

Factores asociados al uso de prácticas tradicionales de salud en el Perú: análisis de la ENDES

ARTÍCULO ORIGINAL AO

Factors associated with the use of traditional health practices in Peru: analysis of the ENDES

Rosario Osorio-Delgadillo¹, Cecilia Yaritza Huerta-Tello², Piero Angel Nico-las Puma-Paucar³, Alejandro Varillas², Andres Campaña-Acuña³

¹ Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

² Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

³ Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

Resumen

Introducción: Las prácticas tradicionales de salud son esenciales en Perú. **Objetivo:** Analizar factores asociados a prácticas tradicionales frente a enfermedades comunes en Perú. **Métodos:** Estudio transversal basado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2010 al 2023. Hubo dos poblaciones: mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con enfermedades de transmisión sexual (ETS) para el desenlace de consulta por curandero; y madres de niños menores de 6 años para el desenlace de uso de remedios caseros. Se calcularon razones de prevalencia crudas y ajustadas.

Resultados: La consulta por curandero se asoció con nivel educativo superior no universitario (RPa=0,53; IC95%:0,33-0,87), frente a ninguno/preescolar; ser casada/conviviente (RPa=0,75; IC95%:0,62-0,91); índice de riqueza muy rico (RPa=0,40; IC95%:0,24-0,66), frente a muy pobre; región selva (RPa=2,08; IC95%:1,48-2,92), frente a Lima Metropolitana; y residencia rural (RPa=1,26; IC95%:1,04-1,52). El uso de remedios caseros para fiebre/tos se asoció con edad de 20-49 años (RPa=1,30; IC95%:1,03-1,65), frente a 15-19; nivel educativo superior no universitario (RPa=0,62; IC95%:0,43-0,90); índice de riqueza muy rico (RPa=0,55; IC95%:0,38-0,81); región sierra (RPa=3,89; IC95%:2,67-5,66); y residencia rural (RPa=1,19; IC95%:1,03-1,38). El uso de remedios caseros para diarrea se asoció con edad de 20-49 años (RPa=1,22; IC95%:1,06-1,41); índice de riqueza muy rico (RPa=0,61; IC95%:0,49-0,75); región sierra (RPa=1,94; IC95%:1,66-2,27); y lengua materna quechua (RPa=1,18; IC95%:1,07-1,30), frente a español. **Conclusión:** Menores ingresos, residencia rural, nivel educativo, región (sierra y selva), edad y lengua materna estuvieron asociados a prácticas tradicionales frente a enfermedades comunes.

Palabras clave: Medicina tradicional; fiebre; diarrea; enfermedades de transmisión sexual (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction: Traditional health practices are essential in Peru. **Objective:** To analyze factors associated with traditional practices in response to common illnesses in Peru. **Methods:** A cross-sectional study was conducted using data from the Demographic and Health Survey (ENDES) from 2010 to 2023. Two populations were included: women of reproductive age (15 to 49 years) with sexually transmitted infections (STIs) for the outcome of consulting a traditional healer, and mothers of children under 6 years old for the outcomes of fever/cough and diarrhea in their children, analyzing the use of home remedies. Crude and adjusted prevalence ratios were calculated. **Results:** Consulting a traditional healer was associated with a non-university higher education level (aPR=0.53; 95% CI: 0.33-0.87) compared to no education/preschool level; being married/cohabiting (aPR=0.75; 95% CI: 0.62-0.91); a very high wealth index (aPR=0.40; 95% CI: 0.24-0.66) compared to very poor; living in the jungle region (aPR=2.08; 95% CI: 1.48-2.92) compared to Metropolitan Lima; and rural residence (aPR=1.26; 95% CI: 1.04-1.52). The use of home remedies for fever/cough was associated with being 20-49 years old (aPR=1.30; 95% CI: 1.03-1.65) compared to 15-19 years; having a non-university higher education level (aPR=0.62; 95% CI: 0.43-0.90); a very high wealth index (aPR=0.55; 95% CI: 0.38-0.81); living in the highlands region (aPR=3.89; 95% CI: 2.67-5.66); and rural residence (aPR=1.19; 95% CI: 1.03-1.38). The use of home remedies for diarrhea was associated with being 20-49 years old (aPR=1.22; 95% CI: 1.06-1.41); a very high wealth index (aPR=0.61; 95% CI: 0.49-0.75); living in the highlands region (aPR=1.94; 95% CI: 1.66-2.27); and having Quechua as a mother tongue (aPR=1.18; 95% CI: 1.07-1.30) compared to Spanish. **Conclusion:** Lower income, rural residence, educational level, region (highlands and jungle), age, and mother tongue were associated with traditional practices in response to common illnesses.

Key words: Medicine, traditional; fever; diarrhea; sexually transmitted diseases (Source: MeSH NLM).

DOI: [10.26722/rpmi.2024.v9n4.812](https://doi.org/10.26722/rpmi.2024.v9n4.812)

Información del artículo

Fecha de recibido

30 de septiembre del 2024

Fecha de aprobado

9 de diciembre del 2024

Correspondencia

Cecilia Yaritza Huerta-Tello
ceciliahuertatello@gmail.com

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de autoría

ROD: Conceptualización, investigación y redacción - borrador original. CYHT: Conceptualización, investigación y redacción - borrador original. PANPP: Conceptualización, investigación y redacción - revisión y edición. AV: Conceptualización, investigación y redacción - revisión y edición. ACA: Supervisión, análisis formal y redacción - revisión y edición.

Financiamiento

Autofinanciado.

Citar como

Osorio-Delgadillo R, Huerta-Tello CY, Puma-Paucar PAN, Varillas A, Campaña-Acuña A. Factores asociados al uso de prácticas tradicionales de salud en el Perú: análisis de la ENDES. Rev Per Med Integr. 2024;9(4):15-25.
doi:[10.26722/rpmi.2024.v9n4.812](https://doi.org/10.26722/rpmi.2024.v9n4.812)

Introducción

Las prácticas tradicionales de atención en salud, incluyendo el uso de plantas medicinales, representan una estrategia ampliamente adoptada por poblaciones alrededor del mundo, especialmente en países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 80% de la población en estos países depende de la medicina tradicional como su principal fuente de atención médica. En América Latina, el uso de medicinas tradicionales está profundamente arraigado en las culturas indígenas y mestizas, reflejando una combinación de conocimiento ancestral y adaptaciones modernas [1–3], destacando cómo los factores socioculturales, como creencias sobre la transmisión intergeneracional del conocimiento y el rol de agentes comunitarios, influyen no solo en el manejo de la enfermedad, sino también en las estrategias de comunicación en salud, donde la confianza en prácticas familiares y simbólicas suele prevalecer sobre mensajes institucionales [4]. Perú es uno de los 17 países megadiversos con más de 1400 especies de plantas medicinales documentadas y es un ejemplo emblemático de esta integración cultural [5,6].

