

1. 시작하는말

우리나라를 포함한 아프리카 나라들이나 중국, 인도, 방글라데시 등 세계 여러 나라의 기독교 선교 역사에서 의료는 복음의 접점을 마련하는데 중요한 역할을 하곤 했다.¹ 한편으로 의료는 복음의 접촉점을 제공하는 수단으로서의 역할 뿐만 아니라 치유 사역 그 자체가 상처받고 왜곡된 인간, 즉 하나님의 형상을 치유함으로써 하나님 나라를 이루어 가는 복음의 목적을 수행하는 역할을 해오고 있는 것이다. 우리나라도 70년대 말에 의료선교사를 파송하기 시작하여 예수님이 공생애 동안 하셨던 가르치시고 전파하시고 고치시는 사역에 나름대로 역할을 감당하여왔다.²

현대선교의 아버지라 불리는 윌리엄 케리(Willaim Carey, 1761-1834)가 개신교 선교의 시대를 연 이래로 근래에 이르기 까지 의료선교의 역할은 지대했는데 그럴 수 있었던 시대적 배경이 있었다. 즉, 당시의 대부분의 선교지 국가에서의 의료 자원은 의료선교사들이 주를 이루었다. 또 당시의 의료가 지금에 비해 덜 발달했었기 때문에 비용부담이 상대적으로 적었고 오늘날과 비교할 때 선교를 후원하는 교회나 기관들도 이를 감당할 만 하였을 것이다.

그러나 오늘날 세계화와 신자유주의 경제로 대표되는 시대 변화와 컴퓨터 기술에 근거한 의료 장비 개발 및 분자 구조 연구에 따른 표적 치료제에 이르는 의학 기술의 발달은 의료의 틀과 내용에 영향을 미치고 있다. 이는 자연히 선교의료의 내용과 본질에 까

¹ 루스 터커(박해근역), 선교사 열전, 크리스찬 다이제스트, 1996, 429-458.

² 마4:23 예수께서 온 갈릴리에 두루 다니사 저희 회당에서 가르치시며 천국 복음을 전파하시며 백성중에 모든 병과 모든 약한 것을 고치시니
마9:35 예수께서 모든 성과 촌에 두루 다니사 저희 회당에서 가르치시며 천국 복음을 전파하시며 모든 병과 모든 약한 것을 고치시니라

지도 변화를 초래하는 것을 선교 현장에서 목도할 수 있게 되었다. 그러나 이러한 관찰은 꼭 오늘날에 와서 일어난 새로운 것은 아니었다. 로빈슨(H.W. Robinson)은 이미 30여 년 전에 선교의료의 변질에 대해 다음과 같이 우려를 표현한 바 있다.

“어처구니 없게도 많은 그리스도인들이 여러 나라에 건강함을 전해주는 일과 하나님의 이름으로 그 나라에 서구의 과학 기술과 과학 기술자들을 파견하는 일이 같다고 생각하고 있다. 예수 그리스도는 자신의 병원에서 실종되어버렸다. 그리스도를 섬기는 자들이 세운 바로 그 병원에서 무수한 압력에 의해 그리스도는 내 몰리고 있다. 의학은 남아 있으되 성스러운 임무는 사라져간다.... 어느 사역에서나 아주 쉽게 신발이 발에게 어떤 식으로 자라야 된다고 말하는 것을 볼 수 있다. 설상가상으로 이미 절단되고 없는 발을 위해 훌륭하고 정교한 신발을 만들기 위해 얼마나 많은 노력이 허비되는가?³

어느덧 선교의료는 서양医료를 전달하기 위해 모든 자원을 사용하며 인도주의적인 원조 이상을 벗어나지 못하는 상황이 당연시 되고 있다. 본 고에서는 시대 변화와 의학기술의 발달이 선교 의료에 어떤 영향을 주었고 선교의료의 방향성을 제고 하기 위해 중요하다고 판단되는 몇 가지의 요소들에 대해 추적해보고 선교 현장을 관찰한 경험과 학문적 연구 보고들을 참고하여 선교의료의 어떠해야 하는가에 대한 대안을 제시해 보고자 한다.

2. 변화가 선교의료에 미친 영향

1) 세계화와 신자유주의 경제 체제와 의료

이데올로기가 지배하던 냉전 시대가 공산주의의 퇴락하고 자본 중심의 신자유주의 경제 체제가 등장하면서 부자 20%와 가난한 80%로 구성되는 20/80 사회가 될 거라는 우려가 있어왔다. 그러나 그 우려는 금새 10/90가 되더니 결국 1/99 로 양극화하면서 월가를 점

³ D. J. Seel, Challenge and Crisis in Missionary Medicine, (Pasadena: William Carey Library, 1979) viii. Preface by H.W. Robinson.

령하라는 구호가 들리게 되었다. 신자유주의 경제 체제가 상호 영향을 주고 받으며 가속화시킨 것은 세계화라는 새로운 틀이었다.

이와 같은 변화는 의료에도 영향을 미치게 되었다. 물론 자유주의경제 체제에서 발달한 의료의 첨단기술들은 질병의 예방과 개인의 질병 치유에 큰 기여를 한 것이 사실이다. 그러나 거시적인 시각으로 한 국가나 전세계를 놓고 판단해 볼 때 많은 세계화와 신자유주의 경제 체제는 직간접적으로 건강 수준을 향상시키는데 그리 긍정적인 평가를 받기는 어려워 보인다.

1) 질병전파의 세계화: 세계화는 질병의 손쉬운 전파를 초래하는 역할을 했다. 많은 여행자들이 손쉽게 국경을 넘을 수 있고 농산물의 유통이 대륙과 국가의 경계를 넘어가기 때문이다. 대표적으로 SARS(중증급성호흡기증후군 Severe acute Respiratory Syndrome)나 AI(조류독감 Avian Influenza)등이 유행하여 국경을 넘나들며 공포의 대상이 되었다.

