PRATIGYA

Campaign for Gender Equality
and Safe Abortion

భారతదేశంలో అబార్షన్‌లు: కీలక సమాచారం

క్రంటీ స్నాప్‌షాట్*

గర్భధారణల సంఖ్య సుమారు **48.1** మిలియన్	అవాంఛిత జననాలు **11%, 5.29** మిలియన్
ప్లాన్ చేయబడ్డ జననాలు **43%, 20.68** మిలియన్‌లు	ప్రేరిత అబార్షన్‌లు **33%, 15.6** మిలియన్‌లు
గర్భస్రావాలు **14%, 6.73** మిలియన్‌లు	సజీవ జననాల సంఖ్య **54%, 26** మిలియన్‌లు

*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. గర్భస్రావాల సంఖ్య మరియు వాటిని అందించేవారు

a. 2015 సంవత్సరంలో భారతదేశంలో అంచనా వేయబడ్డ గర్భసావాల సంఖ్య 15.6 మిలియన్ .

b. 95%కు పైగా గ్రర్భసావాలు ప్రైవేట్ సెక్టార్ ద్వారా అందించబడ్డాయి .

c. ప్రతి సంవత్సరం 700,000కు పైగా అబార్షన్‌లు జరుగుతున్నట్లుగా గత మూడు సంవత్సరాల HMIS డేటా తెలియజేస్తోంది.

d. దేశంలో కేవలం సుమారుగా 60,000-70,000 మంది లీగల్ అబ్రార్షన్ ప్రొవైడర్‌లు ఉన్నట్లుగా అంచనా , వీరిలో ఎక్కువ మంది పట్టణ ప్రాంతాల్లోనే ఉన్నారు.

e. కేవలం స్పెషలిస్టు పసూతి వైద్యుడు మాత్రమే అబార్షన్ సర్వీస్‌లను అందించవచ్చు. ఎంబిబిఎస్ డాక్టర్ అబార్షన్ సర్వీస్‌లు అందించడానికి, అతడు/ఆమె ఎమ్‌టిపి యాక్ట్ కింద శిక్షణ పొంది, సర్టిఫై అవ్వాల్సిన అవసరం ఉంటుంది. ట్రైనింగ్ పకారంగా ఎమ్‌బిబిఎస్ డాక్టర్ 10 కేసులు పరిశీలించాలి మరియు 10 కేసులకు సాయం అందించాలి మరియు స్వంతంగా ప్రభుత్వ ఆసుప్రతి లేదా ప్రభుత్వం ఆమోదించిన ట్రైనింగ్ సదుపాయంలో ఐదు కేసులను స్వతంత్రంగా చేయాలి. ఈ ట్రైనింగ్ కార్యక్రమం పభుత్వం ద్వారా 12 రోజుల కొరకు ఏర్పాటు చేయబడింది.

f. MTP చట్టం ద్వారా ఆమోదించబడ్డ ఫెసిలిటీలో మాత్రమే గ్రర్భసావాలను చేయవచ్చు. ఆర్‌టిఐ పశ్న (జూన్ 2020) లోకు భారత ప్రభుత్వ ప్రతిసందన ప్రకారంగా ప్రైవేట్ రంగంలో కేవలం 16,296 మరియు పబ్లిక్ సెక్టార్‌ల్లో 25,931 సైట్‌లు మాత్రమే ఆమోదం పొందాయి.

2. విధానం మరియు గర్భధారణ కాలం ద్వారా గర్భస్రావం

a. అన్ని గర్భసావాల్లో 81% గర్భసావాలను కాంబీ ప్యాక్‌లో లభ్యమయ్యే మెడికల్ అబార్షన్ ఔషధాలు (మెఫిప్రిస్టిన్ మరియు మిసోపోసోల్) ఉపయోగించి చేయబడతాయి. 14% శస్త్రచికిత్స విధానాలు మరియు 5% విధానాలు సిఫారసు చేయబడనివి.

b. 89-91% కంటే ఎక్కువ శాతం మొదటి త్రైమాసిక గ్రర్భసావాలుగా అంచనా వేయబడింది, అనగా 12 వారాల గర్భధారణకు ముందు మరియు 9-11% మాత్రమే రెండవ త్రైమాసిక గర్భస్రావాలు.

