



Bogotá, 5 de octubre de 2020

Señores Representantes y Senador:

**JUAN DIEGO ECHAVARRIA SÁNCHEZ**

Presidente Comisión Séptima  
*juan.echavarria@camara.gov.co*

**FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN**

Vicepresidente Comisión Séptima  
*faber.munoz@camara.gov.co*

**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**

Coordinador Ponente Primer Debate  
*jairo.cristo@camara.gov.co*

**NORMA HURTADO SÁNCHEZ**

Ponente Primer Debate  
*norma.hurtado@camara.gov.co*

**HÉCTOR VERGARA SIERRA**

Autor del Proyecto de Ley  
*hector.vergara@camara.gov.co*

**MAURICIO GÓMEZ AMIN**

Autor del Proyecto de Ley  
*Mauricio.gomez@senado.gov.co*

**ASUNTO:** Comentarios al Proyecto de Ley 057 de 2020C “Por medio del cual se expide el Registro Especial de Pérdidas Gestacionales (REPG) y se dictan otras disposiciones”

Respetados señores:

JIC Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal, es una entidad sin ánimo de lucro colombiana, que desde 2018 brinda apoyo, acompañamiento, e información a familias que afrontan la muerte de su bebé, ya sea en la gestación o en los primeros meses de su nacimiento; promueve desde la humanización la calidad en la atención en instituciones de salud ante una muerte gestacional o neonatal, y busca incidir en políticas públicas relacionadas con los derechos de las madres y padres que afrontan la muerte de sus bebés.



Siendo la primera y única fundación en Colombia que se dedica a esta labor, se consideramos de vital importancia pronunciarnos sobre el Proyecto de ley 057/2020C, el cual sienta un precedente muy relevante en nuestro país pues responde a las necesidades más importantes de los padres y madres en duelo que a diario se acercan a nuestra Fundación en busca de ayuda.

Consideramos que de llegar a convertirse este proyecto, en ley de la República, **facilitará a los padres y madres el proceso de duelo y resignificación** a partir de la dignificación de su bebé fallecido a través del registro especial y la entrega de su cuerpo, así como de la garantía a las mujeres para tener un tiempo mayor de recuperación física y emocional; **garantizará una atención respetuosa, empática, compasiva y sobre todo basada en evidencia, en las instituciones de salud en los casos de muerte gestacional y neonatal**, a través del lineamiento que se establece debe expedir el Ministerio de Salud; y llevará la sociedad a comenzar el camino de la superación del tabú de la muerte gestacional y neonatal desde la comprensión de la importancia que tiene para una familia afrontar la pérdida de un bebé y ser adecuadamente abordados, sostenidos y acompañados.

Con esta introducción, pasamos entonces a referirnos a cada uno de los títulos del proyecto:

#### **a. Respeto del Título I. Registro especial de pérdidas gestacionales**

El siguiente es el testimonio de Lilian Lorena Ruiz, mamá de Nicolás (Cali – Colombia), quien hace parte del círculo de ayuda mutua de JIC Fundación:

*“(…) esperar a un hijo 40 semanas, una semana de parto, y un parto inducido para tenerlo entre los brazos, y que a las cuatro horas venga la funeraria por el y te lo quiten, es el momento mas duro de tu vida. Yo le regalé a Nicolás su nombre de navidad, y si bien no pude darle un colegio, no pude darle regalos de cumpleaños, **ese fue mi regalo para él**, Nicolás significa “victoria”, el era mi victoria como mamá y lo sigue siendo, por eso me dolió tanto que cuando me entregaron el certificado de defunción solamente dijera “feto” y no apareciera su nombre, porque no era un feto cualquiera, estuvo 40 semanas conmigo, le regalé su nombre, y el nombre de mi hijo es NICOLÁS. Pero su nombre no aparece en ningún lugar, mas allá de las cartas que yo escribía para el. No aparece ni en el certificado de defunción ni tampoco en el certificado de cremación de la funeraria, solo dice “estas son las cenizas del hijo de Lilian Lorena Ruiz”, pero mi hijo tiene un nombre y se llama Nicolás.”*





La muerte gestacional es una experiencia indescriptible para un padre y una madre más difícil de asimilar que cualquier otra, dado que un bebé representa el inicio de la vida, el futuro, la auto realización, y no el final.

