

2015년 메르스 사태의 사회의료학적 조명

김문조*

높은 감염성과 치사율을 지닌 급성 호흡기 질환 메르스는 2015년 5월 국내에 잠입한 후 218일 간 186명의 감염자를 산출하면서 전국적 공포 분위기를 조성하였다. 다행히 7개월 후 감염자가 끊기자 12월 24일 메르스 종식이 선언되었지만, 메르스 사태는 우리 의료계나 사회 전반에 맹성하고 혁신해야 많은 과제를 남겼다. 본 논문은 (1) 2015년 5월 20일부터 12월까지의 국내에서 벌어진 메르스 사태에 대한 간략한 복기로부터 시작해, (2) 해당 사태를 단순한 역학적(疫學的) 차원을 넘어서는 범사회적 재해로 재해석하고, (3) 메르스가 우리 사회에 그토록 큰 파문을 초래했던 이유와 향후 실천과제를 사회의료학적 관점에서 탐지한 후, (4) 사회의료학의 비전과 전망에 관한 소견으로 끝을 맺고자 한다.

【주제어】 메르스, 의료, 재해, 공포, 사회의료학, 한국

중동 지역을 거점으로 한 바이러스성 질환 메르스(MERS; Middle East Respiratory Syndrome)는 높은 전염성과 치사율을 지닌 호흡기 질병으로, 국내에서는 2015년 5월 20일 최초의 환자가 확인된 후 218일 간 186명의 감염자를 산출하면서 전국을 공포의 도가니로 몰아넣었다. 밀착접촉으로 감염되어 급속히 진행되는 메르스는 좁은 국토에 과밀 인구를 특징으로 하는 한국사회에 특히 위협적이었다. 여기에 생존에 전폭적 가치를 부여하는 현세주의적 유제가 합세해 “쉽게 걸리고, 걸리면 죽는 무서운 역병”으로 간주된 메르스는 우리 사회에 엄청난

* 고려대학교 명예교수
전자메일: muncho@korea.ac.kr

충격을 끼쳤는데, 초동 대응에 실패한 정부는 준재난적(semi-disasterous) 사태를 선포해 때늦게 확산 차단에 힘썼다.

다행히 약 7 개월 후 보건복지부는 메르스 퇴치를 선포하게 되었지만, 메르스 사태는 우리 의료계나 사회 전반에 맹성하고 혁신해야 할 많은 과제를 남겼다. “무엇을 해야 할 것인가”라는 실천 방안을 모색하기 위해서는 “무엇이 문제인가”라는 현황 파악부터 선행되어야 할 것이다. 따라서 이 글에서는 (1) 2015년 5월 20일부터 같은 해 12월 24일의 메르스 사태의 경과를 요약적으로 회고하고, (2) 해당 사태를 단순한 역학적(疫學的) 차원이 아닌 범사회적 재해로 포괄적으로 진단하며, (3) 당시 메르스가 우리 사회에 그토록 큰 파문을 초래했던 이유와 향후 과제를 사회의료학적 관점에서 탐지한 후, (4) 학제적 접근으로서의 사회의료학의 비전과 전망에 관한 소견을 피력해 보고자 한다.

1. 경과

한국사회에서 메르스 최초로 확진된 것은 5월 20일인데, 그 날은 공교롭게도 ‘제3회 검역의 날’이었다. 1886년 5월 20일 조선은 ‘불허온역진항장정(不許瘟疫進港章程)’공표하였다. 이는 온역(급성전염병)을 옮길 우려가 있는 선박의 내국 항구 진입을 불허함을 공표한 법안으로서, 질병관리본부에서는 이를 기리고 검역의 중요성을 강조하고자 검역의 날을 지정하였다¹⁾. 역설적으로 검역의 날 ‘문명화된’ 한국사회를 뒤흔든 메르스가 확진된 것이다.

첫 번째 메르스 확진자는 4월 중순부터 5월 초까지 바레인에 체류한 후 카타르를 경유해 5월 4일 귀국한 여행자였다. 그는 5월 11일부터 메르스의 전형적 증상인 발열과 기침으로 약 10일간 아산서울의원, 평택성모병원, 삼성서울병원, 365서울 열린병원을 순차적으로 내원해 입원하였다²⁾. 바로 이 과정에서 메르스 병원균이 대형병원을 중심으로 면역력이 약한 환자 및 인근 의료진과 가족 등 일반인들에게

1) 의학신문. “가는 날이 장날...반쪽된 ‘검역의 날’ 행사”(2015.05.21)

2) 프레시안. “35명 확진자 ‘메르스 병원’ 6개 실명 공개합니다!”(2015.06.04)

광범위하게 전파되었기 때문이다. 하지만 첫 환자가 몰고온 것은 메르스 뿐이 아니었다. 그의 메르스 확진은 한국의 방역체계나 의료체계가 얼마나 부실한가를 국민들에게 널리 각인시켜 사회 전반에 공포심을 확산시켰다. 이처럼 초기 단계는 긴급 상황에 대한 정부의 무력한 대처능력을 주시시켰다는 점에서 메르스가 사회적 질환으로 전환되기 시작한 출발점으로 명기할 수 있다. 의학적 질병으로서의 메르스는 개인의 건강상태나 면역력에 의해 전파되거나 차단된다. 반면 사회적 질환으로서의 메르스는 해당 사회의 신뢰도나 투명성 등에 의해 양상이 달라질 수 있다.

