

사회진보연대

보건의료팀, 2010

자본주의 보건의료 분석

I. 마르크스주의적 보건의료 분석

1. 자본주의 사회에서의 질병의 원인
2. 자본주의적 의료의 역할
3. 의료제도

II. 자본주의적 보건의료의 역사와 보건의료의 금융화

1. 자본주의의 발전과 19세기의 보건의료
2. 법인자본주의의 발전과 20세기 보건의료
3. 보건의료의 금융화
4. 보건의료의 금융화의 영향

III. 페미니즘적 관점

1. 대중보건의료와 여성건강운동
2. 현대적 가족형태와 여성의 질병
3. 생명공학기술과 재생산의 분절화

IV. 보건의료에 관한 생태학적 관점

1. 현대의학에 대한 비판적 관점
2. 생태학적 관점의 발전
3. 생태학적 관점과 보건의료

자본주의 보건의료 분석

1. 마르크스주의적 보건의료 분석

1. 자본주의 사회에서의 질병의 원인

자본주의 사회와 현대적 보건의료가 발전하기 시작하면서 질병의 원인에 대한 논쟁이 있어왔다. 엥겔스(Engels)는 『영국 노동자계급의 상태』에서 장티푸스, 결핵, 구루병의 병인학과 역학을 상세하게 분석했으며, 의학적 개입만으로는 그러한 질병들이 해결될 수 없다고 주장했다. 그는 질병을 사회적 생산관계와 그 관계가 낳은 계급구조에 연관시켰다. 문제는 자본주의에 내재하기 때문에 실질적인 해결은 자본주의의 지양을 필요로 했다. 엥겔스의 영향을 받은 비르호(R. Virchow)는 프로이센 변방인 실레지아 지방에서 발생한 발진티푸스의 유행에 관한 연구 보고서에서 토지 개혁과 소득재분배, 주거개선, 그리고 다른 사회적 프로그램을 요구했다. 그는 인구의 건강을 증진하기 위해서는 사회개혁이 필요한데, 그러한 개혁은 사회의 지배적인 계급관계를 위협한다는 점을 인식하고 있었다. 이러한 입장은 마르크스주의적 보건의료 분석의 기원을 이룬다.

그러나 당시 지배계급은 이러한 입장을 위협으로 간주했고, 질병이 박테리아에 의해 발생한다는 설명을 지지했다. 따라서 질병을 일으키는 위생조건을 개선하는 데 초점이 맞춰지게 되었고, 거시적인 사회적 조건은 무시되었다. 이것이 플렉스너주의적·기술적·개인적 의료의 기원이며, 병원은 이를 완벽하게 구현했다.

자본주의 사회에서 질병의 원인을 사회적 생산관계와 계급구조에서 찾는다면, 자본주의 생산관계 분석의 핵심을 이루는 노동에 대한 분석이 중요해진다. 대부분의 문헌에서 노동은 환경적인 문제로 제시된다. 이로부터 도출되는 개입전략은 노동자가 병리적 요인에 노출되는 빈도를 줄이는 것이다. 이것은 개별 노동자와 환경 양자 모두를 결정하는 사회관계에 대한 이해를 심각하게 저해하는 개인과 환경이라는 이분법을 재생산한다.

또 다른 노동의 개념화는 노동자의 욕구와 기대를 충족할 수 있게 하는 소득과 같은 자원의 원천으로 간주하는 것이다. 여기에서는 활동이자 사회관계로서의 노동이

등장하지 않으며, 시민은 노동자라기보다는 소비자로 인식되고 정의된다.

아이어(Eyer)와 카라섹(Karasek)은 마르크스주의의 영향을 받아 앞의 두 전통을 비판하는 작업을 수행했다. 이들은 건강과 질병을 사회의 조직화에 의해 결정되는 것으로 간주했다. 사회의 조직화 과정은 스트레스(아이어)와 노동과정에 대한 노동자의 통제 정도(카라섹)를 통해 건강과 질병을 결정한다. 이 작업은 건강과 질병의 총체성에 초점을 맞추고, 그러한 총체성을 생산관계와 결합시킨다.

다른 마르크스주의적 연구자들은 노동을 사회적 생활의 조직자이자 사회적 모순의 구체적인 표현으로 간주했다. 나바로(Navarro)는 생산의 세계에서 개인이 점하는 위치(계급)는 소비·교환·분배·정당화의 세계에서 위치뿐만 아니라 건강을 결정한다고 보았다.

산업보건·안전 분야에는 다수의 마르크스주의적인 이론적 생산물이 존재한다. 이들은 노동과정의 진화에 관한 연구와 국가에 대한 분석을 결합하였다. 산업보건·안전은 마르크스주의자들이 노동자계급과 직접적인 관계를 형성하는 것을 가능하게 만든 분야였다.

질병의 원인에 대한 인식의 차이는 위기의 원인에 대한 인식의 차이로도 나타난다. 서구에서 의료의 위기는 대체로 인구의 건강 증진에 조용하지 않는 의료비 지출의 급격한 증대로 개념화된다. 위기에 대한 주류적 해석은 문제의 근원이 의료의 산업화에 있다고 본다. 의료기술의 진화 자체의 논리이거나 의료전문직이 의료를 조작하고 성장을 촉진한다는 것이다.

그러나 나바로는 의료가 위기에 빠졌을 뿐만 아니라 자본주의의 위기의 일부로 복지국가도 위기에 빠졌다고 지적한다. 즉, 의료의 위기는 의료제도에 반영된 자본주의의 위기이다. 의료는 서구 자본주의 사회가 직면한 주요한 보건문제들, 즉 노동과정에 대한 통제력을 상실함으로써 나타나는 스트레스 관련 질환과 생활조건의 변화에 따른 심혈관계질환, 궤양, 암 등을 해결할 수 없다. 그러한 문제들은 대부분 의료 외부적인 조건들에서 기인하고, 따라서 의료의 효과는 제한적이다. 그러나 의료가 손상을 호전시킬 수 있다는 사실로 인해 이데올로기적 효과를 가진다. 따라서 사람들은 더 많은 의료를 원한다. 이러한 대중적 요구로 인해 의료가 성장하고 의료서비스가 확대된다.

위기에 대한 보수주의적인 또 하나의 대응은 보건문제의 해결책으로 개인의 라이프스타일을 강조하는 것, 즉 질병의 원인을 개인의 책임으로 돌리는 것이다. 그러나 마르크스주의적 전통에 속하는 크로포드(Crawford)는 이러한 희생자 과실론을 비판했다. 대부분의 사람들은 그들의 직업과 주거, 환경조건, 그리고 자신들이 포괄되는 관계의 형태를 자유롭게 선택하지 못하기 때문이다. 굿마커와 베를리너(Gutmacher and Berliner), 스타크(Stark) 등은 (계급·인종·성 등을 포함하는) 사회의 권력관계 내에서 개인이 점유하는 지위가 건강을 결정하는 가장 중요한 요소라고 파악했다.

2 자본주의적 의료의 역할

의료는 항상 특정한 생산양식 내에 접합되어 있다. 따라서 의료 일반에 대해 말할 수 없으며 봉건제적 의료, 자본주의적 의료, 또는 공산주의적 의료에 대해 말해야 한다. 이러한 관점에서 역사 유물론적 분석은 특정한 의료형태 내부의 이데올로기적·정치적·경제적 수준에 대한 연구를 포함해야 한다. 달리 말하면, 의료는 여러 다른 부분들로 분리될 수 있는 도구가 아니다. 따라서 의료를 자립적 권력으로 간주하고 사후적으로만 지배계급에 의해 다양한 방식으로 활용되는 것으로 파악하는 도구주의적 인식을 경계해야 한다. 계급은 처음부터 의료 내부에 위치하며 의료의 결정 과정에 개입한다. 자본주의적 의료는 곧 자본주의다.

의료에 대한 도구주의적 시각은 의료를 다양한 이익집단들(의사, 제약회사, 보험회사)로 구성된 것으로 파악하는 분석에서 발견된다. 이러한 분석은 의료에서의 집단적 투쟁의 일련의 규칙, 가치, 파라미터를 정의하는 비가시적 행위자들을 무시한다. 또한 의료 분석을 가시적인 행위자와 개인의 갈등에 관한 분석으로 축소하는데, 가시적인 행위자가 계급관계 내에서 투쟁하고 있는 계급의 한 집단이라는 사실을 무시한다.

도구주의적 시각의 또 다른 예는 의료를 우선적·배타적으로 자본가계급의 필요에 따라 결정되는 것으로 파악하는 입장에서 발견된다. 의료는 부르주아지가 통제하는 도구로 간주되며 노동자계급은 의료의 '외부'에 존재하는 것으로 인식된다. 이러한 입장이 갖는 한계는 첫째, 계급투쟁이 의료 외부에서 일어나는 것으로 간주된다는 점, 둘째, 의료자본 축적과 정당화라는 기능을 최대화하기 위해 부르주아지에 의해 활용되는 도구로 간주된다는 점, 셋째, 노동자계급은 단지 불만족스러워서 더 많은 의료서비스를 요구하거나 만족스러운 상태로만 간주된다는 점이다. 이러한 이분법적 사고는 노동자계급이 사회질서를 정당한 것으로 여기지 않지만, 현존질서 이외에 어떠한 대안도 발견하지 못하기 때문에, 또는 그것을 능가할 수 있는 물리력을 갖고 있지 못하다고 생각하기 때문에 봉기하지 않는 상태일 가능성은 배제하고 있다. 국가에서 일어나는 모든 일이 단순히 부르주아지의 의지의 결과인 것은 아니다. 부르주아지의 의료지배는 부르주아지만이 전적으로 행사하는 권력이 아닌 일련의 권력관계 내에서 이루어진다. 의료를 자본주의적 의료 또는 부르주아적 의료로 정의하는 것은 부르주아가 지배적인 계급투쟁의 과정에서 의료 결정된다는 것을 의미한다. 즉, 의료지식·행위·제도는 계급관계와 계급투쟁을 핵심으로 하는 권력관계의 총체다.

