



Karakol, vol. 6, agosto, 2026

DOI: 10.57819/3thb-ng18

Seguimiento farmacoterapéutico y barreras socioculturales en la adherencia antirretroviral indígena: revisión documental con enfoque intercultural

Ni ngäbere tä krägä VIH antirretroviral madre ño: kukwe kä nüne aune krägä bitdi sribire

Pharmacotherapy Follow-Up and Sociocultural Barriers to Antiretroviral Adherence Among Indigenous Peoples: Documentary Review with an Intercultural Approach

Jossi Oscar Quiel Martínez



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional



Seguimiento farmacoterapéutico y barreras socioculturales en la adherencia antirretroviral indígena: revisión documental con enfoque intercultural

*Ni ngäbere tä krägä VIH antirretroviral madre ño: kukwe kä nüne
aune krägä bitdi sribire*

*Pharmacotherapy Follow-Up and Sociocultural Barriers to Antiretroviral
adherence Among Indigenous Peoples: Documentary
Review with an Intercultural Approach*

Jossi Oscar Quiel Martínez

Doctor en Educación

Universidad Autónoma de Chiriquí

Vicerrectoría de Investigación y Posgrado

Correo electrónico: jossi.quiel@unachi.ac.pa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5917-5854>

Recepción: 7 de mayo de 2026

Aceptación: 8 de agosto de 2026

DOI: 10.57819/3thb-ng18

Palabras clave

**VIH,
adherencia
terapéutica,
pueblos indígenas,
seguimiento
farmacoterapéutico,
interculturalidad,
tratamiento
antirretroviral.**

Resumen

La eficacia del tratamiento antirretroviral no depende únicamente de contar con el medicamento. En la práctica, también intervienen la continuidad del cuidado, la comprensión del esquema terapéutico y las condiciones sociales y culturales en las que se desarrolla el tratamiento. La revisión examinó las barreras socioculturales relacionadas con la adherencia y valoró el lugar que puede ocupar el seguimiento farmacoterapéutico en los pueblos indígenas, con especial atención a Panamá y a América Latina. Se efectuó una revisión bibliográfica documental con búsqueda estructurada en PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS y Google Scholar, complementada con documentos de la OMS, OPS, ONUSIDA, el Ministerio de Salud de Panamá, el Instituto Nacional de Estadística y Censo y la Universidad de Granada. Tras la depuración y el análisis de elegibilidad, el corpus quedó integrado por 25 fuentes: 17 artículos científicos y 8 documentos técnicos, normativos e institucionales. La literatura revisada sitúa entre los principales obstáculos la distancia a los servicios, el costo del transporte, las dificultades de comunicación, la limitada alfabetización en salud, el estigma y las preocupaciones por la confidencialidad. También muestra que las intervenciones farmacéuticas han producido resultados favorables en poblaciones generales que viven con VIH; no obstante, la evidencia específica

en pueblos indígenas sigue siendo reducida. El análisis indica que una intervención farmacéutica pertinente para estos contextos requiere adaptación lingüística y territorial, reconocimiento de las prácticas tradicionales, participación comunitaria y evaluación de sus resultados clínicos y sociales.

Tärä bätä tika:**Bä Braikä**

**VIH,
krägä
antirretroviral,
ni ngäbere,
krägä bitdi sribire,
kukwe kä nüne,
interculturalidad.**

Krägä VIH antirretroviral madre jögrä ne tä ütiote ni nüne koin käre. Ne ñan krägä nüne käre bitdi; ni tä ja krägä madre ño, tä ja toaida krägä negra ño, aune kukwe ja nüne kä bitdi tä käne. Tärä ne kädrie, kukwe tärä krörö mikani ütiote, Panamá aune América Latina botdä, ja töi mikakäre ño kukwe kä nüne, blitde, kä dobo, transporte, estigma aune confidencialidad tä krägä VIH madre bitdi. Tärä amini PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS aune Google Scholar, ne kändi tärä OMS, OPS, ONUSIDA aune Ministerio de Salud de Panamá. Jökrä 25 tärä mikani ütiote: 17 tärä ciencia botdä aune 8 tärä institución, norma aune guía botdä. Kukwe mikani gare kä dobo ja toi, mani transporte käre, blitde ngäbere aune español ño, estigma aune confidencialidad tä ja tare. Krägä bitdi sribire tä mike ni tä krägä madre koin käre; abokän, tärä ni ngäbere aune jutdä ngwäre botdä tä kräkäbe. Ne kändi, krägä bitdi sribire tä nibi mikare kä nüne, blitde, kukwe kira aune ja ngoboare ngwäre botdä.

Keywords:**Abstract**

**HIV,
medication
adherence,
Indigenous Peoples,
pharmacotherapy
follow-up,
interculturality,
antiretroviral
therapy.**

Antiretroviral treatment outcomes depend on more than medication availability. Continuity of care, understanding of the therapeutic regimen, and the social and cultural setting in which treatment takes place also shape adherence. This review examined sociocultural barriers to antiretroviral adherence and assessed the potential role of pharmacotherapy follow-up among Indigenous Peoples, with particular attention to Panama and Latin America. A documentary literature review was conducted through structured searches in PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS, and Google Scholar, complemented by documents from WHO, PAHO, UNAIDS, the Ministry of Health of Panama, the National Institute of Statistics and Census, and the University of Granada. After screening and eligibility assessment, 25 sources were retained: 17 scientific articles and 8 technical, regulatory, or institutional documents. The reviewed literature consistently points to geographic distance, transportation costs, communication difficulties, limited health literacy, stigma, and concerns about confidentiality as barriers to continuity of treatment. Pharmacist-led interventions have shown favorable results in general populations living with HIV, but evidence focused specifically on Indigenous Peoples remains limited. The findings suggest that pharmaceutical care in these settings requires linguistic and territorial

adaptation, recognition of traditional health practices, community participation, and prospective evaluation of both clinical and social outcomes.

