

통합의료체계는 어떻게 공동체의 건강형평성을 보장하는가?: 쿠바 사례를 중심으로*

김형숙
순천향대학교

정이나
쿠바 아바나 의과대학

곽재성
경희대학교

김형숙, 정이나, 곽재성(2020), 「통합의료체계는 어떻게 공동체의 건강형평성을 보장하는가?: 쿠바 사례를 중심으로」, 이베로아메리카연구, 31(2), 183-210.

초록 본 논문의 목적은 통합 의료적 접근이 어떻게 지역사회 참여와 공동체 역량 강화라는 순기능으로 이어지며 건강의 형평성을 보장하는지 쿠바 사례를 중심으로 접근하는 것이다. 통합의료적 접근은 개별 질병 치료 중심의 임상학과 구별되는 것으로, 본 연구에서는 쿠바 보건체계의 주요 토대인 일차의료에 기반을 두는 커뮤니티 케어를 통합의료의 조직적 관점과 내용적 측면의 두 수준으로 나누어 분석하였다. 진료소와 폴리클리닉을 중심으로 이루어지는 지역공동체 기반의 일차보건의료체계를 조직적 측면에서 살펴보고, 공동체 내 다 부문 간 의료적 실무의 유기적 협력이 이루어지는 양상을 통해 통합의료의 내용적 측면을 살펴보았다. 이를 통해, 본 연구에서는 쿠바 보건체계의 통합 의료적 성격이 어떻게 지역사회 내 건강 불평등을 최소화하면서 지역주민의 높은 건강 수준을 유지할 수 있는 토대임을 확인하고자 하였다.

핵심어 쿠바, 일차보건의료, 통합의료, 커뮤니티 케어, 건강형평성

* 이 논문은 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2017S1A5A2A03068806). This paper was carried out with the support of the 2017 General Research Support Project (2017S1A5A2A) of the Korea Research Foundation.

I. 서론

쿠바의 보건의료체계는 선진국과 유사한 수준의 높은 의료적 성과를 거두며 국제사회의 이목을 집중시켜 왔다. 그리고, 의료의 보편적 접근성을 보장하는 무상의료정책, 공중보건과 임상 의학을 단절 없이 연속적이고 유기적으로 결합하는 일차보건의료 등(Esposito *et al.* 2015, 29-32; EC, PAHO, WHO 2015; Keck & Reed 2012, e14-15)은 쿠바 의료체계를 구성하는 주요 토대로 알려져 있다.

쿠바 일차보건의료 정책은 “모두를 위한 건강”이라는 쿠바의 평등주의 이상을 구현함과 동시에, 건강권을 기본 인권으로 규정하여 의료 접근의 보편성을 위해 국가의 주도적 역할이 중요하다고 강조한 알마아타 선언의 기본 원리를 충실히 구현한 정책적 성과(Esposito *et al.*, 2015; 정이나 2017)이다. 즉, 의료에 대한 동등한 권리를 헌법에 명시하여 보건의료에 대한 국가의 책임을 명확히 함으로써, 국가 주도의 고도로 체계화된 예방 중심의 통합의료체계를 성공적으로 구축한 경우이다.

또한, 1984년도 도입된 가족 주치의-간호사 프로그램(Programma del medico y enfermera de la familia: Family Doctor and Nurse Program)은 지역사회 기반의 새로운 의료체계로서, 국제사회가 널리 인정하는 성공사례이기도 하다(Hauge 2016, 38; Feinsilver 2014, 99). 기실 이 프로그램이 도입된 배경에는 쿠바 사회에서 진행되는 고령화, 어린이 질환이나 감염성 질환으로 인한 사망보다 심장병, 암, 당뇨병과 같은 만성질환으로 고통받는 성인 인구와 이로 인한 사망률이 증가하였고, 제한된 자원으로 만성질환을 통제하기 위하여 완치 의료와 장기적인 예방 전략이 동시에 필요하게 된 사회적 변화와 무관하지 않다(Keck & Reed 2012, e15). 인구의 고령화는 필연적으로 만성질환의 증가라는 질병 구조의 변화를 동반하지만, 치료 중심의 보건의료체계로는 예방관리 및 장기간의 포괄적 건강관리가 필요한 만성질환 중심의 질병 구조에 대응하기 어렵기 때문이다. 이에, WHO(세계보건기구)는 일찌감치 알마아타 선언 등을 통해 일차보건의료를 이에 대한 대안으로 제시해 왔다(임준 2019, 13-14).

더 나아가 최근 2018년에는 “일차보건의료의 이스타나 선언”을 통해, 대부분 많은 국가에서 질병 중심 접근 경향이 두드러지며 일차의료의 질이 낮아지고 인력 부족 상태에 있음을 지적하는 등, 일차보건의료가 복잡하고 빠르게 변화하는 세계에 대응하는 보건의료체계를 구축하고, 건강 증진과 예방, 건강 결정요인 해결 및 주민 중심 접근법에 중점을 두는 효과적인 방법이 될 수 있음을 강조한 바 있다. 이미 일차보건의료는 WHO가 권장하는 의료의 대안적 모델이라는 점은 주지의 사실이다.

따라서, 쿠바 일차보건의료 체계가 생의학적 모델에서 지역사회 기반의 복지모델로 패러다임 이동을 준비하는 보건의료관계자들의 관심을 받는 것은 (Esposito *et al.* 2015, 29-30; Keck & Reed 2012, e13) 우연한 일이 아니다. 이는 한편으로 질병 치료, 예방, 재활, 복지 등과 같은 부문 간 서비스의 단절문제, 일관성 있는 부문 간 유기적이고 지속적인 의료서비스의 필요성에 따라, 지역사회에 기반을 두는 통합의료(Integrated Care)가 제안되는 현실과도 무관하지 않다.

그뿐만 아니라, 인구의 고령화, 만성질환 인구의 증가 등으로 의료의 주요 대상자들의 요구가 변화하면서 이를 해결하는 기본단위로서의 통합의료가 개인이 아닌 지역공동체의 기능을 바탕으로 해당 주체 간의 유기적인 협력을 기본으로 한다(임준 2019, 20; Plochg & Klazinga 2002, 4-5)는 주장은 주목할 만하다. WHO는 통합의료를 “분절적이고 일회성인 케어의 반대 의미로, 총괄적이고 지속적인 케어와 동일시”하며, “개인, 가족, 공동체의 필요를 중심으로 이루어져야 한다”고 정의한다(WHO 2016, 3). 이 같은 배경에서 쿠바 지역사회의 간호사가 지역주민과 생활공간을 공유하고 지속적인 관계 맺음을 통해 통합의료의 역할을 담당했던 것이 쿠바의 높은 의료적 성과에 공헌한 바가 크다고 분석한 Swanson(1988, 19)의 주장은 시사하는 바가 크다 하겠다.

정이나 등(2020)은 일차보건의료의 관점에서 진료소와 지역사회의 관계를 중심으로 쿠바 보건정책의 성공 요인을 파악한 바 있으며, 본 연구는 이를 바탕으로 쿠바 보건체계의 통합 의료적 성격을 고찰해보고자 한다. 질병 치료 중심

의 임상 의학과는 구별되는 통합의료는 어떻게 지역사회 참여와 공동체 역량 강화라는 순기능으로 이어지며 공동체의 건강 형평성을 보장하는지 살펴보는 것이다. 이는 최근 건강 불평등의 문제가 단순히 소득 격차만의 문제가 아니라는 사실이 새로운 사회적 의제로 대두되는 현실을 고려할 때 의미가 있어 보인다(마이클 마멋 2017).

본 연구의 주요 연구 방법론은 인류학적 참여관찰이다. 현지정보 수집을 위해 쿠바에 체류하며 조사거점 지역의 진료소를 선정하여 참여관찰을 진행하였고, 이 과정에서 현장참여관찰, 인터뷰 및 관계자 심층 면담 등을 통해 일차 자료를 수집하였다. 수집된 연구자료의 신뢰도와 타당성을 높이기 위해 다양한 정보제공자를 구성하여, 관찰과 면담 외에도 공식문서와 면담 기록, 계시물, 문헌 등 다양한 출처를 활용하여 사실 교차 확인 등을 거쳐 정보와 자료를 엄격히 선정하였다.

