



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

방글라데시 램 프로젝트를 통해 살펴본
현대 의료 선교의 방향성 연구

연세대학교 대학원
인문사회의학협동과정
의사학및의철학전공
안 미 흥

방글라데시 램 프로젝트를 통해 살펴본 현대 의료 선교의 방향성 연구

지도교수 여 인 석

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2020년 12월 일

연세대학교 대학원

인문사회학협동과정

의사학및의철학전공

안 미 흥

안미홍의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 여인석 _____ 인

심사위원 _____ 전우택 _____ 인

심사위원 _____ 이일학 _____ 인

연세대학교 대학원

2020년 12월 일

감사의 글

2018년도 1월의 바람은 유난히 세졌습니다. 방글라데시에서 의료 선교사로 정신없이 긴 시간을 보냈지만, 램 병원은 여전히 가난하고 아픈 사람으로 가득했습니다. 그렇게 다카에서 3년, 램에서 10년여의 세월을 뒤로하고 한국에 돌아왔을 때는 무엇을 해야 할지 막막했습니다. 무작정 공부를 하면서 생각을 정리해봐야겠다는 마음으로 전우택 교수님을 찾아뵈었을 때 그동안 다 비워내고 왔으니 이제 다시 채울 시간이 필요하겠다고 해 주신 말씀이 가슴에 남았습니다. 그렇게 해서 2019년도 3월, 의과대학을 졸업한 지 꼭 20년 만에 다시 학생이 되었습니다.

첫 학기에 들었던 전우택 교수님의 평화학 수업은 상처로 신음하고 있는 세상 곳곳을 들여다보며 평화를 잃고 아파하는 이들이 방글라데시 시골에만 있는 것이 아니었음을 일깨워주었습니다. 신규환 교수님의 의사학 수업에서는 물질문명과 기술의 발전이 있기까지 기존의 통념을 깨고 새로운 도전을 해온 의학의 역사의 빛과 그림자에 대해 배웠습니다. 이일학 교수님의 의료 윤리 수업은 방글라데시에서 만난 환자들의 어려운 의료적 결정을 함께 했던 시간들을 떠올리며 인간의 기준이 절대적일 수 없는 다양한 상황에 대해서 생각하게 해주었습니다. 두 번째 학기에는 여인석 교수님의 인도주의 의료의 역사와 철학 수업을 통해 인간에 대한 사랑으로 자신의 경계를 뛰어넘었던 사람들의 삶과 활동을 공부하며 램 병원의 활동과 경험을 되돌아보고 성찰하는 시간을 가졌습니다. 문화 인류학과 이상국 교수님의 인류학과 국제 개발 수업을 통해서는 개발이나 원조라는 이름으로 국가적 지배력을 함께 적용할 수밖에 없었던 인류의 한계에 대해 고찰할 수 있었습니다. 김소윤 교수님의 국제보건과 사회문화 수업에서는 다양한 국가들의 보건 의료 상황에 대해 배울 수 있었습니다. 국문과 유준 교수님의 서사 의학 수업은 코로나 상황 때문에 비대면으로 진행되었지만, 의사로서 다양한 환자들과 어떻게 관계를 맺고 그들의 이야기에 귀 기울여야 할지에 대해 고민하게 했습니다. 지속되는 비대면 수업으로 아쉬움은 있었지만 여러 문헌, 교수님들, 또한, 함께 수학하는 동료들을 통

해 스스로를 채우는 값진 시간을 보냈습니다. 그동안 생각해 보지 못했던 생명과 사회를 바라보는 다양한 시각과 논의들을 통해서 사고의 폭을 넓히고 배우는 과정은 때론 눈물 어린 성찰의 시간이기도 했으며, 때론 진리의 편린을 발견하는 기쁨의 시간이기도 했습니다. 이 모든 시간을 만들어 주신 교수님들과 함께 공부했던 석박사 과정생들께 감사의 말씀을 전합니다.

그동안 배운 내용들을 생각하며 의료 선교의 방향성에 대한 나름의 고민을 담은 학위 논문을 쓰게 되었습니다. 특별히 이 논문이 나오기까지 지도 교수로 세세히 살펴주신 여인석 교수님께 진심으로 감사드립니다. 꼼꼼하게 글을 읽어 주시고 좋은 제언을 해주신 전우택 교수님과 이일학 교수님께도 다시 한번 감사의 말씀을 드립니다. 논문의 방향을 정하고 내용을 다듬을 수 있도록 생각을 끌어내는 질문들을 해 주시고 보충과 수정이 필요한 부분에 대해 아낌없는 조언을 해주신 세 분 교수님들 덕분에 개인적인 경험과 이야기로 시작한 부족한 글이 학문적인 틀을 갖추어 논문으로 정리될 수 있었습니다.

방글라데시 램 병원에서의 삶은 치열한 축복의 자리였습니다. 어떤 변화도 일어나지 않을 것 같은 정체된 공간에서 매일매일의 일상을 반복하면서도, 가난한 인간의 몸으로 이 땅에 오셔서 끝없이 밀려드는 환자에게 손을 대어 치유하였던 예수의 삶을 감히 흉내 낼 수 있는 자리였기 때문입니다. 우리의 매일이 만들어 내는 변화나 발전은 뚜렷이 눈에 보이지 않지만 예수의 승리는 분명히 있다고 믿으며 그 길을 오래 걸어왔고, 지금도 그 길을 걷고 있는 램 프로젝트의 많은 동료와 친구들에게 존경을 담은 감사의 말을 전합니다. 특별히 1997년부터 가정의학과 의사로 램 병원에서 일하면서 지역 사회 보건 사업을 관리하는 Dr. Kris Prenger 에게 감사를 전합니다. 그녀를 통해서 지역 사회 보건사업이 어떤 것인지 배울 수 있었고 무엇보다 현지인들을 존중하고 함께 일하는 태도가 무엇인지 볼 수 있었습니다. 더욱이 논문을 위해서 이메일로 보낸 질문들에 친절히 보충 자료까지 보내주면서 격려도 해주었습니다. 램의 의료 정보 조사팀(MIS-R) 대표로 있는 Stacy Saha 에게도 감사합니다. 병원과 지역 사회의 의료 보건 지표들을 성

실하게 모아서 정리한 귀한 통계 자료가 필자의 논문에 사용될 수 있도록 도와주시고 사소한 질문에 잊지 않고 답해준 덕분에 객관적인 자료들을 근거로 논문을 정리할 수 있었습니다.

마지막으로 필자의 뒤늦은 학업을 지원해준 가족들에게 감사합니다. 지금도 필자의 논문 마무리를 도와주기 위해 설거지를 하고 있는 남편 김동연에게 감사합니다. 램 병원의 내과 의사로 가난한 환자들을 돕기 위한 최선의 방법이 무엇인지 고민하며 많은 밤을 지새웠던 사랑의 수고에 감사를 드립니다. 방글라데시에서 태어나서 시골 학교 운동장을 맨발로 뛰어다니며 건강하게 자라준 두 아들 정주와 정한이, 그리고 바쁜 엄마 대신 동생들을 챙기며 '공부시키는 엄마보다 공부하는 엄마가 되어 주어 고맙다'라던 예쁜 딸 정윤이에게도 사랑을 전합니다.

2021년의 1월에도 어김없이 찬 바람이 불어오겠지만 찬 바람은 저 너머 어딘가에 따뜻한 봄이 있음도 소망하게 합니다. 막막한 겨울을 지나는 누군가가 이 논문을 통해서 봄빛 한줄기를 생각할 수 있게 되면 좋겠습니다.

2020년 12월, 로고스 관에서
안 미 흥

차 례

감사의 글	i
차례	iv
도표차례	vi
국문 요약	vii
제1장 서론	1
제2장 램 프로젝트 이해	3
2.1. 방글라데시 보건 의료 상황	3
2.2. 램 프로젝트의 역사 및 활동 소개	6
제3장 2017년 램 병원 사망 통계 분석을 통해 살펴본 지역 사회의 특성	11
3.1. 연령별 사망률 분석	12
3.2. 남녀 사망률의 차이 분석	15
3.3. 사회-경제적 상태에 따른 사망률 분석	17
3.4. 사망 원인에 따른 분석	20
제4장 현대 의료 선교의 방향성: 램 병원 모델을 통한 고찰	24
4.1. 적정 의료 기술	25
4.1.1. 모자 보건에서 이용되는 적정 의료 기술	26
4.1.2. 미숙아 치료에서 이용되는 적정 의료 기술	26
4.1.3. 내과 중환자 치료에서 이용되는 적정의료 기술	28
4.2. 의료 선교의 현장성	32
4.2.1. 선교 병원의 발전	32
4.2.2. 지역 사회 보건팀의 활동	34
4.2.3. 의료 보건 협력	35
4.3.4. 현지 리더십 이양	36

4.3. 의료 선교사의 자세	39
4.3.1. 가난에 대한 이해	39
4.3.2. 팀사역을 통한 분담	42
4.3.3. 선교사의 정체성	43
제5장 결론	45
참고 문헌	47
영문 요약	51

도표 차례

<표 2-1> 2014년 방글라데시 보건 지표 비교표	8
<그림2-1> 방글라데시 지도와 램 활동지역 분포	9
<표 2-2> 램병원 산부인과 연간 분만 현황	10
<표 2-3> 램병원 입원 환자, 수술 환자 및 외래 환자 추이	11
<표 3-1> 2017년 병원 입퇴원 환자 현황	13
<표 3-2> 연령별 사망자 분포	13
<표 3-3> 연령간 성별에 따른 사망률	15
<표 3-4> 영아를 제외한 남녀 사망자의 평균 연령	16
<표 3-5> 사망자들의 사회경제적 상태 분포표	18
<표 3-6> 바달간즈(Badolganj, BDG) 지역 5개 유니언의 주민 경제 상태 분포	19
<표 3-7> 램 병원 입원 환자들의 사회 경제 지표	19
<표 3-8> 사망 원인 빈도표 (영아 사망 제외)	20
<표 4-1> 램 병원 내 저체중아와 미숙아 출산 추이	28
<표 4-2> 램 병원 기도삽관 환자 사망률 연구표	32

국 문 요 약

방글라데시 램 프로젝트를 통해 살펴본 현대 의료 선교의 방향성 연구

현대 사회는 급속한 지구화와 함께 발전해 가고 있으며 제3세계의 곳곳에도 국제기구나 대형 기업들을 기반으로 한 전문 의료 기관들이 들어서고 있다. 이런 상황 속에서 현대 의료 선교는 어떤 방향으로 발전해야 할 것인지에 대한 고민이 제기된다. 본 연구는 방글라데시 북서부의 시골 지역에서 1976년부터 의료 선교를 해오고 있는 램 프로젝트의 현황을 살펴보고 이를 통해 현대 의료 선교가 지향할 방향성에 대해 고찰해 보고자 한다.

인도 반도의 북동부에 위치하며 148,000Km²의 면적을 가진 방글라데시는 약 1억 6천만 명의 인구가 살아가는 세계 최대의 인구밀도를 가진 국가이다. 1971년 파키스탄으로부터 독립한 방글라데시의 2019년도 국민 총생산(GDP)은 1,855달러였고 도시화율은 37.4%였다. 국교는 이슬람교이다.

방글라데시는 1973년부터 5개년 국가 보건사업을 시행하였고 제5차 사업이 시작되는 2000년도에 이르러 일관성 있는 국가 보건 정책이 시작되었다. 이를 통해 방글라데시 정부는 인구 통계학적인 기반으로 모든 사람들, 특히 시골 지역의 가난한 사람들에게도 접근 가능한 기본 의료 서비스를 제공하고 통합적 보건사업을 시행하고자 하였다. 그러나 인력과 자원의 도시 밀집 현상과 숙련된 의료 인력의 부족은 시골 지역에서 효율적인 보건 의료 서비스를 제공하는 데 장애물로 남았다.

램 프로젝트는 방글라데시의 수도 다카에서 약 300km 정도 떨어진 북서부 디나즈뿌(Dinajpur)에 위치하고 있다. 미국 루터교를 기반으로 시작된 램 프로젝트는 1976년 지역 사회 보건사업을 중심으로 시작되어 2016년에는 150병상 규모의 병원, 학교, 교육센터, 간호학교와 재활 센터, 보건 정보관리 조사팀(Management Information System and Research, MIS-R), 지역 사회 보건팀으로 구성되어 램 병원 인근의 약 60여 개의 지역(union)에서 방글라데시 북서부의 약 5백만 명의 주민들을 대상으로 보건 서비스를 제공하고 있다. 지역 보건사업은 지역 사회 안전 분반 시설들을 관리

하는 모자 보건 활동을 주로 한다. 램 병원에는 26명의 의사, 90명의 간호사를 포함하여 약 240명의 직원이 있다. 이 중 의료 선교사들은 미국, 영국, 뉴질랜드, 네덜란드, 스위스, 독일, 한국에서 온 10명의 의사와 2명의 간호사이다. 램 병원은 24시간 운영되는 응급실이 있으며 내과, 외과, 소아과, 산부인과가 있다. 램 병원은 다양한 환자들을 돌보며 연간 약 11,000여 명의 입원 환자와 65,000여 명의 외래 환자들을 돌보고 있다.

영아 사망률이나 모성 사망률은 지역 사회의 주요한 보건 지표이다. 그러나 지역 사회 보건 지표만으로는 실제 지역 사회의 사망 원인이나 질병 상황을 자세히 알기 어렵다. 따라서 본 연구에서는 램 병원의 2017년도 사망 통계를 분석하여 지역의 사회경제적 특성과 사망 원인들을 살펴보았다. 2017년 램 병원의 총 입원 환자 수는 9524명이었고 그 중 약 2.7%인 269명이 사망하였다. 이 사망 통계 자료를 통해서 관찰되는 의료 사회학적 특징들은 다음과 같다. 먼저 영아 사망률이 매우 높다는 사실과 젊은 연령에서, 특히 젊은 여성의 사망률이 높았다는 것을 알 수 있다. 출산 관련 사망자는 3명이었다. 이들 사망 집단의 평균적인 경제 수준은 월 \$100 정도의 수입을 가진 집단이었다. 영아 사망을 제외한 개별 사망 질환들 가운데서 심혈관질환, 폐 질환이 높은 원인을 차지하였고 결핵과 폐렴 같은 감염성 질환이 많았으며 자살로 인한 사망도 높았다. 특히 자살로 인한 사망자의 평균 연령이 34.2세로 청장년층의 자살이 많았다. 269명의 사망자의 평균 연령은 18.9세였고 155명의 영아 사망을 제외한 114명의 평균 연령은 남자 50.5세, 여자 39세로 남녀 간의 큰 차이를 보였다.

램 병원의 사망 통계는 방글라데시 시골 지역에서 질병 관리의 접근 방향이 달라져야 함을 보여준다. 램 프로젝트를 통해서 지역 사회의 경제적 취약성과 의료 자원의 한계 속에서 의료 선교가 취해야 할 방향성으로써 적정 의료 기술과 현장성에 대해 살펴보았다. 1989년 세계 보건 기구(WHO)에서는 과학적으로 확실하고, 지역의 요구에 부응하고, 사용자와 수혜자에게 접근 가능하고, 지역의 자원으로 유지 가능한 보건 기술을 적정 보건 기술(appropriate health technology)라고 정의하였다. 램 병원에서는 이러한 적정 의료 기술이 중환자 치료에서 나타나는데 소아과에서 사용하는 지속 양압기(continuous positive airway pressure, CPAP)와 내과 중환자 치료에 사용되는 풍선 호흡기(AMUB-bagging)에서 대표적으로 볼 수 있다. 연간 램 병원에서 출생하는 신생아 가운데 150여 명이 사망했지만 단순한 적정기술로 돌보는 신생아의 수는 2,000명이 넘는다. 그 중, 저체중아는 전체 출생 신생아의 30%가량이며 주산기

사망률은 70 정도이다. 신생아 중환자실이나 인큐베이터도 없는 램 병원 소아과에서 적정 의료 기술로 치료한 신생아의 최소 출생 주 수는 28주이고 최저 출생체중은 890 gm이다. 램 병원 내과에서 2014년 1월부터 2016년 11월까지 풍선 호흡을 통해서 치료받은 환자 147명에 대한 의무 기록 자료 연구에 의하면 40명의 환자가 생존하였다. 27.2%의 생존율이다.

20세기 초 한국 의료 선교는 교육과 확장을 통해 발전해 나갔고 기독교 전파에도 중요한 역할을 하였다. 덕분에 선교 병원은 현지 지도자를 양성하여 자생적인 기관으로 현지에 뿌리를 내리면서 전문적인 기관으로 발전해 나갔다. 그러나 가난한 방글라데시 시골의 선교 병원이 발전을 위해 확장을 선택하기는 어려워 보인다. 병원 자체의 자원이 부족하기도 하지만, 고가의 첨단 의료 시설을 유지할 비용을 감당해야 할 현장의 사회 구성원의 경제력이 낮기 때문이다. 램 프로젝트는 “지역적으로 살아가는 사람들”이라는 말이 직원 가치 교육 내용에 명시되어 있다. 지역 사회의 현장 상황에 맞게 일하는 가치의 실현으로써 지역 사회의 보건 팀에서는 현지인들이 쉽게 접할 수 있는 시장의 연극, 가극, 랠리(Rally)와 같은 방식을 이용하여 식자율이 낮은 이들에게 보건 정보를 전달한다. 보건 분야 뿐 아니라 램 병원의 미숙아와 중환자 관리를 포함하는 치료적 접근의 적정 의료 기술 역시 현장성의 한 예라고 할 수 있다. 현장성의 도전은 현지인 지도자를 양성하는 일이다. 아직 기독교 인구가 1%도 되지 않는 무슬림 국가에서 램 프로젝트의 가치를 지키며 선교 병원을 이끌 현지 기독교인 지도자를 찾고 발전하는 일은 오랜 기다림이 필요한 일이다. 램 프로젝트의 상황을 통해서 현대 의료 선교가 현장의 요구에 맞는 교육 방법과 적정 치료 기술을 고안하고 국제기구나 지역 정부, 현장의 NGO 단체들과의 협력을 통해 지역의 소외된 주민들을 돌보며 보편적 의료 접근을 통해 지역사회와 국제 보건에 기여하는 방향성을 고려해 볼 수 있다.

마지막으로는 의료 선교사의 자세에 대해 살펴본다. 어느 때보다 발전된 기술의 혜택을 누리고 살아가는 현대의 의사가 낙후한 선교지에서 살아가기 위해서는 가난에 대한 이해가 필요하다. 현지의 경제 가치를 이해하고 존중하여야 하며 가난한 사람들을 돕기 위한 윤리적, 의학적 고민을 피하지 않아야 한다. 또한, 과도한 책임의식을 내려놓고 다양한 역할을 존중하며 팀과 함께 협력하고 배우는 자세가 필요하다. 무엇보다도 여러 고민과 혼란 속에서도 일상을 지속하기 위해서는 변하지 않는 관계 속에서 자기 가치를 인식해야 한다. 정체성의 뿌리가 되는 ‘나는 누구에게 속하였는가?’

는 선교사가 매일 새롭게 대답해 내야만 하는 가장 중요한 질문이다.

주제어:

현대 의료 선교, 방글라데시, 램 프로젝트, 램 병원, 사망률 통계, 사회경제적 특성,
적정 의료 기술, 현장성, 팀사역, 선교사의 정체성

제1장 서론

기독교 의학의 역사는 수많은 영웅으로 가득 차 있다. 하나님은 인간의 고통과 고뇌에 깊은 관심을 가지고 계시다는 사실과, 사람들의 고통을 덜어주는 일에 무관심한 채 하나님의 말씀만을 외치는 것은 불완전할 뿐만 아니라 예수 그리스도를 왜곡하는 일이라는 사실에 대한 깨달음이 그들로 하여금 의료 선교 활동에 생애를 바치게 했다(설대위, 1979: 14).¹⁾

1954년 한국에 와서 전주 예수병원에서 36년간 의술을 펼쳤던 설대위 박사(David Seel, 1925-2004)는 의료 선교의 본질에 대해 위와 같이 기술하였다. 그러나 의료 선교는 시대의 변화에 따라 고민과 한계를 가지고 발전해 왔다.

