



**PRATIGYA**

Campaign for Gender Equality  
and Safe Abortion



## भारत में गर्भपात: प्रमुख जानकारी

### देश के आंकड़े\*

गर्भधारण की संख्या

**48.1 million**

नियोजित जन्म

**43%, 20.68 million**

मिसकैरेज (गर्भसाव)

**14%, 6.73 million**

अनपेक्षित जन्म

**11%, 5.29 million**

प्रेरित गर्भपात

**33%, 15.6 million**

जीवित जन्म की संख्या

**54%, 26 million**

\*Singh S et al., Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs, New York: Guttmacher Institute, 2018. <https://doi.org/10.1363/2018.30009>

Singh S. et al., The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015, New York: Guttmacher Institute, 2017

## 1. गर्भपात मामलों की संख्या और कौन ये गर्भपात राते हैं

- वर्ष 2015 में भारत में अनुमानित 15.6 मिलियन गर्भपात कराए गए।
- कुल गर्भपात मामलों में से 95% गर्भपात निजी सेक्टर द्वारा प्रदान किए जाते हैं।
- पिछले तीन वर्षों के एचएमआईएस (HMIS) डाटा के अनुसार हर एक वर्ष में सार्वजनिक सेक्टर ने कुल 700,000 गर्भपात कराए।
- देश में अनुमानित केवल 60,000-70,000 वैध गर्भपात सेवा प्रदाता हैं और इनमें से ज्यादातर सेवा प्रदाता शहरी इलाकों में स्थित हैं।
- केवल प्रसूति विज्ञानी-स्त्री रोग विशेषज्ञ (ऑब्जिन) को गर्भपात सेवा प्रदान करने की अनुमति है। किसी एमबीबीएस (MBBS) डॉक्टर द्वारा गर्भपात सेवा प्रदान करने के लिए उसका एमटीपी (MTP) अधिनियम के अंतर्गत प्रशिक्षित और प्रमाणित होना आवश्यक है। प्रशिक्षण के अंतर्गत एमबीबीएस (MBBS) डॉक्टर को सरकारी अस्पताल या सरकार द्वारा स्वीकृत प्रशिक्षण केंद्र में 10 मामलों का अवलोकन करने, 10 मामलों में सहायक के रूप में कार्य करने और स्वतंत्र रूप से पांच गर्भपात सेवा प्रदान करने की आवश्यकता होती है। सरकार द्वारा निर्मित प्रशिक्षण कार्यक्रम कुल 12 दिनों का होता है।
- गर्भपात केवल उन केन्द्रों में कराया जा सकता है जिन्हें एमटीपी (MTP) अधिनियम के अंतर्गत स्वीकृति मिली हुई है। भारत सरकार द्वारा आरटीआई (RTI) प्रश्न (जून 2020) के उत्तर के अनुसार निजी क्षेत्र में केवल 16,296 स्वीकृत केंद्र हैं और सार्वजनिक क्षेत्र में 25,931 स्वीकृत केंद्र हैं।

## 2. प्रक्रिया द्वारा गर्भपात और गर्भावस्था काल

- कुल गर्भपात मामलों में से 81% गर्भपात दवाइयों (मिफेप्रुस्टोन और मिसोप्रोस्टॉल) द्वारा किए जाते हैं; ये दवाइयां कॉम्बीपैक में उपलब्ध होती हैं। 14% सर्जरी द्वारा और 5% गर्भपात ऐसी प्रक्रियाओं द्वारा किया जाता है जिन्हें सुझाया नहीं जाता।
- अनुमानित 89-91% गर्भपात पहली तिमाही में कराए जाते हैं यानी कि गर्भवस्था के 12 हफ्ते पूरे होने से पहले और केवल 9-11% गर्भपात दूसरी तिमाही में कराए जाते हैं।
- ड्रग कंट्रोल ऑफ़ इंडिया के निर्देशानुसार मेडिकल गर्भपात कॉम्बी पैक का प्रयोग 9 हफ्ते या उससे कम के गर्भावस्था काल के लिए किया जा सकता है।
- एमबीबीएस (MBBS) डॉक्टर को मेडिकल गर्भपात दवाई सुझाने की अनुमति नहीं है। केवल ऑब्जिन या एमटीपी (MTP) अधिनियम के अंतर्गत प्रमाणित डॉक्टर ही गर्भपात दवाई सुझा सकता है।
- राजस्थान, महाराष्ट्र, पंजाब, हरियाणा, तमिलनाडु और मध्य प्रदेश जैसे कई राज्यों के दवाई विक्रेता औषध निरीक्षक द्वारा अनावश्यक जांच और जटिल कागज़ी कार्य से बचने के लिए एमए (MA) कॉम्बीपैक नहीं बेचते।