c. మెడికల్ అబార్షన్ కాంబీ ప్యాక్‌ని భారతదేశంలో డ్రగ్ కంట్రోలర్ ద్వారా 9 వారాల గర్భధారణ కాలం కొరకు మాత్రమే ఉపయోగించేందుకు సూచించబడింది.

d. ఎమ్‌బిబిఎస్ డాక్టర్ మెడికల్ అబార్షన్ డ్రగ్ సూచించడానికి అనుమతించబడడు. ఎమ్‌టిపి చట్టంకింద ప్రసూతి వైద్యుడి లేదా సర్టిఫైడ్ డాక్టర్ ద్వారానే చేయాలని ఇది సిఫారసు చేయబడింది.

e. రాజస్థాన్, మహారాష్ట్ర, పంజాబ్, హర్యానా, తమిళనాడు, మధ్య పదేశ్‌ల్లో, చాలామంది కెమిస్ట్‌లు డగ్ ఇన్‌స్పెక్టర్‌ల నుంచి పేపర్ వర్క్ కొరకు స్క్రూటినీ మరియు డిమాండ్‌లను పరిహరించడానికి ఎమ్ఎ కాంబీ ప్యాక్‌ని స్టాక్ చేయరు.

3. లింగ ఆధార సెక్స్ ఎంపిక మరియు PCPNDT చట్టంతో వైరుధ్యం

a. లింగ ఆధారిత సెక్స్ ఎంపిక కొరకు ఎమ్ఎ కాంబీ ప్యాక్ ఉపయోగించవచ్చు అనే తప్పుడు అభిప్రాయం ఉంది. దీనిని కేవలం తొమ్మిది వారాల గర్భధారణ కొరకు మాత్రమే ఉపయోగించాలి. పిండం లింగాన్ని గుర్తించడానికి అత్యంత విస్తృతంగా ఉపయోగించే పరీక్ష అల్ట్రా సోనోగ్రఫీ (అల్ట్రా సౌండ్) అల్ట్రా సౌండ్ 13-14 వారాల గర్భధారణ సమయంలో మాత్రమే లింగాన్ని గుర్తించగలదు, అంతకు ముందు గుర్తించలేదు .

b. లింగ ఎంపికకు సంబంధించిన కవరేజీని గమనిస్తే, అన్ని గర్భసావాలు మరియు ముఖ్యంగా రెండవ త్రైమాసిక గర్భస్రావాలు లింగఆధారిత లింగ ఎంపిక కొరకు చేయబడినవి అనేది సాధారణ అభిపాయం. ఇది తప్పు.

c. దేశంలో సుమారు పతి ఏడాది 460,000 మంది బాలికలు వార్షికంగా పుట్టకుండానే చనిపోతున్నట్లుగా ఇటీవల అంచనా తెలియజేస్తోంది . ఇద దేశంలోని మొత్తం గ్రర్భసావాల్లో 3%. మేం 'లింగ ఎంపిక'ను ఖండిస్తాం మరియు ఇది దారుణమైనది.

అయితే ఎమ్‌టిపి చట్టం కింద అనుమతించిన వాస్తవ కారణాలకు 97% గర్భసావాలు చేయబడతాయనేది కూడా అర్థం చేసుకోవాల్సిన అవసరం ఉంది. లింగ ఎంపికను ఒక సామాజిక అంశం వలే పరిష్కరించాలి తప్ప, నిజమైన కారణాల కొరకు గర్భస్రావం చేయాల్సిన అవసరం లేదు.

d. దేశంలో పతి సంవత్సరం సుమారుగా 15,60,000 ద్వితీయ త్రైమాసిక గర్భసావాలు జరుగుతాయని అంచనా వేయబడింది. రెండో త్రైమాసికంలో లింగ ఆధారిత గర్భసావాల వల్ల మొత్తం 460,000 బాలికలు పుట్టడం లేదని భావించినట్లయితే, మొత్తం రెండో త్రైమాసిక గ్రర్భసావాల్లో 10,80,000 లేదా 70% ఎమ్‌టిపి చట్టం కింద నిజమైన కారణాల కొరకు అనుమతించబడతాయి.

e. PCPNDT చట్టం రోగనిర్ధారణలను నియంత్రిస్తుంది మరియు లింగాన్ని తెలుసుకోవడానికి రోగనిర్ధారణ ఉపయోగించడాన్ని నిషేధిస్తుంది MTP చట్టం MTP సర్వీస్‌ల పొవిజన్‌ని రెగ్యులేట్ చేస్తుంది. స్వతంత్ర సమస్యలను పరిష్కరించడానికి రెండు స్వతంత్ర చట్టాలున్నాయి.

