

고용관계와 건강불평등: 경로와 메커니즘에 관한 탐색*

정혜주** · Carles Muntaner*** · EMCONET Network

◀ 요약 ▶

유연화와 탈규제를 중심으로 하는 노동시장의 개혁이 진행되면서 새로운 노동시장의 현실이 노동자들의 건강에 미치는 영향에 대한 관심이 높아지고 있다. 이 글에서는 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 사회적결정요인위원회(Commission on Social Determinants of Health) 산하 고용조건지식네트워크(Employment Conditions Knowledge Network, EMCONET)의 작업에 기반하여 고용조건이 건강과 건강불평등에 영향을 미치는 경로와 메커니즘을 탐색한다. 이를 위하여 공정한 고용의 개념과 고용조건의 다섯 가지 차원 및 거시적·미시적인 이론적 분석틀을 제시하고 이들을 준거로 하여 기존의 경험적 연구성과를 개괄하고 검토한다. 이를 통해 기존 연구의 한계를 밝히고 향후 연구 과제를 도출하며, 결론적으로 고용조건에 의해 야기되는 건강불형평성을 감소시키기 위한 실천적 과제에 대한 논의를 진행한다.

* 이 논문은 세계보건기구 사회적결정요인위원회의 지식네트워크 중 하나였던 고용관계지식네트워크의 최종 보고서(Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), 2007)에 기반하고 있음. 이 연구의 일부는 한국연구재단의 한국사회기반연구사업(SSK) (과제번호: B00271)에 의해 지원되었음.

** 고려대학교 보건행정학과 조교수 (hpolicy@korea.ac.kr)

*** Professor, Dalla Lana School of Public Health & Faculty of Medicine, University of Toronto. (carles.muntaner@utoronto.ca)

주제어: 고용관계, 노동시장, 건강불평등, 건강불형평, 실업, 불안정노동, 비정규직, 비공식노동, 아동노동, 노예노동, 담보노동

1. 서론

건강을 결정하는 것은 무엇일까? 흔히들 보건의료시스템이라 생각하지만, 우리의 일상적인 경험을 되돌아보는 것만으로도 건강은 좀더 광범위한 사회적 환경에 영향을 받을 수 있다. 치료 중심의 보건의료시스템은 이미 불건강의 상태에 놓인 사람들을 구출하는 역할을 하고 있지만, 건강의 결정인자로서 의료시스템의 중요성은 생각만큼 크지 않은 것이 사실이다.

세계보건기구(WHO)의 사회적 결정요인 위원회는 건강의 사회적 결정요인을 사람들이 태어나고, 자라며, 살고, 일하고, 늙어가는, 보건의료시스템을 포함하는, 조건(conditions)이라 정의하였다(WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008). 이러한 환경은 세계적, 국가적, 지역적 수준에서 돈, 권력, 자원의 분포에 의해 결정되어 이것이 정책적 선택에 영향을 미치고 그 결과로 건강 수준과 건강의 불평등이 나타난다는 것이다. 건강의 사회적 결정요인은 특히 건강불형평성(health inequity)와 관련되는데, 이는 국가 내와 국가 간에 관찰되는 부당하고(unfair) 피할 수 있는(avoidable) 건강 수준의 차이로 정의된다.¹⁾ 따라서, 건강은 의료시스템만으로 결정되는 것이 아니라 일반적인 사회경제적, 문화적, 환경적 조건의 기반 하에서 농업과 식량 생산, 교육, 근로환경, 실업, 식수와 상하수도 등 위생, 보건의료서비스, 주거를 포함하는 생활 및 근로조건이 사회 및 지역사회 네트워크와 개인적 라이프스타일을 거쳐 개인과 집단 수준의 건강과 건강의 불평등에 영향을 미치는 것이다 (Dahlgren and Whitehead, 1991). 어떤 사회에서건 건강의 불평등에 어떻게 접근하느냐는 정치적인 문제이다. 건강불평등은 유전적 결정요인이나 개인적 행태, 경제적 위치에 의해 나타나는 개인적 차이의 피할 수 없는 결과라 이해되기도 하고, 사회에 의해 만들어지고 사회적 노력을 통해 변경할 수 있는 것으로 여겨지기도 한다. 관점의 차이는 과학적인 근거나 경제적 현실성에 기반하기

1) 관련하여 건강불평등(health inequality)은 보건학에서 일반적으로 건강 수준의 “단순한 다름”을 의미한다 (Sen, 2002). 하지만 이 글에서는 크게 구분하지 않고 불형평성의 의미로 사용하였다.

도 하지만 무엇이 올바른 것인가에 대한 정치적·이데올로기적 의견의 차이이기도 하다 (Bambra, Fox and Scott-Samuel, 2005). 건강불평등의 감소를 위한 사회정책 수준에서의 개입은 많은 부분 핵심적인 정치적 행위자 간 권력의 분포와 국가의 역할에 의존할 것이다. 그러나, 한 사회 내에서 일어나는 다양한 건강 활동에 국가가 미치는 영향이 결정적임에도 불구하고, 여타 사회과학분야에서 광범위하게 이루어지고 있는 국가의 구조, 기능, 그리고 권력에 대한 논의가 공중보건의 영역에서는 많이 진행되지 못하고 있다.

고용조건과 건강이라는 주제의 측면에서 보자면, 전자가 후자에 영향을 미친다는 과학적 근거는 늘어나고 있지만 이러한 근거들을 종합적·과학적으로 이해하는 어떤 개념적 모델(conceptual model)도 제시된 바가 없다. 일반적인 수준에서 고용조건과 건강 불평등 사이의 경로와 메커니즘에 대한 연구는 이루어지지 않고 있으며, 특정한 고용 상황과 건강에 대해서는 방대한 문헌이 존재하지만, 건강불평등을 형성하는 중요한 사회적 결정요인으로서 고용조건의 역할에 직접적으로 초점을 맞추는 경우는 거의 없다.

건강의 사회적 결정요인과, 그 중에서도 특히 고용조건에 대한 연구가 활발히 진행되지 못하는 데에는 여러 가지 이유가 있는데, 그 중 첫번째로는 노예나 아동노동과 같이 가장 열악한 노동조건이 존재하는 가난한 나라에서 보건학적 연구가 잘 이루어지지 않는 현실이다. 두번째는 특히 빈국과 저개발국을 포함하는 많은 나라들에서 데이터가 불충분하다는 점이다. 세번째는 역학자와 보건학연구자 중 고용조건의 건강에 대한 영향을 정교하게 이해할 수 있는 사회과학적 훈련을 받은 이들이 소수라는 점이며, 네번째는 특히 미국에서 건강불평등이나 의료의 정치학, 혹은 계급에 기반한 접근과 같이 논쟁적인 주제에 관심이 있는 연구자들은 주류 생의학적 혹은 임상적 연구에 비해 연구비 지원을 받기가 힘들다는 점도 있다. 마지막으로 역학이나 보건학연구에 있어서 발전론 (development theories) 에 대한 이해가 크게 부족하다.

특히 저개발국에서의 자료가 부족한 점 등은 노동시장과 고용관계에 대한 연구를 진행하는 데에 있어서 서구적, 혹은 선진국적 관점을 택할 수밖에 없게 하는 한계를 노정한다. 그러나 생산과 고용, 그리고 노동의 역사적 형태는 지구 곳곳에서 큰 다양성을 보인다. 일례로 19, 20세기 유럽에서는 최저임금과 노동시간을 규제하는 노동개혁이 일어났지만 이들 국가가 경영하던 아시아, 아프리카, 남미의 식민지에서는 같은 개혁이 이루어지지 못했다. 이렇게 다양한 사회경제적 경로를 염두에 두면서 이 연구에서는 균

형있는 시각으로 지구적 현실을 포착하는 데 주안점을 두도록 한다. 특히 남반구에서의 실례와 배울 점을 적극적으로 모색하며 남북반구를 아우르는 일반적 특징과 경향을 찾아내는 동시에 국가별 차이를 무시하지 않을 정도의 구체성은 확보하도록 노력하였다.

한편, 고용과 노동조건이 인구집단의 건강(population health)과 건강불평등의 이해 및 향상에 필수적인 이유는 성인들이 영유하는 시간의 대부분은 노동에 할애되며 또한 노동은 작업장 안팎에서 건강에 대한 위협과 안전요소의 원천이 되기 때문이다. 고용조건과 노동조건 중 후자는 주로 작업장 내의 물리적·화학적 환경(위험한 기계나 독성물질 발생 등),²⁾ 인간공학적(ergonomic) 요소 및 경영기법 등을 통해 건강에 대한 위협 요소를 발생시킨다. 이는 위험한 기계나 화학물질과 같은 작업장 위험(hazards)뿐 아니라 노동일의 연장과 노동 강도와 같은 사회심리학적 요소 또한 포괄한다.

따라서 노동조건은 고용관계나 조건과 연관되지만 같은 개념은 아니다. 고용주는 판매가능한(marketable) 상품이나 서비스를 생산하기 위해 노동자를 고용하는 반면, 노동자는 노동을 통해 고용주에게 기여하고 임금을 그에 대한 보상으로 받는다. 고용조건은 고용주와 노동자 간 관계의 조건들의 집합, 예컨대 비정규직으로 고용되거나 임금 수준이 낮거나 각종 복지혜택의 많거나 적음 등을 가리킨다. 고용조건은 직업 불안정성, 작업장에서의 의사결정에 대한 참여, 직업 분할 및 차별, 또는 작업장 폭력과 같은 건강에 대한 위협 요소를 포함하며 이들이 건강에 미치는 영향은 막대할 수 있다. 이러한 고용 과정은 고용주와 노동자, 즉 노동력의 구매자와 판매자 간의 권력 관계에 영향을 받는데, 바로 이 힘의 관계가 노동자가 의존하는 임금의 수준이나 작업 조건 내 위험 및 사회보장의 수준 등을 결정한다. 선진국에서는 고용 조건이 법령 및 고용 계약에 의거하는 반면, 저개발 국가에서는 대부분의 고용 협약이 명시적으로 규제되지 않아서 고용 관계의 많은 부분이 비공식 부문에서 발생한다.

고용 조건에 대한 규제를 통해 정부는 경제적 계층화에 영향을 미치는 자원들을 재분배할 수 있으며, 또한 복지(well-being)의 기회, 물질적·사회심리학적 위험요소에 대한 노출 여부나 보건의료에 대한 접근에도 영향을 끼친다. 구체적인 작업장 환경이 건강에 미치는 영향에 관해서는 상당한 수의 문헌들이 존재하지만, 그러한 접근을 통해서도 노동이 건강불평등에 어떤 영향을 미치고, 관련된 사회적 결정요인들은 거시적 수준에서

2) 이 둘을 통틀어 주로 작업장 내 위험요소(workplace hazard)나 지칭한다.

어떻게 결정되는지를 충분히 포착해내지 못하게 된다.

이 글에서는 세계보건기구(World Health Organization, WHO) 건강의사회적 결정 요인위원회(Commission on Social Determinants of Health)의 일부로 활동했던 고용조건 네트워크(Employment Conditions Network, EMCONET)의 작업(e.g., Benach, Muntaner and Satana, 2007)에 기반하여 고용관계가 건강 수준과 건강 불평등에 미치는 영향을 이해하기 위한 개념틀을 제시하고, 거시사회적 차원에서 측정된 노동시장의 특성이 인구 수준의 건강수준에 미치는 영향에 대한 연구를 소개하며, 현재까지의 문헌에서 드러난 고용관계의 다양한 측면이 건강과 건강불평등에 미치는 영향을 검토한다. 마지막으로 노동시장에서의 건강 증진과 불평등 해소를 위한 연구 및 실천적 과제에 대해 논의한다.

2. 공정한 고용 (fair employment)와 고용조건의 차원들

이 글의 문헌검토는 “공정한 고용 (fair employment)”라는 개념에 준거한다. 고용과 노동조건은 권력관계를 포함하는 제도와 사회적 관계에 깊이 영향을 받는 역사적 맥락 하에서 생겨난다. 일자리가 건강에 어떤 영향을 미치는지를 알기 위해서 우리는 사회가 노동관계, 노자 간의 계약, 또는 노동과 고용 협약 등을 어떻게 구조화하는 지, 그리고 노동자의 건강에 영향을 미치는 생산의 사회적 과정이 무엇인지를 알아야 한다. 이 글에서 공정한 고용이라는 용어는 세계노동기구의 품위있는 노동(decent work)을 대신하는 개념이다.

공정한 고용은 노자 간의 공명정대한(just) 관계를 뜻한다. 공정한 고용이 되기 위해서는 다음의 몇 가지 특징이 충족되어야 한다. (1) 강제로부터의 자유; (2) 고용 계약과 안전한 고용관계를 통한 직업 안정성; (3) 사회의 요구에 비추어 적절한 수준의 생활을 보장할 수 있는 정당한 급여; (4) 일자리 보호와, 일과 가정 사이의 조화로운 삶을 유지할 수 있는 사회 보장, 그리고 연금; (5) 젠더, 인종/에스니시티, 사회 계급을 이유로 차별받지 않는 일터에서의 존경과 존엄성; (6) 노동자들 자신의 대표를 갖고 공식적 제도를 통해 집단적으로 고용 및 노동 관계를 협의할 수 있는 직장 내 의견 결정에의 참여; (7) 노

동자 삶의 풍부화와 소외의 방지, 즉 노동이 단지 생존의 수단이 아니라 인간의 생산적이고 창조적인 역능을 질식시키지 않는 인간 존재의 필수적인 부분이 되는 것. 직업이 이러한 특징들의 어떤 부분을 충족시키느냐에 따라 특정 고용형태는 이 모두를 만족시키는 “이상적인 일”에서부터 반대쪽 극한까지의 어떤 연속선상에 위치될 수 있다.

