임신과 출산을 여성의 건강으로 조망하기

하 정 옥

서울대학교 여성연구소

= Abstract =

Advanced Approach to Pregnancy and Childbirth: Moving from a Perspective of Population Control to One Focused on Women's Health

Jung-Ok Ha

Institute for Gender Research, Seoul National University, Seoul, Korea

Objectives: This paper examines the historical and political processes in which women's health emerged as a framework of reproduction issues, and asserts the concept of women's reproductive health is a hard-won and valuable achievement. The author also explores the challenges and prospects in Korean society when pregnancy and childbirth are viewed from the perspective of concern for women's health.

Methods: The paper reviews the literature on reproduction, and documents published by international organizations on reproductive health. Reproductive Health Indicators in Korea are compared with international indices.

Results: Women's reproductive health in Korea has been seriously neglected due to the emphasis on economic efficiency as it is defined in neoliberal ideology, and the lack of governance of new technologies. Though the maternal mortality ratio is on the rise, and neonatal health indicators have deteriorated as well, policies on reproductive health in Korea are still dominated by the logic of population control.

Conclusions: There is an urgent need for Korea to take a more holistic approach to women's health: an approach encompassing physical, psychological, personal and social health issues, together. The current health status of Korean women should be identified as a first step, and the results taken into account in making population policies. Plans and policies should reflect the needs of contemporary Korean women, and feminist activists should actively engage in the process.

Key Words: Reproductive health, population policy, women's health, 1994 Cairo International Conference on Population and Development, the Fourth World Conference on Women held in Beijing, maternal and child health services

※이 논문의 초고는 제34차 모자보건학회 추계학술대회에서 발표하였음.

※이 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2010-330-H00010).

교신저자: 하정옥, 서울시 관악구 관악로 1

서울대학교 여성연구소

전화번호: 070-4189-3480, 팩스번호: 02-880-6287

E-mail: jungok@snu.ac.kr

서 론

1. 연구배경 및 문제제기

[소식 1]

최근 서울 소재 한 대학병원은 경영상의 이유로 분

만실을 폐쇄하기로 결정했다. 그런데 이 소식은 해당 분야의 종사자들에게는 그리 낯선 이야기가 아닌 것이 이미 한국의 상당 수 대학병원에서 분만실을 폐쇄하였거나 그러한 경향이 있기 때문이다. 의과대학 학생들의 산부인과 교육은 로컬 병원에 의뢰한다.

[소식 2]

2013년 2월 강원도 인제군 전방에서 근무하던 육군 중위(28세)가 임신 중 과로로 사망하였다. 임신 7개월에 하루 12시간 이상 근무를 수행하며 사망 한 달 전에는 50시간이 넘는 초과 근무를 하였다. 육군은 순직을 인정하지 않다가 국민권익위원회의 권고가 있은 후 7개월이 지나서야 순직으로 인정하였다. 인제군에는 산부인과 병원이 없으며 2012년 강원도의 모성사망비는 32.1명으로 서울의 9.5명의 3배가 넘는다.

[소식 3]

지난 20년간(1993~2011년) 한국의 총 출생아 수는 35%가 감소한 것에 비해 저체중아 수는 33%, 극소저체중아 수는 216%가 증가하였다. 2011년 조산 출생률은 5.98%에 이른다. 미숙아 부모 47%는 죄책감에 시달린다.

[소식 4]

최근 보건복지부 생명윤리정책과에는, 임신에 어려움이 있는 아들 부부에게 자신의 정자로 인공수정을 하라는 시아버지의 강권을 생명윤리 및 안전에 관한 법률로 차단할 수는 없겠는지 문의가 들어왔다. 이를 금지할 수 있는 법률적 근거는 없다.

이 글의 핵심 주장은 임신과 출산을 여성의 건강에서 바라보자는 것이다. 너무나 당연한 것처럼 들리지만, 현재 한국에서 이 주장은 너무 때 이른 것처럼 들리기도 하고 신자유주의의 가혹한 물질에 어두운 순진한 발상처럼 보이기도 한다. 1인당 국민 소득 2만 불을 자랑하는 현재 한국에서 임신과 출산을 둘러싼 사회적 현실은 한편으로는 전근대적인 것 같으면서도 또 다른 한편으

로는 매우 포스트모던한 것 같은 기묘한 형국이다. 임신과 출산을 보편적 복지의 차원에서 배려하는 기본적인 사회적 제도나 인식은 부족한데 새로운 생식기술은 광범위하게 사용되고 있고 기술에 대한 거버넌스의 부재 속에서 이것이 야기할 수 있는 여러 문제를 판단할 유일한 기준은 추상적인 권리밖에는 없는 상황이다.

그런데 시간과 공간을 확장해 보면, 임신과 출산이라는 변수와 여성의 건강이라는 변수가 결합되는 것은 그리 만만한 일이 아니었고 국제 사회에서도 이것이 지배적 담론이 된 지는 20년이 채 되지 않는다. 임신과 출산은 단지 그 여성의 개인적 사안이 아니라 가족이나 친족 혹은 국가의 미래가 연동된 그러니까 공동체의 사실이 걸린 너무나 중요한 일이기에 임신과 출산을 하는 여성을 전폭적으로 배려하고 지원하기보다는 여성을 철저히 통제하는 것이 더 일반적인 관행이었다. 여성운동이 이를 성별 정치의 사안으로 제기하고 투쟁한 역사가 선행한 뒤에야 여성들은 임신과 출산에서 배려와 권리를 보장받을 수 있게 되었다(Ha, 2013).

