

## 인식개선을 통한 중남미 Post-2015 보건사업에 대한 연구\*

The Study of Post-2015 Health Sector in Latin America  
through Perception Empowerment

윤 희 상\*\*  
(Yoon, Hee-Sang)

〈Abstract〉

Purpose: To suggest international cooperation strategy to enhance NCD control from post-2015 by executing perception empowerment project in countries of having partnership of public health.

Method: To analyze mainly on Latin America data of WHO and data of WHO regional site.

Results: Latin America countries have failed to decrease NCD death rate and countries of having partnership of public health also have cardiovascular disease as their top major cause of death. Latin countries, including CPS countries, have severe inequalities in health and medical fragment that NCD should be controlled by spreading healthier lifestyles and practices. Multiple equilibria model explains the relationship between people's expectation and their action that it can be used to improve Latin American lifestyle. Equilibrium point(D1) of lifestyles and customs defined by social context should be moved by awareness empowerment project. The point(D1) which represents unhealthy lifestyle and practices should move to an

\* 이 논문은 2015년 대외경제정책연구원의 지원에 의해 연구되었음.

\*\* 서울여자간호대학교 간호과 교수, E-mail: viva826@hanmail.net

equilibrium point, D3. When applied to Bolivian smoking condition, smoking rate of adult men were currently 42% and it occupies 20.6% of total causes of death. The point which shows numerous smoking habit should move to D2 and further D3 by the government undertaking any measures of smoking targeting program or campaign.

Conclusion: International cooperation health project in Latin America needs effective perception empowerment program according to multiple equilibria model by doing any health project which moves the point of group and individual's to more stable equilibrium point.

Key Words: Perception, International Cooperation, Latin America, Social Context

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성 및 목적

질병관리와 관계된 인식개선은 글로벌 보건문제로 대두되고 있다. 우리나라에서 발생한 메르스 확산은 문명과 간병문화가 메르스 전파의 중요경로로 확인되고 있다. 아프리카지역 에볼라는 망자를 이별하는 아프리카의 고유 습관이 질병확산의 원인으로 지목되었다. 질병발생은 사회 내에서 자연스럽게 이루어지는 습관과 관계되고, 사회적, 문화적인 맥락에서 건강에 유익한 행위와 부정적 행위가 존재한다. 보건은 대중을 대상으로 질병이 발생 전 예방으로 통해 질병이 발생되지 않는 것과 질병의 효율적인 관리를 통

해 대중의 건강수준을 향상시키는 것을 목적으로 한다.

사회가 건강에 긍정적 행위를 할 수 있도록 유도하기 위해서는 건강과 관련된 인식개선사업이 요구된다. 보건사업에서 인식개선은 올바른 건강행위에 대한 지식을 주고 행위로 바꾸는 것으로 지속가능성을 확보할 수 있는 방법으로 대두되고 있다(World Bank 2014).

개발협력에서 보건사업은 지원규모가 증가하고 있다. 현재까지는 병원 및 보건소 건립, 봉사단 파견 등의 기초보건향상 사업이 많이 진행되었다. 기존의 사업이 수원국에서 지속적으로 유지되기 위해서는 인식개선 사업이 요구된다. 보건관련 MDG는 전염성 질환과 모자보건 향상이 지표로 구성되었으나, 현재 개발도상국은 노인인구 증가, 생활습관 및 식생활 불균형으로 전염성과 비전염성 질환이 동시에 증가하는 이중부담 형태의 질병구조를 나타내고 있다(PAHO 2015).

POST-2015는 비전염성질환의 부담 경감 및 예방이 보건분야 주요 목표로 설정되었다. 마가렛 쉐인 WHO 사무총장은 개도국에서 비전염성질환으로 85%가 조기 사망하므로 행위변화를 통한 예방 및 관리의 중요성을 강조하였다(WHO 2015). 개도국에서 비전염성 질환은 2000년 이후 급격하게 증가하고 있으며 흡연, 음주, 고혈압, 비만관리의 중요성을 강조하였다. 비전염성 질환 특징은 지각하는 뚜렷한 증상이 없을 수 있고, 약물치료와 더불어 운동, 식습관 개선이 이루어져야 한다. 질병 치료의 경제적 부담이 높으므로, 질환 관리를 통한 합병증 예방과 건강행위 전환으로 사회적 비용 감소가 중요하다.

WHO는 2025년까지 비전염성 질환으로 인한 조기사망을 25% 감소시키는 것을 목표로 설정하였고, UN에서는 비전염성 질환으로 인한 사회경제적 비용을 감소시키기 위한 논의를 하고 있다. WHO는 구체적으로 “비전염성 질환 예방과 관리를 위한 행동계획 2013-2020(WHO Global Action Plan for the

Prevention and Control of NCDs 2013-2020)”을 수립하였다. WHO가 제시한 행위변화는 건강위험행위인 흡연, 음주, 잘못된 식습관, 운동부족을 전생애에 걸쳐 교정하여 건강한 삶으로 유도하고자 하는 것이다. 특히 개도국에서 비전염성질환으로 인한 사회 경제적 비용 부담이 한계를 넘었으므로, 건강한 행위로 전환 될 수 있는 적극적인 개입이 필요함을 지적하였다(WHO 2013).

중남미 국가는 전체 인구의 30% 이상이 절대빈곤층으로 개발협력 수요가 높은 지역으로, 소득 불균형으로 인한 사회적 불평등이 심각한 지역이다(Kwon et al 2012, 24). 한국의 중남미 지역의 개발협력 전략은 사회적 불평등 해소를 위한 빈곤층 성장전략에 기반을 둔 사회 인프라 지원 확대를 거점지역을 중심으로 성공모델 제시 및 확산에 국가적 관심이 있다. 보건의료에서의 불평등은 인간의 기본권인 생명과 직결되어 MDG 달성의 걸림돌인 사망률, 이환율, 영아사망률 등에서 격차를 보이고, Post-2015를 위한 비전염성질환의 의료불평등과 형평성이 낮은 지역으로 보건분야 개발협력 수요가 높은 지역 중 하나이다(PAHO 2014).

중남미 의료서비스의 특징은 분절화가 심하고 의료보험과 공공의료서비스가 제대로 제공되지 않아 환자에게 필요한 서비스가 제공되지 못하고 있다(Montenegro et al, 2011a, 2-5). 의료의 질적 양적 수준이 낙후된 지역으로 국가가 의료욕구를 채워주지 못하고 있는 대표적 지역이다. 중남미지역 보건분야 MDG 달성은 부분적으로 이루어진 것으로 평가된다. 아동사망률 감소, 피임실천율, 영아사망률 감소와 안전한 출산 및 감염병 관리 MDG 달성은 개선이 있는 것으로 평가된다.

PAHO(2015)는 중남미 지역 질환 분포에서 선진공여국이 개입하여야 하는 건강문제로 비전염성 질환을 꼽았다. 의료서비스의 수준과 분절화가 심하여 서비스제공 비용이 비효율적이므로, 질환발생 후 치료를 통한 사망률과 이환율을 낮추는 것은 한계가 있다. 비전염성질환 관리는 단기간에 이루어

지는 것이 아니고 인간의 전생애에 걸쳐 이루어지고 합병증은 장애를 유발하여 가족과 사회에 재정 부담이 크다. 비전염성 질환은 감염병과 달리 발생 원인을 알 수 없으므로, 건강생활 습관 정착으로 스스로 관리하여 발생을 최소화 할 수 있는 전략이 중요하다. 의료 체계와 서비스 자원이 한정되어 있는 중남미 지역에서 조기사망을 예방하고 국민의 건강권을 극대화하고 보건사업의 지속가능성을 최대화 시킬 수 있는 방법은 정책을 통한 대상별 교육과 홍보로 개인과 집단이 예방과 관리를 실천할 수 있는 인식개선이 요구된다(Montenegro et al. 2013b, 1-3)

그러므로 이 연구에서는 의료제도와 서비스가 불충분한 중남미 지역 내에서 건강수준을 효율적으로 향상시킬 수 있는 주요 정책과제를 도출함으로써 체계적인 보건분야 개발협력 전략을 제시하고자 한다. 특히 이 연구에서는 중남미 지역에서 인식개선이 필요한 이유, 지속적으로 증가하는 비전염성질환을 중심으로 인식개선을 보건사업에 적용하여 효과적으로 건강수준을 향상시킬 수 있는 방법을 중남미 지역의 보건협력 중점국을 대상으로 논하고자 한다.

## II. 인식개선의 정의 및 선행연구

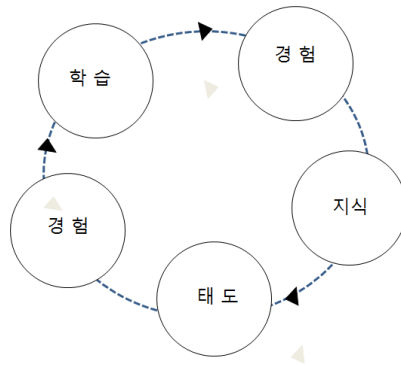
### 1. 인식, 인식개선에 대한 정의

인식이란 분별하고 판단하여 아는 것으로 지각, 기억, 상상, 판단, 추리를 포함하는 광의의 지적작용으로 자극을 받아들이고, 저장하고, 인출하는 일련의 정신 과정이다(National Institute of Korean Language 2015). 인식은 인간의 정신과정으로 인간이 정보를 받아들이고 걸러내고 저장하고 판단하는 의사결정과정으로 행동을 결정하는 한 구성요소이다. '알다', '의식하다', '깨

달다, '느끼다'의 단어가 비슷한 용어로 사용된다(Korean Psychology Association 2015). 인식은 사물이나 사람에 대한 행동에 영향을 미치며, 인간이 처한 환경에서 접촉하게 되는 모든 사물과 사람들과의 의견교환과 상호작용을 통해 태도를 결정하고 새로운 태도를 형성하기도 하며, 기존의 태도를 강화하기도 한다. 인식은 좁은 의미로는 행동의 구성요소이지만, 넓은 의미로는 행동으로 표현되며 어떻게 인식하느냐에 따라 행동에서 차이난다. 즉 인식이란 생각하는 것을 행동으로 표현하는 것이라 할 수 있다.

