



ENTREVISTA

UN AÑO DE ABORTO LEGAL EN ARGENTINA. DE LA CLANDESTINIDAD A LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA FEMINISTA.

Por Sandra Hoyos¹ y Tamara Martínez Ortiz²



Foto: Página 12

El 30 de diciembre de 2021 se cumple un año de la aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, una demanda social de y para el movimiento de mujeres y los feminismos, que toma impulso con las condiciones dadas por la vuelta de la democracia y por las experiencias de activismos enmarcados en los derechos sexuales y reproductivos. Una demanda que a su vez es una lucha que se sostuvo de forma continua, donde podemos destacar como hitos la creación en 1988 de la Comisión por el

¹ Licenciada en Política Social, Docente UNGS, colaboradora en el Observatorio del Conurbano, feminista e integrante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en la Región Noroeste del Conurbano Bonaerense.

² Profesora Universitaria de Educación Superior en Historia y Geografía. Docente UNGS, Colaboradora en el Observatorio del Conurbano, feminista e integrante de Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en la Región Noroeste del Conurbano Bonaerense y de la Red de Docentes por el Derecho al aborto.

Derecho al Aborto que en 1990 presentó el primer anteproyecto de ley, la conformación de la Red Nacional de la Salud de la Mujer entre 1990 y 2001, la declaración del Encuentro Feminista y del Caribe EFLAC del 28 de septiembre como día de lucha por la legalización del Aborto y el surgimiento en 2005 de la [Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito](#) (Palma Z.; 2020) quienes presentaron en 8 oportunidades proyectos de aborto voluntario, hasta que finalmente fue aprobado en 2021 por ambas cámaras, no sin antes haber sido rechazado por el Senado de la Nación en el año 2018.

La implementación de la ley IVE como derecho se enmarca en ese proceso donde los activismos son protagonistas en las estrategias de implementación de una política pública construida de forma colectiva y desde la praxis feminista, tal como se expresa en los territorios donde los activismos tienen una gran relevancia, como es la experiencia de la Campaña por el Derecho en diferentes municipios del [conurbano bonaerense](#).

Para conocer sobre el acceso al aborto voluntario después de un año de aprobación de la Ley N° 27.610 conversamos con Carlota Ramírez responsable de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires.

Carlota Ramírez es psicóloga como formación de base, se especializó en temas de salud pública, políticas públicas y políticas de género, es feminista y peronista. Es responsable de la implementación de las políticas de salud sexual reproductiva y no reproductiva (SSRyNR) en la PBA. El área que dirige fue jerarquizada en la actual gestión, ya que hasta el 2020 estaba conformada como Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Entre sus funciones, la DSSyR tiene a cargo la implementación de la Ley 27.610, aprobada hace 1 año, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, conocida como ley IVE.

Esta actividad implica el trabajo con las 12 [Regiones Sanitarias](#)³ de la PBA -espacios de mesogestión con los 135 municipios y sus áreas de salud que coordinan y gestionan la atención primaria de la salud- y con los establecimientos provinciales a su cargo en materia de SSRyNR. En su mayoría son hospitales y otros establecimientos hospitalarios denominados monovalentes, que están en proceso de desinstitucionalización en el marco de la [Ley N° 26657 de Salud Mental](#) y se están convirtiendo en espacios alternativos a la lógica manicomial. En algunos de estos establecimientos se abrieron consultorios externos de SSRyNR y también con las Unidades de Pronta Atención UPA.

Carlota refiere que toda esta coordinación entre Regiones Sanitarias y Secretarías de Salud municipales para la gestión, se da por la relación entre la sociedad civil y los 2800 establecimientos de salud de diferentes niveles de

³ Mapa de ubicación de las 12 regiones sanitarias de la PBA, con hospitales provinciales y nacionales. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/regiones_sanitarias

la PBA, es decir, el ámbito de intervención de su dirección se da en conjunto con esos actores.

El 30 de diciembre se cumple un año de la aprobación en el Senado de la ley IVE. Comencemos un poquito más atrás. ¿Qué cambios ocurrieron desde aquella votación en agosto de 2018, donde el Senado de la Nación rechazó el proyecto de ley IVE?⁴

Me parece interesante poner la sanción de la Ley N° 27.610 en el contexto de una lucha de los feminismos organizados en las calles y además una lucha de muchos años. Podríamos poner como punto de inicio de este movimiento que nos llevó a conquistar la ley de aborto voluntario en la recuperación de la democracia.

