

비판 건강연구

• 편집인의 글 정백근

특집 선거와 민주주의

- 왜 어떤 고통은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가
- 지역보건의료의 정책운동을 넘어, 정치운동으로: 6.3 지방선거를 앞두고

초점 2026년 4월~6월 주요 논평

- 강남역 사건 이후 10년, 여성은 얼마나 안전해졌을까
- 누구를 위한 반도체 불인가: 풍요의 그늘에 소외된 사람들
- ‘이윤보다 생명’을 위해 투쟁한 이를 기억하며

기고

- 비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란 무엇인가(1) 김창엽
- 디지털 자본주의와 정신건강: 가려진 노동과 권력의 비대칭 김태현
- 여성농민의 눈으로 바라보는 농어촌 보건의료의 현실 한승아

비판건강연구

비판건강연구

Critical Health Studies

2026년 6월 제2권 2호

발행일	2026년 6월 30일
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 2호 2026.6.

시민건강연구소

차례

편집인의 글 정백근 · 6

왜 어떤 고통은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가 사람중심 통합돌봄, 사업이 아닌 원리로 시민건강연구소 · 10

지역보건의료의 정책운동을 넘어, 정치운동으로: 6.3 지방선거를 앞두고
시민건강연구소 · 14

강남역 사건 이후 10년, 여성은 얼마나 안전해졌을까 시민건강연구소 · 19

누구를 위한 반도체 불인가: 풍요의 그늘에 소외된 사람들 시민건강연구소 · 23

‘이윤보다 생명’을 위해 투쟁한 이를 기억하며 시민건강연구소 · 26

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란 무엇인가(1) 김창엽 · 30

디지털 자본주의와 정신건강: 가려진 노동과 권력의 비대칭 김태현 · 38

여성농민의 눈으로 바라보는 농어촌 보건의료의 현실 한승아 · 46

기고 영문초록 모음 · 50

편집인의 글

정백근

(시민건강연구소 소장)

『비판건강연구』 제2권 2호를 발간한다. 흔히 비판은 정책의 문제점을 지적하거나 대안을 제시하는 일로 이해된다. 물론 그것 역시 중요한 작업이다. 그러나 비판은 거기에서 멈추지 않는다. 우리가 너무도 당연하게 받아들이고 있는 지식과 제도, 정책과 상식을 다시 묻는 일이다. 무엇이 문제로 정의되는지, 누구의 경험이 사회적 지식으로 인정되는지, 어떤 현실은 통계가 되고 어떤 현실은 끝내 측정되지 않는지를 질문하는 일이다. 『비판건강연구』가 지향하는 비판 역시 이러한 문제의식에서 출발한다. 건강은 이러한 질문이 가장 첨예하게 드러나는 영역이다. 건강은 질병과 의로서 비스만으로 설명되지 않는다. 노동과 젠더, 지역과 기술, 국가와 자본의 관계 속에서 건강은 끊임없이 구성되고, 건강 불평등 또한 생산되고 재생산된다. 따라서 건강을 비판적으로 연구한다는 것은 정책의 효과를 평가하는 것을 넘어 그러한 정책을 가능하게 만든 지식과 권력의 구조를 성찰하는 작업이다.

이번 호는 ‘선거와 민주주의’라는 특집 아래 이러한 문제의식을 다양한 사회적 장면에서 풀어내고자 하였다. 특집의 첫 번째 글 「왜 어떤 고통은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가」는 섬과 농촌 주민들의 의료 공백이 왜 정책 의제로 전환되지 못하는지를 묻는다. 이 글은 그 답을 자원의 부족이 아니라 진실을 생산하는 절차와 권력의 문제에서 찾는다. 누가 측정하고, 무엇을 측정하며, 누가 그 결과를 인증하는

가의 문제가 곧 무엇이 현실로 존재하는가를 결정한다. 갈 수 있는 병원이 없어 진료를 포기한 사람은 통계에 등장하지 않는다. 이용되지 않은 의료는 수요가 없는 것으로 처리되고, 수요가 없으니 병원도 필요 없다는 자기완결적 논리가 순환한다. 이 글은 그 순환을 끊기 위해 주민의 관점에서 측정들을 재구성하고 주민들의 삶의 경험에 기반한 새로운 지식의 필요성을 제기한다. 이어지는 「지역보건의료의 정책운동을 넘어, 정치운동으로」는 이러한 문제를 더욱 확장한다. 주민의 삶이 전문가의 정책언어로 대체되는 현실을 비판하며, 지역의 경험과 주민의 지식이 의제를 형성하는 정치의 출발점이 되어야 한다고 주장한다. 더 나은 정책을 요구하는 것만으로는 충분하지 않으며, 무엇을 사회문제로 정의할 것인지, 누구에게 문제를 말할 자격이 있는지를 둘러싼 정치 자체를 바꾸어야 한다는 제안이다.

초점에 실린 글들은 이러한 문제의식을 보다 넓은 사회 구조 속에서 확장한다. 「강남역 사건 이후 10년, 여성은 얼마나 안전해졌을까」는 젠더 폭력을 개인의 일탈이 아니라 구조적 불평등 속에서 다시 읽으며, 「누구를 위한 반도체 불인가」는 국가 성장의 화려한 서사 뒤에 가려진 노동과 희생을 드러낸다. 「'이윤보다 생명'을 위해 투쟁한 이를 기억하며」는 우석균 선생의 삶을 통해 건강권 운동이 앞으로 어떤 방향으로 나아가야 하는지를 우리에게 묻는다. 서로 다른 이야기처럼 보이지만, 이 글들은 모두 사회가 무엇을 보게 만들고 무엇을 보지 못하게 만드는가를 비판적으로 성찰한다는 점에서 하나의 흐름을 이룬다.

기고에 실린 세 편의 글은 이 호의 문제의식을 이론과 현실 양 방향에서 심화한다. 「비판건강이론 또는 비판건강연구에서 '비판'이란 무엇인가」는 비판이 단순한 정책평가가 아니라 지식과 권력 자체를 성찰하는 작업임을 제시하며 이번 호 전체의 이론적 토대를 제공한다. 「디지털 자본주의와 정신건강」은 플랫폼과 알고리즘이 정신건강을 어떻게 구조적으로 생산하는지를 분석하고, 「여성농민의 눈으로 바라보는 농어촌 보건의료의 현실」은 농촌 여성의 노동과 건강이 왜 오랫동안 주변부의 문제로 남아 있었는지를 당사자의 경험을 통해 생생하게 보여준다. 비판은 새로운 사실을 추가하는 것이 아니라, 익숙한 현실을 다른 관점에서 다시 읽어내는 작업임을 이들 글은 공통적으로 보여준다.

이번 호를 관통하는 또 하나의 키워드는 주민과 당사자의 지식이다. 지금까지 보건의료정책은 전문가와 국가가 생산한 지식을 중심으로 발전해 왔다. 그러나 주민들이 살아온 경험, 노동자가 몸으로 체득한 위험, 여성이 일상에서 감내하는 불안, 농민이 축적해 온 삶의 지혜는 결코 주변적인 이야기가 아니다. 그것은 사회를 이해하는 또 하나의 지식이며, 기존 질서를 다시 사유하게 만드는 비판의 출발점이다. 건강과 건강 불평등은 누가 현실을 정의하는가의 문제이며, 누구의 경험이 사회적 지식으로 승인되는가의 문제이기도 하다.

『비판건강연구』는 비판을 반대를 위한 반대로 이해하지 않는다. 비판은 현실을 조금 더 효율적으로 운영하기 위한 기술이 아니라, 현실을 가능하게 만든 전제와 권력 관계를 드러내고 다른 사회를 상상하는 실천이다. 따라서 비판은 학문적 작업인 동시에 민주주의의 실천이며, 건강을 권리로 다시 세우기 위한 사회적 과정이다.

우리는 앞으로도 건강을 둘러싼 지배적 질서를 당연한 것으로 받아들이지 않을 것이다. 주민의 경험과 노동자의 삶, 여성의 일상과 지역의 현실, 그리고 지금까지 주변부에 머물러 있던 수많은 목소리를 새로운 지식의 출발점으로 삼고자 한다. 『비판건강연구』가 이러한 비판적 성찰과 집단적 실천을 이어가는 공론장이 되기를 기대한다.

특집
선거와 민주주의

왜 어떤 고통은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가

시민건강연구소 · 10

지역보건의료의 정책운동을 넘어, 정치운동으로: 6.3

지방선거를 앞두고 시민건강연구소 · 14

왜 어떤 고통은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가

시민건강연구소

오늘은 46주년 5.18민주화운동 기념일이다. 그러나 아직 그 역사를 마땅히 기리지 못하고 있다. 헌법 전문에 5.18 민주화운동과 부마항쟁을 명시하고, 계엄에 대한 국회의 통제권한 강화를 추가하는 개헌 국민투표를 6.3지방선거에서 동시 실시하려던 시도가 국민의힘의 반대로 무산되었다. 그것은 선거 국면에서 입법 권력 간의 대결 그 이상이다. 법치국가에서 헌법과 법률, 제도와 행정사무의 기준이 되는 한 문장, 한 단어의 힘을 보여주는 상징적 장면이다.

미셸 푸코는 진실이 발견되는 것이 아니라 권력관계 속에서 생산되는 것임을 보여 준다(《진리와 법적 형태들》, 1974). 진실을 생산하는 절차—누가 측정하고, 무엇을 측정하며, 누가 그 결과를 인증하는가—는 곧 무엇이 현실로 존재하는가를 판가름한다.

작은 섬들은 말할 것도 없고, 병원이 있는 큰 섬에서도 육지에서라면 응급 치료와 수술로 살 수 있었을 사람들이 후송에만 몇 시간씩 걸리는 배 안에서, 길 위에서 죽는다. 아니, 육지라고 안전하지도 않다. 얼마 전 청주에 살던 산모는 전국 41개 병원에 연락을 하고도 응급 분만병원을 찾지 못해 아이를 잃었다. 이런 이야기들은 사람들의 공분을 사고 잠시 떠올랐다가 사라진다. 정치공동체란 사람들의 생명과 안전을 책임지겠다는 약속이 그 본질이다. 그런데 왜 이 일들은 세상을 바꾸는 지식이 되지 못하는가. 왜 정치를 움직이는 진실의 힘을 갖지 못하는가.

한국의 지역 보건의료 불평등을 둘러싼 지식과 진실은 누가 생산하는가. 공식적으로 보건복지부의 의료자원통계, 기획재정부의 예비타당성조사, 국민건강보험공단의 진료비 데이터를 통해 주민들이 보장받는 의료서비스의 실체가 구성된다.

그렇다면 몇 시간씩 배를 타고 온 섬주민들의 진료와 집앞 10분 거리에 병원이 있는 도시 주민의 진료는 같은 이용량이 될 수 있는가? 진료할 의사가 없는 무늬만 병원일 뿐인 섬 병원은 지하철 역앞에 줄지어 늘어선 도시의 병원들과 같은 1개의 시설로 수치화해도 되는가? 50세만 되면 두 팔을 들어 옷을 입을 수 없다는 농촌 여성의 근골격계 질환은 도시 여성의 그것과 같은 병인가?

브래드쇼(《A taxonomy of social need》, 1972)는 사회적 서비스와 관련된 필요는 측정방식과 행위 주체에 따라 상이하게 구성된다고 말한 바 있다. 섬과 농촌 주민들이 절실히 감각하는 필요는, 전문가나 제도에 의해 정의되는 규범적 필요나 의료이용량을 바탕으로 사후적으로 측정되는 표현된 필요와 달라서 공식 보건의료체계 안에서 정책 대상으로 인정받지 못한다.