마지막으로 “공정한 고용”은 고용 관계가 노동자 건강의 질을 결정하는 핵심 요인으로 이해되는 보건학적 관점을 포함한다. 예를 들어 대부분의 작업장은 위계적으로 조직되어 있는데 이는 생산에 있어서의 권력과 통제의 분포를 반영하는 것이다. 권력에 있어서의 불평등은, 따라서, 노동자들에게 그리고 궁극적으로는 그들의 건강에 깊은 영향을 줄 것인데 이 권력관계가 어떻게 형성되어 있는지에 따라 노동자 건강에 해를 주는 특정 위험인자에 대한 노출 정도를 어느 수준까지 허용할 것인지가 결정되기 때문이다.

고용 조건의 다섯 가지 차원은 다음과 같이 정의한다.

실업(unemployment): 이 개념의 정의는 나라에 따라 다르다. 예를 들어 영국에서는 정권이 바뀔 때마다 그들의 정치적 목적에 맞게 변경되어온 여러 정의가 있다. 실업율은 대략 특정 지역에서 노동 연령에 있는 모든 사람 중 직업이 없으며 적극적으로 일자리를 찾고 있는 사람들의 비율이다. 이러한 정의는 일을 하고 싶지만 일자리를 찾는 것조차 불가능한, 예를 들어 노동 조건이 더 낫다면 일할 수도 있을 만성질환자나 보육서비스가 적절하다면 일할 수도 있을 부모 등의 많은 사람들을 제외시키게 된다 (Bartley and Ferric, 2001)

불안정 고용(precarious employment): 이 개념은 노동자들의 사회적 안전과 안정성을 감소시킬 수도 있는 고용의 형태를 나타내기 위해 이용되어 왔다. 유연하고 일시적이며 비표준적(unstandard)인 임시적 노동 계약이라 해서 반드시 임금이 낮은 것은 아니다. 불안정 노동의 형태는 표준적 (1년 내내 지속 기간의 제한이 없고 복지가 제공되는 상용직) 고용 계약에 의해 제공되는 사회보장을 한 극단으로 하고 높은 불안정성을 다른 한 극단으로 하는 연속선상에 위치한다. 불안정 고용을 임시성, 무력함, 사회보장의 미비와 낮은 급여수준과 같은 차원에 따라 정의되는 다차원적 개념으로 고려할 수도 있다. 역사적으로 보았을 때 불안정 고용이 일반적인 때가 있었지만 정부 규제와 노동의 정치적 영향력이 증가하고 안정적인 노동 관계를 선호하는 기술적 변화에 따라 산업화된 나라들에서는 감소했다. 그러나 최근 들어 불안정 고용이 선진국에서는 더욱 흔

해졌으며 개발도상국에도 광범위하게 분포해 있다(Hadden et al., 2007).

비공식 고용(informal employment) 및 비공식 직무(informal jobs): 고용조건에 대한 노자 간의 비공식적 합의(비공식 고용)나 자가 고용(비공식 직무)을 통례적으로 포함하는, 노동 시장 내의 규제되지 않는 일자리로서 노동력보다는 생산물이나 서비스의 시장 교환을 함의한다. 비공식 고용과 비공식 직무는 비공식 경제에 널리 분포하지만, 비공식적인 고용 계약은 등록된 합법적 회사들에서도 일어날 수 있다. 유급 퇴직, 병가나 산전산후 휴가, 의료 서비스에 대한 접근과 같은 사회보장의 권리를 누리기 위해서는 공식적인 고용 계약의 상태에 있어야만 하는 국가가 있다. 또한 공식적으로 고용된 노동자에게는 합법적 노동시간의 제한이나 해고 시 받는 보상 등과 같이 고용 보장을 위한 조치들이 있지만 비공식 부문 노동자들에게는 이런 것들이 존재하지 않는다. 따라서, 비공식 고용은 노동력 내에 표준에 미달하는 형태로 배치되는 것을 표현하는 특정한 형태의 불안정성이다. 비공식적 노동계약은 주로 고용주들이 세금을 피하기 위하여 사용하는 것이기 때문에 이것을 근거로 노동자들을 차별할 수 없다는 것은 명확하다. 하지만, 사회 보장의 부재 이외에도 비공식 부문에서 일하는 노동자들은 임금이 낮고 이직율이 높으며 안전성이 없고 노동 시간이 정의되어 있지 않으며 노조가입도 제한적이다(Harding and Jenkins, 1989; Santana and Loomis, 2004; Williams and Windebank, 1998).

아동 노동(child labour): 국제기구들은 흔히 어린이를 18세 이하로 이해한다. 하지만 아동 노동에 대한 광범위한 합의는 존재하지 않는 상황이다. UNICEF가 정의한 아동 노동은 12세 이하인 사람이 어떤 형태이든 간에 경제적 활동에 종사하거나 12세에서 14세 사이의 사람이 “가벼운 노동”으로 간주되지 않는 직업적 책무에 종사하는 것이며, ILO는 아동노동을 그 노동이 아동에게 끼치는 영향에 따라 정신적, 육체적, 사회적, 혹은 도덕적으로 해가 되고 학업에 영향을 미치는 노동활동이라 규정하고 있다. 1999년 ILO 협정 182번과 권고안 190번은 노예나 강제노동, 매춘, 포르노그래피, 인신 매매, 전쟁, 마약 밀매나 운반, 또한 어떤 불법적 활동에 관여되는 것들을 최악의 아동노동이라 정의하였다. 또한 독성 화학물질을 다루거나 무거운 짐을 운반하거나 들어야 하는 등의 일을 아동에게 위험한 직업이라 권고하였다(International Labour Organization,).

노예 및 담보 노동(slavery and bonded labour): 전세계 수백만의 남성, 여성, 그리고 어린이들이 노예로 살아가고 있다. 직접적으로 노예라 불리지 않는다 하더라도 이

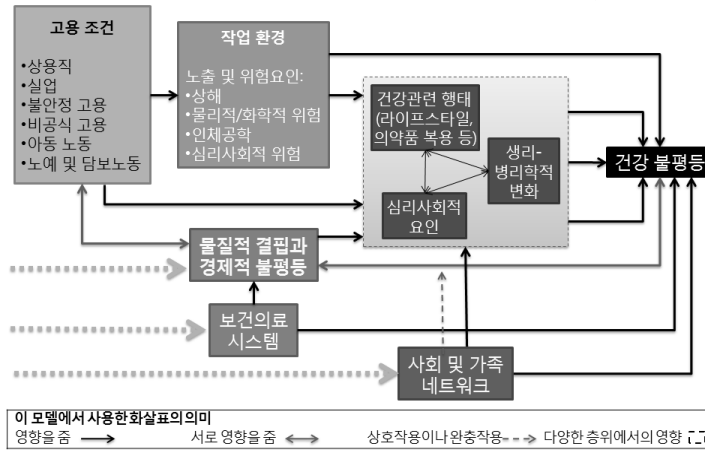
들의 삶의 조건은 노예상태와 다르지 않다. 이들은 물건처럼 팔리고, 돈을 전혀 혹은 거의 받지 못하면서 일을 하도록 강요받고, “고용주”들의 마음에 따라 운명이 좌우된다. 반-노예 인터내셔널(Anti-slavery International)에 따르면 노예는 정신적 또는 물리적 위협을 통해 노동을 강요받는 사람으로서, 통상적으로 정신적 또는 육체적 학대나 협박 등을 통해 “고용주”에게 소유되거나 지배되고, 인간성이 말살되고 상품으로 취급되거나 “재산”으로 사고 팔리며, 신체적으로 속박되어 있거나 움직임의 자유에 제한을 받는다. 노예의 예로서는 담보 노동(bonded labour: 부채를 탕감할 때까지 노예상태로 일하는 것), 강제조기결혼, 강제노동, 세습 노동, 인신 매매, 그리고 가장 열악한 형태의 아동 노동이 있다(Anti-slavery International).

3. 개념적 분석틀 (Conceptual Model)

고용 관계와 노동 조건이 인구보건에 어떻게 영향을 미치는가를 이해하기 위해서, 우리는 이론적 모델을 두 가지 개념적 분석틀로 나누어 발전시켰다(그림 1과 2 참조). “거시 수준의 개념적 분석틀”은 보다 넓은 정치경제 및 제도적 맥락에 고용 조건을 위치시킨다(Hopkins and Wallerstein, 1976; Wallerstein, 1979). 이 모델은 정치권력의 분포가 건강 불평등에 미치는 영향과 이를 매개하는 중간 단계의 메커니즘을 이용하여 나타내었다. 정치 권력은 법제도 등을 통한 규제와 집단교섭 및 노조의 힘을 통해 노동시장에 대한 영향력을 행사함으로써 중국적으로 인구집단 내 건강불평등의 수준을 결정한다. 국가 수준의 정치권력은 또한 보건의료, 사회서비스에 대한 접근성 및 고용 조건을 통해 상이한 사회 집단에 차별적 영향을 미침으로써 건강불평등에 대해 간접적 영향력을 갖는다(Chung and Muntaner, 2006; Navarro and Muntaner, 2004).

모델의 다음 부분은 복지국가와 노동시장정책 간의 관련성을 다룬다. 이 두 제도는 서로 깊이 얽혀있다. 사람들이 복지국가의 다양한 정책을 통해 더 많이 보호 받을수록, 더 높은 수준의 “탈상품화(Esping-Andersen, 1990)”가 이루어진다. 지난 수십 년 간, 선진국은 실업자 및 빈곤층을 위한 사회안전망의 감소, 공공부문의 일자리 감소, 직업 불

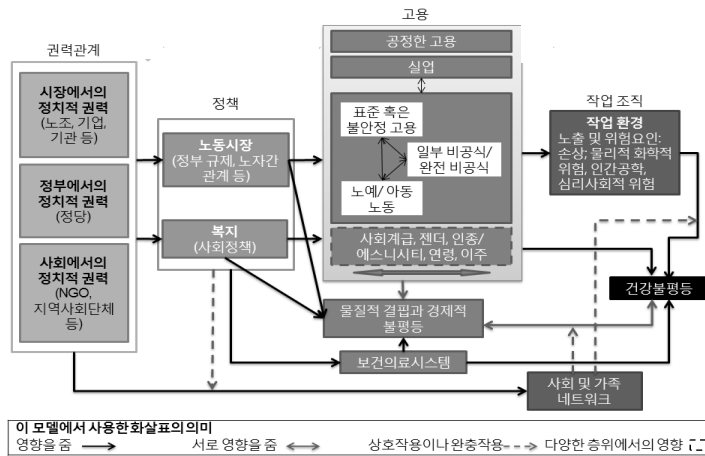
[그림 1] 고용 관계와 건강 불평등의 거시수준의 개념적 분석틀



안정성과 불안정 고용(precarious employment)의 증대, 규제적 보호(regulatory protections)의 약화, 그리고 가내 작업(home-based work) 및 아동 노동을 포함하는 비공식 경제의 역사적 재출현 등을 아우르는 노동시장의 거대한 변화를 겪었다. 저개발국에서는 신자유주의적 경제 정책에 준거하여 생산성과 효율성, 그리고 세계시장에 대한 생산품 공급에 중심을 두는 새로운 모델이 나타났다. 그러나 이러한 전략은 국지적(local)으로는 잠재적으로 실업률 완화의 효과가 있었을지 모르지만, 예를 들어 규제가 적은 수출자유지대와 같은 "바닥으로의 경주(race to the bottom)" 또한 포함하였다.

미시 수준의 개념적 분석틀(그림 2)은 고용 조건이 건강불평등에 영향을 미치는 세 가지 경로를 보여주고 있는데, 행태적(behavioural), 심리사회적(psychosocial), 생리-병리학적(physio-pathological) 경로가 그것이다. 노출과 위험 인자들은 주요하게 물리적, 화학적, 인간공학적, 심리사회적인 4개의 범주로 분류할 수 있다. 이러한 위험 인자들은 다양한 건강상의 결과를 야기할 수 있다. 착취, 지배 및 차별의 사회적 메커니즘은 사회계층, 젠더 및 에스니시티/인종(ethnicity/race)의 근간에 존재하고, 이들이 노동자가 위험 요소에 노출되는 상이한 방식을 설명한다(Muntaner et al., 2006). 고용 조건은 물질적 결핍과 경제적 불평등의 수준을 결정하며, 이러한 요소들은 이어서 노동자를 만성적으로 질환의 위험에 처하게 하는 일련의 물리적·생물학적·심리사회적 환경과 행태를 발생시킨다.

[그림 2] 고용 관계와 건강 불평등의 미시수준의개념적 분석틀



4. 문헌의 출처와 문헌 검토 방법

1) 체계적인 과학적 문헌 검토

이 체계적 검토의 목적은 고용의 차원을 건강 및 건강 불평등에 관련하여 연구한 과학적 문헌을 빠짐없이 조사하는 것이다.³⁾ 우리가 조사한 디지털 도서 목록 데이터베이스에는 Medline, PsycInfo, Sociological Abstracts, Social Sciences Abstracts, EconLit, American Business Inform, Business Abstracts, Public Administration Abstracts, Political Science, 그리고 Worldwide Political Science Abstracts가 있다. 몇 번의 예비 검색과 이를 통해 얻어진 각각의 목록에 대한 질적인 평가를 통해 조사 전략과 키워드를 정하였다. 일반성과 특수성 양자를 모두 고려하며 얻은 결과를 다른 문헌 조사 결과와 비교하였다. 출판 시기는 1985-2006년 사이로 제한하였다. 이 문헌 조사는 다섯 개의 고용 차원마다 독립적으로, 영어, 프랑스어, 스페인어, 이탈리아어, 포르투갈어를 사용하여 이루어졌다. 예비 조사 결과 얻어낸 참고문헌을 얻어낼 수 있었다: 실업 (975개), 불안정 고용

3) EMCONET 보고서에서 검토된 문헌은 더 많으나 이 글에서는 경로와 메커니즘에 관련된 문헌만을 제시하였다.

