



## EDITORIAL

# Aspectos socio-culturales para la atención a mujeres embarazadas durante y después de la pandemia por Sars-Cov-2/COVID-19

## Socio-cultural aspects and health care for pregnant women during and after the Sars-Cov-2 /COVID-19 pandemic

Astrid Lorena Perafán-Ledezma <sup>1</sup>, Maira Mendoza-Curvelo <sup>2</sup>, Angélica Baquero-Porras <sup>3</sup>, William Andrés Martínez-Dueñas <sup>1</sup>, Mirith Marina Vásquez-Munive <sup>5</sup>, Ivone Tatiana Brito-Jiménez <sup>6</sup>

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [aperafan@unimagdalena.edu.co](mailto:aperafan@unimagdalena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0003-4377-7170>
2. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México. Correo: [maira.mendoza@gmail.com](mailto:maira.mendoza@gmail.com) - <https://orcid.org/0000-0001-9216-7358>
3. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México. Correo: [baqueropangelica@gmail.com](mailto:baqueropangelica@gmail.com) - <https://orcid.org/0000-0002-2380-3522>
4. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [wmartinez@unimagdalena.edu.co](mailto:wmartinez@unimagdalena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0003-0921-1149>
5. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [mvasquez@unimagdalena.edu.co](mailto:mvasquez@unimagdalena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0003-2462-4910>
6. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: [ibrito@unimagdalena.edu.co](mailto:ibrito@unimagdalena.edu.co) - <https://orcid.org/0000-0002-2474-0615>

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la atención perinatal en general y prenatal de manera específica constituyen un conjunto de acciones importantes para la salud y el bienestar bio-psico-social de las mujeres en embarazo<sup>1</sup>. A raíz de la pandemia por Sars-Cov-2/COVID-19 se ha afectado negativamente el cuidado y la atención en salud que deben recibir las mujeres en gestación<sup>2</sup>. Actualmente sabemos que la infección por Sars-Cov-2 incrementa el riesgo de preeclampsia, muerte fetal, nacimientos prematuros, ingresos a cuidados intensivos neonatales (UCIN) y otros efectos adversos maternos, fetales y neonatales<sup>3</sup>. Además, también se ha reportado que esta pandemia y algunas estrategias de mitigación como el confinamiento, han afectado la salud mental (ansiedad y depresión) de las mujeres durante el periodo perinatal<sup>4</sup>.

Para el caso colombiano tenemos que la COVID-19 durante el año 2020, y lo que llevamos del 2021, está entre las principales causas de muerte de mujeres embarazadas<sup>5</sup> y al momento de escribir esta editorial, es la principal causa de muerte materna temprana (32,7%)<sup>6</sup>, donde se observaron

los valores más altos de la “razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en las entidades territoriales de Chocó, Vichada, Santa Marta, Guaviare, La Guajira, Casanare, Buenaventura, Magdalena, Arauca, Meta, Córdoba, Caldas y Santander”<sup>6</sup>. Para el caso de Santa Marta en este mismo periodo epidemiológico, semana 41 del 2021, se han reportado un total de 16 mujeres fallecidas, lo que equivale a tres veces más de muertes del promedio histórico (5 muertes promedio periodo 2007- 2020)<sup>6</sup>. Además de estos aterradores valores otros aspectos socio-culturales también se han visto afectados, entre ellos lo referente a las relaciones sociales entre las mujeres embarazadas, sus familiares, amigos y personal de la salud.

