



박아름 모두를위한낙태죄폐지공동행동, 한국성폭력상담소 활동가

I. 들어가는 글

2021년 1월 1일, ‘낙태죄’는 효력을 잃었다. 형법 제269조 제1항과 제270조 제1항 중 ‘의사’에 관한 부분은 헌법재판소 2019. 4. 11. 선고 2017헌바 127 헌법불합치 결정에 따라 개정시한이 지나 더는 적용되지 않는다. 이로써 한국은 캐나다에 이어 두 번째로 임신중지 비범죄화를 이룬 나라가 되었다. 그동안 수많은 여성·시민들이 ‘낙태죄’ 폐지를 외치며 싸워온 결과다.

‘낙태죄’ 폐지 운동이 본격적으로 촉발된 것은 국가가 산아제한정책에서 출산장려정책으로 전환하고 2010년 프로라이프 의사회가 임신중지 시술 병원을 고발하면서 사실상 사문화된 법이었던 ‘낙태죄’가 다시 규제로 작동하기 시작한 일명 ‘낙태 고발 정국’부터였다. 이후 2010년 임신·출산결정권을 위한 네트워크 연대체 결성, 2012년 『성폭력 피해로 인한 인공임신중절수술 지원실태 및 개선방안 연구

(한국성폭력상담소·전국성폭력상담소협의회)』, 2013~2014년 ‘낙태죄’ 관련 법 개정을 위한 연속포럼, 2016년 활동가, 연구자, 변호사, 의사들로 구성된 성과재생산포럼 결성과 ‘낙태죄’ 폐지를 위한 검은 시위 등이 이어졌다. 2017년에는 모두를위한낙태죄폐지공동행동 연대체가 발족하여 현재까지 다양한 활동을 지속하고 있다. 한편, 2016~2019년에는 익명 여성 모임 비웨이브(BWAVE)의 주최로 임신 중단 전면 합법화를 위한 검은 시위가 19차에 걸쳐 진행되었다. 2017년에는 “낙태죄 폐지와 자연유산 유도약(미프진) 합법화 및 도입”을 촉구하는 청와대 국민청원에 235,372명이 참여했고, 2020년에는 “낙태죄 전면 폐지와 여성의 재생산권 보장”을 요구하는 국회 국민동의청원이 10만 명의 동의로 성립되었다.

지난 십여 년간 ‘낙태죄’ 폐지 운동은 단순히 ‘결정권’에 대한 요구를 넘어 ‘성과 재생산 건강 및 권리’, ‘평등’, ‘사회정의’에 대한 요구로 확장되었다.

“진짜 문제는 ‘낙태죄’다”, “낙태가 죄라면 범인은 국가다”라는 구호는 국가가 ‘처벌과 허용’이라는 이원화 체계를 이용해 인구 정책에 따라 성과 재생산 권리를 통제해온 역사를 비판적으로 드러냈다. 용기 있게 자신의 경험을 이야기하는 여성·시민들이 늘 어났고, 다양한 경험담을 통해 시대, 나이, 결혼 여부, 성 정체성, 장애, 병력, 사회경제적 조건과 상황 등에 따라 성과 재생산 건강 및 권리가 침해되어온 현실이 구체적으로 밝혀졌다. 이는 여성계뿐 아니라 의료, 법률, 노동, 장애, 종교 등 각계 시민사회에서도 각자의 관점으로 ‘낙태죄’ 폐지를 추구하고 성과 재생산 권리 운동에 참여하는 변화를 만들어냈다.

수십만 여성·시민들의 연대와 투쟁은 ‘낙태죄’ 헌법불합치 결정을 이끌어 냈고, ‘낙태죄’를 존치하려는 정부와 국회의 법 개정 시도를 개정시한까지 저지해 마침내 임신중지 비범죄화를 이뤄냈다. 그러나 국회에는 ‘낙태죄’ 전면 폐지 내용을 담은 4개 발의안과 1개 국회 국민동의청원도 제출되어 있음에도, 단순히 ‘낙태죄’ 효력 상실에 따른 비범죄화를 넘어서 실질적으로 성과 재생산 건강 및 권리를 보장하는 입법적 진전이 이루어지지 못한 점은 아쉽다. 이 글에서는 ‘낙태죄’ 폐지 이후 성과 재생산 건강 및 권리 보장을 위한 주요 과제를 살펴보고, 모두를 위한 성과 재생산 권리 운동이 앞으로 나아가야 할 방향을 제시하고자 한다.

2. ‘낙태죄’ 폐지 이후 성과 재생산 건강 및 권리 보장을 위한 주요 과제

1) 유산유도제 공적 도입과 국가필수의약품 지정

흔히 ‘미프진(Mifegyne)’이라는 상품명으로 알

려진 유산유도제는 미페프리스톤(mifepristone)과 미소프로스톨(misoprostol) 성분으로 이루어진 각 정제들을 병행해서 복용하는 경구용 의약품이다. 한국에는 2015년 다큐멘터리 영화 <파도 위의 여성들(Vessel)>을 통해 비로소 대중에게 알려졌지만, 실제로는 1988년 프랑스에서 처음 도입된 이후 현재 미국, 영국, 중국 등 전 세계 70여 개 국가에서 승인하고 사용하고 있는 오랜 역사가 있는 의약품이다. 세계보건기구(WHO)는 2005년부터 미프진을 필수 의약품으로 지정했고, ‘안전한 인공임신중절을 위한 가이드라인’에서도 임신 초기인 12주까지 가장 안전한 방법으로 약물적 방법을 권고했다.

