

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO
TERAPÉUTICO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERSONAL
DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA”**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el distrito de salud
del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Thelma Argentina Sierra Herrera

Médico y Cirujano

Guatemala, abril de 2018

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y el Dr. C. César Oswaldo García García, Coordinador de la COTRAG, de la Universidad de San Carlos de Guatemala hacen constar que:

La estudiante:

1. Thelma Argentina Sierra Herrera 20061,4497 2351943280101

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO TERAPÉUTICO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz

Trabajo asesorado por el Dr. Marvin Armando Gutiérrez López y revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el cinco de abril del dos mil dieciocho


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*


DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA
COORDINADOR



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

1. Thelma Argentina Sierra Herrera 200614497 2351943280101

Presentó el trabajo de graduación titulado:

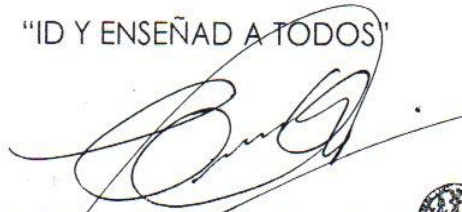
"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO
TERAPÉUTICO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERSONAL
DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el distrito de salud
del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de abril del dos mil dieciocho.

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. C. César Oswaldo García G.
Coordinador

 **USAC**
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 5 de abril del 2018

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

1. Thelma Argentina Sierra Herrera



Presenté el trabajo de graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO
TERAPÉUTICO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERSONAL
DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el distrito de salud
del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz

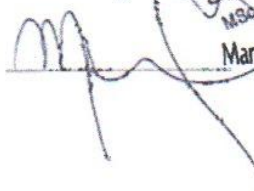
Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados
obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y
recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Reg. de personal 20030843



Asesor: Dr. Marvin Armando Gutiérrez López



Aída G. Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11598

Marvin A. Gutiérrez López
MEDICO Y CIRUJANO
COL 13.579

DEDICATORIA

A Dios:

Al ser supremo que me dio la vida y me acompaña a cada paso permitiéndome hoy llegar a esta meta

A mis padres:

Por su amor incondicional, su apoyo invaluable al ser mi ejemplo de perseverancia

A mis hermanas:

Por ser mi fortaleza y acompañarme motivándome durante todo este camino

A mis compañeros y amigos:

A los que estuvieron conmigo desde el inicio de este camino, a los que conocí dentro de él; por sus enseñanzas y su apoyo

A los pacientes:

A todas las personas que son parte de mi aprendizaje

A mis centros de formación:

A los Hospitales Escuela que me permitieron la formación dentro de sus instalaciones y adquirir las experiencias necesarias para desarrollarme profesionalmente

Al municipio de Santa María Cahabón:

Agradecimiento especial a la experiencia vivida en ese lugar a través de su gente que dejó una huella en mi vida

A la Facultad de Ciencias Médicas:

Mi eterno agradecimiento por ser parte de mi formación profesional y a cada uno de mis catedráticos

A la tricenteraria Universidad de San Carlos de Guatemala:

Por permitirme culminar mis estudios

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los conocimientos y las prácticas respecto al uso terapéutico de plantas medicinales, en el personal de salud de atención primaria del distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz de octubre a noviembre de 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODO:** Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, que se realizó a través de 86 encuestas, total del personal de atención primaria en salud del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz de octubre a noviembre de 2017. **RESULTADOS:** La edad predominante fue de 25 a 39 años, más de la mitad es de sexo masculino; casi todos se autodefinen como población q'eqchi'; son en su mayoría auxiliares de enfermería que cursaron hasta el ciclo de educación básica; la mitad recibió capacitación del uso terapéutico de plantas medicinales; el 81% conoce el uso correcto, la mitad conoce las contraindicaciones y los efectos secundarios, el 61% conoce la preparación indicada por las normas de atención integral, el 38% la dosis correcta y son utilizadas por el 86% del personal de atención primaria. **CONCLUSIONES:** Se determina que del personal de salud de atención primaria del municipio de Santa María Cahabón, en cuanto al conocimiento en el uso de plantas medicinales 8 de cada 10 conoce qué planta utilizar para el padecimiento del paciente, pero solo 4 de cada 10 indica la dosis correcta; respecto a las prácticas del uso terapéutico de plantas medicinales, la mayoría del personal las utiliza, sin embargo, solo las prescriben en algunas de sus consultas.

Palabras claves: plantas medicinales, normas de atención en salud integral, conocimientos y prácticas.

ÍNDICE

1.	Introducción	1
2.	Marco de referencia	3
2.1	Marco de antecedentes.....	3
2.1.1	Antecedentes de la medicina tradicional integrada a la estrategia de la atención primaria de salud.....	3
2.1.2	Antecedentes de la medicina tradicional en Guatemala	5
2.2	Marco teórico	9
2.2.1	Teoría del conocimiento	9
2.2.2	Prácticas	11
2.3	Marco conceptual.....	11
2.3.1	Medicina complementaria y alternativa.....	11
2.3.2	Medicina tradicional.....	12
2.3.3	Medicina indígena	15
2.3.4	Aspectos socioculturales y su relación con la medicina tradicional en pueblos indígenas de Guatemala	17
2.3.5	Interculturalidad en salud	19
2.3.6	Clasificación de la medicina tradicional	19
2.3.7	Uso racional de los medicamentos.....	20
2.3.8	Contraindicación	21
2.3.9	Efecto secundario	21
2.3.10	Preparación.....	22
2.3.11	Dosis.....	22
2.3.12	Normas de atención integral en salud.	23
2.4	Marco demográfico	24
2.4.1	Características del municipio Santa María Cahabón	24
2.5	Marco institucional	25
2.5.1	Prácticas médicas tradicionales-indígenas- de la comunidad.....	25
2.5.2	Sistema de salud.....	26
2.6	Marco legal	28
2.6.1	Leyes internacionales.....	28
2.6.2	Leyes nacionales	30
3.	Objetivos.....	33

3.1	Objetivo general:.....	33
3.2	Objetivos específicos:	33
4.	Población y métodos	35
4.1	Enfoque y diseño de la investigación	35
4.2	Unidad de análisis y de información.....	35
4.2.1	Unidad de análisis	35
4.2.2	Unidad de información	35
4.3	Población y muestra.....	35
4.3.1	Población	35
4.4	Selección de los sujetos a estudio	36
4.4.1	Criterios de inclusión	36
4.4.2	Criterios de exclusión	36
4.5	Definición y operacionalización de variables	37
4.6	Recolección de datos.....	40
4.6.1	Técnicas.....	40
4.6.2	Procesos	40
4.6.3	Instrumentos	40
4.6.4	Prueba piloto	41
4.7	Procesamiento y análisis de datos	41
4.7.1	Procesamiento de datos.....	41
4.7.2	Análisis de datos	43
4.8	Alcances y límites de la investigación	44
4.8.1	Obstáculos	44
4.8.2	Alcances	45
4.9	Aspectos éticos de la investigación.....	45
5.	Resultados	47
6.	Discusión	49
7.	Conclusiones	53
8.	Recomendaciones	55
9.	Aportes	57
10.	Referencias bibliográficas	59
11.	Anexos.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país muy diverso en su población, pues conviven personas de cuatro pueblos con culturas diferentes: mayas, ladinos, garífunas y xinkas; además de grupos de personas que han venido a vivir al país y que pertenecen a otras culturas del mundo; este es un país pequeño en el que se habla 23 idiomas diferentes, se practican distintas costumbres, formas de vida y maneras de pensar; es una nación multiétnica y pluricultural, por tanto hay muchas maneras de entender el mundo, esto también se refleja en las distintas formas de comprender el proceso de salud que hay en la sociedad.¹

La naturaleza multicultural del país, exige al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el desarrollo de modelos de atención pertinentes a la cultura, los indicadores de salud en Guatemala dan a conocer la calidad de vida de la población y son los pueblos indígenas quienes se encuentran en mayor desventaja. La mortalidad materna por ejemplo es tres veces más alta en los pueblos indígenas que en los pueblos no indígenas, la desnutrición crónica duplica en los indígenas, la mortalidad general en los pueblos indígenas duplica a los no indígenas.² La medicina tradicional es parte de la cultura de un pueblo, por esta razón la implementación de esta y la utilización de productos naturales han formado parte de ella desde tiempos ancestrales³ porque a lo largo de la historia el ser humano, se ha visto obligado a satisfacer sus necesidades elementales como: el hambre, el abrigo, el alivio al dolor y las enfermedades, a través de su medio ecológico⁴ y durante mucho tiempo los remedios naturales fueron el principal recurso disponible, esto hizo que se profundizara en el conocimiento de las especies vegetales, surgiendo así como una disciplina la fitoterapia.³

La Medicina Tradicional Complementaria (MTC) es parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud en Guatemala; existe una práctica tradicional del uso de plantas medicinales, además se cuenta con un Programa Nacional de Medicina Tradicional y con el Vademécum Nacional de Plantas Medicinales, el cual contiene la información sobre plantas medicinales validadas y con suficiente evidencia científica, para su uso en la atención de salud a nivel primario.³ El Fortalecimiento del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa ha generado condiciones para iniciar el proceso de pertinencia cultural en los servicios de salud, ya que es necesaria la readecuación de los servicios de salud a la cultura de los pueblos indígenas, para propiciar el acceso cultural, que genere confianza y aceptación en las acciones de salud. Desde hace muchos años se ha discutido positivamente la incorporación de las plantas medicinales en

los servicios de salud; en algunos servicios ya se ha puesto en práctica con resultados satisfactorios y con características importantes por ser pertinentes a la cultura de los pueblos, de bajo costo, accesible a los usuarios y con conocimiento pleno de su uso por parte de las comunidades.¹

El propósito del estudio fue responder a la siguiente interrogante ¿Qué conocimientos posee el personal de atención primaria respecto al uso terapéutico de las plantas medicinales recomendadas en las Normas de Atención en Salud Integral y que tanto las prescribe? Se realizó a través de 86 encuestas al personal de atención primaria del Distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón en el Departamento de Alta Verapaz, de octubre a noviembre del año 2017; la encuesta estaba dividida en tres partes datos sociodemográficos, incluyendo capacitaciones recibidas, práctica de la prescripción de plantas medicinales y conocimiento que poseen en usos, contraindicaciones, efectos secundarios, preparación y dosis de estas de acuerdo a las normas de atención en salud.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

2.1.1 Antecedentes de la medicina tradicional integrada a la estrategia de la atención primaria de salud

En 1977 la OMS desarrolló una reunión de trabajo para discutir la importancia que tienen las prácticas médicas de origen ancestral y comprender las contribuciones que tienen en la atención de salud de la población indígena y no indígena, con el objetivo de colaborar con el sistema de atención en salud, promueve la práctica de investigaciones pertinentes para entender los conocimientos y así brindar educación para la utilización de la medicina tradicional por los servicios nacionales de salud.⁵ El año siguiente 1978 “La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud” celebrada en Alma Ata, Kazajistán país de Asia Central, estableció la estrategia de atención primaria con un enfoque global, en la que se reconoció que el sistema médico tradicional, en la mayoría de los países coexiste con el sistema oficial de salud por lo que se hace necesaria su articulación a la estrategia de atención primaria de salud; por lo cual presenta dentro de sus fundamentos, la enseñanza de los principios de la medicina tradicional al profesional de salud y a los alumnos de medicina moderna, a fin de promover el dialogo, la comunicación y el buen entendimiento.⁶

En la Región de las Américas, la OPS, en seguimiento a la Meta de Salud para Todos, apoyó en 1983 la realización del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe, con el objetivo de reflexionar sobre el abordaje multicausal de los procesos salud-enfermedad, donde la cultura juega un papel fundamental principalmente en países cuya población tiene un carácter multicultural se enfatizó que en materia de salud y culturas médicas tradicionales no se debe promover la creación de un entidad separada y un programa vertical en esta materia, sino por el contrario se debe “articular la investigación y acción con los programas y operaciones que ya están en curso”. A partir de 1992, la OPS/OMS priorizó el tema de la salud de los pueblos indígenas del continente americano, en base a las necesidades identificadas como la ausencia de políticas favorables para mejorar las condiciones de salud, en el propio contexto sociocultural, de los diferentes grupos y pueblos indígenas de los países de la región.⁵

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos por los participantes de la reunión de trabajo acerca de “Pueblos Indígenas y Salud”, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, de 1993 que aprobaron la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, la cual planteó que la medicina y las terapias indígenas constituyen un recurso comunitario importante, para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas⁷, específicamente se señala en el 37° consejo directivo resolución 5 (CD37.R5), inciso d) Promover la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud (SILOS), incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.⁸

En 1997 se ratificó la Resolución CD37.R5 por medio de la Resolución CD40.R6, la cual exhorta a los Estados Miembros sobre la renovación de la meta de salud para todos requiere encontrar soluciones sostenibles para abordar las barreras económicas, geográficas y culturales a la atención adecuada para grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas.⁹ En 1999 se reunió un grupo de trabajo de la OPS/OMS sobre “Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas”, ésta fue una actividad conjunta entre la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS y el Equipo de Medicina Tradicional del Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica de la OMS, realizando el marco estratégico y plan de trabajo 1999-2002 “Salud de los pueblos indígenas” el cual enumera que uno de los requisitos para responder a las inequidades de salud es el desarrollo de la capacidad técnica de los recursos humanos: A fin de maximizar la eficacia en la prestación de los servicios sanitarios, el personal de salud debe entender la cultura de los usuarios. Las áreas específicas de trabajo fueron: medicina herbaria, medicina indígena, medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas.¹⁰ Luego dando continuidad al plan anterior, la OMS desarrolla la “Estrategia Medicina Tradicional 2002–2005”, a fin de que la MTC desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres, esta se desarrolló en base a cuatro objetivos: 1. Integrar la MTC en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales, 2. Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MTC, difundiendo los conocimientos básicos y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad. 3. Incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la según sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres. 4. Fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MTC apropiada por parte de proveedores y consumidores.¹¹

En 2009 la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre medicina tradicional, pide a la Directora General de la OMS que actualice la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, sobre la base de los progresos realizados las secciones sobre medicina tradicional de la estrategia farmacéutica 2004-2007 de la OMS y los componentes de medicina tradicional de la estrategia farmacéutica de la OMS 2008-2013, así también tomar en cuenta los nuevos problemas que se plantean en el campo de la medicina tradicional. Surgiendo así la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 la cual tiene dos objetivos principales: 1. Prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, 2. Promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Esos objetivos se alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud.¹²

