



시민건강이슈 2019-04

PHI Issue Paper 2019-04

**선택을 넘어 권리로
권리를 넘어 정의로**

임신중지와 재생산 정의



**선택을 넘어 권리로, 권리를 넘어 정의로
: 임신중지와 재생산 정의**

**Beyond choice
: Abortion and Reproductive justice**

출판일 || 2019년 04월 19일

편집인 || 김새롬 시민건강연구소 연구원

필진 (가나다순)		김새롬	시민건강연구소 연구원
		김 선	시민건강연구소 연구원
		김성이	시민건강연구소 연구원
		김정우	시민건강연구소 연구원
		최승아	시민건강연구소 회원
		팔수수	시민건강연구소 회원

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
 서울시 동작구 사당로13길 36, 2층
 전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
 누리집: www.health.re.kr
 전자우편: people@health.re.kr

〈 차례 〉

1. 들어가며	1
2. 한국에서 임신중지와 이를 둘러싼 최근의 상황	4
2.1. 한국의 낙태죄를 둘러싼 쟁점들	4
2.2. 한국의 낙태죄 폐지운동 경과	7
2.3. 한국에서의 임신중지서비스 실태와 건강부담 추정	11
2.4. 인공임신중절 합법화의 세계적 맥락	15
3. 재생산 건강과 재생산 권리, 재생산 정의	24
3.1. 여성의 건강할 권리와 재생산 건강	24
3.2. 재생산 권리로부터 재생산 정의로	27
4. 대한민국 인구조절 여성수난기	32
4.1. 재생산 건강에 대한 국가 통제: 가족계획에서 저출산정책까지	32
4.2. 수단으로 ‘낙태불법화’	38
5. 재생산 건강에 대한 전문가와 시장의 통제	40
5.1. 의료전문가에 의한 재생산의 의료화	40
5.2. 상업적 보건의료생산체제와 여성의 재생산	42
6. 임신중지가 죄가 되는 사회에서 고통을 야기하는 ‘부재’	45
6.1. 의사들은 잘 압니까?: 지식·교육·훈련의 부재	46
6.2. 보건학적 지식·정보체계·개입 부재	48
6.3. 법·제도적 규제·보호·보장 부재	54
6.4. 재생산 건강 정치의 부재	62
7. 나가며	68

〈 표 차례 〉

표 1. 재생산권과 관련된 국제회의와 국가별 사건	15
표 2. 낙태 합법화 6개 범주에 따른 193개 국가와 지역 분류	17
표 3 여성 건강 패러다임의 발전	25
표 4 재생산 권리의 범주와 세부 내용	26
표 5 미국 내 대표적인 재생산 부정의 사례	27
표 6. 성과 재생산 건강과 관련된 정책과 사건	33
표 7. 인공임신중절 실태조사 비교	50
표 8. 피임 정보와 서비스 제공을 통한 인권 보장을 위한 세계보건기구의 정책제언	56
표 9. 가족보건업무규정, 보사부훈령 제464호	59
표 10. 19대 대선후보 공약에서 재생산 건강 관련 내용	64
표 11. 최근 10년간 임신중지와 관련된 국회 일정	66

〈 그림 차례 〉

그림 1. 모낙페, 긴급현수막 퍼포먼스(2018.08.08.)	9
그림 2. 모낙페, 형법 제269조 낙태죄 삭제 퍼포먼스(2018.09.29.)	9
그림 3. 모낙페, 세계여성폭력추방주간기념 기자회견(2018.11.28.)	9
그림 4. 모낙페, 낙태죄 폐지촉구 1인 시위	10
그림 5. 비웨이브, 대한민국출산지도 항의시위(2017.01.06.)	10
그림 6. 비웨이브, 임신중단 전면 합법화 시위(2019.03.09.)	11
그림 7. 국가별 임신중지 방법 비율	13
그림 8. 임신중절은 건강 문제다!	13
그림 9. 2019년 세계 임신중지 법제 현황	18
그림 10. 2000년 이후 임신중지에 대한 법적 기준의 변화를 보여준 국가들	19
그림 11. 연도별 출생성비	39
그림 12. 제4차 국민건강증진종합계획의 기본 틀	52
그림 13. HP2020에서 중점과제 <19. 모성건강 사업지표>	53
그림 14. 낙태죄와 그로 인한 고통과 부재	69

요 약

임신중지는 전 세계적으로 가장 많이 이루어지는 의료 시술 중 하나이다. 여성에게 임신과 출산은 삶에 영향을 미치는 매우 중요한 사건이며, 임·출산을 비롯해 재생산에 대한 자기통제는 여성이 자신의 삶과 건강에 대한 주도권을 가지고 인간다운 삶을 살아가기 위한 기본 전제 조건이다. 그러나 여성의 생명, 안전, 건강과 밀접한 관련이 있는 임신중지는 지금까지 한국에서 중요한 건강 문제로 다루어지지 않았다. 이와 같은 문제의식에서 시민건강연구소는 여성의 건강권 관점에서 한국의 임신중지를 살펴보고자 하였다.

분석을 위한 개념적 틀로 국제적 건강권 논의에서 재생산 건강(reproductive health)과 재생산 권리(reproductive right), 그리고 재생산 정의(reproductive justice) 개념이 각자 어떠한 맥락에서 도출되었고 어떤 의미가 있는지 검토하였다. 재생산 건강과 권리 개념을 공식적으로 제시한 유엔 카이로 인구개발회의는 세계보건기구의 건강 개념을 도입하여 재생산 건강을 “재생산 기관과 그 기능 및 과정과 관련하여 질병이나 불구가 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 그리고 사회적으로 안녕한 상태”로 정의했다. 재생산 건강이 이제까지 건강 영역에서 종종 소외되었던 재생산과 관련된 의료, 서비스, 정보, 연구 및 건강 데이터의 부족에 초점을 맞추는 개념이라면 재생산 권리는 재생산 건강과 관련된 법률 및 옹호 기반 모델의 개념이다. 재생산 권리는 단지 여성이 자신의 선택에 따라 임신중지를 선택할 권한을 넘어 생명과 생존, 안전과 섹슈얼리티와 관련된 권리, 재생산에서 자기 결정과 자유로운 모성 선택과 관련된 권리, 건강 및 과학적 진보의 혜택과 관련된 권리, 차이로 차별받지 않고 적절한 존중을 받을 권리, 그리고 정보와 교육, 의사결정과 관련된 권리 등으로 구성된다. 재생산 정의는 한발 더 나아가 재생산 권리를 확보하기 위한 여성의 임파워먼트와 사회정의의 실현을 목표로 한다. 재생산 정의는 재생산 억압이 여러 억압이 교차한 결과로 나타나며, 재생산 정의를 추구하는 것이 사회정의와 인권을 위한 투쟁과 본질적으로 연결되어 있음을 의식하면서 낳을 권리와 낳지 않을 권리, 키울 권리를 모두 옹호하고 모두가 그런 권리를 공평하게 누릴 수 있는 사회를 지향하는 운동을 정립하기 위한 틀이다.

한국 여성들에게 임신중지는 술하게 경험되는 사건이었다. 하지만 국가는 이를 불법으로 규정했고, 임신중지는 마치 존재하지 않는 사건처럼 여겨져 왔다. 의과대학과 병원에서는 이와 관련된 교육과 훈련에 소극적이었고, 건강보험은 이를 급여하거나 안전성을 평가하지 않았으며, 학계 역시 이를 중요한 건강 문제로 다루고 고민하지 않았다. 그 결과 낙태죄에 대한 위헌 판결이 난 지금에 이르기까지 어떻게 모든 여성에게 안전한 양질의 임신중지 서비스를 제공할

수 있을지에 대한 본격적인 고민은커녕, 한국에서 임신중지가 얼마나 일어나고 있고 그로 인한 건강 영향은 어떠한지도 제대로 파악되지 못했다.

한국에서 여성의 임신과 출산은 재생산 건강과 권리와 긴밀히 결부된 사건이기 이전에 인구 통치를 위한 수단이었다. 1960년대 시작된 가족계획사업에서 정부가 출산율을 낮추기 위해 다양한 방식으로 피임을 강권했던 것과 2000년대 후반부터 ‘저출산’이 국가적 문제가 되면서 저출산 대책으로 난임부부의 시술비를 지원하고 인공임신중절시술에 대한 단속을 강화한 것은 방향은 정반대였지만 인구통치를 위해 정부가 여성의 몸을 수단으로 삼는다는 점에서 같은 정책이나 다름없었다. 임신중지의 ‘불법성’은 국가의 필요에 따라 사문화되었다가 부활하기를 반복했다. 1990년 즈음 가장 심각했던 한국의 여아선별낙태 현상이나 보조생식술에서 버젓이 비급여 서비스로 등재된 선택적 유산에 대한 정부의 태도는 한국에서 낙태불법화가 여성과 인구를 통제하기 위한 수단일 뿐, 어떤 철학도 가치도 담고 있지 않았음을 보여준다.

의사들은 국가의 인구통제정책에 순응해 과거에는 출산억제를 위한 기술과 비공식적 임신중절시술을, 최근에는 난임과 보조생식술에 대한 기술을 도입하고 수행했다. 민간화된 의료생산 체계에서 산부인과 병·의원들은 임신중지 서비스를 제공했고, 그를 통해 경제적 이윤을 축적할 수 있었다. 그러나 이는 어디까지나 비공식적인 시술이었으므로 여성들은 불법 인공임신중절시술의 위험부담과 비용을 온전히 감당해야 했다. 2010년의 낙태고발정국이나 2018년 보건복지부의 처벌강화 움직임 같이 낙태죄가 사회적으로 의제화되고 단속이 강화되었을 때 가장 곤란한 처지에 처했던 것도 임신중지 서비스를 필요로 하는 여성들이었다. 임신중지 서비스가 음성적, 상업적으로 공급되는 상황에서 가장 취약한 위치에 있는 여성들은 차별과 배제에 노출되었고, 더 많은 고통과 피해를 입었다.

임신중지의 불법적 지위는 마땅히 있어야 할 지식, 제도, 서비스의 부재와 발생하지 않아도 될 고통으로 이어졌다. 여성들은 양질의 안전한 임신중지 서비스를 찾아 헤매야 했고 불안정한 임신중절과 그로 인한 건강 피해는 제대로 알려지지 않았다. 낙태죄는 피치 못할 사정에 처한 여성들에게 낙인을 찍었고, 이는 여성들이 자신의 경험을 공개적으로 논의하지 못하게 만드는 데에서 그치는 데에서 멈추지 않고 사적 관계에서 협박이나 공권력의 부당한 행사로 이어지기도 했다.

이러한데도 건강 영역에서는 젠더와 섹슈얼리티, 재생산 문제가 제대로 논의되지 못했다. 보건의료체계는 불평등한 젠더권력구조를 그대로 반영했고, 여성 건강과 직결된 재생산의 문제는 단 한 번도 건강보험을 비롯한 건강정책 영역에서 주제가 되지 못했다. 사람들의 관점에서 재생산 건강을 파악하기 위한 기초적인 자료가 생산되지 않은 것은 물론, 국가가 아닌 여성의

관점에서 재생산 건강을 고민하고 지원하기 위한 정책도 찾아보기 힘들다. 재생산 건강과 안전 임신중지에 대한 국제적 기준에도 불구하고 한국에서 피임을 비롯해 재생산 건강과 관련된 의료서비스들은 건강보험급여범위에서 배제되어 있고, 그 과정에서 발생하는 불평등과 차별은 방치된 상태다.

최근 한국 사회에서 낙태죄와 이에 대한 헌법재판소의 판결에 사회적 이목이 집중되고, 이와 관련된 여론이 변화한 데에는 오래전부터 재생산권 문제를 고민해온 한국 여성운동의 기여가 컸다. 낙태죄를 여성의 재생산권, 더 나아가 섹슈얼리티와 정상성, 그리고 여성의 자기통제와 결부하여 논의할 수 있게 된 데에는 다양한 영역에서 이 문제를 다루어왔던 당사자와 활동가들의 역할이 주요했다. 이에 비해 지금까지 한국의 정치인들은 사람들의 삶에 영향을 미치는 중요한 문제로 임신중지를 다루는 데에 무능했거나, 의식적으로 이를 다루지 않은 채 책임을 회피해왔다. 건강 정책 영역에서도 이는 마찬가지였다. 건강보험을 비롯해 보건의료제도와 정책은 여성의 권리를 둘러싼 사회적 투쟁을 반영하는 민주적 구조를 갖추고 있지 않다. 여성의 권리와 건강은 여전히 온전히 정치화되지 못한 상태로 남아있고, 여전히 비정치의 정치가 지속되고 있는 상황이다.

임신중지에 대한 보장을 비롯해 재생산 권리 보장 수준은 종종 한 사회에서 여성의 자유권과 사회권, 특히 건강권의 수준을 나타내는 대리지표다. 모든 사람이 도달할 수 있는 최고 수준의 신체적, 정신적, 사회적 건강을 누릴 권리가 있다면 모든 여성은 자신이 원하는 시기에 계획한 임신과 출산을 경험하고 그 과정에서 적절한 의료서비스를 경제적, 물리적 제약이나 차별 없이 이용할 수 있어야 한다. 재생산 건강과 권리는 단지 어떤 의료서비스의 보장으로 충족되지 않는다. 우리는 임신중지를 비롯해 재생산 건강에 대한 논의와 실천들이 재생산 정의를 위한 운동으로 연결되어야 한다고 주장한다. 무엇보다도 수많은 여성들이 자신의 몸과 건강, 안전에 대한 권리를 보장하라고 외치고 있다는 것이 그 증거다. 실질적인 재생산 권리를 보장하기 위한 정책과 제도를 도입하고, 사람들의 삶을 바꾸어 놓을 해방적 재생산 정치를 위해 모두의 협력이 필요하다. 낙태가 죄가 되는 사회에서 불공평한 고통을 야기하던 부재를 채워내고, 누군가의 몸과 일생을 도구화하는 오래된 편견을 걷어내야 한다. 낙태죄가 사라진 새로운 세상에서 건강과 재생산을 다른 누구도 아닌 여성들의 관점에서 바라보고 그를 토대로 지금의 사회를 변화시키는 지식을, 정책을, 제도를, 법을, 문화를 만들어내야 한다.

Executive Summary

Abortion is one of the most frequently performed medical procedure in the world. For women, pregnancy and childbirth are very important events affecting their lives, and self-control over reproduction, including pregnancy and childbirth, is a basic prerequisite for women to control their own lives and live a decent human life. But abortion, which is closely related to women's lives, safety, and health, has not been addressed as an important health issue in South Korea so far. In this sense of awareness, we tried to examine abortion in terms of women's health rights.

As a conceptual framework for analysis, we reviewed the meaning of reproductive health, reproductive right, and reproductive justice in the context of international health rights. The United Nations Conference on Population Development in Cairo, which officially presented the concept of RH and rights, introduced the World Health Organization's concept of health and called for the use of Reproductive Health as "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to reproductive systems and to its functions and processes.". While Reproductive health is a concept that focuses on the lack of medical, service, information, research and health data related to reproduction, Reproductive rights are concepts of laws and advocacy-based model that relate to Reproductive health. Reproductive justice focuses on reproductive oppression, which is operated by intersecting layers of oppression, recognizing that pursuing reproduction justice is inherently linked to social justice and the struggle for human rights.

Abortion is common experience for Korean women. But the state has made it illegal, and thus the abortion was neglected in every public sphere, including the law, the healthcare, and the public health. Medical schools and hospitals were passive in the education and training related to abortion, and National health insurance did not cover it nor accessed its safety, and academics did not consider it as an important health problem. As a result, let alone a full-fledged consideration of how to provide safe, quality abortive services for all women, it is unclear how much abortion was taking place in South Korea and what the health effects of it were.

In South Korea, women's pregnancy and childbirth were a means of controlling the population before it was an event closely tied to reproducible health and rights. In the family planning project started in the 1960s, the government enforced contraception in various ways in order to lower the fertility rate, and since the "low fertility" became a national problem from the mid 2000s, it supported the expenses of the assisted reproductive technology while strengthening crackdown on illegally performed abortion, but it was the same policy in that the government used the body of women as a means to govern the population.

The 'illegal status' of abortion was sought and resurrected according to the needs of the state. The government's attitude toward Korea's most serious female-selective abortion phenomenon around 1990 and selective abortion in the process of ART shows that the illegality of abortion is only a means to control women and the population, without any philosophy nor value implied.

In compliance with the country's population control policy, doctors introduced and carried out techniques for birth control and unofficial abortion procedures in the past, and more recently on assisted reproduction. Being the owner of the medical facilities in the privatized healthcare system, obstetrics and gynecologists provided the abortion service, through which they were able to accumulate economic profits. However, it was an informal procedure, so women had to bear the full risk and cost of illegal artificial pregnancy procedures. Women in need of abortion were also in the most difficult position when crackdowns on abortion crimes were strengthened. Women in the most vulnerable positions were exposed to discrimination and exclusion in the situation where abortion service was provided in an informal, private, and commercial way, and had to undergo more pain and suffering.

The illegal status of abortion has led to the absence of knowledge, institutions, and services that should be, and this led to the suffering that would not have to be incurred. Women had to navigate in search of quality and safe abortion, and health effect of unsafe abortion was not fully known. The illegality of the abortion stigmatized women, leading to threats from their own intimate partner, and investigation of private health record by public power.

Despite this, the issue of gender, sexuality, and reproduction in the health sector has not been properly discussed. The health and medical system reflected the unequal power structure, and the issue of reproductive health has never been the theme in health policy areas, including health insurance. Not only have basic knowledge not been produced from the people's perspective, but there is also almost no policy dealing with reproductive health from the point of view of women, not the state. Health services related to reproductive health, including contraception, are still excluded from the health coverage, and the inequities and discrimination that arise in the process are left out.

The recent ruling by the Constitutional Court on abortion and related changes in public opinion were largely attributed to the Korean women's movement, which has long agonized over the issue of reproductive rights. The role of the civic society which have been dealing with this issue in various areas was key to the debate in relation to the reproductive rights of women, sexuality and normality, and women 's self-control. By contrast, Korean politicians have so far been incompetent or consciously shirked in dealing with the abortion issue. The same was true in health policy areas. The health care system and policies, including health insurance, do not have a democratic structure that reflects the social struggle over women's rights. In general, women's rights and health still remain in a state that is not fully politicized, and the 'politics of non-politics' is still continuing.

The level of assurance of reproductive rights, including the abortion service, is often a surrogate indicator of women's right to liberty and social rights, especially health rights, in a society. If everyone has the right to the highest levels of physical, mental and social health they can reach, all women should experience planned pregnancies and childbirth at their own time and be able to use appropriate medical services in the process without economic, physical constraints or discrimination. Reproduction health and rights are not merely met with the assurance of any medical service. We argue that discussion and practice of reproductive health, including abortion, should be linked to a broader movement

for reproductive justice. Above all, the evidence is that countless Korean women are clamoring to guarantee their rights to body, health and safety. It is necessary to introduce policies and systems to ensure the real right to reproduction, and to cooperate with everyone for the liberating reproduction politics that will change people's lives. We should start by filling the absences occurred in a society where abortion is a sin, that caused unfair suffering. The old prejudice that objectified and instrumentalized women's body should be removed.

In a new world where law criminalizing abortion has disappeared, health and reproduction should be written from the point of view of no one else but based on those women who suffered. The knowledge, policies, institutions, laws, and cultures that change society today should be written from that ground.

1. 들어가며

2019년 4월 11일, 대한민국 헌법재판소는 역사에 기록될만한 중요한 결정을 발표했다. 형법상 낙태죄 조항에 대해 헌법불합치 결정을 내린 것이다. 합헌과 위헌 의견이 각각 4명으로 나뉘면서 자기낙태죄 조항이 헌법에 위배되지 않는다고 판결을 내렸던 2012년 판결과는 달리, 2019년에는 재판관 9명 중 3명이 위헌, 4명이 헌법불합치, 2명이 합헌 의견을 냈다. 현재는 형법의 자기낙태죄 조항(제269조)과 의사낙태죄 조항(제270조)이 임신 초기의 낙태까지 전면적·일률적으로 임신의 유지 및 출산을 강제하고 이를 위반하여 낙태한 경우 형사처벌함으로써 임신한 여성의 자기결정을 과도하게 침해하고 있으므로 이는 헌법에 위배된다고 판단했다. 그러나 현재는 단순위헌결정을 할 때 발생할 법적 공백을 방지하기 위해 2020년 12월 31일까지 개선입법을 실행하라고 주문했다.

이번 판결은 낙태죄 폐지를 위해 다양한 방식으로 싸워왔던 여성단체들과 이에 동참하여 목소리를 높였던 시민들의 값진 승리다. ‘모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동(모낙폐)’을 비롯해 이에 뜻을 함께하는 시민들은 낙태죄가 여성이 행복하고 자유롭게 살아갈 권리를 제한하고, 여성의 생명과 건강을 위협하며, 성차별적 사회 구조를 강화하는 데에 기여하므로 한시바빠 이를 폐지하고 안전한 임신중절에 대한 접근을 보장해야 한다고 촉구해왔다. 헌법재판소의 판결이 이루어지는 동안 모낙폐 등 시민사회는 낙태죄 폐지와 안전한 임신중지¹⁾에 대한 요구를 사회적으로 의제화하기 위한 다양한 활동을 펼쳤다. 여성들의 임신중지와 관련된 경험을 가시화하고자²⁾³⁾, 해외의 임신중지 합법화 투쟁이나 정책에 대한 소식⁴⁾⁵⁾을 다양한 방식으로 대중에게 전파한 결과 임신중지에 대한 시민 의식도 변화하였다. 판결이 있기 하루 전인 4월 10일 설문조사에서는 응답자의 58.3%가 낙태죄가 폐지되어야 한다고 응답했는데(유지 30.4%), 이는 1년 4개월 전에 했던 유사한 조사에서 51.9%였던 낙태죄 폐지 의견보다 6.4%p 높은 것이었다⁶⁾.

정부와 정치권에서도 이전과는 다른 태도를 찾아볼 수 있었다. 여성가족부와 국가인권위원회는 이번 판결이 있기 전 헌법재판소에 낙태죄 폐지 의견을 제출했다. ‘현행 헌법이 낙태를 불법으로 규정하고 있어 불법적, 음성적 낙태 시술이 시행되고, 이로 인해 여성의 생명권과 건강권,

1) 이 글에서는 형법상 낙태죄를 의미할 때는 낙태를, 여성이 주체적으로 임신을 중단하고자 할 때 이를 실현하는 것을 임신중지로 쓴다. 그 밖의 의료적 필요 또는 여성의 필요에 의해 이루어지는 의학적 처치에 대해서는 임신중절 또는 인공임신중절, 인공유산 등의 단어를 문맥에 따라 혼용하였다.

2) 닷페이스(2017.09.29.). “여성들, 인공임신중절 경험을 이야기하다” <https://youtu.be/3luW934Kknw>

3) 닷페이스(2017.12.07.). “낙태죄 폐지, 당신이 알아야 할 5가지” <https://youtu.be/7PjhY6U17T8>

4) 닷페이스(2018.09.28.). “세탁소의 여자들” 시리즈 <https://youtu.be/tMiKfOv6WoI>

5) 우유니게 외. (2018). 유럽낙태여행. 봄알람.

6) 리얼미터(2019.04.11.). “낙태죄, 폐지 58.3% vs 유지 30.4%” <https://bit.ly/2Z8bTHQ>

임신, 출산을 자유롭게 결정하는 재생산권이 심각하게 침해받고 있기에 낙태죄가 폐지되어야 한다’는 여성가족부의 의견서는 이 사안을 ‘태아의 생명권 대 여성의 자기결정권’이라는 고무한 관점에서 해석하면서 근거도 없이 임신중지 합법화가 임신중지 급증과 여성의 신체적, 정신적 건강 훼손으로 이어질 위험이 있다는 의견을 제출한 법무부와 선명하게 대비되는 것이었다.⁷⁾⁸⁾

여성들과 시민사회가 안전한 임신중지에 대한 접근을 요구하고 있는 데에 비해 지금까지 한국의 정부와 의료공급자들은 임신중지를 여성의 건강권 문제로 다루지 않거나, 여성의 건강권에는 관심이 없는 것처럼 보인다. 보건복지부는 헌법재판소가 공개변론을 위해 관련 부처에 의견을 요청했을 때 ‘의견없음’으로 회답했다. 그뿐만 아니라 낙태죄와 관련된 여론이 한창 고조되고 있던 2018년 8월 비도덕적 진료행위에 ‘형법 제 270조를 위반하여 낙태하게 한 경우’를 포함하는 내용의 의료관계 행정처분 규칙 일부 개정안 시행을 발표하면서 논란을 야기하기도 했다. 이후 임신중절 시술 전면 거부를 카드로 들고나온 산부인과 의사들과 협상을 진행하는 과정에서 정부와 의사들의 태도는 더 놀라웠다. 이들은 사안을 다룸에 있어서 임신중지를 필요로 하는 여성들의 입장이나 경험, 그리고 이와 같은 결정들이 여성들의 건강에 미칠 영향을 고려하여 고심하고 있다는 인상조차 내비치지 않았다.⁹⁾

임신중지는 전 세계적으로 가장 많이 이루어지는 의료 시술 중 하나이다. 여성에게 임신과 출산은 자신의 삶에 영향을 미치는 가장 중요한 사건 중 하나이며, 임·출산을 비롯해 재생산에 대한 자기통제는 여성이 자신의 삶과 건강에 대한 주도권을 가지고 인간다운 삶을 살아가기 위한 기본 전제조건이다. 재생산 권리에 대한 이런 인식 위에서 세계보건기구는 적절한 피임서비스 보장을 통해 인공임신중지서비스를 필요로 하는 사례를 최소화해야 하며, 불가피하게 발생하는 임신중지에 대한 필요를 충족하기 위해 정부가 모든 여성에게 안전한 임신중지서비스 접근을 보장하고, 여성의 건강과 인권을 보호하기 위해 관련된 법과 정책을 조정할 것을 권고한다.¹⁰⁾

그러나 여성의 생명, 안전, 건강과 밀접한 관련이 있는 임신중지는 지금까지 한국에서 중요한 건강 문제로 다루어지지 않았다. 일례로 2017년 청와대는 ‘낙태죄 폐지와 자연유산 유도약 합법화에 대한 국민 청원’에 대해 응답하면서 모든 법적 책임을 오직 여성에게 묻고 국가와 남성의 책임은 완전히 빠져있는 현행 법제의 문제점과 그로 인한 여성의 생명권, 건강권 침해 가능

7) 중앙일보(2018.05.23.) “여가부, ‘낙태죄 폐지해야’ 헌재에 의견 제출... 정부 부처 처음” <https://bit.ly/2G8HQY0>

8) KBS News(2019.03.18.), “낙태죄는 위헌, 인권위 첫 공식 의견” <https://bit.ly/2v4jBVS>

9) EMD(2018.08.28.) “(직선제) 대한산부인과 의사회 성명서” <https://bit.ly/2DdyLMV>

10) World Health Organization. (2015). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations (No. WHO/RHR/15.04). World Health Organization.

성을 인정했다. 그러나 정작 문제의 규모와 현황을 파악할 수 있는 정보가 없다면 사회학 합의가 필요하다는 무책임한 말과 임신중지 실태조사를 수행하겠다는 답변을 내어놓았다. 이런 촌극은 지금까지 임신중지라는 중요한 건강 문제가 그것의 불법적 지위로 인해 제대로 인식, 측정, 논의, 개선되지 못하고 있었음을 의미한다. 보건학적으로 매우 중요한 문제임에도 불구하고 지금까지 그 현황에 대한 근거조차 축적되어 있지 않고, 이와 관련된 건강 결과에 대한 근거 역시 확인할 수 없다는 사실은 여성의 재생산 건강 문제가 사회적 수준에서만 아니라 보건학 영역에서도 철저히 배제되어왔음을 보여준다.

이와 같은 문제의식에서 시민건강연구소는 여성의 건강권 관점에서 임신중지를 살펴보고자 하였다. 글의 구성은 다음과 같다. 2장에서는 최근 한국에서 임신중지와 이를 둘러싸고 일어나고 있는 사회적 갈등과 관련 현황을 다루고, 임신중지와 관련된 해외의 사례들을 간략하게 개관한다. 3장에서는 여성의 재생산 건강과 재생산 권리, 재생산 정의의 개념을 소개한다. 4장에서는 여성의 몸에 대한 국가 통제, 5장에서는 재생산 건강에 대한 전문가 통제와 시장적 의료 생산체계 내에서 발생하는 재생산 억압에 대해 논의한다. 이어서 6장은 낙태가 죄가 되는 사회에서 발생하는 부재를 다룬다. 여기에는 의학교육과 훈련 과정에서 부재, 보건학적 지식·정보체계·개입의 부재, 법·제도적 규제와 보호 및 보장의 부재, 그리고 임신중절 및 재생산 건강과 관련된 정치의 부재를 다룬다. 마지막으로 7장에서는 앞서 다룬 임신중지에 대한 보건학적 탐색을 토대로 건강 영역에서 임신중지에 대한 논의가 단순히 임신중지만이 아니라 포괄적 차원에서 재생산 건강에 대한 논의로 전진해야 한다고 주장할 것이다. 임신중지에 대한 개인의 선택을 넘어 재생산과 건강에 대한 권리를, 다시 한번 개인의 권리 보장을 넘어 모두가 자신의 재생산을 안전하게 통제할 기회가 보장되는 사회가 되어야 함을 함축하는 재생산 정의 운동에 동참해야 한다는 것이 우리들의 결론이다.

