

먹는 피임약 분류를 둘러싼 각계의 갈등과 담론 구조^{*}

김 소 라^{**}

이 글은 2012년 6월 사전(경구)피임약을 전문의약품으로, 사후(응급)피임약을 일반의약품으로 재분류한 식품의약품안전청의 <의약품 재분류(안) 및 향후계획> 이후 불거진 갈등에 주목하여, 여성의 건강권 및 결정권의 의미화 과정과 피임이 사회적·제도적으로 다루어지는 양상을 살펴본다. 식품의약품안전청의 발표는 그 즉시 의사 및 약사 뿐만 아니라 종교계, 시민단체, 여성단체 간에 첨예한 논쟁을 불러일으켰고, 의약품 안전성에 대한 문제제기로 촉발된 이 논의는 의약품 안전성 및 의료 접근성과 여성건강 간의 관계, 피임 방법의 선택과 실천에 있어 의학 전문가의 권위와 여성의 결정권 등에 관한 논쟁을 포함했다. 하지만 이는 먹는 피임약¹⁾이 의사가 결정권을 행사해야 할 정도로 위험한가, 여성에게 결정권을 부여해도 될 만큼 안전한가의 틀을 크게 벗어나지 못했고, 의사에 의한 전문지식의 독점 및 의약품 사용 통제와 의약품 사용에서 여성의 편의성 증대가 두 축으로 자리 잡은 가운데 여러 한계가 노정되었다. 여성 건강을 논하기 위한 기초적이고 실제적인 자료가 부족한 가운데 합리적 논쟁은 이루어지지 못했고, 피임 주체로서 남성은 비가시화 되었으며, 여성들은 성적 존재로 표상되지 못했다. 여성의 건강권과 결정권을 동시에 확보하기 위해 필요한 사회적 조건의 실제적 변화를 위한 움직임 또한 구체화되지 못했다.

주제어: 먹는 피임약, 사전(경구)피임약, 사후(응급)피임약, 피임약 분류, 건강권, 자기결정권, 섹슈얼리티의 제도화

* 초고를 상세히 읽고 유익한 논평을 해 주신 세 분의 심사위원께 감사드립니다.

** 서울대학교 사회학과 박사과정 수료. 한신대학교 강사. stellatis@gmail.com

1) 이 글에서는 사전(경구)피임약과 사후(응급)피임약을 통칭해 먹는 피임약이라고 지칭한다.

I. 들어가며: 먹는 피임약 분류를 둘러싼 갈등의 점화

많은 페미니스트 연구는 여성의 몸을 서로 다른 이해관계를 가진 사회적 세력들의 각축장이자 국가 정책이 적극적으로 개입해 온 신축적 장으로 이해한다(Petchesky, 1984; 맥래런, 1998; Menon, 2004; 양현아, 2005; 페데리치, 2011; 배은경, 2012). 역사적으로 임신하고 출산할 수 있는 여성들의 재생산능력 뿐 아니라 성적 욕망, 실천, 정체성 등 여성의 섹슈얼리티 전반은 여성 자신의 통제 하에 있기보다 국가적, 법적, 사회적, 의료적 개입의 대상이었으며, 누가, 언제, 어떻게 피임하고, 출산하며, 낙태할 것인가는 언제나 사회적인 논란거리였기 때문이다. 이러한 맥락에서 피임에 관한 많은 연구는 피임법의 의학적 발전과 여성들의 지위 향상을 단선적 관계로 보기보다 남녀 관계 및 사회경제적 변화, 의학 담론, 보건의료정책, 성 규범 간의 사회적 배치를 고려하는 가운데 여성들의 피임 행위와 그 의미를 이해하고자 해왔다(Scrimshaw, 1981; Petchesky, 1984; Ehrenreich·Hess·Jacobs, 1986). 피임약 분류를 둘러싼 2012년 여름의 논란 역시 이러한 시각에서 이해되어야 한다.

2012년 6월 7일, 식품의약품안전청(이하 식약청)²⁾은 1968년 이래 일반의약품으로 분류·보급되어 온 사전(경구)피임약³⁾을 전문의약품

2) 각종 식품, 의약품, 화장품, 의료기기 등의 안전을 관장하는 중앙행정기관으로 2013년 3월 식품의약품안전청으로 승격되었다. 따라서 식약청이 정확한 약칭이나, 피임약 분류를 둘러싼 갈등이 발생했던 2012년 당시의 명칭을 따라 이 글에서는 식약청으로 부르기로 한다.

3) 여성호르몬인 에스트로젠 제제와 프로게스테론 제제의 복합제로 합성 에스트로젠으로는 에티닐에스트라디올(ethinyl estradiol)이, 합성 프로게스테론으로는 레보노르게스트렐(levonorgestrel)이 주로 사용된다. 사전(경구)피임약을 월경 첫날~5일째 먹기 시작해 21일간 하루에 한 알씩 복용하고 7일간 휴약하는 것을 반복함으로써 임신을 예방할 수 있다. 이 약은 난포의 성숙과 배란을 막고, 자궁경부의 점액을 두껍게 만들어 정자의 통과를 방해하며, 자궁내막을 얇게 유지시켜 수정란의 착상을 어렵게 함으로써 임신을 막는다(박금자, 2002: 167; 이임순, 2009: 148; 이화영, 2012: 52~53). 정확한 복용법을 따를 경우 피임성공

으로, 2001년 이래 전문의약품으로 분류·보급되어온 사후(응급)피임약⁴⁾을 일반의약품으로 분류하는 <의약품 재분류(안) 및 향후계획>(이하 <재분류(안)>)을 발표했다.⁵⁾ 이에 따르면 사전(경구)피임약 11품목 중 일반의약품으로 허가되어 있는 9품목은 전문의약품으로, 사후(응급)피임약 12품목 중 전문의약품으로 허가되어 있는 11품목은 일반의약품으로 전환되고, 최근 허가된 사전(경구)피임약 2품목과 사후(응급)피임약 1품목은 전문의약품으로 유지된다. 당시 식약

률이 99%, 일반적으로는 92%로 일시적 피임법 중 피임성공률이 가장 높다. 사전피임약과 경구피임약이라는 말이 가장 광범위하게 사용되며, 이 글에서는 두 용어를 병기하여 사전(경구)피임약이라고 지칭한다.

- 4) 합성 프로게스테론인 레보노르게스트렐(levonorgestrel) 단독 제제로 이루어져 있으며, 가장 대표적인 사후(응급)피임약인 노레보의 경우 성관계 후 72시간 내에 한 알을 복용하고, 12시간 이내에 또 한 알을 복용해 임신 가능성을 낮출 수 있다. 일반적으로 성관계 후 24시간, 48시간, 72시간 이내에 복용시 각기 피임성공률이 95%, 85%, 58%로, 빨리 복용할수록 더 높은 피임효과를 볼 수 있다(박금자, 2002: 174). 작용기전은 사전(경구)피임약과 동일하다. 사후피임약이라는 용어가 가장 일반적으로 사용되나 의사들은 이 용어가 성관계 후 약을 복용하기만 하면 피임이 된다는 잘못된 인식을 심어줄 수 있어 응급피임약이라는 명칭을 사용하고 있다(김동식, 2012: 53). 한편 식약청에서는 긴급한 상황에서 쓰는 피임약임을 의미하기 위해 긴급피임약이라는 용어를 사용하기도 하는데, 이 글에서는 가장 광범위하고 빈번하게 쓰이는 두 용어를 병기하여 사후(응급)피임약이라고 지칭하기로 한다.
- 5) 식약청은 2000년 의약품업 이후 11년 만에 처음으로 2011년 7월부터 국내에 허가된 모든 의약품(39,254개 품목)의 분류를 재검토해 왔으며, 2012년 6월 7일 <재분류(안)>을 통해 그 결과를 발표했다. 이는 2011년 7월 1일 열린 중앙약사심의위원회(이하 약심) 제3차 의약품분류소분과위원회의 결정에 따른 것으로, 향후 식약청에서 의약품 재분류 문제를 주관하도록 하는 결정이 내려졌고 이에 이 업무는 보건복지부에서 식약청으로 이첩되었다. 한편 이 회의에서 보건복지부와 식약청은 사후(응급)피임약의 일반의약품 전환에 대해 각기 ‘보류’와 ‘적합’으로 다른 의견을 내놓음으로써 보건 당국 내에 분류 기준에 관한 이견이 존재함을 보여주기도 했다. 이후 식약청이 의약품 재분류 문제를 잘 주관할 수 있을 것인가에 대한 우려, 보건복지부가 상급 기관으로서 먹는 피임약 논란을 둘러싼 사회적 합의를 마련하기 위해 노력해야 한다는 요청 등이 있었으나, 보건복지부는 피임약 분류를 둘러싼 갈등의 과정에서 소극적인 태도로 일관했다.

청은 사전(경구)피임약의 장기복용시 혈전증과 심혈관계 질환이 우려되는 반면, 사후(응급)피임약은 성관계 후 72시간 내에 복용해야만 효과가 있고 심각한 부작용은 우려되지 않는다고 설명했다(식약청, 2012. 6. 7).

하지만 식약청의 발표 이후 의사, 약사, 여성단체, 시민단체, 종교계 등은 먹는 피임약의 안전성과 부작용, 피임약 분류의 변화가 여성과 사회 전반에 미칠 영향에 관해 엇갈린 의견을 내놓으며 첨예하게 대립했다. 의사들은 피임약의 부작용 및 오남용 가능성을 들어 먹는 피임약 모두를 의사의 처방이 필요한 전문의약품으로 분류할 것을, 약사들은 의약품에 대한 접근성 증대를 위해 먹는 피임약 모두를 일반의약품으로 분류할 것을 주장했다. 또한 여성단체와 시민단체들은 피임약에 대한 접근권과 여성의 결정권을 높이기 위해 먹는 피임약 모두를 일반의약품으로 전환할 것을 주장했으며, 종교계는 생명경시풍조 및 성문란을 우려하여 사후(응급)피임약의 일반의약품 전환에 반대하는 입장을 표명했다.

