켜 자본이 이윤을 극대화하는 과정에서 비수도권의 자원을 약탈한 결과이고, 중앙정부와 집권당이 정치적 이익을 유지하기 위해 지역을 희생시킨 결과이다. 통합특별시가 출범하기 전에 책임 주체가 나서서 선결해야 할 일들이다.

주민들의 자기결정의 기회를 일방적으로 박탈하고, 기본권을 후퇴시키며, 지역을 착취적 경쟁으로 내모는 자본과 국가의 결합, 수도권과 비수도권의 불평등한 권력관계는 근본적으로 재구성되어야 한다. 성급한 입법과 위험하고 파괴적인 특례들은 결코 균형적인 성장을 만들어낼 수 없다.

오히려 이번 행정통합 논의는 경제성장을 목표하는데서 벗어나야 한다. 현재의 경제 및 생태환경의 불평등과 위기는 자본주의 성장 중심 체제의 한계 속에서 점차 심화될 뿐 결코 해소되지 못한다. 우리는 성장이 사회 전반을 조직하는 규범적 기준으로 작동해온 방식을 문제삼고, ‘경제가 목적이 되는 사회’에서 ‘사회가 목적이 되는 경제’로 전환하는 가치질서의 재구성(Latouche, 2014)을 두고 논쟁해야 한다. 사람들이 바라는 더 좋은 일자리, 모두의 인간다운 삶, 급변하는 미래를 선제적으로 대비하는 정책으로 새롭게 경쟁하며 지역주민들과 충분히 숙의하고 만들어가는 행정통합 특별법 논의가 필요하다.

참고문헌

Latouche, S. (2014). *탈성장 사회* (양상모 역). 오래된생각 (Original work published 2010)

주가만 오르고 삶은 불안정한 사회

시민건강연구소

코스피가 연일 기록을 경신하고 있다. 이렇다 대통령이 공약으로 내세운 코스피 5000을 정말로 돌파하는 것 아니냐는 기대감이 커지는 모양새다. 한편에서는 실물 경제와의 괴리나 종목 편중에 대한 지적도 있지만, 많은 이들의 관심은 이 상승장이 얼마나 지속될지, 어떤 종목에 투자하면 좋을지, 이 시장에 올라타지 못하면 나만 뒤처지는 것은 아닐지에 쏠려 있다.

한국에서 주식 투자는 젊은 세대의 상대적 박탈감을 해소하는(그렇게 인식하게 만드는) 장치로서 역할을 한다. 최근 10년간 임금근로자 평균임금은 38% 증가하는 동안 서울 아파트 평균 가격 증가는 122% 상승해 평균임금 증가율에 비해 3배를 넘었다. 금액으로 치면 서울 아파트 평균 가격이 4.9억원에서 10.8억원으로 증가했으니, 아파트를 소유한 이들은 가만히 앉아서 평균임금 이상을 벌어들인 것이다. 반면 자산이 부족한 수도권 주민, 특히 젊은 세대는 높아진 주거비를 감당하지 못해 더 열악한 주거환경과 더 먼 통근을 감내해야 한다. 노동 소득(웬잖은 직장을 얻기도 힘들다)만으로는 현재 삶을 유지하기조차 어려워 보이는 상황에서 주식 투자는 그나마 개인이 선택할 수 있는 최선의 자산 증식 활동으로 보인다.

그렇지만 주식 투자를 우리 삶의 '동아줄'로 받아들이기에는 꺼림직한 부분이 많다. 무엇보다 주식에 투자할 여력조차 없는 사람은 애초에 배제된다는 점이 중요한 문제이지만, 여기서는 이를 넘어 투자 중심 사회가 만들어내는 함의들을 살펴보고자 한다.

먼저, 사람들이 기본적 삶을 누리는 데 있어서 국가의 책무성이 점차 떨어지는 것이 우려스럽다. 직접 공공서비스를 제공하고 사회정책을 통해 현대 사회의 위험에 집단적으로 대응하는 것은 중요한 국가의 책무다. 이것이 충분치 않을 때, 사람들은 생존에 필수적인 재화를 얻기 위해 시장에서 위험한 노동과 장시간 노동을 감수한다. 또한 투자(투기)에 뛰어드는 사람들도 늘어난다. '돈'이 없으면 기본적 생활조차 영위하기 어렵게 되고, 돈으로 살 수 있는 것이 많아질수록, 즉 돈의 효용이 늘어날수록 사람들은 돈을 벌기 위해 더 큰 위험을 감수하게 된다.

이런 맥락에서 주식 투자 인구의 증가는 국가가 충분히 삶의 안전망을 제공하지 못하고 있다는 신호로 해석될 수도 있다. 더 나아가 정부가 코스피 5000과 같은 지수 목표를 국가적 과제로 제시할 경우, 국가의 책임은 희미해지고 시민 개인의 투자 성과에 대한 책임이 강조되는 결과를 낳을 수 있다. 모든 것이 시장에서 거래되는 상품화가 진행되는 가운데, 국가가 공공서비스 등 탈상품화 정책을 펼치기보다는, 투자 '시장'을 활성화하며 "기회는 제공했다"라는 알리바이를 만드는 셈이다. 하지만 사람들의 안정적 삶이 개인의 자산 운용 성과에 따라 좌우되는 사회가 바람직하다고 말하기는 어렵다.

이런 구조가 좀 더 공고해진다면, 투자는 하나의 선택을 넘어 규범이자 도덕으로 자리 잡을 수도 있다. 이미 그런 조짐은 곳곳에서 보인다. 투자를 기본 소양처럼 여기고, 이를 모르면 안정적인 삶을 꾸릴 수 없다는 조언을 쉽게 접할 수 있다. 과거에 투자하지 않았던 사람은 여태까지 본인이 투자를 너무 몰랐다며 반성하는 투로 말하는 경우도 적지 않다. 각자투자도생의 사회에서 사회 정책과 복지제도는 얼마나 지지를 받을 수 있을까. 투자가 규범에 이르면, 연대를 기반으로 개인의 위험을 줄이고자 하는 사회적 장치는 낭비로 여겨질 것이다. 투자하지 않는 것이 뒤처짐이나 무능력으로 인식되기 시작하면 이러한 변화 자체를 문제로 느끼는 감각은 점점 희미해질 것이다.

자본에 대한 견제와 감시가 약해질 가능성도 간과하기 어렵다. 주식 시장에 깊이 연루되고, 그 성과에 삶을 의탁하는 사람일수록 본인이 투자하는 기업에 대한 규제가 탐탁지 않을 것이다. 그것이 노동자 착취를 예방하거나 안전한 노동 환경을 보장하는 규제, 혹은 기업이 생산하는 제품의 안전성을 확보하기 위한 규제라도, 주가를 떨어뜨린다면 마냥 환영하기는 쉽지 않다. 물론 계급, 국적, 젠더, 정치적 이념 등등에 따라 다양한 정체성을 가진 시민들의 인식과 실천이 오로지 주식 투자로만 수렴되지는 않는다. 또한 모든 일이 무 자르듯 명확한 구분점이 형성되는 것도 아니다. 하지만 그 회색시대야말로 사회적 균형이 자본 친화적으로 기울는 공간이 될 것이다.

마지막으로 짚고 싶은 것은 노동의 가치 절하다. 서울 아파트 가격 사례에서 드러나듯, 노동 소득의 가치는 자산 소득에 비해 실질적으로 약화되어 왔다. 이러한 변화는 노동에 대한 사회적 해석에도 영향을 미친다. 노동 소득만으로는 안정적인 삶이 불가능하다는 인식이 확산되면서, 노동은 삶의 중심이 아니라 투자금을 마련하는 하나의 수단으로 위치하게 된다. 우리가 깨어있는 시간의 많은 시간을 노동에 할애하면서도, 거기서 의미와 존엄을 찾기는 더욱 어려워진다.

국가의 책무성과 자본에 대한 견제가 약화되는 흐름은 노동자의 입장에서 보자면 적정한 임금, 안전한 노동 환경 확보가 더욱 어려워지고 있다는 것을 의미하기도 한다. 투자 담론이 사회 전반을 지배할수록 임금과 노동조건, 노동자 권리 등은 문제화하기 더 어렵다. 지난해 노동조합을 결성했다는 이유로 하청업체 노동자 100여 명이 일자리를 잃은 한국GM의 사례나, 노조 파괴를 목적으로 직원들을 해고한 것에 맞서던 세종호텔 고진수 지부장이 336일이나 고공농성을 펼치고, 지상에서 또 투쟁을 이어가는 것은 연일 이어지는 코스피 상승 기사 속에 쉽게 가려진다. 어렵게 쟁취한 노란봉투법 역시 비정규직의 원청 교섭권을 사실상 박탈하는 노조법 시행령 개정안 때문에 무력화될 위기에 처했지만, 좀처럼 사회적 쟁점으로 부각되지 못하고 있다.

문제는 사람들이 주식에 투자하느냐의 여부가 아니다. 더 근본적인 문제는 이 사회가 투자 없이는 존엄한 삶을 보장하지 못하는 구조로 이동하고 있다는 점이다. 코스피 5000이라는 목표는 단순한 경제 지표가 아니라, 국가가 어떤 삶의 방식을 권장하고 어떤 책임을 후퇴시키고 있는지를 드러내는 상징이다. 지금 필요한 것은 시민

이 투자하기 좋은 시장이 아니라, 노동자의 권리가 삶의 안전망으로 작동하는 사회를 만들어가는 일이다.

선택이란 신화 뒤로 숨은 책임들: 36주 임신중결 사건의 살인죄 판결에 부쳐

시민건강연구소

2026년 3월 4일 서울중앙지방법원 형사합의33부 재판부는 후기 임신중지로 인해 살인죄로 기소되었던 권○○ 씨에 대해 징역 3년, 집행유예 5년의 유죄 판결을 내렸다. 재판부는 "권씨가 태아가 출생 후 생존할 수 있는 능력이 있음을 알았고, 수술을 감행하는 것은 태아의 사망으로 이어질 수 있음을 알았을 것"이라고 판단하였다. 또한 임신을 유지하기 위한 충분한 노력을 하였다고 보기 어렵고 임신중지 방법이나 사산 조치 여부 등에 대해 충분히 확인하지 않았다는 점 등을 근거로 미필적 고의에 의한 공동정범의 행위로 보았다. 이 사건은 2024년 '36주 만삭 낙태 브이로그' 보도를 통해 세간에 큰 충격을 주었다. 대부분의 임신중지가 초기 임신기에 이루어진다는 인식 속에서 주변화되어 왔던 후기 임신중지 문제가, 그 복잡성과 민감성과 함께 수면 위로 드러났다. 보건복지부는 곧바로 전문가 간담회를 열었지만 별도의 개선 방안을 제시하지 않은 채 사건을 살인 혐의로 경찰에 수사 의뢰하였다.

후기 임신중지에 대한 현실적 수요는 존재하지만, 의학적 판단가이드는 부재

사건은 임신중지에 대한 논쟁을 다시 소환하였으나 재판부의 판단처럼 애초에 이

사건은 낙태죄에 해당하지 않는다. 자궁 내 태아가 생존 가능한 시점에 인공적으로 배출되어 살아 있는 사람이 된 이상 이는 낙태죄의 문제가 아니라 별도의 법적 판단이 필요한 사안이기 때문이다. 수술을 진행한 의료진은 의학적 근거가 없고 권고되지 않는 방법으로 임신중지를 시행하였으며 이러한 행위는 임신중지를 선택할 권리의 문제를 넘어 마땅히 제공되어야 할 안전한 의료라고 말하기 어렵다. 따라서 이러한 극단적 사례를 근거로 임신중지에 대한 옹호나 반대의 입장을 일반화하는 것은 적절하지 않다. 오히려 이 사건은 임신중지가 왜 필수의료서비스로 다루어져야 하는지를 선명하게 드러낼 뿐이다.

임신중지를 필요로 하는 여성들은 처음부터 따로 존재하는 사람들이 아니다. 선택할 수 없는 삶의 조건들이 겹쳤을 뿐이며, 각자가 가진 정보와 자원, 사회적 조건이 충분하지 않았던 우리 사회 구성원 중 일부일 뿐이다. 특히 후기 임신중지 상황에 직면한 당사자들은 사실상 선택권이 매우 제한되어 있고 이를 필요로 하는 사람들일수록 안전하고 질 높은 의료 서비스가 더욱 절실하다.

그럼에도 “이렇게 배가 나올 때까지 왜 몰랐을까?” 라는 질문은 여전히 반복된다. 그러나 임신의 인지가 늦어지는 상황, 혹은 임신을 인지했더라도 임신중지 결정이 늦어지는 상황은 분명히 존재한다. 한번도 산전 진찰을 받지 못한 채 진통이 시작된 이후에야 처음 병원을 찾게 되는 경우 역시 실제로 발생한다. 이러한 상황은 청소년, 장애인, 성폭력 피해자, 이주 여성인 경우에서 취약하나 반드시 특정 집단에만 국한되는 것도 아니다. 특히 한국은 임신 여성의 연령 구조와 낮은 출산율을 고려하면 선천적 결함을 가진 출생아 비율이 높게 나타날 가능성이 있지만 실제 통계에서는 다른 국가에 비해 현저히 낮다. 이러한 통계는 일정한 임신주수가 지난 이후에도 임신중지가 지속적으로 이루어지고 있을 가능성을 간접적으로 시사한다. 말할 수 있는 권력의 부족, 경제적 제약, 정보 부족, 임신부와 태아의 건강 문제 등 다양한 요인으로 인해 진료와 결정이 늦어질 수밖에 없는 현실이 존재한다. 실제로 해당 병원과 브로커는 약 2년 동안 임신중지 시술을 통해 약 14억 원을 번 것으로 알려졌다.

그러나 이러한 현실적인 수요가 존재함에도 불구하고, 국내에 후기임신중지를 다룬 가이드라인은 존재하지 않고 의료계 내부에서도 이에 대한 공식적인 논의가 이루

어진 적이 없다. 범위를 국제적으로 넓히더라도 관련 연구는 매우 제한적이다. 그럼에도 불구하고 재판부는 명확한 답을 제시할 수 있는 의료인조차 거의 없는 의학적 과정을 충분히 따져보지 않았다는 책임을 당사자에게 물었다.

우리는 왜 시스템이 작동하지 않았는가를 물어야 한다

이 사건에서 우리가 집중해야 할 것은 무엇을 당사자의 책임으로, 죄로 인정해야 하는지가 아니라, 이런 상황에 이르기까지 예방할 수 있었던 수많은 단계들이 왜 작동하지 않았는가 이다.

여성은 더 이른 시기에 임신을 인지할 수도 있었고, 적절한 정보와 도움을 받을 수도 있었으며, 재정적·신체적 위험에 놓이기 전에 안전하고 존중 받는 결정을 내릴 수도 있었을 것이다. 충분히 다른 결과에 이를 수 있었고 그래야 했다. 2019년 4월 이후 지난 6년 동안 임신중지는 비범죄화되었지만, 이를 뒷받침할 제도와 의료 체계는 마련되지 않았다. 유산유도제의 도입, 건강보험 급여화, 의료 가이드라인 마련과 의료인 교육, 포괄적 성·재생산 건강 상담 및 정보 제공 체계 구축, 불법 거래 및 민간 의료기관에 대한 관리·감독 강화. 이 가운데 상당수는 별도의 입법 없이 행정적 조치만으로 추진할 수 있는 것들이다. 이 중 하나라도 먼저 시작했어야 한다. 그러나 보건복지부는 2024년 위기임신·보호출산 지원 정책을 우선 도입했고 이 정책은 사실상 출산을 전제로 설계되어 있다. 초기 임신 단계에서조차 임신중지 상담과 지원 체계가 부재한 상황에서, 정책은 임신의 지속과 출산을 중심에 두며 여성의 다른 선택에 대한 의사결정을 제약하는 방향으로 작동할 가능성이 높다.

