

VALLE, como miembro del Directorio de la Sociedad de Beneficencia de Lambayeque, en representación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables;

Que, en atención a los documentos de vistos, se ha visto por conveniente dar por concluida la designación de la citada persona, así como designar quien lo reemplazará, conforme al marco normativo vigente;

Con el visado del Despacho Viceministerial de Poblaciones Vulnerables, de la Dirección General de la Familia y la Comunidad, y de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1411, Decreto Legislativo que regula la naturaleza jurídica, funciones, estructura orgánica y otras actividades de las Sociedades de Beneficencia; el Decreto Legislativo N° 1098, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; y, el Texto Integrado del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, aprobado por Resolución Ministerial N° 000380-2025-MIMP;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Dar por concluida la designación del señor ROBERTO CAMPOS VALLE, como miembro del Directorio de la Sociedad de Beneficencia de Lambayeque, en representación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2.- Designar al señor JORGE LUIS MORALES NIETO, como miembro del Directorio de la Sociedad de Beneficencia de Lambayeque, en representación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

EDITH BETZABETH PARIONA VALER
Ministra

2512347-1

SALUD

Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro

**DECRETO SUPREMO
N° 005-2026-SA**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 y el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establecen que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas, y que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del mencionado Decreto Legislativo señalan que son funciones rectoras

del Ministerio de Salud, entre otras, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, la gestión de los recursos del sector, así como para el otorgamiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, conforme al artículo 2 de la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro, esta tiene por finalidad mejorar la eficiencia y la calidad en la atención del recién nacido prematuro en el sistema nacional de salud, tanto en el subsistema público como en el privado, para disminuir la mortalidad y morbilidad infantil de estos bebés, a través de la atención adaptada a las necesidades individuales identificadas y evitar o reducir potenciales riesgos en su salud;

Que, la Primera Disposición Complementaria Final de la Ley citada en el considerando precedente dispone su reglamentación por parte del Poder Ejecutivo;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 347-2025/MINSA, se dispuso la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro, en cumplimiento de lo dispuesto por el numeral 19.1 del artículo 19 y el literal c) del numeral 20.1 del artículo 20 del Reglamento que establece disposiciones sobre publicación y difusión de normas jurídicas de carácter general, resoluciones y proyectos normativos, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2024-JUS; a partir de la cual se recibieron opiniones y/o sugerencias sobre el mencionado proyecto normativo;

Que, en virtud de la excepción prevista en el numeral 41.2 del artículo 41 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1565, Decreto Legislativo que aprueba la Ley General de Mejora de la Calidad Regulatoria, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2025-PCM, la Comisión Multisectorial de Calidad Regulatoria ha declarado que la presente norma se considera excluida del alcance del Análisis de Impacto Regulatorio – AIR Ex Ante, así como, del Análisis de Calidad Regulatoria – ACR Ex Ante;

De conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; en la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro; y, en el Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Se aprueba el Reglamento de la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro, que consta de seis (06) títulos, cuatro (04) capítulos, treinta y un (31) artículos, y ocho (08) Disposiciones Complementarias Finales, el cual forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

Artículo 2.- Financiamiento

La implementación del presente Decreto Supremo y el Reglamento aprobado en el artículo 1, se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, de manera progresiva y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 3.- Publicación

El presente Decreto Supremo y el Reglamento aprobado en el artículo 1, se publican en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano para Orientación al Ciudadano (www.gob.pe), así como en las sedes digitales del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa), del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.gob.pe/mtpe), del Ministerio de Defensa (www.gob.pe/mindef) y del

Ministerio del Interior (www.gob.pe/mininter), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 4.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud, el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro de Defensa y el Ministro del Interior.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cinco días del mes de mayo del año dos mil veintiséis.

JOSÉ MARÍA BALCÁZAR ZELADA
Presidente de la República

AMADEO JAVIER FLORES CARCAGNO
Ministro de Defensa

JOSÉ MERCEDES ZAPATA MORANTE
Ministro del Interior

JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO
Ministro de Salud

OSCAR FAUSTO FERNÁNDEZ CÁCERES
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo

REGLAMENTO DE LA LEY N° 31856, LEY QUE GARANTIZA LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las disposiciones que permitan la implementación y el adecuado cumplimiento de la Ley N° 31856, Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro, estableciendo y optimizando los procesos vinculados a la prevención del parto prematuro y el cuidado integral y continuo del recién nacido prematuro.

Artículo 2. Finalidad

El presente Reglamento tiene como finalidad contribuir en la prevención y la mejora de la salud del recién nacido prematuro, a través del fortalecimiento de las intervenciones de prevención del parto prematuro, atención del parto prematuro y, de darse el nacimiento, del recién nacido de forma prematura, contribuyendo a garantizar la atención especializada de calidad al recién nacido prematuro, acorde a sus necesidades, con participación de la familia, para reducir la morbilidad y mortalidad infantil en el país y evitar o reducir los potenciales riesgos en su salud.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

El presente Reglamento se aplica a los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud, o las que hagan sus veces en el ámbito regional, de las Redes Integradas de Salud, del Seguro Social de Salud (ESSALUD), de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados y mixtos, así como a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas y privadas que brindan y financian la atención a la gestante y al recién nacido prematuro.

Artículo 4. Definiciones

Para fines del presente Reglamento se aplican las siguientes definiciones:

4.1 Atención preconcepcional: Conjunto de intervenciones y actividades del cuidado integral, realizadas en un establecimiento de salud por un profesional de la salud calificado, que se brindan a una mujer o a una pareja, con el fin de evaluar su riesgo reproductivo y minimizar

su impacto con enfoque de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.

4.2 Banco de Leche Humana: Es la unidad perteneciente a un establecimiento de salud organizada para realizar la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, así como la ejecución de actividades de procura o recolección de la producción láctea de las donantes, de su procesamiento, el control de calidad y la distribución de la leche humana donada.

4.3 Contacto piel a piel: Es un método con importantes beneficios para la madre y el recién nacido, que consiste en la colocación del recién nacido, inmediatamente después del nacimiento, sobre el pecho materno, cubierto solamente con un gorro, sábana o campo, favoreciendo el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento de forma exclusiva. Para lograr los beneficios, ésta se mantiene por un período de tiempo de 60 minutos o más, de ser necesario.

