

보이지 않는 인구에 속한 여성의 의료 접근성 제한에 관한 주제 범위 문헌 고찰: 한국 주민등록제도 상 거주 불명 여성에 관한 시사점

김 은 빈[†]

강 속 정

이화여자대학교 심리학과

이화여자대학교 간호대학

본 연구는 대한민국 「주민등록법」 상 거주 불명 여성의 건강 행태와 의료 접근성을 탐색하고자 수행되었다. 이를 위해 JBI에서 제시한 방법론에 따라 총 13편의 논문을 선정하여 보이지 않는 인구에 속한 여성의 의료 접근성에 관한 주요 개념에 관하여 주제 범위 문헌 고찰을 했다. 연구 결과, 보이지 않는 인구에 속한 여성은 법적 지위 부재로 인해 복잡한 행정 절차, 의료비용 부담, 의료진의 문화적 유능감 결여, 낮은 건강 문해력, 사회적 낙인, 지역사회 예산 삭감, 국가 통계에서의 배제 등 복합적인 의료 접근성 제한을 경험하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 국내 거주 불명 여성의 주거 불안정성이 법적 지위 부재로 전환되고, 사회적 지위가 젠더 취약성과 교차하면서 구조적 낙인과 구조적 폭력에 노출될 수 있음을 시사한다. 이에 본 연구는 거주지 기반 시민권으로부터 건강권 분리, 거주 불명 상태에서도 이용할 수 있는 1차 공공 보건 의료 및 정신건강 체계 구축, 가신분의 활용 검토, 전문가의 다문화 역량 강화, 적극적인 서비스 제공, 시민사회 연대 및 기초데이터 구축을 포함한 정책 설계의 필요성을 제안한다.

주요어 : 거주불명제도, 보이지 않는 인구, 의료 접근성, 주거 불안정성, 젠더 취약성

[†] 교신저자: 김은빈, 이화여자대학교 심리학과 박사수료, E-mail: kinhf@naver.com



여성의 젠더 취약성과 주거 불안정성이 결합하면, 여성에게는 열악한 건강 불평등 환경이 조성된다. 대한민국의 법과 제도로 인해 발생하는 주거 불안정성 문제 중 하나는 거주 불명 상태다. 우리 사회에서 누군가 자력 혹은 타의에 의해 자택에서 거주할 수 없게 되면, 그는 ‘거주불명자’라는 행정 용어로 정리된다. 거주불명자는 「주민등록법」 제20조 제6항에 따라 거주 불명으로 등록돼 주민등록지가 읍면동 행정복지센터로 설정된 사람이다. 2026년 1월, 132,154명이 거주불명자로 행정처리되었고, 이 중 여성은 46,117명에 달했다(행정안전부, 2026). 1962년 5월 10일 제정된 「주민등록법」은 ‘주민의 거주 관계 및 인구 동태 파악’이라는 목적을 지닌 강력한 경찰 국가적 요소로, 거주민 등록 제도이자 국가 신분 등록 제도의 특성을 동시에 포함한다(범경찰, 2007). 이 법은 국가 행정의 기본적인 토대를 제공하며, 국민 개개인의 권리 행사 및 의무 이행의 기반이 된다. 과거에는 주민등록상 주소지에 실거주하지 않는 무단전출자는 ‘무단전출 직권말소’ 제도를 통해 국가가 주민등록을 직권으로 말소했다. 그러나 이 제도는 해당자를 각종 사회 안전망과 기본권에서 배제하는 심각한 부작용을 발생시켰다. 이에 2009년 10월 2일, 개정된 「주민등록법」에 따라 ‘무단전출 직권말소’ 제도가 공식적으로 폐지되고, ‘거주 불명 등록’ 제도가 시행되었다(조아라, 2021; 조준형, 2021). 거주불명자는 주민등록 제도에 의해 법적 지위가 제한되면서 ‘보이지 않는 존재(Invisible states)’가 되어 사회적 시선에서 감춰진다. 거주불명자는 단순히 주소지가 없다는 사실을 넘어, 시민의 기본권을 달성해 줄 사회 보장 제도 안에 들어가지 못하는 처지에 놓인다. 예를 들어, 건

강보험 자격은 거주 불명 상태에서 보험료 고지가 어려워 상실될 수 있으며, 이를 재취득하기 위해서는 보험료 고지서를 수령할 수 있는 주소지 등록과 건강보험공단 방문 신고가 필요해 사실상 재취득이 어렵다. 이를 종합하면, 약 4만 명에 달하는 거주 불명 여성의 주거 불안정은 단순한 주소지 부재의 문제를 넘어선다. 거주 불명 상태는 곧 법적 신분 보장이 불투명해지고, 더는 우리 사회에서 보이지 않도록 거주불명자를 감춘다. 이는 거주 불명 여성이 심각한 기본권 침해와 사회적 배제를 겪고 있을 가능성을 시사한다.

시민권(citizenship)과 보이지 않는 인구(Invisible population)

‘시민권(citizenship)’은 사회 보장을 포함하는 기본권의 조건이자 정체성과 소속감을 제공하는 제도적 기반으로, 국가의 행정적 실천을 통해 구성된다. 반면 ‘비시민(non-citizen)’은 자신이 거주하는 국가의 시민이 되지 못한 상태로, 사회의 공식적인 구성원으로 인정받지 못하고 시민의 권리가 제한된 위치를 의미한다. 비시민에는 이주민, 난민, 망명 신청자, 인신 매매 피해자, 무국적자 등을 포함한다. 국제인권법은 이들이 인간으로 누려야 할 권리를 보장해야 한다고 권고하지만, 현실에서 비시민은 법적 지위의 불안정성으로 인해 공식적, 비공식적 차별을 경험한다(Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2006).

이러한 비시민은 사회에 물리적으로 존재하지만, 제도적으로 존재하지 않는다고 간주하는 ‘보이지 않는 인구(invisible population)’로 이해할 수 있다. 보이지 않는 인구는 사회적 비

가시성 속에 위치하며, 사회적 권력이 작동하는 장(field)에서 인식(perception)의 문턱 바깥으로 밀려나 제도적 보호와 권리의 영역에서 축출된다(Brighenti, 2007). 사회적 비가시성은 단순한 무관심이 아니라 특정 집단에게 적극적으로 작용하는 권력 행위로 이해된다. 비가시화 과정에서 개인이 정당하게 기대할 수 있는 사회적 인정(recognition)은 박탈되고, 이는 사회적 부정의가 발생하는 조건이 된다(Honneth, 2004). 이에 따라 보이지 않는 집단은 사회적·정치적 발화의 위치에서 제외된다. 이들은 권력관계 내 종속된 위치에서, 자신의 경험을 공적 담론으로 표현하지 못한다(김현옥 외, 2024). 이는 지배적 담론 속에서 목소리를 낼 수 없는 집단을 설명하는 ‘서발터니티(subalternity)’ 개념과 연결된다(Spivak, 1988). 요컨대, 보이지 않는 인구는 법적 지위의 부재 상태에서 구조적 압력에 의해 사회적 인식과 정치적 영역으로부터 밀려나는 집단으로 간주할 수 있다. 이 과정에서 사회는 취약성의 위치를 생산하고, 여기에 속한 자는 보호와 인정으로부터 소외되고 배제된다(김동규, 2023).

보이지 않는 인구에는 주로 무국적자(stateless person), 난민(refugee), 망명 신청자(asylum seeker), 서류 미비 이주민(undocumented migrants) 등이 포함된다(Chuah et al., 2018). 이들은 ‘법적 지위가 없는 인구(The population without legal status)’, ‘미등록 인구(unregistered population)’로, 국적이 없거나 국가로부터 인정받지 못하고, 역사적 사건, 인종 박해, 성별 취약성 등 여러 맥락에서 고향을 떠나 새로운 환경으로 진입한 자들이다(Schoenborn, 2021). 이들은 행정적으로 비시민 상태에 있으며, 새롭게 정착한 곳에서도 쾌적하고 안정적인 주거지를 확보하지 못한 채, 제도가 보장하는 기본권에서 소

외되어 살아간다. 이외에도, 출생하고 살아온 국가에 그대로 머물며 불법 사채업자의 추심, 아동 학대, 젠더 기반 폭력 등으로 인해 자취를 감추고 숨어서 행정상 법적 지위를 상실한 사람들도 있다. 이처럼 보이지 않는 인구는 법적 지위를 ‘획득하지 못한 자’ 일뿐 아니라 ‘상실한 자’까지 포괄하는 ‘법적 지위 부재 상태’로 간주할 수 있다.

또한 보이지 않는 인구는 낙인, 사회적 위협 등 불리한 조건들로 인해 국가 통계나 공식적인 연구에 포착되지 않고, 표본 추출과 자료 수집에서 접근하기 어려운 ‘숨겨진 집단(hidden group)’이기도 하다(Heckathorn, 1997). Bonevski(2014)는 노숙자, 만성 정신 질환자, 고등학교 중퇴자, 범죄자, 성매매 종사자, 청소년 범죄자, 가정 밖 청소년 등 숨겨진 집단으로써 사회경제적 취약계층이 공중 보건 및 의학 연구에서 과소 대표되어, 건강 관련 정책 설계 단계에서부터 불이익을 경험할 수 있다고 설명했다. 구체적으로, Enticott et al.(2017)의 연구에서는 난민, 무국적자, 서류 미비자, 제도 기반 등록되지 않은 사람들을 숨겨진 집단으로 간주했다. 이들은 행정 제도에 등록되지 않아 법적 지위를 갖지 못하며, 국가 통계와 정책에서 누락되었다. 일부 국가는 이들을 통계 안으로 끌어올 수 있는 샘플링 프레임 자체가 아예 존재하지 않기도 했다. 숨겨진 집단 구성원의 경우, 개인정보 노출, 낙인, 불신, 비가시화로 인해 국가 연구 참여율도 매우 낮았다. 국가 차원의 통계 데이터 부족은 정책의 기반이 될 수 있는 기초 연구 자체가 부족해지는 구조적 악순환으로 이어질 수 있다. 거시적 차원에서 이뤄지는 사회구조적 배제는 이들이 정책 우선순위에서도 밀려나는 결과를 초래한다. 결국 보이지 않는 인구는 사회적

소수자일 뿐 아니라, 제도적 공백 사이에 숨겨진 존재로 이해해 볼 수 있다(Kaveri, 2017; Chuah et al., 2018).

대한민국의 보이지 않는 인구에도 앞서 열거된 노숙자, 난민, 이주노동자, 결혼이주여성, 가정 밖 청소년, 성매매 종사자, 인신매매 피해자 등을 포함할 수 있다. 해외 사례는 주로 정주 국가의 국적 및 시민권 획득 여부를 기준으로 법적 지위 부재의 영향을 분석했다. 반면, 한국 사례에서는 제도적 특수성으로 인해 주거 불안정성이 기본권 행사에 영향을 미치는 조건을 함께 고려할 필요가 있다. 한국에서는 국적이 있더라도 「주민등록법」상 거주 불명 등록 제도에 의해 법적 지위가 불분명해지거나 거의 부재한 상태에 놓일 수 있다. 한국은 국민 신분의 증거로써 주민등록을 시민권의 조건으로 삼았고, 사회보장제도에서도 주민등록을 바탕으로 복지 자원을 배분한다. 이러한 정책 설계로 인해 실제로 살아가는 장소와 주민등록상 주소지가 일치하지 않는 사람들은 자신의 신분을 증빙하기 어려워지고, 그 결과 사회적 실현은 사실상 요원해진다(현시용, 2007). 요컨대, 정주 국가의 국적 여부와 관계없이 해외와 한국 사례 모두 보이지 않는 인구는 기본권을 보장받지 못하는 불리한 위치에서 건강 불평등을 겪을 수 있는 유사한 조건에 처했다고 간주할 수 있다. 이들은 한국 안에서 법적 지위를 얻지 못하거나 잃어버려서 제도로부터 배제되고, 건강권을 보장받지 못하는 취약성을 공통으로 지닌다.

보이지 않는 인구에 속한 여성의 건강 불평등

보이지 않는 인구에 속한 여성의 의료 접근성 상태와 건강 불평등 경험은 ‘교차성

(intersectionality)’을 분석 틀로 살펴볼 수 있다. 차별은 동시에 여러 방향으로 발생할 수 있다. 각각의 영향을 따로 분리하여 단일 축으로 분석하면 현상을 제대로 이해할 수 없다. Crenshaw(1989)는 교차성을 인종, 성별, 계급 등 다양한 권력 구조가 서로 교차하면서 특정 집단에게 독특한 형태의 억압을 만들어내는 과정으로 설명한다. 사회적 권력의 상호작용은 특정 집단의 경험에 영향을 주는 여러 차원을 형성하여 새로운 형태의 억압을 만들어낸다. 이때 영향을 받는 존재나 집단은 권력이 교차 작동하면서 만들어지는 독특한 사회적 위치에 처한다. 교차성은 사회제도가 여러 억압 구조를 작동시켜 특정한 집단을 더 취약한 위치에 놓는 구조적 교차성(structural intersectionality), 서로 다른 사회운동이 정치적 목표를 추구하는 과정에서 교차적 위치의 집단 문제를 배제하는 정치적 교차성(political intersectionality), 대중문화와 사회적 담론에서 특정 집단의 이미지를 특정한 방식으로 구성하면서 현실을 왜곡하거나 지위버리는 재현적 교차성(representational intersectionality)으로 나뉜다(Crenshaw, 1991).