국가의 부작위와 전문가 집단 책임 회피, 그리고 사회의 무관심 속에서 어느 날 준비 없이 닥친 임신의 순간에 개인들은 각자도생 할 수밖에 없었다. 임신중지는 의료서비스로 인정받지 못한 채 공적의료체계의 주변을 맴돌면서, 광고와 함께 의료시장에서 거래되는 상품이 되기도 하고 때로는 범죄로 취급되기도 했다. 그 접근성은 개인이 가진 자원과 지식, 인맥, 정보, 권력에 따라 달라졌다. 임신 주수도, 시술의

안전성도, 경험하는 통증도, 그리고 죄책감의 무게마저 서로 다르게 분배되었다.

최선의 결과에 도달할 수 있는 전문적인 의료서비스로 보장하라

개인에 대한 차별만으로 이 문제를 해결할 수는 없다. 이미 형법상 낙태죄의 효력이 상실된 2021년부터 2026년 1월30일까지 발생한 신생아 살해사건은 20건에 이르며 판결문에는 하나같이 “임신중지 실패”라는 문구가 등장했다. 차별로 논의를 마무리한다면 국가는 또 다시 법무부, 보건복지부, 성평등가족부 뒤에 숨어 책임을 서로 떠넘기며 눈치만 보다가 또 몇 년의 시간을 흘려 보낼 것이다. 그 사이 이 사건이 만들어낸 편견과 낙인은 더욱 강화될 것이며, 비슷한 상황에 처한 여성들은 더욱 위태로운 조건 속에서 임신과 임신중지를 감당해야 할 것이다.

국제산부인과연맹(FIGO)은 어떠한 생명도 여성의 생명과 건강을 희생시키면서 보호될 수 없다고 밝히고 있다. 세계보건기구(WHO) 역시 안전을 넘어 양질의 임신중지를 기본적인 인권이자 필수적인 보건의료 서비스로 규정하고 있다. 2024년 유엔 여성차별철폐위원회는 2019년 헌법불합치 결정 이후에도 한국 정부가 안전한 임신중지를 보장하기 위한 제도적 변화를 마련하지 않았다고 강하게 비판하였다. 같은 해 국가인권위원회 또한 정책 부재가 여성 인권 침해에 해당한다며, 임신중지 지원이 가능한 의료기관 정보 제공과 임신중지 의약품의 필수약품 지정 등을 권고하였다. 이러한 국제적 기준과 국내 권고에도 불구하고 여전히 입법공백을 핑계로 공적 체계를 마련하지 않은 국가의 부작위는 단순한 정책 지연을 넘어, 국가의 책무가 사실상 이행되지 않은 상태에 가깝다.

어떻게 더 안전하고 정의롭게 제공할 것인가에 대한 논의가 필요하다.

재판부는 이처럼 “성차별과 가부장적 문화로 인해 여성에게 가중되는 불이익과 이

를 완화할 사회적·구조적·법적 보호 장치가 여전히 충분하지 않다”는 사회적 제약을 고려하여 양형을 정하고 집행유예를 선고하였다. 그러나 판단은 여전히 여성의 몸을 주체적인 개인의 몸이라기보다 잠재적으로 임신을 하게 될 몸, 따라서 관리되고 보호되어야 하며 사회적 지원의 대상이 되는 몸으로 재현한다. 이처럼 규정된 몸을 전제로 할 때 임신중지는 의료서비스로서 정당한 지위를 쉽게 인정받기 어렵다.

그러나 우리가 계속 주장해 왔듯이 임신중지는 필수적인 의료서비스다. 재생산 정의의 관점에서 모든 사람은 충분한 정보에 기반하여 자신의 치료와 삶에 대해 결정할 권리를 가진다. 또한 아이를 가질지 여부와 언제·어떻게 임신과 출산을 할지를 스스로 결정할 권리, 그리고 안전하고 존엄한 환경에서 아이를 양육할 권리를 차별과 제약 없이 보장받아야 한다. 현재의 의학적 기준에서 최선의 결과에 도달할 수 있도록 양질의 의료를 제공할 책임 의료제공자에게 있다. 어떤 시술을 받는지 설명 듣지 못하고, 근거에 바탕 해 하지 말 것이 강력히 권고된 치료방법이 수행되고 환자의 옷차림에 따라 비용이 결정되는, 다른 의료라면 허용되지 않을 행위들은 임신중지 진료에서도 허용되어 선 안된다. 우리에게 필요한 것은 이 의료서비스를 어떻게 더 안전하고 정의롭게 제공할 것인가에 대한 논의다. 이를 방해하는 것은 의학적 근거의 부족이 아니라, 이미 축적된 근거조차 부정하고 임신중지 진료에만 다른 잣대를 들이대는 사회적 편견과 건강권 보장의 책임을 방치하는 국가이다. 더 이상 여성의 몸이 사법적 판단의 대상이 되어서는 안된다.

기고

섬 응급의료 시스템의 부재와 현실 강제운 · 40

비판 디지털 건강 연구를 위한 시론 정성식 · 46

Artificial Intelligence for Global Health: But
Whose AI, and Whose Health? Kyoung Kyun Oh · 66

자살의 의료화와 젠더 패러독스 임정빈 · 77

섬 응급의료 시스템의 부재와 현실

강제윤

(사단법인 섬연구소 소장)

2020년 5월 백령도에서는 갓난아이를 둔 20대 어머니가 교통사고로 응급수술을 받아야 했는데 기상이 악화돼 응급헬기도 뜰 수 없었다. 낮 11시경에 사고가 났지만 밤 10시가 돼서야 해군 고속정을 타고 들어온 인천 가천대 길병원 의료진의 수술을 받았다. 그러나 너무 늦은 수술 탓에 끝내 목숨을 잃고 말았다. 환자는 섬에 살았기 때문에 목숨을 잃은 것이다. 육지에 살았다면 살았을 목숨이다. 아니 응급수술만 조금 더 일찍 받았다면 살았을 목숨이다. 같은 해 10월에도 백령도의 50대 환자가 고열과 목 통증을 호소하며 병원에 찾아갔으나 1시간 만에 숨지는 일이 발생했다. 의료 시설과 의료진 부족 탓이었다. 2025년 2월에도 백령도 인근 소청도에서 뇌출혈로 쓰러진 주민이 골든 타임을 놓쳐 사망했다. 2월 21일 오전 6시 45분께 소청도 주택에서 70대 남성 A씨가 뇌출혈 증세를 보이면서 쓰러졌다는 신고를 받고 소청출장소에서 행정선을 이용해 A씨를 백령도로 옮긴 뒤 백령병원에서 컴퓨터단층촬영(CT) 검사를 받게 했고 소방헬기로 인천시 남동구 한 병원으로 다시 이송시켰지만 3일 후 사망했다. 이송 과정에서 골든타임을 놓친 까닭이다.

2019년 8월에는 울릉도에서 심정지로 쓰러진 저동초등학교 행정실 직원 A(51)씨가 여객선으로 후송 도중 배 안에서 목숨을 잃었다. 8호 태풍 프란시스코의 복상으로 응급헬기 운항이 어렵게 되자 골든 타임을 놓치고 오후에 출항한 여객선으로 이

송 중 배 안에서 사망한 것이다. 2018년에도 뇌출혈로 쓰러진 50대 울릉도 주민도 육지 이송 중 여객선 안에서 사망했다. 2016년 3월에도 울릉도 천부리 비탈진 야산에서 산나물을 채취하던 지역 주민 L(68.여)씨가 굴러서 추락 한뒤 헬기도 긴급후송됐으나 끝내 숨졌다. 모두 골든 타임을 놓쳤기 때문이다. 이처럼 육지 같으면 살았을 응급환자들이 섬에서는 목숨을 잃는 경우가 허다하다.

교통사고 사망 사건 이후 백령도의 한 주민이 청와대 국민청원 게시판에 사고와 관련해 청원 글을 올렸다. "섬 내 자체 응급수술이 가능한 전문의료팀과 다양한 진료과를 배치해 달라"는 내용이었다. 청원한 주민은 "섬이라는 이름 때문에 섬 자체 의료복지 등보다 관광상품, 시설, 특산물 등 외부적인 요소로만 변질해 가는 현실"이라며 "서해5도를 포함, 많은 섬들이 저희 섬과 같은 열악한 상황"이라고 지적했다. 너무도 정확한 지적이었다.

백령도 주민의 지적처럼 육지와 멀리 떨어진 백령도, 흑산도, 추자도, 거문도, 울릉도 등 먼 바다 섬들은 응급 상황에 더욱 속수무책이다. 울릉도에는 유일한 병원급 의료기관으로 울릉의료원이 있다. 그 외는 개인 치과와 한의원, 동물병원이 하나씩 있을 뿐이다. 울릉도에는 주민 9천명과 관광객, 건설노동자, 군인 등 관계 인구까지 포함하면 늘 1만 2-3천명이 상주한다. 그런데 달랑 하나뿐인 병원의 의사들은 대부분 인턴을 겨우 끝낸 견습의사들이다. 병원 전체가 군복무를 대체하는 공중보건의들만으로 운영되고 있는 셈이다. 경험 없고 전문 지식도 없는 견습 의사들 몇명이 1만 명 이상의 목숨을 책임지고 있는 실정이다.

울릉의료원에는 직제는 있지만 정형외과와 안과, 이비인후과, 가정의학과는 담당 의사조차 없다. 그러니 다래끼 하나만 나도 육지의 병원에 가야 한다. 응급실도 있지만 경험 없는 견습 의사들뿐이니 응급환자가 발생하면 무조건 헬기나 경비정을 통해 육지로 나가야 한다. 그래서 여전히 제때 응급 치료를 받지 못해 사망하는 환자가 발생하는 것이다. 과거에는 산부인과, 정형외과 의사들도 있어서 응급수술을 받기도 했지만, 지금은 수술 능력 있는 의사들이 없으니 이 또한 무조건 육지로 나가야 한다. 병원이지만 병원 역할을 제대로 할 수 없는 무늬만 병원이다.

울릉도의 경우 국립 경북대 병원과 협력 병원 MOU를 체결하고 있으나 의료진 지

원 등 실질적인 협력은 거의 없다. 누구도 섬에서 근무하려 들지 않기 때문이다. 울릉군에서도 전문의료진 초빙예산을 마련해서 공모를 해봤지만 지원자가 없어서 실패하고 말았다. 몇 해 전 3명의 전문의 초빙을 위해 연 5억 원의 예산을 세웠지만 지원 의사가 단 한 명도 없었다. 1인당 연봉 1억 7천만 원으로도 초빙이 안될 정도로 의료진의 수급이 어렵다.

작은 섬들도 의료 상황이 어렵기는 마찬가지다. 섬 주민들에게 가장 절실한 기관은 면사무소도 파출소도, 농수협도 아니다. 의료시설이다. 특히 병의원 없는 작은 섬일수록 보건소는 주민들의 생활에 절대적이다. 옹진군의 작은 섬 소야도 보건진료소는 소야도 사람들의 건강과 생명을 돌보는 소중한 기관이다. 보통 군 보건소 산하에 면 단위마다 보건지소가 있고 보건지소 아래 보건진료소가 있다. 대개 보건지소에서는 의대나 한의대를 갓 졸업한 공중보건의들이 병역 의무를 대신 해서 진료를 한다. 하지만 보건진료소에는 공중보건의 조차 없다. 대신에 임상 경험이 풍부한 간호사들이 특수교육을 이수한 뒤 소장으로 부임해 주민들의 건강을 돌본다.

여러 해 전 소야도 보건진료소장을 만나 섬 의료 상황에 대해 조사 한 적이 있다. 소장은 병원에서 오랫동안 간호사로 일하다가 진료소장으로 채용되어 4년간 전남 흑산면의 외딴 섬에서 근무한 뒤 옹진군 소야도로 부임했다. 소장은 흑산도 등 신안군의 섬들보다 옹진군의 섬들이 의료 여건이 낫다고 말했다. 아무래도 대도시인 인천과의 교통이 편리한 까닭이다. 그래서 환자를 돌보는데 따른 심적 부담도 먼바다 외딴 섬보다 덜하다고 했다. 응급환자의 경우에도 상대적으로 후송이 쉽기 때문이다.

보건진료소에도 정해진 근무 시간이 있지만 의료기관이 하나뿐인 소야도 같은 섬에서는 근무 시간이 따로 없다. 한밤중에라도 환자가 찾아오면 치료해 드려야 한다. 주민 대부분이 노인들인 소야도에서는 성인병과 만성질환, 퇴행성 관절염, 위염, 고혈압, 당뇨 등이 가장 흔하고 중요하게 관리해야 할 질병들이다. 보건진료소는 치료보다는 주민들의 건강이 더 이상 악화되지 않도록 관리하는 것이 더 큰 임무라 했다. 보건진료소장은 섬의 노인들이 고된 일로부터 좀 더 자유로워졌으면 좋겠다고 생각했다. 그것만이 병을 더 이상 키우지 않는 길이기 때문이다. 하지만 고통을 호소하면서도 끝내 손에서 일을 놓지 못하는 노인들이 안타깝다고 했다. 일을 하지 않는

다고 굶는 것도 아닌데 노인들은 모두가 일을 그만두지 못했다. 습관 때문이기도 하고 불안 때문이기도 하다.

“노인들이 변하지 않는 게 있어요. 놀면 안 된다. 움직일 수 있으면 일해야 한다. 그러면서 일에서 못 벗어나요. 조개를 캐고 굴을 따고 악착같이 돈을 모아요. 일을 안 하면 아프시대요. 좀 쉬시고 자기 몸도 아끼시고, 인천의 자식들한테도 다녀오고 그러시라 해도 말씀을 안 들어요. 그 추운 겨울에도 바닷바람 맞으며 굴을 캐요. 거기다 끼니까지 거르시면서 일하니 안 아플 수가 없죠.”

소장은 노인들이 아픔을 호소하면 진통제를 주지만 그때뿐이다. 쉬지 않고 일을 하면 다시 아프다. “놀면 안돼”, “놀면 뭐해” 하는 사고가 뿌리 깊이 박혀 있어서 바꾸는 것이 쉽지 않다고 했다. 노인들은 것처럼 악착같이 일한 덕분에 자식들 기르고 교육 시키고, 먹고 살만큼 돈도 모았지만, 그로 인해 노는 것은 나쁜 것이라는 강박 관념을 덤으로 얻었다. 노인들은 힘들게 일해서 모은 돈을 자신을 위해서는 절대로 쓰는 법이 없다. 손자, 손녀들 용돈을 주거나 더러 자식들 가게에도 보태준다. 그도 아니면 그저 돈 쌓이는 재미로 일을 한다.

“할머니들에게 ‘오늘은 좀 쉬세요’ 하면 ‘응 알았어’ 해놓고 또 일하러 가세요. 쉬면 불안하시대요. 흑산에서는 팔십 넘은 할머니들도 물질을 해요. 할머니들은 숨 꼴 각꼴각 하시면서도 바닷속에 들어가셔야 편안하시대요. 큰 병이 의심되는 노인분들한테는 큰 병원 가서 진료를 받아 보시라고 권해요. 그러면 ‘죽으면 그만이지, 이만큼 살았는데 뭘 진료를 받아.’ 그러세요.” 한다고 했다. 소야도의 사례에서 보듯이 노인 인구가 대부분인 섬들의 경우 큰 병보다 과도한 노동으로 생긴 고질병이나 노환이 문제다. 가정의학과 예방의학적 관점에서 지속적인 관리 시스템 마련이 요구된다.