(611개), 아동 노동 (121개), 비공식 고용 (250개), 강제노동 (487개). 이들 중 대부분은 그러나 건강 불평등에 초점을 맞추고 있지 않았다.

국내에서 출판된 문헌에 대한 부가적인 검색을 시행하였다. ‘고용’과 ‘건강’이라는 검색어를 사용한 DBpia 검색을 통해 본 연구의 주제와 관련되는 네 개의 문헌을 얻을 수 있었다. 이들 중 셋(박세홍 외, 2009; 박진욱 외, 2007; 신순철·김문조, 2007)은 고용지위 및 그 변화, 나머지 하나(양영순·김지연, 2007)는 조기퇴직, 즉, 실업과 재취업의사가 건강에 미치는 영향에 관한 것이었다. 모든 논문은 2007년 이후에 출판되었기 때문에 윗 절에서 제한한 출판 시기에 포함되지 않았으며, 따라서 이 글에서는 검토하지 않았다.

2) 체계적인 회색 문헌(grey literature) 검토

2000-2006년 사이에 출판된 고용과 건강 불평등에 대한 회색 문헌, 서적, 보고서, 기타 문헌에 대한 검토도 이루어졌다. 출처의 지리적·지역적 분포를 균등하게 하고 다양하고 다채로운 사회적 행위자와 제도를 반영하기 위해 온라인 문헌 검색 단계에서는 두 가지 전략을 주요하게 사용하였다. 첫번째는 이 연구의 주제와 관련된 좋은 정보를 찾을 수 있을 것으로 보이는 특정한 장소나 위치에 초점을 맞추어 조사를 진행하는 직접적인 전략이다. 주제별로 다자간국제기구, 비정부기구, 노동자대표기구 등의 웹사이트 목록을 작성하였다. 두번째는 간접적인 전략으로서 프로필과 주제 등에 따라 인터넷 상에서 상대적으로 더 중요한 검색엔진의 목록을 만들었다. 이에 더하여, 사용자들이 온라인에서 최대 수의 자료를 찾을 수 있도록 해주는 메타-검색엔진도 선정하였다. 열 한 개의 메타-검색엔진 중 IXQUICK, IPSELON, METACRAWLER, SEARCH.COM, KARTOO의 다섯 개가 가장 효율적이고 적절한 것으로 확인되었다. 효율성을 확인하기 위해 같은 검색어를 구글, 야후, 알타비스타, 프로디지/MSN와 같은 일반적인 검색엔진을 이용한 검색 결과와 비교하였다.

5. 고용 조건과 건강 불평등: 경로와 메커니즘

우리는 고용관계와 건강불평등을 연결하는 사회적 메커니즘에 관한 현재적 지식에 대해 실제론적(Bhaskar, 2008 [1975]) 관점을 채택한다. 따라서 우리는 실증주의적으로 경험적 결과만을 나열하는 것이 아니라 우리의 이론과 개념들(그림1과 2)을 중심으로 증거들을 재조직화하고 논의할 것이다. 이 개념들에 포함된 모든 경로를 확증할 수 있는 충분한 증거를 모을 수는 없을지 모르겠지만 전반적인 방향에 부합하는 가능한 증거를 찾을 수는 있을 것으로 본다.

위에 제시한 정의 및 개념들, 그리고 고용조건의 주요 차원 (실업, 불안정 고용, 아동 노동, 노예/계약 노동 및 비공식 노동)과 건강 측면 사이의 관계에 대한 역학적 증거를 요약해 아래에 제시하였다. 이 다섯 차원은 낮은 직무 자율성에 의해 정신질환이 야기되는 등의 몇 가지 공통적인 경로를 공유하기도 하지만 아동노동의 결과로 나타나는 성장 저하와 같은, 그 차원에 종별적인 경로 또한 그 특징으로 갖는다. 근접 수준(proximal level)에서, 주로 고용 관계의 직간접적인 결과인 스트레스 반응에 대해서는 잘 알려져 있으며 주요 사회적 결정요인에 공통적이다.

1) 노동시장 빈곤과 불평등의 유형학

국가 수준의 고용 관계의 거시-사회학적인 지표들은 분석의 첫 번째 사회적 수준을 이룬다. 위험인자가 집단 수준에서 일정하면 개인적 수준의 연구로는 그 인과적 경로를 분석할 수 없기 때문(Rose, 1992)에 이러한 연구는 국가 간 비교를 통해서만 가능하다. 국가 수준의 고용 관계는 유럽 복지국가 모델의 핵심적인 특징을 나타낸다(Esping-Andersen, 1990). 노조조직률이나 집단교섭참여율과 같은 노동조합의 힘에 대한 지표는 복지 국가 레짐 형태와 겹쳐지며 국가 수준의 건강상태와 통계적 상관성을 갖는다(Navarro et al., 2006). 고용 관계는 보편적 의료서비스 등과 같은 복지 국가의 여타 재분배 정책과 관련성을 갖는다. 따라서 한 나라의 고용 관계는 노동자들의 건강에 영향을 미치는 근접(proximal) 요인들을 보상(임금 및 복지)과 근로 환경이라는 두 가지

의 사회적 경로를 통해 결정한다(Landsbergis et al., 2003). 최근 몇몇 인구수준의 건강에 대한 연구(e.g., Chung and Muntaner, 2006; Muntaner et al., 2002; Navarro et al., 2003; Navarro et al., 2006)에서 국가 수준의 노동시장 지표가 사용된 바 있다.

거시적 노동시장 지표를 포괄적인 형태로 분석한 연구는 하나뿐이다(Chung, Muntaner and Benach, 2010). 이 연구에서는 전체 국가들을 GNP 삼분위에 따라 나누어(Babones, 2005) 세계체제 상 중심부(선진국), 반주변부(중진국)과 주변부(저개발국)로 구분하고, 각각의 지위에 속하는 국가들끼리 각 나라의 노동시장의 특징을 나타낼 수 있는 변수⁴⁾를 이용하여 만든 노동시장빈곤점수, 노동시장불평등점수와 건강수준 사이의 상관성을 검토하였다. 중심부 국가들에서 5세 이하사망률, 영아사망률, 신생아사망률의 세 건강지표는 사용한 네 가지 변수 모두와 음의 통계적 상관성을 보여주고 있으며(임시직고용보호지수와 5세이하 사망률은 99%신뢰구간에서, 나머지는 95% 신뢰구간에서)노조조직률은 저체중아출산율($p=0.0002$) 및 전염성질환에 의한 손실생존연수($p=0.0740$)와도 유의한 음의 상관관계를 보여주었다. 이는 중심부 국가에서 특히 모자보건의 지표들이 복지국가의 정치적/정책적 지표에 민감성을 보인다는 기존 연구들의 결과(e.g., Chung and Muntaner, 2006; Muntaner et al., 2002)와도 일치한다. 모성사망율은 중심부 국가 모두에서 워낙 낮기 때문에 큰 연관성을 보이지 않았다. 반주변부의 노동시장불평등점수는 대부분의 건강지표와 통계적 유의성을 보이지 않았지만 연령보정 암사망률과는 유일하게 높은 양의 상관관계를 나타내었다. 반주변부의 노동시장빈곤점수는 남녀 기대여명 및 건강기대여명을 감소시키고 남녀 성인, 5세 이하, 영아, 신생아, 모성사망률, 저체중아출산율을 증가시키는 것으로 나타났다. 또한 전염성질환에 의한 손실생존연수⁵⁾는 증가, 비전염성질환에 의한 손실생존연수는 감소되는 경향과 유의한 상관성을 보였는데, 이는 노동시장빈곤점수가 경제발전의 수준과 관련되고 소득수준이 증가함에 따라 발생하는 소위 “역학적 전환(epidemiologic transition: Omran, 1971)”에 따라 전염성질환에서 비전염성질환으로 일국 내 질병의 프로파일이 변화된다

4) 중심부국가들은 OECD의 고용보호지수(전체, 정규직, 임시직)와 노조조직율을 사용하였으며, 반주변부와 주변부 국가들은 노동시장의 불평등과 빈곤을 나타내는 두 요인점수를 만들기 위해 각각 6개의 변수를 사용하였다.

5) 손실생존연수(years of life lost) 또는 손실생존가능연수 (years of potential life lost): 지표는 생존 목표연령을 정하고 그 목표연령에 도달하지 못하고 사망한 경우 그 사람의 목표연령과 사망 시 연령의 차이 연수를 합한 것으로 특정 지역의 각 연령별 사망 수에 기초하여 이 지역의 인구가 사망으로 인한 손실된 생명연수를 산출하는 것. 특정 사망원인의 경향에 관한 연구에 사용될 수 있다(Ellenccweig, 1992; 윤석준 1999).

는 주장과 궤를 같이 한다.⁶⁾ 주변부에서 노동시장불평등요인점수는 모성사망률, 저체중아출산율, 연령보정 심혈관계질환 사망률을 제외한 모든 건강지표와 높은 통계적 유의성을 보여주었으며, 노동시장빈곤요인점수는 연령보정심혈관계질환 사망률을 제외한 모든 지표에 관련되었다.

또한 노동시장불평등점수와 노동시장빈곤점수를 이용한 군집분석(cluster analysis)의 결과, 경제발전의 모든 수준에서 노동시장의 특성에 따라 3개의 군집으로 구분할 수 있었다. 이 군집은 중심부에서는 복지국가유형과 대략적으로 중첩되었고, 반주변부에서는 동아시아·동유럽, 라틴 아메리카, 기타 산유국 등으로 구분되었으며, 주변부에서는 구동구권과 다른 두 집단으로 나누어졌다. 이 군집들은 위에서 살펴본 기본적인 건강지표에 있어 서로 간에 차이를 보임을 알 수 있었다. 이 연구의 결과는 거시 수준의 노동시장의 특성에 따라 인구집단의 건강 수준을 예측하는 것이 가능함을 방증한다.

2) 고용

(1) 전일제 상용직 고용

많은 선진국에서 제2차 세계대전 이후의 노자간 합의를 특징짓는 “표준적인” 전일제 상용직 고용 형태는 심리사회학적 노동 조건과 임금 수준 및 복지 등을 통해 건강 수준을 결정짓는다. 선진국에서 비표준적 노동 형태가 증가하고 중진국 및 저개발국에서 비공식 부문이 지배적인 현재의 상황을 고려할 때 전일제 상용직을 상대적으로 위험성이 더 큰 고용 관계에 비교할 수 있는 대조군으로 설정하였다.

(2) 실업

생애주기 관점에서 남성과 여성 양자에서 건강이 사회경제적지위에 따라 달라지는 기전을 분석한 한 연구에서는 16세부터 30세 사이 축적된 실업을 그 주요 메커니즘으로

6) 역학적 전환 이론에 대한 비판은 Frenk et al., 1989 등 참조.

보였다. 남녀 모두에서 실업의 건강적 결과는 잘 알려져 있다. 실업은 재취업 후까지도 지속적인 부정적 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Steijn, Need and Gesthuizen, 2006). 실업과 불건강 사이의 관련성이 실업이라는 위험요소에 대한 노출에 기인하는 것인지 이미 건강 상태가 나쁜 사람들이 일자리를 잃을 확률이 높기 때문인지에 대해서는 많은 논쟁이 이루어져왔다. 실업이라는 위험요소의 중요성이 더 클 것으로 보이는 것은 전향적 연구들에서 건강과 관련된 구직/실업의 위험을 보정한 후에도 여전히 실업자들의 건강 수준이 나쁜 것으로 나타났기 때문이다(Claussen, 1999; Hammarström and Janlert, 2002; Novo, 2000).

실업과 불건강 사이의 잠재적 메커니즘에 대한 이론적·실증적 연구는 부족한 형편이다. 이론적으로는 다음과 같은 인과적 경로들이 제시되어 있다. 먼저, 경제적 박탈(economic deprivation) 모델에서는 실업상태 때문에 경제적 사정이 나빠지며 이는 건강의 전제조건이 되는 많은 요인들을 악화시킨다(Janlert, 1991)고 가정한다. 스트레스 이론(stress theory)에 따르면 실업상태와 미래의 노동 여건(work situation)에 대한 불안감이 스트레스 요인으로 기능할 수 있으며, 이는 더 나아가 건강 행태 뿐 아니라 건강 악화와 같은 생리학적 변화를 야기할 수 있다(Kagan and Levi, 1975). 사회적 지지(social support) 모델은 스트레스 모델과 밀접하게 연관된다. 실업 상황에 의해 초래되는 사회적 고립이 직접적으로 건강에 영향을 미치거나 실업 상태가 주는 스트레스를 완충시켜줄 사회적 지지가 줄어드는 간접적 경로를 통해 건강에 영향을 미친다(Roberts et al., 1997). 통제(control) 모델은 실업 상황에 의해 유발되는 결정 범위(latitude)와 삶에 대한 통제의 부족이 건강 악화를 유발할 수 있다(Karasek, 1979)고 주장하며, 마지막으로 잠재적 기능(latent function) 모델에서는 직업이 경제적 필요성 이외에 충족시켜야 할 요구 중 하나는 그것이 일상의 시간에 체계와 조직을 부여할 뿐만 아니라 정기적으로 타인과 경험을 나누고 접촉을 지속하게 해주는 점이라 설명한다. 게다가 고용은 개인에게 사회적 지위와 정체성을 부여하며 집단적 목표 및 목적을 달성하기 위해 노력할 수 있는 기회를 제공한다(Jahoda, 1982).

실업과 건강 사이의 메커니즘에 대해서는 다음과 같이 우선순위를 정해볼 수 있다. 실업상태와 관련된 사회적 요소들의 영향을 통해 그 사람의 건강이 악화되는 것이 개인의 건강 수준에 따라 취업이나 실업 상태로 선택되는 것보다 더 중요하다. 위에서 살펴

본 사회적 인과 관계 모델들 중에서는 경제적 박탈 모델이 가장 많은 지지를 받아왔으며 그 다음이 스트레스 모델이다. 잠재적 기능 모델이 그 뒤를 잇고 사회적 지지와 통제 모델의 우선순위가 가장 낮다.

