

Proyecto de Ley N° 9459/2024-CR



**PROYECTO DE LEY QUE RECONOCE EL
DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA
SALUD NEONATAL, DE CONFORMIDAD POR LA
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 828-
2013/MINSA/DESP.**

El señor Congresista de la República que suscribe, **WALDEMAR JOSÉ CERRÓN ROJAS**, integrante del **Grupo Parlamentario PERÚ LIBRE**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado y conforme lo establecen los artículos 22°, 75° Y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de ley.

FÓRMULA LEGAL

**LEY QUE RECONOCE EL DERECHO A LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA SALUD NEONATAL, DE CONFORMIDAD
POR LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 828-
2013/MINSA/DESP.**

Artículo 1. Objeto y finalidad de la Ley.

La presente ley tiene por objeto de reconocer el derecho a la atención integral de la salud neonatal, del que esta por nacer y el recién nacido, con la finalidad de que reciba una atención inmediata del recién nacido en el momento del parto, sin limitación teniendo en cuenta que el ser humano es el fin supremo de la sociedad.

Artículo 2. Aplicación.

La presente ley es de aplicación, a todos los establecimientos de Salud, instituciones públicas y privadas nivel nacional, otorgándoles funciones a los profesionales de la salud, relacionadas con la atención ante el desarrollo

postparto, parto y puerperio, establecidas en la Ley 27669 y la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA/DGSP y Resolución Ministerial N° 372-2024/MINSA.

Artículo 3. Implementación de la atención integral de salud neonatal.

Se dispone que la atención integral de la salud neonatal, está a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por un médico neonatólogo y una enfermera especialista en neonatología, responsables desde el clampaje y corte del cordón umbilical, ante la ausencia del profesional especializado, e inminente parto y el puerperio puede ser atendido por los profesionales de enfermería, con la finalidad de reducir el índice de mortalidad materna.

Artículo 4. Derechos del recién nacido.

Todos los recién nacidos tienen los siguientes derechos:

- a) A ser tratado con respeto y dignidad.
- b) A su inequívoca identificación. Se garantiza este derecho con la toma de huellas plantar derecha y la colocación de un brazalete con los datos del nacido o de la madre.
- c) A no ser sometido a ningún examen o intervenciones con fines de investigación o docencia, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres y bajo protocolos, aprobados por la autoridad nacional de salud.
- d) A estar al lado de su madre en la sala, dentro de las primeras horas de ocurrido el parto y durante la permanencia en el establecimiento de salud.
- e) A la lactancia materna exclusiva dentro de los seis meses de vida.
- f) A la administración de vacuna según esquema vigente y al tamizaje neonatal, según la normatividad sanitaria de salud.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

PRIMERO. Autoridades competentes y Adecuación.

El Poder Ejecutivo, a través del ministerio de Salud, en un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios contados a partir de su entrada en vigor, adecuara

normas técnicas de salud, realizando las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias, para el cumplimiento de la presente ley.

SEGUNDO. Restitución de las normas derogadas.

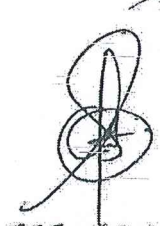
Restituyese la vigencia de la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, QUE APRUEBA la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", así como la Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

ÚNICA. Derogatoria.

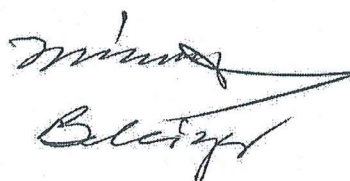
Se derogue todas las disposiciones legales que se opongan a la presente Ley y déjese sin efecto la resolución ministerial N° 545-2024/MINSA.

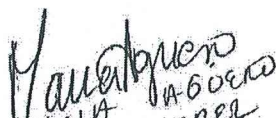
Lima, noviembre de 2024.


Waldemar Cerrón

SEGUNDO T.
MONTALVO C.


