
한국의 건강불평등, 무엇을 어떻게 연구할 것인가

김명희*

초록

국내에서 건강불평등을 주제로 한 논문은 지난 20년 동안 폭발적으로 늘어났다. 하지만 건강불평등 연구의 궁극적 역할이 건강불평등의 개선이라고 했을 때, 연구의 양적 성장이 현실에 의미 있는 기여를 했다고 자신 있게 말하기는 어렵다. 이 글에서는 국내 건강불평등 연구 상황을 비판적으로 돌아보며, 건강불평등 지식 전환의 단절을 극복하기 위한 제안을 하고자 한다. 우선 건강불평등 연구의 질문이 '사회경제적 위치에 따른 OO의 불평등이 존재하는가?'에서 '왜/어떻게 사회경제적 위치에 따른 OO의 불평등이 나타나는가?'로 바뀌어야 한다. 둘째, 특정한 인식론, 특히 실증주의에 배타적 우선성을 부여하기보다는 연구 질문에 부합하는 인식론적 접근을 취하는 유연성이 필요하다. 셋째, 건강의 사회적 결정요인이 인간의 몸과 마음에 체현되는 과정을 온전히 이해하기 위해서는 다양한 학문분야의 연구자들이 협력하며, 사회적 현실을 토론할 수 있는 학문 공동체를 살려내는 것이 필요하다.

주제어: 건강형평성, 건강불평등, 지식전환, 인식론, 인과적 구조, 학문 공동체

* 국립중앙의료원 정책통계지원센터 센터장 (mhkim@nmc.or.kr)

투고일 2023.2.2./ 수정일 2023.2.20./ 게재확정일 2023.2.21.

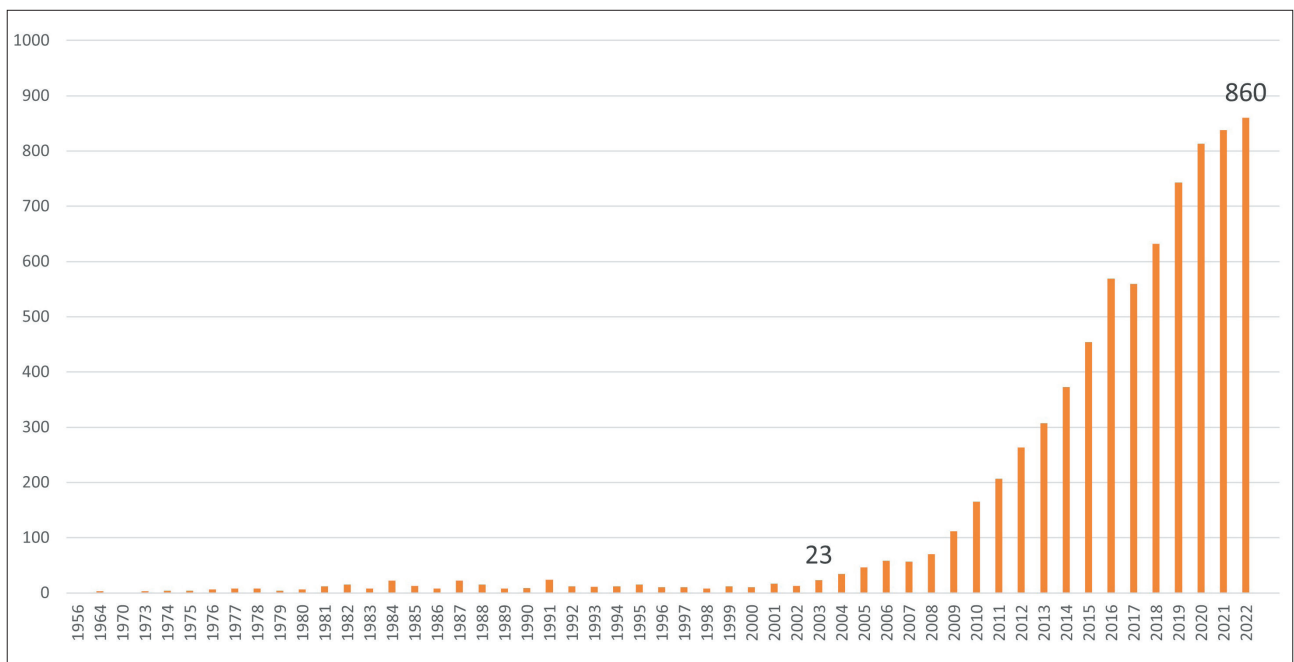
역사적인 창간호에 이름을 올리게 되어서 기쁘다는 말로 글을 시작하고 싶다. 2003년 몇몇이 모여 한국건강형평성학회의 창립을 준비할 때만 해도 20년 후의 미래는 상상해보지 않았다. 어떻게 하면 건강불평등을 사회적 의제로 만들 것인가, 이를 뒷받침할 수 있는 학술적 근거는 어떻게 만들어낼 것인가, 연구자 공동체는 어떻게 키워나갈 것인가, 당면한 고민만으로도 벅찼기 때문이다.