2) 의료의 상품화: 우리나라도 외국인 환자 유치에 정부와 민간이 적극적으로 나섰지만 국내에서만 아니라 국경을 넘어서 의료의 상품화가 가속화되고 있다. 병원협회에서는 각종 세미나를 통해 의료가 인술이 아니라 비즈니스임을 강조하고 그 실제에 대한 교육을 반복하고 있다.⁴

3) 고가의 의약품 개발: 의약의 발달이 그것을 사용할 수 있는 부를 소유한 나라나 개인에게는 질병의 치료에 도움이 될 만큼 어느 정도의 발전이 있어왔다. 그러나 다국적 기업은 특허권을 가지고 약값을 가파르게 상승시키고 있어서 가난한 나라에서는 오히려 약을 구하기가 더 어려워지는 상황에 직면하고 있다. 반면에 필수적인 약이지만 값이 싼 약은 수익성 때문에 생산이 중지되기도 한다. 실제로 일인당 국민 소득이 수백 불에 불과한 나라들에서 아무리 좋은 에이즈 치료제가 개발되었다 하더라도 그것을 사용할 수 있는 가능성은 거의 희박한 것이라 해도 과언이 아니다. 예를 들면 말라리아 약이 있음에도 한 해 거의 백만 명의 인구가 죽어가고 있으며, 전 세계적으로 볼 때 페노바비탈(Phenobarbital)과

⁴ 2007년11월6-8일 동안 열린 35차 세계병원연맹 학술대회의 주제 중 하나는 의료의 마케팅이었다.

같은 값싼 약이라도 먹을 수 있는 환자 수 보다 발작을 하면서 사는 간질 환자의 인구가 훨씬 많다.⁵

4) 가난과 인구 이동: 한편 경제능력의 양극화는 가난한 층의 인구와 빈곤 국가들을 양산하였고 또 교육이나 상하수 시설, 전기 공급 등 도시로서의 인프라가 갖춰지지 않은 채 일거리를 찾아 도시로의 인구 유입을 유발하여 특히 아프리카 등 가난한 나라를 중심으로 급격한 도시화가 진행 되었다. 한편으로는 수많은 노동인구가 국경을 넘어 이동하면서 이들이 열악한 생활 환경과 노동조건에 노출되면서 자국의 도시와 타국에서 의료 취약 계층이 형성되었다. 국제질병분류표에서 Z59.5 라는 분류 코드의 질병 명은 "극단의 가난 (Extreme Poverty)"이다.⁶ 가난의 문제는 인간의 건강 수준을 현격하게 떨어뜨린다. 첨단의 학이 발달하였다고 하지만 신자유주의 경제 체제의 희생자인 지구의 가난한 인구 층은 여전히 식수나 기본 영양 공급을 받을 수 없다. 상하수도 시설이나 정화조 시설 미비로 인한 비위생적인 환경이 조성되어 각종 질병을 유발하기도 한다. 모기로부터의 보호가 되지 않아 이로 인해 발생하는 수 많은 질병으로 희생되고 있다. 즉 아직도 말라리아나 결핵, 에이즈, 바이러스성 간염, 그리고 각종 기생충병이나 수인성 전염병 등은 여전히 치명적인 사망률을 보이고 있어서 인간에게 가장 두려운 공포의 대상이 되고 있다.

세계화와 신자유주의 경제 체제는 경쟁력이 없는 가난한 나라들에서 다시 회복할 수 없는 가난을 고착화하고 건강 문제에 직 간접적으로 부정적인 결과를 초래하는데 일조를 하고 있는 셈이다.

2) 선교 현장의 시대적 변화와 의료

이와 같이 변화하는 세상에서 기독교 선교의 현장에도 피동적이든지 능동적이든지 다양한 변화가 나타났다. 이에 대해 허겁지겁 뒤늦은 반응만 할 것인지 미리 준비된 선대응

5

6

을 할 것인지에 대한 논의도 각종 선교대회나 학술대회를 통해 이루어졌다.⁷ 그 결과 선교 지역으로써 10/40창(window) 개념, 정치 종교 문화적인 배경 때문에 접근이 어려운 지역의 선교 방법으로써 BAM(Business As Mission 선교로서의 직업), 선교 대상으로써 미전도 종족(언어가 다른 종족) 개념, 전통적인 개념인 원심력적으로 보내는 선교(Centrifugal Mission)에 대하여 전방위적(Omnidirectional Mission) 개념 즉, 외국인 근로자의 유입 등으로 형성된 다문화 사회에서 구심력적 선교(Centripetal Mission) 개념, 통전적 선교를 위한 전방위적 선교 개념 등이 개발되고 강조 되기에 이르렀다. 그 외에도 선교사의 사역지 분포가 균형 잡히지 않았다는 인식을 같이하여 재배치 문제가 뒤따라 나오기도 했고, 유럽과 호주, 그리고 미국 주도로 이어오던 선교는 한국, 인도, 남미 국가들로 그 주도권이 이양되고 있음도 관찰되었다. 도시 선교의 중요성과 자연재해든 인재든 대규모의 재해가 자주 발생하면서 긴급 구호의 손길이 증가한다든지, 뼈를 묻는 헌신을 미덕으로 여기던 선교에서 2년 이하를 지칭하는 단기 선교가 증가한 것도 변화 중의 하나이다.

이와 같은 선교 현장의 변화와 더불어 의료의 영역에서도 큰 변화가 있었다. 과거에 19세기와 20세기 중반 이후까지도 의료는 대부분의 선교지에서 희소 가치를 누릴 수 있었다. 선교지에서 의료선교사들이 유일한 의료인력인 경우가 허다했기 때문에 그 역할이 클 수 밖에 없었다. 1935년 당시 중국에 있는 병원 절반 이상이 선교회에서 운영하는 것이었다.⁸ 이것은 당시에는 지금처럼 고가의 약품이나 장비를 요구하는 의료가 아니었기 때문에 가능한 부분이 있었을 것이다. 선교의료는 마치 피터 파커의 헌신으로 ‘중국의 문을 메스(수술 칼)로 열었다’ 고 하는 것처럼 복음의 문을 여는 데 중요한 역할을 감당할 수 있었다.