Bisno Churamani
VOCERO

Isaac Mita
Alanoca


R. Churamani

Beltrán


MARÍA INÉS
GUTIERREZ

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

A nivel mundial, la mortalidad materna disminuyó en un **34% entre 2000 y 2020**, pasando de **339 a 223 muertes por cada 100,000 nacidos vivos**, aunque aún está lejos de la meta de 70 establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Sin embargo, **el 95% de estas muertes ocurre en países de ingresos bajos y medianos**, con tasas de hasta **430 por cada 100,000** en estos países, en contraste con los **12 en países de ingresos altos**. En América Latina, la tasa promedio de mortalidad materna es de **88 muertes por cada 100,000 nacidos vivos**, y 16 países de la región aún superan la meta global. En Perú, la reducción de la mortalidad materna fue del **39%** en el mismo período, de **113 a 69 muertes por cada 100,000 nacidos vivos**, cumpliendo la meta global de menos de 70 muertes por cada 100,000 nacidos vivos¹.

Figura 1: Índices de mortalidad a nivel mundial

Mortalidad neonatal. Perú y Latinoamérica			
PAÍSES LATINOAMERICANOS	TMN (muertes a 1000 nv)	IC	Defunciones (miles)
República Dominicana	23	17-31	5
Guyana	17	10-30	50
Venezuela	15	12-20	7
Bolivia	13	9-19	1
Guatemala	11	8-15	5
Suriname	11	6-18	50
Paraguay	10	5-21	1
Brasil	9	6-10	25
Honduras	9	5-15	2
Nicaragua	7	4-11	1
México	8	7-10	18
Panamá	8	4-16	1
Colombia	7	5-11	5
Ecuador	7	6-8	2
Perú	7	6-9	4
Costa Rica	6	5-8	50
El Salvador	6	4-11	1
Argentina	5	5-6	1
Chile	4	3-5	1
Uruguay	4	4-5	50
Cuba	3	2-3	50

Mundo	TMN 18/1000 nv
África subsahariana	27
África del Norte	13
Asia Central	10
Asia del Sur	22
Latinoamérica	9
Europa	2
Norteamérica	3

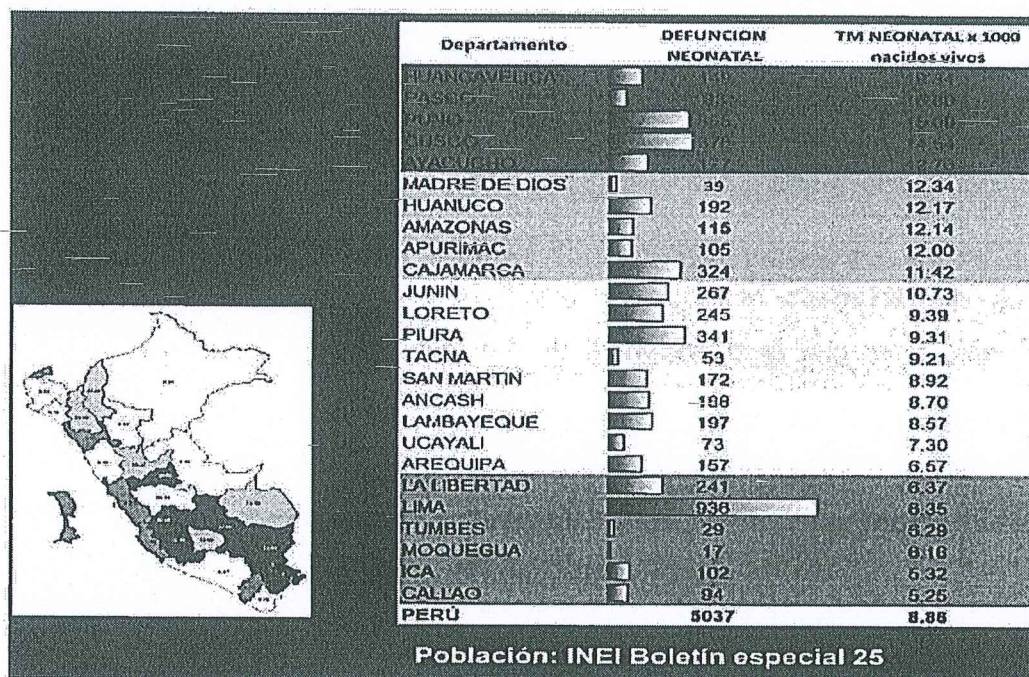
En el año **2023**, la mortalidad neonatal en Perú continuó siendo un desafío importante para el sistema de salud. Según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

