

임신중지와 건강권: 아르헨티나, 아일랜드의 임신중지 보건의료체계 구축과정과 시사점*

김선혜**·구지윤***·임세연****

초 록

이 글은 2019년 헌법재판소의 낙태죄 헌법불합치결정으로 임신중지 비범죄화가 된 이후, 한국에서 임신중지 보건의료체계 구축을 위한 방향 모색을 목적으로 한다. 이를 위해 최근 임신중지 합법화 및 제도화가 이루어진 아르헨티나와 아일랜드의 사례를 재생산 건강권의 맥락에서 살펴본다. 아르헨티나는 2020년, 아일랜드의 경우 2019년에 각 국가의 임신중지법이 통과되며 임신중지가 합법화되었다. 이 글에서는 각 국가의 재생산권 운동 속에서 여성의 임신중지가 자기결정권 대 태아의 생명권이라는 프레임으로부터 재생산 건강권의 문제로 담론의 초점이 변화해 온 배경을 살펴보고, 아르헨티나와 아일랜드에서 안전하고 합법적인 임신중지를 확대할 수 있는 보건의료체계가 어떠한 방식으로 갖추어졌는지 분석한다. 임신중지를 엄격하게 금지해온 아르헨티나와 아일랜드에서 임신중지가 공공의료서비스로 확립된 사례는 한국에서 임신중지 의료서비스에 대한 실질적 접근성을 확대하는 방안과 의료서비스 제도화 방향에 중요한 시사점을 준다.

주제어 : 임신중지, 건강권, 재생산권, 아르헨티나, 아일랜드, 한국

* 이 글은 KIT Royal Tropical Institute의 “The role of health care providers in expanding the legal grounds for safe abortion: insights from Argentina, Ireland and South Korea” 공동연구프로젝트 결과의 일부분이다.

** 제1저자: 이화여자대학교 여성학과 조교수(skim11@ewha.ac.kr)

*** 제2저자: 이화여자대학교 여성학과 석사과정(june_mary@ewhain.net)

**** 제3저자: 이화여자대학교 여성학과 석사과정(seyounyim@ewhain.net)

I. 서론

이 글은 최근 임신중지¹⁾를 합법화한 아르헨티나와 아일랜드의 사례에 주목하여 한국에서 임신중지가 건강권의 문제이자 필수보건의료의 영역으로 확립되기 위한 방안을 모색하고자 한다. 한국은 2019년 헌법재판소의 낙태죄 헌법불합치결정에 의해 현시점에서 임신중지는 완전히 비범죄화되었다. 임신중지의 비범죄화는 안전한 임신중지를 위한 중요한 시작점이지만 그 자체가 자동적으로 안전한 임신중지 접근성 확대로 이어지는 것은 아니다. 또한 형법상 낙태죄가 존재하던 지난 68년 동안 임신중지는 범죄이기 때문에 보건의료의 영역에서 보편적 건강의 문제로 잘 다뤄지지 못했다. 현재 한국 사회에서 임신중지는 더 이상 불법은 아니지만 임신·분만 등 다른 재생산건강의 영역과 동일하게 공적 보건의료 체계 속에서 의료서비스가 제공되고 있다고 보기는 어렵다. 한국보건사회연구원의 2021년 인공임신중절 실태조사(변수정, 2022) 결과에 의하면 임신중지를 필요로 하는 여성들의 의료기관과 비용에 대한 정확한 정보, 구체적인 시술의 과정에 대한 정보, 그리고 건강과 안전성에 대한 정책적 요구는 최근 더욱 증가하고 있는 것으로 나타난다. 이러한 상황에서 이 글은 아르헨티나와 아일랜드 두 국가의 사례를 통해 임신중지 보건의료체계 구축의 시사점을 모색하는 것을 목표로 한다.

임신중지는 재생산건강에 밀접한 영향을 끼친다. 매년 전 세계에서 7,300만 건의 임신중지가 이루어지고 있으며, 모든 임신의 29%는 임신중지로 종결된다(WHO, 2021). 이는 임신중지에 대한 사회적 낙인과 법적인 처벌에 따라 실질적으로 안전하고 합법적인 임신중지 의료서비스에 접근 가능한 정도는 국가마다 큰 격차가 있지만, 임신중지 그 자체는 많은 여성들이 생애 과정 중에 일상적으로 경험할 수 있는 사건임을 보여준다. 임신중지는 대체로 간단한 의료적 조치로 안전하게 시행될 수 있지만 훈련받지 않은 사람에 의해 위험하고 침습적인 방식으로 이루어지는 경우 각종 합병증 및 모성사망률의 증가로 이어진다. 또한 임신중지가 매우 제한적인 국가와 임신중지가 합법화된 국가에서 임신중지율에서는 큰 차이가 없다는 연구 결과에서 볼 수 있듯이 임신중지 규제 그 자체는 임신중지를 실제로 감소시키지 못한다(Bearak et al., 2022). 오히려 임신중지가 불법인 국가에서는 임신중지가 존재하지 않는 것이 아니라 불법적 임신중지의 비율이 높으며, 그만큼 많은 여성들의 건강에 심각한 위해

1) 이 글에서는 부정적인 인식과 사회적 낙인의 효과를 가지고 있는 '낙태'라는 용어 대신 abortion을 임신중지로 표현한다. 다만 형법상 '낙태죄'를 지시하는 경우 원문 그대로 낙태죄로 사용하였다.

가 가해지고 있는 상황이다. 이러한 문제의식을 바탕으로 국제보건기구(World Health Organization)는 임신중지를 팬데믹 기간 동안에도 유지되어야 하는 필수의료서비스(essential health service)로 제시하였으며(WHO, 2020), 2022년 3월 새로운 임신중지 서비스 가이드라인을 발표하며 안전한 임신중지 접근성은 재생산건강을 위한 필수적 요소임을 재확인하였다(WHO, 2022). 이처럼 국제사회에서는 임신과 출산이 보편적인 보건의료의 영역으로 여겨지는 것만큼 임신중지 역시 필수적인 건강권 보장의 영역으로 활발하게 논의되고 있다(Center for Reproductive Rights, 2020). 하지만 여전히 많은 국가에서는 임신중지가 의료행위가 아니라 범죄행위로 규정되고 있으며 임신중지에 대한 법적인 규제와 현실적 요구 사이의 간극 속에서 최근 몇 년간 여러 국가에서는 안전하고 합법적인 임신중지 확대를 위한 재생산권 운동이 활발하게 전개되고 있다.

임신중지는 전 세계적으로 가장 역동적으로 법적 규제의 변화가 이루어지고 있는 영역 중에 하나이다. 콜롬비아(2022)²⁾, 멕시코(2021)³⁾, 산마리노(2021)⁴⁾, 뉴질랜드(2020)⁵⁾, 태국(2021)⁶⁾, 아르헨티나(2021), 아일랜드(2018), 한국(2019) 등 여러 나라들이 모두 최근 몇 년 사이에 헌법재판소의 결정에 의해 혹은 국민투표를 통해 합법적인 임신중지가 확대된 국가들이다. 미국에서는 연방 차원에서 임신중지를 합법화한 1973년 ‘로 대 웨이드(Roe vs. Wade)’ 판결이 2022년 대법원에 의해 뒤집혔으며, 헝가리⁷⁾와 폴란드⁸⁾는 강화된 임

-
- 2) 콜롬비아는 2022년 2월 헌법재판소의 결정에 따라 임신 24주차까지의 임신중지가 허용되었다(Encarnación, O. G., 2022).
 - 3) 멕시코의 대법원은 2021년 임신중지 금지에 위헌 판정을 내렸으며 대부분의 주는 임신 12주차까지 임신중지를 허용하고 있다(Encarnación, O. G., 2022).
 - 4) 산마리노는 2021년 9월 국민투표로 임신중지 금지 법안을 폐지해 현재 임신 12주 이내의 임신중지를 허용하고 있다(연합뉴스, 2021. 09. 27.).
 - 5) 뉴질랜드는 2020년 3월 임신중지 관련 법안이 통과되어 합법화 됐고, 임신 20주차 이내의 여성은 개인의 선택에 따라 임신중지를 할 수 있게 됐다(여성신문, 2020. 03. 20.).
 - 6) 태국 헌법재판소는 2020년 임신중지를 금지하는 법의 개정을 요구했고, 2021년 2월부터 임신 12주 전의 임신중지가 합법화 됐다. 이후 2022년 9월 임신 20주까지 추가 완화하였다(연합뉴스, 2022. 09. 28.).
 - 7) ‘임신중지 전 태아 심장 박동 소리 청취 의무화’ 시행령 발표로 2022년 9월 15일부터 임신중지를 원하는 헝가리 여성들은 의료진에게 태아의 심장박동 청취 확인서를 받아 제출해야 한다(아시아경제, 2022. 09. 18.).
 - 8) 폴란드는 성폭행, 근친상간, 장애여부, 산모건강 위협에 한해 임신중지를 법적으로 허용해왔으나 2020년 폴란드 헌법재판소가 기형의 태아에 대한 임신중지는 평등권에 위반된

신중지 제한법이 통과함에 따라 이를 변화시키고자 하는 재생산권 운동 역시 활발하게 진행되고 있다. 한국의 경우 2019년 형법 낙태죄 조항에 대해 헌법재판소의 헌법불합치 결정이 내려짐에 따라 임신중지가 비범죄화 되었다. 하지만 비범죄화가 자동적으로 임신중지 의료서비스 제공에 대한 체계 구축으로 연결되지는 못하고 있는 상황이다. 아르헨티나는 2020년 12월 임신중지 합법화 법안이 의회에서 통과되었으며, 아일랜드는 2018년 5월 국민투표를 통해 임신중지를 금지하는 수정헌법 제8조가 삭제됨으로써 합법화되었다. 아르헨티나와 아일랜드는 오랫동안 실질적으로 임신중지를 엄격하게 금지해온 국가로서 임신중지 합법화 자체도 큰 법적 변화이지만, 동시에 그 과정에서 임신중지 무상 의료서비스 제공 및 약물적 임신중지 합법화 등 임신중지에 대한 실질적 지원 체계가 비교적 빠른 시간 내에 구축되었다는 점에 주목할 필요가 있다.

특히 이 글은 아르헨티나와 아일랜드에서 임신중지 관련 법 개정 운동 과정에서 ‘건강’이라는 의제가 어떻게 부상하게 되었으며, 임신중지의 문제가 ‘태아의 생명권’과 ‘여성의 선택권’이 대립하는 문제로 바라보는 오래된 관점에서 ‘건강권’의 영역으로 어떻게 전환하여 보건의료체계를 구축하고 있는지 그 과정에 주목한다. 한국에서도 2019년 헌법재판소의 낙태죄 헌법불합치 결정까지 임신중지와 관련된 많은 연구들은 법적 논쟁, 헌법적 검토, 법률 개정의 방향들이 주를 이루었다(e.g. 양현아, 2005; 전해정, 2021; 이은진, 2017; 김정혜, 2019; 천지선, 2019; 신옥주, 2018). 여전히 헌법재판소의 결정문에 대한 해석과 평가, 그리고 이후 대안 입법의 방향 등이 주요하게 논의되고 있지만 이와는 별개로 임신중지 비범죄화 이후 건강권 보장을 위해 실질적인 보건의료 체계를 어떻게 정비해야 할 것인가에 대한 논의가 본격적으로 시작되고 있다(e.g. 최예훈, 2019; 김새롬, 2021; 최선영, 2021; 이소영, 2021; 김선헌, 2021). 또한 국내 임신중지 관련 법제도 정비 및 의료체계 구축을 위해 다양한 해외 사례들이 검토되고 있다(e.g. 도규엽, 2018; 문한나·김명희, 2019; 최기홍 외, 2020). 하지만 각 해외 임신중지 의료서비스 보장이 어떠한 재생산권 운동의 흐름 속에서 건강권의 의제와 함께 발전해왔는지를 맥락을 이해하는 데는 한계가 있다. 이 글은 향후 한국에서 공중보건의 주요한 아젠다로서 임신중지에 대한 논의를 확장해 나가기 위한 참조의 하나로서 아르헨티나와 아일랜드의 사례에 집중한다. 아르헨티나와 아일랜드는 다른 역사적, 사회적 배경 속에서 각기 다른 법과 의료체계를 가지고 있기 때문에 임신중지에 대한 규제가 작동해온 방식에서부터 안전하고 합법적인 임신중지 확대를 위한 법

다고 결정하여 태아에게 장애가 있는 경우의 임신중지는 법적으로 금지됐다(연합뉴스, 2021. 01. 29.)

