

에이즈 관리정책에 대한 제언

Some Proposals for the Policies to Control AIDS

김 태 한* · 손 은 수**

<目 次>

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| I. 서론 | IV. 에이즈 관리 정책의 방향 및 제언 |
| II. HIV 감염과 에이즈의 발병 | V. 결론 |
| III. 국내의 에이즈 발생 및 관리 현황 | 참고문헌 |

<Abstract>

Over the past 10 years, AIDS has grown to become one of the major health problems in Korea. This paper reviews the current status of the prevalence of AIDS, AIDS law and policy in Korea. This paper also suggests some proposals for policy to reduce HIV transmission from the view point of personal rights and welfare.

Korea needs more effective national AIDS prevention and control programs applicable to the current situations of health policy in Korea. The activities of NGOs would be as important as those of government.

핵심어 : AIDS, HIV, 에이즈 법규, 에이즈 정책

* 한국과학기술정보연구원 전문연구위원, E-mail : thkim0401@kisti.re.kr

** 한국과학기술정보연구원 선임연구위원, E-mail : essoehn@kisti.re.kr

I. 서론

1981년 미국에서 에이즈 환자가 처음 보고된 이후 에이즈는 현대의 흑사병으로 불리면서 세계 보건 분야의 최대 현안으로 대두되었고 전 세계가 에이즈 문제를 해결하고자 노력해 왔다. 이는 우리나라도 예외가 아니다. 1985년 6월 주한외국인이 국내에서 에이즈환자로 처음 보고되었으며, 우리나라 사람으로는 1985년 12월 해외근로자가 현지에서 감염이 의심되어 귀국 후 재검사 결과 최초의 HIV 감염자로 확인되었다. 국내인으로서 최초의 에이즈 환자는 케냐에서 수혈에 의해 감염된 사람으로 1987년 2월에 첫 공식적인 환자로 확인되었다. 현재 국내에서는 약 2,000명의 감염자가 보고되어 있으며, 보고되지 않은 감염자를 합치면 이보다 4-5배 정도 많은 것으로 추정되고 있다.

최근 국내에서는 에이즈 감염으로 의심되는 사람들이 정상적인 근무를 해온 것으로 밝혀지고, 수혈 및 혈액원료 의약품을 통한 에이즈 감염사고가 잇따르면서 국내 에이즈 관리체계에 허점이 드러나고 있다. 특히 에이즈 감염자들에 대한 몰이해로 인한 사회적 편견과 차별은 감염자들을 음지로 숨어들게 하고 결국은 에이즈를 더욱 확산시키는 위험 요인이 되고 있다.

현재 에이즈환자로 판정된 사람은 대부분 2년 이내에 사망할 정도로 에이즈는 치명적인 전염성 질환이다. 에이즈가 동성연애 또는 불건전한 성행위에 의해 주로 발병한다는 이유 때문에 에이즈환자를 사회에서 몰아내고 그들의 정당한 권리를 인정하지 않는다면 심각한 사회적 혼란이 야기될 수밖에 없다.

본고는 국내 에이즈 발생의 심각성과 관리 현황을

살펴보고, 국내 현실에 맞는 에이즈 관리정책에 대한 몇 가지 제언을 하고자 한다.

II. HIV 감염과 에이즈의 발병

1. 에이즈의 개요

AIDS(Acquired Immune Deficiency Syndrome, 후천성 면역결핍증)는 HIV(Human Immunodeficiency Virus, 인 면역결핍바이러스)의 감염에 의해 발병하는 전염성 질환이다. HIV가 인체에 침입하면 CD4 단백질을 표면에 가지고 있는 면역세포를 파괴시켜 면역기능이 저하되고 심각한 면역손상으로 인한 복합적인 기회감염과 악성종양 등이 발생하여 사망하게 된다. HIV가 우리 몸에 들어와도 6~14주 정도가 지나야만 항체가 형성되고, 이 시기 이후 검사로써 감염 여부를 알 수 있으며 증세가 나타나는 환자로 진단되면 거의 2년 이내에 사망한다.

HIV 감염자와 에이즈 환자는 구분된다. HIV의 침입으로 검사 결과 항체가 형성된 자로서 외관상 건강해 보이나 타인에게 전파력이 있을 경우 HIV 감염자, HIV 항체양성자 또는 보균자라고 한다. 그러나 에이즈 환자는 HIV가 침입하여 면역기능이 현저히 저하됨은 물론 폐렴, 뇌막염, 암의 일종인 카포시육종 등의 질병에 감염된 상태의 환자 판정기준에 들어간 경우를 말한다.

최초의 에이즈 발생은 70년대 말에 있었던 것으로 추측되고 있으나 공식적으로는 1981년 6월, 미국 LA에서 처음으로 5명의 에이즈환자가 발견되었으며 이들은 모두 남성 동성연애자였다. 그 후 1983년에 프랑스 파스퇴르연구소의 Montagnier 박사가 이 질병의

〈표 1〉 HIV감염의 진행 단계

단 계	임상적 특징	전형적 기간	CD4+ 림프구 수(/mm ³)
1. 급성 감염기	약한 전염성 단핵구 증가	1~2주	1000~500
2. 무증상기	임파절종창 또는 무증상	10년	750~500
3. 초기 증상기	중증이 아닌 만성 또는 간헐적 질환	0~5년	500~100
4. 에이즈 증상기	좀더 중증의 감염과 종양발생	0~3년	200~50
5. 진행된 HIV 감염기(말기)	중증의 기회감염	1~2년	50~0

자료: 「효과적인 에이즈 관리를 위한 시·군 에이즈 담당자 워크숍 자료집」, 대한에이즈예방협회 강원도회

병원체인 HIV를 처음으로 분리하는데 성공하였고, 1985년에는 HIV 감염 여부를 검정할 수 있는 HIV 항체검사법이 개발됨으로써 이 질병이 전세계적으로 유행하고 있다는 사실이 널리 알려지게 되었다.

