성과재생산포럼
IL과 센터포럼

3차 포럼 ▸ '생명권 VS 선택권' 판 뒤집기

"3차 포럼은 '낙태'를 둘러싼 기존의 논의를 뒤집기 위해서
법, 성규범, 과학기술의 문제를 살피고,
생명, 건강, 장애에 대한 새로운 이야기를 만들고자 합니다."

일시 2016년 10월 25일 (화) 저녁 7시

장소 창비서교빌딩 지하 2층 50주년기념홀

주최 | 성과재생산포럼
지원 | 서울특별시
주관 | 장애여성공감 부설 장애여성독립생활센터 [숨]
문의 | 02-441-2313

〈목 차〉

낙태죄는 어떻게 작동하는가?_최현정----------3

낙태한/하는 여성에 대한 이중메세지: 진짜 문제는 무엇인가 _이유림----------13

삶이 삭제된 생명, '생명권 대 결정권' 논의의 허상을 넘어서기 위하여_나영----------17

우리는 언제 어떤 상황이건 건강을 추구할 권리가 있다_윤정원----------26

'보조생식기술시대'에 낙태논쟁_김선혜----------39

'장애를 가진 생명의 태어날 권리'? 누가 판단하는가?_황지성----------49

[보도자료] 진짜 문제는 '낙태죄'다! 인공임신중절 처벌 강화하는 의료법 개정 입법예고안 철회하고, 형법 상의 '낙태죄'를 폐지하라!----------53

낙태죄는 어떻게 작동하는가?

최현정(공익인권변호사모임 희망을만드는법)

1. 들어가며

보건복지부가 불법 인공임신중절 시술을 한 의사들에게 최대 12개월까지 자격정지처분을 할 수 있도록 명시한 「의료관계 행정처분 규칙」 개정령안을 입법예고하면서 촉발된 낙태[1]논쟁이 거세다. 2010년 프로라이프 의사회가 낙태시술 의사들을 고발하기 시작했을 때에도 여성들의 목소리가 터져 나왔지만, 지금만큼은 아니었던 것 같다.

4년 전인 2012년 헌법재판소는 낙태죄에 대하여 합헌 결정을 하였는데,[2] 여전히 '태아의 생명권 대 여성의 자기결정권'이 충돌하는 구도 안에 낙태죄를 위치시켰다. 여러 연구들이 지적하듯이, 위 프레임으로는 한국 여성의 낙태 경험을 설명할 수 없다.[3]

이 글에서는 우선 낙태죄 규정과 함께 이에 대한 법원의 해석, 그리고 현행 모자보건법 규정의 문제점을 살펴본다. 그 후 낙태죄가 적용된 법원의 판결 중 일부를 검토하였는데, 판결문에 드러난 사실관계와 이에 대한 법원의 판단을 살펴봄으로써 헌법재판소의 추상적 판단이나 통계수치로만 드러낼 수 없는 맥락을 짚어볼 수 있을 것이라고 생각했다. 기소되어 법원의 판단까지 받게 되는 사례를 살펴보아야 비로소 낙태죄가 정말로 '사문화'되었는지, 그렇지 않다면 현실 속에서 어떻게 작동하고 있는지 파악할 수 있을 것이다.

2. 낙태의 개념 및 관련 법 규정

가. 낙태와 인공임신중절

낙태란 태아를 자연분만기에 앞서서 인위적으로 모체 밖으로 배출하거나 모체 안에서 살해하는 행위이고, 낙태 결과 태아가 사망하였는지 여부는 본죄의 성립에 영향이 없다(대법원 2005. 4. 15. 선고 2003도2780 판결[4]).

---

1) '낙태'는 여성의 임신중지에 낙인을 찍는 용어이지만, 이 글에서는 형법상의 낙태죄의 문제점에 대하여 주로 이야기할 것이므로 '낙태'라는 용어를 그대로 사용한다.

2) 헌법재판소 2012. 8. 23.자 2010헌바402결정. 심판의 대상이 된 법률조항은 임부의 촉탁(부탁) 또는 승낙을 받아 낙태시술을 한 조산사 등을 처벌하는 형법 제270조 제1항이었으나, 이를 판단하는 과정에서 임부의 자기낙태죄 조항(형법 제269조 제1항) 역시 합헌이라고 보았다. 자기낙태죄 조항이 태아의 생명을 보호하고자 하는 것으로 그 입법 목적이 정당하고, 임부의 낙태를 형사 처벌하는 것은 위 목적을 달성하기 위한 적절한 수단이며, 불가피한 경우에는 모자보건법에 따라 낙태가 허용되므로 여성의 자기결정권 제한이 과도하지 않고, 자기낙태죄 조항으로 인하여 임부의 자기결정권이 제한되는 정도가 태아의 생명권 보호라는 공익에 비하여 결코 중하다고 볼 수 없다는 이유였다.

3) 양현아, "여성 낙태권의 필요성과 그 함의", 한국여성학, 제21권 1호, 2005; 양현아, "낙태에 관한 다초점 정책의 요청 : 생명권 대 자기결정권의 대립을 넘어", 한국여성학, 26(4), 2010; 백영경, "성적 시민권의 부재와 사회적 고통:한국의 낙태 논쟁에서 여성 경험의 재현과 전문성의 정치 문제", 아시아여성연구, 52(2), 2013; 이선순(2014), "낙태논쟁 속 법담론의 탈관계성 비판:낙태죄 헌법소원을 중심으로", 계명대학교 여성학연구소, 『젠더와문화』, 제7권 1호, 169-203면 등

한편 인공임신중절수술은 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다(모자보건법 제2조 제7호).

나. 형법과 모자보건법

형법

제27장 낙태의 죄

제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.

② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받어 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다.

③ 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

제270조(의사 등의 낙태, 부동의낙태) ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받어 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.

② 부녀의 촉탁 또는 승낙없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다

③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

④ 전 3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

모자보건법

제14조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간(準强姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우[5]

② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

4) 산부인과 의사인 피고인이 임신 28주 상태인 여성에 대하여 약물에 의한 유도분만의 방법으로 낙태시술을 하였으나, 태아가 살아서 미숙아 상태로 출생하자 그 미숙아에게 염화칼륨을 주입하여 사망하게 한 사안에서, 법원은 낙태죄를 본문과 같이 정의한 후 낙태죄와 살인죄가 모두 성립한다고 보았다. 이러한 법원의 정의는, 태아를 모체 밖으로 분리 배출하였지만 사람으로 생존하는 경우까지도 낙태죄가 성립한다고 함으로써 낙태죄의 범위를 부당하게 확대하는 것이다(정현미, “형법에서의 여성인권 개선방안 연구(낙태죄 규정을 중심으로)”, 2010, 30면; 양현아(2005, 6면)).

모자보건법 시행령
제15조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다. ② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환[6]으로 한다. ③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

우리 형법은 원칙적으로 낙태를 처벌하고, 모자보건법 제14조에 해당하는 경우에만 예외적으로 허용한다. 법규정에서 주의하여 살펴볼 부분은 다음과 같다.

먼저, 형법 제27장 낙태의 죄에 규정된 조항이 처벌하는 주체는 부녀와 낙태하게 한 자(의사 등)이고, 직접적으로 남성을 처벌하는 규정은 없다. 다만, 형법 총칙 규정이 적용되면 당사자인 여성 외에도 낙태에 관여한 사람들이 처벌될 수 있다. 이에 관한 사례는 후술한다.
또한 형법은 '약물 기타 방법으로 낙태한 때'라고 하여 방법ㆍ시기와 관계없이 낙태를 전면적으로 처벌한다.[7]
그리고 여성의 자기낙태죄와는 달리 낙태 시술한 의사 등에 대하여는 벌금형 없이 징역형만 정하고 있고,[8] 자격정지를 병과한다.

---

5) 임신의 지속이 모체의 생명과 건강에 심각한 위험을 초래하게 되어 모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여 인공임신중절수술이 부득이하다고 인정되는 경우를 말한다(대법원 2005. 4. 15. 선고 2003도2780 판결)고 하여 좁게 인정하고 있다.
6) 다운증후군은 동 조항 소정의 인공임신중절사유에 해당하지 않는다. 다운증후군은 유전성 질환이 아니라는 이유다(대법원 1999. 6. 11. 선고 98다22857 판결).
7) 초기 낙태까지 전면적으로 처벌하는 것은 지나친 제한이다. 참고로, 법원에서 양형 요소로 낙태의 시기를 고려하는 경우는 있다. 대구지방법원 2011. 10. 6. 선고 2011노1784 판결은 "이 사건 범행은 태아의 생명에 대한 침해행위로서 그 사안이 가볍지 아니하나, 피고인이 형사처벌을 받은 전력이 없는 점, 이 사건 범행에 이르게 된 경위에 일부 참작할 만한 사정이 있는 점, 낙태 당시 임신기간이 비교적 길지 아니한 점, 낙태에 대한 처벌 당부에 관하여 사회적 논란이 있음을 부인할 수 없는 점, 그 밖에 피고인의 연령, 성행, 경제적 형편 등을 비롯하여 이 사건 기록에 나타난 제반 양형조건을 종합해 보면, 원심의 형량은 다소 무거워서 부당하다고 판단된다."는 이유로, 낙태한 여성에게 벌금 100만 원을 선고한 원심 판결을 파기하고 선고를 유예하였다. 청주지방법원 2014. 1. 17. 선고 2013고단1408 판결도 낙태 당시 임신 12주였다는 사실을 피고인에게 유리한 정상으로 참작하였다. 반면 창원지방법원 2014. 7. 8. 선고 2014고단527 판결은 낙태 당시 태아가 임신 20주에 이르렀다는 점을 피고인들(낙태한 여성과 시술 의사)에게 불리한 요소로 참작하였다.
8) 벌금형을 규정하지 아니한 것이 헌법상 평등원칙에 반하는지에 관하여, 헌법재판소 2012. 8. 23.자 2010헌바402결정은 "낙태는 행위태양에 관계없이 태아의 생명을 박탈하는 결과를 초래할 위험이 높고, 일반인에 의해서 행해지기는 어려워 대부분 낙태에 관한 지식이 있는 의료업무종사자를 통해 이루어지며, 태아의 생명을 보호해야 하는 업무에 종사하는 자가 태아의 생명을 박탈하는 시술을 한다는 점에서 비난가능성 또한 크다. 나아가 경미한 벌금형은 영리행위를 추구하는 조산사에 대하여는 위하력을 가지기 어렵다는 점을 고려하여 입법자가 이 사건 법률조항에 대하여 형법상 동의낙태죄(제269조 제2항)와 달리 벌금형을 규정하지 아니한 것이 형벌체계상의 균형에 반하여 헌법상 평등원칙에 위배된다고 할 수 없다."고 판단하였다. 그러나 여성의 관점에서 본다면, 낙태는 여성의 건강에 위험을 끼칠 수 있고, 일반인에 의해서 행해지기는 어려워 대부분 낙태에 관한 지식이 있는 의료업무종사자를 통해 이루어지며, 무거운 처벌로 인하여 의료업무종사자가 낙태시술을 거부할 경우 그 피해는 오롯이 여성에게 돌아간다는 점을 고려할 때 동 조항은 부당하다.

허용되는 인공임신중절의 기준은 모자보건법과 동법 시행령에서 정하고 있다. 다음의 모든 요건을 충족하여야 한다. ① 법 제14조 제1항이 정하고 있는 사유, ② 본인과 배우자(사실혼 포함)의 동의(부득이한 경우에는 본인만의 동의), ③ 임신 24주 이내, ④ 의사에 의한 수술.

3. 현행 모자보건법의 문제점

가. 우생학적 낙태 허용 사유(제14조 제1항 제1호)의 문제점

누구의 재생산은 바람직하다고 여겨지고 누구의 재생산은 바람직하지 않다고 여겨지는지를 결정하는 것이 재생산정치라 할 때,[9] 모자보건법 상 우생학적 낙태 허용 사유는 장애 여성과 장애 남성의 재생산은 바람직하지 않다는 사회의 편견과 차별적 사회 구조를 반영하고, 이를 강화한다. 앞서 언급한 헌법재판소의 2012년 결정의 합헌의견은 태아도 헌법상 생명권의 주체이고, 그 성장 상태나 독자적 생존능력의 유무를 낙태 허용의 판단 기준으로 삼을 수 없다고 하여 태아의 생명권이 절대적으로 존중되어야 하는 공익인 것처럼 쓰면서도, 우생학적 또는 유전학적 사유가 있을 때에는 '낙태를 허용해야 할 필요가 절실한 경우'에 해당한다고 판단하였고, 그에 대하여 전혀 모순을 못 느끼는 것 같다. 그러나 모 또는 부에게 장애가 있고 그 장애가 아이에게 유전될 가능성이 높을 때는 당연히 낙태하여야 한다는 사고방식은, 장애아동과 장애인에게 "우리는 당신 같은 사람을 원하지 않아"라는 메시지를 전달하고, 장애를 가진 삶이 살 가치가 없다는 통념을 강화한다. 뿐만 아니라, 장애인의 수를 줄임으로써 장애인이 겪는 사회적인 문제를 줄일 수 있는 것처럼 보이게 하여 장애인을 위한 기회를 늘리려는 노력을 약화시킬 수 있다.[10]

나. 배우자의 동의 요건

모자보건법은 강간이나 준강간으로 인한 임신, 임신의 지속이 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우까지 임신중절수술의 결정권을 남성에게 주고 있다. 이러한 동의 요건은 낙태를 원칙적으로 금지하는 형법 조항과 맞물려서 남성에게 여성에 대한 통제권을 부여한다.

또한 배우자의 동의 요건은 '배우자'의 동의에 의한 면책만을 규정함으로써 결혼하지 않은 여성을 차별한다. 같은 조 제2항과 제3항의 문언 상, 모자보건법이 '부득이한 사유로 동의를 받을 수 없는 경우'에 배우자가 없는 비혼 여성까지 고려한 것으로 보이지는 않는다. 그렇다면 형법은 비혼 여성의 낙태에 대하여는 전면적으로 예외 없이 처벌하는 것을 예정하였을까? 현실에서는 보호자의 동의로 수술이 이루어지고 있는데, 그렇다고 해도 여성의 신체에 대한 통제권이 다른 사람의 손에 달려 있다는 근본적인 문제점이 사라지지는 않는다.

---

9) 백영경, "성적 시민권의 부재와 사회적 고통 - 한국의 낙태 논쟁에서 여성 경험의 재현과 전문성의 정치 문제", 아시아여성연구, 52(2), 2013, 54~55면

10) 수전 웬델, 『거부당한 몸』, 그린비, 2013, 284~293면

다. 24주의 기간 제한

모자보건법상의 인공임신중절 허용 사유를 충족하더라도 임신 후 24주가 지나 이루어지는 낙태는 불법이다. 가능하면 모체에 위험 부담이 적은 임신 초기에 낙태를 할 수 있다면 좋겠지만, 부득이한 사정이 있어서 24주를 넘기는 경우까지 낙태를 금지하는 것은 지나친 제한이다. 또한 '의학적으로 태아의 모체 밖 생존 가능성'을 기준으로 한다는 점에서도 우려되는 지점이 있다. 24주보다 이른 시기에 '의학적으로' 태아가 모체 밖에서 생존 가능하다면 낙태 금지시기를 더 앞당길 것인가? 논의가 더 필요한 부분이다.

라. 강간 · 준강간에 의한 임신의 경우 절차 규정 없음

모자보건법은 강간이나 준강간에 의한 임신인 경우 누가 어떻게 어느 선에서 피해 사실을 확인하여야 하는지 등에 관한 절차 규정을 따로 두지 않았다. 프로라이프 의사회가 산부인과 의사들을 고발하고 이들이 낙태죄로 처벌받기 시작하자, 병원에서는 성폭력 피해자들에게 상담소의 상담사실확인서에 더하여 판결문을 받아오거나 적어도 고소하고 오라고 요구하는 사태가 발생하였다. 절차를 명확히 정리할 필요가 있다.

4. 처벌 실태와 사례

가. 처벌 실태

2009년 12월 말, 프로라이프 의사회는 불법 낙태를 계속하는 병원을 적발하기 위한 제보센터를 운영하고 제보 내용에 대한 사실 확인 등을 거쳐 단계적으로 고발하겠다고 밝혔고[11], 실제로 그 다음해 2월, 낙태 시술을 행한 산부인과 3곳을 검찰에 고발하였다[12]. 프로라이프 의사회의 고발이 있기 전까지는 낙태죄가 형법상 범죄임을 모르는 사람들도 많았다. 그도 그럴 것이 연간 이루어지는 낙태시술이 3~40만 건(2004년 한해 약 35만 건)으로 추정되는 것에 비하여, 낙태죄로 입건(수사기관에 접수)되는 건수는 한해 평균 40건(1989년에서 2009년까지 20년간), 기소되는 건수는 한해 평균 5.6건에 불과했기 때문이다.[13] 수치로만 보면 사실상 사문화된 조항이었다고 할 수 있다.
위와 같이 프로라이프 의사회의 고발이 시작된 2010년의 인공임신중절 추정 건수가 약 17만 건

---

11) "불법 낙태 병원 제보하세요/낙태반대 산부인과 의사들", 한겨레신문, 2009. 12. 29.자 http://www.bigkinds.or.kr/search/totalSearchView.do?news_id=01101001.20091229100002179
12) "프로라이프 의사회, 낙태 산부인과 고발", MBC, 2010. 2. 3. http://www.bigkinds.or.kr/search/totalSearchView.do?news_id=08100201.20100203150000080
13) 고려대학교 · 보건복지부, 보건복지부 용역과제-인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립(2005), 388면, 정현미(2010, 15~16면)에서 재인용.

인데[14], 낙태죄 입건 수는 78건이었고 그 중 12건이 기소되었다(아래 〈표〉 참조).

년도	계	기소	불기소
2009	51	9	39
2010	78[15]	12	54
2011	63	13	45
2012	71[16]	20	50
2013	59	15	40

<표> 대검찰청, 범죄분석, 2009-2013

2010년부터 2013년까지 낙태죄 입건 수는 매년 60~80건, 기소 건수는 매년 10~20건으로 입건 수와 기소 건수 자체는 과거보다 증가하였으나, 실제로 이루어지는 인공임신중절 추정 건수에 비하면 미미해 보인다. 그렇기 때문에 여전히 낙태죄는 사문화된 것으로 인식되기도 한다. 그러나 아래의 법원 판결들을 보면, 사문화되었더라도 법에 명문의 규정으로 존재하는 한 낙태죄는 언제든지 적용 가능하다는 것을 알 수 있다.

나. 법원에서 판단된 사례[17]

앞서 보았듯이, 형법 제27장의 낙태의 죄에서 처벌되는 주체는 낙태를 한 여성과 낙태시술을 한 의사 등이지만, 형법 총칙상의 규정을 적용하면 낙태에 관여한 다른 사람들도 처벌 가능하다.
여기서 강조하고 싶은 점은 여성들 외에도 낙태에 관여한 사람들이 있으니 그들을 모두 처벌하라는 것이 아니다.[18] 헌법재판소를 비롯하여 많은 사람들이 낙태를 두고 태아의 생명권과 여성의 자기결정권이라고 단순한 대립구도를 상정하는데, 아래의 사례들은 단순히 여성들이 혼자만의 (이기적인) 자기결정권을 행사하여 낙태를 '결정'하고 실행한다고 말할 수 없다는 측면에서 검토되어야 한다. 또한, 낙태죄가 현실에서 작동하기 시작할 때 처벌의 범위가 넓어질 수 있으므로 (선의로 여성의 낙태를 도와준 사람들 모두가 처벌 대상이 될 수 있다) '낙태죄의 사문화'에 안주할 수 없다는 점에서 살펴보아야 한다.

○ 낙태방조죄[19]

14) 연세대학교 보건대학원 · 보건복지부, 보건복지부 연구용역사업-"전국 인공임신중절 변동 실태조사", 2011
15) 기소와 불기소 외 기소중지9, 참고인중지3
16) 기소와 불기소 외 기소중지1
17) 이하의 판결들은 대부분 하급심의 판결이므로 위 선고 결과가 최종 결과라고 할 수는 없다. 낙태죄 적용 판결들을 모두 살펴본 것은 아니고, 2010년 이후에 선고되고 판결문을 구할 수 있었던 사례들 중에서 사실관계가 비교적 자세히 드러난 것들, 수술 의사가 아니라 낙태한 여성과 다른 사람들에게 낙태죄가 적용된 사례들을 인용하였다.
18) 물론 여성이 원치 않음에도 낙태를 강요한 경우에는 처벌의 필요성이 있다. 최근에 한센인에 대한 강제불임시술, 임신중절수술에 대한 국가배상청구를 인용한 사례(서울중앙지방법원 2015. 7. 16. 선고 2013가합52166 판결)에서도 알 수 있듯이, 장애여성에게 이는 현실적으로 큰 문제이다. 10대 여성, 이주여성에게도 마찬가지이다. 앞서 보았듯이 형법 제270조 제2항은 여성의 동의 없는 낙태를 3년 이하의 징역에 처하도록 하고 있는데, 검색한 판결 중에서 위 부동의낙태죄가 적용된 경우는 거의 볼 수 없었다. 이는 부동의낙태가 발생하더라도 그 피해자들이 대부분 사법기관에 접근하기가 어려워서 나타나는 현상이 아닐까 싶지만, 이에 대하여는 여성들의 경험이 더 드러나야 할 것이다.

방조죄란 쉽게 말하면 범행을 도와준 자를 처벌하는 것이다. 모자보건법상 인공임신중절 사유에 해당하지 아니함에도 여성이 낙태를 할 수 있도록 동의서를 작성해 주는 등의 방법으로 낙태를 도와주었다면 낙태방조죄에 해당한다. 광주지방법원 2011. 8. 12. 선고 2011고단2861 판결에서는 낙태 승낙서를 작성해 준 남성에게 선고를 유예하였는데, 비슷한 사례인 대구지방법원 2015. 7. 17. 선고 2015고정1088 판결에서는 동의서를 작성해 준 남성에게 벌금 100만 원을 선고하였다.[20]

○ 낙태교사죄[21]

낙태교사죄는 낙태할 생각이 없었던 여성으로 하여금 낙태를 결심하고 실행하도록 한 경우에 성립한다.

- 서울북부지방법원 2016. 10. 6. 2015고단4774 판결 : 피고인 A(남성)과 피고인 B(A의 어머니)는 A의 여자친구 C가 임신을 하자, A가 학생 신분으로 자녀를 양육하거나 임신을 사유로 C와 결혼을 시킬 수 없다는 이유로, 낙태를 원치 않는 C를 수차례 찾아가 '낙태를 하지 않으면 A를 못 만나게 하겠다, 미혼모가 되면 어떻게 하느냐'고 말하여 C는 결국 낙태를 하였다. 이 사안에서 법원은 A와 B의 낙태교사죄를 인정하여 두 사람에게 벌금형을 선고하였다.
- 대법원 2013. 9. 12. 선고 2012도2744 : 피고인이 결혼을 전제로 교제하던 여성 甲의 임신 사실을 알고 수회에 걸쳐 낙태를 권유하였다가 거부당하자, 甲에게 출산 여부는 알아서 하되 더 이상 결혼을 진행하지 않겠다고 통보하고, 이후에도 아이에 대한 친권을 행사할 의사가 없다고 하면서 낙태할 병원을 물색해 주기도 하였는데, 그 후 甲이 피고인에게 알리지 아니한 채 자신이 알아본 병원에서 낙태시술을 받은 사안이다. 대법원은, 피고인이 甲에게 직접 낙태를 권유할 당시뿐만 아니라 출산 여부는 알아서 하라고 통보한 이후에도 계속 낙태를 교사하였고, 甲은 이로 인하여 낙태를 결의·실행하게 되었다고 보는 것이 타당하며, 甲이 당초 아이를 낳을 것처럼 말한 사실이 있다는 사정만으로 피고인의 낙태교사행위와 甲의 낙태결의 사이에 인과관계가 단절되는 것은 아니라는 이유로, 피고인에게 낙태교사죄를 인정한 원심판단을 정당하다고 판단하였다.

○ 낙태죄의 공모공동정범[22]을 인정한 사례

최근에는 낙태죄의 공모공동정범을 인정한 사례가 있다. 수원지방법원 안산지원 2015. 10. 16. 선고 2015고단2158 판결은, 낙태한 여성과, 낙태하기로 합의한 후 병원을 알아보고 예약하는 등의 행위를 한 전 배우자 및 그의 모친에게 각 낙태죄를 인정하였다. (모두 집행유예 선고)

---

19) 형법 제32조(종범) ① 타인의 범죄를 방조한 자는 종범으로 처벌한다. ② 종범의 형은 정범의 형보다 감경한다.

20) 낙태죄로 징역형의 실형이 선고되는 경우는 시술한 의사 등의 경우(수원지방법원 안양지원 2010. 8. 10. 2010고단471)이고, 여성과 기타 관여자들에게 징역형의 실형이 선고되는 경우는 아직 없는 것 같다.

21) 제31조 (교사범) ① 타인을 교사하여 죄를 범하게 한 자는 죄를 실행한 자와 동일한 형으로 처벌한다.

22) 형법 제30조 (공동정범) 2인 이상이 공동하여 죄를 범한 때에는 각자를 그 죄의 정범으로 처벌한다. 공모공동정범은 판례에 의하여 확립된 것으로, 범죄행위를 공모한 후 그 실행행위에 직접 가담하지 아니하더라도 다른 공모자가 분담 실행한 행위에 대하여 공동정범의 죄책을 지우는 것이다.

낙태죄는 친고죄가 아니므로 그 사실을 알고 있는 누구든 고발할 수 있다. 이에 따라 아래와 같이, 남성 파트너가 여성을 통제하는 수단으로 낙태죄를 활용하는 경우가 있다.[23]

○ 사실혼 해소 과정에서 자신이 불리해지자 여성을 고발한 사례
여성A와 남성B가 사실혼 관계를 해소하는 과정에서 B가 A에게 낙태에 동의한다는 내용의 각서를 작성하여 주었는데, 시간이 한참 지난 후 이를 번복하여 동의를 철회한다는 내용증명을 보냈다. A가 B의 아버지를 상대로 빌려간 돈을 갚으라는 소송을 제기하자, B는 A를 낙태죄로 고발하였고 A는 벌금형을 선고 받았다(의정부지방법원 2014. 9. 17. 선고 2013노187 판결).

5. 낙태 범죄화의 효과

가. 여성의 몸 · 삶에 대한 통제

2010년 프로라이프 의사회의 고발이 본격화되면서 낙태가 형법상 범죄라는 사실이 널리 인식되기 시작하자, 상담소에는 **남성 파트너에 의하여 낙태죄로 고발당한 여성들**이 전화를 걸어왔다.[24] 앞서 보았듯이, 형법의 낙태죄 규정은 일차적으로 낙태한 여성과 시술 의료진을 처벌하는 반면 남성(배우자)에 대한 직접 처벌규정을 두고 있지 않고, 모자보건법은 남성(배우자)에게 오히려 낙태에 대한 동의권을 부여하고 있다. 이에 낙태하고자 하는 여성은 출산과 육아를 할 수 없다고 결정을 내리게 된 가장 큰 원인일 그 남성 파트너를 찾아가 자신의 몸에 대한 통제 권한을 구걸하거나, 다른 남성에게 그 역할의 대행을 요청해야 하는데, 성인 여성의 몸에 대한 통제 권한이 일차적으로는 배우자에게, 부차적으로는 아버지(타 남성)에게 있다는 것은 바로 가부장제의 사전적 정의이다.[25] 이에 따라 함께 여성을 통제하고자 하는 남성은 함께 낙태를 결정하고도 여성을 낙태죄로 고발하겠다고 협박하거나 실제로 고발한다(의정부지방법원 2014. 9. 17. 선고 2013노187 판결 참조).

