



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

**DANE** 70 AÑOS  
INFORMACIÓN PARA TODOS

# Partería tradicional y su incorporación en las *Estadísticas Vitales de Colombia*



GOBIERNO DE COLOMBIA

**Nota Estadística**  
No. 3 de 2023

## DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE)

B. Piedad Urdinola Contreras  
Directora General

Leonardo Trujillo Oyola  
Subdirector  
María Fernanda de la Ossa Archila  
Secretaria General

Javier Sebastián Ruiz Santacruz  
Director de Censos y Demografía

### Elaboración

Edna Margarita Valle Cabrera  
Coordinadora Grupo Estadísticas Vitales

Diana Nayibe Rucinke González  
Paula Tatiana Castillo Santana  
Claudia Cecilia Chacón Mendoza  
Luis Alirio Rodríguez Gutiérrez  
Grupo de Estadísticas Vitales

Carlos Ramírez Hernández  
Coordinador Grupo de indicadores ODS

Natalia Alonso Ospina  
Paola Fernanda Medina Tovar  
Grupo de indicadores ODS

### Diseño

César Julián Rojas Lozano  
Gabriela Wiesner Montaña  
Grupo Interno de Trabajo - Comunicación  
Visual y Diseño  
Dirección de Difusión y Cultura Estadística  
DANE

## FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

Martha Lucía Rubio Mendoza  
Representante Auxiliar y Oficial a Cargo de  
UNFPA en Colombia

Paulo Javier Lara Amaya  
Asesor de Población & Desarrollo

José Luis Andrés Wilches Gutiérrez  
Asesor de Salud Sexual y Reproductiva

### Elaboración

Lady Johanna Ardila Acosta  
Consultora en recopilación y producción de  
datos

Ana María Vélez  
Profesional especializada en Salud Sexual y  
Reproductiva

Marcela Castro Alape  
Coordinadora del Proyecto Partera Vital 2.0



© DANE, 2023

Prohibida la reproducción total o parcial sin  
permiso o autorización del Departamento  
Administrativo Nacional de Estadística, Colombia.

# Análisis de la partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia

## Presentación

La serie de *Notas Estadísticas* del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) tiene el objetivo de incentivar los análisis y la toma de decisiones con base en los datos disponibles en temas que se consideran de interés público. **Un aporte de las notas es reunir, en un solo documento, información proveniente de diferentes operaciones estadísticas para caracterizar un tema**, con el fin de que el público usuario especializado o interesado cuente con una perspectiva desde la diversidad de fuentes. El panorama brindado en las notas no siempre pretende ser exhaustivo y los análisis de los datos presentados pueden extenderse según los intereses del lector.

En las *Notas Estadísticas* del DANE se encuentran mediciones que hacen parte de la producción estadística regular, así como mediciones propias de la línea de 'Estadísticas Experimentales'. En este contexto, se cuenta con un **énfasis en la transversalización del enfoque diferencial e interseccional de la producción de datos para "no dejar a nadie atrás", en línea con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, para, de esta forma, promover análisis que contribuyan a visibilizar las situaciones de vida, particularidades, brechas y desigualdades entre los distintos grupos poblacionales.

Por lo tanto, las *Notas Estadísticas* del DANE representan una visión innovadora de la producción y difusión estadística, con un enfoque de aprovechamiento de datos más allá de los fines netamente estadísticos. **Además de aumentar la oferta de mediciones, se promueve el uso de estas en la generación de conocimiento basado en evidencia para enriquecer los diálogos, la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas y el monitoreo de los avances del país en términos del Desarrollo Sostenible.**

En esta oportunidad, el DANE y el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- Colombia han sumado esfuerzos para presentar la nota **Análisis de la partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia**. Este documento es de valiosa incidencia para la partería tradicional que suma a las acciones del proyecto *Partera Vital*<sup>1</sup>, el cual apunta a la disminución de brechas en salud sexual y reproductiva y al mejoramiento de la cobertura en el registro de Estadísticas Vitales.

---

1. Partera Vital fase 2: habilidades y herramientas que salvan vidas para parteras/os tradicionales de la Costa Pacífica colombiana es un proyecto liderado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- Colombia, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en alianza con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

# Tabla de contenido

---

Introducción	6
Marco internacional y nacional	8
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	9
Marco Nacional	9
<b>1.</b> Análisis de la partería en el mundo	11
<b>2.</b> Evolución de la partería tradicional en Colombia	14
<b>3.</b> Recolección de la estadística de nacimientos en Colombia con énfasis en parteras/os tradicionales	18
<b>3.1.</b> Metodología general de acopio de las Estadísticas Vitales en Colombia	19
<b>3.2.</b> Antecedentes de la recolección/acopio de las Estadísticas Vitales de grupos étnicos	20
<b>3.3.</b> Estrategia de recolección/acopio de las Estadísticas Vitales de grupos étnicos	21
<b>3.4.</b> Avances y perspectivas de la estrategia	23
<b>4.</b> Aporte de la partería tradicional en los nacimientos según las Estadísticas Vitales	24
<b>4.1.</b> Contexto de la pandemia por COVID-19	25
<b>4.2.</b> Salud Sexual y Reproductiva y la Agenda 2030	25
<b>4.3.</b> Comportamiento de los nacimientos en Colombia según las Estadísticas Vitales	30
<b>4.4.</b> La partería tradicional en Colombia desde las Estadísticas Vitales	31
<b>4.5.</b> Atención al parto según reconocimiento étnico	36
<b>4.6.</b> Proyecto Partera Vital y la incidencia en las estadísticas vitales	37
<b>4.7.</b> Problema de registro de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales	44
Conclusiones	47
Bibliografía	51
<b>Anexo 1.</b> Formulario de notificación	55

## Lista de siglas

---

**AECID:** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

**ANSPE:** Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema

**ASOPARUPA:** Asociación de Parteras Unidas del Pacífico

**ASOREDIPARHOCÓ:** Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó

**CNPV:** Censo Nacional de Población y Vivienda

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**DNP:** Departamento Nacional de Planeación

**FUCAI:** Fundación Caminos de Identidad

**GRO:** Oficina de Registro General (Inglaterra)

**ICM:** Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives)

**INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (México)

**MGF:** Mutilación Genital Femenina

**NCHS:** National Center for Health Statistics

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**ONS:** Oficina de Estadísticas Nacionales (Inglaterra)

**PES:** Plan Especial de Salvaguarda

**PND:** Plan Nacional de Desarrollo

**RNEC:** Registraduría Nacional del Estado Civil

**RUAF- ND:** Registro Único de Afiliados - Nacimientos y Defunciones

**SEN:** Sistema Estadístico Nacional (Colombia)

**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva

**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

The background features a vertical color gradient from a deep red at the top to a vibrant magenta at the bottom. Overlaid on this gradient are various white line-art patterns, including wavy lines, spirals, and abstract shapes that resemble stylized leaves or organic forms.

# **Introducción**

La partería es una práctica ancestral que ha atravesado por varias transformaciones a lo largo de las décadas. De hecho, ha estado implicada en controversias sociales derivadas del sentido del cuidado, así como en su alcance y las habilidades frente a los factores socioculturales en los diversos territorios (Barnawi et al., 2013; Goemaes et al., 2016). A raíz de esto, su definición es diversa y contiene múltiples criterios: entre ellos el tiempo de experiencia en partería, la inclusión en el sistema de salud, formación académica, entre otros.

Una de sus definiciones está relacionada con la formación profesional. Según la Confederación Internacional de Matronas (2017) (ICM, por sus siglas en inglés), la partería profesional es una disciplina que se enfoca en la atención del parto, a través de la construcción de habilidades y actitudes en obstetricia y enfermería que permiten un acceso a los servicios de partería de calidad. Lo anterior conduce a que este tipo de partería se encuentre en el centro de los esfuerzos a nivel mundial (Fauveau et al., 2011).

Otra definición de partería está estrechamente relacionada con la transmisión de saberes propios de los territorios, tales como el uso de plantas y actividades que brindan atención y cuidado a la mujer (Pérez, 2019). Se trata de una labor llevada a cabo por mujeres y hombres que se encargan de brindar apoyo, atención y asesoramiento durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, así como atender las medidas de prevención y detección de complicaciones con la gestante y el recién nacido (Kapfunde et al., 2017), las cuales son transmitidas por costumbres propias del territorio.

A partir de lo anterior, se establecen diferentes tipos de parterías, en los que están incluidas las/os **parteras/os profesionales** como aquellas personas que han completado con éxito un programa de formación superior en partería, con conocimientos en enfermería y obstetricia. Asimismo, las/os **parteras/os tradicionales** como personas con experiencia en la atención al parto y saberes ancestrales en el marco de un sistema cultural propio del territorio.

En nuestro país, la partería tuvo sus inicios en las comunidades indígenas que habitaban el territorio de la Colombia antigua. En el periodo colonial, las personas con mayor experiencia en atención de partos fueron llamadas comadronas, matronas o parteras (Sotomayor Tibirin, 2009). Este conocimiento fue transmitido por generaciones hasta el día de hoy, y ha sido practicado principalmente por las etnias indígenas y afrocolombianas del territorio. La partería profesional, por su parte, no ha sido desarrollada en nuestro contexto, por lo que el presente documento se centra y resalta específicamente la partería tradicional practicada en los grupos étnicos, en las Estadísticas Vitales de Colombia<sup>2</sup>.

De esta manera, el documento realiza un análisis para el periodo 2008 - 2021, que incluye el efecto de la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021 en Colombia), y en el que se resalta el rol preponderante que las/os parteras/os tradicionales jugaron durante este periodo crítico en sus propias comunidades.

---

2. Según la Circular Única de Registro Civil e Identificación: "Las/os parteras/os que hayan sido autorizados mediante acto administrativo proferido por la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Nacional de Estadística (DANE) podrán certificar los nacimientos que atiendan utilizando el formato de notificación de nacimiento expedido por el DANE, para personas pertenecientes a grupos étnicos" (RNSC, 2021, 51).



**Marco  
internacional  
y nacional**

## Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Con relación al derecho de toda mujer a la atención durante el embarazo y el parto, los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) establecieron, dentro de las 169 metas que los conforman, metas e indicadores específicos para el cuidado de las gestantes durante el embarazo, el parto y el posparto, y de los recién nacidos, entre otros. En este marco, las/os parteras/os ejercen un rol preponderante en Salud Sexual y Reproductiva, en especial en los territorios rurales dispersos, ya que tienen incidencia en el cuidado de estas poblaciones y pueden contribuir con la reducción de las muertes maternas (meta 3.1)<sup>3</sup> y de las muertes en menores de 5 años (meta 3.2)<sup>4</sup>, pueden apoyar la eliminación de prácticas nocivas como la Mutilación Genital Femenina (MGF) (meta 5.3)<sup>5</sup> e incidir en el registro de los niños y niñas para su identificación ante la Registraduría Nacional (enmarcado en las metas 16.9<sup>6</sup> y 17.19<sup>7</sup>). En este sentido, el rol de las/os parteras/os contribuye con el cumplimiento de la Agenda 2030.

## Marco Nacional

A nivel nacional, la apuesta del *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026: “Colombia, Potencia Mundial de la Vida”* se centra en visibilizar a las comunidades étnicas y las prácticas ancestrales; específicamente con el eje transversal: “*Actores diferenciales para el cambio*”, articulado mediante el catalizador “*El cambio es con las mujeres: Garantía de los derechos en salud plena para las mujeres*”. Con ello se tiene como fin la actualización de la política pública en temas de implementación de servicios de salud pertinentes con enfoque de género, diversidad sexual, étnico y territorial, mediante el reconocimiento de los saberes ancestrales, en especial el de la partería tradicional. Adicionalmente, la apuesta del Gobierno es fortalecer las estadísticas del país que permitan la toma de decisiones eficaces, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas, entre estas, aquellas correspondientes a las Estadísticas Vitales.

3. Meta ODS 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

4. Meta ODS 3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

5. Meta ODS 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

6. Meta ODS 16.9. De aquí a 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos.

7. Meta ODS 17.19. De aquí a 2030, aprovechar las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir los progresos en materia de desarrollo sostenible y complementen el producto interno bruto, y apoyar la creación de capacidad estadística en los países en desarrollo.

Adicionalmente, con el documento *CONPES 3918: Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Colombia*, el país se comprometió, para 2030, con reducir la mortalidad materna a 32 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos<sup>8</sup>; actualmente este indicador se encuentra en 83,16 por cada 100.000 nacidos vivos<sup>9</sup>. Igualmente, a 2030 se compromete a aumentar a 93% el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales<sup>10</sup>. Actualmente, 81,2% de los nacidos vivos tienen 4 o más controles prenatales<sup>11</sup>.

En cuanto a su estructura, el documento se divide en seis partes incluyendo la presente introducción; seguido del análisis de la partería en el mundo, que incluye información de los dos tipos de partería y su integración con las estadísticas de nacimientos en cada país; luego se realiza un seguimiento de las parterías tradicionales en Colombia, las resoluciones, los decretos y las normas relacionadas con la atención a nacimientos y la certificación del hecho vital; posteriormente se explica la forma de registro de los nacimientos en las Estadísticas Vitales, principalmente con grupos étnicos; un último capítulo visibiliza la labor de las/os parteras/os tradicionales en las Estadísticas Vitales; finalmente, se consolidan las conclusiones del documento.

---

8. Indicador 3.1.1 G: Tasa de mortalidad materna en el CONPES 3918.

9. Cálculos propios realizados a 2021 con información de Estadísticas Vitales.

10. Indicador 3.1.3 C: Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales en el CONPES 3918.

11. Cálculos propios realizados a 2021 con información de Estadísticas Vitales.

**1.**

# **Análisis de la partería en el mundo**

El nivel educativo, la experiencia y el alcance de la partería cambian alrededor del mundo. Por ejemplo, la partería en países como Canadá, Australia, Estados Unidos, Países Bajos y Reino Unido es de tipo profesional, está regulada y muchas veces es financiada con fondos públicos (Kennedy et al., 2020). Los niveles de mortalidad materna para 2017 y 2018 rondan las 6,5 muertes por 100.000 nacidos vivos, a excepción de Estados Unidos, con una tasa de 17,4, la cual se relaciona con la cara y escasa oferta de servicios de salud del país (Wong & Kitsantas, 2019).

En 1991, la provincia de Ontario, en Canadá, fue la primera en legalizar la práctica de la partería como una profesión autorregulada en el país. De hecho, a lo largo de los años fueron sumándose las demás provincias, hasta que, en 2018, casi todas contaban con la legislación para ejercerla (Thiessen et al., 2020). En términos del registro de hechos vitales, estos se recuperan mediante un registro administrativo anual que incluye los nacimientos y las defunciones atendidos por el personal de salud (incluyendo las/os parteras/os, a través de formularios vitales que luego se comparan contra imágenes consultadas con los territorios (Statistics Canada, 2021). Sin embargo, iniciativas como la preferencia del parto por cesárea y las decisiones políticas como el cierre de centros de partería han restringido en muchos casos la integración de las/os parteras/os a los sistemas de salud (Mattison et al., 2020). Aun así, para el 2021 el 13,69% de los partos fueron atendidos por parteras/os, lo que corresponde a 48.420 partos.

En 1993, Inglaterra promovió la elección del lugar de nacimiento por las gestantes ofreciendo los servicios de partería profesional en centros de salud y en la residencia de la madre, o también llamadas parteras/os comunitarias/os (Walsh et al., 2018). El registro en las estadísticas vitales ocurre cuando se vincula la notificación del nacimiento (realizada por el personal de

salud) en la Oficina de Estadísticas Nacionales (ONS); de forma paralela, y para evitar duplicados, se comparan con la Oficina de Registro General (GRO) en Inglaterra y Gales (ONS, 2022). Comparado con los demás países de la región, Inglaterra tiene la tasa de atención a partos por parteras/os más alta de la región: para 2010, con 44,2 partos atendidos por cada 1.000 nacidos vivos; seguido de Rusia e Italia, con 40,1 y 30,3, respectivamente (Renfrew et al., 2015).

En Estados Unidos, el sistema de parteras *Direct Entry Midwifery* abarca diferentes tipos de parteras: aquellas sin capacitación previa en enfermería y aquellas que sí reciben un certificado educativo otorgado por el Consejo de Acreditación de Educación en Partería. No obstante, las regulaciones varían según el Estado, por lo que en lugares donde el sistema de partería no está autorizado, las parteras/os son vulnerables a la persecución penal (DeJoy, 2020). Para la recopilación de información sobre el hecho vital, se realiza un registro por el personal de salud, que se traslada a la oficina *Vital Records Office*, encargada de emitir el certificado de nacimiento que debe utilizarse para el registro local del nacimiento (NCHS, 2018).

Por su parte, en India existen tres tipos de educación de parteras/os: el primero, se refiere a un programa de tres años que tiene un diploma en enfermería y partería; el segundo, es un programa de cuatro años que conduce a licenciatura y el tercero, es un programa de dos años en un nivel secundario con un certificado de auxiliar en enfermería y partería. Aunque el concepto es relativamente nuevo, el Gobierno se comprometió en 2018 a capacitar a 90.000 parteras con los estándares internacionales (Bogren & Erlands-son, 2021). No obstante, la aplicación equívoca condujo a una mala calidad de la capacitación y supervisión, las cuales fueron inadecuadas para abordar las responsabilidades actuales de las/os parteras/os (Pyone et al., 2019). Para el registro

de los hechos vitales, el proceso comienza con el certificado de nacimiento, seguido de un periodo máximo de 21 días para el registro ante la Registraduría General de la India y, posteriormente, se envía a la entidad estadística para su análisis. Se estima una cobertura de nacimientos del 92,7% en 2019 (*Office of the Registrar General & Census Commissioner, 2021*).

Un estudio realizado por UNFPA e ICM en 58 países con ingresos bajos e intermedios muestra que el 70% tienen déficits en calidad y cantidad de personal de partería (*Ten Hoop-Bender et al., 2011*). Además de la necesidad de parteras en el mundo, el Informe sobre el estado de la partería (2021) comenta medidas necesarias para acelerar el cumplimiento de los ODS en relación con la Salud Sexual y Reproductiva de niñas y mujeres. Una de estas medidas fue mencionada en el documento de 2011: la estimación de costos de la partería en los planes nacionales de salud (en la que incorporó aspectos de capacitación y control de la profesión), así como la disposición de centros equipados y limpios para la atención, y la apuesta por mejorar los datos sobre el personal de salud.

En la mayoría de los países de América Latina, la partería se lleva a cabo de forma tradicional por las etnias afro e indígenas. En México, la atención al parto por las comunidades indígenas era considerada como saber ancestral. No obstante, con los programas sociales de beneficios para tener un parto institucional y la criminalización de la partería tradicional, el conjunto de parteras ha disminuido y muchas de ellas permanecen fuera de los registros del Gobierno y las estadísticas (*Miranda, 2021*). Sin embargo, existen más de 15.000 mujeres y hombres reconocidos como parteros(as) que participan en el proceso de gestación, parto y puerperio (*Berrio, 2019*).

Desde los inicios de la partería, el norte de Perú era considerado como el centro de la medicina tradicional y sus prácticas ancestrales, en particular por la atención a gestantes por parteras indígenas (*Ordinola Ramírez et al., 2019*). Hacia el siglo XIX, se puso en auge la formación de parteras en la escuela de partos de Lima, incrementándose así el número de parteras con estudios. Luego, en el siglo XX, la partería tradicional se consideró como un freno al desarrollo, tras lo cual adquirió mayor relevancia la medicina convencional (*Quiroz, 2012*). Actualmente, aunque las/os parteras/os tradicionales se reconocen como apoyo al sistema de salud, no son parte de él. De esta manera, para el registro del hecho vital en las estadísticas del país, el sistema de registro civil juega un papel importante, pues se encarga de remitir mensualmente la información de nacimientos al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para ser comparado con la base del Sistema de Información de nacimientos (INEI, 2021).

En Colombia coexisten dos sistemas de atención a la gestación, el parto y el puerperio: por un lado, se encuentra el sistema de salud formal, el cual está conformado por profesionales de medicina y enfermería, auxiliares de enfermería y promotores de salud; por otro lado, se encuentra el sistema tradicional, compuesto por parteras/os y agentes de la medicina tradicional de las diferentes regiones (*Vásquez, 2012*). A pesar de tener claro el sistema formal, existe desconocimiento de las comunidades que practican la partería tradicional frente a sus necesidades y su apoyo a la gestante y el recién nacido, pues se ha considerado como un oficio, más que como una disciplina (*Motta-León et al., 2020*). Por ello, como se explicará a continuación, es importante el análisis de la contribución de las/os parteras/os tradicionales a los partos y las Estadísticas Vitales.

**2.**

**Evolución de  
la partería  
tradicional  
en Colombia**

Desde la conquista y colonia, la atención de los partos y los cuidados a la gestante era asumida en su mayoría por parteras/os. En 1920, se abrió la primera escuela de enfermería y matronas/parteras profesionales en la Universidad Nacional de Colombia. Sin embargo, la medicina y la ginecoobstetricia concentraron el rol de atención de partos, por lo que la partería profesional no llegó a desarrollarse en el país.