자본주의적 의료는 이중적 기능을 지닌다. 사회집단의 건강과 질병에 대한 관리와 치료라는 어떤 생산양식에서도 필요한 기능과 노동자계급과 대중에 대한 통제의 기능이다. 두 가지 기능은 단순히 병존하는 것이 아니라 필요의 기능을 통해서 통제의 기능이 작동하는 것이다. 즉, 자본주의적 의료는 효과가 있기 때문에 통제의 기능을 확보할 수 있게 된 것이다. 또한 통제의 기능이 필요의 기능을 형성한다. 의료는 사

회적 분업에서 그것이 차지하는 위치로 인해 자본관계급이 지배적인 지배·피지배의 계급관계를 재생산하기 때문에 자본주의적이다. 의료를 지배하고 있는 것은 의료전문직이 아니라 부르주아지다. 상징적으로 말하면, 의료전문직은 의료의 관리자다. 부르주아지의 지배는 언제나 의료에서 무슨 일이 벌어질 것인가를 최종심에서 결정한다. 이러한 지배는 의료행위나 제도뿐만이 아니라 의료지식의 생산에서도 나타난다. 따라서 자본주의적 의료는 근본적인 치료(노동과정과 계급관계에 대한 개입)를 하지 않고, 사후적인 관리로써 대중적 치료만을 할 뿐이다. 자본주의의 확대에 따른 자본주의적 질병의 확산과 대중적 치료의 간극을 메우기 위한 의료의 양적 확대는 ‘의료비의 급격한 증가와 그에 조용하지 못하는 대중의 건강’이라는 현대 보건의료의 위기로 나타난다.

의료에서의 지배·피지배 관계를 파악하기 위해서는 사회적 생산관계에서 의료의 위치를 이해해야 한다. 의료전문직의 빠른 부르주아적 성격은 그 계급적인 기원과 구성·위계·지위·수입에 의해서 결정되는 것이 아니라 자본주의적 의료가 요구하는 의료전문직의 역할에서 비롯된 것이다. 따라서 의료의 계급적 성격은 의료전문직의 구성을 바꾼다고 해서 바뀌지 않는다. 그들은 개인의 의지와 무관하게 자본주의적 의료의 이중적 기능을 재생산한다.

3. 의료제도

1) 다원주의 이론의 해석과 마르크스주의적 비판

2차 세계전쟁 이후 미국은 복지정책, 사회적 이동, 기회의 확대 등의 결과로 중산층적 생활조건과 라이프스타일이라는 틀로 재건되었다. 이는 미국사회의 계급적 특성을 모호하게 만들었다. 이 시기의 지배적인 입장인 ‘다원주의’에 의하면 오직 경쟁하는 이익집단들이 존재할 뿐이며, 정부는 특정 집단에게 지배받지 않는다. 의료서비스의 진화는 각국의 문화적 특수성의 맥락에서 그 사회에서의 가치의 경쟁의 결과로 인식된다. 나바로는 다원주의가 모든 권력관계를 정당화하기 때문에 서구 자본주의 사회에서 지배적인 입장이 된 것이며, 의료서비스의 진화는 계급투쟁에 의한 결과라고 설명한다.

1960년대 후반과 1970년대에 이르러 국가가 특정 집단(환자집단 보다는 상업적인 보험회사)을 더 많이 지원한다는 사실이 분명해지면서 다원주의는 불신을 받게 되었다. 이후 수정된 다원주의가 다시 등장했는데, 이에 따르면 권력은 우리 사회에 널리 분산되어 있는 미시 권력들이며, 그러한 미시권력들이 어떻게 접합 또는 재생산되는가를 결정·조직하는 어떤 단일한 권력 범주는 존재하지 않는다. 이는 전통적 다원주의와 마찬가지로 국가권력의 중심성을 부인함으로써 자본주의 체계에 전혀 위협적이지 않은 것이 된다. 사실상 그들은 체계를 합리화한다.

2) 파워엘리트 이론의 해석과 마르크스주의적 비판

다원주의 이론의 제한적 가치로 인해 1960년대 후반과 1970년대에 ‘파워엘리트 이론’이 발전했다. 이 이론에서 경쟁은 국가의 다양한 부문들을 실질적으로 지배하는 소수의 엘리트 집단들로 제한된다. 병원, 대학, 의사협회, 보험회사 등은 다양한 국가기관을 지배하기 위해 또는 영향력을 행사하기 위해 경쟁한다.

나바로나 맥킨리(McKinlay) 같은 마르크스주의 연구자들은 ‘권력집단들’의 경쟁이 계급(그리고 인종·성과 다른 권력범주들)과 같은 더 넓은 권력범주들의 투쟁에 의해 정의되는 파라미터 내에서 벌어지며, 바로 그 파라미터가 경쟁에서 일어날 수 있는 것과 일어날 수 없는 것을 결정한다고 주장했다. 파라미터에 해당하는 권력들의 상호작용 내에서 몇몇 대안은 고려조차 되지 않는다. 파워엘리트 집단들은 예를 들어 계급과 같은 더 넓은 범주의 일부이며, 이 때문에 그들은 전술적 불일치에도 불구하고 우리 사회에서 자신들의 계급적 위치에 따른 응집성에 기초해서 더 넓은 동의를 획득하게 된다.

파워엘리트 이론은 최근 더 급진주의적인 형태로 재출현 했는데, 여기에서 우리 사회와 의료의 본성은 인구에 대한 전문직 관료의 이데올로기적 조작의 결과이다. 이 제 억압의 주요 행위자로서 전문직 관료는 자본가계급을 대체한다. 계급투쟁은 사라지고 의료전문직과 환자의 갈등이 그 자리를 대신한다.

마르크스주의 연구자들은 이러한 해석이 의료를 사회적 권력의 범주들(계급·인종·성 등)의 모체 내에서 작동하는 더 포괄적인 권력투쟁의 상호작용으로 파악하지 못한다고 비판한다. 계급이 의료전문직과 환자의 갈등을 포함하여 그러한 권력투쟁이 나타나는 방식을 조직한다. 이들은 미국의 의료전문직이 자본가계급의 지원 아래 어떻게 확립되었는지, 의료지식·행위·제도가 어떻게 계급권력 관계를 재생산해 왔는지, 그리고 어떤 측면에서 환자·의사 관계가 계급을 핵심으로 하는 권력범주의 담지자가 되는지를 보였다.

마르크스주의적 분석에서 미국 의료의 진화는 미국 자본주의 진화의 일부로 간주된다. 따라서 의료의 법인화, 즉, 금융과 법인자본이 자금·관리·소유·의료서비스의 점유 등에 깊숙이 관여하는 현상은 예측 가능한 일이었다. 켈먼, 나바로, 새먼, 힘멜슈타인, 울헨들러, 맥킨리 등은 이 주제에 대해 광범위한 저술을 남겼다. 그러나 파워엘리트 학파의 연구자들은 법인화를 의료에서의 새로운 권력집단, 예를 들어 법인기업의 출현으로 정의한다. 이들은 의료의 진화를 자본주의의 발전과 분리해서 사고함으로써 법인화가 왜 발생했는가를 설명하지 못하며, 예기치 못한 것으로 간주한다.

II. 자본주의적 보건의료의 역사와 보건의료의 금융화

자본주의 사회의 보건의료는 자본주의적 생산과정에서 발생하는 질병을 치료한다. 따라서 치료의 기능은 자본주의적 생산관계를 유지하고 정당화하는 지배와 통제의 기능을 함축한다. 자본주의적 질병은 자본축적 과정에서 발생하며 보건의료는 단지 사후적으로 대처한다. 보건의료는 질병의 원인을 근본적으로 치료할 수 없기 때문에 문제의 발생과 해결 사이에 비효율성이 증대하며 이 간극을 메우기 위해 보건의료는 지속적으로 성장한다. 자본주의적 생산양식이 발전할수록 보건의료의 영역 또한 확대되며, 자본주의적 임노동의 확대재생산은 계속해서 새로운 형태의 질병을 발생시킨다. 이러한 과정에서 보건의료도 자본축적의 수단으로 편입된다.

의료비용의 지속적인 상승은 경제위기와 결합하면서 ‘보건의료의 위기’로 가지화되었다. 비효율성이 위기의 주범으로 지목되면서 공적 의료서비스는 사적 의료자본에 의해 대체되는 동시에 사적 의료자본의 금융적 변모가 시작된다. 제약·병원 등 사적 의료자본은 세계적 인수·합병과 직접투자를 통해 수익성을 최대화하는 전략을 추구하며, 보험자본과 같은 금융자본의 영향도 증대된다. 이른바 ‘보건의료의 금융화’가 진행되는 것이다.

보건의료의 금융화는 두 가지 경로로 진행된다. 의료자본이 금융화의 추구로 축적 전략을 변경하는 경로와 보험자본과 같이 외부에서 보완적인 역할을 담당하던 금융자본이 보건의료에 직접 개입하는 경로이다. 전자는 초민족적 제약자본, 후자는 관리의료가가 대표한다. 그리고 대중보건의료의 금융화는 세계무역기구와 세계은행과 같은 국제금융기구를 매개로 가속화된다.

1. 자본주의의 발전과 19세기의 보건의료

1) 산업화·도시화와 감염성 질병의 위협

19세기 초 이래 산업화가 진전되면서 유럽에서 유례없는 인구증가가 나타났고 산업예비군이 도시로 유입되면서 실질임금이 감소하고 주택난이 심화되었다. 도시외곽의 공장을 중심으로 빈민가가 형성되었다. 대공업과 급속한 도시화는 만성적인 빈곤, 불결한 상·하수도 및 통풍시설, 유해한 작업환경 등을 양산하여 감염성 질병이 유행할 수 있는 생태적 조건을 만들었다. 특히 콜레라가 1831년부터 유럽 전역을 휩쓸었는데 이는 진보에 대한 부르주아적 낙관론을 위협하고 대중적 공포와 사회적 혼란을 증폭시켰다. 이에 대한 자본가계급의 최초의 대응은 검역과 방역을 실시하는 것이었다. 그러나 이는 민족 간 교류와 무역을 제한했기 때문에 심각한 경제문제를 초래했다. 그래서 점차 도시의 위생조건을 개선하는 일련의 사회개혁이 시작되었다. 그러나 콜레라의 유행이 국가의 개입을 직접적으로 가져온 것은 아니었고, 노동자의

질병이 자본축적을 저해하는 것으로 인식되면서부터 공중보건의 도입되었다.