개정 운동이 전개되어온 과정 역시 다르게 나타난다. 하지만 엄격하게 임신중지를 금지했던 두 국가인 아르헨티나와 아일랜드가 어떠한 방식으로 임신중지 합법화와 함께 실질적으로 의료서비스로서 임신중지를 보장하고 있는지를 살펴보는 것은, 임신중지 비범죄화 이후 한국에서 임신중지를 건강의 문제로 의제화하고 향후 의료서비스 구축을 위한 방향을 모색하는데 중요한 시사점을 줄 수 있다.

이 글에서는 아르헨티나, 아일랜드, 한국 각 국가에서 임신중지에 대한 법적 규제가 어떻게 변화해 왔는지를 살펴보기 위해 관련 문헌 연구를 진행하였다. 각 국가의 기존 형법, 헌법, 개정법 등 관련 법, 공청회와 시민의회 보고서, 시민단체 보고서, 정부부처의 가이드와 의정서 등을 일차적인 분석대상으로 삼았다. 각 국가의 임신중지가 실천되는 구체적인 맥락들은 단순히 형식적인 입법 형태나 헌법적 규범에 의해서 단순히 결정되는 것이 아니라 공식적 규칙(formal rules), 비공식 규칙(informal rules), 배경 규칙(background rules)들 사이의 복잡한 관계에 의해서 상호구성 된다(Rebouché, 2014). 그렇기 때문에 각 국가의 법률상 조항이 실제 어떠한 의미를 지니고 있으며, 법 개정 과정에서 어떠한 쟁점들이 구체적으로 제기되었는지는 살펴보고 그 맥락을 보충 설명할 수 있는 자료로서 실제 각 국가의 재생산권 운동에 참여한 행위자들의 면접조사를 보조자료로 참고하였다.⁹⁾

II. 한국의 임신중지 비범죄화와 의료공백

한국에서 임신중지는 형법에 의해 불법으로 규정되어 왔다. 1953년에 제정된 형법 제269조는 “부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금”에 처한다고 규정하고 있으며, 제270조에서

9) 이 글에서 사용된 면접조사 자료는 ‘The role of health care providers in expanding the legal grounds for safe abortion: insights from Argentina, Ireland and South Korea’를 주제로 2021년 6월에서 10월 사이 진행된 공동연구를 통해서 수집되었다. 아르헨티나, 아일랜드, 한국 각 나라의 재생산권 운동에 참여한 총 35명(아르헨티나 12명, 아일랜드 11명, 한국 12명)의 의료인 및 단체 활동가를 대상으로 인터뷰가 진행되었다. 이 글의 저자들은 한국 면접조사를 담당하였으며, 각 국가에서 진행된 인터뷰 자료는 모두 영어로 번역되어 공유되었으며, 2021년과 2022년 두 차례의 온라인 워크숍을 통해 코딩과 종합 분석이 이루어졌다. 이 글에서는 의료인의 역할을 탐색하는 것이 주된 목적이 아니기 때문에 문헌만으로 파악하기 어려운 재생산권 운동의 맥락과 보건의료체계가 구체적으로 구성되는 과정을 보충하기 위한 보조자료로만 일부 활용하였다.

는 “의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역”에 처한다고 규정하고 있다. 이에 따라 원칙적으로 모든 종류의 임신중지는 형법에 의해 처벌 대상이 된다. 하지만 한국 사회에서 실제로 모든 시기에 임신중지가 똑같이 엄격하게 제한되었던 것은 아니었다. 1960년대 이후 가족계획사업이 국가의 시책으로 시행됨에 따라 임신중지를 완전히 막을 수 없었으며, 이에 대한 법적 근거를 만들어야 하는 필요에 의해 1973년 모자보건법이 제정되었다. 형법에서는 모든 임신중지에 대한 처벌의 조항을 명시한 반면, 모자보건법 제14조 <인공임신중절수술의 허용한계¹⁰⁾>에서는 강간, 근친상간, 우생학적 사유, 심각한 건강상의 위협 등을 허용사유로 정의하고 있으며, 이러한 허용한계에 해당하는 경우 모자보건법 제28조 <형법의 적용 배제>에 의해 “이 법에 따른 인공임신중절수술을 받은 자와 수술을 한 자는 형법 제269조와 제270조에도 불구하고 처벌받지 아니한다”고 규정해왔다. 이처럼 한국 사회에서 임신중지에 대한 법적 규제는 지난 약 50년간 형법과 모자보건법으로 나뉘어 이원화된 형태로 구성되어왔다. 형식적인 법의 형태로 본다면 부분적인 합법화라고 평가할 수도 있겠지만, 실질적으로 한국 사회에서 시행되고 있는 임신중지의 80% 이상 불법인 것으로 보고된다(이소영 외, 2018).

하지만 한국에서 실제 ‘낙태죄’에 의해서 기소된 숫자는 매우 적다는 것을 알 수 있는데, 이러한 이유로 형법상 낙태죄 조항이 ‘사문화’된 법이라고 평가하는 경향도 존재하였다(최현정, 2016). 2005년 한국의 합계출산율은 1.08로서 전 세계 최저 수준을 기록함에 따라 저출산 위기 담론이 부상하게 되었으며, 출생아의 숫자를 증가시키기 위한 다양한 정책들이 <저출산 고령사회 기본법>의 제정과 함께 만들어지기 시작했다(김선훈, 2020). 이러한 인구변화의 맥락 속에서 2005년 한국 정부는 출산율 증가를 목표로 <불법인공임신중절 예방 종합대책>을 수립하였으며, 2009년 ‘프로라이프 의사회’가 불법 임신중지 클리닉 고소 고발을 시작함에 따라 임신중지 접근성이 보다 제한되고, 높은 비용과 안전하지 않은 방식으로 임신중지를 해야만 하는 여성들이 증가하게 되었다. 또한 2016년 정부는 <의료관계 행정처분규칙 일부 개정안>을 입법에

10) ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우 3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우.

고 하였는데, 이는 비도덕적 진료행위에 인공임신중절시술을 포함하고 12개월간 업무정지로 의사에 대한 처벌을 강화하는 내용을 담고 있다. 이는 우회적인 방식으로 임신중지 의료서비스 공급자를 위축시키는 효과를 가져왔다¹¹⁾.

낙태죄에 대해 두 번의 헌법소원심판이 청구되었는데, 2012년에는 합헌결정(합헌4, 위헌4)이 내려졌지만, 2019년에는 헌법불합치결정(헌법불합치4, 위헌3, 합헌2)이 내려졌다. 2012년과 2019년 헌법재판소의 결정 결과가 합헌에서 헌법불합치로 바뀌는 과정에는 여러 다양한 요인들이 개입되어 있지만, 가장 주요한 변화 중 하나는 임신중지 담론이 “자기결정권 대 생명권” 논의에서 벗어나게 되었다는 점이다. 2012년 헌법재판소의 결정문은 임신중지를 태아의 생명권과 여성의 자기결정권이 대립하는 문제로 설정하고 있음을 보여준다. 이 틀 안에서는 임신중지를 금지함으로써 태아의 생명권을 보호하고 예외적인 허용 조건을 통해서 여성의 자기결정권을 보호하는 방식으로서만 임신중지의 문제를 다루게 되는 경향이 있다. 하지만 2019년 헌법재판소 결정에서는 이러한 추상적인 보호법익에 대한 대립 구도로서는 현실의 복잡한 임신중지의 문제를 다룰 수 없을 뿐만 아니라, 임신한 여성의 자기결정권도 태아의 생명권도 제대로 보호할 수 없다는 문제의식이 포함되었다. 이는 2016년도 이후 활발하게 전개된 시민사회의 재생산권 운동에서 임신중지에 대한 구체적인 의료현장에서의 경험과 건강권으로서의 임신중지에 대한 담론이 부상한 것과 무관하지 않다. 다른 의료 영역과 마찬가지로 임신중지 역시 ‘합법’과 ‘불법’의 틀로 접근할 수 있는 문제가 아니라, ‘안전한 임신중지’와 ‘위험한 임신중지’의 문제로 논의되어야 하며, 임신중지에 대한 규제와 제한은 오히려 임신 초기에 임신중지가 이루어지는 것을 막아 안전하지 못한 임신중지를 증가시킬 뿐이라는 점이 재생산권 운동의 주요한 주장으로 제기되었다.

결과적으로는 2019년 헌법재판소의 위헌불합치 결정으로 인하여 형법상 낙태죄 조항은 2021년 12월 31일까지 개선 입법이 이루어지지 않아 효력을 상실하였다. 한국에서 형법상 낙태죄 조항이 사라진 것은 임신중지를 건강의 영역으로 본격적으로 다룰 수 있는 시작점이 되었지만, 임신중지를 의료서비스로서 어떻게 제공할 것인지 그리고 실질적인 임신중지 접근성을 어떻게 보장할 수 있는지에 대해서는 여전히 아무런 보건의료 체계가 마련되지 못한 상태로 남아 있다. 더 이상 임신중지가 불법은 아니지만, 안전한 임신중지 의료서비스 접근성이 실질적으로 확대되고 건강권이 보장되고 있다고 보기는 어려운 상황이다. 현재 이러한 상태는 ‘입법공백’으로 주로 명명되고 있지만, 이

11) “의료인이 형법 제270조를 위반해 낙태하게 한 경우에는 자격정리 1개월에 처한다”는 내용을 담은 개정안은 결국 2018년 8월 발효되었다.

글은 입법 공백으로 인하여 임신중지가 보장되지 않고 있다고 바라보는 관점에도 비판적으로 접근한다. 임신중지를 건강권으로 지원하기 위한 법제도가 마련되는 것도 향후 중요한 과제이지만, 새로운 입법이 되기 전까지 임신중지에 대한 공적지원 및 보건의료체계를 구축하지 않으려는 정부의 소극적인 대응이 총체적인 ‘의료공백’을 만들어내고 있다는 점이 더욱더 시급한 문제이다. 그리고 이 의료공백은 개별 민간 병원들의 이윤을 추구하기 위한 비공식적 의료행위¹²⁾들에 의해 빠르게 영리화되어가고 있다(나영, 2022). 이러한 상황에서 임신중지에 대한 보건의료체계를 최근 구축하고 있는 아르헨티나와 아일랜드는 어떠한 배경 속에서 임신중지 합법화가 이루어졌으며, 어떠한 의료서비스 제공을 어떻게 제도화하고 있는지를 살펴봄으로써 중요한 시사점을 찾을 수 있을 것이다.