2.1.2 Antecedentes de la medicina tradicional en Guatemala

Guatemala es un país que posee una gran riqueza natural de especies vegetales, lo cual ha dado lugar al uso de plantas en diferentes grupos étnicos de la población, por su accesibilidad y bajo costo. Desde épocas prehispánicas, a un sin número de plantas de la flora guatemalteca se les atribuyen propiedades medicinales, las cuales han sido adjudicadas en base a experiencias y uso tradicional. La civilización de los pueblos indígenas ha mantenido sus conocimientos ancestrales en el uso de plantas medicinales. En el período colonial la medicina tradicional conservó rasgos muy similares, a los de la época prehispánica, tanto en la concepción de las enfermedades como en las técnicas y recursos empleados para el tratamiento de las mismas.³ En 1976 el Centro Mesoamericano de Estudios sobre Tecnología Apropiada (CEMAT) inició las actividades de detección etnobotánica en lo referente a las plantas de uso medicinal en el país y organizó actividades agrotecnológicas para aumentar la disponibilidad de estos recursos a nivel nacional, capacitando personal rural en el uso adecuado de este recurso terapéutico. A partir de 1981, la Universidad de San Carlos de Guatemala desde el Centro de Estudios Folklóricos inició procesos de investigación, valoración, rescate y difusión de la importancia de los factores socioculturales y su relación con la salud–enfermedad, de los pueblos indígenas y los diferentes recursos de la medicina tradicional.³

En 1982 se estableció una estrecha cooperación con la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos (USAC), para realizar investigación de campo, laboratorio y clínicas; para detectar y validar las plantas de uso medicinal de origen nativo de las que existe poca información en las fuentes bibliográficas conocidas. A partir de 1988 el Laboratorio de Productos Fitofarmacéuticos Farmaya da seguimiento a los trabajos pioneros de CEMAT y consiguió apoyo financiero para continuar con las actividades, obteniendo como principales hallazgos que la mayoría de las plantas medicinales investigadas poseen una actividad biológica importante, y pocas plantas presentan una toxicidad que limite su desarrollo además de estar disponibles entre los grupos rurales, sin embargo se debe precisar su identificación, desarrollo, cultivo y manejo.¹³

En 1990 se constituyó el comité asesor de productos fitoterapéuticos (CAPROFIT), para apoyar y asesorar las actividades del departamento de Vigilancia y Regulación de Productos Farmacéuticos y Afines del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en torno a los fitoterapéuticos. Este comité ha trabajado desde ese entonces en la elaboración de los reglamentos específicos y en la adaptación de las normas de buenas prácticas de manufactura para contribuir a tecnificar el sector y garantizar productos fitoterapéuticos seguros, eficaces y de calidad.¹³ En 1991 se realizó la tesis “Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina”, como objetivo determinó la situación cognitiva afectiva que tienen los estudiantes de sexto año respecto a la Medicina tradicional, a través de una encuesta dirigida a 100 estudiantes, el resultado 76% no tenía un concepto claro sobre lo que es la medicina tradicional y el 69% consideró que la medicina tradicional es una alternativa de atención médica para la mayoría de la población guatemalteca tradicional.¹⁴

En 1992 se desarrolló el segundo taller Subregional para Mesoamericana: pueblos indígenas y Salud, en Quetzaltenango, Guatemala en julio de 1994, para promover el programa Salud para los pueblos indígenas de América (SAPIA) con el objetivo de “comprender que la salud de los pueblos indígenas de la Américas requiere reconocer la gran diversidad étnica y cultural, así como las complejas interrelaciones entre pueblos y culturas, identidad y salud”, donde se obtiene como resultado un mejor conocimiento de los factores socioculturales de los pueblos indígenas de los países de la subregión después de revisar las características de la Medicina tradicional. Del 11 al 17 de julio de 1993, se realizó una reunión en Panajachel de Grupo de Expertos acerca de la Utilización Industrial de las Plantas Medicinales, en la que se debate sobre la necesidad de formular políticas para la utilización de plantas medicinales.⁷

Así también en 1995, se realizó la tesis “La medicina tradicional y su utilización en el área rural”, estudio observacional descriptivo en 100 personas de la aldea Cruz Blanca, que consultaron a los centros de atención médica tradicional brindada por curanderos, para conocer la utilización de la medicina tradicional y establecer las causas por las que la población no acude a los centros de atención médica oficial, el resultado 96% de la población estudiada hace uso de ambos servicios y 4% hace uso exclusivo de la medicina tradicional, entre las causas de no acudir a los centros oficiales se encontraron barrera lingüística y la mala atención brindada.¹⁵ También en este año, el programa Año Sabático de la USAC documentó información de las 120 especies vegetales, específicamente de las plantas de mayor uso medicinal en Guatemala, lo que culminó con la publicación del texto “Plantas de Uso Medicinal en Guatemala” publicado por la editorial universitaria en 1996 y reimpresso en 1999.¹³ CAPROFIR y la Comisión Nacional para el Aprovechamiento de las Plantas Medicinales (CONAPLEMED), formaron una comisión multidisciplinaria e intersectorial que trabajó durante dos años en la selección y priorización de las plantas medicinales de mayor uso en el país. A partir de este trabajo se elaboró una lista de las plantas aprobadas para uso medicinal en Guatemala que incluye 101 especies aprobadas, seleccionadas porque existe un amplio uso popular y porque hay suficientes datos de comprobación científica, de sus propiedades atribuidas, basada en la evidencia. Varios esfuerzos internacionales y nacionales contribuyeron para que en el año 2000 se desarrollen políticas y estrategias en el sistema oficial de salud. Así, en el Plan Nacional de Salud 2000–2004 se incluye el abordaje de la medicina indígena y tradicional, fundamentalmente para dar seguimiento a los Acuerdos de Paz suscritos en 1996.¹³

En 2002 CAPROFIT reconoce la necesidad de un instrumento nacional que informe y regule el uso de las plantas medicinales y productos derivados, y decide prepara un Vademécum de plantas de uso medicinal en Guatemala que incluya la información más relevante de la especies vegetales aprobadas. En 2003 a solicitud del programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa se efectúa una impresión preliminar del documento y se hace una entrega pública por parte del MSPAS como uno de los logros en el marco de los acuerdos de paz.¹³ En noviembre de 2003 se llevó a cabo un taller de validación interinstitucional por parte de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud de sectores públicos y privados para evaluar a través de comentarios y sugerencia la edición final del documento. Durante 2004-2005 se incorporaron los comentarios de Comité multidisciplinario y en vista del tiempo transcurrido, se realiza una nueva revisión de literatura para conocer y evaluar nuevas referencias y actualizar monografías de cada especie. Así

se publica en el 2009 el Vademécum como un documento oficial de plantas de uso medicinal el Guatemala, producto de la interacción multidisciplinaria e intersectorial.¹³

En el 2010 el Acuerdo ministerial No. 850-2010 reforma al acuerdo ministerial SP-M-239-2004 de fecha 6 de enero de 2004 por medio del cual se acordó la creación de los programas de atención a las personas del ministerio de salud pública y asistencia social, incluyendo dentro de estos, el Programa de Medicina Tradicional y Alternativa, que es el ente del MSPAS que formula y promueve políticas, normativas, estrategias y líneas de acción para la valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos y recursos, métodos y prácticas de medicina popular tradicional y alternativa; dentro del marco de la salud de pueblos indígenas y el enfoque de pertinencia cultural en salud que el MSPAS impulsa. En este mismo año se crean “Las Normas de Atención Integral” se elaboran con el enfoque de desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Guatemala, que tienen su expresión en el primero y segundo nivel de asistencia sanitaria, desde los pilares de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación; incluyendo dentro de estas las monografías de 19 plantas medicinales que se encuentran en el Vademécum.²

En el 2011 se elabora la tesis “conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud” estudio cuantitativo, no experimental descriptivo realizado en 1039 usuarios y 78 trabajadores de los servicios de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, presentando en sus resultados, que el 69% de los usuarios son no indígenas, y el 32.3% tenía escolaridad de cuarto a sexto primaria, el 1% tenía conocimientos sobre medicina tradicional en base a normas de atención en salud y el 97% ha utilizado medicina tradicional; en cuanto al personal se identificó que el 91% era no indígena, el 44% tenía con estudios de diversificado, el 45% son enfermeras auxiliares, el 60% poseía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud, el 50% mostro una actitud muy favorable; el 87% utilizo medicina tradicional y el 86% la ha recetado, el 51% la utilizo y receto algunas veces. El 47% ha utilizado tratamientos tradicionales debido a la falta de medicamentos en los servicios.¹⁶

En el 2014 se realizó la Tesis “Medicina tradicional utilizada en la atención del parto”, con el objetivo de describir los conocimientos que tienen los estudiantes de la Maestría Materno Neonatal de Cobán, Alta Verapaz en relación a la Medicina Tradicional utilizada en la atención del

parto por la comadrona y/o familia; se realizó durante la formación de la maestría a un grupo de veintinueve estudiantes, los resultados 85% refiere aceptar que las plantas contienen propiedades preventivas y curativas, aceleran el trabajo de parto, teniendo una acción efectiva y beneficiosa; sin embargo, desconocían su aplicación durante el primero, segundo y tercer periodo del parto. Dentro de las plantas medicinales más reconocidas, mencionan la pimienta, el anís, el apazote, el clavo y el ixbut. Un 4% solo reconocía dentro de las preparaciones medicinales, el cocimiento y el hervor de las plantas. Dentro de las terapias únicamente identificaban los baños y las sobadas como medidas para aliviar el dolor. Las plantas reconocidas para favorecer los periodos de dilatación, expulsión y el alumbramiento son: el Anís, Pimienta, Canela y Laurel; y para el momento del alumbramiento el Crisantemo y el Apio. Para la prevención de hemorragias, indicaron el apazote y para evitar la hipertensión nombraron el ajo. Con los datos obtenidos se estimó que existe un débil conocimiento sobre plantas medicinales que pueden ser utilizadas para este fin.¹⁷

2.2 Marco teórico

2.2.1 Teoría del conocimiento

2.2.1.1 Conocimiento científico

El conocimiento científico es un saber racional e intersubjetivo, que tiene una estructura lógica, se va produciendo en la transformación de conocimientos previos, sean estos científicos ya establecidos o no científicos como aseveraciones empíricas u observaciones personales, siendo esta transformación realizada mediante el proceso de investigación científica y todos los pasos que este conlleva.¹⁸

2.2.1.2 Conocimiento empírico

La percepción es la primera y más directa forma de obtener conocimiento sobre el mundo, hasta lo que se aprende al leer o escuchar a los demás se adquiere mediante esta, formando parte del sentido común. Los sentidos proporcionan al ser humano un conocimiento directo de la realidad, impregnando en la persona todo aquello que existe en el mundo y los acontecimientos que suceden en él. El saber vulgar, no científico o empírico, no tiene que demostrarse ni explicarse, está asociado con las creencias, la “doxa” o simplemente, la mera opinión.¹⁸ El conocimiento se encuentra afianzado para muchos autores dentro del concepto del aprendizaje tal es el caso de

Morris y Maisto quienes contemplan el aprendizaje como un elemento primario del proceso en que la experiencia o la práctica pueden producir un cambio relativamente permanente en la conducta o el potencial de conducta.¹⁹

2.2.1.3 Medición del conocimiento

En ocasiones es necesario recolectar información que permita establecer si la transmisión de información ha sido adecuada. Lo que se busca es estudiar la manera en que el grupo objetivo entiende, procesa mentalmente y responde a la información que se le presenta, con énfasis en interrupciones en este proceso, lo que se conoce como medición del conocimiento.¹⁶ El intento de medir el conocimiento; desde los trabajos de Sternberg y Wagner (1985); Wagner (1987) Sternberg et al., (1995) en el campo de la psicología; quienes enfocaron la medición del conocimiento tácito, dentro del cual consideran las experiencias vividas y acumuladas por los individuos a lo largo de los años. Otros estudios han utilizado como indicador el nivel de cualificación o de educación en los individuos, refiriéndose al conocimiento que el individuo ha logrado adquirir y acumular en su proceso de formación y experiencias vividas. Señalan además que antes de cualquier intento de medirlo es preciso llegar a un consenso sobre la unidad de medida en el individuo, proceso u organización.²⁰

Para hacer un análisis minucioso del conocimiento, es necesario abordarlo desde dos dimensiones; el epistemológico, se refiere a la manifestación o modos de expresión del conocimiento en el ser humano, este puede ser articulado de manera empírica o científica y el ontológico, se refiere a que el conocimiento puede residir a un nivel individual o puede estar distribuido colectivamente entre los miembros de la comunidad y por tanto ser aplicado a actividades, tareas o problemas específicos y transferirlo a determinadas personas.¹⁹

Para su análisis, el conocimiento científico se divide en saber qué, lo que se refiere a la capacitación profesional y saber por qué, que se refiere a la educación formal en el individuo. Por otra parte, el conocimiento empírico, por no haber sido adquirido de manera estandarizada, es necesario dividirlo para su análisis en Saber cómo que se refieren al desarrollo de habilidades cognoscitivas y físicas en el individuo, y Saber quién a las habilidades a nivel individual y a nivel colectivo. Es necesario aclarar que ambos tipos de conocimientos se manifiestan en el individuo de manera conjunta e interactiva, es decir, se encuentran simbióticamente unidos.¹⁶

Sin embargo, a pesar de esta forma de división que permite ver el conocimiento desde el punto de vista analítico, la medición del conocimiento a través de escalas numéricas que ponderen la cantidad de conocimiento que una persona posee acerca de un tema determinado es sumamente compleja y por lo general se realiza estableciendo puntos de corte arbitrarios que determinan si el individuo posee o no conocimiento.¹⁶ Se han realizado estudios que pretenden abordar el conocimiento de la medicina tradicional en diversas poblaciones, Álvarez en el estudio titulado “Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina” realizado en 1991 evidenció que 76% de los estudiantes no tenían un concepto claro de la medicina tradicional.¹⁴

2.2.2 Prácticas

Práctica es un concepto que posee varios usos y significados, se puede definir como la acción que se desarrolla a través de la aplicación de ciertos conocimientos. De acuerdo con la Real Academia Española, práctica se refiere a los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Consiste también en el ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas, es una destreza adquirida con este ejercicio. Sin embargo, práctica se entiende en términos generales como el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas, es una manera de utilizar los conocimientos adquiridos y plasmarlos en la realidad es una respuesta del individuo a los estímulos del entorno social.¹⁶ Se encontraron estudios que se han dado a la tarea de evaluar el aspecto de prácticas de medicina tradicional; en las prácticas del personal de salud, 87% refirió haber utilizado medicina tradicional, el 86% del personal ha recetado medicina tradicional, el 51% la recetó algunas veces y el 22% rara vez. Esto se realizó en áreas urbanas donde solo se cuenta con un 30% de población indígena.¹⁶

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Medicina complementaria y alternativa

Se les define como «un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional». La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, ya que una vez se comprueba que una terapia determinada es eficaz e inocua, ésta se incorpora al tratamiento convencional de la salud al igual que cuando surgen enfoques nuevos para la atención sanitaria.¹¹

2.3.1.1 Medicina complementaria

La medicina complementaria es aquella que se utiliza conjuntamente con la medicina oficial para el tratamiento de una enfermedad.¹¹

2.3.1.2 Medicina alternativa

Se denomina medicina alternativa aquella medicina que se utiliza en lugar de la medicina oficial para el tratamiento de las enfermedades reconocidas por el sistema oficial.¹¹