4.4 Cuidado Integral de la Salud: Son las acciones e intervenciones a la persona, familia y comunidad destinadas a promover hábitos y conductas saludables; éstas buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitarla, paliar el sufrimiento físico o mental o fortalecer la protección familiar y social. Comprende las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud. Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los determinantes sociales de la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, abordando el marco socioeconómico político cultural, las determinantes estructurales y los determinantes intermedios, incluido el sistema de salud, con la finalidad de construir un país y una sociedad saludables.

4.5 Lactancia materna: Es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo, con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.

4.6 Método canguro: Conjunto de cuidados del niño prematuro y/o con bajo peso al nacer, estandarizado y pautado, basado en el contacto piel a piel entre el prematuro y la madre o padre (padres o cuidadores), lactancia materna exclusiva, cuando es posible, y salida precoz a casa en posición canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto en el primer año de vida, e idealmente hasta los cinco (5) años.

4.7 Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida, para la persona, familia y comunidad (MCI): Comprende un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud, de la persona, familia y comunidad.

4.8 Niño de alto riesgo: Es aquel niño que, debido a sus antecedentes, tiene mayor probabilidad de presentar alteraciones o complicaciones, fundamentalmente sensoriales y del neurodesarrollo durante su infancia. Son niños con necesidades asistenciales diferentes a las previstas en los programas diseñados para niños sanos en el primer nivel de atención.

4.9 Niño de bajo riesgo: Es aquel niño que, por sus antecedentes y/o factores perinatales, no presenta riesgo identificable de tener alteraciones en su crecimiento y desarrollo.

4.10 Niño de mediano riesgo: Es aquel niño que, por sus antecedentes y/o factores perinatales, tiene alguna posibilidad de presentar alteraciones de su crecimiento y neurodesarrollo en comparación con la población general.

4.11 Pareja en edad reproductiva: Se define como la unión de dos personas - hombre y mujer - ambos considerados con la capacidad biológica de procrear, que están planificando o podrían iniciar un embarazo.

4.12 Prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro: Prevención que comprende las actividades de detección, tamizaje, seguimiento, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de ROP.

4.13 Prevención primaria del parto prematuro: Son las intervenciones que se realizan antes del embarazo, durante la atención preconcepcional, que permiten evaluar y gestionar el riesgo reproductivo, a efectos de minimizarlos o controlarlos para lograr un embarazo saludable.

4.14 Prevención secundaria del parto prematuro: Consiste en la identificación temprana de la enfermedad, en individuos aparentemente sanos, y la instauración de un tratamiento efectivo para evitar la progresión de la misma y sus posibles complicaciones. Comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

4.15 Prevención terciaria del parto prematuro: Es la prevención que busca reducir el grado de invalidez, las secuelas y la muerte prematura, en el caso que no se haya logrado una recuperación total del estado previo a la enfermedad de la gestante.

4.16 Recién Nacido Prematuro (RNP): Recién nacido menor de 37 semanas de gestación.

4.17 Red Integral de Salud (RIS): Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

4.18 Requerimiento o necesidades nutricionales: Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades.

4.19 Retinopatía del prematuro (ROP): Es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina traccional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en uno o ambos ojos, la cual varía en grado de severidad con posibilidad de llegar a ceguera total irreversible.

Artículo 5. Acrónimos

- 5.1. ANS: Autoridad Nacional de Salud.
- 5.2. DIRESA: Dirección(es) Regional(es) de Salud.
- 5.3. DIRIS: Dirección(es) de Redes Integradas de Salud.
- 5.4. ESSALUD: Seguro Social de Salud.
- 5.5. FF.AA.: Fuerzas Armadas.
- 5.6. GERESA: Gerencia(s) Regional(es) de Salud.
- 5.7. IAFAS: Institución(es) administradora(s) de fondos de aseguramiento en salud.
- 5.8. IPRESS: Institución(es) prestadora(s) de servicios de salud.
- 5.9. PNP: Policía Nacional del Perú.
- 5.10. RIS: Red(es) Integrada(s) de Salud.
- 5.11. ROP: Retinopatía del prematuro.
- 5.12. SIS: Seguro Integral de Salud.
- 5.13. UPSS: Unidad(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud.

Artículo 6. Principios

En el marco de lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N°

020-2014-SA, los siguientes principios resultan aplicables para la atención de la salud del recién nacido prematuro:

6.1. Accesibilidad: Garantizar el acceso de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás al entorno físico, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales, vinculados con la atención de la salud del recién nacido prematuro.

6.2. Descentralización: Se busca fortalecer el desarrollo integral, armónico y sostenible del sistema de salud para garantizar una atención integral y de calidad al recién nacido prematuro, mediante la separación de competencias y funciones, lo que permitirá adaptar los servicios a las necesidades de cada región y contribuir con el acceso equitativo a los cuidados especializados del recién nacido prematuro.

6.3. Desarrollo social: Se difunde en la población la información de la importancia de un embarazo saludable para la prevención del parto prematuro y sobre los derechos del recién nacido prematuro en su atención de salud, impulsando el empoderamiento de la gestante, la familia y comunidad con recién nacidos prematuros, a fin que se beneficien de la provisión de los cuidados integrales y especializados de salud, así como reciban el apoyo social para el bienestar del recién nacido prematuro.

6.4. Eficiencia: Se propugna el uso racional y eficiente de los recursos en el sistema de salud para la atención del recién nacido prematuro, mediante establecimientos de salud preparados para su atención.

6.5. Equidad: El sistema de salud provee servicios de salud de calidad al recién nacido prematuro, acorde a sus necesidades y requerimientos de salud.

6.6. Humanización: Se busca brindar el cuidado integral y diferenciado, con calidez, sensibilidad y empatía del profesional de salud con los nacidos prematuros y sus familias, haciendo partícipe en la toma de decisiones a la madre, considerando la unidad madre-hijo como eje del abordaje, o el padre o la persona legalmente responsable del recién nacido, informándoles e involucrándoles en la atención en sus servicios, evitando en lo posible la medicalización innecesaria, favoreciendo intervenciones oportunas, pertinentes y humanizadas.

