▌이베로아메리카 제13권 1호 [2011. 6] : 69~94

의료보험 민영화가 여성의 건강에 미치는 영향
: 칠레의 사례를 중심으로*

박 윤 주**
(Park, Yun-Joo)

〈Abstract〉

Lessons from Chile: The Impact of Privatization of Health Insurance on Women's Health

Chile has been the first country in Latin America which has built a two-tiered health care system by partially privatizing the health insurance sector. Despite the intial decrease of health expenditure, more researches now show that health inequality within the Chilean health sector has been augmented with privatization of its insurance system. To explore such inequality, this article looks into the impact of privatization of health insurance on women's health. The author argues that privatization has intensified medicalization of women's body and, consequently, it worsened women's health in Chile. This article contributes to a more comprehensive understanding of market-oriented health care reform by linking it with medicalization

* 이 논문은 2008년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(KR-2008-362-A00003). 또한 이 논문은 2010년 11월 경희대학교 국제캠퍼스에서 열렸던 한국라틴아메리카학회 동계학술대회에서 발표된 발표문을 수정·보완한 것임. 학술대회에서 좋은 의견을 주셨던 이남섭 그리고 손혜현 선생님께 감사드립니다.

** 계명대학교 스페인어중남미학과
Email: yunjoopark@kmu.ac.kr

process.

[Key Words: Health Insurance Privatization/ Medicalization/ Women's Health/ Reproductive Health/ Chile]
[주제어: 의료보험 민영화/ 의료화/ 여성의 건강/ 임산 건강/ 칠레]

Ⅰ. 들어가는 말

1970년대 이후로 다양한 의료보험 개혁들이 전세계에 걸쳐 진행되었고, 이러한 개혁들은 여성의 건강에 중요한 영향을 끼쳤다. 특히 1980년대 이후 과도한 재정적자의 원인으로 의료보험제도를 지목하여 이를 민영화하거나 의료보험제도 안에서 민간부문을 강화하려고 했던 시도들은 개발도상국에서 의료보험에 대한 정부의 지원을 축소하고, 의료서비스를 상품화함으로써 여성들의 건강, 특히 저소득층 여성의 건강을 악화시켰다는 평가를 받는다(Doyal 2003, 3).

1970년대 칠레의 의료보험 민영화를 시작으로 많은 라틴아메리카의 국가들이 의료보험 시스템 내에 민간부문을 강화하였다. 그 결과, 라틴아메리카는 의료보험제도 내에서 민간부문을 확장하기 위한 개혁을 시도한 대표적인 사례가 되었다. 이는 세계은행, 국제 통화 기금, 미주개발은행 등 여러 국제기구들이 라틴아메리카의 의료보험제도를 비효율적이고 심지어는 부패한 제도로 지목하여 민영화를 포함한 강력하고 적극적인 개혁을 주문하였기 때문이다. 그 결과, 다양한 국제기구들의 중남미에 대한 지원 중 상당 부분이 의료서비스 개혁에 할당되었다. 1998년부터 2000년 OECD의 라틴아메리카 및 카리브 지역에 대한 지원 중 35%가

의료부문에 제공되었다. 같은 기간 OECD의 다른 지역에 대한 지원 중 29%만이 의료부문에 제공된 것과 비교해보면 OECD의 라틴아메리카 및 카리브 지역 의료시스템 개혁에 대한 관심이 높았다는 것을 알 수 있다 (Willis & Khan 2009, 994).

국제기구들의 다양한 정책조언과 이를 받아들이고자 한 라틴아메리카 국가들의 노력의 결과, 라틴아메리카 각국은 의료보험 제도를 민영화하거나 혹은 민간부문의 도입을 확대하는 의료개혁을 실시하였다. 1996년 아르헨티나는 민간부문에 노동사회보험(Obras Sociales)을 개방하였고, 1995년 멕시코 역시 IMSS의 의료서비스 제공을 민간부문에 개방하는 개혁안[1]을 의회에 제출하였다. 콜롬비아는 1993년부터 민간보험을 의료시스템에 도입하였고, 과테말라와 코스타리카는 정부가 민간기관과 계약을 맺는 방식을 통해 의료서비스 제공에 민간부문을 확대하였다. 본 연구의 사례인 칠레는 다른 라틴아메리카 국가들보다 이른 1981년 민간의료보험을 전격적으로 도입하여 의료보험체계를 부분민영화하였다(ISEqH 2006).

길게는 30여년 짧게는 15년 정도의 역사를 갖고 있는 라틴아메리카 의료보험 민영화의 효과를 평가하려는 다양한 시도가 학계에 있어왔다 (Vergara & Guitierrez 2005; Ugalde, Nuria & Zwi. 2002; Valenzuela 1998). 이러한 평가들은 대부분 의료보험 민영화가 의료비 지출 및 의료서비스의 질에 끼친 영향을 고찰하는 것들이었다. 즉 기존의 의료보험 민영화에 대한 평가는 의료보험 민영화를 통해 의료시스템의 전반적인 개선이 이루어졌는지를 평가하는 것에 집중되었다. 물론 이러한 평가들은 의료보험 민영화가 갖는 효과를 이해하기 위한 큰 틀을 제시한다는 측면에서 바람직하다. 하지만 의료보험 민영화의 효과를 심도 깊게 연구하기

1) 멕시코의 세디요 대통령이 추진한 1995-2000년 의료개혁안은 IMSS의 지방분권화, 민영화 등의 내용을 담고 있었으나 의회의 강력한 반발로 통과되지 못했다.

위하여서는 의료보험 민영화 이후 의료시스템 전반에 나타난 변화 뿐 아니라 의료시스템을 이용하는 개별 이용자 그룹이 겪는 변화 또한 고찰되어야할 것이다. 특히 라틴아메리카 의료시스템이 해결해야할 주요한 문제가 계급, 인종 및 성 별 의료격차 및 불평등이라는 점을 고려한다면 각각 그룹들의 건강에 의료보험 민영화가 어떠한 영향을 끼쳤는지를 연구해야한다. 이러한 필요성에 부응하기 위하여 본 연구는 의료보험 민영화가 칠레 여성의 건강에 끼친 영향을 분석하였다.

