



REIAL ACADÈMIA
DE FARMÀCIA
DE CATALUNYA



DISCURS

LLEGIT EN L'ACTE D'INGRÉS DE L'ACADÈMIC CORRESPONENT
IL·LUSTRE SR. DR. RICARD TROIANO I GOMÀ
CELEBRAT EL DIA 10 DE JUNY DE 2026

BARCELONA
2026

PRESENTACIÓ A CÀRREC DE L'ACADÈMIC NUMERARI
EXCEL·LENTÍSSIM SR. DR. EUGENI SEDANO I MONASTERIO

**LA COOPERACIÓ FARMACÈUTICA
INTERNACIONAL
DEL MEDICAMENT A LA SOBIRANIA SANITÀRIA,
UN IMPERATIU DE JUSTÍCIA SOCIAL**

DISCURS

llegit a l'acte d'ingrés de l'Acadèmic Corresponent

Il·lustre Sr. Dr. Ricard Troiano i Gomà

Celebrat el dia 10 de juny de 2026

PRESENTACIÓ

a càrrec de l'Acadèmic Numerari

Excel·lentíssim Sr. Dr. Eugeni Sedano i Monasterio

Barcelona

2026

*L'Acadèmia no es fa solidària de
les opinions que s'exposen en les publicacions,
de les quals és responsable l'autor.*



Generalitat de Catalunya
**Departament de Justícia
i Qualitat Democràtica**

Amb la col·laboració del Departament
de Justícia i Qualitat Democràtica de
la Generalitat de Catalunya

Dipòsit legal: B-10411-2026
GAM DIGITAL

PRESENTACIÓ

a càrrec de l'Acadèmic Numerari

Excel·lentíssim Sr. Dr. Eugeni Sedano i Monasterio

**Excel·lentíssim Senyor President
de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya,
Excel·lentíssims i Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Distingides autoritats acadèmiques i professionals,
Estimats familiars, amics i companys,
Senyores i Senyors,**

És per a mi un gran honor que aquesta docta Acadèmia m'hagi atorgat la confiança i, alhora, la responsabilitat de fer la presentació del **Dr. Ricard Troiano i Gomà**, en aquesta solemne sessió amb motiu del seu ingrés com a Acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya.

He de manifestar que és un privilegi tenir la oportunitat de glossar la personalitat del Dr. Troiano i, entenc, que la meua designació per part de la Junta de Govern de l'Acadèmia per a portar a terme aquesta gratificant comesa, es deu al fet d'haver estat un dels signants de la proposta d'admissió com a nou acadèmic, de la qual ens vàrem sentir molt honorats de presentar conjuntament amb el Dr. Francesc Tresserra i el Dr Miquel Salgot, ja que era una proposta fonamentada en la trajectòria, tant personal com professional, d'un farmacèutic de reconeguda vàlua, on, a més, s'afegeix en el meu cas, el fet personal de que ens coneixem des de la carrera a la Facultat de Farmàcia, on va néixer una veritable i duradora amistat.

Per tant, en aquest tràmit preceptiu de presentació, vull aprofitar per demostrar el meu afecte personal i professional vers el nou acadèmic i vers la seva família, en particular la seva esposa Anna Albareda Costa, també farmacèutica, i els seu fill Eduard.

El Dr. Ricard Troiano i Gomà va néixer a Mollerussa l'any 1954 i la seva família es va traslladar a Barcelona quan ell tenia 10 anys.

De la **formació universitària** del futur membre de l'Acadèmia, hem de dir que es va llicenciar en Farmàcia a la Universitat de Barcelona l'any 1977 i té un doble doctorat en Farmàcia per la Universitat de Barcelona l'any 1979 i en Ciències per la Universitat Autònoma de Barcelona l'any 1989. A més disposa de la diplomatura en òptica des de l'any 1979.

De la seva **carrera professional**, hem de ressaltar la seva dedicació com a farmacèutic titular d'oficina de farmàcia des de 1977 fins a l'actualitat a Viladecavalls, on ha desenvolupat els serveis d'òptica, ortopèdia, i les campanyes de salut pública i activitats d'atenció farmacèutica promogudes per les autoritats sanitàries i col·legials.

D'altra banda, ha format part del Consell d'Administració de Laboratoris CINFA durant 26 anys, des de 1996 fins al 2022, i és membre del Consell d'administració de la distribuïdora farmacèutica FARMACIOLA des de 1996.

En el món de la cooperació farmacèutica, és membre de FARMACÉUTICOS MUNDI des dels seus orígens a l'any 1993, on ha estat el seu Delegat a Catalunya des de 1998 i membre de la seva Junta Rectora des de l'any 2002 fins a l'actualitat. En aquesta entitat ha tingut els càrrecs de Vicepresident l'any 2006 i President durant dos mandats des del 2014 al 2022, quan assumeix la responsabilitat del càrrec de Relacions Institucionals de Farmacéuticos Mundi.

Durant aquests anys a col·laborat en la identificació i seguiment de projectes de cooperació de Farmacéuticos Mundi a Guatemala i Hondures, així com l'ajut humanitari als camps de refugiats saharauis de Tindouf i en l'enviament de subministres de medicaments a Bulgària i Cuba, havent demostrat la seva capacitat de lideratge d'equips multidisciplinaris que han dissenyat i portat a terme projectes innovadors en el món de la cooperació farmacèutica.

Voldria fer esment, també, que el Dr. Ricard Troiano va rebre el XXI-È premi del Consell de Col·legis de Farmacéuticos de Catalunya, per "potenciar el nom i el prestigi professional de la farmàcia i per la seva tasca realitzada com a president de la ONG Farmacéuticos Mundi", el qual va ser entregat en l'acte inaugural del curs 2019 d'aquesta Reial

Acadèmia de Farmàcia de Catalunya.

De fet, el seu **discurs d'ingrés** en aquesta docta Acadèmia, versa sobre “**La cooperació farmacèutica internacional: Del medicament a la sobirania sanitària, un imperatiu de justícia social**” on, en primer lloc, ens parlarà dels fonaments de la cooperació farmacèutica internacional i els diferents tipus de cooperació, començant per les intervencions d'emergència per a donar resposta a situacions crítiques inesperades; seguida de l'acció humanitària, la qual va més enllà de la resposta immediata; destacant, però, les actuacions a llarg termini com és la cooperació al desenvolupament.

Finalitzarà amb unes reflexions que aprofundeixen en la justificació real de la cooperació farmacèutica internacional i el seu futur.

En definitiva, voldria transmetre a aquest selecte auditori auditòri, que les persones que hem tingut l'ocasió de conèixer al Dr. Ricard Troiano, gaudim d'un gran professional, de confiança i creatiu.

Abans de finalitzar aquesta presentació, permeti'm felicitar al nou acadèmic i expressar, al mateix temps, la satisfacció que sentim de poder disposar en el futur de la seva col·laboració en el si d'aquesta Acadèmia, ja que de la seva extensa trajectòria professional, voldria deixar palès que, en la meva opinió, l'Acadèmia de Farmàcia de Catalunya guanya un membre d'alt reconeixement professional, el qual ajudarà a incrementar, encara més, el nivell i prestigi d'aquesta docta Institució.

És per això que, un cop hagi llegit el discurs reglamentari, demano a l'Excel·lentíssim Sr. President li imposi la medalla i l'estola i li faci entrega del títol acreditatiu d'Acadèmic Corresponent.

He dit.

**LA COOPERACIÓ FARMACÈUTICA
INTERNACIONAL
DEL MEDICAMENT A LA SOBIRANIA SANITÀRIA,
UN IMPERATIU DE JUSTÍCIA SOCIAL**

ÍNDEX

1. Introducció
2. Del mite a la realitat: què és realment la cooperació farmacèutica
3. Salut Global i Determinants Socials: més enllà dels medicaments
4. Tres realitats, un compromís: emergència, acció humanitària i desenvolupament
5. Per què la cooperació farmacèutica és un imperatiu de justícia
6. Cap a la sobirania sanitària: professionalització i transferència tecnològica
7. Conclusions: sobirania sanitària, tres batalles i tres pilars

ANNEXOS

- **Annex 1:** Emergència sota pressió: l'Hospital "START" a Moçambic i Turquia
- **Annex 2:** Acció humanitària amb refugiats: salut integral a Uganda
- **Annex 3:** Desenvolupament i transformació estructural: vigilància epidemiològica a El Salvador
- **Annex 4:** Justícia social i gènere: la Xarxa "DISOME" a República Dominicana
- **Annex 5:** Formació i transferència de coneixement: el projecte "SALUDemia 2.0" a Andalusia
- **Annex 6:** Innovació comunitària: els laboratoris ciutadans de "Activando ODS"

1. Introducció

**Excel·lentíssim Senyor President
de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya,
Excel·lentíssims i Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Distingides autoritats acadèmiques i professionals,
Estimats familiars, amics i companys,
Senyores i Senyors,**

Permeteu-me iniciar aquestes paraules expressant el meu més sincer i profund agraïment a la Junta de Govern d'aquesta Reial Acadèmia pel gran honor que representa per a mi ser admès en aquesta institució. A l'Excel·lentíssim President, Dr. Joan Permanyer, li vull traslladar la meva gratitud més sentida, tant pel seu mestratge com pel privilegi que suposa que sigui ell qui presideixi aquest acte. I permeteu-me esmentar de manera molt especial el Dr. Eugeni Sedano, acadèmic que ha tingut la generositat de proposar la meva candidatura; la seva confiança és, per a mi, una responsabilitat profunda, més que no pas un reconeixement personal.

Ingressar en aquesta Acadèmia significa sumar-me a una trajectòria col·lectiva que ha contribuït de manera decisiva al progrés científic i professional de la farmàcia al nostre país. Aquesta casa ha estat, i continua essent, un espai on el coneixement farmacèutic es posa al servei de la societat, i on la ciència es vincula indistriciblement amb la vocació de servei públic. Avui, poder-hi entrar amb una mirada centrada en la cooperació farmacèutica internacional i en la sobirania sanitària és, alhora, un honor i un deure de coherència amb allò que he intentat viure professionalment.

Vull fer extens aquest agraïment a Farmamundi i a la seva Junta Rectora, institució amb la qual he compartit anys de treball i aprenentatge en l'àmbit de la cooperació. Al seu director general, Joan Peris, i a tot l'equip de direcció i professionals de les diferents àrees, els dec molt més que una col·laboració: els dec haver entès que la farmàcia pot ser una eina concreta de justícia social quan es posa al servei de les comunitats més vulnerables, amb rigor tècnic i respecte pels sabers locals.

Les meves paraules d'agraïment són també per a totes les persones que han contribuït a la meva formació en cooperació farmacèutica internacional. Penso en moltes mirades, en moltes converses de camp i de despatx, en professionals que, sovint lluny dels focus, han anat teixint aquesta disciplina com una pràctica exigent, basada en l'evidència i en el compromís ètic. Entre aquests referents, permeteu-me citar el Dr. Germán Velásquez (1), que des de l'Organització Mundial de la Salut va obrir camins fonamentals en el debat sobre propietat intel·lectual, patents i accés als medicaments. Les seves aportacions han estat, per a molts de nosaltres, una brúixola per entendre que parlar de medicaments és, en realitat, parlar de drets humans.

No puc oblidar tampoc la dimensió més personal d'aquest camí. A la meva esposa, l'Anna, i al meu fill, l'Eduard, els vull agrair la paciència i la generositat amb què han acompanyat absències, viatges i obsessions professionals que, sense el seu suport silencios (bé, silencios o, de vegades, no tant), haurien estat insostenibles. Aquest discurs, i la trajectòria que el precedeix, també els pertany. I vull esmentar igualment el Xavier Tarrés, que m'ha ajudat en l'elaboració d'aquest treball i m'ha ofert una mirada crítica i confiada alhora, imprescindible per donar coherència al que avui compartiré amb vosaltres.

La conferència que presentaré tot seguit gira al voltant d'una idea que per mi és central: que la cooperació farmacèutica internacional, ben entesa, no és un exercici de caritat, sinó un imperatiu de justícia social i de compromís professional. Com ha recordat Tedros Adhanom Ghebreyesus (2), director general de l'Organització Mundial de la Salut, "la salut pública és, en última instància, una elecció política"; i quan parlem d'accés als medicaments essencials (8), parlem de quines vides considerem prioritàries i de quines desigualtats estem disposats a tolerar.

Amb aquesta consciència, els convido a acompanyar-me en un recorregut que va del medicament a la sobirania sanitària, entenent la farmàcia com una professió que, des del coneixement tècnic, pot esdevenir una eina efectiva de justícia social. Aquest és, en el fons, el compromís que avui assumeixo davant d'aquesta Acadèmia: posar la meva experiència al servei d'una visió de la farmàcia que no deixi ningú enrere.

2. Del mite a la realitat: què és realment la cooperació farmacèutica

Parlava fa un moment de posar la meva experiència al servei d'una visió de la farmàcia que no deixi ningú enrere. Però què vol dir això, exactament, quan parlem de cooperació farmacèutica internacional?

Sovint la gent s'imagina un farmacèutic saltant en un avió cap a l'Àfrica amb una maleta plena de medicaments. La realitat és molt més profunda i molt més tècnica que això.

La veritat és que la Cooperació Farmacèutica Internacional és l'arquitectura ineludible de la Salut Global i la Justícia Social. És l'eina tècnica que garanteix que el dret a la vida no estigui tancat sota clau. Perquè el que realment importa en aquesta feina no és només que l'enviament arribi intacte a una clínica rural—el que importa és que quan arriba, hi ha algú que sap quin medicament necessita, que és de qualitat, que és segur, i que és el correcte per a aquella persona, en aquell context, en aquelles condicions. La nostra professió esdevé una eina tangible de justícia social, on el coneixement tècnic és la diferència entre la supervivència i l'oblit.

Aquesta vocació té arrels profundes en la cerca de l'equitat. Recordem que fa gairebé cinquanta anys, el 1977, l'Organització Mundial de la Salut va publicar el primer llistat de Medicaments Essencials. Aquell gest polític—situar la salut pública per davant del mercat—continua essent revolucionari avui. Tanmateix, viure en el 2025 és viure en un temps complex, on la salut global es veu desafiada no només per pandèmies o canvi climàtic, sinó per acords internacionals de propietat intel·lectual que sovint bloquegen l'accés als fàrmacs. Aquesta tensió és palpable: l'última revisió de la Llista Model de l'OMS de setembre de 2025 inclou 523 medicaments essencials per a adults i 374 per a nens. Aquestes xifres contrasten dramàticament amb els milers de referències que gestionem diàriament en les farmàcies occidentals. La pregunta que ens hauria de mantenir desperts és: per què aquesta bretxa? I, més important encara, com la tanquem?

En aquest escenari, el farmacèutic cooperant emergeix com un arquitecte clau de la Salut Global. La nostra tasca no és assistencialisme—

és un rigor ineludible amb la salut global, tal com ha reconegut explícitament el Dr. Jesús Aguilar (3), president del Consell General de Col·legis Farmacèutics, dins de la nova Estratègia Social de la Profesió Farmacèutica. Aportant el rigor necessari per assegurar que l'ajuda humanitària tingui la mateixa qualitat i seguretat que qualsevol servei farmacèutic de referència. Però aquí és on la cooperació ha evolucionat de manera decisiva: ja no és només logística de lliurament. Ha evolucionat cap a un pla holístic, on s'integren les dimensions socials, econòmiques i culturals del procés de salut-malaltia-atenció. Essent el pilar tècnic que sosté la justícia sanitària global.

3. Salut Global i Determinants Socials: més enllà dels medicaments

Per entendre com funciona aquesta transformació, hem de partir d'una constatació: els desafiaments sanitaris no coneixen fronteres. La Cooperació Farmacèutica Internacional, CFI, no és una opció geopolítica—és una necessitat epidemiològica. Els problemes com les pandèmies, el canvi climàtic, la pobresa o l'accés desigual a medicaments requereixen solucions col·laboratives, multisectorials i equitatives.

Per això, una frase que hem de tenir sempre a la ment és aquesta: “No hi haurà mai salut sense Salut Global”. Aquesta afirmació no és sentimental—és una declaració política i científica. Ens obliga a entendre la salut com un bé públic global que ens interpel·la a tots. Ens demana pensar en connexió amb la natura, evitar mirades eurocèntriques i androcèntriques, i sentir-nos part integrada d'un tot. Quan una malaltia es propaga a l'Àfrica subsahariana sense control epidemiològic, la pregunta no és si arribarà a Barcelona—la pregunta és quan?.

Però la Salut Global no es pot reduir a epidemiologia. Per actuar amb eficàcia, hem de superar l'enfocament purament biomèdic que va dominar la cooperació durant dècades, on es pensava que bastava enviar medicaments i formar personal sanitari. Aquest enfocament és insuficient perquè ignora les realitats estructurals que moldegen la salut. Per això, com ja havíem dit abans, la cooperació farmacèutica ha d'adoptar un pla holístic on s'integren les dimensions socials, econòmiques i culturals del procés de salut-malaltia-atenció.

I aquí entren en joc els Determinants Socials de la Salut (4)—els DSS. L'OMS els defineix senzillament com “les circumstàncies en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen”. Els DSS no són només la pobresa o la manca d'educació. Són l'accés a aigua potable, les condicions d'habitatge, la inestabilitat política, l'entorn ambiental i, aquí ve el més important, tenen un pes major que els factors genètics, i fins i tot major que l'accés a l'atenció mèdica en la configuració dels resultats sanitaris. Deixeu que això s'assenteixi: la genètica és menys important que el context social. Un farmacèutic pot proporcionar el millor medicament del món, però si el pacient no té aigua potable, si no té un habitatge digne, si no pot anar a treballar perquè ha d'atendre nens, aquell medicament tindrà una eficàcia limitada.