2. 한국에서 임신중지와 이를 둘러싼 최근의 상황

한국에서 임신중지는 술하게 발생하는 사건이었고, 그로 인한 삶의 고통을 겪는 사람들은 언제나 존재했다. 그러나 국가는 이를 불법으로 규정했고, 이로 인해 임신중지라는 사회적 실재는 마치 존재하지 않는 것처럼 여겨져 왔다. 다양한 방법으로 인구에 대한 정보를 수집하는 데에 유능한 한국 정부가 임신중단 연간 발생건수를 정확하게 파악하지 못하고 있다는 것, 따라서 조사시점에 따라 연 34만 건(2005년)에서 5만 건(2018년)으로 큰 편차를 보인다는 점¹¹⁾은 한국에서 임신중지의 지위를 잘 보여준다. 전 세계적으로 선진국들에서 인공임신중절률(15~44세 가임기 여성 1,000명당 임신중절 건수)이 30건에서 27건으로 완만히 감소하는 추세인데(Abortion worldwide 2017), 한국에서는 이 수치가 29.8건에서 5건으로 급락했다는 보고는 한국의 실태조사를 얼마나 믿을 수 있을지 묻게 만든다.

양적인 실태에 대한 정보가 미비한 것을 넘어, 인권과 생명권에 관한 법리적 논쟁이나 여성의 삶과 건강에 미치는 영향에 대한 과학적 분석은 온전히 수행될 기회조차 없었다. 여성에 대한 통제는 다양한 방식으로 이루어지지만, 여성의 몸에서 빈번하게 일어나는 임신중지라는 일에 대해 유독 금지와 처벌을 내세우고 어느 때고 낙태죄로 호명할 수 있는 현실은 분명 이 시대 여성들을 묶고 있는 보이지 않는 계구(戒具)¹²⁾가 되어있다. 이는 한국 사회만의 문제가 아니라, 여성의 몸과 섹슈얼리티를 통제하는 국가의 보편적인 모습이기도 하다. 이 때문에 임신중지는 특정 공간과 시간의 여성 개인의 문제가 아니라, 시공간을 넘어 여성들 간의 국제적 연대를 가능하게 하는 공동의 문제이다. 이 단락에서는 한국에서의 임신중지를 둘러싼 현황과 임신중지 권리를 얻기 위한 국내·외의 투쟁들에 대하여 살펴해보도록 한다.

2.1. 한국의 낙태죄를 둘러싼 쟁점들

1) 낙태죄의 위헌성 여부

한국은 1953년 처음으로 형법을 만들면서 낙태죄를 도입했고, 1973년 제정된 모자보건법에는

11) 연간 인공임신중절 건수가 2005년 34.2만 건, 2010년 17만 건이라고 추정되었으나, 2018년 한국보건사회연구원의 조사에서는 5만 건으로 급감했다. 한편 2017년 연세대·배재대 팀의 연구결과는 빅데이터 분석을 통해 연간 최대 50만 건까지 발생한다고 추정한 바 있다.

12) 피고인이나 죄인이 도주, 폭행, 소요 또는 자살을 할 우려가 있을 때 이를 억제하기 위하여 쓰는 기구를 통틀어 이르는 말. 포승, 연쇄(連鎖), 수갑, 재갈 따위가 있다.

예외적인 임신중절 허용 사유를 명시했다. 형법상 낙태죄의 처벌대상은 부녀자와 의료인 등이다. 모자보건법에서는 부모의 유전적·전염성 질환, 산모 건강 등 의학적 사유, 강간이나 근친상간 같은 법적·윤리적 사유에 한해 임신중절을 허용하고 있다. 2009년 개정된 모자보건법 시행령에서는 유전성·전염성 질환에 포함되는 질환을 대폭 줄이고, 임신중절 허용주수는 28주에서 임신 24주 이내로 축소하였다.

낙태죄의 존치를 두고 2012년 위헌소원에서 헌법재판소는 ‘임산부의 자기결정권이라는 사익이 태아의 생명권이라는 공익보다 우선할 수 없다’는 이유로 합헌 판결을 내렸다. 이때 재판관들은 태아에게 생명권을 인정해야 한다는 생명존중론과 임부의 자기결정권과 건강권을 대비시키면서 태아와 임신한 여성을 대립관계에 두었다. 그러나 2019년 4월 판결에서 재판관들은 오래된 프로라이프(pro-life)와 프로초이스(pro-choice)의 구도를 직접 건어냈다. 판결에서는 “태아와 임신한 여성의安危가 깊은 관계가 있고, 태아의 생명을 보호한다는 언명은 임신한 여성의 신체적·사회적 보호를 포함할 때 실질적 의미를 가질 수 있다”면서 태아의 생명 보호를 위한 실효성 있는 수단은 전면적인 낙태 범죄화가 아니라 원치않는 임신을 예방하고 낙태를 감소시킬 수 있는 사회적·제도적 여건을 마련하는 것이라고 명시하고 있다¹³⁾. 이어 판결에서는 형법상 제재가 여성에게 임신을 유지하고 출산을 강제하는 효과가 제한적임을 인정하고, 형법상 자기낙태죄 조항의 실효성을 의문시하며 사회적·경제적 사유로 인한 낙태갈등 상황의 중대성을 종합해 볼 때 낙태죄가 임신한 여성의 자기결정권을 침해하는 위헌적 규정이라고 결론을 내린다.

2) 여성 억압과 ‘재생산 정치’ 도구로서 낙태죄의 위상

낙태죄는 다음과 같은 문제들을 초래해왔다.¹⁴⁾

① 여성의 섹슈얼리티와 자기운명결정권에 대한 가부장적 여성통제 수단

‘낙태죄’의 존재는 국가가 특별히 수사하고 처벌하지 않아도 낙태가 불법이라는 인식을 심어주며, 여성들의 합리적 피임노력을 저해하는데 더해 죄책감을 심어주고 낙태경험을 공유하지 못하게 하는 효과를 발휘해 왔다(양현아, 2005).¹⁵⁾ 또한, 낙태죄에 남성 처벌조항이 없다는 점과 임신중지를 위해 배우자 동의를 얻도록 하는 점, 언제든 남성 파트너가 여성을 고발할 수 있다

13) 헌법재판소(2019.04.11.), 2017헌바127 형벌 제269조 제1항 등 위헌소원 결정문

14) 최현정(2016), “낙태죄의 문제점 및 개선방향”, <이화젠더법학> 제8권 제3호

15) 양현아(2005), “여성낙태권의 필요성과 그 함의”, <한국여성학> 제21권 1호, 한국여성학회.

는 사실은 여성의 섹슈얼리티와 재생산 운명이 가부장적 관계에 의해 통제되어야 한다는 선언적 의미가 있다.¹⁶⁾ 게다가 이런 조치들은 결혼하지 않은 여성의 임신과 출산에 대해서는 전혀 고려하지 않고, 이성애적 정상가족 관계를 상정하고 있다는 점에서 이러한 틀 안으로 포섭되지 않는 여성들의 고통을 보이지 않게 만든다.

② 의료인 규제로 인한 여성 건강권 침해

임신중지를 불법으로 규정됨으로써 이와 관련된 적절한 의료서비스와 사회복지체계의 구축 그 자체가 불가능해졌다. 의학교육에서 안전한 임신중지서비스에 대한 교육이 이루어지지 않고, 이미 효과와 안전성이 검증된 내과적 임신중지서비스에 대한 논의나 지식확산도 미비하다. 젠더감수성을 갖추고 적절하게 훈련된 의사에게 안전한 수술을 받을 수 있다는 보장이 없을 뿐만 아니라, 임신중지의 불법적 지위는 누군가가 이윤을 추구할 수 있는 조건으로 쉽게 변질된다. 이런 상황에서 여성들은 비싼 비용과 높은 위험부담을 모두 안고 임신중지 시술을 받게 된다.

③ “재생산 정치”¹⁷⁾: 국가의 인구정책 관철 수단으로 낙태죄

국가가 적정인구 달성을 위한 인구통제를 목표로 하고 있던 시절, 낙태죄는 사문화된 형태로 유지되었다. 그러나 국가가 출산율을 높일 필요성을 느끼게 되자, 낙태죄도 다시 살아났다. 또한 낙태죄는 단지 출생아의 숫자를 조절한다는 의미에 더해, 낙태죄로 처벌하지 않는 조건에 인구조절의 대상을 포함하여 장애부모의 재생산을 노골적으로 억압했다. 지금까지 한국 정부는 우생학적 기준을 관철하는 모자보건법과 여성의 자기몸에 대한 통제를 부인하는 형법을 양 손에 들고 장애가 없는 가부장제 이성애 결혼부부의 출산으로 국가가 원하는 숫자의 출생을 달성하려는 재생산 정치를 지속해왔다.

16) 천지선(2014), “성범죄 피해청소년 낙태의 법률적 이해”, 십대여성인권센터 주최토론회(2014.11.17.)

17) 백영경(2013), “성적 시민권의 부재와 사회적 고통: 한국의 낙태논쟁에서 여성경험의 재현과 전문성의 정치 문제”, <아시아여성연구> 제52권 제2호, 숙명여자대학교 아시아여성연구소.

2.2. 한국의 낙태죄 폐지운동 경과

2018년 7월 7일, 광화문 광장에는 수천 명의 시민이 모여 낙태죄 위헌 판결을 외쳤다. 시위 주체는 “모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동”으로, 여성의 몸을 불법화하고 여성의 건강을 위협하는 제도와 법에 맞서 저항하기 위해 만들어진 연대체였다.¹⁸⁾ 시위에서는 여성단체뿐만 아니라 민주노총과 전교조 여성위원회, 공공운수노조 등 기존 시민사회단체들이 참여했고, 시민건강연구소의 구성원들 역시 여성들의 건강권과 재생산 권리를 외치며 집회와 행진에 함께 했다.

한국에서 낙태죄가 정치적으로 이슈화되고, 사회적 여론이 움직이고, 헌법재판소가 헌법불합치를 판결하는데 이르기까지 변화는 언뜻 보기에는 급작스러운 것처럼 느껴진다. 그러나 이는 오래전부터 재생산권의 문제를 고민해온 한국 여성운동의 축적된 역량 위에서 가능한 것이었다. 특히 2016년 출범한 성과 재생산 포럼은 낙태죄를 여성의 재생산권, 더 나아가 섹슈얼리티와 정상성, 그리고 현대과학기술과 의료지식과의 관계 속에서 여성의 자기통제 문제와 결부하여 논의할 수 있게끔 하는 데에 결정적인 역할을 했다.¹⁹⁾

여전히 진행 중인 낙태죄 폐지, 그리고 여성의 재생산 권리를 향한 운동을 선불리 정리하고 평가할 수 있으리라고 감히 생각하지 않는다. 다만 여기에서는 한국 사회에서 낙태죄와 여성의 재생산 권리에 대한 논의가 활발해진 2010년을 기점으로 낙태죄 헌법불합치 판결에 이르기까지 있었던 주요 사건들을 간략하게 정리하여 제시함으로써 최근의 운동을 개괄하고자 한다.

1) 2010년 낙태고발정국 ~ 2016년

- 2009년 이명박대통령 직속 미래기획위원회에서 저출산 현상의 정책 대안으로 ‘낙태 줄이기 캠페인 및 낙태 안하는 사회 환경 조성’ 제시
- 2009년 ‘아이낳기 좋은세상 운동본부’ 출범
- 2010년 2월 프로라이프 의사회에서 인공임신중절 병원에 대해 검찰 고발을 진행하고 정부가 낙태죄 처벌강화 논의 시작. 산부인과 병원들은 수술거부·고액 진료비 요구를 시작. 일반적으로 이 때가 한국에서 낙태죄에 대한 사회적 논쟁이 시작되는 지점으로 평가됨

18) 한국여성민우회(2017.09.26.) “9/28 모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동 발족 퍼포먼스가 열립니다!” <https://bit.ly/2UmKYES>

19) 백영경. (2018). “낙태죄 폐지가 시대의 상식이 되기까지”, 『배틀그라운드』 수록, 후마니타스. 낙태죄를 둘러싼 성과 재생산 정치와 운동에 대한 더 자세한 내용은 위의 책에 자세히 수록되어 있다.

- 2010년 3월 ‘임신·출산결정권을 위한 네트워크(임출넷)’ 결성, 모자보건법에 ‘사회경제적 사유’에 의한 낙태를 허용할 것을 요구함.
- 2012년 8월 헌법재판소는 여성의 자기결정권과 태아의 생명권 사이에 후자를 우선시하면서 낙태죄 존치를 판결. 위헌 대 합헌 4대 4 판결은 “자기낙태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권이 위 조항을 통해 달성하려는 태아의 생명권 보호라는 공익에 비해 중하다고 볼 수 없다”라고 적시²⁰⁾.
- 2012년 11월 수능시험 끝난 후 인공임신중절수술을 받던 18세 여성 사망사건 발생.
- 2013년 한국여성단체연합이 박근혜정부 인수위에 모자보건법에 ‘사회경제적 사유’에 의한 낙태 허용을 요구²¹⁾.
- 2016년 9월 보건복지부, 비도덕적 진료행위에 임신중절 수술을 포함하고 기존 유권해석 형태로 낙태 수술을 집도한 의사에게 면허정지 1개월 처분을 내려왔던 것을 재확인하고 12개월까지 면허정지 처분을 내릴 수 있도록 하는 의료관계 행정처분규칙 개정안 고시. 거센 비판이 일자, 규정을 유지하되 처분의 강도를 1개월로 유지하는 개정안으로 후퇴함.

2) 2017년 ~ 현재

① 모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동

- 2016년 10월 '낙태죄' 폐지를 위한 검은 시위'를 공동 주최하였던 여성단체들이 재정비하여 결성. 2017년 9월 28일 안전하고 합법적인 임신중지를 위한 국제행동의 날(Global day of action for access to safe and legal abortion)에 맞춰 광화문 세종문화회관 계단 앞에서 진행한 퍼포먼스와 함께 출범.
- 2017년 9월 30일 “낙태죄 폐지와 자연유산유도약(미프진) 합법화 및 도입”에 대한 국민청원 글이 게시, 한 달 만에 235,372명이 서명 참여. 이에 조국 민정수석은 11월 26일 불법 임신중절 현황과 그 위험성, 국가와 남성의 책임 부재를 인정하고 사회적 논의가 필요하다고 응답. 이는 2010년 이후 중단된 임신중절 실태조사를 2018년부터 재개하고, 논의를 진전시키자는 의지의 표명이었으나 청원의 핵심적 요구사항이었던 자연유산 유도약 도입에 대한 언급은 이루어지지 않음.²²⁾
- 2018년 5월 24일 헌법소원 1차 공개변론에 대한 기자회견
- 2018년 7월 5~6일 레베카 고퍼츠(네덜란드 ‘과도 위의 여성들’ 설립자) 방한 토론회

20) <형법> 제270조 1항에 위헌확인(2010헌바402)

21) 그러나 사회경제적 사유에 의한 낙태를 허용하라는 요구는 ‘이성애주의를 기반으로 한 근본적 여성 억압에 저항할 수 없게 한다는 점에서 여성운동의 진보성을 손상한다’(조주현, 2008; 백영경 외, 2018. 46면 재인용)는 점에서 비판을 받아왔다.

22) 청와대 국민청원게시판(2017.09.30.) <https://bit.ly/2yZ9uF1>

- 2018년 7월 7일 낙태죄 폐지 행진
- 2018년 8월 8일 긴급현수막 퍼포먼스 <낙태죄 위헌 미루지 마라!>



그림 1. 모낙페, 긴급현수막 퍼포먼스(2018.08.08.)

- 2018년 9월 29일 269명의 시민과 함께 하는 형법 제269조 낙태죄 삭제 퍼포먼스

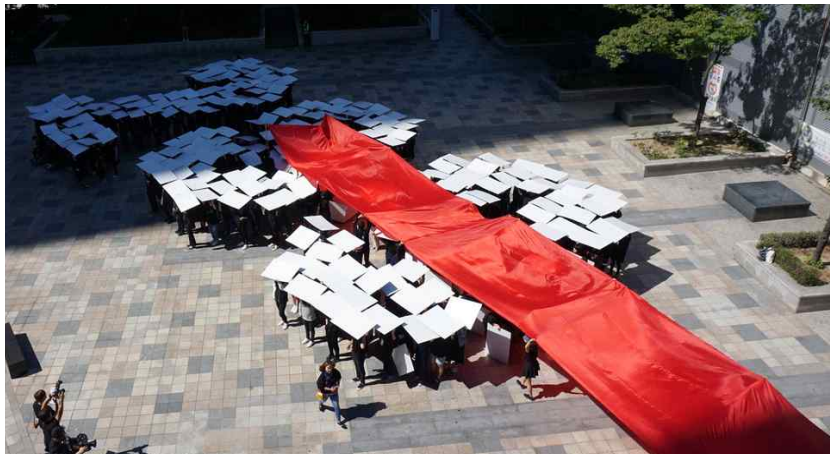


그림 2. 모낙페, 형법 제269조 낙태죄 삭제 퍼포먼스(2018.09.29.)

- 2018년 11월 28일 세계여성폭력추방주간기념 기자회견 <낙태죄 존치는 여성에 대한 폭력이다!>



그림 3. 모낙페, 세계여성폭력추방주간기념 기자회견(2018.11.28.)

- 2018년 11월 29일 ~ 2019년 4월 현재 판결까지 낙태죄 폐지촉구 1인 시위



그림 4. 모낙페, 낙태죄 폐지촉구 1인 시위

- 2018년 12월 ~ 2019년 1월 국제서명운동
“Abortion should be decriminalized in South Korea now!” (change.org)

② 비웨이브(BWAVE)

- 2016년 10월 23일 워마드 주최 1차 임신중단합법화시위(광화문), 같은 해 11월 10일 임신 중단합법화 시위팀 ‘비웨이브(BWAVE)’ 출범
- 2017년 1월 6일 ‘대한민국출산지도’(가임여성지도) 항의 시위



그림 5. 비웨이브, 대한민국출산지도 항의시위(2017.01.06.)

- 임신중단합법화 촉구 아바즈 서명운동
- 2018년 11월 17일 제18차 임신중단 전면 합법화 시위(보신각 앞)
- 2019년 3월 9일 제19차 임신중단 전면 합법화 시위

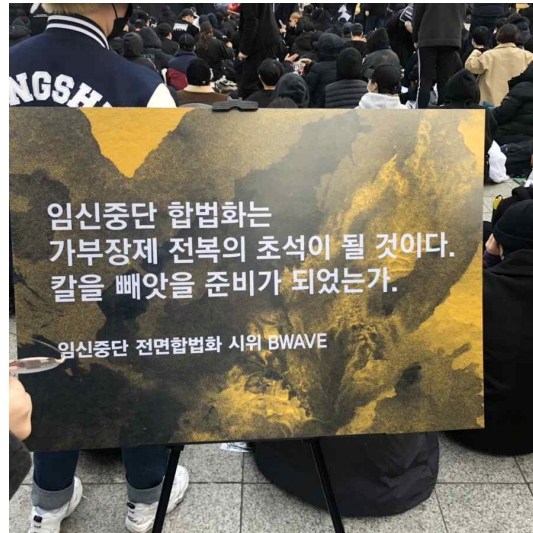


그림 6. 비웨이브, 임신중단 전면 합법화 시위(2019.03.09.)

2.3. 한국에서의 임신중지서비스 실태와 건강부담

보통 여성이 성적으로 문란하거나 조심하지 않아서 원치 않는 임신이 생긴다고 여기기 쉽지만 실상 현대의 피임법도 완벽한 것은 아니다. 피임법 중 효과적인 방법으로 알려진 콘돔의 피임 실패율(*typical use failure rate*)은 13%이고 피임약도 평균적으로 8%의 피임실패율을 보인다. 피임 실패율이 가장 낮은 자궁내장치나 임플란트도 약 0.1%에서 실패가능성이 있다.²³⁾ 따라서 성생활을 하는 모든 가임기 여성은 항상 원치 않는 임신의 가능성에 노출된다. 특히 피임 실패율이 낮은 방법은 가격이 비싸고 병원에서 의사에게 직접 처방받거나 시술을 받아야 하는 번거로움이 있어, 소득 수준이 낮고 쉽게 병원에 가기 어려운 여성들의 피임 장벽은 더욱 높다.

이러한 이들에게 안전한 임신중절 서비스를 제공하기 위해서는 충분한 인력이 필요하나 현실은 그렇지 못하다. 임신중지가 합법화된 미국에서도 많은 의료기관이 임신중절 서비스를 제공하지 않고, 비공식적 임신중절 시술이 이루어지고 있다는 사실은 임신중지가 법적으로 합법

23) CDC. (2018). “Contraception”, <https://bit.ly/2ghGPBF>

화된다고 해서 지금의 문제가 모두 해결되지 않는다는 것을 시사한다. 한국에서 이루어진 2005년 조사에 따르면 설문에 응답한 산부인과 의료기관의 약 80%가 임신중지 시술을 하고 있으며, 이 중 대부분이 의원과 전문 병원이었고, 이루어진 시술 대부분이 수술적 임신중지였다.²⁴⁾ 의료기관 외 시술이나 약물을 통한 임신중지에 관해서는 확인되는 자료가 거의 없다.

여기에 더하여 모자보건법상 허용되는 임신중지의 범위가 지나치게 좁은 상황은 산부인과 의사들이 모자보건법의 개정을 요구하는 근거가 되고 있다²⁵⁾ 삼중, 사중 검사와 같이 심각한 염색체 기형에 대해 선별하는 기형아 검사에 대해서는 보험 급여가 이루어지고 있으므로 대부분 산모가 검사를 받고 있지만, 막상 양수 검사를 통해 염색체 이상이 확진될 경우 이에 대한 임신중지는 법적으로 허용되지 않는다. 반면 최근 태아 기형 선별 기술의 발달로 과거보다 비교적 임신 초기에 진단이 가능해졌음에도 막상 이를 지원하는 제도는 미비하다. 임신이 진행된 이후에 심각한 선천성 기형이 진단되어 임신중지를 하게 되는 경우 산모와 그 가족에게 무척 고통스러운 뿐 아니라 의학적으로도 더욱 복잡하고 위험하다. 이는 임신과 출산에 관련된 정책이 임신한 여성의 필요와 건강을 중심으로 만들어졌다면 발생하지 않았을 고민과 고통이고, 의료현장에서 산부인과 의사들과 임부들이 겪어온 부조리다.

1) 내과적 임신중지서비스 부재

한국에서 임신중지는 대부분 수술적 방법으로 이루어지고 있는 것으로 추정된다. 그러나 세계 보건기구²⁶⁾와 산부인과학 매뉴얼의 안전한 인공임신중절에 대한 임상지침은, 임신 기간 전체에 걸쳐 약물적 임신중절이 가능하고, 6-14주에는 흡입술(vacuum aspiration), 12주 이후부터는 D&E(Dilatation & Evacuation, 경부 확장 후 흡입술)을 하는 것이 적절하다고 권고하고 있다.²⁷⁾ 그러나 한국의 의료인들은 임신중지가 불법이라는 이유로 산부인과 커리큘럼, 임상실습, 수련과정 등 정규과정에서 배우지 못하고 있다고 증언한다.²⁸⁾ 또한, 임상현장에서는 안전성이 입증된 약물적 임신중지 대신 자궁천공이나 유착의 위험이 있는 큐렛(curette)을 이용한 소파술(curettage)이 임신중지 시술의 대부분을 차지하고 있다.

해외의 경우 상황은 매우 다르다. 2016년 기준 약물적 임신중절이 차지하는 비중은 미국 30%, 영국 62%, 프랑스 64%, 스위스 72%, 스웨덴 92%, 핀란드 96%이다. 약물 도입 이후 내과적 임

24) 김해중. (2005). “인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립”. 보건복지부.

25) 전종관. (2007.09.11.). “모자보건법 14조 개정해야 한다.”, 조선일보. <https://bit.ly/2v6NWmG>

26) WHO. (2015), *Safe Abortion: technical and policy guidance fir health systems*.

27) 백영경 외. (2018). 『배틀그라운드』 후마니타스. 67p.

28) 한겨레(2019.04.07.) “합법적 임신중절 있어도... 의대에선 아예 안 가르친다”, <https://bit.ly/2UYjzGH>

신중지 비중이 크게 높아지는 것은 일반적이다. 아래 그림에서는 낙태와 관련된 법적 지위가 다른 멕시코[카테고리 2]와 캄보디아[카테고리 6] 모두 약물 도입 후 내과적 임신중지 점유율이 크게 높아진 것을 확인할 수 있다.²⁹⁾ 이런 전환은 나라마다 차이가 있는데, 유럽에서도 벨기에, 독일, 네덜란드는 최근까지도 내과적 임신중지의 비율이 20% 내외로 다른 유럽 국가들에 비해서 낮은 편이다. 그러나 한국은 낙태 합법화 수준이 높은 국가나 낮은 국가 어느 곳과 비교하더라도 내과적 임신중지서비스 접근도가 매우 낮은 특이한 상황임을 알 수 있다.

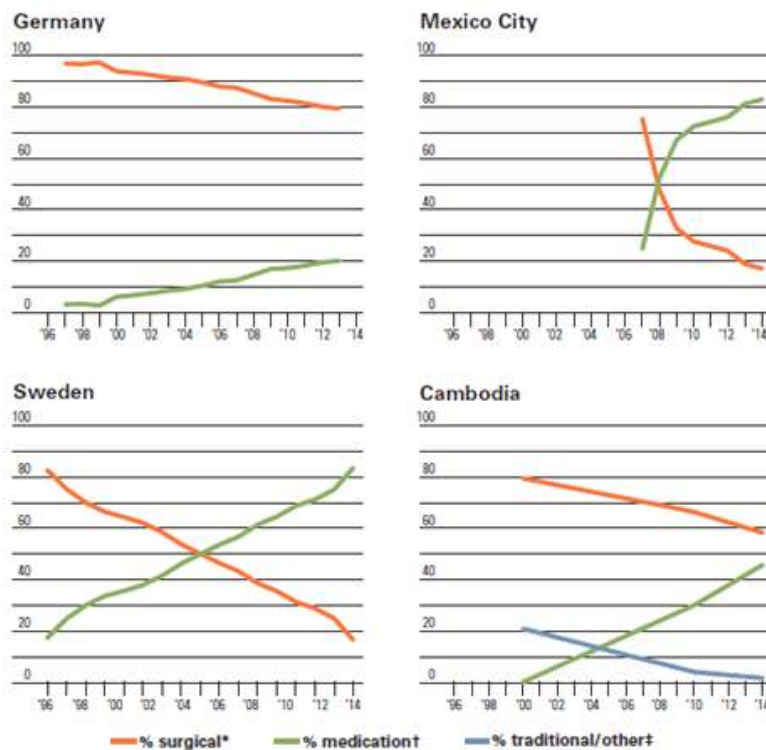


그림 7. 국가별 임신중지 방법 비율(1996년~ 가장 최근 시점)

2) 인공임신중지의 건강 영향

인공임신중지의 건강영향은 심각하게는 사망부터 불임과 각종 여성생식기계 합병증과 정신건강 문제까지 다양하며, 불임 등 이후 임신도 영향을 미친다.³⁰⁾ 국내에서 임신중지를 경험 여성들에 대한 조사에 따르면 9.5%~18.4%의 여성이 출혈, 요통, 복통, 염증, 부종, 빈혈 등의 부작용을 경험한 것으로 나타났다.³¹⁾

29) Susheela et al. (2017). Abortion Worldwide 2017. Guttmacher Institute.

30) 최정수 외. (2010). “인공임신중절 실태와 정책과제”. 한국보건사회연구원.



그림 8. 임신중절은 건강 문제다!

(자료원: Hallgarten, L. (2018). Abortion narratives: moving from statistics to stories. The Lancet, 391(10134), 1988-1989.)

자궁경부파열, 천공 등 생식기계 합병증을 일으킬 수 있고, 마취로 인한 부작용이나 심장발작도 나타날 수 있다. 안전하지 않은 임신중절은 다음 임신에까지 영향을 미친다는 점에서 더욱 주의가 필요하다. 부적절한 임신중절시술은 속발성 불임증, 영구불임, (반복 인공임신중절에서)자궁외 임신, 저체중출생아 출산 등을 초래할 수 있다.

그러나 지금까지 한국에서 임신중지와 관련된 여성들의 건강 문제는 알 수 없는 상태로 남아 있다. 불법적, 음성적으로 시행되는 인공임신중지로 인한 모성사망, 수술 부작용, 합병증은 사회적 문제로 다루어지지 못했고, 이로 인해 얼마나 많은 여성이 고통을 겪었는지는 지금으로서는 그 규모를 파악할 수가 없다.

임신중지에 의한 가장 심각한 결과인 모성사망의 원인은 감염(25%), 혈전증(24%), 마취부작용(16%), 과다출혈(15%) 등의 이유로 발생한다.³²⁾ 그러나 안전하고 적절한 의료서비스를 제공할 수만 있다면, 임신중지로 인한 건강 위험은 그리 크지 않다. 미국 질병관리본부에 따르면 합법적인 조기 임신중지로 인한 사망 위험은 10만 건 중 0.6 건으로 편도선 절제술과 관련된 사망 위험인 10만 건당 약 3명의 1/5 수준이다. 오히려 임신을 유지하고 출산에 이르는 것의 사망 위험이 하법적 조기 임신중지로 인한 사망위험의 11배 수준이다.³³⁾ 따라서 많은 전문가는 합법적이고 안전한 조기 임신중절서비스가 여성 건강에 더 도움이 된다고 말한다.

안전하지 않은 임신중지는 잔류태반, 자궁의 혈액응고, 감염, 생식기관염증, 출혈,

31) 김해중 외. (2005). 위의 보고서.

32) 최정수 외. (2010). 앞의 보고서 p. 27.

33) American Women's Services. <https://bit.ly/2KDbSsl>

2.4. 인공임신중절 합법화의 세계적 맥락

1) 재생산권에 대한 주요 국제회의와 국가별 정책

1990년대 국제인권운동의 흐름 속에서 그동안 제기되었던 여성운동의 의제들이 다수 기본권으로 자리 잡았다. 1993년 여성에 대한 폭력철폐선언, 1994년 카이로 국제인구개발회의, 1995년 북경세계여성회의 등은 여성에 대한 폭력근절과 재생산권 보장을 요구하던 여성운동의 주장이 국제인권기준으로 자리 잡는 계기가 되었다. 그러나 2016년에야 사회권 규약에서 성과 재생산 건강권이 구체화되는 등 여성의 건강은 여전히 소외된 이슈였다. 국제인권협약에 서명한 여러 국가에서 임신중지(전후 돌봄을 포함)와 관련된 여성 건강권이 충분히 보장되고 있다고 보기는 어렵다.

