

우리는 언제 어떤 상황이건 건강을 추구할 권리가 있다

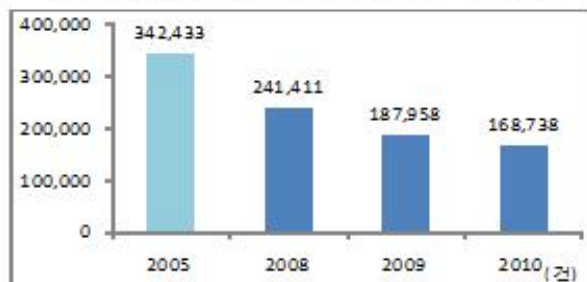
건강과 대안 운영위원, 녹색병원 산부인과 윤정원

우리나라의 인공임신중절 실태

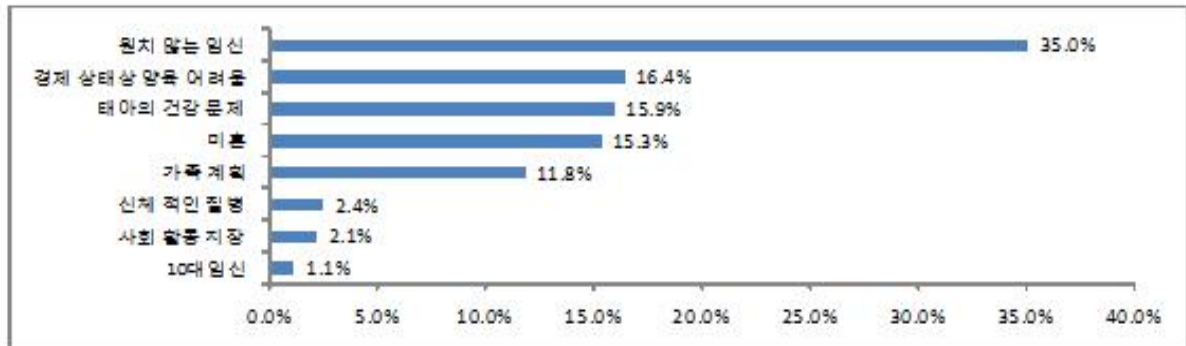
우리나라에서 인공임신중절 실태조사는 2005ⁱ, 2011ⁱⁱ년에 보건복지부 보고서가 있으나, 전수조사는 한번도 이루어진 적이 없고, 표본조사(2005 년은 여성 4 천명과 의료기관 201 개 표본조사, 2011 년엔 여성 4 천명과 의료인 733 명 표본조사)여서 한계가 있다.

2011 년 조사에 따르면 우리나라의 인공임신중절률ⁱⁱⁱ은 15.8 이었고, 이에 따라 한 해 약 17 만건의 인공임신중절이 행해진 것으로 생각되어진다. 이들의 사유를 보면 사회경제적 요인(원치않는 임신, 경제상 양육 어려움, 미혼, 가족계획, 사회활동 지장, 10 대임신) 이 81.7%를 차지하고 있는 것을 알 수 있다.

