

발간 번호

2010-05-02

2010년도
이슈페이퍼

낙태 논쟁의 내용과 의미

윤 정 원

(연구공동체 건강과대안
상임연구원)



연구공동체 건강과 대안

낙태 논쟁의 내용과 의미

윤정원(연구공동체 건강과대안 상임연구원)

여성은 한 번도 낙태를 선택한 적이 없었다.

프로라이프 의사회가 포문을 열었다. 한 번도 수면 위로 올라오지 않았던 낙태¹⁾ 이야기가 점심시간 식당에서, 지하철에서 들린다. 연일 토론회와 공청회가 열리고, 사람들은 저마다 한 번도 정립할 필요성이 없었던 이 사안에 대해 자신의 입장을 만들고 있다. 프로라이프 고발 이후 불법낙태를 하는 산부인과 의사를 제명시키겠다던 산부인과 의사사회가, 허둥지둥 “임신 출산 결정권은 여성에게 있다.”며 낙태고발 콜센터인 129를 반대한다고 말을 바꾸는걸 보면, 의사 사회 내부에서도 논의가 제대로 되지 않은 상황으로 보인다. 논쟁이 심화국면에 접어들만도 한데 아직도 대다수는 전면에 드러난 pro-life와 pro-choice 대결구도가 전부라고 생각하는 경향이다.

낙태논란의 궤적과 현 주소, 각계 입장

2008년 12월 1일

:산부인과 전문의 모임인 진오비[진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임] 출범

2009. 2월

전재희 장관, 신문인터뷰에서 “낙태율을 반으로만 줄여도 출산율 증가에 큰 도움이 된다”

2009년 10월 12일

:진오비의 불법 낙태 근절 운동 최초 보도 - 조선일보

2009년 10월 19일

:진오비 “불법 낙태 근절 대국민 성명서” 발표

2009년 10월 28일

:KBS추적 60분 “산부인과 의사들의 양심 선언, 우리를 고발합니다.” 윤영진 출연

2009년 11월 25일

:미래 기획 위원회의 ‘제 1차 저출산 대응 전략 회의’

저출산 대응 정책 중의 하나로 낙태줄이기 캠페인 채택

전재희 복지부 장관, 앞으로 낙태 단속 하겠다 입장 표명.

1) 낙태 : 형법 27장, 태아를 자연적인 분만기에 앞서 인위적으로 모체 밖으로 배출하거나 태아를 모체 내에서 살해하는 행위 / 인공임신중절 : 모자보건법 14조, 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기(28주)에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술. 각각의 법 제정의 배경은 뒤에 소개된다. 이 글에서는 낙태로 통일한다.

2009년 12월 25일

:낙태 근절 운동본부를 프로라이프 의사회 (www.prolife-dr.org) 로 개칭.

모토- "두려워 마십시오. 저희 의사들이 당신을 돕고 당신의 아기를 지킬 것입니다."

1월 1일부터 낙태 시술 병원 제보 받기 시작

2010년 2월 3일

프로라이프 의사회, 불법낙태 시술 병의원 3곳 검찰고발

2010년 2월 23일

대한산부인과 의사회, 인공임신중절시술 세 차례 적발시 회원자격 박탈 공지

2010년 3월 1일

보건복지부, 불법 낙태 예방 종합대책(7월부터 계획)

이중 129 콜센터에 대해 산부인과 의사회, 산부인과 의사 집단을 범죄 우려가 있는 집단으로 규정하고 감시 체계를 강화하겠다는 의도, 반대 입장 밝힘

2010년 3월 5일

여성계, '여성의 임신·출산 및 몸에 대한 결정권 선언'

2010년 3월 24일

프로라이프 의사회, 2010 태아 살리기 범국민 대회"

2010.4.12

한나라당 홍일표 의원, 사회경제적 사유에 대해 12주 내 낙태 허용(상담 포함)하자는 모자보건법 개정안 발의

2010.4.13

보건복지부, 대한 산부인과 학회 모자보건법 개정 공청회

사회적 적응증 사유 포함, 28주에서 24주로 단축

3월 17일 국회토론회, 3월 29일 국회보건의료포럼, 4.3 한국여성학회, 4.13 보건복지부 공청회 등에서 정리된 각계입장

-민주당 정세균, 전현희 : 여론수렴 후 모자보건법 개정 필요, 불법낙태 문제 해결

- 대한의사협회 : 2001 윤리지침에서 '의학적, 사회적으로 적절하고 합당한 경우라도 인공임신중절수술을 시행하는 데 신중하여야 하며' 라고 표현, 현재까지 입장 표명 안 하고 있음.

-대한산부인과 학회 : 낙태 원칙적으로 반대, 임신 24주까지 태아 기형의 경우 허용

4.14공청회에서 태아측 사유에 의한 인공임신중절 허용안 제시. 모자보건법에 '인공임신중절 특별위원회'나 '인공임신중절 적합성 판정위원회'를 설치하여 수술의 타당성 허가

하는 방식 제안함.

- 산부인과 의사회 : 12주 이내 본인 동의 하에 허용, 24주 이내는 유전학적 질환, 강간, 준강간, 친족간 임신, 임신 지속시 모체 위험 경우에만 허용하는 방안으로 모자보건법 개정

회원대상 설문조사상 94.6%가 기형아 낙태허용 찬성, 사회경제적 사유를 포함 허용 90.6%

- 여성단체연합 : 기간해결방식 및 적응사유해결방식 도입, 12~14주 이내는 허용, 24주까지는 현재의 모자보건법 상 사유와 사회경제적 사유 포함, 10대 임신 경우 6개월까지 허용하는 호주나 노르웨이 방식 허용, 배우자 동의조항 삭제

-복지부 가족건강과 : 현재 모자보건법 기간별 및 사유 별 낙태수술 허용 인정, 단기간에 재개정 무리, 건강보험 지원으로 상담제도 운영, 상담내용에 따라 급여여부 논의 중

- 종교계 : 공식적으로 입장을 표명한 단체는 천주교 정의구현 사제단 밖에 없지만 한국기독교생명윤리협회, 구담사가 2010 태아살리기 범국민대회에 참여하는 등 개별적으로 논평이나 성명을 내는 입장임.

낙태죄 규율의 역사 : Pro-life vs Pro-choice?



원치 않는 임신은 어느 세기에나 있었고, 어느 시대의 기록에도 낙태술이 등장한다. 고대 로마의 초기법이나 동양 전통법에서는 태아를 모체의 일부분으로 보아 낙태를 처벌하지 않았다. 아리스토텔레스의 시대에 태아는 처음에는 식물로 취급되고 그 이후 동물을 거쳐 인간이 되는 것으로 파악되었다. 기원후 2세기경 후기 로마시대 시베루스 황제 때 낙태는 남자의 자녀에 대한 기대를 파괴하는 범죄로 처벌되었고, 중세 들어서는 기독교사상의 영향으로 태아의 생명을 침해하는 범죄로 처벌되기 이른다. 근세 형법 이후로 낙태죄

는 일반적으로 처벌되는데, 그 근거는 1. 낙태는 의학적으로 여성에게 위험한 것이며, 2. 빅토리아 시대의 산물로 불법적인 성적 행동을 억제하여야 하며, 3. 태아의 생명을 보호하는 것이 국가의 이익이며 의무이기 때문이다.

