

Lingua e Sanidade
VII Xornadas sobre Lingua e Usos

Edición a cargo de Xesús M. Mosquera Carregal

A Coruña 2011

Servizo de Normalización Lingüística
Servizo de Publicacións

Universidade da Coruña

Lingua e Sanidade. VII Xornadas sobre Lingua e Usos
Edición a cargo de Xesús M. Mosquera Carregal
A Coruña, 2011
Universidade da Coruña
Servizo de Normalización Lingüística, Servizo de Publicacións
Entidades colaboradoras: Secretaría Xeral de Política Lingüística da Xunta
de Galicia e Deputación da Coruña
Cursos_Congresos_Simposios, núm. 121

248 páxinas
17 x 24 cm.
Índice: páxinas 5-6

ISBN: 978-84-9749-479-3
Depósito legal: C - 2011

Materia: 80: Lingüística, Filoloxía. 806.99: Lingua galega

Edición:

Xesús M. Mosquera Carregal

Servizo de Normalización Lingüística, Servizo de Publicacións
<http://www.udc.es/snl>
<http://www.udc.es/publicaciones>

© Universidade da Coruña

Distribución:

Galicia: CONSORCIO EDITORIAL GALEGO, Estrada da Estación 70-A
36818, A Portela, Redondela (Pontevedra) Tel. 986 405 051
Fax: 986 404 935, correo electrónico: pedimentos@coegal.com

España: BREOGÁN, C/ Lanuza, 11. 28022, Madrid. Tel. 91 725 90 72
Fax: 91 713 06 31, correo electrónico: webmaster@breogan.org
Web: <http://www.breogan.org>

Deseño da cuberta: Julia Núñez Calo
Imprime: Lugami Artes Gráficas

Reservados todos os dereitos. Nin a totalidade nin parte deste libro pode reproducirse ou transmitirse por ningún procedemento electrónico ou mecánico, incluíndo fotocopia, gravación magnética ou calquera almacenamento de información e sistema de recuperación, sen o permiso previo e por escrito das persoas titulares do *copyright*.

Índice

Limiar	7
Presentación do reitor	9
Presentación do secretario xeral de Política Lingüística	11
Presentación do secretario xeral da Universidade da Coruña	15
Presentación da directora do Servizo de Normalización Lingüística	19
Marcial Gondar Portasany Lingua e cultura propia como instrumento terapéutico. Cara á superación do modelo biomédico na atención sanitaria	23
Gregorio Ferreiro Fente O Plan xeral de normalización da lingua galega. É posible rescatarmos algúns dos seus compromisos seis anos despois?	53
Pablo Vaamonde García O idioma na sanidade galega	65
Xusto Rodríguez Río Vocabulario de medicina (galego-español-inglés-portugués)	73
Laura Iglesias Rodríguez e Diego Sanmartín Villar Expresións habituais en inglés no ámbito sanitario galego	79
Eva Domínguez Noya e Xesús M. Mosquera Carregal Corrector ortográfico especializado para o proxecto IANUS	91
Francisco Cerviño González / Bieito Lobeira Domínguez Debate: o galego no Servizo Galego de Saúde	125

María Selva Lodeiro Kelly	
Notas para un achegamento á musicoterapia	131
Xurxo Ferrón Vidán	
A etiquetaxe dos produtos farmacéuticos. Posibilidades para a lingua galega	139
Isaac Fuentes Boquete	
A dinamización lingüística no ámbito da sanidade (I)	145
María Isabel Yáñez Brage	
A dinamización lingüística no ámbito da sanidade (II)	147
Bernardo Penabade	
A normalización lingüística na sanidade: a estratexia «modelo Burela» ...	149
Aida López Vale	
Aplicación da metodoloxía do «Modelo Burela» no Vicedo: un novo éxito desta estratexia normalizadora	159
Ángel Vázquez de la Cruz	
Os remedios da escrita	169
Dores Tembrás	
A escrita como terapia. Da doenza á palabra	171
Xurxo Mariño	
Desenvolvemento encefálico e cultura: condiciona a lingua a maneira de pensar?	177
Luís Villares Naveira	
Estatuto xurídico-lingüístico do paciente	187
Fernando Navarro González	
Linguaxe médica: que será das linguas romances no século XXI?	239

Limiar

Este volume recolle os textos que as persoas participantes nas VII Xornadas sobre Lingua e Usos. Lingua e Sanidade expuxeron no seu desenvolvemento aló polo mes de decembro de 2010 no salón de actos do Edificio Universitario do Campus de Oza, e que contaron, máis unha vez, coa colaboración da Real Academia Galega e co patrocinio económico da Secretaría Xeral de Política Lingüística.

Logo de realizarmos as edicións anteriores ao abeiro do edificio da Reitoría, o Servizo de Normalización Lingüística, canto organizador das Xornadas, decidiu saír á procura do que se estimaba, en termos televisivos, o público obxectivo das sesións programadas. Sabedores da existencia duns seareiros fieis que acompañan as xornadas ano tras ano, tratábase agora de contarmos tamén con aquel profesorado e alumnado máis directamente relacionado –e aludido– coa materia tratada.

A posteriori o certo é que resultou ser unha aposta arriscada cuxo resultado, xusto é recoñecérmolo, non foi todo o satisfactorio que sería desexable. Non preveramos a rixidez dos novos plans de estudo resultado do espazo europeo único en que a asistencia obrigatoria e cuantificada ás sesións quer teóricas, quer prácticas, previamente planificadas converte a participación nunhas xornadas desta índole nunha tarefa case imposible de afrontar por parte da comunidade universitaria máis directamente afectada. Igual de arriscada era, en principio, a ligazón que desta volta se establecía, pois o sector sanitario adoita ser noticia polas listaxes de agarda, polas continxencias médicas, pola dotación de infraestruturas e os orzamentos destinados ou –no ámbito en que nos movemos– pola repartición da formación académica, mais apenas o é pola lingua en que se desenvolve e interacciona coa sociedade no seu día a día, malia ser un dos piares fundamentais do que demos en chamar estado de benestar. Con todo, aínda que nun principio albergamos dúbidas sobre a viabilidade de sermos quen de

completar un programa o suficientemente amplo e diverso, ben como de atoparmos nomes que lle desen voz e contido, finalmente cabe apracérmonos de que tal tarefa foi realidade e asemade agradecermos ás persoas que así o fixeron posible co seu bo labor.

Quen termar deste libro debe saber que contén intervencións que fan boa a distinción que se adoita establecer entre status e corpus á hora de abordar un escenario ou ámbito desde a planificación lingüística. A situación global da lingua galega nunha macroadministración como é sanitaria, os dereitos lingüísticos dos doentes, os proxectos lingüísticos que se levan feito con vontade normalizadora, o binomio lingua-pensamento... son só algúns dos temas que se recollen nas súas páxinas. Ora ben, nas xornadas tamén se considerou de interese fuxir un tanto dunha abordaxe excesivamente técnica para lle dar voz e espazo a unhas outras visións e disciplinas en que as persoas e a comunicación que entre elas se establece, nun contexto asistencial e terapéutico, seguen a ser as protagonistas á marxe de plans de traballo ou frías estatísticas sanitarias.

Agardamos, en definitiva, que esta nova entrega das actas das xornadas sobre lingua e usos resulte de interese e utilidade. Se co tempo aos traballos que nelas se reflicten lle seguen outros, quer teóricos, quer aplicados, entenderemos como ben destinadas as xornadas, estando como estamos nun ámbito que nos afecta a todos e todas e no que todo semella estar aínda por facer.

XESÚS M. MOSQUERA CARREGAL

Presentación

JOSÉ MARÍA BARJA PÉREZ

Reitor da Universidade da Coruña

Este é o sétimo ano que convocamos estas xornadas, que cada ano veñen reforzando o seu prestixio nunha mostra máis do magnífico traballo que se vén desenvolvendo desde o Servizo de Normalización Lingüística da nosa universidade e que dirixe a profesora Goretti Sanmartín.

Coido que o traballo que neste ámbito se está a facer desde a Universidade da Coruña ten un xusto recoñecemento en toda Galicia, pola calidade dos actos e o rigor e a amplitude das publicacións que se veñen publicando nestes últimos anos.

Agradézolle ao secretario xeral de Política Lingüística a colaboración institucional. Unha colaboración que, desde a nosa óptica como institución que presta un servizo público, resulta obrigada e desexable en calquera ámbito de actuación, e no caso concreto da normalización lingüística, sinxelamente imprescindible.

Sanidade e educación son dous territorios en que os procesos de normalización do galego alcanzan unha gran repercusión social, de aí a importancia de que sirvan como referencia para outros ámbitos máis complexos.

Na docencia, na investigación ou na práctica profesional, o certo é que o uso habitual, normal, da lingua propia de Galicia no eido da saúde e da sanidade rexistrou importantes avances nos últimos anos, mais non no grao que todos quixésemos.

Cómpre, pois, achegar os máximos esforzos para non dar nin un paso atrás, consolidar posicións e dar novos impulsos a un proceso normalizador que non pode nin debe frearse e no que a Universidade da Coruña se sente comprometida.

Antes de concluír, permítanme unha lembranza para D. Francisco Fernández del Riego, falecido esta fin de semana en Vigo, a quen tanto lle debe o *Merlín e familia* de Cunqueiro e que traballou até o seu último alento a prol do idioma, por enriba de persecucións, incomprensións e atrancos.

Mais nada, pola miña banda. Estou seguro de que as xornadas van resultar de grande interese para todos e todas.

Presentación

ANXO LORENZO SUÁREZ

Secretario xeral de Política Lingüística

É para min unha honra participar na inauguración desta sétima edición das Xornadas sobre Lingua e Usos. Cando se trata dunha iniciativa que xa leva uns cantos anos de existencia, cómpre subliñar o esforzo que supón poder manter vivas ao longo do tempo convocatorias coma esta, feito que non é nada fácil en cuestión de lingua nin en calquera outro ámbito da sociedade.

Alégrome, polo tanto, de poder estar aquí, diante dunhas xornadas xa consolidadas no panorama de actos, seminarios e foros de reflexión que temos en Galicia ao redor da lingua galega, da súa situación sociolingüística e da política e planificación lingüísticas.

As seis edicións anteriores destas xornadas afondaron na vinculación da lingua coa cidade, coa idade –na cal tivera oportunidade de presentar un traballo verbo dos comportamentos lingüísticos segundo a idade en Galicia–, coa comunicación, coa docencia universitaria e co xénero. Este ano, o tema monográfico é a sanidade, un sector no que traballan en Galicia un número elevado de profesionais que contan cun importante prestixio social entre a poboación, que ten unha ampla presenza en todo o territorio galego e que, ademais, no marco do económico, goza dun peso moi significativo.

Desde o punto de vista da planificación dinamizadora, todas estas características dotan a sanidade dunha importante condición estratéxica. En consecuencia, este sector é clave para avanzarmos no proceso de fomento e promoción da lingua galega ao longo de todo o tecido social e institucional de Galicia, polo que se fai necesario dirixir cara a este ámbito importantes esforzos a prol da normalización. Principalmente, a aqueles espazos onde se constata unha menor presenza do galego, como é o caso dos usos

lingüísticos do persoal sanitario ou das comunicacións orais e escritas (internas e externas) por parte das organizacións públicas (hospitais e centros de saúde) e, sobre todo, das privadas (farmacias), segundo se desprende dos últimos estudos sobre a situación do idioma no ámbito sanitario.

Coñecer a realidade dos usos lingüísticos no sector e analizar as iniciativas realizadas ata o de agora, así como os resultados acadados, semella un punto de partida adecuado para emprender unha actividade de normalización e dinamización lingüística eficaz no ámbito sanitario. Non hai dúbida ningunha de que estas xornadas contribuirán a levar a cabo esta tarefa, xa que nelas abollarán aspectos teóricos e prácticos de interese, máis aínda cando, como é neste caso, temos un programa denso e completo do que seguramente se han concretar ao redor da área sanitaria datos, reflexións, liñas de actuación posibles, experiencias, retos etc.

Todo isto fai que estas xornadas sexan de interese para as persoas do ámbito da sanidade, pero tamén para aquelas outras que desexan participar nun foro de debate sociolingüístico.

Cando desde a Secretaría Xeral de Política Lingüística temos que valorar este tipo de actuacións, sempre procuro situarme nunha dimensión un pouco máis institucional e reflexionar verbo da necesidade de que todas as partes implicadas na promoción da lingua galega colaborem. Porque toda meta e conquista social, do tipo que sexa, pasa necesariamente pola conxunción de esforzos, de recursos e de coñecementos,

Somos moitos os axentes que participamos e estamos implicados neste escenario. Polo tanto, tórnase absolutamente imprescindible que, como tal, actuemos conxuntamente, dun xeito o máis coordinado e colaborativo posible, para para conseguirmos obxectivos ambiciosos e, asemade, realistas na extensión social da lingua galega.

O que quero transmitir con esta reflexión é que, se desde sempre foi moi necesaria a colaboración entre institucións e entidades, hoxe esa cooperación faise aínda máis precisa que nunca, se temos en conta o contexto en que vivimos no plano socioeconómico e os retos e os desafíos formulados para a lingua galega nos vindeiros anos.

Boa mostra desta cooperación témola hoxe nesta mesa, onde están representadas a Universidade da Coruña, a Real Academia Galega e mais a Xunta de Galicia, tres entidades que veñen traballando conxuntamente desde hai moitos anos na promoción do uso do galego a través de diferentes proxectos e con diversas fórmulas de asociación. Concretamente, na colaboración coa UDC temos xa experiencia, non partimos de cero, senón que hai moito camiño andado, mais coido que cómpre darlle unha

volta a ese proceso de colaboración e de coordinación para podermos ir cara a fórmulas un pouco máis sustentables no tempo, con máis visión de futuro.

Neste sentido, quería aproveitar este acto para anunciar que a Xunta de Galicia se vai integrar na Comisión Interuniversitaria de Política Lingüística, creada desde hai ano e medio e cuxa presidencia arestora exerce a Universidade da Coruña, para precisamente podermos desenvolver mellor esa coordinación dos poderes públicos competentes da política universitaria no ámbito da normalización lingüística.

Remato xa transmitíndolles os meus parabéns á organización, nomeadamente ao Servizo de Normalización Lingüística da Universidade da Coruña, un servizo recente en comparación cos das outras dúas universidades galegas, mais, en todo caso, esa xuventude non impide que xa leve un traballo enorme realizado ata o de agora a prol da extensión do uso do galego desde o ensino superior.

Isto é un mérito da Universidade no seu conxunto, mais permitídimos individualizar ese recoñecemento en Gorette Sanmartín e tamén, durante uns anos, no traballo do profesor Freixeiro Mato á fronte do servizo lingüístico da Universidade.

Igualmente, por suposto, quero transmitirvos os meus parabéns ás persoas participantes nas xornadas por asumirdes o reto de tomar parte nun encontro coma este e accederdes, seguramente, a unha nova visión sobre o que debe ser a promoción da lingua no ámbito da sanidade en que vos estades a formar.

Presentación

CARLOS AMOEDO SOUTO

Secretario xeral da Universidade da Coruña

Quería en primeiro lugar agradecer non só a presenza do secretario xeral de Política Lingüística neste acto, senón tamén o seu apoio ao financiamento destas xornadas, ben como a súa integración na Comisión Interuniversitaria de Política Lingüística, dado que as actividades de colaboración e cooperación entre as tres universidades galegas e a Secretaría Xeral de Política Lingüística son necesarias para seguirmos avanzando no camiño de coñecer mellor a realidade que nos rodea, dando pasos cara a adiante na normalización lingüística do galego nun ámbito tan específico como é o universitario.

Ao fio do que comenta a doutora Sanmartín na súa presentación e a súa metáfora para se referir á lingua galega como un doente, engadiría que, como ben é sabido, a enfermidade non só é unha realidade persoal para quen a padece, senón tamén unha percepción individual e social; as doenzas percíbense de moi diferentes maneiras, e mesmo do punto individual a hipocondría leva as persoas a distorsionaren a consciencia sobre o propio corpo.

Cando nos preguntamos sobre a saúde social do galego, as diagnoses son diversas; hai quen considera que non ten problema ningún; que vai cumprindo anos e avanzando na súa longa traxectoria milenaria; hai, en cambio, quen considera que si está afectada por graves eivas e que, por tanto, estas requiren un tratamento e unha curación; e tamén hai quen, hipocondriacamente falando, considera que a lingua galega xa está na UCI en trance de agonía, e son poucos os anos que lle restan de vida.

Persoalmente non comparto esta última posición apocalíptica, aínda que si é de recoñecer que, de non se corrixiren moitas das eivas actuais do uso social do galego,

a supervivencia da nosa lingua como tal estará en interdicto. Sexa como for, non é chegado aínda o momento de lle facer a autopsia nin repartir a herdanza da nosa lingua: o galego segue a ser unha lingua viva na medida en que moitos e moitas falantes continúan utilizándoa, coidando dela, alimentándoa. Nosa é a responsabilidade de que isto siga a ser así nas novas xeracións de galegos e galegas. En particular, a Universidade, como prestadora do servizo público de educación superior, considera tal misión unha responsabilidade social irrenunciable.

Precisamente por iso, a realización de diagnoses e tratamentos especializados para os distintos ámbitos sociolingüísticos segue a ser un dos nosos labores fundamentais. Aínda que, polo xeral, no ámbito da normalización lingüística dentro dos servizos públicos son dous os ámbitos en que con maior intensidade se deitou o foco da atención –a xustiza e a educación–, o servizo público sanitario é un ámbito apenas atendido. De feito, sucede que na propia Lei de normalización lingüística de 1983 non se lle dedica unha atención específica, malia ser un servizo público ao que, se destina a metade do orzamento da Xunta de Galicia e no que traballan miles e miles de profesionais funcionarios para atender aos 2 700 000 habitantes do país. Non é de estrañar que no Plan xeral de normalización lingüística de 2004 existan epígrafes que se ocupan especificamente da situación da lingua galega no ámbito sanitario. Unhas políticas de grande interese, cuxa revisión, transcorridos hai xa uns anos, é ben oportuna. Lembremos, por exemplo, que na Lei de saúde de Galicia do ano 2008 se introduciu unha cláusula moi concreta que obriga a que as historias clínicas estean redactadas en castelán, galego e inglés, síntoma de que o «plurilingüismo» non é un concepto exclusivo desta lexislatura. Ou lembremos tamén que esa mesma lei de 2008 nada establece sobre o emprego do galego como un dereito sanitario, o cal é unha lagoa que cómpre comentar ou valorar porque, probablemente, sexa necesario seguir avanzando en medidas lexislativas que poidan dar un foco máis específico aos múltiples problemas que se poden suscitar na relación paciente-profesional da saúde do punto de vista da utilización das linguas.

Ben seguramente, estas e outras cuestións do máximo interese, serán obxecto de atención ao longo destas xornadas, polo cal cómpre parabenizar sinceramente a directora e o Servizo de Normalización Lingüística no seu conxunto pola oportunidade de organizalas e o rigor con que están feitas, e mais o profesor Freixeiro Mato porque, á fin e ao cabo, ninguén traballa na universidade nin en ningunha administración sobre o baleiro, senón a partir do esforzo dos responsables anteriores, que desenvolveron as liñas de traballo que hoxe continuamos con estas xornadas, e esperamos seguir alenando no futuro.

Remato xa, animándovos a vós, aos profesionais sanitarios do futuro, a que sexades sensibles á lingua propia de Galicia, empregándoa como lingua normal na vosa relación cos pacientes. Moitos profesionais da sanidade son sensibles a este tema, e moitos, por certo, teñen responsabilidades políticas, polo que agardo que o día de mañá manteñades, acrecentada, a sensibilidade que hoxe demostrades coa simple asistencia a estas xornadas.

Presentación

GORETTI SANMARTÍN REI

Directora do Servizo de Normalización Lingüística da Universidade da Coruña

Son estas xa as sétimas xornadas sobre lingua e usos polo que a aquelas persoas que non sodes habituais a este espazo quixera, antes de máis nada, agradecer a vosa presenza. Nas anteriores edicións dedicamos estas xornadas a falar de temas transversais como son lingua e cidade, lingua e idade, lingua e investigación, lingua e comunicación, lingua e xénero, lingua e docencia universitaria, todos eles de carácter central e que desenvolvemos noutros espazos, quer na sede da Real Academia Galega, quer no Paraninfo da Maestranza, mais desta volta quixemos á mantenta saírmos desa burbulla que fomos construíndo co noso público, xa que eramos practicamente sempre o mesmo grupo de persoas –algo que está ben no que ten de avanzarmos na reflexión conxunta e posta en común–, e decidimos emprendermos unha nova viaxe, que ten o seu inicio nesta sétima edición, e trasladármonos a distintos lugares e espazos onde hai ámbitos de coñecemento sobre os que entendemos que cómpre reflexionar para fomentar o uso da lingua galega.

Comezamos por lingua e sanidade por ser un espazo que para vós, alumnado de fisioterapia, enfermaría e ciencias da saúde, é o voso espazo de formación, mais tamén debedes ter en conta que é un espazo que frecuentamos todos os seres humanos, xa que antes ou despois temos que pasar polos servizos sanitarios, de modo que todos e todas temos unha idea contrastada ou un xuízo verbo da necesidade de empregarmos a lingua da persoa doente que acode ao servizo asistencial e que nos pode facer máis próximos e resultar moi útil. A nosa idea é, xustamente, fomentarmos unha reflexión sobre esa necesidade de aumentar o emprego do galego neses ámbitos, non só por simple achegamento a un grupo social determinado, caso das persoas maiores, senón tamén polo dereito de calquera persoa deste país a empregar a súa lingua tamén na sanidade.

Con estas premisas é coas que deseñamos este programa e coido que cumprimos a primeira parte dos obxectivos desde o momento en que por volta do 50% das persoas matriculadas pertencedes a este ámbito co cal, para alén daquelas procedentes do ámbito das humanidades, da socioloxía ou da filoloxía que case sempre nos acompañan, estades en condicións de nos achegar unhas outras perspectivas que, posiblemente, as persoas máis habituais destes espazos non temos.

Que decidimos compor para iso? Pois un programa onde se mesturan moitos aspectos e así vos animo a que tentedes ver que por unha banda se quere reflexionar sobre, por exemplo, o mundo da terminoloxía. Hai recursos para adaptarmos esas formas tan específicas da linguaxe de especialidade? Que problemas concretos se suscitan? De aí que teñamos presentacións de proxectos lingüísticos para o ámbito sanitario, mais tamén está prevista unha reflexión máis xeral feita desde outras linguas, pois entendemos que non só ao galego lle acontece iso de ter que adaptar a súa terminoloxía científica a este ámbito, senón que é algo común a todas as linguas. De aí que propoñamos unha reflexión verbo do que acontece nas linguas románicas en xeral, nestes momentos en que o inglés é unha lingua de presión moi forte que ás veces provoca que non reparemos suficientemente no xeito de enfrontarmos e adaptarmos eses neoloxismos que nos van chegando.

Mais, por outra banda, o programa tamén conta cunha avaliación sobre o plan xeral de normalización da lingua galega aprobado no ano 2004. Que se fixo, seis anos despois, no ámbito da sanidade? Están cumpridas as expectativas das medidas e propostas realizadas no seu momento? Por onde seguirmos avanzando?... É por iso que está prevista unha perspectiva máis técnica, realizada por persoas que participaron na elaboración do mencionado plan, acompañada tamén dunha outra máis política para o cal prevemos o debate con representación dos tres partidos políticos galegos con representación parlamentar.

Unha outra liña de traballo, penso que de interese, tenta ligar a lingua coas artes, en xeral, e coa literatura en particular canto xeitos de facermos que as cousas poidan ser doutra maneira. Entendemos que hai moita relación entre a lingua, a literatura, a lectura, a escrita, as artes... desde o momento en que poden empregarse como instrumentos terapéuticos. Pensemos na escrita ou na lectura como instrumentos para estarmos máis a gusto, para sentírmolos mellor ante determinadas doenzas... Reparede en que hai moita relación entre o campo da lingua, da literatura e da medicina, e, de feito, no programa hai varias persoas que proveñen do mundo tamén da escrita, caso do doutor Ángel Vázquez de la Cruz que vai participar xunto coa poeta Dores Tembrás nesa mesa redonda sobre os remedios da escrita, senón tamén Pablo Vaamonde que, para

alén de médico, tamén é narrador. A medicina, en definitiva, está moi presente na literatura. Pensemos, por exemplo, nun texto de Cunqueiro quen no prólogo da obra *Os outros feirantes* reflicte unha carta enviada ao doutor García-Sabell para que o axude a reflexionar sobre se as personaxes creadas representaban o ser galego, a maneira de ser galego, algo do que nos ha falar Marcial Gondar.

Así pois, a nosa intención é transmitir tamén unha mensaxe de esperanza e optimismo sobre as posibilidades de que as cousas muden. Reparede na seguinte idea: tendemos neste mundo en que vivimos a acreditar fielmente nos avances científicos. Por exemplo, todos e todas pensamos en que chegará un momento en que imos ter unha vacina para a sida –hoxe, 1 de decembro, que precisamente conmemoramos o Día Mundial da Sida– ou quen di a sida calquera outra doenza. Mesmo acreditamos en que podemos chegar a solucionar cuestións tan extremas e despropositadas como pode ser a inmortalidade do ser humano. Pola contra, noutras cuestións máis vinculadas ao mundo das humanidades e da reflexión filosófica a fe xa é menor. Se nos preguntasen se podemos construír unha sociedade máis xusta ou erradicar a fame do mundo, seguramente o grao de escepticismo declarado xa fose moito maior. Convidovos a que non o sexades, senón que nesta liña pensemos que é bo apoiarmos todas as linguas, é bo acreditarmos na heteroxeneidade e diversidade lingüísticas, é bo pensarmos no importante que resulta o mantemento das linguas e para iso todos e todas nós podemos algo que facer ao respecto.

Xa que estamos nun ámbito en que tanto se fala de coidados remato coa seguinte imaxe que é moi habitual na literatura sociolingüística sobre o galego: presentar a lingua galega como un doente que necesita ser tratado, como unha persoa que precisa que alguén lle poña remedios para mellorar a súa situación. Este é, daquela, o noso convite, que cadaquén de nós pensemos de que maneira podemos axudar este doente que é a lingua para que poida saír e facer unha vida de normalidade pola rúa.

Remato achegando un artigo que Florentino Pérez Cuevillas escribía no ano 1993 no xornal *A Nosa Terra* e que fala precisamente deste tema. Di o seguinte:

Se houbese médicos para as doenzas dos pobos como os hai para as doenzas das persoas, aínda había ser ben coller a Galicia, metela nun dese carros que se fan para os doentes e levala ao médico para que a mirara con vagar.

E na clínica terían que deitala nunha cama de ferro e auscultala e baterlle cuns macicos moi xeitosos. E despois botaríanlle o raio X e tirarían fotos e desenvolverían a nova concra acuspicial das radiografías. E por cabo no laboratorio andarían a analizarlle os

xugos todos: os do estómago, os do cerebro, o do torrente circulatorio. E o sabio doutor acadaría un por un os datos e definiría os síntomas: falta de tensión, falta de reacción ante as aldraxes, tendencia do coma, desvalorización dos caracteres propios, valoración excesiva e desproporcionada das cousas alleas, insensibilidade histérica, timidez, encollemento, covardía, preguiza... E no remate do cadro de síntomas, viría o diagnóstico: complexo de inferioridade, por intoxicación española.

Grave doenza para un organismo nacional enfeblecido. Doenza antiga, vella de catro séculos, creadora de toxinas letais, matadora de resistencias, empobrecedora de secrecións, adormecedora de centros nerviosos. Morbo traidor que prostra o corpo e enche o espírito de espellismos ridículos; o espellismo da unidade española, o espellismo da superioridade madrileña, o espellismo da nosa inferioridade.

Porque non hai ninguén na nosa Terra que lle negue a Galicia a posesión plena de todas as particularidades que marcan e reselan unha nación. Porque non hai ninguén que no fondo da súa alma non lle recoñeza o dereito a liberdade e a conveniencia da liberdade. E só detén o pulo liberador a reflexión covarde: qué ía ser de nós se nos atopáramos senlleiros sen goberno que dende fóra nos guiara?

E non abonda con expor os casos exemplares de Irlanda, de Dinamarca e de Finlandia. Porque a xente contesta: nós non somos coma eles. E non abonda con sinalar esquecementos, inxurias e inxustizas. Porque a xente di: ao mellor despois, quen sabe se non nos atoparíamos peor.

Cómpre, por tanto, combater o complexo de inferioridade se é que queremos adonarnos do noso pobo. Combatelo coa propaganda e co exemplo. Sobre todo co exemplo. Cada galeguista ten que ser un sermón constante e vivo. Ten que facerse superior por sabedoría, por técnica e por ética, ao medio circundante. Ten que ser heroe, santo e profeta nun mesmo corpo. Ten que mostrar en calquera momento que está máis alto e máis ergueito que os inimigos e que os indiferentes que os arrodean. Porque soamente así conseguiremos que Galicia crea en nós. Que é tanto como dicir que Galicia crea en si mesma.

Lingua e cultura propia como instrumento terapéutico. Cara á superación do modelo biomédico na atención sanitaria

MARCIAL GONDAR PORTASANY

Universidade de Santiago de Compostela

Antes de entrar no tema propio desta reflexión, gustaría de facer unha aclaración de por que no seu título incluíu, por máis que se trate dunhas xornadas sobre lingua, a expresión «lingua e cultura». A razón é que a lingua non se pode entender sen a cultura dado que as palabras non son só gramática, senón, fundamentalmente, semántica e, de modo moi especial, pragmática. Quere isto dicir que se descoñecemos o contexto cultural en que se empregan as palabras, correremos o risco de entendelas ao revés ou, sen máis, non entendelas en absoluto. Un exemplo tirado da práctica sanitaria pode valerme para explicitar o que pretendo afirmar. Nunha sesión clínica de psiquiatría onde se estaban a revisar os casos que os membros do equipo tiveran que atender pola mañá, un psiquiatra en prácticas narraba así a súa experiencia:

—Esta mañá chegoume unha señora de X [un municipio rural] e, despois de contarme a súa historia, eu vina tan *de libro* que inmediatamente lle dixen:

—Señora, o que a vostede lle pasa é que ten unha ansiedade tremenda.

Ela, sen me deixar nin case acabar, espetoume:

—Ai, señor, non! Ansia élle o que a min me falta!

Na cultura campesiña galega, cando se di de alguén que «é moi ansioso» ou «ten ansia», supoñamos que polo traballo, estase a dicir que é unha persoa activa, buscadora de vida etc. Isto é, xustamente o contrario do que a etiqueta clínica de «ansiedade» quere dicir. Aquele psiquiatra novel, a pesar de falar en galego cos seus pacientes, descoñecía o seu contexto cultural.

Feita esta precisión, vou entrar xa en materia tentando xustificar como a lingua e a cultura dun pobo poden ser utilizadas como instrumento terapéutico e, deste xeito, recuperar aquela logoterapia en que era experta a vella medicina. Nas liñas que seguen tentarei argumentar como, ao lado das ferramentas técnicas, o factor cultural e lingüístico tamén pode e debe ser utilizado como ferramenta de curación. E digo o porqué.

Nos últimos anos, co desenvolvemento da bioquímica e da tecnoloxía, a medicina dá un salto de xigante que fixo posible solucionar problemas que os médicos do tempo dos nosos país non se atreveran nin sequera a sospeitar. Con todo, hai tres ámbitos en que as cousas non camiñan coa mesma velocidade:

- a) O da cronicidade, onde a ansiedade crecente do enfermo, ao ver que a doenza non remata nunca, acaba por descolocar o médico.
- b) O da xestión do paciente terminal, onde pouco máis alá se chegou que ás denominadas unidades de dor.
- c) O da medicina preventiva, en que, malia non sermos conscientes, máis que *prevención*, o que se xera é *culpabilidade*.

Por limitármonos a este último factor, quizais o máis preocupante, e aínda que faremos máis tarde un desenvolvemento máis cumprido do tema, permítaseme a esta altura unha pequenísima anticipación con base no caso concreto da propaganda antitabaco: «O tabaco produce cancro», «O tabaco mata»,... deámonos conta de que con sentenzas coma estas, no canto de irmos ás raíces da adición e tratarmos de mudar as condicións que levan a ela ou, cando menos, procurarmos un substituto funcional non patóxico do pracer de fumar, limitámonos a culpabilizar a quen fuma na agarda de que o medo e a culpa actúen de *descolgadores* do hábito ou deshabitadores.

O problema está en que os humanos non cambiamos de actitudes en función de medos ou de culpas («Mata», «Prexudica a quen está ao teu arredor» etc.); isto o único que fai, se se dá o caso, é producir angustia. Mudar de actitude implica pór en acción determinados circuitos emotivos que con este tipo de propaganda nin se tocan. Deixo aquí o tema unicamente enunciado –para máis adiante volver sobre el– e recupero a cuestión do fracaso.

As causas fundamentais deste relativo fracaso nos tres ámbitos que estou a considerar coido que son dúas:

- 1.- A forte deshumanización da práctica médica que tivo lugar nos últimos tempos.
- 2.- A non menos forte medicalización da xestión da enfermidade que fai aparecer a medicina como a «nova relixión» dos nosos días cos seus mandamentos, cos seus castigos e coas súas culpabilizacións nos seus crentes, os pacientes.

A deshumanización da práctica médica

Como todo o mundo sabe, nun período de relativamente poucos anos pasamos daqueles vellos médicos de cabeceira que curaban máis coa man no ombreiro do paciente que coas sulfamidas, a un novo tipo de sandador que se reduce a ser un apéndice das máquinas. Nótese que cando un paciente visita o seu médico para facerlle unha demanda, se o sandador estima que a cousa non ten importancia, vaino despachar con calquera solución de trámite, mais abonda con que sospeite de algo máis grave para que a resposta sexa: «Imos facer unha analítica». Cando isto sucede, o enfermo pode deixar de falar, pois até que veñan os resultados das análises as súas palabras para o médico van ser pouco máis que ruído.

Entre os moitos problemas que tal conduta xera non é o menor a ruda simplificación a que se somete a dor. Na epistemoloxía médica actual, aquilo do que se queixa un paciente é significativo se reflicte un estado fisiolóxico; se non se detecta tal referente empírico a propia significación da queixa ponse inmediatamente en dúbida. Tales queixas –por exemplo, as derivadas dunha dor crónica–, a miúdo son consideradas como un reflexo das crenzas do paciente ou de estados psicolóxicos que, caso de non teren base nun trastorno fisiolóxico, o médico tende fortemente a inserilas no continente do «non real», salvo que, por se liberar do encordio, decida pasarlle a demanda a un profesional da psiquiatría.

A terapia pola palabra dos vellos clínicos (velaí están as análises de Laín Entralgo ou de Marañón para verificalo) deixan lugar ao silencio. A palabra só se utiliza para comunicar, non xa para curar. Os médicos de hoxe actúan como fontaneiros ou como mecánicos porque os enfermos son vistos como tubaxes ou, se se prefirir, como coches que teñen un problema no motor. Isto acontece con todos os profesionais e especialistas da medicina en xeral; até os psiquiatras, que sempre levaron unha traxectoria distinta que lle concedía á palabra unha importancia fundamental, a medida que a investigación farmacolóxica avanza, tamén se van facendo amigos do silencio.

Esta forma de actuar que, cando se trata da fase aguda da doenza, funciona máis ou menos razoablemente, non ten o mesmo suceso cando hai que xestionar a súa cronicidade e, moito menos aínda, a súa fase terminal. Nestes casos o médico non sabe moi ben que dicir nin que facer; se acaso, desviar «o asunto» aos profesionais de enfermaría e aos familiares, é dicir, reducir os contactos ao mínimo e quitar o paciente de diante é o único que se lle ocorre.

De onde vén esa incapacidade para coa palabra que leva o médico a fuxir dos seus pacientes? Tal circunstancia deriva da súa educación nas facultades de medicina. Repárese en que desde os primeiros anos de formación o aprendiz de médico é educado para ver o ser humano de forma distinta a como o fan o resto dos mortais. Toda a formación que recibe vai encamiñada a enmascarar a dimensión existencial e humana do enfermo, a reduci-lo a un feito natural ou, para sermos máis precisos, a un feito bioquímico. Para chegar a formar parte desa nova cultura o neófito debe aprender a ver, escribir e falar dun xeito particular.

Ver

Fronte á visión totalizadora da percepción ordinaria, o neófito debe aprender a ver por partes: primeiramente, no laboratorio de anatomía, aparecen as pezas do cadáver trochado para, máis tarde, a través do microscopio e das diapositivas poder observar os tecidos e chegar a zonas cada vez máis pequenas. Así pois, fronte á visión desde fóra do mundo ordinario, a anatomía apréndelles aos futuros médicos a miraren por dentro, de modo que o microscopio electrónico lle dá a esta ollada un potentísimo sentido de realidade: os conceptos histolóxicos «están aí».

Máis non remata aí a descomposición nin o esnaquizamento do corpo enfermo, senón que aínda fica reduci-lo aos seus compoñentes bioquímicos e moleculares, onde se vai situar o auténtico *obiectum morbidum*.

Escribir

Cando ao neófito se lle ensina a facer unha historia clínica, non se lle ensina a describir o estado vital dunha persoa, senón a como convertela en caso; isto é, a como convertela en algo abstracto, desligado da súa situación existencial. É máis, do seu estado só se considerará aquilo que ten en común coas tipoloxías médicas e as súas variantes. Como é fácil ver, o que se consegue con isto é que o *pathos* se converta en patoloxía.

Falar

Cando un profesional da medicina lles presenta aos seus colegas unha historia clínica bota man de ferramentas tiradas da retórica para persuadir a súa audiencia. Quere isto

dicir que como calquera actor ou actriz está a representar un papel e non ten problema en eliminar, cando non a inventar ou a remodelar, datos co fin de que a historia que se discute na sesión quede o máis redonda e consistente posible.

O problema radica en que de toda esta manipulación que foi sufrindo durante a súa formación, o clínico apenas ten conciencia dela. Foi convertido de cidadán en técnico, mais é incapaz de ver que as historias, neste caso a historia clínica, non representan sen máis á realidade, senón que están construídas desde determinados esquemas de ideas, valoracións e, mesmo, sobreentendidos que, sen se decatarse, el mesmo foi introducindo nela.

Cales son eses prexuízos e sobreentendidos? No caso da medicina relixiosamente bioloxicista, o sobreentendido máis importante é o da substitución do «mundo da vida» e da súa racionalidade por unha razón unicamente instrumental onde non ten ningún lugar a pregunta polo sentido das cousas.

Cando, despois de andar entre cadáveres e laboratorios, o novo médico se atopa con enfermos reais, descobre que, amais de teren corpo, os doentes aman, temen, desexan, fantasían, angústianse... mais el ou ela non foi preparado para xestionar esa parte da persoa e, por iso, opta polo silencio e por pensar que esa parte do ser do paciente non pertence á medicina, senón a outras ramas do saber ou do crer.

Do que non cae na conta é de que, con esa actitude, está a desaproveitar un operador terapéutico de primeira magnitude: a palabra. Velaquí un paso atrás na historia da medicina: o *boom* tecnolóxico-bioquímico arrasou, tal cal un gran tsunami, con toda esa habilidade da logoterapia en que os sandadores de antes chegaran a ser mestres.

Permítaseme agora recorrer a dúas experiencias clínicas e presentar a través delas algúns exemplos dos que ese vello modelo, hoxe esquecido, podería dar de si:

Historia número 1. Un emigrante, procedente do rural galego, que, aproveitando o seu período de vacacións, facía unha demanda psiquiátrica narraba así o seu caso. Estaba a traballar en Xenebra nunha fábrica de *chips* para computadores e atópase ben até que, son as súas palabras: «Xa non podo facer o que eu quero; teño que facer o que me manda o chip».

Historia número 2. Un outro emigrante, tamén do rural, que traballaba na altura como cociñeiro nun superpetroleiro, despois de explicar o seu caso –caracterizado tamén pola falta de control sobre as súas propias accións– remataba así a súa historia tratando

de buscar a etiología do seu problema: «Xa me dixo un médico que o que a min me pasa é que se me meteu dentro un sistema nervioso que me ten escarallado».

Como é ben sabido, na cosmovisión tradicional galega existe a crenza de que os espíritos dos mortos, o demo, as meigas etc. se introducen no corpo das persoas de xeito que, cando isto pasa, xa nos son elas as que controlan o seu obrar, senón o espírito que levan dentro.

Estes dous pacientes estaban convencidos que, de lle daren tales explicacións ao médico, ían ser considerados como pailáns e atrasados; o que eles fixeron foi mistificar esas crenzas arcaicas e mudalas por algo que consideraban tan moderno como o *chip* e o *sistema nervioso*. Cómpre ter moi en conta que non se trata de que, movidos pola vontade de disimular diante do médico, traten de disfrazar os seus verdadeiros sentimentos; a tradución á mentalidade moderna lévase a cabo de modo espontáneo a nivel subliminal sen que eles teñan a máis mínima conciencia do proceso. O que pretendo subliñar é que vestir de «Adolfo Domínguez», quero dicir, adoitar hábitos e actitudes plenamente *modernas*, para nada equivale a que a arquitectura da cabeza, a forma de pensar e de sentir sexa tamén a propia da modernidade.

Se somos conscientes de que implicar o enfermo no seu mal desde o primeiro momento do proceso, de xeito que se sinta protagonista da terapia, é fundamental para o éxito desta, e isto hai que facelo desde unha etiología que para el teña sentido (ese «E logo doutor, o meu de onde vén derivando» co que cuestionan o curador sobre a causa do seu mal) entenderemos o necesario que é que o diagnóstico sexa elaborado tendo en conta a cosmovisión do paciente.