En palabras de Mejías (2012):

*“Se trata de un duelo muy complejo y diferente del producido por otras pérdidas. Es único en cuanto que se pierde un sueño, todo un **proyecto de futuro**, y se vive con **sensación de fracaso biológico** y hasta de la estima personal pues se está haciendo algo antinatural: sobrevivir a los hijos. Además se ve envuelto en un clima de soledad debido a la falta de comprensión por el entorno familiar y social (**incluido el sanitario**)”*.<sup>1</sup> (Negrilla fuera de texto).

El duelo entonces se presenta como una respuesta adaptativa normal ante una pérdida. Tras sufrir esta pérdida, en el caso de la muerte gestacional, los padres y madres pasan por muchos momentos dentro de los que necesitan llevar a cabo una serie de tareas para lograr avanzar en el camino, que es lo que se denomina “proceso de elaboración del duelo”<sup>2</sup>.

Dentro de dicho proceso se genera una desconexión de la persona con su núcleo más interno, razón por la que es normal que se presente pérdida del sentido de la vida y distorsión de la propia identidad. Como bien lo precisa Payás (2010):

*“La experiencia de duelo comprende también el proceso de recuperación de esa identidad destruida: la necesidad de reestructurar la fragmentación interna es una de los objetivos o tareas del duelo.”*<sup>3</sup> (negrilla fuera de texto).

En el caso de la muerte de un bebé en gestación, para que su padre y madre puedan llevar a cabo esa tarea de recuperación de su identidad, de su sentido de vida, **es fundamental que en primer lugar haya una validación de su maternidad y paternidad aún cuando el bebé ya no esté físicamente**, pues en la medida en que

<sup>1</sup> Mejías m. del. C. *Duelo perinatal: Atención Psicológica en los primeros momentos*. Revista Científica Higya Nº 79, Año XIX- 2012 Colegio de Enfermería de Sevilla.

<sup>2</sup> Pastor Montero, Sonia M<sup>a</sup>; Vacas Jaén, Ana Gema; Rodríguez Tirado, M<sup>a</sup> Belén; Macías Bedoya, José M<sup>a</sup>; Pozo Pérez, Francisca. *Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal*. Rev Paraninfo Digital, 2007; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>

<sup>3</sup> Alba Payás Puigarnau, *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2010, 447 pp. ISBN: 978-84- 493-2423-9. Pg.18.



dicha relación se valide, será posible luego pasar a la resignificación de dicha relación, de la vida y del suceso de la muerte misma.

En esa línea, consideramos que la creación del **Registro Especial de Pérdidas Gestacionales (en adelante “REPG”)**, al constituirse en una evidencia tangible, de esa relación de maternidad y paternidad respecto del bebé fallecido en gestación, de su identidad como hijo o hija dentro del árbol familiar, con su respectivo nombre, facilitará sin duda alguna que toda la familia en duelo pueda tener un proceso de duelo más llevadero en la medida en que se valide la pérdida.

Lo que se observa entonces es que con en el REPG, como mecanismo simbólico, gratuito y voluntario, se permitirá la constitución de un recuerdo y la validación de la existencia de ese hijo que luego de haber sido esperado con tanto anhelo, falleció y que la sociedad y el entorno sanitario como consecuencia del tabú y el desconocimiento frente al tema, actualmente invisibilizan, expresando frases tan dolorosas para una madre y un padre como: “*si quiera era solo un feto*”, “*eres joven y podrás tener más hijos*”, “*mejor ahora y no cuando fuera más grande*”, “*tranquila que rápido se le va a olvidar*”.

