

메르스 위험소통의 한계에 대한 사회적 요인 분석 및 개선방안

김은성

경희대학교 사회학과

1. 서론

2015년 상반기 한국사회는 중동지역에서 발병한 신종전염병인 중동호흡기증후군(메르스)으로 인하여 수개월동안 공포에 휩싸였다. 중동을 다녀온 여행객에 의해 전파된 메르스는 초기 진원지였던 평택성모병원과 2차 대규모 전파지인 삼성서울병원 등 여러 대형병원을 거쳐 전국으로 확산되었다. 정부가 초동대응에 실패하자 메르스에 대한 공포가 시민들 사이에 증폭되었고, 이에 휴교하는 학교가 속출하고, 관광산업을 비롯한 내수산업이 극도로 침체되어 심각한 경제적, 사회적, 정치적 파급효과를 가져왔다.

위험소통(risk communication)은 메르스 사태에 대한 정부의 대응 중에서 가장 실패한 부분 중의 하나이다. 정부는 메르스 위험의 진상과 확산 경로를 충분히 국민들에게 설명하지 않았고 감염자가 발생한 병원의 이름을 공개하는 것을 꺼렸다. 이에 시민들은 소셜네트워크 서비스(Social Network Service, SNS)를 통하여 메르스에 대한 위험 정보를 자발적으로 교환하기 시작했다. 그러자 정부는 메르스에 대한 부정확한 정보를 확산시키는 사람들을 엄단하겠다고 선언하였다. 하지만 이러한 정부의 발표는 오히려 국민들의 공분을 자아내게 했다.

이 글은 메르스 사태를 둘러싼 정부와 시민들 간에 이루어진 위험소통의 특성을 비판적으로 분석하는 데 있다. 첫째, 위험소통에 대한 이론적 고찰을 통하여 위험에 대한 대중의 인식과 관련된 두 가지 이론적 모델을 분석한다. 필자는 이 모델 중에서 메르스에 대한 정부의 위험소통을 “결핍모델”(deficit model)에 기초하고 있다고 간주하고 이에 대한 비판적인

해석을 “맥락적 모델”(contextual model)의 관점을 통하여 주장한다. 둘째, 메르스 사태가 발생하게 된 정책적, 사회문화적, 과학기술적 원인을 분석한다. 셋째, 정부와 언론의 위험소통활동을 분석하고 그것이 가지고 있는 문제점과 실패하게 된 원인을 분석한다. 마지막 결론에서는 바람직한 위험소통을 위한 정책제언을 제시한다.

2. 이론적 고찰: 위험소통에 있어 대중들의 위험인식

이 절은 위험소통에 있어 일반 대중들이 위험을 어떻게 이해하는 지에 대한 두 가지 이론적 모델에 대해서 설명하고자 한다. 첫 번째, 결핍모델은 공학, 통계, 회계, 심리학, 역학, 경제학 등의 학문적 영역에서 발전되어 온 모델이다. 둘째, 맥락적 모델(contextual model)은 위험사회학자, 과학기술사회학자, 그리고 후기구조주의자들에 의해 주장되는 모델이다. 두 모델들은 서로 다른 위험소통의 목적을 가지고 있을 뿐만 아니라, 과학과 대중에 대한 다른 개념을 가지고 있다. 이 글에서는 맥락적 모델에 기초하여 결핍모델을 비판하고자 한다.

(1) 결핍모델(Deficit Model)

1980년대 영국에서 발생한 광우병사태로 인하여 영국정부는 위험에 대한 대중들의 정확한 이해가 필요하다는 것을 인식하게 되었다. 이에 1985년 영국의 왕립협회(Royal Society)는 “대중의 과학 이해”(public understanding of science)를 주창하게 되는데 이를 비판적으로 지칭하는 용어가 바로 결핍모델(deficit model)이다. 다른 이름으로는 확산(dissemination) 모델, 탑-다운모델(top-down model), 대중화 모델 등이 있다. 이 모델에서 위험소통의 목적은 정확한 과학적 지식을 대중에게 전달함으로써 과학에 대한 대중들의 그릇된 견해를 수정하고, 그들의 과학적 교양(literacy)을 증진시키는 것이다. 이 모델은 위험정보의 생산자(혹은 송신자)와 수신자간의 엄격한 구별에 기초한다. 위험정보의 생산자 및

송신자는 과학적 전문가이며, 그 정보의 수신자는 일반 대중이다. 그러므로 수신자인 일반 대중은 위험에 대한 과학적 지식이 부족하며, 스스로 위험정보를 생산할 수 없다. 더불어 대중들은 동질적이며, 수동적이며, 비합리적인 존재로 해석된다(Irwin 1995). 이 모델은 대중을 정보의 수동적인 “저장소”(repositories)로 해석하며(Michael 1996), 지식 생산자로서의 대중의 존재를 부정한다. 결국 이 모델은 대중과 전문가를 엄격하게 분리하고, 대중은 위험에 비과학적으로 반응하기에 과학적 계몽의 대상이 된다. 대중은 미디어에 노출된 위험에 대해 훨씬 민감하게 반응하고, 익숙하지 않는 위험에 대해 훨씬 더 공포감을 갖는다고 한다.

이에 반해 전문가들의 과학적 지식은 가치중립적이며, 탈정치적이며, 공평하고, 보편적인 것으로 간주된다. 실증주의적 과학적 실재론에 의거하여 위험은 객관적으로 존재하고, 사회문화적 과정으로부터 독립적인 과학적 방법을 통하여 위험을 객관적으로 확인 및 계산할 수 있다고 주장한다. 오히려 사회문화적 과정에 개입하게 되면 위험지식을 왜곡하는 결과를 낳는데, 그 결과 과학에 의해 만들어진 위험지식은 참된 것이고 사회문화적 과정이 개입한 위험지식은 잘못된 지식으로 해석된다. 더불어 인지과학자들은 보다 나아가 심리측정모델(psychometric model)을 개발하고 개인의 편견과 감정에 의해 대중들의 잘못된 위험지식이 어떻게 만들어지는지 그 과정을 연구했다(Slovic, 1992). 이를 통하여 객관적 위험과 주관적 위험간의 차이를 분석하였다. 하지만, 이 심리측정모델은 개인적 차원에서의 분석에 치우친 나머지 위험지식과 결부된 사회적, 문화적 맥락을 분석하는 데 있어서는 부족하다(Krimsky and Golding, 1992, p.66; Michael, 1997, p.110). 이 모델에서 전문가와 시민간의 분리는 여전히 견고하며, 대중은 위험정보의 생산자라기보다는 전문가들이 생산한 위험지식에 주관적으로 반응하는 존재로서 해석된다.