2) 사회의학과 위생개혁 운동

1840년대에 이르러 질병의 원인을 빈곤과 자본주의의 모순에서 찾고자 하는 사회의학이 나타났다. 이것을 선도한 것은 엥겔스와 비르호였다. 엥겔스는 질병의 원인을 계급구조와의 관련 속에서 파악했다. 그는 노동자계급의 영양상태 및 주거환경과 감염성 질병의 상관관계를 지적했으며 계급 간 영아사망률의 차이, 작업환경과 질병의 관계를 조사했다. 비르호는 사회의 결함이 감염성 질병의 필연적 조건이라고 주장하는 역학이론을 발전시켰으며 감염성 질병을 예방·제거하기 위해서는 의학적 치료만큼이나 사회적 변화가 중요하다고 여겼다. 당시 지배계급은 1830년대 이래의 대중봉기와 사회의학의 등장을 콜레라만큼이나 위협적인 것으로 간주했다. 그 결과 영국, 프랑스, 독일 등에서는 이에 대응하여 위생개혁운동이 출현했다. 영국의 왕립구비원 자문 위원이었던 채드윅은 사회의학과 반대로 빈곤의 원인을 질병에서 찾았다. 개인들은 질병으로 인해 노동능력과 생계수단을 상실해서 빈곤해진다는 것이다. 따라서 질병을 일으키는 위생조건을 개선함으로써 빈곤 문제를 해결할 수 있다고 주장했다. 이에 따라 1848년에 공중보건법이 제정되었다. 채드윅의 위생개혁운동은 생태적 요인과 사회적 요인의 접합이라는 19세기적 질병에 대한 부르주아적 대응이었으며, 대중의 저항을 순치하고 사회의학의 관점을 기각하는 것이었다.

사회의학의 관점은 이후 세균학의 확립에 따른 생의학의 체계화 속에서 위축되었다가 칠레의 아옌데에게 계승된다. 1939년 인민전선정부의 보건장관으로 재직하던 아옌데는 질병을 사회적 조건의 박탈에 따라 나타나는 개인들의 장애로 개념화하고 사회의 광범위한 구조적 변혁을 동반하지 않고 이루어지는 보건의료 내에서의 개혁 조치들은 아무런 성과도 거둘 수 없다고 주장했다. 20세기 전반기에 라틴아메리카를 중심으로 전개된 사회의학은 1970년대 이후 미국과 유럽에서 보건의료에 관한 마르크스주의적 연구들을 통해 계승되었다.

3) 의학의 지체와 공중보건의 확산

19세기 의학은 과학적인 의학 지식이 부재했기 때문에 당시의 보건의료는 사실상 병원을 중심으로 한 빈민구제사업의 일환이거나 감염성 질병에 대응하는 공중보건의 형태였다. 위생개혁운동으로 공중보건에 대한 관념이 점차 확산되어 질병의 유행이 비위생적 생활환경과 관계가 있다는 점이 널리 인식되었다. 19세기 중반 이후 대도시마다 도로가 포장되었고, 상·하수도 시설이 확충되었으며 가정에서의 세탁과 목욕이 널리 보급되었다. 공중보건은 장기적으로 감염성 질병의 유행에 따른 노동력 고갈의 위협을 해소하고, 개별 자본이 부딪히게 되는 노동자계급의 요구와 저항을 균등화하는 효과를 갖는 것이었다.

2. 법인지본주의의 발전과 20세기 보건의료

1) 감염성 질병의 감소와 비감염성 질병의 증가

자본주의적 생산양식이 발전하면서 생활환경 및 영양상태가 개선되었고, 항생제와 스테로이드의 발견 등 치료의학이 발전하면서 감염성 질병은 감소했다. 그러나 자본주의적 노동·생활조건의 변화로 야기된 비감염성 질병이 증가했다. 19세기 말 이후 미국의 산업자본은 소유와 관리를 분리시키는 법인적 형태로 변화하면서 구상과 실행을 분리시키는 노동과정의 혁신을 수반했다. 이러한 혁신의 핵심은 포드주의라고 불리는 이동조립라인인데, 이는 노동자의 숙련을 기계로 대체하는 것이었다. 노동은 기계의 흐름에 실질적으로 통합되었고, 노동자계급은 노동과정에 대한 통제력을 상실함으로써 장애, 불만, 불안, 압박감, 불쾌감 등 이른바 스트레스로 통칭되는 새로운 병리적 양상을 경험하게 되었다. 나아가 스트레스는 수면장애, 식욕부진, 심장박동 수 증가, 생리적 긴장과 우울증, 과민증과 같은 증상으로 발전했다. 생산성 증가에 따른 임금 상승은 생활조건의 변화를 일으켰고, 이른바 ‘풍요의 병’으로서 심혈관계질환, 폐양, 암 등을 가져왔다. 나아가 노동·생활조건의 변화에 따라 새롭게 출현한 질병들은 진통제, 진정제, 커피, 담배, 암페타민 등과 같은 약물의 소비를 증가시켰다. 비감염성 질병은 감염성 질병과 유사하게 확산되었고, 질병이 일상화·만성화 되듯이, 보건의료 또한 일상화·만성화 되었다. 이에 따라 질병의 책임을 개인적 행위의 탓으로 돌리고, 질병의 해결을 개인적 교정으로 환원하는 희생자 과실론이 등장했다.

2) 현대의학과 대중보건의료

체계적인 의학지식이 발전하면서 미국에서는 도제교육을 지양하고 의학교육을 표준화하려는 시도가 나타났다. 의학교육의 개혁은 궁극적으로 의료전문직의 양성과정과 의료제도를 표준화하고 통제하려는 법인지본의 이해를 반영하는 것이었다. 존스 홉킨스 모델을 통해 실험의학(연구실), 의료제도(병원), 의학교육(대학)을 결합하는 현대적 의학연구·교육제도가 정착되었고, 표준화된 교육과정과 의사협회의 면허를 통해 공인된 의료전문직이 출현했다. 대학에 기반을 두고 빈민구호의 기능을 하던 병원은 진단과 치료의 기능을 수행하는 현대의료 중심으로 완전히 변형되면서 그 수가 폭발적으로 증가했다.

그러나 1930년대 대공황 시기에 중산층이 늘어난 의료비용을 더 이상 감당할 수 없게 되자 위기에 봉착했다. 이러한 상황을 해결하기 위해 미국에서는 병원의 주도하에 사적 보험에 의한 제3자 지불방식이 도입되었다. 사적 보험이 도입되면서 중산층이 다시 병원을 이용하게 되었을 뿐만 아니라 노동자계급에게까지 병원 이용이 확대되었다. 기업주들은 사적 보험을 제공하면서 노동자계급의 보건의료 요구를 수

용하는 동시에 이를 구실로 임금인상과 급진적 노동자운동을 통제했다. 현대의학에 따른 치료비용은 노동자계급에게 큰 부담이었기 때문에 보험제도가 뒷받침되어야 했다. 그러나 이를 통한 대중보건의료의 형성은 동시에 보건의료를 이윤추구를 위한 새로운 산업의 영역으로 편입하는 계기이기도 했다.

미국의 법인적 형태와 달리 영국과 소련에서는 국가적 형태의 보험제도가 병원과 결합하여 대중보건의료가 형성되었다. 영국은 1911년에 강제보험제도인 국가의료보험을 도입했고, 1945년 노동당 정부는 그 적용범위와 급여를 확대하여 국가보건서비스를 확립, 무상의료를 제공했다. 그러나 이 제도는 의료전문직의 지위와 자율성을 보장하는 타협에 기초한 것으로, 일반의들이 예산의 상당 부분을 영유할 수 있는 길을 열어놓았다. 소련에서는 1917년 혁명 직후 무상의료를 실시했으나 내전과 경제적 곤란 속에 제대로 시행되지 못했다. 1930년대에 중화학 공업화를 촉진하기 위한 정책의 일환으로 보건의료제도가 다시 구축되었는데, 이는 보건의료서비스를 전문화·중앙 집중화하고 대형병원 중심으로 재편하는 것이었다. 이는 국유화를 통해 보건의료자원의 분배방식을 변화시켰지만, 그 성격과 내용 면에서는 자본주의 사회와 별다른 차이가 없었다.

3. 보건의료의 금융화

1) 초민족적 의료자본의 금융화 : 제약자본

서구의 보건의료는 19세기 후반부터 식민보건정책과 의료선교를 통해 주변부로 확산되면서 식민지 주민을 서구적 생활양식에 적응시켜 보건의료의 잠재적 구매자로 변화시킨다. 그 결과 탈식민화 이후에도 서구의 의료기술과 제도는 제3세계 국가들의 기본모델로 채택된다. 1980년대부터 신자유주의적 금융세계화가 진행되면서 서구의 의료기술과 행위는 병원, 제약회사, 의료장비, 원격의료·재택치료 등과 같은 기타 의료서비스 부문으로 분화되는 동시에 초민족적 의료자본으로 발전한다. 그러나 이는 얼마간 불균등하게 진행된다. 공급자가 직접 소비지로 진출할 수밖에 없는 병원의 초민족화는 민족국가의 제도적·경제적 장벽으로 인해 제한된다. 이와 대조적으로 제약·의료서비스자본은 성공적으로 초민족화를 진행시킨다.

19세기 후반부터 등장한 제약 산업은 1970년대까지 꾸준히 성장하며, 제2차 세계대전 이후 치료의학혁명과 1970~1980년대 분자생물학 및 유전공학의 기술혁명을 경험하면서 지속적인 성장을 거듭한다. 제약자본은 대학연구소를 지원하고 생명공학 전문기업과 제휴함으로써 이들의 연구·개발 성과를 상업화한다. 이를 통해 개발된 신약은 엄청난 규모의 연구·개발 비용이 투자되는 대신 특허권에 기초하여 일정 기간 동안 독점이윤율이 보장된다. 20년 이상의 독점권을 보장받은 제약자본은 이 기간 동안 이윤을 최대화하기 위해 마케팅에 대규모로 투자하는데, 약품의 소비가 처방전에 의해 좌우되므로 의사집단이 그 마케팅의 대상이 된다.

반면, 특허기간이 만료된 제네릭(복제약)은 연구·개발비가 낮은 대신 가격 경쟁이 심해서 이윤율이 낮다. 따라서 특허약은 초민족자본이 지배하고, 제네릭은 주로 민족자본이 담당한다. 대중보건의료가 세계적으로 확산되면서 제네릭 시장의 중요성이 점차 증가하고 있다. 제네릭 시장의 확대와 함께, 정부의 의약품 가격통제와 제네릭 생산 장려를 통한 경쟁유발은 연구·개발과 마케팅에 대규모로 투자하는 초민족적 제약자본의 수익성을 악화시킨다. 이러한 상황 속에서 초민족적 제약자본은 1980년대 후반부터 직접투자와 인수·합병으로 대응하면서 금융화를 추구하는 전략으로 선회한다. 이것은 생산과 판매에 의한 이윤 획득이 아니라 시장지배력을 확보하여 기업 가치를 높이려는 금융적 이익을 대표한다.