사실상 메르스에 감염되거나 잠복기 동안 여러 사람들에게 전파된 점은 메르스라는 질병이 국내에 거의 알려지지 않은 신종 역병이었다는 점에서 이해불가능한 일은 아니라고 본다. 그러나 메르스가 유입되어 확진되기까지의 약 20일 간 미숙한 초동대처로 인해 메르스가 전국에 무차별적으로 전파된 것은 지탄받아 마땅하다고 본다. 실제로 해당 기간 동안 환자, 병원 및 질병관리본부라는 당시 모든 주요 행위 주체들이 부적절한 행동을 취해왔음이 언론에 속속 밝혀진 바 있다.³⁾ 환자는 메르스 발생국가에 다녀온 사실을 은폐했다. 질병관리본부는 5월 18일 메르스 확진검사를 반려했을 뿐만 아니라, 첫 확진 이후에도 검역의 날 축제를 진행하여 빈축을 샀다. 의료진은 미확진 질병에 대한 심도 깊은 고려가 없었으며, 메르스 감염 가능성을 적시하지 못해 다른 병원으로의 이동을 방관했다. 이로 인해 5월 21일 세 번째 감염자를 기점으로 5월 31일까지 총 15명의 감염자가 속출했고, 발병지역도 서울, 평택 및 춘천까지로 확산되었다.⁴⁾ 요컨대 2015년 5월은 메르스에 대한 부적절한 대응으로 메르스가 한국사회에 성공적으로 착근한 일종의 잠행기(潛行期)였다고 할 수 있다.

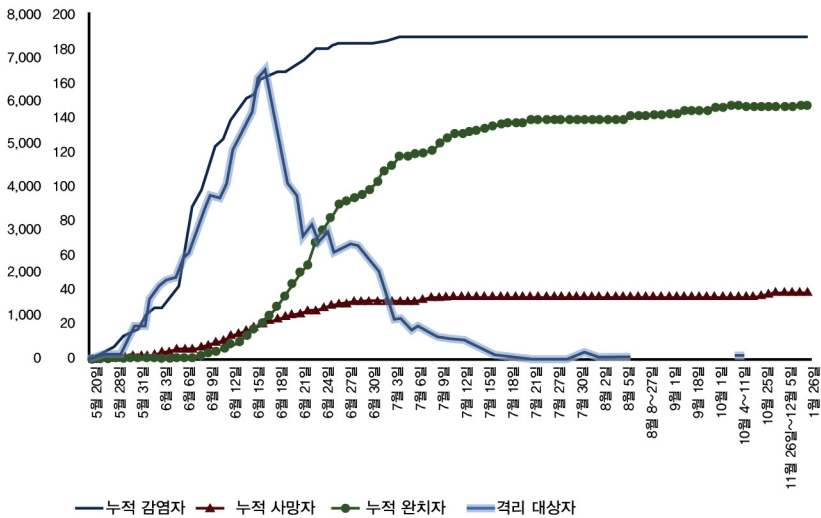
6월은 사실상 사회적 메르스가 잠행을 끝내고 모습을 본격적으로 드러낸 시기라고 할 수 있다. <그림 1>은 감염자와 격리자의 증가율이 6월에 절정에 달했음을 보여준다. 따라서 메르스 사태가 본격화된 6월을 초/중/말로 나누어 보다 상세히

3) 나무위키. “2015년 대한민국 메르스 사태”(2016.06.28)

4) 한국방송공사. “메르스 전파경로”(2015.02.11)

살펴보도록 하자.

우선, 6월 초 메르스 사태에 있어서는 정부가 메르스 관련 정보를 차단하고자 했다는 사실에 주목할 필요가 있다. 즉, 메르스 감염이 1차를 넘어, 2차, 3차로 점차 확장되는 가운데 정부는 환자가 다닌 병원과 이동 동선을 철저히 비밀에 붙이고자 했다. 그러나 정부와 질병관리본부의 이러한 행태는 오히려 시민사회의 불안을 가중하며 관심을 증폭시켰다. 따라서 SNS를 중심으로 정부의 정보차단에 대한 강력한 불만 및 비판이 제기되었으며, 감염자가 다닌 병원 및 지역이 인터넷 언론을 통해 유출되기도 했다. 이처럼 3차 감염이 진행된 시점까지 정부가 메르스 발생 병원을 공식적으로 발표하지 않았다는 사실은 환자 개인들 스스로 대비할 정보를 주지 않았다는 점에서 명백한 행정적 오판이었는데, 이는 메르스 공포감과 정부에 대한 배신감, 혹은 국가적 무능을 인식하게 된 결정적 계기로 작용했다고 본다.