인식개선은 인식하는 정신적 과정에 개입하여 원하는 방향으로 판단하고 행동할 수 있도록 하는 과정이다. 구체적으로 행동이 변화되도록 지식과 태도에 개입하여 새로운 태도를 형성하거나 행동의 차이를 나타나도록 하는 과정으로 볼 수 있다.

〈그림 1〉 인식개선의 정신적 과정



건강행위는 사회적, 심리적, 문화적 요인이 작용하여 정신과정을 통하여 행위로 나타난 것으로 개인이 건강을 어떻게 인식하느냐에 따라 건강행위가 다르게 나타나므로 주관적 인식이 중요한 결정요소이다. 건강과 질병에

대한 인식은 건강행위의 주요 예측인자로, 건강인식이 높을수록 긍정적인 건강행위를 많이 하는 것으로 나타났다. 구체적으로 식습관, 운동, 스트레스 조절행위 실천은 건강 인식정도에 따라 다르게 나타났다. 건강인식을 긍정적으로 변화시키면 긍정적 건강행위를 적극적으로 하는 것으로 나타났다. 좋은 건강에 대해 좋은 인식을 가지면 긍정적 건강행위를 할 수 있는 올바른 동기요소가 될 수 있음을 알 수 있다.

인식은 개인적 차원과 사회적 차원의 두 종류가 있으며 특정집단의 인지는 집단의 공통된 고정관념으로 사회적 반응의 결과이다. 공통적인 건강행위는 사회가 공유하거나 합의된 고정관념으로 어떠한 건강행위를 하느냐는 개인이 소속된 사회 환경에 영향을 받는다.

## 2. 중남미 국가에서 사회적 맥락에 따른 건강인식 선행 연구

중남미 지역에서는 건강을 어떻게 인지하고 문화적 맥락에서 건강을 어떻게 해석하는지에 대한 연구 필요성이 대두되어 IDB(Inter- American Development Bank)에서는 2007년 Gallup World Poll을 통한 중남미 지역 국가간 건강인지에 대한 조사를 실시하였다. 중남미 지역 중 저개발국에 속하는 과테말라는 국민의 건강 만족이 제일 높고 소득수준이 높은 칠레는 건강만족이 중남미 지역 중 가장 낮은 것으로 나타났다. 칠레의 의료수준이 과테말라보다 높으나 두 국가간 문화적 맥락에서 건강에 대한 가치와 기준이 차이를 보였기 때문으로 해석된다(Lora 2011, P. 6).

건강만족과 주관적 건강인지는 자신이 어느 정도 건강하게 살 수 있을지에 대한 건강예측으로 문화적 특성을 반영하는 것으로 해석할 수 있다. 건강만족과 주관적 건강인지는 유병율과 관계된다. 유병율은 통증, 불편함 등으로 표현하므로 주관적 건강인지 및 건강만족과 관계된다(Deaton 2007, 42-46). 사회 문화적으로 영향을 받는 주관적 건강인지는 객관적 건강측정과

도 관계된다. 스스로 건강이 나쁘다고 인지하는 사람은 질병에 대한 지식이 많고 건강에 관심을 가지고 생활하여 질병을 조기발견하므로 실질적인 유병율은 하락하는 것으로 나타났다(Murray and Chen 1992, 493).

중남미 국가의 주관적 건강인지에 대한 특징은 소득이 높을수록 건강인지가 나쁜것으로 나타났다. Murray and Chen(1992)은 주관적 건강인지는 사회적 현상으로 질병을 어떻게 보느냐에 따라 달라지는 것으로 해석하였다. 아프다는 이야기가 많은 사회는 웰빙에 관심이 많은 사회로 파악하였다. 건강인지에 따라 개인이 통증과 고통을 해석하는 것에 차이가 있으므로 지역 주민의 건강인식을 이해하는 것은 보건사업에서 중요한 요소이다. 건강인지에 따라 병리학적 해석이 변화될 수 있고, 사회문화적인 영향으로 병리현상의 변화도 가져올 수 있다고 해석하였다.

사회 문화적 맥락에 영향을 받는 건강인지는 사망원인을 분석하는데 유용하다. 유병률은 객관적인 표현이므로 사망에 이르게 된 원인, 어떤 기저질환과 비전염성질환이 사망의 원인이 되었는지 파악하는데 한계가 있다. 그러나 평소에 어떻게 건강을 인지하고, 특히 건강인지에 따라 어떠한 건강행동을 하였는지를 알게 되면 사망에 이르게 된 기본적인 원인을 파악할 수 있어 심층적 분석에 유용한 정보가 된다.

### 3. 중남미 국가에서 사회적 맥락에 따른 비전염성질환과 관계된 선행 연구

비전염성질환에서 건강인지는 치료 방향을 결정하는데 중요하다. 스스로 건강관리가 중요한 비전염성질환에서는 건강인지에 따라 건강관리방법을 예측할 수 있기 때문이다. 중남미 지역에서는 건강인지가 질병을 해석하고 받아들이는 것과 관계된다(Deaton 2007, 25-30).

Augustovski, Vilma, Velazquez, Gibbons와 Craig(2009, 5-7)는 중남미 지역에



서는 건강인지를 파악하는 것이 중요한 이유로 건강인지가 객관적인 진단에 따르기보다 주관적 건강 인지에 따라 차이를 보이기 때문에 중요한 변수로 해석하였다. 건강인지에 대한 연구는 멕시코, 브라질, 자메이카 등에서 건강불평등에 대한 연구는 이루어졌으나(Murray and Lopez 2000) 부족한 실정이다. 건강인지에 대한 연구는 어떻게 건강을 인지하느냐에 따라 건강불평등과 연관 되어 국가 보건정책 수립에 기초적 자료이다. 현재까지 진행된 연구는 소득격차에 따라 건강 인지와 건강관리에 차이를 나타내고 비전염성질환 유병율이 증가하므로, 소득불평등과 의료의 분절화가 심각한 중남미 지역에서 건강인지를 파악하는 것은 필요한 요소이다.

#### 4. 중남미 국가에서 인식개선이 중요한 이유

IDB에서 중남미 지역 전체적으로 실시한 건강인지조사에 따르면 중남미 지역 인구의 85%가 자신의 건강에 만족한다고 답하여, 미국, 유럽, 아시아 지역과는 건강인지의 차이를 나타내었다(Lora 2011, 8). 국가별 분석에서 건강수준과 소득수준, 기대수명과의 상관관계(0.22 ~ 0.19)는 약한 것으로 나타났다(Lora 2011, 10).

중남미 지역에서 건강에 가장 만족한다고 답한 국가는 과테말라이고 가장 만족하지 못한다고 답한 국가는 칠레이다. 과테말라에서는 인디언과 백인과의 건강인지는 소득과 역상관관계를 나타내었고, 객관적인 건강지표와도 상반된 결과이다. 중남미 지역에서 건강인지에 영향을 주는 것은 통증으로, 통증을 느끼면 자신의 건강이 좋지 않다고 답하였다. 통증은 사회 문화에 따라 느끼는 정도가 다르므로 건강인지에 차이를 나타내는 것으로 해석된다.

건강인지는 국가간의 특성을 반영하여 과테말라는 건강문제가 발생했을 때 잘 참는 것으로 나타났고, 칠레는 참지 못하는 것으로 나타났다. 중남미

지역 국가 중 파라과이, 우루과이, 브라질, 아르헨티나는 건강문제 발생시 고통, 통증, 아픔을 참지 못하고, 코스타리카, 과테말라, 온두라스, 파나마는 잘 참는 것으로 나타났다(Deaton 2007, 40-50). 이러한 결과는 건강인지가 문화적으로 차이가 있는 것으로 해석할 수 있다. 건강인지에 영향을 주는 요소가 국가별로 상이하고 사회 문화적 맥락과 함께 해석하여야 되는 이유이다.

##### 5. 중남미 국가에서 건강인식과 관련된 선행연구

IDB는 소득, 소득상승, 기대수명, 영아사망률, 적도에서의 거리, 국가 종교, 국민의료비가 긍정적 건강인식과 관련된 요소로 가정하였다. 소득이 상승되면 역으로 긍정적 건강인식이 감소되는 것으로 나타나는데 스트레스 비만에 대한 걱정 때문인 것으로 해석하였다. 중남미 국가에서는 소득은 건강인지에 영향을 주지 않고 소득상승은 부정적 영향을 주었다. 긍정적 건강인식은 기대수명과 영아사망률에 영향을 받지 않고 지역별 특성에 영향을 받는 것으로 나타난다. 종교와 적도로부터의 떨어져 있는 거리는 유의미한 변수로 나타났다. 지역별로 구분하였을 때 국민이 가지고 있는 종교만이 긍정적 건강인식에 영향을 주는 변수로 나타났다. Lora(2011)의 연구에서 긍정적 건강인식에 가장 많은 영향을 주는 것은 종교이었고, 이것은 Deaton (2007)<sup>1)</sup>의 연구결과와도 일치한다.

중남미 국가에서 성별과 연령은 건강인식에 영향을 주는 변수이다(Lora, 2011). 연령이 증가할수록 긍정적 건강인식은 감소하였고, 여성은 연령이 높아질수록 긍정적 건강인식이 급격하게 감소하는 것으로 나타났다. 남성은 연령이 증가할수록 긍정적 건강인식이 서서히 감소하였다. 통증에 대한 참음은 여성과 남성에서 차이가 없다. 여성은 55세 이상부터는 건강관련 문제

1) Deaton은 기대수명, 국가 종교만 가지고 분석하였을 때 유사한 결과를 얻었다.

와 건강과 관련된 신체적 제한을 더 많이 느끼는 것으로 나타났다.

