



**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA**

**Prevalencia y factores asociados al uso de remedios caseros en adultos que no acuden a los centros de salud: evidencia de una encuesta con base poblacional, 2019.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el grado de bachiller en Medicina

**AUTORES**

Castillo Céspedes, Enzo (000-0002-6350-0470)

Peralta Vera, Fabiola Guadalupe (0000-0003-2605-7243)

**ASESORES**

Benites Zapata, Vicente Aleixandre (0000-0002-9158-1108)

Herrera Añazco, Percy (0000-0003-0282-6634)

**Lima, 03 de Noviembre del 2021**

## *DEDICATORIA*

*A Dios por permitirnos llegar a este momento de nuestras vidas,  
a Nuestros Padres y Familiares que nos impulsan a ser mejores cada día,  
a Todos los que nos acompañan en esta hermosa carrera  
y a los que no están presentes entre nosotros, un abrazo al cielo.*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar nuestro camino a cumplir nuestros objetivos en esta carrera.

A Nuestros Padres que son la base de nuestra formación y nos han brindado aportes invaluable para enfrentar esta gran tarea.

A Nuestras Familias por motivarnos y darnos el apoyo incondicional para cumplir de manera exitosa nuestra más grande meta.

A Nuestros Asesores por el tiempo y la paciencia otorgada para el desarrollo de este trabajo.

A Nuestros Profesores por inculcarnos y darnos enseñanzas que jamás olvidaremos en el desarrollo de nuestra profesión.

A Todos los que nos acompañan diariamente y son parte especial de nuestra vida.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del uso de remedios caseros (URC) y factores asociados en adultos que presentan síntomas, enfermedad o accidente pero que no acudieron a un centro de salud en Perú mediante la Encuesta Nacional de Hogares 2019.

**Métodos:** Estudio analítico transversal en adultos mayores de 18 años. La variable dependiente fue el uso de RC (Sí / No) como principal motivo para no acudir a un centro de salud. Se emplearon modelos lineales generalizados de la familia de Poisson, la medida de asociación calculada fue la razón de prevalencia (RP) con su IC95%.

**Resultados:** La prevalencia de URC fue del 22,6% y de acuerdo a los grupos de edad entre 30-49 años (RP = 1,14; IC del 95%: 1,00-1,29), 50-59 años (RP = 1,26; IC del 95%: 1,12-1,42) y mayores de 60 años (RP = 1,34; IC 95%: 1,17-1,55). La prevalencia de URC fue mayor entre los que vivían en la sierra (RP = 2,35; IC del 95%: 1,96-2,81) y la selva (RP = 1,42; IC del 95%: 1,17-1,72). El grupo étnico quechua (RP = 1,45; IC 95%: 1,30-1,60), aymara (RP = 1,46; IC 95%: 1,15-1,83) y otros grupos étnicos (RP = 1,45; IC 95%: 1,24-1,70) mostraron mayor URC. Hubo una mayor prevalencia de URC entre los afiliados al Seguro Integral de Salud (RP = 1,19; IC del 95%: 1,05-1,33) y menor para los afiliados a un seguro privado (RP = 0,37; IC del 95%: 0,32-0,82).

**Conclusión:** La quinta parte de la población con algún síntoma, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas refieren no acudir a los centros de salud porque prefieren el URC. Los factores sociodemográficos asociados al URC son la edad, la región de procedencia y el tipo de seguro de salud.

**Palabras Principales:** Medicina Tradicional; Sistemas de Salud; Seguro de Salud ; Perú (DeCS)

Prevalence and factors associated with home remedies use in adults who do not attend healthcare facilities: evidence from peruvian population-based survey, 2019.

## ABSTRACT

**Objective:** We estimated home remedies use (HRU) prevalence and associated factors in adults who present symptoms, disease or accident but who did not go to a healthcare facility in Peru using the National Household Survey 2019.

**Methods:** We conducted an analytical cross-sectional study in adults over 18 years. The dependent variable was HRU (Yes / No) as the main reason for not going to healthcare facilities. We carry out generalized linear models of the Poisson family, considering the complex sample of the survey and calculated crude and adjusted prevalence ratios (PR) with their 95% confidence intervals (CI).

**Results:** The HRU prevalence was 22.6% and higher in age groups between 30-49 years (PR=1.14; 95% CI:1.00-1.29), 50-59 years (PR=1.26; 95% CI:1.12-1.42) and over 60 years (PR=1.34; 95% CI:1.17-1.55). The HRU prevalence was higher among those who lived in the highlands (PR=2.35; 95% CI:1.96-2.81) and jungle (PR=1.42; 95% CI:1.17-1.72). The Quechua ethnic group (PR=1.45; 95% CI:1.30-1.60), Aymara (PR=1.46; 95% CI:1.15-1.83) and other ethnic groups (PR=1.45; 95% CI:1.24-1.70) showed to had higher HRU. There was a higher HRU prevalence among those affiliated to the Comprehensive Health Insurance (PR=1.19; 95% CI:1.05-1.33) and lower for those affiliated to private insurance (PR=0.37; 95% CI:0.32-0.82).

**Conclusion:** A fifth of the population prefers HRU for any symptom, illness or accident in the last four weeks as the main reason for not going to healthcare facilities. The socio-demographic factors associated with HRU were age, the region of origin, ethnicity, and type of health insurance.