2.3.1.3 Medicina natural

La medicina natural es un tipo de medicina alternativa que “utiliza remedios naturales o tradicionales”. Aunque la medicina natural se considera una alternativa a la medicina convencional, muchos preparados naturales usados en la medicina natural contienen las mismas moléculas activas o fármacos que en la medicina convencional, pero cuya fuente proviene de plantas en lugar de productos sintéticos.¹¹

2.3.2 Medicina tradicional²¹

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.²¹ De acuerdo con la OMS, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.¹¹ A partir del primer momento en que este término se utilizó de manera oficial en la reunión de Alma Ata, las dificultades encontradas para obtener la mejor definición son variadas. El Programa de Medicina Tradicional instalado por la OMS en Ginebra (1978) dio una primera definición: “Se entiende por medicina tradicional la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”.⁶

Esta definición presenta sus limitantes y los múltiples esfuerzos a lo largo de estos años por conseguir la mejor no ha sido sencillo; intentar definir medicina tradicional presenta varios retos: Definirla considerando sus características intrínsecas, supone patrones comunes y estáticos: por un lado no distingue entre las medicinas tradicionales complejas y estructuradas de aquellas prácticas más simples, caseras; por el otro lado la medicina tradicional no es estática, cambia de un lugar a otro, de un pueblo a otro, puede estar determinada por los factores culturales que los rodean, el grado de pureza o aculturación que haya o esté sufriendo, el nivel de “relación” o influencia de la medicina oficial etc. De esta manera la definición de medicina tradicional puede variar según el área geográfica o la cultura a la cual ésta pertenezca. A este respecto Estrella, refiriéndose a la región amazónica, afirma: “La medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas, que tiene como fundamento el saber médico ancestral de la población, modificado a lo largo de los siglos por la influencia de la medicina popular europea, la religión cristiana, la tradición africana y los elementos popularizados de la medicina occidental. Es una práctica que se transmite por la tradición familiar o comunitaria, que tiene sus propios agentes de salud y sus ideas específicas sobre la enfermedad y la curación”.²¹

Definirla como una forma de querer establecer la frontera con la medicina oficial, indicando que tiene su origen en un pensamiento no racional o de cualquier modo distinto del pensamiento científico y que conlleva oponer “ciencia y tradición” se considera una manera discriminatoria y esto para muchos países vendría a reforzar el pensamiento y actitudes discriminatorias ya existentes por distintas razones. A raíz de estas confusiones, contradicciones, inconformidades, la misma OPS ha planteado un término más amplio: sistemas tradicionales de salud.²¹ “Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales... En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social -y económica- y el ámbito geográfico -naturaleza- en el que se asienta cada cultura. Por ello, éstas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas”.²¹

Es oportuno también aclarar que la palabra "tradicional" puede causar confusión. En algunos países occidentales con el término tradicional se ha empezado a definir la medicina oficial, bajo la idea que esta medicina se ha vuelto ya una tradición que, como tal, rechaza las medicinas "alternativas". También indica el sentido negativo que a esta palabra le da la modernidad; tradicional en este contexto significa rígido, no permeable, cerrado a las "alternativas". También

en algunos círculos indígenas guatemaltecos "tradicional" implica atraso, subdesarrollo, etc., o sea aquellas situaciones peyorativas, definidas por los valores supuestamente superiores, que la cultura cosmopolita esgrime, en Guatemala como en todo el mundo. Al contrario, "tradición" no significa atraso, oscurantismo, falta de trayectoria, de historia, ya que la historia es la constante realización de la tradición.²¹

Rafael Gallegos en su artículo "Medicina Maya, Medicina Occidental, dos paradigmas" en relación al tema escribe: "Atendiendo a la definición de tradicional que nos da la Real Academia Española, resulta que la medicina occidental hegemónica es tan tradicional como la que hasta ahora hemos conocido como tradicional maya, ya que al igual que esta última, también se ha transmitido de generación en generación de médicos. Sin duda los medios han sido distintos, pero no es un aspecto fundamental para poder considerarla como tradicional o no". "...si lo tradicional es aquello que se ha transmitido de generación en generación, por exclusión, lo no tradicional, es lo "nuevo" para la cultura a la que pertenece la persona que se enfrenta a ello, pero no para la cultura a donde esto pertenece. Por ejemplo, los métodos de la Medicina Occidental Hegemónica (MOH) que se les han enseñado a las comadronas, serían elementos no tradicionales para ellas, ya que no tienen la historia de generaciones atrás. Así mismo, en el caso de la MOH, incorporar la técnica del parto en cuclillas sería algo no tradicional, nuevo". En este sentido, sea cual sea el término utilizado, lo más importante para este espacio es que se tenga claro que cuando se está hablando de medicina tradicional o sistemas tradicionales de salud se está hablando del conjunto de conocimientos médicos que existieron mucho antes del desarrollo de la difusión de la medicina oficial y que son parte de la cultura de un país.²¹

Todos los sistemas médicos tradicionales o sistemas tradicionales de salud, así como todas las prácticas populares, han incluido el uso de las plantas, pero se colocan en un marco conceptual y práctico distinto, caso por caso.²¹ Germán Zuluaga hace un buen aporte cuando dice: "Para que una medicina pueda ser considerada como tradicional, además de sus elementos teórico-prácticos, debe cumplir con el requisito de tener un arraigo histórico, un arraigo cultural y un arraigo social, en el entramado de la tradición de un pueblo. La medicina tradicional se define en concordancia con la tradición del pueblo que la utilice. Por lo tanto, puede hablarse de diferentes medicinas tradicionales, según hagamos referencia a los indígenas de la Amazonía, a las poblaciones aborígenes del Centro de África o a los pueblos del extremo oriente, por ejemplo". A esto se debe incluir por supuesto, a los pueblos indígenas de Mesoamérica.²¹

Es importante tener en cuenta también que en los países donde la medicina oficial asume la responsabilidad exclusiva en la atención de salud en el ámbito nacional, la medicina tradicional y otras terapias se consideran complementarias o alternativas con respecto a los sistemas nacionales de salud.²¹ Dentro de las medicinas tradicionales más reconocidas por su tradición e importancia son:

- 1) Medicina tradicional china
- 2) Medicina ayurvédica (hindú)
- 3) Medicina Unani (Un sistema médico greco-árabe modificado, que se desarrolló producto de la influencia que produjo la filosofía, la ciencia y la medicina griega en los árabes. Se practica en el sur de la India y Paquistán).
- 4) Medicina indígena²¹

2.3.3 Medicina indígena

Es un sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos materiales y simbólicos – destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes –, cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas y que hoy está presente en todos los pueblos o grupos indígenas del mundo. En algunos países a la medicina indígena se le llama también medicina tradicional.²¹

2.3.3.1 Medicina tradicional maya

Conjunto de ideas y prácticas que son "tradicionales", propias de la cultura Maya, dirigidos a diagnosticar, prevenir y tratar "las enfermedades" propias, reconocidas por esta cultura. La medicina del pueblo indígena (maya) de Guatemala. Esta medicina se basa en un modelo "relacional y holístico", donde la enfermedad es el producto del comportamiento de los seres humanos con su entorno (familiar y social), por lo tanto la etiología de la enfermedad traspasa lo biológico y la forma de curar considera la utilización de minerales, animales y plantas que incluye secretos, gestos, oraciones y prácticas de tipo simbólico, ya que el "curador" es solamente un intermediario entre lo divino y lo terrestre en cuanto a la recuperación de un enfermo.²¹ Si consideramos la definición que hace Aldo Vidal sobre lo que es un sistema médico, se puede decir claramente que la medicina tradicional maya constituye un sistema médico: el sistema médico tradicional maya, ya que tiene todos los elementos ordenados e interrelacionados y además

creados para un fin concreto: afrontar las enfermedades de una población.²¹ Estos elementos ordenados e interrelacionados de la medicina tradicional maya son:

- 1) Concepción y manejo propio del fenómeno bienestar-malestar, basado en la cosmovisión de la cultura maya.
- 2) Organización del recurso humano: forma de elegir a los terapeutas, mecanismos de formación, especialidades.
- 3) Definición de las enfermedades con su etiología, sus nombres, manifestaciones, etc.
- 4) Planteamiento y desarrollo de las diferentes maneras de tratamiento, así como los recursos a utilizar. Una vez aclarada la identidad propia de la medicina tradicional maya, es importante analizar las diferencias que este sistema médico mantiene con todas las otras formas de curar, especialmente con la medicina natural, naturopatía o alternativa.²¹

Todos los sistemas médicos tradicionales, así como todas las prácticas populares, han incluido el uso de las plantas, pero se colocan en un marco conceptual y práctico distinto, caso por caso; sin embargo esta situación errónea de asociar e identificar “el uso de plantas medicinales=medicina tradicional maya” representa el riesgo de la asimilación de la medicina tradicional maya en la medicina natural, comúnmente más aceptada y “universal” y, a raíz de lo anterior, la asimilación de los terapeutas tradicionales mayas en el “más aceptable rol de promotor de medicina natural”, lo que podría significar su desaparición como recurso humano propio de la medicina tradicional maya que es parte de la cultura de un pueblo. Por otro lado, vale la pena mencionar que por tener equivocados los conceptos de medicina natural y medicina tradicional maya, se cae en el error de pensar que por la simple utilización de las plantas, en Guatemala ya se está “reconociendo, valorizando, apoyando, pero sobre todo aceptando” que existe la medicina tradicional maya.²¹

2.3.3.1.1 Medicina Q’eqchi’

La medicina Q’eqchi’ subsiste por la fuerza de la identidad común entre la población y la terapéutica. Además, porque la práctica terapéutica que realizan los terapeutas Q’eqchi’ es parte del ámbito comunitario. Sin embargo, la presencia de la práctica médica del sistema oficial ha introducido elementos que conviven con la práctica de la medicina Q’eqchi’, algunas veces en relaciones de competencia y otras de complemento.²²

2.3.4 Aspectos socioculturales y su relación con la medicina tradicional en pueblos indígenas de Guatemala⁵

Para conocer y comprender la práctica médica de los indígenas de hoy, se hace necesario internarse en la cosmovisión que le ha dado origen, para no caer en la errónea y común práctica de sobreponer un modelo médico de carácter occidental o académico a un modelo indígena o tradicional, donde existen diferencias considerables en la concepción de tiempo, espacio, frío, calor, vida, salud, enfermedad y muerte. En ese sentido, se estima importante abordar, aunque brevemente, algunos aspectos de la época de su florecimiento como cultura y civilización maya por su relación en la cultura médica.⁵ Son pueblos que han sobrevivido sustentados en una filosofía muy particular, las teorías cosmológicas que se fundamentan en una relación dialéctica, armónica y estrecha entre el orden cósmico y el orden social, razón de ello, los elementos o fenómenos de la naturaleza como cielo, tierra, luna, sol, frío, calor, lluvia, aire, viento, ríos, piedras, se constituyen en entes o sitios sagrados. En torno a ello existen las deificadas prácticas de labrar la tierra para la siembra y recolección del maíz, no solo por su importancia en la dieta alimentaria sino principalmente por la relación con el génesis del hombre-mujer de “maíz” y con su cosmogonía Maya, lo que constituye un factor importante en la relación directa del indígena con el área rural.⁵

La práctica médica o el arte curar alcanzó altos niveles de desarrollo, seguramente como consecuencia de las grandes epidemias que sufrieron, por lo que se sintieron obligados a encontrar los recursos necesarios para minimizar sus efectos. Los mayas prehispánicos, igualmente desarrollaron amplios conocimientos sobre la anatomía y fisiología del cuerpo humano y de diferentes animales principalmente aquellos utilizados tanto en la alimentación como en los sacrificios de carácter sagrado. Así también acerca de la flora y fauna de las tierras que habitaron, lograron seleccionar, clasificar y aprovechar todas aquellas a las que le descubrieron propiedades terapéuticas.⁵

Frente a los serios peligros de la enfermedad y la muerte, fueron auxiliados por hombres y mujeres que se incorporaban al mundo de los terapeutas por mandato divino para ayudar a quienes sufrían de alguna enfermedad. Tenían sus áreas específicas de acción, por lo que llegaron a tener sus especialidades, entre las que se destacan: Los consejeros, guías espirituales, quienes además de desempeñar sus actividades sacerdotales igualmente se desenvolvían como terapeutas para problemas de tipo espiritual, sobre todo para las enfermedades de origen sobrenatural o producidas por maleficios, y para problemas psicosociales, orgánicos, y

económicos, que abordaban el problema salud-enfermedad con enfoque integral. Las parteras, respetadas por su avanzada edad y por sus amplios conocimientos de las distintas enfermedades de la mujer, en la atención del embarazo, parto, postparto, y en torno al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, también se les respetaba por sus conocimientos de las restricciones dietéticas y sexuales y sus rituales pertinentes. Éstas utilizaban mucho los masajes, las hierbas medicinales y los baños de vapor. Los compone-huesos, encargados de tratar luxaciones y fracturas a base de masajes, plantas medicinales y “estiramiento” de los miembros afectados. Los curanderos, entre los que se distinguían aquellos que se dedicaban a tratar enfermedades causadas por agentes naturales y/o sobrenaturales, y los que inducían la enfermedad y sufrimiento, a los que comúnmente se les llamaba brujo. A la comadrona y a cada uno de los terapeutas se les brindaba respeto, pero el “brujo” (nombre eminentemente español) además era y es temido.⁵

Incursionando en la historia de los pueblos indígenas de los diferentes rincones del país, son ellos a quienes les ha tocado sufrir por más de 500 años en mayor grado los embates de agresión económica, política, sociocultural, etc. Pese a ello, aún conforman comunidades secularmente establecidas pero no estables, pues el carácter dinámico de la cultura promueve cambios internos, producto de su mismo desarrollo, y aunque su cultura es de permanencia y de continuidad, acepta en su seno elementos culturales externos, los que a su vez, después de un proceso de reflexión, explicación y respuestas, son rechazados o aceptados y asimilados como propios.⁵

Actualmente y con especificidad en el campo de la medicina, se observa el resultado del sincretismo o interculturalidad de elementos indígenas con algunos de los traídos por los españoles. Ejemplo de ello, se tiene el “mal de ojo” (no físico). Según Foster, esta enfermedad es ampliamente conocida en España desde el siglo XV, y se estima que es el resultado del contacto de ocho siglos con los pueblos árabes. Víctor L. Quibin y Castillo de Lucas, mencionan que el “mal de ojo”, es una enfermedad infantil muy conocida en los diferentes lugares de España. Es causada por el acercamiento de malos espíritus, o “por una mala mirada”. Igualmente se interrelacionaron creencias médicas populares españolas, de etiología religiosa-cristiana. Esto ha dado como resultado una amplia y compleja cultura médica, rica en elementos que se manejan en la epidemiología cultural de la mayor parte de los pueblos indígenas del país y que por su importancia se considera importante articularse a los componentes de la estrategia de atención primaria de la salud.⁵

2.3.5 Interculturalidad en salud²¹

Podemos pensar la interculturalidad en salud como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. “Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico”. Se debe tener la conciencia de que cuando se habla de dos culturas se está hablando de dos maneras diferentes de pensar, de ser, sentir y percibir la realidad. “Por estas razones se sostiene que la Interculturalidad Real corresponde, más que a una cualidad de la relación entre sistemas, a una cualidad de cada sistema en la forma de establecer la relación con el usuario, que hace de la comprensión que el usuario tiene de sus procesos de salud y enfermedad el recurso principal” Por lo tanto la salud intercultural debería favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.²¹ Ante las características históricas y socioculturales arriba expuestas, que determinan a Guatemala como un país pluricultural, multiétnico y multilingüe, donde existen diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modo de vida y las formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad, se debe tener presente que en Guatemala existen varios modelos y sistemas de salud. “La enfermedad es universal en la experiencia humana, y es particular a cada cultura. Es decir, todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos médicos), técnicas (materia médica) y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud. Salud y cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad. Por lo tanto lo que se percibe como salud y enfermedad, sus causas, tratamiento y prevención y quién las trata están determinados por cada cultura específica”.²¹

2.3.6 Clasificación de la medicina tradicional

La medicina tradicional emplea una diversidad de recursos terapéuticos basados en elementos que se encuentran en la naturaleza y en las prácticas que les permiten a los terapeutas determinar la etiología, diagnóstico, curación y prevención de las causas de demanda de atención.