Na mesma clase lóxica das narrativas anteriores están outras dúas historias, estas xa fóra do contexto clínico:

Unha filla, ao ver que o seu pai se está pasando un pouco na inxestión de alcohol pregúntalle:

—*Pero, papá, o médico non lle sacou o viño?*

O pai responde de inmediato:

—*Si, oh, pero este é da casa!*

A que segue é unha historia de taberna en que o que escribe foi protagonista. Toman-
do uns viños na taberna dunha aldea e sabéndome quen me acompañaba interesado
nestes temas da saúde, interpeloume deste xeito:

–Non sei se vostede o sabe, pero o porco da casa non ten colesterol!

–Pois vostede dirá, respondinlle.

*–Mire, eu como moito porco e a miña filla sempre me andaba a dicir: –«Papá, ten que
ir mirar o colesterol que vostede come moito porco». Tanto me fodeu a cabeza que
terminei por ir. Oia, nin un ghramo!*

A historia remataba:

–Pero, iso si, eu non como máis que porco da casa!

Historias deste tipo, como a «do viño da casa», do que calquera paisano está conven-
cido que ten «tres *ghrados* menos que a *aghua*» e non coma «eses *pinarejos* que
ghoden a cabeza», demostra o inútil que é lanzar calquera tipo de campaña para loitar
contra o alcoholismo sen ter en conta a particular cosmovisión, valores e crenzas das
persoas que van ser as súas destinatarias, algo que para os vellos curadores constituía
a súa práctica diaria.

O que, quizais, a clase médica de hoxe coñece pouco é que esas técnicas dos seus
antepasados, que eles desprezan por obsoletas, foron retomadas polos actuais técni-
cos de márketing para poñelas ao servizo das grandes plataformas comerciais e de
certos tipos de política.

Para entrar neste territorio, vou referirme a un feito que nada ten que ver coa saúde e
si coa política dos EE UU nos últimos anos. Vexamos: até a recente vitoria de Obama,
o Partido Demócrata atopábase bastante desacougado ao ver que, elección tras elec-
ción, os conservadores eran quen de levar a ovella ao río mentres eles quedaban a
velas vir.

A reflexión que os perdedores facían era, máis ou menos, a seguinte: que as clases
benestantes voten a Mr. Bush e á súa xente ten toda a lóxica do mundo en canto que a
política que estes promoven é a que lles beneficia, mais como explicar que os seg-
mentos sociais máis desposuídos voten tamén en conservador?

Coa espiña desta pregunta e con ocasión das penúltimas eleccións a gobernador de California levaron a cabo a seguinte experiencia: organizaron un grupo de control de doce persoas formado exclusivamente por potenciais votantes nas inminentes eleccións a gobernador, pero composto todo el por electores pertencentes aos estratos sociais máis baixos (auténtico *lumpenproletariat*) e con el realizaron unha única e breve sesión, que constaba de dúas partes. Na primeira, a máis longa, explicábase o programa político dos demócratas para o estado de California e, a continuación, o dos republicanos. Cada un deles era explicado por un militante activo dos respectivos partidos que non podía asistir a explicación do seu contrincante. Unha vez rematadas ambas as exposicións, a pregunta que tiñan que contestar os membros do grupo de control era a seguinte: «Cal destes dous programas, pensas ti que deixa máis satisfeitos os teus intereses?» A resposta maioritaria (case acadou o 93%) foi: o demócrata

A segunda parte da sesión era aínda moito máis breve. Preguntábaselles directamente a quen pensaba votar. Os candidatos eran aquela vez, por parte dos demócratas «Gray» Davis e por parte dos republicanos o coñecido actor Arnold Schwarzenegger. A resposta, practicamente igual de maioritaria que a anterior, mais cun sorprendente cambio de sentido foi: «A Schwarzenegger».

O resultado da experiencia semella apuntar a que a xente non toma as súas decisións, cando menos as políticas, por ideoloxía nin sequera por interese propio. A pregunta que os politólogos demócratas americanos se facían era: Por que vota, daquela, a xente?

Para ir abrindo camiño neste complexo mundo das condutas, das tomas de decisións e dos cambios de actitude das persoas, particularmente no campo da saúde aínda que non exclusivamente, permítaseme unha historia que case todos os días se fai real nos consultorios médicos de atención primaria. Supoñamos que calquera de nós ten unha tose non demasiado forte, mais que non lle acaba de pasar. Se a cousa se prolongar por un tempo longo, é bastante probable que unha mañá decidamos acabar coa preocupación e ir ao médico. Ao contarlle o noso caso, con case total seguridade, vains preguntarse se fumamos. Se lle dicimos que si, e non ten demasiados «clientes» na sala de espera, a resposta vai ser un moi documentado discurso sobre os efectos negativos do tabaco no noso corpo e as consecuencias que con altísima probabilidade nos agardan de non cortarmos de raíz con ese hábito.

Sigamos supondo que tan contundente foi o parlamento do médico sobre nós que, para tratar de serenarnos un pouco da intranquilidade que nos meteu no corpo, decidimos entrar no bar que está en fronte do centro de saúde para tomar un café. De suce-

der a nosa historia antes da actual lei auspiciada pola ministra do ramo, é bastante probable que, case como un acto reflexo, botásemos man ao peto na procura do paquete de tabaco e nos puxésemos a fumar ao tempo que seguíamos co noso café. Como pode apreciarse, o médico non tivo moito éxito práctico co seu erudito e longo discurso, agás a impresión inicial. Estando así na barra do bar co pito na boca e o café na cunca, vénnos á cabeza a urxencia de que esa mesma tarde temos que ir mercar determinadas cousas das que precisamos a El Corte Inglés poñamos por caso. E até decidimos facer, cousa non moi frecuente, unha listaxe con aquelas cousas que nos son tan necesarias. Imos imaxinar que na nosa listaxe ían tres cousas. Pois ben, pódovos garantir, porque velai están os estudos de mercadotecnia para confirmalo, que se vos comportades como a maioría dos mortais deste chamado primeiro mundo, esa tarde de compras no centro comercial non ides saír con menos de nove cousas.

A pregunta que agora imos facernos é a seguinte: Por que o médico non conseguiu convencernos de algo que tan ben nos viña e, en cambio, El Corte Inglés foi quen de vendernos o que para nada precisabamos?

A resposta está en que o médico, para convencernos de que aceptar a súa posición era o mellor para nós, utilizou a *razón* mentres que El Corte Inglés para atraernos ao que el lle interesaba botou man da *seducción*. El Corte Inglés sabe, e, coma el, calquera que coñeza os rudimentos do márketing, que os humanos (agás cando nos movemos nos niveis máis superficiais da personalidade) non cambiamos as condutas tanto pola vía dos argumentos como pola das emocións. O médico, en troques, está convencido de que dándonos razóns de por que non debemos facer unhas cousas e si facer outra, unha vez que o destinatario dos seus argumentos entenda os motivos, vai cambiar de actitude e adoptar a postura «razoable».

Cómpre pararse a reflexionar un chisco neste «mal camiño» do médico porque para nada adoptou unha conduta atípica, senón que está instalado nunha das máis profundas tradicións da cultura ilustrada occidental xa desde os tempos da Grecia clásica. Nun dos diálogos de Platón, ese seu personaxe de Sócrates, sempre tan teimudo en atopar respostas, pregúntase: *Que é un criminal?* Despois dunha certa perplexidade e dúbidas do auditorio, el mesmo respóndese: *Un cidadán mal informado*. O convencemento que latexa en Platón cando fai dar esta resposta ao seu Sócrates é que se a un criminal nos lle explicamos como debe comportarse correctamente, unha vez que entenda as nosas razóns deixará de ser un desviado social para converterse nun cidadán *comme il faut*.

Non morreu este xeito de pensar na Grecia de Platón; no noso mundo actual continuamos cos mesmos prexuízos. Pensemos nun feito tan cotián nas nosas vilas e cidades como pode ser o *botellón* e os trastornos de todo tipo que leva consigo. Nos momentos máis quentes da desfeita, con seguranza, aparecerán voces a reclamaren maior actividade policial e castigos duros para os culpables, mais tamén non vai faltar quen insista en que non é bo camiño atallar os síntomas, senón que se fai preciso acudir á raíz do problema e esta non é outra que a educación desde a infancia máis temperá. Se a voz ilustrada non se queda na diagnose, senón que se atreve tamén co tratamento, moi probablemente falará da necesidade de meter xa no currículo da educación primaria algunha materia en que se reflexione sobre este tipo de desordes.

Se a desorde fose doutro tipo (por exemplo, esas conducións aloucas e sen normas das que, con tanta frecuencia, somos espectadores, cando non actores) volverán aparecer as dúas reaccións anteriores. Xunto ao remedio autoritario, o do cidadán ilustrado que avoga pola solución de introducir na mochila escolar do neno unha materia nova. Esta vez, unha «educación viaria».

Os nosos cidadáns ilustrados de hoxe, na mesma liña do que pensaba o vello Platón, están convencidos de que a través da educación entendida como discurso (vale dicir, como encadeamento de argumentos sobre os distintos tópicos) é posible ir guiando e mudando os hábitos e as condutas das persoas, nomeadamente se o facemos en idades temperás. Sería ben comezarmos a caer na conta de que tal modelo educativo non nos leva moi lonxe, agás no que se refire a xerarlles aos rapaces serios problemas de cervicais froito desas rebordantes mochilas de libros con que cargan seguido.

Comezarei cunha vella historia de antropólogos para xustificar estas afirmacións.

Un home de ciencia intentaba explicarlle a un caníbal que a súa sociedade e a súa cultura eran moi superiores porque non se practicaba nelas o canibalismo. O indíxena, que oíra falar moito das sociedades occidentais, aceptou a negatividade do canibalismo, mais preguntou: Que fan os brancos con tanta carne humana como queda dispoñible logo de cada guerra? Cando o home de ciencia tentou explicarlle que mataban xente, mais non a comían, o caníbal sentiuse confundido e, malia as explicacións do branco, non conseguiu comprender o absurdo deste comportamento.

En moitos ámbitos da vida humana a racionalidade non é máis que unha ilusión. O que prima é a emoción aínda que moitas veces vestida co disface aparente do racional porque o que si hai na nosa cultura é unha necesidade moi forte de aparecer racional ante un mesmo e ante os demais. A fábula da raposa de Esopo que, ao ver que non

pode alcanzar as uvas, abandona a parra comentando «están verdes» repítese en mil escenarios da nosa vida.

É moi difícil subtraerse á conspiración das emocións. Cando estas impoñen a súa hexemonía no psiquismo humano, é difícil que a razón consiga manter o control. De nada serve, por exemplo, que na terraza dun rañaceos se lle diga a quen ten vertixe ás alturas que pode mirar tranquilamente cara a abaixo porque hai varandas protectoras moi resistentes. De nada serve ao que ten que cruzar un precipicio facerlle ver que o taboleiro é moi ancho. Se o taboleiro estivese colocado sobre o chan, aínda que fose moito máis estreito, cruzaría sen dificultade. Os argumentos racionais nada poden cando o que temos que xestionar é unha pulsión emotiva intensa. Seguimos a crer, como os gregos de antes, que para cambiar a forma de comportarnos debemos mudar de forma de pensar e isto non é así; a xente non actúa en función de criterios racionais nin sequera en función dos seus propios intereses. E isto sábeo moi ben El Corte Inglés e por iso se comporta como se comporta.

A GRAMÁTICA DA SEDUCCIÓN

Por que non nos representamos as cousas desta outra maneira? Por que o persoal sanitario para xestionar a saúde dos seus pacientes non pode utilizar as mesmas técnicas que utiliza El Corte Inglés para conseguir vendernos o que non precisamos para nada? Por que non podemos recuperar as vellas técnicas da palabra en que tan versados eran os vellos sandadores?

Para facelo así, só teríamos que caer na conta de que precisamos desfacernos duns poucos prexuízos sobre o poder absoluto da razón ou, para sermos máis precisos, deberemos descubrir que xunto á gramática da comunicación racional, funciona outra gramática que imos chamar da sedución e que, cando se trata de orientar as condutas das persoas, é, sen dúbida, ben máis eficaz. O que vou facer de seguido é presentar o presuposto de que parte e as regras fundamentais desta gramática da sedución.

a) Presuposto epistemolóxico da gramática da sedución

O punto de partida deste instrumento pasa por tomarmos conciencia de que a maior parte das mensaxes que recibimos e emitimos (as dúas terceiras partes) non son conscientes, senón *subliminares*. As máis das persoas que lean este texto, de certo que teñen permiso de conducir e, sen dúbida, todas elas foron moitas veces nun coche. Vou permitirme facerlles a seguinte pregunta: Cara a onde corre o contaquilómetros cando o coche vai marcha atrás? É case seguro que a unha boa parte dos lectores e

lectoras lles vai entrar a dúbida á hora de daren unha resposta. O motivo desta inseguridade nace de que, cando o coche está a dar marcha atrás, con moi bo criterio por outra parte, quen conduce está a mirar polo cristal traseiro ou polo espello retrovisor para non danar, entre outras cousas, o vehículo e, porén, o contaquilómetros segue alí marcando. A ensinanza que me interesa tirar desta historia é que unha boa parte da información que recibimos pasa por nós sen que tan sequera nos deamos de conta.

É máis, non só é que tendamos a non percibir moita da información que recibimos, senón que moitísimas veces tampouco somos conscientes da que lles estamos a dar aos outros. Voume servir dunha historia para ilustralo. Imaxinemos que nunha viaxe á India decidimos mercar unha desas bonitas pedras de xade que a tan bo prezo alí se conseguen. No canto de nos dirixirmos ao vendedor directamente que está alí na rúa coa súa pequena mesiña, imos facer algo antes: con discreción, miramos o prezo que lles piden pola mesma peza a outros clientes que van pasando antes que nós. O primeiro que detectaremos é que, de entrada, non se lles dá a todos o mesmo prezo. A un pídeselle máis e a outro menos por máis que a peza sexa a mesma. Tratando de buscar unha razón, quizais pensemos que uns caen máis simpáticos que outros a quen está a vender. Non hai tal. Ocorre que cando temos interese en algo, a nosa pupila dilátase; cando nos produce desacougo, contraese; cando nin unha cousa nin outra, fica como está. O vendedor, que está adestrado nesta técnica, simplemente con mirar aos ollos do potencial comprador, decide o prezo de entrada en función do interese de quen compra. De verlle un interese escaso, axusta ao máximo o prezo para non perder o cliente. De non ser así, comeza polo alto porque, como calquera vendedor sabe, a baixar sempre hai tempo. Como é fácil decatarse, a eficacia do proceso radica en que a maior parte dos que por alí pasan non teñen a máis mínima conciencia da información que lle están a dar ao vendedor. Non se trata dun caso particular, senón que, como dixeran ao comezo, os seres humanos estamos continuamente dando información sobre nós; só é preciso saber descifrala.

Unha última consideración a respecto da información subliminar. Non só damos e recibimos información sen que a maior parte das veces nin nos deamos conta. Alén diso, cada un de nós sabe un bo feixe de cousas sen que tampouco teñamos a máis mínima conciencia temática. Quixera agora que lembrase o lector ou lectora aquela comedia de Molière titulada *O burgués xentilhome*, en que o seu protagonista, M. Jourdain, chega a rico e séntese na obriga de mellorar o seu nivel cultural; contrata un preceptor e este o que lle ensina o primeiro día é a distinguir a prosa do verso. Cando consegue decatarse do que é a prosa, M. Jourdain comenta asombrado: «Anda, e eu toda a vida a falar en prosa e sen sabelo!»

Deixe o lector ou lectora de sorrir pola chuscada do novo rico e repare con seriedade no seu descubrimento porque o mesmo nos pode estar pasando a nós; é máis, seguro que nos está a pasar. M. Jourdain sabía falar en prosa, pero non caía na conta de que o sabía. Todas as crianzas coñecen as regras da gramática antes de que llelas ensinen na escola. A proba é que o neno concorda perfectamente suxeito, verbo e predicado. Quere isto dicir que, para alén da aprendizaxe consciente, a cultura posúe outra forma de transmitirnos mensaxes que ten como característica especial a de non darnos conta de que se nos están transmitindo. O meu intento nestas páxinas vai ser reflexionar un chisco sobre estas mensaxes ocultas que chegan a nós sen que nos decatemos. Sendo máis preciso, chegan a nós e influénnos ou, por mellor dicir, manipúlannos sen que teñamos a menor idea deste influxo. Para iso, unha vez que presenteí o nicho epistemolóxico en que se instala, imos ver con que regras funciona esta gramática da sedución.

b) Regras da gramática da sedución

A linguaxe da sedución (ou vía emotiva) ten unha forma de actuar que se move nas antípodas da argumentación que é o que caracteriza a vía racional, tan do gusto do pensamento ilustrado. As súas regras principais son:

1. Non utiliza a comunicación consciente (como fai a vía racional), senón a comunicación subliminar.

Consiste isto en que cando parece que estamos a facer outra cousa, por exemplo divertíndonos, en realidade estannos a manipular. Un caso concreto, tirado ademais da nosa literatura popular, permíteme ilustrar o que tento dicir. Vou comezar por esa estrofa que todo galego coñece e que soa así:

*Ollos verdes son traidores,
azuis son mentireiros,
e os verdes e acastañados
son firmes e verdadeiros*

Se eu preguntase que é isto, diríase, con razón, que é un cantar. E se eu continuase a preguntar para que se canta, coa mesma razón, poderíase responder que para divertirse, para pasalo ben, froito dese certo nivel de alcohol en sangue despois do que xa vén «Asturias, patria querida»...

Imos agora ollar esa mesma estrofa, mais non xa cos ollos inocentes do esmorgante senón coa sospeita e o coidado de quen non quere comungar con rodas de muíño. Cómpre, en primeiro lugar, non esquecer que a literatura popular, a diferenza da maioría da culta, non se esgota na estética e na estilística, senón que adoita ser sempre literatura de combate, isto é, arma arreboladiza que nos serve para atacar ou defendernos; noutras palabras, para andar pola vida. Non é, pois, posible analizarmos a literatura popular sen termos en conta a súa conexión coa realidade, o seu contexto de uso. Na procura dese contexto cabe preguntármonos: Cal é a cor de ollos dominante na poboación galega? Os datos sobre a pigmentación de ollos na Galiza sinalan que case que dous terzos dos galegos e galegas teñen os ollos escuros, mentres que as cores claras non están presentes nin sequera ao trinta por cento da poboación.

Gardando este dato biolóxico na memoria, presentemos agora un problema de teoría económica. As relacións entre mozos e mozas desde o punto de vista do atractivo físico (os «ligues») están sometidas ás leis do mercado e, nomeadamente, á máis importante de todas elas, á lei da oferta e da demanda. Quérese dicir que aos «ligues» lles acontece o que aos pementos de Padrón: cando, ao final da primavera, chegan os primeiros, a produción aínda é escasa e o degoro de probalos grande. Que vai pasar? A resposta é fácil: pouca oferta, moita demanda e os prezos dispáranse. Se, en troques, nos atopamos ao final do verán, cando a produción é moita e xa imos indo fartos de tantos pementos, a situación é a contraria: moita oferta, pouca demanda, os prezos caen polo chan. Aplicando o mesmo razoamento a este particular mercado que constitúen relacións de moceo, sempre e cando o resto das características da persoa, naturalmente, sexan máis ou menos homoxéneas, quen xogará con vantaxe? Obviamente, o posuidor ou posuidora do ben escaso, isto é, os ollos claros. Se o experimento o fixésemos nun país nórdico, onde o claro é o dominante, a situación sería exactamente a contraria. Abonda con pensarmos no engado que para unha nórdica ten o amante latino, moreno e de ollos negros...

Como pode verse, se se me permitir unha certa esaxeración, a situación atenta contra o principal dos dereitos humanos: o de non ser tido en menos fronte a outro ser humano por razóns de bioloxía pero, non por iso, a lei de ferro da competencia deixa de se cumprir: unha pequena parte da poboación xoga con vantaxe fronte á gran masa que resulta discriminada.

Como se defende a maioría agraviada? Pois... cun cantar que proclama unhas mensaxes moi claras e pertinentes ao caso: Ollos verdes?, preciosos, mais... traidores; azuis?, fantásticos, marabillosos, mais... mentireiros. Se o que se quere non é algo inconstante e enganoso como a fermosura, senón permanente e seguro, daquela, a opción é clara: negros e acastañados, que son firmes e verdadeiros.

Verdade que parece que esta lectura non pasa de ser unha broma sen capacidade ningunha para convencer a ninguén? Se non queremos valorar á lixeira a situación, debemos reparar en dúas cousas. A primeira é que ninguén dos que cantan a copla ou de quen a escoita ten a máis mínima conciencia de que se lle estea a tratar de convencer de nada. A sensación que todos teñen é que estamos, simplemente, a divertirnos e a pasalo ben. A segunda ten que ver con que a copla non fai ningún tipo de argumentación, ningún tipo de razoamento con que se pretenda xustificar as sentenzas que se emiten. Como se ve, estamos diante de afirmacións sen proba ningunha; pouca cousa, a primeira vista, para convencer a ninguén. E digo, con plena conciencia, a primeira vista porque baixo esta aparencia tan feble está presente unha das grandes vías que pode adoptar a comunicación persuasiva: a propaganda subliminar.

2. Non utiliza a causalidade senón a contigüidade

Fronte a casos como o do noso médico antitabaco que tecía unha restra de argumentos para establecer as conexións causais entre uns feitos e outros e, deste xeito, facer que o paciente chegase a unha conclusión, quen, en cambio, utilizar a vía da sedución, co simple feito de colocar unha cousa ao lado da outra, produce en quen observa a impresión de que unha cousa produce a outra.

Durante varios anos unha coñecida marca de zumes baseou as súas campañas publicitarias nun personaxe arbitrario, o famoso curmán ou primo. Nos anuncios non se dicía en ningún momento que fosen os zumes desa marca a causa da complexión física do primo; desde o punto de vista dun sistema comunicativo fundado nas emocións, chega coa asociación arbitraria produto-personaxe para acadar os beneficios que sería imposible de conseguir de se utilizar unha argumentación racional causa-efecto.

Cando na publicidade televisiva se fala dos «corpos danone», en ningún momento se afirma explicitamente que aqueles corpos escultóricos sexan o resultado do consumo deste produto. Ninguén, no seu san xuízo, ousaría afirmar tal, porén, de utilizarmos a vía emotiva, o produto ficará revalorizado pola súa asociación co físico das personaxes do anuncio televisivo. É a eficacia da emoción sedutora, que vai máis alá de toda lóxica racional.

Non é unicamente no mundo virtual da televisión onde se produce este efecto de substitución da causalidade pola contigüidade. Atreveríame a dicir que calquera de nós tivo, ou coñece de preto, experiencias como a que vou contar. Supoñamos que estamos ás portas dun exame complicado e estamos máis que convencidos que vai resultar un fracaso. Ten lugar o exame e, contra o noso prognóstico, os resultados

foron magníficos. Aquel día levabamos posta unha determinada peza de roupa ou empregamos o bolígrafo que acababamos de mercar para o exame. Esquecemos a historia até que, un tempo despois, volvemos estar nunha situación parecida. Máis dun ou dunha dos que se ven nesta situación, medio en broma medio en serio e como quen non quere a cousa, comenta algo así como: «Déixame volver levar aquela *chupa* (ou saia, ou o que sexa) que tanta sorte me deu no exame anterior».

Se nos detemos un pouco a pensar, vemos que estamos na mesma lóxica que cos iogures e cos zumes xa mencionados. Estamos ante o pensamento máxico: o semellante produce o semellante. Escribín con ese bolígrafo e saíume ben o exame, daquela se volvo facer o exame co mesmo bolígrafo terame tamén que saír ben. Non ten lóxica, é certo, mais non pensemos que isto só funciona con mentes «prelóxicas», «primitivas», «crédulas» ou «pailanas», senón que está na estrutura básica de todo ser humano de calquera época ou cultura, de aí que o márketing máis *à la page* non pare de utilizalo.

3. Non utiliza o «discurso» senón o «relato»

Cando con anterioridade me refería ao médico que pretendía que o seu paciente abandonase o tabaco, vimos que o que facía era elaborar todo un «discurso» en que a través dunha cadea de «razoamentos» (vale dicir de argumentos) este tentaba convencer o paciente do equivocado da súa posición. A vía da sedución, para conseguir o mesmo, para nada vai acudir á argumentación, senón que o que fai é contarnos unha historia, un relato en que o importante non é a cadea causal, senón as emocións que suxire en quen escoita.

No folclore popular galego hai un conto, bastante coñecido, que pode valernos para captar o que tento dicir:

Había unha muller que era moi teimosa, e chamáballe ao home *matapiollos*. O home, naturalmente, non gustaba do nome e dicíalle: – *Muller, non me chames así!* Mais ela teimaba. Un día o home decidiu botala ao pozo da casa, mais ela, en tanto que ía polo pozo embaixo, veña a dicir: – *Matapiollos, matapiollos, matapiollos!!* Cando só tiña a cabeza fóra da auga, ela aínda: – *Matapiollos, matapiollos, matapiollos!!* Foi máis para o fondo e cando xa lle chegaba a auga á boca e non podía falar, levantou os brazos e, só con eles de fóra, facía o xesto de quen mata piollos.

Por debaixo da broma e da troula que acompaña este tipo de sucedidos, as narracións desta caste teñen unha tripla virtualidade: didáctica, internalizadora-identificadora e expresiva-proxectiva.

No plano didáctico, o conto, ao construír unha imaxe esaxerada de muller, funciona como antimodelo educativo de como non deben ser as mulleres normais. Os consumidores desta mensaxe, e estamos xa no plano da internalización-identificación, son dous. Por un lado os homes, que contan así cunha forma cultural obxectivada, por dicilo en termos xurídicos, cunha norma sancionada pola cultura, de como lle convén que sexan as mulleres; a saber, submisas e non respondonas nin críticas, mais, por outro lado, as mulleres, como se se tratase dun manual de urbanidade, aprenden a ser modosiñas e caladas.

No plano expresivo-proxectivo –e aquí podemos ver como os contos, en última instancia, serven para falar de nós mesmos– a narración cumpre tamén unha dupla función. Darlles unha arma aos homes con que atacaren as mulleres de tal xeito que á máis mínima insistencia da muller en levarlle a contra ao home, este poderá atacar simplemente con contar o conto, ben á interesada en particular, ben utilizando un contexto público para avergonzala, mais, simultaneamente, a historia cumpre a función de xerar na muller un complexo de culpa. A pouco que nos fixemos, caeremos na conta de que a narración constrúe un estereotipo de muller que é imposible que exista na realidade. Quere isto dicir que, cada vez que se aplica a unha muller concreta ou ás mulleres como colectivo, estase a deformar a realidade; estase a extrapolar ás mulleres reais unha imaxe irreal, é dicir, estáselle a forzar a asumir, como no caso do estereotipo da «muller neurótica» e tantos outros, unha identidade que para nada se corresponde co que ela realmente é mais que, a forza de insistencia, ela vai asumindo como real. O proceso socializador converteu a caricatura en fotografía mais, nese mesmo acto, a muller, no canto de asumir esta imaxe como caricatura imposta polos homes, vívea como se fose froito da súa propia culpa.

De resto, a imaxe que do home se dá no conto, está tamén maquillada, iso si, desta volta, no seu propio beneficio. Véxase, se non, como o home que nos pinta a historia responde con toda paciencia (*–Muller, non me chames así*) e só ao final, como dando a entender que aquilo non hai ser humano que o ature, decide tirala ao pozo.

En conclusión, non son só os contos de animais os que, no fondo, están a falar das persoas. Toda a literatura oral, en xeral, non é máis que o espello en que os humanos, como Narciso, nos pensamos a nós mesmos. As mensaxes narrativas da literatura popular seducen polo seu contido ou polos seus aspectos formais. En canto ao contido, fascina o prohibido, seducen a maldade, o horror, as desgrazas, as catástrofes..., fascinan *eros e thanatos*, o amor e a morte, a violencia, a agresividade, a crueldade, o monstruoso, a dor e as miserias humanas. O pensamento popular deseña as súas historias utilizando o que poderíamos chamar «pornografía dos sentimentos». O resulta-

do de todo isto é que se produce no receptor da historia unha excitación emocional que motivan a ansia de imitación ou de rexeitamento.

O folclore verbal gusta fundamentalmente porque conta historias, aínda que estas se minimicen, ás veces, en formas tan reducidas como as dun refrán. É o reino do relato, da fabulación. Os relatos fascinan porque satisfán as necesidades de fabulación e fantasía do ser humano. O relato fascina porque permite, a quen o escoitar, poñerse en contacto coas zonas máis descoñecidas e inexploradas de si mesmo. Mobilizan os sentimentos máis íntimos ao lle permitir elaborar os seus propios conflitos internos, mais o relato seduce, tamén, polos seus *contidos míticos*. Quen o escoita contempla a representación simbólica das súas propias necesidades e desexos. O mito é unha historia que posúe a forza do símbolo básico, o que conecta coa experiencia humana máis profunda, e, as máis das veces, o seu significado non se percibe de forma consciente. Como lle pasa ás crianzas, o espectador adulto participa emotivamente das narracións mediante os mecanismos da *identificación* e da *proxección*. Na identificación o oínte asume emotivamente o punto de vista do personaxe e considérao reflexo da súa propia situación vital; na proxección quen escoita envorca toda unha serie de preocupacións propias sobre os personaxes. Cando se activan ambos os mecanismos, frecuentemente inconscientes, percíbese como algo exterior a un mesmo o que na realidade acontece no interior. Os relatos están, daquela, a cumprir unha *función catártica* ou liberadora a través desta capacidade de unificar os contrarios.

Xa vimos algo disto ao falar da «muller teimosa», mais imos velo con maior amplitude tamén con referencia a un caso de mulleres. A través dun mito, a forma máis requintada da literatura popular, teremos ocasión de descubrir como traballa o imaxinario social á hora de conseguir, non só xustificar, a explotación dos homes sobre as mulleres, senón que as propias mulleres vaian aceptando este trato esencialmente desigual e inxusto como algo natural e, por tanto, lóxico e pleno de xustiza.

Na bisbarra de Buño, terra de oleiros, recollín esta lenda-mito, das poucas que é dado atopar no imaxinario popular galego, que intenta contestar a pregunta: De onde veñen os cacharros? Di así:

No principio dos tempos, o sol e a lúa vivían na terra e eran matrimonio. Daquela, o sol e a lúa saían os dous polo día; o sol mandaba nos homes e a lúa nas mulleres.

O sol foi quen lles deu o lume aos homes e ensinoulles a traballar de ferreiros; a lúa era oleira e ensinoulles o oficio ás mulleres.

Pero a lúa foille infiel ao sol e este decidiu abandonala e marchou para o ceo. A lúa foi detrás del para facer as paces. O sol non só non quixo saber nada, senón que, ademais, prohibiulle saír de día. Ás veces a lúa non lle fai caso e sae, por iso hai eclipses, pero desde aquela non se volveron levar ben.

Os homes aprenderon do sol que non podían fiarse das mulleres porque eran como a lúa; prohibíronlles saír da casa e só as deixaban saír a buscaren barro pola noite pero, como vían mal, o seu barro era de mala calidade e, por consecuencia, as pezas tamén.

Como os homes querían ter boas olas e cacharros para as festas, espíaron as mulleres para veren como traballaban o barro e así aprenderon o oficio. Eles, como ían de día a buscar o barro, facían pezas fermosas. A historia remata dicindo: «Por iso hoxe as oleiras fan pezas de batalla e son os homes os que fan as pezas bonitas».

A nada que se repare, a historia pretende darnos a explicación de por que, até hoxe, son os homes os que fan a cerámica fina. Algo así como o que acontece na cociña onde a gastronomía de *gourmet* está nas mans de cociñeiros mentres que as mulleres se limitan á cociña de diario. Na construción desta explicación aparecen varias mensaxes, mais a fundamental, a que se mostra en primeiro plano, é que «as mulleres son malas». Cómpre, con todo, que nos decatemos en como esta idea central está envolta, «empaquetada» que din os técnicos de márketing, en lúas e soles e en todo ese aparato ostentoso que acompaña a narración mítica e que a converte en sedutora e engaiolante. Como pode verse, esta vía da sedución, tan utilizada pola mercadotecnia actual, non fixo máis que inspirarse nas culturas populares dos distintos países para ir construíndo esta súa particular gramática da sedución.

4. Non utiliza a descrición total senón a hipertrofia das emocións

Cando se utiliza a vía da sedución para convencer das calidades positivas dun determinado produto ou actitude para unha determinada persoa ou grupo, no canto de describir todas as características do elemento que se quere potenciar ten, escóllense aquelas que teñen un particular atractivo para a persoa destinataria.

Supoñamos que queremos sacar ao mercado un novo modelo de coche. O primeiro que cómpre saber (e para isto hai que facer un estudo previo do segmento de destinatarios a que queremos dirixirnos) son aquelas calidades e características que máis atraen nese sector. Se, por exemplo, as cousas que máis se valoran son un deseño aerodinámico e a potencia de aceleración, cando fagamos a campaña de promoción é obvio que teremos que insistir en que a carrozaría foi deseñada, poñamos por caso

por, un estilista tipo Pininfarina, o mítico deseñador dos Ferrari, e que o motor do vehículo pasa de 0 a 100 nun abrir e pechar de ollos. Todas aquelas calidades que o potencial comprador pode valorar negativamente, tales como a cantidade de gasolina que vai consumir ou o prezo disparatado que os repostos e substitucións adquiren en deseños deste tipo, deben ficar no máis absoluto silencio. É máis, nin sequera é necesario que a calidade que se destaca pertenza necesariamente ao obxecto que se quere publicitar, senón que abonda con que, dalgún xeito, se asocie con el. Hai algún tempo, o modelo Xsara da Citroen aparecía asociado á *top model* Claudia Schiffer. O potencial comprador, ao ver este anuncio, facía inmediatamente unha asociación entre o coche e o mundo de *glamour* que a superestrela representaba. Ter algo que se supoñía que tamén tiña a estrela significaba para el participar dalgunha maneira no seu mundo por máis que, de se decidir finalmente pola súa compra, o primeiro con que se atopaba era que ao chegar o coche ao seu concesionario viña sen Claudia Schiffer.

Non é o momento de profundar máis nas posibilidades desta regra, pero a quen lea, de seguro, non se lle escapen as utilidades que é posible tirar dela de a aplicarmos ao campo da saúde, sobre todo, á hora de xestionarmos a angustia do paciente especialmente naqueles casos en que parece non haber boas razóns para facelo. Un chiste clásico en psicoterapia permite exemplificar a falsa lóxica que sustenta o proceso de racionalización. Di así:

Un terapeuta pregúntalle ao paciente compulsivo por que chasca continuamente os dedos. O paciente responde que mediante esa técnica consegue manter afastados os leóns feroces. Cando o terapeuta lle advirte de que por alí non hai leóns, o paciente responde: *Veo? Funciona!*

A resposta do paciente ten a coherencia propia dos mecanismos de racionalización. Sempre pode acharse unha xustificación aparentemente lóxica para calquera tipo de comportamento. A razón acode en última instancia en axuda dunha crenza ou dunha decisión motivada unicamente pola presión da emoción (neste caso un medo compulsivo).

Unha vez que vimos as regras con que funciona esta gramática da sedución, imos ver brevemente cales son os motivos da súa superioridade sobre a gramática da razón. Dito doutro xeito, imos ver por que onde o noso médico antitabaco fracasou, mentres que EL Corte Inglés foi quen de acadar os seus obxectivos.

A principal das razóns desta vitoria é que a vía da sedución consegue adormentar a nosa capacidade de razoar. O adormecemento da racionalidade é bastante doado de

acadar, xa que se logra a través do que antes chamamos a hipertrofia das emocións. É coñecido que as emocións intensas cegan até o punto de diminuíren drasticamente toda capacidade reflexiva, analítica e crítica. Pensemos nun traballador afeccionado ao xogo que acaba de cobrar a súa paga mensual e vai a un bingo coa intención de xogar un par de cartóns. A ilusión de ter o premio á beira da man fai que vaia mercando cartón tras cartón até que, ao meter a man no peto, descobre que xa non hai fondos. Érguese, camiña cara á porta e, nada máis cruzala, comeza a preguntarse: *E como vou facer para pagar o crédito?, e como vou dar de comer aos meus fillos?, e como...?* Cando estaba somerxido na emoción do xogo, ningunha destas preguntas lle viñera á cabeza.

Esta hipertrofia das emocións, se queremos expresalo cunha metáfora, é como darlles unha masaxe aos instintos. As mensaxe emotivas, por definición, non tratan de establecer co destinatario un diálogo lóxico, senón de xeraren un comportamento instintivo e afectivo. Por iso, máis que mensaxes, en atinada expresión de MacLuhan, son masaxes.

Estas mensaxes, das que estamos a falar, consisten en deixar caer impresións de modo tal que o cerebro non sexa quen de filtralas e racionalizalas o que, obviamente, non quere dicir que non sexa capaz de percibilas. A nosa conciencia recibe unha mensaxe como, por exemplo, «teño fame», ou «apetéceme esta torta», ou «gusto desta muller», sen ningún tipo de xustificación a maiores.

Por que así? Vexamos: a utilidade da vía emocional baséase en que, a diferenza do que ocorre cando utilizan connosco a vía racional, a nosa razón non se defende creando un contraargumento ou, en todo caso, sopesando as razóns que nos están a dar. Por exemplo, se se salienta que un produto é barato, decontado pode xurdir a sospeita de que non sexa demasiado bo. Se eu trato de vender o que digo que é unha magnífica cámara dixital por dez euros, aquel a quen intento venderlla de seguro me vai dicir ou, canto menos, pensar: *Ha ser boa!* Ou ben: *Onde a roubaches?* A razón é o grande escudo que temos os humanos para defendernos. A «vantaxe» das apelacións emocionais é que non crean contraargumentos, entre outras cousas porque ninguén se defende cando non pensa ser atacado. Lembremos que as mensaxes que verdadeiramente interesan cando utilizamos este camiño discorren todas por vía subliminar.

Con moita máis frecuencia do que parece, as tomas de decisións que teñen lugar baixo o influxo da vía da sedución realízanse desde actitudes compulsivas máis que reflexivas. Próbao unha experiencia realizada hai anos por James Vicary, psicólogo social especializado en técnicas motivacionais. Este coñecido publicista norteameri-

cano quixo analizar as actitudes das amas de casa cando compran nos grandes almacéns e supermercados. Valeuse dunha cámara de cinema oculta para gravar as señoras e utilizou o pestanexo dos clientes como índice da tensión interna. Sábese que unha persoa normal, nunha situación emotiva normal, pestanexa unhas 32 veces por minuto; pola contra, unha persoa tensa faino máis veces, até o punto de que en situacións de tensión extrema se pode chegar a pestanexar unhas 50 ou 60 veces por minuto. No extremo oposto, nun estado de placidez pestanéxase 20 ou menos veces por minuto; a hipnose representa o grao cero de pestanexo.

Vicary supoñía que durante a compra aumentaría o nivel de pestanexo, mais detectou unha media de pestanexo de 14 veces por minuto, o que podería considerarse como a primeira etapa da hipnose; as señoras nin recoñecían as veciñas que pasaban polo seu lado, tiñan unha mirada algo vidrosa... Ao se aproximaren á caixa, o pestanexo aumentaba até unha cadencia de 25 veces por minuto. Ao oíren o son da caixa rexistradora e mais a voz da caixeira, o pestanexo incrementábase até unha cadencia de 45 veces por minuto. Nalgúns casos non se decataban até aquel momento de que non tiñan suficiente cartos para pagaren a compra. É dicir, até daquela non recuperaban plenamente o estado de conciencia.

Seguro que máis dun lector ou lectora se estará a preguntar como é posible que eu estea a defender este ataque brutal á razón, sobre todo cando estamos a falar de algo tan serio como a saúde. No meu descargo teño que engadir que son plenamente consciente da importancia da razón se queremos contar cunha cidadanía crítica e consciente dos seus dereitos e deberes, mais tamén o son —e a necesidade de tomar conciencia diso é un dos obxectivos fundamentais destas páxinas— da incapacidade que ten a razón en estado puro á hora de facernos mudar de actitudes. Tentarei explicarme: cando entramos nunha tenda, moitas veces terémonos fixado que algunhas das caixas en que están empacuetadas moitas das mercadorías que alí se expoñen, por forza, teñen que custar máis que o produto que gardan. De comentar isto, calquera experto en vendas nos dirá que un bo envoltorio é dos elementos máis importantes que se consideran cando se pretende atraer os compradores, mais teñamos en conta que isto non funciona só con persoas pouco dadas a razoar; a estrutura emocional e a súa dinámica é basicamente común para a maioría dos humanos por máis que os contidos que dinamizan os estímulos estean social e culturalmente construídos. Quere isto dicir que se queremos educar a alguén no gusto pola música clásica, mais co que esa persoa verdadeiramente goza é, supoñamos, Manolo Escobar, como o primeiro disco que lle poñamos non sexa deste cantante e, aos poucos, tratemos de ilo levando a onde nós pretendemos, o único que conseguiremos é que siga cos seus gustos de sempre se é que non remata odiando ou aburrindo o novo camiño que tratamos de inculcarlle.

Volvamos a ese suposto ataque meu á razón. O que pretendo dicir e que, se non somos quen de meter o noso discurso racional dentro dunha «caixa» que lles resulte sedutora a aqueles a quen pretendemos convencer, a eficacia da nosa mensaxe corre un forte risco. Non se trata, pois, de desbotar a razón da nosa práctica, senón, unicamente, de envolverla nunha atractiva embalaxe.