섬은 대한민국의 의료 사각지대 중에서 가장 심각한 지역이다. 그래서 섬사람들은 육지라면 응급처치만 빨리 했어도 살 수 있는 목숨을 자주 빼앗기곤 한다. 바다라는 장애물이 골든타임을 놓치게 만들기 때문이다. 닥터 헬기가 있긴 하지만 악천후나 야간에는 뜨기도 어렵다. 가거도에 야간에 응급환자를 이송하려 갔던 응급헬기가 착륙도중 추락해 조종사가 사망한 사건도 있었다. 먼바다 섬들은 행정선이나 해경 선박을 이용해 이송되기도 하지만 6-7시간씩 걸리니 이 또한 골든타임을 놓치기 쉽다.

병의원은 물론이고 보건지소나 보건진료소조차 없는 섬들도 많다. 공보의가 근무하는 제법 큰 섬의 경우도 심각하긴 마찬가지다. 대다수 공보의들도 의대를 갓 졸업하고 온 터라 임상 경험이 부족하거나 전혀 없기도 해 의사로서 역할을 기대하기 어렵다. 그 숫자마저도 부족하다.

의료계에서는 의대생 숫자 늘리는 것을 목숨 걸고 반대하지만 정작 섬 같은 의료소의 지역에는 근무하려 하지 않는다. 앞서 언급한 것처럼 울릉도의 울릉의료원에서 연봉 연봉 1억7천짜리 의사 3명 채용 공고를 냈지만 지원자는 단 1명도 없었다. 상황이 이런데도 의료계에서는 의사증원을 반대만 한다. 의료계에서는 의료 소외지역 의료 문제 해결 방안을 내놓고 반대하는 것이 양심적인 행동이 아닌가 싶다.

노인들이 대다수인 섬 주민들은 간단한 질병조차 섬에서 치료받지 못하니 육지의 병원까지 오가야 한다. 1-2분 진료받기 위해 2-3일씩 시간과 돈을 써야 한다. 그것도 병든 몸을 이끌고, 보건지소나 진료소가 없는 진짜 오지 낙도는 한 달에 한 번씩 오는 병원선에 의지하기도 하지만 이 또한 쉽지 않다. 이런 작은 섬들은 접안이 어려워 제 한 몸 가누기 힘든 노인들이 보트를 타고 바다로 나가 사다리를 기어올라 간단한 문진 후 약 하나 타는 것이 전부다. 병원선 타는 것이 무슨 유격 훈련 같다. 차라리 의료진들이 보트를 타고 섬으로 들어가 방문 진료해 주는 것이 더 나을텐데 말이다. 진단 장비를 쓸일이 있으면 그때 모시고 나와도 된다.

일본의 경우 도서 산간 지역 의료 인프라 확충과 의료 서비스 제공을 위해 2025년까지 총 34조 3000억엔의 예산을 투입했다. 참으로 놀라운 정책이 아닌가? 정부 예산은 이런 곳에 쓰라고 국민들이 세금 내는 것이다. 그런데도 우리나라 재정 당국자들은 인구수가 적다는 이유로 섬의 의료, 해상 교통 문제 등 정주여건 개선 예산은 기를 쓰고 반대한다. 하지만 정작 섬 해양의 토건 사업에 연간 수조씩 쓰는 것은 잘도 승인해 준다. 똑같이 인구수 적기는 마찬가지인데 말이다.

그렇다고 섬에 무조건 병원 짓자는 이야기가 아니다. 섬 주민들이 섬에 거주하며 진료받고 치료받을 수 있는 새로운 시스템을 구축하는데 예산을 아끼지 말자는 이야기다. 호주의 경우처럼 온라인 개인건강정보관리시스템을 구축해 의료 접근성이 떨어지는 섬 주민들 원격 진료의 연속성과 효율성을 높이는 것도 현실적 대안이다.

정부에서는 섬 개발을 위해 많은 투자를 하고 있다. 지난 30년 동안 도서종합개발 사업으로 3조1천억원의 예산을 투자했고, 향후 10년 동안 4차도서종합개발 사업으로 1조5135억원과 기타 예산 2조7624억원 등 4조가 넘는 예산을 섬에 투자할 예정이다. 거기다 해수부도 어촌 뉴딜 사업으로 어촌, 섬 등에 3조원의 예산을 투자했고 어촌 신활력 사업으로도 또 수천억을 투자했다. 그런데 정작 섬 주민들의 생명과 직결된 응급의료 시스템 구축 같은 데 배정된 예산은 거의 없다. 대부분은 물양장, 선착장, 다리 건설 등 토목사업과 관광 개발 사업들뿐이다. 대체 섬 주민 생명과 직결된 의료 여건 개선에 예산을 쓰지 않는 사업이 진정으로 섬 주민들을 위한 사업이거나 한 것일까? 진정으로 어촌 뉴딜, 어촌 신활력, 지속가능한 섬개발이 되려면 정부가 섬 주민들의 목숨부터 구하는 것이 우선이다. 정부는 섬 개발 예산을 근본적으로 수정해 주민 생명권과 직결된 응급의료 시스템 구축, 정주 여건 개선을 위한 여객선 공용제 등에 투자해야 마땅하다.

비판 디지털 건강 연구를 위한 시론

정성식*

(시민건강연구소 비상임연구원)

I. 서론

보건의료와 일상 건강관리 영역 전반에서 광범위한 디지털화가 진행되고 있다. 전 국민 건강·의료 정보가 실시간 디지털 형태로 관계 기관에 축적되고 있고, 디지털 헬스케어 산업은 빠르게 성장하는 추세다. 규제에 막혀 있던 원격의료(비대면진료)는 코로나 팬데믹과 전공의 이탈 사태 등을 계기로 제도화 궤도에 성큼 올라선 상태다. ‘건강정보 고속도로(본인진료기록열람시스템)’ 구축 등 의료정보 열람과 전송을 용이하게 하는 의료마이데이터 사업도 본격화되고 있다. 진단과 치료, 예방에 인공지능(AI) 기술을 접목한 의료기기 개발과 도입도 한창이다. 웨어러블 기기를 통해 자신의 혈압, 혈당, 심박수와 심장리듬 등을 실시간 모니터링하는 것이 새로운 건강관리 관행으로 자리 잡아 가고 있다.

건강과 보건의료의 디지털화는 거스를 수 없는 대세인 것처럼 보인다. 어느 순간 ‘디지털’이라는 수식어조차 불필요해지는 때가 올지도 모른다. 개인의 선택권 보장과 편의성 제고, 조기 진단과 예방, 맞춤형 서비스 제공을 통한 건강개선 효과, 그리고

* seongsik@health.re.kr

산업으로서 고용 창출과 경제성장에 기여할 것이라는 믿음 등 디지털 헬스¹⁾에 대한 낙관적 전망을 뒷받침하는 설명은 차고 넘친다. 무엇보다 급속한 고령화와 돌봄·의료 인력 부족이라는 시대적 과제에 대응하려면 디지털 헬스를 통해 기존 시스템과 자원 활용을 효율화해야 한다는 인식이 지배적이다.

우리의 목소리가 없는 건 아니다. 주된 비판은 사회경제적 지위에 따른 디지털 헬스케어 접근성의 격차, 건강·의료 정보 유출과 상업적 악용 가능성에 관한 것이다. 하지만 이러한 위험과 문제에 대처해야 한다는 필요성에 공감하면서도 디지털 헬스 발전은 지속되어야 한다는 생각이 사회적 중론으로 자리 잡고 있다. 이러한 공통된 인식의 형성은 기술 진보에 대한 강력한 믿음에서 기인한다. 건강·의료의 디지털화를 바람직한 또는 불가피한 시대적 변화로 인정하는 가운데, 이것이 사람들의 건강과 삶의 질 향상에 기여할 수 있도록 요구하고 개입하는 것이 합리적 태도로 간주된다. 하지만 문제는 지금처럼 진행되는 디지털화가 보편적 건강권 보장과 건강불평등 해소라는 ‘이상적’ 결과로 이어질 것인지에 대한 논의가 부족하다는 데 있다.

물론 ‘디지털 취약계층’의 디지털 헬스 접근성과 디지털 리터러시 역량을 강화하고, 이용자와의 협력 속에서 기술을 개발하며, 프라이버시 침해에 대한 제도적 안전장치를 마련하고, ‘디지털 건강 형평성’ 지표를 개발하고 모니터링 체계를 구축해야 한다는 제언도 존재한다. 하지만 그 비중이 크지 않을 뿐 아니라 무엇보다 근본적 차원에서 디지털 헬스의 의미와 위험성을 묻는 비판적 인식과 태도가 미흡한 실정이다. 기술 발전의 과실이 사회의 불평등한 권력관계 속에서 부정의한 결과를 낳았던 지난 인류 역사를 돌아보더라도(애쓰모글루와 존슨, 2023) 디지털 헬스에 관한 근본적 질문의 실종은 우려스러운 일이다. 디지털 헬스를 둘러싼 사회적 질문의 수준과 빈도, 강도 등에 따라 이것이 만들어낼 미래의 모습은 크게 달라질 것이기 때문이다.

디지털 헬스의 발전·도입은 현재진행형이기에 그동안 보고된 경험적 연구 결과에 국한해 비판적 논의를 전개하는 것은 불충분할 수밖에 없다. 향후 디지털 헬스에 대

1) 지난 2000년에 세스 프랭크(Seth R. Frank)에 의해 최초로 언급된 이후 디지털 헬스에 대한 다양한 개념 정의가 제시돼 왔다. 이 글에서는 건강과 보건의료 영역에 정보통신기술(ICT)이나 인공지능, 빅데이터 등의 디지털 기술이 융합된 것으로서 “디지털화된 형태의 모든 보건의료·건강관리 서비스”라고 하는 광의의 개념으로 디지털 헬스를 이해하고 논의한다.

한 비판적 연구와 논의를 심화하고 확장하기 위해서라도 이와 관련된 학문 분야의 이론들을 자양분으로 삼을 필요가 있을 것이다. 이 글에서는 ‘비판 디지털 건강 연구(Critical Digital Health Studies)’²⁾의 지형을 간략히 그려보기 위하여 이를 처음 주장한 호주의 건강사회학자 데보라 럽튼(Deborah Lupton)의 논의를 살펴보고자 한다.

II. 본론

1. 럽튼의 ‘비판 디지털 건강 연구’

그동안 디지털 헬스의 문제점을 다룬 많은 경험적 연구는 원격의료나 모바일 앱, 개인정보 보호 등 특정 주제와 대상에 국한된 것들이었다. 반면 디지털 헬스라는 하나의 사회적 현상을 어떻게 이해할지에 대한 심층적이고 이론적인 접근은 드문 편이다. 이런 상황이기에 여러 학문 분야의 이론들을 차용해 디지털 헬스에 대한 비판적 논의를 전개하고자 한 럽튼의 작업은 주목할 만하다.

그가 디지털 헬스 영역 전체를 포괄하는 하나의 이론 체계를 기획한 것은 아니지만, 다학제적 접근의 중요성을 강조하며 그가 제안한 ‘비판 디지털 건강 연구’에는 이를 토대로 더 확장되고 심화된 논의가 싹틀 가능성이 잠재되어 있다. 그는 지난 2017년 그동안 자신이 발표한 학술 논문들을 모으고 보완하여 단행본 <디지털 헬스: 비판적, 다학제적 관점>을 출판하였다(Lupton, 2017).

이 책은 영국 루틀리지 출판사의 ‘Critical Approaches to Health’ 시리즈 일환으로 발행되었다. 편집인은 책 서두에서 ‘비판’이란 “해당 분야의 주제와 작업에 대한 비판을 넘어 권력과 이익에 대한 일반적인 고려, 특히 건강의 다양한 영역에서

2) 국내 차원에서 ‘디지털 헬스(케어)’는 건강 보호·증진을 위한 수단, 도구를 지칭하는 것으로, ‘디지털 건강’은 결과나 상태를 의미하는 것으로 구분할 수 있다. 이 글에서는 디지털 헬스로 인해 변화된 건강에 대한 인식과 감각, 가치, 규범, 행태 등을 포함하는 ‘디지털화된 건강(digitalized health)’을 다룬다는 의미에서 ‘비판 디지털 건강 연구’로 번역하였다.

접근 방식, 연구 결과, 실천에 의해 누구의 이해관계가 옹호되고 소외되는지를 다루는 것”을 의미한다고 밝혔다. 이러한 비판적 의제에는 지식이 어떻게 만들어지고 사용되는지에 대한 성찰도 포함된다. 즉, 건강에 대한 비판적 접근은 인식론적·이론적 위치, 방법론과 실천의 문제를 고려하고, 건강이 더 광범위한 사회적 관계와 구조에 어떻게 얽혀 있는지를 살펴보는 것이다. 럽튼의 ‘디지털 헬스’ 역시 이러한 의미의 비판적 접근이라고 볼 수 있다.

그는 이 책의 가장 중요한 관점은 디지털 헬스 기술이 ‘사회문화적 인공물’이라는 점, 즉 그 의미와 사용이 암묵적인 가정, 규범, 의미, 가치에 의해 뒷받침된다는 점을 인식하는 것이라고 말한다. 즉, 디지털 기술을 특정한 사회적, 문화적, 정치적, 역사적 맥락에서 수행되는 다양한 주체들의 의사결정 산물로 간주하는 것이다. 아울러 그는 이 책에서 디지털 기술에 대응하여 새롭게 부상하고 있는 건강과 의료의 새로운 형태의 실천, 정체성, 정치가 가진 함의를 강조한다.

그가 생각하는 디지털 헬스에 대한 비판적 관점과 접근은 다음과 같다. 먼저 신기술의 ‘혁명적’ 잠재력에 대한 기술-유토피아적 접근에 이의를 제기하는 것이어야 한다. 그리고 디지털 기술의 의도하지 않은 결과와 기존 사회문화적 불이익 또는 사회적 주변화를 고착하는 잠재적 가능성을 파악하는 일이어야 한다. 이는 디지털 헬스에 내재된 권력관계의 문제를 다루고, 특정 사회 집단의 이익이 충족될 때 다른 집단의 이익은 어떻게 무시되거나 침해되는지 파악하는 과제를 의미한다. 여기에는 당연히 사회경제적 취약 집단이나 장애 또는 질환을 앓고 있는 사람들에게 미칠 영향에 대한 고려가 포함되어야 한다.

그는 디지털 헬스에 대한 비판적 접근에 도움이 되는 다섯 가지 이론으로 ‘정치경제적 접근법’과 ‘사회유물론’, ‘푸코 이론’, ‘체현의 현상학’, ‘감시·개인정보 보호 이론’을 제시한다. 이는 디지털 헬스의 사회적, 문화적, 정치적 차원을 이해하는 데 기여하는 이론적 접근법들로서, 보건의료 분야에서 디지털 기술의 설계와 사용에 의미를 부여하는 (종종 인식되지 않는) 가정, 담론, 신념, 관행을 설명하는 근거를 제공한다.

2. 5가지 이론적 접근

1) 정치경제적 접근 (The political economy approach)

정치경제적 접근은 건강과 보건의료에 대한 비판적 접근에서 가장 영향력 있고 오랜 역사를 지닌 관점으로, 사회 계급과 생산 수단, 자본주의 체계의 관계에 대한 맑스주의 분석에 뿌리를 두고 있으며, ‘사회적 관계(social relations)’를 권력을 둘러싼 투쟁으로 간주한다. 이 접근에서는 건강과 질병의 사회적 결정요인(사회 계층, 젠더, 인종, 연령 등), 의사 권력의 확립과 유지, 글로벌 대형 제약사나 생명공학 산업과 같은 상업적 행위자들의 영향력에 주목한다.