Entre febrero de 2020 y noviembre de 2021 se viene adelantando el proyecto “Análisis antropológico de las intervenciones, apropiaciones y resistencias de los discursos y prácticas biomédicas de mujeres en Santa Marta”<sup>7</sup> desarrollado por un equipo interdisciplinario de investigadora(e)s de la Universidad del Magdalena, conformado por antropóloga(o)s y enfermeras, donde han participado, de manera remota (videollamadas),

más de 20 mujeres en gestación o periodo de lactancia de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Entrevistas que se realizaron durante los meses de abril a diciembre del 2020. Aunque este proyecto se diseñó antes de la pandemia por COVID-19, el trabajo de campo se desarrolló durante la emergencia sanitaria por lo cual muchas de las mujeres entrevistadas han dado a luz en el contexto pandémico. Los hallazgos preliminares nos han permitido identificar algunos aspectos socio-culturales claves a tener en cuenta para la atención a mujeres embarazadas y lactantes durante y después de la pandemia por Sars-Cov-2/COVID-19.

De acuerdo con las madres que compartieron sus experiencias sobre el embarazo, parto y lactancia, parte de las afectaciones a causa del COVID-19 que se han identificado en sus relatos también han sido detallados en estudios previos. Algunos de estos estudios dan cuenta de las repercusiones de la pandemia en la atención a los bebés, en la salud mental de las madres cuyos índices de depresión han aumentado<sup>4,8-10</sup>, la separación madre e hijo, la falta de acompañamiento de las madres durante el parto y baja tasa de lactancia, como la incertidumbre frente a los partos en entornos no hospitalarios asistidos por parteras y doulas<sup>11,12</sup>. Dado el impacto que la pandemia por COVID-19 viene generando en un grupo poblacional como las mujeres gestantes y lactantes, consideramos relevante que el personal médico, administrativo e investigativo tenga en cuenta los hallazgos encontrados tanto en estas investigaciones previas, como en los datos que se presentarán a continuación para mejorar el acompañamiento multidimensional de las mujeres durante el periodo perinatal; ya que el embarazo y todo lo que se despliega a partir de ese proceso es complejo y con múltiples significados y prácticas que dependen de las experiencias de vida de las mujeres, y de aspectos como los ingresos económicos, la escolaridad, la comunidad a la cual pertenecen, entre otros<sup>13-16</sup>.

El rápido contagio del Sars-Cov-2, su capacidad para generar cuadros respiratorios graves e inclusive la muerte, fueron elementos que llevaron a que en inicios del mes de marzo de 2020 la OMS tomara la decisión de declarar a la COVID-19 una pandemia<sup>17</sup>; a partir de este contexto el Gobierno Colombiano a

través de la Resolución 385 de 2020<sup>18</sup> declaró emergencia sanitaria en todo el país, lo que hizo que tanto el personal médico como gran parte del sistema de salud se enfocará en la prevención y control para la mitigación de la pandemia y en la atención y cuidado de los pacientes contagiados por el virus. Esto, en palabras de la mayoría de las mujeres entrevistadas, significó que la prioridad que se les daba normalmente en los centros de salud pasara a un segundo plano debido a la urgencia por sobrellevar y manejar la crisis sanitaria que estaba provocando la COVID-19, a pesar de que el Ministerio de Salud y Protección Social planteara unos lineamientos cuyo objetivo principal era “orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19”<sup>19</sup>. Este escenario, que para las mujeres era una encrucijada entre el desconocimiento de las consecuencias del virus sobre sus hijos y ellas mismas, la alarma permanente por una pandemia que los medios de comunicación proyectaban como un suceso de gran magnitud y las medidas de contención y mitigación por parte del gobierno, incidieron negativamente en el bienestar de las mujeres gestantes y lactantes. En ese sentido, las intervenciones poblacionales no farmacéuticas para el control de la pandemia, la posterior saturación de los servicios médicos, en conjunto con el temor de las mujeres embarazadas y las madres a poner en riesgo la vida de su hijo o la propia<sup>20</sup> han sido centrales en el surgimiento y profundización de prácticas de atención perinatal que no favorecen los aspectos socioculturales propios del embarazo. Estas prácticas, que a su vez están relacionadas con el miedo permanente al virus, han desembocado en el distanciamiento entre las madres y sus hijos de otros familiares que, en una circunstancia de “normalidad”, estarían en contacto de forma permanente a causa del nacimiento de un nuevo integrante de la familia o atentos al desarrollo del embarazo de la gestante. En este punto es importante resaltar que para las mujeres con quienes dialogamos hay dos aspectos que entran en tensión: por un lado, idealizan y reclaman la presencialidad (cara-cara) en la atención perinatal, y por otro lado, le temen a la enfermedad que saben que se puede transmitir por contacto con el personal médico.