<인공임신중절 추정건수 연도별 추이>

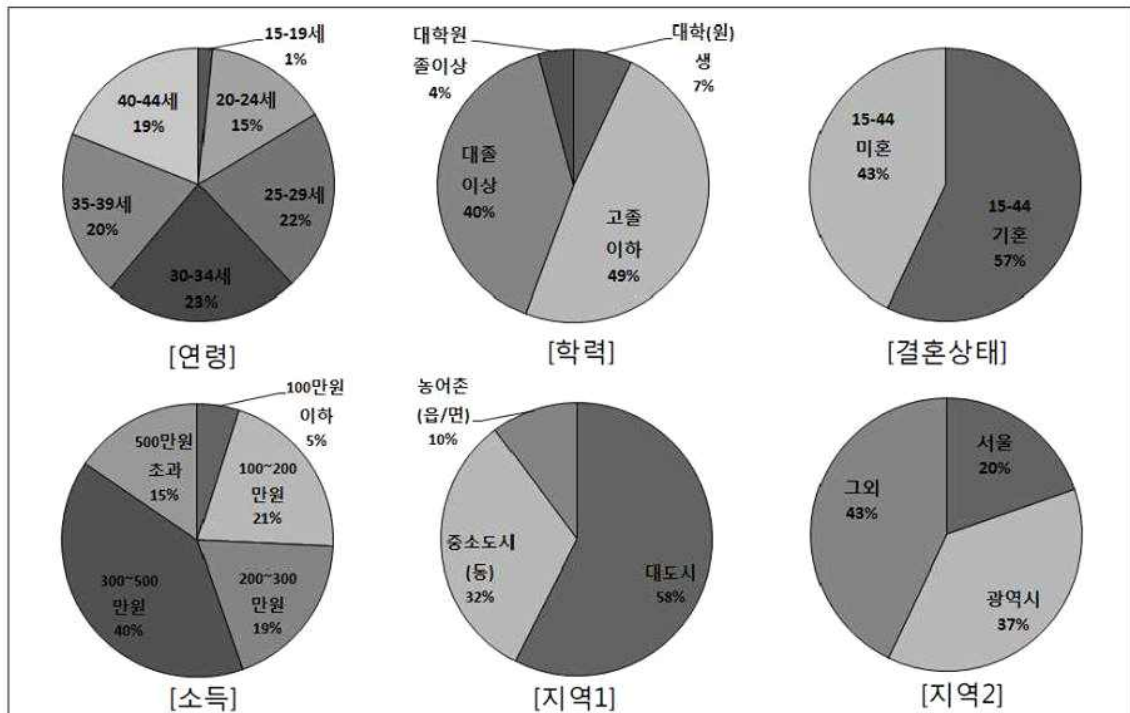


<인공임신중절률 연도별 추이>

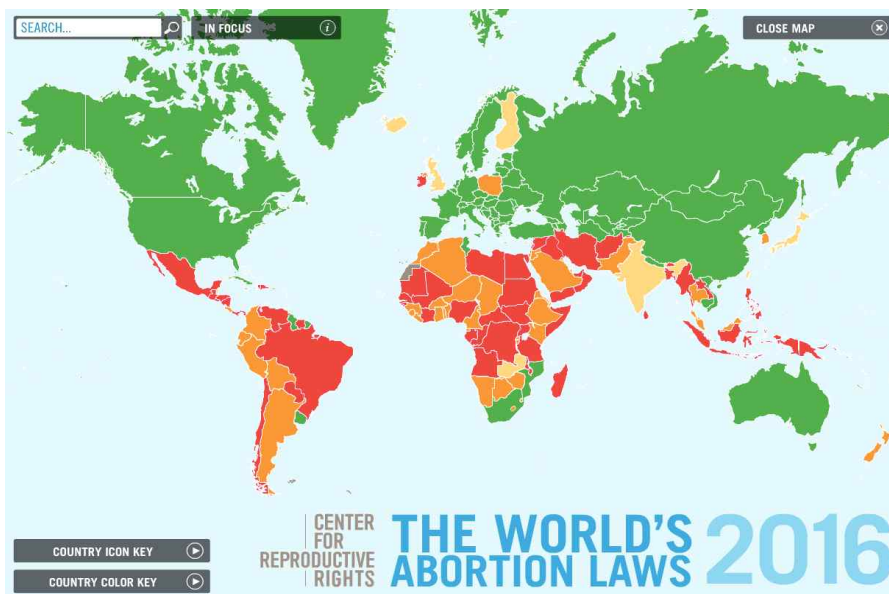


교육수준별 인공임신중절률을 살펴보면, 고졸이하의 학력을 가진 경우가 48.8%로 가장 높았고 그 다음으로 대졸 이상인 경우(40%)였다. 고학력 여성들의 높은 인공임신중절률은 출산할 경우 직장이 불안정해질 가능성, 혼전임신일 가능성, 학업 등의 이유로 첫 출산을 늦추려는 가능성 등이 예상될 수 있다. 우리나라는 항상 기혼의 인공임신중절률이 더 높은 것이 특징인데, 최근 3년간 기혼의 인공임신중절률은 감소하였으나 미혼의 경우 비슷하게 유지되는 것도 눈여겨 볼 만 하다.

< 그림 6 > 2010년 인공임신중절 시술관련 가임기 여성 특성



재생산권, 건강권으로서의 임신중지권



20세기 후반에 들어서며, 여성의 재생산권 개념이 대두하기 시작한다. 1979년 UN 34차 총회 '여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐에 관한 협약'(CEDAW)에서 재생산-성적 건강과 권리를 여성의 인권으로 보장되어야 하는 가장 기본적인 권리로 선언하고 '인공임신중절을 하는 여성들을 처벌하는

그림. 세계의 임신중절의 법적 지위iv

법조항이 제거되도록' 권고한 것을 시작으로, 1994년 카이로 ICPD Plan of Action에서 생식권(reproductive right), 1995년 베이징 세계여성대회에서 재생산 건강(reproductive health) 개념이 발전해 나간다. 이는 보편적 인권 차원으로 성관계, 임신, 출산, 임신중지를 개인이

자유롭고 책임있게 결정할 수 있으며, 정보와 수단에의 접근권, 과정에 있어서의 건강과 안전을 보장받는 것을 골자로 한다. 이를 계기로 임신중지 논의의 패러다임이 safe abortion 으로, 임신중지가 합법화되어야 안전한 임신중지가 가능하다는 건강권으로서의 임신중지권으로 옮겨가게 된다.

일반적으로 세계 각국에서 임신중지조건을 비교하는데 채택하는 기준은 (1) 임신부의 생명보호, (2) 임신부의 육체적 건강보호, (3) 임신부의 정신적 건강보호, (4) 강간 또는 근친상간, (5) 태아이상, (6) 경제적 또는 사회적 이유, (7) 본인 요청 이다. 2016 년 197 개국의 낙태법 수준을 정리하였다. 임신중지를 원하는 것만으로 시술을 받을 수 있는 국가는 56 개, 사회 경제적 요건까지 합치면 67 개국(선진국의 80%, 후진국의 19%)에서 임신중지가 합법적이다.

구분	모체 생명, 신체건강	모체의 정신건강	강간, 근친상간	태아기형	사회 경제적 이유	본인요청	임신중지율	모성사망 율(2008)	미페프 리스톤
미국	O	O	O	O	O	O	18.9(2008)	24	O
캐나다	O	O	O	O	O	O	13.3(2006)	12	O
오스트리아	O	O	O	O	O	O	1.2(2000)	5	O
벨기에	O	O	O	O	O	O	8.7(2007)	5	O
체코	O	O	O	O	O	O	11.7(2008)	8	O
덴마크	O	O	O	O	O	O	14(2006)	5	O
프랑스	O	O	O	O	O	O	17.6(2007)	8	O
독일	O	O	O	O	O	O	7.2(2009)	7	O
그리스	O	O	O	O	O	O	7(2005)	2	O
헝가리	O	O	O	O	O	O	21.2(2008)	13	O
이탈리아	O	O	O	O	O	O	10.2(2009)	5	O
네덜란드	O	O	O	O	O	O	10.1(2008)	9	O
스위스	O	O	O	O	O	O	6.7(2008)	10	O
핀란드	O	O	O	O	O	-	10.6(2008)	8	O
노르웨이	O	O	O	O	O	O	16.9(2008)	7	O
스웨덴	O	O	O	O	O	O	21(2009)	5	O
영국	O	O	(지역별)	O	O	-	16.8(2009)	12	O
슬로바키아	O	O	O	O	O	O	10.9(2008)	6	X
터키	O	O	O	O	O	O	14.8(2008)	23	O
아이슬랜드	O	O	O	O	O	-	14.5(2009)	5	O
룩셈부르크	O	O	O	O	O	-	..	17	O
호주	O	O	O	O	O	-	16.2(2009)	8	O
일본	O	O	O	-	O	-	10.3(2008)	6	X
스페인	O	O	O	O	O	O	12.1(2008)	6	O