이에 따라 보이지 않는 인구에 속한 여성의 경험은 시민권의 부재와 여성이라는 젠더 취약성이 겹친 구조적 교차성의 관점으로 분석할 수 있다. 이들이 놓인 사회적 비가시성은 단순한 행정에서의 누락으로 그치지 않고, 사회가 준비한 자원에 접근할 수 없게 만드는 구조적 조건과 밀접하게 연결된다. 젠더, 주거 불안정성 등 여러 사회적 억압이 구조적으로 교차하면, 이는 구조적 폭력(structural violence)으로 작동할 수 있다. Galtung(1969)은 사회구조가 사람들에게 불평등한 삶의 기회를 제공하면서 인간이 원래 도달할 수 있었던 삶의

수준과 실제 삶의 조건 사이에 불필요한 격차가 발생하는 상태를 구조적 폭력으로 정의했다. 이는 사회제도와 정책이 특정 집단의 기본적인 삶의 조건과 자원 접근을 체계적으로 제한하는 과정으로 볼 수 있다. 구조적 폭력은 경제와 정치 체계가 정상적으로 발생할 때 나타나는 결과로, 체제 속에서 누구도 계획하고 실행한 적 없으나 객관적인 과정의 결과물로 일어나는 폭력을 설명한다(이나영, 2016).

구조적 폭력은 구조적 낙인(structural stigma)을 동반한다. Hatzenbuehler(2016)은 사회적 낙인이 거시적 수준에서 제도화된 형태를 구조적 낙인으로 설명한다. 구조적 낙인은 국가가 인간의 차이를 구별하고 사회에서 특정 대상을 선별하여, 지배적인 문화 신념을 기초로 선별된 대상에게 부정적 고정관념을 연결해서 낙인을 부여하고, 낙인찍힌 대상을 ‘우리’와 너무도 달라서 사실상 인간이 아닌 존재로 여기는 과정이다. 이 지점에서 한 사회의 ‘우리’는 낙인찍힌 ‘그들’을 향해 끔찍한 처우가 가능해진다(Link & Phelan, 2001). 이처럼 낙인은 권력에 의존하여 낙인찍힌 사람과 낙인을 부여하는 사람 사이에서 나타나며, 낙인찍힌 사람은 전반적인 불이익과 지속적인 곤경을 겪는다. 따라서 가시적 가해자가 없더라도 한 사회에는 불평등한 권력, 생애 기회의 차이 등이 구조에 내장되어 있어 사회구조가 불평등을 고정한다. 그로 인해 질병률, 사망률, 문해력, 소득, 권력 차이가 사회적 결과로 나타난다.

구조적 교차성으로 인한 구조적 낙인 및 폭력은 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health, [SDoH])에 영향을 미쳐, 건강 불평등으로 나타난다. Kane et al.(2023)의 연구는 법적 지위가 SDoH의 요인임을 지목했

다. 연구에 따르면, 무국적자는 착취 위험과 함께 법적 지위 부재로 인한 지속적인 스트레스를 경험하며, 우울, 불안, 존재감 상실 등 정신건강 문제를 경험할 가능성이 높았다. 또한 보이지 않는 인구가 겪는 법적·제도적 배제는 생애주기 전반에 걸친 건강 불평등의 누적(Askola, 2010), 감시·차별의 내면화와 우울감 같은 심리적 고통의 증가(이안나 & 강영신, 2023; Wali, 2018), 의료비 부담, 정보 부족, 언어 장벽 등 복합적 문제로 이어졌다(Kaveri, 2017). Cheong & Baltazar(2021)는 ‘법적 주변인(Legally Marginalized Persons)’이라는 개념을 통해 의료 체계와 시민 등록 행정이 상호작용을 하면서, 제도적 배제를 완화하거나 심화하는 과정을 설명했다. 법적 주변인은 제도 신청에 관한 의사결정, 보건 의료기관 접근, 서비스 이용과 같은 3단계에서 모두 의료 서비스 지연을 경험했다. 이들은 전반적인 보건의료 서비스 접근에 심각한 제약을 받았고, 공공 의료 혜택은 거의 이용할 수 없었다. 즉, 법적 지위의 가장자리로 밀려난 존재는 의료기관 이용, 의료비 부담 등 전반적인 의료 접근성 제한이 제한된 사회적 위치에 놓였다. 이처럼 엄연히 살아 있는 자가 보이지 않는 인구로 빨려 들어가면, 몸과 마음이 건강하게 살 권리, 즉, 건강권의 사각지대에 놓일 수 있다.

여성의 경우, 의료 접근성 제한은 젠더 취약성과 법적 지위의 불안정성이 교차하는 위치에서 복합적인 사회경제적, 제도적, 문화적 배제로 변화한다(Schoenborn, 2021). Lateef와 Pillay(2025)의 연구에 따르면, 아프리카 노숙 여성들은 의료진이나 지역사회 주민들로부터 받을 낙인과 차별이 두려워서 산전 관리를 회피하는 경향을 보였다. 그녀들은 과거에 의료진으로부터 환영하지 않는 태도, 모욕감, 언어

폭력 등 부정적 사건을 겪은 것으로 확인되었다. 이러한 낙인과 차별 경험은 보건의료 전반을 향한 불신으로 이어졌고, 결국 서비스 이용을 기피하도록 작용했다. 이에 따라 노숙 상태의 임산부는 밤 동안 안정적으로 머물 수 있는 숙소가 없어 수면이 불규칙해졌고, 영양가 있는 음식이나 필수적인 산전 관리를 제대로 제공받지 못했다. 또한, 그녀들은 임신 중에 발생하는 출혈, 감염과 같이 예방하거나 치료할 수 있는 질병도 적합한 시기에 치료받지 못하기도 했다. 결국, 교차하는 배제의 조건은 산모와 신생아의 건강 위험을 구조적으로 심화시키는 요인으로 작용했다.

또 다른 사례로, 서류 미비 이주 여성은 체류 허가 서류를 갖추지 못해 정주 국가에서 법적 지위를 확보하지 못했고, 이에 따라 열악한 주거 및 노동 환경 노출되면서 전반적인 건강 상태가 악화하였다. Schoenborn(2021)의 연구에서는 서류 미비 이주 여성이 심각한 모성 질환, 모성 사망, 조산, 저체중 출산 위험에 더 크게 노출되어 있다고 지적했다. De Jong et al.(2017)의 연구는 서류 미비 이주 여성이 합법적 거주자나 등록된 이주민에 비해 산전 관리의 이용 빈도가 낮고, 관리 시작 시기가 늦거나 전혀 이용하지 못할 가능성이 높다는 사실을 밝혔다. 이들은 분만 과정에서 태아 스트레스, 출산 외상, 조산 등의 합병증과 함께 산후출혈도 더 높은 빈도로 경험했다. 이처럼 모자보건 서비스를 늦게 혹은 적게 이용한 이유는 추방에 대한 두려움 때문이었다. 이들은 병원이나 보건소에 가면 즉시 경찰에 통보되어 추방될 수도 있다고 오인하고 서비스 이용을 주저했다. 이와 더불어, 자신들이 이용할 수 있는 의료 서비스와 법적 권리가 있다는 사실 자체를 알지 못하는 점도 임신,

출산, 산후기 동안 모자보건 서비스를 과소 이용하는 주요 원인으로 확인되었다. 이러한 이유로 병원보다 집에서 출산하는 사례가 많았고, 병원 외 출산으로 인해 의료기관에서 자동으로 이루어지는 아동 출생 등록이 누락되어 세대 간 법적 배제가 이어지는 결과를 초래하기도 했다(Cheong & Baltazar, 2021).

한국의 사례로는 노숙인의 건강 불평등 경험을 살펴볼 수 있다. 노숙인은 주거 불안정성과 법적 지위 부재가 교차하면서 의료 접근성 제한을 경험하는 대표적인 집단이다. 실제로 거주 불명 상태의 노숙인은 주소지가 없다는 이유로 기초생활수급 신청, 긴급복지 지원 등 사회 보장 영역에 접근하기 어려워, 한국 사회에서 사실상 ‘없는 존재’나 다름없이 취급되었다(최나실, 2022). 2021년 노숙인 실태조사에 따르면, 거리 노숙인의 42.6%는 몸이 아파도 ‘병원에 가지 않고 참는다’라고 응답했으며, 그 주된 이유로 ‘병원비 부담’(85.3%)을 꼽았다. 이 외에도 ‘병원에 데려다 주거나 간병해 줄 사람이 없어서’(4.5%), ‘병원에서 차별해서’(4.1%)와 같은 우려도 의료 서비스 이용을 제한하는 요인으로 나타났다(임덕영 외, 2021).

한국의 보이지 않는 인구에 속한 여성 사례는 거주 불명 처리된 가정 폭력 피해 여성을 주목해 볼 수 있다. 피해 여성은 폭력에서 탈출하는 과정에서 ‘집’이라는 삶의 기반을 상실하며 주거 불안정 상황에 직면한다. 특히, 가해자의 추적을 피하고자 주소지를 등록하지 못하는 상황은 「주민등록법」상 거주 불명 제도와 젠더 취약성이 교차할 가능성으로 이어진다. 이는 국가 신분 등록이 주거지 기반 행정 체계에 묶이면서 발생하는 문제로, 피해 여성은 물리적으로 존재하나 시민권은 보장받지 못한 채 구조적 낙인의 대상이 된다. 이러

한 소외는 국가가 보호해야 할 대상을 ‘여성’이 아닌 ‘가정’ 단위에 두었던 가부장적 제도의 흔적에서 기인한다. 정책적 개선에도 불구하고 주거권 보장이 어려운 구조적 폭력은 지속되고 있으며, 제도 환경 안에서 여성은 다층적인 사회적 역할로부터 분리된다. 그 결과, 피해 여성은 ‘보호’라는 명목하에, 일상에 누적된 역할과 관계로부터 분리되고, ‘피해자’라는 단일한 정체성으로 소급되며, 삶의 정주지에서 언제든 떠날 수 있는 존재로 위치 지워진다. 이와 같은 사회적 배제의 영향은 학습된 무기력, 불안, 분노 등 심리적 고통과 함께 신체적 질병 위험이 증가하는 건강 불평등 상태로 나타날 수 있다(고은정, 2022; 홍정현 외, 2017). 결국 가정 폭력 피해 여성이자 거주 불명 여성은 구조적 낙인과 구조적 폭력 안에서 주거 및 경제적 빈곤뿐 아니라 생존을 위한 필수 의료 서비스 접근에서도 상당한 제약을 경험하게 된다.

기존 연구 한계와 연구 필요성

보이지 않는 인구에 속한 여성에 관한 선행 연구는 대부분 해외를 중심으로, 무국적자, 난민, 망명 신청자, 서류 미비 이주민 등 법적 지위 미확득자의 건강 상태나 의료 접근성 제한을 다뤘다. 이러한 연구들은 주로 유럽, 북미, 동남아시아 등의 맥락에서 이뤄졌고, 한국의 「주민등록법」 기반 행정 체계로 인해 발생하는 거주 불명 여성에 관한 연구는 거의 없다. 그뿐만 아니라 거주불명자의 건강권에 관한 제도적 결함을 비판하는 연구조차 희소하다. 이들에 관한 정보는 주로 신문 기사나 공공기관 실태조사 일부에 의존하고 있어, 학문적 논의의 장에서도 이들은 비가시화된 상

태에 놓여 있다.

본 연구는 보이지 않는 인구가 되어버린 여성들을 호명하고 응시하고자 한다. 이에 본 연구는 한 사회 안에서 법적 지위 부재로 인해 기본권이 침해된 존재를 보이지 않는 인구조작적 정의하여, 국적과 무관하게 행정적, 사회적, 문화적으로 식별되지 않아 공공보건 체계로부터 비가시화된 사람을 포괄하고자 한다. 여기에는 해외 경우, 무국적자, 난민, 망명 신청자, 서류 미비 이주민, 법적 주변인을 포함하며, 한국도 해외와 동일하되, 한국의 「주민등록법」에 따른 거주불명자를 포함한다. 이러한 정의를 바탕으로 거주 불명 여성을 구조적으로 의료 접근성이 제한된, 보이지 않는 인구이자 숨겨진 집단으로 명시하고, 사회적으로 가장 주변화된 여성의 삶을 조명하고자 한다. 이러한 작업은 한 여성의 생애주기와 과업에 따라 지속되는 불평등을 드러내고, 이들이야말로 사회서비스 접근의 우선 대상임을 확인하도록 돕는다(Schoenborn, 2021).

이를 위해 먼저, 법적 지위 부재와 그로 인한 의료 접근성 제한, 특히 젠더 취약성을 고려한 여성의 교차 된 취약성 문제에 관해 해외 연구를 정리하여 시사점을 발견하고자 한다. 이를 바탕으로 한국의 거주 불명 여성이 주거 불안정성으로 인해 보이지 않는 인구로 전환되어 겪을 수 있는 의료 접근성 제한을 드러내고, 이를 개선할 실질적인 정책 대안을 마련하고자 한다. 요컨대, 본 연구는 한 인간이 행정 절차로 인해 보이지 않는 인구로 빨리 들어가서, 일상뿐 아니라 연구와 정책에서 배제되는 현실을 지적하며, 누구나 자유롭게 평등하게 건강권을 누리는 사회를 위한 정책 기초를 제공하는 것을 목적으로 한다.

본 연구는 다음의 연구 질문을 다룬다.

첫째, 보이지 않는 인구에 속한 여성의 건강 상태 및 행위는 어떠한가?

둘째, 이들의 의료 접근성은 어떠한가?

방 법

본 주제 범위 문헌 고찰은 Joanna Briggs Institute(JBI)에서 제시한 수행 방법론(2020)을 준수하여 수행되었으며, PRISMA-ScR(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) 체크리스트를 따라 결과를 보고하였다. 이 주제 범위 문헌 고찰의 목적, 포함 기준 및 방법은 사전에 설정되어 JBI 프로토콜에 따라 문서화되었으며, 문헌 고찰 과정 중 프로토콜에서 벗어난 절차는 없었다.