Las mujeres entrevistadas indicaron que buena parte de la atención la recibieron a través de medios remotos, bien sea por videollamadas o por llamadas telefónicas. Este cambio en la interacción entre gestantes y personal de la salud es uno de los que más destacan las entrevistadas durante la pandemia, lo cual refleja un mayor distanciamiento físico entre el personal del sistema de salud y las mujeres, a la vez que se constituye en una medida de cuidado congruente con las circunstancias impuestas por la pandemia. Varias mujeres expresaron que para ellas el contacto de manera presencial con los médicos es de vital importancia para que se dé una relación de confianza entre ellas y quien las atiende. A su vez manifiestan que la comunicación vía remota carece de la cercanía, la observación y la valoración de aspectos físicos asociados al embarazo, lo que sin lugar a duda genera en ellas una sensación de incertidumbre en tanto consideran que no están siendo acompañadas adecuadamente. En esta medida, se puede apreciar lo que plantean Laurenzi *et al*<sup>21</sup>, que el cuidado depende de aspectos como las relaciones interpersonales entre el personal sanitario y las mujeres gestantes y lactantes y factores estructurantes como el acceso y la disponibilidad a servicios médicos, lo cual va a incidir en que la experiencia y percepción de las mujeres frente al cuidado se vea de forma positiva o negativa.

Como otra cara de la misma moneda, están los profesionales de la salud, quienes han debido en tiempo récord, adaptar las condiciones en que se brindan los cuidados, pasando de la atención directa, a la atención telemática, generando estrategias para lograr ese anhelado *rapport* terapéutico, que se vislumbra lejano durante una consulta vía remota donde necesariamente deberá garantizarse la accesibilidad y la elección de qué parte de la atención será presencial y cuál deberá seguir siendo vía remota<sup>2</sup>.

A esta situación hay que agregarle los innumerables obstáculos técnicos que se presentan a la hora de mantener una comunicación a distancia que depende del acceso a tecnologías de la información y la comunicación (TIC), incluyendo acceso a internet, telefonía celular, fluido eléctrico y dispositivos electrónicos para telecomunicaciones. En este sentido la ciudad de Santa Marta, a pesar de

tener una alta cobertura en la prestación del servicio de energía eléctrica, por ejemplo, para el año 2018 contaba con un índice de cobertura de energía eléctrica total (ICEE) del 97,64%<sup>22</sup>, tiene serios problemas relacionados con la calidad del servicio. Para el año 2019 se estima que la ciudad fue la capital con mayor número de interrupciones en el fluido eléctrico al año (83,8 interrupciones promedio al año por hogar/usuario), además de estar entre las ciudades con mayor número de horas promedio sin electricidad al año (74,6 horas al año sin electricidad), problemática que se extiende a toda la zona norte del país<sup>23</sup>. En cuanto a la conectividad, la región Caribe presenta una brecha considerable en este aspecto, si se le compara con otras regiones del país<sup>24</sup>. Por ejemplo, para el 2018 en el departamento del Magdalena solo el 34.1% de los hogares poseen conexión a internet<sup>25</sup>.

