

‘불임치료산업’과 한국의 재생산 정치

연세대학교 대학원

사회학과

김 선 혜

‘불임치료산업’과 한국의 재생산 정치

지도 김 현 미 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2008년 6월 일

연세대학교 대학원

사회학과

김 선 혜

김선희의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원
사회학과

2008년 6월 일

차 례

차례	i
표 그림차례	iii
우리말 줄임글	iv
 제1장 서론	1
제1절 문제제기 및 연구의 목적	1
제2절 이론적 배경 및 선행연구 검토	4
1.2.1. 젠더와 재생산기술	5
1.2.2. 재생산기술의 산업화	7
1.2.3. 재생산기술과 생명윤리	10
제3절 연구방법 및 연구 내용	11
1.3.1. 문헌조사	11
1.3.2. 참여관찰	13
1.3.3. 심층면접	15
제4절 논문구성	19
 제2장 ‘불임치료산업’의 역사와 현황	20
제1절 ‘불임치료산업’의 발전과정	20
2.1.1. 재생산의 의료화와 재생산기술의 도입 (1960년대-1980년대)	21
2.1.2. 재생산기술의 확산 (1980년대-2000년대)	25
2.1.3. ‘불임치료산업’의 확장 (2000년 이후)	28
제2절 ‘불임치료산업’의 현황	33
2.2.1. 불임전문병원	33
2.2.2. 정자/난자/대리모 공급시장	43
2.2.3. 재생산기술의 전문시장 형성	49

제3장 불임경험을 통해서 본 ‘불임치료산업’	53
제1절 불임치료기술의 과정	53
3.1.1. 불임진단	55
3.1.2. 과배란 유도과 인공수정	59
3.1.3. 체외수정 (시험관아기기술)	62
제2절 불임치료기술 경험의 해석	67
3.2.1. 임신에 위한 일상의 재구성	67
3.2.2. 불임극복의 의미	70
제3절 불임여성의 집단적 참여	73
3.3.1. 불임의 새로운 의미화	73
3.3.2. 불임치료의 사회적 지원 요구	76
 제4장 ‘불임치료산업’의 재생산 정치	 79
제1절 ‘불임치료산업’의 원동력	79
4.1.1. 가격한계 없는 시장	79
4.1.2. 낮은 성공률을 통한 이윤 창출	82
4.1.3. 의료적재생산노동(clinical labor)을 기반으로 한 산업	85
제2절 ‘불임치료산업’과 여성	90
4.2.1. 불임여성의 재생산권	90
4.2.2. ‘정상성’의 강화와 위계화	94
4.2.3 국가발전과 여성의 몸	98
 제5장 결론	 102
 참고문헌	 105
 용어해설	 111
 <부록1> 국가별 불임치료기술에 대한 법률	 113
<부록2> 국가별 불임부부지원 현황 비교	114
 ABSTRACT	 115

표 차례

표 1 인터뷰참여자 목록 : 불임치료기술 경험이 있는 여성	17
표 2 인터뷰 참여자 목록 : 의료인 및 관련 단체 활동가	18
표 3 시설분만율의 변화추이(단위%)	24
표 4 불임부부지원사업개요	30
표 5 연도별 시험관아기기술건수	32
표 6 연도별 불임치료기술의 현황	34
표 7 연도별 불임관련 실인원수, 진료건수, 총진료비	35
표 8 배아생성의료기관별 체외수정기술예 현황	37
표 9 배아생성의료기관	37
표 10 배아생성의료기관의 생식세포 현황	43
표 11 아시아 각국 대리모의 사례비	47
표 12 착상 전 유전자 검사 시행 현황	50
표 13 불임진료 전 설문지	56
표 14 체외수정기술의 과정	62
표 15 병원일지의 재구성	65
표 16 불임지원이전 체외수정 기술 횟수	81

그림 차례

그림 1 L.A. Baby Fertility Agency	44
그림 2 중국의 대리모 알선 사이트	48
그림 3 ‘선택임신’ 홈페이지	52
그림 4 불임클리닉의 홍보물	84
그림 5 배란 촉진제 제약회사의 캠페인	93

우리말 줄임글

‘불임치료산업’과 한국의 재생산 정치

이 논문은 ‘불임치료산업’이 한국사회에서 발전해 온 배경과 여성의 재생산권(reproductive rights)에 끼친 영향은 무엇인지를 분석한다. 2005년 한 해 불임진단을 받은 여성이 11만 명이었으며, 불임관련 진료건수는 2000년 112,835건에서 2005년 465,932건으로 증가하였다. 현재 불임치료시술은 불임클리닉에서 이루어지고 있는 의료적 시술행위를 넘어서 생식세포의 거래산업, 의료기기와 의약품 산업, 국가별 법적 차이를 이용한 의료관광산업과 함께 하나의 산업을 형성하여 발전하고 있다. 이 논문은 불임치료산업의 확장 속에서 직접적인 시술을 받는 여성의 경험에 주목하고, 의료적 재생산 노동(clinical labor)에 의한 '아이낳기'의 과정에 어떠한 윤리적 개입이 필요한지를 제시한다.

이를 위해 불임치료현황과 관련 정책에 대한 문헌조사, 서울 시내 대형 불임클리닉 3곳의 참여관찰 그리고 심층면접을 하였다. 심층면접은 불임치료시술의 경험이 있는 11명의 여성, 불임클리닉의 의사와 간호사, 관련 단체의 활동가를 대상으로 하였다.

불임치료시술은 낮은 성공률, 높은 경제적 비용, 여성의 몸에 끼치는 건강상의 위험에도 불구하고 대중화된 시술이 되어가고 있다. 이는 불임의 의료화·산업화를 통해서 새로운 이윤을 창출하고자 하는 의료전문가, 모성과 ‘정상가족’의 강조를 통해서 저출산을 해결하고자 국가, 불임을 극복하여 재생산압력으로부터 벗어나고자 하는 여성들의 욕구가 함께 작동한 결과이다. 또한 정부의 ‘시험관시술비지원사업’은 시술의 가격을 낮추어 불임치료산업의 규모를 확장시키고 있으며, 불임치료시술을 이용한 파생상품들은 불임이 아닌 부부들까지

포섭해가고 있다.

불임여성들은 불임전문병원에서 진행되는 단계별 시술의 과정 속에서 한 회에 300만 원 이상의 높은 비용을 지불하며 자신의 모든 일상을 임신에 집중하게 된다. 불임치료시술의 성공률은 10-35%정도이기 때문에 한 번의 시술로 성공하기 어려우며, 임신에 도달하기까지 반복적인 시술을 받게 된다. 시술과정에 한 번 진입한 여성들이 중도에 그만두기 어려운 이유는 반복적인 시술의 경제적·신체적 한계가 정해져 있지 않기 때문이다. 여성들은 임신을 위해서 의료적 재생산 노동(clinical labor)을 적극적으로 수행하며 반복적인 시술의 과정에 참여한다. 이 과정에서 많은 수의 잉여 난자와 배아가 발생하며 축적된 난자와 배아는 폐기되기도 하고, 다른 여성의 임신을 위해서 사용되기도 하고, 연구에 사용되기도 한다. 이러한 구조 속에서 시급히 던져져야 하는 질문은 배아의 생명권을 어떻게 보장해야 할 것인가 혹은 난자공여자의 권리를 어떻게 보장할 것인가 이전에 불임치료산업의 시스템 자체가 왜 계속해서 더 많은 난자와 배아를 필요로 하는가이다.

이 논문의 의의는 잉여의 원천으로서 여성의 몸이 불임치료산업의 근간을 이루고 있으며 여성들의 의료적 재생산노동을 통해서 불임치료기술이 발전할 수 있었음을 밝히는 데에 있다. 그리고 여성들의 지속적인 의료적 재생산노동을 통한 모성수행은 의료기술이 부여한 진보에 대한 믿음에 근거한다. 따라서 현 상황에서 여성의 재생산권을 확장하기 위한 방식은 신기술이 유포하는 ‘가능성’ 담론에 비판적으로 접근하고 기술이 가지고 있는 불완전성에 주목하여, 여성들이 수행하고 있는 의료적 재생산노동에 ‘한계’를 설정하는 방식으로 나아가야 한다.

핵심어: 기술, 재생산기술, 의료산업, 생명공학, 생명윤리, 의료적 재생산노동, 불임, 젠더, 난자공여, 재생산권

제1장 서론

제1절 문제제기 및 연구의 목적

2005년 11월 황우석의 배아줄기세포복제연구를 지지하는 천 명의 여성들이 난자기증전달식을 개최하였다¹⁾. 난자를 기증한 여성 중에는 난치병을 겪고 있는 자신의 아이 때문에 난자기증을 한 여성도 있었고 황우석의 연구에 국가적 자부심을 느끼고 난자기증을 한 여성도 있었다. 임신의 경험이 없는 이십대의 여성도 존재하였으며 더 이상 재생산과는 관련이 없을 것 같은 60대의 여성도 난자기증에 참여하였다. 각각의 여성들이 각기 다른 사회적 맥락과 배경 속에서 난자를 제공하였지만 이들은 모두 ‘난자’ 제공자로서 새로운 사회적 의미를 부여받았다. 이제까지 여성의 난자가 단지 몸의 한 부분으로써 존재했다면 현재 난자는 ‘쓸모가 많은’ 교환 가능한 자원이 되었다. 하지만 황우석의 연구에 기증된 난자뿐 아니라 매매된 난자와 연구원의 난자가 사용되었다는 사실은 여성들의 난자제공을 어떻게 바라보아야 하는가에 대한 많은 논쟁을 일으켰다. 또한 난자채취는 일정기간 동안의 의료적 처치를 받아서 이루어지는 신체적 위험이 존재하는 ‘침습적’ 시술이기 때문에 이러한 위험을 무릅쓰고 난자제공을 하고자 하는 여성들의 상황에 대한 문제제기와 분석이 요구된다.

반면 이러한 상황에서 상대적으로 주목받지 못한 영역은 불임클리닉에서 자신의 아이를 낳기 위해서 채취한 난자 중 일부를 연구에 제공한 여성들이었다. 이들은 시술비 감면과 같은 혜택을 받은 경우에 난자를 매매한 것으로 분류되거나 그렇지 않은 경우 순수기증자로 분류되었지만 불임치료시술을 받는 여성들이 왜 난자를 제공하게 되었는가, 그리고 어떤 여성의 난자인지도 모르는 채 폐기될

1) 난자기증전달식이 이루어진 이후 황우석의 연구가 거짓이라는 결론이 났기 때문에, 기증의사를 밝힌 모든 여성들이 실제로 난자기증을 하지는 않았다.

예정이었던 난자가 왜 연구에 사용되었는가하는 문제는 단순히 대가성 여부로 이해할 수 없는 문제이다. 불임치료기술의 과정에서 여성들은 ‘잉여’ 난자들을 계속해서 만들어내고 있으며, 이 잉여분이 매매와 교환을 가능하게 하는 원동력이 되기 때문이다. 또한 황우석의 연구에 많은 수의 난자가 사용될 수 있었던 배경에는 이제까지 사회적 관리와 제재 없이 운영된 불임클리닉이 존재한다. 불임치료기술이 활발하게 이루어지면서 난자매매시장이 만들어질 수 있었으며 많은 수의 난자채취와 체외수정으로 인하여 생긴 난자들이 연구에 사용될 수 있었다. 황우석의 연구가 야기한 난자문제는 우발적인 사건(event)이라기보다는 이제까지 한국 사회에서 불임클리닉이 구축한 난자유통 망 속에서 구조적으로 발생한 일이다. 그렇기 때문에 불임클리닉의 기술들이 어떠한 과정을 통해서 이루어지고 있으며, 이 과정에서 어떠한 잉여와 이윤이 구축되고 있는지를 살펴보는 것은 한국의 재생산 정치를 파악하는 데에 있어서 중요한 부분이다.

불임클리닉에서 이루어지는 기술들은 ‘난자매매’가 가시화되고 ‘저출산’이 위기로 여겨지기 전까지 사회적 관심과 고려의 대상이 되지 못하였다. 현재 많은 수의 난자가 만들어지고, 거래되고, 연구에 사용되는 공간은 아이를 낳고자 하는 불임부부들이 치료를 받는 불임클리닉이다. 이제까지 불임인 여성들은 가족을 유지하기 위한 필수적인 조건인 아이를 가지지 못하는 ‘결핍된 여성’으로 비난 받아왔으며, 정상가족에 대한 압력 속에서 고통받아왔다. 그러나 새로운 보조생식기술의 발전은 이러한 여성들에게 자신의 아이를 낳을 수 있는 기회를 제공해주었으며 불임의 원인이 성적인 문란함에서 기인하는 것이 아니라는 의학적인 설명은 여성들에 대한 도덕적 낙인으로부터 벗어나게 해주었다. 또한 저출산이 사회적 위기로 부상함에 따라서 새로운 희생적인 모성의 담지자로서 불임여성이 조명 받고 있으며, 모든 고통과 괴로움을 딛고 오직 아이를 얻기 위해서 노력하는 모습이 미디어를 통해 부각되고 있다. 재생산기술의 발달로 이제 불임의 의미는 임신이 불가능한 상태가 아니라, 아직 도달하지 못한 미완의 상태로 전환 되었다. 재생산기술은 개별 불임여성에게 해방적인 기술이 되기도 하지만 큰 신체적 위험과 재정적 부담을 이겨내야 하는 일이 되기도 한다. 또한 불임치료기술은 난자와 정자를 인위적으로 채취하여 이를 시험관에서 수정시키고,

배아를 자궁에 이식하는 과정으로 이루어지고 난자와 정자, 배아, 자궁이 각각 분리되어서 임신이 진행되기 때문에 각 과정에서 난자·정자의 공여, 대리모가 가능해진다. 배아를 이식하는 단계에 있어서도 어떠한 배아는 이식이 되어서 인간이 되기도 하지만 어떠한 배아는 냉동 보관이 되었다가 연구에 사용되거나 폐기되기 때문에 이는 이제까지 전통적인 임신 방법에서는 나타나지 않았던 새로운 문제들을 만들어내었다. 하지만 이러한 윤리적 긴장들에 대한 사회적 논쟁과 합의 이전에 불임치료기술은 빠른 속도로 확산되어가고 있다.

불임치료기술은 불임인구의 증가로 인하여 더욱 확대되고 있다. 2000년도에 조사된 연구 결과에 의하면 한국 사회에 불임부부는 140만 쌍이 존재하며 기혼여성의 불임률은 13.5%²⁾으로 나타났다. 의학적으로 불임은 결혼 한 지 1년 이상이 된 부부가 피임을 하지 않았음에도 아이가 생기지 않는 상태로 정의되는데 최근 높은 불임률은 맞벌이 부부 증가와 결혼 연령의 상승, 노동 강도의 증가와 ‘섹스리스’(sexless) 부부의 증가, 환경오염과 같은 여러 사회적 요인도 그 원인으로 지적되고 있다. 불임기술이 대중화됨에 따라서, 불임 자체를 이용하여 새로운 이윤을 창출하고자 하는 여러 주체들이 일종의 ‘불임치료산업’을 형성해나가고 있다. ‘불임치료산업’은 불임의 진단에서 불임기술까지 이어지는 의료서비스산업과 이 기술들이 이루어지기 위해서 필요한 난자·정자·대리모의 거래 산업, 불임기술에 사용되는 의료기구와 의약품산업, 불임부부에 대한 심리치료 산업 등을 포함한다. 또한 불임치료산업은 관광산업과 결합하여 불임치료관광의 형태로 추진되고 있으며, 원정출산과 결합되어 합법적으로 성감별을 통해서 아이를 낳을 수 있는 통로를 만들어내는 등 기존의 다른 산업들과 결합하여 불임치료에 있어서 전문시장들을 개척해나가고 있다.

이 논문은 한국사회에서 ‘불임치료산업’이 확장될 수 있었던 원인과, 불임치료산업의 발전이 여성의 재생산권(Reproductive Rights)에 어떠한 영향을 끼치고 있는지를 밝히고자 한다. 불임치료산업은 이제까지 잘 드러나지 않은 영역이었으며, 아이를 만들어내는 산업이라는 것 자체가 내포하고 있는 긴장감에 비하여 사회적

2) 보건복지부, 「2006년도 불임부부지원사업안내」, 보건복지부.

으로 논의되지 않은 영역이었다. 불임치료산업이 어떻게 구성되어 있으며, 어떠한 논리에 의해서 이윤을 창출하고 있는지를 파악함으로써 불임치료산업에 참여하는 불임여성들의 위치를 파악하고자 한다. 불임치료기술의 과정에서 불임여성들은 의료서비스를 적극적으로 구매하고자 하는 소비자이면서, 동시에 지속적으로 몸과 시간을 의료적 처치에 맞춰나가야 하는 의료적재생산노동(Clinical labor)을 수행해야 한다. 여성이 겪어야 하는 신체적 부담이 크다 하더라도 여전히 ‘불임의 고통’을 해결해주는 기술은 허용될 수밖에 없다고 여겨지며, 윤리적 문제에도 불구하고 기술의 발전은 무엇으로도 막을 수 없다는 담론도 강력한 힘을 발휘하고 있다. 이 논문은 이러한 상황에서 불임치료기술이 개별 여성에게 어떻게 경험되고 있는가와 함께 불임치료기술이 발전할 수 있었던 한국사회의 배경과 원동력이 무엇인지, 그리고 대중화·산업화되어 가고 있는 불임치료기술에 대해서 어떠한 지점에서 사회적 개입이 필요한 지를 찾아보고자 한다.

제2절 이론적 배경 및 선행연구 검토

한국에서 재생산기술에 대한 사회학적 연구들은 많이 이루어지지 못하였다. 이는 불임치료기술의 발전과 일상적인 사용이 비교적 최근의 일이기 때문이기도 하지만 불임치료라는 행위 자체가 개인적인 치료의 의미로 받아들여져 온 것과 무관하지 않다. 그렇기 때문에 사회학적인 접근보다는 개별적인 의료행위로 바라보고 접근하는 간호학에서(강희선, 김미중, 2004; 김현진, 장연집, 2004) 불임여성에 대한 연구들이 이루어져왔다. 환자의 경험을 이해하고 이에 맞는 적절한 간호 서비스를 제공하는 것이 간호학의 목적이기 때문에 이 연구들은 불임여성들이 가지게 되는 특수한 감정 상태와 불임치료라는 의료행위 속에서 처하게 되는 문제들에 대해서 분석하고 있다. 이러한 연구들을 통하여 불임여성들이 겪게 되는 고통과 생식세포공여에 대한 심리적인 갈등들에 대해서는 알려지게 되었지만 상대적으로 이들이 놓여있는 사회적 구조와 위치에

대해서는 분석되지 않고 있다. 이 연구들은 임신을 하기 위해서 불임시술을 받는 것이 당연하다는 전제에서 출발하고 있기 때문에 아이가 생기지 않기 때문에 생기는 고통은 드러나지만 그 고통이 발생하게 되는 구조적인 배경은 드러나지 않는다.

기술사회학적 관점에서 재생산 기술을 논의한 연구(하정옥, 2006)에서는 한국의 생명의료기술이 어떻게 확산되고 전환을 이루었는가를 사회기술체계라는 구조적 접근을 통해서 통시적으로 살펴보고 있다. 이 연구에서는 불임치료기술이 사회적으로 어떻게 구성되어 왔는가를 밝히는 과정에서 불임여성을 둘러싼 구조에 대해서 설명하고 있으며 재생산기술이 생명공학기술로 전환되어가는 과정 속에서 여성의 비가시화라는 문제를 제기한다. 불임치료행위가 직접적으로 개입하는 것은 여성의 몸이라는 점에서 여성의 경험에 대한 연구들도 이루어졌는데 여성학적 관점에서 불임여성에 대해서 접근한 연구(박용운, 2002; 조주현, 2005)에서는 불임치료라는 재생산 신기술이 어떠한 사회적 상황을 제기하고 있는지를 분석하고 불임으로 판명되는 순간 이를 둘러싸고 가족 및 주변인, 의료인 집단, 재생산 기술 등의 규율권력 체계가 여성의 몸에 대하여 일사분란하게 작동하고 있음을 분석하고 있다. 이들 연구에서 불임여성들은 가족과 사회적 압력에 의해서 시술을 받기도 하지만 적극적으로 많은 의료지식들을 습득하면서 능동적인 개입을 하는 것으로 나타난다. 하지만 불임치료기술은 여전히 여성들의 재생산권을 확보하지 못하도록 하고 있으며 모성과 '정상가족이데올로기'를 강화시키는 방식으로 나아가고 있다고 비판한다. 본 논문은 이러한 관점에서 이제까지 비판적인 이론들을 만들어 왔던 테크놀로지에 대한 여성주의 이론과 생명윤리학을 살펴보고자 한다.

1.2.1. 젠더와 재생산기술

사회적으로 여성은 재생산의 주체로서의 위치를 부여받았으며 여성성의 본질은 아이를 낳아서 기르는 것이라는 규범이 강하게 존재해왔다. 이러한 상황에서

재생산기술의 등장은 여성과 재생산의 관계를 어떻게 변화시킬 것인지에 대해서 많은 논쟁을 불러일으켜왔다. 재생산기술에 대한 논의는 출산과 여성을 분리시킴으로써 여성해방을 가능하게 한다는 주장에서부터 반대로 여성이 기술에 종속될 것이라는 주장까지 다채롭게 이루어져왔다. 1970년대 파이어스톤은 재생산기술을 통해서 생물학적 모성으로부터 해방될 수 있기 때문에 여성해방이 이루어질 수 있을 것이라고 주장하였지만 이는 이후 급진적 페미니스트 그룹인 FINRAGE (feminist international network of resistance to reproductive and genetic engineering)에 의해서 많은 비판을 받았다. 이들은 재생산 신기술을 통해서 재생산이 남성 의료과학자에게 넘어가게 되고 여성들은 어머니로서 가졌던 지위마저 빼앗길 것이라고 전망하였다. 이들은 출산의 '의료화'는 임신을 질병으로 변형시키는 과정이며, 여성에 대한 통제를 확대하는데 관심이 있는 남성 외과의 집단에 의해 숙련된 산파가 돌보는 여성이 중심이 되는 자연스러운 과정이 탈취되는 과정이었다고 주장한다. 특히 새로운 재생산기술과 그 중에서도 체외수정과 같은 기술은 여성 신체에 대한 의학적 탈취의 역사상 가장 최근의, 그리고 가장 치명적인 발전으로 여긴다. 지나 코레아(1985)도 이러한 급진주의 페미니스트의 입장에서 1884년 처음으로 보고된 인공수정의 성공은 남성의사가 불임여성이 어떠한 실험이 이루어지고 있는지 알지 못하도록 마취시킨 후 한 의대 남학생의 정자를 주입하여 수정시킨 것이었다는 예를 들며 그것은 강간이었다고 주장한다. 코레아는 새로운 재생산 테크놀로지의 궁극적 목적이 생물학적 어머니를 '어머니 기계'(mother machine)로 대체하는 것이라고 주장하고 있으며, 한 때는 통일된 생물학적 과정이었던 모성이 따로 분리된 기능들로 파편화되고 있음을 비판한다. 또한 불임클리닉들은 성공률이 낮은 실험적인 체외수정을 절차를 마치 치료법인 양 제시하고 있다고 지적한다. 불임을 개인적인 의료문제로 다루려는 경향은 불임의 문제를 효과적으로 탈정치화하며 환경오염, 산업재해, 흡연, 그리고 의료부작용 등 불임의 원인일 수 있는 여러 다른 요인들에 주목하지 못하도록 만든다고 논의한다. 급진주의 페미니스트들은 새로운 재생산기술이 여성들에게 제공하는 새로운 '선택들'이란 망상에 불과한 것이라고 주장한다.

이와 같은 재생산기술에 대한 급진주의적 페미니스트의 입장에 대해서 비판적으로 평가한 미셸 스탠워스(1987)는 새로운 재생산기술이 모성을 해체(deconstruction)하고 있음에 주목한다. 재생산기술의 발전으로 인하여 엄마의 위치는 변화하였으며, 난자를 제공하는 엄마, 자궁을 제공하는 엄마, 양육을 하는 엄마와 같이 생물학적 엄마의 개념을 바꾸어 놓았다는 것이다. 이를 여성들이 ‘몸을 파는’(reproductive prostitutes) 위치로 전락했다고 비판하는 급진적 페미니스트의 주장은 새로운 재생산기술로부터 여성들을 보호하기 보다는 여성을 ‘쉽게 과학에 눈이 멀어’ 자식을 욕망하는 자로써 재현하며, 피해자화 하는 경향이 있음을 지적한다. 또한 재생산기술은 여성에 의해서 요청되었으며 동시에 재생산기술은 여성에게 제공되었다는 사실이 여성을 단순히 피해자의 위치에 놓일 수 있는지에 대해서 질문하고 있다.

자나 소위키(1991)은 푸코주의적인 시각에서 새로운 재생산 기술이 규율권력이라는 모델에 들어맞는다고 분석한다. 새로운 재생산기술에 포함되어 있는 정교한 감시와 조사 테크닉들을 통해서 여성 신체와 태아 양자는 익명의 행위자의 눈앞에 드러나게 되며 법적, 국가적인 개입뿐 아니라 의학적인 개입의 새로운 대상과 주체가 만들어지게 된다. 그렇기 때문에 소위키는 생물학적 어머니가 되기를 갈망하는 여성들이 허위의식의 희생자인지 아닌지에 골몰할 것이 아니라 누가 여성의 욕구를 정의할 것이며 그 욕구들은 어떻게 만족되어야 하는가를 둘러싼 투쟁에 있어서 어떤 페미니스트 전략이 있을 수 있는가 하는 물음을 던져야 한다고 제시한다. 또한 새로운 재생산기술이 여성을 위협함으로써 기존 권력관계를 재생산하고 강화한다는 점은 분명하지만 또한 그것들은 기존 질서의 파괴와 저항을 위한 새로운 가능성들을 도입하는 것이기도 하다는 점을 지적한다.

1.2.2. 재생산기술의 산업화

위에서 검토한 이론들은 재생산 기술 자체의 발전이 여성에게 어떠한 영향을

끼치고 있는가에 대해서 논의하고 있지만 재생산기술을 개별 남성의사와 여성이 맺게 되는 관계를 넘어서서 국가와 자본의 문제로 확장하여 사고하고 있지는 않다. 이후 재생산 기술에 대한 페미니스트들의 비판은 기술을 시행하는 남성 과학자를 넘어서서 자본과 국가가 중첩된 문제임을 지적하는 것으로 진행되어왔으며 난자와 배아가 전지구적으로 이동하고 있음에 주목하고 있다. 주디 와츠맨(1991)은 낮은 성공률과 신체적 위험에도 불구하고 체외수정에 대한 관심이 높아지고 있는 이유는 전문가들의 이해관계와 얽혀 있기 때문이라고 설명한다. 체외수정과 배아이식이 도입되기 전까지, 불임에 대한 연구와 치료는 의료 체계의 위계 속에서 낮은 지위를 갖고 있었지만 체외수정과 배아이식과 같은 신기술은 부인과 의사들에게 오직 그들만이 할 수 있는 고난이도 기술의 시술영역일 뿐 아니라 흥미로운 최고의 연구영역을 제공하고(Pfeffer, 1987) 있기 때문이다. 또한 생명공학의 범위는 기술을 기반으로 한 차세대 자본주의 발전단계로 간주되며, 신장과 안구, 냉동 태아, 생식체 같은 인간의 신체 기관이 국제시장에서 거래되고 있듯이 인간의 몸이 새로운 방식으로 거래되고 있으며 이는 인종, 계급, 젠더에 근거한 착취관계에 의해 구조화 된다는 것을 밝히고 있다. 재생산 기술은 단지 가부장제의 음모가 아니라 전문가들의 이해관계와 자본가의 이해관계가 젠더 관계와 중첩된 문제라는 것이다.

이를 새로운 식민화와 연결하여 설명하는 에코 페미니스트인 마리아 미스(1993)는 생식기술이란 여성들이 그것을 필요로 했기 때문에 만들어진 것이 아니라 자본과 과학이 그들의 성장과 진보의 모델을 유지하기 위해서 여성을 필요로 했기 때문에 개발된 것이라고 밝히고 있다. 또한 불임에 관한 기술은 가난한 나라 여성의 임신을 막기 위한 방식으로 이용되고 있으며 서구 페미니스트들이 주장하는 ‘재생산권’은 인구조절정책의 통제를 받는 방글라데시의 대다수 여성들에게는 아무 의미가 없다는 것을 지적한다. 이러한 분석들은 재생산기술이 모든 여성에게 동등하게 사용되는 것이 아니라는 점에 주목하게 한다. 서구 여성들에게 낙태가 선택권으로 주어지게 되었다면 ‘제3세계’ 여성들에게 이는 선택이 아닌 인구조절을 위해서 해야만 하는 일로 주어졌기 때문이다. 이는 여성들 안에서도 인종, 계층, 민족에 따라서 재생산기술의 사용과

재생산권의 개념이 다르게 나타나고 적용될 수 있음을 보여준다. 하지만 서구의 문명이 남성과 문명, 여성과 자연을 대립적으로 구별하여 여성과 자연을 식민화한다는 비판은 자칫 여성을 다시 자연으로 회귀시키고 모성을 자연성과 동일시하게 되는 효과를 가지게 된다.

최근 연구로서 사로지니(2006)는 보조생식기술 분야에서 새롭게 떠오르는 유력한 의료관광지로서 인도의 재생산기술을 분석하고 있다. 의료관광을 이면에서 추동하는 힘인 자본주의적 요구는 공급자들이 점점 더 많은 고객을 끌어들여야 하기 때문에 불임은 지금 싸우지 않으면 빠르게 퍼져 세계를 절멸시키게 될 새로운 유행성 질병이라는 식으로 문제화하고 있다. 이처럼 불임을 신종 질병으로 새롭게 창조하는 것은 의료전문가들이 치료라는 미명 아래 인간 신체에 대해 의료적으로 개입하고 실험하는 것을 정당화시켜준다. 또한 자본주의 하에서 상품을 개선하고 표준화하려는 노력도 지속된다. 보조생식기술의 경우도 마찬가지인데, 이 경우 상품을 개선하고 표준화하려는 시도는 사회가 가장 가치 있게 여기는 특성을 가진 바람직한 아이를 생산하는 것으로 나타난다. 이런 측면에서 보조생식기술은 우생학을 부추기는 혐의가 있다. 불임 ‘산업’은 보조생식기술을 신종 성감별기술로 이용해 가임커플들에게까지 시장을 확대할 수 있다. 원래 유전병을 검사하기 위한 착상전유전자검사와 같은 기술이 최근에는 여아를 선별적으로 가려내기 위해 공개적이고 광범위하게 사용되고 있으며 이는 어떤 규제도 없이 거대한 시장이 되고 가고 있다. 임신을 보조하는 기술이 사용되는 양상은 시험관아기기술을 과도하게 사용하는 것에서부터 불임커플에게 자궁을 빌려주는 대리모에까지 확대 되었으며, 이는 국가 경계를 가로지르는 거대한 산업이 되고 있음을 보여준다. 이와 같은 인도의 사례는 현재 한국사회에서 나타나고 있는 불임치료산업의 확장과정과 흡사한 점이 많다. 재생산기술이 단순히 불임여성의 처치를 위해서만 이루어지고 있는 것이 아니라 건강한 아이를 낳기 위한 방법으로 혹은 아들을 낳기 위한 방법으로 변형되고 전환되어서 끝없이 확장해 나가고 있으며 그 이면에는 재생산의 상품화가 빠르게 진행되어가고 있음을 알 수 있다.

1.2.3. 재생산기술과 생명윤리

재생산기술에 대한 관심과 분석은 생명윤리학에서 많이 이루어져 왔는데 생명윤리학은 식물, 동물 또는 인간을 포함한 모든 종류의 생명과정에 대한 인간의 개입과 관련된 윤리적 문제를 그 대상으로 하고 있다. 또한 최근 생명의료윤리에 대한 연구는 인간의 신체, 정신 및 삶의 질에 대하여 생명의학기술이 미친 영향과 그 통제에 관한 법적, 의학적, 철학적 문제를 분석하고 있다. 그렇기 때문에 생명윤리학이 관심을 가지고 있는 부분은 새로운 의료기술을 통해서 만들어지고 있는 생명 그 자체에 있다.

특히 불임치료기술은 체외수정을 통해서 난자와 배아가 인간의 몸 바깥에서 존재할 수 있게 되었기 때문에 생명윤리에서 있어서 첨예한 문제를 만들어냈다. 여성의 몸으로부터 난자가 분리되어 존재하게 되면서 이를 활용하여 임신이 가능해지기도 하였지만 이 난자를 어떻게 취급해야 할 것인가에 대해서는 윤리적인 문제가 남게 된다. 특히 배아의 권리에 대한 논란은 생명의료윤리의 핵심을 차지하고 있다. 이는 배아를 통한 재생산 외의 다양한 연구들이 이루어질 수 있기 때문이며 배아복제를 통해서 궁극적으로는 인간복제가 가능해질 것이라는 위기의식에서 시작된 것이기도 하다.

그렇기 때문에 생명윤리학에서 불임치료에 대하여 접근하는 방식은 불임치료과정에서 생성된 배아의 권리를 어떻게 보장할 것인가로 귀결된다. 불임치료의 과정에서 만들어진 배아 중에 어떤 것은 선택되어서 아이로 태어날 수 있지만 어떠한 배아는 냉동보관 상태가 되어서 폐기 되거나 연구에 사용되기도 한다. 배아를 인간과 같은 권리를 지닌 것으로 모든 인간이 될 가능성이 있는 중간자적인 위치에 있는 것으로 모든 생명의 한 형태라고 여겨지기 때문에 이러한 문제는 제기될 수밖에 없다. 하지만 생명윤리학에서 배아의 권리에 집중함에 따라서 배아와 여성은 적대적인 관계에 놓여 있는 것처럼 여겨지게 된다. 이는 이전에 낙태에 대한 생명윤리의 논의에서 나타난 것처럼 태아의 권리와 여성의 권리가 상반되는 것으로 설정한 것과 유사하다. 불임치료에 있어서 배아의 권리를

주장한 연구(구인회, 2005)에서는 불임치료를 목적으로 난자 채취에 자신의 몸을 맡기는 여성의 건강상의 모험은 스스로 결정하고 선택한 결과인데, 이를 통해서 잔여배아라는 무고한 생명이 희생당하게 되는 것이 문제이며 배아의 생사권에 대해서 논의하지 않고 여성의 권리에 대해서 주장하는 것은 옳지 않다고 주장한다. 하지만 이러한 배아의 권리에 대한 논의들은 배아가 발생하게 된 사회구조적인 배경에 대해서 상대적으로 관심을 가지고 있지 않기 때문에, 왜 배아가 여성과 대치되어서 윤리적 고려의 대상이 되는가에 대한 근본적인 물음에 대해서는 답하지 못한다. 또한 배아의 생명권에 대한 논의들이 생명윤리의 중심을 이루게 됨으로써, 점점 더 많은 배아가 만들어지고 있는 현재 상황 자체에 대해서는 구체적인 개입이 이루어지기 어렵게 한다.