6.7. Integralidad: Otorgamiento al recién nacido prematuro de todas las prestaciones necesarias y acordes a sus necesidades especiales de manera integral para solucionar los problemas de salud propios de su inmadurez.

6.8. Irreversibilidad: El derecho del recién nacido prematuro al cuidado y protección por parte del Estado es inalterable y no sufre ningún menoscabo, aunque se incorporen posteriormente nuevos principios y/o normas.

6.9. Solidaridad: La atención especializada del recién nacido prematuro acorde a sus necesidades de salud es realizada de forma integral por el Estado a través de los mecanismos de financiamiento vigentes.

6.10. Unidad: Se busca la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para garantizar la atención de la salud del recién nacido prematuro de acuerdo con las necesidades individuales.

6.11. Universalidad: La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado Peruano y otras leyes de menor jerarquía; por ello, se debe garantizar el acceso al sistema de salud del recién nacido prematuro para un cuidado integral y diferenciado sin ninguna discriminación, en todo el ámbito nacional.

TÍTULO II

PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

Artículo 7. Intervenciones para la prevención del parto prematuro

Las principales intervenciones necesarias para prevenir el parto prematuro se clasifican en:

7.1 Intervenciones de prevención primaria del parto prematuro: Se utilizan las siguientes intervenciones para prevenir el parto prematuro:

1. Atención preconcepcional.

a. La atención preconcepcional se efectúa en todo establecimiento de salud a nivel nacional por un profesional capacitado en atención preconcepcional (Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico Cirujano, Licenciado en Obstetricia/Obstetra y, en ausencia de estos, otros profesionales de salud capacitados en dicha atención), para evaluar de forma integral el estado de salud de la mujer o pareja en edad reproductiva.

b. Incluye exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos médicos. En caso de identificarse condiciones de salud de la mujer o pareja que conlleven un tratamiento especializado para lograr el embarazo, se efectúa la referencia del usuario de salud a una IPRESS que cuente con capacidad resolutive para dicha atención.

2. Gestión de factores de riesgo reproductivo durante la atención preconcepcional

La mujer o pareja en edad fértil o reproductiva tiene derecho a recibir atención preconcepcional oportuna en el sistema nacional de salud, con calidad y calidez, que permita identificar y minimizar los riesgos que pudiera provocar un nacimiento prematuro.

a. La referencia de un usuario de salud a una IPRESS que cuente con capacidad resolutive para brindar atención preconcepcional, se efectúa en el marco de las disposiciones vigentes, de manera oportuna.

b. Todo establecimiento de salud cuenta con un clasificador de riesgo para parto prematuro a fin de garantizar una atención oportuna y personalizada a las pacientes.

c. Los principales factores de riesgo identificados para parto prematuro son:

- i. Antecedentes de preeclampsia.
- ii. Antecedentes de embarazo múltiple.
- iii. Antecedentes de embarazo prematuro previo.
- iv. Antecedentes de dos o más abortos en el segundo trimestre de gestación.
- v. Infecciones y/o patologías intercurrentes con el embarazo.
- vi. Longitud del cérvix, por escisión electroquirúrgica con asa, previa.
- vii. Edad materna antes de los 15 años y mayor de 38 años.
- viii. Bajo peso u obesidad antes del embarazo.

d. Toda mujer, como parte de la atención preconcepcional, recibe una valoración nutricional y prescripción de suplementos, como ácido fólico, zinc, y ácidos grasos-omega 3, entre otros.

e. La atención preconcepcional incluye la prestación de servicios de consejería en salud sexual y reproductiva, estilo de vida saludable, nutrición y paternidad-maternidad saludable.

7.2 Intervenciones de prevención secundaria del parto prematuro. Se utilizan principalmente las siguientes intervenciones para prevenir parto prematuro:

1. Atención prenatal.

a. Identificación temprana del alto riesgo obstétrico y referencia oportuna de la gestante a establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención de salud

con capacidad resolutive para la atención por Médico especialista en ginecología y obstetricia.

b. Descarte de las principales infecciones bacterianas y virales.

c. Descarte de las principales enfermedades intercurrentes durante el embarazo.

d. Medición de longitud del cérvix en gestantes de riesgo.

e. Administración de progesterona.

f. Tamizaje con Doppler de arterias uterinas antes de las 14 semanas a todas las gestantes.

g. Cerclaje

h. Suplementos de ácidos grasos omega-3, calcio, zinc, hierro.

i. Consejería en identificación de signos de alarma y lactancia materna.

7.3 Intervenciones de prevención terciaria del parto prematuro. Se realiza principalmente:

1. El manejo de tócolisis e inducción de madurez pulmonar con corticoides, según sea el caso.

2. Administración de corticoides prenatales en caso de parto prematuro inminente antes de las 34 semanas de gestación.

3. Administración de sulfato de magnesio y aspirina en caso de identificar preeclampsia en gestantes de 24 a 29 semanas de gestación.

4. Atención del parto prematuro de forma correcta, en cualquiera de sus vías de ocurrencia, y acorde a la normativa vigente.

5. Consejería en nutrición y lactancia materna.

Artículo 8. Intervenciones complementarias para fortalecer la prevención del parto prematuro

Para efecto de fortalecer la prevención del parto prematuro, se ejecutan y priorizan las siguientes intervenciones:

1. Servicio diferenciado para el cuidado integral de salud del adolescente en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de salud, para la prevención del embarazo en la adolescente, o en Centros de Desarrollo Juvenil, para promover estilos de vida saludable.

2. Promoción de la nutrición saludable en la población.

3. Identificación comunal de la gestante, con participación del Agente Comunitario de Salud en el marco de sus competencias, acorde a la normativa vigente.

4. Conformación y/o reactivación de casas de espera materna.

5. Prevención de violencia materna.

TÍTULO III

ATENCIÓN DIFERENCIADA DEL PARTO PREMATURO

Artículo 9. Atención del parto institucional

9.1. La atención del parto prematuro, del recién nacido prematuro y recién nacido prematuro en estado crítico se realiza acorde a la indicación médica respecto a la valoración del estado de salud de la gestante o debido a parto prematuro espontáneo, y en un establecimiento de salud con capacidad resolutive para la atención del parto prematuro, resguardando el cumplimiento de la normativa vigente y priorizando los casos muy complicados donde se pone en riesgo la vida de la gestante y/o feto.

