



시민건강이슈 2022-10

PHI Issue Paper 2022-10

PHI
Issue
Paper
2022

성·재생산 건강 연속기획 I - 임신중지를 의료로서 보장하기

필진 || 김새롬 시민건강연구소 젠더건강연구센터
saerom@health.re.kr

박지원 시민건강연구소 회원

문주현 시민건강연구소 회원

양예슬 시민건강연구소 회원

오로라 시민건강연구소 회원

장은지 시민건강연구소 회원

출판일 || 2022년 10월 24일

펴낸 곳 || (사) 시민건강연구소
서울시 동작구 사당로13길 36, 2층
전화: 02-535-1848
팩스: 02-581-0339
누리집: www.health.re.kr
전자우편: people@health.re.kr
후원계좌: 하나은행 199-910004-60804
(사)시민건강연구소

(사) 시민건강연구소는 정부와 기업의 후원을 받지 않고 회원들의 후원금만으로 운영되는 비영리민간독립연구소입니다.

우리는 이 글에서 “의료”로서 임신중지의 과정과 특성을 찬찬히 살펴보고, 임신중지를 의료로서 보장하기 위해 어떤 과제들이 남아있는지를 파악하고자 했다. 이를 위해 의료서비스 제공자인 산부인과 의사들과 임신중지를 경험한 여성, 그리고 이들을 지지하며 재생산권 보장을 위해 노력했던 활동가들을 만나 이들의 이야기를 듣고 정리했다.

※ 본 글은 2020년 3월~9월에 걸쳐 함께 공부한 시민건강연구소 젠더건강연구센터 재생산정의 연구팀의 연구 결과를 정리한 것입니다. 임신중지와 관련한 자신의 경험을 나누어주시는 의료인, 활동가, 여성들에게 감사드립니다.



English Summary

Making Abortion Real in South Korea – PHI Series on Sexual and Reproductive Health and Rights I

We aim to explore the future task of the reproductive health movement and research securing women's right to abortion in Korea. To achieve this aim, we interviewed six obstetricians, 11 activists, and 11 women who had gone through abortion themselves in 2020, tracing the process of abortion as healthcare.

We found that abortion care has long been considered a service-that-exists-but-should-not-be-told issue for many healthcare providers due to its illegal status. The neglect of abortion care as a standard healthcare service left many ethical and practical problems unsolved, not to mention the quality of the service itself. Although many parents choose to terminate the pregnancy in the expected case of fetal anomaly, there is no reliable measure to ensure the informed-decision making of parents. In addition, we should consider the context of the active termination of a fetus with congenital anomalies in Korea. The research participants were concerned about two central underlying mechanisms. First, the commercialized technological advancement of the Korean obstetrical care market is the problem as it encourages more and more pregnant women to utilize high-tech antenatal screening tests such as NIPT. Second, disabling society that does not provide enough resources to live a dignified life for those with disabilities, making their family take the toll. From the provider's aspect, termination related to abnormal prenatal diagnosis tends to impose ethical strain and pressure on the healthcare providers.

Women who had gone through abortion shared their choice and healthcare utilization experience in Korea. Every woman used the surgical method, even though they wanted a medical abortion as they could not access reliable abortion medication. Abortion access, abortion care, and post-abortion care were nowhere near standardized processes, often making women feel miserable, anxious, and disrespected. Still, participants anticipated the change in the situation by speaking about their

experiences.

Activists claim that the cost of an abortion is still a massive problem for many vulnerable groups, especially adolescents and the poor. They contended for women-centered, dignified abortion care, which considers the distinct characteristics of sexual and reproductive healthcare needs. Activists demanded the government and professional organizations include abortion as essential healthcare in their policy and research. They also stressed that responding to the complex healthcare needs of vulnerable women should be prioritized.

According to our investigation, we suggest five tasks for the reproductive health movement and Korean society.

First, Abortion care should be considered an essential healthcare service. Therefore, the government should ensure the availability, accessibility, acceptability, and quality of abortion care.

Second, the government and professional organizations should put a special effort into supporting patient-centered consultation and informed-decision making on suspected congenital disabilities. Rather than being swayed by the over-represented late-term abortion by the pro-life politicians and advocates, we should gather the social resource to ease the burden put on women and providers who mull over the termination decision related to congenital disabilities.

Third, the government has to stop discriminating the pregnant women who do not choose to maintain the pregnancy to the childbirth. To ensure everyone's reproductive rights, the healthcare policies that selectively support would-be mothers should expand their subject to every woman who happens to be pregnant.

Fourth, discrete policy measures to unburden the abortion provider should be arranged. We should not rely on each doctor's goodwill and commitment but prepare for the patient-centered team of abortion providers.

Lastly, abortion care policy should consider social inequality, which hinders the accessibility of vulnerable groups – such as adolescents, the disabled, migrants, the poor, and rape victims.

1. 들어가며

2019년 4월 헌법재판소에서 의료제공자와 여성을 차별하는 형법 조항(일명 낙태죄)에 대한 헌법불합치 결정을 내렸다. 해당 조항은 입법부의 대안 입법이 이루어지지 않은 상태에서 2020년 12월 31일 공식적으로 효력을 잃었다. 그러나 2022년 지금까지도 임신중지¹⁾와 관련한 법·제도 규정이 공백으로 남아있다.

안전한 임신중지를 위한 입법과 제도를 마련해야 했을 위정자들이 자신들이 마땅히 해야 할 일을 수행하지 않는 시간 동안에도 한국을 살아가는 많은 이들은 계획하지 않은 임신을 하고 있다. 가장 최근의 정부 조사에 의하면 임신을 경험한 15~49세 여성의 17.2%가 임신중지를 경험했고, 2020년에는 약 3만 2천 건의 임신중지가 이루어졌다(한국보건사회연구원 보도자료, 2022.06.29.). 오랫동안 임신중지를 범죄로 처벌해온 사회에서 많은 이들이 임신중지를 보고하기를 꺼릴 것이라는 점을 고려하면, 정부의 이런 간접 조사는 대체로 예상되는 가장 최소한의 사건을 집계하고 있을 가능성이 크다.

시민건강연구소(이후 연구소)는 2018년 “모

두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동(이후 모낙폐)”를 비롯해 낙태죄 폐지를 요구하며 여성 건강을 위한 정부의 책무를 요구하는 여성계와 시민사회의 운동에 본격적으로 참여하기 시작했다. 2019년 젠더건강연구센터 개설을 시작으로 연구소는 여성 건강과 임신중지를 비롯한 여성의 성·재생산 건강과 권리에 대한 학습과 지식 생산과 확산을 주요 활동 의제로 삼아왔다. 2019년 연구소는 상근 연구원을 중심으로 내부 학습을 진행하고 이를 정리해 시민건강이슈 『임신중지와 재생산정의』를 발간했다(시민건강연구소, 2019). 2020년 상반기에는 연구소 회원과 구성원 총 12인이 참여하는 “재생산 건강체계 개선 연구팀”을 꾸리고 다각적 고민을 시작했다. 연구팀에서 우리는 지금까지 한국 건강영역에서 성·재생산 건강이 어떻게 논의됐는지 살펴보고, 한국 보건의료체계가 임신중지를 비롯한 여성 건강을 보장하게 하기 위해서는 무엇이 어떻게 변해야 하는지 고민했다. 처벌하는 법은 사라졌지만 보편적 보장을 위한 제도는 마련되지 않은 임신중지의 현황을 살펴보기 위한 인터뷰 등 질적 조사와 문헌 고찰을 진행하고, 이와 관련한 시민사회의 다각적 활동에 참여해왔다.

연구소가 2022년 하반기 발간하는 이슈페이퍼 『보편적 건강 보장을 위한 성·재생산 건강』 연속 기획은 이와 같은 공동 학습과 탐색의 결과다. 임신중지를 둘러싼 법과 제도의 변화가 교착상태로 멈춰 있기에 이슈페이퍼의 발간이 다소 늦어졌음에도 우리가 문제로 드러내고 개

1) 오랜 기간 한국에서 많은 이가 달이 차기 전에 태아를 모체에서 분리하는 일을 “낙태”라고 부르고, 이를 처벌하는 형법 조항을 “낙태죄”라고 불렀다. 이에 반해 여성의 재생산 권리를 옹호하는 한국의 연구자·활동가들은 이를 수행하는 의료인과 여성을 비난, 처벌하기 위해 부정적으로 활용되어 왔던 역사를 가진 용어로 “낙태” 대신 여성의 자기결정을 반영하는 개념으로 이를 “임신중지”라고 호명해왔다. 이 글에서도 이들의 뜻과 의지를 이어 여성 재생산권의 핵심 요소 중 하나인 자기결정에 따른 임신의 중단·중절을 “임신중지”로 쓴다. 문맥에 따라 임신중지를 위해 실행되는 의학적 술기를 지칭하기 위해 인공임신중절(시술)을 쓴다.

선을 요구하는 사안이 그대로인 상황이 대단히 유감스럽다. 이럴 때일수록 기성의 권력관계에 붙들린 채 만들어지는 좁고 협소한 지식을 넘어서기 위한 사람중심(people-centered) 관점의 지식과 서사가 중요하다 믿는다.

2. 우리는 무엇을 확인하고 싶었나?

1) 최근의 근거

『성·재생산 건강 연속기획』의 첫 번째 글인 이 글에서는 “**보건의료서비스로서 임신중지**”에 주목했다. 임신중지는 여성 인구집단이 가장 흔히 이용해왔던 의료 시술임에도 불구하고 법적 처벌에 대한 두려움과 사회문화적 낙인으로 인해 이와 관련해 여성들이 겪고 있는 어려움이나 제도적 문제가 온전히 논의되지 못했다.

우리는 헌법재판소 판결 이후 여성의 임신중지 경험과 그 과정에서의 어려움, 제도적 공백과 미비 등에 대한 보고를 추적하기 시작했다는 점을 긍정적으로 평가한다. 이는 주로 여성의 기본 인권으로 성적 권리와 재생산 건강을 이야기하기 시작해온 시민사회와, 여성 건강의 사회적 차원을 진지하게 고민하는 연구자들의 노력에 덕분이었다(모낙페, 2021; 김동식 외, 2021). 정부의 인공임신중절 실태조사 역시 임신중지의 기본적인 현황을 그려볼 수 있게 해주는 중요한 자료다(이소영 외, 2018; 변수정 외, 2022).

지금까지 발표되어 온 조사들은 주로 임신중

지를 경험한 여성의 자가 보고(self-report)를 중심으로 상황을 그려냈다. 이는 당사자 여성의 관점에서 임신중지 사건과 이에 수반되는 어려움을 파악할 수 있게 해준다는 점에서 중요하다.

낙태죄 폐지는 심리적 부담과 낙인을 줄였지만, 의료서비스 접근성을 개선하지 못했다

모낙페 조사에서는 낙태죄 헌법불합치 이후 여성들이 상대적으로 이전보다 한결 두려움이 덜 한 상태에서 임신중지 서비스를 요청할 수 있었고, 여성의 권리로서 임신중지를 이야기하는 사회 담론의 확산이 트라우마를 회복하는데 도움이 되었다고 말하는 이들의 목소리를 확인할 수 있었다(모낙페, 2021: 6-8p.). 그러나 모낙페 연구 참여자들은 임신중지 비범죄화(decriminalization)가 후속 입법과 보건 의료체계에서 공적 보장으로 이어지지 않는 가운데 의료접근성 개선은 이루어지지 않았다는 데에 의견을 모았다(같은 보고서: 9-11p.).

최근 5년(2016~2021년) 사이 임신중지를 경험한 여성 602명을 조사한 김동식 등(2021)의 연구 결과는 특히 임신중지에 대한 경제적 접근성이 더욱 낮아졌음을 보여준다. 이 연구에서는 근래 수술적 방법을 이용한 임신중지 비용이 빠르게 상승하였음을 확인할 수 있었다. ‘16~’17년에 수술적 임신중지 비용으로 지불한 금액에 대한 응답이 주로 40~80만원 사이에 몰려있었던 데에 비해, ‘20~21년에는 과반의 응답자가 80만원 이상을 지불했다고

응답했다. 예상할 수 있듯, 비용적 부담을 더 크게 느끼고 비용을 마련하느라 임신중지 시기가 지연되었던 이들은 더 어리고 소득수준이 낮은 여성들이었다(김동식 외, 2021: 59-69p.).

한국 여성들은 임신중지 후 높은 수준의 신체적·정신적 부작용을 호소한다

김동식 등(2021)의 연구에서 눈에 띄는 또 다른 측면은 한국 여성들이 임신중지 이후에 신체적·정신적 후유증을 호소하는 경우가 다른 국가들에 비해 매우 높다는 사실이다. 기존 연구에 따르면 북미와 유럽, 호주와 뉴질랜드 등 의료자원이 풍부한 고소득 국가의 의료기관에서 임신 1분기(14주) 내 수술적 임신중지(흡입술)를 시행했을 때 수혈이 필요 없는 중하지 않은 출혈 발생률이 0~4.7%, 입원 치료가 필요한 심각한 부작용 발생률이 0.5% 이하, 자궁천공과 같이 추가적인 처치나 수혈이 필요한 중증 부작용 발생률은 0.1% 이하이다(White, Carroll, & Grossman, 2015). 영국 NHS의 임신중지 안내 페이지에서도 14주 이전의 임신중지 후 출혈, 자궁천공, 패혈증과 같이 심각한 신체적 부작용이 발생할 확률이 1,000명 중 1명 수준으로 상당히 작다는 사실을 고지하고 있다(NHS Abortion, 2022.08.14. 접속).

반면 이 연구에서는 연구참여자 중 24.8%가 신체적 후유증을, 48%가 정신적 후유증을 경험했다고 응답했다.²⁾ 연구에서 활용한 부작용

에 대한 질문이 포괄적이었기 때문에 다소 다소 소할 수 있는 후유증까지 포함하는 높은 후유증 경험률이 보고되었을 수 있다. 그러나 신체적 후유증을 경험했다고 응답한 149명 중 60명이 의료기관을 재방문했고, 이 중 6.8%(전체에서는 1.7%)가 50만 원 이상의 추가진료비용을 지출했다고 응답했다는 점에서 한국 여성들의 높은 부작용 경험률을 확인할 수 있다. 정신적 후유증 경험자 역시 대다수(241명)는 의학적 처치를 구하지 않았지만 정신적 후유증과 관련해서 치료나 상담을 받았다고 응답한 참여자가 16.6%(전체에서는 8%)였다. 구체적인 정신적·후유증의 내용과 맥락을 파악할 필요가 있겠지만 한국에서 임신중절 서비스의 질(quality) 관리가 제대로 되고 있는지, 임신중지에 대한 사회문화적 낙인이 여성의 의료이용 과정에 부정적인 영향을 미치고 있는 것은 아닌지 확인이 필요한 대목이다.

주목해야 할 또 다른 사실은 한국에서 임신중절수술 후 후유증 보고율이 연령이 낮을수록 더 빈번했다는 것이다. 30대 이상에서 신체적 후유증 경험자는 19.3%, 20대 이하에서는 29.7%였고 19세 이전 임신중지 경험자 중 신체적 후유증 경험자는 40.7%였다. 정신적 후유증에서도 유사한 경향이 확인되었고, 특히 19세 이하 집단에서 정신적 후유증 경험률은

2) 김동식 등(2021)은 연구에서는 이를 다음과 같이 질문한다. “약물이나 수술 방법으로 임신중단 이후, 후유증이나 부작용을 경험하였습니까?”

- 신체적 후유증(자궁경부 무력증, 자궁천공, 골반 염증성 질환 등)

- 정신적 후유증(불면증, 우울증, 대인기피증 등)

응답은 예/아니오 둘 중 선택하도록 하였음



70.4%였다(같은 보고서: 73-74p.). 기혼여성 중심 여성건강 제도와 성에 대한 금기가 미혼의 10대, 20대 여성의 임신중지 접근성에 장벽으로 작동하고 있을 것이라는 예측이 드러난 결과라고도 볼 수 있다.

한국에서 임신중절을 받는 여성의 절대적인 수는 빠르게 감소하고 있다

정부가 주기적으로 시행하는 인공임신중절 실태조사는 한국의 인공임신중절 시술률이 빠르게 감소하고 있음을 보여준다. 2005년 가임기 여성 1,000명 당 29.8건이었던 인공임신중절률은 2010년에는 15.8건, 2016년에는 6.9건, 2020년에는 3.3건으로 줄어들었다. 인구구조 변화를 보정하지 않은 총 건수를 보았을 때에도 임신중절 건수는 2005년에 약 34만 건, 2010년에 약 17만 건, 2016년에 약 7만 건, 2020년에 약 3만 2천 건으로 빠르게 감소했다(변수정 외, 2021). 자가보고를 통한 실태조사의 추정치가 다소 과소 추정되어 있음을 고려한다고 하더라도 한국의 임신중절률은 꾸준한 감소 추세를 보여 왔고, 전 세계적으로 가장 낮은 수준의 임신중절률이라고 볼 수 있다.³⁾ 계획하지 않은 임신 중 일부가 임신중절로 이어지거나 출산으로 이어지며, 전체 임

신 중 자의적 종결로 이루어지는 비율이 사회에 따라 대체로 안정적으로 나타난다는 근거를 고려하면 출산율이 가장 낮은 국가인 한국에서 임신중절시술률 역시 낮은 것은 타당한 결과다.⁴⁾⁵⁾

한국에서 임신중절은 대개 임신초기에 이루어졌다

임신중절 수술을 받은 주수(week of abortion)에 대한 조사에서는 한국 여성들이 비교적 빠른 시기에 임신을 인지하고 임신중절 수술을 받고 있음을 보여준다. 2018년 인공임신중절 실태조사에서 응답자들이 수술을 받은 평균 주수는 6.4주, 2021년에는 6.8주였다. 전체 보고서가 공개된 2018년 실태조사를 기준으로 임신 1분기 이후를 의미하는 14주 이후에 수술을 받은 응답자는 전체 응답자의 4.2%였고, 20주 이후 시술을 받은 응답자는 0.6%였다(이소영 외, 2018: 233-234p.).