포르투갈	O	O	O	O	O	O	9(2009)	7	O
폴란드	O	O	O	O	-	-	0.1(2008)	6	X
뉴질랜드	O	O	O	O	-	-	20(2008)	14	O
한국	O	-	O	-	-	-	15.8(2010)	18	X
멕시코	O	O	O	O	O	O	0.05	12	O
아일랜드	O	-	-	-	-	-	4.4(2009)	3	X
칠레	-	-	-	-	-	-	0.5(2005)	26	X
슬로베니아	O	O	O	O	O	O	12(2008)	18	O
이스라엘	O	O	O	O	-	-	13.3(2009)	7	O
에스토니아	O	O	O	O	O	O	34.5(2009)	12	O
라트비아	O	O	O	O	O	O	21.3(2008)	20	O

표. OECD 국가별 임신중지의 법적 지위, 임신중지율, 모성사망율, 미페프리스톤 도입여부^v

NUMBERS AND RATES

Global and regional estimates of induced abortion, 1990-1994 and 2010-2014

World and region	No. of abortions (millions)		Abortion rate ^f	
	1990-1994	2010-2014	1990-1994	2010-2014
World	50.4	56.3	40	35
Developed countries	11.8	6.7*	46	27*
Developing countries	38.6	49.6*	39	37
Africa	4.6	8.3*	33	34
Asia	31.5	35.8	41	36
Europe	8.2	4.4	52	30*
Latin America and the Caribbean	4.4	6.5*	40	44
Northern America	1.6	1.2	25	17*
Oceania	0.1	0.1	20	19

OECD 30 개국 중에서 한국보다 임신중지하기 어려운 나라는 아일랜드와 칠레 뿐이다. 흔히 프로초이스들이 임신중지가 쉬워지면 임신중지율이 높아질 것이라고 말하지만, 공식적으로, 통시적으로 임신중지의 합법화 정도와 임신중지율은 상관관계가 없음이 밝혀져 있다.^{vi} 전세계에서 임신중지율이 가장 낮은 곳은 북미와 북서부유럽인데 (각각 17, 18/가임기여성

1000 명당), 이곳은 임신중지가 합법적으로 완전히 허용되는 지역이다. 반면 대부분이 불법인 아프리카와 남미는 34, 44 이다.

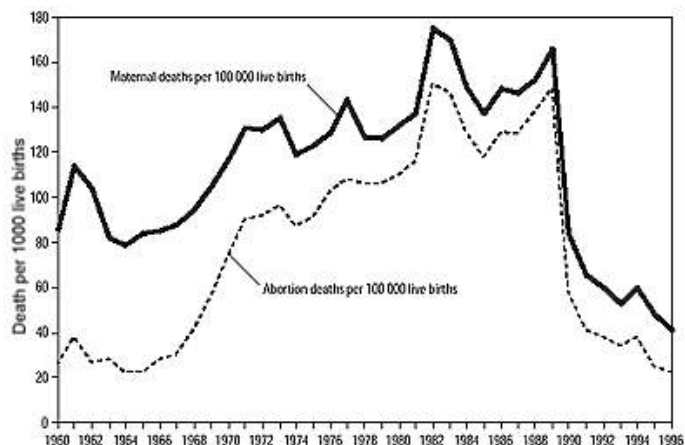
통시적으로 봤을때도 그러하다, 1996 년부터 2009 년 사이 46 개국이 인공임신중절 허용사유를 확장한 반면 11 개의 국가에서 허용사유를 축소했다. 같은 기간 동안 임신중지율은 1000 명당 40 명에서 35 명으로 감소하였다.

임신중지가 합법화되어야 안전한 임신중지가 가능하다.

반면, 합법적인 임신중지와 안전한 임신중지 사이에는 유효한 상관관계가 있다. 한해 2 천만

건의 안전하지 못한 임신중지가 이루어지고 이들의 대부분은 임신중지가 불법인 개발도상국에서 이루어진다. 임신중지 관련 합병증으로 매년 800 만명이 고통받는데, 이들 중 500 만명만 치료를 받을 수 있고, 47,000 명의 여성이 사망한다. 안전한 임신중지만 가능하다면 전체 모성사망의 20~50%가 줄어든다. vii

모자보건지표로 임신중지를 설명할 때 가장 드라마틱한 예가 루마니아이다. 1989 년 처형되기 전까지 24 년간 독재자로 군림한 차우세스쿠 정권하에서, 1968 년, ‘인력이 국력’이라는 기치하에 이혼, 피임과 임신중지가 법으로 금지된다. 임신중지가 발각된 경우 산모와 수술한 의사까지 감옥에 가뒀다. 효과는 금방 나타났다. 출산율은 급격히 증가했고, 한 반의 학생수는 28 명에서 36 명으로 늘어났다. 하지만 생활고를 견디다 못한 여성들은 어쩔 수 없이 불법 낙태 시술소를 이용하였고, 많은 여성들이 비위생적인 공간에서 불법 시술자에게 수술을 받다가 목숨을 잃었다. 임신중지 관련



모성사망율은 최대 800%까지 늘어났다.

때문에 1989 차우세스쿠 처형 후 가장 먼저 바뀐 것이 임신중지합법화였다. 1989 년을 기점으로 절반 이하로 감소한 모성사망률(실선)과 1/4 이하로 감소한 임신중지사망률(점선) 그래프는, 안전하지 않은 임신중지의 유일한 답은 안전한 임신중지 - 합법화된 임신중지 라는 것을 극명히 보여준다. (차우세스쿠 하 루마니아에서 불법낙태로 고통받는 여성을 그린 영화 [4 개월, 3 주, 2 일] 및 이런 인구증가 사업으로 20 만의 고아들이 거리 생활을 하는 것을 그린 다큐멘터리 [Children underground] 가 국내에도 소개되어 있다.)

