

경실련 전문가 세미나

피임, 낙태 정책 사후 응급피임약에 관한 정책방향

일시 | 2011년 4월 11일(수) 오후 6시

장소 | 홍익대 홍문관 8층 813호

프로그램

토론회

피임 낙태정책 사후응급피임약에 관한 정책방향

인사말

사회 이인영 / 홍익대 법학과 교수(경실련 보건의료위원장)

발제1 유럽각국의 낙태 접근과 여성건강 : 한국 낙태논쟁에 대한 함의
/ 정진주(사회건강연구소 소장, 이대 한국여성연구원)

발제2 여성 건강과 피임, 그리고 응급피임법
/ 고경심(산부인과 전문의, 인도주의실천의사협의회)

지정토론 사후응급피임약 의견 / 오성곤(의약품정책연구소, 전문위원)

유럽 각국의 낙태 접근과 여성건강: 한국 낙태논쟁에 대한 함의

정진주(사회건강연구소 소장, 이화여대 한국여성연구원)

발제 목적

- 가치관 중심의 낙태 찬성 혹은 반대 논쟁을 넘어 구체적인 정책 방향 및 제언을 제시하기 위해, 유럽 각국의 낙태관련 경험을 고찰한다.
- 지금까지 페미니스트 관점의 낙태 관련 연구들은 주로 윤리적, 법적 차원 또는 여성의 재생산권리 차원에서 진행되었고 해당 사회의 맥락 속에서 낙태의 과정, 낙태를 둘러싼 사회적 역학 및 그로 인한 여성건강에 대한 연구는 상당히 부족한 상황이다.
- 상대적으로 덜 알려진 유럽의 경험을 토대로, 각국의 낙태에 대한 접근이 어떻게 다르며 왜 그러한지, 상이한 낙태 접근과 법적 규제에 따른 정책들이 여성과 여성 건강에 어떠한 결과를 초래하였는지를 살펴봄으로써 우리 사회에서의 낙태 논쟁을 진일보시키는데 기여하고자 한다.
- 낙태에 대해 상이한 접근을 취하고 있는 국가로 낙태가 거의 전면적으로 금지되어 있는 아일랜드, 낙태가 허용되고 있지만 일정한 제약을 가지고 있는 영국, 피임을 포함한 예방에 주력하면서 낙태율이 매우 낮지만 안전한 낙태 또한 제공하고 있는 네덜란드의 세 나라를 사례를 선택하여 입체적으로 살펴보고자 한다. 이후 유럽 전체의 정책적 틀을 이끌어가게 될 EU의 낙태에 대한 접근방식을 검토한 뒤, 유럽의 역사적 경험이 한국 사회의 낙태 논쟁에 주는 함의를 제시한다.

유럽의 낙태경험

- 한 사회의 낙태 허용 여부는 사회적, 정치적, 경제적, 문화적, 종교적 요인 등에 따라 다양하게 나타난다. 유럽의 경우¹⁾ 여성의 생명을 구하기 위한 낙태는 대부분의 국가가 허용하고 있고 낙태에 대해 가장 허용적인 기준인 여성의 요청에 의한 낙태는 유럽 국가 중 70%에서 시행되고 있다 (Lazdane, 2005).

아일랜드

- 아일랜드는 여성의 생명이 위험한 상황(자살할 위험을 포함하여)일 경우에만 낙태가 허용되어 실질적으로 낙태를 전면금지하고 있는 나라이다. 아일랜드는 지난 20년 동안 낙태에 관해 5번의 투표를 해왔지만 낙태에 대한 법적 기준은 거의 변화되지 않았다. 아일랜드에서는 매년 70-80건의 낙태가 합법적으로 수행되고 있고 낙태를 위해 년 2,000명의 여성이 해외 - 주로 영국으로 - 로 떠나고 있다.²⁾ 또한 카톨릭 전통이 강한 아일랜드는 일반보건정책이 아

1) 유럽 내 낙태 기준을 보면 전체 국가 중 여성의 생명을 구하기 위해 96%, 여성의 신체적, 건강 유지를 위해가 90%, 강간 및 근친상간에 의한 임신시 87%, 태아장애 88%, 경제적, 사회적 이유 79%, 여성이 요청한 경우 69%로 나타났다.

2) 일부에서 해외로 낙태여행을 하는 여성이 6,000명이라는 보고도 있다.

닌 도시와 주(州)차원에서 피임의 “자연스러운 방식”만 지원하고 있어 피임 보급이 제대로 되고 있지 않다.

- 아일랜드의 낙태 금지의 역사는 ‘영국적인 것’과의 차별성 및 아일랜드인의 정체성을 유지하려고 하는 민족주의적인 성향(Irishness)과 관련이 깊다. 영국 식민지 시절에는 낙태가 영국적인 것이라는 이유로 아일랜드인의 정체성을 확보하기 위해 낙태금지의 필요성이 유지되었다(Oaks, 2002). 1980년대 이후 아일랜드 정부는 사회의 내부적 위계 질서를 유지하기 위해 ‘단일한 아일랜드인’의 가치를 지속적으로 주장하였고 낙태금지는 출산에 미덕을 둔 민족주의적 성향을 강제하는 과정의 일환이었다. 1990년대 말부터 아일랜드의 낙태금지에 대한 국제적 비난으로 인해 아일랜드 주류사회와 카톨릭은 낙태금지와 모성찬양을 위한 구체적인 비판대상을 잃고, 일에 중요성을 두는 중산계층의 여성에 두었다. 중산계층 여성은 아일랜드사회에서 여성의 고용이 증가함에 따라 다른 여성 집단에 비해 고용기회와 이로 인한 혜택이 더 많았던 집단이다. 이들은 일로 인해 결혼이나 임신을 연기하려고 했기 때문에 아일랜드의 전통적 문화 유지, 모성의 특권, 결혼과 가족생활의 반대세력으로 규정되었다.