이와 같은 응답은 대체로 많은 여성이 임신 1분기에 시술을 결정한다는 사실을 보여준다. 다만, 자가보고를 통한 임신주수 추정은 일정한 편향을 보일 수 있음을 고려해야 한다. 의학적으로 임신주수(gestational age)는 임신으로 이어졌을 것으로 추정되는 성 행위나 수정란의 착상이 아닌 마지막 생리가 있었던 날을 기준으로 한다. 이 때문에 많은 여성이 임신주수에

3) 국제적으로 고소득국가의 임신중절률은 대체로 감소 추세를 보이고 있으나 한국의 감소 추세는 더욱 급격한 양상을 보인다. 미국의 경우 임신중절률은 2000년대 초반 가임기 여성 1,000명 당 17건 수준에서 최근에는 14건 정도로 감소했다. 구트마허 연구소의 국제비교보고서에서는 그 외 유럽 국가의 가임기 여성(15~49세)의 임신중절률을 프랑스(2015) 15건, 노르웨이(2015) 12건, 스페인(2014) 9건, 네덜란드(2014) 8건, 스위스(2014) 5건 수준으로 제시하고 있다(Singh et al, 2018)

4) 이 앞 단계에는 아직 한국 정부가 공식적으로 집계한 적이 없는 국민의 성 생활 및 미혼 여성의 단기적·장기적 출산 의향, 결혼 여부에 따른 피임실천률 등의 요인이 작용할 것이다.
5) 2016년 란셋에 실린 국제적 임신중지 현황과 추세에 대한 분석에 따르면 전체 임신 중 자의적 임신중지로 이어지는 임신의 비율은 국제적으로는 25% 수준으로 유럽 30%, 북미 17%, 아시아 28%로 추정된다(Sedgh et al., 2016).

대한 혼란을 느끼곤 하며, 임신 초기의 여성, 특히 임신 유지를 결정하고 산전진찰을 적극적으로 하지 않은 여성들은 임신주수를 실제보다 적게 응답하게 될 가능성이 있다. 임신 중반기 이후에는 병원에서 초음파를 이용해 태아 발달을 토대로 임신주수를 확인하기에 임신주수에 대한 착오가 줄어든다. 그러나 임신 초기의 자가보고 임신주수, 그 중에서도 산부인과 의료를 적극적으로 이용하지 않는 경우 임신주수를 과소추정하고 이에 따른 보고를 할 수 있기에 실태조사의 임신주수 추정을 해석하는 데에 있어서 주의가 필요하다.

2) 이 글의 초점

：“의료”로서 임신중지의 상황을 살펴보다

임신중지와 관련한 최근의 근거가 생산되는 과정에서 드러나듯 한국에서 임신중지의 실태는 여성의 자가보고를 통해 이루어지고 있으며, 이는 주로 사회 혹은 국가의 관점에서 하향식으로 파악되는 인구학적 사건으로 다루어진다. 기존의 조사나 연구는 보건의료서비스로서 임신중지의 특성 주로 결과로의 의료접근성(accessibility)에 집중한다. 누가 어떻게 병원을 찾거나 찾지 못했고, 그 과정에서 경제적 비용을 포함해 어떤 어려움이 있었는지 등이 중심이다. 물론 임신중지를 경험한 여성 당사자의 이야기에 주목하는 것은 무엇보다도 중요한 일이다. 다만 근래 임신중지 합법화 이후 이루어졌던 여러 조사에서 당사자의 입장과 어려움에 대한 논의가 비교적 상세히 다루어졌음을

고려해, 이 글에서는 “의료서비스”로서 임신중지의 과정과 특성을 보다 깊이 살펴본다.

또한 우리는 성·재생산 건강 보장을 위한 AAAQ 원칙(가용성availability, 접근성accessibility, 수용성acceptability, 질quality)을 준수하여 보장되어야 할 ‘의료서비스’로서 임신중지가 어떤 상황에 있다고 파악할 수 있을지에 대해서 보여줄 예정이다<그림 1>.



〈그림 1〉 사회적 권리보장의 AAAQ 원칙

AAAQ 개념들은 임신중지가 합법과 불법 중 어느 쪽인지에 대한 논쟁을 넘어, 여성 당사자의 필요와 인권에 기초한 성·재생산 건강 보장이 어떤 요소들을 고려해야 하는지를 포괄적으로 생각할 수 있게 해준다는 점에서 증거로서 의미가 있다(Germain, 2014).

국제적으로 원격의료나 내과적 의약품 복용을 통한 자가복용 임신중지(self-managed abortion)에 대한 근거가 활발하게 생산되고 있다. 반면 한국에서 임신중지는 젊은 여성들이 가장 흔히 겪는 의료서비스 중 하나임에도 이에 대한 임상적(clinical) 조사와 의료의 질

(healthcare quality)에 대한 평가가 거의 이루어지지 못했다. 대부분의 임신중지가 의료기관에서 이루어지고 있는 만큼, AAAQ 원칙이 설명하는 가용성과 접근성, 수용성과 질을 온전히 논의하기 위해 의료기관과 의료전문가의 협력이 필수적인 영역이지만 이에 대한 정치적·행정적·전문가적 리더십을 모두 찾아볼 수 없는 것과 관련이 컸다.

이에 우리는 기존에 한국에서 임신중지가 어떤 방식으로 제공되어 왔는지, 주요 서비스 제공자인 산부인과 의사들은 어떤 상황을 겪고 있는지, 어떤 고민과 난처함을 호소하는지를 파악하고자 했다. 임신중지 서비스를 이용한 여성들의 이야기와 여성인권과 재생산권 보장을 옹호하는 활동가들의 경험과 입장 역시 같은 관점에서 조사했다.

우리의 연구 질문과 결과는 마땅히 여성 건강을 위해, 그리고 지금까지 국가가 저질러 온 재생산 억압이 만들어낸 문화를 바꾸기 위해 적극적으로 대처해야 했던 정부의 무책임을 묻는 것이기도 하다. 정부는 헌법재판소 판결 이후 3년이 훌쩍 넘는 지금까지, 대체입법이 이루어지지 않았다는 이유로 제대로 된 대응을 하지 않고 있다. 우리의 탐색이 헌법재판소 판결 이후 지속되고 있는 현장의 어려움과 혼란을 방치하는 책임자들의 부작위가 구체적으로 어떤 고통과 어려움을 유지·재생산하고 있는지를 부분적으로나마 드러내고, 대안을 모색하는 운동에 기여할 수 있기를 바란다.

2) 연구 방법

우리는 한국에서 임신중지서비스를 받는 여성들이 어떤 상황을 경험하는지, 그 구체적인 과정을 파악하기 위해 2020년 5월~7월 사이 의료제공자, 의료이용자, 그리고 시민사회활동가 총 28명을 대상으로 면담을 진행했다(표 1). 임신중지를 하기까지 여성들이 겪은 문제들과 불법임에도 시술이 흔히 이루어지는 한국 의료체계의 상황을 고려해 AAAQ 측면에서 문제들을 확인하고자 했다.

면담참여자 중 의료제공자와 시민사회 활동가는 의도 표집(purposeful sampling)을 통해 모집했다. 임신중지나 여성의 재생산권에 대한 옹호 운동의 주역으로 낙태죄 폐지 운동을 이끌어 온 시민사회 활동가들을 만나 면담을 진행하고, 면담참여자를 소개받는 눈덩이표집을 진행했다. 의료제공자의 경우에는 임신중지시술과 관련된 직접 경험을 가지고 있고, 이를 근래의 정책 변화와 관련하여 이야기를 나누어줄 수 있겠다고 동의하는 산부인과 전문의를 직접 만나서 면담을 진행했다.

의료이용자의 경우 임신중지경험에 대한 면담참여자 모집 포스터를 제작해 여성들이 많이 이용하는 인터넷 커뮤니티 및 SNS 등에 연구를 홍보하여 참여자를 모집했다. 의료이용자들의 경우 임신중지서비스 이용자의 경우 익명성을 보장하기 위해 온라인과 전화 면담, 그리고 대면 면담 중 자신이 원하는 면담 방식을 선택할 수 있도록 했다.



〈표 1〉 연구참여자 특성

순번	면담일	특성
C1	2020.05.20	성과재생산건강과 권리 옹호 단체 활동가(2)
C2	2020.06.16	여성건강권 옹호 단체 활동가(2인)
C3	2020.07.27	장애여성단체 활동가(2인)
C4	2020.07.28	성폭력피해여성지원단체 활동가(2인)
C5	2020.08.04	청소년단체 활동가(2인)
C6	2020.08.05	청소년단체 활동가
P1	2020.05.07	산부인과 전문의, 대학병원
P2	2020.05.22	산부인과 전문의, 대학병원
P3	2020.07.02	산부인과 전문의, 일차의원
P4	2020.07.10	산부인과 전문의, 일차의원
P5	2020.07.14	산부인과 전문의, 전문병원
P6	2020.07.18	산부인과 전문의, 대학병원
U1	2020.07.18	화상 면담, 경기도 수원
U2	2020.07.18	전화 면담, 서울
U3	2020.07.20	전화 면담, 부산
U4	2020.07.20	전화 면담, 부산
U5	2020.07.22	전화 면담, 경기도 안산
U6	2020.07.23	전화 면담, 경남 진주
U7	2020.07.23	전화 면담, 대전
U8	2020.07.24	대담 면담, 서울
U9	2020.07.25	전화 면담, 인천
U10	2020.07.25	화상 면담, 대전
U11	2020.07.30	대담 면담, 서울

면담은 짧게는 45분에서 길게는 2시간까지 이루어졌으며, 모든 면담은 참여자의 동의 하에 녹음하고 이에 대한 전사록을 작성해 이를 분석했다. 연구는 강남차병원 연구윤리심의위원회의 심의를 거쳐 승인을 받았다(GCI 2020-05-004-004, 연구과제명: 한국 재생산 건강체계 개선방안 연구: 임신중지를 중심으로).

3. 연구 결과

1) 산부인과 의사들의 이야기

총 6명의 산부인과 전문의(대학병원 3인, 전문병원 1인, 1차 의료기관 2인)에게서 임신중지와 관련한 이야기를 들을 수 있었다. 이들은 전원 상대적으로 젊은 여성(20대~40대)이었는데, 이는 임신중지라는 정치적으로 첨예한 이슈를 연구의 취지를 설명하고 연구자의 요청에 따라 성·재생산 건강과 권리라는 관점을 공유하며 면담할 수 있는 면담참여자를 섭외하였던 것과 무관하지 않다.

임신중절 시술과 관련한 법적 부담은 형법상 낙태죄가 사라져도 여전히다?

의사들은 공통적으로 모든 산부인과 의사들이 임신중지 시술에 대한 법적 부담을 느낄 수 밖에 없고, 불법 또는 법적 무작위 상태가 혹시라도 발생할 수 있는 시술 후 부작용이나 분쟁으로 이어지게 되는 경우를 염두에 둔다면 위협이 더욱 커진다고 말했다.

형법상 낙태죄로 인한 처벌이 의사면허의 유지, 곧 생계와 직업적 명성과 직결되는 위협이라는 점을 고려하면 굳이 위험을 감수할 이유가 없다며 임신중지시술을 단호하게 거절한다는 동료의 입장을 전달하는 참여자도 있었다.

“[임신중절 접근성이] 악화된 게 프로라이프 이후. 저희 병원도 이후에 안 했어요. 신고 들어오면 의사를 고발한다고 했기 때문에, 위축이 되는 상황이었죠” (P4)

“다른 선생님한테 이걸 물어봤거든요 안 그래도 궁금해서 딴 사람 어떻게 생각하나. 저는 그냥 거절 못하는 성격이 어가지고 (웃음) 다 해주는데, 같이 일하는 선생님은 되게 딱 짜르는 성격이어가지고 [제 환자로] 첫째 낳고 둘째 낳은 사람도 셋째 임신해서 해달라고 하면 아니 이게 문제 되서 처벌을 당신이 받으면 해주는데 내가 받는다. 나는 이게 내 밥줄이고 딱 자른다고 하더라구요.” (P5)

형법상 낙태죄가 존치하던 시기 임신중지 시술 그 자체에 대한 처벌 우려가 컸다면, 산부인과 의사들은 형법상 낙태죄가 폐지된 이후의 책임에 대해서도 염려를 한다고 했다. 형법상 임신중지를 처벌하던 시기에는 진단을 했다고 하더라도 합법적 임신중지가 불가능하기에 책임 소지가 덜 했다면, 낙태죄가 사라지고 나면 산전 진찰에서 미처 확인하지 못한 태아의 손상이나 장애에 대해 보호자가 손해배상청구소송을 하거나 이를 빌미로 위협할 수 있을 것이라는 걱정이었다.

“낙태가 불법일 경우, 음성적 낙태 시술에 대한 법적 책임 문제도 있지만, 오히려 낙태 합법화 다음에 어떡하냐가 문제가 되거든요. 예를 들어 산전진찰에서 [장애/기형] 진단을 조기에 못했을 경우 환자들이 이제 가만히 있지 않거든요. 이 책임이 다 의사한테 오는 거고 고소하겠다고 하거나, 실제로 막 위협하는 경우도 있고...” (P3)

과거 장애아 출산 가능성에 대한 적절한 주 의와 추가적인 진단검사 방법에 대한 설명을 제공하지 않았다는 점을 이유로 의사의 과실을 인정하여 손해배상책임을 인정했던 판례(2005 가합4819 판결, 2006.12.06.) 등이 산부인

과 의사들 사이에서 널리 알려져 있고, 한국에서 의료 소송의 피고인이 되는 것이 그리 흔한 일이 아니라는 점에서 의사 사회에서 이러한 염려가 공유되는 것은 일면 이해할만한 일이다. 그러나 의료진을 상대로 하는 민사소송의 승소율이 1% 안팎에 불과하고, 원고 일부 승소율의 경우에도 약 20% 안팎에 그치고 있다. 의료소송이나 보복·협박에 대한 의사들의 우려가 실제 현실에 존재하는 위협인지, 혹은 과도한 우려인지에 대해서는 확인이 필요한 것이다.

더불어 법적 다툼에서 쟁점이 되는 것은 대부분 진단의 불확실성과 의료기술의 한계를 부당하게 의료인의 책임으로 돌리는 경우보다는 의사가 산모와 태아가 처하게 될 여러 가능성에 대해 설명 의무를 이행하였는지인 경우가 많다. 이러한 점에서 낙태죄 폐지 이후의 고소 위협이나 이에 대한 염려는 임신의 유지·종결 의사결정 과정에서의 책임을 의료인에게 부과하지 못하게 만들어야 한다는 주장은 다소 방어적인 것이기도 하다.

하지만 이보다도 더 큰 문제는, 산전에 장애나 기형이 진단되고, 산모가 임신의 종결을 요구하는 경우 의사가 어떻게 대처하는 것이 적절한지에 대한 공적 논의가 부재하다는 사실이다. 이제까지 태아의 선천성 질병으로 인한 임신중지는 그것이 불법이라는 이유로 의사와 산모 각자의 판단에 맡겨져 왔다. 소위 아는 사람들은 알지만 쉬쉬하며 공론화되지 않는 문제였다. 하지만 형법상 낙태죄가 사라진 지금, 이 문제는 오히려 더 본격적으로 공론화되어야 하



지 않을까? 태어나 산모에서 불확실한 건강 결과가 예상되는 복잡한 임신에서 어떻게 더 좋은 의사-환자 관계를 형성하고 환자중심적 의료서비스를 제공할 수 있을 것인지에 대한 건설적인 고민과 대안으로 이어질 필요가 있다.

낙태죄 폐지 이후 - 법·제도 변화에 대한 의료인들의 소극적 대응과 관심

낙태죄 폐지를 둘러싼 정치적 공방 과정에서 산부인과학회 등 적극적 여론주도자 의료인들이 적극적으로 입장을 표명해왔던 것과는 달리 일선 산부인과에서 법·제도 변화에 대한 관심은 높지 않았다. 헌법재판소에서 형법상 낙태죄를 폐지해야 한다는 판결이 이루어졌다고 하더라도 모자보건법 개정이 이루어지지 않은 상황에서 의료현장에서 임신중지 접근성을 중요한 문제로 놓고 적극적으로 대응하기는 어렵다는 판단이었다.