(2) 맥락적 모델(Contextual model)

위험인식의 “맥락적 모델”은 위험을 다양한 사회적 관계로 해석하는 위

협사회학분야 다양한 이론에 의해 발전되었다. 대표적인 이론들로는 메리 더글라스의 문화이론(Douglas and Wildavsky 1983), 울리히 벡의 위험사회론(Beck 1995), 윈의 과학지식사회학 이론(Wynne 1997) 등을 들 수 있다. 이 이론들은 결핍모델의 과학적 실재론에 대해 비판적이며 사회 구성주의를 기본철학으로 하고 있다. 사회구성주의란 위험에 대한 지식의 형성은 참된 지식이든 거짓된 지식이든 사회문화적 과정을 피할 수 없다는 주장이다. 참된 지식은 과학적이고, 거짓된 위험지식은 사회적으로 오염된 지식이 아니라, 모든 위험지식은 사회적으로 구성된다는 견해이다. 과학은 가치를 배태하고 불확실성에 노출되어 있으며, 보편적인 것이 아니라 다양한 관련 집단들의 이해관계에 영향을 받으며 서로 협상되어 진다고 주장한다(Irwin and Wynne, 1996, p.7). 전문가들의 위험지식이 가치중립적이거나 객관적이지 않음에도 불구하고 객관성과 보편성을 강조함으로써 사회적 관계로서의 위험을 숨기는 권력성을 갖는다고 주장한다(Hilgartner, 1990).

이들은 위험인식의 합리적, 계산적인 차원보다는 문화적, 해석학적 차원에서 만들어지는 암묵적 지식(tacit knowledge)을 분석하고자 한다(Wynne, 1997, p.20). 맥락적 모델에서 중요한 분석의 개념 중의 하나는 신뢰(trust)이다. 즉, 위험지식에 대한 시민의 이해는 그 지식의 내용 그 자체 보다는 그 지식을 주장하는 정부 행정가 및 전문가에 대한 신뢰와 많은 관련이 있다는 것이다. 다시 말하자면, 이러한 신뢰가 무너지게 되면, 아무리 과학적인 위험지식에 대해서도 대중은 신뢰하지 않는다는 것이다. 그들은 일반 대중이란 전문가의 지식을 주어진 대로 수용하는 존재가 아니라, 그 지식을 비판하고 성찰할 수 있는 존재로 해석한다. 그러므로 전문가와 시민들 간의 전통적인 구분에 대해 비판적이며 시민들도 그들의 암묵적 지식에 기반한 전문성을 가질 수 있다고 주장한다.

<표1>. 위험에 대한 대중적 이해의 두 가지 모델

	결핍모델 (deficit model)	맥락적 모델 (contextual model)
학문적 영역	위험과학(역학 및 독성학) 경제학 인지과학	위험사회학 과학기술사회학 후기구조주의
과학의 개념	가치중립적 객관적	가치 배태적(value laden) 이해관계 충돌 등 사회적으로 구성된 것 불확실성
위험 인식론	과학적 실재론	사회구성주의
대중의 개념	과학에 무지 비합리적, 비이성적 과학지식의 수신자 또는 저장고 계몽의 대상	과학적 지식의 성찰적 생산자 성찰적 계몽의 주체
목적	과학교육, 과학의 대중화	시민 참여 및 개입 또는 과학에 대한 비판

3. 메르스 위기의 정책적, 사회적, 기술적 요인

메르스 위험의 소통을 논의하기 위해서는 메르스라는 위험이 한국사회에 나타나게 된 다양한 요인들을 분석할 필요가 있다. 결핍모델에 기반한 위험소통이 위험의 과학적 원인 분석에 초점을 두고 위험의 사회구조적 요인을 충분히 다루지 않는다면, 맥락적 모델에 기반한 메르스의 위험소통은 주요 이해당사자들 사이에서 메르스의 사회구조적 요인들이 충분히 논의되는 것을 의미한다. 메르스 위기의 직접적인 요인은 정부의 방역정책 거부년스에 있을 수 있으나, 보다 근본적인 사회구조적, 과학기술적 요

인에 대해서도 논의할 필요가 있다.

(1) 메르스 위기의 정책적 요인

메르스 위기의 직접적인 원인은 정부의 초동대응 실패에 있다. 감염자가 있었던 병원명의 공개 및 평택성모병원 등 주요 핵심 진원지의 선제적 폐쇄를 서둘러 진행했다면, 조기에 메르스를 차단할 수 있었다. 이러한 초동대응실패의 원인은 전문성의 한계와 콘트롤 타워(control tower)에서의 리더십 부재를 들 수 있다. 우선, 감염내과를 제외한 방역 및 전염병 역학 전문가가 부족해 메르스의 확산에 대한 전문적인 판단이 부족했다. 관련 전문가들은 국제보건기구에 만들어진 메르스의 관련지식에 집착했으며, 한국에서 달라지는 역학적 환경에 대해 충분히 고려하지 못했다. 둘째, 주요 정부관계자들의 리더십 부족을 들 수 있다. 초동대응에서 중요한 것은 긴급한 의사결정의 타이밍(timing)이다. 하지만, 메르스 대응에서의 의사결정은 지속적으로 지연되었고, 여러 병원으로 확산되고 시민들이 공포에 휩싸인 이후에야 제대로 방역체계가 작동되기 시작했다. 물론 메르스와 같은 낮은 위험에 대해 신속한 대응체제를 구축하는 것이 어느 나라든 시간에 사실상 쉬운 것은 아니다. 그러한 대응은 또 다른 사회적 파장을 초래하기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 결과적으로 판단해 볼 때 위기관리의 전문성과 리더십이 아쉬운 것은 사실이다.

(2) 메르스 위기의 사회구조적 요인

전염병은 자연적으로 발생하나 이것이 대유행(pandemic)하기 위해서는 매우 복잡한 사회적, 경제적, 기술적, 보건적, 정치적 환경이 영향을 미친다. 따라서 전염병은 자연적 질병이 아니라 사회적으로 형성되는 사회적 질병이라는 점을 이해하는 것이 매우 중요하다. 마이크 데이비스(2008)에 따르면, 조류독감의 경우 선진국에서의 패스트푸드 산업의 증가로 인하여 개발도상국의 기업형 축산업이 발전하게 되자, 원가절감을 위하여 가축의

“생산밀집도”가 증가되고 이에 따라 가축들의 생태환경이 악화되면서 전염병이 확산되었다고 한다. 에볼라의 경우, 아프리카에서 장례할 때 시신을 만지는 풍습 때문에 보다 더 확산되었다.¹⁾ 전염병이 발생하는 각국의 도시 및 지역사회와 의료체계 시스템은 다르기 때문에 전염병이 확산되는 방식도 달라진다. 그러므로 전염병을 대응할 때 바이러스의 독성 및 전염성 등 과학적 특성을 넘어, 전염병이 발생한 지역 및 병원의 물리적, 사회적, 문화적 환경을 주시할 필요가 있다. 한국의 메르스 위기도 우리나라의 독특한 의료환경과 의료문화와 관련이 있다.