Valga anotar que en los casos atendidos por la Fundación, uno de los aspectos más reiterativos y difíciles de integrar por los padres y madres en el avance en el proceso de duelo, es la falta de recuerdos materiales que validen la existencia del bebé que falleció. Por ello, el permitir que en un documento que no tiene efectos jurídicos pero si simbólicos, se pueda consignar el nombre dado al bebé, en lugar de omitir cualquier referencia a ello como sucede actualmente con el certificado de defunción generando un dolor adicional al de la muerte, atenuará con creces el dolor y les permitirá hacer el tránsito de manera más tranquila y respetuosa, hacia esa nueva maternidad y paternidad del corazón.

#### **b. Respetto del Título II Entrega del cuerpo del concebido y muerto en gestación**

El siguiente es el testimonio de Fernanda Ortiz, mamá de Luciano y Emmanuel (Bogotá – Colombia):

*“ (...) en ese momento la psicóloga me dijo: **yo no sé porque a ti te duele tanto la pérdida de esos fetos**, (...) yo decía para mí no son fetos para mí son mis hijos.(...) Luego una enfermera llegó con dos frascos separados para poner ahí a mis niños (...) yo me imaginaba qué hicieron con ellos, con mis hijos, si los picarón en pedacitos y los dejaron para estudio (llanto). eso es algo que duele. (...) **si son mis hijos pues porque no me los entregaron?**”*



Actualmente en Colombia no existe una norma que determine los criterios de actuación con respecto al cuerpo del bebé fallecido en gestación.

De acuerdo con lo indagado por JIC Fundación, cada institución hospitalaria define su procedimiento bajo el procedimiento general de manejo de cadáveres o según la edad gestacional según el protocolo de residuos.

Según lo que se ha venido observando es que en la mayoría de los casos solo se están entregando los cuerpos de bebés cuya edad gestacional supera la semana 22. Cada Institución prestadora de servicios de salud lo define según el protocolo que tengan para disposición de “residuos” o “desechos” anatómo-patobiológicos que son “producto de la concepción” o de acuerdo al criterio del médico o profesional de la salud de turno.

En otras instituciones no se entregan por ningún motivo antes de las 22 semanas, indicando a la mujer que el bebé se quedará para estudios en patología y en otras debe mediar solicitud de parte, pero ello no se informa al padre y a la madre.

Es preciso indicar que al establecer legalmente la obligación de la entrega del cuerpo de un bebé muerto en gestación se estarán garantizando los derechos fundamentales de los padres y madres a la libertad religiosa y de culto<sup>4</sup>, al permitirles poder decidir cómo despedirse de ese bebé, que desde la perspectiva de la humanización, dignificación, respeto y cuidado de la salud mental es lo recomendado.

Como ya se mencionó, si bien en Colombia no existe consagración legal expresa en este tema, la jurisprudencia ha dado luces sobre este tema. En efecto la Corte Constitucional en su sentencia T-165 de 2013 estableció “(...) *ha reconocido que el derecho de las personas a realizar entierros está estrechamente relacionado con dos derechos fundamentales: la libertad de conciencia (Art 18 C.P), y la libertad de cultos (Art. 19 C.P). El cadáver, los ritos fúnebres y el sepulcro son objetos profundamente cargados de valor simbólico, entre otras cosas, porque permiten que las personas reconozcan “su condición temporal y se sometan a los dictámenes de la naturaleza”.* De esta manera, de acuerdo con su conciencia y a las necesidades culturales y psicológicas que de ella se desprenden, puedan disponer de los cadáveres.