데이터 베이스 선정

이화여자대학교 캠퍼스를 통해 접근할 수 있는 전자 저널 데이터베이스 중에서 본 문헌 고찰의 주제에 맞는 데이터베이스를 선정했다. 데이터베이스는 보건학, 의학, 간호학, 사회복지학, 정책학, 심리학 총 6가지 분야에서 다음 기준으로 선정했다. 첫째, 동료 평가를 거친 논문을 발행하는 저널을 포함하는 것을 기준으로 삼았다. 단, 학위 논문, 전자책, 서평, 백과사전, 규범/법률, 이미지, 인용 정보 등만 있는 데이터베이스는 제외했다. 둘째, 제목 또는 초록에서 키워드 검색이 가능하고, 셋째, 본 문헌 고찰의 범위와 주제에 적절하며, 넷째, 영어 혹은 국문으로 작성된 원문 전체를 제공하는 데이터베이스로 선정했다. 이 기준에 따라 최종 선정된 데이터베이스는 다음과 같다.

해외 데이터베이스는 PubMed, Academic Search Complete, CINAHL, SocINDEX with Full Text, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Web of Science, Scopus로 총 9개를 선정하고, 국내 데이터베이스는 KCI로 총 1개를 선정하였다.

키워드 검색

2000년부터 2025년 4월까지, 연구자가 선정된 데이터베이스에서 다음과 같은 조합의 키워드를 사용하여 검색을 수행하였다. 각 범주 내 검색어는 불리언 연산자 “OR”로, 범주 간 검색어는 “AND”로 결합하였다. 해외 데이터베이스에서는 (“Stateless Persons”[MeSH] OR “stateless” OR “statelessness” OR “unregistered women” OR “resident unregistered” OR “legally marginalized persons”) AND (“Health Services Accessibility”[MeSH] OR “health access” OR “medical care” OR “healthcare barrier” OR “health inequality” OR “health disparity”) 국내 데이터베이스에서는 (“노숙” OR “이민” OR “난민” OR “불법 체류”) AND (“건강” OR “불평등”) AND (“여성”)을 키워드로 검색하였다.

검색은 국문 및 영어로 작성된 논문 중 2000년 이후 발표된 문헌을 대상으로 하였으며, 검색에 관해서는 첫째, 데이터베이스 연도 범위 내 출판된 논문일 것, 둘째, 동료 평가를 거친 학술지 논문일 것, 셋째, 국문 혹은 영어로 작성된 원문 전체가 확보할 수 있는 논문을 포함 기준으로 사용하였다. 제외 기준은 첫째, 체계적·비체계적 문헌 고찰, 둘째, 학회 초록, 사례 보고, 회색 문헌이다. 이를 적용하여 총 474편 확인되었다. 추가로 연구진이 사전에 검토한 논문 1편이 포함되어 최종

475편이 포함되었다.

제목 · 초록 검토 단계

제목 · 초록 검토 단계에서는 다음과 같은 포함 기준을 적용하였다. 첫째, 실증 연구로서 원자료 분석 결과를 보고한 논문만 포함하였다. 둘째, 연구 대상이 국내외 보이지 않는 집단으로서 거주지 미등록, 무국적자, 난민 등이 포함된 경우를 선정하였다. 셋째, 연구 대상이 모두 여성이거나 전체 집단 중 일부가 여성이거나 연구 결과에 여성 건강이 기술된 경우를 포함하였다. 넷째, 의료 접근성을 변수로 다룬 연구를 포함했다. 다섯째, 국문 또는 영어로 작성된 동료 평가 학술지 논문을 포함했다.

여섯째, 양적 · 질적 논문과 개념과 정책을 다룬 논문을 모두 포함하되, 논평, 사설은 제외하였다. 연구자 한 명이 총 475편의 제목과 초록을 검토하여 432편을 제외하였으며, 43편의 문헌을 제목 · 초록 검토 단계의 최종 포함 대상으로 선정하였다.

전문 검토

선정된 43편의 문헌에 대해 연구자가 전문을 검토하였다. 초록만으로는 판단이 어려운 경우 전문을 활용하여 다음 기준을 중심으로 적합성을 판단하였다. 첫째, 본문에 거주지 미등록 또는 법적 지위 미확득과 관련한 기술이 있는지에 관한 여부, 둘째, 연구 대상에 여성

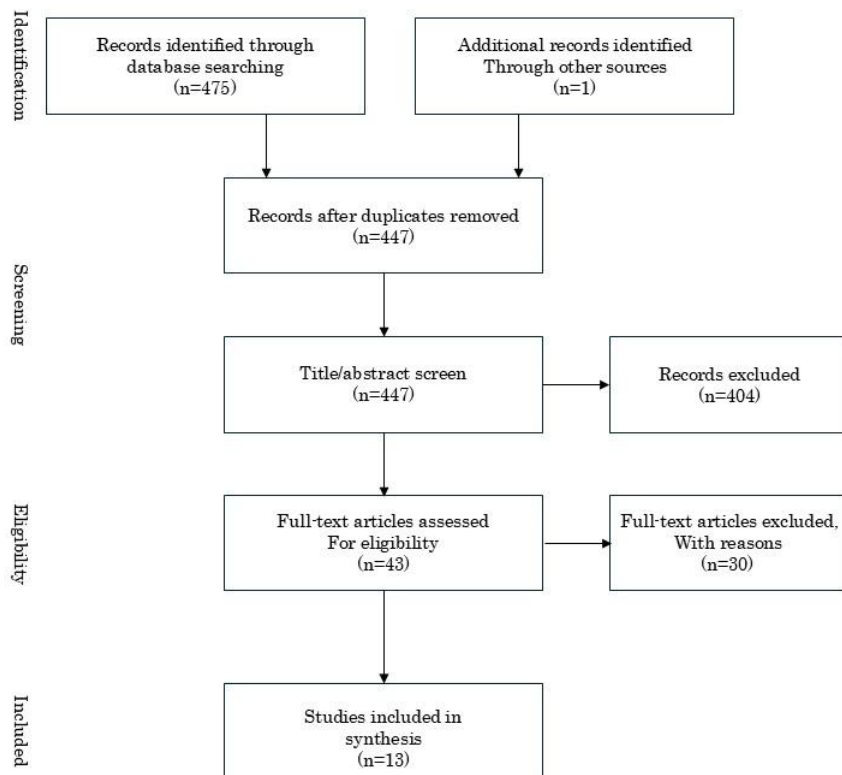


그림 1. PRISMA 흐름도

이 포함되는지 여부, 단, 정책 논문의 경우 여성이 명시되어 있지 않더라도 정책 대상에 암묵적으로 여성이 포함되어 있다고 간주하였다. 마지막으로 셋째, 의료 접근성과 건강 불평등 요인을 법적 지위 미획득과 관련하여 설명하는지에 관한 여부가 기준이었다. 그 결과, 사전 설정된 기준 중 하나 이상을 충족하지 못한 30편의 문헌이 제외되었으며, 최종적으로 13편의 논문이 포함되었다. 문헌 선정 과정은 그림 1에서 PRISMA 흐름도로 제시하였다. 선정된 13편의 논문은 모두 해외 연구로, 한국의 거주 불명 등록 제도로 인한 상태를 직접 다루지는 않지만, 연구 대상이 구조적 낙인과 폭력에 의해 법적 지위가 불분명해지면서 사회적으로 비가시화되고, 그 결과 사회 보장 체계에서 배제되며 건강 불평등을 경험한다는 점에서 공통된 조건을 보였다.

데이터 추출

13편 논문은 JBI 가이드라인과 연구 질문에 따라 다음과 같이 추출 항목을 구성했다. 첫째, 연구 기본 정보(저자, 출판연도, 출판 저널, 연구 수행 국가/지역, 연구 대상, 연구 대상의 여성 비율, 연구 방법 및 분석 방법, 데이터 및 측정 도구, 건강 관련 조사 항목), 둘째, 보이지 않는 집단 내 여성의 건강 상태와 건강 행위, 셋째, 의료 접근성 제한 경험으로 종합하였다. 자료는 기술적으로 요약한 후, 연구 목적 및 문제에 따라 주제별로 분석하였다.

결 과

연구 기본 정보

표 1은 13편의 논문의 연구 특성을 요약한 정보다. 포함 기준에 따라 2000년 이후, 가장 오래된 연구는 2018년에 수행되었다. 연구는 다양한 지역에서 수행되었다. 정치문화적 지역 기준으로 미주(미국(n=2)), 유럽(독일(n=2), 프랑스(n=1), 그리스(n=1), 벨기에(n=1)), 중동(이스라엘(n=1)), 남아시아(방글라데시(n=2), 인도(n=1)), 동북·동남아시아(대만(n=1), 태국(n=1))에서 수행되었다. 이 중 Khan et al.(2022)은 다국가 데이터로 캐나다와 케냐에서 참가자를 모집했다.

연구 방법 측면에서, 6편은 양적 연구를 사용하였고, 6편은 질적 연구였으며, 1편은 혼합 연구를 실행하였다. 양적 연구는 국가 단위 패널데이터, 의료 기록과 같은 행정 데이터, 척도를 사용하여 측정했고, 질적 연구는 반구조화 면담과 전문가 포커싱 그룹 면담으로 이뤄졌다. 표집 방법은 패널 및 행정 데이터를 제외하면 대체로 편의 표집, 목적 표집, 눈덩이 표집 등 비확률 표집 방식을 사용하였다. 표본 크기는 12명에서 6,821명까지 다양했으며, 이 중 여성 비율 범위는 28.1%에서 100%까지였다. Schoenborn et al.(2021)은 등록 산모와 미등록 산모의 단일 출생 871,283건을 분석한 대규모 연구였다. Khan et al.(2022)는 여성 비율이 직접적으로 제시되지는 않았으나, 연구 내용에 성매매 등 여성에게서 나타나는 건강 위험 행동이 기술되어 있어 인터뷰 대상에 여성이 포함되어 있었음을 유추할 수 있는 연구였다.

연구 대상은 난민, 망명 신청자, 이주민, 거리 청소년, 서류 미비 라틴계 이민자, 비인가 마을 거주자가 포함되었다. 난민, 비인가 마을,

표 1. 연구 기본 정보

번호	저자(들)	출판 연도	출판 저널 /서지 정보	연구 수행 국가/지역	연구 대상	연구 대상 여성 비율	연구 방법 /분석 방법	데이터/측정 도구
1	Bhatia et al.	2018	The Lancet	방글라데시 /루스바자르	로항아족 마을 중 402가구	여성이 가구주인 경우 113명(28.1%)	양적 연구 /기술통계 /시각화	훈련된 인터뷰어를 통한 설문조사
2	Niedermaier et al.	2020	BMC Health Services Research	독일 /할레	할레 지역 광명 신청자 4,107명	여성은 1,103명 (26.9%)	양적 연구 /기술통계	외래 진료 청구서 행정데이터
3	May	2021	Journal of Law and Society	프랑스	난민 신청자 52명	여성은 15명 (28.8%)	질적 연구 /내용분석	반구조화 인터뷰
4	Galvan et al.	2021	Journal of Immigrant and Minority Health	미국	서류 미비 라틴계 이민자 252명	여성은 전체 69.3%	양적 연구 /경로분석	1. DSM-5의 문화 공식화 면접(Cultural Formulation Interview) 문항 2. BSI-53 우울/불안 3. BSI-23 신체 증상 빈도 4. PMLD 보건의료 접근성 어려움 25문항
5	Schoenborn et al.	2021	BMC Pregnancy childbirth	벨기에	NPR등록 출생 854,689건, NPR미등록 출생 16,594건으로 총 871,283건 단일 출생의 등록/미등록 산모	여성은 100%	로지스틱 회귀분석	출생 및 사망신고 행정데이터, 국가인구 등록부(NPR) 데이터
6	Khan et al.	2022	Public Health Nursing	미국	캐나다와 캐나다의 거리 청소년 62명, 의료제공자 42명, 지역사회 이해관계자 97명	(성별 관련 인구 통계학적 정보 없으나 분석 내용에 성매매 등 여성 건강 포함)	질적 연구 /지시적 내용분석 /FGI /연구 기반 시나리오평가	반구조화 인터뷰

표 1. 연구 기본 정보 (계속)

번호	저자(들)	출판 연도	출판 저널 /서지 정보	연구 수행 국가/지역	연구 대상	연구 대상 여성 비율	연구 방법 /분석 방법	데이터/측정도구
7	Kitchanapaibul et al.	2022	Health and Social Care in the Community	태국	태국과 미얀마 국경 근처 고산족 무국적자 51명	여성은 66.6%	질적 연구 /내용분석	인터뷰
8	Grochtdreis et al.	2022	Health and Quality of Life Outcomes	독일	사회경제패널에 응답한 난민 6,821명 (전체 난민 표본의 67.8%)	여성은 2,653명 (38.9%)	양적 연구 /기술통계 /회귀분석	독일 사회경제 패널 횡단자료
9	Wang & Lin	2023	Health & Social Care in the Community	대만	미등록 이주노동자의 이해 당사자(행강가, 사회복지사 등) 12명	여성은 미등록 이주노동자의 절반	질적 연구 /주제분석	인터뷰
10	Das & Rani	2024	Social Sciences & Humanities Open	그리스	만 18세 이상 여성 난민 14명, NGO 종사자 11명, 전문가 5명	만 18세 이상 여성 난민 14명 (100%)	질적 연구 /내러티브 분석	반구조화 인터뷰
11	ElRayes et al.	2025	PLOS ONE	방글라데시	로힝야 난민 캠프 정신건강 외래 진료를 받은 722명, 4개의 전문가 포커스그룹	여성은 38.16%	혼합 연구 /기술통계 /FGI	진료 임상데이터, 인터뷰
12	Shibli et al.	2025	International Journal for Equity in Health	이스라엘	인기(60%)비인기(40%) 베두인 마을 거주 총 246명	여성은 61%	양적 연구/다중회귀분석	의료기록
13	John & Shin	2025	International Journal for Equity in Health	인도	타밀나두의 스티랑가 타밀 난민 12명	여성은 10명 (83.3%)	질적 연구	인터뷰