1) 닥터쇼핑 문화

우리나라 사람들은 지역사회에서 주치의를 통하여 자신의 건강을 지속적으로 관리하는 것이 아니라, 발병하게 되면 여러 병원을 찾아가서 의사들의 병증소견을 타진하는 경향을 갖는다. 특히 병증이 심각할 경우는 지방에서 서울유명병원으로 찾아가게 된다. 이처럼 환자가 여러 병원을 찾아가는 것을 “닥터쇼핑” 또는 “의료쇼핑”라고 부른다. 이번 메르스사태에서 바이러스가 확산되게 된 것은 이러한 닥터쇼핑으로부터 비롯되었다. 예를 들어 평택성모병원에 있던 환자가 삼성서울병원으로 이동하면서 결국 삼성서울병원은 메르스의 2차적 진원지가 되었다. 특히 삼성서울병원은 전국의 환자와 가족이 몰리는 병원이어서 전염병이 확산하게 되는 결과를 낳았다. WHO 보건전문가인 후쿠타의 발언을 들어보자.

“‘닥터쇼핑’ 관행이 요인으로 작용했을 수 있다. 감염자가 여러 병원을 돌아다니면 타인에게 바이러스를 감염시킬 확률이 늘어나기 때문이다. 복잡한 응급실에서는 (바이러스를) 전파할 가능성이 높은데 아무리 최적화된 예방 통제조치가 있더라도 봄비는 곳에선 어려움이 있을 수 있다.”²⁾

1) 프레시안 (2015년 6월 18일) 현장의 양심선언 “이렇게 메르스에 무너졌다!”

<http://www.pressian.com/news/article.html?no=127412>

2) 중앙일보 (2015년 6월 13일) “메르스 합동평가단 기자회견…소통과 거버넌스 부재,

우리나라는 대형병원위주로 환자들이 몰리는 의료체계를 가지고 있다. “흔히 대형병원의사가 가장 실력이 뛰어나다고 여기고, 이 때문에 대형병원은 항상 사람들로 붐빈다.”³⁾ 수많은 환자가 몰리다 보니, 의사가 환자를 진료할 수 있는 시간은 1분 정도 밖에 되지 않고, 환자의 병력에 대해 충분히 질문을 할 수 있는 시간이 없게 된다. 그러므로 문진을 통하여 바이러스를 확인 및 차단하기가 쉽지 않으며, 오히려 의사는 전염병 환자로부터 감염될 가능성이 높아진다.

2) 응급실 환경 및 가족간호문화에 의한 밀집도 증가

특히 응급실은 많은 사람들이 방문하는 허브의 역할을 하게 된다. 응급실에서의 환자와 환자간의 밀집도는 다른 나라에 비해 매우 높으며, 이에 따라 전염병이 확산될 수 있는 가능성이 매우 높아진다. 한 의사는 다음과 같이 이야기 한다: “응급실은 환자와 환자가족, 간병인으로 가득 차 있고, 환자가족은 종종 병실에 머물며 환자의 땀을 닦아주고, 요강을 비우며, 시트를 갈아주기도 한다. 문제는 이들이 모두 감염에 노출된다.”⁴⁾ 앞에서 설명한 조류독감사례에서 양계장에서 조밀하게 사육되는 닭을 통하여 조류독감이 확산되듯이 메르스에 있어 대형병원 응급실은 바이러스가 서식할 수 있는 좋은 환경이 된 것이다. 삼성서울병원의 응급실에 대한 의사의 발언을 보자:

닥터 P : 하루 외래 환자만 8000명이 드나드는 삼성서울병원은 우리나라는 물론이고 세계에서 유례를 찾아볼 수 없는 초대형 병원입니다. 그런데 그 대형 병원의 응급실에는 하루 200명 정도의 환자가 격리 없이 누워 있죠. 이들은 병실이 날 때까지 2박3일이고, 3

한국 초기 대응 실패 원인이다.”

http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id=18018160&ctg=12

3) 주간경향 1131호(2015년 6월 23일) 한국형 의료시스템 아픈마음 성숙해 질까?, p.15.

4) 주간경향 1131호(2015년 6월 23일) 한국형 의료시스템 아픈마음 성숙해 질까?, p.15.

박4일이고 응급실에 머뭙니다. 병원이 없는 것도 아닌데, 무조건 그 병원에 입원하려고 누워 있죠. 환자만 있는 것도 아닙니다. 보호자에다가 심지어 문병을 하러 방문객도 드나듭니다. 여기에 의사, 간호사까지 정말로 난장판이 따로 없죠. 응급실 하면 병실에 격리된 중환자와 의료진을 연상하는 외국인 입장에서는 이런 한국의 응급실 모습이야말로 정말 이해할 수 없는 모습일 거예요.”⁵⁾

응급실에 많은 친지들이 문병을 오고, 병상뿐만 아니라, 카트 위에도 누워있고, 매트리스를 깔고 누워있는 환자와 가족들도 있다. 그 결과 환자와 환자 혹은 환자와 가족 간의 밀집도가 증가하게 되고 바이러스의 확산이 증폭되었던 것이다. 이러한 의료 환경이 개선되지 않으면 향후 또 다른 바이러스가 병원 응급실을 통하여 확산될 수 있다.

(3) 메르스 위기의 과학기술적 요인

신종플루와 메르스 간의 한 가지 차이는 신종플루의 경우 타미플루라는 치료제가 있었으나 메르스는 이와 같은 치료제가 없었다는 것이다. 이 치료제의 부재는 메르스에 대한 대중들의 공포를 더 증가시키는데 크게 기여하였다. 그렇다면 왜 메르스가 1~2년 전에 중동에서 발병했는데, 아직도 백신은 없으며 메르스가 확산되자 백신개발이 시작된 것일까?

그 이유는 바로 백신의 시장성이 매우 낮기 때문이다. 어떤 바이러스가 향후 팬데믹으로 발전할 수 있다는 것을 미리 예측할 수 있다면, 많은 기업들이 백신 개발에 나설 것이다. 하지만, 하나의 전염병 바이러스가 팬데믹이 되는 데는 엄청난 불확실성이 존재한다. 이러한 불확실한 시장성을 감수하면서 백신개발에 나서는 기업은 그렇게 많지 않다. 이미 개발을 했더라도 미리 생산을 하지 않을 것이다. 왜냐하면 사용되지 않고 재고로 남은 백신은 모두 폐기처분해야 하기 때문이다. 이러한 이유로 전염병이

5) 프레시안 (2015년 6월 18일) 현장의 양심선언 "이렇게 메르스에 무너졌다!"
<http://www.pressian.com/news/article.html?no=127412>

상당히 확산된 후에야 백신개발과 생산이 이루어지고 그 결과 전염병의 대유행을 초기에 막는데 있어서는 소용이 없게 된다. 2009년 신종플루 사태 당시에도 인플루엔자 백신 생산은 최소 6개월~8개월의 시간이 소요되어 신속한 대응에는 많은 한계가 있음이 드러났다. 더불어 백신의 부족뿐만 아니라 전염병의 발병여부를 테스트할 수 있는 실험실 및 초기 환자를 격리하고 치료할 수 있는 의료시설도 부족했다. 이번 메르스 사태에서도 공공병원시설의 부족으로 인하여 많은 환자와 보균자들은 자가격리 조치가 이루어졌다.