〈그림 1〉 메르스 감염자, 사망자, 완치자 누적 추세 및 격리대상자 추이

자료: 보건복지부 보도자료에 의거해 논자가 직접 작성하였음

또 정보차단이라는 전략 설정뿐 아니라, 특정 전략을 수립한 이후 그것을 효과적으로 집행할 수 있는 중앙정부의 컨트롤타워가 부재했다는 점도 메르스 확산에 효율적으로 대처하지 못했다는 결정적 근거로 삼을 수 있다. 더구나 SNS나 시민사회뿐만 아니라 일부 야권 지방자치단체장들이 합세해 중앙정부-지자체 간의 공공 갈등으로 진전되면서 국민들의 불안을 보다 고조시켰다. 가령, 35번 환자(의사)가 자가격리를 어기고 약 1500명이 참가하는 재건축 조합총회와 심포지엄 등에 참여했다는 보도는 사회적 불안을 증폭시킨 대표적 사례가 된다. 해당 사건은 정부의 환자관리 능력에 대한 불신을 초래해 일부 지자체장들이 중앙정부와 대척점에서 제기 된 결정적 계기가 되었는데, 정부와 야권 지자체장의 간의 대립은 메르스 사태를 정치적으로 프레임하는 단초가 되었다. 어쨌든 6월 초순은 국가와 시민사회, 중앙정부와 지자체, 여권과 야권 등 인해 한국사회가 갈등과 반목을 거듭하는 와중에 메르스가 전국으로 파급된 확산기(擴散期)라고 규정할 수 있겠는데, 6월 10일까지 메르스 확진자도 108명으로 급증하였으며, 격리자는 3,000명 선에 달했다(보건복지부, 2015a).

6월 중반기는 발병을 자체보다 메르스에 대한 사회적 공포감이 최고조에 달한 심려기(心慮期)였다. 즉, 6월 13일 메르스 확진자는 138명으로 증가했으나, 4차 감염자의 등장으로 그것이 지역사회 각처에서 누구에게든 돌출할 수 있다는 우려가 확산되었다. 즉, 병원을 매개로한 전염이 아니라 지역사회에서도 메르스가 전파될 수 있다는 걱정 속에서 국민들의 불안감이 격증하게 된 것이다. 그러나 이때부터 정부의 대응체계의 체계화되기 시작했다는 점을 부연할 필요가 있다. 5000명의 격리자가 발생한 시점에서 정부는 관련 정보를 전부 공개하고 총력적으로 대응하였다. 관련 병원 폐쇄, 국민안심병원 및 집중관리기관 설정, 관련 정보제공 홈페이지 등도 개설되었다. 하지만 전반적 대응체계는 정립되었지만 세부 가이드가 효과적으로 뒷받침되지 못했다는 비판이 제기되기도 했다⁵⁾. 이때 특기할 만한 사실은 시민사회의 자발적 참여이다. 되풀이 될지 모르는 공적 정보차단에 대처해 시민들은

5) 나무위키. “2015년 대한민국 메르스 사태” (2016.06.28)

메르스 발생 병원 정보나 환자동선 등을 공유하였으며, 이를 통해 자발적인 메르스 검사 등과 같은 민간 차원의 자구적 행위를 시행했고 정부의 독단적 행위에 대한 경각심도 강화했다. 이러한 일련의 활동에 관해서는 사태 안정에 기여했다는 긍정적 평가가 있는가 하면, 근거가 없는 낭설이나 괴담을 유포함으로써 불안과 공포감을 가중시켰다는 부정적 평가도 존재한다.

6월 말부터 메르스 사태는 진정기(鎮靜期)로 들어서게 된다. <그림 1>은 해당 기간 동안 감염자의 증가세가 둔화되었으며, 격리대상자의 수도 감소세로 돌아섰음을 보여준다. 물론 치료 중 사망자의 수는 지속적으로 증가했지만, 누적 완치자의 상승세가 보다 높았다. 또 해당 시기에는 메르스 사태가 안정권에 들어서고 있음이 사회적으로 널리 인지되었지만, 간간히 속출하는 감염자로 긴장감이 가시지 않은 단계이기도 하다. 6월 30일에는 확진자가 182명으로 확인된 가운데, 사흘째 추가 감염자가 없었으며 확진자의 절반 이상인 95명이 퇴원하였다. 7월에 들어서는 추가 감염자가 거의 발생하지 않았으며, 격리자의 수도 대폭 감소하였다. 7월 이후에는 메르스 발생 병원의 폐쇄가 순차적으로 해제되었고, 7월 28일에는 황교안 국무총리가 메르스 사태의 사실상 종식을 선언하기에 이른다. 8월 이후에는 기존 감염자들의 사망으로 치사율은 20% 정도로 상승했으나 추가 감염자는 없었다. 따라서 2015년 12월 24일 보건복지부는 메르스 사태의 상황종료를 공식적으로 선포하였다(보건복지부, 2015b).