초민족적 제약자본은 직접투자를 통해 민족적으로 분절된 제약시장에 침투한다. 이에 따라 미국 내 해외 제약자본의 자산은 1985년 59억 달러에서 1993년 374억 달러로 상승하며, 해외로 진출한 미국의 제약자본의 자산도 365억 달러에 달한다. 그러나 직접투자는 대체로 미국·일본·유럽에 집중되고 발전도상국은 배제된다.

초민족적 제약자본의 금융화를 가장 전형적으로 보여주는 것은 인수·합병이다. 1988~ 1992년에 제약 산업의 초민족적 인수·합병은 226건이고, 그 규모는 131억 달러에 달한다. 인수·합병의 표면적 이유는 제약자본이 소유한 주요 상품의 특허기간이 만료되기 때문에 다른 제약자본을 인수함으로써 시장에 출하될 준비가 되어있는 특허약의 소유권 획득이다. 그러나 실질적인 목표는 비용절감과 시장지배력 확대, 그리고 이를 통한 주주가치의 극대화다.

2) 금융자본과 보건의료 : 관리의료

성장기동안 보건의료의 대중화에 기여했던 보험 자본은 이제 보건의료의 구조조정을 강제하면서 이 부문을 자본집중의 계기로 활용한다. 그 전형적인 사례가 미국에서 발전되어 세계로 수출되는 ‘관리의료’다. 국가의료보험이 발전하지 못한 미국에서 의료비지출이 급격히 증가하면서 관리의료가 효과적인 대안으로 제시되었고, 이를 바탕으로 하는 사적 보험이 의료시장을 장악하게 되었다.

관리의료는 하나의 조직에 보험·전달·지급기능이 통합된 선불제도이며, 관리의료조직이 환자가 이용하는 의료서비스에 대한 공식적 통제를 수행한다. 이는 공급자선택제한(문지기주치의제도), 사례관리, 이용도심사의 형태로 이루어진다. 공급자선택제한이란 피보험자가 관리의료조직이 고용한 의사나 여기에 가입한 의사에게 치료를 받을 경우에만 완전한 보험적용을 받는 것을 의미한다. 따라서 주치의는 과잉의료를 방지하고 2차 의료에 대한 보험회사의 지출을 최소화하는 역할을 담당한다. 사례관리란 잦은 입원경력이나 만성질환을 가진 환자에게 사례관리자를 배치시켜 병의 악화를 막거나 자가 치료 및 예방교육을 실시하는 것이다. 마지막으로 가장 핵심적인 이용도심사는 환자에게 제공되는 의료서비스의 적절성 여부를 보험회사가 판단하는 것이다. 특정 치료가 과잉의료행위로 판정되면 보험료 지급을 거부한다.

관리의료는 단순한 의료보험의 기능을 넘어 보험회사가 의료과정에 개입하면서 비

용절감을 주도한다. 병원과 개업의는 관리의료조직에 가입하지 않으면 다른 병원과의 가격경쟁에서 살아남을 수 없기 때문에 보험자본의 의료비용 절감 압력을 감수해야 한다. 이러한 과정을 통해 보건의료는 금융자본의 이익에 종속된다.

뿐만 아니라 관리의료는 보건의료 부문이 급격하게 영리화·상업화되는 길을 열어놓았다. 대형 상업보험회사들이 관리의료에 참여함으로써 보건의료의 영리부문에서뿐만 아니라 비영리부문에서도 이윤추구·인수합병·경영다각화를 모색하는 흐름이 나타나기 시작했다. 이 과정에서 영리추구를 목적으로 하는 의료법인기업이 성장하여 보건의료산업의 관련 분야를 포괄적으로 결합하는 이른바 ‘의산복합체(medical-industrial complex)’가 출현했다.

미국 내 관리의료조직들 사이에 경쟁이 격화되고 수익성이 하락하면서 보험 자본은 관리의료를 수출하기 시작한다. 특히 1990년대 라틴 아메리카의 금융위기를 계기로 이 지역의 보건의료체제를 관리의료의 형태로 재편한다.

관리의료와 의산복합체의 출현은 보험을 매개로 병원을 보편적인 의료 기관으로 확립했던 대중보건의료가 보험으로 대표되는 금융자본의 이해에 따라 재편된다는 것을 의미한다. 관리의료와 의산복합체는 지속적인 비용 상승에 따른 보건의료의 위기에 대한 금융적 해법이다.

3) 국제기구와 보건의료의 금융화

세계무역기구(WTO), 세계은행(WB), 국제통화기금(IMF)과 같은 국제기구들은 세계적 무역 질서를 새로운 방식으로 재편함으로써 초민족적 의료자본의 이익을 보장할 수 있는 조건을 마련한다.

세계무역기구는 보건의료와 관련하여 두 가지 중요한 협정을 주도하는데 서비스무역에관한일반협정(GATS)과 무역관련지적재산권협정(TRIPs)이 그것이다. 서비스무역에관한일반협정의 핵심적인 내용은 보건의료서비스를 포함한 공적 서비스를 상품으로 규정하고 이에 대해 자유무역의 원칙을 적용하는 것이다. 무역관련지적재산권협정은 지식에 대한 소유권을 기반으로 초민족적 의료자본에게 최소 20년간의 독점 이윤을 보장한다.

세계은행·국제통화기금 등과 같은 국제금융기구들은 외채위기를 겪고 있는 국가들에게 개입하여 차관조건과 채무지불협상을 지렛대로 삼아 신자유주의적 정책개혁을 강제한다. 또한 채무국의 공적 서비스를 사유화하고 연금제도를 개혁함으로써 채무국의 보건의료부문을 초민족적 의료자본을 위한 시장으로 변모시킨다. 이들이 주도하는 다자간협정체제가 주변부 국가의 저항을 받아, 최근에는 미국을 중심으로 자유무역협정(FTA)과 같은 쌍무협정체제로의 전환이 시도되고 있다. 경제적으로 불평등한 두 당사국 사이의 협정으로 주변부 국가의 보건의료부문은 초민족적 의료자본에 더욱 개방·종속된다. 예컨대 강제실시권과 같은 무역관련지적재산권협정의 예외 조항에 엄격한 제한을 가하고, 특허기간도 20년 이상으로 연장하는 무역관련지적재산권협정플러스(TRIPs+)를 포함한다.

4. 보건의료의 금융화의 영향

공적으로 관리되던 보건의료부문이 사유화를 통해 초민족적 자본에게 종속되면서 수요자의 지불 능력에 따라 서비스의 내용이 차별화되어 건강불평등이 확산된다. 초민족적 제약자본은 의약품을 상품으로 간주하는 동시에 지적재산권을 무기로 독점적 지위를 강화하기 때문에 보건의료에 대한 대중의 보편적 접근을 차단한다. 뿐만 아니라 제약자본은 수익성이 높은 미국·유럽·일본 시장의 수요에만 맞추어 약품을 개발하기 때문에 저개발국의 고유한 질병에 대해서는 더 이상 기술개발을 하지 않거나 규모를 대폭 축소한다.

서비스무역에 관한 일반협정은 공적 의료서비스의 사유화를 진행시키는 동시에 세계적 수준에서 보건의료의 불평등을 심화시킨다. 서비스부문의 무역자유화에서 주변부 국가에게 특히 문제가 되는 것은 인력 유출의 형태로 나타나 주변부 국가의 건강상태의 전반적인 질적 저하를 초래한다.

초민족적 제약자본의 이윤추구전략과 무역협정의 체결이 세계적 수준에서의 불평등으로 귀결된다면, 관리의료의 확산은 민족적 수준에서의 공공성의 약화와 불평등을 야기한다. 라틴아메리카에 진출한 관리의료는 피보험자에 대한 사용자분담금의 도입을 요구하는데, 이는 보험가입을 제한하는 장벽으로 돈이 없는 사람들을 공적병원으로 집중시키는 한편, 공적병원을 이용하는 사람들에게는 수입자산조사를 실시하여 자격을 엄격하게 제한시킨다. 또한 심각한 환자는 공적 부문으로 묶어두는 대신, 비교적 건강한 환자만을 유인하는 경향이 있다.

III. 페미니즘적 관점

건강은 보편적 인권이며, 국가는 시민의 건강을 뒷받침하기 위해 질병을 예방·치료하는 보건의료제도를 발전시킨다. 그러나 현대보건의료가 모두에게 동등한 혜택을 제공하는 것은 아니다. 현대의학의 지식과 제도는 성적 차이를 적절히 고려하지 않으며, 여성보건문제의 독자성을 인정하지 않는다. 또한 사회 전반의 성차별주의가 보건의료 영역에서도 재생산된다. 그 결과 현대보건의료는 남성과 여성의 건강불평등을 심화시키는 한 요인이 되고 있다.

여성에 대한 억압과 차별이 보건의료 영역에서도 재현될 뿐 아니라, 현대보건의료가 여성의 건강증진에 모순적으로 기능한다. 즉 현대보건의료는 의학의 지식·기술을 통해 여성보건 일부를 담당하지만, 동시에 여성의 성욕과 재생산을 의료화하여 물질적·이데올로기적으로 통제함으로써 여성을 억압한다.

1. 대중보건의료와 여성건강운동

1) 재생산의 의료화

20세기 대중보건의료의 발전은 여성에 대한 보건의료서비스를 확대한다. 그러나 그것의 기초를 이루는 생의학 모델은 건강한 남성의 육체를 인체의 표준으로 설정함으로써 여성 건강의 독자성을 무시한다. 그것은 여성 육체의 고유성을 생식기관의 해부학적 차이로 정의하고, 자기조절기능의 차이를 재생산 기능으로 환원한다. 이에 따라 여성보건 문제는 산과학 및 부인과학의 대상으로 규정되고, 여성의 건강 욕구는 모성 및 아동 건강 프로그램으로 위임된다.

전통적으로 여성의 관할에 있던 재생산과 관련된 모든 관행은 이제 대중보건의료에 의해 독점되는데, 이를 재생산의 의료화라고 부른다. 임신, 출산, 피임, 낙태, 불임, 수유, 나아가 여성의 육체 일반과 관련된 모든 문제들을 포함하는 재생산이 의료화 되면, 그것을 적법하게 다룰 수 있는 의료전문가들의 기술적·사회적 영향력이 더욱 확대된다. 이는 전문적 지식과 기술을 매개로 한 사회적 지배·통제관계의 변형이자 확장이다.