HIV의 전파경로의 가장 큰 특징은 HIV가 사람의 체액을 통해 감염된다는 것이다. 특히 혈액, 정액, 질 분비물, 모유 등에 HIV 농축 정도가 높아 감염도가 높으며, 같은 체액이지만 소변, 타액, 눈물 등에는 HIV 농축 정도가 낮아 감염 확률이 매우 적다. HIV의 주된 전파경로는 ① 성접촉을 통한 감염, ② 수혈 또는 혈액제제에 의한 감염, ③ 주사바늘의 공동 사용, ④ 신생아 감염, ⑤ 보건의료 종사자, ⑥ 기타 아프리카의 전통적 관습인 여성 할례 등이 있다. 에이즈 환자의 눈물, 침, 땀에서도 HIV를 분리하였다는 보고가 있지만 이들에 의해 감염되었다는 보고는 없으며 모기나 다른 매개 곤충에 의한 감염도 확인되지 않았다.

HIV의 감염경로는 지역과 남녀 성별에 따라 큰 차이를 보이는데, 2000년 미국에서 새로 발생한 HIV 감염자 41,960명(남자는 31,501명, 여자는 10,459명) 중

남자 감염자는 동성간 성접촉에 의한 감염이 43%, 마약류 주사기를 통한 감염이 19%, 이성간 성접촉이 8% 순이지만, 여자 감염자는 이성간 성접촉이 38%, 주사바늘에 의한 경우가 25%, 수혈 및 혈액제제에 의한 것이 1%의 비율을 보였다.

항바이러스 치료를 받지 않은 성인 감염자의 경우 HIV에 감염된 시점에서 에이즈 증세가 나타날 때까지 걸리는 기간은 평균 10년이다. HIV에 감염된 후 면역부전 및 기회감염증이 얼마나 빨리 발생하는가는 CD4+ 림프구 수가 얼마나 빨리 감소하느냐에 달려있다. HIV 감염의 임상 경과를 진행단계별로 요약하면 <표 1>과 같다.

감염 말기가 되면 정상인에서는 잘 나타나지 않는 각종 바이러스, 진균, 기생충 및 원충, 그리고 세균 등에 의한 기회감염이 나타나며, 카포지육종 및 악성 임파종과 같은 악성 종양이 유발되어 결국 사망에 이르게 된다. HIV 감염에 의한 에이즈 질환의 증상은 이차 감염성 질환, 신생물 질환, 기관 특이 증후군으로 대별된다.

2. 에이즈의 진단과 치료

현재의 기술로 HIV 감염 여부를 확인하는 가장 좋은 방법은 기존의 항체검사법이며, 항원검사와 유전자검사 등은 항체검사의 결과 해석에 도움을 줄 수 있는 보조검사법으로 이용되고 있다.

국내의 HIV 검사는 병원 및 보건소에서 HIV 항체 검사를 실시한 후 보건환경연구원을 거쳐 다시 국립보건원에서 최종 확인검사를 받는 체계로 여러 가지 검사를 서로 다른 기관에서 실시함으로써 정확한 결과를 도출하고 있다. HIV 항체검사로서 효소면역법, 입자응고법 및 western-blot 이외에도 담당 의사의 판단에 의하여 보조검사가 요청되어지는 경우와 국립보건원이 필요성을 인정할 경우에 항원검사와 유전자검사를 수행하여 HIV 감염여부의 정확한 결과 판정을 확인하고 있다.

에이즈의 원인체인 HIV에는 HIV-1과 HIV-2의 두 가지 타입이 존재하며, 이 중에는 또 다양한 서브타입(subtype)이 존재할 뿐만 아니라 계속해서 이들의 재조합 바이러스들이 발표되고 있다. 1985년 최초로 HIV 감염을 진단하는 EIA kit가 개발되었을 당시에는 HIV-1이 항원으로 사용되었으며, 그 후 HIV-1, 2 동시 진단제가 개발되어 사용되었다. 현재는 HIV-1, 2에 더하여 HIV-1 서브타입 0에 대한 항원이 추가되었다.

에이즈 환자에 대한 치료는 기회감염 및 암에 대한 치료와 HIV 자체에 대한 치료, 그리고 손상된 면역능을 회복시키는 치료로 대별할 수 있다. 결핵, 폐포자충증, 칸디다증, 거대세포바이러스 감염증 등 대부분의 기회감염증은 기존의 치료제로 치료가 가능한 경우가 많다. 에이즈 환자의 감염증 치료가 일반 환

자의 경우와 다른 점은 에이즈 환자에게 발생한 감염증은 치료가 끝난 다음에도 재발을 막기 위해서 유지 또는 2차 예방요법을 시행해야 한다는 것이며, 항생제를 자주 투여하게 되어 약제 내성이 더 높은 빈도로 발생하게 된다.

에이즈 환자 치료의 궁극적인 목표는 HIV 자체로, HIV의 증식을 억제하면 면역능이 회복되고 생명이 연장되며 환자의 삶이 질적으로 향상된다. 이제까지 개발된 anti-HIV 약제는 역전사효소 억제제와 단백질해효소 억제제로 대별된다. 바이러스 증식 과정 중 RNA를 DNA로 바꾸는데 필요한 역전사효소는 레트로바이러스(retrovirus)에만 있는 효소로 일찍부터 이 효소를 공격할 수 있는 역전사효소 억제제(reverse transcriptase inhibitors)가 개발되었다. 역전사효소 억제제는 뉴클레오시드 아날로그(nucleoside analogue)와 뉴클레오시드 아날로그(non-nucleoside analogue)로 나뉜다. 전자에 속하는 역전사효소 억제제에는 zidovudine, didanosine, zalcitabine, lamivudine, stavudine 등이 있고, 후자에 속하는 역전사효소 억제제에는 nevirapine과 efavirenz 등이 있다. 단백질해효소 억제제(protease inhibitor)는 바이러스 증식을 강력히 억제할 수 있으며 indinavir, ritonavir, saquinavir 등이 여기에 속한다.