- 아일랜드는 여성의 인권 특히 그 중에서도 재생산 권리가 전통적 문화와 국가 주권에 적대적인 것으로 간주되었는데 종교와 민족주의의 결합이 여성의 권리가 충분히 발현되지 못한 주요 요인이었다(Mullally, 2005).

- 그러나 아일랜드인 중에서도 낙태를 위한 여행비용과 낙태비용을 마련할 수 있었던 중산층 여성은 영국으로 낙태하러 가게 되었고 재생산에 대한 정보의 접근도 높았다(Fletcher, 2007).

- 아일랜드의 강력한 낙태금지로 인해 유럽사회에서 여성의 낙태를 도우려는 시민사회의 움직임이 있는데 가장 획기적인 것은 이동클리닉을 배에 설치하여 아일랜드 자국 내에서 실시할 수 없는 낙태 및 각종 피임예방에 대한 지원을 하고 있는 「이동하는 여성」(Women on Waves)의 활동이다. 2001년 「Women on Waves」가 배에서 재생산에 관한 서비스를 제공함.

- 이 사건은 전 세계적 관심을 불러 일으켰고 의료 서비스와 자기 선택권(pro-choice) 활동이 결합되는 사례로 꼽히고 있다. 특히 이 활동에서 얻은 점은 빈곤한 여성, 젊은 여성, 불안정한 이주신분을 가지고 있는 여성은 아일랜드의 낙태 금지법 하에서 가장 부정적인 영향을 받고 있다는 것이다.

영국

- 영국³⁾에서 낙태는 여성과 태아의 신체적, 정신적 건강에 위협이 있을 때와 여성의 사회경제적 요인으로 인한 필요성이 제기되면 허용되어 유럽의 많은 국가가 여성의 요청과 동시에 낙태를 허용하고 있는 것에 비하면 제한적인 낙태기준을 활용하고 있다.

- 영국에서 1967년 낙태법이 도입되기 이전 안전하지 못한 낙태로 인한 감염과 상해가 빈번하여 여성의 불임과 영구적인 건강문제를 발생하였다.

- 영국에서의 낙태법의 통과가 여성의 자기결정권을 존중하는 여성운동의 승리라고도 볼 수 있지만 여성의 권리를 증진시키기 위해서라기보다 공중보건문제의 대응으로서 낙태법이 통과된 측면이 강하다.

- 1967년 통과된 낙태법(Abortion Act)은 임신 28주까지 두 명의 의사가 여성과 태아의 신체적, 정신적 건강이 임신을 지속했을 때보다 낙태를 하는 것이 더 낫다는 것이 판단되면 낙태를 할 수 있도록 하였으나 1990년대 의료

http://www.guardian.co.uk/Northern_Ireland/Story/0,2763,993484,00.htm

3) 영국은 England, Wales, Scotland를 지칭함.

기술로 발달로 24주로 변화되었다.

- 낙태를 할 수 있는 임신주수의 단축은 초기 임신단계에서 수술이 아닌 다양한 **의료적 낙태(medical abortion)**⁴⁾를 보다 많이 사용할 수 있다는 것을 의미한다.

- 낙태는 점차 임신의 초기단계에서 시행되어 2003년 임신 13주 이내에 시행되었던 낙태가 87%였던 것이 2008년에는 90%로 증가하였고 임신 9주 이내 시행된 낙태는 58%에서 73%로 증가하였다. 낙태는 NHS 산하의 의료기관에서 주로 시행되어 2003년 80%에서 2008년 90%로 증가하였다. 낙태의 유형도 변화하여 의료적 낙태(medical abortion)가 2003년 13%였던 것에 반해 2008년 37%로 증가하였다.⁵⁾ 전체적으로 영국에서의 낙태는 임신 초기단계의 낙태가 증가하고, 국가가 지원하는 병원에서 의료적 낙태가 증가하고 있다.

- 낙태의 절차: 두 명의 등록된 의사가 의학적 근거가 충족되었다는 점을 증명한 이후에 낙태가 가능하다. 위급한 상황을 제외하고는 낙태는 국립의료원, 사립병원, 개인병원, 혹은 다른 승인된 장소에서 행해진다. 배우자의 동의가 의료적 낙태의 필수조건은 아니다. 만약 의사가 여성이 원하는 낙태가 법적 기준에 충족된다고 확신하면 여성은 의사, 파트너, 가족으로부터 동의를 받을 필요는 없다. 특히 16세 이하의 청소년은 의사가 하는 치료가 해당 여성의 이익을 위한 것이라 것을 이해하고 동의할 만큼 성숙하다고 판단되면 부모를 포함하여 다른 사람의 동의 없이 낙태를 할 수 있다. 물론 이런 경우는 빈번하지는 않지만 이때 의사는 청소년을 지지하고 낙태과정 및 이후의 케어를 함께 해 줄 수 있는 성인을 구하도록 노력해야 한다.⁶⁾

- 익명성의 문제: NHS에 이름을 남기고 싶지 않은 사람은 민간기관에서 비싼 비용 지불해야 한다.