이처럼 공공성은 높으나, 시장성이 낮아 투자를 하지 않는 과학기술을 ‘수행되지 않는 과학기술(undone science)’이라 부른다(Frickel et al., 2010). 기업으로 하여금 이러한 수행되지 않는 의료기술의 개발을 요구하는 것은 어렵다. 기업들은 백신재고 처분의 문제점 등 수익성이 낮다고 생각하기에 투자를 하지 않으며, 부가가치가 높은 신약 및 첨단의료기술에 더 많은 투자를 한다. 수행되지 않는 과학기술에 투자할 수 있는 것은 정부밖에 없다. 최근 정부출연연구소의 위상과 역할에 대한 논란이 많이 일어나고 있는 데 과거 이 연구소들이 경제성장을 위한 기술개발에 초점을 두었다면, 앞으로 이 연구소들의 미션은 바로 이와 같은 공공성이 높은 수행되지 않는 과학기술을 개발하는 것이 되어야 한다. 현 정부가 최근 사회 문제 해결형 연구개발을 추진하고 있는데, 수행되지 않는 과학은 이러한 연구개발정책의 하나가 될 수 있다. 더불어 이 문제는 첨단의료기술과 공공의료 중 어디에 연구개발 투자 우선순위를 두어야 하는 지에 대한 보건의료의 생산적 정의(productive justice)문제와도 직결된다. 따라서 전염병의 대유행성은 국가의 보건의료시스템 및 연구개발시스템과 밀접한 관계가 있다.

4. 메르스 위기에서의 정부의 위험소통

이 절은 메르스 사태 당시 정부의 위험소통활동이 어떻게 이루어졌는지

를 살펴보고자 한다.

(1) 메르스 위험의 축소 발표

정부는 메르스 위기 초반에 메르스에 대한 국민들의 공포가 전파되는 것을 막고 그들을 안심시키기 위해서 메르스의 위험을 축소하는 발표를 했다. 예를 들어, 메르스의 독성이 감기수준이며, 건강한 사람들은 잘 걸리지 않는다고 발표하였다. 공기감염이 없고, 최대 잠복기가 14일이라고 주장하였다. 첫 확진자 발생 후 보름이 지난 후에야 휴대전화에 문자를 넣었으며, 오히려, 엉뚱한 경고 메시지를 제공하여 국민들의 분노를 샀는데 대표적으로 메르스 확산추세에도 “낙타를 만지지 말고 살균하지 않은 낙타유는 마시지 말라”는 예방법을 제시하였다. 이것은 아마도 해외여행시의 예방지침으로 사회적 환경의 차이에 따라 전염병의 확산이 달라진다는, 즉 사회적 질병으로서의 메르스를 전혀 이해하지 못한 데서 왔다고 볼 수 있다.

이후에 정부발표내용과 다른 사건들이 나타나기 시작했다. 감기보다 훨씬 고통스럽고, 건강한 사람도 감염되는 사례가 있었으며, 잠복기가 14일보다 더 오래된 경우도 발생했다. 그러자 정부의 안심하라는 메시지는 오히려 국민들을 더 불안하게 만들었다. 6월 9일 열린 국회 보건복지위원회 주최 전문가 간담회에서 고려대 최재욱 교수는 “신종 감염성 질병에 대한 위기관리 소통의 중요한 원칙인 ‘안전하다고 강조하지 마라’ 그리고 ‘국민의 두려움을 인정하고 그에 대한 사전예방대책을 소상히 설명하라’는 기본 원칙조차 고려하지 않는 것은 국민을 더욱 의아하게하고 불안에 떨게 할 우려가 있다’고 지적했다.”⁶⁾

(2) 언론 창구의 일원화 및 트위터(twitter) 비공개로 전환

메르스에 대한 사람들의 공포가 증가되자, 정부는 언론 창구를 일원화

6) 노컷뉴스(2015년 6월15일) “메르스 이후 단절된 일상...‘위기관리 소통’ 필요하다”
<http://www.nocutnews.co.kr/news/4427976>

하였다. 이것은 정확하지 않는 정보가 확산되는 것을 막기 위한 조치였으나, 오히려 국민들의 알권리를 막는 결과를 가져왔다. 이것을 핑계로 일일브리핑을 제외한 모든 외부 취재를 거부했다. 질병관리본부는 이후 비판에 직면하자 트위터를 비공개로 전환하면서 시민과의 적극적인 소통을 피하고 정부는 괴담 유포자를 처벌하겠다고 공포하였다.⁷⁾ 사이언스지도 질병관리본부가 갑작스레 트위터 계정을 비공개로 전환했던 점을 언급하며 "소통의 겹을 오히려 늘리면서 메르스 확산 우려를 키웠다"고 지적했다.⁸⁾

(3) 병원정보의 누장공개

정부는 감염자가 발생한 병원에 대한 정보를 상당기간동안 공개하지 않았다. 뉴스타파의 보도에 따르면 중앙메르스관리대책본부는 “기본적으로 병원을 공개할 경우 기존 환자와 해당 병원이 있는 지역 주민들에게까지 혼란을 초래할 수 있다는 우려 때문에 비공개한 것”이라는 입장이었다고 한다.⁹⁾ 하지만, 그 결과 전염병이 여러 병원으로 확산되는 결과를 낳았다. 특히 정부가 1차유행의 진원지였던 평택성모병원에 대한 정보를 공개하지 않아 삼성서울병원이 2차유행의 진원지가 되었다. 정부가 정보 공개 결정을 미루는 사이 감염자들은 여러 병원을 옮겨 다녔다. 세계보건기구(WHO) 한국 합동평가단도 ‘투명하고 신속한 정보 공개의 실패가 사태를 확산시켰다’고 진단했다.¹⁰⁾

(4) 정보공개관련 감염병 위기관리매뉴얼의 무시

이러한 정부의 비공개조치는 감염병에 대한 위기관리 매뉴얼을 따르지 않은 것인데, 2004년도 재난안전관리 기본법의 감염병 위기관리 매뉴얼에

7) JTBC (2015년 6월 4일) “확산되는 ‘메르스 루머’...정부, 소통없이 모르쇠 일관”

http://news.jtbc.joins.com/article/article.aspx?news_id=NB10914373&pDate=20150604

8) Medical Observer (2015년 6월 9일) “‘잘못된 의사소통, 메르스사태 악화시켜”

<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=83704>

9) 뉴스타파(2015년 6월 17일) “‘있으나 마나’ 메르스 관리지침” <http://newstapa.org/26394>

10) 한국일보(2015년 6월 15일) “‘메르스 사태’가 일깨운 소통의 원칙 5”

<http://www.hankookilbo.com/v/d6b348db150a477aa052dfa90a771a97>

는 정보공개에 대한 다음과 같은 가이드라인이 있다: “모든 정보를 공식화하라. 언론에 적극적으로 정보를 제공하라. 오프더 레코드(비보도 요청)는 지켜지기 어렵고, 노코멘트는 문제가 있거나 숨기고 있다는 암시를 준다. 2006년 신종플루에 대비하기 위해 질병관리본부가 발주한 연구보고서에도 잘못된 인식은 더 큰 위험을 부를 수 있는 만큼, 정확한 정보를 제공해 혼란을 줄이는 게 중요하다고 되어 있다. 충분한 정보를 얻지 못하면 오보 가능성이 높아진다”¹¹⁾라는 내용이 있다고 한다. 하지만, 정부는 이러한 가이드라인을 전혀 지키지 않았다.