나. 낙태 경험 공유를 차단하고 실태 파악을 어렵게 함

형사처벌 이전에도 낙태는 공적으로 이야기하기 힘든 무엇이었지만, 형사처벌의 두려움은 **여성들이 낙태의 경험을 주변에 공유할 수 없도록 함으로써 여성들을 고립시키고 죄의식을 강화**시킨다.[26] 또한 여성이 낙태경험을 보고할 수 없으므로 낙태의 실태조차 파악할 수 없게 만든다.

---

23) 고발 경위는 판결문의 필수 기재사항이 아니어서 판결문만으로 파악하기에는 어렵다.
24) 한국여성민우회, 『있잖아...나, 낙태했어』, 도서출판 다른, 2013, 16면, 23면.
25) 이연우, “낙태 범죄화와 여성 섹슈얼리티 통제-낙태죄 합헌결정(헌법재판소 2012. 8. 23. 선고 2010헌바402결정)에 부쳐”, 『공익과 인권』 통권 제15호, 2015, 194면
26) 양현아(2005), 32면; 이연우(2015), 196면

다. 안전한 낙태시술에 대한 접근 차단

낙태죄에 대한 헌법재판소의 합헌의견은 낙태를 처벌하지 않거나 형벌보다 가벼운 제재를 가하게 된다면 훨씬 더 낙태가 만연하게 될 거라고 판단하였다. 그러나 낙태죄를 처벌한다고 하여 여성이 낙태를 '선택'하지 않는 것은 아니다. 프로라이프 의사회가 낙태 시술 의사들을 고발하기 시작하자 3~50만원이던 수술비는 10배가 오르고(어차피 해야 할 낙태라 부르는 게 값이 된다), 중국으로 원정 낙태를 가는 일도 나타났다.[27] 즉, 낙태죄는 여러 여건 상 여성이 불가피하게 '선택'한, 어쩔 수 없이 해야 하는 낙태수술을 어렵게 만든다. 특히 비용의 증가는 10대 여성, 별도의 소득활동이 없는 여성들에게 큰 부담이 된다. 그리고 이는 결과적으로 더 낮은 비용으로, 더 안전하지 않은 낙태시술로 여성들을 몰아간다.

위와 같은 상황은 **낙태죄가 작동하는 또 다른 방식**을 보여준다. 겉으로 볼 때 낙태죄로 고발당하는 것은 의사들이지 여성들이 아닌데, 피해를 입는 것은 여성들이다. 임신의 한 주체인 남성은 책임과 위험부담의 측면에서는 진즉 사라지고 없다. 지난 9월 22일 보건복지부가 발표한 「의료관계 행정처분 규칙」 일부 개정령안이 초래한 일련의 상황도 본질적으로는 위와 같이 낙태죄가 작동하는 예다. 보건복지부는 불법 인공임신중절 수술을 한 의사에게 최대 12개월까지 자격정지를 하겠다고 밝혔다. 이에 대응하여 의사들은 낙태시술 전면 중단 방침을 선언했다. 역시 또 피해를 입는 것은 여성들이다. 따라서 보건복지부의 조치에 분노한 여성들이 거리로 나와서 "진짜 문제는 낙태죄"라고 외친 것은 당연하다. 보건복지부는 위 개정령안을 백지화하는 것까지 검토하겠다고 물러섰으나, 낙태죄가 존재하는 한 이와 같이 의료인을 규제함으로써 여성의 낙태를 사실상 금지하는 상황은 언제든지 발생할 수 있다.

6. 나가며

위와 같이 낙태죄는 언제든 국가나 남성파트너에 의하여 살아 작동할 수 있다는 점에서 '사문화'되어 있다고 하기 어렵다. 명문 규정으로 남아 있는 이상, 낙태죄가 실제로 처벌되기 시작한다면 여성의 몸·삶에 있어서의 결정권과 통제권은 순식간에 여성의 손을 떠나 남성 파트너와 의료인들에게 넘어가게 된다. 현재까지 낙태한 여성에게 징역형의 실형을 선고한 사례는 없지만 앞으로도 그러리라고 안심할 수도 없다. 또한 '사문화'된 채로 존재하더라도, 낙태죄는 그 자체로 낙태경험에 낙인을 찍고 여성들을 침묵시켜 왔다.
유엔 여성차별철폐위원회는 2011년 한국 정부에 '낙태가 처벌 가능한 범죄라는 사실에 우려'를 표하며 "낙태를 한 여성들에게 부과되는 처벌 조항들을 삭제할 목적으로 당사국이 낙태와 관련된 법, 특히 형법을 검토할 것을 고려하고, 위원회 일반 권고 24호(1999년)에 따라 안전하지 않

27) "불법낙태 단속·처벌 강화 이후/몸사리는 산부인과, 수술비 10배 요구… 中 원정 낙태…", 한국일보, 2010. 3. 6.자
http://www.bigkinds.or.kr/search/totalSearchView.do?news_id=01101101.20100306100000939

은 낙태로부터 발생할 수 있는 합병증 관리를 위해 그들에게 양질의 서비스를 제공할 것"을 촉구하였다. 이제는 형법상 낙태죄를 폐지하고, 여성들의 건강권과 재생산권을 고려하여 원치 않는 임신과 낙태를 줄일 수 있는 실질적 제도를 고민해야 한다.

〈참고문헌〉
백영경, "성적 시민권의 부재와 사회적 고통:한국의 낙태 논쟁에서 여성 경험의 재현과 전문성의 정치 문제", 아시아여성연구, 52(2), 2013, 43~71면
수전 웬델(1996), 강진영 · 김은정 · 황지성 옮김, 『거부당한 몸』, 그린비, 2013.
연세대학교 보건대학원 · 보건복지부, 보건복지부 연구용역사업-"전국 인공임신중절 변동 실태조사", 2011
양현아(2010), "낙태에 관한 다초점 정책의 요청", 한국여성학회, 『한국여성학』, 제26권 4호, 63-100면
_____(2012), "낙태죄 헌법소원과 여성의 '목소리'", 한양대학교 법학연구소, 『법학논총』, 제30집 1호, 5-40면
양현아 편(2005), 『낙태죄에서 재생산권으로』, 서울대공익인권법센터, 사람생각.
이선순(2014), "낙태논쟁 속 법담론의 탈관계성 비판:낙태죄 헌법소원을 중심으로", 계명대학교 여성학연구소, 『젠더와문화』, 제7권 1호, 169-203면
이연우, "낙태 범죄화와 여성 섹슈얼리티 통제-낙태죄 합헌결정(헌법재판소 2012. 8. 23. 선고 2010헌바402결정)에 부쳐", 『공익과 인권』 통권 제15호, 2015
정현미, "형법에서의 여성인권 개선방안 연구(낙태죄 규정을 중심으로)", 2010
한국여성민우회, 『있잖아...나, 낙태했어』, 도서출판 다른, 2013

낙태한/하는 여성에 대한 이중메세지: 진짜 문제는 무엇인가?

이유림 (건강과대안 젠더 건강팀)[28]

1. 낙태[29]는 왜 말하기 어려운 것일까?

한국사회에서 낙태의 지위는 모호하다. 일면 낙태는 문란한 성생활이라는 낙인과 결부되어 여성의 문제적 섹슈얼리티의 기표로 여겨지며, 혼후-임신이나 생득적 모성을 정당화하는 정상규범을 뒤흔드는 사회문제로 간주된다. 그러나 타면 낙태는 일상적이고, 자연스러우며, 권장되는 선택지이기도 하다. 예를 들어 한국의 가족계획 운동은 인구조절에 대한 국가의 욕망/선결과제이기도 하였지만 출산 억제에 대한 대중적인 욕망이 원동력이었으며, 이 과정에서 낙태는 피임의 일환으로 실행될 정도로 광범위하게 진행되었다.

낙태에 대한 이러한 상이한 지위는 단순히 여성의 '혼인'여부, 또는 '정상 가족'의 여부에 따라 달라지는 것인가? 미혼 여성의 낙태는 지탄받을 일이며, 자녀 터울이나 수조정을 위한 기혼 여성의 낙태는 용납 가능한 일인가? 그렇다면 낙태에 대한 지탄이나 낙인은 여전히 '문란한 여성', '처녀가 아닌 여성' 표식에 호소하고 있는 것이며, 여성들이 낙태에 대해서 발화할 때 두려워하는 것은 그러한 사회적 낙인 때문인가? 하지만 이는 현대사회에서 '욕망'이 좋은 것, 긍정적인 것, 채워져야하는 것으로 의미화되며 여성 자신의 욕망을 발화하는 것 그렇지 않은 것 보다는 장려되는 상황이라는 것과 배치된다. 비장애/이성애/미혼 여성의 욕망은 가장 안전한 위치에 있기 때문이다.

또한 모자보건법이 명시하듯 장애를 가진 여성은 낙태를 하도록 쉽게 용납되며, 어떠한 사회경제적 조건 안에 있는 여성에 대해서는 사회적으로도 출산을 하는 것보다 낙태를 하는 것을 더 나은 선택지로 제시하는 우생학적 질서가 작동하는 사회 안에 있다는 것 역시 부정할 수 없다. 결국 낙태에 대한 개개인의 가치관에 따라 아무리 우기려 해도 낙태는 인간세상에서 일어날 수 있는 일이라는 것을 모두가 알고 있다. 그럼에도 불구하고 낙태에 대해 고백하거나, 공론장에서 논의하기는 쉽지 않다는 점 역시 타당하다. 따라서 당연히 낙태는 말해지기 어려운 문제로 규정하는 수준에서 벗어나 '어떤 여성', '어떤 맥락'안에서 낙태가 말해질 수 없는지, 어떤 조건 안에서 낙태가 문제화되는지를 살펴 볼 필요가 있다.

2. 낙태가 왜 문제가 되는가

---

28) 건강과 대안 젠더 건강팀(http://www.chsc.or.kr/), 이유림(yurim.here@gmail.com),

29) "낙태라는 용어 자체가 가지고 있는 부정적 가치판단을 들어서 임신중절이나 임신중지, 임신종결 등 여성의 능동성을 드러낼 수 있는 단어로 교체하여 사용한다는 주장도 나오고 있지만, 실제 낙태는 임신 중지와 관련하여 가장 광범위하게 사용되는 단어 중의 하나이며 또한 이 행위를 불법이라고 규정하고 있는 형법이 사용하고 있는 용어(백영경 2012:49)"라는 점이서 본 발제문에서는 낙태라는 용어를 사용하고자 한다.

낙태는 어떤 상황에서도 일어나서는 안 되고, 전적으로 '몸 간수'를 하지 않은 여성의 잘못이며, 낙태한 여성은 '문란한' 여성이기 때문에 차별을 당하는 것도 당연하다고 보는 고루한 시선이 여전히 존재한다. 낙태를 하였다는 것이 이렇게 여성 개인에 대한 부정적인 기표가 되어, 개인을 판단하고 차별할 수 있는 근거를 제공하는 과정에 대해서는 주로 낙인 담론으로 설명해왔다. 낙인(stigma)은 고대 그리스에서 어떤 사람이 도덕적으로 문제가 있거나 불량하다는 것을 알리기 위해 몸에 기호를 새겨 넣은 것이다. 낙인은 부정적인 표식이라 고 말할 수 있다. 표식은 단순히 표시에서 끝나는 것이 아니라 문제가 있는 개인과 집단으로 인식하는 고정관념(stereotype)을 형성하기 때문이다. 고정관념은 그 사회의 표준화된 관점으로 정상과 비정상을 구분하는 기준이 된다(고프만 2009). 동시에 낙인은 낙인이라는 표식과 함께 편견과 차별이라는 효과를 동반하게 된다.

그러나 낙태/낙태를 하였다는 그 자체가 하나의 절대적인 낙인으로 기능하고 있다고 보기는 어렵다. 낙태에 대해 어떤 임신은 낙태를 하여서라도 해결하여야 한다는 다른 메시지가 있기 때문이다. 얼마 전 이루어진 한국갤럽의 조사에 따르면 전국 만 19세 이상 성인 남녀 1천18명을 상대로 설문조사를 실시한 결과, 응답자의 74%가 '필요한 경우 낙태를 허용해야 한다'고 답했다고 밝혔다. 한국 사회에서도 어떤 상황에서 낙태를 하였건 모든 낙태가 다 문제시 되는 것은 아니었으며, 낙태가 많은 문제를 해소하는 실질적인 해결책으로 여겨져왔다. 그럼에도 불구하고 낙태가 문제시 되는 상황은 "낙태"가 아니라 상대 여성을 응징/처벌하겠다는 상대 남성/시부모 등에 의해서 나타난다.

> 사례A: 30대 초반인 ㄴ씨는 지난 4월 남자친구에게 이별을 통보했다. ㄴ씨에게 매달리던 남자친구는 돌연 협박하기 시작했다. "다시 만나주지 않으면 지난해 받은 임신중절 수술로 고발하겠다"고 했다. ㄴ씨는 임신 당시 유산의 위험이 있었던데다 남자친구도 반대하지 않아 수술을 결정했다. ㄴ씨는 "남자친구가 별 관심이 없어서 친구와 함께 (임신중절 수술을 하러) 병원에 갔을 정도다. 헤어지자고 했더니 협박을 할 줄은 몰랐다. 너무 고통스럽고 불안하다"며 한국여성민우회에서 전화상담을 받았다.[30]

사례A와 같은 상황은 '낙태죄'로 인해 한국사회에서 벌어지는 기이한 장면이다. 낙태죄로 여성을 고발할 경우 낙태한 여성과 낙태를 시술한 의사가 처벌의 대상이 되기 때문에 '낙태죄'를 명분으로 여성을 협박하고, 고발로 이어지기도 한다. 사례A는 '낙태'라는 해결법에 대해 동의하였지만 상대방의 악의에 의해 낙태죄/낙태한 여성이라는 프레임은 언제나 여성에게 덧 씌워질 수 있다는 것을 보여준다.

> 사례B: 20대 후반의 ㄱ씨는 지난해 7월 임신중절 수술을 받았다. 남자친구를 사랑했지만 그와 사이에 생긴 아이를 낳을 수는 없었다. 남자친구는 술을 마시면 행패를 부리곤 했다.

30) http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/593839.html#csidx2a1b2455f96c61d9091909298e3eb5e

욕을 하며 때리는 일이 한 두번이 아니었다. 수술 뒤 둘의 관계는 회복되는 듯했다. 남자친구는 술버릇을 고치고 다시 아이를 갖자고 약속했다. 수술 몇달 뒤 둘은 결혼식을 올렸다. 하지만 혼인신고를 하기도 전 다시 남자친구의 나쁜 버릇은 둘 사이를 갈라놓았다. 임신중절 수술의 아픈 기억도 결별을 앞 당기게 했다. 파혼은 간단치 않았다. 혼인신고를 하지 않아 이혼절차는 필요 없었지만, 결혼에 들어간 비용이 문제가 됐다. 비용 문제로 다투던 남자친구는 낙태죄를 들고나왔다. 그는 자신이 동의하지 않는 임신중절 수술을 받았다며 올해 초 ㄱ씨를 '낙태죄'로 고발했다. ㄱ씨는 현재 재판을 받는 중이다[31]

사례B 역시 파혼의 과정에서 '비용 문제'로 다투게 되자 상대 여성을 낙태죄로 고발한 것이다. 이미 사회적 분위기는 낙태가 권장하고, 적극 추천할 일은 아니지만 개인의 삶에 닥친 임신이라는 사건에 대한 하나의 결정이 될 수 있음을 지지함에도 불구하고 '낙태죄'가 작동하는 과정에서 여성만이 책임을 지고 처벌을 받을 뿐 아니라 '낙태'에 대한 사회적 낙인을 정당화하고 지지하는 역할을 하는 것이다.

3. 낙태의 성정치학

'낙태'라는 장은 훨씬 더 촘촘한 성정치가 작동하고 있는 현장으로 보는 것이 타당하다[32]. 낙태에 대한 낙인과 낙태가 해결책으로 주어지는 사회적인 조건이 공존하는 상황에서 낙태를 한 여성의 경험, 또는 그러한 상황에 놓였을 때의 경험은 그 여성의 계급, 인종, 섹슈얼리티 등의 범주와 교차(intersection) 속에서 작동한다. 때문에 낙태는 여성의 섹슈얼리티가 어떻게 구성되고, 어떻게 분류되며, 어떤 차이를 기반으로 여성을 억압하는지를 보여줄 수 있는 급진적인 장이 될 수 있다. 또한 낙태가 사회 안에서 논의되는 방식은 게일 루빈의 성 위계(sex hierarchy)와 맞닿아 있다. 루빈은 성별 위계체계와 변별되는 성위계체계가 독자적으로 존재함을 지적하면서 젠더와 섹슈얼리티를 분석적으로 구분할 필요성을 주장했다. 즉, 우리 사회는 동성애와 이성애 간은 물론이고 결혼 여부, 성적 선호와 행위 방식의 차이에 따라 위계관계가 설정되어 있으며 이에 따른 차별과 폭력이 정당화되고 있다고 주장한다(Rubin, 1984). 성 위계 작용의 대표적인 예는 특정한 성 규범이 '젠더'와 교차하며 위계의 위치가 바뀌고, 재구성되는 '이중 규범'이 되는 것이다. 이중규범에 의해 여성의 섹슈얼리티는 '정숙함'(또는 성적 순결주의)이라는 요인을 축으로 세밀하게 위계화되어 있다. 반면, 남성의 성은 성적 '정숙함'의 차이로 위계화되지 않으며, 여성의 섹슈얼리티 위계만큼 세분화되어 있지도 않다(원미혜 2011).

---

31) http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/593839.html#csidx2a1b2455f96c61d9091909298e3eb5e

32) 또한 낙인 담론은 기본적으로 낙인 구조가 행위자들의 심리를 강제하여 궁극적으로는 사회로부터 이들이/이들을 배제하는지를 보여주는 과정이기 때문에 낙인(이 되는 사건)과 개인의 관계를 제한적으로 파악한다는 점이다. 낙인이 개인의 가능성을 제한하고 사회로부터 고립시키며 지속적으로 '일탈' 행동을 강제하는 동인으로 작용한다하더라도, 낙인찍힌 개인이 언제나 낮은 자존감을 형성하고, 부정적인 자아를 형성 하게 되는 것은 아니다(원미혜 2011).

작금에 터져나오고 있는 낙태에 대한 여성의 목소리와 경험은 낙태로 인한 여성의 고통 경험이나 사회적으로 낙태를 받아들여야 한다는 논의일 뿐만 아니라 여성의 성과 섹슈얼리티를 어떻게 사회에서 통제해왔으며, 어떤 방식으로 이를 위계화하고, 분류하여 여성을 제약하고 억압하는지에 대한 성 정치학의 문제제기로 해석될 수 있다.

〈참고문헌〉

고프만, 어빙. 2009.『스티그마: 장애의 세계와 사회적응』. 윤선길, 정기현(역). 한신대학교 출판부.

루빈, 게일. 2015.『일탈: 게일 루빈 선집』. 임옥희, 신혜수, 조혜영, 허윤(역). 현실문화.

원미혜. 2011. “여성의 성 위계와 ‘창녀’낙인.” 아시아여성연구: 50(2), 45-84.

Rubin, G. S. 1984. "Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality" In Vance, C. S. Ed. Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality, 267-319. Boston: Routledge & Kegan Paul.

삶이 삭제된 생명, '생명권 대 결정권' 논의의 허상을 넘어서기 위하여

나영(지구지역행동네트워크 적녹보라 의제행동센터장)

"인간의 생명은 고귀하고, 이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간 존재의 근원이며, 이러한 생명에 대한 권리는 기본권 중의 기본권이다. 태아가 비록 그 생명의 유지를 위하여 모(母)에게 의존해야 하지만, 그 자체로 모(母)와 별개의 생명체이고 특별한 사정이 없는 한 인간으로 성장할 가능성이 크므로 태아에게도 생명권이 인정되어야 하며, 태아가 독자적 생존능력을 갖추었는지 여부를 그에 대한 낙태 허용의 판단 기준으로 삼을 수는 없다. 한편, 낙태를 처벌하지 않거나 형벌보다 가벼운 제재를 가하게 된다면 현재보다도 훨씬 더 낙태가 만연하게 되어 자기낙태죄 조항의 입법목적을 달성할 수 없게 될 것이고, 성교육과 피임법의 보편적 상용, 임부에 대한 지원 등은 불법적인 낙태를 방지할 효과적인 수단이 되기에는 부족하다. 나아가 입법자는 일정한 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우와 같은 예외적인 경우에는 임신 24주 이내의 낙태를 허용하여(모자보건법 제14조, 동법 시행령 제15조), 불가피한 사정이 있는 경우에는 태아의 생명권을 제한할 수 있도록 하고 있다. 나아가 자기낙태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권이 위 조항을 통하여 달성하려는 태아의 생명권 보호라는 공익에 비하여 결코 중하다고 볼 수 없다. 따라서 자기낙태죄 조항이 임신 초기의 낙태나 사회적·경제적 사유에 의한 낙태를 허용하고 있지 아니한 것이 임부의 자기결정권에 대한 과도한 제한이라고 보기 어려우므로, 자기낙태죄 조항은 헌법에 위반되지 아니한다."

_형법 제270조 제1항 위헌소원 판결문 (2012. 8. 23. 2010헌바402)

위의 내용은 2010년 부산의 한 조산원에서 임신 6주차 여성의 요청에 따라 인공임신중절 시술을 시행하여 기소된 조산사가 형법 270조 1항[33]에 대한 위헌소송을 제기했던 사건에 대해 헌법재판소가 합헌의견 4 : 위헌의견 4의 의견으로 최종 합헌결정을 내렸던 판결문이다. 판결문의 결정요지에서 가장 상징적이고 중요한 내용을 담고 있는 이 부분은 현재의 국가와 법체계가 형법상의 '낙태죄'를 유지하고 있는 이유가 무엇인지를 함축적으로 보여주고 있다.

우선 여기서 '존엄한 인간 존재'인 태아는 비교불가능하며, 어떠한 이해관계도 개입될 수 없는 절대적이고 순수한 생명체로 상정된다. 그리고 여성은 오직 태아의 '모(母)'로서, 여성의 자기결정권은 '공익'인 태아의 절대적 생명권과 대립할 뿐, 여성 자신의 생명권 차원에서는 고려되지 않는다. 임신중지에 관한 여성의 결정은 마치 '태아냐 자신이냐' 사이에서 '사익'을 좇는 이기적인 결정인 것처럼 설정되며 따라서 이를 처벌하지 않을 시에는 쉽게 사익을 선택하는 여성들로 인해 '낙태가 만연할 것'으로 보고 있다.

그러나 바로 몇 문장 아래에서 "입법자는 일정한 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우와 같은 예외적인 경우에는 임신 24주 이내의 낙태를 허용하여, 불가피한 사정이 있는 경우에는 태아의 생명권을 제한할 수 있도록 하고 있다."고 함으로써 '이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간 존재의 근원'인 생명권이 누군가에게는 제한될 수도 있는 것임을 스스로 확인한다. 여기서 '불가피한 사정'이란 모자보건법 제14조 1항에서 규정하고 있는 '본인이

33) 형법 제270조(의사 등의 낙태, 부동의 낙태)
① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.

나 배우자'[34], 즉 개인의 문제일 뿐이다. 국가는 윤리적 담지자이자 심판자 위치에 서서 뒷짐만 지고 있다.
그 동안 '여성의 자기 의사(意思)에 의한 임신중지 합법화'에 관한 논쟁은 사회적 차원에서 본격화되지 못했고, 그나마 헌법재판소의 수준 역시 '태아의 생명권 대 여성의 자기결정권' 구도를 벗어나지 못하고 있다. 그러나 이러한 구도는 '생명'을 대하는 국가와 사회의 모순적 태도를 가리고, '선택'의 맥락을 단순화함으로써 생명권과 자기결정권 모두를 현실의 의미망에서 삭제해버리고 만다는 점에서 매우 문제적이다. 게다가 기술의 개입은 갈수록 이 문제를 복잡하게 만들고 있다.
이 글에서는 그간 '생명권 대 결정권' 구도에서 구체화되지 못했던 '생명'과 '결정'의 현실적인 맥락들을 다시 살피고, '생명권'과 '자기결정권'의 보장을 위한 요구를 사회적 요구로 재구성하기 위한 방향을 모색해 보고자 한다.

'낙태죄' 담론에서 생명권 개념의 한계와 모순

'낙태죄' 존치 주장에서 가장 절대적인 가치로 등장하는 것은 바로 '생명의 존엄성'이다. 여성의 몸 안에서 형성되는 과정 중에 있는 태아는 아직 독자적인 인격권을 지닌 인간이 아니지만 인간으로서의 '가능성'을 지닌 존재로서, 어떠한 이해관계로부터도 동떨어진, 순수하고 힘없고 작은 존재로만 상상된다. 반면 그 동안 이 논리에 맞서 온 주장은 여성의 행복추구권과 자기결정권, 프라이버시권, 평등권 같은 내용들이었다. 때문에 '임신중지를 결정할 권리'란 여성의 사적 권리를 위해 '생명'을 죽이는 행위를 용인하는 것으로 쉽게 치환된다.
그러나 '생명'의 본래 의미가 '사람이 살아서 숨쉬고 활동할 수 있게 하는 힘'이라는 사실을 상기한다면 '생명권'은 단지 태어나고 죽는 것만을 의미하는 것이 아니라 '생명을 지니고 살아가는 전 과정'을 통해 보장되어야 할 권리라고 할 수 있다. 그런 의미에서 '모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 가진다'고 규정하고 있는 헌법 제10조는 그 자체로 인간으로서 존중되어야 할 인격권과 생명권의 의미를 함께 담고 있는 것이라고 볼 수 있다. 그리고 이는 국가가 '모든 인간을 평등한 법적 지위를 가진 존재로 대우하고, 인간의 정체성, 동일성, 고유성 등을 존중하여 자기 자신으로서 인정'해야 한다는 것, '인간을 수단으로서가 아니라 목적으로 취급하여 자율성과 주체성의 추구가 가능하도록'을 보장해야 한다는 것을 뜻한다.[35] 따라서 임신한 여성이 자신의 생명이나 삶과 직결된 성관계, 임신, 임신중지, 출산에 대하여 본인의 의사에 반하는 결정을 요구받거나, 임신중지를 결정해야 하는 상황에서 안전한 시술을 보장받지 못한다면

---

34) 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)
① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
35) 김은애, '출생 전 생명에 대한 헌법적 고찰-태아 및 배아의 생명권과 그 제한을 중심으로', <의료법학> 제10권 제1호 (2009년 6월), pp.43에서 인용

이는 여성의 행복추구권, 자기결정권에 대한 침해일 뿐만 아니라 헌법 제10조가 규정하고 있는 인격권, 생명권에 대한 침해이기도 한 것이다.

무엇보다 낙태죄 존치를 위해 생명권을 내세우는 국가의 태도는 실제 국가에 의해 자행되거나 용인되고 있는 숱한 살인과 생명에 대한 차별적, 실용적 태도들을 가린 채 국가가 생명윤리의 심판자 위치에 선다는 점에서 문제적이다. 국가의 생명윤리에 대한 모순적 태도는 다음의 세 가지 경우에서 대표적으로 드러난다.

첫째, '낙태죄'에 관하여서는 국가가 태아의 생명권을 절대적으로 보호하는 것 같지만, 실제 법체계에서도 배아, 태아, 영아, 사람, 사체에 따른 보호법익은 모두 다르며 태아의 권리 역시 상황에 따라 다르게 취급된다. 특히 배아, 태아, 영아, 사람의 보호법익을 비교해 보면 실제 생애주기에 따른 차이를 확연히 볼 수 있다.