El distanciamiento y/o aislamiento social, entendido como quedarse en casa o mantener distancia entre sujetos que comparten un mismo espacio, al igual que la utilización permanente de mascarillas, toma una notable relevancia en las formas de relacionamiento entre las personas, donde de manera particular, y atendiendo los diferentes testimonios de las mujeres entrevistadas, ha determinado las formas en que se sienten las gestantes y lactantes debido a la lejanía entre ellas, sus familiares y amigos, pues consideran que su deber es mantenerse protegidas de un posible contagio que afecte su embarazo o al niño que llevan en su vientre. Esta situación también ha sido determinante en el momento del parto ya que la mujer sufre un doble aislamiento, primero está aislada de sus familiares a quienes por temas de bioseguridad no se les permite ingresar para acompañarlas durante el parto, y segundo las personas que les proveen cuidados son percibidas como lejanas, debido a los elementos de protección personal que usan como mascarillas, máscaras protectoras, un vestuario especial, en algunos casos guantes, entre otros; y que les impiden relacionarse de forma natural y ver sus rostros y expresiones. Quizá esto no sea algo nuevo en las salas de parto<sup>26</sup>, pero las mujeres entrevistadas hacen énfasis del efecto distanciante que produce el material de protección personal.

Atendiendo lo anterior, no se puede perder de vista que el proceso de gestación y todo lo que se desprende de este no solo puede ser abordado como un evento biológico de la mujer, sino como un evento social, con determinantes culturales e individuales<sup>27-30</sup>; en ese sentido, tanto la gestación como el nacimiento en contextos como el pandémico requieren de innovaciones en los cuidados perinatales que no solo se centren en el aspecto biomédico, sino también en todas las dimensiones bio-psico-sociales del embarazo y el parto<sup>4,11,12,31</sup>. Esto incluye desde el mejoramiento de las condiciones ambientales de los centros médicos (e.g. calidad del aire en interiores<sup>32</sup>), hasta la implementación de programas de atención a distancia (telemedicina<sup>33</sup>) que incluyan una sensibilización de las bondades de este tipo de atención, a la vez que se mejoran los accesos, las interfases y el entrenamiento del personal médico para este tipo de relaciones a distancia; esto último implica retos adicionales en zonas rurales o urbanas marginales con deficientes servicios públicos. Si bien es cierto que la pandemia ha representado un desafío para el personal médico, por la sobrecarga laboral, la falta de insumos, espacios y equipos y la ausencia de conocimiento sobre los efectos de la COVID-19 en las mujeres y sus hijos<sup>3</sup>, es prioritario darle un espacio a la reflexión y el análisis sobre las transformaciones que la pandemia ha generado en el ámbito social y cultural de la gestación, el nacimiento, la lactancia e incluso la crianza de los niños nacidos en esta pandemia; es importante indagar a fondo cuáles son las transformaciones que se han presentado en torno a la madre y sus vínculos y las relaciones sociales. Nuestra investigación continúa indagando desde apuestas interdisciplinarias a partir de las experiencias de las madres y del personal médico qué podemos aprender de este difícil periodo, no solo para futuros brotes locales o regionales, sino también para vislumbrar formas de construir mejores procesos para los cuidados y el bienestar perinatal que favorezcan el bienestar de las mujeres embarazadas, sus hijos y el personal del sistema médico.

Como enseñanza de esta pandemia se pueden proponer varios aspectos generales:

- Es necesario que el embarazo y parto recuperen su estatus de evento no patológico y que se permita su transcurso considerando las dinámicas socioculturales propias de las mujeres en embarazo con una mínima medicalización, y que se evalúe la pertinencia de la atención del parto en casa o espacios especializados anexos a las instituciones de salud, más no dentro de ellas, para la atención del parto de bajo riesgo.
- Replantear la visita domiciliaria de seguimiento, con un personal de salud adecuadamente protegido y entrenado en entender las condiciones familiares y las visiones y prácticas que las mujeres y sus familias tienen sobre el embarazo, el parto y la lactancia y se facilite no solo la transición del cuidado institucional al cuidado en el hogar, sino también que el cuidado y bienestar que tienen las mujeres y sus familias sean considerados y valorados en las prácticas y cuidado en espacios institucionales biomédicos. En esta medida que las mujeres sean consideradas, como plantea Dixon<sup>27</sup> protagonistas de sus propios partos.
- Promover no solo la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal a través de las prácticas del cuidado biomédico y bioseguridad, sino poner en el centro de la atención las experiencias y prácticas socioculturales de las mujeres en torno al embarazo, el parto y la lactancia<sup>27</sup>.
- Utilizar en su debida proporción la telemática revistiéndola de cuidado humanizado. Ha demostrado ser una excelente herramienta.
- Sensibilizar al personal de salud para el logro del *rapport* terapéutico y la empatía de todas las circunstancias de cuidado, aún en condiciones de virtualidad.
- Es indudable que la pandemia introdujo cambios en el cuidado, de los cuales podemos aprender para ajustar y rediseñar