4. అసురక్షిత గర్భస్రావాల ప్రభావం

a. అసురక్షితమైన అబార్షన్‌లు 8% పసూతి మరణాలకు కారణం అవుతాయి మరియు పసూతిమరణాల్లో మూడో అతి పెద్ద కంట్రిబ్యూటర్ . (MMR 122/100000 live births)

b. అసురక్షిత గర్భస్రావం కారణంగా పతి సంవత్సరం 2,400 మంది మహిళలు మరణిస్తున్నారు.

c. WHO గర్భసావాలను సురక్షితం, తక్కువ సురక్షితం మరియు అతి తక్కువ సురక్షితంగా వర్గీకరించాయి: గ్రర్భసావం వ్యవధికి తగిన విధంగా WHO సిఫారసు చేసిన పద్ధతిలో మరియు గ్రర్భసావం అందించే లేదా మద్దతు ఇచ్చే వ్యక్తి శిక్షణ పొందినట్లయితే గర్భస్రావం సురక్షితంగా పేర్కొనబడుతుంది. అటువంటి గర్భసావాలను టాబ్లెట్‌లు (మెడికల్ అబార్షన్) లేదా సరళమైన అవుట్‌పేషెంట్ ప్రొసీజర్‌లు ఉపయోగించి చేయవచ్చు. పొవైడర్ శిక్షణ పొందినప్పటికీ లేదా పదునైన క్యూరెట్టేజ్ వంటి పాత పద్ధతులను ఉపయోగించి చేసినప్పుడు లేదా టాబ్లెట్‌లను ఉపయోగించే మహిళలకు సరైన సమాచారం లేదా శిక్షణ పొందిన వ్యక్తికి సహాయం అవసరమైతే దానిని

పొందలేకపోయినట్లయితే అటువంటి గర్భస్రావాలను తక్కువ సురక్షితంగా పేర్కొంటారు. కాస్టిక్ పదార్థాలను తీసుకోవడం లేదా శిక్షణ పొందని వ్యక్తి ద్వారా అవాంఛిత వస్తువులను చొప్పించడం లేదా సంప్రదాయ సమ్మేళనాలను ఉపయోగించడం వంటి ప్రమాదకరమైన విధానాలను ఉపయోగించినప్పుడు గర్భస్రావాలు ప్రమాదకరమైనవి లేదా తక్కువ సురక్షితమైనవి.

5. ప్రొవైడర్ బేస్‌ని విస్తరించడానికి హేతుబద్ధత

a. WHO మార్గదర్శకాలు మొదటి త్రైమాసికంలో గర్భస్రావాలకు శిక్షణ పొందిన మరియు అర్హత కలిగిన నాన్ ఫిజీషియన్‌లు (నర్సులు, మంత్రసానులు, ఆగ్జిలరీ నర్సు మంత్రసానులు, ఔషధ అనుబంధ వ్యవస్థను ప్రాక్టీస్ చేసేవారు)ని అనుమతిస్తుంది.

b. స్వీడన్, ఫ్రాన్స్, యుఎస్, ఆస్ట్రేలియా, వియత్నాం, దక్షిణాఫ్రికా, నేపాల్ మరియు బంగ్లాదేశ్ వంటి అనేక దేశాలు (బతు నియంతణ కోసం) వైద్యులు కాని ఆరోగ్య కార్యకర్తలు శస్త్రచికిత్స మరియు వైద్య రెండింటిలో మొదటి త్రైమాసిక గర్భస్రావం అందించడానికి అనుమతిస్తారు.

c. సర్టిఫైడ్ అబ్రార్షన్ పొవైడర్‌లతో పోలిస్తే నర్సు మరియు ఆయుష్ వైద్యుడి ద్వారా అందించే అబార్షన్ సర్వీస్‌ల ఫలితాల్లో ఎలాంటి మార్పులు లేనట్లుగా భారతదేశంలోని పరిశోధన సాక్ష్యం తెలియజేస్తోంది.