표 1. 재생산권과 관련된 국제회의와 국가별 사건

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 1968년 테헤란 국제인권총회 ● 1973년 미국, 로 대 웨이드 판결 ● 1974년 부쿠레슈티 세계인구총회 ● 1975년 멕시코시티 제1차 세계여성대회 ● 1983년 아일랜드, 임신중지 금지를 헌법에 명시 ● 1989년 루마니아, 차우세스쿠의 ‘임신중지금지법’ 폐지
칠레, 모든 경우에 대한 임신중지 전면 금지 ● 1994년 카이로 UN국제인구개발회의(ICPD) ● 1995년 북경 제4차 세계여성대회, ‘재생산 권리’ 처음 명명 ● 1998년 엘살바도르, 모든 경우에 대한 임신중지 전면 금지 ● 2005년 WHO, 임신중지유도약 미페프리스톤(Mifepristone) 필수약품 목록 등재 ● 2006년 니카라과, 치료적 임신중지도 금지하는 개정안 통과 ● 2012년 아일랜드, 사비타 사건을 계기로 임신중지 권리 캠페인 시위 ● 2013년 아일랜드, 산모가 생명의 위협을 받을 경우에 한해 제한적으로 임신중지 허용 ● 2016년 UN 경제사회문화권위원회 ‘성과 재생산 건강권(right to sexual and reproductive health)에 관한 일반논평’ 발표
폴란드, ‘검은 시위’ ● 2018년 아일랜드, 임신중지금지 헌법조항 폐지 결정
아르헨티나, 임신중지 합법화 법안 하원 통과/상원 부결 ● 2019년 한국, 형법상 낙태죄에 대한 헌법불합치 판결 |
|---|

임신중지를 불법화하고 있는 국가들은 말할 것도 없고, 임신중지를 제한 없이 허용하는 국가에서도 모든 여성이 만족해하는 안전하고 적절한 임신중지서비스 접근을 보장하는 경우는 많

지 않다. 가령 독일은 제한 없이 임신중지를 허용하는 국가(카테고리 6)로 분류되지만 2019년이 되어서야 의사와 의료전문가들이 공개적으로 임신중지에 관한 의학적 정보를 제공하거나 합법적 임신중지 시술을 제공한다고 밝히는 것을 금지하던 법을 개정했다. 개정된 법률에 따라 의료제공자들은 웹사이트에서 합법적인 임신중지 시술 정보를 공개할 수 있게 되었지만, 전문가들은 여전히 독일에서 여성들이 임신중지에 관한 정확한 의학적 정보를 얻는 데에는 어려움과 제한이 있다고 평가한다.³⁴⁾

34) Center for Reproductive Rights(2019.02.18.). “Expert Opinion by the Center for Reproductive Rights to the Parliament of the Federal Republic of Germany on the Draft Law of the Federal Government on Improving Information on Abortion” <https://bit.ly/2P958kF>

표 2. 낙태 합법화 6개 범주에 따른 193개 국가와 지역 분류(2017)

법적 범주	선진국	개발도상국				
		아프리카		아시아와 오세아니아		라틴 아메리카와 카리브해 지역
카테고리1. 예외없이 금지	안도라 몰타 산마리노	앙골라 콩고-브라자빌 콩고-킨샤사 이집트 가봉	기니비사우 마다가스카르 모리타니 상투메프린시페 세네갈	이라크 라오스 말레이시아 미크로네시아	팔라우 필리핀 통가	도미니카연방 엘살바도르 아이티 온두라스 니카라과 수리남
카테고리2. 여성의 생명을 살리기 위해	아일랜드	코트디부아르 리비아 말라위 나이지리아 소말리아 남수단 수단 탄자니아 우간다		아프가니스탄 방글라데시 부탄 브루나이 인도네시아 이란 키리바시 레바논 미얀마 오만	파푸아뉴기니 솔로몬군도 스리랑카 시리아 동티모르 투발루 아랍에미리트 서안&가자 예멘	앤티가바부다 브라질 칠레 도미니카공화국 과테말라 멕시코 파나마 파라과이 베네수엘라
카테고리3. 여성의 생명을 살리고 신체 건강을 보호하기 위해	리히텐슈타인 모나코 폴란드	베냉 부르키나파소 부룬디 카메룬 중앙아프리카 공화국 차드 코모로 지부티 적도기니	에티오피아 기니 케냐 레소토 모로코 니제르 르완다 토고 짐바브웨	요르단 쿠웨이트 몰디브 파키스탄 카타르 사우디아라비아 한국 바누아투		아르헨티나 바하마 볼리비아 코스타리카 에콰도르 그레나다 페루
카테고리4. 여성의 생명을 살리고 신체적/정신적 건강을 보호하기 위해	뉴질랜드 북아일랜드	알제리 보츠와나 에리트리아 감비아 가나 라이베리아	모리셔스 모잠비크 나미비아 세이셸 시에라리온 스와질란드	이스라엘 말레이시아 나우루 사모아 태국		콜롬비아 자메이카 세인트키츠네비스 세인트루시아 트리니다드토바고
카테고리5. 여성의 생명을 살리고 신체적/정신적 건강을 보호하고, 사회경제적 사유에 의해서	핀란드 영국 아이슬란드 일본	잠비아		사이프러스 피지 홍콩 인도 대만		바베이도스 벨리즈 세인트빈센트 그레나딘
카테고리6. 사유제한 없음	알바니아 오스트리아 호주 벨라루스 벨기에 보스니아-헤르체고비나 불가리아 캐나다 크로아티아 체코 덴마크 에스토니아 프랑스 독일 그리스 헝가리 이탈리아 코소보	라트비아 리투아니아 룩셈부르크 마케도니아 몰도바 몬테네그로 네덜란드 노르웨이 포르투갈 루마니아 러시아 세르비아 슬로베니아 슬로바키아 스페인 스웨덴 스위스 우크라이나 미국	카보베르데 남아프리카 튀니지	아르메니아 아제르바이잔 바레인 캄보디아 중국 조지아 카자흐스탄 키르기스스탄 몽골 네팔 북한 싱가포르 타지키스탄 터키 투르크메니스탄 우즈베키스탄 베트남		쿠바 가이아나 푸에르토리코 우루과이

Abortion Worldwide 2017

2) 재생산권 보장을 위한 세계적 투쟁들

전 세계적으로 많은 국가가 임신중지를 엄격하게 금지하던 정책(카테고리 1)에서 점차 여성의 건강을 보호하고, 최종적으로 사유와 관계없이 요청에 따라 낙태가 가능하도록(카테고리 6) 법적 제한을 없애는 방향으로 점진적으로 나아가고 있다. 그러나 항상 상황이 좋아지기만 하는 것은 아니다. 재생산을 둘러싼 정치는 한 국가의 인권 상황을 가장 정확하게 반영한다는 말처럼, 임신중지가 합법화된 국가라 하더라도 특정한 정치적 상황에서 재생산 건강과 권리를 후퇴시키려는 반격이 시도되고, 그로 인해 재생산권이 뒷걸음치기도 한다. 재생산권을 둘러싼 정치가 얼마나 가시화되어있는지 그 자체도 중요한 여성 인권 지표라고 볼 수 있는데, 2019년 현재 전 세계적으로 볼 때 아시아, 아프리카, 중남미 지역에서는 매우 제한적인 상황에서만 임신중지를 허용하는 국가들이 많고 이들 나라에서는 재생산과 관련된 정치적 의사결정과 사회적 논의를 찾아보기 어렵다.³⁵⁾

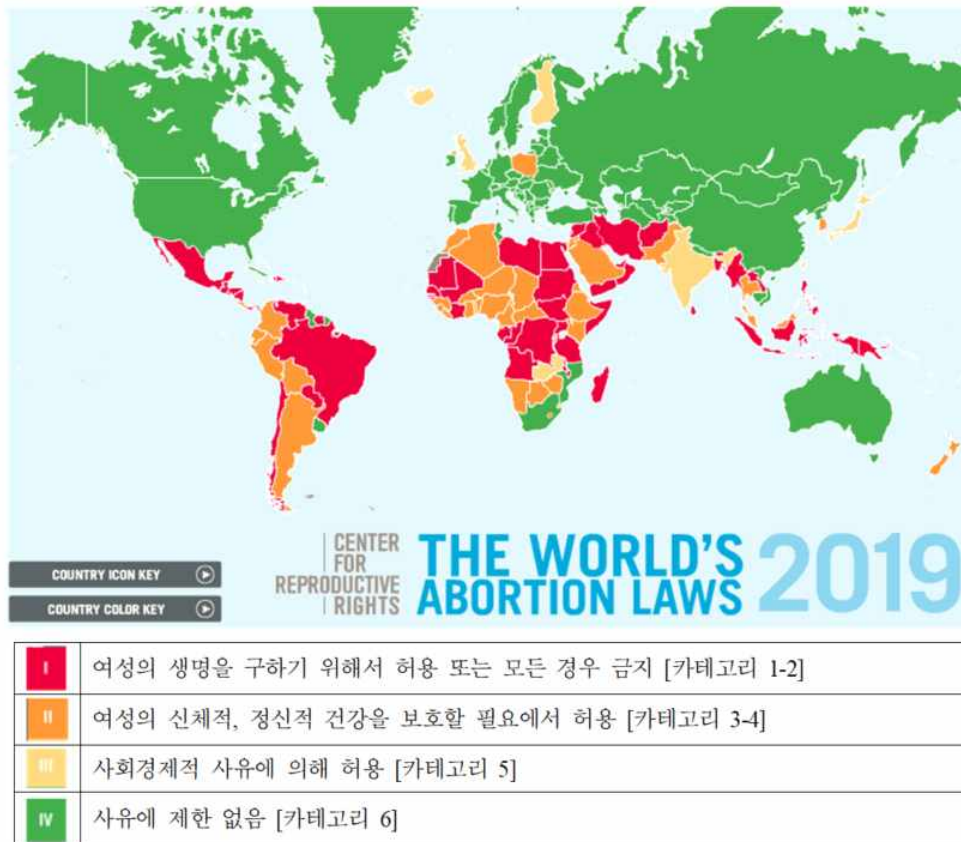


그림 9. 2019년 세계 임신중지 법제 현황

35) Center for Reproductive Rights. <http://worldabortionlaws.com/>

그림 10은 2000년부터 2017년까지 일부 국가에서의 임신중지 법적 허용 여부가 어떻게 변해왔는지를 보여준다. 우루과이, 포르투갈, 스페인, 스위스, 호주, 룩셈부르크 등은 카테고리 3, 4, 5에서 카테고리 6으로 변했고, 특히 네팔은 채 20년이 되지 않는 기간 동안 카테고리 1에서 카테고리 6으로의 극적인 변화가 있었다.³⁶⁾ 임신중지를 가장 엄격하게 금지해왔던 국가들인 모나코, 말리, 소말리아, 베냉, 스와질란드, 이란, 칠레 등에서도 여성의 생명을 구하기 위한 임신중지를 허용하는 등 점진적인 변화가 있었다.

이 가운데 두드러지는 사례는 니카라과이다. 니카라과의 임신중절 법규는 카테고리 2에서 엄격하게 금지하는 카테고리 1로 후퇴했다. 니카라과 산디니스타 정권은 집권을 위해 가톨릭 세력과 정치적 연합을 형성하는 과정에서 2008년 7월부터 여성의 목숨이 위태로울 때를 포함해 모든 임신중지를 전면금지했다. 니카라과 형법은 임신중지 시술자에게 1년~3년의 징역형(의료인일 경우 2년~5년의 자격정지), 시술받은 여성에게는 1년~2년의 징역을 부과하고 있으며, 여성의 동의 없이 임신중지를 시행하는 경우 시술자에게는 더 큰 형벌이 부과된다.³⁷⁾

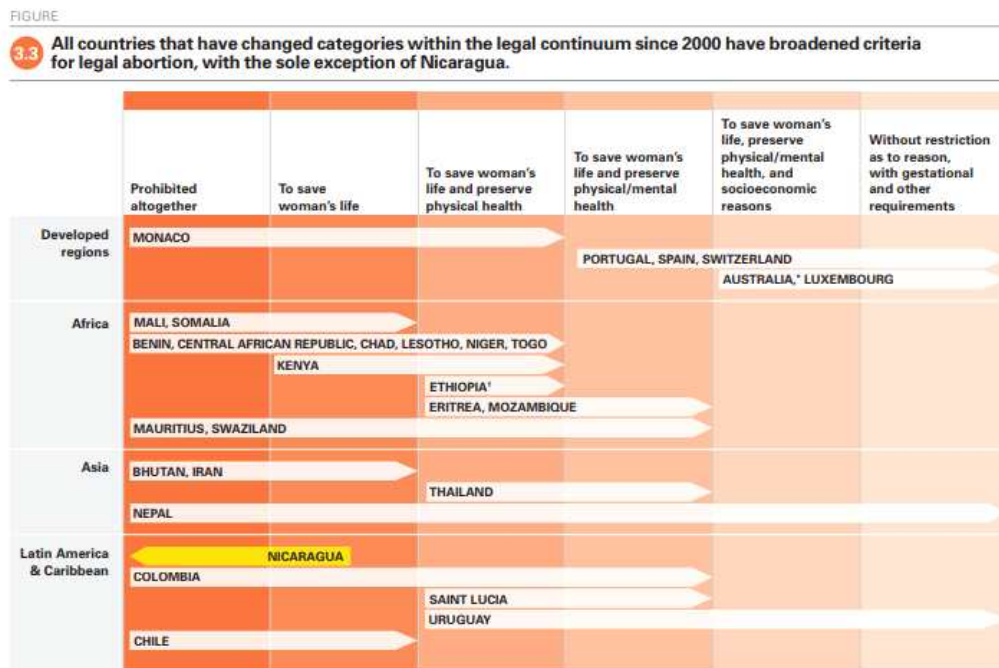


그림 10. 2000년 이후 임신중지에 대한 법적 기준의 변화를 보여준 국가들

36) 네팔은 이렇게 단기간에 이루어진 법·제도의 변화가 일반 국민들의 인식이 변하는 속도보다 빠른 탓에 여전히 여성들의 건강을 해치는 위험한 임신중지가 이루어지고 있다. 이 때문에 임신중지에 대한 사회문화적 터부를 깨고 공적 의료서비스를 이용하도록 하는 것이 과제라고 한다.

37) Center for Reproductive Rights. Challenge to Abortion Law in Nicaragua. <https://bit.ly/2v4tiU5>

전 세계의 여성들은 재생산권 보장을 위한 투쟁을 벌이고 있으며, 이는 각국의 정치적 상황과 젠더체계, 보건의료체계와 긴밀한 연관 속에서 국경을 넘어 영향을 미친다. 여기에서는 국내외 재생산권 투쟁에 영감을 주었던 일부 사례를 소개한다.

① 위민 온 웹(Women on Web)과 위민 온 웨이브(Women on Wave)

위민 온 웹은 임신중지를 지지하는 임신중지 경험 여성, 의료인, 연구자, 그리고 개인과 조직들의 온라인 국제커뮤니티이다. 위민 온 웹은 도움이 필요한 여성들이 안전한 임신중지서비스에 접근할 수 있도록 돕고, 여성의 건강을 보호하고 교육자료를 제공하는 것을 목표로 하는 조직으로서 네덜란드에 본부를 두고 있다.³⁸⁾ 위민 온 웹은 전 세계에서 내과적 임신중지 약제를 구하려는 여성들에게 개인적인 경험을 공유하고 임신중지에 관한 정보를 제공한다. 설립자 레베카 고퍼츠는 ‘안전하게 임신을 중단할 수 있도록 보장하는 것은 인권의 문제’라고 주장한다. 이들은 임신 중단이 불법인 여러 나라의 여성들을 공해³⁹⁾로 데려가 약을 제공하며 세계 전역을 드나들며 그 경험을 알리고 있다. 최근 위민 온 웹은 드론을 띄워 임신중지 약물을 제공하고, 이를 영상화하여 공개하는 등 전 세계의 여성들에게 임신중지서비스 접근을 보장하기 위한 국제연대에 앞장서고 있다.⁴⁰⁾

② 아일랜드(카테고리 2 → 카테고리 6)

아일랜드는 1983년 수정헌법 8조를 도입하여 여성의 생명이 ‘실질적이고 중대한 위험’에 처한 경우를 제외하고는 모든 상황에서 임신중지를 금지시켰다. 그러나, 임신중지 시술을 받은 여성에게 최장 14년의 징역형을 선고할 정도로 서유럽 국가 중에 가장 낙태죄를 엄격하게 적용했던 가톨릭국가 아일랜드는 2018년 5월 국민투표를 통해 임신중지를 금지한 기존 헌법을 개정했다. 외국에 거주하다가 낙태죄 폐지 국민투표를 위해 입국하는 여성들의 사진은 #HomeToVote라는 해시태그를 달고 아일랜드를 넘어 전 세계 여성들로부터 공감과 지지를 얻었다.

2012년 유산이 임박해 병원을 찾았으나 생명이 위험한 상황에서도 태중 태아의 심장이 멈출 때까지 임신중지 시술을 할 수 없다는 의료진의 거부로 결국 사망했던 사비타 할라파나바르의 사망 사건은 아일랜드에서 헌법 개정에 대한 시민들의 강력한 요구를 불러일으킨 중대한 기점이었다. 2013년과 2014년에는 아만다 멜레(Amanda Mellet)와 시오반 위른(Siobhán

38) <https://www.womenonweb.org/en/page/521/about-women-on-web>

39) 국제법에 따라 어느 나라의 영역에도 속하지 않고 모든 국가에 개방된 해역을 공해(公海)라고 부른다.

40) 위민 온 웨이브의 활동을 담은 다큐멘터리 “Vessel(2014)”은 다음에서 확인할 수 있음
<https://youtu.be/83r-vlLuGEg>

Whelan)의 사건이 각각 유엔인권위원회에 보고되었고, 유엔인권위원회는 아일랜드의 임신중지 금지법이 아일랜드가 비준한 ‘시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Civil and Political Rights)’에 따른 사생활과 평등에 대한 권리를 침해한다고 판결하게 된다. 이 결정에 따라 아일랜드 정부는 멜레와 위른이 임신중지 시술을 위해 해외를 방문하는데 지급한 비용과 정신적 지원비용 등을 지급하게 되었다.⁴¹⁾

이런 일련의 사건을 겪으면서 아일랜드 여성들과 국제여성연대의 지속적인 헌법 개정 요구 운동은 2017년 개헌을 위한 시민의회 결성으로 이어진다. 100명의 시민의회 의원들은 아일랜드 국민을 대표해 임신중지를 비롯한 여러 사안에 대해서 진지하게 숙의하고 현재의 헌법을 바꿔야 한다는 결론을 내렸으며, 이 결과를 의회에 전달했다. 동시에 아일랜드의 다양한 시민 사회조직이 아일랜드 국민들에게 임신중지가 인권과 건강에 대한 문제임을 알리고 사회적·정치적 논의를 촉진하기 위한 캠페인을 펼쳐나갔다. 아일랜드의 낙태죄 폐지 운동가들은 명시적으로 **“무상의 안전하고 합법적인 임신중지서비스 보장”**을 요구했다. 그 결과 아일랜드의 리오 바라드카르 총리가 공개적으로 임신중지 금지 헌법의 완화를 지지하게 된다. 결국, 2018년 5월 66.4%의 찬성을 얻어 여성들의 권리를 보장하는 헌법 개정안이 통과되었고, 여성의 임신중지 등 재생산 권리 보장에 대한 법안이 만들어졌다. 2019년 1월 1일부터 발효된 이 법에서는 임신 첫 12주 이내의 임신중지를 조건 없이 허용하며, 12주~24주 사이에는 예외적 상황일 경우 임신중지를 허용하도록 하고 있다.

③ 폴란드(카테고리 3)

폴란드는 유럽에서 가장 제한적으로 임신중지를 허용하는 국가 가운데 하나로, 한국과 마찬가지로 카테고리 3에 해당한다. 최근 폴란드에서는 심각한 태아 이상, 근친상간이나 범죄에 의한 임신, 여성의 생명을 심각하게 위협하는 상황에서 제한적으로 임신중지를 허용하던 기존 법률을 심각한 태아 기형이 있는 상황에서도 임신중지를 금지하는 내용으로 개정하려는 움직임이 있었다. 2011년부터 폴란드의 보수 정부는 임신중지를 거의 금지 또는 전면 금지하는 내용의 “Stop Abortion” 입법안을 4차례나 발의했다.⁴²⁾ 이에 폴란드 여성들은 2016년 전국에서 20만 명 이상이 참여하는 대규모의 ‘검은 시위’를 벌였고 결국 해당 법안은 철회되었다. 폴란드의 검은 시위는 2016년 10월 한국판 검은 시위에도 영향을 미쳤다.

41) Center for Reproductive Rights, “Outcome of Irish Referendum on Abortion is a Momentous Result for Reproductive Rights”, <https://bit.ly/2PcnXTV>

42) 페미니스트저널 일대(2018.5.28.) “검은시위 승리 이후, 폴란드 페미니즘도 부활했다”, <https://bit.ly/2DaXUrG>

④ 아르헨티나(카테고리 3)

2012년 3월 강간 사건에서 임신중지를 비범죄화하는 아르헨티나 대법원 판결이 내려졌다. 그 전의 법은 강간에 대한 해석이 명확하지 않았다. 형법에서는 명시적으로 정신장애 여성을 대상으로 한 강간 사건에서의 임신중지만을 허용하고 있었지만, 각종 지방 사법기관과 국가 규정에서는 이를 모든 강간에 대한 임신중지 허용으로 해석해왔다. 또한, 아르헨티나의 법은 여성의 생명이나 건강이 위험할 때만 임신중지를 허용하고 있어, 젊은 강간 희생자의 임신중지가 어려워지는 사례가 발생하는 등 위험에 처한 여성이 적시에 도움을 받지 못하는 일이 발생했다. 이로 인해 모든 강간 사건에서의 임신중지를 비범죄화하는 2012년 3월의 판결은 매우 역사적인 판결이라는 평가를 받았다. 그러나 여전히 법률로 허용된 특수한 상황에서 이루어지는 임신중지에서도 불필요하게 임신중지가 지연되는 사례가 많아 법을 더욱 완화하라는 요구가 계속되고 있다. 2018년 6월 아르헨티나에서는 임신 14주 이내의 임신중지 시술을 합법화하도록 하는 법안이 하원을 통과하였으나, 8월 상원에서는 해당 법안이 부결되었다.

⑤ 우루과이(카테고리 6)

임신중지가 자유로워지는 세계적인 경향에도 불구하고 대부분의 라틴아메리카 국가들은 세계에서 가장 엄격한 임신중지 제한을 유지하고 있다. 이런 가운데, 2012년 10월 우루과이는 임신 초기(12주)의 임신중지 수술을 허용하는 매우 전향적인 법안을 통과시켰다. 우루과이의 새로운 법률은 여전히 여성들이 합법적 임신중지서비스를 받는데 제한을 부과하고 있는데 이는 의회 내의 보수주의자들의 지지를 얻으려는 조치였다고 한다. 부과된 제한사항은 5일의 대기 기간을 포함하여 임신중지를 희망하는 여성이 산과 의사에게 자신이 임신하게 된 상황을 설명해야 하고, 그녀에게 법의 내용을 설명해줄 사람들을 만나야 하는 것 등이다. 우루과이의 새로운 법률은 이전의 상황을 타개하는 의미 있는 변화인 동시에, 다른 라틴아메리카 국가들에도 상당한 영향을 줄 수 있는 결정이라고 평가된다.⁴³⁾

⑥ 미국(카테고리 6)

미국은 연방법에 따라 제한 없이 임신을 중지할 수 있는 국가로 분류되지만, 2017년 기준 미국 내 19개 주에서 임신중지의 권리와 서비스 제공, 환자 접근에 대한 63개의 새로운 제한조치가 발효되어⁴⁴⁾ 지역 간 편차가 상당히 크다. 2018년 5월 아이오와주에서는 태아의 심장박동이

43) Center for Reproductive Rights. "Uruguay Raises the Bar for Latin America". <https://bit.ly/2ltdfak>

44) 소위 새로운 임신중지 금지법안인 '하트비트' 법안에 따르면 임신중지를 원하는 모든 여성은 태아의 심장 박동을 측정하기 위해 초음파 검사를 받아야 한다. 만일 태아의 심장박동이 감지된다면 임신중지

감지되면 낙태를 금지하는 법안이 통과되었는데, 이는 미국에서 가장 엄격한 임신중지 금지법이다. 미국에서 임신중지가 엄격한 29개 주의 임신중지 제한조치들은 심지어 과학적 근거에 기반하지 않은 채 시행되고 있어, 미국의 여성건강전문가들은 근거에 기반한 양질의 재생산 보건 의료서비스를 제공해야 한다고 주장한다.⁴⁵⁾

수술을 받을 수 없다. 이것은 임신 6개월까지 임신중지를 할 수 있는 권리를 보장한 지난 1973년 연방 대법원의 '로 대 웨이드(Roe v Wade)' 판례를 뒤집는 것이다. <https://bit.ly/2DUdw1B>

- 45) Espey. (2019). “The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women’s health professional organizations”, American Journal of Obstetrics & Gynecology 220(1): 67-70.

3. 재생산 건강과 재생산 권리, 재생산 정의

이 장에서는 임신중지와 관련하여 사용되고 있는 **재생산 건강**과 **재생산 권리**, **재생산 정의** 개념을 살펴본다. 앞 장에서도 일부 살펴봤듯이, 이들 개념은 진공에서 튀어나온 것이 아니라 전 세계적 투쟁과 국가 및 세계적 수준의 제도화라는 이중의 운동을 거쳐 발전해 왔다.⁴⁶⁾ 각각의 개념은 어떠한 서로 다른 역사적, 정치적 맥락과 의미를 지니고 있는가? 그리고 2019년 한국 맥락에서 각각의 개념을 어떻게 이해하고 활용할 수 있는지가 이 장에서 답하고자 하는 질문이다.

3.1. 여성의 건강할 권리와 재생산 건강

재생산(reproduction) 개념은 다양한 층위를 가지고 있지만, 여성이 재생산의 주된 주체이며 재생산이 여성의 건강에 중대한 영향을 미친다는 점은 분명하다.⁴⁷⁾ 아래에서는 먼저 여성의 건강할 권리라는 관점에서 재생산 건강 개념을 살펴볼 것이다.

1) 모자 보건에서 성 및 재생산 건강과 권리로, 그리고 여성의 건강으로

1990년대 초반까지 여성의 건강은 주로 **모자 보건**이라는 틀에서 다루어졌고, 그 안에서는 **모성 건강**에 대한 관심조차 찾아보기 어려웠다.⁴⁸⁾⁴⁹⁾ 1994년 유엔 카이로 인구개발회의의 실행 프로그램은 처음으로 재생산 건강과 권리 개념을 제시하였다. 인구개발회의는 세계보건기구의

46) 하정옥. (2013). “재생산권 개념의 역사화·정치화를 위한 시론”, 보건과 사회과학 12월호 제34집: 183-210.

47) Rai et al. (2010)은 생물학적 재생산을 세 가지 차원 중 하나로 포함하는 ‘사회적 재생산’을 개념화했다. 첫째 가족과 친밀한 관계를 유지하는데 필요한 성적, 감정적 서비스를 제공하는 것을 포함하는 생물학적 재생산, 둘째 다양한 형태의 돌봄과 공동체의 욕구를 충족하기 위해 제공되는 사회서비스를 포함하는 가정 내의 상품과 서비스의 부활생산, 셋째 지배적 사회관계를 견고히 하기 위한 문화와 이데올로기의 재생산이 그것이다(이진옥, 2010에서 재인용). 특히 생물학적 재생산과 가정 내 부활생산의 주된 주체는 여성이다. 예컨대 Langer et al. (2015)은 ‘여성의 건강’과 ‘돌봄 제공자로서 여성’을 ‘여성 건강’ 개념의 두 가지 축으로 설명하고 있다. 물론 인간과 사회의 재생산이라는 관점에서 보면, 재생산은 비단 여성뿐만 아니라 인류의 건강과 생존, 안녕에 필수적이다 (Starrs et al., 2018). 이진옥(2010), “사회적 재생산을 통해 본 발전국가의 재해석”, 여성학연구 22(1): 73-101.;

48) Langer et al. (2015). “Women and Health: the key for sustainable development”, The Lancet 386: 1165-210.

49) Starrs et al. (2018). “Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission”, Lancet 391: 2642-92.

건강 개념을 도입하여 **재생산 건강(reproductive health)**을 “재생산 기관과 그 기능 및 과정과 관련하여 질병이나 불구가 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 그리고 사회적으로 안녕한 상태”로 정의하면서, (여성과 남성이) “첫째, 안전하고 만족스러운 성생활을 누릴 수 있어야 하고 둘째, 자녀의 출산 여부나 출산 간격과 시기, 자녀 수를 결정할 권리를 가져야 한다.”라고 명시하였다.⁵⁰⁾⁵¹⁾ 이른바 **성 및 재생산 건강과 권리(sexual and reproductive health and right)** 개념이다. 이후 초점은 **여성의 건강**으로 이동했다. 이는 가임기를 넘어 여성에게 영향을 미치는 건강 문제들, 그리고 여성이 남성과 공유하는 건강 문제들(그러나 여성에게 불균형적으로 영향을 미치는 생물학적 요인, 젠더, 다른 사회적 결정요인들로 인해 여성에게 특히 심각하게 나타나)을 포괄한다.