럽튼은 ‘의료화(medicalization)’와 ‘생의료화(biomedicalisation)’를 이 접근이 필요한 대표 사례로 거론한다. 의료화란 비의료적 문제였던 삶의 영역들이 의학적 개입의 대상이 되어가는 현상으로, 의료화를 통해 서구의학적 관점이 일상생활로 확장되는 과정은 의사 집단의 권력 강화 과정과 일치했다. 이전에 법과 종교가 제공하던 사회 규제의 역할을 의료 전문직이 수행하면서 사회 통제 기관으로서 영향력 갖게 되었고, 사회적·도덕적 문제는 의학적 문제로 재정의되었다.

생의료화란 단지 질병 진단과 예방, 치료에 그치지 않고 신체 능력을 개선, 강화, 향상(enhancement)하는 실천, 현상을 뜻한다. 이를 가능하게 만들기 위해 생명공학, 유전체학, 디지털 기술 등 각종 첨단 기술과 의학이 결합된다. 이러한 생의료화의 특징은 건강과 웰빙을 개선하기 위해 사람들의 정보를 수집하는 디지털 헬스 기술의 담론과 설계에서 강하게 드러난다.

‘생의학 혁신’은 의료화에 크게 기여하였는데, 줄기세포, 유전자 기술 외에 디지털 헬스 기술도 이러한 혁신의 일부로 볼 수 있다. 생의료 기술은 건강과 질병의 새로운 ‘바이오경제(bioeconomy)’의 일부가 된다. 생의료화는 진단·치료를 위한 기술 의존도의 증가뿐 아니라 기술을 이용한 건강 증진과 질병 예방에 대한 관심의 강화, 개인과 사회집단에 대한 의료 감시의 강화, 그리고 새로운 형태의 의료 지식과 인간 체현의 변화로 이어진다.

의료화 담론과 실천은 건강 악화의 사회적·정치적 원인을 모호하게 만드는 대신 개별 환자의 생활방식 선택에 초점을 맞추는 경향이 있다. 즉, 열악한 주거환경, 빈곤, 의료접근성 저하 등 질병의 원인이 될 수 있는 사회 조건으로부터 관심을 멀어지게 하는 한편, ‘피해자 비난하기’ 관점에서 (담배를 끊지 못하거나 술을 너무 많이 마시거나 운동을 열심히 하지 않는) 각 개인이 자기 건강을 책임져야 하는 것으로 위치 짓는다. 의료화 실천의 이러한 탈정치화 경향은 자본주의 체제의 이익에 복무한다고 럽튼은 말한다.

또한, 그는 정치경제적 접근이 필요한 문제로 의사-환자 관계의 권력 불균형 문제를 거론한다. 서구의학 맥락에서 의사는 권위 있는 지식과 권력을 가진 반면 환자, 특히 사회적 지위가 낮고 교육 수준이 낮은 환자일수록 의사의 주장에 이의를 제기하기 어렵고, 그 결과 환자 자율성은 제한되거나 억압되기 일쑤다. 정치경제적 관점에서는 의료 현장의 불평등한 권력관계에 맞서 환자에게 더 많은 권력이 부여되고 ‘탈의료화’가 이루어져야 한다고 보는데, 이는 1970년대에 (서구에서) 시작된 소비자주의, 환자 권리 강화 운동의 토대가 되었다.

또한, 정치경제적 접근은 신자유주의 비판에 초점을 맞춘다. 이 이데올로기의 영향을 받은 국가들은 긴축 정책을 추진하며 시민의 자율성과 자기책임을 강조하였다. 사회 문제에 대한 개인주의적 해결책에 초점을 맞추는 이러한 전략은 사회경제적 불평등을 더욱 고착시켰다. 디지털 헬스 기술의 사회적 의미와 영향에 대한 분석에서 정치경제적 접근법을 적용할 때는 권력 격차가 사회경제적 불평등을 창출하고 심화하는 문제에 주목할 필요가 있다. 따라서 다양한 사회 집단 간 디지털 헬스 기술 사용의 격차를 분석하는 것이 중요하다. 디지털 헬스 기술이 소수 집단에 대한 사회경제적 불이익과 차별, 낙인을 고착할 수 있는 잠재적 위험성을 밝혀내야 한다.

특히 상업적 이익을 위해 개인의 디지털 데이터가 악용되는 문제에 초점을 맞추는 필요가 있다. 글로벌 지식 경제의 발전은 디지털 기술로 수집된 데이터의 생성과 사용에 의존해 왔다. 데이터가 상업적·연구적·안보적·통치적 목적으로 사용되는 방식은 디지털 데이터 생성과 얽혀 있다. 이때 권력은 주로 디지털 커뮤니케이션 방식을 통해 작동하는데, 소프트웨어와 하드웨어, 디지털 데이터와 이를 해석하는 알고리즘은

지식을 구성하고 활용하는 데 핵심적인 역할을 하고 있다.

한편 립튼은 ‘참여 민주주의’와 ‘공유’ 레토릭에도 불구하고 소셜미디어는 그리 개방적이거나 협력적인 공간이 아니라고 설명한다. 개인정보를 공유하고 다른 사람들과 연결·소통한다는 정신은 페이스북, 인스타그램, 트위터(현재 X)와 같은 소셜미디어의 출현을 뒷받침했고, 사용자에게 온라인 콘텐츠를 쉽게 찾을 기회를 제공하는 것이 구글과 같은 검색 엔진의 초기 목적이었다. 그러나 기업들은 개인정보가 가진 경제적 잠재력을 극대화하고 하였다. 그 결과 디지털 데이터 분석을 위한 수많은 데이터 스크래핑, 마이닝, 프로파일링 업체 등이 생겨났고, 정작 데이터 생성자는 자기 정보에 대한 접근 권한에서 배제되는 경우가 많았다. 무엇보다 페이스북, 구글, 애플, 아마존, 마이크로소프트 등 소위 ‘인터넷 제국’이라는 새로운 형태의 거대 글로벌 권력이 출현했다는 점이 중요하다. 디지털 헬스 데이터는 제약·생명공학 회사, 헬스 앱, 웨어러블 자가추적장치 개발업체와 같은 기업들의 상업화·상품화를 위한 주요 자원이 되고 있다. 디지털 헬스 데이터가 이렇게 상품화되어 상업적 이해관계에 휘둘리는 문제에 대한 정치경제적 분석이 필요한 상황이다.

2) 사회유물론 (Sociomaterialism)

사회유물론은 인간과 ‘비인간 행위자’의 얽힘에 초점을 맞춘다. 이 접근은 ‘행위자-네트워크 이론(actor-network theory, ANT)’을 비롯한 과학기술학과 문화연구, 유물론적 인류학 등에서 주로 이뤄지고 있다. 사회유물론은 사회적 관계와 의미의 구성, 협상에서 ‘물질적 인공물’이 수행하는 역할을 강조한다. 그리고 신체/자아를 육체, 정동, 타인의 신체, 사물, 공간/장소의 역동적 어셈블리지(회집체, assemblages)로 이해하며, 이러한 관계의 상호의존성과 신체성(물질성)에 주목하고 물질적 인공물에 행위자성(agency)을 부여한다. ‘사물(objects)’은 사람뿐 아니라 다른 인공물과의 관계를 포함하여 특정한 관계들의 어셈블리지에 참여하는 것으로 재현된다.

인간과 기술의 관계에 대한 사회유물론적 접근법에서는 사람들이 디지털 기술과 같은 사물을 사용하는 방식과 이를 일상에 통합하는 방식에 주목한다. 또한, 지리적

위치와 사용자의 연령, 성별, 인종, 사회경제적 지위 등 객체와 주체의 관계가 구성되는 맥락과 그 맥락에 관계가 미치는 영향을 연구 대상으로 삼는다. 어셈블리지 개념은 사회유물론 연구에서 물질과 비물질, 인간과 비인간, 육체적인 것과 관념적인 것이 끊임없이 변화하는 구성을 인식하는 방법으로 사용된다. 이 개념은 인간과 비인간의 관계가 평면적 연결망을 넘어 3차원적 연관성으로 확장되는 공간적 측면을 강조하기도 한다.

사회유물론 관점에서는 기술이 인간의 행동과 체현, 의미를 제정하는 것처럼 인간 행위자 역시 기술의 의미와 용도를 구성하는 데 참여한다고 말한다. 디지털이 일상 생활, 사회적 관계, 주체성, 체현 개념의 일부가 되어 새로운 실천과 지식을 창출하는 세상에서 사람과 기술 간 상호작용의 역동적인 특성을 강조하는 것이다. 이러한 접근법은 디지털 매체와 기술의 물질성과 정치적 차원을 인정하면서 이것에 대한 비판적 논의를 전개한다.

‘디지털 데이터 어셈블리지’는 인간과 비인간, 기기, 소프트웨어의 상호작용을 통해 구성된다. 디지털 데이터는 이 어셈블리지의 객체로서 고유한 사회적 세계와 행위자성을 가진다. 디지털 데이터 실천은 그 데이터 생성의 지속적이고 이질적인 특성으로 인해 역동적이고 끊임없이 변화하는 다중 정체성과 주체성을 구성한다. 즉, 개인의 디지털 데이터 어셈블리지는 부분적으로 인간 행동에 대한 정보로 구성될 뿐만 아니라 그 물질화 역시 인간 행동의 산물이며, 미래의 인간 행동에 영향을 미칠 수 있다.

이와 관련된 사례로 검색 엔진을 생각해 볼 수 있다. 구글과 같은 검색 엔진은 개인이 수행한 검색 내용과 지리적 위치와 같은 고려 사항을 기반으로 사용자에게 맞춤형 검색을 제공하는 알고리즘을 사용한다. 이러한 검색 엔진과 알고리즘은 여기에 내장된 가정, 질서, 가치에 따라 사람들이 정보에 접근하는 방법을 규정하면서 의미를 만드는 적극적 참여자로 볼 수 있다.

모든 기술은 인간 사용자가 비인간 사물, 장소, 공간에 참여함에 따라 필연적으로 구현된다. 기술의 물질성에 초점을 맞추는 사회유물론적 관점은 의료 과정에서 인간과 비인간이 어떻게 상호작용을 하는지에 초점에 맞춘다. 의료기술의 변화는 신체가

개념화되고, 만져지고, 관리되고, 시각화되는 방식의 변화를 동반한다. 몸의 존재론에 대한 환자의 지식과 실천은 의료 전문가와 다를 수 있다. 또 의료 전문직 간에도 세부 분야에 따라 신체와 질병을 서로 다른 방식으로 볼 수 있다. 신체와 관련된 건강·질병 상태, 증상, 징후 등은 소위 ‘뒤범벅(messy)’이고, 끊임없이 변화되기 때문이다.

3) 푸코 이론 (Foucauldian theory)

푸코 이론은 그동안 디지털 기술 연구와 보건의료에 대한 사회문화적 분석에서 많이 활용됐으며, 디지털 헬스에 대한 비판적 분석과 밀접한 관련이 있다. 푸코적 관점 (Foucauldian perspectives)은 생명정치(biopolitics)와 생명권력, 통치성 (governmentality), 신체 감시 문제의 담론적 구성에 초점을 맞춘다.

푸코는 정치경제적 접근이 제시한 것과 다른 의미의 권력관계에 주목한다. 그는 의료 권력을, 환자를 억압하고 통제하는 것으로 간주하기보다는 권력의 ‘생산적’ 속성, 즉 어떻게 자발적인 참여를 끌어내어 사회 질서를 유지하는지에 초점을 맞췄다. 생명정치와 생명권력에 대한 푸코의 개념은 신체를 관리, 규제하는 담론과 실천을 통해 권력이 행사되는 방식을 강조한다. 과거에는 주권권력의 강제와 폭력이 신체를 규율하기 위해 사용되었지만, 이제는 시민들이 기대와 규범을 따르도록 만들기 위해 더 미묘하고 분산된 형태의 권력이 작동한다고 보는 것이다.

푸코는 ‘임상의학의 탄생’(1975)에서 환자 신체에 대한 의료 전문가의 ‘임상적 시선(clinical gaze)’의 발전과 확장을 설명한다. 그는 정상과 병리를 구별하고 특정한 방식으로 신체를 규율하는 의사 권력을 고찰한다. 의사에 의해 수행되는 신체검사는 임상적 시선을 구성하는데, 여기에는 해부, 청진, 현미경, 엑스레이 등 신체를 가시성의 영역으로 가져오는 기술이 포함된다. 신체는 학교, 직장, 군대, 교도소 등의 영역에서 모니터링, 측정 기술을 통해 다른 형태의 규제 대상이 된다. 의료 데이터는 이러한 지식들과 교차하며 시민을 통치하고 관리하기 위한 새로운 지식을 생성한다.

푸코에게 권력은 소유되는 것이 아니라 ‘관계적’이고 ‘과정적’인 것으로 이해된다. 따라서 의사와 환자 모두 의료를 구성하는 일련의 권력관계에서 연결고리(또는 권력

이 통과하는 에이전트)로 작동한다고 볼 수 있다. 즉, 환자-의사 관계는 의사 권력에 의한 일방적 억압보다는 의학적으로 훈련받고 전문성을 가진 의사에게 권한을 양도하기 위한 '결탁(colluding)'으로 간주된다. 이때 의료 권력은 '생산적'이며, 특정한 담론적 관점에서 신체에 대한 이해와 해석을 생성한다.

한편 푸코는 타인에게 사적인 생각, 감정, 행동을 드러내는 것을 포함한 '고백(confession)'의 기독교 모델이 병의원을 포함한 개인 생활의 많은 영역에서 자아의 핵심 기술이 되었다고 설명한다. 이러한 고백은 심리적인 안도감과 면죄감을 주면서, 판단·평가를 위한 진실을 생성하는 수단으로 간주된다. 고백은 자신을 알 수 있도록 스스로 자아를 만드는 실천이기도 하다.

치료적 에토스는 종종 고백의 실천을 동반하는데, 환자는 의사가 정확한 진단과 치료를 처방할 수 있도록 자신의 몸과 삶에 대한 세부 사항을 고백하도록 권장된다. 고백은 말, 글의 수단뿐 아니라 이미지를 통해서도 이뤄진다. 예컨대 소셜미디어에 업로드된 '셀카'나 자기 추적(self-tracking)으로 생성된 개인 데이터 그래픽은 타인에게 자아를 드러내는 방법으로 사용된다. 디지털 헬스 기술에 의해 생성된 신체 이미지는 신체의 비밀을 고백하는 행동을 생성하거나 자극하는 인공물로 작동할 수 있다.

또한, 푸코의 '판옵티콘' 개념은 건강과 질병의 사회적 차원과 디지털 기술에 대한 비판적 관점을 가진 연구자들이 시민들이 국가의 명령을 따르는 방식을 이론화하는데 큰 영향을 미쳤다.³⁾ 푸코는 '감시와 처벌: 감옥의 탄생'에서 판옵티콘을 현대 사회의 권력 작동을 설명하는 은유적 개념으로 사용하였는데, 권력자에 의해 감시당하는 수감자들이 여기에 대응해 자기감시와 자기규율 전략을 개발한다는 의미도 포함하였다. 푸코에게 판옵티콘은 중앙 감시가 개인의 자발적 자기 관리 기술의 개발과 결합된 새로운 형태의 권력을 상징하는 것이었다. 즉, 사람들은 '좋은' 시민으로 행동해야 한다는 사회문화적 기대를 수용한 채 스스로 감시하고 관리하며 자기 삶을

3) 판옵티콘은 제레미 벤담이 제안한 감옥 건축의 한 구조로, 분리된 감방에 있는 수감자들이 언제 감시를 받고 있는지 알지 못하도록 하면서 중앙에서 이들을 관찰하는 감시 시선이 작동할 수 있도록 설계된, 즉 소수 권력자가 다수를 관찰하는 구조를 말한다.