정부가 메르스에 대한 정보 공개를 막는 사이에 인터넷 및 페이스북 등 SNS를 통하여 메르스에 대한 공포가 확산되었다. SNS에서의 메르스 위험의 확산은 긍정적 기능과 부정적 기능이 같이 존재한다. SNS의 부정적 기능으로서는 검증되지 않는 수많은 정보들이 확산되어 국민들의 불안감과 공포심을 증폭시켰다는 점을 들 수 있다. 의학신문에 따르면¹²⁾ 메르스 위기 당시 “SNS에 떠돈 괴담 및 잘못된 정보로는 바셀린 민간요법이 메르스를 예방해준다, 특정 병원에 메르스 환자 입원했으니 병원 근처에 가지 말라, A병원 메르스 확진환자로 인해 집중치료실(ICU) 폐쇄 등 수많은 유언비어로 인해 사회적 몸살을 겪게 됐다” 등이 있었다. 하지만, SNS의 긍정적인 기능으로는 일부 네티즌은 인터넷을 통하여 스스로 메르스가 발병한 병원을 표시한 메르스 지도를 페이스북에 만들기도 했다.¹³⁾ SNS 뿐만 아니라 언론 그리고 지자체를 중심으로 이러한 지도를 인터넷을 통하여 만들게 되자, 정부도 더 이상 비공개원칙을 지키기 어려워지게 되었다. 광우병사태이후 이명박정부 청와대에서 뉴미디어 비서관을 역임했던 김철균씨는 “정부가 (메르스 환자 정보를) 공개하지 않자 SNS가 그 역할을 담당했다”며 “정부가 발표하지 않는다고 해서 국민들이 모를 거라고

11) KBS (2015년 6월 14일) “메르스 소통, 무엇이 문제인가”

<http://news.kbs.co.kr/news/view.do?ref=A&ncd=3094949>.

12) 의학신문 (2015년 7월 17일) “메르스 사태로 본 ‘SNS’의 위험성!”

http://www.bosa.co.kr/umap/sub.asp?news_pk=591012

13) 메르스 맵: <https://www.facebook.com/mersmap>

기대하는 것 자체가 변화하는 미디어 환경을 잘못 읽은 것"이라고 비판했다.¹⁴⁾

5. 메르스 위험소통의 한계 및 문제점 분석

위와 같은 정부의 위험소통은 “결핍모델”에 기반하고 있다. 대중은 위험에 대한 과학적 지식이 부족하고, 비합리적이기 때문에 정확하지 않은 정보가 대중들에게 확산되는 것을 정부는 막아야 한다는 것이다. 그래서 인터넷에 부정확한 루머를 유포하는 사람들에게 엄단의 조치를 취하겠다고 엄포를 놓는 전략을 구사했다. 하지만, 대중들은 정부의 이와 같은 위험소통에 대해 신뢰하지 않았고, 유언비어는 더 많이 양산되었으며, 메르스에 대한 공포는 훨씬 더 증폭되었다. 결핍모델에 기반한 정부의 위험소통은 다음과 같은 한계와 문제점을 가지고 있다.

(1) 과학적 불확실성과 위험소통의 지연

결핍모델의 단점은 완벽하고, 객관적인 과학적 지식이 마련되기 전까지는 위험에 대한 의사결정과 위험 소통이 지속적으로 지연되는 것이다. 이러한 현상들이 메르스 사태에서 나타났다. 메르스 위기 초기 정부와 전문가는 국제보건기구(WHO)자료를 바탕으로 대응하고 있었다. WHO에서는 메르스의 감염력이 낮다고 평가를 했으나, 사실상 한국에서 감염력이 매우 높은 것으로 나타나자 전문가들은 당황하기 시작했고 정확한 상황이 파악되기 전 까지 국민들에게 정보공개를 하지 않은 것이다. 즉, 과학적 불확실성은 정부의 대국민 위험소통을 지연시키는 결과를 낳았다. 프레시안보도에 따르면 관련전문가는 다음과 같이 말한다:

14) 조선비즈(2015년, 8월 13일) “[1962년생 열전] ⑥김철균 쿠광 부사장 ”MB·박근혜 소통 담당, 보수도 진보도 아냐”
["http://m.news.naver.com/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=366&aid=0000283827"](http://m.news.naver.com/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=366&aid=0000283827)

“처음에는 세계보건기구(WHO) 지침대로 하는 게 최선이었죠. 그런데 WHO에서 파악한 메르스의 특징은 낮은 감염력이었어요. 그래서 초기 대응이 그렇게 허술했던 것입니다. 결과적으로 정보 부족이 초래한 심각한 오판이었던 셈이죠. 하지만 그 시점에서는 그것이 합리적인 대응처럼 보였습니다.”¹⁵⁾

이러한 과학적 불확실성은 WHO가 조사한 중동의 의료 환경과 한국의 의료환경의 차이에서 사실상 비롯되었는데, 메르스 위기 초기 전문가들은 사회구조적인 원인보다는 바이러스의 유전적 변이 가능성에서 찾으려고 하였다. 하지만, 이러한 변이의 가능성에 대해서도 전문가들이 일치된 견해를 가지지 않았다. 2015년 6월 4일자 Science의 기사에 따르면, 한국 파스퇴르 사장인 Hakim Djaballah는 바이러스의 변이가 일어났을 가능성에 보다 더 무게를 두었다. 그는 “한 달 내 36명이 감염된 것은 많은 것이다. 이 바이러스는 매우 전염성이 강한 것 같다”고 주장했다. 하지만 독일 본 대학의 바이러스학자인 Christian Drosten은 “큰 변이가 있는 것 같지는 않다”며, 그 근거로 “메르스 바이러스는 다른 RNA 바이러스와는 달리 교정 기능이 있는 효소를 가지며, 따라서 유전체가 잘 변화하지 않는다”고 주장했다.¹⁶⁾ 이처럼 전문가들 간에는 바이러스의 유전적 변이 가능성에 대해 동일한 견해를 가지지 않으며, 결국 이러한 불확실성이 존재할 때 결핍모델은 그 불확실성이 제거될 때까지 위험소통을 지연하게 되는 것이다. 하지만 이러한 불확실성속에서도 중요한 의사결정이 이루어져야 하며, 그 의사결정은 정치적 판단이 필요하다.

15) 프레시안(2015년 6월 18일) 현장의 양심선언 “이렇게 메르스에 무너졌다!”,

<http://www.pressian.com/news/article.html?no=127412>

16) Kai Kupferschmidt. Communication gaps fuel MERS worries in Korea, Science (4 June 2015)

<http://news.sciencemag.org/asiapacific/2015/06/communication-gaps-fuel-mers-worries-korea>; 번역(<http://www.pgr21.com/pb/pb.php?id=freedom&no=58796>).

