

2019 모두를위한낙태죄폐지공동행동 공개토론회

# 낙태죄폐지 2라운드



일 시 | 2019년 6월 18일(화) 오후7시

장 소 | 여의도 이룸센터 누리홀

주 최 | 모두를위한낙태죄폐지공동행동



## ■ 목 차

### 【발제】

03p... 낙태죄 폐지 이후, 새로운 세계를 상상하라!

- 나영 (모두를위한낙태죄폐지공동행동 공동집행위원장)

### 【토론】

23p... 안전한 임신중지, 어떻게 할 것인가?

- 윤정원 (인도주의실천의사협의회 여성위원장)

38p... 임신중지에 대한 여성의 자기결정권 확대가 노동권에 끼치는 영향

- 김수경 (전국민주노동조합총연맹 여성국장)

42p... 권리로 접근하는 포괄적 성교육

- 이현숙 ((사)탁틴내일 상임대표)

55p... 낙태죄가 폐지된 세상, 장애여성의 권리

- 배복주 (장애여성공감 대표)

62p... 재생산권리와 법적 과제

- 류민희 (공익인권변호사모임 희망을만드는법 변호사)

사회 문설희 (모두를위한낙태죄폐지공동행동 공동집행위원장)



【발제】

## 낙태죄 폐지 이후, 새로운 세계를 상상하라!

나영 (모두를위한낙태죄폐지공동행동 공동집행위원장)

헌법재판소의 결정 이후 어느덧 두 달여가 지났다. 그런데 아쉽게도 정부와 국회에서는 이후의 과정을 만들어가기 위한 움직임이 매우 더디게 진행되고 있다. 게다가 더욱 우려되는 것은 모두가 법에만 관심을 기울이고 있다는 점이다. 그마저도 임신중지의 허용조건과 처벌 수준을 중심으로만 논의가 집중되고 있어 낙태죄의 헌법불합치 결정이 의미하는 바, 즉 임신중지의 범죄화로 인해 그간 제대로 보장되지 않았던 제반의 권리들을 어떻게 보장할 것인지에 대한 논의는 매우 협소하게 진행되고 있다. 우리는 헌법재판소의 결정이 있기 훨씬 이전부터 유산유도제의 도입을 비롯해 정부와 국회가 의지만 있다면 얼마든지 먼저 할 수 있는 일들이 있다고 강조해 왔다. 2020년 12월을 기다려 새로운 법이 만들어지기만을 기다리지 않더라도 정책, 의료, 교육, 노동, 사회문화와 제도 전반에서 지금부터 준비해 나가야 할 과제들이 산적해 있다. 오늘 토론을 계기로 이러한 과제들이 하나하나 구체적으로 인식되고 준비되어 나갈 수 있기를 바란다.

### 낙태죄 폐지 이후를 준비한다는 것은 어떤 의미인가

구체 과제들을 제시하기에 앞서 우리에게 낙태죄 폐지 이후를 준비한다는 것은 어떤 의미인지를 짚어볼 필요가 있다. 낙태죄의 폐지는 단순히 임신중지에 대한 처벌 조항을 삭제한다는 것 이상의 의미를 지니는 일이며, 지금까지 낙태죄를 통해 유지되어 온 법과 정책의 패러다임을 근본적으로 변화시켜야 함을 의미하는 일이기 때문이다. 이번 헌법재판소의 결정문은 낙태죄의 문제를 ‘공

익으로서의 ‘태아의 생명권’ 대 ‘사익으로서의 여성의 자기결정권’이라는 대립적 구도로 두었던 2012년의 결정을 넘어 임신중지를 둘러싼 역사적, 정치사회적 맥락을 살피고 국가의 책임과 역할을 강조했다라는 점에서 중요한 의미가 있다. 이는 2012년 결정 이후 변화된 낙태죄 폐지 운동의 문제의식과 요구를 반영한 것이며 그에 따라 정부와 입법부의 책임의 폭을 넓힌 것이라고 볼 수 있다. 헌법재판소 결정문의 구체적인 의미는 그간 여러 차례 논평 등을 통해 짚었으므로 여기서는 우리가 반드시 기억해야 할 두 가지만 다시 한 번 강조한다.

첫째, 헌법재판소는 임신의 유지 여부에 대한 결정권이 자신의 “존엄한 인격권을 바탕으로 하여 자율적으로 자신의 생활영역을 형성해 나갈 수 있는 권리”에 해당되며 그에 따라 당연히 헌법적 기본권으로 보장되어야 함을 확인했다. 특히 헌법재판소는 “자기결정권은 인간의 존엄성을 실현하기 위한 수단으로서 인간이 자신의 생활영역에서 인격의 발현과 삶의 방식에 관한 근본적인 결정을 자율적으로 내릴 수 있는 권리”이며, 국가는 이를 존중하고 보호해야 할 의무를 지니므로, “어떠한 경우에도 다른 가치나 목적, 법익을 위한 수단으로 취급되어서는 안 된다.”고 강조했다. 특히 이 결정은 지난 역사에 대한 성찰을 통해 제시된 견해이니만큼, 앞으로도 임신과 임신중지, 이에 연관된 제반의 권리는 국가의 인구정책 등에 의해 함부로 침해되거나 강제되어서는 안 될 것이다.

둘째, 처벌은 실효성이 없다는 점, 따라서 실질적으로 필요한 것은 처벌을 통한 통제가 아니라 사회경제적 조건의 적극적인 개선을 통한 보장 체계와 이에 대한 국가의 책임임을 강조했다. 헌법재판소는 임신중지를 둘러싼 여성의 결정이 진공 상태에서 이루어지는 것이 아니며 임신을 유지할 경우 태어나게 될 아이와 자신의 삶의 조건들을 고려하여 이루어지는 결정이라는 점을 구체적으로 검토하고, 따라서 처벌은 임신중지 예방에 실효성이 없음을 분명히 했다. 뿐만 아니라, 제반의 사회경제적 여건과 여성들의 삶의 조건, 불평등한 성적

관계 등을 고려하지 않은 채 임신중지에 대한 전면적인 금지와 처벌로 여성들에게만 그 책임을 물음으로써 오히려 폭력적인 남성에게 의해 법이 악용되거나 여성들의 건강과 삶이 더 열악해지는 등 부작용이 크다고 지적했다. 특히 여기서 임신중지의 처벌로 인해 1) 적절한 시기에 임신중지에 관한 상담이나 교육이 불가능하고, 2) 임신중지에 대한 정보가 충분히 제공될 수 없으며, 3) 음성적으로 임신중지를 할 수밖에 없기 때문에 비싼 수술비를 내고 불법적인 수술을 받거나 심지어 해외 원정까지 하게 된다는 점, 4) 임신중지 수술과정에서 의료 사고나 후유증 등이 발생해도 법적 구제를 받기가 어렵고, 5) 수술 전후로 적절한 의료서비스나 상담, 돌봄 등을 제공받기도 쉽지 않다는 점, 6) 불법 수술을 원하는 여성은 비싼 수술비를 감당하여야 하는데, 이를 감당하지 못하는 미성년자나 저소득층 여성들이 적절한 시기에 수술을 받기가 쉽지 않고, 7) 끝내 시기를 놓쳐 임신중지를 하지 못하고 출산하는 경우 영아유기 내지 영아 살해로 이어지는 결과를 초래하기도 한다는 점 등을 구체적으로 언급한 점을 주목할 필요가 있다. 처벌로 인해 이런 부작용이 발생해 왔다면 새로운 법이 마련될 때는 이 같은 현실을 고려하여 똑같은 문제가 반복되지 않도록 입법 방향을 설정해야 하기 때문이다. 이에 대해 헌법불합치 의견을 제시한 재판관 4인은 “임신한 여성의 안위가 태아의 안위와 깊은 관계가 있고, 태아의 생명 보호를 위해 임신한 여성의 협력이 필요하다는 점을 고려하면, 태아의 생명을 보호한다는 언명은 임신한 여성의 신체적·사회적 보호를 포함할 때 실질적인 의미를 가질 수 있다.” 고 지적하고, “원치 않은 임신을 예방하고 임신중지를 감소시킬 수 있는 사회적·제도적 여건을 마련하는 등 사전적·사후적 조치를 종합적으로 투입하는 것”, “임신한 여성이 결정가능기간 중에 갈등 상황에 처했을 때 전문가로부터 정신적 지지와 충분한 정보를 제공받으면서 충분히 숙고한 후 임신 유지 여부에 대한 결정을 할 수 있도록 함과 아울러 임신·출산·육아에 장애가 되는 사회적·경제적 조건을 적극적으로 개선하는 노력을 기울이는 것” 이 실질적인 도움이 될 것이라고 강조했다.

한편, 우리는 헌법재판소의 심판 대상이 된 형법 조항의 개정을 넘어 그간 낙

태죄와 모자보건법을 통해 유지되어 온 차별적이고 가부장적인 구조와 성적 통제의 패러다임을 전적으로 뒤집을 필요가 있다. 전쟁 이후의 인구 증대와 성 풍속 단속을 목적으로 일제시대의 ‘낙태죄’를 형법에 존속시켰던 1953년부터, 반공과 경제개발, 근대화를 명분으로 하여 막대한 해외 원조를 받으면서 모자보건법을 작동시켰던 가족계획 시대, 그리고 노동 가능인구의 급속한 감소에 따른 경제적 타격을 우려하여 모자보건법에 난임 지원 관련 정책을 적극적으로 반영하기 시작한 저출산 시대에 이르기까지, 국가는 낙태죄와 모자보건법을 동시에 작동시킴으로써 인구관리와 섹슈얼리티 통제의 목적을 달성해 왔기 때문이다. 이 통제의 근간에는 부계 혈통 중심주의, 혼인한 이성애 부부를 중심으로 하는 ‘정상가족’ 중심주의, 우생학적 목적을 달성하기 위한 비장애인 중심주의가 자리하고 있다. 경제적 목표에 따라 인구를 통제하되, 부계 혈통 중심의 가족 질서를 무너뜨리지 않으면서 필요에 따라 여성의 생식능력과 임신출산 노동을 적절히 관리할 수 있도록 여성들의 섹슈얼리티를 통제할 수 있는 법적 장치들을 작동시켜 온 것, 이것이 바로 낙태죄와 모자보건법의 진짜 역사이다. 따라서 이제 우리는 단지 ‘임신을 중지할 권리’를 요구하는 것이 아니라 경제개발, 혈연과 혼인 중심의 가족제도 유지, 인구관리, 성적 통제의 역사를 끊어내고 우리의 성과 재생산 권리 전반을 제대로 보장할 수 있는 사회로의 전환을 촉구해야 나갈 것이다.

## ‘새로운 세계’를 위한 세부과제들

### Part 1. 안전과 권리를 보장하는 임신중지 환경을 위한 우선과제와 원칙들

#### 1) 인공유산유도제를 도입하고 접근성을 높여야 한다.

앞서도 언급했지만 인공유산유도제의 도입은 법 개정 이전이라도 시급히 시행할 필요가 있다. 현행법 상 허용되는 범위에서도 10주 이내의 초기 임신중지 상황이라면 약물을 통한 임신중지로도 안전하게 할 수 있기 때문이다. 또한 현



제도 많은 여성들이 인터넷을 통해 안전성이 확인되지 않은 약을 구하고, 이에 대한 정확한 정보조차 접할 수 없으며, 후유증이 발생했을 때 병원을 찾아가기 어려운 상황에 놓여있다는 점을 생각하면 유산유도제의 도입은 법 개정만 기다리고 있을 문제가 아니다. 이제는 전 세계 67개국에서 공식적으로 승인하여 사용되고 있고, 2005년에는 WHO가 미페프리스톤을 필수약품으로 지정하는 등 이미 안전성은 충분히 확인된 만큼, 이제는 공식적인 의료 체계를 통해서 복용할 수 있도록 해야 한다.

최근 업데이트 된 프로토콜에 따르면 마지막 월경 이후 70일(=10주, 기존 프로토콜은 63일=9주)까지 처방받은 약을 직접 복용하는 방식의 임신중지가 가능하며, 이 때 병원 방문은 한 번으로 충분하다.<sup>1)</sup> 병원에서 처방을 받아 미페프리스톤을 복용하고 24-48시간 후 집이나 편한 곳에서 미소프로스톨을 복용한 후 7일에서 14일 후에 전화나 방문으로 유산 여부나 건강 상태 등을 확인하면 되는 것이다. 또한 10주 이후에도 훈련받은 의료진의 관찰과 조치 하에서는 임신 전 기간 동안 약물적 방법을 통한 유산 유도가 가능하다. 약을 제공할 수 있는 자격에 대한 규제는 현재 국가마다 다른데, 대체로 9주-10주 이내에는 산부인과 전문의만이 아니라 훈련받은 의료 종사자라면 누구나 처방을 할 수 있다. 유산유도제를 도입한다면 한국의 의료체계와 의료 환경에 맞는 조건들을 만들어야 하겠지만 이 때 중요한 원칙은 누구나 빠른 시기에 약을 이용한 임신중지에 대한 선택지를 가질 수 있도록 접근성을 높이는 것, 약에 대한 정확하고 공식적인 정보를 언제 어디서나 접할 수 있게 하는 것, 가장 최신의 프로토콜을 숙지하고 있을 수 있도록 의료계 종사자들에게 업데이트 된 교육과 가이드를 제공하는 것, 복용 후 우려되는 증상이나 문제가 발생했을 때는 언제든지 병원을 찾아가서 적절한 조치를 받을 수 있도록 보장하는 것이다. WHO 가이드라인에서는 약의 복용 방법과 유산이 진행되는 과정, 그에 따른 몸의 증상과 통증, 합병증, 약물 사용 후의 성관계나 기타 활동에 관한 기본 정보를 제공하도록 하고 있으며, 관련 상담을 할 때에는 환자의 프라이버시를 보호할 것, 개인적인 신념이나 가치판단이 포함된 내용을 삼갈 것, 이해하기 쉬운 언

1) <https://www.guttmacher.org/evidence-you-can-use/medication-abortion>

어를 사용할 것, 개별적으로 필요한 사항이 있을 경우 이를 지원할 것 등을 상담의 기본 가이드라인으로 제시하고 있다. 또한 필요한 경우 철분제 등을 제공할 것과 심리 상담을 제공할 것, 성 매개 질병이나 HIV, 학대 등에 관한 사항들도 상담에 고려할 것을 제안하고 있으며, 사후 조치로서 합병증이나 후유증에 관한 관리, 피임 관련 정보나 지원을 연계할 것을 명시하고 있다.<sup>2)</sup>

## 2) 주수와 사유는 처벌이 아닌 보장을 위한 방향으로 검토되어야 한다.

현재 대부분의 법안 검토는 주로 삼분기설을 기준으로 임신 주수에 따른 처벌이나 규제 기준을 논의하고 있으나, 임신 주수에 대한 판단은 마지막 월경일을 기준으로 하는지, 착상 시기를 기준으로 하는지에 따라 다르고, 이 때 임신 당사자의 진술을 토대로 판단하는지, 초음파를 통해 판단하는지, 신체적 징후를 통해 판단하는지 등에 따라서도 달라질 수 있기 때문에 이는 법의 명확성에 있어서도 적합하지 않은 방식이며 특히 처벌 요건을 중심으로 논의될 경우 안전한 임신중지의 보장을 가로막게 될 수 있는 방식이다. 또한 흔히 22주를 태아가 독자적 생존능력을 갖추는 시점으로 평가하고 있으나 이는 일반적으로 비용과 기술을 적극적으로 투입하여 의료적 조치가 취해질 때의 가능성일 뿐 그 자체를 태아가 자력으로 생존하거나 출생 이후의 건강과 삶의 질을 보장할 수 있는 시기로 볼 수는 없다.

결국 주수를 고려하는 데 있어서 중요한 방향은 ‘언제부터, 어떻게 처벌할 것이냐’가 아니라 ‘안전한 임신중지를 위해 어떤 시기에, 무엇을 보장할 것이냐’가 되어야 한다. 초기 임신중지일수록 약을 이용한 임신중지를 포함하여 모든 방법이 가능하도록 보장하고, 보험 적용과 의료기관 등에 대한 접근성을 높이는 한편, 임신중지 시기가 늦어지는 경우에는 최선의 의료적 선택지와 건강에 미치는 영향, 분만을 하게 될 경우의 지원사항이나 고려사항 등에 대해 객관적이고 충분한 정보를 가지고 판단할 수 있도록 상담과 이에 개입하는 의료 전문인의 기준을 높이는 방향을 고려할 수 있을 것이다. 그리고 이때, 어떠

2) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>

한 시기에든지 임신중지의 필요성에 대한 여성의 진술과 요청을 최우선의 기준으로 판단해야 한다.

앞서도 강조했듯이 우리가 반드시 기억해야 할 것은 “처벌은 임신중지율을 낮추거나 안전한 임신중지를 하는 데 있어 아무 도움이 되지 않으며 오히려 더욱 열악한 조건을 만들 뿐”이라는 사실이다. 이는 임신중지의 시기에 따른 요건을 고려하는 데 있어서도 마찬가지로 적용되어야 한다. 주수에 따른 허용 사유를 구체적으로 열거할수록 입증 요건이 많아지고, 성폭력이든 사회경제적 사유이든 이를 입증하는 것은 과도한 절차를 요구하여 오히려 임신중지 시기를 늦어지게 만들기 때문에 어떤 시기, 어떤 이유에서라도 처벌은 절대 있어서는 안 되며, 만약 22주 이후의 임신중지에 대해 특정한 규제를 둔다고 하더라도 사유는 입증의 요건을 복잡하게 요구하지 않는 것이어야 한다. 일례로 맨섬(Man of Isle)의 사례처럼 “임신의 지속이 임신의 종결보다 더 큰 삶의 위험을 수반하는 경우”, “여성의 건강에 영향을 미칠 장기간의 중대한 상해를 예방하기 위해 필요한 경우”, “육체적 또는 정신적 상태 때문에 태아가 분만 전 후에 사망할 위험이 있는 경우”, “아이가 태어났을 때, 심한 장애로 인해 출생 직후에 사망할 것이 예상되거나, 심각한 손상을 입어서 아이의 수명과 삶의 질을 제한하게 될 수 있는 경우” 정도로 규정하고, 이에 대한 임신당사자의 요청과 진술, 의료진의 판단에 따라 결정하도록 할 수 있을 것이다.