건강인식과 소득수준, 국민의료비는 영향을 많이 미치는 것으로 통상적으로 생각된다. 그러나 국가간 소득의 차이는 영향을 주지만 같은 국가 내에서 개인간 소득의 차이는 영향을 주지 못하는 것으로 파악되었다. 브라질 자마이카, 멕시코에서 건강인식에 따른 주관적 건강불평등의 연구에서 소득 차이에 따른 사망률과 건강인식의 차이가 미미하였으며, 12개국의 중남미 국가를 상대로 한 연구에서도 동일한 결과가 나타났다(Suarez-Berenguela 2000, 4-11). 이들 연구의 결론은 건강인식과 건강불평등의 인식은 소득보다 사회 문화적 차이가 영향을 주는 것으로 해석하였다. 심지어 저소득층에서는 영양불균형이 건강문제라고 인식하지 못하는 것으로 나타났다. 이것은 건강에 대한 기대, 건강인식이 형성된 과정에 문화적 영향을 받은 것으로 해석된다. 종교는 개인이 가지고 있는 종교보다 국가의 대다수 국민이 가지고 있는 종교에 따라 건강인식이 차이를 나타내는 것은 사회에 따라 다른 가치 체계를 가지고 있는 것을 의미하고, 사회적 맥락에 따라 건강인식에서 차이가 있다는 것으로 해석할 수 있다(Murry, et al. 2002, 233-235).

〈표 1〉 국가 단위에서의 건강인지

독립변수	모델 1	모델 2	모델 3	모델 4	모델 5	모델 6	모델 7	모델 8	모델 9	모델 10
	건강인지(0,1)									
Log of income per capita, 2005	0,0191* (2,51)	0,0157 (1,60)	0,0169* (2,58)	0,0151 (1,57)	0,0235 (1,95)	0,0138 (1,05)	0,0413*** (3,60)	0,0226 (1,72)	0,0214 (1,37)	0,0050 (0,31)
2000-2005 수입 증가율			-0,0174*** (6,58)	-0,0067* (2,24)	-0,0180*** (6,89)	-0,0066* (2,12)	-0,0100*** (3,75)	-0,0043 (1,44)	-0,0077* (2,08)	-0,0042 (1,15)
기대수명(2005)					0,0033* (2,11)	0,0035 (1,88)	0,0018 (1,23)	0,0017 (0,96)	0,0008 (0,45)	-0,0007 (0,29)
영아사망률 (2005)					0,0012* (2,31)	0,0004 (0,82)	0,0005 (1,06)	-0,0002 (0,36)	-0,0001 (0,13)	0,0000 (0,06)
적도로부터 떨어진 거리							-0,2282*** (4,78)	-0,1785* (2,26)	-0,2936*** (3,78)	-0,1393 (1,19)
비기독교 비회교도 인구							-0,0009*** (3,75)	-0,0010*** (3,51)	-0,0013*** (3,66)	-0,0013** (3,30)
2000-2004 GDP대비 국민 의료비									0,4627 (0,57)	1,6199 (1,95)
Constant	0,6254*** (9,43)	0,6981*** (6,80)	0,6978*** (12,03)	0,7125*** (7,05)	0,3789* (2,55)	0,4458* (2,47)	0,4253 (3,02)	0,6125*** (3,55)	0,6911*** (3,53)	0,9420*** (4,41)
N	121	121	121	121	121	117	116	116	72	72
R2 Adjusted	0,04	0,43	0,29	0,45	0,33	0,47	0,49	0,54	0,54	0,61
지역에 따른 가변수	무	유	무	유	무	유	무	유	무	유

(자료: IDB(2011), IDB WORKING PAPER SERIES No. IDB-WP-290, Inter-American Development Bank, P. 17.)

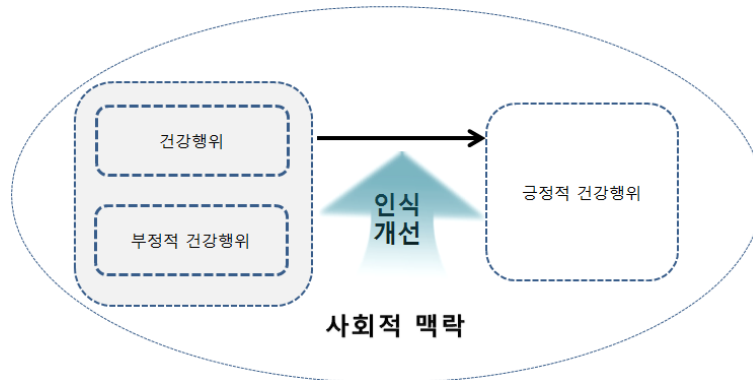
주: 1) 원 논문에서는 health satisfaction으로 사용하였으나 이 논문에서는 의미의 흐름에 따라 health perception으로 하였음.

### Ⅲ. 보건사업에서 인식개선이 필요한 이유

건강행위에 대한 사회적 인식개선은 개인이 긍정적으로 건강행위를 실천할 수 있는 지식과 태도를 습득하고 이것이 사회적으로 쌓여가면서 사회 안에서 개인간의 상호작용을 통한 사회적 적응을 형성한다. 사회적 인식개선은 상호작용으로 건강행위에 대한 인식을 긍정적으로 변화시켜 질병 발생을

최소화하고 질병으로 인한 경제적 부담을 감소시키는 것을 의미한다.

〈그림 2〉 사회적 맥락 내에서의 행위변화



건강행위에서 인식개선이 중요한 이유는 사람은 사회에서 보편적으로 받아들이는 정도가 기준이 되어 행동하게 된다. 건강에 부정적인 행위가 보편적으로 받아들여지는 기준이 되면 개인은 자연스럽게 부정적 건강행위를 하게 된다. 흡연, 음주, 건강하지 못한 식습관은 대표적인 부정적 건강행위로 사회에서 어느정도 허용하느냐에 따라 개인의 생활습관이 결정되는 건강행위이다. 사회가 흡연과 음주를 허용하면 흡연율과 음주율이 높고 사회가 금연과 절주를 지향하면 흡연과 음주의 행위가 사회적으로 허용되지 않아 자연스럽게 금연과 절주로 자신의 행동을 바꾸게 된다.

질병을 유발하는 생활습관은 변화시켜야 하지만 대다수가 공유하는 행위를 개인이 자발적으로 변화시키기는 어렵다. 자신의 기준을 바꾸어야 하고 생각을 변화시키는 과정이 필요하고, 다수가 공유하는 기준을 개인이 바꾸는 것에 스트레스를 느낀다. 사람은 사회가 용인하는 행위를 하는데서 편안함을 느끼므로, 사회에서 거부되는 것을 피하고 싶어한다.

그러므로 사회적 인식개선이 요구되며, 사회가 생각하는 방법을 변화시키는 것이 필요하다. 개인이 자연스럽게 긍정적 건강행위를 선택할 수 있도록 사회적 인식개선을 위한 교육과 홍보를 이용하여 사회에서 합의된 인식을 공유하는 것이 요구된다.

#### IV. 중남미 보건사업

##### 1. 중남미 국가의 보건사업 MDG 목표 달성 현황

모자보건과 관련된 영아사망률은 목표를 달성한 것으로 평가된다. 5세 미만 아동사망률과 영아사망률, 홍역예방접종률은 향상되어 MDG4에 기여한 것으로 평가된다. MDG5 모성보건증진은 시설분만이 이루어지고 있으며 숙련된 보건의료인에 의한 출산비율은 증가한 것으로 평가되고 산모사망률도 낮은 것으로 평가된다. 기초보건사업으로 산전검진횟수, 예방접종 증가, 위생시설 증가로 기초적인 인프라가 갖추어져 산모사망률은 감소하였다.

그러나 모성건강과 관련된 문제점은 청소년 임신과 출산비율 증가이다. 개방적 성문화와 낙태금지로 모체가 성숙되지 못한 나이에 임신과 출산을 하여 출산에 따른 합병증과 미숙아 출산에 따른 문제점이 제기되고 있다. MDG6 HIV/AIDS 확산 저지 및 감소는 진전이 느리다. HIV/AIDS는 성문화와 관련되고 적극적인 피임기구 사용이 요구되므로 감염율을 낮추기 위해서는 정책적인 홍보가 요구된다(CEPAL 2012).

〈표 2〉 중남미 국가의 MDG 달성정도

MDG	세부목표	달성정도
아동사망률 감소	5세 미만 아동사망률 감소	2015년까지 달성예상
	영아사망률 감소	2015년까지 달성예상
	1세 미만 영아 홍역예방접종률	2015년까지 달성예상
모성보건증진	산모사망률	진전되었으나 불충분함
	숙련된 보건의료인에 의한 출산 비율	진전되었으나 불충분함
	청소년 출산 비율	진전되었으나 불충분함
	산전관리 범위(1회~4회 방문)	진전되었으나 불충분함
	가족계획 요구 일치도	진전되었으나 불충분함
	15-24세 인구 중 HIV 감염 비율	진전되었으나 불충분함
	고위험자 피임도구 사용	진전되었으나 불충분함
HIV/AIDS 말라리아 기타 각종 질병 퇴치	15-24세 인구 중 HIV/AIDS의 정확한 지식 보유 비율	진전되었으나 불충분함
	10-14세 아동 중 비고아아동 대 고아 아동 학교 출석 비율	진전되었으나 불충분함
	항레트로 치료 가능 HIV보균자 인구 비율	진전되었으나 불충분함

(자료 : CEPAL Tablas de Progreso Mundial 2012)

## 2. PRE-2015 중남미 국가의 보건사업

건강수준 향상을 위한 보건사업은 개발협력에서 다면성과 중요성을 가지

고 있다. PRE-2015 보건사업은 감염병 예방관리와 모자보건사업이 주로 시행되었으며 빈곤으로 인한 질병에 초점이 맞추어져 있었다. 필수 예방접종을 위해서는 예산이 필요하고, 위생습관 정착을 위해서는 보건교육을 효율적으로 수행할 수 있는 지역사회보건요원의 역량강화가 실시되었다. 모성 사망을 감소를 위해 보건소 건립, 모자보건 체계 구축과 같은 정책 집행과 국가의 보건의료체계 확립이 요구되었다.