이 논문에서는 불임치료기술의 사용에 의해서 발생하는 배아의 존재를 어떻게 고려해야 할 것인가 보다는, 잉여배아를 끝없이 만들어내며 이를 통해서 이윤을 추구하는 현재의 불임치료산업의 시스템에 초점을 맞추고자 한다.

제3절 연구방법 및 연구 내용

1.3.1. 문헌조사

역사적으로 불임의 의미는 다르게 정의되어 왔으며 불임치료기술이 사회적으로 받아들여지는 방식도 변화해왔다. 그렇기 때문에 재생산기술에 대한 역사적 접근은 기술이 한국사회의 구체적인 맥락 속에서 어떻게 확산되고 대중화되었는지를 살펴볼 수 있게 한다. 이제까지 불임치료기술이 발전해온 방향을 살펴보기 위해서 1920년대부터 현재까지 신문, 잡지 등 문헌자료를 통하여 조사를 하였다. 최근 불임이 어떻게 정의되고, 보조생식기술이 대중적인 의료지식으로 확산되어 가는 과정을 분석하기 위해서 불임관련 대중서적들을 분석하였다. 1990년대 중반 이후

많은 불임 대중서들이 출판되어 나왔는데, 이 글에서는 2000년대 이후에 출판된 책 세권인 <아기를 기다리는 부부를 위하여>, <시험관 아기? 자연임신!>, <희망은 생명을 만든다>를 중점적으로 분석하였다. 2000년도 이후부터 불임치료의 대중화가 가속화되었으며, 출판물의 양도 급증하였기 때문이다. 이 책들의 저자는 모두 현직 불임전문 의사로서 오랜 기간 불임시술을 해온 경험을 바탕으로 책을 쓰고 있으며 현재 이름이 많이 알려진 병원의 원장으로 있으면서 병원의 홍보까지 함께 하고 있다. 이 책들은 불임의 원인부터 대책까지 친절하게 설명해주는 방식으로 설명되어 있으며 동시에 인공적인 방식으로 아이를 낳는 것에 대한 거부감을 없애기 위해서 많은 경험사례들과 수기들을 인용하여 서술하고 있는 특징이 있다. 이러한 책들과 함께 불임전문병원에서 배포하고 있는 안내책자와 소식지들을 함께 살펴보았다.

재생산기술에 대한 국가 제도적 측면을 알아보기 위해서는 주로 보건복지부의 입법안, 조사보고서, 관련 제도들을 분석하였다. 한국사회에서 과학의 발전은 독자적으로 이루어진 것이 아니라, 국가가 계획적으로 육성 목표를 가지고 제도적, 물질적 지원을 하는 분야가 발전하는 형태로 이루어져왔다. 그렇기 때문에 재생산기술에 있어서도 의료전문가들의 경쟁적인 영역 바깥에서 이를 국가가 어떻게 지원해왔는가를 통해서 불임치료산업의 발전 양상을 보다 명확하게 알 수 있을 것이다. 특히 재생산기술과 관련된 법률들은 모두 2000년 이후에 만들어져 왔는데, 이는 국가적인 육성 영역인 생명공학산업의 발전을 위한 제도적인 뒷받침이었다. 재생산기술과 직접적인 관련이 있는 <생명윤리및안전에 관한 법률, 2004>, <불임부부지원사업안내, 2006>, <생식세포 관리 및 보호에 관한 법률 제정안, 2007>, 와 같은 법제도를 중심으로 분석하여 이들 제도들이 어떠한 이데올로기를 전제로 하여 구성되었으며 이들 제도들이 불임을 어떻게 규정하고 어떻게 해결해 나가려고 하고 있는지를 살펴보았다. 그리고 산아제한이 목표였던 가족계획사업에서 출산장려로 정책이 바뀌는 과정에서 불임이 어떠한 담론적 위치를 차지하게 되었는지를 제도의 변화를 통해서 분석하였다.

1.3.2. 참여 관찰

불임여성들이 불임치료에 어떻게 참여하고 저항하는지를 알아보기 위해 불임여성들의 온라인 커뮤니티의 분석과 직접면접을 하였다. 그리고 이들 불임여성들이 참여하는 불임클리닉의 문화/교육 교실의 참여관찰을 진행하였다.

불임전문병원의 연혁과 현황을 살펴보기 위해서는 병원 홈페이지의 연혁과 홍보자료, 신문보도 자료 등의 문헌을 찾아보았다. 특히 서울시내 불임전문병원 중 m병원, c병원, j병원을 중심으로 살펴보았는데 이 병원들을 선택한 이유는 현재 불임처치는 대학종합병원보다는 전문 클리닉 중심으로 이루어지고 있기 때문이다. 또한 지난해 정부에서 실시된 <불임부부지원사업>에 의해서 시험관시술을 받은 부부들은 대학병원보다는 전문클리닉을 많이 찾은 것으로 나타났으며 몇 개의 병원에 몰린 것으로 보고되었다³⁾. 특히 서울m병원 한 곳에서만 전체 지원건수의 16.1%인 3천105건이 몰려 전국 불임부부 6쌍 중 1쌍은 이 병원을 찾은 것으로 드러났다. 두 번째로 시술건수가 많은 곳은 강남c병원으로 8.3%인 1천605건이었으며 그 밖에 정부지원 시술 실적 1천 건 이상의 의료기관은 대구m병원 7.1%(1천380건), 경기m병원 6.1%(1천183건), 부산m 5.6%(1천88건), j병원 5.4%(1천40건) 등 이었다. 많은 수의 불임부부들이 찾고 있는 m병원은 불임클리닉 중에서 유일하게 불임처치만을 하는 병원으로 유명하다. 다른 병원들은 임신 이후의 산전검사 및 분만도 진료하고 있는데 병원을 이용하는 불임여성들이 임신한 여성들을 병원에서 계속 마주쳐야 하는 것을 부담스럽게 여기기 때문에 임신까지의 과정만을 맡아서 진료하는 m병원을 선호하기도 한다. m병원은 의원급 의료기관으로 1967년 m산부인과로 개원하였다. 이후 1989년에 시험관 아기센터를 개설하였으며, 1989년 11월 의원급 의료기관으로서는 최초로 국내 첫 시험관 아기를 탄생시켰다. 이후

3) 윤태기 외, 2006, 「불임시술 성공률 증가를 위한 시술기관 질관리 및 평가시스템 구축」, 포천중문의과대학교 건강증진사업지원단.

2004년 3000번째 시험관 아기사술에 성공한 것으로 기록하고 있다.

m병원은 국내 주요 도시에 분원을 확장하였으며, 최근에는 중국 북경과 심양으로 진출 중에 있다. m병원과 같이 불임을 내세우면서 경쟁적으로 이 분야에서 사업을 확장하고 있는 병원은 c병원이다. c병원은 서울, 분당, 대구, 구미 총 4곳에 불임센터를 가지고 있으며 LA로 병원을 확장하여 운영 중에 있다. 이처럼 병원들이 국외진출을 많이 시도하는 이유는 국내 시장은 이미 포화상태라고 판단하고 있기 때문에 새로운 시장을 개척하기 위한 방법이면서, 동시에 국가 간 법적 차이를 이용하여 시술을 할 수 있는 장점이 있기 때문이다. j병원은 최근 불임센터를 '아이 소망센터'로 이름을 바꾸어 운영 중이며 '착상 전 유전자 진단(PGD)' 등을 통해 연간 1,530여건의 시험관 아기 시술을 하고 있는 것으로 알려져 있다.

이러한 불임전문병원들은 주기적으로 문화/교육 교실을 운영 중에 있다. 보통 직장이 있는 여성들도 참여할 수 있도록 점심시간을 이용하여 40분간 일주일에 한 번씩 진행되는 곳도 있으며 일주일에 한 번, 3시간 진행되는 곳도 있다. 주로 불임에 대한 여러 의학적인 정보들을 제공하는 것이 대다수이지만 불임처치를 받고 있는 여성들의 경우에 우울증이 많다는 것 때문에 '웃음교실'과 '원예교실'과 같은 우울증 완화를 목적으로 하고 있는 문화교실도 많은 호응을 얻고 있다. 불임클리닉의 문화/교육 교실은 2007년 9월부터 참여관찰을 시작하였으며 11월까지 주 2회 참가하였다. 이 교실들의 경우에는 불임에 대한 정보를 불임여성뿐 아니라 남편이나 가족을 대상으로 하고 있기 때문에 불임에 대해서 어떻게 접근해야 하는지, 불임인 상황을 어떻게 극복해야 하는지에 대한 심리적 상담이 많이 이루어졌다. 불임치료를 참여하기에는 어려운 점이 많이 있기 때문에 주로 관찰에 의존하였는데 간호사들이 불임시술의 과정을 어떻게 전달하고 있는지 그리고 불임과 관련된 상담을 어떻게 진행하는지에 대해서 알 수 있었다. 또한 큰 규모의 병원임에도 불구하고 사람이 너무 많아서 서 있을 자리도 없이 몇 시간씩 대기해야만 했고 그 속에서 각 지방에서 진료를 받기 위해서 서울로 찾아온 여성들 만날 수 있었는데 이를 통하여 불임치료시술을 받는 과정의 어려움을 직접적으로 경험할 수 있었다.

이러한 참여관찰과 함께 포털사이트에 있는 불임여성들의 온라인 커뮤니티는 불임여성의 경험을 이해하는 데에 많은 도움이 되었다. 2001년에 개설된 이 커뮤니티는 현재 회원수가 13,000명 정도가 되며 하루 평균 접속자수가 5,000명이 넘는 큰 커뮤니티이다. 불임여성들은 익명게시판을 통해서 다른 사람들에게 털어놓지 못하는 자신의 고민과 고통에 대해서 이야기 하며 불임과 관련된 정보를 활발하게 교환한다. 이 커뮤니티들은 병원에 대한 정보와 불임시술을 받는 과정을 일지의 형태로 기록하여 공유하는 기능과 서로의 경험들을 비교하면서 힘을 북돋아주는 역할을 하고 있다. 하지만 온라인 커뮤니티의 특성상 불임여성들의 사회경제적인 위치와 총체적인 삶의 맥락을 파악하는데 한계가 있었다. 그래서 온라인 커뮤니티에서 이루어지고 있는 불임경험에 대한 이야기는 참여관찰과 심층면접의 해석에 보조적인 자료로 활용하였다.

1.3.3. 심층면접

2007년 6월부터 현재까지 11명의 여성들을 만나서 심층면접을 진행하였다. 인터뷰를 함에 있어서 어려운 점은 불임시술 경험이 있는 여성들의 경우에 자신의 경험을 타인에게 말하는 것을 굉장히 어려워한다는 것이다. 불임시술 과정에서 있는 여성들의 경우에는 하루에 두 번씩 정해진 시간에 병원에 가서 주사를 맞아야 하는 등의 일들로 인하여 스트레스를 많이 받고 있는 상황이며 시간적 여유가 없기 때문에 인터뷰가 불가능하기도 하다. 또한 자신들의 경험이 누구도 이해할 수 없는 고통이자 깊은 상처로 받아들이고 있기 때문에 같은 처지에 있지 않은 여성이 불임에 대해서 묻는 것 자체에 대해서 배타적인 입장을 강하게 보이기도 하였다. 그래서 많은 다른 심층면접의 경우와는 달리 면접자가 또 다른 면접자를 소개시켜주는 방식으로 연결 되지 않았는데 불임의 경험을 함께 하고 있는 사람들끼리 서로 소개시켜주는 것을 꺼려했기 때문이다. 연구자의 친구, 친척 등의 인맥을 통해서 소개를 받아서 인터뷰를 진행한 경우와 온라인

커뮤니티를 통해서 만나게 된 경우가 있었다. 참여관찰을 통해서 인터뷰를 진행한 경우에는 30분에서 1시간 사이의 짧은 시간동안 이루어졌기 때문에 연구참여자 목록에는 포함되지 않았지만, 심층면접을 해석하는 데에 큰 도움이 되었다. 대부분의 연구참여자들은 결혼을 하지 않은 연구자가 이 문제에 대해서 연구를 한다는 것에 대해서 많은 궁금함을 보였지만, 불임부부의 제도적 지원에 큰 관심을 가지고 있기 때문에 정책적 지원을 바라면서 많은 이야기들을 해주었다. 또한 연구자가 임신과 출산에 대해서 아무것도 모른다고 생각하여 이에 대한 많은 설명들을 친절하게 덧붙여서 설명해주었다.

연구 참여자들이 처음 하는 말은 공통적으로 ‘내가 적절한 인터뷰를 해줄 수 있을지 모르겠다’ 혹은 ‘난 불임여성은 아니다’로 시작하는 것을 볼 수 있었는데, 이는 이 여성들이 불임시술을 하였지만 임신에 실패하고 아이를 갖지 않기로 선언하였거나, 불임이 문제가 되어서 이혼을 한 상태이기 때문으로 보인다. 현재 아이를 낳기 위한 시도를 하지 않고 있기 때문에 자신은 불임여성이 아니라 그냥 아이가 없는 여성이거나, 이혼을 한 여성으로, 혹은 다른 정체성으로 자신을 설명하는 경우가 많았다. 또한 불임시술의 과정을 겪었지만 이 상태를 이미 벗어나 있기 때문에 불임 자체를 상대화시켜서 바라볼 수 있는 위치에 있었지만 시술을 통해서 아이를 낳은 여성과 그렇지 않은 여성들 사이에는 시술 경험을 해석해내는 데에 많은 차이가 있었다.

불임여성들의 인터뷰와 함께 난임여성⁴⁾들을 위한 민간단체인 ‘아가야’의 인터뷰를 통해서 이제까지의 활동 내용과 방향을 구체적으로 들었다. 그리고 생식세포 관련한 법제도 입법을 위한 활동을 해온 ‘민우회’ 여성건강팀의 인터뷰를 통해서 관련 법제도의 문제와 불임부부지원사업에 대한 여성단체의 활동과 입장을 들을 수 있었다. 그리고 보조적으로 불임경험에 대한 이해를 다각적으로 살펴보기 위해 2007년 6월과 8월에 불임전문병원의 의사 한 명과 간호사 한 명의 면접 인터뷰를 진행하였다. 경력 15년인 의사와 경력 8년째인

4) 이 단체는 임신이 안된다는 의미의 ‘불임’보다는 임신이 어렵다는 의미로써 ‘난임’을 사용하고 있다.

간호사를 통해서 실제 불임병원에 어떠한 환자들이 와서 진료를 받고 있는지에 대한 여러 이야기들을 들을 수 있었다. 이 중에서도 의사와 간호사가 공통적으로 강조하고 있는 것은 최근 몇 년간 불임클리닉에 오는 환자들이 크게 변화했다는 점이다. 2000년 이후로 불임처치에 들어가는 비용이 이 전보다 훨씬 줄어들게 되면서 대중화되었고, 그래서 보다 다양한 연령과 직업을 가진 환자들이 병원을 찾고 있다는 것을 지적하였으며 특히 2006년 정부의 지원으로 인하여 병원을 찾는 불임여성들이 눈에 띄게 늘어났음을 강조했다. 이는 불임치료산업이 의료전문가들에 의해서만 단독적으로 확장되어가는 것이 아니라, 정부의 제도 변화가 큰 역할을 하고 있음을 시사한다.

표 1 인터뷰참여자 목록 : 불임치료시술 경험이 있는 여성

	이름 ⁵⁾	연령	직업	결혼 기간	불임 기간	자녀	기타
1	김미숙	47세	대학강사	5년(재혼)	5년	한 명	인공수정 시험관시술
2	이희준	38세	시민단체 활동가	8년 (현재이혼)	2년	없음	나팔관조영술, 기타치료
3	박정은	37세	대학원생	10년	2년	없음	나팔관조영술 과배란
4	최혜정	33세	회사원	2년 (현재이혼)	2년	없음	남성원인 불임
5	이가영	38세	전업주부	7년	2년	두 명	한방치료
6	황유진	33세	전업주부	8년	5년	한 명	과배란 인공수정
7	김수진	33세	전업주부	6년	5년	한 명	과배란 인공수정

5) 모두 가명을 사용하였다.

8	조선미	44세	교사	18년 (헌재이혼)	6년	두 명	습관성유산 자궁경검사
9	남윤지	47세	교사	18년	11년	한 명	인공수정 시험관시술
10	신명진	37세	전업주부	7년	5년	두 명	자궁근종 과배란
11	이남희	34세	IT기업 근무	7년	7년	임신중	인공수정, 시험관시술

표 2 인터뷰 참여자 목록 : 의료인 및 관련 단체 활동가

연구참여자	직업	경력	기타
12	K대학병원 불임과 의사	15년	생식의학회 회원
13	C불임전문병원 간호사	8년	산부인과병동 2년, 불임과 6년 근무
14	난임부부지원단체 '아가야' 사무국장	5년	
15	민우회 '여성건강팀' 간사		

제4절 논문구성

1장에서는 문제제기와 연구목적, 이론적 논의, 연구 내용 및 방법에 대하여 기술한다. 이론적 논의에서는 재생산기술에 대한 여성주의 이론과 생명윤리의 논의들을 검토하여, 불임치료산업에 대한 어떠한 접근방식과 문제제기가 필요한지를 살펴본다.

2장에서는 새로운 재생산기술의 출현으로 불임의 정의가 어떻게 달라졌으며, 한국사회에서 불임치료산업이 어떠한 역사적 과정 속에서 발전해왔는지를 검토한다. 그리고 한국의 특수한 맥락 속에서, 그리고 글로벌 불임치료시장 속에서 현재 불임치료산업이 어떻게 확장되고 있는 지를 살펴본다.

3장에서는 구체적인 불임치료기술의 과정이 어떻게 이루어지고 있는지를 불임여성의 경험을 통하여 살펴봄, 불임치료기술의 과정 속에서 여성의 몸과 시간이 어떻게 재구성되는 지를 분석한다. 또한 불임여성들의 자조집단을 통해 이들의 집단적인 참여가 어떻게 나타나고 있는지를 분석한다.

4장에서는 불임치료산업이 발전하는 과정에서 잉여의 원천이 여성의 몸이라는 것을 밝히고, 이 속에서 여성의 재생산권이 어떻게 확장 혹은 침해될 수 있는지를 논의한다. 재생산권이란 재생산에 있어서 신체적 통합과 자기결정의 중요성, 섹슈얼리티와 출산에 있어서 양성평등 원리의 중요성, 사회권 실현을 가능케 하는 조건 마련 등을 강조한 개념이지만, 불임치료산업의 발전 속에서 이 재생산권의 개념은 재생산기술상품을 소비할 수 있는 선택권으로 협소하게 정의되고 있으며, 이 속에서 임신할 수 있는 몸의 ‘정상성’의 위계는 더욱 강조된다.

5장인 결론에서는 한국사회에서 불임치료산업이 제기한 새로운 사회적 문제들에 대해서 어떠한 여성주의적 개입이 필요한가에 대해서 논의한다. 불임치료산업은 여성의 의료적 재생산노동에 의해서 유지되고 있으며, 산업의 발전 속에서 여성의 몸은 잉여의 원천이 되고 있다. 또한 불임치료기술의 사용은 사회적 ‘정상성’을 강화시키기고, 국가발전을 위해서 동원되기도 한다. 이러한 상황 속에서 재생산권의 개념이 어떻게 적용되고 확장되어야 하는지에 대해서 논의한다.

제2장 ‘불임치료산업’의 역사와 현황

불임의 의학적인 정의는 ‘결혼한 지 일 년 이상이 된 부부가 피임을 하지 않았음에도 불구하고 임신이 되지 않는 상태’를 말한다. 결혼한 후 특별한 피임을 하지 않았을 경우의 임신율은 85%이기 때문이다. 하지만 이 정의는 여성이 30세 미만인 경우에 해당하며, 30세 이상인 경우에는 6개월 이내에 임신이 안 된다고 하더라도 잠재적인 불임임을 의심하여 진단을 권장한다. 불임에 대한 이러한 정의는 시험관시술과 함께 발명되었다. 시험관시술이 발명되기 이전에 불임은 생식능력이 완전히 사라진 상태를 뜻하였다. 하지만 새로운 보조생식기술을 통해서 임신이 가능해졌을 때, 불임(infertility)은 재생산의 불가능성과 가능성 사이에서 ‘아직 임신하지 않은 상태’로 정의된다.(Greil,1991, Margarete Sandelowski and Sheryl de Lacey) 현재 일상적으로 사용하고 있는 불임이라는 명명은 임신이 완전히 불가능하다는 의미가 아닌, 아직 임신이 되지 않는 상태이거나 보조적인 기술을 이용해야만 임신할 수 있는 상태를 뜻하게 되었다. 불임은 의학적으로 명확하게 정의되기 보다는 그 자체가 질병이거나, 질병의 징후, 원인, 결과, 질병이 아닌 상태로 다양하게 개념화 되어서 사용된다(Marcia C. Inhorn). 그럼에도 불구하고 불임이 적극적으로 치료를 통해서 해결될 수 있다고 여겨지게 된 과정을 살펴보고자 한다.

제1절 ‘불임치료산업’의 발전과정

‘불임치료산업’은 불임클리닉에서 이루어지고 있는 인공수정이나 시험관시술과 같은 불임의료서비스 산업과 이 시술들이 이루어지기 위해서 필요한 난자·정자·대리모의 거래 산업, 불임시술에 사용되는 의료기구와 의약품산업, 불임부부에 대한 심리치료 서비스 산업 등을 포함한다. 또한 불임치료산업은 관광산업과

결합하여 불임치료관광의 형태로 추진되고 있으며, 원정출산과 결합되어 합법적인 성감별을 통해서 아이를 낳을 수 있는 통로를 만들어내는 등 기존의 다른 산업들과 결합하여 더욱 확장되어가고 있다. 이 절에서는 한국에서 이러한 불임치료산업이 만들어지게 되는 역사적인 과정과 현황을 살펴보고자 한다. 불임치료기술의 발전과 확산은 전지구적인 현상이지만, 모든 국가가 동일한 이유와 맥락으로 불임치료기술을 받아들이고 발전시키고 있는 것은 아니기 때문이다. 예를 들어 이스라엘의 경우는 한 쌍의 부부가 두 아이를 출산할 때까지 보조생식기술의 비용을 전액 국가가 공적보험을 통해 지원하고 있는데 이는 이스라엘에서 인구 재생산이 사회 유지를 위해서 가장 중요한 것으로 설정되어 있기 때문이다(Susan Martha Kahn, 2002). 이처럼 기술이 사회적으로 어떤 의미를 가지고 있는지는 특정 사회가 처한 상황에 따라서 상이하게 나타난다. 그렇기 때문에 기초과학이 발전하지 않은 한국 사회에서 어떠한 기반을 가지고 불임치료기술이 발전해왔는지 그리고 불임치료산업의 형성은 어떠한 과정을 통해서 이루어졌는지를 살펴볼 필요가 있다.

2.1.1. 재생산의 의료화와 재생산기술의 도입 (1960년대-1980년대)

인류 역사상 불임인 인구는 언제나 존재해왔으며 이에 따라 불임치료와 관련된 시장도 함께 존재해왔다. 불임에 효험이 있다고 여겨지는 약물이나 부적이 판매되었으며 임신을 하도록 해준다는 불상이나 돌을 조각하기도 하고 임신을 하게 해준다고 이름난 곳에 찾아가 기도하는 사람들도 있었다. 하지만 근대 의학이 발전하기 전까지 불임은 신의 뜻이거나 하늘의 운으로 여겨졌기 때문에 불임을 해결해준다고 판매할 수 있는 상품들은 미비하였다. 하지만 근대 의학의 발전은 불임에도 큰 전환점을 가져 왔으며, 보조생식기술이 발달됨에 따라서 불임치료산업이 만들어졌다.

한국사회에서 근대 의학을 통해서 불임을 치료할 수 있다고 여기기 시작한 것은 1920년대부터이다. 1928년 조선일보에서는 ‘불임증은 엇더케 곳치나’라는

제목으로 불임의 문제를 여성/생활정보를 다루는 섹션에서 연재를 통해 다루었다⁶⁾. “임신하지 못하는 죄는 남편보다는 아내에게 있다”라는 제목의 기사에서는 주로 난자와 난소의 문제에 대해서 생물학적 지식을 통하여 설명하고 있다. 불임이 되는 경우는 “선턴덕으로 난소(卵巢)를 가지지 안었거나 비록 난소가 있어서 난자는 만들 수 있다할지라도 수란관의 폐색증, 혹은 그 굴곡이 있어서 난자가 통과하지 못하거나 난자를 운반할 수란관(輸卵管) 점막상피세포(上皮細胞)의 섬모(纖毛)가 활동하지 못함으로 수란관에 들어갈수가 없으면 임신을 하지 못하는 것이며 아편, 모루히네중독, 악성빈혈, 결핵증, 가튼병에 걸리면 난자의 발육이 불충분하여 정자(精子)와 마주칠지라도 임신을 하지 못하게 되는 것”이라고 밝히고 있다. “임신하지 못하는 죄는 남편보다 아내에게 더 많지만”, 남편의 경우에 정자에 문제가 있어서 불임인 경우가 발생한다고 소개함으로써 임신의 과정은 여성만의 문제가 아님을 설명하고 있다. 이 시기에 불임은 절대적 불임증, 비교적 불임증, 일아성 불임증으로 구분되었다. 절대적 불임증은 의사의 손으로도 어떻게 할 수 없는 것으로 난소와 자궁이 없는 경우를 뜻하며 비교적 불임증은 결혼 후 만 삼년이 지나도 첫 아이를 낳지 못하는 경우, 일아성 불임증은 첫 아이를 낳은 후에 만 삼년이 지나도록 둘째 아이를 임신하지 못하는 경우이다. 각각의 경우에 왜 불임이 발생할 수 있는지에 대해서는 설명하고 있지만 이를 해결할 수 있는 보조생식기술은 나타나기 전이기 때문에 뚜렷한 의학적인 해결방법은 제시되지 않았으며 민간요법에 의한 불임 해결책들이 소개되고 있다.

1950년대 이후 생식 이론에 대한 연구를 바탕으로 호르몬의 발견과 내분비학이 발전함에 따라서 다양한 형태의 불임치료법들이 개발되기 시작하였다. 1960년대에는 호르몬 치료가 불임치료에 널리 사용되기 시작했는데 이는 서구에서 불임치료산업의 활성화를 가져다주었다. 이때 많이 사용되었던 약은

6) “불임증은 엇더케 곳치나-자녀는 자기의 생명을 연장식히는 것이니 고금동서를 물론하고 자녀를 엇고싶어하는 욕망은 인간의 본능이라 하겠습니까. 더구나 여자는 이에 대하여 타는 불꽃과 가튼 희망을 가지고 있습니다. 아희들이 엮는 가명은 참으로 음울하기 짝이업스니 문안에 발을 들여 노흐면 차되찬 괴운이 집안을 휘도는듯합니다.”, 「조선일보」, 1928.11.15, “자녀엮는 부부생활은 무덤가티 쓸쓸하다”에서.

클로미드와 피고날이라는 신약이었다. 이 약품은 배란을 못하는 여성의 배란을 촉진하는 효능이 있었기 때문에 널리 사용되었다. 1970년대 피고날을 처방 받은 여성이 다섯 쌍둥이를 출산하자 피고날을 시험적으로 사용하는 클리닉들은 문전성시를 이루게 되었다고 한다. 하지만 이에 대해서 한국사회에서는 이 신기술에 대해서 ‘빋나간 불임증치료제’에 의해서 ‘구라과에서는 쌍둥이 붐이 일어날 가능성이 있다’고 보도하는 것처럼 새로운 기술에 대한 신기함을 전할 뿐 기술에 대한 거부감과 거리감이 나타난다.⁷⁾

이 시기에 서구에서는 새로운 보조생식기술의 발전이 가속화되기 시작한 시점이었지만, 한국에서는 가족계획사업을 통하여 산아제한을 하고자 노력하던 시기였기 때문에 아이를 낳게 하는 기술보다는 아이를 낳지 못하게 하는 기술이 사회적으로 더 중요하게 다루어져서 큰 주목을 받지 못하였다. 불임을 해결하는 기술 보다는 산아제한을 위한 기술이 더 널리 사용되던 시기였지만, 가족계획사업은 불임치료산업의 형성에 있어서 ‘의도하지 않은 결과’를 가져오게 되었다. 한국 사회에서 여성의 출산은 개인의 선택이기 이전에 국가 정책과 밀접한 관련을 맺고 있었다. 근대화와 경제성장을 위해서 국가는 산아제한을 해야 한다는 시급한 목표를 가지고 있었으며, 이는 여성의 출산을 억제하는 방식을 통해서 이루어졌다. 1960년대 합계출산율 6.0에서 2003년 합계출산율이 1.19로 급격하게 하락하게 됨으로써 한국은 출산율 조절에 성공한 대표적인 국가로 평가받고 있다. 이러한 가족계획을 통한 출산억제가 성공할 수 있었던 것은 여성이 인구 억제의 도구로 취급되었고 개인의 사생활에 대한 지나친 국가적 개입 때문이었음에도 불구하고, 빈곤에서 벗어나고자 하는 여성과 가족의 이해가

7) “빋나간 불임증치료제 [고나도트로핀], 난소자극... 뇌하수체 호르몬의 하나. 산부인과의 겐첼씨가 발명, [겐첼] 교수의 [호르몬] 옷법은 난소를 자극하여 활동을 활발하게 하는 뇌하수체[호르몬]의 일종으로 [고나도트로핀]이란 이름이 붙은 알약을 사용한다. 한데 불임증이 나서 다시 임신한 여인들 중에는 쌍둥이, 세쌍둥이를 낳은 부인이 많다. 이것은 복용량과 체질, 체중등 여러 가지 면에 걸친 연구가 더 진행되어야 해결될 전망이 보이지만, [고나도트로핀] 옷법이 직접 간접으로 쌍둥이를 낳는 데 영향을 미치고 있다는 것은 거의 확실한 것으로 알려지고 있다. 이 옷법을 실험한 결과 쌍둥이를 낳은 여인이 임신한 여인의 50[퍼센트]나 된다는 점과 [뉴질랜드]의 불임증 환자에게는 작년에 처음 이 옷법을 실시했는데 그 부인이 다섯쌍둥이를 낳았다고 한다. 이것으로 미루어 앞으로 구라과 일대에는 쌍둥이 [붐](?)이 일어날 가능성 마저 없지 않다.”, 1965. 7.31., 조선일보.

경제성장을 이루고자 하는 국가의 이해와 결합(이재경, 2004) 되었기 때문이다. 전국적으로 실시된 가족계획사업은 인구 억제와 가시적인 결과뿐만이 아니라 출산의 의료화에도 큰 영향을 끼치게 되었다. 출산의 의료화란 임신과 출산의 영역에서 ‘의도적 혹은 비의도적으로 의학의 지배권(medical hegemony)이 확장되는 것’을 말한다(Morgan, 1998). 1960년대 이전에 여성의 임신과 출산은 가내에서 주로 이루어져왔다. 하지만 국가 주도적인 근대화 프로젝트의 일환인 가족계획사업이 시행되는 과정에서 농촌지역까지 모자보건시설이 만들어졌으며, 이는 시설분만을 할 수 있는 토대가 되었다. 가족계획사업이 정착되면서 정부에서는 모자보건서비스 사업을 논의하여왔는데 한국 사회에서 출산 관련 서비스란 병원에서 출산을 관리하게 되는 것을 의미하고 있기 때문에(김은실, 2001) 모자보건서비스의 내용은 실질적으로 병원에서 출산을 하도록 하는 것으로 추진되었다. 이에 따라 표3에서 볼 수 있듯이 1970년도 17.6%에 불과하던 시설분만율이 1985년도에는 75.2%로 상승하게 되었으며, 또한 도시와는 다르게 가내분만을 많이 하였던 농촌지역까지 1991년에 시설분만율이 93.3%가 됨에 따라서 병원분만의 대중화가 이루어지게 되었다(조영미, 2006). 이러한 출산의 의료화 과정은 의료전문가들이 여성의 임신과 출산의 과정에 적극적으로 개입하게 되었음을 보여준다.

표 3 시설분만율의 변화추이¹⁾(단위%)

연도	1970	1974	1979	1985	1991	1997
전국(%)	17.6	26.6	49.7	75.3	98.1	99.7
도시			71.4	84.4	99.1	99.9
농촌			21.7	51.3	93.3	99.1

의료시설분만이 대중화됨에 따라서 여러 산전 진단과 초음파검사가 보편화 되는 등 출산은 의사에 의해서 판단되고, 관리되고, 통제되는 영역이 되었다. 이제 임신과 출산의 전 과정은 의학적 개입을 통해서 이루어지며 임신과 출산에 대한 정보와 지식 역시 의료전문가에 의한 ‘과학적’ 지식으로 습득하게 되었다.

불임치료산업이 가능하기 위해서는 의료기술을 이용해서 불임을 치료하고자 하는 수요가 존재하여야한다. 가족계획사업은 단기간에 출산의 관제 의료화를 이루어냈으며, 이는 이후 의료기술을 통해서 불임을 해결하고자 하는 잠재적인 고객을 만들어내는 역할을 하게 된다. 또한 산아제한을 위해 사용된 ‘난관 영구 폐임술’은 ‘복강경’ 수술 방식을 통해서 이루어졌으며 이 복강경 수술은 이후 시험관아기기술에서 가장 필수적인 난자 채취를 하는데 사용되게 되었다.