La injustícia social continua causant morts a gran escala. Un nen nascut en un país d'ingressos baixos té tretze vegades més probabilitats de morir abans dels cinc anys que un nascut en un país ric. Tretze vegades. Les poblacions indígenes presenten una esperança de vida menor que la resta, i la manca d'inversió en recerca, unida a la pobresa, perpetua malalties que només afecten els pobres—malalties que l'Occident ha oblidat perquè no són rendibles.

El director de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, va dir una cosa que m'ha marcat: “La salut pública és, en última instància, una elecció política”. La diferència d'esperança de vida entre un país ric i un de pobre arriba als divuit anys. Divuit anys de vida, més o menys. Això no és biologia—és política. Això és una decisió que prenem col·lectivament sobre com distribuïm els recursos, com establim prioritats i, en definitiva, com protegim les vides.

Per tant, la millora dels DSS és la base d'un sistema d'Atenció Primària de Salut equitatiu i sostenible. I només des de la professionalització i el rigor tècnic de la Cooperació Farmacèutica podem aspirar a assolir aquests reptes estructurals.

Ara bé, per garantir qualitat i seguretat en l'accés a medicaments, és fonamental distingir els perfils que hi participen. Tenim dos tipus de farmacèutics que treballen en cooperació. Primer, el Farmacèutic Cooperant: és un professional contractat i remunerat, amb una relació

contractual clara. Dissenya i gestiona estructures de logística, formació i polítiques de salut per enfortir els sistemes locals. Avalua necessitats, gestiona projectes, assessora sobre selecció de medicaments, adquisició, distribució segura i eficaç. Però previ a incorporar-se a qualsevol projecte, ha de rebre una formació especialitzada molt rigorosa, tant en aspectes tècnics com culturals i de seguretat personal. No es pot improvisar.

Segon, el Farmacèutic Voluntari: ofereix el seu temps i coneixements de manera altruista, sent fonamental en l'aprenentatge, el suport tècnic puntual, i sobretot en la sensibilització i l'educació per a la transformació social. S'espera que compti amb competències específiques per a cooperació i que practiqui estratègies d'autocura per evitar el desgast emocional i físic, especialment en contextos de crisi. Aquí parlem de resiliència personal, de salut mental, de reconèixer els límits humans.

Aquesta implicació, tant professional com voluntària, és un compromís ineludible de la nostra professió amb la salut global. Però la CFI exigeix més: ha d'integrar enfocaments de drets humans, perspectiva de gènere, edat i diversitat. Ha de reconèixer els sabers locals i abordar les causes estructurals de la desigualtat. Només així la CFI serà la via per garantir el dret a la salut en contextos vulnerables mitjançant una atenció rigorosa, de qualitat i centrada en les persones.

4. Tres realitats, un compromís: emergència, acció humanitària i desenvolupament

La cooperació farmacèutica es desplega en tres grans escenaris, que exigeixen respostes molt diferents. Primer, les intervencions d'emergència. Segon, l'acció humanitària. I tercer, la cooperació al desenvolupament, que mira el llarg termini. Cadascun d'aquests àmbits demana eines, habilitats i ritmes propis, però en tots tres el farmacèutic hi té un paper tècnic i ètic insubstituïble.

Primer, les Intervencions d'Emergència. Responen a situacions crítiques i sobtades: terratrèmols, epidèmies, conflictes armats. El temps és cruel: l'objectiu principal és salvar vides, i la rapidesa es con-

verteix en la màxima prioritat. En aquests escenaris, el medicament que tens és el medicament que tens, i l'has de saber gestionar amb intel·ligència estratègica. La selecció es fa seguint la Llista Model de l'OMS, adaptada a cada emergència. La farmacèutica cooperant Miriam López va treballar amb l'equip START a Moçambic, el 2019, i a Turquia, el 2023, assumint la gestió de la farmàcia hospitalària en condicions extremes. En contextos de recursos molt escassos, va haver de resoldre problemes sobre el terreny i elaborar fórmules magistrals per cobrir necessitats urgents. Aquesta és la cooperació d'emergència: tàctica, ràpida, basada en la capacitat d'innovació tècnica sota pressió (annex 1).

Si hi posem números, aquell hospital de campanya va estar operatiu durant 33 dies a la regió d'Iskenderun, atenent 7.387 persones —uns 224 pacients al dia— amb un equip de 195 professionals organitzats en tres torns i una farmàcia que gestionava prop de 74.000 unitats per principi actiu en forma de monodosi. Farmamundi hi va enviar uns 30 palets, uns 4.900 kg de medicaments essencials i material sanitari, i la farmàcia es va convertir en el servei més transversal de tot l'hospital, donant suport tant als dispositius d'urgència i hospitalització com a l'atenció de peu de carrer a persones amb malalties cròniques.

Segon, l'Acció Humanitària. Va més enllà de la resposta immediata; busca prevenir el dany, protegir la dignitat i acompanyar processos de recuperació en crisis que es perllonguen en el temps. Ho veiem, per exemple, en el treball amb població refugiada a Uganda, als assentaments d'Adjumani, Kyaka II i als barris perifèrics de Kampala. En aquests contextos, les brigades mòbils combinen l'atenció clínica bàsica amb la salut mental i el treball comunitari: es fan consultes de salut maternoinfantil, salut sexual i reproductiva, detecció i atenció a la violència sexual, proves de VIH i malària, vacunacions, així com espais de suport psicosocial per a persones que arrossegueu anys de desplaçament i trauma. L'objectiu no és només curar una infecció puntual, sinó reforçar la capacitat de les persones i de les comunitats per reconstruir la seva vida amb drets, amb veu pròpia i amb esperança (annex 2).

Si hi posem números, només l'any 2025 es calcula que a Uganda s'ha donat suport humanitari a unes 80.000 persones refugiades, de les

quals com a mínim 65.000 són dones, nenes i nens, a través del reforç dels centres de salut, de les brigades mòbils i de la distribució de kits d'higiene, productes menstruals i mosquiteres. Aquest dispositiu integra formació al personal sanitari, treball amb líders comunitaris i atenció psicosocial, de manera que cada medicament dispensat forma part d'una resposta més àmplia de salut integral i de protecció de drets.

Tercera, la Cooperació al Desenvolupament. Té un enfocament a llarg termini, orientada a la transformació estructural de les condicions que generen pobresa i desigualtat. L'objectiu no és resoldre un problema a curt termini—és enfortir les capacitats locals i crear sistemes sostenibles. Per assolir la sostenibilitat, la selecció de medicaments utilitza com a eix central la Llista Nacional de Medicaments Essencials del govern local, adaptada a factors locals com les malalties prevalents, els recursos financers, la capacitat del personal. I aquí ve la clau: els projectes es dissenyen per deixar capacitat instal·lada al personal local, assegurant que els serveis es mantinguin sense dependre mai més de l'ajuda externa.

Vull donar tres exemples que mostren aquesta transformació estructural en acció. Primer, el projecte de Fundació El Alto a l'Hospital de Gambo, Etiòpia, iniciat el 2007. L'objectiu és millorar el servei de farmàcia, impulsar el Sistema de Distribució per Dosi Unitària—una innovació logística que millora l'accés i la seguretat—i formar tècnics etiòps que progressivament assumeixin la gestió sense necessitat d'intervenció externa. Això és transferència tècnica real.

Un bon segon exemple és el treball a El Salvador, on el que es fa no és només vigilar epidèmies, sinó construir una autèntica intel·ligència epidemiològica compartida entre institucions i comunitat. Es creen Unitats d'Intel·ligència Epidemiològica, es forma personal sanitari i agents comunitaris, es milloren espais i equips en els centres de salut, i s'articula un sistema de vigilància comunitària que detecta abans els brots de dengue, zika o COVID-19. Això vol dir passar d'un model reactiu a un model preventiu i col·lectiu, on el coneixement local és tan important com el protocol tècnic (annex 3).

Si hi posem xifres, aquest programa a la zona de La Libertad abas-

tava set municipis amb 284.064 persones, i només al departament de Morazán arribava directament a 127.316 habitants, dels quals 67.042 dones, mitjançant la xarxa institucional i comunitària. El resultat més contundent és que, a l'àrea d'intervenció, la mortalitat infantil s'ha reduït en un 82 per cent, demostrant que la transferència tècnica integral, quan va de la mà de la participació comunitària, és capaç de canviar de veritat la corba de la desigualtat en salut.

Tercer exemple: el treball a la República Democràtica del Congo a Kivu Nord. El treball en aquesta regió es centra en atendre les necessitats de les persones desplaçades internes que s'han vist forçades a abandonar les seves llars per causa de la violència i l'avanç del conflicte entre els diferents grups armats presents en el territori. En total, s'estima que s'ha proporcionat ajuda humanitària a al voltant de 200.000 persones congolese el 2025. Els centres de salut pública són proveïts en medicaments i es forma al personal sanitari que després proporciona consultes de salut sexual i reproductiva, salut maternoinfantil i salut mental. També és essencial el treball amb persones que viuen amb el VIH, incloses dones embarassades i menors. Quant a la violència sexual i basada en gènere, davant els alarmants nombres de casos s'aborda com un problema de salut pública. Farmamundi col·labora amb entitats locals per proporcionar atenció mèdica especialitzada i psicosocial a milers de dones supervivents. Però el que fa transformador aquest projecte és que va més enllà del tractament clínic. Integra activitats generadores d'ingressos i grups de recolzament mutu que assegurin la reinserció socioeconòmica real i l'apoderament de les supervivents. No només es cura la malaltia—es transforma la relació de la dona amb ella mateixa i amb la seva comunitat. A més, les sensibilitzacions comunitàries han demostrat el seu valor en veure's incrementat el nombre de dones supervivents de violència sexual i basada en gènere que acudeixen als centres de salut en les primeres 72 hores després de les agressions, sent aquest temps vital per a pal·liar les conseqüències físiques i emocionals de la violència. També ha canviat la percepció de la sexualitat responsable i la planificació familiar entre la població jove vulnerable, la qual cosa incideix directament sobre els casos de malalties de transmissió sexual i embarassos no desitjats. El suport amb kits d'higiene, suport nutricional i dignitat afavoreix una millora en la salut comunitària de la població desplaçada interna a Kivu Nord. Així mateix, s'han

dut a terme accions d'incidència amb representants de les autoritats locals sanitàries perquè siguin conscients de la situació de les persones desplaçades i les supervivents de violència sexual, i perquè es comprometin a atendre les seves necessitats en els centres de salut i altres estructures públiques, des del respecte del dret a la salut i els drets humans. Tot l'ajut humanitari de Farmamundi a la població vulnerable s'ha consensuat amb la població mateixa, així com amb les organitzacions locals sòcies amb les quals treballem, afavorint la localització i la sobirania humanitària.

Aquests tres exemples mostren el mateix principi: la cooperació al desenvolupament transforma el model de dependència en un model d'equitat sistèmica.

5. Per què la cooperació farmacèutica és un imperatiu de justícia

Ara vull entrar en una pregunta més profunda: per què fem això? Quina és la justificació real de la Cooperació Farmacèutica Internacional?

La resposta és senzilla però incòmoda: perquè la simple transferència de medicaments no és suficient. Els problemes que enfrontem són estructurals. Els Determinants Socials de la Salut exigeixen enfocaments que combinin la perspectiva de drets humans amb eines de sostenibilitat ambiental, reducció del risc de desastres i reconeixement dels sabers locals. Repeteixo: hem de superar l'eurocentrisme i el paternalisme tradicional.

I aquí vull afegir quelcom urgent: la CFI ha de sumar-se decididament al debat global que col·loca la crisi climàtica com una crisi de salut. Els medicaments no serveixen de res en contextos on falta aigua potable, on la contaminació ambiental genera malaltia, o on la degradació ecosistèmica erosiona els fonaments mateixos de la vida humana. Si volem ser realistes sobre justícia sanitària, hem de ser realistes sobre justícia ambiental.

Però vull centrar-me en una amenaça específica que demana la nostra atenció tècnica urgent: el mercat de medicaments subestàndard i fal-

sificats (9). Són medicaments que semblen el que pretenen ser, però que contenen dosis incorrectes, ingredients contaminats o simplement “res”. Les conseqüències són devastadores: fracàs dels tractaments, pèrdua de confiança en els serveis sanitaris, resistència als antibiòtics que es propaga de manera imparable. I en aquest context, el farmacèutic cooperant actua com el guardià del rigor i la qualitat en tota la cadena de subministrament. Aquesta és una gran responsabilitat que no és delegable.

Per això, hem de ser clars amb la indústria i els governs: el debat sobre les patents és urgent i no és acadèmic. S’han d’aplicar les salvaguardes de la Declaració de Doha (5) dels ADPIC—Llicències Obligatòries, Importacions Paral·leles—per evitar que el preu impedeixi el dret a la vida. Un pacient morint de malària sense accés a un medicament eficaç no es consola amb el fet que la patent estigui protegida.

Aquesta transformació no es fa de manera aïllada. Es gestiona a través de l’anomenada estratègia del Triple Nexa (6)—Humanitari, Desenvolupament i Pau—que busca la coherència entre l’alleujament immediat en emergències i el canvi estructural a llarg termini. Aplicar el Triple Nexa implica adoptar una visió estratègica: no són projectes aïllats, són intervencions que contribueixen simultàniament a l’enfortiment de sistemes, a cadenes de subministrament segures i sostenibles, i sobretot a la reducció de desigualtats.

Aquesta visió es materialitza en exemples concrets que reforcen el valor del farmacèutic més enllà de la logística bàsica. Un projecte és incomplet si no aborda la Justícia Social i el Gènere, i no integra diagnòstics participatius amb les comunitats, i no preveu plans de manteniment que garanteixin la independència local post-projecte.

En aquest camí cap a la justícia social, hi ha experiències que ens mostren com salut i equitat de gènere es poden treballar alhora. La Xarxa DISOME, a la República Dominicana, n’és un exemple molt clar. Parlem de farmàcies comunitàries ubicades en barris periurbans i zones rurals, gestionades per dones promotores de salut, que acosten medicaments essencials, mètodes anticonceptius i consell farmacèutic allí on el sistema formal sovint no arriba. No és només una qüestió de subministrament: és també formació, acompanyament i supervisió

farmacèutica perquè allò que es dispensa sigui de qualitat, apropiat al context i a un preu just. Quan una dona de la comunitat gestiona una farmaciola, no només millora l'accés a tractaments, també consolida el seu lideratge social i econòmic (annex 4).

En termes concrets, la Xarxa DISOME agrupa actualment 25 farmacioles comunitàries —amb la previsió d'arribar a 30 a finals de 2026— i facilita l'accés regular a medicaments essencials i mètodes anticonceptius a més de 36.000 persones de comunitats altament vulnerables de Santo Domingo i Puerto Plata. Aquestes farmacioles són gestionades per dones promotores de salut, que reben formació contínua en ús racional del medicament, salut sexual i reproductiva i prevenció de la violència de gènere, demostrant en la pràctica que l'ODS 3 sobre salut i l'ODS 5 sobre igualtat de gènere, en realitat, caminen plegats i no es poden separar.

Aquesta justificació es sustenta en la coordinació amb altres actors —organismes internacionals, ONG locals, xarxes professionals, administracions. Quan això funciona bé, es pot optimitzar recursos i alinear-se amb les prioritats locals i globals. Quan falla, és perquè no hi ha coordinació real i es fan malament les coses.

I finalment, la justificació més profunda de la CFI és que implica moure'ns de la dependència a la sobirania sanitària mitjançant la transferència tecnològica. No és filantropia—és transferència de poder decisor. Projectes com Beyond Suncare (7) exemplifiquen això: en comptes de només enviar fotoprotectors per a persones amb albinisme a l'Àfrica subsahariana, van impulsar la creació de la primera unitat local de producció a l'Àfrica per a aquests productes. Ara, a l'Àfrica, produeixen, controlen i distribueixen els seus propis medicaments. Això és sobirania sanitària.

6. Cap a la sobirania sanitària: professionalització i transferència tecnològica

Bé, deixem de mirar cap enrere i mirem cap endavant. Quin és, doncs, el futur de la Cooperació Farmacèutica Internacional? El futur és un camí ineludible cap a la sobirania sanitària. No és un eslògan: és un

canvi de paradigma que ens obliga a abandonar, d'una vegada per totes, el vell model de caritat i a apostar per un model d'equitat sistèmica. La caritat és temporal. L'equitat sistèmica és permanent. I jo defenso que la nostra professió ha de ser una de les arquitectes d'aquest canvi.

Aquesta transformació només serà possible si política global i rigor tècnic caminen plegats. Iniciatives com el Pacte de Ginebra de 2025, l'Acord sobre Pandèmies, apunten en aquesta direcció quan exigeixen transferència tecnològica i creació d'hubs de fabricació local al Sud Global. El futur de la farmàcia és descentralitzat: els medicaments del futur no s'enviaran des de Suïssa cap a Moçambic; es produiran a Moçambic, amb tecnologia compartida, formació adequada i controls de qualitat reconeguts internacionalment. I si això no passa, la cooperació farmacèutica estarà fallant en el seu objectiu.

En aquest escenari, el farmacèutic no pot quedar-se en un rol secundari. Ha de garantir l'accés segur als medicaments, sí, però sobretot ha de contribuir a enfortir els sistemes de salut en contextos vulnerables, des del disseny de polítiques de medicaments fins a la gestió de cadenes de subministrament i la regulació. Això exigeix una professionalització absoluta i un rigor formatiu innegociable. La CFI no pot ser un hobby ni una aventura romàntica: ha de ser una especialitat reconeguda, amb competències tècniques sòlides i un compromís ètic clar.

