

인도주의실천의사협의회 의견서

- 사 건 : 2017 헌바 127 형법 제 269 조제 1 항,
제 270 조제 1 항 위헌소원
- 낙태죄의 위헌 여부

- 청구인 : 정혜원(여, 1965 년생)

목차

I. 들어가며

II. 인공임신중절에 대한 보건의료적 관점

가. 인공임신중절의 보건적 측면

- (1) 임신중단은 여성의 몸에서 일상적으로 일어나는 일이며, 인공임신중절은 의료의 일환으로 접근해야 한다.
- (2) 인공임신중절 합법화는 인공임신중절률을 증가시키지 않는다.
- (3) 인공임신중절이 합법화되어야 안전한 인공임신중절이 가능하다.

나. 인공임신중절의 의료적 측면과 현실

- (1) 인공임신중절의 불법적 지위는 표준적이고 안전한 진료를 저해한다.
- (2) 인공임신중절은 표준지침대로 시행된다면 안전하고 위해를 거의 가하지 않는 의료기술이다.
- (3) 인공임신중절이 정신과적 장애를 남긴다는 증거는 없으며, 안전한 시술을 낙인 없이 받을 수 있을 때 정신건강이 더 증진된다.

다. 인공임신중절 환경 개선을 위한 제도적 측면

- (1) 인공임신중절 비용보조 및 공공기금 투입이 필요하다.
- (2) 신뢰할 만한 인공임신중절 상담과 피임교육, 성교육이 필요하다.
- (3) 인공임신중절에 대한 의료인 교육과 관리감독, 실태조사가 필요하다.

III. 나가며 - 낙태되는 여성의 건강을 위협한다.

참고) 해외 의료 단체들의 지침

- 가. 미국산부인과 의사회(American College of Obstetricians and Gynecologists)
- 나. 미국 공중보건 학회 (American Public Health Association)
- 다. 세계산부인과 학회 (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
- 라. 세계보건기구 (World Health Organization)

I. 들어가며

□ 형법 제 269 조 제 1 항, 제 270 조 제 1 항은 부녀의 낙태죄, 의료인의 낙태죄 및 부동의낙태죄를 규정함으로써 인공임신중절을 원칙적으로 금지하고 인공임신중절 시 형사처벌을 명시하고 있다. 이에 인도주의실천의사협의회는 해당 조항이 어떻게 여성의 재생산권, 건강권을 침해하고 있는지 검토한 의견을 제출하는 바이다.

II. 인공임신중절에 대한 보건의료적 관점

가. 인공임신중절의 보건적 측면

○ 1948 년 세계보건기구(WHO, World Health Organization)는 “건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 것만을 말하는 것이 아니라 신체적-정신적-사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것(WHO, 1948)”이라고 정의했다. 단순히 질병이나 손상, 장애가 없는 상태보다 개인이 신체적, 정신적으로 안녕을 누리며 사회적 활동을 할 수 있는 상태가 건강의 의미로 적절하다. 건강이 중요한 이유는 단지 주관적 행복의 차원에서만이 아니라, 개인의 자아실현과 사회에서의 역할, 참여를 보장하는 중요한 열쇠이기 때문이다.

○ 특히 여성이 스스로의 건강과 자주성을 최대한 누리기 위해서는 반드시 재생산과 관련된 문제를 직접 결정할 수 있어야 한다. 본인이 어떤 사회적 성으로 살아갈 것인지, 누구와 관계를 맺을지 결정할 수 있어야 하고, 성 매개 질환이나 원치 않는 임신에 대한 두려움 없이 성관계를 맺을 수 있어야 하며, 부작용이나

합병증의 위험 없이 임신과 출산을 통제할 수 있어야 할 뿐 아니라 임신과 출산 기간 동안 안전하게 지낼 수 있어야 한다. 이를 ‘재생산건강’, ‘재생산권’이라 한다.

- 1979년 UN 34차 총회의 여성차별철폐위원회(CEDAW)는 재생산권을 여성의 권리로 보장되어야 하는 가장 기본적인 권리로 선언하고 ‘인공임신중절을 하는 여성을 처벌하는 법조항을 제거하도록’ 권고하였다. 본인의 몸에서 일어나는 임신과 출산에 대해 자율권을 가질 수 없는 것은, 앞으로 볼 것처럼 여성의 신체적, 정신적 건강에 중대한 영향을 미친다.

(1) 임신중단은 여성의 몸에서 일상적으로 일어나는 일이며, 인공임신중절은 의료의 일환으로 접근해야 한다.

- 매 해 전 세계에서 일어나는 모든 임신 네 건 중 한 건은 (자연유산이든, 인공임신중절이든) 분만에 이르지 않고 임신중단으로 종결된다. 전세계적으로 한 해 5,600만 건의 인공임신중절이 일어나고,¹ 이들 중 2,500만 명이 고식적이고 비과학적인, 안전하지 못한 인공임신중절을 시행 받고, 700만 명이 인공임신중절 관련 합병증으로 치료를 필요로 했다²는 것을 생각한다면, 보건의료체계 내에서 인공임신중절이 공식적으로 논의되어야 한다는 것은 자명하다.
- 여성이 원치 않은/예상치 못한 임신에 직면했을 때, 그것이 건강이나 앞으로의 삶을 위협하는 상황이라면, 그러한 상황을 타개할 수 있는 유일한 방법은 인공임신중절이다. 이런 맥락에서 인공임신중절은 “의료”의 사전적 정의-개인의 건강과 안녕을 위해 의사나 간호사, 그 외의 보건의료인에 의해 행해지는 모든

¹ Bela Ganatra et al., “Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model,” *The Lancet* 390, no. 10110 (November 2017): 2372–81

² Singh S, Maddow-Zimet I. “Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries.” *BJOG* 2015; published online Aug 19.

행위-에 합당하다.³ 따라서 인공임신중절을 제한하는 모든 법적, 제도적 장벽은 여성의 의료접근성을 저해하는 장애물로 간주할 수 있다.

- 100% 성공률의 피임방법이 존재하지 않는 이상, 예상치 못한 임신은 존재할 수밖에 없고, WHO 추산 한 해 3억 3,500만 건의 임신이 예상치 못하게 일어난다.⁴ 인공임신중절 기술은 문란이나 부도덕의 결과가 아니라, 여성의 몸에서 일어날 수 있는 일상적인 사건(예상치 못한 임신)에 대한 마지막 비상구이다, 그 마지막 비상구를 통과하는데 있어서, 아니 어떤 상황에서든 건강과 안전은 인간으로서 보장받아야 하는 권리이다. 세계보건기구 권고안에서도 ‘각국이 어떠한 법적 상황이건 간에 안전한 인공임신중절 서비스는 모든 여성이 접근 가능하도록’, ‘인공임신중절과 관련된 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호하는 방향으로 제정하도록’ 천명하고 있다.⁵

(2) 인공임신중절 합법화는 인공임신중절률을 증가시키지 않는다.