현지조사는 2019년 6월 후반부터 7월 약 한 달간 간호학과와 중남미 인류학자 각각 1명으로 구성된 연구진이 진행하였다. 참여관찰을 위한 주요 거점연구 지역은 아바나(市) 베다도(Vedado)에 위치한 진료소이며, 약국이나 폴리클리닉 등 관련 의료기관이 근접해 있고, 공원, 시장, 거리 등 해당 지역주민의 일상 생활 공간을 직접 참여관찰 가능한 지역으로 우선 선정하였다. 또한, 해당 지역의 가족 주치의, 간호사, 약사, 주민자치조직인 CDR의 대표인 텔레가도(Delegado)¹⁾와 청년공산당 관련자를 비롯하여 간호학과, 의과대학 교수, 청년조직, 노인회, 기타 여러 사회계층에 속하는 주민을 포함하는 총 18명의 주요 정보제공자를 인터뷰하였다. 필요에 따라 거점관찰 진료소 지역이 아닌 센터로 아바나(Centro Habana)에 위치한 진료소들과 폴리클리닉을 1~3일씩 비교 관찰하여 수집된 일차 자료를 비교하여 수집된 정보의 신뢰성을 높이고자 하였다.

1) 텔레가도(delegado, 남성일 경우, 여성일 경우 텔레가다 delegada)는 2년마다 해당 지역주민의 직접 선거를 통해 선출되는 정치인으로 지역의 목소리를 중앙정부에 전달하는 역할을 한다.

II. 쿠바 일차보건의료 체계의 조직

세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 2016년에 제안한 통합 의료의 주요 범위와 수준의 구분에 따르면, 쿠바 보건체계의 중심을 이루는 일차보건의료의 대상 범위는 개인, 특정 그룹, 그리고 지역공동체 전체로 이어지는, 즉 마이크로, 메조, 그리고 마크로 수준으로 확대 통합되는 구조로 이루어져 있다. 마이크로 수준에서의 통합이 맞춤형 관리 계획을 통해 가능한 개인에 대한 원활한 관리 경험을 달성하는 것을 목표로 한다면, 메조 수준의 통합은 같은 질병이나 조건을 가진 특정 치료 그룹 또는 모집단에 대한 통합관리이며, 마크로 차원의 통합은 공동체 요구를 분류하고 그에 따른 맞춤 서비스를 통해 전체 인구에 대한 통합 관리를 제공하는 것으로 설명하고 있다(Nolte and McKee 2008, 76 ; Curry and Ham 2010, 7-42).

일차의료는 다양한 학자들에 의해 조금씩 다르게 정의되지만, 공통적으로는 최초접촉, 포괄성, 조정기능, 지속성이라는 속성을 포함한다(이재호 2019). 본 장에서는 주민들이 보건의료체계를 최초 접촉하는 진입 지점이자 서비스의 지속성을 담보하는 기초의료팀(EBS)과 다 부문 협력과 팀워크를 통해 서비스의 포괄성과 조정기능을 보장하는 체계로서의 기본실무그룹(GBT), 아울러 쿠바 일차보건의료 체계의 중요한 특성 중 하나인 지역사회 참여를 보장하는 방법으로서의 건강분석 체계 등, 쿠바의 일차보건의료 체계의 조직적 차원의 통합이 어떻게 이루어져 있는지를 기술할 것이다.

쿠바 보건의료체계의 1단계에 해당하는 일차의료(Atención Primaria) 기관으로는 진료소(consultorio)와 폴리클리닉(policlínico)으로, 이를 중심으로 구강내과, 산전센터, 정신건강센터 등이 포함된다. 2단계는 지역의 종합병원(Hospital), 3단계는 전문병원과 의료연구기관으로 구성된다. 진료소와 폴리클리닉은 지리적인 요건, 인구수를 감안하여 15개 주(provincia) 168개 시(municipal)에 고루 분포하며, 아래 <표 1>에서 보는 바와 같이 병원 수보다 일차보건의료 관련 기관의 수가 절대적으로 많은 것으로 나타난다(MINSAP 2019).

〈표 1〉 쿠바의 의료 복지기관 분포(2018)

의료 복지기관 형태		수
의료기관	폴리클리닉(Polyclinic)	449
	치과(Dental clinics)	111
	모자보건센터(Maternal homes)	131
	종합병원(Hospitals)	150
	연구소(Research Institute)	12
복지기관	요양원(Nursing homes)	155
	양로원(Grandparents houses)	293
	정신건강센터(Medical centers psychopedagogical)	30

출처: 쿠바 보건성(Ministerio de Salud Publica) 2018년 자료를 바탕으로 저자 재구성.

1. 통합의료 실행의 기초 단위: 진료소의 기초의료팀(EBS)

쿠바 지역사회 기반의 통합의료 실행의 기초 단위에 해당하는 진료소는 가족 주치의와 간호사 각 1명으로 구성된 최소 단위이다. 1980년대 도입된 가족 주치의-간호사 프로그램으로 정착된 이 제도는 보건의료에 대한 지역주민의 보편적 접근권을 보장하는 방법으로 지역과 계층 관계없이 쿠바 전 지역에 가족 주치의-간호사로 구성되는 기초 의료팀을 구성하고 있다. 이 가족 주치의-간호사 팀을 기초의료팀(Equipo Básico de Salud: 이하 EBS로 칭함.) 혹은 가족 건강팀(Cuerpo Médico de Familia: 이하 CMF로 칭함.)이라고 부르며, 공식적으로 의사가 팀의 리더 역할을 하게 된다(MINSAP 2011).

진료소는 EBS가 근무하는 진료공간으로 120~150가구, 600~800명마다 한 개씩 배치하는 것을 기본 목표로 하였으나(정이나 2017, 171), 2011년 지침에는 인구 1,500명을 초과하지 않는다고만 규정하고 있다(MINSAP 2011). 보건성 통계(MINSAP 2019) 자료에 따르면, 2018년 현재 EBS 당 평균 주민 수는 약 1,032명이었으며, 거점연구 지역인 베다도 구역의 진료소 두 곳에서는 각각 1,194명, 1,184명을 담당하고 있다.²⁾ 인구밀집도가 높은 지역의 경우에는 한 개

2) 해당 지역사회에서 진료소를 구분하는 방식은 번호이다. 본문에 언급된 진료소는 진료소#5, 진료소#6으로 각각 표시되어 있으며, #5는 다섯 번째로, #6은 여섯 번째로 지역에 설치된 진료소라는 의미로 이해하면 된다.

의 진료소 건물에 두 개의 EBS가 오전과 오후로 나누어 진료와 가정방문이 교대로 진행하기도 하는데, 쿠바의 수도 아바나시(市)에서 가장 인구밀집도가 높은 센트로 아바나(Centro Habana)지역 오스빠탈(Hospital)거리에 위치한 진료소#26과 #27은 하나의 공간을 공유하며, 각각 1,049명과 940명의 주민을 담당한다. 주민의 수가 300명 미만인 지역에는 의사 없이 간호사(Licenciada)나 지역사회 전문간호사 한 명이 근무하면서 인근 진료소의 가족 주치의를 통해 진료가 이루어진다.³⁾ 이 경우 가장 가까운 진료소의 주민 수는 1,100명을 초과할 수 없도록 규정하고 있다(MINSAP 2011).

쿠바 일차보건의료의 통합 의료적 성격은 대상자가 호소하는 주증상과 임상 문제뿐 아니라 과거 병력이나 성별, 나이, 노동 환경 등에 대한 기본 정보를 바탕으로 주민 스스로 의식하거나 인식하지도 못하는 다른 질병의 가능성까지 미리 파악하여 진단하고 총체적으로 관리하는 시스템을 구축하는 것이다. 이를 위해 가족 주치의-간호사가 해당 지역사회에서 주민과 지속적인 관계를 맺는 것이 중요하고, 지역사회에서 가장 접근성이 좋은 위치에 진료소가 설치되는 이유이기도 하다. 또한, 의사와 간호사들은 그들의 직장에 해당하는 진료소 근처에서 거주할 수 있는 우선권이 주어진다.

이는, 의사와 간호사가 한 지역에서 장기간 근무하면서 지역사회의 일원으로서 친밀하고 지속적인 관계의 구축을 원칙으로 하는 쿠바 일차보건의료의 특성을 보여주는 대목이다. 예를 들어, 본 연구의 거점지역인 베다도 구역의 진료소#5의 가족 주치의는 진료소가 있는 건물의 아파트에 거주하고, 간호사는 도보 15분 거리의 인근 주변에서 거주하고 있었다. 모든 진료소는 해당 지역주민의 주거지에서 대부분 도보로 10분 이내에 닿을 수 있는 지역에 분포하고 있

3) 일반적으로 3년 기본과정을 거친 간호사들이 의료 실무에 참여하고, 이후 현장 경험 이 누적된 간호사를 대상으로 편성된 간호 인력 교육 프로그램을 다년간 추가적으로 이수하게 되면, Licenciada(리센시아다)라는 타이틀을 얻게 된다. 이는 의료현장에서 그 지위가 높고 평가되고, 동시에 간호사로서 실력을 인정받았다는 의미이기도 하다. 지역사회 전문간호사는 대학원 과정에서 간호의 전문 분야(모성-영아 전문/성인 중 환자 및 응급/지역사회)를 이수한 간호사를 일컫는 말이다.