지난 20년 동안 건강형평성 연구의 저변은 넓어졌고, 한해 발표되는 논문 편 수도 20년 전과는 비교도 안 될 만큼 많아졌다. 그러나 이러한 성과가 실제 건강불평등의 개선을 가져왔는지에 대해서는 의구심이 있다. 이 글에서는 지난 20년 동안의 국내 건강형평성 연구를 비판적으로 돌아보고, 지금의 ‘우리’에게 필요한 것이 무엇인지 이야기하고자 한다.

I. 학술 논문의 양적 증가와 동인(動因)

건강형평성 혹은 건강불평등을 주제로 한 논문 편수는 지난 20년 동안 폭발적으로 늘었다. ‘South Korea OR Republic of Korea’ AND ‘inequality OR inequity OR equity OR disparity OR socioeconomic’을 키워드로 PubMed에서 검색했을 때, 2003년에 23편에 불과하던 논문은 2022년 860편으로 늘어나 있다(그림 1). 거의 40배에 가까운 증가 폭이다. 게다가 이는 미국 국립 의학도서관 PubMed에 등재된 학술지만을 대상으로 한 것이기에, 국내 학술지나 학위 논문, 보건학·의학 이외 학문 분야에서 발간된 논문들은 상당수 누락된 것으로 추정된다. 이렇게 본다면 아마도 국내에서 건강불평등을 키워드로 하는 논문은 이제 연간 1천여 편 이상에 이를 것으로 짐작할 수 있다.

이렇게 건강불평등 관련 논문이 폭발적으로 늘어난 것에는 여러 가지 기여 요인이 있을 것이다. 실용적 측면에서 보자면 우선 다양한 공공자료의 가용성과 접근성이 좋아진 것을 지적하지 않을 수 없다. 1998년부터 검진을 포함한 전국 단위의 국민건강영양조사가 시행되었고, 대표적인 패널조사인 한국노동패널도 1998년부터 시작되어 원시자료가 공개되고 있다. 뿐만 아니