Pro-life와 pro-choice는 이런 맥락 속에서 낙태권을 획득하기 위한 서구의 운동사에서 나온

논쟁이다. 미국에서는 19세기 초 위험한 낙태관행과 출산을 의학의 범주 내로 편입시키기 위한 전문집단의 로비 등으로 낙태금지법이 제정되었다. 항생제와 의료기술의 발달로 낙태기술은 안전해지고 일반화되었지만 낙태에 대한 규제는 계속되었고 여기에 여성의 권리나 이해관계는 고려대상이 되지 못했다. 그러던 중 19세기 후반 들어 자유권에 기반한 법 개정들이 이루어지면서 의료인, 온건개혁가들의 주도로 특정 기간에 한해서 라던지, 생명이 위험한 경우, 의사의 판단 하에 건강이 위험한 경우 같은 조항을 붙여 부분적으로 합법화하는 움직임이 대두한다. 프랑스는 1920년 시민법에서 인공유산을 중죄에서 경범죄로 낮추어 판결하였으며 다른 유럽 국가들에서도 조건에 따라 법적으로 허용하는 경향을 보이고, 러시아는 1920년에 최초로 낙태를 합법화한다. 1970년대 들어 2기 페미니스트운동의 도래하며, 여성의 선택권이라는 페미니즘 방식으로 접근하며 상당 부분 자유화가 일어난다. 여기에는 68이후 확대된 자유권 개념도 일조한다. 미국에서는 ‘프라이버시권’에 기반하여 1972년 피임 합법화에 이어 1973년 Roe vs Wade 판결 이후 낙태가 합법화되기 이른다. 이 과정에서 태아의 생명권을 주장하는 기독교 윤리학자 및 보수공화당(Pro-life), 여성의 자유권과 신체에 대한 자기결정권을 주장하는 여성운동진영, 진보세력들(Pro-choice)의 구도가 형성되었고, 이는 아직까지 첨예하게 대립 중에 있다. 현재도 미국 대선 후보들에게 사형제도, 전쟁과 함께 진보/보수, 공화/민주 성향을 가름하는 주요 질문으로 낙태가 꼭 언급되는 것만 봐도 그렇다.

(* 1960년대, 의료인, 온건개혁가들의 주도, 의료적 방식 / 1970년대, 여성의 선택권이라는 페미니즘 방식 / 1980년대 태아생명권, 도덕적 방식 : Mazur, 2002)

재생산권으로서 낙태권

20세기 후반에 들어서며, 여성의 재생산권 개념이 대두하기 시작한다. 1979년 UN 34차 총회 ‘여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐에 관한 협약’ (CEDAW)에서 재생산-성적 건강과 권리를 여성의 인권으로 보장되어야 하는 가장 기본적인 권리로 선언하고 ‘인공임신중절을 하는 여성들을 처벌하는 법 조항이 제거되도록’ 권고한 것을 시작으로, 1994년 카이로 ICPD Plan of Action에서 생식권(reproductive right), 1995년 베이징 세계여성대회에서 재생산 건강(reproductive health) 개념이 발전해 나간다. 이는 보편적 인권 차원으로 성관계, 임신, 출산, 낙태를 개인이 자유롭고 책임 있게 결정할 수 있으며, 정보와 수단에의 접근권, 과정에 있어서의 건강과 안전을 보장받는 것을 골자로 한다. 이를 계기로 낙태 논의의 패러다임이 safe abortion 으로, 낙태가 합법화되어야 안전한 낙태가 가능하다는 건강권으로서 낙태권으로 옮겨가게 된다.