20세기의 대표적인 의료 선교사인 슈바이처(Albert Schweitzer, 1875-1965)는 의료 선교의 이유를 서구 사회가 신대륙을 발견하고 유색 인종들에게 저지른 죄과의 짐을 지고 있기 때문이라고 하면서 그들에 대한 선행은 자선이 아니라 속죄라고 하였다(슈바이처, 1921: 231). 그러나 그가 주로 활동하던 시기인 세계 2차 대전 이전에는 의료 선교에서도 식민 시대가 가진 지배성의 문제를 내포할 수밖에 없었다. 이는 흑인과 백인 간의 권위나 지위를 구별하여 영향력을 유지해야 한다는 그의 주장에서도 나타난다.²⁾ 이 시기의 서구 의료 선교는 일방적인 힘을 가지고 권위적으로 발전하기도 하였다.

2차 세계 대전 이후에는 식민지 국가들이 독립하기 시작하면서 국제 사회가 의료 보건사업을 포함하는 국제 개발 원조를 시작하였다. 1980년대에 이르러서는 신자유주의 사상이 유입되면서 효용성과 경제 성장 중심의 원조가 진행되었다. 수혜국이 주체적인 역할을 하는 주인의식을 강조하면서 국가주의도 강화되었다. 이런 흐름은 국제

1) 설대위 박사는 1979년 오랜 의료 선교의 고민을 담은 저서 “Challenge and Crisis in Missionary Medicine”을 발표하였다. 1997년 『상처받은 세상 상처받은 치유자들』이라는 제목으로 한글어판이 출간되었다.

2) 슈바이처는 『물과 원시림 사이에서』 백인과 흑인의 관계를 기술하면서 “흑인들은 책임을 모르고 언제나 한가한 자연아”라고 표현하면서 백인과 흑인 사이의 거리와 영향력이 필요하다고 한다. pp 174-177

원조와 정책에 변화를 가져오면서 자본주의와 함께 생겨난 계층 간의 사회적 간극을 막기 위한 국가와 국제기구들의 활동을 확대했다. 이를 수행하기 위한 많은 비정부 기구(NGO, Non governmental organization)들도 생겨났다. 덕분에 아프리카나 아시아의 최빈국까지 국제기구나 기업들이 병원을 세우고 의료 활동을 하고 있다. 적어도 각 국가의 수도에는 선진국과 기술을 공유하며 최신 시설을 갖춘 병원이 존재한다. 이런 국가들은 더 전문적인 의료 수준을 가진 소수의 외국인 의사만 요구하는 경우가 많다. 현대 의학은 급속도로 발전하고 있으나 기술과 자원의 보편적인 보급은 그 속도를 따라가지 못하고 있다. 이에 1981년 세계 보건 기구(World Health Organization, WHO)에서는 ‘모두를 위한 건강(Health for all)’이라는 표어를 내걸고 사망률의 감소를 통해 인간의 여명을 증진 시키고 건강한 삶을 살아가기 위한 국제적 노력을 기울였다. 2015년 WHO의 표어는 ‘보편적 건강 보장(universal health coverage, UHC)’로 바뀌었고 저소득 국가의 환자가 개인적으로 의료비를 지급하는데 드는 비용을 줄일 수 있도록 하는 기초 사회 보건 접근성을 개발하는 사회경제적 개념을 더 강조했다.³⁾

필자는 2007년도 12월부터 2018년도 1월까지 방글라데시 북서부 지역에 있는 램(Lutheran Aid Medicine to Bangladesh, LAMB) 프로젝트에서 의료 선교사로 활동하였다. 그동안 의사로서 램 병원에서 환자들을 치료하면서 한국 국제 협력단의 지원으로 램 지역 사회 보건사업 중 일부를 7년간 진행하였다. 필자는 방글라데시 시골 지역에서 활동하면서 현대 의학과 의료 선교 현장이 가진 기술적인 거리에서 오는 문제에 대해서 고민하게 되었다. 현대 의료는 양극단의 두 가지 발전 방향을 보인다. 한편으로는 최첨단 의학 기술발전을 추구하고 다른 한편으로는 기초 보건 활동을 보급한다는 이중적 방향성이다. 현대 의료 선교 역시 이런 양극화의 방향성 속에서 질문들을 마주하게 된다. 현재 저소득 국가의 시골 지역에서 의료 선교를 하는 병원들이 국제 보건 정책에 맞추어서 기초 보건사업과 예방 의학적인 접근에만 중점을 두고 선교 사업을 진행하는 것이 최선인가? 첨단 의학 기술과 장비를 통해 의학을 배운 의료 선교사들은 제한된 환경에서 어떻게 현대적인 개념의 치료적 접근을 할 수 있을까? 이런 이중적 환경에서 활동하는 의료 선교사의 자세는 어떠해야 하는가? 설대위 박사는 “주민들은 예방 사업만 할 때보다는 치료를 병행해 줄 때 훨씬 더 협조적으로 반응

3) [https://www.sho.int/healthsystems/universal health coverage/en/](https://www.sho.int/healthsystems/universal%20health%20coverage/en/)

한다(설대위, 1997: 105)”라고 기술하며 치료적 활동의 중요성을 강조하였다. 그는 현대 의료의 문제에 대해 “더욱 소수의 사람을 위한 더 양질의 진료(Better and better medicine for fewer and fewer people)”라는 우려를 표하였으나 더 많은 사람을 위해 어떤 기술적 접근이 가능한지에 대한 구체적인 언급은 없었다. 현대의 선교 병원은 발전된 치료 기술과 기본적인 보건사업 사이에서 어떤 방향성을 가지고 활동할 수 있을까?

본 연구는 10여 년간의 개인적인 선교 현장 경험과 램 보건 관리 조사팀(LAMB, MIS-R)의 조사자료를 바탕으로 방글라데시 시골 지역에서 운영되는 선교 병원의 활동 사례를 살펴보고 그를 토대로 현대의 의료 선교가 어떤 방향성을 가져야 할 것인지, 다시 말해 사회경제적 자원의 한계를 가진 저소득 국가의 시골 지역에서 이루어지는 의료 선교 사업이 가져야 할 바람직한 방향성을 모색할 목적으로 수행되었다. 이를 위해 먼저 방글라데시 시골 지역의 의료사회적 특성을 알아보고 선교 병원이 당면한 의학적 도전을 보여주는 램 병원의 사망 통계(2017년도4)를 분석했다. 두 번째로는 램 프로젝트가 제한된 자원을 이용하여 치료적 접근 및 보건 의료 활동을 하는 실제 사례를 보여줌으로써 저소득 국가에서 이루어지는 의료 선교가 가지는 가능성을 찾아보았다. 그리고 마지막으로 저소득 국가 빈곤 지역의 선교 병원에서 일하는 선교사들이 가져야 할 자세에 대해 고찰해보았다.

제2장 램 프로젝트 이해

본 장에서는 방글라데시 정부가 어떤 보건 의료 정책을 수립해왔는지를 살펴보고 방글라데시 시골 지역의 의료적 요구 속에서 램 프로젝트가 어떤 활동을 하고 있는지 소개한다.

1. 방글라데시 보건 의료 상황

방글라데시는 인도 반도의 북동쪽에 자리 잡은 국가로 그 크기는 우리나라 남북한

4) 2017년도는 필자가 램 병원에서 근무했던 마지막 1년의 통계이다.

면적의 삼 분의 이 정도인 약 148,000Km²이다. 인구는 163,046,161명으로 세계 일위의 인구밀도를 가지고 있는 나라이다(세계은행 2019). 2019년도 방글라데시의 국민 총생산(GDP)은 1,855달러였고 도시화율은 37.4%였다.⁵⁾

무슬림 인구가 85% 이상인 방글라데시는 1947년 종교적인 이유로 파키스탄과 함께 인도에서 분리 독립을 하였다. 동파키스탄으로 불려오던 방글라데시는 언어와 인종적인 차이로 인해 1971년에 파키스탄과 독립 전쟁을 겪으며 방글라데시로 재독립하였다. 이후 처음으로 5개년(1973-1978) 국가 보건사업이 시행되었고 이 시기의 주요 문제점은 과잉인구, 영양실조, 높은 감염성 질환 발생의 세 가지로 꼽혔다. 이 문제를 해결하기 위해서 방글라데시 정부는 모자 보건사업 및 상하수도 위생 개선을 포함하는 위생 사업을 지역 의료 서비스 기관 들을 중심으로 포괄적 보건 인프라를 확립하여 수행하려 하였다. 이 계획은 1978년 WHO의 알마티 선언을 계기로 전 세계적인 1차 진료와 공중 보건의 중요성 강조와 함께 발전하였다. 이는 시골 여성들을 위한 지역 진료소(community clinic)와 지역 보건 활동가들의 접근성을 강화하고 포괄적 가족계획 사업을 강조하였다. 2차 5개년 사업(1980-1985)은 사설 기관과 NGO 활동을 장려하여 사설 병, 의원, 검사센터들의 설립 규제를 완화하였다. 이때 방글라데시에는 많은 의료 시설들이 생겨났다. 또한, 기초 보건 관리(primary health care)를 중점으로 하여 최소한의 의료 서비스를 모든 사람에게 제공하는 것을 목표로 하였다. 인구 조절에 중점을 둔 모자 보건 사업을 중심으로 한 3차 사업은 예방접종 사업과 설사 질환 관리를 포함하였고 4차 사업을 거쳐 5차 사업 기간인 2000년도에 이르러서 비로써 일관성 있는 국가 보건 정책이 시행되었다.

이 정책의 주요 목표(goal)는 1) 기본적인 의료 서비스를 모든 사람, 특히 가난한 사람들에게 제공하는 것 2) 모성 사망률과 영유아 사망률을 낮추고 산모와 아이들의 영양실조를 줄이는 것 3) 지역 단위인 우뽀질라(upazila)와 유니언(union) 수준에서 필요한 의사, 간호사, 의료 장비를 유용하게 받을 수 있도록 하는 것 4) 보건 서비스를 책무성 있게 하고 비용-효과적으로 할 것 5) 특별히 가난한 사람들에 대한 가족계획 사업의 효용성과 접근성을 증가시킬 수 있도록 할 것이었다(방글라데시 보건 가족 복지부, 2009).⁶⁾

5) <https://data.worldbank.org/country/bangladesh>

구체적인 세부 사항으로 인구 30,000명 규모의 유니언에 보건 가족 복지 센터(Union Health and Family Welfare Center)를 두고 세 명의 보건보조사(paramedics)와 지역 사회 의사 1인, 가족 보건 방문자 1인, 약사 1인을 근무하게 해서 가족계획, 모자 보건 서비스, 진료 활동을 하도록 하고 있고 6,000에서 7,000명 규모의 각 워드(ward) 단위에 보건 보조사(Health Assistants)와 가족 복지 보조사(Family Welfare Assistants)의 기초 보건 관리자를 두어 지역 진료소를 운영하게 하고 있다. 그러나, 2009년 보고에 의하면 유니언들에서 4,405개의 보건 가족 복지센터 중 1,300개만이 운영이 되고 있었고, 20,000개의 워드 중에는 겨우 반수 정도에서만 지역 보건소가 있었다. 삼차 병원이나 수련병원은 대도시에만 있다. 도시를 제외하고는 지역 보건 센터들이 설치된 곳에서 의료 인력의 수급에도 어려움이 있었다. 2006년 연구에서는 유니언(union) 단위의 보건 센터에는 60%의 의사가 부족하다고 보고하고 있으며 2008년도 보고에 의하면 인구의 많은 수가 사는 농촌 지역에서 정규 간호사와 의사의 16%만이 의료 활동을 하고 있었다(Bangladesh Health Watch, 2010).⁷⁾ 전체 전문 의료인은 10,000명당 7.7명으로 인근 서남아시아 국가인 스리랑카 21.9, 인도 14.6, 파키스탄 12.5에 비해서도 매우 낮다(Ahmed, 2011: 5). 또한, 방글라데시에서 의사와 간호사의 비는 0.4로 의사의 수가 간호사 수보다 약 2.5배가 많다(Ahmed, 2011: 6). 이는 여성들의 사회 활동이 제한된 문화적인 영향과 부정한 유출물과의 접촉에 대한 무슬림의 전통적인 거부감과 연관되어 나타나는 특성으로 여겨진다.

6) IRT. 2009a. Bangladesh Health Population and Nutrition Sector Programme (HPNSP): Annual Progress Review (APR), Vol. I: Main Consolidated Report. Dhaka: Independent Review Team, Ministry of Health, Family and Welfare, Government of Bangladesh.

7) Bangladesh Health Watch는 방글라데시 다카의 BRAC university와 WHO의 감염 관리 기구인 ICDDR-B가 방글라데시 보건 시스템의 연구 조사를 통하여 방글라데시의 보건 상태를 모니터링 하고 보건 활동 전략을 평가하고 개발하기 위한 연구기관으로 주로 스웨덴 국제 협력 기구(SIDA), 와 록펠러 재단의 지원을 받고 있다. Omar Haider Chowdhury, S.R.Osmani, "Achieving the Right to Health", The Bangladesh development studies, vol 33, March-June 2010, Nos. 1 & 2, FMRP. 2006. Social Sector Performance Surveys: Primary Health and Family Planning in Bangladesh: Assessing Service Delivery. Dhaka and Oxford: Financial Management Reform Programme, Ministry of Finance, Government of Bangladesh and Oxford Policy Management. BHW. 2008. The State of Health in Bangladesh 2007: Health Workforce in Bangladesh. Dhaka: Bangladesh Health Watch and James P. Grant School of Public Health, BRAC University, Dhaka.

2007년도 자료에 의하면 시골 지역에서 활동하고 있는 정규 의료인(의사, 간호사, 치과의사)의 수는 인구 10,000명을 기준으로 시골 지역에서 2.1명, 도시지역에서 24.9명이었다(Ahmed, 2011:4). 기초 보건 활동자(primary health care provider) 나 조산사(전통 조산사 포함), 매약상의 수는 시골에서 38.7명, 도시에서 34.2명이었다. 반면 동종 요법이나 전통 치료법을 통한 민간 치료 활동에 종사하는 이들은 시골에서 88.1명, 도시 15.6명으로 시골에서는 정규 의학 교육을 받은 의료인에 대한 접근성이 매우 떨어지는 것을 볼 수 있었다(Ahmed, 2011:5).

2000년도 이후 방글라데시에서는 인구 통계학적인 기반으로 모든 사람들, 특히 시골 지역의 가난한 사람들에게도 접근 가능한 기본 의료 서비스를 제공하고 통합적 보건사업을 시행하고자 하는 보건 정책을 수립하였다. 그러나 인력과 자원의 도시 밀집 현상과 숙련된 의료 인력의 부족은 시골 지역에서 효율적인 보건 의료 서비스를 제공하는 데 장애물로 남았다. 정책의 혜택은 일부 도시에 집중되어 있고 가난한 농촌 주민들은 의료 접근에서 더 소외된 경우가 많다. 이런 상황 속에서 방글라데시의 의료인에는 전통 민간 치료를 하는 आयुर्वेद(Ayurvedi)⁸⁾, 꼬비라지(Kabiraji)⁹⁾들과 동종요법사, 매약상들까지 포함되어 정규 교육을 받은 의사들을 대신하여 시골 지역에서 민간 의료 활동을 하고 있다(Ahmed, 2011: 3).

2. 램 프로젝트의 역사 및 활동 소개

방글라데시는 영국의 인도 식민 지배 시절부터 서양 의학이 유입되었고 서벵골 지역에 1887년 영국 장로교에서 시작한 Christian Mission Hospital을 비롯한 몇 개의 근대적 의료 선교 병원이 의료 선교의 명맥을 이어갔다. 1966년에는 방글라데시 남부 지역의 의료적, 영적 필요에 대한 부담으로 미국의 외교관이었던 올슨(Viggo Olsen, 1928-) 박사가 시작한 의료 선교를 중심으로 Memorial Christian Hospital 이 1966년에 개원하여 병원 중심의 현대적 의료 선교가 시작되었다.¹⁰⁾

8) आयुर्वेद(Ayurvedi)는 고대 인도의 토착 의료로서 고대의 신학과 철학을 기원으로 하여 몸의 물질적 비물질적 특성을 조합하여 환경과의 상호작용을 강조하는 치료법이다. 주교 사설 기관에서 교육한다.

9) 꼬비라지(Kabiraji)는 방글라데시 전통 민간 치료자를 뜻하는 말로 주술적인 방식이나 미신적인 방식으로 환자에게 치료 및 매약 행위를 한다. आयुर्वेद나 동종요법을 결합해서 음식이나 약재, 운동에 의한 치료를 하기도 하며 대부분 자체 수련을 통해 교육한다.

10) 강영식 외, 『현대 의료 선교학』, (미래사, 2018), 452. 이 병원은 방글라데시 남부 도시 치

램 프로젝트는 방글라데시의 수도 다카에서 약 300km 정도 떨어진 북서부 디나즈빨(Dinajpur)에 있다. 디나즈빨 지역에는 산딸(Shantal)족을 비롯한 소수부족들이 많이 살았는데 이들의 의료 및 사회적 환경은 더욱 낙후하였다. 의료 시설에 접근하지 못하는 많은 사람의 상황을 본 미국 산딸 선교회(The American Santal Mission) 소속의 선교사 존 오토슨(John Otteson)이 병원 설립에 대한 소명을 느끼고 선교 병원 건립을 위한 위원회를 발족하였다. 이때가 1961년이다. 당시 방글라데시는 파키스탄 일부였으므로 미국 루터교를 중심으로 한 이 위원회의 이름은 램프(Lutheran Aid to Medicine, Pakistan, LAMP)로 붙이고 1969년 디나즈빨 지역에 부지를 샀다. 방글라데시는 1971년에 끝난 파키스탄으로부터의 독립 전쟁으로 피폐해져 있는 상황이었으며 특히 종교적 이질성을 가진 기독교 소수부족에 속하는 산딸족들의 사회경제적 상태는 더욱 열악했다. 램프(LAMP)는 램(Lutheran Aid Medicine to Bangladesh, LAMB)으로 이름을 바꾸고 지역 보건 의료의 증진을 위해 호구 방문 보건 관리를 중심으로 하는 지역 사회 의료 사업을 처음 시작하게 되었다. 이후, 1976년 방글라데시 복지부로부터 정식 병원 프로젝트(LAMB Hospital Project)로 허가를 받았으며 1983년 50개의 병상을 가진 병원을 개원하였다. 1995년 장애인 관리를 위한 재활 센터, 1996년 유치원 및 초중등 교육을 할 수 있는 직원 자녀들을 위한 영어 학교, 2000년 조산사 및 기초 의료 공여자(Primary Health Care Provider) 교육 훈련원, 2012년 정부에 등록된 3년제 간호학교를 설립하였다. 2016년에는 150병상 규모의 병원, 학교, 교육센터, 간호학교와 재활 센터, 보건 정보관리 조사팀(Management Information System and Research, MIS-R), 지역 사회 보건팀으로 구성되어 램 병원 인근의 약 60여 개의 지역(union)에서 주민들을 위한 보건 서비스를 제공하고 있다.

