

# 인공임신중절 현황과 정책과제



韓英子

한국보건사회연구원 책임연구원

## 1. 서 언

인공임신중절은 인위적으로 행해지는 유산행위를 의미하며 선·후진국을 막론하고 그 허용여부와 허용범위를 두고 끊임없는 논쟁이 지속되어 왔으며 흔히 정치적 쟁점이 되고 있다. 인공임신중절문제가 정치적 이슈가 되는 이유는 이 문제가 보건의료의 측면만이 아닌 윤리·도덕, 사회문화적 그리고 인구학적 함의를 포함하고 있기 때문이다. 인공임신중절 허용을 반대하는 입장이나 찬성하는 입장이나 인공임신중절이 가능한 한 없어야 하며 원치 않는 임신을 미리 예방함으로써 인공임신중절을 감소시켜야만 한다는 데에는 이견이 있을 수 없다고 본다. 그러나 불원임신을 예방하지 못한 시점에서는 원치 않는 임신을 출산으로 지속시켜야 하는지 인공임신중절을 선택해야 하는지 기로에 서게 되며 이시점에서는 어떤 선택을 하던 문제는 있게 된다.

인간의 모든 행위는 사회문화적인 관점과 시대적인 배경에서 이해되어진다. 특히 생식과 관련된 행위에 대한 가치관의 차이는 가족 이외의 남성에게는 얼굴조차 보여서는 안되는 무슬림국가에서부터 콘돔을 갖고 다니는 남자 청소년은 책

임감이 있는 사람이라는 서구까지 문화와 시대에 따라 무척 크고 다양하다. 우리나라는 성에 관한 한 무척 엄격한 유교적 전통이 있다. 여성의 순결은 반드시 지켜야 할 사회적 규범으로 되어 있다. 그러나 서구문화의 도입과 급격한 산업화의 영향으로 우리나라의 전통문화는 도전을 받고 있다. 요즘 청소년들의 성에 대한 태도 및 행동은 과거와는 무척 달라지고 있으나 여기에 적절히 대처할 준비가 되어있지 않아 사태가 악화되고 있다.

인공임신중절에 대한 대처가 어려운 것은 그것이 개인의 사생활과 관련되어 있고 법적인 제약이 있기 때문에 정확한 실태 파악이 쉽지 않다는 점이다. 우리나라에서는 인공임신중절이 모자보건법에 의해 제한적으로 허용되고 있음에도 불구하고 20~44세 유배우부인만 해도 33만 8천건(1993)의 인공임신중절이 시행되고 있는 것으로 추정되고 있으며 전세계적으로 인공임신중절을 많이 하고 있는 나라중의 하나로 지칭되고 있는 실정이다. 이같은 인공임신중절은 여성의 건강저해뿐만 아니라 생명경시 풍조를 초래하여 사회문제가 되고 있다. 미혼의 경우 시술후의 관리 소홀로 합병증 등을 초래하고 있어 그 심각성은 더욱 높다.

본고에서는 우리나라 인공임신중절의 수준은 어느 정도이며 인공임신중절을 불가피하게 하는 주요 원인은 무엇인지 살펴보고 세계 각국의 실태와 대응방안 등을 분석하여 그들의 경험을 우리나라 정책수립에 참고자료로 제시하고자 한다.

## 2. 인공임신중절의 현황 및 문제점

### 가. 인공임신중절 실태

대부분의 국가에서 합법적 유산도 보고되지 않는 경우가 흔히 있으며 불법유산은 더구나 파악하기 힘들어 각국의 인공임신중절률의 정확한 수준이나 규모를 알기는 어렵다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 각국의 현황을 살펴볼 필요는 있다. 소련의 경우 공식통계를 보면 인공임신중절률은 15~44세 여성 천명당 112로 가장 높게 나타나고 있다. 불법유산과 보고 누락을 감안하면 실제로는 훨씬 높을 것으로 예상되며 표본조사 결과를 보면 가임여성부인(15~44세) 천명당 181로 추정되고 있다(표 1 참조).

우리나라는 20~44세 유배우부인만 해도 33만 8천건(1993)의 인공임신중절이 시행되고 있는 것으로 추정되고 있으며, 전세계적으로 인공임신중절을 많이 하고 있는 나라중의 하나로 지칭되고 있는 실정이다.