-배아 (생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조 제2항)
"잔여배아를 이용하여 훼손한 자에 대하여 3년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금형에 처한다"

-태아 (형법 제269조 제1항)
"부녀가 약물 또는 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다"

-영아 (형법 제251조)
"직계존속이 치욕을 은폐하기 위하거나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만 중 또는 분만 직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다"

-사람 (형법 제250조 제1항)
"사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다"

이 조항들을 비교해 보면 사람-영아-배아-태아 순으로 형량이 각기 다르게 책정되어 있음을 알 수 있다. 주목하게 되는 부분은 배아에 대한 형량이 태아에 대한 형량보다 높다는 점인데 이는 태아가 여성의 몸과 직접적으로 연결되어 있는 반면, 배아의 경우 생명의료과학기술의 발전에 따라 체외에서 별도로 이용, 보관, 폐기될 수 있으며 생식세포를 채취하거나 배아를 이식하는 과정 등에서 인체의 이용과 연동된다는 점에서 규제를 더욱 강하게 두고 있는 것으로 보인다. 이는 아무리 배아나 태아를 독립적 생명체로 본다 하더라도 결국 법적으로도 모체와 떼어놓고 온전히 별개의 개체로 다루어질 수 없다는 사실을 보여준다.
한편, 사람에 대해서는 상해죄나 과실치사상죄를 두고 있지만 태아에 대해서는 그렇지 않다. 2008년 헌법재판소는 2012년 '낙태죄' 위헌소송에 대한 판결과는 달리 '법적으로 사람의 시기를 출생의 시점에서 시작되는 것으로 보는 것이 헌법적으로 금지된다고 할 수 없'으며, '동일한 생명이라 할지라도 법질서가 생명의 발전과정을 일정한 단계들로 구분하고 그 각 단계에 상이한 법적 효과를 부여하는 것이 불가능하지 않다'고 판결했다.[36] 또한 배아의 기본권 주체성에 대해

서도 “배아의 경우 현재의 과학기술 수준에서 모태 속에서 수용될 때 비로소 독립적인 인간으로의 성장가능성을 기대할 수 있다는 점, 수정 후 착상 전의 배아가 인간으로 인식된다거나 그와 같이 취급하여야 할 필요성이 있다는 사회적 승인이 존재한다고 보기 어려운 점 등을 종합적으로 고려할 때, 기본권 주체성을 인정하기 어렵다.”고 판결했다.[37]
이와 같은 판결의 내용을 종합해 보면 결국 현행 법체계는 독립된 하나의 개체로서 법적 인격권과 생명권이 인정되는 시기를 상황에 따라 다르게 적용하고 있으며, 특히 배아의 이용이나 태아의 구체적인 사법적 권리와 연결될 때는 생명의 절대적 존엄성 보다는 현실적 조건들을 기준으로 판단하고 있음을 알 수 있다.

<u>둘째, 생명으로서의 권리가 시작되는 시점에 대한 판단이 임신한 여성과의 관계나, 법적 주체로서 권리를 보장받을 수 있는 사회적 조건에 있기보다 의료/과학기술의 조건에 따라 좌우되고 있다.</u>

의료/과학기술의 개입은 ‘인간 생명으로서 권리를 인정할 수 있는 시기’를 언제로 보아야 하는가의 문제를 더욱 복잡하게 만들었다. 인간이 생식세포, 수정란, 배아를 직접 관찰하고 다양한 목적으로 이를 이용하거나 여성의 몸에 직접 개입할 수 있게 되면서, 그리고 이전에는 스스로 생존하기 어려웠던 상황에 의료/과학기술이 개입하여 생명을 연장할 수 있게 되면서 기술이 생명윤리의 판단 기준을 좌우하게 된 것이다.
배아 이용에 있어서 ‘원시선’을 기준으로 삼고 있는 것이 대표적이다. 배아에서 원시선이 나타나는 시기를 인간으로서의 형성이 본격적으로 시작되는 시기로 보는 이유에 대해서는 원시선이 나타나기 이전까지는 복수의 개체, 즉 다태아로서 형성될 가능성이 있고, 이 시기를 기준으로 신체장기 가 형성되기 시작한다는 등의 근거를 들고 있는데, 수정 후 14일째에 나타난다는 이 ‘원시선’은 육안으로 관찰할 수 없는 것이지만 체외에서의 배아 이용에 대한 윤리적 명분을 도입하기 위해 갑자기 중요한 위치를 차지하게 된다. 그리고 이는 임신 이후의 어떤 시기에도 임신중지를 처벌 대상으로 삼고 있는 현재의 ‘낙태죄’ 조항과 전면적으로 배치된다. 즉, 인간의 몸에서 분리한 배아와 여성의 몸에 존재하는 배아에 다른 기준이 적용되는 것이고, 정작 여성은 법적으로 자신의 몸에서 분리해 낸 생식세포와 배아에 대해서도, 자신의 몸에 지닌 배아나 태아에 대해서도 주도권을 제대로 가지지 못하는 상황이 만들어진 것이다.

---

36) 헌법재판소는 산부인과에서 양수천자검사에 따른 합병증으로 태아를 사산하게 된 부부가 태아의 손해배상청구권을 인정해야 한다고 제기했던 사건에 대해 다음과 같이 판결했다.

“태아는 형성 중의 인간으로서 생명을 보유하고 있으므로 국가는 태아를 위하여 각종 보호조치들을 마련해야 할 의무가 있다. 하지만 그와 같은 국가의 기본권 보호의무로부터 태아의 출생 전에, 또한 태아가 살아서 출생할 것인가와는 무관하게, 태아를 위하여 민법상 일반적 권리능력까지도 인정하여야 한다는 헌법적 요청이 도출되지는 않는다.... 따라서 인간이라는 생명체의 형성이 출생 이전의 그 어느 시점에서 시작됨을 인정하더라도, 법적으로 사람의 시기를 출생의 시점에서 시작되는 것으로 보는 것이 헌법적으로 금지된다고 할 수 없다.... 생명의 연속적 발전과정에 대해 동일한 생명이라는 이유만으로 언제나 동일한 법적 효과를 부여하여야 하는 것은 아니다. 동일한 생명이라 할지라도 법질서가 생명의 발전과정을 일정한 단계들로 구분하고 그 각 단계에 상이한 법적 효과를 부여하는 것이 불가능하지 않다.” (민법 제3조 등 위헌소원, 2008.7.31. 2004헌바81)

37) 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제13조 제1항 등 위헌확인, 2010.5.27. 2005헌마346

그런데 이는 한편으로, 저출산 정책의 성과를 높이기 위해 난임 시술을 적극적으로 지원하고 있는 정부가 스스로 자기 딜레마를 만들고 있는 상황과도 연관된다. 시술의 성공률을 높이기 위한 배아의 선별이나 폐기, 다수의 배아가 착상되었을 경우의 선택적 유산 등은 현재 얼마든지 벌어지고 있기 때문이다. 이번에 의료관계 행정처분규칙 개정안이 논란이 되자, 정진엽 보건복지부 장관이 국정감사에서 "다태아 착상의 경우 인공수정 과정에서도 낙태가 이루어진다. 일종의 퇴로를 마련하고 규제해야 하는 게 아닌가 싶어서 다시 검토하도록 지시했다"고 말한 것에서도 이런 딜레마를 확인할 수 있다.

셋째, 결국 '낙태죄'를 통해 유지되고 있는 것은 '생명의 존엄성'이 아니라 '생명의 선별'이다.

지금까지 살펴보았듯이 국가는 생명윤리를 내세워 '낙태죄'를 존치시키면서 여성의 임신중지에 대해서는 그 기준을 엄격하게 적용하는 반면에, 배아의 이용이나 태아의 민사상 권리에 대해서는 필요에 따라 권리 기준을 선택적으로 적용하고 있다.
특히 중요한 것은, 이러한 과정에서 사실상 생명은 우생학적 목적과 인구관리를 위해 선별되고 있다는 사실이다. 모자보건법 시행령의 개정 과정을 보면 그 목적이 뚜렷하게 나타난다.
1973년 제정된 시행령 제3조는 임신 28주 이내에 인공임신중절 수술을 허용할 수 있는 조건으로 '우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환'을 명시하고 있으며 여기에는 유전성 정신분열증, 유전성 조울증, 유전성 간질증, 유전성 정신박약, 유전성 운동신경 원질환, 혈우병, 그리고 '현저한 유전성 범죄경향이 있는 정신장애'가 포함되어 있다. 그리고 1986년에는 인공임신중절을 할 수 있는 '전염성 질환'의 대상으로 '풍진·수두·간염·후천성면역결핍증 및 전염병예방법 제2조제1항의 전염병'이 명시된다. 이러한 조항들은 2009년 인공임신중절의 허용 시기가 24주로 앞당겨지면서 전문개정이 될 때까지 그대로 유지되었다. 현재는 '연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환'으로, 전염성 질환은 '풍진, 톡소플라즈마증 및 그밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환'으로 명시되어 있다.
제정 당시에도 가족계획 정책의 성과를 높이는 데에 목적이 있었던 모자보건법은 이와 같이 우생학적 요건들을 인공임신중절의 허용사유로 넣음으로써 인구의 수뿐만 아니라 인구의 질까지 관리하고자 했던 국가의 의도를 명확히 보여준다. 그리고 이제 이러한 우생학적 선별 과정은 생식세포와 배아의 단계에서 이루어지고 있다.
결국 '낙태죄'를 존치시킴으로서 이루어지고 있는 생명에 대한 효과는 '태아의 생명'에 대한 대척점에 여성을 둠으로써 국가의 인구관리 목적에 따라 여성을 언제든 통제가능한 위치에 있도록 유지하는 것이며, 이를 통해 태아와 모체의 관계성을 분리시키고 생명을 선별하는 과정에서 여성의 결정권을 약화시키는 것이다.
따라서 우리는 '낙태죄'에 따라오는 질문의 프레임을 바꾸어야 한다. 지금까지 '생명이란 무엇인가', '생명의 시작을 어느 시점으로 보아야 하는가'라는 질문이 생명을 다루는 국가의 모순된 태도를 삭제하고 여성의 임신중지 결정에만 그 책임을 전가해 왔다면, 이제는 "왜, 어떤 생명이 무슨 기준으로 중요하게 다뤄지고 있는가"라는 질문으로 그 내용을 바꿔 여기에 개입하고 있는 국

가와 의료/과학기술에 대한 비판적 책임을 물을 수 있어야 한다. 그래야 '생명권'도 추상적 언명에 머무르지 않고, 구체적인 현실과의 관계 속에서 고려될 수 있으며 국가와 기술이 전유한 결정 과정을 여성의 몫으로 가져올 수 있다. 그리고 이를 통해 생명에 대한 사회적 책임과 요구 또한 구체화될 수 있을 것이다.

'선택'은 과연 존재하는가

두 번째로 짚어볼 지점은 '자기결정권'에 관한 것이다. 과연 '태아의 생명권'을 침해하는 임부의 '자기결정권'이란 현실적으로 존재하고 있는가? '내 자궁은 나의 것'이라는 구호로 여성의 성적 권리와 피임, 임신, 임신중지, 출산, 양육과 관련된 권리와 요구들을 제대로 담아낼 수 있을까?
'생명권 대 결정권'의 구도에서는 마치 각기 독립적인 개체로서 태아와 개인 여성이 각자의 권리를 두고 대치하고 있는 것처럼 보인다. 그러나 앞서 살펴본 대로 '태아의 생명권'에 대한 판단 요건이 태아라는 존재 자체에 있지 않고 국가의 필요와 다양한 이해관계에 얽혀있듯, 여성의 '자기결정권' 역시 현실의 조건과 동떨어져 존재하지 않는다. 또한 인구관리의 목적에 따라 생식세포, 배아, 태아가 이용, 폐기, 선별되는 과정은 여성의 신체와도 직결되는 문제이기 때문에 여성의 자기결정권에도 영향을 미칠 수밖에 없다. '태아의 생명권'과 '여성의 결정권'은 분리되어 존재할 수 없는 조건인 것이다.
무엇보다 이 '결정권'조차 모든 여성들에게 동등한 조건으로 존재하지 않는다는 사실이 중요하다. 장애, 질병, 연령, 경제적 상황, 지역적 조건, 혼인 여부, 교육 수준, 가족상태, 국적, 이주상태, 성적지향, 성별정체성 등 다양한 조건에 따라 정보 접근성, 의료 접근성, 사회적 압력, 자신의 몸과 태아에 대한 결정권을 행사할 수 있는 조건이 모두 달라진다. 10대와 장애나 질병을 지닌 여성, 레즈비언 여성, 트랜스젠더 여성은 자신이 원하는 성관계와 임신, 출산, 양육 자체를 제한 당하거나 그 능력을 의심받으며, 10대, 비혼, 장애 여성, 전염성 질병의 감염인 여성에 대한 편견과 낙인은 임신과 출산에 대한 자기결정권을 제약한다. 연령, 장애, 경제적 상태, 지역적 조건, 교육 수준, 이주 여건에 따라 피임, 임신, 임신중지, 출산에 관한 정보 접근성과 의료 접근성도 확연히 차이가 난다.
또한 성관계와 피임, 임신, 임신중지, 출산의 전 과정은 국가와 사회의 요구, 젠더 관계, 가족의 요구가 끊임없이 개입하는 과정이다. 그러나 '낙태죄'는 이 과정에 개입하는 모든 당사자들 중에서 오직 여성만을 처벌하며, 심지어 모자보건법에서는 '배우자 동의' 조항을 두어 남성에게는 처벌 대신 여성과 태아에 대한 결정권을 대리할 수 있도록 하고 있다. 이러한 상황 때문에 시부모나 상대 남성은 '낙태죄'를 빌미로 여성을 고소할 수도 있고, 반대로 얼마든지 낙태를 요구할 수도 있다. 서두에 언급했던 '낙태죄 위헌소송'의 사건도 상대 남성이 고소를 한 것이 계기가 된 사건이었다. 여성들은 태아의 생명권과 싸우고 있는 것이 아니라, 이러한 사회적 조건들과 싸우고 있는 것이다. 그러나 '낙태죄'는 이러한 사회적 조건들을 모두 삭제하고, 여성의 '자기결정권'을 단지 개인적 선택의 문제로만 간주함으로써 임신중지를 생명을 침해하는 이기적 행위로 몰아가 버린다.
결정적으로, '낙태죄'는 여성의 주체적 섹슈얼리티를 통제하고 국가가 직접 여성의 합리적 판단력

을 무시함으로써 유지되고 있는 처벌 조항이라는 사실이 중요하다. 1953년 형법 제정 당시 '낙태죄'에 대한 찬반 의견에서 '낙태죄'를 존치시킨 주장에는 '낙태를 허용하면 풍기문란의 우려가 있다'는 내용이 있었다. 이는 헌법재판소 판결문에서의 '낙태를 처벌하지 않거나 형벌보다 가벼운 제재를 가하게 된다면 현재보다도 훨씬 더 낙태가 만연하게 될 것'이라는 논리와도 사실상 일맥상통한다. '낙태죄'가 여성만을 처벌하고 있는 조항이라는 점을 상기하면, 여기서 '풍기문란'이나 '낙태 만연'은 결국 여성들을 통제하고 단속하는 데에 그 목적이 있음을 알 수 있다.
이런 식으로, '낙태죄'를 유지하는 근간에 여성의 주체적 판단과 섹슈얼리티를 통제해야 하고, 국가가 그렇게 할 수 있다는 인식이 깔려 있기에, 낙태만 단속해도 출산률이 몇 % 상승할 수 있다거나 몇 년 안에 출산률을 몇 배로 만들 수 있다는 식의 발언이 아무렇지도 않게 나오는 것이다. 그리고 그 목적을 위해 10대 비혼모, 이주 여성, 장애 여성 등은 실질적인 삶의 조건들은 고려되지 않은 채 출산률 제고를 위한 얄팍한 금전적 지원이나 태아 선별을 위한 산전검사 지원의 대상이 되고 있다.

왜 '태아의 생명권'은 공익이고 '여성의 결정권'은 사익인가 –'재생산'을 다시 생각한다.

앞의 논의들을 정리해 보자.
첫째, 지금까지 '낙태죄'의 존치 여부에 관한 논의는 '생명권 대 결정권' 구도로 진행되어 왔지만 실제 '생명'과 '결정'이 구체적인 현실 속에서 누구에 의해, 어떻게 판단되고 결정되고 있는지를 자세히 보면 결국 '태아의 생명권'과 '여성의 결정권'은 단순히 '태아 대 여성'의 문제가 아니며 서로 배치되지 않는다는 사실을 확인할 수 있다. 오히려 국가의 인구관리 목적, 생식세포, 배아, 태아를 다루는 의료/과학기술의 개입 속에서 태아와 여성의 생명권과 결정권은 서로 밀접하게 연결되어 있으며, 여성이 자기 삶의 과정을 생명권으로 이해하고 이에 대한 결정권을 행사하는 것은 자기 자신 뿐만 아니라 태아의 생명이 어떻게 다루어질 것인지에 대해 영향을 미치기 위해서도 중요하다.
둘째, '생명이란 무엇인가', '생명의 시작은 어디부터인가'라는 질문은 "왜, 어떤 생명이 무슨 기준으로 중요하게 다뤄지고 있는가"라는 질문으로 전환되어야 한다. 그리고 이 질문을 통해 우리는 임신, 출산, 질병, 사망의 모든 영역에서 생명과 삶에 개입하고 있는 국가와 의료/과학기술에 대한 비판과 결정의 주도권을 가질 수 있어야 한다. 생명에 대한 질문을 이렇게 전환하는 것은 장애, 질병, 연령, 성적지향, 성별정체성, 국적 등에 따라 다양하게 작동하고 있는 국가와 의료/과학기술의 개입 속에서 이를 개인의 문제로 환원하지 않고 서로 간의 교차성을 확인하면서 함께 대응할 수 있는 가능성을 열어줄 것이다.
마지막으로 짚고 싶은 것은 "왜 '인간', '태아'의 '태어날 권리'만이 이토록 중요한 위치를 차지하게 되었는가"에 관한 것이다. 생명을 선별하는 우생학적 태도나 여성에 대한 섹슈얼리티 통제, 여성을 판단력을 삭제한 출산 도구로 취급하는 태도 등을 통해 결국 우리가 확인하게 되는 것은 이 국가와 사회가 출산을 여전히 '남성 가부장의 대를 이을', '새로운 인간 노동력 생산'의 과정으로만 보고 있다는 사실이다. 그리고 그 과정에서 '정상성'은 가장 중요한 가치가 된다. 생명에

대한 국가의 모순된 태도를 보면 '태아의 생명권'은 '공익'이고, '여성의 결정권'은 '사익'이라는 입장은 사실상 태아의 생명을 국가가 너무나 존중해서가 아니라, '인간 노동력의 재생산'이라는 '공익'적 목적을 이에 복무해야 할 여성이 '사익'으로써 침해한다는 의미를 담고 있는 것일 테다. 그런 의미에서 이제 지금까지 여성의 성관계, 피임, 임신, 임신중지, 출산, 양육과 관련된 제반의 권리를 지칭하기 위해 사용되어 온 '재생산 권리', '재생산 건강권', '재생산 정의' 등의 용어에 대해서도 다시 생각해볼 것을 제안하고 싶다. 그나마 '재생산 정의'가 '권리' 개념에서 교차성을 더하고, '건강권' 개념에서 우생학적 인식이나 정상성 개념을 빼면서 이를 '사회정의'의 문제로 가져가고는 있지만, 여전히 '재생산'이라는 용어는 '생산'과의 위계에서 파생되는 가치 패러다임으로부터 자유롭지 못하다. 또한 '재생산'을 '인간 재생산'으로 한정해서 본다고 하더라도 이는 여성이 경험하거나 행하는 특수한 과정에만 존재하는 것이 아니라 인간으로서 자신의 삶을 유지하고 살아가기 위한 모든 과정을 의미하는 것으로 확장시킬 수 있어야 할 것이다. 상품과 이윤을 생산하는 것이 가치 있는 '생산'이고, 그 시스템을 유지하기 위해 '정상성'을 갖춘 출산과 양육을 유지하는 것이 '재생산'이 아니라, 우리의 삶을 온전히 자율적으로, '나답게' 유지하며 살아갈 수 있는 과정이 가치있는 공존의 '생산' 과정이 되고, 이를 뒷받침하기 위한 상품의 생산과정이 '재생산'이 되어야 하지 않을까. 그래야 '생명'도, '선택'도 상품과 이윤 생산에 맞추어진 가치 패러다임에서 벗어나 진정한 의미를 가지게 될 것이다.
마지막으로, 생명을 선별하기 위해 '생명의 존엄성'을 내세우고 있는 현재의 시스템을 통렬하게 비판하는 조지 칼린의 공연 중 대사를 덧붙여본다.

"그러니까 기껏해봐야 이 생명의 존엄성은 차별적인 거라고... 우리 인간이 느끼기에 어떠한 생명은 가치가 있는지 없는지 결정하고, 나머지는 싹 죽여버리는거야."

_조지 칼린

[참고자료]

형법
민법
모자보건법
모자보건법 시행령
보건복지부, '불법 인공임신중절예방 종합계획 발표' 보도자료, 2010.2.26.
헌법재판소, 형법 제270조 제1항 위헌소원 2012.8.23. 2010헌바402
헌법재판소, '민법 제3조 등 위헌소원' 판결문 2008.7.31. 2004헌바81
헌법재판소, '입법부작위 위헌확인' 판결문 2009.11.26. 2008헌마385
양현아, '낙태에 관한 다초점 정책의 요청 : 생명권 대 자기결정권의 대립을 넘어', <한국여성학> 제26권 4호(2010), pp.63-100
김미영, '낙태 논쟁의 권리 프레임에 대한 공동체주의적 여성주의 비판', <한국여성학> 제27권 4호(2011), pp.1-35
정진주, '유럽 각국의 낙태 접근과 여성건강-한국 낙태논쟁에 대한 함의', <페미니즘연구 제10권 1호(2010), pp123-158

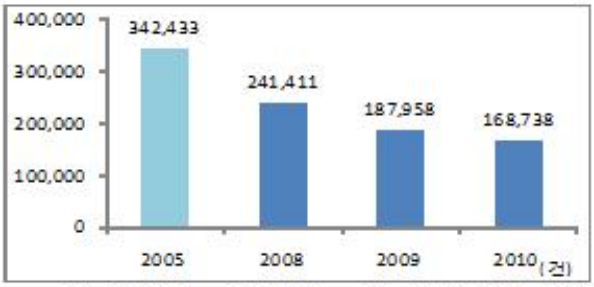
신현호, ‘낙태죄에 관한 제문제’, <저스티스> 통권 제121호(2010.12), pp.370-413
김혜련, ‘기계-인간 생성론과 포스트모성’, <한국여성학> 제9권(2008), pp.127-153
박용운, ‘불임 여성의 몸을 통해 본 재생산 기술의 정치학-시험관 아기 기술을 중심으로’, <여성건강> 제5권 2호(2004), pp.45-70
조주현, ‘생명공학과 여성의 행위성 : 시험관아기 시술과 배아복제 연구 사이에서’, <과학기술학연구> 5권 1호(2005.6), pp.93-157

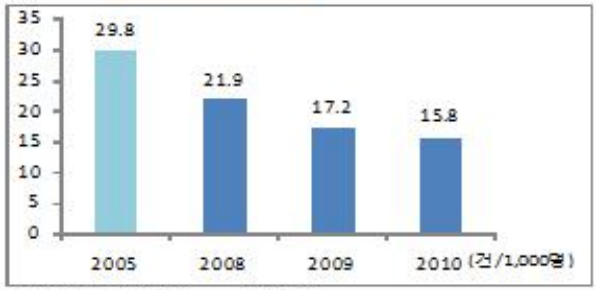
우리는 언제 어떤 상황이건 건강을 추구할 권리가 있다

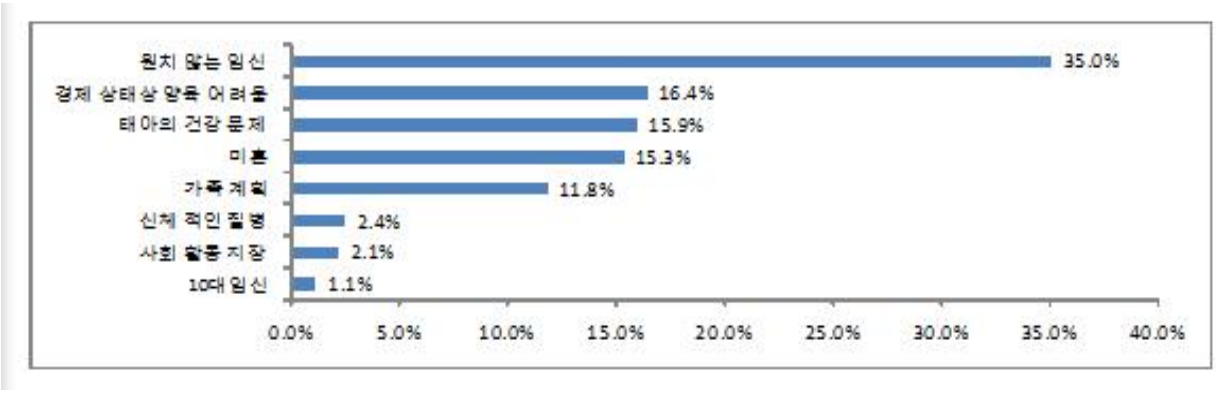
윤정원(건강과 대안 운영위원, 녹색병원 산부인과)

우리나라의 인공임신중절 실태

우리나라에서 인공임신중절 실태조사는 2005[38], 2011[39]년에 보건복지부 보고서가 있으나, 전수조사는 한번도 이루어진 적이 없고, 표본조사(2005년은 여성 4천명과 의료기관 201개 표본조사, 2011년엔 여성 4천명과 의료인 733명 표본조사)여서 한계가 있다.
2011년 조사에 따르면 우리나라의 인공임신중절률[40]은 15.8이었고, 이에 따라 한 해 약 17만건의 인공임신중절이 행해진 것으로 생각되어진다. 이들의 사유를 보면 사회경제적 요인 (원치않는 임신, 경제상 양육 어려움, 미혼, 가족계획, 사회활동 지장, 10대임신) 이 81.7%를 차지하고 있는 것을 알 수 있다.