표 2. 건강 관련 조사 항목과 주요 결과

번호	저자	건강 관련 조사항목	주요결과
1	Bhatia et al.	<ol style="list-style-type: none"> 12개월간의 가구 내 사망자 정보 식량 및 식수 접근성 아동 예방접종 여부 보건의료 서비스 이용 	<ol style="list-style-type: none"> 보건의료 접근성: 약 60%가 12개월간 접근 어려움 주요 장애요인: 의료기관까지 거리, 진료비 부담, 약품 부족, 정보 부족 임신/출산: 임신한 가구 중 13%가 1회 산전 진료, 46.5%는 조산사 없이 출산
2	Niedermaier et al.	<ol style="list-style-type: none"> 방문 전문 과목 진단 질환 처방 약물 의료비용 	<ol style="list-style-type: none"> 낮은 외래 진료 이용률: 배우처 제도로 인한 구조적 장벽, 건강보험 배제 대부분 진단 및 서비스에서 성별 격차: 여성이 더 높음 전체 처방 약물 중 진통제 비중 큼 의료비: 응급 의료(배우처 불필요), 임원 진료 비중 높음 <p><제도적 장벽></p> <ol style="list-style-type: none"> 행정적 대기 시간: 제도가 보장하는 서비스를 받기 위한 신청 절차와 실제 의료 서비스 이용 사이에 간격이 큼 행정상 요구되는 서류: 망명 상태 난민 신청자가 마련하기 어려운 서류 제출 요구 의료 인프라 접근 어려움: 불안정한 거주 조건과 의료 체계 구조가 맞지 않아 실질적인 의료 이용 어려움
3	May	<ol style="list-style-type: none"> 소수자 관점에서 의료 서비스 접근성 	<p><심리적 장벽></p> <ol style="list-style-type: none"> 의료 서비스 이용이 난민 신청 절차에 부정적인 영향을 미칠 것이라 는 두려움 의료 및 행정 직원으로부터 차별 건강 문제 발생 시, 공식 제도 대신 공동체 내 대체 치료 방법 선택 경향

표 2. 건강 관련 조사 항목과 주요 결과 (계속 1)

번호	저자	건강 관련 조사항목	주요결과
4	Galvan et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이민 법적 지위로 인한 스트레스 2. 의료 접근성 3. 건강 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료 접근성의 어려움 평균 개수는 2.8개: 정기적 의료서비스 (64.6%), 장기 치료(69.3%), 치과 진료(60.0%) 어려움 2. 보건의료 접근성의 어려움이 법적 지위로 인한 스트레스와 불안, 우울, 신체 건강 간의 관계를 매개함 3. 68%가 의료보험이 없었음 4. 여성은 남성에 비해 신체 증상을 더 빈번하게 보고
5	Schoenborn et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 출생 시 임신주수, 출생체중, 아프가 점수, 신천성 기형 여부 2. 연령, 분만력, 당뇨병, 고혈압, 분만 방식, 구역, 교육 수준, 고용 상태, 동거 여부 3. 주산기 사망률 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2010년부터 2016년까지 전체 단계아 출생 중 1.9%(n=16,594)가 NPR 미등록 산모에게서 발생 2. 미등록 산모는 배우자 없이 거주하는 비율이 높고 초등교육 이하의 교육 수준 비율도 높고, 20세 미만 산모 비율도 높고, 소득이 전혀 없거나 낮은 비율도 높음 3. 미등록 산모는 등록 산모에 비해 불리한 주산기 결과를 보임: 모든 국적 미등록 산모가 주산기 사망률, 조산율, 저체중아 비율 높음
6	Khan et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 서비스 접근성 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 거리 청소년에 대한 부정적 사회 인식과 담론: 의료인의 다양성 교육 부족 2. 제도적 제한; 지역사회 기반 예산 부족, 건강보험 부재, HIV 서비스 및 약물 비용 3. 의료 제도 이용 질차 문제: 범적 신분 증명서 필요 4. 제한적 서비스 제공: 거리 청소년 특화된 주치의 부족, 먼 거리 이동, 접근하기 불편한 시간, HIV 특화 서비스 부족 5. 주변화된 정체성과 고위험 행동: 낮은 자존감과 무모한 행동, 사회적 낙인 내면화, 극심한 빈곤, 기초 생필품 부족, 사회적 지지 부족으로 인해 자기 관리를 위한 동기 부족으로 무방비한 성관계, 주사기 공유, 과도한 약물 사용 등 고위험 행동 6. 건강 문해력 낮음: HIV 자체에 대한 낙인, HIV 교육 홍보 부족

표 2. 건강 관련 조사 항목과 주요 결과 (계속 2)

번호	저자	건강 관련 조사항목	주요결과
7	Kitchanapaibul et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료진과의 접촉 과정에서 불편한 경험 2. 일상생활에서 직면하는 난민의 종류, 영향, 대처 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료서비스를 이용할 때, 자신의 요구를 말할 권리나 목소리가 없다고 느낌: 요구를 표현해도 의료진 반응이 미미, 좋은 대우를 받지 못할까 봐 두려워서 침묵 2. 태국 ID를 지닌 국민과 동등하지 않아 서비스 이용 과정에서 뒤로 밀리는 경험 3. 무료로 공공서비스에 접근하지 못해서 비용 지불, 의료비 선납 요구 4. 국적 있는 다른 고산족으로부터 차별 5. 삶의 조건이 나아질 가능성이 희박하다고 느끼는 절망감
8	Grochtdreis et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 독립변수: 성별, 연령, 고용 상태, 혼인 상태, 국적, 독일 도착 증명 후 경과 연수, 망명 신청 결과 연관성 2. 종속변수: 신체 건강 요약 지수(PCS), 정신 건강 요약 지수(MCS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PCS를 종속변수로 한 회귀 모형에서는, 여성인 것이 유의하게 낮은 PCS 점수와 관련됨(-3.2, p < 0.001). 2. MCS를 종속변수로 한 회귀 모형에서는, 여성인 것이 유의하게 낮은 MCS 점수와 관련됨(-2.9, p < 0.001).
9	Wang & Lin	<ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료 접근성 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 열악한 건강 관리: 정기 산전 검진 불참, 신생아 특수 건강 처리 미이행 등 2. 국가건강보험 적용 배제 3. 공식 의료체계 도움을 거림: 신분 노출이 두려워서 임신출산 후 실종 4. 비공식적이거나 불법적인 의료 환경에서 질 낮은 서비스 노출: 높은 출산 비용으로 자택, 기숙사 등 사적 공간에서 출산
10	Das & Rani	<ol style="list-style-type: none"> 1. 난민 인권에 대한 정부 정책 2. 난민의 신체 및 정신건강을 위한 NGO의 의료서비스 지원활동 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 섬 지역에 위치한 기관들에 대한 정보 부족: 이용할 수 있는 서비스 및 기관 역할에 대해 알지 못함 2. 법적 제도와 무관하게 공급/수요 측면에서 장벽 발생: 의료인들이 법적 체계 이해하지 못함, 통역사 부재 3. 캠프 내 거주지 문제로 인한 성폭력 발생해도 서비스 접근하지 못함 4. 임산부의 절반 이상이 산전 관리 서비스 받지 못함. 5. 미래 불확실로 인한 공황 발작

표 2. 건강 관련 조사 항목과 주요 결과 (계속 3)

번호	저자	건강 관련 조사항목	주요결과
11	EIRayes et al.	1. 환자의 인구통계학적 정보(성별, 연령)과 진료 횟수 2. 진단명(CD-10 기준) 3. 처방된 정신과 약물	1. 서비스 접근성 부족: 상담 서비스 부족과 여성의 문화적 제약 2. 정신건강 전문 인력 부족 3. 지역 자원 부족, 자원봉사자 수 부족 4. 물리적 시설 프라이버시 보장 부족, 먼 거리의 위치 제약 5. 정신건강 치료와 상담에 대한 사회적 낙인 6. 가정폭력, 성폭력 등 성별 기반 폭력으로 인한 정신과 증상이 발병하 나 문화적 요인으로 신체화로 발현
12	Shibli et al.	1. 독립변수: 출생 연도, 성별, 마을 인가 여 부, 결혼, 부모 여부, 상대적 소득, 교육 수준, 고용 상태, 만성질환, 히브리어 능 숙도, 보건의료 서비스(HCS) 도달방식 2. 종속변수: HCS 이용 여부	1. 비인가 마을 거주자의 주요 의료 접근성 장벽은 물리적 접근성 부족 (57.6%), 낮은 건강 문해력(12.1%) 2. 여성이 남성보다 의료 서비스 이용률이 더 높음: 일반적으로 더 높다 는 선행 연구 결과와 일치, 생식 건강 관련 요구, 가족 건강관리 의사 결정에 주요 역할
13	John & Shin	1. 정신건강 2. 일반 건강 3. 의료 이용	1. 사생활, 존엄성, 적절한 시설 결여 환경: 여성의 위생 유지 어려움, 스 트레스와 정신건강 문제 발생 2. 난민 여성의 고용 기회 부족과 경제적 불안정성으로 인한 건강 상태, 영양, 삶의 질 저하 3. 성별 불평등으로 인한 문화적, 사회적 규범에 따른 보건의료, 교육, 고용 접근 제한 4. 인도의 난민 관련 공식 정책 부재, 난민의 불명확한 법적 지위 미확 정으로 인한 의료 접근성 제한

서류 미비 이민자, 이주민은 무국적으로 법적 지위를 획득하지 못한 상태로 볼 수 있다. 망명 신청자는 일시적인 무국적자로 법적 지위 획득 전까지 무국적자와 같은 상태다. 거리 청소년은 국적은 있으나 건강권 측면에서는 제도적으로 제외된 존재다. 이 중 난민 대상 연구가 총 6편으로 빈도가 높았다. 12편의 연구에서는 보이지 않는 인구에 속하는 당사자를 직접 연구했으나, Wang & Lin(2023) 연구는 이주노동자를 지원하는 사회복지사, 행정가 등 이해 당사자를 대상으로 인터뷰를 수행했다.

건강 서비스 관련 조사 항목에는 보건의료 서비스 이용 접근성이 가장 빈번하게 활용되었다. 일부 연구에서는 인체면역결핍바이러스(Human Immunodeficiency Virus, [HIV]) 서비스 접근성, 예방접종 여부와 같은 구체적인 특정 의료 서비스를 분석하기도 했다. 건강 상태 관련 항목으로는 일반 건강, 신체 건강, 정신 건강 지표가 사용되었고, 의료 항목과 관련해서는 진단 과목, 진단명, 처방 약물, 의료비용과 같은 요인이 확인되었다. May(2021) 연구에서는 이미 마련된 정책과 제도가 소수자 관점에서 실질적인 접근이 가능한지를 조사하기도 했다. 이와 같은 내용은 표 2에서 확인할 수 있다.

‘보이지 않는 인구’에 속한 여성의 건강 상태

보이지 않는 인구에 속한 여성은 동일한 처지인 남성과 구별되는 열악한 의료 서비스를 경험했다. 특히, 이들의 건강 문제는 임신, 출산, 피임 등 생식 건강 관련 서비스에 집중되었다. 젠더 기반 폭력과 같은 젠더 취약성도 신체 건강 및 정신 건강 문제와 밀접하게 연

결되었다. 일부 문화권에서는 정신질환 증상을 보이는 여성을 향해 정신질환에 대한 사회적 낙인, 여성에게 부과된 전통적 성역할, 법적 지위 불안정성이 교차적으로 작용하면서 의료 접근성이 더욱 강하게 제한되었다(Shibli et al., 2025).

구체적으로 로힝야족 여성의 경우, 한 차례라도 산전 진료를 받은 임신 가구는 13%에 불과했고, 46.5%는 조산사 없이 출산한 것으로 나타났다(Bhatia et al., 2018). 응답자의 약 60%는 12개월 동안 의료 서비스 접근 자체가 어려웠다고 보고했다. 또한 공동체 내에 만연한 젠더 기반 폭력은 여성의 정신건강 문제를 유발하는 주요 요인이었다. 난민 생활을 하게 된 로힝야족은 새로운 지역에 자리를 잡으면서 저임금 노동, 실업과 함께 성역할 변화를 겪었다. 점차 남편의 빈번한 폭력에 의한 가정폭력 사건이 증가했고, 이에 따라 아내의 우울감이 심화하는 현상이 확인되었다. 로힝야족 여성은 다른 난민에 비해 외상 후 스트레스 장애를 경험할 확률이 3배 이상 높았다(Khan et al., 2023). 많은 여성이 신체 증상으로 병원을 찾았지만, 진료 과정에서 정신건강 문제가 지각된 신체 통증의 주요 원인임이 밝혀졌다(ElRaves et al., 2025). 즉, 신체 통증은 불리한 위치에 놓인 여성이 폭력 피해나 정신적 고통을 간접적으로 표현하는 방식이었음을 시사한다. 이러한 상황에서도 로힝야족 여성의 정신질환 치료는 가족 내 건강 결정권을 쥔 남성에 의해 제한되었다. 또한 전통적 가치관은 여성의 자유로운 생활을 막아 고립감도 심화되었다(ElRaves et al., 2025).

스리랑카 타밀 난민 여성의 경우, 인도 타밀나두 난민 캠프 내 열악한 인프라로 인해 높은 감염병 위험 상황에 부딪쳐 있었다. 두

가구 이상이 화장실을 공동 이용하는 구조는 월경 등 여성의 위생 유지와 안전을 저해했다. 여성들은 교육, 보건, 고용에 대한 접근에서 사회문화적 장벽을 더 많이 경험했으며, 이는 삶의 질 저하와 건강 불평등으로 직결되었다(John & Shin, 2025).