진실 생산 절차의 권력은 측정이 된다고 하더라도 사정이 나아지지 않는다는 데서 오히려 선명하게 드러난다. 진료실에 이르기까지 사람들이 겪어야 하는 접근성의 문제들은 참고사항일 뿐이고, 다른 원인에서 비롯된 같은 증상은 해결해야 할 지식으로 인정되지 않는다. 국제비교에서 유독 최저 수준인 공공병원 병상 비율은 2002년 18.5%에서 2023년 9.5%로 절반 가까이 줄어들었다. OECD 평균(71.6%)과의 격차가 계속 벌어지는 동안, 이 수치는 정책 의제가 되지 못했다. 데이터가 없어서가 아니다. ‘열악한 공공병원’이라는 사실이 권력을 갖지 못한, 부재하는 현실이기 때문이다.

푸코가 말한 ‘심문’의 권력은 여기서 작동한다. 심문은 단순히 사실을 확인하는 절차가 아니라, 무엇을 사실로 볼 것인가를 결정하는 권력 행사이며 정치 행태다. 가령 예비타당성조사는 경제성, 정책성, 지역균형발전을 평가항목으로 두고 있다. 하지만 지역 공공병원 설립에는 경제적 파급 효과를 따지며 접근성이 박탈된 주민들의 고통을 묻지 않는다. 이런 선택 자체가 예타가 중립적 조사가 아니라 진실을 확정하는 권력임을 보여준다.

더 근본적인 문제가 있다. 아예 갈 수 있는 병원이 없어 진료를 포기한 사람은 통계에 등장하지 않는다. 미충족 의료는 측정되지 않고, 이용되지 않은 의료는 수요가 없는 것으로 처리된다. 병원이 없으니 수요도 없고, 수요가 없으니 병원도 필요 없다는 자기완결적 논리가 순환한다.

비가시화는 또 다른 방식으로 작동한다. 공식 통계가 불평등을 포착할 때도, 그것을 구조적 문제가 아니라 개인의 문제로 전환하는 경향이 있다. 농촌 주민들의 건강검진 수검률이 낮다는 사실은 검진 인프라의 부재나 접근성의 문제가 아니라 개인의 건강관리 의식의 부족으로 연결된다. 하루에 두 번 뜨는 배를 타고 반나절이 걸리는 진료를 포기하는 것은 개인의 합리적 선택이다. 이것이 푸코가 말한 ‘시험’의 논리가 작동한 결과다.

그렇다면 무엇을 해야 하는가. 바로 지역보건의료 불평등을 개선하지 못하는 현재의 진실 생산 절차와 진실을 확정하는 권력을 문제 삼아야 한다.

첫째, 주민의 관점에 의거한 측정틀로 바꾼다. 사회적 서비스의 필요 기준이 제공자가 아니라 이용자를 중심으로 달라져야 한다. 화폐 수익을 보장하는 기준에 미치지 못한다고 섬과 농촌 주민의 의료공백을 ‘없음’으로 처리하는 것은 국가의 폭력이다. 주민들이 포기한 진료, 이동에 걸리는 시간, 해결되지 못한 응급상황을 측정하고 가시화해야 한다.

둘째, 진술 자격을 확장해야 한다. 지역보건의료 정책의 결정권은 중앙정부와 전문가에 집중되어 있다. 오랫동안 섬에서 살아온 주민의 경험, 고령자들만 남은 지역에서 고군분투하는 보건진료소 간호사의 현장 지식은 에피소드가 아니라 생생한 데이터이다. 전문가 지식으로 결코 채울 수 없는 주민들의 축적된 지식들이 의사결정의 공식 절차에 체계적으로 반영되어야 한다.

셋째, 정부의 포리부동함을 문제화해야 한다. 정부는 공공병상을 늘리겠다고 약속했다. 그러나 울산처럼 공공병원을 설립하자는 수십만 지역주민들의 서명과 지자체의 자체 용역조사 결과를 인정하지 않고, 중앙정부의 조사와 판단에 따라 일방적으로 불허했다. 그렇게 결정한 근거를 해명해야 한다.

섬과 농촌의 보건의료 불평등은 어떤 현실이 진실로 확정되는가, 누구의 고통이

측정되는가, 누구의 목소리가 정책 언어로 번역되는가의 문제다. 진리가 권력의 산물이라면, 역사적 주체는 새로운 지식을 만들어낼 힘을 가질 수 있다. 선거는 권력관계의 불평등과 지식의 정치성을 공론화하는 시간이다. “몫 없는 자들”의 권리를 당당하게 요구할 때, 진실 생산의 권력관계가 바뀐다.

지역보건의료의 정책운동을 넘어, 정치운동으로

: 6.3 지방선거를 앞두고

시민건강연구소

“국회에서 이런 자리가 마련된 것이 처음이라 마음이 벅칩니다.”

5월 8일 열린 국회 토론회에서 농어촌·도서 지역 참여자(전국여성농민회총연합 신지연 사무총장)의 발언이다. 그가 말한 ‘이런 자리’란, 병원까지 두세 시간이 걸리는 현실, 응급 상황에 대한 막연한 공포, 만성질환 관리의 부재 등을 주민의 관점에서 말할 수 있는 자리였다. 그러나 곱곰이 곱씹어 볼 일이다. 농어촌 의료의 고통이 어제 오늘의 일이 아닌데, 왜 그것을 주민의 목소리로 말할 자리가 2026년에야 처음 마련되어야 했는가. 6.3 지방선거가 코앞이지만, 이 질문에 대한 답 또는 반성은 어느 선거 공보물에서도 찾기 어렵다.

5월 21일부터 6.3 지방선거 공식 선거운동이 시작됐다. 지하철역과 버스 정류장 앞마다 현수막이 펄럭이고, 명함을 내미는 사람, 허리 숙여 인사하는 사람들로 가득하다. 우리는 4년 만에 광역단체장과 기초단체장, 지방의원, 그리고 교육감을 뽑는다. 흔히 지방선거를 두고 ‘풀뿌리 민주주의’가 시작되는 곳이라 부른다. 그러나 정말 그러한가? 공천은 중앙당의 영향력이 크게 작동하고, 유권자는 정작 우리 동네에서 무엇이 결정되는 자리인지 가늠하지 못한 채 거대 양당 정치를 쫓는다. 그 사이 지역의 의제는 종종 중앙정치에 휩쓸려 사라지기도 한다. 몇 해 전 한 지역의 사례

다. 지역 내 유일한 종합병원이 갑작스레 문을 닫은 일이 있었다. 주민의 생명이 걸린 사안으로, 주민 사이에서 ‘병원을 더 이상 시장에만 맡길 수 없다’는 의제가 확산되어가는 듯했다. 하지만 탄핵 정국을 거치면서 중앙 이슈에 모조리 흡수되어 공공 병원 설립이라는 대안은 주민 사이에서 관심을 잃게 되었다는 증언을, 당시 활동가에게서 직접 들은 적이 있다.

이처럼 지역 의제가 중앙 정치에 흡수되어 사라지는 구조 속에서, 후보들의 공약이 주민의 절박함을 담아내기란 애초에 어려운 일이다. 이러한 상황에서 후보들의 슬로건은 대부분 “일 잘하는 정치인이 되겠다”는 식의 모호한 문구에 머문다. 누구의 관점에서, 무슨 일을, 어떻게 하겠다는 것인지는 공약을 들여다봐도 분명치 않다. 기초의원으로 내려갈수록 정책 정보는 더 빈약하다. 독자들도 한번 중앙선거관리위원회 홈페이지에서 우리 지역의 삶을 실질적으로 바꿀 수 있을만한 공약이 있는지 검색해보시라. 보건의료 분야는 전보다 사정이 나아졌다고는 하지만, 여전히 심각해서, 공공병원 확대라는 한 줄짜리 공약이 있거나 해도 감사할 지경이다. 앞선 국회 토론회에서 들었던 절박한 주민들의 목소리는, 정작 그 주민들의 생활권을 책임지겠다고 나선 후보들의 공약안에서는 좀처럼 찾기 어려운 상황인 것이다.

물론, 이 안에서도 작은 변화의 움직임들은 있다. 예컨대 한 경남도지사 후보는 보건의료노조와 접촉하며, 현장의 목소리를 듣기 위한 시도를 했다. 그러나 이때 ‘들려지는’ 목소리는 조직화 역량을 갖춘 노조 또는 활동가 조직에 한정되기 쉽고 그마저도 주로 도청 소재지 인근에 몰려있다는 점에서 한계가 있다. 주변부에서 조직화되지 못한 주민들이 경험하고 있는 일상의 고통과 체념, 요구는 선거 국면 와중에도 여전히 표출될 길이 없는 것이다.

그런데 후보들이 공약에서 주민의 삶과 고통을 진정성있게 다루지 않게 된 근본 원인은 무엇일까. 무엇보다 농어촌, 섬 지역 주민의 고통이 정치사회적으로 충분히 문제화되지 않았다는 점을 지적할 필요가 있다. 그중에서도, 특히 건강과 의료는 경제에 비해 부차적인 것으로 여겨지거나, ‘어쩔 수 없는 것’으로 다뤄져 왔다. 최근 들어 상황이 심각해지면서, 이들의 고통을 문제화하는 시도가 늘어나고 있긴 하지만, 대다수의 경우 공급자의 관점에서 ‘의료 서비스 공급 부족’으로만 문제화되고 있다.

그러나 해법 또한 병원 유치, 의사 확보로 환원된다. 지역의사제라는 정책이 유일한 대안처럼 여겨지거나, '상상력'을 최대한 발휘한 대안으로 여성 공보의 복무 의무화가 논의된다든가 하는 식이다. 이 틀 안에서 주민은 정책의 대상이자 관리의 객체일 뿐, 문제를 정의하고 해법을 모색할 역량과 권한을 갖춘 주체로 등장하지 못한다.

그러나 지역의 어느 위치에 어떤 병원이 필요한지, 주민들이 당장의 삶에서 필요로 하는 것은 어떤 진료 과목이며, 주민들은 어느 길로 어떻게 이동하여 병원에 가거나, 가지 못하며, 만성질환 관리는 어떤 점에서 지속되기 어려운 것인지는 주민이 가장 잘 안다. 이것이 바로 주민의 지역 지식(local knowledge)이다. 문제는 이 지식이 정책 과정에 들어설 자리가 없다는 점이다.

의제 설정 권력에서 주민이 배제되는 이 구조는 어떻게 바뀔 수 있는가. 우리의 한 가지 진단은 이렇다. 보건의료운동이 정책운동을 벗어나야 한다는 것이다. 제도화된 질서 안에서 더 나은 법안과 더 큰 예산을 요구하는 운동에 머물러서는 한계가 있다. 정책운동의 성취를 꾀하려 하는 것이 아니다. 예컨대 좋은공공병원만들기 운동 본부를 비롯한 시민사회가 공공병원 확충 정책 운동을 통해 공공병원이라는 말을 주민 사이에서 알려 온 것은 상당한 성과이다. 다만 정책운동은 그 속성상 행정·전문가가 설정한 제도적 틀과 체제 내부에서 진행되는 운동이기에, 시장화된 의료체제라는 근본 원인까지는 닿기 어렵다는 점도 중요하게 고려되어야 한다.

