

출생성비의 지역차이 해소방안

우리 나라의 출생성비는 1995년 이후 정부가 추진한 강력한 정책에 힘입어 1990년에 116.5까지 증가하였던 출생성비가 1997년에 108.7까지 낮아지긴 했으나 105~106으로 추정되는 자연상태에서의 출생성비와는 아직도 상당한 거리를 보이고 있다. 출생성비가 높은 나라는 출생순위가 높을수록 출생성비가 높고, 자녀의 성비는 그 다음 출산으로의 진행 및 출생아 성비에 결정적인 영향을 준다는 공통적 특성을 갖는데, 우리 나라는 이와 같은 특성 이 외에도 지리적으로 편차가 심하다는 특징을 갖는다. 본고에서는 이러한 출생성비의 지역간 변화 추이를 살펴보고, 이를 해소할 수 있는 정책방안을 모색해 보았다.

徐文姬

한국보건사회연구원 책임연구원

1. 서론

1980년대에 급격한 출산력 감소와 함께 심한 불균형을 나타낸 우리 나라의 출생성비는 1995년 이후 정부가 추진한 강력한 정책에 힘입어서 감소하는 추세에 있다. 1990년에 116.5까지 증가하였던 출생성비가 1997년에 108.7까지 낮아진 것이다. 그러나 105

~106으로 추정되는 자연상태에서의 출생성비와는 아직도 상당한 거리를 보이고 있다.

출생성비 불균형의 원인으로는 일반적으로 유교적 가부장적인 전통에 의한 남아선호 사상이 출산력 감소와 의료기술의 발달 및 이용 가능성과 결합하여 일어나는 현상으로 설명되고 있다. 제한된 출산의 기회 속에서 아들을 확보하고자 하는 욕구가 현대 의료가

술에 의해 실현된 결과로 나타난 것이다.

출생성비가 높은 나라는 출생순위가 높을 수록 출생성비가 높고 자녀의 성비는 그 다음 출산으로의 진행 및 출생아 성비에 결정적인 영향을 준다는 공통적 특성을 갖는데, 우리 나라는 이와 같은 특성 이 외에도 지리적으로 편차가 심하다는 특징을 갖는다.

본고에서는 먼저 출생성비의 최근 감소추세와 지역차이 현상을 살펴보고, 출생성비 불균형의 지역차이를 해소할 수 있는 방안을 모색해 보고자 한다. 성비 불균형이 유교적인 전통성에 의한 남아선호 사상에서 기인하므로 유교적인 전통성을 반영하는 요인과 출생성비 불균형과의 관련성을 밝혀봄으로써 성비 불균형의 지역차이를 해소할 수 있는 정책방안을 모색할 수 있을 것으로 기대하였다.

지역간의 출생성비 변화 추이는 통계청이 생산하는 각년도 인구동태통계연보 자료를 이용하였고, 시·군·구 지역단위 및 개인단위에서의 남아선호태도 및 출생성비와 유교적 전통성을 반영하는 변수와의 관련성 분석은 통계청이 생산한 1995년도 인구총조사 자료와 한국보건사회연구원이 1997년에 실시한 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료를 이용하였다.

2. 출생성비 불균형의 지역차이

세계적으로 출생성비의 지역차이는 산업화 이전에는 농촌에서 노동력의 공급 측면에서 남아선호 정도가 도시보다 더 크기 때문

에 이러한 의식구조가 농촌의 성비를 높이는 요인으로 작용하였으나, 산업화 성숙 시기에는 성 선호의식이 사라져 지역별로 성비의 차가 없어진 것으로 일반화하고 있다.

우리 나라의 경우는 1980년대에 출생성비의 불균형이 태아 성감별에 의한 선별적 출생을 가능하게 하는 의료 이용이 용이한 도시에서 시작해서 약간의 시차를 두고 농촌 지역으로 확산되어 간 것으로 평가되었으나, 최근에는 도시보다는 읍부와 면부의 출생성비가 오히려 높게 나타나고 있다(표 1 참조).

표 1. 시부·군부별 출생성비

지 역	1990	1995	1996	1997
전 체	116.5	113.3	111.7	108.4
동(洞)부	116.7	113.2	109.6	108.2
읍(邑)부	117.4	112.8	113.2	109.0
면(面)부		114.5	112.4	111.0

자료: 통계청, 『1997년도 인구동태통계연보』, 1998.