“교수님들은 사실 별로, 관심이 아직은 없어요. 의사결정자들이 헌법불합치 이후에 대해서 어떻게 해야 하는지 잘 모르는 거니까 이에 대해서도 어떻게 하자 이런 서도 없는거죠. 지금은 그냥 법대로, 법대로 해야 된다고 되어 있는 거고, 세부적인 거까지는 모르기도 하고, 관심도 없어요.. [면담자: 형법상 낙태죄 폐지 결정이 되었는데도 관심이 없어요?] 그래서 병원이 어떻게 해야 하는지, 이런 건 없잖아요? 있나요? 미디어에서 공표를 하거나, 보건복지부에서 뭘 이렇게 하라고 하기 전까지는 하던 대로 하는 거죠, 그냥 하던 대로.” (P2)

반면 가장 적극적인 반응은 “시장”에서 확인되고 있다. 한 연구참여자는 한국에서 임신중절

을 둘러싼 법·제도 변화에 가장 관심을 가질 만한 집단이 임신중절 서비스를 통해 창출되는 시장에 관심이 있는 병원 소유주일 것이라고 말했다(P4). 실제 형법상 낙태죄 폐지 이후 가장 가시적인 변화 중 하나는 온라인에 임신중절 수술 비용과 시술 여부에 대한 광고를 제공하는 의료기관이 나타나기 시작했다는 점이다.

“제가 만약에 개원가에 있었으면 별 생각이 없었을 것 같아요. 산부인과가 의사를 대표하진 않지만, 매일 진료를 보는 사람이기 때문에 돌아가는 대로 하는 의식 수준이었지 이 문제에 대해 심각하게 고민을 하지 않는 게 대부분이 아닐까. 병원 오너[소유자]라면 병원 수익과 관련해서 직결이 되니까 그런 고민을 하겠죠?” (P4)

“병원 경영상 할 수밖에 없는 상황이었고 병원 수입에 차지를 하는건데. (...) 수익 비율은 모르는데, 분만보다 훨씬 많았어요. 간단하고, 훨씬 이득이 되었죠.” (P4)

연구진이 온라인으로 임신중절, 낙태 등의 키워드를 검색했을 때 많은 의원이 홍보용 블로그나 홈페이지 비급여 수가 고시를 통해 임신중절술 가격을 홍보하고 있었다. 2020년 의료법 시행규칙 개정을 통해 모든 의료기관이 비급여 진료비용을 홈페이지 등에 공개하도록 하고 있는데, 일부 산부인과 병·의원이 이에 따라 과거의 모자보건법에서 허용하지 않는 임신중절 시술(주로 소파술)의 가격을 홈페이지, 홍보 블로그 등에 게시하고 있는 것을 확인할 수 있었다(그림 2). 이는 환자의 알 권리와 병의원을 선택할 권리를 보장한다는 차원에서 바람

직하지만, 최근 분만 건수가 줄어들면서 많은 산부인과 병·의원이 상업적 성격이 강해지면서 경쟁적으로 시술 비용을 홍보·공개한다는 점에서 우려스러운 측면이 없지 않다.



〈그림 2〉 임신중절 시술(소파술) 홍보물
(출처: A 산부인과 홍보 블로그)

체이상 위험도를 평가하는 선별 검사 (screening test)로, 여기에서 이상소견이 발견되는 경우 이후의 추가 확진 검사를 진행하게 된다.

이러한 과정에서 일정하게 태아의 건강 문제를 확인하고 임신 종결 결정을 하는 경우가 발생하고, 이들은 대체로 임신중기를 넘긴 시점에서 시술이 이루어지게 된다. 이는 법률적 상태를 떠나 사적인 재생산 결정의 윤리와 건강 측면에서 의료진과 산모 모두에게 상당한 부담이 되는 일이다.

“산전 진단 검사에서 태아 상태를 확인하게 되는데요, 트리플 퀴드 테스트[선천성 기형검사]에서, 확인이 되면 그때가 대부분 15주 넘는 상황이죠. 그럼 인제, 여기서 문제가 되는 거예요. 이게 무슨 의미고 어떻게 되는건지 설명은 하기는 하는데, 결국 어떻게 결정할지에 대해서는, 아무리 뭐 해도, 임신부가 알아서 결정을 하게 되는 거죠. 여기서 [임신중지가] 되는지 물어보기도 하고, 이제 다시 안 오고 follow up loss 되면, 아, 그렇게 결정했구나 하는 거.” (P2)

보건복지부가 관심을 가지고 해결해야 할 문제들
- 유전성 질환 등 태아의 건강 문제에 대한 산전 진단

한국에서 대부분의 임신중지가 임신 초기에 이루어지고 있다고 하더라도 의료인 입장에서 임신중기 이후의 임신중절은 매우 중요한 문제였다. 특히 임신중기 이후에 이루어지는 임신중절에 대한 고민이 컸다.

대부분 산모는 임신 1삼분기 말(11~13주) 태아 염색체이상에 대한 검사를 받게 된다 (quad, integrated, sequential test). 이들 검사는 산모의 혈액을 이용해 태아의 염색

지금은 효력을 잃은 모자보건법 제14조 낙태죄의 위법성 조각 사유에서 태아의 염색체 이상은 합법적 임신중절 사유가 아니었다. 이는 즉 형법상 낙태죄가 존치했던 시기 국가가 치명적인 염색체 이상이 확인되는 사례에서도 여성이 임신을 만삭까지 유지하고 분만 및 예정된 태아의 사망을 겪어야만 한다고 강제해왔다는 의미이기도 하다.

임신중지의 불법적 지위는 모든 부담을 결정을 내리는 당사자에게 지우며 이와 관련한 사



회의 책임을 부정하는 조치이기도 했다. 결국 태아의 염색체이상이나 중대한 장애가 예상되는 임신에서 임신중지를 결정하는 여성들은 처벌에 대한 공포와 더불어 이와 관련한 경제적·정서적 부담을 오롯이 홀로 져야 하는 상황이었다. 결국 태아의 건강 문제로 인한 임신 유지·종결 결정에 충분한 정보가 제공되는지, 정서적·경제적 지지가 필요한 것은 아닌지 등에 대한 논의는 시작조차 하지 못한 상황으로 남아있는 셈이다.

한국은 기형이 의심되는 태아에 대해 적극적인 임신중절 시술이 이루어지는 나라다

한국은 선천성 기형이 진단되거나, 장애를 가지고 살아가게 될 것으로 예상되는 태아에 대한 임신중지가 적극적으로 이루어지는 국가 중 하나이다. 대체로 주요 염색체이상(삼염색체증, trisomy)을 가지고 태어나는 영아의 빈도는 인종과 국가에 따른 차이가 크지 않으리라고 여겨지기 때문에 이 숫자를 토대로 상황을 가늠할 수 있을 것이다.

가장 흔히 발생하는 다운증후군(Down syndrome, Trisomy 21)의 경우 넬슨 소아과 교과서는 출생아 1만 명 중 약 13.6명 정도 빈도로 발생한다고 쓰고 있다(Carlos, Bacino, and Lee, 2020). 근래 한국에서 다운증후군을 갖고 태어나는 태아는 예상되는 발생빈도의 37% 수준으로, 1만 명 중 5.03명이다. 대체로 부모의 연령 증가에 따라 염색체 이상도 함께 증가할 것이라고 예상할 수 있는

데, 지난 10여 년 사이 한국에서는 부모의 연령은 꾸준히 증가했지만 염색체이상 발병률은 다소 감소했다(Park et al., 2019). 염색체 이상이 의심되는 태아에 대한 임신중절시술이 이전보다도 더 적극적으로 이루어지고 있음을 예상할 수 있겠다<표 2>.

〈표 2〉 한국, 일본, 미국의 출생시 결함 발병률

Birth defects	Prevalence per 10,000 livebirths		
	Korea, 2005-2006	Japan, 2005-2006*	United States, 2004-2006†
Anencephaly	0.17	0.47	2.06
Spina bifida	2.56	4.47	3.5
Encephalocele	0.32	0.75	0.82
Transposition of great arteries	1.57	4.2	3.0
Tetralogy of fallot	4.2	5.76	3.97
Cleft lip/palate	11.1	12.54	8.49
Esophageal atresia/stenosis	1.26	4.34	2.17
Diaphragmatic hernia	1.2	5.22	2.61
Omphalocele	0.62	2.98	1.86
Gastroschisis	0.25	2.3	4.49
Trisomy 13	0.07	1.42	1.28
Trisomy 18	0.23	4.81	2.64
Down syndrome	3.7	10.57	13.56

출처: Kim, M. A., Yee, N. H., Choi, J. S., Choi, J. Y., & Seo, K. (2012). Prevalence of birth defects in Korean livebirths, 2005–2006. *Journal of Korean medical science*, 27(10), 1233–1240.

2012년 김민아 등의 연구에서는 한국과 일본, 미국에서 태아의 출생 시 결함(birth defect) 발병률을 비교하여 이를 지적했다(Kim et al, 2012). 한국에서는 십여 년 전부터 모체의 혈액을 이용해 염색체이상을 확인하고, 산전초음파를 이용하는 산전 진찰을 더 자주 더 자세하게 하고 있는데, 이런 과정에서 초음파를 통해 파악할 수 있는 중증기형 발병률이 미국과 비교했을 때 현저하게 낮은 수준으로 유지되게 되었다는 것이다. 아래 표를 살



해보면 산전 진찰에서 정확하게 확인하기가 상대적으로 어려운 팔로사징후나 구순구개열의 경우 미국과 한국의 차이가 크지 않지만, 초음파로 더 잘 보이거나 표지자 선별검사로 확인할 수 있는 염색체이상 태아의 경우 미국과 비교했을 때 발생률 자체가 훨씬 더 적은 것을 확인할 수 있다.

태아의 건강문제로 인한 임신중절은 기술 발전과 관련이 깊고, 이에 대한 사회적·윤리적 논의가 필요하다

이와 같은 상황은 산전진찰 기술의 발전으로 말미암아 더욱 촉진되었다. 근래 한국에서 산전진찰 초음파, 그 중에서도 정밀초음파를 볼 수 있는 의사가 더 많아지고 산모들은 태아 정밀초음파는 물론, 수십만 원을 호가하는 비침습적 산전 검사(non-invasive prenatal test, NIPT) 역시 활발하게 이루어지고 있다. 이와 같은 의학 기술의 발전과 대중화는 점점 더 미세한 태아의 건강 문제를 파악할 수 있게 하고 있고, 이는 더 많은 태아에 대한 임신중절 시술을 고려하게 하는 효과가 있다.

출산 전에 고위험 태아의 상황을 더 정확하게 파악하는 것은 이후의 더 좋은 치료를 위해 필요한 일이다. 상대적으로 일정한 위험을 감수하게 되는 양수천자나 용모막 용모 검사와 달리 더 이른 시기(임신 10주)부터 비침습적으로 태아 염색체이상을 파악할 수 있게 해주는 검사의 장점도 있다. 다만 NIPT 검사는 이러한 특성으로 인해 특히 고위험산모의 임신 유지-중절 의사결정에 커다란 영향을 미친다는 점에

서 이를 둘러싼 윤리적·사회적 고려가 필요한 기술이다. 독일과 영국 등 검사 시행 여부에 대한 의사결정이 돈을 지불할 소비자로서 환자 개인이 아니라 의사-환자의 공동 결정인 국가에서는 고위험산모에 대한 NIPT 검사와 관련해 알 권리(right to know)와 알지 않을 권리(Right not to know), 태아 기형을 둘러싼 윤리적 쟁점을 공론화하는 연구와 사회적 논의가 활발히 이루어지고 있다(De Jong et al, 2011; Reinsch et al., 2020). 하지만 한국에서는 이와 같은 윤리적이고 사회적인 쟁점들에 대한 논의가 거의 보이지 않는다. 대신 많은 병원이 건강보험 급여가 적용되지 않는 신기술로 NIPT 검사를 적극적으로 권장하는 메시지를 송출하고 있을 뿐이다.

“[관련 상황이 심각해 지는 데에는] 심장 초음파가 가장 커요. 20-25주에서 심장 사이즈가 보여서 발견을 하는데, 예전에는 초음파 못 보는 의사도 많았는데, 점점 [초음파를 보는 의사들이] 많아지면서 더 자세히 많이 의사들이 보려고 하고, 나오면 문제 되면 안되니까[산전진찰에서 놓치면 안 된다는 의미] 더 강박적으로 보는데. 그러고 나니까 소아심장외과가 할 일이 없어지는, 그 전에 어보션(임신중지)이 되는.” (P1)

한국은 장애가 있는 아이를 키우며 온전한 삶을 살아가기 매우 어려운 사회이다

앞서 논의했듯, 한국에서는 중증도가 높아 생존 가능성이 낮은 태아에 대한 임신을 만삭까지 유지하지 않는 경우가 많다. 이러한 데에



는 한국에서 중증 질환을 갖고 태어난 아이를 돌보고 양육하는 데에 필요한 돌봄과 의료, 복지 인프라가 부족하다는 배경이 있다. 전 국민 건강보험이 운영되어 의료비를 보조하고 있다고 하더라도 선천성 장애나 질병을 가진 있는 아이를 돌보고 치료하기 위해서는 많은 경제적·시간적 자원이 필요하다. 대부분 가구에서 남성보다는 여성이 자신의 커리어와 사회활동을 포기하고 여기에 매달리게 되며, 아이가 무사히 성장할 수 있다고 하더라도 어려움은 여전하다. 올 초 가시화되었던 전국장애인차별금지연대의 지하철 시위 과정에서 확인할 수 있었듯, 한국 사회는 정상성 규범에서 벗어나는 몸과 조건을 가지고 있는 사람들의 존엄을 위해 노력하는 대신 오히려 이들을 적극적으로 차별함으로써 장애를 만들어내는 사회(disabling society)이기 때문이다.

산부인과 의사들 역시 이런 상황에 대해서 잘 알고 있었고, 산전 진찰에서 태아의 건강 문제를 발견했을 때 산모들이 하게 되는 고민에 대한 공감을 확인할 수 있었다. 중증 장애가 예상되는 태아의 임신 유지/종결 결정이 단지 우생학적 이유보다는 사회경제적 자원과 이후 이어질 삶에 대한 진지한 고민 끝에 이루어지고 있으리라는 짐작이었다.

“제가 아까 25주 산모도 심장 기형인데, [태아가] 살 수 있었는데 본인이 못 받아들이면 강요할 수가 없으니까. 이 정도면 나와서 수술 얼마나 받아야 하고, 가능하지만 몇 차례가 될지 모른다 설명하면 본인이 결정을 하시는데. 이거는 우생학도 있고, 경제적 뒷받침이 안 되면 신생아 중환자실

에서 감당할 비용을 생각하고, 본인어, 대부분 여성이 거기에 매달려야 하는 게 있으니까. 단순히 우생학적 문제는 아닌 거 같아요...”(P4)

“아는 선배도 그런 말 했었어요. 자기는 조금도 기형이 있는 애기는 안 낳고 싶대요. 자기는 그니까, 자기가 임신을 했는데 임신한 내과 의사였는데 성격이 약간 이기적인 성격이었는데 새침하고, 그냥 그런 말 하는 걸 들었어요. 조금도 기형이 있으면 안 낳고 싶다고 얘기하더라구요. 그걸 미리 알 수는 없겠지만...”(P5)

태아의 임신 유지/종결 의사결정에의 어려움

- 태아의 심각한 건강 문제 발견, 산모에게 어떤 도움을 줄 수 있나?

태아의 심각한 건강 문제가 발견되었을 때, 임신을 유지할 것인지 아니면 종결할 것인지에 대한 의사결정은 대단히 고민스러운 일일 수밖에 없다. 하지만 선천성 기형을 포함해 태아의 건강 문제가 의심되는 상황에서 임신부와 보호자가 필요로 하는 도움을 충분히 받을 수 있는지 대해서는 그 누구도 자신하기 어려운 상황이었다.

“충분한 의사소통이라든가 의사결정이라든가 이런 가정 자체가 되게 시간 확보가 되게 필요한 부분이 있고, 공공적인 측면에서, 그러니까 민영이 되면 사실 시간이 돈이니까. 확보가 불가능해지는 구조가 되어버리고, 그랬을 때 공공적인, 공공의료, 공공성, 의료의 공공성을 어떻게 어 이걸 확충해나갈 것이냐의 문제인 거고...의료진 분들도 인터뷰에서 많이 말씀하셨던 부분이에요. 그러니까 마음은 있으나, 특히 대학병원이라든가 할당이 있는 거죠. 한 환자당 5분, 3분 안에 해야되고, 하지만 뇌병변장애가 있거나 발달장애가 있거나 이렇게 의사소통하는 데 있어서는 확보가 되지 않는다.” (C3)

의사들은 선천 기형을 비롯해 태아의 건강 이상이 의심되는 상황에서 산모에게 충분히 개입하기 어렵고, 개별 의료진으로서 할 수 있는 일이 많지 않다는 점을 조심스럽게 털어놓았다. 최대한 상세히 설명하고 여러 가지 경우의 수와 진료 옵션을 제시하지만, 의사 개인이 재량과 상황에 맞춰 제공하는 상담과 이후 진단을 위한 제안, 정보제공 외에 감정적으로 크게 동요하며 불안하고 슬퍼하는 산모와 그 가족에게 적극적으로 다가가기 어려운 상황인 셈이다.