2019년 2월 보건사회연구원의 실태 조사 결과에 따르면, ‘낙태의 죄’가 존재하는 지금도 이미 95.3% 여성들은 임신 12주 이내에 임신중지를 하고 있고, 평균 6.4주 이내에 하는 것으로 나타난다. 임신중지 결정이 늦어지게 될 만한 특별한 사정이 있지 않은 이상, 대부분의 여성들은 자신의 건강과 태아의 성장을 고려해 가급적 이른 시기에 임신중지를 결정하고 있는 것이다. 무엇보다, 자신의 권리와 정보, 의료기관에 대한 접근성을 제대로 보장받지 못하는 청소년일수록, 남성과의 불평등하고 폭력적인 관계에 놓이기 쉬운 조건에 있는 사람일수록, 사회경제적 취약계층일수록 이른 시기에 임신중지를 결정하지 못하는 경우가 많다는 사실을 반드시 고려해야 한다. 따라서 후기 임신중지에 대한 처벌이 법적으로 유지될 경우 이들은 더욱 열악한 조건에 내몰리게 된다. 처벌이

아니라 이들의 결정과 안전한 임신중지 요건을 보장하고, 후기일 때는 분만 후 입양 등을 고려할 수 있도록 현행 입양 정책과 출생등록제의 개선을 비롯하여 관련 정책과 사회적 요건들을 함께 변화시켜 나가는 것도 중요하다.

### 3) 상담은 의무화가 아니라 원칙과 내용이 중요하다.

임신중지를 결정할 때 이와 관련된 의료적, 정책적 정보를 얻고 그에 따라 필요한 사항들을 판단하거나 준비할 수 있도록 상담을 제공하는 것은 중요하다. 그런데 이 때 더욱 중요한 것은 앞서 약을 이용한 임신중지에 관한 단락에서 언급한 WHO의 가이드라인과 같이 상담에서 반드시 지켜야 할 원칙을 세우는 것이다. 즉, 상담은 정확하고 객관적인 정보를 중심으로 제공되어야 하며 특정 종교나 개인의 윤리적인 기준에 따른 왜곡되고 편향된 정보 제공 혹은 그에 기반한 설득이나 강요가 있어서는 안 된다는 것, 내담자의 프라이버시를 반드시 보호해야 한다는 것, 내담자의 특성에 따라 필요한 정보와 지원사항을 파악하고 내담자가 쉽게 이해할 수 있는 언어와 자료를 제공해야 한다는 것, 상담은 누구나 가까운 곳에서 편하게 접근할 수 있도록 보장해야 한다는 것, 임신중지 이후에도 상담 지원이 이루어져야 한다는 것 등의 원칙이 가장 중요하고 고려사항이 되어야 하는 것이다.

이러한 상담 원칙에 따라 어떻게 상담 체계를 세우고 접근성을 높일 것이며, 무엇을 보장할 것인지가 중요하지 이를 의무화하거나 숙려기간을 두어서 지키지 않을 경우 처벌하는 방향으로 가서는 안 된다. 오랫동안 숙려기간을 의무화해왔던 프랑스의 경우 이러한 의무조항이 오히려 임신당사자에게 불필요한 부담을 안겨주고 보다 안전한 임신중지 시기를 놓치게 만든다는 판단 하에, 2016년 첫 임신중지 요청 이후 이를 확정하기까지 의무사항으로 두었던 7일 간의 숙려기간을 제도를 폐지했다. 2012년 WHO에서 발표한 ‘안전한 임신중지를 위한 보건 체계 가이드라인’에서도 “숙려 기간은 적절한 케어를 지연시켜 안전하고 합법적인 서비스 접근을 못하게 함으로써 의사결정자로서의 여성을 무시하는 것이다. 국가는 의학적으로 불필요한 숙려기간을 없애고 지체 없이 필요

한 서비스를 받을 수 있도록 해야 한다.” 고 언급하면서 임신중지에 대한 상담과 숙려기간의 의무화 규정이 환자의 건강권을 침해하는 장벽으로 작용해서는 안 된다고 강조하고 있다.

한편, 앞서 언급한 원칙에 따라 상담 체계를 운영하고 상담을 지원할 주체를 누구로 둘 것인가의 문제도 중요하다. 현재 보건복지부나 여성가족부는 기존의 ‘위기임신지원센터’, ‘건강가족지원센터’ 등을 확대하여 활용할 계획을 염두에 두고 있는 것으로 보이나, ‘위기임신지원센터’의 경우 이명박 정부 당시 불법인공임신중절예방대책의 일환으로 시작된 것이며 ‘위기 임신’, ‘건강가족’이라는 명칭 자체가 이미 특정한 방향을 전제하고 있다는 점에서 현재의 틀을 그대로 유지하는 것은 적절치 않다. 또한 향후 상담체계는 소위 ‘임신 갈등 상황’ 차원에서가 아니라, 누구나 언제든지 찾아가서 성교육에서부터 성관계, 성 관련 건강 관리, 피임, 임신중지, 출산, 양육 등에 이르기까지 필요한 상담과 지원을 얻을 수 있는 개념으로 구축되어야 할 것이다. 무엇보다, 이러한 상담을 특정 종교 기관에 위탁하거나 종교적 신념에 따라 운영할 것이 예상되는 사업주체에게 맡겨서는 안 되며 만약 그로 인해 내담자에게 왜곡된 정보를 제공하거나 설득을 강요하는 경우, 피임 실천이나 임신중지 등을 의도적으로 방해하고 지연시키는 경우 등에 대해서는 규제할 수 있는 방안도 적극적으로 검토되어야 한다.

#### 4) 제3자의 동의보다 당사자의 ‘충분한 이해에 기반한 동의(informed consent)’가 중요하다.

현행 모자보건법은 매우 제한적인 허용조건에 해당하는 경우에만 배우자의 동의를 의무사항으로 두고 있다. 그러나 배우자, 가족, 부모 등 제3자의 동의를 의무화하는 것은 당사자의 주체성을 취약하게 하고 시급한 의사결정을 가로막는 장벽이 될 수 있다는 점에서 많은 문제를 지니고 있다.

특히 청소년의 경우 부모 동의 의무화를 당연한 것으로 전제하게 될 수 있는데, 오히려 여러 국제기구들은 성과 재생산 건강 관련 서비스 접근에서 부모

등 제3자의 동의를 의무화하는 것은 인권을 침해하는 결과를 가져올 수 있다는 점을 강조해 왔다. WHO는 ‘안전한 임신중지를 위한 보건 체계 가이드라인’에서 “지지, 정보 제공, 교육을 통해 부모의 개입을 독려해야 하지만 필수적인 것으로서 요구해서는 안 된다.”고 강조하였으며, “기밀유지는 의료 윤리와 사생활 보장의 핵심 원칙”으로써 “부모나 다른 성인의 동행 없이 혼자 상담을 받을 정도로 충분히 성숙하다고 간주되는 청소년은 사생활을 보장받을 권리가 있고 기밀보장이 된 서비스와 치료를 요청할 수 있다.”, “제3자(한 명 이상의 전문의, 관련 위원회, 법정, 부모·후견인(보호자), 파트너·배우자 등)의 개입은 안전한 임신중지 접근을 방해하는 장벽이다.”라고 명시하고 있다. 또한 유엔여성차별철폐위원회의 일반논평 24호(1999)와 유엔아동권리위원회의 일반논평 15호(2013), 일반논평 4호(2003)에서도 “청소년의 건강과 발달에 대한 권리를 위해 부모 동의 없이 의학 정보를 받을 수 있도록 국가가 법적으로 보장해야 한다”고 권고한 바 있다.

결국 우리가 중요하게 고려해야 할 원칙은 부모나 배우자 등 제3자의 동의를 의무화하는 것이 아니라 당사자가 해당 의료행위와 자신이 결정 가능한 선택지, 그에 따른 의료적, 사회적 조건, 지원 사항 등을 얼마나 잘 이해하고 결정할 수 있도록 할 것인지의 문제이다. 이를 실현하기 위한 원칙을 ‘충분한 이해에 기반한 동의(informed consent)’라고 하며, 이 동의 능력의 판단 기준이 되는 요건은 나이가 아니다. 청소년일 경우라도 본인이 임신중지에 관한 충분한 정보를 숙지하고 판단할 수 있으면 당사자의 판단 능력과 결정권을 존중해야 하며 의료인과 관련 상담 전문가는 당사자가 잘 이해할 수 있도록 최선의 노력을 할 의무가 있다.

뉴질랜드, 캐나다, 스코틀랜드, 퀸즈랜드에서는 ‘Gillick competence’라는 원칙에 따라 나이에 관계없이 의료행위에 대해 충분한 이해와 지성이 있는 경우에는 스스로 결정할 수 있는 권리를 인정하고 있으며, 프랑스의 경우 2001년에 부모 동의 의무 조항을 폐지하고 우선 부모의 동의를 확인하되 청소년 당사자가 기밀유지를 원할 시에는 자신이 선택한 다른 후견인을 동반할 수 있도록 법을 개정한 바 있다.

임신 당사자인 청소년이 동의하고 관련 상담이나 지원을 함께 받을 조건이 된다면 부모의 조력이 도움이 될 수도 있겠으나 이 조건의 의무사항으로 강제될 경우 부모의 의지에 의해 청소년의 건강권은 더욱 열악한 상태로 내몰리게 될 수 있다는 사실을 반드시 염두에 두어야 한다. 이렇게 될 경우 청소년에게는 제대로 된 정보도 주어지지 않고 자신의 노동만으로 돈을 마련하기도 쉽지 않은 상황에서 결국 적절한 지원기관이나 상담자, 의료기관을 찾지 못하여 인터넷 등에서 잘못된 정보를 구하고, 비싼 비용을 요구하거나 안전하지 못한 의료서비스를 제공하는 환경으로 가게 될 수 있기 때문이다. 따라서 의료인은 아동·청소년 환자를 대할 때 부모와의 대화를 독려할 필요는 있지만 그것을 강제해서는 안 되며 성인과 동등하게 기밀유지의 원칙을 보장해야 하고, 가능한 방법을 동원해 충분히 설명을 제공해야 한다. 그리고 이와 같은 원칙들은 비단 청소년에만 해당되는 것이 아니라 장애인, 이주민, 난민 등 사회적으로 자신의 권리를 평등하게 행사하기 어려운 조건에 있는 이들, 정보 접근성에서 취약한 조건에 놓여 있는 이들에게 마찬가지로 적용되어야 한다. 이를 위해 정부와 의료인, 상담자들은 환자의 연령, 장애, 언어 등에 따라 적절한 전달방식을 개발해야 하며 부모나 가족과 같은 주변인은 환자의 입장에서 상황과 조건을 보고 이를 조력하며, 지지해 주어야 할 책임을 인식해야 할 것이다.

##### 5) 질병과 장애에 대한 접근 패러다임을 바꿔야 한다.

현행 모자보건법 제14조의 1, 2항은 임신한 본인이나 배우자가 ‘우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우’, ‘전염성 질환이 있는 경우’를 명시하고 있어서 사실상 우생학적 목적의 인구관리 의도를 적나라하게 드러내고 있다. (심지어 모자보건법 시행령에서는 2009년까지 해당 조항의 구체 사례로 ‘현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신장애’가 포함되어 있기까지 했다.) 이제 이런 식의 조항은 완전히 폐지되어야 하며, 절대 같은 방식의 규제가 있어서는 안 된다. 우리가 확인해야 할 원칙은 장애인 당사자가 임신중지 여부를 직접 판단할지언정, 부모의 장애는 임신중지를 당연시하는 조

건이 될 수 없다는 것이다. 또한 태아에게 장애나 심각한 질병이 있을 경우에는 특정한 장애의 유형이나 질병 목록을 허용사유로 제시하는 것이 아니라 태아가 태어나서 살아갈 때의 삶의 조건과 질을 고려한 결정이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

중요한 것은, 부모의 장애와 질병이든 태아의 장애와 질병이든 문제는 특정한 장애나 질병이 있다는 사실 그 자체가 아니라 출산하여 양육하게 될 경우 국가와 사회가 무엇을, 어떻게 보장할 것이냐에 달려있다는 사실이다. 따라서 국가는 그에 따른 보장과 지원 체계를 제대로 마련해 나가는 한편, 시설이나 부모, 가족 등에 의한 장애인의 몸과 섹슈얼리티 통제, 당사자 동의 없는 피임 시술, 장애인을 고려하지 않은 의료시설, 의료인의 무지, 기술적 개입의 문제 등을 법적, 정책적으로 함께 해결해 나가야 할 것이다.

#### **6) 의료진 교육과 보험 적용, 보건의료 체계 및 인프라의 전면적인 재정비가 필요하다.**

한국에서는 그동안 임신중지가 불법이었기 때문에 교육 과정에서 제대로 배우지 못하고 현장에서 제한적으로 실습하며 알게 되는 경우가 많았다. 임신중지에 대한 의료진 교육이 필요하다는 것은 비단 기술적인 차원의 문제만이 아니다. 임신의 중지나 유지와 관련된 상담에서부터 환자 존중과 기밀 보호 등 의료진이 가져야 할 기본 태도와 원칙에 관한 교육, 임신중지 방법(약물/수술)에 관한 최신의 정보와 프로토콜에 대한 교육, 환자의 사회경제적 상황이나 건강 상태에 따라 고려해야 할 위험요소나 의료적 조치에 관한 사항, 부작용, 합병증 등에 관한 사항, 위험 발생 시의 매뉴얼, 임신중지 후의 상담과 지원 등의 내용이 포괄적으로 이루어져야 하며 이러한 교육이 지속적인 보건의료인들의 참여 속에 이루어질 수 있어야 하는 것이다.

무엇보다 이제는 임신중지가 보편적이고 필수적인 의료 행위이자 당사자의 건강권에 직결된 문제라는 점을 정부와 보건의료 체계 전반에서 확실하게 인식해야 한다. 그에 따라 모든 국민들이 관련 의료서비스를 쉽고 편하게 이용할



수 있도록 접근성을 높이고, 그에 필요한 자원들을 보장받을 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 정부는 임신·출산 뿐 아니라 임신중지와 관련된 보건의료 전달체계도 전반적으로 검토하고 이에 필요한 자원과 인력, 인프라 등을 준비해야 할 것이다. 특히 현재 산부인과를 비롯한 관련 의료기관이 지역별로 격차가 매우 크고, 분만실과 임신중지 케어 병실이 따로 구분되어 있지 않으며, 지역에는 분만실이 없는 병원도 많은 만큼 지역에 대한 지원도 전반적으로 확충해야 한다.

또한 피임과 임신중지에 대한 보험적용도 이루어져야 한다. 현재 합법적인 임신중지가 가능한 34개국에서 정부나 공공기관 재원, 건강보험 재원으로 보험지원을 하고 있으며 특히 청소년이나 저소득층 등의 경우 전액 혹은 일부를 지원하고 있다. 피임과 임신중지에 대한 보험적용은 비용으로 인한 접근성의 문제를 해소해 줌으로써 당사자들이 원치 않는 임신을 예방하고 안전한 임신중지를 할 수 있도록 하는 데에 도움이 될 뿐만 아니라, 합병증이나 모성사망으로 인한 사회적 비용을 낮추기 위해서도 필요하다. 정부가 법 개정 이전이라도 보험 적용은 보다 적극적으로 검토하고 도입할 것을 요구한다.

## 7) 환자의 건강권을 침해하는 의료 행위의 거부는 허용되어서는 안 된다.

현재 일부 국가에서는 ‘신념에 따른 거부(conscientious objection)’ 라는 개념으로 의료진에게 임신중지 관련 의료행위의 거부권을 인정하고 있다. 그러나 세계산부인과학회와 세계의사회에서는 “어떠한 경우라도 의사의 거부권은 환자에 대한 의무를 넘어설 수 없다” 는 점을 명시하고 있으며, ‘신념에 따른 거부’ 를 인정하는 국가들의 경우에도 기본적으로 다음과 같은 원칙들을 두고 있다.

- 공립 의료기관은 거부할 수 없고, 사립 의료기관의 경우 병원/기관 자체가 아니라 의사 개인에게만 거부권이 주어지며, 의료인의 거부 시에 가까이에 이를 대신할 수 있는 의료 기관이나 공립 의료기관이 있을 때만 거부할 수 있음

- 의료진과 보건당국은 임신중지가 가능한 의료기관에 대한 정보를 상시 제공할 의무가 있음
- 거부하는 의료진은 반드시 빠르게 다른 의료기관이나 의료인을 소개해서 연계해 주어야 함
- 응급상황, 생명이나 건강이 위험한 경우에는 거부할 수 없음

그러나 이와 같은 원칙을 둔다고 해도 그 동안 많은 문제가 발생해 왔다. ‘신념에 따른 거부’를 내세우는 의료인들 중 상당수가 신념이 아니라 사실상 수익이나 의료 수가 등에 따라 거부를 하거나, 지역의 경우 의료기관이 매우 적어 제 때 연계가 되지 않고 다른 먼 지역으로 이동해야 하는 부담이 환자에게 전가되기도 하고, 사립 의료기관에 있는 의료진의 거부가 증가하면서 공공의료기관의 재정난과 인력난 발생하는 등의 문제가 점점 심각해지고 있는 것이다. 게다가 미국의 경우 의료인 뿐 아니라 약사들도 ‘신념에 따른 거부’를 내세우면서 약국에서조차 필요한 의료지원을 받지 못하는 경우가 발생하고 있다. 이러한 문제들이 대두되면서 2018년 10월 UN 자유권위원회는 일반논평 36호(6조 생명권) 중 8항에 다음과 같은 내용을 명시하였다.

“당사국은 새로운 장벽을 도입해서는 안 되며, 안전하고 합법적인 임신중지에 대한 접근을 부정하는 현존하는 장벽을 없애야 한다. 이러한 장벽은 개인 의료 제공자의 양심적 거부 행위도 포함된다. 당사국은 모든 상황에서 기밀을 유지하여 여성과 여아에 대한 양질의 산전 의료조치 및 임신중지 후 보건 서비스에 대한 이용을 보장하고, 이에 대한 효과적인 접근을 보장하여야 한다.”

## Part 2. 재생산 권리 보장을 위한 필수 연계 과제들

### 8) 임신과 출산, 양육, 돌봄을 노동으로 인식하고 노동조건 전반을 바꿔나가야 한다.

앞서도 강조했듯이 낙태죄 폐지의 의미는 단순히 임신중지의 비범죄화 차원에 머물러서는 안 된다. 임신중지를 처벌해서는 안 된다는 우리의 요구는 우리의 성과 재생산을 국가의 목적에 따라 통제해서는 안 되며 이에 관한 제반의 권리를 보장하라는 요구이다. 따라서 임신중지 뿐 아니라 성관계와 피임, 임신, 출산, 양육 환경과 연관되는 모든 사회경제적 조건들을 근본적으로 변화시켜 나가는 것이 앞으로의 중요한 방향으로 놓여야 할 것이다. 노동의 문제는 이에 아주 직접적이고 중요한 영향을 미치는 영역이다.