어 EBS 구성원들과 주민들의 일상적 접촉이 이루어지는 구조인 셈이다.

모든 진료소 입구에는 보건성 규정에 따라 진료소에 대한 정보를 제공하는 게시판이 걸려있다. 진료소 게시판에는 담당 의사와 간호사 이름, 인근 구강내과(Estomatología)의 위치, 진료소 번호, 담당 인구수, 인근 진료소 3개의 주소, 요일별 진료시간, 당직 일정, 학생 수련 일정, 기본실무그룹(Grupo Basico Trabajo: 이하 GBT⁴⁾) 회의 날짜 등이 표시되어 있다. 현지조사 중 진료소의 문이 닫혀있는 경우나 의사가 없는 경우 지나가던 주민이 “처방전을 가지러 폴리클리닉에 갔을 것”이라고 알려주는 등 대체로 진료소 및 EBS 구성원들에 대한 동선과 정보는 광범위하게 공유되고 있음을 알 수 있다.

EBS의 근무시간은 월~금은 오전 8시~12시, 오후 1시~5시, 토요일 오전 8시~12시이며, 오전에는 내소자 진료, 오후에는 가정방문, 직장인을 위한 주 1회 이상의 특별 진료는 오후 3시~7시에 하도록 규정하고 있지만(MINSAP 2011), 상황에 따라 매우 유연하게 운영되고 있다. 베다도 진료소#5의 경우 오전 진료가 오후 1시를 넘기는 경우가 빈번하였고, 월, 수, 금요일은 종일 진료, 화요일은 오전 진료와 오후 가정방문, 목요일은 오전 가정방문 후 오후 진료 없이 오후 3시부터 7시까지 직장인을 위한 특별 진료를, 토요일 오전에는 상황에 따라 진료 혹은 가정방문을 진행하였다.

해당 진료소의 간호사 G에 따르면 가정방문이 있는 경우에도 진료소는 비워두지 않고 의사나 간호사가 교대로 지키며, 진료소가 근무하지 않는 야간이나 일요일에 발생하는 응급환자는 지역 내 설치된 폴리클리닉을 찾아가면 된다.⁵⁾ 그리고 진료소의 가족 주치의들은 해당 지역의 폴리클리닉에서 주기적으로 당직을 겸하는 구조로써, 결과적으로 진료소의 가족 주치의는 해당 지역사회의 폭넓은 주민을 자연스럽게 접하게 된다.

모든 진료소의 내부는 거의 유사하며, 대기실, 진료실, 검진실, 간호사실로 구성되어 있다. 각 방은 각기 두 개의 옆문이 있어 서로 연결되는 구조이다. 또

4) GBT 조직에 대한 설명은 다음 장(II. 2)을 참고할 것.

5) 폴리클리닉에 대한 설명은 다음 장(II.2)을 참고할 것.

한, 공통적으로는 역학지도 게시, 주민건강 기록지 비치, 건강교육 및 캠페인용 포스터 게시물 등이 관찰되었다. 내부에 비치된 기자재와 물품은 지역의 주민 특성에 따라 조금씩 차이가 있었는데, 베다도 진료소 #5의 경우 진료실에는 X-ray 판독 장치가 설치되어 있고, 검진실에는 부인과 검진용 침대와 다양한 크기의 질경(vaginoscope)이 비치되어 있다. 간호사실에는 세척 시설, 약품 및 기타 소모품들이 갖춰져 있는 모습도 함께 관찰되었다.

이처럼 지리적 조건과 인구수(가구수)를 기준으로 배치된 가족 주치의-간호사의 팀워크가 지역주민의 건강을 일상생활 전반에 걸쳐 단절 없이 살피는 시작이라면, 진료소의 상급기관인 폴리클리닉은 통합의료체계의 조직적 특징을 잘 드러내 주는 지점이다. 해당 건강구역(Area de Salud)⁶⁾의 주민건강을 관리하는 지역병원의 구조를 갖는 폴리클리닉은 보건의료에 대한 지리적 접근성과 혜택의 보편성을 동시에 보장하는 효과적인 수단으로 기능하기 때문이다. 다음은 이에 대해 좀 더 자세히 다룰 것이다.

2. 다부문간 협력 체제: 기본실무그룹(GBT)과 폴리클리닉

폴리클리닉(polyclinic)은 진료소와 함께 쿠바 일차보건의료체계의 핵심을 이루는 기관이다. 더욱 전문적인 검사가 가능하도록 검사실을 갖추고, 외래진료 및 응급진료를 담당하며 지역 곳곳에 설치된 진료소를 통합 관리하는 상급 기관으로 해당 지역사회의 보건의료를 총괄하고 책임지는 역할을 한다. 각 시(市)별로 평균 2~3개의 폴리클리닉이 있으며, 폴리클리닉 한 곳은 주민 약 2만 5천 명의 건강을 관리·담당한다고 볼 수 있다(MINSAP 2011).

GBT는 폴리클리닉의 의료 조직 단위로 폴리클리닉에 소속된 내과, 소아과, 산부인과, 정신과 전문의와 간호책임자, 사회복지사 등으로 구성된 다학제 팀을 일컫는다. 의료, 조사 및 관리 기능을 갖추고 진료소의 EBS 구성원과 함께 협진을 진행하며 EBS에 대한 교육 및 지원을 담당한다. 폴리클리닉에는 한 개

6) 건강구역(Area de Salud)은 해당 지역사회에 설치된 폴리클리닉을 중심으로 지역 단위의 보건의료가 집행되는 이른바 “보건관리구역”을 일컫는다.

이상의 GBT가 구성되어 있고, 각 GBT 그룹은 관할 구역의 진료소와 협진 체계를 구축하는 구조로 1개의 GBT가 관리하는 진료소는 20개를 초과할 수 없다(MINSAP 2011).

GBT를 구성하는 전문의들은 관할 진료소를 주기적으로 순회 방문하여 EBS와 상호 협진(interconsultas)을 진행한다. 최소 월 1회 이상 지역의 현장 방문을 통해 지역사회 위생 및 역학 조사를 포함하여 종합적인 지역사회의 보건상태 파악을 목표로 하고 있다(MINSAP 2011). 거점 조사지역의 에로에스 데몬카다(Héroes del Moncada) 건강구역(Area de Salud)의 폴리클리닉은 총 23개 진료소를 담당하고, 두 개의 GBT가 각각 12군데, 11군데의 진료소를 담당하고 있었으며, 연구자들은 현장관찰 중에 베다도 진료소#5에서 2회의 GBT 소아과 전문의의 방문 진료와 간호책임자의 현장 방문을 관찰하였다.

또한, GBT는 현장 협진이나 의료진의 응급서비스 참여, 월례회의나 연례 회의, 프로그램된 교육활동 등을 통하여 EBS 업무에 대한 동시, 소급 평가를 진행함으로써 의료서비스의 질을 관리·담당하며, 진료소 간호사의 업무에 대한 지도와 감독은 폴리클리닉의 GBT 소속의 간호책임자에 의해 이루어진다. 간호책임자 역시 2주마다 정기적으로 진료소와 현장을 방문하여 업무를 감독 하도록 규정하고 있다(MINSAP 2011). GBT는 월 1회 전체회의를 폴리클리닉에서 진행하며, 해당 그룹의 모든 가족 주치의와 간호사, 전문의 및 간호책임자, 폴리클리닉 원장급 임원이 참석하는 구조이다.

진료소 #5 경우 GBT의 월례회의는 매월 둘째 주 수요일 오후 4시에 이루어 지고 있었다. 회의에서는 의무적으로 계획된 활동 경과 및 성과, 입원하거나 가정에서 일어난 모든 사망자와 일부 환자 경과보고, 교육 프로그램의 이행과 관리 대책, 진료소의 기능 향상을 위한 건의 및 제안, 병원과 폴리클리닉 기관 간 협진 결과 및 구역별 위생과 문제 등을 다루며, EBS 업무에 영향을 미치는 병원 및 폴리클리닉의 기능적 문제 등을 논의한다.

한편 EBS에 대한 평가를 다루는 내용에는 주민건강 상태의 개선, 서비스에 대한 주민 의견, 건강 프로그램 교육, 지원 활동의 이행 정도, 사망 및 입원 환자

에 대한 지속적인 관리, 의무기록(무작위로 월별 의료 기록 5개와 가정 주민 기록 1개 확인) 등을 포함하고 있다. 다음은 EBS와 GBT의 협진을 설명하는 의과대학 교수 R의 인터뷰이다.