9.2. Todo recién nacido prematuro en estado crítico es atendido en la UPSS Cuidados Intensivos Neonatales del hospital, y de no contar con dicha capacidad resolutive se realiza la referencia inmediata a otro hospital que sí lo cuente, resguardando la atención conjunta del binomio madre-niño, de corresponder.

9.3. El establecimiento de salud público que atiende parto prematuro cuenta con protocolos clínicos que establezcan criterios claros para la valoración de la viabilidad neonatal y el límite de sobrevida del feto acorde con su capacidad resolutive para ejecutar la referencia oportuna del recién nacido prematuro y la gestante a otro

establecimiento de salud que cuente con UPSS Cuidados Intensivos Neonatales.

9.4. La vía del parto prematuro en embarazos entre 26 y 36 semanas es vaginal en presentación cefálica/vértice. Se indica cesárea en casos de presentación fetal diferente a cefálica/vértice y en presencia de otras contraindicaciones obstétricas establecidas, como el peso fetal ponderado en gestaciones entre las 23 y 25.6 semanas.

TÍTULO IV

ATENCIÓN HOSPITALARIA PRIORIZADA Y PERSONALIZADA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Artículo 10. Clasificación de la prematuridad

10.1. La clasificación del recién nacido prematuro, basado en la edad gestacional, es la siguiente:

1. Prematuro extremo (menos de 28 semanas de gestación).
2. Muy prematuro (de 28 a 31 semanas y 6 días de gestación).
3. Prematuro moderado (de 32 a 33 semanas y 6 días de gestación).
4. Prematuro tardío (de 34 a 36 semanas y 6 días de gestación).

10.2. La clasificación del recién nacido prematuro, basado en el peso al nacer, es la siguiente:

1. Extremado bajo peso al nacer (peso menor a 1,000 gr).
2. Muy bajo peso al nacer (peso menor a 1,500 gr).
3. Bajo peso al nacer (peso menor a 2,500 gr).

Artículo 11. Necesidades de atención según riesgo

El recién nacido prematuro hospitalizado recibe atención hospitalaria prioritaria y adecuada a sus necesidades, riesgos y complicaciones, considerando las semanas de gestación, su peso al nacer, sus características individuales y con relación a las patologías prevalentes vinculadas a su inmadurez.

Artículo 12. Atención humanizada y centrada en la familia

12.1. Para la atención de la gestante se permite el acompañamiento de un familiar en el proceso de atención prenatal.

12.2. Se permite el acceso del padre, madre, familiar hasta el primer grado de consanguinidad o tutor del recién nacido, para su cuidado en las UPSS de hospitalización o UPSS Cuidados Intensivos Neonatales. Los padres o tutores son informados diariamente de los cuidados y estado de salud del recién nacido prematuro y, de ser el caso, participan en la toma de decisiones y/o autorizan procedimientos médicos, previa información brindada por el Médico tratante.

Artículo 13. Método canguro

13.1. El establecimiento de salud que cuente con UPSS Cuidados Intensivos Neonatales prioriza e incorpora el método canguro en los cuidados del recién nacido prematuro, si su estado de salud lo permite, facilitando el ingreso y permanencia de la madre, del padre o tutor, a fin de coadyuvar en el cuidado del nacido prematuro a su salida del establecimiento de salud.

13.2. El establecimiento de salud que cuente con UPSS Cuidados Intensivos Neonatales realiza la implementación de la práctica del Método Canguro, acorde al cumplimiento y disposiciones de la normatividad vigente, resguardando para tal fin las condiciones y logística necesarias para la realización de esta práctica de forma segura y sostenible.

13.3. Se emplea el método canguro como un medio de transporte asistido, cuando el estado de salud del recién nacido prematuro lo permita.

Artículo 14. Alimentación del recién nacido prematuro

14.1. El recién nacido prematuro recibe el calostro materno durante la primera hora de vida como parte de la terapia inmunológica (calostroterapia). El manejo nutricional inicia con la nutrición enteral mínima o trófica, preferentemente con la leche propia de la madre.

14.2. El manejo nutricional del recién nacido prematuro en la UPSS Cuidados Intensivos Neonatales incluye la leche materna de la propia madre como primera opción, o la proveniente de los Bancos de Leche Humana, en los establecimientos de salud que cuenten con este recurso o sean Centro de Recolección de Leche Humana.

14.3. Se privilegia la alimentación del recién nacido prematuro lactante y no lactante con leche humana proveniente de su madre (autóloga). De no contar con ella, la mejor opción es la leche humana donada pasteurizada, de acuerdo con las necesidades y requerimientos nutricionales del recién nacido prematuro bajo la valoración clínica del Médico tratante y, si fuera posible, en el contexto de la aplicación del método canguro.

14.4. Los otros tipos de alimentación o suplementación o fortificación que sea necesario suministrar al recién nacido prematuro se realizan bajo la valoración y prescripción médica, acorde a las guías de práctica clínica aprobadas por la ANS o por el establecimiento de salud con capacidad resolutoria para la atención de complicaciones del recién nacido prematuro.

14.5. Los lineamientos para la recolección, manejo, tratamiento y alimentación del recién nacido prematuro con leche humana donada pasteurizada a través de los Bancos de Leche Humana se aplican según las disposiciones aprobadas por la ANS para tal fin.

Artículo 15. Prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro

15.1. Se considera que el recién nacido prematuro, menor de 37 semanas de edad gestacional con peso menor de 2,000 gramos o, excepcionalmente, con peso superior a 2,000 gramos, que requiere tratamiento con oxígeno medicinal suplementario (oxigenoterapia), tiene factor de riesgo de ROP.

15.2. Se establece la ROP como una emergencia médica y quirúrgica. La atención oportuna es imperativa para prevenir secuelas irreversibles de baja visión y ceguera en el recién nacido prematuro.

15.3. El establecimiento de salud que administra oxigenoterapia al recién nacido prematuro con riesgo a ROP dispone de infraestructura, equipamiento biomédico y personal de salud capacitado: Médico especialista en Neonatología, Médico especialista en Pediatría y Licenciado en Enfermería, para brindar una atención adecuada y oportuna, según la normatividad vigente.