**Keywords:** Traditional Medicine; Healthcare System; Insurance; Ethnic Groups; Peru (Source: MeSH LME)

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	<b>7</b>
2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	7
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	7
2.3 VARIABLES Y MEDICIONES .....	8
2.4 PLAN DE ANÁLISIS .....	8
2.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	9
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>9</b>
<b>4. DISCUSIONES</b> .....	<b>10</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>14</b>
<b>6. ANEXOS</b> .....	<b>17</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El uso de remedios caseros (RC) para el manejo de enfermedades forma parte de las prácticas culturales a nivel mundial y la frecuencia de su uso varía de acuerdo al país (1-3). En Europa, un estudio alemán encontró que alrededor del 80 % de su población utilizaba RC (1). En Latinoamérica, un estudio colombiano describió que más del 60% de personas que no acuden a un médico recurren a hierbas o RC (2). En Perú, un estudio que tenía por objetivo evaluar automedicación, mostró que aproximadamente 30% de la población que no acude a un establecimiento de salud emplea RC (3).

Sin embargo, es posible que existan variaciones en la frecuencia de su uso dependiendo de la definición de RC, esto debido a que actualmente no se cuenta con una definición estándar. Algunos estudios los definen como medidas simples para el manejo de problemas menores de salud que son transmitidos de generación en generación y excluye a los suplementos dietéticos, productos a base de hierbas y similares (1). En contraste, otros estudios indican que el término incluye el uso de hierbas, partes de animales o minerales con fines terapéuticos y preparados en un entorno doméstico (4).

Existen diferentes características sociodemográficas asociadas con una mayor probabilidad de uso de RC tales como el género femenino (5-7), la etnia afroamericana (5), los entornos rurales (6,7) y la baja escolaridad (6). Aunque algunas características pueden ser comunes entre los países, el uso de RC es una práctica que depende de los entornos culturales, por lo que estos hallazgos no siempre son extrapolables a otros contextos.

Perú tiene un sistema de salud fraccionado con una alta prevalencia de no uso de servicios formales de salud, así como de automedicación y desabastecimiento de medicinas en centros de salud de todos los niveles de atención (8-11). En este contexto, consideramos necesario conocer la magnitud del uso de RC. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del uso de RC y sus factores asociados en adultos que tienen algún síntoma, enfermedad o accidente pero que no acuden a un establecimiento de salud en el Perú.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1 Diseño del estudio**

Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2019. Esta encuesta es de base poblacional y es utilizada para seguimiento socioeconómico de los hogares peruanos.

### **2.2 Población, muestra y muestreo**

La ENAH es una encuesta de monitoreo socioeconómico con un muestreo probabilístico, estratificado, multietápico e independiente, que busca representatividad de manera nacional. La población objetivo son las viviendas y sus ocupantes tanto en zona urbana como rural. La encuesta excluye a miembros pertenecientes a las Fuerzas Armadas, Fuerza Aérea, Ejército y Marina de Guerra del Perú, que viven en campos de entrenamiento y barcos, así como individuos que en el momento de la encuesta se encontraban en hospedajes colectivos como hoteles, hospitales, asilos, prisiones, entre otros.

En el área urbana la unidad primaria fue el centro urbano poblado con más de 2 mil habitantes. La unidad de muestreo secundaria fue el conglomerado de viviendas con un total de 120 y la unidad terciaria fue la vivienda particular.

En el área rural, se contó con dos tipos de unidades primarias; el centro poblado urbano con 500 a menos de 2 mil habitantes y el área de empadronamiento rural con un promedio de 100 viviendas particulares. La unidad secundaria de muestreo fue el conglomerado que tiene en promedio 120 viviendas particulares y la unidad terciaria de muestreo fue la vivienda.

El tamaño total de muestra obtenida para el año 2019 fue de 128 276 personas pertenecientes a 39 820 viviendas: 24 308 en el área urbana y 15 512 en el área rural.

El análisis incluyó a todos los adultos mayores de 18 años que no acudieron a un centro de salud a pesar de presentar un problema de salud en las últimas cuatro semanas. Se excluyó a 48 511 de las 128 276 personas que fueron entrevistadas debido a que no tuvieron una enfermedad previa durante las últimas 4 semanas, 38 315 personas porque acudieron a un servicio de salud por su enfermedad, 9 896 porque eran menores de 18 años y 8 312 por presentar datos incompletos (Figura 1).



### 2.3 Variables y mediciones

La variable dependiente fue el uso de RC (Si/No) y fue construida en base a la pregunta p409 de la ENAHO (¿Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro de salud?). Los participantes que respondieron la preferencia por utilizar RC en lugar de ir al centro de salud fueron considerados como usuarios.

Como variables independientes se incluyeron al sexo, la edad categorizada en 18 a 29, 30 a 49, 50 a 59 y 60 años a más, el estado civil (soltero, conviviente, casado, divorciado/viudo), el idioma que aprendió en niñez (idioma nativo o español), el nivel educativo (sin instrucción, primaria, secundaria y superior), la región de procedencia (Lima, costa, sierra y selva), zona rural (si/no), la presencia de alguna discapacidad (si/no), enfermedades crónicas (si/no), seguro de salud (sin seguro, seguro integral de salud, seguridad social, fuerzas armadas y policiales y privado) y la etnicidad (mestizo, quechua, aymara, nativo de la amazonia, afroperuano, blanco y otras razas).

### 2.4 Plan de análisis

Se utilizó el paquete estadístico STATA ® v16.0 (STATA Corporation, College Station, Texas, EE. UU.) Con el módulo "complex survey data" (svy). Los resultados descriptivos se presentan en frecuencias absolutas y proporciones ponderadas por muestreo complejo con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis bivariado se realizó utilizando la prueba de chi cuadrado para muestras complejas, con previa evaluación de los supuestos.

Se emplearon modelos lineales generalizados de la familia de Poisson (crudo y ajustado) para muestras complejas. La medida de asociación calculada fue la razón de prevalencia (RP) con su IC95%. Aquellas variables con un valor p menor de 0.05 fueron introducidas en el modelo ajustado. La variable etnia e idioma fueron consideradas colineales, entonces, para obtener una adecuada consistencia estadística dentro del mismo modelo ajustado, solo se incluyó a la etnia.