Es así como esa Corporación accedió al amparo de los derechos de una mujer que debió afrontar la muerte gestacional - muerte intrauterina, de sus gemelos, a las 27 semanas de gestación, indicando que:

*“(...) su petición es un ejercicio válido de la libertad de cultos y de conciencia, conforme a los cuales un evento central en su*

---

<sup>4</sup> Artículo 19 Constitución Política



*vida -como manifestó que era el fracaso de su embarazo-, **adquiere un matiz trascendental que tiene que ver con la posibilidad de desarrollar los ritos fúnebres de acuerdo a sus creencias religiosas**, y con la tenencia de los cuerpos cerca de su residencia para conservar el recuerdo y los símbolos relacionados con la muerte de estos dos seres. Ambas expresiones son para esta **Sala dignos de toda la consideración y respeto y, conforme a las reglas previstas anteriormente, los rituales que se ejercen conforme a estos derechos están plenamente amparados y protegidos por la Constitución.***<sup>5</sup> (Negrilla fuera de texto)

Por lo tanto, consideramos imperativo que para evitar que se sigan presentando casos como el relatado por Fernanda, se establezca expresamente la obligación para toda institución prestadora del servicio de salud que atendió el caso, de entregar el cuerpo del concebido que murió en gestación a sus progenitores para los fines póstumos y de inhumación, de acuerdo con sus creencias. Con la claridad de que, para la entrega del cuerpo, el bebé deberá ser identificable y diferenciable del tejido placentario y membranas.

### **c. Respeto del Título III. Lineamiento Nacional para la atención del duelo en casos de pérdida gestacional**

El siguiente es el testimonio de Sandra Rengifo, mamá de Emiliano (Cali – Colombia):

*“(…)yo estaba llorando y le decía: ¿él se me va a morir? y me dijo: él ya está muerto y si está vivo dura unos minutos no más (...).*

*“(…)me dejaron con toda mi parte de abajo desnuda y con mi hijo muerto envuelto en una bata dentro de un platón, en un pasillo al frente de la sala de maternidad, esperando, sola. Todo el mundo nos miraba, yo nada más me acuerdo de verle la cara a todas las embarazadas y yo no podía parar de llorar, con mi bebé muerto en mis brazos, viendo cómo nacían todos los otros bebitos llorando (...). Me dejaron ahí más o menos una hora mientras toda la gente pasaba por mi lado y se quedaban mirando con morbo, yo lo único que trataba de hacer era cubrir a mi chiquitito, él no se merecía eso y yo tampoco”.*

Este caso, subsume entre otros los siguientes tipos de prácticas deshumanizantes y contrarias a la dignidad de la madre que da a luz a su hijo fallecido:

<sup>5</sup> COLOMBIA. Corte Constitucional Sentencia Número T- 165 del 22 de marzo de 2013. Magistrado Ponente Luis Ernesto Vargas Silva.



1. Comunicación del diagnóstico o de la muerte de forma inadecuada: Restándole valor a la muerte y su impacto emocional; centrándose únicamente en el evento físico sin darle importancia al dolor de la madre y el padre que están recibiendo la noticia; sin ningún tipo de tacto o consideración en la forma en que se comunica la noticia; delegando de manera sucesiva entre distintos profesionales de la salud, la responsabilidad de dar la noticia.
2. No ofrecer información clara sobre los hechos y procedimientos a realizar, no responder dudas y no pedir un consentimiento informado para el procedimiento;
3. Ausencia total de privacidad al llevar a cabo el parto en presencia de personas distintas al personal de salud;
4. Ubicar a la madre durante el parto o recuperación, junto a madres que tienen a sus recién nacidos vivos teniendo que escuchar su llanto e incluso presenciar su nacimiento;
5. Prohibir el acompañamiento por parte de algún familiar;
6. Tratar al bebé fallecido como un objeto o como un desecho biológico.