의사 및 약사 등 의료 공급자와 여성단체 및 사회단체, 종교계 사이에 의견이 팽팽히 맞선 가운데, 2012년 8월 29일 보건복지부와 식약청은 그간의 사용관행과 사회문화적 여건 등을 고려해 사전(경구)피임약과 사후(응급)피임약 각각을 현행대로 일반의약품과 전문의약품으로 유지기로 결정했다. 대신 3년간의 유예기간을 두어 피임약 사용실태와 부작용을 조사한 뒤 재분류를 검토하고, 이 기간 동안 사전(경구)피임약의 부작용을 경감시키고 사후(응급)피임약의 접근권을 향상시키기 위한 조치들을 취하기로 했다.⁶⁾ 이러한 보건복지

6) 식약청은 사전(경구)피임약의 장기적 사용에 따른 부작용으로부터 여성 건강을 보호하기 위해 약국에서 모든 구입자에게 복용법, 사용상의 주의사항 등이 적힌 복용안내서를 제공하고, 대중매체를 통한 피임약 광고에 피임약 복용시 병·의원 진료, 상담이 필요함을 반영하도록 할 계획을 밝혔다. 또 사전(경구)피임약 복용시 산부인과 전문의의 진료를 받는 문화가 정착될 수 있도록 한시적(3년)으로 처방전을 소지한 여성에게 보건소를 통해 피임약 무료 또는 실비 지원을 추진하기로 했다. 사후(응급)피임약의 경우 야간진료 의료기관 및 응급실에서 심야

부와 식약청의 <재분류(안)> 제시와 철회, 현행 분류의 유지는 이후 충분한 검토 없이 성급하게 피임약 재분류안을 제시해 정책 혼선을 빚은 ‘실수’로, 이익 집단 간의 밥그릇 싸움을 제대로 중재하지 못한 정부기관의 ‘무능력’으로, 혹은 다양한 입장과 이해관계를 가진 집단들의 불만을 최소화하기 위한 ‘정치적’ 판단 등으로 묘사되었다.

하지만 이 ‘사건’은 우발적이고 의미 없는 해프닝이 아니라, 여성의 건강권과 결정권, 성적 존재 등 여성에 관한 사회적 의미가 형성된 장으로 다루어져야 한다. <재분류(안)>은 한국 사회 최초로 피임약의 사용 실태 및 안전성과 그 효과, 피임약 선택 및 사용에 영향을 미치는 사회경제적 요인, 여성건강을 위한 바람직한 의료체계 등에 관한 엇갈린 의견들이 수면 위로 떠오른 계기였다. 식약청의 의약품 재분류가 시작된 2011년 7월부터 2012년 8월, 특히 <재분류(안)>이 발표된 2012년 6월부터 철회가 이루어진 2012년 8월까지 먹는 피임약 문제 뿐 아니라 피임 전반에 관한 논의가 한국 사회에서 폭발했다. 수많은 성명서가 발표되고, 공청회와 토론회가 열렸으며, 각계 인사의 언론과의 인터뷰나 언론에의 기고가 급증했고, 피임약을 복용하는 여성들의 목소리 역시 다양한 방식으로 표출되었다.

여성의 건강권과 결정권은 이 논란에서 갈등의 주요한 두 축으로 작동했고, 어떻게 이를 확보하고 증진시킬 수 있을지에 관한 다양한 의견이 경합을 벌였다. 이는 피임 문제에 접근하기 위한 인식틀 및 의학적이고 사회적인 지식을 형성했을 뿐만 아니라 피임 정책에도 영향을 미쳤다. 또한 여성들의 피임법 선택 및 실천과 같은 경험, 여성의 성적 정체성에 관한 주관적이고 집합적인 의미의 형성에도 영향을 끼쳤다. 이에 먹는 피임약을 어떻게 분류할 것인가에 집중했던 그간의 논의와 달리, 이 글은 피임약 분류를 둘러싼 갈등 속에서 여성의 결정권과 건강권이 어떻게 의미화 되었는지 분석하고자 한다.

(22시~익일 06시)나 휴일에 당일 분에 한해 원내조제를 허용하고, 보건소에서 의사 진료 후 사후(응급)피임약을 신속하게 제공하도록 함으로써 필요한 경우에 신속하게 사용할 수 있도록 하겠다고 설명했다(식약청, 2012. 8. 29).

또한 그 가운데 어떤 한계들이 드러났으며 피임 문제는 어떻게 정책화·제도화되었는지, 이때 여성들이 스스로를 성적 욕망을 추구하고 향유하는 주체로 상상할 수 있는 공간은 확보되었는지 살펴볼 것이다. 이를 위해 먼저 여성의 결정권 및 건강권 개념을 살펴본다.

II. 결정권 및 건강권의 문제설정과 피임의 정치적 의미

1. 자기결정권: 여성의 자기 몸에 대한 통제권과 자율성

페미니스트들은 성적 관계와 실천, 피임, 낙태, 출산, 이를 통해 구성되는 여성의 정체성을 둘러싼 사회적 관계 및 권력관계에 주목하면서, 여성들이 자신의 몸과 섹슈얼리티에 대한 통제권을 가져야 한다는 인식을 확산시켰다. 자신의 몸과 섹슈얼리티에 대한 여성의 통제권 부재는 여성들이 기본적인 인권을 박탈당하고 있을 뿐만 아니라 사회적·정치적 존재로 인정받지 못하고 있음을 의미하는 것에 다름 아니었기 때문이다. 이 가운데 성적 자기결정권 개념이 등장했는데, 이는 섹슈얼리티 및 재생산과 관련한 문제에 있어 여성이 자유롭게 선택, 결정, 실천하며, 이를 침해받지 않을 권리를 가진 자율적 주체임을 인정하는 개념이다(박숙자, 2001: 78; 신상숙, 2001: 30).

이러한 성적 자기결정권 개념은 여성의 몸에서 발생하는 피임, 낙태, 성폭력 등의 문제에 있어 무엇보다 여성 자신이 통제권, 자율성, 결정권을 가져야 한다는 주장을 뒷받침해 왔다. 하지만 이는 단지 사적 영역에서 개인들의 자유를 확보하는데 그 의미가 한정되지 않는다. 자신의 몸에 대한 통제권을 여성들이 갖기 위해서는 몸과 성(性)이라는 ‘사적’ 영역에 배태된 권력관계를 ‘공적’이고 ‘정치적’인 장으로 이끌어내고, 이를 통해 성적으로 대상화되고 재생산의 도구로 환원되어온 여성의 몸이 여성 자신의 것이라는 집합적이고 ‘공적’인 인정을 획득하는 것이 필요하기 때문이다. 1960년대 여성해방운

동이 ‘개인적인 것이 정치적인 것’임을 외치며 여성의 몸에서 일어나는 일들이 단지 개인적인 것이 아닌 남성과 여성 간의 권력관계의 문제라고 주장한 것도 이 때문이다.

따라서 섹슈얼리티와 재생산에 대한 여성의 자기결정권이라는 개념은 어떠한 권력관계도 없는 진공 상태에서 누구에게도 간섭받지 않고 결정할 수 있는 자유주의적 권리와는 거리가 멀다. 이는 성적 자기결정권이 사회적 권력관계를 변화시키지 못하고 개인의 사생활을 위한 권리에 머물 때 여성의 자유는 획득될 수 없으며, 도리어 여성성의 가치절하에 기여할 수도 있다는 깨달음에 기반한 것이다(Petchesky, 1984; Cornell, 1995). 그렇기에 여성의 결정권은 여성의 몸과 재생산 능력에 대한 폭력을 제거하고 선택의 자유를 보장하라는 소극적 주장이 아닌, 여성이 스스로 판단하고 결정할 수 있는 사회적이고 문화적인 변화를 요청하는 적극적 주장이다. 나아가 다른 사회적이고 정치적인 삶의 질서 뿐 아니라 새로운 여성성을 상상할 수 있는 공간을 확보하기 위한 개념이기도 하다.

2. 건강권: 여성건강운동과 재생산권(reproductive rights)의 주창

1960년대 여성운동의 성적 자기결정권 주장과 함께 핵심적인 이슈로 등장한 피임 및 낙태 문제는 여성의 몸과 재생산 능력의 통제권을 둘러싼 정치적 문제인 동시에, 여성의 건강에 관한 문제이기도 했다. 이에 따라 여성 건강에 관한 관심이 생겨났고, 미국을 중심으로 안전한 피임 및 낙태의 보장, 임신과 분만에서 여성의 건강 보호, 여성이 과소대표된 의학 연구에 대한 비판 및 이에 관한 독자적 지식의 생산을 주장한 여성건강운동이 등장했다. 이러한 여성건강운동은 점증하는 의료화 속에서 여성들이 건강에 관한 정보와 지식을 획득해 의료 전문가의 권위에 도전하고 자기결정권을 행사할 수 있는 여지를 넓혔으며, 성적 자유를 향한 여성의 적극적 권리를 여성운동 내로 통합해 새로운 여성 주체의 선점을 위한 성(性)정치학을 가능케 하기도 했다

(오조영란, 1999; 조은·조주현·김은실, 2002; Morgen, 2002).

여성의 건강과 재생산 간의 관계에 관한 논의를 시작한 여성건강 운동은, 이후 재생산 건강의 중요성이 재평가되고 이것이 재생산권(reproductive rights)이라는 이름으로 여성 인권의 증진을 위한 핵심적인 국제협력 사업이 되는 데에 영향을 미쳤다. 이는 1990년대에 유엔(UN)을 비롯한 국제기구와 여성운동의 국제적 협력 속에서 이루어졌는데, 1994년 카이로 인구개발회의와 1995년 베이징 4차 세계여성대회에서 재생산 영역에서 여성의 건강권을 보장하는 권리 체계로서 재생산권이 천명되었다(송다영, 2001; 양현아, 2005). 재생산권 개념 역시 결정권과 마찬가지로 재생산 영역에서 여성들이 능동적인 행위자 또는 의사결정자가 될 권리와 여성 건강을 위한 다른 사회적 제도 및 조직에서의 변화 모두를 주장함으로써 여성의 개인적 권리와 사회적 권리를 동시에 제기한다(Petchesky, 1988; 오승이, 2007).