그러나 우리 나라의 지역차이는 도시화에 따른 차이보다는 지리적인 차이가 더 두드러진다. <표 2>는 인구동태신고 자료에 의한 시·도별 성비이다. 출생성비 불균형의 진원지는 대구를 중심으로 한 경북 지역이다. 표를 보면 대구와 경북에서 높아지기 시작한 출생성비가 경남, 부산 지역으로 확산되고 이어서 중부지방 등 전국으로 번져 가다가 1995년 이후부터 전체적으로 낮아지기 시작하여 1985년 이전 또는 지역에 따라서는 그 이전 수준으로 복귀한 것으로 볼 수 있다.

표 2. 시·도별 연도별 출생성비

지 역	1981	1985	1990	1995	1996	1997
전 체	107.2	109.6	116.5	113.3	111.7	108.4
수도권	106.9	107.9	112.4	111.3	109.8	107.2
서울	107.6	108.5	113.3	110.9	110.0	106.3
인천	106.9	108.5	112.0	112.6	109.7	107.1
경기	105.3	106.7	111.3	111.5	109.5	108.1
강원	106.1	108.7	113.0	112.3	109.2	106.7
중부	108.5	109.4	118.5	113.6	112.4	106.7
대전	-	-	122.7	114.6	110.3	106.1
충북	109.5	110.3	117.0	114.8	114.8	106.1
충남	108.0	109.1	116.6	111.6	112.2	107.5
호남	107.9	106.7	113.8	110.8	108.8	107.1
광주	-	102.8	113.3	107.7	109.5	106.9
전북	106.9	108.0	113.8	112.5	106.3	107.8
전남	108.6	106.0	114.0	111.7	110.9	106.5
영남	106.7	113.8	124.8	118.1	116.4	112.1
부산	106.4	109.3	118.4	117.3	115.5	111.2
대구	107.6	121.3	127.9	116.9	116.0	111.7
울산	-	-	-	-	-	113.2
경남	105.7	110.0	124.7	119.2	117.2	112.0
경북	107.7	120.1	130.9	118.4	116.1	113.1
제주	109.3	109.0	118.8	112.0	110.1	110.3

자료: 1981년과 1985년 출생성비는 통계청이 발간한 『1990 인구동태통계연보』, 그 이후 연도의 출생성비는 『1997 인구동태통계연보』임.

1997년 현재 수도권, 호남지방 및 강원도가 106에서 107 수준으로 낮아졌다. 그러나 영남지역의 출생성비는 111~113으로 아직도 높고 제주도 지역의 성비도 110 수준을 유지하고 있다.

이와 같은 출생성비의 감소는 태아 성감별에 의한 성 선별적 인공임신중절수도 1995년에 비해 1997년에 크게 감소하였다. 우리

나라의 부부는 결혼후 바로 첫 임신을 하는 경향이 있는데, 1997년 한국보건사회연구원의 조사결과에 의하면 혼인과 첫 출산의 간격이 1.3년으로 짧게 나타나고 있다. 이는 첫째아에 대해서는 성 선별적 인공임신중절이 거의 이루어지지 않는다는 것으로 풀이할 수 있다. 따라서 해당 연도의 첫째아의 출생성비를 정상 출생성비로 가정하고, 이를

표 3. 성 선별적 인공임신중절 여태아 추정치 및 지역별 분포

지 역	1995		1996		1997	
	중절건수	%	중절건수	%	중절건수	%
전 체	25,348	100.0	17,605	100.0	9,434	100.0
수도권	9,437	37.2	5,791	32.9	2,714	28.8
서울	4,187	16.5	2,805	15.9	624	6.6
인천	1,336	5.3	668	3.8	304	3.2
경기	3,914	15.4	2,318	13.2	1,786	18.9
강원	606	2.4	287	1.6	126	1.3
충부	2,401	9.5	1,876	10.7	386	4.1
대전	881	3.5	412	2.3	70	0.7
충북	873	3.4	814	4.6	76	0.8
충남	647	2.6	650	3.7	240	2.5
호남	1,922	7.6	1,006	5.7	603	6.4
광주	249	1.0	350	2.0	154	1.6
전북	870	3.4	46	0.3	294	3.1
전남	803	3.2	610	3.5	155	1.6
영남	10,722	42.3	8,484	48.2	5,419	57.4
부산	2,735	10.8	2,096	11.9	1,212	12.9
대구	1,961	7.7	1,625	9.2	997	10.6
울산	-	-	-	-	639	6.8
경북	2,111	8.3	1,626	9.2	1,269	13.5
경남	3,915	15.4	3,137	17.8	1,302	13.8
제주	260	1.0	161	0.9	186	2.0

기준으로 성 선별적 인공임신중절에 의해 희생되었을 것으로 보이는 여태아의 수를 추정하였다¹⁾. 그 결과 1995년은 첫째아 출생성비 105.9를 기준으로 할 때 25,348건의 여태아 인공임신중절이 있었으며, 1996년은 첫째아 출생성비 105.3을 기준으로 17,605건, 1997

년 첫째아 출생성비 105.3을 기준으로 9,434건의 성 선별적 인공임신중절이 행해진 것으로 추정되었다. 이는 1990년대 전반의 연평균 3만건에 비하면 크게 감소한 수치이다.

