

# 의학적 증강에 관한 윤리적 고찰

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

의료윤리학전공

박 재 현

# 의학적 증강에 관한 윤리적 고찰

지도 김 형 철 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2005년 6월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

의료윤리학전공

박 재 현

# 박재현의 박사 학위논문을 인준함

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

연세대학교 대학원

2005년 6월 일

# 차 례

국문 요약 .....	iii
제 1 장 서론 .....	1
1.1 문제 제기 .....	4
1.2 연구의 목적 .....	8
1.3 연구의 범위와 한계 .....	11
1.4 논제의 연구 상황과 연구 자료 .....	14
제 2 장 의학적 증강의 증가 원인 .....	17
2.1 의학의 변화 .....	18
2.2 바꿀 수 있는 육체 .....	21
2.3 삶의 질의 강조 .....	23
2.4 의료의 상업화 .....	27
2.5 의료화 .....	29
제 3 장 의학적 증강의 정의와 분류 .....	39
3.1 정상, 건강, 그리고 질병 .....	39
3.2 의학적 증강의 정의 .....	43
3.3 의학적 증강의 분류 .....	69
제 4 장 치료와 증강의 구별 .....	72
4.1 치료와 증강의 구별은 가능한가? .....	73
4.2 치료와 증강의 구별은 필요한가? .....	83
4.3 치료-증강의 구별과 보건의료정책 .....	84

제 5 장 의학적 증강의 윤리 쟁점 .....	89
5.1 의학의 목적 .....	91
5.2 수단과 목적 .....	103
5.3 평등과 정의 .....	107
5.4 개인의 선택과 자유 .....	109
5.5 인간에게 주어진 한계 .....	111
제 6 장 의학적 증강과 의사의 역할 .....	114
6.1 의사 역할의 변화 .....	115
6.2 미용성형외과의사의 역할 .....	129
6.3 역할과 전문직 윤리 .....	136
6.4 역할의 분석 .....	144
6.5 의사인가 슈목터인가? .....	154
6.6 슈목터의 윤리 .....	156
제 7 장 결론 .....	164
참고문헌 .....	171
ABSTRACT .....	179

## 국 문 요 약

### 의학적 증강에 관한 윤리적 고찰

이 논문은 건강의 회복과 유지를 넘어서 ‘건강 이상(以上)’ 또는 ‘더 좋음’을 의료를 통하여 추구하는 의학적 증강(medical enhancement)의 윤리를 주제로 삼고 있다. 첫째, 의학적 증강의 증가 원인, 정의와 분류, ‘치료-증강 구별’의 이해를 목표로 하고 있으며, 둘째, 의학적 증강의 다양한 윤리 쟁점을 살펴보고, 셋째, 증강에서의 의사의 역할을 규명하며, 넷째, 증강을 추구하는 개인과 증강의 시행자인 의사, 그리고 보건의료정책 관련 전문가에게 윤리적인 방향을 제시하는 것을 목표로 하고 있다.

치료를 넘어서 ‘더 좋음’을 추구하는 의학적 증강은 급속히 증가하고 있다. 치료 이상의 추구 즉 의학적 증강은 많은 윤리적 문제를 안고 있으며, 특히 증강의 시행자인 의사의 윤리에 대한 검토와 방향의 제시가 필요하다. 의학적 증강의 급속한 증가는 일차적으로는 과학 기술의 발달 때문에 가능하였다. 의학적 증강은 신체의학에서 신체정신사회의학으로의 변화 등과 같은 의학의 변화 방향과 일치하기 때문에 증가하고 있고 그 속도도 빨라지고 있다. 또 육체를 ‘변화시킬 수 있는 대상’으로 인식하는 문화, 삶의 질의 강조, 의료의 상업화, 그리고 의료화도 의학적 증강을 확산시키는 원인이 되고 있다.

의학적 증강의 정의는 건강과 질병을 어떻게 정의하느냐에 따라 달라진다. 의학의 오랜 역사를 통하여 건강과 질병을 정의하려는 노력은 계속

되어 왔지만 건강과 질병의 정의에 대한 견해 차이는 여전히 존재하고 있다. 치료가 질병 상태에서 건강한 상태로의 향상이라면 증강은 건강한 상태에서 ‘더 건강한 상태’로의 향상 또는 완벽을 향한 추구라고 할 수 있다. 모든 사람이 동의하는 의학적 증강의 정의를 내리기는 힘들다. 그러나 의학적 증강을 정의하려는 시도 자체가 윤리적인 노력의 한 부분이 될 수 있다.

치료와 증강의 구별은 의학적 증강의 핵심적인 논란거리다. 치료와 증강의 구분이 가능하고 의미 있다는 주장과 이런 구분은 가능하지도 않고 의미도 없다는 반대의 주장이 있다. 치료와 증강을 구별하기 어려운 난제들이 많이 있고 구별의 가능성에 대한 회의적인 시각이 많이 있음에도 불구하고 필요성을 부인하기는 힘들다. 필요성을 인정할 수 있다면 역으로 치료-증강 구별의 난제들을 해결할 방안을 찾고 애매모호한 경계를 명확하게 하는 치밀한 작업이 계속되어야 할 것이다.

의학적 증강에는 다양한 윤리 쟁점이 있다. 의학적 증강이 의학의 목적에 부합하는지 또는 의학의 고유 영역에 해당하는지에 대한 논쟁이 일어나고 있다. 목적이 좋다면 의료라는 수단을 통해 증강을 추구하는 것은 윤리적으로 별 문제가 없다는 시각에 대한 찬반 논쟁이 있고 개인의 선택과 자유에 관한 개인적 차원의 윤리 문제가 제기되고 있다. 증강에 있어서의 정의와 평등은 사회적 차원의 중요한 윤리 쟁점이다. 개인적 차원의 윤리에서 무엇보다 근본적인 물음은 인간에게 주어진 한계를 어떻게 인식하는가이다. 인간적인 한계를 극복하려는 노력이 자연스럽기는 하지만 어느 정도를 넘어서면 한계를 인정하고 수용해야 한다고 주장할 수 있다. 한편으로는 인간적인 한계를 어떤 수단과 방법을 써서라도 극복해야 하는 것으로

볼 수도 있다.

병든 사람을 치료하는 치료자가 ‘정상 이상’, ‘더 좋음’을 추구하는 일은 전통적인 의사의 역할로는 설명하기 힘들다. 건강이 단지 ‘질병 없음’에 머무르지 않는 ‘신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태’라고 한다면, 의학적 증강은 의학의 변화에 따른 자연스럽게 필연적인 변화라고 주장할 수도 있다. 증강을 시행하는 의사의 윤리 또는 역할에 대한 연구가 필요하다. 역할을 ‘반드시 어떠한가 하는 당위적 역할’이나 ‘그렇게 되기를 원하는 희망적 역할’이 아니라 ‘그저 지금 수행하고 있는 역할’이라고 주장한다면 증강을 시행하는 의사의 역할은 논란이 되지 않을 수도 있다. 그러나 치료 이상의 추구, 의학적 증강의 시술자의 역할은 의학의 본질적인 도덕과 양립할 수 없다는 주장도 있다.

증강의 시술자가 행하는 증강의 업무는 의학이 아닌 ‘다른 역할 의무와 목적을 가지는 다른 업무’가 된다. 따라서 이 업무의 종사자는 의사(doctor)가 아니라 다른 의무와 목적을 가지는 슈목터(schmoctor)가 된다. 전통적인 의사의 역할에 슈목터의 새로운 역할을 단순히 추가하기는 힘들어 보인다. 의사-환자 관계의 근본적인 변화 내지는 손상 없이, 증강이 의학의 새로운 영역의 하나로 자연스럽게 수용되기는 어려울 것 같다.

의학적 증강은 의학의 영역에 꾸준히 포함되며 확대되어 왔다. 지금까지는 증강이 의학의 주변부에 위치하고, 의학의 전체적인 도덕성을 유지할 수 있는 정도의 적은 비중을 차지하여 왔다고 할 수 있다. 그러나 증강의 지나친 확산과 이에 대한 무비판적인 수용과 합리화는 견딜 수 있는 정도를 넘어서 의학의 본질에 회복할 수 없을 정도의 심각한 손상을 입히게 될 지도 모른다. 더 비판적인 시각에서 보면, 전통적인 의학은 더 이상 존재하

지 않고 그 대신에 ‘의학이 아닌 이상한 의학’ 즉 슈메디신(schmedicine)이 자리를 차지하게 되는 것은 아닐까 하는 우려를 할 수도 있다.

강력한 윤리적 토대를 특징으로 하는 전문직으로서의 의사의 윤리는 지금 큰 도전에 직면해 있다. 그러나 당장은 뚜렷한 해결책이 있어 보이지는 않는다. 의학적 증강을 원하는 수요는 계속 있을 것이고 현실적으로 인체에 침습적인 행위를 하게 되는 증강을 슈목터링(schmoctoring)으로 취급하여 의학과 완전히 구분할 수는 없는 것 같다. 현재로서는 의학적 증강의 확산을 최소화하는 작업과 슈목터의 윤리를 확립해나가는 방법 밖에 없어 보인다.

---

핵심되는 말 : 의학적 증강, 치료 이상의 추구, 건강 이상, 치료-증강의 구별, 의사의 윤리, 의사의 역할, 슈목터, 의료화

## 제 1 장 서 론

의학<sup>1)</sup>의 사전적인 정의는 ‘인체의 연구 및 질병·상해의 치료와 예방에 관한 일을 연구하는 학문’이다. 이 정의에 의하면 의학의 목적은 ‘질병·상해의 치료와 예방’이라고 할 수 있다. 건강을 ‘질병이 없는 상태’로 단순하게 규정할 수 있다면 의학의 목적은 환자의 건강을 회복시키고 유지하는 것이 된다. 세계보건기구(WHO)는 1948년에 “건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 것만 말하는 것이 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것”이라는 건강의 정의를 제시하였다.<sup>2)</sup>

그렇다면 ‘신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태’를 위해서 의학은 ‘질병의 치료’에 머물러야 하는가 아니면 그 이상을 추구할 수 있는 것인가? 의학을 통해 아름다움, 더 좋은 기억력, 더 좋은 체력, 장수와 같은 삶의 긍정적인 가치들, 그리고 더 나아가 행복 자체를 추구하는 것은 어떨까? 또 우리 자신에 머물지 않고 유전학적인 방법을 이용하여 나쁜 유전자는 제거하고 좋은 유전자만 미래 세대에 계속 전해지도록 하는 것은 어떨까?

질병으로부터 정상 또는 건강한 상태로의 변화를 치료라고 한다면 정상 또는 건강한 상태에서부터 ‘정상 이상(正常 以上, beyond normalcy)’ 또는 ‘건강 이상(健康 以上, better than well)’으로의 변화는 증강(enhancement)<sup>3)</sup>이라고 할 수 있다. 의학적 증강(medical enhancement)은 의학적인 수단

---

1) 학문의 한 분야로서의 의학(醫學)의 의미가 아닌 포괄적이고 일반적인 의미로 의학(醫學)의 용어를 쓰고자 한다. 의학과 관련하여 의술(醫術), 의료(醫療), 의과학(醫科學), 임상의학(臨床醫學) 등의 용어가 쓰이고 있는데, 이 모두를 포함하는 의미로서 의학(medicine)의 용어를 사용하려 한다.

2) WHO의 건강의 정의에 ‘영적인 차원의 건강 개념’을 추가하려는 시도가 계속 있어 왔다. 1998년에 집행이사회가 영적 건강의 개념을 추가하는 결정을 하였다. 그러나 현장 전문에 기술된 건강의 정의가 수정된 것은 아니다. 현장 전문을 수정하기 위해서는 총회의 결의가 필요하다.

을 이용하여 정상 또는 건강 이상을 추구하는 일이다. ‘질병·상해의 치료와 예방’을 넘어서는 ‘의학적 증강’, ‘치료 이상의 추구’<sup>4)</sup>는 의료 현장에 이미 깊숙하게 들어와 있으며 급속히 증가하고 있다.

의료기술의 발달, 경제적인 발전은 의학적 증강의 기본적인 토대를 제공하였다. 먹고 사는 문제가 어느 정도 해결되고 질병에 대한 두려움도 상당히 적어진 현대인들은 치료 이상을 원하게 되었다. 또 몸과 의학에 대한 의사와 일반인들의 인식변화, ‘삶의 질’의 강조, 의료의 상업화, 그리고 일상생활의 의료화 등의 여러 가지 이유로 치료라고 할 수 없는 의료행위가 급증하고 있다. 예를 들어 정신과적으로 우울증이라고 진단 내릴 정도는 아니지만 우울한 상태에 있거나 부끄러움을 많이 타는 정상인에게 항우울제인 프로작을 복용하게 하여 이를 극복하게 하거나 발기부전환자가 아닌 성적으로 활발한 젊은 청년이 단순히 성적인 능력을 향상시킬 목적으로 비아그라를 복용하는 행위는 질병의 치료라고 보기 힘들다.<sup>5)</sup>

물론 정상, 비정상을 정의하고 구분하는 일 자체가 쉽지 않고 건강이 ‘질병 없음’을 의미하는 것은 아니라고 할 때 이런 약물의 사용도 치료의 영역에 속한다고 말할 수 있다. 치료와 증강을 구분하고 정상과 비정상 사이에 선을 긋는 일은 쉽지 않다. 그러나 현대 의료에 있어 질병의 치료를 넘어서는 의학적 증강에 해당하는 의료행위가 급격하게 증가하고 있음은

---

3) medical enhancement, 웹스터 사전에 의하면 enhance는 heighten, increase; especially: to increase or improve in value, quality, desirability or effectiveness이다. 명사형인 enhancement는 우리말의 증대(增大), 증강(增強), 강화(強化)의 뜻과 비슷하다. 증대는 양적인 증가의 의미가 더 강한 듯하여 enhancement의 번역어로 증강을 사용하기로 하였다.

4) 영어의 ‘beyond therapy’를 번역한 것이다. ‘치료를 넘어서는 완전의 추구(pursuit of perfection beyond therapy)’ 또는 ‘치료를 넘어서는 행복의 추구(pursuit of happiness beyond therapy)’가 정확한 표현이나 ‘치료이상(beyond therapy)’으로 간단하게 사용하고 있는 문헌도 있다. 의학적 증강의 개념보다 나중에 쓰이기 시작했으며 ‘의학적 증강’보다 ‘치료 이상’을 사용하는 것이 관련된 논의를 하는 데 더 적절하다는 주장도 있다. 이 논문에서는 ‘의학적 증강’과 ‘치료 이상의 추구’를 구별하지 않고 함께 사용하기로 한다.

5) 병을 치료할 뿐만 아니라 삶의 행복까지 되찾아준다는 뜻에서 프로작, 비아그라 등은 ‘해피메이커(happy-maker)’ 또는 ‘삶의 질 개선제’라고 불리기도 한다.

분명한 사실이다. 조금 과장을 하면, 의료의 대상이 ‘병든 몸’에서 ‘건강한 몸’으로 바뀌고 있다고 말할 수도 있다.

치료 영역의 의료 행위도 상당히 많은 윤리 논란을 불러일으키고 있으나 의학적 증강은 더 복잡하고 다양한 논란을 불러일으킬 것으로 예상되며 현재도 많은 윤리적 문제들이 발생하고 있다. 한편, 다른 시각에서 “그토록 바라던 인간의 꿈이 과학기술의 발전으로 현실화되어가고 있는데 불필요하게 잘잘못을 가리려고 하는 것은 아닌가?”하는 질문을 던져볼 수도 있다. 나쁘게 만드는 것도 아니고 ‘더 좋음’, ‘더 건강함’을 적극적으로 추구하는 것이 무엇이 문제냐고 할 수 있다. 그러나 의학적 증강, 치료 이상의 추구에는 해결해야 할 많은 문제들이 있다. 치료 이상의 추구에 내포되어 있는 윤리적 문제의 심각성에도 불구하고 이 주제는 아직까지 우리 사회에서 대중 일반은 물론 관련 전문가들의 관심 영역 밖에 있다. 미용성형수술을 비롯한 의학적 증강이 많이 시행되고 있는 우리 사회에서 의사들이 막연하게는 문제를 인식하고 있겠지만, 의학은 물론 의료윤리, 의료정책 분야에서도 아직은 중요한 이슈로 다루어지지 못하고 있다.

치료자로서의 의사의 전통적인 역할은 최근 수십 년간 빠른 속도로 또 상당한 정도로 변하고 있다. 의사의 역할은 의학과 생명과학의 기술적 발전에 따라 변하기도 하겠지만 경제적, 정치적, 사회적 가치와 관습의 변화에 따라 달라지기도 한다. 또 의료화 과정을 거쳐 확대된 의료의 영역 변화에 따라 의사의 역할도 변하고 있다. 의학적 증강의 행위 당사자인 의사 집단 내부에서의 증강에 대한 윤리적인 성찰이 시급하다. 또 의료와 관계된 윤리, 법, 정책 차원에서의 고려도 필요하다. 이 논문에서는 급속히 확산되는 의학적 증강의 전반적인 윤리 문제를 검토하고 의학적 증강의 개념적 기초를 명확히 하여 앞으로의 본격적인 논의의 토대로 삼으려 한다. 한 발 더 나아가 증강 행위의 시행 주체가 되는 의사<sup>6)</sup>의 역할과 윤리를 고찰

하러 한다.

## 1.1 문제 제기

‘치료 이상의 추구’와 관련하여 많은 논란을 불러일으키고 있는 대표적인 약제 또는 기술 네 가지의 사용 실태를 소개하는 것으로 문제 제기를 하고자 한다.

### 1.1.1 리탈린

리탈린(Ritalin)은 메틸페니데이트(methylphenidate)의 상품명으로 주의력결핍 과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)<sup>7)</sup>의 치료제로 개발되어 1960년대부터 판매되었고 1990년 이후 사용이 급속히 증가하였다. 이 약은 대뇌의 전두엽을 자극, 활성화함으로써 집중력을 강화하는 것이 큰 특징이며 주의력결핍 과잉행동장애 아동은 물론 정상 아동, 청소년에게도 동일한 주의력 집중 효과가 있어 학습 능력의 향상에 단기적으로 도움이 되는 것으로 밝혀졌다. 주로 5세에서 12세 사이의 아동들에게 주로 쓰이고 있으나 십대 청소년과 성인들의 비의료적 목적의 사용

---

6) 더 적절한 표현은 ‘의료인’이라고 할 수도 있다. 의사는 너무 협소한 개념으로 영미권의 문헌에서는 의사보다는 health care professionals, health professionals, health professions, medical professions 등의 용어가 더 자주 사용되고 있으나 ‘의료인’을 대표하는 의미로 ‘의사’의 단어를 사용하였다.

7) 대한소아청소년정신의학회(www.kacap.or.kr)의 건강 정보에 의하면 주의력결핍 과잉행동장애는 학령기 및 학령 전기 아동에서 흔히 나타나는 소아정신과 질환으로 지속적인 주의력결핍, 과잉행동 및 충동성의 증상을 보이며, 아동의 정상적인 학교생활과 가정생활에 큰 지장을 초래하는 장애로 학교를 다니는 아동의 약 3-5%에서 발생한다고 한다. 주의력결핍 과잉행동장애 아동은 학업 수행에서 어려움을 보일 뿐 아니라 행동 조절에 문제가 있어 또래 관계에서 따돌림을 당하기 쉽고 학교 선생님께서 ‘말 안 듣는 아이’라는 평을 종종 듣게 된다고 한다.

(nonmedical use)이 증가하고 있다. 리탈린은 수년 전부터 서울 강남 일대에서 중고등학생들한테 ‘공부 잘하게 하는 약’으로 알려져 일부 정상적인 학생들이 오용하고 있다는 보도가 있었다.<sup>8)</sup> ‘머리 좋아지는 약’, ‘비타민-알(vitamin-R)’로 불리기도 한다. 청소년들은 이 약을 각성 상태를 유지하고 집중력을 높이는 목적으로 사용한다고 한다.

리탈린을 복용하는 절반 이상의 아동이 주의력결핍 과잉행동장애의 진단 기준에 부합하지 않는다는 보고가 있다. 한 조사<sup>9)</sup>에 의하면 미국 고등학생의 7% 가량이 최소한 한 번 이상 리탈린을 불법적으로 사용한 적이 있으며 2.5%는 적어도 한 달에 한 번 이상은 리탈린을 사용하였다고 한다. 2000년 통계에 의하면 미국의 아동, 청소년 8명 중에 1명꼴인 600만 명이 리탈린을 복용했다고 한다.

### 1.1.2 성장 호르몬

성장호르몬을 이용한 치료가 처음 알려진 것은 1950년대 후반이다. 최근 성장 호르몬 사용은 전 세계적으로 급증하고 있다. 나라마다 성장 호르몬의 공식적인 사용 기준에 차이가 있지만 대체로 성장호르몬 결핍, 터너 증후군, 만성 신장질환으로 인한 발육 부전 등에 제한적으로 허용되고 있다. 그러나 정상 범위에 있는 아동의 키를 크게 할 목적으로 성장호르몬을 사용하는 것은 남용으로 간주된다. 영국의 한 보고<sup>10)</sup>에 의하면 성장호르몬 치료를 받는 아동 5명 중에서 1명 이상은 의학적 적응증이 아닌데도 키를 크게 할 목적으로 성장호르몬을 사용하였다고 한다.

8) 한겨레신문. 2004. “머리 좋아지는 약 밀수 영어강사 적발”, 6월 9일.

9) 미국 마약관리국(DEA, [www.dea.gov](http://www.dea.gov))의 자료 중에서 인용. News from DEA → Speeches & Testimony; Congressional Testimony, May 16, 2000 - Amphetamine & Methylphenidate

10) *Drug and Therapeutic Bulletin*. 2002;40:17-20

성장호르몬은 또 신진대사를 촉진하는 효과(anabolic effect)가 있어 앞에서 언급한 보편적으로 인정되는 적응 질환 외에도 다양한 질환에 사용될 수 있는 가능성이 제기되고 있다. 최근 주목받고 있는 성장 호르몬의 사용은 운동 능력을 향상시키거나 노화를 역전시킬 목적으로 사용하는 것이다. 보디빌더를 비롯한 운동선수들이 경쟁에서 이기기 위해 많이 사용한다고 알려졌다. 성장호르몬은 노화 과정을 거꾸로 되돌리는 이른바 “젊음의 샘”으로 알려져 있으며 점차 확산되고 있다.

미국식품의약국의 한 관리는 실제 나이보다 몇 년은 젊어보이게 하고 젊음을 느낄 수 있게 할 것이라는 약속을 하는 인터넷을 포함한 다양한 언론 매체의 공격적인 광고를 믿는 노인들에게 성장호르몬이 광범위하게 처방되고 있으며 모조품을 포함한 성장 호르몬이 암시장에서 처방 없이 거래된다고 하였다. 성장 호르몬 주사를 맞는 노인들이 미국에서 한 해에 25,000명에서 35,000명 정도로 추정된다고 한다. 노화 방지와 관련이 있는 한 의사는 암시장의 판매를 포함한다면 성장 호르몬의 전체적인 사용이 10만 건 이상이 될 것이라고 추정하였다. 호르몬의 연간 거래액은 20억 달러 이상으로 추정된다고 한다.<sup>11)</sup>

### 1.1.3 미용 성형 수술

2004년 미국에서는 약 1200만 건의 수술적/비수술적 미용성형 시술이 시행되었다. 1997년과 비교하여 5.6배 증가하였고, 1년 전과 비교하면 44%가 증가하였다. 1997년과 비교할 때 미용성형 시술은 전체적으로 465%가 증가하였으며 비수술적 시술은 764%가 증가하였다. 주름 제거를 위한 보톡스 주사는 2004년 한 해 220만 건 이상이 시술되었으며 1997년과 비교하

---

11) *Washington Post*. 2002. “Growth Hormone Alters Aging”, 11월 13일.

여 40배 이상 증가하였다. 가장 흔히 행해지는 5가지 미용 성형 수술은 지방흡입술, 유방확대술, 쌍꺼풀 수술, 코 성형수술, 안면주름제거술이었다. 여성이 전체의 90%를 차지하였으며 2004년 한 해 미용성형 시술에 쓰인 비용은 약 125억 달러로 추산된다.<sup>12)</sup> 한 조사에 의하면 우리나라 여대생의 절반 이상이 미용성형을 한 경험이 있고 10명 중 8명은 미용성형을 원하고 있는 것으로 밝혀졌다.<sup>13)</sup> 우리나라의 미용성형의 실태는 의사 신문의 학술대회, 연수 강좌 광고를 통해서 엿볼 수도 있다.<sup>14)</sup>

#### 1.1.4 유전자 조작

2003년은 유전자와 관련하여 기념비적인 해였다. DNA의 이중 나선 구조가 발견된 지 50년이 되었고 또 1990년 시작된 초대형 연구 프로젝트인 인간유전체연구(Human Genome Project)의 결과로 인간유전체 지도가 완성되었다. DNA 구조 발견 50주년을 맞아 발견자의 한 사람인 제임스 왓슨(James Watson)은 영국에서 방송된 한 텔레비전 다큐멘터리 프로그램에서 ‘우둔함은 치료받아야 하는 유전질환’이라는 발언을 하였다. 학습이 부진한 아동의 경우에 과외의 시간을 내어 공부를 시키는 것 보다는 학습과 관련된 유전자를 어떻게 조작할 것인가를 연구하는 것이 더 낫다는 주장이

12) American Society for Aesthetic Plastic Surgery(ASAPS, www.surgery.org)의 2004년 공식통계 참조

13) 보건복지부가 서울의대 정신과 류인균 교수팀에 의뢰하여 미용성형 등에 대한 여대생들의 관심과 부작용 등에 대하여 전국의 남녀 대학생 2,034명을 대상으로 한 설문조사와 심층 면접 조사 결과 응답대상 여대생의 52.5%가 미용성형수술을 받았으며 앞으로 미용성형수술을 희망하는 여대생은 82.1%였다. 이 조사는 2003년 8월부터 2004년 2월까지 실시됐다. 자료 출처; 보건복지부 여성정책담당관실

14) 의협신문. 2005년 5월 30일. 9면: OO안검성형심포지엄; 12면: OO비만성형학회 심포지엄; 15면: OO임상코스메틱협회(임상반영구화장협회)학술대회, 비만전문 코디네이터 과정 개강; 16면: 에스테틱 의료 연구회 심포지움; 17면: Doctor's Academy 지방흡입 & 지방이식 교육프로그램.

다.<sup>15)</sup> 왓슨은 또 2002년에 캐나다의 한 학술회의에서 유전자 조작을 통한 증강을 옹호하며 “사람들은 모든 여성을 아름답게 만든다면 끔찍할 것 같다고 말하지만 나는 멋진 일이라고 생각한다.”고 말하기도 하였다.<sup>16)</sup>

## 1.2 연구의 목적

치료 이상의 추구, 의학적 증강에 대한 윤리적인 평가는 치료를 전제로 한 전통적인 의학과는 다른 맥락에서 이루어져야 할 것이다. ‘의학적 증강’의 용어가 서구의 학술회의, 문헌 등에 등장한 지 불과 10여 년 밖에 되지 않았고 우리나라에서는 의학적 증강과 관련된 산발적인 논의는 있으나 증강, 치료 이상의 추구의 용어를 사용한 본격적인 논의는 아직 없는 것 같다. 앞으로 이루어질 본격적인 논의를 위한 기초 작업으로 증강의 개념을 소개하고 관련된 윤리 문제를 고찰하고자 한다. 또 증강의 시행 주체가 되는 의사의 역할과 윤리에 대하여 알아보려 한다.

의학의 변화라는 큰 흐름이 증강의 급속한 증가의 한 가지 원인이지만 확대되는 다른 원인으로 유체를 조작할 수 있는 대상으로 여기는 문화, 삶의 질을 강조하는 경향, 의료의 상업화, 그리고 의료화를 들 수 있다. 이와 같이 의학적 증강의 확대는 의학적인 이유 밖에도 다양한 원인이 있어 증강에 대한 윤리적인 판단이 쉽지 않고 증강과 관련하여 사회의 합의를 이끌어내는 일은 상당히 어려울 것이다. 또 광범위하고 급격하게 확대되고

---

15) *New Scientist.com*(www.newscientist.com). 2003. “Stupidity should be cured, says DNA discoverer”, 2월 28일. “만약 당신이 정말 우둔하다면 나는 질병이라고 말할 것이다. 초등학교에서조차 어려움을 겪고 있는 하위 10%의 원인은 무엇인가? 대부분의 사람들은 ‘글쎄, 가난일 것 같은데’라고 말하겠지만 그런 것 같지 않다. 그래서 나는 하위 10%를 돕기 위해 우둔함을 제거하고 싶다.”

16) *Toronto Globe and Mail*. 2002. “Gene Pioneer Urges Human Perfection”, 10월 26일. “나는 완전을 향해 가는 것은 우리가 반드시 해야 할 일이라고 늘 생각해 왔다. 우리는 언제나 완벽한 여성을 원한다.”

있는 의학적 증강에 대해서 윤리적인 판단을 내린다고 해서 도도한 흐름이 쉽게 개선되거나 축소되지는 않을 것이다. 그러나 어려워 보인다고 할지라도 윤리적인 평가를 하고 가이드라인을 제시하는 일은 필요하며 계속 노력해야 할 것이다. 또 전혀 불가능한 일은 아닐 것이다. 이 논문은 의학적 증강에 대한 본격적인 논의의 기초를 제공하는 것을 목적으로 한다. 이 목적을 위해 의학적 증강에 대해 다섯 가지 측면에서 검토를 하려 한다.

첫째, 의학적 증강의 증가 원인을 살펴보는 것이다. 생명공학의 발전과 기술의 개발이 의학의 변화를 유도하고 있고 의학의 변화 또한 생명공학 기술의 적용과 확산을 가능하게 한다. 의학적 증강, ‘치료 이상의 추구’가 의료 현장에 어떻게 수용되어 왔으며 그 수용을 가능하게 한 이유들은 무엇인지를 살펴보려 한다. 의학적 증강과 관련하여 의학의 변화를 살펴보는 것은 증강에 대한 윤리적인 검토는 물론 의사의 윤리를 고찰하는 데 있어 많은 도움이 될 것이다. 육체를 바꿀 수 있는 대상으로 보는 문화, 삶의 질에 대한 강조, 그리고 의료의 상업화를 살펴보기로 한다. 의료화는 증강의 논의와 매우 밀접한 관련이 있을 뿐 아니라 상당히 중요한 비중을 차지한다(제2장).

둘째, 의학적 증강을 정의하고 분류하는 것이다.<sup>17)</sup> 의학적 증강이 무엇을 의미하는지, 치료와는 어떤 점에서 다른지 알아볼 것이다. 의학적 증강을 정의하고 치료와 구별하는 일은 불가능하다는 주장에 대해서도 살펴볼 것이다. 또 설사 어렵게 증강을 정의한다고 하더라도 큰 의미가 없다는 주

---

17) ‘증강’을 정확하게 정의할 수 있다면 의학적 증강을 둘러싼 혼란은 없어질 것이다. 그러나 ‘증강’을 어떻게 정의하느냐에 따라 논의의 방향이 크게 달라진다. 증강의 정의는 증강을 둘러싼 논의의 핵심적인 부분의 하나라고 할 수 있다. 핵심논쟁이라고 할 수 있는 증강의 정의 문제를 본격적인 논의가 진행되기 전에 논문의 앞부분에서 검토하는 일이 최선의 방법이 아닐 수도 있으나 일반적인 논증의 순서에 따라 앞에서 다루었다.

장이 제기되기도 한다. 반면에 의학적 증강의 정의가 가능하고 필요하다는 주장도 있다. 증강의 분류는 의학적 증강의 윤리적인 고찰에 큰 영향을 미치지 않지만 원활한 논의를 위해 도움이 될 것이다. 무엇보다 중요한 것은 의학적 증강의 정의와 분류 시도를 통하여 미래의 본격적인 논의의 토대를 마련하는 것이다(제3장).

셋째, 치료-증강 구별의 논의를 고찰하여 증강에 대한 윤리적 평가의 토대를 마련하려고 한다. 치료와 증강의 구별은 증강 논쟁의 핵심적인 문제라고 할 수 있다. 치료와 증강의 구별에 대한 학자들의 상반되는 견해를 소개하고 현재의 보건의료제도에서 치료와 증강의 구별을 하고 있는지, 만약에 하고 있다면 어떤 기준에 의해 구별하고 있는지 살펴볼 것이다. 증강과 치료의 구별에 비판적인 시각을 보이는 학자들도 최소한 의료의 맥락에서는 치료-증강의 구별의 필요성을 인정하기도 한다. 치료-증강의 구별이 임상현장에서 이미 이루어지고 있으며 의사들이 이 구별을 할 수 있으리라는 기대를 하기도 한다. 또 치료-증강의 구별이 보건의료정책에 어떤 영향을 줄 것인지를 살펴보겠다(제4장).

넷째, 의학적 증강의 윤리적인 쟁점들을 소개하는 것이다. 증강과 관련된 윤리 문제들은, 원하는 목적을 이루기 위한 수단의 문제, 개인의 선택과 자유, 그리고 인간에게 주어진 한계 등의 개인 차원의 문제를 비롯하여 자녀에 대한 부모의 책임, 유전학적 증강에 있어 다음 세대에 대한 의무와 권리, 그리고 평등과 정의 등의 사회적 이슈에 이르기까지 다양한 문제들이 있다. 의학의 고유한 또는 전통적인 목적을 말할 수 있는지, 만약에 말할 수 있다면 의학의 목적과 증강은 어떤 관계가 있는지, 그리고 의학의 목적과 증강을 연관시켜 윤리 문제를 논의할 수 있는지에 대해 살펴볼 것

이다. 증강의 논의에서 제기되는 윤리 쟁점 모두를 자세히 살펴볼 수는 없지만 이 논문의 논의에 필요한 쟁점들을 주로 소개하고 중요한 쟁점들에 대해서는 간략하게 윤리적인 검토를 하려 한다(제5장).

다섯째, 증강의 시행자인 의사의 역할, 윤리를 살펴보는 일이다. 증강 행위의 주체인 의사의 전문적 윤리를 다룰 것이다. 논의의 여러 측면 중에서 의학적 증강의 시행 주체가 되는 의사의 윤리, 역할을 다루는 것은 중요한 일이다. 치료를 전제로 의사의 윤리를 다루는 것도 쉽지 않은 상황에서 의학적 증강에 대한 의사의 윤리를 말하는 것은 쉽지 않을 것이다. 급증하는 의학적 증강에 대해 윤리를 말하는 일이 어렵고 당장은 어떤 해결책을 제시할 수 없을지도 모르지만 의학적 증강의 시대에 의사의 역할에 대한 연구는 시급하기도 하며 의미 있는 일이 될 것이다. 의학적 증강이 도덕적 함의가 전혀 없는 순수하게 가치중립적인 문제가 아니라면, 증강 행위의 주체일 뿐 아니라 도덕적 주체인 의사의 역할과 윤리에 대한 연구는 중요한 작업일 것이다(제6장).

### 1.3. 연구의 범위와 한계

증강에 쓰이는 기술 자체에 대한 고려는 하지 않는다. 기술 자체의 효과, 안전성, 부작용 등은 의사의 역할과 관련된 부분만 논의하려 한다. 치료 목적이든 증강 목적이든 새로운 약제의 사용은 항상 안전성과 부작용의 논란을 일으킨다. 예를 들어 리탈린이 암을 유발할 가능성이 있고<sup>18)</sup>, 비아그라가 실명을 초래할 수도 있다<sup>19)</sup>는 문제가 제기되었다. 그러나 안전성이

---

18) 서울경제신문. 2005. 주의력 결핍장애 치료제 암유발 가능성. 3월 21일.

19) 서울신문. 2005. 비아그라 복용 실명 부를 수도. 5월 28일.

증강의 윤리 논의에서 핵심적인 문제는 아니다. 심각한 부작용을 해결한 안전성이 높은 약제나 기술은 계속 개발 될 것이기 때문이다. 또 지금까지 알려진 의학적 증강 기술 외에도 ‘치료 이상의 추구’를 가능하게 하는 새로운 과학적인 발견과 개발은 계속될 것이다.

의학적 증강 전반의 공통되는 문제가 있고 개별적인 의학적 증강의 특수한 문제도 있다. 다양한 형태의 증강에 대한 개별적인 고려보다는 증강 전체의 일반적인 차원에서 논의하는 것이 미래를 대비하는 데 더 좋을 것이다. 맞춤형 아기(designer baby)와 같이 생식적인 개입을 통한 2세에 대한 증강의 문제는 깊이 다루지 않기로 한다. 생명의 시작을 비롯하여 세대를 이어서 계속되는 점 등 더 복잡한 문제를 안고 있어 이 논문에서는 자기 자신에 대한 의학적 증강을 주로 다루고 또 지금 양육하고 있는 자녀에 대한 증강 목적의 약물이나 기술의 사용 문제에 제한하여 다루려 한다.

의학적 증강과 관련하여 선택의 자유, 기회의 평등, 자녀에 대한 부모의 책임, 다음 세대에 대한 책임, 분배의 정의, 경제적 차별, 계급과 인종의 차별 등의 문제를 말할 수 있고 이와 관련된 논문들도 많이 있다. 예를 들면 유전학적 증강을 할 수 있는 사람은 구매할 수 있는 경제적 능력이 있는 사람이 될 텐데, 경제적 능력이 없는 경우에는 열등한 상태로 계속 남아 있게 되고 열등한 상태가 다음 세대까지도 지속된다면 정의의 측면에서 큰 논란이 될 수 있다. 그러나 이 논문에서는 증강과 관련된 윤리 문제를 간략히 소개하고 의학적 증강의 주체가 되는 전문가 특히 의사의 윤리와 역할을 다루는 것을 중요한 목적으로 하기 때문에 사회 전반의 문제에 대한 거대 담론들은 논의에 필요한 만큼만 최소한으로 살펴볼 것이다.

의학적 증강에 해당되는 약제와 기술은 매우 다양하다. 또 치료와 확연히 구분되는 의학적 증강도 있지만 치료에 쓰이는 약제와 기술이 동일하게 증강에도 사용되기 때문에 의학적 증강을 치료와 구별하기 애매모호한 면

도 있다. 의학적 증강이 이루어지는 분야는 매우 다양하다. 다양함과 모호함이 문제가 되기도 하지만 현재 활발하게 논의가 이루어지고 있는 신경치료약물(neurotherapeutic drugs), 성장 호르몬, 미용성형수술, 유전학적 증강을 위주로 하여 논의를 진행하려 한다.

이 논문은 환자(고객 또는 소비자)<sup>20)</sup>의 입장에서 의학적 증강의 옳고 그름, 좋고 나쁨을 규명하는 것을 목적으로 하기 보다는 환자의 요구에 따라 의학적 증강을 시행하는 의사 행위의 옳고 그름, 좋고 나쁨을 따져 보려는 것이다. 그러나 환자의 요구에 대한 옳고 그름, 좋고 나쁨의 규명 없이 의사의 역할을 논의하는 것이 현실적으로 불가능하므로 의사 입장의 문제보다는 적겠지만 환자 입장의 의학적 증강의 문제도 다루어질 것이다.

영미권 특히 미국의 논의와 자료에 집중되어 있는 점은 이 논문의 한계라고 할 수 있다. 특히 우리 사회의 의학적 증강에 대한 통계와 자료를 많이 찾을 수 없는 점이 아쉽다. 핑계를 찾자면 미국에서 본격적인 논의가 진행되고 있으며, 전문직 윤리에 대한 논의 또한 활발하게 이루어지고 있고 기술적인 측면에서도 증강의 고민을 하지 않을 수 없는 새로운 기술이 속속 개발되어 의료 현장에 적용되고 있는 상황에 있기 때문일 것이다.

의학적 증강, 치료 이상의 추구는 우리 사회에서는 아직은 낯선 주제가기 때문에 이 논문이 의학적 증강에 대한 기본적인 개념의 소개와 나열에 그칠 수도 있다. 그리고 의사의 역할에 관해서도 기초적인 수준의 논의로 끝날 수도 있다. 일종의 개관적인 성격의 논문이 될 수 있다. 그러나 앞으로의 논의를 위한 의미 있는 토대를 제공할 수 있으리라 생각한다. 또 다른 한계는 의학적 증강에 대한 연구는 학제(學際)적인 접근이 필요한데 연

---

20) 증강의 맥락에서 ‘환자’의 용어를 사용하는 것을 적절하지 않다. 또 의료의 맥락에서도 수동적인 존재, 주체가 아닌 대상으로서의 존재를 의미하는 듯한 ‘환자’의 용어를 피하려고 하는 사람들도 있다. 논의의 맥락에 따라 환자, 고객, 소비자로 바꿔 쓰기도 할 것이나 그냥 구분 없이 이 개념을 모두 포함하는 의미로 ‘환자’의 용어를 사용하고자 한다.

구자가 각 영역에 대한 기본 지식과 이해가 부족하고 적절한 용어 사용에도 어려움이 있다는 점이다.

#### 1.4. 논제의 연구 상황과 연구자료

생명과학은 의학적 증강에 쓰이는 약물, 호르몬제 등을 비롯한 생산품과 기술의 생산자 역할을 하기 때문에 논의의 한 축을 담당하고 있다. 의학은 증강 기술이 사람에게 실제로 적용되는 곳이기 때문에 논쟁의 핵심적인 현장이 될 것이다. 이를 둘러싸고 의료윤리학, 사회학, 철학, 법학 분야의 논의가 활발하고 공공 정책에 관한 논의도 많이 찾아볼 수 있다. 미용성형 수술과 관련하여서는 역사학, 인류학, 심리학, 여성학적인 접근이 있으며, 사회학적인 연구와 여성학적인 접근이 양적으로 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 의학적 증강의 확산에 대한 원인을 분석하고 원론적인 비판을 한 문헌들이 많이 있지만 해결 방안이나 대안을 제시하고 있는 문헌은 많지 않다. 보건의료 정책에 증강의 문제를 어떻게 반영할 것인가는 중요하고도 현실적인 문제이기 때문에 이에 대한 논의가 활발한 편이다.

의학적 증강의 주체인 의사의 역할, 윤리와 관련된 연구에서는 의학적 증강과 치료의 구별 가능 여부가 핵심적인 논쟁의 하나라고 할 수 있다. 의학적 증강의 수용자가 되는 개인(고객) 차원의 해결 방안과 법적인 안전장치, 사회적인 대책이 제시되고 있으나 의학적 증강의 시행자인 의사 집단에 대한 대책이 활발하게 제시되지 않고 있다. 논란의 핵심에 자리 잡고 있는 의사의 역할, 윤리에 대해서 많이 다루어지지 않는 것은 의외라고 할 수 있다. 의학적 증강의 윤리적 정당성, 평등과 정의의 문제, 정책적인 문제 등도 중요하지만 의학적 증강을 시행하는 주체인 의사의 역할을 기술하고 바람직한 방향을 제시하는 일은 매우 중요한 일이다.

주로 문헌을 고찰하여 연구를 수행하였다. 사회학 분야의 문헌들을 통해 의료화를 비롯해서 의학적 증강이 광범위하고 빠르게 확산되는 사회 현상에 대해 살펴볼 수 있었다. 의학철학, 의사학의 문헌을 통해 시대 변화에 따른 질병과 건강에 대한 인식의 변화, 의학과 의사의 역할 변화를 연구하였다. 의학철학, 의료 인류학(medical anthropology)<sup>21)</sup>의 문헌에서 의학의 전통적인 영역과 목적, 그리고 의사의 역할에 대해서 연구할 수 있었다. 의료인류학의 문헌에 등장하는 건강, 질병 그리고 병환에 대한 다양한 접근 방식은 증강의 개념과 치료-증강 구별의 논의와 연관이 깊다.

유전학적 증강에서는 이론적으로 모든 형태의 의학적 증강이 가능하며 증강으로 인한 변화가 단기간에 그치지 않고 영구적일 수 있다. 또 인간의 본질적인 측면의 근본적인 변화를 가져올 수도 있다. 특히 생식세포 차원의 유전학적 증강(germ line genetic enhancement)은 한 개인 뿐 아니라 미래 세대에도 지속되기 때문에 다른 차원의 논의가 필요하다. 유전학적 증강은 현재 가장 큰 논란이 벌어지고 있고, 의학적 증강에서 발생할 수 있는 모든 문제를 살펴볼 수 있는 영역이다. ‘유전학적 증강’을 다룬 문헌들은 증강의 전반적인 문제를 살펴보는 데 좋은 자료가 되었다.

미용성형외과의 형성, 발전 과정에 대한 의사학의 문헌들은 통하여 의학적 증강의 한 분야인 미용성형에 대한 의사들의 시각과 미용성형의 정통의학으로의 편입 노력을 살펴볼 수 있었다. 특히 1차 대전 이후의 미국의 급속한 미용성형외과의 발전 과정에 대한 검토는 의학적 증강을 시행하는 의사의 역할에 관한 연구에 큰 도움이 되었다. 의사의 역할과 윤리에 대해서는 정치철학 분야의 문헌들이 많이 언급하고 있었다. 보건 정책과 관련된 문헌들도 많은 도움이 되었다. 특히 ‘의학적 증강’에 대한 미국 헤이스팅스

---

21) 필자가 사용하는 ‘의료인류학’은 건강, 질병, 그리고 치료에 대해 문화적 시각(cultural perspective)으로 접근하는 모든 형태의 학문 분야를 의미한다.

센터의 보고서(Parens 1998), ‘의학적 증강’을 특집으로 다룬 의료윤리학 잡지<sup>22)</sup>, 미국 대통령 생명윤리 자문위원회의의 ‘치료 이상의 추구’에 대한 보고서(Kass 2003)는 의학적 증강의 전체적인 윤곽을 파악하는 데 큰 도움이 되었다.

치료 이상의 추구, 증강의 논의에서는 치료 의학의 논의와 다르게 생소한 개념들이 많이 등장한다. 또 증강과 관련된 단어들이 대부분 일상생활에서 긍정적인 의미로 쓰이는 것들이기 때문에 다소 혼란스러운 점도 있다. 이 논문의 핵심어의 하나인 증강(enhancement)은 영미권의 논의에서는 대체로 윤리적으로 논란의 여지가 있는 의미로, 때로는 부정적인 의미로 쓰이나 일상에서는 대부분 긍정적인 의미로 쓰이고 있다. 향상(improvement)은 치료 이상의 추구, 증강의 논의에서 많이 등장하는 단어다.<sup>23)</sup> 향상과 증강을 구분하지 않고 쓰기도 하지만 향상은 치료, 증강의 구별과 관계없이 현재의 상태를 더 좋게 만드는 것을 의미한다. 질병 상태를 정상상태로 회복시키는 것도 향상이고, 정상 상태에서 정상 이상으로 변화시키는 것도 향상이다. 반면에 증강은 정상 상태를 그 이상으로 좋게 만드는 개념으로 한정하여 사용되는 경향이 있다. 중재(仲裁, intervention)<sup>24)</sup>도 많이 사용되는 단어다. 중재는 진단이나 치료를 목적으로 한 특정한 행위를 의미하는데, 치료를 목적으로 할 때는 치료중재(treatment intervention), 증강을 목적으로 할 때는 증강 중재(enhancement intervention)로 쓰고 있다.

---

22) McGee, G. et al. In *Pursuit of Perfect People: The Ethics of Enhancement*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2000 9: 299-380

23) 문맥에 따라서 개선, 개량으로 쓰는 것이 자연스러울 때도 있다.

24) 의학에서는 intervention을 ‘중재’로 번역하여 사용하는 경우가 대부분이나 이 논문에서는 ‘개입’으로 쓰는 것이 이해에 더 도움이 될 것이다.

## 제 2 장 의학적 증강의 증가 원인

과학 기술과 의학의 발전이 의학적 증강의 증가의 일차적인 원인일 것이다. 먹고 살만한 경제적 여유 또한 질병의 치료에 머물지 않고 그 이상을 바라게 된 원인일 것이다. 또 상당한 위험을 감수해야 한다면 아무리 간절히 희망하는 증강이라 해도 실행에 옮기기 힘들겠지만 기술의 발전에 따라 위험이 크게 낮아져 별다른 위험부담 없이도 증강의 실행이 가능해졌다는 사실이 증강의 중요한 증가 원인일 것이다. 이런 원인들에 대해서는 특별히 논의할 필요를 느끼지는 않는다. 필자는 중요한 원인으로 다섯 가지를 지적하고 이를 논의하고자 한다.

첫째는 의학의 변화와 증강의 관계를 살펴보는 것이다. 의학의 변화는 증강의 수용을 쉽게 하였고 증강의 증가는 의학을 변화시키고 있다. 환자 입장에서 뿐만이 아니라 의사의 입장에서도 의학의 변화는 증강의 증가를 가능하게 하였다. 치료 의학의 거시적인 변화의 흐름이 증강에 미친 영향을 살펴보고 신체정신사회의학, 문화의학을 증강과 관련지어 살펴보려 한다. 둘째는 육체를 고정되고 변화될 수 없는 것이 아니라 ‘바꿀 수 있는’ 대상으로 여기게 된 육체에 대한 인식의 변화를 지적하려 한다. 셋째는, 삶의 질을 강조하는 의학의 변화, 사회 분위기의 변화를 살펴볼 것이다. 더 나은 삶의 질은 곧 ‘더 좋음’ 또는 ‘건강 이상’을 의미하게 되었다. 넷째, 의료의 상업화, 상업주의의 영향을 살펴볼 것이다. 어떻게 보면 의학적 증강의 가장 강력한 동력은 자본주의일지도 모른다. 다섯째, 의료화(medicalization)를 고찰하려 한다. 일상의 의료화는 증강과 관련된 가장 중요한 사회적 변화라고 할 수 있고 ‘증강’의 또 다른 이름이라고 할 수 있을 정도로 중요한 논의이다.

## 2.1 의학의 변화

의학적 증강을 의학의 거시적인 변화의 맥락에서 살펴보는 것은 의의가 있다. 나이절 캐머런(Nigel M. de S. Cameron)은 신(新)의학(new medicine)의 특징을 다음의 네 가지로 설명하고 있다(Cameron 1992). 첫째, 의사-환자 관계가 서약(誓約)적인 관계에서 상업적인 계약 관계로 변하고 있으며, 둘째, 생명의 신성함을 강조하는 데서 삶의 질을 강조하는 것으로 변하고 있고, 셋째, 의학의 목적이 치유에서 소비자 욕구의 충족으로 바뀌고 있으며, 마지막으로 다원주의 사회에서는 사회적 합의가 약해지고 자율성이 강조되어간다는 것이다.