(3) 불안정 고용(precarious employment)

불안정 고용 상태는 복잡한 경로에 의해 매개되어 건강 불평등으로 이어진다. 불안정 고용의 서로 다른 형태가 종별적으로 건강에 영향을 미칠 수 있는 잠재적 메커니즘에는 여러 가지가 있다. 물질적 혹은 사회적 박탈이나 위험한 노동 환경이 주는 건강에 대한 부정적인 영향이 불안정 노동자들에게 고통을 줄 수 있다(Benach and Muntaner, 2007). 따라서, 다양한 형태의 불안정한 일자리와 이와 관련된 불안정성 및 취약성은 더욱 위험한 작업 조건을 발생시키거나 노동자들 사이의 소득 불평등을 증가시켰을 수 있다. 예를 들어, 정규직 노동자와 비교하여 임시직으로 고용된 사람들은 위험한 노동 조건에 처하게 되고, 신체적인 통증을 유발하거나 힘이 드는 자세로 일하는 경우가 더 많으며, 격렬한 소음에 더욱 많이 노출된다. 또한 반복적 동작을 더 자주 하게 되며, 개인 휴가를 쓸 수 있는 시기를 선택할 자유가 더 적다(Letourneux, 1998). 비정규직이 보건 및 안전 위원회에 대표자로 참여할 가능성은 정규직에 비해 훨씬 더 낮으므로 자신의 목소리를 반영하기가 힘들다(Quinlan and Mayhew, 2000). 또한 비정규직은 짧은 고용기간 등으로 인해 정규직에 비해 작업 환경에 대해 알고 있는 바가 더 적고 낮은 지위로 인해 작업 위험에 대해 호소하는 데 제약을 느끼며, 따라서 작업 환경을 변화시키는 데에 더 많은 어려움을 겪는다(Aronsson, 1999). 이들은 또한 작업 과정에 대해 더 많은 요구(demand)를 받거나 낮은 통제력(control)을 가진다.⁷⁾ 요구가 높거나 통제가 낮은 작업은 높은 스트레스와 불만족, 그리고 건강 악화와 연관되며, 따라서 다양한 개인수준 및 국가수준의 변수들을 보정한 이후에도 이러한 직종에 종사하는 사람들이 직업에 대한 불만족감을

7) 요구-통제 (Demand-Control) 모델은 카라섹(Karasek)이 창시한 연구모델로서, 일터에서의 요구수준에 따른 심리적 스트레스와 낮은 결정자유(decision latitude) 사이는 상호작용이 존재한다. 좌표의 X 축과 Y 축에 각각 요구와 자유를 위치시키면 총 네 가지 조합이 완성된다. 조합은 업무긴장(job strain), 적극적 노동(active work), 수동적 노동(passive work), 그리고 낮은 긴장의 노동(low strain work)로 구분된다. 이 모델의 가장 첫 번째 가설은 피로감, 불안감, 우울증 및 신체적 질환과 같은 심리적 긴장의 부작용은 대부분 직무의 심리적 요구도가 높고 작업에 대한 결정 자유(decision latitude)가 낮을 때 일어난다는 것이다(Karasek and Theorell, 2000: 79).

보고할 확률은 두 배가 높다(Benach et al., 2004). 비상용직 노동자는 상용직 노동자보다 직업 자율성과 노동시간에 대한 통제 정도가 낮으며, 숙련도가 낮은 직업을 얻을 가능성이 높다(European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001). 또한 비정규직은 정규직에 비해 급여가 낮은 경향이 있고, 유급휴가, 병가, 실업보험 및 여타 부수적 혜택 뿐 아니라 직업 훈련에 대한 접근 역시 더 어렵다(Kivimäki et al., 2003).

이 모든 건강에 해가 되는 요소들은 건강행태를 부정적인 방향으로 발달시킬 뿐 아니라 심리적·생리·병리학적으로 유해한 변화를 낳음으로써 건강상의 위해를 초래할 수 있다(Kivimäki et al., 2003). 노력만큼 보상을 받지 못한다는 인식(effort-reward imbalance)⁸⁾은 심혈관계질환 및 여러 정신질환을 발생시키거나 주관적 건강상태가 악화될 확률을 높인다(Siegrist and Marmot, 2004).

직업 불안정에 대한 인식은 경미한 우울증과 같은 수많은 심리적 증상을 유발하는 지표 중 가장 중요하다(Dooley, Rook and Catalano, 1987). 직장 폐쇄로 인한 직업 불안정에 대한 인식을 연구한 결과들은 전반적으로 일관되게 이것이 신체적·정신적 건강에 심대한 부정적 영향을 끼친다는 것을 보여준다 (Marmot et al., 2001). 또한 주관적 직업 불안정성과 비임상적(subclinical) 동맥경화증 사이에 연관성이 있다는 연구결과도 있다(Muntaner et al., 1998). 그러나 직업 불안정성에 대한 ‘인식’의 수준에서만 연구를 진행하면 애초에 이러한 불안정성을 불러온 고용의 구조적 결정요인 - 낮은 노조조직율이나 사회보장의 미비, 노동자 건강에 대한 통제 등 - 이 갖는 영향을 포착하지 못할 수 있다(Benach et al., 2002).

안정적 직업을 가진 노동자들에 비해 만성적인 직업 불안정성에 노출된 노동자들은 경미한 정신질환적 증상을 보고할 가능성이 높다(Ferrie et al., 2002). 또한 질병을 호소하는 비율이 상대적으로 높다는 것은 직업 불안정성이 만성적인 스트레스 요인으로 기능함을 보여준다. 직업불안정성의 이러한 부정적 효과는 직업불안정성이 사라진 후

8) 시지리스트(Siegrist)가 창시한 노력-보상 불균형 (effort-reward imbalance) 모델은 일에 대한 지나친 헌신 (overcommitment)를 내생적 요인으로 설정하고, 노력을 구성하는 요구와 의무(demands and obligations), 보상을 구성하는 돈, 자존감, 직업안정성(money, esteem, security)을 외생적이고 상황적인 요인으로 한다. 이 모델에 의하면 스트레스 경험은 개인의 헌신도가 높을 때, (높은) 외부적 노력과 (낮은) 외부적 보상 사이의 불균형에서 가장 빈번하게 발생한다(Siegrist and Peter, 2000: 85).

에도 완전히 돌이켜지지 않았다(Vahtera, Kivimaki and Pentti, 1997). 한편, 감원(down sizing) 수준과 근골격계 질환 및 외상으로 인한 장기 병가 사이에는 통계적으로 유의한 양의 선형적 상관관계가 관찰되어 왔으며(Vahtera, Kivimaki and Pentti, 1997), 중년의 화이트칼라 공무원을 대상으로 한 연구에서, 직업의 변화나 직업의 상실을 예상하는 노동자들은 주관적 건강수준이 악화되는 경향이 있다(Ferrie et al., 1995).

이러한 직업불안정성이 야기하는 다른 건강 결과로서는 음주 및 흡연에 관련되는 암으로 인한 사망 증가(Kivimäki et al., 2003), 직업상의 상해 위험 증가(Virtanen et al., 2005), 그리고 근골격계 질환 및 정신신체의학적(psychosomatic) 증상의 증가(Aronsson, Gustafsson and Dallner, 2002) 등을 들 수 있다.

(4) 비공식 고용

비공식부문 노동자에 대한 연구에서는 비공식 노동과 건강수준 간에 연관성을 발견하기도 하였다. 1999-2001년 사이에 실시한 영국가계패널조사(British Household Panel Survey)에 의하면 소규모 고용주 및 자영업자 남성(보정위험율(AHR)=1.47, 95% 신뢰구간 1.09-1.98)과 여성(AHR=2.42, 95% 신뢰구간 1.49-3.94) 모두에서 일상생활을 제한할 수 있는 수준의 질병이 발생할 위험이 증가하였다. 그러나 질병으로부터의 회복에 있어서는 통계적으로 유의미한 결과가 보고되지 않았다. 남성과 여성 모두에서, 비공식적 직업 비율의 증가와 모든 질환의 장애보정생존년(Disability-Adjusted Life Year)⁹⁾ 사이에 강한 양의 상관관계가 존재한다. 텃밭가꾸이들(ragpickers)은 같은 지역의 노동자들에 비해 약한 심리적 질환을 앓을 가능성이 높으며(Bartley, Sacker and Clarke, 2004), 미국과 캐나다 같은 선진국에서는 자영업과 스트레스 간(Jamal and Badawi, 1995), 또는 주관성 건강상태 간(Dolinsky and Caputo, 2003)의 상관관계가 관찰된다.

그러나, 다른 논문에서 자영업과 스트레스, 가족 갈등, 그리고 직업 만족도 사이의 양의 상관관계는, 사회인구학적 요인 및 노동 시간, 노동 강도 및 직무에 있어서의 자율

9) 기대여명(life expectancy)과 같이 인구집단의 건강수준을 측정하는 기존의 지표들은 삶의 질을 반영하지 못한다는 한계를 가지고 있었다. DALY는 이를 시정하고자 최근 도입된 개념으로 장애보정생존년(disability-adjusted life years)을 일컫는다. 이는 조기사망으로 인한 생존년수의 상실(YLLs; years of life lost)과 장애에 따르는 건강년수의 상실(YLDs; years lived with disability)의 합계이다(윤석준, 1999).

성과 같은 노동 관련 요인들을 보정했을 때 소실되었다(Protas and Thompson, 2006). 또한 런던에서 수행된 연구에서, 우울증이나 불안증의 유병률 또는 연간 일반의방문을 로 측정된 신체적 및 정신적 건강은 자영업자와 일반인 간의 차이가 없었다(Parslow et al., 2004). 지역사회에 기반한 횡단적 연구 결과에 의하면, 증상의 갯수에 따라 보정한 상대 척도(adjusted relative measures, Santana et al., 2005b)나 표준화 진단(standardized diagnosis, Ludermir and Lewis, 2005)을 사용했을 때, 비공식적 직업을 갖는 여성이 공식적 직업 계약을 한 여성보다 경미한 정신 질환을 겪을 가능성이 더 높았다. 또 다른 연구에서는 가사도우미(Oliviera, 2006; Sales and Santana, 2003)와 건설노동자(Iriart et al., 2006)가 겪는 심리사회학적 스트레스 요인은 폭력, 성적 학대(Oliviera, 2006), 그리고 차별(Iriart et al., 2006)이었다. 한편, 태국의 비공식 직물업에 종사하는 대다수 여성들에게 있어서 스트레스는 상품의 품질 유지, 바쁜 일정, 그리고 직업상 부채에 의한 심리적 압박의 결과인 것으로 보고되었다(Nilvarangkul et al., 2006). 남아프리카에서는 여성 노점상의 약 25%가 물리적 또는 언어적 학대를 경험했으며 29%는 영업 중에 물건을 강탈당한 것으로 보고됐다(Pick, Ross and Dada, 2002). 비공식부문과 건강 사이의 연관성에 대한 이런 모순된 결과는 미국과 같은 선진국에서 ‘자영업’은 전문직과 저숙련노동자를 포함하는 매우 불균질한 집단이기 때문이라 설명할 수 있다(Muntaner, 2004).

비공식 부문 노동자들의 영양상태에 대한 연구도 진행되었다. 필리핀의 세부종단 연구(Cebu Longitudinal Study) 자료에 의하면 비공식부문에서 일하는 저소득 여성들이 상위 소득 집단 여성들보다 외식을 통해 칼로리, 지방 및 철을 더 많이 소비했다(Bisgrove and Popkins, 1996). 멕시코시티 여성 노점상들의 양육 행태에 대한 연구에서 여성들은 보통 더 나이 든 자녀들의 보살핌 하에 아이를 집에 남겨두거나 일터로 함께 데리고 출근했는데, 이는 보육서비스에 대한 접근이 제한적이기 때문이다. 적절한 돌봄 없이 어머니의 일터에서 시간을 보내는 아이들은 위장관계 질환과 외상의 발생율이 전체 인구에 비해 높았다(Hernandez et al., 1996).

(5) 아동 노동

아동 노동의 주요한 부정적 영향 중 하나가 건강상의 문제라는 점이 점점 더 많은 연구

들에 의해 밝혀지고 있다. 이러한 부정적 영향은 직업병과 재해에서부터 작업장이나 출퇴근 환경에서 직접적으로 연유하는 위험에까지 이른다. 아이들의 미성숙한 면역 체계는 생물학적, 독성 물질들에 크게 영향을 받는 이유가 되기도 하고, 작업도구의 크기가 맞지 않아 인체공학적 상해를 입기도 하며 휴식, 여가 및 학업의 공부할 시간이 부족하여 신체적, 정신적, 사회적 발전이 저해되기도 한다. 따라서 아동 노동은 아동의 신체적, 생리적, 정신적, 사회적 발전을 가로막는 요소들과 연관된다 (Fassa, 2003; Gunnarsson, Orazem and Sánchez, 2006). 많은 아동노동자가 소년병이나 매춘, 마약 매매, 위험한 작업이나 작업장 환경, 지나치게 긴 노동시간 등의 최악의 노동조건에서 일하고 있다 (International Labour Organization, 2006). 아이들에게 주어지는 극단적인 작업량은 아동의 골격 탄력성(bone elasticity), 체력, 그리고 과중한 작업량을 버틸 능력을 약화시키기 때문에 다양한 건강 이상을 야기할 수 있다. 이러한 요소들은 아동노동자 사이에서 근골격계 증상을 일으키거나(Ayala and Rondón, 2004; Huk-Wieliczuk, 2005), 성인기에 들어 건강 수준이 상대적으로 좋지 않다고 느끼거나 발육 부진으로 키가 작거나 (Dantas, 2005), 알콜이나 마약 중독과 같은 증상으로 나타날 수 있다(Foster, Tannhauser and Barros, 1996).