Estudios recientes han revelado que factores como el nivel educativo [7], el acceso a servicios de salud y las tradiciones locales influyen en el uso de medicinas tradicionales en diferentes regiones del país. En Ayacucho, por ejemplo, el 22,26% de los adultos estudiados usaron medicina tradicional durante la pandemia de COVID-19, destacándose una asociación entre su uso y la edad de los participantes [8]. Similarmente, en Ucayali, el 19,5% de los encuestados utilizaron terapias complementarias, principalmente fitoterapia, impulsados por recomendaciones de familiares y amigos [9]. Por otro lado, en Huancavelica, el 99,63% de los estudiantes con COVID-19 recurrieron a plantas medicinales como eucalipto (*Eucalyptus globulus*) y matico (*Piper aduncum*), reflejando su amplio uso para tratar síntomas respiratorios [10].

Sin embargo, persisten vacíos importantes en la comprensión de cómo los factores socioeconómicos, educativos y culturales determinan el uso de prácticas tradicionales y remedios caseros a nivel nacional. A nivel infantil, los remedios caseros para afecciones comunes como resfriados, fiebre o dolor abdominal constituyen una solución accesible y culturalmente relevante [11], mientras que en el caso de enfermedades de transmisión sexual (ETS), el recurso a curanderos refleja no solo una falta de acceso a servicios formales de salud, sino también una búsqueda de tratamientos enmarcados en creencias y tradiciones locales. La mayoría de los estudios se han centrado en regiones específicas o grupos demográficos particulares, dejando un pano-

rama fragmentado sobre los determinantes de estas prácticas en contextos más amplios. Dado que el uso de plantas medicinales y curanderos puede representar una alternativa crucial frente a limitaciones del sistema de salud, explorar estas dinámicas es esencial para diseñar estrategias de salud pública culturalmente apropiadas [12,13].

Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar los factores socioeconómicos, educativos y culturales asociados al uso de prácticas tradicionales y remedios caseros en la atención de enfermedades en la población peruana, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Metodología

Diseño y área de estudio

Este estudio tiene un diseño transversal basado en un análisis secundario de datos, utilizando la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al período 2010-2023. La ENDES es una encuesta representativa a nivel nacional, regional y por áreas urbanas y rurales, que recopila información sobre salud, nutrición, demografía y otros indicadores socioeconómicos en el Perú. Esta encuesta es realizada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y abarca todas las regiones del país.

Población y muestra

La población objetivo de este estudio incluye a niños menores de 6 años para los desenlaces de emplear remedio casero por tos/fiebre (H37N) o diarrea (H15D) e incluye a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) si acudió a un curandero tras enterarse de tener alguna ETS (V770U). Las variables relacionadas con la consulta a un curandero por fiebre/tos (H32T) o diarrea (H12T) en niños fueron excluidas del análisis debido a la escasa cantidad de datos disponibles. Asimismo, se combinaron las poblaciones de niños para controlar mejor los efectos comparativos entre ambas variables, por lo que la población de referencia para estas dos son niños que han tenido tos/fiebre y diarrea. Para lo referido a la población de las madres, se eliminaron aquellas que tienen lengua extranjera, debido a que el porcentaje de categoría de esta es menor al 0,01%, así como no mostrar resultados en las regresiones por colinealidad. Dada la naturaleza de los datos de ENDES, la muestra es probabilística de tipo equilibrado y estratificada, asegurando la representatividad a nivel nacional, urbano y rural, región (Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva) y cada uno de los 24 departamentos del país y la Provincia Constitucional del Callao.

Variables e instrumentos

Las variables de interés para este estudio se dividen en factores sociodemográficos y económicos de control de la madre (edad - V012, nivel educativo - S108N, nivel de riqueza - V190, estado civil - V501, región - SREGION, residencia - V025, lengua materna - V131 y el año de la encuesta). Para los desenlaces se tuvo a emplear remedio casero por tos/fiebre (H37N) o diarrea (H15D) y si acudió a un curandero tras enterarse de tener alguna ETS (V770U). La información sobre estas variables se extrae directamente de los cuestionarios estandarizados de ENDES, los cuales han sido validados y utilizados ampliamente en investigaciones previas. Para obtener los indicadores y determinar el plan de diseño muestral para muestras complejas, se tomaron en cuenta las siguientes variables: se dividió V005 entre 1000000, conforme a lo especificado en la ficha técnica de la ENDES; además, se utilizó como unidad de muestreo primario V001, que corresponde al conglomerado, y V022, referente al estrato.

Procedimientos

El análisis secundario de datos se inicia con la descarga directa a las bases de datos de ENDES a través de los canales oficiales del INEI. Posterior a la descarga, se procede a la limpieza y preparación de los datos, incluyendo la selección de las variables de interés y la creación de variables derivadas cuando sea necesario. Se garantiza la confidencialidad de la información puesto que en la misma base de datos no existe ningún dato personal, puesto que el INEI maneja los datos a nivel de IDs anonimizados.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando software estadístico Stata 18. Éste inició con la descarga de las bases de datos de ENDES a través de los canales oficiales del INEI, la cual es de carácter público y abierto. Con la descarga realizada de los módulos de interés (REC41, REC0111, REC91, RE516171, RE223132 y REC43 para remedio casero y RE758081 para curandero tras ETS), se procedió a la limpieza y preparación de los datos, incluyendo la selección de las variables de interés y la creación de variables derivadas. El INEI garantiza la confidencialidad de la información mediante el anonimato de los datos y el cumplimiento de las normativas de protección de datos personales. La apelación de cada módulo a través de los años fue de carácter simple con el comando *append*, y la combinación para juntar módulos fue mediante el coman-

do *merge*, el cual varía entre formas de juntar módulos, primando principalmente el uso de la variable CASEID (cuestionario mujer ID). Finalmente, se quedaron solamente los registros cuyos variables se encuentran completas, y se eliminaron las observaciones con algún valor faltante.