Adicional a estas prácticas, de acuerdo con entrevistas realizadas a mujeres que hacen parte de los círculos de ayuda de JIC Fundación, se evidenció lo siguiente:

7. Trato indigno del bebé que ha muerto o va a morir refiriéndose a él frente a su madre o padre con términos como “producto”, “desecho”, “aborto”, “feto”, “óbito”, “mortinato”, “eso”.
8. No entregar el cuerpo del bebé para sus exequias o rituales funerarios, pese a haberlo solicitado.
9. Negar a la madre, el padre y/o la familia próxima, la posibilidad de ver, sostener, despedirse, vestir o tomar fotografías al hijo/hija que va a morir o ha muerto, recomendarles no hacerlo o abstenerse de brindarles información y orientación al respecto.
10. No brindar apoyo psicológico oportuno en ningún momento de la atención.
11. No actualizar las bases de datos de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud incluyendo en la historia clínica y en las plantillas de seguimiento de la mujer, el evento de muerte gestacional y neonatal, conllevando a que más adelante se llame a las madres a hacer seguimiento del bebé y su perfil de vacunación.
12. No hacer ningún tipo de seguimiento post-egreso a la madre en duelo, ni valorar la aparición de dificultades en la salud mental asociados con el postparto y la pérdida, como depresión.
13. Abordajes distintos dependiendo del profesional a cargo o de la Institución de Salud.
14. No brindar información y opciones para el manejo de la lactancia posterior a la muerte del bebé.
15. Entregar el estudio de necropsia sin la explicación y soporte adecuado para comprender el resultado y tener apoyo frente al impacto que pueda significar ese momento.



16. No estar informados previamente de los detalles de la historia para acercarse a la madre o padre del hijo/hija que ha muerto, reiterando preguntas innecesarias sobre la muerte.
17. Utilización de frases por parte del personal de la salud, que le quitan importancia a lo sucedido, tales como “usted es joven puede tener más hijos”, “el tiempo lo cura todo”, “siquiera ahora y no cuando estuviera más grande”.
18. Ningún acompañamiento o seguimiento al estado emocional de la madre y el padre, posterior al egreso. Abandono por parte del sistema de salud.

Lo anterior evidencia la realidad que atraviesan muchas mujeres en Colombia, y que para efectos del proyecto de ley en su título III, se traduce en el problema público a resolver a través de la expedición por parte del Ministerio de Salud de un Lineamiento de atención al duelo por pérdida gestacional y muerte neonatal de carácter obligatorio.

Valga precisar que el acompañamiento que es ofrecido por las prestadoras de servicios de salud en Colombia es sin duda uno de los aspectos más críticos para las madres que experimentan la muerte de sus hijos durante la etapa gestacional o neonatal, debido a que los profesionales médicos no tienen las herramientas suficientes para saber cómo actuar en estos casos.

De acuerdo con la información recabada, tanto a nivel normativo, como a nivel empírico, en la actualidad no existe una guía, ruta o lineamiento nacional que establezca a las Instituciones prestadoras de servicios de salud del país y los profesionales que laboran en ellas, un estándar mínimo de atención a quienes afrontan la muerte de sus hijos en etapa gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días). Ello está conllevando a que se le dé el manejo que cada Institución defina como correcto sin ningún control por parte de la autoridad sanitaria, y en los casos en que la Institución no existe una guía o lineamiento definido, cada profesional de la salud aborde la situación conforme a sus consideraciones personales, generando en muchos casos, prácticas diferenciales entre instituciones que no corresponden al concepto de humanización y que no propenden por la dignificación y el cuidado de la salud mental de la madre y el padre que inician su duelo.

Se necesita entonces definir y unificar criterios en todas las instituciones del país, de esta manera, se cumpliría el principio de igualdad establecido en nuestra Constitución Política. Porque esto permitiría que todas las mujeres que pasan por una muerte gestacional o neonatal sean tratadas de la misma forma y con base en evidencia, sin importar su nivel socioeconómico, raza, edad. Cada mujer tendrá una atención con unos lineamientos objetivos que garanticen la humanización y el cuidado de la salud mental en la atención.

Por último en este punto, se debe anotar que en la circular 016 de 2017 dirigida a las Direcciones de Salud de orden Departamental, Distrital y Municipal, Entidades



Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios IP, se reconoce que las mujeres en estado de embarazo son sujetos de protección especial y se debe fortalecer las acciones que garanticen una adecuada práctica y atención gineco-obstétrica preferencial a las mujeres en estado de gestación, independientemente de que su hijo venga o no con vida.