- 피임교육의 문제: 영국에서 낙태는 학교에서 보건과목 중 성교육이나 종교 과목에서 주로 다루어지고 있다. 낙태를 감소시키기 위해 영국에서는 학교에서의 성관계 및 성에 대한 교육을 특히 젊은 층을 대상으로 한 교육을 확대하고, 알코올·약물 남용과 효과적인 피임 사용간의 상관성에 대해 모든 연령대의 여성과 남성을 대상으로 한 교육을 확대하고 있으며, 농촌지역 등 소외된 곳에서의 서비스를 향상시키기 위한 혁신적인 방식의 피임과 성보건 서비스의 제공 및 직장과 학교에서 이런 서비스 접근의 향상, 바람직한 성관계에 대한 이미지 및 정보에 대한 미디어의 역할 증대 등이 요구되고 있다.

- 영국경험의 한계:

▶ 사회경제적 이유에 대한 판단을 해야 하는 광범위한 기준으로 설정되어 개별의사는 자신이 이러한 위험에 대한 판단을 내려야 하는 상황으로 여성의 권리가 제한적임.

4) 의료적 낙태는 비수술적인 낙태로 자발적인 유산을 유도하는 약을 단독 또는 혼합으로 사용하는 방법을 말한다.

5) <http://www.efc.org.uk/Foryoungpeople/Factsaboutabortion>

6) "Abortion: frequently asked questions". <http://www.mariestopes.org.uk>.

http://www.mariestopes.org.uk/Campaigning/Campaigns_%5e_advocacy/Safe_abortion.aspx.

7) 영국에서도 10대의 원치 않는 임신과 이에 따른 낙태가 심각한 수준이고 원치 않는 임신 이후에 재임신이 되는 비율이 증가하고 있어 이에 대한 대책이 촉구되고 있다. 최근 18세 이하의 여성임신의 절반은 낙태로 이어진다. 1991-2007년 동안 과거의 임신경력을 가지고 있고 다시 합법적 낙태를 한 20세 이하 여성의 낙태율은 동 기간 동안 0.080에서 0.115로 42%가 증가했고 한 번의 낙태이후 다시 낙태를 한 경우는 0.081에서 0.134로 68%가 증가하였다(Collier, 2009). 또한 아이를 출산한 10대가 다시 임신을 할 확률은 그렇지 않은 10대에 비해 8배가 높은 것으로 나타났다. 영국은 서유럽에서 높은 10대 임신이 발생하고 있는 국가이고 이들을 대상으로 하는 특별한 피임 정보 및 서비스가 필요하며 낙태이후 바로 상담을 통하여 낙태가 재발생하지 않는 정책이 필요하다고 보고 있다. 영국정부의 사회배제부서(Social Exclusion Unit)에서도 궁극적으로 원치 않는 임신 및 이후의 낙태를 감소시키기 위해서는 **특화된 대상의 피임서비스 및 정보가 가장 강력한 수단이 될 것으로 예측하고 있다.**

▶ 의사의 판단에 기초한 낙태허용은 여성의 원치 않는 임신에 대한 제한을 가할 수 있고, 낙태를 거부하는 의사를 만나게 되면 임신 초기에 여성의 건강을 유지하면서 낙태를 할 수 있는 기회가 줄어들게 된다. 또한 여성은 두 명의 의사를 찾아보기 위해 개인이 의사 쇼핑에 나서야 하고 두 명의 의사가 결정을 내려야 하는 시간적 제한이 없어 임신초기 낙태의 기회를 상실해 여성 건강이 악화될 가능성이 존재한다.....낙태의사 명단 마련/중앙시스템을 통해 의사확보하여 여성신청순으로 하려는 노력 중.

▶ 영국에서 낙태를 위해 2명의 의사에게 증명을 요구하는 시스템은 90%의 여성이 이미 첫 번째 의사방문전에 낙태를 결정한 상태이기 때문에 불필요한 절차가 될 수 있다.

▶ 낙태를 시행하는 산부인과 의사의 업무가 증가하면서 일반병원에서의 낙태는 전문성이 떨어지는 수련의가 하는 경향이 증가하고, 임신 중반기에 시행되는 D & E 기법(Dilation & Evacuation)⁸⁾에 대한 훈련이 제대로 되어 있지 않으며, 대체로 병원의 상급자들이 낙태에 대한 관심이 부족하여 적절한 서비스가 어려워지는 경향이 있다.

▶ 더욱이 낙태 이후의 케어는 낙태한 의사가 아닌 referral한 의사에게 주로 남겨지기 때문에 적절한 피임약 제공 등이 부실해질 가능성 존재.

▶ 대부분의 낙태가 NHS 병원이나 NHS 지원기관에서 시행되고 있어 비용 면에서 무료로 시행되고 있지만 케어의 질이 향상되어야 하는 문제를 안고 있다.

네덜란드

- 네덜란드는 여성의 요청에 따라 낙태가 전면 허용되어 있지만 매우 낮은 낙태율을 보이고 있고 동시에 계획되지 않은 임신을 예방하기 위한 피임이 발달된 대표적인 국가로 손꼽힌다. 네덜란드의 낮은 낙태율은 '피임의 천국'이라 불리는 네덜란드의 정책에서 연유한다. 1981년 낙태의 기준이 매우 수용적으로 변화되고 1984년 법적 효력을 발휘하게 되면서 네덜란드는 원치 않는 임신의 예방에 주력하면서 여성의 요청에 의한 낙태를 전면적으로 허용하게 되었다.