주치의 제도를 비롯해 진료 연속성과 책무성을 담보할 수 있는 의료전달체계가 존재하지 않는 한국의 제도적 특성상, 의료인들은 선천성 기형 등이 의심되는 태아를 진단하게 되더라도 외래 방문에서의 상담을 제공하는 정도에 그칠 뿐 부모의 의사결정에 적극적으로 개입하기 어렵다. 의학기술의 불확실성 역시 문제다. 대부분 의료 기술이 그러하듯 대부분 출생 전 진단은 100% 확신할 수 있는 결과이기보다 확률적 가능성으로 해석해야 하는 잠정적 결과이다. 그러나 이에 대한 산모와 보호자의 인식과 이해가 어떻게 이루어지는지, 이것이 임신의 유지·종결 의사결정에 어떤 영향을 미치는지는 거의 알려져 있지 않다. 확진 검사까지 하기도 전에, 선별검사서서 확인된 유전성 질환의 “가능성”을 “확신”하거나, 오인하지 않는대도 불확실성을 소거하고자 임신을 중단하는 사례들도 상당할 것이라고 짐작하는 면담자도 있었다.

산모가 병원을 찾아와야 그를 만날 수 있는 산부인과 의사는 태아 이상을 진단받은 산모가

별다른 말 없이 병원 방문을 중단하는 경우 다른 병원으로 옮겨거나 임신중절을 했을 것으로 추정하는 수밖에 없다. 이 과정에서 의사-산모 사이에서 충분한 의사소통이 이루어지고 있는지, 상호신뢰적 관계를 토대로 최선의 조언을 제공할 수 있는 우호적인 환경이 구축되어 있는지는 장담하기 어렵다.

우려되는 지점은 분만 전 병원을 방문한 한국 산모를 조사하였을 때 산전 기형아 검사와 관련 지식수준은 높지 않은 반면, 산전 검사에 대한 더 좋은 정보를 요구하는 사람들은 매우 많았다는 사실이다(전명희 외, 2018). 비단 장애 태아의 임신 유지-종결에 대한 사안만이 아니라도 임신과 분만을 경험한 많은 여성이 임신 과정과 관련해서 환자중심적 교육과 정보 제공, 상담이 강화될 필요가 있다고 말하고 있다(전가일, 2017; 우아영, 2019).

태아의 건강상 문제로 임신중지를 고려하는 경우 환자의 입장을 고려하는 상담과 정보제공은 더욱 중요해진다. 산전 진찰에서 확인된 결과의 의미를 정확하게 이해하고 산전 검사를 진행하는 각 단계에서 필요한 정보를 환자들이 수용할 수 있는 방식으로 제공할 수 있도록 별도의 노력을 기울일 필요가 있다. 이를 위해 여러 병원에서 산전유전(학) 클리닉 등 별도의 서비스를 제공하는 조직을 운영하고 있다. 그러나 주로 대학병원에서 제공되는 이런 서비스의 질이 어떠한지, 여성들이 필요로 하는 정보가 올바른 방식으로 공급되는지, 평등하고 보편적인 접근이 가능한지는 알려진 바가 없다.

건강 문제가 예상되는 태아의 임신 유지/종결 의사 결정을 돕기 위한 정책이 필요하다

해외 여러 국가에서도 이와 유사한 태아의 건강 문제에 직면하는 사람들은 물론 존재한다. 이와 관련해서 해외에는 유전상담서비스와 태아 손상·장애에 대한 다학제 접근 등 한국보다 다양한 서비스들이 개발·제공되고 있다는 사실을 의료제공자들은 종종 언급했다. 이를 참조하며 의사들은 한국에서도 장애 태아의 임신 유지/종결 의사결정을 돕기 위해서는 보다 제도화된 접근이 필요하다고 강조했다. 진료 시간이 짧고, 한 명의 의료인이 담당해야 하는 환자 수가 매우 많은 것을 특징으로 하는 한국 의료체계에서 태아의 건강 문제와 임신 유지/종결 결정과 같은 복잡한 의사결정을 기존의 진료만으로 지지하기 힘들다는 사실은 쉽게 짐작할 수 있는 일이다.

태아의 건강 문제가 확인되었을 때 심사숙고에 따른 결정을 할 수 있도록 조언을 제공하고, 산모와 가족의 의문을 해소해줄 수 있는 전문성이 높은 의료가 제대로 제공되지 못하고 있다는 것이 의사들의 우려였다. 면담참여자의 말처럼, 복잡한 심장 기형이 의심되는 태아의 임신을 유지할지 아니면 종결할지 고민을 한다고 생각해보자. 부모는 아이가 태어난 이후 겪게 될 외과적 수술이나 성장을 보조하기 위해 필요한 내과적 치료, 적절한 치료를 했을 때 기대할 수 있는 결과 등에 대한 설명이 필요하며, 이와 관련한 반복된 상담 세션 및 제도적 지원이 필요해질 것이다. 하지만 한국에서 아동복지

와 의료비 지원 등 정책을 포함해 의학적 정보를 총체적으로 챙기고 전달하는 상담이 가능한 의료기관은 몇 군데나 있을까?

“손가락 하나 없는 경우 말고, 로컬에서 복잡한 심기형이 의심되는 경우에는 전문가 리퍼(후송)를 해야 할 거예요. 여러 명의 산부인과 의사 의견을 들을 수 있고, 다른 과, 태어난 이후 소아과 의사들과 성장이나 양육 같은 거, 필요한 수술 같은 게 뭘지 상담할 수 있어야 하는데 그런 건 B대 병원 정도 되어야 가능하죠. 대부분은 안 되는 상황이에요. 그런 경우에는 원치 않아도 낙태를 하게 되기도 하고, 충분히 정보가 없는 상태에서 겁나서 하게 되기도 해요. 산모한테도 엄청난 스트레스가 되고요. 아마 이걸 말하기 너무 어려운 문제이긴 할 거예요 의사에게도 산모에게도... 정말 너무 논의가 필요한데 이야기를 할 수가 없는 문제였던 거죠.” (P1)

“장애/기형아 임신에 대한 서포터가 있느냐가 중요해요. 정말 생존 가능한지, 양육 가능한지 판단하는 것이 한 명의 산부인과 의사에게 맡기는 것은 안 될 것 같아요. 그런 부분의 낙태는 전문가 자문단 지원받아서 되면 좋겠다는 생각해요”(P6)

임신을 유지하지 않기로 결정한 여성에게도 다학제 통합진료와 돌봄이 필요하다

여기서 강조하고 싶은 점은 분만이 이루어지지 않는다고 하더라도 태아의 건강 문제를 진단받은 여성에게서 복잡한 의료 필요가 발생한다는 사실이다. 보건복지부의 『고위험 산모·신생아 통합치료센터』 사업이 일정하게 이와 관련한 어려움을 개선하기 위한 노력을 기울이고 있지만, 보건복지부가 제시한 사업 목표에서 확인할 수 있듯(보건복지부, 2022), 사업은 아이를 낳기로 결정한 산모에게만 서비스를 제공한

다. 형법상 낙태죄가 존치하던 시기 태아의 건강 문제로 인한 임신중절을 허용하지 않았던 시기의 법률을 기준으로 사업이 설계된 것과 관련이 있다.

태아의 심각한 건강 문제가 발견되었을 때, 분만을 유지할 것인지 아니면 종결할 것인지에 대한 의사결정은 사실 형법상 낙태죄가 존재하던 시기에도 늘 이루어지던 일이다. 태아 건강 문제로 인한 임신중절이 불법의 영역에 속한다는 이유로 이에 대한 막대한 윤리적 심리적 부담이 의사결정을 내리는 당사자와 서비스를 제공하는 의사에게 오롯이 맡겨져 있었을 따름이다.

이러한 의사결정은 태아의 건강 문제뿐만 아니라 산모의 가임력과 건강 상태, 이후의 출산 계획과 인생에 대한 기획 등 복합적인 특성을 고려해야 한다. 기술로서의 의료를 넘어 환자의 상황을 고려하는 돌봄 역시 필요하다. 그러나 시장에서 임신중절 기술을 “구매”하는 수준인 현재의 상태에서 이와 같은 다학제 통합진료와 돌봄있는 의료가 이루어질 가능성은 매우 낮다.

임신중절 시술을 제공하는 의사들의 입장과 상황 - 의료제공자들의 심적·윤리적 부담을 줄이고, 양질의 서비스를 보장하기 위한 정책이 필요하다

여성의 재생산 권리와 자기결정권을 지지하는 마음으로 시술에 임하든, 혹은 다소 어쩔 수 없이 자신이 진료하는 환자에 대한 책임감으로 시술을 제공하든 임신중절시술은 의료제공자들에게 심리적인 부담을 주는 일이었다.

여기에는 크게 세 가지 차원의 부담이 존재했는데 그 중 첫 번째 문제는 임신중절 시술을 진행하는 과정에서의 심리적 부담으로 평소 태아 건강을 위해 일하는 것을 소명으로 여기는 의사들이 이와는 반대 방향의 업무를 하게 되면서 겪는 부담감이다.

“보통 산부인과에서는, 사실 다른 과도 그렇고 임신중절을 안 하는 걸 직업적 윤리로 생각할 수 있다고 생각해요. 그렇게 교육받아 왔기 때문에 당연하다고 인식할 수 있고, 일부 대학에서는 그게 심하구요.”(P2)

“어보션을 한다는 거 자체가 제 스스로 혼란이 되는 부분이 있었어요. 초음파 하면서 독립된 생명처럼 산모와, 태명도 짓고 대화를 하게 되는데, 한편에서는 또 dc를 하게 되는 게 정리는 못하지만, 혹은 떼는 것처럼 생각을 하고”(P5)

2021년 타 연구에서 진행한 연구에서 한 의사가 “산과 의사를 하는 제일 중요한 목적은 애기의 입장을 대변하는 것”이라고 공공연히 말한 바와 같이(김동식 외, 2021), 임신이 되지 않아 고민하거나, 태아의 생존이 위험한 산모를 치료하는 것을 소명으로 여기는 의료인들(주로 모체태아의학과 등 일정한 세부 분과에 속하는 이들)이 임신중절시술에 적극적으로 나설 가능성은 크지 않다.

물론 이와는 다른 관점을 가지고 있는 의사의 이야기도 들을 수 있었다. 한 참여자는 임신중절 시술을 하던 초반에는 고민이 있었지만 계속해서 경험을 쌓다 보니 임신 유지에 대한 결정과 이에 대한 윤리적 고민과 책임 모두 부



모의 것이고, 의료인으로서 자신의 가치관이 여성의 존엄과 자기결정권에 동의하고 그 결정을 돕고 지지하는 것이라고 여기기 때문에 이와 관련된 일련의 과정에서 스트레스를 받을 이유가 없다고 말했다.

“사실 고민이 있다가 지금은 윤리적인 문제 관련해가지고는 스트레스가 별로 없어요. 이거는 그 얘기에 관한 죄책감은 의사의 몫은 아닌 거죠. 내가 결정한 게 아니고 임신유지를 포기한 거는 부모잖아요. 부모가 그 책임을 가져가고 죄책감을 갖는 건 맞는데 내가 그 얘기 한명 한명에 대해 죄책감을 가질 필요는 없는 것 같고, 불필요한 죄책감이고 그냥 내 가치관이 얘기의 생명보다는 여성의 존엄이 중요하다고 생각하고 그 의견에 나는 동의를 하는 거니까 난 그 과정을 돕는 것뿐인 거고.”(P5)

“저는 자고 일어나면 잊어버리는데 사람마다 다르니까.”(P6)

두 번째 문제는 의료현장에서의 현실적 어려움이다. 면담에 참여한 낙태죄 폐지에 동의하는 의사들은 임신중지와 관련해 동료 의료진들과 협력하여 업무를 수행하고, 관련 이야기를 충분히 나누기 어렵다고 호소했다. 임신중절 시술 그 자체에 대한 윤리적 차원의 갈등이 해소되지 않은 상황에서, 표준화된 절차나 임상 가이드라인이 존재하지 않고, 의료비를 어떻게 청구해야 할지에 대해 결정되지 않은 상황은 의료인들이 임신중절 시술을 제공하는 데에 대한 부담을 한층 더 늘리는 쪽으로 작동했다.

“그래서 시술 해주고 싶어도 다른 선생님들이 어떻게 생각할지 걱정하고, 다른 교수님들 말고도 전공이나 간호

사, 간호조무사 쌤들도 마찬가지로, 위축이 많이 되어요. 그런데 이에 대해서 대놓고 이야기를 하기는 또 어렵고... 누가 물어보거나, 하면 “아직 사람이 아니에요”라고고는 말하지만 확실한 건 없다고 느껴요.”(P2)

“굳이 [여성주의 활동을 하고 있다고] 병원 사람들에게 이야기 안 하려고 해요. 언론에서 나오거나 하면 아는 사람들도 있고 또 찾아오고 그래서 어느정도 알고있기는 하지만, 병원에서 이런 걸 일절 언급 안 해야되고 이렇게 제일 힘든 부분이에요. 진료 원칙을 지키는 것도 로컬 병원에 메커니즘에는 맞지가 않아요.. 안 되는걸 어떻게 하려니까 너무 힘들고, 그 과정에서 트라우마를 받고 지치는, 그런거구요”(P3)

세 번째 문제는 임신 중반기 이후 이루어지는 임신중지를 통해 배출된 태아의 관리와 처치에 대한 부담이다. 현행 법률에 따르면 임신 4개월(16주) 미만의 태아는 의료폐기물로 처리하고, 4개월 이후의 태아는 장례를 치러야 하는 사산아로 분류된다. 그러나 사산이 아닌 자의적 임신중지의 경우 이와 같은 장례 절차를 치르지 않고 배출된 태아를 의료기관이 알아서 처리하는 경우가 많았다. 이런 임의적인 상황은 임신중절 서비스를 제공하는 의사뿐만 아니라 관련 업무를 수행하는 간호사와 그 외 보조 인력 모두에게 부담스러운 일이었다.

이러한 복잡한 상황에서 확인할 수 있듯, 임신중지를 필수의료로 포함하는 일은 수동적인 법률적 ‘허용’만으로는 불가능한 일이다. 형법상 낙태죄로 인해 오랜 기간 말할 수 없었던 문제와 고통을 해결해야 하는 시급한 과제가 남아있기에 문제는 더욱 복잡해진다. 그러나 우리가 나아가야 할 방향은 명백하다. 임신중지를 하는 여성과 이를 제공하는 의료인 모두 존엄

과 안전을 지킬 수 있는 절차가 마련되어야 하는 것이다. 이는 의료서비스로서 임신중지 서비스의 질(quality)을 개선하자는 이야기이기도 하지만, 이제껏 임신중지를 불법화하고 낙인찍어왔던 한국 사회가 부당한 짐을 지워 왔던 여성과 의료제공자들이 어떻게 보다 공식적이고 존엄한 방식으로 임신중지를 조우할 수 있을 것인지에 대한 뒤늦은 질문에 답을 찾는 과정이기도 하다.

2) 임신중지를 경험한 여성들의 이야기

우리는 SNS와 온라인 커뮤니티에 우리의 연구를 소개했고, 임신중지를 경험한 여성 11인을 면담할 수 있었다. 여기에는 오래 전에 임신중지를 선택하고 이미 아이를 키우고 있는 여성부터 매우 최근에 임신중지를 경험한 여성까지 다양한 사람들이 포함되어 있었다. 우리가 면담을 할 수 있었던 모든 여성의 임신중지는 임신 1분기, 대부분 8주 이내에 이루어진 임신중지로 국한되었다. 온라인 커뮤니티를 통해 배포한 홍보물을 보고 자신의 경험을 익명으로나마 나눌 수 있을 것이라고 생각하고 연락을 취해온 이들인 만큼, 임신중지를 하고 있는 다수 여성의 평균적인 상황과 비교했을 때 상대적으로 사정이 좋고, 문해력이 높은 편일 것이라고 예상할 수 있다. 따라서 우리는 연구에 참여해 2020년 자신의 임신중지 경험을 말했던 여성들의 경험을 토대로 제시하는 우리의 지식이 국소적(local)이고 임의적(arbitrary)이어서 한국의 임신중지 경험을 대표하지 않는다는 점

을 밝힌다. 하지만 이들의 경험은 지금까지 공개되어 왔던 한국 여성들의 임신중지 경험의 방식과 크게 다르지 않았다. 면담에 참여한 열한 사람의 경험, 서사, 그리고 해석을 담고 있다는 점에서, 여전히 우리는 여성들이 용기를 내어 공유한 이 이야기들이 임신중지의 미래를 고민하는 데에 필요한 안목을 제공한다고 생각한다.

여성들은 임신과 출산 대신 자신의 삶을 선택했다.

임신을 중단하기로 선택하게 된 과정은 각자 조금씩 달랐지만, 여성들은 아이를 낳게 되었을 때 명백히 달라질 자신의 삶에 대한 고민 끝에 임신중단을 결정했다. 학업과 커리어, 이런 단어로 설명할 수 없는 더 장기적인 인생 계획을 생각했을 때 계획하지 않은 임신을 유지해 출산을 할 수는 없었다는 이야기를 들을 수 있었다. 이런 판단을 하는 데에는 이미 아이를 낳아 보았기 때문에 아이를 낳는다는 것이 어떤 의미인지 너무 잘 알고 있었다는 점, 주변에서 학생이거나 계획하지 않은 시기에 임신을 하게 된 여성이 모든 것을 포기하고 아이를 돌보는 역할을 하게 된 상황을 목격했던 경험, 그리고 임신을 계기로 결혼한 친구들이 꾸린 가정이 그리 행복하지 못했다는 간접 경험 등이 근거가 되었다. 이는 거꾸로 생각하면, 계획하지 않은 임신을 하게 된 여성들이 겪게 되는 상황이 지금과는 달랐다면, 이 여성들 역시 다른 결정을 하게 되었을 가능성이 없지 않다는 의미이기도 하다.