서구 현대 의학의 전통을 기원전까지 거슬러 올라가 히포크라테스에서부터 찾고 그 윤리적인 탁월성을 서구 의학이 전통으로서 받아들이고 수용하였다는 전제하에 전통에서의 일탈이라는 측면에서 의학의 변화와 현대 의학의 특징을 추적해 볼 수 있다. 나이절 캐머런이 설명하는 의학의 변화가 의학적 증강을 염두에 둔 것 같지는 않다. 그러나 캐머런이 ‘신(新)의학의 특징’을 들어 설명하고 있는 의학의 변화가 의학적 증강의 급증을 가능하게 하였음을 부인하기는 힘들어 보인다.

세계보건기구의 정의를 통해서 살펴볼 수 있는 것과 같이 생물학적 의학<sup>25)</sup>에서 신체정신사회의학, 전인적(全人的)인 의학으로의 변화는 증강의 증가와 관련하여 주목을 할 만 하다. 데카르트의 이원론, 기계론적 세계관은 과학, 특히 의학의 발전에 지대한 영향을 미쳤다고 평가되고 있다. 19세기말에 이르면서 의사들은 의학이 자연과학의 한 부분이며, 질병과정은 해부학적, 생리학적 용어로 설명되어야 한다는 것을 대체로 받아들이게 되었

---

25) biomedicine의 번역이다. 이 논문에서는 문맥에 따라 생의학(生醫學), 신체의학(身體醫學)으로도 쓴다.

다. 질병의 기계론적 모델은 임상적 사고의 패러다임에서 중요한 요소가 되었고, 임상의학은 이때부터 안정된 단계, 토마스 쿤(Thomas S. Kuhn)의 용어로 말해서 정상과학의 시기에 들어섰다(이종찬 1999). 19세기를 거쳐 20세기 중반은 생물학적 의학, 기계론적 의학의 전성기라고 할 수 있다. 과학적 의학의 발흥은 과학의 역사에서도 주목할 만한 것으로 이원론적인 시각에 근거한 의학은 상당한 장점이 있는 것 또한 사실이다.

인간의 육체에만 집중하는 생의학(biomedicine)의 초점은 질병의 발견과 근절에 있다고 할 수 있다. 그러나 정신적, 사회적 측면이 강조되는 신체정신사회의학(biopsychosocial medicine)으로의 변화<sup>26)</sup>는 건강의 회복과 유지를 넘어서, 증진, 그리고 더 나아가 의학적 증강으로 옮겨 갈 수 있는 토대를 제공하였다. 그러나 주목할 것은 신체정신사회의학을 강조하면서도 인간의 몸을 기계와 같이 개조할 수 있고 바꿀 수 있다는 생각은 더 확고하게 자리를 잡아가고 있다는 점이다.

이런 변화의 바탕에는 질병을 바라보는 시각의 변화도 있겠지만 무엇보다 중요한 것은 질병 양상의 변화다. 생의학 전성시대의 핵심에는 전염성 질환이 자리하였고 항생제의 개발은 전염성 질환을 상당 부분 극복할 수 있게 하였다. 그러나 만성 질환, 성인병의 증가에 따라 생의학적 모델에 근거한 접근 방법은 한계를 드러내게 되었다. 기계론적 의학, 이원론적인 의학의 강조는 인간을 ‘기술을 통해서 조작될 수 있는 존재’, ‘개조될 수 있는 존재’로 여겨지게 함으로써 증강의 측면을 부추겼다고 할 수 있다. 또 생물학적 의학의 발전은 수많은 치료 기술의 개발을 가능하게 하였지만 동시에 동일한 기술을 의학적 증강에 사용할 수 있는 토대를 제공하였다. 신체정신사회의학의 강조는 지나치게 인간의 육체에 중점을 두는 시각에서 벗어

---

26) 1948년 세계보건기구의 발족과 함께 작성된 WHO 현장 전문의 ‘건강의 정의’는 이런 변화를 잘 드러내고 있다.

나게 했다는 점에서 긍정적이지만 지나친 외연의 확장을 초래하여 증강의 의료 영역으로의 편입을 가속화시켰다고 할 수도 있다.

생물학적 의학의 문제를 지적하고 한계를 극복하려는 시도로서 비교문화의학(cross-cultural medicine)을 검토할 필요가 있다. 비교문화학과 관련하여 의료인류학(medical anthropology), 임상인류학(clinical anthropology), 교류문화의학(transcultural medicine), 민족지학(民族誌學, ethnography) 등의 다양한 용어들이 등장한다. 임상의 맥락에서 비교문화의학의 필요성에 대해서 다음과 같이 말할 수 있다. “환자와 가족, 그리고 환자가 속해 있는 환경의 문화적인 배경을 이해하지 못하면 의사는 빈약한 의사소통, 당혹스런 상호작용, 적절하지 못한 치료 결과의 위험을 감수할 수밖에 없다.” 임상에서 문화의 중요성은 “문화적 역량(cultural competence)”이라는 단어로 표현되는 경우가 많다. 의사는 문화적으로 민감해야 하며 지식과 태도, 그리고 기술(skills)의 모든 면에서 문화적인 역량을 갖추어야 한다는 주장이다. 문화적 역량이 있는 의사는 임상에서 질 높은 서비스를 제공하여 좋은 결과를 가져올 뿐 아니라 의료 제도의 면에서도 좋은 비용효과를 가져올 수 있다고 한다. 생물문화적 시각(biocultural perspective)의 강조는 환자의 건강과 질병의 문제를 문화적인 차원까지 고려한다는 면에서 긍정적이라고 할 수 있지만 한편으로는 문화에 대한 강조가 사회 불평등, 불평등한 의료 접근과 같은 더 중요한 정치경제적 문제로부터 초점을 벗어나게 한다는 비판을 받기도 한다.

생물학적 의학에 머물지 않고 정신적, 사회적, 영적인 면까지 고려하는 신체정신사회의학 또는 통합의학의 강조, 건강과 질병에 대한 문화적 접근이 증강의 증가를 초래했다고 할 수는 없다. 이러한 시도들은 생물학적 의학의 한계를 극복하고 전인적인 접근, 문화적인 맥락까지 고려하려는 바람직한 방향이라고 할 수 있다. 물론 의도와는 달리 별 도움이 되지 않거나

영똥한 부작용을 초래하고 있다는 지적을 할 수도 있을 것이다. 그러나 이런 변화가 증강의 직접적인 원인은 아니다. 오히려 통합의학, 문화의학의 개념들이 증강의 합리화를 위하여 잘못 사용되었다고 보는 것이 더 타당할 것이다. 의학에 대한 통합적인 시각을 강조하는 시대에 오히려 인간의 육체는 개입할 수 있을 뿐 아니라 마음대로 바꿀 수 있는 대상이 되어가고 있다. 인간의 정신적, 사회적, 문화적 문제들을 생물학적인 문제로 환원시키는 생물학적·기계론적 의학의 영향은 의학적 증강의 시대에 약화되지 않고 오히려 강화되어가고 있다.

## 2.2 바꿀 수 있는 육체

생물학적 의학으로부터 벗어나려는 진정한 시도가 있었는지 의문을 품게 만드는 사회 현상이 있다. 몸에 대한 사회적인 이슈의 집중이다. 신체의학의 한계를 극복하려는 다양한 시도들에도 불구하고 역설적으로 몸에 대한 이슈는 거대한 사회적 담론이 되었다. 몸(body)과 관련된 사회학적 논의는 증강의 논의에 도움이 된다. 필립 헨콕(Philip Hancock) 등 7명의 사회학자가 몸에 대한 사회학적 분석을 하고 있는 책(Hancock et al. 2000)은 육체의 이슈(body issue)를 6가지<sup>27)</sup>로 구분하여 기술하고 있는데, 의료화된 육체, 장애의 육체, 소비주체로서의 육체, 오래된 육체, 일하는 육체, 윤리적인 육체로 나누어 설명하고 있다. 의학적 증강은 이 여섯 가지 모두와 연관이 있는데 그 중에서 의료화된 몸(medicalized body), 소비주체로서의 몸(consumer body), 윤리적 몸(ethical body)은 특히 의학적 증강과 연관이 깊다. 윤리적인 몸의 측면에서 보면 인간의 육체는 윤리적인 논란을 만들

---

27) medicalized bodies, disabled bodies, consumer bodies, old bodies, working bodies, ethical bodies.

어내기도 하고, 윤리가 적용되는 곳이기도 하다.

필립 헨콕의 책 서론에 등장하는 ‘바꿀 수 있는 몸(flexible body)’ 개념은 의학적 증강의 논의와 밀접한 관계가 있다. 육체는 더 이상 본질적으로 불변적인 것으로 여겨지지 않으며 자연적인 생리과정에 전적으로 의존할 필요도 없게 되었다. 필립 헨콕은 ‘바꿀 수 있는 몸’에 대해 다음과 같이 말하고 있다.

“자연 상태가 항상 최선은 아니다. 나는 자연 상태를 개량할 돈이 있으며 그렇게 해서 안 되는 이유를 찾을 수 없다.”는 신문 기사를 본 적이 있다. 자연과 문화 사이의 경계는 무너졌으며 육체는 ‘마음대로 바꿀 수 있는 것’이 되었다. ‘바꿀 수 있음(flexibility)’은 거의 모든 사람의 욕망의 대상이다. 육체는 ‘원하는 대로 모양을 만들 수 있는 플라스틱’, ‘개인적인 생활양식의 장신구(life style accessory)’, ‘조각되거나 만들어질 수 있는 스타일’이 되었다. 이제 생물학적인 사실(biological fact)은 프로젝트 또는 퍼포먼스의 하나가 되었다(Hancock et al. 2000, 3).

육체의 내부와 외부 모두 바꿀 수 있다는 가정은 개조의 가능성을 열어 놓았다. 자기 개조의 단적인 예는 성전환 수술이다. 남녀의 성별은 불변하는 것이고 바꿀 수 없는 것으로 오랫동안 간주되어왔다. 그러나 이제 성(性) 정체성은 ‘필연의 왕국’으로부터 ‘선택의 땅’으로 자리를 옮겼다. 오늘날 통상적인 성별(normal sexuality)은 다양한 생활방식 중의 한 가지 선택일 뿐이다. 생식의료 기술의 발달<sup>28)</sup>과 성전환 기술의 발전에 따라 마침내 남녀의 성별은 자율적으로 선택할 수 있는 개념이 되었고 성은 ‘마음대로

---

28) 착상전 유전 진단(preimplantation genetic diagnosis)은 성별의 선택뿐 아니라 원하는 유전 형질의 선택도 가능하게 하였다.

모양을 만들 수 있는' 플라스틱의 속성을 갖게 되었다(Giddens 1992, 27).

의학적 증강은 육체에만 한정되지는 않는다. 인간의 지능, 감정도 증강 개입의 대상이 된다. 육체만 마음대로 바꿀 수 있는 것이 아니라 인간 자체를 바꿀 수도 있음을 의미한다. '바꿀 수 있는 육체(flexible body)'의 개념은 '바꿀 수 있는 인간(flexible human)'의 개념으로 확장될 수 있다.

## 2.3 삶의 질의 강조

“삶의 질” 개념의 출발은 증강과는 별 관계가 없었다. 그러나 우울증 치료제 프로작, 발기부전 치료제 비아그라, 탈모제 프로페시아 등과 같은 약제를 ‘삶의 질 개선제’로 부르는 것만 보아도 삶의 질 개념이 의학적 증강과 관련이 있음을 알 수 있다. ‘삶의 질’ 용어가 의학의 문헌에 등장한지 반세기가 넘었다. 이제 ‘삶의 질’ 개념은 의학, 보건 경제학의 범위를 넘어서 사회 각 분야에서 논의되고 있다. 더 나가서 일반인들까지도 ‘삶의 질’을 강조하고 있고, 보편적인 가치로까지 인정받기에 이르렀다. 삶의 질은 두 가지 맥락에서 사용되고 있는데, 첫째는 의료자원의 분배에 관련된 논의로 의학적 중재의 적절성을 객관적으로 측정하고자 하는 것이고 둘째는 ‘생명의 끝(end-of-life)’ 논의에서 생명유지치료(life-sustaining treatment)의 보류 또는 중단의 정당화에 동원되는 개념이다.

평균 수명의 증가와 만성 질환의 증가에 따라 삶의 질에 대한 물음은 치료 결정에 있어 점점 더 중요해지고 있다. 의사 전문직의 목표는 질병의 완치(cure)에서 만성 질환을 가진 환자를 가능한 한 편안하게 살 수 있도록 환자를 돕는 일(care)로 바뀌고 있다. 고령 환자의 완전한 회복이 힘들어 보이기 때문에 치료 결정은 환자의 인간적인 기능의 회복 정도에 근거를 두고 이루어진다. ‘삶의 질’의 본래의 목적은 의료 자원의 분배, 생명유

지 치료의 보류와 중단에 있어서의 치료 결정에 객관성을 부여하려던 시도였다. 이런 의미에서 보면 ‘삶의 질’과 ‘의학적 증강’은 관련이 없다고 할 수 있다.

그러나 ‘삶의 질’ 개념은 ‘의학적 결정’을 위한 도구로서의 초기의 목적을 넘어서서 그 의미가 넓어지고 다양해졌으며 ‘의학적 증강’의 도덕적 정당성의 근거로서도 이용되게 되었다. 다른 어떤 가치보다 생명과 건강을 중요하게 여기는 의학의 전통은 의사는 물론 일반인들에게도 점차 설득력을 잃어가고 있는 것처럼 보이기도 한다. 생명과 건강보다 삶의 질이 우선할 수 있다는 가능성의 수용은 삶의 질을 증가시키려는 증강을 자연스럽게 수용할 수 있는 바탕을 제공하였다. ‘질병과 치료’ 맥락에서의 ‘삶의 질’은 ‘정상(正常)과 증강’ 맥락에서의 ‘삶의 질’에도 영향을 미치게 된 것이다. ‘삶의 질’ 개념의 확대와 다양화의 과정을 살펴보는 것은 ‘의학적 증강’의 논의에 도움이 될 것이다.

임상 결정에 있어 ‘삶의 질’의 표준에 호소하는 것은 표면적으로는 생명 유지 치료를 포함한 치료적 개입의 객관성을 확보하려는 시도였는데, 삶의 질을 둘러싼 논란은 의료 기술의 발전으로 인해 시작되었다. 예를 들면 인공호흡기의 사용은 과거 같으면 스스로 생명을 유지할 수 없는 사람의 생명 연장을 가능하게 하였다. 이 상황은 의사들과 가족들로 하여금 건강한 상태로 회복시키지 못하면서 죽음의 시기만 늦추는 의학의 한계에 대해 회의론을 갖게 하였으며 의료적 개입의 의도하지 않은 부작용 또한 회의적인 시각의 한 원인이 되었다.

‘삶의 질’ 개념은 생물학적인 삶을 유지하려는 ‘생명의 신성성(sanctity of life)’과 대조적인 의미로 사용되고 있다. 최소한의 질이나 특성을 결여한 상태에서는 인간 생명의 유지가 최우선의 의무가 아니라는 주장이 제기될 수 있다. 삶의 질은 기술(記述的), 평가적, 규범적 의미의 3가지 의미로

쓰인다고 한다(Musschenga 1997). 기술적 의미는 “정상적으로” 그리고 독립적으로 기능하는 개인의 능력을 측정하는 것이다. 평가적 의미는 바람직하고 인정을 받아야만 하는, 심지어는 신성한 것으로 여겨지는 특징이나 특징들의 집합을 말한다. 규범적 의미는 생명의료윤리에서 가장 중요한데 그 이유는 치료를 시작하고 중단, 보류하는 임상 결정의 도덕적 근거를 제공하기 때문이다.

초기의 ‘삶의 질’ 연구는 치료 뒤에 환자가 회복할 수 있는 “정상” 기능의 정도에 초점을 두었다(Musschenga 1997, 14). ‘삶의 질’은 개념의 도입 당시에는 의학적인 치료가 환자들로 하여금 목욕, 계단 오르기, 옷 입기 등의 필수적인 일상생활의 수행을 가능하게 할 것인지에 대해 강조점을 두었다. 의사들이 ‘삶의 질’을 근거로 치료가 효과가 있을 것인지, 계속 치료를 해야 하는지의 여부를 결정해야 한다는 것이다. 의사들과 윤리학자들은 ‘삶의 질’을 측정하기 위한 ‘표준화된 객관적 방법’을 개발하려고 다양한 시도를 하였다. 대표적인 시도가 QALYs<sup>29)</sup>인데 QALYs 모델이 환자의 육체적인 상태의 향상을 효과적으로 측정할 수는 있을지 몰라도 말 그대로 ‘삶의 질’을 제대로 나타낼 수는 없다는 비판이 제기되었다. 이런 문제를 극복하고자 환자의 기능 상태, 건강 상태, 삶의 질, 그리고 환자의 복지 등을 고려한 HRQL<sup>30)</sup> 방법이 고안되었다. 그러나 아무리 정교하게 고안된 측정 방법일지라도 환자의 삶의 질에 실질적인 변화를 가져오지 못한다는 비판이 계속 제기되어 왔다.

환자의 삶의 질을 평가하는 다른 방법은 직접 환자에게 물어보는 것이다. 환자의 자율권이 강조되는 현대 의료에서 삶의 질에 대한 주관적 평가에 따른 결정이 주목받게 되었다. 삶의 질에 대한 환자 자신의 평가에 대

---

29) Quality-adjusted life-years

30) Health-related quality of life

한 논의는 상당히 중요한 변화라고 할 수 있다. 삶의 질을 객관적으로 평가하여 의료 자원을 분배하고 의사들로 하여금 치료 결정을 하는 데 도움을 주려고 고안된 삶의 질 개념은 애초의 의도를 벗어나기 시작하였다. 만약에 개개인의 환자가 자신의 삶의 질에 대한 유일한 판정관이 된다면 그 사람 자신만이 어떤 치료가 그들에게 가치가 있는지, 없는지를 판단할 수 있게 되는 것이다.

‘삶의 질’의 개념은 객관적 평가의 잣대로 출발하여 질(quality)에 대한 주관적인 평가 방법으로 변화하였다. 더 나아가서 ‘삶의 질’은 개인적인 선호 또는 판단에 더 밀접하게 연결되어가고 있다(Birnbacher 1999). 삶의 질의 구성요소로서 개인적인 선호와 판단은 자기 자신의 주관적 상태와 현재의 주관적 상태에 한정되어야 한다. 그러나 대부분의 개인적인 선호와 판단은 외부 세계와 미래의 대상과 사건을 향하고 있기 때문에, 극히 일부만이 삶의 질과 관련을 가지게 된다. 삶의 질은 ‘지금 이곳에서’ 실제로 경험된 것에 의해서만 결정되어야 하지만, 선호와 견해는 사람들의 실제적인 또는 잠재적인 경험이 도달 할 수 없는 공간과 시간을 넘어서려는 경향이 있다. 선호와 견해를 삶의 질의 일부분이 아닌 전체로 보려는 경향은 삶의 질에 대한 개인의 결정이 의학적 증강을 도덕적으로 합리화할 수 있는 근거가 될 수 있다는 가능성을 제공하였다.

의학적 증강에서의 삶의 질 논의는 지금까지의 삶의 질 개념의 확산과는 맥락이 다르다. 기존의 삶의 질 논의는 치료의 중단이나 보류를 둘러싼 보건 경제학적 논의의 도구로서의 의미가 강했다. 삶의 질 논의는 ‘치료를 하느냐 마느냐’ 하는 소극적 의미를 벗어나 적극적으로 삶의 질을 개선할 수 있는 수단의 문제와도 연결이 되어가고 있다. 이제 삶의 질을 ‘치료 이상의 추구’를 결정하는 데 강력한 판단 근거로서 제시할 수 있게 되었다. 질병으로 인한 삶의 질의 회복 문제가 아니라 정상 상태에서 더 높은 삶의

수준을 요구할 수 있게 된 것이다.

## 2.4 의료의 상업화

인류의 역사상 의학이 상업적이지 않은 적이 단 한 번도 없다고 말해도 무리는 없을 것 같다. 그러나 현대 의학에서와 같이 상업주의의 영향이 이렇게 광범위하고 절대적이지는 않았을 것이다. 증강과 상업화는 뗄 수 없는 관계다. 상업주의는 의료화에 영향을 미치는 중요한 요소가 된다. 자유 시장 경제 체제에서 증강 행위의 주체들은 증강의 기술을 통해 많은 돈을 벌려 할 것이고 증강 기술, 상품의 생산자들은 더 큰 이익을 남길 수 있는 증강 기술과 제품을 생산할 동기를 갖게 된다. 더 큰 수익을 얻을 수 있다면 말라리아와 같이 수많은 인류를 괴롭히고 목숨을 앗아가는 질병에 투자하는 것보다 증강 기술의 투자에 더 집중할 것이다.

사람들이 좋아하건 좋아하지 않건 간에 생물학과 생명과학의 발전은 상업/산업과 긴밀하게 결합되어 있다. 많은 나라에서 정부가 여전히 생명과학 연구의 주요한 재정 후원을 담당하고 있지만 점점 더 많은 과학자들이 기업과 협력하여 일을 하고 있다. 가능성이 있기는 하지만 아직은 ‘대단한 약속들’을 달성하지 못했는데도 불구하고 공격적인 생명공학 기업과 투자자들은 계속 늘어나고 있다. 누구든지 현대 자본주의와 관련된 약덕과 미덕을 생각해본다면 과학과 기술의 발전의 많은 부분이 자유 기업의 덕택임을 알 수 있다. 이윤의 가능성은 과학 만능이라는 시대정신의 원동력의 하나다. 개발하려는 기술이 원칙적으로는 모든 사람이 사용할 수 있는 것일 수도 있다. 그러나 일부 투자자들에게만 큰 이득을 제공한다 할지라도 이윤의 가능성은 생명과학 산업의 원동력임에 틀림없다. 성공을 위한 경쟁은 발명과 성장 그리고 진보에 엄청난 보상으로 작용한다. 생명공학 기업에

대한 투자는 계속 증가할 것이고 이윤에 대한 기대 또한 계속될 것이다.

생명공학과 자유시장경제의 결합은 생명공학의 규제를 어렵게 한다. 과학자들과 사업가들은 당연히 자신들의 연구와 개발에 간섭 받기를 원하지 않는다. 실험의 자유는 과학의 발전을 위해서 필수적이다. 투자와 거래의 자유는 기술 진보에 필수적이다. 정부의 규제와 공공의 감시 그리고 윤리적인 고려에 근거한 법적인 제한에 대하여 생명과학자와 기술자들은 저항을 하려 한다. 신중론자들과 마찬가지로 그들도 정부의 검토 과정에서 그들의 이해가 관철되도록 상당한 노력을 한다. 사업가들은 그들의 업무에 대한 정부의 제한과 그들의 생산품에 가해질 사용의 제한에 저항하는 데 그치지 않는다. 그들은 대중의 욕구를 불러일으킨다. 기업의 성공을 위해서는 소비자의 욕구를 예측하고 자극하여야 한다. 더 나아가 가끔은 존재하지도 않는 욕구를 창출할 수 있어야 한다.

더 훌륭한 행동을 하는 자녀, 더 젊고 아름답고 강한 육체, 더 집중을 할 수 있는 예리한 정신, 더 안정되고 즐거운 기분을 위한 수월한 방법에 대한 소비자의 욕구는 잠재력이 엄청나다고 할 수 있다. 오늘은 리탈린, 보톡스, 비아그라 그리고 프로작이지만 이런 추세가 계속되면 조만간에 올더스 헉슬리의 소설, ‘멋진 신세계’<sup>31)</sup>에 등장하는 소마(Soma)가 시판될지도 모르는 일이다. 손쉽게 복용할 수 있는 알약은 욕망을 충족시킬 수 있을 것이고, 새롭게 자극되어진 욕망, 새롭게 창출된 욕망도 만족시킬 수 있을 것이다. 쉽게 충족될 수 있는 욕망에 대한 즉각적인 해결책의 제공은 사람들의 열망 자체를 변화시킬 수도 있다. 오랜 기간에 걸쳐, 열렬히 추구하는

---

31) 네이버백과사전. 1932년에 영국에서 출판된 미래소설. 문명이 극도로 발달하여 과학이 모든 것을 지배하게 된 세계를 그린 반(反)유토피아적 풍자소설이다. 아이들은 인공수정으로 태어나 유리병 속에서 보육되고 부모도 모른다. 그리고 지능의 우열만으로 장래의 지위가 결정된다. 과학적 장치에 의하여 개인은 할당된 역할을 자동적으로 수행하도록 규정되고 고민이나 불안은 소마(Soma)라는 신경안정제로 해소된다. 옛 문명을 보존하고 있는 나라에서 온 야만인은 이러한 문명국에서 살 수 없어 자살하고 만다.

거대한 열망은 아주 작은 욕망의 즉각적인 충족 앞에서 무너질 수밖에 없다. 20세기 초에 미국의사협회(AMA)는 전문직으로서의 권위, 의사의 자율권을 확립하는 과정에서 의사-환자 관계의 상업주의를 배격하려고 노력하였다. 제약회사나 보험회사와 달리 의학에 있어서 20세기의 2/3정도의 기간 동안은 상업주의의 영향을 최소한으로 유지하려는 노력이 계속되었다고 평가받기도 한다(Sullivan 2001, 187).

## 2.5 의료화

의료화(醫療化, medicalization)는 1970년대 초반에 사회학자 어빈 졸라(Irvin K. Zola)가 처음 도입한 개념으로 인간 삶의 여러 국면에 점점 더 많이 건강과 질병의 표지(標識)를 붙여 의료와 연관 지어 나가는 과정을 가리킨다(Zola 1972). 달리 말하면, 의학이 관할 또는 지배하는 영역이 점차 확대되어 과거에는 의학적인 이슈로 취급되지 않았던 많은 문제들이 의료의 영역에 포함되는 과정을 의미한다. 의학적 증강은 의료화의 한 단면으로 볼 수도 있다. 생물학적 의학의 급속한 발전은 과거에는 질병으로 여겨지지 않았던 '정상'의 범주를 의료에 포함시켜왔고 이제 더 나아가서 '정상' 이상의 범주를 의료에 포함시켜가고 있다. '의료화'에 대한 사회학의 연구는 '의료화'의 한 단면으로서 '의학적 증강'을 탐구하는 데 좋은 방향을 제시하고 있다.

사회학자들은 사람들을 통제하는 의사, 의학의 지위를 검토하며 '의료화'에 관해 언급을 한다. 사회적 차원에서의 의료화는 개인적 차원에서는 환자화(患者化)라고 할 수도 있다. 과거에는 의사나 병원과 거의 관련이 없는 인간 삶의 많은 부분들이 지난 세기를 거쳐 어느 정도 합당한 근거를 갖고 또 어느 정도는 긍정적인 결과를 가져오면서 의료화되었다. 임신과 분만,

그리고 죽음의 과정에 이르기까지 일상생활의 많은 부분이 의학의 영역에 편입되었다. 의료화의 예로 미용성형수술, 출산, 폐경, 알코올 중독, 운동선수의 스테로이드 복용 등을 들 수 있다. 생물학적 의학 특히 유전학은 의료화를 가속시키는 역할을 하고 있다. 동성애, 알코올 중독, 범죄 성향, 학업수행능력, 외모, 성격 등 인간의 거의 모든 특질과 행동을 유전자와 연관시키려는 경향은 결국 의료화로 귀착이 될 가능성이 크다.

의료화의 대표적인 예로 ‘출산의 의료화’를 들 수 있다. 출산은 질병이 아니라 정상적인 생리 과정이고 따라서 산모는 환자가 아니다. 물론 고위험 임신과 분만까지 그저 정상적인 생리 과정이라는 이유만으로 의학적 개입을 해서는 안 된다는 극단적인 주장을 하는 것은 아니다. 다만 출산의 의료화가 대단히 짧은 기간에 거의 완벽할 정도로 진행되었다는 점은 충분히 주목할 만하다. 현재 한국사회에서 출산은 100%에 이를 정도로 의료화되어 있는데, 한국에서의 출산의 의료화는 약 40년이라는 짧은 기간 동안에 정착되었다. 한국 사회에서의 출산의 의료화 과정은 고위험 임신과 분만에서 정상 임신과 분만으로, 시설편만에서 산전관리로 이동하면서 정착하는 과정을 보인다(조영미 2004). 여성의 재생산(reproduction)<sup>32)</sup>에 대한 의료화의 확대에 대하여 여성학 논문에서는 다음과 같이 언급하고 있다.

현재 여성의 재생산에 대한 의료화는 영역이 점차 확대되는 추세에 있고 보다 첨단화, 기술화하는 경향이 있다. 임신, 출산에서 불임으로, 그리고 폐경, 생리전 증후군 등의 영역으로 그리고 생식 공학으로 확대되고 있다. 이제 기술은 첨단화되어 그것의 도입이 여성의 재생산에 어떠한 영향을 미치게 되는지를 가늠하기도 어려운 실정이다. 하지만 여성들의 재생산 기능은 점차 분화되고 파편화되며 여성은 태아를 담

---

32) reproduction을 의학에서는 생식(生殖)으로 번역하여 주로 사용하나 여성주의자들은 재생산권(reproductive rights)의 용어를 사용하고 있다.

고 있는 용기 정도로 지위가 하락하고 있다(조영미 2004, 4).

의료화는 죽음과도 관련이 있다. 병원에서의 죽음은 이제 일반화 되었다. 미국의 경우에 병원 등의 기관에서의 사망이 1937년에는 전체 사망의 37%였는데 1983년에는 80%가 되었다. 우리나라는 병원에서의 사망이 2000년에는 전체 사망의 36%였으나 2003년에는 45.1%를 차지하여 가정에서의 사망보다 많아지게 되었다. 그리고 병원에서 사망하는 경우에 평균적으로 10일 가량 중환자실에 머물고 이 중 절반은 인공호흡기에 의존하다가 죽음을 맞이한다고 한다. 의사조력자살(physician-assisted suicide)이나 적극적 안락사는 고통을 겪고 있는 사람의 비의료적 필요에 의사가 의료적 방법을 동원하여 개입을 하는 의료화의 한 부분으로 해석할 수도 있다.

의료화의 원인은 여러 가지가 있는데, 현대의학에 대한 생물학적 해석의 설득력과 과학기술의 막강한 영향력, 의료 기술의 발전, 정신과 영역의 확대, 의학적 개입의 지속적인 성공, 그리고 환자들이 의사들에게 치유와 고통의 감소 더 나아가 구원을 기대하기 때문이다. 의료화는 또한 천부적으로 주어진 한계를 참고 이겨내야 할 것으로 생각하지 않고 인간의 지배와 통제에 복종시켜야 할 객체로 바라보는 현대의 문화적, 지적인 풍토 때문에 더 가속화 된다. 특정한 인간 행동을 정신적이고 도덕적인 관점에서 보지 않고, 무계획적인 진화 과정의 복잡한 결과로 보는 견해도 의료화에 일조를 하고 있다. 건강을 덕, 도덕, 지혜 등과 다르게 논란의 여지가 없는 인간의 선(善)으로 받아들이는 것도 의료화의 한 원인이다. 사람들은 그들이 부딪히는 문제를 종종 순전히 의학적인 방식으로 받아들이고 처리한다.

의료화의 거센 흐름에 대해서는 의견의 차이가 없지만 의료화의 원인에 대해서는 매우 다양한 시각이 있다.<sup>33)</sup> 한 예로 의학의 확장은 일차적으로

---

33) Williams, S. J., Canlan, M. 1996. *The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine*

자신들의 전문 지배영역을 확장하기 위해 건강과 질병을 규정하고 통제하는 권력을 행사하는 의사들 때문이라는 것이다. 그러나 다른 비평가들은 의료화가 광범위한 사회 과정의 결과이며 의사들은 단순히 그 과정에 응답했을 뿐이라고 주장하기도 한다. 이반 일리히(Ivan Illich)는 의사들이 산업화와 관료화의 광범위한 과정의 일부로서 자신들이 효과적이고 가치 있는 지식과 기술을 가졌다고 믿도록 대중들을 속일 뿐 아니라 대중들의 자기결정권을 손상시키고 박탈하는 의료화 과정을 통하여 의존성을 창출한다고 비판하였다(일리히 2004).

의료화 과정의 산업화와 관료화에 강조점을 두는 것과는 대조적으로, 의료화 현상이 사회의 특정한 권력 집단의 이익을 위하여 봉사하는 사회 통제 수단이라는 주장이 있다. 예를 들어 의료화는 지배 자본가 계급의 이익에 봉사하는 것으로 간주되었다. 여기에서, 의료에 대한 소비자의 의존성을 창출하고 조작하는 것은 지배 자본가 계급에 의해 생산된 소비 상품에 대한 더 포괄적인 의존성의 한 예에 불과하다. 의료화를 다른 시각에서 보는 경우도 있는데, 특정 부류의 의사들 이외에 일탈을 규제하는 제도(감옥, 학교, 가정 등), 제약회사, 일탈자를 대변하는 일반인들의 압력 단체와 같은 다양한 집단의 이익에 봉사하는 사회 통제의 한 형태로 의료화를 묘사하기도 한다.

여성해방론자들은 여성의 몸과 삶이 가부장적인 의사들에 의해 점점 의료화되고 통제를 받는 관점을 강조하는데, 특별히 여성만이 또는 주로 여성들이 경험하게 되는 생식의학 기술이나 신경약물에 더 많은 관심을 기울이는 경향이 있다. 여성해방론자들은 여성이 '소외'로서의 분만을 경험한다고 주장한다. 소외는 여성의 몸에 대한 부정적인 의학적 은유와 이미지의

---

*and the Lay Populace in 'Late' Modernity. Soc. Sci. Med., 42: 1609-1610.* 중에서 의료화의 원인에 대한 다양한 시각들을 소개하는 부분을 일부 인용하고 보충하였다.

결과이며 남성의 ‘규범’과 비교하여 여성 자신을 ‘타인’으로 규정한 결과라는 것이다. 또 태아 모니터링, 진통제, 유도 분만, 겸자 사용 등과 같은 산과(産科) 기술을 하면서 ‘왜 이런 기술이 필요한지’, ‘어떤 위험이 있는지’에 대해 제대로 알리지도 않고 산과 기술의 수용을 강요한 결과라고 주장한다. 이런 의미에서 자연적인 과정에 대한 여성의 통제력의 상실은 여성들로 하여금 자신의 육체와 생식적인 삶으로부터 소외되는 느낌을 갖게 만든다는 것이다. 한국 사회에서의 출산의 의료화 과정과 재생산권(reproductive rights)에 대한 여성학의 논문에서 여성의 몸이 의사들의 권력에 의해 의료화되는 문제를 비판하고 있는 부분을 소개하면 다음과 같다.

의료화란 의료/기술 모델이 임신, 출산을 지배하게 되는 것을 말하는데 문제는 기술 중심적 의료 모델이 첫째, 전문가와 여성의 위계 형성 및 전문가 중심의 의료 관리를 조직화하고, 둘째, 몸에 대한 객관적 혹은 기계적 인식을 하는 특성을 지니고 있다는 것이다. 의료/기술 모델의 바로 이러한 특성이 출산의 의료화 과정에서 여성들의 재생산 권리를 규제하게 되는 요인이 된다는 점에서 문제가 된다. 의료 모델에서 전문가는 지식과 정보의 독점 그리고 불평등한 분배를 통하여 우월적 지위를 차지할 수 있게 된다(조영미 2004, 18-19).

정확하게 ‘의료화’의 논의에 해당되지는 않지만, 미셸 푸코와 사회구조주의자들의 질병과 의학지식에 대한 시각은 ‘의료화’와 유사하게 의학이 인간의 몸과 삶에 대해 행사하는 사회 감시와 통제의 요소들에 관심을 기울이게 하였다. 예를 들어 푸코에게는 18세기 말에 등장한 인체에 대한 의학적 시선(임상적 시선, clinical gaze)은 그 당시 사회에서 일어난 합리화 과정과 폭넓은 사회 변화를 반영하는 것이었다. 육체를 감시하고, 이용하며, 변

형하고, 향상시킬 수 있는 ‘다루기 쉬운 무엇’으로서 보는 시각은 임상의학의 맥락에서뿐만 아니라 감옥, 수용소, 학교와 병영 등의 넓은 범위의 다른 사회제도에서도 명백하다고 한다. 푸코에게 근대사회는 그 자체가 거대한 감옥과 같은 것으로 푸코는 이런 제도들을 ‘확장되는 통제 장치’의 중요한 요소들로 묘사한다. 이 통제 장치를 푸코는 “한 눈에 볼 수 있는 감시 체계(panoptic system of surveillance)<sup>34)</sup>”라고 명명하였으며, 이 체계는 노골적인 폭력의 사용에 의해 유지되기보다는 “규율 권력의 미세 정치학(micro-politics of disciplinary power)”에 의해 작동한다고 하였다. 권력과 지식은 정상과 비정상을 구분 짓는 ‘경계선’을 설정하며 이 ‘정상화(normalizing)’ 권력에 의해 개인들은 도덕적으로 순응을 하게 된다는 것이다(푸코 2003).

이 시각에 의하면 현대 의학은 의료적인 지배를 통하여 사람들을 도덕적으로 통제하고 ‘정상화’하는 일에 관여하는 더 넓고 포괄적인 규율 기술의 체계, 권력의 기술 체계의 한 부분으로 볼 수 있다. 다른 말로 하면, 현대의 규율, 감시와 통제의 체계, 그리고 권력과 지식은 점점 더 육체에 초점을 맞춘다고 할 수 있다. 암스트롱(Armstrong)에 의하면 20세기는 이런 ‘환원주의적인 임상적 시선의 강화’ 뿐 아니라 임상학과 개별적인 육체의 한계를 뛰어 넘어 사회 공간과 영역으로 확장되어가는 ‘임상적 시선’을 특징으로 한다고 한다(Armstrong 1983).

---

34) 일망(一望)감시체계라고도 한다. 팬옵티콘(pan-opticon)은 ‘모두’를 뜻하는 ‘pan’과 ‘본다’는 뜻의 ‘opticon’을 합성한 것이다. 번역하면 ‘모두 다 본다’는 뜻이다. 원래는 죄수를 교화할 목적으로 영국의 철학자이자 법학자인 벤담(Jeremy Bentham)이 1791년 처음으로 설계하였다. 이 감옥은 중앙의 원형공간에 높은 감시탑을 세우고, 중앙 감시탑 바깥의 원 둘레를 따라 죄수들의 방을 만들도록 설계되었다. 또 중앙의 감시탑은 늘 어둡게 하고, 죄수의 방은 밝게 해 중앙에서 감시하는 감시자의 시선이 어디로 향하는지를 죄수들이 알 수 없도록 되어 있다. 이렇게 되면 죄수들은 자신들이 늘 감시받고 있다는 느낌을 가지게 되고, 결국은 죄수들이 규율과 감시를 내면화해서 스스로를 감시하게 된다는 것이다. 데이비 백과사전.

의학적 증강에 동원되는 것들을 포함하여 대부분의 생명과학 기술들은 어떤 곳에서 개발되고 만들어지든 간에 의사들의 진료실을 통하여 일상적인 사용이 가능하게 될 것이다. 행복과 완벽한 삶의 추구, 자기완성의 추구는 의료화 과정을 거쳐서 의사의 업무의 일부분이 되어가고 있다. 새로운 생명공학 기술을 개발하는 즉시 증강에 사용하려는 경향은 의료화를 점점 가속화시킬 것이다. 또 시장경제의 세계화, 규범화는 끊임없이 의사들의 영역을 확장하려는 시도를 부추기고 있다. 의학의 범위는 신규 수요와 시장, 소비자를 찾기 위해 상업 전선에서 경쟁을 벌이는 과정을 거쳐 또 의료화 과정을 통해서 점차 확대되고 있다.

의료화의 원인에 대한 다양한 시각들은 ‘의학적 증강’에 동일하게 적용할 수 있다. ‘의료화’의 단어를 제거하고 그 자리에 ‘의학적 증강’의 단어를 대신 사용하여도 전혀 부자연스럽지 않다. 의료화의 원인으로 의료의 지배권 확대를 위한 의사들의 주도적인 역할을 첫 번째로 들고 있는데, 처음에는 환자의 선택이 강조되는 것 같지만 결국 의료화의 과정을 거치게 되면 주도권은 일단은 의사에게로, 의학의 영향권 안으로 넘어오게 된다는 것이다.

그러나 이 주장은 최소한 21세기 현재에는 그다지 설득력이 없어 보인다. 의사들의 전문가로서의 권위의 약화, 의사들에 대한 불신의 급증으로 인해 자신들의 영역을 확대하려는 전문가 집단의 시도를 사회가 그대로 받아들이기는 힘들어 보인다. 오히려 거대한 사회 변화, 사회 통제의 한 수단으로 의사 집단이 이용되거나 최소한 암묵적인 동조를 하고 있는 정도에 그친다고 하는 것이 더 적절할 것이다.

이런 시각에서 보면 ‘의학적 증강’의 도도한 흐름 속에서 의사들의 주도적 역할을 기대하기는 힘들어 보인다. 모든 의학적 증강의 배후에 ‘지배자본가 계급의 이익’이 결부되어 있다고 말하기는 힘들겠지만 의사들의 무비

판적인 ‘의학적 증강’의 수용은 ‘환자의 이익을 최선으로 여긴다’는 의사들의 상징적인 차원의 언명조차 유지하기 힘들게 만들 수 있다. 의사의 권력이 전문적인 지식과 기술의 사회적 독점에만 근거하고 윤리적 역할이 배제된다면 그 권력은 자주적이지 못하고 특정 사회 계층의 이익에 이용될 수 있다. 전문적인 지식과 기술에 앞서 ‘의사의 윤리적인 역할’이 의사의 권력의 핵심이라고 본다면 ‘의학적 증강’의 무분별한 수용과 확산은 의사 집단을 점점 더 허약하게 만들 수 있고 의학은 특정 계층의 이익의 수단으로 전락할 수도 있다.

의료화의 반대 개념으로 탈의료화(demedicalization)가 있는데 용어 자체의 문자적 의미로 보면 의료화를 거부하는 것이라고 할 수 있다. 그러나 의료화의 거부만이 탈의료화에 해당되는 것은 아니다. 사람들이 점점 정통 의학이 인정하지 않는 보완대체요법이나 건강에 대한 다른 믿음에 가치를 두는 것을 의미하기도 한다. 광고에 의해 의사를 선택하거나 환자가 아닌 고객 또는 소비자의 측면이 강조되는 것도 탈의료화의 맥락에서 이해할 수 있다. 의료화와 탈의료화는 상반되는 개념이지만 함께 갈 수 있을 뿐 아니라, 서로를 강화시켜주기도 한다. 또 의료화, 탈의료화 모두 우리의 삶에서 건강과 질병이 얼마나 중요한지를 도에 지나치게 강조하고 있다. 의료화에 대한 무조건적인 반대나 탈의료화의 추구가 최선의 길은 아닐 것이다. 여성의 생식에 대한 의료화, 탈의료화의 문제에 대한 여성학 논문의 주장은 주목할 만하다.

의료화는 그 자체가 문제인가 아니면 다른 차원에서 문제를 제기해야 하는가라는 질문에 봉착하게 된다. 만일 의료화 자체가 문제라면 대안은 탈의료화하는 것이 된다. 즉 임신, 출산에서 의료 관행이나 서비스 이용을 거부하고 의료화 이전의 관행들을 추구하는 것이 될 것이다. 그

리나 여성들도 의료화를 이용하기를 원하는 경우가 다수이고, 의료화가 유용한 지점들이 다양하게 있다. 여성주의 내부에서도 사안에 따라서는 의료화를 전면적으로 비판하기도 하고, 어떤 경우는 의료화가 보다 진행되기를 요구하기도 한다. 따라서 이러한 다양한 지점들을 무시하고 무조건적으로 의료화를 비판하고 탈의료화하는 것은 바람직한 접근법도 아니고 실효성도 없다(조영미 2004).

의료화의 비판에 대해서 시대의 흐름을 비난 할 수만은 없다는 항변을 하는 의사들도 있다. 일상의 의료화가 ‘삶의 질’ 향상이라는 긍정적 측면을 동시에 갖고 있기 때문에 무조건 비난만 할 수 없다는 것이다. 우리나라의 한 의사는 다음과 같이 항변하고 있다.

만약 탈모를 겪고 있는 사람이 그것을 병으로 생각하고 관리 받기를 원한다면 모발을 관리하는 의사를 나쁘게 볼 것인가요? 그렇지 않다고 생각합니다. 피부관리나 노화방지 같은 증상을 다루는 의료시장이 의사들이 의도적으로 창출하는 시장임을 부인하지 않겠지. 그러나 탈모증상으로 마음에 상처를 입고 자살을 결심하는 사람을 치료하는 것을 심장병과 당뇨병 등 생명을 직접적으로 위협하는 환자를 치료하는 것이 아니라고 해서 폄하할 수 있을까요? 의사들이 점점 수익을 창출하기 위한 웰빙 풍조 등 사회 트렌드에 예민하게 반응하는 것은 자명한 사실이다. 하지만 대중의 욕구가 없는 곳에서 억지로 시장은 창출되지 않는다.<sup>35)</sup>

의료화에서는 문제를 사회적, 환경적 원인에서 찾지 않고 개인의 질병의 차원으로 환원시킨다. 사회적, 환경적 원인을 해결하기 보다는 일차적으로

---

35) 미디어다음. 2004. 없는 병도 만드는 사회인가? 9월 6일.

개인의 질병에 초점을 맞추게 되어 더 넓은 차원의 사회적, 환경적 요소들을 고려하지 않게 된다. 결국 질병에 대한 개인의 책임만이 부각되는 결과를 가져오게 된다. 해결책을 찾기 위해서는 의료화 자체의 비판에 그칠 것이 아니라 의료화가 일어나는 사회적 맥락을 비판하고 그곳에서 답을 찾으려는 노력을 해야 할 것이다.<sup>36)</sup>

---

36) 의료화는 의학 외부에서 바라본 포괄적인 사회 현상인 반면에 증강은 의료화의 일부분으로 인간의 몸에 직접적으로 가해지는 행위이며 의학의 내부에서 바라본 시각으로 비교적 단면적이라고 할 수 있다. 앞으로 의료화와 증강의 관계를 더 정밀하게 분석할 필요가 있다.

## 제 3 장 의학적 증강의 정의와 분류

모든 사람이 동의하는 의학적 증강의 정의가 마련된다면 의학적 증강을 둘러싼 논쟁이 지금처럼 혼란스럽지는 않을 것이다. 그러나 의학적 증강은 정의 자체에 대한 의견 차이가 너무 심하여 모두가 동의하는 정의를 도출하기 쉽지 않다. 어떤 경우에는 의학적 증강을 논의할 때 어떤 버전(version)의 증강을 사용하고 있는지 먼저 밝혀야 혼선이 없다는 주장이 제기될 정도다.<sup>37)</sup> 증강을 정의하기 위해서는 정상, 건강, 그리고 질병의 정의를 우선적으로 다루어야만 한다. 그 다음에 여러 가지 방식으로 증강을 정의하고 원활한 논의를 위해 증강을 분류할 것이다.

### 3.1 정상, 건강, 그리고 질병

증강을 정의하기 위해서는 정상과 비정상, 건강과 질병의 문제를 먼저 살펴보아야 한다. 정상을 명확히 규정할 수 있다면 증강을 ‘정상 이상을 추구하는 것’으로 정의하면 되기 때문이다. 의학적 중재를 하기 전의 상태를 질병으로 정의할 수 있다면 증강이 아니라 치료의 영역이 되어 증강에 있어서의 의사의 역할을 새롭게 논의할 필요가 없게 될 것이다. 그러나 이런 기대가 무모함을 먼저 고백하지 않을 수 없다. 질병을 정의하려는 다양한 시도가 계속되고 있지만 혼란과 난감함은 해결되지 않고 있다. 실질적인 행동에 도움이 되는 정상과 비정상, 건강과 질병의 정의는 불가능한 것일

---

37) 특정 주제에 대한 논의를 하기 위해서는 그 주제에 대한 개념 정의를 하고 그 이후에 다른 논의를 진행하는 것이 순서상 자연스러운 것이다. 그러나 의학적 증강의 논의에서는 증강의 정의에 대한 견해 차이가 심하여 자연스러운 순서를 따르지 않고 증강의 정의를 나중에 소개하기도 한다. 하지만 이 논문이 의학적 증강에 대한 우리 사회의 본격적인 논의의 토대를 제공하는데 초점을 두고 있기 때문에 통상적인 순서를 따라 증강을 정의하는 작업을 논문의 앞부분에서 하였다.

까? “그렇다면 질병을 정의하는 일을 아예 포기해버리면 어떨까? 이 경우 의학과 의사의 관심은 오로지 병을 앓는 사람의 호소에만 집중된다.”는 에릭 카셀(Eric J. Cassel 2002, 214)의 발언이 설득력 있어 보인다. 그러나 혼란스럽더라도 논의를 하지 않을 수 없는 이유는 의학적 증강에서도 정상과 비정상, 건강과 질병의 개념들은 끊임없이 우리를 괴롭히기 때문에 증강의 논의를 이해하기 위해서라도 살펴보지 않을 수 없다.

조르주 깡길렘의 책 ‘정상적인 것과 병리적인 것’에서 한 철학 사전에 실린 정상의 정의를 소개하고 있다.

어원상 정상적(normal)이란 말은 ‘norma’가 T 모양의 자를 의미하므로, 좌나 우로 치우치지 않고 두 방향이 갈라지기 시작하는 중간 지점에 있음을 의미한다. 정상이란 그러한 지점에 있어야 함이다. 정상이란 가장 일반적인 의미로 어떤 중에서 가장 흔하게 만나는 경우, 측정 가능한 성질의 평균이나 척도를 의미한다(깡길렘 1996, 141).

이런 방식의 정의에 대해 깡길렘은 모호함을 지적하며, ‘정상적’이란 말의 정의에서 사람들은 분명히 해야 할 문제를 보기보다는 그러한 모호함의 존재를 알리는 것으로 만족하는 듯하다고 비판하고 있다. 또 치료가 획득해야 할 목표로서 ‘정상’을 지향하는 것인지 아니면 ‘환자가 정상으로 간주하는 것’을 지향하고 있는지 묻고 있다. 깡길렘은 후자의 관계를 지지하였다(깡길렘 1996, 142). 깡길렘의 관점은 증강의 논의에서도 자주 등장하고 있다. 의학에서 신체의 정상 상태는 회복시키기를 원하는 상태임이 분명한데, 만약 의학적 증강을 추구하는 개인이 ‘회복시키기를 원하는 상태’를 환자 자신이 결정하는 것이라면 ‘측정 가능한 성질의 평균’은 그 환자에게는 아무런 의미가 없는 것이 된다.