이때 건강은 질병이 없는 상태를 넘어 한 사회의 구성원으로서 생활을 영위하기에 불편함 없는 상태를 의미하며, 따라서 여성 건강권은 여성이 육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있음을 인정하는 적극적 개념이라 할 수 있다. 재생산권 개념이 신체적 권리와 보건 문제에 국한되어 양육에 있어 자기결정권의 실현에 필요한 권한부여가 부재하다는 비판이 제기되기도 하지만, 그럼에도 재생산권 개념은 피임, 임신, 낙태, 출산, 양육 등 여성의 몸에서 일어나는 일을 통합적으로 이해하고 여성의 건강권과 결정권을 보장하기 위한 국가와 사회의 역할을 강조한다는 장점을 가진다.

3. 가족계획사업과 피임의 도구화·탈정치화

피임 정책은 성적 관계를 갖는 가임기 여성 전체를 대상으로 하며, 여성의 삶의 기회를 형성하거나 제약함으로써 여성들의 일상과 생애주기에 광범위한 영향력을 발휘한다. 하지만 한국에서는 가족계획사업을 통해 국가가 여성들의 행위를 전유하고 계획, 통제, 관리하는

가운데 피임법의 보급이 이루어짐으로써(이미경, 1989; 김은실, 1991; 배은경, 2012), 피임에 대한 여성의 필요와 이해(利害)는 국가에 의해 선점되었다.⁷⁾ 인구 억제를 목표로 했던 가족계획사업은 난관수술 및 자궁내장치(IUD)를 중심으로 단산(斷産) 위주의 정책을 폈고, 사전(경구)피임약을 통한 피임실천은 난관수술이 도입된 1976년 이후 지속적으로 감소하여 1990년대 이후 2% 수준에 그치고 있다.⁸⁾

가족계획사업은 여성들의 피임 실천에 영향을 미쳤을 뿐 아니라, 피임 문제의 정치적 잠재력을 잠식해 피임에 있어 여성의 결정권과 건강권 논의가 여성운동 의제에서 주변화되거나 지연되는 효과를 낳기도 했다. 여성의 건강권과 결정권 증진이 아닌 인구 억제를 목표로 했던 정부의 가족계획사업은 사적 영역에서 여성들의 행위성을 허용했을 뿐, 피임 및 이를 통한 출산조절에 대한 공적 인정과 지원은 하지 않았다. 피임 실천은 여성들이 자신의 생애를 기획할 수 있는 시민으로 인정받는 것과 거리가 먼 일이었다. 이는 국가정책과 여성 양쪽 모두에서 피임, 출산, 모성을 사적인 일, 여성들이 감수해야 할 일로 수용하는 도구화와 탈정치화를 초래했고, 여성들의 피임 실천과 출산조절은 여성의 건강권과 결정권의 증대로 이어

7) 사전(경구)피임약은 1968년 자궁내장치의 부작용에 대한 대체 피임법으로 가족 계획사업 내에 도입되었다. 사후(응급)피임약은 1998년 성폭행 등으로 인한 원치 않은 임신을 예방하기 위한 청소년성상담 종합사업의 일환으로 정부에 의해 도입되었는데, 1998-2000년 독일 셰링사가 무상 공급한 테트라가이논이 의사와의 상담을 거쳐 871명에게 제공되었고, 부작용 건수는 총 19건(임신 8건, 심한 오심·구토 9건, 자궁부정기 출혈 1건, 심한 가려움증 1건)이었다.

8) 1971~75년에 정부 지원에 의해 보급된 사전(경구)피임약은 226,106건으로, 이는 이 기간 정부가 보급한 피임 건수의 10%를 차지한다. 하지만 1976~80년과 1981~85년 사전(경구)피임약의 보급 실적은 각각 144,874건과 77,998건으로 감소했다. 반면 1976~80년 정부지원에 의해 보급된 난관수술은 789,752건이었으며, 이는 1981~85년에 1,201,323건으로 증가했다(구성렬, 1991: 159). 한편 기혼 여성들의 피임실천율은 1970년대 중반 이후 꾸준히 증가해 1990년대 이후 80% 수준을 유지하고 있으나, 이 가운데 사전(경구)피임약을 이용해 피임을 실천한다는 여성의 응답율은 1976년 7.8%, 1982년 5.4%, 1988년 2.8%, 1994년 1.8%로 계속해서 낮아지고 있으며, 이후 2% 안팎의 미미한 수준을 보여주고 있다.

지지 않았다(김은실, 1991; 황정미, 2005; 배은경, 2012).

또한 가족계획사업은 여성의 건강을 직접적으로 침해하기도 했는데, 여성들은 피임시술 및 피임법에 관한 부족한 정보와 비자율적인 피임결정과정으로 인해 많은 부작용과 고통을 경험해야 했다. 검증되지 않은 피임약과 기구를 무자격자들이 무리하게 시술해 부작용이 발생한 사례는 빈번했으나(이미경, 1988; 배은경, 2012), 인구 조절을 위해 여성의 몸이 도구화될 수 있다는 인식 속에서 안전한 피임과 낙태에의 접근권, 이에 대한 여성의 결정권은 가시화되지 못했다. 1996년 가족계획사업이 공식적으로 폐기됨에 따라 피임법의 보급은 정부가 아닌 병원과 약국이라는 민간 상업망을 통해 이루어지기 시작했다. 하지만 국가의 개입이 물러난 자리에서 피임은 원치 않는 임신을 막기 위해 각자의 요구와 취향에 따라 자율적으로 선택하고 실천하는 사적이고 개인적인 문제가 되었고, 피임 문제는 여전히 여성의 결정권과 건강권 측면에서 접근되지 못했다.

III. 피임약 논란에서 여성의 건강권과 결정권의 의미화

<재분류(안)>을 두고 식약청, 의사, 약사가 먹는 피임약의 의학적 안전성과 부작용 가능성을 중심으로 대립하는 가운데, 여성단체와 사회단체들은 피임약 사용에 영향을 미치는 사회경제적 여건, 피임약 정책으로 영향을 받게 되는 여성들의 삶, 이를 고려한 의료전달 체계를 요구하며 먹는 피임약에 대한 여성의 접근권과 결정권을 주장했다. 이 장에서는 이들 간의 논쟁에서 여성의 건강권과 결정권이 어떻게 의미화되었는지 살펴볼 것이다. 이를 위해 2011년부터 2013년 7월, 그 중에서도 2012년 6월부터 8월을 중심으로 관련 단체들의 성명서 및 공청회와 토론회, 각종 인터뷰와 언론 기고, 이외의 보도 자료들과 여성중심 온라인 커뮤니티 등을 통해 각계의 입장을 살펴 보았다.

1. 여성건강권을 둘러싼 의약품 안전성과 접근권 간의 경합

1) 의약품 안전성 및 부작용 가능성과 여성 건강권

식약청에 따르면 사전(경구)피임약은 피임을 위해 “장기간 반복적으로(21일 복용, 7일 휴약을 반복) 복용”해야 하고, 이로 인해 혈전증과 심혈관계 질환 등 심각한 부작용이 우려된다. 또한 “투여금기 및 신중투여 대상이 넓어” 의사와의 상담 및 정기검진이 권장된다는 점에서도 전문의약품으로의 전환이 타당하다. 반면 사후(응급)피임약은 단기적으로 복용하며 경미한 부작용은 48시간 이내에 대부분 사라질 뿐 아니라, 혈전증의 발생 가능성이 낮다(식약청, 2012. 6. 7)는 점에서 일반의약품으로의 전환이 타당하다.⁹⁾ 식약청은 권장 복용법을 따랐을 때 발생할 수 있는 부작용의 과학적 검토를 의약품 분류의 가장 중요한 근거로 삼는다.

반면 의사단체는 전문의의 의학적 판단 하에 사용될 때에만 먹는 피임약의 안전성을 확보할 수 있다고 주장했다. 사전(경구)피임약은 혈전증¹⁰⁾ 등 부작용 가능성이 존재하기 때문에 심혈관계 질환의 병력이 있는 경우, 35세 이상의 흡연자인 경우, 유방암이 있거나 의심되는 경우 등(이임순, 2008: 105; 대한의사협회, 2009. 1. 7)에는 복용하지 말아야 한다. 또한 사전(경구)피임약의 올바른 복용을 위해서도 의사의 상담과 복약지도가 필요한데, 많은 여성들이 피임약의 복용 방법과 효과를 여전히 잘 모르기 때문이다. 한편 의사단체들이 보다 강력하게 자신들의 의견을 피력한 것은 사후(응급)피임약 문제였다.

9) 이 같은 판단에는 8개의 의약품전진 외국(미국, 일본, 영국, 프랑스 등) 모두에서 사전(경구)피임약이 전문의약품이며, 2012년 현재 OECD국가 중 26개국에서 일반의약품으로, 7개국에서 전문의약품으로 사후(응급)피임약이 분류되어 있다는 사실이 영향을 미쳤다. 한편 2012년 당시 미국은 사후(응급)피임약의 구매 연령을 제한하여 청소년(17세 미만)은 처방전을 받아 이 약을 복용할 수 있었다. 하지만 2013년 6월 미국은 사후(응급)피임약의 구매연령 제한 조치를 철회했다.

10) 혈전증이란 심부정맥에서 형성된 혈전이 떨어져 혈류를 타고 돌다가 다른 혈관을 막는 것으로 폐동맥을 막으면 폐색전증, 관상동맥을 막으면 심장마비, 뇌동맥을 막으면 뇌졸중이 발생할 수 있다.

응급피임약이란 계획임신을 위한 정상적인 피임방법을 사용하던 중 불가피하게 실패한 경우나 강간 등의 피치 못할 경우 응급으로 사용하는 고용량의 호르몬(일반피임약의 10~15배)으로 만들어진 응급약이다. ... 한 월경주기에 반복해서 사용할 경우 그 부작용이 심각하며 정상 용량 범위 안에서 사용하더라도 출혈(31%), 오심, 복통 등의 부작용 발현의 빈도가 높고, 무엇보다 임신이라는 심각한 부작용의 발현빈도가 높은(피임실패율 15~40%) 의약품이다. 또한 약의 부작용으로 발생하는 부정출혈을 월경으로 오해하여 임신 진단이 늦어질 수 있고, 자궁의 임신을 늦게 발견하면 난관과열 등으로 복강 내 출혈을 초래하게 되어 복용 후 세심한 관리가 없다면 다음 임신에 심각한 악영향을 미치게 된다(대한산부인과학회·대한산부인과 의사회, 2012. 6. 7).