¹<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2024-05-10/ppt-balance-2023-2024-smn-0905.pdf>

(MINSA), se registraron **2,433 muertes neonatales acumuladas** a nivel nacional, lo cual evidencia la necesidad de implementar políticas de atención integral desde el momento del nacimiento. Esta cifra refleja la persistencia de condiciones adversas para los recién nacidos, especialmente en ciertas regiones del país **donde los servicios de salud no logran cubrir adecuadamente las necesidades de la población materno-infantil²**.

A nivel regional, se observan disparidades marcadas en los índices de mortalidad neonatal. Departamentos como **Huancavelica, Pasco, Puno, Cusco y Ayacucho** muestran tasas de mortalidad neonatal que son hasta **tres veces superiores** a las registradas en regiones con mejores servicios de salud, como **La Libertad, Lima, Tumbes, Moquegua, Ica y Callao**. Este fenómeno destaca la urgencia de priorizar intervenciones focalizadas en las **zonas más vulnerables para reducir las inequidades** en el acceso y calidad de atención de salud neonatal.

Figura 2: Índices de mortalidad neonatal a nivel regional



²<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SEQI/muonatal.pdf>

La tasa de mortalidad neonatal (TMN) por cada 1,000 nacidos vivos también subraya la gravedad de la situación en algunas regiones. **Huancavelica** presenta una tasa de mortalidad neta (TMN) de **18.34**, seguida por **Puno** y **Cusco** con **15.69** y **14.74**, respectivamente. Estos valores, significativamente elevados en comparación con otras áreas del país, ponen en evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de salud en las regiones alto – andinas y rurales, donde las barreras geográficas y la falta de personal especializado complican el acceso a una atención adecuada para los recién nacidos³.

Además, los datos del CDC-MINSA muestran que el **50% de las defunciones fetales y neonatales notificadas en 2022** provienen de cinco departamentos: **Lima, La Libertad, Piura, Lambayeque y Cusco**. Esta concentración de casos en áreas con alta densidad poblacional sugiere que, aunque existen mayores recursos de salud en estas zonas, la alta demanda y posible sobrecarga de los servicios pueden estar afectando la calidad de atención. Es crucial que estas regiones también reciban el apoyo necesario para gestionar eficientemente sus recursos y reducir la mortalidad neonatal.

Otro aspecto relevante es el lugar del parto en relación con la mortalidad neonatal. En departamentos como **Cusco** y **Cajamarca**, más del **97% de los nacimientos** ocurren en instituciones de salud, lo que podría relacionarse con la prevalencia de defunciones a pesar de la atención institucionalizada. Esto sugiere que la sola presencia en un centro de salud no es suficiente para garantizar la supervivencia neonatal, y que es necesario mejorar la calidad de los servicios y los protocolos de atención neonatal, especialmente en los momentos críticos del parto y postparto inmediato.

³<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>

La temporalidad de las defunciones neonatales revela que el **38% de las muertes ocurren en las primeras 24 horas de vida**, especialmente en regiones como **Moquegua, Ancash, Pasco y Cusco**, donde la proporción de defunciones en este periodo es superior al **50%**. Este dato subraya la importancia de contar con atención especializada y rápida respuesta en el momento del nacimiento, pues es en estas primeras horas donde los recién nacidos enfrentan los mayores riesgos y donde una intervención efectiva puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte⁴.

En esa misma línea, otro **39% de las muertes neonatales ocurre entre el primer y el séptimo día de vida**, con regiones como **Tumbes y Tacna** mostrando proporciones mayores al **50%** en este periodo. Esta concentración de muertes en los primeros días de vida destaca la necesidad de un seguimiento riguroso del recién nacido en la primera semana de vida, mediante visitas de control y cuidados especiales para detectar y tratar a tiempo cualquier complicación. Este análisis integral refuerza la urgencia de un marco legal que reconozca y proteja el derecho a la atención integral de la salud neonatal en Perú, garantizando la supervivencia y bienestar de los recién nacidos en todas las regiones del país.