성과 재생산 권리의 보장을 노동의 영역에서 논의하려면 우리는 먼저 현재의 잘못된 전제를 확인할 필요가 있다. 임신과 출산을 여성이라면 당연히 자연스러운 생식활동의 일환으로서 수행해야 하는 행위로서 취급하거나 이를 모성 이데올로기로 정당화하는 한편, 여성의 재생산 노동에 대해서는 노동의 영역으로서 다루지 않는 문제가 불평등의 조건을 강화해왔기 때문이다.

우리가 ‘낙태’ 대신 ‘임신중지’ 라는 용어를 쓰는 이유는 단지 ‘낙태’ 라는 단어가 담고 있는 부정적인 의미 때문이 아니라 ‘임신’ 이 그저 자연스러운 하나의 사건이 아니며 이를 유지하거나 중지할 수도 있는 하나의 과정이라는 사실, 특히 이 과정을 유지하기 위해서는 오랜 시간 동안의 노력과 노동이 필요한 일임을 드러낼 수 있기 때문이다. 태이는 여성의 몸을 통해 단지 배달되는 것이 아니다. 임신과 출산은 엄연한 ‘노동’ 이다. 그리고 이를 통해 새로운 생명이 태어나고 자라나는 일은 사회가 함께 책임져야 할 중요한 과정이다. 그러나 지금까지의 사회는 이 과정을 노동으로 여기지 않았다. 저출산 시대의 암울한 미래를 그토록 과장하여 위협적으로 강조하면서도 임신과 출산을 하는 여성의 노동과 삶의 조건에 대해서는 제대로 고려하지 않는다. 여성들의 임신과 출산을 사회적인 노동으로서 고려하지 않는 국가와 사회는 임금노동을 하

는 여성들의 임신, 출산을 개인의 몫으로 떠넘겨 버린다. 임신하면 노동 계약이 해지되는 상황에서 여성들에게 진정한 ‘결정권’이라는 게 주어질 수 있을까? 임신과 출산, 양육, 돌봄, 가사에 소요되는 노동 시간을 고려하지 않고 단지 임금노동 시간만을 기준으로 노동시간 단축이나 ‘일·가정 양립’을 추진해 온 과정이 오히려 얼마나 많은 여성들을 불안정한 일자리로 내몰고 여성들의 전체 노동시간을 불평등하게 증대시켜 왔는가. 이제는 여성들의 노동시간과 노동조건을 논할 때 임금노동만을 ‘노동(일)’의 영역으로, 임신·출산이나 돌봄은 ‘가정’의 영역으로 놓고 분리하는 방식을 넘어서야 한다.

그리고 지금 가장 우선적으로 정부가 할 일이 있다. 지금까지 자연유산이나 사산, 모자보건법 상 허용되는 인공유산에 한해서만 보장되던 90일의 유급휴가를 인공유산을 한 여성들도 당연한 권리로서 보장받을 수 있도록 하는 것이다. 임신·출산 뿐 아니라 임신을 중지한 여성에 대한 보장까지 여성들의 전체 노동조건 속에서 함께 존중되고 보장될 수 있는 노동환경을 이제 정부와 기업이 적극적으로 만들어 나가야 한다.

## 9) 포괄적이고 통합적인 성교육을 보장해야 한다.

현재 한국의 성교육은 심각한 상태다. 박근혜 정부 당시 완전히 엉망이 된 이후 오히려 90년대 후반보다도 후퇴한 내용이 교육 현장에서 버젓이 확산되고 있다. 더욱 우려가 되는 것은 성교육 강사로서 자격이 없는 이들이 자신의 종교적 입장이나 편견에 근거하여 왜곡되고 차별적인 내용을 교재로 만들어 배포하고 지역 사회나 공교육 현장, 각종 기관에 파고들어 활동하고 있다는 사실이다. 임신중지를 둘러싼 국가와 사회의 태도, 임신중지를 경험하는 여성들의 상황은 한 사회의 성적 불평등의 척도이다. 임신중지는 개별적으로 존재하는 사건이 아니며 일상문화와 성에 대한 인식, 젠더와 섹슈얼리티에 따른 사회경제적 불평등 구조, 연애와 성관계, 피임 실천 등에 모두 연결되어 있는 문제이기 때문이다. 따라서 아동, 청소년만이 아니라 전 연령에서, 일상적으로 성 인식을 제고하고 평등한 관계를 만들어나가는 것이 성교육의 근본적인 내용이

되어야 하는 것이다.

2018년 발행된 유네스코의 성교육 국제 지침은 1)관계에 대한 교육 2)인권과 문화, 가치관, 섹슈얼리티에 관한 교육 3)젠더에 대한 이해와 젠더 규범, 고정 관념, 편견, 젠더 기반 폭력에 대한 교육 4)프라이버시의 보호, 동의와 협상, 폭력과 안전에 관한 교육 5)정보와 기술, 미디어의 이용에 관한 교육 6)몸에 대한 이해와 자존감, 존중에 관한 교육 7)섹슈얼리티와 성적 행동의 이해와 존중에 관한 교육 8)성 건강과 관련된 구체적인 정보와 이해를 제공하는 교육 등을 포괄적 성교육(comprehensive sexuality education)의 핵심개념으로 제시하고 있다.

또한 성교육은 편견이나 왜곡된 정보를 담고 있지 않아야 하며 연령이나 장애, 언어, 이주상태 등 사회적 조건에 관계없이 누구나 쉽게 접할 수 있도록 국가와 교육기관, 지방정부 등에서 통합적인 전달체계를 통해 보장해야 한다. 금지와 보호, 매뉴얼 중심의 교육은 절대 위험을 예방해주지 않는다. 비단 위험이나 안전, 예방만을 강조하는 교육이 아니라 성에 대해 수치심을 갖지 않고 객관적인 정보를 가지고 토론할 수 있는 문화와 교육환경을 만드는 일, 다른 교육 내용과 함께 연계하여 통합적인 문해력을 기를 수 있는 교육이 이루어지도록 하는 일, 성적 권리와 욕망, 쾌락 등에 대해서도 이해하고 존중할 수 있는 성교육을 만드는 일도 앞으로 중요하게 고려해야 할 방향이다.

#### **10) 가족관계와 출생 등록, 입양에 관한 법과 정책을 바꾸고 비혼 가정의 양육 조건을 보장해야 한다.**

현재 한부모 가정은 저소득 가정(소득인정액이 기준 중위소득 52% 이하)일 경우, 아동이 만 18세가 될 때까지 월 20만 원의 양육비를 지원받는다.<sup>3)</sup> 그런데 비혼모가 아이를 포기하고 입양을 보내면 입양가족에는 입양수수료 270만 원을 지원해주고, 매달 15만 원의 양육수당과 20만 원의 심리치료비, 의료비도

3) 2018년까지는 아동이 14세가 될 때까지 월 13만원을 지원했으나 2019년부터 여성가족부 예산에서 확대되었다.

전액 지원해주며, 위탁 가정에는 월 67만 원을, 보육원에는 아이 1명당 월 160만 원을 지원한다.<sup>4)</sup> 사실상 국가가 비혼, 한부모 가정에게 아이를 직접 키우느니 입양을 보내라고 부추기고 있는 현실인 것이다. 게다가 입양 기관들은 정부와 입양부모로부터 받은 보조금과 수수료 등 수익을 아동 돌봄을 위한 비용에 제대로 사용하지 않고 기관 인건비, 사무인력 충원 등에 사용하고 있는 것으로 나타났다.<sup>5)</sup> 한부모, 비혼 부모와 이들의 자녀에 대한 사회적 차별과 편견은 이들의 노동, 의료, 주거, 교육 전반에서 삶의 조건을 더욱 어렵게 만든다. 또한 2015년 가족관계의 등록 등에 관한 법률 제57조 개정으로 비혼부도 출생신고를 할 수 있게 되었으나 여전히 법원에서는 생모의 인적사항을 하나라도 아는 경우에는 출생신고를 허가하지 않고 있어 아이 생모와의 관계에서 임신, 출산 후 헤어지게 된 상황을 증명하고 설득시켜야 하는 등 어려움이 많다. 현행 배우자 출산휴가도 법률혼의 경우에 한해서만 이용이 가능하여 비혼 관계에 있는 파트너들은 출산휴가를 낼 수 없다. 또한 자녀의 성을 결정할 때 민법 제 781조 1항 “자는 부의 성과 본을 따른다”는 규정에 의해 기본적으로 부의 성을 따라야 하고 부모가 협의한 경우에만 예외적으로 모의 성을 따를 수 있도록 하고 있어 비혼모와 자녀가 사회적으로 차별을 겪게 되는 상황을 유지시키고 있다.

차별과 낙인, 사회경제적 조건으로 인해 임신중지가 어쩔 수 없는 선택지가 되는 사회는 우리가 원하는 사회가 아니다. 가족 상태에 따른 사회적, 제도적 차별을 없애고 출산과 양육 조건을 함께 보장해 나갈 수 있도록 부계 성 우선주의의 폐지, ‘혼인 외 출생자’와 ‘혼인 중 출생자’의 구분 폐지, 한부모 가정과 비혼 부/모 가정에 대한 양육 지원과 출산휴가, 육아휴직 보장 등을 정책 과제로 연계해야 하며, 후기 임신중지에 대한 처벌을 고민하는 대신 여성과 아

4) 프레시안, 전홍기혜 기자, “1년 5000만원으로 8000 미혼모를 지원한다고요?”, 2018.8.23.

<http://www.pressian.com/news/article?no=208145>

5) 세계일보, 김준영 기자, “입양으로 번 돈, 기관별 지출 ‘천차만별’ ... 정부는 뒷집”, 2019.5.12. <http://m.news.zum.com/articles/52405429>

5월 12일 보건복지부와 한국보건사회연구원이 발간한 ‘헤이그 국제입양아동협약 비준에 따른 입양지원 체계 개편 방안’ 보고서 관련 보도 2016년 국내 4대 입양기관(홀트아동복지회, 대한사회복지회, 동방사회복지회, 성가정입양원) 대상 조사.

동 모두의 권리를 침해하는 현행 입양제도와 입양 정책의 문제들을 먼저 개선해 나가야 할 것이다. 또한 부모가 출생등록을 하지 못해 사회에서 살아갈 조건을 아예 보장받지 못하는 아동이 없도록 보편적 출생등록제를 시급히 도입해야 한다.

### 11) 성소수자, 이주민, 난민의 재생산 권리를 보장해야 한다.

마지막으로, 현재 재생산 권리 보장의 사각지대에 놓인 성소수자, 이주민, 난민의 권리를 함께 고려할 것을 촉구한다.

특히 난민 여성과 성소수자에 대해서는 한국 정부와 사회가 모두 완전히 무지한 상태에 있는 것이나 마찬가지라 해도 과언이 아니다. 난민 상태에서의 생존 여건이 성적 불평등이나 폭력 상황과 연관되는 문제에 대해 정부는 가장 기본적인 인권의 문제로서 접근해야 하며, 난민 인정을 받기까지의 열악한 의료접근성과 정보접근성으로 인해 임신중지가 필요한 상황은 물론 성폭력, 피임, 임신·출산에 있어서도 위험에 내몰리고 있음을 인지하고 인도적 지원을 보장해야 한다.

한편 한국인 남성의 부계 혈통을 중심으로 하는 이주 정책은 이주 여성들의 성과 재생산 권리를 심각하게 침해하고 있다. 결혼이주 중심의 다문화 정책과 남성 노동력 활용 중심의 노동 이주 정책은 한국인 남성과의 혼인 상태 유지 여부에 따라 이주 여성의 지위가 달라지게 만들고, 이주 여성들을 한국인 가정의 통제와 폭력에 취약한 상태에 내몰리게 만들어 왔다. 또한 한국인 남성과의 혼인 상태에서 출산을 했는지 안 했는지의 여부에 따라 귀화 조건이 달라지는 문제, 자녀의 부가 한국인 남성인지 이주민 남성인지에 따라 자녀의 국적 취득 요건이 달라지는 문제 등은 이주 여성과 아동 모두의 권리를 침해하고 있다. 이주민 여성이 병원을 찾을 경우 여전히 언어 문제나 지역적 상황 등에 의해 적합한 정보와 의료 환경을 찾을 수 없는 상황들도 이주 여성들의 성과 재생산 권리를 열악하게 만들고 있는 중요한 조건이다. 의료 현장에서부터 이러한 문제들이 통합적으로 개선되어 나갈 수 있도록 해야 할 것이다.

성소수자의 경우 우선 외부 성기와 생식 능력의 불가역적 전환을 전제로 하는 트랜스젠더 성별 정정 요건과 인터섹스인 영아, 아동에 대한 본인 동의 없는 성별 결정 조치, 불임수술 등 의료적 개입을 통한 침해를 중단해야 하며 이들의 성과 재생산 건강에 관한 보건의료적 차원의 인식과 의료진 교육, 의료 환경도 적극적으로 마련해 나가야 한다. 성소수자들 또한 임신과 출산, 임신중지의 경험으로부터 예외가 아님에도 사회적 편견과 차별, 낙인은 성소수자의 원치 않는 성관계, 성폭력, 피임, 임신과 출산, 임신중지와 관련된 경험들을 더욱 드러나지 못하게 만들고 적절한 상담과 지원을 받기 어렵게 하고 있다. 성소수자들 또한 관련 상담과 의료적 지원을 편견과 차별 없이 받을 수 있도록 보장해야 한다. 더불어 아직까지 한국에서는 사회적 논의가 제대로 이루어지지 못하고 있는 동성 커플의 혼인이나 파트너십, 가족구성에 대한 논의에서부터, 나아가 성소수자의 임신출산, 입양, 양육 등에 관한 문제들도 향후 법·정책적, 사회문화적, 의료적 차원에서 반드시 검토하고 추진해 나가야 할 것이다.



【토론 1】

## 안전한 임신중지, 어떻게 할 것인가?

윤정원 (인도주의실천의사협의회 여성위원장)

여러 국제인권기구 및 세계보건기구는 그동안 성과 재생산 건강권을 인권으로 간주하고 임신중지에 대한 권리 역시 그 중 하나로 보장되어야 할 것을 강조해왔다. 우리는 이제 국제규범에 겨우 한발 따라가게 되었다. 이를 위해서는 향후 입법 및 정책 개정 작업에서 임신중지에 대한 의료서비스가 여성의 생명과 건강에 필수적인 의료서비스로 자리매김 해야 할 것이다. 인도주의실천의사협의회(이하 인의협)은 안전한 임신중지 의료서비스 보장을 위해 앞으로 필요한 정책 방향을 다음과 같이 제시한다.

### 1. 재생산건강과 권리를 통합적, 포괄적으로 보장하기

임신중지에 대한 권리를 일부 얻어내는 것이 우리 사회의 최종목표가 되어서는 안된다. 재생산권은 ‘낳을 권리’ 혹은 ‘낳지 않을 권리’ 처럼 단순하지 않다. 개인의 임신 출산이라는 생물학적 재생산은 인간과 사회를 영속시키는 사회적 재생산으로 확장되며, 따라서 재생산은 비단 여성의 건강과 생존 뿐 아니라 인류의 건강과 발전, 안녕에 필수적인 요소이다.<sup>6)</sup> 이를 둘러싼 양육, 교육, 복지, 환경, 평화 등을 확대하는 환경으로 만들어주는 것부터, 당장 개개인이 자식을 맞을 준비가 되어 있는지의 영역까지, 재생산을 둘러싼 사회의 태도 자체를 고민하기 시작해야 한다. 여성이 스스로의 건강과 자주성을 최대한 누리

6) Starrs et al. “Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission”, Lancet 391: 2642-92. 2018

기 위해서는 반드시 성과 재생산과 관련된 문제를 직접 결정할 수 있어야 한다. 본인이 어떤 사회적 성으로 살아갈 것인지, 누구와 관계를 맺을지 결정할 수 있어야 하고, 성 매개 질환이나 원치 않는 임신에 대한 두려움 없이 성관계를 맺을 수 있어야 하며, 부작용이나 합병증의 위험 없이 임신과 출산을 통제하고 그 기간 동안 안전하게 지낼 수 있어야 하고, 그를 위한 정보와 수단을 얻을 수 있어야 한다. 이를 ‘재생산건강’, ‘재생산권’ 이라 한다.

재생산권은 임신중지기술이나 약 자체, 또는 법 하나가 바뀌는 것뿐만 아니라 건강보험 체계, 여성의 사회적 지위, 교육과 문화 하나하나와 연결되어 있다. 낙태 비디오가 아니라 인간을 존중하는 관계 맺기와 생명존중에 대해 배우고, 몸에 대한 기본 지식으로서 월경 주기와 가임기 계산법, 임신과 출산과 임신중지에 대해서 공교육에서 교육받을 수 있어야 할 것이다. 파트너와 첫 성경험 전에 앞으로 어떤 피임법과 성 매개 감염 예방책을 사용할지를 상의하고 시작할 수 있고, 약국이든 응급실이든 산부인과 진료실이든 보건의료인에게 편견 없이 중립적이고 객관적인 성 건강 정보를 얻을 수 있어야 한다. 피임에 대한 상담과 시술/처방에 건강보험을 적용 받고, 임신중지든 임신유지든 청결한 환경에서 경험 있는 의료진에 의해 안전하고 적절한 케어를 받을 수 있어야 할 것이다. 국가가 비혼 양육 보호자에게 양육비를 보장해주고, 신뢰출산제도와 보편적 출생등록제를 통해 태어난 생명이 조건에 의해 차별되지 않는 환경을 만들어 주는 것 등, 낙태죄 폐지는 이 모든 인식의 변화와 정책에 대한 고민을 시작해 나가는 시발점이 되어야 할 것이다.

## 2. 주수 논란에 휘둘리지 않기

이번 헌법재판소 판결문에서처럼 자기운명결정권을 인간의 인격권으로 간주할 때, 어떠한 ‘사유’ 나 ‘주수’ 라는 조건 하에서 그 권리가 다르게 행사되어서는 안 될 것이다. 하지만 현실적으로 법을 제정함에 있어서는 여러 가지 고려해야 할 지점들이 있다.