20세기 초까지 재생산을 보조하는 기술의 효과와 안정성의 측면에서 산과 의사의 경쟁력은 여성조산사에게 밀리고 있었다. 하지만 산과 의사는 과학과 개혁의 이름으로 조산사의 활동을 불법화하는 데 성공한다. 임신·출산은 질병으로 간주되고, 치료를 위한 병원출산이 권장·확대되기 시작한다. 그러나 초기의 의료화는 오히려 여성보건의 수준을 떨어뜨린다. 조산사의 불법화로 가난한 여성들은 전통적인 산과서비스를 받을 수 없게 되고, 병원출산에서는 성급하고 과도한 기술적 개입이 종종 치명적인 결과를 가져왔다. 이에 따라 1930년대에 출산과정에 대한 기술적 개입의 최소기준과 병원출산의 일반적 절차에 대한 매뉴얼이 마련된다. 그 결과 1935년부터 모성사망률이 감소하기 시작한다. 동시에 대공황과 2차 세계전쟁을 계기로 국가적 인구조절의 필요성이 인식되면서 가족계획을 기술적으로 뒷받침하기 위해 대중보건의료의 사회·정치적 위상이 강화된다. 그리고 치료혁명으로 산부인과의 치료능력이 개선되면서 재생산의 의료화 과정이 실질적으로 완성된다.

병원출산 과정은 전적으로 의사에 의해 주도되고, 산모는 오직 환자로서 취급되며, 그녀의 육체는 치료를 위해 개입·조작되는 대상으로 환원된다. 법인자본의 생산력과 산부인과학의 전문성이 재생산에 대한 통제기술로 체계적으로 결합되자 임신과 출산의 모든 과정은 도말검사·선별검사·초음파검사 등 기술적 절차로 채워진다. 이제 여성은 산업화된 의료의 도움 없이는 자신의 재생산 능력을 알지도 쓰지도 못하는 무능한 존재로 전락한다.

여성과 현대보건의료의 관계가 재생산을 중심으로 형성되면서 임신·출산과 직접적인 관계가 없는 여성의 질병은 대부분 기질적 원인이 없는 피병 또는 심인성 질환으로 간주된다. 즉 재생산이 과잉의료화 된 반면 여성의 다른 질병은 과소의료화 되

는 것이다. 성차별적 의학적 임상연구는 이러한 현실을 대표한다. 중요한 임상연구의 대부분은 남성을 대상으로, 또 이른바 ‘남성적’ 질병을 주제로 이루어진다. ‘여성적’ 질병이 연구 주제가 될 때에도 생식과 무관한 문제들은 대부분 제외되거나, 남성을 대상으로 임상실험이 이루어진 후 바로 여성에게 시판된다.

2) 여성건강운동의 대중보건의료 비판

대중보건의료에 대한 여성들의 불만은 일차적으로 대부분이 남성인 산부인과 의사를 대면할 때 경험하는 곤란과 소외 및 의사의 권위주의적 태도에 대한 불만으로 표출되기 시작한다. 1960년대 말부터 산부인과에 대한 이러한 경험의 공통성을 집단적으로 인식하면서 여성건강운동이 조직된다.

초기 여성건강운동은 남성의사의 권력 독점을 비판하는 데 집중된다. 자유주의 페미니즘은 남성의사가 여성의 사회적 가치를 생물학적 재생산에 국한시키며 그조차도 비합리적인 여성에게 맡길 수 없기 때문에 반드시 의사의 통제가 필요하다는 불합리한 신념을 갖고 있다고 비판한다. 보건의료의 성차별주의는 보수적인 남성의 상위적 독점에서 비롯되며, 따라서 그 해결을 위해서는 남성의사의 인식개선과 여성의사의 확대, 그리고 여성의 의사결정권을 요구한다. 특히 환자로서 여성의 합리적 선택권과 능력을 강조하면서 ‘충분한 정보에 근거한 동의’의 법제화를 주요 실천전략으로 채택한다.

그러나 여성의사의 비율이 크게 증가한 오늘에도 보건의료와 여성의 관계, 여성의사와 환자의 관계에서 근본적인 변화는 나타나지 않는다. 자유주의 페미니즘은 의사직에서의 성별 불평등만을 문제 삼음으로써 현대보건의료의 자본주의적 성격과 현대의학이 여성에게 미치는 모순적 영향을 간과한 것이다. 부분적으로 법제화된 ‘충분한 정보에 근거한 동의’ 전략도 새로운 기술을 임상에 도입할 때 환자의 동의만 받으면 된다는 식으로 전문가 집단이 책임을 회피하는 구실이 될 수 있다.

이러한 자유주의적 페미니즘적 시각을 가졌던 여성건강운동은 1973년 로우 대 웨이드 사건¹⁾을 통해 낙태권 운동과 결합하여 전국적인 정치세력으로 부상하는 한편 이론적으로도 급진화 된다. 급진주의 페미니즘은 여성에 대한 억압과 차별이 여성의 육체·성욕·재생산능력을 사회적으로 통제한 결과이며, 보편적 남성 지배를 뜻하는 가부장제를 그 원인으로 지적한다. 남성의사는 지배계급 남성들과 동맹하여 여성치료자와의 경쟁·투쟁에서 승리하고 의학지식과 기술을 독점하면서 보건의료 영역으로부터 여성을 완전히 배제한다. 의료 지식과 기술은 가부장제의 역사적 산물이자 남성의 지배도구이며, 남성의사는 산부인과 지식과 기술을 통해 재생산을 의료화하고 여성의 육체와 성욕을 지배·통제한다. 따라서 급진주의 페미니즘은 대중보건의료가 의학적 지식의 생산과정부터 근본적으로 변혁되어야 한다고 주장한다. 가부장제 사

1) 로우 대 웨이드 사건은 텍사스주 델러스시에 사는 미혼녀 제인 로우(Jane Roe)가 자신이 안전한 병원에서 낙태를 받을 권리를 가로막는 텍사스주 낙태법의 위헌여부를 확인하고 실행을 금지하는 명령을 내려달라는 소송을 델러스시를 상대로 제기하면서 시작되었다. 이 사건은 1973년에 대법원이 개인의 사생활에 대한 권리를 승인하는 맥락에서 미국 전역에 걸쳐 임신 6개월 이내 낙태를 합법화하는 판결로 마무리되었다.

회에서 남성의 지식과 기술은 여성의 억압과 지배를 목적으로 하기 때문에 여성의 건강과 복리 증진에 기여할 수 없으며, 여성 스스로가 자신을 위한 지식과 기술을 찾아서 소유해야 한다. 그 결과 1970년대 미국 전역에서 제도권 외부에 위치하는 여성보건센터가 설립된다. 이들은 ‘여성적 가치’에 입각한 환자와 의사의 상호교육·협력·공동결정에 기초하여 소외된 여성의 건강욕구를 해결하고자 한다. 여성들은 이른바 ‘객관적’ 임상 지식에 도전하면서 자신들의 ‘주관적’ 지식도 건강문제를 이해하는 데 매우 중요할 수 있다고 주장한 것이다.

그러나 급진주의 페미니즘은 가부장제를 초역사적인 것으로 인식하면서 여성이 착취·억압받는 구체적 형태와 그것을 결정하는 사회·역사적 요인들에 대한 분석을 간과한다. 그 결과 이론적 분석에서는 재생산이라는 여성의 공통성만이, 그리고 대안적 의료실천에는 자기결정에 기초한 재생산의료서비스만이 과도하게 부각된다. 다양한 사회적 조건에 있는 여성들이 재생산과 무관하게 호소하는 여러 다른 건강상의 문제는 여전히 간과되는 것이다. 그에 따라 기존의 남성 중심적 보건의료를 비판하며 등장한 페미니즘적 보건의료에서도 여성은 재생산하는 존재로만 간주되는 양상이 지속된다.

이러한 한계는 현대보건의료의 물질적 토대를 보지 못한 데서 비롯된다. 자본주의적 생산관계는 가족형태가 규정하는 성별 분업의 구조에 인종적·민족적·지역적 차이들을 결합하여 여성에게 상이한 생계조건과 활동방식을 할당한다. 여성의 보건의료욕구는 이러한 생활조건의 차이에 따라 다양하게 나타난다. 또한 자본주의적 생산관계는 그 자체가 대중보건의료를 구성하고 운영하는 원리가 된다. 남성의사의 권력의 원천이 되는 의학적 지식·기술·장비는 남성을 위해 생산된 것이 아니라 자본축적의 논리에 따라 생산된 것이다. 따라서 현대보건의료와 여성의 관계, 그리고 여성의 발병의 구조적 원인이라는 근본적 문제의 해결을 위해서는 자본주의적 생산양식과 역사적 가족형태에 대한 분석이 필요하다.

<국가보건서비스의 위기와 영국의 여성건강운동>

1979년 집권한 보수당이 국가보건서비스에 대한 공격을 본격화하자, 그것이 여성의 가장 기본적인 건강 욕구를 충족시키는 데 얼마나 중요한 역할을 하고 있는가가 분명해졌다. 국가보건서비스의 재정 삭감은 남성보다 여성에게 훨씬 더 큰 영향을 미쳤다. 그 이유는 첫째, 여성은 의료소비자의 다수를 차지하기 때문에 서비스가 축소·철회될 때 더 큰 타격을 받는다. 더욱이 ‘필수적이지 않기’ 때문에 국가보건서비스에 쉽게 제거할 수 있다고 규정된 것들은 대부분 여성과 아동이 이용하는 지역사회서비스였다. 둘째, 여성은 보건의료서비스의 주요 생산자로 국가보건서비스 인력의 70% 이상을 차지한다. 따라서 여성이 밀집된 최하위 노동력 부문에서 이루어지는 인원 감축은 여성에게 심각한 영향을 미친다. 마지막으로, 여성은 국가보건서비스가 돌보지 않는 사람들도 항상 보살

퍼 왔다. 가정에서 이루어지는 숨겨진 노동이 이제 국가가 철회한 서비스까지 보충하도록 점점 더 증가하고 있다. 게다가 이 여성들 중 일부는 해고된 보건의료 노동자이다. 그들은 과거 임금을 받으면서 했던 노동을 이제 아무 대가 없이 또는 ‘사랑’의 이름으로 하고 있다.