이 글에서는 임신과 출산을 여성의 건강에서 바라보게 되기까지 어떤 역사적 과정이 있었는지 살펴보고 현재 한국의 임신과 출산을 여성의 건강이라는 관점에서 보았을 때 무엇을 해결해야 하는가를 검토하고자 한다. 당연한 듯 보이는 것을 낯설게 접근함으로써 그것이 역사적이고 정치적 성과물임을 강조하고자 한다. 또한 한국에서 임신과 출산을 여성의 건강에서 접근하는 것을 당연하게 간주하고 또 그렇게 실현될 수 있도록 기여하고자 한다.

2. 생물학적 생식 개념으로부터 집합적 존재로서 경험하는 사회적 사안으로서의 재생산 개념으로

본격적 논의에 들어가기에 앞서 이 글에서 사용할 재생산이라는 개념에 대해 간략히 언급하고자 한다. 이 글에서는 영어 ‘reproduction’을 가리킬 때 ‘생식’보다는 ‘재생산’이라는 용어를 사용하고자 한다. 의학 및 보건 분야에서는 생식이라는 용어가 더 일반적으로 사용되지만, 이 글에서 임신 및 출산과 관련된 건강을 논할

때 그것을 개인적 사안으로서보다는 집합적 사안으로서 그리고 생물학적 사건이라기보다는 사회적 현상으로 다루고자 하기 때문이다. 이는 그동안 이루어진 사회과학적·여성학적 분석의 성과이다. 사회과학은 생물학적 관점으로만 다루어진 생식을 재생산으로 다시 호명함으로써 그것을 개인이 경험하는 생물학적 사건이 아닌 사회적 존재로서의 경험으로 다루고 이 과정에 관련되는 다양한 사회적 규범과 정치적 역학관계를 중요하게 다룬다. 또한 생식을 재생산으로 부르는 것에는 여성학적 기여 또한 크다. 여성학은 여성에게서 임신과 출산 그리고 그 전후의 섹슈얼리티와 양육이 분리된 사건이 아닌 연속적인 경험임을 강조하면서 무엇보다도 성별 관계 속에 놓인 집합적 여성의 경험과 그 정치적 의미에 주목할 것을 요구한다. 이러한 사회과학적·여성학적 문제의식과 성과에 기초하여 이 글에서도 생식보다는 재생산이라는 용어를 사용함으로써 그것의 사회적·정치적 성격에 주목하고자 한다.

연구 대상 및 방법

이 글의 목적은 재생산을 여성의 건강이라는 관점으로 바라보게 된 역사적·정치적 과정을 검토함으로써 여성의 재생산 건강이 역사적이고 정치적인 성취임을 인식하는 것이다. 그리고 한국의 재생산 현황을 여성의 건강에서 바라보았을 때 해결 과제와 전망을 도출하고자 한다.

연구방법은 재생산을 여성의 건강에서 접근하는 데 도움이 되는 이론적 문헌을 검토하고, 이러한 관점에서 작성된 재생산 건강 관련 국제기구 문헌을 역사적으로 추적한다. 마지막으로 국제보건기구에서 제시하는 재생산 지표를 중심으로 한국의 현황을 분석한다.

결 과

1. 재생산을 여성의 건강으로 바라보기까지

1) 재생산을 여성의 건강에서 바라보기 어려웠던 이유
우리는 임신을 하거나 출산을 한 여성에게 축하를 건

네고 함께 기뻐한다. 이러한 맥락에는 그 임신과 출산이 단지 해당 여성의 개인적 사안이 아니라 가족이나 친족 혹은 국가의 미래가 연동되어 있기 때문이다. Ginsburg와 Rapp의 표현을 빌면 “재생산은 새로운 문화적 미래와 전환을 상상”할 수 있게 해 주며 거기에는 해당 공동체가 갖고 있는 “가장 심층의 열망과 생존 감각”이 연루되어 있다(Ginsburg & Rapp, 1995:2). 그렇기에 재생산은 갈등과 분란의 소지가 된다. 일례로 1974년부터 시작된 인도와 파키스탄의 분리 과정에서 여성들은 폭력적으로 납치되거나 분쟁이 끝난 후에는 강제 송환되기도 하였는데 이는 여성의 몸이 재생산의 몸으로서 친족과 민족 그리고 국민-국가라는 “존재의 경계(borders of being)”를 의미하였기 때문이다(Jolly, 2001).

이렇듯 재생산은 공동체의 사활이 걸려 있는 문제이기에, 가족이나 친족 그리고 국가는 재생산을 여성이나 커플에게 맡기기보다는 공동체의 이름으로 통제하고자 하였다. 피임이나 낙태에 대한 처벌 또는 많은 자녀에 대한 징벌¹⁾이 사회적 정당성을 획득할 수 있었던 이유를 생각해보면 재생산을 공동체의 이해를 위해 통제해야 한다는 것에 구성원들의 동의가 있었음을 이해할 수 있다.

재생산을 둘러싼 결정을 공동체가 아닌 여성이 해야 하고 그 과정에서 공동체의 이해보다는 여성의 건강과 사회적 권한강화가 우선시되어야 한다는 것은 결코 자연스러운 인식이 아닌 여성운동의 통렬한 투쟁의 결과였다. 그리고 그 성취는 여전히 미완의 진행형인데 여성의 수많은 다른 권리에 비해 재생산에 관련된 권리는 여전히 논란의 대상이 되며 여성운동이 획득한 다른 성과까지도 위협하는 일종의 시한폭탄과 같은 것이다(Freedman & Isaacs, 1993).