표 3 여성 건강 패러다임의 발전

시기	~ 1990년대 전반	1990년대 후반~2000년대 전반	2000년대 후반~
패러다임	‘모자보건’ ‘모성 건강’	‘성 및 재생산 건강과 권리’	‘여성 건강’
주요 사건		● 1994년 UN 카이로 인구개발회의	● 2010년 UN 글로벌 전략 ● ‘여성과 아이들의 건강: 모든 여성과 모든 아이들’ ● 2016년 UN 경제사회문화권위원회 ● ‘성과 재생산 건강권*에 관한 일반논평’

* right to sexual and reproductive health

자료: Langer et al. (2015)을 참고하여 수정 작성함

2) 여성의 건강할 권리라는 관점에서 한국의 재생산 건강 문제

흔히 초경부터 폐경까지의 기간을 가임기, 혹은 **재생산 기간(reproductive period)**이라 부른다. 여성의 전 생애에서 약 절반을 차지하는 시간이다. 재생산 활동이 여성의 삶에서 필수요소일 필요는 없지만, 이 기간에 발생하는 초경, 피임, 임신, 인공임신중지, 출산, 폐경 등 생물학적 현상과 재생산 활동은 여성의 건강과 삶에 지대한 영향을 미친다. 단지 가임(재생산) 능력이라는 의미 외에도, 생리는 여성 호르몬 분비와 관련되므로 체내 대사에도 큰 영향을 미친다.⁵²⁾

50) UNFPA. (1994). “Chapter VII. Reproductive rights and reproductive health”, In Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development.

51) 천희란. (2016). “지표로 보는 한국 여성의 재생산 건강”, 보건복지포럼 2016년 5월호: 34-46.

52) 폐경으로 인한 만성질환 위험 및 유병률의 변화가 가장 잘 알려진 사례일 것이다. 예컨대 2006년 메타분석 결과에 따르면 40세 이전에 조기 폐경을 경험한 여성은 50세에 폐경을 경험한 여성에 비해 심

표 4 재생산 권리의 범주와 세부 내용

대표적 범주	세부 내용
생명권, 생존, 안전과 섹슈얼리티와 관련된 권리	생명과 생존의 권리 개인의 자유와 안전의 권리 비인간적이고 수치스러운 처우로부터 자유로울 권리
재생산에서의 자기 결정과 자유로운 모성 선택과 관련된 권리	아이의 수와 태아를 결정할 권리 사생활과 가족생활의 권리 결혼하고 가족을 꾸릴 권리 모성 보호 일반 및 고용 기간 동안 모성 보호의 권리
건강 및 과학적 진보의 혜택과 관련한 권리	가장 높은 기준의 건강을 누릴 권리 과학적 진보의 혜택 권리
차이로 차별받지 않고 적절한 존중을 받을 권리	재생산 건강과 관련하여 갖가지 이유로 차별받지 않고 존중받을 권리
정보와 교육, 의사결정에 관련된 권리	재생산 건강과 관련된 적절한 정보를 받고 다른 사람들에게 알릴 권리 교육을 받을 권리 사상과 양심, 종교의 자유와 관련한 권리

자료: Cook et al. (2003: 158-214); 하정옥(2013)에서 재인용

한국의 재생산 건강 수준을 살펴보면, ‘여성 건강’ 패러다임은커녕, ‘성 및 재생산 건강과 권리’조차 충분히 발전하지 못하고 여전히 ‘모자보건’ 혹은 ‘모성 건강’ 패러다임에 머물러 있음을 알 수 있다. 출산 관련 지표(모성 사망비, 산전/산후관리, 병원 분만을 등)들이 상당히 개선된 것에 비해⁵³⁾ 피임 실천율, 인공임신중지 경험률은 여전히 나아지지 못하고 있기 때문이다. 예컨대 인공임신중지는 흔히 미혼여성의 문제로 인식하기 쉽지만, 한국의 기혼여성들은 높은 피임 실천율(40세 이후 91% 이상)에도 불구하고 여전히 인공임신중지를 비롯한 임신 소모가 흔하다. 인공임신중지의 이유로는 「모자보건법」상 허용 사유가 아님에도 ‘자녀를 원치 않아서’가 가장 큰 비중으로 나타난다.⁵⁴⁾

특히 대졸 이상보다 고졸 이하에서, 사무직보다 서비스/판매직/생산직 여성에서, 높은 피임

혈관 질환의 위험이 4.55배 증가한다. 한국 여성 대상 연구에서도 폐경 후 여성은 수축기/이완기 혈압이 폐경 전보다 상승했고, 당뇨, 이상지질혈증, 골다공증, 갑상선질환 등 만성질환의 증가가 확인된다(천희란, 2016).

53) 그러나 분만 취약지의 상대적으로 높은 모성 사망, 모성 사망 지역 간 격차의 지속은 한국의 중대한 재생산 건강 문제 중 하나다(오수영, 2016).

오수영. (2016). “분만 인프라 붕괴: 원인 및 문제점”, 대한의사협회지 6월호 59(6): 417-423.

54) ‘자녀를 원치 않아서’ 인공유산을 했다는 비중은 1985년 전체 인공유산 중 18%를 차지했으나, 2012년에는 34.4%를 차지해 증가하는 추세다(천희란, 2016).

실천율에도 불구하고 임신 소모 및 인공임신중절 경험률이 높다는 사실은 심각한 문제다. 이러한 경향은 연령이 낮을수록 (35~44세 여성보다 35세 미만에서) 두드러지는데, 10대 청소년과 미혼여성의 상황은 파악조차 어려운 상황이다. 이러한 재생산 건강의 불평등은 명백히 사회구조적 불평등의 교차적, 누적적 결과라는 점에서 **재생산 부정의**라고 명명할 수 있다.⁵⁵⁾

3.2. 재생산 권리로부터 재생산 정의로

2003년 11월, 미국의 유색인종 여성단체 SisterSong⁵⁶⁾은 첫 전국대회에서 **재생산 정의(reproductive justice)**라는 용어를 처음으로 발표했다. 이들은 여성이 재생산에 관한 결정을 내릴 수 있는 능력은 사회구조적 환경으로부터 영향을 받으므로, 이는 개인의 선택과 접근의 문제를 넘어선다고 주장했다.⁵⁷⁾ 이러한 맥락에서 재생산 정의 관점은 재생산 건강과 재생산 권리 보장을 포함하여 이를 확보하기 위한 여성들의 임파워먼트, 그리고 이를 위한 사회정의의 실현을 목표로 한다.⁵⁸⁾

재생산 정의 관점은 미국에서 인종, 계급, 성별, 이주상태 및 성적 정체성 등 다양한 차원에서 복잡한 **재생산 억압(reproductive oppression)**을 겪는 유색인종 여성의 경험으로부터 출발했다. 이들이 경험한 재생산 부정의의 역사적 사례들(표 5)은 **재생산 통제**가 여성에 대한 통제를 넘어 인구통제, 나아가 사회 전 영역에 걸친 구조적 통제를 위해 활용되어 왔음을 확인시켜 준다.⁵⁹⁾

표 5 미국 내 대표적인 재생산 부정의 사례

- 1830년대: 앤드류 잭슨(Andrew Jackson) 대통령은 현재와 미래의 선주민 세대를 제거하려는 시도로 군대에 여성과 어린이를 죽이라는 명령을 내림.
- 1875년: Page Act가 통과. 이 법은 가족개발을 제한하는 방법으로 미혼아시안 여성의 입국을 금지.
- 1900-1940년대: 출산 사례가 점점 의학적으로 변화. 1915년에는 모든 출생의 40%에 조산사가

55) #TRUST BLACK WOMEN. <https://bit.ly/2IEyVAi>

56) 완전한 이름은 SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective로, 1997년 16개의 비백인 유색인종(북미 선주민, 아프리카계 미국인, 라틴계, 아시아계 미국인) 여성단체가 모여 만들었다. 주변화된 집단의 재생산 생활에 영향을 미치는 정책과 체계를 개선하기 위한 개인과 조직의 네트워크를 표방하고 있다. <https://www.sistersong.net/mission>

57) Luna & Luker. (2013). “Reproductive justice”, The Annual Review of Law and Social Science 9: 327-52.

58) 나영. (2016). “임신과 출산에 대한 ‘결정권’ 차원을 넘어 ‘재생산 정의’로”, 미디어스 2016년 1월 15일. <https://bit.ly/2GuvmlY>

59) 위의 글.

참석. 1935년 이 숫자는 10.7%로 감소.

- 1907년: 각 주에서 "부적절한" 또는 "열등한" 개인의 불임을 명령하는 법률을 통과시키기 시작.
- 1913-1948년: 미국의 반(反)혼혈결혼법은 백인과 흑인, 그리고 많은 주에서 백인과 아시아인의 결혼을 금지. 1913년부터 1948년까지 48개 주 중 30개 주가 이 법을 시행.
- 1920년: 여성들이 투표권을 얻음.
- 1940년대: 미국 공중보건국은 공립학교가 성교육을 교과 과정에 포함할 것을 권고.
- 1943년: 전시 재배치 및 민간인 수용에 관한 위원회의 청문회 개최. 청문회에서는 행정명령 제 9066호에 따라 모집된 여성들과 일본계 미국인들이 톨 레이크(Tule Lake)에 억류된 동안 알지 못한 채 불임이 되었다는 것이 밝혀짐.
- 1956년: 푸에르토리코의 주택 프로젝트에 사는 여성들이 초기 피임약의 임상시험 대상이 됨. 여성들은 시험받는 에스트로젠과 프로게스테론 수치가 높으므로 해로운 부작용을 경험하였는데 이는 현재 피임약 호르몬 수치의 20배.
- 1965년: Griswold 대 코네티컷. 대법원은 결혼한 커플에게 피임약 접근 권리를 주도록 결정.
- 1967년: Loving 대 버지니아. 미 대법원은 반(反) 혼혈결혼법이 위헌이라고 만장일치 판결.
- 1968년: 푸에르토리코 정부 캠페인으로 가임기 푸에르토리코 여성의 1/3이 불임이 됨.
- 1970년대: 미국 보호지역 거주 인디언 여성의 25%가 불임이 됨. 1975년에만 2만 5천 명의 여성이 인디언 보건서비스(Indian Health Services)에 의해 불임 시술됨.
- 1973년: Roe 대 Wade. 대법원의 여성 낙태 권리 확정 결정.
- 1974년: Relf 대 Weinberger. Mary Alice Relf (14세)와 여동생 Minnie Relf (12세)는 남부의 가난한 흑인 여성들에게 학대적인 불임 시술을 하는 희생자가 됨. 그들의 어머니는 딸에게 피임약 주사를 놓을 것으로 예상하는 문서에 서명함. 이 사건 외에도 법원은 연방 정부가 지원하는 프로그램에 따라 10만에서 15만 명의 가난한 여성들이 불임 시술되었다고 추정. 이 사례는 의사가 불임 절차를 수행하기 전에 정보에 입각한 동의를 얻도록 요구하게 만들.
- 1979년: Hyde Amendment. 연방 Medicaid가 낙태에 대한 지급을 불법화함(생명이 위험한 경우는 제외)
- 1980년대: 피닉스와 오클라호마시 인디언 보건서비스는 장애가 있는 선주민 여성에게 FDA 비승인 피임약인 Depo-Provera를 사용.
- 1996년: 개인 책임 및 취업기회 조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)은 아동양육에 대한 복지수급 저소득층 여성을 처벌하고 저소득 여성의 결혼을 강요.
- 1997년: SisterSong 결성. 유색인종 여성과 정책 입안자들에게 성 및 재생산 건강에 관한 권리를 교육하고 문화적으로 적절한 정보와 자료를 제공.
- 2000년: UN은 인신매매를 방지하고 해당 행위를 처벌하기 위한 의정서를 작성.
- 2000년대: 임신 기간 약물 사용을 반대하는 법률을 통과.
- 2003년: 전국적으로 18세 미성년자는 낙태 전 부모의 동의를 얻도록 하는 법규 통과.
- 2005년: HIV 또는 AIDS인 여성의 80%가 유색인종 여성이라고 보고됨. 흑인 여성은 백인 여성보다 HIV에 감염될 확률이 20배 높음.
- 2007년: Gonzales 대 Carhart. 부분 출산 낙태에 대한 금지⁶⁰⁾ 유지.

자료: <https://www.supportwomenshealth.org/reproductive-justice/html>

60) 2003년 제정·발효된 부분 출산 낙태금지법(Partial-Birth Abortion Ban Act)은 산모의 자궁을 확대해 태아의 몸 일부를 끌어낸 뒤 약물을 투입해 낙태하는 방법으로, 주로 임신 중기(15~26주) 이후 이뤄진다. 법은 금지 여부를 주 정부 재량에 맡기도록 허용했지만, 낙태 찬성론자들은 그 법이 1973년 연방대법원의 Roe 대 Wade 판결 취지에 역행하고 여성의 임신 선택권을 심각하게 침해한다고 판단했다. 연방대법

SisterSong은 **재생산 정의**의 3대 원칙을 다음과 같이 제시했다.

- 여성은 아기를 가질 시기와 출산 조건을 결정할 수 있다.
- 여성은 아기를 가지지 않을지 결정하고 임신을 예방하거나 임신중지를 할 수 있는 선택지를 가진다.
- 아이의 부모로서 안전한 환경과 건강한 지역 사회에서 필요한 사회적 지원을 가지고, 개인이나 정부로부터의 억압의 두려움 없이 양육할 수 있다.

즉, 낳을 권리와 낳지 않을 권리, 키울 권리를 모두 옹호하면서 그러한 권리가 모두에게 공평하게 배분, 분포될 수 있는 사회를 옹호하는 것이 재생산 정의의 원칙이다. 이러한 재생산 정의 개념은 기존의 재생산 권리 담론과 운동이 **프로-초이스(pro-choice)**, 이른바 **선택권**으로 대표되면서 가져왔던 한계들(예컨대 생명권 대 선택권 프레임)을 뛰어넘을 가능성을 열었다.⁶¹⁾ 재생산 정의로의 전환은 여성의 재생산 건강을 둘러싼 운동과 담론이 전문가 중심의 법적 권리 논쟁에서 벗어나 사회정의 관점에서 재생산 정의를 추구하는 여성 건강 운동으로 나아가야 한다는 운동의 입장 전환이기도 하다.⁶²⁾

재생산 정의 개념이 재생산 권리 개념과 배치되는 것은 아니다. 특히 재생산 억압이라는 여성의 경험으로부터 출발하면, 이에 대처하기 위해서는 재생산 건강, 재생산 권리, 재생산 정의라는 세 가지 틀이 모두 필요할 수밖에 없다.⁶³⁾

원은 2007년 Gonzales 대 Carhart 재판에서 이 법을 합헌 판결했고, 그 싸움은 지금도 이어지고 있다.

61) ACRJ. (2005)는 재생산에 관한 ‘선택’ 담론과 운동이 갖는 한계를 다음과 같이 제시한다.

- ① 선택은 여성의 삶의 복잡성을 말하지 않는다. 여성이 직면하지 못하는 영역과 여성들이 가진 경험의 깊이를 배제한다.
- ② 선택은 인구통제에 반대한다. 미국에서의 재생산 선택은 자녀를 갖지 않을 권리를 말하고 있지만, 원하는 만큼의 자녀를 가질 수 있는 여성의 권리를 다루지는 않는다.
- ③ 선택은 정치적으로 보수적인 개념이다.
- ④ 선택은 소비자주의 또는 시장 개념이다. 낙태는 그것을 지불할 수 있는 사람들에게만 가능한 재생산 권리이다.
- ⑤ 선택은 여성의 권리 행사를 금지하는 사회적 문제를 다루지 않는 개별 개념이다. 계획되지 않은 임신과 빈곤은 개별 여성의 문제가 아니다.
- ⑥ 선택은 주로 자신의 삶의 다른 영역, 인권이 침해당할 가능성이 적은 영역에서 선택할 수 있다고 생각하는 사람들이 공감한다.
- ⑦ 선택은 특히 여성의 권리에 반대하는 사람들의 삶에 도전할 때 충분히 강력한 도덕적 주장이 아니다.
- ⑧ 선택은 강력한 비전이 아니다.

ACRJ (2005). “A New Vision for Advancing our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights and Reproductive Justice.”

62) Luna & Luker. (2013).

63) ACRJ. (2005).

‘재생산 정의를 위한 아시아 공동체(Asian Communities for Reproductive Justice, ACRJ)’의 2005년 보고서는 세 가지 개념을 다음과 같이 구분했다.

- **재생산 건강**은 여성의 재생산 건강 요구를 다루는 서비스 중심 모델이다. 그것은 의료, 서비스, 정보, 연구 및 건강 데이터의 부족에 초점을 맞추고 있다. 목표는 재생산 건강관련 서비스를 개선하고 확대하고 연구 및 접근을 촉진하는 것이고, 특히 유색인종 공동체에 문화적으로 유능한 보살핌을 제공하는 것이다.
- **재생산 권리**는 재생산 건강 관리 서비스에 대한 개별 여성의 법적 권리를 보호하는 역할을 하는 법률과 옹호 기반 모델(advocacy-based model)이다. 이는 재생산 건강 관리 서비스에 대한 개별 여성의 법적 권리를 보호하기 위해 시행되는 법률 보호 또는 법률 집행의 부족을 다룬다. 목표는 모든 개인에게 보편적인 법적 보호를 부여하고 이러한 보호를 헌법적 권리로써 주장하는 것이다.
- **재생산 정의**는 재생산 억압이 여러 억압이 교차해 나타나는 결과이며 사회정의와 인권을 위한 투쟁과 본질적으로 연결되어 있음을 확인하는 사회운동의 기본 틀이다. 모든 사회 기관, 환경, 경제 및 문화가 여성의 재생산 생활에 영향을 미친다.

즉, 서비스 제공을 다루는 재생산 건강, 법적 제도를 다루는 재생산 권리, 재생산 운동 구축에 중점을 둔 재생산 정의라는 세 가지 틀은 재생산 억압에 대처하기 위한 포괄적인 대응을 제공하는 것으로 이해되어야 한다.

국내에서도 이미 재생산 권리를 넘어 재생산 정의로의 전환이 필요하다는 논의가 제기된 바 있다(문현아, 2013⁶⁴); 하정옥, 2013; 나영, 2016). 재생산 정의 관점이 한국의 임신중지 등 재생산 건강 문제에 주는 함의는 무엇인가?

문현아(2013)는 재생산 정의 관점이 첫째, 출산보다 낙태가 사회적으로 차별받고 억압받고 배제되고 있는 점, 둘째, 낙태뿐만 아니라 '임신' 자체가 사회적으로 개인이 처한 위치에 따라 차별화되어 접근되고 있음을 드러내 준다고 하였다. 특히 청소년 혹은 미혼 여성의 낙태, 임신, '성'행위가 상당한 차별과 억압의 상황에 놓여 있는 것을 볼 수 있다고 하였다.

나영(2016)은 재생산 정의 관점이 첫째, 장애 여성을 비롯한 다양한 사회적 소수집단 또는 차별적 위치에 있는 집단의 여성들이 자신의 경험과 요구를 드러낼 수 있는 담론적 기반을 만

64) 문현아. (2013). “‘누구’의 생명을 이야기하고 있는가? - 재생산 권리의 관점에서 바라보는 낙태”, 연구공동체 건강과대안 이슈페이퍼.

들어주고, 둘째, 성적 권리와 섹슈얼리티에 대한 자율적인 접근, 성교육, 피임, 임신, 출산, 의료시스템, 정보 접근권 등 재생산 권리에 관련된 요구들을 사회정의의 관점에서 더욱 구체화할 수 있게 해주며, 셋째, 재생산을 여성들의 임신/출산에 관한 문제 차원에서만이 아니라 재생산을 통한 사회 통제의 관점에서 다룰 수 있게 한다고 하였다.

반면 하정옥(2013)은 재생산권 개념은 역사적, 정치적 산물이라는 점에서 여전히 성취의 과정 중에 있다고 보는 것이 타당하고, 권리 개념이 갖는 한계에도 불구하고 그것의 여성주의적 재전유가 필요하다고 주장한다. 그는 “‘재생산권’이 ‘선택’ 개념과 너무나 결부되어 있어 ‘재생산 정의’라는 말을 더 선호한다”고 한 Ehrenreich(2008)의 논의를 인용하며 재생산권과 재생산 정의 개념을 크게 구분하지 않는다. 재생산을 권리의 측면에서 고찰하게 된 것이 부정의와 불평등을 ‘인권’의 프레임으로 규정하고 실행력을 갖게 된 국제인권체제(international rights regime)의 일환이었다고 보기 때문이다.

그러나 나영(2016)과 하정옥(2013)은 임신중단에 대한 논의가 **개인의 선택**을 넘어 **건강과 재생산에 대한 권리**로, 나아가 모든 사람이 건강과 재생산에 대한 권리를 공평하게 보장받을 수 있는 사회가 되는 **건강 정의, 재생산 정의**를 지향해야 한다는 점에서 서로 만난다. 재생산 개념 자체를 재사유한다면, 그리고 갈수록 발달하는 재생산 기술과 그것이 활용되는 양상을 고려한다면 이는 필연적이다. 하정옥(2013)이 던졌던 질문들, 예컨대 ‘저출산 대응’ 기금으로 시험관아기 시술을 지원받는 것은 재생산권의 실현인지 아니면 여성 건강의 인구 프레임으로의 회귀인지, 나의 유전적 아이를 얻기 위해 경제적으로 취약한 위치의 대리모를 고용하는 것을 재생산권의 이름으로 정당화할 수 있는지와 같은 질문들은 우리의 사유가 임신중절에 대한 개인의 권리 보장에 대한 논의를 넘어 재생산을 둘러싼 사회정의에 대한 논의로 나아가야 할 필요가 있음을 보여주는 현실을 짚고 있다.

다음 장에서는 그간 한국에서 재생산 건강, 특히 임신중지가 여성 자신이 아닌 국가와 전문가에 의해 통제되어 왔음을 볼 것이다. 그리고 이러한 국가 통제와 전문가 통제가 여성 건강에 어떠한 해악을 미쳐왔고 여전히 미치고 있는지도 확인할 것이다.

4. 대한민국 인구조절 여성수난기

4.1. 재생산 건강에 대한 국가 통제: 가족계획에서 저출산정책까지

대한민국 재생산 건강의 역사는 국가적 통제에 의한 인구조절과 그로 인한 한편의 ‘여성수난기’라고 할 수 있다. 2장에서 확인한 바와 같이 재생산 권리에 대한 국제 강령은 점진적으로 여성인권의 보호와 확대로 변화해왔고, 이러한 전 세계적 변화양상은 한국에도 영향을 미쳤다. 그러나 여성의 인권과 재생산 권리에 대한 국제적 합의보다 한국에 더 먼저, 더 강한 영향을 미쳤던 것은 따로 있었다. 그것은 바로 인구증가는 곧 재앙이라는 빗나간 예언으로 유명한 맬서스식 인구통제를 제3세계에서 실제로 실천하기 위해 노력했던 서구 국가들의 가족계획 사업이었다.

본디 **출산조절(birth control)**은 1914년 여성운동가 마가렛 생어(Mararet Sanger)가 여성들에게 안전한 피임을 보급하기 위해 만들어 낸 용어로, “여성이 자신의 임신과 출산을 통제하기 위해서 사용하는 방법과 실천을 통칭하는 말”이었다.⁶⁵⁾ 그러나 한국에서 출산 조절은 여성들 자신의 요구가 조직화되면서 도입된 서구사회와 달리 권위주의적 국가에 의해 위로부터 도입되었고, 따라서 출산 조절보다는 출산 통제라는 의미를 보다 강하게 갖게 되었다. 한국 정부는 인구통제를 목적으로 가족계획사업을 수행하면서 각 가정이 낳을 아이의 수를 결정하고자 했다.⁶⁶⁾

가족계획사업은 1960년대 초부터 1980년대까지 경제개발 5개년 계획의 일환으로 진행되었다. 국가는 각 기간 단위의 경제개발 5개년 계획안에 출산율 감소 목표를 명시하고, 읍면동 단위까지 각 행정/민간체계의 모든 단위마다 목표 달성을 위한 구체적 수치를 할당했다. 정부의 부처들은 출산율 감소를 달성하기 위해 각자 동원할 수 있는 수단을 제시했다. 불임시술을 받은 가구에 공공주택 입주권을 먼저 부여하거나, 공공병원에서 출산 시 자녀수에 따라 출산비용을 차등 부과하는 것과 같은 어처구니없는 정책들은 이런 맥락에서 실행된 것이었다. 국가의 정책은 여성의 자율성과 신체적 안전에는 관심을 두지 않았고, 단지 출산 억제만을 목적으로 하는 이런 정책들은 다양한 방식으로 여성들의 재생산 권리를 침해했다. 이어서 한국사회

65) 배은경. (2005). “가족계획 사업과 여성의 몸 -1960~70년대 출산조절 보급 과정을 통해 본 여성과 "근대"”, 사회와 역사, 67, 260-302

66) 배은경. (2012). “1950년대 한국사회의 출산통제 여성운동”, 한국사회학회 사회학대회 논문집, 715-731.

의 경제적 성장이 이루어지고, 보건의료서비스 접근성이 높아지면서 임신·출산을 비롯한 재생산 과정에 대한 전면적 의료화가 진행되었다. 그 과정에서 민영화·상업화된 의료생산체계 역시 재생산 과정에 대해 영향을 미치게 된다. 이런 일련의 과정은 대체로 여성의 건강과 존엄이 아닌 다른 목적들을 우선시하였으며, 여성들은 임신과 출산, 임신중지와 피임, 그 외 재생산 건강과 관련된 의료를 이용하고 정책의 대상이 되는 과정에서 폭력적 처우와 수모를 견뎌내야 했다. 가족계획정책에서 여성들은 새마을 어머니회 같은 조직에서 피임을 실천하고 이를 조직적으로 확산하는 주체로 발언권을 얻기도 했지만, 이는 어디까지나 도구적인 역할에 그치는 것이었다. 강압적 출산억제, 출산통제 조치는 여성들의 삶에 충분히 위협적이었고, 사회경제적으로 취약한 이들에게 더욱 가혹했다.