(2) 공무원/전문가들의 이해관계와 위험소통의 지연

메르스 위기 당시 감염자가 발생한 병원명을 공개하는 데 많은 시간이 걸렸고 이에 대한 많은 비판들이 있었다. 정부가 마련한 감염병 위기관리 매뉴얼도 정보공개에 필요성을 매우 강조하고 있음에도 불구하고 정부관료와 전문가는 이 매뉴얼을 지키지 않았다. 그 이유는 바로 질병관리본부, 복지부 관료 및 전문가와 병원간의 밀접한 이해관계 때문이다. 우리나라 각 부처들은 관련 이해집단이 존재한다. 미래창조과학부는 과학기술자 집단, 산업부는 산업계, 보건복지부는 의료 및 약학업계이다. 이러한 이해집단을 정부가 관리하지만, 반대로 이러한 이해집단에 의해 정부의 정책이 영향을 받는다. 복지부 및 질병관리본부와 의료업계간의 네트워크가 존재하고 이러한 네트워크로 인하여, 정보공개 및 조기 병원 폐쇄가 쉽게 이루어지지 않는 것이다. 특히 정보공개에 의해 많은 병원들의 매출감소가 일어날 수 있기 때문에 메르스 확산의 과학적 근거가 명확하지 않는 상황에서 서둘러 병원을 공개하는 것은 관련 전문가와 관료들에게 엄청난 부담이 되었을 가능성이 크다. 병원공개에 따른 향후의 책임을 의식하지 않을 수 없었을 것이다.

프레스리안(2015년 6월 18일) 보도¹⁷⁾에 따르면 삼성서울병원을 포함한 전문가들이 병원공개를 하지 말아달라고 목소리를 높였다고 한다. 이러한 전문가들의 조언이 관료에게 영향을 미쳤을 것이고, 관료들은 확실한 근거가 없는 상황에서 의사결정을 지연할 수밖에 없을 것이다. 그러므로 이번 메르스 위기에서 정보공개와 병원폐쇄와 같은 정책적 의사결정은 사실상, 질병관리본부, 복지부에서 할 수 있는 것이 아니며, 재난관리의 콘트롤 타워(control tower)인 국무총리실과 청와대에서 가능한 것이다. 그래야만 복지부와 질병관리본부도 위선의 명령에 따라 움직일 수 있는 것이다. 하지만, 당시 총리는 공식이었고, 그러면 청와대에서 판단해야 하는데, 세월호 사태에서 알 수 있듯이 현 청와대의 의사결정이 매우 느린 것으로

17) 프레스리안 (2015년 6월 18일) 현장의 양심선언 "이렇게 메르스에 무너졌다!"
<http://www.pressian.com/news/article.html?no=127412>

알려져 있다.

즉, 메르스 관련 병원명의 공개는 정치적인 판단이 필요한 사안이었다. 하지만, 재난안전관리 리더십의 부족으로 인하여 정보공개가 지연된 것이다. 주무 장관이 첫 확진 환자가 나온 지 6일이나 지나 대통령에게 보고했다고 하니, 복지부와 질병관리본부는 결정하지 못하고 윗선 눈치만 살핀 것이다. 프레시안과의 인터뷰에서 현장에서 참여했던 의사는 다음과 같이 이야기 한다.

“일단 전문가가 저렇게 맨 앞에서 진두지휘하는 모습이 맞나요? 방역은 수많은 자원을 동원하고, 이해관계를 조정하는 고도의 행정력이 뒷받침되어야 하는 지극히 정치적인 행위입니다. 당연히 관료와 정치인이 맨 앞에 서야죠. 그리고 그들의 성과에 대해서 평가를 받고, 또 책임을 져야 할 일이 있으면 마땅히 책임을 져야 하고요.”¹⁸⁾

메르스 위기가 악화된 것에는 감염내과 외에 다른 전염병 전문가의 부족이 하나의 원인이 될 수 있으나, 궁극적으로 문제의 근원적인 원인은 전문성의 부족에 있는 것이 아니라, 오히려 전문성의 과잉에 있었다. 전문가에게 의사결정의 권한을 넘겨주고 책임 있는 행정부 관료와 정치인들은 뒷짐을 지고 있었기 때문이다. 의사결정을 지연시키는 전문가와 의료집단의 이해관계를 끊어내고 신속한 의사결정을 할 수 있는 정치적 리더십의 부재가 정보공개를 미루어 메르스 위기를 확산하게 한 주요 원인이다.

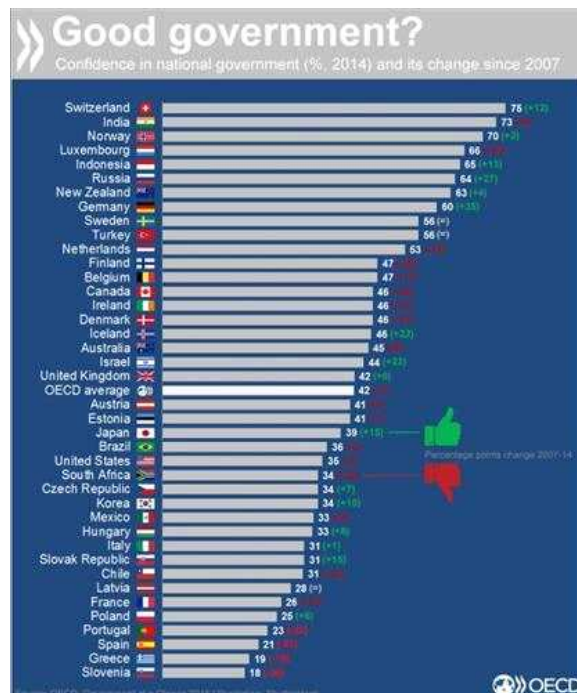
(3) 정부에 대한 신뢰부족과 위협소통의 한계

“결핍모델”에 기반한 정부의 위협소통전략은 행정관료 및 전문가와 대중간의 굳건한 신뢰가 없다면 불가능하다. 관료와 전문가들이 제공하는

18) 프레시안 (2015년 6월 18일) 현장의 양심선언 “이렇게 메르스에 무너졌다!”
<http://www.pressian.com/news/article.html?no=127412>

정보를 대중들이 신뢰하고 믿는다는 전제 속에서 이러한 위험소통이 가능하기 때문이다. 시민건강연구소에서는 위험소통에서의 신뢰에 중요성을 다음과 같이 이야기 하고 있다: “신뢰’ 구축을 첫 손가락에 꼽으려 한다. 정부, 좁게는 보건과 방역 당국이 대중에게 충분한 믿음을 주지 못하는 한, 앞으로도 비슷한 사태와 불안, 그리고 비판이 뒤따를 것이다.” 하지만, 우리나라 정부에 대한 국민의 신뢰는 매우 낮은 편이다. 2015년 8월 9일자 연합뉴스 기사에 따르면 “경제협력개발기구(OECD)가 발표한 ‘한눈에 보는 정부 2015’ 자료에 따르면 2014년 기준으로 한국 정부에 대한 국민의 신뢰도는 34%다. 조사 대상 41개국 가운데 26위다. OECD 평균(42%) 보다는 8%포인트 낮다고 한다.”¹⁹⁾