이제는 주민 중심의 문제화에 기반한 정치운동(정치화)으로 나아가야 할 때다. 여기서 정치운동이란 현실 정치 안에서 더 많은 자릿수와 더 큰 발언권을 확보하자는 의미와는 다르다. 흩어진 요구를 묶어 조직하고, '어쩔 수 없는 것'으로 포기되어 온 문제들을 '정치적으로 해결할 수 있는 것'으로 다시 세우며, 행정과 전문가 권력이 독점해 온 보건의료정책 과정을 주민이 주체가 되어 주도하게 하는 일이다. 이때 주민이 주체가 된다는 것은 찬반 투표나 형식적 의견 수렴 수준의 참여가 아니라, 주민의 지역 지식이 의제 설정 단계부터 작동하는 정치 과정에 들어선다는 뜻이다. 예컨대 정책운동은 이 현실을 '응급의료 자원 부족' 문제로 보고 현재의 체계 내에서 "닥터헬기를 늘리고 응급실 수가를 올리라"고 요구하는 것이라면, 정치운동은 주민의 관점에서 전혀 다른 질문을 던진다. '왜 농어촌과 섬 지역 주민들은 두 시간씩 이동

해야만 응급실에 도착할 수 있는가!'. '왜 그 지역에서는 대중교통이 끊기고, 학교와 병원이 문을 닫고, 일자리가 사라졌는가!'. 정치운동은 이러한 문제들을 하나로 엮어서 '소외된 사람들'이라는 공통의 이름을 만들어내고, 그 이름 아래 흩어져 있던 분노, 요구, 필요, 고통을 묶어 '우리도 같은 시민인가'라고 저항하는 새로운 정치적 주체를 만들어내는 과정 자체이다.

물론 정치운동을 통한 의제 설정 권력의 재편이라는 과제가 한두 번의 시도로 이뤄질 리는 없다. 그것은 결국 주민이 자신의 언어로 문제를 말하는 작은 정치적 행위들이 누적되는 데서 비로소 시작된다. 이 관점에서, 후보를 만난다면 이런 질문을 던져보자. "후보님은 이 지역 어르신들이 어떤 병으로, 어디까지 가서, 얼마를 쓰는지 아십니까?", "우리 마을에서 가장 가까운 응급실까지 두 시간이 걸립니다. 임기 4년 동안, 이 시간을 어떻게 줄이시겠습니까?" 질문을 던지는 행위 자체가 주민의 관점에서 문제를 규정하고 그것을 공적인 의제의 장으로 침투시키는 정치적 행위다.

요컨대 정치화란 주민의 관점에서 그 문제 틀 자체를 다시 짜는 행위다. 이는 밤에 아플까 전전긍긍하는 농어촌 주민의 고통과 아이를 키울 때 병원이 없어 겪는 불안을 두고 주민들이 "농어촌에서 감히 아플 생각을 하느냐"고 자조하는 것을 넘어, 이것이 '정치적 자원 배분의 문제이자, 충분히 해결 가능한 사회적 결단'의 문제라고 재프레이밍하는 작업이다.

선거가 다가오지만 일희일비하지 말자. 지방선거가 지역민의 삶에 별 영향을 주지 못한다는 비판도 충분히 이해한다. 그러나 선거는 정치운동의 한 과정일 뿐 종착지가 아니다. 좋은 후보가 떨어져도 사회 변화는 멈추지 않는다. 반대도 마찬가지다. 내가 지지하는 후보가 당선된다고 해서 그의 의지만으로 변화가 일어나리라 기대하는 것 역시 금물이다. "국회에서 이런 자리가 마련된 것이 처음"이라는 그 벅찬 말이 머지않아 일상적인 일이 되는 것, 주민의 입으로 보건의료의 문제를 정의하게 되는 것이 당연해 지는 것, 그것이 결국 우리가 만들어야 할 변화의 자리다. 그것은 선거 전에도, 선거 후에도 변함없이 해야 할 우리의 일이다. 고통을 더 시끄럽게, 더 자주, 더 오래 말하자.

초점

2026년 4월~6월 주요 논평

강남역 사건 이후 10년, 여성은 얼마나 안전해졌을까

시민건강연구소 · 19

누구를 위한 반도체 불인가: 풍요의 그늘에 소외된

사람들 시민건강연구소 · 23

‘이윤보다 생명’을 위해 투쟁한 이를 기억하며

시민건강연구소 · 26

강남역 사건 이후 10년, 여성은 얼마나 안전해졌을까

시민건강연구소

2016년 5월 17일 강남역 인근 건물의 화장실에서 한 여성이 살해당했다. 범인이 화장실에 숨어 남성들은 보내고, 여성이 들어올 때까지 기다려 범행을 저질렀다. 이 사건은 많은 여성에게 자신이 ‘여자라서’ 죽을 수도 있다는 감각을 환기시켰다. ‘묻지마 범죄’로 프레이밍 되었던 살인사건을 젠더 기반 여성 폭력으로 다시 프레이밍 하였고, 여성이 일상에서 겪는 불안과 공포를 설명하는 언어로 크게 공명했다. 이는 기존의 폭력에 대해 다시 생각하고 변화를 촉구하는 활발한 움직임으로 이어졌다.

그로부터 10년이 지난 지금, 한국 사회는 얼마나 달라졌을까. 안타깝게도 긍정적으로 답하기 어렵다. 무엇보다 정확한 통계조차 여전히 부족하다. 문제의 심각성과 위험요인을 파악하고 개입해야 할 지점을 찾기 위해서는 신뢰할 수 있는 데이터가 필수적이라는 점이 오래전부터 지적되었지만, 국가 차원의 여성폭력 통계는 여전히 미비하다. 그나마 지난해 말 성평등가족부에서 여성폭력통계를 발표했지만, 현실을 포착하기에 부족한 점이 많다. 국가가 오랫동안 믿을만한 통계를 생산하지 않았다는 것은 결국 이 문제를 충분히 측정하고 관리하지 않겠다는 정치적 선택의 결과라고 볼 수 있다.

그 공백을 메우기 위해 한국여성의전화는 언론보도를 바탕으로 여성살해 통계를 집계해 왔다. 이에 따르면, 친밀한 관계의 남성 파트너에 의한 여성살해 피해자 수가 10년 전에 비해 2025년에 두 배가 넘었다. 일면식 없는 남성에 의한 여성살해 피해자는 작년 한 해 동안 92명이었다. 언론보도된 사건만 집계해도, 약 4일에 한 명의

여성이 일면식 없는 남성에 의해 살해당한 셈이다. 최근에도 광주에서 스토킹 가해자로 신고된 남성이 이틀 후 일면식 없는 여고생을 살해한 사건이 발생했다. 이는 여성살해가 예외적 사건이 아니라 반복적으로 발생하는 구조적 문제임을 다시 보여준다.

물론 정부가 가만히 있었던 것은 아니다. 여성폭력방지기본법을 제정하면서 여성폭력에 대한 정의를 법제화하고, 국가와 지방자치단체가 정책을 세울 근거와 재원을 확보하게 했다. 2021년부터는 스토킹처벌법이 시행되어 스토킹 범죄에 대한 형사처벌도 가능해졌다. 그 밖에도 지자체는 여성안심귀갓길을 조성했고, 경찰은 스토킹 범죄 대응 강화를 위해 여성안전상담관 제도를 도입하는 등의 조치를 시행했다. 그러나 현실은 바뀌지 않았고, 만남과 이별의 자연스러운 과정에서 여성은 불안에 떨며 ‘안전하게 이별하는 법’ 등을 검색하며 살아가고 있다.

국가는 대체로 언론의 주목을 받은 이후에야 뭔가 조치를 취하는 듯 했고, 이는 주로 사법과 처벌, 보호에 방점이 찍혀있다. 하지만 그나마도 잘 작동하지 않아서 여성 살해를 막지 못하고 있다. 그러나 개인을 처벌하고, 또 개인을 보호하는 것에만 초점이 맞춰질수록, 폭력이 구조적 젠더 불평등 속에서 발생하고 있다는 사실은 오히려 가려진다. 사회경제적 자원의 격차, 가부장적 문화와 젠더 규범 등은 여성을 쉽게 종속적 위치에 놓는 한편, 통제와 지배 등을 남성성의 일부로 승인하는 사회는 여성에 대한 왜곡된 인식과 폭력 위험을 높인다.

강남역 근처 화장실에서 여성을 살해한 가해자는 “여자들이 자신을 무시해왔다”고 진술했다. 살면서 남성들에게는 무시당한 일은 없었던 걸까. 왜 그는 자신이 받은 좌절과 분노를 여성에게 쏟아냈을까. 광주의 여고생을 살해한 남성은 “사는 게 재미없어” 그랬다고 진술했다. 이러한 동기는 결코 특별하거나 예외적인 것이 아니다. 앞서 언급한 한국여성의전화 보고서에 따르면, “나를 무시하는 것 같아서”, “나와 성관계를 해주지 않아서”, “기분이 나빠서”, “그냥” 등의 이유로 여성을 살해했다. 친밀한 관계에서 여성을 살해한 경우에도 “생일을 챙기지 않아서”, “잠꼬대를 해서”, “몸이 아파서” 따위를 이유로 들었다. 반대로 이러한 이유로 남성을 살해했다는 여성의 이야기는 우리는 거의 들어본 적이 없다.

이처럼 반복되는 패턴을 개인의 일탈로만 설명할 수는 없다. 가해자들의 인식 속에서 여성은 감히 자신을 거부하거나 무시할 수 있는 동등한 존재가 아니었다. 이러한 인식은 분명 사회적 관계, 문화를 통해 공유되는 것이지만, 사회는 이를 조현병, 분노조절장애, 이상 동기 등 몇몇 위험한 개인의 일탈로 치부하고, 정상성의 바깥으로 추방해 버리려 한다. 그럼으로써 구조에 관한 질문은 지워진다. 그러나 바로 이러한 사회적 인식과 대응 방식 자체가 구조적 젠더 불평등의 작동에 여실히 보여준다.

구조적 차별이 존재할 때, 우리는 차별로부터 이득을 얻는 다수를 설득해 나가는 정치를 기대하지만 현실은 그 반대다. 당장 제도 정치인들 스스로가 차별의 강력한 수혜자가 아닌가. 지금까지 반복해 왔듯 이번 지방선거를 앞두고도 여성 후보를 별로 찾아볼 수 없다는 점이 구조적 젠더 불평등의 한 측면을 투명하게 보여주고 있다. 구조적 성차별 자체를 부정하고 여가부를 폐지하려 했던 이전 정부와 비교할 수는 없겠지만, 남성 역차별을 여러 차례 언급한 이재명 정부 역시 구조적 성차별에 개입하기 위한 정책에 무관심한 것은 마찬가지다.

결국 필요한 것은 젠더 불평등 구조에 균열을 내기 위한 담론의 확장이다. 공분을 사는 사건이 일어날 때마다 잠시 여성 안전을 말하고 대책을 내놓지만, 정작 구조 자체는 건드리지 않는 방식은 기만적이다. 그리고 여성 ‘보호’와, 가해자 ‘처벌’만 강조하는 구도 속에서 가해자는 괴물 같은 예외적 존재가 되고, 여성은 권리 주체가 아니라 보호받아야 할 대상으로 남는다. 반면 국가는 불평등 구조를 재생산해 온 책임에서 비켜서며, 스스로를 국민을 보호하는 중립적 주체로 위치시킨다.

강남역 사건 이후 10년간 한국 사회는 ‘묻지마 살인’을 ‘여성살해’라는 언어로 다시 이해해 왔다. ‘운이 나빠서’ 살해당한 것이 아니라 ‘여성이라서’ 살해당해 온 것이라는 사실을 이제는 많은 사람이 믿고, 그러한 언어로 문제를 해석하고 있다. 여성살해 사건이 더 이상 개별적 비극으로 소비되지 않고, 여성의 불안이 예민하거나 과장된 것으로 취급되는 구조를 바꾸기 위해서는 더 많은 사람이 구조적 젠더 불평등을 말해야 한다. 여성살해를 비롯한 수많은 사회적 문제를 설명하고, 해결을 모색하는 공적 언어로 자리 잡게 해야 한다. 공론장에서 이러한 언어를 쌓아나가는 것만으로 저절로 구조적 문제가 저절로 해결되지는 않는다. 그러나 이러한 과정 없이 구조적

문제가 결코 해결될 수 없다는 점 또한 분명하다.