<그림1> 국내 건강형평성 또는 건강불평등 연구 논문 편수

라 전 국민을 포함하는 사망 등록통계나 건강보험 청구자료 같은 행정자료들도 공식 절차를 통해 연구자들에게 제공되고 있다. 직업이나 학력, 소득계층, 지역 박탈 수준 등 사회경제적 위치에 따른 다양한 건강 지표의 불평등을 실증분석하는 것은 더 이상 어려운 일이 아니게 되었다. 또 다른 중요한 요소는 세계화, 정보통신 기술의 발달에 힘입어 국제적 연구 동향에 대한 정보 접근성이 몰라보게 높아졌다는 점이다. 건강 불평등의 측정 방법론과 모니터링 체계 구축, 사회적 결정요인들의 건강 영향 기전 등에 대한 해외 논의는 거의 실시간으로 국내 연구자들 사이에 공유되고 있다. 그리고 여러 대학과 대학원에서 건강불평등, 건강형평성, 혹은 사회역학이라는 이름의 강좌들이 개설되면서, 연구자 풀(pool)이 크게 성장한 것도 중요한 요소라 할 수 있다. 마지막으로 지적하고 싶은 것은 한국의 사회적·정치적 맥락이다. 1997년 외환위기를 기점으로 한국 사회의 불평등은 여러 측면에서 심화되고 있다. 경제성장과 평등이라는 두 가지 과제를 동시에 달성했다는 긍정적 평가는 더 이상 유효하지 않게 되었다. 건강 불평등을 비롯한 한국 사회의 다양한 불평등 문제에 사회적·학문적 관심이 높아진 것은 당연한 일이다.

눈앞에 해결해야 할 문제가 있고, 그 문제를 측정하고 대안을 만들어낼 수 있는 수단이 있으며, 이를 실행에 옮길 사람들이 갖춰진 상황에서 건강불평등 문제를 다룬 논문은 폭발적으로 늘어났다.

II. 연구는 문제를 해결하고 있는가

건강불평등 연구의 궁극적 기여는 건강불평등의 개선이다. 그러나 연구 결과가 현실에서 즉각적으로 문제 해결에 도움이 되는 경우는 매우 드물다는 것을 감

안하더라도, 오늘날 건강불평등 연구의 양적 성장이 현실에 의미 있는 기여를 한다고 자신 있게 말하기는 어렵다. 이를 “건강불평등 지식 전환의 단절”(박여리, 김명희, 김새롬, 2017)이라고도 부를 수 있을 것이다. 지식 전환이란 ‘보건정책의 설계·진행 과정 각 단계에서, 지식(근거)을 윤리적으로 타당하게 적용하고 통합, 상호교환하는 과정’(Sharon, Jacqueline, Ian, 2013)을 지칭하는데, 여기에서는 지식 전환 단계 중 건강불평등 연구의 ‘생산’과 관련된 몇 가지 문제를 지적하고 대안을 모색해보고자 한다.

1. 현상의 기술을 넘어서

우선 건강불평등 연구의 대다수가 여전히 불평등 현황을 ‘측정’하는데 머무르고 있다는 점을 지적해야겠다. 측정은 건강불평등 문제에 대응하는 첫 단계이지만(Whitehead, 1998), 위험요인의 측정이 곧바로 효과적 개입의 근거가 되는 것은 아니다. 연구 설계 단계에서 개입 할 수 있는 요소를 고려하지 않거나 잠재적인 불평등 발생 기전(mechanism)에 대해 분석하지 않는다면, 다음 단계로 나아가는 것은 불가능해진다. 예컨대 학력이나 소득수준에 따른 흡연율 차이가 존재하는 것을 확인했다면 그 다음 단계는 무엇인가? 모든 사람의 학력과 소득을 다 상향 평준화해야 한다고 주장할 것인가? 한부모 가정 어린이들의 정신 건강 상태가 소위 ‘정상 가족’의 어린이보다 나쁘다면, 부모의 새로운 짝을 찾아주는 것이 정책적 대안인가? 왜 저소득층의 흡연율이 높은지에 대한 ‘설명(explanation)’을 찾지 못한다면, 한부모 가정 그 자체가 아니라 한부모 가정 어린이의 정신건강에 악영향을 미치는 사회적 요인을 찾아내지 못한다면, 연구는 새로운 답을 주기보다 불평등한 현실을 그대로 ‘재현’하는 것에 지나지 않게 된다. 문제의 확인, 그 너머로의 이동이 필요하다(O’Campo

and Dunn, 2011).