2.1.2. 재생산기술의 확산 (1980년대-2000년대)

1978년 영국에서 첫 시험관아기가 탄생함에 따라서 한국에서는 언제 시험관아기기술이 성공할 것인가에 대해서 사회적 관심이 생겨나기 시작했다. 체외수정의 성공은 생명의 신비를 밝혀냈다는 점에서 과학의 진보에 대한 기대를 불러일으켰으며, 동시에 사회적 혼란을 야기하는 기술이라는 비난을 받았다. 체외수정의 시도는 신에 대한 모독이며 인간의 존엄성을 해치는 기술이라는 주장이 종교계에서 많이 제기되었으며 이제 곧 인간복제가 가능해질 것이라는 우려도 팽배했다. 하지만 이러한 윤리적인 우려를 넘어서서 이 기술 자체가 고도의 발전된 첨단기술로 여겨졌기 때문에 이를 성공시키는 것은 각 국가의 경쟁력을 보여주는 지표로서도 이해되었다. 영국의 첫 시험관아기 탄생 이후 2위, 3위의 시험관아기 성공이 경쟁적으로 보도되었으며, 한국에서 첫 시험관아기는 1985년 서울대 김윤석 교수의 연구팀에 이루어졌다. 1985년 국내 최초의 시험관아기 탄생은 재생산 기술에 대한 관심을 일으켰다. 이 당시 재생산 기술은 법적 도덕적 문제를 야기하는 기술로 여겨졌기 때문에 <멋진 신세계>와 같은 일이 현실에서 일어나게 될 지도 모른다는 우려들⁸⁾이 주를 이루게 된다. 이러한

8) 1989.11.10. <조선일보>. 인공임신 심층취재. 시험관아기 85년 이래 5백여명 출생. 지푸라기라도 잡고 싶은 불임가정이 시험관아기에 큰 기대를 걸고 병원을 찾아 계속 시술을 받아도 임신에 성공하지는 못한 사례도 있어 거액의 돈만들인 불임부부와 병원 간에 마찰이 빚어지는 일도 생기고 있다. 생식과학기술에 대한 법적 도덕적 문제가 정립되지 않은 상태로 인공생식이 급속도로 보편화돼간다면 멀지 않은 장래에 영국의 소설가 올더스 헉슬리가 [멋진 신세계]에서 예언한대로 인

인식은 1990년대에 들어서도 크게 바뀌지 않는데, 시험관아기시술을 ‘위험한 기술’로 여기는 태도는 시험관아기 시술이 확산됨에 따라서 더욱 커진다. 1993년도에 ‘경희의료원 인공수정 파행시술 사건’이 크게 문제가 되었는데, 이는 경희의료원이 1986년 불임클리닉 개설 이후 인공수정 시술을 6백 여회 해오면서 정자제공자의 병력검사나 유전성 질환 보유여부를 검사하지 않고, 시술관리대장도 갖추어 놓지 않은 채 시술직전 정액알선 브로커를 통해 구입한 정자를 무분별하게 사용했다는 것과 에이즈 검사를 하지 않았다는 것이 크게 문제로 부각되었던 사건이다. 또한 이 사건에서 크게 문제가 되었던 것은 한 명의 정자를 여러 명에게 시술했다는 사실에 대한 것이었다. 이 문제는 연일 보도가 되면서 ‘돈벌이에만 눈이 먼’ 의료계의 각성을 촉구하는 여론으로 이어졌다. 이 사건은 불임시술에서 발생한 의료사고로서 문제화되는 것이 아니라, 재생산 기술 자체에 대한 부정적인 견해를 만들어냈다. 한 명의 정자가 여러 명에게 인공수정 된 것을 두고 ‘근친상간’의 위험이 있다는 점을 우려하는 것⁹⁾과 함께 인공수정이나 시험관아기시술을 위해서 제3자의 정자 혹은 난자를 제공 받는 것이 ‘씨받이’, ‘씨내리’ 보다도 윤리적으로 문제가 있다¹⁰⁾는 우려의 내용들이 주를 이룬다. 또한 대리모가 가능해짐에 따라서 ‘정상인 여성’도 출산의 고통을 겪기 싫어서 대리모를 구할 수 있다는 가능성이나, 친족의 정자 혹은 난자를 통해서 임신을 하게 될 경우에 친족체계가 어지러워진다는 우려들이 제기된다. 1990년대 후반까지 재생산기술은 ‘위험한’ 기술로 여겨졌으며, 많은 윤리적인 문제를 담고 있는 부정적인 기술로 의미화 되었다. 이때 제기된 윤리적인 문제는 ‘가족질서’를

간생산공장이 생겨나게 될지도 모른다.

9) 1993.01.22 <경향신문>. 경희의료원의 비윤리적 체외수정사건은 **인공수정을 통해 태어난 불특정 다수의 남녀가 자칫 합법적으로, 그리고 자신도 모르는 사이에 결혼을 통해서 근친상간을 할 수도 있다**는 점에서 경악을 안겨주고 있다.

10) 1993.01.22 <조선일보>씨받이와 씨내리(이규태코너) 모두 아들을 낳아야만 삶의 의미가 부여됐던 사내자식광이 파생시킨 비정적 성풍속들이 아닐 수 없다. 한데 그만한 비정상적인 요구가 없어졌는데도 아기 못낳는 여인을 위한 인공수정이라는 미명으로 전국 40여개 병원에서 월 2백여회의 씨내리가 성행하고 있다 한다. 더욱이 어느 한 병원에서 내린 그 씨의 유전질이나 에이즈 등 각종 질병의 감염 여부도 검사하지 않고 한번 내린 씨 값으로 10만~20만원 받고 아무한데서나 구해 마구잡이로 내렸다 해서 의료윤리와 그에서 야기될 후유증을 두고 사회문제화 되고 있다. 이렇게 따지고 보면 **옛날에 비해 내리고 받는 씨 값도 형편없고 씨의 유전질이나 병균관리도 형편없으며 생명의 씨앗에 대한 존엄마저 더 더욱 유린돼 있음을 알고도 남음이 있는 것이다.**

위험하기 때문에 위험한 것이며, 누가 부모인지를 알 수 없게 되기 때문에 ‘근친상간’의 위험을 내포하고 있는 기술로 간주된다. 이에 따라 1985년에는 대한산부인과학회는 본격적인 체외수정시대가 열림에 따라 윤리적 문제가 대두되는 것과 관련하여 체외수정윤리요강을 발표했다. 이 요강에 의하면 의사는 이 방법 이외의 임신이 가능하지 않은 사람에 한해서 시술하고, 시술 전에 부부의 동의를 얻어야 하며, 시술 방법의 내용과 예상되는 성공률과 합병증에 대해서 설명해야 한다.

사회적인 우려와 걱정과는 별도로 기술의 발전은 1990년대에 급속히 이루어졌다. 1988년에는 공여 받은 난자를 통하여 시험관시술이 성공하였다¹¹⁾. 조기폐경이나 난소기능 상실로 임신이 불가능한 여성이 다른 사람에게서 난자를 빌어 임신하는 난자공여 임신이 차병원불임시술팀에 의하여 성공하였는데, 이 때 보도된 내용에 따르면 17명 가운데 8명이 임신에 성공하여 47%성공률을 기록하였으며, 시험관아기 성공률 20%에 비해 높은 성공률이라고 보도하고 있다. 특히 자매간 난자공여 임신은 비교적 손쉽게 난자를 제공받을 수 있는데다 순수혈통을 유지할 수 있는 장점이 있다고 소개하고 있다.¹²⁾ 처음 부부의 난자와 정자를 이용해서 체외수정을 한 후, 공여된 난자로 체외수정이 성공한 후에 주목받게 된 것은 난자를 냉동 보관할 수 있는 기술이었다. 시험관아기 시술시 과배란의 부작용으로 인하여 배아를 착상하기 어려운 경우가 많으며 한 번 채취한 난자를 보관할 수 있는 기술이 없으면 한 주기가 실패하면 또다시 난자채취를 해야 하기 때문에 신체적 위험도 높고 번거롭게 된다. 하지만 난자를 냉동보관 할 수 있는 기술이 만들어짐에 따라서 채취한 난자와 배아를 보관하였다가 착상시킬 수 있게 되었다. 냉동 배아를 통해서 임신에 성공한 것은 1985년 제일병원에 의해서 이루어졌다. 난자와 배아를 냉동시켰다가 해동시켜서 수정시킬 수 있는 기술이 사용됨에 따라 체외수정은 광범위하게 사용될 수 있게 되었으며 1989년에는 대리모 임신이 제일병원에서 성공하였다고 발표되었다.¹³⁾

11) “난자 빌어 불임여성 임신 성공”, 1988.7.3., 「조선일보」.

12) “난자 빌어 불임여성 임신 성공”, 1988.7.3., 「조선일보」.

13) “대리모임신 국내서도 성공”, 1989.10.22., 「조선일보」.

불임부부 수정란을 친척의 자궁에 이식한 것으로 3건이 성공하였다고 발표하였다. 이전에도 성공한 사례가 있는 것으로 알려졌지만 법적문제, 개인의 프라이버시 보호 문제로 인하여 발표하지 않았기 때문에 1989년도의 보고가 최초의 체외수정을 통한 대리임신의 성공으로 알려지게 되었다.

1989년에 조사된 바에 의하면 1950년대부터 삼십년간 만 오천 명이 인공수정에 의해서 출생하였다고 보도되었다.¹⁴⁾ 이 기사에 의하면 시험관아기기술의 비용은 70만원에서 150만 원 정도의 높은 비용이 드는데, 출산에 이르는 비율은 8퍼센트 밖에 되지 않는다고 보도하고 있다. 하지만 80년대 후반부터 90년대 후반까지 십년 동안 불임치료기술의 발전은 가속화되었으며 불임치료산업 역시 양적인 팽창이 이루어지게 되었다¹⁵⁾. 1994년에는 정자직접주입법을 통해서 첫 시험관아기가 성공하였는데, 이는 세계 최초의 정자주입법을 통한 아이가 1992년에 태어난 것과 비교해서 기술의 간격을 2년 미만으로 줄였다는 점에서 널리 보도되었다¹⁶⁾. 1994년에는 착상 전 유전자 진단법이 성공하였고, 포배기 배아 이식술이 성공하였으며 1996년에는 미성숙 정자를 이용한 시험관 아기가 탄생하였다. 이러한 기술발전의 가속화 속에서 시험관아기 성공률은 십년 전의 8퍼센트에서 20-30퍼센트로 크게 증가하여 1997년에는 난자공여의 경우 임신의 성공률이 50%라고 보도되었으며, 국내 시험관아기기술은 세계최고의 수준이며 “모든 불임 해결”이 가능해졌으며 더 이상 불임은 없다고 선전하기 시작하였다.

2.1.3. ‘불임치료산업’의 확장 (2000년 이후)

2000년 이후 생명공학기술의 발전이 가시화됨에 따라서 재생산기술이 지니고 있었던 ‘가족질서’의 위협과 같은 논쟁적인 지점들은 사라지고 여성의 몸으로부터 분리된 난자와 배아가 윤리적 논쟁의 중심에 있게 된다. 또한 저출산이 사회적

14) “시험관아기 85년 이래 5백 여명 출생“, 1989.11.10, 「조선일보」.

15) “시험관아기 성공률 20-30%“, 1997.6.17, 「조선일보」.

16) “국내의학현황“, 1997.6.17, 「조선일보」.

위기로 부상함에 따라서 재생산기술을 이용한 불임치료는 재생산의 위기를 해결하기 위한 방식으로 여겨지게 되어 사회적 정당성을 획득하게 되었다. 이 속에서 불임치료의 산업화는 의료의 상품화와 맞물려 빠르게 진행되고 있다.

불임치료산업이 발전하기 위해서는 ‘불임’인 여성이 많이 만들어져야 하며 불임치료기술을 통해서 불임을 해결해야 한다는 인식이 확산되어야 한다. 이러한 ‘불임의 의료화’는 ‘재생산의 의료화’의 연장선상에서 이루어져왔다. 현재 여성의 월경, 배란, 생리 전 기간, 임신, 출산, 갱년기와 같은 여성이 겪는 모든 변화의 단계는 의학적인 문제로 간주되고 있다. 지난 20년간 임신 예비 검진을 받은 사람의 수는 유럽에서 500%가 증가하였으며, ‘위험 인자를 지닌 임신부’가 오히려 ‘정상’으로 간주될 정도로 그 수가 증가했다(외르크 블레흐, 2004). 임신의 과정이 의료적 개입을 통해서 통제되어야 하는 질병이 되었으며, 갱년기에 나타나는 호르몬 변화는 ‘갱년기 증후군’으로 명명되면서 호르몬 약제 치료를 받아야 하는 질병이 되었다. 산부인과 영역이 임신한 이후 분만까지 의료적으로 개입해왔다면, 불임의 진단과 보조생식기술을 통한 임신의 시도는 임신이 되기 이전까지로 소급되어서 전 과정에 개입하게 되었다. 결혼한 지 1년이 지나도 임신이 되지 않는 경우에 바로 ‘불임’이라는 진단이 내려지기 때문에 의학적 처치에 의해서 임신을 시도해야 하게 되며, 보다 빨리 병원을 찾아서 처치를 받는 것이 어머니가 되기 위한 올바른 방법으로 여겨지고 있다. 불임의 진단과 처치는 높은 비용을 감수해야하며, 구체적인 생식기관의 문제가 아닌 원인불명의 경우가 높은 비율을 차지하고 있음에도 불구하고 인공수정이나 시험관시술을 시도하는 것이 자연스럽게 여겨지게 된 것은 불임이 재생산의 상품화의 연장선상에서 전통적인 의미의 치료가 아닌 구매가능하거나 구매를 해야만 하는 상품으로 전환되었기 때문이다.

이는 병원의 이해와 직접적으로 관련되어 있는데, 높은 위험부담에 비하여 낮은 이윤을 얻을 수 있는 분만보다는 높은 이윤을 기대할 수 있는 불임의 영역을 선호하기 때문이다. 또한 재생산 영역의 상품화는 불임치료기술로 인하여 더욱 세부적으로 발전할 수 있게 되었는데, 불임치료기술은 난자와 정자, 자궁을 분리시켜 임신을 시도하게 함으로써 새로운 영역의 시장을 개척해 나갈 수 있게

되었기 때문이다.

또한 가족계획사업이 성공적으로 시행됨에 따라서 한국의 합계 출산율은 빠르게 감소하여 1990년대에 이르러서는 저출산 사회로 진입하게 되었다. 특히 2006년에는 OECD 국가 가운데 가장 낮은 출산율인 1.06을 기록하면서 이에 대한 위기의식이 팽배하며 출산장려책이 다양하게 시행되고 있다. 현재 저출산의 원인은 가족구조 및 기능의 변화, 성역할 분담 및 양성평등 의식의 미흡, 가족친화적 고용문화 부족, 국가와 사회의 육아 및 보육서비스 취약, 출산건강수준 저하, 고용 및 소득불안정성, 자녀양육 및 교육비용 부담의 과다, 가치관의 변화 등(한국개발연구원, 2006)으로 다양하게 제시되고 있다. 이러한 사회, 경제적인 원인 외에도 불임부부의 증가가 저출산의 원인으로 여겨짐에 따라서 보건복지부는 출산장려책의 한 부분으로 불임부부지원사업을 시행하게 되었다.

표 4 불임부부지원사업개요

구분	내용
신청대상자	-도시근로자가구 월평균소득 130% 이하 -법적 혼인상태에 있는 불임부부로서, 여성연령 만 44세 이하자로 시험관아기시술을 요하는 의사진단서 제출자
지원내용	-시험관아기 등 보조생식술(단, 인공수정 제외) *보조생식술의 종류: 시험관아기(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI)등 약 10여종 *인공수정 비용은 25-50만 원 정도로 소액임에 따라 지원에서 제외
지원액	-1회 지원액:150만원(단 기초생활보장 수급자는 255만원) *1회 시술비 평균 300만원 소요 -국고보조사업으로 사업비 중 서울 30%, 자치단체 50%, 국가보조 *총사업비 465억(국비 213억, 지방비 252억 원) -최대 지원횟수:2회(300만원. 기초생활보장 수급자는 510만원)
지원대상자 수	16,426명

출산장려정책이 실시되었던 초반에는 출산보조금을 지급하는 방식으로 이루어졌지만 실효성 논란이 불거짐에 따라 불임치료에 대한 지원이 효과적인 저출산 대책으로 부각되기 시작했다.

시험관시술비지원사업 보고서에서는 “불임은 다른 질병과 달리 치료 확률이 50% 이상으로 전체 가임 연령의 10-15%를 차지하는 불임 부부 중 반 수만 성공한다고 해도 몇 만 명씩 신생아가 늘어날 것으로 예상되며, 불임환자의 경우에 임신과 출산에 대한 욕구가 일반인들에 비해 높으므로 지원에 대한 반응도 무척 빠를 것으로 기대”된다고 밝힌다. 이에 보건복지부가 나서서 2006년 ‘불임부부지원사업’이 시작되게 되었다.

불임부부지원사업은 표4에서 볼 수 있듯이 “시험관 아기 기술 등 특정 불임치료를 요하는 일정 소득계층 이하의 불임부부에게 시술비 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거하고 불임부부가 자녀와 함께하는 행복한 가정 영위를 꾀하고자하는 목적”¹⁷⁾으로 추진되었다. 이 사업은 2006년에는 213억 원을 확보하여 14,000명, 2007년에는 142억을 확보하여 12,000명을 대상으로 실시되었다. ‘불임부부지원사업’은 지정 시술 기관에서 인공수정을 제외한¹⁸⁾ 시험관아기시술을 해야 하는 경우에 150만원씩 2회 시술비를 지원해주는 방식으로 이루어졌다. ‘불임부부지원사업’의 2006년 전체 의료비 지원대상자 수는 14,262쌍이었으며, 이 중 5,665명의 여성이 임신에 성공하였으며, 이는 지원대상의 40%에 해당한다. 또한 약 6200명 이상의 아이가 태어날 것으로 예상되고 있으며 이 수치는 2005년 총 출생아(44만 명)의 1.4%에 해당됨에 따라 출산율 향상에 기여할 것으로 평가할 수 있다.¹⁹⁾

또한 인구보건복지협회에서는 2007년부터 전국경제인연합회와 함께 ‘인공수정 의료비 지원 사업’을 실시하고 있다. 이 사업은 인공수정시술을 희망하는 불임부부 500쌍에게 1가구당 인공수정에 드는 비용을 3회까지 70만원을 지원해주는 사업이다. 이 사업 역시 불임부부지원사업과 마찬가지로

17) 보건복지부, 「2006년도 불임부부지원사업안내」, 보건복지부.

18) 인공수정의 비용은 상대적으로 저렴하기 때문에 지원에서 제외되었다.

19) 황나미, 2007, 『한국의 출산율 저하와 불임대처를 위한 정책적 지원방안』, 불임연구동향, 보건 산업진흥원

법적혼인상태에 있는 불임부부로서 부인의 연령이 만 44세 이하이며, 도시근로자 가구 월평균 소득 130% 이하인 사람을 기준으로 하고 있다. 이 외에도 ‘불임예방 조기검사’ 사업도 함께 진행되고 있는데 이는 불임예방 조기검사를 희망하는 부부 1,190쌍에게 가구당 30만원을 지원을 해주는 사업이며 법적 결혼기간이 1년 이상이며 부인의 연령이 만 44세 이하인자를 대상으로 하고 있다.

이러한 국가적인 불임치료기술 지원 사업은 경제적인 이유로 인하여 시술을 중단하거나 시도하지 못했던 여성들이 병원에서 시술을 받도록 하는 데에 많은 기여를 하였다²⁰⁾. 또한 시험관아기시술을 지원함으로써 다른 보조생식술보다도 시험관아기시술이 많이 이용되었음을 추측할 수 있는데 이는 표 5에서 볼 수 있듯이 정부의 불임부부지원사업 이후 전 년 대비 시험관아기시술이 약 50% 증가한 것으로 예상되고 있기 때문이다(황나미, 2007). 또한 ‘불임부부지원사업’ 이후에 각 병원의 시술비가 인상되어서 사실상 정부보조의 혜택을 불임부부가 받은 것이 아니라 병원의 수입만을 확장시킨 것이 아니냐는 비판들도 제기되었다.²¹⁾

표 5 연도별 시험관아기시술건수

연도	2001	2002	2003	2004	2005	2006
시술 건수 ²²⁾	14,000건	18,000건	11,000건	14,600건	17,100건	25,000건

‘불임부부지원사업’으로 인하여 불임전문병원들은 높은 수익을 창출할 수 있는 계기가 되었으며, 불임 지원을 국가가 나서서 하고 있다는 것으로써 자신이 하고 있는 시술에 대한 사회적 합의와 정당성을 획득할 수 있게 되었다. 또한 이 지원 사업을 통해서 저소득층까지 시술을 받을 수 있도록 함으로써 불임치료기술이

20) 윤태기 외, 2006, 「불임시술 성공률 증가를 위한 시술기관 질관리 및 평가시스템 구축」, 포천중문의과대학교 건강증진사업지원단.

21) 2007.6.14 “불임지원 정책, 병원만 배불렀다” MBC 뉴스

22) 황나미, 2007, 「한국의 출산을 저하와 불임 대처를 위한 정책적 지원방안」, 『불임연구동향』, 보건산업진흥원.

더욱 대중화 되는 계기가 되었으며 누구든지 아이를 낳고자 하는 의지만 있으면 경제적인 문제는 도움을 받을 수 있다는 인식을 확산시키는 데에도 큰 역할을 하게 되었다.

제2절 ‘불임치료산업’의 현황

‘불임치료산업’은 불임의 진단에서 불임시술까지 이어지는 의료서비스산업과 이 시술들이 이루어지기 위해서 필요한 난자·정자·대리모의 거래 산업, 불임시술에 사용되는 의료기구와 의약품산업, 불임부부에 대한 심리치료 산업 등을 포함한다. 또한 불임치료산업은 관광산업과 결합하여 불임치료관광의 형태로 추진되고 있으며 원정출산과 결합되어 합법적으로 성감별을 통해서 아이를 낳을 수 있는 통로를 만들어내는 등 기존의 다른 산업들과 결합되어 불임치료에 있어서 전문시장들을 개척해내면서 불임이 아닌 부부들에게까지 이용될 수 있는 기술로 발전해 나가고 있다. 이러한 불임치료산업이 발전하는 데에 있어서 가장 핵심적인 역할을 하는 것은 불임전문병원이다. 이 절에서는 불임전문병원과 생식세포시장 그리고 불임치료의 전문화 등을 통해서 현재 한국사회에서 불임치료산업이 어떻게 이루어지고 있는지를 살펴보고자 한다.

2.2.1. 불임전문병원

한국에서 불임전문병원은 1985년 서울대병원에서 시험관아기시술이 처음 성공한 이후로 지속적으로 증가해왔다. 하지만 2006년 황우석 사태 이후 국가가 나서서 배아의 현황을 조사하기 이전까지 이 병원들을 관리하거나 감독할 수 있는 주체는 실질적으로 존재하지 않았기 때문에 불임전문병원에서 이루어지고 있는 시술의 실태에 대해서는 정확한 자료를 찾기가 어렵다. 인공 수태 시술 관리 위원회에서

1994년부터 불임치료기술에 대한 조사를 실시해오기는 하였지만, 표 6에서 볼 수 있듯이 각 기관들의 응답률이 40% 정도밖에 되지 않기 때문에 한국 사회에서 이제까지 얼마나 많은 시술이 이루어져왔는지에 대한 정확한 현황을 파악하기란 불가능하다.

표 6 연도별 불임치료기술의 현황

연도	기관수	시술합계 ²³⁾	IVF-ET	난자공여	ICSI
1986-1993	59	34000			
1994	64	9846	8560	161	1131
1996	87 (37)	8694	6527	145	
1998	92 (49)	13578			
1999	92 (61)	17274	9590	201	5212
2001	90 (56)	14667	7740	231	4987
2002	92 (73)	18310	9292	314	6704
2003	91 (48)	17084	8192	331	6453

*()안에 표기된 숫자는 시술예를 보고한 기관의 숫자이며, 시술합계 역시 보고된 기관을 바탕으로 합산되었다.

다만 인공수태시술관리위원회의 조사한 위의 자료를 바탕으로 보면 1993년 59개였던 불임클리닉이 2001년에는 90개로 증가하였으며, 2006년에는 135개로 늘어났다는 것을 알 수 있다²⁴⁾.

불임전문병원들이 증가하게 된 것은 1980년대 후반부터 전국민의료보험이 정착하게 됨으로써 기존의 산부인과에서 실시되고 있던 분만진료가 높은 의료적 부담에 비하여 낮은 의료수가가 책정된 것과 관련이 깊다. 의료계에서는 이를 해결하기 위해서 보험수가가 높거나, 비보험인 영역으로 눈을 돌리게 되었으며, 산부인과 영역 역시 비보험인 불임클리닉으로 전환하게 되었다. 불임전문병원의 양적인 증가와 더불어 불임진단을 받는 여성도 함께 증가하였다. 표 7에서

23) 인공수태시술소위원회 자료. 인공수태시술소위원회의 자료는 이 기관에 등록되어 있는 기관의 응답에 의해서 조사가 되는데, 응답률이 낮기 때문에 정확한 수치로는 보기 어렵다.

24) 2006년 12월 31일 기준

나타나듯이 2005년 한 해 불임 진단을 받은 여성이 11만 명이었으며, 불임관련 진료건수는 2000년 112,835건에서 2005년 465,932건으로 증가하였다²⁵⁾. 불임의 진료건수가 증가함에 따라서 불임진료비 역시 상승하게 되는데 2000년도 432,600만 원의 규모였던 불임진료비가 2005년에는 1479,700만 원으로 증가하였다. 표7에서 조사된 불임진료비의 내용은 불임과 관련된 진료항목 중에서 보험의 급여대상인 불임진단검사와 배란 촉진제, 의과적 수술과 관련된 영역만이 포함되어 있기 때문에 실질적인 진료비는 훨씬 더 규모가 크다는 것을 예상할 수 있다. 불임치료에 있어서 많은 부분을 차지하고 있는 인공수정이나 시험관시술과 같은 시술시 소요되는 검사와 투약, 처치 등의 비용은 비급여 항목이기 때문이다.

표 7 연도별 불임관련 실의원수, 진료건수, 총진료비

	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
실의원수 (명)	58,754	95,779	108,012	127,499	139,984	143,590
진료건수 (건)	112,835	253,790	297,434	373,547	422,128	465,932
총진료비 (백만 원)	4,326	7,365	7,969	10,506	13,150	14,797

불임전문병원에서 실시하고 있는 불임시술은 단계적으로 크게 세 가지로 이루어지고 있다. 특별한 원인이 발견되지 않는 불임인 경우에는 첫 번째 단계로서 과배란 호르몬제를 통하여 배란을 촉진시키고, 배란일을 예측하여 성관계를 하도록 하는 방식이 사용된다. 이 단계에서 임신에 성공하지 못하게 되는 경우에 두 번째 단계로서 정자를 자궁에 직접 주입하는 인공수정이 시행된다. 인공 수정을 5회에서 7회 정도를 실시하였는데 임신이 되지 않는 경우에는 마지막 단계로서 정자와 추출된 난자를 시험관에서 수정을 시켜 배아를 형성하여, 배아를 자궁에 이식시키는 시험관아기시술이 있다. 이 중

25) 강임옥, 박종연, 김경하, 최기춘, 2006년 10월, 「저출산 시대의 임출산부 지원을 위한 건강보험 서비스 강화방안」.

시험관아기시술은 비용이 많이 들고, 시간이 많이 걸리며, 여성의 몸에 큰 영향을 미치기 때문에 처음부터 시험관시술을 시작하지 않는다. 하지만 불임치료시술 중에서 가장 성공률이 높다고 알려져 있기 때문에 여성의 나이가 35세 이상인 경우에는 인공수정 1회 이후 바로 시험관아기시술을 실시하기도 한다. 2005년 한 해 동안 이루어진 인공수정은 28,721건이었으며, 시험관시술은 21,154건이었다. 시험관시술 21,154건 중에서 난자공여를 받은 경우가 213건이었으며, 정자공여를 받은 경우는 207건으로 조사되었다.

이제까지 어느 정도의 규모로 시술이 이루어져왔는지를 정확하게 파악하기 어렵기 때문에 ‘불임치료산업’의 경제 규모를 정확하게 산출할 수 없지만 인공수정을 한 번 하는데 보통 비용이 50만 원 정도 들며 시험관아기시술을 하는데는 300만 원 정도의 비용이 들기 때문에 단순히 인공수정과 시험관시술 비용 규모만 해도 연간 1,000억의 규모가 된다. 그 밖에 불임 진단 검사와 초음파 검사, 호르몬약제와 주사제 비용을 합한다면 더 큰 규모가 될 것이다. 하지만 전국에 있는 모든 불임클리닉이 동일하게 운영되고 있지는 않은데, 표 8에서 볼 수 있듯이 한 해 시술을 1,000건 이상 하고 있는 병원이 5개인 반면, 100건 이하의 시술을 하고 있는 병원이 85개로 나타난다. 기본적으로 현재 한국에 있는 불임전문병원들은 규모의 경제를 따르고 있으며, 이는 시술예를 통해서 확연하게 드러난다. 불임시술에 사용되는 의료기기의 비용을 감당하기 위해서는 많은 투자가 이루어져야 하며, 많은 투자가 이루어지는 병원에서 많은 환자들을 끌어 모을 수 있다. 최신의료기기와 의료시술을 가지고 있는 병원에서는 많은 환자들에게 시술을 해서 성공률을 높일 수 있으며, 주로 성공률이 높은 병원을 수소문해서 병원을 선정하기 때문에 몇 개의 주요 병원에 집중되는 현상은 지속될 것이다.

표 8 배아생성의료기관별 체외수정시술에 현황

시술 예	배아생성의료기관수(%)		시술 계(%)	
	'05	'06	'05	'06
0	7(5.8)	7(5)	0(0.0)	0(0)
1~11	26(21.3)	17(13)	158(0.7)	54(0.2)
12~99	52(42.6)	59(44)	1,938(9.2)	2,530(7.7)
100~499	27(22.1)	35(26)	6,072(28.7)	7,883(24.0)
500~999	5(4.1)	8(6)	3,095(14.6)	5,820(17.8)
1,000 이상	5(4.1)	7(5)	9,891(46.8)	16,496(50.3)
계	122(100.0)	133(100.0)	21,154(100.0)	32,783(100.0)

병원의 집중현상은 지역적으로도 나타난다. 표9에서 볼 수 있듯이 서울과 수도권에 40%이상의 불임전문병원이 몰려있다. 서울에 있는 병원들이 지방에 분원을 개설하는 방식으로 시술의 격차를 줄이려고 하고 있지만, 서울에 있는 병원의 시설과 인력이 더 좋다고 여겨지기 때문에 서울로 시술을 받으러 오는 인구는 줄어들고 있지 않다. 서울 내에서도 집과 가까운 병원보다도, 왕복 두 시간이 넘게 걸리는 병원이라 하더라도 성공률이 높다고 여겨지는 병원을 찾는다. 그렇기 때문에 고속철도를 이용해서 매일 시술을 받기 위해서 서울을 찾는 여성들을 병원에서는 흔히 찾아볼 수 있다.

표 9 배아생성의료기관

소재지	배아생성의료기관 (2007.1)			계
서울특별시	· 한나산부인과 · 장스여성병원 · 강서 미즈메디병원 · 강남 미즈메디병원 · 연세대학교 세브란스 병원 · 함춘여성의원 · 유광사산부인과병원 · 미래와희망산부인과 · 제일병원	· 차병원 · 서울아산병원 · 의료법인 을지병원 · 메디아이산부인과 · 인정병원 · 청담마리산부인과의원 · 의료법인정애의료재단 · 마리아병원 · 이대목동병원	· 인제대학교 상계백병원 · 서울대학교 병원 · 경희의대 부속병원 · 온누리산부인과의원 · 한양대학교 병원 · 고려대학교안암병원 · 삼성서울병원 · 중앙대학교병원 · 에이치엘의원	27
부산광역시	· 동아대학교 의료원	· 마리아의원(부산)	· 부산대학교병원	10

	· 세화병원 · 한나여성병원 · 신세계여성병원	· 좋은문화 병원 · 아름병원	· 일신기독병원 · 부산백병원	
대구광역시	· 성모여성병원 · 미래여성병원 · 경북대학교병원 · 지노메디병원	· 대구여성차병원 · 마리아의원 · 로사산부인과의원 · 대구에일산부인과	· 신세계여성병원 · 대구조이맘산부인과의원 · 계명대 동산병원	11
인천광역시	· 서울여성병원	· 인하대학교 병원	· 길병원	3
광주광역시	· 시엘병원 · 프레메디 산부인과 · 광주기독병원	· 마리아의원(광주) · 조선대학교병원 · 은병원	· 전남대학교병원 · 광주미래와희망산부인과	8
대전광역시	· 마리아의원(대전) · 건양대학교병원	· 을지대학병원 · 세브란스 산부인과의원	· 미래여성병원 · 충남대학교병원	6
울산광역시	· 마마파파&베이비산부인과의원 · (의)인석의료재단보람병원	· (의)정우 프라우메디병원	· 예일마리여성의원	4
경기도	· 메디파크산부인과(성남) · 연세모아병원(수원) · 일산제일병원(고양) · (의)구리장스여성병원(구리) · 신여성병원(의정부) · 양정분산부인과의원(이천) · 아주대학교 의료원(수원) · 한빛여성병원(안산) · 나리병원(김포) · 성세병원(평택)	· 분당차병원(성남) · 인제대학교 일산백병원(고양) · 마리아의원(고양) · 마리아의원(안양) · 마리아의원(부천) · 산본제일병원(군포) · 삼성산부인과병원(수원) · 허유재병원(고양) · 마리아산부인과(이천) · 세창의료재단 우정병원	· 분당제일산부인과의원(성남) · 분당서울대학교병원(성남) · 그레이스병원(고양) · 명지병원(고양) · 삼성미래산부인과(부천) · 서울여성병원(부천) · 동국대학교일산병원(일산) · 동원산부인과의원(일산)	28
강원도	· 제일산부인과(속초) · 아름다운산부인과의원(춘천)	· 연세대학교 원주기독병원(원주)	· 강릉미즈산부인과의원(강릉)	4
충청북도	· 이화산부인과(청주)	· 민병열산부인과의원(청주)	· 프리모산부인과의원(청주)	3
충청남도	· 연세 양지로 산부인과(천안) · 미즈맘산부인과의원(천안)	· 혜성산부인과병원(천안) · 광제산부인과병원(천안)	· 이화여성병원(천안)	5
전라북도	· 진산부인과의원(전주) · 의료법인계산재단 문병원(전주) · 미래와여성 산부인과의원(군산)	· 에덴산부인과의원(익산) · 제일산부인과의원(익산) · 나라산부인과의원(전주)	· 전북대학교병원(전주)	7
전라남도	· 현대병원(순천)			1
경상북도	· 여성아이병원(포항)	· 동국대학교 경주병원(경주) · 구미차병원(구미)		3
경상남도	· 이도근산부인과의원(진주) · 가야자모병원(진주) · 경상대학교병원(진주)	· 순안병원(마산) · 엘르메디 산부인과의원(창원) · 사랑가득산부인과의원(창원)	· 사랑복지법인 동하 한마음병원(창원) · 마산삼성병원(마산)	8
제주도	· 마리아산부인과의원(제주)	· 차산부인과의원(제주)		2
계				130

불임치료기술이 비급여 항목이라는 것은 산부인과들이 불임전문병원으로 전환하도록 유인하는데 큰 역할을 하였으며, 동시에 불임치료기술 자체가 발전해나가는 데에도 큰 영향을 끼쳤다. 현재까지 한국에서 의료서비스는 요양기관장제지정제를 통하여 통제되어 왔다. 이는 의료서비스 공급기관은 국민건강보험공단의 요양기관에 등록이 의무화 된다는 것이다. 건강보험체계 내에서 의료서비스 공급기관은 능동적인 의료서비스 공급자이기보다, 보험자인 정부가 피보험자인 국민에게 보험급여 제공을 하는데 대리인 역할을 하게 된다. 이 속에서 의료기관은 통제된 낮은 가격의 건강보험 급여 서비스를 주로 제공하게 되며, 적극적인 의료기술 개발의 유인책은 크지 않다. 이러한 상황에서 불임이나 성형이 의료기술의 비교우의 특화분야로 성장하게 된 것은 이들 과목이 비보험 과목이기 때문이다. 특히 불임전문병원에서 줄기세포배양 연구가 가능한 것은 미즈메디병원과 마리아 병원과 같은 시험관아기 특화 병원(비급여수가)의 적극적인 투자와 지원에 기인한다고 밝힌다(산업연구원, 2005). 이처럼 불임진료는 비급여항목이기 때문에 높은 이윤을 창출할 수 있으며 불임시술을 통해서 얻어진 이윤이 다시 생명공학연구에 투자가 되고, 연구의 결과가 다시 발전된 불임치료기술로 연결되는 구조이다.

