

발간번호
2013-06-01

2013년도
이슈페이퍼

건강권으로서 낙태 및 피임의 권리를 다시 생각한다

윤정원

(건강과대안 젠더와건강팀, 산부인과 전공의)

 <p>연구공동체 건강과 대안</p>	<p>연구공동체 건강과대안</p> <p>주소 : 서울시 종로구 외룡동 119-1 동원빌딩 206호</p> <p>전화 : (02)747-6887</p> <p>팩스 : (02)3672-6887</p> <p>홈페이지: http://www.chsc.or.kr</p>
--	--

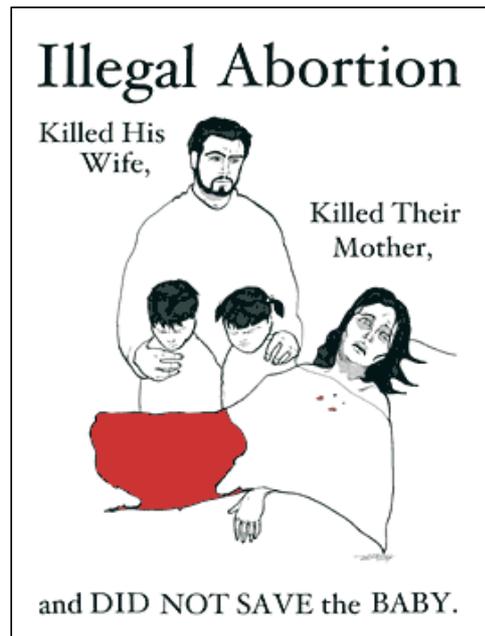
건강권으로서 낙태의 권리를 다시 생각한다¹⁾

윤정원(건강과 대안 젠더와 건강팀, 산부인과 전공의)

건강권으로서의 낙태권 - safe abortion

한 해에 2천만 건의 안전하지 못한 낙태가 이루어지고 이들 대부분은 낙태가 불법인 개발도상국에서 이루어진다. 낙태 관련 합병증으로 매년 800만 명이 고통을 받는데, 이들 중 500만 명만 치료를 받을 수 있고, 6만7천명의 여성이 사망한다. 안전한 낙태만 가능하다면 전체 모성사망²⁾의 20~50%가 줄어든다. 실제로 개도국에서는 막대기나 옷걸이 같은 이물질을 자궁에 삽입하기, 포백제나 테레빈유, 유기용제 마시기, 질에 독초를 삽입하는 등의 방법으로 한 해 20만 명이 위험한 낙태를 시도하고 있다. 그리고, 그 중 7만 명이 자궁천공, 과다출혈, 감염과 패혈증 같은 후유증으로 사망한다.

안전하지 못한 낙태가 공중보건의 주요한 이슈로 떠오른 것은 1994년 카이로에서 열린 UN 국제인구개발회의(International Conference on Population and Development, ICPD)에서다. 이미 1979년 UN 제34차 총회는 ‘여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐에 관한 협약’ (CEDAW)을 통해 재생산-성적 건강과 권리를 여성의 인권으로 보장되어야 하는 가장 기본적인 권리로 선언하고 ‘인공임신중절을 하는 여성들을 처벌하는 법조항이 제거되도록’ 권고한 바 있었다. 그 후 이어진 카이로 회의에서는 “안전하지 못한 낙태의 후유증을 치료하는데 즉각적이고 양질의, 인간적인 의료지원을 제공할 것, 낙태를 받는 여성들에게 낙태 후 상담(가족계획과 피임, 정신적 상담)을 통해



<그림 1> ‘불법적인 낙태는 아내도, 엄마내도, 엄마도, 아기도 살리지 못 한다’ (출처: <http://www.lifeandlibertyforwomen.org>)

1) 이 글은 윤정원 건강과대안 연구위원이 참여연대 사회복지위원회에서 발간하는 <월간 복지동향>(2013년 6월호)에 기고한 글을 정리한 것이다. 윤정원 연구위원은 지난 2010년 발표한 이슈페이퍼 <낙태 논쟁의 내용과 의미>(2010년 5월 발표) 이후 꾸준히 낙태와 피임 등 재생산 권리와 건강에 대한 내용을 업데이트 해왔다.

2) 임신, 출산과 관련하여 임신 중, 분만 후 42일 이내 중 사망한 경우를 말한다.

원치 않는 임신과 반복되는 낙태를 막을 수 있도록 할 것, 법으로 낙태가 금지되어 있는 나라의 경우에서도 안전한 시술을 받을 수 있도록 할 것” 등을 지침으로 내놨다. 이러한 점에서, 카이로 회의는 “건강권으로서의 낙태권” 논의를 대두시킨 중요한 시작이었다. 낙태권은 보편적 인권으로, 성관계, 임신, 출산, 낙태를 개인이 자유롭게 책임있게 결정할 수 있으며, 낙태와 관련한 정보와 시술 수단에의 접근권, 그 과정에 있어서의 건강과 안전을 보장받는 것을 골자로 한다.



<그림 2> 전세계 지역별 15~44세 여성 1천명당 낙태율(자료출처: 구트마허 연구소)

낙태를 건강권으로 접근해야 하는 것은 비단 개발도상국에서의 모성사망 때문만이 아니다. 의료기술의 최첨단을 달리는 미국에서도 최근 낙태로 인한 모성사망이 점점 늘고 있다. 이는 의료보험에 가입하지 못한 사람들, 히스패닉이나 흑인과 같은 유색인종에서 안전하지 못한 낙태가 점점 늘고 있기 때문이다. 우리나라에서도 2010년 초 프로라이프의 낙태시술의사 고발 후, 단속과 처벌이 늘어나면서 불법으로 유통되는 낙태약물이나 무허가 낙태에 여성들이 의존할 수밖에 없어졌다는 보고가 속속 나오고 있다. 단지 의료기술의 낙후 때문만이 아니라, 법과 현실의 부조리, 빈부격차, 불평등과 같은 사회적 조건 때문에 좌지우지되는 낙태권의 불평등에 대해, ‘정의로서의 낙태권’이라는 보편적 가치가 필요한 시점이다.

최근의 재생산권 관련 동향

분야	대책
생명존중 사회분위기 조성	각계각층이 참여해 3~4월 사회협약 추진
위기임신 상담	원치 않는 임신으로 고민하는 사람들을 위해 상반기 중 상담 기반 마련 (129콜센터), 태아 기형 우려에 대한 상담 서비스 3월부터 제공
결혼하지 않은 한부모 자립 지원	청소년 한부모에 대해 24살 이하 때까지 양육비 월 10만원과 의료비 월 2만4000원 지원. 가구당 월 20만원(본인 20만원, 지자체·국고 20만원) 내에서 자산 형성 지원
불법 낙태 신고체계 마련	129콜센터에 신고센터 설치
낙태 예방 상담제 운영	산부인과 낙태 예방 상담제 도입, 분만 수가 인상 등 검토

이미 30년이 넘는 재생산 권리, 재생산 건강에 대해 우리나라에서 본격적으로 논의된 것은 2010년 2월 3일, 프로라이프 의사회가 낙태 시술병원 3곳을 검찰에 고발 하면서부터다. 이어 3월 1일, 보건복지부의 신년계획 중에는 [불법 낙태 예방 종합 대책]이 등장했다. 표에서 보듯이, 이 대책은 낙태의 근본 선행요인인 원치않는 임신을 줄이기 위한 성교육이나 피임에의 접근 성향보다, 미봉적인 낙태 ‘금지’ 및 ‘미혼모 지원’을 골자로 하고 있다. 낙태를 줄이면 출산율이 높아질 것이라는 일차원적인 생각은 사실 2009년부터 이명박 정부 미래기획위원회의 저출산 대응 정책 회의들에서 나온 내용이다. 2009년 11월 25일 보건복지부 전재희 장관은 저출산 대응 정책 중의 하나로 낙태줄이기 캠페인을 채택하고 낙태를 단속하겠다고 입장을 표명한 바 있다. 이렇게 국가의 출산장려 드라이브와 프로라이프 단체들의 행동력이 결합되어, 형사고발이라는 극단적인 형태로 이슈파이팅을 시작했던 것이다. 그러나, 논의의 장을 확장시킬 것이라는 기대와는 달리, 역시 양 진영의 입장이 팽팽해 결국 형법과 모자보건법 개정 수준까지는 진행되지 못하였다.