우리는 실천적으로 타당하고 적절한 반-사실적 조건(counter-factual condition)을 찾아내야 하고(Berkman, 2004), 이를 개입의 근거로 적극 활용해야 한다. 또한 건강불평등 발생 기전에 대한 탐구를 통해, 비록 사회적 결정요인 자체는 바꾸지 못하더라도 그러한 기전을 무력화시키거나 완화하는 방법을 찾아내는 연구를 수행해야 한다(Phelan, Link, Tehranifar, 2010). 예컨대 소득 계층에 따라 예방 접종률에 차이가 나타난다면, 그것이 비용 부담 때문인지, 시간 가용성 차이 때문인지, 혹은 건강 문해력의 차이에서 비롯된 것인지 확인해야 한다. 소득계층 자체를 없애지는 못해도, 비용장벽을 낮추거나, 통상적 접종 시간 이후에도 접종 서비스를 제공하거나, 이해하기 쉬운 방식으로 정보를 제공하는 등의 중재는 가능하기 때문이다.

이런 면에서 건강불평등 연구에서의 질문은 ‘사회 경제적 위치에 따른 OO의 불평등이 존재하는가?’에서 ‘왜/어떻게 사회경제적 위치에 따른 OO의 불평등이 나타나는가?’로 바뀌어야 한다(Harper and Strumpf, 2012).

2. 전통적인 실증분석을 넘어서

전국 단위 조사나 행정 자료들을 쉽게 활용할 수 있게 된 것은 연구자에게 대단한 장점이다. 대표성이 확보될 뿐 아니라 건강행태에서부터 정신건강, 만성질환, 의료 이용, 사망에 이르기까지 다양한 건강지표의 불평등을 확인할 수 있다. 안정적인 방법으로 주기적인 자료수집이 이루어지기에, 자연 실험 설계를 이용하여 특정 정책의 건강 불평등 영향을 확인할 수도 있다. 하지만 이러한 자료들은 대개 ‘기존 질서’를 반영한다. 예컨대 성소수자나 미등록 이주민은 이들 자료가 대표하지 못한다. 표본조사에 충분히 표집될 만큼 인

구 규모가 크지 않거나, 이들의 정체성이나 경험과 관련된 조사항목이 아예 없기 때문이다. 현재 가용한 데이터만으로 연구한다면 이런 문제는 결코 연구 주제가 될 수 없을 것이다.

연구자가 직접 조사를 수행한다고 해도 문제는 남는다. 금과옥조로 여겨지는 ‘대표성 있는’ 표본을, 그것도 충분한 숫자로 모집하기는 굉장히 어렵기 때문이다. 이것이 항상 연구의 ‘한계점’이 되고, 결론의 신뢰성을 의심받게 만든다.

하지만 일반화와 모수 추정을 목표로 하는 통계분석만이 건강불평등을 탐구할 수 있는 유일한 접근법은 아니다. 지역사회 참여연구, 심층 인터뷰와 관찰을 활용하는 질적 연구 등 연구 질문에 따라 대안적 접근을 취할 수 있어야 한다. 예컨대 사회적 소수자들의 생생한 경험 세계를 탐구하는 것이 목표라면 해석주의적 접근을, 기존 건강불평등 지식에 대한 비판·인과적 기전에 대한 탐색·사회구조와 주체의 상호작용에 관심이 있다면 비판적 실재론(critical realism)에 입각한 접근을 채택할 수 있다. 특정한 인식론에 배타적 우선성을 부여하기보다는, 연구 질문에 부합하는 인식론적 접근을 취하는 유연성이 필요하다. 이는 연구자만이 아니라 논문을 심사하고 출판하는 학술지에게도 필요한 덕목이다. [한국건강형평연구]는 건강불평등 연구의 인식론적 토대, 연구 방법과 주제의 다양성을 높이는 데 크게 기여할 것으로 기대한다.