## 2.5 Aspectos éticos

La base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares es de acceso público (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>) y no presenta identificadores para participantes, lo que garantiza el anonimato de los participantes. Además, la recolección de datos se realizó previo consentimiento verbal por parte de los participantes y no involucra la toma de muestras biológicas.

## 3. RESULTADOS

Se analizó a 23,242 participantes que representan a una población de 6'129,013 personas. De la muestra, el 55,4% fueron mujeres y la edad promedio fue de 46,8 años. El estado civil más frecuente fue el estar casado (32,4%). Respecto al nivel educativo el 36% del total concluyó secundaria y el 39,1% vivía en la sierra. La etnia predominante fue la mestiza con 49,1% y el idioma más hablado fue el castellano (72,6%). El 92,3% refirió no presentar discapacidad, el 56,7% padecían de alguna enfermedad crónica y el Seguro Integral de Salud (SIS) fue el tipo de seguro más frecuente (47,1%). Del total, el 22,6% de la muestra refirió que no acudió a un establecimiento de salud por haber usado RC (Tabla 1).

El análisis bivariado mostró asociación estadísticamente significativa entre uso de RC con la edad, estado civil, nivel educativo, región, seguro de salud, etnia, idioma y zona geográfica ( $p < 0,001$ ) (Tabla 2). Los adultos mayores tuvieron mayor prevalencia de uso de RC comparado con los más jóvenes, 27,5% y 16%, respectivamente. Los viudos mostraron la mayor prevalencia de uso de RC con 29,8%, mientras que los que presentaron la menor prevalencia fueron los solteros. Los que no tuvieron instrucción tuvieron la mayor prevalencia de uso de RC con 36,3% en contraste con los que tuvieron educación superior con 15,6%. Los participantes con seguro privado reportaron la menor prevalencia de uso de RC y los participantes con SIS la mayor prevalencia, 27,9% y 6,2%, respectivamente. Las etnias Quechua (35,1%) y Aymara (37,4%) fueron las que más usaron RC en comparación con la etnia mestiza que tuvo la menor prevalencia de uso (14,6%). Los participantes procedentes de la sierra con 36,9% y de zonas rurales con 33,8%, mostraron las mayores prevalencias de uso de RC.

En el análisis crudo, se evidenció mayor prevalencia de uso RC en las edades comprendidas entre 30-49 años, 50-59 años y más de 60 años comparados con el grupo de 18 a 29 años. De igual forma, hubo mayor prevalencia de uso de RC en aquellos entrevistados con estado civil conviviente, casado, viudo comparados con los solteros. Asimismo, se evidenció mayor prevalencia de uso de RC en los que no tenían instrucción, o tenían instrucción primaria o secundaria en comparación con los que tenían instrucción superior. Del mismo modo, los que viven en la sierra o selva, a comparación de los que viven en la Lima y en los que no contaban con seguro o estaban afiliados al SIS, en comparación con los que tenían seguro social; tenían mayor prevalencia de uso de RC. En contraste, los afiliados a seguro de salud privado tuvieron menor prevalencia de uso de RC. Por último, el uso de RC fue más prevalente en los pertenecientes a cualquier etnia en comparación a la mestiza, a excepción de la etnia blanca, así como los que hablan una lengua nativa o foránea en comparación con los que hablan castellano. La tabla 3 muestra el modelo de regresión crudo con los valores de los RP con su IC95%.

En el análisis ajustado, se mantuvo la relación estadísticamente significativa entre el uso de RC y la edad entre 30-49 años (RP 1,14 IC95% 1,00-1,29), 50-59 años (RP 1,26 IC95% 1,12-1,42) y más de 60 años (RP 1,34 IC95% 1,17-1,55); en comparación de tener 18 a 29 años. Así mismo, entre los encuestados que vivía en la sierra (RP 2,35 IC95% 1,96-2,81) y selva (RP 1,42 IC95% 1,17-1,72); con respecto a los que viven en Lima, los que pertenecen al grupo étnico Quechua (RP 1,45 IC95% 1,30-1,60), Aymara (RP 1,46 IC95% 1,15-1,83) y otras etnias (RP 1,45 IC95% 1,24-1,70), en relación a la etnia mestiza. De igual forma entre los que estaban afiliados al SIS (RP 1,19 IC95% 1,05-1,33), en comparación con estar afiliado al seguro social. Finalmente, el tener un seguro privado se asocia con menor prevalencia de uso de RC (RP 0,37 IC95% 0,32-0,82) (Tabla 3).

#### **4. DISCUSIONES**

Los principales hallazgos del presente estudio muestran que aproximadamente 2 de cada 10 peruanos con algún síntoma, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas y que no acudieron a los centros de salud lo hicieron porque usaron RC. Los factores asociados a usar RC fueron, la edad mayor a 30 años, vivir en la región sierra o selva, pertenecer a los grupos

étnicos Quechua, Aymara u otras etnias y estar afiliado al Seguro Integral de Salud. Además, se encontró que las personas que contaban con seguro privado tuvieron menor uso de RC.

La prevalencia de uso de RC fue menor a la reportada en países como Alemania con una prevalencia de 80%, de la India con 68,6%, Colombia con 61% y similar a Brasil que presentó 21,9% (1,3,4,12). Las diferencias podrían deberse a que se utilizaron diferentes definiciones para RC, así como se utilizó diferentes herramientas metodológicas. El estudio alemán incluyó un cuestionario para RC específicos, las razones y frecuencia de su uso, por lo tanto, la población podría entender mejor las preguntas y reportar con mayor frecuencia el uso de cada RC (1). El estudio indio se realizó en madres de niños que presentaron problemas respiratorios y el cuestionario hizo preguntas concretas sobre RC usados de acuerdo a la sintomatología (12). Mientras que en el estudio colombiano se utilizó una encuesta para establecer los factores asociados a la automedicación para problemas de salud definidos y los RC fueron una de las opciones para aliviar los síntomas (2). En Perú, un estudio que al igual que el nuestro utilizó la ENAHO del 2015 mostró que el 7.7% de los pacientes que prefieren automedicarse antes que acudir a un centro de salud usan RC (3).