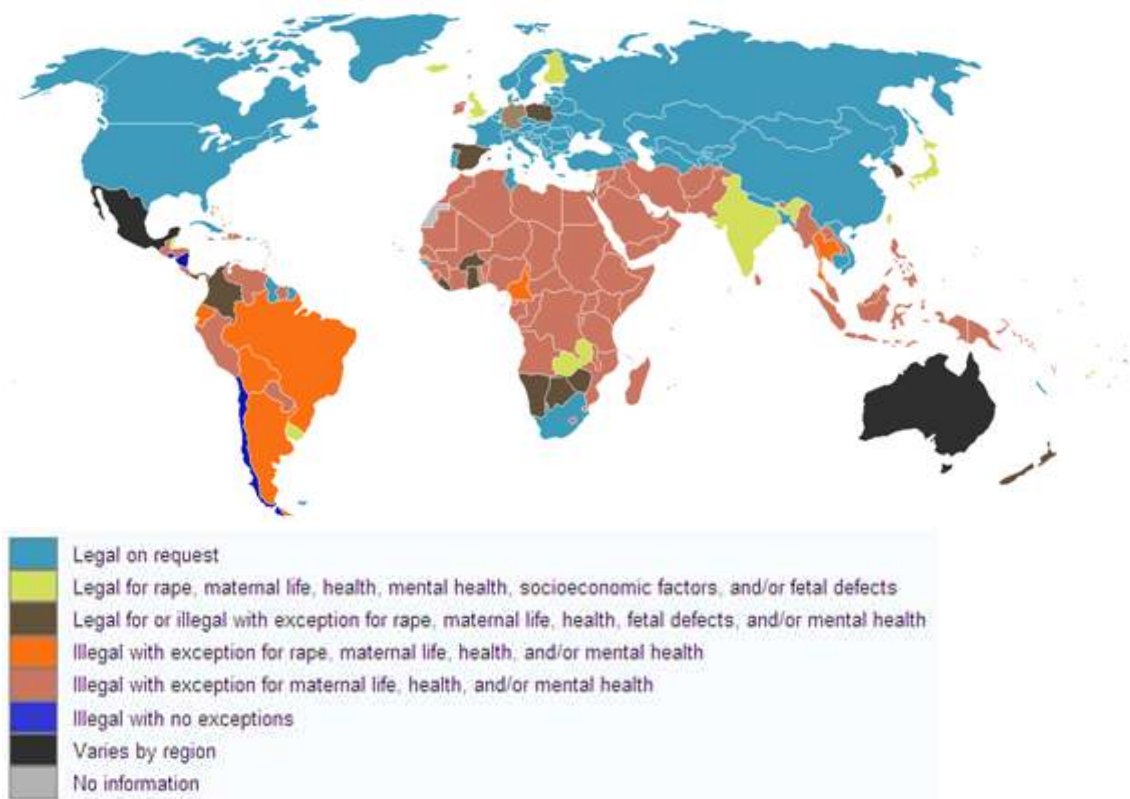


그림 3 세계의 낙태 지도

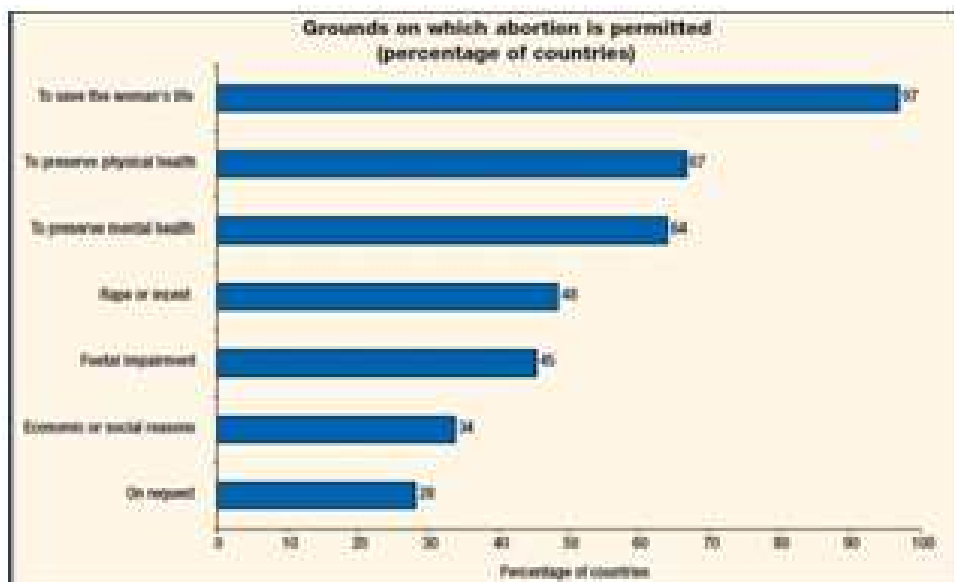


그림 4 낙태 허용 조건에 따른 국가 분류 백분율

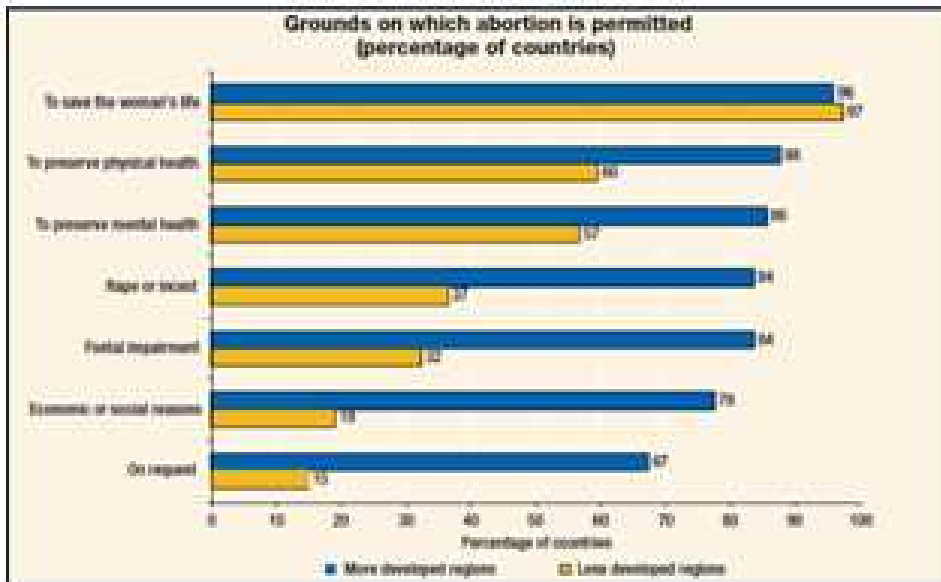


그림 5 선진국과 개발도상국의 낙태허용조건에 따른 국가 백분율 비교

일반적으로 세계 각국에서 낙태조건을 비교하는데 채택하는 기준은 (1) 임신부의 생명보호, (2) 임신부의 육체적 건강보호, (3) 임신부의 정신적 건강보호, (4) 강간 또는 근친상간, (5) 태아이상, (6) 경제적 또는 사회적 이유, (7) 본인 요청 이다. 2009년 197개국의 낙태법 수준을 정리하였다²⁾. 낙태를 원하는 것만으로 시술을 받을 수 있는 국가는 56개, 사회 경제적 요건까지 합치면 70개국(선진국의 67%, 후진국의 15%)에서 낙태가 합법적이다.

OECD 30개국 중에서 한국보다 낙태하기 어려운 나라는 멕시코, 아일랜드 두 곳 뿐이다.(멕시코시티에서 2007년 낙태가 합법화되면서 점차적으로 가능하므로 엄밀히 말하면 아일랜드 한 곳이다.) 흔히 낙태 반대론자들이 낙태가 쉬워지면 낙태율이 높아질 것이라고 말하지만, 공시적으로, 통시적으로 낙태의 합법화 정도와 낙태율은 상관관계가 없음이 밝혀져 있다³⁾. 전세계에서 낙태율이 가장 낮은 곳은 북서부 유럽인데(12/가임기여성 1000명당), 이곳은 낙태가 합법적으로 완전히 허용되는 지역이다. 역시 합법화된 북미는 21, 유럽은 28인 반면 대부분이 불법인 아프리카는 29이다.

통시적으로 봤을 때도 그러하다, 1995 베이징 대회 이후 10년간의 변화를 분석한 논문들이 2007년에 많이 나오게 되는데, 10년간 총 낙태건수가 한해 4600만에서 4200만으로 감소하였고, 낙태율이 35명에서 29명으로 감소하였다. 같은 기간 동안 17개국에서 낙태가 합법화되었고, 3개국에서만 규제가 더 강화되었다.

2) UN DESA(경제사회국) 2007년 자료, Center for reproductive rights survey 2009년 자료, 시사 IN 131호 [낙태 금지 그 착취의 트라이앵글] 2010.3.20 를 바탕으로 <http://contexts.org/socimages/>의 이미지를 편집함

3) [Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress], Guttmacher Institute, 2009.