Por otro lado en el contexto del Año de la Universalización de la Salud, se hace evidente que alcanzar este objetivo implica mucho más que asegurar la cobertura médica; es fundamental cerrar las brechas en los recursos humanos del sector salud para ofrecer una atención de calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de **23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 habitantes**. Sin embargo, en el Perú, la cifra actual es de apenas **13.6 médicos por cada 10,000 habitantes**, muy por debajo del estándar global, lo que representa un desafío crítico para el sistema de salud⁵.

⁴<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>

⁵<https://www.comexperu.org.pe/articulo/rumbo-al-bicentenario-recursos-humanos-de-salud#:~:text=En%20el%20caso%20de%20las%20obstetras%20C%20el%20escenario%20es%20m%C3%A1s,m%C3%A1s%20creando%20en%20este%20indicador>

El informe "Información de Recursos Humanos del Sector Salud, Perú 2013-2018" del Ministerio de Salud (Minsa) señala no solo la escasez de personal, sino también su distribución desigual. Regiones como **Cajamarca y Huánuco** tienen menos de 7 médicos por cada 10,000 habitantes, seguidos por Piura, Puno, Loreto y San Martín, todas áreas con altos niveles de pobreza. En contraste, **Callao (22.5) y Lima (20.5)** son las que más se acercan a la recomendación de la OMS. Estas disparidades indican que el acceso a servicios de salud de calidad es considerablemente menor en las regiones más vulnerables, lo que refuerza la necesidad de políticas de redistribución del personal de salud⁶.

En el Perú, la labor de las enfermeras es especialmente destacada en comparación con otros profesionales de salud, ya que su presencia es considerablemente mayor en regiones alejadas. La imagen muestra que, a nivel nacional, existen **15.6 enfermeras por cada 10,000 habitantes**, superando ampliamente la proporción de obstetras, que es de solo **5.3**. En departamentos como **Apurímac y Madre de Dios**, las enfermeras alcanzan ratios de **25.6** y **20.6**, respectivamente, mientras que las obstetras en esas mismas regiones solo llegan a **12** en Apurímac y **9.4** en Madre de Dios, reflejando la enorme carga que asumen las enfermeras para cubrir la demanda de atención de salud.

⁶<https://www.comexperu.org.pe/articulo/rumbo-al-bicentenario-recursos-humanos-de-salud#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los%20obstetras%2C%20el%20escenario%20es%20m%C3%A1s,m%C3%A1s%20rezaq,ado%20en%20este%20indicador.>

Figura 3: Personal médico por cada 10,000 habitantes

Personal médico por cada 10,000 habitantes, 2018			
Departamento	Médicos	Enfermeras	Obstetras
Amazonas	9.1	17.6	8.8
Ancash	8.4	13.6	8.9
Apurímac	12.3	25.6	11
Arequipa	17.6	18.2	5.7
Ayacucho	8.5	19.1	12
Cajamarca	6.5	12.6	6.2
Callao	22.5	24	3.8
Cusco	10	15	6
Huancavelica	9.1	19.3	11.8
Huánuco	6.6	15.4	10.1
Ica	15.3	16.8	4.9
Junín	8.4	14.3	8.4
La Libertad	11.7	11.7	4.3
Lambayeque	11.6	14.8	4.8
Lima	20.5	17.5	3.4
Loreto	7.2	10.3	4.8
Madre de Dios	11	20.6	9.4
Moquegua	15.2	22.8	9.2
Pasco	10.6	15.8	9.1
Plura	7.2	9.3	4.9
Puno	7.2	12.9	5.5
San Martín	7.6	8.4	5.8
Tacna	16.2	20.8	7.3
Tumbes	12.6	14.1	6.9
Ucayali	8.3	13.3	6.4
Nacional	13.6	15.6	5.3
Benchmark OMS	23	23	23

Fuente: Minsa. Elaboración: ComexPerú.