- 일반적으로 세계 각국에서 인공임신중절조건을 비교하는데 채택하는 기준은 (1) 임부의 생명보호, (2) 임부의 육체적 건강보호, (3) 임부의 정신적 건강보호, (4) 강간 또는 근친상간, (5) 태아이상, (6) 경제적 또는 사회적 이유, (7) 본인 요청이다. 2013년 199개국의 낙태법을 비교해보면, 인공임신중절을 본인 요청만으로 시술받을 수 있는 국가는 62개, 사회 경제적 요건까지 합치면 71개국(선진국의 82%, 개발도상국의 20%)에서 비의료적 사유에 의한 인공임신중절이 합법적이다.⁶ 치명적인 태아기형이나 손상의 경우까지 인정하는 국가는 104개국 (선진국

³ Barot S, Cohen S. “The global gag rule and fights over funding UNFPA: The issues that won’t go away”. Guttmacher Policy Review. 2015;18:2

⁴ World Health Organization. “Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed.” WHO; 2012.

⁵ World Health Organization. “Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed.” WHO; 2012.

의 86%, 개발도상국의 38%)에 달한다.⁶

- 한국은 모자보건법상 허용사유를 임부의 생명보호, 신체적 건강보호, 강간 또는 근친상간에 제한하고 있어, 그 범위가 협소하고 제한적인 나라에 속한다. OECD 30개국(2016년 기준) 중에서 한국보다 인공임신중절을 받기 어려운 나라는 아일랜드와 칠레뿐이다.
- 흔히 인공임신중절이 쉬워지면 인공임신중절률이 높아질 것이라는 통념이 있지만, 공시적 및 통시적으로 인공임신중절의 합법화 정도와 인공임신중절률은 상관관계가 없음이 밝혀져 있다. 전 세계에서 인공임신중절률이 가장 낮은 곳은 북미와 북서부유럽인데 (각각 17, 18/가임기여성 1,000명 당), 이곳은 인공임신중절이 합법적으로 완전히 허용되는 지역이다. 반면 대부분이 불법인 아프리카와 남미의 인공임신중절률은 가임기여성 1,000명 당 34, 44이다.⁷

(3) 인공임신중절이 합법화되어야 안전한 인공임신중절이 가능하다.

- 인공임신중절의 법적지위와 인공임신중절률에는 상관관계가 없는 반면, 합법적인 인공임신중절과 안전한 인공임신중절 사이에는 유효한 상관관계가 있다. 한 해 세계적으로 5,600만 건의 인공임신중절 중 2,500만 건이 안전하지 못한 방법으로 이루어지고 있다.⁸ 이 대부분은 인공임신중절이 불법인 개발도상국에서 이루어진다. 이들은 자격 있는 의료인에게서가 아니라 암암리에 시술을 받거나, 쇠꼬챙이나 독초를 자궁에 삽입하거나, 배를 때리거나, 정체를 알 수 없는 약이나 독초를 먹거나, 높은 곳에서 뛰어내려 배를 가격한다. 인공임신중절관련 합병증으로 매년 700만 명이 고통받고, 이들 중 500만 명만

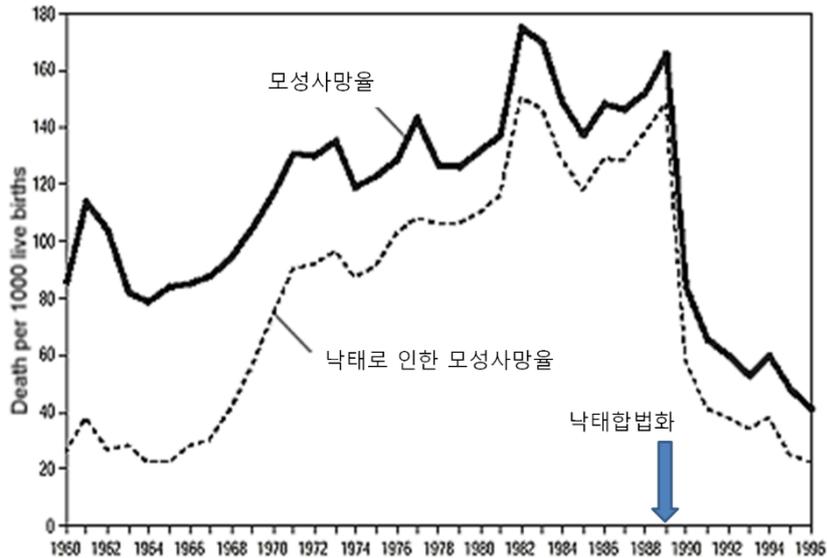
⁶ UN, Department of economic and social affairs, "World Abortion Politics", 2013

⁷ Guttmacher Institute, Induced Abortion Worldwide, 2016

⁸ Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," The Lancet 390, no. 10110 (November 2017): 2372-81

치료를 받고 있고, 47,000 명의 여성이 사망한다. 안전한 인공임신중절만 가능하다면 전체 모성사망의 13% 가 줄어든다.⁹

○



- 모자보건지표로 인공임신중절을 설명할 때 가장 극적인 예가 루마니아이다. 1989년 처형되기 전까지 24년간 독재자로 군림한 차우세스쿠 정권하에서, 1968년 ‘인력이 국력’이라는 기치 하에 이혼, 피임과 인공임신중절이 법으로 금지되었다. 인공임신중절이 발각된 경우 산모와 수술한 의사까지 감옥에 가뒀다. 효과는 금방 나타났다. 출산율은 급격히 증가했고, 한 반의 학생 수는 28명에서 36명으로 늘어났다. 하지만 생활고를 견디다 못한 여성들은 어쩔 수 없이 불법 낙태 시술소를 이용하였고, 많은 여성들이 비위생적인 공간에서 불법 시술자에게 시술을 받다가 목숨을 잃었다. 인공임신중절 관련 모성사망률은 최대 800% 까지 늘어났다. 때문에 1989년 차우세스쿠 처형 후 가장 먼저 바뀐 것이 인공임신중절 합법화였다. 1989년을 기점으로 절반 이하로 감소한 모성사망률(실선)과 1/4 이하로 감소한 인공임신중절사망률(점선) 그래프는, 안전하지 않은 인공임신중절을 해결할 수 있는 유일한 답은 안전한 인공임신중절, 즉 합법화된 인공임신중절이라는 것을 극명히 보여준다.¹⁰

⁹ Say Let al., “Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis”, Lancet Glob Health. 2014 Jun; 2(6):e323-33.

- 미국에서는 인공임신중절이 합법화되면서 1970~1976 년 사이 인공임신중절 사망률이 5,000 건 당 30 에서 5 로 줄었다. 1996 년 인공임신중절이 합법화된 남아공에서도 인공임신중절로 인한 감염이 반으로 줄었고, 1994~2001 년 사이 인공임신중절 관련 사망이 91% 감소하였다.¹¹

○ 안전하지 못한 인공임신중절은 비단 개발도상국에서만 찾아볼 수 있는 것이 아니다. 의료기술과 제도가 뒷받침되는 선진국의 경우에도 경제력, 거주지역, 학력, 정보습득력 등에 따라 안전한 인공임신중절에의 접근성이 달라진다. 이는 결국 사회정의의 문제이다.