미페프리스톤은 월경의 원리를 이용해 임신중지를 유도하는 약물로, 임신을 유지하는 호르몬 프로게스테론(Progesterone)의 작용을 방해해 월경이나 자연유산 상태처럼 몸을 속여 임신중지에 이르게 한다. 미페프리스톤의 안정성과 효과는 이미 전 세계적으로 30년 이상 사용·연구되면서 수십만 명의 자료를 토대로 입증되었다. 그러나 한국은 그동안 ‘임신중지는 불법’이라는 이유로 미페프리스톤 도입을 막고 약물 임신중지 관련 정보나 연구를 등한시해왔다.

미소프로스톨은 자궁수축을 일으키고 자궁경부를 부드럽게 만들어 자궁 내 물질 배출을 돕는 약물이다. 한국에서는 ‘싸이토텍’ 등의 상품명으로 판매되고 있으나, 식품의약품안전처(이하 ‘식약처’)는 미소프로스톨의 적응증을 ‘위궤양 치료제’ 용도로만 허가하고 있다.

보건복지부와 식약처는 지난 2020년 12월 말 토론회와 보도자료 등을 통해 ‘낙태죄’ 개정시한 경과에 따라 “21.1.1.부터 인공임신중절 의약품 도입이 가능해”지며, 제약회사 등의 허가 신청이 있는 경우 다른 의약품에 우선하여 “허가·심사를 신속하게 진

행”하겠다고 밝혔다. 일견 반가운 소식이지만, 유산 유도제는 안전한 임신중지를 보장하기 위해 반드시 도입되어야 함에도 제약회사의 허가 신청만 기다리는 수동적인 태도에는 아쉬움이 남는다.

적극적으로 유산유도제를 도입하고자 한다면 한국에서 곧바로 사용할 수 있는 미소프로스톨의 적응증을 임신중지까지 확대하고, 미페프리스톤이 제약회사를 통해 수입되기 전까지 한국회귀·필수의약품센터를 통해 긴급도입 의약품으로 공급하는 등의 대안도 추진해볼 수 있을 것이다. 특히 온라인을 통해 출처나 성분을 알 수 없는 약물이 불법 유통되고 있는 현실을 고려하면, 하루속히 신뢰할 수 있는 공적 공급망으로 유산유도제를 제공할 필요가 있다.

한편, 민간 제약회사는 수익에 따라 약물의 공급 여부, 공급량, 가격 등을 결정하는데, 유산유도제의 생산·공급을 제약회사에 전적으로 맡긴다면 시장의 상황과 이윤 논리가 약물 임신중지에 대한 접근성과 결정권을 불안정하게 만들 위험이 있다. 코로나19 팬데믹을 통해 드러났듯이 재난 위기 상황에서 약물 공급이 무기한 중단될 수도 있다. 따라서 성과 재생산 건강 및 권리를 보장하려면 유산유도제를 국가필수의약품으로 지정하고 안정적인 공급 체계를 마련해야 한다. 현재 해외 각국에서는 코로나19 팬데믹에도 임신중지를 필수 의료서비스로 보장하기 위해 불필요한 규제를 완화하고 유산유도제 접근성을 높이는 대안을 마련해가고 있다.

유산유도제를 도입하려면 처방 주체, 원내약/약국처방약 여부, 복용 방법 등에 관한 구체적인 논의도 이루어져야 한다. 2018년 국민투표를 통해 임신중지 합법화를 이룬 아일랜드는 약물 임신중지에 대한 접근성을 높이기 위해 임신 9주 이내이면 1차 의료기관의 일반의(General Practitioner, GP)도

약물을 처방할 수 있도록 규정하고 있다. 유럽국가 중에서 가장 먼저 임신중지 합법화를 한 영국은 2018년 8월부터 약물 복용지침을 바꿨다. 기존 지침은 약물을 처방받은 의료기관에서 첫 번째 약물인 미페프리스톤을 복용하고 일정 시간 이후 의료기관을 재방문해 두 번째 약물인 미소프로스톨을 복용해야 했는데, 변경된 지침은 당사자가 두 번째 약물을 집에서 복용할지 의료기관에서 복용할지 선택할 수 있다. 의료기관에 여러 번 방문해야 하는 시간적·지리적 어려움을 줄이고, 두 번째 약물 복용 이후 귀가 과정에서 통증, 합병증, 심리·정서적 불안감 등으로 발생하는 사고 위험을 예방하기 위해서다.

한국의 경우 아직 구체적으로 논의된 방침은 없다. 식약처는 “인공임신중절 의약품은 안전사용을 전제로 하여 허가”할 예정이라고 밝혔는데, ‘안전’은 물론 중요하지만, 이를 명목으로 불필요하거나 과도한 규제를 두어 ‘접근성’을 낮춰서는 안 될 것이다.

2) 임신중지 관련 의료행위와 의약품 건강보험 적용

건강보험 적용은 임신중지를 공적 의료서비스로 보장하기 위한 필수 과제다. 건강보험이 적용되지 않는 비급여 의료비는 소위 ‘부르는 게 값’으로 개인이 전액 부담해야 한다. 그동안 음성적으로 이루어져 온 임신중지 시술 비용은 투명한 기준 없이 의료기관마다 다르게 책정되어왔고 주수에 따라 수십만 원에서 수백만 원, 심지어는 수천만 원에 달했다. 여러 경험담에 따르면, 경제적 상황에 맞는 의료기관을 찾지 못한 여성들은 돈을 빌리거나 아르바이트 등을 해 시술 비용을 마련해야 했다. 그 과정에서 사기, 폭력 등 범죄 피해에 노출되기도 했다. 비용

마련을 위해 시간이 지체될수록 건강상의 위험은 커지고 시술 비용은 더욱 증가했다.