누구를 위한 반도체 불인가 : 풍요의 그늘에 소외된 사람들

시민건강연구소

삼성전자와 SK하이닉스의 실적으로 국가 재정이 들썩이고 있다. 반도체 기업의 사상 최대 실적과 성과급 지급으로 100조 원 이상의 역대 초과 세수를 기록할 전망이다. 한다. 정부 고위 관계자들은 국제 금융 무대에서 한국 경제의 장밋빛 미래를 설파하기 바쁘다. 초과 세수를 로봇, AI인프라, 소형모듈원전(SMR) 등 인공지능 대전환에 대응하기 위한 혁신 분야에 집중 투자하겠다는 방침도 공식화됐다. 숫자만 보면 이 나라의 앞날은 밝다. 하지만 이 서사는 어딘가 낮익다. 수출이 늘면 국가가 부강해지고, 우리도 잘 살게 된다는 발전국가의 논리가 지금의 반도체 호황을 바라보는 시선과 닮아 있다. 무엇이 성장을 의미하는가? 누구의 관점에서 성장인가? 이 질문이 빠진 자리에서, 국가의 호황은 늘 모두의 것처럼 쓰인다.

반도체 불 이전에는 삼성전자 반도체에서 반올림을 떠올린 이들이 많았다. 2007년 삼성전자 반도체 공장에서 일하다 백혈병으로 숨진 고 황유미 씨의 죽음을 계기로 결성된 이 단체는 지금도 활동하고 있다. 지난 5월 6일, 반올림은 삼성전자 서초사옥 앞에서 기자회견을 열었다. HBM(고대역폭메모리) 반도체 칩을 연구하던 고 김치엽 연구원이 입사 1년이 채 안 된 2025년 3월, 과로와 성과 압박 끝에 스스로 생을 마감한 사건에 대해 산재 신청을 제기하며 진상 규명과 재발방지 대책을 요구한 자리였다. 19년 전 생산직의 백혈병에서 시작된 반도체 잔혹사는 2026년 현재 최첨

단 R&D 연구직의 과로사로 진화했다. 사측은 지금까지도 침묵하고 있다. 호황의 한 복판에서 터져 나온 이 비극은 반도체 호황의 어두운 그늘을 보여주는 단면이다.

나라가 좋아지고 있다는 서사에 가닿지 않는 사람들이 있다. 반도체 대기업의 율타리 밖에 존재하는 하청업체와 비정규직 노동자들에게 임금과 고용 불안은 호황 이전과 다르지 않다. AI에 영향 받는 사람들(affected person)은 말할 것도 없다(시민 건강논평 바로가기). 플랫폼·서비스직 노동자들이 겪는 일자리 대체 속도와 정신적 압박을 살펴본다면, 이것은 호황이 아니라 재앙에 가깝다. 반도체 호황과 무관하게 오래된 문제들은 여전히 제자리다. 도입된 지 22년이 다 되어가는 고용허가제는 이주노동자를 산업재해 위험의 최전선에 내몰았고, 올해에만 벌써 16명의 이주노동자가 일터에서 목숨을 잃었다. 살아남은 이들의 사정도 다르지 않다. 농촌의 계절 이주노동자들은 최저임금도 보장받지 못한 채 24시간 감시와 위협 속에 일하고 있다. 기후 재난의 고통을 온몸으로 마주하는 동자동 쪽방촌 주민들은 2021년 공공개발 발표 이후 5년이 지난 지금도 0.5~1.5평의 좁은 공간에서 살아가고 있다. 이들의 이야기는 국가의 성공과 무관하고, 어떤 성장 지표에도 집계되지 않는다.

이 같은 소외가 우연은 아니다. 자본주의 체제 아래 국가는 즉각적인 이윤을 창출하는 반도체는 미래를 위한 투자로 규정하지만, 무너진 지역의료를 살리는 일은 물론, 아픈 이를 돌보고, 취약계층의 생계나 주거를 보장하는 일은 비용 혹은 시혜적 지출로 취급한다. 성장의 과실은 국가 경쟁력이라는 이름 아래 다시 자본의 확장으로 순환되고, 사람의 생존을 지탱하는 사회적 기반은 언제나 후순위로 밀려난다. 그 결과 불평등은 심화되지만, 국가의 성장 지표는 계속 오르면서 그 간극은 좀처럼 가시화되지 않는다. 지방선거에서도, 초과세수 활용 논의에서도, 보편적인 사람의 삶이 중심 의제로 다뤄지지 않는 이유다. 이것은 누군가의 악의가 아닌 체제가 작동하는 방식 자체가 만들어낸 결과이기도 하다.

국가 경제지표와 개인의 삶을 동일시하는 정부의 투자는 물질 토대 측면에서 불평등을 극도로 심화할 뿐만 아니라 인식과 문화 영역에서도 심각한 사회적 불안을 낳는다. 호황의 온기가 나에게 미치지 않는다는 감각은 공동체 구성원들에게 상대적 박탈감을 심어주고, 점차 사회적 분열과 갈등으로 표출되어 국가 통치 차원에서도

간과할 수 없는 위기 요인으로 작용하기 때문이다. 더욱이 현재의 공론장에서 상대적 박탈감의 목소리가 대기업에서 고연봉을 받으며 자신들의 권리를 조직적으로 표명할 수 있는 집단에 치우쳐 있어 발화 권력의 불평등이 공고히 자리한다. 이 격차를 방치한 채 사회적 갈등은 결코 해결 될 수 없다는 점에서, 국가 통치의 방향성은 권력에서 소외된 이들의 삶을 먼저 살피고 보장함으로써 성장을 도모하는 데 맞춰져야 한다.

인식 측면에서도 AI 반도체 산업의 초과이윤이 개별 기업의 기술력만으로 만들어지지 않았다는 사실을 기억해야 한다. 반도체를 생산하기 위해 위험을 감내해 온 수많은 비정규직·하청 노동자들, 노동자를 키워낸 지역의 학교와 병원, 그 노동자의 부모와 아이를 돌봐온 인력, 지역경제를 떠받치는 이주민들의 일상과 노동, 세제 혜택과 공공 인프라, 국가가 수십 년에 걸쳐 쌓아온 교육과 사회 기반의 집합적 기여가 커켜이 쌓여 반도체 호황이 가능했다. 반도체 이익을 어떻게 배분할 것인가 하는 논의는 사회적으로도 필요하다. 그러나 기술적 논의에 앞서, 반도체 호황이 누가 있었기에 가능했고, 누구의 삶을 소외시키고 있는지 먼저 물어야 한다. 성장이 곧 좋은 삶이라는 등식, 국가의 번영이 곧 나의 번영이라는 서사가 일종의 집단적 착시는 아닌지 질문해야 한다. 이 질문이 공론장의 중심에 설 때, 반도체가 호황이건 위기이건 우리가 지향하는 사회와 각자가 어떤 삶을 상상하고 있는지를 묻는 일이 국가와 시민 모두의 과제가 될 수 있다.

‘이윤보다 생명’을 위해 투쟁한 이를 기억하며

시민건강연구소

한 의사가 세상을 떠났다. 많은 사람에게는 낯선 이름일지 모르지만, 이 사회의 많은 사람이 알게 모르게 빚지고 있는 이름이기도 하다. 우석균 선생은 노동자 건강권에 대한 고민에서 시작한 성수의원에서 20년이 넘는 세월동안 노동자, 미등록 이주노동자, 장애아동과 그 가족, 노인, 성소수자 등 의료 접근이 쉽지 않은 이들에게 문턱 없는 의료를 제공했다. 스쳐가듯 환자를 보는 것이 일반적인 진료실 풍경이 된 지 오래지만, 그는 환자가 ‘이래도 되나’ 싶을 정도로 시간과 관심을 쏟으며 요즘 어떻게 지내는지, 어떤 일을 하는지를 꼼꼼히 물었던 의사였다.

그러나 그는 단지 좋은 의사이기만 한 것은 아니었다. 건강권을 둘러싼 투쟁의 자리마다 그가 있었고, 그 투쟁들 중 일부는 지금 우리가 딛고 있는 담론과 제도가 되었고 일부는 시민사회와 보건의료영역의 중요한 의제로 이어졌다. 의료를 개인의 책임이 아니라 사회적 권리로 바라보고, 자본주의 사회에서 건강 불평등을 정치경제적으로 이해하며, 노동과 소득, 주거와 차별의 문제까지 연결해 고민했던 그는 보건의료운동의 중요한 길을 만들어낸 사람이다. 구체적으로 관여했던 활동은 의료민영화 저지 투쟁에서부터 반전운동에 이르기까지, 다 이야기하자면 끝도 없다. 우리는 그의 삶과 발자취를 공적으로 기억하고 추모하는 일이 그 자체로 큰 의미가 있다고 생각한다.

‘좋은 의사’로서의 그의 삶은 많은 의료인에게 의미를 갖는다. 경제적 보상을 위해 의대에 진학하는 것이 당연시되고, 비급여 진료를 늘려 수익을 극대화하는 방법을

컨설팅받는 것이 문제화되지 않는 분위기 속에서, 의료는 상품이 아니라며 환자들의 부담을 줄이고 누구나 필요할 때 의료서비스를 제공하는데 전념했던 의사의 삶은 그 자체로 지금의 흐름에 대한 저항이었다. '이윤보다 생명'이라는 말이 교과서에서나 불법한 말이 되는 시대에, 그의 삶은 그 말이 현실 속에서 살아있는 의미를 가질 수 있음을 보여주었다.

그러나 그의 삶을 한 명의 훌륭한 의사의 미담으로만 기억하는 것은 그가 남긴 뜻을 충분히 이어가는 일이 아닐 것이다. 문턱 없는 병원이 예외적 선의에 기대지 않고 보편적 구조로 자리잡도록 만드는 과제가 우리에게 남겨졌다. 더 나아가 진료실 바깥에서 이어간 사회 변혁을 위한 그의 헌신도 기억해야 한다. 추상적인 가치를 말로 이야기하는 것은 그리 어렵지 않다. 그러나 그것을 자신의 삶으로 구현하기란 여간 어려운 일이 아니다. 그는 단지 시간이 날 때만 틈틈이 정치적 구호를 외치거나, 당위적으로 말만 엮는 활동가가 아니었다. 자신이 가진 것을 모두 건 사람처럼, 자신의 위치에서 할 수 있는 모든 것을 다했다. 지금의 구조는 너무 공고해서 다른 형태를 떠올리기조차 어렵고, 변화의 가능성 자체를 의심하게 되는 때가 많다. 그런 시대에 그의 말과 삶의 궤적은 다른 의사, 다른 의료를 상상할 수 있게 하는 힘이 있다.

우석균 선생은 의사이자 전문가로서의 권위를 자신의 명예를 위해 사용하지 않았다. 그는 자신이 가진 자원을 현장의 노동자와 환자, 장애인과 사회적 약자들에게 힘을 실어주기 위해 사용했다. 그러나 그의 실천은 전문가가 약자를 대신해주는 시혜에 머물지 않았다. “풀뿌리 투쟁 없이는 어떠한 법과 제도도 의미 있는 변화를 이룰 수 없다”는 그의 신념은, 사회를 바꾸는 힘은 결국 주민과 당사자에게서 나온다는 믿음이었다. 그는 의료의 문턱을 낮추는 일도, 건강권을 확장하는 일도 시민 스스로가 권리를 요구하고 함께 조직될 때 비로소 지속될 수 있음을 일러주었다.