예상할 수 있듯이, 가족계획사업이 보편화시킨 근대적 출산 조절은 여성들에게 재생산 권리를 보장해 주지는 못했다. 출산 조절은 인구 억제라는 국가 목표를 위한 것이었을 뿐 여성들이 일상에서 겪고 있는 어려움은 물론이고 여성들의 건강권은 고려 대상이 아니었다. 따라서 가족계획사업은 여성들에게 개인의 몸에 대한 통제와 자율성이라는 재생산 권리를 보장하는 것이 아니라, 자신의 생애를 철저하게 가족 일대기 속에 통합시키고 그것을 위해 자기 출산력을 조절해야 하는 의무를 부과했을 뿐이었다.⁶⁷⁾

표 6. 성과 재생산 건강과 관련된 정책과 사건

정권	정책과 사건
이승만 정부(1948년~1960년)	1949년 해방 최초의 총인구조사, 총출생자녀수 포함 센서스 표어 “부강한 국력에 번성하는 우리 인구” 미국 등 서방 국가에서 유학을 마친 엘리트들이 가족계획 국책화를 수차례 건의하나 받아들여지지 않음 ⁶⁸⁾
윤보선 정부(1960년~1962년)	1961년 대한가족계획협회 창립 1961년 가족계획사업이 국가시책으로 채택, 경제개발 5년계획에 포함 1962년 전국 182개 보건소 내 가족계획상담소 설치(피임제 무료배부)
박정희 정부(1962년~1979년)	1963년 제1차 가족계획 전국대회 1964년 대한가족계획협회를 중심으로 해외원조를 받아 정관절제수 술 의사 훈련, 전국 간호원·조산원·가족계획지도원 훈련 실시 및 이동 시술반 운영 1965년 한국인구학회 창립 1966년 박규상 의원, 낙태의 합법적 허용에 대한 조항 을 포함하는 「모자보건법」 (안) 발의(입안 실패) 1967년 전국 가족계획촉진대회
1970년 합계출산율 4.53명 1975년 합계출산율 3.43명 1979년 합계출산율 2.90명	

67) 배은경. (2010). “현재의 저출산이 여성때문일까? - 저출산 담론의 여성주의적 전유를 위하여”, 젠더와 문화, 3(2), 37-75

68) (이승만) “인구가 너무 많다는 것은 나라의 살림살이를 위해서도 안되는, 수치스러운 일”이며 가족계

	1968년 전국(읍면동리 단위) 가족계획 어머니회 조직 구성 1972년 (6월) 인공임신중절에 관한 공청회 개최(여성단체 공동) 1973년 모자보건법 제정·공표 1974년 소득세법 개정(인적 공제대상 자녀 3명 제한조치) 1976년 지역사회 중심 피임보급사업 실시 1977년 소득세법 개정(인적 공제대상 자녀 2명 제한조치) 1977년 리동단위 어머니회, 새마을부녀회에 통합 1978년 도시영세민 중 불임시술자에 대한 생계비 지원 두 자녀 가정 중 불임시술한 가정에 공공주택 입주 우선권 부여 1978년 법인세법 시행령 개정(기업체 및 사업장에서 근로자의 가족 계획을 위해 지출한 경비에 대해 손비처리를 허용) 1979년 공공병원에서 자녀 출산 시 자녀 수에 따른 분만비용 차등화
최규하 정부(1979년~1980년)	1979년 IBRD 가족계획사업을 위한 차관협정 체결 (전국 91개 모자보건센터, 협회 11개 부속 의원 지원)
전두환 정부(1981년~1988년) 1981년 합계출산율 2.57명 <u>1983년 합계출산율 2.06명</u> (대체출산율 2.1 이하 돌입) 1987년 1.53명	1981년 가족계획연구원, 보건개발연구원 통합 인구보건연구원 발족 1982년 인구증가억제대책 발표(2000년까지 인구증가율 1.0% 목표) 새마을사업에 가족계획사업 강화 조치 불임수술자에 대한 생업자금과 복지주택부금 우선융자조치 의료보험 급여대상에 불임시술 포함 조치 세 자녀 이상 출산 시 의료보험료 추가 부담 조치 의료보험 분만급여대상을 자녀 수에 따른 차등 조치 불임수술자 자녀에 대한 무료진료 조치 의료보험대상자의 선정 시 소자녀 가정에 우선권 부여 조치 1983년 국가적 수준의 전면적 가족계획 추진 가족보건업무규정-보사부훈령 제464호 제정 1984년 인구 4천만 돌파, 인구폭발방지 범국민결의대회, 서명캠페인
노태우 정부(1988년~1993년) 1988년 합계출산율 1.55명 1992년 합계출산율 1.76명	1988년 인구증가율 1% 조기 달성 1992년 제7차 경제사회발전 5개년계획(1992~1996)에서 적정인구 관점 도입
문민 정부 (김영삼, 1993년~1998년) 1993년 합계출산율 1.75명 1998년 합계출산율 1.45명	1993년 대한가족계획협회 모자보건수첩 제작보급 1994년 서상목 장관('93.12~'95.5 재임) 카이로 세계인구회의의 참석 1995년 보건복지부 인구정책발전위원회의의 출산억제정책 폐지 및 인구자질향상 사업으로 전환 필요성 제시 1996년 김양배 장관('95.5~'96.8 재임) 청와대에 신인구정책 보고 인구정책발전위원회의의 정책 건의를 기반으로 가족 보건 및 복지 증진, 출생성비 상승 억제, 인공임신중절 예방 , 기존 가족계획사업 조정 등의 내용을 포함
국민의 정부 (김대중, 1998년~2003년) 2001년 합계출산율 1.3명 2002년 합계출산율 1.17명	1998년 6개 부처(보건복지부 포함) 여성정책담당관실 신설 제1차 여성정책기본계획(1998~2002) 수립 1999년 대한가족계획협회가 대한가족보건복지협회로 명칭 변경 「남녀차별금지및구제에관한법률」과 「남녀고용평등법」 제정 2001년 모성보호 관련법 개정, 출산휴가 확대(60일→90일)
참여 정부 (노무현, 2004년~2008년)	2004년 대통령 자문 고령화 및 미래사회위원회(위원장 김용익) 설치 저출산과 고령화에 대한 정책을 본격적으로 검토

2005년 합계출산율 1.08명	2005년 국정과제조정회의에서 저출산 대응을 국정과제로 공식 채택 「저출산·고령사회기본법」 제정, 5년마다 기본계획 수립실행 법제화, 제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006~2010) 수립 대통령 직속 저출산·고령사회위원회로 승격 보건복지부에 저출산·고령사회정책본부 설치
이명박 정부(2008년~2013년) 2008년 합계출산율 1.19명 2012년 합계출산율 1.30명	2006년 대한가족보건복지협회가 인구보건복지협회로 명칭 변경 2008년 대통령 직속 저출산·고령사회위원회를 보건복지가족부 장관 소속 저출산·고령사회정책실무위원회로 변경, 법적근거 폐지 2009년 전채희 장관('08.6~'10.8 재임), 언론 인터뷰에서 “낙태율을 반으로만 줄여도 출산율 증가에 큰 도움이 된다”고 발언; 미래기획위원회 ‘제1차 저출산대응전략회의’에서 저출산 대응 정책 중 하나로 낙태 단속 언급 가족보건업무규정 개정(2009.04.01.) (11월)진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들의 모임(진오비) 낙태근절운동 선포 2010년 (2월)프로라이프 의사회의 불법낙태기술 고발 (3월)보건복지가족부 불법 낙태 예방 종합대책 발표 129센터 내에 ‘불법인공임신중절 시술기관 신고센터’ 설치, 불법 인공임신중절 광고와 시술 등에 대한 실명 신고 (4월)한나라당 홍일표 의원, 사회경제적 사유로 인한 12주 이내 임신중지 허용에 대한 조항을 포함하는 모자보건법 개정안 발의 2012년 「저출산·고령사회기본법」 개정, 저출산·고령사회정책위원회 대통령직속으로 환원 낙태죄 위헌심판에서 합헌 판결
박근혜 정부(2013년~2017년) 2013년 합계출산율 1.19명 2016년 합계출산율 1.17명	2015년 제3차 저출산·고령사회 기본계획에서 저출산 분야의 보완과 제로 ‘출생의 사회적 보호’와 ‘생명존중 분위기 확산’ 포함 2015년 문형표 장관('13.12~'15.08 재임)은 인공임신중절 예방 캠페인 러브플랜, “사랑도 계획이 필요합니다” 추진 2016년 보건복지부 ‘의료관계 행정처분규칙 일부개정안’ 입법예고에서 임신중절을 실행한 의사에 대한 처벌 강화 포함
문재인 정부(2017년~현재) 2017년 합계출산율 1.05명 2018년 합계출산율 0.98명	2018년 보건복지부, 임신중절을 비도덕적 진료행위에 포함시키고 이에 대한 처벌기준을 정비하기 위한⁶⁹⁾, ‘의료관계 행정처분규칙 일부 개정안’ 시행 논란⁷⁰⁾ 남해경찰서, 심평원 자료 압수해 낙태여부 색출조사 2019년 헌법재판소, 형법상 낙태죄 헌법불합치 판결

획에 대해서 “나도 대찬성”. 그럼에도 불구하고 “머지않아 남북이 하나로 되어 총선거를 실시해야” 하기 때문에 “그때까지 인구가 줄어서는 안된다”라는 의견을 냈다(조은주, 2014 재인용) ; 조은주. (2014). “인구통계와 국가형성: 1960년, 1966년 한국의 인구센서스를 중심으로” 한국사회학. 제48(5), 137~172

69) 모두 자격정지 1개월의 처벌을 받게 되어있던 비도덕적 진료행위들에 대한 처벌기준을 세분화함. 진료 중 성범죄(12개월), 허가받지 않은 의약품 사용(3개월), 일회용 의료용품 및 주사기 등 재사용(6개월), 불법 임신중절 수술에 대한 처분은 1개월로 동일(보건복지부 보도자료)

70) 관련해서 논란이 되자 박능후 장관은 국회 보건복지위원회 전체회의에서 “고시철회는 불가하나 헌법

1996년이 되자 한국 정부는 출산억제 정책을 공식적으로 철회하고, **신인구정책**을 추진하기 시작했다. 이 역시 하향식, 전문가 중심적인 결정이었다. 한국의 출산율은 급격하게 감소해 전두환 정권 시절 대체출산율 이하로 떨어졌고, 이에 1990년대 초반부터 학계를 중심으로 출산율 억제를 위한 노력이 더는 필요하지 않다는 주장이 제기되기 시작했다.⁷¹⁾ 그러나 이런 학계의 주장이 받아들여지는 데에는 다른 계기들이 필요했다. 서상목 장관은 1994년 카이로 인구회의 참석이 한국 인구정책 방향 전환에 중요한 계기가 되었다고 평가한다. 그는 인구 성장 억제를 목표로 하던 가족계획사업을 가족계획을 포함해 모자보건, 성교육, 인공임신중절, 에이즈 관리 등 생식보건사업으로 전환되어야 한다는 합의가 이루어졌던 카이로 인구회의에서 한국 인구정책의 전환이 필요하다는 것을 직시하게 되었다고 회고하고 있다.⁷²⁾ 신인구정책은 ‘사회경제발전을 위한 저출산 수준 유지, 출생성비 균형, 인공임신중절 방지, 남녀평등 및 여권신장, 청소년의 성활동 예방, 가족보건 및 복지 증진’을 핵심 내용으로 하였으며, 국가 시책으로 인구정책을 수행하던 과거와는 다르게 보건복지부가 주축이 되어 추진되었다. 여기에는 인공임신중절 예방을 위한 조치를 포함되었는데, 이때 이슈는 출생성비 왜곡과 이를 막기 위한 모자보건법의 법 조항 준수 요구를 중심으로 나타났다.⁷³⁾ 신인구정책 이후 정부는 이전까지 보건소와 대한가족보건복지협회 등 민간단체와 연계하여 진행하던 피임서비스를 더는 지원하지 않고 자율에 맡기게 된다.⁷⁴⁾

2000년대 이후 정부의 인구정책은 저출산 대응정책으로 급선회한다. 정부는 다른 고소득국가들과 비교했을 때에도 현저히 낮은 출산율을 국가적 문제로 보고 2005년 ‘저출산·고령사회위원회’를 출범시키고, 「저출산·고령사회기본법」을 제정하여 출산장려를 위한 지원을 제공하기 시작한다. 2009년에는 급기야 보건복지부 장관이 저출산 대응정책 중 하나로 낙태 단속을 언급하고, 2010년 프로라이프 의사회의 활동이 개진되면서 이들의 자문을 받아 작성한 불법 낙태 예방 종합대책을 발표하기도 한다.

재판소 판결이 나올 때까지 수술 의사에 대한 처벌을 유예”한다고 밝혔으며, 보건복지부는 2019년 4월 헌법재판소의 판결이 나온 후 다시 해당 의료관계행정처분을 형법 등 관계법 개정 때까지 시행하지 않고 보류하겠다고 밝혔다.

71) 한국보건사회연구원. (1992). “1992년도 전국 가족보건평가 세미나 보고서”

72) 인구정책50년 역사편찬위원회. (2016). “한국 인구정책 50년: 출산억제에서 출산장려로”, 한국보건사회연구원 117~119면.

73) 정부는 모자보건법의 관련 법 조항에 대한 집행의지를 강조하면서 임신부로부터 돈을 받고 태아 성감별을 해주거나, 미혼모가 낳은 남아를 돈을 받고 불임여성에게 넘겨주는 등 비리를 저지른 13개 산부인과 의사 14명과 조산사 등 15명을 적발, 고소했다. 1996년 검찰은 불법 성감별을 한 산부인과 의사와 조산사 7명을 의료법 위반 혐의로 구속 또는 불구속으로 기소하고, 의사 8명의 비위 사실을 보건복지부에 통보했다. 기소된 7명 중 2명은 구속 기소, 3명은 불구속 기소, 2명은 벌금 500만 원에 약식 기소되었으며 이는 태아 성감별에 대한 첫 번째 처벌 사건이었다(한국인구정책 50년, 125~135p.).

74) 인구정책50년 역사편찬위원회. (2016). 142면.

압축 성장 시기에 여성의 몸에 대한 국가개입으로 수난을 겪은 경험이 있음에도 2000년대 여성을 비롯한 대중은 저출산 문제를 국가개입을 통해 해결하려고 하는 정부 태도에 두드러지는 저항을 보이지 않는다. 배은경(2010)은 그 이유를 출산율을 국가정책의 종속변수로 보는 이른바 “한국 가족계획사업의 성공신화”가 대중적으로 자리 잡고 있기 때문이라고 보았다. 즉, 사회 전반적으로 1960년부터 1980년대 말까지 일어난 급격한 출산율 저하를 국가정책의 성공 효과라고 인식하는 경향이 있었고, 따라서 낮은 출산율 역시 국가정책으로 해결할 수 있다고 기대하였다는 것이다. 그러나 한국의 출산율 저하가 국가 시책에서 비롯되었다는 판단은 재고되어야 한다. 국가의 인구통제정책을 여성들의 관점에서 살펴본 학자들은 한국 여성들은 1950년대 이전부터 출산율 조절하고자 하는 욕구가 있었고, 오히려 국가의 가족계획사업이 여성들에게 출산조절의 정당성과 수단을 제공했던 측면이 있었기 때문에 여성들이 큰 저항 없이 가족계획사업에 동참했던 것에 가깝다고 해석한다. 90년대 이후의 저출산 현상 역시 국가정책의 효과보다는 결혼 연령 상승과 사회경제적 변화가 주요 원인이었다. IMF 위기 이후 2, 30대 여성들에게 저출산은 일과 가족을 병행하기 위한 여성들의 합리적 선택이었다.⁷⁵⁾

그것이 성공적이었던, 그렇지 않은 간에 1960년대 인구통제를 위한 가족 정책에서 시작해 2000년대의 저출산 정책에 이르기까지, 이들은 모두 국가가 세운 목표를 위해 여성의 몸을 통제하는 정책이라는 점에서 일관적이었다. 하정옥(2015)은 2006년 저출산정책의 일환으로 도입된 ‘난임부부시술비지원사업’이 여성의 건강권과 재생산권 관점에서 부적절하며 한계가 많다고 지적한다. 이 사업은 보조생식술의 성공률을 과장하여 홍보하고 불필요한 보조생식술의 수요를 창출하고 늘려 의료상업화를 부추겼고, 이는 되려 여성과 아동의 건강에 부정적인 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 인공수정과 관련된 합병증, 다태아, 조산, 저체중아 비율 증가는 모두 모성과 아동 건강에 위협을 증가시킨다. 이에 하정옥(2015)은 여성의 건강권과 재생산권을 생각한다면 보조생식술에 대한 공적 지원을 인구정책 프레임이 아닌 의료복지정책 프레임 안에서 상업화된 의료의 틀을 벗어나 재정립할 필요가 있다고 주장한다.⁷⁶⁾

결국, 가족계획사업과 난임지원사업은 모두 국가개입을 통한 인구통제정책일 뿐이며, 여성의 건강권이나 재생산권 차원의 접근이 아니다. 이들은 또한 정상가족 이데올로기에 따라 여성을 가족 속에 통합시키고, 가족을 단위로 하는 국가의 존속을 위해 출산력을 조절하도록 강제한 정책이기에 더욱 문제적이다. 이러한 정책들은 사회문화적 압박과 강제로 작동하며 이성애적 정상가족에서 여성성을 내면화함으로써 많은 여성이 스스로 착취당하고 권리를 박탈당하

75) 배은경. (2010). “현재의 저출산이 여성때문일까? - 저출산 담론의 여성주의적 전유를 위하여”, 젠더와 문화, 3(2), 37-75

76) 하정옥. (2015). “재생산의 문화변동과 국가의 개입”, 한국여성학, 31(2), 257-297.

는지도 모른 채 부당하고 불합리한 사회 구조를 고착시키는데 부역하도록 만든다.

4.2. 수단으로 ‘낙태불법화’

한국에서 임신중지의 ‘합법과 불법’은 대체로 국가의 필요에 따라 정해진 규칙에 불과한 것으로 보인다. 이를 증명하는 사례는 많다. 예를 들어 임신중지는 모자보건법에 명시되어 있는 예외상황을 제외하면 임신주수와 무관하게 형법상 불법으로 되어있지만 난임지원을 위한 보조생식술에서 착상 배아에 대한 선택적 유산⁷⁷⁾은 합법적인 의료 기술로 여겨지며, 보건복지부의 고시 기준에 버젓이 기재되어 있다. 동일 행위에 대해 전혀 다른 판단을 내리고 있는 것이다.

과거로 거슬러 올라가면, 가족계획사업이 활발하던 시기 정부는 비공식적으로 인구통제 수단으로 낙태를 허용, 권장했다는 사실은 이러한 판단에 근거를 보탠다. 박윤재(2009)에 따르면 가족계획사업이 실행되던 시기 산부인과 의사들은 개인적, 가정적, 국가적 필요에 의해 낙태 기술을 제공했고, 이를 통해 경제적인 이윤을 누릴 수 있었다.⁷⁸⁾ 국가는 형법상 불법인 기술을 하는 의사들을 거의 제재하지 않았고, 공공기관인 보건사회연구원에서 출판하는 잡지에는 임신중지의 법적 지위에 대해서는 언급조차 하지 않으면서 1987년 인공임신중절 현황을 조사한 결과 한국 여성들의 인공임신중절경험률이 연간 1,000명 당 66.6명에 달하고 있다는 연구가 실려 있다.⁷⁹⁾

비록 음성화, 상업화되어있기는 하였으나 임신중지에 대한 허용적인 분위기는 한국의 가부장적 남아선호와 만나 선택적 여아 낙태라는 사회현상으로 이어지기도 했다. 선택적 여아 임신중절의 결과는 현재 한국의 인구학적 구성에서 명백하게 확인되는데, 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 출생 시 성비⁸⁰⁾는 자연성비 105를 훌쩍 뛰어넘는다. 1990년 전국 출생성비는 116.9였는데, 같은 시기 남아 선호가 가장 심했던 대구와 경북의 출생성비는 각각 129.7, 130.7로 아마티아 센이 말한 “사라진 여성(missing women)” 현상은 한국도 예외가 아니다.⁸¹⁾ 이러한 상황은 ‘낙태불법화’가 임신과 출산에 대한 국가개입 수단으로 작동하고 있을 뿐

77) 체외수정을 통한 임신 성공률을 높이기 위해 여러 개의 배아를 이식하는 경우 다태아 임신 비율이 높게 나타나는데, 이로 인한 위험을 방지하기 위해 2개 이상 배아가 착상되는 경우 선택적 유산을 수행하는 경우가 많다. 선택적 유산은 주로 임신 첫 삼분기에 이루어지며 주로 임신 10주~13주 사이에 시행된다.

비마이너(2016.11.21.). “보조생식기술시대의 낙태논쟁”, 성과재생산포럼. <https://bit.ly/2KGdmC9>

78) 박윤재. (2009). “원로 산부인과 의사들이 기억하는 가족계획사업”, 연세의사학 12(2): 19-28.

79) 임종권 외. (1989). “한국의 인공임신중절실태”, 보건사회연구 9(1): 23-59.

80) 출생성비는 해당년도 여자 출생아 100명당 남자 출생아수를 의미함.

81) Lee, C., & Lee, E. (2015). Son Preference, Sex-Selective Abortion, and Parental Investment in Girls in Korea: Evidence from the Year of the White Horse. March 2015. Working Paper, Seoul

여성에 대한 보호나, 사회적 윤리나 지향을 담고 있지 않다는 것을 보여준다.

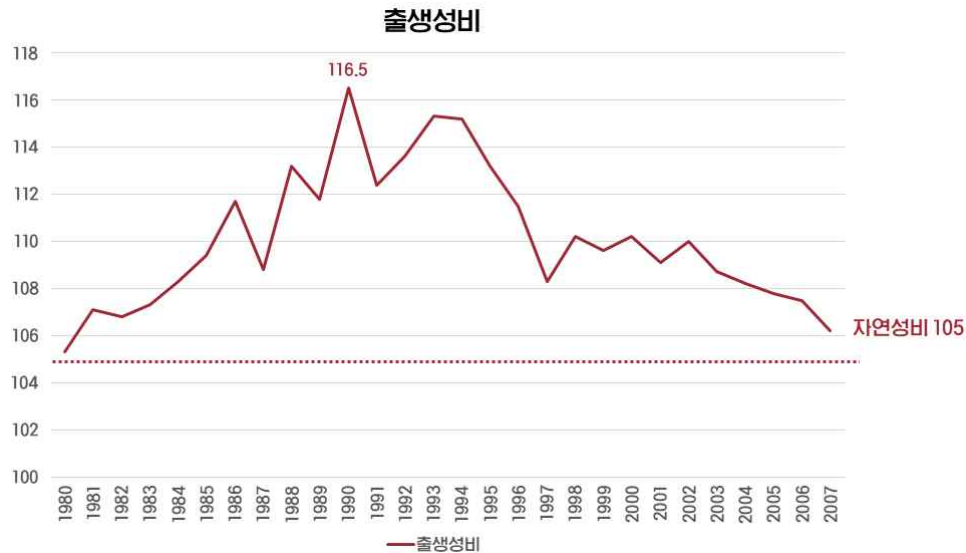


그림 11. 연도별 출생성비(출처: e-나라지표)

임신중지를 수단으로 여기는 것은 북한에서도 마찬가지이다. 북한은 본디 공영의료체계 내에서 피임과 자유로운 임신중지를 제공하였으며, 여성 노동자를 위한 모성보호제도 역시 갖추고 있었다. 북한은 이미 2000년대 후반에 모자보건센터에 내원한 여성들을 대상으로 미페프리스톤-미페프리스톨 요법을 통한 내과적 임신중절에 대한 임상시험을 통해 의학적 안전성, 수용성, 효능을 확인하고⁸²⁾ 이를 주된 임신중절 방법으로 도입했다. 임신중지 실태 현황에 대한 세부적인 자료도 생성되었다.⁸³⁾ 하지만 북한은 2000년대 말부터 출산을 제고를 위해 임신중절 서비스 제공을 어렵게 만들고, 2015년에는 산부인과 의사들이 임신중지시술을 하거나 자궁내 피임기구를 삽입하는 것을 전면적으로 금지하는 중앙시책을 발표해 북한 여성들의 임신중지를 불법화했다. 동시에 정치범 수용소에 수감된 임산부나 태아의 아버지가 중국인인 경우 강제 임신중지를 종용한다는 고발이 이루어지고 있다.⁸⁴⁾ 이는 임신중지가 철저히 국가의 통치를 위한 수단으로 활용되었을 때 확인할 수 있는 부조리다. 이렇게 한 국가의 재생산 권리, 특히 임

National University.

82) Tran, N. T., Jang, M. C., Choe, Y. S., Ko, W. S., Pyo, H. S., & Kim, O. S. (2010). Feasibility, efficacy, safety, and acceptability of mifepristone - misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 209-212.

83) DPRK(2015). "Socio-economic, demographic and health survey 2014", UNFPA.

84) Amanda Mortwedt Oh(2018.11.) "The North Korean Government Initiates Ban on Abortions yet Commits Forced Abortions against its Prisoners", <https://bit.ly/2Im9u7c>

신중지와 관련된 정책과 제도는 그 나라의 인권 수준을 반영하는 대리지표이다.

요약하면 한국의 낙태불법화는 철저히 여성과 인구를 통제하기 위한 수단일 뿐, 어떠한 철학도 가치도 담고 있지 않다. 이로 인해 대한민국 여성은 전 생애를 걸쳐서 수난을 겪고 있다. 현재까지도 지속되고 있는 대한민국의 인구조절 역사는 ‘여성수난기’ 외에 다른 어떤 명칭도 의의도 붙이기 어렵다.

5. 재생산 건강에 대한 전문가와 시장의 통제

5.1. 의료전문가에 의한 재생산의 의료화

최근 한국의 시설분만율⁸⁵⁾은 100%에 육박한다.⁸⁶⁾ 정기적인 산전진찰을 받을 확률도 97%에 달한다.⁸⁷⁾ 그러나 많은 이들이 기억하고 있듯, 1960년대만 해도 대부분의 출산은 가정에서 이루어졌다. 산모들은 시어머니 또는 출산 경험이 있는 주변 여성들의 도움을 받아 임신과 출산을 견뎌내는 수밖에 없었다.

1960-70년대를 지나면서 차츰 한국 의료계에 재생산과 관련된 지식과 기술이 도입되었다. 의학지식을 갖춘 의료전문가들은 임신과 출산의 잠재적 위험성을 강조하고 이를 해결할 수 있는 전문지식과 기술을 강조하며 재생산의 영역에서 ‘전문가’로 자리잡았다. 변화는 도시 지역에서부터 시작되어 급격하게 확산된다. 1970년 17.6%였던 시설 분만율은 1974년에 26.6%, 1980년에 52%, 1985년에 75.3%로 급격하게 증가했다.⁸⁸⁾ 한국 사회에서 병원분만이 정상화된 것이다.

Morgan(1998)은 이처럼 임신과 출산의 영역에서 ‘의도적 혹은 비의도적으로 의학의 지배권 (medical hegemony)이 확대되는 것’을 출산의 의료화라고 정의한다.⁸⁹⁾ 비슷한 시기 한국 사회에서는 임신·출산뿐 아니라 재생산 영역 전반에 걸쳐 의료화가 이루어졌다. 전통적인 의학이 취하는 생의학적 관점은 건강을 신체가 정상적으로 기능하는 상태로, 그리고 인간의 몸은 각 부분의 기능이 조합되어 있는 기계와 같이 인식한다. 이러한 기계적인 관점에서 여성은 ‘아기를 담고 있는 몸’으로 도구화, 사물화되기 쉽다. 여성 몸과 건강에 대한 도구화는 전문지식을 가진 의사와 아이를 임신한 여성 사이의 위계적 관계에 의해 강화되며, 이는 출산의 당사자인 여성과 의사 사이의 의사소통을 어렵게 만든다. 이는 아기의 탄생과 산모의 건강이라는 측면에서 성공적인 진전을 이루어냈지만, 여기에 이르는 과정에서 의료전문가와 전문지식 우위는 임신과 출산 과정에서 여성을 억압하고 소외하는 구조 역시 공고해졌다.⁹⁰⁾

85) 시설분만율이란 병원, 의원, 조산소, 보건기관에서 분만한 비율을 말한다.

86) KOSIS(2015년), “전국출산력및가족보건복지실태조사: 기혼여성의 분만장소 및 분만방법”

87) KOSIS(2013년), “아동종합실태조사: 정기적인 산전진찰 여부”

88) 조영미. (2006). 한국의 출산의 의료화 과정(1960-2000) - 의료, 국가, 여성을 중심으로. 여성건강, 7(1), 29 - 52.

89) Morgan, K. P. (1998). Contested Bodies, Contested Knowledges: Women, Health, and the Politics of Medicalization. In S. Sherwin (Ed.), The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy (pp. 83 - 121). Temple University Press.

90) 조영미. (2004). 출산의 의료화와 여성의 재생산권. 한국여성학, 20(3), 67 - 97.

여성의 재생산 건강에 대한 전문가 지배는 사뭇 폭력적인 형태로 나타난다. 관련해서 ‘산과적 폭력’(obstetric violence)은 임신과 출산 과정에서 발생하는 여성 몸에 대한 폭력을 개념화하는 말이다. 아르헨티나의 법은⁹¹⁾ 산과적 폭력을 “비인간화된 치료, 의료화의 남용, 자연스러운 재생산 과정을 병리적인 것으로 전환하는 등 의료전문가가 임신한 여성의 몸과 재생산 과정에 대해 가하는 폭력”으로 정의한다.⁹²⁾ 여기에는 직접적인 언어폭력, 물리적 폭력, 성폭력은 물론, 임신과 출산을 경험하는 여성의 취약함과 관련된 다양한 폭력들이 포함된다. 예를 들어 산모보다는 의사에게 더 익숙한 진료공간 안에서 배려가 부족한 일상적 제스처나 신체접촉, 말 걸기의 양식, 시선, 성차별적 언사는 불쾌감과 수치심을 불러일으킨다. 임신중절을 위해 방문한 환자가 경험하는 편견 어린 시선이나 사회적 낙인에 대한 위협, 도덕적 판단을 하거나 책임을 묻는 말들은 신체적으로 취약한 여성에게 수치심을 주고 도덕성을 공격함으로써 심리적 취약성을 더하는 산과적 폭력이다.⁹³⁾

재생산 과정에서 지나친 의료화가 일어나고, 여성이 이에 대해 충분히 숙고하고 자유롭게 결정 할 수 없도록 하는 것 역시 문제다. 여성들에게 수치심을 주는 회음절개는 분만 이후 상처 회복을 더 쉽게 하고 합병증을 예방한다는 등의 이유로 산모들에게 일상적으로 행해지고 있다. 그러나 1950년대만 해도 산과학에서 회음보호는 절대원칙 같은 것이었다.⁹⁴⁾ 산모의 영양 상태가 개선되면서 태아의 몸무게가 늘어나고, 미국식 산과 기술의 영향으로 회음절개가 보편적인 것이 되었지만 일부 전문가들은 오히려 일상적인 회음절개가 여성들의 건강에 도움이 된다고 믿을만한 근거가 없고, 오히려 손상을 입힐 수도 있다고 말한다.⁹⁵⁾ 관장 역시 비슷하게 산모와 신생아의 감염을 낮춘다는 근거가 없으나 일상적으로 행해진다.⁹⁶⁾ 사람중심관점, 아니 산모중심관점에서 생각하면 이와 같은 처치들은 산모에게 꼭 필요한 경우에만 이뤄지는 것이 바람직하고, 사전에 여성과 의료전문가 간의 충분한 상호 소통이 필요하다. 하지만 실제 진료공간에 존재하는 견고한 지식과 권위의 격차는 이러한 처치에 대해 여성과 의료전문가가 공동으로 결정할 여지를 남겨놓지 않는다.

91) 베네수엘라, 아르헨티나, 멕시코 등에서는 산과 의료폭력 개념을 법에서 명시하고 있다(윤지영, 2017)

92) Vacaflo, C. H. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65 - 73.

93) 윤지영. (2017). 여성에 대한 제도적, 구조적 폭력인 산과(産科) 의료폭력 (obstetric violence) 개념의 부상. *현대유럽철학연구*, 47, 27-64.

94) 신규환. (2009). 특집논문 1: 20 세기 한국 산과기술의 도입과 발전. *연세의사학*, 12(2), 7-17.

95) WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide.*; Gün, İ., Doğan, B., & Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 13(3), 144 - 148.에서 재인용.

96) Reveiz, L., Gaitán, HG., Cuervo, LG. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5)

이처럼 통상적으로 건강한 임신과 출산, 치료와 회복의 공간으로 인식되는 산과 진료공간은 사실은 직접적, 간접적인 여성 억압과 통제의 공간이기도 하다. 이는 어쩌다가 벌어지는 일탈적 사건이 아니라 지금까지 산과적 처치과정 내에서 ‘지식’과 ‘기술’의 권위를 획득하며 전수, 계승, 강화되어온 것이다.⁹⁷⁾ 우리는 이렇게 체계적으로 구조화, 제도화된 억압이 건강한 임신과 출산을 위해 여성이 피치 못하게 감내해야만 하는 절차가 아니라는 것을 알고 있다.