Para el análisis de la presente investigación se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta para calcular las razones de prevalencia crudas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). El análisis estadístico se llevó a cabo tomando en cuenta el factor de ponderación de la encuesta para cada año. Para definir el marco muestral y ajustar los pesos de la muestra, se empleó el siguiente comando en el software estadístico: *svyset [pweight=V005], strata(V022_2) psu(V001)*.

Aspectos éticos

Este estudio utiliza datos abiertos y anonimizados de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), recolectados previamente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El uso de estos datos para esta investigación fue aprobado por el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Dado que los datos son públicos, anonimizados y cumplen con las normativas éticas establecidas por ambas instituciones, no fue necesario obtener consentimiento informado adicional ni la aprobación de un comité de ética institucional para este análisis secundario.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede observar que, entre las mujeres en edad fértil con ETS, el 95,2% tiene entre 20 y 49 años, mientras que entre las madres de niños con fiebre/tos y diarrea este grupo etario representa el 93,0%. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de las mujeres en ambos grupos posee educación secundaria (52,0% y 52,1%, respectivamente). Respecto al estado civil, el 83,7% de las mujeres con ETS y el 83,1% de las madres de niños enfermos están casadas o conviven. Según el índice de riqueza, el porcentaje de mujeres clasificadas como "muy pobre" es mayor entre las madres de niños con fiebre/tos y diarrea (28,9%) en comparación con las mujeres con ETS (23,4%). Finalmente, se observa que la mayoría reside en áreas urbanas, aunque esta proporción es ligeramente mayor en mujeres con ETS (71,5%) frente a las madres de niños con fiebre/tos y diarrea (68,1%).

Tabla 1. Características generales de las mujeres en edad fértil con ETS, de las madres de niños con fiebre/tos y diarrea según ENDES en el periodo 2017-2022.

Variable y categorías	Mujeres en edad fértil con ETS (N=24066)	Madres de niños con fiebre/tos y diarrea (N=18987)
Edad		
15 a 19 años	1231 (4,8%)	1424 (7,0%)
20 a 49 años	22835 (95,2%)	17563 (93,0%)
Nivel educativo		
Ninguno/preescolar	314 (1,1%)	290 (1,2%)
Primaria	4647 (16,4%)	4433 (19,4%)
Secundaria	12201 (52,0%)	9497 (52,1%)
Superior no universitario	6904 (30,5%)	4767 (27,4%)
Estado civil		
Soltera/viuda/divorciada	4049 (16,3%)	3094 (16,9%)
Casada/conviviente	20017 (83,7%)	15893 (83,1%)
Índice de riqueza		
Muy pobre	5749 (23,4%)	6000 (28,9%)
Pobre	7194 (33,3%)	5836 (34,4%)
Medio	5281 (22,5%)	3718 (20,6%)
Rico	3693 (14,0%)	2283 (11,2%)
Muy rico	2149 (6,8%)	1150 (5,0%)
Región		
Lima Metropolitana	3231 (4,1%)	1712 (3,1%)
Resto Costa	6301 (31,4%)	4629 (25,9%)
Sierra	9695 (35,2%)	6200 (30,5%)
Selva	4839 (29,4%)	6446 (40,5%)
Residencia		
Urbano	16900 (71,5%)	12464 (68,1%)
Rural	7166 (28,5%)	6523 (31,9%)
Lengua materna		
Español	21800 (91,5%)	17532 (92,6%)
Quechua	2174 (8,2%)	1373 (6,8%)
Aymara	92 (0,3%)	56 (0,3%)
Extranjera	*	26 (0,3%)

*Excluida del análisis por bajo n.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

En la Tabla 2 se puede observar que, en el análisis ajustado, los factores significativamente asociados a la consulta con el curandero incluyen el nivel educativo, el estado civil, el índice de riqueza, la región de residencia y el área de residencia. Las mujeres con nivel educativo superior no universitario presentan menor probabilidad de consulta (RPa: 0,53; IC 95%: 0,33-0,87; $p=0,012$) en comparación con

aquellas sin educación formal. Asimismo, las mujeres casadas o convivientes muestran una menor probabilidad de consulta (RPa: 0,75; IC 95%: 0,62-0,91; $p=0,003$) en comparación con las solteras, viudas o divorciadas. En términos de índice de riqueza, las mujeres clasificadas como "muy ricas" tienen menor probabilidad de consulta (RPa: 0,40; IC 95%: 0,24-0,66; $p<0,001$) en comparación con las "muy pobres".

Además, las mujeres que residen en la Sierra (RPa: 1,84; IC 95%: 1,32-2,58; $p<0,001$) o en la Selva (RPa: 2,08; IC 95%: 1,48-2,92; $p<0,001$) tienen mayor probabilidad de consulta en comparación con aquellas en Lima Metropolitana.

Finalmente, residir en áreas rurales también se asocia con una mayor probabilidad de consulta (RPa: 1,26; IC 95%: 1,04-1,52; $p=0,017$) frente a áreas urbanas.

Tabla 2. Factores asociados a la consulta con el curandero en mujeres en edad fértil con enfermedad de transmisión sexual según ENDES en el periodo 2017-2022