그러나 20세기 후반에 들어서는 많은 나라에 의과대학이 세워지고 또 제국주의 강대국

⁷ 한국에서는 격년으로 선교한국과 의료선교대회를 치루어 왔고 선교의 동향과 방향성을 제시해 왔다 .

⁸ 루스 터커(박해근역), 선교사 열전, 크리스찬 다이제스트, 1996, 430.

으로부터 독립하면서 나뭇대로의 국가 차원에서 의료 체계가 수립되기 시작했다. 나이지리아의 경우 10개 이상의 의과대학에서 한 해에 3000명 이상의 의사들이 배출되고 있다. 한편 식약청(FDA Food and Drug Administration)이 존재하기 때문에 이 나라의 법을 존중한다면 그 나라 정부의 허가 없이 약 한 톨도 가지고 들어갈 수 없게 되었다. 과거에 큰 역할을 감당하던 선교병원들도 그 나라 정부의 행정적 개입이 많아지면서 어려움을 겪으며 쇠퇴하기도 하고 일부는 운영을 포기한 채 먼지가 쌓여가는 병원들도 있다. 고비용화, 비인격화, 지난친 전문화, 의료 효과의 과장 등을 특징으로 하는 생의학 모델의 의료는 리빙스톤(D. Livingstone 1813-1873) 시대는 물론 슈바이처(A. Schweitzer 1875-1965) 시대의 선교의료와는 현격한 차이가 있기 때문이다. 그렇다고 가난한 나라들이 수용한 의료의 영속성을 가지고 유지되어야 한다는 관점에서 고려한다면 첨단 의료의 이식하는 것 만이 최선이 아님은 자명한 사실이다.

더구나 이제는 세계보건기구(WHO)나 UNICEF를 비롯한 UN 기구들, 그리고 MSF(국경없는 의사회)등과 같은 대규모의 NGO 기구들이나 인도주의 차원의 원조, 빌 게이츠와 같은 대부호들의 기부금에 의한 에이즈 사업처럼 풍부한 재정을 기반한 활동이 전개되고 있어서 교회의 의료선교의 역할은 영세하여 위축될 수 밖에 없고, 중장기적 계획이 부재한 채 단기선교 위주의 재정 투입이 각개 전투식으로 진행되고 있는 실정이다.

3. 우리나라 선교의료의 현주소와 반성:

이러한 선교적, 의료적 현실에서 우리나라 선교의료의 현주소를 냉정하게 평가해볼 필요가 있다. 제한된 인적 물적 자원을 효율적으로 활용하면서도 선교의 본질을 놓치지 않는 선교의료의 되기 위해서, 그리고 선교지 상황에 가장 적절한 의료의 수행하기 위해서 방향성 재설정을 위한 중간점검이 될 수 있을 것이기 때문이다.

선교학자 윈터(R. Winter 1924-2009)의 '서양 선교사의 12가지 실수'에 대한 강연은 한국

의 선교 또는 선교의료와 연관하여서도 시사하는 바가 크다.⁹ 이러한 서양선교에 대한 윈터의 비판에서 추출할 수 있는 교훈은 복음 전달에서 영혼 구원에 집중한 이원론적 행태와 사역에 있어서 전문성의 결여라 할 수 있다. 전통적으로 이원론적 행태는 선교가 영혼 구원만을 목표로 하고 나머지는 모두 전도의 수단(미끼)로 여기는 것을 말한다.

어쨌든 윈터의 서양 선교 비판에 한국 선교를 비추어 보며 반면교사를 삼아야 할 필요성이 충분이 있다.

첫째로 서양선교와 마찬가지로 한국 선교도 현지인을 주체로 삼지 않고 객체로 삼는 제국주의적 선교(Imperialism)나 가부장적 선교(Paternalism, 간섭주의)로 결국 현지인의 독립하려는 의지를 약화시키고 선교지의 자립을 어렵게 만들고 있다. 네비우스 원칙에 따라 선교를 받은 우리나라가 오히려 정반대로 현지인의 자발성과 창조성을 상실하게 만드는 사례들을 쉽게 확인할 수 있다. 윈터의 지적대로 선교의료의 시각을 질병 치료에만 고정하면 자발적인 참여와 개발이 필요한 예방과 질병의 원인을 제거하기 위한 일은 소홀하게 하는 결과를 초래하게 된다. 후자는 계량화된 실적으로 나타나지 않고 병원 건물처럼 사진으로 드러나는 가시적 업적이 아니기 때문이다. 병원에서는 여전히 발달한 의술을 지닌 의료선교사가 베푸는 자 또는 가부장적으로 존재할 수 있다. 치료 위주의 병원을 떠나 지역 사회에 예방의 차원으로 오면 문화와 언어의 벽을 뛰어 넘어 삶을 나누는 동료(partner)로 존재하게 된다.

둘째로 이렇듯 사람을 세우는 일이 아닌 가시적인 사업에 치중하게 되며 선교의료의 마

⁹ R. Winter가 서거 1년 전인 2008년6월 한국을 방문하여 강연한 내용. www.kwma.org 그가 지적한 12가지 실수 중 첫번째가 일반 대학이 아닌 신학교와 성경학교만을 세웠다는 점이다. 또 교회가 점점 커짐에 따라, 선교단체의 전문성과 경험을 무시한 채 교회가 직접 선교사를 파송한 실수, 전문적인 선교 대신에 교회 모두가 직접적인 선교에 참여하는 실수, 단기선교 보내는 일에 최소한 5배 이상의 재정을 소모하면서 상대적으로 장기 선교사 파송에 전력을 다하지 않은 실수⁹ 등은 전문성의 결여와 깊은 연관이 있다. 최근 들어 현지인들에게 그들이 스스로 경제적으로 자립할 수 있는 근본적인 해결방안을 마련해주기 위해 성경적 원리에 의한 기업경영의 하는 모델인 BAM(Business As Mission)을 오해하여 선교 자금 마련을 위한 것(business For Mission)으로 잘 못 이해한 실수도 추가하고 있다. 결과적으로 사회의 변혁이 결여된 복음전도의 실수를 범하였다는 것이다.