개발협력에서 보건사업은 건강상태를 향상시켜 인간다운 삶을 살 수 있는 건강한 신체와 건강한 정신을 가지고 사회의 일원으로 살아가는 것을 목표로 한다. 건강은 인간의 삶에 가장 중요한 조건 중 하나이자 가치 있는 일을 할 수 있게 만드는 잠재력의 중요한 요소이기 때문이다. 개발협력 최종목표는 ‘인간다운 삶’이다. 건강은 인간의 존엄성과 관련된 사항으로 인간이라면 누구나 누려야 하는 권리이다. 인간은 보건의료서비스를 통해 건강을 유지하고 교육을 받고 생산 활동을 통해 인간으로서의 인생을 계획하고 실천할 수 있는 기초를 다질 수 있다. 건강권 보장을 위해서는 의료제도를 통한 형평성이 보장된 의료서비스 제공이 필요하다.

## V. Post-2015 중남미 국가의 보건사업

### 1. POST-2015 보건사업

POST-2015는 양질의 의료서비스에 대한 보편적 접근을 핵심사항으로 규정하고 있다. 보건분야의 지속가능발전목표(SDGs)는 ‘모든 사람의 생애주기에서 건강한 생활보장과 웰빙’이며, 주요목표로 건강한 삶의 극대화, 보편적 의료보장, 기초건강관리서비스에 대한 접근성 보장, 주된 비전염성 질환의 부담경감 및 예방이다. 세부 접근방법으로 질병의 예방과 치료, 성·생식 건



강, 가족계획, 정기 예방접종, 모성보건, 비전염성 질환 유병률 감소, 금연 절주를 위주로 하는 건강한 식습관과 신체활동을 모니터링하기 위한 정책으로 구성되어 있다.

MDG의 연장선상으로 인간의 건강한 생활을 보장하기 위해서는 질병으로 인한 재정적 위협으로 보호하고, 필수 기본의료서비스와 의약품에 대한 접근성을 확보하여 안전하고 효과적이며 양질의 의료서비스 제공이 중요하다. MDG에서는 감염병 치료와 사망률 감소가 중요하였으나 현재 개도국의 질병발생 형태는 만성 및 급성 질환이 동시에 발생하여 이중부담형태로 나타나므로 감염병 질환과 더불어 만성질환 관리가 Post-2015에서 다루어지고 있다. 만성질환은 재발과 악화가 주기적으로 나타나고 증상이 비전형적이며 신체 기능이 점진적으로 쇠퇴되므로 질환의 치료보다는 관리가 중요하다. 비전염성 질환의 또 다른 특징은 비용부담이 큰 것으로 대표적으로 심뇌혈관계질환이다(Ministry of Health and Welfare 2015).

대표적인 생활습관질환은 건강행위와 관계된다. WHO 발표에 따르면 2012년 기준 68%의 인구가 비전염성 질환으로 사망하였으며, 심뇌혈관질환, 암, 당뇨, 호흡기 질환의 순이다. 비전염성 질환은 불균형적으로 개도국에서 유병율과 질병부담률이 높다. WHO 통계에 의하면 2008년 63%인구가 비전염성질환으로 사망하였고, 2018년에는 당뇨로 인한 사망이 50% 증가, 2020년에는 담배로 인한 사망이 10% 증가할 것으로 예상하고 있다(WHO 2013).

질환발생을 둔화시키기 위해서는 생애주기에 걸친 예방, 관리활동으로 환경적 요인과 생활습관이 상호 복합적으로 부정적으로 작용하는 것을 줄이는 것이 중요하다. 아동 및 청소년기에는 성인기에 발생할 수 있는 위험요소에 대한 위협을 인식하는 것이 중요하다. Jekal et al.(2010)의 연구에서 청소년기의 건강생활실천은 성인의 만성질환위험요인 감소에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성인기에는 집중적인 관리로 비만, 고혈압, 당

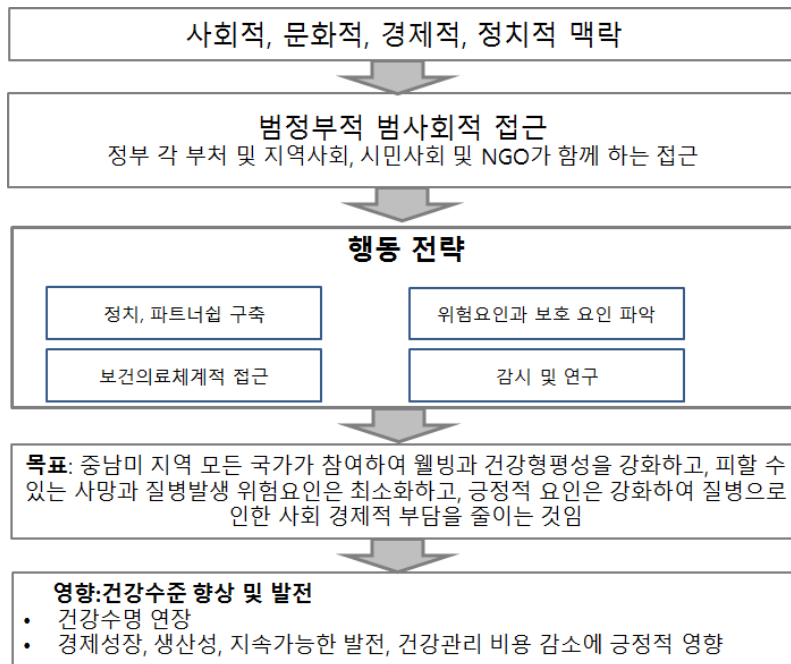
노의 선형질환에 대한 적극적인 관리가 요구된다. 위험요인을 줄이고 건강에 긍정적인 행위를 유도할 수 있는 인식개선은 사회경제적 비용을 감소시키는 역할을 하는 것으로 파악된다. 구체적으로 학령기의 건강생활습관으로 식습관, 운동이 정착되면 성인이 되어서도 유지하는 것으로 나타났고 (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen, & Chinapaw 2012, 49-55), 성인기의 적절한 건강관리습관은 발병위험을 유의하게 감소시켜 사회경제적 비용을 절감시킬 수 있는 효과적인 방법으로 제시되었다(Kim et al. 2012, 99-107).

비전염성질환으로 인한 건강불평등 현상은 개도국에서 심각하게 나타나고 있다. 소득수준이 낮은 계층, 여성에서 많이 발생하고, 특히 교육과 소득수준이 낮은 여성이 비전염성 질환에 가장 취약한 것으로 나타났다. 우리나라에서도 소득수준이 하인 그룹에서 28.9% 유병율을 보여 상인 그룹의 23.2%로 보다 높은 것으로 나타나 소득수준이 낮을수록 비전염성질환에 더 취약한 것을 알 수 있다(Kim et al. 2012, 100-104).

## 2. 중남미 국가 비전염성 질환 대책

PAHO에서는 중남미 지역 비전염성질환 예방 및 관리대책을 사회, 문화 정치 경제 맥락을 고려한 범정부적, 범사회적 접근을 제시하였다. 비전염성 질환 관리가 제대로 이루어져야 경제성장과 생산성 향상, 지속가능한 발전을 이룰 수 있는 것으로 파악하였고, 사회 경제적 비용을 경감시켜 웰빙과 건강형평성을 강화할 수 있는 것으로 파악하였다.

〈그림 3〉 PAHO의 NCD예방 및 관리를 위한 지역접근 틀



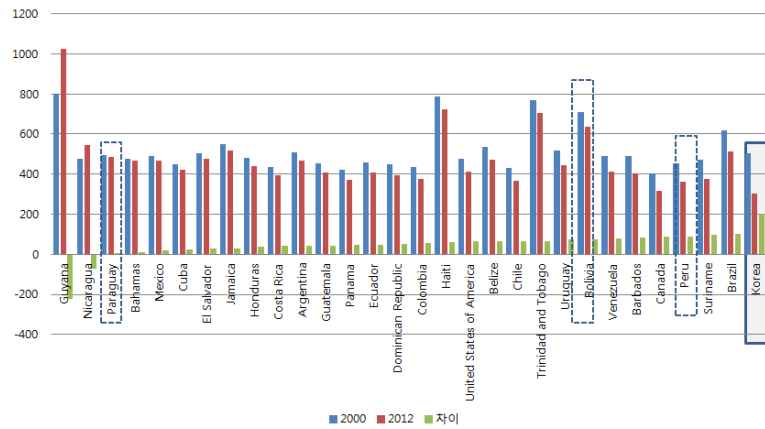
(자료: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21349&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21349&Itemid=))

### 3. 중남미 국가 보건 중점협력국을 중심으로 하는 비전염성 질환

중남미 국가에서 비전염성질환으로 인한 사망률과 심뇌혈관계 질환 사망률의 추이는 〈그림 5〉에서 볼 수 있다. 빈곤한 국가에서 비전염성질환으로 인한 사망률이 상대적으로 높다. 2000년과 2012년 사이에서 사망률 감소를 보이지 못하고 있다. 니카라과에서는 역으로 2012년도에 유병율이 상승하였다. 한국과 비교해 보면 비전염성 질환 발병율이 절대적으로 높으며 한국은 지난 10년간 표준화사망률은 201명(인구 100,000명)로 감소하였으나 중남미

국가는 차이를 보이지 못하고 있다.