- 의료기술의 최첨단을 달리는 미국에서도 최근 인공임신중절로 인한 모성사망이 점점 늘고 있는데, 이는 의료보험에 가입하지 못한 사람들, 주로 히스패닉이나 흑인과 같은 유색인종에서 안전하지 못한 인공임신중절이 점점 늘어나고 있기 때문이다. 최근 발간된 논문에서는, 인공임신중절을 요청해서 시행받을 수 있었던 경우와 거부당한 경우를 비교했을 때, 후자의 경우 5년 후 빈곤과 실직을 겪고 있을 가능성이 더 높았다는 보고도 있다.¹²

- 우리나라에서도 2010 년 초 프로라이프의 인공임신중절 시술의사 고발 후 단속과 처벌로 인해 시술을 거부하는 병원이 늘면서 인공임신중절 비용이 수십 배 증가하거나 중국이나 일본으로 원정 인공임신중절을 가는 사례¹³, 인공임신중절을 알선해주겠다고 유인해서 성폭행을 한 사례¹⁴, 인터넷을 통해 가짜 인공임신

¹⁰ World Health Organization/European Regional Office (WHO/ERO) “European Health for All Database”, 2009

¹¹ Grimes, D. A. et al., “Unsafe abortion: the preventable pandemic” The Lancet 368, no. 9550 (2015): 1908-1919.

¹² Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States, February 1, 2018, 1-7, doi:10.2105/AJPH.2017.

¹³ [불법 시술 단속 강화에 ‘풍선효과’ 中-일로 ‘낙태 원정’ 간다] 동아일보 2010.4.8. <http://news.donga.com/Society/3/03/20100408/27425956/1&top=1#csidx29cb92a78fddfc2a0776bc6b2119168>

¹⁴ [낙태 도와주겠다'며 20 대 임신부 성폭행] SBS 2010.6.20. 뉴스 https://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1000760550&plink=COPYPASTE&cooper=SBSNEWSEND

중절 약을 유통시킨 브로커들의 사례와 근거 없는 임신중절 정보들이 난무했다. 이런 상황에서 청소년이나 저소득층 등 사회적 약자일수록 더 위험한 선택을 하거나 원하지 않는 출산을 하게 되고, 그것이 다시 이들의 사회경제적 지위를 더 저하시키는 결과를 낳는다. 법과 현실의 부조리, 빈부격차와 같은 사회적 조건 때문에 좌우되는 인공임신중절의 불평등에 대해, 사회정의와 건강권으로서의 인공임신중절권이라는 보편적 가치가 필요한 시점이다.

- 안전한 인공임신중절에 관한 2015년 WHO 가이드라인은 다음을 천명하고 있다. 인공임신중절과 관련된 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호해야 한다: 안전한 임신중절을 시기적절하게 받는 것을 방해하는 절차적인 제도적인 장벽을 철폐해야 한다: 보건정책들은 여성의 인권을 존중하고 보호하는 방향-여성의 건강 지표들을 향상시키고, 정확한 피임 정보와 기술을 제공하고, 특히나 저소득층, 청소년, 성폭력 피해자, HIV 감염인과 같은 취약계층의 특수한 요구를 충족시키는 방향이어야 한다.¹⁵

¹⁵World Health Organization. "Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed." WHO; 2012.

나. 인공임신중절의 의료적 측면

(1) 인공임신중절의 불법적 지위는 표준적이고 안전한 진료환경을 저해한다.

- WHO 발간자료와 산부인과학 매뉴얼에는 안전한 인공임신중절방법에 대한 분명한 임상지침(cinical guideline)이 존재한다. 전 기간 약물적 임신중절이 가능하고, 6~14 주에는 흡입술(Vacuum aspiration)이, 12 주 이후부터는 D&E(경부확장 후 흡입술)가 권고된다.

<p>수술적 임신중절 방법에 대한 권고</p> <p>12-14 주까지 (99% 성공률) 흡입술과 약물적 임신중절이 모두 권고된다. D&C(경부확장 후 소파술)를 기준 시술로 하지 않도록 한다.</p> <p>12-14 주 이후 D&E 와 약물적 임신중절이 모두 권고된다. 의료기관은 가능한 둘 다, 최소한 한 가지 이상의 방법을 제공해야 한다.</p>
<p>약물적 임신중절 방법에 대한 권고</p> <p>9 주까지 (~9+0w, ~63 일) (90-98% 성공률) 미페프리스톤 200mg 을 복용한 후 24-48 시간 사이에 미소프로스톨을 사용한다. 미소프로스톨을 질 내 삽입, 설하복용 시에는 800 μg 사용 미소프로스톨을 경구복용 시에는 400 μg 사용 7 주이내(49 일) 사용 시에는 질 내 삽입, 설하복용, 경구복용 모두 가능 7+1~9+0(63 일) 사용 시에는 질 내 삽입 또는 설하복용</p> <p>9~12 주까지 (63~84 일) 미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48 시간 사이에 미소프로스톨 800 μg 을 질 내 삽입한다. 이후 임신산물이 배출될 때 까지 3 시간 간격으로 미소프로스톨 200 μg 을 최대 4 번까지 질 내 또는 설하투여 할 수 있다.</p> <p>12 주~24 주 사이 (84 일~) 미페프리스톤 200mg 을 복용한 이후 36-48 시간 사이에 미소프로스톨 800 μg</p>

을 질 내 삽입하거나 400 μ g 을 경구투여한다. 이후 3 시간 마다 400 μ g 을 질 내 또는 설하 투여한다.

24 주 이후

자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다.

미페프리스톤을 구할 수 없는 경우 약물적 임신중절 방법

12 주까지 (~84 일) (75~90% 성공률)

미소프로스톨 800 μ g 을 질 내 또는 설하투여한다. 이후 3-12 시간 간격으로 미소프로스톨 800 μ g 을 3 번까지 투여할 수 있다.

12 주 이후 (84 일~)

미소프로스톨 400 μ g 을 질 내 또는 설하투여한다. 이후 3 시간 간격으로 미소프로스톨 400 μ g 을 총 5 번까지 투여할 수 있다.

24 주 이후

자궁이 프로스타글란딘에 더 민감해지므로 미소프로스톨 용량을 줄여야 한다. 구체적인 용량은 연구된 바 없다.

- 인공임신중절이 법적으로 제한되는 상황에서, 여성의 건강권은 미시적인 부분부터 거시적인 부분까지 모든 순간 제약을 받는다. 이하의 사례들은 우리나라를 포함해서 엄격한 낙태법이 적용되는 나라들에서 공통적으로 보인다.
 - 여성들은 비밀유지를 위해 의무기록을 남기지 않아 의료사고의 책임을 물을 수 없도록 강요당하거나, 부당하게 높은 비용을 청구당하거나, 완전히 회복되지 않은 상황에서 집으로 돌려보내진다. 인공임신중절을 알선한다는 명목 하에 사기를 당하거나 성폭행을 당하는 경우도 있다.
 - 의료인 역시 인공임신중절을 시행하는데 체포와 기소를 각오해야 하므로 위험 부담의 명목으로 비용을 올리게 되고, 합병증과 후유증에 대한 대처, 상급의료 기관으로의 의뢰는 소극적일 수밖에 없다.
- 불법을 전제하고 일정 사유만 예외적으로 허용하는 낙태법 하에서는, 허용사유를 증명하기 위한 부수적인 시간과 노력, 비용이 소요된다. 현행 합법적으로 인공임신중절을 받을 수 있는 성폭력 피해자의 원치 않은 임신조차도, 피해사실을

피해자 본인에게 입증하게 하거나, 판결을 받아올 것을 요구함으로써 시술 시점을 지연시키는 문제들이 계속 발생하고 있다.¹⁶ 상술하였듯이, 인공임신중절은 시행하는 시기에 따라 그 시술법이 달라지며 시행시기가 늦어질수록 위험도가 증가하므로, 허용되는 범위를 설정하고 이를 증명하기 위해 시간을 지체시키는 것은 의료적으로도 의료윤리적으로도 적절하지 않다. 따라서 본 단체는 모자보건법 상의 사유 추가가 아닌, 형법상의 낙태죄 폐지 및 비범죄화라는 대전제를 찬성하는 바이다.