15.4. El personal de salud correspondiente realiza la identificación oportuna del recién nacido prematuro con factor de riesgo para desarrollar ROP (detección), y solicita oportunamente la interconsulta a la especialidad de oftalmología u oftalmología pediátrica para realizar la primera evaluación de fondo de ojo y determinar los casos que ameriten seguimiento, diagnóstico y posterior tratamiento.

15.5. El establecimiento de salud que no cuente con Médico especialista en Oftalmología/Oftalmología Pediátrica capacitado para realizar el tamizaje, seguimiento y/o diagnóstico de ROP, implementa la Telemedicina mediante el uso de cámara retinal, siendo un profesional de la salud capacitado quien tome las imágenes (Médico especialista en Neonatología, Médico especialista en Pediatría, Licenciado en Enfermería o Licenciado de Tecnología Médica en Optometría).

15.6. El recién nacido prematuro con diagnóstico definitivo de ROP recibe tratamiento en el establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención de salud que cuente con UPSS Cuidados Intensivos Neonatales, equipo multiprofesional de salud capacitado en atención de ROP (Médico especialista en Oftalmología/Oftalmología Pediátrica, Médico especialista en Neonatología, Médico especialista en Anestesiología y Licenciado en Enfermería), y provistos de los bienes y suministros

requeridos para la atención, según lo establecido en la normativa vigente.

15.7. El establecimiento de salud sin capacidad resolutive para tratar la ROP gestiona la referencia inmediata hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive, resguardando la seguridad del recién nacido prematuro durante el transporte o coordinando una atención móvil con el establecimiento de salud con capacidad resolutive.

15.8. La atención de casos de ROP se efectúa de acuerdo con las guías de práctica clínica que apruebe la ANS o el establecimiento de salud especializado.

15.9. El niño con baja visión o ceguera debido a la ROP recibe atención en el servicio de rehabilitación visual o de baja visión o que haga sus veces en los establecimientos de salud del MINSA, de los Gobiernos Regionales, del Seguro Social de Salud (ESSALUD), de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y establecimientos de salud privados y mixtos, de acuerdo a sus planes de aseguramiento.

TÍTULO V

OPERATIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I

ARTICULACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Artículo 16. Trabajo en Redes Integradas de Salud

16.1. Las IPRESS públicas, privadas y mixtas de un respectivo ámbito territorial impulsan y realizan el trabajo coordinado en sus RIS, a fin de brindar el cuidado integral y oportuno a los recién nacidos prematuros.

16.2. La provisión de los servicios de atención prenatal, atención de parto prematuro y del recién nacido prematuro en una RIS se brinda mediante la articulación prestacional y entre diferentes niveles de complejidad a través del Sistema de Referencias y Contrarreferencias, a fin de complementar las carteras de servicios de salud entre las IPRESS para asegurar la continuidad de la atención del recién nacido prematuro. El personal de salud responsable de la atención del recién nacido prematuro adecúa el flujograma de atención a la capacidad resolutive y a los recursos con que cuente la IPRESS.

Artículo 17. Telesalud

Se implementa a nivel nacional el uso de los servicios de Telemedicina en el abordaje y asistencia técnica para el manejo clínico del recién nacido prematuro, para lo cual las DIRESA, GERESA, DIRIS o las que hagan sus veces a nivel regional, así como las IPRESS de ESSALUD, de las FF.AA. y de la PNP realizan la ejecución de la prestación de servicios médicos a distancia, valiéndose de la tecnología de la información y de las comunicaciones. Los establecimientos de salud privados ejecutan los servicios de Telemedicina acorde con su capacidad tecnológica instalada, en el marco de la normativa vigente sobre la materia.

Artículo 18. Sistema de información

18.1. Los establecimientos de salud del MINSA y de los Gobiernos Regionales registran las actividades y procedimientos de la atención del embarazo, del parto prematuro y del recién nacido prematuro en el formato HISMINSA, Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) u otros sistemas de información que establezca el MINSA. El registro de información para los otros prestadores de salud es de acuerdo con su sistema de información, y remite la información que el MINSA establece para elaborar la estadística nacional en salud pública, resguardando la confidencialidad e integridad de la información de los pacientes en el marco de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 016-2024-JUS.

18.2. El MINSA implementa un aplicativo informático de registro y reporte de la disponibilidad de camas en

las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los establecimientos de salud a nivel nacional.

18.3. El MINSA implementa un aplicativo informático de reporte de ROP de los establecimientos de salud a nivel nacional para fortalecer el monitoreo de prematuros con riesgo de ROP o diagnóstico de ROP.

18.4. El MINSA implementa en el SIHCE el componente de seguimiento del recién nacido prematuro o con riesgo que se vincule desde la atención prenatal, en el marco de las directrices que norme el MINSA sobre la materia.

18.5. El MINSA publica periódicamente, en la Plataforma Nacional de Datos Abiertos, datos de valor para los investigadores y diseñadores de políticas públicas, preservando las condiciones de privacidad y seguridad de los datos, de conformidad con el numeral 18.1 de este artículo.

Artículo 19. Seguimiento nominal del recién nacido prematuro

Se establece la intervención de "Seguimiento de niños con riesgo", de prioritaria ejecución en los establecimientos de salud públicos, para el seguimiento del niño prematuro como un componente fundamental que contribuye en la continuidad de la atención integral y en concordancia con el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la persona, familia y comunidad (MCI).

CAPÍTULO II

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Artículo 20. Acciones en la prevención del parto prematuro

20.1 El establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud identifica a la gestante con factores de riesgo para la ocurrencia de un parto prematuro y brinda un paquete de atención orientado a la prevención del parto prematuro y los riesgos que éste pudiera provocar.

20.2 El establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud refiere a la gestante con factores de riesgo para parto prematuro a un establecimiento de salud del segundo y tercer nivel de atención de salud con capacidad resolutive para garantizar la continuidad de la atención, en el marco de la RIS.

Artículo 21. Acciones en la atención diferenciada del parto prematuro

21.1. En caso de parto prematuro inminente, el establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud realiza la atención del parto prematuro, la atención inmediata del recién nacido prematuro, lo estabiliza y realiza la referencia inmediata correspondiente.