	No consultó N=22736 (94,5%)	Consultó N=1330 (5,5%)	Valor de p^*	RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
Edad							
15 a 19 años	1165 (95,6%)	66 (4,4%)	0,790	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
20 a 49 años	21571 (95,0%)	1264 (5,0%)		0,99 (0,67-1,46)	0,950	1,13 (0,80-1,59)	0,491
Nivel educativo							
Ninguno/preescolar	282 (92,6%)	32 (7,4%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	4198 (91,4%)	449 (8,6%)		0,98 (0,58-1,64)	0,927	0,99 (0,63-1,55)	0,951
Secundaria	11551 (95,1%)	650 (4,9%)		0,54 (0,32-0,89)	0,018	0,74 (0,47-1,16)	0,182
Superior no universitario	6705 (97,0%)	199 (3,0%)		0,31 (0,18-0,54)	<0,001	0,53 (0,33-0,87)	0,012
Estado civil							
Soltera/viuda/divorciada	3825 (94,1%)	224 (5,9%)	0,990	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada/conviniente	18911 (95,2%)	1106 (4,8%)		0,80 (0,65-0,99)	0,041	0,75 (0,62-0,91)	0,003
Índice de riqueza							
Muy pobre	5188 (91,4%)	561 (8,6%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	6746 (94,7%)	448 (5,3%)		0,63 (0,52-0,76)	<0,001	0,84 (0,69-1,01)	0,064
Medio	5084 (96,5%)	197 (3,5%)		0,34 (0,26-0,44)	<0,001	0,60 (0,46-0,79)	<0,001
Rico	3608 (98,0%)	85 (2,0%)		0,23 (0,16-0,332)	<0,001	0,39 (0,26-0,56)	<0,001
Muy rico	2110 (98,2%)	39 (1,8%)		0,19 (0,12-0,32)	<0,001	0,40 (0,24-0,66)	<0,001
Región							
Lima Metropolitana	3153 (97,7%)	78 (2,3%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Resto Costa	6109 (97,6%)	192 (2,4%)		1,28 (0,86-1,90)	0,219	1,12 (0,79-1,58)	0,539
Sierra	9015 (93,5%)	680 (6,5%)		3,84 (2,7-5,46)	<0,001	1,84 (1,32-2,58)	<0,001
Selva	4459 (93,8%)	380 (6,2%)		3,46 (2,4-5)	<0,001	2,08 (1,48-2,92)	<0,001
Residencia							
Urbano	16236 (96,3%)	664 (3,7%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	6500 (91,9%)	666 (8,1%)		2,34 (1,98-2,76)	<0,001	1,26 (1,04-1,52)	0,017
Lengua materna							
Español	20657 (95,2%)	1143 (4,8%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quechua	1994 (92,8%)	180 (7,2%)		2,23 (1,78-2,81)	<0,001	0,97 (0,77-1,21)	0,775
Aymara	85 (96,3%)	7 (3,7%)		2,36 (0,99-5,64)	0,054	1,06 (0,4-2,81)	0,915

* Prueba de chi cuadrado

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

En la Tabla 3 se puede observar que, en el análisis ajustado, los factores significativamente asociados al uso de remedios caseros para fiebre/tos incluyen la edad de la madre, el nivel educativo, el índice de riqueza, la región de residencia y el área de residencia. Las madres de 20 a 49 años tienen mayor probabilidad de uso en comparación con las de 15 a 19 años (RPa: 1,30; IC 95%: 1,03-1,65; $p=0,029$). Aquellas con nivel educativo superior no universitario tienen menor probabilidad de uso (RPa: 0,62; IC 95%: 0,43-0,90; $p=0,013$) respecto a las que no tienen educación formal. En términos de índice

de riqueza, las madres clasificadas como "muy ricas" presentaron menor probabilidad de uso (RPa: 0,55; IC 95%: 0,38-0,81; $p=0,002$) en comparación con las "muy pobres". Por región, las residentes en la Sierra (RPa: 3,89; IC 95%: 2,67-5,66; $p<0,001$) y en la Selva (RPa: 2,55; IC 95%: 1,75-3,72; $p<0,001$) tienen mayor probabilidad de uso respecto a aquellas de Lima Metropolitana. Finalmente, residir en zonas rurales también se asocia con un mayor uso de remedios caseros (RPa: 1,19; IC 95%: 1,03-1,38; $p=0,021$) en comparación con áreas urbanas.

Tabla 3. Factores asociados al uso de remedios caseros para fiebre/tos en madres de niños menores de 6 años con fiebre/tos y diarrea según ENDES en el periodo 2017-2022

	No usó N=17055 (89,2%)	Si usó N=1932 (10,2%)	Valor de p^*	RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
Edad							
15 a 19 años	1301 (90,7%)	123 (9,3%)	0,046	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
20 a 49 años	15754 (89,3%)	1809 (10,7%)		1,07 (0,84-1,37)	0,580	1,30 (1,03-1,65)	0,029
Nivel educativo							
Ninguno, preescolar	242 (83,7%)	48 (16,3%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	3867 (88,1%)	566 (11,9%)		0,57 (0,37-0,88)	0,011	0,66 (0,46-0,94)	0,020
Secundaria	8543 (89,1%)	954 (10,9%)		0,53 (0,35-0,81)	0,003	0,78 (0,55-1,10)	0,150
Superior no universitario	4403 (91,1%)	364 (8,9%)		0,37 (0,24-0,57)	<0,001	0,62 (0,43-0,90)	0,013
Estado civil							
No	2799 (89,0%)	295 (11,0%)	0,200	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	14256 (89,4%)	1637 (10,6%)		1,2 (1,01-1,43)	0,044	1 (0,86-1,16)	0,985
Índice de riqueza							
Muy pobre	5107 (85,0%)	893 (15,0%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	5257 (89,3%)	579 (10,7%)		0,65 (0,56-0,75)	<0,001	0,82 (0,71-0,96)	0,011
Medio	3461 (92,4%)	257 (7,6%)		0,46 (0,38-0,56)	<0,001	0,65 (0,52-0,81)	<0,001
Rico	2142 (93,0%)	141 (7,0%)		0,41 (0,32-0,53)	<0,001	0,63 (0,48-0,837)	0,001
Muy rico	1088 (94,7%)	62 (5,3%)		0,36 (0,24-0,52)	<0,001	0,55 (0,38-0,81)	0,002
Región							
Lima Metropolitana	1657 (97,5%)	55 (2,5%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Resto Costa	4349 (93,2%)	280 (6,8%)		2,37 (1,61-3,50)	<0,001	2,11 (1,43-3,12)	<0,001
Sierra	5243 (84,5%)	957 (15,5%)		6 (4,15-8,68)	<0,001	3,89 (2,67-5,66)	<0,001
Selva	5806 (90,0%)	640 (10,0%)		3,62 (2,49-5,25)	<0,001	2,55 (1,75-3,72)	<0,001
Residencia							
Urbano	11507 (91,1%)	957 (8,9%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	5548 (85,6%)	975 (14,4%)		1,98 (1,75-2,25)	<0,001	1,19 (1,03-1,38)	0,021
Lengua materna							
Español	15878 (90,0%)	1654 (10,0%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quechua	1111 (81,2%)	262 (18,8%)		2,10 (1,74-2,54)	<0,001	1,02 (0,85-1,22)	0,837
Aymara	42 (87,4%)	14 (12,6%)		2,05 (0,94-4,45)	0,071	1,03 (0,52-2,04)	0,935
Extranjera	24 (98,0%)	2 (2,0%)		0,45 (0,07-2,97)	0,407	0,62 (0,12-3,2)	0,565

