

**PROYECTO DE LEY QUE ASEGURA  
EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN  
QUIRÚRGICA VOLUNTARIA Y  
FORTALECE LA PROTECCIÓN  
CONTRA LA COERCIÓN EN LA  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Los Congresistas de la República que suscriben, miembros del Grupo Parlamentario Lealtad Nacional, a iniciativa de la Congresista JUDITH LAURA ROJAS, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° y 206° de la Constitución Política del Perú y los artículos 22°, literal c), 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República; propone la siguiente iniciativa legislativa:

**FORMULA LEGAL**

**“PROYECTO DE LEY QUE ASEGURA EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA Y FORTALECE LA PROTECCIÓN CONTRA LA COERCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.”**

**ARTÍCULO 1.- Objeto de la Ley y período de reflexión**

La presente ley tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, asegurando el acceso efectivo, gratuito y oportuno al procedimiento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) — ligadura de trompas de Falopio— en todos los establecimientos de salud del Estado, bajo el único amparo de su manifestación de voluntad expresa, libre e informada.

Para tal efecto, se establece un período de reflexión obligatorio de quince (15) días hábiles entre la fecha de suscripción del consentimiento informado y la realización del procedimiento quirúrgico. Dicho período podrá ser acortado a solicitud fundada de la usuaria en los siguientes supuestos:

- **a)** Razones de urgencia médica o riesgo vital debidamente acreditadas por un profesional de salud no objetor, en cuyo caso el período de reflexión podrá reducirse a cero (0) días, debiendo dejarse constancia en la historia clínica.

- **b)** Decisión informada previa acreditada mediante consejería recibida en el mismo establecimiento de salud, que conste en el expediente clínico. En este supuesto, el período de reflexión no podrá ser inferior a setenta y dos (72) horas contadas desde la firma del consentimiento informado.

La consejería previa al consentimiento informado es obligatoria y debe ser proporcionada por un profesional de salud no objetor, con enfoque de género e interculturalidad. La consejería se realizará preferentemente en una sola sesión, sin perjuicio de que la usuaria pueda solicitar una sesión adicional antes de la firma del consentimiento, lo que será registrado en el expediente clínico.

### **ARTÍCULO 2.- Modificación del Artículo VI del Decreto Legislativo N° 346**

Modifíquese íntegramente el Artículo VI del Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población. La versión original de dicho artículo contenía tres párrafos referidos a los principios de planificación familiar. El texto queda reemplazado en su totalidad por el siguiente:

**"Artículo VI.-** Los programas de planificación familiar se ejecutan con absoluto respeto de los derechos humanos. El Estado garantiza el derecho irrestricto de toda persona mayor de edad a la libre elección de los métodos anticonceptivos, incluyendo los de carácter quirúrgico y definitivo.

Queda expresamente prohibido que el personal de salud o las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) nieguen, dilaten o condicionen el acceso a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) basándose en criterios de edad (siempre que la usuaria sea mayor de edad), número de hijos previos, estado civil, condición socioeconómica, o aprobación de terceros. El único requisito vinculante y suficiente es la firma del consentimiento informado por parte de la usuaria, previa observancia del período de reflexión establecido en el artículo 1 de la presente ley."

### **ARTÍCULO 3.- Priorización y gratuidad para poblaciones vulnerables**

El Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional garantizarán la gratuidad total y la simplificación administrativa del procedimiento de ligadura de trompas para las mujeres que se encuentren en condición de pobreza, pobreza extrema o vulnerabilidad social.

A efectos de la presente ley, se entiende por "vulnerabilidad social" aquella situación acreditada mediante los padrones oficiales del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) o, en su defecto, mediante declaración jurada de la usuaria

ante el establecimiento de salud, la cual será validada por el trabajador social del centro, sin que ello constituya un requisito previo excluyente para la atención inmediata.

**ARTÍCULO 4.- Prohibición de objeción de conciencia institucional y registro de objetores**

- **4.1.** La objeción de conciencia es un derecho estrictamente individual del profesional de la salud y no puede ser invocada de forma institucional por un hospital, centro médico o cualquier IPRESS.
- **4.2.** Si el médico tratante ejerce su derecho a la objeción de conciencia, la dirección del establecimiento de salud está obligada a derivar y garantizar la atención de la usuaria con otro profesional no objetor en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles. En establecimientos de salud de zonas rurales, de frontera o de difícil acceso geográfico, la derivación podrá realizarse mediante telesalud o referencia al establecimiento de mayor capacidad resolutive más cercano, garantizándose el traslado a cargo del sistema de salud.
- **4.3.** El Ministerio de Salud (MINSA) debe llevar y actualizar trimestralmente un Registro Nacional de Profesionales de la Salud Objetores de Conciencia para la AQV, de acceso público, a fin de facilitar la derivación oportuna de las usuarias. El registro no podrá ser utilizado para ningún fin discriminatorio o sancionador contra los profesionales inscritos.