최적화하기 위해 노력한다는 것이다.

푸코가 제시한 ‘통치성’과 ‘생명정치’ 개념은 사회 질서와 생산성을 유지하기 위해 역학, 의학, 공중보건 등의 지식을 사용하여 인구 집단 수준의 건강관리와 질병 예방 등에 개입하는 현상을 설명한다. 신체 검사·진단에서 발전한 임상적 시선은 환자 이익을 위한 의료적 만남의 일부로 수행되는 신체 감시의 특정한 형태다. 럽튼은 이러한 임상적 시선과 통치성의 요소들이 점차 디지털화되어 신체와 건강과 질병에 대한 새로운 형태의 감시와 지식을 생성하고 있다고 설명한다.

빅데이터와 이를 관리하고 해석하는 알고리즘에 대한 푸코적 접근은 건강과 보건 의료 분야에서 디지털 데이터가 어떤 영향을 미칠 것인지 이해하도록 돕는다. 디지털 데이터를 수집하고 관리하는 알고리즘은 신체를 분류하고 생산하는 특정 방식, 즉 ‘알고리즘 어셈블리지’에 기여하는데, 이 어셈블리지는 데이터 프로파일을 구성하거나 사람에 대한 추론에 사용되는 과정에서 권력을 행사한다. 디지털 데이터의 알고리즘 조작을 통해 구성된 ‘알고리즘 정체성’은 일상생활의 많은 측면(신용도 평가, 항공기 탑승 시 범죄 가능성 판단 등)에 영향을 미친다. 이러한 알고리즘 권력과 정체성은 디지털 헬스 기술이 건강과 보건의료 영역에서 새로운 생명정치 양식, 자아와 체현의 개념과 기술, 인구 통치에 영향을 미치는 것으로 개념화될 수 있다.

4) 인간 체현의 현상학 (The phenomenology of human embodiment)

럼튼은 푸코적 접근이 담론과 정치경제 등 구조적 측면에 초점을 맞추는 까닭에 몸의 현상학 또는 ‘생생한’ 신체 경험이 간과되는 한계가 있다고 본다. 사회유물론적 접근에서도 체화된 실천과 객체를 강조하지만, 인간-비인간 만남의 ‘정동적(affective)’, ‘감각적(sensory)’ 차원을 충분히 고려하지 못한다고 지적한다. 디지털 헬스에 대한 이론적 논의에 있어서 감정과 감각을 중요하게 다루는 체현의 현상학적 접근이 필요한 이유다.

현상학에서 ‘체현’은 인간이 몸을 통해 세계와 관계를 맺고, 경험을 구성하는 방식을 설명하는 개념이다. 이는 몸을 단순한 생물학적 대상으로 보지 않고, 세계와의 상

호작용에서 중심적 역할을 하는 '살아 있는 주체'로 이해하는 관점이다. 체현은 인간의 지각, 행위, 그리고 존재가 모두 몸을 통해 이루어진다는 점을 강조한다. “우리는 체화된 주체이며 몸과 감각을 통해 세계를 경험한다”(메를로 폰티)의 말처럼 우리의 경험과 판단은 항상 '세계 속 존재(being-in-the-world)'의 일부이며 '세계 속 존재'는 항상 상호주관적이다. 감각과 감정은 공간과 장소의 구성요소(타인, 동물, 자연, 건조환경, 기후조건, 기술 등 객체)에 대한 체현된 인식과 경험에 필수적이다. 신체와 자아가 다른 신체, 객체들과 서로 연결되는 과정은 체화된 상호작용과 정동적 반응을 수반하기 때문에 필연적으로 관계적이다. 즉, 체현은 '상호관계적'이며 '상호신체적'일 수밖에 없다.

현상학적 관점을 통해 의사-환자 관계의 상호의존성, 모호성, 양면성을 발견할 수 있다. 의료 이용이 필요한 상황에서 사람들은 자신이 매우 취약하다고 느끼는데, 특히 사회경제적 소외 집단이거나 매우 심각한 고통을 겪고 있는 환자라면 의사 권위에 도전하기 어렵거나 도전을 원치 않을 수 있다. 사람들은 아프거나 불안할 때 의사가 자신을 통제하도록 기꺼이 허용할 수 있기 때문이다. 상황에 따라 소비자 권리를 내세우는 것과 의사에게 의탁하는 것 사이를 오가는 것이다.

따라서 립튼은 디지털 헬스 기술에 대한 비판적 분석은 사람들이 감각과 감정을 포함하여 자신의 몸을 이 기술들과 어떻게 관계 맺는지에 대한 이해가 필요하다고 말한다. 감각 연구는 사회학, 인류학, 역사학, 사회심리학, 문화지리학 분야에서 감각의 사회적, 문화적, 정치적 차원에 초점을 맞춰 이뤄져 왔는데, 이 연구들은 감각을 통해 세계를 이해하는 방식은 역사적, 사회적으로 우연적인 문화변용의 산물임을 밝혀냈다. 즉, 다른 문화는 다른 감각의 경험, 관행, 정의, 의미를 가진다는 뜻이다.

감각 경험은 정동적 스펙트럼을 가로질러 매우 강한 감정을 생성할 수 있다. 예컨대 후각은 어떤 맥락에서는 행복과 편안함을, 다른 맥락에서는 혐오나 불안, 두려움을 끌어내기도 하는데, 이는 후각과 장소, 기억 사이에 강력한 연관성이 있기 때문이고 이 과정에서 감정 역시 중요한 역할을 수행한다. 감정과 감각은 사람들이 디지털 헬스 기술과 상호작용하고 그것을 자기 삶의 세계에 통합하는 과정에서 핵심 요소가 될 것이다.

감정은 공간을 이동하고 다른 신체, 객체와 상호작용을 할 때 신체 내부와 외부 공간 모두에서 발생한다. 즉, 감정은 ‘감정-공간 해석학’이라고 불리는 특정 공간의 맥락에서 이해될 수 있다. 공간과 장소에서 인간과 비인간 행위자의 상호작용은 ‘정동적 분위기’, 즉 특정한 물리적 환경에서 특정한 감정을 생성하는데, 이러한 분위기는 물질적이고 다감각적 특성(시각, 접촉, 소리, 냄새, 맛)에 의해 형성된다. 디지털 헬스 기술이 인간 신체(감각 포함)를 모니터링, 재현, 진단하는 데 초점을 맞추고 있다는 점을 고려할 때, 감각은 이 기술을 통해 생성된 디지털 데이터를 해석하고 반응하는 일에도 사용된다. 또 디지털 장치는 감각을 통해 사용자와 소통한다. 이것이 디지털 헬스를 사회적, 물질적, 정동적, 감각적으로 동시에 이해할 필요가 있는 이유다.

감각은 그동안 의료 훈련이나 의사-환자 만남 등에서 중요한 역할을 수행해 왔다. 예컨대 진단 행위는 의사가 환자의 신체와 태도를 보고, 만지고, 냄새 맡고, 청진하고, 증상에 대한 설명을 듣는 것과 같은 감각 정보를 사용하여 수행된다. 의사가 제안한 치료법의 효과와 환자의 건강 또는 질병 상태에 대한 평가는 환자와의 체화된 상호작용을 통해 수행되는 직관적 이해를 기반으로 한다. 청진기가 의사의 신체와 함께 기술 어셈블리지로 작동하듯이, 신체(환자와 의사)와 물리적 환경, 기술의 상호작용을 포함한다는 점에서 의료는 일종의 ‘공예(craft)’이기도 하다. 의료 제공자는 체화된 감각과 사용 중인 장치에 의해 생성된 정보에 대한 지속적인 해석에 참여한다. 그는 기술에 의해 전달되는 정보와 상호작용을 하는 순간 그동안 축적된 지식과 감각 반응을 사용해 환자 신체를 평가하고 해석한다.

그런데 현상에 대한 ‘디지털 재현(digital representations)’의 출현은 사람들이 ‘실제’와 ‘가상’, ‘물질’과 ‘무형’의 본질이 무엇인지, 그리고 이 과정에서 감각이 어떤 역할을 하는지 질문하게 만들었다. 디지털 기술을 통한 의료훈련용 가상현실 또는 원격의료 장치가 도입되면 의사의 감각을 통해 수행되던 의료 지식은 사라지게 되는데, 이는 의료 지식이 어떻게 획득되고 적용되는지에 대한 중요한 변화를 의미한다. 비록 디지털 헬스에서 일부 감각 참여가 제한되거나 제외되긴 하지만, 새로운 디지털 헬스 기술의 모니터링 속성이 신체, 건강, 질병 상태를 새롭게 감각, 해석,

규정하고 기술과 상호작용을 하여 생활세계에 통합되는 다양한 방식을 제공한다는 사실을 인식하는 것이 중요하다.

디지털 기기를 만지는 것은 인간-기술 어셈블리지 존재론에서 상당한 변화를 나타내며, 기기에 대한 정동적 참여의 새로운 가능성을 제시한다. 이러한 관점에서 감각의 인류학과 디지털 인류학을 결합한 연구가 이뤄지고 있는데, 사람들이 디지털 기술과 상호작용을 할 때 어떻게 '터치(특히 손)'를 사용하는지 관찰하는 촉각의 디지털 민족지학이 그러한 예이다. 모바일 기기 사용에 대한 관찰 연구를 통해 사람들이 메시지를 작성하고 앱을 열 때뿐 아니라 친구, 가족과 연결되는 방법으로서 손을 사용한다는 것이 밝혀졌다. 화면을 터치하는 것은 메시지 전달, 콘텐츠 생성과 별개로 그 자체로 사회적 연결과 의사소통의 한 형태인 것이다.

이 접근 방식은 또한 디지털 장치와 디지털 데이터에 관한 미묘한 개념을 제공한다. 디지털 기술은 지리 위치 센서와 매핑 장치를 사용하여 시공간에서 신체의 디지털화된 위치 파악을 가능하게 한다. GPS 센서가 포함된 모바일 기기는 사용자의 물리적 위치를 측정하고 식별할 수 있는 매핑 기술이 탑재된 위치 미디어이다. 럽튼은 이것을 확장하면 어셈블리지로서의 '신체-기술-코드-데이터-공간'의 가능성을 생각할 수 있다고 말한다. 이때 디지털 데이터 어셈블리지는 분산된 자아와 신체로 볼 수 있다. 사람들의 자아, 체현 개념과 불가분 관계로 얽혀 있으며, 더 많은 데이터가 생성되고 작동함에 따라 끊임없이 변화하기 때문이다. 또한, 디지털 헬스 데이터는 자기 삶과 자기 이해에 큰 영향을 미칠 수 있다는 점에서 다른 형태의 정보와 구별되는 도덕적 지위를 가진다고 볼 수 있다.

럼튼은 우리가 '동반자' 기기들과 어떻게 함께 살아가는지 살펴보는 것처럼, 각 개인의 생생한 디지털 데이터 어셈블리지가 우리와 어떻게 공존하는지에 대해 고려할 필요가 있다고 말한다. 이제 인간은 디지털 데이터 어셈블리지와 함께 생활하며 진화한다고 볼 수 있기 때문이다. 데이터는 인간 경험과 신체에 반응하여 구성되고, 인간은 데이터 어셈블리지에 반응하여 존재 방식과 자아 개념을 변화시킨다.

5) 감시와 프라이버시 이론 (Theories of surveillance and privacy)

우리는 일상생활에서 감시 기술이 점점 더 보편화되고 있는 ‘감시 사회’를 살고 있다. 그동안 많은 연구자가 감시를 자본주의 경제와 근대국가 발전, 사회 질서 유지에 필수적인 규율권력의 한 형태이자 근대성의 핵심 조건으로 설명해 왔다. 권력관계를 포함한 다양한 종류의 사회적 관계와 상호작용이 감시 기술 내에서 그리고 감시를 통해 생성되는데, 이러한 기술은 신자유주의 사회에서 시민의 생산과 통치의 일부로 간주될 수 있다.

디지털 기술이 사용되는 맥락에서는 ‘데이터 감시(dataveillance)’가 발생한다. 가장 큰 논란이 되는 유형의 감시는 디지털 기술 사용으로 수집된 개인 데이터의 활용 문제이다. 소셜미디어, 검색 엔진 등에 사용자가 접속할 때 수집된 정보가 여기에 포함된다. 또 공적 공간이나 환자의 자가 치료 또는 신체 모니터링 장치에 내장된 모바일 장치와 센서에 의해 생성된 지리 위치 데이터 등도 포함된다. 이미 많이 지적된 것처럼, 감시 기술을 사용하여 수집된 개인정보는 개인을 개별 범주와 계층으로 분류하고 평가하는 데 활용될 우려가 있다. 사람들의 행동을 분석해 ‘감시 지식’을 생성하고, 개인 유형화를 통해 프로필과 위험 범주를 개발하여 포함/배제의 정책과 전략을 구사할 수도 있다.

국가보안기관이나 기업의 수집, 해커 또는 사이버 범죄자에 의한 데이터 감시 등 디지털 데이터 감시의 일부 방식은 비밀스럽고 비자발적이다. 하지만 다른 데이터 감시 방식은 공개적이고 자발적이다. 공공장소의 폐쇄회로 카메라처럼 소수가 다수를 감시하는 방식의 판옵티크 감시와 반대로 다수가 소수를 관찰하는 방식의 ‘시놉티크 감시’가 그러한 예이다. 시놉티크 감시는 다수 플랫폼 구성원들이 공인(유명인)을 관찰하고 평가할 수 있는 소셜미디어에서 이뤄질 수 있는데, 이처럼 디지털 기술은 권력자를 감시하는 ‘수베일런스(sousveillance)’, 즉 ‘아래로부터의 감시’에 사용될 수도 있다.

디지털 기술을 사용한 ‘자가 감시’는 사람들이 더 나은 자기 지식과 자기 최적화를 달성하기 위해 자기 정보를 적극 수집하는 것을 포함한다. 당사자가 자신의 수집된

개인정보를 다른 사람들도 볼 수 있도록 선택할 경우 그는 ‘사회적 감시’에 스스로 참여하게 된다. 이는 사회적 관계를 형성하고 유지하는 일환으로 소셜미디어, 블로그 등에서 서로를 감시하는 것을 가리킨다. 사용자는 자신에 대한 개인정보를 업로드할 때 ‘좋아요’와 댓글을 기대하며, 많은 수의 반응은 사회적 성공과 관계된 지표로 간주된다. 이러한 유형의 상호감시는 사용자의 정체성 표현에서 중요한 역할을 수행한다.

가까운 사람을 관찰할 때 발생하는 ‘친밀한 감시(intimate surveillance)’ 또한 사회 감시의 일부일 수 있지만 덜 공개적이고 때로 비밀리에 이뤄질 수 있다. 많은 형태의 친밀한 감시는 사회적 관계를 형성, 유지하며 서로에 대한 친밀감과 지식 형성 수단으로 사용되지만, 자녀 양육이나 노부모 돌봄 과정에서 이뤄지는 친밀한 감시는 때로 강압과 학대 방식으로 악용될 수 있다.

이러한 모든 디지털 데이터 감시 관행은 온라인으로 공유됨에 따라 끊임없이 변화하는 개인 디지털 데이터 어셈블리지를 생성한다. 새로운 방식의 디지털 감시는 분산적이고, 빠르게 변화하는, 새로운 형태의 지식을 생산한다. 개인정보가 기업 데이터베이스에 업로드되는 경우 글로벌 디지털 지식 경제의 일부로 포함되어 원래 의도했던 것 이상으로 상업, 연구, 통치, 관리, 안보, 범죄 수사 등의 용도로 전용될 수 있다.