대부분의 anti-HIV 약제들은 설사, 구토, 복부 불편감, 빈혈과 같은 부작용이 있으며 심하면 약을 복용하지 못하는 경우도 가끔 생긴다. 또한 체장염, 심부정맥, 호흡억제 등과 같은 심각한 부작용도 일으켜 사망에 이를 수도 있다. 더욱이 이러한 기존의 치료법들은 혈액속의 HIV 수치를 낮추는 효과가 있으나 완전하게 제거하지 못해 치료약을 중단했을 때 다시 HIV의 수치가 높아지고 기존의 치료제에 내성을 가진 돌연변이 바이러스가 생성되는 등 위험이 따른다.

<표 2> Anti-HIV 약제

분류(작용기전)	약제	일일 상용량(성인)	부작용
Nucleoside 역전사효소 억제제	Zidovudine	200mg tid	골수억제, 위장장애, 근염, 두통
	Didanosine	125~200mg bid	체장염, 말초신경증, 오심, 설사
	Zalcitabine	0.375~0.75mg tid	말초신경염, 구내염
	Stavudine	40mg bid	말초신경염
	Lamivudine	150mg bid	두통, 위장관장애(경미)
Non-nucleoside 역전사효소 억제제	Nevirapine	200mg bid	발진, 두통, cytochrome P450 활성화
	Delavirdine	400mg tid	발진, 두통, cytochrome P450 억제
단백분해효소 억제제	Saquinavir	hard-gel: 600mg tid soft-gel: 1200mg tid	위장장애, 두통, 간기능 장애 고혈당
	Ritonavir	600mg bid	위장장애, 구강주위 감각 이상 중성지방 증가, 간기능 이상
	Indinavir	800mg tid	신결석증, 위장장애, 혈소판 감소
	Nelfinavir	750mg tid	설사, 고혈당

자료: 「에이즈 예방을 위한 상담요원 및 자원봉사자 교육 자료집」, 대한에이즈예방협회

이러한 문제점을 해결하기 위해 기존의 치료제를 개선하는 연구들이 진행되고 있으며, 보다 효과적이고 복용량과 횟수를 대폭 줄일 수 있는 새로운 치료제가 곧 나올 것으로 전문가들은 전망하고 있다. 현재 사용되고 있는 Anti-HIV 약제들을 <표 2>에 정리하였다.

HIV에 감염되면 결국 면역능이 저하되고 일단 면역능이 저하된 다음에는 HIV를 근치하더라도 면역능이 쉽게 회복되지 않는다. 따라서 최근에는 환자의 면역능이 손상되기 전에 Anti-HIV 치료를 시작하려는 경향이 많으며, 손상된 면역능을 회복시킬 수 있는 방법은 현재 실험적인 단계이다. 많은 연구자들은 HIV 특이면역을 증가시키기 위한 백신 개발을 진행 중에 있다.

III. 국내의 에이즈 발생 및 관리 현황

1. 에이즈의 발생 현황

2002년 말 UN 에이즈기구(UNAIDS)에서는 전세계에 생존하고 있는 에이즈환자를 포함한 HIV 감염자 수를 4,200만 명으로 추산하였다. 2002년 12월말 기준으로 세계의 HIV 총 감염인, 2002년 신규 감염인과 사망자를 성인, 여성, 어린이별로 비교해 보면 <표 3>과 같다.

〈표 3〉 세계의 HIV/AIDS 현황

(단위: 만 명, 2002년 12월 말 기준)

구분	총감염자 및 환자	2002년 신규 감염인	2002년 사망자
성인	3,860	420	250
성인 중 여성	1,920	200	120
15세 이하 아동	320	80	61
계	4,200	500	310

자료: 레드리본, 2003 01/02, 대한에이즈예방협회

HIV/AIDS는 지역에 따라 감염률에 현저한 차이를 보이는데, HIV/AIDS 환자의 약 90%가 지구 남반부에 살고 있다. 대륙별로는 남부 아프리카가 2,940만 명으로 전세계 HIV/AIDS 환자의 약 70%를 차지한다. 다음으로는 동남아시아 지역으로 600만 명, 남아메리카 150만 명의 순이다.

현재의 HIV 감염자와 에이즈 환자의 현황과 더불어 HIV/AIDS 문제의 심각성을 파악하는 좋은 지표가 HIV prevalence의 증가율 변화를 확인하는 것이다. HIV prevalence의 증가율은 특히 최근의 변화 정도를 반영하기 때문이다. 지구 전체로 볼 때 북미대륙과 서유럽의 경우 에이즈 발생 초기에는 HIV/AIDS 환자가 많이 발견되었으나 1994년부터 1997년의 3년간은 HIV prevalence의 증가율이 거의 없는 것으로 확인되었다. 그러나 아프리카와 아시아 일부 지역은 HIV

prevalence의 증가율이 100%가 넘는 지역이 많으며, 특히 중국 등 우리나라의 주변 아시아 국가의 HIV 감염이 급속히 증가하고 있다.

한편, 국내에서는 1985년 국내 최초의 HIV 감염자가 발견된 후 신규 HIV 감염자와 에이즈 환자는 꾸준히 증가했다. 국립보건원의 2002년 말 보도자료에 의하면 특히 1998년 이후 신규 감염자 수가 급속히 증가하고 있고, 2002년 한 해 동안에만 400명의 HIV 감염자가 새로 확인되어 우리나라 HIV 감염자는 모두 2,008명으로 증가하였다. 이는 2001년, 1,608명과 비교하여 24.5%가 증가한 수치로 하루에 1명 이상의 HIV 감염자가 발견되고 있는 것이다. 전체 감염자 중 남자가 1,776명(87.5%)으로 여자 232명(11.5%)보다 8배 정도 많다. 연도별 HIV 감염자 발생 및 남녀 성별 비율은 <표 4>와 같다.