스터 계획이 없는 대형 프로젝트화로 치닫고 있다. 이것은 앞에서 논의한 바와 같이 변화하는 세상과 의료 현실의 인식 부족 또는 무시로 선교의료의 방향성을 상실한 때문이기도 하다. 그러나 한국 교회에 만연한 업적주의가 선교마저도 그런 시각에서 바라보고 평가하며 정책 결정을 하고 있다는 반증이기도 하다. 사실 업적주의의 눈에 가장 손쉬워 보이는 것이 병원일 수 있다. 그래서 지 교회 위주로 선교 정책이 결정되면서 기본적인 필수적이고 인적 자원에 대한 계획도 없이 대규모로 재정이 투입되는 프로젝트를 진행한 바 있고 또 추진하고 있는 현실이다.¹⁰ 우리나라의 KOICA(한국국제협력단 Korea Overseas International Cooperation)는 어려운 나라에 원조를 하고 있고 또 OECD 국가들이 제공하는 ODA(공적개발원조) 기금이 사업을 추진할 동력인 사람을 찾고 있는 실정이다.¹¹ 그런데 흥미롭게도 막대한 예산을 사용하면서도 기초적인 삶의 질 개선을 위한 7가지 주 사업 내용 중 보건의료 분야는 아동 및 모성 사망 감소, 에이즈 등의 전염병 퇴치에 집중되어 있다. 현지인의 필요를 충족시키고 삶의 질을 개선하는데 도움을 주기 위한 방법에 대해 한국 선교의 병원 신축이나 의과대학 설립 등의 대형 프로젝트 스타일과 대조되는 측면이다. 선교를 이루어 가는 도구는 프로젝트가 아니고 건물을 세우는 것이 아니라 잘 훈련된 사람이다. 의료선교가 성경적 세계관에 근거한 선교의료에 헌신된 의료인이 준비되지 않은 채 진행된다면 선교는 시작도 하지 못한 채 재정의 낭비

¹⁰ 모 교회는 대규모 병원을 아프리카에 지은 뒤 의사 인력이 없자 대한의사협회에 조건을 제시하며 광고를 하기도 했었다. 이와 대비되는 예를 들면 이디오피아가 공산주의로 전환하기 전에 규모가 큰 선교병원을 운영했던 선교단체가 있었다. 공산주의가 끝이 나고 전보다 더 피폐해진 병원을 이 선교단체에 되돌려주고 운영을 해주도록 요청했다. 그러나 이 단체가 병원을 다시 평가해보고 이를 포기하기로 결정을 했다. 선교병원으로서 본질에 맞는 기능을 할 수 없다고 판단했기 때문이다. 그리고 이디오피아 오지 10여 곳에 훈련되고 헌신된 간호사들을 통해 기초 진료, 그리고 예방과 기초 건강 관리를 수행하는 보건소를 운영하였다. 120여 년의 역사를 가진 이 선교기관은 지금도 세계적으로 2000여명의 선교사를 관리하고 있다. 한편 현재 아프리카 나라에 의과대학을 설립하겠다고 프로젝트를 진행하고 있는 한국 선교기관이나 교회도 여럿이다.

¹¹ KOICA에 의하면 2012년에 발주하는 해외원조 사업이 3000억 원이며 세계적으로 형성된 ODA 자금은 130조원(1200억 달러)에 이른다. www.koica.or.kr

만을 초래할 뿐이다. 지금 아프리카 곳곳에서 그 결과를 목도 할 수 있다.

셋째로 한국 선교는 국제화의 필요성이 절박하다. 단일 민족으로서 영어권이 아닌 국민으로서 극복하기 어려운 언어적 장애물과 배타적 문화권의 영향 아래 있기 때문에 이 점에서 세계 교회와 함께 하지 못하는 약점이 있다. 그렇지만 선교는 한국이 시작한 것도 아니고 혼자 하는 것도 아니기 때문에 하나님 나라의 관점에서 팀 워를 이루어 함께 가야 할 과제인 것이다. 교회의 선교 업적주의는 선교의료에서도 팀워 대신에 개교회 독점적인 사역을 추진하게 되는 악순환을 하게 만든다.

넷째로 원터도 지적했듯이 의료선교에서도 장기적인 선교 대신 단기 팀을 보내는데 너무 많은 에너지를 소모하고 있다. 선교기관에서 단기라 함은 최소한 6개월 이상 2년까지의 선교를 말하지만 한국에서 단기선교라는 이름으로 이루어지는 것은 불과 1-2주의 여행을 지칭하는 경우가 많다. 단기 의료진은 재정적인 소모가 심하면서 그 효율성 면에서 재고를 해야 할 부분이 많다. 앞에 언급한 바 있는 서양선교사들의 12가지 실수에서 원터는 이런 형태의 선교지 노출은 오히려 선교에 대한 탈감각을 일으켜 오히려 선교사가 되지 않으려 하는 문제도 지적하였다. 그러나 이 점 말고도 많은 문제점을 드러내고 있는 것이 단기 선교이다.¹² 일반적으로 이런 형태의 초단기 선교 여행의 활성화에는 교통 수단의 발달이 한 역할을 했다고 볼 수 있지만 동시에 선교 자원의 분배에서 왜곡을 초래하기도 했다. 또한 쉽게 참여할 수 있다는 점 때문에 훈련의 부족, 참가자들의 헌신의 부족, 성경적 이해의 부족, 물량위주의 패권주의적 공세, 안전문제, 전문성 부족 등 많은 문제들이 노출되고 있다. 따라서 목적과 방향과 태도, 그리고 준비와 사후 관리에 대한 철저한 점검이 필요하다.^{13, 14} 선교의료에서 단기 팀은 의료적 측면에서 더 큰 문제를 야기하고 있다. 가령 단기 팀이 들어가 투약 위주의 진료를 하는 것은 효과

¹² Youtube 동영상: 단기 선교의 문제점에 대한 선교사들의 평가.