Un exemplo valerame para concretar mellor a miña tese. Se eu lle preguntase a quen ler estas liñas»a que se aprende xogando ao Monopoly seguro que me contestaría algo así como: *A ser un especulador* ou *A mirar con bos ollos a especulación*. De feito, o obxectivo final do xogo non é outro que o de arruinar os restantes xogadores. Supoñamos que eu quixese levar a un determinado colectivo a reflexionar criticamente sobre este fenómeno da especulación e a ofrecerlle estratexias e ferramentas de análise. Eu podería facer isto utilizando a vía da razón núa, isto é, construíndo un discurso a través dun ensarillamento de argumentos sobre o tema ou ben, como veño de dicir, empaquetando a *razón* en *sedución*. Como se pode facer para utilizar esta segunda vía? Pois ben, podo deseñar un Monopoly distinto en que, xunto ao rol de especulador, fose posible desempeñar outros de natureza ben distinta. As regras deste novo Monopoly esixen que cando o xogador con rol de especulador quere construír un hotel ou varias casas nunha determinada rúa ten que chegar a un acordo con outros que están desempeñando o papel de membro dun colectivo ecoloxista, dunha comunidade de veciños, do colexio de arquitectos ou de calquera outro rol sobre o que nos interesase traballar o incremento de conciencia crítica. A isto é ao que chamo «empaquetar» a razón. Trátase de xerar un contexto (neste caso lúdico, mais pode facerse activando calquera outra emoción) que resulte atractivo para as persoas sobre as que se quere actuar e, subliminarmente, ir introducindo nel as mensaxes ou actitudes que interesa potenciar.

A medicalización da saúde

Estiven até agora tratando a incapacidade da medicina actual para utilizar a «palabra», e particularmente a sedución, e das dificultades que desta eiva se seguen á hora de xestionar o malestar e, de modo especial, a cronicidade e a enfermidade terminal, mais tamén comentaba, ao comezo desta reflexión, que un terceiro campo en que non se acaba de descubrir o camiño correcto é o da medicina preventiva e esta dificultade de avance, dicía, había que póla en relación coa forte medicalización da saúde a que estamos a asistir e, por que non dicilo, provocar. Mais, que é isto da medicalización da saúde? Até hai moi poucos anos a xestión da doenza levábase a cabo dentro da propia comunidade de modo que o doente nunca perdía o contacto co grupo familiar e de amizade a que pertencía.

Antigamente esta integración fora aínda máis intensa: a xestión da doenza levábaa a cabo o propio grupo social a que pertencía o enfermo. Eran os *entendidos* e as *entendidas* locais (curandeiros ou curandeiras, bruxos e bruxas, persoas habilidosas etc.) os que diagnosticaban e aplicaban os remedios que lles parecían pertinentes. Cando non sabían como enfocar o problema, colocaban a persoa enferma nun cruzamento de camiños agardando que algún viaxeiro que pasase por alí soubese como facelo.

No tempo dos nosos avós e, para algúns, dos nosos pais, no mundo non urbano, aínda seguían presentes moitas destas cousas. Do mesmo xeito que en todas as casas sempre había alguén que tiña coñecementos de ferreiro, de albanel ou de canteiro (ou se non, na casa do lado), así pasaba coas doenzas; eran, sobre todo, as mulleres as que coñecían os remedios para tratalas e, se non chegaba, acudíase aos especialistas locais.

Cando a medicina se converte nunha profesión especializada e aparece o médico, este vive na propia comunidade. Aínda a maioría de nós coñecemos o vello médico de cabeceira que se desprazaba á casa do enfermo cando era reclamado. As vantaxes eran obvias. A angustia que toda enfermidade produce no paciente e nos seus familiares máis achegados ficaba mitigada pola calor humana que leva o sentirse nun mundo coñecido. O hospital, como o asilo, non eran espazos de atención normal, senón de acollida e auxilio para persoas pobres e marxinadas. Moitos de nós tivemos a experiencia desa relación humana e cálida entre o enfermo, a familia e o médico de cabeceira. Lembro da miña nenez que, con bastante frecuencia, cando o médico de cabeceira viña verme á casa o diagnóstico era sempre de pulmonía. Unha desas veces en que eu estaba con febre na cama, vexo que entra no cuarto o médico acompañado de miña nai e esta, despois de deixarlle uns breves momentos para que me auscultara, coméntalle: - *Pulmonía outra vez, non, don Celso?* Lembro aínda perfectamente a cara do médico, sen dúbida molesto por esa inxerencia do profano no seu labor diagnóstico, e a súa resposta seca: - *Dobre*.

Agora, cos anos, decátome de que esa pequena intromisión do familiar no proceso de xestión da saúde que o médico de cabeceira, comprensivo, consentía, representaba un xeito de integrar o paciente e o seu grupo no proceso de curación e de recoñecelos a todos como *persoas* e non como *obxectos doentes*.

Coa desculpa da tecnoloxía, da asepsia e da eficiencia, as cousas cambiaron totalmente hoxe en día. Cando alguén cae enfermo, o médico trata, se pode evitalo, de non vir á casa; ten o enfermo que desprazarse ao centro de atención primaria ou a urxencias e, se a cousa se considerar importante, debe ingresar no hospital. Desde o punto de vista psicolóxico, as descompensacións son moitas:

- O paciente deixa de ser unha persoa para se converter, poñamos por caso, nun 15/XXXXXXXXXX (e dez díxitos máis correspondentes ao número da Seguridade Social).
- Sácano do seu mundo, fálanlle nunha linguaxe que apenas entende; nunha palabra, convértese nun emigrante sanitario cunhas vivencias descompensadoras moi parecidas ás do emigrante económico cando ten que desprazarse a unha terra estraña.
- Os parentes e veciños deben limitar os seus contactos con el ás horas de visita.
- As preguntas que suscita a angustia do paciente reciben unhas respostas *sui generis* etc.

Cando falo destes temas nos distintos tipos de cursos ou charlas en que participo, a desculpa máis utilizada pasa por argumentar que cos escasos minutos de que se dispón no sistema público de saúde até para unha primeira consulta, faise imposible ese trato personalizado polo que avogo. Como resposta a esta dificultade, gustárame comentar un feito. Nunha zona rural de Galicia onde un equipo de psiquiatría con que colaboro tenta incorporar esta medicina da palabra da que estou a falar, tamén traballan varios curandeiros tradicionais. Sabe o lector ou lectora que cantidade de tempo empregan os curandeiros para unha primeira consulta nos momentos de máis afluencia de clientes (os sábados e domingos; como pode verse, horario social)? Tres minutos e medio. E podo asegurar que o nivel de relación e información (*rapport*) que conseguen entre cliente e sandador é extraordinario. O que vén dicir que unha boa relación médico-paciente non está en función da cantidade de tempo que se emprega nela, senón de como se xestiona ese tempo. A pregunta, daquela, é obvia: por que non podemos utilizar nós esas mesmas técnicas?

No entanto, retomemos o argumento que viña desenvolvendo. Todo o dito anteriormente fai que, durante o tempo da súa enfermidade, o paciente sexa un simple corpo, illado do seu mundo, do que se agarda que dea a menos lata posible (*–Límítese a estar enfermo!*, oínlle unha vez contestar a unha enfermeira ao paciente que ocupaba nun hospital a cama veciña á miña e que a importunaba con preguntas sobre o seu estado). O rol de enfermo xa non é o rol dun ser humano, senón o dun corpo avariado. E cando saia fóra, se a enfermidade deixou secuelas, váiselle facer un plan de vida que se agarda que siga relixiosamente.

O enfermo crónico, para alén de ser arrincado da sociedade para o hospital, cando o devolven non vai ser xa máis un cidadán normal, pertence xa á confraría do réxime de vida sa.

Mais esta relixión da saúde non só busca adeptos entre os enfermos, pretende, tamén, que toda a sociedade se converta a ela. Nace así unha das ramas da medicina con máis auxe social: a medicina preventiva.

Antes había dúas fases na vida dunha persoa: unha cando estaba sa e gozaba e outra cando estaba enferma e o pasaba mal. Agora segue a haber dúas fases: cando está enferma (e segue a pasalo mal) e cando pode estar enferma. Froito desa propaganda medicalizadora da saúde, cada vez hai máis xente a que non lle doe nada, mais está preocupada por como terá o colesterol, a tensión, os triglicéridos e vinte mil cousas máis.

É mala esa preocupación? preguntárase o lector ou lectora. Os clásicos dicían *in medio est virtus*, isto é, a virtude está no medio. Os nosos paisanos galegos, falando de como tratar os animais, aconsellan: *Nin tanto arre! que fuxa, nin tanto xooo! que se pare*. O que é malo non é a preocupación, o malo é que esa preocupación se converta nunha obsesión, e iso é, precisamente, o que está a pasar. A saúde estase a converter na nova relixión do noso tempo, estamos a medicalizar, psicoloxizar e psiquiatrizar a sociedade. Estamos a converter a saúde en obsesión.

Non é unha *boutade* o que estou a dicir. Basta pararse a pensar en como se está a promover a «cultura da saúde» para caer na conta de que se están a empregar os mesmos medios que sempre usaron as relixións para cativar as conciencias. Recoñecementos, *screenings*, análíticas de control, dietas inxesta, etc. están formuladas como os mandamentos dunha relixión: non matarás!, non roubarás!, non desexarás a muller do teu próximo!... E non perdamos de vista que as relixións con mandamentos fomentan dúas cousas graves: a obsesión e a culpabilidade.

Nesta construción da obsesión e da culpa, a medicina preventiva, seguindo os pasos da relixión, chega, se non a inventar enfermidades (que, ás veces tamén; véxanse os estudos sobre *disease mongering*), si a magnificalas e a convertelas en estigmas.

A igrexa católica di que inventou a Inquisición para perseguir as bruxas e os herexes. A verdade foi máis ben a contraria: as bruxas foron un invento dos inquisidores. Abonda para comprobalo con repasar o proceso que a Inquisición segue, a finais do século XVI, contra a veciña de Cangas de Morrazo, María Soliña. Esta muller, filla e esposa de mariñeiro, coa cultura que na época tiñan as mulleres da súa clase, acusada de bruxaría, cando o inquisidor lle pregunta: *—¿No es verdad que tuviste relación carnal con diablos incubos y súcubos?* (cantos lectores de hoxe son quen de entender a pregunta?) responde así: *—Si, moitas veces*.

Cómpre pensar se algo parecido non estaremos a facer hoxe co colesterol, coas fibromialxias, cos trastornos bipolares e con todas esas etiquetas caixón de xastre que as modas médicas van impondo. Vexamos un exemplo:

O Sr. Arturo, un veciño dunha aldea do val da Maía, séntese absolutamente discriminado ao ver que unha boa parte das persoas da súa idade está a ser tratada con *sintrón* mentres el, por moito que llo demanda ao seu médico de cabeceira, non consegue que lle prescriban este tratamento. – *E logo, por que, se a todos lle dan o sintrón, eu non teño dereito a esa cousa?*

Non esquezamos que a maioría das supersticións que hoxe atribuímos á medicina popular non son outra cousa que etiquetas médicas pasadas de moda.

Para acabar, imos preguntarnos: Pódese facer algo fronte a esa divinización da medicina preventiva? A resposta é afirmativa: desmedicalizar o máis posible a enfermidade. Un caso real concreto pode valer como exemplo do que pretendo dicir por desmedicalizar os problemas de saúde. Nunha ocasión, un grupo de veciños dunha moi pequena aldea rural pertencente ao sector que atende a unidade de saúde mental con que colaboro solicitou que se lle impartisen unhas charlas sobre saúde mental. Na demanda non había maior precisión, polo que no canto de aceptar ou rexeitar, sen máis, as charlas en cuestión, o equipo decidiu desprazarse ao lugar. Na aldea, unha de tantas aldeas galegas, a situación pola que estaban a pasar os seus veciños era absolutamente deprimente. A vella vida social tan intensa fora substituída por un intenso e triste autismo onde as familias perderan esa alegría que dá a vida en común. A proposta que se lle fixo desde a unidade foi: por que non facer, na vez das charlas, un periódico da aldea elaborado polos propios veciños que actuarían a modo de consello de redacción.

A proposta pareceulles ben e, cada quince días, xuntábanse membros do equipo e os veciños do lugar para decidir os contidos e a elaboración do xornal que saía unha vez ao mes. En cada reunión, tratábanse aqueles temas que a eles lles parecían interesantes ao tempo que se compartían o viño, unhas tortillas, uns chourizos ou o que fose que os membros do grupo achegaban á reunión. O interese da experiencia non estaba tanto nos contidos do xornal como na satisfacción e benestar que lle proporcionaba ao grupo ese cemento social do compartir. O que ao principio era un grupo desestruturado, íase convertendo pouco a pouco nunha comunidade que se sentía satisfeita de si mesma. Sen tocar para nada temas de saúde, o que se estaba a levar alí a cabo era a auténtica medicina preventiva en que sen acudir a culpas, dietas e demais historias da medicina preventiva ao uso, conseguíase un estado de benestar sen a angustia que é o que, no

noso parecer, debe constituír o punto de partida da auténtica prevención. Isto é o que entendemos nós por medicina desmedicalizada.

O caso é que a estratexia do xornal non só tivo efectos na saúde comunitaria da aldea como pode verse no seguinte sucedido. Nunha desas xuntanzas comunitario-xornalísticas, ao tratar de fixar o día para a seguinte reunión, a xente do lugar dixo que non podía ser nesa data porque —estabamos en época electoral— os de non lembro que partido solicitaran o local ese día para o mitin. A proposta que se lle fixo desde o equipo de saúde foi a seguinte: *E que vos parece se, no canto de escoitar o que esa xente queira dicir, non facemos nós unha listaxe dos problemas que temos aquí e lles preguntamos que alternativas ofrecen para solucionarlos?* Así se fixo e, cando chegou o día, antes de que os políticos comezasen a falar, un dos membros da colectividade ergueuse para preguntarlles que solucións se comprometían a achegar. A xenreira dos políticos en cuestión cara a nós penso que continúa hoxe, mais a satisfacción do equipo de saúde está en que non só estabamos no bo camiño para construír unha comunidade san, senón que, ao tempo, era tamén crítica e consciente dos seus dereitos.

Se somos capaces de situármonos neste camiño alternativo, non só estaremos contribuíndo a diminuír a obsesión e a culpabilidade, senón que estaremos incrementando a sensación de normalidade e a alegría de vivir. Mais, a maiores, estaremos tamén aforrando recursos que poderemos utilizar para atender mellor as auténticas necesidades sanitarias.

Posiblemente, a esta altura da reflexión presentada, algúns dos que ledes estarédesvos a preguntar: mais, este tipo de traballo que aquí se propón non cae fóra do que lle compete ao persoal sanitario? Non é, máis ben, cousa de asistentes sociais, antropólogos e profesionais dese tipo? Non dispoño de tempo para me somerxer agora neste tema, mais só desexo lembrar aquilo que as señoras burguesas de antes lles recomendaban ás súas fillas cando as preparaban para o matrimonio: *Miña filla, recorda que se ti non sabes facer as cousas, tampouco saberás mandarllas facer a quen traballe contigo.*

Bibliografía

Allué, M. (1996): *Perder la piel* (Barcelona: Seix Barral).

Arnheim, R. (1992): *Visual Thinking* (Berkeley: Universidade de California).

Barthes, R. (1964): «Rétorique de l'image», *Citations*, 4: 40-51.

- Berrio, J. (1993): *Teoría social de la persuasión* (Barcelona: Mitre).
- De Martino, E. (1975): *Mondo popolare e magia in Lucania* (Roma: Basilicata editrice).
- Dichter, E. (1995): *La estrategia del deseo* (Bos Aires: Huemul).
- González, J. L. (1988): *Persuasión subliminal y sus técnicas* (Madrid: Biblioteca Nueva).
- Good, B. (2008): *Medicine, Rationality and Experince: An Anthropological Perspective* (Cambridge: Universidade de Cambridge).
- Kleinman, A. (2009): *Wrigting at the Margin* (Berkeley: Universidade de California).
- McLuhan, M. (1987): *El medio es el masaje* (Barcelona: Paidos).
- Menéndez, E. L. (2011): *Cura y control. La apropiación de lo social en la práctica psiquiátrica* (México: Nueva Imagen).
- Saperas, E. (1988): *Los efectos cognitivos de la Comunicación de masas* (Barcelona: Ariel).
- Verlee Willians, L., (1986): *Aprender con todo el cerebro. Estrategias de pensamien-to: visual, metafórico y multisensorial* (Barcelona: Martínez Roca).

O Plan xeral de normalización da lingua galega. É posible rescatarmos algúns dos seus compromisos seis anos despois?

GREGORIO FERREIRO FENTE

Profesor de ensino secundario e ex-membro da Comisión Técnica do Plan xeral de normalización da lingua galega

Desde unha perspectiva estritamente historiográfica, no recente proceso de normalización da lingua galega existiron dous momentos especialmente importantes. O primeiro tivo lugar a comezos da década dos oitenta, cando se afrontan e resolven no fundamental as cuestións esenciais referidas tanto ao status (oficialización, establecemento dos obxectivos formais en materia de política lingüística etc.) como ao corpus da lingua. Con bo criterio, entendeuse, naquela altura, que o proceso que se estaba a pór en marcha esixía instrumentos xurídicos e ferramentas lingüísticas específicos que eran condición *sine qua non* para o seu éxito, e sobre estes mesmos esteos, chantados hai xa 30 anos, descansou, case invariablemente até hoxe, toda a maquinaria de produción, xestión e intervención lingüística en Galicia.

O segundo gran momento —ou que polo menos estaba chamado a selo— constituíuno a aprobación o 21 de setembro de 2004, no Parlamento de Galicia, do Plan xeral de normalización da lingua galega (en diante, PXNLG). Longamente esperado e reiteradamente demandado, porque se entendía que era a pedra chave dun edificio que permanecía inconcluso, o PXNLG axiña se converteu en centro de atención pública, aínda que moi especialmente para o sector político e mais para todos aqueles grupos e axentes sociais que estaban implicados activamente na normalización da lingua galega. Como se dun *Novo Testamento* se tratase, durante un período de tempo que durou anos non houbo acción gobernamental de promoción da lingua que non tivese, con razón ou sen ela, a súa xustificación no texto do PXNLG, nin reproche político de signo contrario que deixase de invocalo, víñese ou non ao caso. Curiosamente, resultaron ser as persoas do mundo da sociolingüística e da planificación lingüística as que menos atención lle prestaron, malia que foran as que máis insistentemente apelaran no pasado, argüindo razóns técnicas e argumentos científicos inapelables, á necesidade

de dotarmos a política lingüística galega desta ferramenta¹. Dito noutras palabras, o texto do PXNLG careceu en todo momento dun indispensable traballo de exexese que axudase a interpretalo no seus xustos termos, o que tería evitado, nalgunha medida, o uso improdutivo de argumentos impropios en que derivou tantas veces o escaso debate público e a abundante lea política que xirou arredor del. É máis, sen necesidade de caermos en ningún tipo de rigorismo, pódese afirmar que nunca houbo un auténtico debate esclarecedor de natureza política, técnica e estratéxica do novo documento, como tampouco nunca se abordou o indispensable labor da súa difusión pública, ao que estaban obrigados, neste caso concreto case de forma exclusiva, os organismos públicos con competencias na materia. Neste sentido, paga a pena traermos aquí, por atinadas, as reflexións que facía o sociolingüista Henrique Monteagudo (2004: 16-17) nun artigo que publicou acerca do PXNLG pouco despois da súa aprobación.

A difusión pública do PXNLG é un elemento crucial para asegurar o consenso social canto aos obxectivos marcados e os esforzos que estes reclaman. É de manual que un amplo, diverso e intenso debate social, en que se debullen os argumentos a prol da normalización da lingua e se tiren á luz os atrancos con que esta bate, constitúe un primeiro paso para pulsar a opinión e ir esclarecendo e diluíndo reservas, dúbidas, preconceitos, malentendidos, resistencias –de todo isto abunda máis da conta no noso país–. Se uns e outros consideran que a sociedade galega non é madura dabondo como para debater sobre o PXNLG, daquela, ¿como podemos agardar que sexa quen a facer o esforzo que se lle esixirá?

E nas liñas finais do artigo, Monteagudo (2004: 17) engadía:

Pero non nos enganemos: a implementación dese Plan, como aconteceu coa Lei de Normalización Lingüística, vai depender substancialmente da mobilización dos sectores máis preocupados polo porvir do idioma, do noso compromiso cotián, da nosa capacidade para facelo chegar á sociedade e do noso esforzo por insuflarlle o pulo necesario, e tamén para vixiar e denunciar, se é o caso, os eventuais incumprimentos. Tarefas todas ás que GRIAL non deixará de prestar o seu modesto contributo. En poucos meses presentaremos na nosa revista un dossier sobre a situación actual do galego e unha análise máis demorada do Plan².

¹ Nunha pescuda bibliográfica non exhaustiva que realicei e na que fun asistido polo persoal do Centro de Documentación Sociolingüística de Galicia, atopei unicamente dúas publicacións con estas características da autoría de Monteagudo (2004) e Rodríguez (2006), este último centrado no sector da educación. Incluíriase tamén nesta categoría, mais só en parte, o artigo de Callón (2004).

² A anunciada análise do PXNLG, até onde eu sei, non chegou a publicarse.

Pois ben, a organización das VII Xornadas Lingua e Usos. Lingua e Sanidade convídame a falar (grazas, amiga Goretti) sobre «os compromisos do Plan xeral de normalización da lingua galega seis anos despois», tema que resulta máis que pertinente neste momento, mais que entraña non poucas dificultades. A fundamental constitúea, en coherencia co que afirmei anteriormente, o feito de que aínda hoxe, despois de seis anos da súa aprobación, están por explicar, debater e solucionar moitas cuestións básicas, que deberan estar xa abordadas e resoltas, pero que nin sequera se iniciaron. Non é a miña intención resolvelas aquí porque sería tarefa imposible. O meu propósito é propiciar un debate, a partir do cal poidamos convir todos e todas en se aínda se poden rescatar do PXNLG, seis anos despois de aprobalo, algúns compromisos. Para isto, vou tentar responder catro preguntas básicas con que encabezo cada unha das epígrafes en que se estrutura este artigo.

1. Era necesario un plan xeral para a lingua galega?

Pode parecer que esta é unha pregunta que nin sequera merece ser formulada, mais, no entanto, é a máis importante de todas. A resposta é, rotundamente, que si, e tres son, cando menos, as razóns para chegarmos a esta conclusión.

1.1. De índole normativa

Desde 1981, ano da aprobación do Estatuto de autonomía de Galicia, até 2002, ano en que se inician os traballos de redacción do PXNLG, varios eran os textos normativos que, de forma máis ou menos explícita, dispoñían a obriga de: *a)* establecer unha política lingüística institucional á que se lle asignaban obxectivos ben concretos e *b)* planificar as intervencións conducentes á consecución deses obxectivos asignados. Para o caso que nos ocupa, unicamente vou citar dous destes textos. En relación coa primeira das disposicións, o Estatuto afirma no artigo 5.3 que:

Os poderes públicos de Galicia garantirán o uso normal e oficial dos dous idiomas e potenciarán o emprego do galego en tódolos planos da vida pública, cultural e informativa, e disporán os medios necesarios para facilita-lo seu coñecemento.

Se a potenciación do emprego do galego en todos os planos da vida pública é, xa que logo, cometido dos poderes públicos de Galicia, correspóndelle concretamente ao Goberno galego a dirección técnica, seguimento e planificación do proceso de normalización da lingua galega, tal e como se indica na Lei de normalización lingüística de 1983, aínda hoxe en vigor:

Art. 22º

O Goberno Galego asumirá a dirección técnica e o seguimento do proceso de normalización da lingua galega, asesorará á Administración e ós particulares e coordinará os servizos encamiñados a conseguí-los obxectivos da presente Lei.

Art. 23º

O Goberno Galego establecerá un plan destinado a resalta-la importancia da lingua como patrimonio histórico da comunidade e a poñer de manifesto a responsabilidade e os deberes que esta ten respecto da súa conservación, protección e transmisión.

1.2. De raíz sociolingüística

En 2002 xa había algo máis dun lustro que se fixera público o terceiro e último volume do *Mapa Sociolingüístico de Galicia* (MSG), un estudo cuantitativo de grandes dimensións sobre a situación real da lingua galega que nacera, por decisión da Comisión Coordinadora para a Normalización Lingüística, co obxectivo de servir de fundamento previo á elaboración dun plan de normalización lingüística (Monteagudo / Bouzada, 2002: 66). Entre o avultado número de datos que ofrecía o MSG había dous que supuñan a constatación empírica irrefutable dun problema de substitución lingüística sobre o que, desde había moito tempo, viñan alertando, mediante argumentos que formaran, as máis das veces, a partir da simple observación, aquelas persoas e grupos sociais e políticos máis sensibles e concienciados coa realidade social do galego. Así, aínda que o galego seguía a ser a lingua maioritaria socialmente en termos porcentuais absolutos, a realidade que reflectían os datos do MSG caracterizábase por:

- Existir un forte retroceso da transmisión primaria, como o demostraba o dato maiúsculo de que a diferenza entre galegofalantes e castelanfalantes no arco de 16-25 anos e o de máis de 65 anos era superior a 70 puntos.
- O uso do galego mudaba en función de variantes coma o hábitat de residencia, a idade, o nivel de estudos ou a clase social, isto é, a maior vitalidade do galego quedaba circunscrita primordialmente a aqueles sectores de menor dinamismo e prestixio social.

1.3. Derivadas da natureza social de calquera intervención lingüística

A consideración de base é que todo proxecto con vocación de éxito esixe unha planificación previa que preceda a toda acción, máxime se se tratar dun proxecto de natureza social, como ocorre nos chamados procesos de normalización lingüística, nos cales as accións que se poñen en marcha, maioritariamente por parte de institucións gobernamentais, teñen por finalidade modificar os usos lingüísticos nunha sociedade. Era obvio que, en 2002, esa finalidade non supuña, en si mesma, unha novidade. De feito, xa se levaban máis de 20 anos tomando decisións, destinando abundantes recursos económicos e implementando accións con ese obxectivo, mais o problema parecía radicar en que se carecía dunha política lingüística planificada e, moito menos, dunha política lingüística global (xeral, con incidencia en todos os sectores da sociedade), fose planificada ou non³.

En efecto, se por algo se caracterizara a intervención lingüística governamental desenvolvida en Galicia até ese momento era polo seu carácter improvisado, improvisación que, sostida no tempo, derivara, xa daquela, en que todo o proceso mostrase como trazos definitorios os seguintes:

- A parcialidade. As accións circunscribíranse case na súa totalidade a dous ou tres sectores: o ensino non universitario, a Administración autonómica e local, e, xa en moita menor medida, os medios de comunicación. Outros ámbitos, algúns tan importantes como o económico, permaneceran practicamente incultos. Non debe pasar desapercibida a coincidencia existente entre os sectores sobre os que se viñera actuando e os que a Lei de normalización lingüística determinara como merecentes dunha especial atención.
- A rutina. Todo acto de planificación esixe unha certa dose de imaxinación e, na ausencia desta, desembócase na rutina. A pouco que nos deteñamos na análise das accións implementadas durante este período de tempo caeremos deseguida na conta de que eran unha repetición de si mesmas: do mesmo xeito que naceran dun arranque intuitivo e improvisado, sucedíanse, edición tras edición, sen que

³ Para fundamentar estas reflexións, tomo como referencia as definicións que se dan de planificación lingüística como «todo aquilo que ten que ver, a un tempo, cos termos *planificación*, *linguaxe* e *sociedade*» (Falcón 2000: 415), e como «o esforzo consciente desenvolvido para influír na conduta das persoas respecto da adquisición, da estrutura ou da asignación funcional dos seus códigos lingüísticos» (Fernández, 2007: 21). Neste sentido, as afirmacións que fago non entran en contradición coa definición segundo a cal política lingüística sería a planificación lingüística governamental.

houbera a necesaria parada avaliativa que precisase os logros conseguidos. Esta avaliación estaría destinada á retroalimentación da mesma acción no futuro ou a establecer a non idoneidade da súa continuidade etc.

- A dispersión. Outra das consecuencias de toda intervención non planificada é que as accións se implementan diseminadamente e posúen un carácter autista. Isto é así porque no seu arranque, deseño e execución non se parte de directrices estratéxicas en que alicerzalas (fortalezas e oportunidades que cómpre aproveitar), nin se procuran sinerxías que lles dean un efecto multiplicador.

2. Que é e que non é un plan xeral de normalización lingüística?

Unha definición holística posible sería a que segue:

Un plan lingüístico é un documento, comunmente gubernativo, en que, a partir dun coñecemento certo e empírico da realidade sociolingüística sobre a que se pretende actuar, se establecen, de xeito programado, as directrices estratéxicas, os obxectivos xerais e específicos, e as medidas concretas (con indicación dos procedementos de execución e avaliación), de aplicación nun período pechado de tempo, encamiñados a modificaren os usos lingüísticos nunha sociedade; será un plan sectorial se pretende actuar nun sector ou ámbito concreto da sociedade, mentres que será un plan xeral se a súa finalidade é incidir na totalidade dos ámbitos en que se estrutura esa sociedade.

Nesta definición non se encerran a totalidade das características e premisas que debe observar un plan de intervención lingüística, aínda que son as máis comúns nos chamados plans por obxectivos. Cando se iniciaron os traballos para a elaboración do PXNLG, existían dous precedentes planificadores referencial e xeograficamente próximos, e cada un deles obedecía a unha tipoloxía ben distinta. En Galicia decidiuse tomar como modelo o plan catalán⁴ e desbotouse o vasco⁵, o cal se distanciaba notablemente das esixencias contidas na definición que propuxen.

Con independencia de se o PXNLG cumpre ou non a totalidade das premisas contidas nesta definición –cuestión á que me referirei brevemente máis abaixo–, paréceme oportuno destacar sen demora algo cuxa pertinencia vén dada polo caso galego. Un

⁴ *Plan general de normalització lingüística* (1995).

⁵ *Eukara biziberritzeko plan nagusia (Plan xeral de promoción do uso do éuscaro)* (1999).

plan de normalización lingüística, aínda que sexa un documento governativo e aínda que fosen ratificadas nun parlamento a súa aceptación e mais a súa validez formal e funcional, non constitúe un texto legislativo nin normativo. En sentido estrito, trátase dun plan de traballo que un determinado goberno lle propón á cidadanía alegando razóns de necesidade, para cuxa mellor execución decide contar co maior grao de consenso social e político posible. Neste sentido —só neste sentido— non se diferencia, *mutatis mutandis*, dun hipotético plan de estradas ou de telecomunicacións. Así que, se máis tarde ese goberno —ou outro posterior que manifeste asumilo— decide non levalo a cabo, non incorrerá en ilegalidade ningunha ou falta de suxeición á norma; simplemente, estará a recuar na decisión que antes tomara. A consecuencia primeira de tal trasacordo é ben obvia: a realidade que se decidira transformar permanecerá como estaba.

3. Cales son as fortalezas e as fraquezas do PXNLG?

Sen ánimo de ser exhaustivo, establezo en tres as fortalezas e noutras tantas as fraquezas do PXNLG.

3.1. Fortalezas

- O espírito que o inspirou. Este aparece claramente expresado na «Presentación», e supuxo un cambio no enfoque e na análise da cuestión. O cambio afecta, en primeiro lugar, a como se enfoca o «problema» das linguas en Galicia. Até daquela, na percepción da situación de contacto entre o galego e o castelán semellaban concibirse dous problemas diferentes, encontrados e irreconciliables. Para un sector da sociedade, o problema situábase, case exclusivamente, no feito dramático de que o galego estaba sufrindo un proceso de substitución lingüística que parecía irreversible, mentres que para o outro sector da sociedade en pugna o problema localizábase, unicamente, nas políticas lingüísticas activas de promoción do galego e nos custos e esixencias que delas se derivaban. O PXNLG tenta conciliar ambos os enfoques ou tesituras nun único «problema», partindo dunha declaración de principios que fica exposta en aseveracións do tipo «ninguén pretende dificultar a vida de quen en Galicia fale castelán, senón só protexer a quen fala galego, estimular a que o falen cantos o saben falar e cantos outros queiran aprendelo» (p. 11). Outro cambio que introduce o PXNLG é o que ten que ver co enfoque do futuro da lingua galega, que se xulga optimista, malia existiren dificultades e estas non seren nin poucas nin pequenas. Para chegar a tal conclusión pártese de que, nunha análise rigorosa

da situación, se constatan tamén datos que revelan fortalezas que as interpretacións vitimistas adoitan obviar. Esta mudanza de perspectiva debe levar implícito un cambio de estratexia, porque, como tamén se di na «Presentación», «se a cotío predicamos a debilidade da lingua, o que o cidadán medio percibirá é que el debe apostar por outra lingua de máis claro futuro» (p. 6).

- O proceso de elaboración foi aberto, dinámico e participativo. Durante a primeira fase, en que se deseñaron as liñas mestras de todo o proceso e mais da estrutura que habería de ter o documento, a comisión técnica envioulle unha carta-cuestionario a 959 destinatarios e realizou 26 entrevistas persoais co fin de testar a documentación até entón redactada e saber o parecer de especialistas, representantes de organizacións etc. Na fase segunda, o peso da tarefa recaeu, esencialmente, nas 65 persoas (das que tres foran designadas por cada un dos partidos políticos con representación no Parlamento de Galicia) que participaron nos oito grupos de traballo aos que se lles asignara a responsabilidade de seleccionaren, definiren e propoñérenlle á comisión técnica un inventario de obxectivos específicos e de medidas para cada un dos sete sectores verticais e, dentro deles, para as 30 áreas en que se estruturara o proxecto. Finalmente, na terceira e última fase, a comisión técnica redactaría o primeiro borrador do PXNLG a partir dos informes das diferentes comisións sectoriais. A totalidade das medidas que propuxeran as comisións sectoriais acabarían sendo incorporadas ao texto definitivo do PXNLG, agás unha pertencente ao ámbito da educación que se desestimou porque os servizos xurídicos da Xunta de Galicia, nun informe redactado *ad hoc*, manifestaran certas dúbidas acerca da súa legalidade.
- O consenso político que o amparou. A súa aprobación por unanimidade no Parlamento de Galicia outorgoulle unha fortaleza que quedou demostrada co paso do tempo. De non ser así, hoxe, cando transcorreron máis de seis anos desde a súa aprobación, non nos estaríamos a preguntar se aínda resulta posible rescatar del algúns compromisos, nin moito menos se tería convertido, de facérmoslles caso ás manifestacións públicas expresadas por algúns dos seus máis altos representantes, no marco de referencia en materia lingüística dos dous gobernos de diferente signo político que sucederon a aquel que decidiu redactalo.

3.2. Fraquezas

- A responsabilidade máxima e case única da súa implementación recae sobre a Administración autonómica. Resulta, polo tanto, demasiado institucionalista. É certo que a decisión de executalo é estritamente política, mais, en boa lóxica, as accións deben apoiarse, en maior ou menor medida, sobre os grupos sociais obxecto da intervención, os cales non deben ser considerados meros suxeitos pacientes. Ademais, debe terse en conta que os individuos participamos diariamente na sociedade, en gran número de ocasións, a través de actos que quedan fóra da intervención pública.
- Recolle un número excesivo de medidas de actuación: 445. Debérase seleccionar, a partir de criterios de prelación ben definidos, un número moito máis reducido de medidas, nunca superior a 100. Son múltiples as razóns que me levan a facer esta afirmación, e non é a menor delas que as posibilidades de derivar nunha sensación de fracaso son directamente proporcionais á extensión do campo de acción que se quere abordar, con independencia do grao de consecución de logros reais e constatables que se alcanzar. Naquela altura, debérase ter moi en conta este factor, pois tal sensación de fracaso estaba xa instalada antes da aprobación do PXNLG en non poucos daqueles sectores da cidadanía para os que as políticas lingüísticas anteriores non cumpriran as súas expectativas.
- Non cumpre algunhas das premisas clave que esixe unha planificación programada, como pode ser a ausencia de calquera indicación sobre os procedementos de implementación, as fases de execución (periodización) e o modo de avaliación das medidas. Así mesmo, carece –careceuno sempre– de asignación orzamentaria específica.

4. É posible rescatarmos algúns dos compromisos do PXNLG seis anos despois da súa aprobación?

Actualmente ningún pon en dúbida que a humanidade posúe coñecementos científicos e medios técnicos abondos como para pousar o pé na lúa, nin sequera aquelas persoas que, aínda hoxe, están convencidas de que o paseo que deu Neil Amstrong pola superficie lunar en 1969 foi unha montaxe do xenial Stanley Kubrick. Viaxar á lúa trátase, en efecto, dunha empresa factible, pero que, de planearse, como ocorre con outros moitos proxectos astronáuticos que están neste momento en marcha, esixiría a asunción de custos tan avultados que obrigaría aos gobernos democráticos que par-

ticiparan nela a lle dedicaren non pequenos esforzos e nada desdeñables cantidades de diñeiro para persuadir a cidadanía da necesidade e dos beneficios sociais de tal iniciativa; isto é, para a convencer –recta ou arteiramente– de que a cousa tamén vai con ela.

Con frecuencia dá a sensación de que, en Galicia, as persoas responsables de lexislaren ou de programaren políticas, do tipo que for, o fixeron, en múltiples ocasións, sen reflexionaren antes acerca dos custos e as esixencias que ían supor a aplicación das leis aprobadas ou a execución das políticas destinadas a transformaren a realidade física ou social do país. E, neste sentido, o ámbito da política lingüística non foi unha excepción, de tal xeito que, unha vez que quedaron establecidos os seus obxectivos formais, hai case 30 anos, para algún sector político a lúa estaba doadamente ao alcance da man sen máis recurso que un simple globo aerostático, como seica fixo no seu día o barón Münchhausen, e para algún outro sector o transbordador espacial estaba disposto xa na lanzadeira *ipso facto, porque si, porque me gusta, porque me peta e quero e dáme a gana etc.*

Non entraban dentro dos propósitos do PXNLG alcanzar a lúa. A súa meta non consistiu nunca en darlle a volta, coma a un calcetín, á realidade sociolingüística do país no prazo –poñamos por caso– dunha década, senón en iniciar un novo xeito de entender e de facer política lingüística en Galicia non só máis acorde cos obxectivos que, por lei, ficaran establecidos nos anos oitenta, senón tamén máis realista e sincera en relación coas esixencias (técnicas, procedementais, estratéxicas etc.) e cos custos (entre outros, os políticos) que toda acción de intervención lingüística comporta necesariamente.

Con todo, ao PXNLG pódenselle apoñer certas carencias técnicas no deseño das medidas, porque se preferiu que o proceso de selección e proposta destas ficase nas mans de cidadáns e cidadás que, aínda que, maioritariamente, nada ou pouco sabían de sociolingüística ou de planificación lingüística, ían ser, á súa vez, os seus beneficiarios. Cando nunha sociedade, tal como ocorre na nosa, non existe unha única comunidade de intereses nin de perspectivas, cómpre apelar ao recurso da participación. As medidas programadas son, polo tanto, a obra de cidadáns e cidadás a quen se lles deu a oportunidade de soñaren e proxectaren unha outra Galicia en termos lingüísticos.

En definitiva, do PXNLG é posible rescatarmos, aínda seis anos despois da súa aprobación, compromisos moi valiosos. É así porque posúe virtudes que aínda resultan operativas e porque as razóns, unha a unha, que motivaron a súa redacción permanecen, desgraciadamente, vivas.

5. Referencias bibliográficas

Callón Torres, C. M. (2004): «Galiza: Lingua e política. Crónica da alarma», *Tempos Novos*, 91: 68-72.

Falcón, X. (2000): «Planificación lingüística», en Ramallo, F. / Rei-Doval, G. / Rodríguez Yáñez, X. P. (eds.): *Manual de ciencias da linguaxe*: 411-442 (Vigo: Xerais).

Fernández Paz, A. / Lorenzo Suárez, A. M. / Ramallo, F. (2007): *A planificación lingüística nos centros educativos* (Santiago de Compostela: Xunta de Galicia).

Monteagudo, H. / Bouzada Fernández, X. M. (coords.) (2002): *O proceso de normalización do idioma galego (1980-2000). Volume I. Política lingüística: análise e perspectivas* (Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega).

Monteagudo, H. (2004): «Plan Xeral de Normalización da Lingua Galega: do bilingüismo harmónico á oferta positiva», *Grial*, 164: 12-17.

Real Academia Galega (ed.) (1995): *Usos lingüísticos en Galicia. Compendio do II volume do Mapa Sociolingüístico de Galicia* (A Coruña: Real Academia Galega).

Rodríguez Neira, Modesto A. (2006): «A normalización do galego no ensino segundo o PXNLG», en Cid Fernández, X. M. (coord.): *Repensar a educación e a sociedade: realidades e desafíos: homenaxe ó profesorado xubilado nos cinco anos de Facultade de Educación (Isaac A. Estravís, M^a Carmen Gil, Pilar Gilpérez, Purificación Iglesias, Luís R. Míguez)*: 283-294 (Vigo: Universidade de Vigo).

Xunta de Galicia (2004): *Plan xeral de normalización da lingua galega* (Santiago de Compostela: Xunta de Galicia).

O idioma na sanidade galega

PABLO VAAMONDE GARCÍA

Médico de familia no Servizo de Atención Primaria de Labañou (A Coruña)

«A biodiversidade é unha fonte de vida e de remedios naturais para os males que nos poidan afectar no futuro. Do mesmo xeito, **a linguo-diversidade é unha fonte da que abrollan ópticas e actitudes culturais diferenciadas**, que nos reconstrúen como seres distintos (malia que capaces de entenderse), como habitantes de mundos distintos que se encontran a través da linguaxe. Ningunha das linguas faladas hoxe debe perderse, por insignificante que poida parecer a súa variedade, que xa levamos moito perdido».

Teresa Moure. *Outro idioma é posible*

1. O galego en Galicia

En Galicia conviven dúas linguas desde hai séculos. O idioma propio do país é o galego, mais os acontecementos históricos fixeron que se producise unha penetración do castelán que, nos ámbitos urbanos, desprazou parcialmente o galego. Durante décadas, na longa noite de pedra que sufriu este territorio, o galego quedou confinado ao uso no medio rural, sendo considerado como propio de xente rústica e inculta. O termo «gallego» foi utilizado en moitas ocasións como un insulto (aínda hai quen o usa a día de hoxe...).