먼저, 후기임신중지로 갈수록 여성에게도 위해가 커짐을 고려하여 가능한 조

기에 임신중지가 이루어질 수 있도록 해야 한다. 아래 표에서 미국에서 합법화 이후 수술에 의한 임신중지, 자연 유산과 만삭임신의 사망률 비교를 보면, 전체 임신중지에 의한 사망률은 10만 건당 0.7건인데, 임신 주수가 올라갈수록 사망률이 증가하며 이삼 분기 이후의 임신중지는 자연유산에 비해 위험도가 증가한다. (하지만 어느 주수에 시행되건 만삭분만보다는 위험도가 낮기 때문에, 여성에 위해가 된다는 이유로 임신중지가 아니라 출산을 권유하는 것은 성립할 수 없다.) 임신중지에 조기 접근하기 위해서는 공교육 내 보건교육에서 관계 맺기 및 피임, 임신과 출산, 책임을 포함한 성교육이 이루어져야 할 것이며, 임신 진단을 받았을 때 가능한 빨리 결정을 도울 수 있게 산부인과 문턱이 낮아져야 하며, 정보와 상담을 제공하는 것이 중요하다.

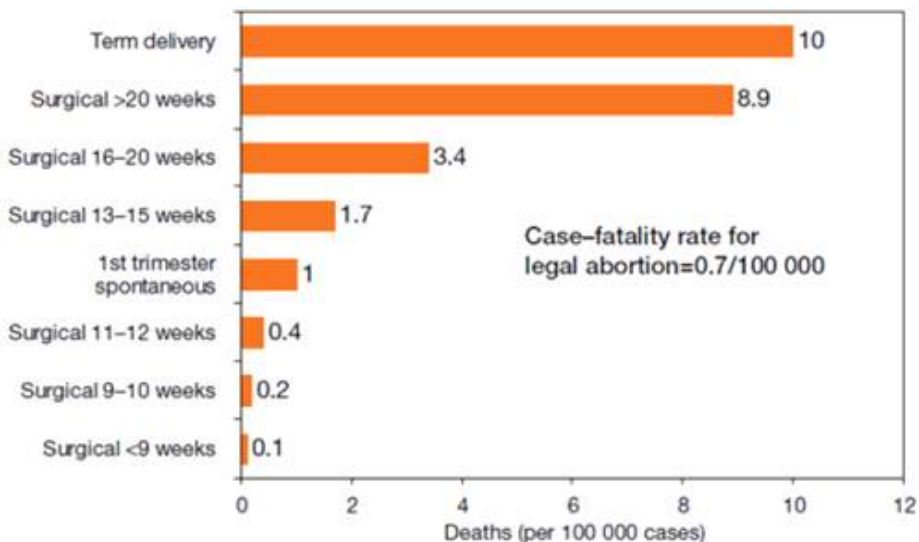


그림 1. 합법적인 임신중지 시기별 사망율과 만삭 출산 사망률 비교

임신 14주 이상 임신중지의 경우에는 위험성과 합병증 발생이 높아지고 수술 및 약물적 방법 둘 다 시간도 많이 소요되고 방법도 복잡해져서 잘 훈련된 의료인이라도 위험부담과 스트레스를 받게 된다. 중기 이후의 임신중지에서는 외국의 사례처럼 허용사유를 다르게 하거나, 2인 이상의 의료인이 상의하여 결정

하게 하거나, 전문의료기관에서 숙련된 의료진에 의해 시행하도록 하는 제도적 장치가 도입될 가능성이 있다. 이때 여성의 요청이 아닌, 의료적 판단주체의 개입이 자칫 접근성을 차단하거나 시간을 지체하여 안전한 임신중지를 방해하지 않으며 여성의 주체적 자율성을 훼손하지 않도록 고민이 필요할 것이다.

둘째, 태아가 모체 밖에서 생존할 수 있는 주수인 22주라는 시점을 고려해야 한다. 하지만 이 역시 절대적인 기준은 아니며, 생존력은 주수뿐만이 아니라 몸무게, 영양상태, 동반질환, 신생아소생술과 같은 기술과 약품을 사용할 수 있는 조건 등 여러 가지 상황에 따라 달라진다. (23주 출생아 중 중증 손상 없이 생존할 확률은 2%에 불과하고 25주 출생아에서는 30%이다.<sup>7)</sup>) 세계 각국은 여기에 보건의료 전달체계, 접근성, 사회구성원의 사회적 공감대 등을 고려하여 일정 주수와 사유를 조각한 낙태법들을 가지고 있으며, 그 수준은 아예 주수나 사유를 명시하거나 처벌하지 않는 캐나다부터, 1분기/2분기로 구분하여 1분기 (이 기준도 12주(미국)에서 14주(프랑스) 18주(스웨덴)까지 다양하다) 이내에는 요청에 의해서 가능하게 하고 2분기에는 일정사유에서, 3분기에는 특별한 상황에서만 가능하게 하는 방식을 가지는 나라들까지 다양하다. 우리가 앞으로 입법을 함에 있어서도 마찬가지로 여러 고려를 해야 하겠지만 발제문에서와 같은 다음 원칙을 고수하는 것이 필요하겠다.

## 1) 비범죄화

주수나 사유의 제한을 두는 이유는 가능한 빨리, 제약 없이 시행 받을 수 있어야 여성에게 안전하기 때문이다. 이 주수나 사유를 벗어날 때 여성과 의사를 처벌하고 임신유지를 강제시키는 것이 아니라, 충분한 상담과 다른 선택지의 제공을 통해 여성에게 최선의 선택을 찾아나갈 수 있게 독려하는 방향의 입법과 정책수립이 필요하다. 세계 여러 나라들의 사례에서 처벌은 임신중지를 막지 못하며, 안전하지 못한 임신중지만을 늘리는 것이 밝혀져 있다. 벌금이나 구류와 같은 처벌과 범죄화가 아니라, 건강보험 비적용(독일, 헝가리 등)과 같

7) Ancel PY, Goffinet F, EPIPAGE-2 Writing Group. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011. Journal of the American Medical Association Pediatrics. 2015; 169(3): 230-8.

은 불이익이나 과태료 형태의 제도를 가지고 있는 나라들을 참고할 수 있을 것이다.

## 2) 차별금지

현재까지 모자보건법은 우생학적 이유와 전염성 질환을 가진 부모의 임신중지를 합법화해왔고, 이를 근거로 역사적으로 한센인들이나 시설장애인들의 피임과 단산을 장려해왔다. 이는 어떤 사람에게서는 출산이, 어떤 사람에게서는 단산과 피임이 장려되는, 차별과 배제의 근거밖에 되지 않았다. ‘사회경제적 사유’ 나 ‘태아의 장애’ 와 같은 사유에 대해 논란이 분분한 상황인데, 앞으로의 입법이 새로운 차별을 재생산하는 과정이 되어서는 안된다. 최근 세계적인 동향은, 사유를 제한하지 않는 ‘요청에 의한 임신중지’ 가능 주수를 확대해 나가는 추세이며, 사유를 규정해야 하는 경우라도 최대한 여성의 의사를 존중하며, 여성의 건강을 지키기 위한 최선의 노력을 반영하도록 하고 있다. 예를 들어 영국, 벨기에나 네덜란드, 스위스는 여성이 현재의 임신을 유지하는 상황에서 신체통합성이나 정신건강에 위해와 고통(Distress)을 주고 있다고 스스로 보고하는 것으로 임신중지가 가능하다. 얼마나 가난한지, 폭력에 시달리고 있는지, 돌볼 가족이 많은지 등을 증명하거나 증빙하는 과정이 여성에게 더 모멸감을 주고 과정을 지연시키기 때문이다. 성폭력으로 인한 임신의 경우에도 현재까지 우리 법에는 강간 또는 준강간으로 인한 임신으로 규정함으로써 법원이나 경찰, 성폭력상담소의 증빙 과정이 필요한데, 대부분의 유럽과 북미국가에서는 법원이나 경찰 신고 없이 여성의 진술에 의해서 만으로도 가능하다. 태아 사유의 경우에도 애매하게 ‘장애’ 라 뭉개서 이야기하여 현재를 살고 있는 장애인들을 차별하는 방식이 아니라, ‘분만 중 또는 출생 직후 사망할 가능성이 클 때’ (네덜란드), ‘심각한 손상을 입어서 아이의 수명과 삶의 질을 제한하게 될 수 있는 경우’ (맨 섬) 과 같이 태어날 태아의 지속가능하고 의미 있는 삶을 고려한 세심한 입법이 필요할 것이다.

### 3. 정보제공과 상담

우리가 의료서비스, 수술, 시술을 생각할 때 떠올릴 수 있는, 어떤 선택지가 있고 어떤 득과 위험이 있으며 합병증은 어떤지에 대한 정보를 제공받고 그 정보에 기반한 동의(informed consent)를 하는 과정은 임신중지에 있어서만 무시되어왔다. 앞으로 표준적인 정보와 상담 가이드라인을 만드는 것이 가장 우선으로 필요하다. 세계보건기구의 <안전한 유산>(2014) 핸드북 가이드라인<sup>8)</sup>에서 상담과 정보제공의 주요 원칙과, 의료기관에서 제공되어야 하는 정보목록을 제시하고 있다.

#### 주요 원칙

- 모든 여성에게 나이, 신념, 사회경제적 또는 혼인여부에 관계없이 즉시 혹은 시기 적절히 의료서비스를 제공한다.
- 임신중지 과정에서 모든 여성에게 의사결정의 주체로의 지위를 보장해야 한다.
- 완전하고, 정확하며 이해하기 쉽게 정보가 제공되어야 한다.
- 여성의 존엄성을 존중하며, 비밀을 보장한다.
- 여성의 요구와 관점에 초점을 맞춘다.
- 개인적인 가치 및 신념을 강요하지 않는다.
- 의료 정보를 보호하고 비공인기관에 유출되지 않도록 한다.
- 여성의 의지에 반하여 임신중지를 강요받을 수 있는 상황 (예. HIV 감염인 혹은 건강상태를 이유로 한) 에 대해서 고려한다.
- 청소년을 대할 때는, 지지, 정보 및 교육을 통하여 부모의 입회를 독려하되, 법률적 불필요한 부모의 동의를 강요하지 않는다.

8) WHO. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014.

**정보**

- 여성이 선택할 수 있는 유산의 방법과 통증조절방법
- 필요한 검사를 포함하여 시술의 시행 전, 시술 중, 시행 후 시행되는 조치 및 과정
- 발생할 수 있는 증상(통증, 출혈) 및 전 과정에 소요되는 시간
- 발생 가능한 부작용을 인지할 수 있는 방법, 이 경우 도움 받을 수 있는 기관과 방법
- 시술 후 성관계를 포함한 일상적인 활동이 가능할 때까지 필요한 기간
- 시술 이후 피임을 포함한 추후 관리
- 필요한 법적, 제출 서류
- 안전한 유산을 경험한 대부분의 여성은 생식건강상태를 포함한 전반적 건강에 있어 유산의 후유증과 관련된 장기적 부작용(이후 임신시의 합병증, 부정적 정신적 예후, 유방암 등)을 겪지 않을 것이다.

여기에는 임신중지에 대한 정보뿐만 아니라, 향후 피임과 성 매개 감염 예방에 대한 교육, 임신유지와 출산/입양 등의 다른 선택지에 대한 제공, 각각을 선택할 때 얻을 수 있는 사회복지적 자원 등의 통합적인 내용이 들어가야 한다. 모든 정보는 연령, 성별, 교육수준, 장애, 성적 지향과 정체성, 이주 등의 상태를 고려하여 전달되도록 해야 한다. 보건복지부나 의료계뿐만 아니라 여성계, 복지계가 협의하여 왜곡되거나 편향되지 않은, 근거에 기반한 정보를 제공해야 하며, 어떤 결정에도 여성을 지지하는 상담 환경이 필요할 것이다. 이렇게 만들어진 정보는 인터넷, 공공/민간 기관 및 지역 단체, 병의원, 보건소 등 다양한 경로를 통해 이용가능성을 높여야 한다. 질병관리본부에서 대한의학회와 함께 운영하는 국가건강정보포털, 현재 운영되고 있는 여성 핫라인들과의 연계도 고려해볼 수 있다.



그림 2. 영국 국립건강서비스(National Health Service)의 임신중지정보제공

#### 4. 의료인 교육, 모니터링, 표준진료지침

임신중지가 범죄화 되어 있는 동안, 기형적인 의사-환자 관계, 임신중지에 대한 무정책과 학계의 무관심이 임신중지서비스를 안전하지 못하게 해왔다. 일각에서는 한국에서의 임신중지가 산부인과 의사에 의해 행해지기 때문에 안전하다고 이야기하지만, 세계보건기구는 ‘안전한 임신중지’를 위생적 환경, 훈련 받은 의료인, 정해진 프로토콜 준수라는 조건을 충족시키는 경우로 정의한다.<sup>9)</sup> 지금까지의 한국에서의 임신중지는 안전성이 확립된 미프진이라도 인터넷으로 복약지도 없이 자가로 사 먹는 상황, 산부인과 전문의에게 시술을 받더라도 권장되는 프로토콜이 아닌 소파술 등의 구식 방법으로 받는 상황 등, ‘덜 안전한 임신중지(Less safe abortion)’로 정의되는 환경에 놓여있었다. 태아가 사망한 케이스나 자연유산, 일부 ‘합법적인’ 임신중절의 케이스밖에 접해보지 못하다가, 수련을 마치고 임상에 나가서야 인공임신중절의 실태와 최신 지견을 접하게 된다. 자궁천공이나 유착을 일으킬 수 있어 그 사용을 줄이라고 권고하는

9) WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2012.



큐렛을 이용한 소파술이 아직까지 임상의 대부분을 차지하며<sup>10)</sup> 진료나 교육의 실태에 대해서도 조사된 바 없다.

WHO에서 발간된 안전한 임신중지를 위한 가이드라인 및 최신 지견을 반영한 한국화된 표준진료지침을 만들고, 이를 의과대학과 보수교육에서 교육할 수 있도록 해야 한다. 교육을 담당하는 대학병원과 및 공공의료기관에서는 임신중지가 제공되어야 한다. 의사들이 최신 지견의 보수교육을 적정 시간 받은 이후 안전하고 위생적인 환경에서 약품 처방과 시술을 할 수 있도록 해야 한다. 의과대학에서, 레지던트 수련과정에서 임신중지를 다루서, 이제 배출되는 의료인들은 교육을 받아 나올 수 있도록 해야 할 것이다. 그리고 이러한 가이드라인에 맞춰 진료와 교육이 이루어지고 있는지에 대한 모니터링도 필요하다.

의료인의 거부권에 대한 논란이 분분한 상황인데, 보수교육을 받은 의료인에 한해 시술을 할 의사를 신청 받고 인증의로 등록하는 방법도 양질의 서비스 제공을 위해 고려해 볼 수 있을 것이다. 이미 합법화가 진행된 해외에서도, 임신중지에 대한 낙인과 편견이 문화적으로 유지되는 경우 임신중지를 찾는 여성과 의료인이 위축되기 쉽고, 임신중지 서비스를 제공하는 의료인들에 대한 평가절하나 테러가 벌어지기도 하여, 이런 상황이 접근성을 저하시키고 있는 상황이다. 특히 개인적 종교나 신념에 따른 거부가 국제인권규약에 명시되어 있지만, 이것이 환자의 건강권과 배치되거나 위해를 가해서는 안 된다. 환자의 결정을 존중하고 진료를 거부하지 않는 것은 의료인의 윤리적 책임이면서 법적 책임이기도 하다.<sup>11)</sup> 세계산부인과학회, 세계의사회 등 대다수의 의료인단체는 의사의 환자에 대한 의무가 거부권에 우선한다고 천명하고 있다.<sup>12)</sup> 따라서 만약 법에 이것을 명시할 경우에는 다음과 같은 최소한의 안전망이 필요하다.

#### - 정확한 의료정보 제공

10) 2005년 조사에서 월경조절술이 21%, D&C 47%, D&E 32%, 약물요법 1%를 차지한다.

김해중 외. 인공임신중절실태조사및종합대책수립. 보건복지부. 2005

11) 대한의사협회 의사윤리지침. 제13조(환자의 선택권 존중 등) 제14조(진료의 거부 금지 등) 의료법. 제15조(진료거부 금지 등)

12) WHO. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. 2015.

- 적절한 의료기관/의료인에게 시의적절하게 의뢰할 의무
- 의료기관에 채용 및 등록 시에 업무범위에 대한 공표 필요
- 개인에 속한 권리로 인정(기관이나 부서가 가지는 권리가 아님)
- 응급 진료, 생명이나 건강의 위해가 있는 경우에는 거부할 수 없음

사실상 불법이라는 낙인 속에 브로커나 의료사고 등의 음성적인 면이 강조되면서, 인공임신중절을 시행하는 의료인이 줄고 있다.<sup>13)</sup> 음지에서 양지에서 그동안 여성을 묵묵히 조력해온, 앞으로도 여성을 믿고 여성을 우선하는 진료를 하겠다고 당당히 나서는 의료인들이 조직되고 지지 받는 것도 중요하다.

## 5. 유산유도약의 도입

약물(인공)유산(medical abortion)이란 수술유산(surgical abortion)과 달리, 약제를 투약함으로써 유산을 유도하는 방법을 일컫는다. 임신을 유지하기 위해서는 프로제스테론이라는 호르몬이 필요한데, 미페프리스톤이라는 약물은 우리 몸에서 나오는 프로제스테론을 억제하여 임신을 유지할 수 없게 한다. 이로부터 24시간~48시간 이후 자궁을 강하게 수축시키는 미소프로스톨을 복용하게 되면 임신산물이 배출되어 유산이 유도된다. 1973년에는 미소프로스톨, 그리고 1988년에는 미페프리스톤이 개발된 이후, 이들 약물의 안전성과 효과성이 확립되면서 점점 그 비중이 커지고 있으며 지난 16년간의 합병증 발생은 0.05%, 사망률은 10만 명당 0.6건(출산 관련 모성사망률은 10만 명당 9건)이었으며, 성공률은 8주 이내의 경우 98~100%, 8주-9주 사이에는 96~100%, 9~10주 사이에는 93~100%에 달한다.<sup>14)</sup> 유산유도약이 도입된 외국의 사례들을 보면, 일단 도입된 후에는 그 사용이 확대되고,<sup>15)</sup> 그만큼 이른 주수에 임신중지가 가능해지게

13) 2005년 임신중절수술을 하고 있다고 하는 의료기관은 전체 산부인과 의료기관의 80%였는데 2009년 조사에서는 경험이 있는 의사의 비율이 58.3%, 2010년 조사에서는 49.3%이다.

각각 김해중 외. 인공임신중절실태조사및종합대책수립. 보건복지부. 2005

손명세 외. 전국인공임신중절변동실태조사. 보건복지부. 2011

14) <https://www.plannedparenthood.org/learn/abortion/the-abortion-pill>

15) 전체 임신중지 중 약물을 이용한 임신중지의 비중, 핀란드 96%(2015) 스웨덴 92%(2016) 노

된다.