1. Introducción

La terapia antirretroviral cambió por completo la historia del VIH. Sin embargo, ese logro pierde fuerza cuando el tratamiento se interrumpe o se toma de forma irregular. Seguir con la medicación, asistir a los controles y monitorear la carga viral no son pasos separados: forman parte de un mismo proceso. La Organización Mundial de la Salud (2021) sitúa la permanencia en los servicios como un eje central. Por su parte, Gandhi et al. (2025) insisten en que, al elegir y mantener un esquema, hay que mirar más allá de la eficacia: importan la tolerabilidad, lo que prefiere la persona y las barreras reales que enfrenta día a día para sostenerlo.

En América Latina, la adherencia al tratamiento antirretroviral está condicionada por factores clínicos, psicosociales y estructurales. Costa et al. (2018) identificaron diferencias importantes entre países y estudios, mientras que Campbell et al. (2020) señalaron la influencia del apoyo familiar, la situación económica, el nivel educativo, el idioma, el estigma y las normas sociales. Por tanto, la adherencia debe comprenderse en relación con las condiciones familiares, comunitarias, territoriales y de los servicios de salud.

Cuando hablamos de pueblos indígenas, esas relaciones se cruzan, además, con una historia larga de exclusión y desigualdad. Russell et al. (2019) alertaron que la información epidemiológica en América Latina es muy fragmentaria y que muchos pueblos casi no aparecen en los estudios sobre VIH. Un análisis regional anterior ya había topado con un problema parecido en las políticas públicas: las particularidades del territorio, la lengua y la cultura no siempre se reflejan en la prevención, la atención ni el seguimiento (Ponce et al., 2017). Desde una mirada de derechos, Braley et al. (2023) conectan la calidad de la respuesta sanitaria con la autodeterminación, la participación indígena y la existencia de servicios culturalmente seguros.

Panamá aporta un ejemplo cercano de este problema. En la Comarca Ngäbe-Buglé se han identificado barreras como los desplazamientos largos, el costo del transporte, la falta de recursos sanitarios, el estigma, los problemas de salud mental y las tensiones entre el cuidado tradicional y el modelo biomédico (Gabster et al., 2022). Otro estudio, hecho en una clínica de tratamiento antirretroviral en Ciudad de Panamá, encontró que la adherencia subóptima y la baja retención estaban relacionadas con factores psicosociales (Gabster et al., 2024). Ese trabajo no se enfocó solo en población indígena, pero sirve como contraste: muchas dificultades de continuidad ya están presentes en el sistema general y se agravan cuando se suman la distancia, el idioma y la desigualdad territorial.

Para entender este panorama, conviene mirar el escenario nacional. Los censos muestran la diversidad étnica y territorial del país (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2023), y el perfil del Ministerio de Salud describe brechas que no terminan de cerrarse en los territorios indígenas (Ministerio de Salud de Panamá, 2024). La Resolución N.º 289 de 2023 regula la atención integral y el manejo terapéutico de las personas con VIH. El Plan Estratégico Multisectorial 2025-2029, por su parte, pone entre sus prioridades la continuidad del tratamiento, la reducción del estigma y la articulación de los servicios (Ministerio de Salud de Panamá, 2023, 2026). La OPS (2019) recuerda que, si se quieren reducir las desigualdades y mejorar la pertinencia de la atención, la dimensión étnica debe atravesar las políticas sanitarias.

En medio de todo este entramado, el seguimiento farmacoterapéutico abre una ventana para mirar no solo qué medicamentos recibe una persona, sino cómo logra usarlos en su vida diaria. El Método Dáder lo plantea como un proceso sistemático para detectar problemas relacionados con los medicamentos y valorar los resultados (Sabater Hernández et al., 2007). En personas que viven con VIH, una revisión sistemática y un metaanálisis encontraron que la atención farmacéutica mejoraba la adherencia, la supresión viral y algunos indicadores inmunológicos (Ahmed et al., 2022). También se han visto resultados positivos en intervenciones de consejería y en clínicas de adherencia manejadas por farmacéuticos (Chatha et al., 2020; Dilworth et al., 2018). Son datos alentadores, pero vienen de poblaciones generales; no se puede asumir, sin más, que funcionarán igual en pueblos indígenas.

Esa limitación marca el vacío principal que motiva esta revisión. Existen muchas intervenciones para iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral, pero los grupos que suelen etiquetarse como vulnerables rara vez han sido incluidos en estudios pensados desde sus propias necesidades (Mbuagbaw et al., 2020). En población indígena, el trabajo de Chongo et al. (2020) muestra algo revelador: una persona puede estar adherida al tratamiento y, al mismo tiempo, moverse en espacios sanitarios que siente como culturalmente inseguros. Esta observación obliga a separar dos cosas que a menudo se mezclan: que una intervención dé resultados clínicos y que la forma de ofrecerla sea aceptable, respetuosa y sostenible en un contexto cultural concreto.

Esta situación evidencia la necesidad de profundizar en las barreras que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral en pueblos indígenas y de explorar alternativas de atención acordes a sus contextos. En ese sentido, la presente revisión tuvo como objetivo analizar dichas barreras, así como el papel del estigma, la confidencialidad y la medicina tradicional y valorar el aporte del seguimiento farmacoterapéutico y la atención con enfoque intercultural en Panamá y América Latina

1. Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica documental con búsqueda estructurada y síntesis narrativa. Se incluyeron estudios cualitativos y observacionales, ensayos de intervención, revisiones

sistemáticas, recomendaciones clínicas, normas e informes institucionales. No se realizó metaanálisis ni estimación de efectos conjuntos. La revisión contrastó evidencia sobre pueblos indígenas con estudios de atención farmacéutica en otras poblaciones con VIH y documentos contextuales.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Las búsquedas bibliográficas se actualizaron al 2026 e incluyeron revistas científicas como: PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud/LILACS y Google Scholar. También se consultaron repositorios oficiales de la OMS, OPS, ONUSIDA, Ministerio de Salud de Panamá, Instituto Nacional de Estadística y Censo y Universidad de Granada. Se utilizaron términos en español e inglés relacionados con VIH, tratamiento antirretroviral, adherencia, pueblos indígenas, atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, estigma, idioma, barreras culturales y medicina tradicional, combinados mediante AND y OR.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron publicaciones entre enero de 2017 y agosto de 2026, disponibles en español o inglés y con texto completo accesible. Que abordaron información sobre adherencia o retención al tratamiento antirretroviral, población indígena, barreras territoriales o socioculturales, estigma y confidencialidad, atención farmacéutica, estrategias de apoyo a la adherencia o coexistencia de medicina tradicional con la farmacoterapia. Se mantuvo el Método Dáder (2007) por su carácter fundacional y se incorporaron documentos oficiales relevantes para el contexto panameño. Se excluyeron duplicados, editoriales sin desarrollo analítico, estudios sobre enfermedades distintas del VIH, publicaciones sin texto completo y documentos sin aporte sustantivo a las categorías definidas.