선진국의  
인공임신중절률은  
미국이 다소 높아서,  
28이고 그 외에는  
11에서 20 사이에  
있으며, 개도국의  
경우 선진국보다  
높아서 대체로 40  
이상의 수준이며  
우리나라는 53으로  
나타나고 있다.

표 1. 각국의 인공임신중절실태(1987)

		인공임신 중절수	인공임신 중절률 <sup>1)</sup>	인공임신 중절비 <sup>2)</sup>
비교적 정확한 통계	캐나다	63,600	10.2	14.7
	중국	10,394,500	38.8	31.4
	덴마크	20,800	18.3	27.0
	영국	156,200	14.2	18.6
	네덜란드(1986)	18,300	5.3	9.0
	싱가폴	21,200	30.1	32.7
	스웨덴	34,700	19.8	24.9
	미국(1985)	1,588,600	28.0	29.7
불완전한 통계	프랑스	161,000	13.3	17.3
	서독	92,200	7.0	12.8
	이태리	191,500	15.3	25.7
	일본	497,800	18.6	27.0
	폴란드	122,600	14.9	16.8
	소련	6,818,000	111.9	54.9
표본조사· 기타자료	한국(1984)	528,000	53	43
	스페인	63,900	8	-
	스위스(1984)	13,500	9	15
	터키	531,400	46	26

주: 1) 15~44세 여성 천 명당 인공임신중절수

2) 임신 백 건당 인공임신중절수

자료: Stanley K. Henshaw & Evelyn Morrow, *Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement*, The Alan Guttmacher Institute, 1990.

인공임신중절률과 인공임신중절비가 동유럽 및 중부유럽에서도 비교적 높아서 동독의 27에서 유고슬라비아의 71까지이다. 일본의 인공임신중절률은 1975년의 15~44세 부인 천명당 84로부터 1987년에는 18.6으로 떨어지긴 했으나 비교적 높은 편이다. 기타 선진국의 인공임신중절률은 미국이 다소 높아서 28이고 그 외에는 대부분 11에서 20 사이에 있다. 개도국의 경우는 선진국보다 높아서 대체로 40 이상의 수준이며 우리나라는 53으로 나타나고 있다.

우리나라 유배우부인의 인공임신중절경험률은 1968년 16%에서 1985년 53%로 정점에 도달하였다가 그 이후 감소하여 1993년에는 49%에 도달하였다. 1968년 도시·농촌간 차이는 도시가 농촌에 비해 2배 이상이 높았으나 최근에 올수록 그 차이가 줄어들어 1993년에는 농촌과 도시의 인공임신중절률이 같은 수준이다(표 2 참조).

우리나라 유배우부인의 인공임신중절경험률은 1968년 16%에서 1985년 53%로 정점에 도달하였다가 그 이후 감소하여 1993년에는 49%에 도달하였다.

표 2. 인공임신중절 경험률(1968~1993)

(단위: %)

	1968	1971	1976	1979	1985	1988	1993
전체	16	26	39	48	53	52	49
도시	26	37	46	53	55	54	49
농촌	10	19	29	40	48	47	49

자료: 홍문식 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1994.

원하지 않는 임신을 예방하기 위해서는 피임서비스를 필요로 하는 집단이 누구인지 파악할 필요가 있다. 이 집단은 대체로 둘로 나뉘는데 첫 출산을 연기하고자 하는 미혼여성과 터울조절 또는 단산을 원하는 유배우부인으로 나뉜다. 인공임신중절이 영어사용권의 선진국에서는 주로 첫 출산을 연기하고자 하는 젊은 여성층에 집중적으로 발생하고 있다. 캐나다, 영국, 미국 오스트랄리아, 핀란드 등에서는 인공임신중절률이 18~19세에서 가장 높게 나타나고 있다. 단산을 원하는 유배우부인의 인공임신중절 수용은 일본, 인도, 싱가포르 등 아시아국가들의 특징으로 보이며 최근 일부 국가에서 불임수술의 보급이 인공임신중절 감소에 기여하고 있는데 우리나라도 이 범주에 속하고 있다.

미국의 경우 인공임신중절의 83%가 미혼 또는 별거부인에서 발생하고 있으며 기타 영어사용권에서 대체로 50% 이상을 나타내고 있다. 미혼여성들의 인공임신중절은 많은 국가에서 증가하는 추세이다. 이러한 추세는 결혼과 출산을 미루거나 또는 결혼 해체 수준이 증가되기 때문으로 보인다(표 3 참조).