21.2. El establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención de salud realiza la atención del parto prematuro con recurso humano y tecnológico, haciendo uso de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y equipamiento necesarios, con base en las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos actualizadas y aprobadas por la ANS, o del establecimiento de salud aprobadas con Resolución Directoral y alineado con la normativa vigente.

Artículo 22. Atención hospitalaria priorizada y personalizada del recién nacido prematuro

22.1. Las UPSS Cuidados Intensivos Neonatales coordinan de manera integrada y articulada con las especialidades médicas que requiera el recién nacido prematuro durante el período de estancia hospitalaria y posterior a ella, en los controles y seguimiento del niño con riesgos en su curso de vida.

22.2. La atención hospitalaria del recién nacido prematuro es acorde a su edad gestacional y las complicaciones que presente, inmediatas y previstas, asegurándose la operatividad de las camas y ventiladores en las unidades de cuidados intensivos neonatales, así como sus recursos humanos especializados, recursos tecnológicos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios requeridos para su evolución favorable.

22.3. Se reducen las complicaciones del recién nacido prematuro, a través de las siguientes acciones:

1. Proveer cuidados intensivos al recién nacido prematuro, de corresponder.
2. Uso de surfactante pulmonar.
3. Uso racional de oxígeno.
4. Control y manejo de la hipoglucemia.
5. Terapia de apoyo nutricional, de corresponder.
6. Intervenciones para minimizar secuelas en el desarrollo neurológico.
7. Administración de corticoides posnatales, de ser requerido.
8. Seguimiento a largo plazo.
9. Prevención de la ROP.

22.4. El Estado promueve la formación continua de profesionales de la salud, especialistas y subespecialistas y la disponibilidad de los recursos humanos en salud para la atención y abordaje de la salud sexual - reproductiva materna y atención del recién nacido prematuro.

22.5. El cuidado hospitalario se enfoca en la protección del neurodesarrollo del recién nacido prematuro, privilegiando el apego materno y centrado en la familia.

22.6. El establecimiento de salud público del tercer nivel de atención de salud contrarrefiere al recién nacido prematuro tratado y recuperado en la UPSS Cuidados Intensivos Neonatales, que están expeditos a ganancia de peso y/o mejorar su alimentación, hacia un establecimiento de salud del segundo nivel de atención de salud para complementar su cuidado, enfocándose en la ganancia de peso y la preparación para el alta definitiva del recién nacido prematuro.

22.7. El cuidado hospitalario que se brinda al recién nacido prematuro en la UPSS Cuidados Intensivos Neonatales es estandarizado a través de las Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, con una actualización no mayor de cinco años y aprobadas con Resolución Directoral, con base en los documentos normativos del MINSA.

Artículo 23. Continuidad de la atención del recién nacido prematuro

23.1. La continuidad de la atención del recién nacido prematuro al alta hospitalaria con la denominación de "niño de alto, mediano o bajo riesgo", que es definida por el médico tratante para realizar intervenciones de seguimiento del recién nacido prematuro, se ejecuta a través de:

1. La coordinación de la atención con la UPSS Consulta Externa.
2. La coordinación de la atención con el establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud con rol puerta de entrada de la RIS, considerando las necesidades del recién nacido prematuro y su familia.

23.2. El recién nacido prematuro es incluido en el "Seguimiento de Niños con Riesgo", sin perjuicio que éste continúe sus atenciones de salud especializadas en el establecimiento de salud que cuente con la cartera de servicio para atender la patología que conllevó su hospitalización.

23.3. Las intervenciones de seguimiento del recién nacido prematuro se efectúan considerando su edad gestacional, la evolución de los cuidados hospitalarios, las secuelas inmediatas o previsibles, según su calificación de riesgo determinado en "niño de alto, mediano o bajo riesgo" y acorde a su condición y al nivel de cuidados de seguimiento a recibir.

23.4. En el caso del recién nacido prematuro calificado como niño de alto riesgo, recibe sus atenciones en los establecimientos del segundo nivel de atención de salud con categoría II-2 y establecimientos del tercer nivel de atención de salud.

23.5. El seguimiento del recién nacido prematuro de riesgo medio se realiza en el establecimiento de salud de referencia y/o en el establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud con rol de puerta de entrada de su RIS, manteniendo la práctica del método canguro y la lactancia.

CAPÍTULO III

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Artículo 24. Cartera de servicios

El establecimiento de salud establece su cartera de servicios de salud de acuerdo a la capacidad resolutive y demanda de necesidades en el cuidado integral de salud de la gestante y del recién nacido prematuro, que permitan de manera oportuna la identificación de riesgos, inicio de tratamiento y seguimiento de las gestantes con complicaciones y del recién nacido prematuro.

Artículo 25. Infraestructura y equipamiento

25.1. El establecimiento de salud con capacidad resolutive para la atención del parto prematuro y del recién nacido prematuro cuenta con infraestructura y equipamiento, en el marco de la normativa vigente, por lo que los Pliegos presupuestales, incluyendo al Seguro Social de Salud (ESSALUD), gestionan la adecuada dotación de recursos para la mejora de la provisión de servicios de salud para el cumplimiento de los estándares técnicos establecidos para dicha atención.

25.2. El establecimiento de salud público, privado y mixto que cuenta con capacidad resolutive para la atención del parto prematuro y del recién nacido prematuro, provee los recursos necesarios para brindar una adecuada atención acorde a la normativa vigente.

Artículo 26. Equipo multiprofesional de salud

26.1. El equipo multiprofesional de salud para la atención del parto prematuro y del recién nacido prematuro está conformado por el Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico especialista en Pediatría, Médico especialista en Neonatología y Licenciado en Enfermería con especialidad en Neonatología. En caso el establecimiento de salud no cuente con el mencionado personal de la salud, atiende el Médico General, Licenciado en Enfermería y Licenciado en Obstetricia/Obstetra, éste último para la atención del parto prematuro en ausencia de Médico capacitado y sólo en caso de parto vaginal.

26.2. El equipo multiprofesional de salud para el seguimiento del recién nacido prematuro de alto riesgo está conformado, como mínimo, por Médicos Especialistas en Pediatría, Médicos especialistas en Neonatología, Médicos especialistas en Neurología, Médicos especialistas en Oftalmología/Oftalmología Pediátrica y Médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, así como Licenciados en Enfermería, Licenciados en Nutrición y Licenciados Tecnólogos Médicos en Terapia Física y Rehabilitación.