“예를 들어 임신을 원하는 부부가 찾아오면 가족 주치의는 가장 먼저 피임 약은 사용하고 있는지, 임신을 원하는 여성의 건강상태는 어떤지 등에 대해 미리 사전에 파악하는 일이 순서겠지요. 그리고 임신을 하면 임신 관리에 필요한 검사 등 가족 주치의가 할 수 있는 진료와 검사를 하고 난 후 그 결과에 따라 대상이 되는 환자차트를 보면서 GBT와 상의를 하게 되고. 만성질환을 앓고 있지는 않은지, 구강 상태, 영양 정도, 심리 상태 등을 모두 종합적으로 판단하여 폴리클리닉에서 진료를 하거나 혹은 병원으로 이송해야 할 필요가 있는지 등을 최종적으로 결정해서 환자에 대한 조치를 결정하게 되는 거죠.”⁷⁾

GBT라는 다학제 팀과의 협진은 가족 주치의의 진료에 대해 전문영역의 2차 소견을 보장하여 진료의 질을 향상하는 역할, EBS를 중심으로 지역 내 다양한 영역 전문가들의 협력을 일상화하여 여러 부문의 서비스를 조정 통합하는 기능을 수행한다. 예를 들면, 처방된 약을 공급받는 지역의 약국에서도 이러한 협력 및 통합의 사례를 확인할 수 있었다. 당뇨와 고혈압 같은 만성질환을 앓는 독거 노인의 경우 EBS가 GBT 전문의들과 협력하여 일상적으로 투약, 영양 상태 등을 관리하며, 투약 처방을 받은 주민은 한 달 단위로 약국에서 처방받은 약품을 수령하게 된다. 이때 약국에서는 장기 복용이 필요한 Vital Medicine(필수 약제)를 처방받는 주민들의 리스트를 카드에 기록한다는 의미의 ‘카드 약품’이라 부르며 별도 관리한다. 약사는 매달 말일까지 카드 약품을 수령해 가지 않는 주민에 대하여 원인을 파악하고 투약 지도를 해야 하며, 필요시에는 EBS와 협의하여야 한다.

또한, 가족 주치의는 구하기 힘든 약을 처방할 때는 미리 약국에 연락하여 확인하거나, 처방 사실을 미리 사전에 알려주어 약을 확보할 수 있도록 협력

7) 쿠바 ELAM(라틴아메리카 의과대학), 의대교수 R. 인터뷰(2018.07.15.)

한다. 원활한 협력을 위해 폴리클리닉에서 월 1회 약사와 구역 내 진료소의 의사와 간호사들이 참여하는 약품관리위원회(Comité Farmaco Terapéutico)를 통해 약 처방에 따른 애로사항이나 약품의 원활한 수급을 위한 개선사항 등 전체적인 운영을 점검하고 문제 해결 방안을 논의한다.

전국에 고르게 배치된 EBS와 진료소는 의료에 대한 접근성을 보장할 뿐 아니라, GBT와 폴리클리닉으로 이어지는 포괄적이고 통합적 의료서비스를 통해 건강관리 서비스의 질과 효율성을 높여 주민들의 신뢰를 받을 수 있는 토대가 되었을 것으로 보인다. 의료기관을 자유롭게 선택하여 이용할 수 있음에도 불구하고 2018년 쿠바 일차의료기관에서 82.1%의 진료가 가족 주치의에 이루어지고, 외래 방문의 93.4%, 응급진료의 60.5%가 일차의료에서 이루어진다는 점은 시사하는 바가 크다(MINSAP 2019).

3. 지역사회 참여와 연대

쿠바는 건강관리를 위한 지역사회 참여를 보장하기 위하여 다음과 같은 세 가지의 전략을 수립하였다. 첫째, 지역사회를 사회 시스템으로 간주하며, 구성원이 자신의 건강문제를 식별하고 치료할 수 있도록 하는 전략, 둘째, 기존 조직과 오피니언 리더를 활용하여 건강 메시지를 전하고 사회 규범에 대한 인식 및 환경 변화를 일으키는 전략, 셋째, 대중 매체를 이용한 건강 캠페인과 언론인, 일반 대중, 그리고 질병 위험도가 높은 특정 그룹에 대한 건강교육을 강화하는 것이다(Greene 2003, 110-111).

첫 번째 전략의 핵심은 매년 EBS가 지역사회의 건강문제를 파악하고 점검하며, 해결 전략을 수립하는 목적으로 수행하는 건강분석(Análisis de la Situación de Salud: Analysis of the Health Situation)이다. 건강분석을 위해서 가장 기초적으로 고려해야 요소는 건강문제 확인과 해결을 위해 주민참여를 독려하는 부문 간 협력(intersectorality)이다. 이를 위해 가족 주치의는 지역사회 주민을 포함 지역단체의 대표자들과 회의를 하고, 해당 지역의 건강문제를 해결하는 데 있어 우선순위와 해결 방안을 함께 논의함으로써 지역주민의 참

여를 유도한다(MINSAP 2011).

예를 들어, 지역주민이 입원을 필요로 하는 경우 EBS는 지역병원에 입원을 의뢰하고 입원 중에는 가족 주치의가 병원을 방문하여 환자 상태에 대해 담당 의가 협의를 지속하며 퇴원 결정에 참여한다. 일상생활을 독립적으로 유지하기 어려운 경우 지역의 주민 자치조직인 혁명수호위원회(Comite de Defensa Revolucionaria : Revolutionary Defense Committee, 이하 CDR)책임자와 사회 복지사가 EBS와 협력하여 영양원 입소 등의 해결책을 마련하는 과정을 거치기도 한다. 이 같은 방식은 지역사회의 건강문제에 대한 주민들의 책임의식을 높이는 효과가 있는 것으로 평가받는다(Greene 2003, 3)

두 번째 전략의 핵심은 EBS가 지역의 CDR, 쿠바 여성연합, 청년공산당을 비롯한 전국 단위 조직들의 지역지부와 협력하여 예방과 건강 증진 활동을 펼친다는 점이다. 동시에 지역의 자발적 주민 조직인 청소년 씨클(Círculo de Adolescentes)이나 노인씨클(Círculo de Abuelos)과 같은 소규모 단위의 조직 활동을 지원함으로써, 건강교육과 캠페인 등을 홍보하는 효과를 동시에 얻기도 한다.

한편, 각 지역의 텔레가도(Delegado)는 월 1회 열리는 전체 텔레가도 회의를 통해 다양한 지역의 주요 현안들을 제기하고, 문제 해결을 담당한다. 조사거점 지역의 텔레가다 P에 따르면, 지역의 텔레가다로 선출된 후 가장 먼저 시작한 일은 지역사회 구성원을 파악하는 일이었으며, 이는 지역의 임산부, 청소년, 유아들의 생활 상태 등을 점검하는 것을 포함 관할 구역의 공중보건이나 지역주민의 건강상태를 확인하는 일이었다.

이때 해당 지역 진료소의 협조는 중요하다. 예를 들면, 진료소를 통해 혼자 생활하기 어려운 독거 노인을 파악할 수 있고, 필요에 따라 지역 건강위원회(Comite de Salud)의 협조를 받아 영양원(Hogar de Ancianos)을 이용하거나, 혹은 주기적으로 청소를 해주고, 위생 관리에 필요한 비누, 깨끗한 침대 시트와 같은 위생품을 지원받을 수 있도록 돕는 등 현실적인 문제를 직접 해결하는 역할도 하게 된다. 필요한 경우 쿠바 여성연합 등과 협조하여 여성 건강이나 질환

예방을 위한 캠페인을 진행하는 일을 병행한다.

다른 한편, 쿠바 지역사회의 청년 조직의 활동도 주목할 만하다. 베다도 지역 청년 조직의 부대표 A는 지역사회 건강문제와 관련하여, 청년공산당에 가입한 의대생들을 중심으로 건강 캠페인, 헌혈 등 건강 관련 일상 활동을 전개하고, 감염병 유행이나 허리케인 같은 재난 상황이 되면 청년 조직이 급파되어 재난 복구에 참여하는 일을 조직하는 일에 관여하고 있었다.⁸⁾

세 번째, 방문하는 진료소마다 다양한 건강교육 및 질병 예방을 위한 홍보 포스터들과 책자들을 어렵지 않게 발견할 수 있다. 특히 EBS는 지역의 언론인과 정치인 등 영향력 있는 그룹에 대한 홍보·교육을 통해 이들이 공중보건 문제에 민감하게 만들고 국민 건강 증진을 위한 리더로서 역할을 담당할 수 있도록 한다. 그 결과 지역주민은 자신과 지역의 건강문제에 민감했으며, 주도적으로 건강관리 활동에 참여하려는 적극성도 높게 나타났다. 지역주민 다수의 인터뷰에서 ‘이웃’의 중요성을 강조한다거나, CDR의 구성원이나 거점 연구지역의 델레가다는 가족 주치의와 간호사를 ‘협력자’로 표현하는가 하면 동시에 스스로 지역사회 건강관리의 주체로 인식하고 있었다.