Entre los factores asociados al uso de RC se encontró a la edad, siendo la población entre 50-59 años la que más usó RC. Esta cifra es similar a la descrita en el estudio realizado en Brasil, donde la edad promedio de los que usaron RC fue de 50,4 años, lo cual podría relacionarse con los conocimientos sobre RC que se brindan a través de las generaciones y que se mantienen a pesar de que pasan los años (7,4).

Al ser el término RC un concepto poco definido, la población puede entender de diferentes maneras el término RC, lo cual podría sobreestimar su prevalencia. En Brasil, la población encuestada fue de centros de atención primaria y al evaluarse el tipo de RC usados, las plantas medicinales fueron las señaladas (4). En Perú también existe un amplio uso de plantas medicinales sobre todo en regiones de la sierra y la selva, lo que podría explicar porque en nuestro estudio, usualmente motivados por las creencias, la amplia variedad de especies en diferentes zonas y su fácil acceso (13-19). Una investigación en tres ciudades del Perú, reportó que el 50% de participantes utilizó plantas medicinales para enfermedades crónicas (20). Otro estudio en Cuzco describió que el 83,2% de los evaluados, las utilizó para diversos problemas digestivos, urinarios y respiratorios (21). Así mismo, uno realizado en Huancavelica reportó que 68,7% de la población refiere usar siempre plantas medicinales para curarse (14).

Nuestro estudio encontró mayor prevalencia de uso de RC en etnias nativas y que frecuentemente habitan la región sierra y selva (22). Estudios realizados en comunidades andinas y amazónicas, muestran que su población prefiere auto tratarse con remedios naturales (14,15), a pesar que la cobertura de salud ha mejorado (23,24). No obstante, hay razones sociodemográficas y culturales por las cuales no acuden a un centro de salud tales como, considerar que el padecimiento no es grave, lejanía al centro de salud, la demora en la atención, el maltrato por parte del personal de salud y la falta de conocimiento sobre las enfermedades (3,16). De igual forma, existen barreras como como el estigma y la discriminación, las barreras del idioma, la desconfianza e incomodidad hacia el personal de salud, falta de interculturalidad y la rotación anual del personal de la salud, que son factores que debilitan la relación entre la comunidad y el sistema de salud (25,26). De igual forma, estos grupos étnicos utilizan RC debido a la cosmovisión acerca del cuerpo humano, el concepto de enfermedad y el manejo adecuado bajo los principios y creencias de cada cultura (27), como también se puede apreciar en poblaciones similares como los grupos guatemaltecos de ascendencia maya en México (28).

Entre otros factores asociados al uso de RC se encontró que las personas que contaban con SIS presentaron mayor uso de RC en comparación con la seguridad social. Este resultado, es controversial dado que las personas sin seguro tenían mayor prevalencia en la no utilización de servicios formales de prestación de salud (11), no obstante, es probable que se deba a que las mejoras en la cobertura de salud no han cumplido con el acercar el sistema de salud a la población por barreras culturales como las descritas previamente (3,16,25,26). Un estudio peruano que analizó la brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud, indicó que, a pesar de la evolución favorable de la cobertura al SIS, solo el 31,27% de afiliados buscaba atención por problemas de salud en establecimientos del MINSA (29). Así mismo, es probable que a pesar de poder acceder a la atención de salud no se encuentre los medicamentos en las farmacias de los establecimientos de salud a pesar de estar subsidiados por el gobierno (10). En contraste, tener seguro privado se asoció a una menor prevalencia de uso de RC comparado con los que tenían seguro social, probablemente debido a que los afiliados al seguro social tienen más probabilidades de usar la consulta ambulatoria, en hospitales y clínicas de sus redes asistenciales, lo que disminuiría el consumo de RC (23). No obstante, la seguridad social tiene desde hace varios años programas de medicinas

complementaria en donde parte de sus terapias se basan en plantas medicinales pero prescritos por profesionales de la salud especializados en dichas terapias (30).

La relevancia de nuestros hallazgos radica en que hemos identificados varios factores sociodemográficos que se asocian con el uso de RC. Las prácticas de la medicina tradicional en países andinos son inevitables dado que están fuertemente arraigadas en la población. Entonces, los gestores de políticas públicas podrían utilizar estos hallazgos para tomarlos como punto de partida para hacer intervenciones que regulen el uso de RC. Políticas institucionales como la de la seguridad social de incorporar terapias complementarias dentro del arsenal terapéutico permiten integrar elementos de la medicina popular dentro de un entorno controlado (30-31). Asimismo, se necesita mayor investigación que permita validar el uso de algunos RC para algunas patologías de manejo sencillo y sin la presencia de efectos adversos. Por otro lado, intervenciones educativas que busquen disminuir la automedicación con RC más aun cuando nuestros hallazgos muestran que no hay diferencias entre el grado de instrucción y el uso de RC.