Per això el paper de la Universitat i dels Col·legis Professionals és, al meu entendre, decisiu. La cooperació farmacèutica internacional ha de deixar de ser una optativa ben intencionada i passar a ser una assignatura troncal en la formació de grau, amb màsters i postgraus específics en salut internacional, medicaments essencials, gestió de crisis i salut global. I aquesta formació ha de ser integral: coneixements farmacotècnics, sí, però també seguretat personal, autocura del professional, gestió d'equips multiculturals i capacitat per moure's en entorns políticament complexos. Un cooperant sense formació en seguretat, que arriba traumatitzat al terreny, no pot fer bon treball. Un cooperant cremat, senzillament, no pot ajudar ningú Annex 5).

Ara bé, professionalitzar vol dir també canviar la manera com aprenem del que fem. Per això defenso que la CFI s'ha de sostenir sem-

pre sobre tres pilars metodològics: l'Avaluació, la Sistematització i la Comunicació per al Canvi Social. Avaluar vol dir mesurar l'impacte real: si millorem l'accés a medicaments essencials, si reforcem capacitats locals, si reduïm mortalitat i desigualtats; no és burocràcia, és responsabilitat. Sistematitzar vol dir ordenar el coneixement generat, documentar bones pràctiques, evitar repetir errors, fer que cada projecte sigui una peça d'un aprenentatge col·lectiu. I comunicar per al canvi social vol dir explicar el que fem no per buscar reconeixement, sinó per transformar actituds i estructures, per mobilitzar aliances i perquè altres actors puguin replicar i millorar aquestes experiències (Annex 6).

En síntesi, quan parlem de futur jo no penso en més projectes dispersos, sinó en una arquitectura nova: sistemes de salut més sobirans, indústries farmacèutiques locals capaces de produir medicaments essencials, professionals formats en salut global i comunitats que decideixen què necessiten i com ho volen fer. Si la Cooperació Farmacèutica Internacional no contribueix a aquesta sobirania sanitària, si es limita a enviar caixes, haurem perdut una oportunitat històrica. I aquesta, honestament, és una oportunitat que no ens podem permetre perdre.

7. Conclusions: sobirania sanitària, tres batalles i tres pilars

Per tancar, voldria sintetitzar què entenc per Cooperació Farmacèutica Internacional i per què la considero imprescindible. Per mi, la CFI és l'arquitectura tècnica que fa possible la Salut Global i la Justícia Social: el mecanisme que ha d'evitar que el dret a la vida quedi segrestat per un magatzem o per un acord comercial. El nostre compromís professional no és fer caritat, és exercir rigor amb la salut global i posar la farmàcia al servei de les vides que avui queden fora del sistema.

Això vol dir mirar de cara les desigualtats estructurals. Els Determinants Socials de la Salut ens recorden que la pobresa, l'educació o l'habitatge pesen més que la recepta, i que mentre l'última Llista de Medicaments Essencials recull 523 medicaments per a adults i 374 per a infants, els països rics en gestionem milers cada dia. Aquesta

bretxa no és casual, és una decisió, i la cooperació farmacèutica només tindrà sentit si contribueix a tancar-la.

Des d'aquí, jo resumiria la tasca de la CFI en tres batalles que no podem posposar: utilitzar totes les flexibilitats legals per garantir l'accés quan el preu posa en risc el dret a la vida; combatre el mercat de medicaments subestàndard i falsificats, que concentra el seu impacte als països més pobres; i impulsar sobirania sanitària a través de transferència tecnològica, capacitat local de producció i regulació pròpia robusta.

Per fer-ho, cal una professionalització sense fissures. El Farmacèutic Cooperant i el Farmacèutic Voluntari són diferents però igualment imprescindibles, sempre que treballin amb formació específica, protocols de seguretat i autocura. La qualitat de la cooperació comença per la qualitat de la cura dels seus professionals.

I, finalment, necessitem mantenir els tres pilars metodològics: avaluar per saber si de veritat millorem l'accés i reduïm desigualtats; sistematitzar per no perdre el coneixement i poder replicar allò que funciona; i comunicar per al canvi social, per mobilitzar aliances i situar la cooperació en el centre de les polítiques sanitàries, no a la perifèria.

L'objectiu és clar: que cada comunitat pugui decidir sobre la seva salut i disposar dels medicaments essencials que necessita, sota el seu control i amb el suport necessari però sense dependències cròniques. Quan un projecte continua viu en mans del personal local, sense nosaltres, aleshores sí que podem dir que la Cooperació Farmacèutica Internacional ha estat una eina real de sobirania sanitària i de justícia social.

Mentre preparava aquesta intervenció, em va venir un pensament que crec que és important que us voldria compartir i amb això acabo. I és que la Cooperació Farmacèutica no es fa mai amb llums ni amb flaixos. Es fa treballant amb rigor. Es fa col·laborant de manera real. I els seus resultats no es mesuren en agraïments sinó en vides que milloren. Quan desenvolupem aquesta tasca, quan baixem a un hospital, quan creem un protocol de gestió de medicaments, quan capacitem personal local, quan intentem millorar l'accés a la salut, ho fem sense

espectacle. Sense celebracions. Només amb la certesa que el rigor tècnic i la col·laboració autèntica fan que les coses funcionin. Aquesta és la Cooperació Farmacèutica de la qual ens sentim orgullosos. Treballar amb la convicció que el canvi estructural no és glamurós. És tècnic. És silenciós. I sobretot és transformador.

Moltes gràcies.

ANNEX 1: Emergència sota pressió: l'Hospital START a Moçambic i Turquia

L'**Hospital START** representa un model d'**intervenció d'emergència** que demostra com la farmàcia hospitalària esdevé un servei essencial en contextos de crisi humanitària. Aquest equip mèdic d'emergència espanyol ha estat desplegat en dues ocasions: **Moçambic el 2019 i Turquia el 2023**, amb la participació de farmacèutiques cooperants que han gestionat la farmàcia en condicions extremes.

La farmàcia com a servei transversal

Ana Vargas, farmacèutica granadina que va gestionar la farmàcia de l'Hospital de la Cooperació Espanyola a Turquia en la tercera rotació, explica: “Em sento molt feliç d’haver pogut participar en el desplegament del Start, ha estat una experiència molt enriquidora i on hem pogut millorar la salut de moltes persones. **La farmàcia ha estat el servei més transversal de tot l'Hospital**. En total, hem atès 7.387 pacients i amb un estocatge de 74.000 unitats per principi actiu, per monodosi, a més de fungibles i productes sanitaris”.

Farmamundi va participar com a proveïdor especialitzat en el subministrament de medicaments en el desplegament de l'Hospital situat a les afores d'Iskenderun (Hatay), una de les ciutats més afectades pels sismes. “En total hem enviat **30 pallets** (aproximadament 4.900 kg) amb els medicaments bàsics per a l'atenció sanitària a les persones ferides en el terratrèmol. Han estat tres enviaments diferents amb medicaments antiinflamatoris, analgèsics, antibiòtics, antiasmàtics i material sanitari”, explica **Carme Ciscar**, responsable de la Logística Humanitària a Farmamundi.

Dues farmacèutiques en l'equip START

Fins a **195 persones**, en tres torns de treball, han participat com a membres de l'Equip Mèdic d'Emergència START en aquesta missió liderada per l'acció humanitària espanyola, entre elles les farmacèutiques **Miriam López** en la primera rotació i **Ana Vargas** en la tercera, acompanyada pel tècnic de farmàcia Rafael Rivas Gil.

“La farmàcia ha estat el servei més transversal de tot l’Hospital, ha cobrat una importància vital, donant suport a consultes externes, hospitalització, cirurgia, ginecologia, anestèsia, psiquiatria, etc. També hem realitzat un gran treball a peu de carrer, a la porta de triatge, facilitant atenció farmacèutica i seguiment als pacients amb patologies cròniques com hipertensió, diabetis, colesterol o pacients amb insuficiència cardíaca”, prossegueix Vargas.

Tant **Miriam López** com **Ana Vargas** destaquen la figura del farmacèutic en les donacions en col·laboració amb el Ministeri de Salut de Turquia. “S’ha distribuït als centres de salut en atenció primària i hospitalària. També s’han facilitat productes d’higiene femenina i per a menors en els assentaments locals”.

Vargas explica l’important suport amb medicació als serveis d’atenció de psicologia, pediatria i fisioteràpia. I comparteix una reflexió de millora amb la mecanització per a l’estocatge: “amb un lector làser per exemple, per digitalitzar tot i millorar encara més les prestacions, sempre que sigui possible”, conclou.

L’experiència humana: entre la tragèdia i la solidaritat

“Hem viscut situacions molt tràgiques, però també de molta solidaritat. A tot l’equip Start, compost per personal sanitari, d’infermeria i logistes, ens va inundar la tristesa per la situació que continuen vivint moltes persones, però també l’alegria i la força de poder ajudar-les i atendre-les”, explica **Miriam López**, la farmacèutica encarregada del primer relleu.

“Hem pogut atendre una mitjana de **200 persones al dia**, sobretot amb afectacions de segon nivell. Els **analgèsics i antibiòtics** han estat els medicaments més usats per tractar ferides i hem treballat de 9 del matí a 9 de la nit. Encara que ha estat dur, em sento molt satisfeta i feliç de poder ajudar juntament amb tot l’equip de sanitaris i logistes voluntaris”, conclou Miriam, que ja va estar a l’Hospital de Campanya a Moçambic, quan es va posar en marxa per primera vegada el 2019.

Dades d'interès

- L'hospital ha estat desplegat **33 dies**, del 13 de febrer al 17 de març.
- L'equip mèdic ha pogut atendre **7.387 pacients**. Uns **224 per dia**.
- **195 professionals**, entre personal sanitari i logistes, han estat treballant en tres torns durant tot el temps del desplegament.
- L'oferta sanitària de l'Equip START inclou **atenció psicològica** per part de personal expert de Metges del Món, i les dues companyes farmacèutiques de Farmamundi que s'han encarregat de la gestió de la farmàcia.
- L'hospital ha proporcionat serveis d'**atenció d'urgències, consultes d'adults i pediàtriques, ginecologia, traumatologia, fisioteràpia, cirurgia, hospitalització, radiologia, laboratori i suport psicosocial**.
- Després del desmuntatge, s'han donat **punts d'aigua addicionals, 80 kits d'higiene familiars i sis tendes de campanya**. També s'ha donat a l'autoritat turca de resposta d'emergències (UMKE) medicaments i fungibles que no es van arribar a utilitzar.

ANNEX 2: Acció humanitària amb refugiats: salut integral a Uganda

Uganda representa un dels principals països d'acollida de població refugiada a nivell mundial, albergant més de **1,9 milions de refugiats** (a gener de 2026). La majoria provenen de **Sudàn del Sud (52%)** i **República Democràtica del Congo (33%)**, seguits de lluny per Sudàn (5%), Eritrea (3%), Somàlia (3%), Burundi (2%) i Ruanda (1%), entre d'altres. Els conflictes perllongats en aquests països, sumats al col·lapse de serveis bàsics i a les males condicions de vida en els assentaments, han generat una pressió enorme sobre el sistema sanitari ugandès. Això afecta especialment la **salut maternoinfantil, la salut sexual i reproductiva i l'atenció a la violència sexual i basada en gènere**, que es viu no només com una vulneració de drets humans, sinó també com un greu problema de salut pública.

Territoris d'intervenció

- **Kampala:** capital del país, on viu un gran nombre de persones refugiades de diferents nacionalitats en assentaments urbans informals, moltes en situació d'alta precarietat.
- **Kyaka II:** assentament de població refugiada al sud-oest del país, amb població principalment procedent de la República Democràtica del Congo, amb alts nivells de vulnerabilitat, violència sexual i problemes de salut mental lligats al desplaçament perllongat.
- **Adjumani:** assentament al nord del país, amb població refugiada majoritàriament de Sudàn del Sud i Sudàn, amb necessitats elevades en salut bàsica, salut mental i salut sexual i reproductiva.

Resum de la intervenció

L'estratègia parteix d'una idea clara: **la salut no és només curar malalties, és garantir dignitat, drets i capacitat de recuperació**. Per això combina reforç del sistema sanitari, atenció directa, salut mental i treball comunitari.

En primer lloc, es reforcen els **centres de salut** de Kampala, Kyaka II i Adjumani amb medicaments i material mèdic essencial, prioritzant la salut maternoinfantil, la salut sexual i reproductiva i l'atenció clínica a supervivents de violència sexual. Això permet millorar consultes prenatales, planificació familiar, profilaxi post-violació i prevenció d'infeccions de transmissió sexual.

Al mateix temps, es forma al **personal sanitari** de les tres localitzacions (amb alta rotació) en prevenció de malalties transmissibles, salut maternoinfantil, salut sexual i reproductiva i atenció a la violència sexual com a problema de salut pública. Tot això amb un enfocament de gènere i drets humans, perquè l'atenció sigui més respectuosa, segura i adaptada a les necessitats reals de dones, nenes i altres grups vulnerables.

Per arribar a qui no pot desplaçar-se, es despleguen **equips mòbils sanitaris** que recorren les zones més allunyades. Aquestes **brigades**

mòbils fan proves de VIH i malària, control nutricional, immunització infantil, atenció prenatal, planificació familiar, suport psicosocial, detecció de casos de violència de gènere i derivació a serveis especialitzats. A més, realitzen xerrades comunitàries de prevenció de malalties com ebola o COVID-19.

La **salut mental** és un altre pilar central. S'organitzen sessions de teràpia psicològica grupal per a persones refugiades que arrossegueu depressió, ansietat i trauma per anys de desplaçament i violència. Aquestes teràpies no només alleugen el patiment emocional, sinó que enforteixen la resiliència, l'autonomia i la capacitat d'exigir drets.

Tot això es complementa amb un fort **treball comunitari**. Es forma a referents comunitaris (promotors de salut refugiats) en igualtat de gènere i prevenció de la violència, es realitzen sessions de sensibilització sobre drets, salut sexual i reproductiva i prevenció de la violència, i es creen comitès comunitaris que detecten casos de violència sexual i acompanyen a les supervivents cap als serveis de salut, suport psicosocial i assessorament legal.

A més, es dona suport directament a les famílies més vulnerables amb la **distribució de kits d'higiene, articles menstruals i mosquiteres**, reduint riscos de malaltia i millorant la dignitat en la vida quotidiana.

I alguna cosa fonamental: **res s'imposa des de fora**. Les activitats es dissenyen amb la pròpia població refugiada i amb organitzacions locals. Hi ha espais perquè la gent opini, proposi millores i participi en les decisions. És **acció humanitària basada en drets, en dignitat i en corresponsabilitat**.

Persones ateses

S'estima que a Uganda l'any 2025 s'ha proporcionat ajuda humanitària a al voltant de **80.000 persones**, sent almenys **65.000 dones i nens/nenes**.

ANNEX 3: Desenvolupament i transformació estructural: vigilància epidemiològica a El Salvador

El programa de Farmamundi a **El Salvador** pretén incidir en els factors que limiten l'exercici del **Dret a la Salut**, amb una lògica orientada a enfortir capacitats institucionals i comunitàries i la seva articulació, per executar un pla de prevenció d'incidència de la morbimortalitat i control de malalties transmissibles com zika, dengue, COVID-19 i altres, amb caràcter multisectorial per optimitzar recursos i augmentar efectivitat, i amb accions d'amortiment complementàries, incluent i equitatives per part de les xarxes institucional i comunitària.

Els quatre components del programa

Component 1: Millora de la capacitat institucional

Incideix en els factors que limiten l'accés a uns serveis de salut universals, suficients, més eficaços i en condicions d'igualtat. Pretén millorar la capacitat institucional en abordatge epidemiològic i clínic de malalties transmissibles a la Regió Oriental de Salut (ROS). Per això es realitzen accions de prevenció i maneig epidemiològic, desenvolupament i actualització de protocols i lineaments VIGEPES, **instal·lació d'Unitats d'Intel·ligència Epidemiològica**, capacitació en gestió epidemiològica, dotació de material per a laboratori del MINSAL, recerca operativa i seguiment i monitoratge a la gestió epidemiològica d'unitats de salut, sense barreres de gènere que dificultin l'accés a recursos de salut. També es desenvolupa una formació especialitzada per millorar l'acompliment dels gestors/es en les seves capacitats per a la gestió epidemiològica, educació, prevenció, seguiment epidemiològic, recerca i sistema de referència/contrarreferència de casos.

Component 2: Enfortiment departamental (Morazán)

Focalitza en millorar capacitats per a gestió epidèmica i atenció dels serveis públics a nivell departamental. Per això s'enforteix el **sistema de registre i monitoratge institucional**, ampliant el seu abast, es realitzen millores físiques en àrees destinades a la gestió epidemiològica i a l'atenció durant brots epidèmics sense barreres de gènere en 6 UCSF capçaleres de microxarxa del departament, per atendre crisis

per epidèmies. Se'ls dota d'equips i materials per a epidemiologia, es capacita al seu personal de vigilància epidemiològica (26 UCSF i 1 SIBASI) en gestió epidemiològica, organització, registre, prevenció i estratègies d'educació en salut per reduir el risc de malalties transmissibles i maneig clínic de malalties d'interès epidemiològic. També es proporciona equips, material sanitari, reactius i inputs de caràcter tècnic per al mostreig diagnòstic i es possibilita suport logístic a la capacitat confirmatòria del laboratori departamental de SIBASI Morazán, entre altres activitats.