**ARTÍCULO 5.- Garantía contra la coerción y tipificación de conductas punibles**

- **5.1.** Ninguna mujer podrá ser sometida a un procedimiento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) sin su consentimiento libre, previo, expreso e informado. El consentimiento debe ser obtenido sin ningún tipo de coacción, engaño, amenaza, incentivo económico indebido o presión institucional.
- **5.2.** Incorpórase al Código Penal el artículo 124-B (toda vez que el artículo 124-A se encuentra actualmente ocupado por el delito de lesiones en el concebido, introducido por Ley N° 27716), con el siguiente texto:

**"Artículo 124-B.- Violencia reproductiva por esterilización forzada o AQV sin consentimiento**

El profesional de la salud, funcionario o particular que, mediante engaño, violencia o amenaza, realice o induzca a una mujer a someterse a un procedimiento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) o cualquier otra forma de esterilización sin su consentimiento libre, previo, expreso e informado, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cuatro (4) ni mayor de ocho (8) años e inhabilitación para el ejercicio de la profesión u oficio por el doble del tiempo de la condena.

Constituye igualmente delito de violencia reproductiva, reprimido con la misma pena, la conducta de quien:

- a) Oculte información esencial sobre los efectos, riesgos e irreversibilidad del procedimiento para obtener el consentimiento, sin perjuicio de la sanción prevista para el delito de estafa o lesiones si correspondiere una pena más grave conforme a las reglas del concurso real de delitos.
- b) Condicione la prestación de otros servicios de salud a la aceptación de la AQV. Si el agente impide que la usuaria revoque su consentimiento antes de la intervención quirúrgica, la pena será privativa de libertad no menor de cinco (5) ni mayor de diez (10) años, además de la inhabilitación prevista en el párrafo primero. El consentimiento podrá ser revocado por la usuaria en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica, sin expresión de causa ni repercusión negativa alguna en la atención de salud que reciba."

#### **ARTÍCULO 6.- Régimen de Sanciones Administrativas**

El incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, así como la obstaculización, coacción o trato discriminatorio hacia la usuaria por parte del personal médico o administrativo, constituye una falta muy grave en los términos de la normativa de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), siendo pasible de las siguientes sanciones, según la gravedad y reiteración:

- a) Para personas naturales (profesionales de la salud o funcionarios individuales): multa de hasta cincuenta (50) Unidades Impositivas Tributarias (UIT).
- b) Para personas jurídicas (IPRESS): multa de hasta quinientas (500) UIT.
- c) Suspensión temporal del servicio o cierre del establecimiento de salud en caso de obstaculización sistemática, previo procedimiento administrativo que garantice el derecho de defensa, con resolución motivada y sin perjuicio del derecho a solicitar medida cautelar de suspensión ante el órgano jurisdiccional competente.
- d) Inhabilitación del profesional o funcionario responsable para ejercer cargos en el sistema público de salud por un período de dos (2) a cinco (5) años.

Lo anterior es sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales a que hubiera lugar, incluyendo las tipificadas en el artículo 5 de la presente ley.

#### **ARTÍCULO 7.- Consentimiento informado con enfoque intercultural y para personas con discapacidad**

7.1. El consentimiento informado para la AQV debe ser proporcionado en formato escrito y, cuando la usuaria pertenezca a un pueblo indígena u originario o no

tenga el castellano como lengua materna, deberá ser traducido a su lengua nativa por un intérprete certificado por el Ministerio de Cultura o, en su defecto, por un traductor designado por el establecimiento de salud bajo responsabilidad.

La constancia de la traducción se dejará mediante el siguiente orden de prelación:

1. Acta firmada por intérprete certificado del Ministerio de Cultura.
2. En su defecto, acta firmada por el intérprete designado por el establecimiento de salud.
3. En su defecto, constatación en la historia clínica por el profesional de salud responsable.
4. En casos controvertidos o de alto riesgo, podrá exigirse constancia audiovisual o acta notarial a criterio del comité de ética del establecimiento.