하지만 비급여항목이기 때문에 부담해야하는 높은 시술비는 불임치료의 수요를 확장 시키는 데에 제약요인으로 작용한다. 특히 한국에서는 건강보험을 대체할 만한 민간의료보험이 활성화되지 않았으며, 보장성보다는 저축성의 형태로 성장하였기 때문에 새로운 의료기술에 대한 수요가 갑자기 늘어나기 힘든 구조이다. 그럼에도 불구하고 불임치료시술을 받고자 하는 수요가 지속적으로 확대될 수 있었던 것은 불임을 해결하기 위해서 가능한 모든 방법을 시도하겠다는 의지를 가지고 있는 불임부부들이 많기 때문이기도 하지만, 불임전문병원의 홍보와 광고도 큰 영향을 끼친다. 하지만 현재 한국에서 병원의 홍보는 일반 기업과는 다르게 의료법의 적용을 받아서 통제되어 있다. 기본적으로 병원의 영리추구를 금지하고 있기 때문에 병원의 홍보와 광고에 있어서 제한을 둔다.²⁶⁾ TV와 라디오와 같은 매체에 광고가 금지되어 있기 때문에 불임전문병원에서 많이 시행하고 있는 홍보의 형태는 신문기사에 시술과

서비스의 내용이 보도가 되는 방식과 직접 불임과 관련된 서적을 집필하여 병원을 홍보하는 경우가 있다. 또한 오프라인 광고에서의 많은 제약점 때문에 온라인 광고에 집중하게 된다. 이는 병원의 홈페이지를 통해서 병원을 다니고 있는 환자들이 커뮤니티를 개설할 수 있는 지원을 많이 하는 방식으로 나타는데, 이는 환자들이 보다 적극적으로 그 속에서 소모임을 형성하여 병원치료를 지속적으로 받을 수 있는 환경을 마련해주기도 한다.

또한 방송매체에는 원천적으로 광고가 불가능하기 때문에 간접적인 방식으로 광고가 이루어진다. 최근 저출산이 사회적 문제로 여겨짐에 따라서 불임부부들이 시술을 받는 과정을 다큐멘터리로 방송하는 프로그램들이 많은데, 이러한 프로그램에 시술비를 지원하는 방식으로 병원의 홍보가 이루어진다. 병원의 성공률은 병원을 선택하는데 큰 영향을 끼치고 있는데 실제 시술이 성공적으로 이루어지는 모습을 방송을 통해서 접하게 되는 것은 큰 광고효과를 가지게 된다.²⁷⁾ 또한 공익성을 내걸고 병원을 홍보하는 경우들이 있다. 난임부부지원단체와 같은 민간단체에 후원을 하고, 자문의원과 같은 역할을 함으로써 불임으로 고민하고 있는 사람들에게 보다 더 친근하게 다가가기도 한다. 이러한 다양한 방법들을 통해서 불임전문병원들은 불임에 대한 여러 의학적 지식들을 언론을 통해 유포하며, 동시에 대중적인 책들을 활발하게 출판함으로써 불임을 정의해왔다.

불임과 관련된 대중서적들은 의료전문가들이 불임을 어떻게 정의하고 있는지를 구체적으로 볼 수 있는 텍스트이다. 불임클리닉의 의사들이 공통적으로 강조하고 있는 것은 불임을 질병으로 여겨야 한다는 것이다. 불임이 질병이 아닌 하늘의 뜻이거나, 인간의 힘으로 할 수 없는 것으로 여기게 된다면 재생산기술 또한 사용될 수 없다. 적극적으로 불임을 치료 가능한 질병으로 위치 시켰을 때,

26) 의료법 제46조 4항, 의료법시행규칙 제 33조 제 1조 : 허용되는 의료광고의 범위는 a.진료담당 의료인의 성명·성별 및 그 면허의 종류, b.전문과목 및 진료과목, c.의료기관의 명칭 및 그 소재지와 전화번호, d.진료일·진료시간 e.응급의료 전문인력·시설·장비 등 응급의료시설 운영에 관한 사항 f.예약진료의 진료시간 접수시간·진료인력·진료과목 등에 관한 사항 g.야간 및 휴일 진료의 진료일자·진료시간·진료인력 등에 관한 사항 h.주차장에 관한 사항에 한정된다.

27) 방송에서 시험관시술을 받아서 성공한 부부들이 나오면, 바로 불임여성들의 커뮤니티에서는 병원의 정보와 의사의 정보가 바로 공유된다.

사람들은 재생산 기술을 이용해서 치료를 받고자 노력할 수 있다.

현대 의학에서 불임은 다른 질병과 마찬가지로 ‘치료할 수 있는’ 여성의학의 한 분야로 자리 잡고 있습니다. 이제는 불임의 당사자인 부부들 또한 불임에 관한 무지에서 벗어나 시류를 감지하고 불임에 적극적으로 대처해야 할 때입니다. 궁극적으로 **불임을 일종의 질환으로 여기는 사회 전반적인 인식이 필요하다**는 것입니다.²⁸⁾

과거에는 사람들이 불임을 자신의 운명으로 받아들였지만 오늘날 과학과 의학 기술의 발달, 특히 **생식과 관련한 기술의 눈부신 진보는 많은 부부들에게 아이를 가질 수 있는 기쁨을 안겨주었다**.²⁹⁾

하지만 재생산 기술은 불임을 치료하는 기술이 아니다. 재생산 기술은 임신을 가능하도록 치료해주는 것이 아니라 ‘정상’적인 방식이 아닌 다른 인위적인 방식으로 임신을 보조해주는 기술이기 때문이다. 예를 들어 배란장애로 인하여 임신이 안 되는 경우에 배란장애를 치료하는 것이 아니라 과배란을 유도하여 인공수정을 하는 방식으로 임신을 유도한다. 그렇기 때문에 불임클리닉에서 이루어지는 불임치료라는 것은 불임의 원인을 찾아서 임신이 되도록 제 기능을 회복시키는 것이 아니라, 대체적이고 보조적인 방식으로 임신이 되도록 하는 것에 초점이 맞춰져 있다. 불임클리닉에서 행해지는 의료기술은 인공적인 다른 방식으로 임신이 되도록 하는 것임에도 불구하고 불임은 질병이며 이는 의학적 기술을 통해서 해결할 수 있는 것으로 바꾸어놓음으로써 임신이 안 되는 상태, 임신하지 못하는 여성, 아이가 없는 부부는 모두 질병을 가진 ‘비정상’적인 존재가 된다.

게다가 불임의 경우에는 조기 발견과 치료가 가장 중요함을 내세우고 있기 때문에, 불임병원에서는 30세 이상인 경우에는 결혼한 지 6개월이 지난 경우에

28) 차광렬 최동희, 2001, 『불임, 치료에서 출산까지』, 여성신문사, 4쪽.

29) 김세웅, 2006, 『아기를 기다리는 부부를 위하여』, 샘터, 12쪽.

임신이 되지 않으면 빨리 병원을 찾아올 것을 강조한다. 한국여성들이 불임을 늦게 확인하고 병원을 찾기까지 자연임신을 오래 시도하고 있다는 연구결과("한국여성 불임 인식 너무 늦다³⁰⁾" 연합뉴스 2007-11-27)들을 보여주며 빠르게 불임을 질병으로 인식할 것을 조장하고 있다. 또한 이러한 불임 조기발견의 중요성이 강조되면서 불임검진은 산전진단의 하나로 확장되었다. 이제까지 산전검사는 임신 중에 아이의 건강을 살피는 검사였는데 이제 임신 이전으로 소급되어서 결혼 전부터 불임검진을 받을 것이 권장된다. 또한 불임을 유발할 수 있는 자궁내막증이나 생식기 관련 질환들은 일찍 발견하여 치료할수록 좋다고 선전하며 ‘소녀’들을 위한 산부인과를 내세우면서 진료를 하고 있기도 하다³¹⁾. 이는 총체적으로 불임을 질병으로 명명하고, 모든 가임여성들을 잠재적인 불임이라는 질병을 가질 수 있는 존재로 규정하여 의료기술의 시스템 안으로 포섭되도록 만든다.

병원의 서비스는 구체적인 시술에만 한정되어 있지 않으며 시술이 이루어지는 병원의 환경, 의사의 태도, 간호사의 태도, 부수적인 프로그램들과 같은 모든 의료 환경들이 서비스에 포함되게 된다. 불임여성들은 불임전문병원에 대한 세세한 정보들을 수집하고 활발하게 공유하고 있다. 불임치료 자체가 실패했을 경우에 대한 불안감이 크고 장기간 정기적으로 병원을 다녀야 하기 때문에 불임여성들은 가능한 자신과 잘 맞는 의사와 시술을 시작하고 싶어 한다. 자궁근종으로 수술을 받고 임신을 시도하던 신명진씨는 자신이 다니던 병원의 의사가 임신가능성에 대해서 회의적으로 말한 것에 대해서 깊이 상처를 받고, 그 분야의 전문가를 찾아서 직접 이메일을 보냈다. 그 의사가 메일에 대해서 따뜻하게 대답을 해줬기 때문에 신명진씨는 그 병원에서 계속 시술을 받았다. 이처럼 불임여성들은 시술과정에서 생기는 고통과 스트레스, 그리고 불임이라는 것 자체 때문에 생기게

30) 보조생식학회가 지난 9월-11월 동안 서울 및 6대 광역시에 거주하는 25-44세 여성 1천명을 대상으로 불임에 대한 인식을 조사한 결과 임신 시도 후 평균 27개월이 지나도 임신에 성공하지 못하면 불임으로 간주하고 있다고 27일 밝혔다. 이는 임신 시도 후 1년이 지나고도 임신이 되지 않는 상태(35세 이상은 6개월)를 불임으로 보는 의학적 정의에 비해 무려 2-4배나 긴 기간으로 적시에 불임시술을 받지 못할 가능성이 그만큼 높음을 의미하는 것이라고 보조생식학회는 설명했다.

31) c병원 여성의학연구소

되는 우울증과 같은 심리적인 고통에 대해서도 의사가 신중하게 대해주기를 원하고 있으며 이를 돕아주는 병원을 선호하게 된다. 각 병원들은 병원을 다니는 불임여성들이 소모임을 구성하여서 작은 형태의 자조모임이 이루어지도록 지원하고 있으며, 음악치료, 미술치료와 같은 심리치료를 병행한다. 심신치료센터를 만들어서 심리이완요법이나 스트레스를 다스리는 방법에 대해서도 의료서비스를 확대해가고 있다.

2.2.2. 정자/난자/대리모 공급시장

인공수정과 시험관시술이 불임치료의 일환으로 사용됨으로써 여성과 자궁, 난자, 배아, 정자는 의학적으로 각기 다른 독립적인 영역으로 분리되었다. 정자이상으로 임신이 안 되는 경우에는 다른 사람의 정자를 이용하여 임신이 가능해졌으며, 난자 혹은 자궁에 문제가 있는 경우에는 타인의 난자와 자궁을 통해서 성행위 없이 임신이 이루어지기 때문이다. 분리된 각각의 영역은 문제가 있을 경우에 대체가 가능한 것으로 여겨지기 때문에 정자, 난자, 자궁은 교환이 가능한 상품으로 전환될 수 있었다. 현재 불임클리닉에서 보유하고 있는 생식세포들은 다음과 같다.

표 10 배아생성의료기관의 생식세포 현황

구분	난자		정자		난소조직		정소조직	
	'05	'06	'05	'06	'05	'06	'05	'06
보관기관 (개소)	22	29	64	71	5	6	42	52
보관수 (명)	337	347	5,544	5,614	23	30	2,700	3,041
보관수 (개수)	3,897	4,194	-	11,057	-	-	-	-

정자는 64개의 불임클리닉에서 보유하고 있는데 남성불임인 경우에는 정자은행을 통해서 비배우자 인공수정 혹은 비배우자 시험관시술을 하게 된다. 이 경우에 정자공여를 하게 되는데 남성의 불임진단서를 제출하면 해당병원에서 이용할 수 있다. 정자은행에 보유중인 정자는 의로계 종사자라는 것만 알려져 있으며 어떠한 다른 정보도 제공하지 않는다. 혈액형만 맞추어서 제공하며, 정자은행을 이용할 경우에 냉동된 정자를 해동하는 비용인 30만 원 정도만 추가로 제공하면 된다. 남성불임으로 인하여 정자공여를 받아야 하는 사람들은 어떤 방식으로든 부계를 잇는 것이 중요하다고 생각하는 경우에 남편의 형제나 가족의 정자를 기증받거나 아니면 병원에서 익명의 정자를 기증 받고자 한다.

합법적으로 공여 받을 수 있는 정자와 달리 난자는 공여받기가 어렵다. 2004년 생명윤리법 발효 이후 금전을 매개로 한 난자거래는 금지가 되었기 때문에 예전처럼 쉽게 난자를 제공할 사람을 모집하는 광고지를 보기는 어려워졌지만, 인터넷 커뮤니티에서 공공연하게 난자를 필요로 하는 불임부부와 난자제공자가 연락을 하는 것을 쉽게 찾아볼 수 있다. 상품화가 가능해지기 위해서는 규격화가 진행되어야 하며 난자가 상품화되었다는 것은 어떠한 난자가 값어치가 있는지의 기준이 마련된다는 것을 의미한다. 미국의 난자공여 사이트에 난자제공자들은 키, 몸무게, 병력, 아이큐, 머리 색, 피부 색, 인종, 대학입학시험 성적을 제시하고 있으며 어렸을 때부터 현재까지 사진을 제시하고 있다. 그림2에서 볼 수 있듯이 미국의 'L.A. Baby Fertility Agency'라는 회사는 한국에서 난자를 쉽게 구할 수 없다는 점을 이용하여 미국에서 가장 많은 아시아인 난자를 보유하고 있음을 내세우면서 난자공여와 대리모계약을 대행하고 있다.

이 병원의 홈페이지의 경우 한국어, 중국어, 일본어 서비스를 함께 제공함으로써 미국 내에 거주하고 있는 아시아인 외에도 난자공여원정 인구를 새롭게 만들어내고자 하고 있다. 이 대행사를 이용할 경우의 비용은 불임클리닉 예약과 계약서 작성과 같은 에이전시 비용이 1,000불이며, 난자 공여자 보상금이 6,000불에서 7,000불이다³²⁾.

32) L.A. Baby Fertility Agency 홈페이지

그림 2 L.A. Baby Fertility Agency



불임치료산업은 한 국가 내에서만 이루어지는 것이 아니라 이미 초국가적인 형태로 발전해왔다. 이는 국가 간의 법적 규제의 차이와 경제력의 차이에 의해서 생겨나는데, 난자를 상대적으로 쉽고, 싸게 구할 수 있는 국가들로 이동하여 재생산의료관광이 나타나게 된다. 일본 불임부부는 난자와 대리모를 구해 한국으로 오고, 한국 불임 부부는 한국에 온 중국 동포에게서 난자를 구매하고 대리모를 맡기며, 한국 난자 제공자는 규제를 피해 시술을 받기 위해 말레이시아의 클리닉을 찾고 있다(백영경, 2006). 일본 불임전문업체에서 전문적으로 한국행을 주선하는데, 한국인 여성의 자궁을 이용한 대리출산 상품을 700만 엔(약 5400만원)가량에 팔고 있다³³⁾. 일본 불임부부가 의뢰자이고 한국여성이 대리모인 경우는 많이 알려졌는데, “일본 남자에 '처녀'뻗긴 한 대리모의 절규!”(2006.10.24, 브레이크뉴스), “한국 명문여대생 일본 자궁식민지 전략!”(2006.10.23, 브레이크뉴스)과 같은 선정적인 제목으로 보도되면서 많은 논란이 되었다. 이는 반일민족주의적인 감정에 호소해서 사회적 논란이 되었지만 현재 한국인 부부의 대리모가 되고 있는 조선족 여성이나 다른 국가의 여성에

33) 박제완 의원 국정감사 자료 2006.10.16 '대리모 및 난자매매 현황'

대한 문제에 대해서는 상대적으로 많이 알려져 있지 않다. 전세계적으로 인도의 재생산 의료 관광은 이미 널리 퍼져있는 것으로 알려져 있으며(사로지니, 2006), 한국의 경우에도 의료시장 개방과 함께 의료관광을 적극적으로 유치하고자 하는 움직임들이 나타나고 있다.

생식세포의 거래와 함께 대리모에 대한 논의는 더욱 논쟁적이다. 전통적인 의미의 대리모는 여성이 아이를 낳지 못할 때 남편과 다른 여성이 성관계를 통해서 임신을 하여 아이를 낳게 하는 것이었다. 하지만 체외수정이 가능해짐에 따라서 현재 대리모는 부부의 정자와 난자를 수정시킨 수정란을 제3자의 자궁에 이식하여 임신을 시키는 것을 의미하며, 성관계 없이 자궁만을 빌려서 임신을 지속시키다 출산을 하게 되는 것으로 대리임신, 계약임신이라고도 불린다. 한국 사회에서 체외수정을 통한 대리임신은 1989년 처음으로 대한산부인과학회에 의해 성공 사례 3건이 발표되었다. 대리모는 윤리적 문제뿐만이 아니라 법적인 문제로도 많은 논쟁이 되어 왔다. 현재 한국의 가족법상 어머니는 출산한 자로 규정되어 있기 때문에, 대리모가 법조문상에서는 친모가 된다. 그래서 대리모를 통해서 출산을 하게 될 경우에 바로 입양을 하는 방식으로 계약이 이루어지기도 하며, 대리모는 의뢰한 여성의 의료기록으로 아이를 낳기도 한다. 대리모는 많은 논쟁들에도 불구하고 아직까지 이를 규정하는 법안이 존재하지 않는다. 의사윤리지침³⁴⁾으로만 상업적인 대리모를 금지하고 있기 때문에, 병원에서는 대리모를 친족이라고 말하면 시술이 가능하다.

미국의 경우, 대리모 시장은 캘리포니아와 플로리다처럼 대리출산을 허용하는 곳에 몰려있었다. 유럽에서는 비상업적 대리출산이 법으로 허용된 영국과 법률 규제가 없는 이탈리아에 불임치료 클리닉이 집중되어 있다. 이스라엘도 1996년에 의회가 임신대리출산을 합법화하는 법률을 통과한 이후로 시험관 아기 시술을 실시하기에 좋은 곳이 되었다. 대리모가 되는 여성은 젊고 이미 출산을 한 경험이 있으며, 서비스를 구매하는 사람에 비해 가난한 사람이 될 것이다. 그러한 가난한

34) 제56조(대리모) ① ‘대리모’란 부인의 자궁에 이상이 있는 불임부부가 자녀를 갖는 것을 돕기 위하여 그 부인을 대신하여 자신의 자궁으로 태아를 양육하는 여성을 말한다. ② 금전적 거래 목적의 ‘대리모 관계’는 인정하지 아니한다. ③ 의사는 금전적 거래 관계에 있는 대리모에게 인공수정이나 수정란 착상 등의 시술을 시행하여서는 아니 된다.

젊은 여성 가운데 일부는 선진국에서 살고 있지만 훨씬 더 많은 숫자가 가난한 개발도상 국가에 살고 있다. 캘리포니아에서 대리모로 2만 달러 정도를 받는데 이 금액은 최저 임금 노동자 급료에 비해 40퍼센트 높은 정도에 불과하다. 반면에 멕시코의 대리모는 최저 임금의 20배에 달하는 돈을 받는다.³⁵⁾ 현재 우리나라의 경우에도 대리모 시장은 인종별 국가별로 다르게 나타나고 있다. 보통 대리모의 사례비는 5000만원에서 2억까지 차이가 난다고 하는데, 나이가 적고 학벌이 높을수록 사례비는 올라간다. 교육을 많이 받은 여성일수록 생활이나 몸가짐이 좋아 태교에 유리하다는 이유에서다. 수도권 소재 대학을 나온 20대 여성은 7,000만~8,000만원에서 거래가 이뤄진다고 한다. 최근엔 아이를 낳은 후 비밀보장이 확실하고, 사례비도 낮은 외국인 여성을 찾는 이들도 늘고 추세다. 중국인(2,000만~3,000만원)과 동남아인과 인도인(2,000만원)은 한국인에 비해 사례금이 낮다.³⁶⁾ 이는 대리모가 여성의 몸을 대상화하고 수단화 하고 있다는 비판과 함께 인간을 인종과 계급에 따라서 서열화하고 있다는 문제를 야기한다.

표 11 아시아 각국 대리모의 사례비

구분	대리모 사례비 ³⁷⁾	의뢰인
한국	4천만 원-1억 원 이상	한국인, 일본인
일본	5천6백만 원-1억 원	
중국	6백만 원-1천4백40만원	중국인, 일부 외국인
조선족	1천만 원-2천만 원	한국인
인도인	3백60만원	영국인 등

현재 상업화된 대리모는 개별 대리모와 불임부부가 만나서 이루어지기 보다는 전문화된 브로커에 의해서 관리된다. 주로 브로커들은 온라인 게시판이나 블로그를 만들어 놓고 개별적으로 접수를 받아서 대리모 지원자를 관리한다. 나이와 학력, 외모에 따라서 대리모는 조건에 맞는 의뢰인을 만나게 된다.

35) 데보라 L. 스파, 2007, 『베이비 비즈니스』, 한스 미디어.

36) 2007년 8월 14일, “엄마 찾아 삼만리 자궁의 세계화”, 「주간동아」.

37) 2007년 9월 18일, “비정한 ‘생명 공장’으로 팔려가는 자궁들”, 「시사저널」.

지원자들은 의뢰인과의 집단면접을 통해서 선택되며, 계약과 동시에 계약금을 받게 된다. 많은 경우 대리모는 의뢰인과 함께 생활하거나, 의뢰인이 구해준 집에서 생활하게 되기 때문에 임신에서 출산까지의 일상생활이 관리된다. 대리모의 생활에 대해서 알아볼 수 있는 자료들은 신문기사에서 나타나는 인터뷰들 밖에 없지만 자신의 의료기록을 남기고 싶어 하지 않는 대리모들은 의뢰인 여성의 이름으로 시술을 받게 된다. 그렇기 때문에 대리모를 하고자 하는 여성이 자발적인 자신의 선택에 의해서 지원하였다 하더라도 시술을 받는 과정에서 완벽하게 자신의 존재가 없어지고 자신이 잘못되었을 경우에 기록조차 남지 않는 상황에 놓이게 된다. 하지만 대리모는 장기매매와 마찬가지로 사고자 하는 사람보다 많은, 팔고자 하는 인구가 존재하고 있기 때문에 국가별 법률의 차이를 이용하여 불임부부와 브로커, 그리고 병원들이 국가의 경계를 활발히 넘고 있기 때문에 대리모 역시 함께 증가하고 있다.

그림 3 중국의 대리모 알선 사이트



한국과 지리적으로 가까운 중국은 대리모가 불법이기는 하지만, 그림3와 같은 대리모를 알선하는 사이트들이 공공연히 운영 중에 있다. 온라인 사이트를 통한 홍보와 중개인들을 통해서 한국인 부부가 중국에 가서 대리모를 구하는 경우가 증가하고 있다.

2.2.3. 재생산기술의 전문시장 형성

불임치료산업은 재생산과 관련된 전문시장을 확장하고 있는데 대표적인 시장으로 착상 전 유전자 검사와 난자동결보관은행 그리고 배아입양이 있다. 난자동결보관은행의 경우는 과배란 된 난자를 냉동 보관하는 기술이 발전함에 따라서 상용화되었다. 2002년 차병원이 LA에 미국 최초의 상업적 민간난자동결보관은행을 설립하였으며, 이는 불임이 아니더라도 누구든지 자신의 난자를 보관할 수 있게 되었다는 것을 의미한다. 난자 동결은 시험관시술을 받고 있는 불임부부 외에도 임신을 미루고자 하는 여성들에게 많은 관심을 받게 되었는데, 30대 중반 이후 급격히 임신 능력이 떨어지는 문제를 20대에 난자를 동결해 놓음으로써 해결할 수 있기 때문이다. 차병원 역시 미국에서 일반 대중을 위한 난자 은행 서비스임을 내세우고 있으며 일로 바쁜 30대 싱글여성들이 자신이 ‘원하는’ 시기에 임신을 할 수 있도록 도와주고 있음을 광고하고 있다.³⁸⁾ 반면 차병원이 한국에서 난자동결을 광고하는 방식은 ‘불임부부’가 체외수정 실패 이후에 다시 시술을 받을 수 있도록 여분의 난자를 보관해 놓는다는 점에 초점이 맞춰져있다. 이는 같은 기술이 사회에 따라서 어떻게 다르게 의미화 될 수 있는지를 보여준다.

배아입양의 경우는 불임치료시술로 인하여 남게 되는 잔여배아들을 어떻게 처리할 것인지에 대한 문제해결의 한 방법으로 나타났다. 영국에서는 1990년에 5년 넘게 보관된 배아는 폐기해야 한다는 법안이 만들어졌다. 이에 따라 1996년

38) 2002년 4월 17일, Amy Docker Marcus, "Fertility Clinic set to open first commercial egg bank", Wall Street Journal.

배아를 처리해야하는 시점이 다가오자 “대규모의 인간 생명 파괴”라는 비판들이 이어졌고, 이러한 윤리적 문제를 해결할 수 있는 방법으로 배아입양이 이루어지게 되었다. 이는 이제까지 이루어졌던 입양 프로그램을 그대로 차용하여 이용한 것이었으며, 배아를 동결된 채 태어나기만을 기다리고 있는 아이라는 인식을 적극적으로 유포하였기 때문에 가능한 것이었다. 배아입양이 이루어지게 되면 대리출산을 하는 어머니가 친권을 가지는 어머니가 되며(테보라 L. 스파), 이는 단순히 잔여배아를 처리하는 문제를 넘어서 맞춤형배아를 만들어내고, 이를 통해서 임신을 시도하는 새로운 시장의 기반을 만들어낸다. 현재 한국에서 배아입양은 이루어지지 않고 있으며, 보존기한이 지난 배아는 모두 폐기된다. 난자 혹은 정자를 공여 받아서라도 임신을 시도하는 이유가 부모의 유전자의 절반이라도 이어받은 아이를 낳는 것이 입양보다 낫다고 여겨지고 있기 때문에 한국에서 배아 입양의 수요가 증가하기는 어렵다. 반면 재생산기술의 전문시장 중에서 착상 전 유전자 검사의 경우에는 표 12에서 나타나듯이 2005년에 132건에서 2006년 222건으로 증가하고 있다.

표 12 착상 전 유전자 검사 시행 현황

	시술예	시술 가능한 기관수
2005년	132	16
2006년	222	13

착상 전 유전자 검사 (PGD)는 시험관아기 시술을 통해서 유전병 이상이 의심되는 경우에 배아를 검사하는 기술이다. 현재 16개의 기관이 시행할 수 있으며, 2005년 한 해 132예가 시행되었다. 착상 전 유전자 검사는 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. 현재 우리나라의 경우에는 법에서 지정하고 있는 63개의 유전질환의 진단 목적 외에는 사용이 불가하다. 착상 전

유전자 검사는 이전의 산전 진단이 수정란 단계로 확장되어서 적용되는 기술이라고 할 수 있다. 임신한 상태에서 초음파 검사와 양수 검사 등을 통한 기형아 검사와 유전자 검사는 이미 산부인과에서 기본적인 검사로서 사용되고 있으며 산전 진단을 통해서 장애가 있다고 판단되는 태아의 경우에 낙태를 할 것인지를 결정하게 된다. 착상 전 유전자 검사는 수정란 단계에서 검사가 진행되고 이식을 해야 하는 정상적인 수정란과 폐기해야 하는 수정란을 구별하기 때문에 낙태를 방지하는 보다 더 윤리적인 기술이라고 주장되어 왔다. 하지만 이는 정상과 비정상, 장애와 비장애의 기준을 더욱 공고화 하며, 장애가 있는 사람은 태어나야 할 이유가 없다는 차별을 전제로 하여 시행되고 있는 기술이다.

또한 착상 전 유전자 검사는 유전자 검사 외에도 성감별에 사용될 수 있는 기술이다. 한국에서는 여아낙태가 1990년대 이후 심각한 사회문제로 여겨지게 되었으며, 성비 불균형이 심각하게 제기되었기 때문에 성감별에 대해서 규제하고 있다. 하지만 미국의 경우에는 한국과 같은 여아낙태가 나타나지 않기 때문에 합법적인 선택임신(Gender Selection)이라는 이름으로 이 기술이 허용되고 있다. 아들을 낳고자 하는 한국인 부부는 미국에서 시험관아기기술과 착상 전 유전자 검사를 통해서 아이를 낳을 수 있게 되었다. 이를 가능하게 하고 있는 것은 미국에 한국인 의사가 운영하고 있는 산부인과들이다. 그림 4에서 볼 수 있듯이 LA에 있는 유호프병원은 ‘난자공여’, ‘아들임신’, ‘원정출산’을 광고하면서 아들을 낳고자 하는 한국인 부부들을 적극적으로 유치하고자 한다. 그림 3에서 보여 지듯이 부정적인 인식을 가질 수 있는 ‘성감별’이 아닌 ‘맞춤출산’이라는 용어를 사용함으로써 ‘아들을 꼭 가지고 싶은 소망’은 인정되고 장려될 가치가 있는 욕망으로 정당화 된다.

실질적으로 이러한 서비스를 이용하여 아들을 낳고자 하는 부부들이 미국의 산부인과에 가서 기술을 받을 수 있는 데에는 ‘원정출산’이 만들어 놓은 물적 기반과 네트워크가 큰 역할을 하고 있다. 원정출산이 증가함에 따라서 한국인 의사와 간호사 외에도 비자와 각종 서류문제를 대행해주는 서비스, 산후조리원, 산후 도우미 서비스가 마련되어 있기 때문에 ‘아들임신’을 계획한 사람들은 이를 쉽게 이용할 수 있다. 착상 전 유전자 검사를 이용하여 선별된 수정란이

이식되기까지의 비용은 총 2,000만원이며, microsort라는 성공률을 더욱 높여주는 기술을 함께 사용했을 경우에는 3,000만원이다. 높은 비용에도 불구하고 대기 기간이 길기 때문에 6개월 전에 예약을 해야 한다. 시험관아기기술을 통해서 임신을 하는 것이기 때문에 임신이 한 번에 성공하기는 어렵다. 그래서 실패할 경우를 감안하여 3회 4,500만원의 패키지 상품도 판매하고 있으며, 선별한 수정란을 냉동 시켜 ‘FEDEX’ 를 통해서 한국으로 보내서 이식을 하는 경우도 있다고 한다.³⁹⁾

그림 4 ‘선택임신’ 홈페이지



이는 불임치료산업이 불임이 아닌 사람에게까지 수요를 확장하고 있는 예를 잘 보여주고 있으며, 어떠한 기술의 확장은 사회문화적 맥락과 독립적으로 발전하는 것이 아니라 기존의 ‘아들선호’라는 사회적 규범과 만났을 때 새로운 기술의 수요를 만들어낼 수 있음을 보여준다.

39) u-hope 게시판의 기술 절차 설명

제3장 불임경험을 통해서 본 ‘불임치료산업’

이 장에서는 불임치료시술을 직접적으로 자신의 몸에 실행하는 불임여성들의 경험을 통해서 시술의 과정을 살펴본다. 불임치료시술은 객관적으로 설명될 수 있는 표준화된 시술의 과정이기도 하지만, 실제 여성의 경험 속에서 각각의 시술들은 의사들의 설명과는 다르게 경험되기도 한다. 불임치료시술의 경험을 살펴봄으로써 이 기술이 여성과 어떠한 관계를 맺고 있는지를 살펴볼 수 있다.

제1절 불임치료시술의 과정

황유진씨는 2002년도에 결혼을 했다. 결혼을 할 당시의 나이가 26살이었기 때문에 임신에 대해서 큰 걱정을 하지 않았다. 결혼한 이후에는 직장일이 바빠서 1년은 의도적으로 피임을 하였다. 그러다가 아이를 가져야겠다는 생각을 하게 되었는데 바로 임신이 되지 않았다. 2004년도에는 직장을 다니면서 불임클리닉을 처음 찾아가게 되었다. 불임클리닉과 직장의 거리가 멀어서 시간을 맞춰서 병원에 가는 게 힘들었지만 그 병원이 불임으로 유명한 병원이기 때문에 다닐 수밖에 없었다. 병원을 다니면 금방 임신이 될 줄 알았지만 쉽게 임신이 되지 않았고 2005년에는 본격적으로 임신을 시도하기 위해서 직장을 그만두었다. 남편의 나이가 동갑이기 때문에 빨리 아이를 낳아야 한다는 부담이 남들보다는 적었지만, 가족들의 암묵적인 임신에 대한 기대는 임신이 안 되는 자신을 위축시켰다. 특히 아랫동서가 결혼을 했는데 결혼 전에 임신을 했다는 사실은 마음을 더욱 급하게 만들었다. 오히려 시댁에서는 여유 있게 자식을 기다리고 있었고, 친정어머니가 걱정을 가장 많이 했다. 병원에 대한 정보뿐만이 아니라 한의원에 대한 정보들을 계속 찾아다 주고 병원에 갈 때도 늘 동행하였다. 황유진씨는 인터넷 사이트도 많이 활용하였다. 온라인 불임 커뮤니티를 통해서 여러 가지 정보도 얻었을 뿐

아니라 같은 지역에 살고 있는 회원들을 만나서 오프라인에서도 정기적인 모임을 가져왔다. 같은 문제로 고민하고 있는 비슷한 여성들을 만나서 서로 정보도 나누고 위로와 격려를 나눈 것은 불임치료기간을 견뎌내는 데에 가장 큰 도움이 되었다고 한다.

대부분의 불임여성들은 불임치료를 받기로 한 다음에 병원을 선정하기 위해서 여러 정보를 수집하게 된다. 병원을 선정하는 방식은 처음에는 집과 가까운 병원에 가지만, 이후 여러 사람들의 평판에 따라서 병원을 자주 옮긴다. 인터뷰 참여자들은 대부분 5개 이상의 병원을 다닌 경험이 있으며 불임치료로 유명한 서울에 있는 몇 개의 병원은 모든 인터뷰 참여자가 시술을 받은 적이 있었으며, 서울에 거주하지 않는 참여자의 경우에는 주말을 이용해서 시술을 받았다. 주변에 아는 사람이 어떤 병원에서 성공했다는 소문이 빠르게 불임여성들 사이에서 공유되기 때문에 시술 예가 많은 대형병원들은 계속해서 많은 사람들이 찾게 된다. 불임시술로 유명한 몇 개의 병원은 당연히 한 번쯤 거쳐 지나가야 하는 것으로 인식되는데 이는 성공할 수 있다는 믿음을 줄 수 있는 병원을 필요로 하기 때문이며, 잘 알려진 유명한 의사가 있는 병원이 그 만큼 성공에 대한 확신을 주기 때문이다.⁴⁰⁾

어떠한 병원에서 진료를 시작할 것인지에 대해서 결정을 하고 나면 처음으로 진단을 받기 위해서 병원에 가게 된다. 유명 불임클리닉의 경우엔 사람이 많기 때문에 미리 예약을 하고 간다고 하더라도 30분 이상 기다려야 하는 경우가 많다. 또한 원하는 의사를 선택해 진료를 받는 ‘선택진료⁴¹⁾’가 많이 이루어지기 때문에 어떠한 의사에게 진료를 받는 것이 좋을지 미리 정보를 얻어서 선택하고, 예약을 하고 병원에 가야한다. 각 병원의 특징과 의사에 대한 정보는 온라인을 통해서 충분히 얻을 수 있다. 유명한 의사는 그만큼 성공률이 높다고 여겨지기 때문에 선호되기도 하지만, 유명한 만큼 시술을 해야 하는 환자가 많기 때문에 개별

40) 윤태기 외, 2006, 「불임시술 성공률 증가를 위한 시술기관 질관리 및 평가시스템 구축」, 포천중
문 의과대학교 건강증진사업지원단.