그가 투쟁했던 사안들은 여전히 현재진행형이다. 그 싸움은 때때로 놀라울만큼 같은 모습으로 등장하기도 하고, 때로는 형태만 바뀌어서 이어지기도 한다. 건강 불평등은 더욱 심화되고, 의료의 상품화는 기술과 시장의 변화 속에서 새로운 모습으로 반복되고 있다. 이러한 문제는 소수의 헌신이나 몇몇 전문가의 양심만으로 해결될

수 없다. 진정으로 그의 투쟁을 잇는다는 것은 그가 만들고자 했던 문턱 없는 세계를 사회의 보편적 구조로 만드는 일이며, 이를 지속 가능한 힘으로 조직하는 일이다. 환자와 돌봄 당사자, 노동자와 장애인, 지역 주민과 현장의 비의료 노동자들이 의제를 만들고 운동의 중심에 설 때 비로소 병원의 문턱이 낮아지고, 건강권이 보편적 권리로 자리 잡을 수 있을 것이다.

우석균 선생의 삶을 기억한다는 것은 한 사람의 헌신을 기리는 데 머무르지 않고, 그가 남긴 과제를 우리 모두의 과제로 만드는 일일 것이다. 의료는 시장의 상품이 아니라 사회가 함께 책임져야 할 공공적인 것이라는 점을 더 많은 사람이 받아들이고, 환자로서, 장애인으로서, 노동자로서, 지역주민으로서 각자의 자리에서 목소리낼 때 이윤보다 생명이 우선하는 사회가 가능해진다. 우리 연구소 역시 그 목소리들이 모일 수 있도록 담론을 만들고 연대를 넓혀가기 위해 할 수 있는 일을 다할 것이다.

기고

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란
무엇인가(1) 김창엽 · 30

디지털 자본주의와 정신건강: 가려진 노동과 권력의
비대칭 김태현 · 38

여성 농민의 눈으로 바라보는 농어촌 보건의료의 현실
한승아 · 46

비판건강이론 또는 비판건강연구에서 ‘비판’이란 무엇인가(1)

김창엽*

(시민건강연구소 이사장)

우리에게 익숙한 비판 개념은 예를 들어 “A 사업은 방법이 잘못되었다”든지 “B 정책은 이 문제를 해결하는 데 적절하지 않다”라는 형태로 표현된다. 여기에서 비판이란 적합하다, 효과를 달성할 수 있다, 과학적이다 등의 특성과 일치하지 않는다고 판단하고, 그런 내용과 실질을 문제 삼는 실천을 가리킨다.

푸코적 의미의 비판은 이와 달리 어떤 실천이 그 자체로 옳다 그르다 하는 행위라기보다 사회적으로 수용하는 실천이 토대로 삼고 있는 가정, 담론, 상식, 규범과 윤리, 가치 판단, 신념, 직관 등을 검토하는 작업을 뜻한다(Foucault, 2000:456). 예를 들어, 이런 의미에서 지역사회 통합돌봄 사업을 비판한다는 것은, 정책/사업 내용이나 체계 구성, 접근 방법과 수단 등이 옳다 그르다를 따지는 것이라기보다는 ‘지역사회’가 무엇을 뜻하는지, 한국에서 지역사회는 존재하는지, 왜 ‘지역사회’ 접근인지, 왜 ‘통합’을 내세우는지, 누가 어떤 배경에서 이런 접근을 ‘진리화’ 하는지 등을 검토하는 작업이다.

* cykim@health.re.kr

I. 비판 대상으로서의 지식

푸코의 비판 개념의 핵심 대상은 지식과 권력이다(푸코, 2016:67).

그 어떤 지식도 소통, 기록, 축적, 이전의 체계 없이는 형성되지 않는데, 이 체계는 그 자체로 권력의 한 형식이며, 그 체계의 실존과 기능 속에서 다른 권력 형식과 연결된다. 반면 그 어떤 권력도 지식의 추출과 점유 그리고 분배, 혹은 지식의 압류 없이는 행사될 수 없다....한편에 인식이 있고 다른 한편에 사회가 있는 것이 아니다. 혹은 한편에 학문이 있고 다른 한편에 국가가 있는 것도 아니다. 그저 '지식-권력'의 근본적 형식들이 있을 뿐이다.

이런 의미에서는 ‘만고불변’의 지식이 있을 수 없고, 역사적, 사회적 맥락에 따라 ‘진리’는 달라질 수 있으며, 과학과 과학적 지식 또한 역사적, 사회적 맥락과 무관하지 않다.

건강정책에 관한 지식도 마찬가지다. 건강 수준과 건강의 결정요인, 좋은 돌봄, 노인의 보건의료 필요와 요구, 의사 인력 부족의 원인 등의 지식은 역사적으로 특정한 어떤 권력관계 안에서 만들어지고 확산한다. 한국적 상황에서 지식은 대체로 서양 현대의학의 관점을 따르고, 사회적, 구조적이기보다는 개인적이며, 계급, 젠더, 국가와 경제, 도시-농촌, 전문성-비전문성 등 기존의 불평등한 권력관계에 기초하기 쉽다.

지식을 적용하거나 활용하는 맥락도 중요하다. 과거부터 지금까지 의료전달체계와 거점 의료기관이라는 요소를 국가보건의료체계의 ‘진리’처럼 간주하지만, 역사적으로 이러한 지식은 환자의 편의보다는 국가 수준에서 보건의료자원의 효율성을 추구하는 과정에서 지식 권력을 획득했다고 해야 한다. 사회보험 방식의 건강보장과 조세 기반의 건강보장 중 어느 쪽을 선택할지를 두고, 과학적 지식의 옳고 그름이 판단기준이라고 믿는 사람은 없을 것이다.

II. 지식 노동의 아비투스과 성찰성

사회학자 부르디외의 개념을 빌리면, 우리 대다수의 사고와 실천은 ‘아비투스’에 간혀 있다. 지식과 지식노동도 마찬가지다. 한국의 보건의료 지식노동자 대부분은 의사면허 관리 주체를 국가로부터 지방정부로 옮길 수 있다고 상상하지 못한다. 중앙 정부와 지방정부의 관계에 관한 사고가 하나의 아비투스 속에 있기 때문이다.

아비투스는 사고와 행동, 실천을 규정하고 규율하는, 말하자면 주체에게 관철된 ‘내면화된’ 객관성이다(이상길, 2015:532-3).

‘사회적인 것’은 개인 안에 특정한 방식으로 느끼고 생각하고 행동하는 지속적인 성향이자 구조화된 기질의 형식 아래 침전된다(“외재성의 내면화”). 이렇게 형성된 아비투스는 개인의 모든 경험을 통합하면서 매 순간 지각, 평가, 행동의 매트릭스로서 기능한다....개인은 이전의 실천과 경험에서 획득된 도식을 비슷한 상황에 전이시킴으로써 무한히 다른 상황과 과제에 적응할 수 있게 된다는 것이다(“내면성의 외재화”). 아비투스는 새로운 맥락에 대한 즉흥적이고 창조적인 대응을 낳는다. 그런데 거기에는 언제나 모호성, 유동성이 있을 수밖에 없다. 새로운 실천의 원동력인 아비투스는 동시에 실천에 일정한 한계를 부여하는 요인이기도 하다. 그것이 내면화한 과거의 객관적 조건들이 현재 시점의 조건들과는 다르기 때문이다. 아비투스와 구조 사이에는 일종의 변증법적 대결이 존재한다. 이는 아비투스가 드러내는 나뭇의 자율성과 제한점을 설명한다.

이런 아비투스는 일상과 밀접한 관련이 있다. 사회적 공간으로서 일정한 장(field)을 전제할 때 아비투스는 “행위자가 언제나 예측 불가능하고 변화하는 상황에 대응할 수 있게 해주는 전략 생성의 원리이자...지속적이고 전이 가능한 성향 체계로서, 과거의 경험을 통합하면서 매 순간 지각, 평가, 행위의 매트릭스로 기능하며, 한없이 다양한 과업의 수행을 가능하게” 한다(부르디외와 바캉, 2015:63). 우리의 일상인 지식노동의 아비투수도 다르지 않다.

이런 위기 상황을 제외하면 노동으로부터의 소외는 대체로 느린 위기의 형태로 다가오며 이에 대한 반응과 적응도 일상화한다. 이는, 체제와 개인 수준에서 아비투스 와 습관이 여러 기술을 통해 자아를 형성하는 데 간여하기 때문이다(Akram & Hogan, 2015). 대부분 사람에게 노동과 소외, 그리고 그에 대한 대응은 ‘루틴’이 되고, 위기를 맞지 않는 한 이를 포함한 기존 아비투스가 그런 루틴을 강화하는 효과를 생산한다.

아비투스는 일반적으로 완고하게 현실에 고착되는데, 부르디외의 이 이론이 ‘구조 결정론’을 벗어나지 못했다고 비판받을 정도다. 이런 특성의 아비투스를 갱신 또는 수정해야 하는 대표적 조건이 자신의 ‘장’에서 위기를 맞을 때이다. ‘장’이 변동하면 흔히 기존 아비투스는 위기에 처하고 새로운 장에 맞는 새로운 아비투스를 구성해야 한다. 지식노동의 경우에는 대학 또는 대학 내의 단과대학이나 학과, 연구소, 학회, 자신이 속한 학계 등이 ‘장’이 될 수 있다. 민간 회사에서 일하다가 공공기관으로 옮기면 지식노동의 목표와 과정, 방식을 다 바꿀 수밖에 없다. 외국 대학으로 진학하면 언어, 문화, 생활양식 등 모든 측면에서 기존 아비투스가 위기를 맞는다. 이러한 새로운 아비투스는 사실상 강요받는 것으로, 대부분 사람에게 일상적인 사태는 아니다.

비판건강정책의 비판은 이런 지식노동의 (완고한) 아비투스를 벗어나는 문제, 그리고 그 가능성과 관련이 있다. 대부분 사회이론은 행위 주체의 실천은 성찰성(reflexivity)에 좌우되는 것으로 이해한다. 비판을 지식노동의 아비투스와 관련되었다고 이해하면, 이 또한 성찰성이라는 과제를 벗어나지 않는다(성찰성을 아비투스의 하나라고 볼 수도 있다).

아비투스로서의 비판 또는 ‘무비판’을 검토하기 위해서는, 특히 지식노동의 아비투스에 대해서는 부르디외가 말하는 지식과 성찰성의 관련성에 주목할 필요가 있다. 그는 지식을 다루는 시선을 흐릿하게 만드는 편향을 말하면서 “개별 연구자의 사회적 출신 성분과 좌표(계급, 젠더, 민족 등)와 연구자가 “광범위한 사회구조 내에서가 아니라, 학문장이라는 소우주, 더 나아가 권력 장에서 차지하는 위치와 관련”된다고 지적했다(부르디외와 바캉, 2015:93). 전자는 설명을 보탬 필요가 없을 터이고, 후자는 예를 들어 세계적으로 ‘권위자’로 인정받는 미국 학자가 한국 문제를 연구할 때

어떤 관점으로 접근할지를 생각하면 쉽게 이해할 수 있다.

이런 두 가지 편향이 쉽게 인식할 수 있는, 어떤 점에서는 비교적 자주 성찰성의 대상이 될 수 있는 것과 비교해, “대상의 구성 행위 속에서 끊임없이 탐문되고 중화되어야만 하는... 이론, 문제, 그리고 학술적 판단의 (특히 국가적인) 범주들에 내재하는 집단적인 과학적 무의식”은 “사유의 사유되지 않은 범주들”이기 때문에 체계적으로 탐구하기가 쉽지 않다(부르디외와 바캉, 2015:95). 도시 중산층 출신 연구자가 건강의 지역 불평등에 큰 관심이 없다면 이는 전자와 관련된 편향이다. 한국의 건강 정책 연구에서 실증주의적 방법과 서구 중심적 이론이 지배적 지위에 있는 것, 그 때문에 이런 방법과 이론들이 진리에 부합한다는 집단적 무의식은 후자의 편향을 유발한다고 할 수 있다.