대만 내 미등록 이주노동자 여성은 미등록 체류 신분이 적발될까 봐, 임신 및 출산 의료 서비스 이용을 기피했다. 미등록 이주 노동자의 약 절반이 여성인데, 이들 중 일부는 취업처에서 이탈하기 전이나 도중에 임신 상태가 되었다. 그녀들의 임신은 해고나 강제 송환 사유로 작용하기 때문에 그녀들은 임신을 알아차리고 나면, 경제적 궁핍을 감수하고 스스로 실종 상태에 접어들었다. 미등록 실종 상태에서의 임신은 어머니와 태아 모두에게 심각한 건강 위협을 초래했다. 그녀들은 보통 건강보험의 적용을 받지 못했다. 그래서 높은 출산 비용을 부담하지 못해 일부는 자택이나 기숙사 등 사적 공간에서 출산을 감행하기도 했다. 여성이 병원에서 출산하는 경우에도, 신분 노출이 될지도 모른다는 두려움에 때문에 출산 직후 아무런 통보 없이 병원을 떠나는 경우도 있었다. 이러한 의료기관 이탈과 실종 상황에서 신생아는 필요한 건강검진을 받지 못할 수 있으며, 산모와 아기 모두 건강상의 추가 문제를 겪을 수 있다. 요컨대, 미등록 산모와 신생아는 젠더 취약성과 주거 불안정성, 법적 지위 부재가 교차하는 구조 안에 묶이면서, 정상적인 삶을 영위할 수 없는 주변화된 조건으로 밀려나게 되었다(Wang & Lin, 2023).

미국의 서류 미비 라틴계 이민 여성은 법적 지위의 불안정성에서 비롯된 스트레스로 인해 우울, 불안 수준이 증가하고 신체 건강도 악화했다. 특히, 다수가 장기 의료 서비스 이용

및 치료, 치과 진료에 어려움을 겪었다. 반면, 상대적으로 응급 의료 서비스나 정신건강 서비스는 덜 어렵게 접근할 수 있었다(Galvan et al, 2021).

캐나다와 케냐의 거리 여성 청소년의 경우, 불안정한 신분으로 인해 성폭력 등 젠더 기반 폭력에 노출될 가능성이 컸다. 이들은 피해 발생 이후에도 의료적 지원이나 사후 보호 서비스에 접근하기 어려웠다. 거리 청소년의 사회적 고립과 언어 장벽은 피해 사실을 신고하거나 외부에 알리는 데 심각한 장애 요소로 작용하였다. 또한 정신건강 문제로 인해 어린 나이부터 마약 등 약물에 의존하는 등 나빠진 건강 행태도 나타났다(Khan et al., 2022).

벨기에의 미등록 여성의 건강 상태도 심각했다. 미등록 산모 신생아는 등록 여성의 신생아에 비해 선천성 기형 발생률이 4배 높았다. 이들의 주산기 사망률은 3.6%로 등록 여성의 0.51% 대비 현저히 높았고, 조산율도 11.7%로, 등록 여성의 5.75%에 비해 높은 수치를 보였다. 미등록 여성 집단은 조산율, 저체중 출산율, 출산 전후 사망률에서도 일관되게 불리한 결과를 보였다. 이러한 차이는 사회경제적 요인을 통제한 이후에도 유의미한 결과를 보였다. 즉, 벨기에의 풍요로운 사회경제적 수준이 법적 지위 부재를 상쇄하지 못했고, 미등록 여성의 고립, 빈곤, 언어 장벽, 차별 경험이 혼합하여, 보이지 않는 삶을 살아가는 산모와 태아의 신체 및 정신건강에 부정적인 영향을 미쳤다(Schoenborn et al. 2021).

독일의 난민 및 망명 신청자의 경우, 건강 관련 삶의 질(Health-related Quality of Life, [HrQoL]) 지표에서 신체 건강은 독일 일반 인구보다 높았으나 정신건강은 그보다 낮은 수준으로 나타났다. 이러한 결과에는 성별 차이

가 유의했는데, 특히, 신체 건강 요약 지수 (Physical Component Summary Score, [PSS]), 정신건강 요약 지수(Mental Component Summary Score, [MCS])에서 여성이 유의하게 낮았다 (Grochtdreis et al., 2022).

그리스의 난민 캠프는 남성이 주로 공동체를 점유하고 통제하는 구조로, 캠프 자체가 여성에게 매우 비우호적인 공간이었다. 캠프 내에는 별도로 여성의 안전을 위한 숙소가 마련되지 않았고, 위생 관리가 된 화장실이 부족했다. 안전하지 않은 환경에서 여성들은 성폭력, 가정폭력 등 젠더 기반 폭력에 빈번하게 노출되었다. 하지만 피해자가 신고를 꺼려서, 외상 후 스트레스 장애를 회복하기 위한 의료 서비스에 접근하지조차 못하기도 했다. 그녀들은 본국에서도 성차별적 구조와 빈곤 속에서 살았고, 그리스 이주 후에도 가족과 공동체 해체로 인한 고립감, 기본적인 권리에 대한 정보 부족 상태에서 열악한 생활을 이어갔다. 그 결과, 그녀들은 불안, 우울, 절망감, 무망감을 호소하며 공황발작 증상을 보였다 (Das & Rani, 2024). 그뿐만 아니라 그녀들은 여러 신체 건강 문제에서 최소한의 치료만 받거나 아예 치료받지 못했다. 특히, 임산부의 절반 이상이 산전 관리 서비스를 받지 못하는 현실이 확인되었다.

다만, 일부 연구에서는 여성의 의료 서비스 이용률이 남성보다 높은 결과도 나타났다. Shibli et al.(2015)의 이스라엘 비인가 베두인 마을은 여성의 생식 건강 관련 요구로 인해 남성보다 여성의 의료 이용률이 더 높았고, 해당 요구 요인을 통제하더라도 여전히 전체 의료 이용률이 높았다. 이에 대해 연구자들은 여성이 자신과 가족의 건강 관리 의사결정에 중요한 역할을 하는 베두인 마을의 문화를 원

인으로 꼽았다. Niedermaier et al.(2020)의 연구에서는 독일 할레 지역 망명 신청자 여성의 유병률이 남성보다 현저히 높아서, 최소 1회 처방, 의료비용 지출이 더 많았다. 이러한 수치에 대해 연구자는 여성들의 건강 요구가 남성보다 더 높았을 가능성을 원인으로 꼽았다.

의료 접근성 제한

보이지 않는 집단에 속한 여성이 겪는 의료 접근성 제한은 법적 지위의 부재에서 비롯된 장벽과 젠더 특수성에서 비롯된 장벽, 그리고 두 취약성이 교차하면서 강화되는 장벽의 형태로 다음과 같이 나타났다.

첫째, 여성은 신분 확인과 행정 절차에서 발생하는 제도적 장벽을 경험했다. 신분증과 신분 확인 서류, 거주지 증명서, 보험 관련 서류 등을 요구하는 복잡한 행정 절차는 의료 서비스 진입을 제한하는 실질적인 요인이었다. 여성들이 신분증을 소지하지 못한 채 의료기관에 방문하면, 의료기관 측의 신분 확인 요구만으로도 진료가 지연되거나 중단되었다. 또한, 의료비용을 지원받기 위해 여러 기관을 거치는 행정 절차는 긴급한 상황에서도 제때 의료 서비스에 접근하지 못하도록 만들었다. 이러한 서비스 전달체계 장벽은 국가를 막론하고 공통으로 발견할 수 있었다. 구체적으로 살펴보면, 독일과 프랑스는 난민 관련 법이나 제도가 있었지만, 신청 및 이용을 위한 행정 절차가 복잡했다. 독일 할레 지역의 망명 신청 여성은 의료 서비스를 이용하려면 건강 바우처를 신청하고 발급받아야 했는데, 이 과정은 망명 신청 여성이 통과하기에는 어렵게 설계되어 있었다. 이들은 바우처 이용 절차에 관한 정보가 부족했고, 지리적으로 신청기관

까지 이동하는 수단이 제약된 상태였다. 게다가 기관 종사자와 언어 장벽이 있는 경우, 바우처 발급을 위한 의사소통 자체가 어려워졌다. 그뿐 아니라 독일 의료진이 망명 신청자의 진료 비용을 국가로부터 받지 못할까 봐, 처음부터 진료를 기피하는 태도를 보이기도 했다(Niedermaier et al., 2020). 프랑스는 난민법으로 난민 신청자가 의료 서비스를 전면 이용할 권리를 보장했지만, 현실에서는 비공식적 장벽에 부딪혀 난민 신청자의 진료 이용률이 낮은 편이었다. 이들은 망명 상태에서는 직접 갖추기 어려운 서류를 요구받았고, 과포화된 행정 절차로 인해 오래 대기해야 해서 결과적으로 의료 접근이 지연되었다(May, 2021). 인도 타밀나두 지역의 스리랑카 타밀 난민 여성은 신분을 증명할 공식 문서가 없어서 합법적인 일자리를 얻지 못해 치료비를 감당하지 못하거나 의료기관 출입 자체가 거부되는 상태에 처해있었다(John & Shin, 2025). 태국 국경 인근 무국적 고산족 마을 여성은 태국 ID를 소지하지 못해, 의료 서비스를 포함한 모든 공공서비스에서 배제되었다(Kitchanapaibul et al., 2022). 이러한 제도적 장벽은 젠더 취약성과 교차하며 문제를 심화했다. 캐나다와 케냐의 거리 청소년의 경우, 거리에서 생활하면서 신분증을 보관하지 못하거나 분실하는 경우가 많아 의료 접근이 제한되었다. 동시에 일부 청소년은 신분증을 소지하고 있더라도, 해당 신분증의 생물학적 성별 정보가 자신의 젠더 정체성과 일치하지 않아, 의료기관에서 신분증 제시를 요구받는 상황을 우려하여 방문을 꺼리기도 했다(Khan et al., 2022). 이처럼 그들에게 법적 신분 확인 절차와 젠더 정체성과 일치하지 않는 신분 서류는 서로 교차하며 의료 접근을 제한하는 장벽으로 작용하였다.

둘째, 의료보험 부재와 제한적 혜택으로 인한 의료비 부담 자체가 중대한 경제적 장벽이었다. 의료보험이 적용되지 않거나 제한된 범위만 보장될 경우, 치료비는 전적으로 개인이 부담해야 한다. 이는 의료 이용을 지연시키거나 포기하게 만드는 결정적인 요인으로 기능했다. 특히 법적 지위가 불안정한 여성은 저임금 비공식 노동에 집중되는 경향이 있어 공공 보험뿐 아니라 민간 보험에서도 포함되지 않는 경우가 많았으며, 보험에서의 배제는 의료 접근성의 구조적 불평등을 심화시켰다. 예컨대, 미국의 라틴계 서류 미비 이주 여성은 연방 보조 공공 건강보험 프로그램의 대상에서 제외되었고, 오바마 케어(Affordable Care Act, [ACA])와 같은 제도적 의료 접근 확대 정책의 혜택에서도 배제되었다. 게다가 이들은 저임금 노동에 종사하는 경우가 많아 민간 건강보험도 제공받지 못해 의료비를 감당하기 어려운 상황에 부딪혔다(Galvan et al., 2021). 독일 할레 지역 망명 신청자는 독일의 법정 건강보험의 적용을 받지 못했고, 난민급여법의 바우처를 통해 제한된 의료만 이용할 수 있었다. 단, 응급치료의 경우, 건강 바우처가 없어도 선이용 후지급이 가능하여 망명 신청자는 일반 외래 진료보다 응급실 이용이 많이 하는 경향을 보였다. 건강 바우처는 법정 건강보험을 충분히 대체하지 못했고, 이로 발생하는 의료비 부담으로 인해 의료 접근의 구조적 장벽으로 작용했다(Niedermaier et al., 2020). 또한, 대만의 미등록 이주 여성은 국가의 건강보험과 노동보험의 적용을 받지 못해 질병이나 부상 시, 공공 의료 서비스 이용에 곤란을 겪었다. 그 결과, 이들은 비공식적이거나 불법적인 의료 환경에서 질 낮은 서비스를 받을 수밖에 없는 열악한 상황에 노출되고 말았

다(Wang & Lin, 2023). 캐나다와 케냐의 거리 청소년의 경우, HIV 예방 서비스와 약물 처방을 받을 수 있는 의료진이 있어도, 자신에게 의료보험이 없다는 인식 때문에 치료비가 상당하리라 예상하여 서비스 이용을 주저하는 모습을 보였다(Khan et al., 2022).