“쿠바는 부족한 것이 많지만, 없는 것을 나누는 나라이기도 하죠. 우리가 살면서 가장 중요한 건 바로 내 주변에서 사는 이웃이란 걸 알아야 하는데 말이죠. 당장 내가 아프면 누가 도와줄 수 있겠어요? 바로 내 이웃이 나를 대신해 의사에게 달려갈 줄 테니까요.”⁹⁾

III. 커뮤니티 케어를 중심으로 본 쿠바의 통합의료

조정진(2017)에 따르면 건강문제 해결을 위한 접근은 보건의료서비스의 종류 측면에서 치료, 예방 및 건강 증진 영역으로 분류할 수 있다(조정진 2017, 101). 그에 따르면, 대상(setting)의 관점에서는 개인 단위와 인구 집단단위로

8) 베다도 청년공산당 지부 부대표 A(인터뷰 2018.07.02.).

9) 베다도 진료소#5를 찾은 지역주민(인터뷰2018.07.12.).

구분할 수 있고, 치료는 주로 개인 단위접근의 서비스이지만 예방과 건강 증진 영역은 개인과 집단적 접근이 모두 필요한 공중보건의 영역이다. 따라서, 임상 의학과 공중보건을 통합하는 지역사회 중심의 일차보건의료시스템은 개인과 집단을 대상으로 치료, 예방과 건강 증진 영역을 모두 포괄하는 개념이며, 통합 의료를 가능하게 하는 보건체계의 제도적 수단이라고 볼 수 있다.

이에 본 장에서는 쿠바 의료체계의 통합 의료적 성격을 예방적 일차보건의료의 내용을 중심으로 EBS의 업무를 통해 살펴볼 것이다.

1. 통합 건강관리 프로그램

EBS는 GBT 전문가들의 지원을 받아 보건성에서 전달되는 다양한 건강관리 프로그램과 프로토콜을 지역사회에서 이행하는 책임을 진다. 이러한 프로그램은 기본적으로 건강관리분류제도(Dispensarizacion)에 기반을 두며 (Álvarez Sintes 2014), 이는 건강 위험 요인과 피해를 관리할 목적으로 개인과 가족을 ① 건강한 그룹(personas supuestamente sanas) ② 위험 요인이 있는 그룹(personas con riesgos) ③ 환자그룹(personas enfermas) ④ 장애가 있는 그룹(personas con discapacidades o minusvalia)로 나누어 등록, 분류, 관리하는 것을 말한다. 이는 개인의 자발적 등록, EBS 팀원의 계획된 가정방문, CDR(혁명 수호위원회) 등 지역사회 조직 등을 통하여 이루어지며, EBS가 건강상태를 정기적으로 평가하여 지속해서 관리하는 체계이다(MINSAP 2011).

개인을 대상으로 하는 치료뿐 아니라 가족과 지역사회를 포괄하는 예방과 건강 증진 활동을 위한 진료와 상담을 포함하여, EBS의 가정방문이 중요한 역할을 하게 된다. 가정방문은 주민거주지역의 위생상태, 생활환경 및 영양 상태 등을 종합적으로 파악할 수 있게 하는 이점을 갖는다.

진료분류제도는 각 그룹에 분류되는 대상을 확인하는 세부 기준을 제공하며, 건강 평가에는 임상적, 역학적 방법과 함께 가족의 기능과 가족의 건강상태 등이 포함된다. 특히 가족 건강에 대한 평가 기준은 가족의 구조와 구성, 삶의 물질적 조건, 가족 구성원들의 건강상태, 가족 기능을 포함하고, 이를 근거로 가

족을 문제가 없는 가족 혹은 삶의 물질적 조건이나 가족 구성원들의 건강, 가족 기능에 문제가 있는 가족으로 분류한다. 이 같은 분류를 바탕으로, 개인 및 가정 당 최소한의 평가 횟수를 정하여 건강 평가 및 관리가 이루어지도록 하고 있다. 예를 들면, 당뇨, 고혈압 등과 같은 만성질환군에 속하는 주민에 대한 건강 평가는 일 년에 세 번에 걸쳐 의무적으로 이루어져야 한다.

특히 임신부, 아동, 고령자 등을 관리 우선 그룹으로 지정하여 특별 관리를 하게 되는데, 임신부에 대한 방문 진료(terreno)는 기본적으로 간호사에 의해 이루어진다. 최소 월 1회의 방문 진료를 의무화하고 있으며, 영양 문제가 있거나 고위험에 해당하는 산모의 경우 지역사회에 설치된 “모성의 집”에 입소하여 장기간 산전 관리를 받도록 의뢰하기도 한다.¹⁰⁾ 산욕기(Puerperio)에는 출산 후 6일 이전에 신생아 동반 산모의 포착 검진(captación)이 이루어져야 하며, 출산 후 첫 15일 동안 GBT의 산과의와 합동으로 주 1회 검진, 출산 후 첫 달의 가정방문은 포착 검진과 별도로 의사나 간호사에 의해 이루어져야 한다.

아동의 경우 생후 5일에 신생아 선별 검사(prueba de tamizaje neonatal)를 시행하고 생후 6일 이전에 가족 주치의 의한 검진이 이루어진 후 각 그룹에 대해 연령 및 주기별로 상세하게 검진 및 방문 진료 최소 횟수를 정해 EBS에 의한 육아 관리 프로그램(la programación de los controles de puericultura)이 시행되도록 하고 있다. 퇴원 후 첫 10일 이내, 생후 3, 6, 12, 18개월에 소아과와 상호 협진이 이루어지고, 3개월 이전에 구강 외과의사에 의해 진찰받으며, 1년 단위의 추적 관리 및 유전학 검진(consulta de genética)을 받는다. 고령자는 검진 시 1회의 검사(control)를 실행하고, 정기건강 검진(el examen periódico de salud) 및 연 1회 방문 진료(terreno)를 하며, 혈액 기증자는 검진 내 2회의 검사를 실행하고, 6개월마다 정기 검사(el chequeo periódico) 및 연 1회 방문 진료를 한다.

이러한 프로그램을 기본으로 EBS는 건강하거나 건강하지 않은 개인, 가족, 지역사회를 대상으로 산전부터 말기까지 전체 생애주기에 걸쳐 질병 예방 및

10) 2018년 6월 2018년도 쿠바 보건성 통계에 따르면 출생아 100명당 51.9명이 “모성의 집”을 이용한 것으로 나타났다.

치료, 재활서비스를 제공하고, 모든 수준의 의료전달체계에서 환자에 대한 치료를 조정하는 역할을 한다. 가정에 있는 환자(ingreso en el hogar), 완화의료 및 말기치료를 받는 만성질환자, 진료에 오지 않은 임산부, 신생아, 유아, 만성 질환자, 병원 방문이 필요한 경우, 기능장애가 있는 가족 등이 의료 분야의 우선순위에 해당한다.

이 같은 프로그램을 수행하는 EBS의 역할과 기능은 쿠바 보건성의 “가족 주치의-간호사 프로그램”(MINSAP 2011)에 자세히 명시되어 있는데, 기본적으로 진료소 내에서 역할과 가정방문으로 구분된다. 진료소 내에서 진료 대기실이나 접근 가능한 장소에서 환자를 맞이하고, 치료의 우선순위를 결정하며, 교육적 대화를 제공하고, 활력 징후 측정, 개인과 가족의 의무기록 정리, 내소자들의 행동 기록 등의 활동을 해야 한다고 명시하고 있다. 또한, 독립적으로 혹은 가족 주치의와 함께 가정에 있는 대상자를 매일 방문 혹은 상담한 대상자의 건강상태에 대해 의사에게 피드백할 것, 방문자(가정)의 건강 경과 및 임상 병력, 간호 활동에 대한 기록, 그리고 가족이 환자에게 할 수 있는 행위를 교육할 것 등으로 규정하고 있다.

메다도의 거점연구 진료소#5의 간호사 G에 따르면 진료소 업무는 기본적으로 진료소를 방문한 주민을 대상으로 하는 진료와 상담, 병력과 위험도에 따라 분류된 고위험 대상자와 산모 등 주요 건강관리대상자에 대한 가정방문을 중심으로 이루어지며, 관할 지역 내의 시장, 공장 등 노동자들에 대한 예방접종 업무도 담당하고 있다.