2. 상시적 재해로서의 메르스

재해는 자연발생적이냐 인간이 개입되었느냐에 따라 자연재해(natural disaster)와 인공재해(man-made disaster)로 구분되곤 한다. 태풍, 홍수, 지진 혹은 해일과 같은 전통적 재해는 전자에 해당하는 것인 반면, 작업장 사고, 건축물이나 교량 붕괴, 기체 결합으로 인한 항공기 추락 같은 것들은 후자에 속한다. 체르노빌 원전사고와 같이 울리히 벡의 『위험사회론』에 등장하는 대부분의 기술재해

역시 인공재해에 범주에 귀속시킬 수 있다(Beck, 1992). 그런데 지난 2012년 후쿠시마 원전 사고 같은 데서 직시할 수 있듯, 각종 시설이나 자연물에까지 인간의 손길이 방방곡곡 스며들어 있는 현 상황에서는 자연재해가 발생했을지라도 그것은 순수한 자연재해에 그치지 않고 기술재해와의 복합적 형태의 재해로 비화하는 것이 상례이다. 따라서 메르스와 같은 신종 질환 역시 자연적이냐 인위적인 것이냐를 가려내는 일이 별 의미가 없다고 본다.

더구나 찰스 페로우는 『정상사회: 고위험 기술과 함께 살아가기』라는 선도적 저작에서 고도 기술시대에 발생하는 많은 사고들은 복잡성, 교호성 및 연계성을 더해 감으로써 특정 시기나 여건에서 발생하는 돌출적 현상이 아니라 언제 어느 때든 일어날 수 있는 상시적 재해를 지향함을 강조한 바 있다(Perrow, 1984). 작년 5월 한반도를 내습한 메르스 역시 중동 지역의 풍토병을 넘어 세계 각처에서 언제 어디서든 돌출할 수 있는 상시적 재해로 변모해가고 있다. 메르스가 상시적 재해가 되어가는 주된 이유로는 다음과 같은 점들을 꼽을 수 있다.

1) 도시화 · 거대도시화로 인한 대인 접촉기회의 확대

1950년대까지만 해도 30%에 불과했던 도시인구의 비율이 2014년도에 54%에 이르게 되었다. 실로 협소한 도시 공간 내에 세계 인구의 절반 이상이 살아가는 셈이다. 도시화율이 가장 높은 지역은 구미 지역으로, 북미와 유럽의 그것은 각기 80% 와 73%에 이른다. 하지만 50% 미만에 불과한 여타 지역의 도시화가 후속될 2050년 에 이르면 세계 전체의 도시인구 비율은 66%로 상승할 전망이다. 지구촌 인구 3명 중 2명이 도시에 살게 된다는 것이다. 멈추지 않는 도시화로 인구 1000만이 넘는 거대도시(Mega-city)도 속출하고 있다. 인구 1000만의 도시는 1990년 10곳에 불과했으나 지금은 28곳으로 늘어났고, 2030년까지 41곳으로 늘어날 것으로 예상된다(UN Department of Economic and Social Affairs, 2014). 이러한 도시화-거대도시화에 의해 대인 접촉기회는 꾸준히 확대될 전망이다.

2) 지구 차원의 지리적 이동성 증대

인구 이동은 지역 간 사회적·경제적·환경적 요건 등에 의해 일어나는 것으로 지역 인구에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 사회경제적 측면이나 문화적 측면에도 직간접적 영향을 끼친다. 지구적 인구이동을 유발하는 가장 중요한 요인은 지역간 경제발전 격차가 야기하는 생활기회의 차이라고 할 수 있다. 따라서 저개발국에서 선진국으로의 이동이 오늘날 국가 간 인구이동의 가장 보편적 패턴으로 드러나는 것이 사실이나(UN Department of Economic and Social Affairs, 2014), 패턴과 무관한 지구 차원의 지리적 이동성이 꾸준히 전개됨으로써 일부 지역에 한정됐던 질병이 세계 각처로 확산되는 “질병의 세계화”가 진전되고 있다. 19세기 중반 크림미아 전쟁에 참여한 영국군 중에는 이질로 죽은 사람이 교전 중 죽은 사람보다 10배나 많았다고 한다. 그러나 러일 전쟁에서는 사정이 크게 바뀌어 일본군 전사자 중 병사자는 전체의 1/4에 그쳤다고 한다. 전염병 예방 집중 때문이었다(맥닐, 2005). 그러나 세계화의 촉진과 함께 신종 괴질이 출몰하는 최근에는 이민 뿐 아니라 국제 교역이나 여행에 의한 “전염병의 세계화”가 다시금 부각되고 있다(김재영, 2009). 1997년 아시아를 강타한 조류인플루엔자(AI)나 2002년 중증급성호흡기증후군(SARS)과 같은 것이 항공여행 등 인적 교류로 전염병이 단기간에 전파된 대표적 사례라고 할 수 있는데, 메르스도 바로 그 전형에 속한다.

3) 공해나 생활환경의 악화로 인한 인체 면역기능 저하

의학의 아버지로 불리는 히포크라테스는 “면역이야말로 최고의 의사이며 최고의 치료제”라고 말한 바 있다. 투약보다 내 몸에 내재한 면역력을 중시하는 언표인 것이다. ‘면역(免疫)’은 역병(疫病)을 면(免)한다는 뜻으로, 면역력은 곧 전염병을 이겨낼 수 있는 체내의 방어력이라 할 수 있다(김세영, 2015a).