- 인공임신중절의 불법적인 지위로 인해 표준적 진료환경이 갖춰지지 않아 환자가 가능한 모든 선택지와 정보를 제공받을 권리가 침해되는 것 또한 문제이다. 인공임신중절이 불법인 상황에서 의료기관은 여러 차례 병원을 방문하지 않아도 되고 단시간에 수술을 받고 퇴원시킬 수 있는 수술적 방법을 선호하게 되고, 환자들에게는 약물적 방법의 선택지가 주어지지 않는 경우가 많다. 유산유도약 미페프리스톤은 1988년 개발되어 30년간 그 사용례가 축적되어 세계보건기구에 의해 안전성과 효과를 인정받았고, 마취가 필요 없다는 장점으로 개도국이나 낙후된 의료 환경에서 이점을 가지기 때문에 2005년에는 필수약품 목록에 등재되기까지 한 약물이다. 임신중절 성공률은 90-98%에 달하며¹⁷, 오직 1-2%에서 출혈이나 불완전유산으로 추가적인 수술적 치료가 필요할 수 있다. 약물적 임신중절은 7주 이전에는 수술적 방법보다 안전하고, 9주까지는 그 안전성이 확립되어 현재 66개국에서 식약처 승인 하에 사용되고 있다¹⁸. 우리나라는 사용여부 검토나 도입 논의가 한 번도 진지하게 고려된 적이 없을 뿐 아니라, 관련법상에서도 모자보건법에 '인공임신중절수술의 허용한계'라는 조항으로 수술적 임신중절만이 언급되어 있다. 새로운 의료기술의 도입 전에 그에 대한 사회적 수용성을 항상 고려해야 하겠지만, 안전한 진료환경에서 표준적 치료를 받을 권

¹⁶ [성폭력으로 인한 임신피해자, 어떻게 지원할 것인가] 자료집, 성폭력피해자 인공임신중절 지원방안 토론회, 2013.07.05. 국회 성평등정책연구포럼, 전국성폭력상담소협의회 공동주최

¹⁷ <https://www.plannedparenthood.org/learn/abortion/the-abortion-pill>

¹⁸ <http://gynuity.org/resources/info/list-of-mifepristone-approvals/>

리는 건강권이자 인권이며, 여성들은 의학 발달의 산물을 공평하게 누릴 권리가 있다.

(2) 인공임신중절은 표준지침대로 시행된다면 안전하고 위험을 거의 가하지 않는 의료시술이다.

- 약물유산이든 수술유산이든 응급실 방문이 필요한 합병증의 발생 비율은 1% 미만이다.¹⁹ 심각한 합병증이 생기는 경우만 아니라면, 자연유산 및 인공임신중절은 미래의 임신이나 전반적인 건강상태에 위협을 가하지 않는다. 인공임신중절을 받는 것은 유방암 위험성을 높이지도, 미래의 가임력을 떨어뜨리지도 않는다.
 - 2000-2009 년 사이 미국의 유산관련 사망률은 100,000 건 당 0.7 건이었다. 같은 기간 미용성형수술의 사망률 0.8-1.7, 치과치료의 사망률 0-1.7, 마라톤을 달리다 사망할 확률 0.6-1.2 와 비교하더라도 이 수치는 결코 위험한 수치가 아니라는 것을 알 수 있다.²⁰
 - 8 주 이내의 이른 주수에 시행되는 약물유산의 경우에는 그 안전성이 훨씬 높아진다. 지난 16 년간 미국의 미페프리스톤 관련 합병증 발생비율은 0.05%, 사망률은 10 만 명 당 0.6 건이었다. 같은 기간 출산관련 모성사망률은 10 만 명 당 9 건이었다.²¹
- 인공임신중절은 의료시술의 일환이며, 표준 가이드라인을 잘 따른다면 매우 안전한 과정이다. 안전하고 표준적인 시술을 제공하는 것은 의료인의 의무이다. ‘낙태죄’야말로 의료시술에 불법적인 지위를 부여하여 여성들이 위험한 시술

¹⁹ Ushma D Upadhyay et al., “Incidence of Emergency Department Visits and Complications After Abortion,” *Obstetrics & Gynecology* 125, no. 1 (January 2015): 175-83

²⁰ Elizabeth G Raymond et al., “Mortality of Induced Abortion, Other Outpatient Surgical Procedures and Common Activities in the United States,” *Contraception* 90, no. 5 (November 1, 2014): 476-79

²¹ Cleland K, Smith N. “Aligning mifepristone regulation with evidence: driving policy change using 15 years of excellent safety data”. *Contraception* 2015;92:179-81.

을 받도록 방조하고, 의료인의 의무를 방기하게 만드는 주범이다.

(3) 인공임신중절이 정신과적 장애를 남긴다는 증거는 없으며, 안전한 시술을 낙인 없이 받을 수 있을 때 정신건강이 더 증진된다.

- 인공임신중절에 관한 오해 중 하나는 여성에게 우울증 등의 정신과적 후유증 혹은 장애를 남길 수 있다는 믿음이다. 소위 ‘낙태후증후군’이라고 명명하기도 하는데 이는 낙태반대론자들이 고안한 주장일 뿐 정신의학계에서 공식적으로 채택된 진단명이 아니다. 인공임신중절이 정신건강에 미치는 영향에 관해 신뢰할 만한 연구결과들이 국외에 축적되어 있는데, 인공임신중절자체가 정신건강에 부정적인 영향을 미친다는 근거는 희박하다.
- 2008년 미국정신의학회(APA)는 인공임신중절과 정신건강 문제에 대한 태스크포스(APA Task Force on Mental Health and Abortion)를 꾸려 1989년 이후 출간된 관련 논문을 수집하여 심층적으로 검토했다. 그 결과 계획되지 않은 임신을 한 성인 여성이 조기임신중절을 한 경우 출산을 한 경우와 비교해 정신건강 문제의 상대적 위험은 더 크지 않다는 것을 확인했다.
- 이 연구는 또한 인공임신중절 후 부정적인 심리적 반응을 예측할 수 있는 몇 가지 요인을 확인했다. 그 요인들은 인공임신중절에 대한 낙인, 인공임신중절에 대한 비밀 유지의 필요성, 인공임신중절 결정에 대한 사회적 도움이 낮은 상태, 이전의 정신과적 병력, 낮은 자존감과 같은 성격요인 등이 포함되었다.²² 인공임신중절 자체는 문제가 없지만 인공임신중절에 대한 사회적 낙인이나 인공임신중절의 범죄화로 인한 비밀 유지의 필요성 등이 오히려 인공임신중절을 경험하

²² Brenda et al., “Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion” American Psychological Association, 2008

는 여성에게 부정적인 심리반응을 유발하는 요인이 되고 있음을 주목할 필요가 있다.