질병의 생물학적 개념을 옹호하는 크리스토퍼 부어스(Christopher Boorse)는 정상성(normalcy)을 '종-특유(species-typical)<sup>38)</sup>의 기능'으로 정의하였다. 인간도 다른 동물과 마찬가지로 측정 가능한 방식으로 행동하며, '행동'과 '행동을 뒷받침하는 유기체의 활동'의 평균이 분명히 존재한다는 주장이다. 실제로 생물학적 의학의 문헌에는 특정 시점에, 특정 인구 집단에서 거의 모든 유기체적인 구성 요소와 행동들의 평균의 계산 결과가 나타난다고 하였다. 그러나 평균이라는 개념이 과연 객관적이고 과학적으로 유효한가의 의문은 여전히 남게 된다.

그러면 이제 정상의 정의를 포기해야 하는지 질문을 던져야 한다. 정상의 개념을 포기하고 질병을 논의할 수 있을 것인가? 건강과 질병의 변하지 않는 기준은 존재하는 것일까? 깡길렘은 만약 정상적인 것이 엄격한 집단적인 구속력을 갖지 않고 개인적 상태와의 관계에서 변화하는 기준을 가진다면, 정상적인 것과 병리적인 것의 경계는 불분명해진다고 하였다. 상황에 따라 달라지는 기준을 깡길렘은 다음과 같이 말하였다.

어떤 상황에서는 규범적이 되는 정상적인 것은 그 자체로 변함없이 유지되더라도 다른 상황에서는 병리적인 것이 될 수도 있다. 이러한 변화를 판단하는 것은 개인이다. 왜냐하면 새로운 환경이 그에게 부여하는 업무를 수행하기에 부족하다고 본인이 느끼는 바로 그 순간에 괴로움을 겪는 것은 개인이기 때문이다(깡길렘 1996, 200).

깡길렘은 또 육체에서 정상적인 것과 병리적인 것을 평가하기 위해서는 그 육체 너머를 바라보아야 한다고 주장한다. 난시나 근시와 같은 결점은 농경 사회나 목축 사회에서는 정상일지라도 항해사나 비행사에게는 비정상

---

38) 종형(種型), 종-특이성으로 번역하기도 한다.

이다. 인류가 기술적으로 이동 수단을 발전시킨 순간부터 인간은 자신에게 필요하거나 이상(理想)이 된 어떠한 활동이 금지되어 있을 때 비정상이라고 느낀다고 한다(강길렘 1996, 219).

캐시 데이비스(Kathy Davis 2003)는 "미용성형수술은 육체적 정상성에 기초를 두고 있으며 정상적인 외모와의 편차를 완화시키기 위해 발전되었고 실질적으로 최근의 미용성형수술의 혁명은 정상적인 몸과 비정상적인 몸을 구별하는 성형외과 의사들의 권위를 입증하고 있다"며 정상-비정상 구별의 중요성을 언급하였다. 특이한 외모로 고통을 받는 사람, 외모로 인해 사회생활에 어려움이 있는 사람을 다른 사람과 같이 "정상적으로" 보이도록 수술하는 것이 결함이 있는 상태를 정상으로 회복시키는 것이라고 한다면 이는 '정상' 이상을 추구하는 의학적 증강이 아니라 질병의 치료에 해당된다고 할 수 있다. 이런 시각에 의하면 미용성형수술은 정상적으로 보이고자 원하는 욕구에 대한 정당한 반응이 되는 것이다.

제닝스(Jennings 1986)는 치료 의학의 맥락에서 질병(disease)과 병환(illness)의 용어를 분리하여 사용하면 많은 임상적인 혼동을 해결할 수 있을 것이라고 주장하였다. 질병을 육체의 병리적 변화(bodily pathologic change), 병환을 경험된 고통(suffering)의 의미로 사용하자는 것이다. 또 병환에는 두 가지 범주가 있는데 하나는 질병으로부터 비롯된 의학적 병환(medical illness)이며, 다른 하나는 삶의 개인적 어려움으로부터 비롯된 실존적 병환(existential illness)이라는 것이다. 제닝스에 의하면 많은 실존적 병환들이 질병으로 잘못 취급되고 있으며, 실존적 병환을 질병으로 간주하고 치료를 하는 것은 의료화로 귀결된다는 지적을 하기도 한다. 육체적 질병으로부터 비롯된 고통은 생물학적의학의 방법으로 훈련받은 의사들이 적절히 다룰 수 있지만 고통은 의사이든 아니든 충분히 숙련된 누군가에 의해 적절히 치료될 수 있다는 것이다. 이런 방식에 의하면 미용성형외과의

사는 충분히 숙련되기만 한다면 추함, 외모에 대한 불만족이라는 고통 즉 실존적 병환을 치료하는 전통적인 의사의 역할을 벗어나지 않게 된다.

미용성형 수술이 급증하는 현실에서 건강을 아름다움과 관련을 짓고 더 나아가 동일시하는 우리 사회의 성향을 짐작할 수 있다. 조금 과장하면 현대 사회에서 ‘건강하다’=‘아름답다’, ‘병들다’=‘추하다’의 등식이 받아들여지고 있다고 말할 수도 있다. ‘건강함’은 ‘아름다움’이 되고 ‘아름다움’은 ‘건강함’이 된다. 따라서 질병은 ‘추함’이 되고 ‘추함’은 질병이 된다.<sup>39)</sup> 샌더 길먼(Sander L. Gilman)은 아름다움과 건강을 결합하여 생각하려는 경향은 의학의 역사에서 히포크라테스 시대까지 거슬러 올라갈 수 있다고 하였다. 또 아름다움, 행복, 건강, 성적인 매력은 그 뜻이 일맥상통하는 개념으로 다루어져 왔고 점점 더 그 연관성이 깊어져 가고 있다고 주장하고 있다 (Gilman 1995, 52).

상황과 개인에 따라 달라지는 정상과 비정상의 개념, 개인적인 어려움을 고려하는 실존적 병환의 강조는 정상과 비정상, 건강과 질병의 개념을 치료-증강의 구별에 사용하려는 기획을 원천적으로 봉쇄하는 것은 아닐까? 더 나아가 아름다움, 행복, 그리고 건강이 일맥상통하는 개념이며 등식으로 까지 인정되었다는 주장은 증강의 논의를 더 어렵게 할 수도 있다. 정상과 비정상, 건강과 질병의 개념은 의학적 증강의 이해를 돕기 보다는 방해하는 것은 아닐까?

### 3.2 의학적 증강의 정의

생명의료윤리에서 의학적 증강의 개념은 인간의 형태 또는 기능을 건강

---

39) 의사학자들은 건강과 아름다움, 질병과 추함을 연결시키려는 시도들을 의료 관상술(醫療觀相術, medical physiognomy)로 부르기도 한다.

하게 유지하거나 회복시키는 데 필요한 정도를 넘어서 향상시키려고 고안된 개입(intervention)의 특성을 기술하는 데 일반적으로 사용된다. 치료와 증강을 명쾌하게 구분할 수 있다면 의학적 증강의 개념을 정의하는 것은 어려운 문제가 아닐 것이다. 그러나 ‘의학적 증강’이 무엇을 의미하는지는 보는 시각과 맥락에 따라 크게 다르다. 글렌 맥기(Glenn McGee)는 의학적 증강을 의학과 관련지어 이해하는 네 가지 방식을 말하고 있다(McGee 2000).

첫째, 의학적 증강을 무익한 치료(medical futility)의 연장선상에서 이해하는 것이다. 의료를 완치 목적의 치료, 완화 목적의 치료, 평가적 치료<sup>40)</sup>, 수용 가능한 무익한 치료, 예방의 다섯 가지로 구분하고 이런 의학적 개입들을 의학의 영역에 속하는 것으로 인정하고 이 영역을 벗어나는 행위를 증강으로 규정하는 방식이다. 이 방식은 의학의 본질적인 영역을 규정하고 이 영역 안에서의 의사의 역할을 고려하는데 도움이 된다.

둘째, 의학적 필요(medical necessity)에 근거해 증강을 이해하려는 방식으로 노만 대니얼스(Norman Daniels)와 제임스 새빈(James Sabin)의 주장이 대표적이다. 의학적 필요는 필연적으로 의료서비스 제공자와 의료비 지불자의 의무를 함의하게 된다. 의학적 필요가 없으면 치료의 의무는 면제되고 치료 받을 권리도 축소된다. 의료 서비스가 어떤 측면에서는 이익이 되기도 하지만 이익이 된다는 이유만으로 의학적 필요로 간주되지는 않는다. 이런 이해 방식에서 의학적 필요의 판단 근거는 고통의 양보다는 고통의 의학적 원인에 있다. 이 방식에 의하면 증강은 무익한 치료가 아니라 의학적인 조건만을 치료해야 하는 ‘제도(institution)로서의 의학’의 범위를 넘어서는 것이 된다. 이 방식은 의학적 필요에 부응하는 측면에서 의사의 역할을 살펴보는 데 도움이 된다. 그리고 보험 급여의 지불 여부와 관련된

---

40) 진단을 위해 환자의 상태를 안정시키는 치료를 의미한다.

정책적인 결정을 하는 데 지침이 될 수 있다.

셋째, 의학의 역할을 사람들을 “대등한 경쟁자”의 상태가 아니라 “정상적인 경쟁자”의 상태로 회복시키는 것으로 보는 방식이다. 따라서 증강은 정상 기능 범위 이상을 추구하는 것이 되어 의학의 의무로 인정받을 수 없다. 이 방식은 존 롤즈(John Rawls)와 노먼 대니얼스의 주장으로 두 번째 방식의 확장이라고 볼 수 있다. 정상적인 경쟁자는 다양한 영역에서 불리한 입장에 있을 수 있다. 그러나 불리하다고 할지라도 종-특유(species-specific)의 정상 기능을 벗어나지 않는 한 의학적 필요의 수준에 도달할 수 없다. 의학의 의무는 단지 정상 경쟁자를 정상 기능 범위로 돌려놓는 것이지 모든 경쟁자를 대등한 상태로 돌려놓는 것은 아니다. 이 방식은 가장 복잡한 형태의 이해 방식이고 많은 반론이 있기도 하지만 사회 전체의 의료에 대한 평등과 정의의 문제를 논의하는 거대 담론에 도움이 된다.

넷째, 실용주의적(pragmatic) 방식으로 치료와 증강의 구분은 의료의 틀 안에서 의사와 환자에 의해 제공되는 맥락을 엄격하게 고려하여 판단해야 한다는 주장이다. 이 방식에 의하면 의사가 진료 현장에서 치료-증강의 구별을 실질적으로 수행하고 있고 앞으로 더 잘 해야 하는 부분이라는 것이다. 이 방식은 전문직 윤리에서 강조되어야 하고 치료-증강을 구분하는 전문직 집단의 지침 마련을 가능하게 할 수도 있을 것이다.

네 가지 방식 모두 장단점이 있고 증강의 논의에서 적절한 장소에서 적절한 용도로 사용될 수 있다.

한 편으로는 치료를 넘어서 증강을 향해 앞으로 더 나아가고 싶어 하는 의사들을 안심시키고, 다른 편으로는 증강을 원하는 개인들에게는 앞에 놓여 있는 위험을 경고하는 식으로 “사람에 따라 달라지는 무엇”을 의미하는 증강의 개념은 혼란스럽기 그지없다. 사람에 따라, 상황에 따라 그때그때

달라지는 증강의 개념은 이 용어를 사용하는 사람들이 각자가 자신이 원하는 대로 ‘증강’을 사용할 수 있게 하여 혼란을 가중시키고 있다. 의학적 증강에 대하여 특정한 입장에서 주장하는 사람들이 자신들이 원하는 개념과 방식으로 증강을 사용하는 혼란과 무책임함을 에릭 융스트(Eric T. Juengst)는 다음과 같은 비유를 들어 비판하고 있다.

어느 한적한 시골에 살고 있는 의료윤리학자들은 다른 지방의 원주민들과 마찬가지로 여행자들에게 기꺼이 길을 가르쳐 주고 싶어 한다. 윤리학자들은 그 동네 사람들만이 이해할 수 있는 그들 자신만의 표지(landmark)로 설명을 하곤 한다. 여행자들이 길과 방향을 찾는 데 도움이 될지 안 될 지에는 신경을 쓰지 않는다. 이유는 단지 그 표지가 그들이 다루고자 하는 특별한 이슈에 가장 잘 들어맞기 때문이다(Juengst 1998, 31).

에릭 융스트는 함께 공유할 수 있는 증강의 정의 또는 해석 방식의 중요성을 강조하고 있다. 이 논문에서도 우리 사회에서의 앞으로의 논의 토대를 제공하기 위한 작업의 일환으로 증강을 정의하려 한다. 에릭 융스트는 증강을 둘러싼 혼란을 해결하기 위하여 증강을 ‘의학의 적절한 한계(proper limits of biomedicine)’에 대한 논의와 ‘자기 향상의 윤리(ethics of self-improvement)’에 대한 논의로 나누어 설명하는 방식을 제시하고 있다(Juengst 1998, 29). 이 두 가지 담화는 부분적으로 겹쳐지기도 하지만, 각각의 증강의 개념은 상당히 다른 역할을 하고 있다.

### 3.2.1 의학의 적절한 한계

경계 개념으로서의 증강이라고도 하며 이 경우에 증강은 ‘경계표지

(boundary marker)' 역할을 하게 된다. 의학의 적절한 영역의 논의에서 증강은 대체적으로 도덕적 한계의 개념으로 기능한다. 무익한 치료의 개념이 의학에서 어떠한 목표라도 성취하려는 힘을 감소시킴으로써 개입에 관한 의학적 의무의 한계를 나타내는 것처럼 “증강”은 의학의 목표를 넘어서는 것을 성취하려는 의학적 개입에 관한 전문가적 의무의 한계를 나타내는 데 전형적으로 사용된다. 이 설명방식에 의하면 증강개입은 무익한 치료와 마찬가지로 의학 고유의 업무 영역 바깥에 위치하게 된다. 환자들은 의사에게 증강을 요구할 권리가 없고 증강을 제공하는 의사는 의학적으로 필수적인 개입에 해당하지 않는 기술을 하는데 대한 정당화의 부담을 지게 된다.

달리 말하면, 증강의 경계 개념은 의사의 사회적 역할을 규정하는 데 도움이 되며 의학 연구의 적절한 한계를 정하고 의료비용 사용의 한계를 설정하는 데 도움이 된다. 이런 맥락에서 ‘증강’은 한계 없이 앞으로만 계속 나아가려는 생명과학 기술 만능 시대에 개념적인 상한선을 제공함으로써 우리로 하여금 의학의 적절한 영역을 결정하는 데 도움을 줄 수 있다.

무익한 치료가 그렇듯이 증강이 경계 개념으로 사용될 때 증강은 기술(記述)적인 역할과 규범적인 역할 두 가지 모두를 하게 된다. 특정한 개입에 있어서 문제에 부딪힐 때 그것이 무익한 것인지 증강적인 것인지를 경계를 확인할 수 있는 능력을 필요로 한다. 그리고 전문직으로서의 의무를 계속해야 하는지 여부를 함축하고 있는 경계를 확인할 수 있어야 한다. 무익한 개입(futile intervention)에 있어서는 경계를 확인하는 기술적 역할과 전문직의 의무를 함축하는 규범적 역할이 잘 조화된다. 따라서 개입이 더 이상 기능하지 못할 때 그 개입은 무익할 뿐 아니라 더 이상 요구되지도 않는다. 그러나 증강 개입(enhancement intervention)에 있어서는 그것들을 “증강”이라고 부르는 기술적 역할과 규범적 역할의 의도가 서로 어긋나는 것처럼 보인다. 무익한 치료는 말 그대로 좋지 않은 반면에, 증강은 그 정

의와 기술에 의해 좋음으로의 변화, 개선을 의미한다. 그러나 규범적으로는 “증강”이라고 부르는 것의 기능은 증강을 의학의 고유 영역 바깥에 위치시키는 것이다. 환자들을 질병, 상해 상태에서부터 건강한 상태로 향상시키는 일에 전념하는 전문가인 의사들에게는 증강은 기술(記述)적인 면에서 의사들이 성취하고자 노력하는 다른 향상과 동일하다. 따라서 증강 개념이 표시하고자 의도하는 규범적인 경계를 벗어날 때에는 의사들이 치료-증강의 구별을 하기 어렵게 된다. 그래서 쓸모없는(useless) 모든 형태의 개입을 “무익하다(futile)”고 간주할 수 있는 반면에 증강의 개념을 적용하기 위해서는 어떤 종류의 향상을 “증강”으로 간주해야 할 것인지 구체화할 필요가 있다.

### 3.2.2 자기 향상의 윤리

이 논의 방식에서 증강은 경계표지가 아니라 도덕적 쏫대(moral signpost)의 역할을 하게 된다. 자신이나 자식들을 향상시키려는 사람들의 개인적인 결정에 대한 논의에서 증강은 다른 역할을 하게 된다. 여기에서 증강 개념은 온정적 간섭주의 개념과 같이 규범적으로 기능하게 된다. 그러나 이런 방식의 증강 개념이 도덕적인 경계를 명확하게 표시하지는 못한다. 왜냐하면 도덕적으로 정당화할 수 있고 심지어는 의무적이라고 할 수 있는 구체적인 예들을 많이 생각해낼 수 있기 때문이다. 그러나 개념은 그것이 적용되는 상황들에 대해 가져야만 하는 물음을 가리킨다. 그러므로 어떤 상황에서 온정적 간섭주의가 문제를 도덕적으로 해결하지 못한다는 사실을 확인할 수 있다면, 우리는 강제(coercion), 의사결정 능력, 그리고 이익의 정도(level of benefit)에 대한 질문을 던지는 데 신중해야만 한다. 이런 방식의 논의에서 증강은 여행자들이 여행지에서 자신의 위치를 파악

하는 데 도움이 되는 길거리의 표지판보다도 못한 도덕적인 경계의 역할을 하게 된다. 그러나 이런 방향감각은 개인적인 윤리와 자식에 대한 부모의 윤리를 판단하는 데 도움이 된다. 그리고 더 확장한다면 치료의학을 규제하는 정책과는 별개로 증강을 규제하는 공공정책의 개발을 가능하게 할 것이다.

의학에서 상이한 ‘선을 긋는 문제’가 증강의 경계 개념에 대한 상이한 실질적인 해석을 산출한 것처럼 개인적인 향상에 대한 상이한 도덕적 설명은 우리에게 방향을 가리켜야만 하는 증강 푯대(enhancement signpost)의 배경 이슈에 대해 상이한 평가를 불러일으킨다. 여기서 다시, 개념의 사용은 자신과 자녀에 대한 개인적인 향상이 대부분의 경우에 도덕적으로 칭송받을만하다는 사실에 의해서 구체화된다. 특정한 향상이 ‘도덕적으로 의심스러운 증강’으로 간주되는 근거는 대개 개입 자체의 본질적인 특징에 의존하기 보다는 증강의 측정에 필요한 척도를 제공하는 인간행동의 목표와 가치에 의존한다. 행동의 상이한 영역은 ‘윤리적으로 의심스러운 증강’이 어떤 것처럼 보이는지에 대한 상이한 평가를 산출할 것이다.

여행자에 따라 방향이 바뀌어버리는 즉 다른 방향을 가리키는 푯대와 유사한 증강 개념은 한 쪽으로는 치료의학의 경계를 넘어 앞으로 나아가 싶어 하는 의사들을 안심시키고 다른 쪽으로는 부모들에게 앞에 놓여있는 위험에 대해 경고를 하고 있어 혼란스럽다. 그러나 무엇을 증강으로 볼 것인지, 그 사실을 어떻게 알 수 있는지, 또 그것이 나타내고 있는 도덕적 위험은 무엇인지에 대한 해석으로서의 푯대를 여행자에 따라 수시로 변하는 것으로 생각하는 일은 또 다른 혼란을 야기한다.

이 혼란스러움을 해결하기 위하여 에릭 용스트는 경계표지와 도덕적 푯대로서의 증강의 두 개념을 다시 세분하여 설명하는 방식<sup>41)</sup>을 제시하였는

---

41) 에릭 용스트는 증강의 개념에 관한 혼란을 해소하기 위하여 이런 방식을 소개하고 있으

데 정리하면 다음과 같다(Juengst 1998, 29-45).

치료에 대비되는 개념으로서의 증강

- 질병에 근거한 설명 방식
- 이념적인 설명 방식
- 정상성에 근거한 설명 방식

성취에 대비되는 개념으로서의 증강

- 인위적인 것
- 해로운 지름길
- 의학의 오용

### 3.2.3 치료에 대비되는 개념으로서의 증강

증강을 기술하는 가장 일반적인 방법은 배제에 의한 것인데, 치료의 대비 개념으로 증강을 사용하는 방법이다. 증강 개입은 적절한 의학적 필요에 대해 반응하는 것이 아니라 인간의 형태와 기능의 향상을 산출하기 위해 고안된 모든 개입을 의미한다. 이런 접근은 ‘치료-증강의 구별’에서 증강을 구별의 한 쪽으로 간주하고 반대편의 치료와 별개로 하는 방법으로 증강 개입이 ‘의학적 필요’로 받아들여지는 향상과 어떻게 다른지를 설명하려는 것이다. 그러나 치료와 증강을 구별하는 것이 복잡하지 않은 것은 아니다. 이 구별은 확연하게 다른 세 가지 방식으로 설명할 수 있는 데 경계 표지로서나 도덕적 풋대로서 서로 다른 장점이 있다. 질병의 개념에 근거하는 방식이 있고 의료 전문직의 목표에 관심을 두는 방식, 그리고 의학을 넘어서는 “종 특유의 기능”의 이론적인 측정에 의존하는 방식이 있다.

---

나 여전히 명쾌하지는 않다. 그러나 더 좋은 방법을 찾을 수 없어 그대로 사용하기로 한다. 융스트가 제시한 의학적 증강의 여섯 가지 개념을 순서대로 소개하려 한다. 융스트의 설명 중에 이해에 불필요한 부분을 제외하였으며 일부분은 필자가 보충하기도 하였다.

### 3.2.3.1 질병에 근거한 설명 방식

아마도 치료 개입과 증강 개입을 구별하는 가장 일반적인 방법은 개입을 요구하는 문제들을 구별하는 것이다. 치료는 질병이나 장애에 의해서 생긴 건강 문제에 대처하는 개입인 반면에 증강은 건강한 몸과 정상적인 특질(normal traits)에 대한 개입이다. 따라서 성장호르몬 결핍을 바로잡기 위해 성장호르몬을 처방하는 일은 적절한 치료가 되고 성장호르몬 수치가 정상인 사람에게 키를 크게 만들기 위해 성장호르몬을 처방하는 일은 증강이라고 할 수 있다. 이 설명에서 개입을 적절한 의료로서 정당화하는 것은 환자의 병리적인 문제가 확인 가능함을 의미한다.

만약에 ‘의학적으로 확인될 수 있는 문제’를 진단할 수 없다면, 이 문제에 대한 개입은 “의학적으로 필수적인 것”이 될 수 없으며 따라서 증강으로 여겨질 것이다. 이런 해석은 간단하고 직관적인 호소력이 있으며 의료행위의 훌륭한 통제 수단이 될 수 있는 장점이 있다. 질병은 객관적으로 관찰이 가능한 현상이고 의학적 개입의 전통적인 표적이라고 할 수 있다. 우리는 진단을 통하여 질병을 파악할 수 있다. 따라서 병리적인 현상이 발견되지 않을 때에는 의학의 경계를 넘어섰다고 말할 수 있다.

그래서 소아 내분비학자는 “망가지지 않았으면 고치지 말라”라는 옛 속담을 인용함으로써 성장호르몬의 증강 목적의 사용에 찬성하지 않는다. 이런 해석은 미용성형 외과의사와 같이 치료와 증강의 경계 부위에서 일하는 의사들의 입장에서는 고객의 미적인 취향을 만족시키는 것이 아니라 환자의 “진단할 수 있는” 심리적인 고통을 덜어주는 것이라는 명분을 제공하여 미용성형 서비스를 합리화하는 데 사용될 수도 있다. 또 미용성형 수술에 대한 보험금을 지불하기 전에 진단에 의해 질병으로 판정이 되어야 한다는

의료 보험 회사의 주장에 사용될 수도 있다.

그러나 이런 해석은 최소한 두 가지 어려움에 직면하게 된다. 첫 째, 예방의 문제다. 일반적인 “건강 증진”이 의학의 경계에 양다리를 걸치고 있는 것으로 종종 이해되는 반면에, 특정 질병의 발현을 예방하려는 노력은 대개 의학의 적절한 영역으로 받아들여지는 동시에 자동적으로 치료-증강 경계에서 “치료” 쪽에 위치하는 것처럼 보인다. 질병을 예방법 중에 어떤 것은 진단할 수 있는 어떤 문제가 생기기 전에 질병에 대한 인체의 저항 능력을 높이는 것이다. 이런 형태의 모든 예방은 ‘고장 나지 않은’ 인체의 기능을 ‘수리’하려는 시도로서 자연히 증강 쪽으로 이해될 수도 있다. 유전학적인 방법에 의한 예방도 동일한 맥락에서 이해할 수 있다. 비유전학적인 예방적인 개입 즉 전염병에 대한 예방접종에서 출발하여 유전학적 증강을 의학의 고유 영역에 포함시키려는 시도도 있다.

증강의 경계에 대한 ‘질병에 기초한 해석’이 직면할 수 있는 두 번째 문제는 악명 높은 생물학적 의학의 질병분류학(nosology)의 신축성이다. 증강 개입의 사용을 정당화하기 위한 목적으로 새로운 질병을 만들어내는 일은 어렵지 않다. 한 가지 보기로 캐시 데이비스의 책에 소개된 사례를 소개하면 네덜란드에 살고 있는 모로코 출신의 십대 소녀의 코 미용성형 수술을 시행한 한 성형외과 의사는 “인종적인 특징 때문에 생긴 열등감”의 치료라고 정당화하였다(Davis 1995). 의학의 경계를 질병에 의해 해석하는 접근 방식은 의사들의 손에 치료의 경계를 설정하는 권력을 넘겨주는 일로 여겨지고 있으며 남용의 가능성에 대한 우려의 목소리가 있다.

### 3.2.3.2 이념적인 설명 방식

의학적인 질병들을 확인하고 설명하며 이 질병들을 인종 차별이나 외모

의 차별과 같은 심리사회적인 문제들과 구별하는 객관적인 방법이 없다면 치료-증강 구별 자체는 다양한 문제에 대해 기꺼이 증강 개입을 하려고 하는 의사들의 현재의 가치관을 반영하는 사회구조로서 가장 잘 이해될 수 있을 것이라는 견해가 있다(Engelhardt 1990). 이 견해에 의하면 사실상 의학의 고유 영역이라는 것은 존재하지 않으며 의사와 그의 환자들은 어떤 문제를 “질병”으로 간주하고 어떤 개입을 “치료”로 간주할 것인가를 함께 결정하는 데 있어 반드시 자유로워야 한다는 것이다.

이 설명 방식은 의학에 대한 현대의 수많은 사회과학적인 비판들과 잘 공명한다. 이것은 또한 특정한 사례에 있어서 전문직으로서의 의무에 관심이 있는 의사들을 위해서 간단명료한 규범적인 교훈을 제공할 수 있다. 또 환자의 가치 체계로부터 힌트를 얻을 수 있고 환자가 그 자신의 인간적인 향상에 대한 비전을 성취하는 데 도움을 줄 수 있는 개입의 방향으로 협상할 수도 있다. 그러나 이것은 한 가지 중요한 점에서 만족스럽지 못하다. 이것은 ‘증강’의 개념과 ‘치료-증강의 구별’을 사용하여 의학의 한계와 “의학적 필요”를 명확히 하려는 노력을 쓸모없게 만들 것이다. 특히, 정책적인 차원에서 보건의료자원의 분배 결정에 유용한 개념인 상한선을 설정해야 하는 경우에 이와 같은 무능함은 심각한 허점이라고 할 수 있다.

### 3.2.3.3 정상성에 근거한 설명 방식

치료-증강 구별을 해석하는 마지막 방식은 가장 중요한 접근이라고 할 수 있는데 ‘필수적인 보건의료 서비스’와 ‘사치스러운 서비스’의 구별을 가능하게 하는 정책적인 도구의 필요에 부응할 수 있는 설명 방식이다. 이 관점의 대표적인 예는 “의학적 필요”의 한계를 결정하는 데 필요한 “정상 기능” 기준으로, 이런 기준은 사회적인 승낙을 받을 수 있다는 주장이다.

새빈과 대니얼스는 개입의 대상이 질병의 범주(disease entities)인지 아니면 ‘긍정적인 건강의 정도(degrees of positive health)’인지를 구분하여 ‘적절한 치료’와 ‘비의료적인 증강’ 사이에 개념적인 선을 그으려는 시도는 필요 없을 뿐 아니라 열매도 없을 것이라는 회의론에 동의한다. 새빈과 대니얼스는 그보다는 인구 집단 내에서 의료 서비스를 어떻게 공정하게 제공할 수 있는가를 단순하게 생각함으로써 적절한 선이 그어질 수 있다는 주장을 한다(Sabin and Daniels 1994).

그들은 보건의료를 기회의 평등을 유지하는 사회적인 수단으로 설명한다. 각 개인에게 정상 기회 범위(normal opportunity range)의 사회적 몫을 누릴 수 있도록 하는 서비스가 의료적인 필요(health care needs)라고 정의하였다. 즉 사회 구성원 개개인이 자신의 최대한의 기술과 재능을 발휘할 수 있도록 접근 기회를 제공하여 인간 종(human species) 내부에서 연령이나 성별 등의 준거 집단(reference class) 구성원들의 전형적인 기능적 능력의 범위까지 그들의 능력을 회복시키거나 향상시키는 서비스를 의미한다. 대니얼스는 더 나아가서 ‘종 특유의 기능(species-typical functioning)’ 견해를 말함으로써 이런 ‘의료적인 필요’의 정의를 구체화하였다. 종 특유의 기능은 그저 ‘통계적 개념’에 의지하는 것이 아니라, ‘종의 전형적인 구성원의 자연적인 기능 구조(natural functional organization)’를 나타내는 ‘유기체 설계의 이론적인 설명(a theoretical account of the organism)’을 내포하는 것이다(Daniels 1986). 준거 집단의 전형적인 범위를 넘어서 개인의 기능적 능력의 범위를 확장시키려는 모든 종류의 개입은 의학적으로 불필요한 증강으로 간주될 것이다. 따라서 새빈과 대니얼스는 다음과 주장하고 있다.

질병을 치료하는 것과 인간의 능력을 증강시키는 것은 아마도 둘 다

바람직한 사회적 목표일 것이다. 그러나 이 둘이 서로 혼동되어서는 안 된다. 정상 기능 모델은 “사회가 명시적으로 다른 형태의 불이익을 경감시키는데 보험 재정을 사용하겠다고 결정하지 않는 이상 건강의료보험의 지출은 반드시 질병과 장애에 의해서 생긴 손상에 제한되어야 한다”는 의미를 담고 있다(Sabin and Daniels 1994).

‘정상 기능’ 접근 방법은 정책적인 목적을 가지고 의료 서비스를 제공하는 사회적 의무의 한계를 결정하려는 정교한 시도이며 보건의료 비용 지불 정책과 전문직 집단에 의한 대다수의 실질적인 ‘선 굿기’ 판단의 근거를 재구성하려는 시도에 가까운 것이다. 그러나 불행하게도 이 접근 방법 또한 우리의 목적을 향한 중요한 여정을 불투명하게 한다. 특히, 정상 기능의 해석을 도덕적 감수성, 날카로운 지적 통찰력, 관대함 같은 사회적으로 유익이 큰 개인적인 증강의 문제에 적용할 때 어려움에 부딪치게 된다.

새빈과 대니얼스의 제안이 드러내는 가장 취약한 문제 두 가지가 있다. 하나는 우리가 ‘종-특유의 기능’을 충분히 확고하게 구체화할 수 있는 ‘유기체 설계의 이론적인 고려’를 소유하고 있는가의 문제이다. 다른 하나는 한 개인의 ‘기술과 재능’을 인간 유전의 ‘자연적 복권(福券)’에 의한 유효한 기회 범위에 있어서 제한의 기준선으로 고정시킬 수 있는가 하는 점이다.

무엇보다, 인간의 ‘종-특유의’ 기능에 관하여 인간 개인의 특질에 대한 이론적 설명이 시사하는 바는 무엇인가? 물론 대니얼스가 그의 목적에는 적당하지 않다고 거부한 경험적 의미에서의 “규범”인 평균 중간 범위를 이용하여 인간의 심리학적 스펙트럼을 통계학적으로 찾아내는 것은 가능하다. 현대 생물학의 일반적인 맥락 속에 위치하는 현대 인간 생물학은 인간의 유기체적인 설계에 있어서 생식적인 적응도를 넘어서는 ‘끝이 열려 있는 기능적인 목표(open-ended functional goals)’를 매우 적게 허용하고 있

다. 그러나 사실상 인간은 종종 “문화구성요소(meme)<sup>42)</sup>”의 확산을 유전자의 확산보다 우선하도록 허용한다. 어떤 식물이 결코 지나치게 오래 살 수 없는 것처럼 또 어떤 동물이 너무 많은 새끼를 가질 수 없는 것처럼, 인간도 결코 지나친 지적, 도덕적, 영적인 경험을 할 수는 없다. 아니면 최소한 이 영역들에서 적절한 경험의 수준이 있다면 생물학적 이론은 그것을 정의하는 데 있어 도움을 청할만한 장소는 아니다.

개인적인 증강을 다루는 시도에서 ‘기회 범위’ 고려의 두 번째 문제는 이런 특질에 있어서 증강의 ‘최적의’ 수준을 분간할 수 있는 능력이 없다는 사실로부터 직접적인 영향을 받는 ‘공정’의 문제다. 새빈과 대니얼스는 사람들의 ‘재능과 기술(또는 심리사회적인 능력)’이 선천적이고, 대개 변할 수 없으며, 대체로 불평등하다는 가정을 하고 있다. 이 두 학자는 “기회의 평등이라는 보편적인 원칙이 개인 간의 차이를 균등화하는 것은 아니다”라는 입장에 분명하게 서있고(Daniels 1986, 33), “의료의 공정한 접근”에 대한 두 학자의 전망은 결과적인 불균형과는 관계없이 개인들이 자신의 재능과 기술의 ‘완전한 배열’을 인식하는 데 필요한 서비스를 소유할 수 있는 제도를 산출할 것이라는 것이다.

그러나 만약 모든 사람들의 재능과 기술이 향상될 수 있다면 자연적으로 운이 좋은 사람들을 차별하는 “평등화” 정책에 반대하기는 힘들어지게 된다. 만약에 통계적인 평균이 서비스의 목표로 사용된다면 평균 이상으로 태어난 모든 사람들은 접근을 거부당할 것이다. 만약에 최고 한도가 종의 심리사회적 챔피언의 수준으로 정해진다면 운이 나쁜 사람들은 증강의 자원을 훨씬 더 많이 요구할 것이다. 챔피언을 포함하여 자신이 합리적으로 성취할 수 있는 기회의 “완전한 배열”을 자각하고 각자의 능력에 가치를

---

42) 유전자처럼 재현·모방을 되풀이하며 전승되는 언어, 노래, 태도, 신앙, 식사의식, 기술 따위의 관습·문화.

두는 사람들에게는 운이 나쁜 사람들을 위한 부가적인 증강 자원의 제공 또한 불공정한 요구가 될 것이고 따라서 수용할 수 있는 증강의 한계를 결정하는 나쁜 방법이 될 것이다.

마지막으로, 어떤 형태에서든지 증강을 ‘적절한 의학적 치료’와 대조시킴으로써 증강을 정의하려는 시도는 개인적인 증강의 윤리에 관심이 있는 개인이나 부모들에게만 제한적인 가치가 있을 것이다. 특정한 증강이 의학적으로 불필요한 것을 알아내는 일이나 의사의 업무 또는 생물학적인 정상화 시도조차도 개인과 부모들에게는 기본적인 윤리적 질문이 될 수 있다. 건강에 대한 위험은 없는가? 서비스를 제공하는 슈목터를 신뢰할 수 있을까? 평균 이상으로 좋아지려는 열망을 가진 나 자신을 금지시키려는 것을 믿을 수 있는가?

대부분의 사람들은 종-특유의 평균을 초월하려는 인간적인 노력에 박수갈채를 보내고 의학의 바깥에서는 전문가들과 함께 일하는 것을 좋아하고 심지어는 증강의 과정에서 그들과 자식에 대한 어느 정도의 위험은 기꺼이 감수하려 하기 때문에 이런 종류의 풋대가 만약에 정책 입안자가 유일하게 사용하는 것이라면, 이런 방식은 까다로운 문제에 별 도움을 주지 못할 것 같다. 이 단계에서의 질문에 대한 답은 개인의 증강 윤리에 관한 논의에서 이미 가정된 바와 같이 실질적인 이슈의 일부 집합과 비교하여 증강이 제기될 수 없는 울타리를 두르는 것이다. 만약에 정책입안자가 경계표지와 도덕적 풋대 두 가지 모두로 사용될 수 있는 증강의 설명 방법을 찾으려 한다면 그들은 더 멀리 내다볼 필요가 있다.

### 3.2.4 성취에 대비되는 개념으로서의 증강

자기향상(self-improvement)의 윤리에 대한 검토는 증강을 해석하는 두

번째의 중요한 접근방법이다. 여기서, 도덕적으로 의심스러운 증강 개입의 특성을 정의하는 일은 그 개입이 ‘의학적 필요’로 간주될 수 있느냐 없느냐에 있기 보다는 원하는 향상을 이루기 위한 수단인 본질을 해석하는 데에 있다. 수단에 관해서 설명하는 방법은 여러 가지가 있다. 증강의 윤리에 관심을 가진 사람들 가운데 많은 사람들은 의학적 위험성과는 관계가 없는 자기향상의 수단에 대해 주목을 하고 있다. 운동이나 교육 그리고 기도 등은 목표를 위한 ‘자연적인’ 수단인 데 비해 약물이나 수술 등은 ‘인위적’이고 자연적이지 못하다는 것이다. 개인적인 향상은 반드시 훈련과 노력에 의해서 성취되어야지 개인적인 향상을 의학적 개입을 통하여 얻는 일은 ‘성취(achievement)<sup>43)</sup>’의 가치를 떨어뜨리고 그 과정에서 역할을 하는 사회적 행동에 대한 기만이라는 것이다. 종교적으로 말하면 유전적인 증강을 통하여 향상을 추구하는 일은 오만불손의 반영이고 불경스럽게 ‘신 노릇’하려는 시도라고 할 수 있다.

스포츠에서 ‘수행 증강(performance-enhancing)’ 목적의 약물 사용 논의에서 이와 같은 시각을 직업의 윤리를 강조하는 의미에서 ‘약물학적인 칼뱅주의’로 부르기도 하는데 적절히 확장시키면 ‘의학적 칼뱅주의’라고 부를 수도 있다. 이 용어들은 또한 세상에 대한 신의 유전적인 계획을 훼방하는 것으로 보는 비판자들을 이해하는 데 도움이 된다. 성취의 수단으로서의 증강을 세 가지 면에서 비판할 수 있다. 첫째, 성취의 수단이 자연적이지 않고 인위적이라는 비판이다. 둘째, 도움이 되는 지름길이 아니라 오히려 해로운 지름길이라는 비판이다. 셋째, 의학을 제대로 활용하는 것이라 오용하는 것이라는 비판이다(Juengst 1998, 38).

---

43) 성취(achievement)는 ‘특정한 과정을 거쳐서 목적을 이루는 것’이다. 단순화해서 말하면 훈련과 노력에 의한 개인적인 향상은 성취이고 증강 개입을 통해 목적을 이루는 것은 성취가 아니다.

### 3.2.4.1 인위적인 수단

향상의 수단이 인위적이라는 비판이다. 이 비판적 견해는 자연주의의 한 형태로 볼 수 있다. 행복을 위한 의학적인 지름길은 ‘인위적’이기 때문에 잘못이지만 운동, 기도, 그리고 교육과 같은 전통적인 수단은 ‘자연적’이기 때문에 받아들일 수 있다는 것이다. 이 구별은 인간과 신의 적절한 관계를 주창하는 신학자들에 의해 거부되기도 하고 지지되기도 하는데 인간이 자신을 증강시키기 위해 의학적인 수단을 사용하는 것은 도를 지나친 위험한 일이 된다. 천부적인 자연적 한계를 겸허히 수용하지 않고 오만하게 ‘신 노릇’하게 될 위험이 있다는 것이다. 심리학적인 입장에서는 증강을 위한 ‘자연적인’ 수단의 의미는 때로 더 ‘진정한(authentic)’ 수단으로 해석될 수 있다. 따라서 인위적인 개입의 선호는 향상되는 인간의 진정한 본성이나 정체성의 가치를 떨어뜨리거나 은폐하는 일이 된다(Slomka 1992).

종교적인 전통 내부의 사람들에게는 인간의 행위와 신적인 행위의 적절한 영역 사이에 확실한 선을 긋는 일은 유용할 수 있다. 또 특정한 형태의 인격적 진정성(personal authenticity)에 관심을 갖고 있는 사람들에게는 구별에 대한 자연주의적인 해석이 유용한 도덕적 푼대로 사용될 수 있을 것이다. 그러나 종교와 심리학의 사적인 영역 바깥에서는 공공정책의 목적으로 자연주의를 작동시키기는 힘들어 보인다. 경험적인 관찰, 생물학적인 물질, 그리고 유기화학물질에는 ‘인공적’이라는 딱지를 붙이면서 한편으로는 교육적인 처방, 종교적인 의례, 그리고 스포츠의 관습은 ‘자연적’ 역할을 하고 있다고 주장할 수 있을지 의심스럽다.

인위적인 것에 반대하는 주장과 달리 “인위적인 것이 무엇이 문제냐”고 반론을 제기하는 사람도 있는데, 의학의 발전을 멈추기 위해 ‘자연적’이라는 용어를 불러내는 것은 위험하다고 주장한다. 의학에서 ‘자연적’이라는

것은 ‘원시적’ 혹은 ‘숙명적’이라는 용어의 또 다른 이름에 불과하다는 주장도 있다(Pence 2000, 180).

#### 3.2.4.2 해로운 지름길

증강이 해로운 지름길이라는 비판이다. 증강을 이해하는 데 있어 어떤 수단이 문제가 되는지에 대해 다행스럽게도 더 설득력이 있는 맥락이 존재하는데, 의학적 증강이 성취와는 다르게 일종의 속임수라는 생각이다. 이 견해에 의하면 의학적인 편법을 쓰는 것은 어쨌든 동일한 인간적인 성취를 가치 있게 하는 특정한 사회적 행위를 무효화시키거나 부정행위를 하는 일이라는 주장이다. 따라서 마라톤 선수가 훈련을 통해서 지구력을 키우지 않고 화학적인 방법으로 지구력을 증강시키는 것은 경기의 목적을 기만하는 것이라고 주장할 수 있다.

이 견해에 의하면 향상의 가치는 향상이 가져오는 이익 뿐 아니라 성취를 통해 받는 보상에도 있다. 성공적인 훈련의 달성은 그 자체가 칭송받을 만한 사회적인 행동으로 받아들여지기 때문에 향상에 가치를 더하게 된다. 신체적 개입이 칭송받을 만한 사회적 행동을 우회하는 데 사용되게 되면 마라톤 선수의 신체적인 지구력과 같은 향상의 사회적 가치는 결국 약화된다는 것이다. 우리가 향상시키기 원하는 사회적 업무(social practice)의 가치를 유지하기 위해서는 의학적 증강 노력에 대해서 ‘수단에 근거한 제한’을 부과해야 할 것이다.

개인적인 목표를 달성하기 위한 노력에 있어서 칭송받을 만한 인간적인 행위에 대한 지름길로서 증강개입을 해석하는 것은 윤리적 분석의 두 차원에서 특별한 효용이 있다. 첫째, 개인적인 차원에서 증강이 그들의 도덕적 통일성에 초래하는 어려움을 강조하는데 유용하다. 만약에 그들이 전통적

으로 구축하여 온 ‘사회적으로 가치 있는 행위’를 통하여 성취하지 않는다면 어느 정도의 성취까지 자신의 공로로 삼을 수 있을 것인가? 이 질문은 인과관계나 책임성에 대한 것만은 아니다. 분명히 그들은 여전히 그들 자신의 성취의 장본인이다. 리탈린으로 집중력을 높여 하룻밤 벼락치기 공부로 시험에서 좋은 성적을 올렸을 때에 실질적으로 시험을 치루고 좋은 성적을 얻은 장본인이 리탈린이라고 말하는 것은 오류다. 문제는 좋은 성적을 낸 학생에게 있다. 성적이라는 것이 학생들이 하리라고 추정되는 행위 즉, 주도적인 학습과 공부에 대한 증표로서의 통상적인 기능에 관한 문제다. 만약에 성적이 이런 기능을 하지 못한다면, 그 학생에게 성적은 본질적인 가치가 결여된 공허한 성취에 불과하게 된다.

이런 방식의 증강의 해석은 또한 사회적으로 가치를 인정하고 있는 행위들을 유지하는 사회제도의 정책을 위한 의미도 가지고 있다. 의학적인 지름길이 점차 ‘시험 보기’와 같은 특정한 수행을 칭송받을 만한 행위들로부터 분리시킨 결과로 이런 수행의 사회적 가치는 손상을 입게 된다. 지름길을 택하는 모든 사람들의 본질적인 가치를 떨어뜨릴 뿐 아니라 증강된 사람과 증강되지 않은 사람들 사이의 불균형은 전체 게임에 있어서 공정의 문제를 야기할 것이다. 만약에 프로 스포츠 선수의 연봉과 같이 성취와 관련이 깊은 외형적인 가치가 상당히 큰 경우에는 이를 촉진하기 위해 고안된 특정한 제도, 칭송받을 만한 행위의 본질적인 가치는 시작부터 문제가 될 것이다.

전통적으로 보호되어 온 사회적 가치의 지속적인 장려에 관심이 있는 제도에 있어서 이 주장은 두 가지 대안적인 정책적 함의가 있다. 이용 가능한 증강에 의해 영향을 받지 않는 탁월함을 평가할 수 있는 새로운 방법을 찾아내어 게임을 다시 설계하거나 증강적인 지름길의 사용을 금지시키는 정책적인 대안이 가능하다. 두 방법이 윤리적으로는 동일하기 때문에

사회제도가 어떤 길을 선택하느냐의 결정은 가능성과 실용성에 근거를 두어야 할 것이다.

개인과 부모들에게 증강의 잠재적인 도덕적 위험성을 지적하고 제도적인 차원에서 위험성을 지적하는 일은 증강을 수단에 근거해서 해석하는 것만큼 유용하다. 그러나 이 방법은 의학의 적절한 경계를 설정해야 하는 의사들에게는 별 도움이 되지 않는다. 환자들이 성취의 진정성이나 사회적 행위의 부패에 관심을 두게 되면 일부 의사들로 하여금 수행 능력을 증가시키는 약제의 처방을 그만 두게 할 수는 있을 것이다. 그러나 개인적인 차원에서 그렇지 전문가적 양심에 의해서는 아닐 것이다. 치료-증강의 구별을 안내서로 이용하려는 부모들처럼 증강-성취의 구별은 간단한 육체적인 증강을 고민하는 의사들에게 아주 기본적인 면에서만 도움이 될 것이다. 그러나 증강의 이런 방식의 이해가 의학에서 경계표지 역할을 제공하는 한 가지 방법이 있기는 하다. 이 방법은 개입이 실질적인 지름길인지 아니면 환자의 이익을 최우선으로 고려한다는 의사의 헌신과 업무에 손상을 입히는 것은 아닌지 하는 질문을 던져 봄으로서 가능하다.

후자의 증강 이해 방식이 의학의 문헌에 가장 많이 등장하는데 그 이유는 이 물음이 의학의 경계에 충돌했을 때 말을 해줄 수 있는 한 가지 방법을 제공하기 때문이다. 육체적 증강은 인간 육체의 기본적인 설계 요건에 의해 모두 자기 제한적(self-limited)이다. 육체의 어떤 특정한 부분이나 과정에 있어서, 최대한의 유익의 적정선을 넘어서서 증강을 추구하는 것은 아마도 전체적으로 볼 때 점차 육체에 해를 입히게 될 것이다. 이런 최적화의 특질은 어떤 사람이 도에 넘치는 개입을 시도할 때 쉽게 말할 수 있게 하고 편안하고 친근한 규범적인 선을 그을 수 있게 한다. 개입이 더 이상 적정하게 육체를 이롭게 하지 못할 때 의학적 기준에 의해 그 개입은 거절되거나 무시될 수 있다.

### 3.2.4.3 의학의 오용(誤用)

증강은 의학을 잘못 사용하는 것이라는 비판이다. 불행하게도 우리가 참여하고 있고 그 안에서 부정행위를 할 수도 있는 일부 사회 게임은 참여자의 성취에 의해 좌우되는 것이 아니라 게임의 참여자가 거의 통제할 수 없는 키, 외모, 피부색 등과 같은 특성에 의해 좌우된다. 낙인찍기(stigmatization), 차별, 그리고 배척의 사회 게임은 이러한 특성들을 다른 업무들이 성취를 외부적인 선(善)의 ‘본질적으로 가치 있는 열쇠’로서 사용하는 것과 동일한 방식으로 사용한다. 이런 게임에서 지름길로 쉽게 우회하기 위해 의학의 도움을 받아 이런 특성들을 변화시키는 일들이 점차 늘어나고 있다(Parens 1995).

여기에서 피부를 희게 하거나 키를 크게 하는 등의 의학적 개입은 증강이 된다. 왜냐하면 이런 의학적 개입은 수혜자의 사회적 지위를 향상시키는 행위일 뿐 아니라 더 나아가 개입의 수혜자가 괴로움을 당하던 원래의 사회적 편견을 지속시키기 때문이다. 결과적으로 비슷한 특성으로 괴로움을 당하고 있는 다른 사람들의 문제를 더 심각하게 만들게 된다. 이런 식으로 한 사람의 특성을 변화시키는 의료행위는 의학의 오용이라고 할 수 있는데, 이 경우에 오용은 문제가 육체적인 것이 아니라 사회적 것이기 때문에 더 복잡해진다. 증강을 이런 방식으로 이해할 때, 다른 종류의 도덕적 문제에 대해서도 경고를 할 수 있게 된다.