표 2 OECD 주요 국가의 낙태 허용 범위, 낙태율, 모성사망률

구분	모체생명 신체건강	모체의 정신건강	강간, 근친상간	태아기형	사회경제 적 이유	본인요청	낙태율	모성 사망율
미국	○	○	○	○	○	○	20.8	17
캐나다	○	○	○	○	○	○	15.2	6
오스트리아	○	○	○	○	○	○	1.3	4
벨기에	○	○	○	○	○	○	7.5	10
체코	○	○	○	○	○	○	12.2	9
덴마크	○	○	○	○	○	○	14.3	5
프랑스	○	○	○	○	○	○	16.9	17
독일	○	○	○	○	○	○	7.8	8
그리스	○	○	○	○	○	○	5	9
헝가리	○	○	○	○	○	○	23.4	16
이탈리아	○	○	○	○	○	○	10.6	5
네덜란드	○	○	○	○	○	○	10.4	16
스위스	○	○	○	○	○	○	7.3	7
핀란드	○	○	○	○	○	-	11.1	6
노르웨이	○	○	○	○	○	○	15.2	16
스웨덴	○	○	○	○	○	○	20.2	2
영국	○	○	-	○	○	-	17.0	13
슬로바키아	○	○	○	○	○	○	11.7	3
터키	○	○	○	○	○	○	..	70
아이슬랜드	○	○	○	○	○	-	14.1	
룩셈부르크	○	○	○	○	○	-	..	28
호주	○	○	○	○	○	-	19.7	8
일본	○	○	○	-	○	-	12.3	10
스페인	○	○	○	○	-	-	8.3	4
포르투갈	○	○	○	○	○	○	0.2	5
폴란드	○	-	○	○	-	-	0	13
뉴질랜드	○	○	○	○	-	-	19.7	7
한국	○	-	○	-	-	-	..	20
멕시코	△	-	○	○	-	-	0.1	83
아일랜드	△	-	-	-	-	-	..	5

표 3 지역간 통시적 낙태율 비교

INCIDENCE AND RATES				
Global and regional estimates of induced abortion, 1995 and 2003				
Region and Subregion	No. of abortions (millions)		Abortion rate*	
	1995	2003	1995	2003
World	45.8	41.6	35	29
Developed countries	10.0	6.6	39	26
Excluding Eastern Europe	3.8	3.5	20	19
Developing countries†	35.5	35.0	34	29
Excluding China	24.9	26.4	33	30
Estimates by region				
Africa	5.0	5.6	33	29
Asia	26.8	25.9	33	29
Europe	7.7	4.3	48	28
Latin America	4.2	4.1	37	31
Northern America	1.5	1.5	22	21
Oceania	0.1	0.1	21	17

*Abortions per 1,000 women aged 15–44.
†Those within Africa, the Americas, excluding Canada and the United States of America, Asia, excluding Japan, and Oceania, excluding Australia and New Zealand

낙태가 합법화되어야 safe abortion이 가능하다.

반면, 합법적인 낙태와 안전한 낙태 사이에는 유효한 상관관계가 있다. 한해 2천만 건의 안전하지 못한 낙태가 이루어지고 이들의 대부분은 낙태가 불법인 개발도상국에서 이루어진다. 낙태 관련 합병증으로 매년 800만 명이 고통 받는데, 이들 중 500만 명만 치료를 받을 수 있고, 67,000명의 여성이 사망한다. 안전한 낙태만 가능하다면 전체 모성사망의 20~50%가 줄어든다.

모자보건 지표로 낙태를 설명할 때 가장 드라마틱한 예가 루마니아이다. 1989년 처형되기 전

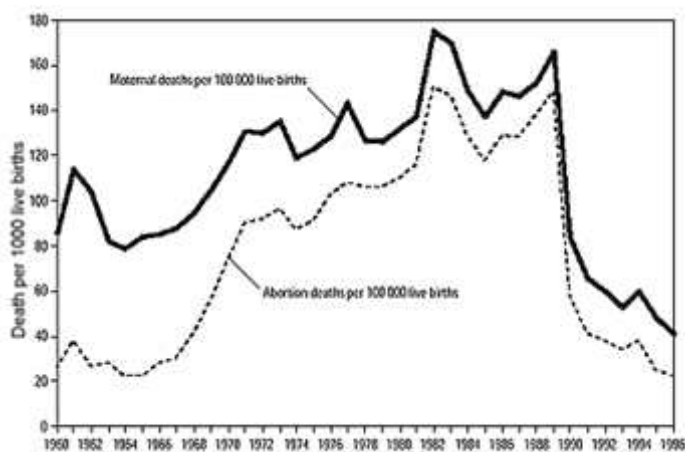


그림 6 루마니아의 영아사망율 변화

까지 24년간 독재자로 군림한 차우세스쿠 정권하에서, 1968년, ‘인력이 국력’이라는 기치 하에 이혼, 피임과 낙태가 법으로 금지된다. 낙태가 발각된 경우 산모와 수술한 의사까지 감옥에 가뒀다. 효과는 금방 나타났다. 출산율은 급격히 증가했고, 한 반의 학생 수는 28명에서 36명으로 늘어났다. 하지만 생활고를 견디다 못한 여성

들은 어쩔 수 없이 불법 낙태 시술소를 이용하였고, 많은 여성들이 비위생적인 공간에서 불법 시술자에게 수술을 받다가 목숨을 잃었다. 때문에 1989년 차우세스쿠 처형 후 가장 먼저 바뀐 것이 낙태 합법화였다. 1989년을 기점으로 절반 이하로 감소한 모성사망률(실선)과 1/4 이하로 감소한 낙태사망률(점선) 그래프는, 안전하지 않은 낙태의 유일한 답은 안전한 낙태 - 합법화된 낙태 라는 것을 극명히 보여준다. (차우세스쿠 하 루마니아에서 불법낙태로 고통받는 여성을 그린 영화 [4개월, 3주, 2일] 및 이런 인구 증가 사업으로 20만의 고아들이 거리 생활을 하는 것을 그린 다큐멘터리 [Children underground] 가 국내에도 소개되어 있다.) 미국에서는 낙태가 합법화되면서 1970~1976년 사이 5,000건의 낙태 당 사망률이 30에서 5로 줄었다. 1996 합법화된 남아공에서도, 낙태로 인한 감염이 반으로 줄었고, 1994년-2001년 사이 낙태 관련 사망이 91% 감소하였다.

한국 사회에서 낙태는 여성이 ‘선택’한 것이 아니었다.

우리나라에서는 전통적으로 중국의 법령에 따라 낙태를 처벌하지 않았다. 1905 일본의 근대법의 영향으로 형법대전이 만들어질 당시 낙태죄 항목이 등장하고, 해방 후 1953 형법에서 낙태죄가 명시됨으로써 성문화된다. 주목할 지점은 여기부터다. 1960년대 이후, 인구조절에 모든 노력을 기울이던 유신정부는 1973년, 사실상 불법이던 낙태를, 허용사유를 두어 합법화하는 모자보건법을 제정한다. 모자보건법은 표면적으로는 ‘모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모’ 하는 것을 목적으로 했지만, 실상은 가족계획사업 추진의 법적 근거를 위한 것이었다. 1974년에 생활보호대상자를 대상으로 인공임신중절 3,000건을 책정하여 이중 2,194건을 시행했다는 자료, 불임시술 일정 할당량을 채워야 했던 가족계획요원들이 농어촌에서 무료로 낙태시술을 해주는 대신 불임시술을 같이 할 것을 권유, 강요했다는 기록 등을 볼 때, 모자보건법의 목적이 무엇인지 명확해진다.