III. 임신중지 합법화 운동의 사회적·역사적 맥락

아르헨티나와 아일랜드는 비슷한 시기 임신중지의 합법화가 이루어졌지만, 임신중지를 금지하고 죄로서 규정해온 법적 근거와 법 제도가 놓여있는 사회적·역사적 맥락은 각기 다르다. 따라서 각 국가의 임신중지 재생산권 운동 과정이 어떠한 맥락 속에서 전개되었으며, 어떠한 의제를 중심으로 사회변화를 만들어 왔는지 개괄하고자 한다.

1. 아르헨티나

아르헨티나에서 임신중지는 2020년 12월 30일 법률 제27,610호 ‘자발적 임신중지의 허용에 관한 법안(Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley 27.610)’¹³⁾이 상원에서 통과되면서 합법화되었다. 아르헨티나 정부는 2020년 11월 17일 법률 제27,610호를 의회에 제출했고, 하원

12) 인터넷을 통해 여러 임신중지 시술을 제공하는 병원들은 활발하게 임신중지와 관련된 홍보를 하고 있으나, 비밀상담의 방식으로 임신중지가 진행되고 있으며 각종 검사비 및 영양제 등으로 높은 비용이 책정되고 있지만 이에 대한 정확한 정보를 얻기 어렵다.

13) 법안의 주요 내용은 다음과 같다: ① 산모가 원하는 경우 14주까지 임신중지 허용(현재는 강간 및 산모가 위험한 경우 등에만 제한적으로 허용), ② 산모의 요청이 있는 경우에는 최대 10일 이내에 시술 필요, ③ 동 시술은 의료보험 대상에 의무적으로 포함, ④ 의료진의 진료거부 가능 등(주아르헨티나 대한민국 대사관, 2020).

및 상원을 통과하였고 2021년 1월 24일에 발효되었다¹⁴⁾.

2020년 임신중지 합법화 이전 아르헨티나에서 임신중지는 엄격하게 제한되었다. 1921년 제정된 아르헨티나 형법 제85조부터 제87조는 임신중지 시술을 행하는 의료인, 여성, 가해자 및 가담자를 처벌하는 내용을 담고 있었다. 성인 여성, 청소년여성 또는 임신한 사람의 생명이나 건강을 위협하는 경우 또는 강간으로 임신한 경우에만 임신중지를 제한적으로 허용했다. 다른 모든 상황에서 임신중지는 금지되고 처벌됐으며, 임신중지를 스스로 유도하거나 동의한 자에게 최대 4년, 임신중지 시술을 제공한 의료인에게는 최소 1년, 여성이 사망한 경우 최대 15년의 징역형을 선고하도록 되어 있었다. 예외적인 허용 조항이 존재하기는 하였지만 대법원의 2012년 “F.A.L s/medida autosatisfactoria” 판결¹⁵⁾이 예외 조항의 범위를 명확히 하기 전까지는 이에 해당하는 사람들도 제한적인 시스템에서 임신중지를 위한 보건의료서비스를 제공받는 것은 실질적으로 매우 어려웠다(Ruibal&Anderson, 2018: 5).

아르헨티나의 재생산권 운동은 ‘임신중지 권리 위원회(La Comisión por el Derecho al Aborto, 1988)’와 ‘선택의 자유 운동(Movimiento Autoconvocadas Para Decidir en Libertad, MADEL, 1994)¹⁶⁾’ 등 국가에 의한 임신중지 금지 및 통제의 문제를 꾸준히 비판해 왔다(Blofield, 2006:142)¹⁷⁾. 특히 2000년대 중반부터 라틴아메리카에서 불법 임신중지로 인한 사망이 사회적 이슈로 부상하면서, 아르헨티나에서 임신중지는 심각한

14) 해당 법안은 2020년 12월 11일 20시간 동안의 토론 끝에 하원에서 찬성 131표 대 반대 117표(기권 6개)로 처음 통과되었으며, 이후 상원에서 12월 30일에 찬성 38표 대 반대 29표(기권 1개)로 2020년 12월 30일 통과되었다. 알베르토 페르난데스 대통령은 2021년 1월 14일에 법안에 서명했다.

15) Chubut에서 일어난 소송 건에 대한 대법원의 판결이다(La Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012.03.13.). Comodoro Rivadavia의 한 여성이 15세 때 계부에게 강간을 당했고 그녀의 어머니는 딸이 공립 병원에서 임신중지를 할 수 있도록 법원에 항소했다. 그녀의 주장은 Chubut 법원 1심과 2심 모두에서 기각되었고, 그 여성이 임신 20주차에 접어들었을 때 지방 고등 법원(Superior Court of Justice, TSJ)이 개입하여 이 사건을 비합리적 사건 중 하나로 규정했고 국가 형법 제86조에 따라 처벌하지 않는 임신중지로 판단하여 여성의 임신중지를 허용했다(Por Manuel Tarricone, 2018.08.09.).

16) 메넴 정권의 임신중지 전면금지 추진에 맞서 108개의 단체가 모여 추진된 아르헨티나의 페미니스트 운동이다.

17) 그 외에도 ‘선택권을 위한 가톨릭 (Catolicas por el Derecho a Decidir)’이 1987년 설립됐고 ‘재생산권 포럼 (Foro de Derechos Reproductivos)’이 1991년에 시작됐다(Blofield, 2006: 142).

여성 건강의 문제로 전환되기 시작했다(박윤주, 2021). 또한 2000년대 이후 임신중지 합법화 운동은 섹슈얼리티 및 젠더와 관련된 입법화 운동의 흐름 속에서 함께 이어졌다¹⁸⁾. 아르헨티나의 임신중지 합법화 운동은 임신중지의 문제를 여성 간 계급문제, 민주주의와 사회정의, 인권의 문제로 위치시켜 의제로 만들었다는 점이 주목할 만하다(Sutton&Borland, 2019). 이에 따라 2020년 임신중지 합법화를 이루어낸 재생산권 운동은 여성이 안전하게 의료서비스를 받을 수 있는 권리를 실질적으로 보장하기 위해서는 국가에서 무상으로 임신중지 의료서비스를 제공해야 할 책임이 있음을 주장해왔다. 이러한 운동은 2005년 아르헨티나 전국비정부기구연합 ‘합법적이고 안전하며 무상의 임신중지를 위한 전국 캠페인(Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito)’이 발족되며 시작됐다. 즉, 재생산권 운동은 아르헨티나의 사회적·역사적 맥락을 고려해 임신중지 합법화의 의미를 여성의 생명을 구하고¹⁹⁾, 여성에 대한 폭력²⁰⁾을 최소화하기 위한 것으로 위치시키는 복합적인 전략을 세웠다. 아르헨티나 임신중지 합법화 운동은 위의 문제를 아우르는 “합법적이고 안전한 무상의 임신중지(al aborto legal, seguro, y gratuito)”를 의제로 설정한 것이다. 임신중지 합법화를 사회정의의 언어²¹⁾로 확대하여 모든 여성이 안전한 임신중지 서비스에 접근해야 함을 강조했다(Daby and Moseley, 2022). 이 캠페인은 정당, 노동단체, 교육기관, 인권단체 등 300개 이상의 단체가 캠페인에 지원하게 되며 본격화됐다. 이들은 “선택을 위한 성교육, 임신중지를 막기 위한 피임, 죽음을 막기 위한 합법적 임신중지

18) 성과 재생산건강에 관한 법(Law No. 25,673, 2002) 포괄적 성교육에 관한 법(Law No. 26.150, 2006), 여성폭력 보호 및 처벌에 관한 법(Law No. 26.485, 2009), 젠더 정체성에 관한 법(Law No. 267.743, 2012).

19) ‘마요 광장의 어머니들 (Madres de Plaza de Mayo)’은 아르헨티나 군부독재 시기(1976-1983) 임신한 여성들에 대한 폭력에 대항한 집단으로 임신중지 합법화 찬성의 근거를 “권리를 빼앗긴 여성의 생명”을 위하는 일로 위치시켰다(Sutton&Borland, 2013: 202).

20) 글로벌 가족계획 연맹(Global Planned Parenthood)과 국제 엠네스티 등의 단체를 주축으로 2017년 라틴아메리카 전역의 100여개의 시민단체가 참여한 ‘어머니가 아니라 소녀다(Ninas, no Madres)’ 해시태그 캠페인은 2010년 3월 양아버지의 강간에 의해 임신한 15살 여성의 임신중지를 지방법원이 불허한 사건으로 인해 시작되었다. 이로 인해 임신중지 합법화는 여성의 몸에 대한 폭력을 최소화하는 노력으로 재규정되었다(박윤주, 2021: 187).

21) 니 우나 메노스 운동이 2018년 입법 과정에서 사용한 슬로건은 “부유한 여성은 임신중지를 하지만 가난한 여성은 사망한다(Las ricas abortan, las pobres se mueren)”로 임신중지를 계급 불평등의 문제로 연결시켰다(박윤주, 2021: 189).

(Educacion sexual paradedicidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir)”를 슬로건으로 합법화 운동을 이어갔다.

임신중지 합법화를 위한 오랜 운동은 2015년부터 시작된 페미사이드에 반대하는 대규모 시위 ‘니 우나 메노스(단 한 명의 여성도 잃을 수 없다)’ 운동이 2018년부터 글로벌 차원으로 일어나면서 본격화됐다. 녹색 스카프를 한 여성들이 거리에 나와 녹색 물결(Green Wave)²²⁾을 만들었으며 당시 보수정당의 마크리 대통령은 임신중지 합법화 법안을 국회 토론에 올리는 결과로 이어졌다. 아르헨티나 전국비정부기구연합 ‘합법적이고 안전하며 무상의 임신중지를 위한 전국 캠페인’이 제안한 임신중지 합법화 법안이 2018년 하원을 통과하여 상원에서 부결되었다.²³⁾ 하원을 통과한 후 진행된 토론에서 임신중지에 의해 발생할 수 있는 건강의 문제를 의료인이 연설함으로써 임신중지 합법화는 공중보건의 문제임을 분명히 했다.

“나의 몸은 내가 결정한다”라는 정치적 의사 결정권자들에게 표를 얻을 수 없습니다. [중략] 입법적 논쟁이 따르고 도덕적 딜레마와 자궁 내 생명 대 자율성, 평등, 자유 등과 같은 논쟁을 일으키기 때문입니다. 자궁 내 생명과 임신중지가 무엇을 의미하는지에 준하는 다른 연설을 해야 했습니다. 그래서 의료인의 연설은 임신중지로 인한 합병증 발생 및 사망을 문제를 공중보건의 중요한 문제로 가시화하는 데 기여한 것입니다. [아르헨티나 변호사, 법의학 교수, ‘여성에게 의한 여성(Mujeres por Mujeres)’ 회원]

인터뷰 인용에서 볼 수 있듯이 의료인들은 전문가로서 임신중지와 건강에 대한 정확한 정보를 전달함으로써 임신중지 합법화에 힘을 실었다. 또한 안전한 임신중지가 산모사망률을 감소시킨다는 통계와 구체적인 임상 사례를 전달하는 것을 통해 과학적 근거를 제시하여 성과 재생산건강에 대한 의료서비스 접근의 중요성을 강조했다. 이어 여성의 선택 또는 태아의 생명으로 이분화된 논쟁을 국가 구성원으로서 공공 의료서비스에 접근할 권리라는 현실적 문제로 전환시켰다. 부결 이후에도 임신중지 합법화 운동은 계속됐다. ‘합법적 임신중지 권리를 가진 사람들의 포괄적인 보건의료서비스(care)’를 위한 의정서는 국립 보건부의 ‘결의안 1/2019’에 의해 승인됐다. 결의안은 임신중지 보건의

22) 임신중지 합법화에 찬성하는 아르헨티나의 시민들은 녹색 스카프를 매고 시위에 나섰다. 이러한 대규모 운동을 녹색 물결 Green Wave로 부른다.