#### **d. Respeto del Título IV. Licencia Remunerada en caso de pérdida gestacional**

El siguiente es el testimonio de Martha Isabel Ramírez, mamá de Mattias (Bogotá-Colombia):

*“(...) mi bebé nació de 39.5 semanas de gestación y a mí me dieron 8 días de incapacidad. Eso me pareció nefasto, porque física y psicológicamente no estas para en ocho días volver al trabajo, aparte que, tuviste igual tuviste a tu bebe, tu cuerpo necesita los mismos cuidados que si lo tuvieras en brazos, entonces también me parece una ley muy mal puesta porque no te puedes recuperar, yo finalmente la verdad tuve que renunciar al trabajo, porque no me sentía en ese tiempo en capacidad ni física ni psicológica sobre todo psicológica de volver.”*

Teniendo en cuenta que actualmente el denominado “descanso remunerado por aborto” contempla de 2 a 4 semanas, según lo que defina el médico, atendiendo a casos como el de Isabel, que también recibimos a diario en la Fundación, consideramos acertado el cambio que se quiere realizar al artículo 237 del Código Sustantivo del Trabajo, en tanto ayuda a garantizar a las madres el tiempo idóneo de recuperación después de la pérdida gestacional, además de que exista una valoración psicológica que haga parte de la definición del tiempo de licencia que requiere.

Dar a luz a un hijo sin vida ya es lo suficientemente difícil en la vida de una madre, por eso se le debe garantizar un tiempo adecuado para recuperarse antes del regreso al trabajo, evitando posterior ausentismo por incapacidades de carácter médico o psicológico, o como sucedió en el caso de Isabel, la deserción laboral al no sentirse lista para asumir su trabajo al estar tan reciente la muerte de su bebé. En este punto es importante hacer un llamado a ponderar cuánto cuestan unas semanas más de licencia, respecto del costo del retiro de la trabajadora, y revisar si un madre que debe dar a luz un hijo de 38, 39 o 40 semanas sin vida, ya sea mediante parto natural o cesárea, está en la capacidad física y psicológica para volver a su trabajo luego de ocho días de una incapacidad médica, donde ni siquiera se ha desinflamado, ha dejado de sangrar ni le han retirado los puntos en caso de cesárea.



Según Sandra Oviedo-Soto en su artículo Duelo materno por muerte perinatal<sup>6</sup>, establece que se necesita un tiempo adecuado después de sufrir una pérdida gestacional porque la madre está pasando por un momento de sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico. La relación, en este caso, está basada en esperanzas e imaginarios de los padres para con su bebé, frustradas con la muerte.

Cuando se sufre una pérdida gestacional se presentan una serie de consecuencias de tipo psicológico y físico que ameritan un tratamiento especial y particular según el caso.

Mujeres que pierden sus bebés en etapas avanzadas del embarazo y que deben dar a luz a sus hijos muertos ya sea naturalmente o a través de cesárea, no deberían ser tratadas diferentes para efectos de licencia o incapacidades, respecto de aquellas que tuvieron sus bebés con vida, pues de todas maneras vivieron todos los cambios físicos y emocionales de un embarazo, tuvieron que vivir un trabajo de parto y requieren un tiempo de postparto mínimo para su recuperación física y mental que debería garantizar al menos la cuarentena, es decir, seis semanas (periodo de postparto).

De acuerdo con Moreno C. et al. (2011):

*“El posparto se define fisiológicamente, como el periodo comprendido entre el final del alumbramiento, hasta la total recuperación del organismo femenino, con aproximadamente seis semanas de duración, y comprende transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo, que tiene como fin, restituir los cambios al estado pre gravídico; Este comprende tres etapas a saber inmediato, mediato y tardío que se caracterizan por la alta prevalencia de complicaciones en la salud de la madre y el recién nacido (1,2). Desde lo psicológico, es la etapa de bienestar y salud emocional de la madre, en la medida en que se siente bien consigo misma durante el tiempo de cambio y transición (3).”<sup>7</sup>*

<sup>6</sup> Sandra Oviedo-Soto, \* Eliéxer Urdaneta-Carruyo, \*\* Flor María Parra-Falcón, \*\*\* Mary Marquina-Volcanes\*\*\*\*. Duelo materno por muerte. Revista Mexicana de Pediatría Vol 76 Número 5. Septiembre – Octubre 2019.