그러나 성 선별적 인공임신중절의 지역적 불균형은 오히려 심화되었다고 할 수 있다. 즉, 1995년에는 성 선별적 인공임신중절 여아수의 42.3%가, 1996년에는 48.2%가 영남 지역에서 발생하였으나 1997년에는 9,434건

1) (남아수÷첫째아 출생성비×100)-여아수의 공식을 사용하여 산출하였음.

중 57.4%가 경상도 지역에서 발생한 것으로 추정되고 있다.

3. 출생성비의 지역차이와 종교와의 관련성

출생성비의 불균형은 집(家)을 중심으로 하는 장자 중심의 가부장적 전통인 유교적인 전통과 밀접한 관계가 있는 것으로 인식되고 있다. 동일한 유교 문화권으로 1980년대에 출산력이 급격하게 감소한 중국과 대만에서는 공통적으로 나타나고 있는 현상인 반면에 같은 동아시아에 위치해 있으면서도 유교문화권이 아닌 일본의 출생성비는 정상 수준을 유지하고 있다.

세계적으로 볼 때 출생성비 불균형에 유교적 전통이 영향을 미치는 주요한 요인으로 작용한다면 우리 나라의 지역적 차이에 대해서도 출생성비의 불균형 현상이 강하게 나타난 지역은 다른 지역에 비해서 유교적 전통이 강한 지역이라고 볼 수 있다.

일반적으로 성 선별적 인공임신중절에 대한 결정요인에 대한 연구 결과에 의하면 농촌 및 도 지역에 살수록, 기독교 및 가톨릭 신자가 아닐수록, 자녀수는 많을수록, 아들이 없을수록 태아 성감별에 의한 성 선별적 인공임신중절을 수용하겠다는 정도가 높은 것으로 나타났다. 이들 변수 중 유교적인 전통을 반영하는 변수는 종교변수이다.

이와 관련하여 정창수와 김신일²⁾은 유교

적 전통의 강도를 반영하는 직접적인 자료로서 조선시대 서원(書院)의 수 분포를 들고 있고, 간접적인 자료로서는 유교전통의 영향을 받은 것으로 평가되는 종교인구 분포의 지역간 차이를 들고 있다. 유교의 서원이 최초로 세워진 곳도 영남지방이며, 서원의 수에 있어서는 1864년 조선시대 대원군이 서원을 강제로 철폐하기 전에는 총 705개 서원 중 57.4%인 405개 서원이, 철폐 후에는 47개 서원 중 30%에 해당하는 14개의 서원이 경상도 지방에 있었다. 서원의 분포는 이들 지역의 유교적 전통의 강도를 반영하는 것으로서, 서원이 많았던 지역에 살던 사람들이 그 영향을 많이 받을 수밖에 없었고, 이와 같이 강한 유교적 전통의 영향으로 종교에 있어서 근대화와 함께 들어온 기독교나 천주교를 받아들이기보다는 일찍이 우리 사회에 들어와서 자리잡고 있던, 그리고 정서적으로 유교와 유사하여 신념체계의 변화를 요구하지 않는 불교를 종교로 선택하는 경향이 강하게 나타났다는 것이다.

이와 같은 논리에 따르면 불교를 믿는 인구의 비율이 높은 지역일수록 출생성비가 높아야 하는데, 실제로 우리 나라 종교의 지역적 분포는 이와 같은 가정을 뒷받침한다. 1995년도 인구총조사결과에 의하면 <표 4>에 제시된 바와 같이 불교인구비율이 경상도지역에서 모두 30%를 넘고 있고, 호남지역은 12~15%의 낮은 비율을 보이고 있다. 제주도도 영남지역과 유사한 양상을 보이고 있다.

2) 정창수·김신일, 「한국에 있어서 종교인구 분포의 지역간 차이에 관한 연구」, 『한국사회학』 제27집 여름호, 1993, pp.117~151.