이 해석에 있어서 키가 작은 아이에게 성장 호르몬을 투여하는 일이 ‘도덕적으로 의심스러운 증강’이 되는 것은 이 아이에게 진단할 수 있는 질병이 없기 때문도 아니고 정책적인 기준이 없기 때문도 아니다. 그보다는 키가 작은 아동의 사회 환경을 변화시키기 보다는 아이를 변화시킴으로써 아

이의 사회적인 위치를 개선하려는 의도가 문제가 된다. 이런 방식의 증강 개념 해석은 전문가의 업무와 개인 행위 모두에 중요한 규범적인 메시지를 제공할 수 있다. 이 설명 방식에 의하면 증강은 거의 언제나 틀린 것이라고 할 수 있는데 그 이유는 그들이 개선하고자 추구하는 사회적 지위의 원천이 개인이 아니라 사회적인 집단에 있기 때문이다. 사회적 본질을 고려하지 않고 개인적인 차원에서 지위를 향상시키려는 시도는 “희생자에게 책임 떠넘기기”와 유사한 도덕적인 실수에 이르게 된다. 이것은 원인을 엉뚱한 데로 돌리는 것이며 궁극적으로는 무익하고 해로운 결과를 초래하게 된다.

증강의 이런 방식의 해석은 “학급의 학업성취를 향상시키기 위해 리탈린을 사용하는 것은 사회적인 문제를 부적절하게 의료화하는 것이고 유방 확대 수술은 단지 아름다움에 대한 사회의 성차별주의적인 시각을 악화시킬 뿐이다”라고 말할 때 기능을 하는 것처럼 보인다. 리탈린과 유방확대수술 두 사례에서, 비평가들은 “문제의 소지가 있는 인간적인 필요는 우리 몸에 의해 만들어지기도 하고 몸을 통해 해결될 수도 있다”는 가정을 비판하고 적절하지 못한 증강의 원인과 해결책을 몸이 아닌 인간 경험의 다른 영역에서 찾을 수 있다고 주장하기도 한다(McGee 1997).

증강을 의학의 오용으로 설명하는 방식은 개인적인 증강의 윤리에 관심이 있는 사람들에게 유용하다. 왜냐하면 이 해석은 치료-증강 구별이 제공하는 기초적인 고려를 넘어서 여러 가지 도덕적 위험을 경고하기 때문이다. 개인을 변화시켜 사회적 지위를 향상시키려는 시도는 다음의 몇 가지 위험을 무릅쓰는 일이다. 첫째, 부풀려진 기대감은 “나는 사회의 부적격자”라는 개인적인 느낌을 악화시켜 자기패배(self-defeating)적이 된다. 둘째, 모든 집단이 증강을 이용할 수 있게 되면 개인의 상대적인 이익이 상쇄되어 효과가 없어지게 된다. 셋째, 만약에 모든 집단이 증강에 접근하지 못한

다면 불공정하게 된다. 마지막으로 한 집단을 다른 집단보다 선호하는 편견에 의하여 결정되는 차이를 인정하도록 사람들에게 강요하여 불공평한 사회적 편견의 공모자가 되게 만든다. 스포츠에서 수행증강 약물을 사용할 것인지 말 것인지를, 배아(胚芽)에 “지도자(leadership)” 유전자를 주입할 것인지 말 것인지를 결정해야 하는 사람들에게 이런 방식의 증강의 이해는 증강을 의학적 치료와 구별하려는 시도보다 훨씬 설득력이 있다.

한편, 증강을 규제 개념으로 사용하기 원하는 정책입안자에게는 이런 방식의 증강의 이해는 한 가지 결점이 있다. 이 해석에 의하면 증강개입은 환자의 사회적인 특성을 향상시키려는 그릇된 의학적 개입이 된다. 그러나 대개 이런 개입은 증강을 수용하는 사람들에게는 정당한 의학적 문제에 대한 “치료”로 이해될 수 있다. 예를 들어, 사회적으로 성공적이지 못할 때의 심리적 고통은 정책입안자에게는 그릇된 의학적 개입이지만 수용자는 정당한 치료로 받아들일 것이다. 따라서 이 방식은 심각한 혼선의 여지를 남겨 놓게 된다. 다른 예를 들면, 미용성형수술의 윤리 논쟁에서, 비판하는 쪽은 자기향상의 도덕적 위험성을 지적하기 위해 증강의 개념을 적용하고, 변호하는 쪽은 그들의 업무에는 증강이 관여되지 않음을 주장하기 위해 치료-증강의 구별을 이용하여 그 경고를 비껴가려는 상황이 생긴다. 이런 상황에서는 증강의 개념을 무시하고 의료화와 같은 더 넓은 개념을 이용하여 의료모델을 부적당한 문제에 적용하는 잘못을 따지는 것이 더 의미가 있을 것이다(Juengst 1998).

특정한 사회적 성취를 위해 환자가 속임수를 쓰는 일을 돕는 것이라는 비판을 받고 있는 ‘사회 문제의 의료화’는 의학의 경계에 대해 중요한 함의가 있다. 최소한 사람의 키는 의학적인 방법으로 측정할 수 있는 특성이지만, 충성, 경쟁심, 지도력, 책임감, 적극성, 그리고 이타심 등과 같은 특성들은 아주 큰 ‘준거 틀(frame of reference)’이 없으면 지각할 수조차 없다.

이 특성들은 모두 다른 사람들과의 상호작용과 다른 사람들에 의한 평가를 특징으로 하는 사회 발전의 원동력이다. 사실, 이 특성들을 발휘하는 개인들의 사회적 맥락을 참조하지 않고는 이 특성들을 확인하거나 평가하는 것은 불가능하다. 조난 사고로 혼자 살아남아 있는 사람이 이런 특성들을 발휘할 수는 없다.

따라서 이런 특성들의 향상은 전통적으로 교사, 성직자, 변호사와 같은 전문직의 영역이었고, 이런 특성들이 계발될 수 있는 환경을 마련하는 책임을 지고 있는 정책수립자가 이를 지원하였다. 우리 육체가 제공하는 '사회적 능력의 기질(基質)'에 직접적인 영향을 미쳐 이런 특성의 향상을 의사의 영역으로 옮기려는 시도를 할 때, 의학은 기본적인 인식 경계(epistemic boundary)를 넘어서게 된다.

의학적인 방법만으로 사회적인 특성의 적절한 또는 최대한의 상태를 어떻게 확인할 수 있는가의 문제는 분명하지 않다(Anderson 1989). 예를 들어 어느 정도의 성장호르몬 용량이 적절한 사회적 유익을 보증할 수 있을까? 이 질문은 증강 경계에 대한 일종의 시험이라고 할 수 있다. 만약에 다른 경험의 영역으로부터 의학적인 측정 방법보다 증강을 더 잘 평가할 수 있는 평가기준을 도출할 수 있다면 '검토 중인 개입'은 의학의 영역을 넘어서는 '증강'으로 간주될 수 있을 것이다. 의학 자체의 인식적 한계 때문에 의학은 신체적 역학(bodily dynamics)의 야망을 제한하여야만 하고 사회적 역학(social dynamics)의 영역은 부모, 교사, 성직자, 변호사와 같은 '인간 가치에 대한 전문가'의 몫으로 남겨 놓아야 한다는 주장이 있다 (Jonas 1974).

### 3.2.5 어떤 의미의 증강 개념을 사용할 것인가?

분명한 사실은 도덕 개념으로서 “증강”을 이해하는 모든 방법이 나름의 한계가 있다는 점이다. 증강을 논의하는 문헌에서 이 해석들이 다양하게 쓰이고 있고 복잡하게 섞여 있기도 하다. 이것이 증강을 논의하는 데 있어 증강의 경계에 대한 명확한 규범적 의미가 명확해지기 힘든 이유이기도 하다. 예를 들어 ‘무익한 치료’의 논쟁은 “의학적으로 무익한 개입이 전문가들에게는 늘 허용이 되는 것인가?”의 질문을 던지는 반면에, 증강에 대한 윤리 논쟁은 그 폭이 훨씬 넓다. 증강개입이 “의학적 필요”는 아니지만 전문직 업무로서 반드시 “금지”되어야 하는지, 환자가 “선택할 수 있는” 윤리적으로 중립적인 방법 중의 하나는 아닌지, 언제든지 처방할 수 있는 것인지, 심지어는 안전하고 효과가 있는 것인지, 또 타당한 보건의료 서비스 인지를 우리는 확신할 수 없는 것 같다. 결정을 내리기 전에, 우리는 현재 진행 중인 논의에서 어떤 의미로 “증강”을 사용하고 있는지 알 필요가 있다.

윤리적인 분석의 영역이 달라질 때마다 이에 해당하는 증강의 해석을 정확하게 할당하기는 불가능하다. 그러나 어느 정도의 개략적인 상관관계의 도출은 가능하다. 그러므로 치료-증강 구별의 맥락에서 증강의 해석은 문제가 되고 있는 의학의 ‘전문적 기술’의 한계가 어디인가를 결정하는 데 가장 도움이 될 것으로 보인다. 의학의 경계가 질병 개념이나, 의료의 범위라는 사회학적 개념, 또는 인간 규범의 특정 이론 등 어떤 방식에 의해 규정되든지, 이 해석은 최소한 경계선을 그리는 수단을 제공할 수 있다. 또한 고려해야 할 모든 사항이 동일하게 된다면 그려지는 경계선은 의학적인 의무의 경계이지 의학적인 허용의 경계는 아니다.

이 도구를 이용하면, 미용성형수술과 같은 증강개입에 대해 의사로서의 수행을 여전히 허용할 수도 있고 부정하는 것도 가능하다. 치료의 의무 한계를 규정할 때에 사회가 “의학적 필요”의 중요성에 의존할 경우에 이 해

석은 보건의료의 적용범위에 대한 정책 수립에 있어서 중요한 의미가 있다. 이 해석에 의하면, 고려해야 할 다른 사항이 모두 똑같아진다는 전제 아래서 증강이 보건의료의 한 부분으로서 인정되지 않을 때조차도 사회에 의하여 적극적으로 금지되거나, 개인에 의해 무시될 가능성이 거의 없다. 왜냐하면 좋은 건강을 넘어서서 자기 향상을 추구하는 데 있어 본질적으로 잘못이 없기 때문이다.

대조적으로, 자기 향상을 위한 노력의 의학적 수단으로서의 오용에 초점을 맞추는 증강의 해석은 증강에 대한 전문직 윤리보다는 개인적인 윤리와 더 관련이 깊다. 특정한 성취의 진정성에 대한 우려는 개인에 대한 도덕적인 도전이기는 하지만 증강의 도구에 관한 안전성과 효과에 초점을 맞추고 있는 의학에서의 전문직 윤리에서는 장점이 거의 없다. 이 해석의 일차적인 정책적 의미는 청송받을 만한 특정적인 업무를 촉진할 책임이 있는 사회 제도에 있다. 성취를 위해 의학적 지름길을 제공하는 증강개입은 제도 안에서 그들이 지지하는 가치들 그리고 그들이 장려하기 원하는 업무들의 재평가를 강력히 유도하는 역할을 하게 된다.

마지막으로, 스펙트럼의 다른 쪽 끝에서, 잠재적으로 억압받을 가능성이 있는 육체를 통하여 사회 문제를 해결하려는 도덕적인 오류를 범하는 것처럼 보이는 증강개입은 관련된 모든 사람들에게 도덕적 경계를 더 강력하게 보여주게 된다. 의학에 있어서는, 이 개념이 문제 해결을 위한 의학적 접근이 불필요할 뿐 아니라 개념적으로 잘못되었다는 인식적인 경계를 표시할 수 있을 것이다. 이와 같은 종류의 증강개입은 개인과 부모 그리고 사회에 대하여 그들이 대처하고자 하는 사회 문제를 악화시킴으로써 굵어 부스럼을 만들거나 주어진 사회적 특성의 정상 범위를 그저 이동시켜 무익하게 만들 위험이 있다. 증강 개입을 의료화로 설명할 수 있다면 그 개입이 의학의 영역에 해당되는지 여부와 관계없이 증강에 대한 더 강력한 경고, 방

어 또는 전면적인 금지의 정당화가 더 수월해질 것이다.

### 3.3 의학적 증강의 분류

의학적 증강 기술을 간단하게 분류하려는 시도 자체에 회의를 보일 수도 있다. 의학적 증강과 관련된 공공 정책의 지침을 마련할 목적으로 증강의 분류를 시도할 수 있지만 간단한 분류는 불가능하다는 주장이 많다. 덴 브록(Brock in Parens 1998)은 수많은 복잡성 때문에 분류 자체가 어렵다고 주장한다. 필자가 문헌에서 확인한 바에 의하면 세 가지 분류 방법이 있다. 첫째는 증강을 신체적, 지적, 정신적, 도덕적 영역으로 나누는 방법이 있다(Baylis 2004). 둘째는 비유전학적 증강과 유전학적 증강으로 크게 두 가지로 나누는 방법이다. 셋째는 현재 시행되고 있는 증강을 위주로 하여 의학의 전문 분야에 따라 분류하는 방법이다.

의학적 증강을 신체적, 지적, 정신적, 도덕적 영역으로 나누는 방법에서, 신체적 증강은 키를 크게 하거나, 근육량을 증가시키거나 수면시간을 줄이거나 노화를 늦추는 시도 등을 그 예로 들 수 있다. 지적인 증강에서는 기억력이나 상상력을 향상시키고 다차원적인 사고를 향상시키려는 시도를 할 수 있다. 정신적 증강 영역에서는 사회성을 증가시키거나 부끄러움을 덜 타게 하고 확신을 심어 줄 수도 있다. 도덕적 증강은 폭력성을 감소시키거나 더 친절하게 하거나 동정심을 더 갖도록 하려는 것을 예로 들 수 있다.

유전적인 증강은 어떤 분류 방식을 따르든지 제시된 영역을 모두 아우를 수 있는 가능성이 있다. 유전자 조작은 체세포뿐만 아니라 생식세포 차원에서도 가능하기 때문에 한 사람만이 아니라 세대를 이어 계속 유전될 수도 있어 미래 세대에까지 영향을 미칠 수 있다는 점에서 더 근본적이고 큰 변화를 가져올 수 있다. 또 유전학적 증강은 환원주의 논란이 있고 자연

(nature)과 양육(nurture), 진화와 관련된 문제가 있어 가히 21세기 최고의 생명과학의 격론장이라고 할 수 있다. 따라서 유전학적 증강은 ‘의학적 증강’의 주된 논의의 장이 되고 있다. 유전학적 증강은 그 가능성이 크고 제한적이지 않기 때문에 의학적 증강을 크게 비유전적 증강과 유전적 증강으로 분류할 수도 있다.

또 현재 이루어지고 있는 증강을 위주로 하여 그 영역에 따라 구분하기도 한다. 정확히 일치하지는 않지만 대략 의학의 전문 분야와 많이 쓰이는 사회의 영역에 따라 분류하는 방법이 있다. 이미 경험하고 있는 증강 기술을 위주로 한 분류이기 때문에 현재의 증강의 논의에서 가장 많이 등장하고 있다. 증강을 의학의 분야에 따라 분류하는 것은 큰 의미가 없을 수도 있다. 그러나 의학적 증강의 전반을 이해하고 특정한 증강의 특징을 논의하는 토대로 삼을 수는 있을 것이다. 의학적 증강을 영역에 따라 다음과 같이 네 가지로 구분할 수 있다.

첫째, 미용성형수술이다. 미용성형수술은 임상의학의 오랜 경험의 산물이라고 할 수 있으며 그 개발자와 시술자가 일치한다. 그렇다고 해서 미용성형수술이 산업적인 기술 개발의 혜택을 보고 있지 않다는 뜻은 아니다.

둘째, 인체에서 생산되고 있는 호르몬의 기능을 할 수 있는 각종 합성 호르몬제제의 사용과 관련된 증강의 영역이다. 성장호르몬을 사용하여 키를 더 크게 하거나 여성, 남성 호르몬을 사용하여 노화를 방지하려는 노력을 예로 들 수 있다. 이 영역에서는 인체내에서 생리적으로 또 자연적으로 작용하고 있는 호르몬을 생명공학을 이용하여 생산하고 이를 비자연적인 증강에 사용하게 된다.

셋째, 인간의 특정한 기능을 최고로 하려는 수행 증강(performance enhancement)이다. 로스먼(Rothman 2003)의 책에서는 이런 증강의 문제를 ‘최대한의 수행(peak performance)’라는 소제목으로 다루고 있는데, 집중력

을 높이기 위해 리탈린을 사용하거나 감정을 조절하기 위하여 프로작을 사용하는 등의 약리학적인 증강을 예로 들 수 있다. 성적인 기능을 증강시키려는 목적의 약물 사용, 예를 들어 발기부전 치료 목적이 아닌 비아그라의 사용이 수행 증강에 해당하고 운동선수들의 기록 향상을 위한 스테로이드 복용도 이에 해당한다고 볼 수 있다.

넷째, 유전학적 증강을 별개로 다룰 수 있다. 인간 유전체 지도의 완성 이후에 이 ‘생명책’에 담긴 정보의 적절한 사용에 대한 논쟁이 치열해지고 있다. 유전적인 요소가 지금까지는 정상의 변이로 알려졌던 성격이나 미용적인 특징과 인과관계에 있거나 영향을 미치는 것으로 밝혀지고 있다. 유전적 요소는 지능, 동성애적 성향, 비만, 반사회적 행동, 약물 중독 등에 이르기까지 폭넓게 인정되는 추세다. 따라서 유전학적 증강 또한 매우 다양한 영역에서 논란이 될 가능성이 크다.

## 제 4 장 치료와 증강의 구별

치료-증강의 구별은 의학적 증강의 논의에서 핵심적인 주제의 하나로 구별의 가능성과 필요성에 대한 논란이 많이 발생하고 있다.<sup>44)</sup> 의학의 증강에 쓰이는 기술은 별개가 아니라 치료 목적의 기술이 그 용처(用處)를 달리 해서 쓰이는 경우가 대부분이다. 예를 들어 근육의 부피를 늘리는 기술이 퇴행성 근육질환을 치료할 목적으로 쓰일 수도 있지만 역도 선수의 능력을 증강시키는 데 이용될 수도 있다. 치료 목적으로 개발된 약품이나 호르몬제, 기술 등의 적용 범위를 확장시켜 의학적 증강에 사용할 수 있다. 치료와 증강에 쓰이는 기술이 별개의 것이라면 치료와 증강을 구분하고 그에 따른 윤리 문제를 논의하는 데 조금은 수월할 수도 있을 것이나 그렇지 못하다.

특정 질환을 치료할 목적으로 개발된 기술은 한 가지 질환에만 국한되지 않고 다양한 목적으로 쓸 수 있다. 예를 들면 미용성형수술의 발전은 1, 2차 세계 대전을 거치면서 이루어진 재건성형 수술의 발전의 결과라고 할 수 있다. 물론 처음부터 치료 이상의 추구를 목적으로 개발되는 약제나 기술도 있으며 점차 늘어나고 있다. 수익성 때문에 치료제보다는 이른바 ‘행복을 만드는 약(happy making drug)’의 개발에 더 비중을 두는 경향이 있다. 기업의 입장에서는 치료약제보다 더 큰 수익을 올릴 수 있다면 증강에 쓰이는 약제와 기술의 개발을 마다할 이유가 없을 것이다. 의학적 증강의 수단으로 사용되는 약제, 기술이 처음 개발할 당시에는 예측하지 못했던 용도로 또는 전혀 다른 분야에 적용되어 사용될 수도 있다.

---

44) 치료-증강의 구별은 ‘의학적 증강의 정의(제3장)’에서 ‘치료와 대비되는 개념으로서의 증강’에서 상당 부분 논의하였다. 그러나 증강의 핵심적인 주제를 다시 정리하여 논의하는 것은 충분한 가치가 있다.

의학과 생명과학의 이득은 쉽게 파악할 수 있는 반면 의학과 생명과학의 발전에 의해 제기되는 윤리적인 문제들은 쉽게 드러나지 않는다. 생명과학은 윤리적인 평가를 할 수 없을 정도로 빠르게 발전하고 앞서 나가고 있어 그 평가에 어려움이 있다. 또 더 나아가서 과거에는 예측하기 힘들었던 의학적 증강의 윤리적 문제를 파악하기란 매우 어려운 일이다. 증강은 생명의료윤리 논의에서 비교적 익숙한 ‘충분한 설명에 근거한 동의’, ‘의료에 대한 평등한 접근’ 등으로만 해결하기 힘든 윤리적인 문제를 제기한다.

#### 4.1 치료와 증강의 구별은 가능한가?

치료와 증강의 구분이 가능하고 의미 있다는 주장과 이런 구분은 가능하지도 않고 의미도 없다는 반대의 주장이 있다. 반대주장은 크게 둘로 나누어볼 수 있는데, 하나는 치료-증강의 구별은 의미가 없으며 ‘치료는 문제가 없고 증강은 문제가 있다’는 식으로 할 수 없기 때문에 증강에 대하여 허용적인 입장이다. 다른 하나는 ‘치료 이상의 추구’로 정의하여 문제를 풀어나가야지 치료-증강의 구별로는 한계가 있다는 주장이다. 이 주장은 증강에 대해 더 비판적인 시각이라고 할 수 있다. 치료-증강 구별의 난제를 먼저 살펴보고 반대의 주장 두 가지를 나중에 살펴보기로 한다. 그 다음에 ‘치료-증강 구별’의 가능성과 필요를 주장하는 견해를 살펴보려 한다.

##### 4.1.1 치료-증강 구별의 난제들

치료와 증강의 구별이 매우 어려운 경우가 있다. 이런 난제들은 치료-증강의 구별을 비판하는 근거가 되기도 한다. 치료-증강의 구별에 있어 변화를 갈망하는 상태의 원인을 고려할 때 한 층 더 복잡한 문제가 발생한다. 성장호르몬의 투여를 둘러싸고 논쟁이 벌어질 수 있는 두 소년의 사례

를 들어보자.

A는 키가 작은 11살 소년으로 뇌종양으로 인해 성장호르몬이 분비되지 않는다. 아이의 부모는 평균 신장이며, 소년의 예상 신장은 성장호르몬 투여를 하지 않을 경우 약 160cm로 예상된다.

B는 키가 작은 11살 소년이다. 최근의 검사에 의하면 성장호르몬이 정상적으로 분비되고 있다. 그러나 소년의 부모는 모두 키가 매우 작았으며 소년의 예상 신장은 160cm이다(Daniels 1994, 123).

A소년에게 성장호르몬을 투여하는 것은 치료이고, B 소년에게 성장호르몬을 투여하는 것은 증강인가? B 소년은 불평등한 대접을 받고 있는 것은 아닌가? A, B 소년 모두 자신이 선택하지 않은, 주어진 조건이라는 면에서는 동일한 것 아닌가? 이런 맥락에서 치료와 증강의 구분이 별 도움이 안 된다는 비판이 제기될 수 있다.

이 사례는 여러 면에서 치료-증강의 구별을 자의적으로 보이게 만든다. 첫째, A와 B는 치료를 받지 않게 되면 똑같이 불이익을 당하게 된다. 작은 키의 밑바탕의 원인의 차이가 이 중의 한 사람을 더 행복하게 만들고 다른 사람에 비해 유리하게 할 근거를 제공하지는 못한다. 둘째, A는 질병 때문에, B는 정상적인 유전형 때문에 키가 작다고 하더라도 두 소년 모두 작은 키를 자신이 선택하지도 않았고 그들 자신의 잘못으로 그렇게 된 것도 아니다. 두 소년의 작은 키는 생물학적인 “자연적인 복권(福券)”의 결과라고 할 수 있다. 셋째, B소년의 선호는 A소년의 선호와 마찬가지로 대부분의 사람들이 바라는 것으로 아주 특별하거나 호사스러운 선호는 아니다. 이것은 큰 키를 선호하는 사회적인 편견에 대한 반응이다. 비난해야 하는 것은 사회적 편견이지 사회적 편견에 대한 반응이 아니다(Buchanan et al. 2000, 115).

앨런 뷰캐넌(Allen Buchanan) 등은 치료-증강의 구별에 대해 지나친 기대를 하게 되면 치료-증강의 구별의 합리적인 옹호가 불가능하다고 주장하며 치료-증강의 구별이 의료보험 적용의 결정에서 중요한 역할을 하기는 해도 가감(qualification) 없이 필수적인(obligatory) 서비스와 필수적이 아닌(nonobligatory) 서비스의 경계로 해석될 수 없다는 지적을 하고 있다(Buchanan et al. 2000, 115). 그러나 치료-증강 구별의 바탕에 있는 질병의 개념이 우리로 하여금 유사한 사례를 상이한 방식으로 처리하게 할 수도 있을 것이다. 치료-증강 구별의 난제를 해결하기 위해서는 이 구별이 도덕적으로 자의적이라는 비판에 어떤 형태로는 답을 하여야 할 것이다.

#### 4.1.2 치료-증강의 구별에 대한 반대(1)

사라 괴링(Sara Goering)은 치료-증강의 구별이 직관적으로 의사들과 유전학자, 의료윤리학자 그리고 일반 대중에게 호소력이 있지만 구별의 모호함 때문에 일반 윤리학자로부터 거부당하고 있다고 지적하였다(Goering 2000, 333-4). 의학의 전통적인 기준에 충실한다면 유전학적인 치료를 추구하는 근거는 통증과 고통의 감소다. 심각한 고통을 초래하고 생명을 지나치게 단축시키는 질환이 우선적으로 유전학적인 치료의 대상이 되어야 한다는 주장은 당연하다. 이런 환자들을 대상으로 한 치료가 성공한 후에 다른 질환에까지 치료를 확장하는 것이 순리라는 주장을 할 수 있다. 또 유전 공학의 기술을 질병의 치료에는 사용할 수 있지만 증강 목적으로 사용해서는 안 된다는 주장이 제기될 수 있다.

프렌치 앤더슨(W. French Anderson)은 유전학의 증강적인 기술에 반대하는 두 가지 근거를 제시하고 있다(Anderson 1989). 첫째 이유는 “의학적인 위험성” 때문인데 이미 존재하는 유전자에 대한 치료와 비교하여 증강

의 목적으로 유전자를 복잡한 유전 체계 안으로 “추가(adding)”하는 것에 대해서 안전성을 확신할 수 없기 때문이다. 둘째는 “도덕적 위험성” 때문인데 어떤 유전자가 누구에게 제공되어야 하는지 판단할 방법이 없고 증강 기술을 받지 못하는 사람들에 대한 차별을 막을 방법이 없기 때문이다. 이런 방식의 반대는 새로운 것은 아니다. 의료윤리의 논쟁에서 항상 제기되는 문제이다. 의학적 위험성 논란은 언젠가는 기술적인 문제가 해결되면 증강을 해도 무방하다는 허용을 단지 유보하는 것이기 때문에 윤리적인 면에서 반대의 근거로 제시되기 힘들다. 더 중요한 것은 도덕적 해악의 위험성에 근거해 반대를 하는 것이 더 적절할 수 있다.

이런 방식의 주장은 치료-증강의 구별을 위한 분명한 선이 없고 또 ‘수용 가능한(acceptable) 향상’과 ‘문제 있는(problematic) 증강’ 기술의 구별을 위한 분명한 선이 없다는 전제하에서만 의미가 있다. 과연 구별할 수 있는 선이 있는지 또는 없는지 살펴보아야 할 것이다. 만약에 “질병”이 치료하도록 허용되는 것이라면 어떻게 질병을 정의할 수 있을 것인가? 건강과 질병의 개념을 면밀히 살펴보면 “질병”이라는 꼬리표가 형이상학적으로 순수한 것이 아님을 발견할 수 있다. 우리는 종종 질병을 객관적으로 확인할 수 있는 상태로 간주하지만 사실상 무엇인가를 질병으로 인정하는 것이 최소한 부분적으로는 의사나 사회 일반의 가치 판단에 의존하고 있음을 알 수 있다.

“질병”의 이름 아래에 포함될 수 있는 생리적인 조건들은 다른 사람에 의해서 종 규범(species norms)에 관련되어 있는 비정상적인 것, 또는 기능의 장애로 인정될 수 있다는 입장을 취하는 전문가도 있다. 이 견해에 따르면 “질병에 걸리는 것”은 단지 특정한 비정상적 생리 현상을 예시하는 것에 불과하다. 어떤 사회의 어떤 사람에게도 그 사람의 관련된 생리 현상의 예시에 근거하여 질병의 객관적인 표찰을 붙일 수 있다. 그러나 이런

견해는 많은 전문가들이 지적하듯이 난해한 사례에 맞서기 힘들다.

질병은 단순히 생리적인 상태에 머무는 것이 아니라 사회에서 한 개인의 기능에 중대한 영향을 미치는 생리적인 상태다. 색맹은 대부분의 국가에서 심각한 질환이나 장애로 간주되지 않는다. 그러나 아프리카의 어떤 곳에서는 초록색의 매우 다양한 명암이나 색조를 구분하는 능력은 최소한의 생존을 위해 필요하다고 한다(Cohen 1996). 이외에도 알코올의 사용이나 담배에 대한 의존, 비만, 안경을 쓰는 것이 어떤 사회에서는 질병으로 간주되지만 다른 사회에서는 질병으로 간주되지 않음을 예로 들 수 있다.

현대의학은 과거에는 치료의 대상이 되지 않았던 많은 상태를 의료화하였다. 피임, 임신과 출산, 아동의 성장과 발달, 아동들의 행동과잉, 학습장애, 작은 키, 유방과 코의 크기와 모양, 쌍꺼풀, 주름, 약물중독, 범죄 성향 등 수없이 많은 예가 있다. 우리는 우리 자신의 판단에 따라 특정한 생리적인 상태를 질병으로 보기도 한다. 이 판단은 개인의 가치와 사회의 관습, 자원, 그리고 표준적인 의료에 의존한다. 이런 판단들은 한 사회와 시대 안에서도 다르지만 사회와 시대를 초월해서도 다를 수밖에 없다. 예를 들어 자위행위와 동성애는 한 때 질병으로 간주되었다.

질병의 정의가 규범에 근거한다는 사실을 깨닫는다면 우리는 “질병의 치료와 건강의 증진에만 충실하면 모든 일이 잘 될 것이다”는 직관에 호소하는 일이 설득력을 상실하기 시작 한다는 것을 발견할 수 있다(Kitcher 1996, 212). 질병으로 간주하는 일은 생리학에 의존할 뿐 아니라 특정한 사회의 가치에 의존하기도 한다. 따라서 치료와 증강을 구별하는 선은 그 자체가 경계가 모호한 구별에 의존하는 것처럼 보인다. 치료-증강 구분의 어려움의 증거로서 자연의 경향 또는 체질(disposition)을 들 수 있다. 비만 자체가 질병이 아니라고 할 수 있지만 비만이 당뇨, 고혈압을 유발할 가능성이 매우 크다면 비만에 대한 시술을 하는 것은 치료인지 증강인지 구별

하기 어려울 수도 있다. 질병의 유병률과 사망률에 중대한 영향을 미치는 상태를 치료해야 하는가 하지 말아야 하는가? 사라 피링은 이와 같이 모호하고 문제가 있는 범주에 치료-증강의 구별을 억지로 짜 맞추지 말고 논의를 위한 새로운 개념을 찾아야 한다고 주장한다.

사라 피링은 유전학적 증강의 논의에서 롤즈의 공정한 분배 정의의 구도를 해결책으로 제안하고 있다. 그러나 분배 정의의 측면에서 공정성의 담보는 필수조건이기는 하지만 충분조건이라고 할 수는 없다. 우리는 공정한 분배 이상의 기준을 필요로 한다. 사라 피링의 주장은 최소한의 것에 멈추고 있고 우리는 그 이상을 필요로 한다.

#### 4.1.3 치료-증강의 구별에 대한 반대(2)

치료-증강의 구별이 문제에 대한 관심을 불러일으키는 데는 도움이 되지만 최종적으로는 도덕적 분석에 부적절하다는 지적이 있다. ‘의학적 증강’의 용어 사용에 대해 문제를 제기하고 ‘치료 이상(beyond therapy)’의 용어가 더 적절하다는 주장이다. 레온 카스(Leon R. Kass)는 미국 대통령 생명윤리 자문위원회의 보고서에서 다음과 같이 지적하였다.

증강은 단어 차원에서조차 문제가 심각하다. 일반적인 의미에서 증강의 의미는 추상적이고 명확하지 않다. 더군다나 치료와 증강은 중복되는 범주다. 모든 증강이 치료적인 방법으로 증강을 시키는 것은 아니지만, 모든 성공적인 치료는 증강적이다. 설사 우리가 “증강”을 “비치료적 증강(nontherapeutic enhancement)”을 의미하는 것으로 규정하여도 단어의 의미는 여전히 모호하다. 인간의 기능을 언급할 때 증강의 의미가 “더 성취하는 것”인가 아니면 “더 좋게 만드는 것”인가? 증강이 무엇인가를 더 충분히 가져오는 것인가 아니면 질적으로 변화시키는 것인가?

기억력을 증진시키는 일이나, 기억을 선택적으로 제거하는 일 모두 증강을 의미한다고 할 수 있는가?(Kass et al. 2003, 14-15).

래온 카스는 언어와 개념의 모호성 외에도 치료-증강의 구별은 내재적으로 복잡하고 논쟁의 여지가 있는 건강, 정상성의 개념에 전적으로 의존하기 때문에 어려움이 있음을 지적한다. 또 인간의 행동과 정신의 영역에서 건강과 장애, 정상과 비정상을 정의하려는 시도는 매우 어렵고 따라서 ‘정상 이상(super-normal)’을 정의하는 것도 매우 어렵다고 지적한다. 아주 심하게 부끄러움을 타는 것(extreme shyness)과 사회불안장애(social anxiety)의 차이점은 무엇인가? 세계 보건기구의 건강의 정의에 의하면, 어떤 행위가 한 개인을 더 행복하게 함으로써 그 사람의 정신적인 안녕을 증강시키는데 쓰인다면 증강을 목표로 하는 거의 모든 행위는 건강을 증진하는 것으로 따라서 “치료적”이다. WHO의 건강 정의가 지나치게 광범위하여 문제가 있다고 생각하여 건강과 ‘치료-증강의 구별’ 개념을 더 협소하게 사용한다 하더라도 문제가 해결되지 않는다고 지적한다. 만성 질환이나 심각한 외상의 경우에는 건강의 기준에서 크게 벗어나기 때문에 구별하는 것이 쉽지만 어떤 경우들은 단순한 분류에 들어맞지 않는다.

인간의 대부분의 능력은 연속선상에 놓여 있고 “정상 분포” 곡선에 위치하고 있다. 따라서 자신이 정상 분포에서 아래의 끝 부분에 가까이 놓여 있음을 발견한 사람들은 불리한 상황에 있고 따라서 다른 사람보다 건강하지 못한 것으로 간주될 수 있다. 그러나 평균의 경우에도 평균 이상과 비교하면 불리한 것으로 간주될 수 있다. 만약에 이 두 가지 경우 모두에 대해 불리함을 인정한다면 어떤 원칙에 의해 하위의 누군가를 돕는 것은 “치료”이고 단지 평균의 누군가를 돕는 것은 “증강”이 되는 것인지 질문을 던질 수 있다. 또 정상 분포를 보이는 인간의 속성, 예를 들어 키와 지능지수

같은 경우 평균이 규범이 될 수 있는 것인가? 이 규범 자체는 변경을 할 만한가?

점점 많은 과학자들이 인간의 모든 특성이 최소한 부분적으로라도 생물학적인 바탕에 근거함을 믿고 있는데, 어떻게 “질병”의 원인이 되는 ‘생물학적 결함’과 부끄러움, 울적함, 급한 성격 등의 원인이 되는 ‘생물학적 조건’을 구분할 수 있을 것인지에 대한 질문을 던질 수 있다. 이런 이유들로 ‘치료-증강의 구별’에 의지해서는 도덕 판단에 실패할 것이라는 주장을 한다. 게다가 어떤 것이 증강이고 아닌지에 대한 지루한 논쟁은 종종 적절한 윤리적 질문을 방해할 수도 있다. 레온 카스 등은 기술 자체의 본질에 의해서나 “증강”의 용어 사용으로 문제를 해결하기 보다는 ‘인간됨의 의미(human meaning)’와 도덕의 평가에 직접 부딪혀야 한다고 주장한다.

또 레온 카스는 이 주제를 의학과 의학의 목적과 연관을 지어 바라보기 보다는 인간과 인간의 목적에 더 연관을 지어 고찰할 것을 제안하고 있다. “치료 이상의 추구”의 단어를 사용하는 장점은 이 용어가 문제가 제기되는 의학의 환경을 반영을 하고 있고, 새로운 생명과학 기술의 사용에 대한 비전통적인 목표를 드러낼 수 있고 또 치료의 목적을 넘어서 어디에 위치하느냐에 대해 ‘제한을 하지 않는 특성(open-ended character)’에 단서를 제공하기 때문에 논의의 출발점으로 삼기에 좋다고 하였다.

#### 4.1.4 의학의 맥락에서 치료-증강의 구별

치료-증강 구별에서의 증강의 의미는 정상적으로 기능하고 있는 인간의 육체와 정신에 직접 개입하여 인간의 천부적인 능력과 수행을 향상시키는 것이다. 치료-증강을 구별하려는 목적은 특정한 행위를 ‘받아들일 수 있는 의료 행위’, ‘의심스럽고 받아들일 수 없는 행위’로 나누는 것이다. 치료는

항상 윤리적이지만 증강은 최소한 표면적으로는 ‘윤리적으로 의심할 수밖에 없는 것’이다. 예를 들어 심한 우울증 환자에게 프로작을 처방하는 일은 ‘받아들일 수 있는 의료 행위’로서 문제 삼을 필요는 없다. 그러나 지능을 증가시키기 위해 유전자를 주입하거나 시합에 나가는 운동선수에게 스테로이드를 투여하는 일에 대해서는 적어도 문제가 있다고는 말할 수 있다.

치료-증강 구별에 대해 비판적 시각을 보인 레온 카스도 의학의 맥락에서는 이런 구분이 유효할 수 있음을 지적하였다. 실질적인 측면에서 이 구분은 ‘의학의 중심적이고 필수적인 임무(환자의 치료)’와 ‘의학의 본업과 거리가 있는 주변적인 행위(예를 들어, 보톡스 주사 등과 같은 단순한 미용적인 시술)’를 구별하는데 유용하다. 의학은 최소한 전통적으로 증강보다는 치료를 추구해 왔기 때문에, 이런 구별이 치료자로 이해되는 의사의 적절한 행위의 한계를 결정하는 데 도움이 될 것이다. 그리고 의사들에게는 처방을 하고 인간에게 기술을 사용하는데 있어 거의 완전한 독점권이 주어졌기 때문에 치료-증강의 구분이 의학의 목적을 규정하고 또 간접적으로는 생명과학 기술의 합법적인 사용을 규정하는데 도움이 될 수 있을 것이다. 건강보험 제공자와 보험회사들이 질병의 치료에 대해서는 보험금 지급을 하고 증강에 대해서는 하지 않는 것처럼 ‘치료-증강의 구분’은 보건의료비용의 지불 결정에 활용되고 있다.

그러나 의료의 구체적인 맥락에서 의사와 환자가 함께 치료-증강의 구별을 할 수 있을 것이라는 희망은 다른 문제에 봉착하게 된다. 순수하게 의학적 판단이 아니라 또 다른 형태의 의료화라는 비판을 받을 수 있다. 또 경계의 모호함은 쉽게 해결될 문제가 아니다. 안락사 논쟁에서 적극적 안락사, 소극적 안락사의 경계가 실제 현장에서는 더 모호할 수 있는데 경계의 설정을 그저 의사에게만 맡길 수 없다는 반론이 제기되는 것과 유사하게 치료-증강의 구별도 경계의 모호함을 극복하기가 쉽지 않을 것이다.

더 어려운 점은 의사들이 자신들의 이해관계를 떠나서 치료-증강의 구별에 대한 중립적인 판단을 내릴 수 있는지에 대한 의구심이다.<sup>45)</sup>

#### 4.1.5 치료-증강 구별의 가능성

치료-증강의 구별의 가능성을 전면적으로 부인하는 견해를 살펴보고 증강보다는 ‘치료 이상의 추구’라는 다른 용어를 사용하여 치료-증강 구별의 어려움을 극복하려는 시도도 살펴보았다. 치료-증강 구별이 아주 힘든 경우가 있음을 부인할 수 없다. 그러나 항상 난제들만 있는 것은 아니다. 또 건강, 정상성의 개념에 의존한 치료-증강 구별이 난점이 있다는 점을 부인할 수 없다. 치료-증강 사이의 경계의 모호함, 선긋기의 어려움 또한 인정할 수밖에 없다. 그러나 의학의 구체적인 맥락에서 치료-증강의 구별이 가능하고 불완전할 수 있지만 이미 구별하고 있음을 인정해야 한다. 실제로 치료-증강의 구별이 아주 모호한 경우에도 보건의료정책이나 의료보험의 통제 기구(regulatory agency)들은 치료-증강의 구별을 일상적으로 하고 있다. 다른 종류의 구별과 마찬가지로 치료-증강의 구별도 불안정하고 이론의 여지가 늘 있으며, 악용의 가능성도 있다. 그러나 아주 투명하고 어디에든 적용할 수 있는 구별을 원하는 지나친 기대를 하지 않는다면 치료-증강의 구별은 가능하다. 단순히 보이기만 하지만 치료-증강의 구별에

---

45) 중립적인 판단의 어려움은 최근 미국에서의 미용성형수술을 비롯한 미용 시술에 대한 과세 논란에서도 확인할 수 있다. 미국의 여러 주에서 미용적인 의료 시술과 관련 상품에 대해 과세를 하는 법을 제정하려는 움직임이 있는데, 이에 대해 미국의사협회는 “어떤 시술이 치료 목적인지, 미용 목적인지 분류하는 일은 미묘한 판단으로 의사와 환자가 가장 잘 할 수 있으며 ‘미용’ 시술로 간주하여 과세를 하는 것은 다른 의료 시술에도 과세를 하게 되는 교약한 선례가 될 것”이라는 비판적인 입장을 표명하였다. 높은 의료비용의 문제를 안고 있는 의료 제도에 더 큰 부담을 주게 될 뿐 아니라 의료 시술에 대한 과세는 심각한 간섭의 시작으로 미용성형 수술에 멈추지 않고 선택적인 수술에까지 확대될 우려가 있다며 반대하고 있다. AMA House of Delegate, Resolution: 206(A-05). May 24, 2005.

대한 회의적인 시각을 비판하는 프랜시스 후쿠야마(Francis Fukuyama)의 지적은 새겨들을 만하다.

내가 보기에 ‘질병과 건강 사이에는 원칙적으로 차이가 없다’는 주장을 할 수 있는 사람들은 한 번도 병에 걸려본 적이 없는 사람들밖에 없는 것처럼 보인다. 당신이 만약에 바이러스에 감염되거나 다리가 부러진다면 당신은 무엇이 잘못된 것인지 완벽하게 알 수 있다(Fukuyama 2002, 209).

## 4.2 치료와 증강의 구별은 필요한가?

치료-증강 구별의 세 가지의 필요성을 주장할 수 있다. 첫째, 현실적인 필요가 있다. 명확하게 그 경계를 알아낼 수 없다는 주장을 인정한다고 할지라도 치료-증강의 구별을 하지 않을 수 없는 현실의 요청이 가장 중요한 필요의 근거가 될 수 있다. 의학적으로 필수적인 것은 당연히 제공되어야 한다는 믿음이 있기 때문이다. 어떤 형태의 의료제도이든지 의학적으로 필수적인 행위에는 보험금을 지불하고 필수적이 아닌 증강에 해당된다고 하면 지불할 필요가 없게 될 것이다.

둘째, 치료-증강의 구별은 도덕적인 경고의 깃발 역할을 할 수 있다. 치료-증강 구별이 명확한 경계나 명쾌한 기준을 제공하지 못한다 할지라도 ‘치료와는 달리 증강에는 심각한 문제가 도사리고 있을 수 있다’는 경고의 깃발 역할을 할 수 있다는 주장이다. 따라서 어떤 것이 증강에 해당한다고 인식하는 일은 필연적으로 도덕적인 경고의 깃발을 올리는 일이 된다. 이때 경고의 깃발은 치료에서는 경험하지 못하는 것으로 공공정책에서 중요한 의미가 있다. 예를 들어, 모든 부모들이 자신의 자녀들을 위해 최선을

추구할 때 공공선의 문제가 생길 수 있다. 남녀 성별의 선택을 예로 들어 보자. 유전질환이 있는 가족들만이 유전질환을 예방하기 위하여 성별 선택(gender selection)을 할 때는 미래 세대의 남녀 성비에 별 영향을 주지 않았지만 이와는 달리 경제적, 종교적 이유로 성별을 선택하게 되면 성비에 중대한 변화를 가져올 수 있을 것이다. 또 정의에 위배될 뿐 아니라 그 결과도 자기패배적이 될 것이다. 이때 치료-증강의 구별은 경고의 깃발 역할을 할 수 있다(Daniels 2000, 320-1).

셋째, 명확한 경계를 알 수 없더라도 치료-증강의 구별은 도덕 구역(moral zone)을 정할 수 있기 때문에 필요하다. 치료-증강의 구별을 활용하여 특정한 의료 개입이 우리가 기대를 하는 구역에 위치하는지, 우려를 나타내는 구역에 위치하는지를 정할 수 있기 때문에 중요하다. 유전학적인 치료와 증강을 예로 들면, 우리는 유전학적인 치료가 질병을 고치고 건강을 향상시키는 데 도움이 되리라는 기대를 하지만, 유전학적 증강이 우리를 차별, 편견, 우생학, 부정의 등의 바람직하지 않은 결과들로 향하는 ‘미끄러운 경사길’로 이끌 수도 있기 때문에 우려를 하게 된다. 치료-증강의 구별은 공적인 대화에서 증강의 실체를 확실하게 규명하는 동안 기대와 우려의 도덕 구역의 파악을 가능하게 한다(Resnik 2000).

치료-증강 구별의 어려운 문제들이 많이 있고 구별의 가능성에 대한 회의적인 시각이 많이 있음에도 불구하고 필요성을 부인하기는 힘들다. 필요성을 인정할 수 있다면 거꾸로 치료-증강 구별의 가능성을 둘러싼 난제들을 해결할 방안을 찾고 애매모호한 경계를 명확하게 하는 치밀한 작업이 계속되어야 할 것이다.

### 4.3 치료-증강의 구별과 보건의료정책

치료-증강 구별의 가능성과 필요성에 대하여 논의하였다. 이제 치료-증강의 구별이 가능하고 또 보건의료 정책에 이미 치료-증강의 구별이 활용되고 있다는 측면에서 논의를 진행하기로 한다. 치료-증강의 구별이 가능하고 또 필요하다면 이제 어떻게 구별할 것인지를 과제가 남게 된다. 그러나 쉽지 않은 과제임에는 분명하다. 에릭 파렌스(Erik Parens)는 의학적 증강의 윤리적 의미와 사회적 의미를 연구하는 프로젝트<sup>46)</sup>를 시작하면서 정책 입안자를 위하여, 공유가치(shared value)를 증진시키는 것, 공유가치를 위협하는 것, 그리고 둘 사이의 공유가치를 증진시키지도 않고 위협하지도 않는 것의 ‘증강기술 사용의 연속체(a continuum of uses of enhancement technologies)’를 명확하게 하기를 기대하였는데, 그런 기대가 몇 가지 이유로 비현실적임을 깨달았다고 한다(Parens 1998, 1). 첫째, 기술의 이질성과 증강의 규제를 둘러싼 많은 문제들이 “연속체”의 개념을 비현실적으로 만드는 점이다. 둘째는, “증강 기술”이라는 말 자체가 오해라는 점이다. “치료 기술”과 “증강 기술”은 별개의 기술이 아니라 동일한 기술이 다른 목표를 지향하기 때문이다.

어려움이 있기는 하지만 치료-증강의 구별은 이미 어느 정도 보건의료 정책의 현장에서 이루어지고 있다고 할 수 있다. 또 증강에서의 윤리가 치료 맥락에서의 윤리와 다르다면 결국 보건 정책에 반영하여야 할 것이다. 치료-증강의 구분을 보건의료정책에서 어떻게 반영할 것인가는 중요한 문제다. 앞으로 보건의료 정책에서 치료-증강의 구분은 더욱 중요해질 것이다. 증강의 윤리 문제는 의료제도, 보험제도와 함께 논의될 수밖에 없다.

네덜란드에서는 미용성형수술도 기본적인 보건의료제도의 틀 안에 포함

---

46) 미국 헤이스팅스 센터(Hastings Center)가 National Endowment for the Humanities (RH-21271-95)의 지원을 받아 1995년부터 2년간 진행한 연구 프로젝트로 그 연구 결과를 단행본으로 출간하였다. Parens, E. ed. 1998 *Enhancing Human Traits, Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press.

되어 있다고 한다(Parens 1998, 125). 이런 상황에서는 미용성형수술이 복지의 일환인지 호사스런 행위인지를 구분하는 것이 중요하고 어떤 선택을 할 수 있게 하는가가 중요한 문제일 것이다. 미용성형수술을 기본적인 보건의료 항목(basic health care package)에 포함시키고 있는 복지제도에서 의학적 증강에 대한 윤리 문제를 풀어나가는 열쇠를 발견할 수 있을 것이다. 캐시 데이비스(Davis 2003)가 네덜란드의 경험을 바탕으로 제시한 윤리기준(ethical guidelines)은 의학적 증강에 대한 정책의 훌륭한 단초를 제공하고 있는데 정리하면 다음과 같다.

첫째, 차이를 인정해야 한다. 대부분의 복지정책은 사람들의 보건의료 요구(health care needs)가 동일하다는 데에 기초를 두고 있다. 그러나 성별, 사회계급, 민족, 종교 등에 따른 차이가 분명히 있는데 이를 인정하고 고려해야 한다는 것이다. 미용성형수술이 어떤 사람에게서는 수용할 만하고 바람직할 수 있지만 어떤 사람에게서는 받아들일 수 없고 심지어는 사회가 불유쾌한 반응을 보일 수도 있다.

둘째, 특수성을 고려해야 한다. 대부분의 보건 정책은 보건의료의 표준적인 제공 이외에는 눈을 질끈 감고 외면하는 경향이 있고 특정 개인의 주관적이고 특수한 경험을 무시하기 쉽다. 한 개인의 고통이 참을 수 있는 한계를 넘어서는 특수성이 있다는 사실을 이해하는 것이 꼭 필요하다. 성형수술을 원하는 당사자의 관점에서 그 개인의 특수성을 찾아내려는 노력이 필요하다.