라틴아메리카의 여성들의 평균수명은 거의 모든 국가에서 남성의 평균수명보다 길다. 그러나 긴 평균수명이 곧 보다 나은 보건상태를 의미하지는 않는다. 라틴아메리카의 여성들은 남성보다 높은 질병률(morbidity)를 보이며, 라틴아메리카 여성들은 남성들보다 급성 및 만성 질병을 더 많이 앓고 있다고 보고되고 있다(Gómez 2000, 13). 뿐만 아니라 여성들은 임신과 출산으로 인해 남성들보다 의료시스템을 더 자주 그리고 집중적으로 이용하는데, 역설적이게도 의료시스템 안에서 여성의 지위 특히 여성의 의견은 무시당해왔고 여성의 몸에 대한 결정권 또한 제한되어왔다. 또한 경제적 지위에서의 성 격차가 여성들의 자유로운 의료서비스 이용을 어렵게 하였다(Östlin 2010, 2). 이러한 이유로 세계보건기구는 1970년대부터 다양한 의료보험제도 개혁안들에 의료시스템 내의 성차별을 극복할 수 있는 방안을 포함시킬 것을 권고하였다. 따라서 라틴아메리카의 의료시스템에서 고질적으로 목격되는 남녀 간 의료불평등이 개혁의 결과 개선되었는지 혹은 악화되었는지를 살펴보는 일은 의료개혁을 평가하는 데에 매우 중요한 요소이다.

칠레 전체 인구 중 민간의료보험에 가입된 인구는 17%로 소수에 불과하지만, 민간의료보험에 가입한 여성의 건강상태와 공공의료보험 가입여성의 건강 상태를 비교함으로써 우리는 의료보험 민영화가 여성의 건강

에 끼친 영향을 가늠해볼 수 있다. 뿐만 아니라 아무리 일부분이지만 공공의료시스템을 민영화함으로써 전반적인 의료보험시스템은 상당히 변화를 경험하게 된다. 실제로 칠레의 의료시스템 부분민영화는 공공의료시스템 내의 의료 인력의 변화, 공공부문의 재정 변화 등을 야기했고, 이는 곧 칠레 인구 전반의 건강에 영향을 끼쳤을 뿐 아니라 여성의 건강에도 상당한 변화를 가져왔다고 평가된다.

본 연구는 칠레의 의료보험 민영화가 여성의 건강에 끼친 영향을 의료화(medicalisation)의 관점에서 고찰하였다. 의료시스템의 근대화 및 자본화와 함께 여성의 몸의 의료화가 더욱 심화된다는 것은 이미 알려진 사실이다. 본 연구는 의료보험의 민영화는 의료시스템의 자본화를 부추기는 효과를 갖고 있기 때문에 이를 통해 여성의 몸을 의료화하려는 시도는 가속화될 것이며, 이는 여성의 건강에 부정적인 영향을 끼친다는 가설에서 출발한다. 즉 본 논문의 가설은 의료보험의 민영화가 여성의 몸을 남성의 몸에 비해 "비정상적인 것"으로 상정하는 서구 근대 의술의 도입을 더욱 심화시키고 자본주의의 원칙을 칠레의 의료시스템에 이식함으로써 칠레 여성의 몸을 더욱 의료화하고, 그 결과 여성의 건강이 개선되기보다는 악화되었다는 것이다.

이 가설을 증명하기 위해서 본 논문은 칠레의 의료시스템 민영화 과정을 살펴보고 의료시스템 민영화 이후 도입된 ISAPREs라는 민간의료보험 시스템 안에서 여성의 건강과 질병이 어떻게 다뤄지는지를 살펴보았다. 또한 의료시스템 민영화 이전에 비해 민영화 이후 칠레 여성의 건강에 어떠한 변화가 있었는지도 고찰하였다. 이를 위해 본 논문은 5장으로 구성되었다. 제 2장에서는 본 논문의 이론적 배경이 되는 의료화(medicalisation)에 대한 논의를 여성의 몸을 중심으로 살펴보았으며, 3장에서는 칠레의 의료 현황 및 의료시스템을 설명하였다. 제 4장에서는 의

료보험 민영화 이후 여성의 건강에 나타난 변화를 본격적으로 분석하고 마지막 제 5장 결론에서는 본 연구가 갖는 학문적 의미와 앞으로의 연구 과제들을 제시하였다.

Ⅱ. 이론적 배경: 민영화와 여성의 몸의 의료화

의료화란 "개인 혹은 집단이 경험하는 문제를 의학적인 현상, 흔히 의학적인 개입이 필요한 질병 혹은 장애로 규정하려는 경향(Conrad 2005, 3)"이다. 사회의 의료화를 연구하는 이들은 서구의학이 더욱 체계화되고 의료인들 특히 의사들의 권위가 조직적으로 인정받기 시작한 1970년대부터 의료화 현상이 더욱 두드러지게 되었다고 주장한다. 즉 의료인들의 권위가 단순히 병리적인 현상에 머무는 것이 아니라 사회 혹은 문화 현상까지 의학적으로 규정할 수 있는 힘으로 작용하기 시작하였다는 것이다. 이를 통해 '비정상적' 증상들이 '질병'으로 규정되어 의학적인 치료가 필요한 대상이 되었다. 이러한 의료화가 본격적으로 연구된 분야는 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD: Attention Deficit/ Hiperactivity Disorder), 알콜 중독, 알츠하이머, 외상 후 스트레스 장애(PTSD: Post Traumatic Stress Disorder) 등으로 이러한 증상들이 치료가 필요한 질병으로 규정되는 과정과 이러한 과정에서 의학계 특히 의사들의 권력이 끼친 영향이 본격적으로 논의되었다.

Conrad(2005)는 1970년대 일어난 다양한 의료화의 시도가 제약회사의 성장 및 그들의 공격적인 마케팅 그리고 이들과 결탁한 의료보험회사의 성장과 무관하지 않다고 주장하였다. 제약회사와 의료보험회사가 이윤을 창출하기 위하여 질병의 범위를 확대하였고 그 결과 의료화가 심화되었다는 것이다. 나아가 최근 진행되는 의료서비스의 산업화는 21세기

사회의 의료화를 더욱 빠르게 진행시킬 것이라고 예측하였다. 특히 환자가 의료서비스의 소비자로 변하고, 의료시스템이 시장에서 의료서비스를 파는 장으로 전락하면서 이러한 현상은 더욱 심화될 것이라는 주장이다. 다양한 소비자를 충족시키기 위하여 다양한 의학적 증상들이 개발되고 이러한 과정 속에서 전에는 일상적이라고 여겨졌던 현상들이 질병으로 새로이 규정될 수밖에 없다는 것이다. Conrad의 분석에 따르면 의료화와 의료시스템의 자본화 및 시장화는 밀접한 관련이 있다. 따라서 공공부문이었던 의료시스템에 시장의 논리 혹은 경쟁의 논리를 도입하는 것을 그 목적으로 하는 의료보험의 민영화 역시 의료화를 심화시키는 데에 기여한다는 가설을 세울 수 있다.