Component 3: Enfortiment comunitari

Pretén enfortir actors comunitaris clau en salut per al treball en xarxa amb el sistema institucional. S'amplien capacitats tècniques i organitzatives a nivell comunitari. Concretament es capaciten i acrediten per part del MINSAL **agents comunitaris de salut (ACS)** en accions de lluita anti-epidèmica, garantint capacitats en el maneig del **Sistema de Vigilància Epidemiològica Comunitària (VECO)** sense biaix de gènere per a identificació, referència i registre de casos en 15 municipis de les 6 microxarxes de salut del departament de Morazán. Es doten i habiliten recursos del sistema VECO a comunitaris i UCSF de les microxarxes.

Component 4: Comunicació i prevenció

Desenvolupa un pla de comunicació de prevenció en salut que pretén augmentar el compromís comunitari, reforçant coneixements, actituds i pràctiques de la població amb processos de sensibilització en relació a l'ús de mesures de prevenció en salut, pràctiques higiènic-sanitàries, coneixement específic sobre prevenció de malalties transmissibles freqüents, amb enfocament de corresponsabilitat. S'elabora material promocional sobre prevenció epidèmica utilitzant codis socials i culturals per fer més eficaç l'apropiació i es desenvolupa una campanya educativa i promocional, amb missatges no estereotipats i cobertura departamental, dirigida a població usuària en les unitats de salut del SIBASI i les associacions comunitàries (ADESCO) de 6 microxarxes.

Col·lectiu meta

El col·lectiu meta es correspon amb la població de la Regió Oriental de Salut (ROS), que veurà millorada la resposta del Sistema Nacional de Salut. Els titulars de drets directes comprenen **127.316 persones (67.042 dones)** de Morazán, que participen de les millores en la xarxa institucional i comunitària per a prevenció, atenció, identificació i referència de malalties transmissibles arbovíriques o infeccioses. Es contempla, com a població destinatària majoritària, dones en edat fèrtil (MEF), menors de 5 anys i majors de 60, prioritzats pel MINSAL en ser especialment vulnerables per malalties transmissibles.

Assoliments destacables

- Identificats el **100% de brots epidèmics** del departament de Morazán d'interès sanitari per al Ministeri de Salut (MINSAL) i implementades les mesures de contenció d'acord amb lineaments epidemiològics oficials.
- **2 Unitats d'Intel·ligència Epidemiològica (UIE)** de la regió oriental i del SIBASI Morazán, processant informació procedent de 26 unitats sanitàries per a l'avaluació i la planificació epidemiològica, sense biaix de gènere, d'acord amb els lineaments oficials.
- Habilitats locals en **6 UCSF** capçaleres de microxarxa del departament, emfatitzant en: 1) Àrees destinades a la gestió epidemiològica, i 2) Àrees dedicades a l'atenció durant brots epidèmics (ambients de consulta i d'aïllament de casos quan es requereix).
- El **80% del personal de salut (60 persones)** dedicat a la vigilància epidemiològica (45% dones) capacitat en normatives epidemiològiques, assistencials i recerca en salut amb enfocament de gènere per superar barreres de gènere, concordes a cada nivell de resolució sanitari (Nacional, SIBASI, UCSF).
- Implementat i funcionant el **Sistema de Vigilància Epidemiològica Comunitària (VECO)**, amb enfocament de gènere i inclusió per a persones amb discapacitat visual i auditiva, en 6 microxarxes (18 UCSF) del departament de Morazán.
- El **30% de la població de 26 municipis** del departament de Morazán coneix el 70% de missatges clau de l'estratègia co-

munitària amb pertinència cultural, perspectiva inclusiva, no sexista i mediambiental, per a la prevenció epidemiològica de 5 malalties transmissibles de major prevalença.

Resultat més impactant: Reducció del 82% de la mortalitat infantil a la zona d'intervenció, demostrant que la transferència tècnica integral amb participació comunitària és la clau per a l'impacte durable.

ANNEX 4: Justícia social i gènere: la Xarxa DISOME a República Dominicana

La **Xarxa de Distribució Social de Medicaments (DISOME)** treballa per millorar l'accés a medicaments essencials i la salut comunitària en poblacions vulnerables de la República Dominicana. És una iniciativa que es va iniciar al país fa cinc anys, després d'haver-la aplicat amb èxit anteriorment a **Guatemala i Nicaragua**.

El soci local al país és **COSALUP**, amb qui Farmamundi treballa a l'illa des de l'any 2010.

Què és la Xarxa DISOME

La Xarxa està formada per **Botiquins Comunitaris** localitzats en les comunitats periurbanes i rurals de **Santo Domingo** i la província de **Puerto Plata**. Són locals de **dones promotores de salut** per permetre l'accés a medicaments essencials i naturals i a mètodes anticonceptius a la població de comunitats vulnerables. En aquests moments es treballa amb un total de **25 botiquins** i s'espera que a finals del 2026 s'incorporin 5 botiquins nous.

Aquests botiquins es gestionen en base a una **política institucional de medicaments**, en la qual COSALUP, amb l'acompanyament de Farmamundi, aporta la metodologia, el suport tècnic i la formació. D'aquesta manera, es garanteix que els medicaments que es dispensen siguin de **qualitat, accessibles, a prop de la comunitat i, molt important, a un preu just**.

Per a la seva consecució, es promou la formació de les promotores

que dispensen a la Xarxa DISOME per enfortir les seves capacitats i es fan visites periòdiques d'un farmacèutic a cada establiment per a la supervisió del servei sanitari que dóna a la comunitat.

Objectius i activitats

Accés a medicaments: La Xarxa DISOME té com a objectiu facilitar l'accés a medicaments essencials i mètodes anticonceptius a més de **36.000 persones**, beneficiant especialment comunitats en condicions d'alta vulnerabilitat.

Formació i capacició: A més de la dispensació de medicaments, s'imparteixen cursos de formació per a les promotores de salut en temes de **salut sexual i reproductiva**, així com en l'adequada dispensació de medicaments.

Promoció de la salut: La xarxa també treballa en la promoció de la **salut col·lectiva** i la **prevenció de la violència de gènere**, empoderant les dones i joves en els seus drets sexuals i reproductius.

L'impacte en gènere i desenvolupament

La Xarxa DISOME exemplifica com la **justícia social i la igualtat de gènere** es materialitzen en la cooperació farmacèutica. Les **26 farmàcies comunitàries gestionades per dones** promotores de salut no només garanteixen medicaments de qualitat, sinó que impulsen l'**autonomia econòmica femenina**. Aquí es tanca el cercle: **l'ODS 3 sobre salut i l'ODS 5 sobre igualtat de gènere no són objectius separats. Són la mateixa cosa.**

Reptes pel futur

- Ampliar la Xarxa de botiquins a altres comunitats d'alta vulnerabilitat.
- Millorar el stock de medicaments.
- Adquirir un mitjà de transport eficient per agilitzar el subministrament a les dues províncies (Santo Domingo i Puerto Plata).

En aquests moments hi ha en execució un projecte per a l'enfortiment

de la Xarxa amb finançament del **CONGRAL** que va iniciar l'1 de desembre de 2025.

ANNEX 5: Formació i transferència de coneixement: el projecte SALUDemia 2.0 a Andalusia

El projecte **SALUDemia 2.0** representa un model innovador de **formació especialitzada** que demostra com els aprenentatges de la cooperació farmacèutica internacional i l'acció humanitària es poden transferir al sistema sociosanitari local, enfortint les capacitats professionals per afrontar els reptes globals de salut i la implementació de l'Agenda 2030.

Un projecte d'Educació per al Desenvolupament

Aquesta iniciativa, liderada per **Farmamundi** en col·laboració amb **Medicumundi Sur**, es va desenvolupar entre **2023 i 2025** a quatre províncies andaluses: **Sevilla, Cadis, Còrdova i Huelva**. L'objectiu estratègic era clar: enfortir les competències tècniques, pràctiques i operatives del personal sanitari i sociosanitari per integrar en el seu desenvolupament professional la promoció de la Salut Global, amb especial èmfasi en el dret a la salut, els Determinants Socials de la Salut (DSS), l'accés a medicaments, l'equitat de gènere en salut, la sobirania sanitària i la justícia social des del rigor professional.

Metodologia: de la pràctica al coneixement

El projecte va desplegar una metodologia participativa i rigorosa basada en cinc pilars interconnectats.

Primer, es va crear un **espai de treball amb especialistes** de reconegut prestigi per sistematitzar i transferir coneixement sobre bones pràctiques solidàries de l'àmbit del desenvolupament davant els reptes globals de salut, adaptant-les al context sociosanitari andalús.

Segon, es van dissenyar i facilitar **quatre cursos semipresencials** acreditats oficialment per l'Agència de Qualitat Sanitària d'Andalusia (ACSA) i el Servei Andalus de Salut, amb **3,85 crèdits de formació**

continuada. Aquesta acreditació oficial garanteix el reconeixement professional i la qualitat tècnica de la formació.

Tercer, es van implementar **quatre Laboratoris d'Aprenentatge-Servei** en territori, espais pràctics on els professionals van poder aplicar directament els coneixements adquirits en contextos reals, vinculant-se amb entitats del tercer sector i projectes d'intervenció comunitària.

Quart, es va dissenyar i llançar un **MOOC (plataforma d'aprenentatge virtual)** obert amb **18 ponències especialitzades** en cooperació sanitària i acció humanitària, accessible per a qualsevol professional interessat, garantint l'escalabilitat i la replicabilitat de l'aprenentatge més enllà dels participants directes.

Cinquè, es va dur a terme una **sistematització de deu Bones Pràctiques** provinents de projectes a Àfrica, Amèrica Llatina i contextos d'emergència, transferint coneixement validat sobre gestió de medicaments essencials, cadena de subministrament segura, vigilància epidemiològica, salut mental, violències de gènere i determinants socials.

Tot això amb enfocaments transversals ineludibles: Drets Humans, Gènere, Interculturalitat, Sostenibilitat Ambiental i Determinants Socials de la Salut.

Personal format i abast

Els resultats quantitius demostren l'impacte i l'escalabilitat del projecte. **125 professionals i estudiants de l'àmbit sociosanitari** van completar els cursos semipresencials acreditats, amb una participació majoritàriament femenina (76% dones). Els perfils predominants incloïen infermeria, medicina, farmàcia, psicologia, treball social i educació social.

Més de **100 persones** van participar en els laboratoris d'Aprenentatge-Servei, amb forta presència de perfils sanitaris i socials, vinculant-se activament a entitats del tercer sector i aplicant els coneixements en intervenció real.

I aquí ve l'escalabilitat real del projecte: més de **1.300 professionals, estudiants i agents socio-sanitaris** van accedir al MOOC i als materials oberts de formació en cooperació sanitària i salut global, multiplicant l'abast de la intervenció molt més enllà dels participants directes.

Articulació institucional: el paper dels Col·legis Professionals

Un element clau del projecte va ser la seva integració amb les estructures professionals existents. SALUDemia 2.0 es va dissenyar i implementar en coordinació amb els **Col·legis Oficials de Farmacèutics, Metges, Infermeria i Treball Social**, amb seus físiques a Sevilla i Granada, i coordinació a les quatre províncies d'intervenció.

També es va establir col·laboració amb les **universitats públiques andaluses** de Cadis, Sevilla, Huelva i Còrdova, integrant la formació en cooperació sanitària en l'àmbit curricular, amb docència acreditada i Aprenentatge-Servei vinculat a projectes reals.

En total, el projecte va articular una **xarxa de 113 entitats**, entre universitats, col·legis professionals (incloent-hi els de Farmàcia), serveis de salut i organitzacions de cooperació. Aquesta xarxa demostra que la professionalització de la Cooperació Farmacèutica Internacional exigeix la col·laboració activa de les institucions professionals com a garants del rigor tècnic i l'ètica professional.

ANNEX 6: Innovació comunitària: els laboratoris ciutadans d'Activando ODS

Onze prototips innovadors per a la salut neixen dels laboratoris ciutadans

La iniciativa “**Activando ODS**” impulsa la salut comunitària amb **11 prototips** creats en 11 territoris d'Espanya. Més de **180 persones** han participat en aquests espais d'innovació col·lectiva per abordar problemàtiques locals relacionades amb el benestar integral.

Com a fruit d'aquest treball s'ha llançat una **aplicació mòbil** perquè qualsevol persona pugui conèixer els actius del seu entorn fàcilment.

En un context en què la salut comunitària és clau per a la salut de les persones i el compliment dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), el projecte “Activando ODS” de Farmamundi ha impulsat la col·laboració ciutadana per generar canvis reals i sostenibles. Finançada pel **Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030**, aquesta iniciativa ha reunit més de 180 persones de diversos col·lectius, associacions i entitats en **laboratoris d’innovació ciutadana** repartits per tota Espanya. El resultat: 11 prototips innovadors que aborden problemàtiques locals relacionades amb la salut, des de l’autocura fins a la sostenibilitat ambiental.

Els prototips són **idees pilot d’acció** per al compliment dels ODS, que permetran provar i avaluar les estratègies abans del seu desenvolupament final.

Prototips que transformen comunitats

Entre els prototips es troba el “**Pla d’Autocura Comunitària i Autoestima**” (PACA) a València, que busca enfortir la salut mental i emocional mitjançant eines col·lectives. Com explica **Rosana Monleón Blasco**, psicòloga en EEIIA – Serveis socials d’atenció primària: “Defensar la salut comunitària és defensar el benestar de la gent que t’envolta, la gent que forma la teva xarxa social. Al final, el que estem fent és allò de ‘jo dono i rebo’”.

A Castella i Lleó, “**DICES: Diàlegs Intergeneracionals Creixent En Salut**” promou tallers formatius per connectar joves i grans entorn de temes clau com la nutrició i l’ús de medicaments genèrics. **Rolando Salazar Aliaga**, ginecòleg representant de FAMASA, emfatitza: “Les poblacions tant de grans com de joves, que no oblidem són els grans del futur, podem trobar punts d’aproximació i enteniment. En definitiva, que ens coneguem”.

Un altre exemple és “**MIMA: Macarena Inicia Medi Ambient**”, que es focalitza en fomentar hàbits sostenibles a Sevilla, mentre a Astúries, “**Pulso social**” es monitoritzen inequitats en l’accés a la salut, destacant com el treball col·lectiu pot generar impacte a nivell regional i nacional.

Innovació ciutadana per al canvi social

Els **laboratoris ciutadans** són espais d'encontre que encoratgen les comunitats a dissenyar solucions adaptades a les seves necessitats. **Flavio Sousa**, antropòleg i sociòleg que va participar a Castella-la Manxa, subratlla: “Tenir espais per cocrear, com un laboratori ciutadà, aporta empoderament ciutadà i construeix una gran comunitat cuidadora”.

En totes les iniciatives realitzades s’ha dut a terme el **mapeig d’actius de salut**, una eina que identifica recursos comunitaris clau per al benestar. Aquest procés ha permès identificar **77 recursos** que impulsen la salut i contribueixen al compliment dels ODS. **Immaculada Sanz**, tècnica de salut pública del SARES Saragossa, comenta: “L’objectiu és fer fàcil el sa. Per això, dotem de formació i eines a professionals i difondrem a la població què és un actiu de salut i com aprofitar-lo”.

Tecnologia i ciberactivisme per amplificar l’impacte

Una de les innovacions del projecte és l’**aplicació mòbil “Activando ODS”**, disponible a Playstore, que facilita els resultats dels mapejos a totes les persones, perquè puguin localitzar actius de salut al seu entorn i participar en accions comunitàries. En aquest sentit, **María Esteban**, farmacèutica a la Farmàcia Lavapiés, destaca el valor d’aquesta eina: “Totes coneixem la necessitat d’aunar els actius i recursos dels barris. Sempre ens posem les mans al cap perquè no sabem on derivar la gent, què podem usar, què no. Tenir un banc ben organitzat de recursos és una eina súper útil”.

A més, “Activando ODS” en la seva fase II ha comptat amb grans col·laboradores com la **il·lustradora Adelaxd** per ajudar-nos a comprendre la necessitat del treball en comunitat i la **periodista Claudia GR Moneo** i la seva àvia **Rosa Moneo** per mostrar-nos la importància de la salut comunitària en la quotidianitat.

Tot aquest impacte ha estat amplificat a través del **ciberactivisme**, una altra eina per visibilitzar l’abast del projecte i promoure aliances. Entre aquestes accions destaca la iniciativa simbòlica de les **cartes d’amor als barris**, un recordatori que els ODS no són només objec-

tius globals, sinó compromisos locals i quotidians, i que visibilitza l'energia i l'amor posat per totes les persones participants en tractar de millorar el seu entorn, centrant-se en el positiu.