또한 임신과 출산은 정책 입안자에게는 ‘인구’의 프레임으로 고려되고 그 결과 고안된 ‘인구 문제’는 매우

1) 한국의 가족계획사업 당시에 소자녀 가족에게 세제 지원 등 각종 혜택이 주어졌는데, 이 중 특히 공공주택 입주 우선권 부여는 한국의 도시화로 인한 주택압박을 고려하면 소자녀 가족에 대한 혜택의 의미보다는 다녀자 가족에 대한 징벌적 의미가 짙다(Kwon et al., 1997).

쉽게 정치적으로 도구화된다. 오늘날 한국 사회에서 ‘저출산 위기’라는 담론이 갖는 힘을 생각해보면 쉽게 이해할 수 있을 것이다. ‘인구 문제’가 절박한 해결 과제로 상정되면서 ‘저출산 대응’이라는 정당성이 무소불위의 힘을 발휘하는 것이다. 국제적으로도 냉전 시기 미국을 비롯한 서방은 제3세계의 ‘인구 문제’를 자신들의 정치적 억압과 경제적 착취를 가리는 데 사용한 바 있다. 인구 “폭발”이라는 수사를 활용하여 위기감을 고조시키면서 제3세계의 빈곤과 정치적 불안이 전적으로 인구 때문이라고 비난하였다(Lader, 1971). 가까이는 1990년대에 미국의 국가 안보 개념을 확장하는 데 제3세계의 인구와 환경문제를 연동시킨 사례도 있다(Hartmann, 2002).

이러할 때 여성의 임신과 출산은 ‘인구 문제’의 가장 주요한 유발 요인으로 상정되어 적극적인 통제의 필요성이 제기된다. “무책임하게” 너무 많은 아이를 낳는 여성이든 “이기적으로” 아이를 낳지 않으려는 여성이든 모두 비난과 통제의 대상이 된다.

2) 여성운동에서 재생산 건강 의제의 부상

여성운동의 차원에서도 참정권으로 대표되는 정치적 권리나 가족법 개정 혹은 성폭력 특별법 개정 같은 사회적 권리 확보의 제도 개선 사안이 언제나 여성의 건강 사안보다는 우선 해결 과제로 대두되었기에 여성의 건강을 여성운동의 의제로 설정한 것은 세계적으로도 얼마 되지 않은 일이다. 게다가 임신과 출산은 일상의 친밀성과 도덕적 규범과 직결되어 있는 문제였기에 이를 공론의 장으로 드러내고 변화를 만들어내는 것은 운동의 주체에게도 자신의 삶을 근본적으로 바꾸어야 하는 고통을 수반했고 대중적으로도 공감을 얻기보다는 반격을 당하기 일쑤였다. 낙태를 둘러싼 논쟁 상황을 떠올려 보면 쉽게 알 수 있듯이 임신 및 출산과 관련된 이슈는 언제나 모든 이해당사자가 자신의 의견을 사활을 걸고 주창하는 끝없는 논쟁의 장을 열어 놓는 것이어서 여성운동이 그 동안 애써 확보해 놓은 다른 성취까지도 위협하는 일이 다반사였다.

세계적으로 여성운동의 역사에서 재생산 건강뿐만

아니라 건강 이슈 자체를 여성운동의 의제로 다루기 시작한 것은 1960년대 소위 제2의 여성운동(second-wave feminism)의 출현부터이다(BWHBC, 1998; Kuhlmann, 2009). 참정권 운동에서부터 시작한 여성운동은 주로 법률 개혁이나 제도 개선에 초점을 두었다. 그러던 것이 제2의 여성운동에서는 재생산 건강을 비롯한 몸의 문제를 전면에 내걸게 된다. 섹슈얼리티, 피임, 낙태, 출산 그리고 폐경까지 여성의 재생산 건강의 모든 이슈를 전면에 내걸었고 여성의 전반적인 건강에 관련된 사회적 권력 관계, 특히 의료 전문직의 권위와 가족 및 친족의 통제를 적극적으로 비판하였다. “건강과 질병의 이슈가 제2의 여성운동의 출현과 동의어”라 할 만큼(Annandale & Clark, 1996:17) 제2의 여성운동은 건강과 질병을 여성운동의 의제로 만들어 여성건강운동을 촉발하였다. 그 이후 여성건강은 여성운동의 실천과 이론적 논의에서 핵심이 된다(Kuhlmann, 2009). 그리고 이러한 여성건강운동은 사회과학 전반에서도 건강과 질병에 대한 생의학 모델을 전면적으로 재사고하고 몸에 대한 사회과학적 접근을 하게 된 결정적 계기가 되었다(Nettleton, 1995). Bordo의 지적처럼 1960년대 여성운동은 몸에 대한 새로운 이해와 몸의 정치학을 이끌었다(Bordo, 1993).