“저는 말씀드렸지만은 일을 너무 하고 싶었어요. 둘째까지 이제 겨우 복직하는데 둘째를 이제 임신해서 10개월 뒤에 또 산후를 들어가야 한다 이거는 커리어를 완전히 그냥 잡아먹는 일이기 때문에 저는 할 수가 없다고 생각을 했구요. 그래서 이제 어 낙태를 생각을 했고.”(U1)

“이게 낙태가 일단은 불법이잖아요. 일단은 완전 합법이 아니니까. 근데 이거를 애를 어떻게 놓아야 되면, 한 아이, 학생이거나 한 여성이 인생이 다 망한다고 생각을 하거든요, 저는. 그리고 학생 때 일어난 일이면, 제 주변에 보면 할 일 하나도 못 하거나 하고 싶은 거 아무것도 못하고 다 포기하고 애만 보더라구요. 그래서 그게. 낙태가 필요하다.가 제일 컸었어요 원래부터.”(U6)

“저도 직업이 불안정인데, 그리고 젊은데, 제가 젊은데 포기해야 될 게 많고. 그리고 제 주변에 결혼한 친구들이 그렇게 행복한 가정이 많진 않았어요. 제 주변에서 사고쳐서 결혼한 친구들이. 그래서 저는 아, 나는 저렇게 되면 안돼. 그리고 나는 대학원도 가야 되니까 무조건 이건 집이다, 생각해서 가능한 빨리 지울거야 이 생각 밖에 없었어요 저는.” (U10)

임신 중 의약품 복용과 태아 기형에 대한 우려로 임신중지를 결정한 여성들이 있었다

오래전에 임신중지를 경험한 연구참여자 두 사람은 임신을 인지하지 못한 상태에서 약을 복용하고 이것이 태아에게 미치는 영향을 고려했을 때 아이를 낳을 수 없으리라고 판단했다고 설명했다. U2의 경우 떨미약을, U5의 경우 정형외과에서 처방받은 진통제와 엑스레이 노출을 이유로 삼았다. 두 사례 모두 임신 중반기 이후 초음파나 산전 진찰을 통해 태아 기형을 확인한 것이 아니라 의약품 복용의 위험성을 고려해 결정을 내린 사례였다.

“저희 형부랑 언니가 의사 약사거든요. 그래서 언니한테 얼른 전화해가지고 상황을 이야기하니까 흠... 그 정도로

는 괜찮을 것 같긴 한데 그 부분에 대해서는 누구도 장담을 못 하니까, 저기 남편하고 잘 누구 아빠랑 이렇게 잘 상의해봐라 그렇게 얘기를 하더라고요. 그리고 그 다음 날 또 산부인과에 가서 여쭙보니까 뭐 비슷한 말씀 하세요. 이렇게, 이 정도는 괜찮을 것 같다 했다가 나중에 출산시에 그것에 대한 책임은 어느 누구도 지는 게 아니니까. 그리고 그때 쯤에 사회문제로 그 약간 장애 있는 아이를 이렇게 출산하고 그 아이를 뭐, 어디 남의 집 앞에 놓고 가 버리는 그런 것도 좀 사회화되고 좀 그랬었거든요..그래서 그런 거까지 막 생각하니까 너무 막 복잡해가지고. 그럼 어떻게 할 수 없이 한번 이걸 해야 될 거 같다는 생각이 들었는데, 그 기간이 진짜 한 보름 정도까지 고민을 되게 많이 했던 거 같아요. 바로 결정을 하지 못하고 힘들었어요, 좀. 심적으로. 그래서 두 군데 인가 가서 한 번 더 여쭙보고 약국에 가서 또 아는 약 사님이 동네에 계셔가지고 또 여쭙보고 했는데 역시나 대답은 거기 한결같았던 것 같아요, 그때. 그래서 산부인과 가지고 그걸 했죠.”(U2)

“언니도 두 분 다 의료인이니까 몇 번 통화를 하고 했는데도 괜찮을 것 같다고 했다가 모든 책임을 평생 네가 안고 가야 된다. 그 부분에 대해서는 네가 자신이 있다 없음을 넘어서 상상할 수도 없을 만큼 그게 큰일일 수도 있으니까 잘 생각해봐라. 그렇게 말하더라고요 언니가. 그래서 결심을 해서 그냥 스스로 했죠.” (U2)

“엑스레이 찍고 물리치료 받고 이려고 나서 제가 애가 생겼다는 걸 알게 된거예요. 그래서 둘째 낳기 전 여름이었던 것 같아요, 그 때 정형외과 엑스레이가 태아에게 안좋다고 해서 그 때 수술을 한번 했었죠..”(U5)

“아 기형이 있을 수 있고, 약도 정형외과 약이 좀 강해서, 왜 임신을 하면 약도 함부로 먹고 이러면 안되는데 치료제 먹어서 조금, 기형이 있을 수도 있고, 장애 있을 수 있다 미리 말씀해주시더라고요. 그래서 의논해보고 낳으실지 안 낳으실지 한번 의논을 해보시라고.”(U5)

위 인용구에서 확인할 수 있듯, 여성들은 약사와 의사, 지인 등에게 상황을 설명하고 약물의 위험성을 판단하기 위해 노력했다. 그러나 임신 중 복용이 권고되지 않은 의약품의 영향을 확신을 가지고 예측할 수 있는 의료인은 그때나 지금이나 존재할 수 없다. 이런 상황에서

참여자들은 작은 가능성이라고 하더라도 태아에게 커다란 건강 문제가 발생하는 경우 이에 대한 책임이 온전히 자신들의 것이며, 이를 평생 책임져야 한다는 데에 부담을 느끼게 되었다. U2의 경우 그 당시 분만 계획을 가지고 있었기에(이후에 임신해서 아이를 하나 더 낳았음) 이런 결정을 내리는 것이 더욱 고민스럽고 고통스러운 일이었다고 이야기하기도 했다.

장애아를 낳을 가능성을 받아들일 수 없었다

장애 발생 확률에 대한 정확한 정보를 얻을 수 없었던 상황에서도 이들은 “가능성 그 자체를 수용할 수 없었다”고 판단했기에 정보 부족을 그리 아쉬워하지 않았던 것처럼 보인다. U5 참여자는 명시적으로 “확률과 퍼센트는 중요하지 않다”고 말하고 있다. 복용했던 의약품이 태아에게 영향을 미칠 가능성이 전혀 없다고 확신할 수 없다는 사실 만으로 임신의 종결을 결정하는 데에 충분했다는 식이다. 그러나 이와 같은 판단은 “임신 중 의약품 노출이나 특정할 수 있는 명시적인 사건이 없다면 태아는 건강하게 태어날 것”이라고 전제한다는 점에서 다소 편향되어 있다. “장애아를 낳을 가능성이 아주 조금이라도 있다면 임신과 분만을 할 수 없다”는 명제는 아예 임신을 하지 않는 방식으로만 달성될 수 있기 때문이다.

“그런 이리이러한 확률적인 이야기나 몇 퍼센트의 가능성 이런 거는 거의 생각 안 하고. 아까 제가 얘기했던 것처럼, 그런 책임 부분에서 제가, 완전히, 그렇다면 나

는 그런 아이는 낳지 않겠다고 딱 정해져 있었기 때문에 빨리 그냥 안 낳겠다고 결정이 된 거 같아요. (중략) 일단 장애 정도에 얼마나 되느냐에 따라서 다르지만, 그 걸, 뭐, 장애가 적을 수도 있고 아닐 수도 있다는 그, 불확실한 그쪽으로 희망을 걸고 그러고 싶지 않았어요.”(U5)

내과적 임신중지를 하고 싶었지만 할 수 없었다

비교적 가까운 시일 내에 임신중지를 했던 20대, 30대 여성들은 내과적 임신중지 의약품에 대해서 알고 있었고, 임신중지를 위해 약을 구하기도 했다. 하지만 의료기관을 거치지 않고 온라인을 통해 의약품을 구하는 것은 불안한 일이었다. 온라인 커뮤니티 등에서 여러 정보를 습득하고, 위민온웹(Women on Web)과 같은 사이트도 알고 있었기에 가능하면 수술보다는 약물을 이용하고 싶다는 선호를 표하기도 했다. 하지만 이들 중 한 사람은 약을 구하지 않았고, 한 사람은 위민온웹을 통해 약을 받았지만 약을 복용하지 않고 수술을 받았다. 참여자들은 만에 하나 약이 가짜이거나 효과가 없을 가능성으로 인한 임신중지 실패를 감당하고 싶지 않았다고 말했다. 그 결과 각각 독일과 중국에서 내과적 임신중지를 할 수 있었던 두 명의 참여자를 제외한 아홉 명의 참여자는 모두 한국에서 수술적 방법으로 임신중지를 한 이들이었다.

“제가 진짜 약물로 하고 싶어서 엄청 많이 알아봤는데, 그 약이 정품이 아닐 수도 있고 정품이라고 해도 부작용이. 물론 수술도 부작용이 많지만, 약물은 구하는 것



도 어렵고 정품 아닐 수 있고. 정품 아닐 거라는 얘기가 엄청 많더라고요.. 그 유명한 사이트, 우먼 온 웹, 그것도 정품 안 올 수도 있다고 하나까 무서워가지고 그냥 수술하자.” (U3)

“아, 사실은. 낙태하려고 굉장히 고민을 많이 하고 위민 온웹 통해서 약도 배송을 받았는데, [이후 고민 후 약을 복용하지 않고 수술을 받음] (U4)

어떻게 병원을 찾았을까?

- 가장 수월한 방식은 지인 찬스

임신중지를 할 수 있는 병원을 가장 수월하게 찾을 수 있는 방법은 지인 찬스를 쓰는 것이었다. 어머니를 통해 소개받은 병원에서 임신중지를 받기로 하고 움직인 여성이 두 사람의 이야기를 들을 수 있었다. 이들은 임신중지 시술을 하는 병원을 찾기 위해 헤매지 않아도 되었다는 점에서, 또 일정한 친분관계가 있는 의료인에 대한 신뢰를 가지고 있었다는 점에서 “지인 찬스”를 쓸 수 없었던 사람들에 비해 상대적으로 위축되지 않고 의료이용을 할 수 있었다.

“휴가를 내고 낙태수술을 하러 AA에 있는 XX병원이라는 데를 갔어요. 거기서 수술을 하는데 음 거기가 베드가 200개 이상 있는 중형병원이거든요. 거기서도 안 해주려고 하는 거를 저희 어머니께서 아는 수간호사님 통해서 통해서 따로 날짜를 잡았는데 거기서도 보험은 되지 않고 현금으로 130만원을 달라 하지만 지인이 120만으로 깎아주겠다 (웃음) 이런 식으로 하셔가지고 120만원을 주고 날짜를 의사가 뭐 원하는 날짜로 맞춰서 제가 휴가를 내고 병원에가서 수술을 받은 기억이 나요” (U1)

“전화를 한 분이 엄마 예전 병원에서 같이 일했던 분이 산부인과 일하세요, (네) 근데 그 산부인과에 예전에 엄마랑 같이 일한 의사가 있고 막 이런 데라서 다른 간호사분한테 전화해서 아직도 그 원장님 그 수술하나 이렇게

게 바로 물어보시더라구요. 그래서 오케이, 한다 이렇게 했나 봐요. 그래서 그때 바로 날짜를 잡고 그리고 전화가 끊겼어요. 그리고 그 날에 가면 된다. 이렇게 하고 끝났어요.”(U6)

어떻게 병원을 찾았을까?

- 친구가 수술한 병원으로 가거나, 인터넷을 뒤지고 전화를 돌렸다. 그래도 안 되면 될 때까지 병원을 돌아다녔다

지인을 통해 병원과 의료진을 소개받을 수 없었던 사람들이 선택할 수 있는 방식은 통상의 사람들이 병원을 선택하는 것과 크게 다르지 않았다. 친구가 임신중지를 했다고 알고 있는 병원에 가는 것이다. 이와 같은 정보가 없는 경우에는 인터넷을 통해 정보를 찾았다. 인터넷(네이버 블로그)을 통해 이메일을 보낸 한 참여자의 경우 모종의 알선 업체와 연결이 되어 날짜와 시간을 조율한 이후 어디에 있는 모 병원으로 찾아가면 된다고 옵션을 제공받았고, 병원에 도착했을 때 접수대에 이름을 이야기하자 아무것도 묻지 않고 수술을 설명해주는 코디네이터를 만날 수 있었다고 했다.

병원을 가장 어렵게 구한 참여자들의 경우 임신중절 시술을 할 수 있다고 허가하는 병원을 찾을 때까지 산부인과 병의원들을 찾아 돌아다니는 수밖에 없었다.

“친구한테 물어봐서 친구가 가 봤던 곳. 거기서 개도 수술을 한 적이 있어가지고” (U3)

“저희가 이제 더 찾을 여력이 안 되는 거예요 계속 전화를 다 해봤거든요. 거기가 이제 남자 의사한테도 이런



해결이 가능하냐고 전화를 했는데, 와서 알려주겠다라고 하면은 거의 된다고 생각하면 된다는.. 웬만한데는 다 안 된다고 하는데 거기는 일단 오면 알려준다고 하니까 어, 가능성이 있구나라고 해서 가게 됐고 그날 오후에 바로 수술을 했죠.”(U10)

“하루에 스무 곳이든 서른 곳이든 될 때까지 찾아본 거고. 어쨌거나 아시겠지만 병원에 전화하면 수술 가능 여부를 알려 주지 않잖아요. 그러니까 일단 내방하라고 하면 스무 곳, 서른 곳 될 때까지 가는 거죠.”(C5)

방문접수대에서부터 불편하거나 불쾌했다

“산부인과” 병원에서 여성들은 자연스럽게 위축될 수밖에 없다고 말했다. 의사들에게만큼이나 여성 당사자들에게도 임신증지는 조심스러운 이슈였다. 공개된 장소인 병원 접수대에서 무슨 일로 내원하였는지를 묻는 통상의 문진을 겪으면서 어떻게 말해야 할지 난감하고 당황스러웠다는 이야기는 흔했다.

많은 의료기관이 의사 진료를 하기 전에 환자 정보를 확인하는 과정에서 내원 목적을 묻고 있고 이는 원활한 진료를 위해 필요한 일일 수 있다. 하지만 이미 여러 병원에서 수행하고 있듯, 환자의 개인정보와 내원 목적, 진료에 필요한 간략한 정보를 서면으로 작성하여 제출하는 방식도 얼마든지 가능하다. 이렇게 자가기 입식 정보 입력방식을 채택한다면, 임신을 확인하는 여성에게 초음파 영상과 심장 초음파의 박동을 증폭한 소리를 확인하고 싶은지에 대한 선택권도 보장할 수 있다. 스스로 서식을 작성하기 어려운 경우 이에 대한 도움과 지지가 제공되어야 함은 물론이다.

임신증지가 있지만 없는 비공식의 영역에 있

었던 과거와 달리, 여성 건강보장의 쟁점이 되는 정치적으로 주목받는 필수의료로서 주목받고 있다면 서비스 질 개선 역시 적극적으로 이루어질 필요가 있다. 임신중절 시술을 제공하는 병원부터 먼저 환자의 선호에 따라 서면 문진표 작성을 가능하게끔 절차를 만들고, 구체적인 진료 과정에서 보다 환자중심적인 공유의사결정(shared decision-making)을 확대해야 한다. 이는 오랜 시간 임신증지를 사사화, 주변 화해왔던 국가의 제도화된 폭력을 성찰하고, 성·재생산 건강을 위한 의료를 인권의 측면에서 개선하는 실천으로 의미가 있다.

“상당히 불편했구요. 왜냐면 저는 제가 스스로 도둑이 발 저린다고 저는 그렇게 당당한 내용으로, 결혼을 해서 임신을 해서 온 것도 아니고 어떠한 다른 내용이 있어서 온 게 아니고 저는 저에게 벌어진 어떤 실수, 아니면 어떤, 범죄로 인해서 온 거를 처리를 하려고 갔기 때문에 그렇게 원치 않았거든요. 그런데 그렇게 공개적으로 질문을 하셔서 저는 조금 난감했던 기억이 있습니다.”(U1)

“공개적인 곳이었죠. 접수처에서 이제 최근에는 언제 했냐, 의심되는 날짜가 언제나 뭐 이렇게 물어보긴 했어요. 제가 갔던 곳이 되게 큰 곳이었어요. 그러니까 사람들이 많잖아요. 주말인데도 사람들이 많더라고요. 그래서 조금 어.. 약간 사람들 그땐 근데 너무 당황스러워서 그런거고 뭐고 그냥 빨리 가서 병원 진단 받고 싶다 이런 생각?” (U10)

보호자 동의 요구는 일관적이지 않았다

임신중절 과정에서 보호자, 특히 남성의 동의를 요구했던 사례가 많았다. 하지만 그 방식은 일관적이지 않았다. 애초에 동의서 작성에 응하는 남성이 임신에 대해 공동으로 책임을



져야 하는 파트너가 맞는지에 대한 확인이 불가능한 상황에서 남성 파트너에 대한 요구를 하는 것이 요식 행위이거나, 위험을 회피하기 위한 절차 정도라고 말하는 의사도 있었다 (P5). 면담에 참여한 임신중지 경험 여성도 수술 동의서 작성이 건강과 관련된 것이어야지 유전적 부로 여겨지는 사람의 허가가 되는 것이 부당하다는 의견을 피력했다. 엄마의 소개를 통해 병원에 갈 수 있었던 여성의 경우 동의서 작성이나 파트너의 동의 절차 없이 바로 수술을 받았다고 했다.