las dinámicas de cuidado y bienestar perinatal.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

Ninguno que declarar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS -Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. [Consultado 2020 Sept 20]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1)

2. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco F, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara, J. Atención del embarazo durante la pandemia de covid-19, ¿un impulso para el cambio? *Rev esp Salud Pública*, 2020; 94: 1-6. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202011157.pdf](https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011157.pdf)

3. Wei, S. Q, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 2021 Apr; 193(16): E540-E548. Doi: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.202604>.

4. López-Morales H, Del Valle M.V, Canet-Juric L, Andrés M.L, Galli J.I, Poó F , et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Psychiatry research*, 2021; 295: 113567. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>

5. Macchia-de Sánchez CL, Villalba-Vizcaíno VT. Vacunación contra COVID-19 y embarazo. *Duazary*. 2021 julio; 18(3): 309-320. Doi: <https://dx.doi.org/10.21676/2389783X.4247>

6. INS. Instituto Nacional de Saludo (2021). Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 41, 10 al 16 de octubre de 2021. Ministerio de Salud y protección social. Bogotá. [Consultado 2021 Nov 5]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_41.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_41.pdf)

7. Perafán A, Martínez W, Vásquez M, Brito, I, Baquero, A, Mendoza M. Análisis antropológico de las intervenciones, apropiaciones y resistencias de los discursos y prácticas biomédicas de mujeres en Santa Marta. Proyecto de Investigación. Fonciencias 2019. Universidad del Magdalena, Santa Marta. 2019.

8. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J of Obstet Gynecol*. 2020; Aug; 223(2): 240.e1–240.e9. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>

9. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra ICS, Silva LCL, Dias TKC, Santos NCCB. Repercussions of the Covid-19 pandemic in the care of premature infants. *Escola Anna Nery*. 2022; 26:1-9. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0179>

10. Faixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. Maternal solitude before the new guidelines in SARS-COV-2 times: a Brazilian cutting. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200165. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>

11. Sola A, Rodríguez S, Cardetti M, Dávila C. COVID-19 perinatal en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2020, 44:1-4 Doi: <https://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2020.47>

12. Davis-Floyd R, Gutschow K, Schwartz D. A. Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical Anthropology*, 2020 jul; 39(5): 413-427. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>