26.3. Las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales que efectúan la gestión del recurso humano en salud integran en el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) las necesidades de capacitación para el fortalecimiento de las capacidades del profesional de salud que integra el equipo multiprofesional de salud que participan en la atención del parto prematuro y la atención y seguimiento del recién nacido prematuro.

26.4. Para el caso de establecimientos de salud de ESSALUD, las FF.AA. y la PNP, y establecimientos de salud privados y mixtos, promueven la capacitación del equipo multiprofesional de salud en materia de intervenciones preventivas, atención de la gestante con complicaciones, atención del parto prematuro y del recién nacido prematuro. En el sector público, las capacitaciones a los profesionales de la salud de estas entidades se integran a su PDP.

Artículo 27. Transporte asistido

El transporte asistido de una gestante con riesgo de parto prematuro de un establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud hacia un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive a nivel nacional, se realiza con el acompañamiento del Médico Cirujano o Médico especialista según disponibilidad o de la necesidad del caso y en ausencia de ellos, otro personal de salud capacitado en emergencias y sólo en los casos de trabajo de parto inicial.

CAPÍTULO IV

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES

Artículo 28. Implementación en los establecimientos de salud

El Ministerio de Salud, las DIRESA, GERESA o las que hagan sus veces en el ámbito regional, y las DIRIS de Lima Metropolitana son responsables de coordinar, programar y promover las siguientes estrategias en los establecimientos de salud:

1. Estrategias de difusión, con pertinencia cultural y lingüística, de las acciones para prevenir prematuridad en la comunidad.

2. Impulsar los equipos biomédicos vinculados con la atención materno - neonatal en el Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud o el que haga sus veces, según lo dispuesto por el MINSA.

3. Actualizar el Plan Maestro de Inversiones (PMI) o el que haga sus veces, con el fin de priorizar la gestión de las inversiones para fortalecer la capacidad resolutive de las UPSS relacionadas con la atención materna y del recién nacido prematuro.

4. Ejecutar con prioridad la formulación de inversión para mejorar la capacidad resolutive de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

5. Contar con Programas de entrenamiento en Neonatología para fortalecer las capacidades de los Médicos Generales y Médicos con especialidad en Pediatría.

6. Promover convenios de cooperación interinstitucional e intersectorial para fortalecer la respuesta inmediata del traslado de la gestante complicada y del recién nacido prematuro que requieran un tratamiento de urgencia y de alta complejidad.

7. Realizar el sinceramiento de equipamiento y redistribución de equipamiento biomédico entre los establecimientos de salud de su jurisdicción.

8. Invertir en investigación y desarrollo de tecnologías biomédicas innovadoras relacionadas con la salud materna y neonatal.

9. Promover y supervisar que los establecimientos de salud cuenten con un sistema de traslado neonatal con personal de salud capacitado basado en protocolos actualizados.

10. Promover los servicios de Telemedicina para el fortalecimiento de la atención del recién nacido prematuro.

Artículo 29. Obligación de la prestación de servicios

El establecimiento de salud público, privado o mixto, a nivel nacional, que atiende a la gestante, el parto prematuro y al recién nacido prematuro, según su capacidad resolutive, brinda prestaciones de prevención del embarazo prematuro en la etapa prenatal, seguimiento de gestantes en riesgo, atención especializada de forma oportuna al recién nacido prematuro, seguimiento de su estado de salud y tratamiento necesario acorde a las necesidades del recién nacido prematuro.

Artículo 30. Monitoreo, supervisión y evaluación

El Ministerio de Salud, las DIRESA, GERESA, DIRIS, la Red Integrada de Salud, Red de Salud, o las que hagan sus veces, así como ESSALUD, las Sanidades de las FF.AA. y de la PNP, establecen según corresponda, las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de las intervenciones preventivas de la prematuridad, así como la atención del recién nacido prematuro y sus complicaciones de salud y del seguimiento de su salud de forma integral. Estas obligaciones son facultativas para los establecimientos de salud privados o mixtos.

TÍTULO VI

RECURSOS PRESUPUESTALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO**Artículo 31. Financiamiento**

31.1. Las intervenciones para la prevención y manejo clínico del recién nacido prematuro en los establecimientos

de salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales son presupuestadas de forma progresiva con cargo a los recursos del pliego presupuestal en el marco de la normatividad vigente.

31.2. Las IAFAS financian las intervenciones y prestaciones de salud de la condición asegurable asociada a la prematuridad, contenida en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) vigente.

31.3. La IAFAS SIS financia las prestaciones asociadas a la atención de la prematuridad, a través del PEAS y sus Planes Complementarios.

31.4. Para la programación de los gastos relacionados con la atención preconcepcional, de la gestante, del recién nacido prematuro y niño; los pliegos pueden tomar en consideración los Programas Presupuestales vigentes relacionados.

31.5. La IAFAS SIS financia los traslados que se relacionen con la atención del recién nacido prematuro y con el acompañamiento de un familiar para casos de emergencia, acorde con la normatividad vigente.

31.6. Las IAFAS públicas ESSALUD, las Sanidades de las FF.AA. y de la PNP, y las IAFAS privadas financian las intervenciones y prestaciones de salud de acuerdo a las necesidades individuales del recién nacido prematuro. Para tal efecto, incorporan estas prestaciones en sus respectivos planes de aseguramiento en salud de acuerdo a la normatividad vigente y la naturaleza de sus fondos.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Inclusión en Plan de Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la persona, familia y comunidad (MCI)

El Ministerio de Salud incluye en el Plan de Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la persona, familia y comunidad (MCI), el cuidado del recién nacido prematuro.

SEGUNDA. Día Mundial del Niño Prematuro

En el marco de la conmemoración del Día Mundial del Niño Prematuro, el 17 de noviembre de cada año las instituciones públicas y privadas a nivel nacional realizan actividades enfocadas a concientizar a la opinión pública y a las autoridades sobre el problema de la prematuridad y la necesidad de sumar esfuerzos para la prevención del nacimiento prematuro, y de ocurrir, respaldar y fortalecer los esfuerzos que ejecuta el Sector Salud para lograr la supervivencia y éxito en el desarrollo del recién nacido prematuro.