전체 아동노동자의 69%는 농업에 종사하고 있는데, 농업은 어른에게조차 사망률과 유병률을 기준으로 가장 위험한 세 가지 직업 중 하나이다(Fassa, 2003). 농사일을 할 때 아동이 노출되는 건강상의 위협에는 살충제와 같은 화학 물질, 열이나 가혹한 기후, 반복적 동작, 위험한 기구(괘이, 트랙터 등), 긴 노동시간, 힘에 벅찬 물리적 노동, 소음 및 생물학적 요인들에 대한 노출을 포괄한다(Ayala and Rondón, 2004; Edmonds and Pavcnik, 2005; Fassa, 2003). 이들은 근골격계 이상, 암, 청각 손실, 세균성 질환, 천식(asthma) 및 살충제 중독과 같은 건강 문제를 야기할 수 있다(Ayala and Rondón, 2004; Fassa, 2003). 시장에서 일하는 아동들은 살충제가 묻은 과일이나 채소를 나르고 취급하다가 살충제에 중독을 일으키기도 한다(Briceño and Pinzón, 2005).

도시 지역에서 아동 노동은 가내 생산, 길거리 판매, 재활용, 수공업, 념마주이와 같은 비공식 경제에 만연해 있으며, 건설 및 유급 가사노동 역시 아동에게 힘들고 좋지 않은 작업 조건이 되는 것으로 알려져 있는데, 이는 단기적으로 또는 아이들이 성인이 되었을 때 건강 문제의 발생으로 이어진다(Fassa et al., 2000 International Labour

Organization, 2006; Santana et al., 2005a). 아동 매춘은 인권과 인간 존엄성에 대한 심각한 침해로 간주되고 있음에도 전세계적으로 일어나며 특히 아시아를 중심으로 천만 명 정도가 이에 종사하고 있다 (Willis and Levy, 2002). 성매매에 종사하는 아동들은 심리적, 신체적 학대, 약물 중독, 에이즈 및 수많은 성병뿐 아니라 조기 임신이나 원치 않은 임신의 위협에 처해져 있다(Fassa, 2003; Fassa et al., 2000).

더불어, 아동노동은 직접적으로 발육 저하를 초래하여 키가 작아지는 원인이 되는데(Dantas, 2005; Duyar and Ozener, 2005; Hawamdeh and Spencer, 2002; Yamanaka and Ashworth, 2002; Yelin et al., 2001), 이는 사회적 부정의가 생체적으로 각인된 것이라 간주할 수 있으며 최근에는 소위 “생리적 자본 (physiological capital; Fogel, 2003)”의 한 부분으로 여겨진다. 이 개념에서는 모든 사람들이 태어날 때 “건강의 비축분 (health stock)”을 가지고 태어나 일생 동안 이 양이 서서히 줄어드는 것으로 본다. 한편, 키는 어릴 때의 영양 상태와 관련되는 것으로 알려져 있고 아동 노동은 빈곤과 밀접히 연관되어 있으므로 아동노동의 신장(身長)에 대한 영향만을 분리해내는 것은 여전히 어려운 일이다. 하왈데(Hawamdeh)와 스펜서(Spencer)는 아동 노동의, 신장에 대한 영향으로 측정할, 개인의 생리적 자본에 대한 영향을 측정하기 위해 사회경제적 지위가 유사한 두 소년 집단을 이용하였는데 이는 사회경제적 변수의 교란 효과(confounding impact)를 최소화하기 위해서였다. 이들은 동일한 지역에 거주하는 10-16세 사이의 135명의 요르단 소년(노동자)과 405명의 학생(비노동자)을 연구대상으로 하여 요르단 소년들의 아동 노동이 사회경제적 조건에 관계없이 발육부진과 체중 감소의 위험을 높인다는 점을 확인했다. 예컨대 14세 소년의 경우 신장은 5.3cm, 체중은 250g의 차이 등 두 집단 간에 유의미한 임상적 차이를 발견했다(Hawamdeh and Spencer, 2002).

노동하는 소년들에게 나타나는 발육 부진은 또한 성인기의 건강 상태에도 부정적인 영향을 미친다(Hawamdeh and Spencer, 2002; Hawamdeh and Spencer, 2003). 브라질에서 행해진 두 연구는 10세 이전(Kassouf et al., 2001) 혹은 14세 이전(Dantas 2005)에 노동을 시작한 사람들이 사춘기 시절을 노동으로 보내지 않은 사람들보다 나쁜 주관적 건강 상태를 보고할 가능성이 높다는 일관된 결과를 얻음으로써 아동 노동과 성인기의 주관적 건강상태 간에 상관관계가 있음을 보여준다. 그러나 폴란드의 농촌 지역 아동에 대한 연구는 과중한 작업량과 나쁜 주관적 건강 상태 사이에 상관관계를 발견하지 못했

다(Huk-Wieliczuk, 2005). 이러한 불일치는 조사 대상 전반에 걸친 연령 차이로 설명될 수도 있는데, 전자의 연구는 아동 노동의 경험이 있는 18-65세를 다룬 반면, 후자는 조사 당시 노동자였던, 즉 일할 수 있을 정도로 건강상태가 좋았던 아동들을 인터뷰했다.

직접적인 개인적 영향 이외에도, 아동 노동은 인구 수준에서 건강 형평성에 간접적인 영향을 미칠 수도 있다. 아동 노동은 문맹, 낮은 교육수준 그리고 직업 훈련의 미비로 인한 비숙련 노동자화의 주 원인이다. 낮은 교육수준과 문맹은 아동기나 성인기의 여러 건강 지표 중에서도 정신질환(Patel and Kleinman, 2003), 영양 실조, 발육 부진 (Ram, 2006), 수명의 단축과 여러 불건강한 행태(Low et al., 2005; Fassa, 2003)의 가장 일관된 예측인자 중 하나로 널리 알려져 있다. 또한 교육 수준이 낮은 노동자들은 표준 이하의 불안전하고 소득이 낮은 직업에 매이게 될 것이다. 이는 이들을 빈곤에 빠뜨리고 사회 계층간 유동성의 기회를 제약하며 노동자 개인 및 그 가족의 건강과 삶의 질을 악화시키는 주원인이다(Case and Paxson, 2006). 따라서 일 때문에 학교를 다니지 못하는 아동 노동자들의 건강에 대한 악영향은 더욱 커지게 된다. 거시적 수준에서 교육은 사회적·인간적 요구를 충족시키기 위해 필요한 여러 가지 능력과 특질인 인적 자본의 주요한 부분으로 간주되기 때문에, 동시에 생산성과 부의 결정 요인이 된다. 게다가, 브라질에서의 연구는 부모의 교육 수준, 특히 어머니의 교육 수준이 아동의 건강 및 영양 상태에 결정적 역할을 한다는 점을 보여주었다(Kassouf, Mckee and Mossialos, 2001). 다른 지역에서 어머니의 높은 교육 수준은 낮은 아동 사망률과 긴밀히 연관되어 있다(Fassa, 2003). 교육 수준이 더 높은 부모들이 자녀들의 식생활이나 의료서비스 이용을 더 잘 관리하였다. 결국 아동노동의 간접적인 부정적 영향이 교육 수준 등으로 매개되어 통해 대물림될 수 있다는 것이다.

대부분의 아동노동과 건강에 대한 연구는 묘사적인 성격이며, 표본의 수도 적고, 모델이나 연구 대상, 측정방법 등이 잘 설계되지도 않았으며 잘 분석 되지도 않았다. 때문에 이 결과를 가지고 어떤 결론을 내리거나 일반화하는 데에는 한계가 있다. 아동기 이후에도 살아갈 시간이 많이 남아있고, 따라서 질병에 걸릴 시간도 더 많기 때문에 아동 노동의 장기적 건강 효과에 초점을 맞춘 연구는 필수적이다(Ayala and Rondón, 2004). 게다가 그 장기적인 생리적 영향이 아동노동자의 건강 결과에 관련된 통계에 잘 잡히지 않고, 보건의료전문가들이 어린이들을 노동자로 인식하지 않기 때문에 그들의 노동조

건과 건강 수준 사이의 인과관계를 인지하지 못하여 아동노동의 건강에 대한 영향은 과소평가되는 경향이 있다(Eijkemans, Fassa and Facchini, 2005; Silveira and Robazzi, 2003).

(6) 노예 및 강제노동

다른 고용 조건이나 실업의 건강적 차원에 비해, 강제 노동과 건강 사이의 연관고리는 매우 복잡하며 정보를 얻기가 쉽지 않다. 노동 자체가 비밀리에 이루어지고 정부기관에서는 그 존재 자체를 부정하는 경우가 많기 때문이다. 강제노동이라는 특수한 노사관계 및 작업환경이, 이동의 제한과 폭력을 포함하는 억압적 행위에 기인하는 신체적 및 정신적 외상 등의 건강 결과를 결정한다. 결박되어있는 상태가 아니라 하더라도 발각되어 강제추방될 지도 모른다는 두려움 때문에 강제노동에 시달리는 불법 이민자들은 의료나 사회 서비스에의 접근을 꺼린다. 그러나 노사관계와 함께 경제적 차이, 영양상태와 음식의 많고 적음, 노동 조건, 그리고 사회적 지지가 의료서비스, 소득, 그리고 재활의 경제적, 물리적 접근성을 결정한다. 정의에 따르면 강제노동은 열악한 작업 조건이나 위험한 작업 환경과는 구별되는 개념이지만, 강제노동 상태에 있는 사람들은 많은 경우 이러한 고용 조건에 처하게 되고, 고용주에 의해 더욱 위험한 상태로 몰아넣어지기도 한다(Fassa, 2003; World Health Organization, 2002). 신체적 폭력과 정신적 외상, 위험 행동, 복지 수단의 부재, 그리고 문화적 장애물의 결과로서 생겨나는 건강에 대한 부정적 영향과 건강 불평등에 대한 실증적 증거들이 있다. 노예상태에서 풀려난 후에도 그 영향은 지속되어 건강 수준에 영향을 미친다.

(7) 노동 조건

소위 지구화(globalization)의 과정은 국가 간, 그리고 사회계층 간의 노동과 관련된 불평등한 이전(unequal transfers)을 증가시켜 왔다. 특히 중요한 문제는 부국으로부터 빈국으로, 또 그 반대로의 유해 물질, 원료, 인력의 이전이다. 여기에는 크게 세 가지의 과정이 관련된다. 먼저, 다국적 회사나 그 자회사는 빈국의 노동자들을 이용하여 원료물질

이나, 공산품, 광물 등을 생산하거나 추출하고, 이 과정에서 생성되는 이익의 대부분을 얻는다. 전쟁과 사회적 파괴 때문에 불안정한 레짐에서는 이 조차도 이루어지지 않고 방치된다.

두번째로 노동자와 환경적 건강 양자에 위해를 미치는 공산품이나 유해 물질 및 원료가 결국 빈국으로 모여든다는 것이다. 마지막으로 중요한 이전은 인력의 이동이다. 남반구의 노동자들은 선진국으로 이동하여 자국민이 기피하는 가장 힘들고 임금이 낮으며 위험한 직업군에서 일하게 된다. 이러한 현상은 이주노동자들의 건강에 악영향을 미친다. 빈국의 고숙련 전문직들 또한 선진국으로 이주하여 그들의 기술을 발전시킬 수 있는 기회를 찾게 되는데 이를 통해 빈국은 이들에 대한 교육비용만 지출하고 결국엔 인적자원의 중요한 원천을 잃게 되지만 부국은 빈국이 지출한 사회적 비용의 이득을 고스란히 가져가게 된다.

특히 보건의료전문직의 전세계적 이동은 빈국의 의료서비스와 건강수준에 큰 영향을 미친다. 전세계적으로 보건의료인력은 6천만명 정도가 있는데 이들 중 2/3는 의료서비스를 제공하고, 나머지 1/3은 경영, 행정 지원인력이다. 심각한 의료인력부족현상에 직면하고 있는 57개국의 대부분은 아프리카와 아시아 국가들이다. 세계보건기구의 추산에 의하면 이러한 인력부족현상을 타개하기 위해서는 적어도 2백3십6만 명의 의료서비스 제공자들과 1백8십9만 명의 행정지원 인력, 합쳐서 4백2십5만 명 정도의 인력이 필요하다. 전세계적으로 빈국과 부국 사이, 일국 내에서도 농촌과 도시 사이의 심각한 의료인력 배분의 불평등이 야기되고 있으며 매년 많은 수의 보건의료인력들이 일터를 떠나는 현상 때문에 그 부족 현상이 심화되고 보건의료서비스의 전달이 힘들어지고 질도 하락하게 된다. 이것은 가난한 나라일수록 심해서 사하라 남부 아프리카 국가에는 전세계 인구의 11%가 살고 있고 전세계 질병 부담의 24%를 지고 있지만 의료 인력은 고작 3%만이 있을 뿐이다.

노동 조건의 불평등한 분포는 다양한 위험인자에 대한 노출과 메커니즘을 통해 건강의 사회적 불평등에 영향을 미치는 열쇠가 된다. 노동자들은 직업적 위험에 불균등하게 노출되어 있고, 사회 그룹과 직업, 젠더, 그리고 회사의 크기에 따라 건강 수준의 차이가 매우 크다는 증거가 있다. 직업으로 분류한 계급(occupational class)이 낮을수록 신체적 피로, 낮은 작업 통제력, 소음, 대기 오염, 이직, 단조로운 작업 및 지나치게 빠른 작

업 속도 등과 같은 위험한 노동 조건을 경험할 가능성이 높아진다(Evans and Kantrowitz, 2002; Schrijvers et al., 1998; Vahtera et al., 1999). 일례로 육체노동자는 화학적·물리적 위험인자에 일상적으로 노출되지만, 자신의 작업에 대한 통제력도 크지 않기 때문에 이에 대처하기가 쉽지 않다.