공해로 인한 중금속 적체는 면역력 저하를 초래한다. 중금속이 체내에 쌓이면

혈액 내 점도를 높여 혈액순환을 저하시키기는 까닭이다. 뿐만 아니라 아황산가스, 질소산화물, 납, 오존, 일산화탄소 등을 포함한 미세먼지는 인체의 폐포까지 침투해 각종 호흡기 질환을 유발함으로써 인체의 면역 기능을 악화시킨다. 격무나 과도 등으로 수면이 결핍되거나 스트레스가 쌓여도 인체 면역기능이 저하된다. 피로를 관장하는 간 기능은 잠자는 동안 가장 왕성히 회복되는데, 수면 부족이 간기능을 악화시켜 면역력 저하를 초래하며, 각축적 삶이 야기하는 스트레스 역시 자율신경의 불안정을 유발해 면역세포의 활동성을 약화시킨다(김세영, 2015b).

4) 수익 위주의 의료제도나 의료서비스

수익 위주의 의료제도나 의료서비스는 보건의료체계의 심각한 왜곡을 초래한다. 전통적으로 공적 활동으로 간주되어온 보건의료서비스 부문에서 ‘영리성’이 강조됨으로써, 보건의료기능이 퇴행 일로에 있다. 더구나 최근 정부가 의욕적으로 추진하고자 하는 의료민영화정책은 국민 전체의 건강증진보다 거대 자본의 이익을 우선시 하는 방식으로 설계되어 있어, 큰 수익성을 담보할 수 없는 신중 질환의 치료나 그 실제 규명에 필요한 기초 의학의 발전을 저해하고 있다(이은경, 2014). 메르스 사태에 대한 우리 의료계의 대응이 충분치 못했던 것은 날로 영리화 되어가는 의료제도나 의료서비스에서도 이유를 찾을 수 있다고 본다.

3. 메르스 사태의 사회의료학적 이해

1) 메르스 파문의 획책 요인

건강 상태를 좌우하는 질병은 기본적으로 생사의 문제와 연관된 것으로, 생에 대한 애착은 인종이나 종교나 문화적 배경을 달리하는 거의 모든 인류의 보편적 성향이라고 말할 수 있다. 따라서 집단적 피해가 예상되는 전염성 질환에 대한 민감한 반응은 지역이나 국적을 불문한 공통적 현상이라고 할 수 있겠지만, 메르스

사태가 한국사회에 끼친 엄청난 파문에는 상황적 속성을 위시한 우리 사회만의 특성이 엄존해 있다고 본다. 전술한 경과로부터 추론할 수 있는 특성들을 정부, 의료계, 시민사회 및 미디어의 4개 범주로 나누어 항목별로 정리하면 다음과 같다. 바로 이들로부터 불만, 불신, 불안라는 부정적 의식이 싹터 메르스에 대한 공포감이 급등하게 되었다고 본다(〈그림 2〉 참조).