주민들이 진료소를 방문하는 주요 원인으로는 혈압 측정 및 조절, 다른 가족의 알코올 문제에 대한 상담, 갱년기 증상에 따른 불안, 생리통, 부인과 검진, 신생아 검진, 지속되는 상기도 감염 증상, 근육통 등 다양하였다. 또한, 치료를 목적으로 하거나 상담, 예방 검진을 위해 방문하는 유아, 어린이부터 10대 소녀, 노인까지 다양한 연령층을 보였다.

진료소의 의료진들은 진료소를 찾아오는 모든 주민의 이름과 위험 요인, 가족 상황을 잘 알고 면담과정에서 친근한 인사를 주고받거나 어깨에 손 올리기,

손잡기 등의 신체접촉이 자연스럽게 이루어진다. 의료진과 주민과의 면담은 일정한 형식 없이 대기실 의자에서 서로 앉거나 서서, 검진 후 자연스럽게 이야기를 주고받는 방식으로 이루어진다. 정기적으로 피하주사를 받는 주민에 대한 투약, 처치, 증상에 대한 신체검진이나 활력 징후 측정 등이 간호사에 의해 이루어졌으며, 불안을 호소하는 주민에게 신경안정에 도움이 되는 허브차나 운동 등 건강관리 방법을 알려주기도 하고 전문가에게 의뢰해 함께 방문할 수 있도록 약속을 잡는 등 비약물적 중재가 일상적으로 이루어지고 있었다.

진료실 선반에는 예방접종, 세포검사(Cytologia), 임신부, 모유수유, 과도기(1~5살의 유아) 그룹으로 분류된 차트가 놓여있는데, 이는 간호사가 특별 관리하는 그룹의 의무기록이다. 세포검사는 25세부터 64세까지의 모든 쿠바 여성을 대상으로 3년마다 진행되고, 검사는 진료소에서 간호사에 의해 이루어진다. 간호사는 세포검사 결과에 이상이 있으면 1회 더 시행하여 그 결과에 따라 전문화된 기관에 의뢰한다. 진료소에는 세포검사를 받으러 온 여성들이 아주 흔하게 관찰되었고, 생애 최초로 세포검사를 받으러 온 26살 여성 A는 “쿠바의 모든 여성이 25살이 되면 세포검사를 받도록 하는데, 가족 주치의가 검사를 받도록 일러준다고.”고 설명한다.

EBS 의료진들이 방문간호 대상자들을 만나는 곳은 반드시 가정이 아니라 거리나 골목, 집 앞, 상점 등 다양한 장소이며, 자연스럽게 이루어진다. 또한, 간호사의 가정방문은 주로 신생아를 비롯한 특별한 관리와 주의가 요구되는 주민들이 중점적인 대상이다. 진료소 입구에서 마주친 남성 주민과 상담한 후 부근의 아파트 복도에서 만삭의 임신부를 만나 상태를 확인하고 같은 아파트에 거주하는 노인을 방문하기도 한다. 이후 인근 골목에서 영아를 안고 있는 젊은 여성을 만난 간호사는 아이를 받아 안고 관찰하며 아이 엄마와 이야기를 나누며, 그 후 골목 끝 마지막 집을 방문했는데, 고령의 노인이 혼자 사는 집이다. 간호사가 당뇨병 족부궤양 상처를 소독하고 혈당 검사를 하면서 건강상태와 아들과의 연락 등 일상생활 근황을 확인하는 중에 해당 지역의 델리가다(deligada: 혁명수호위원회 지역 대표)가 찾아와 간호사와 함께 혼자 거주하는

고령의 이 노인에게 대한 생활 지원을 상의하는 모습이 목격되기도 한다.

간호사는 의사와 동반 혹은 단독으로 즉시 가정방문을 하는가 하면, 치료·예방·건강 증진 영역의 업무는 진료소 상담과 가정방문 등을 통하여 다양한 방식으로 이루어지고 있다. 특히 예방과 건강 증진 영역의 업무가 큰 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다.

2. 쿠바 보건체계의 협력구조

EBS에서 진행하는 예방접종 및 건강교육, 지역사회 조직 활동은 주민들의 일상생활과 진료소의 일상 업무 속에서 자연스럽게 이루어지도록 구조화되어 있다. 의사와 간호사는 진료소 내 각종 건강교육 및 건강 캠페인용 포스터를 제작하여 게시하며, 가정방문이나 진료소 내소자 상담을 통해 일상적으로 건강교육을 진행한다. 가정방문에서 아이에 대한 일상적인 대화 속에서 초보 아빠에게 아이 돌보는 방법을 교육하고, 독거노인 방문 시와 같이 해당 지역의 공식적인 주민자치조직과 협력하여 개별 혹은 전체 주민의 건강문제를 다루게 된다.

지역의 노동자들에게 파상풍 예방접종을 진행하는 과정에서도 EBS는 지역에 있는 청년 조직과의 협력 아래 일주일 전에 미리 노동자들을 소집하여 예방접종의 필요성과 방법 등에 대해 교육 및 홍보를 진행한다. 예방접종 당일에는 여성 주민 한 명이 봉사자로 간호사를 돕는 것으로 관찰되었으나 간호사는 해당 주민이 특별한 책임을 지고 사람이 아니라 ‘그냥 주민인데 도와주는 것이다’라고 서슴없이 소개하는 모습이다.

한편, 노인 씨클, 여성단체 등 지역 내에서 이루어지는 다양한 조직들과 협력하여 건강교육 및 캠페인을 진행하는 것도 EBS의 중요한 역할이다. 원칙적으로 EBS의 리더는 의사이며, 지역사회 역량을 강화하기 위한 다양한 교육 및 협력 활동은 의사를 중심으로 이루어진다. 하지만 간호사의 자격과 경험 혹은 역량에 따라 실제 현장에서 담당하고 있는 역할은 크게 차이가 나는 것으로 보인다. 경력이 짧은 의사와 경험이 풍부한 간호사가 팀을 이루고 있는 경우에는,

오히려 가족 주치의가 진료에 집중하고 간호사가 실질적인 리더로서 다양한 지역사회 협력 업무를 지휘하게 된다.

EBS 내에서 간호사와 의사, 두 전문가 사이의 역할 구분에 대하여 간호사 G는 “처방이 필요한 경우 반드시 의사가 진료해야 하지만 그 외 경우에는 진료소 내에서 역할의 큰 차이는 없다”고 설명한다. 퇴직 간호사 K는 의사와 간호사 사이의 전문적 협력 관계의 바탕에는 바람직한 의료인 상에 대한 사회적 공감대를 기반으로 한다고 피력하기도 한다.

“언제든지 도움이 필요한 환자가 자신의 문을 두드렸을 때 기꺼이 도움을 주고 그 환자를 잘 보살펴주는 의사가 좋은 의사라는 사회적 공감대가 만들어져 있죠. 다양한 분야를 모두 아우르는 일반의(General Doctor)를 중요하게 여기고, 이 가족 주치의를 중심으로 다양한 분야가 협력하는 시스템입니다. 또 기본적으로 의학, 간호학, 임상병리 등의 여러 분야 학생들이 이 학교에서부터 교육 과정을 함께 공부하고, 임상에서는 필요시 의사들의 컨퍼런스에 간호사들을 참석하도록 부르기도 하고요. 24시간 환자 곁에 있는 의료인은 의사가 아니라 간호사이죠. 따라서 학제 간 협력은 자연스럽게 이루어질 수밖에 없게 되고요.”¹¹⁾

3. 통합의료 체계의 실무

Swanson(1988)은 쿠바의 일차보건의료에 대하여 개인, 가족과 지역사회에 대한 총체적 돌봄이 가능하게 하는 모델로서 통합적이고 일관성 있으면서도 현장기반의 유연한 체계를 그 특징으로 한다고 평가하였다(Swanson 1988, 17-19). WHO(2016) 유럽지역 사무소에서 “통합의료를 인구집단과 개인의 다차원적 요구에 따라 설계되고, 의료행위가 이루어지는 다양한 환경(settings)과 요구되는 의료 수준(level of care)에 따라 통합적인 의료가 이루어지는, 즉 생애 전반에 걸쳐 건강을 위한 포괄적 의료서비스를 제공하여 궁극적으로 사람 중심의 보건 시스템을 강화하기 위한 접근방식”으로 정의한 사실과 같은 맥락의 내용이다. 즉, 통합의료는 기본적으로 쿠바 보건성의 일관된 지침과 정책에

11) 퇴직한 간호사이자 베다도 지역주민K(인터뷰 2018.7.15).

따라 제공되는 통합적 건강관리 프로그램이 지역사회의 다양한 요구를 적절히 반영하고 있고, 건강관리 프로그램을 수행하는 과정에서 지역사회 상황에 맞게 융통성 있게 적용할 수 있을 때 비로소 가능한 구조인 셈이다.