- 원치 않은 임신은 그 자체로 부정적인 심리반응을 유발하게 되지만 인공임신중절을 선택한다고 해서 정신건강에 문제가 유발되는 것은 아니라고 볼 수 있다. 오히려 인공임신중절을 선택할 수 없을 때 여성은 부정적인 심리반응을 다시 경험한다. 2017 년의 연구에 따르면 인공임신중절을 받은 여성에 비해 인공임신중절을 거부당한 여성들이 불안감, 낮은 자존감, 삶의 만족도 저하와 같은 부정적인 심리경험에 처할 위험이 더 높았다.²³
- 원치 않은 임신에 대해 인공임신중절을 시행한 여성이 가장 흔하게 보고하는 감정은 안도감이다. 슬픔 등의 부정적인 감정도 보고되지만 삶의 다른 일반적인 사건과 마찬가지로 특별한 조치 없이 시간이 지남에 따라 경감된다. 미국의 2015 년 연구에 따르면 연구에 참여한 여성의 99% 가 인공임신중절을 결정한 것을 후회하지 않는다고 보고했고 압도적 다수가 3 년이 지난 시점까지 추적했을 때에도 옳은 결정이라고 느꼈다.²⁴ 2000 년의 연구에서도 72% 의 여성이 인공임신중절 후 자신의 결정에 만족했다고 보고했다.²⁵
- 결론적으로 인공임신중절이 정신건강을 위협한다는 주장은 근거가 없으며 인공임신중절을 안전하게 선택할 수 있고 적절한 지지를 받을 때, 사회적 낙인으로 부터 자유로울 때 원치 않은 임신을 한 여성의 정신건강은 더욱 증진될 수 있다.

²³ Biggs et al., “Women’s Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion A Prospective, Longitudinal Cohort Study”, JAMA Psychiatry. 2017 Feb 1;74(2):169-178.

²⁴Rocca et al., “Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study” PLoS One. 2015 Jul 8;10(7):e0128832

²⁵B Major et al., “Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion”, Arch Gen Psychiatry. 2000 Aug;57(8):777-84

다. 인공임신중절 환경 개선을 위한 제도적 측면

(1) 인공임신중절 비용 보조 및 공공기금 투입이 필요하다.

- 인공임신중절이 합법화되어 있는 대부분의 국가들에서는 인공임신중절 시술이 공공재원에서 지원된다. 비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용차이가 얼마인가, 국가가 비용을 부담하는가 또는 비용이 개인의 책임인가라는 문제는 의료 이용 접근성과 직결되기 때문이다.
- 아래 표를 참고하면, 총 34 개국에서 인공임신중절 비용이 전액 공공의료시스템 하에서 무료로 제공되고 있다. 이 외에도 공공병원에서 더 저렴하게 시술을 제공하는 방식으로 일부 재정부담을 제공하는 국가, 공공보험에서 보험적용이 되어 개인이 일정비율만 본인부담하면 되는 국가, 저소득층과 청소년에게 비용지원을 하는 국가, 사유에 따라 제한적으로 비용을 지원하는 국가들까지 생각한다면 총 69 개국이 전액 또는 일부 비용을 공공재정에서 부담한다.²⁶

무료 (34)	정부 또는 공공기관 재원 (21)	오스트리아, 아제르바이잔, 바베이도스, 덴마크, 에티오피아, 그리스, 가이아나, 인도, 이탈리아, 카자흐스탄, 멕시코(멕시코시티만), 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 러시아, 남아공, 튀니지, 우크라이나, 영국, 우즈베키스탄, 잠비아
	건강보험 재원 (13)	벨기에, 캄보디아, 캐나다, 쿠바, 프랑스, 홍콩, 아이슬란드, 룩셈부르크, 네덜란드, 북한, 슬로베니아, 스페인, 우루과이
일부 보조 (25)	특정 연령의 경우 보조	아르메니아, 불가리아, 몰도바, 몽골
	저소득층의 경우 보조	아르메니아, 독일
	건강상의 이유일 경우 보조	불가리아, 에스토니아, 독일, 헝가리, 이스라엘, 리투아니아, 몰도바, 몽골, 루마니아, 슬로바키아, 터키
	기혼여성의 경우 보조	중국

	정부가 일정비율 부담	벨리즈, 케이브베르데, 에스토니아, 핀란드, 헝가리, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 스위스, 투르크메니스탄, 터키
	건강보험에서 일정비율 부담	핀란드, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 투르크메니스탄, 터키
	민간기관보다 공공기관을 저렴하게 이용 가능	가나, 리투아니아, 몰도바, 모잠비크, 루마니아, 싱가포르, 슬로바키아
	특정 조건의 경우 보조	피지 (건강상의 이유, 성폭력, 근친상간) 체코, 라트비아, 마케도니아, 키르기스스탄, 바레인 (건강상의 이유) 크로아티아 (건강상의 이유, 성폭력) 벨라루스(건강상의 이유, 사회경제적 이유) 알바니아 (신체, 정신적 장애가 있을 때) 미국 (지역에 따라 다름)

- 자금 지원까지 하면 인공임신중절률이 더 높아질 것이라는 우려가 있을 수 있다. 그러한 반론에 적용할 수 있는 조사가 있는데, 2006년 메사추세츠 주에서 주(州)기금을 지원하여 건강보험 가입을 보조했다. 2004년 86%이던 건강보험 가입률이 2008년 94%까지 증가하였고, 인공임신중절 비용 역시 건강보험에서 보조하였다. 같은 기간 인공임신중절건수는 24,245 건 → 23,883 건으로 1.5% 감소하였다. 미국의 인공임신중절률은 인구감소와 함께 자연감소를 보이고 있었는데, 건강보험 적용이 인공임신중절률을 높이지 않았다는 결론이다.²⁷
- 한국의 경우, 현재 모자보건법상 허용되는 합법적인 인공임신중절에 대해서는 다음과 같이 수가가 책정되어 있다. 임신 8주 이내 81,080 원, 8주-12주 104,600 원, 12주-16주 126,870 원, 16주-20주 171,170 원, 20주 이상 213,680 원. 상기 논문에 따르면 한국에서 일부 비용보조가 되는 것으로 나오지만, 2004년 건강보험청구자료를 분석한 결과, 모자보건법상 허용되는 인공임신중절 건수는 총 14,939 건이었고 2005년 조사상 전체 인공임신중절 시술건을 342,433 건으로 추정한 바, 전체 인공임신중절 시술의 약 4.4% 가량만이 현행법상 합법적 시술

²⁶ Daniel Grossman et al., "Public Funding for Abortion Where Broadly Legal," *Contraception* 94, no. 5 (November 1, 2016): 453-60

²⁷ Patrick Whelan, "Abortion Rates and Universal Health Care", *NEJM* 2009.