23) 2018년 6월 13일 257명으로 구성된 하원은 해당 법안에 찬성 129표, 반대 125표, 기권 1표로 이 법안을 승인하여 상원으로 옮겼지만, 8월 8일 72명으로 구성된 상원은 찬성 31표, 반대 38표, 기권 2표로 부결했다(Uki Goñi, 2018. 08. 09.).

료서비스를 담은 성과 재생산 건강에 대한 보건 정책을 필수적으로 갖출 것을 요구했다(Ministerio de Salud, 2019. 12. 13). 이후 2020년 4월에 ‘성과재생산건강국(Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, DNSSR)²⁴⁾’이 보건부의 행정 결정 457/2020을 통해 창설되었으며, 그 목적은 사회적 평등과 젠더 관점을 통해 인구의 성과 재생산건강을 증진하는 것이다. 임신중지 합법화를 위한 기반 마련은 점진적으로 이루어졌고, 이내 알베르토 페르난데스(Alberto Fernández) 대통령이 대선 기간 임신중지를 합법화하는 법안을 의회에 제출하겠다고 약속하여(Katy Watson, 2020. 12. 30.) 아르헨티나 정부는 2020년 11월 17일 ‘자발적 임신중지의 허용에 관한 법안’을 의회에 제출했다. 이 법안은 하원 및 상원을 통과하여 2021년 1월 24일에 발효되었다.²⁵⁾

2. 아일랜드

아일랜드에서 임신중지를 범죄로 처벌한 역사는 영국 식민지기로 거슬러 올라간다. 1861년 영국은 개인에 대한 범죄 법(Offences Against the Person Act)을 제정하였고, 당시 식민지국이었던 아일랜드에도 적용되었다. 이 형법에서 임신중지와 임신중지 조력은 모두 무기징역에 처했고, 임신중지 수단을 제공하는 것 역시 범죄화함으로써 모든 상황에서의 임신중지를 전면적으로 금지하였다(Quilty, Kennedy & Conlon, 2015). 1921년 아일랜드의 식민지 독립 이후 여러 차례 법이 개정됐으나, 1861년 형법은 임신중지에 관한 형법의 근간으로서 아일랜드의 법령에 남아있었다. 영국 본토(Britain)에서는 1967년 임신중지법(Abortion Act)을 통해 임신중지가 합법화되지만, 아일랜드는 임신부의 생명이 위급한 상황을 제외하고 모든 경우의 임신중지가 불법이었다.²⁶⁾ 임신중지 의료서비스가 필요한 아일랜드의 여성들은 임신중지를 위

24) 임신중지 합법화 이후 성과재생산건강국은 보건부 산하에서 안전한 임신중지를 위한 의정서 등을 제작하는 등 임신중지 합법화 이후의 의료서비스 체계를 구축하는 역할을 수행했다.

25) 해당 법안은 2020년 12월 11일 20시간 동안의 토론 끝에 하원에서 찬성 131표 대 반대 117표(기권 6개)로 처음 통과되었으며, 이후 상원에서 12월 30일에 찬성 38표 대 반대 29표(기권 1개)로 2020년 12월 30일 통과되었다. 알베르토 페르난데스 대통령은 2021년 1월 14일에 법안에 서명했다.

26) 아일랜드의 북부 지역인 북아일랜드는 영국의 일부(United Kingdom)임에도 임신중지가 불법이었다.

해 영국으로 이동하였고, 아일랜드에서 영국으로의 임신중지 의료관광(abortion tourism)이 서서히 발전되기 시작하였다(Gilmartin, 2011: 276). 아일랜드에서의 임신중지 금지와 임신중지에 대한 낙인이 갈수록 강화됨에 따라, 영국으로의 임신중지 의료관광은 여성단체들에 의해 조직적으로 지속되었다(Irish Women's Abortion Support Group, 1988).

1970~80년대 세계적인 자유화의 흐름과 함께, 아일랜드에서는 국가 정체성과 민족적 가치를 수호하기 위해 전통 가톨릭과 국가적 도덕성이 강조되었다. 이러한 맥락에서 아일랜드적 가치를 지키는 수단으로써 가장 먼저 임신중지의 엄격한 금지를 요구하는 캠페인이 진행되었다(Smyth, 2005: 54-56). 임신중지는 '수치스러운 것'으로 인식되었고, 임신중지를 선택하거나 경험하는 여성들은 '타락한 여성'으로 의미화되었다(Luddy, 1997; 2011; McKimmons & Caffrey, 2021에서 재인용). 전 사회적인 임신중지 금지 캠페인의 결과로, 1983년 국민투표를 통해 태아에게 임신부와 동등한 생명권을 부여하는 수정헌법 제8조(헌법 40.3.3조)가 제정되었다. 이는 사실상 임신중지 금지를 헌법에서 헌법의 영역으로 상승시킨 것으로, 헌법에 명시된 이상 국민투표를 통해서만 법을 바꿀 수 있게 되었다(Smyth, 2015). 이로써 아일랜드에서는 어떠한 상황에서도 임신중지가 금지되었고, 임신중지에 대한 정보를 제공하는 것 역시 불법화되었다(Irish Women's Abortion Support Group, 1988: 69). 1992년 X 사건 판결(Attorney v. X)은 임신중지와 관련하여 다시 한 번 국민투표가 이루어지는 계기가 된다. 만 14세였던 소녀 X는 성폭행으로 임신하였고, 임신중지를 위해 다른 나라로 가려고 했으나 국가에 의해 여행이 금지되었다. X는 자살 충동을 비롯한 정신건강 피해를 호소하며, 자살 위험 등으로 임신부의 삶에 실질적인 위협이 가해질 때 임신중지를 허용하도록 소송을 제기하였다. 대법원은 수정헌법 제8조에는 태아의 생명권뿐만 아니라 임신부의 생명권이 함께 명시되어있다는 점에서, 아일랜드에서 임신중지 시술을 받을 권리가 있다고 판결하였다.

X 사건 판결이 사회적으로 논쟁이 되자 정부는 세 가지 수정안이 포함된 헌법 개정안을 제시하며 국민투표를 시행하였다. 국민투표를 통해 첫째, '임신중지를 위해 국가 밖으로 여행할 수 있는 자유'와 둘째, '국가 밖에서 임신중지 서비스에 대한 정보를 얻거나 제공할 자유'가 각각 수정헌법 제13조와 제23조에 명시되었다. 세 번째로 자살 위험이 있을 시 임신중지를 할 수 있는 근거가 되는 X 사건의 판결을 철회하자는 제안은 기각되었다. 이어 1995년 정보규제법(The Regulation of Information Act)이 통과되며, 여성이 요청할 시 의사, 자문 기관, 개인 상담사가 해외 임신중지 서비스에 대한 정보를 제공

할 수 있도록 하였다. 이처럼 X 사건 판결은 태아의 권리가 임신한 여성의 정신적, 신체적 건강(wellbeing)보다 우선시되어야 하는가를 질문하며, 아일랜드에서 임신중지에 관한 논쟁의 본질을 바꾼 중요한 계기가 되었다(Quilty, Kennedy & Conlon, 2015).

이러한 상황은 임신중지와 임신중지에 관한 정보 제공, 그리고 임신중지를 위한 의료관광을 엄격히 통제하던 상황보다 진일보한 것으로 보일 수 있지만, 여전히 아일랜드 내에서는 임신중지를 제공할 수 있는 법적·의료적 기반이 마련되어 있지 않다는 점을 보여준다. 2012년 임신 중 사망한 사비타 할라파나바르(Savita Halappanavar)는 그가 죽음에 이르기까지 태아의 심장 박동이 감지된다는 이유로 어떠한 의료적 조치도 받지 못하였다. 이 사건은 대중적으로 임신중지 권리에 대한 관심을 불러일으켰고, 활동가들은 수정헌법 제8조 폐지를 목표로 2012년 임신중지권 캠페인(Abortion Rights Campaign, ARC)을 설립하여 2013년부터 매년 더블린에서 행진을 기획하였다.

임신중지 금지에 대한 분노가 개인과 집단의 단위로 표출되자, 마이클 D. 히긴스 대통령은 2013년 ‘임신 중 생명보호법’에 서명함으로써 임신부의 생명에 위협이 있는 경우 임신중지를 할 수 있도록 하였다. 2014년부터 시행된 이 법은 아일랜드 역사에서 처음으로 임신중지 권리가 제한적으로나마 허용되는 것처럼 보였지만, 사실상 임신중지의 범죄화를 유지, 강화하기 위함이 있었다(Quilty, Kennedy & Conlon, 2015). ‘임신 중 생명보호법’에 따라 합법적으로 임신중지가 가능한 경우에도 여성들은 임신을 유지하도록 강요받았기 때문이다(McKimmons & Caffrey, 2021: 201).

위와 같이 아일랜드에서는 역사적, 문화적, 종교적으로 오랫동안 임신중지에 대한 낙인이 있었고, 임신중지는 종교와 도덕의 문제로 여겨져 왔다. 법체계는 이러한 배경과 조응하여 157년 동안 임신중지가 법으로 금지되고 범죄화되었다. 이로 인해 임신중지 의료서비스가 필요한 여성들은 영국으로 의료관광을 떠나야 했고, 의료관광을 할 수 있는 자원이 부재한 여성들은 검증되지 않은 위험한 방식의 의료기술로 건강과 생명의 위협에 노출되었다(Gilmartin, 2011).

1990년대부터 임신중지 의료서비스를 받지 못해 건강에 위협을 받고 사망에까지 이르는 일련의 사건들이 대중적으로 주목을 받으면서, 사회적으로 태아에 대한 윤리적 태도보다 여성의 건강권으로 담론의 초점이 이동하게 되었다(McKimmons & Caffrey, 2021). 의료계에서도 임신중지를 금지하는 수정헌법 제8조가 의료인들에게 필요한 의료적 개입을 할 수 없도록 저해함으로써 임신부의 건강과 생명을 침해한다는 목소리가 나왔다.²⁷⁾ 이러한 점에서 법

폐지를 위한 국민투표와 임신중지 관련 법 제·개정의 필요성을 제안하였다. 임신중지 관련 법에 대한 대중의 관심이 커지자, 엔다 케니 총리는 2016년 임신중지를 주요 안건으로 포함하고, 이를 논의할 100인의 시민의회를 출범시켰다. 시민의회에서 의료전문가들과 활동가들은 임신중지가 필요한 사례와 의학적 근거, 그리고 임신중지 금지 혹은 합법화가 미치는 영향 등을 제시하며 시민들을 설득하였다. 예컨대 의료인들은 임신중지가 불법이라고 해서 임신중지가 줄어드는 것은 아니며, 오히려 불법 임신중지로 인해 더 큰 위험이 수반되므로 합법적 임신중지의 의료적 이익에 관해 설명하였다. 또한 임신중지에 대한 낙인으로 인해 임신중지 경험에 대해 말하기 어려운 여성들을 대신하여, 의료인들은 의료현장에서 직접 목격한 여성들의 고통을 강조하며 임신중지 합법화의 중요성을 설명하였다. 이를 통해 임신중지 합법화의 문제는 여성의 재생산 건강권의 문제임을 강조하였다. 이러한 전문가들의 설득은 아일랜드 총리와 보건부에 해당하는 HSE(Health Service Executive) 장관이 국민투표와 법 제정을 지지하는 데 영향을 주었다.