● 낙태 관련 형법과 모자보건법 내용

1953년에 제정된 형법은 태아는 생명체이기 때문에 태아를 낙태시키는 것은 죄를 범하는 것이며, 따라서 낙태를 하는 부녀나, 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 사람 모두를 처벌하였다. 1973년 당시 유신체제 아래에서 비상국무회의에서 통과된 모자보건법안은 형법에 규정된 낙태를 일부 규정을 두어 합법화하는 한 전기가 되었다. 그런데, 이것은 비민선, 비상입법기구에 의한 비공개적인 입법이었고 그 때문에 사회 각계의 의견이 충분히 반영되기 어려웠다. 일반인들이 이 법이 가지는 중요성을 충분히 인식할 수 있는 기회를 가질 수 없었다는 한계도 있었다. 24주 규정, 우생학/유전적 질환 정의의 모호함, 사회 경제적 이유 누락, 청소년에 대한 언급이 전혀 없는 점 등 보완할 부분이 많으나, 1976년, 1982년, 1985년 등 수차례에 걸쳐 합

법적인 인공임신중절 사유를 확장하려는 시도와 여성계의 참여에도 불구하고, 카톨릭을 중심으로 한 종교계의 강력한 반발에 부딪혀 개정이 보류되고 2009년 모자보건법의 소폭 개정에 그쳤다.

- 형법 (일부개정 2005.12.29. 법률 제7623호)

제27장 낙태의 죄

제269조(낙태)

① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.

② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다.

③ 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

제270조(의사 등의 낙태, 부동의 낙태)

① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.

② 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다.

③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

- 모자보건법 제9차 일부개정 2009년 1월 7일 제9333호

제1조(목적) 이 법은 모성 및 영유아의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1-6. 생략

7. "인공임신중절수술"이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.

제 14조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적, 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우

2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우*,

3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우

4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우

5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제1항의 경우에는 배우자의 사망, 실종, 행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의

를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

- 모자보건법 시행령 제9차 일부개정 2009년 7월 7일 제21618호

제15조(인공임신중절수술의 허용한계) 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.

② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그밖에 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.

③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 특소플라즈마증 및 그밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

이러던 중 2012년 8월 23일 낙태 시술 조산사에 처벌을 내리는 형법이 헌법에 위배된다는 헌법소원 심판에서³⁾ 조산사 처벌은 결국 합헌 판결을 받았다. 그리고 2012년 10월 17일, 앞서 프로라이프 의사회에 의해 고발된 사건이 대법원까지 이어진 끝에 집행유예 1년, 자격정지 1년형을 확정받게 된다. 이어 2012년 11월에는 고등학교 3학년 학생이 수능 시험 후, 임신 23주에 낙태 시술을 받던 중 사망하는 사고가 발생하였다. 이 역시 모자보건법의 임신 24주 조항, 청소년의 임신과 임신중절, 미혼모 문제 등에 대한 논의의 계기가 될 수 있었으나, 잇따른 대선정국에 묻혀 버렸다. 당시에 대한산부인과사회는 ‘실정법을 잘 준수하여 진료에 임해 달라’는 회원 전체 공문을 돌린 바 있다.

재생산 권리와 관련 이슈들 중에 주의 깊게 관심을 가져야 하는 한 가지 이슈는 사후피임약의 일반약 전환 논란이었다. 2012년 6월 식약청이 피임약 재분류 발표안(사후피임약은 일반의약품으로 전환, 일반피임약은 전문의약품으로 전환하겠다는 골자)을 발표하면서 여성의 의약품 접근권과 안전성에 대한 논쟁보다는 의사협회와 약사회의 이권다툼으로 문제의 본질이 흐려지고 말았다. 결국 2012년 8월 29일 중앙약사심의위원회 의약품재분류 회의에서, 현안을 개정하지 않고 그대로 유지하는 방향으로 논의가 급마무리 되었다.(이 부분에 대해서는 뒤에서 더 자세히 다룰 것이다.)

3) 여성의 요구로 낙태를 시술한 조산사가 남자친구의

의사협회·약사회의 피임약에 대한 입장

	의사협회	약사회
일반 피임약	<ul style="list-style-type: none"> - 제대로 피임교육 받고 의사처방에 따라 복용해야 - 의사처방이 있으면 피임약 부작용에 대한 오해 풀어 복용률 높일 수 있어 	<ul style="list-style-type: none"> - 안전성 충분히 입증됐기 때문에 의사처방 필요없어 - 불필요한 진료비 부담은 사회적 낭비
사후(事後) 응급 피임약	<ul style="list-style-type: none"> - 고농도 호르몬 성분이라 상시적 피임용으로 쓰면 여성 건강 해쳐 - 응급피임약이 낙태율 줄인다는 주장은 근거가 없어 	<ul style="list-style-type: none"> - 응급에 쓸 수 있도록 접근성·여성 선택권 보장해야 - 선진국에서도 일반약으로 쓰고 있어

국가별 낙태비용 해결 정책

낙태비용을 개인이 부담하느냐 공공재정에서 부담하느냐는 곧, 낙태를 의료행위로 보느냐, 국가보건체계가 뒷받침되어 있느냐는 질문들과 연결된다.

국가 공공보건시스템이 잘 구축되어 있는 나라들은 대부분 낙태 시술이 공공재원에서 지원된다. 덴마크, 독일, 루마니아, 영국 등 NHS⁴⁾가 있는 나라에서, 공공병원에서 받는 시술은 무료거나 아주 적은 비용으로 가능하다. 특히 영국의 경우 전문적인 치료를 위해 민간병원으로 가야 하면, 그 비용까지 NHS에서 부담한다. 핀란드의 경우 시술 비용은 NHS에서 무료 지원하고, 입원비는 개인이 부담하도록 되어 있다. 프랑스는 전국민의료보험제도에서 낙태 시술비용의 80%를 지불해 준다. 환자가 부담하는 비용은 시술비의 20% 정도인데, 이마저도 저소득층에는 무상으로 해준다.

무상의료시스템이든 전국민의료보험시스템이든, 기본적인 진료비 지불 체계가 갖추어진 경우라도 공공병원이 아니라 민간 영리병원에서 시술을 하면, 환자가 본인 부담으로 해결해야 하고 그 금액이 높아지면서 차이가 많아지는 것은 사실이다. 오스트리아는 전국민의료보험제도가 있지만, 낙태는 보험이 적용되지 않는다. 그래서, 민간병원별로 388달러~1,085달러로 낙태 비용 차이가 크다. 일본 역시 의료보험제도가 잘 되어 있지만, 공공병원은 분만, 수술 등으로 낙태시술을 할 시간이 없다. 그래서 민간병원이 거의 낙태를 시행하게 되는데(이는 우리나라도 비슷하다.), 이 비용 또한 1천달러~3천달러로 병원별 차이가 크다.

국가의 공공보건시스템이 확립되어 있지 않은 개발도상국의 경우, 예상과 같이 개인 부담으로 지워지는 것이 대부분이다. 인도는 법적으로 낙태가 허용되어 있고

4) NHS(National Health System)는 국가 보건체계를 일컫으며, 북유럽이나 영국의 보건체제로 조세로 재원을 충당하여 전국민 의료보장을 시행하는 형태를 말한다. 이와 달리, 전국민의료보험(National insurance system)은 우리나라와 같이 사회보험료 형태로 재원을 조달하여 의료비를 부담하는 형태를 말한다. 위 둘과 같은 공공의료보건체계가 없는 나라들은 민간의 영역에 공급을 맡기고, 이용자가 자비로 의료비를 부담하게 된다.