Las innovaciones médicas producidas entre 1930 y 1960 definieron los conceptos de salud reproductiva, los actores involucrados en el parto, la importancia de las instituciones y los espacios propios de atención (Lehner, 2012). El Decreto 2311 de 1938 y el Decreto 1260 de 1970 regularon los actores involucrados en la atención al parto y la certificación del hecho vital. El primer decreto estableció que no se podrían prestar los servicios de partería en el territorio a menos de que la partera tuviera un diploma o certificado que acreditara el desarrollo de la labor por las facultades de medicina. En caso de realizar la labor sin licencia, se le impondría una multa. El segundo decreto ordenó que la certificación del nacimiento la otorgará un médico o una enfermera que asistieran el parto.

De esta manera, con normas estrictas sobre los actores que podían certificar el parto y los requerimientos para hacerlo, se invisibilizó la labor de las/os parteras/os tradicionales en municipios donde no tenían acceso a servicios de salud. En este mismo sentido, no fue documentado y registrado el papel de las/os parteras/os tradicionales en los nacimientos, lo que limitó el reconocimiento de su labor por el Estado (Villalobos Quevedo, 2019).

Con el análisis del acceso a salud en algunos territorios de Colombia, el Decreto 1171 de 1997 creó la posibilidad de registrar a los niños y niñas mediante dos modalidades: la primera era la certificación por el personal de salud (como regularmente se realizaba); y la segunda consistía en que la familia debía dirigirse al Registro Civil con dos testigos que certificaran el hecho vital. El no reconocimiento del trabajo con parteras generaba barreras en el registro de los menores, ya que los hospitales no recibían a los recién nacidos atendidos por parteras para otorgarles el certificado de nacido vivo porque lo consideraban como una práctica ilegal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Además de esta barrera, algunas familias no podían costear el traslado a la Registraduría de sus dos testigos; por ello, no se realizaba el registro del nacimiento del niño/a. La Registraduría se enfrentó al fenómeno llamado “*falta de identificación heredada*”, que se refiere a la falta de registro de los padres y abuelos en la Registraduría Nacional que termina en el no registro del recién nacido (UNICEF, FUCAI & ANSPE, 2015).

En el 2006, de cada 1.000 nacidos vivos 17 fueron atendidos por parteras, mientras que para el 2016 fueron 6; se observa, entonces, una reducción de la práctica de partería y el subregistro de las estadísticas que no contemplaban el rol fundamental de las parteras en los territorios, especialmente en los resguardos indígenas y en las comunidades afro (Vanegas Moreno, 2021).

Fue a partir de la Resolución 1077 de 2017 que Colombia dio los primeros pasos para la integración de la partería tradicional, al declarar la partería tradicional afro del Pacífico como patrimonio inmaterial de la na-

ción. Este logro contribuyó a la creación de nuevas organizaciones de parteras en todo el territorio nacional (Villalobos Quevedo, 2019). Igualmente, una asociación de partería tradicional<sup>12</sup> creó el Plan Especial de Salvaguarda (PES), orientado al fortalecimiento, revitalización, sostenibilidad y promoción de la partería tradicional afro pacífica por parte del Ministerio de Cultura. En específico, con el PES se busca (i) contribuir al reconocimiento de los saberes de partería afro pacífica y los valores socio-culturales de la partería tradicional, tales como solidaridad, respeto por la vida, humanización del parto, papel de la mujer en la comunidad; y (ii) identificar mecanismos para el fortalecimiento de la partería tradicional y la participación de las comunidades (Quiñones Sánchez et al., 2017).

Una vez declarada la partería tradicional afro del Pacífico como patrimonio inmaterial, se comenzó a observar la importancia de que esta práctica pudiera certificar el hecho vital en territorios apartados. Por esto, el *Decreto 356 de 2017* estableció que la certificación del nacimiento para el registro civil podía ser expedida por un médico, enfermero/a o partero/a, lo que permitió la visibilización de este rol ante una institución nacional. Además, la *Resolución 3676 de 2021* autorizó a las/os parteras/os de la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó<sup>13</sup> a certificar los nacimientos que llevan a cabo, utilizando los formatos de notificación para personas pertenecientes a grupos étnicos (ver Anexo 1).

Luego, con la *Sentencia T-128 de 2022* se brinda el reconocimiento a la partería tradicional como saber ancestral; con esta Sentencia la Corte Constitucional exhortó al Ministerio de Salud a integrar a las/os parteras/os tradicionales al Sistema de Seguridad Social en Salud, específicamente para brindarles elementos de protección por el apoyo brindado durante la pandemia por COVID-19.

Con la *Resolución 1035 de 2022* se adopta el *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*; allí se establecen acuerdos en torno a la partería tradicional: (i) diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras/os tradicionales, curanderos, sobanderos, remedios y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades negras, afrocolombianos, raizales y palenqueras; y (ii) diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las poblaciones negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en el territorio colectivo, tradicional o ancestral, así como en las zonas de asentamiento urbano.

En relación con los sistemas de caracterización y los intercambios de saberes, la Ley 2244 de 2022 estableció en su artículo 11 el desarrollo de capacitaciones a las/os parteras/os tradicionales y el apoyo en los procesos de formación de las parterías tradicionales. De esta forma, estableció realizar políticas públicas en torno a la mujer y el recién nacido durante la gestación, parto y posparto, así como al pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, respetando los quehaceres y las creencias de las/os parteras/os tradicionales.

12. ASOPARUPA es una organización social conformada por mujeres parteras tradicionales, que trabajan desde hace 27 años por visibilizar y fortalecer el oficio de la partería en Buenaventura y en todo el país. Para mayor información, consultar el enlace: <https://corpografias.com/parteras-asoparuba/>

13. ASOREDIPARCHOCÓ es una entidad sin ánimo de lucro que busca la integración, formación y asistencia técnica de la partería. Para mayor información, consultar el enlace: <https://www.rediparchoco.org/>

**3.**

**Recolección de  
la estadística  
de nacimientos  
en Colombia  
con énfasis en  
parteras/os  
tradicionales**

El DANE es la entidad del Estado colombiano encargada de las estadísticas oficiales. Desde su creación en 1953, y según el decreto de estructura vigente (*Decreto 262 de 2004*), es responsable, entre otras obligaciones, de producir y difundir la información demográfica en Colombia. En este sentido, con el *Decreto 2404 de 2019*, el DANE es el ente rector, coordinador y regulador del Sistema Estadístico Nacional (SEN), en el que se establece competencia para la realización de procesos permanentes de revisión, actualización y modernización metodológica, técnica y operativa de las diferentes estadísticas demográficas, económicas y sociales a su cargo, con el propósito de garantizar su calidad, eficiencia y oportunidad para la toma de decisiones estratégicas en el país (DANE, 2022).

El Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales (SRCEV) nace como respuesta a la necesidad de organizar y estandarizar la información de los nacimientos y las defunciones y armonizarla con el Registro Civil de las personas. Este Sistema está conformado por dos subsistemas: i) Subsistema de Registro Civil y ii) Subsistema de Estadísticas Vitales. Este último acopia, procesa y difunde la información de todos los nacimientos y defunciones que ocurren en el país, los cuales son recopilados a través de los sistemas de información de las entidades que conforman el SRCEV y que son reportados al DANE. Así, a través del aplicativo RUAF-ND del Ministerio de Salud y Protección Social, se reportan los nacimientos y las defunciones certificadas por el personal de salud autorizado. Las muertes por causas no naturales atendidas por las unidades básicas de medicina legal en el país son reportadas a través del SIRDEC. Asimismo, los nacimientos y defunciones que se captan a través del Registro Civil por las Registradurías delegadas y notarías con fun-

ciones registrales. Finalmente, para el caso de los nacimientos, se utiliza el *Formato para la notificación de nacimientos en grupos étnicos*. Con esta información, el DANE produce y difunde las estadísticas oficiales de nacimientos y defunciones fetales y no fetales.

Respecto a este último mecanismo, a partir de 2017, en el marco de la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales, se conceptualiza la necesidad de avanzar en una estrategia que permita reducir la brecha en el reporte de los hechos vitales en zonas de difícil acceso con asentamiento de población indígena y afrodescendiente. De este modo, inicia la implementación de la estrategia con las/os parteras/os tradicionales de Chocó, expandiéndose a los pueblos indígenas Kankuamo de la Sierra Nevada de Santa Marta y Sikuaní del Vichada.

En este sentido, el DANE, en el marco de su misión institucional, lleva a cabo diferentes actividades para el fortalecimiento de la información de nacimientos y defunciones en todo el territorio colombiano, como insumo fundamental para la toma de decisiones. Así mismo, ha venido aunando esfuerzos con diferentes entidades y organismos multilaterales para avanzar en el diseño, programación y desarrollo de la estrategia de acopio de información de nacimientos y defunciones con grupos étnicos, mediante mesas de concertación y talleres técnicos con las autoridades y las asociaciones y parteras/os tradicionales en algunos territorios de difícil acceso, con el fin de mejorar la cobertura, calidad y oportunidad en lugares dispersos.

### 3.1. Metodología general de acopio de las Estadísticas Vitales en Colombia

Las Estadísticas Vitales se generan a partir del registro administrativo de nacimientos y defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en la plataforma en línea Registro Único de Afiliados - Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND), cuya base de datos se envía periódicamente al DANE.

La recolección de la información inicia con el proceso de certificación (**Figura 1**), que consiste en el diligenciamiento del formulario en el RUAF-ND y la elaboración del Certificado Antecedente que se entrega a los familiares del nacido vivo o del fallecido. A partir de este documento se inscribe el hecho vital ante la Notaría o Registraduría, con el fin de acreditar derechos civiles y de ciudadanía. Con el *Decreto 1171 de 1997*, el Certificado del Hecho Vital es expedido por una persona profesional de la medicina, con

tarjeta profesional y registro del Ministerio de Salud. En áreas apartadas, donde no se cuente con un médico profesional, el personal de salud autorizado podrá certificar el nacimiento o la defunción. Asimismo, cuando el hecho vital no ha sido conocido por el personal de salud, las oficinas de Registro Civil o Notarías (en presencia del solicitante y dos testigos del nacimiento) deberán diligenciar los certificados en medio físico y remitirlos a la entidad territorial de salud correspondiente, para que se realice el ingreso en el sistema RUAF-ND (DANE, 2022).

Como parte del proceso de fortalecimiento de las Estadísticas Vitales, el DANE se fijó el propósito de mejorar la cobertura, calidad y oportunidad de los hechos vitales ocurridos en zonas de difícil acceso, las cuales se encuentran habitadas principalmente por pueblos afrodescendientes o indígenas. En consecuencia, puso en marcha una estrategia para la captura de hechos vitales en grupos étnicos del país.

**Figura 1.** Proceso actual de certificación de los hechos vitales



Fuente: DANE, Metodología General de las Estadísticas Vitales, 2022

### 3.2. Antecedentes de la recolección/acopio de las Estadísticas Vitales de grupos étnicos

El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, así como la protección y reducción de las desigualdades existentes en materia de salud y bienestar social para algunos grupos poblacionales han sido abordados desde diferentes normativas en el país. Así se establece en la *Constitución Política de Colombia*, artículo 7, y en la *Sentencia T-025 de 2004*, que indica:

*“Las autoridades están obligadas –por los medios que estimen conducentes– a corregir las visibles desigualdades sociales, a facilitar la inclusión y participación de sectores débiles, marginados y vulnerables de la población en la vida económica y social de la nación, y a estimular un mejoramiento progresivo de las condiciones materiales de existencia de los sectores más deprimidos de la sociedad”* (Corte Constitucional, 2004, p. 5)

Contar con información estadística de calidad y con la oportunidad requerida, incluso en zonas dispersas y de difícil acceso, habitadas en su mayoría por población étnica, se configura como un pilar para facilitar su inclusión. Es así como desde la creación de la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales, mediante el *Decreto 955 de 2002*, se señala la necesidad de establecer los parámetros sobre los cuales se ha de proteger, promocionar y regular el desarrollo del Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, así como los lineamientos para su evaluación y seguimiento en el territorio nacional. Igualmente, se busca impulsar y poner en práctica los cambios necesarios al sistema, para contar con un mecanismo actualizado, universal, eficiente y oportuno que satisfaga las necesidades del país en el campo de la información estadística.

Posteriormente, en el marco del *Plan de Desarrollo 2010-2014*, se plantean estrategias para la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez; allí se enuncia esta estrategia: “Mejorar la cobertura y calidad de la información, el DANE deberá avanzar en el registro oportuno de las estadísticas vitales” (DNP, 2011, p. 636). Así mismo, se presentan las políticas diferenciadas para la inclusión social y acciones generales para grupos étnicos, con el fin de promover la igualdad de oportunidades de acceso de esta población a los beneficios del desarrollo, con enfoque diferencial. En el subtítulo “Protección social”, plantea como acción la “definición de indicadores interculturales en los sistemas de información que permita el registro, caracterización y análisis de las condiciones de vida de los grupos étnicos” (DNP, 2011, p. 367).

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2018 (CNPV 2018), se obtuvieron hallazgos importantes frente a la omisión en zonas de difícil acceso por condiciones geográficas, seguridad o aspectos ambientales, en territorios geográficamente dispersos, donde principalmente habita población étnica (indígena, negra, afrocolombiana o afrodescendiente). El CNPV 2018, además de cumplir con la Constitución y la Ley, está orientado desde un enfoque diferencial étnico, en línea con la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el acceso a derechos y la focalización de política pública.

Por otro lado, se cuenta con el análisis realizado por UNFPA y DANE sobre los nacimientos étnicos en Colombia, con información del departamento de Chocó. Así, se presenta la comparación de los nacimientos de Estadísticas Vitales frente a la información de los dos últimos censos 2005 y 2018 (población que no ha cumplido 1 año de edad). En este sentido, se expresa: “En el departamento del Chocó, se evidencia una mejora en el registro, en donde para el 2005 el registro de nacimientos representaba un 66%

*de subcobertura de la población identificada en el censo, mientras que para 2018, esta relación cambió a 16%” (UNFPA & DANE, s.f., p. 2).*

En este orden de ideas, se evidencia que los niveles más altos de omisión en el reporte de nacimientos y defunciones se presentan principalmente en lugares donde no hay presencia del sector salud y territorios con grupos étnicos. Por lo anterior, se plantea la necesidad de diseñar y desarrollar un plan estratégico que permita apuntar a dos aspectos importantes: (i) omisión estadística, y (ii) omisión legal, en el reporte de la información de Estadísticas Vitales con población étnica, principalmente en zonas de alta dispersión y difícil acceso.

### **3.3. Estrategia de recolección/acopio de las Estadísticas Vitales de grupos étnicos**

El objetivo de la estrategia es disponer de información de nacimientos y defunciones ocurridas en territorios con grupos étnicos donde no hay presencia del sector salud, mediante la aplicación de los formatos de notificación para los nacimientos y las muertes de personas con alguna pertenencia étnica ubicados en territorios rurales (**Figura 2**).

Por tanto, el plan de recolección para la notificación de los nacimientos y las muertes en comunidades étnicas, ubicadas en territorios donde no hay presencia del Estado, está liderado por el equipo del DANE, responsable del procedimiento de implementación, captura e incorporación a las bases de nacimientos y defunciones del país. De este modo, el proceso inicia o se desarrolla desde las organizaciones comunitarias, las autoridades tradicionales étnicas o las/os parteras/as en territorios rurales, encargadas de realizar el proceso de diligenciamiento de los formatos de notificación para el reporte al DANE y la inscripción en

el Registro Civil; sin el apoyo y concurso de estas comunidades no sería posible la obtención de la información.

El método de recolección que se utiliza son los Formatos de notificación de nacimiento y muerte, y el registro para personas pertenecientes a grupos étnicos ubicados en territorios dispersos y de difícil acceso, mediante acuerdos con las autoridades y organizaciones étnicas; o según los registros realizados por parteras/os tradicionales o por las personas delegadas en cada territorio, según los acuerdos establecidos y debidamente formalizados. La técnica de recolección que se lleva a cabo es entrevista directa con la madre del recién nacido, posterior a la ocurrencia del hecho vital del nacimiento. Asimismo, se realizan actividades de seguimiento, análisis y evaluación del proceso operativo, metodológico y técnico de la estrategia, como también de la información recolectada con el fin de identificar aspectos para mejorar y fortalecer las Estadísticas Vitales de grupos étnicos.

Primero, se focalizan los territorios para la implementación de la estrategia. Posteriormente, y luego de sensibilizar a las autoridades tradicionales, a las organizaciones étnicas y a la comunidad, se formalizan acuerdos que definen la logística, las responsabilidades y las acciones por parte de los actores en el territorio y en el DANE. Luego, con el equipo definido —ya sean parteras/os tradicionales, autoridades étnicas, personal de las organizaciones o quienes se definen en los acuerdos— se distribuyen los formatos impresos y numerados por el DANE, se definen responsables del envío de la información a través de diferentes medios electrónicos, según la capacidad instalada en cada lugar, y se brinda el entrenamiento necesario.

De este modo, en conjunto, el DANE y la Registraduría Nacional del Estado Civil trabajan en la estrategia de grupos étnicos, en territorios de

difícil acceso y sin presencia del Estado, con el fin de sensibilizar y socializar la importancia del reporte y registro de los hechos vitales, los nacimientos y las defunciones de grupos étnicos en estos territorios. Es así como inicia el plan de la estrategia en el departamento de Chocó, dado que se identificó que allí se presentan asociaciones de partería, tales como REDIPAR Chocó y otras más.

En este orden de ideas, la Estrategia desarrollada entre el DANE y la Registraduría Nacional del Estado Civil inicia con la construcción de la herramienta de recolección con la temática étnica, mediante el diseño y la elaboración de los formatos para la notificación y el registro de los nacimientos y las muertes en población étnica. Es así como comienza a ser aplicado el Formato con las/os parteras/os tradicionales del departamento de Chocó.

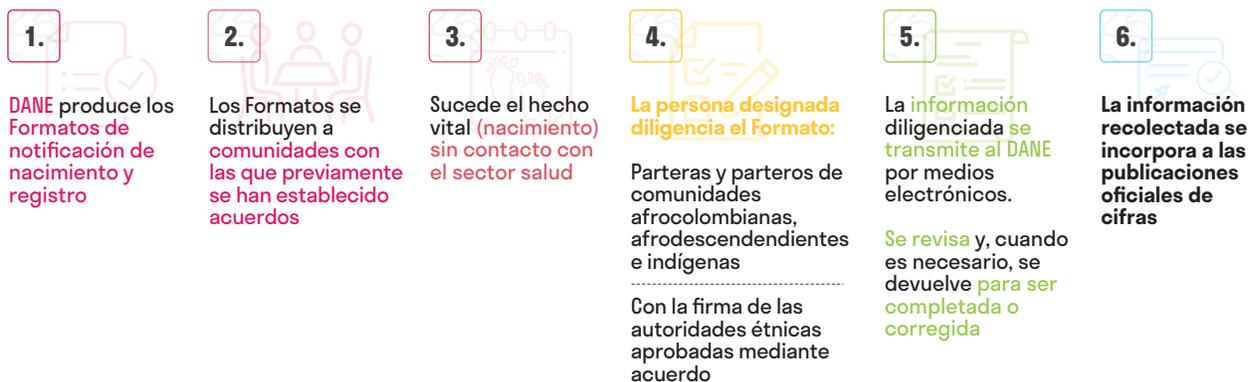
En el desarrollo de este plan de trabajo en campo, se observó que UNFPA venía desarrollando un proyecto de fortalecimiento de las competencias de parteras/os tradicionales, que tenía en cuenta el análisis de los nacimientos en el

Chocó. Respecto al lugar donde se atienden los partos indígenas, se enuncia:

*“Al analizar los nacimientos según el lugar en donde se atendió el parto, se evidencia una creciente participación en la atención de partos en domicilios, lo cual está directamente relacionado con la atención de partos por parteras tradicionales. De donde, desde el 2015 al 2017, en promedio el 94% de los partos fueron atendidos en instituciones de salud y el 5% en domicilios. Sin embargo, para 2018 y 2019 ese promedio cambió a 73% para instituciones de Salud y 26% en domicilios”. (UNFPA & DANE, s.f., p. 3)*

Asimismo, de acuerdo con el cronograma de la estrategia, se continúa desarrollando este plan de trabajo en diferentes departamentos del país, como en el Magdalena, en la Sierra Nevada de Santa Marta, con el pueblo Kankuamo. Igualmente, se iniciaron procesos con el resguardo del pueblo Sikuani en Vichada y los pueblo Koguis y Wiwas; y se ha venido avanzado en Amazonas y Valle del Cauca (Buenaventura), entre otros territorios.