표 4. 시·도 및 권역별 종교인구비율(1995년)

시·도	불교	개신교	천주교	기타	계
전 체	22.3	19.7	6.6	2.1	50.7
수도권	16.6	25.2	8.4	2.4	52.6
서울	15.4	26.2	8.7	3.9	54.2
인천	14.6	25.8	9.0	0.1	49.5
경기	18.5	23.7	7.7	0.2	50.1
강원	23.2	16.2	5.1	1.3	45.8
충부	22.0	19.2	5.1	1.3	47.6
대전	23.2	21.1	6.6	0.9	51.8
충북	23.5	15.1	6.2	1.1	45.9
충남	19.9	19.2	4.8	1.6	45.5
호남	13.5	22.9	6.1	2.4	44.9
광주	15.3	21.7	9.1	1.4	47.5
전북	12.2	26.4	6.0	1.1	45.7
전남	13.6	20.4	4.3	2.6	40.9
영남	33.9	10.7	4.6	1.3	50.5
부산	38.2	11.2	4.7	1.1	55.2
대구	33.2	11.6	6.8	1.0	52.6
경북	31.0	12.3	3.9	1.6	48.8
경남	36.3	9.1	3.6	1.4	50.4
제주	33.6	8.4	6.2	1.2	49.4

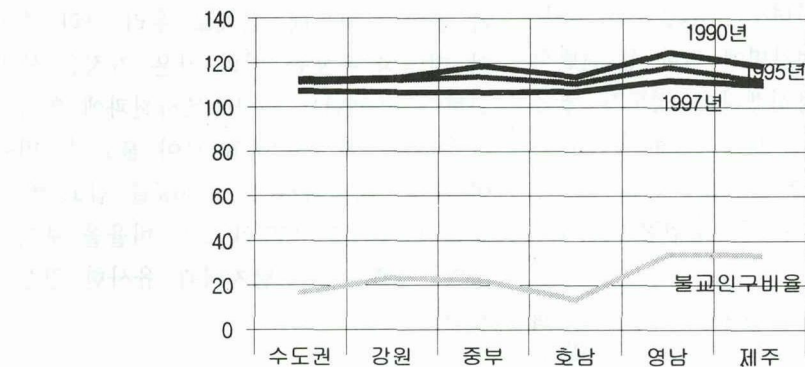
주: 기타에는 원불교, 천도교, 유교, 대종교, 대순진리교 등이 포함됨.

자료: 통계청, 『1995년도 인구총조사결과보고』, 1995.

[그림 1]은 <표 2>와 <표 4>의 1990년과 1995, 1997년의 출생성비 및 1995년 종교인구비율 분포를 지역권별로 다시 나타낸 것으로 불교인구비율과 출생성비가 밀접한 관련이 있음을 잘 나타낸다. 1995년도 불교인구비율이 영남, 제주, 강원, 중부, 수도권, 호남의 순서로 높은데, 같은 연도의 출생성비는 영남, 강원, 제주, 중부, 수도권, 호남의 순서로 나타나서 제주와 강원의 순서만이 바뀌었을 뿐 높은 관련성이 있음을 나타낸다.

종교와 출생성비의 관련성은 1995년 인구총조사 결과를 시·군·구 단위로 분석한 결과를 통해서도 잘 알 수 있다. 시·군·구 단위의 불교인구비율을 15% 이하, 15.01~25%, 25.01~35%, 35.01% 이상의 4집단으로 구분하여 각 집단의 0~4세와 5~9세아의 성비를 살펴보았다. 그 결과 <표 5>와 같이 불교의 비율이 높아질수록 성비도 높아지는 것으로 나타났다. 시·군·구의 인구사회학적 변수 및 다른 종교변수를 통제한 상태에서도 이들 지역단위의 불교인구비율은 그 지역의

그림 1. 1990, 1995, 1997년 출생성비 및 1995년 불교인구비율



0~4세 및 5~9세아의 성비에 대한 표준회귀계수가 각각 .678, .577로 나타나서 이들은 통계적으로 유의한 관련성이 있는 것으로 분석되었다.