최종적으로 시민의회는 임신중지 비범죄화 및 제한적 임신중지 허용에 관한 내용의 입법화를 권고하였다(Kennedy, 2021: 9-10). 수정헌법 제8조 폐지를 결정하는 국민투표를 앞두고, 투게더 포 예스(Together For Yes, TFY)는 70개 이상의 다양한 시민사회 단체를 모아 제8조 폐지를 위한 운동에 박차를 가했다. 그 결과 2018년 임신중지를 범죄화하고 금지하는 수정헌법 제8조는 국민투표를 통해 헌법에서 삭제되었고, 임신중지규제법(「Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018」)이 통과되었다. 이 법을 통해 아일랜드에서는 2019년 1월 1일부터 합법적인 임신중지 의료가 서비스가 제공되기 시작하였다.

이처럼 아르헨티나와 아일랜드는 임신중지를 규제하는 법적 근거, 임신중지를 둘러싼 재생산권 운동의 전개 시기와 방식 등이 모두 달랐지만, 임신중지가 여성의 재생산 건강권의 문제로 이동하였다는 점에서 공통점이 있다. 그렇기에 임신중지는 도덕과 종교의 문제가 아닌, 의료가서비스 체계를 구축하고 제공하는 것의 문제로 접근되기 시작하였다. 다음 장에서는 구체적으로 아르헨티나와 아일랜드가 어떻게 보건의료체계를 구축하여 임신중지 의료가서비스를 제공하고 있는지 알아보고자 한다.

27) 수정헌법 제8조 하에서는 임신부의 생명이 위독한 상황일지라도 임신중지를 진행했을 때 의료인이 13년형 처벌을 받을 수 있다.

IV. 임신중지 보건의료체계 구축 과정과 내용

이 장에서는 아르헨티나와 아일랜드가 임신중지 합법화 과정에서 실질적인 임신중지 접근성 확대와 안전한 임신중지 의료서비스 제공을 위해 어떠한 보건의료체계를 만들어내고 있는지를 살펴보고자 한다. 헌법과 형법으로 임신중지를 엄격하게 제한하였던 두 국가에서 법 개정을 이루는 과정 자체도 중요하지만, 처벌 조항을 삭제하는 것만으로 건강권이 보장될 수는 없기 때문에 구체적으로 어떤 제도들이 공공의료서비스의 관점에서 만들어지고 있는지에 주목하고자 한다.

1. 아르헨티나

제정된 법률 제27.610호 ‘자발적 임신중지의 허용에 관한 법안(Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley 27.610)’의 제1조(article 1)가 정의하는 법률의 목적은 ‘여성 및 임신이 가능한 기타 성 정체성’을 가진 사람들의 인권과 공중보건에 관한 국가적 책무에 따라 합병증 예방과 사망률의 감소를 위해 자발적인 임신중지 및 임신중지 이후 의료서비스에 대한 접근을 규정하기 위함이다²⁸⁾. 이 법률은 임신중지를 결정하고 의료 시스템을 통해 임신중지와 이후의 의료서비스를 제공받을 권리를 보장한다. 여성 또는 다른 성 정체성을 가진 임신부에게는 14주차까지 임신중지가 허용되며 이 기간 이후의 임신중지는 강간 또는 임신부의 생명이나 건강이 위험에 처한 경우에만 허용된다. 임신부의 요청 이후 최대 10일 이내 임신중지 의료서비스를 제공해야 한다. 법률 제27.610호는 임신중지를 위한 보건의료서비스를 보장하기 위해 ‘의료서비스의 품질 보증을 위한 국가 프로그램(Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica, responsabilidad estatal)’ 및 ‘필수의료프로그램(Programa Médico Obligatorio,

28) 특히 이 법의 제3조는 이 법의 조항이 아르헨티나 공화국이 비준한 인권 조약인 국가헌법 제75조 22항을 기초로 구성되었다고 적시한다. 성과 재생산 권리, 존엄성, 생명, 자율성, 건강, 교육, 완전성, 신체, 다양성, 성 정체성, 민족적 문화적 다양성, 프라이버시, 믿음과 생각의 자유, 정보에 대한 권리, 과학적 진보의 혜택을 향유할 수 있는 권리, 진정한 기회의 평등, 비차별 및 폭력 없는 삶 등에 관한 조약 등이 포함된다. (REDASS, 2021. 02. 22.) 아르헨티나 헌법 제1권 제1장 의회권력 제75조 22항에 따르면 의회는 다른 국가 및 국제기구와 체결한 조약 및 교황청과의 협약을 승인하거나 거부할 수 있으며, 조약과 협약은 법률보다 높은 계층 구조에 있다(한동훈, 2009).

PMO)’에 진단 혜택, 약물 및 지원 요법(support therapy) 등을 포함했다(법률의 제12조). 공공기관, 사회보장제도(예. 사회보험 프로그램), 제약사, 비영리단체(NGO) 모두 이 법을 준수하기 위한 조치를 마련하거나 기존의 시스템을 수정해야 한다. 또한 국가, 주, 부에노스아이레스 자치시 및 지자체는 전체 인구의 성과 재생산건강 증진 및 강화를 위한 적극적인 정책과 함께 법률 제 26,150호²⁹⁾를 시행할 책임이 있다. 이 법을 준수하도록 교사, 보건 팀 구성원 및 공무원을 교육해야 한다.

아르헨티나의 의료시스템은 공공, 민간 및 사회 보장 부문으로 나뉘어 각 지방은 독립적으로 기능하지만, 의료서비스를 위한 지도부, 재정 및 전달에 대한 책임은 헌법에 따라 운영된다. 공공 부문의 병원 및 공중보건 센터는 주로 보편적 무상 의료서비스를 제공하며 보건부는 이러한 운영체제를 규제하고 일부 필수 공급품을 제공한다. 무상 의료서비스는 사회보험 같은 사회보장 프로그램을 통해 보장된다. 사회보장 프로그램은 현직 및 은퇴한 모든 정규직 노동자와 그 가족에게 적용되며, 이는 인구의 약 60%를 포괄한다. 정부와의 합의로 사회보장 프로그램은 필수보건의료서비스 조건 및 항목들을 보장해야 하기 때문에 일반의원 등 민간부문 또한 필수보건의료서비스를 제공해야 한다(Bower et al., 2021). 이러한 아르헨티나의 의료체계에서 임신중지 및 임신중지 이후 의료서비스는 무료로 병원 및 1차 의료센터에서 제공이 된다. 현재 아르헨티나에서는 병원의 의사만이 수술적 임신중지를 할 수 있으며 일반의원과 같은 1차 의료센터(primary health care centres)의 의사는 13주 미만의 약물적 임신중지³⁰⁾를 제공할 수 있다. REDAAS가 발표한 보고서에 따르면 2019년에 카바에서 시행된 8,388건의 합법적 임신중지(Interrupción Legal del Embarazo, ILE) 중 84%가 1차 의료센터에서 이루어졌으며 92%가 약물적 임신중지였다(Romero&Silvina Moisés, 2020). 의료보험이나 사회보장 프로그램에 가입하고 의사의 처방전이 있으면 보조금을 받아 미소프로스톨을 약국에서 구매하여 약물적 임신중지를 자체적으로 시행할 수도 있다. 아르헨티나의 임신중지 의료서비스는 국가 차원에서 관리되고 있으며, 이를 효율적으로 운영할 수 있었던 이유는 임신중지 합법화 이전부터 보건부 산하의 ‘성과

29) 2006년 10월 4일 통과되어 2006년 10월 23일부터 발효된 ‘포괄적 성교육을 위한 국가 프로그램(National Program of Comprehensive Sexual Education, Programa Nacional de Educacion Sexual Integral)’ 법률이다. 모든 학생은 국가, 지방, 부에노스아이레스 자치시 및 시 관할권의 공립, 국가 관리 및 사립 교육 시설에서 종합적인 성교육을 받을 권리가 있다.

30) 현재 아르헨티나에서는 미페프리스톤은 승인이 되지 않아 미소프로스톨만 처방되고 있다.

재생산건강국'³¹⁾을 만들었기 때문이다. 이를 통해 합법화 이후 법률에 적시된 내용을 체계적으로 수행할 수 있었다.

임신중지 합법화 법률 제27.610호는 의료인의 진료거부를 허용하고 있지만, 이를 제한하여 임신중지를 원하는 '여성 및 다른 성 정체성'을 가진 사람들의 건강권을 보장한다. 해당 법률 제10조는 의료전문가가 진료거부를 행사하기 위해 충족해야 하는 요건을 확립하고 있다. 진료 거부를 하기 위해서 의료전문가는 임신중지를 요청한 자를 “지체 없이 적절한 시기에 임신중지 의료서비스를 제공할 수 있는 다른 의료전문가에게 후송해야 한다(제10조 a항).” 민간부문(Private Subsector, Subsector Privado)' 또는 '사회보장 부문(Social Security, Seguridad Social)'의 경우 임신중지 의료서비스를 제공할 수 있는 의료전문가가 없다면 실질적으로 제공할 수 있는 전문가에게 후송해야 한다. 임신중지 이후 의료서비스의 경우 임신중지 시술 거부와 무관하게 필수로 제공해야 하며, “의료전문가는 임신중지를 요청한 자의 건강이 위급한 상황에 놓여 응급처치가 필요할 경우 거부권을 행사할 수 없다(제10조).”

아르헨티나의 재생산권 운동은 임신중지 전면금지에 반대하는 것에서 계급, 사회정의, 공중보건의 문제를 강조하는 전략으로 확장되었으며, 임신중지를 공중보건 및 건강권의 문제로 전환시켰다. 이러한 전략은 합법화 이전부터 임신중지 의료서비스 자원을 제공할 수 있는 행정체계를 구축할 수 있게 하였다. 합법화 이후에는 마련되어 있는 행정체계를 통해 의정서, 가이드라인, 약품의 보급 등이 원활히 관리되고 배포될 수 있었다. 또한, 재생산권 운동은 임신중지에 관한 사회적 논의를 계급에 따라 차별적으로 보장되는 건강권의 문제로 위치시켰다. 이를 통해 임신중지 의료서비스 제공이 국가의 책임이라는 것이 강조되었고, 무상으로 제공되도록 제도를 구축할 수 있었다. 임신중지 보장에 관한 책무는 의료전문가에게도 요구되었다. 의료전문가의 임신중지 시술 거부 는 환자의 권리 보장이 전제되었을 때만 제한적으로 가능하다. 이처럼 아르헨티나의 재생산권 운동은 임신중지에 접근할 권리를 국가가 국민의 건강을 위해 마땅히 책임져야 할 기본 권리로서 주장하였다. 아르헨티나 정부는 이러한 요구를 의료시스템에 반영하여 제도화했고, 임신중지 서비스를 효과적으로 제공하는 방안을 마련한 것이다.

31) 보건부와 성과재생산국은 '0800' 핫라인을 구축하여 임신중지에 대한 정보를 제공하고 교육부는 약물적 임신중지 브로셔 등 자료를 배포하고 있다. 성과 재생산과 관련된 권리 및 보건의로 정보를 제공하고 있다. 피임법과 다양한 성생활에 대한 정보를 포함하는 포괄적 성교육에 대한 정보 또한 배포하고 있다. 합법화 이후 임신중지와 관련된 정보 또한 쉽게 확인할 수 있도록 웹사이트를 구성하였다.