여성의 몸은 의료화의 손쉬운 대상이 되어왔다. 이미 남성의 몸을 정상적인 표준의 몸으로 규정하고 여성의 몸 특히 여성의 생식기와 생식기능을 비정상적인 것으로 접근하던 서양 의학 체계에서 여성의 몸에서 일어나는 다양한 증상들에 대한 의료화는 두드러진다. 월경과 월경증후군, 폐경, 임신과 출산이 의료화되었고 최근 여성의 몸을 관리하는 다양한 의학 시스템들이 도입되면서 성형 및 비만관리와 관련한 다양한 의료화가 진행 중이다. 하지만 가장 대표적인 의료화의 대상은 역시 임신과 출산이다.

의료화를 통해 임신과 출산은 의학적으로 관리해야하는 병리적인 현상이 되었고 여성의 결정권은 제한되었다. 조영미의 논문에 따르면 출산의 의료화는 “전문가들이 임신과 출산을 위험한 것으로 병리화하고 전문가의 집중적 관리를 받는 것을 정당화하는 과정(조영미 2004, 69)”이다. 임신과 출산의 의료화는 의료전문인과 여성의 수직적인 관계 속에서 여성의 재생산권을 제한되는 현상이다. 임신과 출산을 몸소 경험하지만 이에 대한 전문적인 지식이 없다고 여겨지는 여성과는 달리 사회로부터

과학적 권위를 인정받은 전문 의료인인 의사는 여성의 임신과 출산 과정에 대한 절대적인 권력을 행사하며 다양한 의학적 결정들을 내리고 이를 여성들에게 강요한다. 이러한 과정 속에서 여성들은 자신의 몸에 일어나는 현상에 대한 통제권을 상실하고 임신과 출산 과정에서 객체화된다(Purdy 2006, 287). 특히 임신과 출산에서 사용되는 각종 의약품, 의학적인 처치들에 대해 여성들은 의미 있는 의견 개진을 하기 어려운 것으로 조사되고 있다.

이처럼 의료보험 민영화를 통한 시장주의의 확장이 전통적으로 의료화의 대상이 되어왔던 여성의 몸을 더욱 의료화 시킨다는 가설의 이론적 근거는 충분하다. 하지만 여성의 몸을 의료화와 여성 건강의 악화 간의 관계에 대해서는 여전이 논쟁이 진행 중이다. 혹자는 몸의 의료화를 곧 건강의 악화로 해석해서는 안된다고 주장한다. Conrad(2007, 10-14)에 따르면 의료화가 몸에 대한 의술의 개입을 가져오고, 이는 환자들을 건강하게 만들기보다는 건강을 해친다는 주장은 일리가 있다. Conrad는 의료화를 통해 평범하고 일상적인 행위들이 질병으로 규정되고 이를 통해 의학적 개입이 이루어지면서 오히려 건강을 해치는 지나친 의료행위들이 이뤄진다고 주장한 학자들을 소개하고 있다. 하지만 동시에 의료화에 대해서 긍정적인 의견 또한 무시할 수 없다. 의료화로 인해 건강을 증진시키는 다양한 처방과 의술이 발전할 수 있었을 뿐 아니라 단순히 “이상한” 행동으로 여겨지며 사회적으로 경시되던 증상들이 의료화를 통해 이유가 있는 행위로 설명됨으로써 이러한 행위에 대한 낙인(stigma)이 완화된다는 것이다. 이를 Broom and Woodward는 건설적인 의료화(constructive medicalisation)이라고 명명하였다(Conrad 2007, 11).

본 논문은 칠레의 의료민영화가 가져온 의료화가 여성의 건강에 부정적인 영향을 끼친다는 가설을 증명하기 위하여 의료화가 가져올 수 있

는 장·단점이 칠레의 민영화된 의료보험제도 안에서 얼마나 발현되었는지를 살펴볼 것이다. 이를 위해서 본 논문에서는 의료화가 건강에 미치는 대표적 긍정적 효과인 의료서비스 혜택의 증가를 평가할 것이다. 즉 의료보험의 민영화를 여성의 의료서비스 접근성이 얼마나 향상되었으며, 이를 통해 그동안 도외시되던 여성 건강의 사안들이 민영화된 의료보험체계 속에서 의학적 개입의 대상이 되었는지를 살펴볼 것이다. 나아가 의료보험 민영화를 통해 의료화의 부정적인 영향, 즉 몸에 대한 의술의 과도한 개입 및 환자의 권리 침해 혹은 축소가 여성의 건강이라는 분야에서 이루어진 정도 역시 가늠해볼 것이다.

Ⅲ. 칠레의 의료시스템: 현황과 특징

1) 칠레의 의료현황

칠레는 중남미에서 상대적으로 훌륭한 의료지표를 보이는 국가이다. 〈표 1〉에서 볼 수 있듯이 각종 의료지표는 중남미 평균에 비해 양호할 뿐 아니라 세계적인 수준에 비추어 봐도 크게 뒤떨어지지 않는다.

표 1. 칠레 의료지표 현황, 1990-2005

	1990	2000	2005
인구(단위: 천)	13,191	15,419	16,297
도시인구비율(%)	83	86	88
인구증가율(연)	2	1	1
출생률	3	2	2
기대수명	74	77	78
60세 이상 노인인구비율	10	12	13

영아사망률	16	10	7
문자해독률			96
연간 GDP 성장률	2	4	6
연간 GNI($, PPP)	4,490	8,910	11,090

출처: Health Indicators database, (2009), Pan American Health Organization

영아사망률와 기대수명 모두 칠레는 양호한 수치를 유지하고 있다. 칠레의 2007년 영아사망률은 8.3으로 라틴아메리카와 카리브 지역의 평균 영아사망률인 18.7에 비해 배 이상 낮을 뿐 아니라 미국의 영아사망률인 6.6에도 근접해가고 있다. 기대수명의 경우도 1990년 74세에서 2000년대에 77세, 2005년 78세로 꾸준히 늘어난 결과, 라틴아메리카 및 카리브 지역의 기대수명인 73.5세와 비교하여 무려 4.5년이나 길고, 미국의 79.6세에 근접하는 수준이다. 모자보건의 지표라고 할 수 있는 영유아에 대한 각종 예방접종률도 높은 수치를 기록하고 있다. 2008년 DPT3 예방접종률과 홍역예방접종률이 각각 98%와 96%로 같은 기간 중남미 및 카리브 지역 평균인 91%와 94%보다 높을 뿐 아니라 미국의 DPT3 예방접종률인 95%와 홍역예방접종률 92%보다도 높은 수치를 기록한다(박윤주 2010, 56-57).