건강보험이 적용되면 일관된 기준에 따라 건강보험 수가와 본인부담금 비율을 책정하며, 개인의 경제적 부담을 덜어 불필요한 시술 지연을 방지하고 누구나 나이, 소득수준, 사회적 신분 등과 관계없이 시의적절하게 임신중지 서비스를 제공받도록 지원할 수 있다. 모두에게 평등하게 권리를 보장하려면 건강보험 혜택을 받지 못하는 이주민, 저소득 취약계층 등을 위한 지원 대책도 마련해야 한다.

1988년부터 임신중지 비범죄화를 유지해온 캐나다의 건강보험 체계에 따라 임신중지 비용을 전액 지원한다. 유산유도제도 건강보험을 적용해 무상으로 제공하며, 필요한 경우에는 교통비나 숙박비 등 실비도 지원한다. 해외 연구에 따르면, 2016년 기준 임신중지가 합법화되어있고 조사 가능한 80개국 중에서 34개국이 임신중지 서비스를 공공의료체계 내에서 무료 제공하고 있다.¹⁾ 2018년 임신중지 합법화가 된 아일랜드까지 포함하면 총 35개국으로, 전체 국가 중 40% 이상이 임신중지를 필수적인 의료서비스로 보장하며 전액 지원하고 있다.

반면 한국은 여전히 대부분의 임신중지에 건강보험을 적용하지 않는다. 기존 정책에 따라 현행 모자보건법 제14조에 해당하는 예외적인 경우²⁾에만 건강보험을 적용한다. 보건복지부는 이미 임신중지 비범죄화가 이루어졌음에도 “형법과 모자보건법이 개정되어야 건강보험정책심의위원회에서 논의할 수 있다”라며 건강보험 적용 확대를 검토하지 않고 있다. 법 개정 없이도 충분히 논의할 수 있는 상황인데 보수

적인 태도로 국가의 책임을 방기하고 있는 것이다.

한편, 현재 합법적인 임신중지 수술에 대한 건강보험 수가가 너무 낮다는 지적도 있다. 보건복지부에 따르면 평균 10~20만원 정도인데, 그동안 음성적으로 이루어져온 시술 비용과 비교하면 현저히 낮은 비용일 뿐 아니라 실제 의료현장에서 임신중지 수술에 투입되는 자원을 고려해도 비현실이라는 분석이다. 건강보험 수가를 조정하지 않고 건강보험 적용만 확대한다면 합법적인 임신중지 서비스를 제공하려는 의료기관은 감소할 것이라는 우려도 제기된다. 실제로 성폭력 피해 상담 현장에서는 모자보건법상 허용 사유에 해당해 합법적인 임신중지를 할 권리가 있는 성폭력 피해자에게 의료기관이 ‘기록을 일절 남기지 않겠다’라며 고가의 불법 시술을 권유하는 사례를 마주해왔다. 임신중지에 대한 사회적 낙인을 해소해 환자가 불법 시술로 유입되는 동기를 없애는 동시에 수술적 방법, 약물적 방법, 주수 등에 따라 현실적인 수가 기준을 마련해 의료기관이 안전하고 합법적인 의료서비스를 제공하도록 독려할 필요가 있다.

3) 의료인 교육·훈련 보장

지금까지 의료인들은 임신중지를 ‘낙태죄’, ‘비도덕적 진료행위’ 등으로 규제하는 법과 현실 속에서 불충분하고 왜곡된 교육·훈련을 받아왔다. 심지어 산부인과 전문의 교육과정에서도 임신중지를 가르치지 않았다고 한다. 형법상 ‘낙태죄’는 사라졌지만, 당장 임신중지 서비스를 제공해야 하는 의료인들은

1) Daniel Grossman et al., “Public funding for abortion where broadly legal”, Contraception, 2016.

2) 임신 24주 이내, 수술만 ① 본인이나 배우자의 유전성 질환, ② 본인이나 배우자의 전염성 질환, ③ 강간 또는 준강간에 의한 임신, ④ 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간 임신, ⑤ 보건과학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있는 경우

임신중지 관련 의술, 해외 동향 및 최신 연구 자료, 내담자에게 꼭 안내해야 하는 정보와 내담자가 활용할 수 있는 지원책, 내담자와 상담할 때 필요한 대화의 기술 등을 제대로 알지 못하는 상황이다. 하루속히 의료인에게 임신중지 관련 교육·훈련 기회를 제공하고 실제 의료현장에서 참고할 수 있는 매뉴얼 또는 가이드라인을 배포해야 한다.

소파술 외 약물 사용 방법 등 기술적인 교육·훈련도 중요하지만, 특히 임신중지에 관한 의료인들의 인식을 점점 개선하는 교육·훈련이 시급하다. 현재 의료인들은 임신·출산을 전제로 하는 표현과 의료 서비스에 너무 익숙해져 있다. 예를 들어 임신 검사에서 양성 반응이 나왔을 때 “축하합니다”라고 말하거나 내담자를 “엄마”, “예비 엄마” 등으로 표현하는 관례가 흔하다. 이러한 환경에서 임신중지는 보편적 권리로 인식되기 어렵다. 임신중지를 ‘위기 임신’, ‘불쌍한 여성 구제’라는 관점으로 바라보는 태도도 문제다. 내담자의 결정을 경청하고 신뢰하고 존중하는 대신 의료인의 판단에 따라 상담이 이루어지기 때문이다. 임신중지를 원하는 내담자에게 “그 정도 위기는 극복할 수 있으니 출산하라”고 설득하는가 하면, 내담자가 아직 결정을 내리지 않았음에도 (특히 청소년, 장애인 등인 경우에) 당연히 임신중지를 할 것이라고 예상하거나 “신중하게 결정하라”며 은연중에 임신중지를 권유하기도 한다.