<http://www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fyoutu.be%2FjbHJDeX6Iio&h=oAQFBxwA8AQHbkReHeD0ZBtCMNIBN5Hq7kza3tuL0g87Cvw>

¹³ Chapin E, Doocy S., International short term medical service trip: guidelines from the literature and perspectives from the field. World Health & Population 2010;12(2): 43-53.

¹⁴ 선교한국파트너스(한철호)에서는 이와 관련해 “21세기형 단기선교 표준지침서”를 발표하였다.

면에서 그리 유효하지도 않을 뿐 아니라 더 나아가 항생제 내성과 같은 해악을 초래할 수 있다. 사전에 그 정부의 허락을 득하지 않은 경우 그 나라의 법을 위반하는 경우가 대부분이기 때문에 아무리 가난한 나라라 하더라도 그 나라의 주권에 관한 문제가 될 수 있다. 이것은 자칫 깨우친 현지인들의 눈에는 기독교 선교가 제국주의적인 행태로 보일 수 있고 정부 관리의 자존심을 해칠 수 있기 때문에 장기적인 선교를 지향한다면 미리 철저한 준비를 해야 한다. 1950년대에 우리나라에 와서 일한 선교사들도 의사면허증을 받아서 진료를 했는데 하물며 지금 시대는 자국의 의료인이 배출되고 있고 의료법이나 식약청(FDA)이 설립되어 있을 정도로 당시와 차이가 많이 나기 때문에 더욱이 그래야 하는 것이다. 이러한 단기 선교의 문제를 6가지 변수, 즉 비용(cost), 효율성(efficiency), 영향력(impact), 준비성(preparedness), 교육(education), 영속성(sustainability) 측정을 통해 평가하는 방법론적 연구도 진행이 되고 있는 바 한국 교회의 단기 의료선교에도 좀 더 신중한 접근이 필요하다.¹⁵

다섯째, 이상에서 살펴 본 한국선교의료의 모습은 전문성의 결여로 나타날 수 밖에 없다. 선교 현장에서 전문성을 제대로 드러내기 위해서는 의료적인 전문성뿐 아니라 성경적 전인 개념에 근거한 통전적 선교를 이해하고 있어야 한다. 건강은 신체적 정신적 사회적 영적 안녕이라고 정의되어 수용되고 있다. 한국의 선교의료는 대체로 치료의학에 집중하고 있어서 신체 치료의 범주에 머물고 있다. 이 개념을 선교의료에 적용하여 시행하기 위해서는 임기응변 식 접근이 아닌 마스터 플랜을 가지고 있어야 한다. 통전적인 접근을 위해서는 현지인들이나 국제적인 전문가들과 더불어 팀 접근이 필수적이다. 전인적인 차원에서 건강 수준을 올리는 것은 질병치료 만으로 이루어지지 않기 때문이다.

여섯째로 한국의 선교의료에서 문제가 되는 것은 여전히 이원론의 문제이며 또 한편으로 역이원론의 문제이기도 하다. 원래적인 이원론의 문제는 영혼 구원을 위해 의료를 수단으로만 여기는 문제였다. 이 문제에 대해 1974년의 제1차 로잔 대회는 이원론적 선교

¹⁵ Jess Maki et.al., Health impact assessment and short term medical missions: A methods study to evaluate quality of care. BMC Health Services Research 2008, 8:121.

개념을 뛰어넘어 통전적 선교 개념을 수용하는 선교신학적인 기틀을 마련하였다.¹⁶ 그런데 여기서 역이원론이라 함은 전통적으로 말하는 이원론과는 달리 최근 한국 선교의료의 영혼 구원에 대한 노력이 지나치게 축소되고 있다는 점이다. 세계화와 신자유주의 물결, 그리고 포스트모더니즘의 조류는 복음 전도의 어려움을 가중시킨 영향도 있었지만 한국 선교의료의 정책이 프로젝트성 실적주의의 영향 아래 있었다는 점도 이를 가속화시킨 요인이 되었을 수 있다. 거기에 다른 목회 선교사들과는 달리 현지의 언어나 문화적인 몰입을 하지 않아도 어느 정도 선교지에서의 역할이 인정되기 때문에 병원과 같은 치료의학의 틀에 안주함으로써 현지인들과의 삶을 나누며 복음을 전하는 일은 등한시하는 경향을 보여왔던 것이다. 기독교 선교에서 영혼 구원이 역 이원론적으로 배제 되고 신체적 질병만을 위한 치료의학의 틀에 갇혀버린다면 선교의료는 오늘날 수많은 다른 인도주의적 NGO와 차별화 될 수도 없고 오히려 재정적으로 풍부한 국제 기구들이나 인도주의 단체들과 경쟁하면서 고군분투만 하게 될 것이다.

4. 선교의료의 원리로의 복귀: 적정 의료와 통전적 의료의 토착화

이제까지 살펴본 바에 의하면 세상의 변화 속에서 기독교 선교의 본질을 왜곡시키지 않으면서도 시대의 흐름에 동떨어지지 않는 원리를 도출하여 그것을 선교의료에도 적용해야 할 당위성이 있다는 것을 알 수 있다. 이 원리는 기독교 복음의 본질인 성경에서 찾아야 하고 또 그것이 검증된 증거를 제시해야 할 것이다. 그리고 그것이 선교의료에 적용할 만한 타당성을 제시해야 할 것이다.