이라고 할 수 있다²⁸. 그 외 음성적으로 시행되는 인공임신중절은 현재 주 수에 따라 50 만원에서 500 만원까지 자의적으로 책정된 시세에 따라 진행되고 있는데, 이는 전체 의료비 및 환자의 부담을 상승시키고, 정확한 통계 및 역학조사를 어렵게 한다. 건강보험과 공공재정에서 비용을 부담하는 해외 사례들에서, 우리는 인공임신중절을 의료서비스로 간주하고, 공공보건의 영역에서 국민건강권을 수호하는 것이 정부의 의무라는 교훈을 얻어야 할 것이다.

(2) 신뢰할 만한 인공임신중절 상담과 피임교육, 성교육이 필요하다.

- 계획하지 않은 임신임을 확인하는 순간부터, 여성은 수많은 선택의 기로에 놓인다. 아이를 낳을 것인지, 낳는다면 입양시킬 것인지 또는 본인이 기를 것인지, 인공임신중절을 하게 되면 언제 어디서 어떻게 해야 하는지, 시술의 부작용 및 고려사항은 무엇인지 등의 여러 선택지 중에는 개인이 혼자 결정하기 힘든 부분이 있고, 따라서 객관적이고 실질적인 정보와 지식을 제공하는 창구가 필요하다. 이 과정에서의 도움은 여성의 감정을 명확화하고 결정을 내리는 데 도움을 주는 방향으로 제공되어야 하며, 낙태법이 관대한 나라들로 알려진 서유럽 국가들에서 의무적(네덜란드, 독일, 벨기에, 슬로바키아, 이탈리아, 라트비아, 프랑스) 또는 선택적으로 국가에서 제공된다.
- 인공임신중절 이후에도 유산 후 건강관리 및 피임에 대한 상담(post-abortion counselling)이 필요하다. 특히 유산 후 2 주 이내 배란이 재개되기 때문에 피임의 필요성에 대한 강조 및 교육과 또 다른 원치 않는 임신을 예방하기 위한 적절하고 효과적인 피임법을 제공하는 것은 유산 직후에 바로 이루어질수록 효과적이다.²⁹ 그러나 인공임신중절이 불법지위에 있으면 전인적이고 통합적인 상담이 이

²⁸ 김해중 외, 인공임신중절실태조사및종합대책수립,보건복지부, 2005

²⁹World Health Organization. "Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed."WHO; 2012.

루어지기 어렵고, 이는 또다시 원치 않는 임신의 원인이 되는 악순환이 반복된다.

- 흔히 성교육과 피임교육이 낙태죄 폐지에 우선시 되어야 한다는 주장을 접할 수 있는데, 통합적인 성교육과 피임교육, 임신과 출산 / 인공임신중절에 대한 통합적인 상담과 정보제공체계의 제공은 인공임신중절 비범죄화의 필요조건이자 충분조건으로, 동시에 진행되어야 한다.

(3) 인공임신중절에 대한 의료인 교육과 관리감독, 실태조사가 필요하다.

- 인공임신중절은 ‘불법’이기에 산부인과 커리큘럼에서도, 임상실습에서도, 수련과정에서도 의료인에게 교육되지 않는다. 태아가 사망한 케이스나 자연유산, 일부 ‘합법적인’ 임신중절의 케이스밖에 접해보지 못하다가, 수련을 마치고 임상에 나가서야 인공임신중절의 실태와 최신지견들을 접하게 된다.
- 가장 안전하며 의료 인프라가 부족한 지역에서는 조산사나 자가로도 가능한 흡입술이나 약물적 임신중절을 의학교육에서 배울 기회는 없고, 자궁천공이나 유착을 일으킬 수 있어 사용을 줄이라고 권고하는 큐렛을 이용한 소파술이 아직까지 임상에서 시행되는 인공임신중절의 대부분을 차지한다. 2005년 보건복지부 보고서에 따르면 한국의 인공임신중절은 월경조절술(흡입술)이 21%, D&C(경부확장 후 소파술) 47%, D&E 32%, 약물요법 1%를 차지하고 있었다.³⁰
- 현재 어떠한 진료가 행해지고 있는지, 진료의 질과 위생/안전은 보장되고 있는지, 제대로 된 프로토콜과 가이드라인에 따르고 있는지, 부작용은 어떤 것이 있고 상급기관으로 이송체계는 제대로 마련되어 있는지, 의과대학과 학회에서 제대로 교육을 하고 있는지, 아무런 조사, 평가, 관리감독이 없는 상황이다. 낙태죄 때문에 음성화되어, 정부의 관리감독 책임도, 의료인의 자정능력도 미치지 않는 사각지대에 있는 것이다. 인공임신중절 그 자체가 아니라, 부족한 교육과 소홀한

³⁰ 김해중 외, 인공임신중절실태조사및종합대책수립,보건복지부, 2005

관리감독으로 인한 부적절한 의료행위로 여성의 건강은 위협받고 있다. 보건복지부는 의료행위에 대한 관리 평가의 의무를 다해야 한다.

III. 나가며

□ 낙태죄는 여성의 건강을 위협한다.

- 이상 서술한 모든 문제를 해결해 나가는 데 있어, 인공임신중절의 전면 합법화가 ‘유일한’ 답은 아닐 것이다. 통합적인 성교육, 피임교육과 적절하고 효과적인 피임법의 제공, 안전한 인공임신중절 표준진료지침의 도입과 확산, 의과대학과 수련과정에서의 인공임신중절 표준진료지침 교육, 신고와 모니터링 체계 구축 등 필요한 과업이 산적해있다. 세부적인 논의사항 - 주수 기준, 사유조항, 상담 의무화 여부, 건강보험 적용여부 - 들은 다른 나라들의 입법례 검토와 사회적 합의 및 전문가협의를 통해 차차 만들어 나갈 수 있을 것이며, 숙의와 시간이 필요할 것이다. 하지만 중요한 것은, 인공임신중절 비범죄화, 즉 낙태죄 폐지 없이는 여성의 재생산건강과 인권을 지킬 수 없다는 것이다.
- 우리, 인도주의실천의사협의회는 의료인으로서 여성의 건강권을 지지한다. 의학에 기반하지 않는 관념과 경험의 포장을 쓴 편견을 배척하고, 근거에 기반한 의학과 여성의 인권 : 건강을 추구할 권리, 몸에 대한 자율권을 가질 권리를 지지한다. 지금은 생명권과 선택권 같은 진공상태의 언어가 아니라, 눈 앞의 환자의 건강권을 이야기 할 때이다. 의료인은 선입견으로 판단하기보다, 의료적 도움을 필요로 하는 환자들의 해결책과 방법이 되어야 한다. 이는 인공임신중절 사안에 있어서도 동일하게 적용되어야 한다. 이러한 이유로 우리는 낙태죄 위헌소원을 지지하는 바이다.