의료인이 내담자에게 편견 없이 적절한 정보와 최선의 의료행위를 제공하고 특정 선택을 중용하거나 유도하지 않도록 명확한 상담 원칙을 마련해야 한다. 2019년 법 개정을 통해 임신중지 비범죄화를

이룬 맨섬(영국 자치령)은 국가가 인권 보장을 위한 상담 지침을 발행해야 한다고 규정하고 있다. 이에 따르면 상담은 공정하고 공평해야 하며 개인적인 판단을 포함하지 않아야 한다. 2020년 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 세어 SHARE가 발간한 『상담자와 의료인을 위한 임신중지 가이드북 : 곁에, 함께』는 상담의 네 가지 원칙으로 ▷ 경청하기, 예단하지 않기, 성찰하기, ▷ 내담자를 신뢰하고 존중하기, ▷ 내담자와 스스로를 분리하기, ▷ ‘실패’로 받아들이지 않기를 제시한다.³⁾

4) 보건의료체계 및 인프라를 재정비 · 마련

통계청 표시과목별 의원 수 현황에 따르면, 2018년 기준 전국 산부인과 1,311개소 중 394개소가 서울에 집중되어 있고, 가장 적은 세종특별자치시는 6개소, 전라남도 19개소에 불과하다.⁴⁾ 또한, 건강보험심사평가원과 통계청 자료에 따르면, 2020년 기준 전국 250개 시·군·구 중 인구 1,000명당 산부인과 전문의가 0명인 지역은 11개, 1명 미만인 지역은 237개에 달하며, 2.08명 이상인 지역은 단 한 개도 없다.⁵⁾ 정부는 이른바 ‘분만취약지’를 선정해 지원하고 있으나, 오로지 ‘분만’을 중심으로 실태조사와 지원을 하고 있어, 성과 재생산 건강 및 권리 전반에 대한 의료 실태를 조사하고 지원하는 정책은 찾아보기 어려운 실정이다.

의료인프라가 부족한 지역에 거주하는 여성·시민들은 임신중지가 필요한 경우 장시간 장거리를 이동해야 한다. 만약 학교나 직장에 다니고 있거나 다른

3) 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 세어 SHARE, 『상담자와 의료인을 위한 임신중지 가이드북 : 곁에, 함께』, 2020.

4) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35001_A016

5) <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2002383>

자녀를 돌봐야 해 시간을 내기 어렵다면, 장애가 있거나 교통편이 취약해 멀리 이동하기 어렵다면, 접근성은 더욱 낮아진다. 임신중지뿐 아니라 산부인과 진료가 필요하거나 응급상황이 발생하는 상황에도 마찬가지다. 공공의료를 강화하고 의료인프라 재정비·마련해 지역 격차를 해소해야 한다.

의료기관 간 연계가 원활히 이루어지도록 보건의료 체계도 개선해야 한다. 의료기관은 부득이한 사정으로 임신중지 시술을 할 수 없다면, 내담자에게 필요한 정보를 제공한 후 시술을 할 수 있는 다른 의료기관으로 연계할 수 있어야 한다.⁶⁾ 영국의 대표적인 임신중지 서비스 제공기관인 BPAS는 필요한 경우 가까운 의료기관끼리 협업하여 단계별로 나눠서 임신중지 서비스를 제공하기도 한다.

의료기관뿐 아니라 관련 지원기관(민간/공공기관, 상담소, 쉼터, 지원센터 등)과의 연계 체계도 구축해야 한다. 내담자가 성폭력·가정폭력·성매매 피해자나 아동·청소년, 이주민, 장애인 등인 경우, 출산 후 입양 또는 한부모 가정으로서 양육을 원하는 경우 등 다양한 상황이 발생할 수 있는데, 의료기관은 각 상황에 맞게 내담자와 소통하고 적절한 지원기관을 연계할 수 있어야 한다. 연계가 어렵다면 적어도 내담자에게 지원기관을 안내하고 관련 정보를 제공할 수 있어야 한다.

특히 한국어를 잘 모르는 이주민의 건강과 권리를 보장하기 위해서는 다국어 정보 제공 체계가 마련되어야 한다. 아일랜드의 임신중지 관련 핫라인 My option은 영어를 사용하지 못하는 사람들을 위해 12개 언어로 안내 책자를 제공하며, 임신중지 서비스 제공기관인 IFPA는 자체 펀딩을 통해 내담자 통역 서비스를 제공한다.

5) ‘낳을 권리’와 ‘낳지 않을 권리’가 보장되는 노동·교육 환경 마련

현재 한국의 노동·교육환경은 ‘낳을 권리’와 ‘낳지 않을 권리’를 충분히 보장하지 못하고 있다. 정부는 수십 년째 ‘저출산 대책’을 외치고 있지만, 청년들은 ‘N포 세대(연애, 결혼, 출산을 비롯해 N가지의 것들을 포기한 세대)’를 자처한 지 오래다.