표 5. 시·군·구단위 불교인구비율별 아동성비

불교인구 비율	성비		시·군·구 수
	0~4세아	5~9세아	
15.00 이하	109.6	105.2	38
15.01~25.00	112.0	107.9	114
25.01~35.00	115.6	112.3	19
35.01 이상	118.7	115.1	64
전 체	113.7	109.8	235
F	38.7***	37.45***	

주: *** p<.001

앞에서도 언급하였지만 개인에게 있어서도 종교가 아들의 성선택 태도나 성 선별적 인공임신중절 수용 태도에 영향을 주고 있다. 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료에서도 성 선별적 인공임신중절을 찬성한다는 비율이 불교신자는 11.6%로 다른 종교를 믿는 사람 및 종교가 없는 사람들에 비하여 높은 것으로 조사되었다. 또한 태아감별과 성 선별적 인공임신중절이라는 불법적 의료행위에 대해서 이를 실시한 의사와 이를 희망한 부인에 대한 처벌에 있어서도 처벌하지 말아야 한다는 비율이 32.8%로 다른 집단에 비하여 높게 나타났다(표 6 참조).

이처럼 종교와 출생성비 및 성 선별적 인공임신중절에 대한 태도의 관련성은 근본적으로 종교에 따라서 아들이 필요하다는 정

표 6. 15~45세 부인의 종교별 태아 성감별 및 성 선별적 인공임신중절 관련 태도

(단위: %)

		불교	기독교	천주교	기타	종교없음	전체
성 선별적 인공임신 중절	적극 반대	25.7	38.8	43.0	49.8	31.5	32.6
	반 대	39.0	43.0	42.1	40.2	40.7	40.9
	중 간	23.7	13.4	8.9	10.0	20.1	18.7
	찬 성	11.3	4.7	6.0	-	7.5	7.7
	적극 찬성	0.3	-	-	-	-	-
	계	100.0 (774)	100.0 (682)	100.0 (215)	100.0 (18)	100.0 (1,399)	100.0 (3,089)
태아 성감별 등 불법적 의료행위에 대한 처벌	의사와 부인 둘 다 처벌	40.7	48.7	53.5	65.1	43.4	44.7
	의사만 처벌	7.0	12.8	8.4	5.8	8.3	8.9
	부인만 처벌	4.4	4.0	3.6	-	3.9	4.0
	처벌하지 않음	32.8	20.8	23.0	25.6	29.3	27.9
	모르겠음	15.1	13.7	11.5	3.5	15.1	14.3
	계	100.0 (806)	100.0 (704)	100.0 (220)	100.0 (19)	100.0 (1,463)	100.0 (3,213)

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

도가 다른 데서 기인한다. <표 7>에서 볼 수 있는 바와 같이 불교신자 중 아들이 필요하다는 비율은 68.5%로 다른 종교를 가진 사람들이나 종교가 없는 사람들에 비하여 높은 아들 선호 태도를 나타내고 있다. 또한 아들이 필요하다는 부인들의 아들이 필요한 이유에 있어서도 차이를 보이는데, 이는 아들의 필요성과 종교적인 신념체계와 연계되어 있음을 알 수 있다. 아들을 두어야 하는 이유로 가정의 조화나 심리적 안정을 위해서라는 점에서는 종교의 차이가 거의 없다. 그러나 가계를 잇고 제사를 모셔야 하기 때문에 아들이 있어야 한다는 데서는 불교가 다른 종교와 차이를 보인다. 또한 종교가 없다는 사람들의 태도도 가계 잇기와 제사를 아들 선호 이유로 들고 있는 비율이 높다. 이들 이유는 모두 집을 중심으로 세대를 이어가고 조상을 섬기는 유교적인 전통에 뿌리를 두고 있으며, 특히 조상의 제사를 모시는 점은 불교 등의 전통성이 강한 종교가

근대화 과정에서 들어온 기독교나 천주교와 가장 차별되는 점이다.

4. 출생성비 불균형의 지역차이 해소를 위한 정책방안

지난 5년 동안 정부는 민간단체와의 협력 하에 출생성비를 감소시키기 위하여 많은 노력을 하여 왔다. 의료법을 개정하여 태아 성감별 및 성 선별적 인공임신중절에 대한 처벌규정을 강화하고 실제로 불법 의료행위를 한 의료인을 구속하는 등의 강력한 감시 활동을 추진하였으며, 다른 한편으로는 대한가족계획협회(현 대한가족보건복지협회)를 통하여 심한 출생성비 불균형으로 이들이 혼기가 되었을 때 우려되는 신부부족 사태를 중심으로 내용을 구성하여 대국민 홍보를 강화하였다. 또한 병원협회 등 의료 관련단체에서는 자정운동 차원에서 의료인을 대상으로 불법의료행위를 하지 않도록 홍보활동

표 7. 15~45세 부인의 종교별 아들이 필요하다는 비율 및 이유

(단위: %)