일터의 사회적 측면이 건강에 영향을 미칠 가능성도 있다. 직업 내 성별 분포나 차별, 작업장 내 성적 평등, 관리자와 노동자 사이의 사회적 관계, 사회적 접촉을 풍부하게 하거나 감소시키는 동료들로부터의 사회적 지지 등이 그러한 사회적 측면이다. 서비스나 공공부분의 노동자들은 소비자, 고객, 공중으로부터 받는 사회적 압력 때문에 부가적인 심리적 부담을 안게 되기도 한다. 노동의 사회적 측면을 향상시키기 위해서는 일터에서 개방적이고 긍정적인 접촉을 만들어내고 개인의 역할과 정체성을 지지하며 팀웍을 촉진하는 방법 등이 있다.

저개발국과 선진국 모두에서, 일하는 여성들은 특별한 직업적 건강 문제에 직면하게 된다 (e.g., Artazcoz et al., 2004a; Artazcoz et al., 2005; Artazcoz, Borrell and Benach, 2001; Artazcoz et al., 2004b; Sorensen and Verbrugge, 1987). 저개발국에서는 강도 높은 신체적 노동과 일·가족의 양립, 작업 기술의 낮은 발달 수준과 여성들에게 부과되는 전통적인 사회적 역할이 여성 노동자의 부담을 가중시킬 수 있다. 선진국에서도 여성들은 일·가족의 양립이라는 문제에 더하여 여성들에게 주어지는 일자리가 낮은 보수의 육체 노동이라는 현실에 맞닥뜨리게 된다. 또한 기계와 작업 도구가 주로 남성의 신체규격에 맞게 만들어져 있어 여성이 사용할 때 불편함과 근골격계 질환 등을 유발하게 된다. 여성들은 또한 생식기에 위험을 주는 직업적 요인들에 노출될 수도 있다. 서비스직에 종사하는 많은 여성들의 경우 손님이나 동료들로부터 성적 학대나 폭력을 당할 수도 있다. 저임금 여성 노동자들의 실업에 대한 위험이 평균보다 높은 것을 지적하고 있는 연구 결과들로 보아 실업은 노동자 개인 뿐 아니라 가족들의 사회적·건강적 결과에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

노동자 내부를 집단별로 보면, 유럽연합(EU)의 경우 비상용직 노동자들은 높은 직업 불만족을 보고하는 반면, 소규모 고용주들은 피로와 스트레스를 보고할 가능성이 높고 자영업자들은 피로 및 허리 통증을 보고할 가능성이 높다(Benavides et al., 2000). 더 나아가 고용 유형과 건강 간의 연관관계가 노동조건에 대한 유럽 조사(European Survey

on Working Condition)의 두번째(1995년)와 세번째(2000년) 웨이브에서 유사하게 나타난 것을 보면 이러한 연관이 인과적일 수도 있다(Benach et al., 2004). 노동조건의 불평등을 반영하는 다른 중요한 논점은 노동계약의 형태나 직무 환경이 작업장 내 위험에 대한 정보와 어떻게 연관되는가하는 것이다. 적절한 노동계약이 없거나 임시직이거나 육체노동에 종사하는 노동자 약 5명 중 1명(약 20%)은 작업장 위험에 대해 제대로 알지 못하는 것으로 나타났는데, 이는 상용직 및 화이트 칼라 노동자의 12%와 비교할 때 큰 차이로 할 수 있다(Parent-Thirion et al., 2007). 작업장 내 위험에 대한 인지는 사망과 관련된 가장 주요한 요인 중 하나이다. 위험한 작업장에서 노동자의 최소한 반 이상이 높은 수준의 직업 위험에 노출될 수 있음을 보여주는 연구결과가 있다(Hogstedt, Wegman and Kjellstrom, 2007).

기술 이전은 노동자의 건강과 환경에 긍정적 혹은 부정적 영향을 미칠 수 있다. 지난 20년 간, 주요 경제적·기술적 발전은, 주로 선진국에서 일부 직업 건강 문제를 감소시키는 데 도움이 되었다. 그러나 세계의 노동 인구 대다수가 거주하는 개발도상국 및 후진국에서는 직업적 위험에 대한 노출이 더욱 심각해졌다(Hogstedt, Wegman and Kjellstrom, 2007World Health Organization, 1995).

6. 문헌의 현재 수준과 앞으로의 연구방향

글의 처음에 우리는 이 문헌검토가 기반하고 있는 개념적 틀을 제시하였다. 지금까지 검토한 문헌은 그 개념도에 나타나있는 다양한 경로와 메커니즘의 일부만을 설명하고 있다. 또한 대부분의 연구가 선진국의 것이라는 한계도 있다. 연구를 통해 답변해야 할 질문들은 여전히도 무수히 많다. 예를 들면, 불안정고용의 건강 효과는 젠더에 따라 다른가? 비슷한 비공식부분의 일을 할 때 남성과 여성은 유사한 위험요소에 노출되는가? 사회계급 간 위험의 분포는 어떠한가? 모국에서의 사회계급이 달랐던 이민노동자들이 같은 비공식부문에서 일하게 될 때 건강효과는 다르게 나타날 것인가? 고용과 작업장 환경의 건강불평등에 대한 효과를 변경시키는 잠재적 변수(effect modifiers)의 역할은 무엇인가? 고용조건에서 야기되는 사회적·경제적 박탈의 건강 효과는 노동자 개인을

넘어 가족 구성원과 부양가족에게까지 미치는가?

아래에는 현재까지의 관련 연구가 노정하고 있는 주요 한계를 고용차원별로 요약하였다.

1) 실업

대부분의 연구, 개념, 이론이 특별히 국제적인 관점 없이 선진국의 학자들에 의해서 개발되었다는 사실에 관련된 잠재적 편향(bias)을 분석할 필요가 있으며, 이를 교정하기 위해서는 중진국과 특히 최빈국에서 실업의 공중보건적·건강형평성적인 함의에 대한 연구가 더욱 활발히 이루어져야 할 것이다. 또한 현재까지 묘사적으로 이루어지고 있는 대부분의 연구를 넘어서는 종단적 실증연구가 풍부해지고 체계적 문헌검토와 메타-분석을 통해 실업이 신체적 건강이나 건강 행태, 그리고 정신건강에 미치는 영향이 어떻게 매개되는지를 알아볼 필요가 있다. 이러한 분석은 젠더, 연령, 사회계층, 인종/에스니시티, 이주 등 인구집단의 특징에 따라 분리해서 이루어질 필요가 있을 것이다.

실업과 관련된 건강문제에 대한 공중보건적 개입 뿐 아니라 이러한 개입의 효과를 평가하기 위해서도 더 좋은 설명적 모델을 개발할 필요가 있다. 다양한 수준에서의 정책 개입에 대한 평가를 수행할 수 있어야 하고 개인적 수준보다 집단적 수준에 초점을 맞추어야 하며, 좀더 근본적으로는 실업의 일차예방에 초점을 맞출 필요가 있다. 방법론적으로는 양적분석 및 질적분석, 그리고 역사적 분석을 통합하는 혼합방법론(mixed-methods)을 사용하여 경로와 메커니즘에 대한 진일보한 이해를 도모할 수 있을 것으로 사료된다.

2) 불안정 고용

다양한 사회적 맥락과 업무 유형, 노동자의 개인적 특질 등 불안정고용의 다양하고 구체적인 모습에 대한 이해를 높일 필요가 있다. 이를 위해서는 무엇보다 특히 중진국 및 저개발국에서 더욱 세밀한 건강정보시스템의 구축을 통해 양질의 데이터를 생산할 필

요가 있다. 정부나 건강관련조직들은 적절한 정보시스템과 연구계획을 수립하여 새로운 형태의 고용과 쉽게 접근하기 힘든 불안정노동자들에 대한 정보를 수집해야 한다.

또한 지금보다 더욱 강력한 이론과 모델이 필요하다. 현재 존재하는 이론적 모형들은 불안정고용이 어떤 연결고리와 경로를 통해 악화된 건강수준으로 연결되는지를 설명할 만한 이론적 틀이 부재하다. 학계의 주류로 통용되는 심리사회적(psychosocial) 모델로는 권력과 계급관계의 불평등이라는 원위의(distal) 구조적·사회적 인자들을 포착하지 못할 우려가 있다. 거시경제적 과정과 국가 및 지역적 요인, 개인적 고용 상황과 건강이 어떻게 연관되는지를 명시하는 모델을 만들어낼 필요가 있다.

이 영역에서도 또한 다양한 수준에서의 정책개입에 대한 평가가 필요하고, 그 연구는 특히 어떻게 불안정고용을 예방할 수 있을 지에 초점을 맞추어야 한다. 더 나아가 불안정고용이 노동자의 건강에 위해를 끼치는 특정한 메커니즘을 분석하기 위한 연구모델, 도구나 방법, 지표 등을 개발하고, 개인 수준 뿐만 아니라 국가나 지역적 수준의 상황적(contextual) 변수를 포함하는 다수준적인 접근과 양적·질적 데이터를 통합한 연구가 필요하다 할 수 있다.

3) 비공식 고용

비공식 경제와 비공식 직무의 건강과 건강불평등에 대한 실증적 연구, 특히 농촌과 저개발국에 대한 연구는 흔치 않다. 비공식 고용은 그 자체로 접근하기 보다는 여타 사회경제적 및 직업적 변수와 그들의 혼란변수(confounding factor) 혹은 매개변수(mediating factor)로서의 역할에 주의하여 분석을 진행할 필요가 있다. 이는 이러한 변수들이 비공식고용과 건강(불평등) 간의 경로에 있어서 외재적이라기보다는 한 노동자가 비공식부문이라는 노동시장 내 위치에 채용되게 하는 어떤 특성 그 자체를 대표할 가능성이 있기 때문이다. 또한 이러한 채용 경로에 있어 각 인구집단별(이민노동자, 여성 등)로 종별적인 특징이 존재하는지를 알아볼 수 있는 하위 집단에 대한 분석의 중요성이 강조될 필요가 있다. 이에 더하여 사회보장이나 산업건강안전프로그램, 의료서비스에 대한 접근성과 같은 차원들도 고려해야 할 것이다.

비공식부문에 대한 좀더 깊은 이해를 얻기 위해서는 질적연구나 참여연구라는 형

식이 필요할 것으로 보인다. 이러한 방법론을 이용하여 공식경제와 비공식경제간의 연관성(e.g., Pórtés and Schaffler, 1993)이나 공식부문에서 비공식부문으로 이동하는 이유, 비공식노동자들의 의로서비스나 예방적 자원에 대한 접근성 등을 연구하는 것이 가능할 것이다.

정책적으로 비공식부문의 고용 및 작업환경을 개선하기 위해서는 이미 평가되어 있는 다부문협력 프로그램의 실행 등이 가능하며, 이를 위해서는 잘 준비된 보건정책입안자들이 적극적으로 활동할 필요가 있을 것이다.

또한 지역사회나 국가 발전의 모델을 계획할 때 유희노동력이나 비공식노동력을 공식부문으로 흡수할 수 있는 기전을 마련하고 그러한 계획의 일자리 창출 효과를 모니터링하고 평가해야 할 것이다. 마지막으로 연대에 기반한 생산의 형식인 협동조합(co-operatives)과, 저축장려나 은행의 문턱을 낮추는 소액대출(micro financing)이라는, 최근 주목받고 있는 두 가지 전략의 장단점에 대한 과학적인 분석과 논의를 진행해야 한다. 일부 지역에서는 저축장려와 은행 대출 문턱을 낮추는 것이 유익한 전략이 될 수 있지만 그 효과는 비판적으로 평가될 필요가 있으며 선진국이나 개발도상국, 저개발국의 현실에 맞는 맞춤형 정책을 개발하는 것이 올바른 것이다.

4) 아동노동

개발도상국이나 저개발국에 아동노동이 집중되어 있는 것이 현실이지만 최근 이민의 증가와 노동법의 규제 완화 등으로 인해 아동노동이 증가하고 있는 미국과 같은 선진국에 대한 연구를 진행할 필요가 있다. 향후 수행될 연구는 이민노동자와 같이 불리한 입장에 놓여있는 인구집단에 특히 초점을 맞출 필요가 있을 것이다.

아동 노동, 특히 가장 열악한 환경에서 일하고 있는 어린이들의 작업공간은 건강에 유해한 요소들로 가득하지만 아동노동의 건강적 영향을 언급하고 있는 문헌은 제한적이었다. 이 분야에 존재하는 문헌은 대부분 아동들이 처해 있는 작업환경과 이들의 직접적 건강 영향에 대해서만 서술하고 있어서 아동노동의 장기적이고 지속적인 영향에 대한 지식은 거의 알려진 것이 없다. 또한 사업장 환경의 건강영향에 대한 척도가 대부분 성인을 기준으로 하고 있음을 감안할 때, 아동건강에 위해를 끼치는 정도를 평가할

수 있는 특정한 척도를 개발할 필요도 있다.

개발도상국과 저개발국의 아동노동과정에서 일어나는 손상과 사고에 대한 데이터는 매우 부족한 것이 현실이다. 이럴 때 아동노동이라는 차원과 이것의 건강과 건강불평등에 대한 효과를 이해하는 데에 의료전문직들이 큰 도움을 줄 수 있다. 아동노동과 건강 사이의 연결고리에 대한 더 좋은 통계치와 데이터를 얻는 데 도움을 줄 수 있도록 보건의료전문가들을 훈련하여, 아동노동에 의한 손상과 사망, 기타 건강문제가 과소평가되는 현실을 바꿀 수 있을 것이다. 아동노동에 대한 정확한 국가수준의 데이터가 없는 상황에서 이러한 노력은 통계의 질을 개선하는 데에 큰 도움이 될 것으로 보인다. 이러한 전략을 통해 아동노동자들의 상황을 모니터하고 아동노동에 대한 정책과 프로그램을 정교화하는 데에 도움을 줄 수 있을 것이다.