Esta diferencia es aún más pronunciada en zonas con altos índices de pobreza, como **San Martín** y **Loreto**, donde el número de enfermeras (8.4 y 10.3) supera significativamente al de obstetras (5.2 y 5.1, respectivamente). Esto demuestra que, en las áreas más vulnerables y con menor acceso a médicos, las enfermeras no solo cumplen su rol habitual de cuidado, sino que además asumen responsabilidades adicionales en salud materno-infantil y atención de emergencias, áreas en las que, idealmente, trabajarían en conjunto con obstetras.

Además, el sistema de salud peruano enfrenta no solo una falta de médicos especialistas (se estima un déficit de **11,401 especialistas**), sino también una distribución inequitativa de profesionales en zonas de extrema pobreza. Solo el **10.1% de los médicos** y el **0.9% de los especialistas** trabajan en estas áreas, mientras que los enfermeros y obstetras asumen la mayoría de las funciones. Además, se observa un

desbalance en la estructura de personal, con una proporción excesiva de administrativos en comparación con los médicos, lo cual contradice el estándar recomendado de cinco médicos por cada trabajador administrativo, evidenciando así las brechas que dificultan la eficiencia del sistema de salud.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL PAÍS:

La Resolución Ministerial N° 545-2024 establece directrices para la atención neonatal en el Perú, especificando la necesidad de contar con equipos y personal especializado para el cuidado de recién nacidos en hospitales y centros de salud. Sin embargo, el rol de las enfermeras (técnicos en enfermería) no es reconocido ni mencionado de manera específica o prominente en el contexto de esta normativa. Esto significa que, aunque se enfatiza la importancia de contar con personal especializado, el enfoque parece estar orientado principalmente hacia otros profesionales de salud, como los médicos neonatólogos, obstetras y enfermeros especializados⁷.

Esta falta de mención explícita sobre el papel de las enfermeras en la atención neonatal podría interpretarse como una exclusión indirecta. Las enfermeras, que a menudo son el primer y único recurso en zonas rurales y de difícil acceso, desempeñan un rol fundamental en la atención de los recién nacidos, especialmente en la detección temprana de complicaciones y el seguimiento en los primeros días de vida. Sin embargo, al no incluir directrices claras que reconozcan y detallen las funciones específicas de las enfermeras en estos equipos de atención neonatal, la resolución limita su participación en aspectos críticos del cuidado del recién nacido.

⁷<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6780375/5874349-resolucion-ministerial-n-545-2024-minsa.pdf?v=1723733430>

NTS N° 214 -MINSADGIESP-2024

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL

5.1.9 Equipo de atención de salud neonatal: Está conformado por los profesionales responsables de la atención integral de salud del recién nacido: Médico pediatra neonatólogo o médico neonatólogo o médico pediatra o médico de familia o médico cirujano; y licenciada en enfermería con o sin especialidad en neonatología, de acuerdo al nivel de atención del establecimiento de salud, según lo estipulado en la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA o las que hagan sus veces.

II. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

En primer lugar, el **Colegio de Enfermeros del Perú** expresa su preocupación ante la exclusión de las enfermeras en el ámbito de atención integral neonatal en diversas resoluciones ministeriales. Argumentan que las enfermeras están capacitadas y preparadas para asumir responsabilidades en la atención del recién nacido, una labor que han realizado durante años. Sin embargo, el Ministerio de Salud, a través de resoluciones como la N° 372-2024 y la N° 545-2024, ha otorgado mayores concesiones a los profesionales obstetras, relegando a las enfermeras y limitando su rol en la atención neonatal, lo que contraviene la Ley N° 27853 que regula el trabajo de las obstetras y establece sus competencias específicas.

Además, el Colegio de Enfermeros del Perú destaca la importancia de respetar la normativa vigente y evitar interpretaciones que excluyan a las enfermeras de la atención del recién nacido. La Ley N° 27853 establece que el ámbito de competencia de las obstetras se centra en la atención integral de la salud de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, sin incluir explícitamente al recién nacido. De acuerdo con el Colegio de Enfermeros, esta limitación debería respetarse en la formulación de regulaciones y resoluciones, evitando que se otorguen atribuciones exclusivas a las obstetras en el cuidado neonatal, un campo en el que las

enfermeras han demostrado su capacidad y experiencia.