“수술 동의서를 쓴다는 거 자체는 저에게 만약에 비상시에 어떤 일이 벌어졌을 경우에 그거에 대한 책임을 저 줄 수 있는 사람에게 동의를 구한다라는 식의 의미로 받아들였는데 그게 왜 저의 직계존속인 엄마는 안 되고 남편은 되는지가 이해 안 됐구요. 남편은 솔직히 이혼하면 끝인 관계데 그런 사람이 무슨 저에게 책임을 진다고 그렇게까지 남편한테 굳이굳이 그런 걸 받아야 되나 라는 생각도 좀 들었구요. 그리고 제 몸에 대한 거를 제가 죽던 살던 나는 임신중절을 하겠다 라고 하는 거에 왜 내가 싸인을 하면 안 되나 라는 생각도 들었어요.”(U1)

“수술 전에 갔을 때는 그냥 일반 진료처럼 그랬던 거 같고, 수술을 하러 갔을 때는 그런 거조차 하지 않고, 그냥 어차피 다 아는 분이거든요 제가. 바로 간호사 아는 분, 바로 저랑 만나서 저를 그냥 바로 데려가셨어요, 그냥 진료하는 거기로.”(U6)

“미성년자다 보니까 법적 보호자를 동행해야 된다거나, 사실 사회복지사라고 하고 신뢰 관계라서 동석한다고 얘기하긴 하는데, 사실 그것도 의료기관에 따라서 거부하는 경우도 있는 거예요, 법적 보호자가 아니면 안 된다고 하시기도 하고.” (CS5)

임신중절 수술에 대한 설명은 불충분했다

임신중절 수술과 관련한 설명 역시 참여자마

다 매우 다양한 경험을 했지만, 다수가 제대로 된 설명을 받지 못했다고 말했다. 임신중절 방식이 소파술과 흡입술 중 어떤 방식으로 이루어졌는지에 대한 설명을 받았던 여성은 아무도 없었고, 시술 절차나 합병증에 대해 구체적인 설명을 전혀 듣지 못했던 사례가 많았다. 설명이 있었다면 임신중절 시술에 걸리는 시간과 비용에 대한 이야기 정도였다.

불편하고 어려운 임신중절 시술을 받는 여성이 수술의 구체적인 과정과 합병증에 대해 질문하고 적극적으로 정보를 탐색하기는 대단히 어려운 일이다. 이상적으로는 임신을 종결하려는 여성에게도 개별 기저질환이나 재생산 계획을 고려하는 맞춤형 상담이 제공될 필요가 있다. 하지만 기술중심적이고 돌봄이 없는 한국의 의료가 이러한 영역을 담당할 수 있을지에 대해서는 여러 의문이 남는다. 다만 임신중지가 보다 공식적으로 국가에 의해 보장되는 필수서비스가 되었을 때 서비스의 질 개선을 요구하기도 보다 용이할 것이라는 점은 확실해 보인다.

“거기가 좀 큰 병원이라서 상담해주는 분이 따로 있었거든요. 코디네이터라고 해야 되나? 그 분이 이제 따로 불러서 닫힌 공간에서 따로 얘기를 해주셨거든요. 비용은 얼마가 나오고 어떤 식으로 해서 어떻게 처리를 하고 그때는 보호자가 누가 와야 되고 이런 부분도 설명을 듣고, 날짜를 잡고, 그랬던 거 같아요.” (U4)

“설명은 안했어요. (질문자: 아 뭐, 소파술이나, 굵어낸다 이런 표현도 안 쓰시고) 네 뭐, 그냥 이제 마취하고, 한 30분 정도 있으면 회복실가서 깨어나면 링겔 맞으시고 그러고 그냥 귀가하시면 된다고 그렇게 네, 그 정도



설명이 됐어요.”(U5)

“합병증에 대한 설명은 없었고, 이제 그냥, 이제 할거야, 자고 일어 날 거야, 그냥 이게 다였어요..”(U6)

“그런 건 없었어요. (뭐 끊어내는 수술이다, 뭐 빨아들이는 수술이다 이런 표현도 안하셨나요?) 그런 말은 없었고, 비용은 70만원이고, 영양제 추가하면 뭐 5만원부터 있다 뭐 이런거.”(U10)

제 있으면 병원에 다시 갔었을 수도 있는데, 그런 거는 없어가지고.”(U9)

수술 후 관리는 없기도 하고 과도하기도 했다

수술 그 자체에 대한 설명이 미비했던 것과 마찬가지로, 임신중지 이후의 사후관리에 대한 설명 역시 충분하다고 보기는 어려웠다. 사후관리의 방식 역시 변이가 컸다. 일부 여성은 임신중지 이후 다시 병원을 방문한 적이 없었고, 한 여성은 중절수술 이후 4~5일간 매일 병원을 방문했다. 같은 수술이라도 사례마다 다른 사후관리가 필요할 수 있겠으나 임신중지 서비스가 표준화되지 않고, 질 관리를 위한 가이드라인이나 규제가 없는 상황에서 임의적인 진료가 이루어지고 있을 가능성이 크다.

의료진의 태도에는 편차가 컸다

임신중지 시술을 받는 과정에서 의료진의 태도가 어땠는지 물어보았을 때 응답은 편차가 컸다. 친절하고 지지적인 의료진을 만난 참여자도 있었지만 차갑고 배려 없는 분위기였다는 응답도 있었다. 불안하고 위축되는 상황에서의 여성들이 의료진의 태도에 더 큰 영향을 받을 수 있다는 점을 생각하면 임신중지 시술 과정에서의 라포 형성과 환자중심성은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 기존에 라포가 형성되어 있는 의사에게 임신중지를 받았던 여성이 비교적 편안한 분위기 속에서 진료를 받았다고 말하는 것을 참조해야 한다(U6).

“쉬어야 된다는 생각을 못했어요. 이게 쉬어야 될 만큼 인체에 데미지가 있는 거라는 교육조차 되어 있지 않았어요.” (U1)

“한 4일에서 5일 정도요. 매일 갔어요. 약도 먹었어요. 약은 일주일치 받았어요. 특별히 통증은 없었고 그냥 거즈 뺄 때만 힘들었어요. 왜냐면 이게 몸 속 안에 있던 거를 빼는 거니까 이게 사실 느낌이 되게 이상하더라구요. 그런 것들. 그것만 힘들었고, 나머지는 괜찮았어요.”(U7)

“근데 그 병원이 이게 신기한 게, 사후에 뭐가 있으면 와라 이렇게 전혀 없었고, 그냥 약을 잘 먹으라 약간 요정도 얘기만 했었어요. 그 뒤에 제가 되게 아팠거나 문

“그때 선생님이, 그 생각이 많이 나오. 한심하다는듯이 쳐다보면서 ‘어 피임하시는 방법을 잘 모르시나봐요. 왜 아직 못 배우셨을까’ 라고 하셨던 게 기억이 나요. 잘못 배운 사람이 있었을 수도 있는데. 그쵸?”(U1)

“너무 기계적이고 정말 그 차가운 분위기. (웃음) 정말 너무 차가운 분위기? (웃음) 배려라고는 1도 없는, 진짜 그날 그제 저는 느껴져요. 알아요.”(U7)

“남자 선생님도 그렇고 간호사 여자 선생님들도 그렇고, 안심시켜주시고, 괜찮다고 너무 걱정하지 말라고 해서 한 번 했는데도 너무 떨리고 걱정된다 그랬더니, 병원마다 약간 절차는 좀 다른 거 같은데 두 군데가, 아무튼 굉장히 친절하셨어요.”(U2)

“그냥 아, 깨끗하네 그렇게 하는데 저를 아시는 분이라 ‘엄마 고생 좀 많이 시켰네.’ 이라고 그냥 갔어요.”(U6)



임신중지에 대해 어떤 감정이 남아있나요?

- 어려웠지만 잊을 수 있었다

미국에서 임신중지와 관련한 여성들의 방대한 경험을 집대성한 터어웨이 연구에서처럼, 임신중지에 대한 기억이 흔히 강조되는 것과 같이 대단하지 않았다는 참여자들의 회상을 확인할 수 있었다. 죄책감과 슬픔을 느꼈던 사람들도 물론 있었지만, 대체로 그로 인한 심적 동요가 아주 오래 남아있지는 않다고 덤덤하게 표현했다. 하지만 대체로 회상되는 감정의 폭이 넓어, 임신중지와 관련한 감정은 대체로 파트너와의 관계라던가 그 당시의 경제적 상황 등 사건을 경험하게 된 더 넓은 맥락과 관련이 클 것임을 짐작할 수 있었다.

“수술했을 때가 8주였고, 제가 원래는 그 초음파 사진도 약간 죄책감이 있어서 계속 들고 있었는데, 결혼해서 아기 낳은 다음에는 그 초음파 사진을 약간 방치하듯이 잊어버려서”(U4)

“되게 다행스러운건지 아닌 건지, 제가 그때 억누르고 있는 거 같진 않은데, 요즘은 잘 기억이 안 나거든요. 잊어버렸다, 이런 건 아닌데, 생각하면 생각은 나는데 그렇다고 막 남한테 내가 낙태를 했었어 이렇게 말하고 싶지는 않은데 이게 되게 가슴 아프고 막 속상한 기억으로 계속 막 떠올리지는 않아요.”(U9)

임신중지에 대해 어떤 기억이 남아있나요?

- 수술실의 장면이 기억에 오래도록 남았다

두 명의 참여자는 수술 전후에 바라보던 장면이 기억 속에 깊게 남아있다고 말했다. 임신을 자의적으로 종결하게 된 복잡한 심상과도 관련이 있겠지만, 수술에 대한 두려움과 더불어

의료시설에 대한 불만과 불안이 수술실의 장면을 더 각인시켰다.

“근데 저는 잊을 수가 없잖아요. 수술실 나오면서 천장이 계속 생각이 나요. 그 안정실 천장이랑, 그런 거를 지금 그리라고 해도 그럴 수 있을 것 같아요.”(U1)

“제가 지금은 그 감정들이 자세히 기억이 안나는데 저는 그 수술실 장면만 되게 기억이 나요 너무 비인간적인 환경? 그래서 뭔가 그런 환경이 아니어도 어쨌든 수술 한다는거 자체가 이미 두려운 일인데.”(U9)

여성들은 변화를 기대하며 면담에 참여했다

임신중지 경험을 회상하며 면담에 참여하는 일은 마냥 유쾌한 일은 아니었다. 매우 사적인 이야기, 많은 경우 누구에게도 말하지 않고 혼자 간직해왔던 경험을 타인에게 털어놓는다는 일은 결심을 필요로 했다. 하지만 참여자들은 자신의 경험을 공유하는 것이 상황을 개선하는데 도움이 될 수 있다면 이야기할 수 있다고 말했다. 자신이 경험했던 임신중지가 여러 면에서 불만족스러웠기 때문에, 형법상 낙태죄 폐지 이후 진행되었던 이 연구가 의미가 있을 것이라고 기대했던 것이다.

“연구라고 하니까 그냥 한번 해보고 싶기도 했고, 그 뒤에 사실 여성분들의 연구라고 해서 제가 사실 인터뷰를 한다고 했던 거거든요. 그래서, 그러면 좀 좋은 방향으로 나아가지 않을까 연구가. 했던 거예요.”(U7)

“제가 이거를 한다고 했을 때 고민이 되게 많이 들었거든요, 제가 모르는 사람들이잖아요. 신상도 어느 정도 노출이 될 거고. 그럼에도 불구하고 지금 시간이 주말인데, 이렇게 한 거는. 좀 빨리 최대한 빨리 바뀌었으면 좋겠는 부분이 되게 많다고 느꼈어요.”(U10)

3) 돕고 고민하는 사람들의 이야기

이 글을 통해 전달하는 세 번째 목소리는 여성 인권과 성과 재생산 건강에 대한 관심을 기울여온 단체 활동가들의 것이다. 이들은 시민사회단체의 활동을 통해 여성 당사자들과 소통하고, 직접 지원하기도 하면서 얻은 다양한 간접 경험을 가지고 있었다. 비교적 열악한 상황에서 임신중지를 하게 되는 여성들의 사례에 대해 다양하게 알고 있기도 했다.

보다 열악한 상황에서 임신중지를 했거나 이에 대한 트라우마가 남아있는 여성이 만약 있다면, 이들은 자신의 임신중지 경험을 설문조사나 면담을 통해 공유할 가능성이 낮다. 떠올리기 싫은 기억이거나 드러낼 수 없는 과거라고 생각한다면, 임신중지와 관련한 조사에 참여하지 않을 것이다. 따라서 비교적 복잡하고 어려운 상황에서 임신을 종결하고자 하는 여성을 조력했던 시민사회 활동가들의 면담은 고필요(high-need) 고위기(high-risk) 상황⁶⁾에서 임신중지가 어떠한 상황인지를 파악할 수 있게 해준다는 점에서 의의가 있다.

임신중지 비용은 여전히 문제다

한국 사회를 살아가는 사람들 중 당장 내일

6) 흔히 활용하는 용어로 이를 “취약한 여성(vulnerable women)의 임신중지”라고 표현할 수도 있다. 하지만 취약성이라는 틀은 종종 더 복잡하고 다양한 필요를 인정하지 않으면서 누군가를 처벌하는 사회를 지우고 당사자의 취약성(vulnerability)을 부각하거나, 취약성을 어떤 집단의 정체성으로 고착시키는 시혜적 접근과 결합한다는 점에서 문제적이다. 관련하여 취약성(vulnerability)에 대한 자세한 이론적 고찰은 시민건강연구소 이슈페이퍼를 참고.

☞ 시민건강연구소(2022). “취약성 개념은 건강권 운동에 생기를 불어넣을 수 있을까?”, <http://health.re.kr/?p=9422>

까지 50만 원을 마련할 수 있는 사람과 그렇지 않은 사람의 비율은 각각 얼마나 될까? 100만 원은? 200만 원은?

임신중지를 위한 비용을 마련하기 위해 치러야 하는 대가는 사람마다 매우 다르다. 특히 청소년이거나 본인의 소득이 없는 여성의 경우 원치않는 임신을 하게 된 사실을 부모나 지인들에게 알리지 않고 의료비를 마련하게 되는 경우가 많고, 그 과정에서 임신중지 시점이 계속 지연된다는 점이 커다란 문제다. 일을 하고 있다고 하더라도 저축해둔 돈이 얼마 없고, 월급이 들어올 때까지 기다려야 한다는 점에서 급작스레 융통할 수 있는 돈이 없는 이들이 임신중지 비용을 마련하는 데에는 상당한 어려움이 따를 수밖에 없다.

“진짜 2020년의 일이라고 상상할 수 없을 정도로 그 40만원 50만원이 없어가지고 진짜 7개월, 8개월까지 간 사례들이 저희한테 계속 들어오고 1년에 한 번은 들어와요..”(CS2)

“청소년 같은 경우는 일자리도 당장 없고, 일자리 구하는 데도 시간이 걸리고, 일해서 당일 지급받는 거 아니고 월급제거나 최소 몇 주 걸리는데, 그 주를 채우려면 사실 내 몸 상태는 지연되고. 이러니까 사실 일을 해서 돈을 마련하는 게 현실적으로 불가능한 거예요”(CS5)

“임신한 상태에서 성매매를 통해서 수술비를 벌기도 하고 그러더라고요. 그건 진짜 급하니까.”(CS5)

2019년 형법상 낙태죄 폐지 이후 임신중절 시술 비용이 상승하고 있다는 소식이 연달아 보고되고 있다. 일각에서는 “건강보험 급여화 가능성을 고려했을 때 미리 가격을 상향 조정

해 두어야 급여화했을 때의 수가를 더 높게 받을 수 있을 테니 미리 조정을 해주어야 한다”는 의료제공자 입장의 이야기도 나돌고 있다. 이러한 상황에서 건강보험 급여 없이 임신중지를 “시장”에 맡겨두는 정부는 당장 내일 혹은 다음 주까지 돈 100만원을 마련하기 어려운 여성을 처벌하고 있는 것이나 마찬가지다. 온라인 대부 중개 사이트에 올라와 있는 대출 문의 글을 분석했을 때, 점점 더 ‘소액 대출’을 원하는 사람의 비중이 늘어나고 있다는 기사⁷⁾를 떠올려 본다. 원치 않는 임신이 사채나 핸드폰 개통사기, 성매매와 같은 인생의 늪으로 진입하는 계기가 될 가능성이 없다고 말할 수 있을까?

한국 의료는 임신중지를 하는 여성에 대한 인격적 존중과 돌봄을 제공하고 있나?