인공임신중절은  
 범법행위라는 사실  
 외에도 윤리적인  
 문제점, 합병증으로  
 인한 모성건강 저해,  
 반복적 인공임신중절  
 수술로 인한  
 부작용이 차후  
 임신에 미치는  
 악영향, 경제적인  
 손실 등을 들 수  
 있다.

표 3. 결혼상태에 따른 법적 인공임신중절실태(1987)

(단위: %)

국가명	유배우	과거결혼	미혼	합계
불가리아 <sup>1)2)</sup>	78.3	21.7	-	100.0
캐나다 <sup>3)4)</sup>	24.5	8.2	67.3	100.0
체코슬로바키아 <sup>2)4)</sup>	77.6	7.9	14.4	100.0
덴마크 <sup>2)</sup>	33.6	7.4	59.0	100.0
영국 <sup>3)</sup>	24.8	9.8	65.4	100.0
핀란드 <sup>2)</sup>	32.5	9.3	58.1	100.0
프랑스('86) <sup>3)</sup>	42.2	9.2	48.6	100.0
서독('88) <sup>2)</sup>	48.4	6.0	45.7	100.0
헝가리 <sup>2)</sup>	68.1	10.7	21.2	100.0
인도('72~'75) <sup>3)</sup>	92.8	1.3	5.9	100.0
이태리 <sup>3)</sup>	67.6	3.5	28.9	100.0
네덜란드('86) <sup>2)</sup>	34.4	9.3	56.2	100.0
뉴질랜드('88) <sup>3)</sup>	27.7	13.2	59.1	100.0
노르웨이 <sup>3)4)</sup>	39.1	6.6	54.3	100.0
스코틀랜드 <sup>3)</sup>	23.0	11.6	65.4	100.0
싱가폴 <sup>3)</sup>	68.1	2.5	28.8	100.0
스웨덴('74) <sup>3)</sup>	35.8	10.5	53.7	100.0
미국('85) <sup>1)3)</sup>	16.7	83.3	-	100.0

주: 1) 미혼이 과거결혼에 포함.      2) 별거가 유배우에 포함.  
 3) 별거가 과거결혼에 포함.      4) 동거가 유배우에 포함.

자료: Stanley K. Henshaw & Evelyn Morrow, *Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement*, The Alan Guttmacher Institute, 1990.

나. 인공임신중절의 문제점

인공임신중절은 범법행위라는 사실 외에도 생명체를 인위적으로 제거시킨다는 윤리적인 문제점, 인공임신중절수술의 합병증(출혈, 감염, 자궁천공 등)으로 인한 모성건강 저해, 반복적 인공임신중절수술로 인한 자궁내막 유착, 자궁외 임신 및 불임 등 부작용이 차후 임신에 미치는 악영향, 경제적인 손실 등을 들 수 있다.

인공임신중절의 이유로는 단산, 태울조절, 피임실패, 임신·출산·양육에 의한 경제적인 손실을 우려한 사회경제적인 이유 등 원치 않는 임신 때문이다. 우리나라에서는 특히 남아선호가 인

공임신중절의 한 원인이 되고 있다. 소가족을 희망하면서도 강한 남아선호관은 지속되고 있어 이러한 요소가 임신이 인공임신중절으로 끝나는데 중요한 결정요인이 되고 있다. 남아선호가 인공임신중절에 크게 영향을 미치기 시작한 것은 부부가 갖게 되는 평균자녀수가 2명 이하로 감소되고 태아 성감별 기술을 의원에서 쉽게 접할 수 있는 1980년대 중반부터이다. 우리나라는 아직까지도 피임을 터울이나 출산시기 조절보다는 단산을 목적으로 사용하는 경향이 높는데 이것이 인공임신중절 증가의 중요한 원인이 되고 있다. 결혼연령이 높아지는 사회적인 추세와 성윤리관의 변화로 인해 혼전 임신이 많아지는 것도 인공임신중절 증가의 원인이 되고 있다.

인공유산법의 자유화(Liberalization of Abortion Laws) 이후 대부분 선진국에서 불법유산시술은 사라지고 있는 반면 개도국에서는 불법유산이 공중보건의 주요문제로 제기되고 있다. 이디오피아의 한 연구에 의하면 모성사망의 24%와 임신관련 직접사망의 54%가 불법유산의 합병증 때문인 것으로 나타났다.