따라서 국가보건서비스의 존속이 페미니스트 보건활동가들의 중요한 목표가 되었고, 이는 여성건강운동의 정치적 실천에 뚜렷한 발자국을 남겼다. 가장 중요한 변화는 국가보건서비스의 수호라는 과제를 포괄하기 위해 정치활동의 기초가 확대된 것이다. 병원·일자리·서비스를 보전하기 위한 그리고 보건의료의 민영화 추세에 반대하기 위한 캠페인에 참여하는 여성의 수가 점점 더 늘어났다. 이러한 전환의 중요한 측면은 그 활동으로 인해 보건의료를 제공하는 여성과 이용하는 여성 사이에 더욱 강력한 유대가 형성되었다는 것이다. 국가보건서비스에서 일하는 여성의 노동조합가입률이 높아지고 있으며, 새로운 페미니스트 보건노동자(간호사, 조산사, 무보수가정방문보건노동자, 의사·의학도 등) 단체들이 여성건강운동에 속속 결합하고 있다. 1981년에 무보수가정방문보건노동자를 위한 지원망이자 압력단체를 표방한 경력자협회의 출범은 특히 중요한 진전이였다. 다른 예로, 여성을 위한 병원이며 한 세기 동안 여성이 운영해왔던 엘리자베스가렛앤더슨병원이 공공지출 삭감을 위한 표적으로 폐쇄당할 위기에 처하자, 여성단체들은 노조원과 함께 투쟁했다. 그 결과 병원서비스 중 일부가 지속될 수 있었다. 또한 현행 보건제도 내에서 페미니스트 노선을 수립하고자 비위계적인 노동관계와 이용자가 적극적으로 참여하는 조직운동을 확립하려는 사례들이 있었다.

여성건강운동 내에서 정치적 우선성이 이러한 방향으로 전환되자 국가보건서비스와 관련된 여성의 경험을 이해하기 위한 논의도 더욱 정교하게 진행되었다. 가부장제와 자본주의의 관계를 둘러싸고 여성운동 내에서 지속된 이러한 논쟁을 단순화해서 보자면, 급진주의 페미니스트들은 여성이 경험하는 억압을 가부장제라는 남성지배의 보편적 경향의 관점에서 명료하게 설명할 수 있다고 주장한다. 따라서 그들은 성적 분할을 사회의 주요한 분할로 간주하며, 여성의 지위는 이 관점에서 이해해야 한다고 주장한다. 반면 사회주의 페미니스트들은 여성의 지위가 생산양식에 의해서도 직접적인 영향을 받는다고 주장한다. 따라서 영국과 같은 사회에서 여성 억압을 설명하기 위해서는 가부장제 또는 남성지배적 문화의 존재뿐만 아니라 영국 사회의 자본주의적 본성도 고려해야 한다. 그럴 때 비로소 성적이고 계급적인 분할을 분석적·전략적으로 유효하게 사고할 수 있다.

2. 현대적 가족형태와 여성의 질병

사회적 생산관계는 가족형태 속에서 구현된 성별 분업을 매개로 성별화된다. 현대

가족형태의 지배적 성별 이데올로기는 18세기에 출현하여 19세기에 발전한 빅토리아적 가족형태에서 시작된다. 이 가족형태에서 여성은 과거의 생산적 역할을 부정당하고 자녀양육과 가사 관리를 전담함으로써 가정이라는 사적 영역의 수호자로 정의된다. 19세기에는 주로 부르주아지에게 한정되었던 빅토리아적 가족형태는 ‘가족임금’을 매개로 20세기 미국에서 노동자계급에게까지 확산된다. 성애에 기초한 ‘동반자적 관계’를 이상으로 하는 미국식 핵가족형태가 그것이다.

현대적 가족형태의 성별 분업은 보건의료의 실천과 이론에도 반영된다. 남성에게 더 나은 보건의료를 제공하는 대중보건의료의 성차별주의는 그것이 일차적으로 남성노동력의 안정적 재생산을 목표로 하는 데서 발생한다. 대중보건의료나 사회 전반의 여성에 대한 억압과 차별은 성적 동일성을 규정하는 지배적 가족형태와 가족임금으로 그것을 지지하는 법인자본주의의 상호작용에서 비롯된다. 여기에 남성과 여성의 고유한 생물학적 차이와 대중보건의료의 성차별주의가 결합된다. 여성이 겪는 질병과 고통은 여성의 고유한 육체적 특성에 기초하지만, 그 특성이 여성에게 위협이 되는 것은 20세기 법인자본주의의 산물이다.

대부분의 가정에서 남성이 더 많은 소득과 부, 우월한 지위와 의사결정권을 갖지만, 가계의 어려움에 대한 책임은 대부분 여성에게 귀속된다. 이러한 권리와 책임의 비대칭성은 여성의 과잉노동을 야기한다. 여성에게 주어진 가장 기본적인 활동인 가사노동은 단조롭고 지루하며 개별가정에서 혼자 수행하게 된다. 이는 신경과민, 의기소침, 불면증, 우울증, 수전증, 악몽, 현기증, 심계항진 등으로 표현되는 ‘주부신드롬’을 발생시킨다. 어린 자녀나 노인·장애인이 있는 가정에서는 어려움이 배가된다. 그러나 가사노동의 어려움은 가족에 대한 사랑이라는 외피로 인해 종종 은폐되고 무시되며 우울증은 여성의 직업병이 된다. 가정폭력 역시 여성의 육체적·정신적 건강에 심각한 피해를 가하는 요인으로, 장기적으로 지속되는 경향이 있다. 이는 피해자 여성이 가정을 떠나는 것을 어렵게 만드는 사회·경제적인 제도인 결혼 때문이다. 뿐만 아니라 많은 여성이 가사노동 및 자녀양육과 함께 임노동을 병행한다. 이중부담에 따른 육체적·정신적 부담과 함께 분단된 노동시장이 규정하는 여성의 노동조건은 여성의 건강을 더욱 위협한다. 현대적 가족형태와 가족임금 이데올로기는 여성의 노동력가치를 평가절하하고, 여성을 주로 저임금의 불안정한 직종과 직무에 배치한다. 특히 서비스직 등 이른바 ‘여성적’ 직종의 경우, 과도한 감정노동으로 인한 육체적·정신적 소진에 성희롱이라는 위험도 추가된다. 그밖에도 자본주의적 노동과정에서 산업적 유해요소들은 재생산 기능과 관련해서 여성에게 추가적인 위협이 될 수 있지만, 잉여가치 추출과 관련된 부분에서 여성은 무성적 존재로 간주된다. 산업역학 연구의 대부분이 남성노동자를 대상으로 실시되며, 따라서 작업장 환경의 부분적 개선-적정중량이나 기준온도·복장 등 여러 표준의 설정 및 장비 배치 등-도 남성의 육체를 기준으로 이루어진다.

한편, 성욕과 재생산은 노동과 일상생활로 환원되지 않는 여성보건의 고유한 영역을 이룬다. 19세기 후반의 성의학 담론은 여성의 육체적 취약성과 생식기관의 전체성을 강조하면서 빅토리아적 가족모델이 고무하는 무성적 어머니 상, 즉 여성에 대

한 성적 억압을 정당화했다. 성애를 중심으로 한 20세기 미국식 핵가족형태는 이러한 여성성의 변화를 요구하고, 그에 따라 20세기 초 성의학 담론은 여성의 성욕을 인정한다. 하지만 이들은 여성의 성욕을 수동적·의존적·감정적인 것으로 규정함으로써, 개별 남성-남편-에 대한 개별 여성-아내-의 성적 종속을 정당화한다.

여성이 성욕·재생산에 대한 자율적 결정권을 상실하면서 성욕과 재생산의 관리에 관련된 신체적·사회적 위험은 여성에게 전가된다. 새롭게 개발되는 피임기술은 대부분 여성을 대상으로 하며, 여성은 피임용구에 대한 충분한 정보를 갖지 못한 채 차악 중 하나를 선택해야 한다. 출산장려정책 또는 출산억제정책이 피임용구나 영구불임술 등 재생산기술의 형태와 공급 방식을 결정하며, 종종 우생학적 함의를 내포하면서 계급·인종·지역에 따라 차별적으로 시행된다. 재생산조절법의 하나인 낙태의 법적 지위는 여성의 건강지위를 결정하는 단일요인으로는 가장 큰 비중을 차지한다. 또한 현대적 가족 형태에서 많은 여성이 ‘의무적’인 성생활을 영위하며, 그에 따른 종속감은 여성의 정신 건강을 저해할 뿐만 아니라 종종 생식기전염병과 같은 심각한 부산물을 낳는다.

제3세계 여성의 상황은 더욱 심각하다. 제3세계 여성이 처해있는 종속과 억압의 현실은 보통 전통적 문화의 유산으로 오인되지만, 실제로는 세계체계로서 자본주의적 생산양식이 구성해낸 현대적 산물이라는 점을 인식하는 것이 중요하다. 중심부에서 현대적 핵가족형태를 지배적 가족이데올로기로 만든 법인자본주의는 주변부에서는 전통적인 친족관계를 매개로 핵가족형태를 이식·정착시킨다. 제3세계 여성은 소비를 주역할로 하는 선진국 여성의 가정주부화와 달리 생산을 주역할로 하는 가정주부화로 인해 다양한 형태의 비 임금노동과 임금노동에 종사한다. 제3세계 여성의 가내노동은 식수·연료·식료품을 구하기 위한 생계노동을 포함한다. 특히 공기오염이나 화재와 같은 일상적 사고위험을 증폭하는 불안정한 연료사용과 안전장치 없이 다루어지는 독성 산업원료들이 가내노동의 일상적 조건을 구성한다. 일부 산업화된 도시 지역에 집중된 여성 임금노동자는 극도의 저임금과 열악한 노동조건, 그리고 위험한 노동과정에 시달린다. 뿐만 아니라 일부 지역에서는 여성의 성욕을 통제하기 위한 성기 절제가 아직도 이루어지고 있으며, 제3세계에서 불법적·제한적 낙태기술로 인한 여성의 사망 위험은 선진국 여성의 100배에 이른다.

3. 생명공학기술과 재생산의 분절화

20세기 대중보건의료에서 여성보건의 주요 목표는 임신과 출산을 잘 관리하여 ‘성공률’을 높이는 것이다. 그에 따라 불임은 현대 산과학에서 치명적인 여성보건 문제로 규정된다. 그 결과 불임치료술은 비약적으로 발전하는데, 특히 1970년대 말에 등장한 체외수정기술-시험관 아기-과 1980년대에 본격화된 관련 파생기술의 발전은 과거의 불임치료술과 획기적인 단절을 이룬다. 과거의 재생산기술이 피임·출산 등 재생산과 직접 관련되어 보건의료제도 내에서 형성된 것이라면, 새로운 재생산기술은 유전학과 발생학의 연구 성과가 의료 임상과 결합된 것이다. 그 결과 새로운

재생산기술은 ‘생명공학기술’이라는 형태를 띠는데, 이는 여성의 재생산과 관계된 것이라는 사실을 소거시키고, 첨단산업으로서 생명공학의 잠재력과 파급효과만 부각시키는 결과를 낳는다. 인간생명의 도덕적 위상을 강조하는 담론과 새로운 기술의 잠재적 혜택을 강조하는 담론의 논쟁 구도 속에서 새로운 생명공학기술이 여성 육체에 대한 인위적 개입이자 기존의 성별 이데올로기를 강화하는 재생산기술이기 때문에 여성의 권리를 위협할 수 있다는 페미니즘의 주장은 주변화 되고 있다.