의사단체들은 고용량의 호르몬제라는 점과 피임의 실패 가능성이 높다는 점을 사후(응급)피임약의 부작용으로 지적하며 이를 전문의약품으로 전환할 것을 주장했다. 종교계 역시 사후(응급)피임약이 여성의 생리체계를 인위적으로 바꿔 여성 건강에 악영향을 미칠 뿐 아니라 많은 부작용이 수반된다는 식약청과 상반된 의견을 내놓았다.

이에 대해 약사, 여성단체, 시민단체들은 두 피임약 모두 안전성이 입증되었으므로 일반의약품으로 전환되어야 한다고 맞섰다. 사전(경구)피임약은 50여년 이상 사용되면서 그 안전성을 인정받아 왔고, 과거와 달리 현재는 에티닐에스트라디올 함량이 20~30 μ g 수준으로 낮아져 부작용이 완화됨으로써 건강한 여성이 복용하기에 문제가 없다는 것이다. 이는 식약청의 <재분류(안)> 발표 전까지 의사들이 주장한 내용이기도 하다.¹¹⁾ 또한 국내에서 보고된 사전(경

11) 의사들은 <재분류(안)>의 발표 이전까지 언론과의 인터뷰 및 의사 단체가 운영하는 여성건강 사이트들을 통해 사전(경구)피임약은 그 안전성이 입증되어 건강한 여성이 복용하기에 문제가 없는 약이며, 부작용에 대한 여성들의 우려는 ‘무지’와 ‘오해’에 따른 것이라고 설명해왔다. 일반적으로 사전(경구)피임약은 2세대, 3세대, 4세대로 나뉘며, 최근에 개발된 약일수록 에티닐에스트라디올의 함량이 적고 새로운 프로게스테론 제제가 사용된다. 2세대 피임약은 에티닐에스트라디올 30~35 μ g과 레보노르게스테렐로 이루어진 복합정제를, 3세대

구)피임약 복용으로 인한 부작용 사례가 없고, 임신 중 혹은 산후보다 사전(경구)피임약 복용으로 인해 발생할 수 있는 혈전증의 위험이 더 낮다는 점 역시 이유로 들었다.¹²⁾ 사후(응급)피임약 역시 대다수 부작용이 경미하며, 심각한 부작용이 발생할 가능성이 낮으므로 개인의 판단에 따라 복용하도록 하는 것이 옳다고 주장했다. 또한 사후(응급)피임약이 산부인과가 아닌 과목에서 처방되거나, 약을 복용할 여성이 아닌 이에게 대리 처방되고, 의사가 아닌 직원이 처방하는 경우가 허다한 현재의 관행을 고려할 때 전문의약품으로의 전환이 약의 안전성은 확보하지 못하고, 오히려 접근성만 제한할 수 있다는 점을 지적했다.

피임약의 의학적 안전성은 피임약 분류를 둘러싼 논쟁에서 가장 중심적인 지위를 차지했다. 그러나 식약청, 의사와 약사, 여성단체와 시민단체 및 종교계는 피임약이 의사와의 상담 및 처방을 필요로 할 정도로 위험한가, 아니면 약사의 복약지도만으로 충분한가에서 이견을 드러냈는데, 이는 의학적 안전성이 객관적인 과학적 사실이 아니라 무엇이 ‘심각한’ 부작용인가에 관한 사회적 판단을 포함하는 문제이기 때문이다. 하지만 여성단체와 시민단체가 피임약의 처방관행, 혈전증의 위험성 판단을 문제 삼으며 먹는 피임약의 안전성을 사회적 시각으로 논한 데 반해, 의사들은 의학전문가의 권위에 의존

피임약은 에티닐에스트라디올 20~30 μ g과 테소게스트렐(desogestrel), 게스토덴(gestodene)으로 이루어진 피임약을, 4세대 피임약은 새로운 프로게스테론 제제인 드로스피레논(drospirenone)을 함유한 피임약을 의미한다. 에티닐에스트라디올 함량이 낮아질수록 피임효과는 높아지고 일상에서 겪는 다양한 부작용은 줄어드는 것으로 보고된다(이임순, 2009; 이화영, 2012; 대한약사회, 2012. 6. 14; 경제정의실천시민연합, 2012. 6. 15).

- 12) 경질련은 일반적으로 사전(경구)피임약을 복용하지 않는 성인 여성의 혈전증 발생가능성이 1,000명중 1.3명, 저용량의 사전(경구)피임약을 복용하는 성인 여성의 혈전증 발생가능성이 1,000명 중 1.9명인데 반해 임신한 여성의 혈전증 발생가능성은 1,000명 중 7.3명으로, 사전(경구)피임약이 혈전증을 유발할 수는 있지만 이에 대한 부작용 우려는 경미하다고 주장하며(경제정의실천시민연합, 2012. 6. 15), 여성계 역시 이와 마찬가지로의 주장을 한다(이인영, 2012).

해 먹는 피임약의 위험성을 과장하고 불안감을 조성함으로써 피임 약 논의에 있어 의학적 안전성의 우위를 유지하는 동시에 의학적 지식의 사회적 해석 가능성을 차단했다. 일례로 성관계 후 24시간, 48시간, 72시간 이내 복용시 피임성공률이 95%, 85%, 58%(박금자, 2002: 174)인 사후(응급)피임약의 피임실패율이 15~40%라고 주장함으로써 약을 빨리 복용할수록 피임효과가 높아진다는 사실을 은폐하는 동시에 피임 실패가능성을 과장한 것을 들 수 있다.

2) 먹는 피임약에의 접근권과 여성건강권

약사, 시민단체, 여성단체는 임신과 출산이 여성의 건강과 삶에 막대한 영향을 끼치는 문제이므로 먹는 피임약의 안전성만큼이나 접근성도 중요하다고 하며 건강의 내용을 의학적인 것에서 사회적인 것으로 확장했다. 이들은 효과적인 사전 피임법의 활용이 낮은 한국에서 사전(경구)피임약의 복용을 장려하기 위해 접근성의 확대가 필요한데, 피임을 위해 장기간 반복적으로 사용해야 하는 이 약이 전문의약품으로 전환된다면 불편함과 의료비 부담을 가중시켜 접근성을 떨어뜨리게 될 것이라고 주장했다. 사전(경구)피임약이 전문의약품으로 전환되면 의사와 약사에게 지급되는 의료수가로 인해 의료비 부담이 4.4~5.3배 증가해 저소득층, 청소년, 산부인과가 없는 지역에 사는 여성들의 접근권이 제한될 것이라는 것이다.

또한 약사, 시민단체, 여성단체는 ‘응급성’이라는 약의 본래 목적에 충실함으로써 원치 않은 임신과 그로 인한 낙태 예방의 현실적인 가능성을 높이기 위해서도 사후(응급)피임약의 일반의약품 전환이 필요하다고 했다. 사후(응급)피임약은 성관계 후 가능한 빨리(12시간 이내 권장), 늦어도 72시간 이내에 복용해야 피임 효과를 볼 수 있어, 접근성과 응급성이 중요하다는 것이다. 특히 사회경제적 이유에 따른 낙태가 허용되지 않는 한국에서, 여성의 원치 않은 임신과 이로 인한 낙태를 막기 위해서는 사후(응급)피임약을 필요한

시기에 복용하도록 하는 것이 중요하다. 이는 여성의 건강 증진을 위해서도 필수적인데, 원치 않는 임신과 낙태는 여성의 건강과 삶 전반에 더 큰 악영향을 끼치기 때문이다.

이에 대해 의사들은 토요일 오후에도 산부인과와 외래 진료가가 능할 뿐 아니라, 분만을 하는 산부인과에서 24시간 사후(응급)피임약을 처방받을 수 있다는 점을 들어 약국보다 병원의 접근성이 높다고 반박했다. 또한 사후(응급)피임약의 일반의약품 전환을 통한 접근성의 증대는 오히려 약의 오남용, 이로 인한 원치 않는 임신과 낙태의 증대, 사전피임의 소홀을 가져와 여성 건강에 악영향을 끼칠 것이라고 주장했다. 종교계와 연세대학교·한양대학교 총여학생회 역시 사후(응급)피임약의 접근성 증대는 남성과의 관계에서 여성의 피임협상권과 건강을 저해할 것이라며, 여성건강의 증진을 위해 접근성을 제한해야 한다고 주장했다.

응급피임약의 오남용은 여성들의 원치 않는 임신을 줄이지 못한다. 응급피임약을 일반약으로 전환한 미국, 영국, 노르웨이, 스웨덴, 중국 등에서 낙태율이 줄어든 것이라는 당초 기대와 달리 사전 피임을 소홀히 하게 됨으로써 원치 않는 임신과 낙태는 감소하지 않았으며 청소년의 임신과 성병 유병율이 높아졌다는 해외의 연구 결과에 우리는 주목해야 한다. 여성들을 정상적인 피임으로 보호하지 못하고 응급피임약을 남용시켜 낙태와 성병의 위험성에 노출시켜야 하겠는가? (대한산부인과학회·대한산부인과의사회, 2012. 6. 7)

이처럼 피임약에의 접근성과 여성 건강 간의 관계에 관해 각계는 서로 상반된 입장을 보이는데, 이는 현재의 피임 실태 및 문제점을 서로 다르게 파악하기 때문이다. 현재의 피임실태에 관한 서로 다른 이해는 먹는 피임약, 특히 사후(응급)피임약에의 접근성 증대가 어떤 결과를 초래할 것인가, 피임약 선택과 복용의 결정권을 누가 가질 것인가에 관한 각계의 주장과도 연관된다.