Los terapeutas emplean tanto uno o varios de estos recursos de manera individual o conjunta para potenciar el efecto de los mismos. Los principales recursos utilizados son: “La fitoterapia, zooterapia, mineraloterapia, el temascal, los masajes”.¹³

2.3.6.1 Fitoterapia

“Consiste en el tratamiento de enfermedades basado en la utilización de plantas, esta disciplina ha sido practicada durante siglos, por ende es uno de los recursos no solo más utilizados sino del que más conocimiento se tiene. Se han ido desarrollando conocimientos mediante investigaciones para poder contar con una caracterización botánica de las plantas, establecer sus propiedades y en base a esta información se han establecido estudios de validación farmacológica”.¹³

2.3.7 Uso racional de los medicamentos

La OMS apoya el uso racional de los medicamentos como una estrategia de primer orden en materia sanitaria, este uso racional implica que los pacientes reciban los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características y durante el periodo de tiempo apropiado, todo ello con el menor coste posible para ellos y para la comunidad. Esta definición del uso racional del medicamento implica que es necesario utilizar un medicamento con la indicación adecuada, lo que consiste en elegir el medicamento adecuado a la situación clínica del paciente; en ocasiones, un proceso patológico puede ser tratado con diferentes tipos de medicamentos, hay que recordar que lo que es bueno para un paciente, puede no serlo para otro. También es importante recordar al utilizar el medicamento apropiado que junto con sus acciones beneficiosas, se mezclan los efectos secundarios que pueden invalidar su utilización en determinados pacientes, asimismo para usar racionalmente un medicamento también es necesario que esté disponible, lo que requiere una rápida y cómoda accesibilidad al mismo.²³

La utilización de las plantas medicinales en Guatemala, dentro del marco de la medicina tradicional, varía de acuerdo al tipo de afección que se desea curar, son clasificadas en base a sus propiedades curativas, las principales categorías son: antiparasitarias, antimicrobianas, anti-protozoarias, antiácidas, astringentes, anti-diarreicas, expectorantes entre otras. El uso adecuado de los productos herbarios depende de dos factores la actividad terapéutica y el principio activo;

la actividad terapéutica se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo. Los principios activos son los ingredientes de los medicamentos herbarios que tienen actividad terapéutica, si no se logra identificar los principios activos, se puede considerar que todo el medicamento herbario es un solo principio activo.²³

2.3.8 Contraindicación

Es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco²⁴ esta puede ser contraindicación absoluta es una condición que prohíbe tajantemente el uso de un tratamiento en conjunto y contraindicación relativa pesa en contra del uso de un tratamiento que aumente la relación riesgo/beneficio.

2.3.9 Efecto secundario

Es un efecto causado por un medicamento que inicialmente no se buscaba cuando se prescribió este tratamiento, no todos son perjudiciales, algunos efectos secundarios pueden ser beneficiosos o responsables de trastornos molestos: se habla en este caso de efectos indeseables, van desde benignos, hasta graves; por tanto, es necesario medir la relación riesgo/beneficio y evaluar la necesidad de utilizar en comparación con los efectos adversos que pueda llegar a tener.²⁴

Efectos secundarios mencionados dentro de las normas de atención en salud integral son los siguientes:

- ✓ Neurotoxicidad: Conjunto de los efectos secundarios de un tratamiento sobre el sistema nervioso, que puede afectar al cerebro o a la médula espinal (neurotoxicidad central) o a las raíces nerviosas, plexos o nervios (neurotoxicidad periférica).²⁵
- ✓ Nefrotoxicidad: Afectación renal por tóxicos, que se caracteriza por alteraciones que se dividen en:²⁵
 - ✓ Funcionales como insuficiencia renal aguda
 - ✓ Estructurales Necrosis tubular aguda

Pueden ser productos químicos o biológicos, que actúan de forma directa o a través de sus metabolitos, y que pueden ser ingeridos, inhalados, inyectados o producidos por el propio organismo.²⁵

2.3.10 Preparación

La administración de las plantas medicinales debe hacerse en forma sumamente cuidadosa para garantizar que se alcance el efecto terapéutico deseado.¹³ Existen diferentes tipos de preparación de las plantas medicinales de acuerdo al padecimiento que se va aliviar. Dentro de estas formas se encuentran las siguientes: cataplasma, el emplasto, el cocimiento, el gargarismo o enjuague, la infusión, los jarabes, los jugos, los lavados, los vapores entre otros. Para poder elaborar estas variadas formas de preparación, se utilizan las partes más importantes de las plantas que son: las hojas, las flores, los frutos, el tallo y la raíz cuando estas partes se encuentren en su madurez o época de cosecha. En el caso de los medicamentos herbarios cuyos principios activos han sido identificados, se normaliza su preparación, para que contengan una cantidad determinada de ellos.¹³

2.3.11 Dosis

Cantidad de principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma en función de la presentación, que se administrará de una vez. La posología depende de numerosos factores: la importancia y gravedad de la enfermedad, existencia o no de otros medicamentos que se estén administrando y del factor individual: peso, constitución, edad, hipersensibilidad.²⁶

Las normas de salud integral indican una dosis la cual se modifica para niños de la siguiente forma, tomando como base la dosis de un adulto que pese entre 60 a 70 kg (132-154 lb) se establecen las siguientes dosis:²⁶

- ✓ Niñas y niños de 5 a 6 años (20 kg o 45 lb) 1/3 de la dosis del adulto
- ✓ Niños y niñas de 7 a 10 años (30 Kg o 66 lb) ½ de la dosis del adulto
- ✓ Peso superior a 80 Kg o 175 lb 5/4 (1¼) de la dosis del adulto

A niñas y niños de menos de 5 años, no se recomienda el uso de plantas medicinales por vía oral.²⁶

2.3.12 Normas de atención integral en salud.

El MSPAS elaboró desde el año 2004 las Normas de Atención Integral del primer y segundo nivel por ciclo de vida, estas se actualizan en el año 2009 con el enfoque de desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Guatemala, que tienen su expresión en el primero y segundo nivel de asistencia sanitaria, desde los pilares de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación, con participación de las personas, la familia y la comunidad, que son en esencia los beneficiarios directos del impacto de estas normas.²⁶

Para fines operativos se han dividido las etapas del ciclo de vida en las siguientes edades:

- ✓ Neonato: (0 a 28 días).
- ✓ Lactante (29 días a menos de 1 año).
- ✓ Niñez (niños y niñas de 1 año a menos de 10 años).
- ✓ Adolescentes (Mujer y Hombre de 10 años a menos de 20 años).
- ✓ Adulto (Mujer y Hombre de 20 años a menos de 60 años).
- ✓ Adulto Mayor (Mujer y Hombre de 60 años en adelante).²⁶

Este ordenado de la manera siguiente:

- ✓ Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio (adolescente y adulta).
- ✓ Módulo 2: Neonatal.
- ✓ Módulo 3: Lactantes
- ✓ Módulo 4: Niño y Niña
- ✓ Módulo 5: Adolescencia
- ✓ Módulo 6: Adulto (a) y Adulto (a) Mayo
- ✓ Módulo 7: Atención a la demanda: dentro de este módulo se encuentra en el inciso VI La Medicina Popular Tradicional y Alternativa, donde se presenta la ficha técnica de 19 plantas medicinales.²⁶ (Ver anexo Tabla 11.1)

2.4 Marco demográfico

2.4.1 Características del municipio Santa María Cahabón

Según Censo de Población de 2002, el municipio de Santa María Cahabón se integra con un centro urbano, con la categoría de pueblo, que a la vez es la Cabecera Municipal, 24 aldeas, 115 caseríos y 27 fincas. Los centros poblados identificados por el Censo de Población de 1994, han experimentado un proceso de crecimiento de la población en los últimos 10 años, lo que no ha encontrado una respuesta cualitativa de la calidad de la vivienda, así como de los servicios básicos que demanda la población.²⁷ Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística –INE- para el año 2009, Cahabón presentaba una población total de 55,433 habitantes, existiendo la misma cantidad poblacional de hombres y mujeres. Considerando la extensión territorial del municipio, se determina una densidad poblacional de 73 habitantes por kilómetro cuadrado, reflejando altos índices de natalidad superando los de mortalidad, (ver anexo 11.4, pirámide poblacional) así mismo se puede interpretar las grandes demandas de necesidades básicas que requiere la población, tales como educación, salud, vivienda, seguridad alimentaria, fuentes de empleo, etc., habiendo una fuerte deficiencia en la prestación de estos servicios en el municipio.²⁷

La población del municipio es predominantemente rural con un 90% ubicándose únicamente el 10% en el área rural. La misma se encuentra constituida por una sociedad dividida en grupos sociales y culturalmente distintos; la mayoría de la población es indígena de la comunidad lingüística Q'eqchi', principalmente, representándose con 54,324 habitantes (97.99%) sin embargo también hay representatividad de otros grupos lingüísticos tales como Poqomchí, Mam, Achí, etc., sin contar con datos exactos de cada uno de dichos grupos. Existen hablantes del idioma castellano, pero en un menor porcentaje, los cuales ascienden a 1,109 habitantes no indígenas (2.01%). En ambos idiomas se han incorporado una serie de expresiones propias de la región que para los visitantes ocasionales resultan incomprensibles, pero que de una u otra manera, logran una buena comunicación.²⁸

2.4.1.1 Niveles de pobreza

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, sitúa a Santa María Cahabón como uno de los municipios con menor desarrollo en el país, debido que el 88% de la

población se encuentra en estado de pobreza. Se reporta que sólo el 18.82% de la población encuestada en el Municipio cubre el costo de la canasta básica de alimentos, de lo que se deduce que la dimensión de la pobreza y extrema pobreza es de alto riesgo para Santa María Cahabón, que registra el 81.18%, ya que no tienen acceso a la dieta mínima alimenticia y elimina por completo las posibilidades de un desarrollo normal. El mayor grado de pobreza se da dentro de la población indígena, que para el Municipio es de 98%, lo que convierte a las personas que viven en el área rural en las más afectadas, que para éste caso es el 90%.²⁸

2.4.1.2 Datos epidemiológicos

Según el distrito de salud para el 2015 Santa María Cahabón presenta una población total de 64,571, con una tasa de natalidad de 25.96 por cada 1000 habitantes, nacieron 1676 niños durante el año 2016, la tasa de fecundidad fue 83.22 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil y 18 mortinatos en el 2015.*

2.4.1.3 Índice de desarrollo humano

El índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador sintético que expresa tres dimensiones básicas del desarrollo humano: salud, educación y nivel de vida. El valor del índice del desarrollo humano puede ser entre 0 y 1, donde 0 indica el más bajo nivel de desarrollo humano, y 1 indica un desarrollo humano alto. Para el año 2002 el municipio de Santa María Cahabón tiene un IDH de 0.501, con dimensiones de salud 0.629, educación 0.390 y nivel de vida ingresos 0.484.²⁹

2.5 Marco institucional

2.5.1 Prácticas médicas tradicionales-indígenas- de la comunidad

El municipio de Santa María Cahabón se ha caracterizado durante años por la conservación y vigencia de la espiritualidad maya, si bien es cierto esta se ha tratado de tergiversar mediante la mala información que muchas personas han manifestado al respecto, sin embargo, se ha

*Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro de Epidemiología CAP Santa María Cahabón; Memoria de Labores Santa María Cahabón. Cobán, Alta Verapaz: MSPAS; 2015.

comprobado que mediante la espiritualidad maya se reportan una serie de curaciones de distinta índole. Cabe mencionar que en el municipio hay una serie de altares ceremoniales los cuales son utilizados para dichos fines. Desde este punto de vista es necesario el fortalecimiento de la utilización de medicina tradicional, ya que desde tiempos ancestrales ha sido utilizada por la población del municipio para la curación de distintas enfermedades, sin embargo se ha tenido la limitante de que a la fecha no existe un enlace entre la medicina tradicional y la medicina occidental, considerando factores tales como; falta de disposición de medicamentos y una economía familiar debilitada, es sumamente importante el fortalecimiento de la medicina ancestral y espiritualidad maya.²⁸

2.5.2 Sistema de salud¹⁶

2.5.2.1 Niveles de atención en salud

Los niveles de atención en salud son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.¹⁶

2.5.2.1.1 Primer nivel

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias. En este nivel se brindan accesos a los servicios básicos de salud, los cuales son: acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, diseñadas, organizadas y realizadas para resolver los problemas de salud de las personas y del ambiente, que requieran de tecnologías y recursos apropiados para la resolución de los problemas más frecuentes.¹⁶

En este nivel se encuentran:

- ✓ La vivienda: al ser el lugar donde el personal de salud realiza visita domiciliar.
- ✓ Centro comunitario de salud: establecimiento de menor complejidad, tiene bajo su área de responsabilidad una población menor de mil quinientos habitantes. En la prestación de servicios de salud participan directamente miembros de la comunidad así como personal del Ministerio.