Proceso de selección y extracción

Se identificaron 51 registros, de los cuales cinco eran duplicados. De las 46 referencias evaluadas por título y resumen, 15 fueron excluidas por falta de pertinencia temática. Posteriormente, se revisaron 31 textos completos y se excluyeron seis por solapamiento o por aportar información demasiado general. El corpus definitivo quedó conformado por 25 fuentes: 17 artículos científicos y 8 documentos técnicos, normativos o institucionales. De cada fuente se registraron autoría, año, país o escenario, diseño, población, propósito, hallazgos, limitaciones y relación con las categorías de análisis.

Procedimiento de análisis

La evidencia se clasificó como directa cuando era procedente de investigaciones y revisiones centradas en pueblos indígenas y VIH. La evidencia indirecta de los estudios de intervenciones farmacéuticas, educación terapéutica y otras estrategias de adherencia realizadas en poblaciones no indígenas. Las normas, guías e informes se utilizaron como evidencia contextual. El análisis permitió organizar seis categorías: acceso geográfico y condiciones económicas; comunicación, educación y cultura; estigma, discriminación y confidencialidad; medicina tradicional e

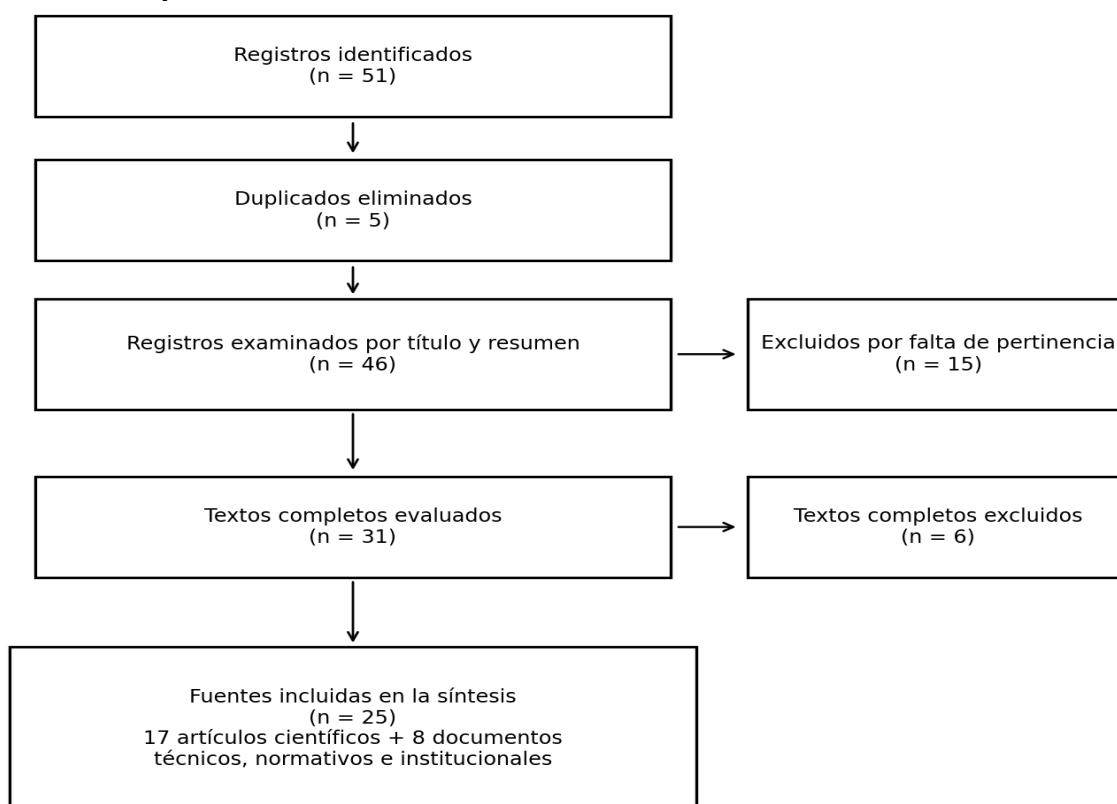
interacciones; seguimiento farmacoterapéutico y apoyo a la adherencia; y estrategias interculturales o comunitarias. La síntesis prestó atención tanto a coincidencias como a diferencias, vacíos y límites de transferibilidad entre contextos.

Consideraciones éticas

El material analizado procedió exclusivamente de fuentes públicas y previamente publicadas. Al no involucrar participantes, recolección de datos personales ni intervención clínica, no se requirió consentimiento informado ni evaluación por un comité de ética.

Figura 1.

Proceso de identificación, selección e inclusión documental



Nota. El diagrama resume el registro utilizado para documentar la identificación, depuración y selección de las fuentes incluidas en la revisión.

2. Resultados

Características generales de las fuentes

El corpus quedó conformado por 25 fuentes: 17 artículos científicos y 8 documentos técnicos, normativos o institucionales. 6 artículos abordaron específicamente la relación entre pueblos indígenas y VIH (Gabster et al. 2022; Russell et al. 2019; Valenzuela-Oré et al. 2023; Ponce et al. 2017; Chongo et al. 2020; Braley et al. 2023). El trabajo de Gabster et al. (2024), realizado en un

servicio urbano panameño, permitió contrastar factores de adherencia y retención presentes también fuera de los territorios indígenas. Los demás artículos sumaron hallazgos sobre intervenciones farmacéuticas, determinantes sociales, herramientas digitales e interacciones con productos complementarios. Los documentos oficiales ayudaron a leer esos resultados dentro del marco clínico, intercultural y normativo.