램 프로젝트의 지역 사회 보건 활동은 1970년대부터 약 이십 년간 램 부지를 중심으로 반경 45km 정도 내의 9개 마을에서 시작되었고 세계 각 나라로부터 들어온 후원금과 지역 사회 보건사업 활동비를 통하여 2016년 현재 64개의 유니언에서 방글라데시 북서부의 약 5백만 명을 대상으로 사업을 진행하고 있다. 램 프로젝트의 지역 사무소는 주로 정부의 지역 관공서 내에 위치하거나 마을 회관에 자리하고 있으며 지역 내의 모자 보건 사업을 위주로 안전 분만 시설(safety delivery units, SDU)을 활

타공 외곽에 있으며 미국 남침례교회에서 지속해서 운영하고 있다. 현재 Malumghat 병원으로 불린다.

성화하여 24시간 보건 서비스를 제공할 수 있도록 한다. 방글라데시의 모성 사망률이 높고 시골 지역의 여성들의 의료적 접근성이 떨어지는 등의 문제에 대한 국가적 보건 계획과도 연계되는 사업이다. 이 지역 사회분만 시설 중에는 인력 및 재정적 어려움으로 방치되고 있던 정부의 가족 복지센터나 지역 진료소를 위탁받아 건물을 리모델링 해서 사업을 진행하고 있는 곳도 있다. KOICA와 협력 사업을 했던 바달간즈(Badarjanj) 지역의 5개의 조산소와 30개의 지역 진료소의 경우가 그 예이다. 지역 사회 사업은 조산사를 교육하고 관리하면서 기본적인 모자 보건을 중심으로 한 정상 분만, 산전 관리, 산후 관리, 예방접종 사업을 중점적으로 진행하고 있으며 점차 결핵 사업, 장애인 재활 사업, 만성 질환 관리, 정신 건강, 청소년 생식 교육 등으로 확대해 갔다. 또한, 사업의 효과를 평가할 수 있도록 사업 지역의 인구 통계 조사를 하고 사망자의 사망 원인을 수집한다. 방글라데시의 전통적인 정서와 의료 자원의 한계 상 사망 원인을 분석하기 위해 부검을 시행할 수 없으나 구두 부검(verbal autopsy)¹¹⁾을 통해-특히, 5세 이하 어린이 사망 원인 조사자료- 국제 질병 분류 코드(ICD-10)에 따른 사인을 진단한다.

<표2-1> 2014년 방글라데시 보건 지표 비교표

	2014 램 사업 지역 방글라데시(BDHS* 2014, rural)	
모성 사망률(/100,000 생존출생)	134	170
신생아 사망률(/1000 출생)	31	43
4회 이상 산전 진단율	65%	26%
전문인에 의한 출산율	36%	74%

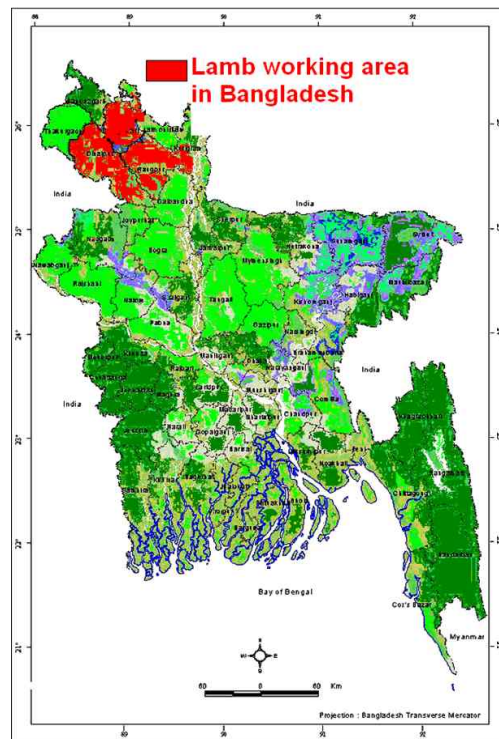
*BDHS: Bangladesh Demographic Health Survey¹²⁾ 출처: 램 MIS-R 통계 자료

보건 정보관리 조사팀(MIS-R)은 병원과 지역 사회의 다양한 의료 보건 정보를 수집하고 분석하기 위해 2006년도에 시작되었다. 1983년도부터 램 프로젝트와 함께 일해 온 미국인 간호사이자 역학자가 책임을 맡고 있다. 보건 정보관리 조사팀의 정보는 의사들이 작성하는 병원 입원 환자에 대한 의무 기록 관리와 지역 사회 보건 활동에 대한 정보 수집과 분석으로 이루어져 있다. 지역 사회의 통계 자료는 지역 보건

11) 구두 부검은 사망 원인에 대한 정보를 수집하기 위한 설문 조사 형식의 양식으로 이루어져 있으며 램 프로젝트에서는 WHO에서 만든 기준 양식을 변형하여 사용하고 있다.

12) BDHS는 방글라데시 정부에서 발간하는 보건 통계 자료이다.

활동가(community health worker, CHW)들이 각 마을의 호구 방문을 통해 수집하고 있다.

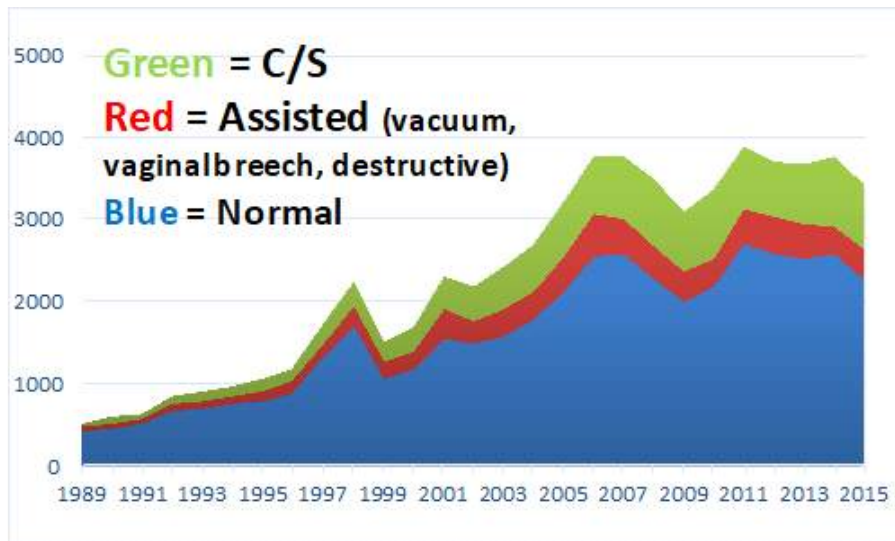


<그림 2-1> 방글라데시 지도와 램 활동지역 분포 (출처: LAMB 40주년 기념 자료¹³⁾)

램 병원에는 26명의 의사, 90명의 간호사를 포함하여 약 240명의 직원이 있다. 이 중 의료 선교사들은 미국, 영국, 뉴질랜드, 네덜란드, 스위스, 독일, 한국에서 온 10명의 의사와 2명의 간호사이다(2016년). 램 병원은 24시간 운영되는 응급실이 있으며 내과, 외과, 소아과, 산부인과가 있다. 내과에서는 심장 초음파를 비롯한 초음파 검사와 간단한 혈액 검사와 소변검사, 방사선 촬영, 세균 배양 검사가 가능하다. 또한, 혈액은행 체계를 통해서 응급 수혈에 필요한 혈액 보유 시스템을 운영하고 있다. 외과에서는 맹장염과 같은 급성 질환의 수술과 화상 및 외상치료, 탈장(hernia) 수술, 담낭 절제술

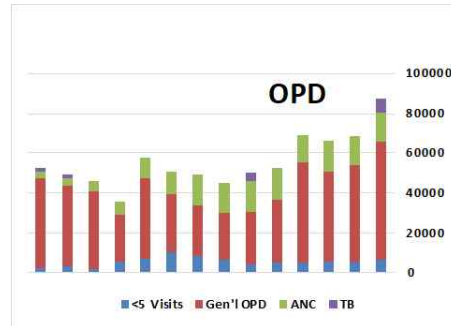
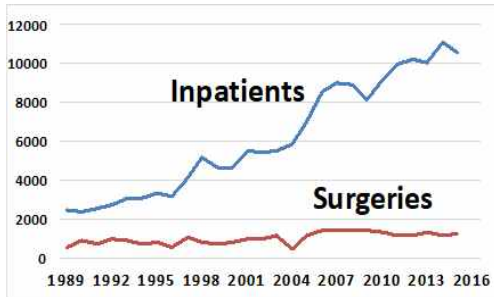
13) 2016년에 램 프로젝트는 활동 40주년 기념행사를 하였다. 방글라데시 내외 기구의 내빈들에게 램 프로젝트를 소개한 발표 자료를 따왔다.

등 다양한 수술을 하고 있다. 마취과 의사는 없으며 마취과 간호사가 마취를 담당하고 있으며 필요할 때 내과에서 마취 지원을 한다. 산부인과에서는 매년 약 3,000건 이상의 분만을 하고 있으며 이로 인해 소아과에도 신생아 관리가 중요하다(표2-2). 부인과 질환으로는 저소득 국가에서 아직도 많이 발생하는 질누(vaginal fistula)에 대한 수술을 많이 하고 있다. 2015년까지 약 850건의 시술을 하였으며 성공률은 80%였다¹⁴⁾. 방글라데시에서는 조혼의 영향 및 분만 합병증으로 약한 질 조직에 요관을 통한 열공이 생겨서 질을 통해 소변이 계속 유출되는 문제를 가진 여성들이 흔하기 때문이다. 램 병원은 다양한 환자들을 돌보며 연간 약 11,000여 명의 입원 환자와 65,000여 명의 외래 환자들을 돌보고 있다(표2-3).



<표2-2> 산부인과 연간 분만 현황 (출처: LAMB MIS-R 통계 자료)

14) LAMB 40주년 기념 자료집, “celebrating 40 years of service with the poor”, 2016, 60. 램 프로젝트는 2016년에 램의 등록 활동 40주년 기념사업의 목적으로 자료집 출간과 기념행사를 했다.



<표2-3>. 좌: 입원, 수술 환자 추이, 우: 외래 환자 추이 (출처: LAMB MIS-R 통계 자료)

병원에는 원목실로 이용되는 작은 책방(reading room)이 있어서 기독교 서적과 방글라어 성경을 비치하고 관심이 있는 사람들이 와서 자유롭게 토론할 수 있게 하였다. 이곳을 관리하는 네 명의 현지인 전도자가 입원 환자들을 찾아가 기도를 해 주고 복음을 전하기도 한다. 의료 선교사는 특별한 영적 돌봄이 필요한 환자를 이들에게 의뢰하기도 한다. 선교사 한두 명은 원목실 전도자들과 매주 모임을 통해 상황을 나누고 함께 기도한다.

램 프로젝트에서 활동하고 있는 선교사는 약 30명 정도이다. 램 프로젝트는 미국 루터교를 모기관으로 하고 있지만, 실제 램에서 활동하고 있는 선교사들은 미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드, 독일, 네덜란드, 스위스, 덴마크, 한국, 말레이시아 등의 다양한 국적을 가지고, 다양한 선교단체에 소속되어 함께 협력 활동을 하고 있다. 현지인 직원들의 수는 2015년 기준 913명이다.¹⁵⁾

제3장 2017년 램 병원 사망 통계 분석

영국의 존 그라운트(John Graunt, 1620-1674)가 1662년 『사망표의 제 관찰』을 발표한 이래로 통계 자료는 사회 현상에 대한 의학적 접근을 가능하게 했다. 전염병의 유행으로 더욱 중요해진 사망 통계 자료는 국가의 인력 자원에 대한 이해와 예측의 도구로 쓰이게 되었다. 출생률에 대비해 감소하는 사망률은 통치자들의 공덕을 보여

15) LAMB 40주년 기념 자료집, “celebrating 40 years of service with the poor”, 2016, p51.

주는 지표가 되기도 했다.

현대 사회에서 사망 통계 자료의 역할은 더욱 중요해 졌다. 사망 통계 자료가 단순히 사회 현상을 설명하는 자료가 아니라 다양한 사망의 원인을 밝혀서 미리 대비할 수 있도록 하는 공중 보건 및 예방 의학의 정책 자료의 기본이 되기 때문이다. 국가별 사망 통계는 국가가 죽음을 어떻게 조절할 수 있는지에 대한 역량을 보여주며 국가의 위상을 알게 하기도 한다. 국가 보건사업의 성과 지표로 사용되는 주요 보건 지표로는 모성 사망률, 신생아 사망률, 영아 사망률 등의 사망률 통계를 이용한다. 그러나 이런 지역 사회 보건 지표만으로는 실제 지역 사회의 사망 원인이나 의료 사회학적 특성을 자세히 알기 어렵다.

본 장에서는 방글라데시 북서부 시골 지역에 위치한 램 병원(LAMB hospital)의 2017년 사망 통계¹⁶⁾를 분석하였다. 40년이 넘게 지역 사회에서 의료 선교 활동을 해 오면서 연간 10,000명이 넘는 입원 환자를 돌보고 3,000건이 넘는 분만을 하는 병원에서 어느 정도의 사망환자가 어떤 이유로 발생하는지에 대한 고찰이다. 1년간의 병원 사망률 통계가 직접적인 병원 활동의 성과 지표가 될 수는 없을 것이나 이를 통하여 선교 병원이 직면한 의료상의 문제와 상황이 어떠한지를 살펴보고자 한다. 이는 예방적 차원의 지역 보건으로 다 접근할 수 없는 지역 사회의 사인(cause of death)이 무엇인지 생각해 보고 선교 병원의 치료 활동 범위를 고려하는 데 도움이 될 수 있을 것이다. 또한, 병원 내 사망 통계를 통해 드러나는 방글라데시 시골 지역의 사회경제적 특성을 분석해 보고자 한다.

1. 연령별 사망 통계 분석

155병상을 가진 램 병원에서 2017년도 내과, 외과, 소아과, 산부인과 전체입원 환자 수는 9524명이었으며 그 가운데 사망자는 269명이었다(표3-1).

16) 본 자료는 램의 의무기록과(MIS-R)와 협약서를 작성하고 허가를 받아 사용하였으며 EpiInfo 프로그램을 사용하여 분석하였다.

<표 3-1> 2017년 병원 입·퇴원 환자 현황

EXPIRED(사망)	TOTAL ADMISSION (전체입원 환자)	AVERAGE (평균 입원자 수)	OCCUPANCY(%) (병상 점유율)
269	9524	121.35	78

출처:MIS-R 2017년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 재구성

사망자의 연령별 분포는 다음과 같다(표3-2).

<표 3-2> 연령별 사망자 분포

Age(나이)	Numbers(수)	Percent(%)
<1	155	57.62
1-10	8	2.97
11-20	6	2.23
21-30	22	8.18
31-40	13	4.83
41-50	19	7.06
51-60	14	5.20
61-70	17	6.32
71-80	12	4.46
81	3	1.12
Total	269	100

출처:MIS-R 2017년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 재구성

<표3-2>에서 가장 두드러지는 부분은 0세의 사망률이 57.6%로 반 이상을 차지한다는 점이다. 1세 미만의 영아 사망이 155건이었다. 램 병원의 2017년 출산 수는 3185였다. 병원 내 영아 사망률(17)이 47이나 되는 것이다. 한국 통계청 자료에 의하면 2017년 국내 영아 사망률은 2.8명이었다. 2017년 세계은행(World Bank)의 자료에 의한 방글라데시의 영아 사망률은 26.9였던 것에 비하여도 크게 웃도는 수치다.

그러나 이것이 단순히 방글라데시 시골 지역에서 영아의 사망률이 전체 평균보다 얼마나 높은지를 보여주는 것이라고 할 수는 없다. 물론 방글라데시 시골 지역과 도시의 보건 지표가 차이를 보이는 것은 사실이다. 그러나 방글라데시 시골에서 병원에

17) 영아 사망률은 1000명의 출산당 생후 1년 미만의 사망자 수를 뜻한다.

와서 아이를 분만하는 일은 특별한 경우일 때가 많다. 램 주변 지역에서 집에서 출산하지 않고 시설에서 분만하는 경우는 약 67%에 이른다(LAMB 연간보고서, 2017).¹⁸⁾ 게다가 시설 분만의 경우에도 산부인과 전문의가 있는 병원이 아니라 대부분 지역 조산소에서 조산사들에 의해 이루어진다. 조산사도 전통산파, 정규 교육을 받지 못한 견습 산파, 정규 교육을 받은 조산사로 매우 다양하다. 따라서 병원에서 출산하는 경우는 출산의 합병증이 우려되는 고위험군의 분만이거나 조기 진통이나 태아의 문제가 발견된 경우가 대부분이다.

영아 사망의 가장 많은 원인은 미숙아로 나타났다. 다음은 저체중, 신생아 체온 조절 장애, 태아질식, 감염 등의 순서였다. 인큐베이터가 없는 병원에서 2명의 소아과 전문의와 3명의 수련의, 일차 진료자 (medical assistant) 10명 정도가 연간 3,000명이 넘는 신생아를 돌보며 2-3일에 한 번꼴로 신생아의 사망을 경험해야 한다. 램 병원은 비용-효과의 문제, 지속적인 관리와 유지의 문제에 대한 논의를 통해 시골 지역의 환자들에게 접근 가능한 의료적 결정으로 인큐베이터를 갖추지 않고 있다.

두 번째로 높은 사망자의 분포를 보이는 구간이 20대라는 점은 특이하다. 영아 사망률을 제외한 114명의 사망자 중에는 20대가 22명으로 19.3%를 차지한다. 3명의 출산 관련 사망을 제외하더라도 젊은 층의 사망이 높은 것을 볼 수 있다. 이는 젊은 층의 경우 질병이 중하거나 급성일 때 더 적극적으로 병원에 와서 치료를 받기 때문에 나타난 결과로 해석할 수 있다. 노년층들은 질병이 심해지거나 말기로 간다고 하더라도 병원에 와서 비용을 들여 적극적인 치료를 받기보다는 집에서 앓다가 가족들과 함께 죽음을 맞는 것이 일반적이기 때문이다. 또한, 방글라데시는 전체 인구구조에서 노인층이 차지하는 비율이 적은 나라이기 때문에 상대적으로 병원에 방문하여 사망하는 노인 환자의 수도 적다고 볼 수 있다.