Una xarxa nacional de comunitats propositives

El projecte ha consolidat una **xarxa de comunitats propositives** que connecten iniciatives locals amb un abast nacional. Per conèixer les diferents experiències i reflexions de les seves participants, us animem a visitar la web: <http://activando-ods.saludglocal.org>

Activando ODS continua avançant cap a la seva tercera fase. Si tu també vols implicar-te en la cerca de solucions per al teu territori, segueix-nos a xarxes socials o escriu a la delegació de Farmamundi a la teva comunitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Velásquez G. *Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a medicamentos y la propiedad intelectual*. Madrid: Farmamundi; 2015 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf>
2. Ghebreyesus TA. *Health: A political choice – act now, together*. London: Global Governance Project; 2020 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.globalgovernanceproject.org/health-is-a-political-choice/>
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. *Estrategia social de la profesión farmacéutica*. Madrid: CGCOF; 2021. Aguilar J. *La profesión farmacéutica como motor de impacto sanitario y social: más allá del medicamento*. Discurs d'ingrés a la Real Academia de Farmacia de Cataluña; 14 octubre 2025; Barcelona.
4. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
5. Organización Mundial del Comercio. *Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*. Conferencia Ministerial de la OMC; 14 novembre 2001; Doha. Documento WT/MIN(01)/DEC/2 [Internet]. Ginebra: OMC; 2001 [consultat el 2026]. Disponible a: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm
6. Naciones Unidas. *Agenda for Humanity. World Humanitarian Summit*. 22–23 maig 2016; Istanbul. Nova York: ONU; 2016. United Nations Development Programme. *Humanitarian Development Peace Nexus approaches* [Internet]. New York: UNDP; 2024 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.undp.org/arab-states/humanitarian-development-peace-nexus-approaches>
7. Beyond SunCare. *Memòria d'activitats i informació institucional* [Internet]. 2017–[any en curs] [consultat el 2026]. Disponible a: <https://beyondsuncare.org> Gilaberte Y, Mzumara TE, Manjolo SP, Kaseko N, Bagazgoitia L, Fuller LC, et al. Evaluation of the acceptance and efficacy of a bespoke sun protection package for persons with oculocutaneous albinism living in Malawi. *Int J Dermatol*. 2019;58(11):134553.
8. Organización Mundial de la Salud. *The selection and use of es-*

essential medicines, 2025: WHO Model List of Essential Medicines [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/B09474>

9. World Health Organization. *Substandard and falsified medical products* [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/substandard-and-falsified-medical-products>

**LA COOPERACIÓN FARMACÉUTICA
INTERNACIONAL
DEL MEDICAMENTO A LA SOBERANÍA SANI-
TARIA, UN IMPERATIVO DE JUSTICIA SOCIAL**

DISCURSO

de ingreso como Académico Correspondiente

Ilustre Sr. Dr. Ricard Troiano i Gomà

Celebrado el día 10 de junio de 2026

PRESENTACIÓN

a cargo del Académico Numerario

Excelentísimo Sr. Dr. Eugeni Sedano i Monasterio

Barcelona

2026

PRESENTACIÓN

a cargo del Académico Numerario

Excelentísimo Sr. Dr. Eugeni Sedano i Monasterio

**Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia
de Farmacia de Cataluña,
Excelentísimas e Ilustres Señoras y Señores Académicos,
Distinguidas Autoridades académicas y profesionales,
Queridos familiares, amigos y compañeros,
Señoras y Señores,**

Es para mí un gran honor que esta docta Academia me haya otorgado la confianza y, al mismo tiempo, la responsabilidad de llevar a cabo la presentación del **Dr. Ricard Troiano i Gomà**, en esta solemne sesión con motivo de su ingreso como Académico Correspondiente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña.

Debo manifestar que es un privilegio tener la oportunidad de glosar la personalidad del Dr. Troiano y entiendo que mi designación por parte de la Junta de Gobierno de la Academia para llevar a cabo esta gratificante tarea se debe al hecho de haber sido uno de los firmantes de la propuesta de admisión como nuevo académico, de la que nos sentimos muy honrados de presentar conjuntamente con el Dr. Francesc Tresserra y el Dr. Miquel Salgot, ya que era una propuesta fundamentada en la trayectoria, tanto personal como profesional, de un farmacéutico de reconocida valía, a lo que se añade, en mi caso, el hecho personal de que nos conocemos desde la carrera en la Facultad de Farmacia, donde nació una verdadera y duradera amistad.

Por tanto, en este trámite preceptivo de presentación, quiero aprovechar para expresar mi afecto personal y profesional hacia el nuevo académico y hacia su familia, en particular su esposa Anna Albareda Costa, también farmacéutica, y su hijo Eduard.

El Dr. Ricard Troiano i Gomà nació en Mollerussa en el año 1954 y su familia se trasladó a Barcelona cuando él tenía 10 años.

De la **formación universitaria** del futuro miembro de la Academia, debemos decir que se licenció en Farmacia en la Universidad de Barcelona en 1977 y posee un doble doctorado, en Farmacia por la Universidad de Barcelona en 1979 y en Ciencias por la Universidad Autónoma de Barcelona en 1989. Además, dispone del diploma en óptica desde el año 1979.

De su **carrera profesional**, debemos resaltar su dedicación como farmacéutico titular de oficina de farmacia desde 1977 hasta la actualidad en Viladecavalls, donde ha desarrollado los servicios de óptica, ortopedia y las campañas de salud pública y actividades de atención farmacéutica promovidas por las autoridades sanitarias y colegiales.

Por otra parte, ha formado parte del Consejo de Administración de Laboratorios CINFA durante 26 años, desde 1996 hasta 2022, y es miembro del Consejo de Administración de la distribuidora farmacéutica FARMACIOLA desde 1996.

En el mundo de la cooperación farmacéutica, es miembro de FARMACÉUTICOS MUNDI desde sus orígenes en 1993, donde ha sido su Delegado en Cataluña desde 1998 y miembro de su Junta Rectora desde 2002 hasta la actualidad. En esta entidad ha desempeñado los cargos de Vicepresidente en 2006 y Presidente durante dos mandatos desde 2014 hasta 2022, momento en el que asume la responsabilidad del cargo de Relaciones Institucionales de Farmacéuticos Mundi.

Durante estos años ha colaborado en la identificación y seguimiento de proyectos de cooperación de Farmacéuticos Mundi en Guatemala y Honduras, así como en la ayuda humanitaria en los campos de refugiados saharauis de Tinduf y en el envío de suministros de medicamentos a Bulgaria y Cuba, habiendo demostrado su capacidad de liderazgo de equipos multidisciplinares que han diseñado y llevado a cabo proyectos innovadores en el mundo de la cooperación farmacéutica.

Quisiera mencionar, asimismo, que el Dr. Ricard Troiano recibió el XXII Premio del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña, por “potenciar el nombre y el prestigio profesional de la farmacia y por su labor realizada como presidente de la ONG Farmacéuticos

Mundi”, que le fue entregado en el acto inaugural del curso 2019 de esta Real Academia de Farmacia de Cataluña.

De hecho, su **discurso de ingreso** en esta docta Academia versa sobre **“La cooperación farmacéutica internacional: del medicamento a la soberanía sanitaria, un imperativo de justicia social”**, donde, en primer lugar, nos hablará de los fundamentos de la cooperación farmacéutica internacional y de los distintos tipos de cooperación, empezando por las intervenciones de emergencia para dar respuesta a situaciones críticas inesperadas; seguida de la acción humanitaria, que va más allá de la respuesta inmediata; destacando, no obstante, las actuaciones a largo plazo, como es la cooperación al desarrollo.

Finalizará con unas reflexiones que profundizan en la justificación real de la cooperación farmacéutica internacional y su futuro.

En definitiva, quisiera transmitir a este selecto auditorio que las personas que hemos tenido ocasión de conocer al Dr. Ricard Troiano disfrutamos de un gran profesional, digno de confianza y creativo.

Antes de finalizar esta presentación, permítanme felicitar al nuevo académico y expresar, al mismo tiempo, la satisfacción que sentimos al poder contar en el futuro con su colaboración en el seno de esta Academia, ya que, a la vista de su extensa trayectoria profesional, quisiera dejar patente que, en mi opinión, la Academia de Farmacia de Cataluña gana un miembro de alto reconocimiento profesional, que contribuirá a incrementar, todavía más, el nivel y el prestigio de esta docta Institución.

Por ello, una vez haya leído el discurso reglamentario, solicito al Excelentísimo Sr. Presidente que le imponga la medalla y la estola y le haga entrega del título acreditativo de Académico Correspondiente.

He dicho.

**LA COOPERACIÓN FARMACÉUTICA
INTERNACIONAL
DEL MEDICAMENTO A LA SOBERANÍA SANI-
TARIA, UN IMPERATIVO DE JUSTICIA SOCIAL**

ÍNDICE

1. Introducción
2. Del mito a la realidad: qué es realmente la cooperación farmacéutica
3. Salud Global y Determinantes Sociales: más allá de los medicamentos
4. Tres realidades, un compromiso: emergencia, acción humanitaria y desarrollo
5. Por qué la cooperación farmacéutica es un imperativo de justicia
6. Hacia la soberanía sanitaria: profesionalización y transferencia tecnológica
7. Conclusiones: soberanía sanitaria, tres batallas y tres pilares

ANEXOS

- **Anexo 1:** Emergencia bajo presión: el Hospital “START” en Mozambique y Turquía
- **Anexo 2:** Acción humanitaria con refugiados: salud integral en Uganda
- **Anexo 3:** Desarrollo y transformación estructural: vigilancia epidemiológica en El Salvador
- **Anexo 4:** Justicia social y género: la Red “DISOME” en República Dominicana
- **Anexo 5:** Formación y transferencia de conocimiento: el proyecto “SALUDemia 2.0” en Andalucía
- **Anexo 6:** Innovación comunitaria: los laboratorios ciudadanos de “Activando ODS”

1. Introducción

**Excelentísimo Señor Presidente de la Real Academia de Farmacia de Cataluña,
Excelentísimas e Ilustres Señoras y Señores Académicos,
Distinguidas autoridades académicas y profesionales,
Amigos, Señoras y Señores,**

Permítanme iniciar estas palabras expresando mi más sincero y profundo agradecimiento a la Junta de Gobierno de esta Real Academia por el gran honor que representa para mí ser admitido en esta institución.

Al Excelentísimo Presidente, Dr. Joan Permanyer, quiero trasladarle mi gratitud más sentida, tanto por su magisterio como por el privilegio que supone que sea él quien presida este acto. Y permítanme mencionar de manera muy especial al Dr. Eugeni Sedano, académico que ha tenido la generosidad de proponer mi candidatura; su confianza es, para mí, una responsabilidad profunda, más que un reconocimiento personal.

Ingresar en esta Academia significa sumarme a una trayectoria colectiva que ha contribuido de manera decisiva al progreso científico y profesional de la farmacia en nuestro país. Esta casa ha sido, y sigue siendo, un espacio donde el conocimiento farmacéutico se pone al servicio de la sociedad, y donde la ciencia se vincula de forma indisoluble con la vocación de servicio público. Hoy, poder entrar en ella con una mirada centrada en la cooperación farmacéutica internacional y en la soberanía sanitaria es, a la vez, un honor y un deber de coherencia con aquello que he intentado vivir profesionalmente.

Quiero hacer extensivo este agradecimiento a Farmamundi y a su Junta Rectora (Farmacéuticos Mundi), institución con la que he compartido años de trabajo y aprendizaje en el ámbito de la cooperación. A su director general, Joan Peris, y a todo el equipo de dirección y profesionales de las diferentes áreas, les debo mucho más que una colaboración: les debo haber entendido que la farmacia puede ser una herramienta concreta de justicia social cuando se pone al servicio de

las comunidades más vulnerables, con rigor técnico y respeto por los saberes locales.

Mis palabras de agradecimiento son también para todas las personas que han contribuido a mi formación en cooperación farmacéutica internacional. Pienso en muchas miradas, en muchas conversaciones de campo y de despacho, en profesionales que, a menudo lejos de los focos, han ido tejiendo esta disciplina como una práctica exigente, basada en la evidencia y en el compromiso ético. Entre estos referentes, permítanme citar al Dr. Germán Velásquez, que desde la Organización Mundial de la Salud abrió caminos fundamentales en el debate sobre propiedad intelectual, patentes y acceso a los medicamentos. Sus aportaciones han sido, para muchos de nosotros, una brújula para entender que hablar de medicamentos es, en realidad, hablar de derechos humanos.

No puedo olvidar tampoco la dimensión más personal de este camino. A mi esposa, Anna, y a mi hijo, Eduard, quiero agradecerles la paciencia y la generosidad con la que han acompañado ausencias, viajes y obsesiones profesionales que, sin su apoyo silencioso —bueno, silencioso o, a veces, no tanto—, habrían sido insostenibles. Este discurso, y la trayectoria que lo precede, también les pertenece. Y quiero mencionar igualmente a Xavier Tarrés, que me ha ayudado en la elaboración de este trabajo y me ha ofrecido una mirada crítica y confiada a la vez, imprescindible para dar coherencia a lo que hoy compartiré con ustedes.

La conferencia que presentaré a continuación gira en torno a una idea que para mí es central: que la cooperación farmacéutica internacional, bien entendida, no es un ejercicio de caridad, sino un imperativo de justicia social y de compromiso profesional.

Con esta conciencia, les invito a acompañarme en un recorrido que va del medicamento a la soberanía sanitaria, entendiendo la farmacia como una profesión que, desde el conocimiento técnico, puede convertirse en una herramienta efectiva de justicia social. Ese es, en el fondo, el compromiso que hoy asumo ante esta Academia: poner mi experiencia al servicio de una visión de la farmacia que no deje a nadie atrás.

2. Del mito a la realidad: qué es realmente la cooperación farmacéutica

Hablaba hace un momento de poner mi experiencia al servicio de una visión de la farmacia que no deje a nadie atrás. Pero ¿qué significa eso exactamente cuando hablamos de cooperación farmacéutica internacional?

A menudo la gente imagina a un farmacéutico subiéndose a un avión rumbo a África con una maleta llena de medicamentos. La realidad es mucho más profunda y mucho más técnica que eso.

La verdad es que la Cooperación Farmacéutica Internacional es la arquitectura ineludible de la Salud Global y la Justicia Social. Es la herramienta técnica que garantiza que el derecho a la vida no permanezca bajo llave. Porque lo que realmente importa en este trabajo no es solo que el envío llegue intacto a una clínica rural; lo importante es que, cuando llegue, haya alguien que sepa qué medicamento necesita, que sea de calidad, que sea seguro y que sea el correcto para esa persona, en ese contexto y en esas condiciones. Nuestra profesión se convierte así en una herramienta tangible de justicia social, donde el conocimiento técnico marca la diferencia entre la supervivencia y el olvido.

Esta vocación tiene raíces profundas en la búsqueda de la equidad. Recordemos que hace casi cincuenta años, en 1977, la Organización Mundial de la Salud publicó la primera Lista de Medicamentos Esenciales. Aquel gesto político — situar la salud pública por delante del mercado— sigue siendo revolucionario hoy. Sin embargo, vivir en 2025 es vivir en un tiempo complejo, donde la salud global se ve desafiada no solo por pandemias o por el cambio climático, sino por acuerdos internacionales de propiedad intelectual que a menudo bloquean el acceso a los fármacos. Esta tensión es palpable: la última revisión de la Lista Modelo de la OMS de septiembre de 2025 incluye 523 medicamentos esenciales para adultos y 374 para niños. Estas cifras contrastan dramáticamente con los miles de referencias que gestionamos a diario en las farmacias occidentales. La pregunta que debería quitarnos el sueño es: ¿por qué existe esta brecha? Y, más importante aún, ¿cómo la cerramos?

3. Salud Global y Determinantes Sociales: más allá de los medicamentos

Para entender cómo funciona esta transformación, debemos partir de una constatación: los desafíos sanitarios no conocen fronteras. La Cooperación Farmacéutica Internacional, CFI, no es una opción geopolítica: es una necesidad epidemiológica. Problemas como las pandemias, el cambio climático, la pobreza o el acceso desigual a medicamentos requieren soluciones colaborativas, multisectoriales y equitativas.

Por eso, una frase que debemos tener siempre presente es esta: “Nunca habrá salud sin Salud Global”. Esta afirmación no es sentimental: es una declaración política y científica. Nos obliga a entender la salud como un bien público global que nos interpela a todos. Nos pide pensar en conexión con la naturaleza, evitar miradas eurocéntricas y androcéntricas, y sentirnos parte integrada de un todo. Cuando una enfermedad se propaga por el África subsahariana sin control epidemiológico, la pregunta no es si llegará a Barcelona: la pregunta es cuándo.

Pero la Salud Global no puede reducirse a la epidemiología. Para actuar con eficacia, debemos superar el enfoque puramente biomédico que dominó la cooperación durante décadas, donde se pensaba que bastaba con enviar medicamentos y formar personal sanitario. Ese enfoque es insuficiente porque ignora las realidades estructurales que moldean la salud. Por eso, como ya se ha dicho, la cooperación farmacéutica debe adoptar un enfoque holístico en el que se integren las dimensiones sociales, económicas y culturales del proceso salud-enfermedad-atención.

Y aquí entran en juego los Determinantes Sociales de la Salud —los DSS—. La OMS los define sencillamente como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”. Los DSS no son solo la pobreza o la falta de educación. Son el acceso al agua potable, las condiciones de vivienda, la inestabilidad política, el entorno ambiental y, aquí viene lo más importante, tienen un peso mayor que los factores genéticos e incluso superior al acceso a la atención médica en la configuración de los resultados sanitarios.

Detengámonos un momento en ello: la genética es menos importante que el contexto social. Un farmacéutico puede proporcionar el mejor medicamento del mundo, pero si el paciente no tiene agua potable, si no dispone de una vivienda digna, si no puede ir a trabajar porque tiene que cuidar a niños, ese medicamento tendrá una eficacia limitada.

La injusticia social sigue causando muertes a gran escala. Un niño nacido en un país de ingresos bajos tiene trece veces más probabilidades de morir antes de los cinco años que uno nacido en un país rico. Trece veces. Las poblaciones indígenas presentan una esperanza de vida menor que el resto, y la falta de inversión en investigación, unida a la pobreza, perpetúa enfermedades que solo afectan a los pobres: enfermedades que Occidente ha olvidado porque no son rentables.

El director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dijo algo que me ha marcado: “La salud pública es, en última instancia, una elección política”. La diferencia de esperanza de vida entre un país rico y uno pobre alcanza los dieciocho años. Dieciocho años de vida, más o menos. Esto no es biología: es política. Esto es una decisión que tomamos colectivamente sobre cómo distribuimos los recursos, cómo establecemos prioridades y, en definitiva, cómo protegemos las vidas.

Por tanto, la mejora de los DSS es la base de un sistema de Atención Primaria de Salud equitativo y sostenible. Y solo desde la profesionalización y el rigor técnico de la Cooperación Farmacéutica podemos aspirar a afrontar estos retos estructurales.