El corpus mostró un desequilibrio en la evidencia disponible: los estudios sobre población indígena eran sobre todo cualitativos, observacionales o de síntesis, mientras que los estudios sobre atención farmacéutica incluían ensayos, diseños pretest-postest, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Dicho de otro modo, hay un respaldo más sólido para ciertas intervenciones farmacéuticas en población general con VIH que para su uso intercultural en pueblos indígenas. Esa diferencia marcó, inevitablemente, hasta dónde podían llegar las inferencias que se hicieron en la revisión.

Tabla 1.

Características de los 17 artículos científicos incluidos

Fuente	Diseño y contexto	Hallazgo utilizado	Alcance
Ahmed et al. (2022)	Revisión sistemática y metaanálisis; población general con VIH	La atención farmacéutica mostró efectos favorables en adherencia, supresión viral y CD4.	Las intervenciones fueron heterogéneas y no se diseñaron para población indígena.
Chatha et al. (2020)	Ensayo controlado aleatorizado; Pakistán	La consejería farmacéutica mejoró el conocimiento y la adherencia.	El contexto no es indígena y la transferibilidad requiere adaptación.
Gabster et al. (2024)	Estudio observacional; clínica urbana de Panamá	Relacionó factores psicosociales con adherencia subóptima y retención limitada.	No estudió exclusivamente población indígena.
Gabster et al. (2022)	Estudio cualitativo; Comarca Ngäbe-Buglé	Describió barreras individuales, sociales, territoriales y culturales.	No evaluó una intervención farmacéutica.
Gandhi et al. (2025)	Recomendaciones clínicas IAS-USA	Sustenta continuidad, monitoreo, seguridad y atención centrada en la persona.	No desarrolla un modelo específico para pueblos indígenas.
Russell et al. (2019)	Revisión sistemática; América Latina	Evidenció vacíos epidemiológicos y necesidad de estrategias diferenciadas.	La evidencia disponible fue heterogénea y afectada por subregistro.

Fuente	Diseño y contexto	Hallazgo utilizado	Alcance
Valenzuela -Oré et al. (2023)	Estudio transversal; pueblos Awajún y Wampis, Perú	Asoció adherencia con condiciones socioeconómicas y reacciones adversas.	El diseño transversal no permite establecer causalidad.
Costa et al. (2018)	Revisión sistemática y metaanálisis; América Latina y el Caribe	Mostró variabilidad regional y múltiples determinantes de la adherencia.	La información estuvo poco desagregada por pertenencia étnica.
Mbuagbaw et al. (2020)	Overview de revisiones sistemáticas	Identificó intervenciones educativas, comunitarias, digitales y farmacéuticas y vacíos en poblaciones vulnerabilizadas.	La síntesis depende de revisiones previas con poblaciones heterogéneas.
Campbell et al. (2020)	Revisión sistemática; países de ingresos bajos y medios	Relacionó recursos del hogar, idioma, educación y estigma con el apoyo a la adherencia.	No se restringió a pueblos indígenas.
Chongo et al. (2020)	Estudio cualitativo; hombres indígenas en Canadá	Describió resiliencia y experiencias de atención culturalmente inseguras.	La muestra fue pequeña y corresponde a un contexto específico.
Ponce et al. (2017)	Revisión exploratoria; América Latina	Examinó prevención, atención, seguimiento y políticas públicas para pueblos indígenas.	La disponibilidad de datos fue desigual entre países.
Braley et al. (2023)	Revisión global con enfoque de derechos	Relacionó la respuesta al VIH con autodeterminación, participación y seguridad cultural.	No cuantifica el efecto de intervenciones clínicas.
Che Pa et al. (2023)	Revisión sistemática y metaanálisis; salud digital	Las intervenciones combinadas mostraron resultados más consistentes que algunas estrategias aisladas.	La evidencia fue variable y la brecha digital puede limitar su aplicación.
Dilworth et al. (2018)	Estudio pretest-posttest; clínica farmacéutica de adherencia	Registró mejoría virológica en una intervención dirigida por farmacéuticos.	Estudio piloto, muestra pequeña y sin población indígena.
Bordes et al. (2020)	Revisión narrativa; medicina complementaria	Identificó productos con potencial de interacción con antirretrovirales.	La calidad de la evidencia varía según el producto analizado.
Colominas-González et al. (2025)	Estudio sobre medicina complementaria en atención del VIH	Se documentó consumo de productos complementarios y riesgos de interacción.	El escenario hospitalario no corresponde a la población indígena.

Nota. Elaboración propia. La tabla resume el aporte de cada artículo y señala su alcance para evitar que los resultados obtenidos en poblaciones generales se interpreten como evidencia directa en pueblos indígenas.

Barreras geográficas, territoriales y económicas

El acceso territorial fue identificado en 12 fuentes: 8 artículos y 4 documentos institucionales. En la Comarca Ngäbe-Buglé, Gabster et al. (2022) señalaron como barreras los largos desplazamientos, los costos de transporte y las dificultades para mantener los controles y retirar los medicamentos. En los pueblos Awajún y Wampis de la Amazonía peruana, las condiciones socioeconómicas también se asociaron con la adherencia (Valenzuela-Oré et al., 2023; Ponce et al., 2017; Russell et al., 2019; Braley et al., 2023); estas dificultades se relacionaron con la desigualdad histórica y servicios de salud insuficientemente adaptados a los territorios indígenas.

La dimensión económica trasciende los costos de transporte. Campbell et al. (2020) señalaron que, ante la falta de recursos, se limita la capacidad del hogar para acompañar el tratamiento y cumplir con las citas médicas. Todo se vuelve más pesado. Chongo et al. (2020) identificaron mecanismos de resiliencia y apoyo para sostener la continuidad, aunque esos recursos personales y comunitarios no pueden ocupar el lugar de las responsabilidades que le tocan al sistema sanitario. En Panamá, los datos del INEC (2023), los perfiles de salud y los lineamientos nacionales apuntan en la misma dirección: urge acercar los servicios, evitar desplazamientos que se pueden ahorrar y fortalecer la coordinación a nivel local (Ministerio de Salud de Panamá, 2024, 2026; OPS, 2019).