(1) 정부

- 방역당국의 태만/방관
- 중앙정부의 무책임성/무능력
- 지자체의 방어주의/과잉 반응

(2) 의료계

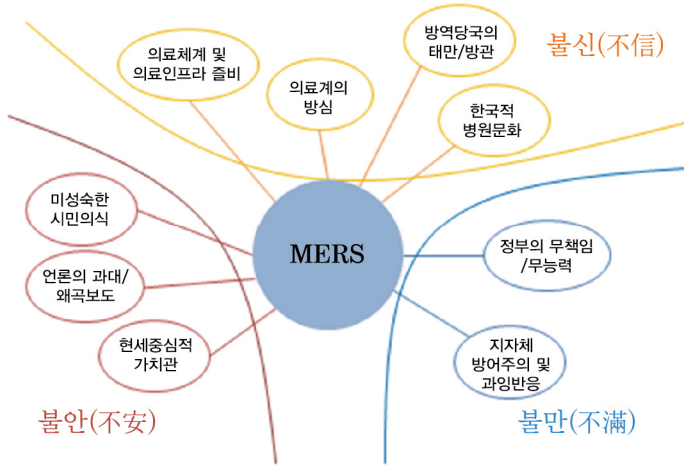
- 의료진의 방심
- 의료 인프라의 불비
- 방만한 환자관리

(3) 시민사회

- 미성숙한 시민의식
- 한국적 병원문화
- 현세중심적 가치관

(4) 미디어

- 기성 언론의 과잉보도
- 뉴미디어의 악의적 왜곡

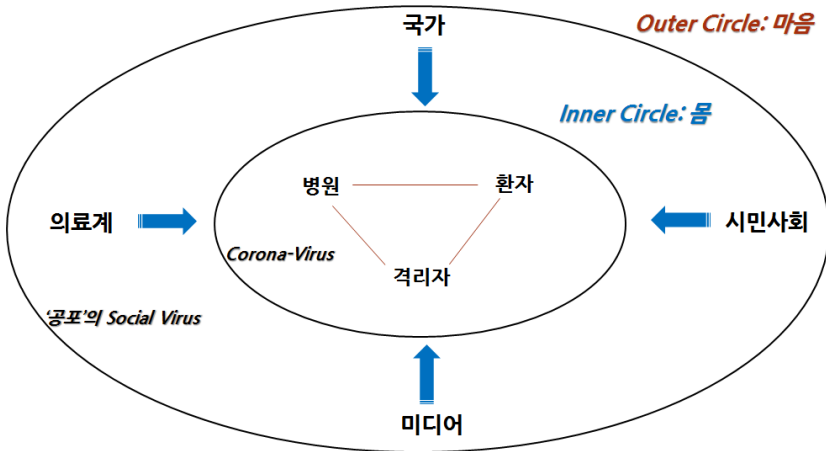


〈그림 2〉 메르스 사태에 관한 부정적 반응

2) 행위자 연결망에 의거한 총체적 구도

부뤼노 라투르가 선도적으로 구축한 행위자연결망이론을 원용해(Latour, 2005) 2015년 한국 메르스 사태의 총체적 축도를 작성해보면 〈그림 3〉과 같다. 직접적 행위 당사자들을 주축으로 한 내부 연결망의 핵심적 노드는 환자, 병원 및 격리자라고 본다. 이때 주요 관심사는 몸, 즉 신체적 건강이며 주요 치유 대상은 생물학적 병균으로서의 코로나 바이러스일 것이다. 그러나 환자-병원-격리자 중심의 내부 연결망이 국가-의료계-시민사회-미디어를 주축으로 하는 외부 연결망으로 외연될 경우, 주요 관심사는 정신적 건강으로 이행하게 되며, 치유 대상 역시 생물학적인 코로나 바이러스가 아니라 공포라는 사회적 바이러스가 될 것으로

판단된다. 이렇게 보자면, 메르스 퇴치란 궁극적으로 메르스라는 신체적 질병과 메르스 공포라는 마음의 병을 동시에 제거하는 것이라고 할 수 있다. 상황이 이런 만큼, 메르스 퇴치에 앞장서야 할 의료계는 코로나 바이러스와 사회적 바이러스라는 혼종 바이러스(hybrid virus)가 유발하는 신체적 질병이자 마음의 질병인 복합적 질병을 동시에 치유해야 하는 이중적 책무를 담당하지 않을 수 없다. 보다 쉽게 표현하자면, 호흡기 전문의와 신경정신과 전문의 역할을 동시에 수행하게끔 요청받게 되는데, 이 때 가장 절실히 필요로 하는 것이 사회의학적 통찰이라고 본다.



〈그림 3〉 한국의 MERS 행위자연결망(Actor Network)

3) 관점: 사회의료학적 관점(Social Medicine Perspective)

과학기술의 특성이나 동학을 사회체계의 연관성 하에서 고찰하고자 하는 시도는 기본적으로 대체적으로 다음 세 가지 유형으로 구분되어 왔다. 첫째는 과학기술이 사회체계의 변화를 선도한다는 표준적 관점(standard view)이고, 둘째는 그 역방향인 사회적 영향력을 보다 강조하는 사회형성론적 관점(social shaping view)이

며, 셋째는 양 영역의 쌍방향적 교류를 전제로 하는 상호작용론적 관점(interaction view)이다. 상기 세 가지 관점이 출현한 시기, 그리고 관점에 따른 과학기술에 관한 정의와 행위자의 지위 및 정책적 역할에 대한 내용을 비교하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 세 가지 관점의 차이점 비교

	과학기술이 사회에 미치는 영향	사회가 과학기술에 미치는 영향	과학기술과 사회의 상호작용
시기	1950년대 - 1960년대	1970년대 - 1980년대	1990년대
과학기술의 정의	원인	결과	원인과 결과
행위자의 지위	수익자 (또는 희생자)	이익 운반자	숙의적 매개자
정책의 역할	기술 영역 강화	사회적 합의 획득	STS 담론의 민주화

자료: Fuglsang, L. (2001) "Three Perspectives in STS in the Policy Context" in S. Cutcliffe and C. Mitcham (eds.) Visions of STS, State University of New York Press.

그런데 상기 세 가지 관점 중 요즘 가장 유력한 시각이라고 평가되는 것은 과학기술사회론(science, technology and society studies; STS)이라고 불리는 상호작용적 관점으로, 그것은 과학기술을 독립적·자율적 존재로 파악하는 대신 각종 사회활동들과 직간접적으로 연루된 가치함의적 과정으로 인식하고자 한다. 특히 과학기술 활동의 사회적 맥락을 중시하는 과학기술사회론은 과학기술에 대한 맹목적 수용이나 절대적 거부를 지양한 변증법적 종합을 꾀함으로써 과학기술에 대한 이해의 수준을 높여 궁극적으로 기술사회적 쟁점에 대한 대처 능력을 함양시키고자 하는 것으로(김문조, 2007), 사회의료학적 관점은 바로 과학기술사회론의 의학적 버전에 해당되는 것이라고 말할 수 있다. 즉, 과학기술사회론에 인식론적 뿌리를 둔 사회의료학(social medicine)은 오랜 기간 사회학 연구의 일각을 차지해 온 의료사회학(sociology of medicine)과 다음과 같은 점에서 변별할 수 있다고 본다(표 2 참조).