El presente estudio tiene limitaciones. En primer lugar, al ser un análisis secundario de datos, la pregunta de investigación no ha sido formulada previo a la elaboración de los cuestionarios y a la ejecución del estudio primario, por lo que en el análisis sólo se incluyeron las variables que se encuentran en los cuestionarios de la ENAHO. Para las próximas investigaciones, se deberían considerar estas variables debido a que pueden influir en la utilización de RC. En segundo lugar, no hay información que permita establecer que tipos de remedios caseros fueron utilizados por los participantes. En tercer lugar, el diseño transversal del estudio no permite evaluar causalidad, por lo que el alcance de la investigación se limita a estimar la frecuencia y factores asociados al uso de RC. No obstante, estos factores encontrados pueden ser punto de partida de intervenciones en salud pública e investigación como discutimos previamente. En cuarto lugar, la exclusión de personas menores de 18 años podría resultar en un sesgo de selección, sin embargo, no se evidencia diferencias en términos de sexo y región entre las observaciones incluidas y excluidas.

Como conclusión, los hallazgos del estudio muestran que la quinta parte de la población con algún síntoma, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas refieren no acudir a los centros de salud porque prefieren utilizar remedios caseros. Hemos identificado factores sociodemográficos asociados al uso de RC como la edad, la región de procedencia y el tipo de seguro de salud.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Parisius LM, Stock-Schröer B, Berger S, Hermann K, Joos S. Use of home remedies: A cross-sectional survey of patients in Germany. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1):1–8. doi: 10.1186/1471-2296-15-116.
2. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública.* 2009;11(3):432–42.
3. Virú-Loza MA. Factores protectores contra la automedicación en personas con enfermedad reciente que no buscaron atención en un establecimiento de salud. *An Fac med.* 2017;78(4):398-404. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14260>
4. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, Helena ET de S. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva.* 2017;22(8):2703–12. doi: 10.1590/1413-81232017228.18892015
5. Boyd EL, Taylor SD, Shimp LA, Semler CR. An assessment of home remedy use by African Americans. *J Natl Med Assoc.* 2000;92(7):341–53.
6. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H, C M. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex.* 1998;40(1):1–11.
7. Quandt SA, Sandberg JC, Grzywacz JG, Altizer KP, Arcury TA. Home Remedy Use Among African American and White Older Adults. *J Natl Med Assoc.* 2015;107(2):121-129. doi: 10.1016/S0027-9684(15)30036-5
8. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2):243–54.
9. Urrunaga-Pastor D, Benites-Zapata VA and Mezones-Holguín E. Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015 [version 2; peer review: 2 approved] *F1000Research* 2020, 8:23. doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.17578.2>
10. Mezones-Holguín E, Solis-Cóndor R, Benites-Zapata VA, Garnica-Pinazo G, Marquez-Bobadilla E, Tantaleán-Del-Águila M, et al. Institutional differences in the ineffective access to prescription medication in health care centers in Peru: Analysis of the national survey on user satisfaction of health services (ENSUSALUD 2014). *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(2):205-214. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2197
11. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(3):478-84. doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2864
12. Siva N, Nayak BS. Practice of home remedies among the mothers of under five children with upper respiratory tract infection. *Int J Nurs Educ.* 2019;11(1):10. doi: 10.5958/0974-9357.2019.00003.5