셋째, 필요를 분석하는 과정이 필요하다. 외모에 대한 문제는 지극히 사적인 영역으로 개인이 부담할 일이며 공공복지 차원에서 이를 제공할 필요가 없다는 것이 일반적인 상식이다. 그러나 낸시 프레이저(Nancy Fraser)는 복지서비스의 분배 모델의 유용한 대안으로 필요 분석의 정치학(politics of need interpretation)을 제시하고 있다(Fraser 1989). 이에 따르

면 필요는 항상 모순적이며 다가(多價)적이고 경쟁적이라고 한다. 필요는 본질적으로 도움이 되거나 파괴적이지도 않고 해방적이거나 억압적이지도 않으며 단지 분석을 하고 논쟁을 하는 지속적인 절차를 요구하는 것이라고 설명한다.

의학적 증강도 동일한 맥락에서 수혜자와 환자 단체, 정책 결정자, 의사, 문화 비평가 등의 다양한 집단이 민주적인 공공 토론을 거쳐 진정한 필요를 찾아내는 과정을 시도할 수 있다. 이러한 과정을 거친 결정은 개인의 고통을 무시하는 것도 아니며 특수한 사례에 대해 대중들도 부담을 함께 나누는 어려운 결정에 이르게 할 수 있을 것이다.

요약하면 캐시 데이비스(Kathy Davis)는 복지제도 아래서의 미용성형수술에 대한 해결책으로 차이(difference)를 인정하고 예외적인 경우(particularity)를 고려하며, 필요(need)를 판단하는 공적 과정에 개입할 것을 제시하고 있다. 그는 또 균형행동(balancing act)이 의료전문가에게 필요하다고 제시하고 있는데 외모로 인해 참을 수 없는 고통을 겪고 있는 여성과 같은 사회적 약자를 무비판적으로 매도하지 않으면서도, 위험하거나 억압적인 시술을 비평할 수 있어야 한다고 주장한다. 미용성형수술을 기본적인 보건의료항목에 포함시키고 있는 세계 유일의 국가 네덜란드의 경험은 제한적이고, 복지제도 아래에서의 해결책이지만 여기서 출발하여 연구를 한다면 자유시장 경제 체제에서도 의학적 증강을 시행하는 전문가의 윤리에 대한 실마리를 찾아낼 여지는 있다.

치료-증강의 구별에 정확하게 해당되지는 않지만 미국 오리건 주에서는 기본적인 보건의료(basic health care)를 한정짓는 작업을 했는데 여기서도 치료-증강의 구별과 관련된 정책의 좋은 단서를 발견할 수 있다. 미국에서 빈곤 계층에 제공되는 의료보험인 메디케이드(Medicaid)는 주에 따라 20%에서 80%까지 혜택을 주고 있다. 오리건 주는 보험 혜택을 받지 못하는

빈곤층의 숫자를 줄이고 적절한 수준의 의료를 제공하기 위하여 1994년에 오리건 보건 계획(Oregon Health Plan, OHP)을 시행하기 시작하였다. 740개가 넘는 질병과 치료의 쌍(condition-treatment pairs)을 선택하고 우선순위를 매겨서 의료비용을 줄이고 효율을 높이려는 시도를 하였다. 상반되는 평가가 나오고 있지만 우선순위 목록(prioritization list)은 메디케어 프로그램에서만 아니라 다른 주나 다른 국가, 그리고 보험 회사에서도 사용되고 있다. 이 우선 순위 목록은 지역사회 회합, 의료에 대한 일반 시민의 선호도 조사, 비용효과 분석, 치료 결과 분석 등의 과정을 거쳐서 만들어진다고 한다(Oberkander et al. 2001). 질병과 치료 쌍의 우선순위는 또 지역사회의 보건의료 전문가로 구성된 위원회에서 결정을 한다고 한다.

물론 이 우선순위의 구별이 정확하게 치료-증강의 구별에 들어맞는 것은 아니다. 그러나 치료-증강의 명확한 한계를 설정할 수 없다는 비판에도 불구하고 오리건 보건 계획에서 우선순위의 목록을 만드는 방식과 같이 치료-증강을 구분하는 실질적인 방법까지 거부할 이유는 없을 것이다. 또 이와 같은 방식의 치료-증강 구별은 의료보험의 혜택 여부를 떠나 증강을 수행하는 전문직의 한계를 설정하는 방법이 될 수도 있다. 그러나 여전히 규범적인 기준을 찾지 못한다면 지나치게 현실에 근거한 부정적 의미의 실용적(pragmatic) 해결책에 불과할 수 있다.

최근 미국식품의약국(FDA)은 키가 가장 작은 하위 1.2%의 아동에게 성장호르몬 사용을 할 수 있도록 허용하였다.<sup>47)</sup> 성장호르몬의 결핍 등 병적인 경우가 아님에도 불구하고 치료의 하나로 인정을 한 사례다. 의학적 증강에 대해 무조건적인 수용을 할 수도 없고 무조건적인 배척 또한 해결책은 아닐 것이다.

---

47) *British Medical Journal* 2004;328:907-908 (17 April)

## 제 5 장 의학적 증강의 윤리 쟁점

의학적 증강에는 다양한 윤리적인 문제들이 있다. 과거에는 상상하기 힘들었던 일들이 의학의 발전으로 가능해졌기 때문에 예측하기 힘든 다양한 윤리 문제들이 발생하기도 한다. 에릭 파렌스에 의하면 의학적 증강을 둘러싼 논의는 크게 두 가지로 나뉠 수 있다(Parens 1998). 첫째는 증강을 ‘치료-증강 구별’의 한 축으로서 보는 것으로 의사로서 해야 하거나, 해서는 안 되는 것에 대한 논의다. 공정해야 하는 의료보험 제도가 특정 서비스를 제공해야 되는지, 안 되는지가 이 논의 방식에 포함된다. 이 논의는 명시적이든 암시적이든 의학의 본래의 목적이 무엇인지에 대한 논의가 된다. 둘째는 의료 전문직 본래의 목적을 손상시킬 수 있는 행위를 하게 되는 의사들과의 관련보다는 의료에 국한되지 않는 사회적 가치 또는 목표를 위태롭게 하거나, 이미 존재하는 사회적인 문제의 악화에 대한 논의가 된다.

의학적 증강에 대한 윤리적 평가의 어려움은 증강에 대한 사람들의 태도 때문에 생기기도 한다. 의학적 증강에 대한 우려의 소리보다는 의학과 생명과학이 가져다 줄 수 있을 것 같은 ‘완전’과 ‘더 좋음’을 추구할 수 있다는 사실을 반가워하는 사람이 더 많다. 외부의 강요에 의해서가 아니라 자발적으로, 적극적으로 증강을 원하기 때문이다. 일부 과학자들은 주저 없이 장밋빛 미래를 펼쳐 보이고 치료 이상의 추구를 옹호한다. 물론 모든 사람들이 이런 장밋빛 미래에 환호를 보내는 것은 아니다. 그러나 대부분의 사람들은 증강을 반기고 있으며 증강의 미래에 대해서도 낙관적인 것 같다.

의학적 증강에서는 매우 다양한 윤리 문제가 쟁점이 되고 있다. 스포츠에서의 반도핑의 예를 들어 다양한 윤리 쟁점을 미리 소개하고 각각의 윤

리 쟁점에 대해 본격적인 논의를 하려 한다. 국제올림픽 위원회(IOC)가 정한 도핑의 정의는 ‘경기에서 특정의 경기인 또는 단체가 그 능력에 영향을 줄 목적으로 쓰는 약물학적, 의학적 그 밖의 모든 처방’이다. 역도 등 힘을 필요로 하는 선수들은 근력증강제를 복용하는 경우가 있으며, 수영이나 육상 등 일부 종목의 여자 선수들은 남성 호르몬제 복용으로 근력 증강을 시도한다고 한다. 양궁, 사격 등의 고도의 집중력을 요하는 종목 선수들은 심장 이완제(베타차단제)를 복용하기도 하며 체조 같은 체급 경기 선수들은 체중 조절과 몸매 유지를 위해 이뇨제를 복용한다고 한다. 스포츠에 있어서 반도핑은 금지 약물로부터 선수를 보호하고 스포츠의 기본 정신인 ‘공정한 경쟁’을 확보하기 위한 것으로 국제적으로도 세계반도핑기구(WADA: World Anti-Doping Agency)의 설립, 『UNESCO스포츠반도핑에 관한 국제협약』의 추진 등 활발한 움직임을 보이고 있다. 스포츠에서의 증강의 문제는 어느 정도 정리된 면이 있다. 반도핑의 근거로 첫째, 선수의 건강을 손상한다는 건강, 의학상의 이유, 둘째, 페어플레이 정신에 반한다는 윤리 도덕적인 이유, 셋째, 사회악을 낳는다는 사회상의 이유를 들고 있다(김사업 1998). 스포츠에서의 수행증강을 예로 들어 다섯 가지 쟁점을 미리 간략하게 소개하면 다음과 같다.

첫째, 의학의 목적은 아픈 사람을 치료하는 것인데 경쟁에 이기려는, 건강한 선수에게 약을 투여하거나 의학 기술을 사용하는 것은 ‘의학의 목적에 맞지 않는다’는 식의 논쟁이다.

둘째, 운동 시합에서의 승리는 약물이라는 수단을 통해 이루어져서는 안 되며 피나는 훈련과 인내 등을 통하여 성취할 때만이 가치가 있다는 식의 논쟁이다.

셋째, 평등과 정의의 문제에 관한 논쟁이다. 스포츠의 기본 정신은 페어플레이에 있는데 도핑에 의해 좋은 결과를 얻으려는 일은 평등과 정의에

위배되며 결국 공정 경쟁의 원칙에 위배된다는 주장이 제기될 수 있다.

넷째, 개인의 선택과 자유의 논쟁은 다음과 같이 전개될 수 있다. 선수에게 도핑을 금지하는 이유 중의 하나는 향후 운동선수의 건강 악화 가능성을 봉쇄하는 것인데, 만약에 의사결정능력이 있는 성인이 위험성, 건강악화의 가능성을 충분히 알면서도 자신의 더 큰 행복은 경쟁에서의 승리에 있다고 주장하며 증강을 강력히 원한다면 개인의 선택과 자유를 존중해야 한다는 주장이 있을 수 있다.

다섯째, 스포츠라는 것이 인간에게 주어진 한계를 최대한 극복하려는 인간의 노력인데 이를 부인하는 것은 스포츠 자체에 대한 의미를 상실하게 만드는 것이라는 주장을 할 수 있다. 그러나 이런 시각에 반대하는 주장도 있을 수 있다. 스포츠가 약물의 사용에 의해서 파괴될 수 있다는 주장은 표적을 정확히 겨냥한 것이 아니라고 비판할 수 있다. 스포츠의 요점은 어떤 고정된 시점의 원시적인 인간으로 하여금 그들이 얼마나 경쟁을 잘 하는가를 보는 것이 아니며, 성인 남성과 여성을 위한 별도의 경쟁이 있고 연령에 따라 아동과 청소년들을 위한 별도의 경기가 있고 또 프로와 아마추어가 별도의 경기를 하듯이 증강된(enhanced) 운동선수들을 위한 경쟁적인 스포츠를 거부할 본질적인 이유가 없다는 주장이 있다(Pence 2000, 174).

이와 같은 논쟁들은 어떤 종류의 의학적 증강에서든지 빠짐없이 등장하는 이슈들이다. 의학의 목적, 수단과 목적, 평등과 정의, 개인의 선택과 자유, 그리고 인간에게 주어진 한계 등의 다섯 가지 쟁점의 성격과 찬성과 반대의 논증들을 살펴보려 한다.

## 5.1 의학의 목적

의학의 목적과 관련하여 무엇보다 중요한 것은 안전의 문제다. ‘무엇보다 해를 끼쳐서는 안 된다(*primum non nocere*)’는 의학의 대명제를 벗어나서 윤리를 말할 수는 없기 때문이다. 건강을 최고로 생각하는 사회에서 사람들이 증강과 관련하여 걱정하는 첫 번째 이유는 그 목적이 무엇이든간에 안전의 문제다.<sup>48)</sup> 일반적으로 말하면, 완벽하게 안전한 증강 목적의 약제나 기술은 없다. 이것은 아주 중요한 의학의 상식으로 A계통을 강력하고 충분히 증강시키는 것은 어떤 것이든지 B계통에 강력한 손상을 줄 수도 있다. 심지어는 A계통에도 손상을 줄 수 있다. 기본적인 건강에 해를 끼치면서까지 ‘더 좋음’을 추구할 수는 없다. 건강을 해치는 증강을 정당화할 수 있는 방법은 별로 없어 보인다. 인간 전체로서의 건강을 해치면서 일부분의 증강을 시도하는 것은 윤리성을 인정받기 힘들다. 다소 과장된 예를 든다면 단순히 미용적인 이유로 앞에서 보이는 건강한 치아를 모두 빼고 인공치아이식(dental implant, 임플란트)시술을 하는 것은 악행금지의 원칙을 위반하는 것이라고 할 수 있다. 또 운동 시합에서 이기기 위해 스테로이드, 성장호르몬을 투여해서 그 사람의 전체적인 행복은 좋아질지 모르지만 부작용으로 인해 건강을 해칠 가능성이 있다면 이 또한 인정할 수 없을 것이다. 안전성을 무엇보다 중요한 기준으로 삼아 결정을 내려야 할 것이다.

의학적 증강의 논의에서 의사들의 역할이 ‘안정성의 강조’라는 첫 단계에서 멈추는 것처럼 보인다. 여기에서 멈추면 의학의 맥락에서 ‘치료 이상의 추구’에 대한 논의는 아주 제한적일 수밖에 없다. 의학의 목적은 의학, 질병, 건강을 어떻게 정의하느냐에 따라 달라진다. 의학을 어떻게 정의할

---

48) 스테로이드를 복용하는 운동선수들은 나중에 조기심장질환(premature heart disease)으로 고통을 받을 수 있고 약의 농도를 높이기 위해 리탈린을 흡입하게 되면 중독이 될 수도 있다고 한다. 기분을 좋게 하기 위해 흥분제를 복용하는 울적한 기분의 사람들은 발기부전을 경험하거나 무감정(apathy) 상태가 될 수도 있다.

것인지에 대해서 다양한 의견들이 제시되어 왔다. 학문의 한 분야로서의 의학의 의미를 고려하지 않는다면 ‘질병과 상해의 치료’가 의학의 전통적인 목적 또는 의학의 고유 영역이라고 할 수 있다. 또 질병을 완전히 치유하거나 상당한 정도로 개선시키지는 못하지만 환자의 증상을 완화시키고 편안하게 하는 돌봄(care)<sup>49)</sup> 또한 치료와 함께 의학의 고유한 영역이라고 할 수 있다. 치료, 돌봄과 함께 건강 증진, 예방도 의학의 고유 영역에 속한다고 보는 것이 일반적인 견해지만 다른 주장도 제기될 수 있어 건강 증진과 예방 집종의 문제를 살펴보려 한다. 또 의학의 역사를 통해 제기되어온 의학의 고유한 목적에 부합하지 않는 몇 가지 다른 사례들을 살펴보려 한다. 시험관 아기 기술(IVF), 동아시아에서의 전녀위남법, 그리고 의식적 수술(儀式的 手術, ritualistic surgery) 등을 의학의 목적과 연관 지어 논의하러 한다.

### 5.1.1 건강 증진

건강 증진(health promotion) 또한 의학의 영역에 속한다고 보는 것이 일반적인 견해다. 건강증진과 의학적 증강이 혼동될 수 있다. 그러나 건강 증진은 질병 발생 이전에 특정 질병 문제의 해결을 위해서가 아니라 일반적인 건강 상태의 향상을 위해서 제공, 이용되는 서비스로서 생활양식과 기타 행동을 건강의 관점에서 바람직하게 변화시켜 주기 위한 교육이 대표적인 예라고 할 수 있다(이성관 외 2001). 건강 증진 서비스는 의사의 입장에서 또는 사회적으로 볼 때 크게 논쟁의 여지가 없는 것으로 식이요법, 생활 습관의 변화, 환경개선, 운동 등의 비침습적이며 비교적 소극적인 수단

---

49) 완치를 목적으로 하지 않기 때문에 ‘보살핌’ 또는 ‘관리’로 번역하여 쓰기도 한다. 이 논문에서는 ‘돌봄’으로 통일하여 쓴다.

을 통해 건강의 유지, 증진을 목적으로 하는 것으로 규정할 수 있고 의학적 증강은 더 적극적인 수단을 사용하여 ‘건강의 유지와 증진’을 넘어서 그 이상을 추구하는 것으로 구분할 수 있다.

그러나 건강 증진이 전혀 논란의 여지가 없는 것은 아니다. 건강 증진에 있어 의사들은 ‘행동의 변화’를 유도하기 위해 정보를 제공하고 교육하고 처방을 한다. 의사들은 질병의 발견과 제거에 초점을 맞추는 것이 아니라 생활방식(lifestyle)의 변화에 초점을 두게 된다. 사람의 행동을 변화시키려는 시도는 전통적으로 종교와 법의 영역에 속하는 것이었다. 인위적인 개입을 통해 건강을 증진하는 것이 아니기 때문에 증강과 확연히 구별되기는 하지만 육체의 건강 뿐 아니라 생활방식, 개인의 사회적 관계에 영향을 주려는 시도라는 점에서 의료화 과정의 하나로 볼 수 있다는 비판이 제기될 수는 있다.

### 5.1.2 예방 접종

예방(prevention)이 의학의 고유 영역인지에 대한 논의를 위해서는 예방 접종을 살펴보는 것이 좋을 것이다. 최근 의료에서 가장 널리 받아들여지고 있는 건강과 관련된 육체적인 증강의 가장 좋은 보기는 전염성 질환에 대한 예방접종이라고 말할 수 있다. 소아마비나 B형 간염에 대한 예방접종은 사실상 “우리가 부모로부터 물려받은 면역체계는 우리가 노출될 수 있는 특정한 바이러스에 대항하는 데 적절하지 않다.”고 말하는 것과 다름이 없다. 다시 말하면, 면역체계의 능력을 증가시켜 병원균에 대항해 싸울 수 있도록 면역체계를 준비시키는 일이다. 예방 접종(vaccination)은 ‘질병과 상해의 치료’에 해당되지 않는다. 아프거나 다치지 않은 건강한 사람을 상대로 면역을 증강시키는 일은 정상인에 대한 행위이기 때문에 의학의 고유

영역을 넘어서는 의학적 증강으로 볼 수 있는 면도 있다.

많이 익숙해져 있는 예방접종 시술로부터 유전학적 방법에 의해 면역 체계의 일반적인 기능을 증강시키려는 새로운 시도는 몇 걸음 떨어지지 않은 것처럼 보인다. 이미 실현 가능한 유전학적인 예방 방법이 있다. 심장 질환의 위험성이 높은 사람들의 혈구세포에 있는 저밀도 지단백(LDL, low density lipoprotein)<sup>50)</sup> 수용체의 숫자를 증가시켜 질병이 생기기 전에 그들의 혈액에서 높은 농도의 콜레스테롤을 낮출 수 있는 능력을 증강시켜 심장 질환을 예방할 수 있다고 한다(Wilson et al. 1992).

이런 방법이 심장 질환의 위험성을 감소시킬 수 있다면 이와 유사한 방법을 심각하지 않은 위험을 감소시키기 위해 예방적으로 사용하지 못할 이유가 있을까? 그러나 이런 방법을 예방의학의 한 형태로 수용할 수 있다면 어떻게 “증강에 있어서 반드시 ‘선 굿기’를 해야 한다고 주장할 수 있을까?”하는 질문을 던질 수 있다(Anderson 1989). 그러나 면역 기능의 유전학적 증강이 질병의 예방을 목적으로 하고 사람들에게 파생적인 해악을 입히지 않는다면 도덕적으로 정당화될 수 있을 것이라는 주장도 있다(Walters and Palmer 1997, 13-4).

예방접종이 의학의 고유한 목적과 영역에 부합하는지의 논의를 위하여 천연두 예방접종 시작 당시의 영국 사회에서의 논란을 살펴보려 한다.<sup>51)</sup>

지금은 세계보건기구가 완전퇴치<sup>52)</sup>를 선고한 천연두는 치명적인 전염병이었다. 16세기 초 아즈텍 제국을 정복한 것은 스페인 정복자의 총과 칼이 아니라 정복자들이 옮겨온 천연두 바이러스라고 할 정도로 천연두는 치명

---

50) 저밀도 지단백은 심장병 발생과 직접적인 관련이 있으며 악성 콜레스테롤이라고 부르기도 한다.

51) Marin, Albert. 2002. *Dr. Jenner and the Speckled Monster: The Search for the Smallpox Vaccine*. Dutton Children's Books: New York에서 관련부분을 발췌 요약하였다.

52) 박멸 또는 근절이라고 하기도 한다.

적인 질병이었다. 한 세기도 지나기 전에 아즈텍을 포함한 멕시코 지역의 인구가 2,500만에서 백만 명을 조금 넘을 정도로 줄어들게 한 무서운 전염병이다. 예방 접종 개발 전의 유럽에서도 천연두는 세 명 중에 한 명을 사망에 이르게 하는 무서운 전염병이었고 살아남는다 해도 보기 흉한 흉터가 남고 눈썹이 없어져 천연두의 흔적이 없다는 사실만으로 미인 취급을 받을 정도였다고 한다.

10세기 중반에 중국에서 처음으로 천연두에 대한 예방법이 발견되었다. 이 예방법은 변형이 되어 18세기 초에는 유럽에까지 알려졌다. 증세가 심하지 않는 천연두 환자의 고름(膿液, pus) 소량을 채취하여 천연두를 예방하고자 하는 사람의 상박부에 바늘로 상처를 내고 문지르는 방법 즉 인두법(inoculation)을 사용하였다. 인두법은 점차 일반화되어 영국 왕족의 자녀들까지 이 예방법을 시술받게 되는 단계에까지 이르렀다.

인두법 도입 당시의 일부 기독교인들은 질병에 대한 모든 형태의 예방 노력에 대해서 반대하였다고 한다. 그들은 질병이 자연적인 원인에 의해서 생긴 것이 아니고 하늘로부터 온 것으로 믿었다. 질병은 하나님이 죄인들에게 내리는 형벌이었고 사람들이 바른 길로 가도록 하는 경고였다. 따라서 질병을 예방하려는 노력은 두 가지 점에서 잘못되었다고 믿었다. 질병을 예방하고자 하는 노력은 하나님의 정의를 방해할 뿐 아니라 죄인들을 사악한 길로 계속 가도록 부추기는 것이라고 생각했었다. 런던의 한 목사는 “질병의 공포는 인간에게는 행복한 구속이다. 만약에 사람이 더 건강해지면 이것은 그가 덜 정의롭게 살도록 하는 좋은 기회가 될 뿐이다”라고 하였다. 종교적인 이유가 아니라 건강에 대한 위험성 때문에 반대를 하기도 하였다. 기록에 의하면 1721년과 1732년 사이에 영국에서 474명이 이 시술을 받았고 그 중에 9명이 천연두에 걸려 사망했다고 한다. 인두법이 천연두를 예방하고 많은 사람의 목숨을 구하기는 했지만 여전히 이 방법으

로 인해 환자가 죽거나 다른 사람에게 천연두를 퍼뜨리는 등의 많은 문제가 있었다.

영국의 에드워드 제너(Edward Jenner)는 우두에 걸린 경험이 있는 사람은 천연두에 걸리지 않는다는 사실에 착안해서 여러 차례의 인체 실험을 거쳐 우두를 이용한 예방법(종두법, vaccination)을 1798년에 발표하였다. 병의 실체인 바이러스는 물론 인체의 면역 체계에 대해서도 전혀 알지 못했던 시대지만 제너의 예방접종법은 의학의 역사에서 혁신적인 사건이었다. 예방접종을 받은 사람은 우두의 증상이 생기지만 가볍게 지나가고 인체에 치명적이지도 않았으며 예방의 효과가 확실하였다. 제너가 처음으로 백신(vaccine)이라는 용어를 사용하였고 70년 후에 프랑스의 화학자 루이 파스퇴르(Louis Pasteur)는 제너의 명예를 기리기 위해 질병에 대한 면역을 유도하는 어떤 접종(inoculation)이든지 예방접종(vaccination)으로 부르기로 결정하였다.

치명적인 질병에 대한 혁신적인 발명인 우두법에 대해서도 역시 인두법의 도입 당시와 마찬가지로 많은 반대의 목소리가 있었다. 신의 뜻에 대한 거역이라는 비판이 있었는데 옥스퍼드의 윌리엄 로울리(William Rowley) 박사는 제너의 예방접종법을 “성스러운 종교에 대한 신성모독 행위”로 불렀다. 더 심한 반대 발언도 있었는데, 토마스 맬서스(Thomas R. Malthus)라는 목사는 천연두는 가난한 사람들의 숫자를 줄이기 위해서 자비로운 신께서 내려주신 선물이라고 칭송하기도 하였다. 천연두의 제거는 단지 가난을 심화시켜 가난한 사람들을 과거보다 더 비참하게 만들 것이라는 주장을 하였다. 반대자들은 제너를 거짓말쟁이, 바보, 악마의 도구로 부름으로써 개인적으로 공격하기도 하였다. 일부 의사들은 인두법으로 부자가 되기도 했는데 그들은 우두법이 그들의 사업을 망치게 되지 않을까 두려워하였다. 우두법이 인두법보다 더 위험하다는 비난도 있었다.

또 우두법은 인간성을 도둑질하는 것으로 여겨졌는데 왜냐하면 소의 질병으로 인해 생긴 고름을 이용한 백신이 사람들을 가축처럼 변하게 만들 것이라는 이유에서였다. 어떤 의사는 자신이 “야만적인 피조물”로 변한 소녀를 알고 있는데 그 소녀는 소처럼 기침을 하고 몸에 털이 덮였다고 말하였다. 다른 의사는 낯선 사람을 보고 소처럼 울부짖는 “황소 얼굴을 가진 소년”에 대해 기술하기도 하였다. 그러나 대부분의 사람들은 이를 허튼 소리로 간주하였다. 런던의 존 링(John Ring) 박사는 우두법의 폐해를 보지 못했다면서 사람들이 스테이크를 먹고, 우유를 마셔도 소처럼 변하지 않는 사실을 지적하였다. 우두법에 쓰이는 액체 한 방울이 인간을 바꿀 수는 없다고 하였다. 이런 반대들이 우두법을 멈추게 할 수는 없었다. 우두법은 점점 더 확산되었다.

인두법과 우두법 도입 당시의 반대와 오늘날의 증강에 대한 반대를 비교할 수 있다. 그 당시의 반대가 세월이 지나면서 잠잠해졌듯이 오늘날의 증강에 대한 논란도 초기 상태이기 때문에 그렇지 의학의 새로운 영역으로 자연스럽게 수용될 것이라는 낙관론을 펼 수도 있다. 그러나 과거의 인두법과 우두법 논란을 오늘날의 증강을 둘러싼 논란과 비교를 하는 것은 무리가 있다. 일단 병에 걸리면 세 사람 중 한 사람의 목숨을 앗아가는 치명적인 전염병, 살아남더라도 큰 후유증을 남기는 질병에 대한 예방과 살아가는 데 별 문제가 없는 사람에 대한 증강의 기술을 비교하는 것 자체가 적절하지 않다. 단지 현재 병에 걸리지 않았다는 사실 하나만 가지고 예방접종과 증강을 동일한 맥락에서 이해하려는 것이 문제가 있음을 천연두 백신의 역사를 통해 알 수 있다. 제너의 우두법 발견은 과학적 의학의 시작을 알리는 사건으로 평가되고 있다. 제너 당시의 논쟁은 인체의 면역 체계, 바이러스의 존재를 정확히 알지 못하던, 의학이 충분히 발전하지 못했던 시대의 찬성과 반대의 논쟁이지만 오늘날의 증강을 둘러싼 논쟁은 질병의

원인과 결과에 대한 정확한 지식이 있는 의학이 비약적으로 발전한 상태의 논의이기 때문에 18세기의 천연두를 둘러싼 논쟁을 증강의 논쟁에 유비하는 것은 적절하지 않다.

예방접종을 증강의 일부로 보려는 시각의 비합리성은 예방 접종의 다른 면을 살펴보면 알 수 있다. 집단 면역(herd immunity)<sup>53)</sup>을 통해서 한 개인이 아닌 사회 전체의 건강을 지킨다는 점을 고려한다면, 질병 예방을 윤리적 논란의 여지가 있고 합의점을 찾기 쉽지 않은 증강의 하나로 보는 것은 적절하지 않다. 질병 예방은 별반 논란이 없는 의학의 고유 영역이라고 할 수 있다. 예방 접종은 공중보건 사업의 중요한 부분으로 생각할 수 있고 그 타당성에 이의를 제기하는 경우는 많지 않다. 예방접종도 증강의 하나이며 별다른 윤리적인 논란 없이 광범위하게 이루어지고 있기 때문에 다른 의학적 증강, 치료 이상의 추구도 동일하게 별 문제가 없다는 주장은 아주 작은 부분을 집어내어 전체를 옹호하는 방식으로 받아들이기 힘든 주장이다.

### 5.1.3 시험관 아기 시술

1978년 영국에서 시험관 아기 시술(IVF)로 아기가 처음 태어났을 때의 윤리 논쟁을 살펴보는 것은 오늘날의 증강의 윤리를 논의하는 데 도움이 될 수 있다. 제너의 우두법 도입 당시의 논란과 마찬가지로 시험관 아기 시술도 도입 초기에는 상당한 비판이 있었다. 시험관 아기 시술은 생식과 관련된 의학 지식이 어느 정도 확립된 상태에서 정확히 알고 시술을 한 것이기 때문에 제너의 우두법 도입 당시와는 차이가 있다. 시험관 아기 성공

---

53) 총 인구 중 특정 전염성 질환에 대하여 면역성을 갖고 있는 비율을 말하는데 인구 전체의 전염병 관리에 매우 중요하다.

으로 촉발된 윤리 논쟁은 여러 가지가 있는데 가장 많이 제기된 도덕적인 논란은 출생의 비인간화(dehumanization) 문제였다. 극단적인 사람들은 시험관 아기 기술이 가축의 품종 개량 기술을 사람에게 적용해서 출생(procreation)을 생식(reproduction)으로 바꾸어 놓았다는 비판을 하기도 하였다. 마치 올더스 헉슬리(Aldous Huxley)의 소설 '멋진 신세계'의 공장에서 사회의 필요에 의해 계급에 적당한 아이를 바쁘게 생산하는 이미지를 연상시킨다고 하였다.

배아가 착상되지 않고 버려지는 것은 새로운 생명을 파괴하는 일이며 배아의 냉동보관은 특히 비인간적인 것으로 여겨졌다. 마치 배아가 선반에 놓아져 있는 물건인양 인간의 편리함을 위해서 이용되고 있다는 비판이 있었다. 또 다른 문제는 남용의 가능성이었다. 결혼한 부부에 제한되지 않고 아이를 갖기 원하는 사람들은 누구나 시험관 아기 기술을 하게 될 것이라는 우려가 제기되었다. 달리 말하면 정자 은행, 난자 은행, 대리모 등을 이용하여 독신이나 결혼하지 않은 커플들도 아이를 소유할 수 있게 되었다는 것이다. 부부 사이에서 아이가 생겨야 하는데 제삼자의 개입이 되고 결국 상업화의 문제도 있다는 우려의 목소리가 있었다.

과학의 발전은 양날을 가진 칼인 만큼 공공의 도덕적 기준에 부합되게 사용되어야 한다는 주장도 있었다. 불임은 말로 하기 힘든 고통이라고 할 수 있다. 그러나 한 편으로는 불임은 생명이나 건강을 위협하는 상태가 아니라는 주장을 할 수도 있다. 더 근본적으로는 아이를 가질 권리가 있느냐고 물을 수 있는데, 불임이 부당한 상해의 결과로 자신이 의도하지 않은 능력을 상실한 것이라면 치료가 당연하다고 주장할 수 있다. 따라서 의료 자원의 분배 문제가 생기게 되는데 공적인 자원을 시험관 아기 기술에 써야 하는가의 문제도 제기되고 있다.<sup>54)</sup> 또 시험관 아기 기술은 여성의 생식

---

54) 최근 우리나라는 출산율 감소로 인해 심각한 인구 감소가 예상되어 출산율을 증가시키기

적인 문제를 의료화시켰는데 이로 인해 다른 생식적인 문제도 계속 의료화되고 있다는 비난을 받고 있기도 하다.

시험관 아기 기술의 ‘비자연적’ 과정, 배아의 도덕적 지위 같은 쉽지 않은 문제는 제쳐 놓더라도 시험관 아기 기술 이후에 많은 문제들이 발생하였고 문제들은 지속되고 있다. 동성애 커플이나 독신인 사람이 제삼자를 이용하여 아이를 갖는 문제는 계속 논란이 되고 있고 폐경 이후의 여성에 대한 시험관 아기 기술도 이루어졌다. 시험관 아기 기술 과정에서 남녀 성별의 선택도 문제가 될 수 있다. 냉동보관된 잔여배아는 난치병 치료를 위한 배아줄기세포 연구를 위해 사용될 수 있는가 하는 치열한 논란의 단초가 되었다. 또 유전학적인 기술과 결합되어 시험관 아기는 착상전 유전 진단(pre-implantation genetic diagnosis)과 맞춤형아기(designer baby)의 논란을 일으키고 있다.

시험관 아기도 처음 시작되었을 때에는 신에 대한 도전 운운하며 많은 윤리적 논란이 있었지만 지금은 보편적인 치료방법으로 인정을 받는 것 아니냐는 주장을 할 수 있다. 인간 체세포복제를 비롯한 첨단의학의 윤리 논쟁에서 단골로 등장하는 논변이다. 시험관 아기 기술에 대한 윤리 논란이 사라지거나 논란의 본질이 변한 것은 아니며 다만 익숙해졌을 뿐이다. 증강과 관련하여 시험관 아기 기술에서 얻을 수 있는 교훈은 사람들이 새로운 의학 기술에 아주 쉽게 적응을 하고 익숙해진다는 사실이다. 시험관 아기 기술도 처음에는 크게 논란이 되었지만 지금은 의학의 고유 영역으로, 의학의 목적에 부합하는 것으로 인정받고 있다는 주장은 증강을 의학의 새로운 영역으로 수용해야 한다는 주장에도 동일하게 적용될 수 있을 것이다. 일단 시작되고 시간이 흘러가면 당연하게 수용이 되는 것을 보면 증강도 이런 과정을 거쳐 의학의 영역으로 손쉽게 인정될 수 있을지도 모른다.

---

위한 방편으로 시험관아기 기술에 대한 의료보험 적용 여부가 거론되고 있다.

예방 접종과 시험관 아기 외에도 원하지 않는 임신에 대한 낙태수술, 피임, 불임수술 그리고 종교적 목적의 포경수술, 그리고 처녀막 재생수술과 같은 의식적(儀式的) 수술, ritualistic surgery) 등도 유사한 맥락에서 논의할 수 있다. 이와 같은 종류의 수술을 통해서 확인할 수 있는 한 가지 사실은 이와 같은 행위, 기술들이 심각한 고민 없이 의학의 영역에 수용되었다는 점이다.

#### 5.1.4 전녀위남법

동양의학의 전통에서도 의학의 목적과 고유 영역이라고 단정하기에는 논란의 여지가 있는 의술이 있었다. 전녀위남법이 이에 해당한다. 전녀위남법은 뱃속의 딸을 아들로 바꾸는 비법을 말한다. 전녀위남법의 기원은 기원전 1세기 이전까지 거슬러 올라간다. 신동원은 다음과 같이 전녀위남법과 의학의 관계를 설명하고 있다.

전녀위남법의 탄생은 중국 상류사회의 가부장제 문화와 관련된다. 가문을 잇고 조상을 섬길 주체로 아들을 더 선호했기 때문이다. 의학은 그 문화의 형성과 확산에 크게 기여했다. 각종 방법을 고안해내고 그것을 이론화하거나 다시 정리해냈으며 그것을 많은 사람들에게 확산시켰다. 의서의 수입과 새 의서의 편찬이라는 과정을 통해 ‘전녀위남법’은 중국, 한국, 일본을 아우르는 광범위한 의학문화를 형성했다(신동원 2004, 111)

의학이 단순히 병을 고치는 데 그치지 않았음을 신동원은 다음과 같이 지적하고 있다.

다소 엉뚱해 보이는 하찮은 이 방술을 위해 왜 의학이 그토록 봉사한 것일까? 의학은 그것에 이론을 부여하고 그 행위를 정당화하는 데 앞장섰다. 심지어 더 나은 방법을 찾아 소개하려고 노력했다. 아들을 얻겠다는 욕망은 가부장제 질서유지의 핵심이었기 때문이다. 이처럼 의학은 단지 병을 고치는 학문만이 아니라 한 사회의 이데올로기를 지키기 위한 통치도구이기도 했다(신동원 2004, 98).

어떤 면에서 보면 의학의 발전 과정에서 증강적인 면을 의학의 영역에 꾸준히 포함시켜왔다고 할 수 있다. 질병으로부터 건강한 상태로의 향상에 익숙한 의사들에게 건강한 상태에서부터 더 좋은 상태로의 향상 곧 증강은 쉽게 수용될 수 있었을 것이다. 또 모든 형태의 향상에 매진하는 의사들에게는 치료-증강의 경계가 무의미할 뿐 아니라 쉽게 그 경계를 인식하지 못했을 가능성도 있다. 어떻게 보면 의학이라는 학문 자체가 자연적인 과정에 개입하는 면이 있고 향상을 추구하여 왔다는 사실은 칼로 자르듯이 치료와 증강을 구분하기 힘들다는 반증이 되기도 한다. 그러면 구별이 불가능함은 현상을 받아들여야 함을 의미하는가?

## 5.2 수단과 목적

동일한 목적을 A수단을 이용하여 달성하는 것과 B수단을 이용하여 달성하는 것 사이에는 도덕적으로 중요한 차이가 있을까? 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)의 치료제 리탈린은 정상 아동의 학습 성취도를 향상시키는 데도 효과가 있다고 한다. 그러면 학습 성취도를 향상시킬 목적으로 아이들에게 리탈린을 복용시키는 방법과 새로운 교수법을 개발하거나 한 학급의 학생 숫자를 줄이는 방법 사이에는 도덕적으로 중요한 차이가 있을까?

또 앞으로 언젠가는 유전학의 기술을 이용하여 학습 능력을 향상시킬 수 있게 될지도 모르는데, 유전학적 방법으로 학습 성취도를 향상시키는 것과 고전적인 교육학 전략을 사용하여 학습 성취도를 향상시키는 것 사이에는 무슨 차이가 있을까?

어떤 약을 의학적으로 명백히 질병이라고 할 수 있는 상태의 치료에 사용하고 그 약에 치료 반응이 좋다면, 약의 급증하는 사용량 자체가 문제가 되는 것은 아니다. 예컨대 아주 실망스런 학업 성적과 걱정스런 행동들의 근본적인 원인이 쉽게 치료될 수 있는 의학적인 것일 때에는 이런 아이와 부모를 일부러 힘들게 만들 필요는 없다. 전문가들에 의하면 치료가 필요한 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD) 아동은 많은데 진단되는 숫자는 여전히 적다고 한다. 향후 리탈린 사용이 두 배 정도는 늘어나야 한다는 전문가들의 지적도 있다. 그러나 이와는 반대로 주의력결핍 과잉행동장애가 확실하지 않은데도 불구하고 주로 부모와 교사들이 호소하는 어려움에 의존하여 진단을 하거나, 심지어는 시험적으로 리탈린을 투여한 뒤에 효과가 있는지 확인하여 진단을 하는 경우도 있다고 한다. 문제는 이런 시도가 대체로 효과가 있어 최소한 단기간은 학습 수행 능력을 증강시킨다는 점이다. 결국 주의력결핍 과잉행동장애라는 질병을 억지로 만들어 학습 수행 능력을 향상시킬 목적으로 리탈린을 사용하는 경우가 생기게 된다.

의학적 증강의 목적이 적법하다면 어떠한 수단을 쓰더라도 그 수단 또한 적법하다는 시각에 문제를 제기할 수 있다. 수단의 차이는 도덕적으로 중요한 차이를 만들어낸다. 로널드 콜-터너(Cole-Turner in *Parents* 1998)는 리탈린의 사용과 관련하여 수단과 목적의 문제에 대하여 몇 가지 지적을 한다.

첫째, 일부 수단은 그 자체가 문제의 소지가 있다는 점이다. 아이들에게 약을 쓴다는 사실에 대해 많은 부모들이 거부감을 갖고 있다. 부작용이 없

는 약은 없다. 설사 지금은 없더라도 나중에 발견될 수도 있다. 치료에 쓰이는 약제는 이익과 손해를 따져 보아서 사용하게 되는 것이다. 그러나 약물의 부작용과 같은 위험성이 핵심적인 문제가 될 수는 없다. 실제로 60년 전부터 아동들에게 사용되어 온 리탈린은 부작용이 거의 없다고 한다.<sup>55)</sup>

둘째, 일부 수단은 그 자체로서 의미가 있다. 힘들고 어려운 과정 끝에 만 얻어질 수 있는 결과가 있는데 문제를 해결하고 목표를 이루기 위한 ‘쉽고 빠른 길’만 선택한다면 전혀 다른 목표를 성취하는 것으로 끝날 수 있다. 또 과정이 길고 힘들기는 해도 목표를 향해 가다 보면 결국은 더 큰 보상을 받을 수 있는데도 불구하고 여행을 포기하는 일이 될 수도 있다. 학부모와 교사가 더 열심히 아이들을 교육하기 위해 노력하지 않고 “문제 아동”에게 매일 리탈린 몇 알을 주는 것으로 만족한다면, 힘들지만 보람 있는 교육 과정에 대한 부모의 책임과 공교육의 책임을 회피하는 수단으로 삼는 것이 된다.

부모의 사랑과 훈육 그리고 목적으로서의 긴 교육 과정은 단순히 더 성공적인 아이를 만들기 위한 수단은 아니다. 아이들을 학교에 보내는 이유는 단순히 특정한 지식이나 기술을 습득시키기 위해서가 아니라 배움의 과정 자체가 가치 있기 때문이다. 리탈린이 진정으로 아이들을 교육하는 도전과 보상에 정면으로 부딪히는 방법을 벗어나 쉬운 길을 제공하는 것이 아닌지 판단해야 한다.

반대로 리탈린은 교육이라는 긴 여행과정을 건너뛰는 것이 아니라, 일부 아이들이 여행과정에 제대로 참여할 수 있도록 하는 것이며 여행의 풍부함에 집중을 하면서 동참할 수 있도록 기회를 주는 것으로서 옹호될 수 있다는 주장도 있다. 리탈린이 학습의 대체품이 될 수는 없으며, 리탈린은 기껏

---

55) 불면증이 올 수 있으나 저녁에 약을 복용하지 않으면 피할 수 있으며 또 약간의 식욕감퇴를 가져올 수 있다. 그러나 대다수는 심각한 부작용을 전혀 경험하지 않는다.

해야 학습을 위한 ‘집중력’이라는 선결조건을 제공한다고 말할 수 있다. 리탈린이 있건 없건 우리는 여전히 우리 아이들에게 어떻게 행동해야 하는지 어떻게 배워야 하는지를 가능한 한 창조적인 방식으로 가르칠 필요가 있는데, 교육에 있어 손쉬운 방법을 굳이 두려워 할 필요는 없다는 주장이 제기될 수 있다.

콜-터너의 지적과 같이 새로운 수단이 인간의 투쟁을 재배치(relocate)할 수는 있어도 없애지는 못한다. 어떤 학부모나 교사라도 아이를 기르고 가르치는 데는 쉬운 방법이 없다는 것을 알 것이다. 새로운 기술들은 종종 과거부터 해왔던 일에 새로운 방법을 제공한다. 그리고 새로운 방법은 목표를 더 효과적이고 수월한 방법으로 성취할 수 있게 하여 종종 더 좋고 도덕적인 것으로 받아들여진다. 예를 들어 의학에서 비침습적인 수술(noninvasive surgery)은 과거의 기술보다 동일한 목표를 더 수월하게 성취할 수 있을 뿐 아니라 추가적인 장점이 있다. 새로운 기술은 동일한 결과를 다른 방법으로 성취하는 것이기 때문에 윤리적으로 문제가 없다는 주장이 있다.

치료와 관련하여 제기되는 수단의 물음은 증강의 맥락에서는 특별히 어려운 문제가 있다. 그 이유는 서구 사회의 문화가 증강에 반대하는 경향을 보이지도 않고 철학적, 종교적인 전통이 유혹적인 기술에 대해 경고를 하고 있지 못하기 때문이다. 콜-터너는 대부분의 서구인이 ‘증강 광(狂)’(enhancement enthusiasts)이라는 표현을 하였다. 실제로 서구의 대다수의 사람들이 목표 달성을 위한 다른 형태의 인간적인 노력에 대해 동의한다고 한다. 인생은 자기향상의 기나긴 과정이라고 할 수 있는데, 대부분의 사람들은 새로운 수단이 더 빠르고 효과적으로 동일한 목표를 달성할 수 있기 때문에 새로운 기술이 선(善)하고 아마도 과거의 수단보다 더 좋을 수도 있다고 생각한다는 것이다.

이런 논의에서 무언가 중요한 것이 결여되어 있음을 알 수 있다. 우리는 둘 사이의 도덕적 차이를 조심스럽게 살피지 못하고 너무 쉽게 옛 수단에서 새 수단으로 미끄러지는 것은 아닌가? 이런 우려의 기저에는 무엇이 있는가? 이것은 중요한 문제인가 아니면 그저 단순한 과거에 대한 향수나 기술공포증(technophobia)은 아닌가? 이 문제를 좀 더 면밀히 살펴보기 위해 두 가지 측면의 논의가 필요하다. 첫째, 옛 수단은 어떤 의미에서 자연적이고 새로운 수단은 인위적이라는 점이다. 물론 자연은 항상 좋고 고안된 것, 인위적인 것은 항상 나쁘다는 주장을 할 수는 없다. 또 전통적인 것을 의미하는 자연은 항상 좋고 비전통적인 것을 의미하는 인위적인 것은 항상 나쁘다는 주장이 아니다. 둘째, 보다 강력히 제기되어야 하는 반대의 방식은 다음과 같다. 좋은 식사와 교육, 도덕적인 모범, 또는 종교적인 활동을 통하여 자기 자신과 자녀들을 잘 양육하고 증강시키는 것이야말로 자연적이라는 점이다. 그러나 이런 주장을 비자연적이고 인위적인 수단에 대한 반론의 근거로 삼는 것은 결정적인 한계가 있다. 이런 주장은 중요한 시사점을 던져 주는데 우리가 하는 모든 일이 목적을 위한 수단이 아니라는 점이다.

수단이 중요하다는 주장에 대한 비판도 제기되고 있다. “칼의 사용”이라든지 “정맥 주사의 사용”의 적절한 목적(proper goal)을 찾고 계산하려는 시도에 의해서 인류가 진보할 수는 없으며 이 수단들의 적절한 목적은 그 수단 자체에 의해 결정되는 것이 아니라 사람들이 이 수단을 이용하여 얻기 원하는 것에 있다는 주장이다(Pence 2000, 180).

### 5.3 평등과 정의

경쟁의 참여자들이 증강의 기술을 사용하는 데 대해서는 분명한 반대가

있다. 운동선수들의 스테로이드와 같은 약물 사용, 입시경쟁에서 리탈린 같은 약제를 사용하는 학생 등을 예로 들 수 있다. 의학적 증강을 반대하는 근거의 하나로서 평등은 중요하다. 그러나 거꾸로 생각하면 증강을 불공정, 천부적인 불평등을 상쇄하기 위한 방법의 하나로 볼 수 있다. 그러나 지능을 높이거나 근육을 강하게 하는 증강 기술에 대한 평등한 접근이 가능해지거나 이런 기술들이 천부적인 불평등에 의해 생겨난 불공정을 바로잡기 위해서만 사용된다고 하더라도 문제는 여전히 남는다.

의학적 증강에서 ‘평등한 접근’만 보장되면 어떤 것도 가능하다는 말을 할 정도로 평등은 중요한 문제다. 그러나 치료의 영역에서조차 평등의 이상을 성취하기 어려운 현실에서 증강에서의 평등을 말하는 것은 의미가 없다. 증강으로 인해 초래되는 불평등의 문제는 심하게는 당사자뿐만 아니라 다음 세대로 계속 이어질 수 있고 그 영역은 육체적, 지적 능력을 비롯해 인간사의 모든 영역에 영향을 미치기 때문에 더 심각할 수 있다.

의료 자원은 늘 부족하게 마련이고 치료의 영역에서조차 여전히 분배의 정의를 제대로 구현하지 못하는 상태에서 증강은 부정의를 더 확대시키고 심화시킬 것이다. 각자의 몫을 각자에게 돌려주라는 정의의 문제는 의료에 있어서 매우 중요하다. 연구와 개발의 우선순위를 결정하는 일은 공공 정책에서 중요한 부분으로 의학적 증강에 국한되지 않는다.

예를 들어 리탈린을 치료 목적으로 사용하는 경우에 리탈린이 실질적이고 합법적인 유익을 제공할 수 있지만 이런 유익이 공정하게 분배되지 않을 때에는 이 약물의 증강 목적의 사용에 대한 반대의 근거가 된다. 부적절한 보건의료 체계에서 주의력결핍 과잉행동장애의 진단과 치료는 저소득층에게 여전히 값비싼 것일 수 있으며 많은 수의 저소득층 가정의 예산 범위를 넘어서는 것일 수 있다.

만약에 의학적 증강에 대한 인종적, 계급적 불균형이 우리의 주된 관심

사라지면 해결 방법은 명백하다. 그러나 다른 시각에서 보면 증강에 있어 더 중요한 문제는 증강 기술이나 약제를 사용하지 못하는 사람에 대한 것이 아니라 증강의 혜택을 누리는 사람에 대한 것이다.