환자가 병원에 입원하면, 보호자 1인이 병원에 같이 있으면서 간병을 하는 것이 원칙이다. 간호사의 인력 역시 부족하기 때문이다. 따라서 집 안의 노인이 입원하게 되면 노동력을 가진 중장년층의 가족이 병간호를 해야 한다. 농사일을 돕거나, 인력거를 끌거나 작은 가게를 꾸리며 살아가는 시골 마을의 사람들에게 누군가의 간병인이 된다는 것은 하루의 일당을 포기해야 하는 일이거나 집 안에 있는 어린 가족들을 돌보

18) 램 MIS-R 연간보고서(annual report), 2017

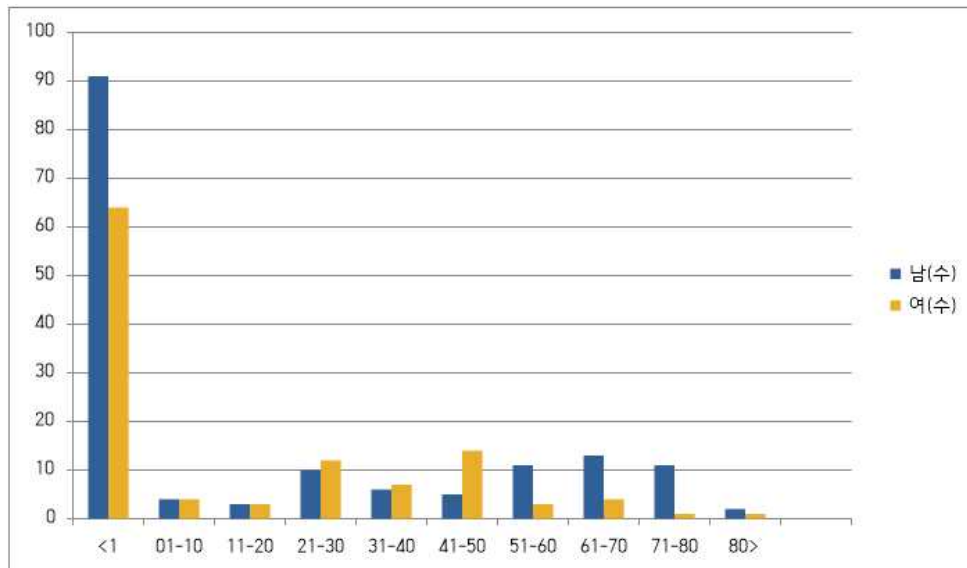
지 못하는 상황이 되는 것이다. 그러니 노인들이 중병을 앓게 되면 병원을 찾기가 더욱 어려워진다. 반면 젊은이가 중병을 앓게 되면 더 적극적으로 치료를 하게 된다. 가정의 중요한 노동생산력이기도 하고, 아직 기대 여명도 높은 젊은이들을 위해서는 위험과 비용을 감수하는 결정을 더 많이 한다고 볼 수 있다. 내과 의료진의 인력도 많지 않았기 때문에 노인 환자들의 병이 많이 진행되어 병원에 오게 되면 많은 인력과 비용이 필요한 집중 치료를 시도하기보다는 가족들과 함께 마지막을 집에서 보낼 수 있도록 안내하는 경우가 많다. 한편으로는 젊은 환자들의 병원 사망률이 더 높다는 것이 환자의 죽음으로 인해 의사들이 느끼는 책임의 무게도 더 컸다는 의미일 수 있다.

2. 성별에 따른 사망 통계 분석

<표 3-3> 연령간 성별에 따른 사망률

	<1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	80>	total
남(수)	91	4	3	10	6	5	11	13	11	2	156
%	58.3	2.56	1.92	6.41	3.85	3.21	7.05	8.33	7.05	1.28	57.9
여(수)	64	4	3	12	7	14	3	4	1	1	113
%	56.6	3.54	2.65	10.6	6.19	12.4	2.65	3.54	0.88	0.88	42.1

출처: MIS-R 2017년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 재구성



<표3-4> 영아를 제외한 남녀 사망자의 평균 연령

	남 (N=65)	여 (N=49)	P-value
나이(평균)	50.5(±23.15)	39(±20.04)	0.006

출처:MIS-R 2017년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 재구성

병원 사망 통계는 성별에 따라 몇 가지 특징을 보인다. 먼저 영아 사망의 경우 남아가 57.62%로 여아보다 높은 사망률을 보였다. 연령별 사망자의 수가 크지 않기 때문에 뚜렷한 차이를 언급하기 힘든 면이 있지만 대체로 남녀 사망자의 수가 비슷해지다가 40대에서 여성의 사망률이 뚜렷하게 높아진다. 그리고 50대 이후에는 남성의 사망률이 확실히 높은 것을 발견할 수 있다(표3-3). 전체적으로 남성의 사망률이 여성의 사망률보다 높은 57.9%였다.

남아에서 선천성 질환이 많은 것이 신생아기에 남아 사망률이 높은 것 때문으로 생각할 수도 있으나 본 자료만으로 분명한 이유를 제기하기는 어려워 보인다. 1세-30대 구간에서는 3명의 분만 관련 사망을 제외하면 남녀의 사망률은 거의 같다. 소아청소년기에는 남녀의 사망 비율에 거의 차이가 없으나 출산에 따른 합병증으로 인한 여성들의 모성 사망률이 증가하면서 젊은 층에서 여성 사망 비율이 조금 높게 나타났다. 40대에서 여성의 사망률이 남성의 사망률보다 높은 이유에 대해서는 분명하지 않다. 여성의 사망 원인은 심폐질환, 약물 중독, 화상, 결핵, 패혈증 등으로 다양했다.

본 병원 사망 통계에서 영아 사망률을 제외한 남녀 사망자의 평균 연령은 여 39세, 남 50.5세로 남성에서 유의미하게 높았다(표3-4). 50대를 넘어가면서 남성들의 사망률이 여성보다 뚜렷이 높아진다. 이것은 나이가 많아지면서 남성들의 사망률이 증가하기 때문으로 볼 수도 있으나 고령의 여성 환자들의 치료비에 대해 가정에서 느끼는 경제 부담이 더 크게 때문에 중한 질병 상태에서 고령의 여성 환자들이 병원에 오기가 더 어렵다는 것을 보여주기도 한다.

한 연구에 의하면 방글라데시의 산모들은 아직도 전통산파에 의한 가정 분만을 가장 선호한다(Sarker, 2016: 7).¹⁹⁾ 그 가장 큰 이유는 경제적인 원인에 있었으나 전통관

19) Sarker BK, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra DK “Reasons for

점과 종교적 영향, 불량한 도로 상태, 가정 내 여성들의 결정권의 제한, 보건 시설을 이용하기 위한 교통수단의 부족도 있었다(Sarker, 2016). 램 병원에서는 여성들의 병원 접근성이 쉽지 않다는 것을 상황을 고려하여 남녀의 외래 진료비도 차등을 두고 있다. 여성의 경우 기본 진료비를 남성 환자에 비해 낮게 책정하여 정기적으로 진료를 받을 수 있도록 격려하고 있다.

방글라데시의 평균 수명은 남성 71세, 여성 74세로 3-4세 정도 차이가 난다(WHO, 2016). 다른 나라에서와 마찬가지로 여성들의 수명이 길다. 그러나 여러 가지 복합적인 사회경제적 요인으로 인해 병원 사망률에서는 젊은 여성들이 남성들보다 더 취약성을 보였다.

3. 사회경제적 상태에 따른 사망 통계 분석

램 병원에는 사회복지사의 역할을 하는 직원이 두 명 있다. 이들은 모든 입원 환자들의 경제 상태를 조사하게 된다. 대략 월 소득 전체를 5분위(quintile)로 나누어 월 소득이 \$35 이하이면 A1, \$35-70이면 A2, \$70-107, \$107-177, \$177-355, \$355 이상을 각 A3, B, C, D로 정하였다. 환자가 자신의 집을 소유하고 있는지, 방이 몇 개인지, 정규적인 생계 수단이 있는지, 농지나 가축들이 얼마나 있는지, 자전거를 가졌는지 등의 질문을 할 수 있도록 만들어진 양식을 채워 넣어서 환자의 경제 상태를 A1(<1% quintile), A2(1-19%), A3(20-39%), B(40-59%), C(60-79%), D(>80%) 의 단계로 나누고 경제 상태가 낮은 환자들에게는 일정한 비율로 병원 빈민 기금(poor fund)에서 지원을 해준다. 이런 지원금은 방글라데시 내외의 여러 구호 단체와 NGO 등과의 연계를 통해 마련되는 것으로 전체 병원의 1년 예산인 약 3.5억 원에서 60% 정도를 차지하고 있다. 의료 보험 제도가 없는 방글라데시에서 가난한 환자들의 의료비용으로 인한 부담을 덜어주고자 하는 제도다. A1의 경우는 거지들이나 쓰레기나 오물을 처리하는 하위 1%의 극빈 계층의 사람들이 포함되며 이들은 무료로 치료를 받을 수 있다. 모든 환자에서 퇴원 결정이 나면 환자가 전체 입원비의 얼마를 내는 것이 적절할지에

Preference of Home Delivery with Traditional Birth Attendants (TBAs) in Rural Bangladesh: A Qualitative Exploration”, 2016
<https://www.journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146161>

대한 미팅이 열린다. 이 미팅은 매일 점심에 열리는 정규 모임으로 사회 경제 상태 평가 결과를 가지고 사회복지사, 의사, 행정 담당자 등 적어도 총 세 명이 돌아가면서 참석하여 결정한다. 개인적인 편향성이나 친분의 문제를 방지하려는 조치다.

2017년도 사망환자들의 경제적 상태에 따른 분석 결과는 다음과 같다.

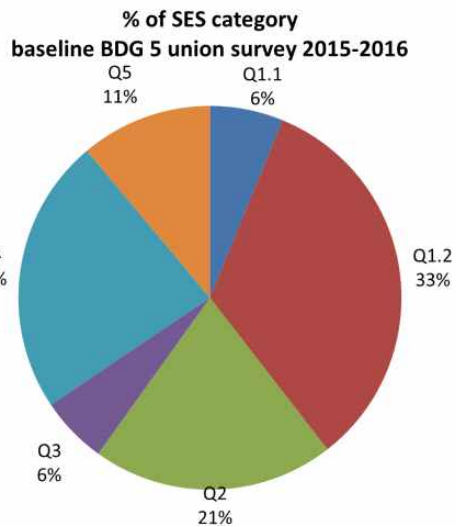
<표 3-5> 사망자들의 사회경제적 상태 분포표

사회 경제 상태	수(no)	퍼센트(%)
A1	16	5.95
A2	131	48.70
A3	41	15.24
B	15	5.58
C	9	3.35
D	4	1.49
누락	53	19.70
total	269	100

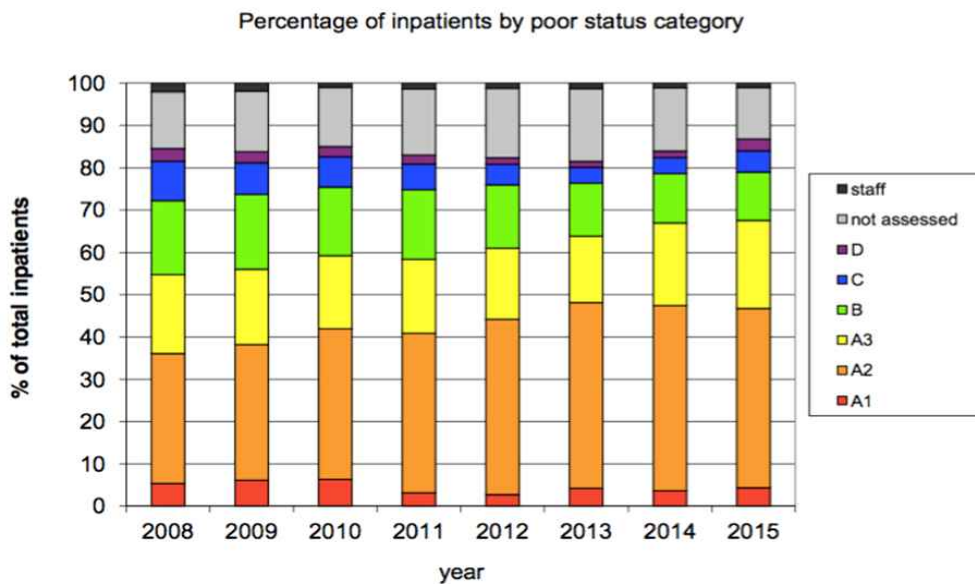
출처:MIS-R 2007년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 분석

대부분 사망환자는 A2 나 A3의 환자들이 전체의 64% 정도로 많았으며 이는 전체 병원 이용 환자들의 경제 상태 비율과도 비슷하다. 실제 2015-2016년도 램 보건 활동 지역인 5개 유니언의 3,640가구에 대해 시행한 인구 사회 경제 지표조사 자료에 의하면 A1 6%, A2 33%, A3 21%, B 6%, C 23%, D 11%를 보였다(표3-6).²⁰⁾ 램 병원을 이용하는 환자들이나 사망자들의 비율이 전체 경제 구조의 하위층에서 많았음을 알 수 있다. A1 환자들의 병원 이용률과 전체 사회 구성 비율(표3-7)은 거의 비슷하였다. A1 구성원들의 의료 접근성을 높이는 일은 국가적 목표인 보편적 의료 보장 (universal health coverage)을 달성하기 위한 주요 과제이기도 하다.

20) 램 프로젝트에서 2017년도에서 2019년도까지 KOICA와 함께 진행한 지역 사회 보건 프로젝트를 준비하기 위해 진행된 사전 지역 선행 연구 자료에서 발췌한 기록이다.



<표3-6> 바달간즈(Badolganj, BDG) 지역 5개 유니언의 주민 경제 상태 분포
 출처: LAMB MIS-R 통계 자료



<표3-7> 램 병원 입원 환자들의 사회 경제 지표
 출처: LAMB MIS-R 통계 자료

전체 사망자의 19.5%인 53명은 사회 경제 상태에 대한 평가에서 누락이 되어 있다 (표3-5). 이것은 대부분 환자가 응급상태로 병원에 와서 하루를 넘기지 못하고 사망한 상황에 해당한다. 경제 상태 평가를 하는 직원이 퇴근하는 오후 5시 이후에 환자가 오면 다음 날 아침까지 이들에 대해 평가를 할 수 없기 때문이다. 하지만 방글라데시 시골에서 장례 일정은 각 가정에서 이루어지고 모스크나 사원에 속한 지역 공동체의 묘지에 일일장으로 매장하는 방식이므로 사회 경제 상태 평가 없이 원무과 직원과의 사의 소견을 통해 퇴원 비용을 결정한다. 대부분 기본적인 약품이나 처치 비용만 내고 빠른 퇴원을 할 수 있도록 한다.

남녀 환자 사망률 모두에서 A2 (월 소득 \$70-107) 에 속한 집단이 각각 48.7%(남 76명, 여 55명)로 가장 높은 비율을 보였다. 영아 사망의 경우 부모의 경제 상태를 조사하여 반영하였다.

4. 사망 원인에 따른 사망 통계 분석

<표 3-8> 사망 원인 빈도표 (영아 사망 제외)

사망 원인	사망자 수
1 심혈관계 질환	22
2 폐렴	17
3 만성 폐 질환	16
4 결핵성 질환	11
5 패혈증	9
6 자살	8
7 장폐색	6

출처: MIS-R 2007년도 사망 통계를 바탕으로 EpiInfo 프로그램을 사용하여 분석

269명의 2017년도 병원 사망 통계 가운데 영아 사망률을 제외한 1세 이상 114명의 사망 원인 가운데 사망자가 5명이 넘는 7개 질환을 살펴보았다. 가장 높은 사망 원인은 심혈관계 질환이었으며, 폐렴, 만성 폐 질환, 결핵성 질환, 패혈증, 자살, 장폐색의 순이었다. 2017년 한국의 주요 사망 원인은 암, 심장질환, 뇌혈관 질환, 폐렴, 자살, 당뇨, 간 질환, 만성하기도 질환의 순서였다(통계청, 2017). 2017년 발표된 자료에 의하

면 방글라데시 주요 사망 원인은 뇌혈관 질환, 심혈관질환, 만성 폐 질환, 신생아 사망, 하기도 감염증(폐렴), 당뇨, 설사, 간경화, 폐암의 순²¹⁾으로 본원의 사망 원인과 방글라데시의 주요 사망 원인에는 다소 차이가 있다.

먼저 본원에서는 뇌혈관 질환 사망환자는 1명으로 낮은 수치를 보였다. 이는 병원에 컴퓨터 단층 촬영 기계(CT scan)가 없어서 활력 징후에 이상을 보이는 급성적인 뇌혈관 질환자들을 병원에서 거의 관리하지 못하고 타원에 이송하도록 안내하였기 때문이다. 그러나 대부분의 가난한 환자들은 그냥 집으로 가야만 하는 경우도 많았다. 며칠간 병원에서 관찰하더라도 상태가 악화하면 집으로 보냈다. 따라서 뇌혈관 질환의 원내 사망은 드물었다.

심혈관계 질환이나 만성 폐 질환, 폐렴이 높은 사망 원인을 차지하는 것은 방글라데시 전체 통계와 비슷하다. 특히 본원 내과에는 심장내과 전문의가 있어서 지속적인 치료를 받아오는 심질환자들이 많았다. 심혈관계 사망환자 중 4명은 급성적인 허혈성 심질환으로 사망하였고 그 외 17명은 만성적인 심부전을 앓아오던 환자들이었으며 심장 판막질환으로 사망한 예도 한 명 있었다.

2014년의 통계 자료²²⁾에 의하면 공공 의료 시설과 사립 의료 기관 1,970개의 방글라데시 보건 의료 시설에서 심혈관계 질환의 관리를 위한 장비로서 혈압계를 갖추고 있는 비율이 도시 97.2%, 지방 84.4%였고 청진기를 갖추고 있는 경우는 도시 98.7%, 지방 93.1%였다(BHW, 2017: 29). 방글라데시 전반에서 고혈압과 같은 기초적인 심혈관계 질환의 관리도 적절히 이루어지기 어려운 상황임을 보여준다.

폐렴, 결핵성 질환, 패혈증, 설사 질환 같은 감염성 질환(communicable disease)은 개발도상국에서 아직도 주요 사망 원인이 되고 있다. 결핵 사망환자 가운데 7명은 폐결핵, 3명은 결핵성 늑막염, 1명은 속립성 결핵(miliary Tbc)으로 사망하였다. 다제 내성 결핵의 경우는 국가에서 지정하는 병원에 의뢰하여 치료를 받을 수 있으므로 본 병원 사망률은 모두 1차 결핵 치료 약제 처방 대상이었다.

21) www.healthdata.org

22) Bangladesh health watch report(BHW), 2016, P29.

“Non communicable disease in Bangladesh”, Bangladesh Health Watch Secretariat, James P Grant school of Public Health BRAC university, 2017

병원 인근 쇼히드뿌(Saidpur) 에는 파키스탄인들이 모여 사는 지역이 있다. 이들은 방글라데시가 파키스탄으로부터 독립한 1971년 이전부터 마을을 이루어 살던 사람들로 비하리 부족이라 불린다. 이들은 방글라데시와 파키스탄의 갑작스러운 전쟁과 독립의 과정에서 파키스탄으로 돌아가지 못하고 남아서 방글라데시 북서부에 거주하게 된 파키스탄인이다. 이들은 언어적으로도 방글라어가 아닌 우르드어를 사용하기 때문에 소수민 집단으로서 한 지역에 밀집 거주를 하며 살아가고 있다. 방글라데시 정부에서 결핵에 대한 무상치료를 해 주고 있고 결핵 환자들을 찾아서 관리하는 보건 기구들도 많지만, 이들 집단의 결핵 유병률은 여전히 매우 높다. 이들 중에는 기침과 발열, 호흡곤란이 심해져서야 병원을 찾는 환자들도 많았기 때문에 치료를 시작하더라도 오랫동안 망가진 폐기능과 면역기능을 회복하지 못하고 사망하는 경우가 많다.