1) 성육신 선교와 적정의료(Appropriate Medicine)

선교는 현지인들이 복음화 과정을 거치면서 궁극적으로 자립하는 신앙을 가지도록 도와

¹⁶ 존 스토틀와 빌리그래함의 주도로 1974년에 시작된 로잔 대회는 복음주의자들의 사회 참여에 대한 당위성을 영혼 구원과 함께 인식하게 하는 전환점이 되었다. 빠딜라와 같은 남미의 복음주의 신학자들도 함께 참여하여 로잔언약이 선포되었다.

야 한다. 이를 위해 성육신 선교의 원리, 즉 예수께서 인간을 구원하시기 위해 인간의 모습으로 이 땅에 오신 것을 본 받는 선교가 되어야 한다. 즉, 하나님의 본체이심을 버리고 인간으로 오신 예수님처럼 선교지 현지인의 모습으로 다가가는 것이 선교의 기본이 되어야 한다.¹⁷ 성육신 선교는 선교학에서 가장 중요한 개념으로 인정하고 선교훈련에서도 강조되는 개념이다. 즉, 우리가 가진 것을 가지고 베푸는 것이 아니라 그들의 필요를 위해 그들의 상황에 가장 적절한 수준의 방법으로 겸손하게 섬기는 것이다.

이를 선교의료에도 응용해서 적용할 수 있다. 우리가 가진 첨단 의료를 선교지에 이식하는 것만이 최선의 선교의료는 아니다. 예를 들면 전산화 단층촬영기와 같은 첨단 의료장비를 제공하는 것이 그 장비를 운용할 능력이 없는 나라에 도움이 되지 않을 수 있고 또 값비싼 장비 유지 때문에 짐이 될 수 있다. 말라리아 같은 값싼 치료약을 사용하지 못해 죽어가는 나라에 치료 장비도 아닌 값비싼 전산화 단층 촬영기는 적절한 의료적 지원이라고 보기 어렵다. 일정기간 사용 후 교체가 필요한 부품의 값만해도 2억여 원에 이르는 전산화 단층촬영기 때문에 생명을 구하는데 더 필수적인 의료가 우선순위에서 밀려버릴 수 있다. 물론 이런 값비싼 장비들은 대부분 사용하지 못하고 방치되는 경우가 많다. 더구나 이 첨단 장비는 건강을 증진시키지도 않고 질병을 치료하는 장비도 아니다. 설대위(D. J. Seel)는 CT한 대 비용으로 10 내지 15개의 일차 진료소를 지어서 전염병을 퇴치함으로써 개발도상국의 시골에서 건강문제의 90%를 해결 할 수 있다는 사실을 지적하며 리히터(H.B. Richter)를 인용하여 “기아와 문맹 퇴치를 위해 싸우는 전자장비는 없을까요?”라는 질문을 던진 바 있다.¹⁸ 나이지리아의 시골 지역의 병원에서 일하면서 상수도나 전기 등 기본적인 인프라가 갖춰지지 않은 곳에서 초음파 장비를 운용하기 위해서

¹⁷ 빌립보서 2: 5-8 너희 안에 이 마음을 품으라 곧 그리스도 예수의 마음이니 그는 근본 하나님의 본체시나 하나님과 동등됨을 취할 것으로 여기지 아니하시고 오히려 자기를 비어 종의 형체를 가져 사람들과 같이 되었고 사람의 모양으로 나타나셨으매 자기를 낮추시고 죽기까지 복종하셨으니 곧 십자가에 죽으심이라 (개역한글 빌2:5~8)

¹⁸ Seel, D.J. Challenge and Crisis in Missionary Medicine. William Carey Library, Pasadena, 1979. 설대위 선교사는 한국전쟁 직후인 1954년에 한국에 와서 1990년까지 의사로서의 전생애를 한국에 드린 외과의사이다.

는 발전기와 안정기가 필요하기 때문에 더 많은 경비가 소모된다. 산과의 진료를 위해 우리나라에서는 청진기처럼 필수적인 초음파 장비이다. 아프리카의 시골 병원에서는 그동안 청진기 만으로 태아에 대한 정보를 얻고 판단하고 있었다. 엄밀히 말하면 청진기도 없어서 나팔과 같은 모양의 깔때기의 넓은 쪽을 산모의 배에 대고 좁은 부분을 귀에 대고서 태아의 심장 소리를 듣고 있는 모습도 흔히 목격한 바 있다. 그런데 아프리카 시골 병원에 초음파를 가지고 가서 사용하며 현지 의료인에게도 사용법을 가르쳐 수년간 사용하게 했다고 하자. 선교사가 그곳을 떠나고 장비가 고장이 난다면 AS 도 할 수 없는 상황에서 남아있는 현지인 의사가 이전의 청진기 사용 능력을 터득하지 못하고 초음파만을 사용하였다면 그 상황에서 선교의료는 이 현지인 의사의 진료의 능력을 도왔기 보다는 후퇴시킨 것이 되고 말 것이다. 선교지의 상황에 적절한 선교의료는 어떤 모습이어야 할까? 이 질문을 끊임 없이 던지며, 그들의 입장에서 필요한 것이 무엇인지, 현지인들에 의해 유지될 수 있는 적정의료는 무엇인지, 그리고 이것을 현지인이 주체적으로 참여하여 개발하도록 함께해주는 것이 선교의료에서 성육신의 원리를 적용하는 것이라 할 수 있을 것이다.