우리나라는 미페프리스톤의 사용여부 검토나 도입 논의가 한 번도 진지하게 고려된 적이 없을 뿐 아니라, 모자보건법에서도 ‘인공임신중절 수술의 허용한계’ 라는 조항으로 수술유산만이 언급되고 있어 식약처와 보건복지부가 약물 도입에 미온적이다.<sup>16)</sup> 세계화·정보화 시대에 여성들은 이미 정보를 얻었고 그에 따른 수요가 발생하고 있다. 현재 Women on web, Women help women 같은 국제 NGO들이나 불법 인터넷 거래나 브로커를 통한 약물 자가 처방이 점점 늘고 있다. 문제는 불법 유통되는 것들 중 가짜 약이나 용량을 복약지침 만큼 사용하지 않을 가능성, 복약지도와 사전 상담, 유산 후 관리에 대한 안내 없이 약만 배송하는 행태가 안전을 위협하고, 약물 복용 후 실패나 부작용을 겪어 병원을 찾더라도 의료인의 이해부족으로 오해와 과잉 진료로 이어질 위험이 높다. 입법공백을 가능한 줄여 약물을 도입하고, 전문의약품으로 분류하여 의사와 보건당국의 관리 하에 약물을 사용하도록 하며, 보험을 적용해야 한다. 산부인과 전문의가 처방할 것인지, 2번에서 설명한 것처럼 일정 교육을 이수한 모든 의사가 처방할 것인지 여부, 병원 원내약국/원외약국 처방 등의 세부사항에 대한 논의도 필요하다. 이때에도 안전성과 접근성을 모두 높일 수 있는 최선의 방법을 찾아야 할 것이다.

• 캐나다

- 훈련 받은 의사들이 모두 미페프리스톤 처방 가능(임신중지전문가, 산부인과의, 가정의학과 등)
- 또는 처방 받은 후 약국에서 구매해서 직접 복용 가능(9주 이내)
- 성매개감염 검사, 혈액 검사 등을 마친 뒤 클리닉에서 바로 복용 후 귀가
- 일반적으로 2주 뒤 추적검사

르웨이 87%(2016) 스코틀랜드 83%(2016) 스위스 72%(2016) 덴마크 70%(2015) 프랑스 64%(2016) 영국 62%(2016) 미국 30%(2014) 네덜란드 22%(2015)

16) 매일경제. “낙태 헌법불합치에 ‘먹는 낙태약’ 논의 재점화”. 2019.4.13.

- 스웨덴
  - 모든 산부인과병원, 또는 허가 받은 임신중지 전문클리닉에서 처방 가능
  - 병원 중심으로 폭넓게 처방되고 있고 9주까지 집에서 복용 가능
  - 일반적으로 2주 뒤 추적검사
  
- 영국
  - 모든 NHS 산부인과병원, 또는 허가 받은 사립 임신중지전문클리닉에서 처방
  - 1차의를 거쳐 가야 할 필요 없음
  - 첫 mifepristone은 반드시 병원에서 복용한 후 귀가
  - 24-48시간 후 misoprostol 원래는 병원에서 복용했으나 작년부터 자가 복용 가능하도록 변경

## 6. 임신중지서비스, 피임의 급여화 / 국가재정 지원

현재 임신중지가 합법화 되어있는 국가들의 경우 대부분 이를 필수적인 의료 서비스로 보고 공공재원에서 지원한다. 비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용차이가 얼마인가, 국가가 비용을 부담하는가 또는 비용이 개인의 책임인가 라는 문제는 의료 이용 접근성과 직결되기 때문이다. 조사 가능한 80개국 중에서 34개국에서 전액 보조(아일랜드까지 포함하면 35개국) 되고 있고, 이 외에도 공공병원에서 더 저렴하게 시술을 제공하는 방식으로 일부 재정부담을 제공하는 국가, 공공보험에서 보험적용이 되어 개인이 일정비율만 본인부담하면 되는 국가, 저소득층과 청소년에게 비용지원을 하는 국가, 사유에 따라 제한적으로 비용을 지원하는 국가들까지 생각한다면 총 69개국이 전액 또는 일부 비용을 공공재정에서 부담한다.<sup>17)</sup>

17) Daniel Grossman et al., “Public Funding for Abortion Where Broadly Legal” *Contraception* 94, no. 5 (November 1, 2016): 453-60

무료 (34)	정부 또는 공공기관 재원 (21)	오스트리아, 아제르바이잔, 바베이도스, 덴마크, 에티오피아, 그리스, 가이아나, 인도, 이탈리아, 카자흐스탄, 멕시코(멕시코시티만), 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 러시아, 남아공, 튀니지, 우크라이나, 영국, 우즈베키스탄, 잠비아
	건강보험 재원 (13)	벨기에, 캄보디아, 캐나다, 쿠바, 프랑스, 홍콩, 아이슬란드, 룩셈부르크, 네덜란드, 북한, 슬로베니아, 스페인, 우루과이
일부 보조	특정 연령의 경우 보조	아르메니아, 불가리아, 몰도바, 몽골
	저소득층의 경우	아르메니아, 독일
	건강상의 이유	불가리아, 에스토니아, 독일, 헝가리, 이스라엘, 리투아니아, 몰도바, 몽골, 루마니아, 슬로바키아, 터키
	기혼여성의 경우	중국
	정부가 일정비율 부담	벨리즈, 케이프베르데, 에스토니아, 핀란드, 헝가리, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 스위스, 투르크메니스탄, 터키
	건강보험에서 일정비율 부담	핀란드, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 투르크메니스탄, 터키
	공공기관을 저렴하게 이용	가나, 리투아니아, 몰도바, 모잠비크, 루마니아, 싱가포르, 슬로바키아
특정 조건의 경우 보조	피지 (건강상의 이유, 성폭력, 근친상간) 체코, 라트비아, 마케도니아, 키르기스스탄, 바레인 (건강상의 이유) 크로아티아 (건강상의 이유, 성폭력) 벨라루스(건강상의 이유, 사회경제적 이유) 알바니아 (신체, 정신적 장애가 있을 때) 미국 (지역에 따라 다름)	

안전한 임신중지는 의료비 및 전체 사회적 비용 절감의 효과가 있다. 안전하지 않은 임신중지로 인한 모성 사망과 합병증 치료, 난임 등의 후유증으로 개인과 사회가 입는 손해에 비하여, 임신중지에 재정보조를 해주어 안전하게 시행되었을 때의 이득이 더 크고, 합법화 이후의 비용 절감에 대한 근거들이 쌓여 재정 지원의 근거가 되고 있다. 한국의 경우, 현재 모자보건법상 허용되는 합법적인 인공임신중절에 대해서는 다음과 같이 수가가 책정되어 있다.

주수	~8주	~12주	~16주	~20주	~20주이상
수가	83,160원	104,070원	131,550원	172,980원	202,350원

2005년 조사에서 전체 임신중지의 4.4%만이 합법 케이스로 보험급여 적용을 받았다. 그 외 음성적으로 시행되는 인공임신중절은 현재 주 수에 따라 50만원에서 500만원까지 자의적으로 책정된 시세에 따라 진행되고 있는데, 이는 전체 의료비 및 환자의 부담을 상승시키고, 정확한 통계 및 역학조사를 어렵게 한다. 헌법불합치 이후 입법과정을 통해 확장된 합법의 영역에 있어서는 의료 수가의 현실화 및 건강보험적용이 동반되어야 하겠다.

피임의 급여화도 임신중지의 급여화와 반드시 함께 이루어져야 한다. 현재 한국에서는 전문피임약(처방전 필요), 일반피임약, 응급피임약(처방전 필요), 자궁내피임장치(미레나 등), 피하내이식장치(임플라논 등), 피임시술(난관수술, 정관수술) 등 피임을 목적으로 받는 진료, 처방하는 약이나 모든 시술이 비급여항목이다. 이 약제와 장치들은 WHO 필수약품에 등재되어 있으며, 이는 어떤 때이든, 필요한 만큼, 개인과 사회에게 적절한 가격으로 공급되어야 한다는 뜻이다. 전 세계 여러 국가에서는 건강권과 공중보건 정책의 일부로 피임에 건강보험을 적용하던지, 피임을 담당하는 단체에 정부재원을 지원하던지 하는 방식으로 피임을 지원하고 있다. 이는 여성 개인의 건강을 위해서도 중요하지만, 원치 않는 임신을 효과적으로 방지하고, 임신중지로 인한 직간접적인 의료비를 감소시키는 측면에서 사회적으로도 도움이 되기 때문이다. 미국에서는 2010년 오바마 케어에서 모든 보험사가 피임과 관련한 서비스를 비롯해 여성건강 예방 서비스를 제공하도록 하였고, 이 외에도 가족계획협회를 통해 보험이 없거나 취약한 사람들을 위해 여러 무료 서비스들을 제공하고 있다. 프랑스에서는 대부분의 피임약, 루프, 임플라논에 대해 최대 65% 정도 비용을 지원하고 있다. 이 외 대부분의 유럽, 북미, 오세아니아 국가에서 청소년과 저소득층을 위한 피임지원서비스를 가지고 있다.

우리, 인도주의실천의사협의회는 의료인으로서 여성의 건강권을 지지한다. 의학에 기반 하지 않는 관념과 경험의 포장을 쓴 편견을 배척하고, 근거에 기반한 의학과 여성의 인권 : 건강을 추구할 권리, 몸에 대한 자율권을 가질 권리를 지지한다. 앞으로 더 많은 대중의 관심과 공론화, 해외 사례들의 공유가 필요하며, 기계적 의견절충이나 포퓰리즘이 아니라 근거와 건강증진을 기반으로 한 정책수립을 요구하는 바이다.

【토론 2】

## 임신중지에 대한 여성의 자기결정권 확대가 노동권에 끼치는 영향

김수경 (전국민주노동조합총연맹 여성국장)

여성이 임금노동과 재생산노동을 통제함으로써 일터와 가족관계, 사회 전반의 변화를 가져올 수 있다는 것이 바로 낙태죄 폐지 이후 우리가 상상 할 수 있는 사회이다.

한국 사회에서 낙태죄를 둘러싼 논의는 여성의 몸과 성에 대한 자기결정권과 태아의 생명권을 중심으로 진행되었으며, 이것이 여성노동자들이 일터와 가정에서 발휘할 수 있는 협상력에 어떠한 영향을 끼치고 있으며 결과적으로 고용 환경과 임금에 어떤 영향을 끼칠 수 있다는 점까지 논의되지는 않았다. 그럼에도 낙태죄는 분명 여성노동자의 고용의 질을 좌우하는데 큰 영향을 끼쳤다고 여겨지며, 이는 서구사회의 선행연구에서 이미 밝혀진 바가 있다. 이미 낙태죄는 폐지되었으나 지금이라도 한국 전쟁 이후 산업화 과정에서 낙태죄의 유지로 인해 노동시장에서 여성들이 받아 왔던 노동권 침해에 대한 검토가 필요하다. 이는 낙태죄 폐지 이후 새로운 세상에 대한 상상과 모색을 하는 또 하나의 척도가 될 것이기 때문이다.

한국사회가 여성의 노동을 2차 노동시장으로 밀어내고 여성의 불완전노동과 저임금을 당연시하게 만든 계기는 여성을 임신과 출산, 양육을 전담해야 하는 불완전한 노동력으로 인식하게 만들었기 때문이다. 여성을 스스로 임신과 출산, 양육을 통제 할 수 있는 존재로 여기지 않기 때문에 ‘여성노동자 = 가임



기 여성 = 결혼 = 출산 = 양육 = 불안정한 노동력' 으로 간주하고 고용의 전 과정에서 여성을 배제하고 차별을 당연시 해 왔다. 결혼퇴직제가 오랜 시간 동안 유지 될 수 있었던 것은 여성의 임금노동과 재생산노동이 양립 될 수 없다는 전제와 결혼 또는 결혼 적령기 이후의 여성은 노동시장에서 생산력이 저하된다는 핑계로 여성을 저비용 고효율로 사용하고 폐기하는 전략을 사용한 것이다. 경력단절 여성에 대한 일자리 또한 이러한 논리로, 생산력과 재생산력이 저하되었다며 이전보다 열악한 저임금 저숙련 노동으로 밀어낼 수 있었던 것이다.

만약 임신과 출산을 여성이 온전히 통제 할 수 있는 (피임에서부터 임신중지와 출산까지) 사회라면 일자리에서 여성들의 협상력이 커지면서 노동 과정 및 이로 인해 결정되는 임금에 대한 결정력 또한 커질 것이다. 여성 스스로가 일 할 수 있는 직종과 일 할 수 있는 기간을 결정하고 이에 따라 몸을 통제 할 수 있었다면, 한국 사회가 이렇게 뿌리 깊은 성별 분업과 성별임금격차를 만들어 내도록 두지 않았을 것이다. 일자리에서 여성들의 협상력이 커진다면 (지금 보다 상대적으로 적은 성별임금 격차) 이는 바로 가정에서 배우자와의 협상력을 좌우하는 계기가 되어, 몇 명의 자녀를 낳을 것인지와 가사노동 및 돌봄노동에 대한 분업을 포함한 여성의 노동시간에 대한 결정권이 커지면서 가부장적 가족 관계를 변화시키는 계기가 될 수 있었을 것이다.

### 여성이 노동시장에서 재생산권을 통제하기 위한 노동조합의 역할

한국사회는 여성. 여성노동자의 임신과 출산. 월경을 포함한 재생산 전 과정을 스스로 통제 할 수 없는 '보호 조치' '배려와 보호 정책의 대상' 으로 만들어 버렸다. 사회에서 여성들이 원하는 것은 보호와 배려가 아니라 마땅히 주장하고 준비되고 구성되어야 할 인간으로서의 존엄한 권리이다. 여성의 노동력과 재생산을 사회경제적 상황에 따라 유동적으로 배제하고 포섭하며 여성을 경제와 인구 통제의 도구로 여겨왔던 점은 중단되어야 한다. 그런 의미에서 이번의

낙태죄 폐지 투쟁은 지금 진행되고 있는 저출산 고령 사회에 대한 대책, 즉 낙태죄를 존치하고 질 낮은 일자리로 여성의 재생산을 통제하려던 의도를 무력화시킨 결과라고 할 수 있을 것이다.

이제 필요한 것은 일터에서 여성들이 노동권과 재생산권을 확대하기 위한 새로운 모색이다. 실제 노동현장에서 여성들이 스스로 재생산권을 통제할 수 있는지에 대한 논의는 이제 시작되어야 할 것이다.

우선 재생산권리를 포괄적으로 요구해야 한다. 발제자가 제기했듯이 근기법 74조 3항의 사산, 자연유산, 모자보건법에 허용된 인공 유산 만이 아니라 임신중지 여성의 유급휴가에 대한 논의도 확대되어야 한다. 그러나 이에 대한 논의도 90일간의 유급휴가를 기계적으로 주장할 수는 없다. 임신중지를 제도적으로 보장받는다 하더라도 이에 대한 낙인 효과는 개인에게 부담으로 올 수가 있다. 그러므로 노동자들이 자신의 노동시간을 주도적으로 통제 할 수 있는 휴가의 사용과 확대를 보장 받는 방법으로, 보편적인 노동주권을 확대하는 방향으로 진행되어야 한다.

일하는 여성이 임신중지를 결정했을 때 노동권에 영향을 받지 않기 위해서는 일터에서부터 의료 혜택과 상담의 접근이 용이하게 구성되어야 한다.

사내 보건실 확대는 여성만이 아닌 전체 노동자의 건강권과 함께 요구되어야 할 것이며, 사내 보건실은 노동자의 건강과 노동안전은 물론이고 노동자의 초기 임신중지에 필요한 상담과 의료적 혜택을 용이하게 접근 할 수 있는 지원 체계도 갖춰야 한다. 임신중지는 노동안전, 노동자 건강권의 한 영역이 되어야 하는 것이다.

일터에서부터 사각지대 없는 출산과 양육에 대한 돌봄의 지원은 지금보다 더 확장되어야 하며 이는 여전히 절실한 문제이다.

월경은 재생산권리이다. 월경은 보호의 대상도 아니고 개인별 격차가 존재한다. 그럼에도 대부분의 여성들은 월경으로 인해 생산력에 지장을 받는다. 월경통을 완화시킬 수 있는 노동시간의 조절과 통제에 대한 논의가 다시 이루어져야 하며, 이에 대한 의료적 접근, 대안 생리대에 대한 논의도 여성노동자의 의제로 들어와야 한다. 남성들의 일 영역으로 진입한 여성노동자들의 경우 ‘생리컵’의 경험은 신세계였다는 증언이 있다. ‘생리컵’을 일찍이 알았으면 남성들이 하는 일 영역으로의 도전이 훨씬 용이했으며 여성이라서 못 하는 일자리가 지금보다 줄었을 것이라는 증언은 월경이라는 재생산 과정이 노동력과 밀접하게 연결되어 여성을 배제 또는 포섭하는 계기가 되었음을 확인할 수 있다.

환자의 건강권을 침해하는, 의료 행위 거부를 허용하지 않기 위한 논의에 노동조합과의 합의가 필요하다. 보건의료 여성노동자들은 임신중지를 결정하는 당사자이기도 의료 행위를 실행하는 노동자이기도 하다. 보건의료 노동자를 중심으로 임신중지가 보편적이고 필수적인 의료행위라는 점이 공유되고 이를 위한 의료 체계와 인식의 전환을 꾀하는 것이 노동조합의 요구가 되어야 한다. 노동운동과 여성운동의 여성주의적 연대가 이루어질 수 있는 지점이 될 것이다.

낙태죄 폐지 이후의 새로운 세계가 실제로 일어날 수 있는 곳은 노동시장이 될 것이다.

여성이 재생산권을 통제할 수 있음으로 현 시기 여성들이 주장하고 있는 성별분업 해체, 평등임금 쟁취, 이로 인해 변화 될 수 있는 가족관계, 여성의 사회적 관계의 변화를 상상하는 것은 흥미롭고 가장 역동적으로 변화를 만들 수 있을 것이다.

【토론 3】

## 권리로 접근하는 포괄적 성교육 (Comprehensive sexuality education)

이현숙 ((사)탁틴내일 상임대표)

‘성(性)적이 되는 것’은 인생에서 중요하다. 이것은 즐거움과 안락함의 근원, 애정과 사랑을 표현하는 방법이 될 수 있다. 자발적이던 그렇지 않던, 젊은이들은 성적으로 왕성하기를 선택한다. 포괄적인 성교육은 더 건강하고 안전한 성적, 사회적 관계를 위해 필수적으로 얻어야 할 것, 그리고 상호존중, 동등, 존경과 같은 가치를 강화하는 것을 우선시한다.