통계청에 따르면, 여성의 경력단절 사유는 2020년 기준 육아 42.5%, 결혼 27.5%, 임신·출산이 21.3%로, 응답자 150만 명 중 63.8%가 임신·출산·육아로 인해 일을 그만둔 것으로 나타났다.⁷⁾ 설령 일과 육아를 병행하더라도 ‘워킹맘은 책임감이 없다’, ‘육아는 엄마 책임’이라는 성차별적 시선으로 이중 부담에 시달리는 사례가 많다.

비혼모⁸⁾의 노동환경은 더욱 가혹하다. 육아·정

6) 현행 의료법은 제15조에 따라 정당한 사유 없는 의료인의 진료 거부를 금지하고 있다. 보건복지부는 진료거부의 정당한 사유로 > 의사가 부재중이거나 질병으로 인해 진료할 수 없는 경우, > 병상, 의료인력, 의약품, 치료재료 등 인력·시설·장비 등이 부족해 새로운 환자를 진료할 수 없는 경우, > 예약된 진료 일정으로 인해 새로운 환자를 진료할 수 없는 경우, > 고난이도의 진료를 수행할 전문지식 또는 경험이 부족한 경우 등을 예시로 들며, 최종적인 위·적법여부의 판단은 명확한 사실관계 및 정황을 바탕으로 판단하게 된다고 밝히고 있다. 한편, 정부는 2020년 ‘낙태죄’ 관련 모자보건법 개정안에서 ‘의사의 개인신념에 따른 인공임신중절 진료 거부를 예외적으로 인정’하는 조항을 신설해 시민사회로부터 강력한 비판을 받았다. 해당 개정안은 국회를 통과하지 못해 법적 효력이 없다.

7) http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=3039&board_cd=INDX_001

8) ‘미혼(未婚)모’는 결혼을 하는 것이 ‘정상’이라는 전제로 ‘아직’ 결혼하지 않았다는 차별적 의미를 담고 있다. 따라서 통계 및 연구 자료를 인용할 때는 원문 표현을 그대로 쓰되, 그밖에는 결혼하지 않은 상태를 중립적으로 나타내는 ‘비혼(非婚)모’로 표현했다. 한편, 마치 ‘미혼모’는 원치 않는 임신을 한 여성이 결혼하지 않고 출산을 한 것이고, ‘비혼모’는 결혼하지 않겠다고 결정한 여성이 자발적 의지로 임신·출산을 한 것이라고 구별해서 해석되는 경향이 있다. 이로 인해 ‘비혼모’라는 표현이 자칫 ‘미혼모’가 경험하는 차별과 편견, 결혼을 결정하기 어려운 맥락과 현실을 가릴 수 있다는 비판도 있다.

책연구소가 2019년 발표한 『육아지원정책 현안과 과제』에 따르면, 초등학생 이하 자녀를 둔 재가양육 미혼모 300명 중 43.3%가 “편견이나 차별로 취업이 어렵다”고 응답했고, 41.0%가 “돌봄공백 등으로 다니던 직장을 그만둔 경험이 있다”고 응답했다. “편견 및 부당대우로 직장을 그만둔 경험이 있다”는 응답도 21.3%였다.⁹⁾

반면 여성 비율이 높고 일반적으로 인력 부족, 높은 업무 강도, 권위주의적인 조직문화 등의 특성이 있는 직장에서는 소위 ‘임신순번제’라는 관행이 존재한다. 여성에게 임신 시도 또는 임신·출산을 하는 순번을 정해주고 이를 어기면 출산휴가를 허락하지 않거나 임신중지를 강요하는 등 불이익을 주는 것이다. 민주노총 전국보건의료산업노동조합이 2018년 발표한 『2018년 보건의료노동자 실태조사』에 따르면, 3년 이내 임신·출산을 경험한 간호사 6,163명 중 34.1%가 “임신결정이 자유롭지 못하다”고 응답했다. 그 이유로는 “동료에게 업무가 가중되기 때문에”가 50.4%로 가장 많았고, “부서 분위기가 눈치가 보여서”가 24.4%, “부서 내 임신을 준비하고 있는 동료가 있어서”가 21.4%, “불이익을 받을 수 있어서”가 3.9%로 나타났다.¹⁰⁾

한편, 현행 근로기준법은 사용자가 임신 중인 여성에게 유산·사산 휴가를 주어야 한다고 규정하지만, 모자보건법상 허용사유를 제외한 인공유산(임신중지)은 포함하지 않는다고 명시하고 있다.

교육환경은 어떻게. 국가인권위원회가 2008년 발표한 『청소년 미혼모의 교육권 보장 실태조사』에 따

르면, 청소년 미혼모 중 87.6%는 학업을 지속하기를 원했다. 그러나 교사 중 55.9%는 “학생의 임신·출산은 징계 대상”이라고 응답했고, 75%는 “청소년 미혼모가 학교에서 다른 학생들과 함께 공부하는 것은 다른 학생들에게 위해가 된다고 생각한다”고 응답했다.¹¹⁾ 청소년의 성과 재생산 권리를 인정하지 않고, 임신·출산한 학생의 학습권을 보장하지 않는 태도다. 이러한 교육환경 속에서 임신한 학생은 사실상 ‘낳을 권리’와 ‘학습할 권리’ 중에서 어느 하나를 포기해야 한다고 강요받는다. 교육과학기술부가 2008년 발표한 『학생미혼모 실태조사 연구』에 따르면, 학생미혼모의 84.9%가 학업중단 상태였다. 학생미혼모가 생각하는 학생미혼모를 위한 정책지원 우선순위 1순위는 “학업수행 및 아기양육을 위한 경제적 지원책”이 41.1%(2순위 8.2%, 3순위 8.2%)로 가장 많았고, 이어 “학업을 계속할 수 있는 대책”도 28.4%(2순위 8.2%, 3순위 12.3%)로 나타났다.¹²⁾