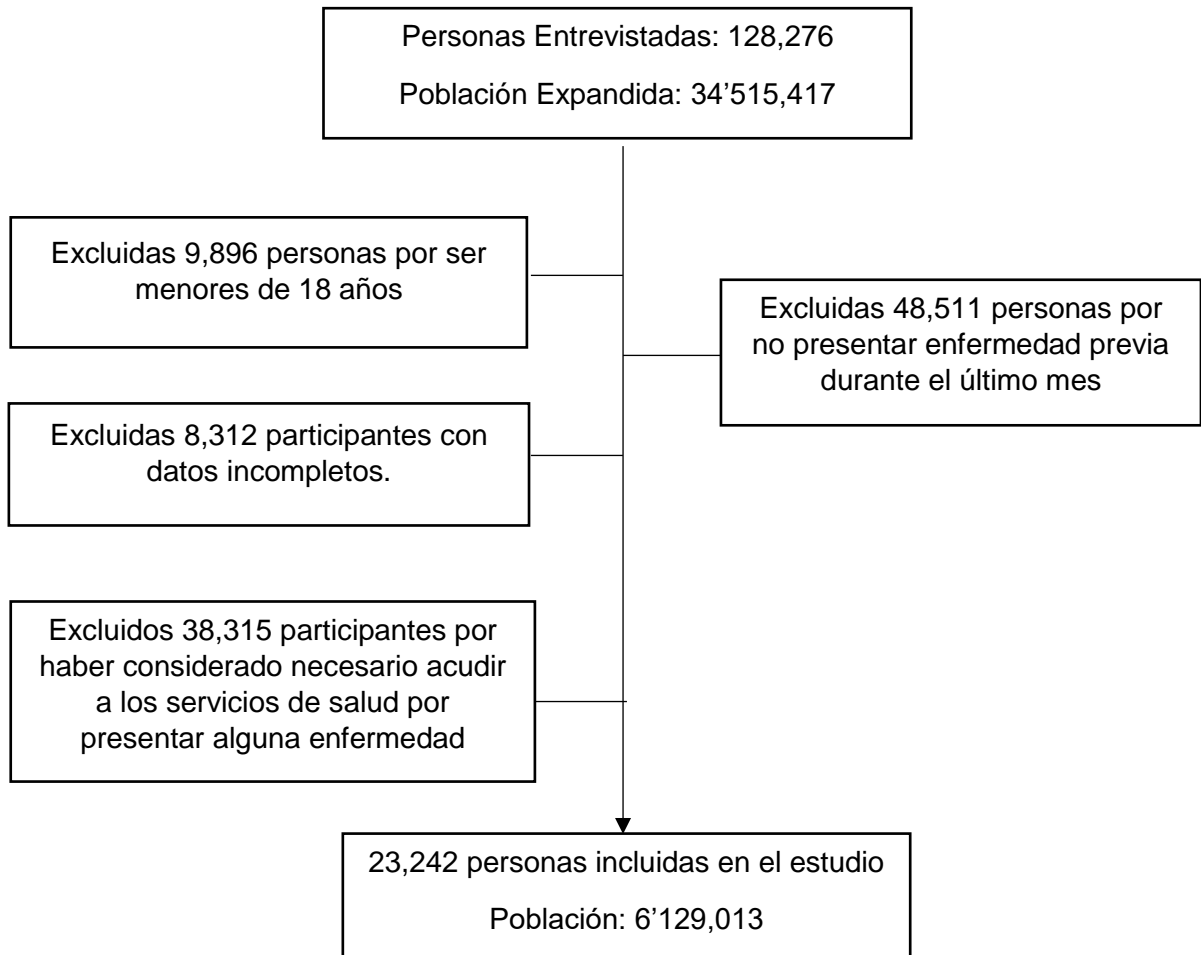
13. Huamantupa I, Cuba M, Urrunaga R, Paz E, Ananya N, Callalli M, et al. Richness, use and origin of expended medicinal plants in the markets of the Cusco City. *Rev Peru Biol.* 2011;18(3):283–91.
14. Valenzuela-Oré F, Romaní-Romaní F, Monteza-Facho BM, Fuentes-Delgado D, Vilchez-Buitron E, Salaverry-García O. Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2018;35(1):84-92. doi: 10.17843/rpmesp.2018.351.3603.
15. Brierley CK, Suarez N, Arora G, Graham D. Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote amazonian Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 2014;90(1):180–3. doi: 10.4269/ajtmh.13-0547.
16. Williamson J, Ramirez R, Wingfield T. Health, healthcare access, and use of traditional versus modern medicine in remote Peruvian Amazon communities: A descriptive study of knowledge, attitudes, and practices. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;92(4):857–64. doi: 10.4269/ajtmh.14-0536.
17. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(4):368–76.
18. Santiviáñez R, Cabrera J. Catálogo florístico de plantas medicinales peruanas [Internet]. Peru: 2013. Available from: <https://web.ins.gob.pe/es/salud-intercultural/medicina-tradicional/plantas-medicinales/catalogo-floristico>
19. Tello-Ceron G, Flores Pimentel M, Gomez Galarza V. Uso de las plantas medicinales del distrito de Quero, Jauja, Región Junín, Perú. *Ecol Apl.* 2019;18(1):11–20. doi: <http://dx.doi.org/10.21704/rea.v18i1.1301>
20. Herrera-Añazco P, Taype-Rondan A, Ortiz PJ, Málaga G, del Carpio-Toia AM, Alvarez-Valdivia MG, et al. Use of medicinal plants in patients with chronic kidney disease from Peru. *Complement Ther Med.* 2019;47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102215>
21. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A, Antich-Barrientos M, Ccorihumán-Cusitito L, Romaní F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(1):64-8. doi: 10.17843/rpmesp.2013.301.159
22. Ministerio de Cultura. Base de datos de pueblos indígenas u originarios: Aimara. Perú. Available from: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos/aimara>
23. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2015;32(3):464-70.
24. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougnot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, Del Carmen Sara JC. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(2):196-206. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>.
25. Palma-Pinedo H, Reyes-Vega M. Barreras identificadas por el personal de salud para el tamizaje de VIH en población indígena de la Amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2018;35(4):610-9. doi:10.17843/rpmesp.2018.354.3855.



26. Irons R. Análisis cualitativo de la atención en los servicios de planificación familiar ofrecidos a pacientes quechuahablantes en Ayacucho, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(2):188-95. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4356>
27. Roumy V, Garcia-Pizango G, Gutierrez-Choquevilca AL, Ruiz L, Jullian V, Winterton P, et al. Amazonian plants from Peru used by Quechua and Mestizo to treat malaria with evaluation of their activity. *J Ethnopharmacol*. 2007;112(3):482–9. doi: 10.1016 / j.jep.2007.04.009
28. Mosquera M. Las diversidades y la percepción del cuerpo en los grupos étnicos Mesoamericanos. *Rev Espacios Transnacionales*. 2014;3: 14-25
29. Gutiérrez C, Romaní Romaní F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Fac med*. 2018;79(1):65-70. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>
30. Luján-Carpio E, Lizarraga-Castañeda Z, Mayor-Vega A, Medrano-Canchari K, Medina-Salazar H, Goicochea-Lugo S. El servicio de Medicina complementaria de EsSalud, una alternativa en el sistema de salud peruano. *Rev Medica Hered*. 2014;25(2):105-106.
31. Villar López M, Ybáñez Cuba E, Arévalo Celis C, Astahuamán Huamán D, Angulo-Bazán Y, Alarcón Pimentel S. Caracterización De Las Actividades De Medicina Complementaria En Pacientes De Essalud-Perú. 2010-2014. *Rev Peru Med Integr*. 2016;1(1):5–12.

## 6. ANEXOS

**Figura 1.** Flujograma de la selección de participantes en el análisis. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2019.