미국에서는 임신중지가 합법화되면서 1970~1976 년 사이 5,000 건의 임신중지 당 사망률이 30 에서 5 로 줄었다. 1996 합법화된 남아공에서도, 임신중지로 인한 감염이 반으로 줄었고, 1994 년-2001 년 사이 임신중지 관련 사망이 91% 감소하였다

임신중지를 건강권으로 접근해야 하는 것은 비단 개발도상국에서의 모성사망만이 그 예가 아니다. 의료기술의 최첨단을 달리는 미국에서도 최근 임신중지로 인한 모성사망이 점점 늘고 있는데, 이는 의료보험에 가입하지 못한 사람들, 히스패닉이나 흑인과 같은 유색인종에서 안전하지 못한 임신중지가 점점 늘어나고 있기 때문이다. 우리나라에서도 2010 년 초 프로라이프의 낙태시술의사 고발 후 단속과 처벌이 늘어 시술을 거부하는 병원이 늘면서 비용이 수십배 증가하거나 중국이나 일본으로 원정임신중지를 가는 사례들, 임신중지를 알선해주겠다고 유인해서 성폭행을 한 사건, 인터넷으로 가짜 임신중지약을 유통시킨 브로커들, 인터넷에 근거없는 임신중절 정보들이 난무했던 것을 목도한적 있다. 단지 의료기술의 낙후 때문만이 아니라, 법과 현실의 부조리, 빈부격차, 불평등과 같은 사회적 조건 때문에 좌지우지되는 임신중지의 불평등에 대해, 정의와 건강로서의 임신중지권이라는 보편적 가치가 필요한 시점이다. 안전한 임신중지에 관한 2015 년 WHO 가이드라인은 다음을 천명하고 있다. 임신중지와 관련된 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호해야 한다: 안전한 임신중절을 시기적절하게 받는 것을 방해하는 절차적인 제도적인 장벽들은 철폐되어야 한다: 보건정책들은 여성의 인권을 존중하고 보호하는 방향 - 여성의 건강지표들을 향상시키고, 정확한 피임 정보와 시술을 제공하고, 특히나 저소득층, 청소년, 성폭력피해자, HIV 감염인과 같은 취약계층의 특수한 요구를 충족시키는 방향이어야 한다.viii

국가별 임신중지 비용 해결 정책

임신중지비용을 개인이 부담하느냐 공공재정에서 부담하느냐는 곧, 임신중지를 보건의료행위로

보느냐, 국가보건의체계가 뒷받침되어 있느냐 라는 질문들과 연결된다.

국가 공공보건의시스템이 잘 구축되어 있는 나라들은 대부분 임신중지 시술이 공공재원에서 지원된다. 덴마크, 독일, 루마니아, 영국, 프랑스 등 NHS가 있는 나라에서는, 공공병원에서 받는 시술은 무료이거나 아주 적은 비용으로 가능하다. 핀란드는 시술비용은 NHS에서 무료로 지원하고, 입원비는 개인이 부담하도록 되어있다. 스페인에서는 정부지원을 받는 사설 클리닉에서 시술된다. 미국의 경우에는 1976 Hyde 개정조항 이후 임신중지에 대한 공공자금 지원이 금지되었다. 그러나 오바마대통령의 의료개혁 이후, 주정부가 제공하는 오바마케어플랜을 도입한 19개주(뉴욕, 뉴저지, 캘리포니아 등)에서는 건강보험 혜택을 받고 있다.

무상의료시스템이든 전국민 의료보험 시스템이든, 기본적인 진료비 지불 체계가 갖추어져 있는 경우라도 공공병원이 아니라 민간영리병원에서 시술을 할 때, 환자가 본인부담으로 해결해야 하며 그 금액이 높아지고 차이가 많아지는 것은 사실이다. 오스트리아는 전국민의료보험제도가 있지만 임신중지가 보험적용되지 않아, 민간병원별로 \$388-\$1085로 차이가 크다. 일본 역시 의료보험제도가 잘 되어 있지만, 공공병원은 분만, 수술 등으로 임신중지시술을 할 시간이 없고 민간병원이 거의 시행하게 되는데(이는 우리나라도 비슷하다.) 이 비용은 \$1000-\$3000로 병원별로 차이가 크다.

국가의 공공보건의시스템이 확립되어 있지 않은 개도국의 경우에는, 예상되듯이 개인의 부담이 대부분이다. 인도는 법적으로 임신중지가 허용되어 있고 보건소나 국립병원에서는 무료로 시행되나 그 시설이 낙후되어 있는 것이 대부분이라, 일정 수준 이상의 의료시설에서 시술을 받으려면 \$16-20 정도의 개인비용을 지불해야 한다. 네팔의 경우 합법화도 되어있고, 오히려 가족계획과 산아제한과 함께 정책적으로 장려되는 분위기이지만, 국영병원에서 시행 받는 데도 \$13 정도의 개인비용을 지불해야 한다. 비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용차이가 얼마만큼인가, 국가가 비용을 대주는가 개인의 책임인가라는 문제는 의료 이용 접근성과 직결된다. 과테말라의 경우 산모의 생명이 위협되는 경우나 강간, 근친상간의 경우만 임신중지가 합법화되어 있으나 연간 6만 5천건의 임신중지가 암묵적으로 시행되고 있다. 37%의 국민이 하루 2달러 미만으로 생활 하는 과테말라에서 민간 병원에서 임신중지시술을 받기 위해서는 \$128-1026가 필요한 데 비해, 산파에게 받는 데는 \$38-128가 든다. 85%의 국민이 하루 1달러 미만으로 사는 우간다에서 전문의료인에게 임신중지시술 받는 데 드는 비용은 \$6-58인데 비해 불법시술은 \$6-18가 필요하다. 선진국의 8%만이 안전하지 못한 임신중지인데 비해, 아프리카나 라틴아메리카의 임신중지건수의 95%가 안전하지 못한 임신중지인 까닭이 여기에 있다. 결국 보건의료시스템의 구축과 재정지원이 안전한 임신중지와 직결되는 문제임을 알 수 있다.