칠레의 높은 의료지표로 인해 많은 국제기구들은 칠레의 모델을 다른 개발도상국에 적극적으로 소개하였다. 일례로 세계보건기구(World Health Organization: WHO)는 2000년 보고서에서 칠레의 보건 수준을 세계 23위로, 의료시스템의 질을 33위로 평가하며 개발도상국들이 따라야 할 모델로 소개하였으며(WHO 2000), 1999년 보고서에서는 지난 세기 동안 의료・보건 분야를 개선시킨 국가의 예로 언급하였다(WHO 1999).

하지만 전반적으로 훌륭한 의료지표 뒤에는 성별 의료불평등이라는 현실이 존재한다. 치아가 없는 여성이 전체 여성 인구의 7.2%인데 반해

치아가 없는 남성은 3.2%에 불과하다. 고혈압 환자의 경우 여성의 수가 남성의 2배에 이르며 관절염 환자의 경우 여성의 수가 남성의 수의 3배에 이른다는 사실은 칠레 의료시스템에 내재되어있는 의료서비스의 성 격차 및 불평등을 보여주는 예이다(Vargas & Poblete 2008).

2) 칠레의 의료시스템

칠레의 의료보험 시스템은 민간의료보험과 공공의료보험이 공존하는 이원화된 시스템(two-tier system)이다. 다시 말해 칠레 의료보험제도 안에는 칠레 인구의 69%에게 의료보험을 제공하는 공공 의료보험인 국가 의료기금(Fondo Nacional de Salud: FONASA)과 고용에 근거하여 인구의 17% 정도에게 의료보험을 제공하는 민간의료보험인 건강증진기구(Wellfare Health Institutions: ISAPREs)가 공존한다. 대부분의 칠레 국민이 이 두 가지 의료보험 중 하나의 혜택을 받고 있으나 두 의료보험 시스템에 속하지 않은 인구도 존재하는데 이들은 군인의료시스템과 같은 다른 공공 시스템에 속해있거나 의료보험에 가입되지 않은 인구이다.

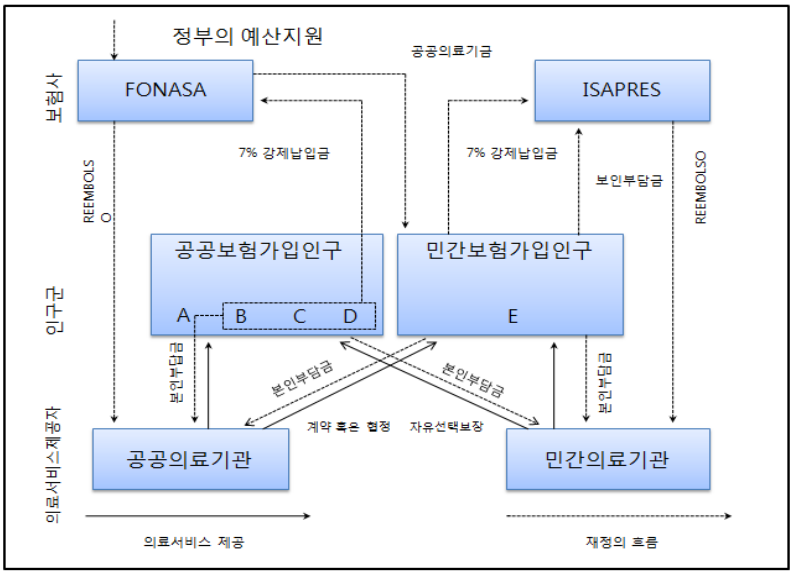
모든 노동자들은 공공의료보험제도에 속해 있는가 혹은 민간의료보험 제도에 속해 있는가와 관계없이 임금[2]의 7%를 의료보험료로 매달 지불해야한다. 〈그림1〉에서 알 수 있듯이 가입자들이 내는 보험료는 FONASA 전체 재원의 34%에 달한다. 따라서 가입자들이 납부하는 보험료과 함께 정부의 지원금이 FONASA의 재정에 주요한 부분을 차지하고 있다. 1993년 FONASA에 정부가 지원한 금액은 전체 재정의 46.3%에 달했다.

---

2) 매해 1월에 정해지는 Unidades de Fomento(UF)라는 단위 액수의 60배에 해당하는 액수를 월급 액수의 상한선으로 정하고 있다. 1996년 기준으로 UF는 약 12,500 페소였고 당시 환율로 31달러에 해당했다. 이 기준에 따르면 최대 보험료를 납부해야하는 월급은 750,000 페소이며 당시 환율로 1,852달러이고 납부금은 52,500 페소 즉 129 달러 정도이다.

ISAPREs의 경우 가입자들이 내는 보험료와 가입자 개인 부담금에 의해 운영된다(Bitrán 2000).

그림 1. 칠레 의료시스템 조직도



출처: Bitrán. (2000), "Las Instituciones de Salud Previsional(ISAPREs) en Chile"

ISAPREs 가입자들의 경우 정부가 정한 의료보험료 외에도 각자가 선택한 보험회사에서 정한 개인분담금을 지불해야한다. 개인분담금에는 공제금액과 상한선이 존재한다. ISAPREs의 보험료는 다양하지만 일반적으로 FONASA보다 높은 편이므로 소득의 7%로 ISAPREs의 보험료를 충당할 수 있는 사람들이 주로 가입하는 경향을 띤다. 즉 칠레의 고소득층이 주로 ISAPREs를 이용한다. ISAPREs와의 계약은 가입자가 중도에 계약조건을 이행하지 않는 경우를 제외하고는 평생 지속된다. 가입자는 매년 계

약 만료일 한 달 전 보험회사에 통보를 함으로써 계약을 해지할 수 있다. ISAPREs는 각 보험회사가 보유한 병원 혹은 의원에서 환자들의 입원 및 외래진료 서비스를 제공하기도하나 주로 ISAPREs와 계약을 체결한 민간의료기관 혹은 공공의료기관을 통해 서비스를 제공한다(박윤주 2010, 60).

의료보험제도가 이원화되어있는 것과 마찬가지로 칠레의 의료서비스 제공 시스템 또한 이원화되어있다. 공공의료서비스 시스템은 전체 27 주에 존재하는 28개의 지역의료서비스(Servicio de Salud)로 구성되며, 이들 기관은 2・3차 의료서비스를 담당한다. 1차 의료를 담당하는 보건소는 시정부에서 관리한다. FONASA에 가입되어있는 인구와 의료보험이 없는 인구 및 극빈층은 공공의료서비스 시스템을 이용한다. 그 결과 공공의료서비스 시스템에 의료수요가 몰리는 현상이 나타난다. 한편 ISAPREs 가입자들을 민간 의료기관을 통해 의료서비스를 받지만 필요에 따라서 FONASA와 협약을 맺은 공공서비스 기관을 사용할 수 있다(Manuel 2006).