**Tabla 1.** Características generales de los adultos que no acudieron a un centro de salud a pesar de presentar un problema de salud en las últimas 4 semanas (**n = 23,242**)

Características	Frecuencia absoluta	Proporción Ponderada*	
	n	%	IC95%
<b>Uso de Remedios Caseros</b>			
No	17,754	77,4	76,2-78,6
Si	5,488	22,6	21,3-23,7
<b>Género</b>			
Mujer	12,712	55,4	54,6-56,2
Hombre	10,530	44,6	43,7-45,3
<b>Edad</b>			
Promedio (IC95%)		46,84	46,4-47,2
18 a 29 años	4,594	20,9	20,1-21,7
30 a 49 años	3,895	17	16,4-17,7
50 a 59 años	8,484	35,8	35-36,7
60 a más	6,269	26	25,2-26,9
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	4,777	22,5	21,7-23,3
Conviviente	6,310	26,5	25,4-27,4
Casado	7,874	32,4	31,5-33,4
Viudo	1,786	7,3	6,9-7,7
Divorciado/Separado	2,495	11,1	10,5-11,7
<b>Nivel Educativo</b>			
No instrucción	2,014	7,4	6,9-7,9
Primaria	7,637	29	28,2-29,9
Secundaria	7,604	36	35-37
Educación Superior No Universitaria	2,660	12,4	11,7-13
Educación Superior Universitaria o Posgrado	3,327	15	14,2-15,8
<b>Región Geográfica de Residencia</b>			
Lima Metropolitana	2,151	25,8	24,1-27,5
Costa	6,904	22,8	21,3-24,2
Sierra	9,474	39,1	37,3-41,1
Selva	4,713	12,2	11,2-13,2
<b>Discapacidad</b>			
No	21,423	92,3	91,8-92,9
Si	1,819	7,6	7-8,1
<b>Seguro de Salud</b>			
Sin Seguro	5,918	27,3	26,3-28,3
Seguro Integral de Salud (SIS)	11,900	47,1	45,9-48,4
Seguro Social de Salud (EsSalud)	4,685	21,4	20,5-22,3
Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y la Policía	253	1,3	1-1,5
Seguro Privado	486	2,7	2,3-3,1
<b>Etnia</b>			
Mestizo	11,296	49,1	47,7-50,5
Quechua	6,751	28,6	27,1-30,1

Aymara	1,212	5	4-6,1
Nativo de la Amazonía	584	1,1	0,9-1,3
Afroperuano	1,481	7	6,4-7,5
Blanco	977	4,7	4,3-5,1
Otro	941	4,3	3,9-4,7
<b>Idioma</b>			
Castellano	16,452	72,6	71-73
Lengua Nativa	6,706	27,1	25,7-28,6
Lengua Foránea	52	0,2	1,6-3,5
Lengua de Señas/No habla	52	0,1	0-0,1
<b>Enfermedad Crónica</b>			
No	10,044	43,3	42,2-44,3
Si	13,198	56,7	55,6-57,7
<b>Zona de Residencia</b>			
Urbana	14,239	74,4	73,3-75,5
Rural	9,003	25,6	24,4-26,6

*\*Se incluyeron los pesos y el efecto de diseño propio del muestreo complejo de la encuesta*

Tabla 2. Prevalencia de uso de remedios caseros en adultos que no acudieron a un centro de salud a pesar de presentar un problema de salud en las últimas 4 semanas (n = 23,242)

Características	Uso de remedios caseros (n=5488)			No uso de remedios caseros (n=17754)			Valor P*
	n	%	IC95%	n	%	I 95%	
<b>Género</b>							
Mujer	3,072	23,1	21,8-24,5	9,640	76,9	75,4-78,1	0,056
Hombre	2,416	21,9	20,4-23,2	8,114	78,1	76,7-79,5	
<b>Edad</b>							
Promedio							
18 a 29 años	776	16	14,3-17,8	3818	84	82,1-85,6	<0,001
30 a 49 años	814	20	18,2-22,2	3081	80	77,7-81,7	
50 a 59 años	2166	24	22,4-25,4	6318	76	74,5-77,5	
60 a más	1732	27,5	25,7-29,3	4537	72,5	70,6-74,2	
<b>Estado Civil</b>							
Soltero	842	16,7	15,1-18,3	3935	83,3	82,6-84,8	<0,001
Conviviente	1473	22,3	20,3-24,3	4837	77,7	75,6-79,6	
Casado	2113	25,8	24,1-27,5	5761	74,2	72,4-75,8	
Viudo	534	29,8	67,2-73,1	1252	70,2	67,2-73,1	
Divorciado/ separado	526	20,8	76,7-81,4	1969	79,2	76,7-81,4	
<b>Nivel Educativo</b>							
No Instrucción	726	36,3	33,3-39,3	1288	63,7	60,6-66,6	<0,001
Primaria	2223	28,6	27-30,2	5414	71,4	69,7-72,9	
Secundaria	1622	20,1	18,4-21,8	5982	79,9	78,1-81,5	
Educación Superior Universitaria y No Universitaria	917	15,6	14-17,2	5070	84,4	82,7-85,9	
<b>Región Geográfica de Residencia</b>							
Lima Metropolitana	242	11,7	10-13,7	1909	88,3	86,2-89,9	<0,001
Costa	872	12,3	11,2-13,4	6032	87,7	86,5-88,7	
Sierra	3453	36,9	34,6-39,1	6021	63,1	60,8-65,3	
Selva	921	18,6	16,8-20,5	3792	81,4	79,4-83,1	
<b>Discapacidad</b>							
No	5027	22,5	21,3-23,8	16396	77,5	76,2-78,7	0,6784
Si	461	23,1	20,4-26,1	1358	76,9	73,9-79,6	
<b>Seguro de Salud</b>							
Sin Seguro	1281	20,2	18,5-21,9	4637	79,8	78,1-81,5	<0,001
Seguro Integral de Salud (SIS)	3374	27,9	26,2-29,7	8526	72,1	70,3-73,8	
Seguro Social de Salud (EsSalud)	768	16,4	14,8-18,2	3917	83,6	81,8-99,3	
Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y la Policía	32	15,5	9,9-23,4	221	84,5	76,6-90,1	