2. 아일랜드

2017년 시민의회에서는 1년간 임신중지를 금지하는 수정헌법 제8조 폐지를 논의한 끝에, 여성의 재생산 건강권을 임신중지 합법화의 가장 주요한 근거로서 제시하며 수정헌법 제8조의 폐지, 임신중지 비범죄화, 임신 12주 차까지의 사유 제한 없는 임신중지를 허용하는 대안 입법을 제안하였다(김선화, 2017; Kennedy, 2021; The Citizens' Assembly, 2017). 아일랜드 재생산권 운동에 참여한 영국 산부인과 전문의 연구참여자의 인터뷰 내용에 따르면, 사유 제한이 없는 임신중지의 임신주수 제한 기준은 아일랜드가족계획협회에서 시민의회를 상대로 설문조사를 한 결과에 바탕을 두고 있다. 12주 제한이 있는 경우에는 60~80%의 사람들이 지지하였고 의회에서도 해당 법안을 통과시킬 확률이 높아지지만, 22주 제한으로 주수를 높였을 때 대다수 사람에게 수용될 가능성이 현저히 낮아지는 것이다. 이러한 주수 제한은 임신중지를 비범죄화하기 위한 수정헌법 제8조의 폐지와 합법적으로 임신중지 의료서비스를 어떻게 구축하여 제공할 것인가를 시민의회에서 함께 논의하며 일종의 타협안으로 설정된 것임을 알 수 있다. 시민의회는 나아가 성 건강에 대한 교육, 재생산건강 서비스에 대한 접근성 개선, 임신중지에 관한 상담 및 시설 제반 지원 개선 등 법적 변화뿐만 아니라 제도적 변화에 관한 내용을 포함하며 임신중지 비범죄화 이후 실질적으로 임신중지 권리를 보장할 수 있도록 제안하였다(The Citizens' Assembly, 2017). 이렇게 수렴된 최종 안건은 정치권에 전달되었고, 아일랜드의 입법기관인 오이라흐타스 위원회(Joint Oireachtas Committee)는 시민의회와 보고서를 검토하였다. HSE 장관은 의회를 설득하고 타협하는 과정에서 임신중지 의료서비스에 관한 법률안 내에 의무상담제를 포함하게 된다.

이러한 과정을 거쳐 2018년 5월, 임신중지를 범죄화하고 금지하는 수정헌법 제8조는 국민투표를 통해 헌법에서 삭제되었다. 같은 해 12월 13일, 임신중지규제법(「Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018」)이 통과되었다. 이 법을 통해 아일랜드에서는 2019년 1월 1일부터 합법적인 임신중지 의료서비스가 제공되기 시작하였다. 임신중지규제법 제12조에 따르면, 임신 12주 차까지는 12주를 초과하지 않았다는 의료 종사자의 의견과 그에 대한 증명에 따라 사유 제한 없이 임신중지가 가능하다.³²⁾ 이때 임

32) 임신중지규제법에 관한 설명에서 내주와 각주가 없는 내용은 아일랜드의 「임신중지규제법」원문을 참고하였다.

신부는 의료인에게 검진을 받고 3일간의 숙려기간을 가진 후 임신을 종료할 수 있으며, 3일 이상의 기간이 지나지 않았다면 임신중지는 이루어질 수 없다.³³⁾

이 법의 제22조에서는 임신중지 시술에 대한 의료인의 진료거부를 명시하고 있다. 하지만 임신중지 시술이 이루어지지 않는 경우, 반드시 임신중지 서비스를 제공할 수 있는 다른 의료기관으로 임신부를 후송하여야 한다. 또한, 제10조 임신부의 생명이나 건강에 심각한 위해가 되어 즉각적으로 임신중지가 이루어져야 하는 경우 이 조항은 유효하지 않으며, 제10조에 따라 의료인의 의무로서 임신중지가 수행되어야 한다. 따라서 진료거부를 허용하고 있지만, 그것이 곧 어떠한 상황에서도 임신중지 시술을 거부할 수 있다는 의미는 아니며 임신부의 재생산 건강권을 위해 후송과 같은 의료인의 최소한의 책임이 요구되고 있다.

2019년부터 임신중지 시술이 합법적으로 제공되면서, HSE는 임신중지에 관한 가이드를 통해 의료서비스 접근 방법과 비용, 임신중지 과정에서 부작용의 종류, 그리고 부작용이 있을 때의 조치, 임신중지 이후 사후관리, 피임과 성 매개 감염 등에 관한 정보를 안내하고 있다(HSE, 2019). 이 가이드에 따르면 임신중지 서비스는 크게 약물적 임신중지와 수술적 임신중지 두 가지 방식으로 제공된다. 약물적 임신중지의 경우 임신 주수에 따라 두 가지 방식으로 나뉜다. 첫 번째로, 임신 9주까지는 임신 유지 호르몬을 차단하는 1차 약물인 미페프리스톤을 의료인의 관리하에 복용하고 귀가하여 일상생활로 복귀할 수 있다. 24시간에서 48시간 후에는 자궁을 수축하는 2차 약물인 미소프로스톨을 집 등 원하는 장소에서 복용할 수 있다. HSE는 약물에 대한 부작용이 있을 시 24시간 운영되는 무료 핫라인 마이옵션즈(My Options)를 통해 의료기관에 연결될 수 있도록 서비스를 제공하고 있다. 두 번째로, 임신 9주에서 12주 사이에는 1, 2차 약물을 모두 의료기관에서 복용하여야 한다. 수술적 임신중지는 정부가 지정한 병원에서만 이루어질 수 있다.

이러한 임신중지 서비스는 아일랜드에 거주하고 있는 아일랜드 국민이라면

33) 임신 주수가 12주 이상일 때도 임신중지가 가능한 경우가 있다. 이 법의 제9조에 따라 12주 차 이상의 임신부 혹은 태아의 생명이나 건강에 큰 위험이 있을 시 의료인의 의견과 증명에 따라 임신중지가 이루어질 수 있으며, 이 경우 역시 의료인의 의견 증명이 사전에 이루어져야 한다. 제10조에 의하면 임신부의 생명이나 건강이 응급할 시에는 즉시 임신중지가 이루어질 수 있으며, 임신중지 시술 전 의견 증명이 이루어질 수 없는 경우에는 시술 후 3일 이내에 의료인의 의견과 증명을 제시하여야 한다. 또한 제11조에서는 출생 전 또는 출생 후 28일 이내에 태아의 죽음으로 이어질 가능성이 있는 경우 의료인의 의견 증명 이후 임신중지가 이루어질 수 있다.

무료로 이용할 수 있으며, 의료비 재원은 HSE의 예산으로 마련된다. 아일랜드의 의료 시스템은 공공보험-민간보험의 2중 구조(two-tier system)로 시행되고 있고, 아일랜드 국민은 공공 병원에서 무료로 진료를 받을 수 있다(류기철, 2008). 이러한 구조 속에서는 공공보험환자와 민간보험환자의 병원 대기 기간이나 병원 이용에 있어 형평성의 문제가 제기될 수 있다. 하지만 약물적 임신중지는 1차 의료기관에서 일반의를 통해 무상으로 제공함으로써 의료서비스의 접근성을 보장하고 있다. 이는 임신중지가 필수 의료서비스로서 제도화되었음을 뜻한다는 점에서 주목할 만하다.

임신중지규제법은 제20조에서 임신중지 시술을 한 의료인은 시술에 대한 증명서를 HSE 장관에게 제출하여야 하고, HSE 장관은 매년 6월 30일까지 1년간 보고된 증명서를 취합하여 의회에 보고서를 제출하여야 한다고 규정한다. 이처럼 임신중지가 합법화되었다는 것은 얼마나 많은 여성이 이 의료서비스를 어떻게 이용하고 있는지 파악할 수 있는 데이터와 통계가 축적된다는 의미이다. 실제로 아일랜드에서는 임신중지가 합법화된 첫해인 2019년에 총 6666건의 임신중지가 이루어졌고, 98.1%가 임신 12주 이내의 임신중지였으며 임신부의 생명에 위험이 있거나 건강에 큰 지장이 있었던 경우가 21건, 응급 상황으로 즉각 임신중지가 이루어진 경우가 3건, 태아가 출생 전이나 출생 후 28일 이내 사망 가능성이 있었던 경우가 100건임이 파악되었다(HSE, 2020). 2020년에는 총 6,577건(HSE, 2021), 2021년에는 총 4,577건(HSE, 2022)의 임신중지 시술이 이루어졌다. 이 규모는 2018년까지만 하더라도 임신중지 약물을 불법으로 구하거나 임신중지를 위해 의료관광을 가야 하는 대상이었다(김동식, 2021: 46). 특히 불법 약물로 인한 임신중지의 경우 약물의 안전성이 검증되지 않으므로, 임신중지 실패와 각종 부작용 등의 위험이 따를 수 있다. 하지만 임신중지 합법화 이후 약물적 임신중지에 대한 접근성이 보장됨에 따라, 임신중지의 대다수는 임신초기의 약물적 임신중지(Early Medical Abortion, EMA)로 이루어지고 있다(Kennedy, 2021).

종교의 권력이 사회 전반에 영향을 미치고 있던 아르헨티나와 아일랜드의 재생산권 운동은 건강권 보장을 위한 국가의 의무를 주장함으로써 임신중지 합법화라는 결과를 만들 수 있었다. 임신중지 불법화로 의료서비스를 제공받지 못해 사망하는 임신부 수의 증가와 위협받는 취약계층의 사례가 사회적으로 큰 파장을 일으키면서 두 나라 모두 보건의료체계를 통해 임신중지 의료서비스를 무상으로 제공하게 됐다. 현재 임신중지를 위한 보건의료체계는 건강권을 중심으로 재편되어 아르헨티나와 아일랜드 모두 보건부에 해당하는 행정부처가 관할하여 임신중지 의료서비스를 관리하고 지원함으로써 접근성을 높

이고 있다. 주수제한과 상담 여부 등에 관한 보건의료체계는 다르게 구축되었지만, 진료거부 허용에 있어 두 나라 모두 의료전문가의 책무를 명확히 하여 규제하고 있다. 의료전문가는 진료를 거부할 경우 후송할 의무가 있으며 응급 상황에는 시술을 거부할 수 없다. 이처럼 형법과 헌법에서 임신중지를 엄격하게 금지하고 있던 아르헨티나와 아일랜드는 임신중지를 건강권의 문제로 접근하게 되면서 보건의료체계를 마련했고 임신부가 안전한 임신중지에 무상으로 접근하게 했다. 마지막으로 결론에서는 두 사례가 한국의 상황에 어떠한 시사점을 주는지 밝히고자 한다.