2) 선교의료의 토착화(Indigenization of the Missionary Medicine)

앞에서 예를 든 것처럼 성육신 선교의 원리를 적용하다 보면 결국 의료의 토착화라는 개념에 이르게 된다. 1971년에 동부 아프리카 장로교 총회 총무였던 존 가투(John Gatu) 목사는 5년 동안의 선교 유예를 실행해 보자고 제안한 바 있다. 외부의 도움 없이 현지 그리스도인들의 자율성을 회복하기 위한 뜻에서였다. 이미 오래 전에 아프리카 교회의 자주적인 독립을 위해 벤(Henry Venn, 1796 – 1873)은 선교의 안락사(Euthanasia of a Mission)라는 말을 사용하면서 현지 교회(indigenous church)의 독자적 자립을 위해서 선교사는 일시적인 존재로 사라져야 한다는 개념을 처음 주장하였다.¹⁹ 중국의 선교사였던

¹⁹ H. Venn은 선교지 교회의 독자적인 자립에 관심을 가지고 토착 교회(indigenous church)라는 말과 선교의 안락사(Euthanasia of a Mission)라는 책을 쓰고 이 말을 주조하

Nevius(John L. Nevius, 1829 -1893)는 이 개념을 도입하여 한국 선교에서 적용하도록 하였다. 이것이 한국교회를 튼튼하게 성장하도록 했던 선교정책 중 매우 유효했던 것으로 인정받고 있는 것이 네비우스 선교정책이다. 즉 자국민 기독교인들이 자력으로 세워지도록 하기 위해 자전(自傳: Self-propagation), 자치(自治: Self-government), 자급(自給: Self-support)을 강조한 것이다.

선교의료도 마찬가지이다. 현지 사정에 맞게 토착화하지 못하는 의료는 거시적 안목으로 보면 의료선교사들이 있는 동안은 유지가 될 수 있을지 모른다. 그러나 의료 선교사들이 현지인들에게 물려주고 떠났을 때 성경적인 의료의 기반이 사라지거나 재정적인 이유든 인적 자원의 문제든 의료시설이나 기관을 영속성을 가지고 이어갈 수 없다면 그 선교의료는 성공적으로 정착된 것이라 할 수 없다.

선교의료의 토착화는 먼저 복음의 절대성과 의료가 대상하는 생명에 대한 성경적 세계관을 가지고 선교医료를 수행하는 헌신된 의료선교사를 전제로 한다. 즉 성경적 인간관의 기초인 상처 받은 하나님의 형상으로서 인간 생명의 기원과 시작, 그 가치와 질, 그리고 생명의 끝에 대한 성경적 원리를 신앙하고 의료 행하는 선교사들이 현지 의료인들을 세워주어야 한다. 또 그들이 자국의 기독교 의료인을 세워 갈 수 있도록 장기적인 안목으로 도울 수 있도록 계획해야 한다. 이러한 터 위에 의학의 전수가 이루어지지 않으면 복음이 의료와 어떤 관계인지, 생명윤리적 이슈에 대해서는 어떤 태도를 가지게 될 것인지 등과 같은 질문을 대면하기 위한 기반을 가지지 못하게 될 것이다. 의료는 중립이 아니다. 모든 의료의 판단에는 가치가 개입되어있다. 결국 유물론적 철학에 기반한 서양医료를 이식하는 결과를 초래하고 최악의 경우 생애를 헌신한 의료선교사는 현지 의사의 돈벌이를 위한 의술의 전수에 머물 가능성도 배제할 수 없는 것이다.

오늘날처럼 선교지 국가의 교육 기관에서 의료인이 배출되는 상황에서 기독교적 의료의 틀을 세워주는 것은 첨단의 서양식 의료를 소개하는 것과는 다른 것이어야 한다. 서양식 의료는 사실 가난한 나라는 물론 부자 나라에서도 보편적인 적정성을 상실하고 있다. 첨

였다.

단의 서양의료가 미국의 의료 문제를 해결하기는커녕 부자나라도 감당 못할 상황으로 가고 있는데 그 의료를 본 따서 선교지에 이식한다는 것은 현지인 다수의 보편적 의료 상황을 더 악화 시킬 수 있다.

선교의료의 토착화 과정에서 의료는 오히려 폭이 넓어질 수 있다. 병원에서 이루어지는 치료의학의 틀을 벗어버리기 때문이다. 윈터의 서양선교사의 12가지 실수 중 하나로 언급된 바 '병자들을 고치기만 하고 질병의 근원을 박멸하는 노력을 하지 않은 실수'를 만회할 수 있는 출발점인 것이다. 즉 병자들을 고치는 것에서 더 나아가 그 질병의 근원을 없애는 것에 교회와 하나님의 사람들이 헌신해야 한다는 것이다. 의료를 기독교적 사랑의 실천 수단으로서만 인식하지 않고 하나님의 형상을 회복하는 통전적인 접근을 제시한 것이다.

이것이 의료는 생명에 관한 성경적 개념의 틀 위에 정착해야 한다는 원리이며 선교의료의 토착화 개념의 절대가치 부분이다. 그러나 의료의 내용에 있어서는 적정 의료를 추구한다는 점에서 유연성을 가지고 현지 중심의 의료가 정착하게 해야 한다는 점에서 토착화 개념의 상대적 가치 부분이라 할 수 있다. 즉, 성경적 가치관과 감당할 수 있는 수준의 적정 의료를 정착시키는 것이 선교의료의 토착화이다.

3) 의료의 토착화는 통전적(Wholistic) 선교医료를 지향한다.