El 2018 significó un punto de inflexión, porque a pesar que la ley se había perdido en el senado la movilización de los feminismos fue una experiencia que todes llevamos grabada en nuestra memoria y en nuestro cuerpo, toda una noche, una vigilia en Plaza Congreso y en numerosos puntos del país. Los equipos de salud que están implementando la ley están integrados por compañeras que están en la gestión en diferentes niveles; en municipios, en regiones sanitarias e incluso en el Ministerio de Salud de la Nación y de PBA. Somos y son parte de esa marea, también fuimos fortaleciendo nuestros feminismos y nuestras alianzas en esos procesos.

Desde el punto de vista sanitario significó poner en agenda pública el tema del aborto. Fue un momento donde las abuelas, mamás y tías empezaron a contar sobre sus experiencias de aborto. También las compañeras socorristas contaron sus experiencias de acompañamiento en aborto.

Podemos decir que es un momento en que los feminismos sacan del armario al aborto y se empieza a producir una transformación; algo empieza a suceder en el sistema de salud. Si vemos las solicitudes y las demandas de acceso a Interrupciones Legales del Embarazo⁵ (ILE), el aumento es exponencial, pegan un salto las llamadas por consultas sobre interrupción del embarazo al 0800-222-3444⁶, las solicitudes y también los establecimientos de salud que garantizan acceso a las ILE.

4 Se rechazó el proyecto de interrupción voluntaria del embarazo con 38 votos negativos, 31 positivos y 2 abstenciones. Recuperado de <https://www.senado.gob.ar/prensa/16631/noticias>

5 Previo a la sanción de la Ley 27.610 en nuestro país sólo se contaba con acceso al aborto no punible por causales, las personas que deseaban una interrupción debían justificar la solicitud, la cual era otorgada en caso de riesgo a la salud integral, riesgo de vida o en caso de violación. En la actualidad el aborto no punible o Interrupción Legal del embarazo sigue vigente posterior a las 14 semanas de gestación y bajo las mismas causales en el marco del artículo 86 del Código Penal argentino.

6 La línea telefónica gratuita 0800-222-3444 es una herramienta de la DSSR para evaluar la demanda, pero también en algunos casos funciona como primer contacto con el sistema de salud, sobre todo en temas vinculados al aborto, en los que todavía en algunos territorios, no son claros los circuitos de acceso o se modificaron en el contexto de pandemia.

En este sentido se generaron condiciones de posibilidad al interior del sistema de salud desde el punto de vista discursivo. Empezó a darse un debate que como feministas sabíamos que era una cuestión de tiempo, porque si bien la ley la perdimos en 2018, estábamos convencidas de que la íbamos a conquistar. Así comenzó un proceso de diálogo y debate que cambió las condiciones simbólicas, empezó a ser un tema del que se hablaba.

Llegamos a la Dirección en 2019 y realizamos una línea de base que se incluyó también en el primer informe de gestión. Contábamos con menos de 200 equipos, 5 hospitales provinciales y 51 municipios que ofrecían servicios para garantizar interrupciones del embarazo. Hoy tenemos una provincia con un escenario completamente distinto -si bien es cierto que la ley lo potencia- pero desde la dirección logramos prácticamente duplicar la cantidad de efectores en el primer año de gestión. Faltaban condiciones concretas por eso el primer acto administrativo fue adherir al [Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la ILE](#), y además comprar Misoprostol⁷. Esto le dio a los equipos la señal que necesitaban: un marco normativo que les protegiera y garantizara la práctica. Con esas nuevas condiciones se duplicaron las ILE y los establecimientos. Con la sanción de la ley ya teníamos otro escenario.

Estábamos convencidas que el presidente de la Nación iba a cumplir con la promesa de campaña y que los feminismos iban a seguir reclamando y demandando la ley. Cuando se sanciona la ley se dio otro gran salto, porque a nivel de gestión nos da la posibilidad de exigibilidad del derecho. Ya no se trata de discutir o debatir qué causales sí o qué causales no cuando una mujer solicita un aborto, sino que hay una ley que instruye, que establece que el sistema de salud debe garantizar ese derecho. Ese fue un cambio sustantivo. Hoy tenemos aproximadamente 500 [establecimientos de salud](#) que garantizan el aborto voluntario. El acceso a la ILE creció muchísimo.