**7.2.** Para mujeres con discapacidad intelectual, psicosocial o que requieran apoyos para la toma de decisiones, se aplicarán las salvaguardas previstas en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), respetando su capacidad jurídica en igualdad de condiciones. En ningún caso el diagnóstico de discapacidad constituye impedimento para el acceso a la AQV cuando medie su voluntad libre e informada, con los apoyos necesarios.

## **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES**

### **PRIMERA.- Adecuación de Normas Técnicas y Reglamentarias**

El Ministerio de Salud (MINSA) deberá adecuar y modificar la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar en un plazo no mayor a noventa (90) días calendario contados a partir de la vigencia de la presente ley, eliminando cualquier recomendación restrictiva o de desincentivo basada exclusivamente en rangos de edad biológica para mayores de 18 años, e incorporando los mecanismos de período de reflexión, consentimiento informado con revocación, registro de objetores de conciencia, consentimiento intercultural y salvaguardas para mujeres con discapacidad.

Asimismo, el MINSA, en el mismo plazo, deberá identificar y modificar los artículos específicos del Decreto Supremo N° 004-2010-SA que contengan restricciones de edad, número de hijos, estado civil o autorización de terceros para acceder a la AQV, remitiendo al Congreso de la República un informe detallado de dichas modificaciones dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del plazo.



### **SEGUNDA.- Capacitación con Enfoque de Género e Interculturalidad**

El MINSA implementará programas continuos de capacitación obligatoria para el personal de los servicios de ginecología y obstetricia, enfocados en los derechos reproductivos, autonomía de las mujeres, consentimiento informado, prevención de la violencia reproductiva, consentimiento intercultural, atención a personas con discapacidad y erradicación de la violencia obstétrica.

### **TERCERA.- Asignación Presupuestal Específica y responsabilidad funcional**

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en coordinación con el MINSA, debe asignar en el presupuesto del sector público de cada año fiscal los recursos suficientes para garantizar la gratuidad, calidad y oportunidad de la AQV, incluyendo partidas para la contratación de personal no objetor, equipamiento quirúrgico, servicios de traducción e interpretación intercultural, y campañas informativas dirigidas a mujeres en situación de pobreza, vulnerabilidad, con discapacidad y de pueblos indígenas.

El incumplimiento de esta disposición por parte de los titulares de los pliegos presupuestarios será sancionado conforme a la Ley N° 27785 y la Ley N° 29622, sin perjuicio de la responsabilidad funcional ante la Contraloría General de la República.

### **CUARTA.- Monitoreo y Evaluación**

El MINSA, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, presentará al Congreso de la República un informe semestral durante los dos primeros años de vigencia de la ley, y luego un informe anual, sobre:

- **a)** Número de solicitudes de AQV atendidas y rechazadas, desagregadas por región, edad, condición socioeconómica, pertenencia a pueblo indígena, condición de discapacidad y causa de rechazo.
- **b)** Número de profesionales objetores de conciencia registrados y efectividad de los plazos de derivación.
- **c)** Quejas y sanciones impuestas por vulneración de las disposiciones de la presente ley.

### **QUINTA.- Acceso para menores emancipadas**

En aplicación del artículo 46 del Código Civil, las mujeres legalmente emancipadas (por matrimonio, por título oficial de los padres o por resolución judicial) que sean menores de dieciocho (18) años tienen plena capacidad de ejercicio para consentir la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, siempre que hayan cumplido al menos dieciséis (16) años de edad y cuenten con el consentimiento informado

correspondiente, sin necesidad de autorización de sus padres o tutores. En todos los casos se respetará el período de reflexión establecido en el artículo 1 de la presente ley.

**SEXTA.- Derogación de normas incompatibles**

Derógase expresamente toda disposición legal o reglamentaria que se oponga a la presente ley. En particular, quedan sin efecto los artículos, incisos o fragmentos del Decreto Supremo N° 004-2010-SA y de la Norma Técnica de Salud N° 032-MINSA que establezcan requisitos adicionales al consentimiento informado para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, tales como número mínimo de hijos, edad mínima superior a los 18 años, autorización del cónyuge o pareja, o períodos de espera distintos al regulado en el artículo 1 de la presente ley.