- ✓ Puesto de salud: es el establecimiento de servicios públicos de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre dos mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas en un horario de 8 horas de lunes a viernes;¹⁶ y el recurso humano básico conformado por:
 - ✓ Enfermero(a) profesional: Enfermeras que laboran en el área institucional (centro de salud). Sus funciones son ejecutar tareas de enfermería en la atención, diagnóstico, prescripción y administración de tratamientos para las diversas enfermedades, trastornos y lesiones del organismo humano, así como en la aplicación de métodos de medicina preventiva como medida de prevención contra enfermedades en jornada matutina.¹⁶
 - ✓ Auxiliar de enfermería: que laboran en el área institucional (centro o puesto de salud). Sus funciones son auxiliar al personal de enfermería y profesional en ciencias de la salud en la atención y administración de tratamientos para las diversas enfermedades, trastornos y lesiones del organismo humano, así como en la aplicación de métodos de medicina preventiva para evitar enfermedades, entre otras funciones inherentes al cargo.¹⁶
 - ✓ Técnico(a) en salud rural: Técnico que labora en el área institucional (centro de salud). Sus funciones son asignar y supervisar las tareas que realiza el personal de una brigada de rociado en las campañas de lucha antimalárica. Distribuir los materiales y equipo de trabajo velando por el uso adecuado y mantenimiento de los mismos. Impartir pláticas a las autoridades civiles y militares de las localidades a efecto de divulgar los objetivos de la campaña y notificar a los vecinos el calendario de rociamiento señalándoles las medidas preventivas de que deben tomar y otras funciones inherentes al cargo.¹⁶
 - ✓ Estudiante de ejercicio profesional supervisado rural: Estudiante de último año de la carrera de médico y cirujano, quien es insertado formalmente en el sistema nacional de salud, específicamente en el primer nivel de atención (puestos de salud). Sus funciones son realizar exámenes clínicos, diagnósticos y prescripción

de tratamientos generales a pacientes, así como promoción de la salud a los habitantes de una o más comunidades establecidas dentro de un área geográfica determinada.¹⁶

2.5.2.1.2 Segundo nivel

Un centro de salud tipo “A”, CAP Centro de Atención Permanente ubicado en la Cabecera Municipal, que depende de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, quien atiende a 6641 habitantes, dos sectores, 17 comunidades del municipio, donde labora un personal integrado por: un técnico de salud rural director, dos enfermeras profesionales, seis auxiliares de enfermería, un secretario, personal de intendencia, técnicos de enfermedades transmitidas por vectores, inspector en saneamiento ambiental y dos médicos turnistas, dos enfermeras profesionales cubanas.²⁸ (Ver anexo 11.6 puestos de salud)

El centro de salud ejerce la coordinación de distrito de salud con autoridad delegada para el cumplimiento de lo establecido en el Código de Salud: “la regulación, vigilancia, control de la salud y la prestación de servicios, con encamamiento para la atención de los problemas prevalentes en el grupo materno infantil, capaz de prestar atención a partos, pequeñas cirugías y rehidratación infantil primordialmente, consulta externa para problemas de morbilidad en general de niños y adultos, emergencia con servicio las 24 horas del día. Implementa las acciones establecidas en las normativas del Ministerio de Salud de todos los programas de atención, especialmente los que definen su perfil epidemiológico, la prevención y promoción con acciones de educación en salud. Coordina con las diferentes instituciones y organizaciones presentes en el municipio y forma parte de la organización de los consejos de desarrollo urbano y rural.¹⁶

2.6 Marco legal

2.6.1 Leyes internacionales

2.6.1.1 Declaración de las naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas 2007 artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y

minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna a todos los servicios sociales y de salud³⁰

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.³⁰

Artículo 38:

Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.³¹

Artículo 25:

Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.²

Existe un enfoque de derechos en la salud que es concomitante al reconocimiento por la mayoría de los países de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y a los derechos específicos en materia de salud indígena, acorde a dos instrumentos fundamentales, los cuales se encuentran en los Arts. 6, 24 y 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (obligación del Estado a extender progresivamente la seguridad social a los pueblos indígenas y la responsabilidad de que los servicios de salud sean adecuados y tomen en cuenta las medicinas tradicionales), y la iniciativa Sapia de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, que establece un conjunto de principios para el trabajo con las comunidades indígenas: El abordaje integral de la salud, la autodeterminación de los pueblos indígenas, la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones.²

2.6.1.2 Convenio 169 de la OIT

Artículo 25:

1. “Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permita organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.²
2. “Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán plantearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.²
3. “El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria”.²

Nota. La Corte de Constitucionalidad ha emitido opinión que expresa que el convenio 169 de la OIT constituye un instrumento que resuelve vacíos de disposiciones constitucionales y por el rango jerárquico que posee tiene preeminencia en la legislación toda vez que no contradiga las disposiciones de la carta magna y en materia de derechos humanos.²

2.6.2 Leyes nacionales²

2.6.2.1 Ley para la maternidad saludable. Decreto 32-2010

Artículo 2:

- b) Fortalecer el programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de la Salud de los pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna.²

- d) Respeto a la interculturalidad: los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse, garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades.²

Artículo 98:

Participación de las comunidades en programas de salud las comunidades tienen derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.²

2.6.2.2 Código de salud: decreto 90-97

Artículo 161:

Sistemas alternativos: El Estado a través del Sector incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control.²

2.6.2.3 Plan nacional de salud 2008-2012

Política 2:

Implementar un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada, con pertinencia cultural y enfoque de género.²

Política 3:

Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional. Fomentar el desarrollo de la medicina alternativa y tradicional así como su institucionalidad.²

2.6.2.4 Acuerdos de paz

Ciencia y tecnología: se reconoce la existencia y el valor de los conocimientos científicos y tecnológicos mayas, así como también los conocimientos de los demás pueblos indígenas, este

legado debe ser recuperado, desarrollado y divulgado. El gobierno se compromete a promover su estudio y difusión y a facilitar la puesta en práctica de estos conocimientos. También se insta a las universidades, centros académicos, medios de comunicación, organismos no gubernamentales y de la cooperación internacional a reconocer y divulgar los aportes científicos y técnicos de los pueblos indígenas.²

Por otra parte, el gobierno posibilitará en acceso a los conocimientos contemporáneos a los pueblos indígenas e impulsará los intercambios científicos y técnicos Medicina indígena y tradicional: valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones métodos y prácticas.²

2.6.2.5 Acuerdo ministerial No. 850-2010

Artículo 1

Se reforma el artículo 1, el cual queda así: "Artículo 1. Creación. Se crean los Programas de Atención a las Personas del Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, los que estarán bajo la dirección del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,² siendo los siguientes:

1. Programa de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua.
2. Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
3. Programa de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia.
4. Programa de Salud Bucodental.
5. Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
6. Programa de Salud Reproductiva.
7. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa.
8. Programa de Salud Mental.
9. Programa de Zoonosis.
10. Programa de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA.²

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar los conocimientos y las prácticas respecto al uso terapéutico de plantas medicinales, en el personal de salud de atención primaria del distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz de octubre a noviembre de 2017.

3.2 Objetivos específicos:

- 3.2.1 Caracterizar al personal de atención primaria según: sexo, edad, etnia, escolaridad, puesto de trabajo y capacitaciones en uso de plantas medicinales según las Normas de Atención en Salud Integral.
- 3.2.2 Identificar si el personal de atención primaria posee conocimientos acerca de los usos, contraindicaciones, efectos secundarios, preparación y dosis de las plantas medicinales, recomendadas en las Normas de Atención en Salud Integral.
- 3.2.3 Describir las prácticas en el uso de plantas medicinales recomendadas en las Normas de Atención en Salud Integral que realiza el personal de salud con los pacientes que acuden al servicio de salud.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Enfoque y diseño de la investigación

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

4.2 Unidad de análisis y de información

4.2.1 Unidad de análisis

Conocimientos y prácticas del personal de salud, obtenidos por medio de la encuesta diseñada para el estudio. (Ver anexo 11.1).

4.2.2 Unidad de información

Personal de salud del nivel de atención primaria (enfermeras(os) profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y estudiantes de ejercicio profesional supervisado rural, EPSR de medicina), que labora en del Distrito cuatro de salud Municipio Santa María Cahabón, Alta Verapaz.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

4.3.1.1 Población diana

Personal de salud del nivel de atención primaria del departamento de Alta Verapaz.

4.3.1.2 Población de estudio

Personal de salud del nivel de atención primaria que labora en el distrito cuatro de salud del Municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz en el 2017

No se calculó muestra, se trabajó con el total de la población. (N=86)

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Personal de salud que se encuentra en nómina y que labora en atención primaria del distrito cuatro de salud Santa María Cahabón, Alta Verapaz.
- ✓ Personal que brinda consulta en atención primaria y tiene contacto directo con el paciente.
- ✓ Personal de Salud que haya autorizado su participación en el estudio por medio del consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Personal de Salud que no esté presente al momento de recolectar datos por vacaciones, enfermedad o periodo pre/pos natal.
- ✓ Personal que se dedique a un área donde no tiene contacto directo con los pacientes dando consulta.

4.5 Definición y operacionalización de variables

Tabla 4.1
Variables

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. ³²	Edad en años cumplidos del nacimiento a la fecha referido por persona.	Numérica discreta	De razón	Años
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ³²	Características físicas de la persona que condicionan el hecho de ser hombre o mujer.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Etnia	Es una categoría social, no biológica, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural, definidos por afinidades lingüísticas, culturales y sociales. ³²	Dato obtenido de la persona respecto al hecho de considerarse indígena o no indígena.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Indígena Q'eqchi' Indígena Otro No Indígena
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³²	Dato obtenido de la persona con respecto al último año escolar aprobado.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Primaria incompleta Primaria completa Básica Diversificada Universitaria incompleta Universitaria completa
	Puesto de Trabajo	Es aquel espacio en el que un individuo desarrolla su labor. ³³	Puesto que desempeña en el servicio de salud.	Cualitativa Politómica	Nominal	EPS Medicina Enfermero(a) Profesional Auxiliar de Enfermería Técnico en Salud Rural

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
	37 Capacitación en el uso de plantas medicinales	Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa. ³³	Dato obtenido por la persona en el cual indicara si recibió alguna capacitación de plantas medicinales recomendadas en las normas de atención.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
Conocimientos sobre plantas medicinales	Uso	Ejecutar o practicar algo habitualmente. ³²	Es el conocimiento que manifiesta sobre el uso correcto de plantas medicinales de acuerdo a las normas de atención en salud integral.	Categórica dicotómica	Razón	Satisfactorio Insatisfactorio
	Contraindicaciones	Condición que prohíbe una intervención médica o la toma de un medicamento. ³²	Conocimiento de las condiciones donde no puede ser utilizada la planta medicinal.	Categórica dicotómica	Razón	Satisfactorio Insatisfactorio
	Efectos secundarios	Es un efecto causado por un medicamento que inicialmente no se buscaba cuando se prescribió este tratamiento. ³²	Conocimiento de los efectos secundarios que causa el uso de la planta medicinal.	Categórica dicotómica	Razón	Satisfactorio Insatisfactorio
	Preparación	Aquello que se hace antes de disponer de algo. ³²	Conocimiento de la forma de preparar la planta medicinal	Categórica dicotómica	Razón	Satisfactorio Insatisfactorio
	Dosis	Cantidad efectiva del principio activo de un fármaco. ³²	Conocimiento de la dosis de planta medicinal efectiva para aliviar padecimiento.	Categórica dicotómica	Razón	Satisfactorio Insatisfactorio

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
Práctica de prescripción de Plantas medicinales	Utilización	Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada. ³²	Datos obtenidos de la persona que permiten evaluar el uso de las plantas medicinales recomendadas en las normas de atención integral.	Categórica Dicotómica	Nominal	Si No
	Frecuencia de uso	Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados. ³²	Frecuencia en que se recomienda el uso de medicina tradicional.	Cualitativa politómica	Nominal	Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

4.6 Recolección de datos

4.6.1 Técnicas

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta

4.6.2 Procesos

- ✓ Se realizó prueba piloto para validación de encuesta, con personal de salud del distrito tres San Agustín Lanquin, Alta Verapaz. (n=10)
- ✓ Se inició el trabajo de campo en el período establecido convocando una reunión con el personal de salud de nivel primario de acuerdo a su horario de trabajo.
- ✓ El día de la realización de la encuesta, se distribuyó el consentimiento informado a cada participante. Posteriormente se realizó la encuesta con duración de 25 minutos. Al finalizar se realizó una charla educativa de una duración de 20 minutos.

4.6.3 Instrumentos

El instrumento de evaluación que se utilizó fue una encuesta.

La encuesta cuenta con el logotipo de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el lado izquierdo y el logotipo de la Facultad de Ciencias Médicas en el lado derecho, en la parte superior derecha se colocará un número correlativo y así saber cuántas encuestas se realizó.

Antes de iniciar con la sección la encuesta cuenta con una breve explicación sobre lo que se evaluará.

Está dividida en tres partes:

La parte I los datos sociodemográficos de la población que incluye la participación en capacitaciones previa sobre plantas medicinales.

La parte II donde se evaluó la práctica de prescripción de plantas medicinales; esta sección comprende una pregunta con dos respuestas, mutuamente excluyentes, así como la frecuencia con la cual recomiendan plantas medicinales a los pacientes.

La parte III, donde se evaluó el conocimiento sobre las plantas medicinales que aconsejan las normas de atención en salud.

Al final de la última parte de la encuesta el agradecimiento respectivo por participar en el estudio.

4.6.4 Prueba piloto

Se realizó una validación del instrumento por medio de una prueba piloto con 10 personas que laboran como personal de salud del distrito tres San Agustín Lanquin, por lo cual se agregó en la parte I a Etnia se colocó opción, Q'eqchi' y otras, a la primera pregunta de la parte III la indicación de marcar una sola planta medicinal, así también se agregó Si No a la presencia de contraindicaciones.

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

Se realizó la recolección de datos se elaboró una base de datos en Microsoft Office Excel 2013 y se presentó la misma a la revisora de coordinación de trabajos de graduación para su aprobación.

Los datos se procesaron de acuerdo a las variables seleccionadas a continuación se explicara detalladamente el procesamiento, codificación para cada variable:

La edad que es un tipo de variable numérica discreta; su unidad de medida es en años cumplidos en la encuesta; al momento de realizar el procesamiento de datos se recodificara en una variable numérica por intervalos agrupándole por los ciclos de vida indicados en las normas de atención integral del MSPAS.

Las variables se codificaron de la siguiente manera:

Tabla 4.2
Escala de clasificación características sociodemográficas

Variable	Código	Categoría	Código
Edad	edad	15 a 19 años	1
		20 a 24 años	2
		25 a 39 años	3
		40 a 49 años	4
		50 a 59 años	5
		60 a 64 años	6
		65 a 69 años	7
		>70 años	8
Sexo	sexo	Masculino	1
		Femenino	2
Etnia	Etn	Indígena Q'eqchi'	1
		No indígena	2
		Indígena otra	3
Escolaridad	Esc	Primaria Completa	1
		Primaria Incompleta	2
		Básica	3
		Diversificada	4
		Universitaria incompleta	5
		Universitaria completa	6
Puesto que ocupa en el servicio	puet	EPS Medicina	1
		Enfermero(a) Profesional	2
		Auxiliar de Enfermería	3
		Técnico en Salud Rural	4
Capacitación en el uso de plantas medicinales	Cap	Si	1
		No	2

Tabla 4.3
Codificación de conocimientos en uso correcto de las plantas medicinales

Conocimientos	Código	Categoría	Codificación
Usos	usos	Correcto	1
		Incorrecto	2
Contraindicaciones	cont	Correcto	1
		Incorrecto	2
Efectos secundarios	efse	Correcto	1
		Incorrecto	2
Preparación	prep	Correcto	1
		Incorrecto	2
Dosis	dosis	Correcto	1
		Incorrecto	2

Tabla 4.4
Práctica sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención

Prácticas	Código	Categoría	Codificación
Utilización	Útil	Si	1
		No	2
Frecuencia de uso	Freus	Siempre	1
		Frecuentemente	2
		Algunas veces	3
		Raramente	4
		Nunca	5

En la parte II se evaluó con cinco preguntas los conocimientos del personal de salud sobre el uso correcto de las plantas medicinales.