Asimismo, el Colegio de Enfermeros ha recurrido a diversas instancias judiciales para hacer valer los derechos de las enfermeras y garantizar su inclusión en el ámbito de la atención neonatal. **En sentencias de Acciones Populares, como la N° 3958-2017 de la Corte Suprema de Justicia de la República, se ha reconocido la legitimidad de sus argumentos.** Estas sentencias establecen que las normas que favorecen exclusivamente a las obstetras no deben afectar los derechos constitucionales de las enfermeras ni limitar su participación en la atención del recién nacido. Este respaldo judicial refuerza la demanda de las enfermeras de ser incluidas de manera equitativa en el equipo de atención neonatal.

Por ende, el Colegio de Enfermeros subraya la necesidad de una normativa inclusiva que respete las competencias de cada profesión sin excluir ni relegar a ninguna. Señalan que, en zonas alejadas y con escasez de médicos neonatólogos, las enfermeras cumplen un rol fundamental en la atención del recién nacido, por lo que es crucial que el Ministerio de Salud promueva políticas que no solo reconozcan, sino que también fortalezcan el papel de las enfermeras en este ámbito. Una regulación que excluya a las enfermeras perjudicaría el acceso a la salud de calidad en las regiones más vulnerables del país, donde su presencia es vital para la atención de recién nacidos y el manejo adecuado de emergencias neonatales.

Por otro lado, el derecho a la vida es una obligación prioritaria que el Estado debe proteger en toda circunstancia, especialmente en la atención de emergencias de salud, como el caso de los recién nacidos y las madres gestantes. El artículo 2, inciso 1, de la Constitución Peruana reconoce este derecho e impone al Estado la responsabilidad de garantizar la protección de la vida de todas las personas. Restringir la atención

neonatal únicamente a obstetras, médicos o personal especializado en las zonas rurales, donde estos profesionales son escasos, pone en riesgo la vida de los neonatos y de las madres. Esta limitación contraviene el derecho constitucional a la vida, al reducir las posibilidades de una atención inmediata y adecuada en situaciones de emergencia, donde la presencia de enfermeras podría hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

En este sentido, es necesario reconocer que en muchos casos de emergencia, especialmente en zonas alejadas del país, la ausencia de personal especializado y obstetras incrementa significativamente las tasas de mortalidad neonatal y materna. Al impedir que enfermeras capacitadas participen activamente en estos cuidados esenciales, se limita el acceso efectivo a la atención de salud, contraviniendo la obligación del Estado de brindar condiciones que garanticen el derecho a la vida con dignidad. Dada la función de las enfermeras en muchas áreas rurales como primeras respondedoras en salud, su inclusión plena en la atención de emergencias neonatales y maternas no solo es una medida razonable, sino una necesidad imperativa para asegurar la protección de la vida y el bienestar tanto del recién nacido como de la madre, en concordancia con la Constitución y los tratados internacionales sobre derechos humanos que el Estado peruano está obligado a respetar.

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La problemática que enfrenta el sistema de salud peruano en cuanto a la atención neonatal se origina en la falta de acceso a un equipo multidisciplinario completo, especialmente en las zonas rurales y más vulnerables del país. En muchas de estas áreas, la escasez de médicos neonatólogos y obstetras es crítica, lo que limita las posibilidades de brindar una atención oportuna y adecuada a los recién nacidos y madres en situación de emergencia. Esta situación se agrava cuando, a través de

regulaciones ministeriales, se restringe la participación activa de las enfermeras en la atención neonatal, a pesar de que ellas representan el único recurso de salud en muchos lugares apartados. Así, el problema central radica en la falta de flexibilidad en la normativa, que excluye a las enfermeras de asumir un rol más amplio en la atención neonatal, impactando directamente en la tasa de mortalidad en estos entornos.