표 4 정부의 가족계획 사업목표량

	루프	정관수술	난관수술	월경조절술	콘돔	먹는 피임약
1974	380,000	37,000		3,000		250,000
1977	400,000	60,000	73,000	20,000	100,000	200,000
1978	240,980	36,922	193,398	60,797	110,901	130,500

※ 가족계획연구원, 가족계획사업 목표량제도 연구, 1978

국가의 낙태 허용 정책은 어떤 의미에서 성공적이어서 출산력 저하에 상당히 기여했다. 1960년에서 87년까지 합계 출산율은 6.3에서 1.6으로 감소했는데 낙태가 출산력 저하의 32.2%를 차지했다⁴⁾. 하지만 인구조절 차원에서 정당화되는 낙태는 여성의 재생산권에 있어서는 한계를 가질 수 밖에 없다. 실제로 모자보건법 제정과 개정 당시 법조계, 종교계에서 생명윤리,

4) [여성의 재생산권에서 본 낙태와 모자보건정책] 조영미, 2005

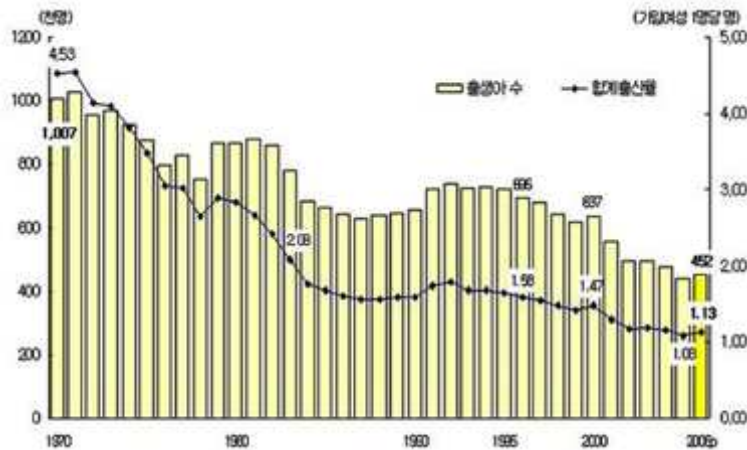


그림 7 우리나라의 출생아수 및 출산율 변화

여성들의 성적 문란 등을 들며 강하게 반발하였는데, 이런 논란에도 불구하고 통과할 수 있었던 것은, 경제적 차원에서 인구조절이 필요하다는 정부주도의 드라이브 있었기에 가능했던 것이다. 이런 상황에서, 여성의 낙태권은 부차적으로 주어진 제한적인 것일 수 밖에 없다. 2005년 기준으로 34만 건 낙

태 중의 58%가 기혼여성의 낙태로 그 이유가 주로 단산이나 터울조절이며, 42%인 미혼여성의 낙태의 93%가 혼전임신을 이유로 드는 현실⁵⁾을 보았을 때, 사회경제적 이유로 인한 낙태가 대다수임에도 이 조항이 모자보건법에 명시되지 않은 것, 아직도 형법에 낙태죄가 남아있어 처벌의 여지가 남아있는 것 등이, 여성의 재생산권에 대해 전혀 고려하지 않은 입법임을 보여준다. 이와 같이 모호한 허용규정, 서로 모순되는 법의 공존은 언제든지 사회적 상황 변화에 따라 여성의 낙태권을 규제할 수 있는 여지를 남겨두는 것이며, 바로 지금, 우리는 우려했던 그 로도스에 있다. “낙태를 허용해 출산율을 감소시켰으니, 이제 낙태를 금지해 출산율을 올려보자.”

5) [인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립] 보건복지부, 고려대학교, 2005



그림 8 정부의 산아제한 포스터들

국가에 의해, 가부장 이데올로기에 의해 통제되어온 여성의 재생산권

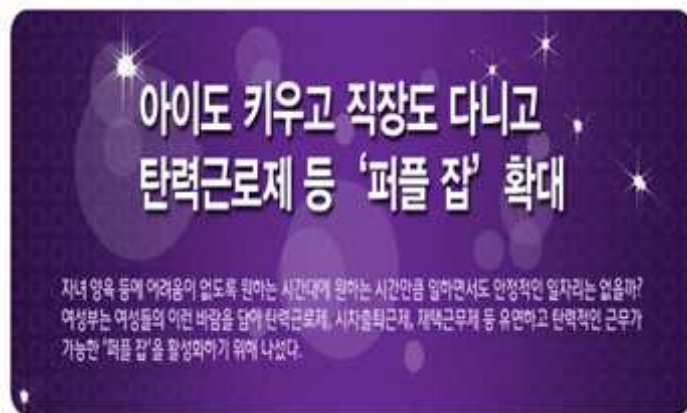
가족계획과 모자보건이라는 이름으로 여성의 재생산권이 국가에 의해 통제되어 온 한편, 미시적인 여성의 삶에도 가부장제라는 보이지 않는 손이 작용한다. 낙태에 있어 선택권이란 단지 낙태할 자유만을 의미하지 않는다. 연애, 성경험, 피임, 임신, 출산 등 여성의 몸과 관련된 경험들이 여성 자신이 주체일 때야 비로소 낙태의 선택권을 가졌다 말할 수 있다. 소위 연애 매뉴얼에서 성관계의 결정과, 동시에 수반되는 피임의 결정은 여성의 몫이 아니다. 성과 피임에 대해 얼마나 많은 지식을 갖고 있는지가 문제가 아니라(사실 절대적인 지식도 부족하다.) 누가 결정을 어떻게 내리는가에 따라 운명이 결정된다. 이렇게 연애 과정에서 체화된 남성중심적인 성역할, 피임하자고 말 할 수 없게 만드는 이중성규범 때문에 항상 갖게 되는 임신공포는 임신과 낙태에 있어서도 지속적으로 영향을 미친다. 원하지 않는 임신을 통제할 수 있는 다른 선택지의 부재와 낙태를 양산하는 구조 속에서, 여성은 강요된 결정을 하게 되지만, 낙태에 대한 사회적 통념 때문에 죄의식을 내면화하고 자신의 경험을 숨기는 이중의 고통을 겪게 되는 경우가 많다. 또한 비사회화된 임신으로 간주되기 때문에 가족이나 사회로부터 정서적 지지를 받을 수도 없다.

기혼여성의 경우에는, 모성을 전제로 하는 경우 임신공포나 출산결정에서 좀 더 자유로울 수 있지만, 성감별 낙태나 태울조절을 위한 낙태 등에서 볼 수 있듯이, 여성의 몸을 출산의 도구로 보는 가부장 이데올로기에서 벗어 날 수 없다. 가족주의, 가부장문화 내에서, 출산도 오롯이 여성의 것이었던 적은 없었다. 여기에 출산을 조절이라는 미명하에 방조된 국가정책, 낮은 출산 수가 때문에 산전 진찰과 낙태를 수입원으로 하게 된 산부인과 의사의 암묵적인 카르텔까지, 과연 출산과 낙태가 여성의 선택권이라고 할 수 있는가. 우리는 생명을 경시하

는 이기적인 선택권도, 건강을 해쳐가며 죄의식에 고통스러워하는 선택권도 아닌, 출산도 낙태도 여성이 선택할 수 있는 양성평등의 환경을 말해야 한다.