Mais non é mala noticia para un país ter dúas linguas, mesmo se unha vén imposta polo decorrer da historia. As oportunidades cómpre aproveitalas no canto de convertelas nun problema. Na actualidade a lingua que se atopa en situación máis precaria e que, polo tanto, debe ser protexida para evitar a súa desaparición en curto prazo, é o galego.

Porque cómpre lembrar que o galego non é propiedade dos habitantes de Galicia: o galego é patrimonio da humanidade. O mundo é mellor canto máis plural e diverso, tanto no que afecta á riqueza biolóxica como á diversidade cultural e idiomática. Cada vez que se perde unha palabra, en calquera parte do planeta, a humanidade fica máis pobre. A variedade cultural e idiomática é un ben que debemos protexer para as futuras xeracións.

O mito de Babel está contado do revés: non é certo que a proliferación de linguas provoque a confrontación e o conflito. A diversidade lingüística é a nai da poesía, da cultura, do pensamento diverso e plural, da intelixencia humana. É urxente protexernos desta devastación que produce a morte das palabras, a extinción dos idiomas, xa que podemos quedarnos cun mundo empobrecido, desértico, monótono e triste. Unha sociedade mono-idiomática sería unha absoluta desgraza para a humanidade e un hándicap para a intelixencia creativa.

A pesar da súa situación precaria o galego segue a ser unha lingua viva e aínda maioritaria. Está presente ou latente en toda a nosa sociedade. Cómpre, por tanto, fuxir do pesimismo. É unha lingua viva no uso diario de dous millóns de persoas. Está viva na escola, nas universidades, nos medios de comunicación, nas feiras e mercados, nas rúas e nos parques. Os galegofalantes habituais somos maioría en Galicia. Acorde cos datos do Plan xeral de normalización da lingua galega (PXNLG) o 56% dos galegos fala sempre este idioma e o 30,29% fálao ás veces.

O galego debe ser o idioma de uso normal ou preferente en Galicia, sen prexuízo de que coñezamos ben e usemos o castelán e outras linguas. Mais temos un problema: decrece o seu uso nas novas xeracións urbanas. Entre o 15 e o 27% dos rapaces menores de dez anos que vive en núcleos estritamente urbanos nunca fala o galego e entre un 10 e un 20% chega mesmo a non sabelo falar. A comprensión, en cambio, nunca baixa do 97%. Faise necesario darlle a volta a esta situación, pois está en xogo a supervivencia do noso idioma. Nesta tarefa debe implicarse non só a comunidade educativa, senón toda a sociedade. Hai moitos avós galegofalantes que usan o castelán cos seus netos, colaborando de xeito impune neste lingüicidio. Eles tamén son responsables e non só os nosos gobernantes.

2. O avance normativo

Despois da ditadura franquista o idioma galego ficou nunha situación moi precaria que fixo predicir a algúns intelectuais a súa morte en menos de trinta anos. Xa pasou

o prazo e a lingua continúa viva, máis para iso foi preciso un desenvolvemento normativo importante e a intervención pública para crear unha situación que evitase a progresiva deterioración. A Constitución española (1978) foi o primeiro chanzo, co recoñecemento da pluralidade lingüística de España, continuado polo Estatuto de autonomía de Galicia (1981), que recoñece o galego como lingua propia de Galicia e a súa cooficialidade co castelán.

A Lei de normalización lingüística de Galicia (Lei 3/1983) establece que o galego é a lingua propia de Galicia, e que todos os galegos teñen o dereito de coñecelo e usalo. Esta norma foi aprobada por unanimidade no Parlamento de Galicia.

O *Plan xeral de normalización da lingua galega* (2004)¹, no que tiveron a honra de participar, tamén foi aprobado por unanimidade no Parlamento galego. Segundo dixo o presidente Pérez Touriño «o consenso e o diálogo foron os impulsores do plan, reflectindo o desexo amplamente maioritario dos galegos de desenvolver a recuperación do galego dende a colaboración, o entendemento e a ausencia de conflitos». Neste plan, que segue vixente, establécense unhas liñas estratéxicas e moi diversas medidas de actuación nos diferentes ámbitos sociais, que perseguen os seguintes obxectivos xerais (páxina 39):

- Garantir a posibilidade de vivir en galego a quen así o desexe, sabendo que conta co amparo da lei e das institucións.
- Conseguir para a lingua galega máis funcións sociais e máis espazos de uso, priorizando a súa presenza en sectores estratéxicos.
- Introducir na sociedade a oferta positiva de atender o cidadán ou o cliente en galego como norma de cortesía dun novo espírito de convivencia lingüística.
- Promover unha visión afable, moderna e útil da lingua galega que esfarele prexuízos, reforce a súa estima e aumente a súa demanda.
- Dotar o galego dos recursos lingüísticos e técnicos necesarios que o capaciten para vehicular a vida moderna.

¹ Xunta de Galicia (2004): *Plan xeral de normalización da lingua galega*. Dispoñible en: <http://www.xunta.es/linguagalega/arquivos/PNL22x24_textointegro%29.pdf>

3. O galego na sanidade

Tal e como recolle o PXNLG «calquera manual deontolóxico dirá que o primeiro que precisa un enfermo é sentirse acollido de maneira personalizada. Neste caso, acollido na súa propia lingua, ese código lingüístico que leva directamente á afectividade da persoa que se quere auxiliar». Lembra tamén que «o paciente só explica con precisión os seus síntomas falando a lingua materna, con todos os matices da linguaxe e mesmo coas súas representacións mentais que el coñece perfectamente: só o médico que se comunique nesa mesma lingua pode facer un verdadeiro diagnóstico, máis profundo e máis exacto».

Diversos países lexislaron sobre a consideración da lingua materna entre os dereitos dos pacientes. Finlandia foi o primeiro (1992), máis tamén Canadá, EE UU e Bélxica teñen lexislado sobre os dereitos lingüísticos.

3.1 Situación de inicio

En Galicia dáse o fenómeno da **ocultación da propia lingua**: o paciente galegofalante inicia o contacto co médico en castelán, pois supón que ese é o seu idioma e pretende instalarse no seu territorio lingüístico para facilitar a súa axuda profesional. É preciso, polo tanto, que os profesionais fagamos unha **oferta positiva**. Debe ser o profesional sanitario, de calquera nivel asistencial, «quen realice o camiño de aproximación lingüística ao paciente e non ao revés».

Tamén lembra o PXNLG (páx. 167) que a utilización da lingua galega na área médica contribúe a desbloquear o galego e a impulsar o seu uso mesmo noutras áreas porque:

- A elevada consideración social que teñen os servizos sanitarios favorece que as medidas de normalización do galego que neles se poñan en práctica resulten exemplares e teñan un impacto positivo na poboación.
- O gran número de contactos que os cidadáns teñen co sistema sanitario multiplica o rendemento das actividades de promoción do idioma que se efectúen no dito sector.

A sanidade é chave para o mantemento e a recuperación do idioma galego e os profesionais debemos implicarnos nesta tarefa pois debemos garantir que ninguén se sinta discriminado polo uso do idioma e porque o uso compartido da lingua favorece a empatía e o entendemento entre o doente e o sanitario.

3.2 Normativa existente

Mais a triste realidade é que, agás nos centros de saúde do rural, a presenza do galego na sanidade é practicamente inexistente, tanto na fala como na escrita, até o extremo de se detectar un uso residual nos grandes hospitais. Coñecedor desta realidade o goberno de progreso tentou mudar esta situación e procurou fomentar o uso do idioma seguindo as directrices do PXNLG, para o cal ditou instrucións e estableceu para os centros sanitarios obxectivos vinculados á normalización da lingua.

A **Instrución 11/2005**, de novembro de 2005, asinada polos secretarios xerais da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde sobre «emprego do galego nos documentos da Consellería de Sanidade e do Sergas» establecía as seguintes indicacións:

Primeira. En aplicación do disposto no artigo 6.3 da Lei 3/1983, do 15 de xuño, de normalización lingüística, deberá empregarse o idioma galego nas comunicacións escritas, orixinais ou normalizadas, que se produzan nos ámbitos de actuación da Consellería de Sanidade e do Sergas.

Exceptúanse aqueles documentos que deban surtir efecto fóra do territorio da Comunidade Autónoma de Galicia, e os dirixidos ós interesados que así o soliciten expresamente.

Segunda. Considérase documento administrativo todo soporte no que se materializan os actos administrativos, ben sexan documentos de decisión (resolucións e acordos), de transmisión (notificacións, publicacións, oficios e notas interiores), de constancia (actas e certificados), de xuízo (informes), de constatación doutro anterior (copias), e, en xeral, os emitidos ou ditados no marco dos procedementos administrativos.

Terceira. Así mesmo, estas instrucións se aplicarán as publicacións, documentación informativa, cartelería, folletos ou boletíns, elaborados pola Consellería de Sanidade e o Sergas.

Cuarta. Con independencia da lingua empregada nas solicitudes, denuncias, alegacións, escritos de interposición de recursos, peticións ou reclamacións, presentadas polos cidadáns ante a Consellería de Sanidade ou Sergas, as contestacións e calquera outra información escrita emanada da administración sanitaria galega realizárase en galego, sen prexuízo do disposto no segundo parágrafo da Instrución Primeira.

Quinta. Os impresos normalizados ou aqueles que resulten do emprego ou aplicación de técnicas informáticas ou medios electrónicos, informáticos ou telemáticos, de carácter

repetitivo, que deban causa-los seus efectos tanto dentro como fóra da Comunidade Autónoma de Galicia, deberán estar dispoñibles nas linguas galega e castelá.

Para tales efectos, deberase proceder, no prazo máis breve posible, á adaptación da documentación correspondente e dos programas informáticos que resulten afectados ás presentes instrucións.

Sexta. As presentes instrucións deberán difundirse a todos os servizos, unidades e centros, tanto administrativos como sanitarios, que radiquen no ámbito territorial dos seus destinatarios.

Así mesmo, nunha circular dirixida aos centros hospitalarios, centros de atención primaria e direccións provinciais do Sergas, verbo dos obxectivos do Plan de obxectivos estratéxicos (POE) do ano 2006, e asinada polo director xeral de Asistencia Sanitaria, sinalábase que:

Dentro dos obxectivos establecidos para o ano 2006 entre o Sergas e as distintas xerencias figura no apartado de «Calidade», punto 5, o Plan de Normalización Lingüística: os obxectivos que hai que acadar neste sector son:

- Concienciar o persoal sanitario e non sanitario da necesidade de atender e prestar os seus servizos (sanitarios e asistenciais) utilizando prioritariamente a lingua galega e, no seu caso, o idioma en que o usuario estea instalado.
- Potenciar o emprego da lingua galega na área sanitaria.
- Asegurar que ningún cidadán galego se sinta discriminado ou obstaculizado por utilizar o galego nas súas relacións cos servizos sanitarios, respectando os seus dereitos lingüísticos e culturais.

Por todo o exposto anteriormente establecemos no POE 2006 as seguintes actuacións a desenvolver:

- Garantir que o idioma galego figure en toda a sinalización interna e externa dos Centros Sanitarios, incluíndo a cartelería e os paneis informativos.
- Garantir que a documentación escrita elaborada nos Centros Sanitarios para usos internos e externos (circulares, notas interiores, folletos, follas de instrucións, formularios, etc.), sexa redactada integramente en galego.

- Garantir que nos servizos de recepción e de atención ao usuario de todos os centros sanitarios de Galicia, o saúdo e o primeiro contacto cos usuarios (telefónico ou de presenza física) se faga sempre en idioma galego».

4. A situación actual

Despois do cambio de goberno, no ano 2009, a situación mudou de xeito radical. Sen que as medidas propostas e as iniciativas postas en marcha tivesen tempo dabondo para produciren resultados perceptibles e permanentes, a utilización da confrontación lingüística como instrumento electoral por parte do Partido Popular produciu unha paralización total de todas as medidas adoptadas a prol do idioma.

E non é só que exista un incumprimento das normas vixentes e das instrucións ditadas, senón que se dá na actualidade unha exhibición, por parte das autoridades sanitarias, dunha actitude claramente discriminatoria respecto do uso do galego. O galego está a desaparecer da fala e da escrita no ámbito sanitario. A totalidade do equipo directivo da sanidade pública galega, comezando pola propia conselleira, non utiliza nunca o noso idioma nas súas comparecencias públicas. A documentación escrita, as instrucións internas e as circulares, e mesmo os escritos que circulan pola intranet están escritos exclusivamente en castelán ou en texto bilingüe.

Esixe, polo tanto, o momento actual, unha actitude de militancia cordial, pero persistente e firme por parte dos e das profesionais, para conseguirmos que a actitude hostil dos gobernantes non deteriore máis a presenza do galego no noso sector. De non ser así, o actual presidente da Xunta conseguirá pasar á historia (da infamia) como o primeiro dirixente de calquera país do mundo que utiliza o poder que lle concede a cidadanía para atentar contra o principal patrimonio cultural do seu país.

Vocabulario de medicina (galego-español-inglés-portugués)

XUSTO RODRÍGUEZ RÍO

Servizo de Normalización Lingüística da Universidade de Santiago de Compostela

As miñas primeiras palabras nesta mesa de traballo que leva por título «Tres proxectos lingüísticos para o ámbito da sanidade» deben ser de agradecemento á organización destas VII Xornadas por convidarme a presentar o *Vocabulario de medicina* en representación do equipo de persoas que o elaboramos, mais ao mesmo tempo cómpre tamén destacar que a miña presenza nela non deixa de ser unha anomalía e un síntoma. Unha anomalía porque o vocabulario que me trae aquí xa non é un proxecto, nin tan sequera unha novidade (rematouse a finais de 2008 e foi editado, presentado e distribuído na primeira metade de 2009), pero esta anomalía é tamén sintomática da escaseza de produtos lingüísticos dirixidos a potenciar o emprego do galego entre os profesionais da medicina; é, por tanto, esta escaseza a que nos fai un sitio nesta mesa. Sexa como for, falemos logo do *Vocabulario de medicina (galego-español-inglés-portugués)*.

A idea de elaborar un glosario especializado nesta materia naceu no seo dunha das organizacións estudiantís da Facultade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela (concretamente dos Comités Abertos de Facultade), alá por volta de 2003. Logo de que uns membros deste colectivo se puxeran en contacto co Servizo de Normalización Lingüística (SNL) para ver a forma de implementala e poñela a andar constituíuse un equipo de traballo interdisciplinario formado por estudantes de Medicina e un técnico do SNL xunto co apoio dun grupo de docentes desa facultade que actuaba como equipo asesor.

O obxectivo era realizarmos nun prazo aproximado de dous anos un glosario que lles facilitase o coñecemento activo e pasivo da terminoloxía médica galega ao persoal

docente e ao estudantado das titulacións de ciencias da saúde que se imparten na USC, e nomeadamente a ambos os colectivos da Facultade de Medicina. Con el buscábase axudar a incrementar o emprego do galego no proceso de ensino-aprendizaxe nese centro, confiando en que unha mellor dotación de recursos lingüísticos permitiría aumentar a competencia para producir discursos especializados en lingua galega, e que esa mellora da competencia induciría un incremento efectivo do seu uso.

Á hora de definir as características do traballo optouse polo formato de vocabulario sen definicións, xa que os destinatarios previstos eran especialistas ou especialistas en formación, que non precisaban en principio unha definición dos conceptos recollidos. Pero ao mesmo tempo eramos conscientes de que a inclusión das distintas entradas sen ningunha información de tipo conceptual podía dar lugar a confusións no caso de formas homónimas. Para intentar minimizar ese problema elaborouse unha clasificación temática e cada unha das entradas foi asignada a unha ou varias das súas áreas, de tal forma que esa simple adscripción ofrece unha información conceptual básica que cumpre unha función desambiguadora. Sirvan de exemplo as dúas entradas que teñen como lema galego o termo *cápsula* en que a dúbida sobre o concepto que designa cada unha delas se disipa ao adscribirse a primeira á área temática da anatomía e a segunda á da farmacoloxía.

753 *cápsula* f

Anatomía

es *cápsula*

en *capsule*

pt *cápsula*

la *capsula*

Nota.- Designa a 'envoltura membranosa ou fibrosa que rodea un órgano'.

754 *cápsula* f

Farmacoloxía

es *cápsula*

en *capsule*

pt *cápsula*

Nota.- Designa a 'forma farmacéutica na que o principio activo se encerra nun envoltorio de xelatina soluble'.

Pola contra, si nos parecía esencial incluírmolos os equivalentes noutras linguas amais do galego e do castelán. Facelo así permitíanos chegar a un público máis amplo e tamén ofrecerlle un valor engadido a quen accedese ao *Vocabulario* buscando prioritariamente as equivalencias entre galego e castelán. As linguas elixidas foron o inglés e o portugués: a primeira, polo seu carácter de lingua franca *de facto* da comunicación científica internacional, e a segunda pola presenza dun importante colectivo de estudantes portugueses a cursaren estudos de Medicina na USC. Para os conceptos propios da área de anatomía incluíse tamén o nome en latín científico, tirado da *Nomenclatura anatómica internacional*.

Toda esta información recolleuse para cada un dos case 5400 conceptos que acabaron por integrarse na versión definitiva da obra. Isto supón un corpus total de máis de 30 000 denominacións (por riba de 7000 en galego, castelán, inglés e portugués e unhas 1000 en latín), cuxa compilación e selección supuxo finalmente case cinco anos de traballo. Un período de tempo tan longo non se explica só polas dificultades intrínsecas ao proxecto, senón tamén polas condicións concretas en que se desenvolveu: ao tratarse dun traballo totalmente altruísta e non remunerado a capacidade de dedicarlle tempo e esforzo víase limitada pola actividade académica e profesional dos seus membros, e provocou que algúns deles tivesen que abandonar o equipo de elaboración.

Logo de rematado o traballo propiamente terminolóxico cumpría decidir a forma de presentar toda esa información (denominación galega e categoría gramatical, área temática, sinónimos galegos, e equivalentes en castelán, inglés, portugués e latín). A estrutura interna que eliximos intenta combinar no menor espazo posible –cómpre non esquecer que o traballo se publicou en papel e que, polo tanto, o número de páxinas e o custo final están en proporción directa– a posibilidade de realizar buscas entre calquera das linguas de traballo, coa priorización clara da información sobre o galego.

Así, cada unha das entradas, tal e como se puido comprobar nos exemplos anteriores, vai identificada cun número ao que segue o nome en galego, a categoría gramatical e a indicación da área temática a que pertence. A seguir, inclúense os sinónimos en galego, caso de existiren, e os equivalentes nas outras linguas; por último, as entradas que o precisan complétanse cunha nota explicativa que aclara cuestións lingüísticas ou conceptuais que se consideran relevantes.

4783 talón m*Anatomía*

SIN.- calcañar [pop.]; calcaño [pop.]

es *talón*en *heel*pt *talão*la *calx*

Nota.- Algúns dicionarios galegos diferencian entre “talón” e “calcañar” indicando que o segundo é a ‘parte inferior do talón’.

Despois do corpus de entradas incorpóranse índices remisivos clasificados por linguas, de tal xeito que ao lado de cada unha das denominacións se anota o número de entrada en que aparece, e é alí onde se pode consultar cal é o seu equivalente en calquera dos outros idiomas. Desta forma conseguimos que o usuario, aínda que busque referencias en castelán, portugués ou inglés, consulte e coñeza tamén cal é a denominación galega do concepto que procura.

Pero ademais, colocar en paralelo os nomes empregados nos catro idiomas serviunos tamén para «avalar» determinadas escollos terminolóxicas galegas que podían sorprender aos usuarios por diverxeren do castelán. Ocorre que cando se abre o foco e se presentan as solucións empregadas nun número máis amplo de linguas compróbase que na realidade é o castelán o que diverxe da pauta seguida case unanimemente polas linguas do noso contorno. Así ocorre, por exemplo, coa denominación *electronlucente*, moi semellante ao inglés *electron-lucent* e ao portugués *eléctron-lucente*, e das que diverxe o castelán *electrón-lucido*.

Finalmente, a presentación e distribución do *Vocabulario* realizouse en abril de 2009, e nela combinouse unha versión en papel coa súa difusión en soportes dixitais. A primeira delas supuxo a edición de 5000 exemplares, cofinanciados pola Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia quen, a cambio, dispuxo da metade da tiraxe para distribuír entre o seu persoal. Os 2500 que lle corresponderon á USC repartíronse gratuitamente e de xeito individualizado entre todo o profesorado e o estudantado da Facultade de Medicina; e de forma puntual entre o doutros centros tamén pertencentes á área das ciencias da saúde.

De resto, para aproveitar a capacidade de difusión que ofrecen os novos soportes dixitais, púxose á libre disposición da comunidade unha versión en fomato PDF, acce-

sible desde o sitio web do Servizo de Normalización Lingüística (<http://www.usc.es/snl/term/andel-term_SNL.htm>), e, ademais, toda a información contida no *Vocabulario* integrouse en bUSCatermos, o banco de datos terminolóxicos da USC (<<http://www.usc.es/buscatermos/caracteristicas.htm>>).

Queda só valorar a recepción que o produto tivo entre os seus destinatarios. Se nos guiamos polo interese que despertou o proceso de distribución de exemplares e polo número de descargas do documento en formato PDF, podemos deducir que o *Vocabulario* foi ben recibido, e que foi considerado interesante polos seus usuarios. Tamén apunta na mesma dirección o ton positivo das recensións e as opinións que se verteron sobre el.

O que xa non nos atrevemos a afirmar é que fósomos capaces de acadar o obxectivo proclamado de aumentar o emprego do galego no proceso de ensino-aprendizaxe. Na teoría, a inexistencia ou o descoñecemento da terminoloxía técnica dunha disciplina calquera é unha das razóns que con máis frecuencia aducen os profesionais dela para xustificar por que non usan o galego; pero curiosamente, a aparición de produtos que cobren esas lagoas non implica en moitas ocasións un aumento do seu uso. Agardemos que esta non sexa unha delas.

Expresións habituais en inglés no ámbito sanitario galego

LAURA IGLESIAS RODRÍGUEZ

Servizo de Normalización Lingüística do Concello de Vigo

DIEGO SANMARTÍN VILLAR

Universidade de Vigo

As liñas que seguen recollen a presentación do volume *Expresións habituais en inglés no ámbito sanitario galego* que tivo lugar no marco das VII Xornadas sobre Linguas e Usos. Lingua e Sanidade realizadas no Edificio Universitario do Campus de Oza en decembro de 2010. Logo dunha introdución á obra e dos motivos que suscitaron a súa elaboración, abordarase o papel dun servizo de normalización lingüística canto canalizador dunha iniciativa destas características para, finalmente, achegar unha avaliación dos resultados necesariamente breve por mor do escaso tempo aínda transcorrido.

Presentación da obra

A idea de elaborar o volume *Expresións habituais en inglés no ámbito sanitario galego* xurdiu da necesidade do colectivo sanitario, nomeadamente os profesionais da medicina de atención primaria, de atención especializada e de urxencias, de empregaren o inglés nas súas consultas clínicas, na investigación e mesmo no seu tempo de lecer. Os seus autores, o doutor Jorge Cameselle e Diego Sanmartín, levan traballando conxuntamente no campo do inglés médico e científico desde hai máis de dez anos e son numerosas as publicacións de ambos neste eido. O obxectivo do mencionado volume é o de facer chegar ao colectivo sanitario un manual que poida servir de referencia no uso de expresións habituais en inglés no ámbito sanitario galego e, asemade, contribuír a potenciar o uso da lingua galega a través dunha obra que debía ter como características principais que fose accesible, sinxela e útil.

Para chegar a estes obxectivos, os autores fixeron unha reflexión previa verbo da utilidade do inglés médico, acompañada dun estudo de necesidades entre o persoal sanitario de atención primaria e hospitalaria consistente nunha entrevista a preto de setenta profesionais sanitarios repartidos entre persoal de enfermaría, persoal de atención primaria e atención especializada. O cuestionario que se elaborou para tal fin sondaba as necesidades comunicativas en lingua inglesa, de tal xeito que as respostas obtidas serviron para configurar o manual tal e como se publicou definitivamente.

A táboa que segue mostra algunhas das preguntas formuladas no cuestionario xunto cos datos estatísticos tirados das respostas recibidas.

	Necesitan o inglés (traballo)	Necesitan o inglés (lecer)	Gustaríache saber inglés?	Sería útil un manual sinxelo?
Persoal de enfermaría	20 %	70 %	100 %	75 %
Atención primaria	60 %	70 %	100 %	90 %
Especialistas de hospital	90 %	90 %	100 %	75 %

Repárese nos seguintes aspectos:

- Ao 100% das persoas entrevistadas gustaríalle saber falar inglés, independentemente do seu uso profesional ou persoal e do colectivo de pertenza.
- O grupo dos especialistas hospitalarios é o que maior necesidade ten de coñecemento da lingua inglesa no ámbito profesional, debido fundamentalmente ao seu labor investigador e á conseguinte publicación de artigos redactados nesta lingua. Este colectivo é o que maior uso faría do inglés no seu tempo de lecer, seguido a moi pouca distancia polo grupo de médicos de atención primaria e mais do profesional de enfermaría.
- Tocante á utilidade dun manual sinxelo e útil para a aprendizaxe do inglés, o colectivo que apoiou en maior grao tal iniciativa foi o dos profesionais da atención primaria que consideran este proxecto de grande utilidade na consulta diaria á hora de tratar pacientes estranxeiros que deban comunicar de xeito efectivo as súas doenzas.

Grazas aos resultados obtidos mediante a enquisa, os autores puideron perfilar os trazos chave que guiarían a elaboración do volume: a súa accesibilidade, sinxeleza e utilidade.

A accesibilidade viña dada pola súa gratuidade ao ser editada e distribuída de balde polo concello de Vigo tanto no seu formato libro como nun arquivo PDF presentado en CD. Paralelamente, a obra pódese consultar e descargar na páxina do Servizo de Normalización Lingüística do Concello de Vigo (<http://snl.vigo.org>).

O seu carácter sinxelo viña recollido polo nivel básico do inglés empregado e das expresións recollidas, ben como pola división en categorías co fin de facer a súa consulta máis dinámica e doada.

Finalmente, a utilidade –de grande importancia nun volume deste tipo– veu dada polo propósito dos autores por tentaren resolver situacións reais, tanto administrativas como de consulta, dentro dun centro de saúde, un hospital ou un servizo de urxencias.

A modo de exemplo inclúense, a seguir, catro fotos que recollen situacións reais en que as frases habituais incluídas no libro poden ser de utilidade.



Foto 1. Unha paciente estranxeira que se dirixe ao persoal administrativo na procura de atención médica. A recepcionista solicítalle o nome da súa aseguradora para poder atender a súa demanda.



Foto 2. O médico recibe na súa consulta un paciente con dor de cabeza e interactúa con el facéndolle unha serie de preguntas acerca da posible orixe da dor co fin de poder chegar a diagnosticar a doenza.

Así mesmo, o manual está estruturado en sección específicas como poden ser a dedicada ao embarazo ou ás situacións de urxencia en que o emprego do inglés poida ser de inestimable axuda (de feito as unidades móbiles medicalizadas contan cun espazo específico para levaren o libro e poder ser consultado polo seu persoal sempre que for preciso).



Foto 3. Exemplo de consulta tocolóxica.



Foto 4. Persoal de urxencias sanitarias

O papel do Servizo de Normalización Lingüística do Concello de Vigo

Unha vez desenvolvido e estruturado o texto de *Expresións habituais en inglés do ámbito sanitario galego*, este foi presentado ao Servizo de Normalización Lingüística (SNL) do Concello de Vigo, desde o que se fixo un estudo da incidencia e produtividade, de cara á normalización da lingua galega, que a obra podería ter entre o colectivo sanitario.

A análise da viabilidade do texto fíxose con base nos estudos recentes sobre o emprego da lingua galega no sector sanitario, que amosan con claridade a necesidade de incidirmos neste sector, cando, ademais, as intervencións que se deran até ese momento, desde o propio SNL, nese ámbito, foran illadas e para un grupo receptor pequeno (campañas de distribución de libros infantís en lingua galega nos centros sanitarios que contan con área de pediatría, actuacións de contacontos para os nenos e nenas ingresados...). A diferenza coas anteriores intervencións pretendíase que esta fose a grande escala, xa que a idea principal era que chegase a todo, ou a maior parte, do colectivo de profesionais do sector sanitario.

a) Análise de partida

O usuario dos servizos sanitarios é un cidadán que, nunha situación de precariedade, transitoria ou definitiva, demanda un servizo esencial para a súa supervivencia ou para

a calidade da súa vida. Calquera manual deontolóxico dirá que o primeiro que precisa un enfermo é sentirse acollido de maneira personalizada: isto implica, nos casos nos que interveña a comunicación oral, sentirse acollido na súa propia lingua, ese código lingüístico que leva directamente á afectividade da persoa que se quere auxiliar. [...] O paciente só explica con precisión os seus síntomas falando a lingua materna, con todos os matices da linguaxe e mesmo coas súas representacións mentais que el coñece perfectamente: só o médico que se comunique nesa mesma lingua pode facer un verdadeiro diagnóstico, máis profundo e máis exacto¹.

Con estas palabras comeza a introdución do sector 5 «Sanidade», do *Plan xeral de normalización da lingua galega* do ano 2004 (PXNLG) e que serviu, xunto cos estudos estatísticos de uso e valoración da lingua galega, de base que empregou o SNL para a análise da viabilidade do proxecto.

Velaquí os obxectivos que para o sector da sanidade establece o PXNLG:

- 1.- Concienciar da necesidade de **atender** e prestar os servizos sanitarios e asistenciais correspondentes, utilizando a lingua na que está instalada **a persoa** a quen van destinados.
- 2.- Asegurar que ningún cidadán galego se sinta **discriminado** ou obstaculizado por utilizar o galego nas súas relacións coas institucións sanitarias, respectando os seus **dereitos lingüísticos** e culturais.
- 3.- **Potenciar o emprego** da lingua galega na área sanitaria².

A idea principal, por tanto, é atender ao cidadán ou cidadá que chega a un servizo médico na súa propia lingua.

Nese mesmo *Plan xeral* buscou, na diagnose realizada desde o SNL, aqueles puntos nos que ver se o proxecto tiña cabida.

- «**escasas publicacións** formativas e divulgativas en galego».

¹ Xunta de Galicia (2004): *Plan xeral de normalización da lingua galega*. Páxina 165.

² *idem*. Páxina 171 (a letra grosa das citas é dos autores).

- «**insuficientes recursos** lingüísticos e terminolóxicos».
- «**escaso uso** do galego no ensino da medicina e na comunicación científica».
- «escaseza de vocabulario técnico en lingua galega e **descoñecemento do vocabulario** popular relacionado coa profesión».
- «baixa implantación da **lingua** galega na **facultade**»
- «ausencia case total da **lingua** galega nas aulas de **Medicina e Farmacia**»³.

Tras a súa lectura semella claro que o SNL tiña base para levar adiante o proxecto: un manual que recolle, entre outras cousas, vocabulario e terminoloxía entraba dentro das necesidades que presenta este sector.

Mais foi no momento de ver as medidas dos obxectivos específicos achegadas polo *Plan* cando o SNL albiscou futuro para o proxecto e viu que este podería funcionar. Velaquí algunha das medidas previstas nel e nas que a obra en cuestión encaixaba:

5.1.2: Elaborar un Manual dos Servizos de recepción para o uso cotián na asistencia sanitaria.

5.1.10: Elaborar e distribuír un vocabulario técnico-profesional que axude ao correcto uso do idioma galego a todos os profesionais da saúde.

5.1.20: Elaborar materiais terminolóxicos por medio de convenios de colaboración cos servizos ou organismos especializados e establecemento de circuitos para difundilos.

5.2.8: Elaborar e distribuír materiais terminolóxicos (vocabulario técnico-profesional, vocabulario de uso popular) que lles axuden ao correcto uso do idioma galego e á comprensión de expresións populares sobre síntomas, enfermidades, anatomía... a todos os profesionais das oficinas de farmacia, por medio de convenios de colaboración con servizos ou organismos especializados e establecemento de circuitos para difundilos.

³ *idem*. Páxinas 167-171.

5.3.5: Elaborar materiais terminolóxicos por medio de convenios de colaboración con servizos ou organismos especializados e establecemento de circuitos para difundilos⁴.

Como se pode apreciar, estes puntos puñan a énfase na necesidade de crear os materiais (elaboración que xa fora feita), mais tamén na súa difusión, labor que para o SNL resultaba moi importante.

Con todo, non foi até cruzar a análise desta información acadada nos estudos e estatísticas e no PNXLG coa información presentada polos propios autores do texto (procedente, como xa se viu, de enquisas aos potenciais receptores do proxecto), cando se enxergou a verdadeira oportunidade de intervención: transformar a debilidade en oportunidade. Isto é, a debilidade que presentaba o sector no tocante ás deficiencias comunicativas en inglés, xunto coa receptividade que presentaba para mellorar o seu coñecemento e dominio, transformábase nunha oportunidade de entrada do galego no sector sanitario dun xeito encuberto e con naturalidade. Conseguiase, así, unha receptividade do propio sector non atopada en anteriores proxectos. Ademais, o colectivo de maior apoio, segundo esa mesma enquisa, era o integrado por profesionais médicos dedicados á atención primaria, o cal implicaba que, *a priori*, o grupo de relación máis directa cos usuarios e usuarias dos servizos sanitarios, e que goza dun prestixio social alto na nosa sociedade, era o maior interesado nun manual das características do que se quería presentar⁵.

b) Desenvolvemento do proxecto

1.^a ETAPA: EDICIÓN

Tras o proceso avaliador inicial comezouse co desenvolvemento do proxecto. O primeiro paso foi corrixir o texto en lingua galega para, a seguir, buscar unha edición cómoda e de fácil uso, xa que a idea do SNL non era tanto que o persoal destinatario tomase a obra como referente de estudo, senón máis ben como manual de cabeceira e consulta rápida con que garantir que o galego fose a lingua de referencia na procura de termos ou expresións en lingua inglesa. Esta elección, alén do dito, concordaba coa aposta que fixeran os propios autores, despois de estudaren as respostas dadas

⁴ *idem*. Páxinas 172- ss.

⁵ Non se pode esquecer que este colectivo foi e é en si mesmo un axente dinamizador lingüístico importante. Pénsese no cambio de lingua, amplamente documentado, que se produce nos individuos galegofalantes na consulta dun médico.

polos potenciais usuarios do texto na súa enquisa, por realizar un manual «sinxelo, accesible e útil».

O SNL editou 2500 exemplares para distribuír entre os centros sanitarios.

2.^a ETAPA: DISTRIBUCIÓN

Tal e como se viu ao falar das medidas do PXNLG a distribución e difusión do manual é tan importante como o seu deseño ou elaboración, de aí que o volume se distribuíse en varias fases temporalizadas como segue: a unha distribución inicial seguiu unha outra fase á espera de novas solicitudes.

O primeiro labor pasou por procurar enderezos postais, persoas de contacto... daqueles centros médicos, hospitais e entidades relacionadas coa sanidade a onde se quería chegar. Desde o comezo a distribución dos textos tivo lugar no municipio vigués, mais tamén fóra da cidade de Vigo, pois malia que o ámbito de actuación do SNL de Vigo é o propio municipio, decontado viuse o interese que a obra podía ter noutros puntos de Galicia.

No caso dos hospitais de Vigo, fixéronse envíos tanto aos de titularidade pública como aos privados. Pénsese na vital importancia de entrar no eido privado da sanidade para que o programa tivese éxito, xa que, normalmente, é un ámbito que non ten normativa lingüística propia e de a haber non adoita ser favorable ao galego nin aos dereitos lingüísticos do paciente/consumidor; o sector público, pola contra, si ten directrices de actuación que, malia atinxiren só as comunicacións escritas e non sempre se cumpríren, presentan rango de norma.

Á Dirección de cada hospital, independentemente do seu tamaño, envióselle o mesmo número de exemplares acompañados dunha carta de presentación do produto en que se refería a posibilidade de facer unha petición, de o considerar oportuno, de máis volumes. Non se quixo facer unha achega masiva na primeira entrega, xa que se consideraba necesario observar a acollida que tiña o texto. Ademais, proceder así tamén servía para facer un mapa dos centros con maior receptividade e interese cara ao manual.

Tras o envío aos hospitais, envióselles aos centros de saúde do mesmo xeito e cunha carta semellante. Após transcorreren os días necesarios para a súa distribución, entrega e análise por parte das persoas destinatarias, recibíronse as primeiras chamadas e correos electrónicos coa solicitude expresa de máis exemplares e cos parabéns polo

material. Estes primeiros contactos reais cos suxeitos receptores dos textos pulou para continuarmos coa distribución do libro fóra da cidade.

Así, nesta segunda fase pensouse no envío ás facultades de ensino relacionadas coa saúde (Facultade de Farmacia, Facultade de Medicina e Odontoloxía, EU de Fisioterapia, EU de Enfermaría de POVISA, EU de Enfermaría do Meixoeiro, Facultade de Ciencias do Deporte e a Educación Física...) e mais aos servizos de normalización lingüística das tres universidades galegas. Mentres, o SNL seguía recibindo solicitudes, xa non só do ámbito sanitario, senón tamén de centros de ensino (profesorado de inglés) ou de asociacións como é o caso de AGAPEMA (Asociación Galega de Profesores de Educación Matemática), para alén de pedimentos procedentes de centros de saúde doutras comarcas, o que provocou que se acrecentasen ao ámbito de distribución os centros de saúde dos municipios limítrofes como Moaña, Nigrán, Cangas, Gondomar, Baiona, Porriño, Mos e Redondela.

Cuberta esta fase, e dado o interese mostrado polo colectivo sanitario dedicado ás urxencias, unido ao feito de que un dos autores da obra traballa con persoal do 061 e recibira varias peticións ao respecto, repartíronse exemplares na Fundación Pública de Urxencias Sanitarias de Galicia e o 061-Urxencias Sanitarias de Galicia en Vigo. Cómpre sinalar que este colectivo presentou un interese elevado, xa que son os primeiros en acudir en ás urxencias e recoñecen que cada día aumenta o número de casos en que se atopan con persoas de fala inglesa (aumento do número de turistas, persoas que realizan cruzeiros... e tamén a inmigración).

O certo é que on esta distribución que acabamos de describir, xunto coas peticións de persoas particulares interesadas no volume que mesmo se achegaron até as dependencias municipais para o recoller, os 2500 exemplares editados esgotáronse. Sen esquecer que os propios autores fixeron a distribución dalgúns exemplares, por exemplo, no ámbito farmacéutico, inicialmente non considerado na relación de entidades receptoras que fixera o SNL, mais que tamén lle depararon unha boa acollida ao manual.

3.^a ETAPA: CAMBIO DE SOPORTE

O SNL decidiu ampliar o soporte de edición de tal xeito que, sen mudar a estrutura da obra, publicou o material en CD. Concretamente, editáronse 300 CD co manual en formato PDF, que ofrecía a posibilidade de facer buscas por palabras, o cal redundaba nunha maior manexabilidade e facilidade de uso, e permitía, así mesmo, a copia, a impresión e a reprodución do texto.

A seguinte fase, xa con este novo soporte, tivo como destinatarios os catro colexios

oficiais de médicos de Galicia –seis sedes colexiais en total⁶– e os catro colexios oficiais de enfermaría de Galicia que contan cun total de sete sedes⁷.

Tamén, para aumentar a presenza do galego no ensino (sanitario ou non) envióselle o manual a 65 institutos de ensino secundario (IES) e aos cinco centros privados concertados que Vigo dispoñen de ciclos de educación sanitaria.

4^a ETAPA: A PÁXINA WEB

Por último, e seguindo o espírito do proxecto por lle outorgar a máxima difusión ao texto, está dispoñible na páxina web do SNL en formato PDF.

Proceso de avaliación

O SNL continúa co proceso de avaliación final do proxecto, mais como se puido comprobar nas liñas precedentes houbo un proceso avaliador antes e durante todo o proceso. Na avaliación inicial tratábase de ponderar se o Servizo de Normalización Lingüística do Concello de Vigo era a entidade indicada para editar un texto bilingüe galego-inglés que tiña como primeiro fin axudar o persoal sanitario na atención a pacientes anglófonos nun contexto en que a necesidade de se desenvolver na lingua inglesa medra día a día (lémbrese que as estatísticas sobre o coñecemento de linguas estranxeiras por parte do persoal sanitario deixaban ver o seu escaso coñecemento). Para alén do dito, a sanidade enfróntase cada día a casos onde as persoas que se tratan son falantes doutras linguas distintas do galego e do castelán, o que provoca que a lingua de relación máis habitual empregada nestes casos sexa o inglés. Repárese en que a Vigo se achegan cada ano máis turistas (a entrada nos circuitos habituais dos cruceiros turísticos acrecentou a presenza de anglófonos na cidade durante todo o ano, non só na época estival) e tamén cada día chegan á nosa cidade novos e novas cidadás de orixe estranxeira. Por último, constatouse que o persoal sanitario estaba aberto a calquera tipo de iniciativas con que obter un maior coñecemento da lingua inglesa.

Así pois, a decisión de editar a obra *Expresións habituais en inglés no ámbito sanita-*

⁶ O Ilustre Colexio Oficial de Médicos da Coruña ten sede en Santiago de Compostela e mais na cidade da Coruña, mentres que o Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Pontevedra ten sede en Vigo e Pontevedra.

⁷ O Colexio Oficial de Enfermaría da Coruña ten sede nas cidades de Ferrol, Santiago de Compostela e A Coruña, mentres que o Colexio de Enfermaría de Pontevedra ten cadansúa sede en Vigo e Pontevedra.

rio galego foi tomada tras a análise da situación de partida. Vigo, como unha das grandes urbes de Galicia, conta cun sistema sanitario bastante amplo cuxa desgaleguización é evidente ao ollar os estudos estatísticos do uso da lingua galega neste sector. O Servizo de Normalización Liingüística ollou nesta situación de debilidade do sistema sanitario con respecto ao uso das linguas estranxeiras a oportunidade de introducir o galego dun xeito indirecto. De aí xurdiu a idea de presentar o manual como un elemento de apoio e axuda, coa lingua inglesa, no traballo diario, que enmascaraba a entrada do galego (terminoloxía sanitaria, expresións galegas...) na sanidade.