**Figura 2.** Recolección de información sobre hechos vitales en grupos étnicos



Fuente: DANE, Metodología General de las Estadísticas Vitales, 2022

### 3.4. Avances y perspectivas de la Estrategia

De acuerdo con la *Circular Única de Registro Civil e Identificación*, versión 6, expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) en octubre de 2021, en el numeral 3.4.6, “Formatos expedidos por parteras y parteros autorizados”, se menciona:

*“Las parteras y parteros que hayan sido autorizados mediante acto administrativo proferido por la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Nacional de Estadística (DANE) mediante la Resolución 3676 de 2021, podrán certificar los nacimientos que atiendan utilizando el formato de notificación de nacimiento expedido por el DANE, para personas pertenecientes a grupos étnicos”.* (Registraduría Nacional del Servicio Civil, 2022, p. 47)

En este sentido, las/os parteras/os tradicionales no sólo atienden, sino que pueden notificar el hecho vital del nacimiento. Por otro lado, la Circular Única establece que en los territorios de difícil acceso y sin presencia del Estado, donde hay asentamientos indígenas y exista una autoridad indígena elegida en el cabildo o comunidad indígena, será la persona autorizada quien diligencie el documento antecedente para la inscripción del nacimiento, denominado “Autorización indígena”, con la información correcta y fidedigna, la cual tendrá responsabilidad legal. Esta autorización indígena sólo será diligenciada para nacimientos ocurridos en el cabildo o la comunidad indígena e implica que la madre o el padre también pertenezcan a dicha comunidad.

En línea con lo anterior, en la actualidad los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales son certificados en la plataforma RUAF-ND. En contraste, en los lugares altamente dispersos y de difícil acceso, donde no hay presencia del sector salud, son reportados mediante el Formato de

notificación de nacimiento, diligenciado por las/os parteras/os tradicionales autorizadas.

En el corto y mediano plazo, la meta es continuar aunando esfuerzos mediante el desarrollo de proyectos para la implementación, análisis y evaluación de la estrategia de grupos étnicos. Lo anterior con el fin de avanzar en el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales en todo el territorio nacional, a través de mecanismos que contribuyan a mejorar la cobertura, calidad y oportunidad, principalmente en lugares dispersos y con población étnica. Esto permite brindar información estadística, insumo fundamental para las políticas públicas con enfoque diferencial.



**4.**

**Aporte de  
la partería  
tradicional en  
los nacimientos  
según las  
Estadísticas  
Vitales**

## 4.1. Contexto de la pandemia por COVID-19

La pandemia constituyó una crisis sanitaria con alto impacto socioeconómico y en la salud pública a nivel global y nacional, especialmente en la Salud Sexual y Reproductiva de la población (Correa & Huamán, 2020). Este impacto se observó de diferentes maneras: por un lado, el COVID-19 tuvo efectos directos en las gestantes, dados los mayores riesgos en su salud por la enfermedad. Esto justificó la priorización de las gestantes en las acciones de vacunación masiva adelantadas por el Gobierno nacional.

Por otro lado, la pandemia tuvo efectos indirectos principalmente asociados con la agudización de las barreras de acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio y, en general, a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, barreras históricas que afectan a las poblaciones dejadas atrás. Múltiples factores redujeron significativamente el acceso a servicios de salud, principalmente en las poblaciones y contextos con mayor vulnerabilidad: las medidas de contención, mitigación o supresión que llevaron al confinamiento y las restricciones de movilidad; la derivación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y la desviación del personal de salud hacia la respuesta al COVID-19; el temor de la población a acudir a los servicios de salud y los propios impactos socioeconómicos derivados de la pandemia.

Los comportamientos estadísticos en 2020 y 2021, observados en los siguientes análisis, incluyen el incremento de las atenciones registradas

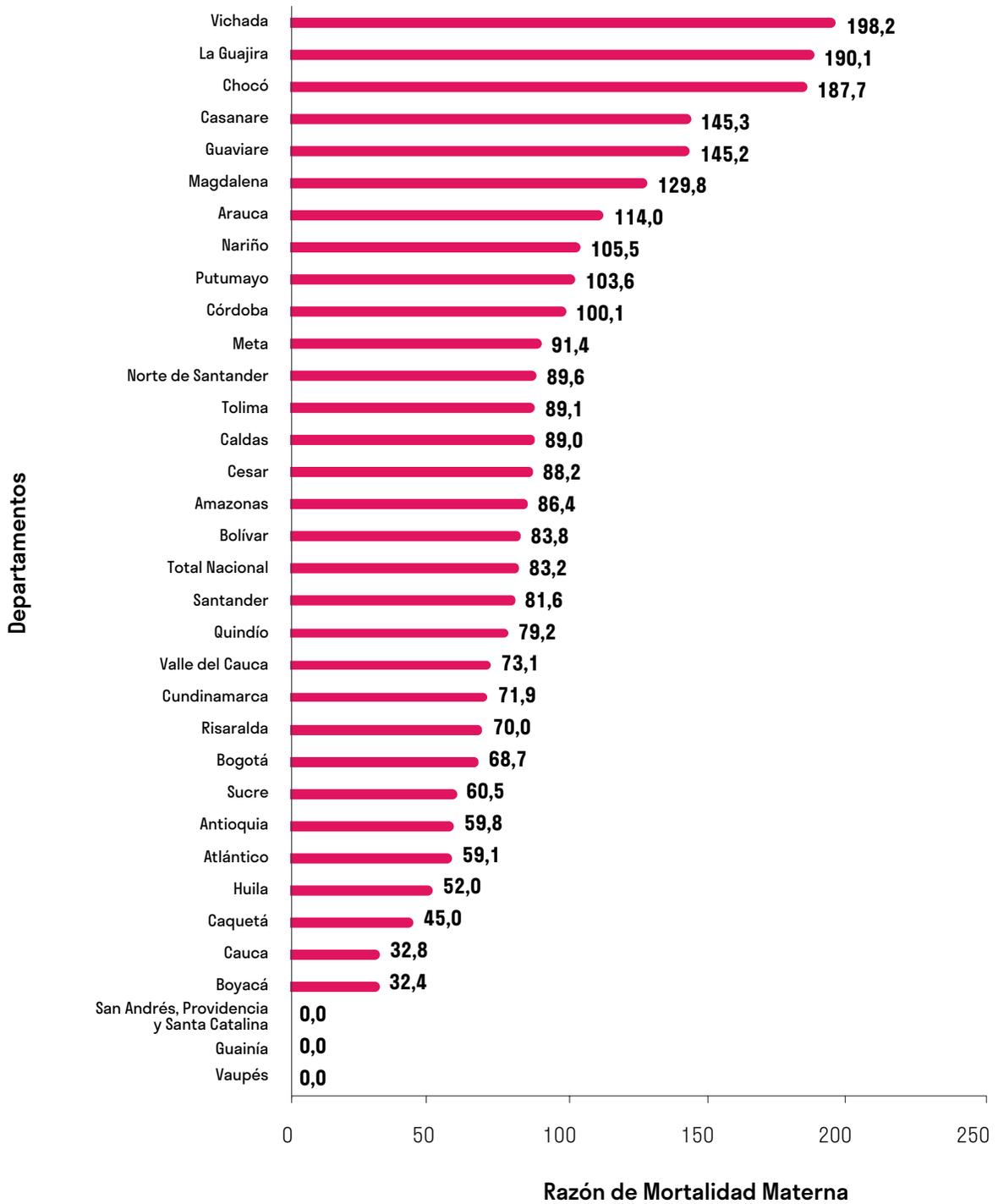
por parteras/os tradicionales en varios de los departamentos y municipios del país; por ello, deben interpretarse a la luz de este contexto de crisis, y deben subrayar, a su vez, el rol preponderante de la partería tradicional en las comunidades que enfrentaron las mayores barreras durante este periodo.

## 4.2. Salud Sexual y Reproductiva y la Agenda 2030

Dentro del documento de política pública CONPES 3918 de 2018 se estableció una batería de indicadores nacionales, algunos relacionados con la importancia del rol de la partería tradicional para las niñas y las mujeres. A continuación, se presentan los principales indicadores ODS con los resultados de las Estadísticas Vitales para 2020 y 2021, años en los que se da la pandemia por COVID-19 y que reflejan los impactos socioeconómicos y de salud pública por esta crisis sanitaria.

De acuerdo con la **Gráfica 1**, durante el 2021 el departamento de Vichada fue el que presentó la mayor Razón de Mortalidad Materna (RMM): 198,2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La Guajira y Chocó obtuvieron el segundo y el tercer lugar con la RMM más alta, con valores de 190,1 y 187,7, respectivamente. Igualmente, se evidencia que 8 de los 32 departamentos tuvieron resultados superiores a 100. Así mismo, se observa que 16 de los 32 departamentos presentaron razones de mortalidad materna inferiores al dato observado en el total nacional, con Guainia, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina como los que presentaron los menores valores (0,0).

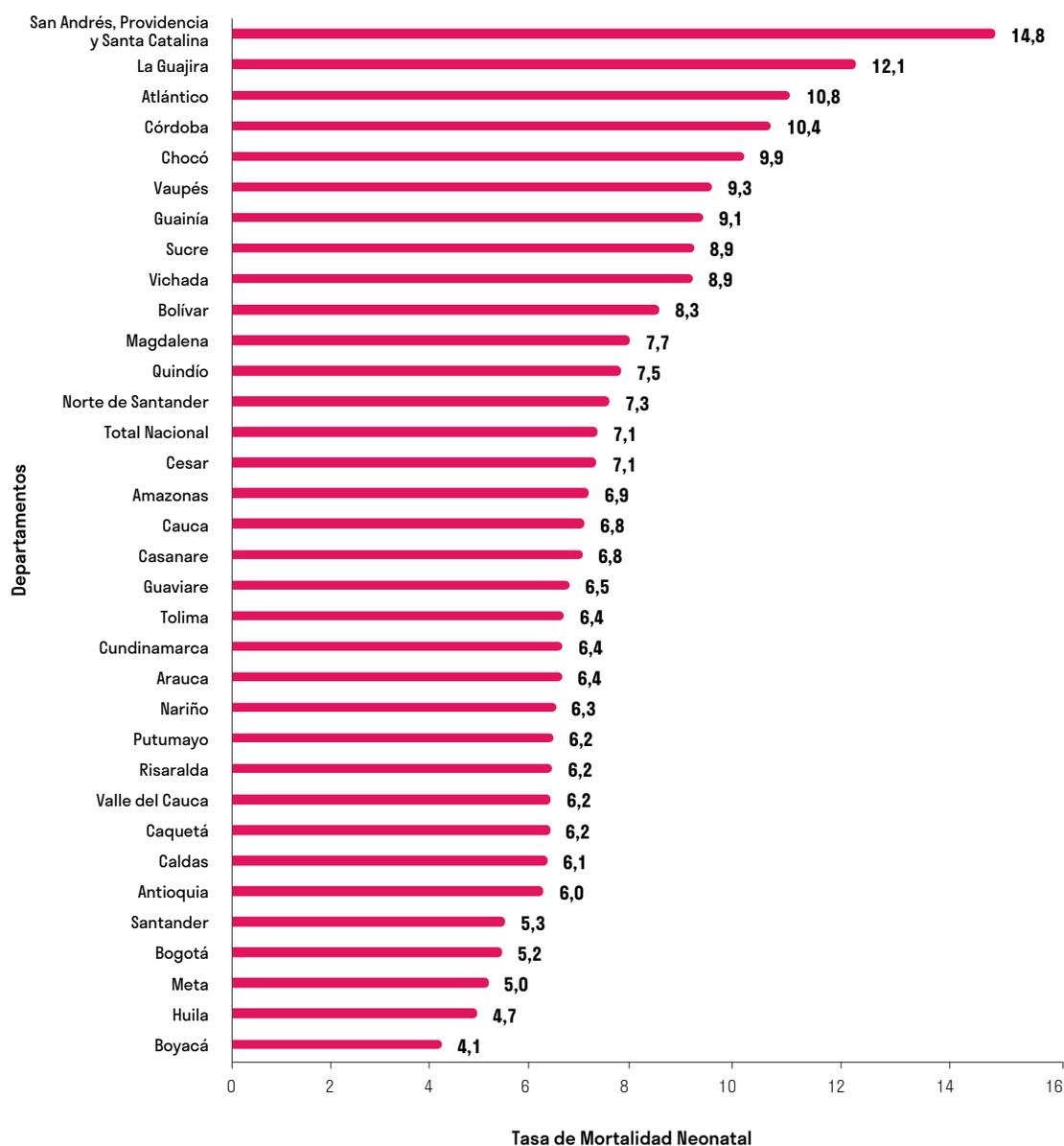
**Gráfica 1.** Indicador ODS 3.1.1.G (CONPES 3918): Razón de mortalidad materna, departamental y nacional, 2021



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales (EEVV)

Ahora bien, sobre el indicador 3.2.1.G: Tasa de mortalidad neonatal, se evidencia que el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina tiene la tasa más alta: por cada mil nacidos vivos murieron 14,8 niñas/os. Adicionalmente, se observa que cuatro departamentos tienen tasas de dos dígitos (San Andrés, Providencia y Santa Catalina, La Guajira, Atlántico y Córdoba), mientras que los departamentos restantes tienen tasas de un dígito, con Boyacá como el departamento que presenta la menor tasa (4,1) **(Gráfica 2)**.

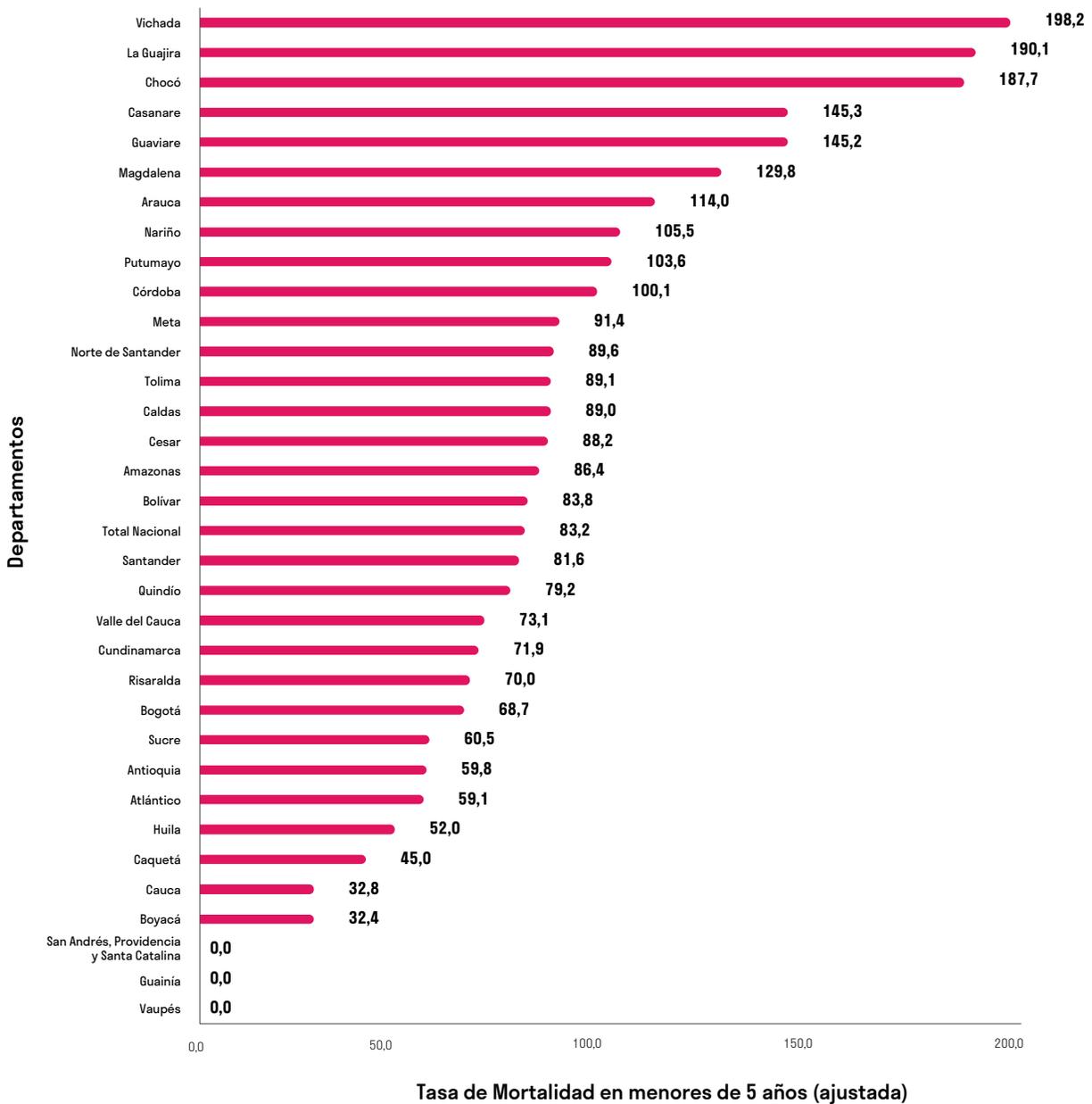
**Gráfica 2.** Indicador ODS 3.2.1.G (CONPES 3918): Tasa de mortalidad neonatal, departamental y nacional, 2021



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales (EEVV). Cifras ajustadas por Proyecciones de Población con base en el CNPV, 2018

Para el 2020, Vichada y Vaupés tuvieron las mayores tasas de mortalidad infantil en menores de 1 año, y de mortalidad en menores de 5 años. Por ejemplo, Vichada presentó resultados de 84,0 y 58,4 en la tasa de mortalidad en menores de 5 años y en la tasa de mortalidad infantil, respectivamente. Por su parte, para ambos indicadores, Atlántico fue el departamento que evidenció las menores tasas (12,4 y 12,1, respectivamente) (Gráficas 3-4).

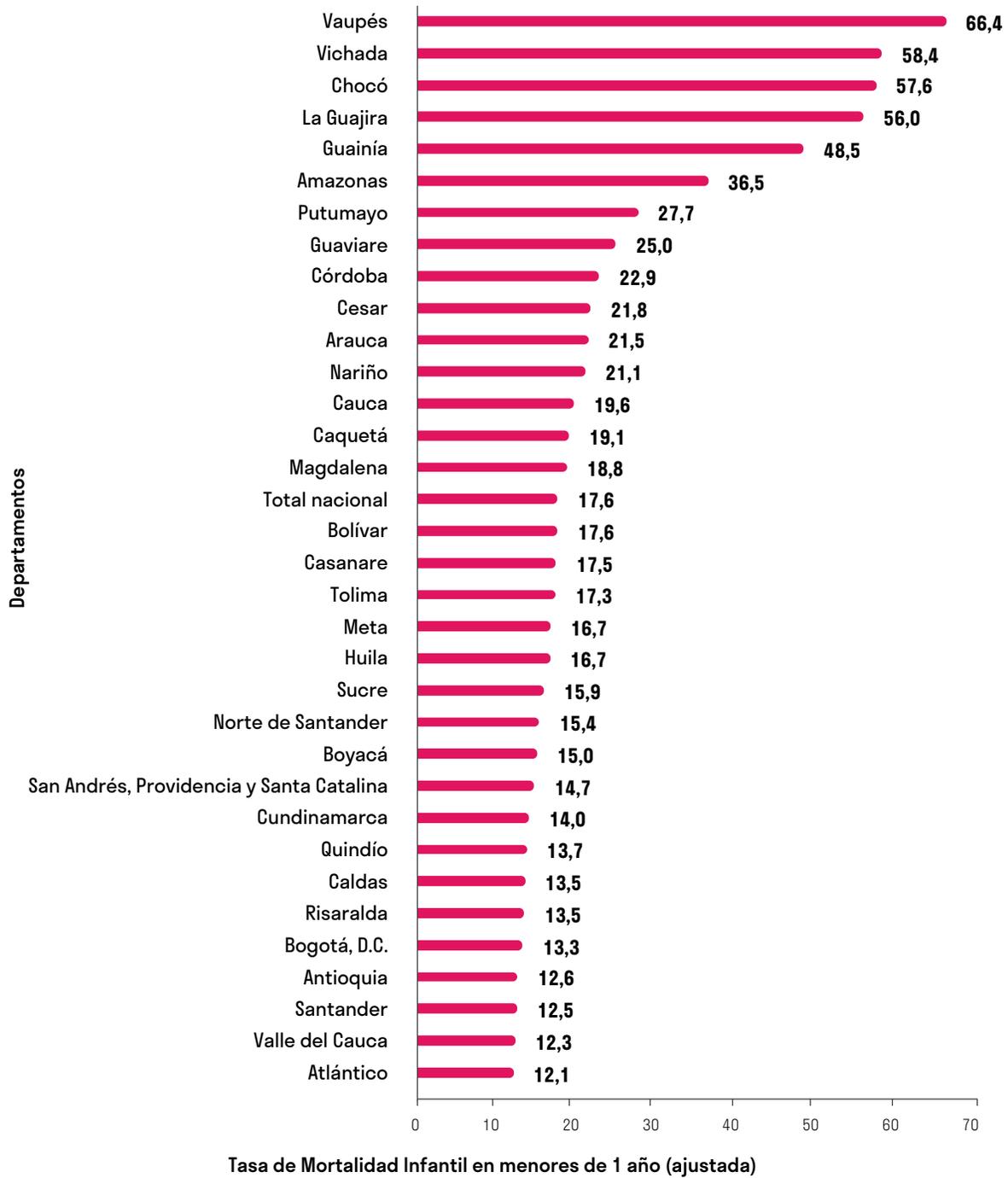
**Gráfica 3.** Indicador ODS 3.2.2.G (CONPES 3918): Tasa de mortalidad en menores de 5 años ajustada, departamental y nacional, 2020



**Fuente:** DANE, Estadísticas Vitales (EEVV). Cifras ajustadas por Proyecciones de Población con base en el CNPV, 2018

**Nota:** este indicador está ajustado por cobertura tomando como referencia los datos de obtenidos en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

**Gráfica 4.** Indicador Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año ajustada, departamental y nacional, 2020



**Fuente:** DANE, Estadísticas Vitales (EEVV)

**Nota:** este indicador está ajustado por cobertura tomando como referencia los datos de obtenidos en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

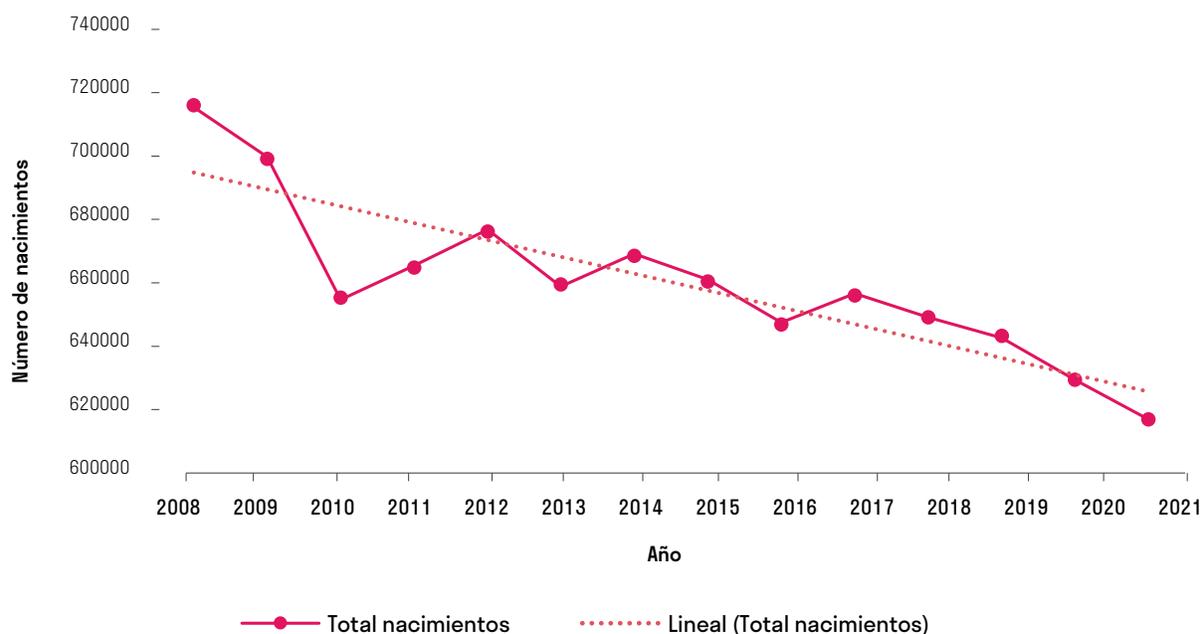
Estos niveles elevados de las tasas de mortalidad materna, infantil y neonatal en 2021 pueden estar asociados a la agudización de las barreras de acceso a servicios de SSR que afectaron a toda la población, pero principalmente a las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres de las poblaciones más vulnerables: grupos étnicos, con discapacidad, LGBTIQ, migrantes, en condiciones de pobreza, en zonas rurales, en contextos de conflicto armado o de desastre natural.