국가인권위원회가 “학교에서 임신한 학생에게 학생생활규정 등을 근거로 휴학·전학·자퇴 권유 등 징계를 하는 것은 차별행위”라고 판단한 지 10여 년이 흘렀지만, 교육 현장에서는 여전히 “학생의 임신·출산은 도덕적 잘못이자 일탈”이라는 고정관념이 강하게 나타난다. 2018년 서울시교육청은 서울 소재 중·고등학교에 “학교가 ‘임신·출산·연애’를 이유로 학생을 처벌하지 못하도록 학칙을 제·개정하라”고 권고했다. 2019년 국가인권위원회는 교육부 장관에게 “학생의 임신·출산 시 산전후 요양기간을 보장하고 그 기간 동안의 학업손실에 대해 다양한 방안

9) 육아·정책연구소, 『육아지원정책 현안과 과제』, 2019.

10) https://bogun.nodong.org/xs/khwmw_5_4/496867

11) 국가인권위원회, 『청소년 미혼모의 교육권 보장 실태조사』, 2008.

12) 교육과학기술부, 『학생미혼모 실태조사』, 2008.

을 마련하여 학습권을 보장할 것”을 권고했다.

기혼 대학생·대학원생의 경우 사회적 낙인과 차별에는 비교적 자유로우나 교육환경이 열악하기는 매한가지다. 서울대학교 사회복지연구소가 2015년 발표한 『부모학생 학업-가정 양립현황』에 따르면, 전국 남녀 기혼 대학생·대학원생 281명(여성 194명·남성 87명) 중 75%가 “자녀양육 때문에 학업을 병행하기 어렵다”고 응답했고, 54%가 “아이나 가정을 위해 직업이나 학업을 포기한 경험이 있다”고 응답했다. “학업 때문에 자녀 출산을 후회해본 적이 있다”는 응답자도 37%에 달했다.¹³⁾

‘낙태죄’ 헌법불합치 결정에서 헌법재판소는 “임신·출산·육아는 여성의 삶에 근본적이고 결정적인 영향을 미칠 수 있는 중요한 문제이므로, 임신한 여성이 임신을 유지 또는 종결할 것인지 여부를 결정하는 것은 스스로 선택한 인생관·사회관을 바탕으로 자신이 처한 신체적·심리적·사회적·경제적 상황에 대한 깊은 고민을 한 결과를 반영하는 전인적(全人的) 결정”이라고 밝혔다. 즉, 임신·출산·육아가 여성의 삶에 미치는 영향이 변화하고 이를 둘러싼 다양한 상황이 바뀔 때 임신·출산·임신중지·육아 등에 관한 여성의 결정도 달라질 수 있다. 국가가 정말 출생률을 높이고 싶다면 임신중지를 금기시키는 ‘낙태죄’가 아니라 여성·시민들이 임신·출산·육아를 하고 싶은 사회를 만들어야 한다. 임신·출산·육아를 하더라도 삶의 다른 중요한 가치와 권리들을 포기하지 않을 수 있는 사회를 만들어야 하고, 그럼에도 당사자가 낳고 싶지 않다면 ‘낳지 않을 권리’를 함께 보장해야 한다.

6) 포괄적 성교육 시행

성과 재생산 건강 및 권리를 보장하려면, 모든 사람은 성생활·임신·출산·임신중지·육아 여부와 시기, 빈도, 환경 등을 스스로 자유롭게 책임감 있게 결정할 수 있어야 하며, 이에 필요한 정보와 수단을 이용할 수 있어야 하고, 그 결정 과정에 차별·강압·폭력 등이 있어서는 안 된다. 1994년 인구및개발에 관한국제회의(ICDP)에서 채택한 카이로 행동강령은 재생산권을 “모든 부부와 개인이 자녀의 수와 이에 관한 시간적, 공간적인 환경을 자유롭게 책임감 있게 결정하고 이를 위한 정보와 수단을 이용할 수 있는 기본적 권리, 그리고 그들에게 최고 수준의 성적, 재생산적 건강 상태에 이를 수 있도록 하는 것과 차별, 강압, 폭력으로부터 자유로운 재생산에 관한 결정을 내릴 권리를 포함”한다고 정의한다.¹⁴⁾

이러한 정의가 공허한 선언에 그치지 않으려면 사람들이 자신의 권리를 잘 알고 행사하며 타인의 권리를 존중하고 침해하지 않도록 교육해야 한다. 단순히 생물학적 지식을 넘어서는 포괄적이고 통합적인 성교육이 필요하다. 유네스코가 2018년 발표한 『국제 성교육 가이드』는 ▷관계, ▷가치, 권리, 문화, 섹슈얼리티, ▷젠더 이해, ▷폭력과 안전, ▷건강과 복지를 위한 기술, ▷인간의 신체와 발달, ▷섹슈얼리티와 성적 행동, ▷성과 재생산 건강을 포괄적 성교육의 핵심 개념으로 제시한다. 포괄적 성교육은 8개의 상호보완적인 핵심 개념을 중심으로 지식, 태도뿐 아니라 의사소통, 경청, 거절, 의사결정, 협상, 대인관계, 비판적 사고, 자기 인식 재고,

13) 서울대학교 사회복지연구소, 『부모학생 학업-가정 양립현황』, 2015.