Ahora bien, para garantizar calidad y seguridad en el acceso a los medicamentos, es fundamental distinguir los perfiles que participan en ello. Tenemos dos tipos de farmacéuticos que trabajan en cooperación. En primer lugar, el Farmacéutico Cooperante: es un profesional contratado y remunerado, con una relación contractual clara. Diseña y gestiona estructuras de logística, formación y políticas de salud para fortalecer los sistemas locales. Evalúa necesidades, gestiona proyectos, asesora sobre selección de medicamentos, adquisición y distribución segura y eficaz. Pero, antes de incorporarse a cualquier proyecto, debe recibir una formación especializada muy rigurosa, tanto en aspectos técnicos como culturales y de seguridad personal. No se puede improvisar.

En segundo lugar, el Farmacéutico Voluntario: ofrece su tiempo y sus conocimientos de manera altruista, siendo fundamental en el aprendizaje, el apoyo técnico puntual y, sobre todo, en la sensibilización y la educación para la transformación social. Se espera que cuente con competencias específicas para la cooperación y que practique estrategias de autocuidado para evitar el desgaste emocional y físico, especialmente en contextos de crisis. Aquí hablamos de resiliencia personal, de salud mental, de reconocer los límites humanos.

Esta implicación, tanto profesional como voluntaria, es un compromiso ineludible de nuestra profesión con la salud global. Pero la CFI exige más: debe integrar enfoques de derechos humanos, perspectiva de género, edad y diversidad. Debe reconocer los saberes locales y abordar las causas estructurales de la desigualdad. Solo así la CFI será la vía para garantizar el derecho a la salud en contextos vulnerables mediante una atención rigurosa, de calidad y centrada en las personas.

4. Tres realidades, un compromiso: emergencia, acción humanitaria y desarrollo

La cooperación farmacéutica se despliega en tres grandes escenarios, que exigen respuestas muy diferentes. Primero, las intervenciones de emergencia. Segundo, la acción humanitaria. Y tercero, la cooperación al desarrollo, que mira al largo plazo. Cada uno de estos ámbitos requiere herramientas, habilidades y ritmos propios, pero en los tres el farmacéutico desempeña un papel técnico y ético insustituible.

Primero, las Intervenciones de Emergencia. Responden a situaciones críticas y súbitas: terremotos, epidemias o conflictos armados. El tiempo apremia: el objetivo principal es salvar vidas, y la rapidez se convierte en la máxima prioridad. En estos escenarios, el medicamento del que se dispone es el medicamento del que se dispone, y hay que saber gestionarlo con inteligencia estratégica. La selección se realiza siguiendo la Lista Modelo de la OMS, adaptada a cada emergencia. La farmacéutica cooperante Miriam López trabajó con el equipo START en Mozambique, en 2019, y en Turquía, en 2023, asumiendo la gestión de la farmacia hospitalaria en condiciones extremas. En contextos de recursos muy escasos, tuvo que resolver problemas so-

bre el terreno y elaborar fórmulas magistrales para cubrir necesidades urgentes. Esta es la cooperación de emergencia: táctica, rápida, basada en la capacidad de innovación técnica bajo presión (anexo 1).

Si lo expresamos en cifras, aquel hospital de campaña estuvo operativo durante 33 días en la región de Iskenderun, atendiendo a 7.387 personas —unos 224 pacientes al día—, con un equipo de 195 profesionales organizados en tres turnos y una farmacia que gestionaba cerca de 74.000 unidades por principio activo en formato de monodosis. Farmamundi envió allí unos 30 palés, alrededor de 4.900 kg de medicamentos esenciales y material sanitario, y la farmacia se convirtió en el servicio más transversal de todo el hospital, prestando apoyo tanto a los dispositivos de urgencias y hospitalización como a la atención a pie de calle de personas con enfermedades crónicas.

Segundo, la **Acción Humanitaria**. Va más allá de la respuesta inmediata; busca prevenir el daño, proteger la dignidad y acompañar procesos de recuperación en crisis que se prolongan en el tiempo. Lo vemos, por ejemplo, en el trabajo con población refugiada en Uganda, en los asentamientos de Adjumani, Kyaka II y en los barrios periféricos de Kampala. En estos contextos, las brigadas móviles combinan la atención clínica básica con la salud mental y el trabajo comunitario: se realizan consultas de salud maternoinfantil, salud sexual y reproductiva, detección y atención a la violencia sexual, pruebas de VIH y malaria, vacunaciones, así como espacios de apoyo psicosocial para personas que arrastran años de desplazamiento y trauma. El objetivo no es solo curar una infección puntual, sino reforzar la capacidad de las personas y de las comunidades para reconstruir su vida con derechos, con voz propia y con esperanza (anexo 2).

Si lo expresamos en cifras, solo en el año 2025 se calcula que en Uganda se ha prestado apoyo humanitario a unas 80.000 personas refugiadas, de las cuales al menos 65.000 son mujeres, niñas y niños, a través del refuerzo de los centros de salud, de las brigadas móviles y de la distribución de kits de higiene, productos menstruales y mosquiteras. Este dispositivo integra formación al personal sanitario, trabajo con líderes comunitarios y atención psicosocial, de modo que cada medicamento dispensado forma parte de una respuesta más amplia de salud integral y de protección de derechos.

Tercero, la **Cooperación al Desarrollo**. Tiene un enfoque a largo plazo, orientado a la transformación estructural de las condiciones que generan pobreza y desigualdad. El objetivo no es resolver un problema a corto plazo, sino fortalecer las capacidades locales y crear sistemas sostenibles. Para lograr la sostenibilidad, la selección de medicamentos utiliza como eje central la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales del gobierno local, adaptada a factores locales como las enfermedades prevalentes, los recursos financieros y la capacitación del personal. Y aquí está la clave: los proyectos se diseñan para dejar capacidad instalada en el personal local, asegurando que los servicios se mantengan sin depender nunca más de la ayuda externa.

Quiero ofrecer tres ejemplos que muestran esta transformación estructural en acción. En primer lugar, el proyecto de la Fundación El Alto en el Hospital de Gambo, Etiopía, iniciado en 2007. El objetivo es mejorar el servicio de farmacia, impulsar el Sistema de Distribución por Dosis Unitaria —una innovación logística que mejora el acceso y la seguridad— y formar técnicos etíopes que progresivamente asuman la gestión sin necesidad de intervención externa. Eso es transferencia técnica real.

Un buen segundo ejemplo es el trabajo en El Salvador, donde no se trata solo de vigilar epidemias, sino de construir una auténtica inteligencia epidemiológica compartida entre instituciones y comunidad. Se crean Unidades de Inteligencia Epidemiológica, se forma a personal sanitario y agentes comunitarios, se mejoran espacios y equipamientos en los centros de salud y se articula un sistema de vigilancia comunitaria que detecta antes los brotes de dengue, zika o COVID19. Esto significa pasar de un modelo reactivo a un modelo preventivo y colectivo, en el que el conocimiento local es tan importante como el protocolo técnico (anexo 3).

Si lo expresamos en cifras, este programa en la zona de La Libertad abarcaba siete municipios con 284.064 personas, y solo en el departamento de Morazán llegaba directamente a 127.316 habitantes, de los cuales 67.042 mujeres, mediante la red institucional y comunitaria. El resultado más contundente es que, en el área de intervención, la mortalidad infantil se ha reducido en un 82 por ciento, demostrando que la transferencia técnica integral, cuando va de la mano de la par-

tipificación comunitaria, es capaz de cambiar de verdad la curva de la desigualdad en salud.

Tercer ejemplo: el trabajo en la República Democrática del Congo, en Kivu Norte. La labor en esta región se centra en atender las necesidades de las personas desplazadas internas que se han visto forzadas a abandonar sus hogares a causa de la violencia y del avance del conflicto entre los distintos grupos armados presentes en el territorio. En total, se estima que en 2025 se ha proporcionado ayuda humanitaria a alrededor de 200.000 personas congoleñas. Los centros de salud pública se abastecen de medicamentos y se forma al personal sanitario, que después presta consultas de salud sexual y reproductiva, salud maternoinfantil y salud mental. También es esencial el trabajo con personas que viven con VIH, incluidas mujeres embarazadas y menores. En cuanto a la violencia sexual y basada en género, ante las alarmantes cifras de casos se aborda como un problema de salud pública. Farmamundi colabora con entidades locales para proporcionar atención médica especializada y psicosocial a miles de mujeres supervivientes. Pero lo que hace transformador este proyecto es que va más allá del tratamiento clínico. Integra actividades generadoras de ingresos y grupos de apoyo mutuo que aseguran la reinserción socioeconómica real y el empoderamiento de las supervivientes. No solo se cura la enfermedad: se transforma la relación de la mujer consigo misma y con su comunidad. Además, las acciones de sensibilización comunitaria han demostrado su valor al incrementarse el número de mujeres supervivientes de violencia sexual y basada en género que acuden a los centros de salud en las primeras 72 horas después de las agresiones, siendo este tiempo vital para paliar las consecuencias físicas y emocionales de la violencia. También ha cambiado la percepción sobre la sexualidad responsable y la planificación familiar entre la población joven vulnerable, lo que incide directamente en los casos de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. El apoyo con kits de higiene, apoyo nutricional y artículos de dignidad favorece una mejora de la salud comunitaria de la población desplazada interna en Kivu Norte. Asimismo, se han llevado a cabo acciones de incidencia con representantes de las autoridades sanitarias locales para que tomen conciencia de la situación de las personas desplazadas y de las supervivientes de violencia sexual, y para que se comprometan a atender sus necesidades en los centros de salud y

otras estructuras públicas, desde el respeto del derecho a la salud y de los derechos humanos. Todo el apoyo humanitario de Farmamundi a la población vulnerable se ha consensuado con la propia población, así como con las organizaciones locales socias con las que se trabaja, favoreciendo la localización y la soberanía humanitaria.

Estos tres ejemplos muestran el mismo principio: la cooperación al desarrollo transforma el modelo de dependencia en un modelo de equidad sistémica

5. Por qué la cooperación farmacéutica es un imperativo de justicia

Ahora quiero entrar en una pregunta más profunda: ¿por qué hacemos esto? ¿Cuál es la justificación real de la Cooperación Farmacéutica Internacional?

La respuesta es sencilla pero incómoda: porque la mera transferencia de medicamentos no es suficiente. Los problemas a los que nos enfrentamos son estructurales. Los Determinantes Sociales de la Salud exigen enfoques que combinen la perspectiva de derechos humanos con herramientas de sostenibilidad ambiental, reducción del riesgo de desastres y reconocimiento de los saberes locales. Lo repito: debemos superar el eurocentrismo y el paternalismo tradicional.

Y aquí quiero añadir algo urgente: la CFI debe sumarse decididamente al debate global que sitúa la crisis climática como una crisis de salud. Los medicamentos no sirven de nada en contextos donde falta agua potable, donde la contaminación ambiental genera enfermedad o donde la degradación ecosistémica erosiona los propios fundamentos de la vida humana. Si queremos ser realistas respecto a la justicia sanitaria, debemos ser realistas respecto a la justicia ambiental.

Pero quiero centrarme en una amenaza específica que exige nuestra atención técnica urgente: el mercado de medicamentos subestándar y falsificados (9). Son medicamentos que parecen lo que pretenden ser, pero que contienen dosis incorrectas, ingredientes contaminados o simplemente “nada”. Las consecuencias son devastadoras: fracaso

de los tratamientos, pérdida de confianza en los servicios sanitarios, resistencia a los antibióticos que se propaga de manera imparable. Y en este contexto, el farmacéutico cooperante actúa como el guardián del rigor y de la calidad en toda la cadena de suministro. Esta es una gran responsabilidad que no se puede delegar.

Por ello, debemos ser claros con la industria y los gobiernos: el debate sobre las patentes es urgente y no es académico. Es imprescindible aplicar las salvaguardias de la Declaración de Doha (5) del Acuerdo sobre los ADPIC —Licencias Obligatorias, Importaciones Paralelas— para evitar que el precio impida el derecho a la vida. Un paciente que muere de malaria sin acceso a un medicamento eficaz no se consuela por el hecho de que la patente esté protegida.

Esta transformación no se produce de manera aislada. Se gestiona a través de la denominada estrategia del Triple Nexo (6) —Humanitario, Desarrollo y Paz—, que busca la coherencia entre el alivio inmediato en las emergencias y el cambio estructural a largo plazo. Aplicar el Triple Nexo implica adoptar una visión estratégica: no son proyectos aislados, son intervenciones que contribuyen simultáneamente al fortalecimiento de los sistemas, a cadenas de suministro seguras y sostenibles y, sobre todo, a la reducción de las desigualdades.

Esta visión se materializa en ejemplos concretos que refuerzan el valor del farmacéutico más allá de la logística básica. Un proyecto está incompleto si no aborda la Justicia Social y el Género, si no integra diagnósticos participativos con las comunidades y si no prevé planes de mantenimiento que garanticen la independencia local tras la finalización del proyecto.

En este camino hacia la justicia social, existen experiencias que muestran cómo salud y equidad de género pueden trabajarse al mismo tiempo. La Red DISOME, en la República Dominicana, es un ejemplo muy claro. Hablamos de botiquines comunitarios ubicados en barrios periurbanos y zonas rurales, gestionados por mujeres promotoras de salud, que acercan medicamentos esenciales, métodos anticonceptivos y consejo farmacéutico allí donde el sistema formal a menudo no llega. No se trata solo de suministro: es también formación, acompañamiento y supervisión farmacéutica para que lo que se dispensa

sea de calidad, apropiado al contexto y a un precio justo. Cuando una mujer de la comunidad gestiona un botiquín, no solo mejora el acceso a los tratamientos, también consolida su liderazgo social y económico (anexo 4).

En términos concretos, la Red DISOME agrupa actualmente 25 botiquines comunitarios —con la previsión de llegar a 30 a finales de 2026— y facilita el acceso regular a medicamentos esenciales y métodos anticonceptivos a más de 36.000 personas de comunidades altamente vulnerables de Santo Domingo y Puerto Plata. Estos botiquines son gestionados por mujeres promotoras de salud, que reciben formación continua en uso racional del medicamento, salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia de género, demostrando en la práctica que el ODS 3 sobre salud y el ODS 5 sobre igualdad de género, en realidad, avanzan juntos y no pueden separarse.

Esta justificación se sustenta en la coordinación con otros actores —organismos internacionales, ONG locales, redes profesionales, administraciones—. Cuando esta coordinación funciona bien, es posible optimizar recursos y alinearse con las prioridades locales y globales. Cuando falla, es porque no existe una coordinación real y las cosas se hacen mal.

Y, por último, la justificación más profunda de la CFI es que implica pasar de la dependencia a la soberanía sanitaria mediante la transferencia tecnológica. No es filantropía: es transferencia de poder decisorio. Proyectos como Beyond Suncare (7) lo ejemplifican: en lugar de limitarse a enviar fotoprotectores para personas con albinismo en el África subsahariana, impulsaron la creación de la primera unidad local de producción en África para estos productos. Ahora, en África, producen, controlan y distribuyen sus propios medicamentos. Eso es soberanía sanitaria.

6. Hacia la soberanía sanitaria: profesionalización y transferencia tecnológica

Bien, dejemos de mirar atrás y miremos hacia delante. ¿Cuál es, entonces, el futuro de la Cooperación Farmacéutica Internacional? El

futuro es un camino ineludible hacia la soberanía sanitaria. No es un eslogan: es un cambio de paradigma que nos obliga a abandonar, de una vez por todas, el viejo modelo de la caridad y apostar por un modelo de equidad sistémica. La caridad es temporal. La equidad sistémica es permanente. Y yo defiendo que nuestra profesión debe ser una de las arquitectas de ese cambio.

Esta transformación solo será posible si la política global y el rigor técnico caminan de la mano. El futuro de la farmacia es descentralizado: los medicamentos del futuro no se enviarán desde Suiza a Mozambique; se producirán en Mozambique, con tecnología compartida, formación adecuada y controles de calidad reconocidos internacionalmente. Y si eso no sucede, la cooperación farmacéutica habrá fracasado en su objetivo.

En este escenario, el farmacéutico no puede quedarse en un papel secundario. Debe garantizar el acceso seguro a los medicamentos, sí, pero sobre todo debe contribuir a fortalecer los sistemas de salud en contextos vulnerables, desde el diseño de políticas de medicamentos hasta la gestión de cadenas de suministro y la regulación. Eso exige una profesionalización absoluta y un rigor formativo innegociable.

Por eso, el papel de la Universidad y de los Colegios Profesionales es, a mi entender, decisivo. La cooperación farmacéutica internacional debe dejar de ser una optativa bienintencionada y pasar a ser una asignatura troncal en la formación de grado, con másteres y posgrados específicos en salud internacional, medicamentos esenciales, gestión de crisis y salud global. Y esta formación debe ser integral: conocimientos farmacotécnicos, sí, pero también seguridad personal, autocuidado del profesional, gestión de equipos multiculturales y capacidad para desenvolverse en entornos políticamente complejos. Un cooperante sin formación en seguridad, que llega traumatizado al terreno, no puede hacer un buen trabajo. Un cooperante quemado, sencillamente, no puede ayudar a nadie (anexo 5).