〈표 2〉 의료사회학과 사회의료학의 차이점

	의료사회학 (Sociology of Medicine)	사회의료학 (Social Medicine)
내용	보건과 의료 현실을 탐구대상으로 하는 사회학 “연구분야”의 하나	보건과 의료 문제를 전체 사회체제와의 연관성 하에서 고찰하자는 새로운 “연구관점”
속성	약한 프로그램 (Weak Program)	강한 프로그램 (Strong Program)

4) 사회의료학적 과제와 요건

(1) 과제

메르스 사태 이전까지 의료천국의 중심임을 자부하다가 하루아침에 의료지옥의 대변자로 전락한 실추된 지위를 회복하기 위해 우리 의료계는 한 해 전의 미숙한 대처를 성찰적으로 숙고해 미흡한 것은 보완하고 불합리한 것은 개선하는 의료체계의 일대 혁신을 기해야 한다고 본다.

일차적으로 제도적 차원에서는 기존 응급실 체제를 포함한 의료전달체계를 전면적으로 개편해야 할 것이며, 공공의료 활동을 제고하기 위한 대안 마련도 병행해야 할 것이다. 식구나 간병인과 같은 비전문 인력 중심의 현행 간병제도도 변경해야 하며, 저가 환자들에게 절대적으로 불리한 의료보험제도의 개편도 추진해야 할 것이다. 아울러 이러한 제도적 혁신의 당위성이 반영된 의학교육이나 의료커뮤니케이션의 개혁도 서둘러야 한다고 본다.

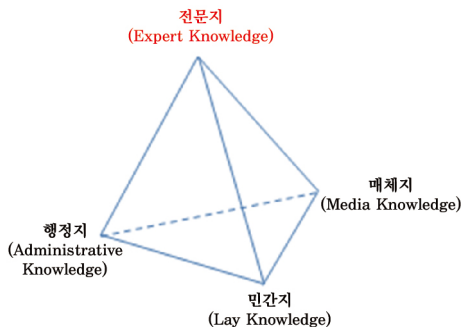
한편, 시민사회와의 긴밀한 협조 하에 시도해야 생활양식 측면의 변혁 대상으로는 의료쇼핑이나 텀핑의료, 문병관행 등이 선차적으로 거론되어야 할 것이며, 더불어 인간존재의 근본 문제를 포함한 사생관까지 의료윤리적 담론에 적극 수용해야 할 시점에 이르렀다고 본다.

(2) 요건

전술한 제도적·문화적 실천과제의 수행은 의료활동을 사회적 맥락에서 바라보

려는 의료사회학적 통찰에 달려 있다 해도 과언이 아니다. 하지만 그러한 통찰은 궁극적으로 포괄적 의미에서의 사회적 지식장에서 전문지(專門)로서의 의료적 지식이 사회적으로 행사할 수 있는 지적 영향력과 직결된 것이라고 본다. 과학사회학자 스티브 풀러는 전문지와 비(非)전문지의 소재 영역을 각기 고(高)교회(high church)와 저(低)교회(low church)로 구분한 바 있다(Fullner, 1997). 그러한 개념들에 사회의료학적 관점을 적용해 보자면, 고교회라는 공간을 점유하는 의학이라는 전문지(專門知: expert knowledge)는 저교회에 위치한 비전문지인 행정지(行政知: administrative knowledge), 매체지(媒體知: media knowledge) 및 민간지(民間知: folk knowledge)와의 상호소통을 통해 높은 현실적 적합성을 발휘할 수 있는 통(通)교회적(broad church) 형태로서의 사회의료학적 인지 양식(socio-medical mode of knowing)을 견비해야만 사회적으로 존중받는 지적 권위를 견지할 수 있으리라 본다(Lin and Law, 2015).

풀러가 구분한 바 있는 고교회와 저교회는 기본적으로 위(高)와 아래(低)라는 위치의 차이(positional difference)를 기준으로 한 개념이라고 여겨진다. 그러나 이 글에서 강조하고자 하는 전문지와 비전문지의 관계는 단선적 수준에서의 위치적 차이를 넘어선 위상학적인 것(topological difference)으로, 통교회로서의 사회의료학적 지식은 사회적 지식장 구도를 묘사한 <그림 3>에 제시된 삼각뿔 내부의 모든 3차원 공간을 포괄하는 것으로 간주할 있다.