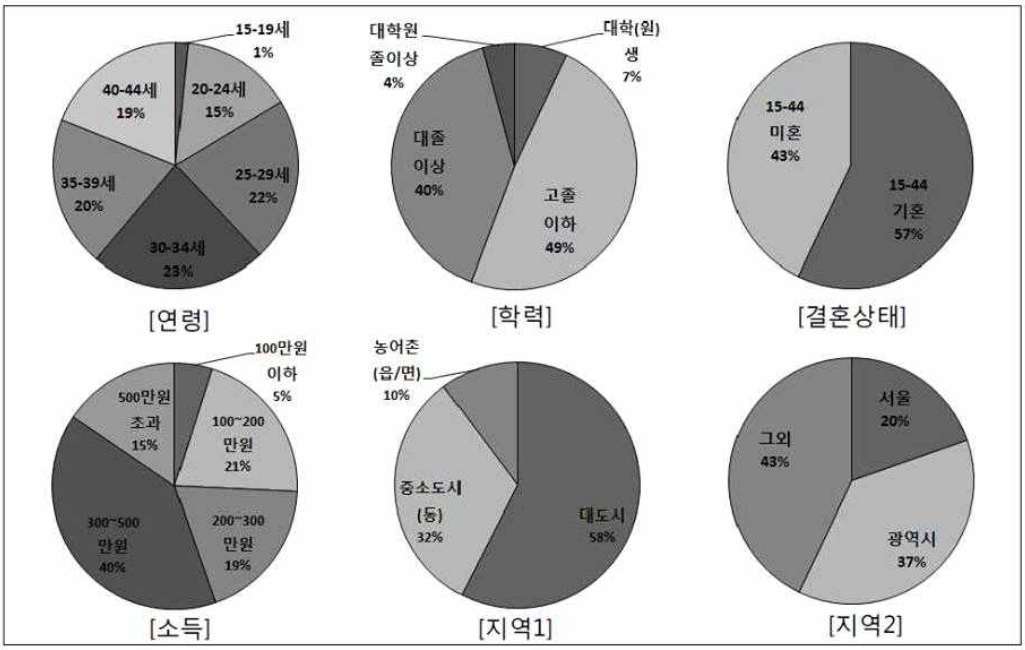


교육수준별 인공임신중절률을 살펴보면, 고졸이하의 학력을 가진 경우가 48.8%로 가장 높았고 그 다음으로 대졸 이상인 경우(40%)였다. 고학력 여성들의 높은 인공임신중절률은 출산할 경우

38) 김해중 외, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 보건복지부, 2005
39) 손명세 외, 전국 인공임신중절 변동 실태조사, 보건복지부, 2011
40) 가임기 여성(15세-44세) 1000명당 시행되는 인공임신중절 건수

직장이 불안정해질 가능성, 혼전임신일 가능성, 학업 등의 이유로 첫 출산을 늦추려는 가능성 등이 예상될 수 있다. 우리나라는 항상 기혼의 인공임신중절률이 더 높은 것이 특징인데, 최근 3년간 기혼의 인공임신중절률은 감소하였으나 미혼의 경우 비슷하게 유지되는 것도 눈여겨 볼 만하다.

< 그림 6 > 2010년 인공임신중절 시술관련 가임기 여성 특성



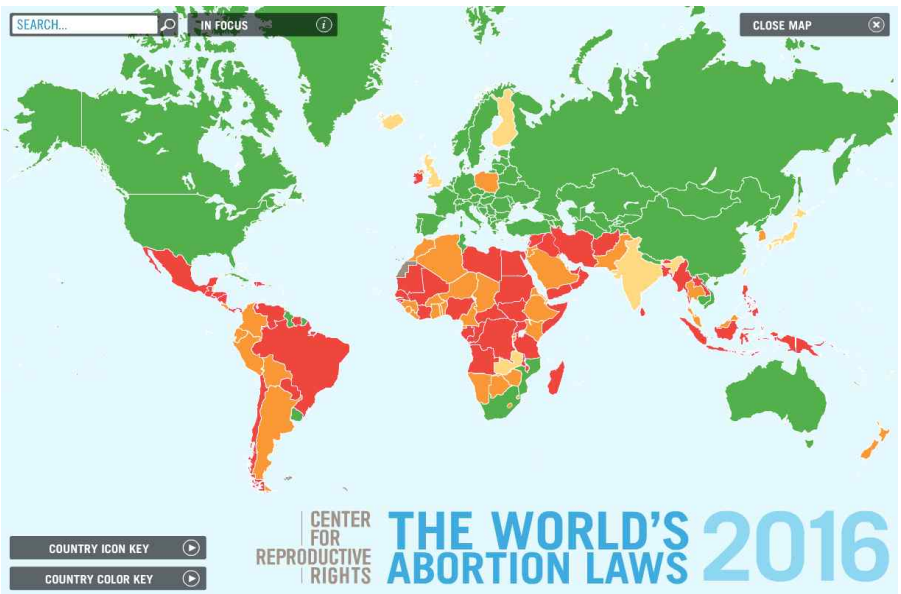


그림. 세계의 임신중절의 법적 지위[41]

41) http://worldabortionlaws.com/map/

재생산권, 건강권으로서의 임신중지권

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 보장되야 하는 가장 기본적 권리로 선언하고 '인공임신중절을 하는 여성들을 처벌하

는 법조항이 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, 임신중지를 개인이 자유롭고 책임있게 결정할 수 있으며, 정보와 수단에의 접근권, 과정에 있어서의 건강과 안전을 보장받는 것을 골자로 한다. 이를 계기로 임신중지 논의의 패러다임이 safe abortion 으로, 임신중지가 합법화되야 안전한 임신중지가 가능하다는 건강권으로서의 임신중지권으로 옮겨가게 된다.
일반적으로 세계 각국에서 임신중지조건을 비교하는데 채택하는 기준은 (1) 임산부의 생명보호, (2) 임산부의 육체적 건강보호, (3) 임산부의 정신적 건강보호, (4) 강간 또는 근친상간, (5) 태아이상, (6) 경제적 또는 사회적 이유, (7) 본인 요청 이다. 2016년 197개국의 낙태법 수준을 정리하였다. 임신중지를 원하는 것만으로 시술을 받을 수 있는 국가는 56개, 사회 경제적 요건까지 합치면 67개국(선진국의 80%, 후진국의 19%)에서 임신중지가 합법적이다.

구분	모체 생명, 신체 건강	모체의 정신건강	강간, 근친상간	태아 기형	사회 경제적 이유	본인요청	임신중지율	모성사망율 (2008)	미페프리스톤
미국	O	O	O	O	O	O	18.9(2008)	24	O
캐나다	O	O	O	O	O	O	13.3(2006)	12	O
오스트리아	O	O	O	O	O	O	1.2(2000)	5	O
벨기에	O	O	O	O	O	O	8.7(2007)	5	O
체코	O	O	O	O	O	O	11.7(2008)	8	O
덴마크	O	O	O	O	O	O	14(2006)	5	O
프랑스	O	O	O	O	O	O	17.6(2007)	8	O
독일	O	O	O	O	O	O	7.2(2009)	7	O
그리스	O	O	O	O	O	O	7(2005)	2	O
헝가리	O	O	O	O	O	O	21.2(2008)	13	O
이탈리아	O	O	O	O	O	O	10.2(2009)	5	O
네덜란드	O	O	O	O	O	O	10.1(2008)	9	O
스위스	O	O	O	O	O	O	6.7(2008)	10	O
핀란드	O	O	O	O	O	-	10.6(2008)	8	O
노르웨이	O	O	O	O	O	O	16.9(2008)	7	O

스웨덴	O	O	O	O	O	O	21(2009)	5	O
영국	O	O	(지역별)	O	O	-	16.8(2009)	12	O
슬로바키아	O	O	O	O	O	O	10.9(2008)	6	X
터키	O	O	O	O	O	O	14.8(2008)	23	O
아이슬랜드	O	O	O	O	O	-	14.5(2009)	5	O
룩셈부르크	O	O	O	O	O	-	..	17	O
호주	O	O	O	O	O	-	16.2(2009)	8	O
일본	O	O	O	-	O	-	10.3(2008)	6	X
스페인	O	O	O	O	O	O	12.1(2008)	6	O
포르투갈	O	O	O	O	O	O	9(2009)	7	O
폴란드	O	O	O	O	-	-	0.1(2008)	6	X
뉴질랜드	O	O	O	O	-	-	20(2008)	14	O
한국	O	-	O	-	-	-	15.8(2010)	18	X
멕시코	O	O	O	O	O	O	0.05	12	O
아일랜드	O	-	-	-	-	-	4.4(2009)	3	X
칠레	-	-	-	-	-	-	0.5(2005)	26	X
슬로베니아	O	O	O	O	O	O	12(2008)	18	O
이스라엘	O	O	O	O	-	-	13.3(2009)	7	O
에스토니아	O	O	O	O	O	O	34.5(2009)	12	O
라트비아	O	O	O	O	O	O	21.3(2008)	20	O

표. OECD 국가별 임신중지의 법적 지위, 임신중지율, 모성사망율, 미페프리스톤 도입여부[42)]

NUMBERS AND RATES

Global and regional estimates of induced abortion, 1990–1994 and 2010–2014

World and region	No. of abortions (millions)		Abortion rate†	
	1990–1994	2010–2014	1990–1994	2010–2014
World	**50.4**	**56.3**	**40**	**35**
Developed countries	11.8	6.7*	46	27*
Developing countries	38.6	49.6*	39	37
Africa	4.6	8.3*	33	34
Asia	31.5	35.8	41	36
Europe	8.2	4.4	52	30*
Latin America and the Caribbean	4.4	6.5*	40	44
Northern America	1.6	1.2	25	17*
Oceania	0.1	0.1	20	19

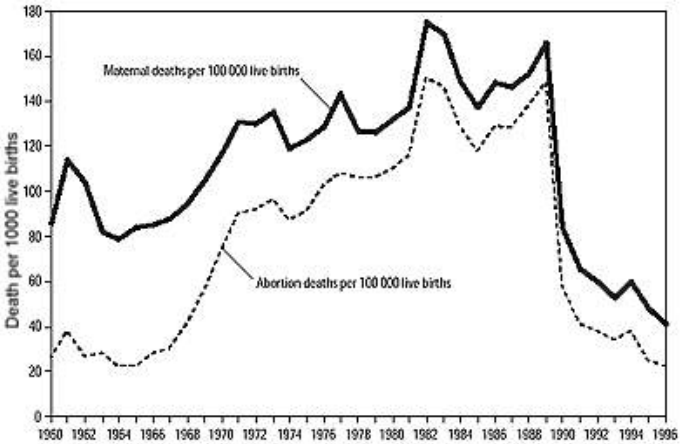
OECD 30개국 중에서 한국보다 임신중지하기 어려운 나라는 아일랜드와 칠레뿐이다. 흔히 프로초이스들이 임신중지가 쉬워지면 임신중지율이 높아질 것이라고 말하지만, 공시적으로, 통시적으로 임신중지의 합법화 정도와 임신중지율은 상관관계가 없음이 밝

42) UN Department of Economic and Social Affairs, World abortion policies 2013..

혀져 있다.[43] 전세계에서 임신중지율이 가장 낮은 곳은 북미와 북서부유럽인데 (각각 17, 18/가임기여성 1000명당), 이곳은 임신중지가 합법적으로 완전히 허용되는 지역이다. 반면 대부분이 불법인 아프리카와 남미는 34, 44이다.
통시적으로 봤을때도 그러하다, 1996년부터 2009년 사이 46개국이 인공임신중절 허용사유를 확장한 반면 11개의 국가에서 허용사유를 축소했다. 같은 기간 동안 임신중지율은 1000명당 40명에서 35명으로 감소하였다.

임신중지가 합법화되어야 안전한 임신중지가 가능하다.

반면, 합법적인 임신중지와 안전한 임신중지 사이에는 유효한 상관관계가 있다. 한해 2천만 건의 안전하지 못한 임신중지가 이루어지고 이들의 대부분은 임신중지가 불법인 개발도상국에서 이루어진다. 임신중지 관련 합병증으로 매년 800만명이 고통받는데, 이들 중 500만명만 치료를 받을 수 있고, 47,000명의 여성이 사망한다. 안전한 임신중지만 가능하다면 전체 모성사망의 20~50%가 줄어든다. [44]



모자보건지표로 임신중지를 설명할 대 가장 드라마틱한 예가 루마니아이다. 1989년 처형되기 전까지 24년간 독재자로 군림한 차우셰스쿠 정권하에서, 1968년, '인력이 국력'이라는 기치하에 이혼, 피임과 임신중지가 법으로 금지된다. 임신중지가 발각된 경우 산모와 수술한 의사까지 감옥에 가뒀다. 효과는 금방 나타났다. 출산율은 급격히 증가했고, 한 반의 학생수는 28명에서 36명으로 늘어났다. 하지만 생활고를 견디다 못한 여성들은 어쩔 수 없이 불법 낙태 시술소를 이용하였고, 많은 여성들이 비위생적인 공간에서 불법 시술자에게 수술을 받다가 목숨을 잃었다. 임신중지 관련 모성사망율은 최대 800%까지 늘어났다. 때문에 1989 차우셰스쿠 처형 후 가장 먼저 바뀐 것이 임신중지합법화였다. 1989년을 기점으로 절반 이하로 감소한 모성사망률(실선)과 1/4 이하로 감소한 임신중지사망률(점선) 그래프는, 안전하지 않은 임신중지의 유일한 답은 안전한 임신중지 – 합법화된 임신중지라는 것을 극명히 보여준다. (차우셰스쿠 하 루마니아에서 불법낙태로 고통받는 여성을 그린 영화 [4개월, 3주, 2일] 및 이런 인구증가 사업으로 20만의 고아들이 거리 생활을 하는 것을 그린 다큐멘터리 [Children underground] 가 국내에도 소개되어 있다.)
미국에서는 임신중지가 합법화되면서 1970~1976년 사이 5,000건의 임신중지 당 사망률이 30에서 5로 줄었다. 1996 합법화된 남아공에서도, 임신중지로 인한 감염이 반으로 줄었고, 1994년

43) Guttmacher Institute , Induced Abortion Worldwide, 2016
44) WHO, Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 3rd ed., 2011.

-2001년 사이 임신중지 관련 사망이 91% 감소하였다.
임신중지를 건강권으로 접근해야 하는 것은 비단 개발도상국에서의 모성사망만이 그 예가 아니다. 의료기술의 최첨단을 달리는 미국에서도 최근 임신중지로 인한 모성사망이 점점 늘고 있는데, 이는 의료보험에 가입하지 못한 사람들, 히스패닉이나 흑인과 같은 유색인종에서 안전하지 못한 임신중지가 점점 늘어나고 있기 때문이다. 우리나라에서도 2010년 초 프로라이프의 낙태시술의사 고발 후 단속과 처벌이 늘어 시술을 거부하는 병원이 늘면서 비용이 수십배 증가하거나 중국이나 일본으로 원정임신중지를 가는 사례들, 임신중지를 알선해주겠다고 유인해서 성폭행을 한 사건, 인터넷으로 가짜 임신중지약을 유통시킨 브로커들, 인터넷에 근거없는 임신중절 정보들이 난무했던 것을 목도한적 있다. 단지 의료기술의 낙후 때문만이 아니라, 법과 현실의 부조리, 빈부격차, 불평등과 같은 사회적 조건 때문에 좌지우지되는 임신중지의 불평등에 대해, 정의와 건강로서의 임신중지권이라는 보편적 가치가 필요한 시점이다. 안전한 임신중지에 관한 2015년 WHO 가이드라인은 다음을 천명하고 있다. 임신중지와 관련된 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호해야 한다: 안전한 임신중절을 시기적절하게 받는 것을 방해하는 절차적인 제도적인 장벽들은 철폐되어야 한다: 보건정책들은 여성의 인권을 존중하고 보호하는 방향 - 여성의 건강지표들을 향상시키고, 정확한 피임 정보와 시술을 제공하고, 특히나 저소득층, 청소년, 성폭력피해자, HIV 감염인과 같은 취약계층의 특수한 요구를 충족시키는 방향이어야 한다.[45]

국가별 임신중지 비용 해결 정책

임신중지비용을 개인이 부담하느냐 공공재정에서 부담하느냐는 곧, 임신중지를 보건의료행위로 보느냐, 국가보건체계가 뒷받침되어 있느냐 라는 질문들과 연결된다.
국가 공공보건시스템이 잘 구축되어 있는 나라들은 대부부분 임신중지 시술이 공공재원에서 지원된다. 덴마크, 독일, 루마니아, 영국, 프랑스 등 NHS[46]가있는 나라에서는, 공공병원에서 받는 시술은 무료이거나 아주 적은 비용으로 가능하다. 핀란드는 시술비용은 NHS에서 무료로 지원하고, 입원비는 개인이 부담하도록 되어있다. 스페인에서는 정부지원을 받는 사설 클리닉에서 시술된다. 미국의 경우에는 1976 Hyde 개정조항 이후 임신중지에 대한 공공자금 지원이 금지되었다. 그러나 오바마대통령의 의료개혁 이후, 주정부가 제공하는 오바마케어플랜을 도입한 19개주(뉴욕, 뉴저지, 캘리포니아 등)에서는 건강보험 혜택을 받고 있다.
무상의료시스템이든 전국민 의료보험 시스템이든, 기본적인 진료비 지불 체계가 갖추어져 있는 경우라도 공공병원이 아니라 민간영리병원에서 시술을 할 때, 환자가 본인부담으로 해결해야 하며 그 금액이 높아지고 차이가 많아지는 것은 사실이다. 오스트리아는 전국민의료보험제도가 있지만 임신중지가 보험적용되지 않아, 민간병원별로 $388-$1085 로 차이가 크다. 일본 역시 의

45) WHO, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. 2015.
46) NHS(National Health System) 국가 보건체계, 북유럽이나 영국의 보건체계로 조세로 재원을 충당하여 전국민 의료보장을 시행하는 형태 / 전국민의료보험(National insurance system) 우리나라와 같이 사회보험료 형태로 재원을 조달하여 의료비를 부담하는 형태 / 위 둘과 같은 공공의료보건체계가 없는 나라들은 민간의 영역에 공급을 맡기고, 이용자가 자비로 의료비를 부담하게 된다.

료보험제도가 잘 되어 있지만, 공공병원은 분만, 수술 등으로 임신중지시술을 할 시간이 없고 민간병원이 거의 시행하게 되는데(이는 우리나라도 비슷하다.) 이 비용은 $1000-$3000로 병원별로 차이가 크다.

국가의 공공보건시스템이 확립되어 있지 않은 개도국의 경우에는, 예상되듯이 개인의 부담이 대부분이다. 인도는 법적으로 임신중지가 허용되어 있고 보건소나 국립병원에서는 무료로 시행되나 그 시설이 낙후되어 있는 것이 대부분이라, 일정 수준 이상의 의료시설에서 시술을 받으려면 $16-20 정도의 개인비용을 지불해야 한다. 네팔의 경우 합법화도 되어있고, 오히려 가족계획과 산아제한과 함께 정책적으로 장려되는 분위기이지만, 국영병원에서 시행 받는데도 $13정도의 개인비용을 지불해야 한다. 비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용차이가 얼마만큼인가, 국가가 비용을 대주는가 개인의 책임인가라는 문제는 의료 이용 접근성과 직결된다. 과테말라의 경우 산모의 생명이 위협되는 경우나 강간, 근친상간의 경우만 임신중지가 합법화되어 있으나 연간 6만 5천건의 임신중지가 암묵적으로 시행되고 있다. 37%의 국민이 하루 2달러 미만으로 생활 하는 과테말라에서 민간 병원에서 임신중지시술을 받기 위해서는 $128-1026가 필요한 데 비해, 산파에게 받는데는 $38-128가 든다. 85%의 국민이 하루 1달러 미만으로 사는 우간다에서 전문의료인에게 임신중지시술 받는데 드는 비용은 $6-58인데 비해 불법시술은 $6-18 가 필요하다. 선진국의 8%만이 안전하지 못한 임신중지인데 비해, 아프리카나 라틴아메리카의 임신중지건수의 95%가 안전하지 못한 임신중지인 까닭이 여기에 있다. 결국 보건의료시스템의 구축과 재정지원이 안전한 임신중지와 직결되는 문제임을 알 수 있다.

한국의 경우, 현재 모자보건법상 허용되는 합법적인 인공임신중절에 대해서는 다음과 같이 수가가 책정되어 있다. 임신 8주이내 64440원, 8주-12주 85990원, 12주-16주 93920원, 16주-20주 130880원, 20주- 183890원. 현재 음성적으로 시행되는 인공임신중절은 주수에 따라 50만원에서 500만원까지 자의적으로 책정된 시세로 진행되고 있는데, 이는 전체 의료비 및 환자들의 부담을 상승시키고, 정확한 통계 및 역학조사가 어렵게 한다.. 건강보험적용이 전제되지 않는 합법화는 시술 접근성에 있어서의 사회경제적 불평등을 해소할 수 없다. 임신중지 비범죄화 이후 수순은 수가현실화와 함께 건강보험적용까지 같이 이루어져야 할 것이다.

자금지원까지 해주면 임신중지율이 더 높아질것이라는 반론과 우려도 있을 수 있다. 2006년 메사추세츠주에서 주州기금을 지원하여 건강보험 가입을 보조했다. 2004년 86%이던 건강보험 가입율이 2008년 94%까지 증가하였고, 임신중지비용역시 건강보험에서 보조되었다. 같은기간 임신중지건수는 24245à23883으로 1.5% 감소하였다. 미국의 임신중지율은 인구감소율과 함께 자연감소율을 보이고 있었는데, 건강보험 적용이 임신중지율을 높이지 않았다는 결론이다.[47)]

표준진료지침 교육 및 약물적 임신중절

표. 안전한 인공임신중절을 위한 WHO 가이드라인[48)]

권고되는 수술적 임신중절방법

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

48) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. 2015. WHO

~12-14주 : 흡입술과 약물적 임신중절이 모두 권고된다. D&C를 정규로 하지 않도록 한다. (99%)
12-14주 이후 : D&E 와 약물적 임신중절이 모두 추천된다. 의료기관은 가능한 둘 다, 최소한 한가지 이상의 방법을 제공해야 한다.

권고되는 약물적 임신중절방법

9주까지(9+0, 63일) (90-98% 성공률)
미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 24-48시간 사이에 미소프로스톨을 사용한다.
미소프로스톨을 질내 삽입, 설하복용시에는 800 μg 사용
미소프로스톨을 경구복용시에는 400 μg.사용
7주이내(49일) 사용시에는 질내삽입, 설하복용, 경구복용 모두 가능
7+1~9+0(63일) 사용시에는 질내삽입 또는 설하복용

9~12주까지 (63–84일)
미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48시간 사이에 미소프로스톨 800μg 을 질내삽입한다.
이후 임신산물이 배출될 때 까지 3시간 간격으로 미소프로스톨 200μg 을 최대 4번까지 질내 또는 설하투여할 수 있다.

12주 이후(84일~)
미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48시간 사이에 미소프로스톨을 다음과 같이 투여한다
12주~24주 사이 : 800 μg을 질내삽입 하던지 400 μg을 경구투여한다. 이후 3시간 마다 400 μg을 질내 또는 설하투여한다.

24주 이후 : 자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다

미페프리스톤 을 구할 수 없는 경우 약물적 임신중절방법

12주까지 (~84일) (75~90% 성공률)
미소프로스톨 800 μg 을 질내 또는 설하투여한다. 이후 3-12시간 간격으로 미소프로스톨 800 μg을 3번까지 투여할 수 있다.

12주 이후(84일~)
미소프로스톨 400 μg 을 질내 또는 설하투여한다. 이후 3시간 간격으로 미소프로스톨 400 μg을 총 5번까지 투여할 수 있다.

24주 이후 : 자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다.

** D&C 경부확장 후 소파술 ** D&E 경부확장 후 흡입술

WHO 발간자료와 산부인과학 매뉴얼에는 안전한 인공임신중절방법에 대한 분명한 임상지침(clinical guidelind)이 존재한다. 전 기간동안 약물적 임신중절이 가능하고, 6~14주에는 흡입술

이, 12주 이후부터는 D&E가 권고되어진다.

표. 1분기 임신중절 환자용 설명서

	약물적 임신중절	수술적 임신중절
원리	약물을 이용하여 자궁내막의 조직을 떨어뜨리는 것	자궁내 조직을 흡입하는 것
장점	수술과 마취가 필요없음 성공률90-98% 항생제 필요 없음 비용	병원에 1번만 오면 됨. 시간이 적게 걸림 성공률이 높음(99%) 집에서 과다출혈을 일으키지 않아도 됨
단점	생리통정도의 복통 혼자 하혈을 경험, 1-2일정도 시간걸림	수술 중,후로 통증 감염,자궁천공, 유착,경부손상의 위험성
가능시기	4-9주 / 이후에는 의료기관 관찰 하에	6-14주

임신중지가 법적으로 제한받는 상황에서, 다음 세가지 이유로 여성의 건강권이 저해되고 있다. 이는 특히 '합법적' 인공임신중절이 필요한 환자- 성폭력피해자, 치료적 인공임신중절, 전염병이나 유전병의 경우 - 의 경우에는 최선의 진료를 받고 있지 못한 상황이므로 낙태죄 폐지 이전에라도 시정을 요구할 수 있는 부분이다.

1. 의과대학 교육 부재 : 임신중지는 '불법'이기에 산부인과 커리큘럼에서도, 임상실습에서도, 수련과정에서도 의료인들에게 교육되어지지 않는다. 태아가 사망한 케이스나 자연유산, 일부 '합법적인' 임신중절의 케이스밖에 접해보지 못하다가, 수련을 마치고 임상에 나가서야 인공임신중절의 실태와 최신지견들을 접하게 된다. 가장 안전하고, 일부 의료인프라가 부족한 지역에서는 조산사나 자가로도 가능하다고 설명되는 흡입술이나 약물적 임신중절을 의학교육에서 배울 기회가 없다. 자궁천공이나 유착을 일으킬 수 있어 그 사용을 줄이라고 권고하는 큐렛을 이용한 소파술이 아직까지 임상의 대부분을 차지하며 (2005년 조사에서 월경조절술이 21%, D&C 47%, D&E 32%, 약물요법 1%를 차지한다.) 진료나 교육의 실태에 대해서도 조사된 바 없다.

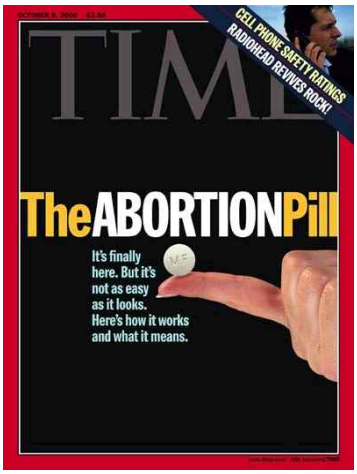
2. 약물적 임신중절의 비중이 낮음 ; 우리나라에는 미소프로스톨은 식약처에 등재되어 있어 사용가능하다. 하지만 인공임신중절이 불법인 지위에서는, 기록을 남기지 않고 여러 차례 병원을 방문하지 않아도 되고 단시간에 수술을 받고 퇴원시키는 수술적 방법을 선호하게 되고, 환자들에게 선택지가 주어지지 않는 경우가 많다.

3. 미페프리스톤 도입 필요 ; 약물적 방법 중에서도 더 효과가 뛰어난 약물인 미페프리스톤이 국내 도입되어 있지 않다.

약물적 임신중절은 비수술적인 방법으로, 미페프리스톤은 태아가 자궁 안에 잘 있도록 해주는 호르몬인 프로제스테론 생성을 억제하여 임신을 유지하게 어렵게 만든다. 이에 이어 미소프로스톨(자궁수축 유도제)를 추가 복용하면, 진통이 생겨 태아가 자궁 밖으로 배출된다. 미페프리스톤은

세계 보건기구 WHO에 의해 그 안전성과 효과를 인정받았고, 마취가 필요 없다는 장점으로 개도국이나 낙후된 의료환경에서 이점을 가지기 때문에 2005년에는 필수의약품 목록에 등재되기까지 하였다. 임신중절 성공률은 90-98%에 달하며, 부작용으로는 자궁수축에 따른 복통이 가장 흔하고, 1-2%는 출혈이나 불완전유산으로 수술적 치료가 필요할 수도 있다. 하지만 약물적 임신중절은 7주 이전에는 수술적 방법보다도 안전하고, 9주까지는 그 안전성이 확립되어 있다.