그러나 오늘날 칠레가 갖고 있는 이원화된 의료시스템의 모습이 칠레가 독립부터 추구해왔던 모델이라고 보기는 어렵다. 사실 칠레는 중남미의 다른 어떤 국가들보다도 일찍이 국가를 중심으로 의료시스템을 구축한 경우이다. 즉 아옌데 정부까지 칠레는 의료서비스는 국가가 제공해야하는 국민의 기본 권리라는 전제 하에 의료시스템의 일원화와 공공서비스의 강화를 추진해왔다. 하지만 1973년 군사 쿠데타로 피노체트 정권이 등장하면서 칠레 의료시스템은 갑작스럽게 의료보험의 민영화를 경험하였다. 피노체트 정권은 시장의 원리에 기반을 둔 의료시스템을 도입, 의료시스템을 이원하였으며 이러한 시도는 라틴아메리카에서 가장 급진적인 의료개혁이라는 평가를 받았다(박윤주 2010, 61). 다음 장에서는 의료보험제도 민영화에 따른 의료화의 가속화, 그리고 그 결과 나타난 여성

보건의 변화를 살펴보겠다.

Ⅳ. 칠레의 의료보험 민영화와 여성의 건강

칠레의 의료보험 민영화가 칠레 여성의 건강에 끼친 영향은 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 여성의 몸은 잠정적 위험요인을 포함하고 있는 비정상적인 몸으로 취급받게 되었다. 민간의료보험의 위험요인 계산 과정에서 여성의 몸은 성관계의 여부, 임신을 원하는 지의 여부와 무관하게 임신을 할 수 있는 몸과 임신을 할 수 없는 몸으로 구분되며 이러한 구분 하에서 여성의 몸에 제공되는 서비스는 제한되거나 확대된다(Estrada 2009; Murray and Elston 2005). 둘째, 여성의 몸을 "위험한(risky)" 몸으로 만드는 임신과 출산의 가능성이 현실화 되었을 때, 즉 여성이 임신 및 출산을 경험할 때 겪는 의료화의 정도가 심화되었다(Gideon 2008). 하지만 의료화가 가져올 것이라고 기대했던 의료혜택의 증가는 미미하며, 오히려 여성이 지불해야하는 보험료의 인상으로 인해 여성들이 민간의료보험을 기피하기 때문에 의료서비스의 확대를 통한 여성 건강의 증진이 이루어졌다고 보기 어렵다.

1) 여성의 몸=잠정적인 위험요인

앞에서 지적한 바와 같이 서양의학은 여성의 몸을 본질적으로 비정상적이며 건강하지 않은 것으로 여겨왔다. 남성의 몸을 건강하고 정상적인 몸이라고 상정했기 때문에, 남성의 몸과 다른 여성의 신체적 특징 특히 생식기능은 여성의 몸을 불완전하고 연약하며 질병에 노출될 확률이 높은 몸으로 만들었다. 따라서 여성의 몸에 대한 다양한 의료화는 새로운

현상은 아니다. 하지만 칠레의 경우 민간의료보험의 도입으로 여성의 몸을 병리학적으로 문제가 있는 몸으로 바라보는 시각은 더욱 제도화되었으며 이로 인해 여성들이 질 좋은 의료서비스를 받을 수 있는 권리가 제한되었다.

칠레의 공공의료보험인 FONASA의 보험료는 가입자의 소득 수준에 따라서 결정되는 반면 민간의료보험인 ISAPREs의 보험료는 ISAPREs가 정한 그룹 별 보험료율에 의해 결정된다. 즉 ISAPREs는 가입자들을 성별, 나이, 가족 수 등등의 기준으로 분류하여 보험료를 차등적으로 적용한다. 국가가 정한 일정액의 의료보험료를 납부하면 성별, 나이, 가족 수 등의 기준과 관계없이 의료 서비스를 받을 수 있는 FONASA와 달리 ISAPREs의 경우 국가가 정한 강제징수분에 더하여 각 가입자 개인의 '위험요인(Risk factor)'을 고려하여 보험료를 추징할 수 있도록 하였다. 뿐만 아니라 민간보험회사들은 언제나 '경제상황'에 따라 혹은 환자의 '위험요인'에 따라 보험료를 변경하거나 보험가입을 거부할 수 있도록 하였다.

문제는 누가 '위험요인'을 계산하며 무엇이 '위험요인'으로 규정되느냐는 것이다. Estrada의 보고에 따르면 ISAPREs는 가임연령대의 여성을 모두 "고위험군"으로 분류하고 있다. 2005년 라고스 정부가 Plan Auge를 도입하여 민간의료보험에 대한 규제를 강화하기 이전까지 ISAPREs들은 가임연령의 여성들에게 같은 연령의 남성보다 많게는 6배의 의료보험료를 징수하였다. 높은 보험료를 원하지 않는 여성들에게는 "자궁 제외 보험(No Uterus Plan)"을 제공하기도 하였는데, 이는 임신 및 출산과 관련된 의료서비스를 보험 보장 범위에서 제외한 보험이다. 이러한 보험 형태 역시 2005년 적용된 Plan Auge로 금지되었으나 자궁 제외 보험은 칠레의 민간의료보험회사들이 여성의 몸을 어떻게 의료화하는지를 잘 보여주는 예이다. 자궁을 마치 암이나 종양과 같은 위험요소로 여기는 자궁 제외

보험은 여성의 몸을 본질적으로 약하고 비정상적이며 건강하지 못한 몸으로 규정, 잠정적으로 치료가 필요한 대상으로 분류하는 몸 자체의 의료화를 보여준다. 물론 여성의 몸을 이질적이고 비정상적인 몸으로 규정하는 것은 서양의술에서는 일상적인 현상이지만 칠레의 경우 주목해야 할 것은 이러한 여성의 몸의 의료화가 의료보험 규정으로 명문화된 배경이다.