보건소나 국립병원에서 무료로 시행된다. 그러나 시설이 낙후된 경우가 대부분이라, 일정 수준 이상의 의료시설에서 시술을 받으려면 16~20달러 정도의 개인비용을 지불해야 한다. 네팔의 경우는 낙태 합법화도 되어있고, 오히려 가족계획과 산아제한과 더불어 정책적으로 장려되는 분위기다. 그렇지만, 국영병원에서 시술받는 데에도 13달러 정도의 개인비용을 지불해야 한다. 민간병원의 경우는 역시 비용이 13~40달러까지 다양하다.

비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용 차이가 얼마나 큰가, 국가가 비용을 지원해 주는가 아니면 개인의 책임인가? 이러한 문제는 의료 이용 접근성과 직결된다. 중남미와 아프리카 저개발국들의 사례를 보자. 과테말라의 경우, 산모의 생명이 위협되는 경우나 강간, 근친상간의 경우만 낙태가 합법화되어 있지만, 연간 6만5천건의 낙태가 암묵적으로 시행되고 있다. 37%의 국민이 하루 2달러 미만으로 생활하는 과테말라에서는 민간병원에서 낙태시술을 받으려면 128~1,026달러가 필요하다. 이에 비해, 산파에게 낙태 시술을 받는 데에는 38~128달러가 든다.

85%의 국민이 하루 1달러 미만으로, 97% 국민이 하루 2달러 미만으로 사는 구간을 보자. 전문의료인에게 낙태시술 받는데 드는 비용은 6~58달러인데 비해, 불법 시술에는 6~18달러가 필요하다. 전국민의 66%가 하루 2달러 미만으로 생활하는 파키스탄에서 의사에게 낙태시술을 받는 데는 50~104달러가, 간호사나 조산사에게 받는 데는 18~26달러가 필요하다. 선진국에서는 전체 낙태 중 8%만이 안전하지 못한 낙태인데 비해, 아프리카나 라틴아메리카에서는 낙태 건수의 95%가 안전하지 못한 낙태인 까닭이 여기 있다. 결국 보건의료시스템의 구축과 재정 지원이 안전한 낙태와 직결되는 문제임을 알 수 있다.

- 낙태에 보건의료 재정을 지원하는 것이 의료비 낭비일까?

안전하지 못한 낙태로 인한 여성의 입원이 세계적으로 연간 5백만 명에 이르고 6만 8천명이 사망하고 있다. 이를 볼 때, 안전한 낙태를 지원하는 것이 보건의료 재정을 오히려 감축시켜 준다고도 볼 수 있다. 멕시코시티의 사례를 보자.

임신 1분기(1주~14주)의 낙태가 합법화된 2007년까지, 멕시코시티에서 합법적인 낙태를 받기란 어려웠다. 그래서, 많은 여성들은 음성 낙태시술소를 이용할 수밖에 없었다. 2004년 멕시코시티의 가장 큰 3개 병원에서 수집된 데이터에 따르면, 낙태 후 병원을 찾은 여성의 92%는 불완전 유산 때문에 병원에 왔고, 이들의 치료비는 46~143달러였다. 자궁천공이나 패혈증 같은, 좀 더 복잡한 합병증의 경우에는 평균 601~2,140달러가 들었다. 멕시코시티의 낙태시술 후 합병증률이 7.9%인데 이 수치를, 낙태가 합법화되고 안전한 선진국의 합병증률 수준인 1.1%까지 줄일 수 있다면, 매년 60만 달러를 아낄 수 있다. 더불어, 모든 여성이 안전하고 합법적인 유산을 받을 수 있다면 160만 달러까지 비용을 아낄 수 있다.

정보 제공 및 상담체계

임신임을 확인하는 순간부터, 여성은 수많은 선택의 기로에 놓인다. 아이를 낳을 것인지, 입양시킬 것인지, 본인이 기를 것인지, 낙태를 하게 되면 언제 어디서 해야 하는지, 시술의 부작용 및 고려사항은 무엇인지 등 이 중에는 개인이 혼자 결정을 내리기 힘든 부분도 있고, 정보나 지식을 제공받을 창구도 필요하다. 거칠게 이를 ‘상담’이라고 뭉뚱그려 말한다면, 이 ‘상담’ 과정은 여성의 감정을 명확화하고 결정을 내리는데 도움을 주기도 한다. 동시에, 이 상담은 낙태 시술을 더 어렵게 만드는 높은 문턱으로 작용하기도 하다. 낙태법이 관대한 나라들로 알려진 서유럽 국가에서도 그 제동장치는 존재하며, 여기에 ‘의료전문가의 판단’ 또는 ‘면담 여부’가 중요한 통제장치인 경우가 많다.

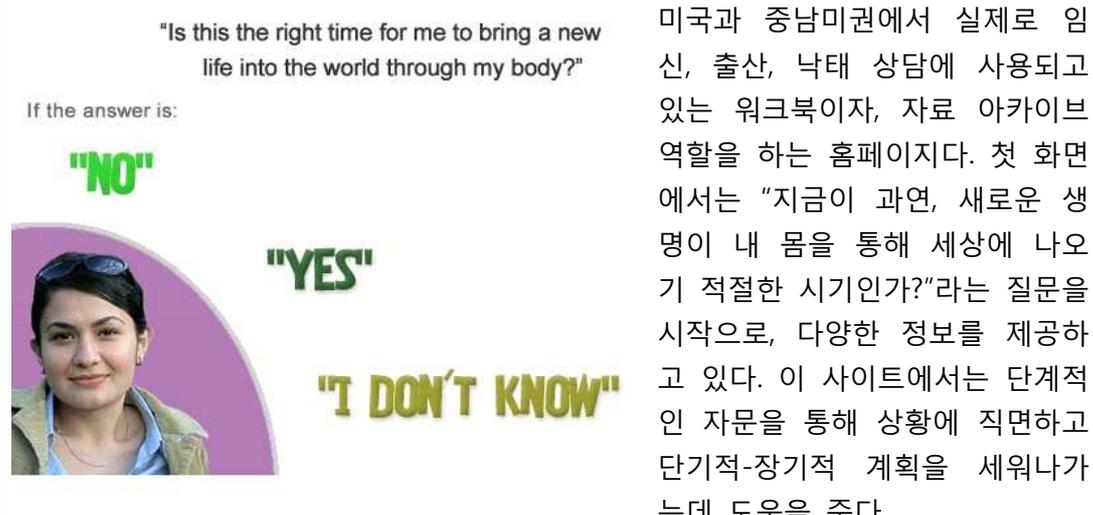
낙태가 돈벌이 수단으로 악용되는 것을 차단할 목적으로 상담 의사와 낙태 시술 의사를 분리하도록, 즉 낙태 허용 여부를 2명 이상의 의사가 확인한 후 결정하도록 법이 제정되어 있는 곳이 독일, 영국, 프랑스, 핀란드와 같은 나라들이다. 한편, 네덜란드, 오스트리아, 이탈리아, 노르웨이에서는 낙태 결정 이전에 전문가 상담을 의무화할 것을 명문화하고 있다.

중요한 것은 상담이나 정보 제공이 여성의 선택을 더 명확하게 하기 위해 제공되어야 하지, 선택을 어렵게 하도록 통제해서는 안 된다는 것이다. 미국에서는 보수세력이 정권을 잡은 5개 주에서는 낙태 시술을 하기 전, 꼭 초음파 영상을 보고 심음을 들으며 태아 상태에 대해 설명하도록 하는 입법안이 통과된 상태이다. 초음파 영상을 보면 낙태를 하지 않는 쪽으로 마음을 바꿔먹을 것으로 기대하는 계산일텐데, 이는 ‘의학적 상담’이라는 명목으로 개인적·정치적인 입장을 강요하는 방향으로 전개될 수 있다는 점에서 우려스럽다. 초음파 영상을 보는 것이 결정에 실질적으로 영향을 미치지 못하면서 정신적 스트레스만 가중시키고, 여성을 합리적 판단의 주체로 생각하지 않는 보수적인 관점만 확산시킬 수 있기 때문이다.