### 4.3. Comportamiento de los nacimientos en Colombia según las Estadísticas Vitales

En los últimos años, Colombia ha presentado una tendencia a la baja en el número de nacimientos: el país pasó de 715.453 nacimientos en 2008 a 619.914 nacimientos en 2021, lo que representa una caída de 13,8% (Gráfica 5).

Este comportamiento se asocia con los patrones de descenso en la fecundidad alrededor del mundo hacia una segunda transición demográfica (Klemp & Weisdorf, 2018). Sin embargo, los nacimientos no han presentado un comportamiento homogéneo: se observan caídas del número de nacidos vivos en 2010, 2013, 2016, y la más reciente sucedió en la pandemia de COVID-19; por su parte, los incrementos estuvieron reflejados en 2012, 2014 y 2017.

**Gráfica 5.** Evolución de los nacimientos en Colombia, 2008-2021

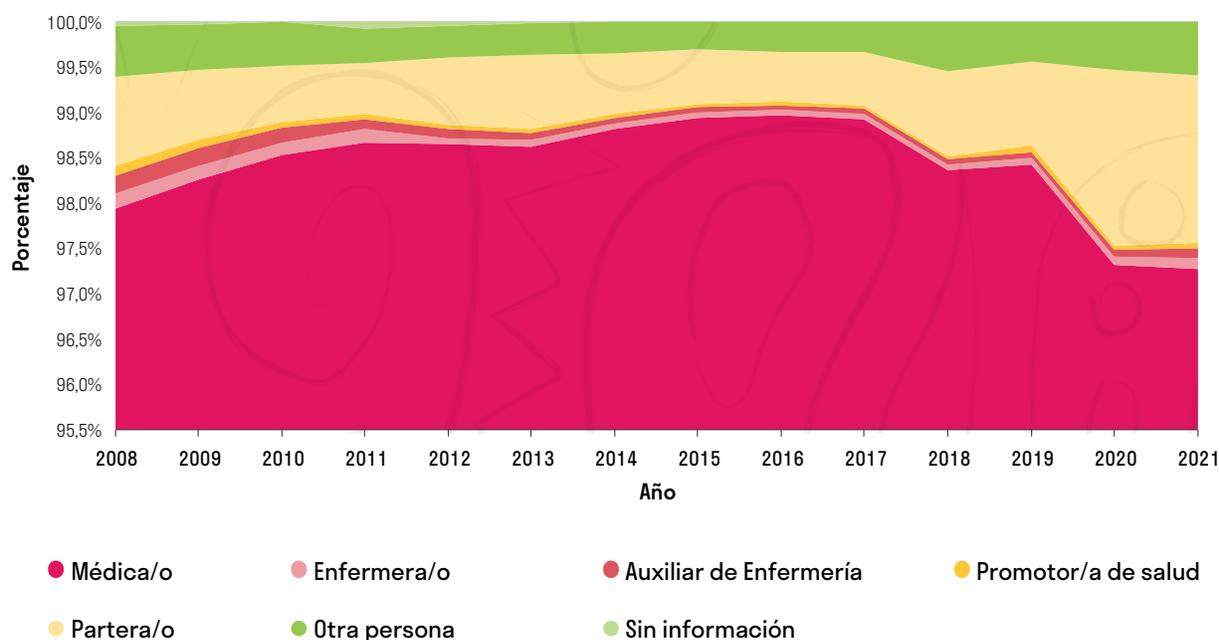


**Fuente:** Elaboración propia con base DANE, Estadísticas Vitales, 2022

Cuando se desagrega la información de los nacimientos por persona que atendió el parto, entre 2011 y 2017 aumentó el número de nacimientos atendidos por médicas/os y disminuyó la atención por parte de enfermeras/os, auxiliares de enfermería y promotores de salud. A partir de 2018 se observa un incremento del porcentaje de partos

atendidos por parteras/os tradicionales, asociado al *Decreto 356 de 2017* y la *Resolución 3676 de 2021*, que reglamentan la certificación del hecho vital y el registro del nacimiento, así como el rol que cumplieron las/os parteras/os tradicionales en el apoyo y cuidado de sus poblaciones durante la pandemia entre 2020-2021 (**Gráfica 6**).

**Gráfica 6.** Proporción de nacimientos según la persona que atendió el parto en Colombia, 2008-2021



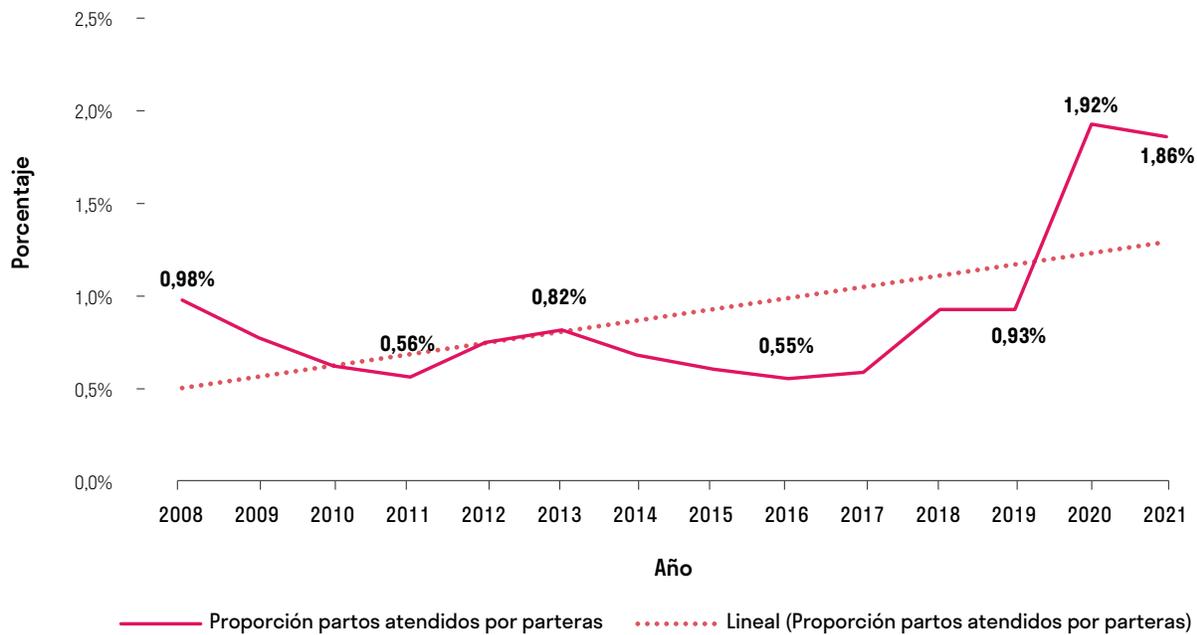
Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

#### 4.4. La partería tradicional en Colombia desde las Estadísticas Vitales

La partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales ha cobrado relevancia desde 2017 con tendencia creciente: durante 2020 y 2021 hubo una mayor proporción de partos atendidos por parteras/os tradicionales, con 1,92% y 1,86%, respectivamente. Es decir, del total de

partos atendidos en 2020 (629.402 nacidos vivos), 12.111 fueron atendidos por parteras/os tradicionales del territorio nacional; mientras que para 2021, de los 616.914 nacimientos, un total de 11.449 correspondían a personas atendidas por parteras/os tradicionales. Esta situación pone en evidencia el rol que cumplió la partería tradicional en la atención del nacimiento y el acompañamiento a la gestante y recién nacido durante el periodo de pandemia, como se observa en la siguiente gráfica.

**Gráfica 7.** Evolución de los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales en Colombia, 2008-2021

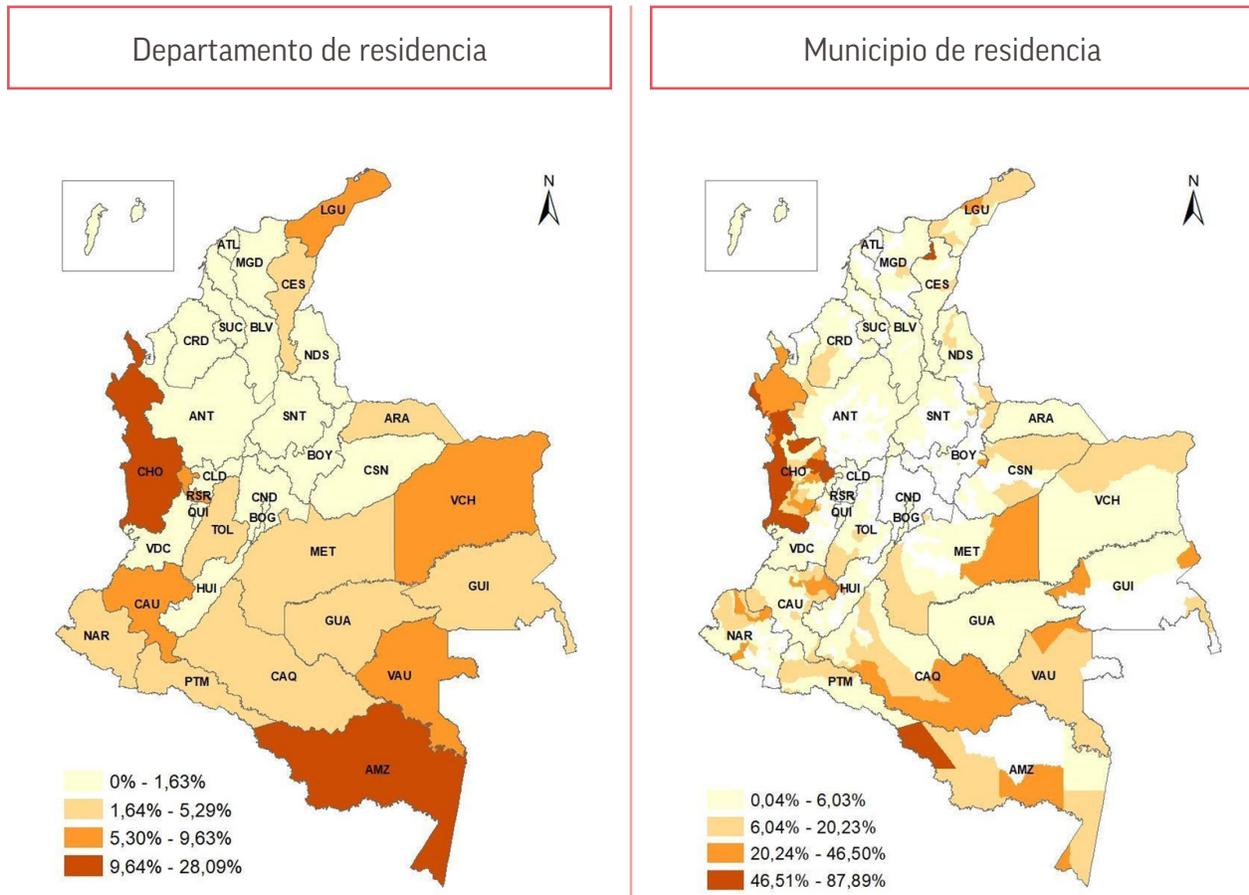


**Fuente:** Elaboración propia con base en DANE, 2022

En la **Gráfica 8** se observa una mayor práctica de la partería tradicional en el sur del país; con algunos departamentos del norte como La Guajira y Cesar; en el occidente, Chocó y Risaralda; y al oriente, Arauca y Vichada. Con desagregación municipal, Chocó presenta más casos de atención por parteras/os tradicionales. Para ser más específicos, los departamentos con mayor proporción de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales según lugar de residencia de la madre para 2021 fueron Chocó con 28,09%, Amazonas con 18,31% y Cauca con 9,63%. A nivel municipal, los municipios con mayor porcentaje de atención por parteras/os tradicionales fueron Bagadó (87,89%), Alto Baudó (83,19%) y el Litoral de San Juan (79,12%), pertenecientes al departamento de Chocó.



**Gráfica 8.** Proporción de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales por municipio y departamento de residencia de la madre, 2021



**Nota:** Mapa que muestra la proporción de partos atendidos por parteras tradicionales (2021). Abreviaciones: AMZ: Amazonas; ANT: Antioquia; ARA: Arauca; ATL: Atlántico; BOG: Bogotá; BLV: Bolívar; BOY: Boyacá; CLD: Caldas; CAQ: Caquetá; CSN: Casanare; CAU: Cauca; CES: Cesar; CHO: Chocó; CRD: Córdoba; CND: Cundinamarca; GUI: Guainía; GUA: Guaviare; HUI: Huila; LGU: La Guajira; MGD: Magdalena; MET: Meta; NAR: Nariño; NDS: Norte de Santander; PTM: Putumayo; QUI: Quindío; RSR: Risaralda; SNT: Santander; SUC: Sucre; TOL: Tolima; VDC: Valle del Cauca; VAU: Vaupés; VCH: Vichada.

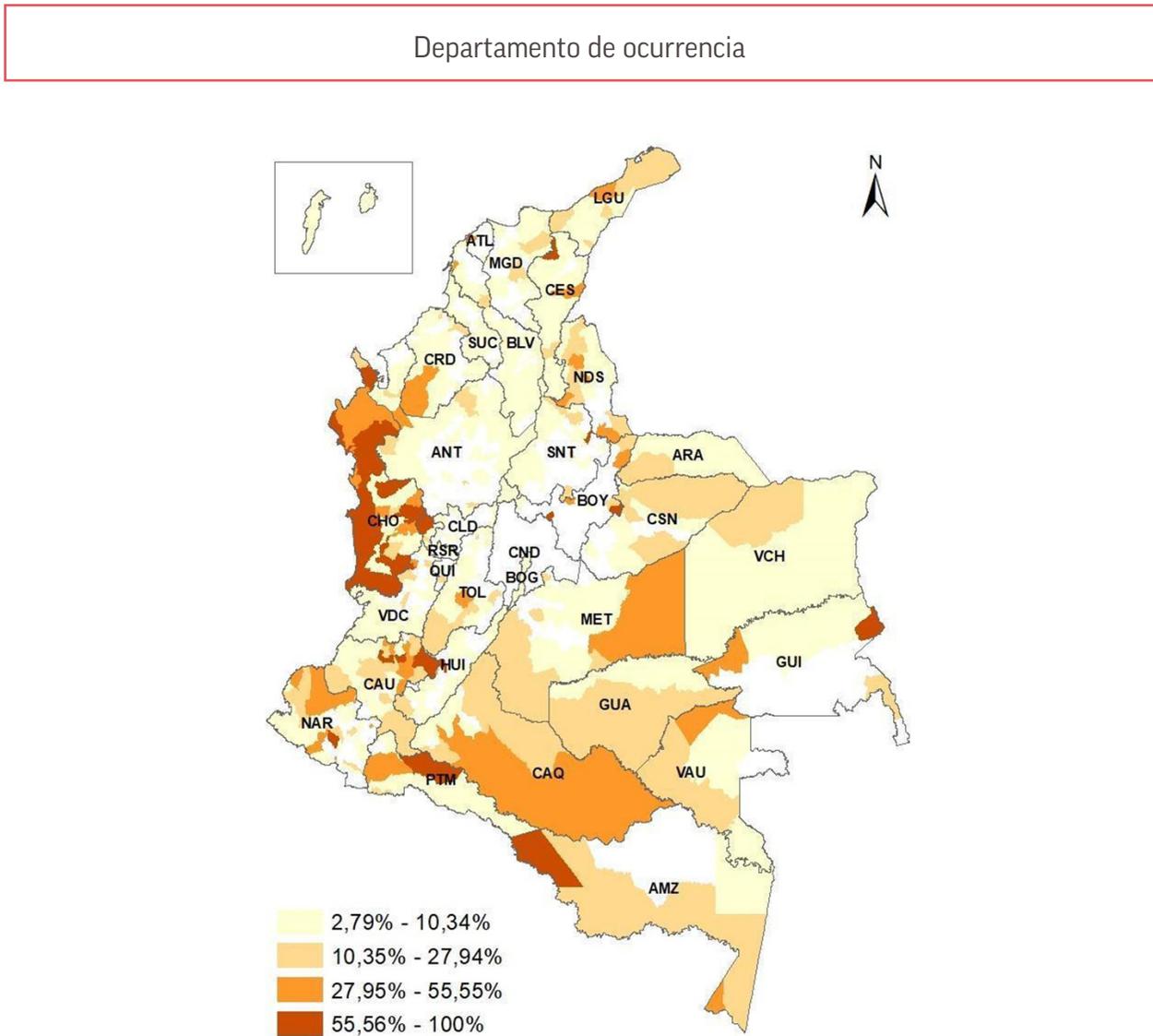
**Fuente:** Elaboración propia con base en DANE, 2021

En el análisis del municipio de ocurrencia, se observa que existen municipios como Medio Atrato en Chocó, Paya en Boyacá y Santa Bárbara en Santander donde el 100% de los nacimientos fueron atendidos por parteras/os tradicionales. Esto deja ver dos situaciones: la primera asociada a la importancia que tiene la partería tradicional y los saberes ancestrales en el territorio (Or-

dinola Ramírez et al., 2019); la segunda, a la falta de acceso a centros de salud y hospitales en la región. Este fenómeno fue intensificado por la época de confinamiento por COVID-19, pues los sistemas de salud estaban saturados y las/os parteras/os tradicionales cumplieron un papel fundamental en el acompañamiento al parto y puerperio (**Grafica 9**).

Adicionalmente, se observa que el porcentaje de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales se encuentra distribuido a lo largo de todo el país. En el norte se encuentran Manaure (36,82%) y Albania (23,22%); en el sur, Puerto Alegre (62,5%) y Puerto Nariño (47,97%); al occidente, Medio Atrato (100%), Bagadó (93,58%) y Juradó (91,94%); y al oriente, Chacagual (63,64%) y Mapiripana (50%).