* Prueba de chi cuadrado

En la Tabla 4 se puede observar que, en el análisis ajustado, los factores significativamente asociados al uso de remedios caseros para diarrea incluyen la edad de la madre, el índice de riqueza, la región de residencia y la lengua materna. Las madres de 20 a 49 años presentan mayor probabilidad de uso en comparación con las de 15 a 19 años (RPa: 1,22; IC 95%: 1,06-1,41; $p=0,005$). Respecto al índice de riqueza, las madres clasificadas como "muy ricas" tienen menor probabilidad de uso (RPa: 0,61; IC 95%: 0,49-0,75; $p<0,001$) en

comparación con las "muy pobres". Por región, las residentes en la Sierra (RPa: 1,94; IC 95%: 1,66-2,27; $p<0,001$) y en la Selva (RPa: 1,22; IC 95%: 1,04-1,43; $p=0,016$) tienen mayor probabilidad de uso respecto a Lima Metropolitana. Además, las madres cuya lengua materna es el quechua presentan mayor probabilidad de uso (RPa: 1,18; IC 95%: 1,07-1,30; $p=0,001$) en comparación con aquellas cuya lengua materna es el español.

Tabla 4. Factores asociados al uso de remedios caseros para diarrea en madres de niños menores de 6 años con fiebre/tos y diarrea según ENDES en el periodo 2017-2022

	No usó N=14082 (74.17%)	Si usó N=4905 (25.83%)	Valor de p	RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
Edad							
15-19	1127 (78,7%)	297 (21,3%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
20-49	12955 (73,2%)	4608 (26,8%)		1,09 (0,94-1,27)	0,265	1,22 (1,06-1,41)	0,005
Nivel educativo							
Ninguno, preescolar	196 (65,3%)	94 (34,7%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	3173 (71,1%)	1260 (28,9%)		0,71 (0,55-0,92)	0,010	0,88 (0,71-1,10)	0,272
Secundaria	7033 (74,1%)	2464 (25,9%)		0,67 (0,52-0,86)	0,002	0,86 (0,69-1,08)	0,199
Superior no universitario	3680 (74,8%)	1087 (25,2%)		0,56 (0,43-0,73)	<0,001	0,8 (0,63-1,01)	0,058
Estado civil							
No	2323 (73,8%)	771 (26,2%)	0,200	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	11759 (73,6%)	4134 (26,4%)		1,01 (0,91-1,11)	0,900	1 (0,89-1,05)	0,436
Índice de riqueza							
Muy pobre	4122 (67,4%)	1878 (32,6%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	4308 (73,8%)	1528 (26,2%)		0,83 (0,76-0,91)	<0,001	0,88 (0,81-0,97)	0,007
Medio	2853 (76,2%)	865 (23,8%)		0,76 (0,68-0,84)	<0,001	0,82 (0,73-0,92)	0,001
Rico	1841 (80,7%)	442 (19,3%)		0,61 (0,52-0,7)	<0,001	0,71 (0,61-0,83)	<0,001
Muy rico	958 (82,3%)	192 (17,7%)		0,5 (0,40-0,61)	<0,001	0,61 (0,49-0,75)	<0,001
Región							
Lima Metropolitana	1404 (83,4%)	308 (16,6%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Resto Costa	3765 (79,7%)	864 (20,3%)		1,20 (1,02-1,42)	0,032	1,07 (0,91-1,27)	0,398
Sierra	3930 (61,5%)	2270 (38,5%)		2,31 (1,98-2,69)	<0,001	1,94 (1,66-2,27)	<0,001
Selva	4983 (78,2%)	1463 (21,8%)		1,51 (1,29-1,77)	<0,001	1,22 (1,04-1,43)	0,016
Residencia							
Urbano	9623 (76,3%)	2841 (23,7%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	4459 (68,0%)	2064 (32,0%)		1,34 (1,24-1,44)	<0,001	0,97 (0,89-1,05)	0,424
Lengua materna							
Español	13206 (74,8%)	4326 (25,2%)	<0,001	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Quechua	820 (57,9%)	553 (42,1%)		1,74 (1,56-1,94)	<0,001	1,18 (1,07-1,30)	0,001
Aymara	34 (70,2%)	22 (29,8%)		1,72 (1,09-2,72)	0,019	0,92 (0,54-1,58)	0,765
Extranjera	22 (56,3%)	4 (43,7%)		0,71 (0,27-1,90)	0,500	0,61 (0,2-1,86)	0,382

* Prueba de chi cuadrado

En la Figura 1, se presentan las tendencias de tres prácticas tradicionales de salud a lo largo del tiempo. En relación con la consulta con curanderos por ETS en mujeres en edad fértil (1A), la proporción se mantuvo en un 7% durante 2010 y 2013; sin embargo, en los años posteriores, este valor disminuyó, alcanzando un mínimo de 4%, con un intervalo de confianza de $\pm 1,5\%$. Por otro lado, el uso de remedios caseros para fiebre y tos (1B) mostró sus valores más altos en 2011 y 2012, alcanzando un 12%. A partir de entonces,

las proporciones se mantuvieron principalmente por debajo del 10%, con mínimos de 7,5% en 2014 y 7% en 2023, con un intervalo de confianza general de $\pm 2\%$. Finalmente, el uso de remedios caseros para diarrea (1C) inició con valores elevados, alcanzando un 30% y 28% en los primeros dos años del análisis. Posteriormente, este porcentaje disminuyó rápidamente a un mínimo del 20% en 2014, estabilizándose entre el 22% y el 25% en los años siguientes, con un intervalo de confianza de $\pm 2,5\%$.