5.2. 상업적 보건의료생산체계와 여성의 재생산

임신중지는 현대의학에서 가장 많이 이루어지는 시술 중 하나이다. 그런데도 불법적 지위로 인해 임신중지는 공적 건강보장제도뿐만 아니라 모든 공식적인 보건의료정책과 제도에서 존재하지 않는 것처럼 여겨졌다. 이런 상황은 많은 사람이 불가피하게 비공식적이고 음성적인 방식으로 임신중지서비스를 찾게끔 만든다. 실제로 많은 산부인과 병원은 비급여 서비스로 비용과 질에 대한 통제를 받지 않는 임신중지서비스를 제공함으로써 영리적 이윤을 추구할 수 있었고, 이를 통해 병원을 키울 수 있었다.⁹⁸⁾

여성들의 몸과 재생산과 관련해 의료전문가들은 가족계획사업에서 저출산 정책에 이르기까지 국가의 정책 흐름에 순응해 충실한 임무를 수행했다. 가족계획사업 당시 의료전문가들은 가족계획과 관련된 기술들을 도입, 수용하고 국가가 제시한 목표에 따라 출산억제를 도왔다. 이후 가족계획사업이 종료되고 환자가 줄어들게 되면서부터 일부 민간 의료기관들은 불임과 관련된 서비스들을 중심으로 하는 전문화 전략으로 의료시장에서 활로를 모색했다. 이는 급작스럽게 사회적 문제가 된 저출산에 대한 국가의 정책과 첨단산업을 육성하고자 했던 정부의 기조 아래에서 확실히 유효한 전략이었다. 산부인과 병원들은 기초과학기술 영역을 확대하고, 첨단기술로 무장한 난임관리 산업을 개척해나갔다.⁹⁹⁾

여기서 짚고 넘어가야 할 것은 가족계획사업 시행 당시 공공의료에 대한 국가의 지원이 턱없이 부족했고, 이러한 상황에서 의사들이 개인소유의 의료기관 설립에 치중하고 시장 경쟁에 몰두했다는 것이다.¹⁰⁰⁾ 국가가 직접 나서서 국민의 건강을 책임지는 대신 의료를 시장에 내맡겼고, 의료전문가들은 건강보험이라는 보장된 틀 안에서 경쟁하며 경제적 이윤을 추구했다. 시

97) 윤지영. (2017). 위의 논문.

98) 박운재. (2009). 위의 논문.

99) 박중현. (2008). 한국 생식의료의 전개과정에 관한 연구: 소극적 정책보조자에서 산업개척자로. 서울대학교 박사학위 논문.

100) 조병희. (2015). 질병과 의료의 사회학 (개정판). 서울: 집문당

간이 지나면서 의료 자본이 축적되고, 이들의 경쟁이 치열해지면서 이윤추구 경향이 강해졌다는 것은 우리가 잘 알고 있는 바다. 그러한 와중에 정부의 통제를 받지 않으면서도 비급여로 진료를 할 수 있는 새로운 산업을 개척하고자 하는 동기가 생기는 것은 전혀 이상하지 않다.

새로운 산업을 개척한다는 말은 곧 의료화를 통해 이익을 얻는 것을 의미한다. 이전에는 질병이 아니었던 것, 의료의 개입 대상이 아니었던 것이 질병이 되고 의료의 개입 대상이 되었다. 불임의 의료화는 부부들의 희망보다는 의료산업의 이윤추구 동기와 정부의 저출산 대책이 조응하여 진행된 것이었다. 인구통치의 틀 안에서 논의되고 실행된 정부의 저출산 대책은 여성의 총체적인 건강은커녕 제한적인 생식 건강에 대해서도 진지하게 고려하지 않았다. 의학 지식과 기술 역시 여성의 삶에 대한 통제와 건강 앞에 다른 목적을 두었고, 난임부부지원사업 오히려 여성의 생식 건강 개념을 축소, 변형하는 데에 기여했다. 산부인과 병원들은 사업 지원을 받은 부부들에게 더 큰 비용을 부담시키면서 성장할 수 있었지만, 막상 당사자들은 이 사업을 통해 큰 도움을 얻지 못한 경우가 많고, 여성들은 이전에는 존재하지도 않았던 보조생식기술로 인해 집요하게 모성을 강요당하게 되었다.¹⁰¹⁾

칠레 사례는 이윤추구 경향이 강해질수록 여성의 몸이 도구화된다는 것을 잘 보여준다. 칠레의 건강보험은 공공의료보험과 민간의료보험으로 양분되어 있어 이 둘을 비교할 수 있는데, 의료서비스를 수익 측면에서 접근하는 민간부문은 제왕절개로 출산할 확률이 공공부문과 비교했을 때 2배 이상이다. 또한, 공공의료보험을 통해 출산하는 여성의 2/3 이상은 자연분만을 하는 것에 비해 민간부문에서 출산하는 여성 다수가 제왕절개 혹은 유도분만을 경험한다. 따라서 의료비 지출은 민간의료보험 가입 여성이 공공의료보험 가입 여성보다 훨씬 높지만 건강 지표로 확인한 건강 수준에 큰 차이가 난다는 근거는 없다.¹⁰²⁾ 한국의 건강보험은 공적인 성격을 가진 사회보험이지만, 의료기관 대부분이 민간 소유이다. 형식상 비영리를 표방하지만, 의료서비스를 제공하는 의사 본인이 실질적인 사업주이거나 경영진의 일원이나 마찬가지로인 상황에서 이윤추구 동기가 강력한 것은 칠레의 민간의료보험과 크게 다르지 않다.

낙태죄로 인해 임신중지가 음지에서 이뤄질 때, 인공임신중절수술은 의료전문가들에게 매우 유리한 시장을 형성했다. 인공임신중절수술 비용은 전적으로 의료전문가에 의해 책정되었고,

101) 하정옥. (2012). 숫자를 (재)생산하는 몸, 도구화된 여성 건강 - 저출산 정책으로서의 <난임(불임)부부 지원사업>에 대한 고찰. 한국여성학, 25(1), 35 - 69.

102) 칠레는 민간의료보험(ISAPRES)과 공공의료보험(FONASA)이 공존하는 시스템(two-tier system)을 운영한다. 우리나라와 달리 민간의료보험이 공공의료보험을 대체할 수 있으며, 대부분의 칠레 국민들은 둘 중 하나의 보험에 속해있다. 민간의료보험의 보험료는 다양하지만, 일반적으로 공공의료보험보다 높은 편으로, 주로 고소득층이 민간의료보험을 이용한다(박윤주, 2011)

박윤주. (2011). 의료보험 민영화와 여성의 건강에 미치는 영향 - 칠레의 사례를 중심으로. 이베로아메리카, 13(1), 69 - 94.

경제적 비용과 위험 비용 모두를 환자가 감당할 수밖에 없었다. 불법성이 강조될수록 가격은 높게 책정되었고, 같은 의료기관에서 사람에 따라 가격을 다르게 책정하는 것도 다반사였다. 임신중지와 관련된 사회적 논의가 불거지거나, 처벌을 강화하려는 움직임이 있을 때마다 가장 큰 피해를 감수해야 하는 것은 시술을 필요로 하는 여성들이었다. 2009년 프로라이프 의사회가 불법으로 인공임신중절수술을 한 의사를 고발하자 인공임신중절 비용이 치솟았고, 그마저도 불가능한 경우 여성들은 해외에 나가 인공임신중절 수술을 하거나 안전하지 않은 방법들을 감수해야 했다.¹⁰³⁾ 2018년에도 보건복지부가 인공임신중절수술을 한 의사에게 1개월의 자격정지 처분을 내리겠다는 개정안을 발표했을 때에도 비슷한 일이 벌어졌다. 산부인과 의사회는 인공임신중절수술을 거부하겠다고 선언하며 정부와의 협상에 여성들의 건강 필요를 불모로 잡았다.

이처럼 재생산 과정이 시장의 통제에 맡겨져 있을 때, 개인의 경제적, 사회적 취약함은 재생산 과정에 그대로 반영된다. 경제적 부담을 감당하기 힘든 여성들은 더 안전하지 않은 결정으로 내몰리고, 그로 인해 건강상 피해를 본다. 끊임없이 자신의 섹슈얼리티에 대한 통제를 부정당하는 미성년자들은 비용에 더해 부모의 동의를 요구하는 의료기관의 문턱을 넘지 못해 적절한 시기에 필요한 조치를 받기가 어렵다. 언어 사용이나 사회적 관계망이 취약한 이주민이나 장애를 가지고 있는 여성들은 임신중지뿐만 아니라 성교육, 성관계, 피임, 임신, 출산과 관련된 대부분 상황에서 협상력과 통제력을 가지기 어렵다.¹⁰⁴⁾ 열악한 환경에 처한 여성들일수록 피임에 대한 지식과 자원을 갖추고 이를 실천하는 것이 힘들어 원치 않는 임신을 하게 되는 경우가 많고 재생산 서비스에 대한 필요는 더 높아지는데, 그에 대한 접근은 오히려 더 어려운 셈이다.¹⁰⁵⁾

재생산 서비스에 대한 접근이 시장에 내맡겨졌을 때 사회의 다층적 불평등은 오롯이 여성들의 몸에 새겨진다. 국가가 모두의 재생산 권리를 보장하기 위한 보편적인 접근을 취하고, 사적이고 개인적인 문제로 치부되었던 피임, 임신, 출산, 임신중지를 공적 영역에서 고민해야 하는 것은 이 때문이다. 모든 여성이 강요나 차별 없이 재생산 과정에서 주체적인 선택을 하고, 이를 위해 필요한 보건의료서비스에 접근할 수 있으며, 존엄을 잃지 않으면서 아이를 양육할 수 있는 재생산 정의를 추구하는 것은 건강 불평등과 사회적 불평등을 완화하기 위한 핵심적인 정치 중 하나다.

103) 이지연. (2012). 처벌과 배제: 낙태, 한국의 여성과 국가. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 1015 - 1028.

104) 백영경 외. (2018). 『배틀그라운드』 후마니타스. 289p.

105) Davis, M. F. (2010). Abortion Access in the Global Marketplace. North Carolina Law Review, 88, 1657.

6. 임신중지가 죄가 되는 사회에서 고통을 야기하는 부재

한국에서 임신중지의 불법적 지위는 마땅히 있어야 할 지식, 제도, 서비스의 부재와 발생하지 않아도 될 고통으로 이어져 왔다. 먼저 임신중지서비스의 불법적 지위는 양질의 안전한 보건의료서비스 접근을 저해했다. 그로 인해 여성들이 불안정한 시술로 인한 신체적 손상과 사망 위험에 노출되어 있었다는 사실은 가장 중요하고 비교적 널리 알려진 문제다. 그뿐만이 아니다. 임신중지서비스가 음성화, 상업화되어있어 그로 인한 피해와 위험을 여성들이 온전히 떠안을 수밖에 없었고,¹⁰⁶⁾¹⁰⁷⁾ 사적 관계에서 낙태죄를 빌미 삼아 여성들을 협박, 통제하거나¹⁰⁸⁾¹⁰⁹⁾ 공권력이 나서 임신중지시술을 받은 여성을 색출하기 위한 수사를 벌이기까지 하는 어처구니없는 상황¹¹⁰⁾이 최근까지 지속되어 왔다.

2019년 낙태죄가 위헌 판결을 받기까지 한국의 여성운동은 낙태가 죄가 되므로 인해 발생하는 억압과 고통을 드러내고 이를 둘러싸고 작동하는 다층적 권력 관계를 치열하게 분석해왔다.¹¹¹⁾ 그러나 건강 정책과 보건의료 영역에서 임신중지는 놀라우리만큼 주목을 받지 못했다. 한국에서 임신중지와 관련된 건강부담이 얼마나 되는지, 임신중지서비스에 대한 의료접근성은 얼마나 보장되고 있는지, 안전하고 반응성 있는 임신중지서비스는 어떻게 가능한지, 누가 재생산과 관련된 의료필요를 충족하지 못하고 있는지 등 무수한 연구 질문들이 누락된 채로 방치되어 있다. 정책과 제도 또한 임신중지를 외면하는 것은 마찬가지이며, 마땅히 있어야 할 지식, 제도, 서비스의 부재와 발생하지 않아도 될 고통으로 이어지고 있다.

형법상 낙태죄가 헌법에 어긋난다는 판결이 나왔다고 해서 이런 고통을 야기하는 공백들이 단번에 메워지는 것은 아니다. 이는 모두의 건강을 위한 연구를 한다고 말하면서도 누군가의 건강 필요와 문제들을 외면하고 있는 것 취급했던 이들의 반성과 성찰을 필요로 한다. 안전하고 질 높은 재생산 건강 서비스와 이를 가능하게 하는 건강정책에 대한 본격적인 고민이 시작되어야 하며, 재생산 정의 관점에서 보건의료체계와 건강정책 전반에 대한 재검토가 필요하다.

이 장에서는 임신중절이 죄가 되는 사회에서 고통을 초래하고 내버려 두는 ‘부재(absence)’에 대해 논의한다. 이는 크게 네 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 의학 지식·교육·훈련에서 부재, 둘째, 보건학적 지식과 정보체계·개입의 부재, 셋째, 법·제도적 규제·보호·권리보장의 부재, 넷

106) 중앙일보(2017.11.06.). “인터넷 판매 먹는 낙태약... 의사들 불완전 유산 위험”, <https://bit.ly/2DmLRaO>

107) 의협신문(2018.09.23.). “낙태약 미프진, 직접 구입 시도해보니...”, <https://bit.ly/2GjkcII>

108) 한겨레(2013.06.30.). “계속 안 만나주면 고발한다” 남친의 협박수단 된 낙태죄“, <https://bit.ly/2Ix4ptd>

109) 여성신문(2018.01.08.). “낙태죄, 협박의 도구가 되다”, <https://bit.ly/2VPUbHj>

110) 경향신문(2018.12.21.). “심평원 자료 압수해 낙태 색출한 경찰”, <https://bit.ly/2IpaWWF>

111) 이틀테면 다음의 연재를 보라. 비마이너, “장애x젠더, 재생산을 말하다” 시리즈, <https://bit.ly/2vaHIST>

제, 임신중절과 여성의 재생산 권리와 관련된 건강 정치의 부재다.

6.1. 의사들은 잘 압니까?: 지식·교육·훈련의 부재

1) 의학교육과정

여성의 건강과 생명에 직결된 문제이고, 많은 여성이 경험하고 필요로 하는 시술임을 생각한다면 다른 의료 기술과 마찬가지로 임신중절과 관련된 지식과 술기를 제도화된 의대 교육과정 내에서 배우는 것은 당연한 일이다. 그러나 임신중절에 대한 의과대학의 교육은 대학과 교수, 의대생의 종교와 태도, 신념에 따라 큰 차이를 보인다. 미국 전역의 의대 교육과정에 대한 설문에서 응답한 의대 중 32%만 임신중절에 대한 독립된 교육 시간이 있었으며 23%는 공식적인 교육 시간은 없지만, 임신중절에 대한 교육을 하고 있다고 답했고 17%의 의대에서는 아예 교육하지 않는 것으로 나타났다.¹¹²⁾

한국의 경우 각 의과대학에서 임신중절에 대해 배우고 있는지를 확인할 수 있는 공개된 자료는 확인되지 않는다. 대한의학회에서 분석한 의과대학의 2000년 학습 목표에는 학습주제로 유산과 인공유산 술기가 추가된 것을 확인할 수 있다. 세부 목표로는 자연유산과 함께 인공유산의 수술적, 비수술적 방법과 인공유산 후 합병증 및 임신의 결과에 대하여 배우고 소파수술 과정과 불완전유산 및 계류유산의 초음파 소견을 배우도록 하고 있다.¹¹³⁾ 그러나 논란이 있는 문제라는 이유로 국내 의학 교과서와 의사국가시험의 평가 항목에도 모자보건법이나 여성의 생식 건강권 등에 관한 내용은 찾아보기 어렵다.

2) 의학수련과정

교육과 마찬가지로 의학수련과정에서도 임신중지서비스에 대한 훈련은 충분히 이루어지지 못하는 경우가 많다. 2004년 자료에 따르면 미국 내 51%의 전공의 수련 프로그램에서만 임신중절 서비스에 대한 교육과정을 포함하고 있다.¹¹⁴⁾ 종교나 개인 신념을 이유로 임신중절 시

112) Espey, E., Ogburn, T., Chavez, A., Qualls, C., & Leyba, M. (2005). Abortion education in medical schools: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*, 192(2), 640-643.

113) 대한의학회 누리집. 의과대학 학습목표, <https://bit.ly/2v8og91>

114) Eastwood, K. L., Kacmar, J. E., Steinauer, J., Weitzen, S., & Boardman, L. A. (2006). Abortion training in United States obstetrics and gynecology residency programs. *Obstet Gynecol*, 108(2)

술에 반대하는 경우 수련을 피할 수 있게 되어있기는 하지만 인공임신중절 시술을 하지 않겠다고 했던 의사들도 과별 임상실습(rotation)에서 인공임신중절시술에 대한 수련을 받은 것이 가족계획 상담 등에 도움이 된다고 응답했다는 연구결과는 의학수련과정에서 임신중지와 관련된 훈련이 재생산 건강을 위해 필요함을 시사한다.¹¹⁵⁾

오래전 영국 의사들을 대상으로 한 설문에서는 상당수의 의사가 본인의 신념을 이유로 인공임신중절술을 거부한 것으로 나타났는데, 산과 또는 부인과에서 일하는 젊은 의사 중에는 상당수가 종교 또는 도덕적 신념 때문이 아니라 제대로 된 수련을 받지 못했기 때문에 양심적으로 해당 시술을 거부했다고 응답한 것으로 나타났다.¹¹⁶⁾ 마찬가지로 2019년부터 12주 이전과 24주 이전의 제한된 인공임신중절이 허용된 아일랜드의 경우 의사들이 이전에 인공임신중절술에 대한 적절한 수련을 받지 못했거나 필요한 장비를 구하지 못해 적절한 시술을 하는 데에 어려움이 있는 것으로 나타났다.¹¹⁷⁾

한국의 의사들은 가족계획사업을 시작한 이래 약 30여 년 동안 당시 가임 인구의 약 1/4에 해당하는 사람들에게 영구불임술을 시행하며 인구통제정책의 보조자 역할을 해왔다. 개인 의원과 종합병원, 대학병원에서는 출산 억제제를 위한 인공임신중절술, 자궁내장치 시술, 복강경 난관 결찰 수술 등을 하였고 이는 시설 분만 비율의 급격한 증가와 더해져 모성사망과 주산기 사망을 크게 줄이는 데 기여하기도 했다.¹¹⁸⁾ 1960년대 한 대학병원 산부인과의 보고에 따르면 20~44세 여성 중 35세 이상에서는 만삭분만 수보다 인공임신중절 수가 더욱 많을 정도였다.¹¹⁹⁾

현대적인 피임 방법이 널리 보급됨에 따라 인공임신중절술에 대한 수요가 감소하고, 낙태죄에 대한 처벌 위협이 강화되면서 병·의원과 수련 병원에서는 점차 인공임신중절술의 시술 건수가 줄어들었다.¹²⁰⁾ 비공식적으로 이루어지던 수련의 기회도 줄어들었다. 자연스럽게 의대생과 전공의들의 교육과정에서도 시술을 참관하거나 참여할 기회가 사라졌다.

한국 사회에서는 임신중지를 반대하는 산부인과 의사들의 목소리가 과잉대표되는 경향이 있

115) Steinauer, J. E., Hawkins, M., Turk, J. K., Darney, P., Preskill, F., & Landy, U. (2013). Opting out of abortion training: benefits of partial participation in a dedicated family planning rotation for ob-gyn residents. *Contraception*, 87(1), 88-92.

116) Anonymous. (1980). "Unsympathetic attitudes of U.K. physicians limit availability of abortion." *Fam Plan Perspect.* 12(3): 157-8

117) UK News(2018.09.19.). "Lack of training and equipment worries doctors ahead of abortion deadline". <https://bit.ly/2ZiEqe3>

118) 박종현. (2008). 위의 논문.

119) 나건영. (1976). 인공임신중절과 그 합병증의 현황. *대한불임학회지 Korean Journal of Fertility and Sterility*, 3(2), 13-27.

120) Choi, J. S., Won, J. W., Chae, S., Park, E. J., & Seo, K. (2010). "인공임신중절 실태와 정책과제", *Policy Issues on Abortion in Korea*.

다. 그러나 현장에서 여성들의 고통과 어려움과 직접 대면하는 산부인과 의사들은 임신중지의 필요성에 대해서 가장 가깝게 느끼고 있는 이들이기도 하다. 2005년 743명의 산부인과 의사를 대상으로 한 설문 조사에서는 2.3%에 해당하는 의사들만이 임신중절시술이 허용되어서는 안 된다고 응답했다.¹²¹⁾ 이로 미루어보면 시술의 주제공자인 의사들은 인공임신중절에 대한 국내의 표준화된 진료 지침과 적절한 교육, 수련에 대해 수요를 가지고 있을 것으로 예상할 수 있다. 실제로 많은 산부인과 의사들이 비공식적으로 인공임신중절술을 행하고 있고, 해외에서 안전성과 효능이 입증된 내과적 임신중절에 대한 지식이 한국에서 충분히 전파되지 못한 상황을 고려한다면 한국에서도 임신중지에 대한 수련 프로그램을 모든 산부인과 수련과정에 적용할 필요가 있다.

6.2. 보건학적 지식·정보체계·개입 부재

1) 임신중절과 관련된 지식과 정보체계 부재

한국에서 피임과 임신중절에 대한 보건학적 근거와 정보생산체계는 이와 유사한 정도의 중요성과 건강부담을 부과하는 건강 서비스와 비교했을 때에 매우 미비한 수준이다. 관련된 국가통계로는 1992년부터 3년마다 실시되는 “전국출산력및가족보건복지실태조사¹²²⁾”가 유일하며 비판적으로 말하자면 이는 대체로 가부장적 가족제도의 유지존속을 위한 정보수집에 가깝다. 조사대상으로 ‘유배우부인’을 특정하는 조사의 한계는 굳이 상세히 밝힐 필요도 없어 보인다.

근래 임신중절에 대한 실태조사는 2005년, 2011년, 2018년 각각 고려대(연구책임자 김해중), 연세대(연구책임자 손명세), 한국보건사회연구원(연구책임자 이소영)에 의해 수행되었다. 각각의 조사에서는 15세~44세 가임기 여성 4,000명과 10,000명을 전화/온라인으로 조사하고 그 결과를 토대로 한국의 임신중절 실태를 추정했다. 2005년과 2011년 조사는 의료인과 의료기관에 대한 조사를 병행하였으며 임신중절시술 현황과 인공임신중절에 대한 가임기 여성과 산부인과 의사의 태도, 해외 제도 현황, 국내 대책 등을 다뤘다. 2018년 조사는 여성들에 한정해 조사를 실시했다.

121) 김해중 외. (2005). 위의 보고서.

122) 16,000여 표본가구에 거주하는 15~59세 기혼부인에 대해 임신 및 출산, 모자보건, 가족복지, 가족가치관 등에 대해서 조사. 미혼자에 대해서 학력, 직업, 결혼관, 자녀관 등을 조사함.

김해중(2005)의 연구는 국내 연간 인공임신중절 시술 건수를 342,433건으로 추정했다. 보고서는 모자보건법 규정에 따라 허용되는 인공임신중절 청구 건수를 집계하였는데¹²³⁾, 이는 총 14,939건으로 전체 임신중절의 4.4%에 불과했다. 이 연구는 임신중절과 관련된 법률개정(낙태죄를 일반적으로 금지하되 자격이 있는 의사의 판단 및 감시하에 제한적으로 허용하는 방향)과 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육과 응급피임법 제공, 의료인 신고제 및 불벌제를 통한 인공임신중절에 대한 ‘감시체계’ 구축을 제안했다. 또한, 임신중절서비스의 제한적 합법화를 주장하면서도 서비스가 급여화될 경우 인공임신중절률이 증가할 것이라고 예상하면서 급여화를 반대한다는 점에서 근거에 기반하지 않은 무리한 주장을 펼치며 결과적으로 의사들의 기존의 이해관계와 어긋나지 않는 제안을 하고 있다.

손명세(2011)¹²⁴⁾의 연구는 2010년 임신중절 시술 건수를 168,738건, 임신중절률을 15.8%로 추정했다. 이 연구에서는 임신중절에 대한 가임기 여성과 산부인과 의사에 대한 양적 조사에 더해 심층면접조사를 실시했고, 이를 통해 보다 구체적인 임신중절경험과 영향을 제시하였다. 또한, 보고서는 카이로 인구개발회의(1994)를 인용하며 임신중지에 대한 정책이 인구통제 정책에서 성·생식보건¹²⁵⁾ 정책으로 전환되어야 하고, 피임을 필수적인 예방 의료의 일부로 통합해야 하며,¹²⁶⁾¹²⁷⁾ 보건학적 문제로 인공임신중지의 중요성을 고려하였을 때 정기적 조사와 재생산 건강 데이터 생성이 필요함¹²⁸⁾을 제시하는 등 전반적으로 국제적 원칙과 근거에 부합하는 정책과 제도의 필요성을 제시했다. 그러나 이 연구는 보건복지부를 비롯한 행정부를 대상으로 정책제언을 제시하면서 형법상 낙태죄 폐지나 관련 법률 개정과 같은 핵심적인 지점을 피해가고 있고, 재생산 건강과 관련된 불평등이나 우생학적 정상성을 추구하는 모자보건법의 문제 등을 다루지 않는다는 점에서 한계를 가진다.

123) 2004년 인공임신중절 청구코드(R4452-R4459)로 건강보험료를 청구한 건수

124) 손명세 외. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 보건복지부.

125) Sexual and reproductive health를 지칭하며 이 보고서에서는 이를 성과 재생산 건강으로 옮겼다.

126) 일차의료에서 ‘여성의 재생산 건강 필수서비스’에 예방적 의료방문, 산전진단, 가족계획, 40세 이상 여성의 유방조영술, 임신과 산후 우울증에 대한 검진과 처치, 가정폭력조사 등이 포함되어야 함 (Guttmacher report, 2009).

127) 미국 Health People 2010 보고서는 가족계획서비스는 원치 않는 임신이 가져오는 사회적, 경제적, 의학적 비용부담을 줄일 수 있으며 따라서 국가가 이를 제공할 필요가 있음을 강조

128) WHO 생식보건데이터 산출을 통한 국제비교가 필요하다고 제언

표 7. 인공임신중절 실태조사 비교

		김해중(2005)	손명세(2011)	이소영(2019) [§]
조사 기간	당사자	2005년 8월~9월	2011년 5월~6월	2018. 9월 ~10월
	의료기관	2005년 5월~8월	2011년 4월~7월	X
조사 대상	당사자	가임기 미혼여성 2,500명 가임기 기혼여성 1,500명	한국리서치 패널 중 가임 기 여성 4,000명	가임기 여성 10,000명
	의료기관	산부인과 병·의원 총 201 개 기관	산부인과 의사 전수조사	X
조사방법		전화 조사	웹메일 설문 조사	온라인 조사
표본추출		인구주택총조사에서 무작위추출	2005년 인구통계자료에서 시도*연령*학력수준, 거 주지역, 결혼여부에 따라 배분 할당	?
연간 시술건수 (추정)		342,433건(기관 보고)*	168,738건(당사자 응답 기준)* 108,679건(의사 보고)***	약 5만 건
인공임신중절률 [†]		29.8	15.8	4.8
추정방법		시술의료기관에 대한 전 향적 조사를 통해 의료기 관이 보고한 임신중절 건 수를 외삽 추정	시술의료기관 조사를 통 해 파악한 평균 임신중절 건수에 가중치를 부여하 여 합산	
			비례배분할당 추출한 표 본집단의 연 임신중절 건 수를 토대로 외삽추정	인공임신중절경험을 보 고한 여성의 건수를 토 대로 외삽추정

* 의료기관 종별 연간 추정건수=총의료기관수*(1-시술하지 않은 기관 비율)*(월평균건수*12)

전체추정건수 = (의원 및 전문병원 연간 추정건수) + (병원 및 종합병원 연간 추정건수)

** 2010년 당사자 응답 기준, (조사한 4000명의 2010년 인공임신중절건수/4000)*1000,

*** 의료기관 소재지와 해당 의료 기관의 산부인과 전문의 수, 종합병원 수 등을 가중치로 활용해 총 종별(의원, 병원, 종합병원)의 연간 중절시술 추정건수를 구하고 이들을 합계 추산함. 2009년 인공임신중절 추정 건수(공급자 기준)는 167,568건, 09~10년 사이 불법 인공임신중절 근절선언과 불법시술기관 고발 등의 사건이 있었음.

[†] 인공임신중절률(abortion rate) = 연간 인공임신중절건수/15~44세 여성 인구수 * 1,000

[§] 한국보건사회연구원이 진행한 ‘국내 인공임신중절 실태조사’는 보고서 전문이 공개되어 있지 않음

임신중지를 비롯해 피임과 섹슈얼리티, 이와 관련된 건강 필요 등 관련 지식과 정보체계의 부재는 해당 이슈와 관련해서 각 계의 이견을 좁히지 못하게 만드는 이유 중 하나이다. 존재하는 고통을 보이지 않고 해결하지 못하게 만드는 데에 기여하는 것이기도 하다. 여성의 건강을 중심으로 생각한다면 한국에서 인공임신중절술이 실제로 어디서 얼마나 어떻게 시행되고 있는지, 음성화된 시술로 인해 여성에게 신체적, 심리적, 사회적으로 어떠한 폐해가 있는지에 대한

공식적인 통계와 모니터링이 무엇보다 필요하다. 더 안전하고 환자 중심적인 방법으로 최신 의학지식과 기술 방법에 따르는 국내 실정에 맞는 표준화된 진료 지침을 마련하고 질 관리를 할 수 있도록 대책이 필요하다.

2) 재생산 건강을 위한 보건학적 개입 부재

국민건강증진법에 따라 정부는 5년마다 국민건강증진종합계획을 수립한다. 2005년부터 시작된 이 계획에서 총괄 목표는 건강 수명 연장과 건강형평성 제고이며, 정부와 지방자치단체는 이 계획에 따라 사업 분야별 목표를 세우고, 이를 달성하기 위한 사업과 정책들을 수립하게 된다. 따라서 이 계획은 한국 정부가 국민의 건강증진을 어떤 관점에서 바라보고 있고 어떤 영역들을 중요하게 여기는지를 판단하는 데에 좋은 자료이다.