WHO는 연간 모성사망 50만명중 99%가 개도국에서 발생한다고 추정하고 있으며 그중 11만 5천명에서 20만 4천명 정도가 무자격자가 시술하는 불법유산의 후유증으로 사망하는 것으로 추정하고 있다. 평균적으로 모성사망의 20~25%는 인공임신중절때문에 발생하는 것으로 추정하고 있다. 인공임신중절로 인한 사망위험성은 임신기간 증가에 따라 급증한다. 인공임신중절의 시기가 중요함에도 불구하고 대부분의 국가에서 20세 이하의 연령층의 인공임신중절시기가 여러 가지 이유로 인해 늦어져 문제가 심각하다고 보고하고 있다. 인공임신중절에 대한 법적 제재가 모성사망에 미치는 영향은 루마니아의 사례에서 볼 수 있는데 1966년 루마니아는 인공임신중절을 금지시켰다. 1965년에서 1984년 기간중 인공임신중절로 인한 모성사망은 출생아 10만명당 21에서 128로 급증하였다. 임신기간(Gestational age)은 사망의 위험뿐만 아니라 후유증 발생위험과도 밀접한 연관이 있는 것으로 알려져 있다. 인공임신중절이 법적으로 금지되어 있는 개도국에서는 대부분의 의사들이 새로운 장비를 갖추지 못하고 건강

WHO는 연간 모성사망 50만명중 99%가 개도국에서 발생한다고 추정하고 있으며 그중 11만 5천명에서 20만 4천명 정도가 무자격자가 시술하는 불법유산의 후유증으로 사망하는 것으로 추정하고 있다.

인공임신중절 감소를 위한 전략은 법적 규제가 아닌 원치 않는 임신을 예방하는 것에 맞추어져야 한다.

에 위해가 적은 새로운 방법에 대한 훈련기회가 없어 전통적인 방법으로 시술하고 있다.

다. 각국의 인공임신중절정책

인공임신중절의 허용범위에 대해서는 세계 각 나라마다 그 기준에 차이가 있으나 인구증가 억제정책, 여권신장, 성개방 풍조 등에 의해서 허용 기준이 점차 완화되고 있는 추세이다. 그동안 선진 각국의 경험은 인공임신중절에 대한 법적규제가 별로 효과적이지 못했다는 결론에 도달하고 있다. 규제를 통해 일시적인 인공임신중절수의 감소는 있을 수 있으나 인공임신중절 시술은 지속되며 법을 강화시킬 경우 불법시술로 인해 많은 여성이 생명을 잃거나 후유증으로 고생을 하게 되고 사후관리가 어려워진다는 문제점이 있다. 이런 경우 특히 취약계층인 저소득층과 청소년층에 미치는 영향이 심각하다는 것이다. 따라서 인공임신중절 감소를 위한 전략은 법적 규제가 아닌 원치 않는 임신을 예방하는 것에 맞추어져야 한다고 본다.

세계 각국의 인공임신중절 관련법을 보면 명시적인 예외없이 금지하는 국가에서부터 그것을 임신부의 권리라고 규정한 국가까지 다양하다(표 4 참조). 인공유산법의 자유화 추세는 전세계적으로 지속되어 현재 세계인구의 40%는 여성의 요구시 인공임신중절이 허용되는 나라에 살고 있으며 25%는 여성의 생명이 위협받을 때만 인공임신중절이 허용이 되는 곳에서 살고 있다. 1987년 2600~3100만의 합법적 유산과 1000~2200만의 불법 인공임신중절이 전 세계적으로 시술된 것으로 추정되고 있다. 합법적 인공임신중절률은 높게는 소련의 가임여성 천명당 112건에서 낮게는 네덜란드의 천명당 5명까지이다.