- 5-44세 여성의 낙태율은 1971년 61%였다가 1980년대 중반 낙태법이 도입되고 예방을 위한 사회적 인프라가 정착되면서 1980년 후반과 90년대에는 5%-6%대로 돌아섰다. 최근에는 이민자의 증가로 조금 증가한 상태임

- 네덜란드의 가족계획에 대한 연구(Ketting · Schnabel, 1980; Ketting · Visser, 1994)에 따르면 강력한 피임 - 주요 피임방법은 피임약과 임신계획중단 이후 피임목적의 불임 - 의 도입은 과밀 인구에 대한 염려, 자발적인 가족계획운동(가족계획 클리닉에서의 피임교육 및 피임도구 제공), 1차의료기관의 의료인(GP는 익명으로 서비스를 제공하였으며 10대에게도 부모의 동의를 받는 연령을 제한하지 않았고 특히 저소득층에게는 무료로 피임서비스를 제공)의 긍정적인 역할과 국민보건보험체계에 의해 영향을 받았다.

- 네덜란드 성개혁협회(NVSH)는 성애를 인간존재의 통합적 부분으로 보는 '긍정적인 접근'을 취하였고 조직은 급속도로 확장되었다. 접근성이 높은 워크인 클리닉(walk-in clinic)이 주요 모델이 되어 젊은 층이 대거 이 클리닉을 활용하게 되었다. 이 과정에서 1961년 피임약 생산이 시작되었고 1963년 피임약이 등록되어 광범위하게 사용되기 시작하였다.

- 네덜란드에서 실질적인 낙태가 실행되고 있었지만 낙태논쟁이 장기화된 이유는 선거권의 1/3을 차지한 기독교민

8) 임신 2단계(46개월)에 통상적으로 시행되는 외과적 수술로 우리나라에서 주로 시행되는 인공임신중절수술을 말한다.

주당이 자유주의나 사회주의와 연합정권을 형성하였기 때문에 기독교민주당의 종교적 성향이 공식적으로 낙태를 지지할 수 없었던데 연유한다. 따라서 이 기간 동안 실제로는 낙태가 여성에게 가능했지만 낙태에 대한 공식적인 합법화보다는 예방에 최선을 둔 정책이 막대한 재정적 투입으로 시행되었다.

- 피임을 포함한 원치 않는 임신에 대한 예방책으로 청소년과 대중을 대상으로 한 교육 및 미디어의 캠페인이 중요한 역할을 하였다. 카톨릭이나 기독교 학교에서도 성애와 피임에 대해 인식하고 교육을 시행했으며 모든 초등교육과 중등교육기관의 절반 정도에서 성교육이 실시되었으며 대부분 일반보건교육과목에 포함되었다. 교육은 도적적인 판단을 개입하지 않는 방식으로 **10대의 성애에 대한 긍정적 접근**을 시도하였다.

- 1977년 이래의 정책은 개인과 커플은 자유롭게 아이의 터울과 수를 결정할 수 있는 권리를 강조하게 되었다. 한편 피임의 결과 원치 않는 임신을 한 10대(15-19)의 원치 않는 출산이나 결혼, 낙태가 모두 감소하였다. 10대는 1974년 1,000명당 15.6 출산율을 보였고 이 중 강제결혼을 한 경우는 7.9, 결혼하지 않은 채 출산은 2.2, 낙태는 5.5였다가 1990년 1,000명당 8.1 출산율에 강제결혼은 1.5, 결혼하지 않은 채 출산은 2.6, 낙태는 4.0로 감소하였다 (Ketting, 1990). 이는 피임법 그 중에서도 구강피임약의 덕택이다.9)

- 네덜란드에서의 낙태는 현재 병원이나 인가받은 클리닉에서 시행되고 있다. 의료진은 여성이 임신으로 인해 고통(distress)을 받고 있는 경우에 낙태를 할 수 있다는 사실을 주지시키고 낙태가 조심스럽게 결정되어야 할 것을 상담하게 된다. 상담시 의료진은 낙태이외에 다른 방법에 관한 다양한 정보를 제공해야 한다. 상담이 끝난 후 여성은 5일간의 대기기간을 가짐으로서 자신의 결정을 선택하고 낙태를 하게 된다. 13주 이후에 시행되는 낙태는 여성의 건강에 다양한 침해를 발생시킬 수 있기 때문에 정부가 정한 특별한 기준을 충족시키고 승인을 받은 병원이나 클리닉에서만 시행할 수 있다.

- 네덜란드는 낙태를 '의료적 케어(medical care)'가 아닌 '필요한 케어'(necessary care) - 공동체의 일원으로 정상적인 참여를 할 수 있도록 해 주는 케어 - 로 규정하고 있다.

유럽연합의 입장: 모든 여성을 위한 '안전한 낙태'

- 2002년 유럽연합의회(EU Parliament)는 앤 반 리포트(Anne van Lancker-report)라고 불리는 결의를 통해 유럽연합의 국가가 안전하고 합법적인 낙태에 대한 접근도를 확대하고 불법적 낙태를 시행한 여성에 대한 처벌을 종식시킬 것을 결의한 바 있다. 또 2008년 4월 유럽심의회는 유럽의 47개 회원국에게 "안전하고 합법적인" 낙태권을 부여하고자 하는 결의문 초안을 결의¹⁰⁾하였다(Wurm, 2008).