자살의 경우는 방글라데시의 10대 사망 원인에는 들어있지는 않으나 2016년도 연구에 의하면 방글라데시에서 청소년들의 우울증 유발률은 14% 정도였고 시골 지역에서 조사된 산후 우울증도 약 50%에 달했다²³⁾. 램 병원에 자살 시도로 입원하는 환자들은 많다. 주로 젊은이들이 충동적으로 수면제나 진정제 계통의 약물을 복용하고 오는 경우가 대부분이었으며 치명적인 경우가 많지는 않다. 그러나 농약 성분인 유기인제를 먹고 올 때는 호흡곤란과 의식의 변화가 동반되면서 사망에 이르기도 한다. 유기인제는 살충제로 쓰이는 약으로 농가에서 쉽게 구할 수 있는 약물이다. 전체 자살 사망자 8명 가운데 5명이 유기인제로 인한 사망이었다. 자살로 인한 사망은 여성이 5명, 남성이 3명이었고 사망 여성의 나이는 25세, 45세, 35세, 50세(두 명) 이었고 남성은 25세, 18세, 26세였다. 자살 시도는 여성이 높지만, 실제 자살 사망률은 남성이 높은 것으로 알려져 있다. 그러나 병원에서 나타난 통계는 여성에서 사망률도 높은 것을 알 수 있다. 사망자 가운데 기저 정신 질환을 앓고 있던 환자는 주요 우울증이 있는 여자환자 한 명뿐이었다. 여성들의 경우에는 가정 폭력이나 일처다부제의 문제로 인한 갈등, 이성 간의 갈등으로 인한 자살 시도가 많았다. 배우자에 대한 분노를 표현하는 때도 종종 있었다. 방글라데시에서 가정문제로 인한 자살이 일어나면 유가족 측에서 상대 배우자를 경찰에 신고해서 문제가 커지기도 한다. 따라서 자살 시도는 보통 배우자가 보는 앞에서 시행되는 협박적인 요소를 안고 있기도 하다. 그래서인지 평소 가부장적인 전통 사회에서 억압된 삶을 살아가던 여성들에게 충동적인 자살 시도와

23) 앞의 보고서, p15.

이어지는 성공률도 높았다.

장폐색으로 사망한 환자들은 외과적 질환에 의한 사망이다. 이는 환자들이 병원에 늦게 왔거나 진단이 늦어져서 수술 적기를 놓친 경우, 혹은 수술 후 합병증으로 인한 사망이었을 것으로 여겨진다.

특이하게도 암으로 인한 사망자는 전체 사망자들 가운데 한 명뿐이다. 그것도 방글라데시에서 높은 유병률을 보이는 폐암이 아니라 대장암이었다. 병원에서 항암 치료를 할 수도 없었고 호스피스 치료를 적극적으로 할 수도 없었기 때문에 암환자의 입원은 많지 않다. 통증 조절을 위한 마약성 진통제인 모르핀은 정부에서 지급되는 만큼만 이용할 수 있다. 정부에 마약 취급 허가 신청을 따로 하고 허가를 받아서 신청할 수 있고 약이 떨어지면 다시 신청해서 받는 방식으로 사용할 수 있으므로 마약성 진통제는 심근 경색과 같은 급성 질환의 통증 조절 및 치료를 위해서 제한적으로 사용하였고 따라서 암환자의 경우는 다른 병원으로 의뢰를 하거나 돌려보내는 경우가 많았다.

2017년 램 병원의 총 입원 환자 수는 9524명이었다. 그중 약 2.7%인 269명이 사망하였다. 이 사망 통계 자료를 통해서 관찰되는 의료 사회학적 특징들은 다음과 같다. 먼저 영아 사망률이 매우 높다는 사실과 젊은 연령에서, 특히 젊은 여성의 사망률이 높다는 것을 알 수 있다. 출산 관련 사망자는 3명이었다. 이들 사망 집단의 평균적인 경제 수준은 월 \$100 정도의 수입을 가진 집단이었다. 영아 사망을 제외한 개별 사망 질환들 가운데서 심혈관질환, 폐질환이 높은 원인을 차지하였고 결핵과 폐렴 같은 감염성 질환이 많았으며 자살로 인한 사망도 높았다. 특히 자살로 인한 사망자의 평균 연령이 34.2세로 청장년층의 자살이 많았다. 269명의 사망자의 평균 연령은 18.9세였고 155명의 영아 사망을 제외한 114명의 평균 연령은 남자 50.5세, 여자 39세로 남녀 간의 큰 차이를 보였다.

본 사망 통계 자료를 통해 방글라데시 시골 지역에서 미숙아나 저체중아와 같은 신생아 집중 치료에 대한 역량이 얼마나 부족한지 알 수 있다. 또한, 여성들이 가부장적인 사회에서 자신의 건강을 보전할만한 경제적 결정권을 가지기가 힘들다는 사실도 알 수 있다. 비록 방글라데시에서 여성의 평균 수명이 남성보다 높기는 하지만 출산

과 관련된 사망이나 억압된 삶의 무게로 인한 자살은 젊은 여성들의 사망률을 높였다. 사회, 경제, 문화적 요인들이 여성들의 의료 접근성을 떨어뜨리는 작용을 하고 여성들의 사회적 취약성은 결국 신생아 사망으로 연결될 수밖에 없다.

다양한 사망 원인들은 빈곤과의 연관성을 보여준다. 만성 심폐질환은 어떤 사회에서나 높은 사망률을 보이지만 결핵을 포함한 감염성 질환이나 외과적 질환에 의한 사망이 높은 것은 개발도상국의 특성이다. 의료 보험이나 보장이 거의 없기 때문이다. 만성 질환보다 급성 질환들은 적절한 시기에 발견해서 치료하면 완치될 수 있는 병들이기 때문에 조기 진단과 치료를 할 수 있는 의료 제도가 있는 선진국에서는 이들 질환에 의한 사망률이 매우 낮다. 젊은이들의 높은 자살률 역시 사회경제적 피로가 주는 좌절감을 극복하기가 쉽지 않은 숙제임을 보여준다. 또한, 병원에서 암이나 뇌혈관 질환으로 인한 사망이 거의 없었다는 점도 말기 암 환자나 뇌혈관 질환으로 인한 말기 환자들을 돌볼만한 전문적인 치료 역량이 부재했음을 반증한다.

다음 장에서는 병원 사망 통계를 통해 드러나는 인력과 자원의 한계, 사회경제적인 어려움 속에서 선교 병원이 생각해 볼 수 있는 활동 방향에 대해 살펴보고자 한다.

제4장 현대 의료 선교의 방향성: 램 병원 모델을 통한 고찰

앞 장에서는 램 병원의 2017년의 사망 통계를 분석하여서 지역에서 나타나는 사회 의학적 특성을 살펴보았고 특징적으로 높은 영아 사망과 감염이나 자살과 같은 급성 질환에 의한 젊은이들의 사망이 높다는 것을 알 수 있었다. 이들은 기대 여명이 길고 회복의 가능성이 큰 층이다. 따라서 호스피스나 말기 치료적 접근이 아니라 급진적인 개입을 통해서 회생이 가능할 수 있다는 뜻이다. 그렇다면 인큐베이터나 인공호흡-순환기와 같은 고가의 첨단 장비를 들여와서 중환자 치료를 하는 것이 이들의 사망률을 낮추고 지역 사회의 건강을 발전시키는 방법이라고 할 수 있을까?

이것이 사회경제적으로 취약한 지역의 병원이 선택할 수 있는 방법이라고 하기는 어려울 것이다. 병원이 아무리 좋은 진단 방법과 치료 기술을 들여오게 된다고 하더라도 지역 사회가 접근할 수 없는 수준의 기술이라면 전체 지역 사회를 위한 의료적 도움이 되기는 어렵기 때문이다. 지역 사회 구성원의 비율이나 사망환자들의 비율이 경제적으로 하위층에서 높았다는 점을 고려하면, 고가의 장비를 필요로 하는 대부분 환자가 장비를 유지하기 위한 고비용을 감당할 만한 능력이 없다는 것을 알 수 있다. 고가의 장비를 통한 진료를 지속할 수 있는 인력을 충원하기도 쉽지 않다. 그러나 중환자실의 운용이나 고비용의 치료 접근이 어렵다고 해서 병원에서 사망률이 높은 질환의 치료를 포기하는 것도 답은 아닐 것이다.

램 병원의 사망 통계는 방글라데시 시골 지역에서 질병 관리의 접근법이 달라져야 함을 보여준다. 이번 장에서는 램 병원의 치료 접근법을 통해 지역의 상황에 맞는 의료 기술 및 발전 방향이 어떠해야 하는지에 대해 살펴보고자 한다.

1. 적정 의료 기술

‘적정기술’의 개념은 영국의 경제학자 슈마허(E.F.Schumacher, 1911-1977)가 1970년대 제3세계에서 기존 조건들과 기술적 발전이 조화를 이루면서 경제적인 개선을 도모할 수 있는 ‘중간기술’개념을 제안하면서 생겨났다(홍성욱 2011). 적정기술은 싸고 단순하여서 지속해서 유지할 수 있고 사용자의 창의적인 요구와 양립 가능하며, 환경 파괴적이지 않은 기술로 여겨진다(홍성욱 2011). 이러한 개념을 바탕으로 1989년 세계 보건 기구(WHO)에서는 과학적으로 확실하고, 지역의 요구에 부응하고, 사용자와 수혜자에게 접근 가능하고, 지역의 자원으로 유지 가능한 보건 기술을 적정 보건 기술(appropriate health technology)라고 정의하였다(WHO 1992). 적정 보건 기술은 모자 보건의 영역이나 진단 장비의 표준화 문제에서 주로 논의된다. 여기에서 사용하고 있는 적정 의료 기술이라는 말은 현대 의학 기술이 자원이 제한된 지역에서 새로운 특성으로 나타나고 있는 치료 기법을 포함한다. 적정 의료 기술은 현장의 요구 때문에 자체적으로 고안되는 경우가 많으므로 국제적인 표준이나 처음 시작된 기원이 정확하지 않다. 램 병원에서는 모자 보건에서 사용되는 적정 보건 기술 외에도 중환자 관리와 같은 적극적인 치료 영역에서 적정 의료 기술을 사용하고 있다.

1) 모자 보건에서 이용되는 적정 의료 기술

WHO에서는 저소득 국가에서 미숙아나 저체중아들의 관리를 위한 기본적인 방법으로 켄거루모자관리(Kangaroo mother care, KMC)를 제안하고 있다. KMC(Kangaroo Mother Care)는 신생아, 특히 1,800g 이하의 저체중아와 미숙아에서 저체온증을 방지하기 위해 인큐베이터를 대신하여 신생아를 모유 수유 시간을 제외하고는 즉시 산모의 가슴에 피부를 맞대고 있도록 띠로 둘러두는 관리법이다. 산모의 체온이 신생아에게 전달되어 체온을 유지하도록 하여 저체온으로 인한 신생아 사망을 줄인다. KMC 아주 단순한 방법이지만 덥고 습한 날씨, 노출을 꺼리는 문화적인 이유로 생각보다 산모들에게 적용하기가 어렵다. 그래서 WHO에서도 강조하고 있는 바와 같이 효과적인 교육이 매우 중요하다. 램 병원의 산과 간호사들은 KMC를 위해 형견 인형과 아기 주머니를 직접 만들어서 교육자로서 충분한 이해를 하고 산모들을 교육한다. 이 주머니는 분만 후 모든 산모에게 제공된다. 램의 지역 사회의 조산사들도 KMC 교육을 받고 안전 분만소(SDU)에서 적정 보건 기술을 활용한다.

WHO는 UNICEF와 함께 소아 환자들의 진단 및 치료적 접근이 어려운 저소득 국가의 많은 소아 환자들을 기초 보건 종사자들이 쉽게 돌볼 수 있도록 IMCI(Integrated Management of Childhood Illness) 지침을 정리하여 각 국가의 상황에 맞게 적용하도록 권하고 있다. 램 병원에서는 방글라데시에서 이용 가능한 약품과 단순한 술기를 적용한 IMCI 기준서를 가지고 병원의 소아과 및 지역 사회 기초 보건 치료자들을 교육하여 소아과 환자의 치료에 이용하고 있다. 광범위하고 즉각적인 모유 수유, KMC, IMCI 활용과 같은 단순 모자 보건 관리법을 통해 램 병원은 1997년 WHO와 UNICEF로부터 “유아 친근(baby friendly status)” 병원 인정을 받았다 (www.lambproject.org).²⁴⁾

2) 미숙아 치료에서 사용되는 적정 의료 기술

램 병원 소아과에서 미숙아의 치료에 쓰이는 중요한 장치로 지속 양압기

24) 램 프로젝트의 공식 웹사이트에서 더 살펴볼 수 있다.

<http://www.lambproject.org/home/organization/hospital/paediatrics/>

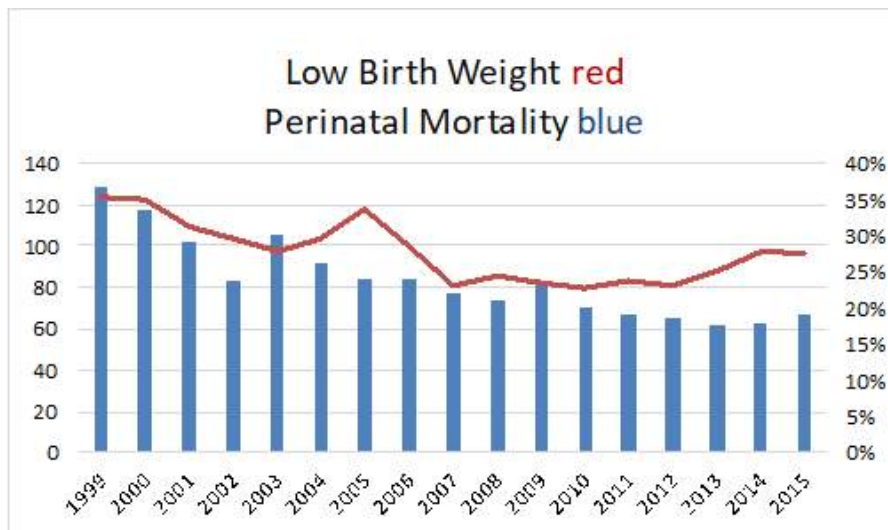
(continuous positive airway pressure, CPAP)가 있다. 지속 양압기(CPAP)는 지속해서 마스크나 비관(nasal cannula)을 통해 일정한 압력의 공기(산소)를 기도에 불어 넣어 주어서 환자가 숨을 내쉴 때 폐포 조직이 허탈에 빠지는 것을 막아 신생아의 호흡곤란 증후군(respiratory distress syndrome, RDS) 치료에 도움을 주는 기계이다. 1970년대에 처음 사용된 것으로 알려진 이 기구는 신생아의 호흡곤란 증후군(RDS)의 초기 치료로 흔하게 이용되어왔다(DiBrasi, 2011: 1275).²⁵⁾ CPAP의 적용은 신생아 사망률을 줄이고 호흡 보조 장치의 이용도 줄일 수 있어서 WHO는 저소득 국가의 신생아 관리에서 미숙아에게 CPAP을 사용하도록 권장하고 있다(WHO recommendation, 2015). 램 병원의 소아과에서는 정확한 압력을 컴퓨터화한 기계가 일정한 속도와 압력으로 공기를 주입하게 하는 대신 플라스틱 용기(수액 치료를 하고 난 후의 폐용기를 사용한다. 일정 수위를 확인하는 눈금도 볼 수 있다.)에 일정량의 물을 채워서 일정한 압력을 만들어 산소통에서 나오는 공기가 용기를 거쳐 일정한 압력으로 환자에게 주입될 수 있도록 고안해 낸 단순 장치이다. 필요한 기구는 산소통, 플라스틱 용기, 코삽입관(nasal cannula)뿐이며 기구를 지속해서 관리하고 사용하는데 비용이 별로 들지 않고 기술적인 어려움이 거의 없는 안전한 장치다. 선진국에서는 신생아 기계 호흡기(machine ventilator)의 발달로 지속 양압기의 사용은 사라져가고 있지만, 이 기구의 단순한 원리는 지금도 저소득 국가에서 유용하게 사용되고 있다. WHO에서는 신뢰도와 안정도 연구가 더 요구되긴 하지만 여러 가지 형태로 자체 고안된 CPAP 기구들이 저소득 국가에서 발전되고 있다고 언급하였다. 저소득 국가에서 간단한 의학의 원리를 가지고 단순화된 기구를 만들어서 꾸준히 발전시켜 나가야 할 적정 의료 기술의 예라고 할 수 있다.

연간 램 병원에서 출생하는 신생아 가운데 150여 명이 사망했지만 단순한 적정기술로 돌보는 신생아의 수는 2,000명이 넘는다. 그중 저체중아는 전체 출생 신생아의 30%가량이며 주산기 사망률은 70% 정도이다(표4-1).²⁶⁾ 신생아 중환자실이나 인큐베이터도 없는 램 병원 소아과에서 적정 의료 기술로 치료한 신생아의 최소 출생 주 수

25) Robert M DiBlasi, "Neonatal Noninvasive Ventilation Techniques: Do We Really Need to Intubate?" *Respiratory Care* 2011;56(9):1273 - 1294.

26) 저체중아는 2,500 gm 이하의 출산 체중을 가진 신생아를 의미하며 주산기 사망률은 임신 28주 이후 출생하는 신생아 1,000명당 7일 이내에 사망하는 경우와 사산아의 경우를 나타낸 지표이다.

는 28주이고 최저 출생 체중은 890 gm이다.



<표4-1> 램 병원 내 저체중아와 미숙아 출산 추이

출처: LAMB MIS-R 통계 자료

3) 내과 중환자 치료에서 이용되는 적정 의료 기술: 복막 투석, 혈전 용해술, 풍선 호흡기(AMBU-bagging)

“환자들은 가족이나 부족 의사가 포기할 정도가 되기 전에는 의료 선교사에서 실려 오는 경우가 별로 없다(Lambuth, 1920: 124)”라고 기술하는 선교지의 상황은 방글라데시 시골에서도 크게 다르지 않다. 램 병원에도 위의 이유로 병원의 치료 역량을 넘어서는 중환자들이 많다. 창의적으로 접근하지 않으면 이런 환자들을 치료할 의료 기구가 없다는 이유로 쉽게 환자를 포기하게 될 수도 있다. WHO에서도 적정 의료 기술에 대한 권고는 있지만, 지역별 상황이나 중환자 관리에 대한 구체적인 방법은 제시하지 못하고 있다. 램 병원의 내과 환자 치료 예를 통해 적정 의료 기술이 제한된 지역의 중환자 치료에서 어떻게 이용되었는지 살펴본다.

2008년 램 병원에 심장내과 의사가 오게 되면서 램 병원은 내과 중환자 진료를 시작하였다. 중환자의 응급 치료로 시작한 기술에 복막 투석이 있다. 램 병원에는 인공

신장실이 없다. 따라서 신부전 환자들이 오면 특별히 할 수 있는 치료가 없어서 인공 신장실이 있는 20km 정도 떨어진 정부 병원에 가도록 안내를 했다. 정부 병원에는 투석 대기 인원이 많아 언제 투석이 가능할지도 모르며 투석에 필요한 용품을 환자가 사서 부담해야 하므로 비용도 많이 들었다.

외부 병원에서 인공 유산을 하고 패혈증으로 위독한 젊은 여자환자가 급성 신부전으로 위독한 상태가 되어 왔을 때는 다른 병원으로 환자를 보낸다는 것은 환자를 길에서 죽게 하는 것과 다름이 없는 결정이었다. 내과 의사는 교과서를 펼치고 복막 투석액을 만들었다. 병원에 있는 생리 식염수, 포도당 용액을 주입하고, 전해질 농도를 계산해서 맞춘 뒤 외과 선생님의 도움으로 복막에 관을 연결해서 조제된 투석액을 투입하기 시작했다.

이렇게 램 병원에서는 급성 신부전을 앓고 있는 환자만 복막 투석을 시작하였고 인근에서 복막 투석액을 쉽게 구매할 수 있다는 것을 알게 되어 손쉽게 환자들을 돕고 있다. 혈액 투석기의 설정을 맞춰두고 기계적인 도움을 줄 수는 없으므로 환자들의 상태에 따라 복막 투석액의 양이나 농도를 조절하기 위해서 환자를 더 세심히 봐야 하는 것은 단점이자 장점이다. 복막 투석은 콜레라나 패혈증 등으로 일시적인 신장 기능이 약화한 급성 환자들의 결정적인 치료로 이용되고 있다.