세계 인구의 12%에 달하는 42개국에서는 생명이 위태로울 때 뿐 아니라 유전학적 또는 강간과 근친상간 등 광범위한 의료적 근거하에 인공임신중절을 법으로 허용하고 있다. 세계 인구의 23%는 사회적 또는 사회의학적 이유에 의한 인공임신중절을 허용하는 국가에 속하고 있다. 가장 규제가 적은 나라로서는 부인의 요구에 따라 허용하는 경우로 인도, 소련, 미국을 위시하여

표 4. 각국의 인공임신중절법의 허용범위(1990)

법	아프리카주	아시아· 오세아니아주	유럽주	북아메리카주	남아메리카주
여성 생명보존 이유	앙골라 중앙아프리카 공화국 차드 가봉 리비아 말라위 모잠비크 나이지리아 세네갈 수단	아프가니스탄 방글라데쉬 버마 인도네시아 이란 이라크 레바논 파키스탄 필리핀 스리랑카 시리아	벨지움 아일랜드	도미니카 공화국 엘살바도르 <sup>1)2)</sup> 과테말라 하(아)이티 온두라스 멕시코 <sup>1)</sup> 니카라과 파나마	브라질 <sup>1)</sup> 칠레 콜롬비아 에콰도르 <sup>1)</sup> 파라과이 베네주엘라
기타 모성건강 이유	알제리아 콩고 이집트 <sup>2)</sup> 이디오피아 가나 <sup>1)2)</sup> 케냐 모로코 남아프리카 <sup>1)2)</sup> 탄자니아 우간다 짐바베 <sup>1)2)</sup>	홍콩 <sup>1)2)</sup> 이스라엘 <sup>1)2)</sup> 오르단 <sup>1)</sup> 한국 <sup>1)2)</sup> 쿠웨이트 <sup>2)</sup> 말레이시아 <sup>1)2)</sup> 몽고 네팔 뉴질랜드 <sup>1)2)</sup> 사우디아라비아 태국 <sup>1)</sup>	알바니아 북아일랜드 포르투갈 <sup>1)2)</sup> 스페인 <sup>1)2)</sup> 스위스	코스타리카 자마이카 트리니다드· 토바고	알젠티나 <sup>1)</sup> 볼리비아 <sup>1)</sup> 가나 페루
사회적 및 사회의학적 이유	브룬디 <sup>2)</sup> 잠비아 <sup>2)</sup>	오스트랄리아 <sup>2)</sup> 인도 <sup>1)2)5)</sup> 일본 <sup>1)2)8)</sup> 북한 <sup>1)2)</sup> 대만 <sup>1)2)</sup>	불가리아 <sup>1)2)3)9)</sup> 핀란드 <sup>1)2)3)7)</sup> 서독 <sup>1)2)7)9)</sup> 영국 <sup>2)</sup> 헝가리 <sup>1)2)3)7)</sup> 폴란드 <sup>1)7)8)</sup>		우루과이 <sup>1)4)</sup>
피시술자의 요구	토고 튀니시아 <sup>7)</sup>	중국 싱가폴 터키 <sup>6)</sup> 베트남	오스트리아 <sup>7)9)</sup> 체코 <sup>7)</sup> 덴마크 <sup>7)</sup> 프랑스 <sup>7)</sup> 그리스 <sup>7)</sup> 이태리 <sup>7)</sup> 네덜란드 <sup>7)</sup> 노르웨이 <sup>7)</sup> 루마니아 <sup>7)</sup> 소련 <sup>7)</sup> 스웨덴 <sup>1)0)</sup>	캐나다 쿠바 <sup>6)</sup> 푸에르토리코 미국	

- 주: 1) 강간과 근친상간 등 법적 이유 포함. 2) 유전적 장애로 인한 유산 포함.  
 3) 연령, 결혼상태, 임신순위 등 요건충족시 자동적 승인  
 4) 건강상 이유로는 허용이 안되나 심각한 경제적 곤란시 허용  
 5) 임신 20주이내 6) 임신 10주이내 7) 임신 12주이내  
 8) 공식적 승인 불필요 9) 제한 임신기간은 착상일로부터임. 10) 임신 18주이내

자료: Stanley K. Henshaw & Evelyn Morrow, *Induced Abortion: A World Review 1990 Supplement*, The Alan Guttmacher Institute, 1990.

세계 인구의 12%에 달하는 42개국에서는 생명이 위태로울 때 뿐 아니라 유전학적 또는 강간과 근친상간 등 광범위한 의료적 근거하에 인공임신중절을 법으로 허용하고 있다.

우리나라  
인공임신중절의  
사유는 피임 비실천,  
또는 피임실패에  
의한 원치 않는  
임신, 미혼여성의  
혼전임신, 성선별에  
의한 유산 등으로  
합법적  
인공임신중절은  
전체유산의 5~8%  
정도일 것으로  
추정하고 있다.