## 3. विशिष्ट लिंग को प्रधानता देते हुए लिंग का चयन और पीसीपीएनडीटी (PNPNDT) अधिनियम के साथ सम्मिलन

- एक गलत धारणा बनी हुई है कि एमए (MA) कॉम्बीपैक का

उपयोग लिंग के चयन के लिए किया जा सकता है। इस दवाई का उपयोग केवल नौ हफ्तों की गर्भावस्था के लिए किया जा सकता है। सबसे ज़्यादा मामलों में अल्ट्रा-सोनोग्राफी (अल्ट्रा साउंड) का उपयोग करके ही भ्रूण के लिंग का पता लगाया जाता है। अल्ट्रा साउंड गर्भावस्था के 13वे - 14वे हफ्ते से भ्रूण के लिंग का पता लगा सकता है उससे पहले नहीं।

- लिंग चयन के प्रचलन के विरुद्ध इतने चर्चे और इतने विचार सामने आए हैं कि आम लोग यह समझने लगे हैं कि सभी गर्भपात और ख़ासकर दूसरी तिमाही में कराए गए गर्भपात लिंग चयन के लिए किए जाते हैं। जो कि गलत है।
- सबसे हालिए अनुमान के अनुसार भारत में हर वर्ष 460,000 लड़कियों का जन्म नहीं हो पाता। यह देश में कुल गर्भपात मामलों का लगभग 3% हिस्सा है। हम 'लिंग चयन' के प्रचलन की निंदा करते हैं और यह दुःखद है।  
लेकिन, हमें यह भी समझना चाहिए की 97% गर्भपात एमटीपी (MTP) अधिनियम के अंतर्गत स्वीकृत वास्तविक कारणों के प्रमाणित होने पर किया जाता है। लिंग चयन की समस्या एक सामाजिक समस्या है जिसे सुधारने के लिए वास्तविक परिस्थितियों के चलते आवश्यक गर्भपात को रोकना ठीक नहीं।
- हर वर्ष, देशभर में अनुमानित 15,60,000 दूसरी तिमाही के गर्भपात कराए जाते हैं। तर्क के लिए, अगर हम मान लेते हैं कि जिन 460,000 लड़कियों का जन्म दूसरी तिमाही में हुए गर्भपात के कारण नहीं हुआ था, तो दूसरी तिमाही में हुए कुल गर्भपात मामलों में 10,80,000 मामले या 70% मामले एमटीपी (MTP) अधिनियम के अंतर्गत स्वीकृत वास्तविक कारणों के प्रमाणित होने पर कराए गए थे।
- पीसीपीएनडीटी (PNPNDT) अधिनियम नैदानिकी को नियंत्रित करता है और लिंग चयन के लिए नैदानिकी का उपयोग करने की स्थिति में उस पर प्रतिबंध लगाता है। एमटीपी (MTP) अधिनियम एमटीपी (MTP) सेवाओं के प्रावधानों को नियंत्रित करता है। ये दो अलग-अलग अधिनियम हैं जो दो विभिन्न मुद्दों से निपटने के लिए पारित किए गए हैं।
- असुरक्षित गर्भपातों के प्रभाव
  - कुल मातृ मृत्यु में 8% मृत्यु असुरक्षित गर्भपात के कारण होती है और यह मातृ मृत्यु दर का तीसरा सबसे बड़ा कारण है। (मातृ मृत्यु दर (एमएमआर) (MMR)/100000 जीवित बच्चों का जन्म)
  - हर वर्ष असुरक्षित गर्भपात के कारण 2,400 महिलाओं की मृत्यु होती है।
  - विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) (WHO) ने गर्भपात सेवा को तीन श्रेणियों में विभाजित किया है - सुरक्षित, कम सुरक्षित और सबसे कम सुरक्षित: विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) (WHO) द्वारा सुझाई गई गर्भपात प्रक्रिया सुरक्षित होती है जो गर्भावस्था की अवधि और प्रोवाइडर या उसे सहायता प्रदान करने वाले व्यक्ति के प्रशिक्षण स्तर के अनुसार होती है। ऐसी गर्भपात सेवाएं टैबलेट्स (दवाई द्वारा गर्भपात) या सामान्य आउटपैशेंट प्रक्रिया द्वारा प्रदान की जाती है। जो गर्भपात सेवाएं शार्प क्यूरेटेज जैसी पुरानी प्रक्रियाओं द्वारा प्रदान की जाती हैं वे कम सुरक्षित होती हैं चाहे प्रोवाइडर कितना भी प्रशिक्षित हो; इसके अलावा, पर्याप्त जानकारी के बिना या किसी प्रशिक्षित व्यक्ति से परामर्श लिए बिना महिला गर्भपात के लिए टैबलेट्स लेना शुरू कर दे और आपातकालीन स्थिति होने पर उसे कोई सहायता न मिले इस प्रकार की गर्भपात सेवा को असुरक्षित बना देता है। जानलेवा या सबसे कम सुरक्षित गर्भपात प्रक्रिया वह होती है जिसमें महिला किसी काटू पदार्थ का सेवन करती है या कोई अप्रशिक्षित व्यक्ति महिला के शरीर में कोई बाहरी वस्तु डालता है या महिला को कोई पारंपरिक मिश्रण पिलाया जाता है।