〈표 4〉 연도별 HIV 신규 감염자 발생 현황

(단위: 명)

구분	계	'85-'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02
총감염자	2,008 (100%)	320	90	107	105	124	129	182	219	328	400
남자	1,776 (88.4%)	289	78	88	93	107	111	162	194	293	365
여자	232 (11.6%)	34	11	19	12	17	18	26	25	35	35

자료: 국립보건원 2002년말 보도자료

〈표 5〉 감염자 및 사망자의 연령별 현황

(단위: 명)

연령별	감염자(%)	사망자(%)
계	2,008(100)	421(100)
0~9	11(0.5)	2(0.5)
10~19	31(1.5)	1(0.2)
2~29	544(27.1)	43(10.2)
30~39	706(35.2)	158(37.5)
40~49	419(20.9)	123(29.3)
50~59	215(10.7)	61(14.5)
60 이상	82(4.1)	33(7.8)

자료: 국립보건원 2002년말 보도자료

HIV 감염자를 연령별로 살펴보면, 30대가 가장 많은 35.2%이며 20대가 27.1%로 두번째로 많으며 10세 미만의 어린이에게도 11명이 발생하였다. 사망자 비율에서는 30대가 37.5%, 40대가 29.3%로 전체의 66.8%를 차지하고 있다. HIV 감염자와 사망자의 연령별 분포 현황은 <표 5>와 같다.

감염 요인별로 살펴보면, 감염경로가 확인된 1,608명 중에서 1,565명(97.4%)이 성접촉을 통해 감염된 것으로 밝혀졌다. 특히 국내의 이성간 성접촉에 의한 경우가 가장 많았고(44.6%), 다음으로는 동성연애를

통한 감염(29.8%), 국외 이성간 성접촉(23.0%)의 순이다. 국내 이성간 성접촉 및 동성연애자의 감염자 발생이 계속 증가추세를 보이고 있다. 2002년에 발견된 수혈로 인한 감염자 1명은 국외(아르헨티나)에서의 수혈 때문에 감염된 것으로 조사되었다. HIV 감염자 중 국내 성접촉이 차지하는 비중이 계속 늘어나는 것을 볼 때 국내 HIV 감염자의 증가추세는 계속될 것으로 전망된다. 감염요인별 현황 및 연도별 감염요인의 추세는 <표 6> 및 <표 7>과 같다.

〈표 6〉 요인별 감염자 현황

(단위: 명)

계	성 접촉				수혈		혈액 제제	수직 감염	약물 주사	기타	역학 조사중
	소계	국외 이성	국내 이성	동성 연애	국내	국외					
1,608	1,565	369	717	479	10	12	17	2	2	157	243
%	97.4	23.0	44.6	29.8	0.6	0.8	1.1	0.1	0.1	-	-

주: 전체 감염자 2,008명 중 역학조사 중이거나 원인불명인 400명을 제외한 1,565명에 대한 통계임.

자료: 국립보건원 2002년말 보도자료

〈표 7〉 연도별 감염요인 추세

(단위: 명)

연도	국외이성	국내이성	동성연애	수혈	혈액제제	수직감염	약물주사	합계
~1995	191	165	97	21	17	1	1	493
1996	13	50	17	0	0	0	0	80
1997	16	52	40	0	0	0	0	108
1998	16	72	37	0	0	0	0	125
1999	31	51	57	0	0	1	1	141
2000	16	89	42	0	0	0	0	147
2001	74	110	84	0	0	0	0	241
2002	39	128	105	1	0	0	0	273
합계	369	717	479	22	17	2	2	1,608

주) 역학조사를 통하여 감염원인이 확인된 경우만 포함

자료: 국립보건원 2002년말 보도자료

우리나라의 실제 HIV 감염자 수는 정부기관에서 발표되는 수치보다 더 많을 것으로 생각되며, 일반적으로는 공식 보도되는 수치의 4~5배 정도일 것으로 추정된다. HIV 감염 자체로는 아무런 증상이 없는 경우가 흔하기 때문에 자신이 감염자라는 사실을 모르는 경우가 많으며 여러 가지 이유로 감염 사실을 숨기는 사례도 많다. 이와 같은 공식적인 관리 대상에서 누락되는 감염자들에 의한 HIV의 전파 위험성이 매우 높다.

2. 국내의 에이즈 관리 현황

정부의 에이즈 관리는 전국민을 에이즈의 감염 위험으로부터 보호하고 예방하기 위하여 에이즈에 대한 정확한 지식의 지속적 홍보, 감염 위험 계층에 대한 정기검진, 발견된 감염자에 대한 주기적인 상담 및 보호·지원, HIV 전파 방지 등을 기본 방침으로 한다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 대국민 예방홍보 활동 강화

- 위험집단별 특성에 따른 홍보물 개발 및 홍보 강화
- 전 국민을 대상으로 한 홍보 강화
- 각 지역별 특성에 따른 홍보 실시

(2) 집단별 예방교육 활동 강화

- 전문직 종사자(의사, 간호사, 양호교사, 임상병리사 등) 및 강사요원의 지식 향상을 위한 전문교육 확대
- 특수집단(접대부, 유흥업 종사자, 동성연애자 등)에 대한 전문교육 강화
- 근로청소년, 군인, 학생 등 연령별, 집단별 특성에 맞는 예방교육 확대

(3) 감염자 발견

- 성병 검진 대상자, 동성연애자 등 감염 위험 계층에 대한 지속적인 검진을 통한 감염자 조기

발견 및 전파 예방

- 정기 검진 대상자에 대한 검진 주기를 준수하여 감염자 발견 및 전파 예방
- 발견된 감염자에 대해서는 반드시 본인 확인검사 및 결핵검사를 실시
- 익명 검사제도 활성화

(4) 감염자 보호 및 관리

- 감염자에 대한 역학 조사 및 개인 비밀 보호
- 감염자의 거주지 변동 및 전파 예방 관리 철저
- 감염자의 신상 변동사항 및 특이사항 파악
- 환자로 진전 시 환자 전환 보고 철저
- 상담센터 및 감염자 쉼터 운영 확대