셋째, 의료 인프라의 물리적 부족과 비위생적 환경은 의료 접근성을 제한하는 중요한 요인이었다. 의료기관의 절대적 부족, 의료시설과의 너무 먼 거리 등 열세한 환경 조건은 난민 캠프, 길거리 노숙, 비인가 마을에서 두드러졌다. 이들이 정착한 국가의 제도는 구조적 낙인과 함께 거주 환경을 통제하며 의료 접근성을 제한했다. 이에 따라, 대체로 방문할 수 있는 의료기관 수 자체가 부족하거나 이동 수단이 없거나 생활 여건이 불안정하여 의료 서비스 접근이 사실상 제한되었다. 예컨대, 방글라데시 콕스바자르의 로힝야 난민 정착촌은 급격한 인구 확장과 과밀로 인해 위생, 식수, 의료 시설 등 기본 인프라가 과부하 상태에 놓였고, 그 결과 의료 서비스의 질과 가용성이 현저히 떨어졌다. 정착촌에는 의료기관의 수가 부족했고, 전문 의료진과 의약품이 충분히 공급되지 않았으며, 거주지에서 의료 시설까지의 물리적 거리가 멀거나 이동 수단이 여의치 않은 경우도 있었다(Bhatia et al, 2018). 정신건강 서비스도 제공 기관의 수와 위치가 문제로 대두되어서, 이를 보완하고자 정신건강 인력이 직접 찾아가는 서비스를 제공하는 정책을 펼쳤지만 충분하지는 못했다(ElRayes et al., 2025). 프랑스의 난민 신청자는 안정적인 영구 거주지를 마련하지 못했다는 행정적 이유로 치료 서비스를 제공받지 못했다(May, 2021). 이스라엘의 비인가 베두인 마을에서도 포장도로, 대중교통 등 교통 인프라가 부족해

서, 의료기관으로 이동하는 그 자체가 어려웠다. 이러한 물리적 장벽은 전 세계 외딴 농촌 지역에서 공통으로 나타나는 문제이기도 하다(Shibli et al., 2025). 구조적 낙인을 통한 환경 제약은 젠더 취약성과 교차하기도 했다. 캐나다와 케냐의 거리 청소년은 안정적인 거주지나 소지품 보관 장소가 없어 HIV를 억제하기 위한 항레트로바이러스 치료(Antiretroviral Therapy, [ART]) 치료가 지속할 수 없었다. 또한 의료 서비스 이용 시간이 청소년의 생활시간과 맞지 않았고, 의료기관이 찾아가기가 불편한 물리적 거리에 있었으며, 찾아가도 긴 대기 시간이 발생하여 그들은 치료를 포기하고 말았다. 심지어 이들 중 여성 청소년은 주거 불안 상태에서 야간에 안전하게 쉴 공간을 찾지 못해, 성병 위험을 감수하고도 생존을 위해 어른들의 성매매 제안을 뿌리치지 못하는 한계적 상황으로 밀려나며 건강 위험에 노출되었다(Khan et al., 2022).

넷째, 전문 의료 인력 공급 부족과 문화적 유능감 및 겸손성 결여도 의료 접근성을 제한했다. 이는 구조적 낙인과 구조적 폭력이 보건 의료 체계의 교육, 서비스 제공 방식, 인력 배치에 반영된 결과로 볼 수 있다. 또한 제도의 비가시적 환경이 젠더 취약성과 결합하여 작동하는 영역이기도 하다. 구체적으로는 외딴 지역이나 취약 집단을 대상으로 한 의료 서비스는 충분한 인력 충원이 이루어지지 않았고, 현장에 도착한 의료진이 집단의 문화적 맥락이나 특수한 상황을 이해하지 못하는 경우도 확인되었다. 이러한 조건은 치료 지속성과 신뢰 형성에 장애요인으로 작용하였다. 예를 들어, 로힝야족 난민 캠프에는 정신건강의학과 의사가 한 달에 단 두 차례만 현장 병원에 방문하여, 지속적인 정신건강 치료가 제공

이 이루어지지 않았다. 캄프에 정신건강 전문 인력이 정주하더라도 지리적 제약으로 인해 최신 치료 지식을 정기적으로 보수 교육하기 어려워, 치료 효과성이 낮아지기도 했다(ElRaves et al., 2025). 의료진이 로힝야족의 문화적 배경이나 건강 신념을 제대로 이해하지 못해서 효과적인 의료 서비스를 제공하지 못하는 사례도 발생했다(Bhatia et al., 2018). 프랑스 난민 신청 여성 사례에서도 행정 담당자나 보험 기관 청구의 실무자들이 난민 관련 법률을 제대로 이해하지 못해 불확실한 소동이 이루어졌다. 실무자들이 전문 지식 없이 대응하면서 복잡한 신청 절차를 쉽게 안내하지 못했고, 난민 여성은 행정 절차에서 혼란을 경험했다. 난민 신청 절차에서는 판사나 행정 직원과 같은 낯선 사람에게 수치스러운 사건을 진술하거나, 통역 없이 혼자 절차를 밟아야 하는 상황에 놓이기도 했다. 이러한 중첩된 행정 절차의 피로감은 이들이 건강권을 적극적으로 청구하지 못하도록 만드는 장벽으로 작용했다. 게다가 프랑스 의료진은 난민 신청자에게 적은 시간만을 할애하며 꺼림칙한 태도를 보였고, 난민 신청자가 보유할 수 있는 질병에 대한 훈련을 받지 않아서 제대로 된 진단과 처방을 하지 못하기도 했다. 게다가 의료진이 진료비 면제 행정 절차가 복잡하다는 이유로 진료를 거부하는 일도 비일비재했다(May, 2021). 캐나다와 케냐의 거리 청소년 사례에서도 유사한 문제가 나타났다. 이 집단의 건강 문제와 질병을 이해하고 숙지한 의료진이 부족했고, 일부 의료진은 다문화 겸손성이 결여된 상태로 청소년들과 비효율적으로 의사소통했다. 의료진은 진료 시, 청소년들이 이해하기 어려운 전문 용어를 사용하며 건강 정보를 정확하게 전달하지 못했고, 청소년들

은 의료진이 자신의 건강에 대한 의견을 진지하게 받아들여지지 않는다고 느꼈다. 일부 여성 청소년은 성병 등 성과 관련한 질환을 진료받는 과정에서 의료진이 사적인 질문을 지나치게 많이 한다고 느껴 진료를 받지 않는다고 답했다(Khan et al., 2022). 이처럼 전문 인력의 문화적 유능감 및 겸손성 부족은 법적 지위가 취약한 집단 전반에서 경험하는 문제였다. 여기에 성 매개 감염 질환이나 젠더 기반 폭력 피해 관련 진료에서 의료진의 젠더에 관한 이해 결여가 결합되면 의료 접근 제한은 더욱 심화했다.

다섯째, 여성은 의료 서비스에 관한 정보 부족, 언어 장벽, 낮은 건강 문해력 등 정보 획득 및 건강 문해력과 관련한 복합적인 제약에 직면했다. 이러한 문제는 가장장 사회에서 충분한 교육 기회를 얻지 못한 여성 집단의 취약한 조건과, 새로운 정주 국가에서 비시민으로 위치 지워진 구조적 낙인이 교차한 결과로 이해할 수 있다. 예컨대, 방글라데시의 로힝야족 여성은 의료진과의 언어 소통 문제로 정확한 진단과 치료를 받기 어려웠다(Bhatia et al., 2018). 독일 할레 지역 망명 신청자는 언어 장벽이나 보건의료 체계에 대한 제한된 지식과 같은 정보 격차로 인해 낮은 외래 진료 이용률을 보였다(Niedermaier et al., 2020). 이스라엘 내 비인가 베두인 마을에서는 낮은 건강 문해력과 문화적 특징이 의료 접근 제한에 결정적인 요인이었다. 주민들은 공공 의료 체계보다, 물리적인 거리가 더 멀어도 언어와 문화의 일치성이 더 높은 팔레스타인 자치정부 의료진에 더 의존하는 경향을 보였다. 이는 문화와 언어 적합성이 의료 이용에 매우 중요한 요소임을 시사한다(Shibli et al., 2025). 캐나다와 케냐의 거리 청소년은 HIV 예방과 치료

에 관해 낮은 문해력, 낮은 건강 인식 수준, 예방 검사의 필요성을 인식하지 못하는 경우가 많았다(Khan et al., 2022). 이처럼 의료 정보 부족과 건강 문해력 문제는 개인 문제라기보다 구조적 폭력으로 인한 교육 기회와 정보 획득의 제한, 가부장 사회에서 형성된 젠더 취약성이 교차하는 지점에서 형성된 장벽으로 이해할 수 있다.

여섯째, 사회적 낙인과 차별은 의료 접근성의 사회심리적 장벽으로 작용했다. 사회적 낙인은 타인에 의해 개인에게 결함이 있다고 여겨지는 상태로, 낙인은 개인, 가족, 공동체, 국가 단위까지 다양한 수준에서 사회적 기회에 직접적인 영향을 미친다(Corrigan, 2004). 사회적 낙인이 자기 낙인으로 내면화하면, 개인은 자기효능감이 낮아지고, 삶의 질이 크게 떨어지며, 사회적 참여에서도 차별을 경험하면서 심각한 소외감을 느낄 수 있다(Rüsch et al., 2005). 그러므로 사회적 낙인은 의료기관 방문에 대한 두려움, 차별 대우에 대한 우려, 낮은 자기효능감과 무력감으로 이어져 ‘치료받을 마음’을 가로막는 심리적 기제로 발동할 수 있다. 구체적으로 로힝야족 여성들은 정신질환에 관한 공동체의 사회적 낙인으로 인해 증상이 나타나도 현장 의료기관 방문을 꺼리는 경향을 보였다. 정신건강에 관한 편견과 낮은 교육 수준은 정신건강 유병률에 비해 치료가 이루어지지 않는 장애물로 작용했다(ElRayes et al., 2025). 태국 국경 인근 무국적 고산족 마을 여성들은 태국 ID가 없는 무국적 마을의 구성원이라는 이유만으로 집단 전체가 낙인을 경험했다. 그녀들은 의료진에게 무언가 요구해도 제대로 응답받지 못하거나 차별받을까 봐 두려워했다. 결국 그녀들은 침묵하는 게 낫다고 판단했고, 의료진 앞에서 자신의 요구를

말할 권한이 없다고 느꼈다고 보고했다. 실제로 그녀들은 치료 장면에서 이유도 모른 채, 국적이 있는 사람보다 치료가 지연되는 등 반복된 차별 경험을 일상적으로 겪었다. 또한 의료기관이 그녀들에게 무리하게 의료비 선납을 요구하거나 무료 공공서비스를 제공하지 않아서, 공공병원이나 민간 병원 등 모든 곳에서 비용을 부담해야 했다(Kitchanapaibul et al., 2022). 프랑스 난민 신청자들은 의료 서비스를 이용하면 난민 신청 절차에서 프랑스 국민에게 부정적인 인상을 남길 수 있다는 불안감 때문에 치료를 포기하거나 기피했다. 이들은 병원 행정 체계와 이민 행정 체계가 긴밀히 연계되리라 추측했고, 난민이 프랑스 공공 재정을 사용하는 것은 프랑스 국민의 부담을 늘린다는 대중의 부정적 여론을 내면화했다. 그녀들은 공공 재정을 쓰지 않는 이미지를 만들려는 압박감에 일부러 치료받지 않기도 했다. 이처럼 사회적 낙인으로 인한 자기 배제의 과정은 법적 제도가 마련된 나라에서도 의료 서비스를 이용하지 못하게 만드는 숨겨진 장벽이었다(May, 2021). 마지막으로 캐나다와 케냐의 거리 청소년들은 거리 생활에서 경험한 사회적 낙인을 자기 인식에 내면화하여 낮은 자기 가치감을 형성하고 있었다. 일부 거리 여성 청소년의 경우, 극심한 빈곤, 기초 생필품 부족, 사회적 고립이 심리적 고통과 결합된 상태에서 ‘어차피 죽을 거니까’와 같은 극단적 생각과 함께 건강 관리 동기를 상실한 상태를 보였다. 그 결과 무방비한 성관계, 주사기 공유, 과도한 약물 사용 등 고위험 행동에 노출되는 사례가 확인되기도 하였다(Khan et al., 2022). 이러한 사회적 낙인은 앞서 논의된 정주 국가의 정책과 복지제도에 반영되어 의료 접근성 장벽이 두터워지는 구조적 낙인

형태로 재생산되기도 한다.

일곱째, 정부 및 NGO 등 인도주의적 주체들의 지원 한계는 의료 서비스 접근을 가로막는 거시적 장벽이었다. 법적으로 건강권이 보장되어 있거나 NGO 등에서 지원이 이루어져도, 현장에서의 의료 접근에는 여전히 간극이 존재했다. 이는 정책 부재 혹은 정책의 불안정한 이행, 자원의 제약, 정보의 단절 등 복합적인 요인에서 비롯되었다. 방글라데시의 로힝야 난민 캠프에서는 정부와 NGO 단체들의 구호 노력이 난민 유입 속도를 따라가지 못해 의료 서비스 제공에서 지속적인 격차가 발생했고(Bhatia et al, 2018), 지역 자원과 자원봉사자 수가 부족한 실태도 문제였다(ElRayes et al., 2025). 그리스 난민은 1차 공공의료 시스템을 무상 이용할 수 있도록 법적으로 보장받았지만, 현실에서는 의료진의 법에 관한 이해 부족, 통역 인력 부재, 제도 실행 미비로 실제 이용이 어려웠다. 또한 그리스의 난민 싱글맘, 별거, 이혼 여성들은 난민 지위와 여성 단독 가구주라는 조건이 겹치면서 지원 공백이 커졌다. 이들 중 대부분은 컨테이너 숙소에 상주하면서 전문적인 의학 및 심리적 치료, 법률 지원을 정부로부터 제공받지 못했다. 연구가 이뤄질 당시에도 NGO가 제공하는 지원은 그녀들의 전체적인 요구를 충족시키기에 여전히 부족한 상태였다(Das & Rani, 2024). 인도의 경우, 난민에 관한 공식적인 법이나 정책이 존재하지 않아서, 스리랑카 타밀 난민 여성들은 상당한 수준의 불안정성과 불확실성에 부딪쳐 있었다. 법적 인정과 보호를 받지 못한 채, 교육, 의료, 고용 접근이 제한되는 상황이 지속되자, 여성들은 범죄와 착취에 노출되고 말았다. 이와 더불어 이동 제한, 감시 등 억압적인 규제는 불안과 위축을 초래하여 정신건

강에 부정적 영향을 미치기도 했다(John & Shin, 2025). 캐나다에서는 거리 청소년을 지원하는 지역사회 예산이 삭감되면서, 지역 기반 NGO 기관들이 거리 청소년에게 접근하고 적절한 자원과 연결하는 데 어려움을 겪었다(Khan et al., 2022).