뉴질랜드의 경우 낙태를 요청하는 모든 여성에게 상담이 제공되어야 한다고 법으로 규정되어 있다. 여기서는 두 명의 의사에게 상담을 받은 증명서류가 있어야 낙태가 가능하다. 병원이나 의원에서 전문적으로 수련을 받은 간호사들, 사회복지사들이 이 상담업무를 맡고 있다. 이 프로그램에서는 낙태 과정, 태아의 발달과정에 대한 성교육과, 피임에 대한 정보를 제공한다. 낙태를 결정하기 이전의 상담 역시 제공하는데, 낙태 이외의 선택지들을 제공하면서 동시에 낙태 선택까지의 감정을 명확히 하는 과정도 돕게 된다.

이처럼 어떻게 해야 객관적이고 실질적인 정보와 상담이 낙태 시술을 고민하고 있는 모든 여성에게 제공될 수 있을지를 우선 고민해야 하며, 의료계뿐만 아니라 사회복지사, 전문상담사 등 각계의 고민이 여성에게 모아져야 한다.

- 우리 나라에도 이런 게 있었음 좋겠다 싶은, <Pregnancy option workbook>⁵⁾



<그림 3> "Pregnancy option workbook 홈페이지 첫 화면.

미국과 중남미권에서 실제로 임신, 출산, 낙태 상담에 사용되고 있는 워크북이자, 자료 아카이브 역할을 하는 홈페이지이다. 첫 화면에서는 "지금이 과연, 새로운 생명이 내 몸을 통해 세상에 나오기 적절한 시기인가?"라는 질문을 시작으로, 다양한 정보를 제공하고 있다. 이 사이트에서는 단계적인 자문을 통해 상황에 직면하고 단기적-장기적 계획을 세워나가는데 도움을 준다.

위 질문에서 'No'에 해당하는 '낙태 선택'(abortion option)으로 들어가면, 더 자세한 정보를 제공받을 수 있다. 특히 [Comparison between surgical abortion and medical abortion] 챕터에서는, 각각의 방법들을 몇 주째까지 할 수 있는지, 시간과 비용이 얼마나 드는지, 발생 가능한 합병증은 무엇이 있는지, 각각이 얼마나 고통스러운지, 각각의 방법에서 감정적으로 어떤 영향을 받을지 등을 환자의 입장에서, 여성의 입장에서 비교 기술한다. 이를 바탕으로 기본적인 정보를 습득한 여성은, 그 다음 챕터, [What's the right method for me?]를 통해, 현재 자신이 선택할 수 있는 가장 좋은 방법이 무엇인지, 이를 바탕으로 의사 진료를 받을 때 무엇을 물어봐야 하는지(!)까지 파악하게 된다. 실제 낙태 유경험자들의 각각의 방법에 대한 실질적인 코멘트들을 담은 [Real woman talk about abortion] 챕터도 유용하다.

Medical abortion

약물적 낙태는 비수술적인 방법으로, 약을 복용하여 태아가 조기 낙태되도록 하는 이른바 '먹는 낙태약'을 말한다. 미페프리스톤(mifepristone)은 태아가 자궁 안에 잘 있도록 해주는 호르몬 프로제스테론 생성을 억제하여 임신 유지가 어렵게 만든다. 이어서 자궁수축 유도제를 추가로 복용하면, 진통을 만들어 태아를 자궁 밖으로 배출시키게 된다. 미페프리스톤(mifepristone)은 세계보건기구(WHO)에 의해 그 안전성과 효과를 인정받았고, 마취가 필요없다는 장점이 있어 개발도상국이나 낙후된 의료환경에서 사용하기 수월하다는 장점을 가진다. 이 때문에 2005년에는 필수의약

5) <http://www.pregnancyoptions.info/>

품 목록에 등재되기까지 하였다. 낙태 성공률은 90~95%에 달하며, 부작용으로는 자궁수축에 따른 복통이 가장 흔하고, 1~2% 정도가 심한 출혈로 수술적 치료가 필요할 수도 있다. 하지만 약물적 낙태는 임신 7주 이전에는 수술적 방법보다 안전하고, 임신 9주까지는 그 안전성이 확립되어 있다.(이 시기 이후에는 불완전 낙태의 가능성 때문에 수술적 낙태가 권고된다.)

낙태 약물인 미페프리스톤(mifepristone)의 개발과 시장화는 의학적이기보다는 정치적인 경로를 걸어 왔다. 처음 이 약물을 개발한 프랑스의 제약회사 Roussel Uclaf의 이름을 달고 연구되던 RU-486은 시장에 출시되기 전부터 논란을 일으켰다. 1988년 9월, 6년간의 임상시험 끝에 이 약이 ‘미페프리스톤(mifepristone)’이라는 성분명으로 프랑스에서 낙태용 약물로 승인되자, 거센 낙태반대 시위자들과 대중의 우려가 나오기 시작했다(설문조사에서 54.5%가 우려한다고 대답). 결국 1988년 10월, Roussel Uclaf의 이사진들은 시장 철수를 결정했지만, 프랑스 정부와 보건국은 공중보건을 위하여 약물을 계속 생산해 줄 것을 요구했다. 프랑스 보건부장관 Claude Évin은 “나는 낙태 논쟁이 여성에게서 의학진보의 결과물을 빼앗아가는 것을 허용하지 않겠다. 지금부터 미페프리스톤(mifepristone)은 단지 제약회사의 상품이 아니라 여성을 위한 도덕적인 상품(moral property of women)임을 프랑스 정부가 보장할 것이다” 라고 말했다. 결국 미페프리스톤(mifepristone)은 1990년 2월부터 ‘미페자인(mifegyne)’이라는 상품명으로 병원에서 판매되기 시작했다.

미페자인(Mifegyne)은 곧 1991년 7월부터 영국에서, 1992년 9월부터 스웨덴에서 승인받았고, 2000년 9월부터는 미국 Danco 제약회사에서 미페프렉스(Mifeprex)라는 상품명으로 승인을 받았다. 미국 이외 지역에서는 Roussel Uclaf로부터 판권을 넘겨 받은 Exelgyn 제약회사가 계속 미페자인(Mifegyne)을 생산 중이며, 현재까지 중국(1988), 프랑스(1989), 영국(1991), 스웨덴 (1992), 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 독일, 그리스, 룩셈부르크, 네덜란드, 스페인, 스위스, 이스라엘(1999), 노르웨이, 대만, 튀니지, 미국(2000), 뉴질랜드, 남아공, 우크라이나(2001), 벨라루스, 조지아, 인도, 라트비아, 러시아, 세르비아, 베트남(2002), 에스토니아 (2003), 몰도바, 구아냐(2004), 알바니아, 헝가리, 몽고, 우즈베키스탄(2005), 카자흐스탄(2006), 아르메니아, 키르기스스탄, 포르투갈, 타지키스탄(2007), 루마니아, 네팔(2008), 이탈리아, 캄보디아(2009), 잠비아(2010), 가나, 멕시코, 모잠비크(2011), 호주(2012) 등 50개국에서 승인 후 판매 중이다.