Ahora bien, profesionalizar significa también cambiar la manera en que aprendemos de lo que hacemos. Por eso defiendo que la CFI debe sostenerse siempre sobre tres pilares metodológicos: la Evaluación, la Sistematización y la Comunicación para el Cambio Social. Evaluar

significa medir el impacto real: si mejoramos el acceso a medicamentos esenciales, si reforzamos capacidades locales, si reducimos mortalidad y desigualdades; no es burocracia, es responsabilidad. Sistematizar significa ordenar el conocimiento generado, documentar buenas prácticas, evitar repetir errores, hacer que cada proyecto sea una pieza de un aprendizaje colectivo. Y comunicar para el cambio social significa explicar lo que hacemos no para buscar reconocimiento, sino para transformar actitudes y estructuras, para movilizar alianzas y para que otros actores puedan replicar y mejorar estas experiencias (anexo 6).

En síntesis, cuando hablamos de futuro no pienso en más proyectos dispersos, sino en una arquitectura nueva: sistemas de salud más soberanos, industrias farmacéuticas locales capaces de producir medicamentos esenciales, profesionales formados en salud global y comunidades que deciden qué necesitan y cómo quieren hacerlo. Si la Cooperación Farmacéutica Internacional no contribuye a esta soberanía sanitaria, si se limita a enviar cajas, habremos perdido una oportunidad histórica. Y esta, honestamente, es una oportunidad que no nos podemos permitir perder.

7. Conclusiones: soberanía sanitaria, tres batallas y tres pilares

Para concluir, quisiera sintetizar qué entiendo por Cooperación Farmacéutica Internacional y por qué la considero imprescindible. Para mí, la CFI es la arquitectura técnica que hace posible la Salud Global y la Justicia Social: el mecanismo que debe evitar que el derecho a la vida quede secuestrado por un almacén o por un acuerdo comercial. Nuestro compromiso profesional no es hacer caridad, sino ejercer el rigor con la salud global y poner la farmacia al servicio de las vidas que hoy quedan fuera del sistema.

Esto significa mirar de frente las desigualdades estructurales. Los Determinantes Sociales de la Salud nos recuerdan que la pobreza, la educación o la vivienda pesan más que la receta y que, mientras la última Lista de Medicamentos Esenciales recoge 523 medicamentos para adultos y 374 para niños, los países ricos gestionamos miles cada día. Esta brecha no es casual, es una decisión, y la cooperación farma-

céutica solo tendrá sentido si contribuye a cerrarla.

Desde ahí, resumiría la tarea de la CFI en tres batallas que no podemos aplazar: utilizar todas las flexibilidades legales para garantizar el acceso cuando el precio pone en riesgo el derecho a la vida; combatir el mercado de medicamentos subestándar y falsificados, que concentra su impacto en los países más pobres; e impulsar la soberanía sanitaria a través de la transferencia tecnológica, la capacidad local de producción y una regulación propia robusta.

Para hacerlo, hace falta una profesionalización sin fisuras. El Farmacéutico Cooperante y el Farmacéutico Voluntario son diferentes pero igualmente imprescindibles, siempre que trabajen con formación específica, protocolos de seguridad y autocuidado. La calidad de la cooperación empieza por la calidad del cuidado de sus profesionales.

Y, por último, necesitamos mantener los tres pilares metodológicos: evaluar para saber si realmente mejoramos el acceso y reducimos desigualdades; sistematizar para no perder el conocimiento y poder replicar aquello que funciona; y comunicar para el cambio social, para movilizar alianzas y situar la cooperación en el centro de las políticas sanitarias, no en la periferia.

El objetivo es claro: que cada comunidad pueda decidir sobre su salud y disponer de los medicamentos esenciales que necesita, bajo su control y con el apoyo necesario, pero sin dependencias crónicas. Cuando un proyecto sigue vivo en manos del personal local, sin nosotros, entonces sí podemos decir que la Cooperación Farmacéutica Internacional ha sido una herramienta real de soberanía sanitaria y de justicia social.

Mientras preparaba esta intervención, me vino un pensamiento que creo importante compartir con ustedes, y con esto termino. La Cooperación Farmacéutica no se hace nunca con focos ni con flashes. Se hace trabajando con rigor. Se hace colaborando de forma real. Y sus resultados no se miden en agradecimientos, sino en vidas que mejoran. Cuando desarrollamos esta tarea, cuando bajamos a un hospital, cuando creamos un protocolo de gestión de medicamentos, cuando capacitamos a personal local, cuando intentamos mejorar el acceso a

la salud, lo hacemos sin espectáculo. Sin celebraciones. Solo con la certeza de que el rigor técnico y la colaboración auténtica hacen que las cosas funcionen. Esa es la Cooperación Farmacéutica de la que nos sentimos orgullosos. Trabajar con la convicción de que el cambio estructural no es glamuroso. Es técnico. Es silencioso. Y, sobre todo, es transformador.

Muchas gracias.

ANEXO 1: Emergencia bajo presión: el Hospital START en Mozambique y Turquía

El **Hospital START** representa un modelo de **intervención de emergencia** que demuestra cómo la farmacia hospitalaria se convierte en un servicio esencial en contextos de crisis humanitaria. Este equipo médico de emergencia español ha sido desplegado en dos ocasiones: **Mozambique en 2019** y **Turquía en 2023**, con la participación de farmacéuticas cooperantes que han gestionado la farmacia en condiciones extremas.

La farmacia como servicio transversal

Ana Vargas, farmacéutica granadina que gestionó la farmacia del Hospital de la Cooperación Española en Turquía en la tercera rotación, explica: “Me siento muy feliz de haber podido participar en el despliegue del Start, ha sido una experiencia muy enriquecedora y en la que hemos podido mejorar la salud de muchas personas. **La farmacia ha sido el servicio más transversal de todo el Hospital**. En total, hemos atendido a 7.387 pacientes y con un almacenaje de 74.000 unidades por principio activo, en monodosis, además de fungibles y productos sanitarios”.

Farmamundi participó como proveedor especializado en el suministro de medicamentos en el despliegue del Hospital situado en las afueras de Iskenderun (Hatay), una de las ciudades más afectadas por los seísmos. “En total hemos enviado **30 palés** (aproximadamente 4.900 kg) con los medicamentos básicos para la atención sanitaria de las personas heridas en el terremoto. Han sido tres envíos distintos con medicamentos antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, antiasmáticos y material sanitario”, explica **Carne Ciscar**, responsable de la Logística Humanitaria en Farmamundi.

Dos farmacéuticas en el equipo START

Hasta **195 personas**, en tres turnos de trabajo, han participado como miembros del Equipo Médico de Emergencia START en esta misión liderada por la acción humanitaria española, entre ellas las farmacéuticas **Miriam López** en la primera rotación y **Ana Vargas** en la terce-

ra, acompañada por el técnico de farmacia Rafael Rivas Gil.

“La farmacia ha sido el servicio más transversal de todo el Hospital, ha cobrado una importancia vital, dando apoyo a consultas externas, hospitalización, cirugía, ginecología, anestesia, psiquiatría, etc. También hemos realizado una gran labor a pie de calle, en la puerta de triaje, facilitando atención farmacéutica y seguimiento a pacientes con patologías crónicas como hipertensión, diabetes, colesterol o pacientes con insuficiencia cardiaca”, prosigue Vargas.

Tanto **Miriam López** como **Ana Vargas** destacan la figura del farmacéutico en las donaciones en colaboración con el Ministerio de Salud de Turquía. “Se ha distribuido a los centros de salud en atención primaria y hospitalaria. También se han facilitado productos de higiene femenina y para menores en los asentamientos locales”.

Vargas explica el importante apoyo con medicación a los servicios de atención de psicología, pediatría y fisioterapia. Y comparte una reflexión de mejora sobre la mecanización para el almacenaje: “con un lector láser, por ejemplo, para digitalizarlo todo y mejorar todavía más las prestaciones, siempre que sea posible”, concluye.

La experiencia humana: entre la tragedia y la solidaridad

“Hemos vivido situaciones muy trágicas, pero también de mucha solidaridad. A todo el equipo Start, compuesto por personal sanitario, de enfermería y de logística, nos inundó la tristeza por la situación que siguen viviendo muchas personas, pero también la alegría y la fuerza de poder ayudarlas y atenderlas”, explica **Miriam López**, la farmacéutica encargada del primer relevo.

“Hemos podido atender a una media de **200 personas al día**, sobre todo con afecciones de segundo nivel. Los **analgésicos y antibióticos** han sido los medicamentos más utilizados para tratar heridas y hemos trabajado de 9 de la mañana a 9 de la noche. Aunque ha sido duro, me siento muy satisfecha y feliz de poder ayudar junto con todo el equipo de sanitarios y logísticos voluntarios”, concluye Miriam, que ya estuvo en el Hospital de Campaña en Mozambique, cuando se puso en marcha por primera vez en 2019.

Datos de interés

- El hospital ha estado desplegado **33 días**, del 13 de febrero al 17 de marzo.
- El equipo médico ha podido atender a **7.387 pacientes**. Unos **224 al día**.
- **195 profesionales**, entre personal sanitario y logístico, han estado trabajando en tres turnos durante todo el tiempo del despliegue.
- La oferta sanitaria del Equipo START incluye **atención psicológica** por parte de personal experto de Médicos del Mundo, y las dos compañeras farmacéuticas de Farmamundi que se han encargado de la gestión de la farmacia.
- El hospital ha proporcionado servicios de **atención de urgencias, consultas de adultos y pediátricas, ginecología, traumatología, fisioterapia, cirugía, hospitalización, radiología, laboratorio y apoyo psicosocial**.
- Tras el desmontaje, se han entregado **puntos de agua adicionales, 80 kits de higiene familiares y seis tiendas de campaña**. También se han entregado a la autoridad turca de respuesta a emergencias (UMKE) medicamentos y fungibles que no llegaron a utilizarse.

ANEXO 2: Acción humanitaria con refugiados: salud integral en Uganda

Uganda representa uno de los principales países de acogida de población refugiada a nivel mundial, albergando a más de **1,9 millones de refugiados** (en enero de 2026). La mayoría proceden de **Sudán del Sur (52%)** y la **República Democrática del Congo (33%)**, seguidos a gran distancia por Sudán (5%), Eritrea (3%), Somalia (3%), Burundi (2%) y Ruanda (1%), entre otros. Los conflictos prolongados en estos países, sumados al colapso de los servicios básicos y a las malas condiciones de vida en los asentamientos, han generado una enorme presión sobre el sistema sanitario ugandés. Esto afecta especialmente a la **salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva y la atención a la violencia sexual y basada en género**, que se vive no solo como una vulneración de derechos humanos, sino también como

un grave problema de salud pública.

Territorios de intervención

- **Kampala:** capital del país, donde vive un gran número de personas refugiadas de distintas nacionalidades en asentamientos urbanos informales, muchas en situación de alta precariedad.
- **Kyaka II:** asentamiento de población refugiada en el suroeste del país, con población principalmente procedente de la República Democrática del Congo, con altos niveles de vulnerabilidad, violencia sexual y problemas de salud mental ligados al desplazamiento prolongado.
- **Adjumani:** asentamiento en el norte del país, con población refugiada mayoritariamente de Sudán del Sur y Sudán, con elevadas necesidades en salud básica, salud mental y salud sexual y reproductiva.

Resumen de la intervención

La estrategia parte de una idea clara: **la salud no es solo curar enfermedades, es garantizar dignidad, derechos y capacidad de recuperación.** Por eso combina refuerzo del sistema sanitario, atención directa, salud mental y trabajo comunitario.

En primer lugar, se refuerzan los **centros de salud** de Kampala, Kyaka II y Adjumani con medicamentos y material médico esencial, priorizando la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva y la atención clínica a supervivientes de violencia sexual. Esto permite mejorar consultas prenatales, planificación familiar, profilaxis post-violación y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Al mismo tiempo, se forma al **personal sanitario** de las tres localizaciones (con alta rotación) en prevención de enfermedades transmisibles, salud maternoinfantil, salud sexual y reproductiva y atención a la violencia sexual como problema de salud pública. Todo ello con un enfoque de género y derechos humanos, para que la atención sea más respetuosa, segura y adaptada a las necesidades reales de mujeres, niñas y otros grupos vulnerables.

Para llegar a quienes no pueden desplazarse, se despliegan **equipos móviles sanitarios** que recorren las zonas más alejadas. Estas **brigadas móviles** realizan pruebas de VIH y malaria, control nutricional, inmunización infantil, atención prenatal, planificación familiar, apoyo psicosocial, detección de casos de violencia de género y derivación a servicios especializados. Además, llevan a cabo charlas comunitarias de prevención de enfermedades como el ébola o la COVID-19.

La **salud mental** es otro pilar central. Se organizan sesiones de terapia psicológica grupal para personas refugiadas que arrastran depresión, ansiedad y trauma por años de desplazamiento y violencia. Estas terapias no solo alivian el sufrimiento emocional, sino que refuerzan la resiliencia, la autonomía y la capacidad de exigir derechos.

Todo ello se complementa con un fuerte **trabajo comunitario**. Se forma a referentes comunitarios (promotores de salud refugiados) en igualdad de género y prevención de la violencia, se realizan sesiones de sensibilización sobre derechos, salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia, y se crean comités comunitarios que detectan casos de violencia sexual y acompañan a las supervivientes hacia los servicios de salud, apoyo psicosocial y asesoramiento legal.

Además, se apoya directamente a las familias más vulnerables con la **distribución de kits de higiene, artículos menstruales y mosquiteras**, reduciendo riesgos de enfermedad y mejorando la dignidad en la vida cotidiana.

Y algo fundamental: **nada se impone desde fuera**. Las actividades se diseñan con la propia población refugiada y con organizaciones locales. Hay espacios para que la gente opine, proponga mejoras y participe en las decisiones. Es **acción humanitaria basada en derechos, en dignidad y en corresponsabilidad**.

Personas atendidas

Se estima que en Uganda, en el año 2025, se ha proporcionado ayuda humanitaria a alrededor de **80.000 personas**, siendo al menos **65.000 mujeres y niños/niñas**.

ANEXO 3: Desarrollo y transformación estructural: vigilancia epidemiológica en El Salvador

El programa de Farmamundi en **El Salvador** pretende incidir en los factores que limitan el ejercicio del **Derecho a la Salud**, con una lógica orientada a fortalecer capacidades institucionales y comunitarias y su articulación, para ejecutar un plan de prevención de la incidencia de la morbilidad y control de enfermedades transmisibles como zika, dengue, COVID-19 y otras, con carácter multisectorial para optimizar recursos y aumentar la efectividad, y con acciones de amortiguación complementarias, incluyentes y equitativas por parte de las redes institucional y comunitaria.

Los cuatro componentes del programa

Componente 1: Mejora de la capacidad institucional

Incide en los factores que limitan el acceso a unos servicios de salud universales, suficientes, más eficaces y en condiciones de igualdad. Pretende mejorar la capacidad institucional en abordaje epidemiológico y clínico de enfermedades transmisibles en la Región Oriental de Salud (ROS). Para ello se realizan acciones de prevención y manejo epidemiológico, desarrollo y actualización de protocolos y lineamientos VIGEPES, **instalación de Unidades de Inteligencia Epidemiológica**, capacitación en gestión epidemiológica, dotación de material para laboratorio del MINSAL, investigación operativa y seguimiento y monitoreo a la gestión epidemiológica de unidades de salud, sin barreras de género que dificulten el acceso a recursos de salud. También se desarrolla una formación especializada para mejorar el desempeño de los gestores/as en sus capacidades para la gestión epidemiológica, educación, prevención, seguimiento epidemiológico, investigación y sistema de referencia/contrarreferencia de casos.

Componente 2: Fortalecimiento departamental (Morazán)

Se focaliza en mejorar capacidades para la gestión epidémica y la atención de los servicios públicos a nivel departamental. Para ello se fortalece el **sistema de registro y monitoreo institucional**, ampliando su alcance; se realizan mejoras físicas en áreas destinadas a

la gestión epidemiológica y a la atención durante brotes epidémicos sin barreras de género en 6 UCSF cabeceras de microred del departamento, para atender crisis por epidemias. Se las dota de equipos y materiales para epidemiología, se capacita a su personal de vigilancia epidemiológica (26 UCSF y 1 SIBASI) en gestión epidemiológica, organización, registro, prevención y estrategias de educación en salud para reducir el riesgo de enfermedades transmisibles y manejo clínico de enfermedades de interés epidemiológico. También se proporcionan equipos, material sanitario, reactivos e insumos de carácter técnico para el muestreo diagnóstico y se posibilita apoyo logístico a la capacidad confirmatoria del laboratorio departamental de SIBASI Morazán, entre otras actividades.

Componente 3: Fortalecimiento comunitario

Pretende fortalecer actores comunitarios clave en salud para el trabajo en red con el sistema institucional. Se amplían capacidades técnicas y organizativas a nivel comunitario. En concreto, se capacita y acredita por parte del MINSAL a **agentes comunitarios de salud (ACS)** en acciones de lucha antiepidémica, garantizando capacidades en el manejo del **Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (VECO)** sin sesgo de género para identificación, referencia y registro de casos en 15 municipios de las 6 microredes de salud del departamento de Morazán. Se dotan y habilitan recursos del sistema VECO a comunitarios y UCSF de las microredes.

Componente 4: Comunicación y prevención

Desarrolla un plan de comunicación de prevención en salud que pretende aumentar el compromiso comunitario, reforzando conocimientos, actitudes y prácticas de la población con procesos de sensibilización en relación con el uso de medidas de prevención en salud, prácticas higiénico-sanitarias, conocimiento específico sobre prevención de enfermedades transmisibles frecuentes, con enfoque de corresponsabilidad. Se elabora material promocional sobre prevención epidémica utilizando códigos sociales y culturales para hacer más eficaz la apropiación y se desarrolla una campaña educativa y promocional, con mensajes no estereotipados y cobertura departamental, dirigida a población usuaria en las unidades de salud del SIBASI y las

asociaciones comunitarias (ADESCO) de 6 microrredes.