Seguro Privado	33	6,2	3,8-9,8	453	93,8	90,2-96,2	
<b>Etnia</b>							
Mestizo	1795	14,6	13,5-15,6	9501	85,4	84,3-86,4	<0,001
Quechua	2443	35,1	32,5-37,7	4308	64,9	62,2-67,4	
Aymara	402	37,4	29,6-45,7	810	62,6	54,2-70,3	
Nativo de la Amazonía	129	20,4	16,4-25	455	79,6	74,9-83,5	
Afroperuano	301	19,7	17-22,7	1180	80,3	77,2-82,9	
Blanco	183	17,0	14,3-20,1	794	83,0	79,8-85,6	
Otra raza	235	24,1	20-6-27,9	706	75,9	72-79,3	
<b>Idioma</b>							
Castellano	2922	16,4	15,4-17,3	13530	83,6	82,6-84,5	<0,001
Lengua Nativa	2544	38,9	36,2-41,5	4162	61,1	58,4-63,7	
Lengua Foránea	14	33,2	17,9-53,2	38	66,7	46,7-82	
Lenguaje de señas/No habla	8	28,3	13,6-49,7	24	71,7	50,2-86,3	
<b>Enfermedad Crónica</b>							
No	2264	21,9	20,2-23,5	7780	78,1	76,4-79,7	0,1367
Si	3224	23	21,8-24,3	9974	76,9	75,6-78,1	
<b>Zona de Residencia</b>							
Urbana	11684	18,7	17,2-20,2	11684	81,3	79,7-82,7	<0,001
Rural	6070	33,8	31,9-35,6	6070	66,2	64,3-68	

\*Se incluyeron los pesos y el efecto de diseño propio del muestreo complejo de la encuesta

**Tabla 3.** Modelos lineales generalizados de familia Poisson para el uso de remedios caseros en adultos que no acudieron a un centro de salud a pesar de presentar un problema de salud en las últimas 4 semanas (n = 23 242)

Exposición	Modelo Crudo			Modelo Ajustado*		
	RP	IC95%	Valor p	RPa	IC95%	Valor p
<b>Género</b>						
Mujer	Ref.			Ref.		
Hombre	0,94	0,89-1,00	0,057			
<b>Edad</b>						
Promedio (IC 95%)						
18 a 29 años	Ref.			Ref.		
30 a 49 años	1,26	1,11-1,42	<0,001	1,14	1,01-1,29	0,044
50 a 59 años	1,49	1,34-1,66	<0,001	1,26	1,12-1,42	<0,001
60 a más	1,72	1,53-1,93	<0,001	1,34	1,17-1,55	<0,001
<b>Estado Civil</b>						
Soltero	Ref.			Ref.		
Conviviente	1,34	1,20-1,48	<0,001	1,06	0,93-1,18	0,360
Casado	1,55	1,39-1,71	<0,001	1,03	0,91-1,16	0,607
Viudo	1,78	1,57-2,02	<0,001	1,08	0,92-1,24	0,333
Divorciado/Separado	1,24	1,09-1,42	0,001	1,04	0,89-1,19	0,630
<b>Nivel Educativo</b>						
Educación Superior Universitaria y No Universitaria	Ref.			Ref.		
No instrucción	2,33	2,06-2,62	<0,001	1,13	0,97-1,31	0,101
Primaria	1,84	1,65-2,04	<0,001	1,10	0,96-1,24	0,164
Secundaria	1,29	1,16-1,44	<0,001	1,09	0,97-1,22	0,120
<b>Región Geográfica de Residencia</b>						
Lima Metropolitana	Ref.			Ref.		
Costa	1,05	0,87-1,25	0,622	1,01	0,84-1,20	0,918
Sierra	3,14	2,65-3,72	<0,001	2,35	1,96-2,81	<0,001
Selva	1,59	1,32-1,91	<0,001	1,42	1,17-1,72	<0,001
<b>Discapacidad</b>						
No	Ref.			Ref.		
Si	1,03	0,90-1,17	0,677			
<b>Seguro de Salud</b>						
Sin Seguro	Ref.			Ref.		
Seguro Integral de Salud (SIS)	1,23	1,09-1,39	0,001	1,09	0,97-1,23	0,135
Seguro Social de Salud (EsSalud)	1,70	1,52-1,90	<0,001	1,19	1,05-1,34	0,005
Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y la Policía	0,94	0,61-1,46	0,797	0,95	0,63-1,42	0,793
Seguro Privado	0,38	0,23-0,60	<0,001	0,52	0,32-0,83	0,006
<b>Etnia</b>						
Mestizo	Ref.			Ref.		
Quechua	2,41	2,18-2,66	<0,001	1,45	1,30-1,60	<0,001
Aymara	2,56	2,04-3,22	<0,001	1,46	1,15-1,83	0,001

Nativo de la Amazonía	1,40	1,12-1,75	0,003	1,24	0,98-1,56	0,063
Afroperuano	1,35	1,16-1,58	<0,001	1,11	0,96-1,28	0,141
Blanco	1,17	0,98-1,40	0,091	1,02	0,85-1,21	0,813
Otra raza	1,65	1,40-1,94	<0,001	1,45	1,24-1,70	<0,001
<b>Idioma</b>						
Castellano	Ref.			Ref.		
Lengua Nativa	2,37	2,19-2,57	<0,001			
Lengua Foránea	2,03	1,16-3,53	0,012			
Lenguaje de señas/No habla	1,73	0,89-3,34	0,105			
<b>Enfermedad Crónica</b>						
No	Ref.			Ref.		
Si	1,06	0,98-1,13	0,138			
<b>Zona de Residencia</b>						
Urbana	Ref.			Ref.		
Rural	1,80	1,63-1,98	<0,001	1,01	0,90-1,12	0,898

\* Modelo ajustado por género, edad, educación, estado civil, región geográfica de residencia, residencia rural, problema crónico de salud, discapacidad y seguro médico.