41) 대형 불임전문병원에는 의사의 수가 많은데, 원하는 의사를 지정하여서 진료를 받을 수 있도록
되어 있다. 이는 어떤 의사가 담당하느냐에 따라서 성공률에 큰 차이가 있다고 믿어지기 때문이
다.

환자들에게 소홀하다고 알려져 있기도 하다. 많은 불임여성들은 불임치료를 받는 과정이 굉장히 민감하고 상처를 많이 받는 일이기 때문에 의사가 얼마나 자신의 감정에 이입을 잘 해 주는가로 좋은 의사와 그렇지 않은 의사로 나누기도 한다. 이러한 감정적 보살핌은 간호사에게 더 요구되는데, 의사보다 가까이에서 환자에게 보살핌을 제공하는 게 간호사의 역할이라고 여겨지기 때문이다. c 병원 간호사에 의하면 불임여성들이 임신한 간호사는 보이지 않는 곳으로 배치하라며 ‘고객의 소리’에 항의하는 경우들이 많다고 한다. 병원의 입장에서 간호사가 임신을 했다고 일을 못하게 할 수는 없지만, 환자들의 지속적인 항의에 맞닥뜨리게 된다. 병원들도 불임여성들을 끌어들이기 위해서 ‘친숙한 진료환경’을 내세우면서 임신부와 마주치지 않도록 고려한 진료실의 공간배치를 홍보한다. 이러한 측면에서 보면 불임여성들은 돈을 지불하고 의료상품을 소비하는 소비자로서 적극적인 권리를 행사하고 있는 것처럼 보인다.

다른 의료행위는 질병을 치료하는 것이기 때문에 성공과 실패가 확연히 나뉘지 않는다는 것이다. 건강함의 기준은 절대적인 측정이 불가능하기 때문에 질병의 치유 정도에 의해서 구분될 수는 있지만 결과적으로 완벽한 성공과 완벽한 실패는 드물다. 하지만 불임치료에 있어서 목표로 하는 바는 오로지 아이를 낳는 것이기 때문에 성공과 실패가 확연히 드러난다. 불임치료에 있어서 절반의 성공이란 존재하지 않으며, 아이를 낳은 자와 아이 낳기에 실패한 자로만 구분된다. 불임여성들은 이 성공과 실패의 갈림길에서 아이라는 결과물을 얻기 위한 긴 여정을 시작하게 된다.

3.1.1. 불임진단

각 불임클리닉에서는 다양한 규모의 시술 설명회를 정기적으로 개최하고 있다. 불임치료의 각 단계별 시술의 내용과 임신의 과정을 설명하는 것이 복잡한 일이기 때문에 개별적인 설명보다는 집단적인 학습의 기회를 제공하고자 한다.

2007년 10월에 참석한 시험관시술 설명회에는 생각보다 많은 수의 사람들이 참석하지 않아서 설명을 해주는 간호사와 일대일로 질문을 할 수 있는 기회가 주어졌다. 간단하게 불임진료 전 설문지를 함께 보면서 상담이 진행되었는데, 부부간의 성관계의 횟수와 같은 개인적이라고 여겨지는 사항이 의학적으로 검토되어야 하는 질문으로 던져졌다. 이에 대하여 누구도 부담스러워하지 않고 이야기를 하는 분위기였으며 특별한 질병이 없다 하더라도 쉽게 잠정적인 불임요인을 가지고 있는 것으로 진단되기 때문에 검사를 시작으로 가능한 빨리 불임치료를 시작할 것이 권유되었다.

표 13 불임진료 전 설문지

결혼 후 피임을 한 경험이 있습니까?
 임신을 위해 노력한 기간은 어느 정도입니까?
 부부관계력은 어느 정도입니까?
 성생활에 문제가 있거나 성교 시 통증은 있습니까?
 현재 복용중인 약이 있습니까?
 과거에 다른 이유로 수술을 받거나 입원치료를 한 경험이 있습니까?
 다른 병원을 방문하여 불임 검사와 치료를 한 경험이 있습니까?
 받은 경험이 있다면, 어떠한 검사와 치료를 받았는지 알고 계십니까?
 초경은 언제 하셨습니까?
 월경력은 어떠합니까?
 과거에 임신한 경험이 있습니까? (분만, 인공유산, 자연유산)
 만약 유산의 경험이 있다면, 그 후 월경의 변화가 있었습니까?

여성들은 불임 진단을 받는 과정에서 부부관계 외의 자신의 성경험에 대해서 이야기를 해야 한다. 인공유산과 성병이 불임의 원인 중 하나로 여겨지기 때문에

이에 대해서 확인하게 된다. 특히 인공유산의 경우에는 직접적으로 불임의 원인이 되지 않을지라도 죄책감을 가지게 되는 요인이 되며 자신이 의사에게 이야기를 했을 경우 남편 혹은 가족들이 알게 되지 않을까 걱정이 되어서 밝히지 않는 경우도 생긴다.⁴²⁾ 불임의 원인이 여성의 문란한 섹슈얼리티 때문이라는 생각은 의학적인 근거가 부족함에도 불구하고 여성들에게 크게 영향을 끼친다. 원인을 알 수 없는 불임을 직면하였을 때 여성들은 자신이 뭔가 잘못해서 벌을 받는 것이 아닐까에 대해서 고민하게 되는데 혼전에 성관계를 가졌기 때문에 불임이 된 것 같다고 말하기도 하였다.

간단한 불임진단 이후에 본격적인 불임검사⁴³⁾를 실시하는데 여성이 하게 되는 검사와 남성이 하게 되는 검사는 다르게 진행된다. 여성의 경우는 크게 호르몬검사, 배란초음파 검사, 자궁난관촬영을 하게 된다. 호르몬 검사는 기본적으로 무월경이나 월경불순 등의 원인을 찾고자 하는 것이며, 배란 초음파의 경우에는 배란일까지 난포의 성장과 개수, 배란을 확인하기 위해서 시행된다. 이 배란 초음파의 경우에는 이후 배란일을 측정해서 성관계를 하도록 하기 위한 방법이나, 인공수정, 시험관시술을 하는 과정에서도 계속 진행되는 검사이다. 그렇기 때문에 일주일에 두 번씩도 배란초음파를 보게 되는데 질초음파를 보기 때문에 처음 진료를 받는 여성들의 경우에는 이를 특히 힘든 경험으로 여기게 된다. 또한 자궁난관촬영은 나팔관의 기능을 검사하기 위한 것인데, 질을 통해 액체를 집어넣어서 액체가 나팔관까지 전달되는 과정을 촬영하는 검사이다. 이와 같은 기본적인 검사 외에도 자궁에 이상이 있다고 여겨지는 경우에 자궁경 검사가 진행된다.

나팔관이 막혔나 확인한다고 하는 검사였어요. 위내시경 할 때 하얀액을

42) 반면 남성들이 작성해야 하는 항목은 술, 담배의 정도를 묻는 질문과 직장 내 방사능 물질이나 화학약품을 취급하는지를 묻는다. 이는 남성의 섹슈얼리티나 재생산에 직접적으로 관계가 있는 질문은 아니다.

43) 불임검사는 대부분 보험이 되지 않기 때문에 많은 비용이 들게 되는데 기본적인 검사 비용이 30만원에서 50만 원 정도가 지출된다.

먹는 것처럼 촬영을 하기 위해서 하얀액을 질에 집어넣어서 나팔관까지 분출되는지를 검사 하는 거예요. 엑스레이 대에 누워서 삽입하고 찍는 건데, 액체를 삽입하고 시간이 좀 걸려야 해서 기다려야 하거든요. 이물질이 들어가니까 엄청 아프더라구요. 거의 쇼크 상태에서 못 일어났죠. 다시는 못할 짓이라고 생각했어요. 다음날 출근도 못했어요. (이희준, 38세, 불임기간 2년)

지금은 잘 기억이 안 나는데, 자궁경 검사를 하는데 그게 너무 힘들었어요. 그 다음날까지 온 몸이 너무 아파서 너무 힘들었던 거 같아요. 사람을 개구리처럼 눕혀놓고 질소가스를 넣어서 온 몸을 뽕뽕하게 만들어서. 풍선 부는 것처럼. 그리고 검사하는 거예요. 너무 비인간적이라고 생각했어요. (조선미, 44세, 불임기간 6년)

여성들의 검사의 경우에는 시간도 많이 걸리지만, 신체적인 고통이 뒤따른다. 반면 남성의 경우에는 비디오실로 불리는 정액채취실에 들어가서 정액을 받아서 제출하는 단순한 과정으로 검사가 끝난다. 그렇기 때문에 여성들은 이 과정에서 임신과 출산은 생물학적으로 여성의 역할일 수밖에 없다는 생각을 가지게 된다. 정자에 특별한 이상이 없지 않는 한 임신이 되지 않는 원인이 자신에게 있다고 여기게 되기 때문이다. 이 과정에서 여성들은 확실히 임신의 의무가 자신에게 주어져 있다는 사실을 깨닫게 되고, 이후의 과정을 준비하게 된다.

위와 같은 불임진단의 과정은 불임치료시술을 받겠다고 결정한 여성들이 처음 거쳐야 하는 단계인데, 검사비용도 비보험 영역이 많이 포함되어 있기 때문에 병원에서는 불임진단을 통해서도 많은 이윤을 창출해낼 수 있다. 따라서 불임검사를 받고자 하는 수요를 만들어내기 위해서 불임검사의 필요성을 널리 알리고자 한다. 조기에방의 중요성을 알리고, 30세 이상의 여성들이면 누구라도 먼저 검사를 받을 것을 권유한다. 산부인과 영역에서 실시하고 있는 결혼 전 검사인 ‘웨딩검진’의 한 부분으로 불임검사가 포함되어 있으며, 결혼하지 않은 여성을 위한 산부인과 진료를 표방한 곳에서도 불임검사를 실시하고 있다. 불임을

진료하는 산부인과에서는 조기검진의 중요성을 강조하며, 여성의 전 생애에 걸쳐서 임신과 출산은 중요하기 때문에 일찍부터 준비할수록 성공적인 결혼생활과 출산을 할 수 있음을 광고한다.

3.1.2. 과배란 유도와 인공수정

박정은씨는 2000년도에 불임진단검사를 받고 별다른 이상이 없다는 이야기를 들었다. 그 당시 나이가 서른 살이었기 때문에 병원에서는 과배란유도부터 불임치료를 시작하자고 하였다. 이 방법은 배란유도를 통해 배란일을 지정해주고 그 날짜에 맞춰서 성관계를 하도록 하는 방법이다. 단순한 방식이지만 이를 위해서 불임여성들은 일주일에 두 번 정도 병원에 가서 주사를 맞고, 배란확인을 위한 초음파 검사를 해야 한다. 그리고 병원에서 지정해준 날짜에 성관계를 한 후 검사를 다시 하게 된다. 성관계를 ‘숙제한다’라고 표현하는데 정해진 시간에 성관계를 해야 하는 것이 얼마나 부담스럽고 어려운 일인지를 말해준다. 부부간의 성관계를 정해진 시간에 맞춰서 꼭 해야 한다는 것은 본인도 힘든 일이지만, 남편에게 이 사실을 주지시키고 집에 일찍 들어오게 해야 한다는 것도 큰 스트레스임을 알 수 있다.

정말 너무 숙제였어요. 비용이나 시간이나 이런 게 너무너무 괴로웠어요. 부부관계를 기쁜 마음으로 해야 하는데, 너무 부자연스럽고 어색하고 그런거죠. 병원에서 날짜를 정해주면 그 날 남편한테 일찍 들어와 이렇게 문자를 보냈어요. 그런데 하고 싶지 않을 때도 있잖아요. (김수진, 33세, 불임기간6년)

배란일이 한 달에 딱 하루잖아요. 배란 시기를 맞춰서 섹스를 해야 하는 게 동물 같다는 느낌이 들었어요. 병원에서 시간도 알려주거든요. 근데 그 시간이 새벽인거예요. 그럼 그 때는 알람을 맞춰 놓고 자는 남편을 깨워서

해야 하는거니까 너무 싫지. (박정은, 37세, 불임기간2년)

배란유도를 통해서 배란일을 예측하고 성관계를 가지도록 하는 방식은 불임시술 내에서는 비교적 간단한 시술이지만, 병원에 주기적으로 가서 진단을 받고 정해진 날짜에 남편이 일찍 집에 들어오도록 설득해야 하는 것은 스트레스를 많이 받는 일이 된다. 병원에 다니면서 겪게 되는 스트레스 외에도 도구적으로 성관계를 해야 한다는 것에서 오는 소외감과 남편에서 성관계를 자신이 요구해야 하는 상황이 익숙하지 않아서 겪게 되는 부담스러움이 함께 존재하기 때문이다. 특히 남편이 회식으로 인해서 술을 마시고 늦게 들어오게 되는 경우에 가장 많이 싸우게 되는데, 자신이 한 달 동안 병원을 다니면서 주사를 맞고 초음파를 찍어야 하는 고생을 했음에도 그 노력이 헛수고가 되었으며, 다음 한 달을 또 그렇게 기다리면서 병원을 다녀야 하기 때문이다. 인터뷰 참여자들은 배란일에 맞춰서 성관계를 해야 하는 것을 ‘숙제’라고 표현하였는데, 이는 자신이 흔쾌히 하고 싶은 일은 아니지만 참아내면서 꼭 해야 하는 것이라고 의미화 한다. 또한 숙제라는 이름으로 정해진 시간에 꼭 해야만 하는 성관계가 주는 마음의 부담감과 어색함을 줄일 수 있기 때문이기도 하다. 여성들은 정해진 시간에 성관계를 한 후 다음날 병원에 ‘숙제검사’인 ‘성교 후 검사’를 받으러 가야하며, 이러한 과정을 2-3회 반복한 뒤 임신이 되지 않는 경우에 인공수정, 시험관시술의 단계로 불임치료가 진행된다.

인공수정은 과배란 유도를 한 후에 배란기에 맞춰서 정액을 자궁 내에 넣어 임신을 시도하는 방법이다. 즉 정액을 질 내에 넣어주던가, 자궁경부에 주입하기도 하고 자궁내로 넣기도 하며, 난관 내에 정액을 주입하기도 하며 경우에 따라서는 복강 내 혹은 난포 속에 정자를 주입하기도 한다. 인공수정은 두 가지로 나누기도 하는데 남편의 정자로 인공수정을 하는 경우는 배우자 인공수정이며, 남편이 무정자증인 경우 공여자의 정자를 쓰는 경우는 비배우자 인공수정(AID)이다.

인공수정을 하는 과정에서 여성들은 과배란유도 주사를 맞고 초음파를 보기 위해서 정기적으로 병원을 다녀야 한다. 하지만 인공수정의 성공률은 15% 정도라고 보고되기 때문에 보통 병원에서는 4-5회 정도를 해 보라고 권유하다가 실패하게 되면 바로 시험관아기시술로 넘어간다. 2000년도 이전까지는 80만 원 정도의 높은 비용 때문에 많은 사람들이 사용할 수 없었다. 그러나 요즘 인공수정 비용은 15만 원 정도로 낮아졌기 때문에 훨씬 대중화되었다. 하지만 호르몬제의 가격과, 초음파 비용과 같은 전체 비용을 합산하면 인공수정을 한 회 실시하는데 50만 원 정도의 비용이 든다. 인공수정을 하기 위해서 과배란을 유도하는 과정에서 신체적인 문제들이 나타나는데, 과배란호르몬제 같은 경우 아직까지도 부작용에 대한 연구가 확실하게 증명되지 않았다.

과배란을 하면 배가 많이 아파요. 난자가 한 번에 하나가 나와야하잖아요. 그런데 억지로 여러 개가 나오니까 그런 것 같아요. 갑자기 너무 아파서 응급실에 간 적도 있어요. (남윤지, 47세, 불임기간 11년)

과배란을 하기 위해서는 약 먹으면서 일주일에 세 번 씩 주사를 맞았어요. 억지로 과배란을 하면 복수가 차거든요. 그럼 또 복수 때문에 알부민 주사를 맞아요. 그럼 그 주사가 15만원이고.. 또 복수 빼는데 포카리스웨트가 좋대요. 1.5리터 짜리 한 박스 사다놓고 먹었어요. 기분이 참 안좋죠. 걱정도 되고 부담도 되고.. 한 번에 5-6개씩 배란이 되면 폐경이 빨리 오지 않을까 걱정도 되고.. (김수진, 33세, 불임기간 2년)

인공수정을 하는 과정에서 과배란을 시키기 위해서 먹어야 하는 약과 주사들로 인한 신체적인 변화가 고통스럽기도 하지만, 자연적인 몸의 흐름을 망치고 억지로 난자를 여러 개를 만드는 것에 대한 두려움과 걱정도 하게 된다.

하지만 인공수정은 단계상 시험관아기시술을 하기 위한 전단계로서 인식되기 때문에 이 정도에서 힘들다고 하면 안 된다고 다짐하거나, 실패 하더라도 마지막 보루인 시험관아기시술이 남아 있다고 생각하게 된다. 또한 인공수정을 통해서

성공하게 되는 경우가 드물기 때문에 상대적으로 큰 기대를 하지 않는 것으로 보이며, 시험관아기시술을 하기 위한 준비단계로 인식하게 된다.

3.1.3. 체외수정 (시험관아기시술)

불임시술의 마지막 단계로 여겨지고 있는 시험관 아기 시술의 과정은 표14와 같이 진행된다.

표 14 체외수정시술의 과정

배란유도, 난포성숙검사 → 난자채취와 정자의 준비 →
체외수정과 체외배양 → 배아이식

배란 유도의 과정에서는 난포를 여러 개 자라게 하기 위한 주사를 매일 맞게 되고, 난포들이 잘 자라는지 보기 위해 초음파로 난포의 크기를 매일 측정하게 되며 매일 여성 호르몬을 측정하여 난자채취의 날짜를 정한다. 배란유도의 과정은 보통 일주일에서 10일 정도가 소요된다. 난포가 성숙하면 난자 추출을 한다. 난자추출은 크게 두 가지 방법이 사용된다. 많은 경우에는 질식초음파를 이용한 난자추출이 이루어지는데, 이는 부분마취 후 질초음파기계를 질 내로 넣어, 난소의 난포가 모니터에 나타나면 긴 바늘을 넣어 난자와 난포액을 빨아내는 방법이다. 이 외에 난포가 너무 깊은 곳에 있어서 질식초음파로 할 수 없는 경우에는 복강경으로 난자를 추출한다. 복강경은 전신마취를 통해서 이루어진다.

난자추출 후 보통 2~3시간 후에 정액을 받게 되고, 난자와 정자의 준비가 완료되면 정자와 난자를 혼합하여 수정을 시킨다. 약 17시간이 지나고 나면 수정란이 형성된 것을 현미경으로 확인하게 된다. 배아는 시험관내에서 약 2-3일간 세포분열을 일으키게 된다. 시험관아기시술의 최종 단계인 수정란 자궁

내 이식은 마취 없이 이루어지며, 질경을 질 내에 삽입하고 의사는 자궁경부를 보면서 이식관을 통해 3-4개의 수정관을 자궁 내에 넣는다. 이식 후 이식을 받은 여성은 3~4시간 누워있게 된다. 이식하고 남은 잉여 배아는 이후에 다시 시술을 할 경우를 대비하여 냉동보관을 하게 된다.

보통 불임시술의 단계에서 인공수정을 4-5회 정도 해보고 실패한 경우에 시험관아기시술의 단계로 넘어가게 되지만, 여성의 나이가 35살 이상인 경우에는 바로 시험관아기시술을 진행하게 되는 경우도 많다. 시험관아기시술의 경우에 호르몬 주사를 하루에 두 번 정해진 시간에 병원에 가서 맞아야 하는 것이 어려운 일이며, 300만 원 정도의 높은 비용이 들어가기 때문에 비용 때문에도 힘들어 하는 경우가 많다. 그렇기 때문에 돈을 모아서 시술을 하고, 실패한 경우에 다시 돈을 모을 때까지 쉬었다가 하는 경우도 있으며 일반적인 직장 다니는 여성의 경우에는 직장생활을 하기 어렵기 때문에 직장을 그만두게 되는 이유가 된다.

표 15는 시험관시술을 받은 여성이 자신의 병원일지를 기록해 둔 것을 일부 발췌하여 재구성한 것이다.

표 15 병원일지의 재구성

	일시	시간	내용	금액	시간	기간	비고
1	10/27	9:33	특진	12,240	* 생리2일째 가서 검사함 * 수술중 대기 9시30분에 진료봉 * 환자가 너무 많아 3시간 걸림 * 고날 F (225cc) 투여시작		
		10:21	초음파	20,000			
		10:57	혈액20CC, 소변, 심전도	176,110			
		11:30	x-ray촬영 및 조제료				
		11:30	다음 초음파비,선택진료비	37,880			
		11:30	투약 및 조제료 G-F inj(900)	288,900	AM10	4일	배주사
2	10/31	8:00	다음주 초음파	20,000	* 조혈기능(빈혈 Hb:9.2)이 좋지 않아 잘 안 자람 -		

		8:40			빈혈약(산타몬플러스)복용 * 고날 F 이틀 동안 투여		
			특진				
		9:00	혈액채취	23,375			
		9:05	투약 및 조제료G-F inj(500)	158,008	AM10	2일	배주사
3	11/2	8:00	초음파(11/3일분 미리계산)	20,000			
		8:40	특진		* 초음파결과 왼쪽 3개 오른쪽작은 치수의 4개정도 보인다함. Hb10.2		
		9:20	Cetro1A,루베리스1A	221,442	AM9.20	한번	배주사
		9:20	G-F inj(500)		AM9.20	2일	배주사
4	11/3	8:00	초음파	555,582	* 오른쪽난자수치가 작아 개수가 얼마 나오지 않을 것 같다함		
		8:40	특진				
		9:20	PREGNYL 2개 -배란유도제		PM9	1회	영당이
		9:40	바이브라마이신엔정10(100mg)	5,900	11/4	2회	항생제
5 채 취	11/5	9:00	수면마취-채취3개	30,730	* 채취3개		
		11:3	solumedrol 60mg(0.9cc씩) (영당이주사)				
6 이 식	11/8	9:00	투약 및 조제료	4,747	안정제2알	3개이 식	
			처치 및 수술료	1,450,000	수정된 배아 3개(최상급2개,중급1개)		
7 입 원		11:30	입원료 (11/8목요일~11/13 화요일)	199,850		5박6 일	
		12:00	식대	68,400	질정만 하루 4회 투입		
8 1차 피 검	11/20	5시35 분	야간진료-소변검사 (양성)	30,000	* 일반산부인과에서 피검만 * H.b 수치: 12.4 *복수가 차기 시작		
		5:40	채혈		* 질정 하루에 4번 2정씩 -하루에 8정투입		
		5:50	유티로게스탄100mg 30정 - 보험적용	5,900	4일		

		5:50	원원임신테스터기- 일동제약	4,000	* 질정은 임신한 후 10주까지 삽입함	
9	11/24	9:00	진찰료 및 선택진료료	40,030		
		8:20	채혈			
		9:10	유티로게스탄100mg 30정 - 비보험적용	48,300	15일분	* 질정 하루에 4번 2정씩 - 하루에 8정

외래 -3,606,044원 입원- 268,250원 약국: 160,700원 /총 비용 4,034,994원

30일 동안 시험관시술을 받는 과정을 기록해 둔 이 일지를 보면, 시술의 단계별로 병원을 꼭 가야 하는 날이 8회였으며, 배아 이식을 받은 후에 6일을 입원해있었다. 또한 과배란을 위해서 주사를 매일 맞아야 하기 때문에 거의 매일 병원에 가야 한다. 병원에 가지 않는 날에도 정해진 시간에 약을 먹어야 하기 때문에 하루 24시간은 시술 일정에 맞춰서 조정하고 있다. 난자를 키우기 위한 과배란 약제와 난자채취비용, 배아 보관비용, 배아이식비용, 초음파와 피검사 비용 등을 합하여서 1회의 시험관시술에 드는 총비용이 400만 원 정도가 소요되었음을 알 수 있다. 시험관시술은 높은 비용과 함께 자신의 모든 일상을 병원에 집중해야하는 과정이다.

바쁘지.. 마음이 너무 바빠요. 직장 다니는 사람 같은 경우는 굉장히 힘들 거 같아요. 나는 그때 정말 무슨 정신병 같았어요. 시험관 할 때는 하루에 병원을 두 번 갔는데, 시간 맞춰서 몇 시간 이후에 또 주사를 맞고 그래야 하니까 아침 10시에 맞고 또 2시에 가서 맞았어요. 병원에 오고 가면서 신경이 굉장히 예민해지죠. 비용도 너무 많이 들어요. 초음파를 매일 찍고, 난자 채취하는데 150만원, 매일 가서 주사 맞는 것도 비싸고.. 한 번 하는데 300만 원 이상 들었던 것 같아요. 초음파도 비싼데 무조건 찍으라고 그러고.. (김미숙, 47세, 불임기간 5년)

시험관아기시술은 체외수정이기 때문에 난자추출의 과정이 포함된다. 난자추출을

한 후에는 어지럽고 메스꺼움이 있기 때문에 2-3시간 정도 누워 있다가 병원을 나가게 되는데 복수가 차는 것과 같은 부작용이 빈번하다. 난자 추출을 하고 나서는 며칠 동안 온 몸이 아프기도 하지만 질 좋은 난자가 채취되었는지, 난자의 수가 많이 나왔는지에 대해서 더 큰 걱정을 하기 때문에 신체적 고통을 심각하게 받아들이지 않게 되기도 한다. 이후 수정란을 이식하고 착상이 되기까지 기다려야 하는데, 이 기간이 불임여성에게 있어서는 가장 고통스러운 시기라고 한다. 착상이 좋다는 음식들을 찾아서 먹기도 하고, 누워있는 것이 좋다고 하기 때문에 하루 종일 누워 있어서 착상이 될 지에 대해서 걱정하게 된다. 시험관아기기술에 있어서 난자채취와 수정이 첫 단계라면 착상은 다음 단계로 넘어야 하는 관문이다.

착상을 기다릴 때가 제일 힘들어요. 누워서 있어도 불안하고, 밥 해먹는 것도 불안하고, 제대로 착상이 과연 될까. 영원히 안 되면 어떻게 하나. 한번 실패해도 절망감이 큰데 여러 번 실패하고 나니까 더 그럴죠. 그 기다리는 기간이 2주 정도인데 정말 지옥 같죠. (남윤지, 47세, 불임기간11년)

배아를 이식한 후 2주 뒤에 병원에 가서 임신 사실을 확인하는 피검사를 실시하는데, 이 때 호르몬 수치를 통해서 착상 사실을 확인하며, 2차 피검사 때에 더 높은 수치가 나와야 임신임을 확실히 알 수 있다. 하지만 임신이 되었다고 하더라도 화학적 임신인 경우에는 바로 유산이 되기 때문에 출산으로 이어지지 않는다. 유명 불임클리닉에서 시험관아기기술의 성공률을 45%까지 보고하는 것은 여러 개의 배아를 이식하여 성공률을 높이는 한 편, 실제로는 출산으로 이어지지 않는 임신이 포함되어서 계산되고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 불임만 전문적으로 다루는 병원은 임신이 확인되면 ‘졸업’을 해서 일반 산부인과로 옮겨서 병원을 다녀야 한다. 이 경우에 임신한 산모들을 병원에서 만나지 않아도 되기 때문에 좋다고 여기고 이 병원을 선호하는 사람들도 많지만, 실제로 그

병원에서 성공으로 기록된 임신이 출산으로 이어졌는지는 확인할 수가 없다.

제2절 불임치료시술 경험의 해석

3.2.1. 임신을 위한 일상의 재구성

불임치료의 과정은 병원의 진료대에 앉아 있는 특정시간과 공간 속에서만 이루어지는 것이 아니다. 오히려 불임치료의 많은 부분은 임신에 도달하기 위하여 일상을 적극적으로 재조직을 하는 노력으로 이루어진다. 불임치료를 위해서 직장을 그만둔 여성들은 남편을 출근시킨 이후에 불임병원에서 만난 주변에서 살고 있는 같은 병원에 다니는 여성들을 만나서 운동을 하거나, 인터넷 검색 등을 통해서 임신에 좋은 음식들과 생활 습관들을 찾으면서 시간을 보내게 된다. 주변에 사는 같은 불임 여성들을 주로 만나서 같이 점심을 먹고, 병원 가는 날짜가 다르더라도 같이 병원에 가주면서 만나게 된다. 다른 이전에 가깝게 지내던 친구들의 경우에는 아이를 키우고 있기 때문에 서로의 관심사가 다르고, 임신을 하지 못하는 자신을 이해하지 못하기 때문에 점점 멀어지게 된다. 오히려 같은 처지에 있는 여성들이 쉽게 친구가 되고 서로를 이해할 수 있기 때문에 이들을 만나면서 서로 위로가 된다고 이야기 한다. 병원을 다니는 동안에도 몸에 좋다는 음식들과 영양제를 시간마다 챙겨서 먹고, 족욕이나 반신욕, 등산, 요가 등을 하거나 종교 활동을 하면서 하루를 보낸다.

(시술 받는 동안 임신을 위해서 따로 노력하신 게 있으세요?) 특별히 따로 노력한 것은 없었던 것 같아요. 복분자는 다들 좋다고 해서 계속 먹고, 게을러서 운동은 두세 번 나갔나?(웃음) 많이 하지는 못했어요. 그래도 이것저것 먹었던 것 같아요. 양파 엑기스 먹고, 흑임자 먹고, 엽산 먹고, 또 m

병원 가면 다 권해주는 약품이 있어요. 그것도 먹고, 족욕기가 좋다고 해서 그것도 사고, 온돌을 배에 올려 놓는 거 있거든요. 그것도 사고, 선인장 달인물이 좋다고 해서 그것도 먹고, 귀가 얇아서 이것 저것 다 한 것 같아요. 경주에 00한의원이 유명한 곳이라요. 00대통령 딸이 먹고 아들을 낳아서 유명한데인데 하루에 선착순 30명만 받는데요. 새벽에 가서 줄서서 지어오고, 또 유명한 00한의원은 한약이 한 달 치가 150만원이라고 하더라구요. 지푸라기라도 잡는 심정으로 다 하게 되는거죠. 좌훈기도 30-40만원 하는데, 그것도 다 사고.. (돈이 정말 많이 들었겠어요) 그래서 아는 사람은(다른 불임여성) 태명(태아의 이름)이 천만 원 이래요.(웃음) 저희는 총 천만 원 정도 들었나. 그래도 운이 좋아서 많이 안 들어간 편 인거죠. 그래도 연말 정산할 때 보면 언제나 병원비가 1위예요. 경제적으로 어려웠다고 생각하면 정말 힘들었을 거 같아요. 안 나가도 되는 돈이 나간다고 생각하니 정말 그럴죠. 게다가 보장이 없으니까. 이 돈을 들이면 된다는 보장이 있으면 모르는데..

(김수진, 33세, 불임기간 6년)

인터뷰를 통해서 만난 여성들의 경우에 자신이 임신을 위해서 특별히 한 것은 없다고 말하지만 이는 임신에 많은 노력을 기울이지 않았다는 것이기 보다는 당연히 해야 하는 것이기 때문에 이를 특별한 노력으로까지 말할 필요가 없는 것에 가까웠다. 그렇기 때문에 불임치료에 사용된 많은 금전적인 비용이 계산해보면 아까울 수도 있지만, 이 비용을 통해서 성공할 수 있다는 확신만 있다면 기꺼이 지불할 수 있는 비용으로 이해되기도 한다. 각종 시술시 들어가는 비용은 의료서비스에 대한 비용이면서 동시에 아이 낳기를 달성하는 데에 투자해야하는 비용으로 여겨지기 때문에 이를 아껴야 한다는 노력은 찾아볼 수 없었다. 이들의 소비는 의료산업이라는 특수한 영역이기 때문에 값이 싼 곳을 찾으려 하는 것이 아니라 성공률이 높은 곳을 찾으려 하며, 의료비의 인상에 경제적 부담을 느끼기는 하지만 이에 대해서 저항하고자 하지는 않는다. 또한 모성의 가치와 희생이 강조되는 사회 속에서 아이는 돈으로 비교할 수 없는

것이기 때문에 모든 희생을 감수해서라도 얻어야 하는 것으로 여겨지며, 이 속에서 경제적인 희생은 마땅히 치러야 하는 것으로 여겨지게 된다.

또한 경제적 비용과 함께 신체적 고통 역시 임신을 위해서는 당연히 견뎌내야 하는 것으로 전환된다. 임신을 위해 시술을 받는 전 기간에는 모든 일상이 임신에 맞춰져있기 때문에 조금만 체하거나 미식거리는 증상이 있으면 임신이 아닐까 의심하게 된다고 한다. 그렇기 때문에 미열이나 감기 증세가 있어도 '혹시?'하는 마음에 감기약이나 소화제 같은 약은 한 번도 제대로 먹어본 적이 없다고 한다. 불임시술을 받는 과정에 있는 여성의 몸은 '임신하는 몸'으로써 규정되며, 미래에 생기게 될 태아를 위해서 존재하는 몸으로써 의미를 가지게 된다. 그렇기 때문에 불임시술 과정에서 겪게 되는 신체적 고통은 자신의 몸에 대해서 인식하게 되는 계기가 되는 것이 아니라 쉽게 지워지거나 잊혀 진다.

아픈 것은 잠깐이잖아요. 잠깐 아프고 마는 건데 이게 계속 안 되면 어떻게 하나. 언제까지 이것을 해야 하나. 왜 나만 안 되는걸까. 이런 생각이 더 힘든 거죠. 지난 일이라서 기억이 잘 안나는 것 같기도 하지만 몸이 아픈 것 보다는 안 될까봐 걱정하는 게 훨씬 더 힘들어요. (황유진, 33세, 불임기간5년)

불임시술의 과정에서 겪게 되는 어려움은 신체적인 고통보다도 정서적이고 심리적인 불안과 고통이 훨씬 더 크다. 이번에도 실패하면 어떻게 해야 하나 혹은 영원히 임신이 안 되면 어떻게 하나에 대해서 고민을 하게 되고 임신이 되기만을 기다리고 있는 상황을 견디는 것이 '수험생'과 같은 위치라고 설명한다. 또 그렇기 때문에 어떻게든 성공할 수 있도록 성공률이 높다고 알려진 병원이 집에서 먼 경우에 몇 시간씩 걸려서 병원에 가고, 담당 의사가 시술중인 경우에 몇 시간씩 기다리고 그리고 돌아오면 하루 종일 병원에만 왔다 갔다 하면서 하루를 보내게 된다.