그림 1. 제4차 국민건강증진종합계획의 기본 틀



그림 12. 제4차 국민건강증진종합계획의 기본 틀

(출처: 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. p. 34)

그림 12에 제시한 제4차 국민건강증진종합계획(Health plan 2016~2020, 이후 HP2020)의 사업 분야를 살펴보면 전체에서 재생산 건강과 관련이 있는 내용은 ‘모성건강’에 제한되고 있음을 확인할 수 있다. 물성적인 건강정책과 사업의 문제에 대한 공식적인 문제 제기가 시작된 지

십 년이 넘었지만¹²⁹⁾ 한국의 건강정책은 아주 천천히 움직이는 중이다. 본격적으로 국민건강 증진종합계획과 정신건강종합대책 등 건강 관련 정책을 성인지적 관점에서 검토하는 연구가 2018년이 되어서야 시작되었고,¹³⁰⁾ 아직 공개도 되지 않은 이 보고서의 제안이 실제 건강정책에 반영되기까지 얼마나 시간이 소요될지는 예상하기 어렵다.

HP2020에서 <중점과제 19. 모성건강>의 지표와 사업은 “모성의 건강행위 실천과 주산기 관리를 강화함으로써 임신부 및 태아의 건강위험요소를 사전 예방하고 장애발생을 최소화하며 건강한 출산을 도모하고 모성의 사망률을 감소시키는 것”을 목적으로 한다. 구체적인 목표 지표는 ① 임신부의 사망비율을 낮추고, ② 임부의 고위험 요인을 예방, 조기발견, 치료하며, ③ 원치 않는 임신을 예방하여 인공임신중절 경험을 감소시키는 것이다. “모성건강”이 과제일 뿐 비모성 여성의 건강이나 여성의 재생산 권리와 관련된 지표와 사업은 보이지 않는다.

지표명	2008	2013	2020	관련사업코드	사업명
19-1. 임신부 사망비율을 낮춘다.				19-기, 나, 다	기. 분만 취약지역의 단계적 해소를 위한 지역별 맞춤형 지원 및 공공투자 확대 나. 고령임신 및 고위험 임신부 건강관리 강화 및 공적지원 확대 다. 산전·산후 건강관리 표준 가이드라인 개발 및 보급
모성사망비 (출생10만명당 임신부 사망수)	12명	11.5명	9명		
19-2. 임부의 고위험 요인을 예방하고 조기발견 치료한다.				19-가, 나, 다	라. 불임(난임) 부부 임신 및 출산을 위한 의료적, 사회적 지원체계 구축 마. 청소년 생식건강 증진
임신 8주 이내 산전 검진율	93.6% (2009년)	94.5% (2012년)	97.0%		
19-3. 원치 않는 임신을 예방하여 인공임신중절 경험률을 감소시킨다.				19-나, 라, 마	
인공임신중절경험비율	26.0% (2009년)	17.0% (2012년)	15.0%		
피임실천비율	80.0% (2009년)	77.1% (2012년)	90.0%		

그림 13. HP2020에서 중점과제 <19. 모성건강 사업지표>

(출처: 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. p. 383)

지표 19-3, 인공임신중절 경험률 감소를 위한 사업을 따라가 보자. 관련 사업 코드로 제시된 나, 라, 마 사업은 각각 고령임신 및 고위험 임신부 건강관리 강화 및 공적 지원 확대, 난임

129) 천희란과 정진주. (2008). 젠더와 건강: 성인지적 보건정책을 위한 시론. 보건행정학회지, 18(2), 130 - 156.

130) 온나라정책연구 누리집. “건강증진정책 특별성별영향분석평가”, <https://bit.ly/2GopRgc>

부부 임신 및 출산을 위한 의료적, 사회적 지원체계 구축, 청소년 생식건강 증진 사업이다.

먼저 인공임신중절을 낮추기 위해 그 효과가 검증된 개입은 적절한 가족계획상담과 피임 서비스 제공인데 아무리 눈을 크게 뜨고 찾아봐도 이와 관련된 사업은 찾아볼 수가 없다. 임·출산 진료비 지원과 고위험임산부와 청소년산모의 의료비 지원이 임신중절 경험률을 떨어뜨리기 위한 대책이 될 수 있으려면 사람들이 임신과 출산 과정에 드는 병원비가 부담스러워서 아이를 낳지 못하고 있다는 가설이 성립해야 하는데, 이런 진단은 얼토당토않을 뿐만 아니라 임신중지를 억제함으로써 인공임신중절률을 감소시키겠다는 계획이기에 건강증진이 아니라 인구통치계획에 가깝다. 난임부부지원사업 역시 인공임신중절률과 하등의 관련을 찾기 어렵다. 오히려 이 사업은 보조생식술에서 착상 배아에 대한 선택적 유산 과정에서 인공임신중절 시술을 촉진할 공산이 크다.¹³¹⁾ 그나마 관련이 있어 보이는 청소년 생식건강 증진 사업은¹³²⁾ 학교 및 근로장에서 청소년에 대한 생식보건 교육을 강화하고, 청소년 생식건강수준에 대한 정기적 통계 생산체계를 구축하며,¹³³⁾ 원치 않는 임신으로 고민하는 청소년들을 위해 보건복지 콜센터(129센터) 내에 위기 임신 전문상담 핫라인을 구축하는 사업으로 구성되어 있다. 이 역시 사업의 대상이 청소년에 국한되어 있고, 임신중지는 물론 피임 접근을 보장하지 않는다는 점에서 어떻게 한국의 임신중절경험률을 감소시킬 수 있을지 그 효과를 예측하기 어렵다. 전반적으로 HP2020의 모성건강지표의 임신중지와 관련된 관점은 2009년 “낙태율을 반으로만 줄여도 출산을 증가에 큰 도움이 된다.”고 발언해 사회적 물의를 일으킨 전재희 장관의 입장과 크게 다르지 않아 보인다. 이에 더해 건강형평성 제고를 총괄 목표로 제시하면서도 임신과 출산, 피임과 임신중지와 관련된 사회적 불평등과 이와 교차하는 젠더 불평등에 대해 고려하고 있지 않다는 점은 사뭇 실망스럽다.

6.3. 법·제도적 규제·보호·보장 부재

1) 재생산 건강과 안전한 임신중지에 대한 국제적 기준

131) 그나마도 보조생식술 후 실시되는 선택적 유산은 모자보건법의 인공임신중절수술 허용한계와 무관하다고 하여 난임의료비지원을 위한 요양급여대상에서 제외하고 있다.

보건복지부 고시 2017-170호(2017.10.1. 시행) 모자보건법 제14조 및 같은 법 시행령 제 15조의 규정에 해당되어 시행하는 선택적 유산은 비급여임.

132) 보건복지부(2015). 제4차 국민건강증진종합계획. 383~396면.

133) 생식건강 정보제공과 월경일, 주기, 배란일 등 개인 의료정보 관리를 위해 최신 IT 기술을 활용하겠다는 언급도 빠지지 않는다. 위의 보고서. 395면.

재생산 건강과 권리와 관련해 한국 사회에서 발견되는 ‘부재’를 설명하기 위해서는 현실의 부재를 비춰보기 위한 기준이 필요하다. 이상적으로 이는 한국 사회에서 지향하는 재생산 정의에 비추어 보았을 때 어떠한 원칙과 방향을 설정할 것인지에 대한 합의를 도출하고, 한국의 특수한 맥락을 고려했을 때 현재 부족하고 채워나가야 할 것이 무엇인지를 논의하는 과정이 있어야 한다. 다만 여기에서는 우리가 참조할 수 있는 의학적, 기술적 가이드라인을 제공하는 세계보건기구의 기준을 살펴본다.

세계보건기구의 필수약품 목록에는 여러 종류의 피임법과 임신중지를 위한 미페프리스톤-미소프로스톨이 포함되어 있다. 이 외에도 한국에서 구할 수는 있지만, 대부분은 건강보험급여가 되지 않는 경구피임약, 호르몬 주사, 루프(자궁내장치), 임플라논(피하식형 피임장치), 콘돔 등 차단피임법, 응급피임약 등이 모두 필수약품으로 등재되어 있다.¹³⁴⁾¹³⁵⁾ 미프진과 같은 필수약품 접근권도 물론 중요하지만 모두의 재생산 권리를 보장하기 위해서는 의약품과 보건의료서비스로 국한되는 생의학적 틀을 넘어서는 포괄적인 개입이 필요하다. 대표적으로 세계보건기구가 발행한 “피임 정보와 서비스 제공을 통한 인권 보장”에 대한 보고서¹³⁶⁾는 이와 관련해서 각국 정부에 다음과 같이 제안한다(표8).

표 8. 피임 정보와 서비스 제공을 통한 인권 보장을 위한 세계보건기구의 정책제언

1. 차별금지	
1.1	모두에게 자율적이고, 차별, 억압, 폭력에서 자유로운 (개인의 선택에 기반한) 포괄적 피임 정보와 서비스에 대한 평등한 접근을 제공하여야 한다.
1.2	포괄적 피임 정보와 서비스가 모든 인구집단에게 제공될 수 있도록 하는 법과 제도를 만들어야 한다. 특히 이와 같은 서비스 접근에 어려움을 겪을 가능성이 높은 소외되고 배제된 인구집단에 대한 특별한 관심이 필요하다.
2. 피임 정보와 서비스의 가용성	
2.1	피임서비스 가용성을 높이기 위해 국가필수약품 공급체계 내에 응급피임약을 포함해 다양한 종류의 방법을 포함하는 피임 수단, 물품, 장비에 관한 내용을 포함해야 한다.
3. 피임 정보와 서비스 접근성	
3.1	학교 안과 밖에서 피임방법과 피임관련서비스 및 수단 접근방법을 포함하는 과학적으로 정확하고 통합적인 성교육 프로그램을 제공해야 한다.

134) WHO Model List of Essential Medicines. 20th list. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>)

135) 다양한 피임 방법과 관련된 보다 구체적인 정보는 다음을 참고.

연구공동체 건강과 대안 젠더건강팀. (2017). “우리가 만드는 피임사전”, <https://bit.ly/2JenD7z>

136) World Health Organization. (2014). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.

3.2	청소년과 빈곤층을 포함해 배제된 인구집단이 피임하는 데에 재정적 장벽을 없애고 모두가 지불가능한 피임서비스를 공급하라.
3.3	서비스 접근이 어려울 가능성이 큰 이용자와 잠재적 이용자(예. 시골거주자, 도시빈민, 청소년 등)들에서 포괄적 피임 정보와 서비스에 대한 접근성을 높이기 위한 개입이 필요하다. 안전한 임신중지 정보와 서비스는 WHO 가이드라인(Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems)에 따라 제공되어야 한다.
3.4	이주민, 위기상황에 있는 여성, 성폭력 생존자 등 응급 피임에 대한 접근 필요가 높은 사람들이 포괄적 피임 정보와 서비스를 이용할 수 있도록 특별한 노력이 필요하다.
3.5	피임 정보와 서비스를 성과 재생산 건강 서비스의 일부로 제공하고, 보건의료체계 내에서 HIV 검사와 치료를 함께 제공하라.
3.6	포괄적 피임 정보와 서비스를 산진진찰과 산후진찰과 함께 제공하라.
3.7	포괄적 피임 정보와 서비스를 임신중절 과정과 후에 제공하라.
3.8	지리적 장벽으로 인해 서비스 접근이 어려운 인구집단을 위해 모바일을 이용한 서비스를 제공하라.
3.9	배우자 승인을 비롯해 피임과 관련된 정보와 서비스 접근을 시도하는 개인/여성에 대한 제삼자의 승인 요구 조항을 폐지하라.
3.10	부모 또는 보호자의 승인/고지와 무관하게 청소년들에게 피임 정보와 서비스를 포함하는 성과 재생산 건강 서비스를 제공하고, 청소년들의 필요에 부합하는 교육과 서비스를 제공하라.
4	피임 정보와 서비스의 수용성
4.1	가족계획과 피임과 관련해 정확한 정보에 기반한 젠더감수성 있는 상담과 교육을 제공하라. 상담과 교육은 역량 개발(예. 의사소통과 협상)을 포함해 개인과 지역사회의 특수한 필요에 맞게 이루어져야 한다.
4.2	피임의 부작용에 대한 관리와 후속조치가 모든 피임서비스 제공의 필수적인 요소로 포함되어야 한다. 제공불가능한 서비스 제공을 위한 상급기관으로의 적절한 후송조치가 이루어져야 한다.
5	피임 정보와 서비스의 질
5.1	피임서비스와 고객 피드백에 대한 의학적 표준을 비롯해 질 관리 과정이 필요하며, 질 관리가 주기적으로 이루어질 수 있도록 해야 한다.
5.2	장치 삽입과 제거, 부작용에 대한 상담 등 가역적 지속성 피임법과 관련된 서비스가 같은 기관에서 제공되어야 한다.
5.3	피임 교육, 정보, 서비스 제공에 대한 지속적인 능력기반훈련과 감독이 이루어져야 한다. 능력기반훈련은 WHO의 가이드라인을 준수하여 이루어져야 한다.
6	정보에 기반한 의사결정
6.1	정보에 기반한 결정을 보장하기 위해 근거에 기반한 포괄적 피임 정보, 교육, 상담을 제공하라.
6.2	모든 사람이 차별 없이 현대적 피임법(응급, 지속적, 단기적, 영구적 방법을 포함)과 관련해 정보에 기반한 선택을 할 기회를 행사할 수 있도록 해야 한다.
7	프라이버시와 비밀보장

7.1	피임 정보와 서비스 제공 과정에 걸쳐 개인의 프라이버시를 존중하고 의학적 정보를 포함한 모든 개인 정보에 대한 비밀이 보장되어야 한다.
8	참여
8.1	직접 영향을 받는 사람들과 지역사회가 피임 프로그램과 정책 설계, 집행, 모니터링이 이루어지는 전체 과정에 의미 있는 참여를 할 기회가 보장되어야 한다.
9	책무성
9.1	개인 및 체계 수준 모두에서 피임 정보와 서비스 접근과 관련된 모니터링, 평가, 해결방안, 시정을 포함하는 효과적인 책무 기제가 마련되어야 한다.
9.2	모든 프로그램의 평가와 모니터링은 인권에 대한 존중과 달성가능한 가장 높은 질을 보장하기 위한 것이어야 한다.

출처: World Health Organization. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization.의 내용을 요약, 정리함

차별금지, 피임정보와 서비스의 가용성, 수용성, 접근성, 질, 정보기반의사결정, 프라이버시와 비밀보장, 참여, 책무에 대한 위와 같은 정책제언은 한국의 건강정책에서 어떤 관점과 조치들이 부재한지 생각해볼 수 있게 해준다.

세계보건기구가 모든 여성에게 안전한 임신중지를 보장하기 위해 각국 정부에 기술적, 정책적 제언을 제시하는 보고서도 참고할만하다.¹³⁷⁾ 이 보고서는 외과적, 내과적 임신중절에 대한 구체적인 기술적 기준과 임신중지 이후 제공되어야 할 적절한 의료서비스, 보건의료체계, 그리고 임신중절과 관련된 규제, 정책, 인권과 관련된 고려사항에 대한 근거를 종합적으로 제시한다. 안전한 임신중지를 위한 보건의료체계를 위해 정부는 다음과 같은 조치를 해야 한다.

- ① 정부가 모든 여성에게 안전하고 합법적인 임신중절 서비스 접근을 보장해야 한다.
- ② 임신중절 서비스는 일차의료 수준에서 접근가능해야 하며, 상급 의료기관에 대한 적절한 후송 체계를 갖춰야 한다.
- ③ 임신중절과 관련된 정책과 서비스를 강화하기 위한 접근은 반드시 여성의 인권과 건강 필요에서 시작되어야 하며, 더 넓은 사회적, 문화적, 정치적, 경제적 맥락과 서비스 전달 체계에 대한 이해 속에서 구체적인 계획들이 이루어져야 한다.
- ④ 안전한 임신중절서비스를 위한 국가표준지침과 가이드라인은 양질의 서비스에 대한 평등한 접근을 달성하기 위해 필요한 내용들을 포함해야 하며, 근거에 기반하여 작성되고, 주기적으로 갱신되어야 한다. 복잡한 서비스 전달 개입은 전면적 개입 전에 시범 사례를 통해

137) World Health Organization. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization.

실행가능성과 효과성에 대한 지역 특수한 근거를 마련하고 이에 따라 조정되어야 한다.

- ⑤ 의료제공자에 대한 임신중절 서비스 훈련은 국가표준지침과 가이드라인에 따른 양질의 서비스 제공이 가능할 수 있는 수준의 개인 역량 확보를 보장해야 한다. 양질의 임신중절 서비스를 보장하기 위해서는 해당 업무를 수행하는 인력에 대한 지속적인 감독과 질 관리, 모니터링과 평가가 필요하다.
- ⑥ 임신중절서비스의 재정조달은 보건의료체계 계정 내에 포함되어야 하며, 서비스를 필요로 하는 모든 여성에게 지불가능한 서비스를 제공해야 한다. 기존의 보건의료체계에 안전한 임신중절서비스 접근을 포함하는 데에 드는 비용은 많지 않고, 안전하지 않은 임신중절의 합병증을 치료하는 데에 드는 보건의료체계의 비용에 비하면 훨씬 적다.
- ⑦ 성공적인 임신중절서비스 제공체계를 만들기 위해서는 시범적 개입이 확대, 제도화되는 과정에서 체계적 계획, 관리, 지도와 지지가 필요하다. 이를 위해서는 충분한 인적·재정적 자원이 투입되어야 한다.

세계보건기구가 제시하는 규제, 정책, 인권과 관련된 고려사항은 다음과 같다.

- ① 임신중지에 관한 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호해야 한다.
- ② 시의적절하고 안전한 임신중지서비스 접근을 저해하는 규제, 정책, 제도적 장벽은 제거되어야 한다.
- ③ 모든 여성이 합법적으로 안전한 임신중지서비스에 접근할 수 있게 하기 위해서는 이를 촉진하는 제도적, 정책적 환경이 마련되어야 한다. 정책은 여성의 인권을 존중, 보호, 충족하는 방향으로 설계되어야 하며, 그를 통해 여성의 건강 결과를 개선하고 양질의 피임 정보와 서비스를 제공하며, 빈곤층, 청소년, 성폭력 생존자, HIV와 함께 살아가는 여성들의 특수한 필요를 충족할 수 있어야 한다.

위에 제시한 임신중지와 피임에 대한 국제적 기준들은 성과 재생산 과정과 관련된 권리를 보장하는 것이 일반적인 인권, 특히 여성의 인권을 보장하는 데에 필수적이라는 전제하에 도출된 것이다. 그렇다면 우리는 한국의 헌법이, 법률이, 건강과 관련 정책과 제도가 위의 내용에 비추어 보았을 때 무엇을 보장하고 무엇을 배제하고 있는지를 살피고 만약 여성의 재생산 건강에 대한 법·제도적 보장과 보호가 거의 이루어지지 않고 있다면 그 이유는 무엇인지를 물어야 한다.

2) 재생산 건강 서비스의 건강보험 급여 부재와 비일관성

2018년 신설된 “국민건강보험요양급여기준에관한규칙” 제1조 2항은 요양급여 대상의 여부 결정에 관한 원칙을 “보건복지부장관은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등을 고려하여 요양급여대상의 여부를 결정해야 한다.”고 규정하고 있다. 하지만 임신중지를 비롯한 여성의 재생산 건강을 위한 보건의료서비스들은 여기서 말한 여섯 가지 원칙에 비추어 보았을 때 요양급여 대상이 되기에 부족함이 없음에도 건강보험 요양급여 범위에서 꾸준히 배제되었다.

2018년이 되어서야 건강보험 요양급여 원칙에 관한 조항이 신설된 것에서도 미루어볼 수 있듯, 모두의 건강을 위한 보편적 건강보장제도를 표방하는 건강보험의 요양급여 대상은 정부의 인구정책에 따라 비일관적인 논리에 따라 결정되었다. 표6에 제시했듯이 1960년대 시작된 가족계획사업에서 정부는 전국의 보건소를 통해 피임약제를 보급하고, 무료로 피임시술을 제공했다. 이와 같은 정부 사업에 대한 법적 근거가 마련된 것은 한참 후의 일이었다. 1983년 제정된 가족보건업무규정-보사부훈령 제464호¹³⁸⁾는 가족계획사업의 대상자를 정상가정의 15세 이상 44세 이하 가임여성으로 그 배우자로 두고 피임약제 보급과 피임시술 대상, 피임시술 비용의 청구와 지급, 피임시술자에 대한 사후관찰 등에 관한 내용을 규정했다. 그러나 아이러니하게도 보사부훈령 제464호가 제정된 1983년은 한국의 합계출산율이 2.06명으로 최초로 대체출산율(2.1명) 이하로 돌입한 해였다.

표 9. 가족보건업무규정, 보사부훈령 제464호 일부 발췌

제1조(목적) 이 규정은 가족보건사업을 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다. 제8조(가족계획사업 대상자의 범위등) 가족계획사업의 대상자는 15세 이상 44세 이하의 배우자가 있는 가임여성으로 그 배우자로 한다. 이 경우 연령을 계산함에 있어서 15세에 달하는 해의 1월 1일부터 15세에 달한 것으로 보고, 44세에 달하는 해의 12월 31일까지는 44세로 본다. 제9조(피임약제등의 보급) ① 피임약제 또는 기구(이하 “피임약제등”이라 한다)를 공급할 때는 지방자치단체가 조례로 정하는 수수료를 징수한다. 다만, 생활보호대상자에게는 그러하지 아니하며 정관불임수술자에게는 콘돔 1갑을 무료로 공급할 수 있다. ② 피임약제 등의 관리는 별지 제3호서식에 의한 약제·기구관리대장을 비치·관리하여야 한다. 제11조(피임시술등의 대상자) ① 피임시술은 제8조의 규정에 의한 가족계획사업 대상자로 한다. ② 자궁내피임장치 시술을 받은 자에 대하여는 시술을 받은 날로부터 12개월이 경과하기 전에는 다시 같은 시술을 행하지 아니한다. 다만, 자궁내 장치의 자연배출 또는 시술후 부작용으로 인하
--

138) 보건복지부 훈령/예규/고시/지침 <https://bit.ly/2Xq78rM>

여 자궁내 장치를 제거한 후 재시술을 필요로 하는 경우에는 그러하지 아니한다.

제13조(피임시술의 신청) ①시술을 받고자 하는 자는 보건소장에게 별지 제4호 서식에 의한 피임시술요청서(이하 “쿠폰”이라 한다)의 발급을 신청하여야 한다. ②제1항의 신청을 받은 보건소장은 신청자가 제11조에 해당하는지 여부를 확인하고 신청자가 희망하는 의료기관에서 시술 받도록 한다. ③제1항의 규정에 의한 쿠폰을 소지한 신청자로부터 피임시술 요청을 받은 의료기관의 장은 신청자가 본인인지 여부 등을 미리 확인하고 시술하여야 한다. ④의료기관의 장은 불임시술을 신청한 자로서 시술을 행하는데 적당하다고 인정되는 자에 대하여는 시술전에 별지 제5호 서식에 의한 불임수술 동의서에 신청자의 서명, 날인을 받아 이를 보관하여야 한다.

제14조(시술비의 청구 및 지급) ①피임시술을 한 의료기관의 장이 시술에 따른 시술비를 청구하고자 하는 때에는 별지 제6호 서식에 의한 피임시술 진료기록표의 사본과 시술요원 및 보건소장이 서명날인한 쿠폰을 붙여 피시술자의 주민등록지 보건소장에게 청구하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 시술비의 청구를 받은 보건소장은 쿠폰상의 제기록 및 관내거주 여부를 확인하고 이상이 없을 때 보건복지부장관이 정한 단가기준에 의하여 시술비를 지급하여야 한다.

제16조(사후관찰 등) ①피임시술을 한 의료기관의 장은 시술후 피시술자에게 시술에 따른 주의사항을 주지시키고 다음과 같이 사후관찰 및 필요한 조치를 하여야 한다.

1. 시술후 최소한 1회 이상의 사후관찰을 무료로 실시하여야 한다.
 2. 불임수술을 받은 자에게 시술후 최소한 3일분의 항생제를 무료로 지급하여야 한다.
 3. 자궁내 피임장치 시술을 받은 자가 시술후 1년 이내에 시술이 부적당하여 이를 제거하여야 하는 경우에는 이를 무료로 실시하여야 한다.
- ②요원은 피임시술을 받은 자에 대하여 월 1회이상 사후관찰을 실시하여 피임을 중단하지 아니하도록 하고, 부작용을 호소하는 자에 대하여는 피임방법의 변경, 사후처치 등 필요한 조치를 받을 수 있도록 하여야 한다.

(1983.12.27.제정, 1984.1.1. 시행)

정부가 인구정책에 특별한 관심을 두지 않았던 1990년대를 지나 사회적으로 저출산이 문제가 되면서 가족계획과 관련된 사업들은 점차 사라졌다. 국가가 비용을 들여 피임을 보조할 수 있도록 하던 위 조항들은 모두 2009년 4월 1일 삭제되었다. 관련해서 국가법령정보센터는 개정 이유를 제시하지 않고 있으며, 신문 검색에서 위와 관련된 내용을 검색했지만 관련된 어떤 검색결과도 파악되지 않는다. 전문가와 관료에 의해 진행되는 대부분 정책이 그러하듯 이런 결정은 관료들에 의해 일방적으로 이루어졌을 가능성이 크고, 이들이 누구의 관점에서 규정을 만들고 또 삭제하였는지 짐작하기란 어렵지 않다.

국가가 저출산을 ‘문제’로 여기는 2019년 현재 국민건강보험이나 세금을 통한 피임 및 임신 중절에 대한 지원은 존재하지 않는다. 피임은 원하지 않는 임신을 예방하고, 자신의 몸에 대한 보호와 통제를 확보하는 데에 의학적 타당성이 보장된 효과적이고 비용효과성 있는 서비스임에도 불구하고 건강보험제도는 이를 비급여대상으로 분류한다. 재생산 정의 관점에서 보면 이런 상황은 명백히 요양급여에 대한 원칙이 지켜지지 않는 상황이다. 반면 출산율을 높이는 데에 기여할 수 있는 의료서비스에 대한 급여는 정부의 의지에 따라, 그리고 전문가들이 설정한

의학적 기준에 따라 지속해서 확대되고 있다. 보건복지부 고시 제2004-36호는 불임 관련 진료, 난관·정관복원술, 인공 수정 후 합병증인 과배란유도에 의한 난소과자극증후군과 다태임신에 대한 요양급여에 대한 항목을 제시한다. 여기에서는 “영구피임시술(난관·정관절제술 또는 결찰술)을 받은 자가 자녀를 낳고자 하여 실시하는 난관·정관복원수술”도 요양급여대상에 포함하고 있다. 2008년 있었던 보험급여과의 행정해석은 건강보험급여의 원리나 실재하는 건강필요를 해결이 아니라 출산장려를 위한 도구로 건강보험 요양급여 서비스 범위를 조정하고 있음을 원색적으로 보여준다. 행정해석 제2186호(2008.10.8.)는 자궁내장치 교체 시 제거료 산정방법 관련 질의에 회신하면서 “저출산 문제를 해결하고 출산을 장려하기 위하여 건강보험 지원을 확대하는 정책의 하나로 그동안 비급여로 분류되었던 난관, 정관복원수술 및 자궁내장치 제거를 출산을 목적으로 시행하는 경우 요양급여대상으로 포함한다”고 해석한다. 이런 식이라면 똑같은 시술임에도 피임을 위해 삽입했던 자궁내장치가 수명을 다해 이를 교체하기 위한 제거술을 하는 경우 비급여대상이 되지만, 피임을 중지하고 출산을 준비하기 위해 자궁내장치를 제거하는 경우 요양급여대상이 된다. 여성들의 건강할 권리를 보장하는 데에 도움이 될 리가 없는 복잡하고 구체적인 기준들이 추가되는 이유는 도대체 뭘까, 의문이 들지 않을 수 없다.

3) 임신중절서비스의 음성적 상업화와 안전 확보를 위한 규제 부재

식약처의 ‘의약품 온라인 불법판매 적발실적’에 따르면 낙태유도약품 적발 건수는 2013년 514건(전체 적발건의 2.8%), 2014년 176건(0.9%), 2015년 12건(0.1%)으로 줄어들다가 2016년 193건(0.8%), 2017년 1,144건(4.6%), 2018년 9월까지 1,984건(9.2%)으로 증가했다. 비공식적으로 수입된 이약품들은 유효성, 안전성이 확인되지 않은 상태로 유통되었으며, 이에 대한 임의적 복용은 얼마든지 건강상의 위험을 초래할 수 있는 것이었다.

관련해서 남윤인순 의원은 국정감사에서 낙태유도약품의 음성적 거래 증가가 2016년부터 보건복지부가 낙태 행정처분을 강화하면서 의사들의 낙태수술 거부 및 비용을 높인 것이 원인이 되었을 수 있다고 지적했다.¹³⁹⁾ 2010년 낙태고발정국 때와 마찬가지로 의사들이 임신중절을 꺼리게 되는 상황에서 여성들은 접근가능한 다른 임신중지 방법을 찾게 되었고, 그간 활발해진 해외직구와 인터넷 거래로 인해 여성들이 조금 다른 양상의 대응을 하게 되었던 것이다.