선택을 하려면 보기가 있어야 한다.

우리나라의 아동보육예산은 GDP의 0.1%로 OECD 가입 국가들 중 꼴찌이다. 국공립 보육시설은 4.8%에 불과하다. 프랑스의 경우 3~6살 아동의 88%가 공적 보육시설을 이용하고 있으며, 연간 GDP의 4.6%를 가족 관련 지출로 쓴다⁶⁾. 스웨덴은 최소 16개월의 유급육아휴가(부모 합산)와 중앙·지방 정부가 보장하는 ‘공적 보육시설’을 모든 아동에게 제공한다. 낙태 근절대책(박스기사 참조)의 한 줄을 차지하는 10대 미혼모에게 월 10만원을 주자는 정책이나 09.7월 보건복지부에서 미혼모 지원방안으로 미혼 청소년에게 40만원의 유전자 검사비용을 지원하는 방안 제안⁷⁾ 등의 저차원적 대안과는 비교조차 되지 않는다.



정부는 또, ‘일자리 창출 및 여성들의 경력단절 예방’ 방안으로 여성부를 앞세워 유연근무제 ‘퍼플 잡’ (purple job)을 도입하고, 공공부문부터 시작해 사회전반으로 확산시킬 계획이라고 밝혔다⁸⁾. 단시간 근로, 시차출퇴근제, 재택근무 등 여성을 위한 일자리를 만든다는 것이다. 하지만 여성고용이

저임금, 비정규직에 집중되어 있는 현실과 남녀차별적인 사내문화를 개선하지 않은 채 ‘여성전용일자리’를 창출한다는 것은 오히려 비정규직을 더 양산하고 고용격차를 악화시킬 뿐이다.

한국의 합계출산율은 1984년부터 2명 아래로 떨어졌다(부부가 두 명 이상을 낳아야 인구가 유지된다). 부랴부랴 80년대 후반부터 무료로 나눠주던 피임기구들과 시술을 금지했다. 합계출산율 1.05명을 기록해 바닥을 친 2005년부터 정부는 저출산 고령화 정책들을 내놓지만, 근본원인인 일과 육아의 이중부담, 양극화와 고용불안정 등을 묵과한 채 다자녀가구에 조세지원, 주택혜택을 주는 등의 미봉책으로는 이 출산파업을 막을 수 없을 것이다.

안전한 낙태를 받을 권리는 평등하지 않다.

6) [미국 좇다가 프랑스 따라 주춤주춤] 한겨레21 2010.03.12

7) 미혼모 위한다며 ‘아빠찾기’?...“정작 필요한 건 지원않고”경향 2009.7.23

8) 여성부의 ‘퍼플잡’, 무너진 보라?일다, 2010.1.26

Illegal Abortion



and DID NOT SAVE the BABY.

현재와 같은 방식으로 낙태를 단속하고 처벌하는 방식은, 그들의 생각대로 불법 낙태가 근절되거나 낙태율이 감소하는 것이 아니라, 음성적인, 위험한 낙태로 여성을 몰아가고 있다. 프로라이프의사회가 낙태 병원 세 곳을 형사고발 한 이후 낙태 병원을 신고한다는 소문에, 시술을 거부하는 병원이 늘어 낙태비용이 수십 배 증가하거나, 낙태가 합법인 중국이나 일본으로 원정낙태를 가는 사례들까지 생기고 있다⁹⁾. 하지만 이런 고액낙태나 원정낙태에 접근 가능한 계층은 한정되어 있다. 임신을 지속시킬 사회경제적 조건이 안 되는 여성들이 낙태시술을 받을 형편도 되지 않은 경우, 그 결과는 악몽이다. 불법시술을 해주는 숙련되지 않은 비의료인을 찾아가거나, 불결한 시술대에 오를 것이다. 인터넷을 뒤져 “감기약을 많이

드셔보세요, 며칠간 계속 술을 먹어보세요, 계단에서 구르십시오.” 같은 조언을 받아 적을 것이다. 실제로 미국에서 이뤄진 대규모 연구에 따르면, 교육 정도가 낮을수록, 흑인이나 히스패닉일수록, 수입이 낮을수록, 안전하지 못한 낙태시술을 받을 위험도가 컸다¹⁰⁾. 멕시코 연구의 경우, 5년 미만의 교육을 받은 원주민 여성의 경우 그렇지 않은 여성보다 안전하지 못한 시술을 받을 가능성이 9배나 높다고 한다¹¹⁾. 한국의 의료기술은 고도로 발전된 편이고, 전문 의료인에 의해 안전한 시술이 행해져 온 것은 사실이나, 작금과 같이 단속강화의 분위기에서 안전한 시술에의 접근권이 양극화되는 상황은 예견된 결과이다.

구호의 변화, Pro-choice 에서 safe, legal abortion 으로

1. 합법화

안전한 낙태시술에 영향을 주는 단일요건으로 가장 중요한 것이 법적인 상태이다. 무엇보다도 필요한 것은 현행 모자보건법을 현실에 맞게 개정하는 것이다. 기간조항과 적용사유 조항 양측 다 수정이 필요하다.

기간해결방식의 경우, 합법화되어있는 70개국에서는 1분기 낙태는 아무 규제 없이 할 수 있

9) [낙태해 줄 병원 어디 없나요?] 시사IN, 2010.3.20

10) Patterns in the Socioeconomic Characteristics of Women Obtaining Abortions in 2000-2001 By Rachel K. Jones, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2002.

11) Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico Angelica Sousa, Oxford University Press, 2009

다. 1분기 내 낙태의 경우 편도선 수술보다도 안전하다. 2분기까지 합법화한 나라들에서도 12주를 넘겨서 하게 되는 낙태율은 낮다(미국 11%, 영국 11%, 프랑스 6%). 오히려 2명 이상의 의사와의 상담의무조항이나 허가방식을 쓰는 나라들에서 시술시기가 지연되는 경향이 있다는 보고도 있다. 대한산부인과의사회에서 전회원대상으로 시행한 설문조사에서도 12주 이내가 31.4%로 가장 많았고, 그밖에 8주 이내 6.0%, 16주 이내 17.6%, 20주 이내 18.8%, 24주 이내 21.7% 등으로 나타났다¹²⁾. 12주 이내의 경우에는 완전 합법, 24주 이내에는 적용사유별 합법화 방안이 여러 공청회들을 거치며 산부인과의사회, 여성계에서 합의가 모아지고 있는 지점이다. 2005년 국내조사상에서도 12주 미만의 시술이 96% 인 것을 고려하면 합리적이라고 볼 수 있다.