ISAPREs 연합 회장인 Rafael Caviedes는 Estrada와의 인터뷰에서 여성이 남성보다 높은 의료보험료를 내는 것은 여성에 대한 차별에 기인한 것이 아니라고 주장하였다. 그는 여성이 높은 보험료를 내는 것은 여성이 60세까지 더 비싼 환자이기 때문이라고 설명한다. 즉 여성의 "자궁"이 더 높은 의료비용을 발생시키므로 여성의 몸은 더욱 병리학적으로 위험한 존재라는 것이다. 과연 한평생 여성의 몸이 남성의 몸 보다 더 높은 의료비용을 지출케 하는지에 대한 검증은 논외로 하더라도, Rafael Caviedes의 주장을 통해 우리는 여성의 몸에 대한 의료화가 의료비 지출, 즉 경제적인 논리에 의해서 이루어지고 있다는 점을 알 수 있다. 공공의료시스템 내에서도 여성의 몸에 대한 의료화는 진행된다. 하지만 민간시스템에서 그 진행이 더욱 노골적이며 심각한 이유는 바로 민간시스템이 이윤을 추구하는 시스템이기 때문이다. 즉 여성의 몸이 갖고 있는 다양한 기능들이 이윤추구에 도움이 되는가 혹은 되지 않는가에 따라 위험한 기능과 위험하지 않은(?) 기능으로 구분되고 그 과정에서 여성의 생식기능은 대표적으로 병리적 기능으로 규정되는 것이다.

민간의료보험회사들은 여성의 몸을 위험한 몸으로 분류함으로써 여성의 몸을 집중적인 의학적 관리가 필요한 대상으로 의료화하였으며 그 정도는 공영의료보험인 FONASA 보다 심각하다. 하지만 역설적이게도 여성의 몸을 의학적 조치의 대상으로 상정하는 민간의료보험이 막상 여성

의 몸에 대한 의학적 조치에는 소극적이었다는 점이다. Gideon의 연구(2008)에 따르면 ISAPREs 가입자의 68%는 남성들이며 불과 32%만이 여성 가입자이다. 다시 말해서 민간의료보험이 여성의 몸을 더욱 의료화함으로써 모든 여성에 대한 의료서비스 제공이 확대되기보다는 고비용군인 여성에 대한 의료서비스 제공을 값비싼 의료보험을 구매할 수 있는 여성에 제한하는 결과를 가져왔다.

2) 출산과 임신의 의료화

앞에서 살펴본 바와 같이 여성의 몸에 대한 의료화의 핵심에는 여성의 몸이 갖고 있는 생식기능이 있었다. 즉 임신과 출산의 가능성만으로도 여성의 몸이 병리학적이 대상으로 분류되는 의료화가 진행되었다. 그렇다면 임신과 출산이 가능성이 아닌 현실이 되었을 때에는 무슨 일이 일어날까? Murray and Elston(2005)의 연구에 따르면 민간보험의 도입 이후 임신과 출산의 의료화 또한 심화된 것으로 나타난다.

민간보험의 도입으로 많은 칠레의 여성들이 민간부문에서 출산 서비스를 받기를 원했는데, 이는 의사와 환자 간의 관계가 더욱 밀접할 것이라고 기대하기 때문이었다. 그리고 이러한 여성들의 요구는 ISAPREs 시스템을 통해 의사들에게 전달된다. 하지만 출산을 앞둔 여성들에게 제공되는 ISAPREs의 프로그램들은 너무도 다양하고 복잡하다. 예를 들어 여성들은 어느 시설에서 어떤 의사에 의해 어떤 형태의 서비스 받을 것인지 출산 전, 출산 후에 걸쳐 선택해야하는데 ISAPREs에 소속된 다양한 보험회사들이 서로 다른 보험 상품들을 개발할 뿐 아니라 어떤 의사에 가느냐에 따라 의사들이 선호하는 보험 상품도 서로 달라진다. 이러한 상황 속에서 역설적이게도 여성들에게 주어진 다양한 선택의 폭이 오히려 여성의 선택권을 제한하는 효과를 초래한다. 즉 여성과 의사 사이의

의학지식의 불평등한 분배로 인해 여성들은 자신이 선택한 산부인과 의사의 의견을 전적으로 따르게 되면서 임산과 출산의 과정에서의 여성의 자결권은 제한된다. 여성의 신체자결권이 제한되는 이러한 상황은 다수의 여성들이 자신들이 원하는 정보를 의사에게 요구하기도 어렵고, 동시에 충분히 제공받지도 못하는 상황을 만든다(주영미 2004).

그렇다면 출산과 임신의 과정에서 절대적인 결정권을 갖게 된 산부인과 의사들은 어떤 과정을 통해 의학적 결정을 내리게 될까? Murray and Elston에 따르면 민간의료보험의 도입으로 칠레의 공공의료시스템은 심각한 재정적 위기를 맞이하게 되었고, 이러한 상황 속에서 민간부문은 많은 칠레 의사들에게 부수입을 얻을 수 있는 수익성 높은 일자리의 의미를 띤다. 특히 산부인과 의사들의 경우 공공부문의 붕괴와 함께 상대적으로 많은 산부인과 전문의의 숫자로 인해 민간부문을 통해 수익성을 높이고 경쟁해야할 필요성이 높아졌다.

출산과 임신의 의료화로 신체자결권이 상당히 제한된 여성과 민간부문에서 제공하는 의료서비스를 수익성 높은 부수입으로 접근해야하는 산부인과 의사 사이의 관계는 위계적인 동시에 '효율성'에 바탕을 둔다. 그 결과 민간 부문의 산부인과 의사들이 더욱 심하게 출산과 임신을 의료화하는 것으로 나타났다. ISAPREs를 통해 출산한 여성들이 제왕절개로 출산을 할 확률이 FONASA를 통해 출산한 여성의 2배 이상에 달한다. 실제로 한 산부인과 의사는 인터뷰에서 제왕절개를 한다면 출산에 얼마만큼의 시간이 필요할 지를 미리 알고 준비할 수 있기 때문에 시간을 절약하기 위해서 제왕절개를 선호한다고 밝히고 있다(Murray and Elston 2005, 715).

제왕절개와 함께 민간부문에서 선호되는 방법은 계획된 출산(Programming of Birth)이다. 이를 위해 의사들은 정해진 시간과 날짜에

약물을 통해 출산을 유도한다. 이 또한 바쁜 산부인과 의사들의 스케줄과 관련이 있다. 통계에 따르면 FONASA를 통해 출산하는 여성의 2/3 이상은 자연출산을 하는 것에 비해 민간부문에서 출산하는 여성의 대부분은 제왕절개 혹은 유도분만을 경험하는 것으로 나타났다.