2. 피임의 선택과 실천에 있어 여성과 의사의 결정권

1) 각계의 현재 피임 실태 및 문제점 인식

의사단체들은 사전(경구)피임약의 낮은 사용율과 사후(응급)피임약의 높은 사용율로 대변되는 올바른 피임 문화의 부재 및 만연한 낙태를 한국사회의 특징으로 꼽으며, 종교계 역시 이와 동일한 목소리를 냈다. 이들은 2010년 기준 사전(경구)피임약과 사후(응급)피임약의 복용율이 각각 2.8%, 5.6%로, 여성들은 계획적인 사전피임을 하기보다 사후(응급)피임약에 의존하고 있다고 지적한다(대한산부인과학회, 대한산부인과의사회, 2012. 6. 7; 한국천주교교주회의 생명운동본부, 2012. 8. 1). 7, 8월의 휴가철과 연말에 미혼여성들에게 가장 많은 처방이 이루어진다는 사실 역시 사후(응급)피임약이 “즉흥적인 성생활의 일반적인 피임법으로 사용”(대한산부인과의사회, 2012. 5. 31)됨을 보여준다. 이는 만연한 낙태와도 관련되는데 의사단체와 종교계는 여성들, 특히 미혼여성과 청소년들이 사후(응급)피임약과 낙태를 피임법의 하나로 인식하고 있다고 본다.

한편 종교계는 사후(응급)피임약을 배란 억제 및 자궁내막 변화를 통해 배아가 자궁에 착상하지 못하도록 함으로써 수정된 배아를 죽음에 이르게 하는 낙태약으로 규정했다. 하지만 식약청과 미국 FDA는 사후(응급)피임약이 이미 착상된 수정란에는 어떠한 영향도 끼치지 못하기 때문에 낙태약이 아님을 명시하고 있다. 또한 사후(응급)피임약은 사전(경구)피임약 뿐 아니라 자궁내장치 등 호르몬을 이용한 피임법들과 같은 작용 기전을 가지고 있으므로, 종교계의 주장대로라면 현재 한국 여성들이 사용하는 많은 방법이 피임이 아닌 낙태에 속하는 것으로 사후(응급)피임약에만 문제제기 하는 것은 모순이라 할 수 있다.

반면 약사와 시민단체들은 성교육의 부재 및 높은 낙태율을 문제점으로 꼽는다. 이들은 낙태를 막기 위해서 먹는 피임약에 대한 접근성 증대가, 특히 낙태 예방의 실천적 방안으로써 사후(응급)피임

약에의 접근성 증대가 필요하다고 주장한다. 여성 단체들 역시 성교육의 부재와 낙태에 대한 엄벌주의 문제를 지적하지만, 피임이나 성관계에 대해 말하기를 꺼려하고 여성을 성적 존재로 인정하지 않으면서도 피임의 책임을 지우는 한국의 성문화를 더욱 강하게 문제삼는다. 피임법의 선택과 실천에서 여성과 남성은 동등한 발언력을 행사하지 못하고, 피임을 준비하는 여성은 밝히는 여성으로 여겨지는 등 성적 존재로서 여성의 위치가 모순적이라는 것이다. 따라서 한국의 피임현실은 여성의 무지가 아니라 성관계의 책임을 나누어질 남녀 관계 및 성문화와 이를 뒷받침할 수 있는 사회적 장치의 부재가 야기한 결과다.

2) 의학적 안전성과 여성들의 결정권

그렇다면 바람직한 피임문화란 무엇일까? 의사들은 피임 효과가 높고 자궁내막암과 난소암을 예방하는 등 부가적 효과를 가진 사전(경구)피임약이 가장 권장할만한 피임법이라고 본다. 하지만 성교육의 부재에서 비롯된 피임약에 대한 여성들의 무지와 오해, 피임에 대한 여성들의 소극적인 태도로 인해 사전(경구)피임약의 복용율은 낮는데, 의사들은 여성들의 불안감과 오해를 해소하기 위해서라도 사전(경구)피임약의 전문의약품 전환이 필요하다고 본다. 또한 의사와 종교계는 사후(응급)피임약에의 접근성 증대가 미혼여성 및 청소년들의 성문란을 야기해 건전하고 책임 있는 성문화 정착에 도움이 되지 않는다고 주장했다.

응급피임약의 편리한 사용 증가가 불러오는 것은 사전피임 소홀로 인한 무책임한 성문화 확산이다. <중략> 특히 청소년들의 무분별한 성 노출이 증가되고 있는 우리나라에서 응급피임약이 일반의약품으로 전환될 경우 올바른 성의식과 정상적인 피임 문화를 정착시켜 불법낙태를 근절하려는 노력에 역행하는 결과를 가져올 수밖에 없다(대한산부인과학회·대한산부인과의사회, 2012. 6. 7).

이처럼 사후(응급)피임약에 관한 여성의 무지는 여성 자신의 건강을 저해할 뿐 아니라 성문란을 야기할 수 있기 때문에, 의사단체와 종교계는 사후(응급)피임약의 사용 필요성의 판단에서부터 복약지도 및 주의사항 설명과 피임 교육에 이르기까지 의사가 개입해야 한다고 주장했다. 이때 피임과 관련한 상담 및 처방은 사생활에 관한 상담을 필요로 하므로 공개된 공간인 약국보다는 병원이 적합한 장소라는 것이다. 하지만 사전(경구)피임약의 사용율이 높은 미국, 영국, 노르웨이 등에서조차도 사후(응급)피임약의 접근성 증대가 낙태의 감소를 가져오지 못했다고 주장하는 데서 볼 수 있듯, 이들은 피임 실태와 관계없이 먹는 피임약의 보급에 있어 최종 결정권자는 의사라고 본다. 반면 약사단체와 시민단체는 해외 사례를 예로 들어, 사후(응급)피임약의 일반의약품 전환이 계획적인 사전피임을 약화시키지 않았고 낙태율도 증가시키지도 않았다고 이에 반박했다. 또한 산부인과 전문의 역시 사후(응급)피임약 처방 시 복약지도 외에 실제로 해줄 수 있는 것이 없으므로 여성들의 판단에 따라 복용 여부를 결정케 해야 한다고 주장함으로써 여성들의 결정권을 옹호했다.

여성은 자신의 삶을 고려하여 임신과 출산의 여부를 결정할 수 있어야 하며 선택의 내용에 상관없이 그 과정에서 자신의 건강을 해치지 않도록 충분한 의학적 지원을 받을 수 있어야 한다. 따라서 피임약의 보급과 이용에 대한 정책적 결정은 여성들에게 임신, 출산에 관련된 의학적 정보와 의료 접근권, 의학적 조치에 대한 선택권 그리고 이를 위한 제반의 사회, 경제적 기반이 제대로 마련될 수 있도록 사회 전반적인 변화를 고려하여 이루어져야 하는 것이다. <중략> 마지막으로, 피임과 임신, 출산에 대한 책임이 더 이상 여성들에게 전가되지 않도록 다양한 피임 실천에 대한 홍보와 성교육 대중화 방안을 마련할 것을 촉구한다(여성의 임신·출산 결정권을 위한 네트워크, 2012. 6. 15).

특히 경실련과 여성단체들은 자유로운 개인이라면 임신과 출산에 관련한 결정을 자율적으로 내릴 수 있어야 하며, 피임은 이를 위한 수단이므로 피임법의 선택과 실천에의 결정권은 기본적인 인권이라고 본다. 기본권이므로 피임약의 안전성과 오남용이 우려된다고 전체 여성의 접근을 일률적으로 제한해서는 안 되며, 피임에 대한 여성의 결정권을 보장하는 가운데 안전성을 확보할 방안을 찾아야 한다. 또한 물리적, 경제적, 사회문화적 접근성을 확보해 안전하고도 편리하게 먹는 피임약을 이용할 수 있는 사회경제적 조건 역시 갖추어야 한다. 이를 위해 피임약 분류는 여성을 중심으로 이루어져야 하며, 의학적 판단을 통해 의사가 조력자의 역할을 충실히 하는 가운데 여성이 피임 결정 및 실천의 주체가 되어야 한다.

식약청과 의사단체가 의약품을 통제함으로써 안전성과 여성 건강을 확보하고자 했다면, 약사단체, 시민단체, 여성단체들은 안전성에 근거한 약리적 판단 뿐 아니라 이 약을 사용하는 여성의 삶과 건강에 대한 종합적인 고려가 필요하다고 여성의 접근권을 옹호했다. 전자는 여성 건강은 ‘보호’되어야 하며, 이 보호는 의학적 전문성을 지닌 전문가 집단의 관리에 의해서 가능하다고 본다. 전문가의 의학적 판단이 개입되지 않은 의료접근성의 증대는 오히려 여성의 건강을 저해할 수도 있기 때문이다. 반면 후자는 여성 건강은 ‘보장’되어야 하며, 이는 여성의 몸에서 발생하는 사안에 대한 여성의 결정권과 그 같은 결정권을 지탱해 줄 물리적, 경제적, 사회문화적 접근권을 확보함으로써 이루어질 수 있다고 본다.

이때 의사단체는 피임약의 부작용으로부터 안전하고 자유로운 상태로 건강을 협소하게 이해하고 여성들이 의학전문가의 상담을 받을 개인적 권리만을 제안할 뿐, 의료보건체계의 개선, 여성들의 집단적 권한 향상, 피임에 대한 사회적 권리의 증진에는 관심을 보이지 않는다. 여성들은 피임약에 관해 무지하기 때문에 여성의 결정권은 전문가의 결정권 내에서 작동해야 한다. 반면 여성단체와 시민단

체는 의학적 안전성 중심의 논의가 가진 한계를 비판하고, 여성의 건강을 적극적인 의미로 확장하고자 했다. 이들은 먹는 피임약에 대한 접근성을 통해 보장되는 건강권과 결정권 모두를 여성의 기본권으로 주장하고, 건강권과 결정권을 동시에 추구하고자 했다.