〈표 1〉 아르헨티나, 아일랜드의 임신중지 의료서비스 체계

국가	아르헨티나	아일랜드
법률	법률 제27.610호 '자발적 임신중지의 허용에 관한 법' (Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo)	임신중지규제법(「Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018」)
의료서비스 제공기관	병원, 1차의료기관, NGO연계 의료기관	1차의료기관, 정부지정병원
비용	공공, 민간, 사회보장 의료보험을 통해 무상 제공	아일랜드 거주 아일랜드 국민인 경우 무상 제공
약물적 임신중지	병원 및 1차 의료기관, NGO연계 의료기관에서 의사의 처방을 받아야 함. 미소프로스톨 사용만 승인됨.	1차 의료기관에서 일반의에 의해 처방 9주 이내의 경우 1차 약물인 미페프리스톤은 병원에서, 2차 약물인 미소프로스톨은 원하는 장소에서 복용 가능 9주에서 12주 사이의 경우 1, 2차 약물 모두 병원에서 복용하여야 함.
수술적 임신중지	병원에서만 가능	정부 지정 병원에서만 가능
상담	임신중지 요청 후 임신중지에 관한 정보 및 상담 제공, 동의 후 시술, 시술 후 피임 및 사후관리에 대한 상담 제공	의무상담제, 위기임신상담 요청 시 비용 정부 지원
기타	강간에 의한 임신일 경우 임신부의 동의와 진술서를 받은 후 허용. 만 13세 이하의 청소년은 진술서 불필요	검진 후 3일 이상의 숙려기간 필수
의사의 진료거부에 대한 규정	① 임신중지 시술 거부 시, 임신중지 의료서비스를 제공할 수 있는 다른 의료전문가에게 후송 필수 ② 임신부의 생명이나 건강에 치명적인 위협이 되어 응급치료를 필요로 할 경우 시술 거부 불가능 ③ 임신중지 이후 의료서비스 제공에 있어 시술 거부 불가능 ④ 보건의료기관은 임신중지 제공	① 임신중지 시술 거부 시, 임신중지 의료서비스를 제공할 수 있는 다른 의료전문가에게 후송 필수 ② 임신부의 생명이나 건강에 치명적인 위협이 되어 즉각 임신중지 시술이 필요할 경우 시술 거부 불가능

국가	아르헨티나	아일랜드
	가능한 의료전문가가 없을 경우 지체 없이 가능한 의료전문가에게 소개 필수	

V. 결론 및 향후 과제

이 글은 아르헨티나와 아일랜드에서의 임신중지 합법화 과정을 살펴봄으로써 한국에서 임신중지 의료서비스를 필수보건의료 체계로 구축하기 위한 방향을 모색하고자 하였다. 임신중지가 합법화되는 세계적 흐름 속에서 한국, 아르헨티나, 아일랜드의 재생산권 운동은 임신중지를 둘러싼 오랜 ‘선택과 생명의 대립’ 논쟁을 공공의료서비스의 보장에 관한 논의로 이동시켰다. 아르헨티나와 아일랜드는 100여 년 넘게 엄격하게 임신중지를 금지해오던 국가였음에도, 재생산 건강권을 보장하기 위해 최근 임신중지 관련 법을 제정하여 임신중지 의료서비스를 무상으로 제공하고 있다. 이러한 아르헨티나와 아일랜드의 사례는 임신중지 관련 의료체계가 부재한 한국의 현 상황에서 크게 다섯 가지의 시사점을 준다.

첫 번째로, 아르헨티나와 아일랜드는 임신중지를 권리로서 보장하는 법을 제정하여 의료서비스를 제공하고 있다. 특히 아르헨티나의 경우 법률에 “임신중지를 원하는 여성 및 다른 성정체성을 가진 사람들의 건강권”을 보장한다는 내용을 직접 명시하고 있다. 이는 임신중지 의료서비스의 대상을 지정성별 여성에게만 국한하지 않고, 다양한 성 정체성을 가진 사람들에게도 포괄적으로 적용함으로써 의료서비스 접근에 제한이 없도록 하는 것이다. 한국 역시 임신중지를 비롯한 재생산 건강권의 문제를 기존의 모자보건 정책으로 다루는 것이 아니라, 성·재생산권리보장 기본법을 제정하여 모든 사람의 성·재생산건강과 그 권리를 법으로 보장하고 실현할 수 있도록 하여야 한다.

두 번째로, 아르헨티나와 아일랜드는 모든 사람이 임신중지 의료서비스에 접근할 수 있도록 정부 재원을 통해 임신중지 시술을 무상으로 제공하고 있다. 한국에서 역시 국민건강보험에서 임신중지 시술을 급여화하여 임신중지 의료서비스에 대한 접근성을 실질적으로 보장하여야 한다. 낙태죄 폐지 이전에도 모자보건법상 허용 사유에 해당하는 경우 임신중지는 보험이 적용되었지만, 현재 임신중지가 비범죄화된 상황에서 임신중지 건강보험 급여화에 대한 기준은 전혀 마련되지 않고 있다. 임신중지가 비급여항목인 경우 임신중지 시술에

대한 수가가 책정되지 않으므로 비용은 병원에 따라 임의로 결정되고 있으며 이 속에서 임신중지 의료서비스에 접근할 수 있는 여성들은 제한된다는 점에서 보편적인 건강권 보장이 이루어질 수 없다. 비용을 부담하기 어려운 취약한 조건에 놓여있는 많은 사람들은 여전히 위험하고 검증되지 않은 임신중지 방식을 택할 수밖에 없기 때문이다. 또한 오랫동안 한국에서 임신중지는 사회적 편견과 낙인의 대상이었으며, 이러한 인식이 변화하지 않고서는 실질적인 건강권을 보장받기가 어렵다. 임신중지가 숨겨야 하는 범죄행위가 아니라 일반적인 의료행위의 하나로 여겨지기 위해서는 건강보험 급여화가 필수적인 조건이다.

세 번째로, 아르헨티나와 아일랜드는 1차 의료기관에서 일반의에 의해 약물적 임신중지가 가능하다. 두 국가에서는 임신중지 시술 대부분이 약물적 임신중지로 이루어지고 있고 세계보건기구에서도 유산유도제를 필수약품으로 지정한 만큼, 약물적 임신중지는 안전성이 보장된 방식이다. 특히 코로나 팬데믹 시기 의료기관 방문이 어려워 접근성이 제한되는 상황에서 세계 여러 국가에서는 비대면 처방을 통해 안전한 임신중지가 이루어질 수 있도록 하였다(김선훈, 2021). 그만큼 약물적 임신중지는 안전성과 접근성 등 다양한 이점이 많은 임신중지 방법이지만 한국에서는 여전히 유산유도제가 공식적으로 수입이 되지 않고 있다. 식약처에서는 임신중지 관련 법 개정이 이루어지지 않았고 약물의 안전성이 확인되지 않는다는 이유로 유산유도제 수입 허가를 보류하는 것이다. 이러한 상황은 약물적 임신중지를 통제하기보다, 오히려 안전성이 확인되지 않은 약물을 온라인 등 비공식적 유통경로를 통해 구매하여 복용하는 상황을 만들어낸다. 이는 임신중지가 필요한 여성들의 건강과 안전에 대한 위협을 방치하는 문제라고 할 수 있다. 안전한 임신중지에 대한 접근성 확대를 위해 약물적 임신중지가 공식적 의료체계 안에서 이루어질 수 있도록 조속한 제도화가 필요하다.

네 번째로, 아르헨티나와 아일랜드에서의 임신중지 의료서비스 제도화는 괄목할 만한 변화이지만, 여전히 사유 제한 없는 임신중지 허용 주수를 각각 14주와 12주로 제한하고 있다. 아일랜드의 경우 임신주수 검진 이후 3일 이상의 숙려기간을 필수적으로 가져야 하며, 숙려기간 사이에 임신주수가 12주를 넘으면 해당 임신중지 시술은 불법이 된다. 다시 말해 11주 차 7일까지는 임신중지가 합법이지만, 7일 차 자정부터는 불법이 되는 것이다. 이로 인해 아일랜드에서는 여전히 하루 최소 1명의 여성이 임신 12주 이상이라는 이유로 임신중지 시술을 받기 위해 타국으로 의료관광을 떠나는 상황이다(김동식, 2021: 47). 그러나 임신주수는 임신이 여성의 마지막 월경 기간의 첫날부터 시작된

다는 의학적 원칙에 따라 해석된다는 점에서 정확하게 측정될 수 없으며, 월경이 불규칙하거나 임신 사실을 늦게 인지하게 된 여성의 경우를 배제하게 된다. 따라서 한국에서는 임신중지를 제한하고 규제하는 방식이 아닌, 안전하게 임신중지가 이루어질 수 있는 의료체계를 확립하는 데 초점을 둘 필요가 있다.

마지막으로, 아르헨티나와 아일랜드는 의료인의 임신중지 시술 거부를 법에서 제한하고 있으며, 시술이 이루어지지 못하는 상황에서는 반드시 임신중지 시술이 가능한 다른 의료기관으로 후송을 해야 한다는 점을 명시하고 있다. 한국 사회에서 임신중지는 암암리에 이루어져 왔지만, 오랫동안 법률상 죄로 규정되어왔기 때문에 교육기관에서는 임신중지 상담 및 시술에 대한 교육이 공식적으로 이루어질 수 없었다. 따라서 의료인이 해당 시술을 수행할 전문지식이나 경험이 부족한 경우, 혹은 병원에서 임신중지 시술이 가능한 의료장비나 의약품이 구비되지 않은 경우 등에 따라 여성이 진료를 받지 못한다면 임신중지 시술을 제공하는 병원이나 다른 의료기관으로 후송할 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 또한 임신중지가 여성의 건강과 생명에 직결된다는 점에서, 의료인으로서 임신중지 기술에 대한 습득이 의과대학에서부터 체계적으로 이루어질 필요가 있다(김새롬, 2021).

이처럼 재생산 건강권을 보장하기 위한 임신중지 비범죄화의 효과가 현실에서 실질적으로 작동하기 위해서는 단지 형법상 낙태죄 폐지에 그치는 것이 아니라 안전한 임신중지 의료서비스 접근성 및 건강권 보장을 위한 보건의료체계 마련이 시급하게 요청된다. 이를 위한 법 제도와 정책을 마련하는 과정은 아일랜드의 100인 시민의회 사례를 참고할 수 있다. 100인 시민의회는 의료인이나 법조인뿐만 아니라 다양한 직업군의 시민들이 무작위로 포함되어 구성되었고, 나이, 성별, 사회적 계급, 지역 등의 분포를 다양하게 반영할 수 있도록 하였다. 또한 시민의회에서의 논의와 의결 과정을 원활히 진행할 수 있도록 의료인, 법조인, 활동가 등의 전문가 집단을 따로 구성하여 시민의회를 보조하는 방식으로 이루어졌다. 현재 한국 사회에서는 보건의료정책을 수립하고 결정하는 과정이 의료전문가에 의해 독점되어 있는데, 이러한 상황에서는 성별, 인종, 계급, 장애, 지역 등에 따라 다양한 정체성을 가진 사람들의 입장이 누락되거나 배제될 가능성이 있다. 따라서 모두를 위한 안전한 임신중지 의료서비스와 성·재생산건강권 보장을 위해서는 보다 참여적이고 민주적인 방식으로 보건의료체계가 구축될 필요가 있다.

참고문헌

【논문 및 단행본】

- 김동식(2021). “아일랜드의 임신중지 규제법과 의료정책”. 국제사회보장리뷰. 제18권. 38-52.
- 김새롭(2021). “포괄적 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계의 과제: 임신중지를 중심으로”. 여성연구. 제109권 제2호. 5-36.
- 김선혜(2020). “모성의 의무에서 재생산 권리로: [모자보건법]의 비판적 검토 및 개정방향 모색”. 이화젠더법학. 제12권 제2호. 1-44.
- _____(2021). “코로나 19 위기와 재생산권- 필수공공의료서비스로서 임신중지”. 페미니즘 연구. 제21권 제1호. 47-84.
- 김선화(2017). “국민참여형 헌법개정 사례”. 이슈와 논점. 국회입법조사처.
- 김정혜(2019). “낙태죄 ‘폐지’를 말하는 이유: 임신중단권 보장의 법적 쟁점과 방향”. 페미니즘 연구. 제19권 제1호. 3-49.
- 나영(2022). 차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가? 토론회 2022.11.30. 자료집.
- 도규엽 (2018). “낙태죄에 대한 외국 입법례와 시사점”. 이슈와 논점. 국회입법조사처.
- 류기철(2008). “민간건강보험과 의료이용 형평성: 아일랜드 사례를 중심으로”. 사회과학연구. 제25권 제1호. 161-184.
- 문한나·김명희(2019). “국내·외 낙태에 대한 진료 거부의 법적 현황과 쟁점사항 검토”. Asia Pacific Journal of Health Law&Ethics. 제12권 제3호. 57-81.
- 박윤주(2021). “니 우나 메노스(Ni Una Menos)에서 니냐스 노 마드레스(Niñas, no Madres)까지: 사회운동이론의 틀 정렬(Frame Alignment)을 통해 본 아르헨티나 낙태 합법화 운동”. 스페인어문학. 제98권. 173-201.
- 변수정(2022). “인공임신중절 실태조사”. 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 신옥주(2018). “낙태죄의 위헌성에 관한 고찰”. 생명, 윤리와 정책. 제2권 제1호. 19-51.
- 양현아(2005). “여성 낙태권의 필요성과 그 함의”. 한국여성학. 제21권 제1호. 5-39.
- 이소영·변수정·김종훈·김희성·박종서·임정미·조성호·오신휘·김동식·신동일·김소윤·신옥주·이근덕·한정열(2018). “인공임신중절 실태조사”. 보건복지부

한국보건사회연구원.