참고) 해외 의료 단체들의 지침

I. 미국 산부인과 의사회 (ACOG :The American College of Obstetricians and Gynecologists)

□ 인공임신중절의 접근성 향상을 위하여 [Increasing Access to Abortion, 2017³¹]

안전하고 합법적인 인공임신중절은 여성의 보건의료에 필수적인 요소이다. ACOG 는 모든 여성들에게 양질의 재생산 건강 서비스를 제공하는 것을 지원하고 있으며, 인공임신중절에 대한 접근성을 개선할 수 있도록 노력하고 있다. 인공임신중절에 대한 접근성은 주 및 연방 정부의 제한, 의료서비스와 수련에 대한 공공 자금 조달의 제한, 오명과 낙인, 인공임신중절 시술자에 대한 폭력, 그리고 인공임신중절 시술자 부족으로 인해 위협 받고 있다. 법적 제한은 근본적으로 환자-의료인 관계를 방해하고 특히 저소득 여성과 의료소외지역 여성들의 인공임신중절에 대한 접근성을 제한한다. ACOG 는 인공임신중절은 여성의료의 필수적인 구성 요소로서, 인공임신중절 제약에 반대하고 접근성을 향상시킬 것과 인공임신중절을 주류화할 것을 요구한다.

- 공적 자금과 민간보험이 인공임신중절을 지원하는 것을 방해하는 Hyde 개정 조항을 폐기하라
- 인공임신중절 접근성을 저해하는 입법들을 멈춰라. 이들은 환자-의료인 관계를 방해하고 의료행위를 왜곡시킨다. 그 예들로는 원격의료 금지 / 약물적 인공임신중절 제한 규제 / 상담의무화로 인한 지연 / 특정 강의와 조건을 이수한 의사에

³¹Committee on Health Care for Underserved Women, "ACOG Committee Opinion No. 613: Increasing Access to Abortion.," Obstetrics & Gynecology 124, no. 5 (November 2014): 1060-65

계만 인공임신중절 자격을 주는 TRAP(Targeted Regulations of Abortion Provider) 법 등이 있다.

- 의대생, 수련의, 전문의들에 대한 교육과정에 인공임신중절에 대한 교육과정을 선택지로 제공하라. 그러할 자원을 제공하라.
- 1분기 약물 인공임신중절이나 흡입술을 적절히 훈련된 의료인(미국에서는 간호사나 조산사도 가능하다)들이 할 수 있도록 인력풀(Pool)을 늘려라.
- 병원과 의료진이 인공임신중절을 여성의 필수의료로 인식하고 제공하며 지지할 수 있도록 장애물을 제거하라. 지역사회 수준에서 통합적인 재생산 건강 서비스가 제공될 수 있도록 지자체가 노력해야 한다.

II. 미국 공중보건 학회 (APHA : American Public Health Association)

□ 인공임신중절을 제한하는 것은 인권을 침해하고, 재생산정의를 저해하며, 공중보건을 위협한다[Restricted Access to Abortion Violates Human Rights, Precludes Reproductive Justice, and Demands Public Health Intervention, 2015³²]

APHA 정책은 오랫동안 인공임신중절을 포함한 모든 범위의 재생산 관련 의료서비스에 대한 접근이 인간의 기본적인 권리라는 것을 견지해왔다. 국제 협약은 개개인이 인권으로서 언제, 몇 명이나 자녀를 가질지, 말지를 결정하는데 강요나 차별, 폭력 없이, 정보와 접근성을 가져야 한다고 지지한다. 재생산 정의 프레임은 인종, 성별, 또는 계급과 관련된 복합적인 경제적, 문화적, 구조적 불균형에 대한 인식을 높이고, 시정할 것을 요구한다. 공공 및 민간 부문의 합법적 인공임신중절에 대한 자금과 보상 범위에 대한 제한은 2010 년 이후로 미국에서 가속화되고 있으며 안전한 인공임신중절 서비스를 제공하는 것을 금지하거나 범죄화하는 법들이 입안되고 있다. 이러한 제한은 여성의 질병이환이나 사망 위험을 증가시키면서 인공임신중절 서비스에 대한 접근을 거부, 지연시킬 수도 있다. 그것은 또한 원하지 않는 임신을 유지하도록 여성들을 강요하고 빈곤해질 위험을 높이며, 시민으로서의 인권과 권리를 침해한다. 모든 정책, 경제적 평등, 사회 정의 및 인권에서 건강을 달성하기 위해서, 공중보건 정책의 방향은 여성들이 인공임신중절과 재생산 정의에 접근하는 것을 보호하고 도모해야한다.

³²APHA policy statement, “Restricted Access to Abortion Violates Human Rights, Precludes Reproductive Justice, and Demands Public Health Intervention” APHA policy statement, Nov 03, 2015

III. 세계 산부인과 학회 (FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics)

□ 비의료적 사유에 의한 인공임신중절의 윤리적 측면들[Ethical Aspects of Induced Abortion for Non-Medical Reasons, 1999³³]

- 인공임신중절은 착상 이후부터 태아가 독립적으로 생존하기 전(세계보건기구의 정의: 22 주 이상의 임신상태)에 약물 또는 수술로 임신을 중단하는 것이라 정의한다.
- 임신중절은 포상기태, 자궁 외 임신 또는 암과 같이 모체의 생명 또는 건강을 보호하기 위한 의료적 이유로 시행될 때 윤리적으로 폭넓게 정당화된다. 근친상간 또는 강간의 경우, 태아가 심각한 기형일 때, 또는 모체의 생명이 중한 질환으로 위협받을 때도 정당화된다.
- 사회적 이유로 인한 임신중절은 여성과 의료진 모두에게 윤리적 고민으로 논란거리가 된다. 여성들은 좋지 않은 결과를 최소화하는 결정을 내리도록 고민한다. 보건의료인들은 여성에게 서비스를 제공하고 안전하지 않은 중절을 피하면서도 동시에 생명을 보호해야 한다는 도덕적 가치로 갈등하게 된다.
- 조사 대상 국가들에서 전체 임신의 절반은 계획되지 않은 임신이었고, 그 중 반은 중절되었다. 이것은 특히 보건 전문가들에게 큰 걱정거리가 된다.
- 비의료적 사유에 의한 임신중절, 특히 임신 제3분기 내라 할지라도 적절하게 수행되면 만삭 분만보다 사실은 더 안전하다.
- 세계보건기구는 세계인구 중 매년 임신중절을 겪는 4 천만 명 이상 중에서 거의 반수가 위험한 임신 중절을 시술받고 있으며 이는 숙련되지 않은 시술자 또는 부적절한 환경에서 수행되기 때문이다.

³³FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, "ETHICAL ISSUES in OBSTETRICS and GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health," January 14, 2013, 1-148.

- 안전하지 않은 중절 이후의 사망률은 안전한 의료 환경에서 시행되는 중절에 비해 수배나 높다. 안전하지 않은 임신중절 이후 매년 7만 5천 명의 여성들이 사망하며 훨씬 많은 수가 평생 질병과 후유증, 불임 등으로 고통 받고 있다.
- 안전하지 않은 임신중절은 선사시대부터 폭넓게 시행되어 왔다. 오늘날 안전하지 않은 임신중절은 비의료적 이유로 인한 임신 중절을 엄격하게 제한하는 국가에서 주로 발생한다. 의료 서비스가 열악한 국가들과 여성이 자신의 생산력을 조절할 권리가 거부된 국가들에서 안전하지 않은 중절이 많이 이루어진다.
- 비의료적 이유에 의한 중절을 허용하는 법률을 제공하는 국가에서 임신중절로 인한 모성 사망률과 이환율이 현저하게 떨어졌으며 동시에 중절 건수도 더 늘지 않았다.
- 과거에는 임신중절이 대부분 수술로 시행되었으나 최근에 약이 개발되어 임신 초기에 안전하게 내과적으로 중절할 수 있게 되었다.
- 또 전통적인 피임법과 응급피임법 사용이 널리 보급되어서 임신을 미리 차단하게 되었다. 특히 응급 피임법은 착상 이전 시기에 효과를 발휘하기 때문에 임신 중절이 아니다. 그러나 일부 사람들은 이 방법도 수용하지 않고 있다.