여덟째, 보이지 않는 집단에 속한 여성에 관한 기초데이터 부족은 그녀들을 의료 정책 대상에서 지속하여 제외하는 결과를 초래했다. Bhatia et al.(2018)은 로힝야 공동체의 연구 데이터가 부족하다는 사실 자체가 이들의 특수한 건강 요구를 파악하고 자원을 배분하는 데 장애 요인으로 작용한다고 설명했다. 이러한 기초데이터 공백은 측정되지 않는 인구를 정책적 비가시성 상태에 머물게 하며, 구조적 폭력을 재생산하는 역할을 한다.

논 의

본 연구는 13편의 해외 연구를 통해 보이지 않는 인구에 속한 여성이 법적 지위 부재로 인해 경험할 수 있는 건강 행태와 의료 접근성 제한을 분석했다. 이를 통해 건강권이 생물학적 필요로만 채워지지 않고, 법과 제도로 구성되는 권리임을 확인했다. 복잡한 행정 절차, 의료비용 부담, 건강보험 부재, 의료진의 문화적 유능감 결여, 낮은 건강 문해력, 사회적 낙인, 지역사회 예산 삭감, 기초데이터 공백 등은 여성들에게 직접적인 영향을 미치며 신체와 정신건강을 악화시켰다. 그녀들은 제도 안으로 편입되지 못하고 건강권을 포함한 기본권을 사회구조 안에서 보장받지 못했다. 보이는 인구는 그녀들을 ‘불법적’, ‘원하지 않는 존재’, ‘타자’, ‘위협’으로 간주하며, 정책

논의의 대상으로 언급하지 않았다. 전쟁과 위협을 피해 고향을 떠나 새로운 정착지로 목숨을 걸고 찾아간 이들은 수용국의 자비에 의존해 살아가며, 그 사회의 의심 속에서 생존했다. 이러한 맥락에서 법적 지위 부재는 단순한 법적 문제가 아니라 인간 존엄성의 문제였다. 이들은 법적 지위가 부재한 상태에서 이동의 자유, 합법적 고용 기회, 재산권, 사법 접근권, 그리고 의료 접근권에서 심각한 제한을 겪었다. 즉, 무국적성은 법적 증명의 부재일 뿐 아니라 인권 침해의 결과이자 원인이기도 했다(kaveri, 2017).

온통 제약으로 둘러싸인 상황에서 보이지 않는 집단은 때로 위험한 생존 전략을 취하기도 했다. 특히 여성이 궁박한 사정에서 벗어나고자 시도한 공여지책은 젠더 취약성과 결합하여 강제노동, 조혼, 인신매매 등과 같은 위험에 노출되는 양상으로 나타났다(John & Shin, 2025). 나아가 젠더 취약성이 의료 접근성 제한 상태와 장기간 교차하면서, 여성의 신체는 의료 서비스 시장에서 공급 자원으로 전환되는 극단적 상황으로 치닫기도 했다. Columb(2017)은 이집트로 이동한 수단 이주 여성들의 사례를 통해 권력이 구조적 낙인을 통해 신체에 작용하는 과정을 보여줬다. 수단 이주 여성들은 이집트 안에서 법과 제도로부터 시민권과 안정적인 노동 기회를 부여받지 못한 채 비공식 노동에 편입되었다. 난민 신청이 지연되고 체류 및 노동 허가를 받지 못한 시간이 길어지면서, 그녀들은 체포와 구금 위험에 시달렸다. 이러한 제도적 조건은 그녀들로 하여금 노동시장에서 협상력을 잃도록 만들었고, 그 결과 불안정한 노동 조건에서 낮은 임금을 받으며 일할 수밖에 없었다. 더불어 그녀들은 성폭력, 가정폭력과 같은 젠더

기반 폭력의 위험 속에서 가족을 돌볼 책임을 짊어졌다. 이에 새로운 정주 국가에서 그녀들을 향한 구조적 폭력은 점차 심화했다. 이집트의 이주 정책과 행정 분류는 이주 여성을 준시민(sub-citizenship) 지위로 전환했고, 제도적 배제는 이주 여성의 몸을 시민의 권리를 가진 신체가 아니라 시장에서 거래할 수 있는 생물학적 자원으로 재구성하는 권력 작용으로 이어졌다. 그러자 여성은 상품화된 신체를 의료 서비스로 제공하는 자로써 최대치의 사회적, 제도적, 법적 소외로 밀려나며, 의료 시장의 수요를 충족시키는 도구로 착취되었다. 그녀들의 법적 지위 부재는 신체마저도 ‘자격이 박탈된 신체(Disqualified Bodies)’로 만들었고, ‘사회적으로 덜 중요하게 여겨지는 몸’이 되어 이집트 국민의 건강을 유지하는 데 이용되었다. 이는 법적 소외가 신체의 의료적 가치 평가에까지 영향을 미쳐, 의료 시장에 신체를 상품 형태로 재편입시키는 비정상적인 현상을 보여준다. 낙인은 취약한 개인 안에 내면화하여, 신체의 존엄성을 내려놓고 자기 몸을 생존하기 위해 팔 수 있는 자원으로 인식하도록 만들었다. 이와 같은 구조적 낙인과 신체의 상품화는 여성에게 수치심, 인간성의 상실감, 사회적 고립감과 같은 심리적 반응을 유발했다. 결국 비시민성은 국가와 사회가 거부한 신체를 의료 시스템 안에서 재구성하고, 비인간성을 투사하는 양상을 보였다. 여기에 젠더 취약성은 국가의 행정 권력과 맞물려 ‘우리’ 시선 밖으로 감춰지는 비가시화된 ‘그들’의 위치를 생산했다. 요컨대, 장기 매매는 이주 정책, 노동시장 구조, 사회적 배제 등 다양한 구조적 환경이 결합된 결과이며, 이주 여성은 생계유지, 돌봄 의무, 성폭력 위험이 교차하는 상황에서 사회 압력 작용으로 제도적 보호에

서 벗어나 자기 신체로부터 소외되는 구조적 폭력을 경험했다고 볼 수 있다.

한국의 보이지 않는 집단에 속한 여성에게도 법적 지위 부재로 인한 비시민의 건강권 제한이 유사하게 나타난다. 한국의 보이지 않는 집단에 속한 여성으로는 대표적으로 노숙인 여성, 거리 성매매 여성, 가정 밖 여성 청소년, 결혼이주여성 등을 꼽을 수 있다. 이들 중 일부는 거주 불명 처리된 주거 불안정성으로 인해 법적 지위가 상실되는 이중고가 겹쳐 있다. 거주 불명 여성은 주소를 상실함으로써 제도적으로 시민이 아닌 존재로 분류되며 국가의 호명에서 소외된다. 이들에게 제도는 건강권의 통로가 아니라 배제의 문턱으로 작용한다. 다시 말해, 시민권과 건강권은 생물학적 자료로 설명될 수 없는 ‘법적 존재로서의 합수’이며, 주민등록은 행정 정보 이상으로 여성의 건강에 주요한 영향을 미치고 있다. 실제로 한국에서 「주민등록법」상 거주불명자는 건강보험, 의료급여, 기초생활보장 사각지대에 놓여 있다. 더욱이, 거주불명자는 거주 불명 등록 후 5년이 지나면 사망 처리하는 행정 절차로 인해 아예 세상에서 지워질 수도 있다. 이렇게 ‘살아 있는 망자’의 상당수는 노숙자로 추정되는데, 이들 중 다수는 행정 서비스를 받기 위해 관공서를 방문하는 일이 대체로 없는 편이라, 범죄에 연루되고 나서야 자신의 사망 처리를 알게 된다고 한다. 하지만 그들은 사망 처리 사실을 알고도 행정 절차의 복잡함으로 인해 자신의 생존을 국가에 재등록하는 절차를 포기했다(최다원, 2023). 주민등록 밖에서 존재하는 이들은 사망 처리된 차가운 공문서만으로도 자신이 건강권을 포함한 기본권을 누릴 수 없는 몸임을 짐작한 것이다.

보이지 않는 인구에 속한 거주 불명 여성을

의료 및 정신건강 현장에서 다시 응시하려면, 인간의 존엄과 건강권에 기초한 제도와 정책 설계가 필요하다. 이를 위해 첫째, 주소지를 기반으로 시민권을 확정하는 주민등록 제도에서 건강권을 분리할 필요가 있다. 현재는 행정 신분 확인을 위한 주민등록이 보건의료 서비스와 결합하면서, 거주불명자의 건강권이 주소지에 의해 좌지우지되고 있다. 거주 불명 제도가 주민등록 말소 제도보다는 기본권을 보장한다고는 하지만, 의료 서비스를 이용하려면 다시 주민센터에 생존 상태를 신고해야 하는 절차가 이들의 현실적 처우를 개선하는데 장애물로 작용하고 있다. 예를 들어, 불법 추심, 가정폭력, 스토킹 등 피치 못한 사정에 의해 거주 위치를 밝히기 어려운 사람은 주민등록 절차를 밟으면 자신의 위치가 발각될 수 있다고 생각할 수 있다. 그러면 의료 서비스 제한에도 불구하고 다시 주소 정보를 등록하기가 매우 꺼려질 수밖에 없다. 이를 보완하고자 서울시에서는 노숙인을 위한 다시서기 센터에서 노숙인 등록을 하고 자체 의료기관을 이용할 수 있는 권한을 부여하고 있다. 하지만 노숙인 등록 과정도 자신이 노숙인임을 보증받아야 하는 순환 증명 논리에 빠져있어 사각지대를 형성할 가능성이 높다. 이러한 행정 절차의 부적합성은 거주 불명 여성이 적절한 시기에 치료받을 가능성을 저하한다. 치료할 수 있는 병에 걸려도 적시에 치료하지 못해 생명에 치명타가 될 수 있는 것이다. 이처럼 거주 불명 여성의 의료 서비스 이용 정책은 신분 노출에 대한 두려움이 발생할 수 있다는 심리적 현실을 고려하여 제도를 설계할 필요성이 있다. 요컨대, 거주 불명과 같은 상태에 한정하여 주민등록과 의료 서비스 이용 시스템을 분리하는 정책이 필요하다.

둘째로, 거주 불명 상태에서도 접근할 수 있는 1차 공공 보건 의료 및 정신건강 관련 기관 지정과 함께, 가신분 활용 방안을 고려해 볼 수 있다. 구체적으로는 타 국가의 난민 정책처럼 응급 의료에 한해서 서비스 이용 대상을 법적으로 확대하고, 보건소나 민간 개인병원을 위탁 마을 진료소로 지정할 수 있다. 이때 1차 진료소에서는 의료 시스템에서만 간편하게 등록할 수 있는 가신분을 고려해 볼 수 있다. 예를 들어, 간편 활용 주민번호를 생성하거나 익명 진료 제도를 도입하면 간단한 진료 및 약 처방을 해결할 수 있을 것이다. 다만, 이러한 제도는 개인정보 오용 가능성, 의료 사고 발생 시 책임 소재, 의료 기록의 연속성과 추적 가능성, 중복 이용 및 제도 악용 가능성 등 현실적인 제도적 논쟁을 수반할 수 있으므로, 사전 법률 검토와 시범 사업, 엄격한 개인정보보호 전략 및 사례 관리 원칙에 대한 철저한 준비와 신중한 접근이 논의되어야 한다.

셋째, 대체 주소지 제도를 신설해 볼 수 있다. 영국은 일정한 거처가 없는 통합급여 신청자에게, 가족이나 지인의 주소, 호텔 주소, 직업소개소 주소를 임시로 쓸 수 있게 한다. 미국도 영구 주소 없이 친구, 친인척, 지인, 쉼터 주소를 대신 사용해서 정부 지원금을 받을 수 있도록 제도를 마련했다. 한국도 여인숙, 노숙인 쉼터 등에 주소를 등록할 수 있지만, 영미 국가보다 대체 주소지로 활용할 수 있는 대상의 범위가 좁다(최나실, 2022). 따라서 정부는 대체 주소지의 범위를 늘려서 가용성을 확대해 볼 수 있다.

넷째, 의료 및 심리 상담 현장에서 차별을 줄이기 위한 다문화 유능감 및 겸손성 훈련도 병행되어야 한다. 국가는 의료진과 정신건강

전문가가 거주 불명 여성의 문화적 특성을 이해하고, 낙인과 편견을 줄이는 다문화 역량 교육에 참여하도록 유인해야 한다. 또한 거주 불명 여성의 가교역할을 하는 존재로 활동가, 심리상담사, 사회복지사 등을 양성하여, 이들에게 행정 절차 장벽을 손쉽게 넘어설 수 있는 한계적 권한을 제도적으로 부여해 볼 수 있다. 이러한 시도는 거주 불명 여성의 마음에 쌓인 사회를 향한 위축된 심리와 불신을 해소하고 의료 서비스 접근성을 높이는 데 도움을 줄 수 있다(Shibli et al., 2025).