이러한 디지털 감시 형태는 건강과 의료 분야에서도 동일하게 활용된다. 푸코가 말한 임상적 시선은 원격의료, 디지털 자가 모니터링, 환자 자가관리장치와 앱 기술의 출현과 건강·의료 소셜미디어 등을 통해 병원 너머로 확장된다. 건강·의료 정보는 디지털 기술을 사용하여 수집되는 가장 가치 있는 정보 형태 중 하나다. 따라서 건강·의료와 관련된 데이터 감시는 경제적 이익을 위해 사람들의 개인정보를 착취하는 ‘감시 자본주의’의 주요 표적이 된다. 이러한 데이터는 별도의 설문조사나 인터뷰를 하지 않더라도 일상적 행동의 부산물로, 실시간 수집될 수 있다는 점에서 특히 가치가 있다.

문제는 기업이 세부 개인정보를 어떻게 사용하는지 투명하게 알기 어렵다는 점이다. 사람들은 생성된 일부 디지털 데이터에 접근할 수 있지만, 자신의 데이터가 다른

행위자와 기관에서 어떻게 사용되는지 모니터링할 수 없는 경우가 대부분이다. 즉, 해당 데이터 판매 과정에서 이뤄지는 알고리즘 조작은 일종의 ‘블랙박스’와 같이 시야에서 벗어난다. 이러한 문제는 사람들의 건강과 의료 데이터의 프라이버시에 관한 중요한 질문을 제기한다. 일부 정보 윤리 연구자에 따르면, 사람들이 사용하고 상품화하는 다른 많은 형태의 정보나 물건과 달리, 건강·의료 데이터는 개인의 정체성을 내재하는 것으로 볼 수 있기 때문이다. 즉, 신체, 건강, 질병 경험에 관한 정보는 외부 객체처럼 ‘소유’할 수 있는 대상이 아니라, 신체나 감정과 같이 그들 자신의 일부로 간주되어야 한다는 것이다.

Ⅲ. 고찰과 결론

럽튼이 제시한 5가지 접근들은 많은 논의가 중첩될 뿐 아니라 그 이론적 층위가 상이하다는 점에서 비판 디지털 건강 연구에 관한 하나의 체계적인 이론적 틀을 구성한다고 보기 어렵다(물론 그 역시 이를 목표로 한 것은 아니다). 또 생성형 인공지능의 출현과 대중화를 비롯해 책 출간 이후 이루어진 디지털 헬스 분야의 급속한 발전과 진화가 고려되지 않은 한계도 존재한다. 하지만 기술 낙관주의에 가려진 디지털 헬스의 다양한 이면을 여러 이론적 도구를 활용해 분석하고 성찰하고자 한 시도는 10년의 시간이 지난 현 시점에도 여전히 시의성 있는 작업으로 평가할 만하며, 그 미진한 부분을 보완·발전시켜야 하는 과제는 후속 연구세대의 몫일 것이다.

럽튼이 정치경제적 접근을 강조한 점은 특히 비판건강연구 관점에서 높게 평가할 만한 대목이다. 디지털 헬스가 건강불평등을 줄일 수 있으려면 사회정의와 인권의 가치에 부합하는 방식으로 설계·개발·사용되어야 한다. 문제는 이러한 규범적 목표를 ‘어떻게’ 현실화할 수 있는가이다. 구체적 현실에서 어떤 주체가 어떤 자원과 전략을 활용해 어떤 권력관계 속에서 어떤 과정을 거쳐 이를 구현할 수 있는지에 대한 질문을 하지 않을 수 없다. 이것이 바로 디지털 헬스에 대한 정치경제적 접근이 중요한 까닭이다.

정치경제적 접근에서는 디지털 헬스에 영향을 미치는 구조를 비롯해 다양한 행위자들의 이해관계와 동기, 권력 자원과 실천 전략 등을 고려한다. 디지털 헬스 기술을 개발하고 상품을 생산·공급하는 상업적 행위자(기업)와 이를 구매·사용하는 환자/시민, 그리고 법·제도를 통해 산업을 육성 또는 규제하는 국가가 주요 이해관계자이다. 그리고 이러한 전략적 실천 중 하나로서 디지털 헬스를 둘러싸고 작동하는 담론의 권력효과에도 주목해야 하는데, 영국 정부 사례를 분석한 연구(Rich, Miah & Lewis, 2019)와 같이 한국 정부의 디지털 헬스 정책 내 담론을 규명하는 데 있어서도 립튼의 논의가 유용한 참고가 될 수 있다.

한편 이 책과 다른 연구 출판물을 검토했을 때 립튼의 디지털 헬스 연구는 전반적으로 사회유물론이나 현상학 등 사회문화적 측면에 좀더 치우친 경향이 있다. 하지만 “사회 집단이 디지털 헬스 기술을 수용하거나 저항하는 방식을 검토할 때 그들이 가지고 있는 건강과 질병의 개념을 고려하는 것이 중요하다”는 립튼의 지적처럼, 심화된 정치경제적 분석은 사회문화적 이해의 토대에서 가능하다. 디지털 헬스는 의료화·생의료화를 촉진하는 가운데 건강을 개인 책임화하는 ‘건강주의(Healthism)’와 건강을 데이터로 환원하는 디지털 실증주의 등을 고착하는 결과를 낳을 가능성이 크다. 따라서 디지털 헬스가 건강불평등 완화에 기여하도록 권력관계를 조정하고자 한다면(정치경제적 접근), (디지털화에 따라 변화되는) 건강과 몸에 대한 사람들의 인식과 태도, 감정 등을 고려하고 개입하는 사회문화적 접근을 동반하지 않으면 안 된다.

그런데 립튼은 디지털 헬스의 긍정적 가능성과 부정적 가능성을 다소 중립적으로 다루는 경향이 있다. 디지털 헬스가 불평등한 의사-환자 관계를 타파하고 의료 민주화를 이끌 것이라는 에릭 토폴 식의 전망을 따르는 건 아니지만, 민주적으로 통제되는 디지털 기술을 통해 불평등을 완화하고 사회변화를 촉진할 수 있는 가능성을 비교적 높게 보고 있는 듯 하다. 이는 디지털 헬스의 출현과 발전을 추동하고 있는 자본주의 체제(Wamsley & Chin-Yee, 2021)에 대한 비판적 고려가 부족한 결과로 보인다. 기술은 맥락에 따라 다양한 목적과 방식으로 개발·사용되는데, 비판기술이론에 따르면 기술의 ‘본질’은 오늘날 불평등을 심화시키고 있는 자본주의 체제라는 맥락 속에서 결정될 수밖에 없다. 이것이 디지털 헬스가 건강불평등을 완화하는 방향

으로 나아가기 쉽지 않을 것으로 전망하는 이유이며, 이러한 구조적 맥락의 한계를 극복하기 위한 지식과 담론을 생산하는 일이 앞으로 비판 디지털 건강 연구의 핵심 과제가 될 것이다.

참고문헌

- 대런 애쓰모글루, 사이먼 존슨 (김승진 번역). (2023). *권력과 진보*. 생각의힘.
- Lupton, D. (2017). *Digital health: critical and cross-disciplinary perspectives*. Routledge.
- Rich, E., Miah, A., & Lewis, S. (2019). Is digital health care more equitable? The framing of health inequalities within England's digital health policy 2010–2017. *Sociology of health & illness*, 41, 31-49.
- Wamsley, D., & Chin-Yee, B. (2021). COVID-19, digital health technology and the politics of the unprecedented. *Big Data & Society*, 8(1), 20539517211019441

Artificial Intelligence for Global Health: But Whose AI, and Whose Health?

Kyoung Kyun Oh*

(Social and Public Health Sciences Unit, School of Health & Wellbeing,
University of Glasgow, Glasgow, UK)

I . Introduction: The Neutrality Myth in the Digital Health Era

Artificial intelligence (AI) is increasingly positioned as a transformative tool for global health (Fahim et al., 2025). From predictive diagnostics to health system optimisation, AI is often framed as a neutral enabler which is a plug-and-play solution that can be deployed across low- and middle-income countries (LMICs) to accelerate progress toward Universal Health Coverage (UHC) (WHO, 2021). Techno-optimists argue that AI can leapfrog infrastructural deficits, offering high-level expertise in settings where quality of care remains limited.

However, this framing obscures a fundamental political question: who defines what AI in global health should be, and whose interests does it ultimately serve? The assumption of technological neutrality ignores the

* k.oh.1@research.gla.ac.uk

fact that algorithms are embedded with the epistemological assumptions, priorities, and institutional logics of their creators. AI is not merely a technical artefact but a site of power structured through control over data, problem definition, and decision-making authority.

This paper argues that AI in global health should be understood as a form of epistemic governance in which inequalities are reproduced not only through resource gaps but through asymmetries in knowledge production and technological authority. By examining the political economy of AI development, the paper highlights how LMICs are positioned as data providers rather than decision-makers, and how these dynamics risk reinforcing a new form of digital colonialism. Drawing on the failure of IBM WatsonTM for Oncology and the emerging trajectory of Korea's "K-ODA", this paper critically interrogates the assumption that AI-driven innovation is inherently beneficial. It concludes by proposing a shift from technological deployment to co-architected governance, where LMICs are not passive recipients but active shapers of AI systems.

II. Epistemic Asymmetry and Data Extractivism

AI in global health does not emerge in a vacuum. It is shaped by a small set of actors such as technology firms, elite research institutions, and philanthropic funders, predominantly located in high-income countries (HICs) (Birhane, 2020; Herzog & Branford, 2025). These actors do not merely develop tools; they define the very parameters of 'the problem'. They set research agendas, determine what counts as "evidence" and shape the standards by which success is measured

(Birhane, 2020).

In this process, LMICs are often not treated as equal partners, but 'as sites of implementation and evidence generation'. This reflects a profound epistemic asymmetry: knowledge about health systems in LMICs' context is extracted, codified, and fed into AI systems, yet the authority to interpret and operationalise that knowledge remains external (Birhane, 2020; Herzog & Branford, 2025). This 'foreign gaze' in global health means that data flows outward to HICs for processing and seeking profit, while decision-making flows inward to LMICs as a pre-packaged technical instruction (Abimbola, 2019). Consequently, LMICs become hyper-visible as sources of raw data for algorithmic training, yet structurally invisible in the governance and design of those very systems.

III. The Technological Fix Fallacy: From IBM Watson to Korea's Digital ODA

The history of AI in global health is marked by recurring technological fixes that fail to account for the social, economic, and institutional realities of health systems. The case of IBM Watson for Oncology illustrates this pattern clearly (Strickland, 2019). Trained on clinical data and treatment protocols from high-resource American cancer centres, IBM Watson was deployed in hospitals in India with the expectation that it could standardise and improve care (Strickland, 2019). This failure occurred not because of technical malfunction, but because of structural mismatch. Its recommendations were frequently economically unaffordable, clinically misaligned, or irrelevant to local epidemiological

contexts. In many instances, IBM Watson suggested costly immunotherapies in settings where even basic chemotherapy posed a financial burden. Rather than bridging gaps in care, it exposed them. This case demonstrates a broader principle: AI does not generalise across contexts; it reproduces the clinical, economic, and epistemic conditions of its origin (Strickland, 2019; Kelly et al., 2019). When systems developed in high-resource environments are exported without deep socio-contextual adaptation, they risk reinforcing the very inequities they are intended to address.

Crucially, this dynamic is not confined to past failures. It is being reproduced in contemporary development strategies, including those of emerging donors such as the Republic of Korea. The 4th Basic Plan for International Development Cooperation (2026-2030) (Korean: 제4차 국제개발협력 종합기본계획 (2026~2030)) identifies digitalisation and AI as central pillars of Korea's ODA strategy (Government of Korea, 2026), promoting the export of Korean digital health platforms and AI-based diagnostic tools under the name of K-ODA. While framed as innovation-driven solidarity, this approach may reflect a supply-side orientation of development cooperation, in which technological solutions are shaped by the capabilities and commercial incentives of donor countries. As with IBM Watson, there is a risk that these systems are designed in one context and deployed in another without sufficient alignment to local health system realities. This orientation is further reinforced by financing and procurement structures that prioritise scalable, exportable technologies linked to domestic industrial policy.

The implications for health systems are significant. For instance, Korean AI Tech such as LUNIT has developed highly accurate tools for

tuberculosis diagnosis. Yet diagnostic accuracy alone does not translate into improved health outcomes. In contexts with weak referral systems, fragmented treatment pathways, and limited access to medicines, enhanced detection may generate demand that health systems are not equipped to meet. In this sense, AI does not resolve systemic constraints; it exposes and, in some cases, intensifies them.

Moreover, the export-oriented nature of K-Digital ODA raises concerns about technological lock-in. If funding and procurement mechanisms favour proprietary platforms, partner countries may become dependent on externally developed systems, limiting their capacity for adaptation, regulation, and local innovation. This creates path dependency, where technological trajectories are shaped externally rather than through domestic priorities. The lesson from IBM Watson is therefore not historical but structural. The same assumptions that underpinned its failure, the universality of technical solutions and the marginalisation of local context, continue to shape contemporary AI-driven development models. Without a fundamental shift in how technologies are designed and governed, AI risks becoming not a tool for equity, but a mechanism for reproducing asymmetry in global health.

IV. Digital Colonialism and Algorithmic Dependency

The expansion of AI in global health is not only a question of innovation, but of political economy. It raises fundamental concerns about who captures value from data and who remains dependent on its outputs. When health data generated in LMICs such as radiological

images from community clinics are used to train proprietary algorithms without equitable benefit-sharing, this dynamic reflects what has been described as digital colonialism (Reba et al., 2026). In this model, data function as extractive resources. They are collected in resource-constrained settings, processed and valorised in high-income contexts, and reintroduced as commercial products. The value chain is structurally asymmetrical: LMICs supply the raw material, while economic and epistemic gains are concentrated elsewhere.

This asymmetry extends beyond economics into clinical practice. The growing reliance on externally developed black-box systems risks producing a form of algorithmic dependency, in which healthcare providers become end-users of decision-support tools rather than active knowledge producers. Over time, this can erode clinical judgement, particularly in settings where training systems are already constrained. Such dependency has systemic consequences for the resilience and autonomy of health systems. When diagnostic reasoning is outsourced to opaque systems, the resilience of health systems becomes contingent on technologies that are externally governed and potentially inaccessible. In cases where AI systems fail or encounter unfamiliar conditions, local capacity to respond may be diminished.

Digital colonialism, therefore, is not only about the extraction of data, but about the restructuring of authority in knowledge and practice. It creates a condition in which LMICs are simultaneously data providers and dependent users, reinforcing a cycle of technological reliance that undermines long-term health system autonomy (Reba et al., 2026). If the problem is structural rather than technical, then technical solutions alone cannot resolve it. What is required is not better AI, but a reconfiguration

of how AI is governed, designed, and embedded within global health systems.

V. Reconfiguring Power: From Beneficiaries to Co-Architects

Moving beyond critique requires a fundamental redistribution of power in how AI is governed, designed, and embedded within health systems. Rather than treating LMICs as sites of implementation, a meaningful alternative must address three interconnected dimensions: governance, design, and political economy.

First, governance must shift toward data sovereignty and shared authority. Current AI ecosystems are characterised by asymmetrical data flows, where health data from LMICs are extracted, processed, and commercialised externally. Addressing this requires institutional mechanisms that ensure LMIC actors retain control over how data are collected, used, and monetised. This includes frameworks for data ownership, equitable data-sharing agreements, and meaningful participation in algorithmic governance. Without such structures, calls for "ethical AI" risk remaining rhetorical rather than transformative.