¿Cómo fue el proceso de implementación de la ley IVE y en un contexto sanitario de pandemia por COVID-19? ¿Quiénes son actores claves y cuáles obstaculizan?

Cuando empieza la [pandemia](#), también comienza nuestra gestión en el Ministerio de Salud. En ese contexto de inicio de la crisis sanitaria recibimos la primera compra de Misoprostol y fue una verdadera fiesta. En ese momento todavía teníamos la oficina del Programa de SSyR ubicada en el playón del estacionamiento del Ministerio de Salud, que a su vez marcaba el valor simbólico que tenía para las anteriores gestiones.

Al inicio de la pandemia comenzamos enviar a los equipos derivaciones por interrupciones y comenzamos a recibir respuestas como “No vamos

⁷ El misoprostol es un medicamento esencial para la atención de interrupciones seguras del embarazo, conforme a lo que ha determinado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

a poder por la pandemia." "¿Cómo nos van a mandar un aborto cuando nos estamos preparando para enfrentar la crisis epidemiológica más grande de la que tengamos memoria?". Nos dimos cuenta que si no salíamos a sostener fuerte las políticas de atención iba a ser muy difícil, iba a tener un impacto devastador en las mujeres y en todas las personas con capacidad de gestar.

Así que elaboramos un [Protocolo para la atención de contingencia de servicios de salud considerados esenciales en el marco de la pandemia por COVID-19](#) que establece que, en el marco de la emergencia sanitaria, el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto son prestaciones esenciales que no pueden demorarse ni suspenderse. Esta herramienta nos permitió dar un debate, una discusión fuerte al interior del sistema de salud. Hubo que explicar a los equipos, las autoridades sanitarias, directores de hospitales y secretarías de salud, la importancia que tenía, que era una prestación sensible al tiempo y si no era incluido como parte de las prestaciones esenciales en contexto de pandemia iba tener consecuencias muy graves para las personas gestantes, pero también para el sistema de salud porque iban a aumentar los abortos sépticos (por infección uterina), las mujeres iban a tener que resolver esos abortos por fuera del sistema de salud con otras complicaciones aparejadas.

Esa fue una primera batalla que dimos y fue algo que se instaló, que incluso reconocieron las autoridades. La Dirección Provincial de Hospitales, por ejemplo, explicitó a todos los directores que tenían que cumplir con el Protocolo de Salud Sexual y Reproductiva porque en la PBA hay una decisión política, porque sabemos que la salud es política y que todas las experiencias de acceso al aborto forman parte de esta decisión.

Además, logramos sostener la red durante el período de pandemia y cuando llegó la ley teníamos otra situación: teníamos un registro de prácticas, conocíamos la dimensión de la red, la capacidad de respuesta, sabíamos que era insuficiente para responder a una demanda que iba a aumentar con la sanción de la ley pero estábamos en condiciones de avanzar con los procesos de adquisición y distribución de insumos ya establecidos. En ese momento se contaba con registros que nos permitían ir viendo la evolución de la demanda y con un registro que implementamos en 2020 que nos permitió establecer que el 90% de mujeres y/o personas con capacidad de gestar llegaban durante el primer trimestre, es decir, con menos de 12 semanas de gestación. Ello nos permitió pensar los circuitos de atención, empezar a fortalecer las capacitaciones, crear, fortalecer y ampliar equipos. Se brindaron muchísimas capacitaciones en el uso del Misoprostol.

En términos de implementación, de los 135 municipios, hoy en día tenemos 125 que cuentan con servicios, al menos con un equipo que resuelve. En los 10 municipios que no cuentan con servicios municipales o nacionales, hay 5 que sí cuentan con hospitales provinciales. Es decir que en toda

La provincia hay 5 municipios donde las personas que solicitan aborto voluntario no pueden acceder a ellos dentro de sus localidades y deben viajar y solicitarlo en otros municipios vecinos, como es el caso de San Miguel en la región Noroeste del conurbano bonaerense.

¿Cuáles son los datos/estadísticas actuales sobre implementación de la ley IVE y de acceso al aborto en PBA?