부르디외가 말하는 성찰성은 후자에 속하는 편향적 지식에 대해 더 중요하다. 그는 성찰성이란 개인이나 개별 연구자가 아니라 “분석 도구와 절차에 내재된 사회적이며 지적인 무의식”이며, 개인 “혼자만의 짐이기보다는 집단적 기획”이어야 한다는 점을 강조한다(부르디외와 바캉, 2015:90). 또 한 가지, 그가 이런 성찰(성)은 교육하고 학습할 수 있고, 실천의 여러 층위에서 의식적으로 작동한다고 이해하는 점도 중요하다(Schirato & Webb, 2002). 이런 맥락에서 부르디외의 성찰성 이론은 인식 주체가 새로운 상황에서 새로운 실천을 통해 “사회적이며 지적인 무의식”을 드러내고 또한 인식할 수 있다고 주장한다. 그는 “연구자들이 주관주의나 상대주의로 빠지지 않고 ‘복수의 관점’을 가지고 서로 경쟁하는 다양한 ‘시점(시각)’의 공간’과 함께 작업해야 한다고 촉구”한다(Kenway & McLeod, 2004).

비판이라는 방법(론)은 아비투스(習性)의 변화와 밀접한 관련이 있는데, 아비투스는 앞에서 설명한 것처럼 구조에 의존하고 완고하게 지속할 가능성이 높다. 지식노동의 아비투스가 비판적 접근에 방해물로 작용할 수 있는 것은 자명한 사실이다. 한국의 지식장에서 분야에 따라 또는 주류 경향을 중심으로 강고한 아비투스가 형성되어 있고, 이를 벗어나 비판적 관점을 내면화하고 또 다른 아비투스로 전환하기는 결코 쉬운 일이 아니다.

잠정적이지만, 나는 성찰성 자체가 아비투스가 되어야 지식 체계모니에 대한 비판

이 가능하지 않을까 생각한다(Sweetman, 2003). 각 개인에게 성찰성이 “특정한 방식으로 느끼고 생각하고 행동하는 지속적인 성향이자 구조화된... 형식”이 되어야, 역설적으로 새로운 아비투스으로 이동할 수 있다. 이에 부르디외가 말한 하나의 집단적 기획, 예를 들어 교육과 학습을 통해 지식노동의 여러 층위에서 의식적으로 비판적 접근이 작동하도록 구조화하는 것이 실천의 한 가지 방법이 될 것이다.

III. 탈학습

지식노동의 아비투스, 그리고 성찰적 아비투스에는 제도적인 학습 과정의 영향이 클 수밖에 없다. 의료에서 구체적인 정책, 제도, 사업, 프로그램, 환경 변화를 생각하고 실천하려는 사람 대부분은 제도적 학습, 그리고 이로부터 얻은 지식을 기반으로 한다. 개인의 경험은 개념을 통해, 주로 지식이라는 형식으로 ‘사회적인 것’과 연결되는 것도 사실이다. 우리는 보건의료체계 개념을 어떻게 알게 되었을까, 어떻게 우리 개인의 경험과 연결하고 이해하는 틀로 채택하게 되었을까 등의 질문이 이에 관한 것이다. 또, 보건소가 의료서비스를 중단하고 보건 서비스에 집중해야 한다는 공유 지식은 어떤가?

지식과 개념을 학습하는 것은 혁신 기술의 확산처럼 사회변화에 정(+) 방향으로도 작동하지만, 학습된 지식과 개념은 때로 부(-)의 방향으로, 예를 들어 무의미한 의료 기술이 계속 쓰이는 것처럼 현상 유지에 이바지하기도 한다. 한국 사회가 공유하는, 어쩌면 우리 개인에게 매우 익숙한 체계 개념과 지식이 현재 형태로는 부정적 결과를 초래할 수도 있다. 그렇다면, 성찰적 아비투스에는 기존 학습 과정과 내용을 거스르는 ‘탈학습(unlearning)’이라는 실천이 포함되어야 한다(Rushmer & Davies, 2004).

탈학습이 가능한지 또 어떻게 가능한지는 상당 부분 지식의 권력관계에 달려있다. 즉, 권력이 크고 지배적 지식일수록, 예를 들어 제도 교육을 통해 습득한 지식일수록 탈학습은 어렵다. 양적 방법론이 다른 방법론보다 훨씬 권력이 강하고, 그만큼 탈학습, 즉 질적 방법론과 같은 다른 방법을 상상하고 실천하기는 힘들다. 이는 탈학습이

개인적 실천의 영역이라기보다 상당 부분 구조에 대해, 그리고 집단적, 사회적 실천이 필요하다는 것을 뜻한다.

한국 보건의료 영역의 탈학습 대상으로는 보건의료체계에 관한 지식을 예로 들 수 있다. 거의 전적으로 세계보건기구의 (국가) 보건의료체계 개념을 받아들여 활용하는 것이 현재의 상태다. 이는 하나의 국민국가를 대상으로 보건의료체계를 분석하고 평가하는 데 유용하지만, 어떤 관점과 목표로 체계를 인식하려 하는지에 따라 단점과 한계도 있을 수 있다. 그럼에도 지식과 실천 전반에 미치는 이 지식의 지배력은 다른 체계 이론을 압도한다.

이 지식이 최근의 전공의 이탈이 보건의료 전반에 미친 영향을 잘 설명하지 못한다는 점에서, 탈학습, 성찰성, 아비투스 등과 연결된다. 기존 보건의료체계 이론보다는 ‘복잡적응시스템’ 이론이나 니클라스 루만의 사회체계 이론이 더 설명력이 높을 수도 있다. 물론, 여러 지식은 특정한 사회적 요구와 맥락이 반영되어야 장점과 단점, 효용성을 평가할 수 있을 것이다. 이런 맥락에서 건강정책, 그리고 그 맥락과 조건, 환경으로서 ‘보건의료체계’에 비판적으로 접근하려면, 이 주류 지식 또는 지식 헤게모니에 관한 성찰이 필요하며, 익숙한 기존 지식으로부터 ‘탈학습’이 이루어져야 한다.

참고문헌

- 김창엽. 2025. “방법(론)으로서의 비판”. 비판건강정책학회 연수교육 자료. 2025년 4월 8일.
- 부르디외, 피에르, 로이 바강. 부르디외, 피에르, 로이 바강. 『성찰적 사회학으로의 초대』. 그린비.
- 이상길. 2015. “부르디외 사회학의 주요 개념”. 부르디외, 피에르, 로이 바강. 『성찰적 사회학으로의 초대』. 그린비.
- 푸코, 미셸. 2016. 『비판이란 무엇인가?』. 동녘.
- Akram, Sadiya, and Anthony Hogan. 2015, On reflexivity and the conduct of the self in everyday life. *The British Journal of Sociology*, 66: 605-625. p.612. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12150>.
- Foucault, Michel. 2000. *Power. Essential Works of Foucault 1954-1984*. New Press. p.456
- Kenway, Jane & Julie McLeod. 2004. “Bourdieu’s reflexive sociology and ‘spaces of points of view’: whose reflexivity, which perspective?” *British Journal of Sociology of Education*, 25(4), 525-544. <https://doi.org/10.1080/0142569042000236998>
- Rushmer R, Davies HT. 2004. Unlearning in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13:ii10-ii15. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009506>
- Schirato, Tony, & Jen Webb, 2002. “Bourdieu’s Notion of Reflexive Knowledge”. *Social Semiotics*, 12(3), 255-268. <https://doi.org/10.1080/10350330216373>

디지털 자본주의와 정신건강 : 가려진 노동과 권력의 비대칭

김태현*

(시민건강연구소 사회정신건강센터장)

I. 기존 대응 방식의 한계: 개인화된 정신건강 담론

오늘날 디지털 전환, 유연근무, 플랫폼 경제는 노동자에게 전례 없는 시공간적 자율성을 약속한다. 언제 어디서나 일할 수 있다는 서사는 현대 노동을 해방시킨 새로운 기술적 성취로 각광받고 있다. 2026년 현재 글로벌 각 이코노미(Gig Economy) 시장 규모는 약 1조 1,500억 달러에 달하고, 2030년에는 2조 2,500억 달러를 넘어설 것으로 보인다. 국내에 종사하고 있는 기워커 규모도 2020년 705만 명에서 2024년 869만 명으로 165만 명(23.4%) 늘었다(이지완, 2026). 국제노동기구(ILO)에서도 지난 10년간 웹 기반 플랫폼 노동이 3배 이상, 지역기반 플랫폼 노동이 10배

이상 증가하는 등 관련 노동시장이 급속도로 확대되고 있다고 분석했다. 이와 같은 수치는 단순한 경제적 팽창에 그치지 않고, 플랫폼 매개 노동이 현대 자본주의의 지배적 고용 형태로 자리잡았음을 의미하기도 한다. 문제는 새로운 고용형태가 노동 시장에서 차지하는 비중이 커질수록, 노동자에게 남기는 어두운 징후 역시 개별 사건으로 다룰 수 없는 집단적 규모로 누적된다는 점이다. 가장 뚜렷한 지표 중 하나

* thkim@health.re.kr

가 이들의 정신건강 문제다.

그러나 이러한 위기는 좀처럼 노동 조건 자체에 대한 질문으로 이어지지 않는다. 원인을 개인의 심리적 취약성으로 환원하는 설명 방식이 여전히 지배적인 위치를 점하고 있기 때문이다. 이러한 설명 방식은 1940년대 미국 대기업을 중심으로 시행된 알코올 중독 프로그램(Occupational Alcoholism Program)으로 거슬러 올라간다. 이 프로그램은 이후 1970년 연방정부의 「알코올 남용 및 알코올 중독 예방·치료·재활에 관한 종합법(Hughes Act)」을 거치며, 직원 지원 프로그램(Employee Assistance Program, EAP)으로 제도화된다. 이 과정에서 EAP는 노동 과정에서 발생하는 문제를 기업의 생산성 저하 및 개인의 행동, 심리적 역량의 문제로 프레임화하고, 전문가 중심의 임상적 평가와 상담치료와 같은 단기 개입을 조직 관리의 표준적 대응으로 확립했다(Masi, 2011). 이와 같은 개인화 접근은 학술 담론 내부에서도 재생산됐다. 셀리그먼(Seligman)의 PERMA 모델¹⁾이나 루턴스(Luthans)의 심리적 자본(Psychological Capital) 개념으로 대표되는 긍정심리학 계열의 회복탄력성 연구들은 노동자 정신건강의 해결책을 개인의 내적 자원 축적에서 찾는 지배적 패러다임을 형성했고, 이는 신자유주의적 개인주의와 결합하여 구조적 불평등을 심리적 결핍 문제로 치환하는 효과를 낳았다(Illouz & Cabanas, 2021). 이러한 성격의 연구들은 조직심리학 및 경영학계에서 주류로 자리하고 있으며, 단순한 학문적 경향을 넘어 기업 인사관리 실천과 정책 담론을 구조화하는 헤게모니적 프레임으로 작동하고 있다.

이 흐름은 오늘날 디지털 자본주의 체제 안에서도 계속 이어진다. 대표적인 사례가 직원 복지 프로그램(Employee Wellness Program)이다. 구글, 메타 등 플랫폼 자본을 선도하는 빅테크 기업들은 명상 앱 구독권 제공, 심리상담 바우처, 마음챙김(mindfulness) 등을 복지제도로 도입하며 노동자의 정신건강 문제에 대응하는 듯한 외양을 취하고 있다. 이러한 웰니스 담론은 정신건강 위기의 원인을 개인의 회복탄력성(resilience) 부족에서 찾으며, 구조적 노동 조건의 개선 대신 개인의 자기관리

1) 웰빙을 구성하는 측정 가능한 다섯 가지 요소로 긍정적 감정(Positive Emotion), 몰입(Engagement), 관계(Relationships), 의미(Meaning) 성취(Accomplishment)

역량 강화를 해법으로 제시한다(Stark, 2024). 정신건강 위기를 생산하는 구조는 그대로 둔 채, 개인의 책임으로 관리하도록 유도하는 것이다. 결국 기업의 웰니스 제도와 학술 담론은 서로를 강화하며 동일한 개인화의 논리를 여전히 재생산하고, 정신건강 위기를 생산하는 구조적 조건을 은폐하는 효과를 낳는다. 즉, 지금과 같은 개인화된 정신건강 접근으로는 새롭게 등장한 디지털 노동자의 정신건강 문제를 근본적으로 해결하기 어렵다는 것을 의미하기도 한다.