Seguindo co proceso avaliador, a primeira etapa do desenvolvemento do proxecto (a distribución) foi positiva, xa que se acadou o principal obxectivo: a difusión nun amplo número de centros e a receptividade por parte do sector sanitario do texto. A esta dedución chegouse durante o proceso de distribución, xa que, lembremos, nun primeiro momento se repartiu un número limitado de exemplares por centro e agardouse á petición de máis. As moitas peticións recibidas permite chegar a tal dedución. Ademais, o feito de que colectivos sanitarios, non incluídos na distribución inicial, solicitaran por vontade propia o texto deixa claro a súa receptividade por parte da comunidade sanitaria. Todo parece indicar, daquela, que o inglés serviu de entrada ao galego na sanidade e asemade contribuíu ao seu prestixiamento.

Por parte dous autores a valoración final da acollida do libro temos que dicir que este foi moi ben recibido por todo o colectivo sanitario que o considerou útil, malia que certos especialistas suxeriron a posibilidade dunha futura reedición en que afondar con maior profusión en certas áreas máis específicas e con iso facer un volume de maior calado entre o persoal sanitario especializado.

Finalmente, os autores queren agradecer o apoio do Concello de Vigo para a publicación da obra, así como as achegas e os comentarios do persoal sanitario antes e despois da súa publicación por resultaren de inestimable axuda na súa confección. Entendemos que a comunicación é esencial para o ser humano e agardamos que este volume contribúa dalgún xeito a este propósito entre o persoal sanitario galego e os seus pacientes.

Corrector ortográfico especializado para o proxecto IANUS

EVA DOMÍNGUEZ NOYA

Centro Ramón Piñeiro para a Investigación en Humanidades

XESÚS M. MOSQUERA CARREGAL

Servizo de Normalización Lingüística da Universidade da Coruña

As orixes do proxecto destinado á elaboración dun corrector ortográfico especializado para o ámbito da sanidade en lingua galega hai que procuralas na coincidencia temporal de dous proxectos ou momentos planificadores, por así dicir, trazados por parte da administración galega que resultan de especial relevancia en cadanseu ámbito de actuación: o sistema sanitario e a política lingüística. É o caso, por unha banda, do Plan xeral de normalización da lingua galega¹, aprobado polo Parlamento galego en 2004, e, pola outra, do impulso que por volta do ano 2006 se lle imprimiu desde a Consellaría de Sanidade ao plan de tecnoloxías e sistemas de información da sanidade galega, coñecido so a denominación de IANUS.

Tocante ao primeiro, lembremos que supuxo a materialización, desde hai anos desexada e reclamada polos sectores máis comprometidos coa revitalización social da lingua galega, dunha planificación lingüística sectorializada que servise asemade de punto de partida e de folla de ruta de utilidade e validez para os vindeiros anos. Para o que nos ocupa agora interésanos chamar a atención sobre o último dos cinco obxectivos xerais que establece (PXNLG: 39).

Dotar o galego dos **recursos lingüísticos e técnicos** necesarios que o capaciten para vehicular a vida moderna.

e sobre dous dos sectores transversais sobre os que se estenden os obxectivos xerais (PXNLG: 51, 53):

¹ Xunta de Galicia (2004): *Plan xeral de normalización da lingua galega*. Dispoñible en: <http://www.xunta.es/linguagalega/arquivos/PNL22x24_textointegro%29.pdf>

Novas tecnoloxías
Fomentar a presenza da lingua galega nas novas tecnoloxías .
Lograr unha oferta ampla e competitiva de produtos e recursos informáticos en galego .
Potenciar a presenza da lingua galega en internet.
Potenciar a investigación da tradución automática, o recoñecemento e a síntese de voz, e outras novas técnicas que faciliten a opción positiva no mercado da información e da comunicación, e que aseguren a libre circulación do galego nos sistemas avanzados da vida moderna.

Implementación do corpus
Pór ao alcance dos cidadáns e dos sectores profesionais os medios formativos, didácticos, técnicos, lingüísticos e terminolóxicos suficientes que lles aseguren unha completa capacitación lingüística e un emprego doado do galego nas súas actividades persoais e profesionais .

As novas tecnoloxías aparecen no PXNLG como un novo parámetro que clasifica as linguas en función da súa presenza ou ausencia, mentres que a implementación do corpus se dirixe cara á consecución dunha maior seguranza lingüística por parte dos usuarios finais da lingua, aos cales se lles han de proporcionar os recursos e a formación necesarios para a correcta realización das súas actuacións en lingua galega.

Á súa vez, estes dous sectores transversais esténdense ao longo de sete sectores verticais ou ámbitos sociais entre os cales está incluída a sanidade. A análise sociolingüística que se fai do sector sanitario caracterízase por un forte ocultamento da lingua por parte dos seus usuarios e mais por unha moi insuficiente correspondencia entre a lingua do paciente e a do persoal sanitario (nomeadamente, na nosa opinión, a do persoal médico habería que engadir). En todo caso o que nos interesa é detérmolos na mención dalgúns dos puntos febles que se sinalan no Plan (PXNLG: 168-169):

- Non se emprega maioritariamente o galego para os rexistros de datos das historias clínicas.
- Os programas informáticos utilizados polo persoal sanitario nas áreas periféricas están maioritariamente en castelán.
- Insuficientes recursos lingüísticos e terminolóxicos.
- As receitas do Sergas veñen maioritariamente cubertas en castelán.

Se, alén do dito, se repara en que un dos obxectivos xerais que se estableceron para o sector que nos ocupa é o de «Potenciar o emprego da lingua galega na área sanitaria» (PXNLG; 171) semella máis que xustificado e pertinente o proxecto que a seguir presentaremos.

Verbo de IANUS trátase dun ambicioso e complexo proceso que no marco das chamadas tecnoloxías da información e comunicación consiste, basicamente, nunha ferramenta que integra nun único sistema de información clínico-asistencial os historiais clínicos dos e das pacientes para dar lugar, así, á chamada historia clínica electrónica (HCE). Tales son as dimensións e as mudanzas que a súa implantación plena comporta que o seu alcance resulta transversal ao abranguer a todos os axentes implicados na atención sanitaria, incluída a rede farmacéutica (a chamada receita electrónica). Segundo a información consultada repercute, entre outras cousas, nos profesionais sanitarios naquilo que ten a ver coa normalización e homoxeneización da documentación clínica, así como na maior conexión que permite entre a atención especializada e a atención primaria (as interconsultas entre servizos); no persoal farmacéutico ao favorecer a súa integración na rede sanitaria e ofrecerlle máis datos sobre o paciente e para o paciente; e neste último, por lle permitir *a priori* o acceso a unha mellor, máis clara e segura información².

Para alén do dito, tamén cómpre citar senllas disposicións normativas, de distinto rango, mais con claros efectos na cuestión que nos ocupa para o ámbito sanitario: a primeira é a Instrución 11/05³ verbo do emprego do galego nos documentos da Consellaría de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde asinada polas secretarías xerais de ambos os entes. A instrución quinta di literalmente:

Os impresos normalizados ou aqueles que resulten do emprego ou aplicación de técnicas informáticas ou medios electrónicos, informáticos ou telemáticos, de carácter repetitivo, que deban causar os seus efectos tanto dentro como fora da Comunidade Autónoma de Galicia, deberán estar dispoñibles nas linguas galega e castelá.

² Para quen quixer ampliar a información ao respecto pode consultar os dous volumes publicados polo Sergas baixo o título *Documentación clínica electrónica nos hospitais de Galicia. Ianus* e mais o folleto *A dirección única de área e as novas tecnoloxías: un novo modelo*. Ambas as referencias son do ano 2006 e pódese acceder a elas desde a sección de Publicacións da páxina web do Servizo Galego de Saúde <http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60020>

³ Pódese consultar unha versión escaneada do documento orixinal en <<http://www.cig-saude.org/AGMEDICA/html/Instruccion-emplego-do-galego.pdf>> [Data da consulta: 6/6/2011].

A segunda correspóndese coa Lei8/2008, do 10 de xullo, de saúde Galicia publicada no *Diario Oficial de Galicia* o 24 de xullo de 2008. O seu artigo 9.8 establece dentro dos dereitos relacionados coa confidencialidade e a información o seguinte:

Para garantir a mellor información sobre a historia clínica do ou da paciente, tendo en conta as novas tecnoloxías, os datos desta estarán dispoñibles en tres idiomas (galego, castelán e inglés), facendo para iso as adaptacións técnicas necesarias.

Así pois, con base nos dous programas de actuación e para dar cumprimento ás disposicións normativas establecidas, a Consellería de Sanidade e a Secretaría Xeral de Política Lingüística asinaron xa no ano 2007 un convenio que tiña como finalidade a elaboración dun lexicón computacional pertencente ao ámbito médico destinado a alimentar un sóftware de corrección ortográfica que, unha vez implementado no sistema IANUS, servise de axuda e estímulo para mellorar a calidade e incrementar o uso da lingua galega no ámbito médico. Para que así fose, non había dúbida de que, para alén do léxico común, cumpría dispormos de corpus textuais especializados onde podermos documentar a terminoloxía específica, de aí que o convenio establecese que o Servizo Galego de Saúde achegaría un conxunto inicial de historiais clínicos en formato XML sobre o que realizar os correspondentes baleirados terminolóxicos. Prevíase, así mesmo, un fluxo de comunicación permanente entre o Centro Ramón Piñeiro para a Investigación en Humanidades (CIRP) —onde se realizou todo o traballo lingüístico— e o Sergas conforme fosen avanzando os traballos: desde o CIRP enviando primeiramente un paquete inicial de palabras (ao que lle habían seguír outros máis) que servise para xerar os arquivos con que implementar o corrector no sistema IANUS e desde o Sergas conforme se ía alimentando o sóftware de corrección remitindo novos textos e mesmo novas palabras propostas polo propio persoal usuario do sistema que resultasen descoñecidas para o corrector en probas.

Naquela altura desde o Centro Ramón Piñeiro para a Investigación en Humanidades estíbabase en disposición de proporcionar a listaxe de formas flexionadas pertencentes ao léxico común galego dado que eses datos forman parte dun recurso lingüístico imprescindible para desenvolver un dos seus proxectos: a *Etiquetación e lematización do Corpus de Referencia do Galego Actual*. Porén, polo que respecta ás formas técnicas o CIRP non posuía esa listaxe mais a súa elaboración encaixaba perfectamente no lexicón XIADA (véxase máis adiante), en concreto na creación dun módulo, paralelo ao do léxico xeral, que fose específico para o ámbito médico.

Contextualización da listaxe de formas: a etiquetación e lematización do Corpus de Referencia do Galego Actual (CORGA)

Que relación garda a listaxe de formas flexionadas e conxugadas do léxico común do galego coa etiquetación e lematización do Corpus de Referencia do Galego Actual? Procuraremos ser breves mais é preciso que situemos o lexicón do que extraeremos a listaxe de formas comúns nun proxecto moito máis amplo e complexo.

Como sabe quen nalgún momento consultou o *Corpus de Referencia do Galego Actual* (CORGA)⁴, este é un corpus documental que na súa versión 2.5 chega case aos 26 millóns de formas (sen contarmos as cifras) das cales 389 917 son formas diferentes. Está integrado por distintos tipos de textos –xornais, semanarios, revistas, ensaios, e textos de ficción (novela, relato curto e teatro)– e abrangue temporalmente desde o ano 1975 até a actualidade. Os textos que contén están codificados no estándar XML (*eXtensible Markup Language*) mais a codificación que se practica no CORGA só está relacionada coa información bibliográfica e a estruturación interna do documento. Ademais, cada documento está clasificado tematicamente, o que permite realizar buscas, con ou sen comodíns, por expresión, palabra exacta ou *booleana* segundo diversos criterios que poden combinarse en función das necesidades do usuario: período temporal, área temática, tipo de documento, parte do documento etc.

Non obstante, para facer buscas máis avanzadas é imprescindible que os textos do CORGA estean lematizados e etiquetados, ou sexa, é preciso unha etiquetaxe entendida esta como o proceso mediante o cal a cada unidade léxica se lle asigna unha etiqueta e un lema específicos para cada caso. Logo de varios anos de traballo nesta dirección o resultado tanxible, a finais de 2010, é a versión 2.4 do Corpus de Referencia do Galego Actual etiquetado⁵ (CORGAetq), un subcorpus do CORGA formado por algo máis de 360 000 palabras procedentes do ámbito xornalístico, etiquetado automaticamente e desambiguado á man por un lingüista, que coincide, de momento, co corpus de adestramento do *Etiquetador e lematizador do galego actual*⁶.

Para asignarlles ás formas do CORGA unha etiqueta e un lema, primeiro houbo que tomar unha serie de decisións caso das etiquetas que se ían empregar, as clases

⁴ <<http://corpus.cirp.es/corga>>

⁵ <<http://corpus.cirp.es/corgaetq>>

⁶ <<http://corpus.cirp.es/xiada>>

morfolóxicas que se ían utilizar ou os atributos que as ían caracterizar. Noutras palabras houbo que delimitar un etiquetario ou, tal e como adoito se denomina en lingüística de corpus, un *tagset*.

O etiquetario que se configurou para XIADA pódese consultar na páxina do proxecto⁷ e a través del accédese á seguinte información: unha primeira columna que recolle as categorías gramaticais consideradas, seguida de cadansúa columna para os atributos e valores pertinentes segundo for o caso. Vexamos o dito cun par de exemplos:

			m-masculino				a-acusativo	p-presente			
			f-feminino	s-singular		1-primeira	d-dativo	i-copretérito	i-indicativo		
				p-plural	e-comparativo	2-segunda	n-nominativo	i-antepretérito	s-subxuntivo		
	c-coordinante	a-masculino/feminino		a-singular/plural	s-superlativo	3-terceira	p-preposicional	f-futuro	m-imperativo		
	s-subordinante	n-neutro		0-non aplica	a-primeira/terceira		f-formante léxico	e-pretérito	f-infinitivo	s-singular	n-non determinante
	0-non aplica	0-non aplica		0-non aplica	0-non aplica		o-outros casos	c-pospretérito	x-xerundio	p-plural	d-determinante
								0-non aplica	p-participio	a-singular/plural	a-determinante/non determinante
Categoría	Tipo	Subtipo	Xénero	Número	Grao	Persoa	Caso	Tempo verbal	Modo	Posuidor	Valor
Substantivo (S)	c-común p-propio		m, f, a, 0	s, p, a, 0							
1	2		3	4							

Da lectura desta táboa obtense que un substantivo como *análises* para o sistema é Scfp (substantivo común feminino plural), *páncreas* é Scma (substantivo común masculino invariable respecto ao número) ou Vigo, por citarmos tres exemplos, é Sp00 (substantivo propio sobre o que non se aplica nin o xénero nin o número⁸).

⁷ <<http://corpus.cirp.es/xiada/etiquetario.html>>

⁸ O número que aparece na parte inferior dereita das celas indica a posición que o atributo ocupa na etiqueta final.

			m-masculino			1-primeira	a-acusativo	p-presente			
			f-feminino	s-singular		2-segunda	d-dativo	i-copretérito	i-indicativo		
				p-plural	c-comparativo	3-terceira	n-nominativo	l-antepretérito	s-subxuntivo		
	c-coordinante		a-masculino/feminino	a-singular/plural	s-superlativo	a-primeira/terceira	p-preposicional	e-pretérito	f-infinitivo	s-singular	n-non determinante
	s-subordinante		n-neutro	0-non aplica	0-non aplica	0-non aplica	f-formante léxico	c-pospretérito	x-xerundio	p-plural	d-determinante
	0-non aplica		0-non aplica	0-non aplica	0-non aplica	0-non aplica	o-outros casos	0-non aplica	p-participio	a-singular/plural	a-determinante/non determinante
Categoría	Tipo	Subtipo	Xénero	Número	Grao	Persoa	Caso	Tempo verbal	Modo	Posuidor	Valor
Verbo (V)			m, f, 0	s, p, 0		1ª, 2ª, 3ª, a, 0		p, i, l, f, e, c, 0	i, s, m, f, x, p		
1			5	6		4		2	3		

Para a categoría gramatical do verbo xa entran en xogo máis atributos de tal forma que a un xerundio como *refacendo* lle corresponde a etiqueta V0x000 (forma verbal non temporal, xerundio, sobre que o non se aplica nin persoa, nin xénero nin número) e unha forma persoal como *xurdiu* represéntase como Vei30s (forma verbal do pretérito de indicativo na súa terceira persoa de singular sen que aplique o xénero).

Cabe engadir que o número de etiquetas posibles que resulta do etiquetario anda por volta das 400 (concretamente 383) e con elas é posible dar conta, na teoría e na práctica, de calquera palabra pertencente á lingua galega independente de cal for o seu contexto de uso.

Outro recurso fundamental para a etiquetaxe de corpus é a existencia dun lexicón, xa que aínda que os etiquetadores tentan adiviñar a etiqueta dunha forma que non estea presente no lexicón, canto maior for este máis posibilidades de acerto haberá, pois en todo lexicón se almacenan, entre outros datos, a información de etiqueta e o lema que lle corresponde a cada palabra. Deste recurso en concreto é de onde se extraeu parte da listaxe de formas tanto do léxico común como do técnico que se lle entregou ao Servizo Galego de Saúde. Só parte porque no lexicón unicamente se introducen as unidades que poden aparecer illadas nun texto, é dicir, no lexicón está introducida a primeira forma do artigo determinado mais non a segunda (o recoñecemento desta, ao igual que o das contraccións ou o das formas verbais con pronomes enclíticos, prodúcese por outras vías). É por iso que antes de actuar o etiquetador entra en acción o preprocesador que se ocupa de segmentar o texto que se vai etiquetar en unidades léxicas. As unidades multigramaticais, aquelas que se corresponden cunha única forma gráfica, pero que conteñen varios elementos lingüísticos, tal é o caso das

contraccións ou das formas verbais con clíticos, son desagregadas en compoñentes, aos que se lles asigna unha etiqueta e un lema. Para realizar o seu labor o preprocesador conta cun lexicón de formas verbais que poden levar enclíticos e con información detallada de cales son as secuencias de clíticos que poden engadírselles; coñece tamén cales son as secuencias contractas e todas as súas posibles análises; e dispón, finalmente, dunha serie de regras lingüísticas que o axudan a segmentar e etiquetar, mais que tamén son determinantes para a xeración da conxugación verbal cando se constrúe, se for o caso, coa segunda forma do artigo ou con enclíticos. A outra parte da listaxe de formas para IANUS procede destoutros recursos.

Estrutura do lexicón de XIADA

Antes de máis nada debemos aclarar que o lexicón de XIADA, a pesar de clasificarse entre os lexicóns morfolóxicos que mencionan Schiller e Karttunen (1999: 135-147), non está constituído por unha mera relación ou listaxe de formas gráficas á que se lles proporciona a etiqueta e o lema correspondentes. En realidade non hai formas, senón que estas son xeradas a partir da información que contén cada entrada tanto para o léxico común como para o técnico. Por exemplo, a unidade *facultativos* (substantivo e adxectivo) non aparece como tal en ningún lugar do lexicón, mais o etiquetador recoñécea porque é xerada polo sistema a partir da entrada «facultativ», cuxo lema e subetiquetas son, respectivamente, «facultativo» e Sc (substantivo común) e A0 (adxectivo, grao non aplica), e se remite ao grupo de derivación G1 onde figura unha desinencia «os» coa caracterización morfolóxica de masculino plural.

O que se perseguía era que a introdución e xestión dos datos fose práctica e nos permitise aforrar tempo e espazo en disco, polo que se estimou que maioritariamente as entradas do lexicón tiñan que ser caracterizadas morfoloxicamente desagregándoas en lema, raíz, subetiqueta e grupo de derivación. Con esta estrutura evitouse a introdución, por exemplo, de 70 formas verbais por cada un dos verbos introducidos no lexicón aínda que, en contrapartida, esixiu un estudo formal pormenorizado dos integrantes de cada unha das clases gramaticais variables para agrupalos en modelos e, deste xeito, construír a gramática formal que permitise analizar e tamén xerar as formas flexionadas e conxugadas do galego moderno. Así, por exemplo, nas categorías variables, exceptuando o verbo, foi necesario o establecemento de 46 grupos de derivación que permitisen integrar os distintos modelos flexivos de xénero e número en combinación coas diferentes variacións gráficas que se producen nas raíces. Repárese en que houbo que clasificar formalmente todas as posibles variacións non só á hora de flexionar o xénero ou o número, senón tamén tendo en conta as modificacións gráfi-

cas que sofre a raíz, sexan estas acentuais (*afebril* vs. *afebrís*), sexan alternancias nos caracteres (*bifidez* vs. *bifideces*). No anexo I achégase unha táboa que recolle os grupos derivacionais válidos tanto para o lexicón xeral como para o médico, e as súas características: o representante, as terminacións, as subetiquetas morfolóxicas que as caracterizan e a indicación da normatividade para cada unha das terminacións.

Así pois, todas e cada unha das entradas constan de lema, raíz, subetiqueta e, maioritariamente nas pertencentes ás clases flexivas, de grupo de derivación. Indo por partes cómpre dicir:

1) O lema é o representante das distintas formas flexionadas ou conxugadas que se integran nun paradigma e, obrigatoriamente, cada entrada do lexicón debe remitirse cando menos a un lema. Nótese que a clase morfolóxica é un elemento constitutivo do lema polo que todo lema está asociado a unha clase de palabra, de tal xeito que para unha unidade como *médico* haberá dous lemas: un, asociado á categoría substantivo, e outro á de adxectivo.

2) *Grosso modo* pódese considerar que a raíz é o lema sen morfemas gramaticais. Por exemplo, ao lema «médico» correspóndelle a raíz «médic», mais, polo xeral, raíz e lema coinciden nas entradas das clases invariables e nas dos substantivos e adxectivos que só presentan flexión no número⁹.

3) O termo subetiqueta emprégase para referírmonos á caracterización morfolóxica básica da entrada no lexicón. Isto é, continuando a exemplificación con *médico*, as subetiquetas correspondentes ás entradas como substantivo e adxectivo son, respectivamente, Sc (substantivo común) e A0 (adxectivo, grao non aplica).

4) Finalmente, os grupos de derivación constitúen conxuntos de terminacións para as que se proporcionan uns valores. Por exemplo, as dúas raíces «médic», pertencentes aos lemas «médico» substantivo e «médico» adxectivo, remítense ao grupo de derivación G1 en que se interpreta que se a entrada

remata en	-o,	a caracterice como	→	<i>masculino singular</i>
“	-a,	“	→	<i>feminino singular</i>
“	-os,	“	→	<i>masculino plural</i>
“	-as,	“	→	<i>feminino plural</i>

⁹ En ningún caso se pode identificar esta raíz co lexema da gramática tradicional posto que para o que nos ocupa só se teñen en conta os morfemas flexivos e non os derivativos.

Así se explica que para todos os substantivos e adxectivos que teñen flexión de xénero e forman o plural engadindo *-s*, (*nenos, médico, facultativo...*) só sexa preciso introducir o lema e a raíz correspondentes, sen necesidade de ter que inserir todas as formas do paradigma.

Con todo, en XIADA non só se pretende lograr a identificación e caracterización morfolóxica plena de calquera unidade léxica galega actual, senón que entre os seus obxectivos tamén está contar con información sobre a procedencia do lema, o ámbito léxico a que pertence e a indicación sobre a normativa oficial actual. Obviamente estes datos non son imprescindibles para etiquetar corpus, mais o feito de dispor deles sempre permite atoparlles unha utilidade como pode ser a xeración do léxico común galego. Ademais, facelo *a posteriori* da construción do lexicón sería altamente custoso e suporía perder a oportunidade de contar cun lexicón amplo e completo desde os seus inicios.

Dito isto, no lexicón de XIADA, para alén do lema, a raíz, a subetiqueta, a categoría gramatical e o grupo de derivación, cada entrada responde aos parámetros seguintes:

a) Normativa oficial. Para un correcto recoñecemento das formas existentes nos textos galegos contemporáneos é preciso que o lexicón non só estea integrado por lemas normativos. Pénsese que de non ser así moitos dos documentos do CORGA non poderían ser etiquetados ou só o serían a medias. É fundamental, daquela, darlles cabida tamén a dialectalismos, hiperenxebrismos, castelanismos etc. polo simple feito de estes apareceren nos textos. Non obstante, para os poder diferenciar introduciuse este criterio na caracterización de lemas, formas¹⁰ e incluso algunha desinencia.

Ora ben, cómpre aclarar que cando se indica que un lema ou unha forma son normativos non implica que esten avalados polas autoridades competentes nesta materia, é dicir a Real Academia Galega. A pretensión con que se inclúe este campo no lexicón de XIADA, e polo tanto tamén na súa versión descargable¹¹, é facilitar información sobre a corrección ou incorrección de cada unha das entradas. Así, marcamos con «s» tanto os lemas que non aparecen condenados nas distintas obras lexicográficas actuais como aqueles que só se documentan en corpus e se entende que

¹⁰ Repárese en que unha forma verbal como *fosemos* era considerada como correcta até xullo do ano 2003 e remitíase aos lemas «ser» ou «ir» normativos. Non obstante, per se é un *token* que non responde á normativa actual.

¹¹ <<http://corpus.cirp.es/xiada/descargas.html>>

a súa formación –mediante prefixación, sufixación, composición– se axeita ao estándar léxico do galego. Por exemplo, en ningún dicionario dos manexados (véxase a relación máis adiante) se documenta o adxectivo *funcionarial*, mais abonda con partir dunha base correcta *funcionario* e dun sufixo *-al* que indica ‘relativo ou pertencente a’, ao igual que sucede no par *empresario/empresarial* para o considerar como unha forma normativa. Así se explica, en definitiva, que determinados lemas se consideren normativos no noso sistema malia non contaren (aínda) co aval da RAG.

b) Ámbito léxico. Desde o principio entendeuse como útil diferenciar na estrutura do lexicón módulos segundo o tipo de léxico que contiveren e que poidan ser combinados. Para iso dispúxose no deseño da estrutura, e así se implementou na construción do lexicón, dun campo máis en que se caracteriza o lema como pertencente ao léxico común ou ao técnico-científico, e se especifica neste último o ámbito no que se clasifica: administración, economía, medicina etc.

Polo momento, o sistema conta soamente co lexicón *xeral*, no que se inclúe o léxico común da lingua galega, e mais o lexicón *médico*, en que se introduciu o vocabulario específico do ámbito da medicina tirado do material proporcionado polo Servizo Galego de Saúde.

c) Fonte. Relacionado en parte coa epígrafe *a)* ocorre que nos textos actuais se presentan formas que non aparecen nos dicionarios e/ou vocabularios existentes da lingua galega ben porque son termos técnicos para os que se acaba de propoñer unha denominación, ben porque se documentan cun uso categorial distinto, ben polo simple feito de que non todos os lemas dunha lingua se recollen nos dicionarios. Non obstante, a súa introdución no lexicón resulta imprescindible para un correcto recoñecemento e unha completa caracterización dos textos. Isto explica a decisión de incluírmos a fonte para así achegar asemade información sobre a posible documentación do lema e a fiabilidade da forma. Concretamente en XIADA esta información aparece recollida na última columna da entrada. De seguido a táboa 1 cos códigos que nela poden aparecer e as obras a que fan referencia dispostas cronoloxicamente en orde decrecente.

Recapitulando, o lexicón de XIADA, ademais de conter os datos que posibilitan a identificación e caracterización morfolóxica plena de calquera unidade léxica galega actual, proporciona información sobre a normativa oficial, o ámbito léxico e a procedencia da forma. Todo isto significa que contamos cunha ferramenta lingüística apropiada para, a partir dela, xerar a lista de formas, tanto comúns como técnicas, que cumpran co requisito de ser correctas en galego.

Táboa 1. Códigos e referencias bibliográficas

Código	Obra ou fonte
corga	Centro Ramón Piñeiro para a Investigación en Humanidades (2010): <i>Corpus de Referencia do Galego Actual, versión 1.5</i> , < http://corpus.cirp.es/corga >
xerais_2009	Carballeira Anllo, X. M. (coord.) (2009): <i>Gran Dicionario Xerais da Lingua</i> (Vigo: Xerais)
sergas	Material proporcionado polo Sergas procedente de historiais clínicos
volga_2004	González González, M. e A. Santamarina Fernández (coords.) (2004): <i>Vocabulario ortográfico da lingua galega (VOLGa)</i> (A Coruña-Santiago de Compostela: Real Academia Galega-Instituto da Lingua Galega)
drag_2004	García, C. e M. González González (dirs.) (2004): <i>Diccionario castelán-galego da Real Academia Galega</i> (A Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza)
olg_2004	González Rei, B. (2004): <i>Ortografía da lingua galega</i> (A Coruña: Galinova)
irindo_2004	Ledo Cabido, Bieito (dir.) (2004): <i>Diccionario de galego</i> (Vigo: Ir Indo)
normas_2003	Real Academia Galega / Instituto da Lingua Galega (2003): <i>Normas ortográficas e morfolóxicas do idioma galego</i> (A Coruña-Santiago de Compostela: Real Academia Galega-Instituto da Lingua Galega)
dgtm_2002	Real Academia de Medicina e Cirurxía de Galicia (2002): <i>Diccionario galego de termos médicos</i> (Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Política Lingüística)
xerais_2000	Carballeira Anllo, X. M. (coord.) (2000): <i>Gran Dicionario Xerais da Lingua</i> (Vigo: Xerais)
drag_1997	García, C. e M. González González (dirs.) (1997): <i>Diccionario da Real Academia Galega</i> (A Coruña: Real Academia Galega)

XIADA: lexicón xeral

A descrición que acabamos de realizar sobre o lexicón fai patente o seu grao de complexidade estrutural e informativa, o cal posibilita a extracción de datos en distintos niveis de profundidade en función da utilidade que se persiga: desde a extracción dunha simple listaxe de formas até a conjugación dun ou máis verbos que nel figuraren (con ou sen pronomes enclíticos), pasando pola etiquetación automática de formas. A xeración da lista de formas que cumpran co criterio de integrarse no lexicón xeral e ser normativas é un dos resultados máis sinxelos.

Débase reparar en que as entradas do lexicón xeral son suficientes para cubrir as necesidades lingüísticas que se lle poidan requirir ao sistema de IANUS: o feito de implementar nel o lexicón coas entradas do *Vocabulario Ortográfico da Lingua Galega* xunto coas 100 000 formas máis frecuentes do CORGA, dá como resultado algo máis de 55 000 lemas. Entendeuse, por tanto, que desde o Centro Ramón Piñeiro se satisfacía amplamente a demanda do Servizo Galego de Saúde en canto ao vocabulario de uso cotián.

Así, a finais do 2006, cando se lle entregou unha listaxe inicial e provisoria de formas á administración sanitaria constituída por algo máis de 4 millóns de entradas pertencentes ao léxico común, non era posible desagregar con exactitude, mais como queira que desde aquela os cambios realizados no sistema non foron moitos, pódese fixar como referencia fiable o estado actual do lexicón: arestora en XIADA (versión 2.4¹²) é posible saber cantas entradas hai no lexicón en función da súa categoría gramatical, etiqueta e subetiqueta, e grupo de derivación. Velaquí a táboa que así o reflicte:

Táboa 2

Subetiqueta	Raíces	Lemas	Formas	Formas únicas	Total lemas por categoría
Sc [substantivos comúns]	30 668	30 509	75 389	68 574	30 509
Sp [substantivos propios]	0	0	0	0	
A0 [adxectivos, grao non aplica]	14 162	14 129	66 649	46 693	14 141
As [adxectivos superlativos]	13	34	140	132	
Ac [adxectivos comparativos]	7	7	42	14	
V [verbos]	9455	6903	573 653	392 735	6903

¹² <http://corpus.cirp.es/xiada/descargas.html>

Subetiqueta	Raíces	Lemas	Formas	Formas únicas	Total lemas por categoría
Wa [adverbios nuclear/modificador]	1774	0	0	0	1962
Wn [adverbios nucleares]	193	1957	1967	1967	
Wm [adverbios modificadores]	4	1774	1777	1777	
Wr [adverbios relativos]	4	4	4	4	
Wg [adverbios interrogativos]	7	4	7	7	
Dd [artigos determinados]	3	2	5	5	3
Di [artigos indeterminados]	1	1	4	4	
E [demostrativos]	9	3	30	18	3
Cc [conxuncións coordinantes]	9	9	9	9	9
Cs [conxuncións subordinantes]	34	34	34	34	34
G [interrogativos-exclamativos]	8	4	82	16	4
I [indefinidos]	47	38	378	116	38
La0 [locucións adverbiais]	403				
Lp0 [locucións prepositivas]	95				
Lcc [locucións conxuntivas coordinantes]	3				
Lcs [locucións conxuntivas subordinantes]	84				
M [posesivos]	11	10	84	34	10
Nc [numerais cardinais]	93	49	323	63	79
No [numerais ordinais]	30	30	240	120	
P [preposicións]	52	52	52	52	52
Q [signos de puntuación]	20	20	20	20	20
Rt [pronomes tónicos]	21	17	86	25	25
Ra [pronomes átonos]	16	8	47	12	
T [relativos]	5	5	32	12	5
Y [interxeccións]	91	91	91	91	91
Za [abreviaturas]	875				
Zg [siglas]	2172				
Zs [símbolos]	146				

Dous apuntamentos máis:

1. O total de entradas é de 721 073 das cales son normativas 660 098 sen ter en conta ningún tipo de unidade gráfica multigramatical (contraccións, formas verbais con enclíticos, representacións da segunda forma do artigo, alomorfos pronominais etc.).
2. Das denominadas categorías periféricas (locucións, símbolos, abreviaturas e siglas) só é posible presentar, de momento, o número de entradas.

XIADA: lexicón médico. Elaboración do corrector ortográfico

A elaboración dun corrector ortográfico, especializado ou non, enmárcase no que se deu en chamar tecnoloxías da lingua, entendidas estas como unha orientación máis da lingüística computacional. En proxectos deste estilo adóitase establecer unha tripla clasificación que abrangue:

- As ferramentas, que engloban os sistemas informáticos que desenvolven ou resultan de utilidade para as aplicacións.
- Os recursos, que se corresponden cos datos lingüísticos con que se constrúen as aplicacións.
- As propias aplicacións resultantes, que se corresponden coa finalidade práctica proposta (no caso que nos ocupa un corrector ortográfico especializado).

Vista xa a ferramenta sobre a que desenvolver o traballo, corresponde agora tratar os outros dous elementos restantes. Os datos lingüísticos, como xa foi apuntado, tiráronse de historias clínicas reais procedentes do sistema sanitario galego, é dicir, supuña traballarmos con texto real o cal nos ía facilitar *a priori* o achegamento e a análise dos termos no seu contexto, observar a súa frecuencia, precisar a súa semántica, albiscar posibles relacións entre eles... Concretamente, desde o Servizo Galego de Saúde achegáronse nun principio informes de alta, de radioloxía e de anatomía patolóxica, ademais de comentarios de enfermaría. Porén, o feito de que o contido das historias clínicas estea protexido por lei ao máis alto nivel imposibilitou, tal e como sería desexable, levar á práctica calquera metodoloxía propia dun proxecto de lingüística de corpus, pois desde o Sergas remitíronse as historias clínicas reducidas informaticamente a simples listaxes de palabras.

Esta circunstancia sen ser un impedimento forte e sen minguar ou alterar a adecuación do produto final ás necesidades e prácticas lingüísticas das persoas destinatarias,

si se revelou como un pequeno hándicap que enlenteceu algún labor como pode ser a correcta identificación morfolóxica das formas por non se presentaren no seu contexto (pénsese, por exemplo, naqueles substantivos comúns con que se nomean principios activos e ao mesmo tempo son nomes comerciais de produtos), impediu o rexeitamento directo dalgunhas grallas e incorreccións (ex.: **urilización*, **quedasin*), imposibilitou clasificarmos os termos segundo á súa especialidade sanitaria ou coñecer o estilo e/ou persoa en que están redactadas (de interese, por exemplo, para o tratamento e a inclusión de formas e tempos verbais) etc.

De resto, pense por un intre quen ler estas liñas na estrutura e mais no funcionamento dun corrector ortográfico. A primeira consiste basicamente na dispoñibilidade de dúas bases de datos ou lexicóns: un dicionario principal –o punto de partida dispoñible no CIRP resultado do proceso de etiquetaxe e lematización do Corga– e mais un dicionario secundario e/ou especializado que ou ben o propio usuario vai elaborando con base na súa competencia lingüística e a partir da experiencia que se deriva de traballar con textos dunha temática ou tipoloxía concreta, ou ben se acrecenta canto un paquete ou módulo integrado tal e como era a finalidade deste proxecto.

Con base nesta estrutura, o funcionamento dun corrector é relativamente sinxelo: cotexa cada unha das agrupacións de grafemas presentes nun texto con aquelas que ten dispoñibles nos seus dicionarios dando por boas todas aquelas que reconece como propias e deténdose ou sinalando aquelas que lle resultan descoñecidas, para as cales deberá estar en disposición de achegar un número variable de alternativas. Por tanto, detrás dun corrector operan tres conceptos fundamentais: a palabra, o seu significante e os inventarios de palabras. Concretamente, a palabra tómase no sentido máis externo ou formalista como unha sucesión de grafemas, susceptibles de recibiren segmentos supra-segmentais (acentuación) e cuxas lindes veñen marcadas polos espazos ou signos de puntuación correspondentes. Dela interesa, xa que logo, unicamente o seu significante gráfico e fica á marxe toda a información unicamente recuperable e perceptible grazas ao contexto en que se usar (faltas de concordancias, desviacións semánticas etc.).

Aceptado isto, o corrector que se pretendía elaborar para o ámbito sanitario, ao igual que calquera outro, debía ser capaz de detectar os seguintes tipos de erros:

a) Os correspondentes ao ámbito da ortografía da palabra:

- Grafemas permutados

**gastorrrafia* → *gastrorrrafia*

**hemilaminctomía* → *hemilaminectomía*

**inmunporoteína* → *inmunoproteína*

- Grafemas conmutados

**carvinoide* → *carcinoide*

**fleboextracción* → *fleboextracción*

**nasosexunal* → *nasosexunal*

- Grafemas engadidos

**histeriopatía* → *histeropatía*

**postparto* → *posparto*

**subrotuliano* → *subrotuliano*

- Grafemas suprimidos

**multitrasfundida* → *multitransfundida*

**nistámico* → *nistágmico*

**ostétrico* → *obstétrico*

b) Os correspondentes ao ámbito dos suprasegmentos gráficos, quer por adición incorrecta, quer por omisión, quer por incorrecta colocación do acento gráfico ou til e da diérese:

**agrafe* → *ágrafe*

**bucolingüais* → *bucolinguais*

**intraabdomináis* → *intraabdominais*

**lutéinico* → *luteínico*

**pinguecula* → *pingüécula*

**sublinguite* → *sublingüite*

c) Os correspondentes ao emprego das maiúsculas e das minúsculas:

**caliectAsia* → *caliectasia*

**eustaquio* → *Eustaquio*

**mingazzini* → *Mingazzini*

d) Os correspondentes á integridade formal da palabra, isto é, incorrectas fusións de palabras ou falsas segmentacións:

**unhacampimetría* → *unha campimetría*

**cervico tomía* → *cervicotomía*

A maiores, co fin de asegurar e acrecentar o valor normalizador do proxecto e, asemade, dotalo dunha «intelixencia lingüística» que o fixese ir alén da simple achega de alternativas á forma incorrecta con base en algoritmos de proximidade ortográfica, prevíronse dous tipos máis de correccións:

i) Un tratamento especial para aquelas palabras pertencentes ao ámbito médico (non necesariamente de carácter especializado) alleas á lingua galega, mais fortemente instaladas por influencia do castelán e cuxas formas gráficas en ambas as linguas difiren substancialmente. Sería o caso de termos pertencentes ao ámbito da anatomía, as posturas corporais, elementos protésicos, léxico propios de estados ou accións que describen unha sintomatoloxía dada etc.¹³

*ayuno → *xaxín*

*blanquecino → *esbrancuxado*

*calambrazo → *descarga*

*cabestrillo → *estribeira*

*chasquido → *estalo*

*cucullas → *crequenas*

*desgarro → *esgazadura*

*empeine → *empeña*

*enrojecimiento → *avermellamento*

*escozor → *proído*

*esguince → *escordadura*

*estornudar → *esbirrar*

*hoyuelo → *focha*

*mentón → *queixelo*

*meñique → *maimiño*

*pantorrilla → *coxa*

*picor → *proído*

*quejumbroso → *queixoso*

*telilla → *membrana*

*tobillera → *nocelleira*

Constitúe unha vía que tendería a superar a vertente ortográfica do corrector para camiñar tamén cara á corrección morfolóxica (pénsese naqueles castelanismos cuxa equivalencia en galego varía de xénero).

ii) Quer por estarmos nun ámbito especializado e porque moita da documentación médica non sobarda os lindes da comunicación entre profesionais, quer polas propias circunstancias en que se xera a documentación (alto volume de documentos, necesidade de aforrar tempo...) o certo é que o traballo co corpus de termos resultantes revelou un amplo emprego de siglas¹⁴. A proposta que se ideou pasaba polo recoñecemento como sigla que o corrector debía facer daquelas sucesións de grafemas dispostos en maiúscula e en número variable (de 1 a 5 caracteres) con que se atopase e ofrecer o(s) seu(s) desenvolvemento posible(s). Os efectos prácticos que se perseguían eran dous:

- Tender a reducir o número das siglas sen desenvolver e, dalgún xeito, provocar unha reflexión acerca do seu uso/abuso. Repárese en que as máis delas xa non só é que teñan máis dun significado,

¹³ O exposto mesmo tamén era unha vía para o tratamento dos anglicismos para os cales se acordase unha proposta en firme: *boobing ocular*; *clapping*...