Durante esta gestión hemos presentado un informe de gestión hacia finales del 2020 y en el marco del primer año de la aprobación de la ley, hemos elaborado un informe ejecutivo que sintetiza datos sobre la implementación en el sistema de salud y sobre el acceso a IVE e ILE en la PBA.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**1 AÑO DE LA SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL 27.610
ABORTO VOLUNTARIO, LEGAL Y BONAERENSE**

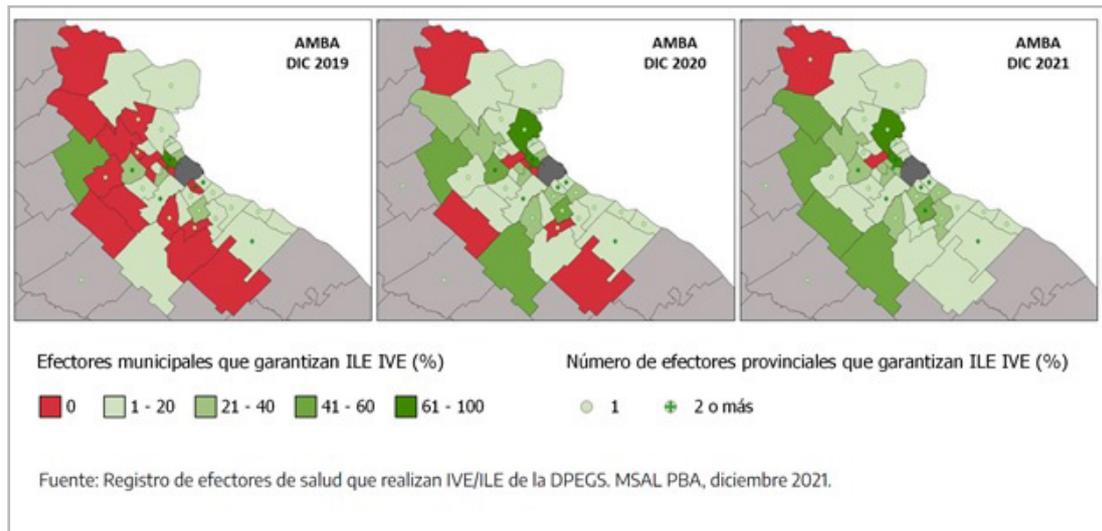
1. CRONOLOGÍA

- **30 de diciembre de 2020:** se sanciona la Ley Nacional N° 27.610.
- **14 de enero de 2021:** se promulga la Ley Nacional N° 27.610.
- **18 de enero de 2021:** se aprueba la *Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en PBA, en el marco de la Ley Nacional 27.610*. Resolución conjunta N° 1/2021 del Ministerio de Salud y Ministerio de Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires.
- **24 de enero de 2021:** entra en vigencia la Ley Nacional N° 27.610.
- **1 de marzo de 2021:** IOMA aprueba el Programa de Fortalecimiento del Derecho a la Interrupción del Embarazo. Resolución 347/2021 de la Presidencia de IOMA.
- **13 de agosto de 2021:** Reglamentación de la Ley Nacional N° 27.610. Decreto PEN N° 516/2021.

En los informes que hemos elaborado como DSSyR y Ministerio de Salud de la PBA, tenemos la base de 2019 en donde en **51** municipios contaban al menos con un servicio de ILE, en diciembre de 2020 se incrementaron a **99**, para llegar en 2021 a **125** municipios garantes del derecho.

En el AMBA⁸ se incrementó el número de efectores -centros que realizan IVE/ILE- así como los municipios que garantizan estos derechos. En los mapas que presenta el informe ejecutivo 2021, se advierte la evolución positiva de las prestaciones. En color rojo se presentan los municipios que no tienen efectores que realizan interrupciones, mientras que los municipios en diferentes intensidades de verde, expresan los municipios que sí poseen efectores, con diferente cantidad de centros de atención en IVE/ILE.

⁸ AMBA designa aquí, siguiendo el criterio del Informe de referencia presentado por la entrevistada, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires más los 40 partidos que la rodean



¿Cómo fueron estos logros de la gestión en los 135 municipios de la provincia de Buenos Aires?

Durante 2020 los diferentes efectores de salud incrementaron sus servicios en ILE en relación a 2019: los CAPS pasaron de una línea base de **120** establecimientos que garantizaban ILE a **282** servicios en diciembre de 2020, lo cual significó un incremento del **135%**. Los datos de 2021 nos dicen que existen **335** servicios IVE que funcionan en el primer nivel de salud, ello se traduce en un incremento desde el 2019 del **179%**.