4.7.2 Análisis de datos

El análisis es de tipo univariado descriptivo enfocado en frecuencias y porcentajes. Se trabajará en una base de datos en Microsoft Office Excel 2013®.

Tabla 4.5
Características sociodemográficas
(N=)

Características	Categoría	F	%
Edad	15 a 19 años		
	20 a 24 años		
	25 a 39 años		
	40 a 49 años		
	50 a 59 años		
	60 a 64 años		
	65 a 69 años		
	>70 años		
Sexo	Masculino		
	Femenino		
Etnia	Indígena Queqchi		
	No indígena		
Escolaridad	Primaria Completa		
	Primaria Incompleta		
	Básica		
	Diversificada		
	Universitaria incompleta		
Puesto que ocupa en el servicio	Universitaria completa		
	EPS Medicina		
	Enfermero(a) Profesional		
	Auxiliar de Enfermería		
Capacitación en el uso de plantas medicinales	Técnico en Salud Rural		
	Si		
	No		

El conocimiento se presenta de acuerdo a las preguntas correctas e incorrectas de cada categoría.

Tabla 4.6
Conocimientos sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención

Conocimientos	Categoría	f	%
Usos	Correcto		
	Incorrecto		
Contraindicaciones	Correcto		
	Incorrecto		
Efectos secundarios	Correcto		
	Incorrecto		
Preparación	Correcto		
	Incorrecto		
Dosis	Correcto		
	Incorrecto		

Tabla 4.7
Práctica sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención
(N=)

Práctica		f	%
Utilización	Si		
	No		
	Total		
Frecuencia de uso	Siempre		
	Frecuentemente		
	Algunas veces		
	Raramente		
	Nunca		
	Total		

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

Entre los obstáculos que se podían presentar durante el proceso de investigación son los siguientes:

- ✓ Que el personal se negara a participar en la investigación.
- ✓ Que el personal de salud que participó en la encuesta no prestará la atención debida durante el proceso.
- ✓ Que en durante el periodo de realización de la encuesta el personal dejará de asistir al centro donde labora, por huelgas, enfermedad, inclemencias del clima y dificultad de transporte.

4.8.2 Alcances

La investigación determinó el conocimiento del personal de salud del nivel de atención primaria acerca de las plantas medicinales que recomiendan las normas de atención en salud. Además se impartió una charla educativa enfocada en la utilización adecuada de las plantas medicinales, de acuerdo al material que proporciona el Ministerio de Salud.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

De acuerdo con los principios establecidos en el reporte de Belmont y en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 y debido a que esta investigación se consideró como una investigación categoría I (sin riesgo), debido a que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y en cumplimiento con los aspectos éticos mencionados con el Artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes principios:

El respeto a las personas se reflejó en la participación voluntaria en el estudio, protegiendo la integridad física y psicológica de cada participante, la autonomía se respetó en todos los participantes estudiados debido a que no se solicitó datos personales únicamente la edad y no se revelara la identidad a personas ajenas al estudio.

El principio de no maleficencia que se deriva del antiguo precepto hipocrático que proviene del latín “*primum non nocere*” que traducido al español significa “lo primero es no hacer daño” se cumplió en esta investigación debido a que es un estudio tipo descriptivo lo cual no representa riesgo físico o psicológico para los participantes.

El principio de beneficencia se aplicó ya que para beneficio del participante se reproducirá material educativo sobre plantas medicinales recomendadas por las normas de atención, para mejorar su práctica de medicina tradicional en base a las normas de salud para brindar una atención con pertinencia cultural a la población.

La justicia se reflejó en el proceso de selección de participantes no se discriminó a ningún participante por su etnia, características físicas o sociales.

5. RESULTADOS

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal realizado a través de 86 encuestas al personal de atención primaria obteniéndose las características sociodemográficas, conocimientos y prácticas respecto al uso terapéutico de plantas medicinales del personal de salud de atención primaria del Municipio de Santa María Cahabón, departamento de Alta Verapaz.

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- ✓ Características sociodemográficas del personal de salud.
- ✓ Conocimientos respecto al uso terapéutico de plantas medicinales recomendadas en las normas de atención
- ✓ Práctica sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención.

Tabla 5.1
Características sociodemográficas
(N=86)

Características	Categorías	F	%
Edad	15 a 19 años	-	-
	20 a 24 años	28	33
	25 a 39 años	58	67
	40 a 49 años	-	-
	50 a 59 años	-	-
	60 a 64 años	-	-
	65 a 69 años	-	-
	>70 años	-	-
Sexo	Masculino	54	63
	Femenino	32	37
Etnia	Indígena Q'eqchi'	80	93
	No indígena	6	7
	Indígena Otro	-	-
Escolaridad	Primaria Completa	-	-
	Primaria Incompleta	-	-
	Básica	39	45
	Diversificada	31	36
	Universitaria incompleta	5	6
	Universitaria completa	11	13
Puesto que ocupa en el servicio	EPS Medicina	2	2
	Enfermero(a) Profesional	12	14
	Auxiliar de enfermería	66	77
	Técnico en Salud Rural	6	7
Capacitación respecto al uso de plantas medicinales	Si	48	56
	No	38	44

Tabla 5.2
Conocimientos respecto al uso terapéutico de plantas medicinales recomendadas en las normas de atención

Conocimientos	Categoría	f	%
Usos	Correcto	60	81
	Incorrecto	14	19
Contraindicaciones	Correcto	41	55
	Incorrecto	33	45
Efectos secundarios	Correcto	41	56
	Incorrecto	32	44
Preparación	Correcto	45	61
	Incorrecto	29	39
Dosis	Correcto	28	38
	Incorrecto	46	62

Tabla 5.3
Práctica sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención (N=86)

Prácticas		f	%
Utilización	Si	74	86
	No	12	14
Frecuencia de Uso	Siempre	9	12
	Frecuentemente	11	15
	Algunas veces	49	66
	Raramente	5	7
	Nunca	-	-

6. DISCUSIÓN

Guatemala es un país que posee una gran riqueza natural de especies vegetales, lo cual ha dado lugar al uso de plantas en diferentes grupos étnicos de la población, por su accesibilidad y bajo costo,³⁴ dentro de las normas de atención de salud integral 2010 se incluyó un apartado a la Medicina Popular, Tradicional y Alternativa, donde se presentan recomendaciones basadas en los contenidos del Vademécum Nacional de Plantas Medicinales;³⁵ pero ¿qué conocimiento posee el personal que labora en la atención primaria y con qué frecuencia es utilizado este recurso? Para responder a ello se estudió al personal de atención primaria del distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón del departamento de Alta Verapaz.

Características sociodemográficas

El personal de salud de este distrito es una población joven: 6 de cada 10 se encuentra dentro de las edades de 25 a 39 años y son en su mayoría de sexo masculino; 9 de cada 10 se autodefine como población indígena q'eqchi', y el resto no indígena, lo cual concuerda con las cifras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el 2006 de la población del departamento de Alta Verapaz que indica que el 89% corresponde a población indígena,³⁶ en Santa María Cahabón con una población de 54,324 habitantes (97.99%) son indígenas de la comunidad lingüística Q'eqchi', lo cual es importante destacar ya que el municipio presenta el mayor grado de pobreza dentro de la población indígena, siendo las personas que viven en el área rural (90%) las más afectadas,²⁸ por lo cual la medicina tradicional y alternativa representa una opción favorable para mejorar las condiciones de salud.

La mitad del personal de salud cursó hasta el ciclo de educación básica, solamente uno de cada 10 posee formación universitaria, lo cual corresponde con los datos del ENCOVI 2014 que indican que en Alta Verapaz el 83.7% de jóvenes no se encuentran inscritos en educación superior;³⁶ la mayoría (77%) se desempeñan como auxiliares de enfermería que son los principales responsables de brindar la atención primaria en los puestos de salud, uno de cada 10 son enfermeros profesionales, existe además un pequeño porcentaje (7%) de técnicos en salud rural que juegan un papel importante para desarrollar programas del área rural.

Es importante resaltar que dentro de la atención primaria no hay médicos, solamente se cuenta con estudiantes de medicina que realizan su ejercicio profesional supervisado rural, lo que

evidencia que hay poco desarrollo profesional de médicos en el área rural; el MSPAS no dispone de personal suficiente para atender a la población rural porque la mayor parte del personal calificado y la tecnología avanzada se concentra en las ciudades y sirve a las poblaciones con mayores recurso. Casi las tres cuartas partes del recurso humano en salud (médicos, enfermeras y parteras) están concentradas en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Escuintla; por el contrario, departamentos como Totonicapán, Sololá, Baja Verapaz, Alta Verapaz y Quiché, no posee este personal.³⁷

La mitad del personal recibió capacitación respecto al uso terapéutico de las plantas medicinales recomendadas por las normas de atención pues en el distrito se reciben capacitaciones constantes, en el 2011 en la tesis “Conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud respecto a la medicinal popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud”, solo un 25% refirió haber sido capacitación, sin embargo el 60% tenía conocimiento sobre medicina tradicional en base a las normas de atención, lo que evidencia que el personal a pesar de no ser capacitado, tiene interés por conocer las normas de atención mediante la autoformación.¹⁶

Conocimientos respecto al uso terapéutico de plantas medicinales recomendadas en las normas de atención

El vademécum nacional de plantas medicinales tiene como objetivo suplir la necesidad existente de contar con un documento que contenga información sobre las plantas medicinales, valida y con suficiente evidencia científica;¹³ las normas de atención se basan en los contenidos del vademécum. Se evaluó el conocimiento que posee el personal de salud respecto a ellas encontrando que 8 de cada 10 conoce el uso correcto al elegir la planta adecuada a la situación clínica del paciente, la mitad del personal conoce las contraindicaciones y efectos secundarios hay que recordar que lo que es bueno para un paciente, puede no serlo para otro. Al utilizar una planta debe borrarse el mito que lo natural es inocuo ya que junto con sus acciones beneficiosas, se mezclan los efectos secundarios que pueden invalidar su utilización en determinados pacientes.

Parte de la utilización de las plantas medicinales es la prescripción que se da al paciente, 6 de cada 10 describió la forma correcta de preparación, pero solo un tercio de la población indicó la dosis correcta recomendada en las normas de atención; la administración de las plantas medicinales debe hacerse en forma sumamente cuidadosa para garantizar que se alcance el efecto terapéutico deseado.¹³

Práctica sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención

En el 2011 se elaboró la tesis “Conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud”, el 87% utilizó medicina tradicional y el 86% la ha recetado, el 51% la utilizó y recetó algunas veces; esto se realizó en áreas urbanas donde solo se cuenta con un 30% de población indígena¹⁶ en la población a estudio la tendencia es similar, ya que 9 de cada 10 indico que si las utiliza; sin embargo solamente lo hace en algunas consultas.

A diferencia de investigaciones anteriores este estudio detalla el conocimiento en cinco aspectos, por lo cual es un aporte al personal de salud del municipio de Santa María Cahabón, ya que se realizó una capacitación dando énfasis a la prescripción correcta, indicando que no solo es importante el conocimiento del uso de la planta, sino también de los efectos secundarios, contraindicaciones, preparación y dosis correctas. Dentro de las limitantes la población mayoritaria son auxiliares de enfermería, por lo cual no se detalló las variables por puestos que ocupan en el área de salud, además que no se indagó el conocimiento acerca del uso de plantas medicinales por otras fuentes, por lo cual para futuras investigaciones es necesario tomar en cuenta la herencia cultural y familiar, ya que permite la evaluación de la necesidad de mejorar la capacitación del personal y promover el uso de la medicina tradicional en la población.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** Del estudio conocimientos y practicas respecto al uso terapéutico de plantas medicinales en el personal de salud de atención primaria, del distrito de salud del municipio de Santa María Cahabón, departamento de Alta Verapaz, el personal entrevistado es menor de 40 años, en su mayoría de sexo masculino, casi todos se autodefinen como población q'eqchi', predominantemente auxiliares de enfermería que cursaron hasta el ciclo de educación básica, la mitad de ellos recibió capacitación del uso terapéutico de plantas medicinales de acuerdo a las normas de atención.
- 7.2** En cuanto al conocimiento en el uso de plantas medicinales del personal de atención primaria: 8 de cada 10 conoce qué planta utilizar para el padecimiento del paciente; la mitad ellos conoce las contraindicaciones y efectos secundarios; 6 de cada 10 indica la preparación correcta, sin embargo, sólo 4 de cada 10 indica la dosis correcta.
- 7.3** Respecto a las prácticas del uso terapéutico de plantas medicinales, la mayoría del personal (90%) las utiliza, sin embargo, sólo las prescriben en algunas de sus consultas.

8. RECOMENDACIONES

Al Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa

8.1 Realizar capacitaciones respecto al uso de plantas medicinales principalmente al personal de estos municipios que atienden comunidades lejanas sin acceso a atención médica inmediata.

Al área de salud de Alta Verapaz

8.2 Realizar mayor promoción del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que exista material adecuado a las comunidades en su idioma y de acuerdo a las plantas medicinales que se producen en su región.

Al distrito de salud de Santa María Cahabón

8.3 Gestionar capacitaciones respecto al uso de plantas medicinales por personal capacitado, reproducir material para uso adecuado de plantas medicinales por el personal del distrito.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

8.4 Gestionar con el PNMPTA y áreas de salud de práctica rural material didáctico para los estudiantes del ejercicio profesional supervisado, para promover el uso adecuado de la medicina tradicional en la comunidad.

9. APORTES

9.1 Se realizó una capacitación respecto al uso adecuado de plantas medicinales recomendadas por las normas de atención, al personal de atención primaria del Distrito de Salud del Municipio de Santa María Cahabón, Alta Verapaz.

9.2 Informe del estudio realizado y las recomendaciones para mejorar la utilización de plantas medicinales se entregó en el nivel de atención primaria del municipio.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo incluyente en salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010. [citado 27 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/modeloincluyente/ModeloIncluyenteSalud.pdf>
2. ----- . Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas pertinencia cultural [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011. [citado 27 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/NormasPertinenciaCulturalenServiciosdeSalud.pdf>.
3. Cruz SM. Medicina tradicional y fitoterapia una alternativa para el mejoramiento de la salud en Guatemala. Rev. Ciencia, Tecnología y Salud (Guatemala) [en línea]. 2016 Mayo [citado 27 Ago 2017]; 3(1): 81-90. Disponible en: digi2.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/cytes/article/download/99/111
4. Garcia O. La necesaria regulación de la medicina tradicional en la legislación guatemalteca y la implementación de un régimen sancionatorio para quienes la ejerzan con lucro, sin los conocimientos apropiados. [tesis Licenciado Ciencias Jurídicas y Sociales en línea]. Guatemala: Universidad de San carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2013. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.oj.gob.gt/digitales/45927.pdf>
5. Villatoro E. Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mayas de Guatemala [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2001. [citado 10 Sep 2017]; (Serie salud de los pueblos indígenas 15) Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/37-Esp%20IND15.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2012. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en.
7. ----- . Seminario-Taller 93. Los pueblos indígenas y la salud [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 1993. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/1-Seminario%20Taller%2093%20Winnipegspan.pdf>.