한국의 경우, 현재 모자보건법상 허용되는 합법적인 인공임신중절에 대해서는 다음과 같이 수가가 책정되어 있다. 임신 8주 이내 64440 원, 8주-12주 85990 원, 12주-16주 93920 원, 16주-20주 130880 원, 20주- 183890 원. 현재 음성적으로 시행되는 인공임신중절은 주수에 따라 50만원에서 500만원까지 자의적으로 책정된 시세로 진행되고 있는데, 이는 전체 의료비 및 환자들의 부담을 상승시키고, 정확한 통계 및 역학조사가 어렵게 한다.. 건강보험적용이 전제되지 않는 합법화는 시술 접근성에 있어서의 사회경제적 불평등을 해소할 수 없다. 임신중지 비범죄화 이후 수순은 수가현실화와 함께 건강보험적용까지 같이 이루어져야 할 것이다.

자금지원까지 해주면 임신중지율이 더 높아질 것이라는 반론과 우려도 있을 수 있다. 2006년 메사추세츠주에서 주조기금을 지원하여 건강보험 가입을 보조했다. 2004년 86%이던 건강보험 가입율이 2008년 94%까지 증가하였고, 임신중지비용역시 건강보험에서 보조되었다. 같은기간 임신중지건수는 24245→23883으로 1.5% 감소하였다. 미국의 임신중지율은 인구감소율과 함께 자연감소율을 보이고 있었는데, 건강보험 적용이 임신중지율을 높이지 않았다는 결론이다.x

표준진료지침 교육 및 약물적 임신중절

표. 안전한 인공임신중절을 위한 WHO 가이드라인xi

권고되는 수술적 임신중절방법

~12-14 주 : 흡입술과 약물적 임신중절이 모두 권고된다. D&C를 정규로 하지 않도록 한다. (99%)

12-14 주 이후 : D&E 와 약물적 임신중절이 모두 추천된다. 의료기관은 가능한 둘 다, 최소한 한가지 이상의 방법을 제공해야 한다.

권고되는 약물적 임신중절방법

9 주까지(9+0, 63 일) (90-98% 성공률)

미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 24-48 시간 사이에 미소프로스톨을 사용한다.

미소프로스톨을 질내 삽입, 설하복용시에는 800 µg 사용

미소프로스톨을 경구복용시에는 400 µg.사용

7 주이내(49 일) 사용시에는 질내삽입, 설하복용, 경구복용 모두 가능

7+1~9+0(63 일) 사용시에는 질내삽입 또는 설하복용

9~12 주까지 (63~84 일)

미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48 시간 사이에 미소프로스톨 800µg 을 질내삽입한다.

이후 임신산물이 배출될 때 까지 3 시간 간격으로 미소프로스톨 200µg 을 최대 4 번까지 질내 또는 설하투여할 수 있다.

12 주 이후(84 일~)

미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48 시간 사이에 미소프로스톨을 다음과 같이 투여한다

12 주~24 주 사이 : 800 µg 을 질내삽입 하던지 400 µg 을 경구투여한다. 이후 3 시간 마다 400 µg 을 질내 또는 설하투여한다.

24 주 이후 : 자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다

미페프리스톤 을 구할 수 없는 경우 약물적 임신중절방법

12 주까지 (~84 일) (75~90% 성공률)

미소프로스톨 800 µg 을 질내 또는 설하투여한다. 이후 3-12 시간 간격으로 미소프로스톨 800 µg 을 3 번까지 투여할 수 있다.

12 주 이후(84 일~)

미소프로스톨 400 µg 을 질내 또는 설하투여한다. 이후 3 시간 간격으로 미소프로스톨 400 µg 을 총 5 번까지 투여할 수 있다.

24 주 이후 : 자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다.

** D&C 경부확장 후 소파술 ** D&E 경부확장 후 흡입술

WHO 발간자료와 산부인과학 매뉴얼에는 안전한 인공임신중절방법에 대한 분명한 임상지침(clinical guidelind)이 존재한다. 전 기간동안 약물적 임신중절이 가능하고, 6~14 주에는 흡입술이, 12 주 이후부터는 D&E 가 권고되어진다.

표. 1 분기 임신중절 환자용 설명서

	약물적 임신중절	수술적 임신중절
원리	약물을 이용하여 자궁내막의 조직을 떨어뜨리는 것	자궁내 조직을 흡입하는 것
장점	수술과 마취가 필요없음 성공률 90-98% 항생제 필요 없음 비용	병원에 1 번만 오면 됨. 시간이 적게 걸림 성공률이 높음(99%) 집에서 과다출혈을 일으키지 않아도 됨
단점	생리통 정도의 복통 혼자 하혈을 경험, 1-2 일정도 시간걸림	수술 중,후로 통증 감염,자궁천공, 유착,경부손상의 위험성
가능시기	4-9 주 / 이후에는 의료기관 관찰 하에	6-14 주

임신중지가 법적으로 제한받는 상황에서, 다음 세가지 이유로 여성의 건강권이 침해되고 있다. 이는 특히 ‘합법적’ 인공임신중절이 필요한 환자- 성폭력피해자, 치료적 인공임신중절, 전염병이나 유전병의 경우 – 의 경우에는 최선의 진료를 받고 있지 못한 상황이므로 낙태죄 폐지 이전에라도 시정을 요구할 수 있는 부분이다.