램 병원 내과에서 새롭게 시작한 중환자 치료는 급성 심근 경색 환자(ST elevation myocardial infarction, STEMI)에 대한 혈전 용해술(thrombolysis)이다. 우리나라와 같은 선진 의료 국가에서는 급성 심근 경색에 대해 혈전 용해술은 관상동맥 중재술(Primary Cardiac Intervention)로 대체되고 있기 때문이다. 혈전으로 갑자기 막힌 심혈관을 조영 시술을 통해 직접 뚫어주는 중재술이 약물을 이용한 화학적 치료인 혈전 용해술보다 사망률을 감소시키는 효과가 뛰어나다는 것이 밝혀져 있기 때문이다(Anderson, 2003). 하지만 2014년 방글라데시 시골의 지역 진료소 이상의 의료 시설 가운데 고혈압과 같은 단순 심혈관질환을 치료할 수 있는 보건 의료 인력이 1명 이상을 갖춘 곳은 11%에 불과했다(BHW, 2017). 이런 상황에서 위중한 급성 질환인 심근 경색 환자(STEMI)를 관상동맥 중재술이 가능한 병원으로 이송한다는 것은 불가능에 가까운 일이다. 특히 심근 경색 환자의 생존 여부를 가리는데 가장 중요한 지표는 혈

액 재관류(reperfusion)에 걸리는 시간이 얼마나 짧았는가이기 때문이다. 램 병원 내과에서는 2010년에서 2016년 사이에 혈전 용해술을 받은 136명의 STEMI 환자의 치료한 연구 보고서를 발표하였다.²⁷⁾ 136명 가운데 27명의 환자가 사망하였고 사망률은 19.85%였다. 흉통 발생 이후 환자들이 병원까지 오는 데 걸린 평균 시간은 4시간이 넘었으며 병원에 도착하여 시술을 받기까지 걸린 평균 시간은 38분이었다. 이들의 치료 비용은 1인 평균 \$180이었고 경제 상태에 따른 빈민 기금(poor fund)의 지원으로 실제 환자 1인당 지불한 비용은 약 \$100이었다. 이 환자들의 50% 이상은 평상형 인력거(Vanghari)를 통해 병원에 이송되었다. 혈전 용해술은 STEMI 환자의 치료에 있어서 PCI를 시행하는 선진 의료 국가들에 비해 높은 사망률을 보였으나 특별한 장비 없이 약물치료를 통해서 위중한 환자에게 저비용으로 접근 가능한 최선의 치료를 시도한 예이다.

램 병원에서는 급성 심정지나 호흡곤란 환자들에 대한 심폐소생술을 거의 하지 않고 있었다. 급성적인 질환을 책임지고 관리할 수 있는 의료 인력이 제한되어 있었으므로 다른 의료 기관으로 안내를 하거나 집으로 돌려보내는 것이 대부분이었다. 심폐소생술로 심폐기능이 돌아온다고 하더라도 지속해서 환자의 심폐기능을 유지 키고 질환을 치료할 수 있게 하는 인공호흡기도 없었다. 현대 의료 상황에서는 인공호흡기가 이 역할을 해 주고 있으므로 기계를 설치하고 전원을 연결하기만 하면 간단하게 해결할 수 있다. 급성 호흡곤란 환자들에게 기도삽관을 하고 충분한 양의 산소를 기도로 직접 공급해 주는 것이다. 하지만 램 병원에서는 수술실에서 사용하는 전신 마취용 인공호흡기를 제외하면 중환자용 인공호흡기는 없다. 값비싼 인공호흡기가 있다 하더라도 전기와 전압이 불안정하여 기계를 유지하기가 힘들고, 비싼 기계를 관리할 수 있는 인력이 없으며 심지어 중환자실조차 없다. 그러나 비교적 젊은 환자에게서 발생한 급성적인 문제인 심근 경색이나 감염성 질환의 경우는 짧은 시간의 호흡 보조를 통해서 원인 질환을 치료할 시간을 확보할 수 있다. 단기 호흡 보조 방법이 심폐소생술과 함께 가역적 급성 질환자의 사망을 줄이는데 매우 중요한 것이다. 그래서 램 병원에서는 심폐소생술과 함께 풍선 호흡기(AMBU-bagging)의 사용을 시작하게 되었

27) Dong-Yeon Kim et al, "Clinical characteristics and outcomes of ST-elevation myocardial infarction in a low income setting in rural Bangladesh", 2019 <http://www.journal.elsevier.com/ijc-heart-and-vasculature>

다. 풍선 호흡기는 급성 호흡곤란 환자들을 치료하는 중요한 기구가 되었다. 희생 가능성이 있다고 여겨지는 급성 호흡곤란 환자에 한해서 기도삽관을 하고 인공호흡기를 대신해서 일시적으로 사용 가능한 풍선 호흡기를 인력을 이용해서 계속 짜주는 것이다. 원칙적으로 풍선 호흡기 치료는 48시간 이내로 정하였다. 이 시간이 넘으면 회복 가능성이 작아지고 경제적인 손실도 더 높아진다고 판단했기 때문이다. 여기서 필요한 자원은 기도삽관을 할 수 있는 의료인과 후두경(laryngoscope), 호흡기를 짜줄 사람과 풍선백(AMBU-bag), 그리고 산소와 연결관뿐이다. 의사나 간호사로부터 간단한 교육을 받은 환자의 가족들이 환자의 옆에서 풍선 호흡기를 일정하게 짜도록 하여서 인력의 부족을 메운다. 환자의 가족들은 환자의 중요한 치료에 참여하는 것으로 만족하기도 하고 중환자를 가족들과 함께 돌볼 수 있어서 의사의 부담을 덜어줄 수도 있다. 이러한 형태의 치료는 가족과 공동체 중심의 방글라데시 시골의 전통적인 요소가 자원의 부족이라는 상황에서 적정기술의 형태로 나타났다고 볼 수 있다.

이 치료 광경에 대해 램 병원에서 7년간 외과의로 지냈던 미국인 선교사는 이렇게 기술하였다.

이틀 전 우리 간호사의 남편이 갑자기 쓰러져서 병원에 실려 왔고 결국 기도삽관을 했다. 우리는 인공호흡기가 없기 때문에 가족들이 침대 주변에 앉아서 돌아가며 풍선 주머니를 찼다. 환자가 죽기 전 48시간 동안이었다. 병동은 15개의 병상이 놓여 있는 열린 공간이고 방문객들은 밤낮으로 환자 주위를 복적였다. 미국의 중환자실에서 간간이 가족들의 짧은 방문만 허용되는 것과 얼마나 다른가. 이 광경을 지켜보며 환자의 마지막 시간에 가족들이 환자를 돌보는 일에 참여할 수 있고, 가족과 친구들이 끝까지 함께 해 줄 수 있다는 것이 얼마나 놀랍고 귀한 일인지 생각했다. 미국에서는 완벽함을 탐구하느라 중요한 것을 놓치고 있는 것 같다(Robert Bowers, 1939-).²⁸⁾

램 병원에서 2014년 1월부터 2016년 11월까지 풍선 호흡을 통해서 치료받은 환자 147명에 대한 의무 기록 자료 연구에 의하면 40명의 환자가 생존하였다(표4-2).²⁹⁾ 27.2%의 생존율이다. 비록 낮은 생존율이지만 첨단 장비가 없어서 내버려 둘 수밖에

28) Robert Bowers, "With Dr. Bob in Bangladesh", Robert Bowers, 2018, p123.

29) 본 자료는 2017년도에 램 병원 내과 팀에서 기도삽관 생존율 연구 및 가이드라인을 확립하기 위해 MIS-R의 자료 분석을 통해 정리한 연구 결과이다.

없었던 40명의 환자가 적정 의료 기술을 사용하여 회복된 예이기도 하다. 기도삽관 환자의 평균 연령은 50세가 채 되지 않는다. 또한, 감염이나 자살과 같은 급성 질환에 의한 사망자의 비율이 거의 50%에 달한다. 선교 병원이 급박한 부담이 높은 중환자 치료를 포기하고 더 많은 환자를 돌볼 수 있는 예방적 치료에만 집중할 수 없는 이유이기도 하다. 램 병원의 풍선 호흡기 치료 사례는 적정 의료 기술을 규정하는 효율성, 안전성, 저렴성, 수용 가능성, 지속가능성을 가지고 중환자 치료에 적합한 경우라 할 수 있다.

<표 4-2> 램 병원 기도삽관 환자 사망률 연구표

총환자 수	147
평균 연령	49.12±17.29
성(남:여)	78:69 (1: 0.89)
평균 입원 기간	3.59±5.5
사망률	107/147 (72.8%)
질환명	
1. 심혈관질환	60/147 (40.82%)
2. 호흡기질환	10/147 (6.80%)
3. 감염	53/147 (36.03%)
4. 자살 시도 (농약 등)	19/147 (12.93%)
5. 기타	5/147 (3.40%)

출처: LAMB MIS-R 통계 자료를 바탕으로 재구성

영유아를 비롯하여 비교적 젊은 층의 급성 질환자가 많은 방글라데시 시골 지역의 선교 병원이 사망률을 줄이기 위해서는 적정기술 개발을 통한 창의적 치료 접근이 필요함을 보여준다.

2. 의료 선교의 현장성

1) 선교 병원의 발전

1910년대 한국의 선교 병원들의 발전 방향은 확장이었다. 일제 강점이 시작된 한국

의 상황에서 총독부의 병원과 경쟁하기 위해 기독교 병원이 의료 기술의 수준을 향상해야 하는 이유는 그리스도의 정신으로 인간의 육체를 돌보는 것은 기독교의 본질적인 사명의 하나라는 것, 미래에 전도가 어려워질 때 의료 사업은 오히려 전도 사업에 더 좋은 수단이 될 것이라는 이유였다(이만열, 2003: 266). 이런 결정을 통해 1916년 세브란스연합의학교가 전문 의학교로 개편이 되고 본격적인 의료 교육 사업을 시작하게 되었다. 세브란스의 목적은 전문화된 의료 서비스의 제공, 이를 위한 전문적인 의학연구, 의사와 간호사 등 한국인 의료진 양성 등으로 요약할 수 있다(이만열, 2003: 853). 식민지 상황 속에서 일제에 저항하는 시대적 절박감이 한국 의료 선교의 수준을 높이고 현지 기독교 의사를 양성하여 지도력을 이양할 수 있게 한 것이다. 당시 한국에서는 일제에 반하는 항일 민족주의가 신사 참배를 거부하는 기독교 정신에 대한 호감으로 나타났다. 전통적인 질서는 붕괴하였고 새로운 질서에 대한 기대와 함께 한국의 기독교 인구 또한 선교 병원들을 통해 빠르게 퍼져나갔다. 한 예로서 1939년경 거의 죽음 직전에 세브란스를 찾아왔던 시골의 한 여성은 51일간 병원에서 무료진료를 받아 완쾌되어 나가면서 남편과 함께 기독교인이 되었다(이만열, 2003: 852). 1930년 광주 (기독교) 병원의 경우는 입원 532명, 외래 환자 14,631명으로 진료환자는 총 15,163명이었는데 이 가운데 개종하기로 한 자는 부녀자와 어린이를 합하여 720명으로서 특히 여자환자들의 개종비율이 아주 높았다(이만열, 2003: 852). 이 해 여자환자의 60%가 기독교를 믿기를 원하였으며 진료환자 중 276명이 개종하였다(이만열, 2003: 852). 한국에서 교육과 확장은 시대적 상황과 함께 한국 의료와 선교에 긍정적인 영향을 미쳤다고 할 수 있다.

하지만 방글라데시는 기독교 인구가 1%도 되지 않는 무슬림 국가이며 국가적으로 서양의 재정 지원과 기술에 대한 의존도가 높은 나라이다. 램 프로젝트의 40여 년 역사를 통해 병원의 환자로 입원하였다가 기독교인이 된 무슬림 환자는 두 명뿐이었다. 또한, 이들은 모두 남성이었다. 낮은 기독교 전파율과 높은 의존성에 대한 우려 때문인지 방글라데시에는 의과대학이나 종합 병원의 규모를 갖춘 선교 병원이 없다. 병원 밀집도를 고려하여 낙후된 지역의 빈민 선교를 중심으로 시작되어서인지 도심에 있는 선교 병원도 없다.

선교 병원이 어떻게 발전 방향을 정해야 할지는 어려운 문제다. 발전하는 기술과

새로운 의학 정보를 어떻게 따라잡고 적용할지를 정하려면 지혜가 필요하다. 병원으로서도 병원을 유지하고 직원들에게 월급을 주기 위해서는 적정 수준의 수익을 창출하고 발전할 수 있는 방향이 필요하다. 자원이 제한된 상황에서 선택과 집중을 통해 병원을 차별화하고 꼭 필요한 일에 대한 우선순위를 정하기는 쉽지 않다. 병원 재정의 60% 정도를 외부의 지원금에 의존하고 있는 상황에서 비용-효과에 대한 고민은 늘 따라다닌다. 새로운 약을 병원에 들여올 때도, 장비를 구매할 때도 환자들이 어느 정도 비용을 지급하고 치료 혜택을 받을 수 있을지에 대한 복잡한 논의와 계산을 해야 한다. 여러 의학 자료와 정보들을 가지고 비교해서 득실이 어느 정도인지 근거도 마련해야 한다. 일관성을 가지고 일을 하기 위해서 수많은 정책과 기준들도 만들어야 한다. 따라서 일의 진행은 더딜 수밖에 없다. 이런 선교 병원의 선택이 확장이나 전문화로 가는 것은 지혜로운 전략은 아닐 것이다. 램의 의료 선교가 성공적으로 발전하고 있다는 것은 램 프로젝트가 변함없이 가치를 지켜나가고 있느냐에 달려 있다고 할 수 있다. 램 프로젝트에서 한 문장으로 명시하고 있는 가치는 “성경적으로 살고, **지역적으로 일하고**, 국가적으로 이바지하며, 세계적으로 영향을 미치며 사는 사람들³⁰⁾”이다.

2) 지역 사회 보건팀의 활동

지역적으로 일하기 위해서 램이 노력하고 있는 모습은 지역 사회 활동들을 통해서 살펴볼 수 있다. 지역 사회 보건사업 성공의 중요한 요소는 위생, 출산, 보건에 대한 지역 주민들의 인식 개선이다. 앞서 방글라데시의 산모들은 아직도 전통산파에 의한 가정 분만을 가장 선호하고 있다고 기술하였다. 이는 방글라데시의 모성 사망률이 아직도 높은 이유를 보여주고 있다. 이러한 문제들에 맞서서 필요한 것은 인식 개선을 위한 지역 사회 교육 프로그램이다.

지역 사회 사업은 전기의 보급이 원활하지 않고 문맹률이 높은 농촌 지역에서 이루어지기 때문에 현대적인 방식의 미디어나 교재를 통한 교육이 쉽지 않다. 유네스코의 2019년 자료에 의하면 방글라데시 농촌 지역의 식자율은 60세 이상 남성에서 40%, 여

30) “We are people who will live Biblically, work locally, contribute nationally, and influence globally.”는 램 프로젝트가 1999년에 명시한 가치 선언문이다.

성에서 12%였으며, 10~14세에서는 남성 74%, 여성 81%였다. 전체 방글라데시 성인 평균 식자율은 73.9%였다.³¹⁾ 따라서 지역 사회에서 효율적인 소통 방식은 방글라데시 서민들의 전통문화에 익숙한 방법이어야 한다. 방글라데시 서민들의 오락 문화는 전통춤과 시 낭송, 연극으로 발달했다. 따라서 지역 사회 사업팀은 시장이나 마을 회관을 중심으로 연극이나 가무를 통해 보건 정보와 문제를 전달한다. 마을 모임에서도 그림 차트를 이용해서 꾸준히 교육을 진행한다. 특히 공연들은 효과적인 소통을 통해 지루한 일상을 벗어나게 해 주는 오락거리도 제공해 주었으며 서양 의학에 대한 막연한 두려움과 저항을 벗겨내고 위생에 대한 중요한 지식과 정보를 전달하는 데 중요한 역할을 해왔다.

또한, 정치적인 정보 전달이나 선전을 위해 전통적으로 시행된 가장행렬과 비슷한 형태의 랠리(rally)를 진행하여 보건의 중요 사안을 전달하여 인식 개선 및 계몽 활동을 하였다. 산모가 극심한 가사에 시달리다가 하혈이 되었는데도 병원에 가지 못해서 사망에 이르는 전형적인 내용의 전통극은 주민들의 눈물을 자아내게도 하였고 이러한 문제를 예방할 방법으로 산전 진단과 시설 분만이 필요함을 역설하기도 하였다. 이는 전통적인 문화 요소에 현대적인 보건 의료 정보를 접합하여 전달하는 방식으로 방글라데시 시골 지역의 보건 의료 사업에서 나타나는 의료 소통의 현장성을 보여주는 예라고 할 수 있겠다. 앞서 설명한 구두 부검의 경우도 방글라데시 전통 정서와 자원의 부족 상황에서 사망 원인을 현대 의학의 질병 분류에 맞추어 진단하기 위해 나타난 현지성의 예이다. 이런 토착성은 램의 지역 사회에서 보건 지표들을 파악하고 지역 주민들에게 의료 보건 정보를 전달하기 위한 절충적 소통 방식을 통해 지역적으로 일하기를 실천하고 있는 경우이다.

3) 의료 보건 협력

램 병원의 적정 의료 기술 역시 램 프로젝트가 지역적으로 일하는 모습을 보여준다. 램 병원 부지에 들어서면 풀을 뜯고 있는 양들을 볼 수 있다. 이 양들은 병원의 임상 검사실에서 기르고 있는 것으로 양의 피를 이용한 세균 배양 배지를 만들기 위해서이다. 상품화된 세균 배양 배지를 대량 구입하는 데 대한 대안으로 현장에서 이용이 가능한 수준의 단순 기술을 사용해서 병원에서 필요한 만큼의 배지만 만들어서

31) data.worldbank.org

자급하는 것이다.

서양의 의료 기술이나 값비싼 장비를 통해 첨단 의료 기술을 전수하는 일이 발전이라고 한다면 램에서 진행되는 일은 비효율적이고 시대의 변화에 발을 맞추지 못하고 있는 것처럼 보일 수 있다. 그러나 그런 발전은 지속가능성의 문제는 제쳐 두더라도 병원의 문턱을 높이고 고비용의 의료 시설을 유지하기 위해 가난한 지역 주민들의 접근성은 더 떨어지게 할 수밖에 없다. 가난한 사람들의 의료 접근성을 높이기 위해서는 현장의 상황에 맞춰가야 한다. 이것은 방글라데시 정부에서 1980년도부터 목표로 세웠던 시골의 가난한 사람들도 기본적인 의료 혜택을 누릴 수 있도록 하자는 국가 보건 계획에도 기여하는 것이다. 램 프로젝트가 정부의 지방 보건 시설들을 활성화해서 가용시키는 사업들을 적극적으로 하는 것이나 지역행정부 (Government of Bangladesh), 지역 사회 NGO들과 정기 모임을 통해 지역의 상황을 함께 파악하고 평가하며 소통하는 협력 역시 중요하다.³²⁾ 방글라데시와 같은 상황에 있는 현대 선교 병원은 대규모 교육 기관이나 첨단 의료로의 발전과 확장은 정부나 사설 기관에 맡겨 두고 가난하고 소외된 지역 사회와 현장에 더욱 눈을 돌려야 할지도 모른다. 현장성은 보편적 보건 보장(universal health coverage)을 외치는 방글라데시 정부와 WHO 같은 국제 사회의 요구이기도 하다. 램의 지역 사회 보건 프로젝트는 WHO, UNICEF와 같은 국제기구와 진행되는 협력 사업들을 통해 세계 보건 통계와 정책에도 영향을 미치고 있다. 2016년도 램 프로젝트는 국내외 후원과 파트너십을 통해 모자 보건, 기초 보건사업, 결핵 사업, 재난 위기관리 사업, 비감염성 질환 교육, 조혼 방지 사업, 청소년 성교육과 관련한 9개 사업을 진행 중이다³³⁾. 지역적으로 섬기면서 램의 가치인 국가적 기여와 세계적 영향력을 미치고 있다.