덴 브록(Dan Brock)은 증강이 부분적으로 경쟁적인 이익을 제공하지만 부분적으로는 비경쟁적인 “본질적인 선(善)”의 의미를 사람들에게 제공하기 때문에 그 자체로서 가치가 있다고 하였다(Parens 1998, 16). 만약에 이런 이유로 아이들에게 리탈린을 주는 것이라면 크게 문제가 안 될 수 있다. 그러나 더 깊이 들여다보면 리탈린을 자녀에게 복용시키는 대부분의 사람들은 그 이상을 원하고 있음을 알 수 있다. 사람들은 증강에 있어서 불완전한 자기 자신 또는 자녀가 더 좋아지는 것을 원하는 것이 아니라 다른 누군가보다 더 좋아지기를 원한다고 한다. 부모들이 자녀들에게 리탈린을 주는 이유는 자신의 아이들이 평균 이하라는 것을 참을 수 없기 때문이고 평균 이상이 아니라는 것을 견디지 못하기 때문이다. 이 경우에는 수단과는 별개로 목표 자체가 중요한 문제가 될 수 있다.

덴 브록이 관찰한 것과 같이 이런 목적은 궁극적으로는 자기 패배적(self-defeating)이다. 비현실적인 상상일지 몰라도 모든 사람이 일단 동일한 상대적 증강을 성취하면 증강의 경쟁적인 이득이 사라진다. 그렇게 되면 증강의 매력은 사라지게 된다. 그러나 이런 사실을 깨닫는 데는 많은 시간이 걸릴 것이다.

## 5.4 개인의 선택과 자유

의료윤리의 네 원칙<sup>56)</sup>에서 무엇보다 강조되는 것은 자율성 존중의 원칙이다. 원칙주의의 가치는 이 네 가지 원칙을 균형 있게 고려하여 윤리적인

---

56) 자율성 존중의 원칙, 악행금지의 원칙, 선행의 원칙, 정의의 원칙

판단을 내리는 데 있다. 그러나 현대의 의료윤리 논의에서는 자율성 존중의 원칙을 나머지 세 원칙보다 우선시하고 강조하는 경향이 있다. 개인의 선택은 무엇보다 중요한 가치로 인정받고 있다. 그러며 증강을 원하는 개인의 자발적인 의사는 전적으로 존중되어야 하는지 하는 질문을 던질 수 있다.

인생에서 ‘더 좋음’ 또는 ‘건강 이상’은 항상 안전하지는 않을 것이고 상당한 위험이 있을 수 있다. 자유민주주의 사회에서 사람들은 그들이 원하는 것을 얻을 수 있다면 기꺼이 위험을 감수하려 한다. 이때 중요한 것은 위험에 대해 충분히 설명을 듣고 동의를 하는 일이다. 많은 사람들은 증강의 효과가 확실하고 그 증강이 간절히 원하는 것이라면 현재의 중요한 이익을 위해서 미래의 자신의 몸에 대한 상당한 위험을 기꺼이 교환을 하려고 한다. 이런 부분에 대해 의사로서 “나는 충분히 설명했고 나의 고객은 이를 자유롭게, 강요당하지 않고, 완전히 이해하고 기꺼이 받아들였다”는 이유로 시술을 해도 되는 것일까?

하지만 윤리적으로 더 중요한 이슈는 기술에 관련된 위험이 아니라, 안전하게 사용할 수 있다는 가정 아래서, 증강된 힘의 사용에 있어서의 이익과 해악에 관련된 것이다. 그러면 몇 가지 질문을 던질 수 있다, ‘충분한 설명에 근거한 동의’의 원칙을 100% 지키고 그 위험과 부작용을 감수할 경우에는 의사가 어떤 형태의 증강 시술을 하더라도 전혀 문제가 되지 않는 것일까? 자유민주주의 사회에서 개인의 자유를 존중하는 것으로 모든 것이 해결될 수 있을까? 강제나 사회적 압력이 없다면 자신이 기꺼이 원하는 것을 금지할 수 없는 것 아닌가? 우리 사회의 자유지상주의적인 성향은 개인의 사생활에 있어서 무제한의 개인적인 자유를 원한다.

의사 결정 능력이 충분히 있는 사람들이 기꺼이 위험을 감수하겠다고 할 때 이를 금지할 근거가 없다는 주장도 있다. 지금도 수많은 사람들이

목숨을 잃는 에베레스트 산 등정을 허용하고 있다. 또 대부분이 실패로 끝날 가능성이 높은데도 폐돈을 벌려고 벤처기업에 투자하는 것을 허용하고 있다(Pence 2000, 175). 의사결정 능력이 있는 개인이 충분히 위험을 감수하고 동의를 하고 자신의 돈을 들여서 증강 기술을 선택하는 것은 공적인 재정을 축내는 것이 아니라고 할 때 막을 근거가 없다는 주장이다. 선택적인 의료, 증강에 대한 제한은 언론과 사상의 자유를 제한하는 것과 마찬가지로 지라는 비판이 제기될 수 있다.

## 5.5 인간에게 주어진 한계

천부적으로 주어진, 자연적인 한계를 넘어서는 것은 어떤 문제가 있을까? 어렵지만 가장 중요하고 핵심적인 논쟁일 것이다. 인간됨의 의미를 파괴하며 증강을 하는 것은 아무리 소비자, 고객이 원한다고 하더라도 허용할 수 없는 것 아닌가? 인간에게 주어진 한계, 속성을 존중하는 것이 인간 존중일 수 있다. 이반 일리히는 1970년대 초에 그의 저작 ‘의료의 복수(Medical Nemesis)’에서 현대의 의료체계가 우리의 건강에 실질적으로 해를 입히고 있으며 개인과 그를 둘러싼 환경들이 건강과 질병에 주로 책임이 있고 의학의 큰 문제는 자연의 한계를 넘어서려는 것이라고 하였다. 따라서 의학은 위험하고 비인도적이며 터무니없고 본성에 어긋나게 되었다고 하였다.

레온 카스(Leon Kass)는 증강과 관련하여 안전성, 평등, 자유 등이 중요하고 쉽게 떠올릴 수 있는 이슈이지만 더 근본적인 이슈가 있으며 이 이슈에 관심을 기울여야 한다고 주장한다(Kass et al. 2003, 286-8). 의학은 반드시 질병을 치료하고 회복시키는 것이어야 하며 그 이상을 추구하는 것은 주어진 자연의 한계를 거스르는 일로 경솔한 일이라고 할 수도 있다. 어떤

행위가 ‘의학의 고유한 목적’에 합당하지 않고 또 이를 발견할 수 있다면 의학의 고유한 목적을 넘어서는 증강의 거부는 도덕적으로 허용될 수 있을 것이다. 의학의 고유한 목적, 자연의 한계에 따라 의학의 한계를 설정해야 한다는 주장이라고 표현할 수도 있다.

의학은 건강의 회복, 질병의 치료, 고통의 경감과 같은 고유한 목적을 추구하고 있으며 또 추구해야만 한다는 시각은 일반적이고 널리 받아들여지고 있다. 이러한 목적들은 의학의 전통적이고 자연적인 범위 안에 위치하고 있다. 이 한계를 넘어서는 일은 의사가 할 일이 아니고 잘못이라는 강력한 주장이 제기되기도 한다.

그러나 자연의 한계, 주어진 한계를 수용해야 한다는 주장에 대해 비판이 제기되기도 한다. 그레고리 펜스(*Gregory Pence*)는 이런 시각이 그럴듯하지도 않고 객관적이지도 않다고 비난을 한다. 또 의학의 적절한 목적을 모든 사람이 인식하는 것이 불가능할 뿐 아니라 이 목적에 대해 대부분의 사람들이 동의하지 않을 것이라고 주장한다(*Pence 2000, 162*).

의학의 적절한 목적에 의해 의학의 한계를 설정하기 위해서는 사회 구성원이 합의를 해야 하는데 경험적으로 볼 때 이에 대한 사회적 합의가 도출되기 힘들 것이라는 비판이 있을 수 있다. 어떤 사람들은 의학의 한계를 설정하지 않는 의료체계를 원할 수도 있다. 그레고리 펜스는 의학의 적절한 한계 또는 목적을 사용하여 도덕적인 문제를 풀 수 있으리라고 생각하는 것은 큰 실수라고 지적을 한다. 오늘날의 의료는 의학의 적절한 한계에 대한 동의 없이도 잘 기능하고 있는데 그 이유는 ‘내용으로부터 과정으로의 전환’이라는 유서 깊은 전략에 의해서 가능하다는 것이다. 의학은 먼저 ‘필요한 것(what they need)’을 제공하고 그 다음에 ‘원하는 것(what they want)’을 제공하는 “과정 목표(process goal)”를 가져야 한다고 주장한다(*Pence 2000, 171*).

우리가 물려받은 육체보다 더 좋은 육체를 원하는 것은 단순한 자기도 취일까? 증강에 대한 사람들의 욕망을 제어하기 힘들다는 주장이 제기될 수도 있는데, 사람들의 욕망은 끝이 없기 때문에 의학이 점점 많은 것을 제공해도 사람들은 점점 더 많은 것을 원할 것이라는 주장이다. 그레고리 펜스는 이 주장이 틀리지는 않았지만 무엇이 문제냐고 반론을 제기한다.

사람들은 더 긴 수명, 재미, 사랑, 그리고 자극적인 경험을 원한다. 인류는 대부분의 역사에서 이런 것을 갖지 못했고 결코 소유할 수 없을 지도 모른다. 가능하다면 더 원하는 것은 나쁜 것이 아니다. 더 많은 것이 좋은 것이고 한계는 나쁜 것이다(More is better; limits are bad)(Pence 2000, 173).

## 제 6 장 의학적 증강과 의사의 역할

의학적 증강에 있어서의 의사의 역할과 윤리를 연구하는 것이 이 논문의 중요한 목표중의 하나다. 논의의 순서는 다음과 같다. 먼저 치료 의학의 맥락에서 의사 역할의 변화를 살펴볼 것이다(6.1). 의사의 역할의 변화는 의사-환자 관계의 변화를 통해서 살펴볼 수 있다. 의사의 역할에 많은 변화가 있었지만 중요한 세 가지만 언급하려 한다. 첫째, 해결자에서 조언자로의 변화이며, 둘째, 서약적 관계에서 계약적 관계로의 변화이고, 셋째, 금전적인 문제와 거리를 두려는 노력을 포기하고 금전과 점점 더 밀접해져가는 사업가로서의 의사 역할의 변화다.

치료의학에서의 의사 역할의 변화는 기존의 패러다임 안에서 일어나는 것으로 여러 각도에서 분석할 수 있다. 그러나 치료의학을 위주로 하고 부분적으로만 증강의 업무를 수행해온 기존 의사의 역할과 달리 오로지 증강만을 수행하는 의사가 등장하게 되었다. 또 과거에는 쉽게 찾아볼 수 없었던 '적대자들로 구성된 제도(adversary system)'속에 위치하게 되는 의사들이 증가하면서 기존의 패러다임으로는 그 역할의 변화를 설명하기 쉽지 않게 되었다.

미용성형외과 의사는 의학의 수많은 전문 분야의 하나에 머물지 않는다. 미용성형외과 의사는 과거의 의학에서는 유사한 역할을 찾아볼 수 없는 독특하고 새로운 역할을 수행하고 있으며 숫자는 계속 증가하고 있고 영역은 계속 확대되고 있다. 현재 의학의 전문분야의 하나로서 확고한 위치를 확보하고 있는 미용성형외과의 발전 과정과 정통의학으로의 편입노력, 미용성형 수술에 대한 정당화 주장들을 살펴보기로 한다. 미용성형외과 의사의 역할 변화와 정당화 노력을 살펴보는 일은 다른 의학적 증강을 시행하는 전문가들에게는 좋은 모델이 될 수 있을 것이다(6.2).

역할을 강조하는 전문직 윤리가 그동안 잘 기능을 해왔는지, 앞으로는 어느 정도의 기능을 할 수 있을지, 또 의학적 증강에 전문직의 역할을 적용할 수 있을지, 혹시 적용할 수 있다면 그것이 유용할지에 대한 논의를 하려고 한다(6.3). 이 논의 후에 계속 강조되어 오고 자신들을 정당화하는데 근거가 되어 온 ‘역할’이 과연 무엇인지 분석을 할 것이다(6.4).

이제 의학적 증강에 있어서 의사의 역할에 대한 판단을 내려야 하는 순서가 되었다. 적대자의 윤리를 증강의 윤리에 적용할 수 있는지 또는 도움이 되는지를 살펴보기로 한다(6.5). 역할과 역할의 변화과정에 대한 검토 그리고 적대자 제도에서의 전문직 윤리의 검토를 거쳐 새로운 패러다임이라고 할 수 있는 의학적 증강에서의 의사의 역할을 검토하고자 한다. 마지막으로 의사가 아닌 ‘새로운 업무의 수행자’ 슈목터가 존재하는지, 또 의사와 슈목터를 구분할 수 있는지 그리고 구분할 수 있다면 슈목터의 윤리는 무엇인지 검토하고자 한다(6.6).

## 6.1 의사 역할의 변화

의사의 역할은 의사-환자 관계의 틀 안에서 일차적으로 살펴보아야 한다. 의사-환자 관계의 변화는 의학적 증강에서 의사의 역할을 살펴볼 때 고려해야 할 중요한 요소 중의 하나다.

### 6.1.1 해결자에서 조언자로

의학의 오랜 역사 과정에서 의사의 역할은 계속 변화되어 왔다. 원시 시대에는 의사와 마법사가 같은 인물이 되는 경향이 있었는데, 죽이는 힘을 가진 사람은 치료하는 힘을 가졌고 치료하는 힘을 가진 사람은 필연적으로

죽이는 힘을 가졌다고 한다. 인류학자 마가렛 미드(Margaret Mead)는 히포크라테스 서약이 인류역사의 전환점들 중 하나라고 하였다(Cameron 1992, 9). 인류의 전통에서 처음으로 죽이는 일과 치료하는 일 사이에 완전한 분리가 생겼다는 것이다.

히포크라테스 시대 이후에 의사의 역할에 다양한 변화가 있었겠지만 기계론적 의학의 발달은 점차 의사들이 해결자로서 또 대표적인 전문직으로서 역할을 확립하는 데 큰 영향을 미쳤다. 생의학의 전성시대에 의사는 해결책을 갖고 있는 전문가로서 온정적 간섭주의에 근거한 역할이 요구되었으나 의학의 변화에 따라 해결자가 아닌 조언자에 머물 것을 요구받고 있다. 더 나아가 상업주의의 발전으로 인해 수동적인 환자로서의 입장은 구매 능력이라는 주도권을 쥐고 있는 소비자로 변해가고 있다. 이에 따라 의사의 역할은 이제 의료 서비스 제공자로서 조언자에 머물게 되었다.

의사 역할의 변화는 보완대체의학의 확산과도 관계가 있다. 보완대체의학의 각광의 한 원인으로 의사의 역할에 대한 실망을 들기도 한다. 기계론적 의학의 비인간적인 측면과 이에 근거해서 기술자와 같은 역할을 수행해 온 의사들에 대한 실망이 보완대체의학을 선호하게 된 원인 중의 하나라는 지적도 있다. 보완대체의학의 급속한 영역확대는 의학적 증강에 영향을 주는 한 부분이 되기도 하지만 주류 의학에 대한 불신인 동시에 주류 의사들에 대한 불신이라고 할 수 있다.

증강의 시대에 의사의 역할은 다시 변하고 있다. 질병에 관심을 기울이지 않는 의사가 늘어나고 있다. 의학의 초점이 병든 몸(diseased bodies)에서 건강한 몸(healthy bodies)으로 바뀌고 있다는 주장도 있다(Hancock et al. 2000, 1). 질병과 관련이 없는 의사 곧 질병과 관련이 없는 ‘의술과 약으로 병을 고치는 일을 직업으로 하는 사람(의사)’이 가능한 시대가 되었다.

해결자가 아닌 조언자에게는 새로운 역할이 요구된다. 증강에 있어 고객이 예상되는 의료 서비스에 비용을 지불하는 의사결정능력이 있는 사람이라면 왜 ‘의학의 고유 영역’을 들어 제한을 할 필요가 있는가? 주어진 마라톤이 어떤 사람에게는 기쁨이고 어떤 사람에게는 죽음의 고통인지, 무엇이 더 좋은지 누군가 대신 판단을 내릴 필요는 없다는 주장이 있다(Pence 2000, 180). 이런 시각에 의하면 조언자로서의 역할조차 필요 없게 될지도 모르는 일이다.

### 6.1.2 서약에서 계약으로

히포크라테스 선서는 “나는 의술의 신 아폴로, 아스클레피오스, 히게이아, 파나케이아와 모든 신들과 여신들을 곁고 증인으로 삼아 나의 능력과 판단에 따라 이 선서와 서약을 수행할 것을 맹세하노라”<sup>57)</sup>로 시작하고 있다. 기원전 3-4세기 소수 집단 의사들의 서약(誓約, covenant)은 이견이 있기는 하지만 21세기에도 여전히 의사들의 윤리 강령으로 간주되고 있다. 이 선언에 의하면 의사는 신 앞에서 서약을 하는 직업으로 의사-환자 관계도 서약 또는 성약(聖約)의 맥락에서 이해할 수 있다. 전통적인 의학에서 의사-환자 관계를 규정하는 가치는 ‘신 앞에서의 맹세’ 차원이었다. 오늘날의 의사-환자 관계에서 이 정도의 엄격함을 기대하는 것은 무리일 것이다.

로버트 비취(Robert M. Veatch)는 의사 환자 관계의 유형을 성직자, 기술자, 계약자, 협조자로 구분하고 있는데 현대 의료 환경에서는 계약자 유형이 가장 설득력이 있어 보인다. 의사-환자 관계를 계약으로 보는 견해는

---

57) Ludwig Edelstein의 그리스어 영어번역을 우리말로 번역한 것이다. *The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation*, by Ludwig Edelstein. Baltimore: Johns Hopkins Press,

의사-환자 관계의 기본적인 요구를 지나치게 확장시키지 않고 의사의 의무를 법적인 테두리 안에 한정짓는 장점이 있다. 로버트 비취는 계약의 이론을 의료윤리에 적용하는데 있어서 “상호간의 충실, 성실, 존중, 그리고 지지의 복합적인 층위(層位)위에 세워진 의사와 환자 사이의 사회적 관계”의 필요성을 주장하였다(Veatch 1981). 의사는 그들의 업무에서 ‘계약’의 단어가 함축하는 것보다 더 많이 그들의 인격(person)과 운명을 투자해야만 하며 계약은 서약의 종교적인 함축이 전달하는 도덕적인 힘이나 장엄함을 포함할 수는 없다고 하였다. 도덕적인 힘은 단순히 의사윤리강령에 서약의 이름표만 붙인다고 해서 생기는 것은 아니다. 의사의 문화적 적응에 있어서 근본적인 개혁만이 도덕적인 힘을 창출할 수 있을 것이다.

비취는 의사와 환자 사이의 계약을 다시 세 가지로 구분하고 있는데 첫째는 기본적인 사회계약으로서 사회 구성원이 동의하는 사회적 상호작용의 원칙을 담고 있다. 둘째는 사회와 의사 사이의 서약(誓約, covenant), 그리고 셋째로 의사 개인과 환자 사이의 동의를 의미한다(Veatch 1981). 두 번째 계약은 첫 번째 계약으로부터 도출되고 세 번째 계약은 두 번째로부터 비롯된다. 그러나 비취가 주장하는 여러 층위를 포함하는 포괄적인 계약의 의미보다는 세 번째 계약인 ‘의사 개인과 환자 사이의 동의’를 의미하는 계약으로 이해되는 면이 강하다.

‘환자58)’의 단어는 의사와의 관계에 있어서 수동적인 역할, 불평등의 의미를 담고 있다는 이유로 ‘고객’의 단어를 사용하려는 경향이 증가하고 있다. 더 나아가 의사, 환자의 용어보다는 의료제공자와 소비자가 자주 쓰이기 시작하면서 상업적 계약의 측면이 중요하게 강조되고 있다.

그러나 일부 조사59)에 의하면 대부분의 사람들이 ‘고객’, ‘소비자’보다는

---

58) patient는 라틴어에서 기원하였으며 pati-는 ‘고통을 겪는(to suffer)’의 의미가 있다. patient는 고통을 겪는 사람(one who suffers)의 뜻이 있다.

59) Naseem A. et al. 2001. Customer, client, consumer, recipient, or patient. *Ann Clin*

‘환자’로 불리기를 원하며, 의사들도 대부분 ‘제공자(provider)’보다는 ‘의사’로 불리기를 원한다고 한다. 의료 환경이 많이 변화했음에도 불구하고 많은 사람들이 의사, 환자로 남기를 원하고 있으며 ‘제공자’, ‘고객 또는 소비자’의 상업적인 느낌을 주는 용어를 꺼리고 있다고 할 수 있다. 한편, 사람들이 어떤 때는 환자로, 어떤 때는 고객이나 소비자로 간주되기를 바라는 이중적인 태도를 보인다는 연구도 있다. 치료의 맥락을 벗어난 의학적 증강의 맥락에서는 더군다나 고객, 소비자로서의 입장이 중요할 수밖에 없다. 의학적 증강에서 전통적인 의사-환자 관계 맥락에서의 신뢰관계(fiduciary relationship)<sup>60)</sup> 또는 서약(誓約)관계(covenantal relationship)을 말하기는 힘들어 보인다.

에드먼드 펠레그리노(Edmund Pellegrino)는 “의사는 협상된 임무(negotiated task)가 아니라 임상의학의 본질 자체에 짜 넣어져 있는 명령(imperative)으로서 환자를 돌보는 책임을 지게 된다.”고 주장한다(Pellegrino 1983). 이 명령은 환자의 본질적인 취약함(essential vulnerability)에서 비롯되는데, 환자는 신뢰 관계의 한 축이 되어 자신을 의사의 손에 맡기게 된다. 취약한 개인에 대한 돌봄의 격률은 의사와 환자 사이의 ‘신뢰의 윤리’의 토대다(Pellegrino and Thomasma 1981). 그러므로 필수적인 현상은 취약한 환자가 자기 자신을 의사의 손에 맡기는 행동이다. 이 행동은 ‘의사의 신뢰할 수 있음(physician trustworthiness)’이라는 “돌봄의 격률”에 근거하는 것으로 볼 때만이 제대로 강조될 수 있다(Pellegrino et al. 1991)

### 6.1.3 사업가(businessman)로서의 의사

---

*Psychiatry*. 13(4): 239-40.; Baskett T.F. 2002. What women want: don't call us clients, and we prefer female doctors. *J Obstet Gynaecol Can.* 24(7): 572-4

60) 또는 수탁(受託) 관계

‘임상적인 판단은 의사의 금전상의 이해에 의해 영향을 받아서는 안 된다’는 말을 있는 그대로 믿는 사람은 없겠지만, 최소한 이렇게 되기를 기대하고 이상으로 삼아왔음을 인정할 수는 있다. 임상적인 판단과 금전상 이해의 철저한 구분은 정부의 규제로부터 의사들이 자신들의 자율권을 정당화하는 도덕규범으로 작용하기도 하였다. 의료 문화의 중요한 한 단면은 의사의 역할과 의사-환자 관계를 어떻게 이해하느냐에 있다. 이 이해의 핵심에 돈의 문제가 있다.

돈이 어떻게 의사의 마음과 업무에 영향을 주고 있으며, 의사-환자 관계에서 돈은 어떤 역할을 하고 있는가? 분명한 사실은 상당한 변화가 일어났고 변화가 계속 진행되고 있다는 점이다. 대부분의 사람들이 금전적인 동기가 의사의 임상적 판단에 영향을 주지 않는다고 생각하던 시대에서 금전적인 문제가 의사의 임상적인 판단에 지배적인 영향을 준다고 생각하는 시대로 변해가고 있다. 의사와 돈의 관계에 대한 인식의 변화를 설명하기 위하여 19세기 말, 20세기 초 미국 의사들의 전문직으로서의 위치를 확립하는 과정, 의료보험제도의 도입, 그리고 관리의료제도로의 변화를 살펴보고자 한다.

서구에서 19세기 중반까지 치료행위는 일종의 기능인 동시에 사업이었고, 치료자는 제화공이나 이발사처럼 일을 하였다. 치료자와 환자의 사업적인 관계는 단순해서 치료자의 충고, 기술 그리고 약의 교환 대가로 돈을 지불하였다. 미국의 경우를 보면 19세기 중반부터 20세기 중반에 이르기까지 의사들의 문화적인 이미지는 사업가(businessman)로부터 전문직(professional)으로의 변화 시기였고 20세기 후반은, 의사들을 환자를 치료하는 전문직인 동시에 사업가로 재평가하는 시기였다(Stone, 1997).<sup>61)</sup>

---

61) 미국의 의사와 의사협회(AMA)의 역사적 변화를 살펴보는 것은 우리의 현실을 이해하는

의학이 점차 전문직화(professionalization)되어가자 의사-환자 관계에서 돈의 역할은 점차 논쟁의 여지를 갖게 되었다. 상업적인 장사꾼 이상으로 인정받기 위해 의사들은 그들의 임상적 결정이 금전상의 이익이 아닌 다른 것에 의해 동기가 부여된다는 이미지를 만들기 원하였다. 기능직에서 전문직으로의 전환, 즉 전문직화를 위해서는 무엇보다 의사들이 능력(competence)과 자격이 있음을 보여줄 필요가 있었다. 의사들은 그들이 이기심 때문이 아니라 의학 지식과 이타심에 의해 동기가 유발됨을 대중들에게 확신시키기 위해서, 오랜 기간의 수련, 시험, 자격 인정, 면허부여, 감시의 체계를 정밀하게 고안하였다. 의사들은 자신들의 결정과 권유가 금전적인 이익에 의해서가 아니라 환자의 최선의 이익과 과학에 의해서 인도된다는 전문직의 이데올로기를 대중들에게 보여주어야만 했다.

한편으로 전문직 이데올로기의 확보를 위해 고안된 자격 인정과 전문직으로의 진입을 제한하는 체계는 환자의 이익보다는 의료의 수익성을 증대시키려는 의도를 가지고 구축되었다는 비난을 받기도 한다. 그러나 의사단체는 이런 시장의 제한이 의사의 수입 때문이 아니라 환자의 건강을 보호하기 위해서 필요하다는 정당화를 하였다고 한다.

사업상 이해관계가 아니라 공공의 건강을 위한다는 전문직의 이미지는 자기규제 능력에 대한 정치적 주장을 위해서 매우 중요하였다. 의료가 돈의 영향으로 인해 더럽혀져서는 안 된다는 공적인 이야기가 준비된 것이다. 그러나 의사들이 금전적인 고려에 의해 동기 부여되어서는 안 된다는 규범적인 주장과 의료에서 금전적 이해관계가 작용하고 있다는 경험적인 지식은 갈등을 일으킬 수밖에 없다. 의학의 중심부에는 과학적 전문직으로서의 의료와 사업으로서의 의료의 해결되지 않는 갈등이 계속되어 왔다.

---

데 도움이 된다. 우리나라와 미국의 의료 환경에는 큰 차이가 있지만 우리나라가 미국의 현대의학을 거의 변형 없이 수용하였고 현재도 지대한 영향을 받고 있기 때문에 금전의 문제와 관련된 의사 전문직의 문화를 살피는 데는 무리가 없을 것이다.

서구 사회는 차차 ‘돈과 의료의 관계’의 문화를 정책을 통해 만들어 내었다.

드보라 스톤(Deborah A. Stone)은 건강보험제도에 따른 의사-환자 관계의 변화를 독일의 예를 들어 설명하고 있는데(Stone 1997), 건강보험제도는 금전, 그리고 금전과 관련된 문제를 환자-의사 관계에서 분리할 수 있었다는 것이다. 의료의 핵심인 의사-환자 관계를 돈의 영향으로부터 보호하기 위해 정교하게 고안된 조직에서 돈은 외형상으로 중요하지 않게 되었다. 환자들은 질병기금 관리기구나 환자 단체에 속하게 되고 이 단체들은 환자를 대신하여 돈과 관련된 모든 문제를 취급하게 된다. 의사들은 의사협회의 일원이 되고 의사협회는 의사들을 대신하여 모든 금전적인 거래를 취급하게 된다. 이제 질병기금 관리기구와 의사협회는 의사의 진료에 대한 지불 방법과 액수를 협상하고 계약을 하게 되었다. 의사-환자 관계에서 돈의 영향을 배제하는 도덕적 중요성을 인정하는 독일과 같은 사회는 의사-환자 관계를 금전적인 동기로부터 차단하려는 분명한 목표를 가지고 건강보험제도를 창설하였고 제도적 해결책이 유효하다는 이미지를 유지할 수 있었다.

건강보험제도 아래에서도 환자들의 우려를 불식시키기 위해서는 추가적인 조치가 필요하였다. 의사 단체는 전문직으로서의 자기 규제를 꾸준히 강조하였다. 의사협회는 회원들을 자체적으로 감시하고 규제, 단속하는 기능을 갖게 되었다. 의사들은 좋은 품성의 학생들을 의과대학 신입생으로 선발하고, 임상 수련기간 동안 수련의들을 사회화시키고, 환자의 이익을 최선으로 여긴다는 윤리 강령을 강화함으로써 상업적인 동기를 배제하려고 노력하였다.

의사들은 임상적인 판단과 금전적인 이익의 분리가 가능함을 암시하며 의사가 사업가, 상인이 아님을 보이고자 노력했고 그런 소리를 듣기 원했

을 것이다. 그러나 의사 단체의 자기 규제 기능은 너무 취약하고 금전적인 갈등을 거의 감시하지 못한다는 비난을 받게 된다. 건강보험 기관을 의사-환자 관계의 돈 관련 문제를 취급하는 중립적인 가교 역할을 하는 “제삼자(third party)”로 부름으로써 금전의 문제를 분리하고자 노력하였다. 보험제도 아래에서는 의사와 환자 사이에서 직접적인 금전의 거래는 없고, 있어봤자 푼돈에 불과하다. 의사와 환자가 만날 때에는 질병과 진단 그리고 치료에 관해서만 말하고 생각하면 되지 돈 문제는 꺼낼 필요가 없게 되었다.

그러나 돈의 문제를 배제하기 위하여 주장된 ‘전문직의 자기 규제’가 제대로 작동하지 못함을 보여준 것처럼 의료보험 제도를 통한 동일한 시도도 제대로 기능하지 못하게 되었다. 보험제도가 점차 확산되고 자리를 잡게 되자 의사들을 점차 보험 기관과 환자 사이에서 비의료적인 결정을 내려야 하는 부담에 대하여 저항하기 시작하였다. 의사들은 의료보험제도가 금전적인 문제를 배제한다고 광고하는 것과는 달리 자신들의 임상적 판단에 금전적인 문제를 개입시키고 있다고 비난하기 시작하였다. 이는 1930년대의 미국 의사협회의 의료보험에 대한 가이드라인, 원칙을 몇 가지 살펴보면 알 수 있다. 첫째, 의료 서비스는 모든 면에서, 어떤 방법에 있어서든 전문가인 의사의 통제 아래에 있어야 한다. 둘째, 제삼자는 의사와 환자 사이의 어떤 의료적 관계에든지 개입해서는 안 된다. 셋째, 환자는 그들에게 서비스할 자격 있는 의사를 선택할 수 있는 절대적인 자유를 가져야 한다. 넷째, 의사와 환자 사이의 비밀은 어떤 의료 체계에서든지 기본적으로 중요하게 다루어져야 한다. 마지막 열 번째, 의사협회에 의해 제한되거나 강제되지 않는 한, 치료나 처방에 제한을 해서는 안 된다(AMA 1934).

의사의 임상적 판단은 금전적인 문제로부터 완전히 분리되어야 한다는 관념은 지난 세기에 미국 의료 문화의 강력한 도덕적 규범으로 인정받아왔다고 할 수 있다. 금전적 이해의 영향을 받는 임상적 결정은 부도덕한 것

으로 간주되었으며 가끔은 전문직으로부터의 추방의 근거가 되기도 하였다. 점차 어려움에 부딪치기는 했지만 외형상으로는 이 관념을 유지하여 왔다. 그러나 지불 방식의 변화는 공식적으로는 금지된, 또 그동안은 상당 부분 발생하지 않았던 의사들의 임상적 결정의 왜곡을 초래하였다.

드보라 스톤(Deborah Stone)은 독일과 미국의 보험 재정 체계가 정반대의 정치적 가치와 규범을 보여주고 있다고 비교하였는데, 독일이 건강보험 재정의 충실한 사회주의화에 대한 믿음을 보이고 공적으로 통제되고 운용되는 보험에 신뢰를 나타낸 반면에 미국은 스펙트럼의 다른 한 쪽을 보여주고 있다고 하였다(Stone 1997). 미국은 질병의 비용에 대한 개인의 책임에 대한 믿음을 가지고 정부를 불신하는 반면에 사적인 영역을 충실히 신뢰하여 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid)를 제외하고는 건강보험을 거의 전부 민영화하였다. 그러나 드보라 스톤은 돈과 의료에 관한 정치 문화를 더 깊이 살펴보면 두 나라가 매우 유사함을 알 수 있는데, 두 나라의 의료 제도 모두 진료와 임상적 판단에 있어 돈의 영향이 최소화되거나 제거되어야 하고 의료는 가능한 한 순수하게 과학적 지식에 근거해야 한다는 공통된 신념을 보이고 있다고 하였다.

관리 의료 제도(managed care)<sup>62)</sup>의 이론가들은 의학의 전통적인 규범을 바꾸어 놓기 시작했는데 특히 의사-환자 관계는 금전적인 이해로부터 자유로워야 한다는 규범을 바꾸어 놓았다. 이들은 금전적인 동기를 오히려 의사, 병원 그리고 환자의 행동을 결정하고 의료비용을 조절할 수 있는 방안으로 칭송하였다. 시장 경제적인 의료의 지지자들은 금전적인 동기를 반

62) 대다수의 미국 국민이 가입하는 민간의료보험 조직은 전통적인 민간보험 형태인 영리보험사와 비영리 보험단체인 'the Blues'가 대표적이다. 이와는 달리 의료비 절약과 자원 배분의 효율화를 위한 새로운 민간보험 형태인 관리의료(managed care)에 해당하는 HMO와 PPO로 나누어 볼 수 있다(최병호, 2002. 민영건강보험의 도입과 국민건강보험제도와의 역할 분담. 월간생명보험 8월호). 관리의료는 1990년대 이후 급속히 증가하는 의료비가 사회문제화 되면서 미국 의료보험의 주류로 자리를 잡게 되었다. 관리의료는 전면에 등장하면서 의사에 비하여 보험회사의 입지가 강화되었다고 한다.

대할 것으로 보지 않고 의료의 질과 분배를 향상시키기 위하여 활용되어야 하는 중립적인 동력으로 보기 시작하였다. 이런 이론에 근거하여 미국에서 관리 의료 제도가 등장하였다.

클라크 해빅허스트(Clark Havighurst)는 의료 전문직에 독점금지법을 적용하려고 노력하였고, 폴 엘우드(Paul Ellwood)는 HMO<sup>63)</sup>의 개념을 제시하고 이를 지지하였다. 그리고 경제학자 알레인 엔토벤(Alain Enthoven)은 관리 경쟁(managed competition)을 장려하였다(Stone 1997). 관리 의료의 핵심은 금전적인 동기를 조절의 도구로 활용하는 것이다.

특히 알레인 엔토벤(Alain Enthoven)은 의학의 중심 문제를 재규정하고자 하였는데, 그는 매사추세츠 주 의사협회에서 행한 강연에서 “의학의 중심 과제는 의사가 그들의 지식을 어떻게 활용하여 환자를 더 건강하게 만드느냐에 있지 않고, 사람들이 그들의 자원을 가장 효과적으로 사용하는 데 있다”고 하였다(Enthoven 1978). 그는 의사들이 육체적, 생물학적 의학을 넘어서 비용-효과 분석에 의한 “결정의 과학(the decision science)”에 도달하여야 한다고 결론을 지었다. 그에 의하면 ‘결정의 과학’은 의학적인 결정의 복잡하고 불확실한 문제에 경제학, 통계학과 예측과 판정 이론을 종합적으로 적용하는 것이다(Enthoven 1978, 1236).

이제 의학적 결정은 더 이상 순수하게 임상적일 수 없게 되었다. 의학적 결정은 최소한 부분적으로라도 사회에 대한 경제적 결과에 근거해야 한다는 주장이 설득력을 얻어 가고 있으며 의사에게 제공되는 금전적인 인센티브는 의학 결정에 영향을 미치게 되었다.<sup>64)</sup> 관리의료의 지지자들은 비용과

63) Health Maintenance Organization. 관리의료의 한 형태. HMO의 성패는 가입자들의 의료 이용을 최대로 억제하는 데 있다. 이를 위하여 무분별하게 전문의의 서비스나 병원 서비스를 받는 것을 억제하기도 한다. 병원과 의사의 서비스를 적정하게 유지시킨다는 평가도 있지만 환자의 선택권, 진료의 자율성을 침해하고 의사들의 과소진료를 유도한다는 비판을 받고 있다.

64) 일차진료의사가 전문의에게 진료의뢰를 적게 하고 고가의 검사를 적게 할 경우에 의사에게 인센티브를 제공한다. 적정 진료가 아닌 과소진료를 유도한다는 비판이 제기된다.

효과에 대한 객관적이고 과학적인 지식을 사용하기 위하여 의료가 재조직되어야만 하며 그렇게 함으로써 더 효율적이고 평등한 보건 의료 체계를 초래할 수 있다는 주장을 한다. 의료의 질을 낮추지 않고 비용을 절감할 수 있다는 주장인 셈이다.

그러나 일단 금전적인 문제를 더 이상 부정적으로 보지 않고 긍정적인 힘으로 인식하게 되면 의료는 완전히 자유경쟁 시장의 관점에서 볼 수밖에 없다. 환자는 의료서비스의 소비자(구매자)가 되고 의사는 제공자(판매자)가 되며, 가격의 신호로서 돈은 판매자와 구매자의 이익을 극대화하도록 그들을 돕는 역할을 한다는 것이다.

시장 이론에서 소비자의 선택은 생산자의 규제를 위한 절대적이고 최선의 전거가 된다. 소비자 주권의 강조는 필연적으로 의료에 있어서 의사들의 권위에 대한 환자들의 도전이 된다. 결국 의료에 시장의 모델을 도입하는 것은 의료를 순전히 사업상의 관계로 바꾸어 놓음으로써 비용을 조절할 수 있는 가능성을 제시했을 뿐 아니라 환자들에게 자신들의 치료에 참여하도록 힘을 부여함으로써 건강을 증진할 수 있는 기회를 제공하는 것이라는 주장이 된다. 그러나 의료비용 지불자의 관점에서 보면 의사는 비용을 발생시키는 자이며 시장 모델에 의하면 환자들이 의사에 대한 권력을 획득한 것이 아니라 보험자가 지배력을 갖게 되었음을 의미한다.

과거의 개별 지불 방식(fee-for-service)에서는 금전적인 인센티브는 의사가 환자에게 가능한 한 많은 서비스를 제공할 때 주어졌지만 관리의료제도 아래에서는 환자에게 가능한 한 최소한의 의료서비스를 제공할 때 금전적인 인센티브가 발생한다. 인센티브의 존재가 새로운 것은 아니지만 그 방향은 완전히 반대다.

과거에는 의료는 영리적인 사업이 되어서는 안 된다는 생각이 지배적이었고 최소한 그렇게 보이려고 노력을 했다는 평가를 받았다. 그러나 이제

많은 나라들이 의사를 자본가에 종속시키는 의료 제도를 시행하게 되었다. 의학적 판단에서 금전적인 고려가 영향을 미쳐서는 안 된다는 믿음을 포기하고 금전적인 고려가 반드시 중요하게 작용하여야 하며 경우에 따라서는 결정적인 역할을 해야 한다고 믿게 되었다. 무엇이 이런 문화적인 변화를 가져왔을까? 시장 중심적인 사고 그리고 의료비용 급증의 사회적인 문제를 해결하지 못하는 정부에 대한 불신의 결과일 것이다. 문화의 변화에 따라 19세기에 금전적인 이익의 동기를 초월하는 전문직이 등장하였다. 이제 20세기 후반에 들어서서 의사는 시장에서의 다른 사람들과 동일한 단순한 경제 행위자로 전락하였다.

의학적 판단과 금전적인 이득의 분리는 늘 허구에 불과하다는 비판적인 시각이 있어 왔다. 의사와 사업가는 도덕적으로 양립할 수 없으며, 의사들은 상업적인 영향으로부터 자유로워야 한다는 이상은 자신들의 권위와 시장을 확장하려는 의사들에 의해 고안된 것에 불과하다는 비판이 제기되기도 하였다. 이런 이상 또는 허구는 의사들에 의해 20세기의 대부분의 기간 동안 유지되었지만 이렇게 유지할 수 있었던 이유는 의사들이 정책적인 싸움에서 공공의 지지를 받았기 때문인데, 이는 의사들이 임상적 결정을 할 때 자신들의 이익을 위해서가 아니라 과학에 근거해서, 환자의 이익을 위하여 한다는 것을 대중들에게 확신시킬 수 있었기 때문이다.

이제는 완전히 정반대의 이상이 제시되고 있다. 의사들의 이미지를 윤리적인 사업가(ethical businessman)로 보는 것으로, 여기서 의사들은 금전적인 인센티브와 전문가로서의 소명을 완벽하게 조화시켜야 한다. 이제 이와 같은 이미지로, 다른 방식으로 의료 서비스에서 권력과 시장을 확대하고자 한다는 것이다. 새로운 의사의 이미지는 어느 정도는 의사들에게 호소력이 있다. 왜냐하면 한 편으로는 과거의 윤리 강령에서는 인정하지 않았던, 의사들이 돈을 벌기를 원한다는 사실을 인정하기 때문이다.

한 편으로는 임상적인 자율성이 급속히 침식되는 상황에서 의사의 독립, 자율성이 좋아지리라는 기대도 있었을 것이다. 실제로 관리 의료제도는 지속적으로 일차 진료 의사의 독립과 자율성을 부각시키고 있다. 그러나 보험회사는 여러 가지 방법으로 의사들을 통제하여 그들로부터 임상적인 결정 권한을 빼앗아 종종 의사가 아닌 내부의 검열자에게 부여하거나 특정한 사례에 대하여 진료기록을 검토하고 임상적인 결정을 내리도록 계약을 맺은 외부 기관에 위임을 한다. 또 보험회사는 개별 지불 방식, 급여, 인센티브, 인두제 등의 다양한 지불 방식으로 의사들을 효과적으로 통제할 수 있게 되었다.

의사들은 개별 지불 방식 제도와 관대한 건강 보험 정책을 활용하여 불필요하고 과도한 “호화스러운” 의료 서비스를 환자들에게 떠맡겨 사복을 채워왔고 환자들은 적절한 진료를 받기 위해서는 필요한 것보다 점점 더 많은 돈을 지불해 왔다는 비판을 받기도 하였다. 의사들은 결국 신뢰를 잃고 결국 보험 회사가 소비자를 보호하는 역할과 의학적 조언자 역할을 떠맡게 된 것 아닌가 하는 우려도 있다. 이제 사업가로서의 의사의 상징은 고용주와 정부의 힘의 근원이 되어 공적, 사적 사회보장의 재정적 지원을 삭감하는 근거를 제시하고 있다.

미국의 관리 의료 제도에서 얻을 수 있는 두 가지 교훈이 있다. 첫째는 의사들의 전문직으로서의 권위와 도덕성이 이미 회복하기 힘들 정도로 손상을 입었다는 사실이다. 둘째는, 의사들이 어려움을 타개하기 위한 돌파구의 하나로 ‘의학적 증강’에 노력하기 시작했는데 과연 의사들이 성공할 수 있을 지 살펴보아야 하겠지만 이 논문의 주장은 결국 증강에 힘을 쏟는 의사들의 노력은 상황을 더욱 악화시킬 것이고 어느 정도 과장을 하면 전통적인 전문직의 의미는 100% 탈색되고 사업가, 상인의 이미지만 남게 될 것이라는 것이다. 어쩌면 의사는 대표적인 전문직이 아니라 19세기 중반

이전의 의사들처럼 기능직의 하나로 다시 전략하게 될지도 모른다.

## 6.2 미용성형외과 의사의 역할

### 6.2.1 대표적인 증강으로서의 미용 성형수술

미용 성형 수술은 의학적 증강에 있어서의 의사의 윤리를 논하는데 좋은 출발점이 될 수 있다. 미용성형수술은 다른 분야의 의학적 증강보다 역사가 오래 되었고 의학적 증강에 정확하게 해당되는 경향이 있다. 프로자, 리탈린 같은 신경치료약물이나 성장호르몬이 비교적 최근에 임상에 활발하게 적용되는 데 비해 미용성형수술의 역사는 길게는 수백 년이 넘는다고 할 수 있고, 소독 방법과 마취 기술 그리고 항생제의 개발 이후로부터 따져도 100년 가까이 경과하였고 경험이 축적되어 급격히 확대되고 있는 다른 분야의 의학적 증강에 방향 내지는 지침을 제시할 가능성이 있다. 또 미용성형수술은 심장기능에 좋든지 빠를 튼튼하게 한다든지 하는 애매모호한 면이 거의 없는, 순수한 의미의 의학적 증강에 해당한다고 볼 수 있다.

유전학적 증강은 모든 형태의 증강에 대한 가능성이 크고 그 범위도 넓지만 아직 임상에 활발하게 적용되고 있는 것은 아니다. 유전학적 증강의 경우에는 개발자와 적용자가 다를 수 있지만 미용성형수술은 개발자와 적용자가 동일하여 의학적 증강의 윤리적 문제와 이를 수행하는 전문가의 역할과 윤리에 대해 살펴보는데 적합한 대상이라고 할 수 있다. 또 미용성형은 정통의학(orthodox medicine)<sup>65)</sup> 체계의 면허받은 의사가 아니면 불가능

---

65) 정통의학은 정규 커리큘럼을 가진 대학에서 교육을 받고 국가의 면허를 받는 것을 의미하며 제도권 의학, 주류의학이라고 말할 수도 있다.

하다는 점에서 의학적 증강을 행하는 전문가의 역할을 살펴볼 수 있는 적절한 영역이라고 할 수 있다.

또 다른 장점은 미용성형수술의 급격한 확대는 전 세계적인 문제로 특정 국가나 문화권에 한정되지 않는다는 점이다. 특히 미용성형은 다양하고도 복잡한 문제를 내포하고 있는데 광고와 상업화, 의료인 사이의 과다 경쟁, 의료화의 문제뿐 아니라 역으로 탈의료화<sup>66)</sup>의 문제까지 포함하고 있다.

### 6.2.2 미국 미용성형수술의 역사와 의사들의 전문직 인정 노력

미용성형 수술의 역사를 살펴보면, 고대와 중세의 성형 수술에 대한 기록을 찾아 볼 수는 있다. 그러나 마취 기법과 소독법, 항생제의 발달로 감염과 통증의 문제를 해결한 20세기 초부터 논의를 시작하는 것이 좋을 것이다. 본격적인 미용성형수술의 역사를 1차 대전 이후로 보는 것이 대체적인 시각이다. 미국에서의 미용성형외과의 시작과 전문직으로의 편입과정은 증강의 논의에 도움이 된다. 의료기술적인 발전의 측면을 고려하지 않는다면 미국 미용성형외과의 역사는 미용성형수술의 윤리적인 정당성을 확보하기 위한 의사들의 투쟁 과정이라고 볼 수 있다. 현대의학의 발흥 시기, 곧 환자를 치료하는 다양한 방법들이 개발되던 시대에는 다양한 분야의 전문가들 사이에 과학적 의학의 확립을 위한 치열한 경쟁이 있었다. 미용성형외과 의사의 경우도 마찬가지이다. 미용 의사(*beauty doctor*)<sup>67)</sup>와의 차별화

---

66) 미용성형 수술을 하려는 소비자는 의사를 선택하는데 있어 광고와 홍보, 의사의 이미지, 어떤 부류의 사람들이 선호하는 의사인가 등의 의학외적인 요소에 의지하는 경향이 있는데 이는 탈의료화라고 할 수 있다. 구매능력이 있는 사람만이 미용성형수술을 받을 수 있는 자유경쟁 시장 체제에서는 탈의료화가 의료화 못지않게 작용하고 있다.

67) 성형외과가 의학의 전문분야로 자리 매김을 하기 전부터 미용목적의 시술을 하였다. 미국 의사협회(AMA)가 의사의 전문직화를 위해 노력하던 19세기 초에 돌팔이(*quack*)로 취급받았다.

노력은 주목할 만하다.

제1차 세계 대전의 참호 전투는 턱, 입술, 코, 눈 등의 안면부의 심각한 부상의 원인이었다. 헬멧으로 머리를 보호할 수는 있었지만 폭탄 파편 등으로 인한 안면부의 손상은 과거의 전쟁에서는 찾기 힘든 부상이었다. 또 비행기의 추락이나 충돌 사고 등도 심각한 안면부의 손상을 초래하였다. 얼굴의 심각한 부상은 의학적 문제뿐만이 아니라 심각한 사회문제로 즉각 인식되었다. 전쟁에서 살아남은 군인들의 얼굴 부위의 손상은 생존했다는 사실만 가지고는 보상 받을 수 없었을 것이다.

기능의 회복과 함께 군인들이 가정과 직장으로 복귀할 수 있도록 외모를 회복시키는 문제는 매우 중요하였다. 이를 위하여 일반외과, 구강외과, 이비인후과 의사 등의 여러 분야의 의사들이 턱과 안면부의 수술을 위하여 동원되었다. 숙련된 의사의 수술로 외모를 되찾는 일은 언론에 기적적인 일로 보도되어 대중의 환호를 받게 되었다. 전쟁이 끝날 무렵에 외과 의사들은 동료 의사들로부터 그리고 대중으로부터 존경을 받게 되었다. 당연히 수술적인 재건(reconstruction)의 도덕 문제는 제기될 필요가 없었고, 재건 성형수술의 사회적 가치도 의문의 여지가 없었다. 전쟁에서 돌아온 의사들은 외과의 새로운 분야를 확립하려는 노력을 시작하였다. 1차 세계 대전에서의 경험은 전문화(professionalization)와 조직화(organization)의 근거가 되었다. 당시에 다른 외과 분야와 달리 성형외과는 여전히 초기 단계였다. 재건 성형은 어느 정도 위치를 확보했지만 미용성형수술은 아직 의심스러운 단계였다. 전쟁이 끝나는 것은 재건 성형의 위축을 가져올 것이 분명하였을 것이다. 그러나 동시에 외과 의사들은 미용 성형수술이 엄청난 성장 잠재력이 있음을 보았다(Haiken 1997, 36).