한국의 경우 여성운동은 사회운동의 주요 부문을 차지할 정도로 적극적이고도 활발히 전개되었다. 그런데 한국의 여성운동에서 건강이 운동의 의제로 상정된 것은 얼마 되지 않은 일이다. 왜 한국에서는 여성 건강운동이 없었을까? 이에 대해서는 더 깊고 광범위한 역사적 연구가 필요하고 “한국의 여성운동에서 ‘건강’ 이슈의 중요성 혹은 ‘임신과 출산’의 주변화 현상”이라는 주제야말로 또 하나의 중요한 연구 주제인데, 거칠게나마 몇가지 가설을 제기해보면 다음과 같다. 우선, 비교의 관점에서 보자면 유럽과 북미의 여성운동이, 특히 1960년과 70년의 제2의 여성운동이, 여성의 몸과 건강 이슈를 중요한 축으로 하여 전개되고 특히 여성 건강 운동은 여성의 임신과 출산에서 자기 결정권을 중심으로 전개된 것에 비해서 한국의 여성운동은 법률적·제도적 개혁에 더 많은 노력이 집중되었고 여성의 임신이나 출

산은 거의 중심 이슈가 되지 않았다. 분명 더 많은 연구와 분석이 필요하겠지만, 그 원인 중 하나로 제기할 수 있는 것이, '안전한 낙태' 서비스의 접근과 제공이다. 분명 한국에서 낙태는 대부분의 경우 불법이다. 이유를 불문하고 모든 낙태를, 낙태 시술을 받은 여성과 낙태 시술을 제공한 의사를, 형사 처벌(구금 또는 벌금)하는 형법 조항이 아직까지 존재하고 있고(얼마 전 헌법재판소에서 다시 한번 이 형법 조항은 "합헌" 결정을 받은 바 있다.) "예외적으로 인공임신중절을 허용"하는 모자보건법의 조항은 그 허용 조건에서 매우 엄격하고 제한적이다. 허용 조건들 대부분을 차지하고 있는(5개 항목 중 3개 항목) 의료적 허용 조건 -부모에게 우생학적 또는 유전학적 질환이나 전염성 질환이 있는 경우 또는 임신이 모체의 건강을 심각하게 해치는 경우-도 매우 엄격하고 협소할 뿐만 아니라 나머지 2개 항목의 법률적 허용 조건-강간으로 인한 임신이거나 혈족 또는 인척간에 임신한 경우-도 낙태반대론자들조차 이 조항에 대해서는 이의를 제기하지 않을 정도로 매우 협소한 규정이다. 그럼에도, 한국에서는 1960년 가족계획사업이 시작된 이래로 그리고 본격적으로는 1970년대부터 불법이지만 상대적으로 안전하고 경제적으로 감당할 수 있는 수준의 낙태 서비스에 접근할 수 있었다. 북미와 유럽에서 제2의 여성운동이 일어날 즈음 사회적으로 회자되었던, 불안정한 낙태 시술에 의해 여성이 병에 걸리거나 죽어가는 일이 한국에서는 거의 보고된 바 없다. 이러한 때 한국에서는 낙태 이슈를 중심으로 한 건강운동이 일어나지 않았고, 2000년대 초반 조금씩 일기 시작한 여성건강운동은 제왕절개시술 줄이기라든지 2006년을 전후로 한, 줄기세포 연구에서 난자의 불법 거래 등에서 촉발된, 생명공학기술에서의 여성의 인권 보장 이슈 등을 중심으로 전개되었다.

2. 재생산을 여성의 건강과 권한강화로 바라보다

1) 1994년 카이로 ICPD와 1995 북경 세계여성대회
인구를 숫자의 규모로 보는 것 그리고 여성과 여성의 몸을 수단화하는 지배적 접근은 1994년 카이로에서 개

최된 국제인구회의(International Conference on Population and Development, ICPD)를 거치면서 질적인 변화를 겪게 되었다. 1994년 카이로 ICPD는 인구에 대한 접근을 개발의 관점으로부터 여성의 재생산 건강으로 전환한 것으로, 즉 인구를 숫자의 문제로부터 여성의 건강과 권한강화의 문제로 전환한 것으로 인식되고, 이러한 전환은 다음 해 북경 세계여성대회를 거치면서 재생산권(reproductive right) 개념의 성립과 광범위한 사용으로 보증되기에 이른다. 1994년 카이로 ICPD와 뒤이은 1995년 북경 세계여성대회는 각 국가의 정부에 대해 여성의 재생산권을 보장하는 법률적 강제를 요구하는 자리였다(Cook et al., 2003:155). 1995년 북경 세계여성대회의 행동 강령과 선언에 명시된 재생산 건강에 대한 정의는 다음과 같다(Cook et al., 2003:12).

재생산 건강은 육체적·정신적·사회적으로 안녕한 상태로서 단순히 질병이 없거나 허약하지 않음이 아닌 생식계 및 그 기능과 과정에 관련된 모든 것에서 안녕한 상태이다. 그러므로 재생산 건강은 사람들이 만족스럽고 안전한 성 생활을 할 수 있고 그들이 재생산 능력을 갖고 있고 언제 그리고 얼마나 자주 할 것인지를 결정할 자유가 있음을 의미한다. 이 마지막 조건은 다음과 같은 남성과 여성의 권리를 함축한다: 그들이 선택한 가족계획의 안전하고 효과적이고 감당할 수 있고 수용할 수 있는 방법에 대해 충분히 설명을 들을 권리와 그것에 접근할 권리, 그들이 선택한 출산력 조절의 (법률에 반하지 않는 다른 방법은 물론이고) 가족계획의 방법을 그들 선택에 따라 접근할 권리와 그리고 여성들이 안전하게 임신과 출산을 할 수 있도록 그리고 커플에게 건강한 신생아를 가질 최선의 기회를 보장하도록 적절한 건강관리 서비스에 접근할 권리.