5) 노예 및 담보노동

강제 노동과 같은 고용관계의 건강적 결과에 대해서는 거의 알려진 바가 없는데, 이러한 활동이 비밀리에 이루어질 뿐만 아니라 강제노동에 대한 적절한 이해도 부족하고 관심 있는 정부기관에서도 마땅한 개입의 수단이 부재하기 때문이다. 노예 및 담보노동에 대한 연구는 질병의 유형과 이러한 결과를 만들어낸 사회적 힘에 대한 질적인 묘사 정도에 그치고 있다. 이러한 상황을 넘어서기 위해서는 어떤 산업부문이 강제노동을 특히 더 필요로 하는지, 경제적 성장의 중심이나 시장, 생산 및 공급의 사슬, 노동력의 이동 등이 강제노동과 어떤 연관성을 갖는지에 대한 시공간적 분석을 진행하는 것이 필수적이다.

또한 강제노동자들의 노령화와 관련된 심화 연구가 필요하다. 강제노동의 피해자들이 신체적 노동과 서비스를 수행할 수 있는 한은 생존이 가능하지만 늙거나 신체적 장애가 발생하는 경우 그들의 처지가 크게 악화되기 때문이다.

경찰이나 사회서비스제공자 및 강제노동을 반대하는 법적대변인들이 인신매매와 강제노동에 대해 더 잘 이해하고 있다는 연구가 있으나 의료전문가와 사회복지사 등을 포괄하는 더욱 조직적인 연구와 구제활동이 요구되는 상황이다. 강제노동을 근절하기 위해서는 경제적 측면과 건강적 측면에 더 많은 관심이 필요하고 이러한 방향으로 더

많은 연구가 진행되어야 할 것이다.

앞으로의 연구를 통해 강제노동의 정확한 건강 및 의료적 결과를 판별해낼 수 있어야 한다. 여기에는 질병의 성격과 지속기간, 생존자들을 판정해내고 서비스를 제공할 수 있는 최선의 방식(best practice), 치료를 통해 기대할 수 있는 회복의 정도 등이 포함된다. 이와 같은 정보들을 이용한 스크리닝 프로토콜을 개발하여 의료전문가들이 강제노동 피해자들의 드러난, 혹은 잠재되어 있는 건강문제를 밝혀낼 수 있도록 해야 한다. 본국으로 돌아가기를 원하는 생존자들에게 필요한 의료서비스는 무엇인지, 다양한 문화적 배경에 맞는 프로그램을 구성할 수 있도록 생존자들의 적극적인 참여를 독려할 수 있는 방법은 무엇인지 등에 연구도 진행되어야 한다.

마지막으로 특히 개발도상국에서 환경파괴와 토지의 산출력(land fertility) 감소 등으로 야기되는 환경 난민과 같은 새로운 이주(displacement)의 형태에 대한 연구가 진행될 필요가 있다. 이러한 상황은 수백만 명의 사람들을 질병과 강제노동을 포함하는 다양한 형태의 착취에 취약한 상태로 몰아넣을 가능성이 있다.

7. 고찰 및 결론

이 글에서 우리는 작업장 환경을 넘어서, 노동을 둘러싼 정치경제적 환경이 일하는 사람들의 건강에 어떤 영향을 미치는 지를 알아보았다. 이 글에서 검토한 문헌은 전세계를 다루었지만 특히 90년대 말 경제위기 이후 노동과 고용조건에 심대한 변화를 겪은 우리나라에도 큰 함의를 갖는다 하겠다.

최근 고용 관계가 건강에 미치는 영향에 대한 거시사회적(인구 수준의) 분석이 시작되고 있는데, 이 글에서도 선진국, 중진국, 후진국을 막론하고 많은 건강상의 지표가 노동시장 제도와 특성들에 통계적으로 유의한 연관성을 갖는다는 것을 확인할 수 있었다. 특히 주변부로 갈수록 노동시장과 관련된 지표를 획득하는 데에는 어려움이 따르지만, 그렇게 획득한 변수들로 측정된 노동시장의 특성과 건강 지표와의 관련성은 뚜렷하였다. 고용 조건은 물질적 결핍과 긴밀히 연관되어 있으며, 심리사회적, 행태적, 그리고 직접적인 생리·병리학적 변화를 통해 만성질환과 정신질환에 강한 영향을 미친다. 실

업, 불완전 고용, 비공식 노동, 노예 및 담보노동, 아동 노동과 같은 고용의 다섯 차원이 건강에 미치는 영향은 공통의 경로와 각각의 차원에 종별적인 경로 양자를 모두 따른다. 특히 고용 관계의 직간접적 결과인 심리사회적 스트레스는 광범위한 건강의 결정인자에 영향을 미친다. 노동자들의 건강에 좀더 인접한(proximal) 요인들은 임금 수준과 작업장이나 근로 환경이라는 두 가지 경로를 통해 영향을 받는다. 이들의 영향은 각국의 경제적, 정치적, 문화/기술적 맥락에 따라 그 나라에 특정한 형태로 나타난다.

이 글에서 검토한 문헌들은 대부분, 묘사적이라는 한계를 일반적으로 지니고 있었다. 특히 농촌이나 저개발국에 대한 문헌은 더욱 귀했다. 앞으로의 연구에서 고용관계와 건강 사이의 인과관계를 정립하기 위해서는 통시적(longitudinal) 연구가 필수적이다. 이를 통해 고용 차원 간의 매개 메커니즘이라던가, 그들 사이의 상호연관성, 그리고 그들과 여러 가지 건강 지표 사이의 연관성이 탐구될 필요가 있다. 이러한 연구는 사회 계급, 젠더, 연령, 인종/에스니시티, 그리고 이주 상태 등에 따라 층화하여 진행해볼 수 있다. 특히 주변부와 반주변부 국가들에 대해서는 훨씬 많은 연구가 수행되어야 한다.

또한 대부분의 연구에서 사회 시스템에서부터 개인의 건강까지에 이르는 다수준적인 관점을 고려하지 않은 채로 개념이나 이론을 개발하였기 때문에 고용의 차원에서부터 건강 결과에까지 이르는 연결고리와 경로를 보여주는 이론적 개념들이 부재하였다. 따라서 국가나 지역적 수준에서 작동하는 거시사회적 상황, 개인의 고용 상황, 그리고 건강이 서로 연결된 모델을 만들어 이것이 공중보건적 개입의 길잡이 역할을 하고, 또 이러한 개입의 평가를 위해서 사용할 수 있는 설명적 모델 또한 필요하다.

특히 저개발국에서는 고용관계와 건강에 대한 질 좋은 자료를 찾기가 어렵다. 따라서 정부와 건강 관련 기관들은 비표준적인 노동의 새로운 형태와 접근하기 힘든 불안정 노동자에 대한 공중보건적 자료를 얻기 위해 적절한 감시 정보 시스템과 연구 프로그램을 확립해야 한다. 이미 존재하는 자료에 있어서도 선진국과 나머지 나라들 간의 격차가 심하다. 개발도상국들은 선진국과의 비교가 가능할 수 있도록 고용관계에 대한 정보 시스템을 갱신할 필요가 있다.

건강부문은 노동자와 그 가족들이 건강 형평성을 획득하는 데에 근원적인 역할을 자임해야 한다. 이는 경제발전의 모델과 노동시장, 고용조건의 기준에 대한 규제, 그리

고 노동 조건 등을 논의함에 있어 이러한 요소들이 노동자와 그 가족의 건강의 증진과 보호에 어떠한 영향을 갖는지를 중심으로 중요하게 포함할 때 가능하다. 노동자의 건강과 건강형평성은 공중보건의 문제이며, 따라서 그들이 어떤 고용 조건에 있는지 상관 없이 보장되어야 한다. 여기에서 일차의료의 전략과 모델은 취약한 고용 조건에 처해있는 노동자들에게까지 도달할 수 있는 능력과 책임을 가지고 있으며, 이들에게 예방적·치료적 조치를 제공함으로써 노동자들이 노동시장으로 재편입할 수 있도록 지원할 수 있다.

그러나 노동자 건강과 건강형평성에 대한 일차적인 보증인은 노동자 자신이다. 건강은 위임될 수 없다. 그러므로 사회 전체는 고용과 노동 조건에서 발생하는 건강상의 위해에 대한 노동자들의 알 권리를 보장해야 하며 노동자들에게 고용과 노동 조건에 대한 협상과 개혁 과정에 참여하여 진정한 영향을 미칠 수 있는 수단을 제공해야 한다. 이를 위해서는 노동자 건강과 건강형평성을 포함하는 정보 시스템을 개발하는 것이 필수적이며, 건강불형평을 완화하고 감소시키기 위해 실행된 정책이나 프로그램의 영향을 평가하는 것도 필요하다. 또한 노동자 건강과 고용 조건에 초점을 맞춘 사회역학 교육과 훈련을 개발하여 보건 전문가와 노동자들에게 실시하는 것도 중요할 것이다.

■ 참고문헌 □

- 박세홍, 김창엽, 신영진 (2009). 고용상태 -변화가 정신건강에 미치는 영향. *상황과 복지*, 27, 79-120.
- 박진욱, 한윤정, 김승섭 (2007). 고용형태의 변화에 따른 건강불평등. *예방의학회지*, 40(5), 388-96.
- 신순철, 김문조 (2007). 직업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. *보건과 사회과학*, 22, 205-24.
- 양영순, 김지연 (2007). 조기퇴직과 정신건강 - 조기퇴직자가 인지하는 고용환경을 중심으로. *임상 사회사업연구*, 4(1), 135-59.
- 윤석준 (1999). 사망과 상병의 단일 건강수준 측정 지표와 삶의 질. *대한의사협회지*, 42(12), 1175-81.
- http://www.antislavery.org/english/slavery_today/default.aspxAnti-slavery International. "Slavery today." From *.
- Aronsson, G (1999). Contingent workers and health and safety. *Work, Employment, and Society*, 13, 439-59.
- Aronsson, G., K. Gustafsson, and M. Dallner (2002). Work environment and health in different types of temporary jobs. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(2), 151-75.
- Artazcoz, L., J. Benach, C. Borrell, and I. Cortès (2004a). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-8.
- Artazcoz, L., J. Benach, C. Borrell, and I. Cortes (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9), 761-67.
- Artazcoz, L., C. Borrell, and J. Benach (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 639-47.
- Artazcoz, L., C. Borrell, J. Benach, I. Cortes, and I. Rohlfs (2004b). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social Science & Medicine* 59(2), 263-74.
- Ayala, L. B., and A. P. Rondón (2004). Efectos del Trabajo Infantil en la Salud del Menor Trabajador. *Revista de Salud Pública* 6(3), 270-88.

- Babones, S. J (2005). The country-level income structure of the world-economy. *Journal of World-Systems Research* *XI(1)*, 29-55.
- Bambra, C., D. Fox, and A. Scott-Samuel (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International* *20(2)*, 187-93.
- Bartley, M., and J. Ferrie (2001). Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* *55*, 776-81.
- Bartley, M., A. Sacker, and P. Clarke (2004). Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health* *58(6)*, 501-06.
- Benach, J., M. Amable, C. Muntaner, and F. G. Benavides (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place?. *Journal of Epidemiology and Community Health* *56(6)*, 405-06.
- Benach, J., D. Gimeno, F. G. Benavides, J. M. Martinez, and M. D. Torne (2004). Types of employment and health in the European Union - Changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health* *14(3)*, 314-21.
- Benach, J., and C. Muntaner (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health* *61(4)*, 276-77.
- Benavides, F. G., J. Benach, A. V. Diez-Roux, and C. Roman (2000). How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* *54(7)*, 494-501.
- Bhaskar, R. (2008) [1975]. *A Realist Theory of Science*. London: Verso.
- Biggrove, E. Z., and B. M. Popkins (1996). Does women's work improve their nutrition: evidence from the urban Philippines. *Social Science & Medicine* *43*, 1475-88.
- Briceño, L., and A. M. Pinzón (2005). Trabajo Infantil en una Plaza de Mercado de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública* *7(1)* 26-38.
- Case, A., and C. Paxson (2006). Children's health and social mobility. *Future Child* *16(2)*, 151-73.
- Chung, H., and C. Muntaner (2006). Political and welfare state determinants of population health. *Social Science & Medicine* *63(3)*, 829-42.
- Chung, H., C. Muntaner, and J. Benach (2010). Employment relations and global health: a typological study of world labor markets. *International Journal of Health Services* *40(2)*, 229-53.
- Claussen, B (1999). Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term

- unemployed. *Scandinavian Journal of Public Health* 27(2) 94-100.
- Dahlgren, G., and M. Whitehead (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background Document to WHO - Strategy Paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dantas, R. A. A. (2005). *História de trabalho na infância e adolescência e a saúde do trabalhador adulto*. Federal University of Bahia.
- Dolinsky, A. L., and R. K. Caputo (2003). Health and female self-employment. *Journal of Small Business Management* 41(3). 233-41.
- Dooley, D., K. Rook, and R. Catalano (1987). Job and non-job stressors and their moderators. *Journal of Occupational Psychology* 60(2). 115-32.
- Duyar, I., and B. Ozener (2005). Growth and nutritional status of male adolescent laborers in Ankara, Turkey. *American Journal of Physical Anthropology* 128. 693-98.
- Edmonds, E. V., and N. Pavcnik (2005). Child labor in the global economy. *Journal of Economic Perspectives* 19(1). 199-220.
- Eijkemans, G., A. C. G. Fassa, and L. A. Facchini (2005). *An introduction to the topic: child labor and adolescent workers*, in *The Global Occupational Health Network: GOHNET Newsletter*.
- Ellencweig, A. Y. (1992). *Analysing Health Systems*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET) (2007). *Employment Conditions and Health Inequalities: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health* (CSDH). Geneva: World Health Organization.
- Esping-Andersen, G (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001). *Working Conditions in Atypical Work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Evans, G. W., and E. Kantrowitz (2002). Socioeconomic status and health: The potential role of environmental risk exposure. *Annual Review of Public Health* 23. 303-31.
- Fassa, A. G (2003). *Health benefits of eliminating child labor*. Geneva: International Labour Office, International Programme on the Elimination of Child Labor.
- Fassa, A. G., L. A. Facchini, M. M. Dall'Agnol, and D. Christiani (2000). Child labor and health: problems and perspectives. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 6(1). 56-67.