권고사항

- 정부와 관련 기구는 여성의 권리, 지위, 건강을 개선하기 위해 노력을 기울여야 하며 교육(성교육 포함), 상담, 신뢰할만한 정보제공과 가족계획서비스를 제공하여 원치 않는 임신을 예방해야 한다. 임신중절이 가족계획의 한 방법이 되어서는 안 된다.
- 여성은 자신이 아기를 낳을지 말지 선택할 수 있는 권리를 가지며 따라서 법적으로 안전하고 효과적이며 수용 가능한 피임법을 제공받아야 한다.
- 정보제공 및 동의의 과정이 적절해야하며, 여성의 신체 자율성에 대한 존중과 안전하지 않은 인공임신중절을 예방할 의무를 고려했을 때, 안전한 인공임신중절을 제공하는 것은 의료인의 의무이다.

- 의료인을 포함한 대부분의 사람들은 임신중절 기술을 회피하려고 하며 여성의 상황에 비추어 최선의 선택이라는 판단을 후회하기도 한다. 일부 의사들은 어떤 상황이라도 중절은 허용되어서는 안 된다고 느끼기도 한다. 자율권에 대한 존중은 어떤 의사(또는 의료진의 일원)도 자신의 신념에 반하여 중절을 충고하거나 수행하도록 바라서는 안 된다. 그들의 경력이 그 결과로 편중되어서는 안 된다. 그러나 그런 의사들도 임신중절을 원칙상 반대하지 않는 다른 의사 동료들에게 여성을 의뢰할 의무를 가지고 있다.
- 여성을 상담할 의무가 있는 어떤 사회나 보건기구의 일원이라도 임신중절에 대해 자신과 다른 의견을 가진 사람들에게 그들의 종교적 또는 문화적 신념을 강제할 권리는 없다.
- 소수자에게는 매우 조심스럽게 상담을 해야 할 필요가 있다. 설명과 정보를 전제한 동의를 받아야 하며, 그들의 바람이 존중되어야 한다. 그들의 자격요건이 충분치 않을 경우는 부모나 후견인의 조언, 경우에 따라서는 재판정의 조언이 시술 결정을 내리기 전에 고려되어야 한다.
- 비의료적 이유로 인한 임신 중절은 비영리적인보건의료서비스에 의해 최선으로 제공되어야 한다. 임신 중절 후 피임 상담이 항상 제공되어야 한다.
- 요약하면, 공동체에서 여성은 적절한 상담 후 임신중절을 위한 내과적 또는 외과적 시술에 접근할 권리를 가지며, 보건의료인은 가능한 안전하게 서비스를 제공할 의무를 가진다.

IV. 세계보건기구 (WHO : World Health Organization)

□ 안전한 인공임신중절: 보건기구를 위한 기술과 정책 가이드 [Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2015³⁴]

매년 2 천 2 백만 건의 안전하지 못한 인공임신중절이 행해지고, 47,000 명이 사망하며 500 만 명이 합병증이나 장애를 겪고 있다. 이는 성교육과 가족계획, 안전하고 합법적인 인공임신중절이 가능하다면, 그리고 합병증에 대한 적절한 대응만 가능하다면 막을 수 있는 공중보건상의 부담이다. 거의 대부분의 선진국에서 본인 요청에 의해서 또는 사회경제적 사유만으로 안전하고 합법적인 인공임신중절을 받을 수 있고, 대부분의 여성이 서비스에 쉽게 접근할 수 있다. 반면 인공임신중절이 엄격하게 규제되거나 의료 환경 때문에 접근하기 어려운 나라들에서, 안전한 인공임신중절은 부유층의 특권이며, 위험한 공급자에게 의지할 수밖에 없는 저소득층과 소수자 여성이 직면하는 합병증과 사망은 그 사회의 사회경제적 정의의 문제이자 공중보건 문제이다.

보건의료 시스템 가이드라인

- 법적 범위 안에서, 안전한 인공임신중절 서비스는 모든 여성들이 쉽게 찾을 수 있고 감당할 수 있어야 한다. 이는 일차의료부터, 상급병원을 이용할 수 있는 이송의뢰체계까지를 포함한다.
- 인공임신중절과 관련된 정책과 서비스를 강화하기 위한 조치는 여성의 건강권과 인권 그리고 그 사회의 의료제공체계, 보다 광범위한 사회, 문화, 정치 및 경제적 상황에 대한 철저한 이해에 근거해야 한다.
- 국가 표준 인공임신중절 지침은 근거에 기반하고 정기적으로 갱신해야 하며 양

³⁴World Health Organization. "Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed." WHO; 2012.

질의 진료를 공정하게 이용할 수 있도록 필요한 내용을 제공해야 한다. 새로운 정책을 도입할 때는 근거에 기반하고 있어야 한다. 복잡한 제도개선 전에 지역에 기반한 파일럿 테스트를 소규모로 실시하여 순응도 효과성 데이터를 기반으로 범위 확장이 필요하다.

- 인공임신중절 의료인에 대한 교육은 그들이 국가 표준 지침에 따른 양질의 진료를 제공할 수 있는 능력을 가지고 있음을 보장해야 한다. 양질의 인공임신중절 의료의 질 관리를 보장하기 위해서는 지속적인 감독, 의료의 질 평가, 모니터링 및 평가가 필요하다.
- 인공임신중절 서비스에 대한 재원은 의료시스템 비용을 고려해야 하며, 이 비용은 필요로 하는 모든 여성들이 감당할 수 있고 쉽게 이용할 수 있어야 한다. 기존 의료 서비스에 안전한 인공임신중절 기술을 추가하는 비용은 안전하지 않은 인공임신중절의 합병증을 치료하는 비용과 비교하면 저렴할 것으로 보인다.

법, 정책, 인권측면에 대한 권고

- 인공임신중절과 관련된 법과 정책은 여성의 건강권과 인권을 보호해야 한다.
- 안전한 인공임신중절을 적시에 제공하는 것을 가로막는 규제나 절차, 제도를 제거해야 한다. 법적 자격이 있는 모든 여성이 안전한 인공임신중절 기술을 받을 수 있도록 하기 위해서는 규제와 정책을 통해 환경을 활성화하는 것이 필요하다. 정책은 여성의 인권에 대한 존중 및 보호를 이행하고, 여성의 건강 향상을 달성하고, 양질의 피임 정보와 서비스를 제공하고, 가난한 여성, 청소년, 성폭력 생존자의 특수한 필요를 충족하는데 맞춰져야 한다.