d. పబ్లిక్ సెక్టార్‌లోని నర్సులు మరియు ఆయుష్ డాక్టర్‌లు ఐయుసిడి చొప్పించడం, ఐవి లైన్ ప్రారంభించడం, సాధారణ డెలివరీ వంటి పమాదకరమైన/కోతలేని ప్రకియలకు అనుమతించబడ్డారు. మిసోపెసోల్‌తో సహ అనేక అల్లోపతిక్ ఔషధాలు ఉపయోగించేందుకు కూడా నర్సులు/ఎఎన్ఎమ్‌లు కూడా అనుమతించబడతారు.

6. 24 వారాల వరకు గర్భస్రావాన్ని అనుమతించడానికి హేతుబద్ధత

a. జూన్ 2016 నుంచి ఏప్రిల్ 2019 వరకు విశ్లేషించిన 53% లీగల్ కేసులు 20-24 వారాల గర్భావధికి చెందిన మహిళలకు సంబంధించినవి, మరియు ఇదే ట్రెండ్ కొనసాగుతూ మే 2019-ఆగస్టు 2020 మధ్య విశ్లేషించబడ్డ 74'% కేసులు 20 వారాల గర్భావధి కాలాన్ని మించినవిగా కనపడుతోంది(పచురించని రిపోర్ట్). గర్భావధి కాలాన్ని 24 వారాలకు పెంచడం వల్ల న్యాయవ్యవస్థపై పడే భారం తగ్గుతుంది.

b. టెక్నాలజీ యొక్క పురోగతి వల్ల 18-22 వారాల మధ్య పిండ అసమానతలు గుర్తించబడుతున్నాయి తద్వారా దీనిని 24 వారాలకు పెంచడం వల్ల పిండ అసమానతలు గుర్తించి, పిండాన్ని తొలగించుకోవాలని కోరుకునే 20 వారాల నిండిన మహిళలకు ఇది సులభతరంగా ఉంటుంది.

c. 24 వారాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ కాలం వరకు గర్భాన్ని తొలగించుకునేందుకు 20 దేశాలు అనుమతిస్తున్నాయి

7. 12 వారాల వరకు గర్భసావాన్ని అభ్యర్థించేందుకు అనుమతించడానికి హేతుబద్ధత

a. మహిళలకు తమ శరీరంపై ఉండే హక్కును గుర్తిస్తుంది.

b. భారతదేశంలో అబార్షన్ కోరుకునే 80% మంది మహిళలకు గర్భసావం ఒక హక్కుగా అందించబడుతుంది

c. పపంచంలో 66కు దేశాలు మొదటి త్రైమాసికం లేదా తరువాత గర్భసావాన్ని ఒక హక్కుగా అనుమతించాయి

8. లైంగిక వేధింపుల నుంచి బయటపడ్డవారికి ఎలాంటి అధిక గర్భసావ పరిమితి లేకుండా ఉండటానికి హేతుబద్ధత

a. లైంగిక వేధింపుల నుండి బయటపడినవారికి కూడా ఎలాంటి గర్భధారణ కాలపరిమితి లేకుండా ఉండాలి లైంగిక వేధింపులు లేదా అత్యాచారం ఫలితంగా గర్భం ధరించడం గర్భం దాల్చిన వ్యక్తులను మానసికంగా మరియు శారీరకంగా వేదనకు గురి చేయడంతోపాటుగా వారి జీవించే హక్కు మరియు స్వేచ్ఛను ఉల్లంఘిస్తుంది.

b. తరచుగా లైంగిక వేధింపుల నుండి బయటపడ్డ వారు తాము గర్భం ధరించిన విషయాన్ని తరువాత తెలుసుకుంటారు, దీని వల్ల వారు ఒక టామా మరియు అపోహల కారణంగా వారు సహాయం కోరడానికి ముందు తీవ్రమైన జాప్యం జరుగుతుంది.

c. న్యాయపరమైన జోక్యం కోరిన 30-35% మంది లైంగిక వేధింపులకు గురైనవారే మరియు 20-24 వారాల గర్భధారణ కాలాన్ని కలిగినవారు మరియు 16-20% మంది 24-28 వారాల గర్భధారణ కాలం కలిగినవారు.

d. లైంగిక వేధింపులకు గురైన 158 కేసుల్లో, 128 మందికి హైకోర్టులు అనుమతులు ఇచ్చాయి మరియు కొన్ని కేసుల్లో గర్భధారణలు, సెక్షన్ 5 కిందకు వచ్చే రేపు ఫలితంగా ఏర్పడ్డ గర్భధారణలుగా చూడబడ్డాయి.