Second, AI design must move from deployment to co-development. The dominant model of exporting pre-built AI systems assumes that health problems are universal and transferable across contexts. In reality, disease patterns, clinical practices, and resource constraints are deeply contextual. Co-development approaches such as engaging local clinicians, policymakers, and technologists from the outset, can produce systems that are not only technically effective but socially and institutionally

appropriate. This requires rethinking innovation pipelines to prioritise contextual adaptation over scalability, and usability over technological sophistication.

Third, the political economy of AI must incorporate benefit-sharing and local innovation ecosystems. If LMICs' data contribute to the development of commercially valuable AI systems, reciprocal benefits must follow. These may include preferential access to technologies, reinvestment into local health systems, or support for domestic digital health industries. Strengthening local innovation ecosystems through investment in education, infrastructure, and entrepreneurial ecosystems is essential for enabling LMICs to transition from data suppliers to technology producers.

These shifts reframe AI from a delivered product to a negotiated system. The central question is no longer how to deploy AI efficiently, but how to structure the conditions under which it is governed and developed. Without such restructuring, AI may continue to reproduce inequality under the guise of innovation.

VI. Conclusion: Toward Epistemic Justice

The expansion of AI in global health is fundamentally a process of market formation. As Karl Polanyi argued, markets are constructed through political and institutional choices (Cangiani, 2011). The emerging digital ODA landscape is being shaped through procurement rules, donor funding structures, and regulatory frameworks that determine whose knowledge and priorities prevail. The question is not whether LMICs will

participate in this system, but on what terms. If AI is governed primarily by private-sector incentives prioritising scalability and return on investment, it will reproduce and deepen inequality. Re-politicising AI governance is therefore essential.

Justice in this context requires more than access to technology. It requires authority over how technology is defined, developed, and deployed. This entails shifting from deploying AI in LMICs to designing it with them, from extracting data to building systems grounded in local knowledge, and from exporting models to supporting digital sovereignty.

Ultimately, AI in global health is not a question of innovation, but of power. The future of global health will depend on whether LMICs remain sites of extraction or become architects of their own digital futures. Only then can AI serve as a vehicle for epistemic justice, rather than a mechanism of its reproduction.

Reference

- Abimbola, S. (2019). The foreign gaze: Authorship in academic global health. *BMJ Global Health*, 4, e002068. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002068>
- Birhane, A. (2020). Algorithmic colonization of Africa. *SCRIPTed*, 17(2), 389-409. <https://doi.org/10.2966/scrip.170220.389>
- Cangiani, M. (2011). Karl Polanyi's institutional theory: Market society and its "disembedded" economy. *Journal of Economic Issues*, 45(1), 177-197. <https://www.jstor.org/stable/25800760>
- Fahim, Y. A., Hasani, I. W., Kabba, S., & Ragab, W. M. (2025). Artificial intelligence in healthcare and medicine: Clinical applications, therapeutic advances, and future perspectives. *European Journal of Medical Research*, 30(1), 848. <https://doi.org/10.1186/s40001-025-03196-w>
- Government of the Republic of Korea. (2026). 제4차 국제개발협력 종합기본계획 (2026-2030) [The 4th Basic Plan for International Development Cooperation (2026-2030)]. https://www.odakorea.go.kr/kor/cont/ContShow?cont_seq=21
- Herzog, C., & Branford, J. (2025). Relational ethics and structural epistemic injustice of AI in medicine. *Philosophy & Technology*, 38, 1-60. <https://doi.org/10.1007/s13347-025-00987-1>
- Kelly, C. J., Karthikesalingam, A., Suleyman, M., Corrado, G., & King, D. (2019). Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence. *BMC Medicine*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1426-2>
- Reba, Y. A., Arim, D. R., Wafumilena, R. A., Balriyanan, A. F., Mabikafola, F., & Djemani, T. S. G. (2026). Data colonialism and digital sovereignty in the Global South. *Development in Practice*. <https://doi.org/10.1080/09614524.2025.2609155>
- Strickland, E. (2019). How IBM Watson overpromised and underdelivered on AI health care. *IEEE Spectrum*, 56(4), 32-38. <https://doi.org/10.1109/MSPEC.2019.8678513>

World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

자살의 의료화와 젠더 패러독스

임정빈*

(경상국립대학교 사회학 박사)

에밀 뒤르케임(Émile Durkheim)이 1897년에 자살 현상을 사회적 원인으로 설명하는 선구적 저작 『자살론』을 남겼음에도 불구하고 여전히 자살 현상을 정신병리학적 원인 및 ‘불우한 삶’으로 설명하려는 경향은 강하다. 전자는 강화된 우울증 담론의 부상으로 인한 ‘자살의 의료화’라 명명할 수 있을 것이며 후자는 자살에 대한 편견의 영향이 큰 것으로 볼 수 있을 것이다. 이런 현상들은 대중의 편견을 이용하는 언론 보도와 학문의 전문화 및 분업화, 그가 유발하는 전문가주의에 기반하여 오늘날 더 정교화되는 듯하다.

물론 뒤르케임이 인정했듯 우울증 등 정신질환은 개인적 차원에서는 자살을 야기할 수 있는 원인일 수 있고, 우울증을 많이 앓는 여성이 자살 시도율이 높다는 통계가 있음에도 자살률이 낮은 것은 방법론과 해석 차원에서 고찰을 요구한다. 여성이 차별받는 현상과 여성의 자살시도율이 높은 것도 무관하다면 이상한 일일 것이다.

그러나 뒤르케임은 자살이 감정이 침체된 우울한 상태에서만 일어나는 게 아니며, 상당히 격앙된 상태에서 충동적으로 일어날 수도 있다는 사실을 짚었다. 따라서 우울증은 후자의 경우에 대해서는 자살의 면역을 낳을 수도 있는 것이다. 또한 어떤 사람이 자살한 한 원인에 우울증이 자리할 수도 있지만 그렇다고 해서 반드시 사회

* dla3000@naver.com

적 자살률이 올라가는 것은 아니다. 예를 들어 왼쪽 길과 오른쪽 길이 있을 때 왼쪽 길을 선택하여 죽은 사람이 있다고 해서, 반드시 오른쪽 길보다 왼쪽 길이 사람이 더 많이 죽는 길인 것은 아니다. 뒤르케임은 통계를 다룰 때 이같이 유의해야 할 사실을 일깨웠다. 그리고 사회적 현상인 자살률은 사회적 원인에 따라 변동하며 한 사회의 구조적 환경이 변하기 전까지는 자살률은 꽤 안정적인 수치를 유지한다는 것까지도 뒤르케임은 보였다(Durkheim, 2008). 이 글은 이에 기반하여 여성과 남성 간 자살률·자살시도율·자살생각률 차이에 대한 자살의 의료화를 극복하는 새로운 관점을 제시하고자 한다.

남성의 자살률이 여성보다 높은 건 보편적 현상이다. 한국도 남성의 자살률이 여성보다 약 2.5배 높다. 이에 대해 기존의 진보적 담론은 보통 “자살 행위에서의 젠더 패러독스론(이하 젠더 패러독스론)”이라는 설명을 제시한다. 하지만 나는 자살의 의료화에도 비판적이고, 젠더 패러독스론에도 비판적이기 때문에 젠더 패러독스론을 비판적으로 검토한 후 새로운 설명을 제시할 것이다. 젠더 패러독스론이란 “자살사망률은 남자가 높지만 자살생각이나 치명적이지 않은 자살시도는 여자가 더 높은 현상”을 말한다. 북아메리카, 서구 유럽, 뉴질랜드 등과 같은 서구 국가들에서 ‘발견’되었으며 구체적인 내용은 다음과 같다. 미국의 경우 총기 사용은 여성과 남성 모두에게 가능하지만 남성에게 좀 더 적합한 것으로 인식되는 반면, 여성적인 자살 방법으로 간주되는 것은 독극물이다. 자살방법의 선택은 행위자가 살고 있는 지역의 성별 행위 대본에 따라 달라지는데 이것이 자살률에도 영향을 미친다. 이러한 주장에 따르면 각 개인 수준에서 성별 행위 대본은 성별 사회화의 결과로 습득될 수 있다. 미국에서 비치명적인 자살의 시도는 여성적인 것으로 간주되어, 남성들에게 심각한 낙인으로 작용되기 때문에 남성들은 자신들의 자살 시도를 덜 보고하는 경향이 있다. 그 결과 남성의 자살시도율 및 자살생각률이 낮게 나타난다. 또한 여성들의 경우 우울의 발생률이 높기는 하지만 우울증 치료를 받는 비율도 남성들에 비해 훨씬 높아서 여성 우울에 따른 자살률이 남성들에 비해 현저히 낮다. 여성의 우울은 문화적으로 허용되지만 남성들의 우울은 남성답지 않은 것으로 간주되어 문화적으로 허용적이지 않기 때문이다(Canetto, S. S., & Sakinofsky, 1998; 이수인, 2016).

미국에서 출발하여 한국에서 수용된 젠더 패러독스론은 한국에서의 자살에 대해 예컨대 여성들은 손목을 긋거나 수면제를 먹는 등의 비치명적 방식을 취하는 반면 남성들은 높은 곳에서 뛰어내리는 등의 '확실한' 방법을 선택한다고 젠더 간 자살률 차이의 원인을 분석했다. 이러한 주장은 소위 '페미니즘적 분석'으로써 많은 지지를 얻었다.

이상에서 설명한 젠더 패러독스론을 비판적으로 검토하면 우선 19세기부터 내내 여성의 자살률이 더 낮은 이유를 과연 적절하게 설명하는 것인지 문제가 제기된다. 이 문제를 크게 네 가지로 살펴보자.

첫째, 나라마다 다른 자살률, 시기마다 달라지는 자살률이 젠더 패러독스론으로 설명될 수 있는지가 문제다. 결국 모든 시기, 모든 나라에서의 자살에 대한 문화적 서사가 여성보다 남성이 성공률이 높도록 조장한다는 건데 그에 대한 증거는 부족하다. 무엇보다 젠더 패러독스론에 따르면 만약 치명적인 방법보다 덜 치명적인 방법으로 자살하는 서사가 대중매체를 통해 더 많이 전파된다면 자살률이 줄어들텐데 자살률이 줄어드는 게 그렇게 쉬울까? 자살률이란 큰 사회 변동이 없는 한 크게 변하지 않는 꽤 안정적인 통계다. 그런데 “원래는 여성들이 더 많이 자살하(려)는데 성공률이 낮은 것이다”라는 젠더 패러독스론의 주장대로라면 이런 대중매체의 서사 차이만으로도, 현재 여남간 자살률 차이 이상으로 자살률이 몇 배씩 차이가 날 수 있어야 한다. 적어도 현재 한국 여성의 자살률이 더 낮은 우리의 현실이 그런 대중매체 등의 서사가 크게 작용한 결과로 몇 배씩 자살률이 차이나도록 만들어진 것이라는 게 젠더 패러독스론자들의 주장이기 때문이다.

둘째, 통계 수집상의 문제다. 자살률은 전체 국민의 전수조사가 가능하지만 젠더 패러독스론자들이 인용하는 자살시도율은 표본의 수집 범위가 좁아 응급실을 내원한 자해 및 자살시도자 정도기 때문에 애초에 내용이 제한된 통계다. 더군다나 여성의 자살생각률이 남성보다 크게 높았다는 통계(남 9.9%/여 16.9%)도 있지만(보건복지부, 2011), '코로나 블루'라며 우울증이 높아졌다는 코로나 시기에 남성의 자살생각률이 여성보다 높아졌다는 통계(21년 3월 기준, 남 17.4%/여 15.1%)도 있다. 애초에 인간의 생각을 통계로 표현하는 것 자체가 부정확할 수밖에 없으므로 이런 통계

를 자살률과 직결해서 진지한 사회과학적 주장을 한다는 것은 어려운 일이기도 하다.

셋째, 고통을 표현하는 방식으로 자살 시도를 택한다는 대항가설을 세우는 것도 가능하다. 예를 들어 손목을 수십 번씩 긁는 여성 우울증 환자가 있다면 정말 진지하게 죽음을 향해 시도했으나 수십 번을 실패한 사람이라는 설명과, 자신이 고통스럽다고 주위에 신호를 보내는 사람이라는 설명 중 어느 쪽이 더 설득력 있을까? 물론 특정 개별 사례에서는 둘 중 어느 한쪽을 완전히 확증할 방법은 없을 것이다. 그러나 대개의 경우 후자로 판단하는 게 더 상식적이고 현재 정신의학계의 중론도 그러하다.

넷째, 자살시도율과 자살생각률이 낮지만 자살률은 높은 현상은 여성과 남성 사이에서만 나타나는 일이 아니다. 예컨대 고등학생과 중학생 사이에서도 나타난다. 중학생은 자살시도율과 자살생각률이 고등학생보다 높지만 자살률은 고등학생보다 낮다. 통계청이 2022년에 발간한 『아동·청소년 삶의 질 보고서』에 따르면 2021년 자해 혹은 자살을 시도해서 응급실에 내원한 비율에서 중학생의 자살 시도율이 고등학생보다 높다(중학생 2.4%/고등학생 2.0%). 자살 생각 비율도 중학생은 13.4%, 고등학생은 12.0%로 나타난다. 그런데 자살률은 고등학생이 더 높다. 2022년 10대 자살자 194명 중 고등학생은 118명(60.8%), 중학생은 64명(33.0%), 초등학생은 12명(6.2%)으로, 고등학생이 과반의 압도적 비중을 차지했다.

그렇다면 중학생이 자살시도율과 자살생각률은 고등학생보다 높지만 자살률은 고등학생보다 낮은 이유를 설명해야 한다. 이걸 젠더 패러독스론 같은 입장으로 설명할 수 있을까? 중학생과 고등학생의 자살에 대한 문화적 서사가 달라서 성공률의 차이가 나야 할 이유가 있을까? 한 가지 사례를 제시했을 뿐이지만 자살시도율과 자살생각률은 높으나 자살률이 낮은 집단을 찾아서 다른 집단과 비교하는 건 여러 형태로 가능할 것이다. 그때마다 이걸 문화적 서사의 차이에 따른 성공률의 차이라고 설명하는 게 과연 가능할까? 이걸 사실상 불가능한 일이다.

그럼에도 불구하고 젠더 패러독스론은 주로 여성학자들과 페미니스트들 사이에서 광범위한 동의와 지지를 얻고 있다. 나는 그 이유가 젠더 패러독스론이 언뜻 듣기에 ‘진보’적이고 ‘페미니즘’적으로 들리기 때문이 아닐까라고 생각한다. 냉정하게 생각해

보면 젠더 패러독스를 확고하게 지지해준다고 여길 만한 근거는 없다. 그러나 젠더 패러독스는 안티 페미니스트들이 남성의 자살률이 높은 것에 대해 역차별 때문이라고 말할 때, 성공률의 차이라고 반박할 수 있게 해준다. 그렇지만, 이진 과학적이지 않은 반박이다.

내가 생각하는 대안적인 설명은 여성이 차별받기 때문에 자살률이 낮다는 것이다. 직관적이지 않은 주장이지만, 여성이 차별받는 건 보편적인 현상이며 여성의 자살률이 낮은 것도 보편적인 현상이다. 이 두 현상이 서로 대치된다고 여기면 설명하기가 어렵지만, 서로 연동된다고 여기면 전혀 이상하지 않은 일이 된다.