다섯째, 여성의 임신, 출산, 피임 등 여성 건강에 필수적인 서비스에 대한 장벽을 낮추고, 관련 정보를 적극적으로 제공해야 한다(Wang & Lin, 2023). 거주 불명 여성은 일반 진료뿐 아니라 임신, 산전 검사, 출산, 산후 회복, 피임, 성 매개 감염 진단과 치료, 성폭력 피해 이후의 응급 의료와 심리 지원, 월경 건강 관리와 같은 여성 건강 서비스에서 앞서 논의된 다양한 장벽을 경험할 가능성이 높다. 이를 고려하여 보건소 및 젠더 폭력 피해 지원기관에 훈련된 상근 인력을 배치하고, 면담을 통해 신분을 일시 보증한 후, 신속히 의료 서비스를 이용할 수 있는 행정 간소화 경로를 마련할 필요가 있다. 이를 위해 국내에 있는 전문간호사를 1차 의료 제공 인력으로 도입하는 방안을 고려해 볼 수 있겠다. 전문간호사 제도는 이미 미국 사회에서 공공보건 간호와 지역사회 협력으로 건강 형평성을 실현하기 위한 의료 인력으로 논의되어 왔다(Rudner, 2021). 취약한 위치에 놓인 여성에게 전문간호사가 지역사회에서 1차 진료를 제공한다면 접근성과 동시에 의료 서비스 진입 장벽을 낮출 수 있으리라 기대한다. 이와 함께 기술 매체를 활용하여 물리적 거리나 의료진 수가 제한

된 곳에 비대면, 원격 진료를 폭넓게 제공해 볼 수 있다. 정부, 의료기관, 지역사회 단체, NGO 단체는 네트워크 협력을 통해 거리 여성 청소년과 같이 접근성이 낮은 대상으로 찾아가는 의료 및 심리 상담 서비스를 확대할 수 있다(Khan et al., 2022). 아울러 거주 불명 여성의 건강권을 옹호하고, 차별을 시정하기 위한 시민사회 연대를 장려하고, 국가 차원에서 기초 통계 데이터를 구축해서 학술 연구를 지원하고, 주요한 전략과 대안이 정책 테이블에 안건으로 올라갈 수 있도록 적극적인 옹호 활동도 병행되어야 한다.

대한민국의 거주 불명 여성은 법적 지위를 상실하면서 존재하지 않는 상태로 진입하여, 행정 체계 안에서 지워진 존재들이자, 정책에서도 잡히지 않는 통계 밖의 사람들이다. 그녀들의 건강 행태, 의료 접근성 제한은 전 세계의 보이지 않는 인구에 속한 여성과 다를 바가 없다. 본 연구는 비가시화된, 보이지 않았던, 그러나 오롯이 살아 있는 여성의 건강 불평등 문제를 학문적으로 조명하고, 제도적 공백을 메우기 위한 기초 자료로서 개념과 범위를 제공하고자 했다. 이 연구의 결과는 향후 의료 접근성 개선과 건강 형평성 실현을 위한 연구를 진전시키는 데 기여하고, 거주 불명자의 건강권 보장을 위한 정책을 마련하는데 도움을 주리라 기대한다.

본 연구는 다음과 같은 한계가 있다. 주제 범위 문헌 고찰 연구 방법은 사전에 연구가 충분히 되지 않은 분야에서 앞으로의 연구 확장을 위해 기초 개념을 잡아가기 위한 연구 방법이다. 연구 목적에 따라 거주 불명 여성을 직접 다루는 연구를 찾고자 했으나 국사회 과학 분야에서 주민등록제도의 한계를 건강권과 연결하여 직접 언급한 연구가 희박하였다.

이에 국내의 주민등록 제도와 거주 불명 여성에 관한 의료 접근성에 관한 연구를 직접 다루지 못하고, 해외의 법적 지위 부재 상태에 해당하는 여성들로 범위를 확장하여 국내 현실에 비춰 시사점을 도출할 수밖에 없었다. 후속 연구로는 대한민국 사회의 보이지 않는 집단에 속한 여성의 다양한 사회적 위치를 탐색하고, 이들이 겪고 있는 제한된 생활을 드러내는 연구가 필요하다. 또한 시민권과 결합된 주거 불안정성으로 인해 기본권을 보장받지 못하고, 여기에 젠더 취약성이 더해져 다층적 문제 상황에 이르는 여성의 상태를 면밀하게 살펴보는 실증 연구가 수행되길 바란다. 향후 보이지 않는 인구에 주목하는 다양한 후속 연구가 발행되어, 연구자들의 연대를 통해 가장 낮고 가장 작은 자리에 사는 사람의 존엄한 목소리가 들려야 할, 그리고 들어야 할 곳에 울려 퍼져 그녀들의 삶을 듣는 우리 사회가 되길 바란다.

참고문헌

- 고은정 (2022). 가정폭력 피해 여성의 주거 이동 경험과 맥락에 관한 연구[박사학위논문]. 가톨릭대학교 일반대학원
- 김동규 (2023). 서발터니티(subalternity)라는 방법. *인문사회과학연구*, 24(3), 369-402.
- 김현옥, 박해선, 홍다영 (2024). 난민 여성의 서발터니티(subalternity): 난민 여성에 관한 영문 연구의 의미 연결성과 주제 분석 중심. *비판사회정책*, (84), 97-133.
- 범경철 (2007). 주민등록말소제도에 대한 법적 고찰. *인권과 정의*, (375), 87-100.
- 이나영 (2016). 성매매는죄인가? 여성혐오에 기

- 반한 구조적 폭력인가?: 헌법재판소의 성매매특별법 합헌 판결을 통해 본 성매매 문제 재고. *페미니즘 연구*, 16(2), 397-430.
- 이안나, 강영신 (2023). 여성결혼이민자의 지각된 차별감이 우울에 미치는 영향: 사회적 지지의 조절효과. *한국심리학회지: 여성*, 28(1), 71-91.
- 임덕영, 이태진, 하은솔, 이병재, 남운재, 남기철, 정원오, 민소영, 신원우, 송아영, 이기재 (2021). 2021년도 노숙인 등의 실태조사. 한국보건사회연구원
- 조아라 (2021년 3월 30일). [아주 정확한 팩트체크] 거주불명등록자에게 투표구너 부여는 특혜? ...“NO! 기본권 침해 방지 차원”. *아주경제*.
<https://www.ajunews.com/view/20210329141436264>
- 조준형 (2021년 3월 25일). [팩트체크] 거주불명자에 재보선 투표권 부여 문제있다?. *연합뉴스*.
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20210322145500502>
- 최나실 (2022년 12월 26일). 20년째 노숙인 돌보는 ‘국숫집’ 대표... “복지제도가 인정머리 없을 때가 있어요”. *한국일보*.
<https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2022121911560004411>
- 최다원 (2023년 12월 18일). “제가 죽었다고요?”... 나도 몰래 ‘사망’ 처리된 생존자 10년간 1200명. *한국일보*.
<https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2023121716390004494>
- 행정안전부(n.d.). 주민등록 인구통계.
<https://jumin.mois.go.kr/index.jsp> (2026년 2월 1일 검색)
- 현시웅 (2007). 주민등록말소자의 기초생활보장 강화 방안 검토 - 주민등록 말소자의 기초생활보장. *기념논문집*, 58-68.
- 홍정현, 권현정, 윤성인, 이수정 (2017). 가정폭력 피해여성들의 가정 복귀에 영향을 미치는 요인: 학습된 무기력과 사회적지지, 가정폭력의 위협성을 중심으로. *한국심리학회지:여성*, 22(1), 1-22.
- Askola, H. (2010). ‘Illegal Migrants’, Gender and Vulnerability: The Case of the EU’s Returns Directive. *Feminist Legal Studies*, 18(2), 159-178.
- Bhatia, A., Mahmud, A., Fuller, A., Shin, R., Rahman, A., Shatil, T., Sultana, M., Morshed, K. A. M., Leaning, J., & Balsari, S. (2018). The rohingya in cox’s bazar: When the stateless seek refuge. *Health and Human Rights*, 20(2), 105-122.
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 42.
- Brighenti, A. (2007). Visibility: A Category for the Social Sciences: A Category for the Social Sciences. *Current Sociology*, 55(3), 323-342.
- Cheong, A. R., & Baltazar, M. A. K. (2021). Too precarious to walk: an integrated “three delays” framework for modeling barriers to maternal health care and birth registration among stateless persons and irregular migrants in Malaysia. *Genus*, 77(1), 18.
- Chuah, F. L. H., Tan, S. T., Yeo, J., &

- Legido-Quigley, H. (2018). The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), N.PAG.
- Columb, S. (2017). Disqualified bodies: A sociolegal analysis of the organ trade in Cairo, Egypt. *Law & Society Review*, 51(2), 282-312
- Corrigan, P. W. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Das, R., & Rani, D. (2024). The role played by non-governmental organisations in the protection of refugee women in Greece. *Journal of International Women's Studies*, 26(7), 1-22.
- De Jong, L., Pavlova, M., Winters, M., & Rechel, B. (2017). A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *The European Journal of Public Health*, 27(6), 990-997.
- ElRayes, W., Malik, S., Akesson, B., Iftikher Mahmood, Hafiz, M. G., Aldalaykeh, M., Mahmood, A., Bhagwati Gautam, Hoque, S., Farhana Ul Haque, & Watanabe-Galloway, S. (2025). Mental health services among rohingya refugees in Bangladesh: Perspectives from field service providers. *International Journal of Migration, Health, and Social Care*, 21(1), 17-35.
- Enticott, J. C., Shawyer, F., Vasi, S., Buck, K., Cheng, I.-H., Russell, G., Kakuma, R., Minas, H., & Meadows, G. (2017). A systematic review of studies with a representative sample of refugees and asylum seekers living in the community for participation in mental health research. *BMC medical research methodology*, 17, 1-16.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Galvan, T., Lill, S., & Garcini, L. M. (2021). Another brick in the wall: Healthcare access difficulties and their implications for undocumented latino/a immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(5), 885-894.
- Grochtdreis, T., König, H., Riedel-Heller, S. G., & Dams, J. (2022). Health-related quality of life of asylum seekers and refugees in Germany: A cross-sectional study with data from the German socio-economic panel. *Applied Research in Quality of Life*, 17(1), 109-127.
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742.
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44(2), 174-199.

- Honneth, A. (2004). Recognition and justice: Outline of a plural theory of justice. *Acta Sociologica*, 47(4), 351-364.
- John, J. G., & Shin, J. J. (2025). Exploring social determinants of health of Sri Lankan Tamil refugees in camps in Tamil Nadu, India. *Journal of South Asian Studies*, 30(4), 81-118.
- Kane, J., Schuurmans, G., & Kitamura, M. (2023). Health care experiences of stateless people in Canada. *Journal on Migration and Human Security*, 11(3), 261-278.
- Kaveri. (2017). Being Stateless and the Plight of Rohingyas. *Peace Review*, 29(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/10402659.2017.1272295>
- Khan, M., MacEntee, K., Kiptui, R., Van Berkum, A., Oudshoorn, A., Ayuku, D. O., Apondi, E., Lee, E. O. J., Abramovich, A., MacDonald, S., & Braitstein, P. (2022). Barriers to and facilitators of accessing HIV services for street-involved youth in Canada and Kenya. *BMC Public Health*, 22(1), 1901-7.
- Kitchanapaibul, S., Apidechkul, T., Srithan, P., Mulikaburt, T., Singkhorn, O., Udplong, A., Upala, P., Chomchoei, C., Yeemard, F., Tamornpark, R., & Wongnuch, P. (2022). Status of the stateless population in Thailand: How does stigma matter in their life?. *PLoS One*, 17(3), e0264959.
- Lateef, M. A., & Pillay, J. D. (2025). Evidence mapping on barriers in accessing prenatal healthcare services among homeless women: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-12.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- May, P. (2021). The letter and spirit of the law: Barriers to healthcare access for asylum seekers in France. *Journal of International Migration and Integration*, 22(4), 1383-1401.
- Niedermaier, A., Freiberg, A., Tiller, D., Wienke, A., & Führer, A. (2020). Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany-an analysis of claims data. *BMC health services research*, 20(1), 961.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2006). *The rights of non-citizens*.
- Rudner, N. (2021). Nursing is a health equity and social justice movement. *Public Health Nursing*, 38(4), 687-691.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Schoenborn, C., De Spiegelaere, M., & Racape, J. (2021). Measuring the invisible: Perinatal health outcomes of unregistered women giving birth in Belgium, a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 733.
- Shibli, H., Feder-Bubis, P., Daoud, N., & Aharonson-Daniel, L. (2025). Healthcare access barriers and utilization among the Arab Bedouin population in Israel: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 40-2.
- Spivak, G. C. (1988). *Can the subaltern speak?* In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the interpretation of culture* (pp.

- 271-313). Macmillan.
- Wali, N., Chen, W., Rawal, L. B., Amanullah, A. S. M., & Renzaho, A. M. (2018). Integrating human rights approaches into public health practices and policies to address health needs amongst Rohingya refugees in Bangladesh: a systematic review and meta-ethnographic analysis. *Archives of Public Health*, 76, 1-14.
- Wang, M. S., & Lin, C. H (2023). Barriers to health and social services for unaccounted-for female migrant workers and their undocumented children with precarious status in taiwan: An exploratory study of stakeholder perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 956.

1차원고접수 : 2026. 02. 06.

심사통과접수 : 2026. 03. 16.

최종원고접수 : 2026. 03. 30.

A Scoping Review of Healthcare Access Barriers among Women in Invisible Populations: Implications for Address-Unknown Women under South Korea's Resident Registration System

Eun-Bin Kim¹⁾

Sook Jung Kang²⁾

¹⁾Department of Psychology, Ewha Womans University

²⁾College of Nursing, Ewha Womans University

This study examines the health behaviors and healthcare accessibility of address-unknown women under South Korea's Resident Registration Act. Using the JBI methodology, a scoping review was conducted on 13 international studies regarding healthcare accessibility among invisible female populations. Results revealed that these populations experience multifaceted barriers, including complex administrative procedures, medical costs, limited cultural competence among providers, low health literacy, social stigma, budget cuts, and statistical exclusion. From an intersectional perspective, this study highlights how housing insecurity, lack of legal status, and gender vulnerability overlap. Together, these factors expose address-unknown women to deep-seated structural stigma and violence. Consequently, this study proposes policy directions such as decoupling health rights from residence-based citizenship, establishing access to primary public healthcare and mental health services, utilizing provisional identification systems, strengthening multicultural competence, promoting proactive service delivery, fostering civil society solidarity, and developing foundational data infrastructures

Key words : Address-Unknown Registration System, Invisible Population, Healthcare accessibility, Housing instability, Gender vulnerability