(5) 지역 관리체계 확립

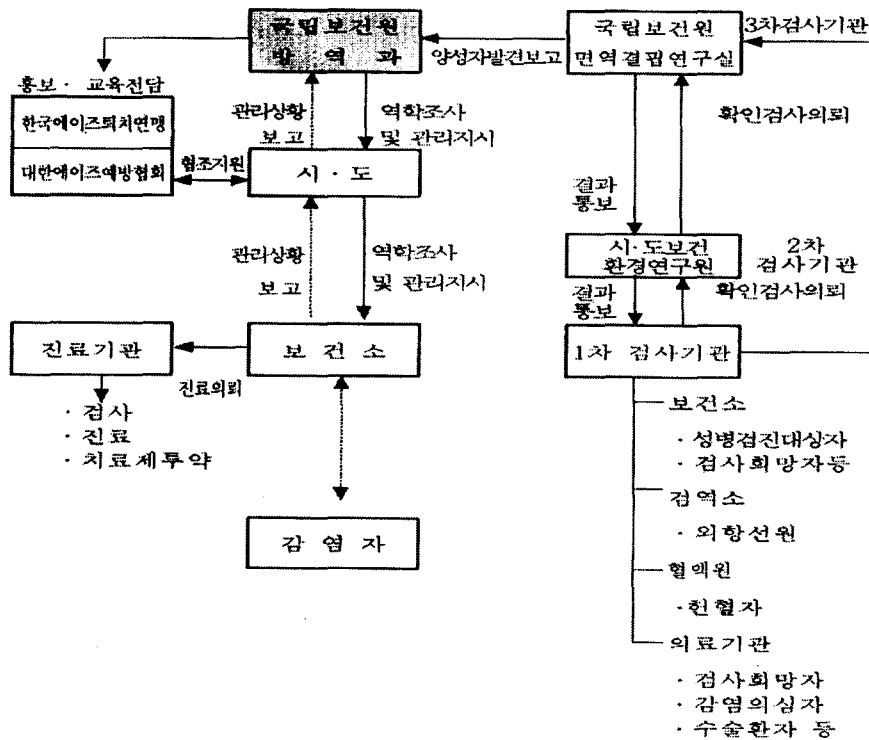
- 취약지역 에이즈 상담소 운영 시 지원
- 지역별 민간 전문 의료기관 활용 권장
- 다수 감염자 관할 보건소 관리의사 교육 및 전문요원 양성

(6) 실험실 등 안전관리 강화

- HIV 감염자 채혈검사 시 주사침 등에 의한 보건요원 사고 예방, 강화
- 실험 연구자 등의 실험·검사 시 발생하는 오염 사고 예방

국립보건원 방역과를 중심으로 한 국내의 에이즈 관리를 위한 행정 체계는 <그림 1>과 같다.

<그림 1> 국내 에이즈 관리 행정 체계도



자료: 2002년 HIV/AIDS 관리지침, 국립보건원

3. 국내의 에이즈 관련 법규

에이즈의 발생 초기에 각국은 일반적으로 처벌중심의 에이즈법을 통해 감염인들로부터 비감염인들을 보호하려고 노력하였다. 초기에 제정된 에이즈법과 많은 소송들은 합리적이기보다는 에이즈에 대한 공포와 노이로제로 인한 부적절한 소송이 많았고 처벌적인 성격을 강하게 띠고 있었다. 특정 집단에 대한 강제 검사, 격리, 에이즈 감염의 위험이 있는 행위의 범죄 규정 등은 대부분 불필요하고 비효율적인 것으로 판명되었다.

국내의 에이즈 관련 법령은 1987년 11월 28일 후천성면역결핍증 예방법이 법률 제3943호로 제정되었으며 5차례의 일부 개정이 있었다. 1988년 6월 18일에 후천성면역결핍증 예방법 시행령이 대통령령 제12471호로 공포되었으며, 1990년 11월 6일에 후천성면역결핍증 예방법 시행규칙이 보건사회부령 제858호로 발표되었다. 후천성면역결핍증 예방법은 6장 28조로 되어 있다.

이 법률은 그 동안 5차례의 일부개정이 있었는데 최근 2차례의 개정 내용은 다음과 같다. 1999년 2월 8일 개정 내용은 격리보호의 폐지, 감염인을 위한 쉼터 설치, 지정 진료기관의 폐지가 중심이었다. 그리고 2002년 3월 25일 개정 내용은 후천성면역결핍증 대책 위원회장을 보건복지부 차관에서 국립보건원장으로 하고 위원수를 20인 이내로 조정하고, 에이즈 예방을 위한 홍보 및 교육 업무를 민간단체 또는 종교단체 등에 위탁하고 그 비용의 전부 또는 일부를 국가 또는 지방자치단체가 보조하도록 하였다.

IV. 에이즈 관리 정책의 방향 및 제언

1. HIV/AIDS 관리의 주요 정책 방향

1) HIV 감염의 발생과 확산의 방지

(1) 성접촉에 의한 에이즈 확산의 방지

에이즈에 대한 사회적인 거부감은 초기에 비하면 많이 나아졌지만 아직도 개선할 부분이 많다. 초기에는 사회적인 거부감 때문에 콘돔 사용을 통한 예방 홍보를 주저하기도 하였으나 1990년부터는 적극적인 홍보에 나서고 있다. 그러나 불특정 대중에 대한 홍보는 그 효과가 떨어지기 때문에 앞으로는 대상자의 특성에 맞는 홍보물을 개발하는 노력과 함께 이를 필요로 하는 사람들에게 정확하게 전달하기 위한 다양한 방법의 개발이 요구된다. 에이즈 감염의 주된 경로인 성접촉에 의한 확산을 방지하기 위해서는 건전한 성문화를 정착시켜야 한다. 많은 나라에서 콘돔 사용을 장려한 노력이 신규 HIV 감염자수의 감소로 이어지는 성공사례가 보고되고 있다. 특히 성병환자가 HIV에 노출되면 그렇지 않은 사람보다 감염될 확률이 높은 것으로 알려져 있으므로 조기에 효과적으로 성병을 치료하는 것이 HIV 예방 전략의 하나이다.