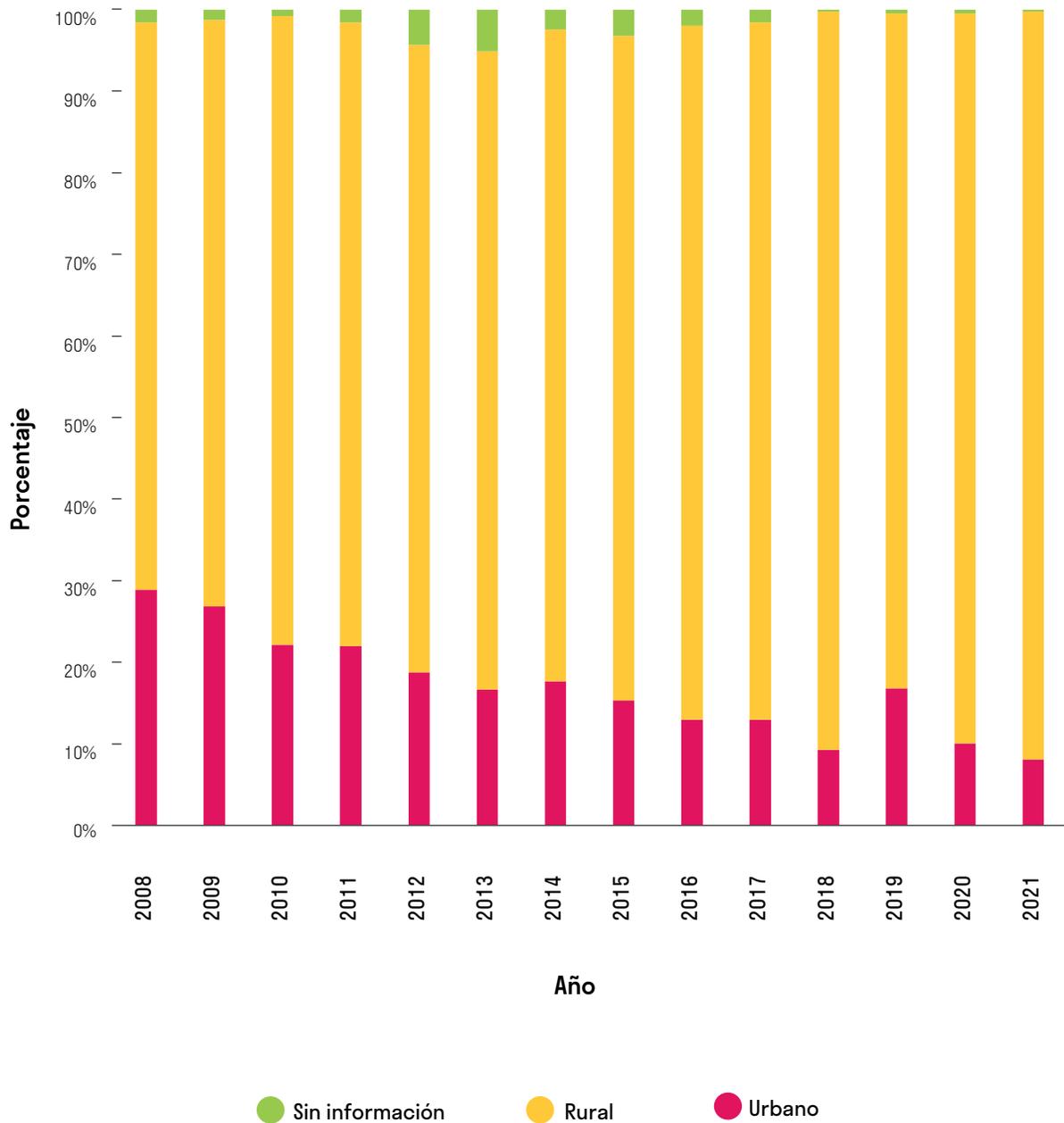
**Gráfica 9.** Proporción de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales por municipio y departamento de ocurrencia del hecho vital, 2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2021

Con el fin de evaluar la evolución de la partería tradicional según área de ocurrencia del nacimiento, se encuentra que desde el 2008 la proporción de partos atendidos por parteras/os tradicionales en el área urbana ha disminuido, situándose en áreas rurales del territorio nacional (**Gráfica 10**).

**Gráfica 10.** Porcentaje de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales según área de residencia de la madre, 2008-2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

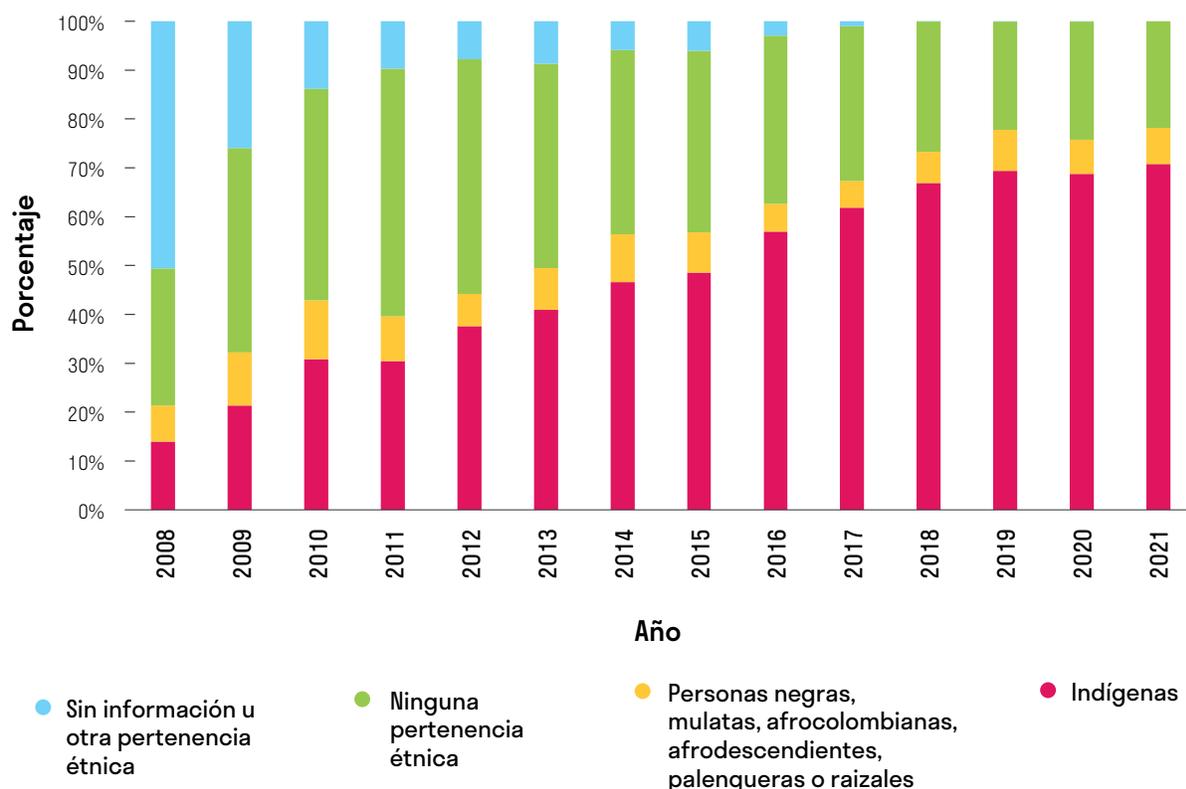
## 4.5. Atención al parto según reconocimiento étnico

En Colombia y otros países de América Latina, los grupos étnicos reconocen la labor de la partería tradicional no como un oficio, sino como un hecho vital que trasciende del parto a un fenómeno social y cultural, adquiriendo costumbres y actividades en torno al nacimiento (Rodríguez Venegas & Duarte Hidalgo, 2020). Del total de partos atendidos por parteras/os tradicionales en 2021, el 70,8% fueron gestan-

tes que se autorreconocieron como indígenas y el 7,38% como población negra, mulata, afrocolombiana, afrodescendiente, palenquera o raizal. Es decir, aproximadamente el 79% de los nacidos vivos atendidos por parteras/os tradicionales pertenecían a alguna etnia.

Adicionalmente, entre 2008 y 2021 se ha mejorado la recolección de información de pertenencia étnica del recién nacido, disminuyendo el porcentaje de partos atendidos sin información en 100%. Entre 2019 y 2021 se han estabilizado las cifras de atención a población étnica.

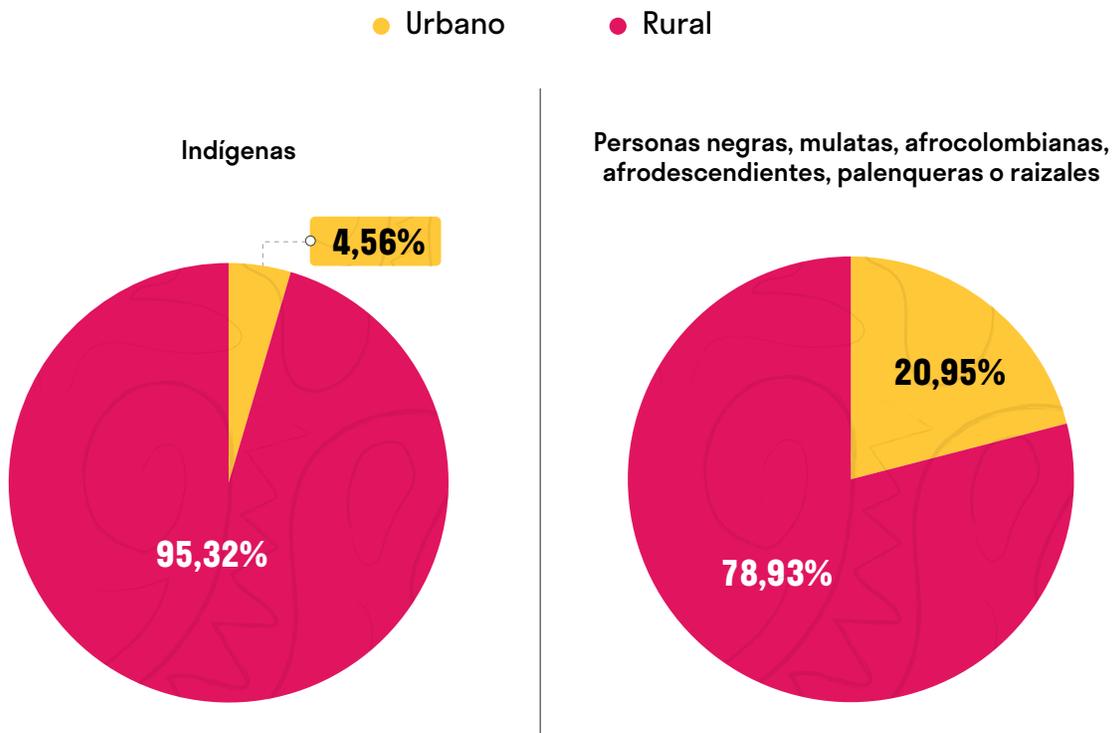
**Gráfica 11.** Porcentaje de partos atendidos por parteras/os tradicionales según pertenencia étnica del recién nacido, 2008-2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

Según el área de residencia, es importante resaltar que se observan diferencias entre la población con pertenencia étnica indígena y la afrodescendiente. Por un lado, la población indígena atendida por parteras/os corresponde a un 95,32% residente en área rural, mientras que la población afro en zonas rurales presentaba 78,93%, un 16,4% menos que en los indígenas.

**Gráfica 12.** Porcentaje de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales según área de residencia de la madre y pertenencia étnica, 2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

#### 4.6. Proyecto Partera Vital y la incidencia en las Estadísticas Vitales

El proyecto *Partera Vital*<sup>14</sup> surgió con el fin de reducir las brechas de acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva, registro y estadísticas vitales históricamente presentes en regiones como el Pacífico colombiano,

mediante el desarrollo y fortalecimiento de rutas de referencia entre las/os parteras/os tradicionales y las instituciones de salud y registro civil.

Este proyecto cuenta con dos fases: la primera comenzó en mayo de 2020, durante el periodo de confinamiento por la pandemia por COVID-19, y terminó en diciembre del mismo año, con participación en 30 municipios del departamento de Chocó.

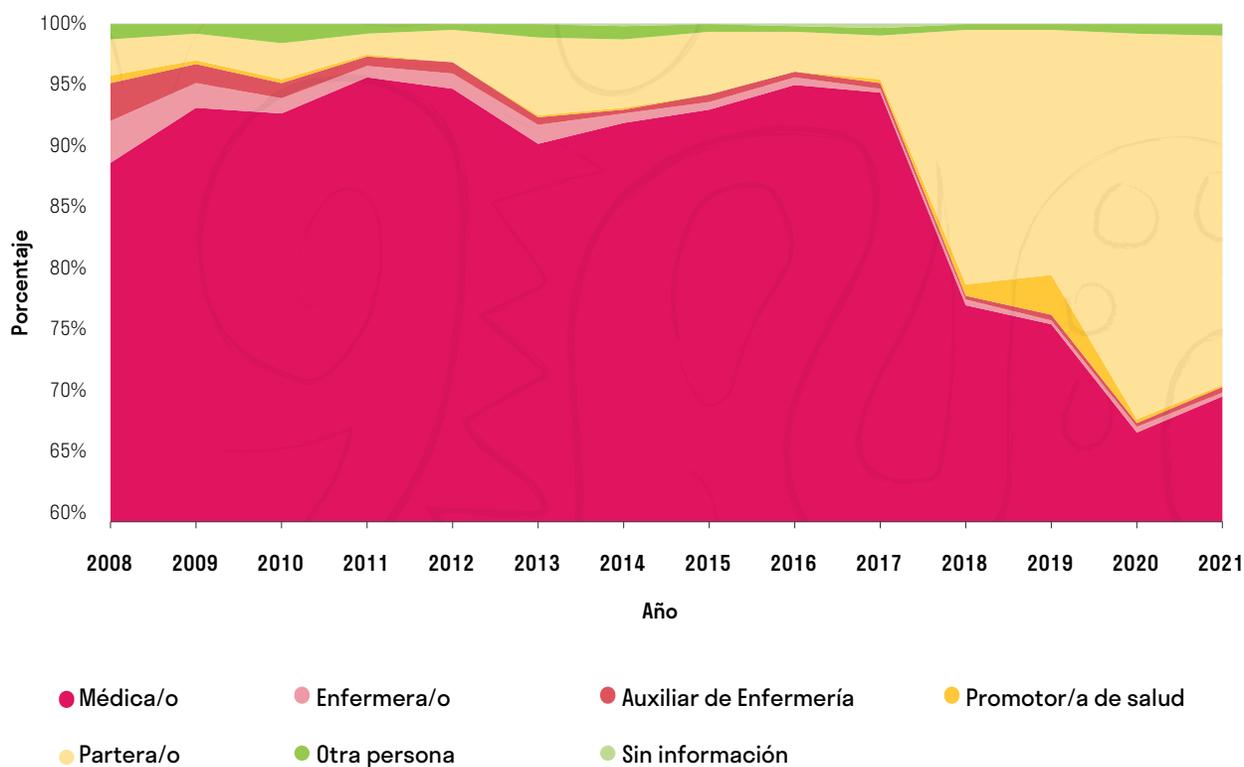
14. Para mayor información, consulte esta página web: <https://lac.unfpa.org/es/news/partera-vital-un-proyecto-pionero-que-articula-la-sabidur%C3%ADa-ancestral-con-los-servicios-de>

En esta fase se logró avanzar en la caracterización y georreferenciación de las/os parteras/os tradicionales en el territorio, para el registro del hecho vital. Con liderazgo del DANE se creó la Resolución 3676 de 2021, que permitió el registro de nacimientos por parte de las/os parteras/os tradicionales de ASOREDIPARCHOCÓ, al hacer uso del formato para personas pertenecientes a grupos étnicos. La segunda fase del proyecto comenzó a principios del 2022 y construyó espacios de diálogo con autoridades nacionales y locales para el reconocimiento del papel de la partería tradicional.

Igualmente, se introdujo a Buenaventura en los territorios con participación del proyecto.

En las **Gráficas 13 - 14** se analiza la contribución del proyecto Partera Vital en el registro de nacimientos según las estadísticas del país. El Chocó, como área de incidencia del proyecto en sus dos fases, muestra un incremento en los registros de atención por parteras/os tradicionales desde el año 2017, con una mayor proporción en 2020.

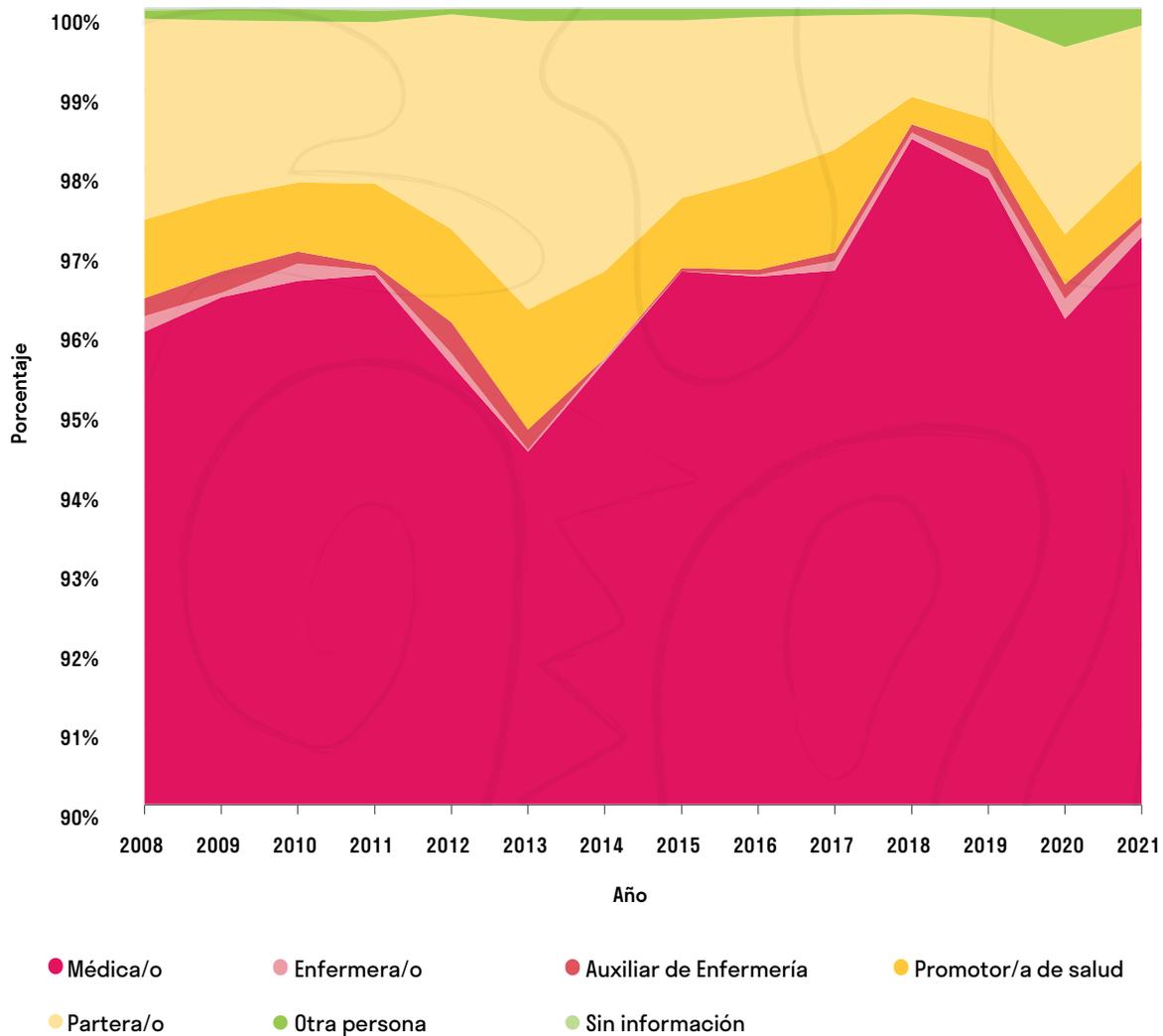
**Gráfica 13.** Porcentaje de nacimientos según persona que atendió el parto en el Chocó, 2008-2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

En comparación con el Chocó, en Buenaventura el proyecto comenzó sus actividades en el 2022, por lo que no se observa una contribución precisa. Sin embargo, se ha presentado un incremento del registro de partos atendidos por parteras/os tradicionales desde 2019.