재생산기술이 생명공학기술로 발전함으로써 이제 재생산은 분절화 된 형태로 의료화 된다. 과거에는 성교·수태·임신·출산에 이르는 일련의 과정을 한 여성이 연속적으로 경험했다면, 이제는 각각의 단계가 상대적으로 독립적인 부분으로 분할되고 여기에 복수의 여성이 개입한다. ‘협력 임신’은 생물학적 부모를 유전적 부모와 대리모로 세분화한다. 또한 과거에는 산과 의사가 재생산과정을 모두 통제했다면, 이제는 분절화 된 각각의 단계에 따라 의사뿐만 아니라 다른 의료인력·생명공학자·기술공학자·기업가·법률가·생명윤리학자 등 다양한 전문가들이 개입한다.

새로운 불임치료 방식은 분절화 된 생산과정과 유사하다. 생산과정의 분절화가 생산성을 높이고 관련 산업의 발전을 촉진하는 것처럼, 재생산과정의 분절화도 질 좋은 산출물을 목적으로 하며 각각의 과정에 수반되는 전문기술·의료자원·서비스의 개발 등을 촉진한다. 또한 노동과정의 분절화가 자본의 통제력을 확대시키고 노동자의 자율성을 약화시키는 것처럼, 불임치료과정에 의사뿐만 아니라 다양한 전문가들의 개입이 증가하면서 실제 부모나 여성의 의사결정권은 더욱 제약된다. 게다가 재생산의 분절화는 원료를 공급하거나 작업 대상이 되는 여성의 육체를 착취하며, 소비자의 계층화를 통해 대중을 분할한다. 남자와 자궁은 상품화되었고, 이는 경제력 있는 여성이나 의료자본이 빈곤하거나 주변화 된 여성을 생물학적으로 착취할 가능성을 내포한다.

따라서 체외수정기술 나아가 생명공학기술은 페미니즘적 분석과 비판의 중요한 대상이 된다. 재생산에 대한 여성의 권리는 그러한 비판의 기초를 이룬다. 현재의 재생산기술은 여성의 재생산에 대한 통제를 강화하는 동시에 여성의 모성을 핵가족형태에 종속시킨다. 생명공학기술의 임상시술과 관련한 다양한 제도적 장치들은 유전적으로 연결된 ‘자기 자식’을 갖는다는 의미를 강조함으로써 핵가족형태의 생물학적 기초를 부각시킨다. 이러한 사회적 흐름은 여성의 모성이 사회적 모성으로 전화될 가능성을 원천적으로 제약하며, 가족 형태를 통한 여성의 억압과 종속을 더욱 고착시킬 것이다.

한편 생명공학기술에 대한 페미니즘적 비판은 더 넓은 경제적·사회적 맥락을 반드시 고려해야 한다. 분절화 된 재생산과정의 각각의 단계를 담당하는 의사·과학자·공학자는 생명공학산업에서 각자의 지분을 갖고 있으며, 실제로 관련 기업체의 주식을 소유하는 경우도 많다. 또한 새로운 재생산기술의 원료가 되는 남자와 정자, 대리모 등은 이미 세계적으로 거래되고 있다. 초민족적 제약자본이 주도하는 보건의료의 금융화로 인해 생명공학기술의 ‘장밋빛 미래’는 더욱 강조될 것이고, 구매력 있는 ‘세계시민’을 위한 재생산 서비스는 더욱 확대될 것이다.

IV. 보건의료에 관한 생태학적 관점

감염성 질병을 정복할 수 있다는 환상을 심어주었던 현대의학은 20세기 말에 이르러 심각한 위기에 직면한다. 현대의학은 과거보다 강화된 독성과 내성을 가지고 복귀한 감염성 질병과 새로이 출현한 감염성 질병, 자본주의적 생활양식이 양산한 만성질환에 대해 근본적 원인을 제거하지 못한 채 대증요법으로 일관하고 있다. 이에 따라 현대의학에 대한 다양한 비판들이 제기된다. 그러나 사회적 요인을 강조하면서 의학보다 의료의 제도적 개혁을 대안으로 제시하는 견해는 의학의 생물학적 기초를 과학적으로 재구성하지 못하는 외재적 비판에 머무른다. 반면 생명체의 유기적 성격을 강조하면서 대체의학을 제시하는 입장은 대부분 반과학적인 신비주의 성격을 띤다.

이와 달리 생태학은 기존 생물학에 대한 과학적 비판을 통해 현대의학의 한계를 극복할 수 있는 가능성을 보여준다. 특히 마르크스주의 생물학자 레빈스는 생태학과 현대의학 비판을 결합하는 대표적인 이론가로서 생명현상을 복잡한 체계의 상호작용으로 파악하고, 이를 통해 건강과 질병에 대해 새로운 관점을 제시한다.

1. 현대의학에 대한 비판적 관점

현대의학은 건강을 질병의 부재로 정의한다. 생물학적 정상성 개념에 기초한 정규 분포곡선 상의 위치를 통해서 건강과 질병을 규정한다. 이러한 현대의학의 건강과 질병 개념은 ‘생의학적 모형’에 기초를 둔다. 생의학적 모형은 육체와 정신을 분리하고 육체를 다양한 부품들로 조합된 기계의 일종으로 간주한다. 또한 생의학적 모형은 ‘특정병인론-모든 질병이 생물학적으로 검출 가능한 특정한 질병체에 의해 발생하는 것으로 가정하는 이론-’을 수용한다. 그 결과 현대의학은 건강과 질병에 대해 생물학적 환원론의 입장을 취하게 된다.

생의학적 모형이 형성되던 시기에 이에 대한 비판을 제기한 사회의학은 질병의 원인으로서 사회적 조건을 강조한다. 또한 질병이 개인적인 것이 아니라 사회적 것이므로 사회가 구성원의 건강을 지키고 보호해야 한다고 주장한다. 사회의학의 관점에서 보건의료의 개혁은 질병의 사회적 원인으로서 자본주의적 사회관계에 대한 변혁과 결합되어야 한다.

이후 특정병인론은 강화되고 공중보건운동이 사회변혁의 문제를 사회개혁적 의제로 축소하면서 사회의학의 영향력은 상실되고, 이는 사회역학과 의료사회학으로 부분적으로 계승된다. 사회역학은 생의학적 모형의 심신이원론을 기각하고 사회적 조건에 따른 건강불평등 문제를 제기하지만, 건강불평등의 원인으로서 자본주의적 사회관계에 대해서는 침묵한다. 사회관계를 생활환경 문제로 축소하는 사회역학은 개량적 정책을 제안함으로써 오히려 대중적 저항을 사전에 차단하는 효과를 낳는다. 의료사회학은 초기에는 의학의 기능과 환자의 역할에서 합의와 질서를 강조하는 기

능주의가 주류를 이루고, 이후에는 급진주의가 등장한다. 급진주의는 의학을 권력관계에 따른 사회적 구성물로 간주하고, 의료행위를 의사의 전문가적 권위를 강화하는 지배수단으로 간주하여 의사의 인격적 지배만을 강조한다. 이들은 모두 생의학적 모형에 대한 외재적인 비판에 머무를 뿐이다.

반면 마르크스주의는 사회의학의 과학적·비판적 요소를 계승·발전시켜 왔다. 나바로는 자본주의적 노동과정(노동의 통제 및 노동 강도의 강화)과 생활조건을 현대적 질병의 주요한 원인으로 제시한다. 현대의학은 자본주의가 양산한 질병에 사후적 조치를 취할 뿐이며, 이로 인해 의료비용은 증가하지만 건강은 개선되지 않는다. 현대의학의 위기는 현대 보건의료체제에 반영된 자본주의의 위기로써 자본주의의 변혁을 통해서만 근본적으로 해결할 수 있다. 이러한 관점은 생의학적 모형에 대한 내재적인 동시에 외재적인 비판이다. 의료사회학과 사회역학이 현대의학을 사실상 보완하는 데 그치는 반면 그의 비판적 분석은 사회에 대한 변혁적 전망과 결합된다.

하지만 마르크스주의적 보건의료 분석은 생의학적 모형의 생물학적 기초에 대한 비판으로 나아가지는 못한다. 건강에 영향을 미치는 요소로서 사회적 요인을 추가할 뿐, 생명현상을 이해하는 방식에는 기존 생물학과 큰 차이가 없다. 건강과 질병이 결국 생명체의 상태에 대한 설명과 판단에 근거하는 이상 의학은 생물학에 기초할 수밖에 없다. 그런데 현대생물학은 생명 현상을 더 작은 단위, 즉 유전자나 개별 유기체 등으로 환원해서 설명하기 때문에 복잡한 체계에서의 상호작용을 파악하는 데 한계를 지닌다. 따라서 사회·생태적 요인을 의학적 지식에 체계적으로 통합시키기 위해서는 생물학적 관점의 변화가 필수적이다.

2. 생태학적 관점의 발전

생태학은 유전학에 기초한 현대생물학의 환원론을 비판하고 다양한 수준의 복잡한 상호작용을 통해 생명현상을 이해한다. 생명현상을 설명하는 방식에서의 이러한 차이는 궁극적으로 생명현상의 역사적 변화, 즉 진화를 설명하는 방식의 차이에 기인한다.

1) 진화론과 유전학적 종합설

진화주의적 세계관은 이전에도 존재했지만 다윈 이론의 독창성은 자연선택을 생명체 진화의 방향을 결정하는 메커니즘으로 제시한 것에 있다. 여기에 형질의 변화를 돌연변이로 설명하는 유전학이 결합되어 현대적 유전학적 종합설이 이루어졌다. 여기에서 자연선택은 유전자의 연속적·임의적 변이가 환경에 적응하는 과정에서 발생하는 것으로 이해된다. 개체의 변화가 환경과 무관한 유전자의 변이에 의해 발생하는 것이므로 환경은 개체의 변화에 영향을 주지 않는 것으로 간주된다. 결국 유전학적 종합설은 생명현상을 유전자의 문제로 대체하는 환원론적 접근법을 따른다. 이러

한 접근법은 복잡한 체계를 분석하는 데는 한계를 가짐에도 불구하고 1940년대에 이르러 진화론이 적용될 수 있는 모든 과학을 지배하기 시작한다.