미국에서 2000년 9월, FDA가 시판을 승인한 후에도 논쟁의 열기는 식을 줄 몰랐다. 약의 효과와 안전성 그리고 수술적 처치를 피할 수 있다는 장점 때문에 기존의 낙태수술(인공임신중절수술)을 대체할 수 있는 치료법으로 여성단체들과 앨 고어 민주당 대통령후보 등 낙태옹호론자들은 이 약을 환영했다. 반면, 생명옹호론자와 조지 부시 공화당 후보는 즉각 반대 의사를 표명해 미국 대통령 선거의 주요 이슈로 까지 등장하게 된다. 현재 미페프렉스(Mifeprex)는 임신 7주 이내의 경우에, 병원에서 의사의 처방이 있어야만 구입할 수 있다. 이는 과다출혈 같은 응급상황이 생

겼을 경우, 수혈을 포함한 수술적 처치가 가능한 의료진이 가까이 있는 경우에만 이 약이 안전하다는 판단하에 내려진 결정이다. 많은 프로라이프 단체들이 시장철수를 지속적으로 요구하며 로비하고 있지만, 약물적 낙태의 비중은 꾸준히 늘어나 2008년 임신중절의 17%를 차지했다. (9주 미만의 임신 중에서는 25%이다.)⁶⁾ 현재 미국 내의 낙태약 관련 논의는 원격의료와 의무기록 전산화 등을 이용해서 오지 여성들이 좀 더 쉽게 접근할 수 있게 낙태약 자판기를 설치하는 것을 고안하는 데까지 진행되었다.

유럽의 경우, 낙태가 강력하게 제한된 아일랜드와 폴란드를 제외한 모든 나라가 미페자인(Mifegyne)을 허가하였다. 이탈리아의 경우, 바티칸 교황청에서 지속적으로 반대 의견을 냈으나 결국 2009년에 약이 도입되었고, 현재는 병원 내에서만 사용 가능하다. 현재 핀란드에서는 2009년 시행된 낙태의 84%, 스코틀랜드는 70%, 노르웨이와 스웨덴에서는 68%, 프랑스는 49%, 영국은 9주 미만 낙태의 52%, 전체 낙태의 40%가 약물적 낙태로 이루어진다.

세계 최초로 낙태약물이 허가된 곳은 사실 약을 개발한 국가인 프랑스가 아니라 중국이다. 임상시험은 1995년부터 진행되었고, 1988년 10월 중국이 세계 최초로 미페프리스톤(mifepristone)을 허가했지만, 자국에서도 아직 승인받기 전이라 Roussel Uclaf사에서 공급을 거절하였다. 이에 1992년 중국 정부는 자체 제약회사를 설립하고 복제약을 직접 생산하기 시작했다. 2000년대 이후로 의사 수가 많아짐에 따라 수술적 방법과 약의 가격이 비슷해지면서 현재는 지역에 따라 수술적/약물적 방법의 활용율이 다른 편이다.

뉴질랜드의 사례는 아주 고무적이다. 1999년 프로초이스 의사들이 직접 이스타(Istar)라는 비영리 수입회사를 만들어서 뉴질랜드 식약청(MedSafe)에 미페프리스톤(Mifepristone) 수입·판매 허가를 신청하였다. 이는 2001년 8월 결국 승인을 받게 되었고, 2001년 10월부터 처음 사용되게 되었다. 생명권과 선택권 논쟁은 뉴질랜드에서도 여전히 지속되어, 2003년 4월 대법원에서 'Right to life' 라는 프로라이프



<그림 4> 피임약 논쟁을 다룬 타임지 표지.



<그림 5> 피임약을 온라인으로 판매하는 웹사이트. 해외에서는 소수 국가를 제외하고 미페자인을 판매허가하였다.

6) Jones, Rachel K.; Kooistra, Kathryn (March 2011). "Abortion incidence and access to services in the United States, 2008".

단체와 싸운 끝에 결국 낙태는 여성의 경험이고 선택권이어야 한다는 판결과 함께, 약의 지속적인 판매가 보장되었다.

우리나라는 낙태약 사용여부가 검토되거나 도입 논의가 한 번도 진지하게 고려된 적이 없다. 뿐만 아니라, 관련 법 상에서도 모자보건법에 ‘인공임신중절수술의 허용한계’라는 조항으로 수술적 낙태만 언급되고 있다. 물론 새로운 의료기술의 도입에 대한 ‘사회적 수용성’은 항상 고려되어야 하겠지만, 의학적 안정성이 충분히 보장되었고 많은 국가들에서 낙태약이 상용화되는 이 때, 낙태 논의가 전 영역에서 시작되고 있는 현재 시점은 낙태약 도입 논의를 시작하기에 더없이 좋은 시점으로 보인다.

이런 와중에 2010년 초 프로라이프 의사회의 낙태시술 의사 고발로, 낙태시술비가 급격히 상승하고 시술을 거절하는 병의원들이 많아지는 가운데, 이에 편승하여 중국산 낙태약이 불법 유통되고 있는 사실이 밝혀졌다.⁷⁾ 뉴스에 따르면, 취재진이 직접 인터넷에서 구한 연락처로 25만원을 입금한 후 하루만에 중국산 낙태약이 배달되어 왔다고 한다. 하혈과 복통 등 부작용 사례가 보고되면서 경찰 수사도 이루어져, 올해 2월에는 여고생까지 판매책으로 동원되어 1년 동안 1억원 이상을 챙긴 불법 낙태약 유통 조직이 검거되었다고 한다.⁸⁾ 사용 자체가 금지인 낙태약을 인터넷을 통해 쉽게 살 수 있는 것이다. 의료상담이나 복약지도가 전혀 없이 이 과정이 진행되다 보니 계류유산(죽은 태아가 자궁 안에 남아 있는 것)과 같은 부작용은 물론, 출혈이나 불완전 유산이 발생하고, 패혈증의 경우 건강을 심각하게 위협할 수도 있는 상황이다. 세계 각국에서 낙태약이 허용되고 있지만, 부작용과 오남용 방지를 위하여 의사처방 하에서 복용할 수 있도록 엄격히 규제되고 있는 것을 생각해 볼 때, 음성적인 시장이 확대되지 않기 위해서는 하루 빨리 공론화를 통한 도입 논의가 필요하다.



<그림 6> 인터넷을 통한 불법적인 낙태약 판매. 의료상담이나 복약지도가 전혀 없어 여성의 건강을 심각하게 위협할 수 있다.

7) KBS 9시뉴스, 2010년10월 3일자.

8) 한겨레, [중국산 불법 낙태약 판매 일당 붙잡혀], 2013년 2월 7일자.

사후피임약

모든 임신 중에서 절반 가량이 의도하지 않은 임신이다. 이 중 절반 정도가 피임수단을 사용했지만 제대로 사용하지 않았거나 실패한 경우이고, 나머지 절반이 피임수단을 사용하지 않은 경우 - 갑작스런 성관계, 성폭력 등 -에 해당되었다. 사후피임약을 사용할 수 있고 여성이 그 정보를 아는 것은, 의도하지 않은 임신과 이로 인해 이어지는 낙태를 막을 수 있기에 중요하다.

일각에서는 사후피임약을 쉽게 구할 수 있으면 피임 노력을 덜 할 것이라는 의견도 있다. 하지만 연구 결과, 여성들은 사후피임약을 상비로 갖고 있는 경우에도 정기적인 피임수단들(콘돔이나 피임약)을 계속해서 사용하는 것으로 밝혀졌다.⁹⁾ 정기적인 피임수단들의 경우 피임율이 더 높고, 사후피임약은 이로 인한 메스꺼움, 구토, 두통과 같은 부작용들이 있으며, 다른 피임수단에 비해 더 가격이 더 높다. 이 때문에 사후피임약을 주요 피임수단으로 여기기는 힘들다.

여성들이 사후피임약을 더 쉽게 살 수 있으면 남성이 콘돔을 덜 쓰려 할 것이라는 의견도 있다. 그러나, 연구 결과 사후피임약을 상비약으로 가지고 있는 경우에도 콘돔 사용이나 정기적인 피임약 복용 빈도에는 영향을 주지 않았다.¹⁰⁾ 정리하자면, 사후피임약은 차선책(정기적인 피임수단들에 이은)이지만 반드시 활짝 열어놓아야 하는 통로이다.