〈그림 4〉 중남미 지역에서의 비전염성질환 유병률  
비전염성질환



(자료: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/ncd/mortality/total/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/total/atlas.html))

보건협력중점국을 중심으로 변화 추이를 보면 페루 89명<sup>2)</sup>, 볼리비아 73명, 파라과이 8명의 순이다. 그러나 볼리비아는 발생률 600명으로 절대적으로 많이 발생한다. 심혈관계 질환 발생률은 볼리비아, 페루, 파라과이 순이다. 소득수준이 상대적으로 낮은 볼리비아는 비전염성질환으로 인한 사망률이 가장 높으며 심뇌혈관계 질환 사망률에서도 동일한 추이를 보여주고 있다. 볼리비아는 허혈성심질환 사망이 전체에서 10.3%를 차지한다. 2012년 7만4천명이 사망하여 2000년 이후 꾸준히 증가하고 있으며 뇌졸중(8.3%), 당뇨(4%)로 상위 4대 사망원인이 비전염성질환이고 증가하고 있다(WHO,

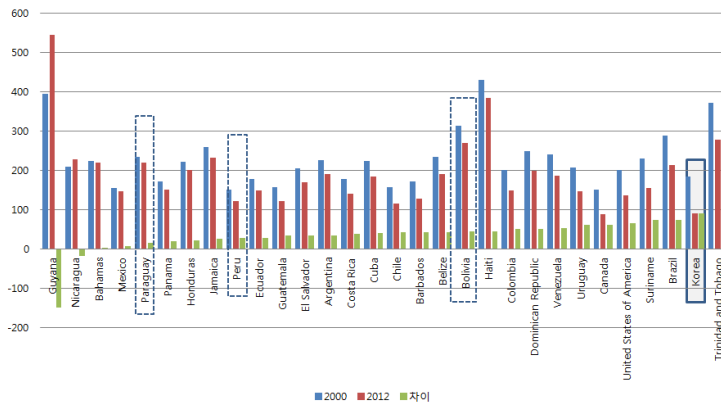
2) 인구 100,00명당 표준화 사망률

2015).

파라과이 전반적 의료상황은 사망 원인 1위는 심혈관 질환으로, 성인 3명 중 1명이 고혈압, 10명 중 1명은 당뇨 환자로, 국가 보건재정에 큰 부담을 주고 있으나 국가가 만성질환관리방법이 부재한 실정이다. 파라과이 사망률은 허혈성심질환(13%), 2위 뇌졸중(12.5%), 당뇨(6.7%)로 1,2,3위의 사망원인이 비전염성질환이다. 페루는 볼리비아와 파라과이와는 달리 1위 사망원인이 하기도감염으로 2012년 17만 8천명이 사망하였으며, 2위 허혈성심질환(10.3%), 뇌졸중(6.7%), 8위가 당뇨(2.3%)로 나타났다.

이와같이 보건협력중점국에서도 비전염성질환 중 심혈관계 질환이 사망 원인 1위로 나타났다.

〈그림 5〉 중남미 국가의 심혈관계 질환 유병율



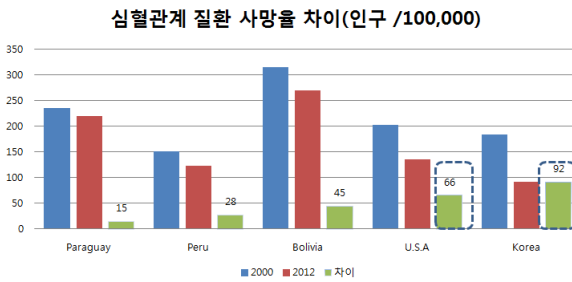
(자료: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/ncd/mortality/total/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/total/atlas.html))

생활습관으로 인한 건강위험행위는 혈당은 지역평균과 유사하다. 혈압은 파라과이 볼리비아 페루의 순으로 지역평균보다 높으며, 비만은 지역평균

보다 낮았다. 흡연은 보건협력중점국이 지역평균보다 높으며 볼리비아 남성은 46%가 흡연하는 것으로 나타났다.

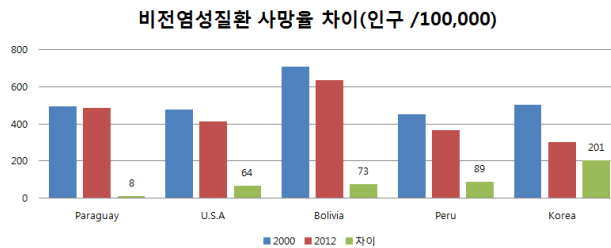
보건협력중점국을 중심으로 전반적인 지표는 소득이 낮은 국가에서 만성질환으로 인한 사망자수가 더 많고, 지난 10년간 만성질환으로 인한 사망률, 유병율을 낮추지 못하여 국민이 만성질환을 많이 앓고 있다. 생활습관은 흡연, 운동부족, 부적절한 식습관 등 만성질환 유발 생활습관을 더 많이 하고 있다. 질환을 관리할 수 있는 의료인은 지역평균보다 낮아 치료를 중심으로 하는 비전염성 질환관리는 현실적으로 어렵다.

〈그림 6〉 보건협력중점국의 심뇌혈관질환 사망률 비교



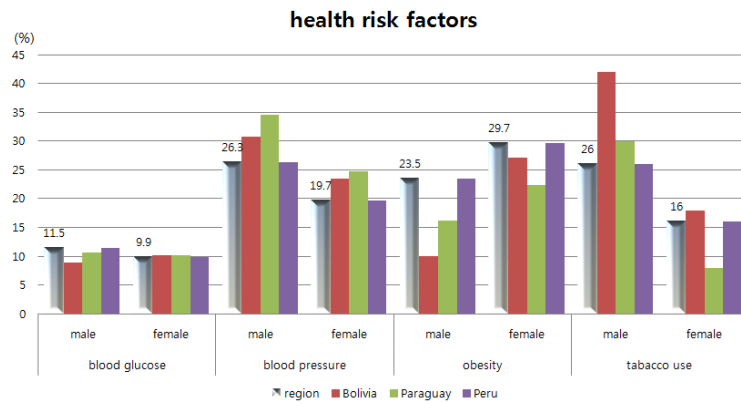
(자료: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/nccd/mortality/total/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/nccd/mortality/total/atlas.html))

〈그림 7〉 보건협력중점국에서의 비전염성질환 사망률 비교



(자료: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/nccd/mortali](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/nccd/mortali))

〈그림 8〉 보건협력 중점국 중심의 건강위험행위 분포



(자료: [http://www.who.int/countries/per/en/health\\_profile](http://www.who.int/countries/per/en/health_profile))

〈표 3〉 중남미 지역과 보건협력 중점국 의료인 수

	의사 수	간호사 및 조산사 수
지역평균	20.8	45.8
볼리비아	4.7	10.1
페루	11.3	15.1
파라과이	자료없음	자료없음

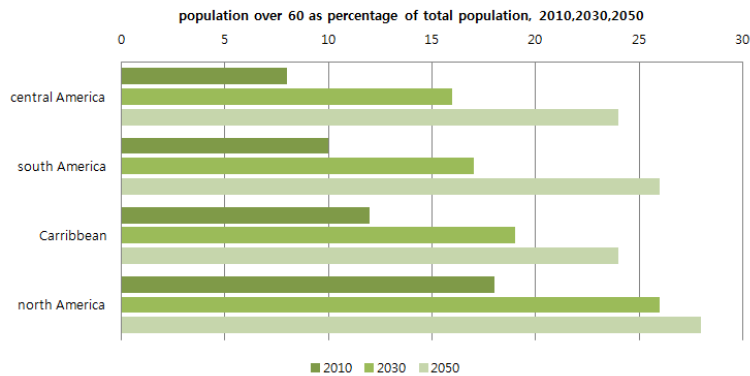
(자료: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country>)

### 3. 중남미국가에서 인식개선사업을 통한 비전염성 질환 관리가 필요한 이유

중남미 국가는 고령화가 대륙 중 가장 빨리 진행되고 있다(PAHO, 2015). 현재 60세 이상 인구가 10%, 2030년 17%, 2050년에는 23%로 증가가 예상된다. 인구가 노령화 된다는 의미는 비전염성질환의 발생률과 유병률이 높아

지고, 질병을 가지고 살아가야 하는 인구가 많아진다는 의미이다. 노인은 세포의 노화로 생물학적 기능이 저하되어 다양한 질환을 유발하고 퇴행성이 특징으로 비전염성 질환의 특징은 치료로 인한 완치의 개념이 아니라 관리의 개념 적용이 필요하다. 질환의 진행이 악화와 호전을 반복하며 인체 기관 기능저하로 여러 가지 질병이 동시에 발생한다. 일반적으로 노인 5명 중 4명이 1개 이상의 비전염성질환을 가지고 있어 노인인구의 의료비 지출은 지속적으로 증가추세이므로, 국가적 대책이 필요하다.

〈그림 9〉 남미 지역의 60세 이상 고령화 증가율



(자료: Non-communicable Diseases on global agendas PAHO, 2015)

노인인구가 증가하는 국가는 만성질환이 사회를 위협하지 않도록 대비하여야 한다. 특히 빈곤층 노인인구의 만성질환은 국가 경제에 부담이 되므로 비전염성질환 관리방법에 대한 구체적인 대책이 필요하다.

사회를 보호하기 위해서는 비전염성질환은 국가 경제적인 측면에서 다루어져야 한다. 노인인구의 급증으로 인구학적 변화를 겪고 있는 중남미 지역은 비전염성질환자가 늘어난 것이 예상된다. 비전염성질환은 관리가 중요



한 질환으로 당뇨의 경우 관리를 하였을 때와 관리를 하지 않아 신장투석의 의료비가 4배 상승한다. 중남미 국가에서 1/4에 해당하는 어린이가 5세 미만에서 영양부족을 경험하여 성장하면서 2형 당뇨에 취약한 상태로 성장하면서 부적절한 식이와 운동부족으로 비만을 경험하면서 당뇨질환 유병율이 선진국에 비해 높게 된다. 운동부족은 영유아기에 영양부족을 상대적으로 더 많이 경험하는 저소득층에서 많은 것으로 나타난다.