현재 한국에서 미프진은 식품의약품안전처(이후 식약처)의 허가를 받지 못한 상태로 이에

139) 레디앙(2018.10.12.). “온라인 불법판매 의약품 중 낙태유도제 증가폭 크게 늘어”, <https://bit.ly/2UGCT2K>

대한 거래와 유통 모두가 식약처의 모니터링·단속 대상이다. 그러나 불법 유통되는 효능이 의심되는 임신중절약물에 대한 실질적 단속은 제대로 이루어지지 못하고 있다. 식약처가 신고 또는 모니터링을 통해 불법의약품유통 웹사이트를 방송통신위원회에 신고하고, 이후 방통위는 심의를 거쳐 사이트를 차단하는 절차가 갖춰져 있기는 하다. 그러나 이 과정은 상당한 기간을 소모하며, 사이트를 차단당한 업체는 얼마든 다시 다른 홈페이지를 만들면 그만이다. 따라서 불법 약물을 유통하는 업체들은 숨기지도 않고 버젓이 활동한다. 정체를 알 수 없는 업체에서 모바일 메신저로 대화를 주고받고 미프진을 구매하는 데에 하등의 어려움이 없다며 그 위험성을 경고하는 기사에 미프진을 불법적으로 유통하는 판매자의 홍보 댓글이 달린 상황이다.¹⁴⁰⁾ 필요한 의약품이 허가되지 않았고, 임신중지에 대한 형법상 처벌이 존재하는 상황은 여성들이 불법의약품 거래를 감수하게 할 뿐 아니라 그 과정에서 받은 피해를 신고하지도 못하게 만든다. 고액의 비용을 송금하고 가짜약을 받는다고 하더라도 여성은 이를 파악할 방법이 없으며, 사기를 당했음을 알게 된다고 하더라도 이를 신고할 수 없다. 결국, 위험과 비용 모두가 여성들의 몫인 셈이다.

그러나 이러한 상황은 당분간 지속될 예정이다. 헌법재판소의 판결이 난 후, 식약처는 미프진 도입과 관련된 질의에 대해 “법 조항이 효력을 잃은 것이 아니므로 관련 논의를 진행할 수 없다”고 응답했다. 또, 지금까지의 의약품 진입 절차대로 해당 의약품의 수입·공급업체 또는 제조사가 허가 심사 신청을 하면 그때 고려해보겠다고도 했다.¹⁴¹⁾ 그저 오랜 기간 형법을 통해 여성들의 헌법적 권리를 억압해온 국가의 공무원이 할 만한 대답이라고 평가해야 할까? 법률개정이 이루어지는 즉시 안전한 임신중지서비스를 하루바빠 제공할 수 있도록 공식적인 의약품 허가·심사 절차를 밟을 방안을 모색하겠다고 대답할 수는 없었을까? 불법적으로 유통되는 상품은 내버려 두고 합법적으로 판매할 수 있는 상품으로 수입·제조하겠다고 나서는 기업이 나타났을 때에나 의약품의 안전성과 효능을 검증한다면 식약처는 도대체 누구를 위해 존재하는 기관인지 알 수가 없다.

인도주의실천의사협의회나 건강사회를위한약사회 등 의약계는 헌법재판소의 판결을 환영하면서 내과적 임신중지를 위한 미프진의 빠른 도입을 요구했다. 불안한 가운데 믿을 수 없는 약을 삼키며 불완전유산을 경험하는 여성들의 피해와 고통을 최소화하기 위한 대비와 조치를 취하는 데에 법률개정시한인 2020년 말까지 남아있는 20개월은 결코 넉넉한 기간이 아니다. 임신중지유도약물에 대한 의약품 허가와 심사 절차를 밟고, 양질의 안전한 임신중지서비스를 제공

140) 의협신문(2018.09.23.). “낙태약 미프진, 직접 구입 시도해보니...” <https://bit.ly/2GjkcII>

141) 한국경제(2019.04.13.). “낙태 헌법불합치에 먹는 낙태약 논의 재점화”, <https://bit.ly/2ZIEflq>

하기 위한 의료인에 대한 체계적 교육·훈련을 제공하고, 임신중지와 피임 등 의료서비스들을 급여화하며, 그 과정에서 발생할 수 있는 차별과 소외를 방지하는 것은 모두 여성들의 재생산 건강을 보장하고 보호하기 위한 국가의 책무다.

6.4. 재생산 건강 정치의 부재

여성의 몸을 둘러싸고 벌어지는 견해의 차이와 갈등은 언제나 치열한 정치의 장이었다. 그러나 좁은 의미의 현실 정치를 기준으로 했을 때 지금까지 한국에서 임신중지는 본격적인 상위정치 의제로 떠오른 적이 없었다고 보는 것이 합당해 보인다. 1960~70년대 페미니즘의 두 번째 물결이 거셌던 시기 여성의 몸과 재생산이 여성운동의 주요 쟁점 중 하나로 부상하고, 임신중지를 둘러싸고 프로초이스와 프로라이프 전선이 형성되어 대립하고, 차츰 프로라이프 운동이 소수의 극단적 정치적 지지와 활동을 결집하는 정치적 구심으로 작동하게 되었던 미국¹⁴²⁾과 비교해 보면 더욱 그렇다.

한국에서 보건의료와 건강에 대한 권리는 치열한 사회적 투쟁 끝에 얻어낸 것이기보다는 복한과의 체제경쟁과 산업화 과정에서 안정적인 노동력을 확보하기 위한 자본과 국가의 이해가 맞아떨어지면서 도입되고 확장되었다. 보건의료와 건강에 대한 권리가 건강보험이란 형태로 제도화된 이후 건강보험은 국가권력이 사회권력의 요구에 반응하는 모양새를 만들어주는 효율적인 수단이 되었다. 더불어 전문가의 지식과 권위가 중요한 의료의 특수성은 건강보험과 관련된 정책 결정이 관료-전문가 중심의 권위주의와 관료주의의 틀을 벗어나기 어렵게 만들었다. 요컨대 한국의 건강보험은 시민과 이해관계자의 사회경제적 이해관계를 반영하는 데에 그리 적극적이지 않다.¹⁴³⁾

여성들의 의료접근권과 재생산 건강과 관련된 정책들도 마찬가지다. 의료보험제도 내에 여성들이 포함되고 형식적 평등을 보장받게 된 데에는 여성의 권리를 둘러싼 사회적 투쟁보다는 정부가 해외의 모델을 참고해 의료보장의 단위로 가족을 중심에 두는 제도를 도입했다는 점이 주요했다. 최근에도 건강보험을 비롯해 보건의료제도와 체계는 여성의 권리를 둘러싼 사회적 투쟁을 반영하는 민주적 구조를 갖추고 있지 못하다. 임신중지에 대한 헌법재판소의 관련부처 의견제출 요구에 보건복지부가 “의견없음”을 제출했던 것을 이런 맥락에서 재해석해야 한다.

142) Palley, M. (2014). *The Politics of Women's Health Care in the United States*. Springer.

143) 김창엽. (2017). “1987년(+1989년) 체제와 건강정책 - 정치, 경제, 사회 변화와 보건”, 비판과 건강을 위한 건강정책학회 2017년 봄 학술대회.

여성 건강권과 직결되는 핵심적인 이슈에 대해 무려 “의견없음”을 제출할 수 있다는 것은 무엇을 의미하는지를 물어야 한다. 보건복지부가 이 사안에 대해 무책임하게 대응했다는 비판도 유효하지만, 오히려 더 큰 문제는 여성들에게 절실한 건강필요를 범죄화하는 형법체계에 의견이 없어도 문제가 되지 않는 어떤 권력이다.

의회나 청와대의 경우에도 의견없음은 일반적인 태도다. 정치인들이 공개적으로 임신중지에 대한 태도를 밝히는 것이 일반적인 미국과 달리 한국에서 정치인들은 임신중지와 관련된 견해를 밝히는 것을 꺼리는 것으로 보인다. 이를 단순한 무관심이거나 임신중지가 정치적인 관심을 받지 못했기 때문이라고 해석할 수도 있다. 하지만 견고한 젠더 구조와 낙태죄를 둘러싼 사회적 공방을 생각하면, 정치인들은 임신중지와 여성의 재생산 권리라는 결정적인 사안에 대해 비정치의 정치로 일관하고 있는 것에 가깝다. 어떤 사회적 문제를 문제라고 인식하지 않고, 정치적 사안으로 다루어져야 할 내용을 정치로 다루지 않음으로써 변화를 억누르고 정치를 불가능하게 만드는 방식. 그렇기에 4월 11일 헌법재판소의 역사적 판결에 대한 청와대의 “의견없음”은 더욱 무겁다.

그렇다면 축적된 사회적 요구에 대해 보장을 약속하고 더 나은 대안을 경합하는 선거 과정에서 임신중지와 관련된 정치는 어떠했을까? 2017년 19대 대통령 선거에서 후보 공약에서 임신중지와 재생산 건강과 관련된 내용을 살펴보았을 때, 임신중지에 대한 의견을 제시한 것은 정의당의 심상정 후보뿐이었다. 임신과 출산, 양육 과정에 더 많은 부담을 감당해야 하는 장애 여성에 대한 지원체계구축을 제시한 것도 유일했다. 현재 집권당인 더불어민주당의 공약에는 2012년 공약에는 등장하지 않았던 ‘여성의 몸에 대한 권리 보장’이라는 글귀가 등장했다. 그러나 여기에는 임신중지나 형법상 낙태죄 같은 첨예한 이슈에 대한 언급이 빠져있었다. 그 외에 안철수 후보와 유승민 후보 공약에는 재생산 건강과 관련된 내용을 찾을 수 없었고, 자유한국당 홍준표 후보는 공약을 통해 ‘예비맘’의 건강을 지원하고 임신중절을 방지하는 교육과정을 개선, 지원하겠다고 약속했다(표10). 전반적으로 여성 건강과 재생산 권리는 대선후보 공약에서 중요한 이슈가 아니고, 관심을 받는다면 이는 대체로 ‘정상가족의 재생산’을 중심축으로 일부 취약 집단과 피해자성을 입증할 수 있는 이들을 지원하는 내용으로 국한된다.

표 10. 19대 대선후보 공약에서 재생산 건강 관련 내용

19대 대선 후보 공약	
문재인 후보(더불어민주당)	성평등-11-6) 여성의 건강권을 보장하고 여성의 특수한 건강 문제에 대한 별도의 대책을 마련하겠습니다 • 여성(젠더)건강 기본계획 마련 • 국민건강증진기본계획에 젠더 지표 적용 및 모니터링 이행 • 안전한 분만 인프라 구축 • 여성의 몸에 대한 권리 보장(성폭력 피해자 중 임신피해자들에 대한 지원조치 재정비/저소득층 청소년 생리대 지원사업 확대 추진/외모 및 성형관련 미디어 가이드라인 마련)
홍준표 후보(자유한국당)	복지·교육·문화-4-예비맘의 건강지원을 강화하겠습니다 • 현실: 현재 사전에 계획임신을 위해 병의원 진찰 및 상담을 받는 경우는 건강보험적용에서 제외되는 등 임신을 준비하는 예비맘들에 대한 건강지원방안 마련이 시급 • 약속: 임신 전 건강검진부터 엽산제 지원까지 예비맘을 위한 혜택 강화(가까운 지역의 병원에서 임신 전 진찰 및 건강검진을 지원하고, 계획임신에 대한 상담 지원/임신 전 검사항목 표준화/임신 계획 중인 여성에게도 엽산제를 무상으로 제공/임신중절 방지 교육과정 개설 및 교육 지원)
안철수 후보(국민의당)	관련 내용 없음
유승민 후보(바른정당)	관련 내용 없음
심상정 후보(정의당)	여성-9-여성건강 증진과 임신·출산 자기 결정권 보장 • 진단: 사회경제적 사유가 임신중지의 사유로 인정되지 못함으로써 임신중절을 위한 불법 시술을 선택할 수밖에 없어 여성의 생명과 건강을 위협. 합법적인 임신중절시술은 전체 5%에 불과, 95%가 불법 낙태로 추정됨 • 약속: 여성의 생애, 몸의 특성에 따른 몸에 대한 자기 결정권 강화를 위한 「형법」 상 낙태죄 폐지, 사회경제적 사유로 인한 임신중절 허용 • 진단: 생애주기별 여성건강 지원을 위한 공공의료기관은 부족한 상황임 • 약속: 여성 건강 종합프로그램 구축 마련 및 공공의료기관(지역 보건소와 공공병원)의 역할 강화, 여성 건강정책 전담부서 마련 장애인-6-장애여성 종합적 지원체계 구축 • 진단: 장애여성은 임신·출산·자녀양육 등에 있어 큰 부담을 안고 있으며, 장애와 여성이라는 이중차별로 인해 심각한 사회문화적 차별에 놓여 있음 • 약속: 장애여성의 임신·출산·양육서비스 지원체계 마련 (피임, 임신, 출산, 양육에 대한 교육 및 정보제공/장애인화적 산전산후서비스 도입/장애인가족 자녀양육·학습도우미 제도 마련, 가족상담 체계화), 장애여성 전담 산부인과 지정 및 지원

임신중지와 관련해 적극적으로 의견을 개진하지 않는 것은 국회의원들도 마찬가지다. 사실 종교적 신념에 따라 임신중지에 반대하는 세력이 정치적 영향력을 가지고 있는 한국 사회에서 개별 정치인이 임신중지와 관련된 입장을 표명하는 것은 상당한 정치적 부담을 감수하는 일일 수 있다. 이를 반영하듯 최근 10여 년간 국회에서 진행되었던 임신중지와 관련된 공청회 중 개별 의원이 주최했던 공청회는 대부분 “낙태 반대” 입장에서 이루어진 것이었다. 유일하게 임신중지의 필요성을 불가피하게 인정했던 2010년 토론회에서 이를 주최한 전현희 의원은 “(나는) 원칙적으로 낙태 반대론자”라며 “단지 장애가 있다는 이유로, 미성년자라는 이유로 낙태를 해선 안 된다, 사회에서 이뤄지는 낙태에 대해 모두 반대하는 입장”이라는 발언으로 참여자들을 무색하게 했을 정도였다.¹⁴⁴⁾ 반면 2018년 임신중지에 대한 여론이 변화하고 낙태죄 폐지에 대한 요구가 강화되는 시기 열린 국회토론회는 개별 의원이 아닌 정의당과 민주평화당이 주최했다는 사실은 임신중지를 말하는 것의 정치적 부담을 시사할는지 모른다.

표 11. 최근 10년간 임신중지와 관련된 국회 일정

날짜	관련 국회 일정
2008.08.11.	박선영(자유선진당) 의원 주최, “낙태방지 및 출산지원에 관한 법률안”(공청회)
2009.12.03.	홍일표(새누리당) 의원 주최, “낙태, 불편한 진실 이대로 둘 것인가”
2010.03.17.	전현희(민주당) 의원 주최, “낙태, 어디까지 허용할 것인가”
2010.03.29.	국회보건의료포럼 대표의원 원희목(한나라당) 의원 주최, “낙태, 이대로는 안된다”
2010.04.12.	정영희(미래희망연대) 의원 주최, “청소년 임신과 낙태, 이대로 방치할 것인가?”
2010.08.12.	이영애(자유선진당) 의원 주최, “태아는 생명이다”
2013.07.05.	국회성평등정책연구포럼 남윤인순(민주당) 의원 주최, “성폭력으로 인한 임신피해자 어떻게 지원할 것인가”
2017.01.24.	산부인과의사회/윤종필(새누리당) 의원 주최, “불법 인공임신중절수술 논란 해결책은?”
2018.05.01.	국회 입법조사처, “낙태죄에 대한 외국 입법례와 시사점” (보고서) : 형법상 낙태죄 규제 완화를 옹호하는 입장의 국회 보고서
2018.07.05.	건강과대안/모낙페/인의협 주최, 정의당 후원, “낙태죄에서 재생산 건강으로”
2018.10.08.	민주평화당 전국청년위원회 주최, “낙태금지법, 무엇이 문제인가?: 음성적 청(소)년 낙태, 어떻게 해야 하나?”

2019년 4월 11일, 헌법재판소가 낙태를 한 여성과 의료진에 대한 처벌이 위헌이라는 판결

144) 매일경제(2010.03.18.) “많은 사람 모였지만... 낙태 토론 또다시 원점?”, <https://bit.ly/2Dj4GeO>

을 내린 후 여야정당이 낸 논평도 크게 다르지 않았다. 의석수가 가장 적은 정의당과 민주평화당은 낙태죄 헌법불합치를 ‘환영’한다는 논평을 냈다. 정의당은 낙태죄 폐지가 시대의 상식이 되었다는 말로 논평을 시작해 국회가 모자보건법 개정과 형법에서 낙태죄 폐지 등에 적극적으로 나서겠다는 포부를 밝혔고,¹⁴⁵⁾ 민주평화당은 여성과 태아에 대한 국가와 사회의 책임과 지원이 이루어지도록 앞장서겠다는 입장을 냈다.¹⁴⁶⁾ 바른미래당과 더불어민주당은 헌법재판소의 판결에 대한 ‘존중’을 표하는 수준에 그쳤다. 바른미래당의 논평은 인권 존중 관점에서 근본적으로 수용하기 어려운 견해도 있을 수 있지만 전면적 비범죄화 주장에 비하면 미흡할 수도 있다는 너른 입장을 제시하고, 사회적 논의가 필요하다는 것이 결론을 내린다.¹⁴⁷⁾ 더불어민주당은 OECD 국가들의 현황을 인용하며 헌법재판소의 판결이 시대적 변화를 반영하고 있다고 평가하면서 국회가 신속한 후속 조치에 나설 것을 당부했다.¹⁴⁸⁾ 마지막으로 자유한국당 논평의 분위기는 대체로 ‘우려’에 가깝다. 헌법불합치 결정이 내려졌으니 이제 입법의 책임은 국회에 있고, 충분한 논의와 심사숙고를 통해 사회적 합의를 도출할 수 있도록 노력하겠다는 원론적인 입장이다.¹⁴⁹⁾

집권여당을 비롯해 헌법재판소의 판결에 대해 정치권이 애매한 태도를 취하는 이유 중 하나는 임신중지가 소수의 극렬한 반대파와 다수의 온건한 지지자를 가진 문제로 프레임되고 있기 때문이다. 이슈를 단순히 ‘여성이 임신을 중단할 권리’로 좁게 해석하는 것이다. 하지만 이번 헌법재판소의 판결과 임신중지를 중심으로 결집한 여성들이 추구하는 권리와 정의는 위와 같은 수준을 훌쩍 넘어선다. 낙태죄 폐지를 외쳤던 여성들은 국가가 포괄적인 차원에서 재생산 건강을 보장할 것을 요구하며 재생산 권리의 정치화에 나서고 있다. 3장에서 논의했듯 재생산 정의는 이 사회를 살아가는 모든 사람이 낳을 권리와 낳지 않을 권리, 키울 권리를 모두 누릴 수 있어야 함을 옹호하면서 모든 사람이 이런 권리를 공평하게 누리는 사회를 주장하는 것이다. 한국 사회에는 이런 세상을 꿈꾸게 하는 정치 세력도, 그런 정치 세력의 등장을 가능하게 하는 정치도 아직 나타나지 않았다. 하지만 최근의 여성운동과 낙태죄에 대한 판결은 진정한 재생산 정치가 부재한 이런 상황을 변화시키는 시발점이 될 수 있을지 모른다. 낙태죄 폐지에 반대하는 소수의 신념에 복무하는 낮은 수준의 정치가 아닌 재생산 정의를 실현하고 사람들의 삶을 바꾸어내는 재생산 정치를 기대해본다.

145) 정의당(2019.04.11.). “헌법재판소 낙태죄 위헌 결정 환영하며”, <https://bit.ly/2vee52N>

146) 민주평화당(2019.04.11.). “낙태죄 헌법불합치를 환영한다!”, <https://bit.ly/2Vd794O>

147) 바른미래당(2019.04.11.). “낙태죄, 헌법재판소 결정을 존중한다”, <https://bit.ly/2VT49HZ>

148) 더불어민주당(2019.04.11.). “헌법재판소의 낙태죄 헌법불합치 결정을 존중하며, 국회는 이에 따른 법 개정 등 신속한 후속조치에 나서야”, <https://bit.ly/2Z13pIP>

149) 자유한국당(2019.04.11.). “낙태죄 헌법불합치 결정에 대한 자유한국당의 입장” <https://bit.ly/2V9mUK4>

7. 나가며

한 사회에서 임신중지에 대한 보장을 비롯해 재생산 권리 보장 수준은 종종 한 사회에서 여성의 자유권과 사회권, 특히 건강권의 수준을 나타내는 대리지표다. 모든 사람이 도달할 수 있는 최고 수준의 신체적, 정신적, 사회적 건강을 누릴 권리가 있다면 모든 여성은 자신이 원하는 시기에 계획한 임신과 출산을 경험하고 그 과정에서 적절한 의료서비스를 경제적, 물리적 제약이나 차별 없이 이용할 수 있어야 한다. 우리는 여기에서 한발 더 나아가 임신중지를 비롯해 재생산 건강에 대한 논의와 실천들이 재생산 정의를 위한 운동으로 연결되어야 한다고 주장한다. 이때 재생산 정의는 재생산 억압이 다른 차원의 여러 억압이 교차된 결과로 나타나며 사회정의와 인권을 위한 투쟁과 본질적으로 연결되어 있음을 확인하는 운동의 기본 틀이 된다. 같은 여성이라고 하더라도 재생산에 관한 결정을 내릴 수 있는 능력은 사회 구조로부터 영향을 받으므로 개인의 선택과 접근의 문제를 넘어서는 사회정의의 실현을 목표로 한다는 점에서 재생산 정의 관점은 모두의 건강을 구호로 삼는 보건학 영역에서 주의 깊게 살펴야 하는 개념이다.

지금까지 보건학은 여성의 몸과 건강을 통치하기 위한 기술이자 지식으로 존재해 왔다. 인구통제를 위한 가족계획사업에서부터 저출산을 해결하기 위한 정책 도구로 난임부부지원사업에 이르기까지 국가는 여성들의 고통과 건강보다는 국가가 설정한 목표를 달성하기 위해 여성들의 몸에 개입해왔다. 임·출산을 비롯한 재생산 건강에 대한 의료전문가 통제 역시 여성의 관점을 반영했다고 보기는 어려웠다. 의사들은 가족계획을 추진하는 정부의 소극적 정책보조자 역할로 시작해 경쟁적으로 재생산 과정을 의료화하는 산업개척자로 성장했다. 건강보험을 비롯한 보건의료제도들은 이러한 과정을 지원하고 뒷받침했다.

건강권 운동과 연구에서도 젠더와 섹슈얼리티, 재생산 문제가 제대로 논의되지 못했다. 보건 의료체계는 불평등한 젠더권력구조를 그대로 반영했고, 여성의 건강과 직결된 재생산의 문제는 단 한 번도 건강보험을 비롯한 건강정책 영역에서 주제가 되지 못했다. 사람들의 관점에서 재생산 건강을 파악하기 위한 기초적인 자료가 생산되지 않은 것은 물론, 국가가 아닌 여성의 관점에서 재생산 건강을 고민하고 지원하기 위한 정책도 찾아보기 힘들다. 의학교육과 전공의 수련 과정에서도 마찬가지다. 많은 의과대학이 임신중지에 대한 교육을 실행하지 않고, 전공의 수련과정에서 임신중지에 대한 체계적인 학습을 거치지 않은 의사들이 음성적으로 임신중절시술을 제공해왔음에도 불구하고 이 모든 것은 ‘낙태가 죄’라는 이유로 방치되고 묵인되었다.

젠더불평등한 사회와 아직도 그 효력을 잃지 않은 형법의 낙태죄는 술한 부재와 고통으로

이어지고 있다. 안전한 임신중절서비스가 보장되지 못하고, 부적절한 임신중절서비스에 대한 처벌과 규제가 이루어지지 않았으며, 재생산 건강을 보장하는 공공정책이 만들어지지 않고, 재생산 정의를 추구하는 정치는 아직 본격적으로 등장하지 않았다. 그리고 우리는 이러한 부재가 안전하지 않은 임신중절과 그로 인한 건강 문제, 임신중지에 대한 낙인과 범죄화, 임신중지를 한 여성에 대한 사적 협박 같은 개인적 억압, 임신중지를 한 것으로 의심되는 여성들에 대한 공권력의 조사, 임신중지서비스 접근에 대한 경제적 비용부담과 그로 인해 중첩되는 불평등과 같은 여성들의 고통으로 이어진다는 것을 이미 알고 있다.

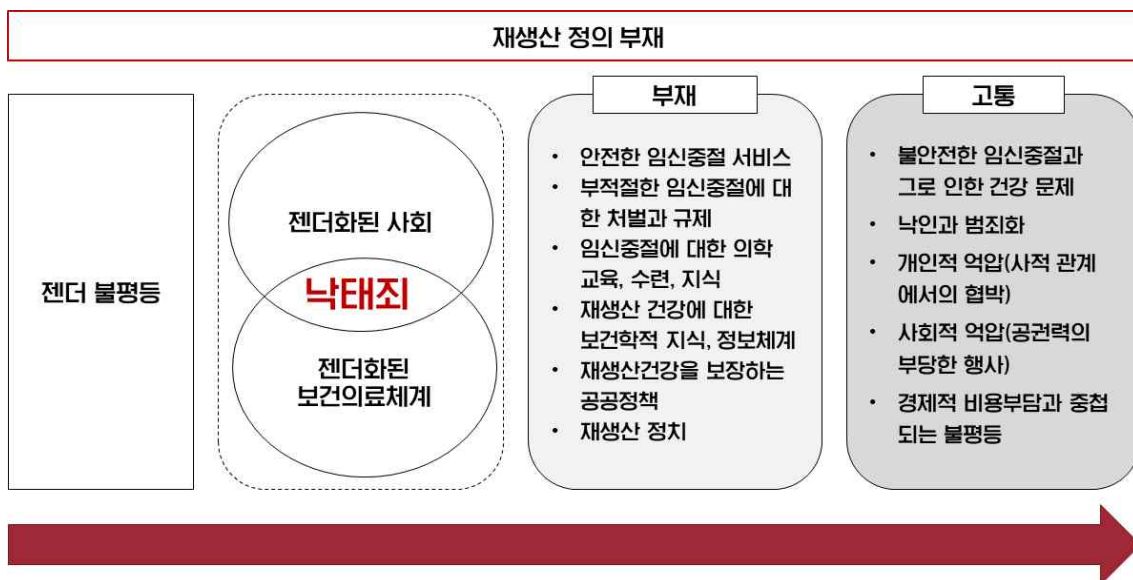


그림 14. 낙태죄와 그로 인한 고통과 부재

그러하다면 이제 우리는 무엇을 해야 할까. 많은 사람이 임신중지를 못 본 척하게 만들었던 낙태죄가 폐지된 이후 만들어야 할 세상은 어떤 세상인지에 대한 구체적인 고민이 필요하다. 지금 고통받는 사람들의 관점에서 사안을 바라보고 문제를 해결하는 것이 그 시작점이 될 수 있다. 가장 불편하고 소외되었던 사람의 재생산 건강을 보장하기 위해서 어떤 조건들이 갖춰져야 하는지를 고민해야 한다. 세계보건기구같은 국제적 커뮤니티가 제시하는 권고를 기준으로 삼아 이를 한국 사회에서 실현하기 위해 어떤 변화가 필요한지를 논의하는 것도 가능하다. 가령 차별하지 않고 접근하기 쉬운 양질의 피임과 임신중지서비스를 제공하고, 환자의 비밀을 보장하고, 정책의 영향을 받는 사람들이 직접 참여하고 의견을 제기할 수 있는 방식으로 재생산 건강정책을 만드는 것이 일차적인 목표가 될 수 있을 것이다.

더불어 우리는 여성의 몸을 둘러싸고 이루어지는 논의와 투쟁이 자본주의와 가부장제, 그리

고 젠더 권력의 교차 속에서 이루어지는 정치적인 과정임을 기민하게 인식해야 한다. 기존의 건강권 투쟁에서 안전과 생명, 건강이 비교적 가치중립적이고 달성해야 할 최종 목표로 다루어졌다면 비대칭적 젠더 권력을 토대로 구성된 정치적·경제적 구조 속에서 논의되는 건강은 그 자체로 기존의 정치적 권력 관계가 투영된 결과물이다. 출산으로 인한 건강 위험을 보이지 않게 만들면서 출산할 수 있는 몸을 그렇지 않은 몸보다 건강하게 여기게 만들고, 아동의 건강 뒤로 산모의 고통을 소외시키는 건강에 대한 어떤 규정들이 사회적 재생산을 위해 여성의 몸을 동원하고 착취하는 지식이자 권력이었음을 폭로하고 새로운 지식과 권력을 만들어야 한다. 재생산 정의를 추구하는 건강권 운동이 기존의 국가주의적 건강 정책과 어떻게 다른지, 자본이 후원하는 어떤 건강과 안전에 대한 요구가 되려 여성을 억압하는 착취와 동원의 수단으로 작동하는 것은 아닌지, 더 예민하고 날카로운 관점을 가지고 기존의 건강 정책과 제도들을 해체하고 재구성해야 한다.

낙태죄가 폐지되고 안전한 임신중지를 위한 논의가 진전될 수 있는 장이 열린 것은 기쁘고 벅찬 일이다. 명백히 이는 재생산 건강과 권리를 위해 싸워왔던 많은 사람의 공로 위에서 이루어진 성과다. 당장 시민건강연구소의 일원들이 한데 모여 재생산 권리와 정의를 공부하고, 이를 정리한 내용을 글로 나눌 수 있게 된 것만 해도 낙태죄 폐지를 중심으로 연대하고 목소리를 높였던 이들이 없었다면 가능하지 않았을 일이다. 더불어 지금 임신중지의 비범죄화만큼이나 중요한 사실은 더 이상 여성들이 자신들의 몸을 둘러싼 폭력과 억압에 침묵하지 않고 자신의 권리를 주장하기 시작했다는 것이다. 실질적인 재생산 권리를 보장하기 위한 정책과 제도를 만들기 위한 본격적인 싸움은 이제 시작이다. 수많은 여성이 자신의 몸에 대한 권리와 건강, 안전을 보장하라고 외치고 있는 지금, 여성들이 자신의 재생산을 스스로 통제할 수 있는 조건을 보장하는 건강정책을 위해 적극적인 대응이 필요하다. 준비가 되지 않았다며 여성들이 열어젖힌 기회를 허비해서는 안 될 것이다. 지난 몇 년 사이 한국 사회를 바꾸어왔던 여성들의 외침과 행동에 발맞춰 재생산 정의를 위한 운동에 동참해야 한다.

시민건강이슈는...

시민건강연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,
논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : people@health.re.kr

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소