나는 모든 차별이 자살률을 낮춘다고는 생각하지 않는다. 성소수자처럼 사회적으로 비가시화된 집단은 확실히 차별이 자살률을 높일 것이라고 생각된다. 하지만 특정 차별은 분명 자살률을 낮춘다. 뒤르케임은 『자살론』에서 유대인의 자살률이 낮은 이유를 유대인의 높은 사회통합도에서 찾는다. 유대인들은 차별당하기 때문에, 자기들끼리 사회통합도를 높여서 자살률이 낮다는 것이다.

자살론의 요체는 “현대 사회에서 자살률은 사회통합도와 규제가 높은 집단이 낮다”는 것이다. 사회통합도는 집단이 결속과 응집력을 가지면 자살을 덜 한다는 것으로 이해할 수 있다. 규제 역시 규제가 낮으면, 예를 들어 주식이나 코인 투자에 전재산을 넣었다가 돈을 날리고서 자살할 수도 있다.

이를 참고로 현대 사회의 여성이란 집단을 보면 여성은 차별당하지만, 관계 지향형 사회화를 요구받는 집단이기도 하다. 돌봄 노동과 감정 노동도 강요당한다. 이에 따라 차별당하는 여성들끼리 서로 보듬기도 한다. 여성은 사회통합도와 규제 모두 높은 집단이다. 그렇다면 이런 집단이 자살률이 낮은 게 이상한 일일까? 오히려 사회과학의 전통적인 설명 방식에 비춰봤을 때 그렇지 않다는 설명이 더 합리적이다.

미국의 인종별 통계는 이를 뒷받침한다. 수 세기 동안 극심한 차별과 구조적 폭력에 노출되어 온 미국 흑인 공동체는 전통적으로 백인보다 현저히 낮은 자살률을 기록해 왔다. 미국 질병통제예방센터의 발표에 따르면 2023년 기준 흑인 9.1명/백인 17.6명이었다(Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). 이는 차별이라는 외부적 압력이 오히려 교회와 가족을 중심으로 한 강력한 사회적 통합과

‘생존의 서사’를 만들어내어, 자살로부터 구성원을 보호하는 기제로 작용했음을 보여주는 실증적 사례이다. 실제로 학계에서는 이러한 인종 간 자살률 차이를 나와 같은 방식으로 설명한다. 또한 전체 자살률은 백인이 여전히 높지만, 상승률은 흑인 청년층(10-24세)에서 가장 가파르다. 2011년부터 2021년 사이에 60% 이상 상승했다(CDC, 2023). 이는 교회나 대가족 같은 전통적인 공동체의 결속력이 약화되고, 흑인 청년들이 의료화된 담론이나 고립된 경쟁에 더 많이 노출되면서 나타나는 현상으로 해석되기도 한다.

여성이 차별받기에 오히려 강력한 응집력을 갖게 된다는 역설은, 여성의 집단적 사회통합도가 유지될 때 비로소 유효하다. 2020년 코로나19 팬데믹 시기, 한국의 20대 여성 자살률이 전년 대비 25.5% 급증한 사실은 서비스직이나 비정규직 등 취업전선에 있던 젊은 여성들이 코로나19의 타격을 직접적으로 받은 결과라고 해석할 수 있다(허완, 2020). 노동할 것을 요구받는 젊은 여성에게 해고 위기는 구성원 간의 연대보다는 각자도생의 경쟁을 부추기면서 여성의 공동체성을 약화시켰다. 따라서 고용상의 차별 등의 차별은 그 자체로 자살률을 높이는 게 아니라, 특정 맥락에서 자살률을 변동시키기 때문에 사회구조적 맥락을 관계론적으로 분석할 필요가 있다.

애초에 “차별당하는 여성이 원래는 자살률이 더 높을 거다”라는 암묵적인 전제를 가진 젠더 패러독스론이 안이하다. 젠더 패러독스론은 남성의 높은 자살률 때문에 남성도 가부장적 책임의 부담을 느낀다는 식의 이야기를 퍼기도 한다. 하지만 이 역시 여성이 차별받는 현실 인식과의 일관성이 부족하다.

나아가 젠더 패러독스론은 우울증이 자살을 야기한다는 자살의 의료화에도 연동된다. 앞서 젠더 패러독스론이 우울증을 앓는 여성의 자살생각률과 자살시도율이 높음에도 성공률 차이 때문에 남성 자살률보다 자살률이 낮은 것이라고 설명한다고 밝혔는데, 이 설명 자체가 젠더 패러독스론이 자살의 의료화-정신병리화를 승인한 것이다. 따라서 기존에 진보적 설명으로 제시된 젠더 패러독스론을 비판적으로 극복해야 자살의 의료화도 더 잘 비판할 수 있다.

우울증이 자살과 연관이 있다는 것은 현대에는 상식처럼 널리 퍼진 얘기지만 역사적으로 보면 극히 최근에 만들어진 이야기이다. 에단 와터스(Ethan Watters)의 『미

국처럼 미쳐가는 세계』에 따르면 일본에서 우울증은 자살과 연결돼서 생각되는 질환이 아니었다. 일본인들은 자살이 도덕적 또는 철학적 의미를 지닌 의도적 행위라고 생각했다. 자살의 유행 또는 자살 행위 자체를 정신질환의 결과로 보는 공통의 여론도 존재하지 않았다. 일본의 역사, 문학, 영화에는 일본 무사가 할복을 하거나 제2차 세계대전에 참전한 병사들이 포로가 되지 않으려고 목숨을 끊는 등 ‘고상한’ 자살 이야기가 많이 등장했다. 1998년에 정신의학자인 마사오 미야모토가 자살 증가와 우울증 사이에 큰 연관성이 있다고 보지 않는다고 말했다고 했을 때, 이것은 그만의 생각이 아니었다. 즉 자살은 우울증에 걸려 정신이 나약해진 바람에 하는 게 아니라 강인한 정신력으로 자살을 한다는 견해가 강했다. 그런데 우울증약을 만들어 파는 제약회사가 우울증이 마음의 감기라며, 흔하게 걸리고 약이 필요한 위험한 질병이라는 얘기를 퍼뜨리면서 자살과 우울증을 연관시키는 담론이 크게 확산되었다. 이런 상황에서는 사람들이 자신의 마음의 고통을 주변에 알리거나 관심을 끌기 위해 ‘자살 시도’라는 방법을 선택할 수 있다고 와터스는 경고한다. 즉 역설적으로 우울증과 자살을 연관시키는 담론 자체가 자살 생각률과 자살 시도율을 높일 수 있다는 것이다 (Watters, 2011).

따라서 자살의 의료화와 젠더 패러독스를 비판적으로 검토하는 이 글은 자살과 관련한 새로운 치유적 담론의 길을 열어놓을 수 있다. 젠더 패러독스가 자살의 의료화보다 더 까다로운 분석을 요구하므로 젠더 패러독스에 대해 다룬 분량이 더 많지만, 이 글은 ‘페미니스트들이 틀렸다’고 얘기하기 위한 것이 아니라 자살의 의료화에 대한 보다 정직한 분석을 요구하는 것이 목적이다. ‘자살했으니 우울했겠지’라는 사고가 만연한 요즘 세태에 우울증 환자의 자살 가능성을 비우울증 환자보다 과도하게 부각하는 것은 역설적인 위험성을 낳는다. 이는 마치 통계상 그렇지 않은데도 이주민이 선주민보다 더 많은 범죄를 일으킬 거라는 편견과 근본적으로 다르지 않다.

결국 자살을 우울증이라는 정신의학적 틀에 가두는 의료화와, 이를 단순히 성별 행위 대본의 차이로 해소하려는 젠더 패러독스는 모두 자살의 진정한 사회적 층위를 가리는 장막이다. 자살을 우울증의 필연적 결과로 상정하는 담론은 고통을 해석

하는 개인의 서사를 빈곤하게 만들며, 때로는 자살 시도를 자신의 비명을 알리는 유일한 언어로 선택하게 하는 비극적 유인을 제공하기도 한다. 젠더 패러독스론 역시 이러한 의료화의 문법을 비판 없이 승인함으로써, 여성의 고통을 수동적인 실패의 영역에 박제해왔다는 비판에서 자유로울 수 없다.

본 글의 목적은 기존 페미니즘적 분석의 파기가 아니라, 자살이라는 복잡한 현상을 설명함에 있어 보다 정교하고 과학적인 토대를 구축하는 데 있다. 여성이 차별받기에 오히려 강한 사회적 결속과 응집력을 갖게 된다는 역설은, 소수자 집단이 자살로부터 자신을 보호하는 기제를 이해하는 새로운 창이 된다. 뒤르케임이 100여 년 전 증명했듯, 자살률은 사회적 통합과 규제의 질서를 비추는 거울이다. 여성의 낮은 자살률을 ‘성공과 실패’라는 기술적 서사가 아니라 ‘차별에 맞선 연대와 사회적 응집의 역설적 산물’로 독해할 때, 우리는 비로소 자살 예방의 실마리를 개인이 아닌 공동체의 회복에서 찾을 수 있을 것이다.

자살은 마음의 병이 낳은 비극이기 이전에, 우리가 어떤 공동체를 구성하고 있는가를 묻는 가장 아픈 사회적 질문이다. 통계의 숫자 뒤에 숨겨진 연대와 통합의 역설을 읽어내는 것, 그것이 자살의 의료화라는 거대한 파고 앞에서 사회과학이 견지해야 할 윤리이자 새로운 치유적 담론의 시작이다. 즉, 약물 처방이나 개인 상담을 넘어선 사회적 연대의 복원과 사회 문제 해결이 진정한 자살 예방 및 사회적 치유의 길이다.

참고문헌

- 김명희. (2025). *다시 쓰는 자살론*. 그린비.
- 보건복지부. (2011). *국민건강통계*.
- 보건복지부. (2021). *2021년 코로나19 국민 정신건강 실태조사 (1분기)*.
- 이수인. (2016). 자살생각에 영향을 미치는 심리적, 사회적 요인의 성별 차이. *조사연구*, 17(4), 67-103.
- 통계청. (2022). *아동·청소년 삶의 질 보고서*.
- 허완. (2020년 11월 14일). *조용한 학살: 20대 여성 자살률이 유례없이 급증하고 있다*. 허프포스트코리아. <https://www.huffingtonpost.kr/article/102805>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Notes from the field: Recent changes in suicide rates, by race and ethnicity and age group — United States, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(6), 160-162.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Provisional suicide deaths in the United States, 2023*.
- Durkheim, É. (2008). *자살론* (황보정우, 역). 청아출판사. (원저는 1897).
- Watters, E. (2011). *미국처럼 미쳐가는 세계* (김한영, 역). 아카이브. (원저는 2010).

기고 영문초록 모음*

Medically Underserved Areas on South Korea's Islands: Emergency Healthcare Disparities and Policy Failures

Kang Jeyun

South Korea's island communities face severe healthcare inequities that routinely cost lives. This article documents multiple cases in which island residents died from treatable conditions — including a young mother on Baengnyeongdo who died after an 11-hour delay for emergency surgery in 2020, and residents of Ulleungdo who perished during maritime evacuation — all because the "golden time" for emergency treatment was lost due to geographic isolation and inadequate medical infrastructure.

Islands like Ulleungdo, despite serving over 12,000 residents and visitors, rely on a single hospital staffed almost entirely by inexperienced public health physicians fulfilling military service obligations. Specialist positions in orthopedics, ophthalmology, and ENT remain vacant; recruitment efforts offering annual salaries of 170 million KRW per physician attracted zero applicants. Smaller islands lack even basic clinics, depending instead on nurse-practitioners or monthly hospital ship visits that require elderly patients to climb ship ladders from small boats.

The article contrasts Korea's approach with Japan's investment of 34.3 trillion yen in rural and island medical infrastructure. While the Korean government has invested trillions of won in island development over

* These English abstracts were translated using AI.

three decades, the overwhelming majority funds civil engineering projects and tourism rather than emergency medical systems or healthcare access. The author argues that sustainable island development must prioritize residents' right to life by establishing emergency medical systems, remote healthcare platforms modeled on Australia's e-health records, and improved maritime transportation, rather than continuing to allocate budgets predominantly to construction and tourism infrastructure.

An Introductory Essay Toward Critical Digital Health Studies

Jeong Seongsik

Digitalization is rapidly reshaping healthcare and everyday health management through telemedicine, AI diagnostics, wearable devices, and health data platforms. While optimism surrounds these developments, fundamental questions about whose interests digital health serves and whether it can reduce health inequities remain largely unasked. This paper introduces the framework of Critical Digital Health Studies as proposed by Deborah Lupton, who argues that digital health technologies are sociocultural artifacts shaped by specific political, cultural, and historical contexts rather than neutral instruments of progress. Lupton offers five theoretical lenses for critical analysis. A political economy approach examines how capitalist structures and commercial interests commodify health data while depoliticizing illness through medicalization and individualized responsibility. Sociomaterialism explores the

entanglement of humans, devices, software, and algorithms as dynamic assemblages that co-constitute meaning and identity. Foucauldian theory analyzes how power operates through discourse, biopolitics, and the extension of the clinical gaze via digital monitoring and algorithmic governance. The phenomenology of embodiment attends to lived sensory and affective experience in human-technology interactions, warning that digitalization may erode the embodied knowledge central to medical practice. Surveillance and privacy theories address the multiple forms of digital surveillance and the unique moral status of health data as inseparable from personal identity. While acknowledging the value of Lupton's multidisciplinary approach, the author notes its limitations, including its pre-generative AI perspective and relative neutrality toward digital health's structural context. Drawing on critical technology theory, the author argues that because digital health develops within a capitalist system that deepens inequality, reducing health disparities requires confronting structural power relations rather than merely refining technology. Producing the knowledge and discourse to challenge these constraints is identified as the core task for future critical digital health research.

The Medicalization of Suicide and the Gender Paradox

Lim Jeong-bin

This article critically examines two dominant frameworks for understanding suicide: the medicalization of suicide, which reduces it to

a consequence of depression and psychopathology, and the "gender paradox in suicidal behavior," which attributes men's higher suicide rates to their choice of more lethal methods while women attempt suicide more frequently but with less fatal means. Drawing on Durkheim's foundational insight that suicide rates reflect levels of social integration and regulation, the author argues that both frameworks obscure the social dimensions of suicide. The gender paradox thesis is challenged on multiple grounds: it cannot account for cross-national and historical variations in suicide rates; it relies on limited data from emergency room visits rather than population-level statistics; and analogous patterns appear between middle and high school students, where no gendered cultural script applies. As an alternative explanation, the author proposes that women's lower suicide rates stem not from failed attempts but from the stronger social cohesion forged through shared experiences of discrimination — paralleling Durkheim's explanation of low suicide rates among Jewish communities and empirical data showing lower suicide rates among Black Americans. The article concludes that suicide prevention must move beyond pharmaceutical intervention and individual counseling toward restoring social solidarity and addressing structural conditions that erode communal bonds.



시민건강연구소

(사)시민건강연구소는 건강권을 기초로 우리 사회와 사람의 삶을 고루 조망하며 다양한 대안을 모색하여 건강권 실현에 기여함을 목적으로 설립되었습니다. 우리 연구소는 모두가 건강한 세상을 위하여 현황과 추세를 살피고 여러 활동과 정책을 평가하며 다양한 대안을 모색합니다.

이러한 활동을 바탕으로 보건의료 개혁은 물론, 건강사회를 위한 대안담론을 만들어가는 연구조직으로 나아갈 것입니다.

우리 연구소는 여러분의 참여와 후원으로 함께 만들어가는 연구공간입니다. 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

주소: 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화: 02-535-1848

팩스: 02-581-0339

홈페이지: <http://health.re.kr>

전자우편: people@health.re.kr

후원계좌: 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소