하지만 의사에 의한 전문지식의 독점 및 의약품 사용 통제와 의약품 사용에서 여성의 편의성 증대가 논쟁의 두 축으로 자리 잡은 가운데, 건강권과 결정권을 동시에 확보하기 위해 필요한 사회적 인식 및 의료체계의 변화에 관한 시민단체와 여성단체들의 논의는 구체화되지 못했다. 또한 여성의 건강권과 결정권이 기본적인 인권이 아닌 단순한 편의성으로 이해되고, 이 두 권리는 함께 추구될 수 없는 배타적인 것으로 인식되었다. 이는 금번 논쟁에 있어 의료계와 종교계의 목소리는 과대대표된 데 비해 여성의 목소리는 과소대표되었을 뿐 아니라 먹는 피임약을 전문의약품으로 분류할 것이냐 일반의약품으로 분류할 것이냐, 특히 사후(응급)피임약을 어떻게 분류할 것이냐에 논의가 한정되었기 때문이다.

특히 이 같은 논의 구조의 형성에 종교계의 주장은 많은 영향을 미쳤다. 의사단체들이 의학적 권위를 바탕으로 먹는 피임약의 위험성을 강조했다면, 종교계는 여성의 사후(응급)피임약 사용이 배아의 생명권을 침해할 뿐만 아니라 성문란을 야기할 것이라는 ‘윤리적’ 비판을 제기했다. 이를 통해 종교계는 생명권이라는 절대적 가치를 옹호하는 위치를 비교적 쉽게 차지했고, 이와 함께 생명가치 및 가족가치, 사회질서를 유지하기 위한 섹슈얼리티 통제를 주장함으로써 사후(응급)피임약을 복용하는 여성을 성문란을 야기할 수 있는 위험한 존재이자 책임을 회피하는 이기적 존재로 형상화했다. 이 가운데 피임약에 대한 접근성 주장은 편의성을 주장하는 것으로 그 의미가 축소되었고, 여성의 결정권은 여성 건강을 저해할 뿐 아니라 사회질서를 위협할 수 있는 것이 되어 필요하다면 제한될 수 있는 것이 되었다.

IV. 피임약 분류를 둘러싼 논의의 한계와 피임 문제의 제도화

1. 여성 건강에 관한 기초자료의 부족과 합리적 논쟁의 부재

이번 먹는 피임약 분류 정책을 둘러싼 논쟁에서 가장 중요한 주제 중 하나는 의약품 안전성이었다. 하지만 치열했던 논쟁은 그 자체로 먹는 피임약이 여성 건강에 미치는 영향을 논의하기 위한 구체적인 자료의 부족을 드러냈다. 피임약을 복용하는 여성들의 수, 복용 목적 및 기간, 구입 및 복용 경로, 복용지도 및 부작용 상담 여부, 부작용 발생 사례, 피임 방법의 결정과 실천 과정, 복용에 긍정적이거나 부정적인 영향을 미치는 사회·경제·문화적 요소 등 먹는 피임약의 안전성을 논하기 위해 필요한 국내 자료들은 절대적으로 부족한 가운데, 각 계는 외국사례와 연구를 바탕으로 먹는 피임약의 복용실태 및 안전성에 관해 다양한 의견을 개진했다.

이에 따라 한국 사회에서 피임약의 안전성과 여성들의 건강을 확보하기 위한 심도 깊은 논의가 이루어지지 못했을 뿐만 아니라, 각자가 제시한 자료를 바탕으로 한 합리적인 논쟁도 기대하기 힘들었다. 여성 건강에 관한 현실을 읽을 수 있는 국내 자료가 부족한 가운데 검증되지 않은 통계들이 논의 속에서 재인용됨으로써 기정사실화되기도 했는데, 이 과정에서 가장 많이 재인용된 것은 의학전문가들, 특히 의사단체가 제시한 자료들이었다. 문제는 이 과정에서 의사단체의 입장이 과대대표 됨으로써 의사 및 약사들의 잘못된 처방 행태보다는 피임약에 대한 여성들의 무지와 오남용이 과도하게 강조되었다는 것이다.

일례로 의사단체와 종교계, 그리고 각종 신문 사설 및 기사와 기고문에서 사후(응급)피임약의 오남용 실태에 관한 자료로 빠지지 않고 등장한 사전(경구)피임약(2.8%)과 사후(응급)피임약(5.6%)의 복용율은 그 출처와 내용이 불분명함에도¹³⁾ 끊임없이 재인용되고 확

13) 2011년 5월 대한산부인과 의사사회에서 운영하는 여성건강포털(<http://www.wisewoman.co.kr>)과 피임생리이야기(<http://www.wisewoman.co.kr/piim365>)

대되었다. 많은 여성들이 사전(경구)피임약을 피임을 위해 장기적으로 복용하기보다 휴가철 등에 단기적인 생리조절, 생리불순과 생리전증후군의 치료를 위해 복용하며, 사후(응급)피임약은 피임에 실패했거나 피임을 하지 못했을 때 일시적으로 복용하는 약이라는 점을 감안하면 두 약의 복용율을 단순 비교하는 것은 적절하지 않을 뿐더러 의미도 없다. 또한 두 먹는 피임약의 복용율을 비교함으로써 한국 여성들이 계획적인 피임을 하고 있지 않고, 사후(응급)피임약에 의존하고 있다고 주장하기도 어렵다.

하지만 어떤 집단도 이 자료와 해석에 문제제기하지 않았다. 현재 전문의약품으로 보급되고 있는 사후(응급)피임약이 오남용되고 있다는 비판이 사실이라면, 이 비판은 ‘무지하고 문란한’ 여성들이 아니라 이 약의 처방과 판매를 담당하는 의사와 약사에게 향해야 한다. 하지만 오남용의 책임은 여성, 그 중에서도 미혼 여성과 청소년을 향했고, 어떤 집단도 이 수치가 곧 사후(응급)피임약이 오남용 되고 있다는 근거라는 데에, 그리고 그 같은 오남용의 책임자가 의학 전문가들이 아닌 미혼여성 및 청소년들이라는 해석에 이의를 제기하지 않았다. 결과적으로 ‘무지하고 문란한’ 여성들의 건강을 위해 이 여성들의 접근권과 결정권은 제한되었다.

이러한 상황에서 약사, 여성단체 및 시민단체는 피임약 분류를 둘러싼 논의가 정확한 실태 파악에 기대지 못하고 예측과 추측 속에서 이루어지고 있는 현실에 답답함을 표하며 출산력이나 낙태실태 조사를 위한 것이 아닌 피임약 복용 실태 자체를 파악하기 위한 조사의 필요성을 제기했다. 하지만 이러한 주장은 쏟아지는 자료와 주장들에 대한 실제적 비판에 기반하지 못함으로써 그 힘을 잃었고, 먹는 피임약의 안전성을

에 피임약의 복용율을 발표하는 자료가 올라왔고, 이어 각종 언론에도 보도되었다. 하지만 피임 실태를 조사한 어떤 자료에서도 이와 같은 통계치는 발견할 수 없었고, 이에 자료의 원출처인 대한산부인과학회 측에 수차례 문의를 했으나 대한산부인과학회는 자료 확인이 불가능하다는 응답만을 하며 어떤 근거도 제시하지 못하고 있다.

논의할 수 있는 자료구축을 위한 실제적이고 구체적인 요구로 나아가지 못하고 당위적인 주장에 그쳤다. 이에 따라 피임약 보급 및 이용에 관한 실태조사의 책임은 별다른 감시 없이 보건당국에 맡겨졌다.

2. 피임주체로서 남성의 비가시화와 성문란의 주체로서 여성

앞서 언급했듯이 의사들은 사전(경구)피임약을 이용한 피임을 권장했으며, 이처럼 의사들이 피임법의 효과 및 의미에 관한 논의를 독점한 가운데 콘돔은 사용 시 실수 등으로 사전(경구)피임약에 비해 피임 성공률(85~92%)이 낮을 뿐 아니라 남성의 태도에 그 성공이 달려있는 남성의존적인 피임 방법으로, 사전(경구)피임약은 성관계에서 여성의 자율성과 주체성을 향상시켜 주는 여성중심적인 피임법으로 의미화되었다. 따라서 콘돔 사용법을 교육할 필요보다 여성들이 사전(경구)피임약을 사용하도록 교육하고 홍보할 필요가 우선적으로 제기되었고, 그 결과 여성만이 피임의 책임자가 되고, 피임의 주체이자 책임자로서 남성은 비가시화되었다. 이때 복용행태에 따라 사전(경구)피임약의 성공률을 역시 낮아질 수 있다는 사실, 콘돔 사용이 피임약 복용보다 간편하다는 사실은 은폐되었고, 매일 규칙적으로 약을 복용해야 하는 여성의 번거로움은 자신의 몸을 지키기 위해 당연한 것으로 여겨졌다.¹⁴⁾

하지만 한 사회의 남녀 관계에 따라 사전(경구)피임약은 원치 않은 임신이라는 여성들의 성적 취약성 및 피임에서의 남성 의존을 제거하는 방법이 될 수도(Cohen, 1989: 180), 피임의 부담을 여성이

14) 대한산부인과약사회는 자신들이 무료상담을 하고 있는 네이버 지식IN과 직접 운영하는 ‘피임·생리이야기’(http://www.wisewoman.co.kr/piim3650) 등을 통해 2009년 1월부터 2010년 9월까지 접수된 피임과 생리에 관한 15,013개의 질문을 분석한 결과, 경구피임약 관련 질문과 응급피임약 관련 질문이 각각 46.31%와 16.81%로 1, 2위를 차지했다고 밝혔다(대한산부인과약사회, 2011. 7. 1). 그 중에서도 특히 복용법이나 복용 후 증상들에 관한 질문이 50%이상으로, 약을 평소와는 다른 시간에 복용해도 되는지, 술 등과 함께 복용해도 되는지, 피임약 복용을 하루 이상 잊어버렸을 때 어떻게 대처해야 하는지와 같은 복용 방법에 관한 질문들이 여기에 해당된다.