언뜻 보아 너무나 당연해 보이는 이 세부 내용은 사실은 수십 년에 걸쳐 조금씩 진전을 이룬 결과물이다. 1994년 카이로 ICPD가 열리기 이전의 인권총회나 국제인구회의에서 그리고 1995년 북경 제4차 세계여성

대회가 열리기 이전의 세계여성대회에서 재생산 건강이 포괄하는 내용이 확장되고 구체화되었으며 그 건강을 보장받아야 할 주체도 부모로부터 커플과 개인으로 그리고 남녀의 평등한 권리로써 진전을 이루었다(Freedman & Isaacs, 1993).

그렇지만 재생산 건강은 재생산 권리를 선언한다고 바로 확보되는 것은 아니다. 국제 사회에서도 한편으로는 종교 등의 이유로 여성의 임신과 출산을 통제하고자 하는 근본주의 세력과의 투쟁 그리고 다른 한편으로는 인구와 환경의 의제를 여성의 건강보다 더 중요시하는 개발주의 세력과의 조율이라는 여러 긴장 속에서 재생산 건강은 여성운동의 성과로서 확보되고 인정되었다. 그것은 완결된 성취라기보다는 미완의 과제이며 여전히 그 완성의 과정 중에 있다(Ha, 2013).

2) 세계보건기구의 재생산 건강 지표

1994년 카이로 ICPD와 1995년 북경 세계여성대회에서 재생산 건강에 대한 본격적 논의가 이루어진 이후 UN은 세계보건기구(WHO)에 의뢰하여 재생산 건강을 일람할 수 있는 목록을 작성하도록 하였다.

그 결과 다음과 같은 재생산 건강에 관한 17개의 지표가 제시되었다(WHO's short list of reproductive health indicators for global monitoring).

- ① 합계 출산율(Total Fertility Rate, TFR)
- ② 피임 보급률(Contraceptive Prevalence Rate, CPR)
- ③ 모성 사망비(Maternal Mortality Ratio, MMR)
- ④ 산전 건강관리 보급(Antenatal Care Coverage)
- ⑤ 숙련된 보건인력 입회하의 출산 비율(Percent of Births Attended by Skilled Health Personnel)
- ⑥ 기본적인 산과 관리의 활용(Availability of Basic Essential Obstetric Care)
- ⑦ 종합적 산과 관리의 활용(Availability of Comprehensive Essential Obstetric Care)
- ⑧ 주산기 사망률(Perinatal Mortality Rate, PMR)
- ⑨ 저체중아 출산(Low Birth Weight Prevalence)

- ⑩ 임신부의 매독 유병률(Positive Syphilis Serology Prevalence in Pregnant Women)
- ⑪ 여성들의 빈혈 유병률(Prevalence of Anemia in Women)
- ⑫ 유산 후 산부인과 이용 비율(Percent of Obstetric and Gynecological Admissions Owing to Abortion)
- ⑬ 여성 성기절제의 보고 정도(Reported Prevalence of Women with female genital cutting)
- ⑭ 여성들의 불임 유병률(Prevalence of Infertility in Women)
- ⑮ 남성들의 요도염 발생(Reported Incidence of Urethritis in Men)
- ⑯ 임신부의 HIV 유병률(HIV Prevalence among Pregnant Women)
- ⑰ HIV 예방책에 관한 지식(Knowledge of HIV-related Prevention Practices)

이들 지표 중에서 한국은 몇몇 부분에서 매우 위중한 상황이다. 다음 절에서는 한국의 재생산 건강의 상황을 이들 지표 중 심각한 상황을 보여주는 자료를 중심으로 살펴보도록 하겠다.

3. 한국의 재생산 건강 상황

1) 산전후 건강 관리 및 의료 자원의 부족과 모성사망비의 증가

WHO의 재생산 건강 지표 중 지표 ④부터 지표 ⑦까지는 기본적으로 산부인과나 조산소 등 산전 기간이나 분만 시 적절한 건강 관리와 의료 자원을 활용할 수 있는 정도인데, 이 글 서두에서 밝혔듯이 교육기관인 의과대학의 병원까지도 경영상의 이유로 분만실을 폐쇄할 정도로 분만실을 갖춘 산부인과를 찾기가 점점 더 어려운 형국이 되고 있다. 최근의 보도에 따르면 전국 164개 시/군/구 중에서 분만실을 갖춘 산부인과가 없는 곳에 47곳이나 되었다. 특히 충청지역은 11개 지자체에 분만실이 없다(Daejeonilbo, 18 October 2013). 분만실 뿐만 아니라 아예 산부인과 진료과목 자체가

사라지고 있기도 해서, 산부인과가 있는 기관이 2012년 1,999곳에서 2013년 1,965곳으로 감소하고 있는데 이러한 추세는 일회적인 것이 아니라 이미 오래 전부터 시작된 현상이다. 이렇다 보니 모성사망비의 지역 간 격차도 매우 크다 일례로 강원도의 모성사망비는 2012년 32.1명에 이르고 있어 서울의 9.5명의 3배가 넘는다. 강원도의 산모 수는 2011년 기준 11,612명인데 비해 분만실 병상 수는 단 35개 뿐이다(Yonhapnews, 9 October 2013).

또한 한국의 모성사망비는 2008년 이후 계속 증가 추세로 2011년의 수치가 17.2명으로 2010년 OECD 평균 9.3명의 2배에 이르고 있다(Fig. 1).