En cuanto a las ILE, durante 2020 se registraron 15.330 interrupciones en toda la PBA. En la RS V correspondiente a los partidos de José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, Escobar, Pilar, Tigre, San Fernando, San Martín y Vicente López se practicaron 2011 interrupciones, ocupando el tercer lugar después de la RS VI y VII con 4015 y 3329 respectivamente. En lo va del año 2021 (noviembre) y según las últimas cifras consolidadas en la PBA se practicaron **17.506** abortos. El **95%** de las prácticas se realizaron en el primer trimestre y sólo el **5%** posterior a las 14 semanas de gestación por lo cual la práctica que se llevó adelante es la ILE.

Durante 2020 se adquirieron **304.164** comprimidos de Misoprostol, lo que equivale a **25.347** tratamientos. Hasta la salida del informe ejecutivo 2021 se adquirieron un total de 61.699 tratamientos. Las compras en 2020 requirieron de una inversión de más de **sesenta y cuatro millones** de pesos (\$64.395.954) y en lo que va del año 2021 el monto asciende a una inversión de **155 millones** es de pesos, esto produjo un ahorro total de **244 millones** de pesos comparado con el mismo medicamento a valor mercado. El medicamento Misoprostol es de producción nacional y es provisto por el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) que además cuenta con precios significativamente inferiores a los que presenta el mismo medicamento en el mercado cuando es ofertado por los

laboratorios privados y las droguerías que funcionan como distribuidoras. Ver [Informe anual ILE 2020](#) e [Informe Ejecutivo 2021](#).



Foto: Asamblea Feminista Conurbana Noroeste

En nuestra región, el conurbano bonaerense, la aplicación de la ley no se traduce en acceso efectivo a la IVE. Tenemos el municipio de San Miguel que decididamente no aplica la ley en ningún sentido. ¿Se manejan estrategias para el acceso en estos casos, de qué manera?

En toda la PBA los municipios que a su vez no cuentan con servicios provinciales, es decir que no cumplen con la efectivización de la ley ascienden a cinco, entre los que se encuentran además de San Miguel, Capitán Sarmiento, Coronel Rosales, Lezama y Tornquist.

Estos son municipios donde la decisión política intenta operar por fuera de la injerencia provincial, de la Dirección de SSyR, o del Ministerio de Salud de la PBA. La provincia es la última responsable y por eso la discusión con las secretarías de salud municipales es muy fuerte. Si no hay voluntad política en un municipio que sólo tiene efectores municipales no podemos obligar al efector municipal. En el contexto de pandemia no es el único tema de agenda en las negociaciones con los municipios. Estos temas terminan siendo decisiones políticas que trascienden un poco la posibilidad o la gobernabilidad que tenemos como Dirección.

En este momento tenemos el mapa preciso de todos los establecimientos publicado en la página de la [DSSyR del Ministerio de Salud de la PBA](#) y estamos haciendo una caracterización de cada Región Sanitaria, de cada

municipio para poder desplegar acciones específicas, ya no acciones como fueron las capacitaciones masivas en el uso del Misoprostol sino empezar a identificar donde están los problemas y de qué manera garantizar el acceso. En algunos municipios estamos pensando en ver la posibilidad de abrir consultorios de aborto en las UPA que puedan cubrir un poco el rol de los primeros niveles de atención en los municipios sin efectores que realicen interrupciones. Hay algunos centros de Prevención y Asistencia en Adicciones (CPA) que se están sumando, también los Centros de Atención Comunitaria a la Salud Mental y se están buscando otras estrategias para garantizar en esos municipios con recursos provinciales el acceso al aborto.



Foto: Gabriela B. Hernández

En toda esta estrategia de implementación de la Ley IVE ¿Qué rol juegan los feminismos?

Una estrategia importante es incorporar a la sociedad civil y los feminismos en tanto actores clave a los equipos que conforman los servicios IVE e ILE. Son actores importantes, compañeros con gran sensibilidad, muchos de ellos son parte del movimiento feminista. Estuvieron en el Congreso Nacional tanto en el 2018 y en el 2020 y son claves porque traccionan y están involucradas en la gestión. Nosotras trabajamos mucho con las Regiones Sanitarias, hacemos reuniones mensuales de trabajo, de puesta en común de problemas, estrategias, necesidades, problemas que van surgiendo que a veces son comunes y siempre tienen la especificidad de lo local.