미페프리스톤의 개발과 시장화는 의학적이기보다는 정치적인 경로를 걸어왔다. 처음 이 약물을 개발한 프랑스의 제약회사 Roussel Uclaf 의 이름을 달고 연구되던 RU-486은 시장에 출시되기 전부터 논란을 불러 일으켰다. 1988년 9월, 6년간의 임상시험 끝에 이 약이 미페프리스톤이라는 성분명으로 프랑스에서 임신중절용 약물로 승인되자 거센 임신중지반대 시위 및 대중의 우려들이 속속 대두된다. 결국 1988년 10월, Roussel Uclaf의 이사진들은 시장철수를 결정하지만, 프랑스정부와 보건국에서 공중보건을 위하여 약물을 계속 생산해 줄 것을 요구한다. 프랑스 보건부장관 Claude Évin은 "나는 임신중지 논쟁이 여성에게서 의학진보의 결과물을 빼앗아가는 것을 허용하지 않겠다. 지금부터 미페프리스톤은 단지 제약회사의 상품이 아니라 여성을 위한 도덕적인 상품moral property of women 임을 프랑스정부가 보장할 것이다" 고 말했다. 결국 미페프리스톤은 1990년 2월부터 미페진(Mifegyne)이라는 상품명으로 병원에서 판매되기 시작한다. 미페진은 곧 1991년 7월부터 영국에서, 1992년 9월부터 스웨덴에서 승인받았고, 2000년 9월부터는 미국 Danco 제약에서 미페프렉스(Mifeprex)라는 상품명으로 승인을 받았다. 미국 이외의 지역에서는 Roussel Uclaf로부터 판권을 넘겨받은 Exelgyn 제약이 계속 미페진을 생산중이며, 현재까지 중국(1988), 프랑스(1989), 영국(1991), 스웨덴 (1992), 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 독일, 그리스, 룩셈부르크, 네덜란드, 스페인, 스위스, 이스라엘(1999). 노르웨이, 대만, 튀니지, 미국(2000). 뉴질랜드, 남아공, 우크라이나(2001), 벨라루스, 조지아, 인도, 라트비아, 러시아, 세르비아, 베트남(2002), 에스토니아 (2003), 몰도바, 구아냐 (2004), 알바니아, 헝가리, 몽고, 우즈베키스탄(2005), 카자흐스탄(2006), 아르메니아, 키르기스스탄, 포르투갈, 타지키스탄(2007), 루마니아, 네팔(2008), 이탈리아, 캄보디아(2009), 잠비아(2010), 가나, 멕시코, 모잠비크(2011), 호주, 방글라데시, 에티오피아, 케냐(2012), 아제르바이잔, 불가리아, 체코, 슬로베니아, 우간다, 우루과이(2013), 태국(2014)캐나다(2015) 61개국에서 승인 후 판매중이다.



미국의 경우 2000년 9월 FDA가 시판을 승인한 후에도, 논쟁의 열기는 식을 줄 몰랐다. 약의 효과와 안전성 그리고 수술적 처치를 피할 수 있다는 장점 때문에 기존의 인공임신중절수술을 대치할 수 있는 치료법으로 여성단체들과 앨 고어 민주당 대통령후보 등 프로초이스로부터는 환영을 받았으나 프로라이프와 조지 부시 공화당 후보는 즉각 반대의사를 표명해 미국 대통령 선거의 주요 이슈로까지 등장하게 된다. 현재 미페프렉스는 9주(70일) 이내의 경우에서, 병의원에서 의사의 처방이 있어야만 구입할 수 있다. 많은 프로라이프 단체들이 시장 철수를 지속적으로 요구하며 로비를 하고 있지만, 약물적 임신중절의 비중은 꾸준히 늘어나 2008년 임신중절의 17%를 차지했다. (9주미만의 임신 중에서는 25%이다.)[49] 현재 미국내의 임신중지약물 관련 논의는 원격의료와 의무기록

전산화 등을 이용해서 오지 여성들이 좀 더 쉽게 접근할 수 있게 임신중지약 자판기를 설치하는 것을 고안하는 데까지 진행되었다.

유럽의 경우, 임신중지가 고도로 제한된 아일랜드와 폴란드를 제외한 모든 나라가 미페진을 허가하였다. 이탈리아는 바티칸 교황청에서 지속적으로 반대의견을 냈으나 결국 2009년 도입되었고, 현재는 병원 내에서만 사용 가능하다. 현재 핀란드에서는 2009년 행해진 임신중절의 84%가, 스코틀랜드는 70%가, 노르웨이와 스웨덴에서는 68%가,, 영국은 9주미만 임신중절의 52%가 약물적 임신중절로 이루어진다.

세계 최초로 임신중절약물이 허가된 곳은 사실 개발국인 프랑스가 아니라 중국이다. 임상시험은 1995년부터 진행되었고, 1988년 10월 중국이 세계최초로 미페프리스톤을 허가했지만, 자국에서도 아직 승인 받기 전이라 Roussel Uclaf 사에서 공급을 거절하였다. 이에 1992년 중국정부는 자체제약회사를 설립하고 복제약을 직접 생산하기 시작했다. 2000년대 이후로 의사의 수가 많아짐에 따라 수술적 방법과 약의 가격이 비슷해지면서 현재는 지역에 따라 수술적/약물적 방법의 활용율이 다른 편이다.

뉴질랜드의 사례는 아주 고무적이다. 1999년 프로초이스 의사들이 직접 Istar라는 비영리 수입회사를 만들어서 MedSafe(뉴질랜드 식약청)에 미페프리스톤을 수입판매하는 것에 대한 허가를 신청하였다. 이는 2001년 8월 승인을 받게 되었고, 2001년 10월부터 처음 사용되게 된다.

우리나라는 사용여부 검토나 도입 논의가 한번도 진지하게 고려된 적이 없을 뿐 아니라, 관련 법상에서도 모자보건법에 '인공임신중절 수술의 허용한계' 라는 조항으로 수술적 임신중절만이 언급되고 있다. 물론 새로운 의료기술의 도입에 대한 사회적 수용성은 항상 고려되어야 하겠지만, 의학적 안정성이 충분히 보장되었고, 많은 국가들에서 상용화되어 있으며, 임신중지 논의가 전 영역에서 시작되고 있는 현재는 도입에 대한 논의를 시작하기에 더 없이 좋은 시점으로 보인다.

이런 와중에 2010년 초 프로라이프 의사회의 낙태시술의사고발로, 임신중절시술비가 급격히 상승하고 시술을 거절하는 병의원들이 많아지는 가운데, 이에 편승하여 중국산 낙태약이 불법 유통되고 있는 사실이 밝혀졌다.[50] 취재진이 직접 인터넷에서 구한 연락처로 25만원을 입금 한 후 하루 만에 중국산 낙태약이 배달되어 왔다고 한다. 하혈과 복통 등 부작용 사례가 보고되면서 경찰수사도 이루어져, 2013년 2월에는 1년 동안 1억 원 이상을 챙긴 불법 낙태약 유통 조직이 검거되었다.[51] 사용 자체가 금지인 임신중절 약물을 인터넷을 통해 쉽게 사게 되고, 이 과정이 의료상담이나 복약지도가 전혀 없이 진행되다 보니 계류유산(죽은 태아가 자궁 안에 남아 있는 것)과 같은 부작용은 물론 출혈이나 불완전유산, 패혈증의 경우 건강을 심각하게 위협할 수 도 있는

49) Jones, Rachel K.; Kooistra, Kathryn "Abortion incidence and access to services in the United States, 2008", Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2011

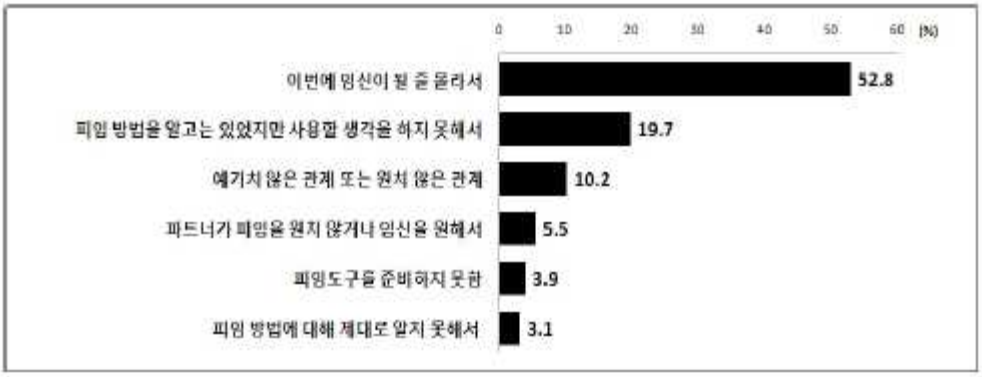
50) 2010.10.3 KBS 9시뉴스

51) 2013.2.7 한겨레 [중국산 불법 낙태약 판매 일당 붙잡혀]

상황이다. 세계 각국에서 약물적 임신중절이 허용되고 있지만, 부작용과 오남용 방지를 위하여 의사처방 하에서 복용할 수 있도록 엄격히 규제되고 있는 것을 생각해 볼 때, 음성적인 시장이 확대되지 않기 위해서는 하루 빨리 공론화를 통한 도입 논의가 필요할 것이다

피임과 성교육

2011년 전국인공임신중절 변동 실태조사에 따르면, 임신중절 경험이 있는 응답자 중, 당시 피임을 하지 않은(못한) 응답자가 62.2%, 피임을 했으나 실패해서가 37.8%이다. 피임을 하지 않은(못한) 이유를 더 자세히 보면, 학력수준이 낮을수록 임신을 예상하지 못하고, 파트너가 피임을 원치 않아서, 피임도구 준비 미비, 피임방법의 지식 부족등의 이유가 높았다. 미혼은 예기치 않은 관계로 인해 피임을 하지 않은 경우, 피임방법의 지식 부족이 기혼 보다 높았다.
인공임신중절의 선행요인은 원하지 않는 임신이다. 원치 않은 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 피임실천율이 54%에서 63%으로 증가함에 따라 의도하지 않은 임신이 69/1000 에서 55/1000로 감소하였다. 따라서 피임율, 피임방법에 대한 접근성을 높이고, 성교육에서 보다 더 효과적인 피임법을 교육하는 것이 중요하다. 피임은 단순히 임신을 피하는 것이 아니라, 언제 임신과 출산을 할지 주체적으로 본인의 인생을 계획한다는 의의가 있다. 임신공포에서 벗어난 쾌락도 중요하고, 건강과 미래, 파트너 서로를 위한 성병예방도 중요하다. 여/남 모두에게 주체적인 성적 권리와 재생산권의 중요성에 대한 교육과 인식전환이 피임을 자연스럽게 받아들이는데 중요한 요건이 될 것이다. 더 안전하고 효과적인 피임법에 대한 연구도 필요하겠다.



< 그림 10 > 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유

〈표 5-29〉 현재 피임 중인 유배우여성(15~49세)과 남편의 현재 피임 방법(중복응답)

(단위: %, 명)

구 분	난관 수술	정관 수술	자궁내 장치	사전경구 피임약	사후경구 피임약	콘돔	살정제	월경 주기법	질외 사정법	기타	(대상자수)
전체	7.6	23.0	12.4	2.9	0.5	30.2	0.4	31.5	24.8	0.2	(8,219)

표 2015 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 중 피임여부[52)]

응급피임약에 대한 공론화도 더 이루어져야 한다. 대부분의 여성들은 자신의 임신가능성을 과소평가하여 응급피임을 하지 않는다. 응급피임약의 피임율도 확대평가 되어있다. 응급피임에 대한 더 많은 연구와 적절한 사용, 공론화가 필요하다.

정리하며

생명 대 선택의 이분법으로 귀결되지 않도록, 안전한 임신중지, 건강권에만 초점을 맞춰 글을 전개했음에도 그동안 논의의 저변이 얼마나 협소했는지를 다시 한번 느끼게 된다. 안전한 임신중절에의 접근권은 단지 시술이나 약 자체뿐만이 아니라 법적 층위, 의학적 배경, 건강보험체계, 여성의 사회적 지위와 하나하나 연결되어 있다. 출산이든 임신중절이든, 그것이 진정 여성의 오롯한 선택이었던 적이 있는가. 낙태비디오가 아니라 월경주기와 가임기 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, 결혼여부와 관계없이 출산지원이 될 때, 임신중절과 출산이 다 건강보험적용이 될 때, 무엇을 선택하든 소독된 진료대에서 경험 있는 의료진에 의해 적절한 시술을 받을 수 있을 때, 아이를 걱정하지 않고 직장을 다닐 수 있을 때, 내 아이가 엄마만 있는지 부모가 다 있는지에 따라 차별 받지 않을 때, 우리는 출산을 '선택'할지 임신중지를 '선택'할지 이야기할 수 있을 것이다. 적어도 현재를 '살고' 있는 순간순간의 선택들 속에서, 우리는 건강을 추구할 권리가 있다. 적어도, 안전한 임신중절을 받을 수 있는 권리는 누구나 누릴 수 있어야 한다.

52) 이삼식, 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2016

‘보조생식기술시대’에 낙태논쟁

김선혜(University of Maryland)

이 글은 기존의 ‘낙태’를 둘러싼 논쟁이 보조생식기술(ARTs: Assisted Reproductive Technologies)이 의료적 개입의 하나로 널리 사용되고 있는 현 시점에서 어떠한 의미가 있는지를 다시 검토하고자 하는 시도이다. 왜냐하면 보조생식기술–아이를 낳기 위한 기술–과 인공임신중절기술–아이를 낳지 않기 위한 기술–은 그 목적이 반대이기 때문에 대척점에 존재하는 기술로 보여지지만 서로 밀접하게 연결되어있기 때문이다. 예를 들어 체외수정(IVF: in vitro fertilization)의 성공적 확산의 이면에는 선택유산(selective abortion)[53]이 존재하며, 착상전 유전자 진단(PGD: pre-implantation Genetic Diagnosis)을 통한 배아선별은 낙태논쟁을 태아에서 배아의 단계로 소급시키고 있다. 또한 체외수정의 과정은 ‘난자공여자’, ‘정자공여자’,‘출산모’, ‘법적·사회적 부모’를 분리시키며, 다양한 주체들이 임신출산의 과정에 개입하기 때문에 누가 ‘임신중단’을 결정할 권리가 있는가는 기존의 낙태논쟁을 더욱 복잡하게 만들고 있다. 그렇기 때문에 보조생식기술의 등장이 기존의 낙태논쟁 프레임(선택권 vs. 생명권)으로는 왜 설명할 수 없는지, ‘생명권’ 혹은 ‘선택권’의 의미가 어떤 지점에서 무력해질 수밖에 없는지, 그럼에도 불구하고 ‘임신’,‘출산’,‘돌봄’으로 이어지는 총체적인 재생산의 과정에 페미니스트들이 개입하기 위해서는 어떠한 새로운 담론이 현 시점에 요청되고 있는지는 면밀히 살펴볼 필요가 있다.

1. 체외수정과 선택유산

현재 한국사회에서 체외수정[54]은 난임진단 인구의 증가에 따라서 아이를 낳기 위한 의료적 개입의 하나로 널리 사용되고 있다. 모자보건법상 난임은 “부부가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하는 상태”로 정의된다[55]. 난임 진단자의 수는 2005년에서 2011년 동안 연 평균 7.7% 증가하였으며, 난임 진단자의 수는 매년 19만 명의 수준으로 나타나고 있다 (황나미, 2013). 난임 진단자의 증가를 곧 난임 인구의 증가로 볼 수는 없겠지만, 난임 진단자의 숫자가 증가하고 있는 만큼 체외수정기술

53) 선택유산에 대해서 윤리적 문제를 제기하는 사람들이 대체로 selective abortion이라는 용어를 사용하고, 중립적으로 기술하고자하는 사람들은 selective reduction 혹은 multiple pregnancy reduction이라는 용어를 사용한다. 본 글에서는 선택유산에 부정적인 입장을 가지고 있어서라기보다는 기존의 ‘낙태’논의와의 연결성을 보기 위해 selective abortion을 사용하였다.

54) 체외수정은 보통 ‘시험관 아기’ 시술로 널리 알려져 있는데, 이는 마치 아이가 시험관에서 태어날 수 있으며 여성의 몸에서 완전히 분리되어 임신이 이루어지는 것처럼 생각하게하는 명칭이다. 하지만 실제로는 정자와 난자가 수정되는 과정만 시험관에서 이루어지고, 다시 여성의 자궁에 착상되어 임신과정을 거쳐야 출산이 이루어진다. 체외수정과 인공수정이 혼재되어 사용되는 경우들도 있는데, 인공수정(artificial insemination)은 채취한 정자를 직접 여성의 몸에 주입하는 방식으로 이는 체내에서 수정이 되기 때문에 체외수정과는 구별되는 기술이다.

55) 난임이라는 용어는 불임이라는 용어가 가지고 있는 부정적인 인식을 벗어나고자한 난임여성들의 적극적인 ‘난임용어사용캠페인을 통해서 정착되었다. 임신이 불가능하다는 의미의 불임이 아니라, 임신이 어렵지만 충분히 가능성이 있는 상태라는 의미로 이들은 난임이 올바른 표현임을 주장하였으며, 이들의 요구에 따라 2011년 ‘난임’이 표준국어대사전에 등재되었고, 2012년 모든 정부의 법안에서 ‘불임’을 ‘난임’으로 대체하는 법안이 통과하였다.

의 수요는 지속적으로 증가하고 있다고 볼 수 있다.

체외수정시술은 특히 정부의 〈난임부부시술비지원사업〉과 밀접한 관련이 있는데, 2006년에 시술비지원사업이 시작된 이후로 체외수정의 시술 숫자는 급격하게 증가했다. 2005년 한 해 체외수정은 32,783건이 시행되었으며, 이 숫자는 〈표1〉에서 볼 수 있듯이, 2014년 62,722건으로 두 배 가까이 증가하였다. 이처럼 체외수정이 한국 사회에서 널리 사용될 수 있던 배경에는 저출산과 출산장려정책이라는 배경이 존재한다. 시술비지원사업은 처음 시작된 2006년에는 465억 원의 예산이 집행되었는데 2015년에는 896억 원으로 거의 두 배로(93%) 증가하였고, 이에 따라 시술의 횟수와 대상도 지속적으로 증가해왔다 (하정옥, 2015). 또한 정부는 지난 8월 긴급 저출산 보완대책으로 시술비지원사업을 내년부터 소득제한 없이 모든 난임부부에게 지원하겠다고 (9만 명 대상) 발표한 바 있다.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IVF	32,783	32,783	30,057	30,234	33,214	42,395	45,226	48,238	53,978	62,722
배아생성	122,859	211,699	188,372	175,301	184,417	202,269	234,191	247,736	264,772	283,412
임신이용	64,583	107,223	93,939	77,420	77,944	79,768	91,373	94,791	97,065	99,802

<표 6> 체외수정 및 배아생성 현황 (출처: 배아보관 및 제공현황 조사결과 보고서(2005~2014), 보건복지부)

이처럼 체외수정이 정부의 출산률 증가라는 목표에 따라서 대중화되고 있지만, 그 결과 파생되는 다양한 문제들에 대해서는 상대적으로 잘 알려지지 않았다. 체외수정의 방식이 다양한 원인의 난임/불임 문제를 해결하는데 효과적인 방식으로 널리 사용되고 있지만, 그 성공률은25~30%[56] 이기 때문에 성공률을 높이기 위해서 여러 개의 배아를 이식하는 방식으로 시술이 이루어져왔다. 성공적인 병원 운영을 위해서 성공률을 높여야 하는 개별 난임 클리닉의 이해[57]와 경제적·정서적·신체적 부담이 큰 체외수정을 최대한 적게 시도하여 성공하고자 하는 개별 난임부부들의 이해가 만나 여러 개의 배아를 이식하는 관행은 오랫동안 지속되어왔다. 배아를 1개 이식한 경우에 임신율은 27.0%, 2개를 이식한 경우는40.1%, 3개의 배아를 이식한 경우는 36.4%, 4개를 이식한 경우는 34.3%, 5개를 이식한 경우는 34.6%, 이식한 배아가 6개 이상인경우가 42.3% 임신율이 보고되었다 (황나미 외, 2015). 이처럼 성공률을 높이기 위해서 2008년에는 전체 체외수정 중에서 3개의 배아를 이식한 사례가 44.8%였으며, 4개 이상인 경우가 27.6%로 나타났다 (보건사회연구원, 2014). 이처럼 여러 개의 배아가 이식될 경우에 발생하게 되는 문제는 다태아 임신이다. '자연'임신의 경우 다태아 출생의 비율은 2%이지만, 체외수정의 경우 다태아 임신은 전 세계에서 30% 정도로 보고되고 있다 (Hamilton &Mcmanus, 2012). 이러한 다태아 임신 비율은 한국

56) 성공률은 나이에 따라서 차이가 많이 나타나기 때문에 평균 성공률을 이야기 하는 것은 큰 의미가 없다.

57) 보통 대학병원보다 개인 클리닉들이 높은 성공률을 보유하고 있는데, 이는 여러 가지로 해석이 가능하다. 임신이 보다 더 어려운 상황에 있는 난임 환자들이 큰 병원을 찾기 때문일 수도 있고, 시술비를 지원받으려하는 시술기관들이 난임 원인에 대한 명확한 분석을 하지 않고 (2015년의 경우 시술비 지원사업을 통해 체외수정을 한 경우중 원인불명이 51.9%로 나타남), 시술을 하기 때문에 체외수정을 하지 않아도 임신이 가능한 부부도 시술을 받아서 임신하는 경우도 존재함을 예상할 수 있다.

에서 더 높게 나타나는데, 현재 체외수정의 경우 40% 정도가 다태아를 출생하는 것으로 집계되고 있다 (보건복지부, 2015).

	2006	2008	2010	2011	2012	2013
총출생아수	445,170	463,150	468,150	471,023	484,229	436,209
출생아수	5,453	4,535	6,536	11,317	14,087	14,346
다태아수	2,790(51.2)	2,328(51.3)	2,714(41.5)	4,489(39.7)	5,627(39.9)	5,676(39.6)

<표 7> 체외수정 시 다태아 출생비율 (출처:황나미,2015)

〈표2〉에서 볼 수 있듯이 2008년까지는 다태아 출생비율이 50%가 넘었으며, 임신율이 곧 생존아 출생율로 이어지는 것이 아니라는 것을 감안한다면 전체 다태아 임신율은 더 높을 것임을 추정해볼 수 있다. 다태아 임신이 문제가 되는 것은 이 자체로 고위험 임신에 해당하는 경우가 많으며, 저체중아와 조산아(이른둥이) 출생으로 이어지기 때문이다[58]. 이를 방지하기 위해서 2개 이상의 배아가 착상이 되는 경우 선택유산 (Selective abortion)이 이루어진다. 선택적 유산 중에서 선택적 감수술 (selective reduction)은 보통 임신 첫 삼분기에 이루어지며, 임신 10주~13주 사이에 시행 된다. 선택적 감수술의 방법으로는 염화칼륨 등의 물질을 태낭 내에 직접 주입하는 방법이 사용되며, 초음파를 이용한 태낭흡입술도 사용된다 (이수윤 외, 2007). 또한 임신 중반기 이후 초음파 또는 양수검사로 태아의 기형이 발견되는 경우 선택적 유산수술 (selective termination)이 시행되는 경우도 있다.

이러한 선택적 유산은 '낙태'와 어떻게 다른가? 선택유산이 다른 인공임신중절과 다른 점은 임신 자체를 원하지 않는 것이 아니라, 아이를 원하기 때문에 시행하는 임신중절수술이다. 원하지 않은 임신 때문에 시행하는 임신중절과 원하는 임신을 달성하기 위해서 선택적으로 임신중절을 하는 경우를 어떻게 같게 혹은 다르게 이해해야 할 것인가? 이에 대해서는 각각 충분한 연구와 논의들이 진전되어야겠지만, 현재 알 수 있는 것은 한 해 20만 건이 이루어지고 있다는 '낙태'의 경험은 이제까지 잘 이야기 되지 않았던 반면, '선택유산'은 – 비록 이 역시 공론장에서 논의된 적은 없지만– 그 절차와 경험은 상대적으로 '도덕적 낙인'으로부터 자유로운 상태에서 공유되고 있다는 것이다[59]. 이는 '미혼'과 '기혼'이라는 사회적 지위의 차이에서 기인하는 차이일 수도 있고, '성관계로 인한 임신'과 '성관계 없는 임신'이라는 차이에서 오는 성적 낙인의 차이일 수도 있다. 또한 임신중절의 이유가 '여성 자신'에게 있는지, 아니면 다른 '아이'에게 있는지의 차이에서 발생하는 것일 수도 있다. 중요한 것은 선택적 유산 또한 '낙태'이기 때문에 도덕적 비난을 받아야한다거나, 동등하게 규제 되어야한다는 차원의 문제가 아니다. 오히려 우리가 주목해야 할 것은 선택유산의 경우 '이기적인 (성적으로 문란한) 여성'이 '아이의 생명'을 죽이는 행위로 비난받지 않는다는 점이며, 이는 기존의 '낙태에 대한 규범'이 얼마나 편향적이며, '생명권'이라는 개념이 얼마나 상대적이며 상황적인지를 보여준다는 점이다.

58) 이에 보건복지부「인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인」을 발표하였다. 2008년에는 최대 5개까지 이식배아수를 허용하는 것으로 제정하였다가, 이후 2015년에는 최대 3개 (35세 미만의 겨우 1~2개, 35세 이상의 경우2~3개)로 개정하였다.

59) 체외수정을 시도하는 과정에 대한 내용을 기록하고 공유하는 많은 개인 블로그들이 운영 중이며, 그 중에서 선택적 유산에 대한 내용을 발견하는 것은 어렵지 않다. 임신을 시도하는 과정에서부터 출산에 이르러 양육까지 기록되어 있는 내용 중에서 선택적 유산은 하나의 과정으로 묘사된다.

또한 선택유산을 하지 않고, 착상된 태아를 모두 출산한다고 해서 문제가 없는 것은 아니다. 체외수정으로 인한 다태아 임신은 기존의 '선택권'이라는 개념도 다시 생각해볼 필요성을 제기한다. 예를 들어 나디아 슐먼의 사례는 재생산에 있어서 여성의 자율성과 선택을 어떻게 혹은 어디까지 인정해야하는가에 대한 많은 논쟁을 불러 일으켰다. 슐먼은 체외수정을 통하여 8쌍둥이를 출산(16개의 배아를 이식)한 것으로 유명해졌는데, 이미 이전의 체외수정시술로 6쌍둥이를 낳은 이후 2번째의 체외수정이었다. 그리고 그녀가 싱글맘이며, 직장이 없이 정부 보조금으로 생활하고 있다는 사실이 알려지면서 논란은 더욱 커졌다. 이를 여성의 재생산 선택권으로 인정해야 할지 혹은 정부는 이를 규제해야 하는지의 문제는 법학과 윤리학에서 큰 논쟁이 되어 왔다 (Davidson, 2010; Rao, 2011). 이처럼 '내 몸은 나의 것'이라는 구호는 특정한 시기와 맥락에서 큰 힘을 발휘할 수 있는 의미 있는 구호이지만, 재생산과 관련된 모든 여성의 실천에서 적용되기는 어렵다.