## 5. प्रोवाइडरों की संख्या में बढ़ोतरी के मूल कारण

- विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) (WHO) के दिशानिर्देशों के अनुसार प्रशिक्षित और योग्य गैर-चिकित्सक (नर्स, दाई, सहायक नर्स मिडवाइफ़, मानक चिकित्सा के साथ सुझाए गए पूरक चिकित्सा के सेवा प्रदाता) गर्भावस्था की तिमाही के दौरान गर्भपात सेवाएं प्रदान कर सकते हैं।
- स्वीडन, फ्रांस, अमेरिका के कुछ राज्य, ऑस्ट्रेलिया, वियतनाम, दक्षिण अफ्रीका, नेपाल और बांग्लादेश (नियमित मासिक चक्र सुनिश्चित करने के लिए) जैसे कई देश गैर-चिकित्सक स्वास्थ्य कर्मचारियों को सर्जरी द्वारा और दवाइयों द्वारा गर्भपात सेवा प्रदान करने की अनुमति देते हैं।
- भारत में किए गए शोध प्रमाण से स्पष्ट होता है कि नर्स और आयुष चिकित्सक द्वारा गर्भपात सेवा प्रदान करने और प्रमाणित चिकित्सकों द्वारा गर्भपात सेवा प्रदान करने के परिणामों में कोई अंतर नहीं है।
- सार्वजनिक क्षेत्र में नर्स और आयुष चिकित्सकों को पहले से ही आईयूसीडी (IUCD) का प्रवेशन करने; आईवी (IV) लाइन शुरू करने और सामान्य प्रसव जैसी जोखिम भरी/ इन्वेसिव प्रक्रियाएं करने की अनुमति प्राप्त है। नर्स/एएनएम (ANM) को भी मिसोप्रोस्टॉल समेत कई एलोपैथिक दवाइयों का उपयोग करने की अनुमति प्राप्त है।

## 6. सभी गर्भवती व्यक्तियों के लिए गर्भावस्था की समय सीमा 24 हफ्तों तक बढ़ाने के मूल कारण

- वर्ष 2016 के जून से अप्रैल 2019 के बीच दर्ज मुकदमों के विश्लेषण से पता चलता है कि 53% मुकदमों की गर्भावस्था 20-24 हफ्तों की थी। उसी तरह, वर्ष 2019 के मई से वर्ष 2020 के अगस्त के बीच दर्ज मुकदमों के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि इस अवधि में वही प्रचलन जारी रहा जिसके तहत 74% मामलों की गर्भावस्था 20 हफ्तों से ज्यादा की थी (अप्रकाशित रिपोर्ट)। इसलिए, गर्भावस्था की समय सीमा को बढ़ाकर 24 हफ्तों का कर देने से कानून व्यवस्था पर बोझ कम हो जाएगा।
- प्रगतिशील तकनीक की बदौलत भ्रूण में वर्तमान असंगतियों का पता 18-22 हफ्तों के दौरान पता चलता है। इसलिए, गर्भावस्था की समय सीमा को बढ़ाकर 24 हफ्तों का कर देने से उन महिलाओं के लिए आसानी होगी जिन्हें 20 हफ्तों के बाद भ्रूण की असंगतियों के बारे में पता चलता है और फिर, वे गर्भपात कराने का निर्णय लेती हैं।
- दुनिया के 20 देशों में 24 हफ्ते या उससे ज्यादा की गर्भावस्था की स्थिति में गर्भपात कराने की अनुमति है।