El MINSA, en el plazo de treinta (30) días calendario desde la publicación de la presente ley, publicará en su portal institucional un listado detallado de las disposiciones reglamentarias que quedan derogadas o modificadas en virtud de este artículo.

Lima, 08 de junio del 2026

The image shows several handwritten signatures and names. At the top left, there is a signature that appears to be 'Laura Rojas' circled in blue. To its right is another signature. Below these, there are more signatures, including one that reads 'Juárez' and another that reads 'Heidy Juárez Calle'. At the bottom, there is a signature that reads 'Griselda Beltrán' and another that reads 'Edgardo Montoya'.

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I. Fundamento constitucional y de derechos humanos

La Constitución Política del Perú reconoce en el artículo 2, inciso 1, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y en el artículo 7 el derecho a la salud. Los derechos reproductivos forman parte del núcleo esencial de la dignidad humana y del derecho a la integridad personal, siendo el Estado garante activo, y no meramente pasivo, de su efectivo ejercicio.

El proyecto guarda concordancia con la Política de Estado N.º 13 del Acuerdo Nacional ("Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social"), que compromete al Estado a asegurar acceso gratuito, continuo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, priorizando las zonas de concentración de pobreza y las poblaciones vulnerables. Asimismo, se articula con la Política de Estado N.º 11 ("Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación"), que obliga al Estado a combatir toda forma de discriminación estructural contra las mujeres, incluyendo las barreras de acceso a servicios de salud reproductiva fundadas en edad, paridad o estado civil. La Política de Estado N.º 6 sobre política exterior consolida la adhesión del Perú a las normas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y al Sistema Interamericano, lo que refuerza la obligación de internalizar los estándares internacionales en la legislación interna.

### II. Situación epidemiológica y sanitaria: fundamento estadístico

#### II.1 Mortalidad materna en el Perú (2019-2024)

La mortalidad materna constituye el indicador más sensible de las condiciones de vida, salud y desarrollo de la población, reflejando a la vez la capacidad resolutoria del sistema de salud y las brechas de inequidad social.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, el Perú registró 302 muertes maternas en 2019 (razón de mortalidad materna de 55,9 por 100 000 nacidos vivos), 439 en 2020 (80,9), 471 en 2021 (88,2), 291 en 2022 (51,6) y 264 en 2023 (51,9). La meta de los Objetivos de

Desarrollo Sostenible para el Perú al 2030 es reducir la razón a 41,3 por 100 000 nacidos vivos.

La hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna en 2023 (21,8%), seguida de trastornos hipertensivos (19,8%), infecciones obstétricas/sepsis (4,1%) y aborto y sus complicaciones (5,3%). La evidencia internacional indica que alrededor del 90% de las muertes maternas son prevenibles mediante una combinación de cuidados de calidad, acceso universal a métodos anticonceptivos modernos y reducción de inequidades de acceso.

En 2023, el 31,4% de las muertes maternas implicaron demora en llegar al establecimiento de salud, y el 24,5% implicaron demora en recibir el tratamiento adecuado, siendo la barrera idiomática identificada en el 9% de estos últimos casos. Esto refuerza la necesidad de las salvaguardas interculturales y de traducción que esta ley incorpora.

Las regiones con mayor carga de mortalidad materna en 2024 fueron Loreto, Lima, Piura, La Libertad y Cajamarca, todas con alta proporción de pobreza rural e insuficiente cobertura de servicios de salud reproductiva.

## II.2 Planificación familiar y anticoncepción quirúrgica voluntaria

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 registra que el 77,4% de las mujeres unidas usan algún método anticonceptivo a nivel nacional. De ellas, el 58,6% usan un método moderno, siendo la esterilización femenina el tercer método más utilizado con el 11%, por detrás del inyectable trimestral (19,5%) y el condón masculino (11,5%).

El MINSA reportó 1 195 190 parejas protegidas por métodos anticonceptivos en 2024, frente a 834 998 durante la pandemia de 2020, lo que evidencia la recuperación progresiva de la cobertura. Sin embargo, la ausencia de registros administrativos desagregados sobre solicitudes de AQV atendidas, denegadas y sus causas de rechazo impide medir el alcance real de las barreras de acceso existentes. La disposición de monitoreo incluida en el proyecto viene precisamente a corregir ese vacío de trazabilidad.

El 41,2% de las usuarias discontinuó su método anticonceptivo en el primer año, siendo el "cambio de método" la razón principal (16,2%). Para mujeres con decisión reproductiva firme y definitiva, el acceso a métodos permanentes como

la AQV reduce la discontinuidad y sus consecuencias en materia de embarazos no planificados.