<sup>7</sup> Moreno Mojica, Claudia; Rincón Villa Mil, Tania; Arenas Cárdenas, Yuri Marcela; Sierra Medina, Diana; Cano Quintero, Ángela Paola; Cárdenas Pinzón, Deisy Liseth. LA MUJER EN POSPARTO: UN FENÓMENO DE INTERÉS E INTERVENCIÓN PARA LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA



### e. Propuesta de artículo

Por último, queremos proponer la adición de un artículo al proyecto de ley que establezca la obligación para los Ministerios de Salud y Educación, de promover programas de formación y capacitación del talento humano en salud, sobre la atención de casos frente a muerte gestacional y neonatal. Desde la Fundación se han realizado investigaciones buscando en los diferentes currículum y como referencia de ello se tiene por ejemplo que ni en la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional ni en la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana se están dictando contenidos en el tema dentro de la malla curricular, y estos profesionales salen a su ejercicio sin las herramientas necesarias para abordar estas situaciones.

De acuerdo con ello proponemos se adicione al proyecto el siguiente artículo:

*“Artículo xxº: El Ministerio de Salud de manera coordinada con el Ministerio de Educación deberán:*

- 1. Promover el desarrollo de programas de formación y capacitación de atención de la persona gestante y su familia en contextos de muerte gestacional y neonatal.*
- 2. Fomentar la inclusión de la temática de duelo perinatal en los currículum de la educación superior, tanto en las carreras de grado como de posgrado relacionadas.*

Finalmente queremos, en nombre de todos los padres en duelo por muerte gestacional, reiterar el apoyo a este proyecto y celebrar la iniciativa, que además encontramos muy positiva en tanto no busca obstaculizar ni promover la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE, sino que garantiza condiciones de igualdad de los derechos de todas las mujeres que deben afrontar la muerte de sus hijos en gestación, las cuales merecen ser valoradas, atendidas, reconocidas en su duelo, y sobre todo que se les permita el reconocimiento de su maternidad si ellas así lo desean, al ser este registro voluntario.

Para JIC Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal, el Proyecto de Ley 057 de 2020C “Por medio del cual se expide el Registro Especial de Pérdidas Gestacionales (REPG) y se dictan otras disposiciones” es un gran paso de parte del Legislador en acompañar y apoyar a los padres en duelo mediante la dignificación de su bebé fallecido y una oportunidad de dotarlos de herramientas para el afrontamiento de esta difícil situación, como forma de generar valor público en medio de un contexto en donde las estadísticas de muerte gestacional evidencian que es una situación que afecta a una parte importante de los hogares colombianos.



**JIC FUNDACIÓN**

Apoyo ante la muerte  
Gestacional y Neonatal

Teniendo en cuenta todo lo precisado e este documento de comentarios y en atención al conocimiento, experiencia y trayectoria de JIC Fundación frente a los casos por muerte gestacional y neonatal, **solicitamos respetuosamente se nos permita hacer una breve intervención en el debate del proyecto de Ley 057 de 2020C, el cual se encuentra agendado para debate el martes 06 de octubre de 2020.**

Agradecemos la atención prestada y quedamos atentos ante su respuesta;

Cordialmente,

**ANGELA MARÍA MUÑOZ CARRILLO**

Directora Ejecutiva

**JIC FUNDACIÓN**

NIT 901.287.449

 +(57) 321 470 7244

 info@jicfundacion.com

 Calle 106 # 54 - 81 Consultorio 2

[www.jicfundacion.com](http://www.jicfundacion.com)

@jicfundacion.com  