(2) 혈액 또는 혈액제제에 의한 확산의 방지

검사를 통해서 혈액 또는 혈액제제에 의한 전파를 완벽하게 방지하는 것은 여러가지 문제로 불가능하나 항원검사법이 도입되면서 크게 개선되고 있다. 그러나 무엇보다도 중요한 것은 최근에 HIV 감염이 우려되는 행위를 한 사람이 헌혈을 하지 않도록 하여야 한다. 이를 위해서는 안심하고 HIV/AIDS에 대한 상

담과 검사를 받을 수 있도록 비밀보장 또는 익명의 검사제도를 더욱 활성화하는 한편, HIV 항체검사 결과 통보제도를 삭제함으로써 감염여부를 의심하고 있는 자가 감염확인을 위한 헌혈을 하지 못하도록 하여야 한다. 또한 의료기관에서 불필요한 수혈을 자제하고 성분수혈이나 자가수혈 등을 장려하는 것도 효과적인 예방 전략의 하나이다.

(3) 효과적인 감염자 보호

기본적으로 에이즈라고 해서 결핵이나 나병과 같은 다른 전염병 환자와 비교하여 월등한 대우를 해서는 안 되지만 차별적인 나쁜 대우를 해서는 안 될 것이다. 아직은 감염자의 권익을 위한 사회적인 배려와 이를 뒷받침할 수 있는 법적 제도가 부족한 것이 국내의 현실이다. 감염자들에 대한 부당한 사회적 격리를 개선하여 줄 것을 바라는 목소리의 반대편에는 아직도 감염자를 철저히 '색출' 해서 일반인과 격리하거나 완벽하게 추적 관리해 줄 것을 요구하는 목소리들이 남아있는 현실도 무시할 수 없다. HIV는 일상적인 사회생활을 통해서도 전파되지 않기 때문에 매춘이 우려되는 직업 외에는 법적으로 취업에 아무런 제한을 두고 있지 않다. 그러나 감염자와 환자가 자신의 지역사회에서 받아들여지지 못하는 상황에서는 상담이나 진료비 지원만으로는 감염자 보호가 불충분하다. 이러한 감염자가 투병의 의지를 가지고 다시 사회에 복귀할 수 있을 때까지 비밀이 보장되고 안전하게 머무를 수 있는 소규모의 쉼터(shelter)를 마련해 주고 있는 정책은 매우 바람직하다. 최근에 개발된 카테일요법은 감염자와 환자 체내에서 바이러스가 검출되지 않을 정도로 바이러스 증식을 억제하여 면역체계의 파괴를 막고 삶의 질을 향상시키고 있다. 정부는 이와 같은 적극적인 치료와 보호로 불특정인에

대한 전파가능성을 최소화시키고 전체적인 확산을 감소시켜야 할 것이다.

2) 감염자와 환자의 인권 및 복지

에이즈 감염자에 대한 사회적·경제적·문화적 권리 측면에서의 차별은 이미 한국을 비롯한 세계 모든 국가에서 주요한 사회문제이자 인권문제로 대두되었다. 그럼에도 불구하고 한국을 비롯한 대부분의 국가들은 에이즈 감염자에 대해 비감염자의 시각에서 수립된 통제를 통한 예방정책을 취하고 있는데, 잘못된 사회적 편견이 반영된 이러한 정책은 감염자의 인권을 침해하는 결과를 낳고 있다.

유엔의 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제협약 제12조는 국민의 건강권을 인권으로 규정하면서 모든 가맹국들이 모든 국민 누구나 성취할 수 있는 최고 수준의 신체적 및 정신적 권리가 있음을 천명하고 있으며 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 억제를 위해 노력해야 한다는 점을 강조하고 있다. 이미 국제사회는 건강 및 복지를 추구할 권리를 명백히 인권으로 규정하고 이에 대한 보장 및 질병의 예방과 치료, 억제를 국가의 의무로 명시하고 있다. 한국 정부도 국제인권협약에 가입하였으나 한국에서의 에이즈 감염자의 인권은 알게 모르게 제한되고 감염자에 대한 차별은 심각한 상황이다.

(1) 에이즈 감염자에 대한 편견과 차별

에이즈 감염자를 동성애 행위를 하거나 성적으로 문란한 사람으로 취급하여 도덕적 또는 윤리적 측면에서 문제가 있는 사람으로 매도하는 사회적 편견을 종식시켜야 한다. 이러한 사회적 편견은 무서운 질병을 정복하기 위한 인류의 도전에도 도움이 되지

않을 뿐 아니라 무서운 질병에 의해 고통당하는 환자를 더욱 절망케 한다. 특히 에이즈에 대한 편견과 차별을 없애기 위해 언론이 앞장서야 할 입장이나 도리어 이를 부채질하는 경우도 없지 않다. 얼마 전 에이즈 감염인 중 59명의 소재가 파악되지 않고 있다는 보도에 대한 모 신문의 칼럼에 “에이즈 감염자는 시한폭탄과 같다. 당국은 에이즈 확산을 막기 위해 완벽한 관리망을 구축해야 한다. 에이즈 감염자에 대해 전자칩 이식을 통한 원격통제도 검토할 만하다.”는 내용이 있었다. 시한폭탄이라는 단어도 지나쳤지만, 피부에 전자칩을 이식하겠다는 것은 상식 밖의 비인간적 발상이다.

에이즈 감염은 단지 자신의 행위에만 기인하지 않는다. 대표적인 것이 수혈인데, 이는 그 당사자의 도덕성과는 하등 관계가 없다. 그리고 성접촉을 통해 감염되었다 하더라도 그것이 한 인간을 고립시키고 차별을 할 이유가 되지는 않는다. 도덕이란 것이 한 인간을 차별하는 결과를 낳을 때 그것은 더 이상 우리가 추구해야 할 가치가 아니라 단지 폭력일 뿐이다.