Un factor importante en esta problemática es la desconexión entre las normativas y la realidad del país, donde un gran porcentaje de la población vive en zonas rurales sin acceso a centros de salud completamente equipados o personal especializado. Al limitar la atención neonatal únicamente a obstetras y médicos especializados, las normativas ministeriales desestiman el papel fundamental de las enfermeras en estos lugares, ignorando su preparación y capacidad para responder a emergencias en el parto y el cuidado del recién nacido. Esta restricción normativa crea una barrera en el acceso efectivo a la atención de salud, privando a muchas comunidades de un recurso vital para salvaguardar la vida de los neonatos y reducir la mortalidad materna.

Otra arista del problema es la alta tasa de mortalidad neonatal en el Perú, especialmente en regiones alejadas y con índices de pobreza elevados. La falta de acceso a una atención especializada en estas áreas incrementa las muertes evitables en los primeros días de vida de los neonatos. La exclusión de las enfermeras del equipo de atención neonatal, en vez de resolver esta situación, la empeora, pues impide que estas profesionales, que están capacitadas para realizar atenciones iniciales, intervengan de forma oportuna. Este contexto revela la urgencia de ajustar la normativa para que incluya a las enfermeras como un recurso esencial en la atención neonatal, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad.

Entonces, el problema se centra en una regulación que no responde a las necesidades reales de salud en el Perú, limitando el papel de las

enfermeras y, con ello, afectando el derecho a la vida de los neonatos y madres en regiones desatendidas. Es necesario replantear el enfoque de las normativas ministeriales, de modo que se permita una mayor flexibilidad en el equipo de atención neonatal y se reconozca el rol esencial de las enfermeras en la atención primaria de salud. Sin este cambio, el Estado seguirá enfrentando dificultades para reducir la mortalidad neonatal y materna, y garantizar el derecho a la vida en todo el territorio peruano.

IV. LA NECESIDAD Y VIABILIDAD DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA.

La **necesidad** de esta iniciativa legislativa radica en la urgencia de abordar las limitaciones impuestas a las enfermeras en la atención neonatal, particularmente en las zonas rurales del Perú, donde la carencia de personal especializado pone en grave riesgo la vida tanto de los neonatos como de las madres. En este contexto, la asignación de funciones adicionales a las enfermeras se convierte en una medida crucial para garantizar la atención oportuna y de calidad en lugares donde la presencia de obstetras y médicos neonatólogos es insuficiente o inexistente. La situación actual demanda una intervención normativa que permita que las enfermeras puedan cubrir esta necesidad en situaciones de emergencia, ampliando sus competencias en favor de la salud pública y del derecho a la vida.

Por otro lado, la **viabilidad** de esta iniciativa está respaldada por la Sentencia N° 8905-2015 de la Corte Suprema de Justicia, emitida por la Sala de Derechos Constitucional y Social Permanente. En esta sentencia, la Corte resolvió confirmar la sentencia que declaraba infundada la demanda de acción popular interpuesta por el Colegio de Obstetras del Perú contra el Ministerio de Salud. Dicha demanda argumentaba que las resoluciones ministeriales N° 827-2023/MINSA y N° 828-2013/MINSA asignaban indebidamente funciones a los enfermeros, alegando que estas

debían ser exclusivas de los obstetras. Sin embargo, la Corte desestimó este argumento, reconociendo que el Ministerio de Salud tiene la facultad de asignar funciones a las enfermeras para satisfacer las necesidades de atención en salud, especialmente en el contexto actual del sistema de salud peruano.

- **Sentencia N° 8905-2015, expedido por la Sala de Derechos Constitucional y Social Permanente de la Corte Suprema de Justicia de la República**, de fecha 10 de marzo del año 2016, a resuelto confirmaron la sentencia apelada de fecha tres de marzo de dos mil quince, obrantes a fojas un mil ciento veintiséis, que declara INFUNDADA, la demanda de acción popular interpuesta por el colegio de obstetras del Perú contra el Ministerio de Salud (...)