3. 함께 하는 공부

건강불평등 논문과 연구자들은 늘어나고 있지만, 학교·학과·전공의 경계를 넘어 현실 문제를 함께 토론하고 여기에서 연구 질문과 답을 만들어 나가는 학술공동체는 점점 더 찾아보기 힘들어졌다. 가장 큰 이유는 학생과 젊은 연구자들이 너무 바쁘기 때문이다.

논문을 출판하지 않으면 살아남기 어려운 ('publish or perish') 학계의 풍토와 신자유주의 시대 자기 계발의 압력은 학교 안팎의 느슨한 공부 모임을 허락하지 않는다. 하지만 혁신은 항상 '경계'에서 출현하고, 당장은 쓸모없어 보이는 난상토론 속에서 새로운 아이디어가 싹을 틔우는 법이다.

건강불평등은 건강의 사회적 결정요인이 인간의 몸과 마음에 체현(embodiment)되는 과정이며, 이를 온전히 이해하기 위해서는 사회와 인간에 대한 다양한 학문 분야의 지식이 필요하다. 그렇기에 전통적인 의학, 보건학의 경계 넘어 사회학, 경제학, 인류학, 사회복지학, 심리학, 생물학 등 다양한 분야의 연구자들과 교류하고 협력하는 것은 대단히 중요하다. 또한 건강불평등 문제는 책과 논문이 아니라 지금 여기의 '사회적 현실'이 만들어내는 것이기 때문에, 현재 상황을 비판적으로 이해하기 위해서도 '토론하는 공동체'가 필요하다. 인포데믹(Infodemic)과 확산편향의 시대에, 건강과 건강불평등에 영향을 미치는 정책과 시사 이슈들을 따라잡으며 비판적으로 살피는 것은 혼자서 하기에 매우 어려운 작업이다.

건강불평등 연구의 후속세대를 키워야 할 한국건강형평성학회의 중요한 과업 중 하나는 이러한 기회들을 만들어내고 젊은 연구자들의 참여를 지원하는 것이어야 한다.

[참고문헌]

- 박여리, 김명희, 김새롬, 2017, "건강불평등 지식전환: 한국의 현황과 과제", 『보건과 사회과학』, 44(1), 45-80.
- Berkman, L.F., 2004, "Seeing the forest and the trees: new visions in social epidemiology", *American Journal of Epidemiology*, 160(1), 1-2.
- Harper, S., & Strumpf, E.C., 2012, "Social epidemiology: questionable answers and answerable questions", *Epidemiology*, 23(6), 795-798.
- O'Campo, P., & Dunn, J.R., 2011, 『Rethinking social epidemiology : towards a science of change』, New York: Springer, 23-42.
- Phelan, J.C., Link, B.G., & Tehranifar, P., 2010, "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications", *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S28-S40.
- Sharon, E.S., Jacqueline, T., & Ian, D.G., 2013, 『Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice』, London: BMJ Books.
- Whitehead, M., 1998, "Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective", *The Milbank Quarterly*, 76(3), 469-492.

Research on Health Inequality in Korea, What Should be Done and How?

Myounghee Kim*

Abstract

The number of papers on health inequalities in South Korea has exploded over the past 20 years. However, given that the ultimate role of research is to improve health inequalities, it is hard to argue that the quantitative growth of research has made a significant contribution. In this article, I would like to critically look back on the progress of health inequalities research in Korea and make a proposal to overcome the severance of knowledge translation. First of all, the question of health inequality research should be changed from 'Is there health inequality across socioeconomic groups?' to 'Why/How does health inequality develop across socioeconomic groups?' Second, it is necessary to take an epistemology relevant to research questions rather than giving exclusive priority to specific epistemology, especially positivism. Third, in order to fully understand the process of social determinants of health being embodied in the human body and mind, it is necessary to revive an academic community in which researchers from various disciplines can cooperate and have a discussion about social reality.

Keywords: Health equity, Knowledge translation, Epistemology, Causal mechanism, Academic community

* Center for Public Health Data Analytics, National Medical Center(mhkim@nmc.or.kr)