II. 디지털 노동의 구조적 취약성: 왜 더 깊이 병드는가

플랫폼 경제의 확산과 함께 부상한 디지털 노동자들은 기존 노동자와 다른 방식으로 정신건강 위기에 노출된다. 이들의 취약성은 단순히 노동 강도의 문제가 아니라, 고용 형태, 통제 방식, 비가시성 문제가 중층적으로 결합된 구조적 문제에서 비롯된다.

우선, 디지털 노동자의 상당수는 독립 계약자 혹은 비정규직 형태로 고용된다. 이들은 표면적으로는 자율적 사업자로 분류되지만, 실질적으로는 플랫폼 알고리즘이 설정한 작업 지시와 평가 체계에 종속된다. 이 같은 고용 관계의 법적 모호성은 이들을 노동법의 외부에 위치시키며, 산재보험, 실업급여, 최저임금 보장 등의 안전망으로부터 체계적으로 배제한다. 캐나다 노동자 7,381명을 대상으로 수행한 연구에 따르면, 플랫폼 의존적 노동자들은 임금 노동자나 전통적 자영업자에 비해 유의미하게 높은 수준의 심리적 고통을 경험하고 있고, 재정적 어려움이 고통 수준의 50%를 설명하는 것으로 나타났다(Glavin & Schieman, 2022). 이러한 결과는 그들의 불안정한 고용 환경이 정신건강 악화 위험을 얼마나 크게 높이는지를 말해준다.

둘째, 디지털 노동자는 조직의 가시적 공간 바깥에 투입된다는 점에서 비가시성을 특징으로 한다. 배달 라이더, 플랫폼 종사자, 원격 프리랜서 등은 물리적 사무 공간을 공유하지 않으며, 노동 과정에서 안전 감독과 심리적 지지 모두가 원천적으로 차단된 상태에 놓여져 있다. 더 근본적인 문제는 관리자의 책무성 부재다. 알

고리즘 관리 외에도 교육의 외주화, 평가 책임의 고객 위임 등의 방식을 통해 관리자의 책무성을 축소하고, 노동자가 판단에 이의를 제기할 경로를 갖지 못한 체 제정 정지, 임금 미지급 등의 상황에 노출되더라도 독립적 감독 체계 없이 방치된다.

셋째, 디지털 연결성이 노동과 비노동의 경계를 해체함으로써 디지털 노동자에게는 인지 자원의 만성 소진(exhaustion) 구조가 형성된다. 수요가 발생하는 순간 즉시 반응해야 하는 상시 대기상태를 유지하도록 알고리즘이 유인되며, 이는 노동자의 주의와 인지 자원을 지속적으로 묶어두는 효과를 낳는다. 대만의 위치 기반 플랫폼 노동자 487명을 대상으로 한 연구에서 알고리즘을 통한 노동 통제의 강도가 높을수록 번아웃과 정신건강 악화 위험이 유의미하게 증가한다는 결과가 제시된 바 있다(Cheng et al., 2024). 여기서 주목해야 할 것은 이 고갈이 단순한 과로의 결과가 아닌 구조적으로 설계된 것이라는 사실이다. 칼 래트너(Carl Ratner)의 거시문화심리학(Macro Cultural Psychology)에 따르면, 인간의 심리적 기능과 정신건강은 고립된 진공 상태에서 발생하지 않으며, 사회적 기구(Institutions)와 문화적 개념(Concepts)에 의해 형성된다. 여기서 사회적 기구가 사회 구조와 제도라면, 문화적 개념은 그 구조를 정당화하고 내면화하게 만드는 주관적인 인식과 지식 체계를 의미한다. 스마트폰과 플랫폼 알고리즘이라는 자본주의가 만들어낸 문화적 인공물(Artifacts)을 통해 개인의 일상 행위 양식을 규정하며, 개인의 인지와 정서를 끊임없는 불안과 경쟁이라는 자본의 요구에 맞게 구조화함으로써 개인의 심리적 현상이 형성되는 것이다. 즉, 디지털 노동자가 경험하는 심리적 소진은 독립된 개인의 취약성이 아니라 디지털 자본주의가 인간의 주체성과 심리 체계를 자본의 논리로 구조화하고 체화한 결과물로 이해되어야 한다. 결국 디지털 노동자의 정신건강 위기는 디지털 자본주의가 생산한 모순의 산물이다. 자율성을 약속하며 포섭하고, 유연성을 내세우며 착취하는 체제의 내적 모순은, 개인의 회복탄력성이나 임상적 개입으로는 결코 해소될 수 없다.

III. 권력으로서의 디지털 노동자 정신건강

앞서 살펴본 디지털 노동자의 정신건강 위기는 단순히 노동 환경의 문제에 그치지 않는다. 그것은 근본적으로 권력의 문제이기도 하다. 누가 노동 조건을 설계하고, 누구의 관점이 지식으로 인정받으며, 누가 시스템의 작동 방식을 결정하는가. 이 질문들이 정신건강 위기의 핵심에 놓여있다. 마르크스주의 연구자 이안 퍼거슨(Iain Ferguson)은 오늘날 전 세계적으로 나타나는 정신건강 문제는 우리가 살아가는 정치경제 체제, 즉 자본주의의 산물임을 지적한다. 이 관점에서 정신적 고통의 완화는 착취와 억압의 구조가 해소될 때 비로소 가능해진다. 이를 단순한 이념적 주장으로 볼 수만은 없다. I장에서 검토한 개인화된 웰니스 담론과 II장에서 언급한 구조적 취약성을 연결하면, 현재의 정신건강 위기는 자본주의적 노동 체제가 생산한 필연적 결과일 수밖에 없기 때문이다.

플랫폼 자본이 행사하는 권력은 단순한 고용 권한을 넘어선다. 오늘날 빅테크 기업들은 이른바 인프라 권력(infrastructural power)을 통해 노동자의 일상적 행위 양식을 설계한다(Graham, Muldon & Cant, 2025). 알고리즘이 작업의 배분, 평가, 보상을 결정하고, 플랫폼이 노동자 간 소통 경로를 통제하며, 앱이 노동과 비노동의 경계를 허문다. 이 권력은 가시적이지 않기 때문에 더욱 강력하다. 이때 기술은 더 이상 중립적 도구가 아니라 이윤과 확장, 지배의 논리를 담은 사회적 힘이고, 이를 만든 이들의 이해관계와 권력구조를 반영하게 된다. 현재의 AI 발전을 주도하는 주체는 수익 극대화의 논리로 움직이는 소수의 거대 기업들이며, 이 구조 안에서 대다수의 노동자는 시스템의 작동 방식에 대해 아무런 발언권을 갖지 못한다. 뿐만 아니라 AI 기반 관리 시스템은 노동자 감시와 성과 측정을 더 정밀하게 만들고, 알고리즘의 불투명성이 이의 제기 자체를 원천 차단하면서 이 구조를 더욱 심화시키는 방향으로 작동하고 있다.

이러한 권력 불균형은 지식 생산의 영역에서도 확인된다. 페미니스트 관점 이론(feminist standpoint theory)은 지식이 역사적 맥락과 무관한 보편적·중립적 산물이 아님을 논증한다(Smith, 1974). 오히려 기존의 과학적 지식은 사회에서 더 많

은 권력을 가진 집단의 관점을 무비판적으로 반영하는 경향이 있고, 이에 맞서는 과정에서 소외된 집단은 세계를 바라보는 새로운 인식론적 위치를 형성하게 된다는 것이다(Graham, Muldon & Cant, 2025). 이 관점을 디지털 노동자의 정신건강 문제에 적용하면, 현재의 지배적 담론—긍정심리학, 회복탄력성 연구, 기업 웰니스 프로그램—이 실제로 고통받는 이들의 경험이 아닌, 자본의 이해관계에 부합하는 관점에서 생산된 지식임이 드러난다.

집단적 대응의 가능성 역시 권력의 문제로 귀결된다. 최근 114차 국제노동기구(ILO)총회에서 플랫폼 노동자의 권리와 보호를 위한 〈플랫폼 경제에서 양질의 노동에 관한 협약〉을 최초로 마련했다. 노동권 없는 디지털 경제에 맞선 역사적 진전이라고 평가받는 성과임에도, 플랫폼 노동 협약을 채택하는 과정에서 한국 정부의 소극적인 태도가 여전히 걸림돌로 작용하는 것이 현실이다(박다해, 2026). 제도적 돌파구가 열리는 순간에도 국가 행위자의 의지가 변수로 작동한다는 사실은 집단적 대응이 얼마나 중층적인 권력 지형 위에서 이루어지는지를 보여주는 사례다. 그에 반해 디지털 노동자의 조직화는 구조적으로 억제되어 있다. 이들은 물리적 공간을 공유하지 않고, 고용 관계는 법적으로 모호하며, 플랫폼 공급망의 극단적인 불투명성은 투쟁의 대상조차 흐릿하게 만든다. 자신이 실질적으로 누구를 위해 일하는지조차 알 수 없는 구조 속에서, 집단적 저항은 방향을 잃기 쉽다. 그럼에도 노동단체, 시민사회, 연구자들의 연대를 통해 불투명한 네트워크를 가시화하려는 시도는 플랫폼 자본의 일방적인 통제 구조에 지속적인 균열을 내고 구조적 한계를 규명하기 위한 대항 권력의 형성 과정으로 이해될 수 있다.

VI. 결론

결국 디지털 노동자의 정신건강 위기에 응답하기 위해서는 세 층위의 전환이 동시에 필요하다. 첫째, 정신건강 담론의 전환—개인의 회복탄력성이 아닌 구조적 조건을 분석 단위로 삼는 연구 패러다임의 확장. 둘째, 지식 생산의 전환—권력에 취

약한 이들의 경험과 목소리를 탐구의 출발점으로 삼는 연구 실천의 강화. 셋째, 권력 관계의 전환—플랫폼 자본의 인프라 권력에 맞서는 집단적 조직화와 제도적 규제의 병행. 이 세 가지 전환이 맞물릴 때, 디지털 자본주의가 생산하는 정신건강 위기를 이해하고, 극복해 나가는 틈이 생길 수 있다.

참고문헌

- 박다해. (2026.06.15.). ILO, 플랫폼노동 첫 국제협약 채택...노동계 “한국 정부 비준하라”. 한겨레. <https://www.hani.co.kr/arti/society/labor/1263668.html>
- 이지완. (2026.04.06.). “상사 눈치 보기 싫어”...자유로운 N잡러 택한다 [각워크 870만, 일터 기본법 파장원 ①. 이코노미스트. <https://economist.co.kr/article/view/ecn202603310055>
- Cheng, Y., Cheng, W. J., Lin, R. T., Wang, Y. T., & Ko, J. J. R. (2024). Associations between labor control through digital platforms and workers' mental wellbeing: A survey of location-based platform workers in Taiwan. *Safety and Health at Work*, 15(4), 419-426.
- Glavin, P., & Schieman, S. (2022). Dependency and hardship in the gig economy: The mental health consequences of platform work. *Socius*, 8, 23780231221082414.
- Graham, M., Muldon, J., & Cant, C. 2024(2025). AI는 인간을 먹고 자란다, 김두완 역, 서울: 흐름출판.
- Iain Ferguson, *Politics of the Mind: Marxism and Mental Distress* (London:Bookmarks, 2017), 15-16.
- Illouz, E. & Cabanas, E. 2015(2021), *해피크라시*, 이세진 역, 서울: 청미.
- Masi, D. A. (2011). Definition and History of employee assistance programs.
- Ratner, C. (2011). *Macro cultural psychology: A political philosophy of mind*. Oxford University Press.
- Smith, D. E. (1974). Women's perspective as a radical critique of sociology. *Sociological Inquiry*. 44(1): 7-13.
- Stark, M. (2024). CTRL: A Critical Examination of the Wellness Industry.