2) 생태학의 발전

1890년대에 생물학의 한 분과로서 등장한 생태학은 생명체들 사이의 상호작용, 나아가 생명체와 환경의 상호작용을 대상으로 하는 과학이다. 환경은 고정된 것이 아니며, 단일한 기준에 따라 개체들의 적응도를 개별적으로 측정할 수 없다. 오히려 유기체의 적응 메커니즘은 환경의 다양한 측면에 대해 다양한 형태로 나타난다. 이러한 다양한 수준의 상호작용 메커니즘을 분석하는 과정에서 수학적 모형화의 시도와 성과들이 있었다.

대안적인 ‘생태학적 종합설’도 유전적 과정을 포함해야 한다. 기존의 유전학적 종합설이 임의적·연속적 유전자의 변이가 주어진 환경에 적응하면서 자연선택이 이루어진다고 보는 반면, 생태학적 종합설은 유전자에서 지질학적 또는 천문학적 현상에 이르는 다양한 수준에서의 상호작용에서 자연선택이 발생한다고 본다.

뿐만 아니라, 생태학과 결합된 유전학적 연구에서는 유기체의 모든 형질이 적응적 목적에 부합한다는 기능주의적 설명을 비판한다. 그들은 유전적 기초를 지닌 형질로 간주되는 많은 현상이 유기체의 발생 과정에서 나타난 필연적 부산물일 뿐 자연선택과는 무관하다고 주장한다. 진화가 개체의 유전자 수준이 아닌 개체, 개체군, 종 등과 같은 다양한 수준에서 파악된다면, 환경의 수많은 측면에 적응하는 다양한 방식들이 모두 적응적 이점을 지니고 있다. 또한 비적응적 과정이 조건의 변화에 따라 적응적 중요성을 부여받는 경우도 있다. 이에 따라 선형적 진보의 사다리라는 관점은 다양한 유기체들이 끊임없이 변화하는 환경적 조건의 다양한 측면과 수준에 적응하면서 공진화한다는 관점으로 대체된다.

3. 생태학적 관점과 보건의료

자연에서 개별적으로 인식될 수 있는 모든 단위는 외부 환경과 구별되는 독자적인 내부 구조를 갖지만 또 그 경계에서 내부와 외부는 끊임없이 상호작용한다. 여기서 외부는 물리적 환경일 수도 있고 다른 개체나 종일 수도 있다. 생명체는 환경의 상반된 요구 속에서 내·외부적 작용들이 자신의 생존을 위협하지 않도록 조정하는 자기조절체계를 가진다. 이 자기조절체계가 안정적일 때 내·외부적 상호작용이 지속될 수 있으며, 파괴되거나 오작동하여 자기보존에 지장을 줄 때 건강하지 못한 상태로 규정될 수 있다.

자기조절체계는 여러 가지 방식으로 손상될 수 있다. 자기조절체계의 손상이 질병을 야기하며, 질병은 손상의 원인에 따라 감염성 질병과 비감염성 질병으로 나뉜다. 감염성 질병은 병원균으로 간주되는 다른 생명체와의 상호작용으로 인해 자기조절

체계가 손상되는 것이다. 세포 내 미토콘드리아나 소화기관의 박테리아 등을 보면 기생체와 숙주의 관계는 항상 병리적인 것은 아니다. 양자의 상호작용의 결과가 숙주인 인간의 자기조절체계의 손상을 야기할 때 발생하는 것이 감염성 질병이다. 이때 숙주의 영양 상태와 면역력 등이 발병의 조건이 된다. 또 인구밀도, 주거유형, 생산수단과 같은 생활방식이 변화할 때 병원균, 질병의 매개체 등과 우리의 관계 역시 변화한다. 예를 들어, 흑사병은 6세기 로마제국이 쇠퇴하는 시기에 최초로 창궐했으며 14세기 봉건제의 위기가 심화되던 시기에 다시 등장하여 인구를 격감시켰다. 그 사이에도 흑사병은 몇 번씩 유럽에 진입했겠지만 인구가 취약해지고 쥐를 통제할 수 있는 사회적 기반이 붕괴하는 시기에 창궐했던 것이다. 도시화는 모기와 같은 질병전파자가 손쉽게 번식할 수 있는 환경을 조성한다. 레지오넬라 박테리아는 자연적 생존경쟁에는 뒤지지만, 고열과 염소에 대한 저항력이 있어서 위생 처리된 하수도 시설에서의 생존경쟁에는 유리하다. 병원균은 질병 발생의 여러 원인들 중 하나에 불과하다. 숙주와 기생체는 상호작용을 통해 공진화한다. 기생체의 박멸이 불가능하다면 상호과격적인 공진화가 아니라 상호호의적인 공진화를 유도해야 한다. 병원균 외의 요인으로 인체의 자기조절체계가 손상되는 것이 비감염성 질병이다. 인간의 사회적 상호작용이 중요한 메커니즘인데, 이 질병의 주요 원인은 자본주의적 사회관계로 인한 생활습관과 노동조건의 변화, 일상적 스트레스와 사회·생태적 위험의 증가 등이다. 자본은 노동을 추상적 부를 축적하기 위한 수단으로 여길 뿐 노동을 매개로 한 신진대사 과정의 구체적 메커니즘은 고려하지 않는다. 특정 행위의 반복은 육체의 자기조절체계를 고갈시키며, 지속적인 통제와 감시로 인한 스트레스는 육체의 자기조절체계를 손상시킨다. 또한 사회·경제적 불평등은 건강을 유지할 물질적 자원의 결핍일 뿐 아니라 그 자체로 스트레스를 가중시켜서 생리적 메커니즘을 통해 육체의 질병을 유발한다. 이를테면 공장에서 노동하는 노동자는 일을 열심히 할수록 신진대사의 속도가 높아지고 혈당은 내려간다. 이것은 에피네프린을 분비하게 하여 인슐린 분비를 감소시켜 혈당을 다시 높이게 한다. 에피네프린은 불안을 증가시키고 혈당은 불안을 감소시킨다. 혈당이 내려갔을 때 휴식을 취하거나 간식을 먹음으로써 혈당을 회복시키는 선택을 할 수도 있다. 그러나 관리자의 감시가 심해 쉬기 위해 노동을 멈추자마자 그에게 시달릴 수 있다. 괴롭힘은 불안으로 이어져 신진대사를 증가시킬 것이기 때문에 노동자는 노동을 증가시킴으로써 불안을 피할 것이다. 여기에 강력한 노동조합이 존재하여 괴롭힘에 개입할 경우 불안은 감소할 것이다. 노동자, 관리자, 노동조합의 각각의 행위들은 초기 사건의 생리적 결과에 영향을 끼칠 수 있는 가능성이다. 이 모든 경로들이 그 사람의 건강체계의 일부를 이루고 있다. 운동이나 식이요법과 같은 자발적 예방 진료에 있어서도 그에 필요한 경제적 자원이나 에너지의 손실이 있기 때문에 사람들이 처한 상황에 따라 질병과 자가 진료의 관련성이 다르다. 또 치료비를 포함한 보건의료제도가 건강 체계에 영향을 미친다.

질병유형의 변화와 이에 따른 의료형태의 변화를 역학적 전환이라고 부른다면,

첫 번째 역학적 전환은 농경에 기초한 문명이 확립된 ‘신석기혁명’과 함께 발생했다. 농경과 정착생활이 시작되면서 인구의 규모와 밀도가 급속히 증가했는데, 이는 감염성 질병이 유지되는 조건이 되었다. 여기에 계급의 분화와 불평등의 심화가 추가되어 질병에 대한 저항력이 저하되었다. 또 인구가 성장하고 도시가 발전하면서 고유한 지역적 질병을 갖는 질병문화권이 형성되었다. 몽골제국의 성립에 따른 동서양의 교류는 질병이 유라시아 전체에 확산되게 하였고, 지리상의 발견과 함께 일어난 질병의 확산은 아메리카 원주민들에게 재앙적 결과를 가져왔다. 신세계는 구세계에 비해 생태적으로 다양하지 않고 질병의 종류가 많지 않아서 신세계 원주민들의 저항력이 약했기 때문이다.

두 번째 역학적 전환은 자본주의의 발전에 따른 산업화·도시화와 현대의학의 태동으로 이루어졌다. 현대의학이 발전하면서 항생물질과 면역법이 개발되었고, 물질적 생활조건이 개선되고 공중보건운동이 실시되면서 감염성 질병이 감소하였다. 이와 함께 자본주의적 노동과정 및 생활양식에 기인하는 비감염성 질병, 특히 만성질환과 노화가 중요한 의학적 문제로 제시되었다.

그러나 두 번째 역학적 전환이 선언되고 얼마 지나지 않아 소멸하는 것으로 간주되었던 감염성 질병이 다시 등장했으며, 사회·생태적 환경의 변화와 함께 새로운 감염성 질병도 출현했다. 이는 세 번째 역학적 전환의 가능성을 보여준다. 현대의학은 병원균 퇴치에 실패했고, 자본주의는 질병이 만연할 수 있는 생태적 환경을 조성했다. 따라서 자본주의적 사회관계의 변혁은 필수적이지만 이것이 모든 것을 해결하는 것은 아니며, 생태학적 관점에서 감염성 질병에 대처해야 한다. 그것은 인간과 병원균의 상호우호적 공진화를 유도하는 것이다. 장내 박테리아가 이롭기까지 한 것처럼, 박테리아가 증상을 일으키지 않는 내부적 환경을 조성함으로써 그것을 길들이는 방향으로 노력할 수 있을 것이다. 수확을 위해 선택된 단일 유전자형의 단종경작의 경우는 질병에 극히 취약하지만 다양한 생물학적 유형이 섞여 있는 식물군에서는 질병이 확산될 가능성이 감소한다. 보건의료의 지식·행위는 그것이 구성되고 작동하는 방식에 따라 인간과 병원균의 공진화에 일정한 변화를 줄 수 있다. 따라서 그러한 실천은 그 생태적 효과에 대한 신중한 고려를 토대로 해야 한다.

생태학적 관점은 자기조절체계의 작동이 자기보존적인가를 기준으로 건강과 질병을 판단한다. 다양한 수준의 자기조절체계에 대한 분석을 통해 질병의 원인을 다양한 수준에서 파악할 수 있다. 그리고 병원균과 인간의 공진화, 자본주의적 노동과정과 생활양식의 변혁 등은 건강과 질병에 관한 새로운 인식을 제공한다.<끝>

참고문헌

비센트 나바로 외, <보건의료: 사회생태적 분석>, 2006, 공감