<그림 1> 국가에 대한 국민의 신뢰도: OECD조사결과



19) 연합뉴스(2015년 8월 9일) “‘한국민 10명 중 7명 정부 신뢰안해…사법 신뢰도 밀바닥’
<http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2015/08/05/0200000000AKR20150805175051009.H>
 TML

* 출처: 연합뉴스(OECD 홈페이지 발췌)²⁰⁾

아래 뉴스타파의 기사는 정부에 대한 국민의 신뢰가 얼마나 낮은 지를 보여준다. 정부에서 병원 내 감염만 있고 지역 내 감염이 없다고 발표하자, 정부의 발표를 믿지 않는다. 이 뉴스에서 한 시민은 “보건소에 연락해 검사를 의뢰했더니, 메르스 관련 병원 접촉 이력이 없는 환자는 아예 검사 자체를 해주지 않는다고 하더라”고 말했다. 이어 그는 “어쨌든 지금 현재도 지역사회 감염이 없는 것이 아니라 검사 자체를 안 해주기 때문에 사례가 나타나지 않고 있는 건 아닌지 의구심을 지울 수 없다”고 지적했다.²¹⁾ 이처럼 정부의 발표에도 불구하고 대중들은 믿지 않기에 정부의 위험소통은 실패할 수밖에 없는 것이다. 대중이 위험지식을 판단할 때는 그 위험지식의 과학성을 판단하며 평가하는 것이 아니라, 그 위험지식을 생산하는 전문가, 그 지식을 발표하는 정부에 대한 신뢰를 통하여 해당지식에 대한 수용여부를 결정한다. 그러므로 정부에 대한 신뢰가 낮은 사회에서는 정부가 어떤 이야기를 해도 믿지 않게 되는 것이다. 특히 안심하라는 정부의 메시지는 이런 신뢰 부재 속에서는 오히려 위험하다는 것으로 들리게 되는 것이다.

(4) 결핍모델 위험소통에서의 대중에 대한 인식

“결핍모델”에서 대중은 위험에 대한 과학적 지식이 부족하며, 비이성적인 존재로 해석된다. 그래서 과학자들이 정확하고 객관적인 위험정보를 제공해 주어 대중의 결핍된 과학적 지식을 메꾸어 주어야 한다는 것이다. 이러한 개념에서 대중의 이미지는 위험정보의 단순한 수신자(receiver)에 불과하며, 생산자로서의 역할은 존재하지 않는다. 정부가 SNS에서 유포되는 메르스 관련 루머에 대해 엄단을 언급하는 것도 위험정보의 생산자

20) 연합뉴스(2015년 8월 9일) “‘한국민 10명중 7명 정부 신뢰안해…사법 신뢰도 밀바닥’
<http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2015/08/05/0200000000AKR20150805175051009.HTML>

21) 뉴스타파(2015년 6월 17일) “‘있으나 마나’ 메르스 관리지침”
<http://newstapa.org/26394>

로서와 대중의 역할을 부정하기 때문이다. 하지만, 정부가 위험정보를 시민들에게 제공하는 것을 꺼려하자, 시민들은 SNS를 통하여 메르스맵을 만드는 등 위험정보의 직접적인 생산자의 역할을 수행했다. 이러한 맥락에서 시민건강증진연구소는 이번 메르스 사태와 관련하여 “대중은 무조건 보호자를 따르는 수동적 존재가 아니다. 지식과 전문성이 부족한 상태에서 스스로 판단하고 행동하는 존재이다”라고 주장한다. 21세기 사회에서 정보는 전문가와 정부 관료들에 의해 독점되는 것이 아니라 다양한 차원과 통로를 통하여 형성되기에 시민들은 더 이상 과거처럼 전문가와 정부에 대해서 신뢰를 가지지 않는다. 시민들은 위험정보의 단순한 수용자가 아니며, 적극적 생산자의 역할을 한다는 점을 정부가 인식할 필요가 있다.

(5) 감염자/격리자에 대한 낙인이 위험소통에 미치는 영향

위험소통에서 언론은 위험정보의 송신자인 정부와 수신자인 대중을 중간에서 매개하는 전달자(transmitter)의 역할을 수행한다. 메르스 위기에 대한 대부분의 언론보도는 대체로 “결핍모델”에 기초한다고 볼 수 있다. 많은 언론들은 정부와 마찬가지로 위험에 대한 과학적 지식에 초점을 두는 경향이 있었으며, 위험의 사회적 맥락에 대한 논의를 충분히 다루지 않는 경향이 있었다. 메르스 초기에 일부 진보언론을 제외한 주요언론의 보도들은 메르스 바이러스의 변이가능성 및 메르스 감염자에 대한 개인적인 비난(blaming)에 초점을 두는 경향이 있다. 1번, 14번 등 슈퍼전파자에 대한 비난이 있었다. 예를 들어 발병사실을 숨겼다면가(1번), 메르스가 창궐한 평택성모병원에 입원했다는 사실을 알리지 않았다면가(14번)과 같은 사실과는 다른 비난들이 있었다. 더불어 환자들과 의사들이 마스크를 쓰지 않았다는 비난도 존재했다.

개인비난식의 위험 보도 성향은 앞에서 언급한 바와 있는 메르스의 사회구조적, 환경적 원인에 대한 심층적 논의의 부재를 낳는다. 사실 이러한 보도 경향은 비단 메르스에 국한된 것은 아니다. 유행암에 대한 보도 사

례를 연구한 Brown et al.(2001)은 유방암이 발생할 수 있는 데는 다양한 원인이 존재할 수 있는 데 언론들은 주로 유전적 원인과 영양학적인 원인에만 초점을 두고, 환경적인 원인에 대해서는 충분히 다루지 않는다는 것이다. 전자는 개인적인 문제이며, 후자는 사회구조적인 문제이다. 그러므로 이러한 언론의 보도 경향은 위험의 책임을 개인차원으로 환원함으로써 사회구조적 비판을 약화시키는 것이다. 이번 메르스 위기와 관련하여 우석균 보건의료단체연합 정책위원장도 확진자들에 대한 사회적 비난에 대해 “확진자들은 메르스 감염 피해자다. 피해자들을 때리는 식으로 이야기하는 것은 아주 잘못된 것이다. 핵심은 한국의 잘못된 의료전달체계이다”²²⁾라고 비판하였다.

이처럼 메르스 발병과정 동안 주요 언론들은 사회구조적인 분석보다는 확진자의 숫자나 감염경로, 감염자 개인에 대한 신상공개 등에 치중하여, 감염자 및 자가격리자에 대한 낙인현상을 낳는 데 기여하였다. 그 결과 메르스 위험에 대한 국민들의 알권리와 자가격리자들의 인권이 상호 충돌하는 상황을 낳았다. 대표적인 사례 중의 하나가 강남 개포동 재건축 아파트 모임에 참석한 삼성서울병원 의사사례를 들 수 있다. 그의 신원이 언론을 통하여 공개된 후 그는 상당한 정신적, 심리적 피해를 호소하였다. 그는 자기가 직업의식이 투철하지 못한 부도덕한 의사로 낙인 되는 데에 대해 격분했다.