Barreras lingüísticas, educativas y culturales

Los problemas de comunicación, educación y pertinencia cultural fueron identificados en 9 fuentes. En la Comarca Ngäbe-Buglé, Gabster et al. (2022) señalaron la coexistencia de explicaciones biomédicas sobre el VIH y el tratamiento, que conviven con formas tradicionales de entender la salud y la enfermedad; una realidad que pide diálogo, no imposición. Campbell et al. (2020) destacaron el nivel educativo y el manejo del idioma en el acompañamiento del tratamiento. Mientras que Ponce et al. (2017); Braley et al., (2023) identificaron la falta de mediación lingüística y participación del conocimiento cultural propio como factores que dificultan la comprensión y la toma de decisiones

La evidencia no atribuye la falta de adherencia a la cultura indígena. El problema aparece cuando la atención se ofrece solo en español, se apoya en un lenguaje técnico o simplemente invalida las explicaciones que la persona usa para darle sentido a su padecimiento. Chongo et al. (2020) observaron que estas condiciones pueden afectar la confianza y el bienestar, incluso cuando se mantiene la adherencia. En este contexto, la OPS (2019) y los documentos sanitarios panameños destacan la necesidad de fortalecer la comunicación, adaptar los materiales y promover la participación de mediadores y actores comunitarios (Ministerio de Salud de Panamá, 2024, 2026).

Estigma, discriminación, confidencialidad y salud mental

El estigma, la discriminación, el temor a revelar el diagnóstico y los efectos sobre la salud mental se identificaron en 11 de las fuentes. En comunidades pequeñas, el temor a que alguien se entere del diagnóstico puede hacer que una persona falte a la consulta o ni se acerque a buscar la medicación. Así lo contaron participantes de la Comarca Ngäbe-Buglé (Gabster et al., 2022). En el contexto urbano panameño, Gabster et al. (2024) también relacionaron factores psicosociales con las dificultades de adherencia y retención para la cita clínica. En América Latina se han visto situaciones similares, aunque con matices distintos según el lugar o territorio (Ponce et al., 2017; Russell et al., 2019; Valenzuela-Oré et al., 2023).

Pero el estigma no se queda solo en la calle o en el centro de salud; se adentra en la familia. Campbell et al. (2020) observaron que cuando una persona teme contar su diagnóstico, el apoyo que recibe de su propia familia se ve afectado. Y en pueblos indígenas sucede con más profundidad: Braley et al. (2023) y Chongo et al. (2020) hablan de racismo estructural y de falta de seguridad cultural, no de un simple malentendido. En este contexto, la OPS, ONUSIDA y el Ministerio de Salud de Panamá van en la misma línea: cuidar la confidencialidad y bajar el estigma no son detalles del servicio, son condiciones mínimas para que alguien pueda seguir el tratamiento sin que se le desmorone la vida en el intento (Ministerio de Salud de Panamá, 2024; ONUSIDA, 2025; OPS, 2019).

Medicina tradicional, productos complementarios e interacciones

La medicina tradicional, los productos herbales y las terapias complementarias fueron abordados en 7 fuentes. En la Comarca Ngäbe-Buglé deja algo claro: el sistema tradicional y el biomédico no siempre van por caminos separados; muchas veces conviven en las decisiones de salud de la misma persona (Gabster et al., 2022). En la Amazonía peruana, Valenzuela-Oré et al. (2023) relacionaron las reacciones adversas y las condiciones socioculturales con la adherencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las prácticas terapéuticas utilizadas por las personas durante la atención.

Bordes et al. (2020) identificaron posibles interacciones entre antirretrovirales y productos de medicina complementaria, mientras que Colominas-González et al. (2025) documentaron el uso de estas terapias y su potencial riesgo de interacción en personas con VIH. En este contexto, la conciliación farmacoterapéutica permite identificar plantas, suplementos y otros tratamientos utilizados por la persona y valorar posibles riesgos de interacción, en concordancia con las recomendaciones de seguridad de la OMS (2021) y la normativa panameña para la atención integral del VIH (Ministerio de Salud de Panamá, 2023).

Seguimiento farmacoterapéutico e intervenciones para la adherencia

Diez fuentes abordaron la atención farmacéutica, la educación terapéutica y el seguimiento de la adherencia al tratamiento. El metaanálisis de Ahmed et al. (2022) evidenció efectos favorables de

la atención farmacéutica sobre la adherencia, la supresión viral y algunos indicadores inmunológicos. Chatha et al. (2020) encontraron en un ensayo en el que la consejería farmacéutica mejoró el conocimiento y la adherencia al tratamiento, mientras que Dilworth et al. (2018), observaron reducción de la carga viral en algunos participantes de una clínica de adherencia dirigida por farmacéuticos. El Método Dáder proporciona un marco sistemático para identificar problemas con los medicamentos y evaluar los resultados obtenidos con la farmacoterapia (Sabater Hernández et al., 2007).

Otras intervenciones que se suman a este panorama, como la de Che Pa et al. (2023), examinaron estrategias digitales y encontraron que las cosas funcionaban mejor cuando se mezclaban varios componentes, aunque todo depende de si hay conexión, dispositivos y privacidad real. Mbuagbaw et al. (2020) armaron un mapa de revisiones sistemáticas y toparon con opciones educativas, comunitarias, digitales y farmacéuticas, pero también dejaron en claro que las poblaciones más vulnerabilizadas casi no aparecían en esos estudios. Las guías clínicas actuales coinciden en algo básico: la atención debe reaccionar a tiempo frente a problemas de tolerabilidad, seguridad o dificultades para sostener el tratamiento (Gandhi et al., 2025; OMS, 2021; Ministerio de Salud de Panamá, 2023).

Dentro de todo lo que se revisó, no apareció ni un solo trabajo que evaluara formalmente un programa de seguimiento farmacoterapéutico intercultural pensado específicamente para pueblos indígenas con VIH. Por eso, la revisión dice que adaptar este tipo de seguimiento tiene sentido clínico, pero no puede afirmar que su efectividad esté probada en esos contextos.