2. 배아선별과 착상 전 유전자 검사(PGD: preimplantation genentic diagnosis)

선택유산은 배아가 착상된 이후에 임신을 지속시킬 태아와 중지할 태아를 결정하는 기술이라면, 배아선별은 착상을 시킬 배아와 폐기될 배아를 선별하는 과정이다. 앞의 〈표 1〉에서 볼 수 있듯이, 2014년 한 해 생성된 배아의 숫자는 283,412개인데, 이 중에서 체외수정에 실제로 사용된 배아는 99,802개이다. 이는 한 해 약 18만 개의 배아가 임신에 사용되지 않은 상태로 보관중이거나 폐기 예정중임을 의미한다[60]. 앞에서 설명한 것처럼, 체외수정의 성공률을 높이기 위한 방법으로 여러 개의 배아가 이식되며, 여러 개의 배아를 이식하기 위해서는 여러 개의 난자가 추출되어 수정이 이루어져야한다. 보통 체외수정의 경우 3일간 배양을 한 8세포기의 배아가 이식되기 때문에 3일 배아를 가지고 등급을 판정하게 된다. 미국의 보조생식기술학회(Society of Assisted Reproductive Technology)에서는 난할기 배아의 세포 크기와 파편의 양을 전반적으로 평가하여 배아의 등급을 3등급(Good, Fair, Poor)으로 구분하며 (Heitmann et al., 2013), 이 기준과 동일하게 한국 난임 클리닉에서도 상급, 중급, 하급 배아로 나눠서 구별하여 임신에 사용될 배아를 선별한다[61]. 등급이 좋은 배아 몇 개가 임신에 사용이 되고, 나머지는 이후 시술을 위해서 동결보관이 되거나 폐기된다. 한 해 임신이 되지 못하고 남겨진 18만 개의 배아가 18만 건의 낙태 혹은 영아살해와 같은 것으로 이해되지는 않지만, 배아는 '인간이 될 가능성'이 있다는 점에서 낙태 논쟁을 모체 속에 존재했던 태아의 단계에서 착상 이전의 배아 단계로 소급시킨다.

더구나 냉동되어서 폐기될 예정이던 배아를 기증받아 '배아입양(embryo adoption)'을 알선하는 업체들이 미국과 영국을 비롯한 여러 나라에 생겨남으로써, 배아는 '잠재적 인간'의 지위를 획득

60) 백영경 (2010)이 "보조생식기술의 민주적 정치와 '겸허의 기술'"에서 지적하고 있듯이, 보조생식기술은 '생명공학기술'과 '재생산기술'사이에 놓여있다. 체외수정을 비롯한 보조생식기술은 아이를 낳기 위한 기술이지만 동시에 현대 생명공학기술의 기초를 이루는 핵심 기술이며, 배아나 난자는 새로운 가치의 원천이기 때문이다 (47p). 이처럼 체외수정의 결과로 발생한 '잔여배아'는 생명공학 연구의 중요한 '재료'로 사고되고 있으며, 연구 목적 배아 사용을 어떻게 바라볼 것인지에 대해서도 많은 논쟁들이 이루어져왔다 (정연보, 2013). '연구용'배아와 '재생산용'배아의 상호 연결성을 살펴보는 것도 매우 중요한 부분이나, 임의적으로 본 글에서는 '재생산'목적의 배아에 대한 논의로 한정하고자함.

61) 하지만 배아의 등급이 곧 성공률을 의미하는 것은 아니며, 태아의 건강과 직결되는 것도 아니다.

하게 되었다. 잔여배아를 기증받아서 체외수정을 통해서 아이를 낳는 행위가 '입양'이라는 수사로 명명되면서, 배아입양은 마치 '얼음 속에서 잠들어 있는 아이'를 구원하는 행위처럼 재현되고 있다. 이러한 배아 입양은 일반 입양과 다르게 임신과 출산의 과정을 수반하기 때문에 더욱 복잡한 문제들을 만들어내고 있다. 예를 들어 지난 4월 미국의 한 백인부부 –난임이 아닌– 는 종교적 신념에 따라서 기독교 배아 은행에서 흑인 배아를 입양하였고, 이를 통해서 3쌍둥이 흑인 여자 아이를 출산하였다[62]. 스스로 '프로초이스'라고 밝힌 선교활동을 하고 있는 이 부부는 수정되는 순간 생명은 시작되기 때문에, 배아입양은 이들이 당연히 해야 하는 소명이라고 밝혔으며, 특히 입양될 가능성이 백인보다 적은 '유색인종' 배아를 입양하는 것이 더 신의 뜻이라고 주장하였다. 이러한 '인종간 배아 입양'은 어떻게 바라봐야할 것인가? 이들이 주장하는 것처럼 '생명권'을 실천한 행동으로 볼 수 있을까? 아니면 임신과 출산에 대한 자기 결정권을 실천한 행동으로 볼 수 있을까? 이 둘 다 아니라면, 이 과정에서 요구되는 윤리적 판단은 무엇일까?

배아가 체외수정을 통하여 여성의 몸 밖에 존재하게 됨으로써, 배아는 원하지 않을 경우 '입양'을 보낼 수도, 특정한 형질의 아이를 낳고자할 때 '입양'을 할 수도 있는 것이 되었다. 또한 배아가 여성의 몸으로부터 분리됨에 따라 산전진단은 임신 9주 이후에나 시행 가능하던 것에서 착상 전 배아의 단계로 확대되었다. 이러한 착상전 유전자진단은 기존에 산부인과에서 일상적인 산전관리의 하나로 진행되어오던 '산전'진단기술과 밀접한 관련이 있다. 산전진단 기술이 발전함에 따라 출산하기 전에 태아가 특정 질병이나 장애가 있는 지를 선별할 수 있게 되었고, 그 결과 장애가 있는 태아의 경우 '선택적 낙태'의 주요 대상이 되어왔다. Marsha Saxton(1998)은 이러한 '선택적 낙태'와 이를 뒷받침하고 있는 우생학적 아이디어에 대해서 재생산 자유와 선택권을 주장한 페미니스트들은 관심을 가지고 있지 않았음을 비판하며, '개인적 선택'이 사회적 압력에 의한 결과라면 이를 어떻게 진정한 선택이 될 수 있는지에 대해서 의문을 제기한다. 또한 진정한 의미의 선택이 가능하기 위해서는 장애를 선별할 수 있는 선택지와 장애가 있는 아이를 낳고자 하는 두 가지 선택지가 공평하게 고려되는 상황이 전제 되어야함을 역설하였다.

'선택적 낙태'가 임신 과정 중에 장애나 질병이 있는 태아를 중절하는 것이라면, 착상 전 유전자 진단[63]은 유전병이 의심되는 경우에 배아를 검사하는 기술이다. 현재 한국에서는 30개 기관이 착상 전 유전자 검사가 가능하며, 2014년 한해 545건의 검사가 시행되었다. 현재는 139개의 유전질환의 진단 목적으로 시행이 가능하며, 그 외의 목적으로는 시행이 금지되어 있다. 수정란을 2-3일간 배양하여 4세포기 혹은 8세포기 단계로 배양된 배아에서 세포를 분리한 후, 유전자 검사를 실시하여 세포의 유전자 이상을 조사하여 정상이라고 판정된 배아만을 선별해서 자궁에 이식하는 것이다. 이 과정에서 이미 장애나 질병이 예견된 배아는 '폐기'되는 것이 전제된다 (황지성, 2014, 재인용). 이 기술은 유전질환을 자식에게 전달하지 않게 할 수 있는 방법으로 평가

62) https://www.washingtonpost.com/news/acts-of-faith/wp/2016/04/21/my-wife-and-i-are-white-evangelicals-heres-why-we-chose-to-give-birth-to-black-triplets/

63) 전세계 많은 나라에서도 착상전 유전자 진단을 '의료적 목적'과 '비의료적 목적'으로 구분하여 의료적 목적으로만 사용할 수 있도록 하고 있다. 비의료적 목적으로 착상전 유전자 진단을 사용하는 것은 성별을 고르기 위해서인데, 이러한 성별을 선택을 목적으로 착상전 유전자 진단을 사용할 수 있는 나라는 미국, 멕시코, 이탈리아, 태국이 있다 (Soini, 2007). 한국을 비롯한 여러 아시아 국가에서는 여아낙태가 많이 이루어져왔으며, 성비 불균형이 심각하게 제기되었기 때문에 성별임신에 대해서 규제하고 있다. 하지만 여전히 '아들임신'을 원하는 경우에는 착상전 유전자 진단을 통해서 성별을 선택할 수 있으며, 이를 원하는 한국인들은 다른 나라로 가서 이 기술을 이용하고 있다.

되지만, 동시에 이는 우생학에 근거하여 태어나야할 유전형질과 태어나지 말아야할 유전형질을 착상 전부터 선별하는 기술임을 의미한다. 착상 전 유전자 검사는 수정란 단계에서 검사가 진행되고 이식을 해야 하는 '정상'적인 배아와 '폐기' 해야 하는 배아를 미리 구별하기 때문에 '선택적 낙태'를 방지하는 보다 더 윤리적인 기술이라고 주장되어 왔다. 하지만 이는 정상과 비정상, 장애와 비장애의 기준을 더욱 공고화 하며, 장애와 질병이 있는 사람은 태어나야할 이유가 없다는 차별을 전제로 하여 시행되고 있는 기술이다. 또한 이러한 착상전 유전자 진단과 같은 기술의 발전으로 다양한 유전적 증상들을 선별하여 제거하는 기술들은 빠르게 발전하고 있는 반면, 유전적 손상을 '치료' 하려는 노력은 시도조차 되지 않는다 (황지성, 2014). 이러한 상황에서 우생학적 재생산기술의 사용을 반대하는 페미니스트들을 '생명권'을 옹호한다고 볼 수 있을까? 반대로 '내 몸은 나의 것'이라는 구호는 이미 위계적으로 놓여있는 재생산의 구조를 변화시키는데 얼마나 유용할 수 있을까?

3. 대리임신출산거래과 '낙태'

마지막으로 살펴볼 것은 체외수정기술을 통한 대리모[64] 시술의 과정에서 나타나는 '낙태' 문제이다. 보조생식기술 제기하는 다양한 사회적·윤리적 문제들 중에서 대리모에 의한 임신과 출산은 특히 첨예한 의견의 대립이 나타나는 영역이다. 대한산부인과학회 보조생식술 윤리지침(2011)에 의하면 대리모를 통한 임신은 부부 간의 정자와 난자로부터 형성된 배아를 타인의 자궁에 이식하여 임신을 시도하는 것으로 정의된다. 의뢰인인 부부는 유전적 부모이자 법적·사회적 부모가 되며, 대리모는 임신과 출산의 과정만을 담당한다. 임신과 출산의 과정에 개입되는 주체가 더 많아지는 만큼, 누가 '임신중단'의 권리를 가지고 있는가는 더욱 복잡한 문제가 된다.

현재 한국사회에서 대리임신출산거래에 대한 법적 규정은 없다. 현행 생명윤리법에서는 생식세포공여자에 대해서는 금전상의 이득을 목적으로 한 거래를 금지하는 규정은 존재하지만[65], 대리모에 대한 규정은 존재하지 않으며, 친권의 문제를 보자면 〈민법 제1절〉 친생자에 의하면 ① 처가 혼인 중에 포태한 자는 부의 자로 추정한다. 민법에서 친생자의 규정은 보조생식기술의 발전 이전에 정의된 것이기 때문에, 모자 관계는 자연적으로 너무나 당연한 것으로 전제하고 있으며,

---

64) 대리모는 크게 출생된 자식과 유전적 관련이 있느냐 없느냐에 따라서 유전적 대리모 (genetic surrogate)와 출산 대리모 (gestational surrogate), 대리 출산의 목적에 따라서 상업적 대리모 (commercial surrogate)와 이타적 대리모 (alturistic surrogate)으로 구분된다(김상득, 2009; 서종희, 2009). 하지만 본 글에서는 전통적인 '씨받이' 형태의 대리모가 아닌 난임부부의 정자와 난자를 사용하여 수정된 배아를 대리모에 이식하여 임신과 출산을 하는 형태의 출산 대리모만 논의 하고자한다. 또한 현실적으로 이타적 대리모와 상업적 대리모는 그 경계가 분명하지 않은 경우가 많기에 (하정옥, 2015) 이를 구분하여 사용하지 않는다.

65) <생명윤리 및 안전에 관한 법률> 제23조에서는 "① 누구든지 임신 외의 목적으로 배아를 생성하여서는 아니 된다. ② 누구든지 배아를 생성할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다. 1. 특정의 성을 선택할 목적으로 난자와 정자를 선별하여 수정시키는 행위 2. 사망한 사람의 난자 또는 정자로 수정하는 행위 3. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정하는 행위. 다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외한다. ③ 누구든지 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부(反對給付)를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선하여서는 아니 된다"고 규정하고 있다. 또한 난자 기증자의 보호 등의 이유로 배아생성 의료기관은 동일한 난자 기증자로부터 평생 3회 이상 난자를 채취하는 것을 금지하고 있다.

처가 낳은 아이와의 관계가 부자관계가 된다. 입양의 경우 생모와 입양모를 정의하고 구분하는 것이 비교적 간단한 반면, 대리모 출산의 경우 대리모는 출산모인 반면에 유전적 모는 의뢰인이기 때문에 유전자 검사를 통한 친자 검사를 하게 되는 경우에 의뢰인이 모가 될 수 있기 때문이다. 대리모에 대한 법적 규정이 존재하지 않고, 출생아의 법적 지위에 대해서도 논란이 많기 때문에 대리임신출산은 의뢰인과 대리모 여성 모두에게 위험부담이 높은 거래일 수밖에 없다. 대중매체에 보도 되었던 것처럼 대리모 여성이 돈을 받고 사라지거나 낙태를 하는 등의 행위를 하여 의뢰인이 피해를 보게 되는 경우도 존재하며, 반대로 대리모가 임신한 상태에서 의뢰인이 이혼을 한다거나 아이가 생겨 낙태를 요구하는 경우들도 발생한다. 대리모 혹은 대리모의 남편이 출생아의 친권을 주장하며 금전을 요구하는 경우도 발생하기도 한다.

또한 대리임신출산계약은 통상적으로 〈민법 제103조〉 반사회질서의 법률행위에 따라서 "선량한 풍속 기타 사회질서에 위반한 사항을 내용으로 하는 법률행위는 무효로 한다" 조항에 의해서 법적으로 효력이 없는 계약으로 여겨지기 때문에 쌍방의 합의로 대리임신출산계약이 이루어졌다하더라도, 다른 이해관계가 발생하였을 때 법적인 구제를 받을 수 있는 방법이 없으며, 대리모와 의뢰인 모두 도덕적 낙인이 크기 때문에 피해 사실을 알리는데 소극적일 수밖에 없다.

하지만 현행 법체계와는 상관없이 대리임신출산거래는 이루어지고 있으며, 개별 난임클리닉에서는 대한산부인과학회 보조생식술 윤리지침에 의해서 시술을 진행한다. 그리고 대한산부인과학회 보조생식술 윤리지침에서 제시하고 있는 대리모 동의서[66]에는 낙태 관련 조항이 포함되어 있다.

대리모 동의서

· 동의권자는 유전적 부모와 금전적인 이해관계가 있지 아니하며 임신과 출산에 소요 되는 실비를 지급받을 수 있다는 설명을 들었습니다.
· 동의권자는 대리모의 자궁을 통해 출생한 아이에 대한 모든 권리와 의무는 유전적 부모 측에 귀속되며, 아기에 대한 부모로서의 친권을 포기하는 것에 대해 동의합니다.
· 동의권자는 담당의사로부터 배아이식과 임신 및 출산 전 과정에서 예상되는 합병증과 후유증에 관하여 충분히 설명 들었습니다.
· 동의권자는 배아이식이 시행되기 전에는 유전적 부모나 담당 의사를 통해 언제든지 동의 의사를 철회할 수 있습니다.
· 동의권자는 배아이식 전 과정 동안 피임을 하여야 함을 충분히 설명 들었습니다.
· 동의권자는 배아이식이 시행된 후 착상을 고의적으로 방해하거나 임신이 확인된 후 불법적 인공임신 중절을 하지 않을 것을 서약합니다.
· 동의권자는 임신과 출산 전 과정 동안 태아의 성장에 유해한 약물이나 음식을 임의로 복용하거나 의사의 지시 없이 약물을 투여하지 않을 것을 서약합니다.

66) 이 동의서가 법적 효력이 있다고 볼 수는 없겠지만, 대리모시술에서 낙태를 어떻게 다루고 있는지를 살펴볼 수 있는 자료가 될 것이다.

대리모에 대한 동의서에서 확인할 수 있듯이 대리모는 배아이식이 시행되기 전에는 언제든지 동의 의사를 철회할 수 있다고 명시하고 있으나, 이식이 시행된 후에는 착상을 방해하거나 낙태를 하면 안 된다는 조항이 존재한다. 배아 이식이 이루어진 이후에 그렇다면 대리모 혹은 의뢰인은 계약을 파기할 수 없는 것인가? 대리모 동의서에는 인공임신중절을 하지 않을 것을 서약하는 항목이 존재하지만, 반대로 의뢰인(유전적 부모)의 동의서에는 임신중절에 대한 항목이 존재하지 않는다. 대리임신출산의 과정에서 누가 낙태를 요구하거나 결정할 수 있는가는 매우 복잡한 문제이며, 대리임신출산계약이 합법화된 나라에서는 이를 둘러싼 법적 공방과 논쟁들이 본격적으로 이루어지고 있다.

사례1) 2009년 캐나다에서 한 부부는 대리모를 통하여 임신에 성공하였다. 임신 초기 초음파 검사 결과 태아가 다운증후군을 가지고 태어날 가능성이 높다는 결과를 받았다. 의뢰인은 대리모에게 낙태를 요구하였고, 대리모는 '프로라이프'라는 자신의 신념 때문에 낙태를 거부하고, 자신이 낳아서 기르겠다고 양육비를 요구하였다[67].

사례 2) 미국 캘리포니아의 한 대리모는 체외수정을 통해 세쌍둥이를 임신하였다. 의뢰인은 사회·경제적인 이유 때문에 오직 2명의 아이만 키울 수 있기 때문에, 하나의 태아는 선택유산 할 것을 요구하였다. 하지만 선택유산을 거부한 대리모는 LA고등법원에 소송을 제기하였다. 캘리포니아주의 대리모법에 의하면, 의뢰인은 대리모가 임신한 상태에서 태아의 유산을 요구할 수 있으며, 대리모는 이 대리모법이 헌법에 위배됨을 밝히고자 소송을 제기하였다. 또한 세쌍둥이 중에 한 명의 양육권을 주장하고 있다[68].

사례 3) 국제 대리모 사건 중에서 가장 유명한 사례는 태국의 '베이비 가미'사건이다. 2014년 호주의 한 부부는 태국이 대리모와 대리임신출산계약을 맺었으며, 대리모는 쌍둥이를 임신하였다. 산전진단의 결과 쌍둥이 중 한 명의 태아는 다운증후군임이 밝혀졌고, 의뢰인은 다운증후군이 있는 태아를 선택유산할 것을 대리모에게 요구하였다. 대리모는 이를 거부하였고, 호주 부부는 출산한 아이 중 다운증후군이 없는 아이만 데리고 자신이 나라로 돌아갔다[69].

이제까지 언론에 많이 보도된 대리모와 낙태 이슈들은 주로 다태아 임신 혹은 장애와 질병을 이유로 의뢰인이 낙태(선택유산)을 대리모에게 요구하는 경우가 대부분이었다. 사례1의 경우 대리모는 자신은 '프로라이프'이기 때문에 낙태를 할 수 없다고 주장하였다. 이러한 경우에 아이를 낳고자하는 대리모의 입장을 옹호하는 것은 여성의 '선택권'을 지지하는 것일까 아니면 태아의 '생명권'을 지지하는 것일까? 여성의 몸 안에서 이루어지는 일에 대해서는 -태아와 여성은 분리되어서 사고 될 수 없다는 측면에서- 대리모의 결정을 존중해야하는가? 아니면 태어난 아이를 실질적으로 돌보고 키우는 책임을 가지게 되는 의뢰인(생물학적, 사회적 어머니)의 결정을 존중

67) http://www.bionews.org.uk/page_71982.asp
68) http://www.huffingtonpost.ca/2016/01/07/surrogate-mom-sues-father_n_8931080.html
69) http://www.bbc.com/news/world-asia-28686114

해야하는가[70]? 임신출산의 과정에 개입하는 두 다른 여성 주체의 이해관계가 다른 경우에 누구의 결정과 판단이 우선순위를 가질 수 있는가? 이 속에서 선택권은 누구의 선택권이며, 생명권은 누가 주장할 수 있는 것인가?

나아가며

이 글에서는 보조생식기술의 사용이 만들어내고 있는 다양한 문제들이 기존의 '선택권' 대 '생명권' 담론으로는 접근하기 어렵다는 것을 다양한 예를 통하여 개괄적으로 살펴보았다. 형법상 낙태가 범죄로 규정되어 있는 현 상황에서는 우선적으로 낙태죄를 폐지하는 것이 시급한 문제이다. 하지만 낙태죄가 폐지된다고 해서 위에서 논의한 모든 문제들이 함께 해결될 수 있는 것은 아니다. 자신의 몸에서 이루어지는 임신과 출산의 전 과정에 대해서 일차적인 선택과 결정의 권리를 주장하는 것은 정당한 요구이며, 이제까지 국가가 '낙태죄'를 통해서 여성의 몸과 섹슈얼리티, 그리고 재생산을 통제해왔던 방식에는 충분한 문제제기와 항의가 필요하다. 하지만 나아가 개인 여성들의 재생산을 둘러싼 선택과 결정이 어떠한 사회적 조건과 맥락 속에서 이루어지는지 함께 살펴봐야한다. 어떤 '생명'은 태어나도록 격려되고, 어떤 '생명'은 태어나면 안 되는 것으로 선별되는지, 어떤 여성에게는 왜 '출산'이 강요되고, 어떤 여성에게는 '낙태'가 강요되어 왔는지, 그리고 임신출산을 둘러싸고 다양한 여성들이 개입하게 되는 경우에 누구의 권리가 주장되어야 할지의 문제는 법의 영역이기도 하지만, 동시에 정치의 문제이며, 윤리의 문제이다. 이것이 지금 우리가 '낙태죄' 폐지라는 동일한 목표를 공유하는 것을 넘어서서 재생산을 둘러싼 다양한 권력관계들이 어떻게 배치되고 있는지에 주목하는 이유이며, 새로운 재생산 윤리를 고민하는 이유이다.

참고문헌

백영경 (2010) 보조생식기술의 민주적 정치와 '겸허의 기술'시민참여 논의의 확대를 위하여. 경제와 사회, 85, 40-67.

보건복지부. (2015). 2014년도 난임부부지원사업 결과 분석 및 평가. 한국보건사회연구원.

이수윤 외, 2007. 쌍태임신에서 임신 제2삼분기에 시행된 맞춤형 선택적 유산에 관한 연구. Korean Journal of Obstetrics and Gynecology. 50(12). 1657-1664.

정연보, 2013) '잔여' 배아와 난자의 연구목적 이용을 둘러싼 쟁점: 폐기물', 신체, 국가 발전의 의미를 중심으로. 한국여성학. 29(1),1-35.

황나미. (2013). 정부 난임부부 시술비 지원사업 현황과 성과. 보건복지 Issue & Focus, 192.

황나미. (2015). 모자 건강보호를 위한 난임부부 지원사업 개선방안. 정책분석. 61-72.

하정옥. (2015). 한국의 임신 출산 거래 연구– 생식기술과 부모됨의 의지. 페미니즘 연구, 15(1), 169-209.

황지성. (2014)생명공학기술 시대의 장애와 재생산 – '선택권'과 '생명권'을 넘어 재생산의 정치로 –페미

70) 한 대리모 여성은 2개의 배아를 이식하는 날 혹시 두 개가 다 착상이 되어서 쌍둥이를 임신하면 어쩌겠냐는 연구자의 질문에 웃으면서 내가 키울 것도 아닌데 그것을 왜 내가 걱정하느냐고 대답하였다.

니즘연구 14(1), 229-254.
Davidson, C. M. (2010). Octomom and multi-fetal pregnancies: why federal legislation should require insurers to cover in vitro fertilization. William& Mary Journal of Women and the Law, 17, 135.
Heitmann, et al,. (2013). “The simplified SART embryo scoring system is highly correlated to implantation and live birth in single blastocyst transfers”, Journal of Assisted Reproductive Genetics, 30(4), 563-567.
Rao, R. (2011). How (Not) to Regulate ARTs: Lessons from Octomom. Albany Law Journal of Science and Technology. 21, 313.
Saxton, M. (1998). Disability Rights and Selective Abortion," in Abortion Wars, A Half Century of Struggle: 1950 to 2000. Rickie Solinger (ed) Berkeley, CA: University of California Press.

‘장애를 가진 생명의 태어날 권리’? 누가 판단하는가?

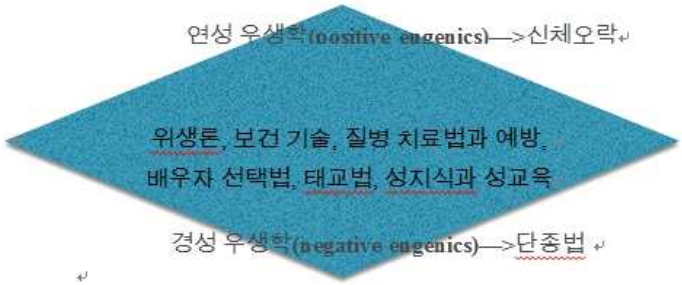
황지성(장애여성공감 연구위원)

“출산율과 낙태죄를 연관지어 생각하는 것은 ‘여성에게 재생산 의무가 있다’는 것을 전제로 한 사고”
“모든 여성을 어머니로 가정하는 시선”

최근 낙태죄 논쟁으로 ‘여성=재생산/모성’으로 환원하는 권력의 작동에 대해 여성들이 위와 같이 한 목소리로 비판하고 나섰다. 여기에 정부가 60년대 이후 빠른 경제성장을 달성하려는 과정에서 인구통제를 국가 발전을 위한 중요 요소로 지목하여 무리하게 산아제한 방법을 동원해 낸 역사에 대한 지적 또한 상당하다.
그런데 모든 ‘여성’을 어머니/재생산으로 치환하고, 그러한 여성들을 국가의 경제발전이나 행복한 내일을 위한 도구로써 소환해 내는 데 대한 현재의 비판이 더 강력한 힘을 발휘하려면, ‘이성애적 결혼 안에서 어머니가 되어 정상적 가족을 재생산’할 것을 강요하는 젠더 규범성이 무엇으로 떠받쳐지는가를 더 심도깊게 논의해야 한다. 다시 말해, ’재생산’이 ‘여성’ 젠더에 대한 규범이라면, 그 규범은 장애인에게, 건강하지 않은 이에게, 유색인종(?)에게, 성소수자에게, 10대에게, 가난한 이에게 재생산하지 않을 것, 어머니가 되지 않을 것을 동시에 요구한다는 것이다. ‘여성’이라는 젠더에 들러붙은 규범성이 분명 무엇인가 문제적인 것들을 만들어 내면서 동시에 그것에 의해 떠받쳐지는 복잡한 구조를 면밀히 볼 필요가 있다.

근대 우생학과 우생학적 신체/국가

서구 근대 국민국가의 토대가 되는 ‘우생학’의 창시자 프란시스 갈톤에 의하면, “우생학이란 육성을 통해서 인류를 개선 하는 학문”이다. 또한, “종족을 더 좋게 개량하는 일은 짝을 잘 짓는것에 국한되는 것이 아니다. 오히려 더 우수한 혈통의 종자가 그렇지 못한 종자를 순식간에 도태시 키게될 가능성을 높게 해주는 모든 요소들을 깨닫는 일이 더 중요하다. 특히 인간의 경우에는 더욱 그렇다”고 주장하였다.[71]



71) 신영전(2006), 식민지 조선에서 우생운동의 전개와 성격: 1930년대 ‘우생’을 중심으로, 의사학, 대한의사학회 제15권 2호.