- 유네스코 국제 성교육 가이드라인  
(International Guidelines on Sexuality Education), 2009

### 1. 왜 포괄적 성교육인가

인터넷이나 매체를 통해 성적으로 노골적인 자료에 더 많이 노출되는 상황에서 청소년들이 자신의 삶에서 책임 있는 선택을 할 수 있는 지식과 기술을 갖추는 것의 중요성은 점점 더 커지고 있다.

유네스코(2018)는 청소년의 삶 가운데 경쟁적인 정보 자원을 고려해볼 때, 청소년들의 효과적인 학습과정 참여와 그들의 전반적인 요구에 대응하기 위해서 균형적이고 포괄적인 접근이 요구되고, 포괄적인 성교육이 재생산, 성적 행동, 위험과 질병 예방에 대한 콘텐츠 뿐 아니라 상호 존중과 평등에 기반한 사랑과 관계와 같은 긍정적인 방법으로 섹슈얼리티를 제시할 수 있는 기회를 제공한다며 포괄적인 성교육을 방향으로 제시하고 있다.

‘포괄적인’은 긍정적인 섹슈얼리티의 성 및 생식 건강에 대한 학습자의 지식, 기술, 태도의 개발을 의미하며 ‘포괄적 성교육’이란 섹슈얼리티에 대한 인지적, 정서적, 신체적, 사회적 측면에 대해 배우는 커리큘럼 기반 교육과정으로서, 아동과 청소년으로 하여금 자신의 능력 - 자신의 건강과 복지 및 존엄성에 대한 인식 능력, 존중하는 사회적 성적 관계 형성 능력, 자신 및 타인의 복지에 미치는 영향을 고려한 선택 능력, 자신의 삶 속 권리에 대한 이해와 보호 능력 - 을 높일 수 있는 지식, 기술, 태도, 가치를 갖추도록 하는데 목적이 있다.

포괄적 성교육은 아동 청소년의 권리를 포함하여 모든 개인의 건강권, 교육권, 동등한 정보 접근권 및 차별 금지와 같은 보편적 인권에 대한 이해를 증진하고 촉진한다. 청소년들에게 포괄적 성교육에 대한 동등한 접근성을 제공하는 것은 강압과 폭력이 없는 안전하고 책임 있고 존중되는 성적인 선택과 아울러 포괄적인 자기 관리에 필요한 정보 접근권을 포함하여 달성 가능한 높은 수준의 청소년 건강권을 존중하는 것이다.

포괄적인 성교육은 언제 누구와 친밀하거나 성적인 형태의 관계를 가질 것인지 선택할 권리를 증진한다. 이는 자신의 선택에 책임을 지고 다른 사람의 선택을 존중하는 것과 관련되어 있다. 이러한 선택은 성적 관계를 자제하거나 연기하거나 또는 성적 관계를 맺을 권리를 포함한다. 금욕은 임신, 성을 매개로 한 감염을 예방하는 중요한 방법이지만 금욕이 청소년들의 삶 속에서 지속될 수 있는 조건이 아니라는 것과 청소년들이 다양한 연령대별로 자신의 성적 표현을 다양한 방식으로 관리하고 있음을 인식한다.

자신의 가치관에 맞게 성적 감정을 표현하는 방법을 생각할 수 있도록 격려하는데 중점을 두고 성관계를 계획 중이거나 이미 성관계를 하고 있는 청소년에게는 임신과 콘돔 사용에 의한 성병으로부터의 이중적인 보호를 포함하여 모든 형태의 피임법에 대한 정보를 알고 있는 것이 필수적이다.

## 2. 권리에 기반한 섹슈얼리티 교육

국제가족계획연맹(2008)은 성적 권리에 대해 평등권과 차별 받지 않을 권리, 생명·자유·안전에 대한 권리, 자기결정권 및 신체통합권, 고문 및 학대·비인도적·모멸적 대우나 처벌을 받지 않을 권리, 모든 형태의 폭력과 강제에서 자유로울 권리, 사생활에 대한 권리, 즐겁고 만족스러우며 안전한 성적 경험을 위하여 가능한 한 높은 수준의 (성적) 건강을 추구할 권리, 과학적 발전과 적용의 혜택을 누릴 권리, 정보에 대한 권리, 교육권 및 종합적 섹슈얼리티 교육에 대한 권리, 평등 및 절대적·자율적 동의를 통해 결혼 및 기타 유사한 관계를 시작·형성·종결할 권리, 자녀 갖기 및 자녀의 수·시기에 대한 결정권과 이를 위한 정보 수단에 접근할 권리, 사상·의견 및 표현의 자유, 결사의 자유 및 집회의 자유, 공무와 정치에 참여할 권리, 사법·법적 구제 그리고 보상에 대한 접근권 등이 있다고 정리하고 있다.

이렇게 인간의 성적 권리는 많은 것을 포괄하고 있다. 성적 권리에 대해 제대로 이해해야 자신의 권리를 옹호하고 타인의 권리도 침해하지 않을 수 있다. 성적 권리에 대해 이해하려면 섹슈얼리티에 대한 이해도 중요하다.

‘섹슈얼리티’는 인간의 핵심적인 차원으로 이해될 수 있는데, 여기에는 인간에 대한 이해와 관계, 감정적 애착과 사랑, 섹스, 젠더, 성 정체성, 성적 지향, 성적 친밀감, 쾌락, 재생산이 포함된다. 섹슈얼리티는 복잡하며 일생에 걸쳐 진화 발전하는 생물학적, 사회적, 심리적, 영적, 종교적, 정치적, 법적, 역사적, 윤리적, 문화적 차원을 포함한다.

‘섹슈얼리티’라는 단어가 언어와 문화적 맥락에 따라 다른 의미를 가진다는 점도 주목해야 한다. 따라서 다양한 변수와 언어에 따른 의미의 다양성을 고려할 때 포괄적인 성교육은 섹슈얼리티에 대한 다음의 측면을 고려할 필요가 있다.

- 생물학적 측면 뿐 아니라 대인 관계 및 성 관계에 대한 개인적 사회적 의미를 나타낸다. 이는 주관적 경험이며 친밀함과 사생활 둘 다를 위해 인간에게 필요한 부분이다.

- 이와 동시에 섹슈얼리티는 사회구조이며, 신념, 관행, 행동, 정체성의 다양성 안에서 가장 쉽게 이해된다. ‘섹슈얼리티는 개별적 관행과 문화 가치의 규범의 차원에서 형성된다’ (Weeks, 2011).
- 섹슈얼리티는 권력과 관련이 있다. 궁극적인 권력의 경계는 자신의 몸에 대한 성적 통제 가능성이다. CSE는 섹슈얼리티, 젠더, 권력, 그리고 그것의 정치 사회적 차원의 관계를 다룰 수 있으며 이는 특히 나이가 많은 학습자에게 적합하다.
- 성적 행동의 통제에 대한 요구는 문화에 따라 광범위한 차이가 있다. 어떤 행동은 받아들일 만하고 바람직한 것으로 보이지만 어떤 행동은 용납되지 않는 것으로 보인다. 이는 이러한 행동이 발생하지 않았다거나 성교육 토론에서 제외해야 한다는 것을 의미하는 것은 아니다.
- 섹슈얼리티는 일생을 통해 다양한 방식으로 나타나며 신체적, 정서적, 인지적 성숙과 상호작용을 한다. 교육은 성적인 복지를 증진하고 아동청소년들이 삶의 여러 단계에서 건강하고 책임 있는 관계를 유지할 수 있도록 준비하는 주요 도구이다.

### 3. 한국의 학교 성교육 현황

우리나라는 1960년대 가족계획 사업에 의해 성교육의 필요성이 제기되면서 1966년 문교부가 ‘순결교육’ 방침을 발표하였다. 1970년대에 들어서면서 학교 성교육 논의가 시작되었고 당시 성교육은 여학생에 대한 월경 교육 중심으로 이루어졌다. 1982년 성교육을 실시하겠다고 공표한 이듬해인 1983년에 문교부는 성교육 지도자료를 발간했다. 지도자료는 유치원에서 국민학교, 중학교, 고등학교까지 10단계로 나누어 정리하고 있는데 유치원 과정은 남자와 여자의 신체적 차이, 놀이를 통한 남녀 역할을, 초등학교(초등학교) 과정은 임신, 출산, 제2차 성장, 생리, 자위행위, 이성 친구와의 건전한 관계를, 중학교 과정은 제2차 성장(신체적 심리적 발달), 성교와 임신(생명의 신비), 출산(생명의 존엄성), 성적 충동과 관심, 성역할, 가정의 의미에 대해, 고등학교 과정은 신체 성숙과

정신적 성숙, 위생(성병), 성 가치관 확립, 피임과 불임, 임신중절, 가족계획의 내용을 담고 있었다고 한다. 그러나 이는 문헌상으로 존재할 뿐 실제로 학교에서 이루어지지 않았고 생물, 교련, 가정 시간에 잠시 임신, 출산 등을 교육하는 것에 그친 것이 현실이었다.

이렇게 10여년이 흘러 1990년대 변화의 시기를 맞이하게 된다. 1995년 열린 북경 여성대회에서 청소년 성교육 및 여성의 임신결정권과 각종 성 관련 보건 서비스 등의 내용을 담은 행동강령을 채택하였다. 같은 해 국내에선 포르노그라피에 대한 문제가 제기되었다. 이렇게 성평등에 대한 사회의 관심이 높아지면서 정부는 1995년 제6차 교육과정 도입 시 기술 가정 교과목을 남녀 모두 이수하도록 개편하였다.

이듬해인 1996년에도 청소년의 성과 관련된 이슈가 불거졌는데 학교에서 여중생이 출산하는 일도 일어나면서 한 일간지에서 순결캠페인을 하였고 언론에서는 청소년 성교육 필요성 등의 기사를 게재하였다. 성교육 필요성을 주장하는 여론이 확산되자 1996년 7월 7일 성교육과 모자 보건 등을 전담하는 과목을 신설하거나 체육시간에 가르치는 성교육 배정시간을 늘이기로 교육부와 협의하겠다고 발표하였고 7월 17일에 교육부는 순결 위주의 교육을 성폭력 예방교육으로 전환하겠다고 하며 중고등학교 재량시간에 성교육을 집중적으로 실시하는 내용이 담긴 ‘학교 성폭력 예방교육과 대책’을 발표하였다. 서울시 교육청도 재량활동시간을 활용해 성교육을 실시하고 교과서를 제작하겠다고 발표하였다. 1997년에는 소위 ‘빨간 마후라’라고 불리는 사건이 발생하여 성교육 필요성에 대한 공감대가 확산되었고 서울시 교육청은 ‘행복과 성’ 교과서를 발간하였다.

성교육을 확대하기 위한 시도는 계속되었다. 2001년 제7차 교육과정에서 재량활동 시간과 범교과 수업으로 성교육을 하도록 하고 연 10시간 이상 실시하도록 권고하였다. 재량활동 주제에 성교육을 포함하여 10시간을 시행하도록 성교육 지침을 만들었는데 지침에는 학교별 성교육 연간 계획서 수립(자위, 성소수자, 피임 등 포함) 안내, 성교육 담당교사 지정(1교 1명 업무분장표에 표시), 필수수 확보 권장(연간 10시간 이상), 성교육 예산 확보와 담당교사 연수 및



연구학교 운영, 지자체와의 연계 운영 강화 등 규정, 교육청을 통해 성교육의 실시 결과에 대한 보고 의무화, 미 이행 여부 감사 실시(교육부, 2001) 등의 내용이 담겨있었다.<sup>18)</sup> 당시에 보건교사들은 성교육 수업을 담당하며, 여성·청소년 단체와 각종 연구, 연수 등으로 교류하며 성교육의 내용, 방법 등을 함께 모색하였다. 교재 및 담당 인력도 부족하였고, 비정규 성교육으로서 위상이 취약할 수밖에 없었고 주제별 논의 수준도 미흡하였지만 열정으로 학교 현장에서 활발한 움직임이 일어났던 시기이기도 했다. 교육부는 2004년에 성교육 프로그램의 효과와 개선 방안을 연구하였고 한편으로 2004년에 성매매방지법이 시행되면서 성매매예방교육이 시작되었다.

이러한 노력에 힘입어 2006년에 교육부는 성교육을 연간 10시간 이상 의무적으로 실시하도록 하였고 실제로 2006년 연간 3시간 미만에서 2008년 연 평균 9.4시간으로 늘어난 것으로 조사되었다. 좀 더 교육을 체계적으로 실시하고자 보건교사를 중심으로 보건교과를 신설하는 학교보건법 개정 운동으로 2007년 학교보건법이 개정되었고 2009년에 보건교사의 성교육을 포함한 보건교육이 의무화 되었다.

그런데 2015년에 발표한 국가수준 성교육 표준안으로 그동안의 노력이 무색할 정도로 후퇴하게 된다. 교육부는 2016년에 성교육 표준안으로 모든 교과에서 체계적인 성교육을 하도록 공문을 시달하였다. 공문에는 자위, 성행위, 동성애 등이 모두 삭제된 교과별 성교육 내용 및 교과별 분담 예시표가 담겨 있었고 수업안과 수업자료를 제작하여 홈페이지에 탑재하고 교사 연수 및 현장에서 적용하도록 강행하였다.

양성평등 교육 역시 부침을 겪었다. 교육부는 1998년 여성정책담당관실을 설치하여 본격적으로 양성평등교육정책을 수립·시행한 이래 매년 양성평등교육 추진계획을 수립하였고, 시도교육청의 양성평등교육 정책을 독려하는 한편, 추진상황을 점검하는 등 정책적 노력을 기울여왔다. 2009년 개정 교육과정에서 양성평등교육관련 교육내용을 살펴보면 제7차 교육과정보다 진전이 있기는 했으나 여전히 단편적이고 지엽적으로 다루지고 있었다. 사회과목은 초등학교에

18) 우옥영, 학교 성교육의 흐름, 쟁점과 과제, 한국보건교육학회, 2018

서 성역할 변화와 관련하여 다루고 있지만, 중학교 단계에서는 이와 관련된 내용을 전혀 찾아볼 수 없다. 당시 여성정책연구원 조사과정에 참여한 대부분의 학생들은 학교에서 양성평등에 대해 배운 바가 없다는 반응을 보였으며, 일부 학생들은 일회성 행사로 시행하는 양성평등 관련 글짓기 대회나 캠페인에 대한 기억만 갖고 있다고 응답한 경우가 많았다.

양성평등교육 추진체계도 2008년 여성정책담당관실의 폐지 이후, 비예산 사업 위주로 명맥이 유지되던 초·중등학교 양성평등교육정책이 2013년 새 정부의 조직개편으로 「제4차 여성정책기본계획」에 의거한 전 부서의 자율적 추진으로 바뀌었다. 이에 따라 그 마저 있던 담당부서도 사라지게 되었다. 정부조직개편으로 교육부의 양성평등교육정책은 자체 추진계획을 수립하는 대신 「제4차 여성정책기본계획」에 의거하여 각 부서에서 자율적으로 추진하는 것으로 바뀌었다.<sup>19)</sup> 이에 따라 기존의 전담부서 체제가 사라지는 등 정책 환경의 변화를 맞이하게 되었다. 교육부가 양성평등교육정책을 특정부서에서 총괄하여 추진하던 기존 방식에서 정책과제를 담당하게 되는 부서별로 개별적으로 추진하는 방식으로 정책 추진방식을 변경하였다. 이로 인해 「양성평등교육 추진계획」을 수립할 필요가 없어지게 되었다. 이렇게 성평등 교육이 후퇴하는 상황에서 사회적으로는 용산 초등생, 조두순, 김길태 사건 등을 비롯한 학교폭력과 성폭력 문제가 이슈로 계속 등장하였다. 이러한 사건이 발생할 때마다 예방교육의 중요성이 제기되었고 학교에서 성교육·성폭력예방교육을 강화하는 방향으로 정책을 추진하였다. 성희롱·성폭력·성매매 예방교육 중심으로 강화되면서 한편으론 양성평등교육과 성교육을 대체하고 결과적으로 포괄적인 젠더와 섹슈얼리티 교육을 약화시키는 문제를 낳기도 하였다.

2015년 개정 교육과정에서는 성평등이 ‘인권’의 하위 주제가 되면서 더욱 축소된다. 성평등을 포함하여 39개였던 학습 주제가 ‘안전·건강 교육, 인성 교육, 진로 교육, 민주 시민 교육, 인권 교육, 다문화 교육, 통일 교육, 독도 교육, 경제·금융 교육, 환경·지속가능발전 교육’ 10개로 축소되었다. 2018년 3월 중앙일보 보도에 따르면 양성 평등 수업이 초등 6년간 4시간에 불과하며 그나마

19) 정혜숙 외 2인. 초·중등학교 양성평등교육 활성화 방안. 한국여성정책연구원. 2013

중고등학교엔 없는 것으로 나타났다. 초등학교 교과서를 확인한 결과 양성평등에 대해 직접 다루는 단원은 4학년 2학기 사회과목이 유일했다. ‘사회 변화와 우리 생활’ 단원 안에 ‘성 역할 변화와 양성평등 사회’라는 소단원으로 포함되어 있을 뿐이다. 이 단원은 4시간 수업 분량이다. ‘달라지는 성 역할’ ‘성 차별 사례’ ‘양성평등 사회를 만들기 위한 노력’ 등으로 구성되어 있다.<sup>20)</sup>

내용에서도 성차별적인 요소가 발견되었다. 국가인권위원회에서 발표한 ‘2017년도 초등 교과서 모니터링’에서도 성 역할에 대한 고정관념이나 편견을 심을 수 있는 삽화·사진이 사용되고 있는 문제가 나타나는 등 학교는 성인지 감수성을 향상할 수 있기에 적합한 교육 환경을 갖추지 못하고 있다.

#### 4. 학교 교육 지원 과정에서 부딪히는 문제들

공교육에서 성교육이 혼란을 겪으면서 민간 영역에서 성교육 운동이 꾸준히 일어났고 학교의 문을 두드리면서 학교 성교육을 지원하려 노력하고 있다. 그러나 성교육이 제대로 제도화하지 않은 상황에서 민간에서의 지원만으로는 어려움이 있다.

가장 어려운 점은 성교육 시수 확보다. 성교육이 주제별로 체계적으로 이루어 지려면 충분히 주제를 다룰 수 있는 시간이 필요하다. 학교에 따라서는 교장과 담당교사의 관심과 의지에 따라 시수를 확보하기 위해 노력하고 있으나 대체로 1~2차시 이상의 교육시간을 확보하기 어렵다.