선교의료의 토착화는 의료의 통전성(Wholistic Medicine) 개념을 요구하게 된다. 서양의학의 유물론적 틀은 인간의 전인적 이해에서 오류를 노출하고 있다. 세계 어디에도 엄밀한 의미에서 서양의학이 가진 인간관에 동의하는 세계관은 존재하지 않는다. 인간은 육체뿐 아니라 정신적이고 사회적이며 영적인 존재이기 때문이다. 이 때문에 선교사들은 현지에서 서양 의학을 들고 갔으나 현지인 전통 치유자들이 치유의식과 자연으로부터 얻은 약을 처방하는 외에도 질병에 대한 정신적 영적 사회적 배경에 깊이 관여하여 치료

를 하기 때문에 어떤 경우에는 더 유효하다고 보고하기도 한다.^{20, 21}

통전적 의료는 개인주의적이고 치료 중심의 의료 체계인 서양의료와는 달리 지역사회에 기반을 두고 있기 때문에 예방이나 건강 증진에 역할을 중시한다. 예를 들면 식수, 기본 위생, 영양과 면역 상태, 건강교육 등을 강조한다. 특히 지역사회에 기반을 둔 건강관리인 개념을 실천한 지역사회 개발 선교(CHE, Community Health Evangelism)는 지역사회 스스로를 지원하는 노력을 한다.²² 따라서 통전적 선교는 주체와 객체를 이분법적으로 구분하는 것이 아니라 함께 건강의 문제를 풀어나가는 주체가 되도록 하여 스스로 건강의 문제를 해결해 나가도록 돕는다. 나아가 통전성의 개념에는 영과 육을 구분하는 이원론이 자리할 수 없다.

5. 맺는말

첨단 의학이 발달한 이 시대는 슈바이처가 활동하던 시대와는 다르다. 의학의 발달이 많은 것을 가능하게 했다. 그렇다고 첨단 의료를 선교지에 이식하는 것이 최선의 선교의료라고 할 수는 없다. “본질에는 일치를, 비 본질에는 자유함을, 모든 것에 사랑을!”이라는 오래 전의 격언은 선교의료의 본질과 비본질인 방법론에 대한 개념 정리에 시사하는 바가 있다. 그래도 여전히 변화하는 세상에서 어떻게 선교의료가 적절하게 수행되어야 할지 판단하기 쉽지 않은 선교 현실에 놓여있다. ‘선교의 안락사’라는 파격적인 개념의 신조어를 주조해가며 선교지 현지의 자립을 고뇌했던 벤이 ‘토착화’라는 말을 선교에 사용한지도 벌써 150년이라는 세월이 흘렀다. 그러나 지금 한국의 선교의료를 되돌아보면

²⁰ Paula M. Warner, ‘African healer vs. missionary physician,’ EMQ 26(4), 1999. p403.
M.G. Hewson, ‘Traditional Healer in South Africa,’ Annals of Internal Medicine 128(1998), pp. 1029-1034.

²¹ M.G. Hewson, ‘Traditional Healer in South Africa,’ Annals of Internal Medicine 128, 1998, pp. 1029-1034.

²² 스탠 롤랜드(정길용역) 전인적 지역사회 개발선교. 에벤에셀, 2009

서 그 때 당시와 별반 다르지 않는 문제를 가지고 있다. 벤처럼 많이 고뇌하지 않고 업적주의의 프로젝트들을 꺼리낌없이 선교로 치환해 가고 있을 뿐이다. 한국교회는 의료선교에서까지 만연한 업적주의를 버리고 한국의 선교의료가 하나님 나라를 위해 효율적인 기여를 하고, 선교지에서 만나는 하나님의 형상들을 통전적으로 섬기기 위해 선교의료의 적정화와 토착화와 통전성에 대해 의료선교사들이 관심을 가져야 할 것이다.

참고문헌

1. 이만열. 한국기독교의료사. 서울: 아카넷, 2003.
2. 손영규. 한국의료선교의 어제와 오늘. 서울: 한국누가회 출판부, 1998.
3. 이상규. 의료선교는 어떻게 시작되었을까? 서울: 한국누가회, 2000.
4. 김민철. 의료, 세계관이 결정한다. 서울: 한국누가회출판부, 2003.
5. 스탠 롤랜드(정길용 역) 전인적 지역사회 개발선교. 에벤에셀, 2009.
6. 파딜라 (홍인식 역). 통전적 선교. 서울: 나눔사, 1994.
7. 찰스 반 엥겔. (박영환 역). 미래의 선교 신학. 서울:도서출판 바울, 2004.
8. Seel D. John. Challenge and Crisis in Missionary Medicine. Pasadena: William Carey Library, 1979. 김민철 역, 상처받은 세상의 상처받은 치유자들. IVP, 1997.
9. Tucker, Ruth. A. From Jerusalem to Irian Jaya(A Biographical History of Christian Missions). Grand Rapids: Zondervan, 1983. 박해근 역. 선교사 열전. 서울: 크리스찬 다이제스트, 1990.
10. Kane, J. Herbert. Understanding Christian Missions. 3rd ed. Grand Rapids: Baker Book House, 1978.
11. Crane, Sophie M. A Legacy Remembered(A Century of Medical Missions). Franklin: Providence House Publishers, 1998.
12. Dietrick Ronald B. Modern Medicine and the Mission Mandate. Jasper: Impact Printing Co., 1999.
13. Stanley G. Brown. Heralds of Health- the Saga of Christian Medical Initiatives. London: CMF, 1985.
14. Van Leken, David. Mission and Ministry: Christian Medical Practice in Today's Changing Culture, EMIS에 공개된 인터넷 도서.
15. Brown, G. Thompson. Mission to Korea. Seoul: The Presbyterian Church of Korea Department of Education, 1962..
16. Huntley, M. Caring, Growing, Changing: A History of the Protestant Mission in Korea. 차종순 역. 한국개신교 초기의 선교와 교회 성장. 서울: 목양사, 1985.
17. Stott, John R.W. Chrstian mission in the modern world. Downers Grove: IVP, 1975.
18. Taylor, William D. Global Missiology For the 21st Century. Grand Rapids: Baker Academic, 2000.

논문

1. Kim, Min Chul. Missionary Medicine in a Changing World. EMQ(Evangelical Mission Quarterly, 41:1, 430-437.
2. 김민철. 선교의료의 현장화를 위한 네 가지 의료윤리 원칙의 적용에 대한 연구.

새시대 새목회, 제3집, 2010.9.

3. Garret, Laurie. The Challenge of Global Health. Foreign Affairs. Jan/Feb 2007.