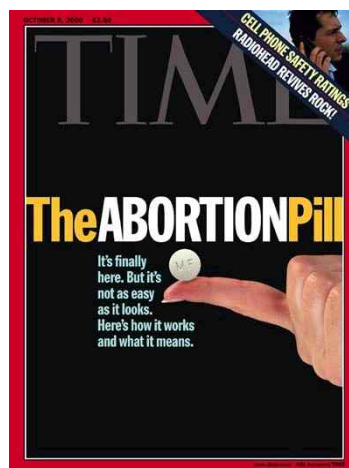
- 1) 의과대학 교육 부재 : 임신중지는 ‘불법’이기에 산부인과 커리큘럼에서도, 임상실습에서도, 수련과정에서도 의료인들에게 교육되어지지 않는다. 태아가 사망한 케이스나 자연유산, 일부 ‘합법적인’ 임신중절의 케이스밖에 접해보지 못하다가, 수련을 마치고 임상에 나가서야 인공임신중절의 실태와 최신지견들을 접하게 된다. 가장 안전하고, 일부 의료 인프라가 부족한 지역에서는 조산사나 자가로도 가능하다고 설명되는 흡입술이나 약물적 임신중절을 의학교육에서 배울 기회가 없다. 자궁천공이나 유착을 일으킬 수 있어 그 사용을 줄이라고 권고하는 큐렛을 이용한 소파술이 아직까지 임상의 대부분을 차지하며 (2005 년 조사에서 월경조절술이 21%, D&C 47%, D&E 32%, 약물요법 1%를 차지한다.) 진료나 교육의 실태에 대해서도 조사된 바 없다.
- 2) 약물적 임신중절의 비중이 낮음 ; 우리나라에는 미소프로스톨은 식약처에 등재되어 있어 사용가능하다. 하지만 인공임신중절이 불법인 지위에서는, 기록을 남기지 않고 여러 차례 병원을 방문하지 않아도 되고 단시간에 수술을 받고 퇴원시키는 수술적 방법을 선호하게 되고, 환자들에게 선택지가 주어지지 않는 경우가 많다.
- 3) 미페프리스톤 도입 필요 ; 약물적 방법 중에서도 더 효과가 뛰어난 약물인 미페프리스톤이 국내 도입되어 있지 않다.

약물적 임신중절은 비수술적인 방법으로, 미페프리스톤은 태아가 자궁 안에 잘 있도록 해주는 호르몬인 프로게스테론 생성을 억제하여 임신을 유지하게 어렵게 만든다. 이에 이어 미소프로스톨(자궁수축 유도제)를 추가 복용하면, 진통이 생겨 태아가 자궁 밖으로 배출된다. 미페프리스톤은 세계 보건기구 WHO 에 의해 그 안전성과 효과를 인정받았고, 마취가 필요 없다는 장점으로 개도국이나 낙후된 의료환경에서 이점을 가지기 때문에 2005년에는 필수약품 목록에 등재되기까지 하였다. 임신중절 성공률은 90-98%에 달하며, 부작용으로는 자궁수축에 따른 복통이 가장 흔하고, 1-2%는 출혈이나 불완전유산으로 수술적 치료가 필요할 수도 있다. 하지만 약물적 임신중절은 7 주 이전에는 수술적 방법보다도 안전하고, 9 주까지는 그 안전성이 확립되어 있다.

미페프리스톤의 개발과 시장화는 의학적이기보다는 정치적인 경로를 걸어왔다. 처음 이 약물을 개발한 프랑스의 제약회사 Roussel Uclaf 의 이름을 달고 연구되던 RU-486 은 시장에 출시되기 전부터 논란을 불러 일으켰다. 1988 년 9 월, 6 년간의 임상시험 끝에 이 약이 미페프리스톤이라는 성분명으로 프랑스에서 임신중절용 약물로 승인되자 거센 임신중지반대 시위 및 대중의 우려들이 속속 대두된다. 결국 1988 년 10 월, Roussel Uclaf 의 이사진들은 시장철수를 결정하지만, 프랑스정부와 보건국에서 공중보건을 위하여 약물을 계속 생산해 줄 것을 요구한다. 프랑스 보건부장관 Claude Évin은 “나는 임신중지 논쟁이 여성에게서 의학진보의 결과물을 빼앗아가는 것을 허용하지 않겠다. 지금부터 미페프리스톤은 단지 제약회사의 상품이 아니라 여성을 위한 도덕적인 상품 moral property of women 임을 프랑스정부가 보장할 것이다” 고 말했다. 결국 미페프리스톤은 1990 년 2 월부터 미페진(Mifegyne)이라는 상품명으로 병원에서 판매되기

시작한다. 미페진은 곧 1991년 7월부터 영국에서, 1992년 9월부터 스웨덴에서 승인받았고, 2000년 9월부터는 미국 Danco 제약에서 미페프렉스(Mifeprex)라는 상품명으로 승인을 받았다. 미국 이외의 지역에서는 Roussel Uclaf로부터 판권을 넘겨받은 Exelgyn 제약이 계속 미페진을 생산중이며, 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, 구아나 (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, 방글라데시, 에티오피아, 케냐(2012), 아제르바이잔, 불가리아, 체코, 슬로베니아, 우간다, 우루과이(2013), 태국(2014) 캐나다(2015) 61개국에서 승인 후 판매중이다.

미국의 경우 2000년 9월 FDA가 시판을 승인한 후에도, 논쟁의 열기는 식을 줄 몰랐다. 약의 효과와 안전성 그리고 수술적 처치를 피할 수 있다는 장점 때문에 기존의 인공임신중절수술을 대체할 수 있는 치료법으로 여성단체들과 앨 고어 민주당 대통령후보 등 프로초이스로부터는 환영을 받았으나 프로라이프와 조지 부시 공화당 후보는 즉각 반대의사를 표명해 미국 대통령 선거의 주요 이슈로까지 등장하게 된다. 현재 미페프렉스는 9주(70일) 이내의 경우에서, 병의원에서 의사의 처방이 있어야만 구입할 수 있다. 많은 프로라이프 단체들이 시장 철수를 지속적으로 요구하며 로비를 하고 있지만, 약물적 임신중절의 비중은 꾸준히 늘어나 2008년 임신중절의 17%를 차지했다. (9주미만의 임신 중에서는 25%이다.)^{xii} 현재 미국내의 임신중지약물 관련 논의는 원격의료와 의무기록 전산화 등을 이용해서 오지 여성들이 좀 더 쉽게 접근할 수 있게 임신중지약 자판기를 설치하는 것을 고안하는 데까지 진행되었다.



유럽의 경우, 임신중지가 고도로 제한된 아일랜드와 폴란드를 제외한 모든 나라가 미페진을 허가하였다. 이탈리아는 바티칸 교황청에서 지속적으로 반대의견을 냈으나 결국 2009년 도입되었고, 현재는 병원 내에서만 사용 가능하다. 현재 핀란드에서는 2009년 행해진 임신중절의 84%가, 스코틀랜드는 70%가, 노르웨이와 스웨덴에서는 68%가, 영국은 9주미만 임신중절의 52%가 약물적 임신중절로 이루어진다.