### II.3 Pobreza, vulnerabilidad y feminización de la pobreza

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 57,2% de los hogares nucleares peruanos conducidos por mujeres se encuentra en situación de pobreza, con un incremento de 15,2 puntos porcentuales entre 2019 y 2023. El 37,7% del total de hogares peruanos está conducido por mujeres y, de estos, 34 de cada 100 son pobres.

La denominada “penalidad por maternidad” es severa en el mercado laboral peruano: alrededor del 40% de las trabajadoras deja de trabajar tras el primer hijo y el 41% no se reincorpora en los siguientes diez años, con una penalidad que supera el promedio latinoamericano. Este dato confirma que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos definitivos constituye no solo una medida de salud pública, sino una política directa de reducción de la pobreza y de promoción de la autonomía económica de las mujeres.

### II.4 Antecedentes históricos: esterilizaciones forzadas

La Defensoría del Pueblo, entre junio de 1997 y mayo de 1999, investigó un total de 157 casos de presuntas irregularidades en la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, incluyendo 94 expedientes de quejas. De los casos de esterilización, el 78,34% correspondieron a ligadura de trompas y el 87,89% de las personas afectadas fueron mujeres. Estos antecedentes, ampliamente documentados, muestran los riesgos de una política de planificación familiar que no garantice una protección robusta contra la coerción y las esterilizaciones forzadas.

## III. Objetivos de la iniciativa

La presente iniciativa legislativa persigue tres objetivos principales:

1. Garantizar el acceso efectivo, gratuito y oportuno a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria para todas las mujeres mayores de edad que así lo decidan, eliminando barreras discriminatorias basadas en edad, número de hijos, estado civil, condición socioeconómica o aprobación de terceros.

2. Establecer salvaguardas claras contra la coerción y la violencia reproductiva, incluyendo un nuevo tipo penal específico para la esterilización forzada o sin consentimiento informado, y un régimen de sanciones administrativas para el personal e instituciones que obstaculicen o condicionen el acceso a la AQV.
3. Incorporar un enfoque de género, interculturalidad y discapacidad en el diseño e implementación de los servicios de AQV, garantizando traducción a lenguas originarias, apoyos para la toma de decisiones y respeto de la capacidad jurídica de las mujeres con discapacidad.

#### IV. Contenido esencial del proyecto

El proyecto establece un período de reflexión obligatorio de quince días hábiles entre la firma del consentimiento informado y la realización de la AQV, con posibilidad de acortarlo en casos de urgencia médica o cuando exista consejería previa acreditada, sin que en ningún caso se impongan demoras irrazonables desde la perspectiva de la usuaria.

Se modifica el artículo VI del Decreto Legislativo N.º 346 para reafirmar que los programas de planificación familiar se ejecutan con absoluto respeto de los derechos humanos y que el Estado garantiza el derecho irrestricto de toda persona mayor de edad a la libre elección de los métodos anticonceptivos, incluyendo los de carácter quirúrgico y definitivo. Se prohíbe de forma expresa negar, dilatar o condicionar el acceso a la AQV por criterios de edad (más allá de la mayoría de edad), número de hijos, estado civil, condición socioeconómica o aprobación de terceros, siendo el único requisito vinculante la manifestación de voluntad libre e informada de la mujer, bajo las formas previstas en la ley.

Se regula la objeción de conciencia como derecho estrictamente individual y se prohíbe la objeción institucional. Se dispone la creación de un Registro Nacional de Profesionales Objetores de Conciencia para la AQV y se establecen plazos perentorios para la derivación a personal no objetor, con especial atención a zonas rurales, de frontera y de difícil acceso geográfico, donde se prevén mecanismos de telesalud y referencias al establecimiento de mayor capacidad resolutoria.

Se incorpora al Código Penal un nuevo artículo sobre violencia reproductiva por esterilización forzada o AQV sin consentimiento, con penas privativas de libertad e inhabilitación profesional proporcionales a la gravedad de la conducta. Asimismo, se establece un régimen de sanciones administrativas a cargo de SUSALUD para las instituciones prestadoras de servicios de salud y el personal que vulneren la ley mediante obstaculización, coacción o trato discriminatorio.