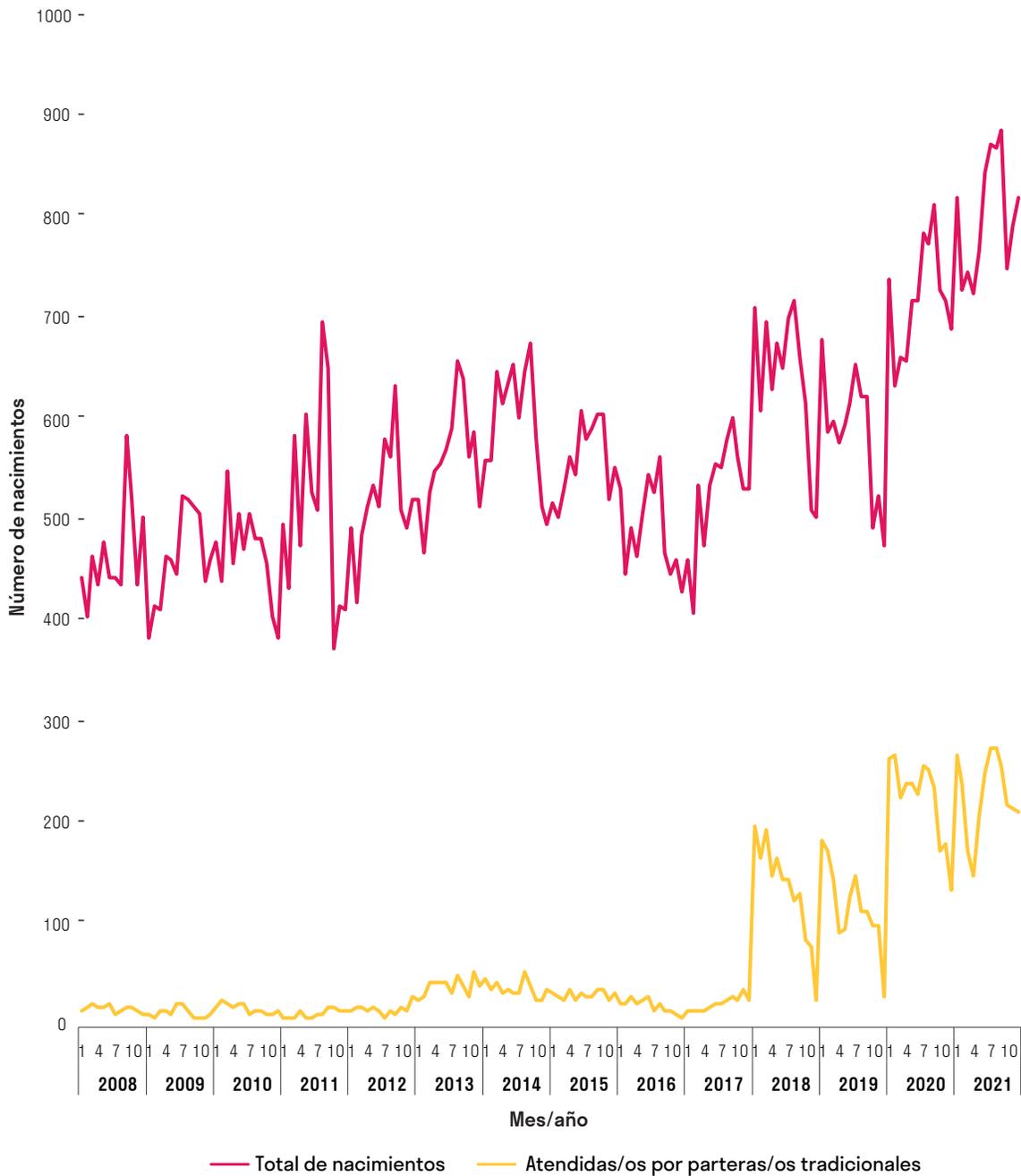
**Gráfica 14.** Porcentajes de nacimientos según persona que atendió el parto en Buenaventura, 2008-2021



Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

Si se desagrega por mes, se observa que entre 2008 y 2017 los partos atendidos por parteras/os tradicionales no presentaban el mismo comportamiento que los nacimientos a nivel departamental. Entre 2018 y 2019 se comienzan a visualizar patrones de comportamiento similares al total, pero fue hasta finales de 2020 y comienzos de 2021 cuando se observaron semejanzas en los patrones de nacimientos.

**Gráfica 15.** Comportamiento de los nacimientos en Chocó según atención por parteras/os tradicionales y general por mes, 2008-2021

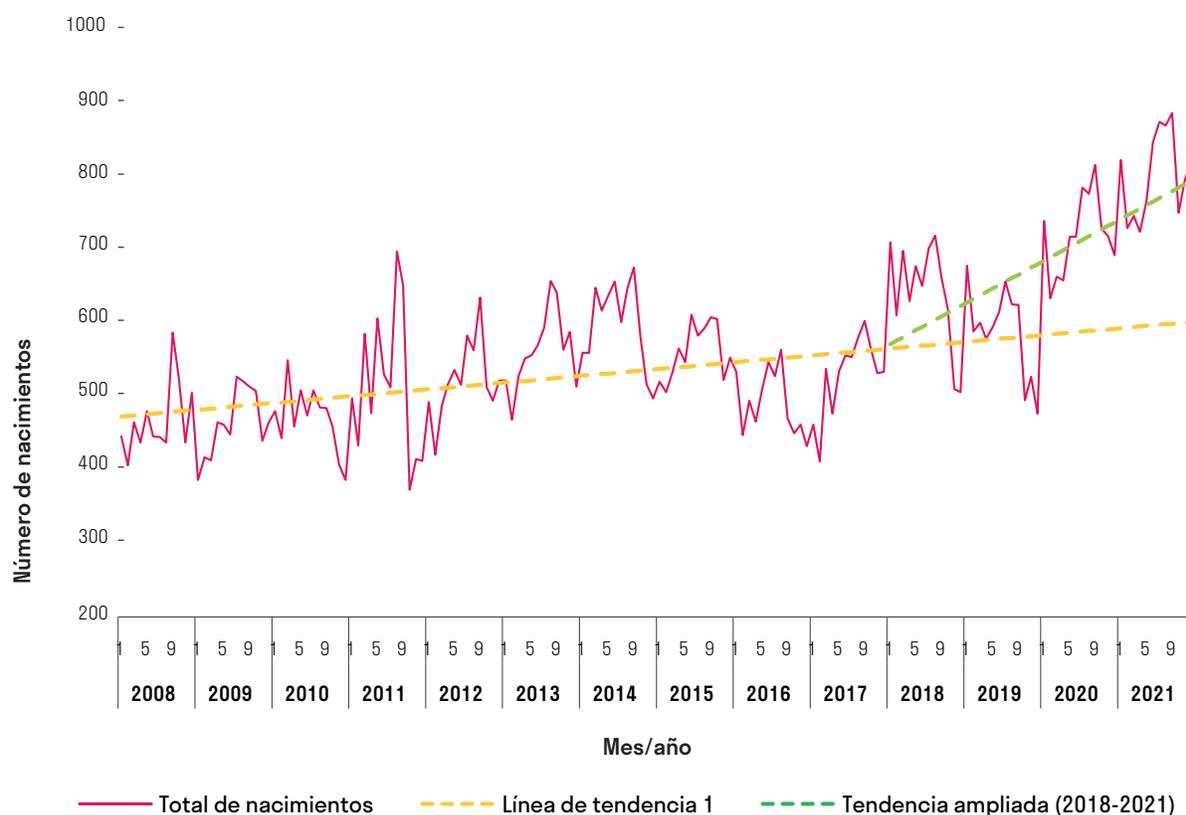


Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

De igual forma, se observa en la **Gráfica 16** un incremento de cobertura en las Estadísticas Vitales de Chocó del 17% entre 2018 y 2021<sup>15</sup>. Para realizar este cálculo, se utilizó la diferencia porcentual entre la línea de tendencia obtenida

a partir de un escenario en el que el comportamiento del registro de los nacimientos es similar al reportado hasta 2017 (línea de tendencia 1 - línea amarilla), y la línea de tendencia ampliada entre 2018-2021 (línea punteada verde).

**Gráfica 16.** Análisis de la cobertura de las EEVV en Chocó por mes, 2008-2021



**Fuente:** Elaboración propia con base en DANE, 2022

En la **Tabla 1** se relacionan los estadísticos descriptivos correspondientes a la atención realizada por parteras/os tradicionales en el Chocó. En primer lugar, se exponen las características del recién nacido, tales como el sexo y la pertenencia étnica. Para estas dos variables, el comportamiento cambia entre 2008 y 2021: mien-

tras que el sexo femenino fue el predominante en los nacimientos de 2008, en 2021 fue el sexo masculino. Además, la pertenencia étnica con mayor porcentaje en 2008 fue la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, en tanto que para 2021 fue la población indígena la predominante.

15. El aumento de cobertura implica un trabajo articulado con DANE, asociaciones de partería, Registraduría Nacional y UNFPA. Entre 2018 y 2019 se realizaron los primeros acercamientos entre las tres primeras organizaciones, luego en 2020 y 2021 el efecto corresponde al proyecto Partera Vital.

En las características del parto se presentan dos variables: la primera, asociada al tipo de parto y la segunda, al sitio de parto. En estas variables, la mayor proporción de partos atendidos por parteras/os tradicionales en Chocó fue en el domicilio con tipo

de parto espontáneo. Por último, con las características de la madre se observa que la edad del parto se ha postergado entre 2008 y 2021 para la población atendida por parteras/os tradicionales en Chocó, y se sitúa en su mayoría en las áreas rurales (2021).

**Tabla 1.** Proporción de partos atendidos por parteras/os tradicionales en Chocó para 2008, 2014, 2018 y 2021

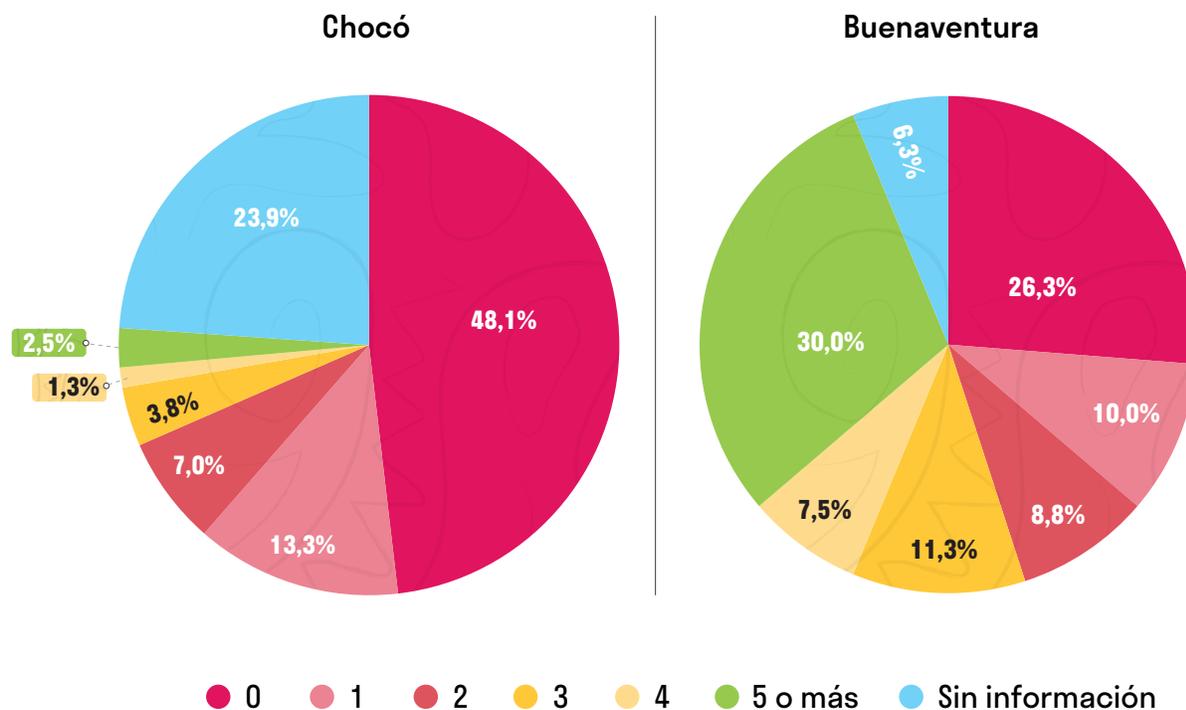
Variable	Años			
	2008	2014	2018	2021
<b>Características de la persona recién nacida</b>				
<b>Sexo</b>				
Masculino	0,467	0,494	0,516	0,502
Femenino	0,533	0,506	0,484	0,498
<b>Pertenencia étnica</b>				
Indígena	0,030	0,571	0,817	0,862
NARP	0,255	0,330	0,147	0,127
Ninguno	0,012	0,017	0,036	0,012
Otro/Sin información	0,703	0,082	0,000	0,000
<b>Características del parto</b>				
<b>Sitio del parto</b>				
Domicilio	0,970	0,993	0,992	0,952
Otro	0,024	0,005	0,008	0,048
Sin información	0,006	0,003	0,000	0,000
<b>Tipo de parto</b>				
Espontáneo	0,939	0,975	0,961	0,960
Ignorado	0,036	0,003	0,039	0,020
Sin información	0,024	0,022	0,000	0,020
<b>Características de la madre</b>				
<b>Edad</b>				
10-14	0,024	0,020	0,005	0,016
15-19	0,236	0,156	0,138	0,185
20-24	0,291	0,248	0,173	0,236
25-29	0,212	0,216	0,311	0,211
30-34	0,146	0,107	0,143	0,141
35-39	0,042	0,060	0,078	0,120
40-44	0,024	0,022	0,040	0,048
45-49	0,000	0,007	0,014	0,012
50-54	0,000	0,003	0,003	0,005
Sin información	0,024	0,161	0,096	0,027
<b>Área de residencia</b>				
Urbano	0,412	0,303	0,069	0,150
Rural	0,576	0,596	0,931	0,850
Sin información	0,012	0,102	0,000	0,000
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>403</b>	<b>1569</b>	<b>2694</b>

Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

En relación con el número de consultas prenatales, en las Estadísticas Vitales se aprecia que un 48,1% de los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales en Chocó dicen no tener ninguna consulta

prenatal, además el 23,9% no presenta información de consulta de control prenatal. Mientras en Buenaventura, 26,3% no recibieron consultas prenatales y un 6,3% no tiene información.

**Gráfica 17.** Porcentaje de consultas prenatales según nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales en Chocó y Buenaventura, 2021



**Fuente:** Elaboración propia con base en DANE, 2022

Como se ha mencionado, mediante el proyecto *Partera Vital* se desarrolló un prototipo de caracterización de manera articulada con parteras/os tradicionales en Chocó y Buenaventura. Las variables responden a necesidades de conocimiento de las asociaciones de partería tradicional de estos dos territorios, por lo cual las encuestas contaron con 128 preguntas en Chocó y 91 preguntas para Buenaventura. Aunque se presentan similitudes entre los dos formatos, responden a diferentes requerimientos de las asociaciones. Al finalizar el año 2022 se registraron 403 encuestas, de las

cuales 368 fueron obtenidas en Chocó y 35 en Buenaventura.

Dentro de las variables de la caracterización concernientes a las Estadísticas Vitales, y con base en la información a cierre del 2022, se encontró que para el Chocó el 86,41% de las/os parteras/os tradicionales realizan un seguimiento escrito a las embarazadas o gestantes que atienden, esto es, 318 de 368 parteras/os tradicionales encuestadas/os. De las personas que llevan registro del seguimiento, el 68,89% utilizan usualmente un cuaderno o libreta; este registro lo realizan en

promedio cada mes (51,6%), seguido de cada 15 días (20,8%). En Buenaventura, el 65,71% llevan registro del seguimiento a las gestantes; este seguimiento se realiza en promedio cada mes (30,4%), seguido de cada 2 meses con 21,7% (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** Frecuencia del seguimiento a las gestantes según encuestas realizadas por el proyecto Partera Vital entre octubre y diciembre de 2022

Cada cuánto realiza el seguimiento	Chocó		Buenaventura	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cada 8 días	63	19,8%	4	17,4%
Cada 15 días	66	20,8%	2	8,7%
Cada mes	164	51,6%	7	30,4%
Cada dos meses	12	3,8%	5	21,7%
Cada tres meses	10	3,1%	2	8,7%
Otro	3	0,9%		
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en la caracterización de las/os parteras/os tradicionales

Al comparar los resultados de la caracterización frente a las Estadísticas Vitales, se observa que las/os parteras/os tradicionales realizan un seguimiento o acompañamiento a la gestante que no se evidencia en las estadísticas.

Además, con los resultados de la caracterización, en Chocó se pudo establecer que el 73,1% de las/os parteras/os tradicionales tienen acceso al formato de notificación emitido por el DANE (269 personas). Y de estos, el 60,87% ha sido capacitado en el diligenciamiento del formato de notificación.

Adicionalmente, un 7,34% de los padres o cuidadores han tenido problemas con el formato de notificación en la Registraduría. Entre los más

comunes se encuentran que rechazan el formato (22,54%), no lo reciben en la Registraduría (19,72%), el registrador no conoce la resolución para el diligenciamiento de la/el partera/o (7,04%) y existe otro formato (4,23%).

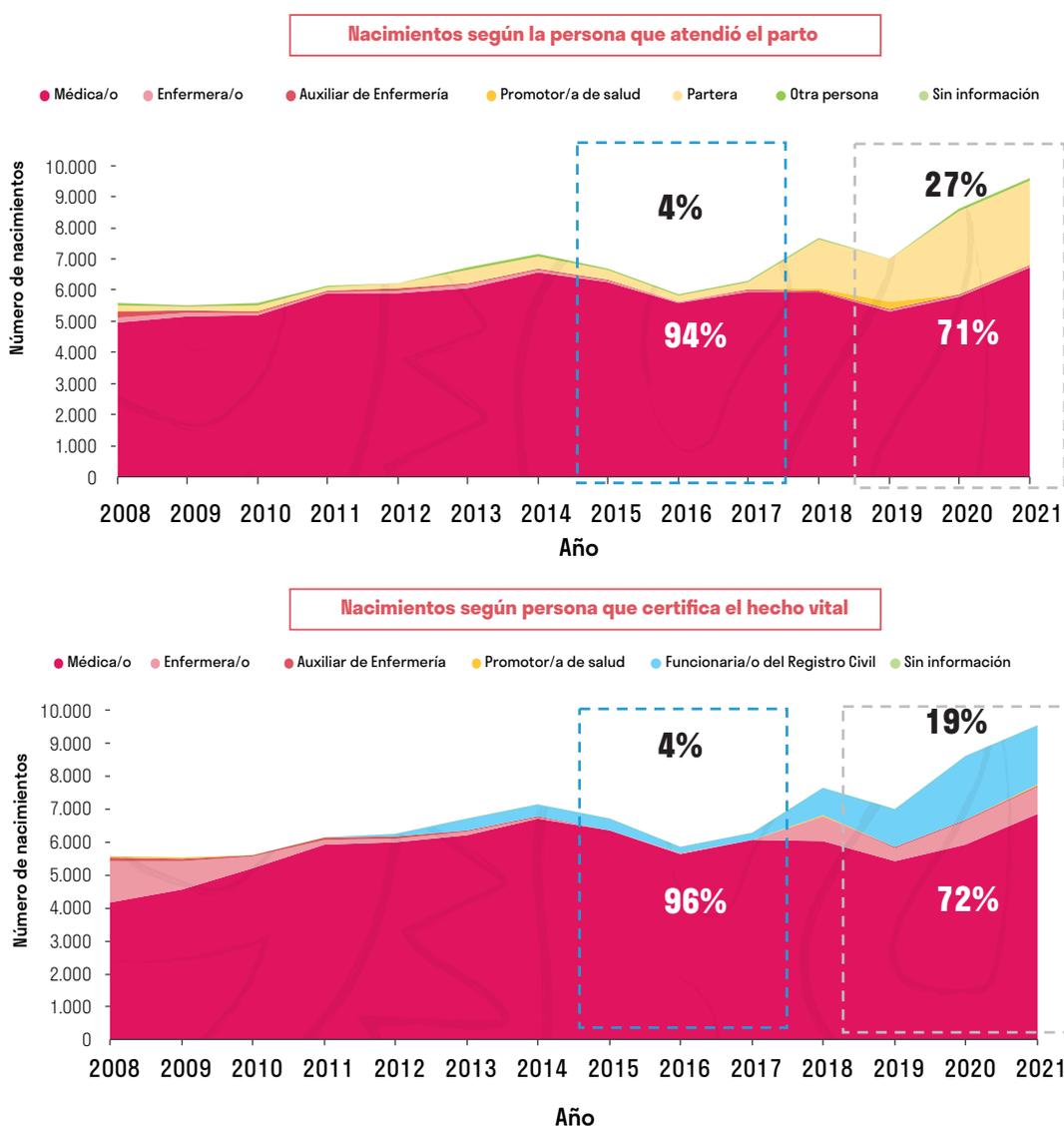
#### **4.7. Problema de registro de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales**

Investigaciones previas analizaron los problemas del registro de los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales en Colombia. Específicamente, el documento de Calderón, Ospina y Ramírez (2021) visibiliza la práctica de pagos

extraordinarios a enfermeras/os para certificar el hecho vital; según el documento, los padres debían pagar a las/os enfermeras/os para recibir el certificado de nacido vivo, debido a que la Registraduría no aceptaba certificados de atención al nacimiento por parteras/os tradicionales, aunque fuera legal hacerlo. En este sentido, se aplicó el mismo ejercicio para evaluar el avance del registro de los partos asistidos por parteras/os tradicionales.

Como se observa en la **Gráfica 18**, el registro de los partos asistidos por médicas/os, enfermeras/os, auxiliares de enfermería y promotores de salud (71% en 2019 y 2021) coincide con los partos atendidos en una institución de salud (71% entre 2019 y 2021). De igual forma, los partos asistidos por parteras/os tradicionales (27% entre 2019 y 2021) coinciden con la proporción de partos atendidos en el domicilio (28%).