부담함으로써 남성의 책임은 사면되고 기존 남녀관계가 고착되는 방법이 될 수도 있다. 따라서 피임법의 의미는 사회적으로 끊임없이 재해석되어야 한다. 하지만 사전(경구)피임약이 여성의 성적 주체성을 보장하기 위한 가장 좋은 방법이라는 주장 속에서 피임의 책임은 일차적으로 여성에게 부과되었고, 젊은 여성들이 가장 많이 사용하는 피임법인 콘돔은 남성의존적 피임법으로 가치절하되었다. 이는 최근 20~30대 여성들에게 콘돔 사용이 남성의 피임 책임 수용 및 실천으로 이해되는 현실¹⁵⁾을 포착하지 못한다.

이처럼 피임 방법을 둘러싼 사회적 의미화 과정이 생략됨에 따라 피임의 책임과 피임을 제대로 하지 못한 데에 대한 비난은 여성에게 집중되었고, 여성들은 자신의 몸에 대한 결정권을 가질 자격이 없는 존재가 되었다. 피임에 실패했거나 피임을 하지 못했을 때 사용하는 사후(응급)피임약은 사용 그 자체가 아니라 오남용이, 그리고 여성의 성생활이 아닌 오남용으로 인해 발생할 수 있는 건강의 저해가 문제로 제기되어야 함에도 미혼 여성과 청소년들은 사후(응급)피임약의 오남용과 성문란의 주범이 되었다. 성문란이 우려된다는 우려의 목소리와 함께 여성의 성(性), 특히 미혼 여성과 청소년의 성은 향유가 아닌 통제 대상이 되었고, 이는 그렇지 않아도 산부인과 방문에 심리적 어려움을 겪는 미혼 여성 및 청소년들¹⁶⁾의

15) 「『피임약 사재기』해야 하나…멘붕 언니들의 수다」(프레시안, 2012. 8. 3), 「모두 하고 있습니다…피임」(한겨레21, 921호).

16) 혼인관계 내에 있지 않은 여성의 성관계와 성생활을 부정적으로 바라보는 사회적 분위기 속에서 미혼여성과 청소년들에게 산부인과는 방문하기에 편안한 곳이 아니다. 한국여성민우회는 2012년 10월 산부인과 이용실태조사 결과를 담은 『혹시, 산부인과 가봤어?』라는 소책자를 발간했다. 이에 따르면 여성들이 느끼는 산부인과와의 거리감은 사회경제적 위치나 성경험 여부보다는 결혼 여부와 관련된다. 피임상담 및 사후(응급)피임약의 처방을 위해 방문한 산부인과에서 진료문화 때문에 불편함을 겪은 미혼여성들의 사례는 여성 중심의 온라인 커뮤니티와 언론에서도 어렵지 않게 발견할 수 있다. 「머리부터 발끝까지 훑는 시선들… “내가 무슨 큰 죄라도 지은 건지”」(해럴드경제, 2012. 9. 7), 「피임약 논란 뒤에서 웃는 자는 누구?」(시사인Live, 2012. 6. 26)

건강권과 결정권을 이중, 삼중으로 제한할 수밖에 없다.

여성들이 비난에 직면하지 않고 주체적이고 자율적으로 피임 방법을 선택, 사용하기 위해서는 무엇보다 자유로운 성 생활을 향유하는 주체로 인정되어야 한다. 하지만 피임약 분류를 둘러싼 논쟁이 재생산과 관련되지 않은 성관계를, 자신의 의지에 따라 성적 쾌락을 즐기는 여성의 모습을 제기할 가능성을 열어주었음에도, 남녀관계와 성의식의 변화가 피임법의 선택 및 실천과 맺는 관계, 성적 자유가 여성의 주체성 형성에 미치는 영향 등 여성의 성적 자유와 자율성의 구체적 의미들이 담론적으로 뒷받침되지 못함으로써 그 가능성은 실현될 수 없었다. 성적 존재로서 여성이 구체적으로 형상화되지 못하고 그 의미가 허공에 떠있게 된 것이다.

3. 의료체계의 변화를 추동하지 못한 피임의 제도화

여성들이 피임법의 선택 및 실천에서 자율적인 주체로 행위하고 건강한 삶을 누릴 수 있기 위해서는 사회적 조건 뿐 아니라 이를 뒷받침해 줄 수 있는 제도적 조건의 변화 역시 필요하다. 가족계획사업 시기처럼 국가의 필요와 목적에 의해 여성의 피임 실천이 전적으로 통제되는 가운데 피임에 대한 여성들의 선택권과 자율성이 사라지고 여성의 건강이 간과되는 것은 문제다. 하지만 건강권과 결정권이 여성들의 기본권으로 인정되는 동시에 이를 보장하기 위한 의료체계 등과 같은 사회제도적 변화가 수반되지 못한다면, 여성들은 의약품 및 의료시설 이용의 자유를 소비자로서 누리게 될 뿐이다. 그리고 이처럼 여성들의 사적 자율성만이 인정되면 여성들의 제한된 건강권과 결정권은 쉽게 도덕적 비난의 대상으로 전락할 수 있고, 저출산 제고를 위해 영구피임기술과 단기적 피임기술이 각각 2004년과 2009년 건강보험 급여대상에서 제외된 것처럼 여성의 권리가 인구정책에 종속될 수도 있다.

하지만 2012년 여름 치열하게 펼쳐졌던 피임약 분류 정책을 둘러

싼 논의에서, 여성들의 건강권과 결정권을 제도적으로 지탱해 줄 수 있는 의료체계의 변화에 관한 구체적이고 실제적 논의는 상대적으로 미흡했다. 이에 관한 논의가 아예 없었던 것은 아니다. 시민단체들은 사전(경구)피임약이 전문의약품으로 전환될 경우 저소득층 여성들의 의료접근권 보장을 위해 피임약에 대한 건강보험 적용과 같은 사회적 지원, 혹은 불편함과 경제적 부담을 경감시킬 수 있는 처방전 리필제 등이 검토되어야 한다고 주장했다. 또한 의사 단체들은 피임약의 접근성을 높이기 위해 사후(응급)피임약을 의약품 예외 약품으로 지정할 것을 제안하기도 했으며, 산부인과 전문의와의 피임 상담을 정착시키기 위해 피임 상담에 건강 보험을 적용할 것을 정부에 요청하기도 했다. 하지만 피임약 분류 자체에 논의가 집중되면서 먹는 피임약을 비롯해 피임 기구, 피임 상담 등에의 건강보험 적용은 제대로 공론화되지 못했다.

여성의 건강권과 결정권이 의약품에 대한 편의성 증대로 협소하게 이해된 것 역시 이에 영향을 미쳤다. 의사와 약사 단체들은 각기 피임 상담에 있어 사생활이 더 잘 보장될 수 있는 장소는 폐쇄된 상담공간이 있는 병원과 환자와 친밀한 공간인 약국이라고 주장하면서 피임약의 상담 및 처방에 있어 여성의 사생활 보장을 강조했고, 이는 시민단체와 여성단체의 주장을 피임약 구입에 있어 편의성 증대로 받아들이도록 했다. 물론 성(性)과 관련한 문제가 사생활의 영역으로서 보장되어야 하는 것은 사실이나, 이 사실만이 강조될 때 피임 상담 및 구입에의 건강보험 적용은 여성의 건강권과 결정권을 보장하기 위한 사회적 권리라기 보다 개별 여성이 쉽게 의료서비스를 이용할 수 있게 하는 개인적 권리에 머물게 된다. 이는 의사와 약사들만의 시각은 아닌데, 여성 중심 온라인 커뮤니티와 SNS에서는 피임약을 처방받기 위해 의사를 대면하고 자신의 성생활을 상담하는 자체를 사생활의 침해로 인식해 불쾌함을 토로하는 여성들의 반응을 쉽게 확인할 수 있었다.

이 가운데 피임은 여성들의 건강권과 결정권을 적극적으로 인지하고 이를 위한 의료체계의 변화를 이끌어내는 것이 필요한 공적 문제로 제도화되지 못했다. 여성들이 자신의 건강을 위해 전문적인 의학지식을 모두 알아야 하는 것이 아니라면, 여성들의 욕구에 맞게 의료서비스를 사용할 수 있는 사회제도적 조건이 갖추어져야 한다. 하지만 피임 상담 및 피임약 처방에의 건강보험 적용과 같이 여성의 결정권과 건강권을 국가나 의료전문가로부터 방해받지 않을 배타적 권리로 인식하지 않는 동시에 여성들의 산부인과 이용을 제고할 수 있는 논의는 부족했다. 또한 사후(응급)피임약에의 접근성 증대가 ‘원치 않은 임신과 낙태를 막을 수 있는가’가 중요한 정책 결정의 잣대로 등장하고 이에 관해 각계의 의견이 엇갈리는 속에서, 여성의 건강권과 결정권은 여성의 기본적 인권이 아닌 정책의 효용과 결과를 근거로 제한될 수 있는 것이 되었다.

V. 나가며: 피임 문제의 새로운 제도화를 위하여

지금까지 피임약 분류를 둘러싼 논쟁을 통해 피임 문제에 있어 여성의 기본권이 사회적으로 어떻게 인정받고, 의약품 정책을 통해 어떻게 제도화되었는지 살펴보았다. 이는 피임행위에 영향을 주는 여러 사회 요인들, 여성들의 피임약 선택 및 실천이 행해지는 사회 구조적 배치들로 시야를 확장하는 것이 필요하다는 인식 속에서, 그 같은 사회적 배치의 일부분인 먹는 피임약 분류를 둘러싼 담론의 지형을 드러내고 그 의미 및 한계를 평가함으로써 피임 문제를 젠더 정치와 연관짓고자 한 시도였다.