적용사유해결방식의 경우에는, 미성년 또는 미혼, 강간, 경제적 어려움 등 사회경제적 사유를 도입할 것인지가 가장 논란이 되는 부분이다. 앞서도 보았지만 인공임신중절 시술이유의 53%가 사회경제적 이유인 상황에서 현실을 반영하지 못하는 법 조항에 대한 반드시 개선이 요구된다. (가족계획이라 답한 비율도 46%를 차지하므로 넓은 의미의 사회경제적 요인을 포괄하는, 열려있는 법 적용이 필요하다.) 태아 기형 등 태아측 사유, 미성년자에 대한 적용 등 현행법상에서 아예 배제되어 있는 측면에 대해서도 사회적 합의가 된 수준에서의 합법화가 필요하다.

2. 안전한 시술방법

WHO 발간자료와 산부인과학 매뉴얼에는 안전한 낙태시술방법에 대한 분명한 임상지침(clinical guideline)이 존재한다. 1분기 5주-12주에는 MVA(흡입술)가 가장 안전하고, ~9주, 14주~22주 사이에서는 Mifepristone을 이용한 약물요법도 안전하다. 2분기 이후에는 D&E(경부확장 후 흡입술)가 권고되어진다.

현재 mifepristone 이 도입된 국가는 2007년 기준 35개국이다. 20년간의 임상경험이 축적되어 안전성에 대한 자료들도 많이 발간된 상황이다. 합법화 움직임에 맞춰 안전한 시술방법에 대한 논의와 Mifepristone 도입에 대한 공론화까지 같이 나가야 한다.

12) 산부인과의사 94.6% "기형아 낙태 허용해야" 의협신문, 2010.04.13

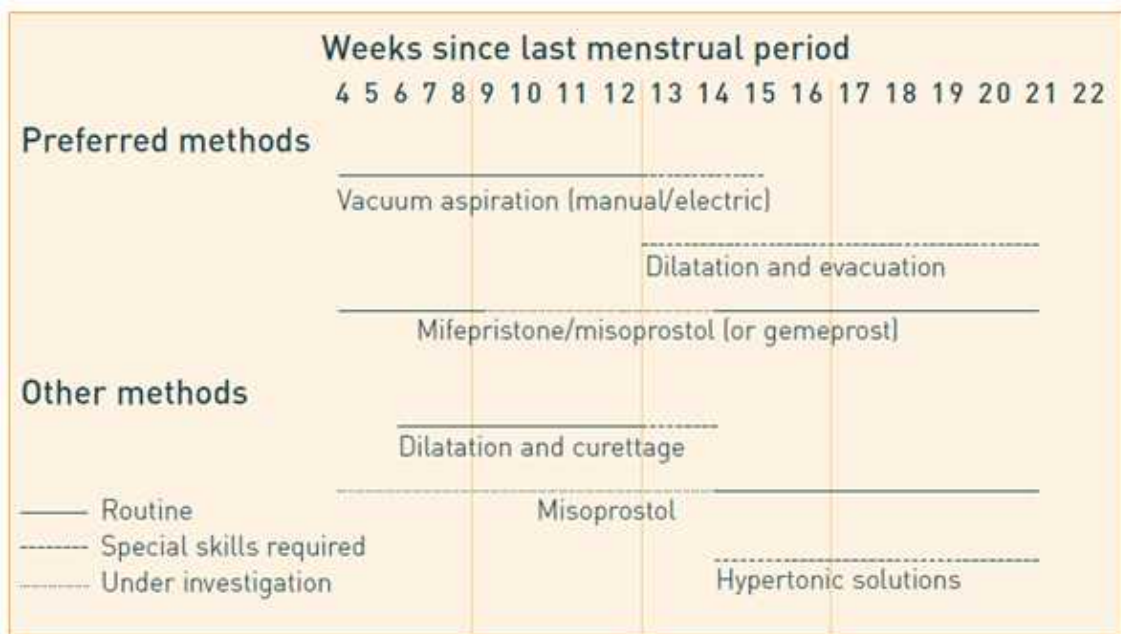


그림 11 임신 주기에 따른 안전한 낙태 시술 방법

3. 낙태 비용의 사회적 해결

낙태가 합법화되어 있는 나라들의 경우 공공의료체계에서 그 비용부담을 맡는 경우가 대부분이다. NHS 시스템인 영국, 덴마크, 독일, 루마니아에서는 무료이며, 핀란드는 병원입원비만 자가 부담한다. 프랑스는 공공의료보험에서 80%의 비용을 부담하고, 미성년과 저소득계층에서는 100% 부담한다. 스페인에서는 정부지원을 받는 사설 클리닉에서 시술된다.

미국의 경우에는 1976 Hyde 개정조항 이후 낙태에 대한 공공자금 지원이 금지되었다. 이번 오바마 대통령의 의료개혁에서도 이 조항은 여전히 유지되어 연방정부기금은 투입될 수 없다. (주정부나 민간보험을 통해서도 자금지원이 가능하다)

한국의 경우, 현재 모자보건법상 허용되는 낙태에 대해서는 다음과 같이 수가가 책정되어 있다. 임신 8주 이내 55,190원, 8주-12주 75,790원, 12주-16주 88,430원, 16주-20주 126,300원, 20주- 179,040원. 단속분위기가 형성되기 이전 시술금액이 평균 30만원 정도였던 점을 볼 때 합법화에 따른 경제적 유인동기 감소가 산부인과 의들의 가장 큰 걱정이 아닐까 싶다. (아니나 다를까 산부인과 의사사회에서 제시한 모자보건법 개정안에는 국민건강보험의 지원을 받지 못한다는 조항이 들어있다.) 건강보험 적용이 전제되지 않는 합법화는 시술 접근성에 있어서의 사회경제적 불평등을 해소할 수 없다. 수가 적정화와 함께 건강보험 적용까지 같이 이루어져야 한다.

자금 지원까지 해주면 낙태율이 더 높아질 것이라는 반론과 우려도 있을 수 있다. 2006년 메사추세츠주에서 주조기금을 지원하여 건강보험 가입을 보조했다. 2004년 86%이던 건강보험 가입율이 2008년 94%까지 증가하였고, 낙태 비용역시 건강보험에서 보조되었다. 같은 기간 낙태건수는 24,245건에서 23,883건으로 1.5% 감소하였다. 미국의 낙태율은 인구감소율과 함께 자연감소율을 보이고 있었는데, 건강보험 적용이 낙태율을 높이지 않았다는 결론이다¹³⁾.

4. 피임과 성교육

원하지 않는 임신은 언제나 있어왔다. 피임기구의 사용 거부나 준비되지 않은 섹스, 강간 이외에도 적절한 피임을 했음에도 자연적인 실패율(콘돔 10~12%, 피임약 3~7%)도 존재한다. 지난 10년간 우리나라 기혼여성의 피임 실천율이 54%에서 63%으로 증가함에 따라 의도하지 않은 임신이 69/1000에서 55/1000로 감소하였다. 따라서 피임률, 피임방법에 대한 접근성을 높이고, 성교육에서 효과적인 피임법을 교육하는 것이 중요하다. 더 안전하고 효과적인 피임법에 대한 연구도 필요하겠다.