- 이 결의문은 낙태금지 낙태를 감소시키는 효과를 낳지 않고, 낙태를 금지하는 것은 대부분 비밀리에 행해지는 낙태로 이어지며, 이는 여성에게 더 많은 정신적 외상을 일으켜 위험하다고 경고하였다. 또한 낙태가 합법적인 국가에서도 여러 가지 조건이 부여되어 안전한 낙태에 대한 효과적인 접근을 제한한다는 점을 주목하였다.

- 이 결의문은 낙태에 대해 과거보다 더 넓은 태도를 가질 것을 요청하였는데 낙태 전의 의무적인 대기기간(혹은 숙려 기간), 진찰 또는 상담이전에 필요 사항, 두 명의 의사의 동의와 같은 낙태 제한은 역효과를 낸다고 보았다.

9) 피임의 도입은 1990년대 중반 비용절감을 위한 보건부의 재정적 노력도 한 몫 하였다. 이미 콘돔이 그러했듯이 피임약도 카운터에서 판매하고 건강보험에서 지원하기로 되었다. 이로 인한 정부의 비용절감은 당시 년 \$4,500만 으로 추정되었다.

10) 폴란드를 포함한 몇몇 국가의 반대가 있었지만 심의회의회(the Parliamentary assembly of the Council, PACE)는 4시간의 논의 끝에 102대 69로 낙태가 불법이거나 제한적인 곳에서 낙태를 합법화할 것을 결의하였다

해당 결의문은 낙태에 소요되는 고비용, 위생적이지 않거나 불비는 시설은 "사실상의 낙태에 대한 비접근성"이라고 보고 있다.

- '안전한 낙태'를 위한 지원 및 접근도가 원치 않는 임신과 낙태를 감소시키기 위해서는 성관계에 대한 성인지적인 교육이 의무적으로, 그들이 원하는 환경에서, 연령대에 맞추어 실시되고, 원치 않는 임신을 피하기 위해서 여성과 남성이 합리적인 가격에 피임을 할 수 있는 방법이 도입되며, 적절한 성과 생식에 대한 건강전략들을 채택해야 한다고 결의하였다.

한국의 합의

- 여성의 선택이 주요, 의사는 행위의 조력자
- 저출산을 해결하기 위한 방안에 반대
- '낙태의 비범죄화'와 '안전한 낙태'

- 성애와 피임에 대한 남녀를 대상으로 한 연령대별 교육 제공.
- 원치 않는 임신이 되었을 때 여성에게 자신의 신체적, 사회적 환경에 대한 정리를 할 수 있도록 정보가 제공되어 선택을 지원
- 낙태를 결정하게 되면 되도록 빠른 임신주수에 낙태를 시행할 필요. 빠른 결정은 낙태로 인한 심리적 부담을 최소화할 수 있을 뿐만 아니라 수술이 아닌 방식으로 신체적 위험도 줄일 수 있음
- 낙태를 하기 전 의무적인 대기기한을 명시하는 것보다는 실질적으로 여성이 낙태를 빨리 안전하게 할 수 있도록 지원하는 체계가 필요
- 실질적으로 낙태 서비스의 질을 향상시키는 방법과 낙태 서비스를 감사(auditing)하는 체계를 마련???
- 원치 않는 임신을 예방할 수 있는 섹슈얼리티와 젠더관계의 변화, 피임약(기구)의 접근성 강화 등의 전략과 동시에 병행되어야 한다. 두 가지 길 - 여성의 요청에 의한 안전한 낙태와 원치 않는 임신의 예방정책 - 을 통해 건강한 여성과 사회가 재생산될 것이다.

여성 건강과 피임, 그리고 응급피임법

2011년 4월 11일, 홍익대

경실련 자문회의자료

산부인과전문의 고경심(인도주의실천의사협의회, 건강과대안 회원)

1. 여성 건강과 피임

피임은 하나의 독립된 행위라기보다는 성관계에서 남녀의 주도권과 성 결정권, 몸에 대한 지식, 의로서비스 접근도 등 다양한 사회적, 개인적 삶의 맥락 속에서 일어난다. 임신을 원치 않을 때 미리 방지하기 위한 피임은 여성의 재생산권(reproductive right)의 관점에서 보아야 한다. 여성의 ‘재생산권(reproductive right)’ 또는 ‘생식권’은 여성이 자신의 몸에서 벌어지는 성관계, 임신, 낙태, 출산, 양육 등에 대해 스스로의 선택과 책임을 가지는 주체로서 가져야 하는 권리이다. 권리가 권리로서 존재하려면 선택과 책임을 가지는 주체는 관련 행위들에 대한 정보와 지식들을 가질 수 있어야 하고, 또 관련된 문제가 발생했을 때 적절한 의료서비스와 치료를 받을 수 있어야 한다.

현재 100% 완벽한 피임방법은 없다. 따라서 여성이 (또는 남성과 함께) 이런 저런 피임을 시도했다라고 원치 않은 임신에서 완벽히 자유로울 수는 없다. 표 1에서 제시한 피임방법에 따른 피임실패율을 보면, 흔히 사용하는 살정제, 월경주기법, 체외사정, 남성 및 여성의 콘돔 사용의 경우도 일반적으로 15-29%의 높은 실패율을 보인다. 먹는 피임약도 실제 빠뜨리지 않고 복용하기 쉽지 않아 8%의 실패율을 보이며 영구불임수술을 하더라도 0.1%는 임신할 수 있다. 따라서 여성이, 또는 여성과 남성 모두가 피임에 노력하더라도 완전히, 그리고 안전하게 피임할 수 있는 방법은 없다. 더구나 피임법이 적용이 되지 않는 질환이나 조건을 가지거나 부작용이나 합병증으로 실패하는 경우도 많다. 따라서 여러 방법을 사용하여, 피임을 철저히 하더라도 불가피하게 원치 않는 임신이 되는 것이 현실이다. 만약 원치 않는 임신이 되었을 때, 우리나라 현행 모자보건법과 형법 상 사회경제적 이유로 인공임신중절이 허용되지 않기 때문에 문제가 더욱 심각해진다.