여성 농민의 눈으로 바라보는 농어촌 보건의료 현실

한승아

(전국여성농민회총연합 정책위원장)

지금의 농업 농촌을 복합다중의 위기라 얘기한다. 생산비의 증가와 농업소득 감소, 고령화와 세대유입 단절로 인한 지역소멸, 기후위기로 인한 농업생산성 감소, 문화 복지 교육등 농촌정주여건의 감소로 농촌은 공동화가 되어가고 있다. 지역의 불균형은 수도권과 지방에서 차이가 나고, 지방도 시와 군이, 군에서도 읍지역과 면지역 사이 차이가 폭이 크다. 면지역일수록 불균형이 심각하다. 그중에서도 의료 불평등이 아주 많이 심각하다.

한국농촌경제연구원의 발간한 ‘2024 농어촌 삶의 질 실태와 주민 정주 만족도 조사’에 따르면 농어촌과 도시간 삶의 질 차이는 여전히 존재하여 특히 보건복지 분야에서 격차가 가장 큰 것으로 나타났다. 보건복지분야 ‘분만의료 서비스’에 대한 도시 주민의 만족도가 6.6점인 반면 농어촌 주민은 4.5점에 그쳤다. ‘의료서비스 범위’ 역시 도시는 7.2점, 농어촌은 5.2점이었고, ‘응급의료서비스’에서는 도시 6.8점, 농어촌 4.9점으로 상당한 차이를 보이고 있다.

2024년 시점 65세 이상이 농가인구의 55.8%를 차지하고 있다. 농어촌지역 고령의 농민들은 대부분 자식들과 같이 살지 않는 단독 세대들이 많다. 오랜 농업노동으로 근골격계, 호흡기 질환 등 농업노동으로 인한 질환을 한 가지 이상 가지고 있지만 교통수단이 열악하고, 진료받을 곳이 없는 면 단위도 많아 병원이용을 극도로 자

제하고 있는 실정이다.

군 단위 산부인과, 소아과의 부재는 젊은 여성들의 농촌 유입과 정착을 가로막는 중요한 요인 중의 하나이다. 친정이 도시인 여성들은 출산이 다가오면 분만시설 가까이 머물 친정이라도 있지만 그렇지 못한 대부분의 출산을 앞둔 여성들은 짧게는 한 시간 보통 두시간 이상 배를 움켜잡고 도시로 나가야 한다.

기후위기로 인해 농업 노동의 증가는 농민들의 건강에도 큰영향을 미치고 있는데 이상기온으로 인한 온열질환자가 증가하고 농기계 사고가 증가하고 있다. 특히 농기계 사고는 시각을 다투는 위급한 경우가 많아 응급시설이 먼 농촌에서는 농기계사고 사망률이 높다. 또한 천재지변으로 인한 농업생산기반의 붕괴는 우울증 등 정신건강에도 악영향을 미치고 있다.

정부는 ‘농어업인의 삶의 질향상 및 농어촌지역개발 5개년 계획’에 따라 농어촌 보건의료서비스여건개선 계획을 다음과 같이 발표하였다.

가. 농촌왕진버스 지원(~29':18만명)

나. 장기요양 재택의료지원센터 전국확대(~29':50만명)

다. 여성농업인특수건강검진, 취약계층 응급안심서비스제도 고도화

라. 지방의료원 신·증축, 응급·분만·소아청소년과가 부족한 취약지역 의료기관설치·운영비 지원 등 인프라 확충과 지역 거점 공공병원 우수 인력 확보를 위해 대학병원 인력파견시 인건비도 지원

여성농업인 특수건강검진은 51세~80세까지 농가경영체에 등록된 여성농업인이 근로격계, 호흡기계, 농약중독 등 취약질환에 대하여 2년마다 하는 건강검진제도이다. 전여농에서 여성농업인특수건강검진을 모니터링 해본 결과 몇몇 아쉬운 점이 존재했다.

가. 농번기의 어려움, 예약 및 이동의 어려움.

나. 일반건강검진과 차별성 체감 부재

다. 농약중독, 정신건강 평가 부족

라. 개인맞춤 상담 부족(검사결과는 나오지만 어떻게 해야 할지.)

마. 사후 연계 시스템 부족

바. 검진병원의 전문성(특수건강검진 이해) 부족

즉, 검진은 하지만 실제 건강개선까지 이어지기엔 부족하다는 점이 가장 큰 아쉬움이었다.

여성농업인특수건강검진 개선을 위해선 검진대상을 전연령대로 확대 실시하여 선제적 예방이 될 수 있도록 하여야 한다. 더 나아가 농부병은 여성농민만의 문제가 아니기에 전농민이 받을 수 있도록 해야 한다. 특수건강검진과 연계하여 농민의 직업적 질환 고위험군에게 치료, 재활프로그램을 지원해야 한다.

농업인안전보건센터가 여러 이유로 폐지되었다. 농업인안전보건센터의 폐지로 여성농민특수건강검진, 농민건강검진 자료 분석등 의료진과 전문인력이 맡아온 분야에 공백이 생겼다. 노동자들의 산재병원처럼 농민들의 질환연구과 여성농업인특수건강검진을 제대로 시행하기 위해서는 전문의료체계가 필요하다. 농업안전보건센터를 복원하고 역할을 확대해야 한다. 농업인안전보건센터와 연계하여 면단위 보건지소를 농부병 1차 예방기관으로 역할을 하도록 하여 여성농업인특수건강검진 사후관리가 되도록 해야한다.

「돌봄통합지원법」시행(26.3월)에 발맞춰 의료·요양 통합돌봄 지원체계 마련 등 노인 돌봄을 강화한다고 한다. 그러나 지금 농촌지역은 그것을 수행할 인프라를 가지고 있는가? 농촌지역에 맞는 통합돌봄시스템이 필요하다. 먹거리부터 일상생활, 의료를 포함하는 농촌형 통합돌봄시스템이 필요하다. 그것을 운영하기 위한 지역사회 거너번스구축 또한 필요하다.

농민들은 다원적이고 공익적 차원의 농어촌 역할을 수행하고 있음에도 기본적으로 누려야 할 의료, 복지, 교육, 문화서비스 등에서 배제되고 있다. 특히 여성농민들은 농사를 지으며 마을공동체 돌봄 역할을 수행하며 지역사회를 유지시켜온 일등공신임에도 여성농민은 늘 뒷전이였다.

우리사회 지역불평등, 성불평등, 의료불평등, 교육불평등이 해소되어 나이든 여성 농민에게 영광을, 젊은 여성농민들에게 희망을 담을 수 있는 농촌사회가 되었으면 좋겠다.

기고 영문초록 모음*

What Is 'Critique' in Critical Health Theory or Critical Health Studies?(1)

Chang-yup Kim

This theoretical essay elaborates a Foucauldian conception of critique for health policy, distinguishing it from conventional critique that judges whether a practice is appropriate, effective, or scientific. In the Foucauldian sense, to critique—for instance, community integrated care—is to interrogate the assumptions, discourses, norms, and value judgments underpinning socially accepted practices: what "community" means, whether it exists in Korea, why "integration" is invoked, and who renders such approaches "truth." Section I identifies knowledge and power as critique's central objects. Drawing on Foucault's notion of "knowledge-power," the author argues that no knowledge is immutable; truth shifts with historical and social context, and health-policy knowledge—concerning health determinants, good care, or physician shortages—is produced within particular power relations, tending in Korea to follow Western biomedicine and individualized rather than structural framings. Section II turns to Bourdieu's habitus and reflexivity, contending that knowledge workers' thought is constrained by a rigid, structurally dependent habitus that resists revision except during field crises. The author examines Bourdieu's biases—researchers' social origins and their position in the academic field—and the harder-to-detect

* These English abstracts were translated using AI.

"collective scientific unconscious," exemplified by the dominance of positivist methods and Western-centric theory in Korean health research, arguing that reflexivity must itself become habitus to enable critique of knowledge hegemony. Section III introduces "unlearning" as a necessary, structural practice, illustrated by the near-total adoption of the WHO health-system concept, and concludes that critically engaging health policy demands sustained reflection on this hegemony and the unlearning of familiar knowledge.

Digital Capitalism and Mental Health: Hidden Labor and the Asymmetry of Power

Taehyun Kim

This essay argues that the mental health crisis of digital workers is a structural product of digital capitalism rather than a matter of individual psychological vulnerability. As the platform economy expands—the global gig market reaching roughly USD 1.15 trillion in 2026, and Korean gig workers rising from 7.05 to 8.69 million between 2020 and 2024—worker distress accumulates at a collective scale. Yet dominant responses individualize the problem. Tracing a lineage from 1940s Occupational Alcoholism Programs through the Employee Assistance Program to positive psychology (Seligman's PERMA, Luthans's psychological capital) and corporate wellness programs at firms such as Google and Meta, the author contends that these frameworks recast structural inequality as personal deficits in resilience, concealing the conditions that generate

distress. The essay then identifies three sources of structural vulnerability—legally ambiguous employment that excludes workers from safety nets, invisibility coupled with absent managerial accountability, and algorithmically designed cognitive exhaustion—citing studies from Canada (Glavin & Schieman, 2022) and Taiwan (Cheng et al., 2024) and Ratner's macro cultural psychology. Reframing the crisis as a question of power, the author draws on Ferguson's Marxist analysis, the concept of infrastructural power, feminist standpoint theory, and the ILO's first platform-labor convention to expose asymmetries in who designs labor conditions and whose knowledge counts. It concludes by calling for three simultaneous shifts: in mental health discourse, knowledge production, and power relations.

Healthcare Inequality in Rural Korea: The Perspective of Women Farmers

Seunga Han

This commentary examines healthcare conditions in Korea's rural and fishing communities from the standpoint of women farmers, situating medical inequality within the compounding crises facing agricultural society—rising production costs, falling farm incomes, aging, depopulation, and climate-driven declines in productivity. Drawing on the Korea Rural Economic Institute's 2024 survey of rural quality of life, the author shows that urban-rural disparities are widest in health and welfare. Rural residents reported lower satisfaction than urban residents

with obstetric delivery services (4.5 vs. 6.6), the range of medical services (5.2 vs. 7.2), and emergency care (4.9 vs. 6.8), with deprivation deepening at the myeon (sub-county) level. With 55.8% of the farm population aged 65 or older in 2024, elderly farmers bear occupational musculoskeletal and respiratory illnesses yet face poor transport and absent local clinics. The scarcity of obstetric and pediatric care impedes younger women's settlement, often requiring one-to-two-hour travel to give birth, while climate change increases heat-related illness, farm-machinery fatalities, and mental distress. Although the government's five-year plan proposes mobile clinics, home-based long-term care, and a biennial special health examination for women farmers, the author argues—based on her organization's monitoring—that screening rarely improves health, owing to seasonal conflicts, weak follow-up, and limited provider expertise. She advocates extending screening to all farmers, restoring the abolished Agricultural Safety and Health Center, and—questioning whether rural areas can implement the forthcoming Integrated Care Support Act—developing a rurally tailored integrated-care model, framing the redress of regional, gender, medical, and educational inequalities as essential to rural society.



(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