세계보건기구(WHO)와 전문가 단체들은 의학적으로 안전하고, 모든 여성에게 동일 용량을 처방하면 되기 때문에, 사후피임약 처방에 의료인의 진단이 필요하지 않다고 평가한다. 하지만 사후피임약이 전문의약품이 될 지, 일반의약품이 될 지는 의학적인 판단보다는 사회·정치적 판단에 따라 이루어지는 경우가 더 많다.¹¹⁾

우리나라에 처음 사후피임약이 도입된 것은, 2001년 노레보정이 수입된 것이었다.¹²⁾ 이후 노레보의 특허가 만료된 후 현재는 5~6종의 사후피임약이 상용화된 상태다.¹³⁾ 2011년에는 성관계 후 5일까지로 유효시간이 증가한 엘라정이 전문의약품으

9) James Trussell, PhD, Elizabeth G. Raymond, MD, MPH, Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy, 2010. 11.

10) Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2004.

11) 전문의약품이란 사람에게 위해를 가할 우려가 있거나, 용법 또는 용량에 대한 전문적 지식을 필요로 하는 의약품을 말한다. 의사의 처방에 따라 사용하도록 규정되어 있어 의사·치과의사 또는 한의사의 처방전이 있어야만 구입이 가능한 약이다. 일반의약품이란 처방전이 없이 환자나 소비자가 직접 구입할 수 있는 약을 말한다. 환자나 소비자가 본인의 판단과 약사의 조언에 따라 약국에서 직접 구입할 수 있는, 대부분 가벼운 증상에 사용하는 안전한 약들이라 할 수 있다.

12) 응급피임법에는 Ethinyl estradiol + Levonorgestrel 복합 Yuzpe 법과 Levonorgestrel법 두 가지가 있다. Yuzpe 법은 일반 피임약 5정 정도의 고용량 호르몬을 두 번 복용해야 하는 번거로움과 오심 구토 등의 부작용, Levonorgestrel법 에 비해 낮은 효과 등으로, Levonorgestrel법이 도입(이 글에서 다루고 있는 노레보)된 이후로는 현재 잘 사용되지 않는다. 이 글에서는 통상적으로 알고 있는 사후피임약, Levonorgestrel법에 준해서 기술했다.

13) 노레보원정 1.5mg(현대), 포스티노원정 1.5mg(바이엘), 레보노민정 0.75mg(신풍), 레보니아정 0.75mg(명

로 도입되었다. 의약품 전문조사기관 IMS데이터에 따르면, 응급피임약의 연도별 매출액은 2002년 13억 원에서 2006년 34억 원, 2008년 41억 원으로 가파르게 증가했다. 대한산부인과의사회가 2009년 1월 서울 시내 30개 산부인과를 대상으로 실시한 설문조사 결과, 우리나라 가입기 여성 10명 중 3명은 응급피임약 사용 경험이 있는 것으로 밝혀졌다. 응급피임약의 주된 이용 계층은 20대 미혼여성이었다.(20대가 66.7%, 미혼여성이 83%) 이렇게 여성들의 삶과 건강에 깊숙이 들어와 있는 사후피임약에 과연 여성 자신이, 자신을 위해 주도적으로 접근할 수 있는지를 생각해 볼 때이다.

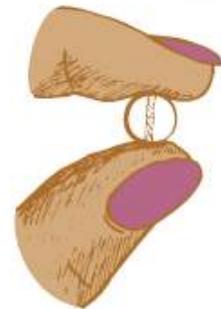
응급피임약은 전문의약품으로 분류되어, 의사의 진료를 받은 후 처방전이 있어야 살 수 있다. 2009년 6월 한 신문사의 탐방조사 결과, 12곳의 약국 중 처방전 없이 응급피임약을 판 약국이 10곳이었다. 처방전 없이 찾아온 고객의 약점을 잡아 최대 5만원까지 값을 올려받는 약사도 있었다. 20곳의 산부인과 의원 중 보호자가 대신 가도 무관한 곳이 14곳이나 되었고, 의사 상담 없이 간호사 면담 후 처방전을 발급하기도 하였다. 처방전 가격 역시 비급여항목이기 때문에, 병원에 따라 1만- 3만원으로 천차만별이다. 사실상 전문적인 피임상담과 복약지도를 받지 못하는 것이 명백한 진료행태·조제행태임에도, 응급피임약을 전문의약품의 지위로 남겨 두는 것은 결국 여성들의 접근성을 떨어뜨리는 결과를 낳는다. 실제로 병원 휴진이나 비용 때문에 제 때(72시간 내) 약을 복용하기 힘들게 될 뿐 아니라, 정확한 약품 정보와 약가, 진료비에 대해 의료소비자로서의 권리도 박탈된 것이다.

외국에서는 어떻게 사후피임약에 접근할 수 있을까? 현재 사후피임약이 상용화되어 있는 나라는 154개국이다. 이 중 처방전 없이 약국 카운터에서 직접 살 수 있는 나라는 미국, 캐나다, 호주, 영국, 프랑스, 인도 등 71개국이며, 처방전이 필요하거나 병원에서만 살 수 있는 나라는 한국을 포함한 나머지 국가들이다.

아르헨티나에서는 사후피임약을 공공병원에서 무료로 제공한다. 미국의 경우에는 17세 이상의 여성들에게 사후피임약의 약국 판매가 2006년 8월 이후부터 가능해졌다. 현재 제약회사와 여성단체들이 미 식품의약청에 연령제한을 없애도록 신청, 심사가 진행되는 중이다. 또한 2010년 8월, 성관계 후 5일까지 효과가 있는 제재인 엘라(ella)의 판매가 승인되었고, 2013년 4월부터는 17세 미만 청소년까지도 허용되도록 사후피임약이 일반의약품으로 전환되었다.

캐나다에서는 2005년 4월 이후 의사의 처방전 없이, 약국에서 약사와의 간단한 상담 이후 살 수 있게 되었다. 이는

Plan B One Step



<그림 7 >대표적인 응급피임약, 플랜비 (Plan B).

문), 쉐스콘 원엔원정 0.75mg(크라온), 애프터원정 1.5mg(다림바이오텍), 엠에스필정 0.75mg(엠에스팜) 엘라정.

‘Canadian Women’s Health Network’ 와 같은 여성단체, 의료단체들의 지속적인 요구로 가능해졌다. 처방이 꼭 필요했던 2005년 이전과 비교해서 사후피임약이 두 배 이상 판매가 증가하여, 3년간 63만 8천정이 판매되었다. 2008년 5월부터는 약사와의 상담도 필요 없이 구입이 가능해졌는데¹⁴⁾, 이는 여성이 개인적인 사생활을 약사에게 말해야만 약을 구입할 수 있는 것에 대한 거부감, 충분히 안전하고 효과적인 약에 대해 여성 자신이 선택할 수 있다는 여론이 확산되면서 가능해진 것이다.

외국의 사례들로 본 재생산권의 확장의 역사

1. 멕시코

전통적으로 라틴아메리카는 카톨릭 문화권으로 낙태에 대한 법이 엄격하게 적용되었다. 니카라과나 엘살바도르, 칠레의 경우 치료적 낙태까지 포함한 모든 경우의 낙태가 금지되어 있는데, 이는 통치 세력이 카톨릭 교회와 긴밀한 정치적 제휴를 맺고 있는 곳들이다.