저소득층은 비전염성질환의 고위험군으로, 중남미 국가에서는 무상의료 체계이다. 공공의료기관에서 관리해야 하지만 국가의 재정부족으로 의료수요를 충족하지 못하고 있으며, 관리방법이 부재한 실정이다<sup>3)</sup>. 부적절한 생활습관은 허용적 분위기로 흡연, 음주, 유류와 튀김 등의 고칼로리 위주의 식사, 운동부족 상태이다. 만성질환 발생률, 유병률, 합병증 발생률은 더욱 증가할 것으로 예상된다. 저소득층은 교육과 소득수준이 낮아 운동이 왜 필요한지에 대한 정보에 접하는 기회가 적다(PAHO, 2015). 경제적인 면에서 비전염성질환의 위험요소를 파악하여 예방적으로 위험요소를 관리하는 것이 중요하다.

비전염성질환 관리에서 중요한 집단이 여성이다. 여성은 남성보다 상대적으로 사회보험, 연금에 소외되어 있다. 여성노인은 사회보호에 접근할 수 있는 방법을 모르는 경우가 많다. 개도국에서는 교육수준이 상대적으로 남성보다 낮으므로 질병에 대한 지식, 관리방법, 의료체계에 접근방법을 모르는 경우가 많다. Toredova와 Smith(2011)는 경제발전을 이루기 위해서는 건강자본이 요구된다고 주장하였다. 건강한 국민을 양성하기 위해서는 여성 역할을 강조하였다. 여성이 건강에 대한 교육을 받으면 가족에게 전파시키고 교육의 효과가 강하게 나타나고, 아이를 낳고 돌보는 양육과정에서 보건교육을 적용하여 건강한 국민을 양성하는 것을 파악하였다.

3) 코이카 뉴스레터 김화준 ODA 보건 전문가 인터뷰 중에서 발췌함

중남미는 가족의 우대관계가 강한 나라다. 노인인구의 1/3이 자녀와 함께 거주하고 있다. 가족 문화가 강한 남미에서 부모의 질병으로 자녀가 부모를 돌보아야 하는 이유로 직장을 그만두게 되면 경제적인 손실이 크다. 여성의 역할은 가족을 돌보고 가족에게 간호를 제공하는 모성적 역할이 많으므로 여성을 이용하여 건강한 생활습관으로 전환시키는 것은 의미있다. 노인여성에게 비전염성질환을 스스로 관리하여야 한다는 인식을 교육하고 이를 가족에게 확대 적용하는 방법을 국가가 정책으로 만들어 대상별 교육과 홍보를 통하여 사회적 영향을 형성하여 인식개선과 행동변화를 유발하여야 하는 이유이다.

보건협력중점국 중심 중남미 국가는 지역 보건소를 중심으로 1차 보건의료를 제공하고 2,3차로 가는 의료체계를 가지고 있으므로, 일차의료기관을 이용한 생활습관 개선으로 스스로 건강에 긍정적인 행위를 할 수 있도록 하는 비전염성 질환 관리가 요구된다. 교육에서 소외되어 있던 여성노인에게 국가가 비전염성질환에 대한 교육과 관리방법, 인식개선 사업을 통해 만성질환의 위험요소를 조기에 발견하고 관리를 함으로서 질환의 진행 속도를 최대한 늦추고 경제활동을 가능하게 하는 것은 국가개발에서 중요한 요소이다.

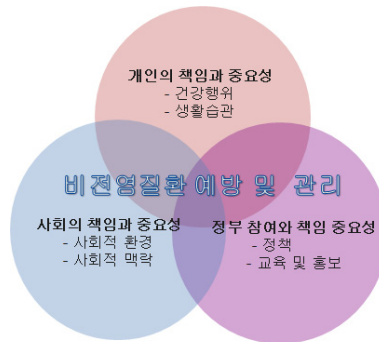
## Ⅶ. 비전염성 질환 인식개선사업

### 1. 비전염성 질환 인식개선사업 개념 틀

비전염성 질환 예방과 관리의 책임과 중요성은 개인, 사회, 국가가 서로 연계되어 있다. 정부는 사회적 맥락을 분석하여 가장 최적화된 정책과 교육 홍보를 실시하여 개인의 건강행위와 생활습관을 긍정적으로 변화시키고자

한다.

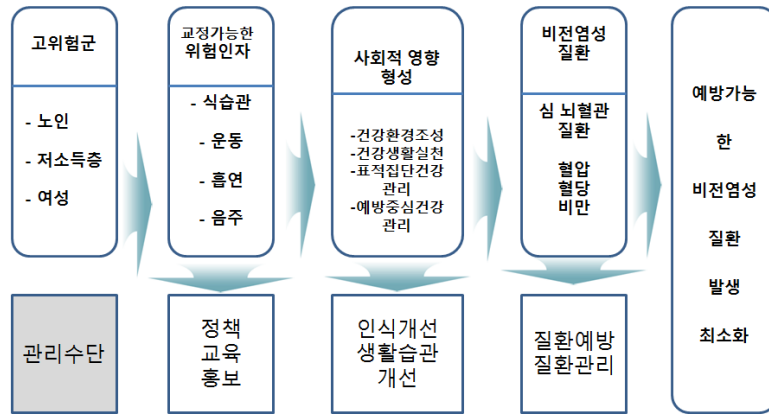
〈그림 10〉 비전염성질환의 예방 및 관리 원칙



비전염성 질환 관리를 위한 집단대상 인식개선사업의 목표는 개인이 건강에 대한 가치와 책임의식을 가질 수 있도록 지식을 알리고 스스로 건강생활을 할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 건강생활실천, 예방중심의 건강관리, 인구집단별 건강관리, 건강환경을 조성하여 스스로 관리할 수 있도록 하기 위해서는 교육과 홍보가 중요하다. 대중을 대상으로 티브 광고, 현수막 등을 사용하여 불특정 다수가 교육에 노출될 수 있게 한다. 지역단위에서는 일차보건을 담당하고 있는 보건소가 주체가 되어 집중관리를 실시한다. 대중을 대상으로 생활습관개선의 필요성과 예방관리 수칙, 습관은 변할 수 있고 긍정적으로 변해야 하는 인식을 홍보하고 교육한다.

지역단위에서는 보건소가 중심이 되어 표적집단을 선정하여 교육의 효과를 증대한다. 표적집단 대상별로 교육안내, 교육자료 제공, 지역사회건강요원과 1:1 매칭관리, 체험위주의 교육을 실시한다. 지역단위 교육에서는 구체적으로 방문과 전화를 사용할 수 있으며 스마트폰을 이용한 교육과 확인을 할 수 있다.

〈그림 11〉 비전염성질환 발생 최소화 과정



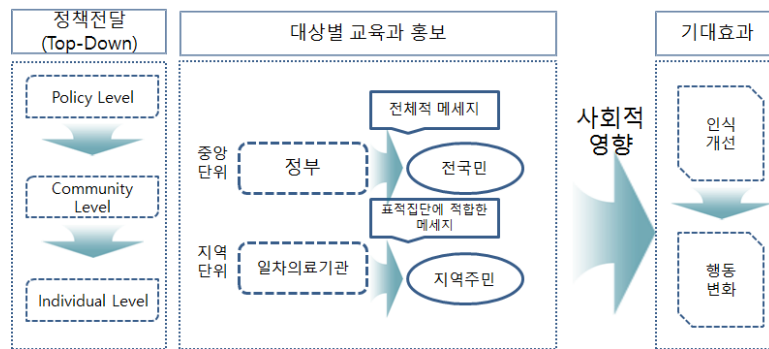
대중을 대상으로 하는 교육에서는 정부가 주도적으로 상의 하달 방식이 효과적이다. 집단에게 하고 싶은 주장, 주장을 대중이 실천할 수 있도록 하기 위해서는 대중이 반응을 최대화할 수 있도록 인구학적 특성 조사, 개념구성, 의사소통 그리고 조성 및 자극활동을 활용한다. 대부분의 인식개선을 위해서는 사회마케팅기법을 사용하여 특별한 형태를 가지지 않는 무형의 공공서비스를 제공한다. 사회마케팅은 장기적으로 대상자의 사고체계를 바꾸는데 사용된다. 사회마케팅은 비전염성질환 발생 최소화를 위한 환경이 공급자인 정부 기관에서 소비자인 국민 대상자에게 주지만 대상자가 왜 비전염성 질환 발생을 최소화하여야 하는 필요성에 부응하여야 하고, 소비자가 원하는 것을 선택하여 스스로 가치를 느낄 수 있도록 하여 효과를 극대화하기 위한 전략을 구사하여야 한다(Bae 2004).

인식개선을 위한 사회마케팅 기본 구성은 수요자의 특성에 따라 문제를 분석하고 변화의 이점, 변화가 안 일어나는 장애 요인을 파악하고, 대상자의 요구를 반영하여 개발하여야 한다. 지역의 일차보건의료기관을 중심으로

적용할 수 있는 사회마케팅은 인식개선이 필요한 표적집단을 고객으로 가정하여 교육과 홍보가 필요한 대상자를 세분화하여 적합한 마케팅기법을 적용하는 것이다(Bae 2004). 일차의료기관 중심 표적집단 인식개선은 지역사회특성을 반영하여 일정한 지역 중심으로 서비스가 제공되는 지리적 물리적 특성이 중요하다. 지역사회를 기반으로 한다는 것의 의미(Community-based)는 지역사회를 표적집단으로 선정하여 중재하는 것으로, 지역사회가 하나의 단위가 되어(Unit of solution) 지역사회의 변화, 특히 건강과 관련된 변화가 원하는 결과가 나타나도록 하는 것이다. 그리고 지역사회의 참여는 지역주민을 단위로 하는 건강과 관련되어 필수적이다(McLeory 2003, 530).