임신과 출산의 과정에서 의사와의 친밀한 관계를 통해 좀 더 쾌적하고 안정적인 출산을 경험하고 싶은 여성들이 ISAPREs를 통한 출산을 계획하지만 이러한 여성들의 바람과는 달리 민간부문에서 출산의 의료화는 더욱 심각하게 일어나고 있었다. 친밀한 관계를 통해 인간적인 출산을 기대했던 여성들의 바람과는 달리 민간부문에서의 출산은 과도한 약물과 의학적 개입을 경험하고 있는 것이다. 이는 민간보험과 민간부문에서 서비스를 제공하는 의사들에게 출산이 수익성 높은 부수입원이라는 점과 무관하지 않다.

3) 미미한 건설적인 의료화(Constfuctive medicalization)의 효과

건설적인 의료화(Constructive medicalization)을 주장하는 이들은 의료화를 통해 그동안 소외되었던 질병 및 증상들이 의료시스템 안으로 포함됨으로써 그러한 증상 및 질병에 시달리던 이들이 의료서비스를 받을 수 있게 될 뿐만 아니라 사회적 낙인(stigma)로부터도 자유로워질 수 있다는 점을 강조한다. 그렇다면 칠레 의료보험 민영화가 여성들이 그동안 인지하지 못했던 질병을 알아내고 이를 치료하는 다양한 길을 열어주었는지 살펴볼 필요가 있다.

결론부터 말하자면, 민간의료보험을 갖고 있는 여성들이 공공의료보험을 갖고 있는 여성들보다 더 나은 건강을 유지하고 있다는 증거는 찾아보기 어렵다. 오히려 지출의료비의 상당한 차이에도 불구하고 의료지표상에서 민간의료보험 가입여성과 공공의료보험 가입여성 간의 차이가

미미하다는 연구결과가 발표된 바 있다(Unger 2008).

게다가 역설적이게도 ISAPREs는 의료화를 통해 여성이 건강에 대한 책임을 회피하고 있었다. 즉 의료화를 통해 비교적 일탈적인 혹은 '비정상적'인 증상들을 질병으로 규정하여 의학적 개입이 필요한 현상으로 정의하지만 이를 통해 가입자의 건강을 증진시키기 위한 적극적이고 때로는 공격적인 의술이 시행되는 것이 아니라, 이러한 증상들을 이유로 가입자들을 보험에서 해약시키거나 의료서비스 제공을 거부하는 일들이 빈번하게 일어난다.

자살을 시도했거나 낙태를 경험했던 여성들은 현재의 건강상태와는 무관하게 ISAPREs 가입이 제한되거나 더 높은 보험료를 내야한다(PAHO 2002a, 14-16). 이러한 사실을 통해 여성의 몸을 잠정적인 위험요소로 인식함으로써 생기는 의학적 개입은 두 가지 서로 다른 방향으로 발생한다는 것을 알 수 있다. 즉 임신과 출산에 관한 의료서비스 제공에 있어서는 여성의 몸에서 일어나는 임신과 출산 과정에서의 변화를 질병으로 인식하여 강력한 전문적 의료 개입이 일어나는 반면, 그 밖의 여성들이 겪는 정신질환이라든지 임신 실패 등의 경험은 곧 바로 의료서비스를 제한하고 진입을 막는 장벽으로 사용된다. 의료보험 민영화를 통해 칠레에서 진행된 의료화는 전통적인 의료화의 기능과는 달리 결과적으로 여성들을 위한 의료서비스의 폭을 좁히는 결과를 가져왔다.

이러한 경향은 각종 통계에서도 나타난다. 무엇보다도 눈에 띄는 것은 여성의 ISAPREs 가입률이 꾸준히 줄어들고 있는 것이다. 여성 가입자의 증가율은 1991년 무려 20.8%에 달했으나 이후 급격한 하락을 경험하며 1997년에는 1.7%까지 떨어졌고, 이후 마이너스 성장을 하기 시작, 2001년에는 -5.5%의 증가율을 기록했다. 즉 여성들이 ISAPREs을 탈퇴하고 있다는 뜻이다(PAHO 2002b, 1). 하지만 더욱 심각한 것은 의료화가 극심하게

일어나고 있는 ISAPREs 가입여성들의 예방의학 접근성이 현저하게 떨어지고 있다는 것이다. Vega et al.(2003)에 따르면 FONASA 가입자들에 비해 ISAPREs의 가입자들이 의료기관 이용률은 현저하게 낮았다. 특히 예방적 조치(preventive treatment)를 위해 병원에 찾는 비율은 FONASA 가입여성에 비해 ISAPREs 여성이 낮아 평소 예방조치를 통해 극복할 수 있는 질병들을 소홀히 취급다가 질병이 악화된 이후 처치 중심의 서비스를 받는 것으로 드러났다. ISAPREs 가입 여성들의 서비스 기관 이용률이 전문의 이상 기관에서 갑자기 증가하는 것은 이러한 현상에 대한 증거일 수 있다(Vega at al. 2003).

Ⅴ. 결론

의료보험의 민영화는 고령화 및 의료기술의 발달로 정부의 의료비지출이 급증한 많은 나라에게 유의미한 대안으로 모색되고 있다. 전격적인 의료보험의 민영화를 달성하지는 못하더라도 의료시스템 안에 시장의 논리를 받아들이고 경쟁을 도입하는 것은 경직된 공공의료시스템을 효율적으로 변화시킬 수 있는 방법이라고 소개되기도 한다. 따라서 의료보험민영화의 효과를 평가하는 연구들도 의료보험 민영화를 통해 얻어진 공공지출의 증감을 고찰하거나 전반적인 의료시스템의 질을 병리학적인 관점에서 평가한다. 하지만 의료보험 민영화는 단순히 의료비지출을 줄이거나 의료서비스의 질을 높이려는 시도를 넘어 시장의 논리를 의료서비스 제공에 도입한다는 의료시스템 체계의 근본적인 변화를 의미한다. 따라서 의료보험제도의 민영화가 가져올 결과를 분석하기 위해서는 시장의 논리가 의료보험제도에 도입되었을 때 나타날 수 있는 결과들에 대한 분석이 필요하다. 뿐만 아니라 의료시스템 내의 불평등 즉 인종,

성, 계급 간의 의료불평등이 악화되고 있는 라틴아메리카의 현실을 극복하기 위한 대안으로서 의료보험 민영화의 가치를 파악하고자한다면, 의료보험 민영화가 가져온 의료시스템 전반에의 변화만 고찰할 것이 아니라 다양한 사회 그룹이 겪는 변화를 연구해야한다.

본 연구는 의료보험민영화를 통해 시장의 논리가 의료시스템에 도입되었을 때 여성들이 겪을 수 있는 변화를 몸의 의료화라는 관점에서 고찰하였다. 의료보험민영화는 의료시스템의 시장화 및 자본화를 부추기고 이는 여성의 몸에 대한 의료화를 심화시킬 것이라는 가설을 세우고 이를 칠레의 의료보험 민영화 사례를 통해 검증해보았다.