에이즈 바이러스는 전염성이 있으며 대개 수혈 또는 성접촉에 의해 전염된다. 전염성에 대한 대처 방법은 적절한 피임도구를 사용하거나 감염자에 대한 교육 및 비감염자에 대한 예방교육으로 가능하며 의도적으로 에이즈 바이러스를 전파하는 사람들은 강력하게 처벌하는 법규의 시행이 요구된다. 에이즈 감염자를 고립화 또는 무력화시키는 통제중심의 정책은 더욱더 감염자들을 자포자기하게 만들고 이것이 일탈로 이어지게 될 경우 보복적 심리에서 에이즈 바이러스를 퍼트리는 범죄를 낳게 될 수도 있다.

(2) 통제 위주의 정책과 인권 침해

현재의 후천성면역결핍증병 예방법 제3조의 국가,

지방자치단체 및 국민의 의무, 제2장의 신고 및 보고, 제3장의 검진, 제4장의 감염자의 보호 및 관리 등에서 정하고 있는 규정들은 국가가 개인의 인권을 제한할 수 있는 범주, 즉 공공의 안전을 위한 범위를 초월하는 것으로 위헌적 요소가 매우 강하며 감염자의 인권을 심하게 제한하고 있다. 보고체계를 통한 관리라는 명목 하에 개인의 질병을 국가가 관리하고 개인의 사생활 및 인적사항을 엄격하게 법률에 의해 보호하고는 있지만 한국사회와 같이 개인의 정보가 쉽게 불법적으로 유통되는 사회에서는 법률적 및 사회적 의미에서의 사생활권은 이미 무용지물일 뿐이다. 이로 인해 에이즈 감염자들이 가정을 유지하고 정상적으로 직업을 선택하여 생활할 권리, 개인의 명예를 유지하고 자유로운 여생을 누릴 권리, 사회적 관심 속에서 개인의 건강과 생명을 유지할 권리 등은 감염 사실의 확인과 동시에 자동 박탈되고 있는 것이 현실이다. 따라서 많은 사람들이 자신의 감염여부를 검사하는 것을 주저하게 되고, 이로 인해 불안감 속에서 알게 모르게 에이즈를 전파하는 과정이 되풀이 되고 있다.

또한 여러 가지 인권침해 요인이 있음에도 불구하고 통제를 통한 감염의 차단이라는 통제 위주의 정책이 한국인을 대상으로 할 때는 어느 정도의 효과를 볼 수 있을 것이다. 그러나 대규모 국가 행사 참석자나 관광객 또는 세계화의 과정에서 직업을 찾아 한국으로 들어올 것으로 예상되는 수많은 외국인 노동자들을 통한 감염의 확산에 대해서는 전혀 실효성이 없을 것으로 판단된다.

흔히 한 국가의 인권의 척도는 그 사회의 소수자에 대한 다수의 태도에서 결정된다. 이른바 어린이, 노약자, 장애인, 동성연애자, 소수 인종 및 소수 토착민, 그리고 에이즈 감염자와 같이 특수한 질환을 앓

고 있는 사람들에 대한 관심이 그 사회를 평가하는 중요한 기준이 된다. 한국사회에서 특별히 사회적 관심의 우선 대상이 되는 소수자에 대한 무관심과 편견은 인권의식의 결여에서 비롯된다. 그러므로 에이즈 감염자의 문제를 인권의 문제이자 사회적 주요 문제로 등장시킴과 동시에 사회적 합의를 통해 정책의 우선순위로 설정하는 것은 시급하고도 중요한 과제가 될 것이다.

2. 에이즈 관리 정책을 위한 제언

1) 감염자와 환자의 관리

정부의 HIV/AIDS 관리 정책에서 보다 중요한 것은 정부의 환자나 감염자 관리, 검사, 발생 모니터링 등과 같은 문제보다 일반 국민들이 HIV/AIDS에 대한 정확한 지식을 습득하고 위험한 행위를 하지 않는 것을 생활화하도록 하는 것이다. 이는 정부의 노력뿐만 아니라 민간의 참여가 필수적이며 정부보다 민간이 하는 것이 더욱 관리의 질이 높을 수 있다. 정부정책의 성공은 아마도 얼마만큼 민간의 참여를 이끌어 내느냐에 달려있다고 해도 과언이 아니다. 따라서 정부는 다음과 같은 분야에서 민간의 참여를 적극 유도하여야 할 것이다.

○ 정책 입안에 적극적인 민간의 참여를 유도하는 일이다. 중요한 정책을 심의하기 위해 보건복지부차관을 위원장으로 하고 전문가와 관련 부처 공무원이 참여하는 ‘에이즈대책위원회’가 설치되어 있다. 이 위원회에 민간 전문가가 적극적으로 참여해서 보다 효과적인 정책을 함께 만들어 나가고,

정부가 해야 하는 부분과 민간이 하는 활동을 조화시켜 나가야 효과적인 관리가 될 수 있을 것이다.

○ 정부의 접근이 어려운 대상에 대한 전문적인 상담과 교육이다. HIV 감염의 우려가 높지만 정부의 접근이 용이하지 않은 동성연애자, 음성 접대부 등이 그 예가 될 것이다. 민간단체의 장점을 활용해서 이들의 감염을 예방할 수 있도록 하고 감염된 경우에도 사회에서 배척당하지 않고 따뜻하게 보호받을 수 있는 환경 조성에 민간의 참여가 필요하다.

○ 정부의 힘만으로 감염자들을 돌보는 것은 한계가 있다. 직접적인 보살핌은 민간의 자원봉사자나 민간 전문가들이 하는 것이 더 효과적일 수 있다. 감염자들이 안심하고 쉬어갈 수 있는 휴식처를 민간에서 운영하고 정부에서 지원하는 방식의 사업을 적극 후원하는 것은 매우 바람직한 정책이다.

○ 에이즈에 대한 올바른 지식과 감염자에 대한 합리적인 인식을 확산하는 일이다. HIV/AIDS 확산의 제1주범은 감염자와 환자를 사회의 음지로 숨도룩한 그릇된 인식과 차별이다. WHO의 구호가 “World without HIV/AIDS”에서 “World Living with HIV/AIDS”로 전환한 것은 그 방법이 가장 빠르고 효과적으로 HIV/AIDS의 확산을 막을 수 있다는 판단 때문이다. 이러한 일에 동기부여가 잘 되어 있는 민간단체나 자원 봉사자를 활용하는 것이 보다 효과적이다.