Sobre las estrategias interculturales y comunitarias, doce fuentes dieron pistas para pensar cómo adaptar la atención sin caer en recetas únicas. Lo que más se repite es: bajar las barreras del territorio, hablar en un lenguaje que se entienda, cuidar la confidencialidad, revisar tanto los medicamentos como los productos tradicionales, y que la comunidad tenga voz en las decisiones sobre los servicios. La evidencia que viene de Panamá, Perú y Canadá muestra que la confianza no se gana solo con explicar mejor un tratamiento; se juega también en cómo la institución reconoce la identidad, el territorio y la historia de quienes reciben la atención (Braley et al., 2023; Chongo et al., 2020; Gabster et al., 2022; Valenzuela-Oré et al., 2023).

Los documentos institucionales amplían esta mirada desde cómo está armado el sistema. La OPS (2019), ONUSIDA (2025) y el Ministerio de Salud de Panamá (2024, 2026) hablan de reducir desigualdades con acceso continuo, atención que tenga sentido en el lugar y participación real. Mbuagbaw et al. (2020) llegan a una conclusión parecida desde los estudios sobre intervenciones: si uno se concentra solo en lo que hace la persona, deja afuera un montón de factores que dependen del servicio. Por todo esto, el análisis termina viendo la adherencia como un resultado que se construye entre la persona, quienes la rodean y las condiciones que el sistema de salud hace posibles, o no.

Tabla 2.

Síntesis cuantitativa de las categorías de análisis

Categoría	Art.	Docs.	Lectura de conjunto
Geográficas, territoriales y económicas	8	4	Distancia, transporte, pobreza y centralización dificultan la continuidad del cuidado.
Lingüísticas, educativas y culturales	6	3	Idioma, alfabetización en salud y falta de pertinencia modifican comprensión y confianza.
Estigma, discriminación y confidencialidad	8	3	El temor a la divulgación y la discriminación puede reducir el uso continuo de los servicios.
Medicina tradicional e interacciones	4	3	La coexistencia de prácticas terapéuticas requiere diálogo, conciliación y revisión de interacciones.
Seguimiento farmacoterapéutico y adherencia	7	3	La atención farmacéutica muestra beneficios en población general; la evidencia indígena específica sigue siendo escasa.
Estrategias interculturales y comunitarias	8	4	La adaptación territorial y lingüística, la confidencialidad y la participación comunitaria aparecen como componentes recurrentes.

Nota. Elaboración propia. Una misma fuente puede aportar información a varias categorías; por esa razón, los conteos no deben sumarse entre sí ni interpretarse como medidas de efecto.

4. Hallazgo

Lo que muestran los estudios revisados es que la adherencia al tratamiento antirretroviral en pueblos indígenas no se puede explicar mirando un solo factor. En la evidencia más pegada al contexto latinoamericano aparecen una y otra vez la distancia, la plata que cuesta moverse, el idioma, el estigma y las experiencias de una atención que simplemente no encaja con la vida de la gente. Pero lo clave es que estas barreras casi nunca andan solas. Los trabajos de Gabster et al. (2022) y Valenzuela-Oré et al. (2023) dejan ver cómo se van amontonando en el día a día. Y Russell et al. (2019), Ponce et al. (2017) y Braley et al. (2023) agregan otra capa: parte del problema viene de la invisibilidad estadística, la desigualdad institucional y el hecho de que los pueblos apenas participan cuando se definen las respuestas sanitarias.

Esta forma de ver las cosas incomoda a las explicaciones fáciles que culpan al desinterés, a la ignorancia o a la irresponsabilidad. El apoyo que una familia puede dar no flota en el aire: depende de los recursos que tenga, del nivel educativo, del idioma y de las normas sociales del entorno (Campbell et al., 2020). Y la resiliencia que describieron Chongo et al. (2020) ayuda a entender por qué hay personas que se mantienen en el tratamiento aun cuando la atención que reciben les resulta culturalmente insegura. Ese dato no es un cheque en blanco para mantener servicios que no funcionan; al revés, muestra la carga extra que le cae encima a la persona cuando el sistema no se acomoda a sus condiciones de vida.

La evidencia farmacéutica pinta un panorama distinto. Los resultados de Ahmed et al. (2022), Chatha et al. (2020) y Dilworth et al. (2018) dicen que meter al farmacéutico en la educación, el seguimiento de la adherencia y la resolución de problemas con el tratamiento sirve. Mbuagbaw et al. (2020) ponen esas acciones al lado de estrategias comunitarias, educativas y digitales. El asunto delicado está en cómo se traslada todo eso: los componentes clínicos pueden ser útiles, pero la manera de ofrecerlos no debería copiarse y pegarse en comunidades con otras lenguas, otras distancias, otras redes familiares y otras formas de entender el cuidado.

La salud digital es un buen ejemplo de por qué no se puede trasplantar sin más. Che Pa et al. (2023) encontraron que las intervenciones con varios componentes funcionaban mejor, pero la evidencia no fue pareja. En territorios donde la señal va y viene, un recordatorio por teléfono puede ser una ayuda para una persona y un fracaso para otra. También está el tema de la privacidad: un mensaje que aparece en un celular compartido puede destapar información que alguien prefería mantener en reserva. Así que elegir una herramienta digital no depende solo de si técnicamente funciona, sino de la conectividad, el idioma, quién es dueño del dispositivo y cómo se usa en la práctica.

Con la medicina tradicional hace falta un cuidado parecido. El estudio de Gabster et al. (2022) confirma que las prácticas tradicionales son parte de las decisiones de cuidado en la Comarca Ngäbe-Buglé. Y las revisiones sobre medicina complementaria muestran que ciertos productos pueden alterar la exposición a algunos antirretrovirales o subir el riesgo de eventos adversos (Bordes et al., 2020; Colominas-González et al., 2025). Una práctica farmacéutica segura no arranca con una prohibición general. Es más útil saber qué productos está usando la persona, en qué cantidad y con qué fin, revisar si hay interacciones y tomar decisiones que la persona entienda y comparta.