유럽인구의 절반이 이러한 범주에 속하고 있다. 심지어 스웨덴과 유고슬라비아에서는 인공임신중절 선택여부는 임신한 부인의 권리라고 명시적으로 언급하고 있다.

인공임신중절을 원하면 허용하는 경우라도 대부분 시술에 대한 제한이 있다. 시술은 반드시 자격을 갖춘 의료인에 의해 실시되어야 하며 부인의 동의가 있을 때만 가능하도록 하고 있다. 또한 임신주수에 따른 제한이 있는데 법적 허용기간은 대체로 24주 이내이다. 그 외의 제한으로는 미성년자의 부모에 대한 통지와 동의 요구, 대기기간, 강제상담 및 영리시설에서의 시술금지 조항 등이 있다. 그리고 일부 개도국에서는 배우자 동의요구를 요구하고 있다. 그러나 여기서 강조되어야 할 것은 법에 따른 공식적 분류기준이 반드시 실제상황을 반영하는 것은 아니라는 점이다. 대부분의 무슬림국가와 라틴아메리카, 아프리카에서는 건강상의 이유로 인한 합법적 인공임신중절이 거의 받아들여지지 않는데 반해 이스라엘, 뉴질랜드, 우리나라에서는 인공임신중절이 제한적으로 허용되는데도 불구하고 높은 수준이다. 대부분의 국가에서 인공임신중절 서비스는 타의료서비스와 같이 의료보험에서 급여가 된다. 미국을 제외한 거의 모든 선진국에서 임신부의 건강을 보존하기 위한 인공임신중절은 의료보험에서 급여하고 있는데 미국의 메디케이드와 연방보험프로그램은 여성의 생명에 위협이 있다고 판단되지 않는 한 인공임신중절에 급여를 하지 않고 있다.

우리나라의 인공임신중절의 사유는 법의 허용범위를 벗어나는 것이 대부분으로 피임 비실천, 또는 피임실패에 의한 원치 않는 임신, 미혼여성의 혼전임신, 그리고 성선별에 의한 유산 등이다. 한 연구보고에 의하면 합법적 인공임신중절은 우리나라 전체유산의 5~8% 정도일 것으로 추정하고 있다. 인공임신중절은 1973년 모자보건법이 공표·시행되면서 제한적으로 허용되었으며, 그 이전에는 형법에서 낙태죄로 금지하고 있었다. 모자보건법 제2조 제6항에서 “인공임신중절수술이라 함은 태아가 모체밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기(임신한 날로부터 28주 이내)에 태아와 그 부속물을 배출시키는 수술을 말한다”고 인

공임신중절을 정의하고 있으며, 동 모자보건법 제14조 제1항에 의거한 허용범위는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 본인 또는 배우자가 전염성 질환이 있는 경우, 강간 또는 준강간에 의하여 임신이 된 경우, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신이 된 경우, 임신의 지속이 보건학적 이유로 모체의 건강을 심하게 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우들이다.

### 3. 정책대안

1994년 카이로에서 개최된 인구 및 개발 국제회의(ICPD)에서 생식권(Reproductive Right)이 국제적으로 인정되었다. 여기에서 “생식권은 모든 부부와 개인의 기본권의 인정에 기초하며 자녀의 수, 출산간격, 임신의 시기를 자유롭고 책임있게 결정할 수 있으며, 이렇게 할 수 있는 정보와 수단을 가질 수 있어야 하고, 최고 수준의 성과 생식건강을 성취할 수 있는 권리를 의미한다”고 규정하였다. 여기에서 의미하는 개인은 청소년을 비롯하여 부부 이외의 모든 경우를 포함한다. 생식건강의 방향이 사회규범으로부터 개인의 선택으로 바뀌고 있으며 개인의 자율성을 존중하는 방향으로 가고 있다. 그들이 원할 때 모든 정보와 필요한 서비스를 국가가 제공해야 한다는 것은 생식건강 차원에서 새로운 시사점이라고 사료된다.

이러한 국제적인 추세와 우리나라의 여건을 감안하여 다음과 같은 제안을 하고자 한다.