14) https://www.pressian.com/pages/articles/2020110919590910051?utm_source=naver&utm_medium=search#00KU

감정이입 연습, 신뢰할 수 있는 정보 및 서비스 접근성, 낙인과 차별에 대한 저항, 권리 주장과 같은 기술을 함께 가르친다.¹⁵⁾

한국은 아직도 시대착오적이고 왜곡된 성교육에 머물러 있다. 교육부가 2015년 발표한 국가 수준의 학교 성교육 표준안(이하 '성교육 표준안')은 '자위', '성적지향' 등의 단어 사용을 금지하고 성차별적 성별 고정관념을 강화하는 내용을 담고 있어 수년째 비판받고 있다. 일선 학교 교사와 성교육 강사, 여성·청소년인권단체 등을 비롯한 시민사회에서 성교육 표준안 철회를 강력하게 요구해왔으나, 교육부는 웹사이트에서 공개된 파일을 삭제하고 일부 내용만 수정했을 뿐 여전히 성교육 표준안을 폐기도 개편도 하지 않고 있다. 심지어 일부 보수적인 학부모들과 혐오선동세력은 “피임 교육이 성관계를 부추긴다”며 구체적·실용적인 피임 교육을 반대한다. 이들은 혼인율과 초혼 연령은 높아지고 최초 성관계 연령은 낮아지고 있는 현실을 외면한 채 금욕·‘혼외순결’ 중심의 비현실적인 성교육만 주장하고 있다.

제대로 된 성교육과 피임 교육이 이루어지지 않는 상황에서 피임실천율은 떨어지고 잘못된 피임법 사용은 늘어난다. 서울대보라매병원 비뇨기과 박주현 교수팀이 2017년 발표한 한국여성의 성생활과 태도에 관한 10년간의 간격연구에 따르면, 20대·30대 한국 여성의 콘돔 사용률은 2004년 35.2%에서 2014년 11%로 감소했고, 신뢰할 수 없는 피임법 사용율은 2004년 69.4%(질외사정 42.7%, 생리주기 조절 26.7%)에서 2014년 81.2%(질외사정 61.2%, 생리주기 조절 20%)로 증가했다.¹⁶⁾ 정확한 콘돔 사

용법을 알지 못해 사정 직전에만 콘돔을 착용하거나 유통기한이 지난 콘돔을 사용하는 사람도 많다는 사실을 고려하면 콘돔 사용률이 11%에 불과하다는 것은 대단히 심각한 문제다.

한국여성정책연구원이 2017년 발표한 『임신중단(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 조사』에 따르면, 임신중지 경험이 있는 응답자 중 76.7%가 피임을 “특별히 하지 않았다”고 응답했다. 그중 63.7%는 “질외사정, 월경주기법만으로 피임이 될 것이라 생각했다”고 응답했고, 18.1%가 “파트너가 피임도구 사용을 원하지 않아서”라고 응답했다.¹⁷⁾ 교육 및 정보 부족, 의사소통 기술 부족 또는 관계의 불평등이 원치 않는 임신으로 이어진 것이다.

원치 않는 임신을 하지 않는 것, 폭력이나 불평등 없이 건강하고 즐겁게 성생활을 하는 것(또는 하지 않는 것)도 ‘낳을 권리’와 ‘낳지 않을 권리’만큼 중요한 성과 재생산 건강 및 권리다. ‘낙태죄’가 폐지되었듯, 성을 규제하고 음성화함으로써 더 큰 위험을 초래하는 낡은 성교육을 이제는 버려야 한다. 포괄적 성교육을 특히 공교육을 통해 시행해야 한다. 또한, 형식적이고 천편일률적인 성교육 표준안이 아니라 성별, 나이, 장애 등 특성에 따라 각 교육 대상이 쉽게 이해하고 실천할 수 있는 다양한 교육안과 교육 체계를 만들어가야 한다.

7) 피임접근권 확대

피임 교육과 더불어 피임접근권도 확대되어야 한다. 특히 피임에도 건강보험을 적용해야 한다. 현재

15) 유네스코, 아하!서울시립청소년 번역, 『국제 성교육 가이드』, 2018.

16) <https://www.hankookilbo.com/News/Read/201709291074245022>

17) 한국여성정책연구원, 『임신중단(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 조사』, 2017.

한국은 피임에 대해 건강보험을 적용하지 않고 있다. 콘돔은 물론 경구피임약, 응급피임약, 피임을 목적으로 하는 진료, 피임 시술(난관수술, 정관수술), 자궁내피임장치, 피하내이식장치 등도 모두 비급여 항목이다. 임신·출산 계획 없이 성생활을 하는 사람이라면 누구나 전 생애에 걸쳐 피임을 해야 하는데, 피임 비용에 대한 부담은 개인의 성과 재생산 건강 및 권리를 제약할 수 있다.