언론을 통해 나타난 이러한 감염자/자가격리자에 대한 비난의 정치는 위험의 원인을 사회구조 속에 보지 못하고 개인적인 차원으로 환원하여 위험관리를 보다 어렵게 하는 결과를 초래할 수 있다. 삼성서울병원을 방문한 대구의 공무원 및 제주도를 방문한 강남지역 확진환자사례에서 볼 수 있는 것처럼 감염자들은 잠재적 죄인 취급받는 것을 두려워한 나머지 관련 정부기관에 신고하지 않을 수 있다. 그렇게 되면 정부는 메르스 확산의 실태를 파악하는 데 보다 더 큰 어려움에 봉착하게 되는 것이다.

22) 주간경향 1131호(2015년 6월 23일) 한국형 의료시스템 아픈마음 성숙해 질까? p.16.

6. 결론: 위험소통 개선을 위한 정책제언

메르스에 대한 우리나라 정부의 위험소통전략은 결핍모델에 기초하고 있었으며 불확실성, 이해관계, 신뢰 등 다양한 사회적 맥락 속에서 그 한계와 문제점을 가지고 있었다. 이러한 정부의 위험소통을 개선하기 위해서는 “맥락적 모델”에 근거하여 다음과 같은 고민과 노력이 필요하다.

첫째, 전염병의 사회구조적인 맥락을 충분히 논의할 수 있는 위험소통이 필요하다. 메르스에 대한 위험소통은 한편으로 유전적 변이 등 과학적인 요인에 집착함으로써 사회구조적인 원인을 논의하는 데 있어서는 부족한 결과를 초래했다. 위기 초기 WHO보고서에 지나치게 집착함으로써 서로 다른 사회적 맥락 속에서 다르게 발현될 수 있는 전염병을 이해하고 해석하는데 있어 미흡했다. 과학적 원인에 초점을 두는 위험소통은 전염병의 원인을 탈맥락화하고, 그 전염병 확산의 책임을 개인적 차원으로 환원할 가능성이 있다. 그러므로 위험소통에서 과학적 원인과 사회적 원인을 보다 균등하게 바라보고 대중과 소통하려는 전략이 필요하다.

둘째, 위험소통에서 중요한 것은 과학적 전문성뿐만 아니라 정치적 리더쉽이다. 익숙하지 않고 잘 알지 못하는 위험이 도래할 때 그것의 과학적인 증거를 마련하는 데는 많은 시간이 필요하다. 하지만, 메르스 위기사례에서 보는 바와 같이 과학적 불확실성이 해소되기까지 위험소통을 하지 않고 지체하면 그 위험소통은 실패하게 된다. 그러므로 불확실성 속에서도 위험소통을 추진하는 정치적인 리더쉽이 필요하다. 특히 메르스 위기사례에서 보듯, 전문가들도 특정한 이해관계로부터 자유로울 수 없다. 그러므로 행정관료와 정치인들이 전문가에게 의사결정권한을 넘겨 전문성이 정치와 행정을 대체하는 것이 아니라, 전문가들이 행정가 및 정치가들의 의사결정을 보조하고 지원하는 위험소통 추진체계의 구축이 필요하다.

셋째, 정부는 더 이상 대중들이 위험정보의 단순한 수용자의 위치에 머물러 있을 것이라는 기대를 버려야 한다. 현대 지식사회에서 대중은 과학 전문가들이 만들어 놓은 위험정보를 그대로 받아들이는 수용자를 넘어 위

험지식의 적극적인 생산자의 역할을 담당하고 있다. 이것은 피할 수 없는 대세이다. 물론 대중들이 생산한 위험지식들이 사실근거가 비약하고, 비합리적인 사례도 존재하지만, 전문가들에 비해 보다 성찰적 지식을 보여주는 사례들도 발견된다. 그러므로 정부는 불확실성을 감추면서 안심하라고 대중들에게 강변하는 것이 아니라, 주어진 정보를 있는 그대로 대중에게 전달하면서 그들과의 성찰적인 대화를 하는 것이 필요하다.

넷째, 위기 시 위험소통이 제대로 이루어지려면 평시에 행정관료 및 전문가와 대중간의 신뢰와 구축이 절실히 필요하다. 우리사회는 극도로 저신뢰사회(post-trust society)(Loftstedt, 2005)이다. 사회적 양극화로 인한 계층 간의 불신이 높고, 정부에 대한 신뢰가 매우 낮은 편이다. 이러한 신뢰가 낮은 상황에서 위험소통이 제대로 이루어지는 것은 애초부터 불가능한 것이었다. 그러므로 위기가 닥치고 난 후에 위험소통을 잘하려고 노력하지 말고, 평시에 우리사회 각 부분에서 다양한 정책을 통하여 정부에 대한 신뢰를 증진시키는 노력을 해야 한다. 그러한 신뢰가 이미 구축되어 있다면 위기가 갑작스럽게 다가오더라도 대국민 소통에 있어 큰 문제는 없을 것이다.

<참고문헌>

마이크 데이비스. 정병선 옮김. 2008. 조류독감: 전염병의 사회적 생산. 돌베개

Beck, U. 1995. *Ecological Enlightenment: Essays on the Politics of the Risk Society*, USA: Humanity Books.

Brown, Phil, Stephen M. Zavestoski, Sabrina McCormick, Joshua Mandelbaum and Theo Luebke “Print Media Coverage of Environmental Causation of Breast Cancer” *Sociology of Health and Illness*, Volume 23, Issue 6, pages 747 - 775, November 2001.

Douglas. M and A. Wildavsky. 1983. *Risk and Culture: An Essay on*

the Selection of Technological and Environmental Dangers. Berkely, CA: University of California Press.

Frickel, Scott, Sahra Gibbon, Jeff Howard, Joanna Kempner, David J. Hess. 2010. "Undone Science: Charting Social Movement and Civil Society Challenges to Research Agenda Setting." *Science, Technology & Human Values*. 35(4): 444-473.

Hilgartner, S. 2000. *Science on Stage: Expert Advice as Public Drama*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Irwin, Alan 1995. *Citizen Science: A Story of People, Expertise and Sustainable Development*. Routledge.

Irwin, Alan and Brian Wynne 1996 *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*. Cambridge.

Krimsky, S. and D. Golding. eds. 1992. *Social Theories of Risk*. Westport CT: Praeger publishers.

Loftstedt, R. 2005. *Risk Management in Post-trust Societies*. New York: Palgrave Macmillan.

Michael, M. 1996. *Constructing Identities: The Social, the Nonhuman and Change*. London, UK: Sage.

Slovic, P. 1992. Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm. In S. Krimsky & D. Golding (eds.), *Social Theories of Risk*. Praeger 117-152.

Wynne, B (eds.) 1996. *Risk, environment and modernity: towards a new ecology*, London, UK: Sage Publications.