칠레의 사례를 분석해 본 결과 의료보험의 민영화는 칠레에서 여성의 몸에 대한 의료화를 강화시킨 것으로 나타났다. 민간의료보험의 여성의 몸에 대한 병리학적 접근으로 인해 여성의 몸은 태생적으로 위험한 요소를 지녔으며 잠정적으로 치료가 필요한 존재로 인식되었으며 이러한 인식은 이윤을 추구하는 민간의료보험 회사들의 다양한 보험 상품 개발을 통해 강화되었다. 뿐만 아니라 출산과 임신의 의료화 또한 심화되어 민간의료보험을 통해 출산하는 여성들은 공공부문에서 출산하는 여성들보다 더 잦은 제왕절개 및 유도분만을 경험하는 것으로 드러났다. 민간보험을 통해 산부인과 의사와 계약을 맺게 되면 더 친밀하고 인간적인 관계를 통해 출산을 할 수 있을 것이라는 많은 여성들의 기대와는 달리 지나치게 다양한 출산 보험 상품의 홍수 속에서 여성들은 의학지식의 불평등을 뼈저리게 경험하고 모든 의사결정의 권한을 의사들에게 일임하는 경향을 보여주었다. 결국 몸의 의료화의 주요 요소인 신체자결권의 제한이 민간부문에서 더욱 두드러진다는 뜻이다. 이는 이윤을 극대화하기 위해 세분화된 상품을 개발, 시장에 출시하는 보험회사의 전략과 민간부문에서의 서비스 제공을 수익성 높은 부수입원으로 여기는 산부인

과 의사들의 태도가 시너지효과를 일으킨 결과이다. 즉 시장의 논리가 의료서비스에 도입되면서 나타난 현상인 것이다.

칠레 의료보험의 민영화는 이처럼 칠레 여성의 몸에 다양한 변화를 가져왔다. 특히 본 연구는 의료보험의 민영화를 통해 의료서비스의 제공과 소비가 시장의 논리에 따라 이루어지는 시스템이 형성되었을 때 여성의 몸에 대한 의료화가 더욱 강화된다는 점을 밝히고 있다. 이러한 결론은 의료서비스가 과연 시장에서 거래되는 상품의 하나로 취급될 수 있는가를 다시 한 번 되묻게 할 뿐 아니라 의료보험이 민영화가 가져온 결과를 분석함에 있어서 성, 인종, 계급 등의 요소들을 면밀히 검토할 필요성을 제시한다.

참고문헌

박윤주(2010), "칠레사례 분석",『중남미 의료시스템 개혁 연구』대외경제정책연구원, pp.55-81.

조영미(2004),「출산의 의료화와 여성의 재생산권」, 한국여성학, Vol.20, No.3, pp.67-97.

Bitrán, Ricardo & Francisco Xavier Almarza(2000), "Las Instituciones de Salud Previsional(ISAPRES) en Chile" in *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud* (eds.) Daniel Titelman & Andras Uthoff. Mexico D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Conrad, Peter(2006), "The Shifting Engines of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior,* Vol.46, pp.3-14.

_____(2007), *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders,* The Johns Hopkins

University Press: Baltimore.

Doyal, Leslie(2003), *Gender and Health Sector Reform: A Literature Review and Report from Workshop at Forum 7,* Global Forum for Health Research: Geneva.

Estrada, Daniela(2009), "When being a Woman is a "Health Risk"", Inter Press Service News Agency.

Gideon, Jasmine(2008), "Counting the Cost of Privatised Provision: Women, Rights and Neoliberal Health Reforms in Chile" *IDS Bulletin* Vol.39, No.6, pp.75-82.

Gómez, Elsa Gómez. *Equity, Gender and Health Policy Reform in Latin American and the Caribbean.* Pan American Health Organization: Washington D.C.

ISEqH(International Society for Equity in Health)(2006), *Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Carribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations.*

Manuel, Annick(2002), "The Chilean Health System: 20 Years of Reforms" *Salud Pública Mexicana,* Vol.44, No.1, pp.60-68.

Murray, Susan F. and Mary Ann Elston(2005), "The promotion of private health insuarance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile" *Sociology of Health and Illness* Vol.27, No.6, pp.701-721.

Östlin, Piroka(2009), *Transforming Health Sistems for Women and Girls.* The United Nations: Genova.

PAHO(Pan American Health Organization)(2002a), *Género, equidad y reforma de la salud en Chile: Discriminacion de las mujeres en el*

Sistema de Instituciones de Salud Previsional, Regulación y Perspectivas de Género en la Reforma. OPS/OMS: Santiago.

_____(2002b), "Género y sistema Isapre" in *Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile: Voces y Propuestas desde la Sociedad Civil.* OPS/OMS: Santiago. pp.1-4.

Purdy, L.(2006), "Women's reproductive autonomy: medicalisation and beyond" *Journal of Medical Ethics* Vol.32, pp.287-291.

Valenzuela, R(1998), *An Overview of the Private Health System in Chile.* Superintencia de ISAPREs, Santiago.

Vargas, Veronica & Sergio Poblete(2008), "Health Prioritization: The Case of Chile" *Health Affairs,* Vol.27, No.3, pp.782-792.

VEGA M, Jeanette; BEDREGAL G, Paula; JADUE H, Liliana and DELGADO B, Iris. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev. méd. Chile [online]. 2003, Available from Vol.131, No.6, pp.669-678. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600012&lng=en&nrm=iso(2011.5.11)

Vergara Iturriaga M, Martinex Guitierrez(2005), "Financiamiento del Sistemal de Salud Chileno" *Salud Pública* Vol.48, pp.1-36.

Ugalde, Antonio, Nuria Homedes and Anthony Zwi(2002), "Globalization, Equity and Health in Latin America," in Christopher Abel and Colin M. Lewis (eds.). 2002. *Exclusion and Engagement: Social Policy in Latin America,* Institute of Latin American Studies, University of London.

WHO(World Health Organization)(1999), *World Health Report 1999.*

Washington D.C.

WHO(World Health Organization)(2000), *World Health Report 2000.* Washington D.C.

Willis, Katie & Sorayya Khan(2009), "Health Reform in Latin America and Africa: decentralisation, participation and inequalities", *Third World Quarterly,* Vol.30, No.5, pp.991-1005.

논문투고일자: 2011년 4월 30일
심사완료일자: 2011년 6월 25일
게재확정일자: 2011년 6월 29일