위 정의에서 드러나듯, 우생학은 국가와 인류를 좋은 혈통을 통해 개선시키자는 과학과 정치 이데올로기의 결합이며, 인간재생산은 물론 국민 개개인의 일상적 신체관리 등과 직접 연동된다. 따라서 우생학은 나치즘의 유대인 대량학살(독일민족의 형질 개량을 위해)이나 아프리카 (열등한)흑인 노예 동원 등 제국주의 국가이데올로기로써 노골적/폭력적으로 그 모습이 드러나기도 하지만, 동시에 일상 생활 속에 은폐되거나 위장되는 측면이 늘 함께 맞물려 작동한다.[72] 한국의 예를 들면, 일제 식민지 시기, 조선이 근대화에 뒤쳐진 '열자'의 위치를 벗어나기 위해서 위생관련 제도의 마련이나 '민족적 육체 개조운동'이 강조되기도 했고, 또 일본 제국이 전시 총력체제에 돌입했을 때는 자국과 식민지 조선 양쪽에서 모두 인구증가를 위한 노력과 함께 '열자 완전 박멸'이라는 극단적 단종법에서 부터, 영양, 위생 등을 강조하는 '국민 체위 향상' 운동, 그리고 일상의 '건전 오락' 등을 장려하기도 했다고 한다.[73]

마찬가지로, 1960년대에는 군사정권이 각종 경제발전 정책과 국민정신 개조 운동 등을 저돌적으로 벌이는 속에서, 인구억제 정책과 함께 우생학을 둘러싼 다양한 시도가 동시에 일어난다. 가정과 국가의 근대화와 합리화 논리 이면에서 여성들의 몸에 폭력적으로 가해진 산아조절 방식은 누누이 지적되고 있지만, 이 시기 장애인에 대한 강제불임시술과 단종을 골자로 한 '국민우생법안'(1964년)이 제출돼 사회적 논란이 됐던 사실은 잘 알려지지 않았다. 우생학의 '법제화' 시도는 결국 1973년 유신 체제 시 비상국무회의를 통해 모자보건법을 제정함으로써 실현됐다.[74] 정부는 낙태를 법으로 금지하는 속에서 ('모자보건' 보다는)출산억제와 피임 및 인공임신중절시술의 보다 합법적이고 전폭적 도입의 근거 마련을 위해 본 법을 필요로 했다.

모자보건법 제14조	모자보건법시행령 제15조
1항: 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다. (1)본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 (2)본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우 (3)강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 (4)법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 (5)임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우	1항: 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다. 2항: 위 (1)에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다. 3항: 위 (2)에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마 증 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

72) 김예림(2006), 전시기 오락정책과 '문화'로서의 우생학. 위 표는 본 문헌의 서술을 필자가 도식화 한 것임.
73) 김예림(위의 자료).
74) 배은경(2012), 현대 한국의 인간재생산, 시간여행; Eunjung Kim(2016), Unmothering Disability, Curative Violence. Duke University Press.

위 법조항은 2009년 개정 이전까지 우생학적 또는 유전학적 정신장애 또는 신체질환에 해당하는 것으로 유전성 정신분열증, 유전성 조울증, 유전성 간질증, 유전성 정신박약, 유전성 운동신경원 질환, 혈우병, 현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신장애, 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환 등으로 규정[75]하고 있어 우생학의 (과학적이라기 보다) 이데올로기적인 측면을 여실하게 드러내주고 있다. 또한 1999년 삭제되었지만, 본 법 제정당시 '불임수술절차 및 소의제기'(제9조) 항목은 '유전 또는 전염을 방지하기 위하여 그 자에 대하여 불임수술을 행하는 것이 공익상 필요하다고 인정할 때에는 대통령령이 정하는 바에 따라 보건사회부장관에게 불임수술대상자의 발견을 보고하여야 한다"고 명시하고 있다. 1999년에 김홍신 의원이 장애인 시설 내 불임시술 행태를 조사했을 당시 많은 시설 수용 장애인들이 본 조항에 근거해 실제 강제 불임시술을 받았으며, 여기 행정기관, 보건소, 가족계획협회 등의 상호 협조가 이루어졌다는 것이 드러났다.[76]

(일본은 폐지했으나) 우리나라에 현재까지 남아 있는 모자보건법의 우생학적 낙태 허용 조항은 우생학적으로 '장애'여성과 '정상' 여성(신체)을 분리해내고, '장애여성=재생산/모성의 금지 vs. '정상'여성=재생산/모성의 의무'라는 규범적 젠더를 생성해 내는 실질적이고도 상징적인 체계이다. 이에 낙태 허용 사유를 더 좁히는 것(우생학적 낙태를 금지하는 것), 혹은 반대로 특정한 범주의 생명과 삶을 배제하고 차별할 수 있는 논리로서 합법적 낙태를 요구하는 것 모두는 결코 대안이 될 수 없고 되어서도 안된다. 국가의 인구정책과 우생학의 기치에 따라 여성들의 몸과 재생산의 자격기준을 나누고, 그 기준에 의해 행위를 허가해주는 식으로 작동하는 권력의 실체를 인식하고 이를 문제삼아야 한다.

극단적 '건강' 이데올로기 그리고 새로운 우생학

현대인들의 건강에 대한 집착, 극단적 건강 이데올로기[77]는 국가가 '잘먹고 잘사는' 날을 위해 인구조절과 경제발전에 국민을 동원했음에도, 결과적으로 가족 그도 아니면 자기 자신 외에 어디에도 기댈 수 없고 아무도 책임져 주지 않는 냉혹한 현실의 반영이다. 그야말로 "돈이 없으면 아파서도 안되는게 현실"이다. 그런 한편으로, 고도로 발달한 과학기술과 지식은 개인들이 경제적 여건 등에 따라 우생학의 자발적 실천자로 더 적극 행위할 수 있도록 문을 열고 있다. 이 '새로운' 우생학의 시대에 재생산은 단지 장애여성(그리고 장애를 가진 생명)에게만 문제가 되는 것이 아니라, 여성의 재생산 일반과 생명에 새로운 의미 부여를 하고 있지 않은가. 각종 산전진단과 결과에 따른 선택적 임신 중지는 이미 당연한 통과의례였지만, 장차 태어날 생명을 우생학적으로 더 바람직하게 만들어야 한다는 명령은 재생산의 책무를 지닌 여성들에게 돈과 기술을 이용해 몸, 외모, 스펙 등을 끊임없이 관리하게 만든다. 나아가 특정 유전자를 선별해 맞춤아기를 만들어내는 단계(PGD 기술)까지 기술이 도달했는데, 이처럼 새로운 우생학과 기술의 합작이 만들어내는 역동의 일면을 농인의 시각을 통해 전달하는 것으로 맺을까 한다.

---

75) 차선자(2007), 장애여성의 재생산권에 대한 고찰, 법학논총 27(2).
76) 복지동향(1999), 정신지체 장애인 강제 불임수술 실태와 대책, 참여연대.
77) 문강형준(2015), '크리틱: 건강이라는 질병', 한겨레 칼럼(2015.1.30)

‘인간게놈프로젝트’는 청력의 손실과 관계되는 수십가지의 유전자를 발견했고, 지속적인 과학기술 연구는 그러한 유전자를 임신 초기 단계에 선별할 수 있게 했다.[78] PGD 기술은 배아단계에서 농/청 유전자 선별을 통해 특정 배아의 선택/폐기 모두를 가능하게 한다. 이에 영국은 2008년에 과학기술발달이 특정 형질을 선택하여 ‘맞춤 아기designer baby’를 만들어내는데 이용될 수 있다는 우려 속에서 〈인간 수정과 배아에 관한 법률〉에 다음과 같은 조항을 포함시켰다.

“인간 또는 배아의 유전자, 염색체, 미토콘드리아의 비정상성abnormality이 인간에게 아래와 같은 것을 가지게 하거나 발전시킬 수 있는 중대한 위험을 가진 비정상성으로 알려진 경우, 그러한 비정상성을 가지지 않을 경우에 대해 선호되어서는 안된다.
(a)심각한 신체 혹은 정신적 장애,
(b)심각한 질병 혹은,
(c)그 밖에 다른 심각한 의학적 상황 (Clause 14/4/9)
(참고로, 호주는 영국과 마찬가지로 ‘폐기’ 목적의 PGD만 사용하도록 법적으로 허용(즉, 농 유전자 등을 가진 배아를 선택하지 못함)하고, 반면 미국은 어느 경우에든 ‘선택/폐기’가 가능하다)

영국의 농인 커뮤니티는 “우생학을 멈춰라Stop Eugenics” 라는 구호와 함께 위 조항 삭제운동을 벌이면서, 해당 법 조항이 농인의 존재를 염두에 두고 그것을 ‘비정상’으로 소환한다고 비판했다. 그러나 조항은 삭제되지 않고 유지되고 있다. “실제 농아동을 갖기 위해 농인들이 대부분 기술을 이용할거라는 근거는 없다. 그럼에도 법 조항은 장애가 없는 배아(hearing embryo)만을 선택하도록 사실상 명령하고, 국가가 농인들에 반해 우생학을 장려하고 있다. … 이러한 시도는 농과 장애 존재 모두를 예방할 수 없다. 실제로는 많은 사람들이 태어난 후 장애를 가지기 때문이다”.

〈참고문헌〉

신영전(2006), 식민지 조선에서 우생운동의 전개와 성격: 1930년대 ‘우생’을 중심으로, 의사학, 대한의사학회 제15권 2호.
김예림(2006), 전시기 오락정책과 ‘문화’로서의 우생학. 위 표는 본 문헌의 서술을 필자가 도식화 한 것임.
김예림(위의 자료).
배은경(2012), 현대 한국의 인간재생산, 시간여행; Eunjung Kim(2016), Unmothering Disability, Curative Violence. Duke University Press.
차선자(2007), 장애여성의 재생산권에 대한 고찰, 법학논총 27(2).
복지동향(1999), 정신지체 장애인 강제 불임수술 실태와 대책, 참여연대.
문강형준(2015), ‘크리틱: 건강이라는 질병’, 한겨레 칼럼(2015.1.30)
Steven Emery et al.(2010), Whose Deaf genes are they anyway? : The Deaf community's challenge to legislation on embryo selection. Sing Language Studies Vol 10(2). 이하에 소개된 영국의 사례는 본 문헌의 내용을 일부 요약발췌한 것임.

78) Steven Emery et al.(2010), Whose Deaf genes are they anyway? : The Deaf community's challenge to legislation on embryo selection. Sing Language Studies Vol 10(2). 이하에 소개된 영국의 사례는 본 문헌의 내용을 일부 요약발췌한 것임.

[공동 성명]

진짜 문제는 ‘낙태죄’다!
인공임신중절 처벌 강화하는 의료법 개정 입법예고안 철회하고,
형법 상의 ‘낙태죄[79]’를 폐지하라!

■ 기자회견 진행 순서 ■

사회 이유림 (연구공동체 건강과대안 젠더와건강팀 연구원)

발언

기조발언 / 백영경 (한국여성연구소)

각계 발언
- 여성계 : 여경 (한국여성민우회 여성건강팀)
- 법조계 : 류민희 (공익인권변호사모임 희망을만드는법)
- 장애여성 : 조미경 (장애여성공감 장애여성독립생활센터 [숨] 소장)
- 낙태죄 폐지 국제동향 : 나영 (지구지역네트워크 적녹보라 의제행동센터장)
- 온라인 페미니스트 그룹 : 이지원 (강남역 10번 출구)
- 의료계 : 윤정원 (녹색병원 산부인과 과장)
- 개인 참가자 1인 (현장 섭외)

기자회견문 낭독
- 고미경 (한국여성의전화 상임대표)
- 노선이 (한국성폭력상담소 성문화운동팀 활동가)

9월 22일, 보건복지부는 현행 의료법 시행령*시행규칙에 ‘비도덕적 진료 행위'의 항목으로 모자보건법 14조 1항을 위반하는 인공임신중절 시술을 포함시키고, 이를 시술한 의사는 최대 12개월까지 자격을 정지할 수 있는 개정안을 입법예고 했다. 그리고 지난 10월 9일 산부인과 의사들은 기자간담회를 열어 “개정안이 철회되지 않으면 입법예고 기간이 끝나는 11월 2일부터 전면적인 시술 중단에 나서겠다"고 선언했다.

79) ‘낙태'는 ‘태아를 떨어뜨려 죽인다'는 의미를 지닌 용어로, 이미 그 자체로 임신중지에 대한 낙인의 의미를 포함하고 있기에 이 성명서에서는 다음과 같이 해당 용어를 구분하여 사용하였습니다.
- 형법 제27장 ‘낙태의 죄’를 지칭하는 경우 ‘낙태죄' 사용
- 국가 또는 타의에 의해 이루어진 경우 ‘낙태' 사용
- 임신중지에 대한 의료적 개입, 시술 자체를 의미하는 경우 ‘인공임신중절' 또는 ‘임신중절' 사용
- 여성 당사자의 자기 의사가 포함된 의미의 경우 ‘임신중지' 사용

그러나 정작 근본적인 문제는 인공임신중절 시술이 ‘비도덕적 진료 행위'의 항목으로 포함될 것이냐 아니냐에 있는 것이 아니라, 여전히 ‘임신중지'가 ‘죄'로서 존재하고 있는 현실에 있다. 의료법 개정안에서 해당 항목이 삭제된다 하더라도 이미 형법상의 ‘낙태죄'가 존재하고 있으며, ‘낙태죄'가 존재하는 이상 법과 현실의 모순은 계속될 수밖에 없기 때문이다.

우리는 인공임신중절 시술을 ‘비도덕적 진료 행위'에 포함시켜 처벌을 강화하겠다는 정부의 태도나, 법안이 통과될 경우 시술을 전면 거부하겠다는 의사들의 태도 모두 ‘낙태죄'의 존재로 인해 발생해 온 실질적인 문제에 대해서는 제대로 고려하지 않은 채, 여성들만을 볼모로 잡고 있다는 사실에 개탄하며, 의료법 개정 입법예고안을 철회하고 형법상 ‘낙태죄’ 또한 폐지할 것을 강력하게 요구한다.

‘낙태죄’의 본질은 생명보호가 아닌 책임전가에 있다!

그 동안 한국 정부는 법으로는 인공임신중절을 엄격하게 금지해 놓고도, 실제로는 필요에 따라 적극적으로 강제 불임, 강제 낙태와 출산 억제 정책을 시행해왔다. 국가는 가족계획 정책의 성공을 위해 여성이 안전하지 못한 피임 장치와 인공임신중절 시술을 받도록 조장하였다. 정부 시책이 경제 개발과 인구증가 억제를 목표로 할때는 법적 근거와 상관없이 임신중절을 사실상 조장하였다가 저출산 해결이 목표가 되자 처벌을 강화하겠다는 갈피없는 역사 속에서 여성의 몸은 통제의 대상이 되어 왔으며, 건강과 삶 또한 자주 위협받을 수밖에 없었다. 심지어 과거 정부는 한센병 환자들에게 강제로 단종 및 낙태 시술을 행한 바 있다. 국가에 의해 낙태를 강요받는 현실은 비단 특정한 질병을 가진 사람들만의 이야기가 아니라 지금 한국사회에서도 개인의 사회적 위치에 따라 비일비재하다.

이러한 국가주도의 출산통제와 사회의 이중적 잣대로 인해 오히려 생명은 국가에 의해, 때로는 가족의 요구에 의해 선별되고 걸러져 왔다. 부모나 태아에게 장애가 있을 경우, 10대 임신의 경우에는 출산 여부에 대한 여성의 의사가 더욱 쉽게 무시되고 있으며, 장애, 질병, 연령, 소득과 노동조건 등 사회경제적 상황에 따른 보장책은 여전히 매우 협소하고 취약한 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고, 사회적 조건을 변화시키기 위한 노력은 제대로 기울이지 않은 채, 사실상 생명과 삶을 가장 많이 무시해 온 국가가 도덕과 법을 내세워 여성들에게 그 책임을 전가해 온 것이 바로 ‘낙태죄'의 본질이다. 이제 그 책임을 국가와 사회로 되돌리기 위해, ‘낙태죄'는 반드시 폐지되어야 한다.

우리는 더 이상 통제의 대상이 되지 않을 것이다!

우리는 국가와 사회가 감당해야 할 생명에 대한 책임을 떠넘긴 채, 우리 삶의 권리를 무시하고, 여성의 몸과 섹슈얼리티를 통제의 대상으로 삼아온 법과 정책을 거부한

다. 우리는 더 이상 통제의 대상이 되지 않을 것이다. 여성들에게는 처벌 대신 더 많은 자율성과 권한이 주어져야 하며, 국가와 사회는 이를 보장할 수 있는 조건을 만들어야 한다. 임신중지를 범죄로 규정하고, 처벌을 강화하는 행위는 인공임신중절을 근절시키는 것이 아니라 위험한 시술을 더욱 부추기는 방법일 뿐이다. 우리는 더 이상 국가의 인구관리를 위해 만들어진 우생학적 모자보건법 안에서 인공임신중절 사유를 허락받고, 증명해야 하는 상황에 머무르지 않겠다. 임신중절에 대한 비범죄화를 기초로 새로운 사회적 합의를 만들어 나갈 것이다.

차별과 낙인, 폭력을 조장하는 성별권력관계와 성별규범을 해소하고, 불평등한 성적 관계를 맺지 않을 권리를 보장하라. 그리고 피임/임신/임신중지/출산에 관한 정확하고 체계적인 지식을 습득할 권리, 자신에게 필요한 피임기술과 의료시설에 접근할 수 있는 권리, 사회적 낙인 없이 비혼모가 될 수 있는 권리, 결혼유무, 성적지향, 장애와 질병, 경제적 차이와 상관없이 자신의 섹슈얼리티와 모성을 실천할 수 있는 권리를 적극적으로 보장하라. 이러한 권리들이 실질적으로 보장될 때, 원치않는 임신으로 인한 인공임신중절 시술은 저절로 줄어들게 될 것이다.

'낙태죄 폐지'는 오직 여성들에게만 책임을 전가해 온 시대를 끝내고, 진정한 생명존중이 이루어지는 사회로의 변화를 만들어낼 출발점이다.

태아는 임신한 여성의 삶과 분리하여 고려될 수 없으며 임신과 출산, 태어날 아이의 삶의 조건은 현실의 삶의 조건과 가장 밀접하게 연결되어 있을 수밖에 없다. 장애를 지닌 이들이 자신의 삶을 보장받지 못하는 사회는 결국 장애를 지닌 태아를 포기하게 만드는 사회이다. 여성들이 임신중지를 강요받거나 혹은 스스로 그 선택을 고려할 수밖에 없었던 상황들은 언제나 사회적 조건 속에서 이루어져 왔다. 그러나 지금까지 한국사회는 이와 같은 현실적인 조건들을 무시한 채, 국가의 필요에 따라, 또는 가부장적 (정상)가족을 유지하기 위해 '낙태죄'를 내세워 오직 여성들에게만 그 모든 책임을 전가해 왔다. '태아의 생명권'을 아무리 주장한들, 삶이 보장되지 않는 생명권이란 결국 공허하고 무책임한 주장일 수밖에 없다.

임신중지는 처벌하거나, 그 사유를 국가에 증명하고 허가받아야 하는 일이 아니다. 임신도, 임신중지도, 출산도 삶의 과정에서 누구에게나 불가피하게 일어날 수 있는 일이자 충분한 사회경제적 지원 아래 당사자가 직접 결정해야 할 일이다.

이제 여성들에게 전가해 온 생명에 대한 책임을 국가와 사회로 돌려야 한다. 진정 생명을 그토록 소중히 여긴다면 '낙태죄'를 폐지하고, 여성과 태어날 아이, 이 사회를 살아가고 있는 모든 이들이 제대로 자신의 삶을 살아갈 수 있도록 실질적인 변화를 만드는 일에 국가와 사회가 적극적으로 나서야 할 것이다. 여성들을 처벌하는 대신, 권리를 보장하고 사회적 조건들을 변화시키는 방향이 옳다는 것은 임신중지 결정에 허용사유를 두지 않고 합법적으로 진료와 시술을 보장하고 있는 74개국의 사례들이 이미 충분히 증명해주고 있다.

이제 우리는 변화를 위한 행동을 시작할 것이다!

<우리의 요구>

- 인공임신중절 처벌 강화하는 의료법 시행령 개정 입법예고안을 철회하라!
- 여성의 몸을 불법화하는 '낙태죄' 폐지하라!
- 장애와 질병에 대한 차별을 조장하는 우생학적 모자보건법 조항 전면 개정하라!
- 국가는 성평등 정책과 성교육을 체계적으로 강화하고, 모든 여성들이 자신에게 필요한 피임기술과 의료시설에 접근할 수 있도록 보장하라!
- 결혼유무, 성적지향 및 성별정체성, 장애와 질병, 경제적 차이와 상관없이 자신의 섹슈얼리티와 모성을 실천할 수 있는 실질적인 권리를 보장하고 이를 실행할 수 있는 조건을 마련하라!
- 안전하고 건강하게 임신을 중지할 수 있도록 최선의 의료적 선택지를 제공하라!

2016년 10월 17일

[성과재생산포럼]

공익인권변호사모임 희망을만드는법 | 연구공동체 건강과대안 | 장애여성공감 | 지구지역행동네트워크

[성소수자차별반대무지개행동]

공익인권법재단 공감 | 공익인권변호사모임 희망을만드는법 | 노동당 성정치위원회 | 녹색당 소수자인권특별위원회 | 대구퀴어문화축제 | 대학성소수자모임연대 QUV | 레주파 | 망할세상을횡단하는LGBTAIQ 완전변태 | 대구무지개인권연대 | 30대이상레즈비언친목모임 그루터기 | 성적소수문화인권연대 연분홍치마 | SOGI법정책연구회 | (사)신나는센터 | 언니네트워크 | 이화성소수자인권운동모임 변태소녀하늘을날다 | 정의당 성소수자위원회 | 조계종 사회노동위원회 | 지구지역행동네트워크 | 차별없는세상을위한기독인연대 | 퀴어문화축제조직위원회 | 한국게이인권운동단체 친구사이 | 한국레즈비언상담소 | 한국성적소수자문화인권센터 | 행동하는성소수자인권연대 | HIV/AIDS인권연대 나누리+

강남역10번출구 | 광주인권지기 '활짝' | 건강권실현을위한 보건의료단체연합 | 건강사회를위한약사회 | 건강사회를위한치과의사회 | 국제민주연대 | 나야 장애인인권교육센터 | 노동건강연대 | 노동자연대 | 녹색당 소수자인권특위 | 녹색당 여성특위 | 다른세상을향한연대 | 동국대북한학과여성주의모임 <북펨> | 망할세상을횡단하는LGBTAIQ 완전변태 | 무상의료운동본부 | 문턱없는한의사회 | 민중과함께하는한의계진료모임 '길벗'학생모임 | 반성매매인권행동 이룸 | 보건의료학생 매듭 | 부산성소수자인권모임 QueerInPusan | 불교인권위원회 | 불꽃페미액션 | 빈곤과차별에저항하는 인권운동연대 | 인권중심사람 | 인천인권영화제 | 문화연대 | 사회변혁노동자당 | 사회진보연대 | 서강대여성주의학회 레페 | 서강대여성주의학회 이음 | 서강대

여성주의학회 틀깸 | 서울대여성학협동과정 자치회 | 서울인권영화제 | 서울장애인차별철폐연대 | 성매매문제해결을위한전국연대 | 십대섹슈얼리티인권모임 | 언니네트워크 | 여성문화이론연구소 | 여성연구자모임 '다락방학회' | 연세대학교문화인류학과대학원 | 연세대학교성소수자인권행동 Queer,WeAre | 연세대학교성소수자중앙동아리 컴투게더 | 연세대학교제27대총여학생회 잇다 | 의료민영화를반대하는전공의모임 | 이화여대여성학과 자치회 | 인권교육센터 '들' | 인권운동사랑방 | 인도주의실천의사협의회 | 장애등급제*부양의무제폐지공동행동 | 장애와인권발바닥행동 | 장애해방열사_단 | 전교조 여성위원회 | 전국장애인차별철폐연대 | 전국학생행진 | 전북평화와인권연대 | 젊은보건의료인의공간 다리 | 제주여성인권연대 | 젠더정치연구소 여.세.연 | 중앙대성평등위원회 | 중앙대여성주의학회 여백 | 참의료실천청년한의사회 | 천주교인권위원회 | 트렌스젠더인권단체 조각보 | 한국게이인권운동단체친구사이 | 한국레즈비언상담소 | 한국성폭력상담소 | 한국여성민우회 | 한국여성연구소 | 한국여성의전화 | 행동하는성소수자인권연대 | 행동하는의사회 | 페미당당

이상 2개 연대체 및 72개 단체

* 2016년 10월 16일 18시 기준 개인 연명 2882명

강가림	강경숙	강경아	강경영	강경희	강국휘	강금주
강나경	강다현	강다현	강다현	강동진	강루리	강리라
강명란	강명지	강명환	강미리	강미자	강미진	강민
강민경	강민서	강민영	강민재	강민정	강민정	강민지
강민지	강민진	강민화	강범석	강보배	강부민	강상아
강상아	강서진	강선경	강성실	강성의	강성찬	강소리
강소연	강소진	강솔	강수정	강수진	강승희	강여명
강연실	강연희	강예원	강예지	강원희	강유민	강유선
강유정	강유지	강은애	강은주	강은혜	강이수	강이슬
강주원	강주은	강주희	강지선	강지수	강지영	강지우
강지원	강지이	강지이	강지혜	강진영	강진주	강채린
강천식	강태은	강태이	강태이	강푸름	강필원	강하늘
강하라	강하영	강한새	강향리	강현주	강희영	강희주
경소영	경순	경진주	경하	고가희	고경만	고경심
고경주	고금숙	고명희	고미남	고병진	고서아	고수정
고수진	고수진	고시선	고영애	고예지	고예지	고유미
고유진	고유진	고윤정	고은비	고은샘	고은지	고은채
고이영	고익준	고자연	고정갑희	고정심	고지은	고한나
고혜림	고희경	공경미	공시형	공유정옥	공주영	공혜선
곽경민	곽경민	곽민정	곽민정	곽민주	곽영민	곽윤이
곽윤정	곽정난	구가은	구민정	구보명	구본욱	구연수
구옥심	구은아	구인영	구지민	구지수	구하나	구현경
구회숙	구희성	국미진	국윤나	국효선	궁경혜	권김현영
권나영	권다은	권명심	권미숙	권미현	권민선	권민정
권민정	권보영	권사랑	권상수	권서진	권수현	권순부