교육 방식에도 문제가 있는데 의무적으로 실시하는 교육은 학생을 강당에 모아 놓고 강의를 진행하거나 몇몇의 아이들을 방송실에 모아 교육을 하고 그 모습을 교실에 있는 TV를 통해 보게 하는 방식으로 교육을 실시하는 경우가 많다. 이러한 방식의 교육은 집중도 어렵고 교육 효과가 떨어진다. 특히 성교육은 주입식 보다는 다양한 상황 제시와 질문을 통해 토론식으로 이루어질 때 효과가 높다는 점을 고려한다면 최소한 반 단위로는 교육이 이루어져야하고

20) 중앙일보. “양성평등 수업, 초등 6년간 4시간뿐 … 중·고교엔 없다”. 2018.03.06  
<https://news.joins.com/article/22415754>

교육 시수도 늘어나야 한다.

학교에서 이렇게 단발적인 교육을 요청할 수밖에 없는 예산과 인력의 문제도 있다. 소규모 단위로 교육을 진행한다면 그만큼 인력이 필요하고 그에 따라 예산도 늘어날 수밖에 없는데 현실은 녹록치 않다. 동시에 모든 반에 강의를 진행할 수 있는 강사진을 구성하는 문제로 어려움을 겪기도 하고 참여하는 강사들의 역량을 상향 평준화 하는 것도 숙제다.

성교육 표준안 제작과 지침 전달 이후로 성교육 내용에 대한 갈등도 발생한다. 교육 전에 표준안에 담긴 내용 말고는 다루지 말아달라는 학교 측의 요구와 갈등이 일어날 수밖에 없다. 교사가 개인의 신념으로 성교육 표준안과 다른 방향으로 교육하고 싶어도 이후에 문제가 되었을 때 감사에서 자유롭지 못하다는 점 등으로 교사들은 위축되기 쉽다.

## 5. 성교육을 둘러싼 쟁점들

성교육의 시작은 순결교육, 절제 교육으로 시작되었으나 이러한 교육 내용과 방식에 대해 문제를 제기 하면서 청소년을 성적 주체로 인정하고 포괄적인 성교육이 이루어져야한다는 목소리가 높아졌다. 그러나 국가수준성교육표준안에서 보듯 다루어야 할 주제들에 대한 쟁점이 대립하며 평행선을 달리고 있는 것이 현실이다. 그 중 몇 가지를 소개하면 다음과 같다.

사춘기 청소년들의 성적 충동을 인정할 것인지, 성적 행동을 할 수 있는 존재인지에 대한 논쟁이 존재한다. 또한 청소년에게 성적 자기결정권이 존재하는가의 문제는 여전히 쟁점이다. 이는 자위행위 등의 성적 행동에 대한 태도에서도 갈등을 빚기도 한다. 또한 성적자기결정권에 대한 개념의 혼란도 있으며 이는 성적 동의 연령을 바라보는 관점도 달라진다.

피임, 임신중지 등 재생산권에 대한 입장을 교육 주제로 다룰 것인가, 한다면 언제부터 시작해야하는 가도 쟁점이다. 특히 성소수자와 관련된 교육에 대해 갈등이 존재한다. 심지어는 민간에서 지원하는 교육 내용을 감시하고 방해하기 위한 학부모들의 조직적인 움직임으로 의심되는 정황도 보인다. 가족의 형태와

관련해서도 이성애자의 결혼관계에서 태어난 아이들과 부모로 구성된 가족만 정상가족으로 보는 프레임과 비혼부모 조손가정, 다문화, 성소수자 등 가족의 다양성을 인정하지 않으려는 관점의 차이가 존재한다.

## 7. 성평등 관점과 권리에 기반한 성교육을 위하여

인터넷의 발달 등으로 인해 이른 나이에 왜곡된 성에 대한 정보를 접하고 공격영역과 사적영역의 성격을 동시에 지닌 인터넷 특성 속에서 관계에서의 문제들이 발생하고 성적 문제행동을 일으키는 나이가 어려워지고 있다. 또래 간에 발생하는 성폭력으로 이를 예방하기 위한 교육의 필요성에 대한 공감대가 확산되었다. 또래 간 성폭력 유형 중에 불법 촬영 범죄가 늘어나고 있다는 점도 문제다. 또래 간의 문제뿐만 아니라 인터넷을 매개로 하여 성적 착취에 유인당하고 이용당하는 청소년들의 연령이 어려워지고 피해가 확산되고 있어 이에 대한 안전교육도 필요하다.

성폭력, 불법촬영 등은 결국 젠더에 기반한 폭력으로 퀘를 같이 하고 있다. 성교육이 성평등과 권리 기반한 교육이 되어야하는 이유이기도 하다.

성교육은 관계 맺기를 배우는 과정이기도 하다. 이는 민주적 훈련과도 상통한다. 민주적 훈련은 다양한 의견을 접하고 토론하고 교육하면서 자신의 세계관, 도덕관을 고려해볼 때 가장 올바른 선택을 하는 것이다. ‘성’도 이 같은 훈련이 필요하다. 기분으로 감각으로만 판단하지 않고 심사숙고해서 스스로 결정할 수 있는 상황을 만들면서 차이를 이해하고 인정하며 차별에 반대하고 다양성을 존중하며 배려할 줄 아는 성숙한 인간으로 성장하는 것이다. 즉 신체적·심리적 차이를 이해하고 성적 소수자, 사회적 약자의 성적 권리를 존중하고 다름을 이유로 차별하거나 차별받아서도 안 됨을 터득해가는 과정이다.

이런 과정을 통해 청소년은 성적 존재로서의 자신을 이해하고 성문화에 대한 비판적 안목과 주체적인 성적 의사결정 능력을 키움으로서 더 평등한 성문화를 만들어가는 건강한 성 정체성을 가진 성숙한 개인으로 성장할 수 있을 것이다.

성은 일생동안 함께하며 성적 존재가 아닌 사람은 없다. 진정한 민주주의는 모든 국민이 자신의 권리를 찾고 의무를 다하며 당당하게 사회의 주인으로서는 것이라고 했다. 같은 맥락에서 청소년들이 성적 주체성을 확립하고 성적자기결정권을 수호하고, 건강한 성가치관을 갖는 것은 건강한 시민으로 성장하는데 필요한 필수 덕목이다.

그런데 학교 현실은 어려움이 존재한다. 이를 개선하려면 당장 논란이 되고 있는 국가 수준의 성교육 표준안을 폐기하여야 한다. 성교육 표준안은 교안 형식으로 작성된 매뉴얼로 성소수자, 성적 자기결정권과 관련된 내용을 배제함으로써 성의 근본적인 특성인 다양성을 담아내지 못하고 있다. 또한 청소년 문화, 인식과 맞지 않은 내용으로 구성되어 시대착오적, 비전문적, 성차별적, 편향적, 국제사회 인권기준 위배의 이유로 국내외에서 문제를 제기하였다. 교육부는 2017년에 연구용역을 토대로 개선안을 내 놓았지만 여전히 금욕주의적 절제교육에 방향에 변화가 없이 일부 내용만 수정한 것에 불과하다고 비판받고 있다. 신체적, 심리적, 정신적, 사회적, 경제적, 정치적, 문화적 양상을 지닌 성은 젠더를 상징하지 않고는 이해할 수 없음에도 표준안은 성별 고정관념을 강화하고 관계에서의 불평등, 왜곡된 성통념에 기반한 내용을 담고 있다.

학교 시스템의 변화 없이 학년별 15차시를 제안하였고 성과 관련된 내용을 조금만 다루어도 성교육을 실시한 것으로 간주하여 실제 성교육은 이루어지지 않고 서류상으로만 실시되는 경우가 대부분이다.

성소수자, 성적자기결정권의 내용을 제외한 성교육 표준안 개선으로는 위의 문제를 해결할 수 없으므로 기존의 성교육 표준안을 폐기해야한다는 현장의 요구가 많다.

따라서 성교육 표준안을 폐기하고 지역사회와 학교 수준의 성교육을 도울 수 있는 포괄적 성교육의 원칙과 방향을 제시하는 새로운 성교육 가이드라인을 제공할 것을 제안한다.

유네스코는 정상적인 섹슈얼리티라는 기준을 만들고 이를 잣대로 다양한 섹슈얼리티를 판단의 대상으로 삼는 대신 자신이 속한 공동체의 가치관과 함께 신념의 다양성을 존중하도록 교육함으로써 더 나은 성교육을 할 수 있도록 권

고하고 있으며 권리에 근거를 두고 문화적으로 감각적이고, 성과 젠더의 다양성을 존중하며 광범위하고 과학적으로 정확하고, 연령에 적합하고, 증거에 기반한 성교육의 방향을 제시하고 있는 바, 이를 참고하여 우리 사회에 맞는 성교육 가이드라인을 제공해야 한다.

새로운 가이드라인은 섹슈얼리티와 관련된 모든 측면에서 자신의 가치관과 태도를 탐구하고 의사결정 기술과 의사소통 및 위험감소 기술을 쌓고 성적 특성을 고려하여 각 발달단계에서 습득해야 할 정보, 성취해야 할 기술, 함양해야 할 태도를 제시해야 한다. 새로운 가이드라인은 교안 형태로 제작하지 않고 방향과 핵심적으로 다루어야 할 주제를 제시하는 가이드라인으로 구성해야 한다. 인간의 평등한 성적 권리를 보장하는 교육으로서 인간의 생애과정에서 성별 정체성과 역할, 성적 지향과 성적 친밀성, 재생산 등과 관련된 경험을 포괄한 내용을 담은 포괄적인 가이드라인은 다음과 같은 원칙을 유념하여 구성하여야 한다.

△ 아동과 청소년의 연령에 따른 발달 정도와 사회 문화 젠더에 대한 이해 수준을 적절하게 구성하고 아동과 청소년의 삶과 밀접하게 연관되어 있는 섹슈얼리티의 측면을 포함한다.

△ 성적 권리를 존중하며 성 건강 및 재생산 건강 촉진을 지향하고 타인의 권리와 건강을 존중하는 책임감 있는 권리 행사를 장려한다.

△ 신체적인 건강 촉진 및 물리적 위험 감소뿐만 아니라 섹슈얼리티 전반에 대한 포괄적 행복을 목표로 한다.

△ 섹슈얼리티에 대한 긍정적 태도를 견지함과 동시에 성평등 성적자기결정권 다양성 포용과 같은 원칙 견지한다.

△ 태어나는 순간부터 삶의 전 과정에 걸쳐 진행되어야 하며 학교를 포함하는 다양한 삶의 장에서 제공한다.

△ 과학적으로 올바른 정보를 기반으로 구성한다.

△ 젠더, 성적 다양성, 이주배경, 학교밖 청소년 등 다양한 대상을 고려하여 구성한다.

△ 역사적, 사회적, 문화적, 심리적, 법적, 윤리적 요소들과의 상호작용 속에서 섹슈얼리티를 사고할 수 있도록 구성한다.

내실 있는 교육이 가능하도록 시수를 확보하고 담당 교사의 전문성 확보할 수 있도록 담당교사의 자격 취득 및 양질의 훈련 과정을 제도화하고 교육자에 대한 지속적인 관리와 수퍼비전 등으로 역량 강화를 위해 노력하는 것도 중요하다.

학교가 시민교육의 장이 되고 그 안에 성교육이 제대로 자리매김하려면 현재 운영되고 있는 교과체계가 바뀌어야 한다. 입시와 관련된 교과 비중이 높고 나머지 시간에 필요한 교육을 배치하는 구조라면 아무리 좋은 콘텐츠를 개발하고 역량 있는 교사를 배출한다고 해도 필요한 만큼의 교육 시간을 확보하는 것은 불가능하기 때문이다.

#### [참고문헌]

Unesco(2009) International Guidelines on Sexuality Education 유네스코 국제성 교육 가이드라인(번역 탁틴내일)

Unesco(2018) International technical guidance on sexuality education(번역 아하시립청소년성문화센터)

우옥영(2018) 학교 성교육의 쟁점과 과제 한국보건교육학회 2018 하계학술대회 정해숙외 2인(2013) 초·중등학교 양성평등교육 활성화 방안 한국여성정책연구원 중앙일보(2018.03.06.) 양성평등 수업, 초등 6년간 4시간뿐 ... 중·고교엔 없다 <https://news.joins.com/article/22415754>

국제가족계획연맹(International Planned Parenthood Federation)(2008) Sexual rights: and IPPF declaration



【토론 4】

## 낙태죄가 폐지된 세상, 장애여성의 권리

배복주 (장애여성공감 대표)

### 1. 상담과 교육

- 장애여성에게 필요한 상담과 교육의 내용과 실효성 있는 제공 방식에 대한 구체적인 방안이 필요.
- 사회적인 관계나 장소로부터 단절되어 있을 때 성과 재생산 관련 상담, 정보 제공, 교육은 성폭력 사건 이후에 찾아오게 되는 구조 속에 놓여있음.
- 장애인의 자기결정을 지지하고 조력할 수 있는 지향이 지식과 정보 안에 포함될 때 정보는 ‘작동’ 할 수 있음.
- 부모나 보호책임이 있는 제3자의 개입은 발제문에서 언급한대로 “지지, 정보제공, 교육을 위한 목적” 일 때 정당화되는데 여전히 이것의 지향이 무엇인가는 논쟁의 영역 속에 있음.
- 또한 시설에 거주하는 장애인에게 성과 재생산과 관련된 상담의 제공은 탈시설 지원과 지향을 포함할 수밖에 없음.
- 따라서 장애여성을 위한 상담은 의료인에게 한정될 때 매우 한계를 가짐. 장애인의 독립과 자기결정을 지원하고 조력하는 시민사회 영역에서 성과 재생산 관련 정보제공과 교육, 상담을 제공할 수 있는 역량을 갖추어야 함.
- 수술/시술 결정을 위한 상담(이때 상담을 엄밀하게 규정할 필요)은 의료인의 책무로서 진행하겠지만, 이때에도 정신장애, 발달장애, 시청각장애 등 다양한 유형과 특성을 가진 장애인을 배제하지 않는 ‘충분한 이해에 기반한 동의’가 이루어져야 함. (아래 영국의 정신능력법 참조)

- 포괄적 성교육은 다양한 장애 유형과 특성을 충분히 인식하는 내용과 방식으로 구성될 뿐만 아니라 예방과 안전, 건강과 쾌락의 문제를 다루어야 함. Michael Gill은 저서 *Already doing it: Intellectual Disability and Sexual Agency*에서 장애인 IL 운동에서 강조한 ‘위험의 존엄성’이 성적 권리에도 적용되어야 한다고 지적. 목표로서의 보호주의는 사람들이 이미 그리고 언제나 능동적인 성적 주체자라는 현실을 부정한다. 성교육에서의 젠더와 이성애 규범적인 가정들은 철저하게 재검토되고 도전되어야 한다. 나이, 능력, 젠더, 계층, 그리고 인종 차이로부터 비롯되는 권력 개념은 사람들 사이에서의 협상을 용이하게 하기 위해 명명되어야 함. 또한 즐거움을 통합시키는 것은 지적장애인들을 다양한 성적 필요와 흥미를 가진 성적 주체로서 존중하면서 유쾌하지 않은 성적 경험들을 가시적으로 만들 잠재력을 가진다고 주장함.

## 2. 모자보건법 14조 우생학 조항

- 이 조항은 임신한 본인과 배우자에 대한 조항이었으나 이 조항이 만들어질 당시의 장애를 가진 사람들의 재생산권리를 박탈하고자 하는 의도뿐만 아니라 초음파 검사가 불가능했던 시대적인 상황을 함께 담고 있음.
- 태아에 대한 초음파 검사가 가능해진 이후 이 조항은 태아의 장애와 질병을 스크리닝하고 중절수술을 정당화하는 근거조항으로 작동.
- 따라서 장애인의 재생산권리 박탈이라기보다 임신의 당사자가 태아의 장애와 질병 유무를 판단하고 이에 대한 결정의 근거로 인식해오면서 장애인의 생명권과 여성의 결정권이 대립하는 것처럼 보이도록 만들어지기도 했음.
- 또한 보건복지부를 중심으로 장애를 가진 여성의 출산지원금 등 ‘모성권 지원 사업’을 정책으로 하고 있기 때문에 이러한 착시효과를 확대함.
- 지금 재생산권과 관련된 재판짜기가 필요한 상황에서 이 조항의 역사적 의미, 정치적 의미를 제대로 청산하는 것이 매우 중요함. 이러한 과정은 또한 재생산 기술의 정상성(국가 우생학과 구분되는 민간 우생학/시장 우생학)을 묻는 것과 연결될 것임.

### 3. 돌봄 역할/노동과 의존의 관계성

- 장애여성 모성권 주장은 양육자를 장애여성으로 한정하는 제도적 효과로 나타남. 2017년 서울시 중증장애인 자립생활실태조사에서 “여성장애인 임신·출산 및 양육” 관련하여 필요한 지원으로 조사를 진행한다거나 여성장애인 홈헬퍼 지원사업 등이 그 예임. 장애남성도 양육에 참여할 수 있게 부성권 확보를 요구하는 것은 양육 책임이 장애인 당사자로 개인화되는 부작용을 불러올 수 있음. 동시에 우리도 ‘비장애인처럼’ 키울 수 있음을 증명하는 정상화 담론에 갇힐 가능성이 커짐. 키울 자격 질문하기를 중단하고 양육이 공동체의 과제임을 확인하는 것, 이 과정에 참여한/할 사람이 누구인지를 다시 설계해야 함. 장애 여성의 양육만을 지원함으로써 장애여성 재생산은 특수한 문제로 남게 될 가능성.

- 더불어 그동안 장애여성이 실제로 양육과 더불어 돌봄 노동을 수행하고 있다는 것을 사회는 깨달아야함. 장애인의 돌봄 역할에 대한 사회의 의심은 재생산을 통제하는 논리로 작동함. ‘비장애인만큼’ 하고 있다가 아니라 장애를 가진 몸으로 돌봄 노동 하고 있음을 제대로 봐야 한다는 것. 장애여성 재생산 경험의 다양함과 구체성을 드러내지 않는다면 제도 안에서 통제될 가능성은 여전히 높음.