Finalmente, se introducen disposiciones específicas sobre consentimiento intercultural, traducción a lenguas originarias, apoyos para mujeres con discapacidad y acceso para menores emancipadas, en coherencia con la Ley General de la Persona con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

#### V. Análisis costo-beneficio

En cumplimiento del artículo 75 del Reglamento del Congreso de la República, se presenta un análisis sintético de los costos y beneficios esperados de la propuesta.

Desde la perspectiva de los costos, la ley requiere principalmente:

- Adecuación de normas técnicas y reglamentarias del MINSA (Norma Técnica de Planificación Familiar, Decreto Supremo N.º 004-2010-SA y otras disposiciones internas).
- Programas de capacitación continua para el personal de salud en materia de derechos reproductivos, consentimiento informado, enfoque de género, interculturalidad y discapacidad.
- Fortalecimiento progresivo de la oferta de servicios de AQV, incluyendo la contratación o reasignación de personal no objetor, equipamiento quirúrgico básico y servicios de traducción e interpretación en zonas con población indígena u originaria.

Estos costos se financian con cargo al presupuesto institucional del MINSA y de los demás subsistemas de salud, de conformidad con la disposición complementaria que ordena al MEF asignar recursos suficientes en el marco de la programación multianual. No se crea un nuevo programa presupuestal autónomo, sino que se prioriza la AQV dentro de las intervenciones ya existentes en salud sexual y reproductiva.

En cuanto a los beneficios, la iniciativa contribuye a reducir la mortalidad materna prevenible al disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo y no planificados en mujeres que ya han cumplido su proyecto reproductivo. También reduce los costos asociados a complicaciones obstétricas, abortos inseguros y atenciones de emergencia que actualmente demandan recursos considerables al sistema de salud.

La garantía de acceso a la AQV fortalece, además, la autonomía reproductiva y económica de las mujeres, especialmente de aquellas en situación de pobreza o vulnerabilidad, impactando positivamente en la reducción de la feminización de la pobreza. Finalmente, la tipificación específica de la violencia reproductiva y el régimen de sanciones administrativas constituyen una poderosa herramienta de prevención de violaciones graves a los derechos humanos, como las esterilizaciones forzadas, cuyo costo social, jurídico y económico para el Estado ha sido históricamente muy alto.

En conjunto, los costos de implementación —fundamentalmente normativos, de capacitación y de fortalecimiento progresivo de la oferta de servicios— son razonables y financiables dentro del presupuesto del sector salud, mientras que los beneficios en términos de vidas salvadas, embarazos no deseados evitados, reducción de la pobreza y protección de derechos fundamentales son significativamente mayores.

#### VI. Efectos de la vigencia de la norma sobre la legislación nacional

De conformidad con el artículo 75 del Reglamento del Congreso, la presente sección detalla los efectos de la ley sobre el ordenamiento jurídico vigente.

En primer lugar, la ley modifica el Decreto Legislativo N.º 346, Ley de Política Nacional de Población, reemplazando íntegramente el artículo VI por un texto que refuerza los principios de respeto a los derechos humanos y de libre elección de métodos anticonceptivos, incluyendo los quirúrgicos, y que prohíbe de manera expresa criterios discriminatorios para acceder a la AQV.

En segundo lugar, se incorpora al Código Penal un nuevo artículo relativo a la violencia reproductiva por esterilización forzada o AQV sin consentimiento. Esta incorporación complementa, pero no deroga, otras figuras penales como las lesiones, la coacción o la estafa, que seguirán aplicándose según corresponda, de conformidad con las reglas del concurso de delitos.

En tercer lugar, la ley ordena la adecuación de normas técnicas y reglamentarias del sector salud, en particular el Decreto Supremo N.º 004-2010-SA y la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, eliminando requisitos adicionales al consentimiento informado (edad mínima superior a 18 años, número mínimo de hijos, autorización del cónyuge o pareja, períodos de espera distintos al regulado en la ley). Estas modificaciones no alteran la estructura general del sistema de salud ni los principios de la política de planificación familiar, sino que corrigen disposiciones específicas incompatibles con los derechos reproductivos de las mujeres.

Finalmente, la derogación expresa de las normas reglamentarias incompatibles y la obligación del MINSA de publicar el listado detallado de disposiciones que quedan sin efecto otorgan seguridad jurídica y evitan la coexistencia de reglas contradictorias en materia de AQV, fortaleciendo así la coherencia del ordenamiento jurídico en salud reproductiva.