8. ----- . 37 Consejo Directivo. Salud de los pueblos indígenas [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 1993. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf?sequence=2>.
9. ----- . División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2002. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/42-Esp%20IND20.pdf>.
10. ----- . Medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas Evaluacion del plan de trabajo 2000-2001 y plan de trabajo 2002-2003 [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2003. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/43-Esp%20IND21.pdf>.
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 [en línea]. Ginebra: OMS; 2002 [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
12. ----- . Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [en línea]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.
13. Cáceres A. Vademécum nacional de plantas medicinales. Guatemala: Editorial Universitaria USAC; 2009.
14. Alvarez Santizo A E. Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1991.
15. Garzona R. La medicina tradicional y su utilización en el área rural. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1995.
16. Gramajo EJJ, Dominguez GA, Román MG, Fuentes MA. Conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y personal de salud acerca de la medicina popular, tradicional y alternativa según normas de atención en salud. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
17. Sánchez Salguero SA. Medicina tradicional utilizada en la atención del parto. [tesis Maestra en Enfermería Materno Neonatal en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0148_E.pdf

18. José ET. Conocimiento, pensamiento y lenguaje [en línea]. Buenos Aires: Biblos; 2006. [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: https://books.google.com.gt/books?id=vAHYZQq_UpMC&printsec=frontcover#v=onepage&q=saber%20racional%20e%20intersubjetivo&f=false
19. Morris M. Introducción a la psicología. 12 ed. México: Pearson Prentice Hall; 2005. capítulo 4 Aprendizaje; p. 142-160
20. Solano C. Inteligencia práctica: un instrumento para su evaluación. Rev Psicología PUCP [en línea]. 2005 Feb [citado 10 Sep 2017]; 23(2): 173-200 Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2149/2081>
21. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa. Conociendo la medicina maya en Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2012. [citado 10 Sep 2017]; Disponible en: <https://es.scribd.com/document/102418333/Medicina-Maya>
22. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala [en línea]. Guatemala: ASECSA; 2004. [citado 10 Sep 2017]; Disponible en: <http://asecsaguatemala.org/Descargas/Investigacion%20MOMIM%20Version%20Popularizada.pdf>
23. Portalfarma.com [en línea]. España: Consejo Nacional de Colegios Farmaceuticos; 2016. [actualizado 27 Feb 2017; citado 08 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/15usomedicamentos.aspx>.
24. MedilinePlus [en línea]. Bethesda, MD: MedilinePlus; 2017. [citado 08 Sep 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002314.htm>.
25. Diccionario Médico [en línea]. España: Clínica Universidad de Navarra; 2015 [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/neurotoxicidad>.
26. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2009. [citado 28 Ago 2017] Disponible en: http://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/9-numeral-6-manuales-de-procedimientos/65-manual-de-normas-de-atencion?option=com_jdownloads
27. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población base de datos [en línea]. Guatemala: INE; 2002. [citado 28 Ago 2017] Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/20/jZqeGe1H9WdUDngYXkWt3GIhUUQCukcg.pdf>

28. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Consejo Municipal Plan de Desarrollo [en línea]. Santa María Cahabón, Alta Verapaz; Guatemala: SEGEPLAN; 2010. [citado 28 Ago 2017] Disponible en: www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/biblioteca.../64-alta-verapaz?...290...cahabon
29. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano. Alta Verapaz [en línea]. Guatemala: PNUD; 2011. [citado 28 Ago 2017] Disponible en: <http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/16-Fasciculo-Alta-Verapaz.pdf>
30. Organización Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [en línea]. New York: ONU; 2007. [citado 28 Ago 2017] Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
31. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea]. España: RAE; 2017 [citado 28 Ago 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
32. Concepto definicion.de [en línea]. Alemania: Venemedia; 2016 [citado 03 Sep 2017]. Disponible en: <http://concepto definicion.de/capacitacion>.
33. Organización Panamericana de la Salud. Taller subregional para Mesoamérica pueblos indígenas y salud [en línea]. Guatemala: OPS; 1994 [citado 22 Ago 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/5-Esp%20TallerSub%20MesoamGUT.pdf>
34. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Organización Panamericana de la Salud. Medicina indígena tradicional y medicina convencional [en línea]. San José, Costa Rica: OPS; 2006 [citado 24 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>.
35. Eyzaguirre C. El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud [tesis Magister en Antropología en línea]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales; 2013 [citado 10 Sep 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6274/Eyzaguirre_bc.pdf;jsessionid=99F4629AE2FB053DAA218309543C645F?sequence=1
36. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 [en línea]. Guatemala: INE; 2015. [citado 24 Ago 2017]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bWC7f6t7aSbEI4wmuExoNR0oScpSHKyB.pdf>

37. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Perfil de salud de los pueblos indígenas de Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016. [citado 24 Ago 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=792-perfil-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-de-guatemala&Itemid=518



11. ANEXOS

11.1 Encuesta

No. Correlativo:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Fecha:



ENCUESTA

La presente encuesta es un estudio de los **conocimientos y prácticas respecto al uso terapéutico de plantas medicinales en personal de salud de atención primaria**, para lo que le solicito su colaboración. Solo debe responder a las preguntas y entregar el cuestionario una vez finalizado. La información que proporcione es completamente anónima (nadie puede identificarle) y no será compartida a personas ajenas al estudio. Por favor, conteste con sinceridad. Si tiene alguna duda, puede preguntar en cualquier momento.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PARTE I:

Coloque los datos que se le indican a continuación:

1. Edad: _____ años cumplidos.

2. Sexo: Femenino Masculino

3. Etnia:

Indígena Q'eqchi' No indígena

Indígena Otra _____

4. ¿Cuál fue el último grado que aprobó?

Primaria Incompleta Básica Universitaria incompleta
Primaria completa Diversificada Universitaria completa

5. ¿Qué profesión desempeña en este servicio de salud?

EPS medicina Auxiliar de enfermería
Enfermero(a) profesional Técnico en salud rural

6. ¿Ha recibido capacitación sobre plantas medicinales recomendadas en las normas de atención en salud integral?

Si No

PRÁCTICA DE USO DE PLANTAS MEDICINALES

PARTE II:

Marque la respuesta que indique lo que realiza en su práctica diaria.

1. ¿Alguna vez ha recetado medicina tradicional?

a. Si
b. No

Si la respuesta es no, se agradece su participación en la investigación.

2. Si la respuesta anterior es Si ¿Qué tan frecuentemente recomienda el uso de plantas medicinales a los pacientes que atiende para mejorar su salud?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| a. En todas las consultas | <input type="checkbox"/> | d. Rara vez | <input type="checkbox"/> |
| b. La mayoría de veces | <input type="checkbox"/> | e. Casi nunca | <input type="checkbox"/> |
| c. Algunas veces | <input type="checkbox"/> | | |

CONOCIMIENTO DE PLANTAS MEDICINALES

Parte III:

Responda las siguientes preguntas de acuerdo a su experiencia en su práctica clínica.

Del siguiente listado de plantas medicinales elija una que utiliza con mayor frecuencia, para responder las siguientes preguntas.

- | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Achiote | <input type="checkbox"/> | Cebada | <input type="checkbox"/> | Limón | <input type="checkbox"/> | Pericón | <input type="checkbox"/> |
| Ajo | <input type="checkbox"/> | Guayaba | <input type="checkbox"/> | Linaza | <input type="checkbox"/> | Sábila | <input type="checkbox"/> |
| Albahaca | <input type="checkbox"/> | Hierbabuena | <input type="checkbox"/> | Llantén | <input type="checkbox"/> | Rosa de Jamaica | <input type="checkbox"/> |
| Anís | <input type="checkbox"/> | Ixbut | <input type="checkbox"/> | Manzanilla | <input type="checkbox"/> | Valeriana | <input type="checkbox"/> |
| Apazote | <input type="checkbox"/> | Jengibre | <input type="checkbox"/> | Menta | <input type="checkbox"/> | | |

En base a su respuesta anterior responda las siguientes preguntas.

1. ¿Para cuáles padecimientos se utiliza según las normas?

2. ¿Tiene contraindicaciones esta planta medicinal? Si No
¿Cuáles son las contraindicaciones del uso de esta planta medicinal?

3. ¿Tiene efectos secundarios la planta medicinal? Si No
¿Cuáles son los efectos secundarios?

4. ¿Cómo recomienda preparar esta planta medicinal?

5. ¿Cuál es la dosis que recomienda de esta planta medicinal?

Fin.

Se le agradece por ser parte de la investigación

11.2 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días, como estudiante de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy investigando el tema **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO TERAPEUTICO DE PLANTAS MEDICINALES EN EL PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Para este estudio se solicita la participación del personal de salud del nivel primario del Distrito cuatro de Santa María Cahabón, Alta Verapaz.

Le daré información acerca del estudio y la importancia de utilizar plantas medicinales de manera adecuada. Tiene la libertad de decidir participar o no sin que esto te afecte de ninguna manera a su trabajo y al momento que tenga alguna duda o pregunta puede hacerla libremente.

El procedimiento se llevara de la siguiente manera:

1. Firmar el consentimiento.
2. Se realizará una pequeña encuesta.
3. Se dará charla educativa.
4. Resolución de dudas.
5. Finalizando con un agradecimiento a todos por su participación

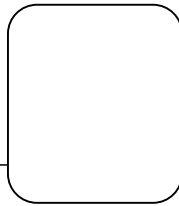
No diremos a otras personas si acepta o no participar en la investigación, y si participa no compartiremos información sobre usted a nadie que no trabaje en la investigación. Si tiene alguna duda puede preguntarme en este momento o más tarde.

Yo entiendo que me han invitado a participar en esta investigación donde determinará el conocimiento y práctica de plantas medicinales en la consulta de nivel primario, por lo cual entiendo que se me realizarán unas preguntas y se dará una charla educativa. Sé que puedo elegir participar o no y puedo decidir retirarme en cualquier momento sin que esto me afecte en nada; he leído o me han leído esta información y la entiendo, me han respondido mis preguntas y sé que puedo preguntar si tengo dudas en el futuro.

Acepto participar en la investigación.

Nombre: _____

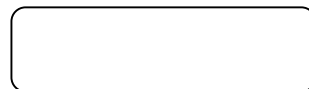
Firma o huella: _____



Fecha: _____

DPI: _____

Código:



11.3 Plantas Medicinales incluidas en las Normas de Atención en Salud Integral²⁶

Tabla 11.1

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
Achiote	La semilla es reconstituyente y al igual que la raíz disminuye los niveles de azúcar en sangre (hiperglicemia); la hoja aumenta la excreción de orina (diurético) y se usa para tratar enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea (antigonorréica)	Debe evitarse su uso en embarazada	Puede provocar abortos	Agregarle agua hirviendo, tapar, dejar reposar de 5-10 minutos, colar e ingerir caliente.	Administrar en infusión 2-3 veces/día después de las comidas durante 3-4 semanas en dosis de 1-2 cucharadas en una taza.
Ajo	Está indicado en el tratamiento de problemas respiratorios como: asma, bronquitis, catarro, influenza y resfrío; contra parásitos intestinales (vermífugo); en enfermedades crónicas como problemas de grasa en las arterias del corazón (ateroesclerosis); para disminuir los niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia); disminuir las grasas en la sangre (hiperlipidemia); disminuir el ácido úrico en sangre (hipouricemia) y disminuir la presión arterial (hipotensiva).	No usar en personas con problemas de la tiroides, hemorragias activas y problemas de la coagulación en la sangre (trombocitopenia); no utilizar el aceite durante el embarazo.	No se han reportado.	Ingerir de 3-9 dientes de ajo crudo picado.	2-3 veces/día después de las comidas durante 5 a 6 semanas.
Albahaca	Indicado como estimulante del apetito, mejora la digestión, disminuye gases intestinales, dolores gastrointestinales, vómitos y trata los parásitos intestinales, problemas de tos	No usar durante el embarazo, en pacientes con gastritis, colon irritable, epilepsia y otras enfermedades neurológicas	Altas dosis producen efectos narcóticos y neurotóxicos.	Administrar en infusión, 1-2 cucharadas en una taza, agregarle agua hirviendo, tapar, dejar reposar	2-3 veces/día después de las comidas durante 4-6 semanas.

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
	y dolor de cabeza. Tópicamente se usa en el tratamiento de heridas y problemas de inflamación en la piel.			de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente.	
Anís	En problemas digestivos: Estimulante del apetito, ayuda a eliminar gases intestinales, el dolor abdominal y es sedante. Para problemas respiratorios está indicado su uso en: Asma, bronquitis, tos y resfrío. También contribuye a disminuir la fiebre. Además tópicamente está indicado para tratar problemas de piojos (pediculosis) y sarna (sarcoptiosis).	No usar durante el embarazo y lactancia, así como en pacientes con gastritis, úlceras gastroduodenal, colon irritable y colitis	Puede producir convulsiones. Además su uso oral puede producir inflamación en la boca (quelitis o estomatitis). Se recomienda no usar como aceites esenciales ya que puede producir convulsiones y actuar como estupefaciente en dosis altas.	Administrar en infusión 1 cucharadita del fruto en una taza, agregarle agua hirviendo, tapar, dejar reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente.	2-3 veces/día después de las comidas durante 4-6 semanas.
Apazote	Usado contra parásitos intestinales, pero su dosis terapéutica es cercana a la dosis tóxica, por lo que debe ser cuidadoso y por tiempo limitado. Esta indicado en parasitosis intestinal. Por vía tópica está indicado para tratar úlceras y llagas en la piel aplicando compresas a base de la planta, por medio de infusión o decocción	Está contraindicado en pacientes debilitados, ancianos y en embarazadas	Produce abortos A altas dosis puede dañar los riñones.	Poner a hervir una taza de agua, cuando esta hirviendo el agua, retirar del fuego e introducir la cucharada de hojas de apazote. Tapar y dejar reposar por 4 minutos, colar e ingerir en ayunas.	Una cucharada de hojas al día en infusión hasta un máximo de 3 días seguidos. Se recomienda aplicar un enema salino a las 2 horas para provocar la defecación.
Cebada	Indicado en el tratamiento de diarrea, dolor abdominal e intestinal, úlcera gástrica,	No usar las semillas fermentadas durante el embarazo.	No se han reportado.	Preparar 1-2 litros de una decocción de 8-16 cucharadas	Ingerir en varias tomas, durante el día.