[참조] 영국 사례: 정신능력법 (Mental Capacity Act, 2005)

\_정리: 김은정, 최현정(미간행 자료)

#### 1. 정신능력법의 기본 이해

- 모든 성인 (16세 이상)은 자기결정권의 온전한 법적 능력을 지닌다고 가정.
- 사람들은 결정을 내리도록 도와주거나 결정과정에 최대한 참여할 수 있도록 해주는 모든 적절한 도움과 지원을 받아야 한다.
- 정신능력법은 특정한 사안에 대한 자기결정능력이 결여된 사람을 돌보는

모든 사람에게 일반적으로 해당된다. (가족과 다른 돌봄 노동자 모두 포함되지만, 이들은 법적으로 강제되지는 않는다.)

- 정신능력법은 능력을 결여한 사람들을 지원하고 이들을 도와주는 사람들이 이들을 지나치게 통제하거나 제한하지 못하도록 해주는 역할을 하기 위함. 하지만 그들의 권리에 대한 보호와 피해로부터의 보호의 균형을 맞추고자 함. (판례들을 보면 정신능력과 관계적 압력, 학대를 연결지어 판단, Camillia Kong 2017)

## 2. 정신능력법에 따른 결정능력의 정의와 판단기준

가. 정의: 정신능력(mental capacity)은 결정을 내리는 능력을 말한다.

나. 정신능력 평가를 위한 체크리스트

- 1) 능력이 있다는 전제에서 출발한다.
- 2) 결정이 필요한 특정 사안에 대한 결정을 내릴 능력을 평가해야 한다.
- 3) 모든 사람을 평등하게 대우한다. 나이, 외관, 증상, 행동에 기반한 판단은 금지한다.
- 4) 자신이 결정을 내릴 수 있도록 지원한다. 가능한 한 모든 지원 절차를 시행한다.
- 5) 두가지 테스트를 통해 능력을 평가한다.
  - (1)정신 상, 두뇌 상 손상이 있는가? 정신과 두뇌의 기능을 저해하는 어떤 손상이 있는가. (일시적, 영구적 모두 포함)
  - (2)만약 그렇다면 이 손상 때문에 결정이 필요한 순간에 결정을 내릴 수 없는가.
- 6) 결정을 내리는 능력을 평가한다.
  - (1)무엇을 결정해야 하고 왜 결정해야하는지 이해하고 있는가.
  - (2)결정에 따르는 결과에 대해 이해하고 있는가.
  - (3)결정에 관련된 정보들을 이해하고 기억하고 사용하고 비교할 수 있는가.
  - (4)결정한 내용을 전달할 능력이 있는가. (말하기, 수어, 다른 수단 등 이

용) 의사소통 전문가의 도움이 필요한가.

7) 보다 복잡하고 중대한 결정을 내리는 능력을 평가한다.

8) 의사나 전문가를 통한 정밀검사가 필요한가.

### 3. 가이드라인에 따라야 하는 의무가 있는 사람

- 지정대리인 (특정 결정을 할 수 있도록 지정된 사람. 공공후견에 등록되어 있어야 함. Lasting Power of Attorney. 재산, 금전적 결정, 신상 결정에 있어 결정을 대신할 수 있도록 본인이 지정한 사람.)

- 보호법원에 의해 지정된 대리인 (deputy)

- 독립 정신능력 옹호자 (Independent Mental Capacity Advocate) 로서 활동하는 이 (가족, 지원자 없는 사람, 취약한 사람을 위해 활동하는 사람)

- 정신능력법에 따라 연구를 수행하는 이

- 능력을 결여한 사람을 위해 전문적인 역할로 활동하는 이 (의료종사자 - 의사, 간호사, 치료사, 방사선기사, 응급요원 등; 사회복지 종사자 - 사회복지사, 케어 매니저 등; 응급차 기사, 주거시설 직원, 경찰)

- 능력을 결여한 사람과 관계맺거나 돈을 지불받는 이 (케어홈의 케어 보조원, 주거지 케어 서비스 제공하는 케어 노동자; 서비스에 동의하는 능력이 결여된 사람에게 그 서비스를 제공하도록 계약된 사람들)

### 4. 절대적 자기결정 영역

- 혼인, 동성간 결합에 대한 동의 (2013년 동성혼 허용)

- 성행위에 대한 동의

- 2년간의 별거를 이유로 한 이혼 선언, 동성간 결합의 해소에 대한 동의

- 부모의 자녀 입양동의

- 자녀의 재산과 관련 없는 사안에서 부모로서의 책임면제

- 인간수정 및 배아발생에 관한 법률에 따른 동의

## 5. 5대원칙

- 1) 의사능력존재의 추정: 사람은 능력이 없다고 증명되지 않는 한 능력이 있다고 전제한다.
- 2) 자기결정지원: 모든 실제적인 지원이 이루어진 상태에서도 성공하지 못했을 경우에만 의사결정이 가능하지 않은 것으로 간주한다.
- 3) 본인의 의사능력존중: 현명하지 않은 결정을 내린다고 해서 결정할 능력이 없다고 간주되지 않는다.
- 4) 최선의 이익 (결정대행시)
- 5) 필요최소한의 개입 (행동이나 결정 전 권리나 행동의 자유에 대한 제한이 더 적은 방법 모색)

## 6. 지원의 종류와 형태

- 1) 필요한 정보제공
- 2) 적절한 방법의 의사소통 - 잘 아는 사람, 단순한 표현, 사진, 물품 이용, 음량과 속도, 이해하기 쉬운 언어로, 반응 살피며, 여러 번 설명하고 요점을 나누어. 기다림, 반복, 신뢰하는 사람으로부터 지원, 문화적 윤리적 종교적 요소 인식, 전문 통역필요 고려
- 3) 본인의 의사결정을 지원하는 지침
- 4) 충분한 시간을 가지고 본인의 의사결정에 도움이 되는 사안은 모두 설명
- 5) 혼란을 일으키는 필요이상의 상세한 것 설명하지 않음.
- 6) 의사결정의 결과와 의사결정하지 않는 경우 결과에 대해 설명.
- 7) 가까운 사람들에게 미칠 영향 설명. 지원사 포함.
- 8) 다른 방향으로부터 조언이 필요한 경우. (전문가, 친구 등)

7. 특정시간, 특정사안에 대한 의사결정능력결여 판정 기준

- 1) 어떤 것을 결정해야 하고 왜 결정해야 하는지 이해하고 있는가?
- 2) 결정하거나 결정하지 않는 것이 야기하는 결과에 대해 이해하고 있는가?
- 3) 결정에 관련된 정보를 이해하고 기억하고 비교할 수 있는가?
- 4) 자신의 결정을 표현할 수 있는가?
- 5) 전문가의 정밀한 평가가 필요한가?
- 6) 결여의 평가는 특정시간에 특정 사안에 대한 능력으로 평가되어야 하며 전반적인 결정능력에 대한 것이 아니다.
- 7) 나이, 외관, 장애에 대한 전제, 행동

• 의사결정 지원 제도로 바꿀 때 고려되어야 할 쟁점

- 1) 의사결정을 누가 지원할 것인가
- 2) 의무의 다원화, 의사결정 영역의 구분에 따른 고려 (신상-의료, 연명의료 결정법, 거주지, 개인정보, 가족관계; 재산, 일상생활, 법률적 계약/동의)
- 3) 의사결정이 불가능한 상태의 정의, 판단
- 4) 의사결정이 불가능하다면 누가 어떻게 결정을 대행할 것인가
- 5) 의사결정대행이 불가능한 항목에 대한 논의
- 6) 의사결정이 일어나는 사회적 관계와 의존에 대한 고려 (모든 결정은 관계 안에서 일어난다. 자아의 특정 공간 내 합리성이 존재함. 자신이 가진 가치를 확인하거나, 비판적 검토를 할 수 있는 대안적 공간의 접근성 중요 (Kong, 2017); 역량을 강화해주는 의존, 의존을 통한 역량강화, 의존을 통해 가능해지는 자율성 (Kittay 2007); 현명하고 합리적인 결정과 그렇지 않은 결정에 대한 판단 유보)
- 7) 사후결정권 (연고와 가족에 대한 재검토)
- 8) 의사결정지원자, 후견인의 결정에 대한 법적 책임
- 9) 의사결정과 교차성: 젠더

【토론 5】

## 재생산권리와 법적 과제

류민희 (공익인권변호사모임 희망을만드는법)

○ 헌법재판소는 임신중단이 기본권임을 확인:

접근의 변화와 새로운 설계 필요

- 헌법 제10조 제1문이 보호하는 인간의 존엄성으로부터 일반적 인격권이 보장되고, 여기서 개인의 자기결정권이 파생. 자기결정권은 인간의 존엄성을 실현하기 위한 수단으로서 인간이 자신의 생활영역에서 인격의 발현과 삶의 방식에 관한 근본적인 결정을 자율적으로 내릴 수 있는 권리. 자기결정권에는 여성이 그의 존엄한 인격권을 바탕으로 하여 자율적으로 자신의 생활영역을 형성해 나갈 수 있는 권리가 포함되고, 여기에는 임신한 여성이 자신의 신체를 임신상태로 유지하여 출산할 것인지 여부에 대하여 결정할 수 있는 권리가 포함되어 있음.

- 2017헌바127 결정에서 확인된 임신중단에 대한 헌법 상 기본권과 국제인권법 상 안전한 임신중단에 대한 접근의 권리(여성의 평등권, 존엄성, 자율성, 신체적 완전성, 사생활에 대한 존중, 성과 재생산 건강을 포함한 도달 가능한 최고 수준의 건강의 권리, 반차별권)의 실현 차원의 문제. 하지만 헌법불합치라고 선언한 것에서, 현실에서 임신중단이 의료서비스로 제대로 제공되는 것으로 절대 자동으로 진행되지 않음.



- 현재의 법체계는 임신중단이 권리가 아닌 시대의 유산. 관련한 법, 정책, 관행 중 침해적인 것은 **철폐**하고(‘국가의 비간섭’ 원칙), 미흡한 것은 **개선**하고, 위 권리를 존중하고 보호할 수 있는 법과 정책적 수단을 **도입**해야 함.
- 이를 여러 가지 법률, 정책, 프로그램 등이 포함된 성과 재생산 건강 및 권리에 대한 포괄적인 국가 전략 및 행동 계획(Action Plan)을 세우는 방안 고려(사회권위원회 일반논평 22호 중 핵심의무사항21). 행동계획은 측정가능한 목표 및 지표들을 중심으로 설정되어야 함. 기준은 여성의 재생산 서비스 관련 구체적 욕구(needs)와 권리.
- 반드시 범죄화 시대와의 깨끗한 이별(clean break). 습관과 패턴이라는 형태의 침해적 관행은 쉽게 바뀌지 않는다.

21) UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, E/C.12/GC/22, at para 49.

C. 핵심 의무사항

49. 당사국들은 최소한 필수적인 수준의 성과 재생산 건강권을 보장해야 할 핵심적인 의무가 있다. 이 점에 있어서 당사국들은 현대의 인권기구 및 사법권의 지침, 그리고 특히 WHO와 UNFPA와 같은 UN 기구들이 설립한 가장 최근의 국제 가이드라인 및 프로토콜을 따라야 한다. 이 핵심의무사항들은 최소한 다음의 내용을 포함해야 한다.
  - b) 차별금지사유로 구분되는 참여적이고 투명한 절차를 통해 고안된, 이러한 절차로부터 주기적인 검토 및 감독을 받는, 충분한 예산이 배정된, 성과 재생산 건강에 대한 국가적 전략이나 행동계획을 채택 및 실시할 것;

C. Core Obligations

49. States parties have a core obligation to ensure the satisfaction of, at the very least, minimum essential levels of the right to sexual and reproductive health. In this regard, States parties should be guided by contemporary human rights instruments and jurisprudence,[42] as well as the most current international guidelines and protocols established by the UN agencies, in particular WHO and UNFPA.] The core obligations include at least the following:
  - (b) To adopt and implement a national strategy and action plan, with adequate budget allocation, on sexual and reproductive health, which is devised, periodically reviewed and monitored through a participatory and transparent process, disaggregated by the prohibited grounds of discrimination;

## ○ 권리 보장의 내용

### ● 정보

- 재생산 결정에 대한 개인의 장악은 정보로부터 시작됨
- 사회권위원회는 건강권은 “적시에 적절한 의료서비스를 받을 권리뿐만 아니라 건강의 근본적인 결정요인에 대한 것” 까지 확장되는데, 이것에 “성과 재생산 건강을 포함한 건강 교육과 정보에의 접근” 도 포함된다 고 봄
- 2010년 유엔 교육권 특별보고관은 섹슈얼리티, 건강, 교육은 “상호의 존적인 권리” 라고 했으며, “개인은 스스로의 건강을 지킬 수 있어야 하고, 섹슈얼리티를 긍정적이고 책임감 있게 존중하면서 다룰 수 있어야 하기 때문에, 개인 스스로의 필요와 권리에 대해 의식을 가져야 한다” 고 하며 “이것은 개인이 교육 과정 시작하는 시점부터 전반에 걸쳐 포괄적인 성교육을 받을 경우에만 가능” 하다고 함.<sup>22)</sup>
- UNFPA( “자신의 성과 재생산 건강에 대한 긍정적인 가치와 태도를 탐색 및 육성하여야 하고, 자존감과 인권, 성평등에 대한 존중을 길러줄 수 있어야 한다” )과 UNESCO( “포괄적 성교육은 청소년들에게 자신의 행동을 제어할 수 있도록 하고, 그 결과로, 타인을 대할 때 성별, 민족, 인종, 성적지향과 관계없이 존중, 수용, 관용, 공감할 수 있도록 역량을 강화한다” )의 표준적 지침이 존재

---

22) Report of the United Nations Special Rapporteur on the right to education. July 23, 2010. A/65/162.

- 포괄적 성교육은 아동의 교육권과 건강권에 포함됨.

아동권리위원회, “청소년은 자신의 건강과 발전과 사회에 의미있게 참여할 수 있는 능력에 필수적인 적절한 정보에 접근할 권리를 가진다”, “사춘기 소년 소녀들에게, 학교의 안팎에서 자신의 건강과 발달을 보호하고 건강한 행동을 실천하는 방법에 대한 정확하고 적절한 정보가 제공되어야 하고 그들이 이로부터 배제되어서는 안된다”<sup>23)</sup>

여성차별철폐위원회, “청소년은 책임있는 성행동, 이른 임신의 방지와 성병을 포함한 성·재생산 건강권에 대한 정확한 정보에 접근할 수 있어야 한다”<sup>24)</sup>

- 현대적 **피임**방법에 대한 접근성

- **적시**에 결정할 수 있어야 함

- 상담의무, 숙려기간 등의 조건을 포함한 각종 절차적 장벽의 문제

- 비교법적으로 (임신중단, 피임, 생식능력제거수술, 배아줄기세포 사용한 치료 등에 대한) 신념 혹은 종교에 기반한 의료제공 거부 조항 논의의 의미 → 안전한 임신중단에 대한 국제인권기준에 의하면 이러한 장벽을 새로 추가해서는 안 되서는 안 되며 존재하는 경우 철폐해야 함.<sup>25)</sup> 존재하

23) Committee on the Rights of the Child, General Comment 4.

24) CEDAW Committee, “Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review,” February 10-28, 2014.

25) Human Rights Committee, General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life, UN Doc. CCPR/C/GC/36, 30 October 2018.

“8. 당사국들이 자발적 임신 중절을 규제하기 위한 조치를 채택할 수도 있다. 하지만 그러한 조치는 임신한 여성이나 소녀의 생명권 또는 규약 상의 다른 권리를 침해해서는 안 된다. 따라서 낙태를 하고자 하는 여성 또는 소녀의 결정능력에 대한 제한을 가하는 것이 특히 생명을 위협하거나, 제7조를 위반하는 신체적 또는 정신적 고통이나 고통을 겪게 하거나, 차별적이거나, 프라이버시권을 침해해서는 안 된다. 당사국은 임신한 여성이나 소녀의 생명과 건강

는 경우 최소 조건 준수(응급시 불가능, 엄격한 연계 의무, 기관이 아닌 개인만, 병원의 응대자 등 간접적 종사자 아닌 직접적 서비스 업무 종사자만 등)

- **자신이 결정할 수 있어야 함**

- 상담자나 의료제공자의 개인적 의견, 신념을 여성에게 주입해서는 안 됨. 편향적이지 않은 증거에 기반한 정보

- 배우자 등 제3자 동의가 조건이어서는 안됨

- **모성 및 재생산 건강 의료 서비스의 질과 접근성**

- **모두에게 비차별적으로 제공되어야 함**

- 지역 격차, 소득 격차, 소수자성(이주, 장애, HIV상황, 성적지향, 성별정체성 등)

---

이 위험하거나, 상당한 고통이거나 고통을 초래할 수 있는 경우, 특히 임신이 강간이나 근친상간의 결과이거나, 태아의 생존가능성이 낮을 때, 안전하고 합법적이며 효과적인 낙태에 대한 접근을 제공해야 한다. 또한, 당사국은 다른 경우에도 여성과 소녀들이 안전하지 않은 낙태를 하지 않아도 되도록 의무를 다하는 방식으로 임신과 낙태를 규제하지 않을 수 있으며 그에 따라서 낙태법을 개정해야 한다. 예를 들어, 미혼 여성의 임신을 범죄화하거나 낙태를 하는 여성과 소녀를 형사 처벌하는 등의 조치를 취하지 말아야 한다. 각 당사국은, 의료제공자에 의한 양심적 거부의 결과로 인하여 야기된 장벽을 포함해서, 여성과 소녀들의 안전하고 합법적인 낙태에 대한 효과적인 접근을 부인하는 새로운 장벽을 도입해서는 안 되며, 기존의 장벽을 제거해야 한다. 당사국도 안전하지 않은 낙태와 관련된 정신적, 신체적 건강 위협으로부터 여성과 소녀들의 삶을 효과적으로 보호해야 한다. 특히 성 및 재생산 건강에 관한 양질의 증거 기반의 정보와 교육 그리고 다양한 범위의 저렴한 피임 방법에 대한 여성과 남성, 특히 소녀들과 소년들에 대한 접근성을 보장해야 하고, 낙태를 원하는 여성과 소녀들의 낙인화를 막아야 한다. 당사국은 모든 상황에서 여성과 소녀들을 위한 양질의 산전 및 낙태 후 건강 관리의 이용 가능성을 확인하고 기밀로서 보장해야 한다.”

2019 모두를위한낙태죄폐지공동행동 공개토론회

## 낙태죄폐지 2라운드

| 발 행 처 : 모두를위한낙태죄폐지공동행동

| 발 행 일 : 2019년 6월 18일

| 이 메 일 : safeabortionforall@gmail.com

| 트 위 터 : twitter.com/safe\_abortion

| 페이스북 : facebook.com/SafeAbortionOnkorea

| 후원계좌 : 우리은행 570-224994-13-116 (사)한국성폭력상담소