지역사회로 중앙 정책이 전달되기 위해서는 중앙단위에서 비전염성질환 발생 최소화를 위한 메시지인 생활습관 개선 정책을 정책차원의 변화(Policy-level change)를 지역사회 단위(Community level change)로 상의하달(Top-Down) 방법으로 전달하여 개인의 행동이 변화(Individual level change) 되도록 한다. 사회적 영향을 개인이 느껴 행위변화를 유발한다.

〈그림 12〉 비전염성 질환 인식개선사업 전개 과정



## 2. 다중균형 모형을 이용한 인식개선에 대한 중남미 지역에서의 선행연구

정책을 통한 대상별 교육과 홍보로 인식개선의 사회적 영향으로 행동변화가 발생해 생활습관이 건강에 유익하게 변화하였으면, 이를 유지시키는 것이 중요하다. 개인의 긍정적인 인식과 행동이 집단적으로 유지되기 위해서는 집단이 전체적으로 인식하는 기준을 이동하는 것이 필요하다(Yoon 2014, 160-164).

사회 맥락에 널리 퍼져 있는 대중이 하는 습관적 행위나 생각은 사회에서 누구나 거부감없이 받아들이고 행동하므로 인식의 균형을 이루고 있다. 사회맥락을 변화시켜 대중이 모두 인식 변화를 가져오하고자하는 정책은 중남미의 습관적인 지각을 시간을 지키는 행위로 변화시키기 위한 국가적 정책에서 시작되었다. 중남미 소득수준이 낮은 국가에서 지각이 사회적으로 용인되고 있으나 개인의 특성으로 간주되었다. 모든 사람이 지각을 하면 사회적 특성으로 설명되어야 한다는 것이 다중균형모형의 출발점이다. 사회적 맥락에서 시간을 지키느냐, 지각하느냐로 구분될 수 있는 것으로 지각이 허용되는 사회적 맥락이 존재하면 습관적으로 지각하게 되고 시간을 지키는 행위가 인정받지 못하게 된다. 시간을 지키는 사회적 맥락이 있으면 시사회적 맥락이 시간을 지키는 것이면 시간 엄수는 개인 행동에 영향을 주어 자연스럽게 개인이 시간을 지키게 된다.

중남미 국가인 에콰도르에서는 지각에 대한 사회적 맥락을 변화시키기 위해 대규모 캠페인을 실시하였다(Horowitz 2007, 2-5). 시간을 지키는 정책을 실시하고, 지각하는 것과 시간을 지키는 것 중 시간을 지키는 선택을 개인이 할 수 있도록 변화를 유도하고, 여론에 조직적으로 개입하였다. 지각을 하였을 때 정신적인 제재를 가하였고, 정부와 직장에서 시간을 지키는 사람에게 인센티브와 지각하는 사람에게 제재를 주어 시간을 지키는 것이 유리

하다는 인식을 가질 수 있게 사회적 맥락에 조직적으로 개입하고, 지각을 하였을 때 불리하다는 것을 스스로 깨닫게 하였다. 금전적 인센티브를 가하지 않았으나 사회적 제재와 보상으로 사회적 맥락을 변화시키는 것은 가능하였다.

### 3. 다중균형 모형을 이용한 보건사업에서의 인식개선

그래프가 일치하는 지점은  $D_1$ ,  $D_2$ ,  $D_3$ 이다(Yoon 2014, 158). 다중균형모형의 그래프는  $45^\circ$  위는 안정적이지만  $45^\circ$  아래는 불안정한 특징이 있다. 이를 건강행위에 적용하면  $D_1$ 은 건강위험행위에 대한 인식이 없으므로 행동을 변화시킬 이유가 없다. 흡연, 음주, 불균형한 식습관이 사회적으로 관대히 용인되는 맥락에 해당된다.  $D_3$ 는 건강에 긍정적인 행위가 사회적 맥락으로 인정된다. 사회적 맥락이  $D_3$ 인 사회는 개인이 건강행위를 하지 않으면, 개인의 건강행동이  $D_1$ 에 있는 흡연과 운동부족, 부적절한 식습관을 가지고 있는 사람은 사회적으로 압박을 느낀다. 예를 들면 담배를 피울 때 주위사람이 쳐다보거나 금연하는 사람이 주위에 많아 담배 피우기가 쉽지 않게 된다. 흡연 행동이 사회적으로 압박을 느껴 실질적으로 별을 주지 않아도 금연을 결심하게 된다.

다중균형모형은 건강행위를 하지 않으면 사회적 압박을 스스로 느껴 자연스럽게 행동이 변화되어 건강행위로 전환 되는 것으로 설명할 수 있다. 그러나  $D_2$ 는 금연과 흡연이 불안정하게 서로 있는 것으로 일시적으로 금연을 실시하였지만 시간이 조금 지나면 압박을 느끼지 않게 되어 자연스럽게 건강위험행위로 되돌아오게 된다. 사회적 맥락이 건강에 긍정적인 것과 부정적인 것이 함께 공존하여 불안정한 상태이다(Yoon 2014, 158).

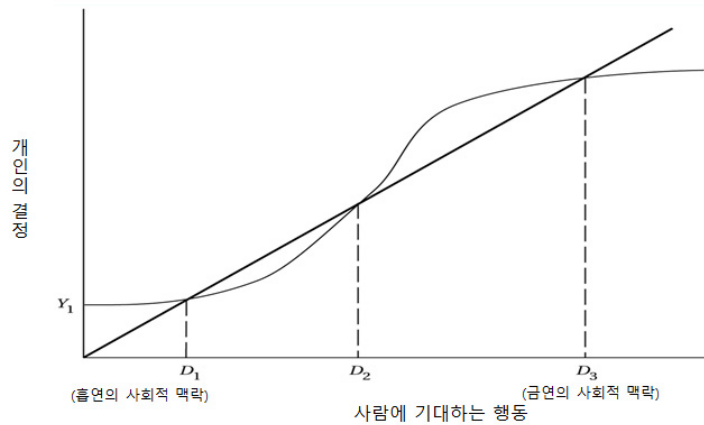
그러므로 사회적으로  $D_1$ 균형점에 있는 건강과 관련된 행위를  $D_2$ 를 넘어  $D_3$ 로 가기 위해서는 강력한 정책이 필요하다. 지각과 시간을 지키는 선행연

구에서 나타났듯이 국가는 정책을 수립하고 사회적 제재와 인센티브를 주어 사회적 맥락을 변화시키는 과정이 요구된다. 이것을 건강행위에 대한 인식개선과 연결시키면 중앙정부에서는 전체적인 정책을 수립하여 하달하고, 지역사회 단위인 일차의료기관에서 표적집단을 대상으로 메시지를 전달하고, 지역사회 내에서 사회적 압박을 느끼게 하여 행동이 변화하여 유지될 수 있는 단계까지 끌어 올려야 한다. 즉, 건강행위에 대한 인식이  $D_3$ 로 이동하면 안정적 균형점이므로 건강행위로 가기 위한 정책을 실시하지 않아도 스스로 안정적인 건강행위를 실천할 수 있다.

균형점 이동을 보건협력중점국에 적용해 보면 다음과 같다. 건강위험행위의 대표적인 것이 흡연이다. 볼리비아 남성의 흡연율은 42%로 지역평균이 26%의 두배에 이르는 수준이다. 볼리비아는 흡연과 관련된 심근경색, 만성호흡기질환, 뇌졸중이 사망원인 1,2,3위이며 전체 사망의 20.6%를 차지하고 있다. 흡연을 금연으로 행위변화를 통한 질환발생을 최소화시키는 것이 중요하다. 이것은 중남미에서는 흡연이 사회적으로 널리 인정되고 있으며, 볼리비아에서 남성의 흡연이 사회적으로 용인되고 있어 그림  $D_1$ 에 해당된다. 볼리비아 정부는 질환으로 인한 사회적 비용감소를 위해서는 보건부가 정책적으로 국민에게 금연에 대한 메시지를 주고, 지역사회에서는 일차의료기관이 중심이 되어 남성을 표적집단으로 선정하여 금연에 대한 프로그램을 실시하여  $D_1$ 에서  $D_2$ 를 넘어  $D_3$ 로 갈 수 있도록 사회적 맥락을 변화시키는 것이 필요하다.  $D_3$  균형점은 금연이 필요하고 흡연을 하면 심근경색, 뇌졸중, 만성폐질환이 발생한다는 지식과 금연을 해야 한다는 인식이 형성된 지점이므로, 인식개선에 따른 행동변화를 가져 올 수 있는 것으로 예상된다.



〈그림 13〉 다중균형모형



(자료: Yoon 2014, 158, Yoon 2014, 347에서 재구성)

## VII. 결론

이 연구는 중남미 post-2015 보건사업에서 인식개선이 필요한 이유, 지속적으로 증가하는 비전염성질환을 중심으로 인식개선을 보건사업에 적용하여 효과적으로 건강수준을 향상시킬 수 있는 방법을 중남미 지역의 보건협력 중점국을 대상으로 논하여, 의료제도와 서비스가 불충분한 중남미 지역에서 건강수준을 향상시킬 수 있는 주요 정책과제를 도출하고자 하였다.

중남미 국가는 감염성질환과 비전염성질환이 동시에 증가하는 이중부담 형태가 나타나고 있다. 비전염성질환은 생활습관이 발병원인 중 하나로 흡연, 음주, 부적절한 식습관, 운동부족이 원인으로 치료의 개념보다는 관리의 개념이 중요한 질환으로 전생애에 걸쳐 관리되어야 하며 합병증과 일상생

활에서 장애를 유발하여 국가의 보건수준을 하락시키고 국가경제에 부담되는 특징이 있다. post-2015 보건사업은 비전염성질환관리가 주요목표로 선정되었고 건강행위를 통한 생활습관 개선이 중요하다. 긍정적 건강행위를 위해서는 사회문화적 요소를 파악한 인식개선을 위한 중재가 필요한 것으로 파악되었다.