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
	disminuir las grasas de la sangre (hipercolesterolemia), para tratar la presión baja (hipotensión), inflamación de la vejiga urinaria, infecciones en los riñones, cálculos renales, disminuir los niveles de azúcar en la sangre (hiperglucemia) y las grasas de las arterias del corazón (aterosclerosis). Tópicamente se aplican con agua caliente para tratar abscesos e inflamaciones de la piel y aliviar dolores musculares.			(20 a 40 gramos por litro) de las semillas tostadas	
Guayaba	Indicada para tratar diarreas, disentería (diarrea con sangre), cólicos e infección respiratoria. Indicada para baños y lavados en el tratamiento de afecciones de la piel y mucosas (dermatomucosas); los supositorios a base de extracto acuoso están indicados para tratar candidiasis y tricomoniasis vaginal	Embarazo y lactancia	No se han reportado.	Aplicar en el lugar afectado (tópicamente) en lavados.	Administrar 2-3 veces al día, en ayunas a dosis de 2 a 5 gramos por taza de decocción de hojas y corteza.
Hierbabuena	La infusión y decocción se usa por vía oral para tratar cólicos, indigestión, diarrea, flatulencia, dolor de estómago (gastrálgia), náusea, dolores menstruales (dismenorrea), reumatismo y dolor de nervios (neuralgia). Se usa compresas para tratar abscesos, enfermedad de la	No se han reportado.	En personas sensibles puede producir nerviosismo e insomnio, inflamación en la piel si se utiliza directamente, la inhalación de la esencia produce broncoespasmos	Administrar en infusión 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente	2-3 veces/día después de las comidas durante 3-4 semanas.

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
	piel con producción de pus (piodermia) y reumatismo.				
Ixbut	Su uso oral está indicado para propiciar la lactancia, tópicamente está indicado su uso para desinfectar y sanar llagas y heridas.	No se han reportado.	No se han reportado.	Administrar en infusión 1-2 cucharadas en una taza, agregar agua hirviendo, tapar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente	2-3 veces/día después de las comidas durante 3-4 semanas.
Jengibre	Su uso oral está indicado en el tratamiento de cólicos, náusea y disminuir gases intestinales; en problemas respiratorios como gripe, infecciones en la garganta y paralogos de articulaciones. Tópicamente está indicado en masajes, para problemas de ácido úrico (gota), dolores en articulaciones y musculares.	No prescribir durante el embarazo ni en pacientes con gastritis y úlceras gástricas y problemas de colon.	Grandes dosis pueden provocar problemas del sistema nervioso central, arritmia cardíaca y alucinaciones.	Administrar en infusión, 1-2 cucharadas de la planta (raspado) en una taza de agua hirviendo, tapar, dejar reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente	2-3 veces/día después de las comidas durante 6- 8 semanas.
Limón	Está indicado su uso oral en el tratamiento de fiebre, gripe; disminuir la acidez estomacal, fortalecimiento de vasos sanguíneos, para disminuir los depósitos de ácido úrico en sangre, reumatismo, hemorroides, para bajar la presión arterial (hipotensivo) y problemas de la venas (várices).	No prescribir durante el embarazo, en pacientes con gastritis, problemas de colon y úlceras gastrointestinales	El jugo fresco y el zumo pueden producir problemas en la piel.	Para uso tópico puede utilizarse compresas en casos de infección, inflamación o úlceras de la piel Ingerir el jugo de uno o dos frutos (10-60 ml de jugo del fruto fresco)	2-3 veces al día, durante 4-5 semanas
Linaza	Está indicado su uso oral en el tratamiento de estreñimiento, colon irritable, gastritis e inflamación de la vejiga.	No usaren casos de estrechez de esófago, de píloro e intestinal.	Su ingestión puede interferir con la absorción de ciertos medicamentos.	Administrar en infusión 1-2 cucharadas de semillas en una	2-3 veces/día por 5-6 semanas

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
	También para problema de tos, catarro y bronquitis. Además se puede usar tópicamente en abscesos, dermatitis (problemas en la piel) y hemorroides. Está indicado como polvo para disminuir las grasas en la sangre (hiperlipidemia).			taza, agregar agua hirviendo, reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente	
Llantén	Se usa como un antihemorrágico y para disminuir líquidos del cuerpo (diurético) está indicado en inflamación de la vejiga urinaria (cistitis) y orina con sangre (hematuria), cistitis e inflamación de la uretra (uretritis). Oral y tópicamente par asma bronquitis, catarro, faringitis, laringitis, diarrea, problemas en la piel (dermatitis), gastritis, heridas, hemorroides, psoriasis, úlcera gastroduodenal, inflamación de los párpados (blefaritis), conjuntivitis e inflamación de las encías (gingivitis).	No se han reportado.	No se han reportado.	Administrar en infusión 1-2 cucharadas de hojas secas en una taza, agregar agua hirviendo, reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente. Aplicar tópicamente en infusión.	Después de las comidas
Manzanilla	Se usa para dolores provocados por problemas gástricos, úlcera duodenal, colon, digestión lenta, gases intestinales y de la vesícula biliar. Para problemas de nerviosismo e insomnio. Además está indicada por vía tópica en inflamaciones e irritaciones (conjuntivitis,	No prescribir durante el embarazo, en pacientes con gastritis, problemas de colon y úlceras gastrointestinales.	No se han reportado.	Administrar en infusión, de 1-2 cucharas de la planta en una taza, agregar agua hirviendo, tapar, reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente	3-4 veces/día durante 5-6 semanas.

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
	problemas de piel, heridas, contusiones, hemorroides, inflamación en las encías y vaginitis).				
Menta	Está indicado su uso en el tratamiento de náuseas, cólico intestinal, gases intestinales, sensación de llenura, dolores menstruales, dolor de cabeza. Su aplicación tópica como compresa y lavado en el tratamiento de llagas, heridas, dolores de articulaciones, dolor de nervios (neuralgia), problemas en piel, resfríos, bronquitis y sinusitis.	No usar el aceite esencial durante el embarazo, en pacientes con gastritis, úlceras y problemas de colon irritable.	No usar en aceite porque puede ser tóxico.	Administrar en infusión, 1-2 cucharadas de la planta en una taza, agregarle agua hirviendo, tapar, dejar reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto e ingerir caliente	2-3 veces/día después de las comidas durante 2-4 semanas.
Pericón	Está indicado su uso oral para el tratamiento de diarrea bacteriana, diarrea con sangre (disentería), cólera, náusea, dolores gastrointestinales y menstruales.	No usar durante el embarazo.	No se han reportado.	Administrar 1-2 cucharadas de la planta en una taza, agregar agua hirviendo, tapar, reposar de 5-10 minutos, colar, endulzar al gusto, ingerir caliente.	2-3 veces/día después de las comidas durante 3-6 semanas.
Sábila	Se usa para mejorar las funciones de los órganos (tónico), digestivo, laxante y para la secreción de bilis (colagogo); para la sensación de llenura (dispepsia) y el estreñimiento. También es útil en el estreñimiento producido por medicación con hierro. Su aplicación tópica está indicada en heridas, quemaduras, raspones y úlceras.	Embarazo, hemorroides, inflamación de la próstata (prostatitis) e inflamación de la vejiga urinaria (cistitis)	Su uso prolongado produce diarrea hemorrágica; la aloína puede ser irritante para la piel.		Administrar 1 cucharadita 1 vez al día del extracto en ayunas por un máximo de 15 días. Aplicar tópicamente en crema, ungüentos y otras formas cosméticas medicadas

Planta	Usos	Contraindicaciones	Efectos secundarios	Preparación	Dosis
Rosa de Jamaica	Su uso por vía oral está indicado para el dolor al orinar (disuria), infección urinaria, estreñimiento, acumulación de ácido úrico en los pies (gota), disminución de la presión arterial (hipertensión) y problemas en la piel (exantemas). Tópicamente está indicado en las lesiones supurativas de problemas alérgicos en piel (eczema alérgico).	No se han reportado.	No se han reportado.	Administrar 3-4 cucharadas (2-4g) flor por taza en infusión o decocción y 15 cucharadas (5-15g) por litro	3-4 veces al día durante 5-6 semanas.
Valeriana	Indicada en el tratamiento de ansiedad, tensión nerviosa, cólicos, convulsiones depresión, epilepsia, excitabilidad, insomnio, migraña, aumento de los latidos del corazón (taquicardia) y dolores articulares.	Embarazo y lactancia	Puede producir inquietud durante el sueño, su uso excesivo puede crear dependencia.	(2-3g) por taza en infusión o decocción.	Administrar para ansiedad, tensión e irritabilidad 2-3 veces al día después de las comidas y como ayuda para dormir, 30 minutos antes de acostarse en dosis de: 1-2 cucharadas

Fuente: Normas de Salud Integral MSPAS 2009

11.4 Pirámide poblacional - Santa María Cahabón, Alta Verapaz

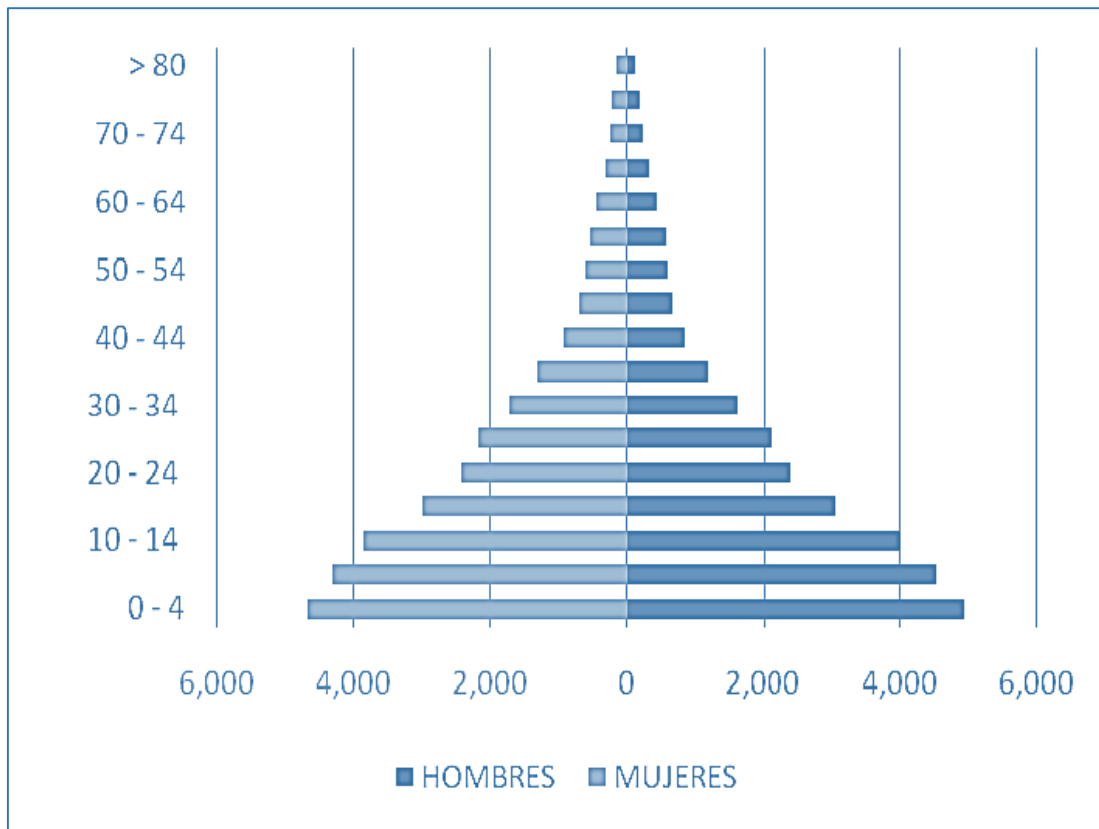
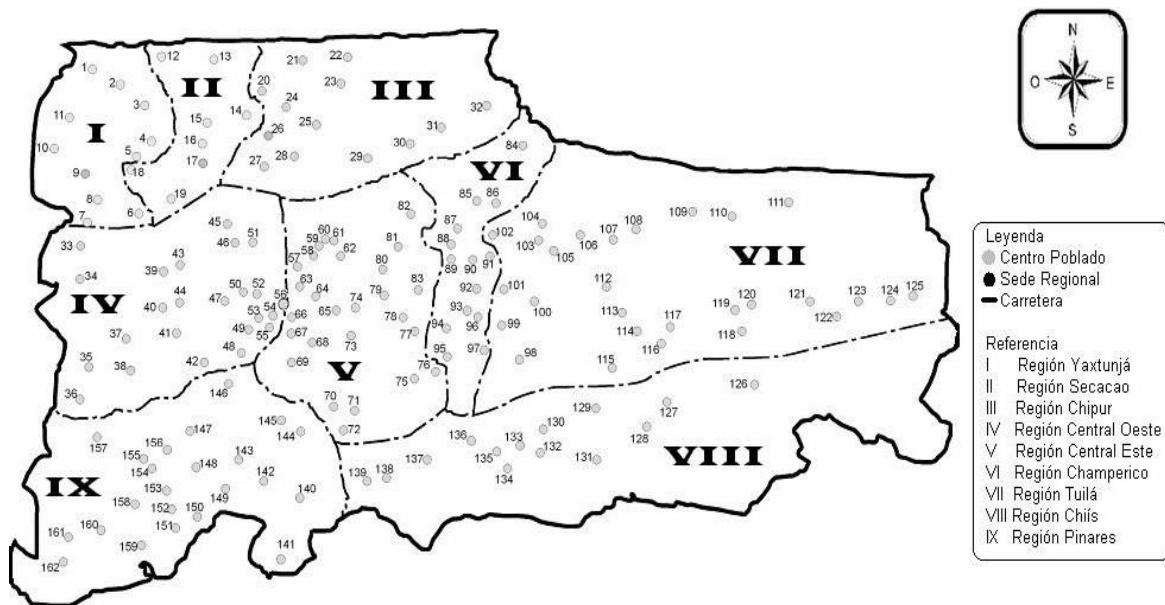


Figura Pirámide poblacional - Santa María Cahabón, Alta Verapaz

11.5 Municipio de Santa María Cahabón, Departamento de Alta Verapaz Centros Poblados del Municipio



Fuente: Municipalidad de Santa María Cahabón, Alta Verapaz.

11.6 Localización y población de puestos de salud.

Tabla 11.2
Puestos de Salud

No.	Territorio	Número de Sectores	Número de Comunidades	Total de Población por Territorio
1	Chiis	2	12	5126
2	Sacta	2	16	5228
3	Sebas I	2	11	4728
4	Belen	3	16	6076
5	Chipoc Central	2	9	3345
6	Pinares	1	3	2733
7	Santa Maria Rubeltzul	1	6	2471
8	Sepoc Oficial	2	14	5310
9	Secanante	1	5	2157
10	Tuila	1	11	2712
11	Chipajche	1	15	2086
12	Setzimaaj Sesaquipur	1	6	929
13	Yaxtunja	2	16	2883
14	Santo Domingo Rubeltzul	1	7	1532
15	Tamax	1	4	2026
16	Tzalamtun	1	1	2034
17	Saquija	1	4	2087
18	CS Cahabon	2	17	6641
19	El Rosario	2	13	4467
	Total	29	186	64571

Fuente: Centro de Salud, MSPAS, 2017