Visto así, el seguimiento farmacoterapéutico intercultural se puede pensar como una ampliación del seguimiento clínico de siempre. El Método Dáder sigue siendo útil para ordenar problemas de salud, medicamentos y resultados (Sabater Hernández et al., 2007), pero cuando hablamos de población indígena esa revisión necesita información extra: territorio, lengua, redes de apoyo, experiencias de discriminación, tratamientos tradicionales. La interculturalidad, entonces, no es solo traducir una orden biomédica a otro idioma; es cambiar la forma en que el servicio escucha, explica, negocia y acompaña el tratamiento.

En Panamá, llevar esto a la práctica obliga a ajustarse a lo que cada territorio pide. La evidencia que hay inclina la balanza hacia una organización que ahorre viajes innecesarios, que permita coordinarse con los servicios locales y que facilite que los medicamentos lleguen a tiempo. La educación terapéutica tendría que usar un lenguaje que se entienda y asegurarse de que la información realmente fue comprendida. La confidencialidad pide atención extra en las citas, las llamadas y los medios digitales, y la conciliación farmacoterapéutica debe incluir plantas, suplementos y tratamientos tradicionales. Cualquier modelo que se ponga en marcha debería medir no solo la adherencia y la carga viral, sino también si la gente se queda en el servicio, si el tratamiento es seguro, si la persona está satisfecha y si la atención tiene sentido en su cultura. Todo

esto dialoga con lo que proponen la OMS (2021), la OPS (2019), la normativa panameña (Ministerio de Salud de Panamá, 2023, 2026) y las guías clínicas centradas en la persona (Gandhi et al., 2025).

Dicho esto, conviene no mezclar dos niveles de certeza. Las intervenciones farmacéuticas tienen evidencia de beneficio en poblaciones generales con VIH. Pero los estudios hechos con pueblos indígenas lo que describen son barreras y necesidades particulares. En el corpus revisado no hay una sola intervención farmacéutica intercultural cuya efectividad sobre la supresión viral haya sido demostrada específicamente en pueblos indígenas. La idea de adaptar este seguimiento es razonable a la luz de la evidencia que existe, pero antes de venderla como una solución comprobada hay que ponerla a prueba.

La investigación que venga podría avanzar con diseños participativos que comparen distintas formas de seguimiento y que registren los resultados separando por pueblo, lengua, territorio y sexo, sin poner en riesgo la confidencialidad. También valdría la pena evaluar qué tal funcionan los mediadores comunitarios, la dispensación descentralizada, las visitas farmacéuticas, la teleorientación y los materiales bilingües. Y la participación de autoridades tradicionales y de personas que viven con VIH pesaría mucho más si se incluyera cuando se está formulando la pregunta y diseñando el estudio, y no solo cuando toca ejecutarlo.

Limitaciones

La principal limitación encontrada está en la base de conocimiento. Sólo 6 artículos del corpus hablaron directamente de pueblos indígenas y VIH, y ninguno de ellos evaluó un programa formal de seguimiento farmacoterapéutico intercultural. Por eso, varias de las implicaciones para la práctica farmacéutica tuvieron que armarse a partir de estudios hechos en poblaciones generales, y hay que tomarlas con mucho cuidado cuando pensamos en contextos indígenas.

La búsqueda abarcó publicaciones en español e inglés y reunió diseños muy variados: desde estudios cualitativos hasta metaanálisis y documentos normativos. Tanta heterogeneidad hizo que fuera más útil una síntesis narrativa que tratar de sacar una estimación cuantitativa conjunta. Uso de Google Scholar y repositorios institucionales como apoyo a bases indexadas; puede haber literatura local no digitalizada sin consultar. Los conteos por categoría muestran presencia temática, pero ojo: no hay que leerlos como una medida de calidad metodológica ni de la magnitud de algún efecto.

5. Discusión

La adherencia al tratamiento antirretroviral en pueblos indígenas se ve atravesada por varios factores. Las distancias hasta los centros de salud, gastos que implica movilizarse, barreras para comunicarse, el estigma, la preocupación por la confidencialidad y la poca adaptación cultural de

los servicios pueden dificultar tanto las consultas como la continuidad del tratamiento. La literatura que revisamos muestra que estas dificultades son parte de condiciones sociales y territoriales más amplias, y no se pueden explicar solo por lo que decide o no una persona en lo individual.

En poblaciones generales que viven con VIH, la atención farmacéutica ha mostrado buenos resultados, sobre todo en temas como educación terapéutica, detección de problemas con los medicamentos, manejo de efectos adversos y apoyo a la adherencia. Sin embargo, ese respaldo todavía no aparece con la misma fuerza cuando se habla de pueblos indígenas. Por eso, el seguimiento farmacoterapéutico intercultural debe presentarse como una alternativa con fundamento clínico que todavía necesita adaptarse y ponerse a prueba, no como una intervención que ya tenga su efectividad comprobada en estos contextos.

Para la realidad panameña, una propuesta intercultural tendría que juntar varios elementos: accesibilidad en los territorios, una comunicación que se entienda, protección de la confidencialidad, reconocimiento de la medicina tradicional, evaluación de interacciones y participación comunitaria. El país ya cuenta con normas y planes que dan un marco para desarrollar estas acciones. Aun así, siguen haciendo falta estudios prospectivos y participativos que puedan medir resultados clínicos, continuidad en la atención, seguridad y, sobre todo, pertinencia cultural en los propios territorios indígenas.