Colectivo meta

El colectivo meta se corresponde con la población de la Región Oriental de Salud (ROS), que verá mejorada la respuesta del Sistema Nacional de Salud. Los titulares de derechos directos comprenden **127.316 personas (67.042 mujeres)** de Morazán, que participan de las mejoras en la red institucional y comunitaria para prevención, atención, identificación y referencia de enfermedades transmisibles arbovíricas o infecciosas. Se contempla, como población destinataria mayoritaria, a mujeres en edad fértil (MEF), menores de 5 años y mayores de 60, priorizados por el MINSAL por ser especialmente vulnerables frente a enfermedades transmisibles.

Logros destacables

- Identificados el **100% de los brotes epidémicos** del departamento de Morazán de interés sanitario para el Ministerio de Salud (MINSAL) e implementadas las medidas de contención de acuerdo con lineamientos epidemiológicos oficiales.
- **2 Unidades de Inteligencia Epidemiológica (UIE)** de la región oriental y del SIBASI Morazán, procesando información procedente de 26 unidades sanitarias para la evaluación y la planificación epidemiológica, sin sesgo de género, de acuerdo con los lineamientos oficiales.
- Habilitadas instalaciones locales en **6 UCSF** cabeceras de microrred del departamento, enfatizando en: 1) Áreas destinadas a la gestión epidemiológica, y 2) Áreas dedicadas a la atención durante brotes epidémicos (espacios de consulta y de aislamiento de casos cuando se requiere).
- El **80% del personal de salud (60 personas)** dedicado a la vigilancia epidemiológica (45% mujeres) capacitado en normativas epidemiológicas, asistenciales e investigación en salud con enfoque de género para superar barreras de género, concordes con cada nivel de resolución sanitaria (Nacional, SIBASI, UCSF).
- Implementado y en funcionamiento el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (VECO)**, con enfoque de géne-

ro e inclusión para personas con discapacidad visual y auditiva, en 6 microredes (18 UCSF) del departamento de Morazán.

- El **30% de la población de 26 municipios** del departamento de Morazán conoce el 70% de mensajes clave de la estrategia comunitaria con pertinencia cultural, perspectiva inclusiva, no sexista y medioambiental, para la prevención epidemiológica de 5 enfermedades transmisibles de mayor prevalencia.

Resultado más impactante: Reducción del 82% de la mortalidad infantil en la zona de intervención, demostrando que la transferencia técnica integral con participación comunitaria es la clave para un impacto duradero.

ANEXO 4: Justicia social y género: la Red DISOME en República Dominicana

La **Red de Distribución Social de Medicamentos (DISOME)** trabaja para mejorar el acceso a medicamentos esenciales y la salud comunitaria en poblaciones vulnerables de la República Dominicana. Es una iniciativa que se inició en el país hace cinco años, después de haberla aplicado con éxito anteriormente en **Guatemala y Nicaragua**.

El socio local en el país es **COSALUP**, con quien Farmamundi trabaja en la isla desde el año 2010.

Qué es la Red DISOME

La Red está formada por **Botiquines Comunitarios** localizados en las comunidades periurbanas y rurales de **Santo Domingo** y la provincia de **Puerto Plata**. Son locales de **mujeres promotoras de salud** para permitir el acceso a medicamentos esenciales y naturales y a métodos anticonceptivos a la población de comunidades vulnerables. En estos momentos se trabaja con un total de **25 botiquines** y se espera que a finales de 2026 se incorporen 5 botiquines nuevos.

Estos botiquines se gestionan en base a una **política institucional de medicamentos**, en la que COSALUP, con el acompañamiento de Farmamundi, aporta la metodología, el apoyo técnico y la formación. De

este modo, se garantiza que los medicamentos que se dispensan sean de **calidad, accesibles, cercanos a la comunidad y, muy importante, a un precio justo.**

Para su consecución, se promueve la formación de las promotoras que dispensan en la Red DISOME para fortalecer sus capacidades y se realizan visitas periódicas de un farmacéutico a cada establecimiento para la supervisión del servicio sanitario que presta a la comunidad.

Objetivos y actividades

Acceso a medicamentos: La Red DISOME tiene como objetivo facilitar el acceso a medicamentos esenciales y métodos anticonceptivos a más de **36.000 personas**, beneficiando especialmente a comunidades en condiciones de alta vulnerabilidad.

Formación y capacitación: Además de la dispensación de medicamentos, se imparten cursos de formación para las promotoras de salud en temas de **salud sexual y reproductiva**, así como en la adecuada dispensación de medicamentos.

Promoción de la salud: La red también trabaja en la promoción de la **salud colectiva** y la **prevención de la violencia de género**, empoderando a las mujeres y a las personas jóvenes en sus derechos sexuales y reproductivos.

El impacto en género y desarrollo

La Red DISOME ejemplifica cómo la **justicia social y la igualdad de género** se materializan en la cooperación farmacéutica. Los **26 botiquines comunitarios gestionados por mujeres** promotoras de salud no solo garantizan medicamentos de calidad, sino que impulsan la **autonomía económica femenina**. Aquí se cierra el círculo: **el ODS 3 sobre salud y el ODS 5 sobre igualdad de género no son objetivos separados. Son la misma cosa.**

Retos de futuro

- Ampliar la Red de botiquines a otras comunidades de alta vul-

nerabilidad.

- Mejorar el stock de medicamentos.
- Adquirir un medio de transporte eficiente para agilizar el suministro en las dos provincias (Santo Domingo y Puerto Plata).

En estos momentos hay en ejecución un proyecto para el fortalecimiento de la Red con financiación del **CONGRAL** que se inició el 1 de diciembre de 2025.

ANEXO 5: Formación y transferencia de conocimiento: el proyecto SALUDemia 2.0 en Andalucía

El proyecto **SALUDemia 2.0** representa un modelo innovador de **formación especializada** que demuestra cómo los aprendizajes de la cooperación farmacéutica internacional y la acción humanitaria pueden transferirse al sistema sociosanitario local, fortaleciendo las capacidades profesionales para afrontar los retos globales de salud y la implementación de la Agenda 2030.

Un proyecto de Educación para el Desarrollo

Esta iniciativa, liderada por **Farmamundi** en colaboración con **Medicusmundi Sur**, se desarrolló entre **2023 y 2025** en cuatro provincias andaluzas: **Sevilla, Cádiz, Córdoba y Huelva**. El objetivo estratégico era claro: fortalecer las competencias técnicas, prácticas y operativas del personal sanitario y sociosanitario para integrar en su desarrollo profesional la promoción de la Salud Global, con especial énfasis en el derecho a la salud, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), el acceso a medicamentos, la equidad de género en salud, la soberanía sanitaria y la justicia social desde el rigor profesional.

Metodología: de la práctica al conocimiento

El proyecto desplegó una metodología participativa y rigurosa basada en cinco pilares interconectados.

Primero, se creó un **espacio de trabajo con especialistas** de reconocido prestigio para sistematizar y transferir conocimiento sobre

buenas prácticas solidarias del ámbito del desarrollo ante los retos globales de salud, adaptándolas al contexto sociosanitario andaluz.

Segundo, se diseñaron y facilitaron **cuatro cursos semipresenciales** acreditados oficialmente por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y el Servicio Andaluz de Salud, con **3,85 créditos de formación continuada**. Esta acreditación oficial garantiza el reconocimiento profesional y la calidad técnica de la formación.

Tercero, se implementaron **cuatro Laboratorios de Aprendizaje-Servicio** en el territorio, espacios prácticos donde los profesionales pudieron aplicar directamente los conocimientos adquiridos en contextos reales, vinculándose con entidades del tercer sector y proyectos de intervención comunitaria.

Cuarto, se diseñó y lanzó un **MOOC (plataforma de aprendizaje virtual)** abierto con **18 ponencias especializadas** en cooperación sanitaria y acción humanitaria, accesible para cualquier profesional interesado, garantizando la escalabilidad y la replicabilidad del aprendizaje más allá de los participantes directos.

Quinto, se llevó a cabo una **sistematización de diez Buenas Prácticas** procedentes de proyectos en África, América Latina y contextos de emergencia, transfiriendo conocimiento validado sobre gestión de medicamentos esenciales, cadena de suministro segura, vigilancia epidemiológica, salud mental, violencias de género y determinantes sociales.

Todo ello con enfoques transversales ineludibles: Derechos Humanos, Género, Interculturalidad, Sostenibilidad Ambiental y Determinantes Sociales de la Salud.

Personal formado y alcance

Los resultados cuantitativos demuestran el impacto y la escalabilidad del proyecto. **125 profesionales y estudiantes del ámbito sociosanitario** completaron los cursos semipresenciales acreditados, con una participación mayoritariamente femenina (76% mujeres). Los perfiles predominantes incluían enfermería, medicina, farmacia, psicología,

trabajo social y educación social.

Más de **100 personas** participaron en los laboratorios de Aprendizaje-Servicio, con fuerte presencia de perfiles sanitarios y sociales, vinculándose activamente a entidades del tercer sector y aplicando los conocimientos en intervención real.

Y aquí viene la escalabilidad real del proyecto: más de **1.300 profesionales, estudiantes y agentes sociosanitarios** accedieron al MOOC y a los materiales abiertos de formación en cooperación sanitaria y salud global, multiplicando el alcance de la intervención mucho más allá de los participantes directos.

Articulación institucional: el papel de los Colegios Profesionales

Un elemento clave del proyecto fue su integración con las estructuras profesionales existentes. SALUDemia 2.0 se diseñó e implementó en coordinación con los **Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Médicos, Enfermería y Trabajo Social**, con sedes físicas en Sevilla y Granada, y coordinación en las cuatro provincias de intervención.

También se estableció colaboración con las **universidades públicas andaluzas** de Cádiz, Sevilla, Huelva y Córdoba, integrando la formación en cooperación sanitaria en el ámbito curricular, con docencia acreditada y Aprendizaje-Servicio vinculado a proyectos reales.

En total, el proyecto articuló una **red de 113 entidades**, entre universidades, colegios profesionales (incluidos los de Farmacia), servicios de salud y organizaciones de cooperación. Esta red demuestra que la profesionalización de la Cooperación Farmacéutica Internacional exige la colaboración activa de las instituciones profesionales como garantes del rigor técnico y la ética profesional.

ANEXO 6: Innovación comunitaria: los laboratorios ciudadanos de Activando ODS

Once prototipos innovadores para la salud nacen de los laboratorios ciudadanos

La iniciativa “**Activando ODS**” impulsa la salud comunitaria con **11 prototipos** creados en 11 territorios de España. Más de **180 personas** han participado en estos espacios de innovación colectiva para abordar problemáticas locales relacionadas con el bienestar integral.

Como fruto de este trabajo se ha lanzado una **aplicación móvil** para que cualquier persona pueda conocer los activos de su entorno fácilmente.

En un contexto en el que la salud comunitaria es clave para la salud de las personas y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el proyecto “Activando ODS” de Farmamundi ha impulsado la colaboración ciudadana para generar cambios reales y sostenibles. Financiada por el **Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030**, esta iniciativa ha reunido a más de 180 personas de diversos colectivos, asociaciones y entidades en **laboratorios de innovación ciudadana** repartidos por toda España. El resultado: 11 prototipos innovadores que abordan problemáticas locales relacionadas con la salud, desde el autocuidado hasta la sostenibilidad ambiental.

Los prototipos son **ideas piloto de acción** para el cumplimiento de los ODS, que permitirán probar y evaluar las estrategias antes de su desarrollo final.

Prototipos que transforman comunidades

Entre los prototipos se encuentra el “**Plan de Autocuidado Comunitario y Autoestima**” (PACA) en Valencia, que busca fortalecer la salud mental y emocional mediante herramientas colectivas. Como explica **Rosana Monleón Blasco**, psicóloga en EEIIA -- Servicios sociales de atención primaria: “Defender la salud comunitaria es defender el bienestar de la gente que te rodea, la gente que forma tu red social. Al final, lo que estamos haciendo es eso de ‘yo doy y recibo’”.

En **Castilla y León**, “**DICES: Diálogos Intergeneracionales Creciendo en Salud**” promueve talleres formativos para conectar a jóvenes y mayores en torno a temas clave como la nutrición y el uso de medicamentos genéricos. **Rolando Salazar Aliaga**, ginecólogo representante de FAMASA, enfatiza: “Las poblaciones tanto de mayores como de jóvenes, que no olvidemos son los mayores del futuro, podemos encontrar puntos de aproximación y entendimiento. En definitiva, que nos conozcamos”.

Otro ejemplo es “**MIMA: Macarena Inicia Medio Ambiente**”, que se focaliza en fomentar hábitos sostenibles en Sevilla, mientras que en **Asturias**, “**Pulso social**” monitoriza desigualdades en el acceso a la salud, destacando cómo el trabajo colectivo puede generar impacto a nivel regional y nacional.

Innovación ciudadana para el cambio social

Los **laboratorios ciudadanos** son espacios de encuentro que animan a las comunidades a diseñar soluciones adaptadas a sus necesidades. **Flavio Sousa**, antropólogo y sociólogo que participó en Castilla-La Mancha, subraya: “Tener espacios para cocrear, como un laboratorio ciudadano, aporta empoderamiento ciudadano y construye una gran comunidad cuidadora”.

En todas las iniciativas realizadas se ha llevado a cabo el **mapeo de activos de salud**, una herramienta que identifica recursos comunitarios clave para el bienestar. Este proceso ha permitido identificar **77 recursos** que impulsan la salud y contribuyen al cumplimiento de los ODS. **Immaculada Sanz**, técnica de salud pública del SARES Zaragoza, comenta: “El objetivo es hacer fácil lo saludable. Por eso, dotamos de formación y herramientas a profesionales y difundiremos a la población qué es un activo de salud y cómo aprovecharlo”.

Tecnología y ciberactivismo para amplificar el impacto

Una de las innovaciones del proyecto es la **aplicación móvil “ActivandOSDS”**, disponible en Play Store, que facilita los resultados de los mapeos a todas las personas, para que puedan localizar activos de salud en su entorno y participar en acciones comunitarias. En este

sentido, **María Esteban**, farmacéutica en la Farmacia Lavapiés, destaca el valor de esta herramienta: “Todas conocemos la necesidad de aunar los activos y recursos de los barrios. Siempre nos echamos las manos a la cabeza porque no sabemos a dónde derivar a la gente, qué podemos usar y qué no. Tener un banco bien organizado de recursos es una herramienta súper útil”.

Además, “Activando ODS” en su fase II ha contado con grandes colaboradoras como la **ilustradora Adelaxd** para ayudarnos a comprender la necesidad del trabajo en comunidad y la **periodista Claudia GR Moneo** y su abuela **Rosa Moneo** para mostrarnos la importancia de la salud comunitaria en la vida cotidiana.

Todo este impacto ha sido amplificado a través del **ciberactivismo**, otra herramienta para visibilizar el alcance del proyecto y promover alianzas. Entre estas acciones destaca la iniciativa simbólica de las **cartas de amor a los barrios**, un recordatorio de que los ODS no son solo objetivos globales, sino compromisos locales y cotidianos, y que visibiliza la energía y el amor puestos por todas las personas participantes al tratar de mejorar su entorno, centrándose en lo positivo.

Una red nacional de comunidades propositivas

El proyecto ha consolidado una **red de comunidades propositivas** que conectan iniciativas locales con un alcance nacional. Para conocer las diferentes experiencias y reflexiones de sus participantes, les animamos a visitar la web: <http://activando-ods.saludglobal.org...> Activando ODS continúa avanzando hacia su tercera fase. Si tú también quieres implicarte en la búsqueda de soluciones para tu territorio, síguenos en redes sociales o escribe a la delegación de Farmamundi en tu comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velásquez G. *Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a medicamentos y la propiedad intelectual*. Madrid: Farmamundi; 2015 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf>
2. Ghebreyesus TA. *Health: A political choice – act now, together*. London: Global Governance Project; 2020 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.globalgovernanceproject.org/health-is-a-political-choice/>
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. *Estrategia social de la profesión farmacéutica*. Madrid: CGCOF; 2021. Aguilar J. *La profesión farmacéutica como motor de impacto sanitario y social: más allá del medicamento*. Discurs d'ingrés a la Real Academia de Farmacia de Cataluña; 14 octubre 2025; Barcelona.
4. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
5. Organización Mundial del Comercio. *Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*. Conferencia Ministerial de la OMC; 14 novembre 2001; Doha. Documento WT/MIN(01)/DEC/2 [Internet]. Ginebra: OMC; 2001 [consultat el 2026]. Disponible a: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm
6. Naciones Unidas. *Agenda for Humanity. World Humanitarian Summit*. 22–23 maig 2016; Istanbul. Nova York: ONU; 2016. United Nations Development Programme. *Humanitarian Development Peace Nexus approaches* [Internet]. New York: UNDP; 2024 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.undp.org/arab-states/humanitarian-development-peace-nexus-approaches>
7. Beyond SunCare. *Memòria d'activitats i informació institucional* [Internet]. 2017–[any en curs] [consultat el 2026]. Disponible a: <https://beyondsuncare.org> Gilaberte Y, Mzumara TE, Manjolo SP, Kaseko N, Bagazgoitia L, Fuller LC, et al. Evaluation of the acceptance and efficacy of a bespoke sun protection package for persons with oculocutaneous albinism living in Malawi. *Int J Dermatol*. 2019;58(11):134553.
8. Organización Mundial de la Salud. *The selection and use of es-*

essential medicines, 2025: WHO Model List of Essential Medicines [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/B09474>

9. World Health Organization. *Substandard and falsified medical products* [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [consultat el 2026]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/substandard-and-falsified-medical-products>



REIAL ACADÈMIA DE FARMÀCIA DE CATALUNYA