이러한 모성사망비 증가에 대해 그것이 전적으로 산부인과 시설 및 인력 부족 때문인지는 더 많은 분석이 필요할 것이다. 그런데 산부인과 시설 및 인력 부족에 대해 의료계와 정부 당국이 서로의 탓만 하고 있는 실정을 보면 과연 지금의 상황에서 모성사망비 증가에 대해 정확한 분석이 가능할지 그리고 더 근본적으로는 분석할 의지가 있는 것인지 암담할 뿐이다.

2) 저체중아 출산 증가

지표 ⑨의 저체중아 출산 또한 증가 추세이다. 1993년과 2011년의 20년간의 수치 변화를 보면 총 출생아

수는 718,983명에서 471,023명으로 35%가 감소한 반면에 2.5 kg 미만의 저체중아 수는 18,532명에서 24,647명으로 33%가 증가하였고 1.5 kg 미만의 극소저체중아 수는 929명에서 2,935명으로 216%가 증가하였다.

이러한 양상은 언론에서도 비중 있게 보도하였는데 2012년 11월 12일 TV와 신문은 World Prematurity Day (11월 17일)를 계기로 한국에서의 미숙아 급증 현상을 일제히 보도하였다. 그런데 대부분의 보도에서 그 원인을 “만혼과 산모의 노령화”라는 개인적 요인으로 돌리는 분석이 제시되었다. 이렇듯 개인적 책임과 감당을 강조하는 담론과 현실적 조건에서, 당사자인 부모들은 “47%가 죄책감”에 시달리게 된다(Kyunghyang Shinmun, 13 November 2012).

반면, 신생아 위험 수치의 증가는 다른 고소득 국가에서도 공통적으로 발견되는 바 이들 국가의 일국 혹은 국제 비교 분석 문헌에서는 만혼 및 고령 출산과 함께 보조생식술(assisted reproductive technology)의 증가가 반드시 함께 지적된다(IHE, 2008; OECD, 2009). 바로 체외수정(in vitro fertilization, 일명 ‘시험관아기’, 이하 IVF) 시술과 같은 보조생식술에서 여러 배아를 한꺼번에 이식함으로써 다태아의 출생이 크게 증가하고 이와 함께 신생아 지표의 악화가 수반된다

Fig. 1. Maternal Mortality Ratio in Korea and OECD
Source: Ministry of Health & Welfare, The Guidelines for the Maternal and Child Health Project 2013, 2012 December

는 것이다. 한 실증 연구에 의하면 IVF 시술에서 쌍둥이와 세 쌍둥이 임신의 비율은 일반 임신에 비해 각각 14배와 54배에 이른다고 한다(Kalra & Barnhart, 2011). 캐나다 앨버타(Alberta) 지역의 1994년부터 1996년까지 신생아 자료에 관한 한 보고에 의하면, 2.5 kg 미만의 저체중아와 1.5 kg 미만의 극소저체중아 비율이 증가하는 데에 IVF 시술이 각각 17.8%와 43.5% 기여하였고 임신 37주 미만과 30주 미만 출생아 비율이 증가하는 데에는 각각 10.5%와 66.2% 기여하였다(Tough et al., 2000). 또한 영국의 2001년 자료에 기초해 볼 때, 사산(stillbirths)과 영아사망(infant deaths) 중 1%를 차지하는 73건이 IVF 시술로 인한 다태임신으로 유발된 것이었고, 여기에 IVF 시술뿐 아니라 전반적인 난소 자극으로 인한 과배란 임신까지 포함하면 그 수치는 220건 이상(4%)까지 증가한다고 한다(Oakley & Doyle, 2006).

유럽을 중심으로 1990년대 중반부터 이러한 의원성 다태임신(iatrogenic multiple pregnancy)의 심각성이 제기되면서 보조생식술에서 이식 배아의 수를 줄이는 규제가 도입되었고 그 결과 다태아 출생 수의 실질적 감소를 가져오기도 하였다. 가장 최근 보고된 세계 비교 자료인 2003년의 임상 자료에 기초해 보았을 때 현재 전 세계의 보조생식술 결과에서 이식하는 배아의 수 평균은 3.57에서 1.46까지 그리고 그 결과 다태아의 비율은 42.1%부터 11.8%까지 편차가 상당히 크다(Nygren et al., 2011). 한국은 보조생식술의 임상 결과 국제비교에서 1995년의 자료부터 1998년, 2000년, 2002년, 그리고 2003년의 자료까지 이식하는 배아 수 평균에서 언제나 대만과 함께 1, 2위였을 정도로 한 번에 많은 배아를 이식하고 있고 그 결과 다태아 출생 비율 또한 가장 높다(de Mouzon & Lancaster, 1997; ICMART, 2006, 2009; IWGROAR, 2002; Nygren et al., 2011).

그런데, 이러한 보조생식술의 사용이 전체 출생아의 다태아 출생 증가에 얼마나 영향을 미치고 또 신생아의 건강 지표 악화에 어떤 영향을 미치는가에 대한 실증 조사가 단 한 번도 한국에서 이루어진 바 없다. 한

국의 경우 다태아 출생 수가 1993년의 8,126명에서 2011년 13,852명으로 71%가 증가한 바 있다.