6. Referencias Bibliográficas

- Ahmed, A., Al-Dujaili, J. A., Rehman, I. U., Chuah, L. H., Hashmi, F. K., Awaisu, A., & Chaiyakunapruk, N. (2022). Effect of pharmacist care on clinical outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(6), 2962–2980. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.020>
- Bordes, C., Leguelinel-Blache, G., Lavigne, J.-P., Mauboussin, J.-M., Laureillard, D., Faure, H., Rouanet, I., Sotto, A., & Loubet, P. (2020). Interactions between antiretroviral therapy and complementary and alternative medicine: A narrative review. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(9), 1161–1170. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.019>
- Braley, E., Hendry, J., Braley, M., Cassidy-Matthews, C., Waters, S., Christian, W., Spittal, P., Demerais, L., Pooyak, S., Behn Smith, D., & Jongbloed, K. (2023). Experiences of HIV among global Indigenous populations through the lens of the UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. *The Lancet HIV*, 10(8), e543–e551. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00106-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00106-6)
- Campbell, L., Masquillier, C., Thunnissen, E., Ariyo, E., Tabana, H., Sematlane, N., Delport, A., Dube, L. T., Knight, L., Kasztan Flechner, T., & Wouters, E. (2020). Social and structural determinants of household support for ART adherence in low- and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3808. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113808>

- Chatha, Z. F., Rashid, U., Olsen, S., Din, F. U., Khan, A., Nawaz, K., Gan, S. H., & Khan, G. M. (2020). Pharmacist-led counselling intervention to improve antiretroviral drug adherence in Pakistan: A randomized controlled trial. *BMC Infectious Diseases*, 20, 874. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05571-w>
- Che Pa, M. F., Makmor-Bakry, M., & Islahudin, F. (2023). Digital health in enhancing antiretroviral therapy adherence: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 37(11), 507–516. <https://doi.org/10.1089/apc.2023.0170>
- Chongo, M., Lavoie, J. G., Mignone, J., Caron, N. R., Harder, H. G., & Chase, R. (2020). Indigenous men adhering to highly active antiretroviral therapy: Navigating through culturally unsafe spaces while caring for their health. *Frontiers in Public Health*, 8, 569733. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.569733>
- Colominas-González, E., De Antonio, M., Masip, M., Martin Conde, M. T., Cardona, G., Fresán Restituto, D., Comas, D., Roch, M. A., López, B., Torres-Bondia, F. I., Retamero, A., Knobel, H., & Luque, S. (2025). Complementary and alternative medicine in HIV care: Frequency of consumption, risks and interactions with antiretroviral therapy. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 32(3), 266–271. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2024-004118>
- Costa, J. M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 21(1), e25066. <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>
- Dilworth, T. J., Klein, P. W., Mercier, R.-C., Borrego, M. E., Jakeman, B., & Pinkerton, S. D. (2018). Clinical and economic effects of a pharmacist-administered antiretroviral therapy adherence clinic for patients living with HIV. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 24(2), 165–172. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.2.165>
- Gabster, A., Díaz Fernández, F., Pascale, J. M., Orillac, A., Moreno-Wynter, S., Xavier Hall, C. D., Flores Millender, E., Wong, F., Jhangimal, M., Yu-Pon, A., Rodríguez-Vargas, C., Arjona-Miranda, D., Fuentes, B., Henostroza, G., & Araúz, A. B. (2024). Factors associated with self-reported suboptimal antiretroviral adherence and limited retention in care among people living with HIV who attend a large ART clinic in Panama City, Panama. *PLOS ONE*, 19(11), e0311048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311048>
- Gabster, A., Socha, E., Pascale, J. M., Cabezas Talavero, G., Castrellón, A., Quiel, Y., Gantes, C., & Mayaud, P. (2022). Barriers and facilitators to antiretroviral adherence and retention in HIV care among people living with HIV in the Comarca Ngäbe-Buglé, Panama. *PLOS ONE*, 17(6), e0270044. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270044>
- Gandhi, R. T., Landovitz, R. J., Sax, P. E., Smith, D. M., Springer, S. A., Günthard, H. F., Thompson, M. A., Bedimo, R. J., Benson, C. A., Buchbinder, S. P., Crabtree-Ramírez, B. E., Del Rio, C., Eaton, E. F., Eron, J. J., Hoy, J. F., Lehmann, C., Molina, J. M., Jacobsen, D. M., & Saag, M. S. (2025). Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV in adults: 2024 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*, 333(7), 609–628. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.24543>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2023). *XII Censo Nacional de Población y VIII de Vivienda 2023: Resultados finales básicos*. <https://www.inec.gov.pa/publicaciones/>

- Mbuagbaw, L., Hajizadeh, A., Wang, A., Mertz, D., Lawson, D. O., Smieja, M., Benoit, A. C., Alvarez, E., Puchalski Ritchie, L., Rachlis, B., Logie, C., Husbands, W., Margolese, S., Zani, B., & Thabane, L. (2020). Overview of systematic reviews on strategies to improve treatment initiation, adherence to antiretroviral therapy and retention in care for people living with HIV: Part 1. *BMJ Open*, 10, e034793. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034793>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2023). *Resolución N.º 289 de 8 de mayo de 2023: Norma de atención integral y manejo terapéutico de pacientes con VIH*. <https://www.minsa.gob.pa/normatividad/resolucion-289-de-8-de-mayo-de-2023-norma-de-atencion-integral-y-manejo-terapeutico>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). *Perfil de salud de los territorios indígenas de Panamá*. Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas. <https://www.minsa.gob.pa/>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2026). *Resolución N.º 107 de 20 de febrero de 2026, por la cual se aprueba el Plan Estratégico Multisectorial para la respuesta al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la República de Panamá 2025-2029*. <https://www.minsa.gob.pa/normatividad/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
- Ponce, P., Muñoz, R., & Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537–554. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2025). *Latin America: Regional profile—2025 global AIDS update*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update-latam>
- Russell, N. K., Nazar, K., Del Pino, S., Alonso González, M., Díaz Bermúdez, X. P., & Ravasi, G. (2019). HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American Indigenous Peoples and Afro-descendants: A systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>
- Sabater Hernández, D., Silva Castro, M. M., & Faus Dáder, M. J. (2007). *Método Dáder: Guía de seguimiento farmacoterapéutico* (3.ª ed.). Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. <https://hdl.handle.net/10481/33051>
- Valenzuela-Oré, F., Angulo-Bazán, Y., Lazóriga-Sandoval, L. D., Cruz-Vilcarromero, N. L., & Cubas-Sagardia, C. R. (2023). Factors influencing adherence to antiretroviral therapy in Amazonian Indigenous People living with HIV/AIDS. *BMC Public Health*, 23, 497. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y>