4) 현지 리더십 이양

의료 현장성의 중요한 기준 중 하나는 현지 지도자의 리더십 이양이 어느 정도 되었는가에 달려 있을 수도 있다. 램 프로젝트의 전체 디렉터(executive director)는 한번도 현지인이 맡아온 적이 없다. 2012년 전체 디렉터였던 영국인 선교사의 급작스

32) 램 지역 사회 보건팀은 NGO, GOB, 지역 리더들의 협의체로 구성된 유관 기구 협력 모임을 연 4회씩 정기적으로 진행하고 있다.

33) LAMB “Celebrating 40 years of service with the poor”, 2016, pp 64-65.

러운 폐암 진단으로 공석이 된 자리를 지역 사회 보건팀의 대표였던 현지인 대표가 임시대행으로 한 예만이 있을 뿐이다. 2016년도 램 프로젝트의 다섯 개 부처(지역 사회 보건팀, 병원, 수련부, 의무기록부, 학교)에서 현지인이 대표로 이양된 경우는 세 팀이었다. 램 프로젝트의 주요 사업이 진행되는 램지역 사회 보건팀에서는 1989년부터 램 프로젝트에서 함께 일한 현지 기독교인이 2004년부터 지속해서 대표를 맡아오고 있다. 또한, 램의 각종 교육을 담당하는 수련부(Training center)의 대표와 병원장이 현지인이다.

램 병원은 2009년부터 2016년까지 현지인 병원장이 병원을 맡았다. 병원장은 램에서 1998년부터 일했던 방글라데시 전통 기독교인 의사였다. 하지만 현지인 병원장은 기독교적인 가치보다 현지 기독교인들의 이해를 돕는 결정을 우선순위에 두는 경우가 많았다. 병원 경영에서도 이윤의 창출과 발전의 원리로 접근하여 병원 이용료를 사립 병원 수준으로 올리고 의과대학까지 설립하자고 주장하였다. 심지어는 병원 경영난을 해결하고자 극빈층의 가난한 환자를 받지 말자는 의견까지 내세웠다. 월터(Walter R. Lambuth, 1854-1921)가 우려했던 바와 같이 효율성의 문제가 선교 병원을 도전하게 된 것이다.³⁴⁾

내과에 한 환자가 입원했다. 길에 쓰러져 있던 환자를 직원이 병원으로 들러업고 왔다. 환자는 지적 장애가 있어서 겨우 이름만 이야기할 수 있을 뿐 대소변도 제대로 가리지 못했다. 입원해서 발견된 문제는 심장 판막 질환과 전간증이었다. 환자를 씻기고 치료를 해서 상태가 좋아졌지만, 환자를 돌려보낼 곳이 없었다. 그런데 병원장은 병원에 손이 많이 가는 환자를 돌볼 일손도 모자라고 병원의 손실도 크니 환자를 당장 퇴원을 시키라고 지시했다. 병원장의 공리주의적 입장과 선교사의 선한 사마리아인의 이상이 부딪쳤다.

하지만 병원이 공리주의적 입장에서 결정해야만 하는 상황도 있다. 더 많은 사람의 이익을 위해서 주어진 자원을 최대한 이용하는 결정이 틀린 것은 아니다. 한 번은 병

34) Walter. R. Lambuth, "Medical Mission: The Twofold task", (Student Volunteer Movement, 1920), p185. 월터 램부스는 14년간의 중국과 일본에서 의료 선교사로 일하였고 8년간 선교회의 비서로 일하면서 정리한 책을 1920년 발간하였다.

원에 중환자 병상을 만들고 인공호흡기를 한두 대라도 사서 응급 질환으로 온 환자들을 돌볼 수 있도록 하자는 회의가 있었다. 그러나 중환자실을 여는 것이 당장 한 사람을 더 살릴 수 있는 일이 될 수는 있겠지만 병원에서 지속적인 자원으로 중환자실을 유지할 인력을 구할 수가 없었다. 또한, 중환자실을 유지하는데 드는 경비를 감당하기 위해서는 환자들에게 더 큰 비용을 받아야 하는데 그 비용을 내면서 병원에 머물 수 있는 환자가 많지 않을 것이라는 의견이 우세했다. 그리고 그 비용으로 얼마나 더 많은 결핵 환자들이 완치될 수 있을지에 대한 공리주의적 논리가 적용되었다. 주어진 비용으로 더 많은 사람이 동일하게 누릴 수 있는 혜택이 무엇인지 찾는 것은 지혜로운 일이다. 그러나 당장 눈앞에서 절실한 요구가 있는 사람을 위해 할 수 있는 일을 포기하면서 다수를 위한 불확실한 배려를 하자는 것에 대해서는 분별력을 가지고 고민할 부분이다. 이런 고민에 설대위 박사는 다음과 같은 이야기 하고 있다.

건강한 사회를 이루려는 원대한 목표를 최우선 순위로 삼아, 이것을 삶과 죽음의 위기 순간보다 우위에 두거나, 생명을 구해 달라고 간청하러 온 개인이나 고통을 호소하며 찾아오는 개개인의 운명보다 우위에 두는 것은 진실한 그리스도의 제자가 선택할 길이 아니다. 또한, 지역 사회의 안녕 복지를 위해 한 개인의 고뇌를 저버리는 것 역시 참다운 제자의 길이 아니다(설대위 1979: 32).³⁵⁾

자원이 제한된 상황에서 병원의 유지를 위해 필요한 보편적 요구를 충족하는 일과 한 환자의 고통도 소홀히 하지 않는 것은 양립되기 어렵다. 따라서 매상황마다 치열한 고민을 하며 어려운 결정에 대한 책임을 질 수 있는 지도자를 찾는 일은 더욱 어렵다.

랩 프로젝트의 직원들 가운데 50% 정도는 무슬림들이고 25%는 힌두, 나머지 25% 정도가 기독교인이다. 방글라데시 인구 집단의 85% 정도가 무슬림이고 10% 정도가 힌두, 1% 미만이 기독교인 것을 고려하면 기독교인 직원의 비율이 높은 것이기는 하지만 대부분 직원은 기독교인이 아니다. 그러다 보니 기관의 가치와 이상을 모든 사람이 공감하고 따라가기도 어렵다. 가난한 지역 사회와 함께 일하는 것에 따르는 불안정성을 감수할 수 있는 지도자가 필요하다. 하지만 대부분 현지 기독교인 직원들에게 병원은 그들의 생계를 유지해주는 직장이며 선교사가 가지는 소명과 같을 수는 없

35) 설대위, 『상처받은 세상 상처받은 치유자들』, 김민철 옮김, (IVP, 1997), p 32.

다. 다양한 목소리를 들으면서 선교 병원의 가치를 지켜내는 현지 의료인을 찾아서 지도력을 이양하는 일은 커다란 숙제이다. 의료 선교의 현장성을 이루어 가기 위해서 오래 기다리며 더딘 시간을 보내는 것은 사역의 필수적인 요소이다(설대위 1979).

3. 의료 선교사의 자세

기독교 병원은 질병, 고통, 절망, 인간의 생명을 경시하려는 유혹, 가난에 대한 수치심과 죽음에 대한 공포, 과로에서 오는 압박감과 힘겨운 선택에 대한 스트레스, 이 모든 세력이 싸우는 투기장이다. 우리는 모두 이 싸움에서 양심적인 참가자가 될 것이다(설대위, 1997: 62)).³⁶⁾

위에서 언급되고 있는 바와 같이 낙후된 지역에서 일하는 의료 선교사는 쉽지 않은 싸움장에 들어서야 한다. 그런 선교사들이 가져야 할 자세를 정리한 저서들은 많이 있다. 여기에서는 램 병원에서 필자가 가졌던 고민을 바탕으로 가난, 팀 사역, 정체성에 대해 성찰해 본다.

1) 가난에 대한 이해

램 병원에서 의료 선교사가 맞는 가장 큰 도전은 가난이라고 할 수 있다. 앞에서도 살펴본 것처럼 램 병원을 찾는 많은 환자가 경제적 어려움으로 인해 병을 키우거나 제대로 의료 시설에 접근하기 어려운 형편이다. 대부분의 의료 선교사들은 가난을 진지하게 마주해 본 적이 없다. 의료 선교 훈련을 받고 단기 선교를 다니며 잠깐 둘러볼 수는 있지만 실제로 가난한 사람들과 함께 산다는 것은 또 하나의 문화를 만나는 것과는 같다. 따라서 그들은 가난의 문제를 어떻게 다루어야 하는지, 가난한 환자들에게 최선의 치료가 무엇인지 모른다.

가난한 환자들의 가장 큰 문제 중 하나는 치료 순응도(compliance)가 낮다는 점이다. 돈이 없는 가난한 사람들은 어쩔 수 없이 치료를 받지 않는 쪽으로 선택한다(최영

36) 앞의 책, p62.

아, 2015: 32).³⁷⁾ 특히 당뇨나 고혈압같이 지속적인 관리가 필요한 만성적인 질환을 앓고 있는 환자들은 질환이 악화가 되어 증상으로 나타나지 않으면 정규적으로 약을 받으려 잘 오지 않는다. 가난한 이들은 하루 벌어 하루를 먹고 사는 단순 노동자들이 대부분이기 때문에 아무리 약과 병원이 공짜라고 하더라도 하루의 생계를 포기하고 병원에 오기 때문이다. 가난한 환자의 경우는 입원 치료도 어렵다. 입원에는 비용이 증가하니 당연하다. 장티푸스와 같은 감염병으로 인한 열성 질환으로 장기 입원을 해야 하는 경우에 갈등이 발생한다. 대부분 장티푸스에서 주사 항생제 치료가 짧게는 일주일에서 이주까지도 필요하기 때문이다. 금방 열이 떨어지면 좋지만 가난한 환자들의 영양 상태나 면역 상태는 대부분 장기 치료를 요구한다. 장티푸스성 뇌증후군이나 폐증후군까지 가게 되면 환자의 의식이나 호흡의 변화까지 생긴다. 이런 상황에서 환자의 예후를 판단하는 것은 매우 어려워진다. 환자의 나이, 기저 질환, 활력 징후, 검사 소견, 인종 등을 종합해서 달라지는 예후를 설명해야 하지만 누구도 정확하게 예측할 수 있는 사람은 없다. 어떤 교과서나 가이드라인도 개인의 상황에 따른 특수성을 과학적으로 일반화하여 설명할 수 없기 때문이다. 그저 항생제와 대증적인 보조적 치료를 통해서 환자가 회복되기를 간절히 바라는 마음이 얼마나 큰지가 예후라고 해도 틀리지 않는다. 그렇게 사나흘쯤 지나면 회복에 대한 가족들의 희망은 사그라지고 경제적인 어려움에 대한 호소가 시작된다. 그러면 의사는 환자 보호자와 환자의 생명을 전제로 하는 협상에 들어가야 한다. 환자의 입원이 길어지면 경제적 부담으로 인해 어려움을 겪게 될 어린 자녀가 있는지, 그래도 당장 집에 돌아가면 산소 공급이나 수액 공급도 없이 환자가 죽게 될 가능성이 얼마나 큰지, 병원에 일주일 더 있게 되면 비용은 얼마나 되며 그렇게 치료를 받으면 환자는 완전히 회복될 수가 있는 것인지. 따져 봐야 할 비용과 위험 부담이 너무나 복잡하게 엉켜있다. 삶을 이해해야 질병을 이해할 수 있고(최영아, 2015:106) 더 나아가서 치료 계획을 세울 수 있다. 따라서 병원 자체의 통계를 통해 치료에 대한 적절한 근거 자료들을 확보해 나가는 것도 필요하다.

환자들의 속사정과 상황을 제대로 알지 못하면 의사는 한 명의 환자라도 더 살려내야 한다는 직업적 전문성을 앞세워 가난한 환자들의 무지나 이해력을 문제라고 여기

37) 최영아, 『질병과 가난한 삶』, (청년 의사, 2015) p32 이 책은 14년간 노숙인들을 치료해 온 자료들을 기록한 연구서이다.

게 될 수 있다. 의학적 지식만으로 답할 수 없는 변수들을 고려하는 데 익숙하지 않은 의사들은 환자의 가족들이 환자의 생명을 쉽게 포기하는 것처럼 보이는 상황에 당황하게 된다. 암이나 난치병도 아닌 감염성 질환의 치료를 포기하는 비윤리적인 것 같은 결정을 해야 할 때도 있다.

환자나 보호자의 자율성을 존중하라는 의료 윤리의 원칙이라는 것도 최소한의 생존 여건이 마련되었을 때 할 수 있는 이야기이다. 생존이라는 기본적인 본능에 얽매어 자유롭지 못한 상황에서 자율성이라는 것은 무의미해진다. 또한, 환자의 최선의 이익이 무엇인지를 판단하는 것도 더욱 복잡해진다. 생존의 짐을 지고 사는 사람에게 더 무거운 짐을 지더라도 살아내라고 말할 수 있는 근거가 필요하다. 그렇지 않으면 환자에게 해가 되는 결정을 할 수밖에 없는 것이다. 분배적 정의라는 말은 이들과는 가장 거리가 먼 이야기가 되고 의료 윤리의 원칙은 혼란을 더하고 만다.

윤리는 인간을 위해서 갈등을 제거하지 않는다……. 우리는 결코 무관심해서는 안 된다. 우리는 점점 더 심오한 갈등을 경험할 때 진실 속에 있게 된다. 선한 양심은 악마가 만들어 낸 것이다(슈바이처, 1923).³⁸⁾

이 말은 윤리가 스스로를 선하다고 생각하는 굳은 양심을 깨우칠 수 있도록 지속적인 갈등을 만들어 내야 한다는 의미이기도 하다. 가난이 만들어 내는 윤리적 갈등이 우리에게 진실을 추구하게 할 수 있다. 고민에 대한 간단한 답은 없다. 손쉽게 가난을 해결해 보려고 여기저기서 기금을 끌어오는 것은 더 큰 문제를 만나게 할 수 있다. 현지 공동체가 가진 돈의 가치를 인정하고 존중하는 방식으로 함께 살아가면서 접근하지 않으면 현지인들로부터 선교사는 돈의 가치를 가볍게 생각한다고 여겨질 수 있다.³⁹⁾ 그렇게 되면 중요한 삶의 가치를 공유하지 못하는 이방인의 자리를 벗어나기가 힘들어지고 만다. 한 연구 조사에 따르면 가난한 사람들이 스스로를 빈곤하다고 느끼는 경우는 실제로 물질적인 부족에서 오는 것이 아니라 부끄러움, 열등감, 무기력함, 비굴함, 공포, 절망, 우울, 사회적 고립, 소외와 같은 관계적 상황에서 나타났다

38) 슈바이처, 『문화와 윤리』, 안인길역 (삼성출판사, 1990), p386.

39) 나오미 리드, 『사막에 자두나무가 자란다』, (앵커출판&미디어, 2020), p65.

“현지인들이 가지고 있는 돈에 대한 가치를 이해하고, 그들과 같이 그 가치를 소중히 여기지 않으면 관계성을 잃을 수 있다.” 이 책은 한국인터서브 선교회가 30주년을 맞아 발간한 인터서브 총체적 선교 시리즈의 첫권이다.

(Corbett, 2009: 53). 결국, 가난한 사람들을 돕는 일은 그들의 필요를 채우는 것으로는 해결되지 않는다. 가난한 사람들 스스로가 가진 힘이나 가치가 무엇인지 살펴서 함께 관계를 맺으며 배워 가야 한다.

우리의 말, 행동, 그리고 더 중요하게는 우리의 귀(들어주는 것)를 통해서 가난한 사람들이 고유한 재능과 가치가 있는 사람들임을 보여 줄 때, 우리는 그들이 자신의 존엄성을 인식하도록 도울 수 있으며, 또한 우리 자신은 자만심에서 회복될 수 있다(Corbett, 2009: 68).

2) 팀 사역을 통한 분담

그렇다면 부족한 의료 인력과 제한된 환경 속에서 의료 선교사가 환자의 병과 전도 활동을 다 병행하며 몸과 영혼을 돌보는 것이 가능한 것일까? 의사로서 모든 책임을 혼자 안고 가려는 것은 스스로가 모든 상황을 통제하는 권위를 가지고 있다고 여기기 때문일 수도 있다.

램 병원에는 환자의 이야기를 들어주고 의사와 환자 사이를 이어주는 원목실 직원들이 있다. 현지 기독교인들로 구성된 원목실 직원들은 환자와 의사 사이에서 소통 창구가 되어 주기도 하고 함께 환자의 손을 잡고 기도하는 친구가 되어 준다. 환자들이 퇴원할 때 의사보다 원목실 직원들에게 감사 인사를 잊지 않는 경우도 많다. 간혹 환자들이 외국인 의사에게만 자신의 이야기를 들려주려고 한다. 이는 환자와 의사의 상호 신뢰 관계로 이어져 복음 전도의 기회가 생기기도 하지만 특정 의사에 대한 의존성에 빠질 위험도 있다. 신뢰할 만한 의사를 만나기 어려운 선교지의 환자들이 의료 선교사를 절대적으로 따르게 되면 신뢰를 넘어서 종속적인 관계가 형성되고 선교사의 위험한 자기 확신이 생길 수도 있다. 따라서 의사를 신뢰해 주는 것은 고맙지만 병에 대한 편견 없이 환자의 말을 더 잘 이해할 수 있는 사람에게 환자를 의뢰하고 치료에 집중하는 것이 정말 환자를 위하는 일이 되기도 한다. 한 사람의 변화는 의사 개인을 향한 신뢰가 아니라 전체 팀을 통한 포괄적 신뢰로 이루어지기도 한다.

우리가 한 팀으로 일하고 있다면, 원목실에서는 어떤 환자에게 내(외과 의사 선교사)

가 직접 기도하고 이야기를 하는 것이 좋을지 알려줄 필요가 있으며 나는 원목실 직원들에게 누가 여기에 오래 머물 환자이고, 위중한 환자인지를 알려주어서 원목들이 어떻게 환자에게 접근해야 할지를 고려하도록 해야 합니다(Bowers 2018: 64).⁴⁰⁾

팀원들 간의 정기적인 소통은 의료 선교사가 함께 이루어 가고 있는 일이 무엇인지에 대한 흐름을 놓치지 않도록 돕고 환자를 치료하는 일에만 매몰되지 않도록 도와준다. 램 프로젝트의 선교사들은 매주 화요일에 함께 모여서 기도 모임을 한다. 이 모임은 각자의 문제를 나누고 서로를 위해 기도하기 위한 모임이지만 의사가 치료한 환자를 원목실이 어떻게 만나서 복음을 전했는지, 병원에서 퇴원한 환자가 지역 사회에서 어떻게 지내고 있는지, 환자나 직원의 자녀들이 학교에서 어떻게 생활하고 있는지의 포괄적 상황을 듣는 시간이기도 하다.