## 7. 12 हफ्तों तक गर्भावस्था की स्थिति में अनुरोध द्वारा गर्भपात की अनुमति के मूल कारण

- इसके माध्यम से स्पष्ट होता है कि महिला का अपने शरीर पर संपूर्ण अधिकार है।
- इससे भारत के 80% गर्भपात मामलों में गर्भपात कराने का निर्णय महिला का होगा।
- दुनिया के 66 देशों में पहली तिमाही या उससे ज्यादा की गर्भावस्था में महिला के पास गर्भपात कराने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

## 8. यौन शोषण के उत्तरजीवियों के लिए भी कोई ऊपरी गर्भावस्था सीमा न होने के मूल कारण

- गर्भपात के लिए "कोई ऊपरी गर्भावस्था सीमा नहीं", इसे यौन शोषण/बलात्कार के उत्तरजीवियों के मामलों में भी लागू किया जाना चाहिए। यौन शोषण के कारण गर्भवती बनी महिला के लिए गर्भावस्था काल पूरा करना उसके लिए मानसिक और शारीरिक यातना का कारण बन सकता है, और साथ ही, यह गर्भवती महिला के जीवन जीने और स्वतंत्रता के अधिकार का हनन भी है।
- अक्सर, यौन शोषण के उत्तरजीवियों को अपने गर्भवती होने की बात काफ़ी दिनों बाद पता चलती है, और तो और यौन शोषण की पीड़ा और समाज द्वारा यौन शोषण की पीड़िता पर लगाए गए कलंक के कारण ज्यादातर उत्तरजीवी बहुत समय बाद सहायता प्राप्त करने का निर्णय लेती हैं।
- न्यायालयों के पास जाने वाली कुल महिलाओं में से 30-35% महिलाएं यौन शोषण की उत्तरजीवी थीं जिनकी गर्भावस्था 20-24 हफ्तों की थी और 16-20% महिलाओं की गर्भावस्था 24-28 हफ्तों की थी।
- यौन शोषण के कुल 158 मामलों में से 128 मामलों को उच्च न्यायालय ने गर्भपात कराने की अनुमति प्रदान की और कुछ मामलों में जहां बलात्कार से उत्तरजीवी के मानसिक संतुलन बिगड़ने का खतरा देखा गया (खासकर जहां उत्तरजीवी एक नाबालिग है) उन गर्भधारण के मुद्दों को धारा 5 के तहत श्रेणीबद्ध किया।

## 9. मेडिकल बोर्ड्स की स्थापना रद्द करने के मूल कारण

- मेडिकल बोर्ड्स की स्थापना करने के बजाय गर्भपात कराने का निर्णय गर्भवती व्यक्ति और प्रोवाइडर के हाथ में होना चाहिए: गर्भपात कराने के लिए निर्णय लेना केवल गर्भवती व्यक्ति और प्रोवाइडर के हाथ में होना चाहिए।
- खासकर, दूरवर्ती इलाकों में स्थित ज़िले और खंड स्तरों पर विशिष्ट और प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवा विशेषज्ञों की कमी के कारण सभी स्तरों पर मेडिकल बोर्ड्स का गठन करना आसान नहीं। राज्य में एक मेडिकल बोर्ड होने से देरी और लागत में बढ़ोतरी होगी।
- मेडिकल बोर्ड्स के कारण पहले से बोज़िल स्वास्थ्य संरचनाओं को और बोज़ झेलना होगा।

## 10. शब्द/भाषा में बदलाव लाने के मूल कारण

- 'असामान्यता' शब्द के बदले 'असंगति' शब्द का उपयोग होना चाहिए क्योंकि 'असामान्यता' शब्द से इस मत को मज़बूती मिलती है कि रोगग्रस्त भ्रूण या जिन भ्रूण के बच्चों में विकलांगता हो सकती है वे अप्रिय होते हैं।
- महिला शब्द के बदले गर्भवती व्यक्ति शब्दों का उपयोग करने से विधेयक में सभी लिंग शामिल हो जाएंगे। गर्भपात सेवाओं की आवश्यकता केवल उन व्यक्तियों को नहीं होती को परंपरागत रूप से महिला की परिभाषा के अनुकूल हों। यह बदलाव 2014 राष्ट्रीय कानूनी सेवा प्राधिकरण बनाम भारत निर्णय और ट्रांसजेंडर व्यक्तियों (अधिकारों का संरक्षण) अधिनियम 2019 के अनुकूल है।