권예은	권오재	권용민	권유경	권유희	권윤경	권은경
권은경	권은미	권은지	권재은	권정우	권정윤	권정현
권주영	권주희	권지수	권지현	권창섭	권택경	권혁선
권혁양	권혁일	권현진	권혜현	권효연	권희선	권희은
규원	금나연	금민지	금세아	금윤선	기계형	기묘원
길예진	길유지	길은정	김가람	김가영	김가영	김가은
김가은	김가현	김가희	김강산	김건수	김건우	김건하
김건호	김건호	김결이	김경례	김경민	김경민	김경아
김경언	김경은	김경은	김경은	김경은	김경희	김경희
김관욱	김광남	김광이	김귀숙	김규리	김규현	김근영
김금석	김금혜	김금희	김기돈	김기옥	김나라	김나래
김나리	김나연	김나연	김나영	김나영	김나영	김나영
김나온	김나혜	김나혜	김남혁	김남희	김내훈	김다련
김다봄	김다솜	김다인	김다정	김다정	김다혜	김다혜
김다혜	김다희	김단비	김단희	김대민	김대욱	김대욱
김대현	김대호	김덕수	김도경	김도균	김도연	김도영
김도은	김도현	김도희	김동경	김동석	김동연	김동인
김동주	김동현	김둘순	김라현	김려일	김만	김명기
김명아	김명은	김명훈	김명희	김모란	김문희	김미경
김미경	김미라	김미리	김미선	김미선	김미소	김미연
김미정	김미정	김미정	김미혜	김미희	김민경	김민경
김민규	김민서	김민석	김민선	김민소	김민솔	김민수
김민아	김민아	김민아	김민아	김민아	김민영	김민영
김민영	김민유	김민재	김민재	김민정	김민정	김민정
김민정	김민정	김민제	김민주	김민주	김민지	김민지
김민지	김민지	김민진	김민혜	김바다	김보경	김보람
김보민	김보배	김보선	김보선	김보여	김보연	김복은
김봄	김봄	김봉구	김상미	김상미	김상민	김상애
김상은	김상진	김상희	김상희	김서연	김서영	김서율
김서정	김서하	김서현	김서현	김서형	김서화	김석
김석환	김선	김선미	김선영	김선영	김선혜	김선화
김선환	김설	김설이	김설화	김성봉	김성애	김성재
김성재	김성준	김성진	김성철	김성현	김성희	김성희
김세경	김세승	김세은	김세정	김소라	김소람	김소민
김소연	김소연	김소영	김소영	김소정	김소정	김소진
김솔입	김솔함	김송은	김수경	김수경	김수경	김수민
김수빈	김수연	김수연	김수영	김수완	김수정	김수정
김수정	김수정	김수지	김수진	김수진	김수진	김수현
김수현	김수현	김수형	김수환	김수희	김순남	김슬기
김슬아	김승빈	김승섭	김승신	김승형	김승황	김시아
김시온	김시현	김신	김신아	김신효정	김실화	김아름

김아름	김아리	김아연	김아영	김양지영	김언경	김여원
김여진	김연덩	김연아	김연자	김연지	김연진	김연희
김영	김영	김영국	김영국	김영길	김영범	김영선
김영수	김영숙	김영순	김영신	김영옥	김영주	김영준
김영준	김영진	김영학	김예나	김예란	김예람	김예리
김예린	김예림	김예미	김예민	김예지	김예지	김예진
김예진	김예진	김용미	김용언	김용원	김우영	김원식
김원웅	김원정	김원주	김유라	김유빈	김유진	김유진
김유진	김윤	김윤경	김윤경	김윤아	김윤영	김윤의
김윤정	김윤정	김윤희	김윤희	김은미	김은선	김은송
김은애	김은유	김은정	김은정	김은주	김은주	김은주
김은지	김은지	김은해	김은희	김은희	김의경	김의령
김의용	김이나	김이여성	김이오	김인경	김인서	김인아
김인영	김인희	김자연	김잔디	김재미	김재빈	김재영
김재왕	김재유	김재은	김재형	김정도	김정민	김정민
김정범	김정선	김정아	김정운	김정원	김정윤	김정은
김정주	김정하	김정헌	김정현	김정혜	김정훈	김정희
김종남	김종완	김종환	김종환	김주민	김주연	김주연
김주온	김주진	김주현	김주혜	김주호	김주희	김주희
김주희	김준	김준호	김지민	김지민	김지산	김지석
김지선	김지수	김지숙	김지애	김지연	김지연	김지연
김지영	김지영	김지우	김지욱	김지원	김지윤	김지윤
김지윤	김지은	김지은	김지인	김지현	김지현	김지현
김지혜	김지혜	김지혜	김지후	김지희	김진경	김진경
김진근	김진솔	김진숙	김진아	김진영	김진영	김진호
김찬미	김창영	김채림	김채연	김채원	김체원	김춘숙
김태경	김태경	김태림	김태완	김태은	김태은	김태일
김태준	김태진	김태훈	김태희	김판균	김푸른	김푸른솔
김필순	김하나	김하린	김하림	김하은	김한결	김한나
김한려일	김한상	김한슬	김해나	김해원	김향미	김향숙
김헵시바	김현경	김현대	김현미	김현숙	김현영	김현정
김현정	김현주	김현주	김현진	김현진	김현진	김현진
김현철	김현호	김현희	김형성	김형은	김형주	김혜경
김혜경	김혜리	김혜리	김혜린	김혜린	김혜린	김혜림
김혜민	김혜빈	김혜빈	김혜선	김혜순	김혜영	김혜옥
김혜원	김혜인	김혜정	김혜준	김혜진	김호성	김홍미리
김화선	김화용	김효석	김효선	김효선	김효원	김효은
김효정	김효현	김희균	김희선	김희수	김희연	김희원
김희은	김희정	김희정	김희지	김희진	꼬비	나
나누리	나랑	나모나	나미나	나미연	나순희	나영
나영정	나예리	나예인	나유정	나유진	나윤경	나익수

나인영	나지수	나지수	나지현	나혜영	남궁승남	남궁정
남보라	남상희	남소정	남순아	남영혜	남예지	남예진
남유빈	남유정	남윤아	남은주	남의영	남주희	남지은
남현우	남혜란	넝쿨	노경희	노다혜	노미선	노민혜
노소연	노예림	노은수	노주연	노지윤	노지은	노진희
노현서	노혜경	노화정	노희수	노희정	단청	도경선
도레미	도용주	도인희	도희	동윤진	두아인	라미진
라일락	라혜민	라혜원	류가을	류다윤	류민희	류선엽
류선우	류수민	류수완	류승희	류연미	류진희	류한나
류희승	린	림보	마정윤	마주연	마지환	맥주
명소희	명수민	명숙	명지원	명하연	명희수	모민영
모호	문강	문경록	문경아	문근아	문나리	문미현
문선유	문선화	문성미	문세경	문소은	문송희	문수지
문수현	문숙영	문아영	문영길	문영민	문윤경	문윤아
문은미	문재연	문지영	문지효	문혜정	문호영	
미류	민경채	민선아	민소영	민수정	민수진	민앵
민유라	민정웡	민주	민주혜	민호영	바분	박가람
박경남	박경민	박경수	박경숙	박경주	박경진	박고은
박규영	박규현	박규현	박근태	박근혜	박금원	박기남
박김형준	박노경	박다정	박대안	박도연	박문수	박미라
박미선	박민서	박민선	박민선	박민성	박민영	박민지
박민지	박민지	박민효	박병상	박보람	박보원	박부영
박상미	박상연	박상윤	박상준	박상현	박새별	박새별
박서연	박서영	박서희	박석운	박선숙	박선영	박선영
박선영	박선화	박선희	박설아	박성배	박성인	박성주
박성준	박성환	박세미	박세미	박세진	박세훈	박세희
박소연	박소연	박소영	박소영	박소이	박소정	박소진
박소현	박소희	박솔비	박송이	박송희	박수경	박수경
박수빈	박수빈	박수빈	박수영	박수정	박수진	박수현
박슬기	박시연	박시현	박신애	박신정	박신형	박아름
박아름	박언영	박언주	박영양	박영주	박영준	박예람
박예슬	박예은	박예지	박예지	박예지	박예진	박예진
박예희	박옥기	박외순	박용준	박우이	박원영	박원영
박유라	박유영	박유진	박유진	박유하	박윤지	박으뜸나리
박은경	박은경	박은별	박은선	박은애	박은정	박은지
박은호	박의현	박이슬	박이은실	박인기	박인하	박인화
박일순	박임당	박재영	박재완	박재현	박재현	박재화
박재화	박재희	박정돈	박정수	박정아	박정원	박정원
박정은	박정혀	박정현	박정화	박정희	박종덕	박종은
박종주	박종현	박주연	박주영	박주은	박주희	박준범
박준성	박준형	박준형	박지명	박지민	박지선	박지선

박지수	박지애	박지연	박지연	박지영	박지예	박지예
박지완	박지원	박지원	박지윤	박지은	박지해	박지혁
박지혜	박진경	박진영	박진예	박진주	박진희	박진희
박차민정	박찬미	박찬미	박찬애	박채연	박태연	박필용
박하경	박하늘	박하윤	박한희	박해민	박해수	박해윤
박헤빈	박현	박현수	박현숙	박현영	박현유	박현주
박현주	박현철	박현하	박현희	박형원	박혜림	박혜민
박혜빈	박혜인	박혜인	박혜조	박혜주	박혜지	박환희
박희원	박희정	박희철	방연지	방이슬	방정은	방지예
방한나	방혜린	배경내	배경리	배남규	배미영	배미주
배복주	배상미	배상은	배소영	배소영	배용수	배원준
배은경	배은경	배은실	배은영	배인수	배재훈	배정연
배주윤	배지안	배진경	배현정	백가윤	백건하	백경화
백경흔	백규석	백미향	백새롬	백선주	백소연	백소영
백소희	백수진	백수향	백승민	백승민	백승연	백승우
백승준	백영경	백용욱	백운중	백일홍	백재중	백정은
백정필	백조연	백종규	백지영	백지예	백지은	백지은
백채경	백희정	변다솜	변은희	변정윤	변혜련	변혜원
보	보통(유승희)	복아름	봄알람	봉완선	부미경	빅종선
사공연수	사라	진희	서경아	서귀자	서기원	서기현
서나연	서늘푸른	서대선	서동욱	서민수	서민영	서민희
서방윤	서범진	서보일	서보현	서보혜	서상희	서세영
서수영	서순현	서승택	서연	서연경	서연석	서연수
서영미	서영주	서영지	서예원	서원주	서유정	서윤
서윤정	서이주	서재원	서정명	서정민	서정싯	서주희
서준상	서준오	서지수	서지영	서지현	서하나	서해림
서홍일	서효인	석민경	석민정	석영화	석옥림	석윤희
석은지	석자은	석정균	석지은	석지인	석지혜	석태영
석현아	석혜영	선명수	선백미록	선우상	선지현	설동연
설세영	설지혜	설황수	성산하	성세미	성수연	성아은
성연경	성연주	성연화	성우진	성정민	성정숙	성지수
성혜경	성희진	소성욱	소혜경	소희	손난주	손다원
손명철	손모란	손미혜	손민정	손민주	손상지	손세연
손세영	손솔	손승해	손아영	손영락	손영은	손우진
손유라	손유선	손유진	손유진	손윤정	손은경	손은윤
손이레	손정순	손지영	손지후	손채정	손한별	손현지
손혜란	손홍만	손효돈	손효정	손희정	송경미	송관욱
송누리	송다빈	송다영	송란희	송문정	송민정	송병욱
송서영	송서진	송소연	송수연	송숙영	송슬기	송승준
송승희	송영심	송영철	송예지	송유선	송유진	송윤화
송은지	송재영	송재윤	송재인	송재현	송지연	송지은

송지은	송지호	송지호	송지훈	송진아	송채원	송철민
송초롱	송하율	송혜민	송혜정	송효정	수영	슬기
신경아	신도희	신란주	신민선	신바름	신상숙	신상숙
신선화	신선희	신설희	신성철	신세린	신수민	신순영
신연숙	신영미	신우승	신유나	신유나	신유정	신유진
신유진	신윤경	신윤빈	신은영	신은정	신은진	신일섭
신재연	신재연	신재윤	신제용	신종식	신주진	신중휘
신지수	신지연	신지원	신지현	신지혜	신진숙	신진아
신진원	신채연	신필규	신필식	신한나	신현나	신형도
신혜지	신혜진	신화순	신화용	신희숙	신희주	신희진
실낱	심경희	심다은	심미섭	심소연	심아란	심여진
심예나	심온슬	심은경	심은아	심정용	심정은	심정화
심지원	쌔미	ㅇㅇ	아리데	안가은	안경하	안그라미
안다혜	안단호	안도희	안머루	안보영	안성진	안세원
안소진	안연주	안영윤	안예은	안유빈	안유정	안유진
안윤경	안윤정	안은선	안은영	안은영	안은정	안재량
안재은	안정화	안제린	안주희	안지영	안지운	안지윤
안지은	안태진	안효영	안희원	안희제	안희준	양류
양미희	양민주	양보원	양봄이	양서윤	양선주	양소정
양아름	양애리아	양예수	양유진	양은서	양은정	양재선
양재평	양재훈	양지연	양지윤	양지혜	양창권	양창아
양한솔	양한승	양해인	양혜인	양혜진	양희도	양희연
양희영	양희주	엄다솔	엄다희	엄상분	엄지민	여미영
여보영	여은종	여진주	연아람	연어	연은정	연제은
연제호	연하영	연혜원	염가영	염유진	영호	오경택
오귤희	오김현주	오나경	오다현	오래윤	오명	오명진
오미영	오민석	오민섭	오민우	오병도	오병순	오석화
오선희	오세영	오세인	오솔	오송란	오수진	오숙
오승재	오영욱	오예림	오예솔	오우연	오유경	오윤정
오은경	오자연	오장록	오재훈	오정현	오정현	오정환
오종윤	오지양	오지윤	오진방	오진아	오한나	오한서
오현주	오혜인	오혜진	오혜진	옥나래	왕조현	왕클
왕혜지	우도연	우란	우상미	우석균	우승연	우유니게
우주맘	우주영	우지수	우지혜	원민지	원영현	원용주
원윤지	원혜인	위대현	위선주	위은진	위희진	윈드
유결	유경민	유계순	유금문	유길홍	유다슬	유다연
유다은	유다정	유동림	유동혁	유미라	유민희	유병주
유병호	유사효	유선	유성이	유세희	유소연	유수경
유수진	유수진	유숙자	유승민	유신애	유신애	유신영
유여원	유영	유영경	유예니	유예빈	유예빈	유유나
유윤열	유윤희	유은주	유자인	유종오	유준현	유지수

유지승	유지원	유지은	유지의	유지인	유지혜	유채린
유철수	유청우	유현	유현경	유현미	유현지	유혜리
유희진	육진선	윤경아	윤경언	윤경화	윤경회	윤나현
윤다영	윤명현	윤명희	윤미윤	윤미주	윤미현	윤선미
윤선영	윤성희	윤세진	윤소원	윤소희	윤송이	윤수
윤수영	윤수지	윤수진	윤순자	윤승미	윤승현	윤승현
윤시은	윤아림	윤아영	윤연재	윤영경	윤영수	윤은빈
윤은주	윤이강	윤자영	윤재민	윤정미	윤정원	윤정인
윤조원	윤종선	윤지영	윤지영	윤지영	윤지웅	윤지원
윤지은	윤지은	윤태웅	윤평우	윤하린	윤해리	윤현국
윤현석	윤현지	윤형진	윤혜경	윤혜인	윤혜진	윤효정
은아	은영준	이가영	이건정	이건진	이겨레	이겨레
이경림	이경민	이경민	이경숙	이경옥	이경옥	이경우
이경은	이경자	이경희	이고운	이광용	이광진	이광호
이규리	이규원	이규이	이근애	이기연	이기영	이기원
이기찬	이기호	이길보라	이나래	이나연	이나연	이나영
이나현	이남실	이남희	이누리	이다미	이다빈	이다솜
이다슬	이다야	이다운	이다윤	이다은	이다은	이다진
이다희	이대엽	이도희	이동경	이동길	이동미	이동엽
이동옥	이동은	이동해	이두래	이등용	이란옥	이명은
이명임	이명현	이명훈	이명희	이명희	이문주	이문호
이미랑	이미루	이미연	이미연	이미현	이민경	이민선
이민아	이민정	이민주	이민지	이민지	이민철	이민해
이민혜	이민희	이병현	이병희	이보람	이보령	이보롬
이보름	이보연	이봄	이봉은	이빛나	이사비나	이산호
이상경	이상경	이상권	이상미	이상민	이상민	이상아
이상윤	이상은	이상준	이상철	이상현	이상현	이상훈
이상희	이상희	이서연	이서윤	이서윤	이서진	이서형
이서희	이석호	이선아	이선영	이선형	이선희	이설화
이성림	이성민	이성용	이성원	이성윤	이성화	이세라
이세린	이세연	이세영	이세원	이세진	이소라	이소래
이소미	이소민	이소영	이소윤	이소은	이소정	이소정
이소정	이솔	이솔님	이솔지	이송	이송윤	이송은
이송이	이송희	이송희	이수경	이수교	이수민	이수민
이수빈	이수빈	이수아	이수연	이수연	이수인	이수정
이수정	이수진	이수진	이수창	이수현	이수희	이수희
이숙견	이순미	이슬	이슬기	이슬기	이슬기	이슬비
이슬비	이슬아	이승미	이승빈	이승연	이승은	이승종
이승홍	이승화	이승희	이시아	이심지	이아름	이아름
이아리	이아리따	이아영	이애린	이여정	이여진	이연경
이연수	이연옥	이연지	이연화	이영규	이영남	이영롱

이영미	이영서	이영성	이영아	이영우	이영원	이영은
이영주	이영초	이예나	이예리	이예림	이예선	이예슬
이예원	이예은	이예은	이예지	이예진	이예진	이왕진
이용상	이용석	이용옥	이우용	이원배	이원주	이원희
이유경	이유림	이유림	이유미	이유성	이유정	이유정
이유진	이유진	이유진	이윤경	이윤교	이윤상	이윤선
이윤소	이윤수련	이윤슬	이윤영	이윤지	이윤진	이윤채
이은비	이은새	이은솔	이은숙	이은아	이은영	이은영
이은재	이은재	이은정	이은주	이은주	이은지	이은지
이은행	이은희	이응철	이인섭	이인성	이인옥	이자민
이재랑	이재빈	이재영	이재은	이재희	이정민	이정선
이정아	이정애	이정은	이정인	이정재	이정준	이정하
이정현	이정훈	이정희	이제은	이조은	이종걸	이종광
이종민	이종숙	이종애	이종완	이종화	이종훈	이종희
이종희	이주연	이주연	이주연	이주연	이주영	이주이
이주현	이주혜	이주희	이주희	이준엽	이준영	이준형
이준호	이준희	이지나	이지민	이지민	이지선	이지수
이지수	이지연	이지연	이지영	이지예	이지예	이지예
이지오	이지원	이지원	이지원	이지윤	이지윤	이지은
이지은	이지은	이지창	이지현	이지현	이지혜	이지혜
이지혜	이지후	이진	이진솔	이진송	이진실	이진실
이진아	이진아	이진아	이진영	이진주	이진주	이진호
이진화	이진희	이진희	이찬미	이창민	이창윤	이채원
이채은	이채홍	이초롱	이춘생	이충열	이충호	이충환
이태연	이태호	이하나	이하늘	이하림	이하연	이하영
이하영	이학선	이학수	이한	이한결	이한나	이한봄
이한빈	이한솔	이한솔	이한우	이해나	이해미	이해본
이해선	이해수	이해화	이향숙	이헌진	이현경	이현수
이현재	이현정	이현정	이현주	이현지	이현지	이현진
이혜경	이혜경	이혜리	이혜림	이혜민	이혜민	이혜승
이혜원	이혜인	이혜인	이혜정	이혜지	이혜진	이호근
이호림	이호빈	이호성	이호형	이홍비	이화경	이화선
이화연	이화영	이화정	이효신	이효은	이희경	이희수
이희영	이희주	이희진	이희진	인경	인민지	임경진
임근영	임다해	임대성	임미경	임미령	임미희	임보라
임복희	임상미	임상하	임상혁	임선영	임성희	임소영
임소진	임솔	임솔이	임수빈	임수연	임수진	임수현
임수희	임아영	임아진	임연진	임예지	임유연	임유현
임은주	임은지	임은진	임익호	임제인	임주희	임지선
임지수	임지영	임지완	임지은	임지혜	임창곤	임창교
임채진	임채현	임초영	임푸른솔	임하늘	임현우	임형택

임혜민	임혜원	장나례	장나은	장다솜	장다혜	장도원
장동비	장문정	장미연	장민경	장민선	장보경	장봉석
장상재	장석호	장성연	장성열	장소영	장수영	장수지
장승은	장예진	장원아	장유빈	장유진	장윤원	장윤정
장윤호	장은정	장은채	장은희	장이정규	장이정수	장정아
장종호	장주성	장준서	장지선	장지원	장지은	장지은
장진호	장채윤	장한나	장한닢	장한별	장혜주	장효진
장희수	재윤	전경미	전경진	전길수	전다윗	전미경
전민주	전보람	전서현	전성령	전성화	전세리	전수빈
전수진	전숙경	전아람	전아름	전옥희	전요한	전인
전정례	전지연	전지원	전지원	전지윤	전지은	전지은
전진아	전진영	전진주	전진한	전현경	전혜승	전혜연
전혜은	전혜정	전혜현	전희경	전희원	정가영	정경임
정기동	정나윤	정다연	정다영	정다예	정다운	정다은
정다혜	정담	정도란	정동헌	정두호	정명근	정명민
정명화	정미나	정미영	정민	정민경	정민석	정민수
정민주	정민지	정민지	정보근	정보라	정보은	정상훈
정새롬	정새미	정새아	정서림	정서영	정서하	정선아
정선영	정선하	정선화	정성철	정세랑	정세윤	정세현
정소린	정소영	정솔	정수빈	정수연	정수진	정수하
정수현	정수형	정수희	정슬기	정승은	정승화	정시우
정아라	정아람	정안나	정연주	정영선	정영섭	정영훈
정예원	정예준	정예진	정용림	정우중	정원경	정원선
정유진	정유진	정유희	정윤정	정윤정	정윤희	정은경
정은숙	정은정	정은주	정이채	정인경	정인화	정일주
정재오	정재은	정재은	정재현	정종일	정종혁	정주리
정주철	정주희	정지민	정지연	정지영	정지우	정지운
정지원	정지현	정지현	정지혜	정지희	정진리	정진우
정진주	정진헌	정진희	정찬동	정찬미	정창수	정철윤
정태훈	정하연	정하연	정하영	정해련	정해인	정현석
정현수	정현숙	정현아	정현정	정현희	정형준	정혜경
정혜령	정혜리	정혜린	정혜린	정혜수	정혜실	정혜원
정혜윤	정혜정	정혜지	정혜진	정혜진	정화정	정화정
정희섭	정희원	정희정	제갈현숙	조가영	조건희	조경숙
조고운	조나영	조다솜	조명진	조목련	조미경	조미주
조미현	조미희	조민정	조민지	조민지	조서연	조석영
조선정	조세라	조세은	조세진	조소연	조소현	조수미
조수빈	조숙현	조슬기	조아라	조아라	조아영	조아해
조아현	조연하	조열음	조영래	조영옥	조영은	조영재
조영주	조옥희	조용준	조원국	조유리	조윤정	조윤주
조은별	조은별	조은비	조은샘	조은서	조은영	조은일

조은재	조은정	조은정	조은희	조이여울	조익상	조인성
조인숙	조인화	조자앵	조정선	조정숙	조정윤	조정윤
조정제	조정현	조종완	조지연	조지은	조지혜	조진영
조진주	조태진	조하슬린	조하영	조해주	조현수	조현정
조현진	조형윤	조혜민	조혜영	조혜진	조혜진	조홍석
조황순	조회정	조효정	조희은	조희정	조희주	주명희
주세인	주영	주예지	주정희	주지혜	주한나	주해람
주해지	주현	주현우	주현지	주형우	지민선	지영서
지예림	지유민	지은혜	지혜린	지혜민	지혜인	진교현
진소예	진솔	진수민	진수빈	진용원	진정은	진하진
차가영	차상우	차서경	차소영	차신애	차유경	차유미
차일병	차준우	차지은	차현정	찬	창다은	채 계 순
채민석	채선미	채영	채영진	채우리	채윤태	채지혜
채진영	채푸름	채희정	채희주	천명자	천지선	천지영
천채민	천효빈	천희란	최경아	최경은	최경준	최경호
최경화	최규진	최근주	최금비	최김하나	최나영	최나은
최나은	최다니	최다빈	최단비	최문선	최문주	최문철
최미나	최미래	최미연	최미진	최민	최민경	최민영
최민정	최민정	최민지	최벼리	최보경	최보미	최서령
최서현	최선아	최선영	최선희	최성은	최성화	최소희
최수경	최수란	최수빈	최수빛	최수지	최수현	최슬기
최승은	최승환	최시현	최안진경	최여진	최여진	최연우
최영균	최영선	최영수	최영현	최예경	최예빈	최예지
최예진	최예훈	최예훈	최용관	최용준	최우혁	최원호
최위영	최유림	최유성	최윤송	최윤정	최윤지	최은
최은경	최은경	최은미	최은실	최은우	최은정	최은지
최은지	최은진	최응철	최이담	최이삭	최인경	최인석
최인수	최장훈	최재인	최재혁	최재혁	최정희	최종일
최주연	최주은	최지나	최지수	최지수	최지수	최지연
최지영	최지원	최지원	최지원	최지은	최지인	최지인
최지현	최지현	최진	최창환	최초록	최초롱	최태규
최태섭	최하나	최하나	최해선	최현숙	최현숙	최현전
최현정	최혜라	최혜리	최혜린	최혜인	최혜진	최호연
최호정	최효명	최희수	최희정	최희주	최희중	추남영
추문정	추진아	추혜인	캔디	탁교선	탁수연	태원석
펑진니	표시라	표정자	하다현	하명희	하미란	하민지
하세원	하승우	하영진	하와	하유라	하유빈	하일호
하주연	하지은	하창훈	하현주	하혜진	한결	한경희
한나라	한나라	한나은	한명희	한미선	한미숙	한별이
한석호	한성미	한솔이	한송이	한수아	한슬	한슬기
한승이	한아람	한아로	한아름	한아름	한우식	한원영

한유미	한유정	한윤주	한은비	한재범	한재원	한정선
한정혜	한정희	한주희	한준희	한지수	한지아	한지혜
한채민	한채희	한형장	한혜민	함경식	함효정	허다영
허무지	허미정	허민숙	허민영	허민지	허성희	허수진
허영진	허오영숙	허유정	허윤주	허은진	허이영	허자인
허지영	허지원	허훈	현예진	현은진	현지수	현지수
호야	홍건희	홍기빈	홍도윤	홍문경	홍미진	홍미희
홍민지	홍서윤	홍성진	홍세기	홍소라	홍소연	홍소영
홍수민	홍승아	홍승은	홍승희	홍시	홍연주	홍위니
홍은정	홍재희	홍재희	홍정연	홍정인	홍종원	홍주연
홍지수	홍지연	홍지현	홍진솔	홍찬숙	홍현재	홍혜선
황다영	황도은	황보나영	황보태훈	황새순	황선미	황선희
황수민	황예음	황예지	황유나	황윤하	황윤현	황은비
황은선	황은옥	황은진	황은희	황인서	황인진	황인채
황정목	황정미	황정희	황조현	황종원	황지민	황지선
황지성	황지영	황지원	황해란	황혜영	황혜진	황효진
황휘	황희선	효진	흐른	Alex Kim	Elle shin	Joyce Kim
kim	Ohkusa Minoru		RainySun	Sonheejung		ZYE

'낙태죄 폐지'를 위한 검은시위
"진짜 문제는 '낙태죄'다!"
#검은시위
10월 29일(토) 오후 2시-5시
보신각 앞 드레스코드 검정
공동주최: 강남역10번출구, 불꽃페미액션, 사회진보연대, <성과재생산포럼>(공익인권변호사모임 희망을만드는법, 연구공동체 건강과대안, 장애여성공감, 지구지역행동네트워크), 성매매문제해결을위한전국연대, 젠더정치연구소 여.세.연, 페미당당, 한국성폭력상담소, 한국여성단체연합, 한국여성민우회, 한국여성의전화, 한국여성장애인연합

#낙태죄폐지

#검은시위

#연대는우리의무기

#1029보신각2시

#czarnyprotest

#SolidarnoscNaszaBronia

#blackprotest

#SolidarityIsOurWeapon

#repealthe8th