불임치료시술의 과정은 하루24시간을 임신을 위해서 정해진 시간에 맞춰서 약을 먹고, 주사를 맞고 병원에 가야하는 과정을 반복해야하는 어려운 과정이다. 이

과정에서 소요되는 비용도 굉장히 크다. 직장생활을 함께 하면서 시술을 받는 것은 보통 직장에서는 불가능하기 때문에 직장을 그만두기까지 해야 한다. 그렇기 때문에 불임치료산업의 수요를 증대시키기 위해서는 아이에 대한 전통적인 아이에 대한 사회문화적인 압력만으로는 부족하며 불임치료시술을 받는 과정은 더 많은 자발적인 적극성과 헌신적인 노력을 필요로 한다.

3.2.2. 불임극복의 의미

불임여성들이 스스로를 설명하기 위해서 많은 노력을 기울이고 더 많은 의료 정보를 얻기 위해 적극적으로 많은 노력을 한다. 또한 사회적으로 자신들의 어려움을 알리고 협조를 얻기 위해서 의료보험 적용에 대해서 주장하고 있다. 하지만 이러한 행위들을 있는 그대로 불임여성의 적극성과 자발성으로 해석하기는 어렵다. 불임여성의 행위성을 해석하기 위해서는 그들이 수단과 방법을 가리지 않고 아이를 낳기 위해서 모든 노력을 하고 있는 그 자체가 아니라, 그토록 원하는 아이라는 결과물이 무엇을 의미하는지를 살펴볼 필요가 있다. 이제까지 아이를 원하는 여성의 노력은 자연스러운 욕구로 여겨져 왔기 때문에 왜 불임을 극복하고자 하는가에 대해서는 질문이 던져지지 않았다. 하지만 아이를 낳는 것이 무엇을 의미하는가에 따라서 불임여성의 행위성의 내용은 달라질 수 있다.

여러 번의 불임치료시술 끝에 임신이 되었다는 것은 이제까지의 불임을 극복하기 위해서 들었던 총체적인 노력의 대가가 된다. 하지만 임신에 성공했다고 해도 바로 성공사실을 주변에 쉽게 알리지 못한다. 임신했다고 하더라도 시험관시술의 경우에 유산될 확률이 많으며, 임신 축하와 출산 선물들을 받고 유산하게 되었을 경우에 받는 상처가 더 크기 때문이다. 또한 자궁이 약한 경우에 임신을 지속시키기 어려운 경우가 생긴다. 습관성유산의 경우는 임신은 가능하지만 임신을 지속시키지 못하고 유산하는 경우인데, 이 경우에는 임신

중기에 태아의 무게가 많아져 가면 자궁이 태아를 버티지 못해서 유산하게 된다. 그래서 이때에는 자궁입구를 막는 수술을 하게 된다. 또한 밖에 돌아다니고 하면 유산될 가능성이 많다고 여겨지기 때문에 집 밖에 나가지 않고 하루 종일 누워서 생활하게 된다. 머리를 감는 일상적인 행위도 유산의 가능성이 있다고 생각되기 때문에 눕는 의자를 집에 가져다 놓고 누워서 친정어머니가 머리를 감겨주기도 했다고 한다. 힘들게 임신을 하였기 때문에 임신을 지속시키는 동안 끊임없이 걱정하면서 출산을 기다리게 된다.

세 번째 유산을 하고 나니까 정말 애가 중요한 게 아니라 내가 죽겠구나 생각이 되었는데 또 아이가 생겼어요. 그 때 엄마가 올라왔는데 하시는 말씀이 한 숨을 쉬면서 ‘열 달이 언제가나’ 하는 거예요. 집에 하루 종일 혼자 있었는데 남편이 출근하면 혼자 내내 누워있었어요. 밖에 산책도 안 나가고 계속 누워있었어요. 그런데 애가 약간 다른 애들하고는 달라요. 자폐는 아닌데.. 애가 혹시 태중에서 스트레스를 받아서 불안해서 그런 게 아닌가 싶기도 하고. (조선미, 44세, 불임기간6년)

반면 시술에 실패하게 되면 실패 했다는 절망감과 좌절감을 깊이 느끼게 된다. 하지만 시험관아기시술이나 인공수정의 경우 과배란호르몬제를 이용하기 때문에 신체적인 위험이 크기 때문에 실패했다고 하더라도 곧바로 다시 시술을 시작할 수도 없다. 2-3개월 정도의 쉬는 시기를 갖으면서 몸을 추스르고 다시 시술을 시작하게 되는데, 이 시기를 ‘몸 만드는’ 시기라고 표현한다. 운동도 하고 한약을 먹고 하면서 건강한 몸을 만들어서 다시 임신을 시도하고자 하는 것이다. 이미 시험관시술까지 과정을 거치게 되면 직장을 그만둔 상태이기 때문에 되돌아 갈 직장이 없게 되는 경우가 많으며, 한 번 실패한 뒤에 포기하는 것은 최선을 다한 것이 아니라고 생각되기 때문에 쉬면서 다시 시도할 수 있는 몸을 만들기 위해서 노력하고, 비용을 마련한 후에 다시 시술을 시작하게 된다. 불임여성들 사이에서는 불임을 극복하기 위해서는 이러한 반복되는 과정에 지치거나 좌절하지 않고, 새롭게 계속 도전하는 것이 가장 중요한 덕목으로 여긴다. 하지만

이 모든 어려움을 이겨내고 임신에 성공하게 되었을 때 여성들이 느끼게 되는 감정은 이제까지 미디어와 의료산업에 의해서 강조되어온 임신에 성공했을 때의 행복과 기쁨과는 거리가 있다.

임신을 했다고 하니까 처음 들었던 생각이 아 이제 배란일 맞춰서 하지 않아도 되겠구나. 이런 해방감이 있었어요. 애를 가지고 나서는 성관계를 하면 안 된다고 해서 서로 소 닭 보듯이 지냈고, 그래서 또 자연스럽게 멀어지게 되었고. 남편이나 저나 둘 다 섹스가 크게 중요한 사람이 아니라서 이제 안 해도 된다는 사실이 홀가분했죠. (이가영, 38세, 불임기간 2년)

임신하고 나서 너무 마음이 편한 거예요. 어른들도 좋아하시고, 그 모습 보니까 홀가분하고.. 뭐 아들이었으면 더 당당했겠죠? 그런데 뭐 그래도 숙제를 마친 느낌이죠. (김수진, 33세, 불임기간 5년)

임신이 되었다는 사실을 알게 되었을 때 여성들이 가장 먼저 느끼게 되는 것은 자신의 노력에 대한 결실과 성공에 대한 기쁨이다. 또한 이제까지 자신을 ‘죄인’ 처럼 느끼게 했던 압력에서 자유로워진다는 것에 대해서 홀가분함을 느끼며, 원치 않는 의무적인 성관계를 하지 않아도 된다는 것에 대해서 안심하게 된다. 이는 임신이 성공했을 때 느끼게 되는 행복이란 임신이 안 되었기 때문에 받은 고통이 해소된 것뿐이라는 것을 말한다. 미디어에 재현되는 것처럼 아이에 대한 절대적인 희생과 사랑, 어머니가 되었다는 것에 대한 감격이 전혀 없는 것이 아니지만, 아이를 갖기 위해서 오랜 시간 노력해 온 만큼 더 이상 고통스러운 과정을 겪지 않아도 된다는 것이 가장 큰 행복이 된다. 아이 그 자체의 가치보다도 아이를 낳을 수 있는 여성이라는 것을 확인하는 것, 아이를 통해서 ‘정상적인 가족’의 위치를 획득하는 것이 더 큰 가치를 가지고 있음을 알 수 있다.

제3절 불임여성의 집단적 참여

한국사회에서 여성의 재생산은 가족이나, 친척, 주변사람, 국가에 의해서 쉽게 간섭받을 수 있는 ‘공공의 영역’이면서 동시에 재생산의 실행은 여성들이 개별적인 ‘사적 영역’에서 해결해야했다. 여성들은 재생산에 대한 외부의 압력을 받으면서, 동시에 이 부담을 함께 해결할 수 있는 공식적인 통로는 존재하지 않는 상태에서 고립된 상태에 놓여있었다. 하지만 불임여성들은 불임치료기술이라는 낯선 고기술(high-tech)를 자신의 몸을 통해서 친숙하게 받아들여야 했고, 이를 위해서 불임치료에 대한 많은 정보들을 서로 공유하기 시작하였다. 이러한 불임여성들의 자조모임들은 온라인 커뮤니티를 통해서 시작되었으며, 현재에도 많은 커뮤니티들이 존재한다. 불임여성들은 자신과 같은 경험을 하고 있는 이들과 실질적인 정보교환을 함께 할 수 있으며, 동시에 가족에게도 말할 수 없는 고통과 스트레스를 이야기하면서 서로 위로를 주고받는다. 인터뷰를 통해서 만난 여성들이 공통적으로 불임치료의 과정에서 가장 도움이 되었다고 이야기 한 것은 불임치료를 함께 받는 여성들과 정보를 많이 공유할 수 있었던 커뮤니티들이었다. 온라인 커뮤니티들은 개별적인 소통의 공간을 넘어서 불임여성이 집단적인 목소리를 내는 통로가 되기도 한다. 이 절에서는 난임부부를 위한 민간단체인 ‘아가야’의 활동을 중심으로 불임여성들이 불임치료산업에 어떠한 요구와 이해관계를 가지고 있는지를 살펴본다.

3.3.1. 불임의 새로운 의미화

불임여성들의 온라인 커뮤니티에서 확장되어 민간단체로 활동하고 있는 ‘아가야⁴⁴⁾’는 불임의 문제를 사회적 책임으로 환기시키기 위해서 많은 노력을 해왔다. 2003년 홈페이지 개설을 시작으로 ‘의료보험 적용촉구 서명운동’을

44) www.agaya.com

해왔으며 그 결과 2005년도에 8504명의 서명을 바탕으로 각 정부기관에 민원접수 및 국회청원서를 제출하였다. 2006년도에는 보건복지부 제 103호 비영리 민간단체로 승인이 되어서 현재도 활발한 활동이 이루어지고 있다. 이 단체의 주요한 활동은 불임여성들의 정보 공유와 지역별 자조모임, 불임여성의 심리상담 및 자문, 건강보험적용과 불임이 아닌 ‘난임’ 용어 확산 캠페인이다. 시험관시술지원은 저출산이라는 시대적인 요청도 있었지만 이 단체의 실질적인 캠페인이 함께 만나서 만들어진 결과이다. 불임단체의 목소리가 곧 구체적인 개별 불임여성들의 입장이라고 볼 수는 없겠지만, 불임여성의 존재를 사회적으로 드러내고자 노력해왔으며 이런 활동은 불임에 관한 사회적 담론을 적극적으로 만들어가는 주체적 노력의 일환으로 볼 수 있다.

이 단체에서 중요하게 진행하고 있는, 불임을 ‘난임’으로 명명하고자 하는 캠페인은 불임여성들에게 많은 호응을 얻고 있는데, 절대로 임신이 불가능하다는 의미의 부정적인 ‘불임’보다는 단지 임신이 어려운 것뿐이라는 ‘난임’이 더 적절하다고 생각하기 때문이다. 단체는 “이는 난임부부들에게 용기를 주는 작은 힘이자 아름다운 실천입니다” 라고 이 용어를 설명하고 있는데 이 용어를 확산시키기 위해서 정부에도 지속적으로 ‘불임부부지원사업’의 명칭을 ‘난임부부지원사업’으로 변경할 것을 요청하고 있으며, 불임클리닉 등에서 의사들도 난임이라고 불러줄 것을 요구하여 상당부분 수용되고 있다. 어떠한 대상을 지칭하는 단어는 단지 이름을 바꾸는 문제를 넘어서 그 의미가 사회적으로 어떻게 통용될 수 있는지에 대한 실질적인 변화를 가져올 수 있기 때문에 중요한 문제가 된다. 이들이 난임이라는 용어를 채택하게 된 데에는 불임여성에게 이제까지 가해졌던 영원한 낙오자, 패배자로서의 사회적 낙인을 거두어내고, 임신을 노력 하는 과정 중에 있는 긍정적인 의미를 부여하고자 하는 노력으로 보인다. 또한 실질적으로 생명의료기술의 발전으로 인하여 ‘영원한 불임’이라고 여겨졌던 경우도 임신이 가능한 상태가 되었기 때문이다.

하지만 ‘불임’이 ‘난임’으로 바뀌게 되면서 이제 임신은 여성에게 있어서 최종적으로 도달해야 하는 도착점으로서 위치를 가지게 되었으며 노력해서 달성해야하는 중간적 위치로 남겨지게 된다. 이는 과거에 여성들이 이를 하늘의

운이거나, 자신의 복으로 생각했던 영역을 벗어나서 의료기술의 도움으로 몸을 변형하거나 노력해서 바꾸어 내야 하는 것으로 바뀌었음을 의미한다. 이제 누구도 불임이기 때문에 임신이 불가능한 것이 아니라 난임이기 때문에 미완성인 것이 된다. 불가능을 미완성으로 바꾸어 놓은 수사는 의료전문가들의 담론을 적극적으로 수용한 결과이며 이는 불임치료산업의 확장에 큰 기여를 하게 된다. 생명의료기술산업 자체가 목적으로 한 것이 불임을 개인의 운으로 생각하지 않고 질병으로 생각하여 의료기술을 이용하도록 이끌어 내는 것이기 때문이다.

‘불임’이 ‘난임’이 되는 과정 속에서 불임은 질병의 위치를 확고하게 가지게 된다. 의료전문가들이 불임을 질병으로 규정함으로써 새로운 이윤을 창출할 수 있게 되었다면, 불임단체에서는 ‘불임’을 질병으로 규정함으로써 ‘건강보험’의 혜택을 받고자 한다. 아이가 생기지 않는 것 자체를 질병으로 여기는 것은 임신과 출산의 전 과정을 병리화 하는 의료적 개입의 연장선상에 놓여 있다. 그리고 이는 여성들로 하여금 스스로 자신의 상태가 비정상임을 자각하게 하는 압력으로 존재한다. 하지만 적극적으로 불임여성들의 단체에서 불임은 질병이라는 담론을 만들어내는 것은 의료전문가들의 이해관계와는 또 다른 이해관계를 가지고 있음을 보여준다.

감기는 질병인가요? 아니가요? 어쨌든 뭔가 몸에 문제가 있으니까 임신이 안 되는 거잖아요. 그러니까 이것은 보험을 해줘야 하는 문제잖아요. 우리나라 사회에서는 드러나는 질병은 인정을 해주는데, 불임은 드러나는 질병이 아니니까 인정을 잘 안 해주는 것 같아요.⁴⁵⁾

일차적으로 불임시술에 들어가는 경제적 부담을 줄이기 위해서는 ‘질병’의 심각성이 사회적으로 인지되어야 한다. 그렇기 때문에 불임이 자연스러운 현상이 아니라 치료하기 어려운 질병이라는 위치를 획득하여야 한다. 또한 불임을 ‘질병’으로 규정하는 행위는 불임여성들에게 해방감을 주기도 한다. 자신의 ‘성적

45) 아가야 대표 인터뷰

문란함'이나 하늘의 '별', 자신의 전인격적인 '비정상' 때문에 임신이 안 되는 것이 아니라 단순히 자신은 병에 걸려서 임신이 안 되는 것이라고 정당화할 수 있는 근거를 제공해주기 때문이다. 환자라는 위치는 불임여성을 무력하고 수동적인 위치에 놓이기도 하지만, 사회적 동정과 관심을 받아야 하는 위치로서 자신을 설명할 수 있게 해주기도 한다.

3.3.2. 불임치료의 사회적 지원 요구

난임부부지원단체에서는 전면적으로 '**난임은 성형이 아닙니다**'를 캠페인의 기초로 내세운 운동을 하고 있는데 이는 불임을 심각한 '질병'으로 규정하고 의료보험의 적용을 받기 위하여 이와 비교할 수 있는 상반된 대상이 필요했기 때문이다. 불임시술이 자주 성형수술과 비교가 되어 왔던⁴⁶⁾ 이유는 여성의 몸을 적극적으로 변형하는 의료기술이며 활발한 의료적 개입이 이루어지지만 생명에 직접적인 영향을 끼치지 않는 영역이기 때문에 보험의 혜택을 입을 수 없는 영역이기 때문이다. 또한 이 두 기술은 모두 여성화된 기술로서 여성의 몸을 대상으로 발전해왔고 여성들에게 쾌락과 동시에 고통을 주는 기술로 여겨진다. 하지만 성형수술은 사회적으로 지원을 해야 하는 영역으로 여겨지지 않을뿐더러 곧잘 비난의 대상이 되기 때문에 불임시술을 정당화하기 위해서는 성형과는 다르다는 사실을 강조할 필요가 생기게 된다.

“의료보험혜택 당연히 국가에서는 해줘야 하는 거 아니니까? 무슨 난임이 성형입니까? 난임도 질병입니다. 조금만 신경을 써주시면 낳을 수 있는 병입니다. 제발 혜택을 주세요.” (건강보험적용 촉구를 위한 서명 캠페인)⁴⁷⁾

46) 온라인 포털 사이트의 토론방에서 불임의 건강보험지원과 관련하여 2005년 5월에 많은 토론이 이루어졌다. 이 때 건강보험 지원에 반대하는 입장에 있는 사람들이 불임에 보험 혜택을 주면, 성형 역시 보험 혜택을 받지 못할 이유가 없다는 이야기를 많이 하였다.

47) 아가야 소식지

또한 이를 통해 섹슈얼리티와 모성성을 구분하여 아름다움이나 성적매력을 높이기 위해서 시행하는 성형수술과는 다르게 불임치료는 숭고한 모성을 수행하는 영역으로 설명하면서 사회적 지원의 필요성을 강조하는 담론을 만들어내게 된다. 높은 비용과 고통을 감수하고 불임시술을 이용하는 것에 대한 정당성을 획득하기 위해서 모성의 가치를 강조하는 담론을 많이 만들어내고 있으며 이때, 이러한 행위가 곧 국가발전에 기여하고 있음을 함께 강조하게 된다. 특히 이들은 저출산 담론을 적극적으로 수용하여 자신이 지원을 받아야 하는 이유를 설명하는데 사용한다.

저출산 때문에 출산비 지원이니 이런 자잘한 정책들 많은데 별로 효과도 없을거예요. 낳겠다는 사람에게 지원을 해야 효과가 있는거 아닌가요? 왜 난임인 사람들이 죄인처럼 아무 혜택도 못받죠? 이 나라 국민이 아닌가요? 갈수록 아이 없는 사람들에게겐 여러 가지 불이익이 많아지는데 낳겠다는데 왜 지원을 안해주나요? 제발 의료보험 적용해주세요. 다른 사람들보다 몇 배 더 소중하게 아이를 키울꺼예요. (건강보험적용촉구를 위한 서명 캠페인⁴⁸⁾)

현재 국가가 저출산을 문제로 여기고 있다면 당연히 아이를 낳고자 노력하는 자신들에게 도움을 주어야 한다고 생각을 하며 자신은 개인적인 욕심에 의해서만 아이를 낳고자 하는 것이 아니라 자신의 행위가 국가적으로 중요한 문제인 저출산을 해결하는 중요한 역할을 담당하고 있다고 주장한다. 그렇기 때문에 공적 자원을 제공받을 자격이 있는 공적 주체로서 자신을 규정하며, 국가에 기여하는 모성임을 강조한다.

또한 불임단체도 내세우는 주된 단체의 의미는 ‘가족지원’이다. 불임가정이 이혼으로 귀결되는 경우가 많고, 불행한 가족생활을 하기 때문에 이들이 임신이 가능하도록 도와주는 역할은 곧 행복한 가정을 만드는 역할을 하고 있는 것이라는 의미를 부여한다. 이는 실질적으로 임신을 원하는 여성들의 다른

48) 아가야 소식지

목소리들이 드러나기에는 사회적으로 임신에 대한 규정된 담론의 영향력이 너무 크기 때문일 수 있다. 임신이 되지 않는 상태에서 겪게 되는 심리적인 고통과 의료제도 안에서 겪게 되는 소외감을 표현하면서, 출산에 대한 자신의 권리를 주장하기에는 여성들에게 주어진 다른 담론이 없기 때문에 사회적인 지원과 인정이 받아들여질 수 있는 범위 내에서 협상한 결과로 볼 수 있다. 개별 불임치료기술을 이용하고자 하는 여성들은 국가의 저출산 위기 담론에는 반대하지만 아이를 낳고자 할 수 있고, 결혼을 하지 않았지만 아이를 낳고자 할 수도 있다. 하지만 이는 사회적 정당성을 확보 받을 수 없다고 생각되기 때문에 전통적인 모성과 가족의 가치를 주장하는 방식으로 자신들의 존재를 설명하게 된다.

제4장 ‘불임치료산업’의 재생산 정치

불임치료기술의 과정에서 불임여성들은 의료서비스를 적극적으로 구매하고자 하는 소비자이면서, 동시에 지속적으로 몸과 시간을 의료적 처치에 맞춰나가야 하는 의료적 재생산노동을 수행해야 한다. 여성들은 불임치료기술이 어떻게 진행되며 어떠한 노동을 해야 하는지에 대한 지식은 가지고 있지만, 이를 언제까지 해야 하는지에 대해서는 어떠한 기준도 가지고 있지 않다. 임신에 도달하기까지 반복되어야 하는 기술 과정 속에서 여성들은 많은 고통을 겪게 되지만, 모든 의료서비스는 또 다시 기술을 시도할 수 있도록 정서적 독려를 제공하는 것으로 이루어지고 있기 때문에 여성의 몸에 대한 최소한의 안전장치도 존재하지 않는다. 이 장에서는 불임치료산업이 이윤을 창출하는 원동력이 여성의 몸에 있으며, 여성들의 자발성을 이끌어냄으로써 불임치료산업이 발전할 수 있음을 밝힌다. 또한 현재 불임치료기술은 병원에서만 이루어지는 것이 아니라, 기술로 인하여 발생한 여성의 난자와 배아는 생명공학연구에 사용되고 있다. 재생산을 위한 배아와 연구용 배아, 기증된 난자와 매매된 난자의 경계를 명확하게 나눌 수 없는 현재의 상황에서 어떠한 윤리적인 사고와 사회적 개입이 필요한지 살펴본다.

제1절 ‘불임치료산업’의 원동력

4.1.1. 가격한계 없는 시장

불임치료산업에서 전문화와 규모의 성장은 빠른 속도로 진행되어 왔다. 가장 크게 성공하고 있는 클리닉들은 대규모이거나 첨단 의학기술을 갖춘 곳들이다. 클리닉들은 새로운 과학적 결과를 활용하기 위해 막대한 투자를 해야 한다.

새로운 의술을 배운 유능한 의사, 잘 훈련된 전문 기술자, 최첨단 의료기기 등을 확보해야 하기 때문에 비용이 크게 증가하게 된다. 불임클리닉은 대부분 시험관아기기술에서 상당 부분의 수익을 얻고 있는데, 대다수 불임치료 센터의 경우 손익분기점에 달하려면 1년에 300에서 400차례의 시험관 아기 기술을 실시해야 한다. 이로부터 얻는 수익으로 간호사 급여, 검사실 운영비용, 카운슬러 급여, 사무실 임대료 등 센터의 고정 비용을 충당하며 손익분기점을 넘어서면 그 이후부터 들어오는 수입은 고스란히 이윤이 된다.

불임치료산업의 수요자인 불임부부들이 원하는 것은 바로 자신의 아이를 얻는 것이다. 그렇기 때문에 모든 불임클리닉에서는 아이를 얻을 수 있다는 희망을 불어넣어주고 ‘더 이상 완전한 불임’이 없음을 강조한다. 불과 30년 전 만해도 불가능했던 임신이 이제는 새로운 생식기술을 통해서 다양한 방식을 통해서 가능한 것이 되었다. 배란문제로 인하여 임신이 되지 않는다면 호르몬 약제를 통하여 임신을 할 수 있고 정자에 이상이 있는 경우에는 인공수정의 방법을 이용할 수 있다. 여러 다른 원인인 경우에 시험관기술을 통하여 임신이 가능하며, 난소가 없는 경우에는 타인의 난자를 통해서 임신을 할 수도 있다. 유전병이 있기 때문에 아이 낳기에 대해서 걱정을 하고 있는 부모라면 유전질환이 없는 배아를 선택해서 임신을 할 수 있다. 이제 더 건강하고 좋은 아이에 대한 욕망은 불임치료산업에 의해서 더욱 더 바람직한 것으로 만들어진다.

완전한 불임이란 존재하지 않기 때문에 불임치료산업은 불임부부들이 아이에 대한 기대와 희망을 가지고 있는 한 계속해서 이윤을 창출할 수 있는 시장이다. 다른 그 무엇보다도 자신의 아이를 낳는 것에 대한 가치는 사회적으로 높이 평가받고 있기 때문에 이를 대체하는 것을 찾기란 매우 어려운 일이다. 일반적으로 불임의 해결방안으로 입양이 많이 거론되지만 실질적으로 불임의 문제를 입양이 해결해주는 것은 어려운 것으로 보인다. 인터뷰를 통해서 만난 여성들의 경우 대부분 입양에 대해서 한 번쯤 생각해 보기도 하였지만, 오직 원하는 것은 “자신”의 아이이기 때문에 입양을 하느니 아이 없이 사는 것을 택하겠다고 이야기 하는 경우가 많았다. 그렇기 때문에 아이를 갖기 위해서는 어떠한 높은 비용도 지불할 의사가 있으며 이는 가격에 큰 영향을 받지 않는

시장을 만들 수 있는 조건이 된다. 물론 다른 의료영역에서도 가격에 영향을 받지 않는 경우는 나타난다. 예를 들어 뇌수술이나 장기를 이식받는 의료행위는 큰 비용이지만 재정적인 능력이 있다면 기꺼이 소비하고자 한다. 하지만 이러한 의료행위는 가격이 낮아진다고 해서 갑자기 큰 수요를 만들어내기는 어렵다. 가격이 낮아진다고 해서 질병을 가진 사람이 갑자기 늘어나지 않기 때문이다. 하지만 불임은 가격이 낮아진다면 가격으로 인하여 망설이고 있던 사람들이 새롭게 불임치료시장에 뛰어들 수 있는 큰 기회가 된다. 이를 잘 보여주는 것이 정부의 ‘시험관시술비 지원 사업’이 불임치료산업에 미친 영향이다. 현재 한국에서 불임치료는 의료보험 적용이 되지 않기 때문에 ‘환자’ 스스로가 높은 비용을 감당해야 하는데 시험관시술비지원은 도시근로자 가구 월 평균소득이 130%이하인 불임부부에게 지원을 해주는 사업이었다. 정부에서 시험관시술비가 지원된 첫 해에 시험관시술 건수는 전년도에 비하여 두 배가 증가하였다. 이는 이제까지 시술을 받고 싶어도 경제적인 여건에 의하여 받지 못하고 있었던 잠재적인 불임치료수요들을 끌어냈기 때문에 가능한 것이었다. 표 16에서 볼 수 있듯이 불임지원이전의 체외수정시술 경험이 없던 사람들이 지원을 받아서 처음 시술을 하게 된 경우가 많음을 알 수 있다.

표 16 불임지원이전 체외수정 시술 횟수

횟수	No	%
없음	8671	46.1
1회	5036	26.8
2회	2191	11.7
3회	1238	6.6
4회	664	3.5
5-9회	907	4.8
10회 이상	90	0.5
합계	18797	100.0

정부의 지원을 통해서 시술을 받을 수 있는 여성들이 늘어났으며, 또한 지원과 별도로 시술 자체의 가격이 낮아진다면 더 많은 사람들이 시술을 받게 될 것이다.

하지만 가격이 높아진다고 해서 갑자기 그 상품을 포기하는 사람들이 많아지지 않으며, 평균 소득 130% 이상의 소득을 가진 불임부부들은 이러한 정부의 정책과 상관없이 개인적인 자원을 투자하여 지속적으로 불임치료를 할 것이다. c병원 간호사에 의하면 시험관시술을 통해 여성이 임신에 실패하였을 때 가장 안타까운 경우는 경제적인 문제 때문에 시술을 쉬었다가 다시 돈을 모아서 시도하는 것이라고 하였다. 이는 경제적 지불능력이 높은 사람은 지속적인 시술을 받아서 보다 더 빨리 임신에 성공할 수 있지만 그렇지 못한 사람은 쉬었다가 시술을 하더라도 끊임없이 다시 시도한다는 것이다. 아이에 대한 가치는 돈으로 환산할 수 없다고 여겨지기 때문에 아이를 가질 수만 있다면 최대한의 비용을 지불하고자 한다. 불임치료산업은 가격에 의해서 크게 좌우되지 않는 속성에 의해서 가격의 제한 없이 확장이 가능해진다.

4.1.2. 낮은 성공률을 통한 이윤 창출

불임치료시술의 성공률은 높지 않은 편인데, 성공률을 보고하는 방식은 편차가 많기는 하지만 보통 인공수정의 경우 15%, 체외수정의 경우 35%로 보고한다. 하지만 이는 나이에 의한 변수가 크게 작용한 성공률이며 첫 시도에서 성공하는 경우는 드물다. 그렇기 때문에 보통 4-5번은 시도해 볼 만한 것으로 알려져 있으며 10회 이상 시도하는 경우도 많다. 이러한 낮은 성공률은 보통 다른 상품에 있어서는 장애요소가 된다. 비싼 비용을 지불하였음에도 불구하고 낮은 성공률 밖에 기대할 수 없다면 지속적으로 그 상품을 구매하고자 하는 사람들은 줄어들 것이다. 하지만 불임치료산업에 있어서는 낮은 성공률이 반복구매를 가능하게 하는 큰 동력이 된다.

불임치료의 과정은 앞에서 살펴본 것처럼 불임진단에서부터 시작하여 과배란유도, 과배란 인공수정, 체외수정에 이르는 단계들로 존재한다. 각 단계로 올라갈수록 비용은 증가하고, 여성의 몸에 끼치는 건강상의 위협도 커진다. 각 단계들에는 세부적으로 정자직접주입법이나, 냉동난자를 이용한 수정,

미성숙배아의 이식과 같은 다양한 형태의 기술들이 존재한다. 다양한 기술들이 존재한다는 것은 그만큼 시도해볼 수 있는 상품들이 많이 존재한다는 것을 의미한다. 개별 불임여성들은 각 단계별로 시술들을 시도해보고, 실패하였을 경우에 다시 도전하여 같은 시술을 다시 반복적으로 실시하게 된다. 불임치료산업에 있어서 종착점은 자신의 아이를 얻는 것이기 때문에 낮은 성공률에도 불구하고 끝없이 다시 반복적으로 도전해야 한다. 불임여성들을 위한 심리요법과 대처방안들을 다루고 있는 책에서도 이는 반복적으로 강조되는 부분이다.

나는 항상 환자들에게 다음 단계의 계획을 미리 생각하고 치료를 시작하는 것이 좋다고 말한다. 지금 받고 있는 치료에만 매달리지 말고, 실패했을 경우 다음에 취할 수 있는 방법을 미리 준비해두어야 한다. 어떤 치료를 받든지, 한 번에 끝날 것이라는 기대 같은 건 하지마라. 그럴 경우 치료가 실패했을 때 받게 되는 스트레스가 엄청날 뿐 아니라, 앞으로 기대할 것이 아무 것도 없게 된다. 절망밖에 아무것도 남지 않는 것이다.

치료를 시작하기 전 주치의와 앞으로의 치료계획에 대해서 상의하라. 다음 단계로 넘어가기 전 이 치료를 몇 번이나 하게 되고, 다음에는 무엇을 할 것인가 질문하라. 어떤 시술을 받든 간에 다음 단계의 치료방법을 안다는 것은 많은 도움이 된다. 가능한 한 구체적으로 다음 계획을 잡아라⁴⁹⁾.

불임여성을 위한 심리상담은 실패를 두려워하지 않고 다시 시도할 수 있는 용기를 계속 북돋아주는 것으로 진행된다. 그렇기 때문에 불임여성들은 실패 하더라도 다시 시도할 수 있으며, 불임전문병원들은 시술의 성공여부와 상관없이 지속적인 수익을 얻을 수 있게 된다. 그림5와 같이 몇몇 병원에서는 두 번째 시술부터 시술비 감면 서비스를 제공하고 있으며, 3회 시술을 묶어서 패키지로 내놓기도 한다. 이는 첫 번째 시술 실패 이후 이탈하는 사람들을 막는 역할을 하기도 한다.

49) 엘리스 D.도마, 2006, 『아름다운 기다림』, 가람기획.

그림 5 불임클리닉의 홍보물

최고 임신성공률의 자신감으로, 1차 시술로 성공시키겠다는 의지에서
시험관아기 2차부터 시술비를 50% 감액해 드립니다.

높은 임신성공률을 자랑하는 '불임치료센터 여성의학연구소'
 시험관아기 1차 시술후 임신이 안되어 2차이후 시술하는 분들에게 의료수가를 50% 감액해 드립니다.

01 임신을 계획하는 신혼부부라면, 몸 태교의 하나로 병원을 방문하여야 합니다
 결혼하여 피임을 전혀 하지 않은 상태에서 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 않는 상태라면,
 무심히 지나치거나 고민하지 말고 하루라도 빨리 병원을 찾으십시오. 이는 건강한 아기를 얻기 위한 남들보다 더욱 정성을 들이는
 '몸태교'입니다. 더불어 좀 더 젊은 나이의 임신유도는 그 성공률 또한 높습니다

불임치료산업이 확장될 수 있는 가장 큰 특징은 불임치료시술이 불확실성과 기대를 가지고 투자하는 상품이라는 것과 아이를 낳을 때까지 반복적으로 이루어지는 산업이라는 것에 있다. 부풀려진 성공률로 인하여 잠재적인 고객들은 계속 희망을 가지고 시도할 수밖에 없으며, 낮은 성공률에 의한 실패에도 불구하고 주변의 성공사례들을 접하면서 계속 시도할 수밖에 없게 한다. 또한 많은 여성들은 불임치료시술을 받는 과정에서 직장을 그만두게 되는데 시술에 실패했다 하더라도 다시 직장으로 되돌아가기는 어렵다. 그렇기 때문에 다시 '성공'할 때까지 시술을 다시 받게 된다. 인터뷰를 통해 만난 여성들 중에서도 직장을 그만두고 시술을 받은 여성들이 많이 있었는데 이들은 '집에서 밥이나 축낸다'는 이야기를 듣지 않기 위해서 임신을 계속 시도하였다고 했다.

성공률이 아무리 낮다 하더라도 '불가능'하다고 판정되지 않는 한 여성들은 끝없이 다시 시도하게 되며 끝없는 시도가 희생적인 모성으로 이해되는 한 여성들의 시도는 막기 어렵다. 불임여성들은 하나 같이 문제는 돈이라고 이야기를 하였는데, 시술을 받는 과정에서 열 번이든 스무 번이든 시술을 계속 받다보면 언젠가는 성공하기 때문에 돈이 되는 한 끝까지 시도할 것이라고 이야기 하였다. 이는 어려운 상황에서도 임신이 된 기적적인 사례들이 홍보됨에 따라서 자신은

어느 정도까지 시도해야하는가에 대한 한계점을 가지기 어렵기 때문이다.