3) 저출산 공포

한국의 저출산 공포 또한 재생산 건강을 위협하는 요인이다. 여기에서 ‘공포’라 표현한 이유는 현재 한국에서 저출산을 둘러싼 많은 담론이 매우 감정적 프레임에서 이루어지고 있기 때문이다. 심지어 정부 발간 문서에서도 냉철한 판단보다는 “우려”를 갖도록 하는 데 집중한다. 정부가 발간한 <저출산·고령화 제2차 기본계획>을 보면 제1차 기본계획의 “주요 성과”로서 “국민적 공감대 형성”을 들고 있는데, 그 내용이 “대다수 국민(64.3%)들이 저출산 및 고령화 현상을 심각하게 인식하고 본인에게 상당한 영향을 미칠 것으로 우려”한다는 것이었다(Republic of Korea Government, 2010: 35). 물론 이러한 경향이 오늘날 한국에서만 나타나는 현상은 아니다. 소르본느 대학의 George Minois 교수에 의하면, 인구가 채 2억 명이 안 되던 시기에도 플라톤과 아리스토텔레스는 “국가가 엄격하게 산아를 제한해야 한다”고 주장했다고 한다. 바로 인구 “과잉”이 숫자의 문제가 아닌 이데올로기의 문제임을 보여주는 것으로, ‘인구 문제’는 언제나 면밀한 관찰과 냉철한 판단보다는 “위기”와 “공포”의 수사가 지배하고 있다.

한국의 저출산 공포 속에서 ‘인구 문제’ 해결을 위해 재생산 건강이 다시금 위협받고 있다. 그 예를 <모자보건사업>의 변화를 통해서 살펴보자. 한국의 <모자보건사업>은 1960년대와 70년대 가족계획사업과 함께 본격적으로 시작한 이래 2009년 법률의 대대적 개정으로 큰 변화가 있었는데 그럼에도 일관된 흐름이 있으니 그것은 바로 ‘인구 문제’ 해결을 위해 모자보건을 수단화하는 기조를 말한다.

<모자보건사업>은 한국에서 여성의 재생산 건강을 포함하여 여성의 건강과 관련된 거의 유일한 공적 프로그램이라고 할 수 있다. 그런데 이 사업은 여성의 건강에 대한 이해와 함께 전개되고 발전되었다기보다는 전적으로 ‘인구 문제’의 사회적 주목에 따라 부침을 겪었다. 해방 후 이름만 있을 뿐 유명무실하던 것에서 1960

년대부터 가족계획사업이 시작되면서 조직 개편과 인력 보강으로 실질적인 서비스를 제공하기 시작하였고 1970년대 모자보건요원의 증원과 <모자보건법>의 제정(1973년) 및 개정(1986년)으로 활발히 전개되었다가 1990년대에는 가족계획사업의 소멸과 함께 약화되었다. 그리고 2009년 <모자보건법>의 대대적인 개정과 함께 사업의 방향이 크게 변화하게 된다. 주지하는 바, <모자보건법>은 1960년대부터 시작된 가족계획사업의 맥락에서 그것을 뒷받침하기 위해서 제정되었는데 2009년의 개정은 정부가 2006년부터 저출산 대응 정책의 하나로 시작한 <불임(난임) 부부지원사업>을 <모자보건사업>의 하나로 설정하기 위한 것이었고 그 결과 한국의 <모자보건사업>은 가족계획을 위한 사업으로부터 임신을 독려하기 위한 사업으로 그 목적이 완전히 바뀌게 된다.

<모자보건법>의 2009년 개정에서 가장 두드러진 것은 “피임시술 및 영구불임술”의 범주가 아예 삭제된 것이고 그 자리에 “가임기 여성의 생식건강관리와 건강증진 프로그램 개발 등에 관한 사항”이 신설된 것이다. 당연히 “불임 극복 지원 사업”은 독립적인 항목으로 자리잡게 되고 2012년 개정에서는 “인공임신중절 예방 등의 사업”까지 법률의 조항으로 등장하기에 이른다.

과연 <모자보건법> 2009년 개정은 가족계획이라는 피임에 한정되어 있던 모자보건 개념을 진정한 의미의 포괄적인 재생산 건강을 보장하는 방향으로 전환한 것일까.

한국의 모자보건사업은 종종 인구 및 가족계획 사업의 목표 달성을 위한 수단으로 간주되어 왔다. ... 이제 저출산의 시대를 맞아 모자보건사업이 불임부부 지원 및 출산환경 조성 등 오로지 출산력 증가를 위한 방향으로 올인하고 있으며, 반대로 피임 등 가족계획 사업의 지원 확대방안은 거론할 수 없는 분위기이다. ... 그러나 이와 같은 출산력 제고정책은 인공임신중절, 불임치료나 고연령 임신 및 출산에 수반되는 여성 및 출생아의 건강 문제 등의 생식건강의 문제들을 악화시킬 가능성을 등한시하고 있다(Seo, 2009:389).

일선의 산부인과 전문의가 정확하게 지적하고 있듯이 이 개정은 포괄적인 재생산 건강을 보장하기 위한 것이 아니라 저출산의 대응으로 “출산력 증가를 위한” 개정이며 그렇기에 재생산 건강을 “악화시킬 가능성”을 갖고 있는 것이다.

이와 같이 재생산 건강과 관련된 한국의 유일한 공적 프로그램인 <모자보건사업>은 출발부터 가족계획사업의 일환이었고, 1994년 카이로 ICPD와 1995년 북경 세계여성대회에서 재생산 건강이 국제 사회에서 주요 이슈로 등장한 이후에도, 여전히 21세기에도 ‘인구 문제’ 해결을 위한 수단에서 단 한 걸음도 나아가지 못하고 있다.