20세기 초의 미국의사협회의 의료개혁을 살펴보는 것은 의사들이 전문직으로서의 오늘 날의 위상을 확립하는 출발점이라고 할 수 있다. 그 당시

미국에서 의학교육은 물론 의료도 정부의 통제를 받지 않는 상태에서 의과대학은 일정한 입학 기준이 없었으며, 실험실은 운영되지 않았고, 임상 수련도 하지 않았다고 한다(Sullivan 2001). 조금 과장하면 누구든지 원하면 의사가 될 수 있는 시대였다. 의과대학을 나온 “정규의사(regular)”는 과학적 의학의 이론인 세균설(germ theory)<sup>68</sup>을 받아들이고 대부분의 근거 없어 보이는 영웅적인 시술들을 포기하였다. 또 의사들은 동종요법 등 의료와 관련 있는 여러 직종과 경쟁 관계에 있었다. 1910년의 플렉스너(Abraham Flexner) 보고서는 의학교육의 개혁은 물론 전문직으로서의 위상을 확립하는 계기가 되었다.

1차 세계 대전 중에 미국의사협회(AMA)는 소수지만 큰 목소리를 내기 시작했다. 약품제조업자(patent-medicine manufacturers), 자기장 요법사(magnetic healer), 동종요법 시술자(homeopaths), 카이로프랙터(chiropractors), 정골요법사(osteopaths), 산파(midwives), 미용의사(beauty doctors), 그리고 의사협회가 돌팔이로 이름붙인 비정규의사(irregular)에 대한 대대적인 비판 운동에 나섰다. AMA는 정규 의사들의 단단하게 결합된 전문직으로 조직화하는 방안을 추구하였다. AMA는 플렉스너의 보고서에 근거해 의과대학의 입학기준, 교육 기간, 그리고 의학 교육의 과학적인 엄격함을 강화하였다. 의학교육의 강화는 결국 의사집단에 대한 강력한 통제를 가능하게 하였다. 또 의료 행위를 하는 사람들을 규제하기 위해 정부가 자격을 부여하는 면허 제도를 시행하였다. 개혁은 수십 년이 걸렸다. 20세기 초반에는 합법적인 의학과 이른 바 돌팔이(quackery)의 경계가 모호했으나 개혁의 성공으로 1차 세계 대전 후에는 AMA의 인정을 받지 못하

---

68) 현미경을 통해서만 볼 수 있는 미생물이나 유기체가 몸에 들어옴으로써 병이 생긴다는 의학이론. 프랑스의 화학자이며 미생물학자인 루이 파스퇴르와 영국의 외과의사 조지프 리스터, 독일의 내과의사 로베르트 코흐는 이 이론을 발전시키고 수용하여 유명해졌다. Daum 백과사전.

게 된 사실 의학 교육기관과 의사로 자처(自處)하는 시술자들은 쇠락하게 되었다.

제1차 세계 대전 중의 의사들의 재건 성형 수술의 성공적인 결과는 자신들을 합법적인 의사로 사회의 인정을 받게 하고 AMA의 권위 아래에서 의학교육과 의료행위의 규제를 통하여 환자를 보호해야 하는 필요성을 강화하는 데 일조하였을 것이다. 1차 세계 대전 중에 재건 성형 수술의 경험이 있는 의사들이 전문단체를 결성하기 시작하였다. 1921년에 미국구강외과의사협회(American Association of Oral Surgeons)가 결성되었다. 이 단체는 1937년에 한 차례 이름을 바꾸고 1942년에 다시 이름을 바꿔 현재의 미국성형외과의사협회(American Association of Plastic Surgeons)에 이르고 있다. 1931년에는 성형수술을 하는 의사들의 모임인 Society of Plastic and Reconstructive Surgery가 출범하여 한 차례 이름을 바꾸고 현재의 가장 영향력 있고 널리 알려진 American Society of Plastic Surgeons가 되었다.

미국에서의 미용성형수술은 마취법, 소독법, 항생제의 등장 이전인 19세기 중반에 벌써 활성화되기 시작하였다. 그 당시에 일부 사람들은 수술적인 방법으로 자신의 외모를 향상시키려고 시술자를 찾기 시작하였다. 이 시술자들은 미용의사(beauty doctor), 미용외과의사(beauty surgeon)로 불리었다. AMA 의사들의 미용의사에 대한 비판과 배척 그리고 얼마 뒤에는 미용성형을 전문직 내부로 수용해가는 과정은 흥미롭다.

19세기 초반의 ‘추문 폭로 기자들’은 미용실, 사무실, 호텔방에서 이루어지는 파라핀 주입, 안면박피, 성형수술을 비판하였다. AMA는 정규 의사를 조직화하고 비정규 돌팔이를 배제하는 운동 과정에서 미용의사와 외모 전문가(featural specialist)들을 배척하였다. 그러나 미용성형 시술을 하는 새로운 전문가의 출현에 대한 거부감에도 불구하고 미용성형의 성장은 계속

되었다. 문화가 바뀌고 있었기 때문이다(Sullivan 2001, 47). 조직화된 의사 단체가 의료행위에 대한 엄격한 규제와 광고의 제한에 성공하기 전에는 상업적인 시술자들이 그들의 미용성형 서비스를 신문과 여성잡지, 그리고 광고전단을 통하여 광고하였다.

### 6.2.3 미용성형수술의 정당화 주장들

1차 세계 대전이 끝난 뒤 미용성형수술의 가능성을 알게 된 의사들은 그들이 비난해 왔던 미용의사(bauty doctor)와의 차별성을 강조하든지 미용의사들을 재평가하든지 두 가지 중의 한 가지를 시도해야 했을 것이다. 의사들은 사업으로서의 미용 시술이 무한한 가능성이 있음을 깨달았다. 당시 미국의 많은 여성들은 외모의 아름다움을 추구하는데 시간과 노력을 아끼지 않았으며, 심지어는 전쟁에서 심각한 부상을 입은 병사보다 외모를 가꾸기 위해 더 많은 돈을 쓰기도 하였다고 한다. 이제 성형외과 의사들은 중요한 문제를 해결해야 했다. “재건성형수술과 미용성형수술 사이의 차이는 있는가, 있다면 어느 곳에 선을 그어야 하는가?” 외과 의사들은 곧바로 답을 내어놓을 수 없었다.<sup>69)</sup> 그들은 환자들의 필요와 요구를 인정하고 이에 반응하면서 의료 전문가로서의 그들의 위치에 대한 확신을 얻고 안심을 하기 위한 한계를 설정하려는 시도들을 계속하였다(Haiken 1997, 38).

뉴욕의 구스타프 틱(Gustav Tieck)이라는 의사는 “특히, 결혼 적령기에 있는 여성이 외모로 인한 불이익을 심각하게 받아들일 경우에, 외과의사가 얼굴 모습을 개선시키는 수술을 하는 것은 합당하고도 중요한 요구를 충족시켜주는 일이며 최선의 노력을 기울일만한 일이다”라고 하였다. 세이무어

---

69) 엘리자베스 하이켄(Elizabeth Haiken)은 성형외과 의사들이 아직도 이 문제를 풀지 못하고 있다고 평가한다.

오펜하이머(Seymour Oppenheimer)는 ‘정신적 문제’를 계측도로 사용하였다. “외모로 인한 정신적인 고통이 개인의 행동을 제약하여 사회 속에서의 자신의 가치를 심각하게 떨어뜨릴 경우에는 수술이 정당하다”고 주장하였다(Haiken 1997, 39). 심리학, 정신과학에서 미용성형의 근거를 찾으려는 시도가 미용성형외과 의사 사이에 점차 유행을 하게 되었다.

의사들은 한계를 정하려고 노력을 하였지만 그들은 곧 외모로 인한 “사회생활이나 업무에서의 심각한 장애” 또는 “심리적인 안녕이나 경제적인 자급자족을 해칠 정도의 외모의 장애”를 규정하는 일이 불가능함을 재빨리 알아차리게 되었다. 의사들은 한 발 더 나갔다. 오리건 주 포틀랜드의 애덜버트 벳맨(Adalbert Bettman)은 “얼굴이나 목의 주름, 이중턱 같은 끔찍한 신체적 장애를 갖고 있는 사람은 다리를 잃은 것보다 더 심각할 수도 있으며, 이런 장애는 해결될 수 있고 해결되어야만 한다”고 주장을 하였다.<sup>70)</sup> 과거의 미용의사들도 외모의 문제를 심각하게 고려했다. 벳맨은 외과 술기의 면에서 뿐만 아니라 비의료적 상태에 대한 의료화의 선구자라고 할 수 있다. 벳맨의 후예들이 ‘무엇이 장애인가’의 문제에 대한 공통적인 해답을 내놓지는 못했지만 분명한 사실은 벳맨의 정의에서 후퇴한 것이 아니라 한 발 더 나간 것은 분명하다(Haiken 1997, 40).

20세기 초, 미국의 미용성형외과 의사들은 미용성형수술을 의학의 영역으로 정당화하기 위해 다양한 방식으로 주장을 하였다.

미용성형 수술은 많은 경우에 있어서 육체적인 고통보다 훨씬 더 심각한 병환(illness)을 경감시키거나 치료한다. 결함에 대한 지속적인 인식으로 인한 환자의 정신적 고통은 결국 열등의식을 유발한다.<sup>71)</sup> 많은

70) 벳맨은 주름 제거를 위한 ‘광범위 안면거상 절개술(extensive face-lift incision)’을 도입하였으며 지금도 그의 수술 방법이 변형되어 사용되고 있다고 한다. 그는 또한 미용성형수술 전후의 사진을 비교하는 방법(before & after)을 처음 사용한 것으로 알려졌다.

71) 열등 콤플렉스(inferiority complex)의 개념이 미용 성형의 발전에 결정적인 근거를 제공

의존적인 사람들이 육체적 장애와 그로 인한 정신적 장애를 제거함으로써 자존적이고 자기지지적(self-supporting)인 사람으로 변하게 된다 (Straatsma 1932).

기술지상주의와 외모에 대한 강조는 장애의 개념에 선천적 장애와 질병이나 외상의 후유증으로 인한 후천적 장애뿐만이 아니라 노화나 사회적으로 바람직하지 않은 얼굴 모습이나 신체의 외형도 포함시킨다. 이런 문제를 교정하는 일은 “칼로 하는 정신과 치료(scalpel psychiatry)”로 정당화되었다(Sullivan 2001, 64). 미용성형 수술을 정신과적 치료로 이해하기 위해서는 환자의 심리적인 문제의 원인을 특정 신체 부위에서 찾아야 하며, 이 신체부위의 교정은 결국 환자의 자존감을 향상시키게 된다는 것이다.

## 6.3 역할과 전문적 윤리

### 6.3.1 전문적 윤리/전문가 주의

의사는 전통적으로 엄격한 윤리가 요구되는 대표적인 전문직으로 인정받아 왔다. 윤리가 뒷받침되지 않는 전문직은 더 이상 전문직이 아니다. 자유민주주의 그리고 다원주의 사회에는 아주 다양한 견해를 가진 사람들이 존재한다. 의사는 고객, 소비자의 요구 또는 욕구에 따라 단순히 서비스를 제공하는 직업인가에 대한 고민이 있어야 한다. 고객의 선택을 존중하기만 하면 충분한가? 의사는 거절하거나, 설득해야 하는가? 아니면 권유할 수 있는가?

의사들은 전통적으로 의료와 생명과학기술의 문지기(gatekeeper) 역할을

---

했다는 주장이 제기되기도 한다.

해왔다. 의사들은 환자의 최선의 이익과 사회의 공익을 위하여 정보를 통제하고 전문가로서의 판단을 내릴 것을 요구받아왔고 기대를 받아 왔다. 다양한 영역에서 도덕적 문지기 역할이 필요하다. 예를 들어, 이식에 관여하는 의사들은 생체 장기 기증자를 선택할 때 기증자가 자기 자신을 부적절하게 희생하거나 위험을 감수하려고 하지는 않는지 면밀히 관찰하여 판단하여야 하고 기증자 선택 기준을 철저하게 준수해야 할 것이다 (Beauchamp and Childress 2001, 49-51).

환자의 의사결정능력(competence)을 판단할 때, 의사가 ‘환자가 의사결정능력이 없다’고 할 경우는 환자의 권리를 침해하거나, 대리인에게 의사결정 권한을 넘기거나, 법정에 환자를 보호해줄 법정 후견인을 법원에 요청하거나, 강제수용을 고려하는 등의 상황이 벌어질 수 있다. 의사는 환자의 의사결정을 받아들여야 하는지 거부해야 하는지를 구분하는 문지기 역할을 수행해야 한다(Beauchamp and Childress 2001, 69).

의사는 범죄행위가 정신질환에 의한 것인지 아닌 지에 대한 정신감정, 손해 배상에 필요한 신체 감정 등의 업무를 수행하고 있으며 임상실험의 대상을 선정할 때에도 문지기 역할을 해야 한다. 또 사법 제도에서 유전정보의 사용에 대한 문지기 역할도 필요하다.

이처럼 다양한 문지기 역할을 수행하고 있고 요구받고 있지만, 의료비용이 급증하고 있는 현대에는 의료비 지출, 의료자원 분배의 문지기 역할이 더욱 중요해지고 있다. 미국 관리의료제도에서는 일차진료의사<sup>72)</sup>의 문지기 역할이 제도의 성패를 좌우할 정도로 중요한 것으로 강조되고 있다. 문지기 역할을 하는 일차진료의사는 의료서비스의 적절한 사용에 대한 분

---

72) *Primary Care Physician. PCP*의 약자로 많이 쓰인다. 최근 북미와 유럽의 나라들은 의료개혁에서 일차 진료의 강화를 중요시하고 있다. 일차진료의사의 역할은 비용-효과 면에서 검증이 되었기 때문에 점차 더 중요해지고 있다. 중요성이 증가함에 따라 보건의료제도에서 일차진료의사의 경제적 문지기 역할도 중요해지고 있다.

별력 있는 판단을 할 수 있고 따라서 의료의 질은 향상시키면서도 비용을 억제할 수 있다는 기대를 하고 있는 것이다. 일차진료의사의 문지기 역할로 인해 전문의에게 진료를 의뢰하는 일은 감소될 것이고 결국 비용을 절감할 수 있게 된다는 것이다. 또 환자들이 일차 진료를 거치지 않고 불필요하게 전문의를 직접 찾는 행위(self-referral)와 진료의뢰에 따른 리베이트(referral kickbacks) 문제를 막을 수도 있다.

HMO는 비용 감소를 위해 전문의에게 진료의뢰를 적게 할 경우에 일차진료의사에게 금전적인 인센티브를 주는 방식을 시행하고 있다. 따라서 과소 진료에 대한 시비가 계속되고 있고 인센티브 문제 등은 환자의 최선의 이익을 위해 봉사한다는 전통적인 문지기의 역할과 상충된다는 비판을 계속해서 받고 있다. 환자들은 자신들이 필요할 때 전문의의 진료를 받지 못하고 있다고 불평을 하고 있으며 일차진료의사들은 전문적인 의료자원을 제대로 활용하지 못한다는 비판을 하고 있다. 또 전문의들이 일차진료의사를 동료라기보다는 경쟁자로 인식한다는 지적을 받기도 한다(Bodenheimer 1999).

의사들은 의료서비스를 제공하는 독점적 권한을 갖고 있으며 의료기술의 적절한 사용 여부에 대한 판정관 역할을 하고 있다. 의사들은 또한 위험한 부작용을 인식하고 있으며, 자신들이 적절하다고 판단하는 것을 처방하고 시술한다. 의사들은 유서 깊은 윤리의 옷을 입고 있다. 많은 나라들이 의사와 환자들의 선택을 제한하는 보험 급여 지침을 갖고 있다. 그럼에도 불구하고 의료는 고도로 전문화, 분권화되고 의사들은 여전히 환자들을 대할 때 상당한 재량권을 가지고 있다. 그리고 일반적인 시술을 각 개인의 특별한 상황과 필요에 적합하게 바꿀 수도 있다. 이런 점들이 우리를 안심시키기는 하지만 전문직으로서의 가치와 덕을 지니지 못한 신흥 기술자 집단에 의해 새로운 기술들이 휘둘리지 않는다는 전제 아래에서일 것이다.

지나치게 상업화되는 의료 제도에서 의사의 문지기 역할은 설득력을 잃기 쉽다. 아무리 선한 의도와 효과적인 대책이 있다 할지라도 자신의 이익과는 거리를 두고 환자의 최선의 이익과 사회의 공익에 우선순위를 두어야 하는 문지기 역할과 경제적인 인센티브를 잘 조화시킬 수 있을지 의문스럽다.

의사의 문지기 역할을 회의적으로 보고 노골적인 비판을 하기도 한다. 의사들이 문지기 역할에 대해 적절한 교육을 받지 않고 있으며, 의학이라는 학문이 ‘문지기 역할이라는 도덕적인 지혜’를 제공하지 못한다는 것이다. 의사들은 문지기로서 환자들이 원하는 것은 하지만 “불필요한” 서비스를 가려내고 거부해야 하는 솔로몬 왕과 같이 될 것을 요구 받는다. 관리의료 제도의 문지기 역할보다 증강에서의 문지기 역할이 더 어려울 것이다. 비판적으로 말하면 문지기의 역할을 아예 기대할 수 없는 것 아닌가 하는 생각을 할 수도 있다. 고객이 간절히 원하는 서비스이고, 이 증강이 다른 사람을 해치지 않고 자신에게만 해를 미칠 수 있다면 어떻게 거절을 할 수 있는지 질문을 하고 있다(Pence 2000, 176). 만약에 그 피해가 확실하지 않다면 또 피해의 가능성만 있다면 어떻게 할 것인가? 설사 증강 약제나 기술은 부작용이 있더라도 기술은 계속 발전되어 부작용은 점점 작아질 것이다. 안전성을 이유로, 문지기 역할을 해야 한다는 이유로 의사가 증강 기술을 거절하는 것은 고객을 ‘어린 아이와 같이 미성숙한 존재’로 취급하는 일이라는 주장이다.

문지기 역할의 최소한의 목표는 환자 또는 고객이 ‘충분한 설명에 근거한 동의’를 제대로 할 수 있도록 하는 것이다. 동의를 충분히 이루어진 후에는 위험성에 대한 판단은 의사의 몫이 아니라는 주장이 있을 수 있다. 타인의 삶에 대한 간섭은 정당화되기 힘들다고 주장할 수 있다. 다시 말하면 타인의 삶의 가치에 개입할 근거가 없다는 뜻이다. 현대인들은 의사에

게 더 이상 문지기 역할을 요구하지 않을지도 모른다. ‘어떤 위험을 감수하는 것이 옳고 그른지, 의학의 적절한 역할은 무엇인지’를 판단할 도덕적 권위를 의사들에게 부여한 적이 없다는 강력한 반론이 제기되기도 한다.

의료가 의학적 증강을 향해서 갈 때에는 더 많은 어려움이 있다. 의학의 목적이 건강을 회복시키는 것이라고 할 때, 의사의 재량은 ‘동의하거나 인식할 수 있는 목표’에 의해 인도된다. 그러나 치료 이상의 목표를 가지고 행동하는 것은 해도(海圖) 없이 바다를 항해하는 것과 같다. 의사들이 아무리 온갖 방법으로 무장을 했을지라도 의사들이 목적이 무엇인지 또 어떤 목적이 바람직한지에 대해서는 특별한 전문가가 아닐 수 있다.

환자들이 ‘도움을 필요로 하는 아픈 사람’으로부터 ‘기술 서비스의 소비자’로 변하게 된 결과로 의학은 전문직에서 장사꾼으로 변하고, 의사-환자 관계는 어떠한 윤리적 규범에 의해서도 지배되지 않는 상업적 계약으로 전락하게 된다. 이렇게 되면, 어차피 똑같은 상업적 관계가 되겠지만 의사들이 치료 목적의 온건한 기술에 대해서는 소매상의 역할에 머물 수 있지만 증강 기술에 대해서는 도매상의 역할을 하게 되는 것이라고 말할 수 있다. 상업적 계약의 목표하는 바가 무엇인지, 어떤 대가를 치르게 되는 것인지, 생길 수 있는 결과는 무엇인지 심각하게 고려하여야 할 것이다.

의학의 오랜 역사 속에서 의학의 본래의 영역, 고유의 목적을 단순하게 기술하는 일은 불가능할 수도 있다. 그러나 19세기말, 20세기 초 미국의 의사들이 전문직으로서 자리매김을 하며 추구하고자 했던 의사의 이상적인 모습은 오늘날도 많은 의사들과 일반인들이 기대하는 역할일 수 있다. 신뢰 관계에 기초한 의사-환자 관계, 상업적인 면을 최대한 배제하려는 노력, 전문지식과 기술의 차이에 따라 취약한 위치에 있는 환자에 대한 책임, 의사의 일을 ‘의무 이상(supererogation)<sup>73)</sup>’으로 보는 것, 능력(competency)의

---

73) 의사에 대한 사회적 불신의 원인이 의사들이 의무를 준수하느냐 하지 않느냐에 머물지

강조 등 전문직으로서 확립하려고 했던 가치들이 있다. 입에 발린 말일지 몰라도 최소한 이상으로 삼고자 했던 가치들을 생각해보는 일은 의학적 증강 시대의 의사 역할을 생각할 때 꽤 큰 의미가 있다.

### 6.3.2 전문직 윤리강령

생명과학과 의학의 급속한 발전에 윤리가 보조를 맞추지 못하고 뒤떨어진다는 인식이 팽배해 있다. 윤리적 고찰의 뒤떨어짐은 당연한 현상으로 여겨지기까지 한다. 더 나아가 윤리가 생명과학의 방향을 인도할 수 있을지에 대한 회의적인 시각이 많이 있다. 인간 복제 실험을 예로 든다면, 윤리적인 문제가 심각하다는 이유로 생명복제를 금지하는 법을 만든다고 해도 생명과학에 별 영향을 끼치지 못할 것이라는 회의적인 주장이 제기되기도 한다. 심지어는 금지법을 어기고 비밀리에 실험을 하거나 제삼세계에서 실험을 하는 것은 아주 쉬운 일이라고 많은 사람들이 믿는다. 어떤 사람들은 법을 어기는 일이 간단할 뿐 아니라 불가피하다고 믿기도 한다.

증강에 있어서도 모든 형태의 증강을 가능하게 하는 유전적 증강에 대해 윤리가 아무 영향도 미치지 못할 것이라는 회의적인 시각이 있다. 과학이 일단 어떤 방향으로 길을 가기 시작하면 아무 것도 이를 제지하지 못한다는 것이다. 어떠한 법, 도덕 법칙, 가치 체계도 생명과학의 길을 가로 막고 그만 두게 할 수 없다는 주장도 있다. 이 주장에 의하면 생물학적 의학의 발전은 그 자체의 관성에 의해 움직이기 때문에 윤리가 이를 멈추지 못한다는 것이다. 결국 미래는 그냥 흘러가는 대로, 되는 대로가 되어버릴 것

---

않는다는 주장도 있다. 의사 전문직의 본질적인 표준은 '의무 이상'이며 따라서 존경을 받을만한 것이어야 한다는 것이다. 따라서 의사들이 이런 '의무 이상'의 표준을 따라 노력하여야 하며 이런 의사 전문직의 본질을 대중들과 의학을 직업으로 택하려는 사람들에게 인식시켜야 한다고 주장한다. McKay A.C. 2002. Supererogation and the profession of Medicine. *J Med Ethics* 28:70-73.

이다. 윤리고찰의 뒤떨어짐과 윤리무용론적인 시각에 대해 비판의 소리도 있다. 아서 캐플런(Arthur L. Caplan)은 이 주장에 대해 다음과 같이 말하고 있다.

과학에 대한 윤리의 영향은 진화에 있어서의 변화 과정의 감지, 대기 압력의 인식, 그리고 중력의 존재를 느끼는 것과 유사하다. 진화는 매우 더디게 진행되기 때문에 관찰하기 힘들다. 또 공기의 무게와 중력의 잡아당기는 힘은 항상 우리에게 영향을 미치고 있기 때문에 알아차리기 힘들다. 이런 힘들은 우리 환경의 일부분이다. 우리는 이러한 힘에 적응되어 있다. 인간이 우주를 여행하거나 깊은 바다 속을 여행할 때와 같이 그 힘이 없어질 때에야 비로소 우리는 우리에게 지속적으로 영향을 미치는 거대한 힘을 깨닫게 된다. 이와 비슷하게 과학을 모양 짓는 윤리의 역할이 가장 두드러지게 나타나는 것은 윤리가 존재하지 않거나 아주 다른 식으로 존재할 때다. 제2차 세계대전 중에 이루어진 독일과 일본의 강제 수용소에서의 비인간적인 실험이 유능한 과학자와 의사 그리고 공공보건의료 전문가에 의해 자행되었다는 역사적 사실은 과학과 의료에 영향을 미치고 있는 정상적인 윤리의 규제가 없을 때 얼마나 비이성적인 행위가 과학에서 일어나는지를 보여준다(Baker 1999, 275).

의학적 증강의 윤리 문제와 관련하여 의사 단체의 자율적인 규제와 윤리 강령(code of professional ethics)의 역할을 생각해볼 수 있다. 미국의사협회(AMA)는 1847년에 윤리강령(Code of Ethics)을 제정하였는데, 이 강령이 세계최초의 국가적 차원의 의료윤리강령(code of medical ethics)일 뿐 아니라 최초의 전문직윤리강령(code of professional ethics)이고 모든 전문직 윤리 강령의 원조라고 AMA는 자평한다. 또 그 당시로서는 독립선언문과 비교될 정도의 혁명적인 기록이었다고 주장한다(Baker et al. 1999).

성직자, 법률가, 의사와 같은 전문직 종사자들은 그들의 직업적인 역할을 수행할 때 일상의 도덕적 요구를 담고 있는 특수한 역할과 관련된 의무에 의해 자기 자신들이 구속된다는 사실로 다른 직업의 종사자들과 자신들을 구별하여 왔다. 이 ‘역할과 관련된 의무(role-related duties)’의 특성은 전문직의 서약으로 상징화되었고 의학의 전문직에서는 자신들을 히포크라테스 서약의 후예로 생각하였다. ‘전문직(profession)’은 문자적으로 라틴어로부터 비롯된 것으로 ‘서약에 의해 구속되는(bound by an oath)’의 의미이다.

서약은 독특한 형태의 윤리인데 “나는 서약한다(I swear)”의 1인칭 단수의 표현으로 시작된다. 이런 면은 서약이 본질적으로 개인적 차원임을 알 수 있다. 반면에 강령(code)은 공동적인 차원이다. 서약에 있어서의 개인 윤리로부터 전문직 윤리 강령으로의 전환은 개인적으로 해석되는 신사적인 윤리에서 집단적으로 해석되는 전문직 윤리로의 혁명적인 변화라고 평가되고 있다. 전문직 윤리 강령이 실천의 차원에까지 얼마나 영향을 미쳤는지는 모르지만 자신들의 윤리적 이상으로, 윤리적인 길잡이로 받아들였음은 분명하다.

그러나 컬트젠(Kultgen 1988, 161)은 이에 대해 비판적인 시선을 보내고 있는데, 전문직은 생각보다는 덜 통합되어 있고 구성원들에 대한 규제는 공공선을 위해서라기보다는 시장을 통제하기 위한 것이라고 주장한다. 의사 협회의 자율적인 규제나 윤리 강령을 통한 의학적 증강의 합리적인 규제는 현실성이 없어 보인다. 최소한 현재의 상태에서는 그렇다. 의사단체의 근본적인 개혁이 이루어지고 ‘제도로서의 전문가정신(professionalism as an institution)’이 정립되지 않으면 증강의 합리적인 규제는 힘들 것이다. 윤리가 생명과학과 의학의 거센 흐름을 규제하지 못할 뿐 아니라 일부 무모하고 광적인 사람들의 행동에 대해 믿을만한 안전장치 역할을 하지 못한

다는 지적이 많이 있다. 그러나 윤리가 전능하지 않다는 사실이 우리로 하여금 윤리가 무능력하지 않다는 사실을 부정해야만 한다는 것은 아니다 (Baker 1999, 276).

의사윤리 강령에 대한 다른 비판도 있다. 그레고리 펜스는 말기 환자에 대한 결정에 있어 미국 의사협회가 계속 입장이 바뀌었음을 예로 들어 윤리 강령에 대한 불신을 보이고 있다. 미국의사협회(AMA)는 1976년에 혼수상태에 있는 카렌 퀸란(Karen Quinlan)양의 인공호흡기를 제거하는 것을 안락사로 간주하였다. 그러나 5년 뒤에는 인공호흡기를 제거하는 것은 허용할 수 있다고 했지만 음식물 공급 튜브를 제거하는 것은 비난하였다. 최근 미국의사협회는 생명유지장치의 제거는 수용하고 있지만 말기 환자의 의사조력 자살은 비난하고 있다. 그레고리 펜스는 대부분 의사들의 평가적 판단이 부정확하고 시대에 뒤떨어진다는 비판을 하고 있다(Pence 2000, 175).

## 6.4 역할의 분석

### 6.4.1 역할이란?

역할(role)은 잘 알려진 대로 연극에서 기원한 용어로 양피지 두루마리(roll)에 배우가 연기할 부분을 기록한데서 유래하였다고 한다. 연극배우가 대본에 따라 행하는 행위로서의 역할의 의미가 있고 한 사회나 조직 그리고 관계 속에서 행하는 기능이나 점하는 위치에서의 역할의 의미도 있다. 사회 제도에서 역할은 그 위치에 따른 의무, 가치관, 덕을 의미한다고 할 수 있다. 의학적 증강에 있어서 의사의 역할에 대한 고찰은 때로는 사회학적인 시각에서 때로는 도덕 철학의 시각에서 이루어지고 있다.<sup>74)</sup> 도로서

에밋(Dorothy Emmet)에 의하면 윤리학과 사회학은 “사람들은 서로 함께 살아갈 수밖에 없다”는 사실에 공통의 출발점을 갖고 있으며, 사회학은 ‘사실의 기술(記述)’에 바탕을 둔 학문이고 윤리학은 ‘반드시 해야 하는 것’ 또는 ‘해서는 안 되는 것’에 관련된 규칙의 제정을 내포하고 있다고 한다. ‘사실과 가치’ 그리고 ‘존재와 당위’는 서로 동화될 수 없다. 그러나 이것들이 다른 세상에 존재하는 것은 아니다. ‘사실’은 가치 담지적이고 ‘반드시 행해져야 하는 것’의 물음에 연관되어 있기 때문에 우리는 끊임없이 고민할 수밖에 없다(Emmet 1966, 6).

‘역할’은 타인과의 관계에서 어떤 사람이 행하는 능력(capacity)이다. 역할의 개념은 사회학자의 ‘사회 상황(social situation) 평가’의 한 부분이 된다. 역할의 개념은 단순한 물리적인 사실이 아니라 부분적으로 ‘검토 중인 사회에서의 수용할만한 행동의 규칙’에 의해 구축되는 것이다. 그러나 역할의 개념은 또한 도덕가(moralist)가 옳고 그름의 문제를 생각할 때의 관심사다. 사람들이 반드시 해야 한다고 생각하는 것은 상당 부분 그들의 역할과 그들의 역할 사이의 갈등을 어떻게 보고 있는지에 의존한다. 이것은 아마도 독특한 이름과 개인적인 책임을 지닌 개인으로서의 나 자신과 그 속에서 살아가야만 하는 사회의 제도적인 세상(institutional world)에서의 ‘나의 위치와 의무들’을 연결시키는 개념(bridge notion)일 것이다(Emmet 1966, 13-14).

사회적 역할이 다르면 그 가치나 덕도 다르다고 할 수 있다. 그러면 역할에 충실한 사람은 좋은 사람인지의 질문을 던질 수 있다. 역할 도덕(role morality)을 말하고자 하는 것이다. 예를 들어 미용성형외과 의사로서의 역

---

74) 이 논문의 목적 중의 하나는 증강에 있어서의 의사의 도덕적 역할을 제시하는 것이지만 사회학적인 시각에서의 역할을 살펴보는 것도 의미가 있을 것이다. 이런 면에서 사회학자 도로시 에밋(Dorothy Emmet)의 저서 ‘규칙, 역할, 그리고 관계(Rules, Roles, and Relations)’는 좋은 참고가 된다(Emmet 1966).

할에 충실한 의사가 좋은 사람인지 아닌지를 묻기는 힘들겠지만 최소한 좋은 의사인지 아닌지의 질문을 던져볼 수는 있다.

그러나 역할을 심각하게 고려하는 것은 보편적인 윤리에 대한 도전이 될 수 있다. 애플보움은 자유주의와 역할에 관해 다음과 같이 기술하고 있다.

계급과 신분이 나뉜 사회에 대한 향수를 갖고 있지 않을 뿐 아니라 보편적 인간성(universal humanity)로부터의 어떠한 후퇴도 두려워하는 자유주의자들에게 역할의 약화에 대한 혐의를 두는 전근대적인 분위기가 지속되고 있다. 자유주의자들은 역할도덕에 대한 어떤 주장이든지를 분해시켜 보편주의적인 윤리(universalistic ethic)에 의해 쉽게 소화될 수 있는 개념과 범주로 변화시키려는 경향이 있다. 이런 견해에 의하면 역할은 도덕의 일차적인 요소가 아니며, 역할에 대한 언급이 조금이라도 소용이 있다면 그저 속기록에 불과하다는 것이다. 포스트모더니스트, 공동체주의자, 그리고 보수주의자와 같은 반자유주의자들의 괴이한 동지의식은 자유주의자들이 두려워하는 바로 그것을 받아들이는 경향이 있다. 역할을 심각하게 고려하는 것은 자유주의자들을 공격하는 좋은 방법이기도 하다. 역할의 내용을 보다 기본적인 요소로 분석하고 해석하려는 움직임은 반자유주의자들에게는 환원적이고 건조하게 보일 것이다. 또 반자유주의자들에게는 ‘분석 방식 자체’가 자유주의자들의 사회에 대한 심각한 오해의 증상으로 보일 것이다(Appelbaum 1999, 47).

역할(role)과 역할도덕(role morality)은 어떤 관계에 있을까? 역할에는 도덕이 포함되어 있는가 아니면 역할은 ‘도덕과는 관계없는(nonmoral)’ 개념인가? 애플보움은 ‘적대자 사이의 윤리(Ethics for Adversaries)’에서 역할에 기대어 전문직으로서의 의무, 가치 그리고 도덕이 보편주의적인 윤리

와 상이함을 합리화하는 적대적인 전문직(법정의 변호사가 대표적이다)의 주장을 비판하고 있다. 이때 적대적 전문직의 종사자가 사용하는 역할의 의미를 살펴보려 한다.

의사의 경우에 관리의료제도(managed care) 아래에서 감시자 역할을 하거나 임상실험에서 ‘의사-연구자(physician-researcher)’의 역할을 하거나 소비자의 요구에 따라 미용이나 유전의 기술자 역할을 하는 것을 예로 들어 전통적인 의사 상(像)으로 설명할 수 없는 부분을 적대적 제도하에서의 전문가의 역할로 설명하고 있다. 이 세 가지 경우를 애플보움은 슈목터라고 부르고 다른 목적과 다른 역할 의무를 지닌 다른 업무로 규정하고 있다.

슈목터(schmoctor)는 schm-과 doctor의 합성어로 전통적인 의사의 역할과 다른 전문직을 지칭하고 있다.<sup>75)</sup> 일대일의 환자-의사 관계를 맺는 임상 의사, 개업의사의 고전적인 의사의 역할을 전제로 이루어지는 논의에 적절하지 않은 의사들이 많이 늘어나고 있다. 영리기관으로서 병원을 경영하는 경영자, 보험회사에 근무하는 의사들, 그리고 보건의료 정책의 종사자들을 비롯해 다양한 영역에서 일을 하고 있는 의사들이 있다. 자신의 정체성을 의사(doctor)라는 이름에서 찾는다면 의학의 목적이 무엇인지 관심이 있을 것이다. 그러나 자신들을 의사가 아닌 슈목터(schmoctor)로 생각한다면 그

---

75) schm-, shm-은 단어 첫머리의 자음이나 연속자음을 대체하여 조소, 조롱, 비웃음의 의미를 담은 용어를 만드는 압운 접두사이다(Merriam-Webster Online Dictionary). 솔 크립키(Saul Kripke)의 저서 ‘이름과 필연(Naming and Necessity)’에 identity, shmidentity 논의가 있다. 슈목터 schmoctor는 로버트 노직(Robert Nozick)의 책 ‘아나키에서 유토피아로 Anarchy, State, and Utopia’에서 사용하였으며, 우리말의 ‘돌팔이’는 면허를 받지 않은 무자격 의사의 의미가 강하여 schmoctor의 번역어로 쓰기에는 무리가 있다. 장사치와 같이 자신의 이익만을 추구하는 의미에서 ‘의술 장사꾼’의 표현을 사용할 수도 있으나 애플보움의 의도와는 거리가 멀다. 이 논문에서는 의사를 비웃기 위한 의도로 쓰기 보다는 ‘전통적인 역할을 벗어난 행위를 하는 의사’의 뜻으로 사용하기에 번역을 하지 않고 그대로 ‘슈목터’로 쓰기로 한다. 의학(medicine)과 구별되는 것으로서 슈메디신(schmedicine)의 용어도 사용하고 있다.

들은 의료를 행하는 것이 아니라고 주장할 수 있다. 그들은 자신들이 의학(medicine)이 아닌 슈메디신(schmedicine) 또는 슈목터링(schmoctoring)을 수행하고 있음을 널리 광고하고 있다. 의학적 증강을 수행하는 의사는 자신의 역할을 전통적인 의사의 역할과는 전혀 다른 별도의 도덕 역할로 설명하려고 한다.

애플보움은 범실증주의와 동일한 맥락의 업무실증주의가 슈목터링의 근거를 제시할 수 있다고 보았다. 업무 실증주의에서 업무의 규칙은 ‘반드시 해야 하는 것(what they ought to be)’이나 ‘사람들이 그렇게 되기를 원하는 것(what we want them to be)’이 아니라 단순히 ‘지금 하고 있는 것(what they are)’이다. 만약에 이 시각이 옳다면 전문직의 업무나 역할의 본질적인 개념에 근거해 슈목터를 비난할 수 없게 된다. 만약에 업무 실증주의가 옳다면 슈목터의 업무는 내재적인 모순 없이 의료의 목적에 부합하는 것이 될 것이다. 애플보움은 업무실증주의를 판단하기 위해 역할과 도덕의 관련성을 살펴볼 필요가 있다고 하였다.

애플보움은 역할에 기대어 자신을 변호하는 슈목터에 대해 비판을 하고 있다. 슈목터에 대한 문제 제기는 증강을 수행하는 의사들에게 동일하게 적용될 수 있다. 슈목터들은 역할(role)과 도덕(morality)을 연결시킴으로써 자신들의 역할의 도덕성을 주장하려 한다. 애플보움에 의하면 역할을 도덕화하는 방법은 직접적 도덕화(direct moralization)와 중개적 도덕화(mediated moralization)가 있다.

직접적 도덕화에서는 역할지시(role prescriptions) 자체가 그 역할을 점하고 있는 사람에 대한 도덕적 지시(moral prescriptions)임을 의미한다. 환자의 비밀을 누설해서는 안 된다고 의사에게 요구하는 전문직의 규칙(professional rule) 자체가 의사들에 대한 도덕 규칙(moral rule)이 된다. 이런 방식은 반박의 여지가 없는 것처럼 보이지만 평가의 직접적 도덕화를

살펴보면 그렇지 못하다는 사실을 깨닫게 된다. 이 방식에 의하면 역할 평가 자체가 도덕 평가가 된다. 주주<sup>76)</sup> 이익의 최대화의 추구가 그 역할을 점하고 있는 ‘좋은 경영자’의 판단기준이 된다면, 주주 이익의 최대화의 추구는 ‘좋은 사람’의 판단 기준이 되어 버리는 문제가 발생하게 된다는 비판이 제기될 것이다. 직접적 도덕화는 지나치게 ‘직접적’이라는 문제가 있다.

중개적 도덕화에서 역할이 만들어내는 지시(prescriptions) 자체가 도덕적 지시는 아니며, 좋은 역할에 대한 평가 기준은 도덕 평가 자체에 있지 않다. 이보다는 그 역할을 점하고 있는 사람이 도덕적 힘(moral force)을 가지려면 그 사람은 역할의 ‘도덕과 관계없는 지시(nonmoral prescriptions)’를 따를 커다란 도덕적 근거를 갖게 된다. 따라서 환자의 비밀을 유지할 전문직의 규칙 자체가 도덕 규칙은 아니다. 이 가설에 의하면 의사는 ‘의사에게 적용되는 도덕과 관계없는 규칙’을 준수할 도덕적 의무를 갖게 된다. 유사하게 주주의 이익을 최대화 하는 것이 ‘좋은 경영자’가 되게 할 수는 있어도 최소한 직접적으로는 좋은 사람이 되게 하는 것은 아니다. 중개적 도덕화에 의하면 “좋은 의사”, “좋은 경영자”는 그 자체가 도덕 평가가 아니며 “좋은 망치”, “좋은 간첩” 등과 다를 게 없다. 이처럼 역할과 도덕을 관련지으려는 두 가지 방식이 실패할 수밖에 없음을 애플보웬은 지적하고 있다.

역할이 ‘그렇게 되어야 하는 것(what it ought to be)’이 아니라 그저 ‘지금 하고 있는 것(what it is)’이라면 업무실증주의는 틀린 것이 아니다. 업무실증주의에서의 역할은 도덕과는 관계가 없는 것이다. 그러나 자신들이 수행하고 있는 역할(role)은 ‘도덕과 관련된 역할도덕(role morality)’이 아니기 때문에 역할에 근거해 자신들은 변호하려는 시도는 근거가 없으며

---

76) 애플보웬은 이해당사자(shareholder)의 단어를 사용했지만 뜻을 명료하게 하기 위하여 주주(stockholder)의 단어를 사용하였다.

실패할 수밖에 없다. 애플보움은 자연법과 유비할 수 있는 자연적 역할(natural role)을 말하고 있는데 의학의 본질적인 목적에 부합하는 역할 의무(role obligations)라고 할 수 있다. 의학적 증강 시대의 의사들에게 필자가 강조하고 기대하는 것은 업무실증주의의 ‘역할’이 아니라 ‘자연적 역할’이다.

#### 6.4.2 역할의 변화

의학적 증강과 관련하여 도로시 에밋의 저서 ‘규칙, 역할, 그리고 관계’에서 언급된 역할의 변화, 새로운 역할의 출현에 대한 논의를 살펴보고자 한다(Emmet 1966, 148-151). 에밋에 의하면 때로는 상황의 변화가, 때로는 일부 두드러진 개인이 수행하는 역할에 있어서의 새로운 방식이 새로운 양식(樣式)을 수립하고, 이 양식을 새로운 역할 유형의 개념을 형성하는 데 필수적인 것으로 만들거나 과거의 역할에 다른 내용을 부여하게 된다고 한다.

에밋은 특정한 시대의 사회구조에 대한 기술은 당연히 구조의 연구를 그 시대에 고정시키는 것이라고 하였다. 그러나 특정 시대의 후기 단계에 대한 사회구조의 기술은 뒤따르는 시대의 사회구조와 나란히 덩어리째 가능할 것이라고 하였다. A시기 사회구조의 역할 유형과 비교하여 B시기 사회구조의 상이한 역할 유형을 보여주는 것은 A시기로부터 B시기로의 전환에 대한 기술이지 설명은 되지 못한다는 뜻이다. 에밋의 시각에 의하면 증강 시대의 의사의 역할이 치료 시대의 의사의 역할과 차이가 있음을 기술하고 역할의 전환을 기술할 수는 있어도 역할 자체의 의미와 전환을 설명할 수는 없다는 것이다. 에밋은 역할 전환의 세 가지 예를 들고 있다.

- (a) 새롭게 요구되는 역할 유형을 상술(詳述)하는 개념  
(예, 현대의 노동자 계급 ‘엄마’); 또는
- (b) 이미 발생된 역할의 새로운 분배(예, 현대 결혼 생활에  
있어서의 ‘연대적 부부 역할 joint conjugal roles’); 또는
- (c) 역할 내용의 변화(예, 국가에 봉사하는 ‘헌신된 가족 devoted  
family’으로서의 20세기 중반의 영국 황실)(Emmet 1966, 148).

에밋이 설명한 역할 변화와 증강에 있어서의 의사의 역할 변화는 슈목터라는 새롭게 요구되는 역할 유형을 말할 수 있고 이미 발생된 의사라는 역할을 새롭게 분배하여 증강을 일부 수용하거나 증강에 의사의 역할을 더 많이 분배하는 방식의 변화라고 할 수 있다. 역할 내용의 변화 측면에서 보면 오로지 환자를 위해서만 봉사하던 의사들이 환자가 아닌 고객, 소비자를 위해 봉사해야 하는 역할 내용의 변화가 있었다고 할 수 있다.

변화에 대한 설명을 검토할 때, 개인들에 대해서 어느 범위까지 고려하여야 하는가? 때로는 두드러진 개인이 새로운 유형을 수립할 수도 있다. 훈련된 전문적인 간호사의 새로운 역할을 창조한 플로렌스의 나이팅게일<sup>77)</sup>은 새로운 역할을 창조하고 기존 역할의 이미지를 변화시켰기 때문에 사회학적으로 흥미를 끌 수 있게 되었다.

새로운 역할의 성공적인 창조는 개척자가 갖고 있는 특성의 힘과 독창성에 의해 좌우될 뿐 아니라 사회의 구조적 양상에 의해서도 좌우된다. 아

---

77) 1854년 크림전쟁의 참상에 관한 보도에 자극되어 38명의 간호사들과 함께 터키 이스탄불의 스쿠타리로 가서 야전병원에서 활약하였다. 환자의 입장을 살린 야전병원 개혁을 단행하여 단 5개월 동안 병원에서의 사망률을 42%에서 2%로 줄였다. 간호교육을 체계화하고 간호사 교육은 간호사가 함으로써 간호를 종교로부터 독립시켰다. 이 제도는 영국으로부터 세계 각국으로 퍼져 나갔으며 현대 간호교육의 기초가 되었다. 또한 나이팅게일은 의료보급의 집중 관리, 오수 처리 등으로 의료의 효율을 일신하기도 하였다. 네이버 백과사전.

마도 모든 여성이 어린 나이에 결혼하는 사회에서는 잘 훈련된 전문적인 간호사의 역할을 만들어내는 것이 불가능했을 것이다. 그러나 나이팅게일 당시와 다르게 현대에서는 기혼 여성 간호사들이 있기 때문에 새로운 역할의 창조가 가능할 것이고 나이팅게일 전통의 엄격함으로부터 어느 정도 벗어나는 일 또한 가능할 것이다. 그 당시에 플로렌스의 나이팅게일이 모집할 수 있는 유능하고 이상주의적인 미혼 여성들이 많이 있었다는 사실은 중요하다. 능력 있는 사람은 그의 특정 공동체에 영향을 미치는 외부적인 사회 변화에 의해 제공되는 기회들을 활용하여 변화를 가져올 수 있다. 특별히 내부적인 변화가 계속되고 있는 사회에 속해 있는 사람이라면 더 그럴 것이다.

역할의 변화를 설명하기 위해 에밋이 예로 든 나이팅게일의 경우는 파격적이고도 긍정적인 변화였다. 에밋은 상황의 변화보다는 걸출한 인물의 모범이 역할의 변화에 더 큰 영향을 미친 것으로 판단하고 있다. 그러나 의사의 역할 변화, ‘미용성형외과 의사’와 같이 증강을 시술하는 새로운 의사 역할의 출현은 걸출한 선구자적인 개인 때문이 아니라 상황의 변화가 더 큰 영향을 미쳤다고 할 수 있다. 또 다른 면은 나이팅게일로부터 비롯된 변화는 긍정적이고 상당히 진보적인 변화를 가져온 것이지만 미용성형외과 의사의 출현은 윤리적으로 의심스러운 역할의 새로운 출현이라고 할 수 있다.

#### 6.4.3 의사의 역할과 환자의 역할

의사의 역할을 논하면서 의사-환자 관계의 다른 축인 환자의 역할을 생각해 볼 수 있다. 애플보움은 역할의 단어를 어느 정도의 규칙성, 영속성을 지니고 집합적인 기대를 할 수 있는 책무에 한정지어 사용하고 있다

(Applbaum 1999, 47). 역할을 느슨하고, 단명한 것으로 사용하여 모든 관계에 역할의 표지를 붙이는 것은 별로 도움이 되지 않는다는 주장이다. 따라서 의사는 사회적 역할이지만 환자는 역할이 아니고 아버지는 역할이라고 할 수 있지만 아내의 남동생(처남)은 역할이라고 할 수 없다고 한다.

애플보움의 주장에 따르면 의학적 증강의 주체가 되는 소비자에게 ‘역할’의 표지를 붙이기는 어렵다. 규칙성과 영속성이 결여되어 있고 사회의 기대가 제한적이기 때문이다. 그러나 증강의 맥락에서 소비자 또는 고객은 질병의 맥락에서의 전통적인 의사-환자 관계에서보다 훨씬 많은 힘을 소유하고 있다. 또 돈을 지불하고 의사를 선택할 수 있으며 ‘필수적인 의료’의 범주에 들지 않는 증강을 원하기 때문에 ‘역할’이라는 단어를 사용하여 분석하는 것도 논의에 도움이 된다.

증강에 있어 의사의 역할을 논의하면서 마치 고객은 전문지식과 기술의 필연적인 불균형으로 인해 수동적인 존재, 대상으로서의 존재로 보일 수 있다. 그러나 치료의 맥락에서도 환자의 권리와 힘이 증가되고 있고 증강의 맥락에서는 고객의 권리와 힘은 더 커지게 된다. 전통적인 의료에서도 ‘논란의 여지가 있는 환자의 선택’이 허용되었고 심지어는 은근히 유도되는 면도 있었지만 증강이라는 새로운 의학의 여정에서는 환자 또는 고객이 과정 과정마다 자기 스스로 정당함을 증명할 필요가 있다는 주장도 제기되고 있다(Pence 2000, 178).

의료화 과정에 대한 논의에서 비전문가인 일반 대중이 의료의 확장 경향 앞에서 수동적이고 무비판적으로 간주되는 경향이 있다. 그러나 윌리엄스와 캔런(Williams and Canlon)에 의하면 일반 대중은 더 이상 수동적이고 현대의학에 의존적이지만은 않으며 의학의 이데올로기와 기술에 무조건 현혹되지 않는다고 한다. 현대 사회의 대중들은 현대 의학과 ‘비판적인 간격(critical distance)’을 유지하려고 한다는 것이다(Williams & Canlon

1996). 의학적 증강에 있어서도 일반 대중을 그저 ‘맹목적으로 의존적인 존재’ 또는 ‘쉽게 조작할 수 있는 육체(docile body)를 가진 존재’로 간주하는 것은 의학의 영향력을 지나치게 과장하는 일로 증강의 논의에 도움이 되지 않을 것이다.