- Ferrie, J. E., M. J. Shipley, M. G. Marmot, S. Stansfeld, and G. D. Smith (1995). Health-effects of anticipation of job change and nonemployment - longitudinal data from the Whitehall-II study. *British Medical Journal* *311(7015)*. 1264-69.
- Ferrie, J. E., M. J. Shipley, G. D. Smith, S. A. Stansfeld, and M. G. Marmot (2002). Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* *56(12)* 922-26.
- Fogel, R. W (2003). Secular trends in physiological capital, implications for equity in health care. *Perspectives in Biology and Medicine* *46(3)*.
- Foster, L. M., M. Tannhauser, and H. M. Barros (1996). Drug use among street children in southern Brazil. *Drug Alcohol Depend* *43(1-2)*:57-62.
- Frenk, J., J. L. Bobadilla, J. Sepulveda, and M. Lopez-Cervantes (1989). Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning* *4(1)*. 29-39.
- Gunnarsson, V., P. F. Orazem, and M. A. Sánchez (2006). Child labor and school achievement in Latin America. *The World Bank Economic Review* *20(1)*. 31-54.
- Hadden, W. C., C. Muntaner, J. Benach, D. Gimeno, and F. G. Benavides (2007). A glossary for the social epidemiology of work organization, Part 3. Terms from labour markets. *Journal of Epidemiology and Community Health* *61*. 6-8.
- Hammarström, A., and U. Janlert (2002). Early unemployment can contribute to adult health problem-Results from a longitudinal study of school-leavers. *Journal of Epidemiology and Community Health* *56(8)*. 624-30.
- Harding, P., and R. Jenkins (1989). *The Myth of the Hidden Economy*. Philadelphia: Open University Press.
- Hawamdeh, H., and N. Spencer (2002). Growth of working boys in Jordan: a cross-sectional survey using non-working male siblings as comparisons. *Child: Care, Health and Development* *28(1)*. 47-49.
- Hawamdeh, H., and N. Spencer (2003). The effects of work on the growth of Jordanian boys. *Child: Care, Health and Development* *29(3)*. 167-72.
- Hernandez, P., A. Zetina, M. Tapia, C. Ortiz, and I. A. Soto (1996). Childcare needs of female street vendors in México city. *Health Policy and Planning*, *11(2)*. 169-78.
- Hogstedt, C., D. H. Wegman, and T. Kjellstrom (2007). *The consequences of economic globalization on working conditions, labor relations, and worker's health*, pp. 138-57 in *Globalization and Health*, edited by I Kawachi and S Wamala. Oxford: Oxford

University press.

- Hopkins, T. K., and I. M. Wallerstein. (1976). Patterns of Development of the Modern World-System. *Review (Fernand Braudel Center) 1(2)*, 111-45.
- Huk-Wieliczuk, E (2005). Physical work load and state of health of school-aged children in the southern Podlasie region. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine 12*, 95-100.
- International Labour Organization. International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). From [*http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/](http://www.ilo.org/public/english/standards/ipecc/) Accessed on July 4, 2006.
- International Labour Organization (2006). *The End of Child Labour: Within Reach - Global Report under the Follow-Up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights and Work*. Geneva: ILO (Geneva Office).
- Iriart, J. A. B., R. P. Oliveira, S. Xavier, A. M. Costa, G. R. Araújo, and V. S. Santana (2006). Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva 3(1)*, 1-21.
- Jahoda, M (1982). *Employment and Unemployment - A Sociopsychological Analysis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jamal, M., and J. A. Badawi (1995). *Job stress and quality of working life of self-employed immigrants: A study in workforce diversity*. *Journal of Small Business and Entrepreneurship 12*.
- Janlert, U (1991). *Work Deprivation and Health-Consequences of Job Loss and Unemployment*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institute.
- Kagan, A., and L. Levi (1975). *Health and environment-psychosocial stimuli - A review*. pp. 241-60 in *Society, Stress, and Disease*, edited by L Levi, London, UK: Oxford University Press.
- Karasek, R (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly 24* 285-306.
- Karasek, R., and T. Theorell (2000). The demand-control-support model and CVD. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews 15(1)* 78-83.
- Kassouf, A. L., M. Mckee, and E. Mossialos (2001). Early entrance to the job market and its effect on adult health: evidence from Brazil. *Health Policy and Planning 16(1)* 21-28.
- Kivimäki, M., J. Vahtera, M. Virtanen, M. Elovainio, J. Pentti, and J. E. Ferrie (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American*

- Journal of Epidemiology 158(7). 663-68.
- Landsbergis, P., P. Schnall, T. Pickering, K. Warren, and J. Schwartz (2003). Lower socio-economic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 29(3) 206-15.
- Letourneux, V (1998). *Precarious Employment and Working Conditions in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.
- Low, M. D., B. J. Low, E. R. Baumler, and P. T. Huynh (2005). Can education policy be health policy? Implications of research on the social determinants of health. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(6):1131-62.
- Ludermir, A. B., and G. Lewis (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(8). 622-27.
- Marmot, M., J. Ferrie, K. Newman, and S. Stansfield. 2001. "The contribution of job insecurity to socio-economic inequalities." in *Research Findings: 11: ESRC Health Variations Programme*.
- Muntaner, C (2004). Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 33(4). 674-80.
- Muntaner, C., Y. Li, X. N. Xue, T. Thompson, P. O'Campo, H. Chung, and W. W. Eaton (2006). County level socioeconomic position, work organization and depression disorder: A repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health & Place* 12(4). 688-700.
- Muntaner, C., J. W. Lynch, M. Hillemeier, J. H. Lee, R. David, J. Benach, and C. Borrell (2002). Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *International Journal of Health Services* 32(4) 629 - 56.
- Muntaner, C., F. J. Nieto, L. Cooper, J. Meyer, M. Szklo, and H. A. Tyroler (1998). Work organization and atherosclerosis: Findings from the ARIC study. *American Journal of Preventive Medicine* 14(1). 9-18.
- Navarro, V., C. Borrell, J. Benach, C. Muntaner, A. Quiroga, M. Rodriguez-Sanz, N. Vergés, J. Gumá, and M. I. Pasarín (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the oecd, 1950-1998. *International Journal of Health Services* 33(3). 419-94.
- Navarro, V., and C. Muntaner (2004). *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being: Controversies and Developments* Amityville, NY: Baywood

Publishing Company.

- Navarro, V., C. Muntaner, C. Borrell, J. Benach, Á. Quiroga, M. Rodríguez-Sanz, N. Vergés, and M. I. Pasarín (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet* 368(9540), 1033-37.
- Nilvarangkul, K., J. Wongprom, C. Tumngong, A. Supornpun, P. Surit, and N. Srithongchai. 2006. "Strengthening the self-care of women working in the informal sector: local fabric weaving in Khon Kaen, Thailand (Phase I)." *Industrial Health* 44(1), 101-7.
- Novo, M (2000). *Young and unemployed - Does the trade cycle matter for the health*, in A Study of Young Men and Women during Times of Prosperity and Times of Recession. Umeå: Umeå Universitet.
- Oliviera, C. M (2006). *Brasileiras Guerreiras Da Paz*. Rio de Janeiro: Edirora Contexto.
- Omran, A. R (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4), 509-38.
- Pórtés, A., and R. Schauffler (1993). Competing perspectives on the Latin American informal sector. *Population and Development Review* 19(1), 33-60.
- Parent-Thirion, A., E. Fernández Macías, J. Hurley, and G. Vermeulen (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Parslow, R., A. Jorm, H. Christensen, P. Jacomb, and B. Rodgers (2004). Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Social Science & Medicine*, 59(10), 2121-29.
- Patel, V., and A. Kleinman (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization*, 81(8), 609-15.
- Pick, W. M., M. H. Ross, and Y. Dada. 2002. "The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa." *Social Science & Medicine* 54(2), 193-204.
- Prottas, D. J., and C. A. Thompson (2006). Stress, satisfaction, and the work-family interface: A comparison of self-employed business owners, independents, and organizational employees. *Journal of Occupational Health Psychology* 11(4), 366-78.
- Quinlan, M., and C. Mayhew (2000). *Precarious employment, work re-organisation and the fracturing of occupational health and safety management*, in *Systematic OHS Management: Perspectives on an International Development*, edited by K Frick, P Langaa Jensen, and T Wilthagen. Amsterdam: Elsevier.
- Ram, R (2006). Further examination of the cross-country association between income inequality

- and population health. *Social Science & Medicine*, *62*(3), 779-91.
- Roberts, H., J. C. Pearson, R. J. Madeley, S. Hanford, and R. Magowan (1997). Unemployment and health: The quality of social support among residents in the Trent region of England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *51*(1), 41-45.
- Rose, G (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Sales, E. C., and V. S. Santana (2003). Depressive and anxiety symptoms among housemaids. *American Journal of Industrial Medicine*, *44*, 685-91.
- Santana, V. S., S. P. Cooper, R. E. Roberts, and J. B. Araujo (2005a). Adolescent students who work: Gender differences in school performances and self-perceived health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, *11*(3), 294-301.
- Santana, V. S., S. P. Cooper, R. E. Roberts, and J. E. Araujo (2005b). Adolescent students who work: Gender differences in school performances and self-perceived health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, *11*(3), 294-301.
- Santana, V. S., and D. Loomis (2004). Informal jobs and nonfatal occupational injuries. *Annals of Occupational Hygiene* *48*(2), 147-57.
- Schrijvers, C. T. M., H. D. van de Mheen, K. Stronks, and J. P. Mackenbach (1998). Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology* *27*(6), 1011-18.
- Sen, A (2002). Why health equity? *Health Economics* *11*, 659-66.
- Siegerist, J., and R. Peter. 2000. "The effort-reward imbalance model." *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* *1*(15):83-87.
- Siegrist, J., and M. Marmot (2004). Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science & Medicine* *58*(8), 1463-73.
- Silveira, P. C. R., and M. L. C. Robazzi (2003). Acidentes de trabalho entre crianças e adolescentes atendidos pelo setor público de saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Ciencia Y Enfermeria* *IX*(2), 43-55.
- Sorensen, G., and L. M. Verbrugge (1987). Women, work, and health. *Annual Review of Public Health* *8*, 25-51.
- Steijn, B., A. Need, and M. Gesthuizen (2006). Well began, half done? Long-term effects of labour market entry in the Netherlands 1950-2000. *Work, Employment, and Society* *20*(3):453-72.
- Vahtera, J., M. Kivimaki, and J. Pentti (1997). Effect of organisational downsizing on health of employees. *The Lancet* *350*(9085), 1124-28.

- Vahtera, J., P. Virtanen, M. Kivimaki, and J. Pentti (1999). "Workplace as an origin of health inequalities." *Journal of Epidemiology and Community Health* 53(7), 399-407.
- Virtanen, M., M. Kivimaki, M. Elovaini, J. Vahtera, K. Kokko, and L. Pulkkinen (2005). "Mental health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies." *Social Science & Medicine* 61(10), 2084-95.
- Wallerstein, I. M (1979). *The Capitalist World-Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). *Commission on Social Determinants of Health Final Report, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva: The World Health Organization.
- Williams, C., and J. Windebank (1998). *Informal Employment in the Advanced Economies*. London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Willis, B., and B. Levy (2002). Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions. *The Lancet*, 359(9315), 1417-22.
- World Health Organization (1995). *Global Strategy on occupational health for all: The Way to health at work*. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health. Beijing, China: WHO.
- World Health Organization (2002). *United Nations Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights, 54th Session*. From http://www.who.int/hhr/information/en/WHO_Written_Submission_to_54th_Session_of_Sub-Commission.pdf. Accessed on November, 2006.
- Yamanaka, M., and A. Ashworth (2002). Differential workloads of boys and girls in rural Nepal and their association with growth. *American Journal of Human Biology*, 14, 356-63.
- Yelin, E., P. Katz, D. Lubeck, L. Wanke, and M. Buatti (2001). Impact of etanercept (Enbrel (R)) on health care use and employment in early RA. *Arthritis and Rheumatism* , 44(9) S152-S152.

Employment Conditions and Inequalities in Health: Pathways and Mechanisms

Chung, Haejoo* · Carles Muntaner** · EMCONET Network

Based on the work of the WHO Commission on Social Determinants of Health's Employment Conditions Network, this article describes and analyses the link between employment conditions and health inequalities using a comparative approach. More specifically, we present an overview of our macro- and micro-theoretical framework, a summary of the existing empirical evidence on the effect of employment conditions as cause of health inequalities, and a global typology of employment conditions and health. We end with a summary of scientific findings reviewed in this article, and suggestions for a direction for policy interventions to reduce health inequalities associated with employment conditions in countries at different levels of economic development.

Key words: employment conditions, health inequity, health inequality, unemployment, precarious employment, child labour, bonded labour, slave labour, informal labour, informal sector, global health, WHO, social determinants of health

◆ 2011.2.11. 접수 / 2011.03.09. 1차 수정 / 2011.06.20. 게재 확정

* Assistant Professor Department of healthcare Management, Korea University (hpolicy@korea.ac.kr)

** Professor, Dalla Lana School of Public Health & Faculty of Medicine, University of Toronto (carles.muntaner@utoronto.ca)