- 이소영(2021). “캐나다의 임신중지 의료 지원 동향”. 국제사회보장리뷰. 2021(가을). 27-37.
- 이은진(2017). “낙태죄의 의미 구성에 대한 역사사회학적 고찰: 포스트식민 한국 사회의 법제, 정책, 담론 검토”. 페미니즘 연구. 제17권 제2호. 3-46.
- 전해정(2021). “재생산 규범을 둘러싼 물음들: 낙태죄 헌법불합치 결정과 관련하여”. 한국여성철학. 제36권. 135-183.
- 천지선(2019). “헌법재판소의 낙태죄 결정에 나타난 향후 입법 방향”. 젠더법학. 제11권 제1호. 161-177.
- 최기홍·김나라·정혜주·고선강·김신향·주승섭·유사라·김소연·표소휘·임소정 (2020). “임신·출산 상담체계 구축방안 연구”. 보건복지부 고려대학교산학협력단.
- 최선영(2021). “임신중지의 법적 자유화와 의료서비스의 공적 보장을 중심으로 본 임신중지 정책의 국제적 동향”. 국제사회보장리뷰. 2021(가을). 5-15.
- 최예훈(2019). “임신중지 관련 건강권 보장을 위한 정책 방향”. 한국여성정책연구원 세미나자료 2019. 47-58.
- 최현정(2016). “낙태죄의 문제점 및 개선방향”. 이화젠더법학. 제8권 제3호. 225-258.
- 한동훈(2009). 세계각국의 헌법체제 및 개별법체제 I: 칠레, 아르헨티나, 알제리, 남아프리카 공화국. 한국법제연구원.

Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö. & Alkema, L. (2022), Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019. *BMJ Global Health*. 7. 1-10.

Blofield, M. (2006). *The politics of moral sin: Abortion and divorce in Spain, Chile and Argentina*. Routledge.

Daby, M. & Moseley, M. W.(2022). Feminist Mobilization and the Abortion Debate in Latin America: Lessons from Argentina. *Politics & Gender*. 18(2). 359-393.

Encarnación, O. G.(2022). Latin America's Abortion Rights Breakthrough. *Journal of Democracy*. 33(4). 89-103.

Gilmartin, M.(2011). Interrogating Medical Tourism: Ireland, Abortion,

- and Mobility Rights. *Signs*. 36(2): 275-279.
- Health Service Executive(2019). Your guide to medical abortion.
- _____(2020). Annual Report 2019.
- _____(2021). Annual Report 2020.
- _____(2022). Annual Report 2021.
- Irish Women's Abortion Support Group. (1988). Across the Water. *Feminist Review*. 29. 64-71.
- Kennedy, S.(2021). Accessing Abortion in Ireland: Meeting the Needs of Every Woman. National Women's Council.
- Luddy, M.(1997). "abandoned women and bad characters": prostitution in nineteenth-century Ireland. *Women's History Review*, 6(4), 485-504.
- _____(2011). Unmarried mothers in Ireland, 1880-1973. *Women's History Review*. 20(1). 109-126.
- McKimmons, E. & Caffrey, L.(2021). Discourse and power in Ireland's Repeal the 8th movement. *A Journal for and about social movements*. 13(1). 193-224.
- Quilty, A., Kennedy, S. & Conlon. C.(eds.)(2015). Abortion in Ireland: A legal timeline. *The Abortion Papers Ireland: volume 2*, Attic Press.
- Rebouché, R.(2014). A Functionalist Approach to Comparative Abortion Law. *Abortion law in transnational perspective: Cases and controversies*. Cook, R. J., Erdman, J. N., & Dickens, B. M. (eds.) University of Pennsylvania Press.
- Ruibal, A. & Fernandez Anderson, C. (2018) Legal obstacles and social change: strategies of the abortion rights movement in Argentina. *Politics, Groups, and Identities*.
- Smyth, L.(2005). National Entrepreneurs: A Moral Panic Emerges. Abortion and Nation. *The Politics of Reproduction in Contemporary Ireland*(pp.49-72). Routledge.
- _____(2015). Ireland's Abortion Ban: honour, shame and the possibility of a moral revolution. *The Abortion Papers Ireland: Volume 2*. Attic Press.

Sutton B. & Borland, E. (2013). Framing abortion rights in Argentina's Encuentros Nacionales de Mujeres, *Feminist studies*, 39(1), 194-234.

_____ (2019). Abortion and Human Rights for Women in Argentina, *A Journal of Women Studies*, 40(2), 27-61.

The Citizens' Assembly(2017). First Report and Recommendations of the Citizens' Assembly: The Eighth Amendment of the Constitution.

【인터넷 자료】

세계법제전문센터, 아르헨티나 형법(Ley 26.994, Código penal), https://world.moleg.go.kr/web/wli/lgsInfoReadPage.do?1=1&searchPageRowCnt=10&A=A&AST_SEQ=1073&CTS_SEQ=42124&searchType=all&ETC=.

아르헨티나 대법원(La Corte Suprema de Justicia de la Nación), F. A. L. s/ medida autosatisfactiva, 2012년 3월 13일. <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>.

아시아경제(2022. 09. 18), “‘낙태 전 태아 심장 박동 들어라’…헝가리 시행령 논란”. <https://view.asiae.co.kr/article/2022091821194894348>에서 2022.10.27. 인출.

여성신문(2020. 03. 20.), “뉴질랜드 낙태 합법화… 20주 내는 임신부가 결정 가능”. <http://www.womennews.co.kr/news/articleView.html?idxno=197351>에서 2022. 10. 27. 인출.

연합뉴스(2021. 01. 29). “폴란드서 ‘기형 태아도 낙태금지’ 결정 발효… 전국서 항의 시위”. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20210129036200009?input=1195m>에서 2022. 10. 27. 인출

연합뉴스(2021. 09. 27.). “‘초미니’ 가톨릭국가 산마리노, 156년 역사 낙태금지법 폐기”. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20210927006400109>에서 2022. 10. 27. 인출.

연합뉴스(2022. 09. 28.). “태국, 낙태 규제 추가 완화…임신 20주까지 허용”. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20220928078800076?input=1195m>에서 2022. 10. 27. 인출.

주아르헨티나 대한민국 대사관(2020. 12. 17.). “아르헨티나 낙태법 제정 동향”. https://overseas.mofa.go.kr/ar-ko/brd/m_6225/view.do?seq=134

- 1386에서 2022. 10. 15. 인출.
- Center for Reproductive Rights(2020. 04. 03.) Abortion is Essential Healthcare: Access is Imperative During COVID-19. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/USP-COVID-FS-Interactive-Update.pdf> 에서 2022. 12. 03. 인출
- Jason Bower, Mariana Romero, and Lester Chinery. (June, 2021)ARGENTINA – Market Assessment for Medical Abortion Drugs in Argentina. Concept Foundation and Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Market_Assessment_for_Medical_Abortion_Drugs_in_Argentina.pdf 에서 2022. 12. 03. 인출.
- Katy Watson(2020. 12. 30.) Argentina abortion: Senate approves legalisation in historic decision. BBC. <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-55475036>에서 2022. 08. 19. 인출.
- La Corte Suprema de Justicia de la Nación(2012. 03. 13.). F. A. L. s/medida autosatisfactiva.<http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf> 에서 2022. 12. 03 인출.
- La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), Acerca de la Dirección. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/institucional> 에서 2022. 12. 02. 인출.
- Ministerio de Salud(2019. 12. 13). Resolución N° 1 - 12 de Diciembre de 2019, Apruébase el PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2da Edición 2019. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/buscar/resource/?id=leisref.act.35990>에서 2022. 12. 03 인출.
- Ministerio de Salud (2020. 04. 04). Decisión Administrativa 457/2020. City of Buenos Aires. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227457/20200405> 에서 2022. 12. 03. 인출.
- M. Romero and Y. Silvina Moisés (December, 2020). El Aborto en Cifras. REDAAS. 2020. <https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/187El%20aborto%20en%20cifras,%202020%20-%20MR%20y%20SM%20-%20REDAAS.pdf> 에서 2022. 12. 03. 인출.

- Por Manuel Tarricone(2018. 08. 09.). “¿Qué es el fallo “F.A.L.” y qué obligaciones estableció la Corte?”. chequeado. <https://chequeado.com/el-explicador/que-es-el-fallo-f-a-l-y-que-obligaciones-establecio-la-corte/>에서 2022. 12. 03. 인출.
- REDAAS(2021. 02. 22.) Boletín oficial Número 34.561 - Ley de IVE, translated by Tradctas. <https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/521-Law%2027,610%20-%20Access%20to%20the%20Voluntary%20Termination%20of%20Pregnancy.pdf>에서 2022. 12. 03. 인출.
- Uki Goñi(2018. 08. 09.). Argentina senate rejects bill to legalise abortion. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2018/aug/09/argentina-senate-rejects-bill-legalise-abortion>에서 2022. 08. 20. 인출.
- WHO(2020. 06. 01.) Maintaining essential health services during the COVID-19 outbreak. [who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues) 에서 2022. 12. 03.인출.
- _____(2021. 11. 25.). Abortion. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/abortion> 에서 2022. 12. 04. 인출
- _____(2022. 03. 09.) WHO issues new guidelines on abortion to help deliver lifesaving care. <https://news.un.org/en/story/2022/03/1113612> 에서 2022. 12. 03. 인출.

Abstract

Abortion and Right to Health : the Process of the Establishment of Healthcare System in Argentina and Ireland and Its Implications

Sunhye Kim*·Jiyun Gu**·Seyoun Yim***

The purpose of this article is to find measures for establishing abortion care system in South Korea. Although Abortion was decriminalized in 2019 by the Constitutional Court's decision in South Korea, healthcare system has not yet been mandated that people who are in need of abortion care are still facing problems due to lack of information and privatization. In this context, the cases of Argentina and Ireland, where abortion was recently legalized and institutionalized, will be reviewed with the perspective of right to reproductive health. In Argentina, 'Access to Voluntary Termination of Pregnancy(Law No. 27,610)' was passed and Article 86 of the Penal Code was amended in 2020 that abortion up to 14 weeks became legal. In Ireland, 'Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act(2018)' was passed in 2019, and abortion up to 12 weeks was legalized. This article examines the background of the shift in discourse on abortion from the frame of 'pro-choice vs. pro-life' to the issue of right to reproductive health. It also investigates how Argentina and Ireland equipped existing healthcare system for safe and legal abortion care. In-depth analysis on the healthcare system for abortion care in Argentina and Ireland, both in which abortion has been strictly prohibited, would suggest ways to expand effective access to and institutionalization of healthcare system for abortion care in South Korea.

Keywords : abortion, right to health, reproductive right, Argentina, Ireland, South Korea

* First Author: Assistant Professor, Ewha Womans University

** Co-Author: M. A. Student, Ewha Womans University

*** Co-Author: M. A. Student, Ewha Womans University