멕시코의 경우, 1910년 멕시코 혁명 후 정교분리가 이루어져 다른 나라보다는 진전된 낙태법, 생명이나 건강 침해의 경우에 한해 합법화된 낙태법을 갖고 있었다. 하지만 불법 낙태의 후유증은 심각하여 1970년대 여성 사망원인의 5위를 낙태가 차지했고, 이로 인해 한 해 2~3천명이 사망할 정도였다. 멕시코 낙태 합법화 움직임은 1970년대 신페미니즘운동과 함께 물꼬를 텄다. 신페미니즘운동은 68혁명 이후 자유권에 대한 대중적 열망, 오랜 보수정당 통치에 대한 환멸, 가까운 쿠바에서 혁명의 성공사례 등을 동력으로 1976년, 1979년 두 차례 낙태 합법화 법안을 제출했다. 하지만 이것이 부결되면서, 운동 자체에 거부감에 대한 우려, 지나치게 논쟁적이라 여성운동이 분열할 것이라는 우려 등으로 가시적인 성과를 내지 못하고 소멸해갔다. 1980년대에 들어서 ‘자발적 모성’ 권리로서의 낙태 합법화 움직임이 다시 대두되었는데, 이는 여성의 선택과 더불어 건강권, 생명권, 공중보건 같은 의제를 넓히면서 사회적 정의로 접근하는 방식으로 설득력을 얻어 나갔다. 이 와중에 1999년, ‘빠울리나’ 라는 13세 소녀가 성폭행 후 낙태시술을 받지 못하여 출산하는 사건이 발생하는데, 이후 여론에 힘입어 2000년 성폭력에 의한 낙태가 합법화된다.

멕시코의 집권당은 보수적인 국민행동당이지만, 수도인 멕시코시티는 전통적으로 진보적인 민주혁명당이 집권해 왔다. 2000~2006년 멕시코시티 시장이었던 민주혁명당 Andrés Manuel López Obrador가 부정 개표를 포함, 0.58% 차이로 국민행동당에게 근소한 차이로 패배하면서 대중적 분노가 결집하게 된다. 이어 멕시코시티의 시장으로 취임한 민주혁명당의 Marcelo Ebrard가 낙태 합법화를 추진하고, 이에 분명한 입장이 없던 민주혁명당 의원들까지 집권당에 반대하기 위한 수단으로 낙태 합

14) 주에 따라 차이는 있다. 보수적인 퀘벡주의 경우는 아직도 의사 처방전이 필요하며, 브리티시컬롬비아, 뉴파운드랜드의 경우는 3개월간의 대기시간이 필요하다.

법화에 찬성하는, 기대하지 않았던 효과가 일어났다. 이에 힘입어 2007년, 멕시코시티에서 임신 12주 이내 낙태를 완전 합법화하는 법안이 통과되었다. 이제 낙태시술은 공공의료기관에서 무상으로 시행되며, 출산과 낙태에 대한 상담과 피임기구도 무상으로 제공된다. 이후 Pro-Vida(Pro-life의 스페인어 표현) NGO에서 7만 명의 반대 서명이 포함된 탄원서를 제출하고, 여당이 대법원에 위헌신청을 하는 등 보수의 반공이 격렬하였으나 결국 2008년 8월 낙태가 합법화되기에 이르렀다.



<그림 8> 조칼로 광장에 낙태시술을 받은 여성의 사진을 전시하는 낙태합법화 지지시위(위)와 프로라이프(pro-life)의 반합법화시위 모습(아래).

2. 스페인

스페인의 기존 낙태법에 따르면 건강이 위험한 경우에만 낙태가 합법이었으며, 형법상 징역형까지 구형할 수 있어 낙태 조건이 가장 까다로운 나라 중 하나였다. 하지만 연간 10만 건의 낙태가 이루어지는 등 현실과 법의 괴리가 매우 큰 상황이었다. 2004년 이라크 파병에 따른 집권당(국민당)의 대선 참패 이후, 정권을 잡은 노동자사회주의당의 사파테로 총리는 2005년 7월 동성결혼을 합법화한데 이어 2010년 2월, 임신 14주 이내 제한 없는 낙태를 허용하는 법안을 통과시켰다. 이 법안은 4개월 후 발효되며, NHS 시스템 내에서 안전한 시술이 제공된다.

3. Women on waves

네덜란드의 여성액티비스트단체인 ‘Women on waves’ (파도 위의 여성들) ‘은 아일랜드, 폴란드, 포르투갈 등 낙태가 불법인 나라들을 찾아다니며, 여성들을 신고 공해상으로 나가 미페프리스트론(mifepristone)과 같은 응급 약물로 인공임신중절시술을 시행한다. 이들의 선박은 임신중절 시술보다 여성의 건강과 낙태권에 대한 논란을 일으키는 것을 목적으로 하는데, 2004년 포르투갈에서는 군함 두 대가 입항을 저지해 충돌을 빚었다.



<그림 9> ‘파도 위의 여성들’(Women on waves)의 낙태 선박.

이 사건을 계기로 포르투갈에서는 낙태 논쟁이 촉발됐다. 이는 이듬해 사회당의 선거 승리로 이어졌고, 사회당 정권은 2007년 4월 국민투표를 통해 여성에게 낙태권을 부여했다.¹⁵⁾ 한국 사회에도 이 낙태 선박이 필요할지도 모르겠다.

4. 아일랜드

낙태와 관련한 법이 가장 극단적인 나라로 항상 꼽히는 (모든 경우에 낙태가 금지인) 아일랜드는 최근에 큰 변화를 겪었다. 1992년 아일랜드 대법원이 임신부의 생명이 위협할 경우 낙태수술을 할 수 있다고 결정했지만, 아일랜드 정부는 지금까지 관련 법률을 제정하지 않고 있다. 이 때문에 의사들은 낙태수술을 거부하고 있으며 한 해 4,000~5,000명의 임신부들이 영국으로 건너가 수술을 해왔다.

그러나 2012년 10월, 아일랜드에 거주하던 인도인 임신부가 태반조기박리로 응급 수술 및 임신 중절이 필요한 상황이었으나, 병원에서 태아의 심박이 아직 뛰고 있다고 수술을 거부하여 결국 패혈성 유산으로 사망하는 사건이 발생했다. 이에 전국적인 낙태법 개정 여론이 확산되고, 결국 2012년 12월에 산모의 건강과 생명이 위협할 경우에는 낙태를 허용하는 것으로 개정되기에 이르렀다. 올해 초 벨파스트(Belfast) 지역에 처음 낙태 시술 병원이 문을 열었다.

정리하며

생명 대 선택의 이분법으로 귀결되지 않도록, ‘safe abortion’에만 초점을 맞춰 글을 전개했음에도 미처 하지 못한 이야기들이 많다. 안전한 낙태에의 접근권은 단지 시술이나 약 자체뿐만이 아니라 법적 층위, 의학적 배경, 건강보험체계, 여성의

15) 한겨레, [‘낙태선박’ 운영하는 네덜란드 의사 레베카 고펜르츠], 2007년 11월 16일.

사회적 지위와 하나하나 연결되어 있다. 우리 사회엔 프로라이프(Pro-life)는 있어도 프로초이스(Pro-Choice)라고 말할 수 있는 사람이 없다.

낙태 비디오가 아니라 월경주기 계산하는 법을 학교에서 배우고, 약국에서 약사와 눈을 마주치며 “피임약 주세요” 라고 말할 수 있으며, 반항하는 파트너의 성기에 자신이 좋아하는 향의 콘돔을 끼울 수 있을 때, 임신했다고 학교에서 퇴학당하지 않고, 결혼 여부와 관계없이 출산지원이 될 때, 낙태와 출산을 위한 의료서비스가 모두 건강보험이 적용될 때, 무엇을 선택하든 소독된 진료대에서 경험 있는 의료진에게 적절한 시술을 받을 수 있을 때, 아이를 걱정하지 않고 직장을 다닐 수 있을 때, 내 아이가 엄마만 있는지 부모가 다 있는지에 따라 차별받지 않을 때, 여성들은 출산을 ‘선택’ 할 것인지 낙태를 ‘선택’ 할 것인지 이야기할 수 있다. 다시, 적어도, 안전한 낙태를 받을 수 있는 권리는 누구나 누릴 수 있어야 한다.



<그림 10> 지난 2012년 10월, 아일랜드에서 낙태를 거부당한 인동인 임산부의 사망 이후, 낙태법 개정을 위한 시위에 참가한 여성들.