한국의 선교 병원들이 전도 활동을 하던 1920년대에도 의사, 선교회 소속 선교사, 병원전도사들 가운데 주로 한국인 병원전도사들의 활동을 통해 전도성과가 나타났다(이만열, 2003: 846). 선교사 역시 주인의 일을 맡은 하인일 뿐이고 의료 선교의 주인(the master of all missionaries)은 따로 있음을 기억해야 한다(Lambuth, 1920: 213). 최종적인 책임을 지는 분이 누구인지 알고 있다면 의료 선교사는 자신이 큰 그림의 한 부분이라는 것을 인식하고 성실할 수 있다. 선교 사역은 함께 일하는 다양한 역할의 사람들을 신뢰하고 협력함으로 이루어진다.

3) 선교사의 정체성

의료 선교사는 자신이 누구인지에 대한 정체성이 분명해야 한다. 물론 정체성이라는 것은 변화하기도 하고 새롭게 발견되기도 한다. 이러한 과정은 선교지에서 만나는 갈등에 또 하나의 혼동을 더할 수 있다. 선교사가 태어나고 자란 국가를 떠나 다른 나라의 언어를 사용하며 오랫동안 현지인들과 함께 지내다 보면 자신이 어디에 속했는지에 대한 혼란이 온다. 어떤 가치나 체계를 전적으로 공유할 수 있는 집단에 대한 소속감에서 오는 안정감을 잃어버리기 때문이다. 의사로서의 정체성에 대한 자신감도 떨어진다. 국내에서 배우고 익혔던 기술들을 발휘할 수 있는 여건도 다르고 필요한

40) Robert Bowers, "With Dr. Bob in Bangladesh", Robert Bowers, 2018, p64.

의료 장비도 없다. 현지에서 사용할 수 있는 물품에 맞춰 환자의 치료 방법이나 목표도 달리 세워야 한다. 사망률이나 사망 원인도 이전에 알아 왔던 것과는 다르다. 환자들의 열악한 영양 상태나 사회 경제 상태를 보며 질병의 치료가 고통스러운 삶의 연장일 뿐인 것은 아닌지 회의도 생긴다. 선교사라는 이름은 더욱 정의하기가 어려워진다. 타국에 있는 것은 맞다. 하지만 많은 환자를 돌보며 의사라는 이름을 지켜내는 것도 버거운 상황에 복음을 전하는 일은 매우 제한적으로 일어나고 있는 것처럼 보이기 때문이다.

의료 선교사가 만나게 되는 오랜 빈곤과 질병 속에서 생존해 온 사람들의 삶에서 인간의 존엄성을 찾기가 어려워지는 경우가 많다. 인간은 기본적인 의식주가 안정되지 않으면 본능적인 욕구에 집착하게 될 수밖에 없기 때문이다. 생존의 절박감은 의식적인 성찰을 통해 옳고 그름의 가치를 판단하기보다는 기본적인 욕구를 따른 충동적인 행동을 강하게 만든다. 그런 사람들 틈에서 함께 살아간다는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 현장의 지속적인 요구는 좌절과 분노가 되고 탈진(burn out)과 피로가 오는 것은 당연하다. ‘인간은 정말 존엄한가? 인간은 사랑할 만한 가치가 있는가?’

1905년 네덜란드가 인도네시아 포소(Poso) 지역의 오지인을 무력으로 점령하는 데는 10년 동안 문화 인류학자이자 언어학자로 살면서 이 지역 사람들을 가르치던 두 명의 선교사가 있었다. 산지의 원주민들은 그들이 생각하던 인간의 존엄성과는 너무나 다른 모습으로 인간사냥을 하면서 살아가는 사람들이었다. 그들은 흩어져 사는 산지인들의 더딘 변화에 좌절하여 군대에 길을 내주고 그들을 힘으로 종속시키기로 하였다. 그리고 그 과정에서 수백 명의 산지인들이 군대에 죽임을 당했다. 결국, 선교사들 역시 인간사냥을 하는 사람들을 죽음에 몰아넣는 똑같은 일을 한 것이다(Murray, 2007).⁴¹⁾ 우리가 서로의 약함(mutual brokenness)을 포용하기 전에는 가난한 사람을 돕는 우리의 일이 이익보다는 해가 되는 경우가 더 많다(Corbett, 2009: 64).

깊은 고민은 선교사의 정체성에 대한 회의를 가져오고 타인의 비참함에 자신을 동화할 수 없는 나약한 존재인 자신에 대한 한계를 느끼게 한다. 결국, 자신이 인간의 비참함의 한 부분에 기여하고 있는 존재임을 깨닫게 된다. 이때 선교사는 현지인과

41) Tania Murray Li, “The Will to Improve”, (Duke University Press, 2007) p 67.

마찬가지로 구원의 완성을 기다리는 인간이라는 본질적인 동질감을 느끼게 되는 것이다. 어떤 인간도 궁극적인 책임을 질 수 없는 존재이며, 비참한 인간의 한계를 벗어날 수도 없다. 절대적인 기준을 주는 어떤 집단에도 속해 있지 않다. 결국, 자신의 존재는 타자와 구별된 우월성에 있는 것이 아니라 타자와의 관계 속에서 정의될 수밖에 없다. 정체성의 질문은 더는 ‘나는 누구인가?’ 혹은 ‘나는 어디에 속했는가’에 머물지 않는다. ‘나는 누구에게 속했는가 (Whose I am?)’ 의 질문으로 바뀐다.

선교사가 가지는 정체성의 뿌리는 변함없는 관계 속에 있다. 시간이 흐르고 변하여도 흔들리지 않을 관계의 든든함이 자신을 정의하는 뿌리가 되는 것이다. 따라서 선교사의 가장 중요한 정체성은 궁극적인 책임의 문제를 완전하게 해결해 낸 절대자와의 관계 안에 있다. 죽음을 넘어서 영원의 길이 되는 구원자에게 속하여 그의 소유가 되는 관계에만 있는 것이다. 여러 고민과 혼란 속에서도 일상을 지속하기 위해서는 변하지 않는 관계 속에서 자기 가치를 인식해야 한다. 정체성의 뿌리가 되는 ‘나는 누구에게 속하였는가?’ 는 선교사가 매일 새롭게 대답해 내야만 하는 가장 중요한 질문이다. 뿌리가 깊은 나무가 비바람 속에 흔들려도 유연하게 서 있을 수 있다.

제5장 결론

지난해 국립 박물관을 방문했다가 선사 시대 유물 전시관에서 본 돌로 된 주방 기구를 보고 놀랐다. 방글라데시에서 곡류를 으깬 때 쓰던 기구와 거의 똑같이 생긴 물건이 전시되어 있었기 때문이다. 그런 방글라데시 시골 마을에도 3G 인터넷이 들어온다. 사람들의 삶은 변하지 않기도 하지만 빠르게 변하기도 한다. 과거와 현재가 공존하고 있다. 현대의 의료 선교사는 이런 시공간을 넘나들며 살아가야 하는 사람들이다. 그들에게는 변하는 것이 무엇인지, 변하지 않는 것은 무엇인지, 그리고 빠르게 변하지 않아도 되는 것이 무엇인지에 대한 인식이 필요하다.

빠르게 변하고 있는 현대 의학의 발전 속에서 선교 병원은 그 발전 속도를 따라가기 어렵다. 지역 사회의 사회경제적 상황에 맞추어서 함께 발전해야 하기 때문이다. 빈곤 지역의 선교 현장에는 기초 보건사업으로 예방할 수 있는 많은 보건적 문제가

남아 있는 것도 사실이지만 급만성 질환에 대한 적절한 치료를 통해서 돌보아야 할 환자들도 많다. 제한된 자원과 인력으로 많은 환자를 돌보기 위해서는 최고가 아니라 최선의 치료가 무엇인지에 대한 숙고가 있어야 한다. 이는 현지의 상황을 파악하여 적절한 치료 지침을 정하는 작업이기 때문에 전문적 의료 지식과 현장에 대한 경험이 요구된다. 때로는 전문의로서의 고유한 전문성을 포기하거나 새로운 영역으로 활동 범위를 넓히기도 해야 하는 과정이다. 현대 의학의 전문적 발전 방향에 역행하는 것처럼 보이기도 한다. 그러나 적정 치료 기술은 분명한 병태생리학적 원리를 기반으로 잊혀져 가는 기술들을 시간을 거슬러 되살리는 창의적인 일이다. 자체로 고안된 기구들에 대한 타당성과 안정성에 관한 연구도 필요하다. 아시아와 아프리카 각지의 제한된 선교지에서 응용되고 있는 여러 치료 기술과 자료들을 모아서 적정 치료 기준을 마련하는 일도 지속 되어 할 과제이다. WHO는 2015년 국가별 보건 기술에 대한 평가 보고서를 발표했지만 각 국가의 치료 지침에 대한 현황 조사에 그쳤다(WHO, 2015).⁴²⁾ 개개의 현장에서 이용 가능한 자원도 다르고 각 상황의 특수성에 따른 개별적 적용이 요구되기 때문에 보편적 기준을 제시하는 것은 쉽지는 않은 일이다.

선교 병원에서 사망률을 줄이고 기대 여명과 생존율을 높이는 일은 중요한 발전 성과 지표가 된다. 과거의 병 속에 살아가는 사람들에게 현대 의학이 가져오는 힘은 강력하다. 그러나 그것이 기독교와 예수 그리스도를 설명할 수는 없다. 의학은 과학일 뿐이지 진리가 아니다. 마찬가지로 예수의 삶 속에 있는 진리를 전달하는 것도 병원이 하는 일은 아니다. 선교 병원은 의료 선교의 기회를 제공하는 공간일 뿐이다. 의료 선교는 언제 어디서나 변함없는 예수에게 속하여 가난하고 소외된 한 사람 한 사람을 살피고 섬기는 의료 선교사의 삶 속에 있다.

“우리의 사명은 기독교 기관으로서 방글라데시의 가난하고 소외된 사람들, 특별히 여자와 어린이들을 섬김으로써 하나님을 섬기는 것입니다(The mission of our Christian organization is to serve God by serving the poor and under-privileged, especially women and children of Bangladesh).⁴³⁾”

42) WHO, “2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities”, 2015

43) 램 프로젝트의 비전 선언문(vision statement, LAMB) since 1999

참고 문헌

1. 국내 문헌

강영식 외, 『현대 의료 선교학』, (미래사, 2018)

나오미 리드, 『사막에 자두나무가 자란다.』, (앵커출판&미디어, 2020)

실대위, 『상처받은 세상 상처받은 치유자들』, 김민철 옮김, (IVP, 1997)

슈바이처, 『문화와 윤리』, 안인길 역 (삼성출판사, 1990)

알버트 슈바이처, 『물과 원시림 사이에서』, 송영택 옮김 (문예출판사, 1999)

이기섭, 『거지 대장 닥터 카딩턴』, (좋은씨앗, 2019)

이만열, 『한국기독교의료사』, (아카넷, 2003)

이정록 외, 『세계 분쟁 지역의 이해』, (푸른 길, 2016)

진우택 외, 『용서와 화해에 관한 성찰』, 한반도 평화연구원 총서-14, (명인문화사, 2018)

조효제 편역, 『NGO의 시대』, (창비, 2005)

존 그라운트, 윤기중역, 『사망표의 제 관찰: 역병과 환경의 경제성 분석』, (서울: 법문사, 2008)

최영아, 『질병과 가난한 삶』, (청년의사, 2015)

한국 국제 협력단(KOICA), 『국제 개발 협력의 이해』, (한울, 2015)

홍성욱, 「적정기술의 의미와 역사」, 『과학기술정책』, 183, 2011.6, 51-57

전치형, 「소외된 90%, 따뜻한 기술, 최고의 솔루션: 한국 적정기술 운동의 문제의식 비판」, 『과학기술학연구』 14(2) 2014.12, 127-164

2. 외국 문헌

Arturo Escobar, “Encountering Development”, (Princeton University Press, 1995)

James Ferguson, “The Anti-Politics Machine”, (University of Minnesota Press, 1994)

Robert Bowers, “With Dr. Bob in Bangladesh”, (Robert Bowers, 2018)

Steve Corbett, Brian Fikkertt, “When helping hurts”, (Moody publishers, 2009)

Tania Murray Li, “The Will to Improve”, (Duke University Press, 2007)

Walter. R. Lambuth, “Medical Mission: The Twofold task”, (Student volunteer movement, 1920)

H.R. Andersen, T.T. Nielsen, K. Rasmussen, et al., “A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction”, *NEJM*, 2003 vol. 349

C.C. Heuck, “Health care in the developing world: need for appropriate laboratory technology.” *Clinical Chemistry*, 1991, Vol. 37

Robert M DiBlasi, “Neonatal Noninvasive Ventilation Techniques: Do We Really Need to Intubate?” *Respiratory Care*, 2011;56(9):1273 - 1294.

Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit J, Missset B, Christias M, Carlet J. “Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes.” *Intensive Care Medicine*, May 2003;29:774 - 781

Syed Masud Ahmed et al, “The health work force crisis in Bangladesh: Shortage, inappropriate skill-mixed, and inequitable distribution”, *Human resources for Health*, 2011, 9:3

WHO, “Appropriate technology in maternal and child health”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1992, Mar,37(3):229

3. 기타자료

LAMB project, “Celebrating 40 years of service with the poor”, (LAMB, 2016)

IRT. 2009a. Bangladesh Health Population and Nutrition Sector Programme (HPNSP): Annual Progress Review (APR), Vol. I: Main Consolidated Report. Dhaka: Independent Review Team, Ministry of Health, Family and Welfare, Government of Bangladesh.

Omar Haider Chowdhury, S.R.Osmani, “Achieving the Right to Health”, The Bangladesh development studies, vol 33, March-June 2010, Nos. 1 & 2, FMRP. 2006. Social Sector Performance Surveys: Primary Health and Family Planning in Bangladesh: Assessing Service Delivery. Dhaka and Oxford: Financial Management Reform Programme, Ministry of Finance, Government of Bangladesh and Oxford Policy Management. BHW. 2008. The State of Health in Bangladesh 2007: Health Workforce in Bangladesh. Dhaka: Bangladesh Health Watch and James P. Grant School of Public Health, BRAC University, Dhaka.

Bangladesh health watch report 2016, “Non communicable disease in Bangladesh”, Bangladesh Health Watch Secretariat, James P Grant school of Public Health BRAC university, (2017)

WHO, “2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities”, (2015)

인터넷 자료

Sarker BK, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra DK (2016) Reasons for Preference of Home Delivery with Traditional Birth Attendants (TBAs) in Rural Bangladesh: A Qualitative Exploration. PLoS ONE 11(1): e0146161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146161>

Dong-Yeon Kim et al, "Clinical characteristics and outcomes of ST-elevation myocardial infarction in a low income setting in rural Bangladesh, 2019
<http://www.journal.elsevier.com/ijc-heart-and-vasculature>

Maternal Newborn Health and the urban poor: Bangladesh case study, Columbia university(2016)
https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Bangladesh-Case-Study_July-1-2016-FINAL-w-Annex.pdf
www.data.worldbank.org

www.healthdata.org

www.kostat.go.kr

www.lambproject.org

[www.sho.int/healthsystems/universal health coverage/en/](http://www.sho.int/healthsystems/universal-health-coverage/en/)

ABSTRACT

A Direction of Modern Medical Mission from a study of LAMB hospital project in Bangladesh

Ahn, Mi Hong

Dept. of Medical Humanities and Social Sciences

The Graduate School

Yonsei University

The modern world has been changed drastically and advanced globally. So even in the third world there are specialized medical centers with cutting edge technology supported by international organizations or major companies. In the current situation modern medical mission has been challenged in directions to go further. This study focused on activities of LAMB project which has worked in medical mission in Northwest Bangladesh since 1976, so that it can reveal the possible directions for a modern medical mission to follow.

Bangladesh is located in Northeast side of Indian Sub-continent with the world top population density. The country had independence from Pakistan in 1971. The GDP is \$1,855, the urbanization rate is 37.4%, and the national religion is Islam.

Bangladesh started the five-year national health project from 1973. In 2000, the government implemented consistent national health policy which set the goals to provide primary health service to all, especially to the rural poor based on national

population statistics. However medical professionals and resources have been centralized in main cities that villagers in rural area have remained huddled to access health service centers.

LAMB(Lutheran Aid Medicine to Bangladesh) project is sited in Northwest of Bangladesh, called Dinajpur, about 300km far from the capital city, Dhaka. It was founded by American Lutheran Mission in 1976 when it began with community health project. Now it consists of 150-bed hospital, English medium school(from preschool to Grade 10), training center, nursing school, rehabilitation center, MIS-R(Management Information System and Research) and CHDP(community health development project) department. LAMB project serves about five-million people at 60 unions around. CHDP works mainly for mother and child health care at community safety delivery units to decrease perinatal mortality. LAMB hospital has about 240 staff including 26 doctors and 90 nurses mixed with expatriate missionary professionals and locals. The hospital runs for 24 hours with emergency serves in medicine, surgery obstetrics/gynecology, and pediatrics. There have been about 11,000 inpatients and 65,000 outpatients a year in the hospital(2017).

The main community health indicators are infantile mortality rate and maternal mortality rate. Yet they are not enough to explain the causes of death or to elaborate in disease characteristics occurring in community. So the study analyzed the hospital mortality statistics in 2017 to explore detailed death events and socio-economic characteristics in the community. The total admission number of patients was 9524 and the number of death was 269(2.7%). From the study it is found that there was high infant death rate and higher young female(20-40 years) mortality than young male. Three female death was related with delivery. The average earning of the death patients was about \$100 per month. Except infant death, the causes of death were listed as cardiovascular disease, chronic lung disease, infectious disease(Tuberculosis, pneumonia, sepsis) and suicide in frequent order. Without infantile death cases the average age of male patients who died in the hospital was 50.5 years, and of female, 39 years. The average age of suicidal

patients was 32.4 years.

LAMB hospital mortality statistics implies that the approach to disease care should be different in a rural community. Because of the limitations in financial and medical resources, a medical mission like LAMB can look for a direction other than specialized technology with high expense. Here we consider appropriate medical technology and indigenization from the activities of LAMB project. For pediatric intensive care the hospital designed CPAP(continuous positive airway pressure) device to support premature baby's respiration, which is very simple. Medicine team has used appropriate technology in intensive care such as peritoneal dialysis, thrombolysis, and ABMU manual bagging to provide sustainable intensive care without high costing devices. With the help of them LAMB hospital could care many critical patients who came to the hospital with acute illness as shown in the mortality study. A mortality study of AMBU bagging patients in medicine team displayed 27.2% survival rate. Pediatrics team has the record to survive a 890gm baby without mechanic ventilator. They are also implementing WHO recommended mother and child care programs as appropriate health technology. The next way to approach is indigenization, that is localization. CHDP has tried to apply tools of indigenous songs, dramas and rallies for primary health education methods to communicate with illiterate villagers. The appropriate medical technology is also locally accessible skills.

Korean medical mission progressed by expansion and education in early 20 century. It even succeeded to raise Korean mission leaders with rapid growth of christianity. But It is a hard choice for a mission hospital in rural Bangladesh as there are little economic independency and few christian population. So it requires long patience to find a qualified local Christian leader to complete indigenization.

Considering the current situation of LAMB project, it is demonstrated that modern medical mission can have a direction to provide health for all, especially the rural poor via appropriate medical technology and indigenization to work locally. Cooperation with local governments, international organizations and local NGOs is also a favorable way to reach universal health coverage to influence

globally.

Finally the study looked through the required attitude of medical missionaries. Missionaries from the highly developed world need to learn how to understand poverty to respect the local economic value. Also it is needed to ponder how to share the burdens to treat many patients and to tell the truth as a partner in a team. In confusion of changes under a different world, they should be sure of “whose I am” to root the identity in the solid relationship with God everyday.

Keywords:

Modern Medical Mission, Bangladesh, LAMB project, LAMB hospital, mortality statistics, socio-economic characteristics, appropriate medical technology, indigenization, Missionary identity