***Fundamento quinto:** que en el presente caso, el colegio de obstetras del Perú pretende se declare la inconstitucionalidad de la resolución ministerial N° 827-2023/MINSA que aprueba normas técnicas de salud para la atención integral de la salud materna, y la resolución ministerial N° 828-2013/MINSA que aprueba la norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal" alegando que asignan indebidamente funciones a los enfermeros, las cuales no les reconoce ni su propia ley N° 27669, ley del trabajo de la enfermería (o), siendo tales funciones exclusivas de los profesionales obstetras (...)*

Esta **viabilidad jurídica** se refuerza con el hecho de que la normativa vigente, respaldada por la sentencia mencionada, ya contempla la posibilidad de que las enfermeras asuman ciertas funciones en la atención neonatal, adaptándose a la realidad de las regiones más desatendidas del país. La sentencia subraya que el Ministerio de Salud tiene la capacidad de ajustar sus normas para asegurar que la atención

neonatal no se vea comprometida por la falta de personal. En este sentido, formalizar y ampliar las competencias de las enfermeras mediante una ley sería un paso lógico y efectivo para optimizar la cobertura en salud y reducir la mortalidad neonatal y materna.

V. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente propuesta legislativa no infringe la norma Constitucional, ni el marco jurídico vigente; más por el contrario se busca fortalecer y facultar a los profesionales de la salud a encontrarse apto para la atención de los múltiples nacimientos, que son registrados cada año, lo cual van en aumento en los últimos años.

VI. ANALISIS COSTO - BENEFICIO

El **análisis costo-beneficio** de esta norma demuestra que su implementación no requerirá recursos adicionales del presupuesto nacional ni generará gastos para los agentes públicos o privados involucrados. Por el contrario, el proyecto de ley tiene un impacto positivo en la salud pública, ya que permitirá que las enfermeras puedan participar activamente en la atención neonatal, especialmente en las zonas rurales y vulnerables. Esta medida fortalecerá la protección de la salud tanto del recién nacido como de la madre, reduciendo el riesgo de complicaciones y mortalidad, y contribuyendo a una sociedad más saludable sin necesidad de un gasto extra.

El beneficio de contar con enfermeras en el equipo de atención neonatal se traduce en una respuesta inmediata y eficaz ante emergencias de parto, particularmente en aquellas zonas donde el acceso a obstetras y médicos neonatólogos es limitado o inexistente. Las enfermeras, por su formación y vocación, desempeñan un rol fundamental en la defensa de la vida y en la promoción de la salud integral, lo que las convierte en un

recurso esencial para cubrir las necesidades de atención en las áreas más apartadas. Su integración en el equipo multidisciplinario de salud contribuirá a mejorar la calidad de los servicios, logrando un impacto directo en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

Además, el proyecto de ley fomenta un sistema de salud más inclusivo y accesible, al permitir que profesionales de la salud, como las enfermeras, extiendan su labor hasta los lugares más alejados y con mayor necesidad. Esta norma, al no requerir inversión adicional, optimiza los recursos humanos ya disponibles y aprovecha el compromiso de las enfermeras para atender a poblaciones vulnerables. De esta manera, el costo-beneficio de la norma resulta ampliamente favorable, pues maximiza el alcance de los servicios de salud sin generar gastos extras, y contribuye significativamente a la protección del derecho a la vida y a la salud en las comunidades más desprotegidas.

VII. VINCULACIÓN AL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA

La presente iniciativa legislativa se alinea con las políticas económicas, sociales, culturales y de descentralización para contribuir a superar la pobreza y lograr el desarrollo sostenible del Perú. Además, se encuentra en consonancia con el **Objetivo II: Equidad y Justicia Social**, en particular con la **política 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social**. Este objetivo refuerza la necesidad de asegurar condiciones para que el acceso a la salud sea gratuito, continuo, oportuno y de calidad, con un enfoque especial en las zonas más vulnerables y de mayor concentración de pobreza.

Con este propósito, el Estado se compromete a:

1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas.

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

2. Ampliar el acceso al agua potable y saneamiento básico.
3. Implementar un plan integral de control de enfermedades emergentes y re-emergentes.
4. Fortalecer las redes sociales en salud y fomentar la participación de la comunidad en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud.

Estas directrices buscan una salud accesible y de calidad para todos los peruanos, principios que también sustentan la presente propuesta legislativa, orientada a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y protección social, en particular para aquellos que han sido históricamente vulnerados.