응급피임약에 대한 공론화도 더 이루어져야 한다. 대부분의 여성들은 그들의 임신 가능성을 과소평가하여 응급피임을 하지 않는다. 응급피임약의 피임률도 확대평가 되어있다. 응급피임에 대한 더 많은 연구와 적절한 사용, 공론화가 필요하다,

외국의 합법화 사례들

1. 멕시코

전통적으로 라틴아메리카는 카톨릭 문화권의 영향으로 낙태에 대한 법이 엄격하게 적용되었다. 니카라과나 엘살바도르, 칠레의 경우 치료적 낙태까지 포함한 모든 경우의 낙태가 금지되어 있는데, 이는 통치 세력이 카톨릭 교회와 긴밀한 정치적 제휴를 맺고 있는 곳들이다. 멕시코의 경우 1910 멕시코 혁명 후 정교분리가 이루어져, 다른 나라보다는 진전된 낙태법, 생명이나 건강침해의 경우에 한해 합법화된 낙태법을 갖고 있었다. 하지만 불법 낙태의 후유증은 심각하여 70년대 여성사망원인의 5위, 한해 2-3천명이 사망하는 정도였다. 멕시코 낙태합법화 움직임은 1970년대 신페미니즘 운동과 함께 물꼬를 튼다. 신페미니즘 운동 진영은 68 혁명 이후 자유권에 대한 대중적 열망, 오랜 보수정당 통치에 대한 환멸, 가까운 쿠바에서 혁명의 성공사례 등을 동력으로, 1976, 1979년 두 차례 낙태 합법화 법안을 제출한다. 하지만 이것이 부결되면서, 운동 자체에의 거부감에 대한 우려, 지나치게 논쟁적이라 여성운동이 분열할 것이라는 우려 등으로, 가시적인 성과를 내지 못하고 소멸한다. 1980년대에 들어, ‘자발적 모성’ 권리로서의 낙태합법화 움직임이 다시 대두되는데, 이는 여성의 선택과 더불어 건강권, 생명권, 공중보건 같은 의제를 넓히면서 사회적 정의로 접근하는 방식으로 설득력을 얻어나간다. 이 와중에 1999년, 싸울리나 라는 13세 소녀가 성폭행 후 낙태시술을 받지 못하여 출산하게 되는 사건이 발생하는데, 이후 여론에 힘입어 2000년 성폭력에 의한 낙태가 합법화된다.

멕시코의 집권당은 보수적인 국민행동당인데 비해 수도인 멕시코시티는 전통적으로 진보적인 민주혁명당이 집권해왔다. 2000-2006년 멕시코시티 시장이었던 민주혁명당 Andrés Manuel López Obrador 가 부정개표 논란 끝에, 0.58% 차이로 국민행동당에게 근소한 차이로 패배하면서 대중적 분노가 결집하게 된다. 이어 멕시코시티의 시장으로 취임한 민주혁명당의 Marcelo Ebrard 가 낙태 합법화를 추진하고, 이에 대한 분명한 입장이 없었던 민주혁명당의

13) Abortion Rates and Universal Health Care Patrick Whelan, NEJM 2009.

원들까지 집권당에 반대하기 위한 수단으로 낙태합법화에 찬성하는 기대하지 않았던 효과에 힘입어 2007년, 멕시코시티 내에서 12주 이내 낙태를 완전 합법화하는 법안이 통과된다. 낙태시술은 공공의료기관에서 무상으로 시행되며, 출산과 낙태에 대한 상담과 피임기구도 무상 제공 된다. Pro-Vida(Pro-life의 멕시코표현) NGO에서 7만 명의 반대 서명이 포함된 탄원서를 제출하고, 여당이 대법원에 위헌신청을 하는 등 보수의 반공이 격렬하였으나 결국 2008년 8월 합법화되기에 이른다.



그림 12 소칼로 광장에 낙태시술을 받은 여성의 사진을 전시하는 낙태합법화 지지 시위와 pro-life의 반합법화 시위 모습

2. 스페인

스페인의 기존 낙태법(1985년 제정)은 건강이 위험한 경우에만 낙태가 합법이며, 형법상 징역형까지 구형할 수 있는, 낙태 조건이 가장 까다로운 나라 중의 하나였다. 하지만 연간 10만 건의 낙태가 이루어지는 등, 현실과 법의 괴리가 큰 상황이었다. 2004년 이라크파병에 따른 집권당(국민당)의 대선 참패 이후 정권을 잡은 노동자사회주의당의 사파테로 총리는 2005년 7월 동성결혼을 합법화한 데 이어 2010년 2월, 임신 14주 이내 제한 없는 낙태를 허용하는 법안을 통과시켰다. 이는 4개월 후 발효될 예정이며, NHS 시스템 내에서 안전한 시술이 제공되어 진다.

3. Women on waves

네덜란드의 여성 액티비스트 단체인 Women on waves(파도 위의 여성들)은 아일랜드, 폴란드, 포르투갈 등 낙태가 불법인 나라들을 찾아 다니며, 여성들을 싣고 공해상으로 나가



그림 13 파도 위의 여성들의 낙태 선박

Mifepristone 같은 응급 약물로 인공임신중절시술을 시행해준다. 이들의 선박은 임신중절 시술보다 여성의 건강과 낙태권에 대한 논란을 일으키는 것을 목적으로 하는데, 2004년 포르투갈에서는 군함 두 대가 본디엠포의 입항을 저지해 충돌을 빚었다. 이 사건을 계기로 포르투갈에서는 낙태 논쟁이 촉발됐다. 이는 이듬해 사회당의 선거 승리로 이어졌고, 사회당 정권은 07년 4월 국민투표를 통해 여성에게 낙태권을 부여했다¹⁴⁾.

출산 장려 정책도, 낙태 금지 정책도 퍼플 잡 ... 처음부터 끝까지 잘못되었다

“낙태 비디오가 아니라 월경주기 계산하는 법을 학교에서 배우고, 약국에서 약사와 눈을 마주치며 피임약 주세요 말할 수 있고, 반항하는 파트너의 성기에 내가 좋아하는 향의 콘돔을 끼울 수 있으며, 임신했다고 학교에서 퇴학당하지 않고, 결혼 여부와 관계없이 출산 지원이 될 때, 낙태와 출산이 다 건강보험 적용이 될 때, 무엇을 선택하든 소독된 진료대에서 경험 있는 의료진에 의해 적절한 시술을 받을 수 있을 때, 아이를 시어머니한테 맡길지 엄마한테 맡길지 고민하지 않고 직장을 다닐 수 있을 때, 내 아이가 엄마만 있는지 부모가 다 있는지에 따라 차별 받지 않을 때, 나는 출산을 ‘선택’ 할지 낙태를 ‘선택’ 할지 고민해 볼 것이다.”

14) [‘낙태선박’ 운영하는 네덜란드 의사 레베카 고펜르츠] 한겨레 신문 2007.11.16