2) 관련 법규 및 인권과 복지

감염자에 대한 개별관리가 실제로 한계가 있음에도 불구하고 최근 개정된 후천성면역결핍증 예방법에서 이 부분이 수정되지 않았으며 제2장의 '신고 및 보고' 중에서 제5조 '의사 또는 의료기관 등의 신고'와 제6조 '감염자 명부의 작성 및 보고' 등도 폐지되지 않았다. 감염 행위의 형사처벌은 형법에 의한 경우에만 한정하고 후천성면역결핍증 예방법에서의 형벌규정은 최대한 삭제해야 한다. 예방수단이 없는 성행위 자체를 처벌하는 규정을 삭제하고 실명 신고의무, 강제적인 에이즈 검사, 에이즈 환자의 격리 조치 등 인권침해의 소지가 있는 규정과 과도한 형벌규정은 수정·폐지되어야 할 것이다.

인권의 원칙과 법률의 신장은 인권보호 활동에 있어 주요 관심사이다. 한국에서 에이즈 감염자를 차별하는 억압 구조는 감염자의 생활과 고통에서 쉽게 찾아볼 수 있다. 사생활을 유린당하고 사회적 편견에 의해 모든 것을 박탈당하는 현재의 에이즈 감염자에 대한 모든 정책은 인권의 보편성에 근거해 전면 재편되어야 한다. 먼저 규제와 통제를 통한 예방 위주의 법률 체계는 전면적으로 개편되어야 한다. 위헌 여부에 대한 법률적 투쟁은 물론, 감염인에게 고통을 줄 수 있는 모든 부문에 대응하는 법률적 지원 운동이 전개되어야 한다. 특히 직업과 생계, 사생활권 및 건강권을 위협하는 모든 부문에 대한 새로운 법률적 대응체계가 필요하다. 또한 에이즈 문제에 대한 일차적인 책임은 의료기관과 관련 단체에 위임하고, 정부는 이를 위한 재정적, 행정적 지원을 하는 이차적 책임 기관으로 설정되어야 한다. 소수의 에이즈 감염자를 통제하여 이를 예방하고자 하는 정책보다는 다수의 비감염자를 위한 집단적 사회적 대처라는 차원으로

현재의 정책은 수정될 필요가 있다. 이를 위해 우선 학생 및 일반인을 대상으로 기본적 예방교육을 전면적으로 실시하고 동시에 에이즈 감염자의 문제가 바로 인권문제라는 사실이 교육의 중심이 되어야 한다. 세계화 시대에 에이즈 감염인의 급격한 증대는 필연적이므로 이를 위한 정부재정이 대폭 강화되어야 하며 사회 전문가들이 참여하는 능동적인 연구체계가 실제적이며 구체적인 관리정책이 시급히 요구된다.

V. 결론

에이즈라는 질환이 나타난 후 20여 년 동안 전세계적으로 약 7000만 명이 감염되어 그 중 약 40%가 사망하였다. 그리고 매년 약 500만 명의 새로운 감염자가 발생하고 있다. 국내에서도 현재 약 2,000명의 감염자가 보고되어 있으며, 4~5배의 보고되지 않은 감염자가 더 있을 것으로 추정되고 있다.

얼마 전까지만 하더라도 과학자들은 이 질병을 완전히 퇴치해 '에이즈 없는 세상'을 만드는 것이 목표였으나, 지금은 완치나 박멸이 불가능할 수도 있음을 깨달아 유지요법을 통해 '에이즈와 더불어 사는 세상'으로 목표를 바꾸게 되었다.

에이즈에 대한 편견과 차별을 없애는 것은 사회정의 측면에서뿐만 아니라 에이즈 예방차원에서도 매우 중요하다. 우리 사회의 편견과 차별은 감염인들이 감염 사실을 숨기게 만들고 은둔하게 되어 에이즈의 확산의 방지를 더욱더 어렵게 만든다.

따라서 감염인들을 사회의 일원으로 받아들여 따뜻하게 포용하는 자세가 무엇보다 필요하다. 나아가 그들이 겪는 경제적 어려움이나 복지 및 후생, 그리고 취업 문제를 정부에만 의존할 것이 아니라 사회 구성

원 모두가 조금씩 분담해 해결토록 하는 것이 중요하다. 이를 위해서는 범사회적인 사회단체가 구성되어 그 역할을 담당하는 것도 바람직하다.

〈참고문헌〉

- Fauci, A. S., "HIV and AIDS: 20 Years of Science". *Nature Medicine*. 9(7), pp.839-843, 2003.
- Garner, J. S. et al., "Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals", *Am. J. Infect. Control.*, 24, pp.24-52, 1996.
- Greene, W. C., "AIDS and the Immune System", *Scientific American* 269, pp.66-73, 1993.
- Snell, J. S. et al., "WHO Quality Assessment Programme on HIV Testing", *AIDS* 4, pp.803-806, 1990.
- UNAIDS, *Learning and Teaching about AIDS at School*, 1997.
- UNAIDS, *Resource Packet on Gender and AIDS*, 2001.
- UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic-HIV/AIDS Estimate and Data*, 2002.
- Weiss, R. A., "How Does HIV Cause AIDS?" *Science* 260, pp.1273-1279, 1993.
- 국립보건원, 「2002년 HIV/AIDS 관리지침」, 2002.
- 대한에이즈예방협회, 「효과적인 에이즈 예방교육을 위한 전문강사 워크숍」 자료집, 2003.
- 대한에이즈예방협회, 「에이즈 예방을 위한 상담요원 및 자원봉사자 교육」 자료집, 2002.
- 대한에이즈예방협회 강원도회, 「효과적인 에이즈 관리를 위한 시·군 에이즈 업무 담당자 워크숍」 자료집, 2002.
- 「레드리본」, 2002년 1/2호, 2003년 1/2호, 2003년 2/3호