활동가들은 임신중지 서비스가 제공되는 과정에서 여성들이 주체로서 존중받지 못한다는 점을 문제로 꼽았다. 청소년, 장애인, 이주민과 같이 의사소통이 “원활하지 않을 것이라고 예상”되는 존재들인 경우 아예 당사자를 건너뛰고 보호자와 의사소통하기를 원하는 의료인들의 태도에 대해 문제를 제기했다.

“접수해서 와라해서 돈 내고 그리고 간호사가 따라오셔서 따라갔는데 눈 뜨니까 회복실에 누워있었다. 그래서 나는 의사가 했는지 간호사가 했는지 뭐가 했는지 모르는 사람도 있었고요. 그리고 수술 자체가 굉장히 트라우마가 됐다라고 하신 분도 계셨고 그분은 이제 청소년.”(CS2)

“보호자를 그렇게 찾으세요. 혼자 오면 보호자 있어요? 보호자하고 소통하려고 하고, 사실 의사결정을 하기 위해서는 당사자와 직접 소통이 가장 기본인 건데, 당사자 보다는 보호자. 왜냐하면 의사소통이 편리하니까. 보호자를 찾고, 그러니까 직접 소통하지 않고.”(CS3)

의료서비스를 받는 환자 당사자와 의사의 관계를 중요하게 여기지 않거나, 환자 당사자를 온전히 주체로서 존중하지 않는 상황은 비단 임신중지 뿐 아니라 많은 임상 의료현장에서 반복되는 보편적 문제이기도 하다. 다만 임신중지처럼 사회적 낙인과 제도적 미비가 남아있는 의료에서 환자가 더 쉽게 위축되고 소외될 따름이다.

임신중지에 대한 낙인은 의료 이용에 대한 다른 기준과 욕구를 만들기도 했다. 성 건강 서비스의 특수성을 고려해 프라이버시 보호 등을 위한 서비스 개발이 필요하다

의료서비스로서 임신중지를 포함한 성 건강 서비스는 다소 특수한 지위를 가지게 되곤 한다. 통상의 의료서비스보다 프라이버시가 더욱 중요하기 때문이다. 통상 의료에서는 의사-환자 관계가 잘 형성되어 연속성이 높은 의료가 질적으로 우수하다고 판단한다. 과거의 진료 기록을 포함해 오래된 신뢰 관계와 축적된 정보가 더 좋은 치료를 가능하게 하기 때문이다. 하

7) 2017~2019년 대출 문의 대다수는 81~300만원 구간에 쏠려 있었으나 2020년 6월부터 21~60만원을 빌리려는 사람이 급격히 늘어나 2021년 6월에는 41~60만원 구간이 가장 많은 비중을 차지했음. 월간 게시물 건수가 가장 많던 2022년 6월에는 21만~40만원 구간이 압도적 1위를 차지. 보다 상세한 내용은 시사인 기사 참조.

☞ 시사인(2022.08.31). “사채의 늪은 여기서 시작된다”.

<https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=48346>



지만 활동가들의 설명에 의하면 여성들은 종종 임신중지의 경우에는 기존에 주치의의 노릇을 하고 있던 의사가 아닌 사람으로부터 성 건강 서비스를 받고 싶어한다. 병원을 찾을 때에도 주목을 받지 않을 것 같은 허름한 변두리의 공간을 찾는 경우도 있다.

“여성들이 생각보다 라포 생긴 의사에게 서비스를 받기 싫다고 말하는 경우가 많아요. 그니까 음. 나의 역사를 다 아는 의사에게 나의 성건강에 대해 굳이 말하고 싶지 않다? 이런 거. 임신중지한 의사를 굳이 다시 보고 싶지 않고, [사]후조치는 다른 사람에게 받고 싶다. 소비자적 자아인지, 섹슈얼리티인지 그런 욕구들을 여러 번 확인할 수 있어요.”(C1)

“병원을 찾는 기준들이 다른 수술이나 의료서비스와 다른 기준을 적용하기도 하시더라구요. 제일 좋은 병원을 찾는 게 아니고 안 걸릴 것 같은 병원을 찾는 분들도 있고 그러다 보니까 막 변두리의 가능하면 허름한 병원 찾으시는 분들도 계시고”(C2)

임신중지에 대한 사회문화적 낙인이 여전한 사회에서 자신의 임신중지 기록을 남기고 싶지 않다는 욕구는 당연하고 존중받아야 마땅하다. 하지만 이와 별개로, 여성들이 프라이버시를 위해 의료서비스의 질적 수준을 일정하게 포기하거나 타협이 가능하다고 생각하는 상황에 주목할 필요가 있다. 라포가 형성되지 않은 모르는 의사를 찾아가서 받는 임신중지는 여성의 기저 질환이나 이후 재생산 계획과 무관한 분절적인 서비스로 이어질 가능성이 있기 때문이다.

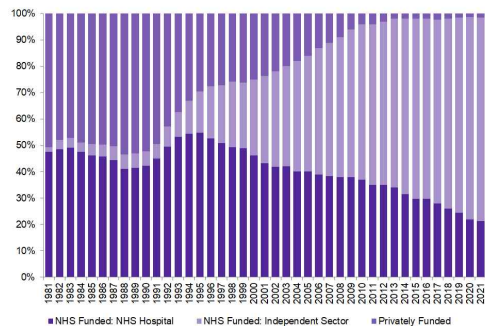
지정된 주치의의 통해 의료 필요를 파악하고 후송(referral)하는 것이 특징적인 영국 NHS는 임신중지의 이와 같은 특수성을 고려하는

정책을 통해 공적 임신중지 서비스를 확대해온 바 있다. 임신중지의 경우 특별히 주치의의 통하지 않고 직접 임신중지를 제공하는 기관들로 직접 연락을 취하거나, 성 건강 클리닉(sexual health clinic)을 통해 임신중지를 받을 수 있게끔 한 것이다.8)

있지만 없는 임신중지?

많은 의료기관에서 실제로는 임신중지 서비스를 제공하고 있지만 이런 서비스가 마치 없는 것처럼 여기고 운영하는 상황도 문제로 지적되었다. 출산을 계획하는 여성에게 주어지는 정보와 지지와 비교했을 때와 비교했을 때 임신중지의 경우 제공되는 돌봄과 지지 수준이 대단히 낮다. 임신중지 수술을 받고 나서도 사

8) 이는 NHS 민영화 과정과 결부되어 있다. 2021년 기준 NHS 병원에서 제공한 임신중지는 전체 21%로, 77%는 NHS와 계약을 통해 서비스를 제공하고 이에 대한 비용을 지불받는 비정부 영역에서 이루어졌다(UK Department of Health and Social Care, 2022). 결국 이는 서비스를 민간에서 제공하고, 이에 대해 정부가 비용을 제공하는 서비스의 민영화가 이루어졌다는 비판에서 자유롭기 어렵다. 하지만 이 과정에서 영국 임신자문 서비스(British Pregnancy Advisory Service, BPAS), MSI 재생산 선택, 영국 계획하지않은임신자문서비스(National Unplanned Pregnancy Advisory Service, NUPAS)와 같이 여성의 재생산 권리와 건강을 옹호하는 비정부 서비스 공급 조직들이 성장하고 여성 건강보장을 위한 역할을 맡게 된 과정에 대해서는 비판적 검토가 필요하다.





후관리나 건강에 대한 정보제공 수준이 너무 낮다고 느꼈을 때의 대조가 박탈감으로 이어질 만도 한 것이다.

지금까지 임신중지의 비공식적 지위와 낙인 때문에 임신중지가 있지만 없는 것으로 여겨졌고, 따라서 시술 외의 돌봄과 지지가 어려웠다면, 이제는 임신중지를 제대로 가시화하고 대응해야 한다. 정부는 산부인과 학회를 통해 임신중지 임상진료지침 연구용역을 수행한 것으로 책임을 다한 것처럼 보도하곤 한다. 그러나 원칙상 임상진료지침이 의료현장에서 온전히 적용되는지, 그 결과 의료서비스의 질이 개선되었는지는 또 다른 문제다. 실제 임신중지를 하는 여성들이 어떤 경험을 하는지, 어떤 미충족 요구가 존재하는지에 대한 보다 구체적인 탐색과 환자중심적 의료를 추구해 나가야 한다.

“임신 사실 확인하려 갔을 때는 계획한 임신이니까 엄청 축하를 받으면서 팜플렛을 이만큼 받아서 나왔는데 똑같은 상황에서 똑같은 의사에게 갔는데 임신중지 수술을 받고 나왔는데 종이 한 장을 안 주드라는 거예요. 그게 서럽고 짜증났다고 그 얘기를 하면서 차별, 이렇게 얘기를 하면서.”(C2)

“직원들이 의사를 만나기 전에 기본 히스토리 테이킹을 할 때 나이가 나이가 어리고 미혼이고 이러면은 중절은 안 된다, 우리는 중절 안 하는 병원이고 임신 확인까지만 가능하다를 밖에서 다 말해서 저한테 그 말을 꺼내진 않아요.”(P3)

“이게 선의로 해 줘도 누가 신고하면은 그럼 너는 그냥 면허 취소다 이런 식으로, 중절을 할 때 교수님들은 그니까 여기서는 이 차트를 아예 안 만들고 소파수술을 하는 식이에요. 그니까 중절할 때 결제도 아예 현금으로 하고 보호자를 불러서 이거에 대해서 싸인을 받을 때 비밀을 유지하고 이거에 대해서 어떤 합병증이 생겨

도 그거에 대해 책임을 물을 수 없었던가 라는 그런 싸인을 받고 이제 수술을 하고 이러는데”(P5)

명분상의 취약성 존중을 넘어 더 복잡한 필요가 있는 여성들의 임신중지를 고민하자

이론상 법리상 임신중지가 아니라 현장에서 의 임신중지와 의료미충족, 의료를 가능하게 하는 돌봄을 고민해야 하는 것은 취약한 여성들에서 더 시급한 과제다. 장애 여성 분만 지원사업이 실제로 장애 여성의 의료접근성을 개선하고 서비스의 질을 좋게 만드는 것이 아니라 지정병원에 대한 지원에 그치고 있다는 활동가의 말에 주의를 기울여야 한다. 더 복잡한 필요가 있는 여성일수록 이들이 가지고 있는 성·재생산 건강 필요는 의료를 넘는 건강에 대한 총체적 돌봄을 추구해야 한다. 이를 위한 개입 방안은 당사자의 관점에서 시작되는 지식에서 출발할 수밖에 없다.

“장애여성의 의사를 존중하겠다는 의지와 그 의사를 존중하기 위해서 무엇이 필요한가와 관련된 논의가 전혀 없고, 그냥 의료적으로 안전하고 성공적으로 분만을 받아내면 된다, 이게 이제 장애여성 전문병원의 임무인 거 같아요. 그래서 장애여성이 계속 대상화되고 그냥 특수한 취약성을 가진 환자인 거지, 이 장애여성이 결정권이냐 의사를 존중하고자 하는 것과는 전혀 다른 얘기 때문에 ”(C3)

“그냥 조용히 나 혼자 병원에 가서 시술받고 하고 싶을 수도 있는데, 중증장애를 가진 경우에는 어쨌든 혼자서 이게 안 되고, 활동보호가 필요한데 할보 관계가 어떤지에 따라 다르겠지만, 사실 신뢰할만한 관계가 아닐 수도 있고”(C5)



〈표 2〉 연구에서 확인한 내용 요약

면담참여자	확인한 내용
의료제공자	임신중절 시술과 관련한 법적 부담은 형법상 낙태죄가 사라져도 여전히 남아있다
	산부인과 의사들은 종종 낙태죄 폐지 이후에도 법과 제도 변화에 소극적으로 대응하거나 관심이 많지 않다(적극적인 반응은 '시장'에서 온다)
	한국은 기형이 의심되는 태아에 대해 적극적인 임신중절 시술이 이루어지는 나라다
	태아의 건강문제로 인한 임신중절은 기술 발전과 관련이 깊고, 이에 대한 사회적·윤리적 논의가 필요하다
	한국은 장애가 있는 아이를 키우며 온전한 삶을 살아가기 매우 어려운 나라다
	태아의 심각한 건강 문제를 발견했을 때 산모들은 임신의 유지/중절 결정에 어려움을 겪고, 의사들은 종종 충분한 도움을 주기 어려운 상황에 처한다
	건강문제가 예상되는 태아의 임신의사결정을 돕기 위한 정책이 필요하다
임신중지 경험 여성	임신을 유지하지 않기로 결정한 여성에게도 다학제 통합진료와 돌봄이 필요하다
	임신중지 서비스를 제공하는 의료제공자들의 심리적·윤리적 부담을 줄이고 양질의 서비스를 보장하기 위한 정책이 필요하다
	여성들은 임신과 출산 대신 자신의 삶을 선택했다
활동가	임신 중 의약품 복용과 태아 기형에 대한 우려로 임신중지를 결정한 여성들이 있었다
	그녀들은 장애아를 낳을 가능성을 받아들이 수 없다고 말했다
	내과적 임신중지를 하고 싶었지만 할 수 없었다
	병원찾기의 난이도는 다양했다
	- 가장 수월한 방식은 지인찬스!
	- 친구가 수술한 병원으로 가고, 인터넷을 뒤지고 전화를 돌렸다. 그래도 안 되면 될 때까지 병원을 돌아다녔다
	방문접수대에서부터 불편하거나 불쾌했던 여성들이 있었다
	보호자 동의 요구는 일관적이지 않고 임의적이었다
	임신중절에 대한 설명이 불충분할 때가 많았다
	수술 후 관리는 아예 없기도 했고 과도하기도 했다
의료진의 태도에는 편차가 컸다	
여성들은 변화를 기대하며 면담에 참여했다	
활동가	임신중지 비용은 여전히 큰 문제다
	활동가들은 한국 의료가 임신중지를 하는 여성들에게 인격적 존중과 돌봄을 제공하고 있는지 물었다
	임신중지에 대한 낙인은 의료 이용에 대한 다른 기준과 욕구를 만들기도 했다. 성 건강 서비스의 특수성

을 고려해 프라이버시 보호 등을 위한 서비스 개발이 필요하다
있지만 없는 임신중지 - 임신중지는 여전히 있지만 없는 것처럼 여겨지곤 한다
더 취약한 조건의 여성들의 더 복잡한 필요에 적극적으로 대응해야 한다

4. 결론과 논의

총 스물여덟 명의 의료제공자와 이용자, 그리고 활동가들의 이야기를 토대로 의료서비스로 임신중지의 가용성, 수용성, 접근성, 질 보장을 정리하면 이는 다음과 같이 정리할 수 있다.

1) 가용성

가용성(availability)은 임신중지와 관련하여 적정 서비스 생산체계(의약품 조달과 시술 방법 완비 등)가 존재하는지, 의료기관과 의료제공자가 마련되어 있는지 등을 의미한다.

임신중지가 더 이상 법적으로 처벌 대상이 아님에도 불구하고 2022년 한국에서 임신중지는 적절한 서비스 생산체계를 갖추지 못한 상태로 유지되고 있는 것으로 보인다. 개별 산부인과 병원에서 임신중지 서비스 제공 여부를 제대로 파악할 수 있는 공개적인 자료가 존재하지 않을 뿐만 아니라 임신중지 방법 역시 수술적 방법으로 거의 국한되어 있다. 미프진을 이용한 내과적 임신중지를 원하는 여성도 있었지만 이들은 신뢰할 수 있는 의약품을 구할 수 없었고 결국 수술적 방법을 택할 수밖에 없었

다. 내과적 임신중지 의약품 도입이 미루어지는 가운데 신뢰할 수 없는 약이 비공식 루트로 유통되는 “악화가 양화를 구축”하는 상황도 문제적이다.

임신초기의 비교적 간단한 임신중지 외의 복잡한 임신중지 상황에 대응할 수 있는 의료전달체계는 공식으로 고려조차 이루어지지 못했다. 특히 태아의 선천적 질병과 관련한 임신의 유지·중절을 지원할 수 있는 제도적 기반은 논의조차 되지 않은 상황이며, 이는 어려운 결정을 내리는 여성들의 부담을 늘리는 동시에 서비스를 제공하는 의료인들에게도 윤리적 고민과 심리적 부담을 가중하는 방향으로 작동하고 있다. 임신 2분기 이후 임신중지에 대한 논의는 원치 않는 임신과 그로 인한 삶의 변화를 상상할 수 없는 사람들의 관념적 논쟁이 아니라 현실에서 임신 유지·중절을 결정하는 여성들의 필요, 그리고 여성의 재생산권을 존중하며 서비스를 제공하는 의료인들의 문제의식을 중심으로 조정되어야 한다.

2) 접근성

접근성(accessibility)은 사람들이 해당 의료를 이용하는 데에 경제적, 지리적 장벽이나 정보 접근 제약이 있지는 않은지에 대한 상황을 의미한다.

과거의 많은 조사에서도 가장 많은 고려를 기울인 영역이 접근성인데, 본 연구에서도 경제적 장벽(비싼 임신중지 비용)과 정보 접근 장벽(어떤 병원에서 서비스를 제공하나)은 여전히

문제였다. 헌법재판소 판결 이후 임신중절 시술 비용이 대체로 상승하는 경향을 보이고 있음에도 이에 대한 건강보험 급여가 이루어지지 않는 상황은 앞으로도 많은 이들의 임신중지 접근성에 부정적 영향을 미칠 것임이 자명하다. 이 과정에서 가장 큰 어려움을 겪는 사람들은 경제적으로 취약한 사람들로, 비혼·청소년 집단이 여기에 포함될 가능성이 높다는 점에서 더욱 적극적인 대응이 필요하다.