이에 따라, 쿠바 보건성의 진료그룹 분류제도는 모든 그룹 분류기준에는 기타 지역 특성에 따라 포함할 수 있는 기준이 명시되어 있으며(MINSAP 2011), 쿠바의 의료 관계자들과의 인터뷰를 종합해보면 “건강관리 프로그램의 지역 특성에 맞는 유연한 적용”을 강조한다. 특히 지역사회의 요구를 반영하고 지역 상황에 맞는 건강관리 프로그램 및 보건정책의 수립에 있어 EBS가 의무적으로 작성하여 보관하는 기록과 이를 바탕으로 이루어지는 건강분석 및 연구가 중요한 역할을 한다. EBS가 진료소 혹은 가정방문을 통해 확인한 주민건강 상태는 모두 개인과 가족 차트에 기록되어 대상자에 대한 추후 관리와 EBS에 대한 평가 자료로 활용되고, 지역의 건강분석 및 건강정책 개발의 기초자료가 된다. 이를 위하여 보건성의 가족 주치의-간호사 프로그램(MINSAP 2011)에서는 EBS가 유지, 관리해야 할 기록지의 종류를 명시하고 있으며, 보건성에서는 진료소에서 생성, 보관해야 하는 기록의 종류, 내용과 양식을 구체적으로 제시하여 전국의 진료소에서 동일한 정보가 수집, 관리될 수 있도록 하고 있다.

EBS에서 관리·수집하는 정보는 간호사 활동지, 의사의 활동지, 개인 병력, 가족 병력, 건강 행동 계획, 건강 상황분석, 주소가 포함된 정보 기록지 (pancarta informativa), 예방접종 기록철, 자궁암 세포검사 명부 등이 포함된다. 또한, 가족 건강력 양식에 포함되는 내용은 가족 구성원의 이름, 성별, 교육수준, 직업과 고용형태 등의 인구학적 정보, 위험 요인과 만성질환 등 건강문제, 가구 등 비품 구비와 정리정돈 상태 등의 주거 상황, 가족 기능 분류, 건강과 복지 관련 내용 등 건강의 사회적 결정요인에 관한 정보가 포함된다.

이 같은 자료는 매월 폴리클리닉의 통계담당자에게 보내지며, 지역 폴리클리닉은 지역의 자료를 모두 취합하여 통계를 내고 그 결과를 다시 각 EBS에 제공한다. EBS 구성원들은 이렇게 생성된 통계 자료에 근거하여 지역사회에 대한 ‘건강분석’을 시행하는 기초자료로 활용하게 된다. 진료소 의사와 간호사들

이 수행하는 지역사회 의 이 같은 건강분석자료는 지역 건강정책의 우선순위 결정 및 보건성의 건강정책 및 건강관리 프로그램 개발에 반영되는 순환 구조를 이루게 되며, 실제 EBS 업무에서 차지하는 비중이 높다. 아바나 센트로 구역의 진료소에서 근무하는 간호사 C는 EBS 간호사들의 많은 업무 중에서도 “가장 힘든 점은 지역주민 차트를 업데이트 하는 것”이며, “지역주민의 수가 많기도 하지만 유동 인구가 많아서 지속적으로 주민들의 차트를 업데이트하는 작업이 가장 어려운 일”이라고 설명한다.

이러한 과정에서 EBS 구성원들에게는 지역사회의 건강 현황에 대한 분석능력을 비롯하여 건강관리에 대한 주민의 주도적인 참여를 조직하는 등의 다양한 일차보건의료 역량이 요구된다. 따라서, 지역사회 중심의 일차의료를 수행하기 위해서는 보건의료문제에 대한 역학적, 공중보건학적 지식과 주민의 건강을 위협하는 각종의 사회적 결정요인을 고려할 수 있는 역량을 갖추고, 지역사회를 중심으로 다학제 팀 내에서 효율적으로 일할 수 있는 의료 인력의 양성(Kim *et al.* 2000, 10)과 일차의료 인력의 안정적인 공급이 중요하다(임준 2019, 16)는 것은 주지의 사실이다.

2018년(MINSAP 2019) 기준으로 쿠바의 인구 만 명당 활동 간호사 수는 76.2명, 의사는 84.8명이며, 전체 의사의 47.2%에 해당하는 4만 5천여 명이 가정의(Medicina General Integral; 이하 MGI라 칭함.)이다. 이 중 가족 주치의로 일하고 있는 의사는 1만 3천여 명으로 전체 의사의 13.7%, MGI의 29%에 해당한다. 가족 주치의-간호사 팀은 10,869개로 평균 인구 1,031명 당 의사와 간호사 1명씩이 배치되어 있다. 이를 근거로 계산할 때 최소 10,869명의 간호사가 진료소에서 근무하고 있고, 이는 전체 간호사의 13.7%에 해당한다.

쿠바 현지의 다수 의료 관계자들과의 인터뷰에 따르면, 쿠바는 의사, 간호사 교육 과정에서부터 통합가정의학(Medicina General Integral; MGI)이 강조되며, 의과대학 교육의 목표를 “General Doctor” 즉, MGI 배출에 두고 1학년부터 매 학기 건강 증진 관련 유사한 목적의 교과목들을 꾸준히 운영하고 있다. 쿠바 전역에 총 21개의 의과대학이 골고루 분포하여 지역에 필요한 의사, 간호사, 테크

니션 등 다양한 의료 인력을 양성하며, 쿠바 보건성은 의료기관과 의과대학을 함께 관리함으로써 일관성 있는 보건정책이 만들어진다. 지역사회가 요구하는 전문성을 갖춘 의사의 양성, 간호 인력 충원 등과 같은 필요의료인력의 수요를 파악하여, 이에 따른 의료진 양성의 구체적인 교육 과정이 탄력적으로 구성되는 구조가 가능하다. 의과대학의 교육 과정은 교육부와 별도로 운영되고, 실질적으로 보건의료의 정책과 실무를 담당하는 쿠바 보건성의 의과교육과정 담당 부차관(Viceministro de Docencia)의 소관이라는 사실은 시사하는 바가 크다 하겠다. 또한, 이 점이 전국 모든 의과대학의 커리큘럼이 동일하게 운영될 수 있는 이유이기도 하다.

IV. 맺음말

쿠바 보건의료체계의 특징은 세계보건기구(WHO)가 정의한 통합의료의 접근방식과 동일하다. WHO(2016)에 따르면, 개인과 인구집단의 다양한 층위의 다차원적 요구에 따라 현장기반의 의료 설계, 의료행위와 수준이 사람 중심으로 결정되는 보건 시스템을 구축하고 강화하는 방식으로 통합의료를 규정하고 있다. 그리고 이를 위해 임상의학과 공중보건의 결합뿐만 아니라 다양한 부문별 서비스의 조정, 실무와 정책의 유기적인 연결은 주요한 요소가 된다. 쿠바의 보건체계는 이 같은 특징을 잘 드러내고 있으며, 통합의료의 조직적 수준과 내용적 측면에서 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 보건의료기관과 EBS들은 조직적 수준에서 보건성의 일관된 정책 지침을 따르면서 지역사회 중심의 총체적인 건강관리를 담당하는 구조이다. 즉 쿠바의 커뮤니티 케어는 보건성 주도하에 지역주민과 진료소를 중심으로 지역 내 다양한 부문 간의 유기적인 협업이 가능하다.

즉, EBS와 GBT, 폴리클리닉을 중심으로 지역 내 다양한 전문 분야와 주민 조직을 포괄하고 있어 실무 수행의 전 과정에서 다층적인 협력과 조정으로 구조적으로 보장하는 효율적인 체계라 할 수 있다. 이 구조에서 해당 전문가들과

주민들은 동일 목표와 가치를 공유하며, 각 부문의 전문성에 대한 상호 이해와 지식을 바탕으로 다양한 수준의 협력에 근거한 일상 업무를 수행한다. 더 나아가, EBS의 가족 주치의와 간호사는 산전센터, 노인의 집 등 다양한 지역사회 회기관들과의 상호협력하에 지역공동체의 건강을 관리하는 역할을 맡는다. 이는 기본적으로 중앙의 일관된 정책과 지침, 협력과 연대를 강조하는 공동체 문화와 시스템에 기반을 두고, 주민의 건강 결과를 공동의 책임으로 부여하는 양적, 질적 관리체계를 보장할 수 있게 한다.

둘째, 통합의료의 내용적 측면에서 보자면, 쿠바의 통합건강관리 프로그램은 건강한 사람부터 질병의 말기 상태에 있는 주민들까지 생애 전 과정의 인구 집단을 포괄한다. 쿠바 EBS는 지역사회의 일원이자 이웃의 건강을 책임지는 전문가로서 지역사회에 통합되어 자신을 찾아오는 환자뿐만 아니라 학생, 노동자 등 주민 전체, 가족과 지역사회의 건강을 책임지는 기초 단위가 된다. 특히 한 개의 EBS가 이웃하고 있는 천여 명 안팎의 소규모 주민을 담당하는 것은 전문가들의 효능감과 지역사회와의 결합력을 높이고, 지역사회 건강에 대한 주민들의 책임감 고취를 유도하는 긍정적 요소임에는 분명해 보인다.