고찰 및 결론

무엇보다 여성 건강에 대한 통합적 접근이 필요하다. 인구 정책의 필요로부터 재생산 건강의 필요성을 도출하고 그로부터 여성 건강을 도출하는 것이 아닌 여성의 정신적·육체적 건강 그리고 개인적·사회적 건강에 대한 통합적(integrity) 접근으로부터 재생산 건강을 도출하고 그에 따라 인구 정책의 필요가 고려되어야 할 것이다.

그리고 이 과정은 현실의 정확한 요구를 반영하는 것 이어야 한다. 여성들이 생애주기별로 어떤 건강상의 필요가 있는가를 정확히 파악한 후 재생산 건강 또한 그 맥락에서 통합적으로 고려되어야 할 것이다. 소위 ‘선진국’의 정책을 이식하는 것이 아니라 현재 한국의 여성들의 구체적 요구를 반영해야 할 것이다. 여기에서 여성운동과의 연계가 필수적이다. 국제 사회의 경험, 즉 1994년 카이로 ICPD와 1995년 북경 세계여성대회가 말해주듯이 여성의 재생산 건강은 언제나라도 종교적 근본주의와 국가의 개발주의에 의해 위협받을 수 있기 때문에 학계나 정책 당국자의 노력뿐만 아니라 여성운동의 적극적이고도 활발한 뒷받침이 있을 때만이 재생산 건강의 성취는 온전한 성과물로 지속가능할 것이다.

참고문헌

- Annandale E, Clark J. What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health & Illness* 1996;18:17-44
- Bordo S. *Unbearable weight: feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press, 1993
- [BWHBC] The Boston Women's Health Book Collective. *Our bodies, our selves for the new century: A book by and for women*. New York: Touchstone, 1998(1984, 1992)
- Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford University Press, Oxford & New York, 2003
- de Mouzon J, Lancaster P. World collaborative report on in vitro fertilization preliminary data for 1995. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1997;14(5 Suppl.):251S-265S
- Ginsburg FD, Rapp R. (eds.). *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. University of California Press, Berkeley, California, 1995
- Ha JO. Reproductive rights: Placing the concept in a historical and political context. *Health and Social Science* 2013;34:183-210
- Hartmann B. The changing faces of population control, *Women Policing the National Body, Race, Gender, and Criminalization*, Silliman J., Bhattacharjee A. (eds.), South End Press, Cambridge, 2002:259-289
- [IHE] Institute of Health Economics. *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*. Alerta, Canada, 2008
- [ICMART] International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART). *World collaborative report on in vitro fertilization*, 2000. *Fertility and Sterility* 2006;85:1586-1622
- [ICMART] International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART). *World collaborative report on assisted reproductive technology*, 2002. *Human Reproduction* 2009;24:2310-2320
- [IWGROAR] International Working Group for Registers on Assisted Reproduction also an IFFS Task Force. *World collaborative report on assisted reproductive technology*, 1998. *Reproductive medicine in the twenty-first century: proceedings of the 17th World Congress on Fertility and Sterility*, Melbourne, Australia, Healy DL, Kovacs GT, McLachlan R, Rodriguez-Armas O (eds.). Parthenon Publishing Group, Boca Raton, 2002:209-219
- Kalra SK, Barnhart KT. In vitro fertilization and adverse childhood outcomes: what we know, where we are going, and how we will get there. *A glimpse into what lies behind and beckons ahead. Fertility and Sterility* 2011;95:1887-1889
- Kuhlmann E. From women's health to gender mainstreaming and back again: linking feminist agendas and new governance in healthcare. *Current Sociology* 2009;57:135-154
- Kwon TH, Kim TH, Kim DS, Jun KH, Eun KS. 1997. *Understanding Korea's demographic transition*. Ilshinsa, Seoul, Korea, 1997
- Lader L. *Breeding Ourselves to Death*. Seven Books, New York, 1971
- Nettleton S. *The Sociology of Health and Illness*. Polity Press, Cambridge, 1995
- Nygren KG, Sullivan E, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Adamson GD, de Mouzon J. *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) world report: assisted reproductive technology 2003*. *Fertility and Sterility* 2011;95:2209-2222
- Ministry of Health & Welfare. *The guidelines for the maternal and child health services 2013*. 2012 December
- Minois G. Overpopulation posed a cultural problem rather than a numeral one. *Le Monde diplomatique (Korean version)* 2011;June:12
- Oakley L, Doyle P. Predicting the impact of in vitro fertilisation and other forms of assisted conception on perinatal and infant mortality in England and Wales: examining the role of multiplicity. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006;113:738-741
- OECD. *Health at a glance 2009: OECD Indicators*. OECD, 2009
- Republic of Korea Government. *The Second Basic Plan on Low Fertility and the Ageing Society in Korea, 2011-2015: Rolling Plan 2015*. Republic of Korea Government, 2010
- Seo K. Reproductive health. *Korean Journal of Ob-*

stetrics and Gynecology 2009;52:387–390

Tough SC, Greene CA, Svenson LW, Belik J. Effects
of in vitro fertilization on low birth weight, preterm
delivery, and multiple birth. Journal of Pediatrics
2000;136:618–622

WHO's short list of reproductive health indicators for
global monitoring. [cited 2013 Dec 10]. Available
from: URL: [http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh
_indicators/specific/global/whos-short-list-of-r
eproductive-health-indicators-for-global-monit
oring](http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/specific/global/whos-short-list-of-reproductive-health-indicators-for-global-monitoring)