<표 1> 피임방법에 따른 피임실패율

	완벽한 적용 시 %	일반적 적용 시 %
피임하지 않음	85	85
피임약	0.3	8
임플라논(삽입)	0.05	0.05

자궁내장치(루프)	0.1 - 0.6	0.1 - 0.8
여성불임수술	0.5	0.5
남성불임수술	0.1	0.15
살정제	18	29
월경주기법	9	20
체외사정	4	27
남성 콘돔	2	15
여성 페미돔	5	21

2. 우리나라 여성의 피임 실태

1) 19-34세 여성 1000명 대상 피임연구회 조사

산부인과 전문의 모임인 피임연구회가 2008년 '세계피임의 날'을 맞아 전국 주요도시 19~34세 여성 1000명을 대상으로 실시한 '한국 여성의 피임에 대한 인식과 행태 조사'.

20~30대 여성의 44.5%가 '피임은 남성이 해야 옳다고 한 반면, 4.8%만이 '피임은 여성이 해야 한다'고 해, 피임의 주체에 있어 남성 의존성이 큰 것으로 나타났다.

또한 피임을 하지 않은 상태에서 성관계 후에는 '임신진단시약으로 임신 여부를 확인(62.4%)'하거나, '응급피임약(사후피임약)을 복용하겠다(30.7%)'고 답해 원치 않는 임신에 대해 무방비 상태임이 확인됐다.

피임 실천률을 살펴보면 성경험 여성의 약 66.2%는 성관계시 매번, 또는 (불가피한 경우를 제외하고는) 거의 항상 피임을 실천하는 것으로 답했다. 그러나 표면적으로는 높은 피임 실천률과는 달리 실제 실천하고 있는 피임법을 살펴보면 콘돔(27.6%)을 필두로 피임약(7%), 자궁내장치(7%) 외에 질외사정법(10.4%), 자연주기법(10.1%)을 자주 사용하는 것으로 꼽았다.

하지만 질외사정법과 자연주기법의 경우 피임실패율이 각각 4~27%, 9~26%)로 높아 피임 전문가들이 올바른 피임법으로 추천하지 않는 방법이다.

피임법의 피임효과에 대한 젊은 여성의 인식에서는 영구피임법(61.7%) 외에 자궁내장치(12.6%), 콘돔(11.8%), 피임약(9.5%)의 순으로 성공률 높은 피임방법이라 꼽았고 질외사정법과 자연주기법의 피임성공률이 가장 높다고 답한 사람은 각각 1.2% 및 0.8%에 그쳤다.

더욱이 이러한 피임 성공률이 낮은 피임법을 사용하거나 피임법을 거의 하지 않는 이유로는 '귀찮아서(21.8%), '피임법이 몸에 해로울까 봐(19.7%), '불임 우려 또는 태아에 악영향을 미칠까봐(12.7%)' 피임을 하지 않는 것으로 응답, 원치 않는 임신의 문제에 우려를 더했다.

또한 총 15문항으로 구성된 피임과 피임방법에 대한 지식을 측정해 본 결과, 평균 정답률이 34%밖에 되지 않아 조사대상 여성들의 지식수준이 낮은 것으로 나타났다. 특히 대표적인 여성 피임법이라 할 수 있는 먹는 피임약에 대한 지식수준은 '피임약을 장기복용하면 불임된다(89.4%), '피임약을 장기복용하면

기형아를 출산한다(83.6%)'고 답해 잘못된 속설을 맹신할 정도였다.

피임 관련 교육 여부를 묻는 질문에서는 조사 대상자의 52.4%만이 경험이 있다고 응답했고, 이 중 대부분(92.7%)이 중고등학생 시절 피임관련 교육을 받은 것으로 답했다. 이들이 경험한 학교 피임 교육의 유용성에 대한 평가는 3.61점(5점 만점)으로 이는 의료전문가(4.23점), 성교육 기관(4.23점), 심지어 부모(4.14점) 등 타 피임 관련 교육주체와 비교할 때 가장 낮았다.

이에 향후 피임 교육을 통해 강조돼야할 교육의 내용으로는 '다양한 피임방법'이나, '피임약/기구의 사용법'등 보다도 오히려 '피임의 필요성(63.1%)'을 가장 먼저 꼽아 근본적인 문제해결이 시급함을 시사했다.

2) 청소년 피임지식 조사

우리나라 청소년들 상당수가 여러 가지 피임법을 제대로 알지 못하는 것으로 나타났다. 2009년 다국적 제약기업 바이엘 헬스케어는 세계 피임의 날(9월26일)을 맞아 한국 청소년 200명(남녀 각 100명)을 포함한 15개국 3천200명의 청소년(15~24세)을 대상으로 피임지식에 대해 설문조사 한 결과, '다양한 피임법을 잘 모른다'는 한국 내 응답자가 68%로 15개국 중 가장 높았다. 조사 대상국 전체로 봤을 때 '피임법을 잘 모른다'는 응답은 27%였다.