3) 수용성

의료서비스의 수용성(acceptability)은 의료를 이용하는 과정에서 이용자들이 그 서비스를 긍정하고 받아들일 수 있을지 등과 관련이 있는 특성이다. 구체적으로는 이용자들의 의지가 존중받는지, 비밀유지보호가 이루어지는지, 문화적 차이를 존중받는지 등을 의미한다.

이 연구에서 면담에 참여한 여성들은 대부분 의료서비스의 수용성을 따질 수 없는 상황에 놓여있었다. 임신중지 서비스를 받아야 하고, 이를 제공하는 의료기관을 찾는 데에 급급했지, 의사-환자 관계나 의료이용 과정의 특정 절차에 대해서 의견을 제시하거나 불만을 표할 수 있는 상황이 아니었다.

일부 의사들이 임신중지 시술을 제공하기 전에 임신의 책임을 공동으로 지는 남성의 “동의/허락”을 요청하고 있다는 점에서 이용자 당사자의 의지를 충분히 존중하는 것인지를, 장애인 또는 청소년 여성의 의료이용 과정에서 당사자에게 설명하는 대신 보호자와의 대화를 요구했

다는 점에서 문화적 고려와 존중이 이루어지고 있는지를 의문시하게 될 따름이다.

4) 질

의료서비스의 질(quality)은 최선의 근거에 기반해 양질의 의료서비스가 제공되고 있는지, 그 과정이 환자중심적인지 등을 의미한다.

수용성에서와 마찬가지로 한국에서 임신중지 서비스를 받은 여성들은 대체로 그 서비스의 질을 따지기 어려운 상황을 겪었다. 임신중절 시술 이후 다시 병원에 와야 한다거나 어떤 주의가 필요하다는 설명을 전혀 듣지 못하는 경우도 있었고, 재방문을 요청받았으나 자의적으로 병원에 다시 방문하지 않은 경우도 있었다.

대체로 큰 규모와 좋은 시설을 갖춘 도심의 병원을 선호하는 일반적인 경향을 거슬러 주목을 피할 수 있을 것 같은 외곽의 작은 병원을 일부러 찾아 나서기도 했다. 이는 여성들이 좋은 질의 임신중지를 원하지 않기 때문이라기보다는 사회문화적 낙인을 피하기 위해 자구책을 찾았기 때문이다.

이처럼 의료서비스의 질 측면에서 임신중지는 표준화된 시술 그 자체를 넘어서는 포괄적 과정으로 다루어질 필요가 있을 것으로 보인다. 접근성 보장이 급해 의료서비스의 수용성과 질까지는 생각하기도 어려운 상황을 한시바삐 넘어서야 한다. 임신중지의 결정에서 시작해 임신중지 이후의 사후관리와 피임 등 장기적인 재생산 계획에 이르기까지 전체의 과정을 건강과 재생산권 관점에서 고려하는 서비스 기획이 필

요하다.

5. 나가며

해외의 임신중지 합법화 과정을 살펴보면 알게 된 장면 중 기억에 오래 남는 장면이 있다. 국민투표를 통해 임신중지의 권리를 획득한 여성들의 상황에 대해 아일랜드의 보건부 장관이 인터뷰하는 장면이다. 그는 언론 인터뷰를 통해 “과거 원치 않는 임신을 한 여성들은 비행기를 타거나 배를 타고 떠나야 한다는 이야기를 들었습니다. 하지만 오늘부터 우리는 이렇게 말할 수 있습니다. 우리의 손을 잡으십시오(Take our hands)”라고 말하며 안심과 위로를 건넸다.⁹⁾

한국에서도 엄마와 할머니, 친구와 동료 다수가 이미 겪었지만 공유하지 않았을 임신중지에 대해 진지하게 고민하고, 누구에게나 모욕과 수치 없이 좋은 의료를 제공할 수 있도록 노력하는 정치인과 관료, 그리고 전문가들의 활동을 기대할 수는 없는 걸까.

대체로 그런 종류의 정치적 리더십을 기대하기 어려운 상황임을 안타까워 하며, 우리는 보건의료와 건강을 주제로 삼는 연구자로서 한국 사회가 모두의 안전한 임신중지를 보장하기 위해 다음의 과제들이 긴급하다고 주장한다.

9) 다음 트위터 링크를 참고

<https://twitter.com/MyDaughtersArmy/status/1000337847298207744?s=20&t=GZjLFzMr8vpidulEQuvY6Q>

첫째, 임신중지를 필수의료로 여기고 이 서비스의 가용성, 접근성, 수용성, 질을 높이기 위한 노력이 지금 당장 시작되어야 한다. 이를 위해서 필요한 구체적인 정책 대안들은 다양한 방식으로 제시된 바 있으며(김새롬, 2021; 김동식 외, 2021; 모두의안전한임신중지를위한권리보장네트워크, 2022),¹⁰⁾ 지금 당장 필요한 것은 여성들이 겪고 있는 현실의 어려움을 개선하고자 하는 정부의 의지다.

둘째, 태아의 선천성 질병이나 장애와 관련한 임신의 유지·종결 의사결정을 돕기 위한 공식인 프로세스를 만들고 이에 대한 보편적 접근성을 보장하기 위한 노력이 필요하다. 임신중지 합법화 과정에서 공개적으로 참여한 많은 산부인과 의사들은 종종 임신 초기의 임신중절보다 임신중기 이후의 임신중지와 이를 둘러싼 윤리적 쟁점을 언급하며 이에 관심을 기울였다. 이는 전체 임신중지 중 차지하는 비율이 매우 작은 후기 임신중지가 의료제공자, 그리고 임신중지를 반대하는 세력에 의해 과잉대표되고 있음을 의미하는 동시에, 현실에서 이와 관련한 어려움과 필요가 존재하다는 의미이기도 하다. 선천성 질병이 있는 태아를 임신한 여성의 의료 이용 및 임신유지 결정에 대해 제도적 지지가 부재하며, 복잡한 건강 문제를 가지고 있는 태아의 출산 의사결정과 관련한 윤리적 부담을 부모와 의료제공자들이 오롯이 감당하고 있는

10) 구체적으로 지금 당장 임신중지 접근성을 보장하기 위해 정부가 수행해야 할 과제들에 대해서는 2022년 9월 28일 국제 안전한 임신중지의 날 모두의안전한임신중지를위한권리보장네트워크가 보건복지부 면담을 진행하고 공개한 “보건복지부 요구안”을 참조.

현실과 관련이 깊다. 태아의 기형이나 건강문제와 관련한 임신 유지·종결 의사결정에 대한 사회적 공론화와 제도적 기반 마련이 반드시 필요하다.

셋째, 임신을 유지해 엄마가 되고자 하는 여성만 선별적으로 국가 정책의 대상으로 삼는 오래된 인구통제를 넘어, 임신했거나 임신을 할 수 있는 모든 여성의 건강을 보장하는 건강정책으로 전환이 필요하다. 예를 들면 임신 확인을 조건으로 국가가 제공하는 여러 의료비 지원 및 의료시설 지원사업(국민행복카드, 청소년산모 의료비 지원, 난임 우울증 상담, 분만취약지 지원 등)에서 분만이 아닌 여성 건강을 포괄하도록 정책 패러다임과 관점을 바꿔야 한다. 임신과 출산을 할 수 있는 몸은 곧 계획하지 않거나 원치 않는 임신을 할 수 있는 몸이다. 인생의 서로 다른 시기와 조건에서 자신의 운명을 위한 최선의 선택을 내릴 권리는 그 몸을 가지고 살아가는 당사자에게 있다. 국가는 이들의 선택과 권리를 존중하는 의료를 보장함으로써 여성들의 재생산권을 보장할 수 있다.

넷째, 산부인과 의사를 비롯한 의료제공자들이 전문가 윤리에 따라 양질의 임신중지 서비스를 제공할 수 있도록 이들이 겪는 불필요한 부담과 책임을 덜어주기 위한 절차가 필요하다. 이는 통상의 의료서비스보다 넓은 요소들¹¹⁾을

11) 임신중절 서비스에 대한 기술적 학습 외에도 여성의 재생산 권리에 대한 이해, 중요한 재생산 사건을 겪고 있는 환자에 대한 정서적 지지 서비스, 복잡한 임신중지 사례와 관련한 정보 제공 및 환자후송체계 등을 마련하여야 하며 이는 산부인과 전문의 외에도 전공의와 타과 전문의, 간호사와 간호조무사 등 진료보조인력, 의료기관의 운영방식을 결정하는 관리자 등의 관여를 통해 이루어져야 한다.

고려하는 임신중지 제공체계가 마련될 필요가 있음을 의미하는 것이기도 하다.

다섯째, 마지막으로 임신중지의 슬픔과 기쁨, 고난과 다행을 고려함에 있어서 사회적 불평등과 취약한 조건의 사람들을 고려해야 한다. 청소년과 이주여성, 장애인, 가난한 사람들, 성폭력 피해 여성 등 원치 않는 임신을 하게 되었을 때 여기에 대응하기 위한 자원이 더 많이 필요한 사람들이 있다. 임신 인지가 늦어지거나, 임신중지를 위한 비용을 마련할 수 없어 시술 시기가 지연되는 사람들은 언제나 있었고, 지금도 있다. 임신 중후반기 병원에서 수술적 임신중지를 거부당하고 비공식적인 방법으로 내과적 임신중지 의약품들을 구해 자가복용하여 임신중지를 시도했다가 영아살인죄로 기소당하는 사례가 반복되는 상황¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾이 이를 보여준다. 제도적 공백과 정치적 무책임이 더 약한 사람들의 삶을 더 강하게 위협하고 있는 셈이다.

이 글은 2019년 헌법재판소의 판결을 계기로 임신중지와 성·재생산 건강과 권리를 고민해 온 연구자들의 공부와 기여를 모아 만들어졌다. 그 사이 현실의 문제들은 거의 해결되지 않았지만, 우리들의 고민은 더 깊고 진지해졌다 믿는다. 성·재생산 건강과 권리가 국가가 마땅히

보장해야 할 사람들의 권리라고 믿는 사람들 역시 더 늘어났다. 우리들의 노력이 한국의 임신중지와 관련해 드러나지 않았던 문제들을 더 정확하게 파악해 지적하고, 그럼으로써 현실의 혼란과 어려움을 줄여 나가는 데에 기여할 수 있기를 바란다.

참고문헌

- 경향신문(2019.08.03.) “의료소송, 큰 돈 들여 지는 싸움”. <https://www.khan.co.kr/national/national-general/article/201908031616001#c2b> (접속일: 2022.09.13.)
- 경향신문(2022.03.14.) “인권단체들, 방심위 ‘위민은웹’ 접속 차단 조치에 행정소송 제기”. <https://www.khan.co.kr/national/national-general/article/202203141551001>
- 김동식·동계연·김새롬(2021). “안전한 임신중단을 위한 의료접근성 제고방안 연구”. 한국여성정책연구원
- 김새롬. (2021). 포괄적 성? 재생산 건강보장을 위한 보건 의료체계의 과제: 임신중지를 중심으로. 여성연구, 109(2), 5-36.
- 모두를위한낙태죄폐지공동행동(2021). “2021 임신중지 경험 설문/실태조사 및 심층인터뷰 결과보고서”. http://www.womenlink.or.kr/minwoo_actions/23904
- 모두의안전한임신중지를위한권리보장네트워크(2022). “보건복지부 요구안”. <https://srhr.kr/policy/?idx=12980520&bmode=view>
- 보건복지부 보도자료(2020.12.31.) “형법상 낙태죄 개선 입법 기한 경과에 따른 인공임신중절 관련 사항 안내”. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156430259> (접속일: 2022.10.08.)
- 보건복지부(2022). 고위험 산모·신생아 통합치료센터 지원 사업 안내.
- 변수정·이지혜·이소영·최선영·박종서·신우주·김동식·김수진(2022). “인공임신중절 실태조사(2021)”. 한국보건사회연구원.
- 서울서부지방법원 2006.12.6 선고 2005가합4819 판결
- 시민건강연구소(2019). “임신중지와 재생산 정의: 선택을 넘어 권리로, 권리를 넘어 정의로”, 시민건강이슈 2019-04. <http://health.re.kr/?p=5560>
- 식품의약품안전처 보도자료(2021.02.23.) “온라인으로

12) 뉴시스(2022.03.14.) “조산아 변기 방치 사망사건, 남편이 낙태약 샀다”.

https://mobile.newsis.com/view.html?ar_id=NISX20220314_0001791859

13) 연합뉴스(2022.01.19.) “아기 변기에 넣어라”... 영아살해 방조범 2명 징역 3년.

<https://www.yna.co.kr/view/AKR20220119140800063>

14) 부산일보(2020.10.08.) “낙태약 먹고 조기출산하자 아기 변기에 빠트려... 징역 1년 6개월”.

<https://www.busan.com/view/busan/view.php?code=2020100815191947674>



- 의약품 구매? 안 돼요!”. https://www.mfds.go.kr/brd/m_99/view.do?seq=45076 (접속일: 2022.10.08.)
- 우아영(2019), “아기말고 내 몸이 궁금해서”. 휴머니스트.
- 이동근(2022). 안전한 임신중지 보장을 위한 첫 걸음, 유산유도제의 도입을 둘러싼 쟁점을 살펴보자. 세어 이슈페이퍼 22년 4월호. <https://srhr.kr/issuepapers/?idx=11101692&bmode=view> (접속일: 2022.10.08.)
- 이소영·변수정·김종훈·김희성·박종서·임정미·조성호·오신희·김동식·신동일·김소윤·신옥주·이근덕·한정열 (2018). “인공임신중절 실태조사(2018)”. 한국보건사회연구원.
- 전가일(2017). “여성은 출산에서 어떻게 소외되는가”. 스퀘어.
- 전명희, 신계영, & 김혜경. (2018). 임신부의 산전 기형아 검사에 관한 지식과 정보 요구 및 낙태에 대한 태도. 한국간호교육학회지, 24(4), 463.
- 최안나, 박용원, 김세광, 김승철, 이필량, 황경주, ... & 박정열. (2020). 낙태법 개정 관련 의료적 이슈와 산부인과 의 입장. 한국모자보건학회지, 24(1), 9-17.
- 한국보건사회연구원 보도자료(2022.06.29.). “인공임신중절 실태조사(2021년) 주요 결과 발표”.
- Aiken, A. R. A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128(9), 1464-1474.
- Astbury-Ward, E. (2015). Abortion ‘on the NHS’: the National Health Service and abortion stigma. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 41(3), 168-169.
- Carlos A. Bacino and Brendan Lee. (2020). Cytogenetics. In Nelson Textbook of Pediatrics 21st ed (652-676). Elsevier.
- De Jong, A., Dondorp, W. J., Frints, S. G., de Die-Smulders, C. E., & De Wert, G. M. (2011). Advances in prenatal screening: the ethical dimension. Nature Reviews Genetics, 12(9), 657-663.
- Germain, A. (2014, September). Discussion note for the ICPD beyond 2014 conference on human rights: Meeting human rights norms for the quality of sexual and reproductive health information and services. In ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women’s Health: Rights, Empowerment and Social Determinants (Vol. 30).
- Kim, M. A., Yee, N. H., Choi, J. S., Choi, J. Y., & Seo, K. (2012). Prevalence of birth defects in Korean livebirths, 2005-2006. Journal of Korean medical science, 27(10), 1233-1240.
- Park, G. W., Kim, N. E., Choi, E. K., Yang, H. J., Won, S., & Lee, Y. J. (2019). Estimating nationwide prevalence of live births with Down syndrome and their medical expenditures in Korea. Journal of Korean Medical Science, 34(31).
- Reinsch, S., König, A., & Rehmann-Sutter, C. (2021). Decision-making about non-invasive prenatal testing: women’s moral reasoning in the absence of a risk of miscarriage in Germany. New Genetics and Society, 40(2), 199-215.
- Reynolds-Wright, J. J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2022). Adherence to treatment and prevalence of side effects when medical abortion is delivered via telemedicine: a prospective observational cohort study during COVID-19. BMJ sexual & reproductive health, 48(3), 185-192.
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., ... & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. The Lancet, 388(10041), 258-267.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access.
- UK Department of Health and Social Care. (2022). “Abortion Statistics, England and Wales: 2021”. <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021#glossary>
- Upadhyay, U. D., Koenig, L. R., & Meckstroth, K. R. (2021). Safety and efficacy of telehealth medication abortions in the US during the COVID-19 pandemic. JAMA Network Open, 4(8), e2122320-e2122320.
- White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception, 92(5), 422-438.
- Winikoff, B., & Sheldon, W. (2012). Use of medicines changing the face of abortion. International perspectives on sexual and reproductive health, 38(3), 164-166.

시민건강이슈는 시민건강연구소의 상근연구원
뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있는
열린 공간입니다. 제기하고 싶은 주장, 함께 대안
을 모색하고 싶은 문제에 대해 논점을 정리하여 이
슈를 제안해 주시기를 기대합니다.