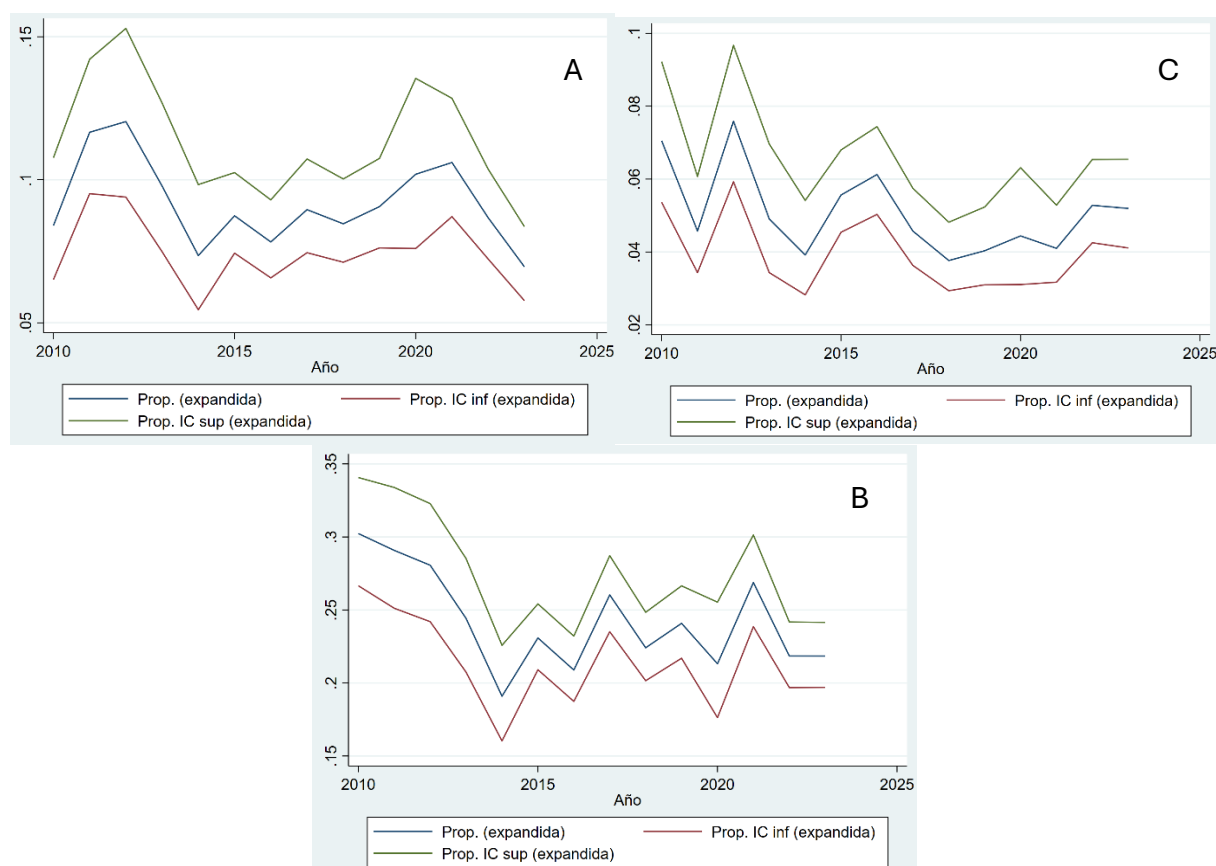


Figura 1. Tendencias en el uso de prácticas tradicionales de salud a lo largo del tiempo según ENDES en el periodo 2010-2023. **1A:** Proporción de mujeres en edad fértil con ETS que consultaron a curanderos. **1B:** Uso de remedios caseros para fiebre y tos en madres de niños menores de 6 años. **1C:** Uso de remedios caseros para diarrea en madres de niños menores de 6 años.

DISCUSIÓN

Se encontró una asociación significativa entre el nivel educativo y el uso de medicina tradicional en el manejo de afecciones comunes. Las personas con niveles educativos más bajos, sin educación formal o educación primaria, presentaron mayor prevalencia de uso de medicina tradicional en comparación con aquellos con educación secundaria o superior. Este hallazgo coincide con los resultados de Corroto *et al.*, quienes hallaron que el uso de plantas medicinales en los Andes peruanos es mayor entre personas con niveles educativos más bajos. En su estudio, además, observaron que esta práctica está vinculada con condiciones económicas limitadas y el aislamiento geográfico, factores que podrían influir en el acceso limitado a servicios de salud formales [14].

Por otro lado, en un contexto similar, Choqueapaza-Calizaya reportó que los padres de familias en Tacna con menor acceso a la educación tendían a recurrir con mayor frecuencia a plantas medicinales para enfrentar la COVID-19, atribuyendo esta práctica a una percepción de eficacia basada en conocimientos tradicionales [15]. Sin embargo, estudios como el de Salmerón-Manzano *et al.* destacan que, a nivel

global, la educación influye en la elección de terapias alternativas, y en países como China e India, se observa un incremento en la popularidad de la medicina tradicional incluso entre personas con altos niveles educativos debido a su integración en sistemas de salud modernos [16]. El uso predominante de la medicina tradicional entre personas con menor nivel educativo refleja el mantenimiento de tradiciones culturales y, posiblemente, una menor familiaridad con sistemas médicos formales. Esto resalta la importancia de adaptar las políticas de salud pública en contextos con alta diversidad cultural y desigualdad educativa. Además, este resultado sugiere la necesidad de programas que combinen la educación sobre el uso adecuado de remedios tradicionales con acceso a servicios médicos modernos, promoviendo así una integración segura y eficaz. La combinación de estos enfoques podría potenciar la confianza en el sistema de salud formal sin desvalorizar los saberes ancestrales.

Se identificó una asociación significativa entre el índice de riqueza y el uso de medicina tradicional, observándose que las personas en los quintiles más bajos de riqueza reportaron un mayor uso de medicina tradicional en comparación

con los individuos en los quintiles más altos. Este hallazgo es consistente con el trabajo de Corroto *et al.*, quienes evidenciaron que en los Andes peruanos los participantes de zonas periféricas y de menor ingreso recurren más al conocimiento y uso de plantas medicinales, en contraste con quienes habitan en áreas urbanas y de mayor riqueza, donde predominan las compras en mercados o farmacias [17]. Similarmente, el estudio de De La Cruz-Vallejo *et al.* en comunidades rurales de Ayacucho mostró que el uso de medicina tradicional era mayor entre personas de bajos ingresos, destacando que este grupo enfrentaba barreras económicas y geográficas para acceder a servicios médicos convencionales [8]. En un contexto global, la revisión de Tangkiatkumjai *et al.* identificó que, en regiones como África, el acceso limitado a sistemas de salud convencionales debido a restricciones económicas conduce a un mayor uso de medicina tradicional [18], lo que refleja un patrón similar al observado en Perú. Sin embargo, en países como India, la integración de la medicina tradicional en el sistema de salud formal ha permitido su adopción en todos los niveles socioeconómicos. La mayor prevalencia de uso de medicina tradicional entre las personas de bajos recursos puede estar relacionada con factores como accesibilidad económica, disponibilidad local de plantas medicinales y prácticas culturales profundamente arraigadas. Este resultado subraya la necesidad de políticas públicas que aborden las desigualdades en el acceso a servicios de salud formales, especialmente en comunidades rurales y de bajos ingresos. A su vez, se plantea la oportunidad de fortalecer el uso seguro y sostenible de la medicina tradicional, integrándola como una alternativa complementaria dentro del sistema de salud, lo que podría ser particularmente útil en áreas donde los recursos médicos formales son limitados.