또한, 알고 있는 피임방법의 수 역시 한국이 2.6개로 가장 적어 전 세계 평균(3.7개)과 1개 이상의 차이를 보였다. 이는 한국 청소년들이 다른 나라 청소년들에 비해 피임에 대한 다양한 정보를 갖고 있지 않음을 보여주는 것이라고 분석했다.

세계 청소년들 10명 중 6명(61%)은 피임 상담 시 가장 신뢰할만한 상대로 '의사'를 꼽았다. 한국 청소년들도 어머니(27%)나 선생님(21%) 보다 의사(61%)를 더 많이 선택했다.

이임순 피임연구회 회장은 "사회가 개방되고 청소년들의 성 의식은 높아져 가고 있지만, 학교나 의료 전문인을 통한 성교육은 형식적인 수준에 머물고 있는 게 문제"라며 "학교 보건교사나 산부인과 전문의 처럼 청소년들이 신뢰할 수 있는 채널을 통한 범국가적 교육시스템 정착이 시급하다"고 말했다. (연합뉴스)

3. 응급피임법(Emergency contraception)

피임을 미처 하지 못하였거나 성폭행을 당하였을 경우, 원치 않는 임신을 방지하기 위하여 사후에 응급으로 피임하는 방법

1) 호르몬 응급피임법

(1) 에스트로젠-프로제스틴 복합요법(*Yuzpe method*)

성교 후 72시간 이내(경우에 따라 120 시간 이내)에 먹는 피임약을 4알을 먹고 12시간 후에 다시 한번

더 먹는 방법.

과량의 에스트로젠을 복용하게 되어서 오심, 구토가 가장 많이 느끼는 부작용임. 따라서 이약을 먹기 전 구토방지약을 1시간 전에 먹는 것도 권장함. 만약 2시간 이내 토하면 다시 투약을 반복해야함.

(2) 프로제스틴 단독요법

현재 우리나라에서 시판되고 있는 노레보원(현대), 포스티노1(쉐링) 등으로 레보노게스트렐 (Levonorgestrel) 15 mg을 한 알을 한 번에 먹는 방법.

보통 24시간 이내 복용 시 피임성공율은 90-95%, 48시간 이내 85-90%, 72시간 이내 80-85%로 보고 있음.

프로제스틴 단독요법으로 인한 임신율은 1.1%에 비하여 상기 에스트로젠-프로제스틴 복합요법으로 인한 임신률은 3.2%로 단독요법 피임률이 더 우월한 편.

작용기전은 배란을 방해하거나 억제, 또는 자궁내막과 정자 침투와 난관의 운동성의 변화를 가져오는 것으로 추정함.

응급피임약은 일반피임약보다 농도가 5~6배 높다. 가장 흔한 부작용으로는 오심과 구토 등이 있다. 배란일 전에 응급피임약을 복용하면 배란이 지연되고 배란일 후에는 자궁내막의 환경을 변화, 정자 침투의 변화, 난관의 운동성의 변화를 가져와서 착상을 어렵게 하는 것으로 추정함.

3) 구리-포함 자궁내장치

성교 후 5일 이내에 구리를 포함하는 자궁내장치를 자궁내로 삽입하는 방법으로 피임이 가능하며 실패율은 1%로 보고됨. 산부인과에서 전문의에 의해 시행되어야 함.

4) Mifepristone(RU 486)

Mifepristone 10 mg 단독 복용하는 것으로 응급피임으로 효과가 입증됨. Yupze method보다 부작용이 덜하고 효과적임. 미국에서는 이 방법이 응급피임목적으로 허가되지 않는데, 미국에서 적절량이 제조되지도 시판되지 않으며, 가격도 비싸다는 이유.

우리나라도 아직 이 약이 허가되지 않아 산부인과 의사들이 처방하지도 못하고 시판되고 있지 않음.

4. 응급피임약(Levonorgestrel)의 일반의약품 판매(Over-the-counter: OTC)에 대한 논의들

* 비처방 의약품(OTC drugs): 미국 FDA가 위험성보다 이점이 크고, 남용 및 악용될 위험성이 적으며, 정확한 라벨이 되어있어 소비자가 전문 의료인의 도움 없이도 안전하고 효과적으로 자가 처방에 사용할 수 있는 약품들. 소비자의 편익을 증진시키고, 소비자 및 의료보험의 비용지출도 줄이는 효과 있다.

* OTC 약물 조건: 독성이 낮고, 남용이나 중독의 가능성 없고, 기형발생을 하지 않으며, 의학적 선별 검사가 필요 없고, 복용의 필요성을 스스로가 정할 수 있고, 용량이 일정 하며, 다른 약물과 중대한 상호작용이 없다.

특히 응급피임약은 성관계 후 72 시간 이내에 복용해야 하므로, 복용 시기를 놓치지 않기 위해서도 신속하게 구입할 필요가 있는데, 아직 우리나라는 전문의약품으로 분류되어 의사의 처방을 받아 약국에서 구입하도록 되어있다. 앞으로 응급피임약의 일반의약품 판매에 대한 요구가 절실하다.

* 다른 나라 사례들.