## 6.5 의사인가 슈목터인가?

다른 상업적 거래와는 달리 의학은 “이윤을 위해서 환자를 이용해서는 안 된다”는 서비스의 윤리를 가지고 있었다. 의료 서비스는 전문적인 지식과 함께 조직화된 의학의 합법성의 기초를 형성하였다. 금전적인 이익을 배제하려는 전통은 좋은 의사-환자 관계와 의사 환자 사이의 지식의 불균형을 상쇄하는 역할의 기초가 되었다. 개인적인 이익의 극대화보다는 다른 사람의 필요에 부응하는 서비스는 진정한 전문직의 필수 요소였다.

미용성형의 경우에는 의료서비스와 다른 상거래와의 차이가 과거처럼 확실하지 않다. 성형외과 의사들은 다른 상거래와 마찬가지로 그들의 업무를 필요로 하는 수요를 창출하기 위해 광고를 하고 홍보활동을 하고 있다. 다른 상품이나 서비스의 마케팅과 같이 미용성형의 선전, 판촉은 젊음, 아름다움, 성적인 관심, 사회적 지위, 행복 등에 호소한다. 미용성형의 선전은 사람들의 욕망과 환상을 이용한다. 이것은 또한 필요의 사회적 원인을 무시하고 외모의 불완전함을 받아들이도록 개인의 문제로 취급하게 만든다.

당연히 미용성형의 긍정적인 결과를 강조하고 의학적 개입의 통증과 위험은 경시한다. 수요의 증가를 위해 그들은 그들의 전문적인 기술, 편안, 안전, 그리고 바람직한 결과들을 종종 거의 허위 광고라고 비난받을 정도로 과장하기도 한다. 장래의 환자들이 외모의 문제를 확대하여 받아들이도록 유도하기도 한다. 가끔은 즉각적인 결정을 내리거나 다른 수술도 유도

하기 위해 활인을 하기도 해주기도 한다. 이런 상행위는 다른 상거래에서는 일반적이다. 그러나 치료의학에 있어서 환자의 최선의 이익을 위해 행동해야 하는 신뢰 책임(fiduciary responsibility)이 있는 의사가 취약한 환자를 이용하는 일은 비윤리적이라고 할 수 있다. 그러나 문제점들을 다 알면서도 기꺼이 동의하는 고객일 경우에 어떻게 해야 하는지 고민해야 하는 경우가 생길 것이다.

미용성형수술도 이런 맥락에서 보면 성형외과 의사에게 요구할 수 있는 윤리는 서비스 공급자로서 소비자와의 계약에 충실하고 공정한 경쟁을 주문하는 것 이상이 되기는 힘들다고 말할 수도 있다. 미용성형 수술에 대한 무조건적인 비판의 입장에서 보면 건강한 육체에 대한 수술은 의사가 할 일이라기보다는 이른바 돌팔이(quack)나 하는 일 이라고 할 수도 있다. 질병을 다루는 것이 아니기 때문에 환자가 아닌 고객의 허영심에 부응하는 것이며 꼭 필요한 일이 아니라 호사스런 행위에 머문다는 비판을 받을 수도 있다. 미용성형수술이 비정상을 정상으로 만드는 일이고 질병이 있는 환자를 건강하게 회복시키는 일이라면 이런 비난에 대해 성형외과 의사들은 자신을 방어할 충분한 근거를 마련할 수 있게 된다. 결국 미용성형수술은 외모가 개인의 행복과 복지에 중요한 문화에서 환자의 복지를 위해 필요한 것이 된다.

“삶의 필요가 항상 사느냐 죽느냐, 빵이나 굶주림이나 하는 심각한 문제만은 아니며, 더 나은 삶을 위한 다른 과학과 마찬가지로 미용성형수술도 절대적인 필요를 넘어서서 삶에 기여하는 일”이라고 언급한 1950년대의 미국 뉴욕의 한 성형외과 의사의 말은 미용성형수술에 대한 논의에서 주목할 만하다(Aufricht 1956, 397). 미용성형수술은 대개 의료보험의 적용을 받지 않는다. 왜냐하면 육체적 건강에 도움이 되지 않는 선택적인 기술이기 때문이다. 미용성형수술의 선택적인<sup>78)</sup> 특성은 사용되는 기술 때문이 아니라

시술의 목적으로부터 비롯된다.

의사들은 인간의 능력과 특질을 증강시키는 생물학적 기술을 사용하는 전문가로서 그들의 전문성을 기꺼이, 열성적으로 구매자들에게 판매를 하게 된다. 요즈음의 일부 성형외과 의사들과 마찬가지로 슈목터들은 보험 급여에 의존하지 않는다. 그들의 서비스를 구매하려는 사람들이 넘쳐나기 때문이다. “의학의 목적”을 말하며, 치료가 아니라 의학적 증강이라는 이유로 증강의 서비스를 제공하지 말라고 의사들을 설득하고, 보험회사가 증강이라는 이유로 보험 급여의 지불을 거부할지라도 슈목터들이 이런 서비스를 제공해서는 안 된다고 생각할 하등의 근거가 없다. 슈목터는 “의학의 목적”에 관심이 없고 슈메디신(schmedicine)의 목적에 관심이 있다. 의학의 목적에 호소하는 주장이 의사들로 하여금 의학적 증강의 추구를 금지하는 버팀목 역할을 하지는 못할 것이고 슈목터로 하여금 증강의 추구를 금지하는 데도 충분한 기능을 하지 못할 것이다.

## 6.6 슈목터의 윤리

전문직의 특수한 덕, 도덕이 있는지 아니면 특수성을 인정하지 않고 보편적인 덕, 도덕의 연장선상에서 보면 될 뿐인지 살펴보아야 한다. 슈목터와 의사 일반의 윤리는 동일한가 아니면 다른가에 대한 본격적인 논의가 필요하다. 이런 문제에 대해 ‘적대자 사이의 윤리’는 좋은 도구가 될 수 있다. 애플보움에 의하면 의학적 증강을 수행하는 의사도 ‘적대적 전문가’의 맥락에서 그 역할을 논의할 수 있다.

---

78) 필수적인(necessary) 것이 아니라 임의적, 선택적이라는 의미다. 영어로는 optional 또는 elective로 쓰인다.

법률, 사업 그리고 전형적으로 국가 조직의 적대적 전문가(adversary professions)들은 전문가 역할이 아닐 경우에는 잘못이라고 비난받을 수 있는 '타인에게 해를 끼치는 행위'가 전문가들에게는 역할에 근거해 도덕적으로 허용이 되어야 한다는 주장을 한다. 가장 선명한 보기는 적대적인 법률 제도다. 적대적 법률제도에서, 변호사들은 그 제도의 규칙 안에서 그들이 잘못이라고 알고 있음에도 불구하고 정당성을 입증하려는 노력이 허용이 되고 또 그들이 부당함을 알고 있음에도 불구하고 소송을 진행하는 것이 허용이 된다. 그러나 다른 많은 업무들도 정당화를 위하여 같은 종류의 적대자의 논증에 호소한다. 재화와 서비스, 노동과 자본, 기업 지배에 대한 자유 경쟁 시장; 경영자 간의 내부 경쟁; 선거 정략, 이익단체의 다원성, 헌법적으로 분리된 국가권력, 관료들의 경쟁; 상업광고와 정치 광고, 비리를 고발하고 때로는 옹호하는 언론, 그리고 지식 시장. 관리의료제도와 이윤 추구를 위한 의학의 업무도 적대적 제도가 되어가고 있다(Appelbaum 1999, 3).

애플보움이 예를 들고 있는 법 윤리의 고전적인 사례인 스폴딩 대 짐머만(*Spaulding v. Zimmerman*) 판례에 등장하는 보험회사에 고용된 의사는 적대자의 윤리 논의에 잘 들어맞는다.

1956년 8월에 존 짐머만(John Zimmerman)이 차를 운전하고 가다 다른 차와 충돌하여 심각한 교통사고가 발생하였다. 상대방 차량에 타고 있던 승객 중에 데이비드 스폴딩(David Spaulding)이라는 10대 청소년이 흉곽부의 심각한 압박 손상과 함께 다발성 늑골 골절, 쇄골 골절, 심각한 뇌진탕의 증상을 입었다. 스폴딩의 아버지는 짐머만을 상대로 손해배상을 제기하였다. 스폴딩은 1957년 1월에 손해배상 협상을 위한 신체검사를 받기 위해 자신의 가정 주치의의를 거쳐 정형외과 전문의에게 보내져 흉부 방사선 촬영을 하였다. 방사선 검사에서 폐와 심장 그리고

대동맥에 이상 소견은 발견되지 않았다.

1957년 2월에는 피고 측의 요청으로 스폴딩은 짐머만의 보험회사가 지정한 의사에게 가서 진찰을 받았다. 이 의사는 스폴딩의 흉부 사진에서 대동맥류(大動脈瘤)를 발견하였고 보험회사의 변호사에게 다음과 같이 보고하였다. “대동맥류는 대동맥이 늘어난 것으로, 이 나이의 대동맥류는 생명을 위협할 정도로 위험하다. 대동맥이 점점 늘어나면 파열될 수 있고 목숨을 잃을 수도 있다. 사고 직후의 흉부 방사선 사진에서는 대동맥류가 발견되지 않았는데 그 당시에 대동맥류가 없었다면 사고로 인해 생겼을 가능성이 크다.”

손해배상을 마무리하기 위한 협상 이전에 이 사실은 피고 측 보험회사의 변호사들에게 보고되었다. 조정은 1957년 3월에 이루어졌는데, 원고 측과 피고 측 변호사들은 각각 자신들의 의사들의 신체검사 결과를 가지고 협상에 나섰다. 피고 측은 스폴딩에게 대동맥류가 있음을 알고 있었지만 스폴딩과 아버지, 그리고 원고 측 변호사는 스폴딩이 부상에서 회복되고 있다고 믿고 있었다. 스폴딩과 그의 아버지는 6,500달러에 합의하고 손해배상을 종결하였다.

1959년 초에 스폴딩은 병역 문제로 신체검사를 받게 되었는데 그 과정에서 주치의가 대동맥류를 발견하였다. 가정 주치의는 사고 직후의 흉부 방사선 사진을 다시 확인하였고 이상이 없음을 발견하였다. 스폴딩은 전문의에게 보내져 다시 검사를 받고 1959년 3월에 수술을 받았다.

스폴딩은 짐머만의 변호사가 정보를 부적절하게 공개하지 않았다고 주장하며 협상 무효 소송을 제기하였다. 미네소타 대법원은 협상을 무효로 하는 판결을 내렸다. 그러나 대법원은 “변호사가 스폴딩에게 대동맥류를 치료하지 않으면 당장이라도 죽을 수 있다는 것을 스폴딩에게 알릴 어떤 윤리적인 규범이나 법적인 의무는 없다. 양측이 적대적 관계에 있을 때 협상 과정에서 피고나 피고 대리인에게 이런 사실을 공개하여야 할 어떤 규칙이나 의무도 요구되지 않는다.”는 증명을 하려고 예를 썼다.<sup>79)</sup>

이 판례는 법 윤리에서 변호사의 적대자로서의 역할에 대한 중요한 사례로 많이 인용된다. 그러나 애플보움은 변호사의 행동보다 의사의 행동에 관심을 갖고 다음과 같이 질문하고 있다.

설사 의사가 보험회사나 변호사에게 고용되어 있다 하더라도 스폴딩에게 생명이 위험함을 알려주어야 한다고 의사에게 요구하는 의료윤리적인 규범은 없는 것일까? 의사에 대한 비난이 지나칠 수도 있다. 그러나 의사로서의 역할 의무(role obligation)와 별도로 그 의사가 자신에 대한 위험부담이나 비용을 거의 부담하지 않고 할 수 있다면, 다른 사람에게 닥칠 심각한 위험을 경고할 일반적인 도덕적 의무, 전문가 이전의 도덕적 의무(preprofessional moral duty)가 있다. 그러나 그는 단순히 인간으로서 가지고 있어야 할 책임 외에 추가의 책임은 없는가? 의사는 의사의 역할 안에서 그의 환자를 보살피야 할 전문직의 책임(professional responsibility)이 있는 것은 아닐까?(Applbaum 1999, 49)

이 문제에 대해 의사들이 항변할 수 있는 여러 가지 방법이 있다. “스폴딩은 나의 환자가 아니며 의사-환자 관계가 형성된 것은 아니다”라고 주장할 수 있다. 애플보움은 의사가 스폴딩을 진찰하기 전에 그에게 경고하는 장면을 다음과 같이 상상할 수 있을 것이라고 하였다. “내 청진기에 속지 않기를 바란다. 나는 의사가 틀림없지만 당신의 의사는 아니다. 당신을 나의 환자로서 책임을 질 수 없다.” 애플보움은 이런 의사의 자기 변호에 대해 다음과 같이 비판한다.

그러나 의사의 표준적인 역할(standard role)이 면제되지는 않는다. 선

---

79) Spaulding v. Zimmerman, 116 N.W.2d 704 (1962).

한 사마리아인 법에 따르면 응급상황에서는 의사가 원하던 원하지 않던 간에 환자를 치료할 전문직의 의무(professional obligation)가 있다는 점은 널리 받아들여지고 있다. 더 일반적으로 말하면 의사 역할의 규칙은 의사와 동의하는 성인 간의 어떤 계약이든지 승인하지는 않는다. 의사는 그 자신의 역할 규칙을 따를 도덕적의무가 있다(Applbaum 1999, 50).

전통적이고 평범한 의사와 달리 보험회사에 고용되어 특별한 역할을 수행하는 의사는 자신의 역할에 근거해서 타인에 대한 해악의 도덕적 허용을 합리화할 것이다. 미용성형수술을 비롯한 의학적 증강에 종사하는 의사들은 그들의 고객에게 해를 입힌다고 하기는 힘들기 때문에, ‘적대자의 윤리’에 아주 정확하게 들어맞지는 않는다. 그러나 증강에 종사하는 의사들, 슈목터들도 자신의 제도적 역할(institutional role)을 진지하게 고려해 줄 것을 요구할 수 있다. 슈목터는 독립적인 도덕적 효력(moral force)과 도덕기반(moral grounding)을 가지고 있음을 이해해 주기를 요청할 것이다. 슈목터는 일반 의사, 전통적인 의료 제도의 의사와는 상이한 도덕적 효력과 기반이 있음을 호소한다는 측면에서 적대자의 윤리 맥락에서 그 윤리를 고려할 수 있다.

한편으로는 인체에 침습적인 행위를 가할 수밖에 없는, 위험성이 높은 의학적 증강을 의사가 아닌 다른 사람들에게 허용하는 일은 더 나쁜 상황을 불러올 수도 있다. 낙태 논쟁에서와 같이 “내가 하지 않는다고 해서 해결되는 것은 아니다. 누군가는 시술을 할 것이고 음성적인 방식으로 이루어지면 오히려 환자를 더 위태롭게 만드는 더 나쁜 결과를 초래할 수 있다”는 반론이 당연히 제기된다. 치료 의학에서도 의사의 독점권에 이의가 제기되는데 치료도 아닌 의학적 증강의 차원에서는 의사의 독점적 위치에 대한 더 강한 이의가 있을 것이다.

그러나 인체에 침습적인 행위를 가하는 의료에 있어서는 업무의 특성상 그 종사자에게 면허를 부여하여 독점에 가까운 권한을 부여하는 것은 피할 수 없는 일이다. 그리고 의학적 증강의 실패나 그 과정의 부작용, 후유증은 대부분 질병이나 장애의 영역으로 분류될 수밖에 없고 이렇게 되면 의사들의 고유 업무 영역이 될 수밖에 없다. 결국 의학적 증강도 의사들의 업무 영역에 포함될 수밖에 없는 것이 아닌가 하는 판단이 현실적일지도 모른다.

앨런 뷰캐넌은 자유주의의 근본이념 또는 특징으로 네 가지를 들고 있는데 첫째, 도덕적 개인주의, 둘째, 평등, 셋째, 정의의 주체는 결과를 비판적으로 선택할 수 있는 개인이라는 점, 넷째, 사적인 영역과 공적인 영역의 구분이다(Buchanan et al. 2000, 379). 자유주의적 입장에서 미용성형을 비롯한 의학적 증강의 문제를 보면 환자(소비자)가 위와 같은 근본이념을 충실히 고려하여 시술을 받기로 결정하였다면 증강을 행하는 의사는 어떤 시술을 하여도 윤리적으로 비난을 받을 필요가 없게 된다. 비슷한 맥락으로 환자의 안락사 요구가 위의 근본이념을 위배하지 않는다면 의사는 안락사를 시행해도 전혀 윤리적으로 문제가 안 되는 것인가? 이런 맥락에서 역할을 말할 수는 없을 것이다. 자유주의적인 시각에서 역할 도덕이라는 용어는 전혀 쓸모가 없는 것 같다. 자유주의의 기반에서 의학적 증강의 요구를 거절할 근거는 없어 보인다.

의사의 행위를 치료와 증강의 영역으로 구분하여 역할을 요구하는 것이 적절하다고 생각할 수 있다. 예를 들어 치료의 영역에서는 의무론적 윤리를 적용하고 증강에서는 기업윤리적인 최소한의 요구만을 하고 당사자 간의 계약에 충실할 것을 요구할 수 있다. 그러나 위험부담은 큰 반면에 일에 따른 보상이 상대적으로 적은 치료 영역에 종사하는 의사들에게는 무거운 윤리적 책임을 부여하고 증강의 업무에 종사하는 슈목터에게는 너무 가

벼운 윤리적 책임을 요구하는 것은 아닐까?

맥스웰 멜먼(Mehlman 2003)은 유전학적 증강의 해결책으로 면허제도, 복권제도 등의 제도적인 방안을 제시하고 있다. 결국 면허제도가 유일한 방법이라고 생각할 수 있다. 의사들은 이미 면허제도하에서 업무를 수행하는 대표적인 전문직이기 때문에 면허 제도를 자세히 논하고 여기에서 해결책을 찾을 필요는 없는 것 같다. 면허제도 외에 증강을 원하는 환자(소비자)의 자격을 제한하는 방법, 국가기관에 등록하는 방법 등이 유전학적 증강에서는 제기되고 있으나 일반적인 의학적 증강의 맥락에서는 개인의 사생활 보호 측면에서 볼 때 국가기관에 등록하는 것은 전혀 가능해 보이지 않는다. 결국 의학적 증강의 문제는 거의 전적으로 전문가 당사자와 그 전문가 집단의 윤리에 의존할 수밖에 없다는 결론이 나오게 된다. 그러면 전문가들의 윤리, 역할을 어떤 방향으로 유지하느냐가 가장 중요한데 이질적이고 다양한 인간관과 윤리관을 가지고 있는 많은 사람들이 어떻게 비교적 일관된, 대다수가 동의하는 역할을 수행할 수 있을 지가 중요한 문제가 될 것이다.

전통적으로 의사에게는 환자의 안녕과 복지를 위한 옹호자(advocate), 상담자, 보호자의 역할을 요구하여 왔다. 그러나 단순히 법적인 계약 관계에 머무는 경우에 계약 관계의 참여자는 자기 자신의 이익을 보호하는 것이 최대 목표가 된다는 비판이 있다. 에드먼드 펠레그리노는 최소한의 법적인 계약에만 충실할 것을 요구하는 관계는 상호의 이익을 추구하는 관계일 뿐 여기에서 윤리는 없는 것이나 마찬가지라고 비판하였다(Pellegrino 1991).

미국과 같이 보건의료제도가 시장 경제에 맡겨져 있는 상태에서 의학적 증강의 윤리와 관련된 문제는 위험, 의료과오(malpractice), ‘충분한 설명에 근거한 동의’의 문제에 집중할 수밖에 없다. 전문가인 의사들에게 위험을

최소한으로 유지하도록 요구할 수 있으나 환자들은 위험하고 실험적인 시술일지라도 자신이 충분히 이를 파악했다면 자유롭게 선택할 수 있게 된다. 이런 체제에서는 ‘충분한 설명에 근거한 동의’가 가장 중요한 윤리 항목이 될 것이다. 추가로 강조할 수 있는 윤리는 공정한 경쟁 정도라고 할 수 있다. 의료윤리의 네 원칙 가운데 슈목터에게는 자율성 존중과 악행금지 원칙을 요구할 수 있을 것이다. 증강을 적극적인 선을 실행하는 행위로 본다면 선행의 원칙을 고려할 수 있겠지만 논란의 여지가 너무 많다. 정의의 원칙을 고려하기는 더욱 어려울 것이다.

## 제 7 장 결 론

의학적 증강은 의학적인 수단을 이용하여 정상 또는 건강 이상을 추구하는 일이다. ‘질병·상해의 치료와 예방’을 넘어서는 ‘의학적 증강’, ‘치료 이상의 추구’는 이미 의료 영역의 많은 부분을 차지하고 있으나 본격적인 윤리적인 검토가 없어 증강의 전반적인 윤리 문제에 대한 고찰이 시급하다. 증강과 관련된 개인과 사회 차원의 논의와 함께 증강의 시행 주체가 되는 의사의 역할과 윤리에 대한 검토가 필요하다.

정상, 건강, 질병의 논의에서 출발하여 증강을 정의하는 일은 쉽지 않다. 또 건강이 ‘질병 없음’을 의미하는 것은 아니라고 할 때 치료와 증강을 구별하고 그 사이에 선을 긋는 일은 매우 어려운 일이다. 언어와 개념의 모호성 외에도 치료-증강의 구별은 본질적으로 복잡하고 논쟁의 여지가 있는 건강, 정상성의 개념에 전적으로 의존하기 때문에 어려움이 있다. 의학적 증강을 논의할 때 어떤 의미의 증강을 사용하고 있는지 먼저 밝혀야 혼선이 없다는 주장이 제기될 정도로 의학적 증강은 정의 자체에 대한 의견 차이가 커서 대다수가 동의하는 정의를 도출하기가 쉽지 않다.

증강을 둘러싼 혼란을 해결하기 위해 증강을 ‘의학의 적절한 한계’와 ‘자기 향상의 윤리’의 두 가지로 나누어 논의하였다. 이 둘은 달리 표현하면 ‘치료와 대비되는 개념으로서의 증강’과 ‘성취와 대비되는 개념으로서의 증강’이라고 할 수 있다. 치료와 대비되는 증강 개념은 보건의료정책과 의사의 윤리를 논의하는 데 도움이 되고 성취와 대비되는 증강 개념은 증강에 대한 개인적 차원의 문제를 논의하는데 더 유리하다.

치료와 증강의 구별에 대해서는 의견이 분분하지만 최소한 필요성을 부인하기는 힘들다. 치료와 증강의 명확한 경계를 알아낼 수 없다는 주장을 인정한다고 할지라도 치료-증강의 구별을 하지 않을 수 없는 이유가 있다.

첫째, 현실의 요청이 가장 중요한 필요의 근거가 된다. 둘째, 치료-증강 구별이 명확한 경계나 명쾌한 기준을 제공하지 못한다 할지라도 치료와는 달리 증강에는 심각한 문제가 도사리고 있을 수 있다는 도덕적인 경고의 것발 역할을 할 수 있다. 셋째, 명확한 경계를 알 수 없다 하더라도 치료-증강의 구별은 도덕 구역을 정할 수 있기 때문에 필요하다. 특정한 의료 개입이 우리가 기대를 하는 구역에 위치하는지, 우려를 나타내는 구역에 위치하는지를 파악하여 대응을 할 수 있다.

의료의 실제 맥락에서 치료-증강 구별은 환자의 치료와 같은 의학의 중심적이고 필수적인 임무와 미용성형수술과 같은 의학의 본업 외의, 주변적인 행위를 구분하는데 유용하다. 의학은 최소한 전통적으로 증강보다는 치료를 추구해 왔기 때문에, 이런 구별이 치료자로 이해되는 의사의 적절한 행위의 한계를 정하는 데 도움이 될 것이다. 치료-증강의 구별은 의학의 목적을 규정하고 또 간접적으로는 생명과학 기술의 합법적인 사용을 규정하는 데 지침을 제시할 수 있다.

의학적 증강은 많은 윤리 문제를 내포하고 있는데 안전성의 문제가 일차적으로 제기된다. 대표적인 쟁점으로, 의학의 목적, 수단과 목적의 문제, 평등과 정의, 개인의 선택과 자유, 그리고 인간에게 주어진 한계의 다섯 가지 문제를 살펴보았다. 개인적 차원에서는 개인의 선택과 자유, 인간에게 주어진 한계를 어떻게 받아들이느냐가 가장 중요한 쟁점이다. 사회적 차원의 문제는 무엇보다 평등과 정의의 문제가 핵심적이라 할 수 있다.

증강과 관련하여 안전성, 평등, 자유 등이 주로 등장하는 문제지만 더 근본적인 문제는 ‘인간에게 주어진 한계’에 대한 이슈라는 주장이 있는데, 인간에게 주어진 한계를 존중하는 것이 인간 존중이며, 이를 부정하는 것은 기술을 과신하는 인간의 오만이라는 비판이다. 비자연적인 수단을 동원하여 증강을 행하는 것에도 문제를 지적할 수 있다. 의학은 건강의 회복,

질병의 치료, 고통의 경감과 같은 의학의 고유한 목적을 추구하고 있는데, 이 한계를 넘어서는 일은 의사가 할 일이 아니라는 주장도 있다.

의학적 증강은 의학의 영역에 꾸준히 포함되며 확대되어 왔다. 그 동안은 증강이 의학의 주변부에 위치하고, 의학의 전체적인 도덕성을 유지할 수 있는 정도의 적은 비중을 차지하여 왔다. 그러나 의학적 증강의 지나친 확산과 무비판적인 수용, 그리고 합리화는 감당할 수 있는 정도를 넘어서 의학의 본질에 회복할 수 없을 정도의 손상을 입히게 될지도 모르며 의사를 더 이상 전문직의 윤리를 필요로 하지 않는 기술자로 전락시켜 치료 영역에까지 악영향을 미칠 수도 있을 것이다. 기능인에서 전문직으로의 성공적인 변신은 수십 년, 수백 년이 걸렸지만 전문직에서 기능인으로의 전락은 생각보다 쉽게 그리고 빨리 진행되고 있다.

증강에 대해서 개인, 사회, 의사 전문직 차원의 대책이 필요하다. 보건의료정책과 의사 차원의 대책이 무엇보다 중요하다. 치료의 영역에서조차 분배의 정의를 제대로 구현하지 못하는 상태에서 증강은 부정의를 더 확대시키고 심화시킬 것이다. 늘 부족한 의료 자원을 적절한 절차를 거치지 않고 증강에 투입할 도덕적 근거는 없어 보인다. 가능한 방법은 치료-증강 구분의 필요성과 가치, 그리고 가능성을 인정하는 일이다.

미용성형수술을 위해 제시된 방안을 의학적 증강 일반에도 적용할 수 있다. 첫째, 차이를 인정할 것을 제시한다. 대부분의 정책은 사람들의 보건의료 요구(health care needs)가 동일하다는 데에 기초를 두고 있다. 그러나 성별, 사회계급, 민족, 종교 등에 따른 차이가 분명히 있는데 이를 인정하고 고려해야 한다는 것이다. 둘째, 특수성을 고려해야 한다는 주장이다. 대부분의 정책은 보건의료의 표준적인 제공 이외에는 눈을 질끈 감고 외면하는 경향이 있고 특정 개인의 주관적이고 특수한 경험을 무시하기 쉬운데, 한 개인의 고통이 참을 수 있는 한계를 넘어서는 특수성이 있다는 사

실을 이해하는 것이 꼭 필요하다는 것이다. 셋째, 필요를 분석하는 과정이 필요하다. 필요는 항상 모순적이며 다가(多價)적이고 경쟁적이라고 한다. 의학적 증강에 관해 수혜자와 환자 단체, 정책 결정자, 의사, 문화 비평가 등의 다양한 집단이 민주적인 토론을 거쳐 진정한 필요를 찾아내는 과정이 있어야 할 것이다.

치료-증강의 명확한 한계를 설정할 수 없다는 비판에도 불구하고 오리건 보건 계획(Oregon Health Plan, OHP)에서 우선순위의 목록을 만드는 방식과 같이 치료-증강을 구분하는 실질적인 방법까지 거부할 이유는 없을 것이다. 또 이와 같은 방식의 치료-증강 구별은 의료보험의 혜택 여부를 떠나 증강을 수행하는 전문직의 한계를 설정하는 방법이 될 수도 있다. 그러나 규범적인 기준을 제시하지 못한다면 이 방법은 지나치게 현실에 근거한 실용적인(pragmatic) 해결책에 불과할 수 있다.

전문직으로서의 의사의 사회적 역할을 유지하는 것은 전문직 윤리만 가지고 될 일은 아니다. 의사의 과잉 배출, 전문직의 양산 그리고 이에 따른 치열한 경쟁, 그리고 의료를 철저하게 자본주의의 논리에 맡기는 정책 등의 외부적인 요인을 함께 고려해야 할 것이다. 현대의료에서 책임은 의사 한 사람의 손에 집중되기보다는 점점 제도 속에 매몰되어가는 경향이 있다. 증강과 관련해서 의사의 윤리적인 면의 강조와 함께 사회적 대책이 병행되어야 할 것이다.

의사는 생명의료 기술의 문지기 역할을 하는 독점적인 권한을 부여받은 대표적인 전문직이다. 일반인과 비교할 수 없는 지식과 기술을 지닌 의사의 역할과 윤리는 특히 의학적 증강에서 매우 중요하다. 의사 차원의 증강에 대한 대책은 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째는 증강을 의학의 목적의 하나로 수용하는 것이다. 치료와 증강을 구별하지 않고 의사의 업무에 포함시키는 방법이다. 둘째는, ‘옛날 의사’와 ‘새로운 의사’를 구분하는 것이

다. ‘옛날 의사’들은 치료, 예방 등의 업무에만 종사하였지만 ‘새로운 의사’는 증강의 업무를 의학의 중요한 부분으로 편입시키고 이를 수행하게 된다. 셋째는 치료의학의 맥락에서의 의사(doctor)와 증강 맥락에서의 슈목터(schmoctor)를 별개의 직업으로 인정하고 별도의 윤리를 추구하는 방법이 있다. 첫째, 둘째 방법은 의학의 본질의 심각하게 파괴하는 상황을 불러 올 것이다. 의학의 본질, 의사-환자 관계의 근본적인 변화 내지는 손상 없이 의학적 증강을 의학의 새로운 영역으로 자연스럽게 수용할 방법은 없어 보인다. 증강의 시술자가 행하는 증강의 업무는 의학이 아닌 ‘다른 역할 의무와 목적을 가지는 다른 업무’가 된다. 따라서 의학적 증강 업무의 종사자는 의사라기보다는 슈목터에 가까울 것이다.

의학의 오랜 역사 속에서 의학의 목적과 영역은 많은 변화가 있었지만 최소한 19세기말, 20세기 초의 전문직으로서의 의사의 역할을 확립하려는 시도 가운데 찾아볼 수 있는 이상적인 전문직으로서의 의사의 역할 안으로는 증강이 포함되기는 힘들다. 지금까지는 분리하지 않아도 어느 정도의 유지는 가능했지만 그 숫자의 증가와 의사 내부 집단의 경쟁은 현상유지를 불가능하게 할 것이고 의사와 슈목터의 분리는 어쩔 수 없을 것이다. 의사라는 전문직 안에 다양한 역할을 넘어서 수용할 수 없는 역할을 하고 있다면 전문직의 본질 자체를 변화시키든지 다른 역할에 다른 이름을 부여하고 상이한 윤리를 요구하고 기대하는 것이 합리적이다. 아무리 증강이 확대되어도 치료의 맥락에서의 의사의 전문직을 유지할 필요가 있는데 아무리 전문직 윤리를 강조한다고 해도 한계가 있을 것이다. 수요가 있고, 돈이 되는 일을 자유경제주의 체제에서는 막을 수 없다.

슈목터는 별도의 역할과 윤리를 필요로 할 텐데 이는 기업윤리, 적대자의 윤리에서 그 단초를 발견할 수 있을 것이다. 서비스 공급자로서 소비자와의 계약에 충실하고 공정한 경쟁을 주문하는 것 이상이 되기는 힘들다고

말할 수도 있다. 의학적 증강의 윤리와 관련된 문제는 위험성, 의료과오, 그리고 ‘충분한 설명에 근거한 동의’의 문제에 집중할 수밖에 없다. 추가로 강조할 수 있는 윤리는 공정한 경쟁 정도라고 할 수 있다. 의료윤리의 네 원칙 가운데 슈목터에게는 자율성 존중과 악행금지의 원칙을 요구할 수 있을 것이다.

그러나 걱정스러운 점은 슈목터 역할의 인정이 새로운 윤리를 찾아내고 세워가는 작업에 도움이 되기보다는 의학적 증강을 합리화하고 수용하는 과정이 되어 현실의 반영 그 이상을 추구할 수 없을 것이다. 고객은 슈목터에게 전문직으로서의 의사에게 기대하는 만큼의 도덕성을 기대할 수 없다. 슈목터는 비즈니스맨이며 전문직이 아니다. 전문직의 윤리를 기대할 것이 아니라 기업가 윤리만을 기대하고 이에 따라 판단해야 할 것이다. 슈목터에게는 기업가의 윤리가 필요하다. 치료의학의 의사에게는 지나친 부담을 주고, 슈목터에게는 부담은 낮춰주고 더 큰 경제적 이익을 제공하게 될 가능성을 배제할 수 없다.

강력한 윤리적 토대를 특징으로 하는 전문직으로서의 의사의 윤리는 지금 큰 도전에 직면해 있다. 그러나 뚜렷한 해결책이 있어 보이지는 않는다. 의학적 증강의 수요는 계속 있을 것이고 현실적으로 의사와 슈목터를 위한 별도의 교육과 훈련 과정을 둘 수도 없는 노릇이다. 인체에 침습적인 행위를 가할 수밖에 없는, 위험성이 높은 의학적 증강을 의사가 아닌 다른 사람들에게 허용하는 일은 더 나쁜 상황을 불러올 수도 있다. 또 의학적 증강의 실패나 그 과정의 부작용, 후유증은 대부분 질병이나 장애의 영역으로 분류될 수밖에 없고 이렇게 되면 의사들의 고유 업무 영역이 될 수밖에 없다. 결국 의학적 증강도 의사들의 업무 영역에 포함될 수밖에 없는 것이 아닌가 하는 현실적인 판단을 내릴 수도 있다. 지금 현재로서는 의학적 증강의 확산을 최소화하는 작업과 슈목터의 윤리를 확립해나가는 방법 밖에

보인다.

미용성형수술만 하는 외과 의사와 같이 100% 가까운 행위가 증강일 경우에는 의사와 슈목터로의 분리하여 슈목터의 윤리를 요구하는 것이 방법일 것이다. 치료를 위주로 하고 증강을 부분적으로 행하는 의사에게는 기존의 전문직의 윤리를 유지하고자 하는 노력이 필요하고 증강의 영역에 대해서는 끊임없이 적대자의 윤리를 적용해야할 것이다. 적대자의 윤리는 전문직의 유지를 전제로 한 것이기 때문에 슈목터에게는 필요 없을 것이고 의사로 머물기를 원하는 사람들이 경계선 상에서 계속 고민해야 할 문제가 된다. 그러나 자기 모순을 어느 정도까지 감당할 수 있을 지는 의문스럽다. 의사 협회의 자율적인 규제나 윤리 강령을 통한 의학적 증강의 합리적인 규제는 현실성이 없어 보인다. 최소한 현재의 상태에서는 그렇다.

의사들의 무비관적인 ‘의학적 증강’의 수용은 “환자의 이익을 최선으로 여긴다.”는 의사들의 상징적인 차원의 언명조차 유지하기 힘들게 만들 수 있다. 전문적인 지식과 기술에 앞서 ‘의사의 윤리적인 역할’이 전문직의 힘의 원천이라고 본다면 ‘의학적 증강’의 무분별한 수용과 확산은 의사 집단을 점점 더 허약하게 만들 것이다.

앞으로 필요한 일은 증강에서의 의사의 역할에 대한 학제적인 연구의 활성화다. 증강에 대한 정책 차원의 대책, 의사의 윤리적 역할과 함께 증강을 원하는 개인에 대한 윤리적인 방향의 제시가 시급하다. 의학적 증강과 함께 의료화에 대한 본격적인 논의가 기대된다.

## 참고문헌

### <국내 단행본>

- 김사엽. 1998. **현대 스포츠 사회학의 이해**. 서울: 학문사.
- 이성관 외. 2001. **예방의학과 공중보건**. 서울: 계축문화사.
- 푸꼬, 미셸. 1993. **임상의학의 탄생**. 홍성민 옮김. 서울: 인간사랑.
- \_\_\_\_\_. 2003. **감시와 처벌**. 오생근 옮김. 서울: 나남출판
- 일리히, 이반. 2004. **병원이 병을 만든다**. 박홍규 옮김. 서울: 미토
- 이종찬. 2000. **한국에서 의를 논한다**. 서울: 소나무
- 카셀, 에릭. 2002. **고통받는 환자와 인간에게서 떨어진 의사를 위하여**. 강신의 옮김. 서울: 코기토

### <국내 학위논문>

- 김보영. 2000. **의료기술 발전과 그에 따른 신체 변형에 관한 일고찰**. 석사학위 논문, 고려 대학교 대학원.
- 조영미. 2004. **출산의 의료화 과정과 여성의 재생산권에 관한 연구**, 박사학위 논문, 이화여자대학교 대학원.
- 성영곤. 1994. **그리스 의사와 히포크라테스 전통**, 박사학위논문, 서울대학교 대학원.

### <외국 단행본>

- Applbaum, Arthur I. 1999. *Ethics for Adversaries-The Morality of Roles in Public and Professional Life*. Princeton University Press.
- Armstrong, D. 1983. *Political Anatomy of the Body: Medical*

- Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press. Quoted in Williams, S. J., Canlan, M. 1996. *The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity*. *Soc. Sci. Med.*, 42: 1609–1610.
- Baker, Robert B. et al., eds. 1999. *The American Medical Ethics Revolution: How the AMA's Code of Ethics Has Transformed Physicians' Relationships to Patients, Professionals, and Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Beauchamp, Tom L., James F. Childress. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford University Press.
- Buchanan, Allen., Dan Brock, Norman Daniels, and Daniel Wikler. 2000. *From Chance to Choice- Genetics & Justice*. Cambridge University Press.
- Cameron, Nigel de S. 1992. *The New Medicine: Life and Death After Hippocrates*. Wheaton, IL: Crossway Books.
- Daniels, Norman. 1986. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_.1994. "The Genome Project, Individual Differences, and Just Health Care," in *Justice and the Human Genome Project*, ed. Timothy F. Murphy and Marc A. Lappe (Berkeley: University of California Press, 1994), p. 123
- Davis, Kathy. 1995. *Reshaping the Female body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York: Routledge.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Dubious Equalities & Embodied Difference*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
- Diekelmann, N.L. 2002. *First, Do No Harm: Power, Oppression, and Violence in Healthcare*. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

- Elliot, Carl. 2003. *Better than Well*. New York: W.W. Norton.
- Emmet, Dorothy. 1966. *Rules, Roles and Relations*. Boston: Beacon Press.
- Fraser, Nancy. 1989. *Unruly Practices*. Cambridge, Mass.: Polity
- Freidson, Eliot. 1986. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fukuyama, Francis. 2002. *Our Posthuman Future, Consequences of the Biotechnological Revolution*. New York: FSG.
- Giddens, A. 1992. *The Transformation of Intimacy: Love, Sexuality and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.
- Gilman, Sander L. 1995, *Health and Illness: Images of Difference*. Reaktion Books: London.
- Haiken, Elizabeth. 1997. *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*. The Johns Hopkins University Press.
- Hall, Stephen S. 2003. *Merchants of Immorality*. Boston: Houghton Mifflin.
- Hancock, Philip et al. 2002. *The Body, Culture and Society*. Open University Press.
- Jeungst, E.T. "Can Enhancement?" pp. 125-42
- Jonas, Hans. 1974. Biological Engineering- A Preview. *Philosophical Essays from Ancient Creed to Technological Man*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Kass, L. R. et al. ed. 2003. *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*. New York: HarperCollins.
- Kitcher P. 1996. *The Lives to Come: The Genetic Revolution and Human Possibilities*. New York: Simon & Schuster
- Kultgen, John. 1988. *Ethics and Professionalism*. University of

- Pennsylvania Press.
- Mehlman., Maxwell J. 2003. *Wondergenes-Genetic Enhancement and the Future of Society*. Indiana University Press.
- McGee, Glenn. 1997. *The Perfect Baby: A Pragmatic Approach to Genetics*. New York: Rowan and Littlefield. Quoted in Parens, Erik. 1998. *Enhancing Human Traits, Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press.
- Parens, Erik. 1998. *Enhancing Human Traits, Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press.
- Peiss, Kathy. 1999. *Hope in a Jar: The Making of America's Beauty Culture*. New York: Henry Holt and Company.
- Pellegrino, E.D. 1981. The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine in *The Clinical Encounter*, ed. E.E. Shelp (Dordrecht: D. Reidel, 1983), 164
- Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. 1981. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, Edmund D., Robert M. Veatch, and John P. Langan. eds. 1991. *Ethics, Trust, and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*. Georgetown University Press.
- Pence, G.E. 2000. *Re-creating Medicine: Ethical Issues at the Frontiers of Medicine*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Reich, W.T. 1978. Quality of life. *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 2: 829-840. New York: The Free Press.
- Rothman, Sheila M., David J. Rothman. 2003. *The Pursuit of Perfection- The Promise and Perils of Medical Enhancement*. Pantheon Books.
- Steen, Wim J. van der., P. J. Thung. 1988. *Faces of Medicine: A*

- Philosophical study*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Straatsman, Clarence. 1932. *Plastic Surgery: Its Uses and Limitations*. *New York State Journal of Medicine* 32:254. Quoted in Sullivan, D.A. 2001. *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press.
- Sugarman, Jeremy., Daniel P. Sulmasy, eds. 2001. *Methods in Medical Ethics*. Georgetown University Press.
- Sullivan, D.A. 2001. *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. Rutgers University Press.
- Veatch, Robert M. 1981. *A Theory of Medical Ethics*. New York: Basic Books. Quoted in Kultgen, John. 1988. *Ethics and Professionalism*. University of Pennsylvania Press.
- Walters, LeRoy., Julie Gage Palmer. 1997. *The Ethics of Human Gene Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Watson, James D., 2003. *DNA: The Secret of Life*. New York: Alfred A. Knopf.
- Wear, Stephen., James J. Bono et al. eds. 2000. *Ethical Issues in Health Care on the Frontiers of the Twenty-First Century*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

### 〈외국 학술잡지〉

- American Medical Association. 1934. Proceedings of the Cleveland Session. *Journal of the American Medical Association*, 102(26): 2199-2201. Quoted in Stone, D.A., 1997. The Doctor as Businessman: the Changing Politics of a Cultural Icon. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2): 533-556.
- Anderson W.F. 1989. Human Gene Therapy: Why Draw a Line? *Journal of*

- and Philosophy* 14: 681-93
- Aufricht, Gustave. 1957. "Philosophy of Cosmetic Surgery," *Plastic and Reconstructive Surgery* 20: 5
- Baylis, F., Robert, J.C. 2004. The Inevitability of Genetic Enhancement Technologies. *Bioethics* 18(1).
- Birnbacher, D., 1999. Quality of Life- Evaluation or Description? *Ethical Theory and Moral Practice*,. 2: 25-36.
- Blumstein, J.F., 1997. The Oregon Experiment: The Role of Cost-benefit Analysis in the Allocation of Medicaid Funds. *Soc. Sci. Med.*, 45(4): 545-554.
- Bodenheimer, T., 1997. The Oregon Health Plan- Lessons for the Nation. *N Engl J Med*, 337: 720-723.
- Bodenheimer, T. et al. 1999. Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *JAMA*, June 2, 281(21): 2045-2049
- Boorse, C. 1975. On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs*, 5(1): 49-68.
- Boorse, C. 1977. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44: 542-73.
- Cohen C. 1996. "Give Me Children or I Shall Die": New Reproductive Technologies and Harm to Children. *Hastings Center Report* 26(2):19-27
- Conrad, P., Potter, D. 2004. Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement. *Sociology of Health & Illness*, 26(2): 184-215
- Daniels, N., 2000. Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9:309-22
- Engelhardt, H.T. 199. "Human Nature Technologically Revisited," *Social Philosophy and Policy* 8: 180-91
- Enthoven, A. 1978. Shattuck Lecture: Cutting Cost without Cutting the

- Quality of Care. *N Engl J Med*, 298: 1229-1237. Quoted in Stone, D.A., 1997. The Doctor as Businessman: the Changing Politics of a Cultural Icon. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2): 533-556.
- Glass, A., 1998. The Oregon Health Plan. *Cancer Supplement* 82(10): 1995-1999.
- Goering, S., 2000. Gene Therapies and the Pursuit of a Better Human. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9:330-41
- Jennings, D., 1986. The Confusion between Disease and Illness in Clinical Medicine. *CMAJ* 135: 865-870.
- Juengs, E.T. 1997. "Can Enhancement be Distinguished from Prevention in Genetic Medicine?" *Journal of Medicine and Philosophy* 22:125-42
- McGee, G., 2000. Ethical Issues in Enhancement: An Introduction. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9:299-303
- Miller, F.G., Brody, H., Chung, K.C., 2000. Cosmetic Surgery and the Internal Morality. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9:353-64
- Morgan, Kathryn. 1991. Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies. *Hypatia* 6: 25-53. Quoted in Parens, Erik. 1998. *Enhancing Human Traits, Ethical and Social Implications*. Georgetown University Press.
- Musschenga, A.W. 1997. The Relationship between Concepts of Quality of Life, Health and Happiness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 22: 11-28
- Nantais, D., Kuczewski, M., 2004. Quality of Life: The Contested Rhetoric of Resource Allocation and End-of-life Decision Making. *Journal of Medicine and Philosophy*, 29(6), 651-664
- Oberlander, J., Marmor, T., Jacobs, L. 2001. Rationing Medical Care: Rhetoric

- and Reality in the Oregon Health Plan. *CMAJ* 164(11):1583-7
- Parens, Erik. 1995. The Goodness of Fragility: On the Prospect of Genetic Technologies Aimed at the Enhancement of Human Capabilities. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5: 141-53
- Resnik, D.B., 2000. The Moral Significance of the Therapy-Enhancement Distinction in Human Genetics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 9:365-77
- Sabin, James., Daniels, Norman. 1994. Determining 'Medical Necessity' in Mental Health Practice. *Hastings Center Report* 24: 5-13
- Slomka, Jaquelyn. 1992. Playing with Propranolol. *Hastings Center Report*. 22(4): 13-17
- Stone, D.A., 1997. The Doctor as Businessman: The Changing Politics of a Cultural Icon. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2): 533-556.
- Wijsbek, Henri. 2000. "The Pursuit of Beauty: The Enforcement of Aesthetics or a Freely Adopted Lifestyle?". *J Med Ethics* 26: 454-458.
- Williams, Simons J., Canlan, Michael. 1996. The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity. *Soc. Sci. Med.*, 42(2): 1609-1620.
- Wilson, James et al. 1992 "Ex Vivo gene therapy for familial hypercholesterolemia," *Human Gene Therapy* vol. 3, no. 2: p. 179-222
- Wolpe, P.R. 2002. Treatment, Enhancement, and the Ethics of Neurotherapeutics. *Brain and Cognition*, 50: 387-395
- Zola I. K. 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociol. Rev.* 20: 487

## ABSTRACT

### Ethical Considerations on Medical Enhancement

*Park, Jae Hyun*

Dept. of Medical Law & Ethics

The Graduate School

Yonsei University

Enhancement of human capacities and traits beyond therapy has been increasing widely and rapidly in medical practice. There are many ethical problems in medical enhancement, but the debates in our society are relatively rare. We need to evaluate the ethical aspects of the medical enhancement. Especially, the morality of doctors practicing enhancement is critical issue in current medical practice.

Wide and rapid increase of medical enhancement primarily can be attributed to the development of biotechnology and the tendencies of modern medicine. Many factors affect the movement of medical practice toward enhancement; the shift from biomedicine to biopsychosocial medicine, the culture of considering the human body as flexible and docile, the emphasis on the quality of life, commercialization of medicine, and medicalization.

The concept of medical enhancement is changed by how to define the normality, health, and disease. There has been long history of trial to define

health and disease, but a big difference of viewpoint is not yet solved. It is not easy to define 'medical enhancement' but trying to define enhancement is at least desirable ethical effort.

Distinction between treatment and enhancement is critical in ethics of medical enhancement. There are arguments that the distinction is not only impossible but also meaningless. But at least we recognize the necessity of distinction. If we agree the necessity, we should try to find how to solve the problem of distinction and clarify the ambiguity of boundaries.

There are various ethical issues in medical enhancement. Safety is the basic requirement in medical enhancement. It is the fundamental issue that the medical enhancement is not compatible with the proper goal of medicine. And there are other issues like; social issues like fairness and equality, personal issues like freedom of choice and morality of means and ends, and more fundamental issue like respect for "the given".

It is difficult to explain the role of doctors engaging in enhancement in the context of traditional medicine. Doctors working in enhancement can argue that their role is natural and inevitably depends on the change of medicine. And doctors can argue also, their role is 'what the role is' rather than 'what the role should be'. But the pursuit of 'better than' beyond therapy can't coincide with the internal morality of medicine.

So their practice becomes a 'different practice with different ends and different moral obligations', so-called "schmoctoring". Professionals in this kind of practice is not a doctor but a schmoctor. The role of schmoctor is unsuitable for the standard role of doctoring.

There is no easy way to clear solution of medical enhancement and the

increase is maybe continue because the demand of consumer will be continued. And it is unrealistic to divide doctor and schmoctor because the invasive character of enhancement technologies. If the diffusion of enhancement in medical practice is in substantial measure, the medicine as ethical profession might be destroyed. So the medicine may become schmedicine or schmoctoring. We need to give a warning to both doctors and patients what would be lost if schmoctoring is more and more practiced in medicine. In conclusion, first, the urgent work to do is to minimize the diffusion of enhancement and secondly, to show the ethics of schmoctor.

---

Key words : beyond therapy, medical enhancement, treatment-enhancement distinction, internal morality of medicine, schmoctor