13. Castro A, Savage V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical anthropology*. 2019; 38(2), 123-136. Doi: <https://dx.doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
14. Fernández Jimeno N. Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*. 2016;11(31): 119-146. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5736264>
15. Llanes Díaz N. Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Sociológica (México)*, 2012; 27(77): 235-266. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v27n77/v27n77a7.pdf>
16. Pfeiffer C, Mwaipopo R. Delivering at home or in a health facility? health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013; 13(55), 1-10. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-55>
17. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a covid-19 como una pandemia. 2020. Consultado el 25 de julio de 2021. [Consultado 2021 Nov 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 385 de 2020. 2020, 12 marzo. [Consultado 2021 Sep 12]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=119957>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia. 2020, 26 de marzo. [Consultado 2021 Sep 7]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=119957>
20. López B. La salud sexual y reproductiva en tiempos de covid-19 en el Perú. *Revista médica Basadrina*. 2020; 14(1): 56-58. Doi: <https://dx.doi.org/10.33326/26176068.2020.1.928>
21. Laurenzi C, Skeen S, Coetzee B, Gordon S, Notholi V, Tomlinson M. How to pregnant women and new mothers navigate and respond to challenges in accessing health care? Perspectives from rural South Africa. *Social Sciences & Medicine*. 2020 jun; 258. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113100>.
22. Siel (Sistema de información eléctrico Colombiano). Índice de Cobertura de Energía eléctrica -ICEE 2018. Publicado Diciembre 30 del 2019. [Consultado Nov 17 del 2021]. Disponible en: <http://www.siel.gov.co/Inicio/CoberturadelSistemaInterconectadoNacional/ConsultasEstadisticas/tabid/81/Default.aspx>.
23. Superservicios. Diagnostico de la calidad del servicio de energía eléctrica en Colombia 2019. Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. 2019; 67 p. [Consultado 2021 Nov 7]. Disponible en: [http://www.sui.gov.co/web/content/download/3492/28267/version/1/file/diagnostico\\_de\\_la\\_prestacion\\_del\\_servicio\\_zni\\_-\\_07-11-2019-lo\\_.pdf](http://www.sui.gov.co/web/content/download/3492/28267/version/1/file/diagnostico_de_la_prestacion_del_servicio_zni_-_07-11-2019-lo_.pdf)
24. MINTIC (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones). En Colombia, una de cada 2 personas no tiene internet. 2018. [Consultado 2021 Nov 14]. Disponible en: <https://mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-Prensa/MinTIC-en-los-Medios/79707:En-Colombia-una-de-cada-2-personas-no-tiene-internet>
25. DANE. Boletín técnico. Indicadores básicos de tenencia y uso de la tecnología de la información y la comunicación – TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad 2018. Bogotá, 29 de agosto de 2019. [Consultado 2021 Nov 7]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/indicadores-basicos-de-tenencia-y-uso-de-la-tecnologia-de-la-informacion-y-la-comunicacion-tic-en-hogares-y-personas-de-5-y-mas-anos-de-edad-2018>

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/bol-etines/tic/bol\\_tic\\_hogares\\_departamental\\_2018.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/bol-etines/tic/bol_tic_hogares_departamental_2018.pdf)

public health, 2021; 18(16): 8886. Doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168886>

26. De Figueiredo A, Vasconcelos M. Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2008; 10(2): 537-543. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v10i2.8066>

33. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1-9. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>

27. Dixon L. Making women into protagonist: midwives reimagine the Mexican childbirth narrative. *Medical anthropology*. 2020; 39(6): 521-537. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2020.1714609>

28. Van der Sijpt E. Hiding or hospitalising? On dilemmas of pregnancy management in East Cameroon. *Anthropology & medicine*, 2013,20(3): 288-298. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2013.842415>

29. Kaphle S, Hancock h, Newman, L. Childbirth traditions and cultural perceptions of safety in Nepal: Critical spaces to ensure the survival of mothers and newborns in remote mountain villages. *Midwifery*. 2013; 29 (10):1173-1181. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.002>

30. Pourette D, Pierlovisi C, Randriantsara R, Rakotomanana E, Mattern C. Avoiding a "big" baby: Local perceptions and social responses toward childbirth-related complications in Menabe, Madagascar. *Social Science & Medicine*, 2018: 218: 52-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.002>

31. López-Rubio A. (2020). Nacer en los tiempos del covid-19. *JONNPR*, 2020; 5(6): 597-602. Doi: <http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3681>.

32. Tzoutzas I, Maltezou H.C, Barmparetos N, Tasios P, Efthymiou C, Assimakopoulos M. N, et al. Indoor Air Quality evaluation using mechanical ventilation and portable air purifiers in an academic dentistry clinic during the COVID-19 pandemic in Greece. *International journal of environmental research and*