불임치료기술의 성공률이 비약적으로 높아져서 한 번에 모두 임신이 된다면 현재 상황에서 불임클리닉이 얻고 있는 이윤은 감소할 것이다. 반복적으로 성공할 확률이 낮다 하더라도 끝없이 다시 시도하겠다고 찾아오는 여성들이 있기 때문에 산업은 번창할 수 있다. 불임치료에 관한 한 치료를 중단하기 만드는 유발 요소는 거의 없다. 환자는 치료를 계속 받겠다고 고집하고 국가는 어떤 가이드라인도 제시하지 않으며 의사는 치료를 받겠다는 환자를 막지 않는다.

4.1.3. 의료적 재생산노동(clinical labor)을 기반으로 한 산업

임신과 출산의 전 과정은 생물학적인 과정인 동시에 사회문화적인 노동이다. 또한 재생산기술과 세분화된 산전 진단 속에서 재생산 노동은 의료적인 처치를 수행해야하는 노동이 된다. 특히 불임치료시술을 받는 여성의 몸은 조직적이고 계획적인 노동을 수행해야 한다. 불임치료기술이 직접적으로 관여하는 것은 불임여성의 몸이며, 그 몸에 개입하여 임신이 가능하도록 하는 것이 목표이기 때문이다. 캐서린 월비(2008)는 난자 공여자의 노동을 의료적 재생산 노동(clinical labor)로 정의한다. 이제까지 난자를 생성해내는 일은 신체의 내부에서 발생하는 세포조직과 생식과정의 생물학적인 노동이라고 여겨져 왔다. 하지만 현재 재생산기술을 이용한 많은 수의 난자를 만들어내고, 추출해내는 과정은 약물복용, 실험, 진료예약, 셀프 모니터링과 같은 복합적 의료적 제도 내에 순응해야 하는 과정이 되었다. 이 과정을 캐서린 월비는 난자공여자의 위치를 설명하기 위해 의료적 재생산노동으로 명명하지만, 이 용어는 스스로 불임치료시술을 통해서 자신의 아이를 낳고자 하는 여성에게도 적용될 수 있다. 한국에서 시험관아기라는 이름으로 체외수정이 이름 붙여지면서 마치 아이가 여성의 몸과는 관련 없이 시험관에서 길러지는 것처럼 여겨지기도 했지만, 체외수정은 여성의 몸으로부터 임신과 출산이 분리되는 것이 아니라 오히려 여성의 몸에 대한 더 많은 의학적 개입을 통해서 이루어진다. 불임치료산업이

활성화되기 위해서는 여성의 몸이 치료기술의 개발을 위한 재료 제공자이자 기꺼이 자신을 실험 대상으로 내놓을 때 가능하다. 다른 의료행위에서도 검증되지 않은 신약을 통해서 자신의 병을 치료하기를 원하거나 위험한 시술방법을 사용해서라도 생명을 유지하고자 한다. 하지만 불임치료기술은 여성의 생명과 관련되지 않고 오로지 아이를 낳기 위해서 어떠한 위험도 감수하려는 행위로 이루어진다.

불임치료산업의 일차적인 대상이 여성의 몸이기 때문에 여성들은 자신의 몸에서 난자를 제대로 키우고 이식된 배아를 착상시키기 위해서 고도의 노력을 기울여야 한다. 앞 절에서도 보았듯이 정해진 시간에 약을 먹고 스스로 주사를 놓는 방법을 배워서 주사를 놓아야 하며 주사약을 처방하는 경우에도 어떤 날에는 200cc, 또 다른 날에는 220cc와 같은 세밀한 차이들을 인지하고 시행해야 한다. 매일 매일 초음파를 통해서 난자가 얼마나 자랐는지를 체크해야 하고 임신을 방해한다고 여겨지는 모든 요소들을 일상생활에서 제거해야 한다. 여성들이 이러한 노동을 수행하고 있기 때문에 난자의 채취가 가능하고 시험관시술이 가능해진다. 또한 이 과정에서 많은 건강상의 위험이 따르게 된다. 난자공여자와 대리모를 논의함에 있어서는 이들이 재생산노동을 수행하고 있다는 것에 많은 의심을 갖지 않는데 이는 이들의 재생산노동이 금전과 교환되기 때문이다. 하지만 스스로 아이를 갖기 위해서 시술을 받는 여성의 경우에는 재생산노동이라고 정의하기 어려워지는데 자신이 수행하는 노동의 대가가 자신의 아이이기 때문에 이를 희생이나 모성이라는 보다 더 가치 있는 이름으로 불리기를 바라기 때문이다. 인터뷰를 통해서 만난 여성들은 모두 ‘재생산’이라는 용어에 강한 불편함을 드러냈다. 이는 재생산노동이라는 용어가 자신이 해왔던 병원에서의 긴 시술과정을 설명해주는 말이 아니라 자신의 한 일을 비하하는 모욕적인 용어로 이해되기 때문이다. 이는 일차적으로는 재생산이라는 용어가 동물 혹은 기계로 여겨지기 때문이며 노동이라는 용어는 금전을 대가로 하는 일이라는 생각이 강하기 때문이다. 불임치료시술을 받는 과정은 힘들고 고통스러운 과정이면서 동시에 의지적인 노력을 계속 기울여야 하는 일이다. 하지만 불임여성들은 자신이 하고 있는 일은 노동이 아닌 순수하고 자발적인 모성의 발현으로 재현하고자 하기 때문에 이들이

하고 있는 노동은 쉽게 드러나지 않는다. 하지만 여성들의 의료적 재생산 노동 없이 불임치료기술은 성립되기 어렵다.

보조생식기술의 성공률은 인공수정의 경우 15%, 시험관아기기술의 경우에는 30% 정도로 보고되고 있다. 하지만 이 성공률의 경우는 한 주기 당 몇 개의 배아를 이식하였는가에 의해서 달라지기 때문에 정확한 성공률이라고 보기 어렵다. 한국의 경우에는 여러 배아를 이식하는가하면 전체 횟수와 상관없이 성공한 사람의 숫자로 성공률을 조사하는 경우가 있기 때문에 정확한 성공률이라고 보기 어렵다. 하지만 한국의 병원들은 성공률을 경쟁적으로 높게 보고하고 있어서 최근에는 성공률이 40%가 넘었다고 주장한다. 자연임신의 성공률이 25%라는 것을 생각한다면 자연임신에 비하여 시험관아기기술의 성공률이 훨씬 더 높다고 생각하게 된다. 그렇기 때문에 실제로 사람들은 시험관아기기술을 임신을 위한 마지막 ‘보루’라고 생각하게 되며, 여러 번 지속적인 실패를 경험한다 하더라도 계속 시도할 수밖에 없게 된다.

반면 낮은 성공률에 비해서 높은 비용과 긴 시간을 들여야 하는 불임기술이 지속적으로 확장되기 위해서는 낮은 성공률을 기술의 불완전성으로 설명하는 것이 아닌, 다른 방식으로 설명해야하며, 이를 가장 효과적으로 설명해주는 방식은 나이에 따른 성공률이 다르다는 점을 부각시키고 강조하는 방식이다. 의학적으로 불임의 원인은 여성이 원인인 경우가 35%, 남성 원인인 경우가 35%, 남녀 모두 문제가 있는 경우가 30%임에도 불구하고 여성의 결혼 연령의 증가를 가장 근본적인 문제로 지적함으로써 개인 불임 여성들을 비난하는 방식에 초점이 맞춰져 있다.

‘늦은 결혼과 늦은 출산’이 당연하게 여겨지는 분위기는 못내 걱정스럽지 않을 수 없다. **젊음을 즐기기 위해, 혹은 사회생활 때문에 막연히 출산을 미룬다는 것은 걱정스러운 상황이 아닐 수 없는 것이다.** 임신과 출산은 언제라도 마음먹은 대로 이를 수 있는 간단한 일이 아니기 때문이다.⁵⁰⁾

50) 시험관 아기? 자연임신! 23쪽

여성은 가지고 태어난 난자를 일생 동안 사용할 뿐 새 난자를 생성하지 않기 때문에 시간이 지남에 따라 난자 수는 줄어든다. **노화와 함께 난자 수가 적어질 뿐 아니라 남아 있는 난자의 질도 떨어진다는 것을 아는 것이 매우 중요하다. 최근 여성들의 사회 참여와 취업 기회가 늘어남에 따라 임신을 미루는 추세가 두드러지고 있다.** 그런데 많은 사람들이, 노화가 불임에 미치는 나쁜 영향을 과학 기술이 막을 수 있을 거라는 비현실적인 기대를 가지고 있는 것 같다. 51)

오늘날 많은 여성들이 가정에 있기보다는 자신의 직업을 갖고 사회적으로 성공하기 위해 활발하게 활동하고 있다. 이 때문에 경제적으로 안정되고 직장에서 원하는 지위를 얻을 때까지 임신을 미루는 일이 점점 많아지고 있다. 매우 안타까운 것은 **이들이 나이가 들어 임신이 어렵다는 사실을 깨달을 때면 이미 때는 되돌리기에 너무 늦었다는 것이다.**(필자강조)⁵²⁾

불임시술에 있어서 여성의 나이에 대한 강조는 어디서나 찾아볼 수 있는 내용인데 실제로 여성의 생식력이 30세 전후로 감퇴하기 때문에 불임시술의 성공률에 있어서 나이가 가장 큰 변수로 작용할 수 있다. 하지만 이는 동시에 이 기술이 얼마나 불완전한 기술이며 취약한 기술인지를 보여주는 것이기도 하다. 이러한 불완전성과 낮은 성공률을 극복하는 방식은 여성들의 의료적인 노동을 적극적으로 추동함으로써 이루어진다.

불임은 자기 자신과의 싸움입니다. 따라서 **불임 치료는 자기 자신을 극복하는 데서부터 시작됩니다.** ‘1% 희망이 생명을 만든다’는 것을 잊지 말고 포기하지 않으면 반드시 좋은 결과가 있으리라고 생각합니다.⁵³⁾

51) 김세웅, 2006, 『아기를 기다리는 부부를 위하여』, 샘터, 19쪽.

52) 위의 책 69쪽.

53) 마리아병원 이원돈, <희망이 생명을 만든다> 5쪽, 2006

병원만 믿을 게 아니라는 생각이 든 건 그때였다. **현대의학이 아무리 발달했다고 해도 내게 해줄 수 있는 건 수정란을 만들어서 자궁에 넣어주는 것뿐이다. 착상이 잘되는 몸을 만드는 건 순전히 내 노력에 달려 있었다.** 당장 책과 인터넷을 뒤져 도움이 될 만한 자료를 모았다. 혈액 순환제와 난자의 개수를 늘리는 데 도움이 된다는 비타민E 도 꼬박꼬박 챙겨 먹었고, 엽산도 빠뜨리지 않았다. 또 몸이 따뜻해져야 임신이 잘 된다는 말에 방안의 온도를 최대한 올려놓고 트레이닝복을 입은 채 두꺼운 솜이불을 덮고 잤다. 임신에 실패한 뒤 후회의 눈물을 흘리는 건 자기 자신이다. 그러니 최선을 다한다는 마음으로 이식 후에는 절대적으로 안정을 취하고, 몸을 따뜻하게 유지해야 한다.⁵⁴⁾

요즘 우리 쌍둥이를 데리고 병원에 가면 “시험관 아기에요?”라고 물어보는 사람들이 많다. 겉으로는 짐짓 아무렇지도 않은 척 하지만 속으로는 ‘어머니 세상에’ 하는 게 표정에 다 나타난다. 나 역시 불임전문병원을 찾기 전까지는 인공적인 방법으로 아이를 갖는 것에 대해 ‘굳이 그렇게까지 해야 하나’라는 선입견이 있었으니까. 하지만 지금은 생각이 달라졌다. 누가 물어오면 당당하게 “우리 아기는 시험관 아기 시술로 가졌다”고 자랑하곤 한다. **나중에 우리 아가들이 자라면 그때에도 꼭 이렇게 말해줄 것이다. “엄마는 너희들을 만나기 위해 다른 엄마들보다 더 많이 애쓰고 노력했단다.”**⁵⁵⁾ (필자 강조)

병원에서 하는 것은 보조적인 역할이며, 근본적으로 임신을 할 수 있는 것은 내가 얼마나 노력했는가에 의해서 결정된다는 담론은 더욱 더 여성들로 하여금 의료적 재생산 노동을 성실하게 하도록 요구한다. 그리고 아이의 탄생이나, 또 그보다 많은 수의 잔여난자와 잔여배아가 존재하게 되는 것은 이러한 노동의

54) 위의 책 67쪽

55) 위의 책 83쪽

결과이다. 불임클리닉을 통해서 만들어진 많은 수의 잔여난자와 잔여배아는 바이오산업이 발전할 수 있는 가장 큰 토대가 되며, 이미 한국 사회에서는 불임클리닉에서 생성된 난자들로 인하여 생명공학연구가 이루어져왔다는 것이 밝혀졌다. 불임치료산업에 있어서 가장 보이지 않는 부분은 재생산노동을 수행하고 있는 여성의 몸이며, 고통을 호소하지 않고 묵묵히 수행한 결과로 인하여 불임치료산업은 팽창할 수 있다.

제2절 ‘불임치료산업’과 여성

4.2.1. 불임여성의 재생산권

불임시술은 앞에서 살펴본 것처럼 경제적, 심리적, 신체적, 시간적 부담이 많이 드는 시술이다. 보통 불임검사에서부터 시작해서 인공수정 몇 번을 걸쳐서 시험관아기 시술까지 이르게 되면 시기적으로는 2-3년이 지나게 되며 시술비용만 천만 원 이상이 든다. 게다가 시술로 인하여 직장을 그만두고 모든 일상을 임신에 집중하였지만 실패하게 된다면 감수해야할 비용이 너무 커져버린다. 그럼에도 계속해서 중단하지 않고 시술을 계속 지속하게 되는 원동력은 불임을 영구적인 것이 아니라, 언젠가는 임신이 가능하다고 생각하기 때문이다. 또한 인터뷰를 통해서 만났던 여성들은 ‘나는 임신을 한 적이 있다’, ‘나팔관이 무력하다고는 하지만 임신이 안 될 정도는 아니라고 했다’, ‘자궁경관이 무력하지만 임신이 안 되는 정도는 아니라고 했다’. 라는 의료전문가의 판단에 근거하여 자신은 정상범주에 해당하는 몸을 가지고 있음을 강조하였고 그렇기 때문에 자궁을 적출했거나 난소가 없는 것과 같은 ‘완전한 불임’과는 다르다고 정의하였다. 그렇기 때문에 실패했다 하더라도 ‘임신하는 몸’의 범주에 여전히 포함되어 있으며 그것이 완전히 불가능하다고 판정되지 않는 한 계속해서 임신을 시도해야

하는 것으로 생각한다.

그 때 임신이 안 되었으면 아마 시험관시술을 시도했을 것 같아요. 남들 다 하는데 최선을 다해야 하지 않을까. 저는 그래도 인공수정을 한거잖아요. 시험관은 안해서 모르겠지만 더 힘들다고 하더라구요. 그래서 인공수정 몇 번 한 것을 힘들다고 하면 안되겠죠. 최선을 다해야 한다고 생각해요. 아마 끝까지 했을 것 같아요. (황유진, 33세, 불임기간5년)

같이 병원 다니는 여자들 모임이 있었어요. 7명이었는데 점점 하나씩 임신을 하는 거죠. 그 속에서 임신이 늦은 사람은 더 힘들고 그랬겠지만, 결국은 다 임신을 했어요. 어쨌거나 계속 시도하면 임신이 아무리 늦어도 되긴 하는 것 같아요. (김수진, 33세, 불임기간5년)

불임시술을 받는 과정의 끝은 정해져 있는 것이 아니라 임신으로 귀결될 때 끝이 난다고 생각을 하게 되는데 이는 실질적으로 끝없이 시도하게 될 경우에 결국은 임신이 된다는 생각을 가지고 있으며 이 과정 속에서 중요한 것은 끝까지 지치지 않고 최선을 다하는가이다. 불임치료산업이 발전하지 않았을 때 최선을 다하는 것과 점점 더 새로운 기술들이 나타나면서 최선을 다하는 것의 기준은 바뀌게 되는데, 새로운 기술이 나타날수록 이 기술을 적극적으로 수용해서 몇 번이고 시도하는 것이 최선이 되었기 때문에 현재로서는 ‘시험관아기시술’의 단계에까지 이르지 않고서는 아이를 낳는 것에 대해서 최선을 다했다고 이야기 할 수 없는 상황이 되었다. 자신이 어머니가 되기 위해서 어떠한 노력을 했는가를 증명하는 방식이 시술을 얼마나 오래 받았는가로 결정되기 때문에, 병원에서 의학적인 이유로 이제는 ‘불가능’ 하다고 판정되지 않는 한 계속 시도할 수밖에 없는 과정 중에 놓인다.

시험관시술을 몇 번 했는지 잘 기억이 안나요. 그 때에 대해서는 잘 생각하고 싶지 않아서.. 좀 잊어버린 것 같아요. 열 번이 넘었다는 것은

알고 있는데.. 계속 이렇게 안되면 어떻게 하나 걱정이 많이 되었었죠. 정말 안되는건가. 그런데 주변 사람들이 하나같이 하는 말이 문제는 돈이다. 계속해서 하면 언젠가는 되기 때문에 사실 돈 만 있으면 된다. 그렇게 말하는거예요. 근데 그게 맞는거 같아요. (남윤지, 47세, 불임기간 11년)

불임치료산업의 발전에 의해서 임신은 누구나 의료기술의 힘을 빌리면 가능한 것이 되어 버렸기 때문에 개인의 선택이 아닌, 의학적 판단에 의해서 계속해서 달성해야하는 것이 되어버렸다. 의료기술이 보증하는 가운데 끝없이 임신을 시도해야 하는 과정은 신체적 고통을 지워버리고 역설적으로 경제적 능력만 있다면 끝까지 시도할 수 있는 영역으로 남겨지게 되었다. 그렇기 때문에 저출산을 해결하기 위한 정부의 불임부부지원 사업은 불임여성들에게 제도적 억압이 아니라 더 많은 요구를 통해서 달성해야하는 목표가 되었다.

정부에서 시험관 지원을 해줄꺼면 성공할 때까지 해줘야지 돈이 너무 부족해요. 지원을 해주면 쉽게 하겠죠. 시험관 시술을 한 사람이 분당 보건소에서 신청을 해야 하는데.. 거기서 큰 소리로 말해서 낫뜨거웠대요. 힘든 마음으로 찾아갔는데 그럴잖아요. 불임 때문에 오셨죠? 이렇게 크게 말하니까 사람들이 다 쳐다보는거 같고. 7번째 하는 사람을 보니까 이번이 마지막이야 하면서 나도 모르게 다시 해야지 하게 된대요. 오기가 생기니까. 보통 여건만 되면 하는거 같아요. 포기가 안되는거죠. 다 임신하게 되어 있는 것 같아요. 돈이 문제지. 언젠가는 된다는거죠. (황유진, 33세, 불임기간 5년)

이는 불임치료산업의 확장을 통해서 이윤을 추구하고자 하는 의료자본의 이해관계와 출산력 제고를 통해서 국가 경쟁력을 확보하고자 하는 국가적 이해가 결합하였을 때, 여성의 재생산권이 얼마나 협소하게 정의되고 침해될 수 있는지를 보여준다. 불임 여성들은 불임치료시술로 인한 신체적인 고통과 심리적인 불안과 소외의 경험에 대해서 저항하기 어려운 위치에 놓인다. 그렇기 때문에 인터뷰를 통해서 만난 여성들과 ‘난임부부지원단체’는 일관되게 정부에서 더 많은

보조를 해 주어서 경제적 능력과 상관없이 고르게 시술을 받을 수 있는 권리만을 주장하고 있다. 이는 단지 이들이 아이를 낳는 것이 여성의 의무라는 가부장적 이데올로기의 희생자이기 때문이 아니라, 현재 한국 사회에서 재생산 권리의 수준은 기혼여성의 출산에 대한 제도적·의료적 차원의 지원에 머물러 있다는 것을 의미한다.

이처럼 재생산기술이 여성의 ‘선택’을 증가시킨다는 수사를 적극적으로 이용하고 있는 곳 중에 하나는 그림6에서 볼 수 있는 것과 같은 배란촉진제의 제약회사이다.

그림 6 배란 촉진제 제약회사의 캠페인

불임, 난임, 신혼부부를 위한 **Fertility Blend** Open Clinic

시험관아기 시술과 퍼틸리티 브랜드 / 인공수정 시술과 퍼틸리티 브랜드 / 계획 임신과 퍼틸리티 브랜드 / 아기갓기 캠페인 / 통합의료를 위한 제품군

퍼틸리티브랜드 아기 갓기 campaign

“퍼틸리티브랜드 아기 갓기 캠페인”은
 1994년 UNFPA(유엔 및 국제기구) 주장에 근거하여 불임 난임 부부들에게 원하는 임신치료를 위한 “생식건강(Reproductive Health)”할 권리와 기회를 갖기 위한 캠페인입니다.

캠페인 참가 대상
 미전 시험관 시술에서 성공하지 못한 불임부부를 대상으로 합니다

캠페인 참가 방법 및 의무
 캠페인 참가 안내서를 꼭 참고해 주십시오
 1. 캠페인 참가 기술서 작성미 요구 됩니다.
 2. 캠페인 참가 평가서 기초자료 및 동의서 작성미 요구 됩니다.
 3. 매월 가족 계획 프로그램에 의한 섭취 모니터링에 응하는 것이 요구 됩니다.
 4. 시험관 아기 시술 후 캠페인 참가 평가서 결과서 작성미 요구 됩니다.

캠페인 기간 및 운영 규모
 2007년 6월부터
 1. 매월 수시 접수: 기술서, 평가서(미전 시술)
 2. 매월 25일 기준 선정: 퍼틸리티브랜드 3개월 4명에게 매월 27일 택배

캠페인 참가 대상자 선정
 참가자 전원에게 캠페인 참여 기회를 제공할 수 없어 대상 선정에 공정성을 기하고자 합니다.

배란촉진제는 배란 문제를 일시적으로 해결하고, 배란을 보다 규칙적으로 일어나도록 도와주는 역할을 한다. 하지만 이 약을 통해서 모든 여성이 임신이

가능해지는 것도 아니며, 이 약은 배란 문제를 치료하는 약이 아니라 복용하는 시기에만 효과를 가지는 약이다. 이 회사에서는 ‘아기 갖기 캠페인’을 진행하고 있는데, 이는 판촉활동의 일부이면서 동시에 제품의 효과를 측정할 수 있는 데이터를 모집할 수 있는 효과적인 방법이 된다. 하지만 제약회사는 이를 “생식건강(Reproductive Health)"의 권리와 기회를 갖기 위한 캠페인으로 소개하고 있다. 이 회사에서는 임신치료를 위해서 자신들이 약품을 제공하기 때문에 많은 여성들에게 재생산 권리와 기회를 제공하기 때문에 공공성에 부합하는 캠페인을 하고 있는 것으로 보이도록 한다.

이에 반해 1994년 UN ICPD(International Conference for Population and Development :인구 및 개발에 관한 국제회의)에서 제시된 ‘재생산권(reproductive rights)'의 개념은 여성의 재생산과 성적 권리를 옹호하는 틀을 만든 것이었으며, 재생산에 있어서 신체적 통합과 자기결정의 중요성, 섹슈얼리티와 출산에 있어서 양성평등 원리의 중요성, 사회권 실현을 가능케 하는 조건 마련 등을 강조한 개념이었다. 하지만 불임치료산업을 발전시키고자 하는 의료산업의 분야에서는 재생산권의 개념을 불임여성이 의료기술을 적극적으로 소비함으로써 아이를 갖도록 하는 것으로 협소하게 차용하여 사용하고 있으며, 이 속에서 출산을 선택할 수 있는 여성의 권리나 안전한 재생산의 권리는 가려지게 된다.

4.2.2. ‘정상성’의 강화와 위계화

불임치료산업은 여성들의 재생산권을 시술선택의 자유로 협소화하면서 동시에 사회적 정상성을 더욱 강화시키는 방식으로 진행된다. <MBC 휴먼다큐멘터리 [사랑] 5부작 ‘엄지공주, 엄마가 되고 싶어요.’>⁵⁶⁾에 등장한 윤선아씨는 선천성 골형성 부전증이라는 희귀병을 가지고 있는 장애여성이다. 이 병은 뼈가

56) MBC 휴먼다큐멘터리 <사랑> 시리즈는 높은 시청률을 기록하여 종영 4일 만에 전편 재방송이 되었으며, ‘아시아 TV 어워즈’와 ‘제 28회 반프 월드TV 페스티벌’에서 수상하여 다시 재방송될 만큼 많은 관심을 받았다.

달걀껍데기처럼 쉽게 부러지는 병이기 때문에 윤선아씨는 신장이 120cm이며, 50-60번 정도 뼈가 부러지는 경험을 하였다. 그렇기 때문에 이 여성은 임신이 되더라도 임신을 유지하는 데에 많은 노력을 기울여야하며 병 자체가 유전이 될 수 있기 때문에 ‘착상 전 유전자 검사’를 통해서 골형성 부전증을 유발하는 유전자를 선별하여 시험관시술로 아이를 갖고자 했다. 이 과정을 담은 다큐멘터리에서 다른 불임여성의 임신 시도 과정과 비슷하게 전개되지만 주인공인 여성이 장애를 가지고 있다는 점은 극복해야 할 것이 남들 보다 더 많음을 보여준다. 윤선아씨의 가족들과 주변사람들은 "네 한 몸도 돌보지 못하면서 무슨 아기냐, 남편만 힘들어지는 거 아니냐. 그냥 둘이 재미있게 살아라."라고 임신을 만류하지만 이 여성은 아이를 갖고자 노력한다. 비장애여성의 경우에는 결혼을 해서 아이를 낳는 것이 당연하게 여겨지기 때문에 아이가 없을 때 이 상황을 설명해야 할 필요가 생겨나지만, 장애여성의 경우에는 임신이 자연스러운 삶의 과정으로 여겨지지 않기 때문에 왜 임신을 하고자 하는지에 대해서 질문이 던져지게 된다. 이에 대해 윤선아씨는 “내가 결혼할 수 있을까? 그게 첫 번째 의문이었는데 결혼했잖아요. 그런데 이제 내가 엄마라는 이름으로 불릴 수 있을까 그것도 궁금해요. 아직 닥치지 않아서 실감은 안 나지만 너무나 간절한 마음이에요.”라고 자신이 엄마가 되고 싶은 이유를 설명한다. 장애여성을 ‘여성’으로 여기지 않는 사회 속에서 자신이 여성임을 스스로 증명하거나 확인할 수 있는 방법으로서 임신과 출산을 욕망할 수 있음을 보여준다. 이는 여성의 아이에 대한 욕망을 모두 모성 본능으로 설명해온 것과는 분명히 다른 설명 방식이다. 하지만 이 다큐멘터리에서 주목 하는 것은 ‘장애여성’으로서 임신을 시도하고자 하는 것이 가지는 의미가 아니라 장애가 있음에도 불구하고 아이를 원하는 여성이 장애를 어떻게 극복해가는가이다. 임신을 시도하는 과정은 곧 장애를 이겨내는 과정으로 등치되며 장애와 불임은 비정상이기 때문에 극복해야만 한다는 규범은 재확인된다. 이 속에서 장애 여부와 상관없이 아이를 낳을 수 있는 여성의 권리는 주장되지 않고, 장애를 극복하여 아이를 낳는 것이 진정한 ‘모성’으로만 나타난다.

또 한 편에서는 ‘장애가 있는 아이’는 미리 알아내야 하는 것이 당연한

의료행위가 되고 있다. 현재 이루어지고 있는 많은 ‘산전진단’은 태아의 질병과 기형 여부를 가려내는 것에 초점이 맞춰져 있다. 병원의 입장에서는 기형아가 출생했을 경우에 이를 알아내지 못한 의료적 책임을 지고 싶지 않아하기 때문에 많은 ‘산전진단’을 권유하며 실제로 임신 과정에서 임산부들은 매뉴얼화된 진단들을 모두 응하게 된다. 초음파검사와 때로는 양수검사를 통해서 이루어지는 이 검사들은 모두 태아의 염색체 이상과 기형을 진단하기 위한 목적으로 시행되고 있다. 특히 35세 이상의 여성들은 고령산모로 분류되어 기형아 임신의 가능성이 있는 집단으로 간주되어 세세한 검사들을 받게 된다. 양수검사와 같은 경우에는 감염의 위험이나 유산의 확률도 높은 위험한 시술임에도 불구하고, 완벽한 진단을 내려주는 것은 아니다. 그럼에도 불구하고 기형아 출산에 대한 많은 불안을 지니고 있는 여성과 가족들은 검사를 시행하게 되며, 이를 통해 보다 더 건강하고 완벽한 아이를 낳을 수 있는 병원의 광고는 많아져만 간다. 특히 최근에 이루어지고 있는 착상전 유전자 진단(PGD)는 이러한 산전진단을 배아의 단계로 소급하여 적용하는 기술이다. 이를 옹호하는 사람들은 배아의 단계에서 유전질환을 검사해내기 때문에 낙태를 할 위험성을 줄여주며, 그렇기 때문에 보다 더 안전하고 좋은 기술이라고 주장한다. 그리고 이를 반대하는 사람들은 배아도 태아와 같은 생명체이기 때문에 배아를 선별하여 이식하는 행위는 낙태와 같다고 주장한다. 하지만 산전진단이 문제인 이유는 생명인 배아를 죽이는 것 자체에 있는 것이 아니라 어떠한 기준으로 배아를 선별하여 폐기하는가에 있다. 질병과 장애가 있을 수 있는 배아를 선별하는 것이 당연하게 이루어지는 것은 현 사회 존재하는 장애인 차별이 표출된 결과이며 점점 더 엄격하게 세분화되고 있는 정상과 비정상의 구분들 속에서 정상의 범주에서 조금이라도 벗어나면 태어나지 말아야 하는 존재가 된다는 것을 의미한다. 산전진단에 대한 이러한 비판은 낙태에 대한 여성의 권리를 주장해왔던 페미니스트들의 주장과 모순된다는 비판도 제기 된다⁵⁷⁾. 하지만 현재 이루어지고 있는 착상전 유전자 진단을 적극적으로 유포하고 기술을 정당화 시키는 주체는 임신을 한 여성이 아니라

57) 구인회, 2005, 『생명윤리, 무엇이 쟁점인가』, 아카넷.

여성의 몸을 실험의 대상이자 재료로 생각하고 있는 과학자들, 그리고 이를 통해서 이윤을 찾고자 하는 의료자본가들이다. 이들이 만들어내고 있는 복잡한 이해관계의 구조를 파악하지 않고 마치 개별 여성이 착상전 유전자 진단을 통하여 낙태를 실행하는 것으로 여기는 것은 현실과 맞지 않을 뿐 아니라 착상전 유전자 진단이라는 기술 자체가 내포하고 있는 다양한 문제들을 낙태금지를 통하여 덮어버리려고 하는 것과 같다. 낙태에 대한 여성의 권리는 아직 주어진 적 없는 권리이며 주장되어야 하는 권리이다. 임신과 출산에 개입하는 사회적인 어려움들 속에서 여성들이 독자적인 영역을 확보할 때에 이 권리는 성립할 수 있다. 착상전 유전자 진단에 반대한다는 것의 의미는 여성들이 자신의 전 일생 속에서 안전한 사회적 지지를 받으면서 임신과 출산을 결정할 수 있을 때, 고려할 수 있는 여러 요소들 중에 유전적 질병과 기형이 낙태를 결정할 수 있는 가장 중요한 요소가 되어서는 안 된다는 것이다.

새로운 불임치료기술은 위와 같이 사회적으로 정상이라고 여겨지는 범주를 더욱 강화시키는 역할을 하고 있으며, 이는 생식세포의 거래에서도 나타난다. 생식세포 거래 자체에 대한 비판들이 대두되고 있지만, 그 틀은 여전히 인간이 ‘신’의 영역을 얼마나 침범할 수 있는지에 초점이 맞춰져 있다. 서구 기독교 전통 속에서 생명은 신의 영역이기 때문에, 이에 도전하는 과학기술의 발전은 인간의 오만함으로 여겨지게 된다. 하지만 현재 생명 윤리가 더욱 쟁점화 해야 하는 부분은 정자와 난자가 인간과 동등한 권리를 가지고 있는가 혹은 배아가 가지는 권리가 어떤 것인가 하는 것 이전에 정자와 난자, 배아가 사회적으로 어떠한 의미와 위치를 가지고 있는가이다. 왜냐하면 난자와 자궁, 배아의 상품화는 인간의 생명을 돈을 거래한다는 점도 문제시 되지만 이 거래를 만들어내는 힘은 구체적인 인종, 계급, 민족, 성별에 따른 인간들 사이의 위계적 질서이며, 이에 따라 거래되는 생식세포는 기존의 위계를 더욱 명시적으로 공고히 하기 때문이다.

4.2.3 국가발전과 여성의 몸

한국 사회에서 불임치료기술은 국가가 주도적으로 지원해온 생명공학기술과 함께 발전해왔다. 시험관 아기 기술이 주목받을 수 있게 된 것은 그것이 불임 치료에 획기적인 시도인 동시에 생명의 발생을 연구할 수 있는 기술이었기 때문이었다. 불임전문병원들은 배아생성 연구소를 함께 운영하고 있으며 자신들의 연구 성과를 홍보하며 연구의 발전 상황을 병원의 경쟁력으로 제시하고 있다. 불임치료기술의 발전은 곧 국가 경쟁력의 지표로 이용되었으며, ‘바이오산업’에 대한 기대효과가 부각되면서 이에 대한 정부의 적극적인 지원이 이루어져왔다. 국가발전의 전략으로 김대중 정부에서 IMF 위기를 극복하는 수단으로 IT를 집중지원하였지만 노무현 정부에 와서는 이에 더하여 BT가 ‘미래성장동력산업’으로 연구개발 면에서 더 많은 국가지원을 받게 되었다(김환석, 2006). 또한 황우석의 줄기세포연구 관련 경제적 가치는 향후 10년간 33조에 이를 것이라는 과학기술정책연구원의 보고서가 보도된 이후에 황우석은 국민 과학자의 기대를 받게 되었으며 많은 사회적 지지를 받게 되었다. 하지만 황우석의 연구결과가 거짓임이 판명됨에 따라서 연구에 사용된 난자와 배아의 출처에 대해서 묵인할 수 없는 상황에 놓이게 되었고 이에 따라 국가의 개입과 조사가 시작되었다. 2006년 11월 보건복지부는 [황우석 연구의 난자수급과정 등 생명윤리 관련사항 조사결과] 발표를 통해 난자가 어떻게 유통되고 연구에 사용되고 있는지가 밝혀지게 되었다. 2002년 11월 28일부터 2005년 12월 24일까지 4개의 불임클리닉에서 119명의 공여자로부터 138회에 걸쳐서 총 2,221개의 난자가 황우석의 연구에 제공되었다.⁵⁸⁾ 또한 난자 제공자 중 23명은 불임치료를 받던 중 약값이나 시술비를 할인해주겠다는 이야기를 듣고 시험관시술을 위해서 채취된 난자의 일부를 제공하였다.⁵⁹⁾ 이는 생명공학기술의

58) 보건복지부, 2006년 11월, 「황우석 연구의 난자수급과정 등 생명윤리 관련사항 조사결과」, 보건복지부.