Se encontró una asociación significativa entre la residencia en áreas rurales y el uso de medicina tradicional. Las personas que residen en zonas rurales reportaron un mayor uso de estas prácticas en comparación con quienes viven en áreas urbanas. Este hallazgo coincide con los resultados de Badanta *et al.*, quienes estudiaron comunidades indígenas en la Amazonía peruana y documentaron que la medicina tradicional es el primer recurso de atención en estas áreas [19]. Los curanderos y las mujeres desempeñan un papel central en el uso de plantas y rituales, lo que refleja un acceso limitado a servicios de salud convencionales y una fuerte confianza en prácticas ancestrales. De manera similar, Villena-Tejada *et al.* observaron que los residentes de zonas rurales en Cusco recurrieron más frecuentemente a plantas medicinales para prevenir y tratar síntomas respiratorios durante la pandemia de COVID-19, debido a su

disponibilidad local y a la limitada presencia de centros médicos [1].

Por otro lado, el trabajo de Sánchez-Yactayo *et al.* con gestantes en áreas rurales de Cañete mostró que más del 65% de las participantes usaban plantas medicinales, en parte debido a su familiaridad con estas prácticas y su menor dependencia de la medicina moderna [20]. A nivel internacional, Tangkiatkumjai *et al.* destacaron que en regiones con sistemas de salud deficientes, como en comunidades rurales de Asia y África, la medicina tradicional es utilizada como una solución accesible para atender necesidades de salud [18]. La mayor prevalencia de medicina tradicional en áreas rurales refleja las disparidades en el acceso a servicios de salud convencionales entre zonas rurales y urbanas, además de una rica tradición cultural que mantiene vivas estas prácticas. Este resultado pone de relieve la importancia de incluir la medicina tradicional en las estrategias de salud pública, especialmente en áreas rurales donde su uso es prevalente y puede complementar la atención médica moderna. Integrar estas prácticas en los programas de salud, respetando su valor cultural y promoviendo su uso seguro, podría mejorar los resultados de salud en comunidades con infraestructura sanitaria limitada. Además, fortalecer los servicios de salud en estas áreas sigue siendo esencial para garantizar la equidad en el acceso.

Se observó una asociación significativa entre la lengua materna y el uso de medicina tradicional, siendo más frecuente entre hablantes de lenguas originarias, como el quechua y el aymara, en comparación con hablantes de español. Este hallazgo está alineado con el trabajo de Badanta *et al.*, quienes reportaron que las comunidades indígenas de la Amazonía peruana utilizan principalmente la medicina tradicional como primer recurso terapéutico, lo cual está profundamente arraigado en sus creencias y prácticas culturales [19]. Asimismo, Corroto *et al.* indicaron que en los Andes peruanos las personas con menor nivel de integración al sistema urbano, incluyendo hablantes de lenguas originarias, mostraron un mayor conocimiento y uso de plantas medicinales [14]. Por otra parte, Villena-Tejada *et al.* observaron que el uso de plantas medicinales para la prevención y tratamiento de síntomas de COVID-19 fue más frecuente entre personas con tradiciones culturales vinculadas al idioma y las costumbres locales [1]. De manera similar, en el contexto global, la revisión de Tangkiatkumjai *et al.* indicó que las prácticas culturales y la identidad étnica desempeñan un papel crucial en el uso de medicina tradicional, especialmente en Asia y África, donde la preservación de tradiciones orales es fundamental para la

transmisión del conocimiento sobre remedios ancestrales [18]. La asociación entre el uso de medicina tradicional y las lenguas originarias destaca la conexión intrínseca entre identidad cultural y prácticas terapéuticas. Esto pone de manifiesto la importancia de desarrollar políticas de salud culturalmente sensibles que respeten y fomenten el uso seguro de la medicina tradicional, reconociendo su valor para estas comunidades. Además, se deben crear estrategias que permitan a los hablantes de lenguas originarias acceder a servicios de salud formales sin enfrentar barreras lingüísticas o culturales. Incorporar la medicina tradicional en el sistema de salud formal podría fortalecer la confianza en el sistema médico, promoviendo un enfoque más inclusivo y equitativo en la atención sanitaria.

Este estudio presenta algunas limitaciones inherentes al uso de bases de datos secundarias como las de ENDES. En primer lugar, la información recopilada depende de la calidad y precisión del autoinforme de los participantes, lo que podría introducir sesgos de recuerdo o subregistro en el uso de la medicina tradicional. Además, al tratarse de un diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Tampoco se dispone de datos detallados sobre las prácticas específicas de medicina tradicional utilizadas, como los tipos de remedios o contextos culturales asociados, lo que limita la comprensión integral del fenómeno. Finalmente, las variables incluidas están condicionadas por los objetivos y la estructura de la encuesta original, lo que restringe la posibilidad de explorar otras dimensiones relevantes para el tema estudiado.

Conclusión

El uso de medicina tradicional en Perú se asoció significativamente con un menor nivel educativo, mayor pobreza, residencia rural y regiones como la Sierra y Selva. Los participantes con educación primaria o menos, de menores ingresos y lengua materna distinta al español mostraron una mayor tendencia a recurrir a curanderos y remedios caseros. Estos hallazgos destacan la importancia de comprender las barreras económicas, educativas y culturales que influyen en la búsqueda de atención tradicional, y su relevancia para diseñar estrategias de salud pública que incorporen enfoques interculturales y promuevan una atención inclusiva y equitativa.