- 미국 응급피임약에 대한 OTC 시뮬레이션 연구 결과(2003): 0.75 mg을 12시간 간격으로 두 번 복용하는 방법으로 한 패키지에 2알의 약이 들어있음. 665명이 패키지를 설명없이 받았고, 540명이 복용했으며, 이 중 1.3%에서 부작용을 호소하였고, 6.6%가 label에 지시한 대로 복용하지 않았음. 10명이 본 연구 중 임신이 되었음. 기존의 연구와 큰 차이가 없으며 정보제공이나 상담 없이 여성들이 적절하게 사용할 수 있다고 보고.(Ob Gyn 2003, 102(1):1-2)

- 미국: 1999년 미국 FDA에서 이 방법을 승인하였음(Plan B: Levonorgestrel 7.5 mg 복용하고 12시간 후에 다시 1번 복용하는 방법). 안정성과 효과가 좋고, 특히 원치 않는 청소년 임신을 방지하는데 효과적이라고 미국산부인과학회와 미국소아과학회에서 수퍼나 약국에서 의사처방 없이 판매가 가능한 OTC에서 구입하도록 권고함(2005).

미국소아과학회: 미국의 10대 출산율이 다른 선진국에 비해 높다는 문제에 직면하고 청소년기의 원치 않는 임신과 그로 인한 건강상의 위험을 줄이는데 OTC 판매를 지지함.

2006년에 미국 FDA가 성인을 대상으로 OTC 약물로 승인함.

2009년 FDA는 17세 이상의 여성이 의사의 처방 없이 시장에서 구입할 수 있도록 허가함.

- 중국: 10년 이상 일반약 판매 중. 응급피임약 복용군과 비복용군에서 임신된 사례를 비교한 연구에서 두 집단 간 선천성기형이나 임신합병증 발병에 유의한 차이 없었음.(Hum Reprod. 2009, 24(7):1605-11)
또 다른 중국 상하이 지역 논문에서는 응급피임약 OTC 복용 후 자궁외임신 사례 2 건 보고(2003)

- 캐나다: 2005년부터 전역에 걸쳐 연령 제한 없이 약국에서 의사처방전 없이 구입 가능.

사후 응급피임약 관련 의견

- 의약품정책연구소
전문위원 오성곤

응급피임약(예 : 노래보정)은 사용목적과 복용법 특성상 일반의약품으로 분류 전환하는 것이 타당하다고 생각함.

그 이유는 아래와 같음.

1. 접근성 측면

- 1) 사후 응급피임약은 성관계후 가능한 한 빨리 (12시간 이내 권장), 늦어도 72시간(3일) 이내에 복용하여야 응급피임약 효과를 기대할 수 있음.
 - 예) 토요일 오후에 성관계를 하였다면, 월요일 오후면 48시간 경과함.
 - 원치 않는 임신의 경우 이 시기를 지나게 되면 결국 중절수술이나 미혼모 출산 등의 문제를 야기하게 되며, 중절수술의 후유증으로 이후 임신에 영향을 줄 수도 있음.

※ 참고 : 노래보정 용법·용량(사용설명서)

<p>1회 레보노르게스트렐(=levonorgestrel)로서 1.5mg을 복용한다.</p> <p>성교 후 최대한 빨리 복용할수록 효력이 높아진다. 따라서, 피임하지 않은</p> <p>상태에서 성교한 후에는 이 약을 가능한 한 빨리 (12시간 이내 권장), 늦어도 72시간(3일) 이내에 복용한다.</p>
--

- 2) 의사의 진단보단 소비자 자신의 판단으로 복용의 필요성을 결정하여야 함.

- 배란기의 성관계 당시에는 수정(임신) 여부를 확인할 수 없으므로, 결국 의사의 진료결과에 무관하게 소비자 자신의 판단으로 복용여부를 결정하는 특성이 있음.

2. 안전성 측면

1) 부작용이 경미함.

- 소화기 장애(구역, 구토 등), 두통, 현기증, 월경외 출혈 등의 부작용이 있을 수 있으나 대개 48시간 이내 사라짐.
- 여성호르몬제의 혈전증, 심혈관계 부작용 등은 피임약, HRT 등의 약물을 장기간 복용시의 문제이며(특히 Estrogen 성분), 노레보정 1회 복용으로 나타나지 않음.

※ 참고 : 노레보정 설명서상 부작용 관련 내용

<p>1) 구역, 구토, 하복부통, 피로, 두통, 현기증, 유방 긴만감, 월경과다, 월경외 출혈, 7일 이상의 월경지연, 설사</p> <ul style="list-style-type: none"> - 대개 이상의 부작용은 이 약 투여 후 48시간 이내 사라진다. <p>2) 이 약은 임상적으로 혈액 응고인자, 지질·탄수화물 대사에 현저한 변화를 주지 않으므로 혈전증 또는 심혈관계 질환의 병력이 있었던 환자에게 사용할 수 있다.</p>
--

2) 대다수 선진국에서도 일반의약품임

예) 미국, 영국, 프랑스, 호주, 캐나다, 벨기에, 핀란드, 스페인, 스웨덴, 노르웨이, 중국, 멕시코, 뉴질랜드 등에서 일반의약품으로 약국에서 판매되고 있음.
(참고 : World Self-Medication Industry, www.wsmi.org)

3) Levonorgestrel은 국내에도 이미 피임약에 복합되어 있으며, 피임약이 노레보정으로 오남용되는 현실임.(참고 : 유즈페법(Yuzpe))

참고) Levonorgestrel 복합 피임약

Ethinyl estradiol 0.03mg + Levonorgestrel 0.15mg

- 세스콘정™(크라उन), 미니보라정™(바이엘) 등

- 1회 10정 복용시 노레보정과 Levonorgestrel 함량은 동일해지나, 복용
의

필요성이 없는 Ethinyl estradiol 을 고량 복용하게 됨.

(자궁출혈, 편두통 등의 부작용 가능성)