9. మెడికల్ బోర్డులు ఏర్పాటు చేయడాన్ని తొలగించడానికి హేతుబద్ధత

a. మెడికల్ బోర్డులను ఏర్పాటు చేయకూడదు, దానికి బదులుగా గర్భిణీ మరియు పొవైడర్ మధ్య నిర్ణయం తీసుకునే అధికారం ఉండాలి: గర్భం తొలగించాలనే నిర్ణయం పూర్తిగా గర్భవతి అయిన వ్యక్తి మరియు ప్రొవైడర్ మధ్య ఉండాలి

b. ప్రత్యేకమైన మరియు శిక్షణ పొందిన ఆరోగ్య సంరక్షణ నిపుణుల కొరత కారణంగా, మరిముఖ్యంగా మారుమూల ప్రాంతాల్లో జిల్లా మరియు బ్లాక్ స్థాయిల్లో, అన్ని స్థాయిల్లో మెడికల్ బోర్డులను ఏర్పాటు చేయడం సాధ్యం కాదు. రాష్ట్రంలో ఒక మెడికల్ బోర్డు ఉండటం వల్ల ఆలస్యం అవుతుంది మరియు ఖర్చులు పెరుగుతాయి.

c. ఇప్పటికే విస్తరించి ఉన్న వైద్య మౌలిక సదుపాయాలపై మెడికల్ బోర్డులు భారాన్ని పెంచుతుంది.

10. టెర్మినాలజీ/భాషలో మార్పు కొరకు హేతుబద్ధత

a. అసాధారణతలు అనే పదం పుట్టబోయే బిడ్డ అంగవైకల్యత లేదా అవాంఛనీయ వైద్య పరిస్థితులనే భావనను బలోపేతం చేస్తుండటంతో 'అసాధారణతలు' అనే పదాన్ని 'క్రమరాహిత్యాలు'గా మార్చాలి.

b. 'మహిళ' అనే పదాన్ని 'గర్భం ధరించిన వ్యక్తి' అనిమార్చడం వల్ల లింగ సమానత్వం సాధించబడుతుంది. గర్భస్రావ సేవలు పొందడం అనేది సంప్రదాయబద్ధంగా మహిళలు మాత్రమే కాకుండా లింగమార్పిడి చేయించుకున్న, ఇంటర్‌సెక్స్ మరియు లింగ-వైవిధ్యమైన వ్యక్తులు కూడా గర్భస్రావ సేవలు పొందాల్సిన అవసరం ఉంటుంది. 2014 నేషనల్ లీగల్ సర్వీసెస్ అథారిటీ వర్సెస్ యూనియన్ ఆఫ్ ఇండియా తీర్పు, లింగమార్పిడి చేయించుకున్న వ్యక్తుల (హక్కుల పరిరక్షణ) చట్టం 2019 పకారంగా ఇది చేర్చబడింది.

రిఫరెన్స్‌లు:

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 Delhi7 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.frhsi.org.in/pdf/FRHS%20India%20Study Availability%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://pratigyacampaign.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/

Pratigya Campaign, Improving Access To Safe Medical Abortions: Why Expanding The Provider Base Is Essential. New Delhi, 2019. https://pratigyacampaign.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

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

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=BEE74DA056D3E1A7877C6606DE8043E8?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. Pratigya Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion (Executive Summary). New Delhi, 2020. https://pratigyacampaign.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. Pratigya Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. https://pratigyacampaign.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: Pratigya Campaign Report. New Delhi, Delhi.

xxiv. Pratigya Campaign, Assessing The Judiciary's Role in Access To Safe Abortion. New Delhi, 2020. https://pratigyacampaign.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. Pratigya 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

PRATIGYA
Campaign for Gender Equality and Safe Abortion.

B-37 Gulmohar Park, New Dehli- 110049

PratigyaRights RightsPratigya pratigyacampaign.org