TERCERA. Importancia estratégica de la intervención en el periodo neonatal

Se reconoce la prioridad de las intervenciones de salud ejecutadas durante el periodo neonatal, el cual comprende desde el nacimiento hasta los veintiocho (28) días de vida, debido a la especial vulnerabilidad y los procesos críticos de adaptación fisiológica del recién nacido, con el fin de asegurar su supervivencia y desarrollo integral.

CUARTA. Fortalecimiento de los recursos para la atención del recién nacido prematuro

Para optimizar la atención del recién nacido prematuro en los establecimientos de salud públicos, las entidades pueden promover la ejecución de acciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad resolutive, la gestión del recurso humano, la adquisición de recursos tecnológicos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, equipamiento especializado y la mejora de infraestructura, en estricta observancia de la normatividad vigente y de acuerdo con las necesidades de la capacidad instalada. Los recursos orientados a esta atención mantienen coherencia con los objetivos, priorizando su aplicación en acciones vinculadas a la atención integral del recién nacido prematuro y evitando su uso para fines distintos a los previstos.

En caso se trate de activos estratégicos, éstas se ejecutan bajo el marco normativo del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

QUINTA. Coordinación multisectorial

El Ministerio de Salud promueve la coordinación multisectorial para desarrollar acciones conjuntas que



fortalezcan el cuidado integral de la salud de la madre gestante y del recién nacido prematuro, desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad.

SEXTA. Difusión

El Ministerio de Salud, las DIRESA, GERESA, DIRIS o las que hagan sus veces, así como las dependencias de salud de las FF.AA. y PNP, de ESSALUD y establecimientos de salud privados y mixtos realizan la difusión del presente Reglamento, con pertinencia cultural y lingüística, a través de los medios o canales oficiales de cada institución.

SÉPTIMA. Evaluación de servicios de salud

El Ministerio de Salud, evalúa la necesidad de crear un órgano colegiado, a través de la Dirección General de Operaciones en Salud, que se encargue de elaborar en un plazo de sesenta (60) días contados a partir de la vigencia del presente Reglamento y con la participación de los Gobiernos Regionales y Locales, un informe técnico del estado situacional de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud relacionados con la atención de casos de gestantes con complicaciones, parto prematuro y recién nacido prematuro a nivel nacional, sujetándose su creación al cumplimiento de las exigencias y formalidades establecidas en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y los Lineamientos de Organización del Estado, aprobados por Decreto Supremo N° 054-2018-PCM.

OCTAVA. Supletoriedad

En todo lo no previsto de manera expresa en el presente Reglamento se aplican supletoriamente las disposiciones previstas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y sus modificatorias.

2512528-3

TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

Designan miembro del Directorio de la Autoridad Portuaria Nacional, en representación del Ministerio de Transportes y Comunicaciones

RESOLUCIÓN SUPREMA N° 007-2026-MTC

Lima, 5 de mayo de 2026

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 27943, Ley del Sistema Portuario Nacional, la Autoridad Portuaria Nacional es el Organismo Público Descentralizado encargado del Sistema Portuario Nacional, adscrito al Ministerio de Transportes y Comunicaciones, cuyo órgano máximo es el Directorio;

Que, el artículo 25 de la citada Ley, en concordancia con el artículo 109 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2004-MTC, establece que el Directorio de la Autoridad Portuaria Nacional, está conformado por once (11) Directores entre los que se encuentran dos (2) representantes del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, que son designados por el Consejo de Ministros de una lista de tres (3) candidatos para cada uno;

Que, el artículo 118 del Reglamento de la Ley del Sistema Portuario Nacional, establece que la designación de los miembros del Directorio de las Autoridades Portuarias es por cinco (5) años, no renovables;

Que, el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, remite a la Secretaría del Consejo de Ministros del Despacho Presidencial la propuesta de la terna

de candidatos para la designación de miembro del Directorio de la Autoridad Portuaria Nacional en representación del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, la que ha sido previamente calificada por la Oficina de Gestión del Talento Humano de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos mediante el Informe N° 0189-2026-MTC/11.02, por el cual concluye que los candidatos propuestos cumplen con los requisitos establecidos en la Ley N° 31419, Ley que establece disposiciones para garantizar la idoneidad en el acceso y ejercicio de la función pública de funcionarios y directivos de libre designación y remoción, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 053-2022-PCM y modificatorias, así como lo previsto en el Reglamento de la Ley N° 27943, Ley del Sistema Portuario Nacional, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2004-MTC y modificatorias;

Que, en consecuencia, corresponde designar al miembro del Directorio de la Autoridad Portuaria Nacional, en representación del Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27943, Ley del Sistema Portuario Nacional y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 003-2004-MTC; la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; la Ley N° 27594, Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos; la Ley N° 29370, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, y el Texto Integrado actualizado del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Transportes y Comunicaciones, aprobado por Resolución Ministerial N° 658-2021-MTC/01;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros y estando a lo acordado;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Designar a la señora TANIA BEATRIZ VALLE MANCHEGO como miembro del Directorio de la Autoridad Portuaria Nacional, en representación del Ministerio de Transportes y Comunicaciones.

Artículo 2.- La presente Resolución Suprema es refrendada por el Ministro de Transportes y Comunicaciones.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

JOSÉ MARÍA BALCÁZAR ZELADA
Presidente de la República

ALDO MARTÍN PRIETO BARRERA
Ministro de Transportes y Comunicaciones

2512528-8

Ratifican el “Memorando de Entendimiento entre las Autoridades Aeronáuticas de la República de Guatemala y la República de Perú”

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 220-2026-MTC/01.02

Lima, 4 de mayo de 2026

VISTOS: Los Informes N° 0018-2026-MTC/12.00.08 y N° 0213-2026-MTC/12 de la Dirección General de Aeronáutica Civil del Ministerio de Transportes y Comunicaciones y el Memorando N° 1016-2026-MTC/09 de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Transportes y Comunicaciones;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 8 de la Ley N° 27261, Ley de Aeronáutica Civil del Perú (en adelante la Ley N° 27261), el Ministerio de Transportes y Comunicaciones es la única Autoridad Aeronáutica Civil,