## अंश

- i, ii & iii. Singh S et al., Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs, New York: Guttmacher Institute, 2018. <https://doi.org/10.1363/2018.30009>
- iv. Chandra J., Over-regulation of drugs impeding access to safe abortion, finds survey, New Delhi: The Hindu, 2020. <https://www.thehindu.com/news/national/over-regulation-of-drugs-impeding-access-to-safe-abortion-finds-survey/article32332461.ece>
- v. Ministry for Health and Family Welfare, The Medical Termination of Pregnancy Act, 1971. <https://main.mohfw.gov.in/acts-rules-and-standards-health-sector/acts/mtp-act-1971>
- vi. Giddu B., National Estimate of Abortion in India Released, India, 2017. <https://www.guttmacher.org/news-release/2017/national-estimate-abortion-india-released>
- vii. Family Welfare Programme in India: Year Book 2001. New Delhi: Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- viii. Chandrashekar, VS; Choudhuri, D and Vajpeyi, A. FRHS India, 2020, Availability of Medical Abortion Drugs in the Markets of Six Indian States, 2020. <http://www.frhs.org.in/pdf/FRHS%20India%20Study%20Availability%20of%20MA%20drugs%20across%206%20Indian%20States.pdf>  
Chandrashekar, VS; Vajpeyi, A. and Sharma, K, Availability of Medical Abortion Drugs in the Markets Of Four Indian States, 2018. 2019, <https://pratiyacampan.org/research/national-factsheet-availability-of-medical-abortion-drugs-in-the-markets-of-four-indian-states2018-3/>
- ix. Kearin M., Accuracy of sonographic fetal gender determination: predictions made by sonographers during routine obstetric ultrasound scans. 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5024945/>  
Pratiyga Campaign, Improving Access To Safe Medical Abortions: Why Expanding The Provider Base Is Essential. New Delhi, 2019. <https://pratiyacampan.org/wp-content/uploads/2019/09/improving-access-to-safe-medical-abortions-english.pdf>
- x. Baker D. Against My Will: Defying The Practices That Harm Women and Girls and Undermine Equality. 2020 [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2020\\_EN\\_State\\_of\\_World\\_Population.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2020_EN_State_of_World_Population.pdf)
- xi. Stop Sex Selection; Save The Girl Child. The Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (Prohibition Of Sex Selection) ACT, 1994. <https://pndt.gov.in/>
- xii. Snigdha A. 13 women die in India every day due to unsafe abortions. New Delhi: India Today, 2018. <https://www.indiatoday.in/india/story/13-women-die-in-india-every-day-due-to-unsafe-abortions-1296850-2018-07-26>
- xiii. Abortion. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1)
- xiv. Preventing unsafe abortion. World Health Organization. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- xv. World Health Organisation (WHO), Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015
- xvi. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, 2015. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177628/WHO\\_RHR\\_15.11c\\_eng.pdf;jsessionid=BEE74DA056D3E1A7877C-6606DE8043E8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177628/WHO_RHR_15.11c_eng.pdf;jsessionid=BEE74DA056D3E1A7877C-6606DE8043E8?sequence=1)
- xvii. Acharya R. et al., Physicians' and non-physicians' views about provision of medical abortion by nurses and AYUSH physicians in Maharashtra and Bihar, India. New Delhi: Taylor & Francis Group, 2015. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2814%2943787-X>
- xviii. Expanding Provider Base For Safe Abortion In India: Policy Gaps- IPAS Development Foundation
- xix. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion (Executive Summary). New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-executive-summary/>
- xx. & xxi. Center For Reproductive Rights: The World's Abortion Laws. 2019 <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>
- xxii. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-4/>
- xxiii. Rastogi A., (2020). Assessing the Judiciary's Role in Access to Safe Abortion-II: Pratiyga Campaign Report. New Delhi, Delhi.
- xxiv. Pratiyga Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. <https://pratiyacampan.org/research/assessing-the-judiciarys-role-in-access-to-safe-abortion-4/>
- xxv. Rastogi A., (2020). Assessing the Judiciary's Role in Access to Safe Abortion-II. Pratiyga Campaign Report. New Delhi, Delhi.
- xxvi. <http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/TG%20bill%20gazette.pdf>
- xxvii. <http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/TG%20bill%20gazette.pdf>