59) 금전보상을 받고 난자를 제공한 여성은 63명이었으며, 연구원 2명, 불임여성 23명, 그리고 자발적 기증자가 33명이었다. 이 중 자발적 기증자들은 가족의 난치병 치료를 위한 것이었으며, 소아 당뇨병환자 어머니회를 통해서 제공받기도 하였다.

발전이 불임치료기술과 밀접한 관련이 있음을 보여준다. ‘황우석 사태’ 이후 불임클리닉이 제대로 관리가 되고 있지 않기 때문에 이와 같은 문제가 발생할 수 있었다는 문제제기들이 이어짐에 따라서 정부에서는 1985년 최초의 시험관시술이 성공한 이후 배아의 현황에 대한 조사가 처음으로 이루어졌다. [배아보관 및 제공 현황 조사결과]⁶⁰⁾에 의하면 한국사회에서 냉동보관중인 많은 배아들이 존재한다는 것이 알려졌는데, 불임치료기술로 인하여 발생하게 되는 배아를 어떻게 다루어야 하는지에 대한 사회적 합의나 논의의 필요성을 촉발하였다. 하지만 불임치료기술로 인하여 발생하는 여러 문제들은 그 자체로 의미 있게 다루어지고 있기 보다는 생명공학기술의 발전을 해치지 않는 범위 내에서 다루어져야 하는 것으로 여겨지고 있다. 이는 시험관시술에서 발생하는 난자에 대해서 어떻게 사고하고 있는가에서 명확하게 나타난다. 금전을 목적으로 한 상업적 난자 매매에 대해서는 생명윤리법에 위배되는 것으로 명확하게 밝히고 있지만 시험관시술시 발생하는 잔여 난자를 활용하는 방안에 대해서는 추후 고민해봐야 한다고 여지를 남겨둬으로써, 매매된 난자와 재생산을 위해서 만들어진 난자를 구별하여 사고한다.

다만, 불임치료 또는 연구용 목적으로 사용될 난자를 얻으려면, 위험이 따르고 많은 비용이 소모되는 난자 채취과정을 새로이 밟는 것보다는, 기왕에 불임 치료 목적으로 채취되어 쓰이지 않고 남은 잔여 난자를 활용하는 것이 더 바람직하다는 주장에 제기될 수 있으며, **입법론으로 고려될 문제**라고 판단 (강조 원문)⁶¹⁾

여기서는 잔여 배아에 대해서도 쓸모없어서 버려진 것들이기 때문에 연구용으로는 가장 윤리적인 재료라고 말하고 있는 과학자들의 주장과도 일맥상통한다.⁶²⁾ 불임시술시 발생할 수밖에 없는 잔여 난자와 잔여배아를

60) 이는 한국에서 시험관시술이 성공한 지 20년 만에 국가에서 처음으로 조사를 실시한 것이다.

61) 보건복지부, 2006년 11월, 「황우석 연구의 난자수급과정 등 생명윤리 관련사항 조사결과」, 보건복지부.

62) 이는 현재 경제체제에 의해 생겨난 산더미 같은 쓰레기를 문제 삼아 재활용을 강조하고 쓰레기

이용해서 연구를 통해서 또 다른 이윤을 창출하고자 하는 견해는 ‘폐기물’을 재활용하자는 환경운동을 차용함으로써 정당성을 확보하고자 하지만, 잔여난자가 만들어지고 있는 것 자체에 대해서는 문제 삼지 않는다. 불임시술시 잔여난자가 많이 발생하는 것은 과배란을 통해서 많은 수의 난자를 추출하는 시술이 불임클리닉에서 일상적으로 이루어지고 있기 때문이다. 과배란시의 부작용이나 위험성에 대한 지적과 규제가 이루어지는 것이 아니라, 성공률을 높이기 위해서는 당연한 방법으로 여겨지기 때문에 과배란을 해내야 하는 여성의 문제는 가려지고, 여성과는 독립되어 따로 남겨진 난자를 어떻게 처리해야하는 문제만이 남겨지게 된다. 잔여난자에 대한 제도적 입장은 2007년 4월 30일 입법 예고된 「생식세포 관리 및 보호에 관한 법률 제정안」에도 명시되어 있다.

생식세포 기증의 제한 (안 제13조 내지 제17조)

- 미성년자와 출산 전 여성의 생식세포 기증 금지. 단, 본인의 불임 치료 목적으로 채취한 난자를 기증하는 경우는 출산 전 여성의 기증이 가능
- 특정인을 대상으로 지정 기증 금지. 단, 불임환자 또는 환자의 친족으로 기관위원회 심의·승인을 받은 경우는 가능하나, 8촌 이내의 일부 혈족간의 기증은 금지
- 난자 기증 횟수를 제한하고 복지부장관이 정한 일정 기간이 지나야 다시 난자를 기증할 수 있도록 함
- 연구 목적용 난자 기증은 원칙적 금지. 단, 잔여난자를 기증하는 경우 또는 희귀·난치병 연구를 위해 해당 질병을 가진 자가 기관위원회 심의·승인을 받고 기증하는 경우는 가능

이는 앞으로 연구를 위한 난자확보는 불임시술시 발생하는 잔여난자를 통해서만 가능하다는 것을 밝히고 있다. 미성년자와 출산 전 여성의 생식세포 기증의

생산을 최소화하려 했던 일부 환경운동의 목표가, 전 세계적으로 제조업에 흡수되고 점점 그 의미가 전도되어 갔다는 사실이 지금 생명공학산업에도 적용되고 있음을 보여준다. 보다 자세한 내용은 사라 섉스톤, 2006, 「윤리나 경제냐? 건강이나 부냐? 실험실의 난자를 넘어서」, 『여/성이론』 15호: 144-184을 참조.

금지와 난자기증의 금지는 여성의 몸과 건강을 보호하기 위한 취지라기보다는 임신할 수 있는 여성의 재생산 능력을 보호하고자 하는 의도가 더 크게 작용한다. 이는 여성에게 가장 중요한 것은 자신의 아이를 낳는 것이기 때문에 미성년자와 출산 전 여성은 자신의 난자를 기증할 수 없으며, 자신의 불임치료를 위해서만이 난자를 추출하여 기증할 수 있음을 밝히고 있음을 알 수 있다. 많은 시술 예를 가지고 있는 불임클리닉들이 배아연구와 관련된 연구소를 함께 운영하고 있는 상황에서 불임치료를 시 발생하는 난자와 배아가 연구를 위해서 사용될 것이라는 사실은 쉽게 추측할 수 있으며 한국의 생명공학기술의 발전 이면에는 불임클리닉이 임상 실험의 장이자 실험 재료의 공급처 역할을 하고 있다는 점을 다시 한 번 알 수 있다. 생명의료기술의 발전으로 인하여 불임치료기술이 발전할 수 있었으며 더 많은 불임치료가 이루어질수록 생명공학기술의 발전에 기여하게 될 것이다. 게다가 국가가 제도적으로 생명의료기술과 생식세포에 대한 지원과 규제를 함으로써 불임클리닉과 생명공학산업의 관계는 더욱 밀접해지게 될 것이다. 이러한 상황 속에서 잉여의 원천인 난자는 여성의 몸으로부터 분리되어서 사고되며, 여성의 몸은 재생산을 위한 수단으로서 어떠한 최소한의 규제도 없는 상태에 놓이게 된다.

제5장 결론

현재 한국사회에서 불임치료 산업은 많은 이윤을 추구하면서 확장되어가고 있다. 불임치료산업은 불임클리닉에서 이루어지는 인공수정이나 시험관아기 시술과 같은 불임치료와 이 시술들이 이루어지기 위해서 필요한 난자·정자·대리모의 거래 산업, 불임을 해결하기 위한 여러 보조의료기구와 의약품산업을 포함한다. 최근 불임치료산업은 관광산업과 결합하여 불임치료관광의 형태로 추진되고 있으며 원정출산과 결합되어 합법적으로 성감별을 통해서 아이를 낳을 수 있는 통로를 만들어내는 등 기존의 다른 산업들과 결합하여 더욱 확장되어가고 있다.

하지만 이러한 불임치료시술의 과정은 실패할 확률이 높고 그 과정이 불임여성의 전인격적인 몰입을 통해서 이루어지기 때문에 불임여성을 쉽게 피폐하게 만들기도 한다. 기적과도 같은 성공이라는 신화들은 널리 보도 되지만 10번 이상의 시험관아기 시술을 오 년 넘게 받는 과정에 대해서는 주목하지 않는다. 하지만 이러한 많은 어려움을 동반하는 불임치료시술은 보다 더 일상적인 시술이 되어가며 더 많은 사람들이 시술을 받기 위해서 병원에 모여들면서 점차 확대되어 가고 있다. 이는 불임치료시장에서 새로운 수요를 창출하고자 하는 의료전문가들과 저출산을 해결하고자 하는 국가의 담론이 함께 만나 모성과 가족의 가치를 중시하는 담론을 적극적으로 유포하는 것에 영향을 받고 있다. 또한 이보다 더 중요한 것은 재생산기술을 이용할 수 있는 것이 여성의 선택권의 확장이자 재생산의 권리로 여겨지고 있다는 점이다. 여성들은 여러 다양한 보조생식기술을 통해서 이윤을 추구하는 산업망 속에서 아이 낳기라는 과업을 수행하게 되는데 이를 여성의 선택과 기회의 증대로 의미화 하는 의료담론 속에서 아이 낳기의 고통스러운 과정을 온전한 자신의 노력과 희생으로 전환하기 때문에 이에 대해서 저항하지 않게 된다.

그리고 저출산의 해결을 위한 국가의 제도적인 요청은 개인 여성에게 직접적으로 아이를 낳아야 한다는 압력으로 다가오지는 않는다. 이는 이미 의료담론 속에서 아이를 낳는 것은 의무가 아니라 선택으로 인지되기 때문에 국가의 제도적 지원은

더욱 확대되고 강화되어야 하는 것이지 자신의 권리를 침해하는 것으로 다가오지 않기 때문이다. 현재의 의료산업과 국가제도는 아이가 없는 여성의 가치를 더욱 낮은 것으로 여기고 이들의 고통을 더욱 강조한다. 그리고 이 속에서 불임을 극복하기 위해서 스스로의 몸을 분절시키고, 변환하고, 실험하도록 내맡기는 것은 숭고한 모성적 가치를 획득하기 때문에 사회적 승인과 보상이 이루어진다. 이러한 구조 속에서 모성의 도구화와 재생산의 상품화는 더욱 활발하게 이루어질 수 있으며, 가장 직접적이고 물질적인 조건으로서 임신과 출산을 해내는 여성의 몸 자체는 여성의 자아로부터 탈각되어진다. 불임치료산업은 바로 이 여성들의 의지적인 재생산노동을 바탕으로 하여서 만들어지며 시술에 실패하더라도 끝없이 다시 시도하고자 하고자 하는 적극성과 자발성으로부터 이윤창출의 원동력을 얻는다. 또한 정상과 비정상의 경계를 나누어서 비정상을 규정하고 비정상의 질병화를 통하여 이를 치료하는 산업을 발전시키고자 하는 의료화 과정은 불임의 영역에서도 나타난다. 의학적으로 정의하기 어려운 원인불명의 불임을 보조생식기술을 통하여 시급하게 해결해야 하는 것으로 바꾸어 놓음으로써 많은 여성들을 불임의 범주 안에서 ‘위험인자가 있는 산모’로서 의료적 처치를 받게 된다.

그렇기 때문에 이 속에서 재생산권의 확보는 의료기술에 대한 보다 많은 정보의 제공과 시술의 전 과정에 능동성을 확보하는 것으로 이루어질 수 없다. 의료기술에 대한 많은 정보는 불임여성들이 이미 적극적으로 학습하고 있는 영역인데 의학 지식과 정보를 더 많이 알고 있다는 것이 곧바로 재생산권을 확보하는 것으로 이어지지 않는다. 불임여성 스스로 성공률을 높이는 지식을 가장 중요하게 여길 수밖에 없는 상황에서 정보의 습득은 불임치료기술에 더욱 몰입하는 결과를 가져오기 때문이다. 오히려 더 많은 문제제기가 이루어져야 하는 부분은 불임치료기술의 끝없는 사용을 ‘어쩔 수 없는’ 것으로 여기는 것이다. 남편을 비롯한 가족들과 국가의 재생산 압력으로부터 여성들이 일정 정도의 자유를 확보하지 못한 상태에서 불임치료기술은 적극적으로 받아들여야 하는 것 이상의 의미를 가지기 어렵기 때문이다. 또한 시술을 처음 시작한 것이 자발성이라 한다면 이를 중지하는 것도 쉽게 이루어질 수 있어야 한다. 하지만

11번의 시험관아기기술에 실패 하고도 그 속에서 벗어나기 어려운 것은 여성에게 결정권이 주어져 있지 않음을 뜻한다. 아이가 없는 상태는 어떠한 방식으로든 이겨내거나 극복해야 하는 상태가 아니라, 다양한 삶의 방식 중에 하나가 되어야 불임치료기술을 자발적으로 선택했다고 이야기 할 수 있다. 하지만 현재 한국의 상황에서 불임치료기술은 여성이 재생산과 관련하여 선택할 수 있는 기회를 증대시켜주는 것이 아니라, 협소한 의미의 소비 가능한 선택지들만을 제시하고 있으며, 이는 오히려 재생산권을 확보하기 위한 걸림돌이 된다.

또한 불임치료를 통해서 발생한 난자와 배아는 연구에 사용되기도 하고 불임치료를 위해서 난자와 자궁이 거래되고 있다. 이 속에서 시급히 던져야 하는 질문은 배아의 생명권을 어떻게 보장할 것인가 혹은 난자공여자의 권리를 어떻게 보장할 것인가 보다는 왜 많은 수의 난자와 배아가 만들어지고 있는지 그리고 난자공여자를 왜 필요로 하는지에 대한 질문이다. ‘불임부부의 고통’은 자연스럽고 어쩔 수 없는 것을 전제로 받아들여지기 때문에 이 속에서 끝없는 기술에 제한을 가할 수 있는 주체가 없으며 반복적인 기술과 성공률을 높이하고자 하는 욕구로 인하여 더 많은 난자와 배아는 만들어지게 된다.

이러한 상황 속에서 재생산권의 확장은 더 많은 여성에게 기술을 이용할 수 있는 기회를 제공하는 것으로서 이루어질 수 없다. 의료기술담론은 기술발전과 이로 인한 불임 극복의 ‘가능성’을 강조하며, 계속해서 여성들이 의료적 재생산노동을 할 수 있도록 추동하고 있다. 따라서 현 상황에서 여성의 재생산권을 확장하기 위한 방식은 신기술이 유포하는 ‘가능성’ 담론에 비판적으로 접근하고 기술이 가지고 있는 불완전성에 주목하여, 여성들이 수행하고 있는 의료적 재생산노동에 ‘한계’를 설정하는 방식으로 나아가야 한다.

참고문헌

- 강명자, 2006, 『시험관 아기? 자연임신!』, 느낌이 있는 책.
- 강희선, 이미중, 2004. 「여성의 불임 경험 - 체외수정 실패 경험자를 중심으로 -」, 『여성건강간호학회지』, 제 10권 2호: 119-127.
- 공병혜, 2004, 「여성주의 시각에서 본 여성의 몸과 재생산기술」, 『간호학 탐구』, 13권 1호
- _____, 2004, 「여성주의 윤리와 생명윤리」, 『범한철학』, 제32집 2004 봄.
- 구영모, 2004, 『생명의료윤리』, 동녘.
- 구인회, 2005, 『생명윤리, 무엇이 쟁점인가』, 아카넷.
- 김세웅, 2006, 『아기를 기다리는 부부를 위하여』, 샘터.
- 김은실, 2001, 「한국 여성의 출산문화」, 『여성의 몸, 몸의 정치학』, 또 하나의 문화.
- _____, 「“아들 낳기”와 여성 주체성」, 『여성의 몸, 몸의 정치학』, 또 하나의 문화.
- 김현진, 장연집, 2004. 「30대 불임여성의 미술치료 체험연구」, 대한여성건강학회.
- 김희경, 1999. 「불임 여성의 사회적 지지와 불임 스트레스」, 『여성건강간호학회지』 제 5권 1호: 30-42.
- 노승옥, 배경진, 김정아, 1998, 「불임여성들의 일반적 특성 및 가족 갈등에 관한 연구」, 간호과학.
- 데보라 L. 스파, 2007, 『베이비 비즈니스』, 한스 미디어.
- 로리 앤드루스, 도로시 넬킨, 2006, 『인체시장』, 궁리.
- 로지 브레이도티, 2001, 「어머니, 괴물, 기계」, 케티 콘보비, 나디아 메니다, 사라 스탠베리 편, 2001, 『여성의 몸, 어떻게 읽을 것인가? : 성의 상품화 그리고 저항의 가능성』, 한울.
- 루스 허바드, 1994, 『생명과학에 대한 여성학적 비판』, 이화여자대학교 출판부.
- 마리아미즈, 반다나 시바, 2000. 『에코페미니즘』, 창작과 비평사.
- 명진숙, 2005, 『생명공학기술에 대한 여성의 입장』, 환경과 생명.
- 문시영, 2001, 『생명복제에서 생명윤리로: 테크놀로지 시대의 책임적 생명윤리』, 대한기독교서회.

- 문신용, 2007, 「체외수정시술의 최근 연구동향」, 『보건산업기술동향』 2007 봄-여름호.
- 매들린 케인, 이한중 역, 2003, 『무자녀 혁명』, 북키앙.
- 박소영, 2006, 「‘현실적인 대책’이 궁금하십니까?」, 『여/성이론』 15호: 108-112.
- 박영숙, 이은희, 1997, 「재생산적 신체: 임신과 출산의 현실」, 『여성과 사회』 8호.
- 박용운, 2004, 「불임 여성의 몸을 통해 본 재생산 기술의 정치학 -시험관 아기 시술을 중심으로 -」, 『여성건강』 제 5권 2호: 45-70.
- 배경진, 노승옥, 김정아, 1999, “불임여성의 고독감 수준에 관한 연구, 대한간호학회지.
- 배은경, 2004, 「한국사회 출산조절의 역사적 과정과 젠더」, 서울대학교대학원 박사학위논문
- 백영경, 2006, 「생명윤리를 넘어서: 난자 거래의 현실과 여성주의적 개입」, 『여/성이론』 15호: 113-127.
- 사라 섹스톤, 2006, 「윤리냐 경제냐? 건강이나 부냐? 실험실의 난자를 넘어서」, 『여/성이론』 15호: 144-184.
- 양현아, 2005, 「여성 낙태권의 필요성과 그 함의」, 『한국 여성학』 제 21권 1호: 5-39.
- 오정진, 1997, 「법에 나타난 낙태문제」, 『여성과 사회』 8호: 94-119.
- 유정희, 2001, 「과시즘 국가와 여성」, 『페미니즘연구』 창간호.
- 앤드류 김브렐, 1995, 『휴먼 보디숍 : 생명의 엔지니어링과 마케팅』.
- 앨리스 D.도마, 2006, 『아름다운 기다림』, 가람기획.
- 에밀리 마틴, 2001, 「여성의 몸에 관한 의학적 비유: 월경과 폐경」, 케티 콘보비, 나디아 메니다, 사라 스탠베리 편, 2001, 『여성의 몸, 어떻게 읽을 것인가? : 성의 상품화 그리고 저항의 가능성』, 한울.
- 자넬 테일러, 2006, 「‘생명과학기술’과 ‘여성의 몸’: 위험한 개념들?」, 『여/성이론』 15호: 185-206.
- 윤정로, 2000, 『과학기술과 한국사회』, 문학과 지성사.
- 외르크 블레흐, 2003, 『없는 병도 만든다』, 생각의 나무.
- 이반 일리히, 2004, 『병원이 병을 만든다』, 미토.
- 이영희, 2000, 『과학기술의 사회학』, 서울 아카데미.
- 이원돈, 2006, 『희망이 생명을 만든다』, 한울림.
- 이재경, 2004, 「한국 가족은 '위기'인가?: '건강가정' 담론에 대한 비판」, 『한국여

성학』, 20권 1호.

임종식, 2007, 『과학의 발전과 윤리적 고민』, 라이프사이언스.

자나 소위키, 1995, 「7. 어머니 길들이기-페미니즘과 새로운 재생산 테크놀로지」, Foucault, Michel, 황정미 역, 1995, 『미셸 푸코, 섹슈얼리티의 정치와 페미니즘』, 새물결.

정상기, 명재진, 2003, 『생명과학기술의 응용과 기본권보호적 한계』, 집문당.

조영미, 2004, 「출산의 의료화와 여성의 재생산권」, 『한국여성학』, 20권 3호.

조주현, 1998, 「페미니즘과 기술과학: 대안적 패러다임 모색을 위한 해러웨이 읽기」, 『한국 여성학』 제 14권 2호.

_____, 2005, 「생명공학과 여성의 행위성 : 시험관아기 시술과 배아복제 연구 사이에서」, 『과학기술학연구』, 5권 1호.

차광렬·최동희, 2001, 『불임, 치료에서 출산까지』, 여성신문사.

하정옥, 2006, 「한국 생명의료기술의 사회적 관리 미비와 재생산의 비가시화: 체외수정기술 자료 구성의 국제 비교를 중심으로」, 『여성학 논집』 제 23집 1호: 141-188.

_____, 2007, 「한국 생명윤리 담론의 탈젠더성에 대한 비판」, 『페미니즘연구 2007 봄호』, 7권 1호: 211-238

황나미, 2007, 「한국의 출산율 저하와 불임 대처를 위한 정책적 지원방안」, 『보건산업기술동향』 2007 봄-여름호.

_____, 2007, 「한국의 출산율 저하와 불임 대처를 위한 정책적 지원방안」, 『불임연구동향』, 보건산업진흥원.

외국문헌

Alan Wertheimer, 1992, *Two Question About Surrogacy and Exploitation*. Princeton University Press.

Elizabeth S. Anderson, 1990, *Is Women's Labor a Commodity?*. Princeton University Press.

Catherine Waldby, 2004, "Blood and bioidentity: ideas about self, boundaries and risk among blood donors and people living with Hepatitis C", *Social Science & Medicine* 59(2004): 1461-1471.

Catherine Waldby, Melinda Cooper, 2008, "The Biopolitics of reproduction Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour", *Australian*

- Feminist Studies*, Vol.23, No.55, March.
- Gillian Youngs, 2000, *Political Economy, Power and the Body: Global Perspective*, Macmillan press.
- Kathleen Peters, Debra Jackson and Trudy Rudge, 2007, "Failures of reproduction: problematising 'success' in assisted reproductive technology", *Nursing Inquiry* 14(2): 125-131
- Kenneth D. Alpen, 1992, *The Ethics of Reproductive Technology*, Oxford University Press.
- Lara M. Knudsen, 2006, *Reproductive Rights in a Global Context*, Vanderbilt.
- Mary Anne Warren, 1988, "IVF and Women's Interests: An Analysis of Feminist Concerns", *Bioethics* 2 November 1.
- Mary Lyndon Shanley, 1993, *Surrogate Mothering and Women's Freedom: A Critique of Contracts for Human Reproduction*, The University of Chicago Press.
- Marcia C. Inhorn, Frank Van Balen, 2002. *Infertility around the globe*, University of California Press.
- Marcia C. Inhorn, 2003, *Local Babies, Global Science*, Routledge.
- Michelle Stanworth, 1987, *Reproductive Technologies*, Polity Press.
- Mirian Ulrich. Ann Weatherall, 2000, "Motherhood and Infertility : Viewing Motherhood through the Lens of Infertility", *Feminism Psychology* Vol.10: 323
- Cheryl de Lacey, 2002, "IVF as lottery or investment: contesting metaphors in discourses of infertility". *Nursing Inquiry* 9(1) :43-51.

법률, 정책보고서 자료

- 강임옥, 박종연, 김경하, 최기춘, 2006년 10월, 「저출산 시대의 임출산부 지원을 위한 건강보험서비스 강화방안」.
- 대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 1998, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 1994년」, 대한산부회지 제41권 제1호 1998.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 1999, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 1996년」, 대한산부회지 제 42권 1999.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 2001, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 1998년」, 대한산부회지 제44권 제10호 2001.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 2002, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 1999년」, 대한산부회지 제45권 제10호 2002.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 2004, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 2001년」, 대한산부회지 제47권 제12호 2004.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 2005, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 2002년」, *Korea Journal of Obstetrics and Gynecology Vol.48 No.12*.

대한산부인과학회 인공수태시술 의료기관 심사소위원회, 2006, 「조사보고서 한국 보조생식술의 현황: 2003년」, *Korea Journal of Obstetrics and Gynecology Vol.49 No.12*.

보건산업육성사업단 생명윤리팀, 2006년 5월, 「2005년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과」, 보건복지부.

보건산업육성사업단 생명윤리팀, 2007년 12월, 「2006년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과」

보건복지부, 「2006년도 불임부부지원사업안내」, 보건복지부.

보건복지부, 2006년 11월, 「황우석 연구의 난자수급과정 등 생명윤리 관련사항 조사결과」, 보건복지부.

보건복지부, 2007년 4월, 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 전부개정법률안」, 보건복지부.

보건복지부, 2007년 4월, 「보건복지부 공고 제 2007-155호: 생식세포 관리 및 보호에 관한 법률 개정안 입법예고」, 보건복지부.

윤태기 외, 2006, 「불임시술 성공률 증가를 위한 시술기관 질관리 및 평가시스템 구축」, 포천중문의과대학교 건강증진사업지원단.

조윤애, 최윤희, 2005년 3월, 「의료산업 인프라 현황 및 문제점」, 산업연구원.

한국보건사회연구원, 2003년 1월, 「우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구」, 한국보건사회연구원.

최윤희, 2007년 6월, 「바이오산업의 2020 비전과 전략」, 산업연구원.

학술토론회 자료집

민주화를 위한 전국교수협의회, 2006, '황우석 사태로부터 무엇을 배울 것인가?'
시민과학센터, 2007, '한국의 과학기술 민주화: 회고와 전망', 시민과학센터 10주년 기념 심포지엄.
한국여성민우회, 한국여성학회, 2006, '여성의 몸 집중 포럼 1차' 자료집.
한국여성학회, 2006, '출산지원정책과 여성의 재생산권' 자료집.

웹페이지 자료

마리아병원 www.mariababy.com
차병원 여성의학연구소 www.chaimc.co.kr
삼성제일병원 www.smc.or.kr
미즈메디병원 불임센터 www.ivf-mizmedi.com
아기모 www.agimo.org
아가야 www.agaya.org

용어해설

새로운 재생산 기술 [NRT : New Reproductive Technologies]

- 보조생식기술과 비슷한 의미로 사용되지만 페미니스트들이 새로운 재생산 기술이라고 사용할 때는 인공수정도 포함하여, 인공적인 방식의 수정이 이루어지는 모든 경우를 말한다.

보조생식기술 [ART : Assisted Reproductive Technologies]

- 보조생식술은 난자를 인위적으로 채취해서 하는 모든 기술을 지칭한다. 보조 생식술의 종류로는 시험관아기술, 난자 내 정자 주입법, 생식 세포 난관 내 이식술, 접합자 난관 내 이식술, 냉동보존 배아 이식과 공여 난자 이용 등이 있다.

인공수정 [AI, AID : Artificial Insemination by Donor]

- 인간에게서 인공수정은 불임 기술 중 한 가지로 사용된다. 특히 남성의 정자에 문제가 있을 때 주로 사용하는 방법이다. 남성에게서 정액을 얻은 후 보관하고 있다가, 수정이 필요한 여성의 생식주기에 맞추어 자궁을 열고 정액을 넣는 방식으로 진행한다.

체외수정 [IVF : In Vitro Fertilization]

- 말 그대로 시험관 안에서 수정이 이루어지도록 하는 방식이다. 체외수정이 정확한 표현이지만 한국에서는 시험관아기 기술로 알려져 있다. 체외수정은 난관이 폐쇄되었거나 소멸된 여성을 위해 실시되었으나, 성불능의 남자를 위해서도 이용되고 있다. 최근 이 기술은 점차 발달되어 냉동 저장된 정자를 이용할 수 있게 되었다. 난자와 정자를 시험관에서 수정시켜야 하기 때문에 체외수정은 보조생식기술의 꽃으로 불리며 새로운 기술들을 계속 발전시켜나가고 있는 분야이다. 정자와 난자를 어떻게 조작하는가, 어떠한 환경을 조성하는가, 난자를 어떻게 냉동시켜서

보관하는가와 같은 기술들이 체외수정을 성공시키는 데에 핵심적인 기술이 되기 때문이다. 또한 체외수정이 이루어지면서 불임전문병원에서 과학자들의 역할이 커지게 되었다. 난자의 추출과 배아의 이식은 의사의 역할이지만, 수정을 시켜서 배아를 만들어 내는 것은 과학자의 역할이기 때문이다.

착상 전 유전자검사 [PGD]

- 시험관시술을 할 때, 착상 전에 배아의 유전자를 검사하는 기술을 말한다. 보통 집안에 유전병이 있거나 습관성 유산인 여성에게 실시하는 검사인데, 이 검사를 통해서 아이의 성을 선택할 수 있기 때문에 새로운 성감별 기술로 이용되고 있다. 한국에서는 2006년 13개 기관이 시행할 수 있다고 답하였으며, 222예가 시행되었다.

<부록1> 국가별 불임치료기술에 대한 법률

	영국	이스라엘	이집트	독일	덴마크	남아프리카공화국	플로리다
정자공여	기증허용, 보상금은 불법	기증허용	기증금지	기증허용	기증 및 판매허용	기증 및 물품 지급 허용	기증허용, 동의한 남편이 친부
난자공여	기증허용, 보상금은 불법	기증 허용, 소요 경비 보상	기증금지	기증 금지	기증을 허용하지만 개수에 제한을 둠	기증 및 물품 지급 허용	기증허용, 합리적인 보상은 허용
시험관 아기기술	허용, 국립의료보험에서 부분 보조	허용, 국립의료보험에서 전액 보장	결혼한부부허용. 보험 보장 전혀 없음	사실혼부부허용. 국립의료보험에서 보장	사실혼부부허용. 국립의료보험에서 전액 보장	계약 조건 없이 허용, 보험 보장 없음	허용, 보험회사는 제외수정 보장
대리출산	결혼한부부허용, HFEA의 규제를 받음.	결혼한부부, 미혼 대리모허용, 보건부가 규제.	금지	금지	금지	관련법률 없음	계약을 주도한 부부에게 친권이 있음, 보상은 금지
PGD	허용, HFEA의 규제를 받음	허용, 지역 당국의 감독을 받음	허용	금지	금지	허용	해당법률없음
복제	치료목적의 복제 허용, HFEA의 규제를 받음	금지, 줄기세포 사용은 보건부의 규제를 받음	금지	금지	금지	관련법률없음	해당법률없음
입양	허용	허용	금지	허용	금지	허용	독립입양, 광고, 배상허용

<부록 2> 국가별 불임부부지원 현황 비교

구분		독일	일본	호주	프랑스	미국	기타
지원 대상	법적 혼인	○	○	-	-	-	
	연령	여성(25-40세) 남성(25-40세)	연령제한 없음		여성(43세이하)	여성(21-41세)	
	소득 수준		부부합산 소득650만엔(약65백만원)				
	자녀 유무				자녀유무와 상관없이 지원		
지원 수준	지원 횟수	시험관아기(3회) 인공수정(6-8회)		시험관아기(6회)	시험관아기(4회) 인공수정(6회)	시험관아기(3-4회)	네덜란드,캐나다(3회),이스라엘(자녀 2명 출생시까지)
	지원 금액	50%	정액제 1년 10만엔 상한으로 2년 지급	85%	100%	정액제: 난자 채취 시술(일생동안 4회 일리노이즈)	캐나다 덴마크 네덜란드(100%), 오스트리아 (70%) 영국(임상조건에 맞는 23-29세 여성에게 시험관아기 1회 시술)
	건강 보험지원	○			○		

ABSTRACT

'Infertility treatment Industry' and The Politics of Reproduction in South Korea

Kim, Sun Hye

Dept. of Sociology

The Graduate School

Yonsei University

The aim of this study is to cast light on how the infertility treatment industry has developed in Korea and how this has affected the reproductive rights of women. In 2005, 110,000 Korean women were diagnosed as sterile, and the number of treatment executions has leaped to 465,932, quadrupling from 112,835 in 2000. Currently, there is more to the infertility treatment industry as to merely call it medical practice. It is developing as an industry together with other businesses outside the clinic such as the medical equipment industry, medicine industry, cell trafficking, and even medical tourism exploiting the legal differences between borders. This research focuses on experiences of women undergoing these treatments and presents the kind of moral intervention that is required in this child breeding process based on clinical labor.

For the purpose of this research the following methods were used:
I examined documentation on the status of infertility treatments and

relevant policies, did participatory observation in three major infertility clinics located in Seoul, South Korea, and conducted in-depth interviews. Eleven women who have taken infertility treatments, medical staffs including doctors and nurses working in infertility clinics ,and activists working in related organizations took part in these interviews.

Despite the low success rate, high costs, and physical risks on the women's body, infertility treatment is becoming increasingly popular. The interests of various parties have converged in expanding the industry. Medical experts found opportunities for a new source of profit in the industrialization of infertility treatment. The state attempts to solve the problem of low-birth rate by emphasizing motherhood and the ideology of "normal families." At the same time, women desire set free from the society's pressure to reproduce by overcoming infertility. Moreover, the government's support program for in-vitro fertilization has lowered the cost for these treatments, expanding the industry and the derivative market based on the infertility treatment technology is growing, even drawing in the fertile couples.

While undergoing procedures that cost more than three million Korean Won each time, pregnancy becomes an obsess to the women. Since the success rate of treatment procedures is between 10% and 35%, it is difficult to accomplish a desired result within a single trial, and infertile women tend to take practices repetitively until they conceive. The reason why only few of them quit after their first trial, is because the willingness to tolerate economic and physical hardship is almost unlimited in these treatments. In order to achieve pregnancy, women take part in

the treatments by actively providing clinical labor. During this process, numerous surplus egg cells and embryo cells are produced and accumulated. While some of them are disposed of, some are used to get other women pregnant, and some for research purpose. These factors sustain and stir up the infertility treatment industry. As long as patients can conceive a child, they are willing to pay whatever it costs, and are also willing to take therapies repetitively, as the success rate is quite low. Women's reproduction is the source of surpluses that occur in infertility treatments and women take part in the procedure by actively providing clinical labor.

There has been discussions about how to protect the rights of embryos or egg donators under these circumstances. However, it should be questioned first how the system of the infertility treatment industry, which is the market demanding these abundant residues of surplus egg and embryo cells, is operating. This thesis demonstrates that, as the source of surpluses, women's body has been the foundation of the infertility treatment industry and that infertility treatment technology has developed based on the clinical reproductive labor.

Key words: Technology, Reproduction Technology, Medical Industry, Biotechnology, Bioethics, Clinical labor, Gender, Infertility, egg donor, Reproductive rights