피임에 대한 지원은 원치 않는 임신을 줄이는 데 효과적이다. 프랑스는 정부가 피임약, 루프, 임플란트 등 피임 비용을 최대 65% 지원하고¹⁸⁾, 18세 이하 아동·청소년에게 익명 보장으로 피임약 등을 무료 제공한다. 당초에 프랑스는 2013년부터 15~18세 청소년에게 피임 무상 제공을 시작했는데, 이후 15~18세 청소년의 임신중지율이 2012년 1,000명당 9.5명에서 2018년 1,000명당 6명으로 감소하자, 2020년부터는 15세 미만까지 피임 무상 제공을 확대했다.¹⁹⁾

반면 한국은 청소년의 피임접근권이 심각하게 낮다. 여성가족부 고시 제2013-51호는 돌출형 콘돔, 사정지연 콘돔 등 기능성 콘돔을 ‘청소년유해물건’으로 규정한다. 기능성 콘돔은 “청소년에게 음란한 행위를 조장하는 성기구”로 “청소년의 심신을 심각하게 손상시킬 우려가 있다”고 본 것이다. 청소년에게 기능성 콘돔을 판매·대여·배포하면 청소년보호법 제58조 제3항에 따라 처벌된다. 이 행정규칙과 법 조항은 성과 관련된 것은 ‘19금’이고 피임도구는 ‘성인용품’이며 성적 쾌락은 ‘청소년에게 유해’하다는 통념을 반영·조장해 일명 ‘쾌락통제법’이라는 비판을 받고 있다. 이로 인해 청소년들은 기능성 콘돔

뿐 아니라 일반 콘돔도 구하기 어렵다. 청소년에게 일반 콘돔을 판매·대여·배포하는 것은 합법이지만, 법을 잘 모르거나 제품별로 구분하여 판매하기 번거로워서, ‘청소년이 무슨 성관계냐’라는 생각으로 불법/합법을 구분하지 않고 아예 청소년에게 콘돔을 팔지 않는 판매자가 많다. 콘돔을 구하지 못한 청소년들은 랩이나 비닐봉지를 사용해 비위생적이고 위험한 방법으로 피임을 시도하고 있다.

피임을 둘러싼 차별과 편견도 개선해야 한다. 많은 의료기관에서 비혼·무자녀인 사람에게는 피임 시술을 해주지 않으려고 한다. ‘그래도 결혼하고 애를 낳아야지’, ‘나중에 후회한다’ 등 결혼·임신·출산을 ‘정상’, ‘기본’으로 전제하고 비혼·비출산을 ‘비정상’, ‘예외’로 바라보는 사회적 인식 때문이다. 이와 같은 맥락에서, 여성의 피임 요구를 무시하는 남성들의 전형적인 말은 “책임질게”다. ‘만약 임신하면 결혼해줄 테니까 출산하면 된다’라는 뜻인데, 마치 여성에게 원치 않는 임신·출산이란 결혼하면 다 해결되는 문제라고 생각하는 것 같다. 이에 더해 여성에게만 피임에 대한 책임을 돌리면서 동시에 경구 피임약을 먹거나 콘돔을 미리 준비하는 여성은 ‘문란하다’고 낙인찍는 성차별적 이중규범은 여성이 적극적·주체적으로 피임하기 어렵게 만든다.

3. 마치며

현재 국회에는 임신중지 비범죄화 전후로 ‘낙태죄’를 전면 폐지하는 형법 개정안과 성과 재생산 건강 및 권리를 전반적으로 보장하는 모자보건법 개정

18) 건강과 대안, 『우리가 만드는 피임사전』, 2016.

19) <https://www.wedd.tv/news/articleView.html?idxno=2943>

안, 법적 장벽을 없애고 접근성을 높이기 위한 근로 기준법, 의료법, 약사법, 의료기기법, 국민건강보험법 개정안 등 관련 법안들이 발의되어 있으나 관련 논의가 미뤄져 계류 중이다.

모두를위한낙태죄폐지공동행동은 2020년 12월 31일 기자회견에서 ‘낙태죄’ 없는 2021년, 새로운 세계를 향한 10대 과제로 ▷ 유산유도제 공적 도입과 국가 필수약품 지정, ▷ 임신중지 관련 의료행위에 건강보험 적용, ▷ 의료현장 실태조사와 의료인 교육·훈련 보장, ▷ 보건의료체계 및 인프라 재정비·마련, ▷ ‘낳을 권리’와 ‘낳지 않을 권리’가 보장되는 교육환경·노동조건 마련, ▷ 포괄적이고 통합적인 성교육 시행, ▷ 피임접근권 강화, ▷ 출생·양육·입양 등 관련 법제도 개선, ▷ 임신중지로 인한 차별과 사회적 낙인 해소, ▷ 처벌이 아닌 권리 보장으로! 효력 상실한 두 조항을 비롯해 형법 제27장 ‘낙태죄’를 형법에서 전면 삭제하고 성과 재생산 권

리 보장할 국가의 책임 명시할 것을 제시했다. 이 글에서는 그중 일부 내용만 다루었는데, 그 밖에도 ‘생리대 유해물질 검출’, ‘깔창 생리대’ 등으로 필요성이 드러난 월경권 보장, 성별정정허가신청 시 생식능력 제거를 요구받는 트랜스젠더의 재생산권 보장, 장애인거주시설에서 거주인들의 성을 통제하고 강제 피임 시술까지 해온 장애인의 재생산권 보장 등 수많은 과제가 쌓여 있다.

새로운 세계는 한순간에 만들어지지 않는다. 성과 재생산 건강 및 권리 개념을 확산하고 누구나 성별, 성적 지향, 성별 정체성, 나이, 장애, 질병, 경제적 지위, 고용형태, 출신 국가, 인종, 혼인 여부, 가족형태 등과 관계없이 평등하게 성과 재생산 건강 및 권리를 보장받을 수 있도록 운동을 확장해나가야 한다. 목소리를 모으고 경험을 나누며 연대해야 한다. 그것이 바로 ‘낙태죄’ 폐지를 이뤄낸 우리들의 힘이다.