중남미 보건협력중점국을 중심으로 살펴보면, 비전염성질환 유병율이 지난 10년간 급격하게 증가하고 있으며, 건강행위과 관련된 심뇌혈관계 질환, 당뇨의 유병률과 발병률은 증가하지만 10년간 다른 국가에 비해 발병율을 줄이지 못하고 있는 것으로 나타났다. 공공의료가 국민의 의료를 책임져야 하지만 국가재정의 부담능력을 벗어나고 의료인의 숫자가 지역평균보다 낮으므로 의학적모델로는 비전염성질환치료가 이루어질 수 없으므로, 집단을 대상으로 하는 예방과 관리의 개념으로 건강행위를 개선하여 스스로 건강관리를 할 수 있는 개입이 필요하다. 건강환경을 조성하여 인구집단별로 예방중심의 건강관리, 구체적으로 금연, 절주, 적절한 식습관, 운동을 실천할 수 있는 인식개선을 통하여 예방가능한 비전염성질환 발생을 최소화하는 전략이 요구된다.

중남미 국가는 보건소 중심의 1차의료기관, 2,3차 의료시설로 가는 의료체계를 가지고 있다. 국가에서는 전체적으로 탑다운 방식의 인식개선을 통한 건강생활실천의 정책을 설정하고 지역사회, 개인에게 정책이 전달될 수 있도록, 대상별 교육과 홍보를 정하고 사회적 영향을 통한 인식개선과 행동변화를 유발 할 수 있도록 한다. 강력한 정책과 사회적 영향을 통한 표적집단 중심의 건강생활 실천 유도는 다중균형모형을 설명할 수 있다. 다중균형모형은 개인의 인식과 집단의 인식의 균형점을 찾는 것으로 집단의 인식과 개인의 인식이 일치할 때 개인은 안정감으로 느끼게 된다. 그러므로 집단이 건강행위를 할 수 있도록 강력한 인식개선사업으로 집단 인식의 균형점을

상승시키는 것이 중요하다.

이것을 개발협력 보건분야에 적용하여보면 우리나라가 진행하는 보건사업은 보건소 건립, 기자재 지원, 연수초청사업으로 구성되어 보건소 건립 후 질병 치료에 중점을 두었다. 그러나 비전염성질환에서는 자가관리가 중요하다라는 인식개선 프로그램형 사업이 병행되는 것이 바람직한 것으로 사료된다. 기존의 보건소 건립과 지역사회를 중심으로 하는 인식개선사업을 보건소가 중심이 되어 실시하는 정책으로의 전환을 통해 post-2015 보건사업에서 제시하는 일차보건의료를 통한 건강관리 사업으로 효과적인 건강수준 향상이 요구된다.

## 참고문헌

- Augustovski, Federico, Vilma, Edit, Velazquez, Aaberto, Gibbons, Luz, Craig, Benjamin(2008), "Argentine Valuation of the EQ-5D Health States". *Value Health*, Vol.12, No.4, pp.1-9.
- Bae, Sang-Soo(2004), 『*Health Care Plan(보건사업기획)*』, 계축문화사.
- Comision Economica para America Latina Y el Caribe(2015), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Tabla de progreso, 2012*. Division de Estadistica del Departamento de Asuntos Economicos y Sociales de las Naciones Unidas,
- Deaton, Angus(2007), "Income, Aging, Health and Wellbeing around the World: Evidence from the Gallup World Poll." NBER Working Paper 13317. Cambridge, United States: National Bureau of Economic Research,
- Horowitz, Andrew(2007), "The Punctuality Prisoner's Dilemma: Can Current Punctuality Initiatives in low-income Countries Succeed?" Department of

Economics University of Arkansas, AR 72701.

- Jekal, Y. Lee, MK. Park, SK. Lee, SH. Kim, JY. Kang, JU, et(2010), "Association between Obesity and Physical Fitness, and Hemoglobin A1c Level and Metabolic Syndrome in Korean Adults", *Korean Diabetes Journal*, Vol.34, pp.182-90.
- Kegler, Michelel. Steckler, Allen, McLeroy, Kenneth, Malek, Sally, (1998), "Factors that contribute to effective health promotion coalitions: A study of ten Project ASSIT coalitions in North Carolina", *Health Education and Behavior*, Vol.25, No.3, pp.338-353
- Kim, Dong-il., Kim, Ji-Young., Lee, Mi-Kyong., Lee, hae-Dong., Lee, Ji-Won, Jeon, Justin(2012). The Relationship between Obesity, Self-esteem and Depressive Symptoms of Adult Women in Korea (한국 대학생들의 체력과 체질량지수 및 대사증후군 위험요인과의 관계: 심폐체력과 근지구력을 중심으로). *The Korean Journal of Obesity(대한비만학회지)*, Vol.21, No.2, pp.99-107.
- Korean Psychology Association(2015), <http://www.koreanpsychology.or.kr/> (2015.10.30.).
- Kwon, Kisu., Kim, Jin-O., Park, Misook., Lee, Ju-Young and Yi Siun(2012), Analysis on Latin America's Aid Demand and Suggestions for the Priority Sectors(중남미의 개발수요와 한국의 분야별 ODA 추진방안), ODA 지역연구 12-3, Korean Institute for International Policy(대외경제연구원).
- Lora, Eduardo(2011), IDB WORKING PAPER SERIES No. IDB-WP-290, Inter-American Development Bank.
- McLeroy, Kenneth(2003), "Community-based interventions", *American Journal of Public Health*, Vol.93, No.4, pp.529-33.

- Montenegro, H, Holder, R, Ramagem, C, Urrutia, S, Fabrega, R, Tasca, R, et al (2011), "Combating Health Care Fragmentation through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas: Lessons Learned", *Journal of Integrated Care*, Vol.19, No.5, pp.1-11.
- Montenegro, H, Levcovitz, E, Holder, R, Ruales, J, Suarez, J(2013). "Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and road map for implementation in the Americas", *International Journal of Integrated Care*, Vol.13, No.25, pp.1-3.
- Murray, C. Chen, L(1992), "Understanding Morbidity Change." *Population and Development Review* Vol.18, No.3, pp.481-503.
- Murray, C. Lopez, A(2000), "Progress and Directions in Refining the Global Burden of Disease Approach: A Response to Williams," *Health Economics* Vol.9, No.1, pp.69-82.
- Murray, C, Salomon, J, Mathers, C, Lopez, A(2002), *Summary of Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Geneva: World Health Organization.
- National Institute of Korean Language(2015), <http://www.korean.go.kr/>
- National of Health and Ministry(2015), <http://mohw.go.kr>
- PAHO(2015), Non-communicable Diseases on global agendas Issue brief on non-communicable diseases. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=345&Itemid=40242](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40242)
- Rifkin, S.(1991), *Community participation in maternal and child health/family planning programs*. Geneva: World Health Organization.
- Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen, Chinapaw(2012), "Physical Activity and Performance at School A Systematic Review of the Literature Including a

- Methodological Quality Assessment”, *JAMA*, Vol. 166, No.1, pp. 49-55.
- Suarez-Berenguela, Rubin(2000). “Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy implications.” Working paper prepared for the Health and Human Development Division of the Pan American Health Organization-World Health Organization. <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/suarez.pdf>
- Todaro, Michael, Smith, Stephen(2009), *Economic Development* 11<sup>th</sup> ed. Prentice Hall.
- WHO(2013), World Health Organization “Global Status Report on non-communicable diseases” 2010 World Health Organization “10 facts about diabetes” October 2013.
- WHO(2015), Bolivia (Plurinational State of): WHO statistical profile, <http://www.who.int/countries/per/en/>
- Yoon, Hee-Sang(2014), “Sustainability in Health ODA and Multiple Equilibria Model - The case of Uganda-(다중균형모형을 통한 보건분야 국제개발 협력의 지속가능성에 대한 연구 -우간다 사례를 중심으로-)”, *Journal of African Studies*(한국아프리카학회지), Vol.43, pp.139-167.
- Yoon, Hee-Sang(2014), “Sustainability of International Cooperation based on analysis of Policy and System, The case of Uganda(수원국 보건의료 제도 및 정책분석을 통한 보건분야 국제개발협력의 지속 가능성에 대한 연구: 우간다사례를 중심으로)”, *Studies in Comprehensive Regional Strategies*(전략지역심층연구), 14-14, KIEP(대외경제정책연구원)

### 〈국문요약〉

목적: 이 연구는 개발협력 보건사업에서 post-2015사업의 비전염성질환의 효과적 관리를 위한 전략을 제시하는데 있다.

방법: WHO의 라틴아메리카 자료와 지역 자료를 중심으로 분석하였다.

결과: 라틴아메리카는 비전염성질환 사망률 감소에 진척을 보이지 못하고 있으며, 심혈관계 질환으로 인한 사망률이 높다. 라틴아메리카는 건강불평등과 의료분절화가 심하므로 비전염성질환 관리를 위해서는 건강생활습관 정착이 요구된다. 다중균형모형은 사람들의 기대와 행동과의 관계를 설명하는 모형으로, 라틴아메리카 사람들의 생활습관을 설명하는데 유용하다. 사회적으로  $D_1$  균형점에 있는 건강과 관련된 행위를  $D_2$ 를 넘어  $D_3$ 로 가기 위해서는 강력한 정책이 필요하다. 균형점 이동을 보건협력중점국에 적용해 보면 다음과 같다. 건강위험행위의 대표적인 것이 흡연이다. 볼리비아 남성의 흡연율은 42%로 지역평균이 26%의 두배에 이르는 수준이다.  $D_2$ 를 넘어  $D_3$ 로 가기 위해서는 정부주도의 금연 캠페인이 요구된다.

결론: 라틴아메리카 개발협력 보건사업에서 개인과 집단의 균형점 이동을 위한 다중균형모형을 이용한 강력한 인식개선사업이 요구된다.

주제어: 인식개선, 사회적 맥락, 중남미, 보건사업

■ 논문투고일자: 2015년 10월 31일

■ 심사완료일자: 2015년 12월 24일

■ 게재확정일자: 2015년 12월 27일