세계 최초로 임신중절약물이 허가된 곳은 사실 개발국인 프랑스가 아니라 중국이다. 임상시험은 1995년부터 진행되었고, 1988년 10월 중국이 세계최초로 미페프리스톤을 허가했지만, 자국에서도 아직 승인 받기 전이라 Roussel Uclaf사에서 공급을 거절하였다. 이에 1992년 중국정부는 자체제약회사를 설립하고 복제약을 직접 생산하기 시작했다. 2000년대 이후로 의사의 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 Istar라는 비영리 수입회사를 만들어서 MedSafe(뉴질랜드 식약청)에 미페프리스톤을 수입판매하는 것에 대한 허가를 신청하였다. 이는 2001년 8월 승인을 받게 되었고, 2001년 10월부터 처음 사용되게 된다.

우리나라는 사용여부 검토나 도입 논의가 한번도 진지하게 고려된 적이 없을 뿐 아니라, 관련 법 상에서도 모자보건법에 ‘인공임신중절 수술의 허용한계’라는 조항으로 수술적 임신중절만이 언급되고 있다. 물론 새로운 의료기술의 도입에 대한 사회적 수용성은 항상 고려되어야 하겠지만, 의학적 안정성이 충분히 보장되었고, 많은 국가들에서 상용화되어 있으며, 임신중지 논의가 전 영역에서 시작되고 있는 현재는 도입에 대한 논의를 시작하기에 더 없이 좋은 시점으로 보인다.

이런 와중에 2010년 초 프로라이프 의사회의 낙태시술의사 고발로, 임신중절 시술비가 급격히 상승하고 시술을 거절하는 병의원들이 많아지는 가운데, 이에 편승하여 중국산 낙태약이 불법 유통되고 있는 사실이 밝혀졌다.^{xiii} 취재진이 직접 인터넷에서 구한 연락처로 25만원을 입금 한 후 하루 만에 중국산

프랑스제 낙태약 ru486 판매합니다. [ru486b\(골뱅이\)yahoo.co.kr](mailto:ru486b(골뱅이)yahoo.co.kr) | 카페 앨범

ru486조회 40 | 추천 0 | 201Q1Q08, 16:45

프랑스제 낙태약 ru486 판매합니다. [ru486b\(골뱅이\)yahoo.co.kr](mailto:ru486b(골뱅이)yahoo.co.kr)

원치않는 임신이나 몇주가 지나 임신사실을 알아 고민미션분,

프랑스제 낙태전문약 ru486 판매합니다.

주위에 잘못하고 혼자 고민하지 마시고 저희에게 문의 주십시오.

[ru486b\(골뱅이\)yahoo.co.kr](mailto:ru486b(골뱅이)yahoo.co.kr)

ru486 낙태약 판매 ru486b@yahoo.co.kr

낙태약이 배달되어 왔다고 한다. 하혈과 복통 등 부작용 사례가 보고되면서 경찰수사도 이루어져, 2013년 2월에는 1년 동안 1억 원 이상을 챙긴 불법 낙태약 유통 조직이 검거되었다.^{xiv} 사용 자체가 금지인 임신중절 약물을 인터넷을 통해 쉽게 사게 되고, 이 과정이 의료상담이나 복약지도가 전혀 없이 진행된다 보니 계류유산(죽은 태아가 자궁 안에 남아 있는 것)과 같은 부작용은 물론 출혈이나 불완전유산, 패혈증의 경우 건강을 심각하게 위협할 수도 있는 상황이다. 세계 각국에서 약물적 임신중절이 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 필요할 것이다



회사소개 | 제품소개 | 제품구매신청하기 | 퍼스트약국 자료실 | 고객센터

제품소개

미프진 사용후기

미프진 사용후기

복용방법

사용시 주의사항

유용한 Tip

퍼스트약국 고객센터

070-7716-6795

후물구매서류 접수: cs@miz89.com



월~토 오전 09:00 ~ 오후 06:00
카카오톡 연중무휴 상담지원

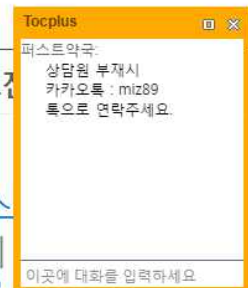
DANCO Laboratories - 인공유산약물 미프진



저희 퍼스
고객에게
서비스를 제공하는 것을
최고의 목표로 합니다.

임신초기 인공유산을 위해 복용하는 미프진은 황체에서 분비되는 자성호르몬의 일종인 프로게스테론의 정상적 기능을 차단하여 수정란이 자궁에 착상하는 것을 차단하는 역할하게 됩니다. 황체호르몬이란 수정란이 자궁 착상을 용이하게 하는 호르몬입니다!

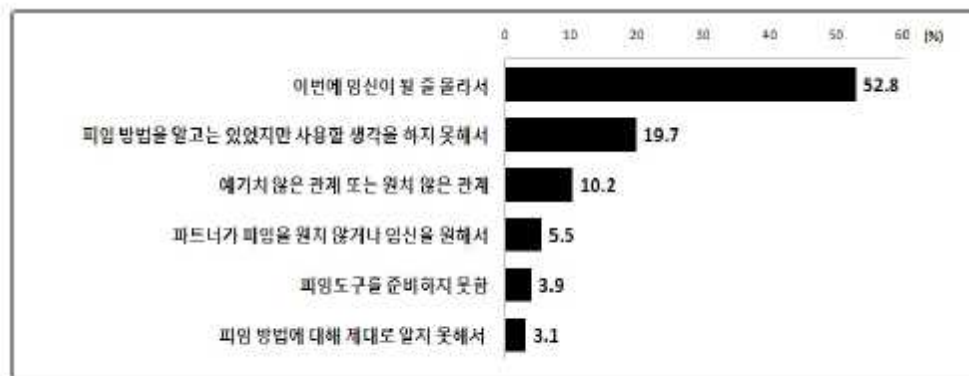
미프진 복용 시 수정란의 자궁벽 착상을 막거나, 이미 착상된 수정란을 탈락시켜 유산 효과를 얻을 수 있습니다.