여성에게 필요한 것은 피임에 실패해 원치 않는 임신이 우려될 경우 쉽고 편하게 피임약에 접근하면서도, 여성의 결정권을 침해하지 않는 의료전문가의 조언을 통해 안전하게 피임약을 복용할 수 있는 의료체계다. 이를 위해 피임의 책임을 여성에 떠넘기지 않는

성 문화와 여성들이 산부인과를 쉽게 방문할 수 있는 사회문화적 분위기, 피임 경험을 통해 여성들이 자신을 자유로운 성적 주체로 상상할 수 있는 정치적 공간 역시 필요하다. 이처럼 피임을 ‘공적’ 문제로 만든다는 것은 단순히 그것을 국가적이고 사법적인 행위에 속하게 하는 것이 아니라, 피임에 대한 여성의 권리를 가로막는 삶의 양식들과 가치들에 의문을 던지고 그것들의 사회적으로 구성된 성격을 드러내는 것이어야 한다. 하지만 피임약 분류 정책을 둘러싼 논의 후에도 피임은 여전히 여성의 책임으로 여겨지고 있으며, 그 책임을 행할 수 있는 여성의 권한과 조건 및 이에 관한 인식은 부족한 상태이다. 이는 여성 건강을 논의하기 위한 기초적이고 실제적인 자료의 부족 속에서 여성이 성적 존재로 형상화되지 못했을 뿐만 아니라 여성의 건강권과 결정권이 집단적 권리 주장이 아닌 개인의 선택 문제로 축소되었기 때문으로, 이러한 측면에서 피임 문제가 사회제도적으로 사사화(私事化) 되었다고 볼 수 있다.

현행 분류를 유지하겠다는 식약청의 결정 이후 약 1년이 지났음에도 여전히 피임 현실은 사후(응급)피임약의 증가하고 있는 사용량 문제로 제기되며, 먹는 피임약 및 피임 전반의 문제들과 여성 건강 간의 관계에 관한 논의를 풍성하게 할 수 있는 논의는 제기되지 않고 있다. 또한 피임약의 접근성을 제고하기 위한 조치들이 잘 이행되고 있는지도 의문인데, 보건복지부와 식약청은 처방전을 소지한 여성에게 보건소를 통해 사전(경구)피임약을 무료로 지원하겠다는 계획을 제대로 홍보하지 않고 있을 뿐만 아니라 이를 위해 필요한 예산의 확보방안 역시 구체적으로 내놓지 못하고 있다. 그리고 이들의 약속과 달리 야간이나 휴일에 응급실에서 사후(응급)피임약을 구입하기 어렵다는 지적 역시 나오고 있다.

피임은 여성들이 재생산으로부터 자유로운, 재생산기능을 담지한 몸으로 국한되지 않는 새로운 정체성을 만들 수 있는 기회이자 누구를 성적 존재로 승인할 것인지, 여성들의 자신의 몸에 대한 결정

권을 어떻게 확보해야 할 것인지 등 여성의 섹슈얼리티 통제를 둘러싼 문제이기도 하다. 하지만 가족계획사업의 종료 후 그간 한국에서는 피임에 관한 연구가 많지 않았으며, 여성의 성적 자기결정권, 몸에 대한 통제권, 남녀 관계의 변화, 성적 존재로서 여성의 허용과 피임 간의 관계를 살펴본 연구도 거의 없었다. 이 글 역시 피임약 분류 정책을 둘러싼 각계의 논의를 통해 피임 문제가 어떻게 제도화되는지를 살펴보았을 뿐, 실제 여성들의 피임 실천에서 그 같은 의미가 어떻게 구성되는지는 살펴보지 못했다. 따라서 여성들의 피임실천을 둘러싼 사회적 의미와 그 배치는 여전히 남아 있는 연구 과제라 할 것이다.

참고문헌

- 구성렬(1991), 『1991년도 가족보건사업평가대회 보고서』, 한국보건사회연구원.
- 김동식(2012), “응급피임약의 일반의약품 전환”, 『젠더리뷰』, 제25호, 53-62쪽.
- 김은실(1991), “발전 논리와 여성의 출산력”, 『또하나의문화』, 제8호, 149-158쪽.
- 맥래런, 앵거스(1998), 『피임의 역사』, 정기도(역), 서울: 책세상(McLaren, Angus. *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*, Oxford, UK: B. Blackwell, 1990).
- 박금자(2002), “한국여성의 피임실태 및 최신피임법”, 『교육강연』, 163-177쪽.
- 박숙자(2001), “여성의 낙태 선택권과 입법과제 연구”, 『한국여성학』, 제17권 2호, 69-98쪽.
- 배은경(2012), 『현대 한국의 인간 재생산: 여성, 모성, 가족계획사업』, 서울: 시간여행.
- 송다영(2001), “여성 건강 문제와 여성 복지”, 『페미니즘 연구』, 제1호, 149-180쪽.
- 신상숙(2001), “성폭력의 의미구성과 ‘성적자기결정권’의 딜레마”, 『여성과 사회』, 제13호, 6-43쪽.
- 양현아(편)(2005), 『낙태죄에서 재생산권으로』, 서울: 사람생각.
- 오승이(2007), 『법여성주의를 통해서 본 낙태죄의 비판적 고찰』, 서울대학교 대학원 법학과 석사학위논문.
- 오조영란(1999), “페미니즘으로 본 의료와 여성 건강”, 오조영란·홍성욱(편), 『남성의 과학을 넘어서: 페미니즘의 시각으로 본 과학·기술·의료』, 서울: 창작과 비평사.
- 이미경(1988), “한국 농촌여성의 피임 결정요인에 관한 사례 연구”, 이화여자 대학원 여성학과 석사학위논문.
- 이인영(2012), “피임약 재분류안에 대한 법리적 분석: 사전 피임약의 전문약 전환을 중심으로”, 국회의원 남윤인순·여성의 결정권과 건강권을 위한 피임약 정책 촉구 긴급행동 주최 토론회 자료집 『피임약 재분류, 왜 ‘여성’이 결정의 주체여야 하는가』 발표문(2012. 7. 4).
- 이임순(2008), “청소년기의 피임에 관한 교육방법”, 『한국모자보건학회 제24회 추계학술대회 연제집』, 91-113쪽.

- 이임순(2009), “가임여성에서 차기임신을 위한 바람직한 피임법”, 『한국모자보건학회 제26회 추계학술대회 연제집』, 141-157쪽.
- 이화영(2012), “사전피임약 VS 사후피임약, 임신도 피하고 건강도 지키려면”, 『과학동아』, 제319호, 52-55쪽.
- 조은·조주현·김은실(2002), 『성 해방과 성 정치』, 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 페데리치, 실비아(2011), 『캘리번과 마녀 : 여성, 신체 그리고 시초축적』, 황성원·김민철(역), 서울: 갈무리(Federici, Silvia, *Caliban and the Witch : Women, the Body, and Primitive Accumulation*, New York: Autonomedia, 2004).
- 황정미(2005), “‘저출산’과 한국 모성의 젠더정치”, 『한국여성학』, 제21권 3호, 99-130쪽.
- Cohen, Macia(1989), *The Sisterhood*, New York: Fawcett Columbia.
- Cornell, Drucilla(1995), *The Imaginary Domain: Abortion, Pornography & Sexual Harassment*, New York: Routledge
- Ehrenreich, Babara., Elizabeth Hess, Gloria Jacobs(1986). *Re-making Love: The Feminization of Sex*, Doubleday: Anchor Books.
- Menon, Nivedita(2004), *Recovering Subversion : Feminist Politics Beyond the Law*, Chicago: Permanent Black.
- Morgen, Sandra(2002), *Into Our Own Hands: the Women's Health Movement in the United State, 1969-1990*, New Jersey: Rutgers University Press
- Petchesky, Rosalind P.(1984), *Abortion and Woman's Choice: The state, Sexuality, and Reproductive Freedom*, Boston: Northeastern University Press.
- Petchesky, Rosalind P.(1988), *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*, London and Newyork: Zedbooks.
- Scrimshaw, S. C(1981), "Women and the Pill: From Panacea to Catalyst", *Family Planning Perspectives*, 13(6), pp.254-262.

보도자료, 성명서

경제정의실천시민연합(2012. 6. 15), “사전피임약의 전문약 전환에 반대한다”.

대한산부인과 의사사회(2011. 7. 1), “응급피임약 포함 모든 경구 피임약은 전문 의약품이어야”.

대한산부인과 의사사회(2012. 5. 31), “응급피임약의 일반의약품 전환을 반대한다”.

대한산부인과 학회·대한산부인과 의사사회(2012. 6. 7), “응급피임약의 일반의약품 전환을 반대한다”.

대한약사회(2012. 6. 14), “사전 피임약 및 사후 피임약의 일반의약품 분류 타당성”.

대한의사협회(2009. 1. 7), “먹는 피임약, 여성건강 위협한다”.

식품의약품안전청(2012. 6. 7), “의약품 재분류(안) 및 향후계획 발표”.

식품의약품안전청(2012. 8. 29), “의약품 재분류 최종확정”.

여성의 임신·출산 결정권을 위한 네트워크(2012. 6. 15), “피임약 재분류 결정은 여성의 결정권과 의료접근권을 중심으로 고려되어야 한다”.

한국천주교 주교회의 생명운동본부(2012. 8. 1), “생명윤리위원회 생명운동본부 성명서: 응급(사후)피임약의 일반의약품 전환을 반대한다”.

(투고일: 2013.7.28, 심사일: 2013.8.31, 게재확정일: 2013.9.16)

Abstract

Conflicts about Classifying Oral Contraceptives and Its Discourse Structure

Kim, So-Ra

PhD candidate, Department of Sociology, Seoul National University

The purpose of this article is to look into the signification of women's right to health and right for self-determinations, by focusing on Food and Drug Administration's <Drug reclassification and the future plan> and the conflict it caused. And also look into how contraception treated in social, institutional aspects. <Drug reclassification> reclassified oral contraceptives as ETC(Ethical-The-Counter), emergency contraceptive pills as OTC(Over-The-Counter), and this announcement caused acute controversy between doctors, pharmacists, religious, civic organizations, and women's organizations. But in the conflicts between doctors' monopoly on the medical knowledge and needs for increase the women's convenience to use medicines, this discussion limited to the safety of contraceptive pills and some problems exposed. Rational debate was impossible in the lack of actual data about contraception, men as subject of contraception was disappear, and women was not represented as sexual being. Also, an activity for social conditions' change to guarantee women's rights to health and rights for self-determination wasn't appeared.

Keywords

oral contraceptives, emergency contraceptives pills, policy of contraceptive classification, rights to health, rights for self-determinations, institutionalization of sexuality