<그림 3> 사회적 지식장의 위상학적 구도

4. 맺음말: 사회의료학의 비전과 전망

상아탑 속에 안주해 온 전문지로서의 기존 의로지식만으로는 메르스 사태와 같은 융복합적 위기 국면에서 소기의 성과를 거두기 어렵다고 본다. 더구나 고전염성 질환의 창궐과 같이 시간에 쫓길 때는 엄밀성이나 엄격성에 전폭적 비중을 두는 기존 전문지는 큰 사회적 호소력을 발휘하기 힘들 것이다. 그러나 의료보건의료 문제를 거시사회적 맥락에서 관조할 수 있는 역능을 담지한 사회의료학은 행정지에 의해 왜곡되고, 매체지에 의해 휘둘리며, 민간지에 의해 혼돈을 더해가는 사회적 지식의 장을 적절히 제어할 수 있는 융합적 통찰을 통해 고령화 시대에 날로 중요성을 더해가는 생로병사나 의료복지에 관한 창의적 대안을 강구하는데 크게 기여할 수 있으리라 생각한다. 예컨대, 수익지향적 의료정책에서 파생될 수 있는 공공의료의 부실화 문제나 의료불평등 문제 같은 것은 사전에 포착함으로써, “의료산업 육성”이라는 표어 하에 자행되는 과도한 의료개혁의 부작용들에 선제적으로 대처해 나갈 수 있으리라 판단된다.

뿐만 아니라, 사회의료학은 비전문지과의 원활한 소통에 의해 보건의료 활동의 대중적 참여(public participation of health and medicine)를 촉진함으로써, 저비용으로 국민의 건강이나 삶의 질을 향상시킬 수 있는 길을 개척해 나갈 수 있을 것으로 예상된다. 요컨대 올바른 보건 상식이나 의로지식을 사회적으로 널리 확산해 이환율(罹患率)을 낮추거나 과도한 질병 공포를 적절히 제어할 수 있으리라 기대한다. 또한 정보화나 세계화와 같은 새로운 거시사회적 동향을 의료 활동에 적극 반영함으로써 사회적 정합성을 높여나갈 수 있는 미래지향적 의료서비스를 기획하는데 사회의료학이 기여할 수 있는 여지가 적지 않을 것으로 본다.

참 고 문 헌

- 김문조 (2007), “과학기술사회론”, 『한국사회』 Vol. 8, No. 2, pp. 5-32.
- 김세영 (2015a), “번역이야기① 내 안의 100 명의 명의, 번역.” 시사인사이드 (2015. 06.12)
- _____ (2015b), “번역이야기② 이럴 때 우리 몸의 번역력이 저하돼요.” 시사인사이드 (2015.06.15)
- 김재영 (2009), “전염병의 세계화 ‘순식간에’... 방역 세계화도 ‘쏟아갈 이” 동아일보(2009.04.30)
- 나무위키 (2016), “2015년 대한민국 메르스 사태.” (2016.06.28)
- 보건복지부 (2015a), 6.17일 메르스 확진 및 격리 현황. 보도자료 (2015.06.17)
- _____ (2015b), 메르스, WHO 기준에 따른 상황 종료. 보도자료 (2015.12.23)
- 윌리엄 맥닐, 김우영 번역 (2005), 『전염병의 세계사』. 이산. [McNeill, W. (1998), *Plagues and Peoples*, Anchor Books.]
- 이은경 (2014), 『위기의 한국의료』, 새로운사회를여는연구원.
- 의학신문 (2015), “가는 날이 장날...반쪽된 ‘검역의 날’ 행사.” (2015.05.21)
- 프레스리안 (2015), “35명 확진자 ‘메르스 병원’ 6개 실명 공개합니다!”(2015.06.04)
- 한국방송공사 (2015) “메르스 전파경로” (2015.02.11)
- Beck, U. (1992), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage Publications.
- Cutcliffe, S. and Mitcham, C. (eds.) (2000), *Visions of STS: Contextualizing Science, Technology, and Societies*,

- Studies*, State University of New York Press.
- Fuller, S. (1997), *Science*, University of Minnesota Press.
- Latour, B. (2005), *Resembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford University Press.
- Lin, W. and Law, J. (2015), “We Have Never Been Latecomers!? Making Knowledge Spaces for East Asian Technosocial Practices I : Circulation”, *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, Vol. 9, No. 2, pp. 1-10.
- Perrow, C. (1984), *Normal Accidents: Living with High Risk Technologies*, Basic Books.
- UN Department of Economic and Social Affairs (2014), *World Urbanization Prospects*(Highlight of 2014 Revision).

논문 투고일	2016년 05월 12일
논문 수정일	2016년 06월 07일
논문 게재 확정일	2016년 06월 15일

A Reflection on Korean MERS Crisis in 2015: Socio–Medical Approach

Kim, MunCho

MERS(Middle East Respiratory Syndrome), an acute and infectious viral disease with high fatality sneaked in South Korea in May 2016. Although MERS is officially declared to be exterminated in Korea by the date of December 24, it aroused a great panic throughout the country and remained many tasks requiring sincere deliberations and innovative actions. This study starts to summarize all that had been happening during first 7 months since last May, reconsider the whole process in light of disaster paradigm, analyze the causes and tasks of such turmoil under the framework of social medicine. It is wrapped up with the visions and prospect of the social medicine, an interdisciplinary approach that takes into account the expert knowledge of academia, administrative knowledge of government, media knowledge from traditional/new media and lay knowledge of civil society.

Key word: MERS, medical, disaster, panic, social medicine, Korea