¹⁴ Para o seu tratamento resultou de enorme utilidade o volume *Diccionario de siglas médicas* publicado polo Ministerio de Sanidade e Consumo no ano 2003 e da autoría de Yetano Laruga e Alberola Cuiñat. Dispoñible en: <<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/diccionarioSiglasMedicas.pdf>>

TA:	temperatura ambiente
	tensión arterial
	tratamento actual
	traumatismo abdominal
APT:	alimentación parenteral total
	amnesia postraumática
	anxioplastia percutánea transluminal

senón que en ocasións a polisemia se produce dentro dunha mesma especialidade e/ou opera sobre un mesmo referente

IU:	infección urinaria
	insuficiencia urinaria
ACV:	accidente cerebrovascular
	accidente cardiovascular
AMI:	arteria mamaria interna
	arteria mesentérica inferior

- Contribuír a camiñar cara á elaboración dunha linguaxe médica verdadeiramente galega. Chegará o día en que se documenten siglas como as seguintes?

AX:	anestesia xeral?
BAX:	bo aspecto xeral?
IVE:	insuficiencia ventricular esquerda?
LSE:	lóbulo superior esquerdo?
MIE:	membro inferior esquerdo?
MIXE:	menisco interno do xeonllo esquerdo?

O material proporcionado polo Servizo Galego de Saúde, logo de lle aplicar o etiquetador de XIADA que actuou como corpus de exclusión, ficou reducido a unha listaxe de máis de 40 000 ítems sobre a que aínda houbo, antes de máis nada, que suprimir aqueles correspondentes a signos de puntuación, grallas, castelanismos, termos non pertencentes ao ámbito médico, pseudopalabras, falsas segmentacións etc. nas condicións sinaladas anteriormente.

De resto, chegados a este punto o procedemento foi moi semellante ao de calquera labor lexicográfico e/ou terminolóxico, fóra de non ter que realizar as correspondentes definicións, e condicionado polas fontes de consulta dispoñibles desde o principio e mais por aquelas que se ían descubrindo de xeito paralelo ao avance dos traballos.

Concretamente, o corpus de voces clasificouse en tres grupos segundo as posibilidades de documentalas en obras de referencia galegas e o grao de dificultade á hora de definir o seu significante correcto.

1. Termos presentes nas obras lexicográficas de consulta e, especialmente, no *Diccionario galego de termos médicos* publicado no ano 2002 pola antiga Dirección Xeral de Política Lingüística, avalado pola Real Academia de Medicina e Cirurxía de Galicia e coa colaboración do Seminario de Lexicografía da Real Academia Galega.

<i>fenitoína</i>	<i>ferrocínética</i>	<i>fibroadenoma</i>
<i>fenotiacina</i>	<i>ferropenia</i>	<i>fibroadiposo</i>
<i>fenoxibenzamina</i>	<i>ferroterapia</i>	<i>fibrocalcificado</i>
<i>feocromocitoma</i>	<i>festinación</i>	<i>fibrolipoma</i>

2. Termos non documentados na mencionada obra (nin no seu lemario nin no corpo dos artigos lexicográficos) mais cuxa estrutura morfolóxica se considerou plenamente correcta e acorde aos procedementos e regras de formación de palabras da lingua galega.

<i>cinestésico</i>	<i>citoplásmico</i>	<i>monocítico</i>
<i>cirróxico</i>	<i>citoxenético</i>	<i>monohidrato</i>
<i>citohistolóxico</i>	...	<i>mucopurulento</i>
<i>citolítico</i>	<i>miomatoso</i>	<i>multifocal</i>
<i>citopático</i>	<i>monoclonal</i>	<i>multinodular</i>
<i>citoplasmático</i>	<i>monocorial</i>	...

3. Termos de dificultade media ou alta sobre os que se intensificou o traballo terminográfico puntual de estudo e contraste con outras linguas, ben porque a información sobre eles era máis ben escasa ou confusa, ben porque a información dispoñible nas fontes de consulta resultaba contraditoria, ben porque se trataba de anglicismos para os que se procurou unha proposta alternativa: *adstrinxente/astrinxente*, *decorticación/descorticación*, *diploe/díploe/diplóe*, *estadiamento/estadiaxe/estadificación*, *liposclerose/lipoesclerose*, prefixos *lumb-/lomb-* etc.

Chegados a este punto, cómpre especificar cales foron as fontes de consulta e de documentación para a fixación do corpus:

a) Para alén das obras lexicográficas de consulta habitual (que coinciden *grosso modo* coas sinaladas na táboa 1), traballouse arreo coas seguintes obras terminolóxicas:

Currás Fernández, C. / Dosil Maceira, B. (1999): *Diccionario de psicoloxía e educación* (Santiago de Compostela: Xunta de Galicia).

Daviña Facal, L. (2000): *Diccionario das ciencias da natureza e da saúde* (A Coruña: Deputación Provincial da Coruña).

Fraga García, H. (2004): *Glosario etimolóxico de termos anatómicos*. Edición bilingüe galego-castelán, castellano-gallego (A Coruña: Galinova Editorial).

Reyes Oliveros, Fco. / García González, C. (dirs.) (2003): *Diccionario galego de termos médicos* (Santiago de Compostela: Xunta de Galicia).

b) Totalmente dispoñible na rede, o Servizo Galego de Saúde dispón dun amplo e diverso catálogo de publicacións (vid. nota 2), maioritariamente en galego, estruturado en distintas coleccións ou epígrafes e con maior ou menor grao de especialización en función dos seus destinatarios. Sirva de mostra a seguinte escolma de títulos:

<i>Braquiterapia no cancro de próstata localizado</i>	<i>Guía rápida. Técnico en transporte sanitario</i>
<i>Boletín de avaliación farmacoterapéutica de novos medicamentos: paliperidona</i>	<i>Guía de práctica clínica da hipertensión arterial para atención primaria</i>
<i>Boletín de farmacovixilancia: enfermidade de Alzheimer: reaccións adversas asociadas ó seu tratamento</i>	<i>Guía de práctica clínica. Cancro de pulmón e mesotelioma</i>
<i>Desfibrilación semiautomática externa</i>	<i>Manual de boas prácticas para profesionais de tatuaxe, micropigmentación e piercing</i>
<i>Estado actual da enfermidade celiaca: Guía de diagnóstico e tratamento de atención primaria a especializada</i>	<i>Manual de cirurxía menor</i>
<i>Guía de autoaxuda para deixar de fumar</i>	<i>Manual de intervención nas autoescolas. Alcohol, outras drogas e conducción</i>

*Guía de bo uso de absorbentes de
incontinencia urinaria*

Plan galego de coidados paliativos

Guía do usuario da unidade de hemodiálise

*Protocolo de diagnóstico e tratamento das
infeccións de transmisión sexual*

*Guía técnica do proceso de atención
á fibromialxia*

*Procedemento de xestión de gases
medicinais no medio sanitario*

c) Consultáronse co Servizo de Terminoloxía de Galicia uns 150 termos, previamente traballados, e dos cales se obtivo unha cumprida resposta acerca de cal debe ser a súa forma gráfica en lingua galega. Exemplos: *banding ocular*, *puñopercusión*, **quirofanillo*, **reganancia*, **steppage*, **tenting*...

d) Internet: Ante a escaseza de fontes escritas e como non podía ser doutro xeito, a rede tornouse nunha ferramenta imprescindible e de consulta cotiá ao longo de todo o traballo, xa non só para a simple procura e documentación dos termos en motores de busca, senón tamén para se ir fornecendo dun soporte bibliográfico e de consulta que foi medrando conforme avanzaban os traballos. Estamos a falar de bases de datos terminolóxicas, artigos de referencia no ámbito da tradución e a linguaxe médica, páxinas oficiais con glosarios e listaxes oficiais de voces etc. Velaquí unha escolma de ligazóns:

- Axencia Española de Medicamentos e Produtos Sanitarios: <<http://www.aemps.es/>>
- Buscatermos: <<http://www1.usc.es/buscatermos>> (banco de datos terminolóxicos multilingüe da Universidade de Santiago de Compostela)
- Cercaterm:
- Clasificación Internacional de Doenzas: <<http://eciemaps.mpsi.es/>>
- Diccionario Ilustrado de Términos Médicos (Medciclopedia): <<http://www.iqb.es/diccio/diccio1.htm>>
- Dicionário Digital de Termos Médicos: <http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_aa.php>
- InterActive Terminology for Europe (IATE): <<http://iate.europa.eu>> (base de datos terminolóxica multilingüe da Unión Europea)
- Vademecum.es: <<http://www.vademecum.es/>>

e) Artigos da revista *Panace@* da Asociación Internacional de Tradutores e Redactores de Medicina e Ciencias Afíns, e a monumental obra de Fernando Navarro baixo o título *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (McGraw-Hill).

Con esta metodoloxía e estas fontes de consulta chegouse a un inventario de formas destinado a alimentar o software de corrección que conta co seguinte número de formas:

A. Categorías léxicas

Substantivo [3894 lemas]	<i>Grupo</i>	<i>Raíces</i>	<i>Exemplo</i>
	G1	27	hemofílico, dixestólogo
	G6	10	rasurador, ex-fumador
	G29	3657	abdominoplastia, cavernoma
	G30	71	adefovir, biomarcador
	G32	72	bambuterol, antimitocondrial
	G33	4	centil, captopril
	G34	3	bífidez, inmadurez
	sen grupo	48	córtex, neurosífilis, fundus

Adxectivo [2819 lemas]	<i>Grupo</i>	<i>Raíces</i>	<i>Exemplo</i>
	G1	1593	afáquico, braquicefálico
	G6	42	citorredutor, metabolizador
	G29	266	acaricida, bacteriforme
	G30	248	bulbomedular, infrahiliar
	G32	660	abstinencial, drenábel
	G33	2	afebril, infantoxuvenil
	G34	8	fotomotriz, obturatriz
	sen grupo	2	isogruppo, cuádriceps

Verbo [133 lemas]	<i>Grupo</i>	<i>Raíces</i>	<i>Exemplo</i>
	V1	77	anticoagular, estenosar
	V2	1	cardioverter
	V3	8	multitransfundir, reexpandir
	Vi1	40	epitelizar, vasectomizar
	Vi2	1	subxacer
	Vi3	1	abducir
	Vi6	2	resituar, reavalíar
	Vi7	2	extruír, protuír
	Vi37	1	reintervir

B. Categorías periféricas

- 1974 siglas, que inclúen as efectivamente documentadas na listaxe de traballo inicial, así como as sinaladas como máis frecuentes por un facultativo con base na obra xa mencionada publicada polo Ministerio de Sanidade. Exemplos: *CAA, CAD, CAE, CAI, CAP, CAM...*
- 2580 nomes propios, que inclúen 363 antropónimos (os denominados epónimos médicos, isto é, termos médicos acompañados dun nome propio pertencente a un médico, investigador ou estudoso con que se nomean doenzas, síndromes, técnicas, probas, partes da anatomía etc.): *Creutzfeld-Jakob, Creutzfeld, Jakob, Crohn, Cronwall, Cushing, Dandy-Walker...*; e 2217 nomes de medicamentos: *Cafergot, Cafiaspirina, Cafinitrina, Calcial...*
- 62 abreviaturas: *Men., Mov., Oft., Pac., Pen., Pto...*
- 42 símbolos: *CO₂, D₂, D₃, Dx...*

Algunhas reflexións finais

1. O feito de que nun proceso de renovación e mellora tecnolóxica e procedemental das dimensións do proxecto IANUS se prevese a súa ligazón co emprego da lingua galega non pode deixar de ser considerado máis que positivo, afeitos como estamos a que non sempre a cuestión lingüística se inclúa dentro das prioridades ou das variables que cómpre atender en procesos de cambio como o que nos ocupa. Supuña, por unha banda, dar cumprimento ás previsións que se planificaran e aprobaran con anterioridade e, pola outra, tomaba como base un proxecto de lingüística aplicada xa en marcha con que poder xerar unha ferramenta práctica –un corrector ortográfico especializado– para o uso do persoal sanitario. A experiencia acumulada con ferramentas deste tipo revela a súa utilidade e a boa acollida por parte dos usuarios. Así, nos procesadores de texto que adoito manexamos os correctores ortográficos que neles actúan cumpren a dupla misión de serviren de garantes da corrección ortográfica dos escritos ao sinalaren os sempre posibles erros de mecanografado e, asemade, de contribuíren á formación lingüística de quen os emprega ao lle proporcionaren alternativas a aquelas formas que considera incorrectas. Mesmo se podería engadir unha terceira función pois, cando actúan por exceso, suscitan na persoa que está a escribir unha reflexión metalingüística que a obriga a ter que decidir se se fía dos seus coñecementos ou do que lle alerta o corrector (ex.: topónimos estranxeiros, neoloxismos, formas derivadas...).

Así pois, cabe pensar que implementar un corrector ortográfico para o seu emprego por parte do persoal sanitario que conte coa terminoloxía que con certeza se está a empregar nos centros hospitalarios e de saúde ha ser unha medida que só pode traer beneficios para dispor dunha documentación clínica en galego e de calidade. Porén, dito isto entendemos que sería iluso confiarmos unicamente na elaboración dun corrector o aumento do uso do galego e a mellora da formación lingüística do persoal. Cumpriría, por exemplo, acompañalo da correspondente formación (por exemplo, canda a que se deu e está a dar na Fundación da Escola Galega da Administración Sanitaria respecto ao proxecto IANUS) e dunhas normas lingüísticas de uso na liña das recollidas na circular 11/2005.

Polo demais, lamentablemente co transcorrer do tempo as previsións iniciais que semellaban apuntar na liña dunha introdución da lingua galega parella á da implantación de IANUS no sistema sanitario galego non se están a cumprir. A retroalimentación entre o Sergas e o equipo lingüístico deste proxecto non funcionou desde o principio por causas descoñecidas e só imputables á primeira parte, de modo que anos despois de iniciado o proxecto este non só non conta aínda co corrector en galego implementado no sistema, senón que aínda non se puideron facer as primeiras e pertinentes probas sobre o seu funcionamento nin comprobar a adecuación do corpus ofrecido nin perfilar algunhas das decisións tomadas¹⁴.

Como queira que a implantación de IANUS non está aínda rematada por seren de tal magnitude os cambios que comporta no traballo diario do/a profesional, cabe agardar que á vista das numerosas deficiencias –non só técnicas– que se lle sinalan (Veras Castro) a posibilidade de vermos o corrector en funcionamento poida algún día chegar a ser unha realidade.

2. Con base nestes tres exemplos

gl	<i>frémito</i>	gl	<i>linfanxite</i>	gl	<i>meniscectomía</i>
pt	<i>frémito, frêmito</i>	pt	<i>linfangite</i>	pt	<i>meniscectomia</i>
es	<i>frémito</i>	es	<i>linfangitis</i>	es	<i>meniscectomía</i>

¹⁴ Pénsese, por exemplo, que á hora de incluír as formas verbais se adoptou a determinación de achegar todo o paradigma verbal, o cal seguramente resulte excesivo e recargue innecesariamente o sistema. Da conxugación verbal resultan en xeral 83 formas por modelo que se corresponden con 74 etiquetas, das cales son formas únicas 57; 23 combinacións cun só clítico producen 1311 formas normativas; mentres que as 58 combinacións de 2 clíticos producen por verbo 3306 formas.

ca	<i>fremitus, freminent</i>	ca	<i>linfangitis</i>	ca	<i>meniscectomia</i>
fr	<i>frémissement</i>	fr	<i>lymphangite</i>	fr	<i>méniscectomie</i>
it	<i>fremito</i>	it	<i>linfoangite, linfangite</i>	it	<i>meniscectomia</i>
en	<i>fremitus, thrill</i>	en	<i>lymphangitis</i>	en	<i>meniscectomy</i>

e mais lembrándonos daquela solicitude de probas radiolóxicas, localizada nun hospital de Vigo, que circulou pola rede e na que se solicitaba a súa tradución ao castelán¹⁵, entendemos que a seguinte pregunta que cómpre facérmonos é se os baixos índices de emprego da lingua galega no ámbito sanitario obedecen exclusivamente a un problema de corpus? É realmente un problema de falta de terminoloxía ou de que esta resulte moi complicada ou confusa? Repárese en que boa parte da terminoloxía médica está integrada por formantes cuxas orixes están na lingua latina e, sobre todo, na grega e cuxa presenza non é nin tan sequera panrománica, senón internacional.

Sen negarmos que son necesarias obras como as presentes nesta mesa de traballo e o propio corrector polas razóns xa expostas, sería interesante non esquecermos e pórmos en valor o substrato común presente en infinidade de linguas. Fan falta vocabularios (lonxe estamos de ter aínda un completo atlas anatómico ou un inventario de material cirúrxico en lingua galega por citarmos unicamente dous exemplos), precísanse obras de consulta que resulten de utilidade para formar os termos, estratexias con que combater os anglicismos crecentes que dan nome a novas técnicas, dispositivos e achados, mais fai falta tamén a formación do persoal sanitario. Unha decidida introdución da lingua galega no ámbito sanitario debería ser aproveitada coa intención de a mellorar, de facela cumpridora dos principios de precisión, clareza, exactitude e corrección dos que agora, segundo estudosos da materia desde a perspectiva do castelán, non cumpre (velaí está a experiencia que nos proporciona a linguaxe administrativa, en que a adopción por parte das máis das administracións galegas da lingua galega como lingua de relación co administrado e inter-administracións foi parella á do proceso modernizador e renovador da linguaxe administrativa).

Paralelamente, sería necesario un efectivo cumprimento das previsións regulamentarias previstas, ben como unha concienciación lingüística do persoal sanitario, para o cal entendemos o Plan xeral de normalización da lingua galega como un bo punto de partida apenas aínda transitado.

¹⁵ Véxase <<http://www.vieiros.com/nova/61933/algun-problema-coa-lingua-na-consulta-medica>>.

Anexo I: os grupos derivacionais do sistema de XIADA

identificador e representante	terminación grupo	subetiqueta	seguinte	normativa 2003
G1 [NEN-O]	o	ms		si
	a	fs		si
	os	mp		si
	as	fp		si
G2 [IRM-ÁN]	án	ms		si
	á	fs		si
	áns	mp		si
	ás	fp		si
	anas	fp		non
	ana	fs		non
G3 [PILLAB-ÁN]	ás	fp		non
	án	ms		si
	ana	fs		si
	áns	mp		si
	anas	fp		si
	á	fs		non
G4 [LANCAR-AO]	ao	ms		si
	á	fs		si
	aos	mp		si
	ás	fp		si
G5 [INGL-ÉS]	és	ms		si
	esa	fs		si
	eses	mp		si
	esas	fp		si
G6 [AQUEL]		ms		si
	a	fs		si
	es	mp		si
	as	fp		si
G7 [LAMB-ÓN]	ón	ms		si
	ona	fs		si
	óns	mp		si
	onas	fp		si
G8 [CAMPI-ÓN]	ón	ms		si
	oa	fs		si
	óns	mp		si
	oas	fp		si
	ona	fs		non
	onas	fp		non

G9 [ALCALD-E]	es	mp		si
	esas	fp		si
	e	ms		si
	esa	fs		si
G10 [BAILAR-ÍN]	ín	ms		si
	ina	fs		si
	íns	mp		si
	inas	fp		si
G11 [PROFET-A]	a	ms		si
	isa	fs		si
	as	mp		si
	isas	fp		si
G12 [XOGRAR]		ms		si
	esa	fs		si
G13 [EST-E]	es	mp		si
	esas	fp		si
	e	ms		si
	a	fs		si
G14 [CABR-ÓN]	es	mp		si
	as	fp		si
	ón	ms		si
	a	fs		si
G15 [XUD-EU]	óns	mp		si
	as	fp		si
	eu	ms		si
	ía	fs		si
G16 [GAL-O]	eus	mp		si
	ías	fp		si
	o	ms		si
	iña	fs		si
G17 [R-EI]	os	mp		si
	iñas	fp		si
	ei	ms		si
	aíña	fs		si
G18 [TSAR]	eis	mp		si
	aíñas	fp		si
		ms		si
	ina	fs		si
G19 [HERO-E]	es	mp		si
	inas	fp		si
	e	ms		si
	ína	fs		si
	es	mp		si
	inas	fp		si

G20 [GR-OU]	ou	ms		si
	úa	fs		si
	ous	mp		si
	úas	fp		si
G21 [ESPAÑO-L]	l	ms		si
	la	fs		si
	is	mp		si
	las	fp		si
G22 [RAPA-Z]	z	ms		si
	za	fs		si
	ces	mp		si
	zas	fp		si
G23 [AV-Ó]	ó	ms		si
	oa	fs		si
	ós	mp		si
	oas	fp		si
G24 [SACERDOT-E]	e	ms		si
	isa	fs		si
	es	mp		si
	isas	fp		si
G25 [VAMPIR-O]	o	ms		si
	esa	fs		si
	os	mp		si
	esas	fp		si
G26 [BAR-ÓN]	ón	ms		si
	onesa	fs		si
	óns	mp		si
	onesas	fp		si
G27 [EMPERA-DOR]	dor	ms		si
	triz	fs		si
	dores	mp		si
	trices	fp		si
G28 [ACT-OR]	or	ms		si
	riz	fs		si
	ores	mp		si
	rices	fp		si
G29 [ALEGRÍA]		s		si
	s	p		si
G30 [MAR]		s		si
	es	p		si
G31 [CORT-ÉS]	és	s		si
	eses	p		si
G32 [XENIA-L]	l	s		si
	is	p		si

G33	il	s		si
[ED-IL]	ís	p		si
G34	z	s		si
[AUDA-Z]	ces	p		si
G35	ás	s		si
[COMP-ÁS]	ases	p		si
G36	ús	s		si
[AUTOB-ÚS]	uses	p		si
G37	ás	p		non
[RE-AL]	al	s		si
G38	as	fp		si
[AMB-OS]	os	mp		si
G39	unha	fs		si
[ALG-ÚN]	unhas	fp		si
	ún	ms		si
	úns	mp		si
G40		ms		si
[BO]	a	fs		si
	s	mp		si
	as	fp		si
G41		ms		si
[UN]	ha	fs		si
	s	mp		si
	has	fp		si
G42	os	ma		si
[TRESCENT-OS]	as	fp		si
G43	ísim	s	G1	si
G44	u	ms		si
[CR-U]	us	mp		si
	úa	fs		si
	úas	fp		si
G45	eu	ms		si
[T-EU]	eus	mp		si
	úa	fs		si
	úas	fp		si
G46	n	s		si
[CA-N]	ns	p		si
	s	p		non

Bibliografía

Álvarez, R. / Regueira, X. L. / Monteagudo, H. (1989²): *Gramática Galega* (Vigo: Galaxia).

Álvarez, R. / Xove, X. (2002): *Gramática da lingua galega* (Vigo: Galaxia).

Álvarez, R. (1994): «Secuencias de pronomes átonos en galego moderno» en Lorenzo, R. (ed.), *Actas do XIX Congreso de lingüística e filoloxía románicas*, vol. VI: 247-265 (A Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza).

Ariza García, A. / Tapia Poyato, A. M.^a (1997): «El corrector ortográfico y la presentación del texto escrito» en *Cauce, Revista de Filología y su Didáctica*, 20-21: 375-412. Disponible en: <http://cvc.cervantes.es/literatura/cauce/pdf/cauce20-21/cauce20-21_22.pdf> [Última consulta: 6/6/2011].

Bray, T. / Jean, P. / Sperberg-McQueen, C. M. (eds.): *Extensible Markup Language (XML) 1.0* (Fifth Edition). Disponible en: <<http://www.w3.org/TR/REC-xml>> [Última consulta: 6/6/2011].

Burnage, G. / Dunlop, D. (1993): «Encoding the British National Corpus», en Aarts, J. / Haan, P. de / Oostdijk, N. (eds.): *English Language Corpora: Design, Analysis and Exploitation* (Amsterdam: Rodopi).

Burnard, L. (1997): «The Text Encoding Initiative's. Recommendations for the Encoding of Language Corpora: Theory and Practice» Disponible en: <<http://users.ox.ac.uk/~lou/wip/Soria/>> [Última consulta: 6/6/2011]

Burnard, L. / Bauman, S. (eds.) (2009): *TEIP5: Guidelines for Electronic Text Encoding and Interchange*. Disponible en: <<http://www.tei-c.org/release/doc/tei-p5-doc/en/Guidelines.pdf>> [Última consulta: 6/6/2011]

Carballeira Anllo, X. M. (coord.) (2000): *Gran Dicionario Xerais da Lingua* (Vigo: Edicións Xerais de Galicia).

— (2009): *Gran Dicionario Xerais da Lingua*. 2 volumes (Vigo: Edicións Xerais de Galicia).

Chacón Calvar, R. / Rodríguez Alonso, M. (1993): *Diccionario crítico de dúbidas e erros da lingua galega* (Sada: Edicións do Castro).

Costa Casas, X. X. / González Refoxo, M.^a A. / Morán Fraga, C. C. / Rábade Castiñeira, X. C. (1988): *Nova Gramática para a aprendizaxe da lingua* (A Coruña: Vía Láctea).

Department of Computer Science (Vassar College) / Equipe Langue et Dialogue (LORIA/CNRS) (2008): *Corpus Encoding Standard for XML*. Dispoñible en: <<http://www.xces.org>> [Última consulta: 6/6/2011].

Díaz Regueiro, M. (1992): *Os verbos galegos* (Santiago de Compostela: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria. Dirección Xeral de Política Lingüística).

Domínguez Noya, E. (2008): «O Corpus de Referencia do Galego Actual (*CORGA*): presente e futuro» en González Seoane, E. / Santamarina, A. / Varela Barreiro, X. (eds.), *A lexicografía galega moderna: Recursos e perspectivas*: 139-151 (Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega / Instituto da Lingua Galega).

Domínguez Noya, E. / Barcala Rodríguez, Fco. M. / Molinero, M. A. (2009): «Avaliación dun etiquetador automático estatístico para o galego actual: Xiada» en *Cadernos de Lingua*, 30/31: 151-193.

Ferreiro, M. (1999): *Gramática histórica galega. I. Fonética e Morfosintaxe* (Santiago de Compostela: Edicións Laiovento).

Freixeiro Mato, X. R. (2000): *Gramática da lingua galega. II. Morfosintaxe* (Vigo: A Nosa Terra).

García, C. e M. González González (dirs.) (1997): *Diccionario da Real Academia Galega* (A Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza / Real Academia Galega).

Gómez Guinovart, X. (2006): «Tecnoloxías da lingua galega e normalización lingüística» en VV. AA. *Xornadas sobre Lingua e Usos. Lingua e Investigación*: 79-91 (A Coruña: Servizo de Normalización Lingüística-Universidade da Coruña). Dispoñible en: <http://www.udc.es/snl/documentospdf/Libro_Lingua_Investigacion.pdf> [Última consulta: 6/6/2011].

González González, M. e A. Santamarina Fernández (coords.) (2004): *Vocabulario Ortográfico da Lingua Galega* (Santiago de Compostela-A Coruña: Instituto da Lingua Galega-Real Academia Galega).

González Rei, B. (2004): *Ortografía da lingua galega* (A Coruña: Galinova Editorial).

Instituto da Lingua Galega / Real Academia Galega (1993¹¹; 1997¹⁶; 2003¹⁸): *Normas ortográficas e morfolóxicas do idioma galego* (Santiago de Compostela: ILG / RAG).

Ledo Cabido B. (dir.) (2004): *Dicionario de galego* (Vigo: Ir Indo).

Leech, G. / Wilson, A. (1994): «Morphosyntactic Annotation», Draft-Work In Progress, EAGLES Document EAG-CSG/IR.T3.1. en N. Calzolari e J. M. McNaught (eds.), *EAGLES Interim Report* EAG-EB-IR-2.

— (1996): *Recommendations for the Morphosyntactic Annotation of Corpora*. EAG-TCWG-MAC/R. Disponible en: <<http://www.ilc.cnr.it/EAGLES96/annotate/annotate.html>> [Última consulta: 6/6/2011]

Monachini, M. / Calzolari, N. (eds.) (1996): *Synopsis and Comparison of Morphosyntactic Phenomena Encoded in Lexicons and Corpora. A Common Proposal and Applications to European Languages*. EAG-CLWG-MORPHSYN/R. Disponible en: <<http://www.ilc.cnr.it/EAGLES96/morphsyn/morphsyn.html>> [Última consulta: 6/6/2011].

Monachini, M. / Calzolari, N. (1999): «Standardization in the Lexicon» en Halteren, H. van (ed.) *Syntactic wordclass tagging*: 149-174 (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers).

Nicolás Rodríguez, R. (1993): *Diccionario dos verbos galegos* (Vigo: Edicións do Cumio).

Rojo Sánchez, G. / López Martínez, M. / Domínguez Noya, E. / Barcala Rodríguez, Fco. M. (2010): *Léxico de XIADA: Etiquetador/Lematizador do Galego Actual*. Disponible en: <<http://corpus.cirp.es/xiada/descargas.html>> [Última consulta: 6/6/2011].

Veras Castro, R. (2010): «IANUS: Luces e sombras. Así non vai ben» en *Cadernos de atención primaria*, 17, vol. 1: 87-88. Disponible en: <http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_1/13_Espazo_para_o_debate_2.pdf> [Última consulta: 6/6/2011].

Schiller, A. / Karttunen, L. (1999): «Lexicons for Tagging» en Halteren, H. van (ed.) *Syntactic wordclass tagging*: 135-147 (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers).

Debate:

O galego no Servizo Galego de Saúde¹

FRANCISCO CERVIÑO GONZÁLEZ

Grupo parlamentario do PSdeG-PSOE

Permítanme comezar agradecendo á Universidade da Coruña, personificando este agradecemento na directora do seu servizo de normalización lingüística, Goretti Sanmartín, a invitación ao grupo parlamentario socialista a estar presente nestas xornadas, que xa son case unha tradición, e agradecer sobre todo o traballo que ela e o seu equipo está a facer.

E iniciarei a miña intervención, non podo obviar que son médico, e menos nunha reflexión sobre esta cuestión, enmarcando a cuestión formulada.

O marco é, por suposto, o marco xeral da lingua galega, por todos vostedes ben coñecido, e máis despois de escoitar esta mañá a análise do cumprimento dos compromisos do Plan xeral de normalización da lingua galega, e esta tarde a conferencia de Pablo Vaamonde quen, estou seguro, fixo unha diagnose previa como el fai adoito cos seus pacientes, quizais con algunha pincelada literaria porque non en van é escritor.

Pero eu quero deixar clara a miña posición, a nosa posición moi sinteticamente:

- a) O galego, segundo o último estudo dado a coñecer polo Consello da Cultura Galega, segue a ser a lingua de instalación maioritaria no noso país, aínda que agora xa por pouco (un 51%).

¹ Recóllense aquí os textos facilitados polas persoas participantes no debate. Para a intervención de Agustín Baamonde, do grupo parlamentario do PP, remitimos á páxina web do SNL onde está dispoñible a gravación íntegra do acto.

- b) O principal indicador da saúde dunha lingua, que é o número de falantes comparativo nun período de tempo, é moi negativo: perde falantes de xeito importante nun proceso que se acelerou nos últimos vinte anos e, sobre todo, nos últimos dez.
- c) Tal e como cualifica Henrique Monteagudo no informe publicado esta fin de semana polo Instituto Galego de Estudos Europeos e Autonómicos, nalgúns zonas do centro das grandes cidades é practicamente «unha lingua estranxeira».

Nós cremos que se non se toman medidas de discriminación positiva a lingua galega está en perigo de morte.

A segunda cuestión que quero clarear é a cuestión Sergas/sanidade. Se falamos do Sergas como organismo administrativo a situación é a mesma que a de toda a Administración autonómica, que seguro se analizou na mesa redonda sobre o Plan xeral de normalización da lingua galega. Ou sexa, cumprimento formal, máis ou menos, na escrita; inexistencia dunha oferta positiva da lingua galega; e, supoño, cumprimento desigual entre o funcionariado dos dereitos lingüísticos dos galegofalantes.

Outra cuestión diferente, moito máis complexa e transcendente porque afecta non só ao dereito positivo, senón a algo esencial como o é o enfermarse, é ao uso do galego na sanidade, na relación médico-enfermo, ou mellor aínda, na relación profesional sanitario-enfermo. E emprego a palabra *enfermo* e non *paciente* porque é moito máis significativa, significa máis, ten un contido moito máis fondo, e fágoo a propósito.

Esta mañá Marcial Gondar salientou atinadamente a importancia do uso da lingua propia no proceso terapéutico, segundo deduzo do título da súa conferencia. Xa García-Sabell, que case con certeza citaría o profesor Gondar, no seu ensaio «Análise existencial do home galego enfermo», publicado no seu libro *Ensaio I* (Galaxia 1963), di: «o home galego sen deixar de adoeecer exactamente igual que o home doutras latitudes, engade ao proceso patolóxico comunitario as súas propias características estruturais. O lado científico natural é uniforme. O lado humano ético é variable e maleable».

A lingua forma parte esencial das «características propias estruturais», e ao mesmo tempo é froito delas. De aí a importancia do uso da lingua galega nas relacións dos profesionais sanitarios cos seus pacientes galegofalantes. Non é só –que tamén– unha cuestión de dereito positivo, é unha cuestión que ten que ver co proceso terapéutico

—e ben sei que a lingua non vai substituír unha cefalosporina de terceira xeración ou unha diálise—, como ten que ver co proceso terapéutico que as nais e os pais acariñen, toquen un prematuro na incubadora. Desas urdas —das que falou Rof Carballo— estamos a falar. É máis, eu coido que non usar o galego coas persoas galegofalantes pode vulnerar o espírito do xuramento hipocrático: «do dano e a inxustiza, preservareino» (o paciente).

Neste sentido a situación na sanidade é mala ou moi mala, ou cando menos non é boa, que é unha maneira moi galega de dicilo. Non temos, eu non os coñezo cando, datos estatísticos da lingua en que falan con enfermos galegofalantes os profesionais sanitarios. Seguramente é variable duns lugares a outros e da atención primaria á dos hospitais. Por tanto, é puramente intuitivo o que afirmo, mais si sei, por exemplo, que no Hospital Universitario da Coruña a presenza de informes de alta en lingua galega é moi pequeno, case anecdótico, e isto afecta, como digo, non só ao dereito do cidadán galegofalante a que se lle fale, ou se lle escriba, na súa lingua, senón que estamos a falar de informacións, de recomendacións ou de indicacións terapéuticas.

Tamén intúo que a situación na lingua falada mellorou nos últimos anos, desde que o galego é lingua oficial e gañou, sen dúbida, prestixio social, mais a situación —coido, pois non hai datos— segue a ser mala.

E falo da lingua de relación cos enfermos, e da información a eles dirixida, porque, por outra banda, a documentación, tanto a clínica como a administrativa, e a sinalética, de certo, malia algunha excepción que non deixa de ser precisamente iso, está en lingua galega desde hai moitos anos, xa antes da transferencia de sanidade a Galicia en 1991.

Esta é a situación tal como eu a vexo. Esa é a miña experiencia como profesional da sanidade, aínda que o último ano que exercín —seguramente o derradeiro— foi en 2001, mais a situación non cambiou moito polo que eu sei e manteño un contacto moi estreito. Desde logo, é mellor que aos comezos dos anos 80 do século pasado, mais insuficiente.

Así pois, para satisfacer o dereito dos galegofalantes, recoñecido nas leis, para mellorar a relación profesional sanitario-paciente coas implicacións humanísticas e terapéuticas que implica, e mais para contribuír a evitar que a nosa lingua desapareza, cómpre promovermos o uso do galego nos centros sanitarios.

O Plan xeral de normalización da lingua galega, que o goberno de Núñez Feijóo cuestiona, é neste caso un punto de partida máis que de chegada, aínda que contén neste eido uns obxectivos concretos, algo vaporosos, que convíña concretar máis.

BIEITO LOBEIRA DOMÍNGUEZ

Grupo parlamentario do BNG

A sanidade é na Galiza un dos ámbitos en que a súa lingua propia –o galego– se encontra en peor situación. Persisten aínda na nosa sociedade, lamentablemente, grandes doses de tabús e prexuízos construídos ao redor do noso idioma que se materializan de xeito especial cando moitas persoas galegofalantes precisan de atención sanitaria. Estamos, por tanto, ante un dos espazos que precisa unha intervención planificada e un compromiso decidido por parte das institucións públicas para mudar comportamentos e usos diglósicos que continúan a converter o galego nunha lingua subordinada e practicamente invisible –aínda que presente como pano de fondo– neste contexto específico.

O propio Plan xeral de normalización da lingua galega (PXNLG, aprobado por unanimidade no Parlamento de Galiza en setembro de 2004) reconece as grandes carencias que aínda existen neste sector e que se agravan de xeito moi acusado na sanidade privada.

Porén, temos que proclamar que o uso da lingua galega é sinónimo de calidade, tamén na sanidade. Un paciente galegofalante recibirá mellor trato, e de máis calidade, se é atendido no seu idioma, se é quen de se poder expresar en liberdade e de xeito normal na súa lingua e se pode recibir a correspondente atención terapéutica tamén en galego. Así o marcan os manuais deontolóxicos na sanidade, que fundamentan na atención personalizada a chave idónea para un correcto proceso terapéutico. Para alén diso, é fundamental igualmente que a lingua por defecto da administración, tamén da sanatoria, sexa o galego, e que nese sentido existan referentes para imitar que animen no uso do galego nestes sectores e que reduzan os comportamentos de ocultación da lingua propia por esta carecer do prestixio e da dignidade social en que alicerzar o seu emprego habitual.

A inmensa maioría das usuarias e usuarios da sanidade teñen no galego o seu idioma habitual. Mesmo por franxas de idade, e atendendo ao feito de que son precisamente os maiores de 65 anos os pacientes máis numerosos nos centros hospitalarios do noso país, os datos oficiais son ben contundentes: o 75,5% dos nosos maiores falan «sempre»

en galego, un 15,5% habitualmente ou ás veces, e tan só o 8,9% utiliza o español. Non é normal, mesmo en termos cuantitativos, que o 91% destas persoas se atopen cun sistema sanitario que exclúe de xeito sistemático o seu propio idioma.

Estamos a falar, daquela, de democracia, de dereitos humanos, de respecto á lingua propia do noso país e de uso maioritario nos pacientes da sanidade galega. Aínda que é certo que existen en moitos profesionais sanitarios honrosas actitudes de respecto á lingua galega, non deixa de ser verdade que na práctica se sosteñen en comportamentos voluntaristas. Pois a cerna do sistema sanitario, como tal, excluíu historicamente, en liñas xerais, o idioma propio do noso país. É certo que se produciron algúns tímidos e cativos avances (parciais canto á sinalética, aplicacións informáticas ou formularios), mais son simbólicas en comparación co realmente relevante neste ámbito: o trato personalizado e a presenza escrita en todos os informes, formularios, receitas, diagnoses e o resto da documentación habitual nos centros de saúde.

Así acontece xa desde o inicio. Na propia Facultade de Medicina o uso do galego é residual, e as aulas con docencia en galego durante toda a carreira son puramente anecdóticas. O acceso ao sistema MIR (médico interno residente) non inclúe absolutamente ningún requisito lingüístico e a propia oferta pública de emprego en absoluto garante unha mínima competencia lingüística en galego. Se a esa realidade obxectiva lle acrecentarmos a incorporación de profesionais de fóra de Galiza (procedentes fundamentalmente de España e de países suramericanos de fala española), sen ningún tipo de formación lingüística específica, o cadro convértese en desolador e mesmo se dan casos de dificultades de comprensión mutua. E desde logo, neste contexto a solución non pode pasar por forzar usuarias e usuarios da sanidade a se traduciren a si mesmos ao español diante dun profesional do Sergas.

Hai, a maiores, moitos outros problemas. Existen clamorosas exclusións do galego nos modelos de historias clínicas do 061, boa parte dos avisos e sinalizacións, receitas, circulares, atención telefónica, prospectos e cartonaxes de medicamentos, e un longo etcétera... Velaquí algunhas das probas que evidencian a falsidade desa tese absurda segundo a cal «o galego é un idioma imposto en Galiza», que «o español está discriminado», e certifican o longo camiño que aínda está por percorrer para unha efectiva democratización lingüística na sanidade.

Mais hai posibilidades de modificar positivamente a situación. O PXNLG é unha valiosa ferramenta, mais que ficou depreciada polo evidente desmarque do actual goberno do Partido Popular dese texto consensuado. Con todo, este documento introduce alternativas prácticas posibles e viables, que deberan orientar a actuación do

gobierno, con independencia da súa cor política. Ese foi o compromiso acadado no seu día e escandalosamente incumprido na presente lexislatura polo Partido Popular.

A alternativa nacionalista, no actual contexto político e xurídico, pasa por adoptar medidas (moitas delas inspiradas no PXNLG) que garantan unha efectiva incorporación do galego ao sistema sanitario, de tal maneira que ningún galego ou galega poida ser discriminado por razón de uso da lingua galega. Trátase, daquela, de elaborar e promulgar unha normativa que asegure os dereitos lingüísticos de usuarias e usuarios, e as correspondentes obrigas do persoal e administración sanitaria.