또한, EBS 의료진이 지역공동체 내에서 생활하고 장기간 근무할 수 있도록 보장하는 것은 “대상자를 알아가는 것”(knowing the patient), 즉 전인 간호의 시작이며 총체적 건강을 추구하는 이상과도 같다. 그리고, 건강에 미치는 질병, 위험 요인 및 환경 영향에 대한 건강분석을 매년 업데이트하고, 이에 따른 건강 분류체계와 추적 관리시스템으로 구축된 주민의 건강 데이터는 보건정책의 방향과 실무 체계를 설정하는 기초자료가 되기도 한다.

이상과 같이 쿠바 보건체계의 통합 의료적 성격은 지역공동체의 건강 형평성을 가능하게 하는 주요 토대를 구성하게 된다. 건강에서 “형평성”이란 “사회적, 경제적, 인구학적 또는 지역적으로 구분된 인구집단 사이에 구조적이고 교정 가능한 건강 수준의 차이가 존재하지 않는 상태”로 정의되는 것을 고려한다면(한국건강형평성학회 2016, 32), 쿠바 보건체계의 통합 의료적 성격은 주목할 만하다.

일반적인 의미에서 형평성의 개념이 개인이 국가로부터 당연히 받을 수 있는 권리를 정당화하고, WHO 현장에서 “달성 가능한 최고 수준의 건강을 향유하는 것은 인종, 종교, 정치적 입장, 경제적, 사회적 조건에 상관없이 모든 인류의 기본적인 권리 중의 하나이다”라며 건강권을 사회적 권리로 규정(한국건강형평성학회 2016, 33)한 것은 쿠바 보건의료체계가 궁극적으로 달성하려는 동등한 건강권 보장, 즉 건강 형평성의 다름 아니다.

예를 들어, 건강 형평성의 출발이 되는 의료의 접근성은 지역에 설치된 진료소와 폴리클리닉 중심의 일차의료시설을 통해 확보하고, 보편적 무상복지 정책은 이를 보장하는 형태이다. 그리고 쿠바의 건강분류체계를 통한 개인과 인구집단의 건강관리, 지역공동체 내 일차의료 기관에서 이루어지는 지역 건강 분석 수준에 따라 의료 실무와 정책이 결정되므로 개인과 지역공동체의 구체적인 요구와 필요가 반영되는 현장기반의 의료서비스가 가능하게 된다.

이 같은 보건체계는 결국 지역공동체와 밀접한 관계를 기반으로 하지만, 동시에 공동체의 역량 강화로 이어지게 하는 선순환을 이룸으로써, 지역사회의 건강 불평등을 최소화하면서 전체 지역주민의 건강 수준을 높이는 의료적 성과를 가져왔다고 볼 수 있다. 즉, 쿠바 보건체계의 통합 의료적 성격은 커뮤니티 케어를 기반으로 하여 높은 의료적 성과를 가져오며, 건강 불평등을 최소화하는 긍정적인 사회적 결과로 이어질 수 있음을 보여주는 사례라고 할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 마이클 마멧(2017), 『건강격차』, 서울: 동녘(김승진 역)
 임 준(2019), 「커뮤니티 케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안」, 보건교육 건강증진학회지, Vol. 36, No. 4, pp.13-22.
 정이나(2017), 「쿠바 보건의료정책에 대한 고찰: 지역사회의학과 일차보건의료를 중심으로」, 중남미연구, Vol.36, No.2, pp 153-185.
 정이나, 김형숙, 박재성(2020), 「쿠바 일차보건의료 성공요인 분석: 진료소와 지역사회를 중심으로」, 라틴아메리카 연구, Vol. 33, No. 2, pp. 63-84.

- 조정진(2017), 「지역사회기반 일차의료와 공공의료」, 대한공공의학회지, Vol. 1, No. 1, pp. 99-104.
- 한국건강형평성학회(2016), 『국민건강증진종합계획 건강형평성 대표지표개발 및 건강격차 해소 전략연구』 결과 보고서, 세종: 보건복지부.
- Álvarez Sintes(2014), “Capítulo 11:Dispensarización,” *Medicina General Integral: Principales Afecciones en los Contextos Familiar y Social Volume I. (Tercera Edición)*, La Habana: eCIMED Editorial Ciencias Médicas, pp. 100-104.
- Curry N, Ham C.(2010), *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*, London: The King’s Fund.
- Esposito, C. L., Gilbert J., Ciampa A., Markman J.(2015), “Against all odds: Cuba achieves healthcare for all - An analysis of cuban healthcare,” *Journal of the New York State Nurses Association*, Vol. 45, No. 1, pp. 29-38.
- Feinsilver, Julie M., 김기현 역(2008), “석유-의사 교환: 쿠바의 의료외교와 베네수엘라의 지원,” 『쿠바: 경제적.사회적 변화와 사회주의의 미래』, 파주시: 한울 아카데미.
- Gorry, C.(2017), “Cuba’s family doctor-and-nurse teams: A day in the life,” *Medical Education Cooperation with Cuba Review(MEDICC) Review*, Vol. 19, No. 1, pp.6-9.
- Greene, R.(2003), “Effective community health participation strategies: a Cuban example,” *International Journal of Health Planning & Management*, Vol. 18, No. 2, pp. 105-116.
- Hauge, Stephanie(2016), “Primary Care in Cuba,” *Einstein Journal of Biology and Medicine*, Vol. 23, pp. 37-42.
- Keck, C. W., Reed, G. A.(2012), “The curious case of Cuba,” *American Journal of Public Health*, Vol. 102, No. 8, pp. e13-e22.
- Kim, J. B, 이윤환, 주은경, 전기홍(2000), 「지역사회 중심의 일차의료: 미국의 미래지향적인 의학교」, *한국의학교육*, Vol. 12, No. 2, pp. 329-341.
- Ministerio de Salud Publica(2019), *2018 Anuario Estadístico de Salud*, La Habana: Ministerio de Salud Publica.
- _____(2011), *Programa del medico y la enfermera de la familia*, eciMED. Habana.
- _____(2007), *Ministerial Resolution NO. 396. REGULACIONES DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA*, <http://files.sld.cu/redenfermeria/>

- files/2011/10/2008-regulaciones-de-la-practica-de-enfermeria-rm-396-de-2007.pdf (검색일: 2020. 2. 21.)
- Nolte E, McKee M.(2008), *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*, Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Plochg T., Klazinca N.S.(2002), “Community -Based Integrated Care: Myth or Must?,” *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 14, No. 2, pp. 91-101.
- Swanson, J. M.(1988), “Healthcare delivery in Cuba: Nursing’s role in achievement of the goal of ‘Health for All’,” *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 25, No. 1, pp. 11-21.
- World Health Organization(2018), *United Nations Children’s Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Technical series on primary healthcare*, Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), Report No: WHO/HIS/SDS/2018.X. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization Regional Office for Europe(2016), *Integrated Care Models: An Overview*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

김형숙

순천향대학교
haeinssa@sch.ac.kr

정이나

쿠바 아바나 대학교
inamundo@gmail.com

곽재성

경희대학교
kwakwak@khu.ac.kr

논문투고일: 2020년 7월 26일
심사완료일: 2020년 8월 12일
게재확정일: 2020년 8월 17일

How does the Integrated Care System guarantee the Health Equity of Community?: Focusing on The Case of Cuba

Hyoung Suk Kim

Soonchunhyang University

Ina Jung

Havana Medical School

Jae Sung Kwak

Kyung Hee University

Kim, Hyoung Suk, Jung, Ina and Kwak, Jae Sung(2020), “How does the Integrated Care System guarantee the Health Equity of Community?: Focusing on The Case of Cuba”, *Revista Asiática de Estudios Iberoamericanos*, 31(2), 183-210.

Abstract The purpose of this paper is to analyze the Cuban Health System as Integrated Care focused on Community Care. The integrated care is a distinct approach from clinical medicine, which is aimed at treating disease, leading to the net function of community participation and community empowerment in order to guarantee the equity in health. In this paper, the Cuban health system will be examined into two perspectives, which is the organization level where the primary health care system centered on clinics and polyclinics, and the health care program based on organic coordination between multidisciplinary sectors within the community. Upon this study, it is expected to explain how the Cuban health system continues to maintain a high level of population health while minimizing health inequality in the community as well.

Key words Cuba, Primary Health Care, Integrated Care, Community Care, Health Equity