Como mensaje hay dos elementos que quiero destacar: la articulación del trabajo en red y la gestión feminista. Los feminismos son centrales, hay

municipios donde la batalla la dimos conjuntamente con estrategia, por ejemplo de ir nosotras a una reunión y tener a la [Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito](#) en la puerta ejerciendo presión social en esa reunión, porque no es lo mismo reunirte con las autoridades sanitarias de un municipio como DSSyR que además estar con la sociedad civil organizada exigiendo con un mensaje potente. Eso es algo que produce mucha incomodidad. Esa alianza y esas estrategias sororas son fundamentales para poder transformar.

Entre los obstaculizadores al derecho al aborto voluntario podríamos decir que se encuentran los colegios médicos, son quizás quienes más han hecho lobby, los sectores más conservadores que promovían el derecho a la objeción de conciencia individual e institucional, los que toman una actitud corporativa en defensa de sus privilegios.

El otro tema que para nosotras es muy importante, que hace a una discusión más grande, es hacia dónde vamos con el sistema de salud. Sobre todo con este debate que plantea la actual vicepresidenta hacia un sistema de salud integrado, que tiene que ver con la compra de Misoprostol a un laboratorio público -laboratorio LIF-. Esto no solamente nos permitió hacer un ahorro mayor a la inversión, porque se invirtieron **155** millones de pesos y se ahorraron **244** millones, además pudimos sostener la autonomía de la PBA para garantizar el insumo, porque el **80%** del Misoprostol distribuido en el 2020 y en el 2021 lo compró la PBA. Incluso logramos un convenio interprovincial para la adquisición de Misoprostol. Tenemos que seguir avanzando en los sistemas de registros, reducir la brecha entre lo distribuido, lo rendido y lo registrado. La demanda sigue creciendo, se siguen incorporando equipos y necesitamos medirla para poder organizar y planificar las compras en función del consumo real y no de estimados. Logramos sostener la distribución del Misoprostol que no faltó en ningún momento en la PBA. Si faltó fue por algunas cuestiones de gestión local, pero Misoprostol en la provincia hubo todo el tiempo. Esto nos parece que tiene que ver con la doble lucha que dimos por la soberanía sanitaria y por la lucha por la soberanía de los cuerpos que llevamos adelante los feminismos. **Si no tenemos los recursos materiales para garantizar el acceso a las prácticas, la ley no se va cumplir, entonces la producción pública de medicamentos es una herramienta de soberanía sanitaria que permite garantizar la soberanía de las personas para decidir y un sistema de salud que pueda acompañar en la decisión y los deseos de las personas.**

Fotos

1- Carlota Ramírez. Extraída de Pagina/12 <https://www.pagina12.com.ar/losnumero-demuestran-que-el-acceso-al-aborto-legal-no-colap>

Bibliografía

Asociación Psiquiatras Argentinos. APSA (2019). LEY DE SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN Y SALUD PÚBLICA. Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia. Buenos Aires. Disponible en <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>

Dirección de SSyR PBA. (2020). Acceso a la interrupción del embarazo. Informe de Gestión. Ministerio de salud de la PBA y DSSyR. Disponible en <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Informe-anual-2020-ILE.pdf>

Dirección de SSyR PBA. (2021). Informe ejecutivo del Ministerio de salud de la PBA y DSSyR. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1OVqKpbqujLZfLWoiWnDgzZy8GD59T75/view?usp=sharing>

Palma, Zulema(2020). Historia de una lucha y práctica de un derecho en Fournier M., Hoyos S. y Puntano L. (2020). Redes que RUGE(n) en el acceso a la salud integral. Género y salud. RUGE Red interuniversitaria por la igualdad de género y contra las violencias e Iniciativa Spotlight. Disponible en [http://ruge.cin.edu.ar/attachments/article/64/Redes%20que%20Ruge\(n\)%20-.pdf](http://ruge.cin.edu.ar/attachments/article/64/Redes%20que%20Ruge(n)%20-.pdf)

Ley N° 26657 de Salud Mental. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Nacional 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>

Resolución N° 1/2020, de firma conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad, de la provincia de Buenos Aires. Adhiere al PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, 2DA EDICIÓN 2019. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/ar-b/resolucion-conjunta/2020/1/210075>

Resolución n° 577/2020. Protocolos para la atención de contingencia de servicios de salud considerados esenciales en el marco de la pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/documentos/VmRvpdUl.htm>