#### 가. 교육홍보의 강화

인공임신중절의 감소를 위해서는 원치 않는 임신을 예방하도록 하는 것이 최선책이다. 예방을 위해 정확한 피임지식의 전달 및 피임의 생활화, 미혼층에 대한 성교육 강화로 건강한 성윤리관 확립 및 혼전 임신을 예방해야 한다. 책임있는 부모교육과 생식건강에서 남성의 책임 강조, 그리고 여성 건강을 존중하는 교육이 선행되어야 한다.

1994년 인구 및 개발 국제회의에서 생식권이 국제적으로 인정되어 생식건강의 방향이 사회규범으로부터 개인의 선택으로 바뀌고 있으며, 개인의 자율성을 존중하는 방향으로 가고 있다.

청소년들에게  
신체적으로 충분히  
성숙하고  
사회·경제적으로  
독립할 때까지 첫  
성행위를 늦추도록  
교육해야 하며,  
생식건강에서 남성의  
책임을 강조해야  
한다.

#### 나. 성차별 해소

정부는 그동안 남아선호관 불식을 위한 법적 평등과 사회제도 개선을 추진해 오고 있다. 그 예로 남·녀고용평등법의 제정, 가족법 제정을 통한 여성호주의 지위 보장 및 아들·딸 동일한 상속분 보장, 여성개발 기본법 제정, 여성 취업금지 직종의 완화 등을 들 수 있다. 그러나 이러한 정책이 뿌리를 내릴 수 있도록 지속적인 지원이 필요하다.

#### 다. 성선별에 의한 선택적 인공임신중절의 예방

의료법 제19조의 2는 태아의 성감별 행위 등을 금지하고 있는데 금지규정의 홍보와 집행 강화가 요청된다.

#### 라. 청소년에 대한 프로그램 개발

많은 정책결정자들은 청소년에게 피임지식과 피임법, 출산 등과 관련된 생식보건서비스를 제공한다면 청소년들의 성문제를 증가시킬 것이라는 우려를 한다. 그러나 국가가 사생활을 한없이 통제할 수는 없는 일이다. 자율권을 주고 스스로 통제할 수 있도록 하는 것이 성숙한 사회로 가는 길일 것이다. 청소년들에게 신체적으로 충분히 성숙하고 사회·경제적으로 독립할 때까지 첫 성행위를 늦추도록 교육해야 하며, 생식건강에서 남성의 책임을 강조해야 한다. 단편적 단체교육보다는 지속적이며 친밀한 인간관계와 동료집단을 통한 상담과 개인교육을 제공하는 접근이 필요하다. 10대들이 선호하고 쉽게 모일 수 있는 학교, 산업장, 상업지역, 또는 비공식 클럽 등에서 편안한 분위기에서 교육을 할 수 있는 현장방문 프로그램(Out-reach program)이 필요하다. 청소년을 위한 클리닉이 필요하며 서비스 내용, 비용, 시간에 대한 정보가 청소년에게 접근 가능해야 하며 비밀보장 등이 요구된다. 클리닉 시간도 청소년들이 이용할 수 있도록 배려가 필요하다.

#### 마. 인공임신중절 시기의 지연 방지

인공임신중절의 일반적인 허용한계는 태아가 생존능력을 갖

---

게 되는 시기(임신 20~28주) 이전이며 인공임신중절의 후유증을 줄이기 위해서는 인공임신중절 시기가 지연되지 않도록 신중한 판단을 해야 하며, 합병증을 유발시킬 수 있는 임신중기 인공임신중절이 감소되도록 유도해야 한다.

바. 실태 파악을 위한 조사연구 실시

인공임신중절 위험집단 파악이 필요한데 기존 가족계획 대상 보다는 변화된 취약인구, 즉 15세 이상의 청소년을 포함한 청년 계층과 저학력 계층의 밀집지역 및 집단, 학교, 상가 그리고 농촌집단 및 산업장 등을 대상으로 한 다각적 접근이 필요하다. 전체 임신중 인공임신중절로 종결되는 비율, 미혼여성군 및 20~24세 젊은 부인군에서 인공임신중절 빈도 등에 관한 연구가 필요하며, 특히 청소년들의 생식건강 행태에 관한 연구가 지속적으로 필요하다. 

15세 이상의  
청소년을 포함한  
청년계층과 저학력  
계층의 밀집지역 및  
산업장 등  
인공임신중절  
위험집단 파악을  
위한 다각적 접근이  
필요하다.