구 분		불교	기독교	천주교	기타	종교없음	전체
아들이 필요하다는 비율		68.5	57.8	57.6	59.1	55.7	60.2
이유 ¹⁾	가계를 잇기 위하여	40.2	29.3	30.7	22.9	34.0	35.0
	제사를 지내기 위하여	14.1	3.2	5.4	5.9	12.2	10.2
	노후의 생활을 위해	9.6	6.2	6.1	11.8	7.9	8.0
	경제적 도움을 받을 수 있으므로	3.5	1.9	2.7	2.9	2.8	2.9
	심리적 안정을 위하여	70.3	65.0	70.5	70.6	71.6	69.6
	가정의 조화를 위하여	41.0	45.5	46.7	41.2	38.7	41.6

주: 1) 각 이유에 대하여 '그렇다', '아니다'의 응답을 하도록 한 것으로 '그렇다'는 응답비율임.

자료: 한국보건사회연구원, 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료

을 강화하였다. 현재까지 이와 같은 노력은 상당한 결실을 본 것으로 평가된다.

그러나 깊은 뿌리를 두고 있는 만큼 출생성비가 계속 감소추세를 유지하여 자연상태의 출생성비를 회복하기 위해서는 성비불균형을 개선시키기 위한 지속적인 관심과 정책적 지원이 요구된다. 특히 출생성비의 지역적 차이를 해소하기 위해서는 출생성비의 불균형이 심한 지역의 지방자치단체와 종교단체를 활용한 홍보 전략이 마련되어야 한다.

먼저 지방자치단체가 주체가 되는 홍보 및 단속 활동이 강화되어야 한다. 성비 불균형 현상이 높은 부산, 대구, 울산, 경북, 경남 등 영남지역과 제주도의 시·도 및 시·군·구 지방자치단체에서는 성비 불균형 문제의 지역적 심각성을 인식하고, 이를 해소하기 위한 노력을 하여야 한다. 우선 지역 매스미디어를 통하여 지역주민에게 현황을 알리어 이것이 모성과 태아의 건강에 해로운 영향을 미칠 수 있을 뿐 아니라, 도덕적으로 부끄러운 일로 지역사회에 바람직하지 못한 일임을 인식하도록 하여야 한다. 두 번째로는 이 지역의 의료관련단체에서 의료인을 대상으로 직업 윤리의식을 고취시킬 수 있는 강력한 활동을 하여야 할 것이다. 세 번째로는 불법 의료행위에 대한 감시활동을 강화하여 불법 의료행위를 한 의료인에 대한 단속도 강화하여야 한다.

다음으로 종교단체에서 성비 불균형을 해소하기 위한 노력을 하여야 한다. 우리 나라 출생성비 불균형에 종교가 주요한 요인으로

작용하고 있다. 특히 불교를 믿는 사람들의 비율이 높은 지역이 출생성비도 높고, 불교를 믿는 사람들이 성 선별적 인공임신중절에 대한 찬성률도 높다. 불교가 종교 중에서 살생을 가장 금기시하고 있음에도 불구하고 불교적 교리보다는 유교적 전통의 영향이 더 크게 작용하고 있음이다. 현재도 일부 불교단체에서는 법회나 홍보자료 등을 통하여 살생의 의미를 중심으로 태아의 낙태가 무서운 죄로 성 선별적 인공임신중절이 절대로 금지되어야 할 일이라고 계도하고 있으나, 이보다는 중앙 종단 차원에서 보다 조직적인 계몽교육을 추진할 필요가 있다. 불교인으로서의 자부심 차원에서라도 현황을 알리어 스스로 윤리의식을 강화할 수 있도록 하여야 한다. 특히 영남 지역에 위치하고 있는 불교단체에서는 이 문제에 보다 많은 관심을 가져야 할 것이다.

기독교나 천주교, 기타 종교의 경우도 불교를 믿는 사람에 비해 남아선호나 성 선별적인 인공임신중절 선호 정도가 약하다는 것이지 이로부터 자유로운 것은 아니다. 그러므로 이들 종교 단체에서도 예배나 법회 또는 유인물 등을 통하여 성비 불균형 문제를 종교인의 도덕심과 윤리의식 차원에서 논의한다면 우리 나라 출생성비가 정상 수준을 회복하는 데 큰 기여를 할 것이다. 이와 같은 사업을 대한가족보건복지협회에서 종교 단체와 연계하여 하나의 사업으로 추진한다면 보다 좋은 성과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다. 