● 의사가 낙태여부를 결정하거나 허용여부를 판결하는 것은 과연 맞을까?

과학의 발달로 태아가 자궁 밖에서 살아남을 수 있는 시점이 앞당겨지면서 낙태 제한 시점 또한 앞당겨야 한다는 논리가 있다. 1970~80년대 신생아 집중치료실이 발전하면서 낙태 제한 시점을 임신 28주에서 24주로 법령 개정된 나라가 여럿 있었던 것은 사실이다.

하지만 1990년대 이후에는 미숙아 사망률의 극적인 변화가 없으며, 모두가 신생아 집중치료를 받을 수 있는 것도, 그 의료비 부담을 할 수 있는 것도 아니다. 생명의 시작을 정의내리는 것은 의학뿐만 아니라 철학적, 사회적, 윤리적, 종교적 가치를 다 아

우르고 있기에 단순히 생존 가능성이라는 한 의학적 기준만으로 이를 단정지을 수는 없다. 이 글에서는 건강권으로서의 낙태권을 옹호하는 의학적 사실과 통계들을 근거로 사용하였지만, 낙태 반대론자들에게는 의학적 지식들(생존 가능시점, 태아가 언제부터 고통을 느끼는가 등과 같은)이 태아의 생명권을 옹호하는 수단으로 사용될 수도 있다.

약을 처방하든 시술을 하든, 시행자는 의사이므로 의사에게 결정권을 주는 것이 맞는지, 의학적 정보를 충분히 제공하고 위험성과 이익을 충분히 설명하여 여성에게 선택권을 주는 것이 맞는지의 다양한 논의를 내포하며, 사회 전반의 합의가 필요한 부분이다. 이 문제에 대한 각 나라들의 사회적 합의 수준 역시 모두 다르며, 우리나라 역시 이는 논의되어야 할 부분이다. 참고로 미국 내 낙태에 대한 여성의 선택권을 지지하는 의사 모임'(Doctors for a Woman's Choice on Abortion, DWCA)¹⁶⁾의 취지글을 소개한다.

왜 여성의 선택이어야 하는가?

DWCA는 여성이야말로 임신의 결과에 대해 가장 잘 결정내릴 수 있는 지위에 있다고 믿습니다. 낙태 과정이나 임신 지속 과정을 실제로 겪는 사람은 여성이지, 의사가 아닙니다. 우리는 여성이 그녀의 개인적인 상황이나 도덕적 믿음을 바탕으로 결정을 내려야 한다고 믿습니다. 그녀에게 무엇이 가장 맞는 일인지 결정내리는 것은 여성 그 자신 이외에, 의사도 다른 누구도 아닙니다.

의사가 결정해야 하는 것이 맞지 않나요?

오늘날 낙태는 임신 12주 이내에 시행되기만 한다면 간단하고 안전한 시술입니다. 10달간 임신을 지속시키는 것보다 일반적으로 안전하며, 합병증은 흔하지 않습니다. 낙태와 관련한 의사의 결정은 의학적인 의견 반영이나 근거에 의한 것이기보다 개인적, 도덕적, 사회적 태도와 관련이 있습니다.

모든 여성이 조연이 필요한가요?

모든 여성은 어떤 낙태법을 선택할지, 낙태법에 따른 위험은 어떤 것이 있는지, 어떤 대안들이 가능한지에 대해 정보를 얻을 수 있어야 합니다. 여성은 대안에 대해 카운셀러와 의논하는 서비스에 접근하기 쉬워야 하지만, 그렇다고 그것이 강제되어서는 안 됩니다. 모든 여성은 자신의 임신 이후 미래에 대해 책임감 있는 결정을 내릴 수 있습니다. 낙태를 가볍게 여겨서 이를 요청하는 여성은 아무도 없습니다.

낙태가 여성의 선택이 되면 어떤 이점이 있나요?

여성들은 그들의 삶과 가족에 대한 계획을 세우는데 있어서, 원하지 않는 임신에 대한 공포 없이 자유롭게 결정할 수 있어야 합니다. 어떤 여성도 자기 의지에 반해서 임신을 유지하도록 강요당해서는 안 됩니다. (똑같이, 어떤 여성도 자신의 의지에 반해서

낙태하도록 강요당해서는 안 됩니다.) 여성은 자신이 원할 때, 그리고 적절한 사랑과 보살핌을 제공할 수 있을 것이라 느낄 때 아이를 가질 수 있어야 합니다. 낙태가 더 빨리 시행되고 더 안전하게 시행될수록, 도움을 요청하고 도움을 받는 것이 늦어지지 않게 됩니다.

피임에 대해 자유롭게 접근이 가능해야 하지만 아직 부족합니다. 100% 보장되는 피임법도 없습니다. 원하지 않는 임신의 일정 부분은 불가피한 부분입니다. DWCA는 여성의 요청에 의한 낙태 허용이 가정의 건강과 안녕에 필수적인 것이라고 강력하게 믿습니다.

* 참고자료는 아래 사이트에서 얻을 수 있다.

■ <http://www.cecinfo.org/>



International Consortium for
Emergency Contraception

International consortium of Emergency
Contraception 홈페이지

: 사후피임약과 관련된 모든 정보가 있다.

■ <http://gynuity.org>



Gynuity Health Projects 홈페이지

: Dr Beverly Winikoff가 2003년에 세워진 곳으로
재생산과 건강에 대한 비영리 연구기관이다. Medical
abortion과 응급피임약, 산후 출혈(postpartum bleeding) 등과 관련된 최신 의학논문
들을 업데이트 하고, 최신매뉴얼을 제3세계에 적용하기 위해 의료진 및 공중보건
담당자들 교육 프로그램을 운영하고 있다.

■ <http://www.abortion.gen.nz/information/history.html>

: 1999년에 설립된 사회적 기업 Istar Ltd에서 운영하는 사이트.(Mifegyne® 수입
보급) 뉴질랜드 낙태와 관련한 역사, 각 지역별로 이용 가능한 서비스 맵, 낙태에
대한 통계, 임신테스트 시약과 가격비교, 낙태방법 비교, 부작용 등을 알 수 있어
아카이브 역할을 하고 있다.

■ <http://www.misoprostol.org/File/availability.php>

: 미소프로스톨이 승인된 국가별 현황을 알 수 있다.

■ <http://www.nhs.uk/Conditions/Abortion/Pages/Introduction.aspx>

: 영국 NHS에서 운영하는 사이트. 이 곳에서 국민들은 낙태에 대한 정보, 낙태를 시
행하는 병원, 비용부담 등의 정보에 쉽게 접근할 수 있다.



http://www.fwhc.org/abortion/index.htm

: 여성주의 여성건강 센터 (feminist women's health center. 시애틀 Cedar River clinic이

사이트를 운영하며 피임정보, 응급피임약 정보.. 복용주의사항, 부작용 뿐 아니라, 시판되어 있는 제재들이 어떤 것들이 있는지, 가격은 어떤지, 어디서 구입할 수 있는지 등을 소개한다.

http://www.medicalabortionconsortium.org/about.html



: medical abortion과 관련한 자료를 볼 수 있다.

http://www.asap-asia.org

: ICMA 산하 아시아 국가들 NGO모임이다. 아시아, 유럽 국가들 위주로 낙태에 대한 자료(profile)을 만드는 작업을 진행한다. 전 국가의 낙태 법을 공유하기도 한다.



http://ec.princeton.edu/questions/index.html

: 일반인을 대상으로 한 사후피임약 정보를 모아둔 곳이다.

http://www.abortionreview.org/index.php/site/article/850/

: BPAS(British Pregnancy Advisory Service, 영국 임신상담서비스)에서 운영하는 사이트. 낙태 관련 뉴스, 최신 의학정보, 법체계 변화상황 등을 리뷰하여 알려준다. 뉴스레터작업도 하고 있다. <끝>