Destes obxectivos xerais derívanse medidas concretas nos ámbitos máis diversos. Vexamos:

- Popularización e coñecemento de dereitos lingüísticos, con campañas dirixidas a usuarias e usuarios para coñeceren o seu dereito a seren atendidos en galego (tamén nas farmacias, o cal inclúe a súa información e publicidade).
- No ámbito administrativo, para o efectivo uso do galego (que figurará nas correspondentes cláusulas administrativas dos contratos) para a realización de servizos sanitarios que subscriba o Servizo Galego de Saúde con entidades privadas. Tamén no referente a garantir que toda a sinalética, aplicacións informáticas, circulares, receitas etc. se realicen en lingua galega.
- No ámbito universitario, coas facultades de Medicina e Farmacia e coas escolas universitarias de Enfermaría, co fin de permitir a incorporación da lingua galega nas aulas e no material didáctico.
- No persoal do Sergas, coa inclusión da lingua galega como proba de carácter eliminatorio nas futuras ofertas públicas de emprego e con contidos que garantan o dominio oral e escrito do noso idioma. Ao tempo, coa posta en marcha dun plan de formación lingüística dirixido a profesionais non galegos inseridos no noso sistema sanitario. Especificamente, os programas de logopedia na fala terán que se adaptar ao idioma de uso habitual do/da paciente.
- Na industria farmacéutica, co fin de posibilitar que os prospectos e as cartonaxes dos medicamentos vendidos na Galiza inclúan a versión en galego.
- En cumprimento da legalidade vixente, os cargos públicos da Consellaría de Sanidade, do Servizo Galego de Saúde e dos organismos dependentes, farán uso público, tanto oral como escrito, de xeito sistemático, da lingua galega no desempeño da súa responsabilidade pública.

Notas para un achegamento á musicoterapia

MARÍA SELVA LODEIRO KELLY

Licenciada en Psicoloxía, Psicoterapeuta e Musicoterapeuta. Coordinadora e docente do Mestrado de Musicoterapia do Instituto Superior de Estudos Psicolóxicos (ISEP). Vicepresidenta da Asociación Valenciana de Musicoterapia (AVMT).

Gustárame antes de máis nada agradecerlle á organización o feito de me convidar a estas xornadas e poder compartir este espazo en que se propicia a comunicación e a reflexión ao redor de temas que considero, sen dúbida ningunha, importantes, tales como a lingua, os seus usos e a súa importancia nas relacións humanas. O meu obxectivo neste sentido é o de realizar unha contribución, aínda que non sexa desde a sensibilización das persoas asistentes, que propicie o coñecemento da musicoterapia como unha disciplina científica, capaz de abrir canles de comunicación e implicar os seus diferentes axentes desde a súa propia identidade, a súa propia historia e o seu propio sentir.

Dado que a miña colaboración nas xornadas se realizou a partir dos obradoiros prácticos, este relatorio pretende comentar os aspectos que se abordaron durante a presentación da disciplina, ben como os elementos que se puxeron de manifesto na realización das diferentes actividades. Así, o primeiro obradoiro estivo centrado na improvisación vogal e na percusión corporal, mentres que o segundo consistiu nunha experiencia de escoita activa, con evocación de imaxes e sensacións a través do son.

Un pouco de historia

Para chegarmos ao coñecemento profundo da musicoterapia cómpre partir das súas raíces, as cales imos atopar no estudo da historia desde os tempos primitivos. A música estivo sempre dotada de poderes omnipotentes de suxestión e, desde sempre, homes e mulleres consideraron o son como unha forza elemental cósmica que existía nos

comezos do mundo e que, posteriormente, foi adquirindo forma e organización. É así como os pobos persas e hindús concibían a creación do universo a partir dun son inicial que, ao emerxer do abismo, primeiro se facía luz e aos poucos se transformaba en materia, aínda que tal materialidade nunca sería completa, pois conserva parte da substancia sonora da cal foi creada. É o que explicaría en certa medida que cada ser humano teña un son propio e, por tanto, unha voz característica. De feito, en Exipto críase que o deus Thot creara o mundo unicamente coa súa voz, de tal xeito que da súa boca e dos sons que producía naceron outros catro deuses dotados de igual poder, os cales poboaron e organizaron o mundo.

Os primeiros escritos que fan referencia á influencia da música sobre o corpo humano, son uns papiros exipcios descubertos por Petrie no ano 1899 no lugar de Kahum. Están datados por volta do ano 1500 a.C. e neles descríbese o uso da música para encantamentos e ritos de fertilidade. Así, a partir de diversos estudos antropolóxicos temos coñecemento de que en certas tribos feiticeiros e feiticeiras utilizaban o son de forma exorcística, explicaban os fenómenos naturais en termos de maxia e dotaban o son dunha orixe sobrenatural. Neste escenario, a voz dos espíritos manifestábase a través das frautas, os tambores ou o bramido dun touro, as mulleres e os homes sentíanse identificados co seu medio e imitaban os sons que oían, quer de forma vogal, quer instrumental. A partir deste intre, poderemos observar e seguir a través da historia todo o percorrido que vai desde a simple imitación de sons até a súa organización e transformación en linguaxe simbólica, mediante o cal se poderán expresar emocións, ideas, medos... Mais esta nova linguaxe, chamada música, non se desprenderá da súa orixe sobrenatural e así veremos como en todas as civilizacións coñecidas será concibida como un produto divino, até chegar aos nosos días e permanecer a idea de que hai nela algo misterioso e sobrenatural...

De detérmonos nos procesos curativos nos cales intervéñ a música, podemos dicir que en diferentes momentos se relacionaron coa maxia, a relixión e o pensamento racional, polo que o sandador ou sandadora que empregou a música con ese fin foi respectivamente mago/maga, sacerdote/sacerdotisa ou médico/médica. Todos estes sandadores establecerán unha relación diferente con quen lles consultar e o uso que farán da música mudará de acordo co concepto que tiveren da doenza, o seu tratamento, as súas crenzas e en maior grao do seu dominio musical. Se a enfermidade se debe a causas máxicas, require curas máxicas; é dicir, do mesmo xeito que un espírito aloxado no corpo dunha persoa só se podía expulsar con maxia, a música, os cantos, as danzas non ían dirixidas á persoa en si, senón ao espírito que perseguían e librar a persoa doente do seu mal. Ora ben, o concepto de enfermidade foi mudando e chegouse a pensar que estaba vinculada a un castigo divino, a unha falta ou pecado cometido

cuxa curación consistiría en descubrir esa falta ou pecado e aplacar o castigo con ofrendas, súplicas e dádivas. Nestes casos a música empregábase para purificar tanto o corpo como o espírito.

Será coa civilización grega cando o uso da música cambia radicalmente ao xurdir a idea de saúde e enfermidade vinculada ao filosófico e ao ético, ao racional e ao científico, o que a afasta cada vez máis da maxia e da relixión. Os estudos filosóficos abordaron a música canto parte integrante da vida e afondaron sobre os seus efectos en corpo e mente até tiraren varias conclusións acerca do seu valor terapéutico. Así, atopamos en textos gregos varias referencias ao potente efecto da frauta sobre as emocións, e tanto Aristóteles como Platón aconsellábana para combater o insomnio ou para mellorar a dixestión. Sexa como for, os gregos empregaron a música dun xeito razoable e lóxico, e incrementaron notablemente a súa aplicación para previr e curar as enfermidades físicas e mentais. De feito, os dous insignes filósofos xa mencionados poderían ser os precursores da musicoterapia: Aristóteles por lle conceder á música un valor curativo ante emocións incontrolables e atribuírlle un efecto beneficioso para a catarse emocional; Platón por receitar a música e as danzas para os terrores e as angustias fóbicas. Máis adiante, cando homes e mulleres tomen conciencia da súa condición persoal e procuren novos xeitos de expresión, atoparán na música un apoio espiritual, ao descubriren o poder que ten sobre as emocións e a posibilidade de a empregaren para contrarrestar a dor e aliviar a ansiedade.

Xa a comezos do século XX é cando podemos falar dun estudo científico da musicoterapia. As achegas de Dalcroze verbo do ritmo e a súa conceptualización abriron as portas á terapia musical e racharon co esquema rixido da escolástica musical, de modo que permitiron o descubrimento e o contacto directo cos ritmos do ser humano, único punto de partida para a comunicación co outro. Os seus discípulos foron pioneiros na terapia educativa rítmica, dirixida a nenos e nenas con minusvalías. Á súa vez nos Estados Unidos, logo da primeira guerra mundial, os hospitais de veteranos comezan a contratar músicos profesionais para lles brindaren «axuda musical», dado que os períodos de hospitalización eran prolongados. Preparábase, deste xeito, o camiño para que a musicoterapia se constituíse como unha disciplina científica, xa que os resultados destas experiencias foron moi positivas e atraeron, daquela, o interese dos profesionais da medicina. Constatábase non soamente un cambio no estado de ánimo dos pacientes, senón que ademais a súa recuperación física era máis rápida e eles mesmos comezaban a participar en calidade de axentes de axuda para co resto de pacientes.

Ao pouco tempo viuse que non era soamente a música a que motivaba e «cambiaba» aquelas persoas; o máis importante era a relación que se establecía con quen traía esa

música e comprendeese, cada vez máis, a necesidade dun adestramento específico para facer do músico un terapeuta. É así como xorden, engorde e a partir de 1950, asociacións de musicoterapia que congregan os diferentes profesionais que traballan na área e cuxo primeiro obxectivo pasaba pola creación de cursos de formación para profesionais da música, da pedagogía e da medicina interesados nesta disciplina. Encétase, así, un camiño que os levará a crearen diferentes modelos de abordaxe, en función das investigacións realizadas e a partir das diferentes prácticas con determinados colectivos.

Mais... que é exactamente a musicoterapia?

Até agora referímonos ás orixes da música como recurso terapéutico e a como, dalgún xeito, a musicoterapia se constitúe en disciplina desde dous ámbitos principais: a educación e a medicina. É así que ao longo de todos estes anos de desenvolvemento xurdiron moitas definicións que ían respondendo á necesidade de conceptualizar as prácticas levadas a cabo en diferentes momentos e en diferentes países, mais como queira que se impuña un consenso de ámbito mundial, que permitise construír unha definición con que abranguer os diferentes métodos de traballo e os diferentes colectivos cos cales se traballa en musicoterapia, foi no Congreso Mundial de Musicoterapia de 1996 cando se aceptou a seguinte definición oficial:

A musicoterapia é o uso da música e/ou dos elementos musicais (son, ritmo, melodía, harmonía) por un musicoterapeuta cualificado cun paciente ou grupo de pacientes, para facilitar e promover a comunicación, a interrelación, a aprendizaxe, a mobilización, a expresión, a organización e outros obxectivos terapéuticos relevantes, co obxectivo de atender necesidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

A musicoterapia apunta a desenvolver potenciais e/ou restablecer funcións do individuo para que este poida emprender unha mellor integración intrapersonal e interpersoal e, en consecuencia, alcanzar unha mellor calidade de vida, a través da prevención, a rehabilitación ou o tratamento.

Podemos dicir, daquela, dun xeito máis simple que a musicoterapia emprega a música e os elementos sonoros como recurso específico, no marco da atención, a axuda ou o tratamento que se lle brinda a unha persoa ou grupo de persoas.

Con todo, a esta altura deste relatorio quen estiver a ler estas liñas preguntárase: Mais, que é o que facemos os/as musicoterapeutas? Pois ben, unha posible resposta sería a seguinte:

Utilizarmos a música e as actividades musicais para facilitar procesos terapéuticos e, de xeito máis específico, establecemos ou restablecemos a comunicación utilizando a música.

Esta técnica apóiase nun saber musical e psicolóxico que provoca que a música se experimente como unha linguaxe que permite estimular e/ou reeducar determinadas áreas tales como desordes espazo-temporais, trastornos do pensamento, trastornos da afectividade e trastornos da interacción social.

Visto o que, a posible seguinte pregunta que podería xurdir no lector ou lectora tería a ver co como. Pois ben, procuramos «o xeito de existir» de cada persoa segundo as súas circunstancias vitais e ambientais, e potenciamos a expresión mediante o uso de instrumentos sonoro-musicais, do corpo, da voz e de todo aquilo que nos permita establecer un contacto. Nótese que a música permite a toma de conciencia de si e do espazo que nos rodea, e posibilita a expresión, sen perder de vista que as persoas nos relacionamos coa música –ou co sonoro– do mesmo xeito que nos relacionamos co mundo...

Se así for, a musicoterapia como corpo de coñecemento é un híbrido entre dous campos básicos: a música e a terapia. Da combinación de ambas as disciplinas resulta que é a un tempo arte, ciencia e proceso interpersoal, mentres que canto modalidade de tratamento resulta moi diversa na súa aplicación, obxectivos, métodos e orientacións teóricas.

Dada esta diversidade da práctica clínica, o/a musicoterapeuta convive e interactúa con outros profesionais, nun intento de achegar unha visión diferente das persoas con que traballa e na procura de desenvolver na medida do posible un traballo en equipo. Concretamente, as áreas de intervención en que se fai presente son: a rehabilitación ou axuda para o crecemento persoal, a educación ordinaria e a educación especial, a saúde mental (crianzas, adolescentes, persoas adultas e maiores), os coidados intensivos e paliativos, a prevención en comunidades ou grupos en risco de exclusión social e os centros penais, entre outras.

A modalidade de intervención pode ser tanto individual como familiar ou en grupo, e os/as musicoterapeutas desenvolvemos o noso traballo en diferentes ámbitos tales como clínicas asistenciais, hospitais, centros de día, institucións educativas e outros ámbitos comunitarios. O xeito en que intervimos é esencialmente desde a música e tratamos de implicar as persoas en actividades e experiencias musicais que puideren axudalas ou favorecer o seu desenvolvemento persoal. Por tanto, intervimos de forma

verbal e non verbal, mediante o uso da música e os seus diferentes elementos como o ritmo, a melodía e a harmonía, sen deixar de involucrar tamén o corpo para así comunicar e interactuar coas persoas dun xeito integral.

Isto último é posible grazas ás características do noso recurso principal: a música, entendida dun xeito amplo, como todo aquilo que soa e que ten, polo tanto, unha intención comunicativa. Nótese como primeiro trazo a multidimensionalidade da música canto un elemento transcendente, particularmente mobilizante, cargado de significacións para a maioría dos seres humanos e capaz de producir benestar e pracer. A súa presenza nunca pasa desapercibida polo nivel de mobilización interna e o desexo de apropiación que provoca, o cal permite falar dela desde diferentes dimensións: persoal, grupal, social, cultural e universal. A música é enerxía, por iso move, vigoriza e conmove. Desde o persoal evoca imaxes e sensacións que nos constrúen como persoas. Expresa, dialoga, promove a interacción cos outros e congrega os grupos, aglutínaos e confírelles unha identidade como tales. A música presenta e transmite de xeración en xeración unha identidade cultural e á súa vez é capaz de transcender as fronteiras do tempo e do espazo.

Outra característica que cómpre salientar é a súa universalidade, dado que contén enerxías sonoras básicas de todo o xénero humano e como tales impactan a partir dos ritmos máis primarios, caso dos ritmos biolóxicos. Neste sentido a pegada musical precédenos como persoas e remóntase ás orixes da humanidade, engloba todos os sentidos e permítenos responder a través das diferentes canles sensoriais.

Polo demais, malia que a música posúe unha estrutura, podemos, con variacións mínimas, modificala en función das nosas necesidades. É esta flexibilidade a que permite que os estilos musicais, a instrumentación, os elementos que a compoñen, poidan ser cambiados e provocar, segundo a relación que mediar entre eles, sensacións, imaxes, movementos totalmente distintos. Se así for, a nosa percepción será distinta e a música será axustadora das nosas emocións.

Por último, faremos referencia a unha característica non en van relevante, como é a integración. Na música conviven diferentes elementos harmoniosamente integrados, e esta estrutura lévanos a integrar diferentes aspectos de nós mesmos: corpo-mente, interior-exterior, pracer-dispracer, alegría-tristura... Unha sorte de *continuum* en que ao rematar unha etapa hai a posibilidade de a repetir, de a modificar, de crear outra nova e así mudar o devir das cousas. Permítenos tamén integrar o *fóra* e compoñer a nosa propia sinfonía vital ao compás dos vaivéns relacionais.

Cabo

A través das diferentes actividades prácticas desenvolvidas en ambos os obradoiros, puidemos sensibilizar as persoas asistentes co uso da voz e o corpo como emisoras de sons, como vehículos de comunicación, mediante os cales non soamente interactuar cos demais, senón que o facemos desde a nosa propia esencia sonora en que se poñen de manifesto as nosas emocións, os nosos valores, a nosa identidade, na procura do encontro con outros, da integración nun grupo, sen deixar a un lado a propia esencia individual. Por todo isto, tomamos contacto coas nosas necesidades e as de quen nos rodea, o cal propiciou a empatía, a aceptación das diferenzas e o goce da diversidade. Así mesmo, a actividade de escoita activa permitiu aos asistentes contactaren coas enormes posibilidades que ten a música desde o seu poder para conectaren, de xeito rápido e potente, o sonoro con imaxes, sensacións e percepcións propias.

Repárese en que unha música pódenos levar de xeito case instantáneo a un lugar, a unha situación, mediante a evocación de imaxes, olores, sensacións, lembranzas que están directamente vinculadas coas nosas emocións, con aquilo que somos na actualidade, partindo do que fomos e proxectándonos nun tempo futuro desde unha determinación persoal, que abrangue a nosa identidade e historia de vida, modelada polo sonoro desde antes do noso nacemento.

Para rematar gustárame compartir unha cita de Tchaikovski, que recolle o meu sentir...

A música non é ilusión, senón máis ben revelación.

O seu poder triunfal reside no feito de que nos revela beleza que non atopamos en ningunha outra parte, e en que a percepción que temos delas non é transitoria, senón unha perpetúa reconciliación coa vida.

Grazas.

A etiquetaxe dos produtos farmacéuticos. Posibilidades para a lingua galega

XURXO FERRÓN VIDÁN

Farmacéutico

Actualmente, a «oferta positiva» real de atención ao usuario das boticas en galego é baixa e esta situación empeora no contorno urbano e mesmo no semiurbano. Cando se entra nunha botica, esta mostrásenos habitualmente a primeira vista castelanizada, tanto exterior como interiormente, de exceptuarmos o material que puiden haber pertencente a algunha campaña da Consellaría de Sanidade.

Continúa a ser moi común, e non por iso debería de ser menos interpelante, que o usuario galegofalante utilice o castelán cando entra por primeira vez nunha botica. Esta foi a miña sorprendente experiencia cando hai vinte anos se abriu a botica onde hoxe sigo traballando, nunha parroquia rural que era galegofalante practicamente na súa totalidade. Por certo, hoxe coido (que os datos me corrixan se me equivoco) que minguou o uso do galego.

O paciente-cliente pode detectar –adoita detectar– que o/a farmacéutico/a utiliza habitualmente o castelán, e cambia a galego para se dirixir a el, por catalogalo como «aparentemente galegofalante». Tal circunstancia non axudará a facilitar unha relación de confianza entre quen atende a botica e quen demanda os seus servizos.

Poden darse casos de boticarios que non entenden unha expresión popular galega (por exemplo: *atacamento*, *curso*, *proído*...) e prefiren non recoñecer o seu descoñecemento. Isto pode levar a erros ou inexactitudes na dispensación dun medicamento ou consello. Contribúe na castelanización do escenario a presenza de carteis redactados preferentemente en castelán, xa que fronte ás poucas campañas patrocinadas pola Xunta de Galicia, están en contraposición as dos colexios de farmacéuticos e mais as do Consello

de Colexios de Farmacéuticos de España (repárese que a día de hoxe non está constituído o consello de colexios galegos).

Á vista do exposto, penso que simultaneamente, ou con anterioridade, a calquera actuación das que pode suxerir o título desta charla, sería conveniente desenvolver unha campaña no sector das farmacias, que podería incluír, entre outras posibles, as iniciativas seguintes:

- Estudar a relación lingüística que se establece entre o profesional farmacéutico e as persoas usuarias nas dúas direccións posibles.
- Informar os profesionais farmacéuticos das estatísticas de galegofalantes que houberen na súa zona.
- Axudar á reflexión sobre a dificultade de comunicación profesional co paciente–cliente se utiliza distinta terminoloxía que o seu interlocutor (o galego como opción de maior profesionalidade). No Plan xeral de normalización da lingua galega (páx. 182) recóllese a este respecto a seguinte medida:

Elaborar, en colaboración cos colexios oficiais, campañas de sensibilización dirixidas aos farmacéuticos e persoas que traballan nas oficinas de farmacia para que calle a idea de que o uso da lingua galega incrementa a eficacia da información dispensada e a comunicación entre eles e os usuarios destes establecementos.

Isto é, o uso da lingua do paciente contribúe a diminuír os denominados problemas relacionados coa medicación ou PRM.

- Axudar a perfeccionar a comunicación do farmacéutico/a cos usuarios do servizo co fin de lle facilitar o coñecemento da terminoloxía da súa zona de traballo que ten a ver con doenzas, síntomas, anatomía... Repárese, ademais, en que o predominio de terminoloxía específica contribúe á inseguranza e á dificultade con que moitos usuarios se achegan a unha farmacia para pedir produtos ou consellos, nomeadamente naqueles casos que gardan relación con temas de saúde «especialmente sensibles» (existencia de parasitos, dependencias de certas substancias, produtos de hixiene íntima, enfermidades de transmisión sexual...). Sería, por tanto, moi conveniente que o profesional ao cargo do establecemento coñecese a terminoloxía popular para se establecer unha comunicación correcta e concreta.

Para alén destas medidas, semella claro que a implantación, aceptación e utilización do galego na oficina de farmacia se vería favorecida caso de existir un contorno galeguizado e normalizado, o cal inclúe as relacións que se establecen entre o paciente e o mundo da sanidade (médico/paciente etc.)

Entrando xa no tema que dá título a esta colaboración, sen dúbida que a etiquetaxe dos medicamentos, ou dalgúns deles, en lingua galega contribuiría decididamente a minimizar algúns dos atrancos con que se atopa a normalización do uso do galego no sector do medicamento. A lexislación vixente establece que os prospectos e a embalaxe dos medicamentos deban aparecer, cando menos, en español, e obriga a documentar que as posibles traducións a outros idiomas se fagan con fidelidade ao texto en español (véxase o Real decreto 1345/2007).

Artigo 30

2. Os textos presentaranse, cando menos, en castelán. Ademais, tamén se poderán redactar noutros idiomas, sempre que en todos eles figure a mesma información. Nestes casos, coa solicitude xuntarase a documentación acreditativa da fidelidade da tradución.

Así pois, para que os medicamentos en Galicia se presentaren etiquetados en galego e español, terían que darse, entre outros, os seguintes pasos:

- a) Que o Parlamento e Goberno galegos asuman a proposta con convicción.
- b) Un acordo entre o goberno galego e o español para que os medicamentos fosen comercializados tamén en galego.
- c) Un período de adaptación á nova normativa.
- d) Unha modificación do procesamento por parte laboratorios fabricantes, para diferenciar os medicamentos destinados a Galicia.
- e) Unha implantación na distribución farmacéutica de mecanismos de diferenciación que posibiliten a distribución específica de medicamentos para Galicia, e, posiblemente, outras comunidades con lingua propia.

Seguramente o máis viable sería un acordo estatal para que os medicamentos e produtos sanitarios fosen comercializados en español, galego, catalá e éuscaro. Ocorre que desde hai bastantes anos no sector do medicamento se veñen producindo actuacións, non exentas de tensións, encamiñadas á contención do gasto público, dado que este, con teimosía, crece anualmente moi por riba do índice de prezos ao consumo, o cal ameaza con debilitar (a meu ver xa o está a facer) o sistema sanitario público. Isto provoca que desde datas recentes, por mor da crise, a contención e/ou redución do gasto en medicamentos se convertese nun obxectivo estratéxico dos gobernos central

e autonómico. Neste contexto, por tanto, considero que non é actualmente un momento estratexicamente propicio para conseguir ningunha proposta que poida contribuír a incrementar minimamente o gasto. En todo caso, afondando na lexislación vixente verbo dos prospectos, chama oportunamente a atención que esta incide explicitamente na necesidade de seren redactados cunha terminoloxía que resulte comprensible para o paciente. Podería ou debería isto supoñer que deban confeccionarse co mesmo vocabulario que usa maioritariamente a poboación a que van dirixidos? Xa que logo, podería ou debería supoñer que deban vir redactados cando menos no idioma máis accesible á poboación dos lugares onde se comercializan? Deberían figurar tamén expresións populares enraizadas referidas a síntomas, enfermidades, anatomía,...? Deixo estas tres preguntas para quen quixer afondar no tema.

O mesmo cabería dicir ou pensar respecto dos medicamentos que non precisan legalmente de receita médica, é dicir, as especialidades farmacolóxicas publicitarias ou EFP que levan normalmente información na caixa sobre os síntomas que poden paliar ou curar, así como a súa posoloxía. Debería, cando menos, figurar esta información no idioma máis accesible para a poboación?

Sexa como for, á hora de deseñar propostas de actuación para propiciar o comezo da etiquetaxe de produtos farmacéuticos en galego, penso (e dubido) sobre distintas iniciativas, que seguramente sexan compatibles e que, a seguir, apunto:

1. Persuadir algún(s) laboratorio(s) farmacéutico(s) de medicamentos xenéricos do potencial comercial da fabricación dos seus medicamentos en sintonía co plurilingüismo do estado español. Sobre este tema lembremos que no PXNLG se sinala o seguinte: «Concienciar a industria farmacéutica de que o emprego da lingua galega incrementará a eficacia da información contida nos textos que dirixen aos usuarios dos seus produtos.» (páx. 182).

Sería bo que esta iniciativa fose impulsada por unha campaña institucional, desexablemente consensuada en Galicia, Cataluña e Euscadi. Quizais sería un elemento de axuda, que podería ser avaliado e utilizado, e máis se se ten en conta a alta competencia existente na actualidade entre as empresas farmacéuticas no crecente campo dos medicamentos xenéricos. Ocorrémese que sería moi apetecible para calquera empresa unha expectativa de captación de mercado dun 10%, sabendo como saben que nisto do mercado quen dá primeiro dá dúas veces, sen esquecermos a importancia e transcendencia dunha potencial propaganda gratuíta que xeraría a novidade multilingüe.

2. Aproveitar todas as posibilidades da implantación da receita electrónica galega. Debería facilitarse a entrega da información informatizada ao usuario preferentemente en galego, do mesmo xeito que tamén sería bo, sanitaria e lingüisticamente, que esta información tivese máis interese práctico e fose máis accesible para un paciente de nivel cultural baixo ou medio.

3. Incidir nun campo de valor engadido para a botica como son as etiquetas adhesivas de axuda á dispensación comprensible de medicamentos. Pénsese nos estoxos de pastillas diarios, semanais ou mensuais... e o seu acompañamento con etiquetas con pictogramas ou lendas do tipo *Almorzo, Xantar, Merenda, Cea, En xaxún, Ao deitarse, Tomar o medicamento sen deitarse...* A este respecto cumpriría desenvolver utilidades informáticas dentro do programa de receita electrónica galega que facilitasen a emisión de adhesivos comprensibles e de axuda á dispensación para pegar nas caixas dos medicamentos.

Repárese en que os medicamentos da caixa de urxencias ou primeiros auxilios familiar son utilizados pola poboación, sexa ou non aconsellable, para o tratamento da aparición de síntomas semellantes aos de anteriores ocasións. Sería bo, por tanto, que as medicinas saísen da botica convenientemente identificables e, aínda máis, se polas súas indicacións sabemos que son susceptibles de seren reutilizadas por automedicación.

Finalmente, penso que a demanda da etiquetaxe de produtos farmacéuticos en lingua galega sería unha boa ferramenta para incidir na normalización do galego nas boticas. A rede capilar delas por toda a xeografía galega e, posiblemente, a súa consideración social (¿) facilitaría que puidesen chegar a constituír, modesta e afablemente, un sinal de referencia máis para o coidado, a conservación e a normalización da nosa lingua. Lingua aparentemente forte e san para moitos, mais penso que de delicada saúde para os que realmente entenden de diagnose lingüística. Lingua necesitada tamén de atención, prevención, conservación, tratamento e coidados dos e das profesionais da sanidade galega.

Desexo engadir, para rematar, que foi para min, emocional e racionalmente, unha honra inesquecible que me convidasen a estas xornadas e poder ter ocasión de participar nelas. Grazas.

A dinamización lingüística no ámbito da sanidade (I)

ISAAC FUENTES BOQUETE

Universidade da Coruña

Descubrirei a miña relación académica co galego desde dúas perspectivas: como profesor de Anatomía Humana nos estudos de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia na Universidade da Coruña, e mais como coordinador do Mestrado de Asistencia e Investigación Sanitaria (MAIS) da Facultade de Ciencias da Saúde.

Uso do galego como profesor de Anatomía Humana:

• Características da materia Anatomía Humana:

- Materia básica da rama de Ciencias da Saúde, caracterizada por unha abundante nomenclatura.
- Carencia de tradición no uso oral e escrito do galego na docencia.
- A práctica totalidade de libros de texto e monografías están en castelán.
- A lingua de uso clínico é maioritariamente o castelán
- Non hai un grupo de traballo constituído polo profesorado da área a prol do galego.

• Alumnado de Anatomía Humana

- Maioritariamente galego.
- Proceden dun ensino onde se emprega o galego.
- Unha parte do alumnado é galegofalante.

- **Uso do galego na docencia de Anatomía Humana:**

- Docencia presencial: en galego (desde o curso académico 2006-2007)
- Atención personalizada: en galego
- Comunicación escrita co alumnado (avisos, convocatorias de exames, publicación de notas, todo tipo de documentos): en galego
- Apuntamentos: en castelán
- Iconografía: en castelán (e unha parte menor en galego)

- **Resultados**

- Non se observan diferenzas nos resultados académicos respecto á etapa na que realizaba o ensino en castelán.
- Non consta que o alumnado de fóra da Comunidade tivera excesivos problemas no seguimento da materia.
- Non consta ningunha protesta ou suxestión do alumnado.
- A experiencia é moi positiva.

- **Accións previstas:**

- Apuntamentos e iconografía en galego (para o cal contarei coa colaboración do Servizo de Normalización Lingüística da UDC con vistas no curso académico 2011-2012).

Uso do galego como coordinador do MAIS:

- Documentación do mestrado en galego (actas, información da páxina web).
- Comunicación co alumnado e o profesorado en galego.
- Comunicación institucional en galego.

A dinamización lingüística no ámbito da sanidade (II)

MARÍA ISABEL YÁÑEZ BRAGE

Universidade da Coruña

Son diplomada en Fisioterapia e imparto docencia na Escola Universitaria de Fisioterapia da Universidade da Coruña. Son galegofalante e amo o galego. Utilizo a lingua galega no ámbito persoal, coa miña familia, coa maioría das miñas amizades e na vida profesional os anos que me dediquei á clínica como fisioterapeuta cos pacientes e os compañeiros.

Cando mudei de dedicación profesional e cheguei á docencia universitaria cuestionéime se impartir as clases en galego ou castelán e pensei que o mellor era que decidisen os propios alumnos. Cada ano o primeiro día de clase, unha vez que me presento, en galego, pídolle ao alumnado que nuns minutos decidan en que lingua queren que imparta a materia, e a resposta que obtiven, até o de agora, sempre foi a mesma: «en castelán». É por tanto unha experiencia triste.

No ámbito investigador se queres comunicar os teus resultados tes que facelo, por esta orde, en inglés ou en castelán, xa que estas son as linguas de publicación da maioría das revistas con impacto no campo das ciencias da saúde, e a promoción profesional (os sexenios de investigación por exemplo) depende, en gran parte, desta circunstancia.

Con este panorama son varias as causas que sinalaría para non empregar a lingua galega: o medo a non a utilizar ben, o contorno que, sen ser hostil, non é propicio, xa que a maioría dos meus compañeiros non empregan a lingua galega nas súas aulas, mais debo recoñecer tamén a miña covardía ao non ter dado un paso adiante na defensa do galego.

A normalización lingüística na sanidade: a estratexia «modelo Burela»

BERNARDO PENABADE

Área de Innovación Educativa do IES Perdouro

Durante o curso académico 2004-05, o Equipo de Dinamización Lingüística do IES Perdouro de Burela elaborou un proxecto de normalización lingüística que incluía unha serie de actividades encamiñadas a consolidar, e mesmo ampliar se fôr posible, os obxectivos que a normativa legal sinala. Tras seren aprobadas polo Claustro e mais polo Consello Escolar, estas medidas foron incluídas tamén no proxecto educativo do centro.

En consonancia co citado proxecto, en novembro de 2006 presentouse ao Consello Escolar un proxecto de innovación lingüística que respondía á convocatoria conxunta da Dirección Xeral de Ordenación e Innovación Educativa e da Secretaría Xeral de Política Lingüística para os centros que no curso académico 2006-2007 puxesen en marcha programas de innovación coa finalidade de fomentaren o uso do galego, axudaren a mellorar a calidade dos rexistros lingüísticos e potenciaren a valoración social da lingua galega. Logo de realizar e avaliar positivamente aquel primeiro proxecto, en xuño de 2007 o equipo directivo do centro solicitou do Seminario de Lingua e Literatura Galegas a dispoñibilidade para continuar os traballos xa realizados.

Tras conseguir durante catro anos consecutivos o Premio de Innovación Educativa, en sesión celebrada o día 29 de xuño de 2010, o Claustro aprobou por unanimidade unha proposta de actualización para o curso académico 2010-2011 e, posteriormente, a Xunta de Galicia concedeulle por quinta vez un novo premio de innovación.

En resumo, o Proxecto de Innovación do Instituto Perdouro é unha intervención educativa dirixida a propiciar un cambio na valoración social da lingua galega, de xeito

que a mellora desta valoración no contorno académico supoña tamén un reforzo para a expresión formal –oral e escrita– do conxunto do alumnado do centro educativo. Despois de seis anos continuados de intervención educativa, no presente xa é notorio que o panorama sociolingüístico da vila de Burela se atopa en proceso de **transformación planificada**, moi especialmente desde que o proxecto de socialización elaborado polo IES Perdouro tivo continuidade no denominado «Modelo Burela de Planificación Lingüística», aprobado por unanimidade das forzas políticas locais (2008) e que está ofrecendo resultados moi alentadores tanto na localidade como na súa área de influencia comarcal.

Fomento da normalización da lingua galega na área sanitaria

Redacción do proxecto

No contexto que vimos de describir enmárcase a iniciativa de normalización lingüística dirixida ás persoas que traballan na sanidade na comarca da Mariña. Este sector é a cerna do proxecto de innovación elaborado para o curso académico 2010-2011, sen que iso supoña descoidar a atención ás áreas en que o proceso xa se iniciou nos anos anteriores: o panorama musical; a produción audiovisual; a integración de neofalantes; os clubs deportivos; os medios de comunicación; as actividades de carácter relixioso (litúrxicas e paralitúrxicas); o comercio e a industria; e a coordinación cos centros de ensino, entidades sociais e particulares que se dispoñen a aplicar a metodoloxía do *Modelo Burela* noutras localidades.

Seguindo o sistema de traballo de anos anteriores, nas últimas semanas de xuño de 2010 realizamos as últimas actividades e a avaliación de resultados das actividades programadas para o curso académico 2010-2011. Aproveitando os novos coñecementos, durante unhas tres semanas preparamos a programación do curso seguinte (neste caso o 2010-2011). Dado que desde 2006 dispoñemos dun arquivo de protagonistas da normalización lingüística na localidade –arquivo que recolle informacións biográficas e profesionais–, solicitamos a colaboración dunha persoa a quen xa lle outorgáramos, en xuño de 2007, unha distinción pola súa contribución á revitalización do uso da lingua galega tanto no ámbito educativo (desde a ANPA) como no sanitario. Coa axuda desta persoa, Adelina Fernández García –responsábel de facturación do Hospital da Costa–, elaboramos un anteproxecto de programa, que despois ultimamos coa colaboración de Cándida Pico Fernández, traballadora da Área de Recursos Humanos da mesma institución e de Victoria García Leiras, coordinadora da Área de Enfermaría do punto de atención continuada local.

Aínda que non posuíamos cifras absolutas que nos permitisen un estudo exhaustivo dos niveis de uso de cada unha das linguas oficiais nos **servizos da sanidade pública** en Burela, si dispuñamos da información facilitada por estas tres persoas que coñecen o sector desde dentro durante os últimos vinte anos. A panorámica xeral, extrapolada a partir do informe que nos achegou Victoria García Leiras referíndose ao centro de saúde, presenta os seguintes trazos:

- Na **área administrativa** do Centro de Saúde de Burela está normalizado o emprego do galego: úsase a nosa lingua de xeito habitual na **fala**, cos usuarios e entre os compañeiros e compañeiras. Na **escrita** hai quen o emprega habitualmente e quen o utiliza de xeito esporádico.
- Na **área de enfermaría** úsase de xeito maioritario o galego, na **fala e na escrita**, salvo coas persoas foráneas se estas son castelanfalantes.
- Na **área de medicina** úsase de xeito minoritario a lingua galega na **fala** e case nunca na **escrita**.

Con todo, co apoio de cinco dos compañeiros da Área de Innovación do IES Perdouro (Begoña Rodríguez, Fausto López, Gerardo Novo, José Luís Fernández e Ana Vázquez) realizamos un diagnóstico propio coa información facilitada por profesionais da área sanitaria como resposta a un cuestionario presentado no transcurso de diferentes entrevistas persoais. En total as fontes de información foron nove: tres do centro de saúde (medicina, enfermaría e administración) e seis do Hospital da Costa (medicina, administración, mantemento e áreas sindicais da CIG, de CC OO e UGT).

A información recollida estaba en total consonancia co panorama sociolingüístico que presentan outros sectores sociais xa estudados en anos anteriores. Na comunicación oral o galego é a lingua de uso habitual entre os sectores da administración e a enfermaría, mais ten un uso minoritario entre os profesionais da medicina. No referente á comunicación escrita os obstáculos son maiores: o elenco de posibilidades abarca desde o uso máis ou menos frecuente na área de enfermaría, pasando pola utilización esporádica na administración para baixar a un nivel mínimo na área de medicina, onde non se utiliza «case nunca». Como agravante, observamos que no Hospital da Costa a situación é aínda máis precaria.

No momento de redactar o proxecto, sabíamos que entre o persoal médico da área sanitaria de Burela usan o galego como lingua normal unicamente dous profesionais: un no centro de saúde (Dr. Carlos Fraga) e outro no Hospital da Costa (Dr. Iago Villamil). No conxunto dos sectores tiñamos referencias dunhas 40 persoas (o número de empregos supera os 600) «receptivas» ou «sensibilizadas» para colaboraren no

proceso de extensión da lingua neste campo de traballo de tanta relevancia social. Non se trataba de persoas que usasen frecuentemente o galego, mais que si tiñan boa disposición para que se incrementase a súa funcionalidade.

Desenvolvemento do proceso

Para o mes de setembro e as primeiras semanas de outubro programamos actividades de divulgación do proxecto entre o novo persoal docente chegado ao Instituto Perdouro e a outros centros de ensino de Burela ou da comarca da Mariña. No capítulo de formación, prevemos **sete sesións** que habían ter lugar, preferentemente, os luns entre as 17.40 e as 18.40 horas, mais con posíbeis variacións en función da dispoñibilidade dos axentes sociais alleos ao centro.

Nese mesmo período, en colaboración coa dirección do centro, localizamos en cada un dos grupos de ESO, bacharelato e ciclos formativos o alumnado procedente de familias vinculadas laboralmente ao sector sanitario. Tentamos, así, procurar a colaboración tanto do alumnado como das familias na fase de traballo de campo destinada á recompilación de documentos con que realizar unha exposición pública.

No mes de outubro, unha vez coñecida a concesión do Premio de Innovación Educativa por parte da Xunta de Galicia, entrevistámonos coa dirección do Hospital da Costa para presentarlle copia do proxecto e solicitar a súa colaboración para o seu desenvolvemento.

Para o período comprendido entre novembro e xaneiro, programamos unha nova campaña de recollida de documentación –e información explicativa– dos novos usos lingüísticos, centrándonos na sanidade (medicina, matronas, enfermaría, celadores, administración, limpeza, mantemento, cociña), sen esquecer outros sectores (comercio, relixión, deporte, música...). Pensamos nunha implicación de tres colectivos –alumnado, profesorado e familias– para participaren na recollida e estudo de materiais de temática sanitaria escritos en galego (memorias, informes, diagnósticos, rotulación, actas de xunta de persoal, actas sindicais...), e para entraren en contacto, quer co persoal sanitario dos centros de saúde e do Hospital da Costa, quer coas persoas usuarias da infraestrutura sanitaria.

Como medidas de divulgación e reflexión, nunha fase intermedia, temos previsto o proceso de catalogación e selección de materiais, o deseño de paneis (con imaxes e textos didácticos) e, finalmente, a montaxe dunha exposición. Para a inauguración

desta, o que faremos no curso do III Encontro Letra Viva, contamos coa participación dos integrantes da Comisión Municipal de Planificación Lingüística e coa proxección dun audiovisual que recolla as impresións de protagonistas e colaboradores. Como estímulo para a reflexión sobre os materiais recollidos e expostos, realizaremos unha palestra sobre o panorama sociolingüístico na área sanitaria de Burela e unha mesa redonda en que representantes das forzas sindicais da área sanitaria mostrarán as súas particulares perspectivas de futuro do uso da lingua galega.

Como medida de cohesión social, de relación entre sectores, realizaremos no final do curso académico unha nova sesión de análise de resultados das actividades de dinamización lingüística. Ademais da representación de persoas relevantes da área sanitaria, contaremos coa presenza dos grupos de traballo da área de innovación así como do Concello de Burela.

Por último, o equipo docente realizará na última semana de xuño unha sesión de avaliación xeral do proceso, análise que servirá de punto de partida para a redacción do proxecto de actuación para o curso 2011-2012.

Conclusión

No momento en que elaboramos o texto deste relatorio (febreiro de 2011), o proceso de dinamización na localidade de Burela está aínda en pleno desenvolvemento. Con todo, á vista das actividades realizadas, xa podemos recoller conclusións satisfactorias. Coñecemos diversas iniciativas normalizadoras, démoslles a coñecer aos profesionais do sector e á opinión pública, puxemos en común os seus protagonistas –que en moitos casos non se (re)coñecían como copartícipes do proceso de normalización da lingua–, e facilitamos modelos textuais para novas e novos profesionais que se incorporen ao exercicio dunha sanidade máis humanizada.