Referencias bibliográficas

- Villena-Tejada M, Vera-Ferchau I, Cardona-Rivero A, Zamalloa-Cornejo R, Quispe-Flórez MM, Frisancho-Triveño Z, et al. Plantas medicinales y alimentos funcionales usados como recursos contra Covid-19 en una población andina del Perú. *Ambiente, Comportamiento y Sociedad*. 2021;4(1):62–81. doi:[10.51343/racs.v4i1.819](https://doi.org/10.51343/racs.v4i1.819)
- Geck MS, Cristians S, Berger-González M, Casu L, Heinrich M, Leonti M. Traditional Herbal Medicine in Mesoamerica: Toward Its Evidence Base for Improving Universal Health Coverage. *Front Pharmacol*. 2020;11:1160. doi:[10.3389/fphar.2020.01160](https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01160)
- Asfaw A, Lulekal E, Bekele T, Debella A, Abebe A, Degu S. Documentation of traditional medicinal plants use in Ensaro District, Ethiopia: Implications for plant biodiversity and indigenous knowledge conservation. *Journal of Herbal Medicine*. 2023;38:100641. doi:[10.1016/j.hermed.2023.100641](https://doi.org/10.1016/j.hermed.2023.100641)
- Cofré Soto E. Comunicación para la salud: Aproximaciones epidemiológicas y socioculturales al cuerpo-enfermo de las mujeres con cáncer de mama. *Revista de Comunicación de la SEECI*. 2020;(51):169–83.
- Canchari JGL, Solorzano RNJ. Plantas medicinales utilizadas con fines de prevención durante la pandemia de la covid-19 en Perú: Una revisión. *Innova Biology Sciences: Revista Científica de Biología y Conservación*. 2021;1(1):28–44.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de las plantas medicinales en Perú. Informe de reunión del grupo de expertos en plantas medicinales. (Lima, 19 de marzo del 2018). 2019 [citado el 30 de enero de 2025]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50479>
- MORALES-BENÍTEZ BI, MORALES-HERNÁNDEZ R, BUDAR-LENDECH E. Education and development factors for social welfare. *ResearchGate*. 2024;7(19):8–14. doi:[10.35429/JSR.2021.19.7.8.14](https://doi.org/10.35429/JSR.2021.19.7.8.14)
- Cruz-Vallejo RNDL, Palomino MS, Contreras JP-, Cerdá-Pomacanchi CY, Medina-Quispe CI, Córdova-Salazar P, et al. Factores asociados al uso de la medicina tradicional durante la pandemia por la COVID-19 en una comunidad rural peruana. *Revista Peruana de Medicina Integrativa* [Internet]. 2023 [citado el 30 de enero de 2025];8(4). Disponible en: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/753>
- Santiváñez-Acosta R, Valenzuela-Oré F, Angulo-Bazán Y, Santiváñez-Acosta R, Valenzuela-Oré F, Angulo-Bazán Y. Uso de terapias de medicina alternativa y complementaria en la provincia de Coronel Portillo, Ucayali, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*

- Publica. 2020;37(3):510–5. doi:[10.17843/rpmesp.2020.373.4939](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4939)
10. León Montoya GB, Chotón Calvo M del R, Saavedra Chinchayán ME, Acosta Román M, Almonacid Quispe S. Covid-19: Vacunas y fitoterapia en estudiantes de universidad pública del centro del Perú. 2022. Medicina naturista. 2023;17(2):22–8.
 11. Mammari N, Albert Q, Devocelle M, Kenda M, Kočevár Glavač N, Sollner Dolenc M, et al. Natural Products for the Prevention and Treatment of Common Cold and Viral Respiratory Infections. Pharmaceuticals. 2023;16(5):662. doi:[10.3390/ph16050662](https://doi.org/10.3390/ph16050662)
 12. Ccami-Bernal F, Rojas-Miliano C, Soriano-Moreno DR, Fernández-Guzmán D, Quispe-Vicuña C, Hernández-Bustamante EA, et al. Factores asociados con el consumo de plantas medicinales para la prevención de COVID-19 en población peruana: un estudio transversal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2024;41(1):37–45. doi:[10.17843/rpmesp.2024.411.13265](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.411.13265)
 13. Mendieta M da C, Souza ADZ de, Vargas NRC, Piriz MA, Echevarría-Guanilo ME, Heck RM. Transmissão de conhecimento sobre plantas medicinais no contexto familiar: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2014;8(10):3516–24. doi:[10.5205/1981-8963-v8i10a10084p3516-3524-2014](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i10a10084p3516-3524-2014)
 14. Corroto F, Gamarra Torres OA, Macía MJ. Understanding the Influence of Socioeconomic Variables on Medicinal Plant Knowledge in the Peruvian Andes. Plants. 2022;11(20):2681. doi:[10.3390/plants11202681](https://doi.org/10.3390/plants11202681)
 15. Choqueapaza-Calisaya MB. Factores sociodemográficos y uso de plantas medicinales frente a la COVID-19 en padres de una institución educativa inicial. Investig. Innov. 2021;1(1):113–2. doi:[10.33326/27905543.2021.1.1145](https://doi.org/10.33326/27905543.2021.1.1145)
 16. Salmerón-Manzano E, Garrido-Cardenas JA, Manzano-Agugliaro F. Worldwide Research Trends on Medicinal Plants. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3376. doi:[10.3390/ijerph17103376](https://doi.org/10.3390/ijerph17103376)
 17. Corroto F, Rascón J, Barboza E, Macía MJ. Medicinal Plants for Rich People vs. Medicinal Plants for Poor People: A Case Study from the Peruvian Andes. Plants. 2021;10(8):1634. doi:[10.3390/plants10081634](https://doi.org/10.3390/plants10081634)
 18. Tangkiatkumjai M, Boardman H, Walker D-M. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. BMC Complement Med Ther. 2020;20(1):363. doi:[10.1186/s12906-020-03157-2](https://doi.org/10.1186/s12906-020-03157-2)
 19. Badanta B, Lucchetti G, Barrientos-Trigo S, Fernández-García E, Tarriño-Concejero L, Vega-Escaño J, et al. Healthcare and Health Problems from the Perspective of Indigenous Population of the Peruvian Amazon: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7728. doi:[10.3390/ijerph17217728](https://doi.org/10.3390/ijerph17217728)
 20. Sánchez-Yactayo M, Vallejos-Gamboa J, Huaccho-Rojas J. Factores asociados al uso de plantas medicinales en las gestantes, 2019. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2020;5(2):61–7. doi:[10.26722/rpmi.2020.52.178](https://doi.org/10.26722/rpmi.2020.52.178)