피임과 성교육

2011년 전국인공임신중절 변동 실태조사에 따르면, 임신중절 경험이 있는 응답자 중, 당시 피임을 하지 않은(못한) 응답자가 62.2%, 피임을 했으나 실패해서가 37.8%이다. 피임을 하지 않은(못한) 이유를 더 자세히 보면, 학력수준이 낮을수록 임신을 예상하지 못하고, 파트너가 피임을 원치 않아서, 피임도구 준비 미비, 피임방법의 지식 부족등의 이유가 높았다. 미혼은 예기치 않은 관계로 인해 피임을 하지 않은 경우, 피임방법의 지식 부족이 기혼 보다 높았다.

인공임신중절의 선행요인은 원하지 않는 임신이다. 원치 않는 임신은 언제나 있어왔다. 피임기구의 사용 거부나 준비되지 않은 섹스, 강간 이외에도 적절한 피임을 했음에도 자연적인 실패율(콘돔 10~12%, 피임약 3~7%)도 존재한다. 지난 10년간 우리나라 기혼여성의 피임실천율이 54%에서 63%으로 증가함에 따라 의도하지 않은 임신이 69/1000 에서 55/1000 로 감소하였다. 따라서 피임을, 피임방법에 대한 접근성을 높이고, 성교육에서 보다 더 효과적인 피임법을 교육하는 것이 중요하다. 피임은 단순히 임신을 피하는 것이 아니라, 언제 임신과 출산을 할지 주체적으로 본인의 인생을 계획한다는 의의가 있다. 임신공포에서 벗어난 쾌락도 중요하고, 건강과 미래, 파트너 서로를 위한 성병예방도 중요하다. 여/남 모두에게 주체적인 성적 권리와 재생산권의 중요성에 대한 교육과 인식전환이 피임을 자연스럽게 받아들이는데 중요한 요건이 될 것이다. 더 안전하고 효과적인 피임법에 대한 연구도 필요하겠다.



< 그림 10 > 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유

<표 5-29> 현재 피임 중인 유배우여성(15~49세)과 남편의 현재 피임 방법(중복응답)

(단위: %, 명)

구 분	난관 수술	정관 수술	자궁내 장치	사전경구 피임약	사후경구 피임약	콘돔	살정제	월경 주기법	질외 사정법	기타 (대상자수)
전체	7.6	23.0	12.4	2.9	0.5	30.2	0.4	31.5	24.8	0.2 (8,219)

표 2015 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 중 피임여부^{xv}

응급피임약에 대한 공론화도 더 이루어져야 한다. 대부분의 여성들은 자신의 임신가능성을 과소평가하여 응급피임을 하지 않는다. 응급피임약의 피임율도 확대평가 되어있다. 응급피임에 대한 더 많은 연구와 적절한 사용, 공론화가 필요하다.

정리하며

생명 대 선택의 이분법으로 귀결되지 않도록, 안전한 임신중지, 건강권에만 초점을 맞춰 글을 전개했음에도 그동안 논의의 저변이 얼마나 협소했는지를 다시 한번 느끼게 된다. 안전한 임신중절에의 접근권은 단지 시술이나 약 자체뿐만이 아니라 법적 층위, 의학적 배경, 건강보험체계, 여성의 사회적 지위와 하나하나 연결되어 있다. 출산이든 임신중절이든, 그것이 진정 여성의 옳은 선택이었든 적이 있는가. 낙태비디오가 아니라 월경주기와 가임기 계산하는 법을 학교에서 배우고, 약국에서 약사와 눈을 마주치며 피임약 주세요 말할 수 있고, 반항하는 파트너의 성기에 내가 좋아하는 향의 콘돔을 끼울 수 있으며, 임신했다고 학교에서 퇴학당하지 않고, 결혼여부와 관계없이 출산지원이 될 때, 임신중절과 출산이 다 건강보험적용이 될 때, 무엇을 선택하든 소독된 진료대에서 경험 있는 의료진에 의해 적절한 시술을 받을 수 있을 때, 아이를 걱정하지 않고 직장을 다닐 수 있을 때, 내 아이가 엄마만 있는지 부모가 다 있는지에 따라 차별 받지 않을 때, 우리는 출산을 ‘선택’할지 임신중지를 ‘선택’할지 이야기할 수 있을 것이다. 적어도 현재를 ‘살고’ 있는 순간순간의 선택들 속에서, 우리는 건강을 추구할 권리가 있다. 적어도, 안전한 임신중절을 받을 수 있는 권리는 누구나 누릴 수 있어야 한다.

i 김해중 외, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 보건복지부, 2005

ii 손명세 외, 전국 인공임신중절 변동 실태조사, 보건복지부, 2011

iii 가임기 여성(15 세-44 세) 1000 명당 시행되는 인공임신중절 건수

iv <http://worldabortionlaws.com/map/>

v UN Department of Economic and Social Affairs, World abortion policies 2013..

vi Guttmacher Institute , Induced Abortion Worldwide, 2016

vii WHO, Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated

mortality in 2008, 3rd ed., 2011.

viii WHO, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. 2015.

ix NHS(National Health System) 국가 보건체계, 북유럽이나 영국의 보건체제로 조세로 재원을 충당하여 전국민 의료보장을 시행하는 형태 / 전국민의료보험(National insurance system) 우리나라와 같이 사회보험료 형태로 재원을 조달하여 의료비를 부담하는 형태 / 위 둘과 같은 공공의료보건체계가 없는 나라들은 민간의 영역에 공급을 맡기고, 이용자가 자비로 의료비를 부담하게 된다.

x Patrick Whelan, Abortion Rates and Universal Health Care, NEJM 2009.

xi Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. 2015. WHO

xii Jones, Rachel K.; Kooistra, Kathryn "Abortion incidence and access to services in the United States, 2008", Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2011

xiii 2010.10.3 KBS 9 시뉴스

xiv 2013.2.7 한겨레 [중국산 불법 낙태약 판매 일당 붙잡혀]

xv 이삼식, 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2016