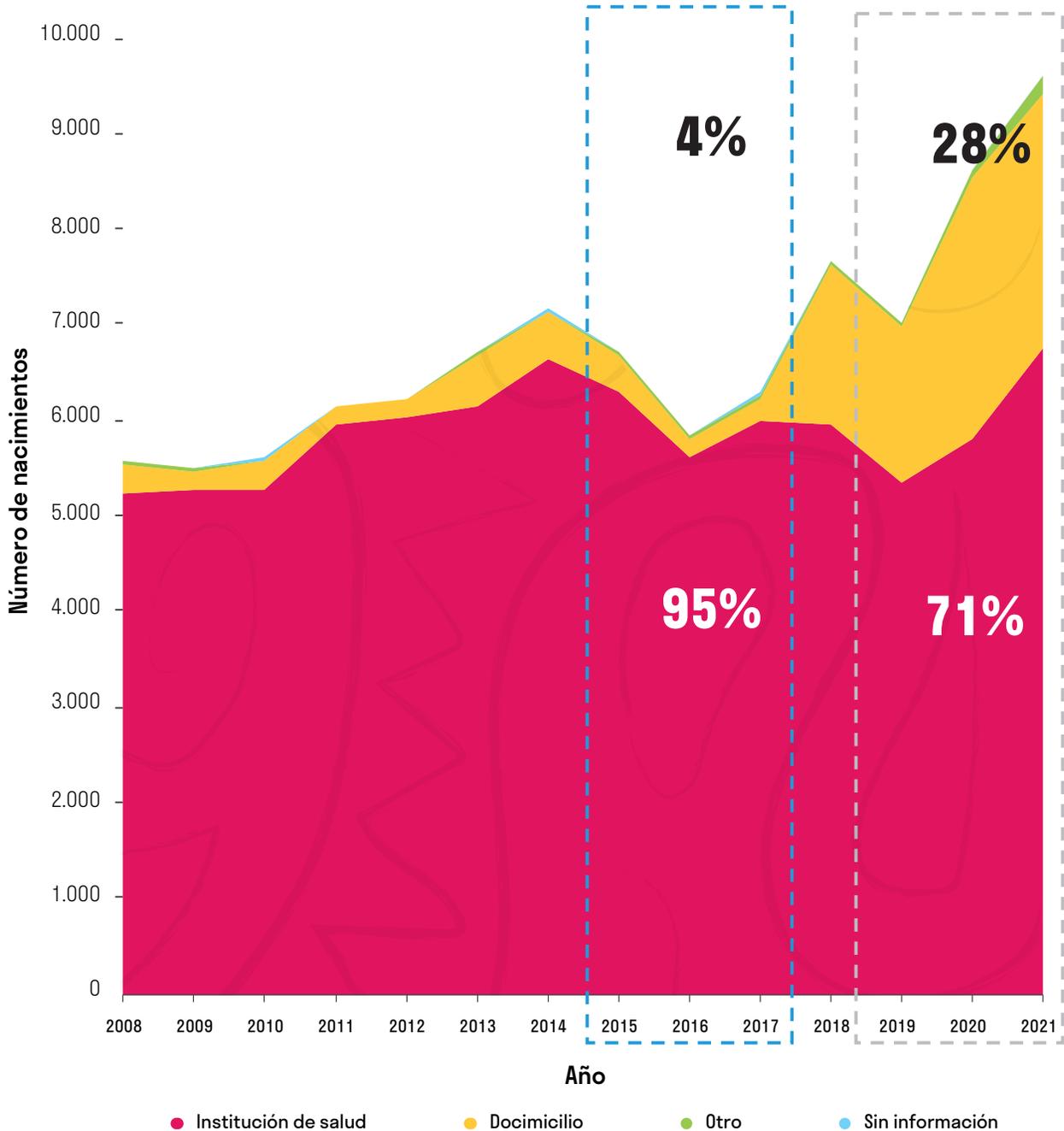
**Gráfica 18.** Número de nacimientos en Chocó, 2008-2021



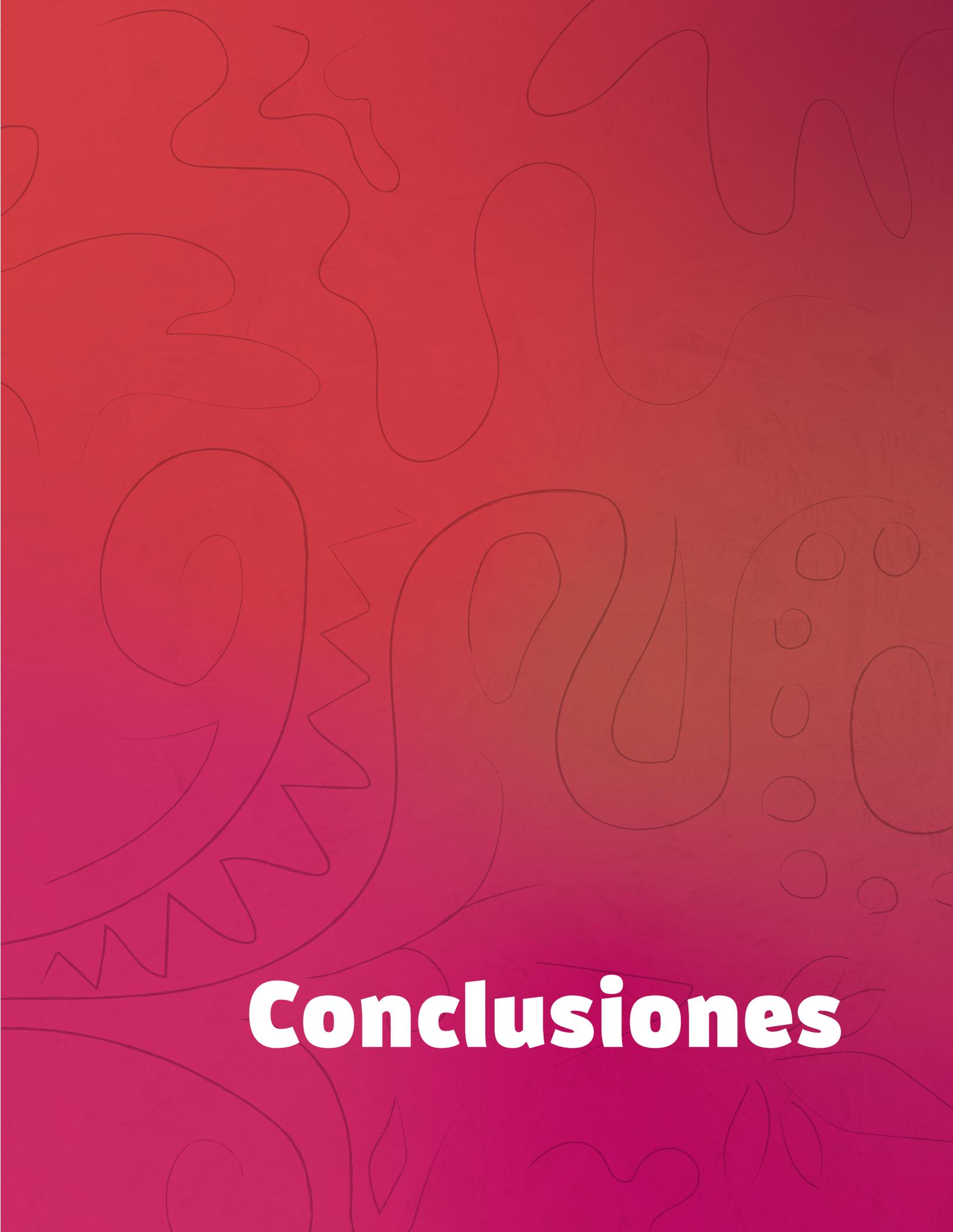
Fuente: Elaboración propia con base en DANE, 2022

Sin embargo, cuando se compara con los porcentajes de certificación del hecho vital en la Registraduría, tan solo el 19% de los partos asistidos por parteras/os tradicionales entre 2019 y 2021 son registrados por funcionarios del registro civil, mientras que las/os enfermeras/os adquirieron relevancia y obtienen un promedio de certificación del 8% entre 2019 y 2021.

**Gráfica 19.** Número de nacimientos en Chocó según el sitio del parto, 2008-2021



Fuente: Elaboración propia con base DANE, Estadísticas Vitales, 2022



# Conclusiones

Colombia, al igual que otros países a nivel mundial, presenta una tendencia decreciente en el número de nacimientos que obedece a cambios culturales y sociales de la población y las comunidades. A pesar de estos cambios en la dinámica poblacional, persisten los retos en Salud Sexual y Reproductiva y las grandes brechas entre grupos de población, reflejados en la mortalidad materna y el cuidado de las gestantes y recién nacidos, el acceso a anticoncepción moderna, la fecundidad en la infancia y la adolescencia, y la prevención y atención de violencias basadas en género, como las uniones a edades tempranas o la mutilación genital femenina, que afectan mayormente a niñas, adolescentes y mujeres de las comunidades más dejadas atrás. Crisis como la pandemia por COVID-19, el conflicto armado o la migración agudizan las barreras de acceso a servicios de salud y limitan la posibilidad de reducir estas brechas en Salud Sexual y Reproductiva.

En el abordaje de estos retos y brechas en contextos culturalmente diversos donde coexisten diferentes sistemas de cuidado y salud (el sistema formal y sistemas propios tradicionales), se hace necesaria la apropiación de enfoques interculturales para su mutuo reconocimiento, diálogo, intercambio y articulación. Esto implica, por ejemplo, llevar a cabo procesos de adecuación etnocultural del sistema de salud formal en territorios étnicos, que permitan el reconocimiento y respeto de las prácticas de la partería tradicional y los saberes ancestrales, a la vez que contribuyan a la creación de modelos de atención en salud culturalmente pertinentes para la gestante y el recién nacido. Del mismo modo, los sistemas de registro y Estadísticas Vitales, a través de la recolección de información sobre el nacimiento, requieren adecuarse a los contextos culturales donde suceden los hechos vitales.

En las áreas más rurales y remotas del país, donde hay baja o nula cobertura de los servicios de salud, registro y estadísticas y poca presencia

de personal de salud y funcionarios públicos, la partería tradicional cumple un papel fundamental en el cuidado de gestantes y sus comunidades, y de forma particular, en la reducción de la mortalidad materna-perinatal y las brechas de registro y estadística relacionados, metas claves en la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible: ODS 3.8: “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos Salud y Bienestar”; ODS 5.6 “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”; y ODS 16.9 “De aquí a 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos”.

Si bien sigue siendo necesario mantener los esfuerzos en el fortalecimiento de las/os parteras/os tradicionales y en su inclusión en el sistema de salud, los avances normativos han puesto en evidencia la importancia de incluir estas prácticas en las estadísticas y los registros de nacimientos en el país. Múltiples factores han permitido visibilizar las acciones de partería tradicional y su rol en el cuidado de las gestantes y sus comunidades en diferentes regiones del país: el trabajo conjunto entre actores del Sistema Nacional de Registro Civil y Estadísticas Vitales, como el DANE y la Registraduría Nacional del Estado Civil (a través de avances reglamentarios como el *Decreto 356 de 2017*, la *Resolución 807 de 2018* o la *Circular Única de Registro Civil e Identificación*, versión 6), sumados a los esfuerzos de cooperación de agencias de Naciones Unidas como UNFPA, especializada en Salud Sexual y Reproductiva, y en particular, de su proyecto *Partera Vital*.

El Proyecto Partera Vital ha puesto sus esfuerzos en el departamento de Chocó y en el Distrito Especial de Buenaventura, sin embargo, la alta proporción de nacimientos atendidos por parteras tradicionales en departamentos como Amazonas, La Guajira, Vaupés y Vichada, hace oportuno expandir estos esfuerzos para mejorar la cobertura de las Estadísticas Vitales, así como visibilizar la labor de la partería en territorios rurales y de difícil acceso.

A nivel nacional, el incremento más notorio de los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales se evidencia en 2020 y 2021, durante la pandemia, cuando alcanzan una participación del 1,9%, cifra histórica si se compara con las participaciones registradas años atrás, menores al 1%. Mientras entre 2009 y 2018 el número de nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales se situaba por debajo de los 6.050 casos, para 2020 y 2021 este número de nacimientos se elevó a 12.111 y 11.449, respectivamente; lo que resalta el papel que cumplieron las/os parteras/os tradicionales durante la pandemia. En el Chocó, en este periodo de pandemia, los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales representaron cerca del 30% del total.

El análisis de los nacimientos atendidos por parteras/os tradicionales en el país por pertenencia étnica del nacido vivo permite el reconocimiento de la partería tradicional como parte primordial de los sistemas de cuidado y salud y expresión de los saberes propios, principalmente de las poblaciones indígenas, negras, afrocolombianas o afrodescendientes del país. El análisis municipal también ha permitido evidenciar cómo la partería tradicional, en algunos territorios del país, es la única forma de cuidado y atención del parto para las poblaciones con pertenencia étnica mayoritaria, como en el caso del Medio Atrato (Chocó) en 2021.

Los avances en la cobertura de hechos vitales adecuados a los contextos culturales son primordiales no sólo para el reconocimiento étnico y su visibilidad estadística, sino para sus mismos propósitos estadísticos y demográficos, como el seguimiento al comportamiento de los componentes del crecimiento vegetativo (natalidad y mortalidad), la construcción de indicadores en salud pública, la elaboración de estudios en el campo de la salud y la demografía, y la toma de decisiones a partir de trazadores de políticas públicas.



# **Bibliografía**

- Berrio Palomo, L. R. (2019). Parteras tradicionales en México: un campo en disputa. En *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural* (pp. 4-11). Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Bogren, M., & Erlandsson, K. (2021). Aastrika Midwifery centre, a model for midwifery-led care in India. *Journal of Asian Midwives*, 8(1), 3-5. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1627234/FULLTEXT01.pdf>
- Calderón-González, J. C., Ospina-Bohórquez, M. F., & Ramírez Hernández, C. A. (2021). *Análisis a profundidad de nacimientos étnicos en Colombia*. [https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/articulo\\_dane\\_unfpa\\_eevv\\_es.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/articulo_dane_unfpa_eevv_es.pdf)
- Correa, L., & Huamán, S. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud Sexual y Reproductiva. *Revista Int. Salud Materno Fetal*, 5(2), 4-7. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/173/179>
- Corte Constitucional. (2004). Sentencia T-025 de 2004, Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda.
- Decreto 356 de 2017. (2017). Presidencia de la República de Colombia. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=79927](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=79927)
- Decreto 955 de 2002. (2002). Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas vitales. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6156#:~:text=Crea%20la%20comisi%C3%B3n%20intersectorial%20de,invitados%20y%20sus%20competencias%20administrativas.>
- Decreto 1171 de 1997. (1997). Ministerio de Salud Pública. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1171-de-1997.pdf>
- Decreto 1260 de 1970. (1970). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). [https://www.mineduccion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduccion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735_archivo_pdf.pdf)
- Decreto 2311 de 1938. (1938). Ministerio de Educación Nacional de Colombia. [https://www.mineduccion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduccion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735_archivo_pdf.pdf)
- DeJoy, S. B. (2020). A Public Health Ethics Analysis of the Criminalization of Direct Entry Midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65, 789-794. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13144>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022). Metodología General Estadísticas Vitales. 28-30
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2011). Bases PND 2010-2014. [http://www.oas.org/es/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic4\\_col\\_plan2010.pdf](http://www.oas.org/es/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic4_col_plan2010.pdf)
- Fauveau, V., Minca, M., Arulkumaran, S., Fogstad, H., Garden, B., Johnson, P., Laski, L., Lynch, B., Mangiaterra, V., Poz, M., Rushwan, H., Campbell, E. J., Chilvers, R., Guarenti, L., Hoop-bender, P., Jolivet, R., Maliqi, B., Mcmanus, J., Minca, M., ... Bucagu, M. (2011). Delivering health, saving lives. En *The State of the World's Midwifery* (Vol. 1, Issue 4). <https://doi.org/10.1891/2156-5287.1.4.214>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Caminos de Identidad (FUCAI), & Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE). (2015) *Comunidades tejedoras de vida: el cuidado integral intercultural de la infancia wayuu*. [https://www.unicef.org/colombia/media/336/file/Comunidades\\_tejedoras\\_de\\_vida.pdf](https://www.unicef.org/colombia/media/336/file/Comunidades_tejedoras_de_vida.pdf)

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Análisis a profundidad de nacimientos étnicos en Colombia*. Estudio del caso de población indígena en el departamento del Chocó

[https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/articulo\\_dane\\_unfpa\\_eevv\\_es.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/articulo_dane_unfpa_eevv_es.pdf)

Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2016). Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 42, 29-37.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2021). Precisiones sobre el sistema de registro civil y estadísticas vitales. En Perú: *Características sociodemográficas de nacimientos y defunciones 2016-2020*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3029047/Per%C3%BA%3A%20Caracter%C3%ADsticas%20Sociodemogr%C3%A1ficas%20de%20Nacimientos%20y%20Defunciones%202016-2020.pdf?v=1650490069>

International Confederation of Midwives (ICM). (2017). International Definition of the Midwife. En *Strengthening Midwifery Globally*.

[https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)

Kapfunde, A., Haruzivishe, C., Samkange, C., & Pederson, B. S. (2017). Scope of Midwifery Practice: Concept Analysis. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(03), 38-42.

<https://doi.org/10.9790/1959-0603033842>

Kennedy, H. P., Balaam, M. C., Dahlen, H., Declercq, E., de Jonge, A., Downe, S., Ellwood, D., Homer, C. S. E., Sandall, J., Vedam, S., & Wolfe, I. (2020). The role of midwifery and other international insights for maternity care in the United States: An analysis of four countries. *Birth*, 47(4), 332-345.

<https://doi.org/10.1111/birt.12504>

Lehner, M. P. (2012). Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización. En A. L. Kornblit, A. C. Camarotti, & G. Wald (Eds.), *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios* (1.a ed., pp. 277-294). Teseo

Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45(3), 322-327.

<https://doi.org/10.1111/birt.12352>

Mattison, C. A., Lavis, J. N., Hutton, E. K., Dion, M. L., & Wilson, M. G. (2020). Understanding the conditions that influence the roles of midwives in Ontario, Canada's health system: An embedded single-case study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-15.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-5033-x>

Miranda, V. A. (2021). De un sistema de transmisión matrilineal de los conocimientos de la partería tradicional indígena a la cooptación institucional de sus saberes y su trabajo. En *Las parterías tradicionales en América Latina* (1.a ed., pp. 70-95). Editorial Luscinia C.E.

Motta-León, C. P., Ardila-Roa, I. D., & Becerra-Pabón, A. C. (2020). Aportes de la partería tradicional al ejercicio del cuidado Materno-Perinatal en Colombia: una visión intercultural del fenómeno. *Ciencia y Salud Virtual*, 12(1), 29-35.

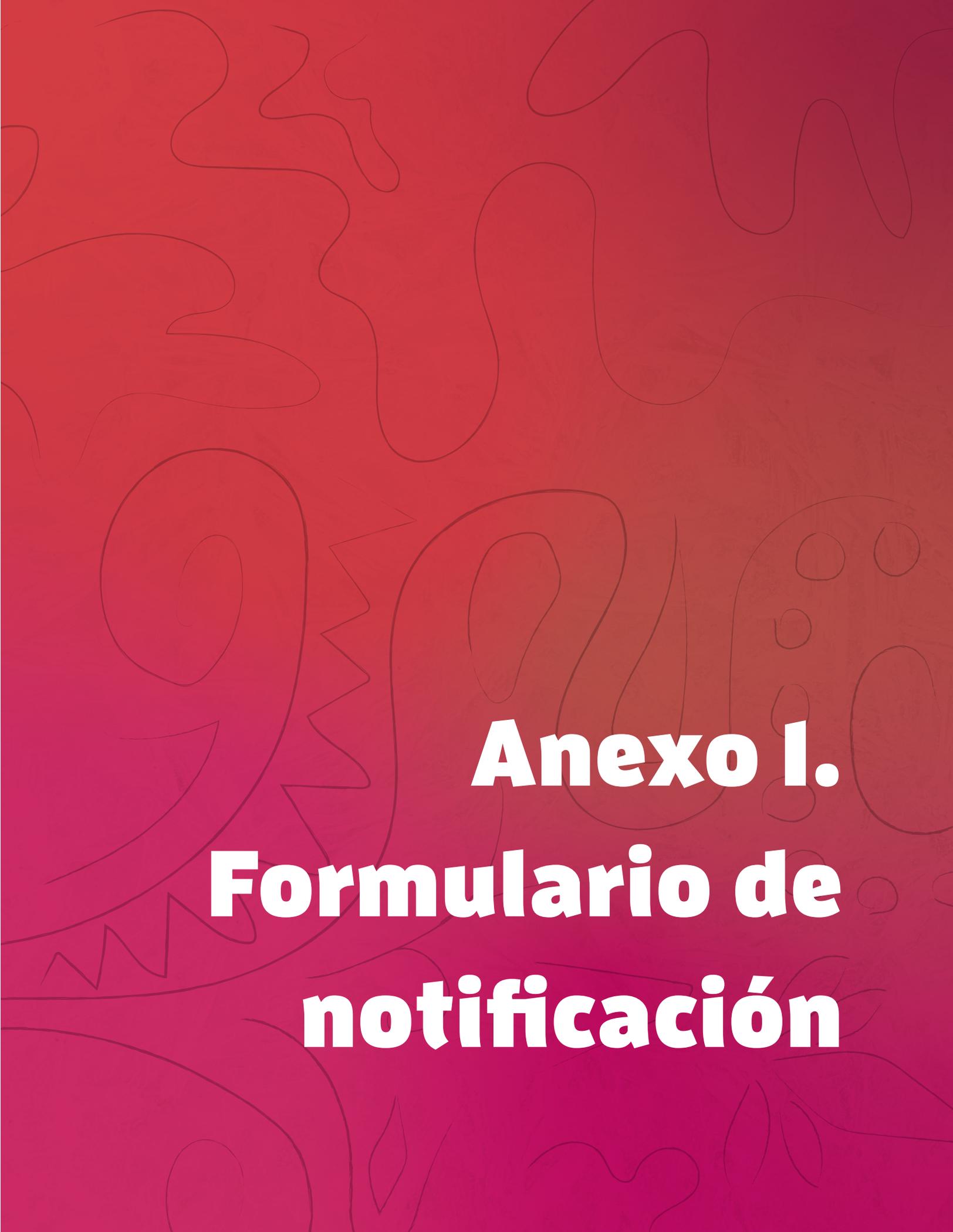
<https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciay-salud/article/view/1370/1104>

National Center for Health Statistics (NCHS). (2018). Vital Records and Vital Statistics in the United States: Uses, Users, Systems, and Sources of Revenue. En *Conducted for the National Committee on Vital and Health Statistics Subcommittee on Population Health*.

<https://www.ncvhs.hhs.gov/meeting-calendar/agenda-of-the-september-11-12-2017-subcommittee-on-population-health-next-generation-vital-statistics-hearing/>

- Office of National Statistics (ONS). (2022). *Births in England and Wales: 2021*. Live Births. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthsummarytablesenglandandwales/2021>
- Office of the Registrar General & Census Commissioner. (2021). *Structure of the Sample Registration System*. Vital Statistics Division. <https://censusindia.gov.in/census.website/node/180#:~:text=>
- Ordinola Ramírez, C. M., Barrera Gurbillón, M. A., Gamarra Torres, O. A., Rascón, J., & Corroto, F. (2019). Creencias y costumbres de madres y parteras para la atención del embarazo, parto y puerperio en el distrito de Huancas (Chachapoyas, Perú). *Arnaldoa*, 26(1), 325-338. <https://doi.org/10.22497/arnaldoa.261.26115>
- Pérez Ruiz, O. (2019). Parteras tradicionales en México y en las Américas: Su voz y su palabra. En *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural* (pp. 19-32). Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Pyone, T., Karvande, S., Gopalakrishnan, S., Purohit, V., Nelson, S., Balakrishnan, S. S., Mistry, N., & Mathai, M. (2019). Factors governing the performance of Auxiliary Nurse Midwives in India: A study in Pune district. *PLoS ONE*, 14(12), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226831>
- Quiñones Sánchez, L., López, G., Valencia, T., Cuero Valencia, S., & Gómez Lozano, B. C. (2017). *Plan Especial de Salvaguardia (PES) de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico*. <http://patrimonio.mincultura.gov.co/siteassets/paginas/plan-especial-de-salvaguardia-de-los-saberes-asociados-a-la-parter%C3%8Da-afro-del-pac%C3%8Dfico/20-parter%C3%8Da%20afro%20del%20pac%C3%ADfico%20-%20pes.pdf>
- Quiroz, L. (2012). De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX. *Dynamis*, 32(2), 415-437. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362012000200007>
- Renfrew, M., Burns, E., Gross, M., & Symon, A. (2015). Pathways to strengthening midwifery in Europe. *EntreNous*, 81(1), 12-15. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/277740/Pathways-to-strengthening-midwifery-in-Europe.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/277740/Pathways-to-strengthening-midwifery-in-Europe.pdf?ua=1)
- Resolución 1035 de 2022. (2022). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. [https://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/articles-102735_archivo_pdf.pdf)
- Resolución 1077 de 2017. (2017). Ministerio de Cultura de Colombia. <https://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Parter%C3%8Da%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20Resoluci%C3%B3n.pdf>
- Resolución 3280 de 2018. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
- Resolución 3676 de 2021. (2021). Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). <https://www.dane.gov.co/files/acerca/Normatividad/resoluciones/2021/Resolucion-3676-de-2021.pdf>
- Rodríguez Venegas, V., & Duarte Hidalgo, C. (2020). Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: Embarazo, parto y puerperio en mujeres Colla de la región de Atacama. *Diálogo Andino*, 63, 113-122. <https://doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>

- Sotomayor Tibirin, H. A. (2009). Museo de Historia de la Medicina y la Salud. *Museo de Historia de La Medicina*, 41(3), 260-264.  
<http://www.museo.histosaluduptc.org/museo/Inicio.html>
- Statistics Canada. (2021). *Detail information - Birth database (CVSB)*. Canadian Vital Statistics.  
<https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3231#a4>
- Ten Hoop-Bender, P., Campbell, J., Fauveau, V., & Matthews, Z. (2011). The state of the world's midwifery 2011: Delivering health, saving lives. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114(3), 211-212.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.06.002>
- Thiessen, K., Haworth-Brockman, M., Nurmi, M. A., Demczuk, L., & Sibley, K. M. (2020). Delivering Midwifery: A Scoping Review of Employment Models in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(1), 61-71.  
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.012>
- United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), & World Health Organization (WHO). (2021). *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021*.  
<https://www.unfpa.org/es/sowmy-2021-pub>
- Vanegas Moreno, Y. (2021). *Prácticas, creencias y saberes ancestrales de parteras afronunqueñas en el cuidado del embarazo, la atención del parto y el puerperio como posible aporte al nuevo modelo integral en salud con enfoque diferencial étnico* (Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia).  
<https://hdl.handle.net/10495/18443>
- Vásquez, C. L. (2012). An approach to the state of traditional midwifery in Colombia. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 53-57.  
<https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100012>
- Villalobos Quevedo, M. S. (2019). *La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia].  
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77843>
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L., Thornton, J., & Byers, S. (2018). Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, 9-16.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.009>
- Wong, P. C., & Kitsantas, P. (2019). A review of maternal mortality and quality of care in the USA. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(19), 3355-3367.  
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571032>



**Anexo I.  
Formulario de  
notificación**

**CONFIDENCIAL**  
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

**1. NÚMERO DEL FORMATO**  
(Consulte instrucciones al respaldo)

DANE, Información para todos

**I. DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

**2. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL RECIÉN NACIDO**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**3. LUGAR DEL NACIMIENTO**

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

**4. ÁREA DEL NACIMIENTO**

1. Cabecera municipal  2. Centro poblado \_\_\_\_\_ Inspección, corregimiento o caserío  4. No sabe

3. Rural disperso

a. Resguardo y comunidad indígena  b. Territorio colectivo de comunidad negra

Nombre del resguardo \_\_\_\_\_ Nombre del territorio colectivo o vereda \_\_\_\_\_

Nombre de la comunidad \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad \_\_\_\_\_

**5. SITIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO**

2. Vivienda o casa  3. Otro sitio. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. No sabe

**6. SEXO DEL RECIÉN NACIDO**

1. Hombre  2. Mujer

**7. PESO DEL NIÑO(A) AL NACER (en gramos)**

\_\_\_\_\_  
 1. No sabe

**8. TAMAÑO DEL NIÑO(A) AL NACER (en centímetros)**

\_\_\_\_\_  
 1. No sabe

**9. FECHA DEL NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Año Mes Día

**10. QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO**

4. Promotor(a) de salud  5. Partera

6. Otra persona, ¿cuál? \_\_\_\_\_  7. Médico tradicional

**11. GRUPO ÉTNICO AL QUE PERTENECE EL RECIÉN NACIDO**

1. Indígena \_\_\_\_\_ ¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece? \_\_\_\_\_

2. Gitano(a) o Rrom  4. Palenquero(a) de San Basilio

3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina  5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

6. Ningún grupo étnico

**11.1 SI MARCÓ LAS OPCIONES DE LA 1 A LA 5, RESPONDA: ¿El recién nacido comparte el mismo grupo étnico con:**

1. Solo con la madre?  2. Solo con el padre?  3. Con la madre y el padre

**II. DATOS DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO**

**12. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL Y COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**13. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Año Mes Día

**14. TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA MADRE**

1. Registro civil  2. Tarjeta de identidad  3. Cédula de ciudadanía

19. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_  20. No sabe

Número de documento \_\_\_\_\_  21. No tiene

**15. EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DEL PARTO**

\_\_\_\_\_  
Años cumplidos

**16. LUGAR DONDE VIVE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO**

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

**17. ÁREA DONDE VIVE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO**

1. Cabecera municipal Barrio \_\_\_\_\_  2. Centro poblado

Dirección \_\_\_\_\_ Inspección, corregimiento o caserío \_\_\_\_\_

Localidad o comuna \_\_\_\_\_

3. Rural disperso

a. Resguardo y comunidad indígena  b. Territorio colectivo de comunidad negra

Nombre del resguardo \_\_\_\_\_ Nombre del territorio colectivo o vereda \_\_\_\_\_

Nombre de la comunidad \_\_\_\_\_ Nombre de la comunidad \_\_\_\_\_

**III. DATOS DEL PADRE DEL RECIÉN NACIDO**

**18. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE (TAL Y COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**19. TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE**

1. Registro civil  2. Tarjeta de identidad  3. Cédula de ciudadanía  19. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Número de documento \_\_\_\_\_  20. No sabe  21. No tiene

**IV. DATOS DE LA PERSONA QUE LLENA O DILIGENCIA ESTE FORMATO**

**20. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL Y COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**21. TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

1. Registro civil  2. Tarjeta de identidad  3. Cédula de ciudadanía

19. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_  20. No sabe

Número de documento \_\_\_\_\_

**22. CARGO O ROL DENTRO DE LA COMUNIDAD**

\_\_\_\_\_  
Escriba la actividad u oficio PRINCIPAL que desempeña la persona que llena o diligencia este formato.

**23. ASOCIACIÓN, CABILDO U ORGANIZACIÓN TERRITORIAL A LA QUE PERTENECE LA COMUNIDAD**

\_\_\_\_\_

**24. FIRMA DE LA PERSONA QUE DILIGENCIÓ ESTE FORMATO**

\_\_\_\_\_

**25. FIRMA O HUELLA DE LA AUTORIDAD ÉTNICA O LA PARTERA, Y TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_

**26. FECHA EN QUE SE DILIGENCIA ESTE FORMATO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Año Mes Día

**27. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

**Advertencia:** Sin esta información NO es válida esta notificación y registro.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMATO PARA LA NOTIFICACIÓN DE NACIMIENTOS

Este formato, exclusivamente orientado a grupos étnicos, tiene como propósito recoger información sobre los nacimientos que ocurren en territorios sin presencia institucional del sector Salud y Registro Civil.

Debe llenarse con esfero no importa el color. No se aceptan formatos llenados a lápiz, con tachones o borradores.

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. Es indispensable hacer las indagaciones necesarias para obtener la información completa y veraz, pues todos los datos son importantes para las comunidades, para los servicios de salud y para el Sistema Nacional de Registro Civil y Estadísticas Vitales.
2. Revise que todos los datos que incluya en el formato sobre la madre del recién nacido, queden igual que en el documento de identificación de ella.
3. Cuando un formato se dañe por borradores, tachones o mal diligenciamiento, no lo destruya. Escriba en la parte superior la palabra «ANULADO» y utilice uno nuevo para notificar la información de ese nacimiento. Devuelva el formato dañado a la Oficina de Registro Civil o entidad que lo suministró.
4. Para garantizar que la información sea confiable y de buena calidad, los formatos están numerados. Por esta razón, NO SON VALIDOS LOS FORMATOS DILIGENCIADOS EN FOTOCOPIAS.

### ¿QUIÉN DEBE LLENAR EL FORMATO PARA LA NOTIFICACIÓN DE NACIMIENTOS?

El formato para la notificación de nacimientos debe ser diligenciado por la autoridad étnica o quien ejerza sus funciones o por quien la autoridad étnica de la comunidad encargue para realizar esta labor. Esta actividad debe realizarse cada vez que nazca una persona en la comunidad.

Una vez se llene el formato, este se entregará a los familiares del recién nacido, para hacer el Registro Civil ante el funcionario de la Registraduría.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

#### I. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

2. **Apellido(s) y nombre(s) del recién nacido:** Escriba los apellidos y los nombres del recién nacido. Primer apellido y segundo apellido asignado conforme a las costumbres del pueblo étnico. Se debe respetar su fonética y ortografía, adaptándola al castellano.
3. **Lugar de nacimiento:** Anotar el nombre del departamento y el nombre del municipio en que ocurrió el nacimiento.
4. **Área del nacimiento:** Marque con una equis (X) en la opción que corresponda al nacimiento que se está notificando: si el nacimiento ha ocurrido en «1. **Cabecera municipal**»: el casco urbano de un municipio, donde se encuentra la sede de la Alcaldía Municipal; «2. **Centro poblado**»: donde se concentran varias viviendas (20 o más) ubicadas en la zona rural; escriba en este caso el nombre de la inspección de policía, corregimiento o caserío donde ocurre el nacimiento; «3. **Rural disperso**»: lejos del pueblo, donde ya es considerado como zona rural y las viviendas quedan muy separadas, si selecciona esta opción escriba en: «a. **Resguardo y comunidad indígena**»: nombre del resguardo y de la comunidad indígena donde ocurre el nacimiento; y «b. **Territorio colectivo de comunidad negra**»: nombre del territorio colectivo o vereda correspondiente y nombre de la comunidad; Marque «4. **No sabe**»: si desconoce la información solicitada en el formato.
5. **Sitio donde ocurrió el nacimiento:** Marque con una equis (X) en la opción que corresponda. Las opciones disponibles son: «2. **Vivienda o casa**», «3. **Otro sitio, ¿Cuál?**». Esta opción se llena cuando el nacimiento ocurre en un sitio diferente a la vivienda. «4. **No sabe**»: si desconoce el sitio donde ocurrió el nacimiento.
6. **Sexo del recién nacido:** Marque (X) si el recién nacido es «1. **Hombre**», o «2. **Mujer**».
7. **Peso del niño(a) al nacer (en gramos):** Escriba en números cuántos gramos pesó el niño(a) en el momento que nació. Este dato puede obtenerse pesando al niño(a) en una balanza o pesa. Si no es posible conseguir un instrumento para pesar o no tiene información, marque con una (X) en la opción «1. **No sabe**».
8. **Tamaño del niño(a) al nacer (en centímetros):** Escriba en números cuántos centímetros midió el niño(a) en el momento que nació. Este dato puede obtenerse utilizando un metro o calculando cuartas con las manos. Si no es posible conseguir un instrumento para medir o no tiene información, marque con una (X) en la opción «1. **No sabe**».
9. **Fecha del nacimiento:** Escriba en números el año, el mes y el día en que ocurrió el nacimiento.
10. **Quién atendió el parto:** Marque con una equis (X), en la opción que corresponda a la de persona que atendió el parto: «4. **Promotor(a) de salud**»; «5. **Partera**»; «6. **Otra persona, ¿cuál?**»; «7. **Médico tradicional**» en este caso identifíquela y registre si la persona cuenta con experiencia como partera (a).
11. **Grupo étnico al que pertenece el recién nacido:** Marque con una equis (X) en la opción que corresponda. Esta información se conoce preguntando a los padres. Las opciones disponibles son: «1. **Indígena**»; en este caso debe responderse la pregunta «¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece?» y escribir su respuesta en el espacio correspondiente: «2. **Rom (gitano)**»; «3. **Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia**»; «4. **Palenquero de San Basilio**»; «5. **Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente**»; «6. **Ninguno de los anteriores**».
- 11.1. **Si marcó las opciones de la 1 a la 5, responda:** ¿El recién nacido comparte el mismo grupo étnico con: Marque con una equis (X) en la opción que corresponda, «1. **solo con la madre?**»; «2. **solo con el padre?**»; «3. **con la madre y el padre?**».

#### II. DATOS DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO

12. **Apellidos y nombres de la madre (tal como figuran en el documento de identidad):** Escriba los apellidos y los nombres de la madre del niño(a), de la misma forma que aparecen en su documento de identificación.
13. **Fecha de nacimiento de la madre:** Escriba en números el año, el mes y el día en que nació la madre.
14. **Tipo y número de documento de identidad de la madre:** Marque con una equis (X) en la opción que corresponda al tipo de documento vigente que tenga la mamá al momento del parto. Las opciones disponibles son: «1. **Registro civil**»; «2. **Tarjeta de identidad**»; «3. **Cédula de ciudadanía**»; «19. **Otro (¿Cuál?)**»: escriba en ese espacio el documento, distinto a los anteriores, que contenga el nombre y número de documento de identidad; «20. **No sabe**»: cuando se desconoce si tiene documento o cuál es el número; «21. **No tiene**»: cuando a la persona nunca se le ha expedido un documento de identidad. En el espacio correspondiente, escriba el número del documento que presenta la madre del recién nacido.
15. **Edad de la madre a la fecha del parto:** Escriba cuántos años cumplidos tiene la madre del recién nacido al momento del parto. En los casos en que no se conoce la edad exacta, escriba una edad aproximada.
16. **Lugar donde vive la madre del recién nacido:** Escriba el nombre del país, del departamento y del municipio donde vive habitualmente la mamá del recién nacido o donde permanece la mayor parte de su tiempo. Este no es necesariamente el mismo lugar en el que ella se encontraba al momento del parto.
17. **Área donde vive la madre del recién nacido:** Marque con una equis (X), en la casilla que corresponda, el área donde vive la mamá del recién nacido. Las opciones disponibles son: «1. **Cabecera municipal**»: el casco urbano de un municipio, donde se encuentra la sede de la Alcaldía Municipal; «2. **Centro poblado**»: donde se concentran varias viviendas (20 o más) ubicadas en la zona rural; escriba en este caso el nombre de la inspección de policía, corregimiento o caserío donde la madre tiene su residencia permanente; «3. **Área rural dispersa**»: lejos del pueblo, donde ya es considerado como zona rural y las viviendas quedan muy separadas, si selecciona esta opción escriba en: «a. **Resguardo y comunidad indígena**»: nombre del resguardo y de la comunidad indígena donde la madre tiene su residencia permanente; y «b. **Territorio colectivo de comunidad negra**»: nombre del territorio colectivo o vereda correspondiente y nombre de la comunidad.

#### III. DATOS DEL PADRE DEL RECIÉN NACIDO

18. **Apellidos y nombres del padre del recién nacido:** Escriba los apellidos y los nombres del padre del niño(a), de la misma forma que aparecen en su documento de identificación.
19. **Tipo y número de documento de identidad del padre del recién nacido:** Marque con una equis (X) en la opción que corresponda al tipo de documento vigente que tenga el padre al momento del parto. Las opciones disponibles son: «1. **Registro civil**»; «2. **Tarjeta de identidad**»; «3. **Cédula de ciudadanía**»; «19. **Otro (¿Cuál?)**»: escriba en ese espacio el tipo de documento distinto a los anteriores que contenga el nombre y el número de identidad; «20. **No sabe**»: cuando se desconoce si tiene documento o cuál es el número. «21. **No tiene**»: cuando a la persona nunca se le ha expedido un documento de identidad. En el espacio correspondiente, escriba el número del documento de identificación.

#### IV. DATOS DE LA PERSONA QUE LLENA O DILIGENCIA ESTE FORMATO

20. **Apellidos y nombres:** Escriba los apellidos y los nombres de la persona que diligencia el formato, de la misma forma que aparecen en su documento de identificación.
21. **Tipo y número de documento de identidad:** Marque con una equis (X), en la opción que corresponda, el tipo de documento de la persona que diligencia el formato.
22. **Cargo o rol dentro de la comunidad:** Escriba la actividad u oficio principal que desempeña la persona que diligenció o llenó el formato. **Por ejemplo:** representante legal del consejo comunitario, capitán de la comunidad, médico tradicional, secretario del cabildo, partera, entre otros.
23. **Asociación, cabildo u organización territorial a la que pertenece:** Escribir el nombre de la asociación u organización indígena o afrodescendiente, negra, palenquera o raizal a la que pertenece la comunidad.
24. **Firma de la persona que diligenció el formato:** Utilice este espacio para firmar el formato.
25. **Firma o huella de autoridad étnica o partera y tipo y número de documento de identificación:** Utilice este espacio para la firma o huella de autoridad étnica o partera correspondiente, este campo es obligatorio, SIN esta información NO es válida esta notificación y registro.
26. **Fecha en que se diligencia este formato:** Escriba el año, el mes y el día en que se diligencia este formato.
27. **Observaciones:** Escriba en este espacio la información adicional que considere necesaria o relevante.

# Partería tradicional

y su incorporación en las  
*Estadísticas Vitales de Colombia*

Nota Estadística



[www.colombia.unfpa.org](http://www.colombia.unfpa.org)

[www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)



/UNFPAColombia



@UNFPA\_Colombia



@UNFPAColombia



/UNFPAColombia



/DANEColombia



@DANEColombia



@DANE\_Colombia



/DANEColombia