ANEXOS

Opinión de Adelina Fernández (Hospital da Costa)

Ceguei ao Hospital da Costa o 2 de abril de 1990, ou sexa, hai máis de vinte anos. O servizo en que comecei a traballar –e aqueles servizos con que eu tiña contacto– non empregaban o galego na escrita. Si que se falaba entre os compañeiros, mais á hora de escribir nun folio ou nas máquinas de escribir que había daquela, o galego non se empregaba.

Eu sempre fun galegofalante. A pesar de que non me criei aquí en Galicia, meus pais sempre fixeron todo o posible para que a nosa lingua non se perdesse dentro do fogar e, de feito, as conversas familiares facíamolas en galego. Así, cando volví para Galicia, non me resultou estraño expresarme en galego e levaba constantemente comigo a teima de que debía mellorar o uso que del facía. Ademais, quería proxectalo no meu traballo.

Un directivo do Hospital –que non era galegofalante, pois nin sequera era galego, mais que tiña un especial interese polo uso do galego na sanidade–, en concreto o director de Xestión, Alfonso Bueno Gallardo, sabedor da miña teima por utilizar o galego, propuxo, se eu quería, facer a tradución ao galego de todos os impresos, sempre cumprindo coa Lei de procedemento administrativo: dentro de Galicia poderíanse empregar os impresos en galego e, se o usuario pedía que se fixese noutro idioma, así se faría (eu era bastante reticente a empregar outra lingua que non fose o galego, se se trataba de alguén de aquí de Galicia e case sempre saía coa miña; cando era de fóra, había que usar o castelán). Este directivo colaborou moitísimo na implantación do galego dentro da administración do hospital.

Á parte diso, el tamén se interesou por poñer os rótulos dos nomes das consultas, dos nomes das distintas zonas do Hospital... en galego. E así o fixo. Todo o que se ve hoxe no Hospital da Costa con rotulación en galego parte daquela época.

Tamén hai que lembrarse doutra iniciativa interesante para a entrada do galego no noso hospital. O que daquela era e hoxe segue a ser xefe de cociña, Pedro López Beade, chegou un día falar comigo e díxome: «Oíches, tiña interese en que os menús que se pasan aos enfermos aquí no hospital se puxesen en galego. Se me botases unha man, podíamos facelo entre os dous». Eu díxenlle que non había ningún problema. Tentaría solucionarlle as dúbidas que lle fosen xurdindo. Así o fixen e hoxe en día os menús do Hospital da Costa están en galego froito da iniciativa de Pedro López Beade.

Opinión de María do Carme Martínez Lamas (enfermeira da Área de Medicina Interna, Hospital da Costa)

Falta de formación específica en galego nas Escolas de Enfermaría

Entre o instituto e a universidade o contraste foi total. Eu estudei aquí tanto o ensino primario como o secundario. A maior parte do profesorado explicaba en galego, os que non o facían eran minoría. Nós, galegofalantes (o habitual en Burela) tamén fomos formados en galego escrito. Deste xeito resultábanos fácil expresarnos tamén en galego nos exames e no resto das actividades académicas.

Eu cheguei á facultade e atopeime con que a práctica totalidade das materias eran ensinadas en castelán, salvo Estatística (desta materia ocupábase un profesor da Facultade de Medicina). Recibimos todos os termos específicos da nosa área formativa en castelán. Esa foi a razón pola que pasei de redactar todos os exames en galego a facelo unicamente en castelán. Por outra parte, ese tipo de didáctica influenciounos moi intensamente. Hoxe, sigo a falar en galego, mais os instrumentais noméooos en castelán porque así os coñecín e os aprendín. Carecemos de formación específica en galego.

Teño falado con colegas que estudan noutras facultades de enfermaría de Galicia e temos a impresión de que contan con algo máis de formación en galego. A idea xeral é que na Universidade de Santiago existe maior oferta formativa en galego. Cando faciamos a carreira, moitos compañeiros e compañeiras nosos comentaban que tiñan clases en galego. Un exemplo témolo naqueles que estudaban medicina.

Programa Gacela

O Programa Gacela é o noso instrumento básico de traballo en enfermaría, sobre todo para a comunicación entre profesionais. É un programa en que a matriz por defecto está feita en castelán, mais ten varios espazos para cubrir e nestes podemos expresarnos en galego. Tamén podemos facelo nos cadros abertos en que anotamos día a día a evolución dos doentes. O mesmo acontece nos informes (por exemplo os informes de alta), nos que a linguaxe formulística preestablecida no programa informático tamén está orixinariamente en castelán. Esa é a comunicación que a persoa doente leva do hospital para o centro de saúde.

O Programa Gacela está centralizado. Iso significa que o que se cobre en Burela pode ser visto en Santiago.

A comunicación oral facémola frecuentemente en galego. Aínda que é unha comarca multicultural e multirracial, existe unha boa integración en galego. Os profesionais esfórzanse por aprendelo e úsano non como imposición, senón porque lles gusta. A comunicación coas persoas doentes faise basicamente en galego –enténdenme/enténdoo; se non me entenden, cambio—. Co resto dos profesionais, falo en galego e vexo que me entenden. Na escrita tamén me expreso en galego, mais o resto das miñas compañeiras non sempre fan así e dan dúas razóns para non facelo: unha é polo déficit formativo (a carencia de léxico especializado); a outra é a falta de confianza na formación en lingua galega (poden falalo, mais teñen a idea de que cometen moitos erros na escrita).

Experiencia docente

Exercín a docencia como profesora substituta en varios módulos da rama sanitaria. Estiven en toda Galicia; en varias cidades e vilas (Burela, Vilagarcía, Cee). No IES Monte Castelo de Burela, onde tamén estiven, notei que o alumnado era máis galegofalante que noutras localidades. En todos os casos exercín a docencia en galego tanto na expresión escrita como na oral e non tiven absolutamente ningún problema.

Opinión do doutor Iago Villamil (Hospital da Costa)

Aínda que nacín en Madrid, a miña familia é da Mariña, concretamente de Vilanova de Lourenzá, preto de onde traballo agora, no Hospital da Costa en Burela. Eu sempre tiven moita vinculación coa zona, de feito nas vacacións e no tempo en que tiña posibilidade de escapar da universidade volvía por aquí.

A miña formación –desde o ensino básico e o bacharelato– fíxose en castelán, porque estudei en Madrid. Despois, cando rematei a carreira (tamén en Madrid), volví a Galicia, para especializarme en medicina interna en Santiago. Desde aquela vivo regularmente en Galicia, primeiro en varios sitios e desde 2008 na Mariña no hospital xa mencionado.

Aínda que comecei a exercer en Burela no ano 2008, a miña relación co Hospital da Costa é anterior. Durante a carreira, mentres estudaba en Madrid, nos veráns e noutros períodos estivais viña a Galicia e realizaba prácticas voluntarias no Hospital da Costa. Daquela, no ano 90, sorprendeume que a relación dos médicos cos doentes se fíxese en castelán (séguese facendo maioritariamente en castelán, aínda que os doentes se expresan maioritariamente en galego). Como as prácticas non eran curriculares, poucos

as faciamos, mais notei que, dos poucos que estabamos, case ningún falaba galego; non había quen o falase no ámbito médico.

Agora que as prácticas están regulamentadas –a universidade introduciunas no currículo, de modo que son obrigatorias e están recoñecidas con créditos– noto que os estudantes falan moito máis en galego do que se falaba antes. É certo que moitos son da Mariña e que na Mariña se fala moito galego (escollen a Mariña porque son de aquí e para teren máis cerca o lugar de prácticas). Son galegofalantes, sobre todo na fala.

Na fala nunca hai problemas. Moitos dos médicos fan algún esforzo –coido que cada vez máis– en comunicarse cos doentes en galego. Na escrita, porén, é moi difícil encontrar informes. Eu tento facer sempre os informes en galego. Nunca tiven impedimentos, nunca foron obxecto de referencias negativas, mais si atrancos, miradas de lado como quen «por que o informe en galego?», «eu non o entendo», e tamén bromas.

A partir de aí decidín traducir todos os informes. Non podo ao 100%, mais todos os que podo fágoos en galego e en castelán. Se non teño tempo –porque é un traballo particular–, déixoos en castelán. O informe, sendo como é algo que debería pertencer ao doente, ten connotacións para uso profesional e non quero que exista certa predeterminación negativa para quen dá unha información en galego, que á súa vez vai ser vista por outro compañeiro ou compañeira que pode sentirse «incomodado» por ter que o ler en galego.

Coñezo o Modelo Burela. Oíra falar del e hai pouco tiven a oportunidade de ver o documental. Realmente paréceme moi interesante a idea de poñer en valor o uso habitual da lingua no ámbito culto profesional ou técnico.

Aplicación da metodoloxía do «Modelo Burela» no Vicedo: un novo éxito desta estratexia normalizadora

AIDA LÓPEZ VALE

Mestra de educación infantil

Simultaneamente á preparación de oposicións para o ingreso no corpo de mestres de educación infantil, pensei en realizar un traballo de investigación que relacionase a didáctica co coñecemento do patrimonio cultural máis inmediato. Alén da motivación académica –a necesidade de complementar a formación recibida na universidade–, movíame o interese por analizar –e incluso contribuír a modificar– a situación socio-lingüística do termo municipal do Vicedo.

Ao meu favor tiña varios factores: *a)* que son orixinaria e resido no lugar obxecto de estudo; *b)* que o ámbito territorial non é demasiado extenso, o que me permitiría realizar a investigación individualmente, en caso de que non conseguise a colaboración doutras persoas e institucións; e *c)* que non perdería tempo e diñeiro en desprazamentos. Mais tamén tiña dous serios puntos fracos: *a)* a carencia de formación teórica específica en traballos de campo; e *b)* a falta de experiencia neste tipo de investigacións.

Na procura de orientación, nos últimos días do mes de setembro de 2010 asistín en Burela aos XVIII Encontros Pedagóxicos da Mariña Luguesa. Nunha das actividades programadas –concretamente no Obradoiro de Lingua e Sociedade– coñecín os obxectivos e a metodoloxía da estratexia didáctica Modelo Burela, que nos foi presentada pola profesora María Xosé Andión Fontela. Aínda que ao vivir na Mariña xa lera sobre o Modelo Burela as referencias puntuais publicadas nos diarios de cobertura comarcal, chamáronme moito a atención tres aspectos:

a) A inxente cantidade de actividades xa realizadas, tendo en conta que o proxecto pedagóxico leva sendo aplicado desde hai só cinco cursos académicos (a recompilación documental de convites, recordatorios...; a súa exposición ao público; a edición do audiovisual dando voz ás persoas protagonistas; a exposición Palabra e Memoria; a Misa Intercultural; etc.).

b) A metodoloxía didáctica que prioriza a transversalidade e fomenta a participación directa de todos os sectores implicados na educación (alumnado, profesorado, persoal de administración e servizos, familias, concello...); convértese en proxecto interdisciplinar das diferentes materias curriculares; e mostra unha enorme versatilidade para ser aplicado nas diferentes etapas do sistema educativo (de infantil á universidade).

Finalizado o relatorio da profesora Andión, durante as mesmas xornadas, aproveitei a oportunidade para concertar unha visita ao IES Perdouro, onde coñecín máis en profundidade as liñas mestras do proxecto e onde me facilitaron diversa documentación escrita e audiovisual para o seu estudo polo miúdo. No transcurso desa entrevista, os impulsores do Modelo Burela propuxéronme que fíxese as adaptacións pertinentes e animáronme a coordinar a implantación dunha iniciativa semellante no Vicedo.

Así, comezou esta experiencia que agora expoño e que considero moi acaída para que o Servizo de Normalización Lingüística da Universidade da Coruña a implemente en xeral nos seus campus e particularmente nas escolas universitarias de Enfermaría e Fisioterapia do campus de Oza.

A aplicación no Vicedo

Comecei o traballo con moito escepticismo. Temía non achar documentación de interese nin persoas sensibilizadas coa implementación dun proxecto destas características. A primeira acción consistiu en entrevistas con representantes de diversas entidades do Vicedo para exporlles a iniciativa e pedirllas a súa colaboración.

Probei a chamar en tres portas: primeiro coa dirección do colexio de educación primaria; despois con representantes da ANPA; e, finalmente, coa administración municipal.

Fun ao colexio pensando que o proxecto podería resultar interesante polos seguintes motivos: *a)* para realizar unha actividade didáctica innovadora co alumnado do terceiro ciclo; e *b)* tamén como fonte de financiamento, porque o colexio podería optar a

premios ou subvencións específicas para traballos de recuperación do patrimonio. Porén, cheguei tarde... a programación anual estaba xa redactada e aprobada.

Pensei, daquela, na ANPA do mesmo colexio, mais esta entidade estaba a pasar por problemas organizativos e tampouco alí podería atopar colaboración máis ou menos inmediata. A última das opcións foi o Concello. Primeiro expúxenlle o proxecto ao técnico de cultura local, que me remitiu directamente ao alcalde. Este recibíume, escoitou a exposición do proxecto e mostrou disposición á colaboración do goberno local para a divulgación da campaña de recompilación documental e para a cesión dun local onde poder mostrar a documentación.

Nestas condicións, en novembro –un mes despois de coñecer a formulación teórica nas xornadas de formación celebradas en Burela–, comecei un traballo estruturado en varias fases:

1. Recompilación documental
2. Estudo da documentación e contacto coas persoas protagonistas
3. Montaxe da exposición
4. Creación dun arquivo documental
5. Análise da situación sociolingüística do termo municipal do Vicedo

Aproveitando a oferta de colaboración da primeira institución local para divulgar a campaña de recollida documental, elaboramos diversas cartas dirixidas a particulares e colectivos, e tamén editamos un bando.

Consciente de que estabamos partindo de cero, ao non se ter realizado nunca na localidade unha actividade destas características, non tiña esperanza de que aparecese moita documentación. Decidín, por tanto, acompañar a información contida no bando e nas cartas coa visita ás diversas asociacións existentes no concello (asociacións de veciños, culturais, deportivas e confraría de pescadores). Naturalmente, escudriñei en caixas e gabetas da miña propia casa natal e involucrei na pescuda tanto o resto da familia como as amizades máis próximas.

As inscricións funerarias

Como resultado da campaña apareceu material moi interesante, mais pensaba que non nunha cantidade suficiente como para facer unha exposición que resultase atractiva. Púxenme, daquela, en contacto de novo cos coordinadores do Modelo Burela para

comentarlles a miña decepción, mais deles recibín novos ánimos e a indicación de que complementase o traballo de campo coa visita a un lugar concreto: o cemiterio. Aínda que xa coñecía a celebración da exposición *Palabra e Memoria* –centrada nas inscricións funerarias dos cemiterios de Burela–, non vira aínda o audiovisual do mesmo título, que recolle imaxes e son da sesión de dinamización lingüística celebrada na igrexa de Burela no mes de xuño de 2009. Por iso me resultou estraña a proposta. Certamente non pensara en documentarme no cemiterio, mais –como tiña feito antes– decidín seguir os consellos das persoas que xa experimentaran antes o mesmo proxecto. A visita resultou moi produtiva e moi gratificante. Descubríñ con sorpresa (agradable) a existencia de 10 lápidas escritas en galego. Aínda que porcentualmente non chegan a representar o 1% (o cemiterio ten algo máis de 1000) *a priori* non pensaba que houbera nin esa cifra.

Mais esa non foi a única sorpresa agradable. Había outra tamén ben máis importante: o contido das mensaxes. Todas elas transmitían a sensibilidade, a tenrura, a calor humana e o orgullo de ser. En todas elas descubrín palabras cheas de vida, moi diferentes a calquera tipo de mensaxe estereotipada. Estreeime con «Neste acougo da humanidade repousan os restos de Rogelia Baltar Salgueiro. Os teus chórante.» e xusto ao lado vin que aparecía: «Domingo Rodríguez Dovale. Un bálsamo de amor tiña este home para a nosa dor.» Máis adiante observei con asombro un panteón con singulares inscricións en tres das súas lápidas. Na inferior, onde repousan os restos de Ángela Antón Cela de Carballo lin:

*é a miña compañeira
a que me alenta na vida
por min sofre cando eu sufro
se estou contento, suspira
(G. Carballo)*

Enriba dela, en posición intermedia, figuraban de novo uns versos. Antes de os ler, reparei no nome da persoa a quen estaban dedicados: Guillermo Carballo Porta. Todo indicaba que se trataba dos dous integrantes dun matrimonio e que os versos da lápida inferior foran escritos polo marido para a súa dona. Os dedicados a el din así:

*Eu penso nesa raza que é a miña.
E rezo, rezo por aquel que non ten sorte
porque buscando a vida no mar atopa a morte.*

Son versos moi acaídos ao lugar, con protagonismo para as persoas que buscan a vida no mar, con grande risco de a perderen. Máis tamén na seguinte lápida aparecen versos, de novo con ambientación marítimo-laboral e outra vez asinados por G(uillermo) Carballo.

*Cara o mar miran os homes da miña terra
Porque do mar esperan o sustento para a vida
e se vas ó Gran Sol ou Terranova
Igual que no Caribe ou Mar de China
Un galego verás preto da borda,
Oteando ó mar con agarimo
Esperando que este sexa o camiño
Que o torne de novo ó seu outeiro
(G. Carballo)*

Alén do rechamante deseño, neste caso, a inscrición dános máis datos. Na parte superior aparecen os lugares de nacemento (O Vicedo) e de morte (Barcelona), coas súas respectivas datas; na inferior esquerda figuran uns datos que recollen méritos profesionais do falecido (entre outros, vogal da asociación de empresarios galegos de Cataluña e Andorra); na inferior dereita observamos como un mesmo enunciado está repetido tres veces: en castelán, en galego e en catalán.

*Tu eres la luz de mi vida
Ti es a luz da miña vida
Tu est la llum de la meva vida*

Consciente de que tiña diante dos ollos mostras moi claras de longas traxectorias vitais para investigar, continuei o percorrido polo cemiterio e atopei outros cinco recantos coa nosa lingua viva. Aínda que todos eles son moi impactantes, resultáronme sobrecolledoras as palabras que recordan un neno que nos deixou con apenas 15 anos:

*Neste mar inmenso
xa non había sitio pa ti
pero no corazón da túa xente
sempre as de vivir*

Lin e relín o texto. Pensei no contido, na propia mensaxe, e pensei tamén na gramática a través da preposición *para* e das dificultades que nos presenta a segunda persoa de singular do presente de indicativo do verbo *haber*. Saín de alí sentindo desexo por coñecer todo o referente aos epitafios, mais moi especialmente a este en concreto.

A investigación

Cos datos recollidos –neste caso no formato da fotografía– comecei a investigación. Inicialmente apoieime nos buscadores da internet para conseguir información tanto sobre Guillermo Carballo Porta como sobre Jesús Fernández Cobelo. Con pequenos retallos extraídos de hemerotecas dixitais, reunín información suficiente para identificar a familia a que pertencían e para establecer contacto directo cos herdeiros directos, residentes en Barcelona.

A entrevista coa familia de Guillermo Carballo Porta marca un punto de inflexión en todo o proceso de aplicación da metodoloxía do Modelo Burela no Vicedo. Para os seus fillos e fillas supuxo renovar o ánimo para veren cumpridos dous desexos: ver publicada unha selección da obra inédita de seu pai; e ver recoñecido o labor social do empresario Jesús Fernández Cobelo, marido dunha das fillas do poeta. Para min supuxo o reforzo dos lazos de colaboración co IES Perdouro, onde expuxen os primeiros resultados do traballo, e a descuberta de apoios incondicionais tanto en Cataluña como no propio Vicedo.

A través dunha intensa correspondencia fun coñecendo o perfil biográfico do poeta e do empresario. Souben que Guillermo Carballo Porta (Redes, 1905-Barcelona, 1982) emigrou con 13 anos a Cuba e que naquel país comezou a escribir poesía posiblemente influenciado polos parentes relacionados co centro galego. Cando regresou a Galicia, casou e, pouco tempo despois, recalou en Barcelona, onde traballou de axente comercial vendendo viños e licores galegos, traballo no que foi pioneiro. En Cataluña continuou escribindo poesía, moita dela dedicada á xente de Redes, Ares e Pontedeume. De Jesús Fernández (O Vicedo, 1923-Barcelona, 2008) descubrín que foi un vicedense emprendedor, que de mozo traballou na navegación comercial para, posteriormente, emigrar a Barcelona onde casou con María Carballo Antón, filla de Ángela Antón e Guillermo Carballo. Mediante a información facilitada pola familia, mais tamén por moitas outras referencias descubertas a partir da lectura dos artigos *in memoriam* escritos polo xornalista Xosé Luís Blanco Campaña, coñecín que este fillo do Vicedo tomou as rendas da empresa fundada polo seu sogro en Barcelona e que lle deu un novo pulo ao negocio. Gran difusor da cultura galega en Cataluña, xunto cun grupo de amigos restauradores creou a Grande Noite de Galicia, un evento que se organiza todos os anos co fin de promover os produtos galegos e que premia cun Percebe de Ouro e cun Percebe de Prata aquelas empresas ou persoas que máis contribúisen á promoción de Galicia en Cataluña. Por estes e outros méritos recibiu a Medalla de Galicia en 1998 e foi o primeiro galardoado polo Foro da Terra Galega como Galego do Ano en 2000.

No Vicedo quen me facilitou máis información foi o profesor Manuel Salgueiro. Curiosamente, era unha persoa coñecida, con quen tiña intensa colaboración noutras iniciativas veciñais, mais coa que non comentara nada sobre un proxecto destas características. Pois esa persoa, que resultou ser sobriño de Jesús Fernández, foi a que me facilitou o número de teléfono da familia residente en Barcelona e, desde ese momento, converteuse nun colaborador extraordinario que me achegou orientación, contactos e documentación.

Co estímulo recibido xa non só de Burela, senón tamén de Barcelona e do propio Vicedo, no mes de xaneiro deste ano (2011) decidín aplicar a mesma metodoloxía nas outras seis parroquias do termo municipal e comprobei que só en dúas delas –Cabanas e San Román– existe presenza escrita do noso idioma. Esta escaseza vese compensada con textos tan fermosos como o inscrito por unha moza en recordo do seu noivo:

*Non é máis grande o que máis espazo ocupa
senón o que máis espacio vacío deixa cando se vai.*

Repárese en que os cemiterios do noso concello foron inaugurados, aproximadamente, no decenio de 1920. Os primeiros enterramentos estaban feitos nos adros, mais mediado o século xa comezaron a erixirse os panteóns de nichos. A entrada no recinto da lingua que falaban a práctica totalidade dos falecidos é, porén, moi posterior. Moito máis dun século. Concretamente produciuse en 1981, cando unha veciña da parroquia de San Román –Susana Ribeira– redactou o texto para inscribir en lembranza da súa nai.

Reformulación do proxecto inicial

A documentación recollida entre as doce familias con que entramos en contacto e a enerxía positiva recibida das mensaxes dos textos e das persoas que os compuxeron –fose con redacción final propia ou allea– leváronnos a reformular o proxecto inicial. Deixamos para máis adiante o estudo da documentación privada –actas fundacionais de entidades asociativas, cartaces anunciadores de eventos, recordatorios de comunións, convites... para alén das obras literarias inéditas do veciño Jaime Baltar Infante (O Vicedo; 1955) e do xa mencionado Guillermo Carballo– e decidimos preparar unha exposición monográfica dedicada ás inscricións funerarias achadas en Cabanas, San Román e no núcleo urbano do Vicedo.

Coa axuda de Manuel Salgueiro, da Comisión Parroquial de Santo Estevo e do fotógrafo de Burela Javier Sánchez Lorenzo, preparamos unha exposición á que lle puxemos por título *Palabras para o recordo*. Foi inaugurada o pasado día 12 e inicialmente contabamos con tela aberta até o 27 de febreiro na igrexa parroquial de Santo Estevo, de xeito que puidese ser visitada pola maior parte da veciñanza do Vicedo e das outras dúas parroquias aludidas. A exposición consta de dezaseis fotografías –tantas como inscricións funerarias con texto escrito en galego–, todas elas acompañadas de información sobre o lugar en que se atoparon e sobre as persoas directamente implicadas, unhas persoas que representan o conxunto dos sectores sociais (mariñeiros, agricultores, comerciantes, funcionariado...) activos no noso concello.

Afrontamos o acto de inauguración como a primeira oportunidade para unha «posta en común» de persoas que, malia seren de lugares próximos, non se coñecían entre si ou, cando menos, non coñecían unha afinidade común: o aprecio polo noso idioma, pola cultura nosa. Asistiron á inauguración da exposición representantes das doce familias, o párroco de Santo Estevo –Javier Rodríguez Couce–, que nos dedicou unhas fermosas palabras, a directiva da Comisión Parroquial, os grupos políticos con representación no concello, o propio grupo de goberno municipal e tamén representantes da Asociación Cultural Monte da Estrela de Arteixo que está a principiar a mesma iniciativa no seu concello.

Tivemos a fortuna de que a cobertura prestada polos medios de comunicación foi moi boa. A convocatoria apareceu nas axendas culturais da prensa escrita local, que tamén publicou varias reportaxes sobre o proxecto xeral e sobre as actividades parciais. Debido á boa acollida que está a ter a exposición, decidimos prolongala unha semana máis. Para a súa clausura, a Comisión Parroquial organizou unha misa en recordo dos protagonistas das lápidas e dos seus defuntos.

Catro meses despois de ser só unha idea, neste momento o proxecto de normalización está en marcha, xa deu resultados moi alentadores e, por fin, é unha iniciativa colectiva, como colectivo é o idioma que nos une.

Bibliografía

Andión Fontela, M.^a J. (2010): *Memoria do Proxecto de Innovación Lingüística do IES Perdouro (2009-2010)*.

— (2010): *Proxecto de Innovación Lingüística do IES Perdouro (2010-2011)*

Bouza Orosa, L. *et al.* (2008): *Proxecto de Planificación Lingüística do Concello de Burela*.

IES Perdouro (2009): *Proxecto de Innovación Lingüística elaborado polo IES Perdouro*.

Loureiro Rodríguez, C. (2010): «Palabras que non leva o vento: Planificación lingüística para a contorna educativa de Burela. A lingua como cerne dunha rede social», en Silva Valdivia, B. *et al.* (coord.) *Educación e linguas en Galicia*. 93-106 (Santiago de Compostela: USC). Dispoñible en: <http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2247/3/Educaci%C3%B3nLinguas_TdC01_b.pdf>

Monteagudo, H. / Lorenzo, A. (2005): *A sociedade galega e o idioma: evolución sociolingüística de Galicia (1992-2003)* (Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega).

Penabade Rei, B. (2010): *Situación sociolingüística no concello de Burela (1994-2008)* [traballo de investigación tutelado presentado na Universidade de Santiago de Compostela; inédito].

Portas Fernández, M. (1990): *Língua e sociedade na Galiza* (A Coruña: Baía).

Vaamonde Liste, A. (coord.) (2002): *Estudio sociolingüístico sobre a situación da lingua galega no Concello de Vigo* (Vigo: Concello de Vigo).

Os remedios da escrita

ÁNGEL VÁZQUEZ DE LA CRUZ

Escritor. Xefe de Neonatoloxía do Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera

A medicina ten unha raíz humana e de proximidade, mais o certo é que viviu unha época de excesiva idolatría respecto da tecnoloxía. Cando esta irrompe, hai xa unhas décadas, o profesional fica totalmente engaiolado por ela, pois até daquela a medicina apenas avanzara, mais coa súa introdución de súpeto «tecnoloxizouse» dun xeito terrible. Pensemos no que ocorría en hospitais infantís: había que coñecer moi ben, poñamos por caso, o perfil de aminoácidos ou hematócitos das crianzas, mais, por exemplo, os pais e as nais nin tan sequera entraban nos centros hospitalarios por cuestións de asepsia ou por unha suposta sobreexcitación dos nenos. Isto é, importaban moito máis os aminoácidos que o neno en si...

Así foi, até que un galeno inglés, en Liverpool, descobre que se se lles permitía a entrada dos pais e que estes puidesen acariñar os seus fillos, os cativos evolucionaban e engordaban máis axiña. Hai anos, ao preparar un traballo, caín na conta de que os manuais para coidar a prole eran moi semellantes aos de calquera electrodoméstico; porén, paralelamente calquera manual con instrucións para coidar un animal –un can, por exemplo– si tiña en consideración a parte afectiva (acariñalo, falarlle...).

Houbo unha época, por tanto, en que o ser humano pasou a un segundo termo. Coincide, ademais, coa universalización (por fortuna) e conseguinte masificación da sanidade cando o profesional médico se proletariza no mal sentido da palabra. Todo isto dá como resultado unha escasa preocupación por como se fala coa xente, como se lle explica a realidade, como se lle transmiten as malas novas etc. Son da idea de que a primeira persoa –un celador por exemplo– que fala con alguén que entra nun hospital xa ten un efecto terapéutico. En conxunto, todos os profesionais da medicina teñen un labor por facer no que ten a ver coa parte máis literaria, por así dicir, da medicina que por desgraza é a máis desprezada.

A escrita como terapia. Da doenza á palabra

DORES TEMBRÁS

Escritora

Un médico que non se limita a vender curas, sexa
directamente aos seus pacientes, sexa a través
dos servizos estatais, é inestimable.
John Berger

O que vou expoñer a seguir son apuntamentos persoais sobre a escrita como terapia desde a perspectiva dunha escritora. Non pretendo facer unha proposta que defenda ou anule o poder da escrita terapéutica, pois como é obvio non estou cualificada, desde o punto de vista médico, para avaliar o rigor dalgúns dos estudos que se fixeron e están a facer sobre isto, aínda que algo apuntarei respecto deles.

En definitiva, o que proponho con este artigo é unha achega íntima, un calidoscopio persoal sobre o tema. Moitas imaxes superpostas, algo caóticas quizais, que agardo alumeen a conversa posterior.

Gustárame compartir dúas anécdotas. Comecemos por un nome propio: Anne Sexton. En 1954 á poeta norteamericana diagnosticóuselle depresión posparto, sufriu o seu primeiro colapso nervioso e foi admitida no hospital Westwood Lodge. En 1955, despois do nacemento da súa segunda filla, Sexton sufriu outra crise e foi hospitalizada de novo. Ese mesmo ano, polo seu aniversario, tentou suicidarse.

Engadamos un segundo nome propio: o do seu médico, o doutor Martin Orne, quen a alentou a escribir poesía.

Durante anos a poeta consultou numerosos psiquiatras en interminables sesións á procura da súa curación. Nun momento determinado coñeceu un cura xesuíta. Era un home maior con quen mantivo unha intensa correspondencia. Certo día a poeta solicitoulle ao sacerdote que lle administrase a extrema unción vía telefónica e o xesuíta,

apesarado por non poder prestarlle a axuda necesaria á poeta, díxolle a frase precisa: «Deus está na túa máquina de escribir».

É dicir, o mesmo problema foi atallado por dous homes de disciplinas moi distintas (a medicina e a relixión), coa mesma proposta: a escrita. O obxectivo en ambos os casos: a curación.

Lermos o suicidio da poeta como un fracaso sería parcial e inxusto porque durante moitos anos Sexton viviu para a escrita, descubriu nela unha das razóns fundamentais da súa vida e deu lugar a unha obra poética, atreveríame a dicir, case indispensable na literatura contemporánea.

O caso de Sexton non é único, senón que hai unha longa estirpe de escritores, moitos deles suicidas, que depositaban na escrita a súa ansiedade, a súa anguria e desequilibrios, ao igual que aconteceu con tantos outros tipos de arte. Coido que o tema que nos ocupa podería extrapolarse a outras áreas, de feito no marco destas xornadas tamén está previsto un obradoiro de musicoterapia ou repárese tamén na pintura como terapia (un caso paradigmático é o de Frida Khalo). En fin, moitas artes ás que se lles dá, ou pretende dárseles, o valor engadido de tratamento.

Cando me convidaron a participar nestas xornadas, unha das primeiras cousas que fixen foi preguntarme como podía presentar o tema da escrita como terapia nunha mesa redonda dirixida fundamentalmente a persoal sanitario. Malia que é un tema ao que me acheguei puntualmente pareceume, desde a distancia, unha proposta alternativa de tratamento sen chegar a coñecer nin a profundar nos resultados obxectivos da dita terapia. E sempre desde o lado da literatura. Estas xornadas déronme a oportunidade de achegarme algo máis de preto.

Terapia, velaí a palabra, do grego θεραπεία ('tratamento'): Parte da medicina que se ocupa da curación ou tratamento das enfermidades; terapéutica / Cura ou tratamento concreto para unha determinada enfermidade.

A partir destas dúas acepcións foron dous os conceptos sobre os que me foi preciso reflexionar: *tratamento* e *curación*. Precisamente esa conxunción disxuntiva levoume a pensar se se refería á oposición ou á equivalencia. Entendo que o tratamento camiña sempre cara á curación, mais non é o mesmo. Esta achega á palabra antollóuseme necesaria para me referir a ela con propiedade no resto do meu relatorio. Así pois, deixemos claro desde xa que entendo a *terapia* como *tratamento*, non como curación, á espera de que, nalgúns casos, esta segunda poida chegar a ser o froito.

Un dos obxectivos da escrita terapéutica é ofrecela como unha vía de mellora-curación ou como un paliativo, mais en todo caso sempre é un camiño que transita cara á introspección. Neste sentido entendo a conexión máis explícita con doenzas de carácter mental e aquelas de carácter físico que desembocan nelas.

Dependendo do doente nalgúns casos a escrita serve para verter problemas, angurias e liberarse delas. Reflexionar por escrito conduce a un benestar que en si mesmo leva á curación. Noutros casos concíbese máis como unha actividade, como un atopar unha afección que non entra a avaliar o valor literario daquilo que se escribe, senón que trata de ocupar un tempo, de entrar nunha rutina que establezca, que descubra unha ilusión, que contribúa a se recuperar un mesmo...

Descoñezo a opinión da comunidade médica deste foro canto ao concepto que hoxe nos trae aquí, mais coido que todo o relacionado coas novas terapias debe ser tratado co máximo rigor e non dar datos ou supostos que aínda están en proceso de cuestionamento.

Ao preparar este relatorio lin, como dicía antes, algúns artigos de divulgación en que se definen os procesos de realización da escrita terapéutica en fases, e onde se citan algúns estudos médicos e investigacións ao respecto que comentan os resultados positivos de carácter físico e psicolóxico producidos tras a terapia: redución do estrés mental, reforzo da autoestima, fortalecemento do sistema inmune etc. Interesoume especialmente a aplicación desta terapia con doentes de cancro. Existen varias modalidades da escrita terapéutica: unha é a do *Journal Therapy* e outra a de *Expressive Writing Therapy*, que espertaron certo interese na década dos 80 do pasado século e que se propuxeron para algúns estudos médicos.

Segundo a *Encyclopedia of Alternative Medicine*, a terapia de diario é xa unha vantaxe para a xente sa. Realza a creatividade, axuda a facer fronte á tensión e proporciona un expediente escrito das experiencias memorables da vida: «Ademais, distintas investigacións encontraron que outorga grandes beneficios para quen atravesou unha doenza: á parte dunha redución nos síntomas físicos, as vantaxes psicolóxicas inclúen a reconciliación de conflitos emocionais, un mellor comportamento no manexo da doenza, unha menor ansiedade, máis orientación na realidade e unha melloría na autoestima».

Todas as artes implican un proceso de catarse. A comezos do s. XX o surrealismo foi un movemento paradigmático en que se propón, entre outras cousas, un traballo coa psique profunda. Liberarse de todas as restricións sociais, morais, éticas. Unha das

citas relacionadas coa escrita automática é: o pensamento está na boca. Este principio emprégase nalgúns tratamentos co obxectivo de revelar cuestións do subconsciente que interfíren na saúde do doente.

A mediados dos anos setenta o grupo artístico «A Carón» (integrado por Alberto Carpo, Chelín, Manuela Folgado, Xoty de Luís, Ánxeles Penas, Francisco Taxes, Xavier Seoane, Manuel Abad e Suso Montero, coa actuación musical do grupo «Ben virá») realizou unha intervención no Centro Psiquiátrico de Conxo. A intención era que os doentes participasen nas distintas actividades: pintura, poesía visual...

Nesta liña gustárame abrir outra porta. Nos anos noventa tivo lugar no Museo Reina Sofía unha exposición: *Visiones Paralelas. Artistas modernos y arte marginal*. A súa proposta consistía en revisar o traballo dunha longa listaxe de artistas marxinais. Na análise que algúns críticos fixeron dela destacan, entre outras, palabras como *alienación, límite e loucura*. Á súa vez, achegarse ao catálogo desa exposición é tanto como procurar as lindes entre xenio-tolo-artista. E o único que atopamos son obras de arte en que as marxes se converten en puntal do traballo creador.

Cando comezo un obradoiro fágolles ás persoas participantes estas dúas cuestións:

- *Por que lemos?*
- *Por que escribimos?*

As súas respostas varían:

- *É un medio de evasión*
- *É un medio para mudar o estado de ánimo*
- *Unha vía de acceso a nós mesmos*

En conexión con todo isto tamén se escollen os xéneros. Hai quen me ten dito que a poesía lle permite un grao de introspección maior e que a narración facilita a evasión, mentres que para outras persoas ao mellor é xusto á inversa. O caso é que a xente que acode aos meus obradoiros ten motivacións moi diversas, mais unha porcentaxe importante di que o fai para recuperar a lingua. Afirmo que era unha conta que tiña pendente, que goza do tempo das sesións como un espazo en que poder realizar unha arela. O que si é certo é que a escrita, o exercicio da escrita en si, é un proceso catártico que, no caso da literatura, se canaliza cunha intención estética. Esta é para min unha das claves da mesa redonda desta tarde: distinguirmos os dous obxectivos da

escrita. A literatura ten orixinalmente unha finalidade estética, mais nun proceso terapéutico o seu obxectivo diríxese cara á curación dun doente.

Mais hai un punto en que ambos os camiños conflúen. Algúns escritores manexan o concepto de *autoaxuda* ou *terapia persoal* para se referiren á escrita. Carmen Amoraga, por exemplo, finalista do Premio Planeta deste ano 2010, declarou que¹:

«Coido que toda a literatura é autoaxuda. Nun hospital colles un libro, sexa *¿Quién me ha robado mi queso?*, sexa a *Odisea* e xa te está a axudar. Aínda que non teñas unha desgraza, se les un libro e che gusta xa te está a enriquecer».

Moitos escritores secundan tal aserto.

Borges, pola súa banda, escribiu o relato «Funes el memorioso» como consecuencia dun problema de insomnio, e el mesmo confesou que tras a escrita se liberou do trastorno. É dicir, empregou a escrita como unha vía de autoterapia para se liberar das causas que lla producían. Outro caso por todos e todas coñecido é a novela *Paula*, de Isabel Allende, quen recoñeceu que a escrita desta obra foi decisiva no xeito de se enfrontar á dor que lle causou a doenza e posterior morte da súa filla.

Joan Margarit, Machado, Lorca, Leopoldo María Panero, Valente... poderían ser exemplos de escritores que acudiron ou empregaron a escrita para cauterizaren o abismo da dor pola perda de alguén moi querido ou para transitar en o abismo. A listaxe é infinda e entendo que a escrita pode ser precisamente iso: unha vía a través da cal cauterizar feridas que repercuten no estado da saúde.

Debo insistir na necesidade de distinguirmos os casos destes escritores co de doentes que levan a cabo as terapias que se propoñen nos estudos médicos mencionados, pois nestes casos adoptan a forma dun tratamento que segue unhas pautas específicas marcadas, como ten que ser, por un profesional, dependendo da doenza concreta e do tipo de escrita terapéutica que mellor se axuste. Aquí, claro está, a finalidade estética non é prioritaria, senón que o obxectivo é a mellora do doente.

Sexa como for, non hai fórmulas máxicas. A escrita terapéutica é un concepto relativamente recente desde a perspectiva médica, sobre todo tendo en conta que o número

¹ Entrevista no xornal *El País*, o 28 de novembro de 2010. Dispoñible en: <http://www.elpais.com/articulo/Comunidad/Valenciana/Toda/literatura/autoayuda/elpepiespval/20101128elpval_12/Tes>

de estudos non é moi numeroso e, por tanto, aínda non se pode falar da terapia como un aval de curación manexando porcentaxes de éxito.

Remato cunha anécdota que me parece reveladora. Hai un par de semanas nunha sesión dun dos meus obradoiros de literatura falaba unha asistente –concretamente unha muller de setenta e dous anos– de literatura, do libro que estaba a ler nese momento e díxome:

– *Eu polas noites leo O Quixote, e río e río... Esa é a miña pastilla.*
Xa non tomo pastillas das outras para durmir.

Coido que este pode ser un bo punto de partida para o debate.

Grazas.

Desenvolvemento encefálico e cultura: condiciona a lingua a maneira de pensar?

XURXO MARIÑO

NEUROcom. Grupo de Neurociencia e Control Motor. Departamento de Medicina, Universidade da Coruña.

No desenvolvemento do encéfalo humano hai factores biolóxicos, ambientais e culturais que modulan e perfilan a súa función. As interaccións ambientais e culturais exercen a súa influencia a curto prazo ao longo da vida de cada persoa; pola súa banda, as modificacións evolutivas sobre a estrutura e a función do encéfalo son un proceso lento, que vai producindo cambios ao longo de milleiros de anos. A mente consciente e a linguaxe –produtos de todas estas influencias– son propiedades emerxentes do encéfalo en funcionamento. Cal é, daquela, a relación entre a mente consciente e a linguaxe? Poden as distintas linguas orixinar procesos cognitivos distintos, distintas maneiras de pensar? Son cuestións difíciles que apuntan ao máis fondo da natureza humana. No que segue tentarei dar algúns apuntamentos desde o punto de vista da neurobioloxía e comentar o resultado de varios traballos de investigación recentes.

Hai moitos exemplos que amosan con claridade o efecto tan profundo que pode ter a cultura sobre o funcionamento do encéfalo. A percepción que temos do mundo pode variar en gran medida entre persoas de culturas distintas; literalmente, culturas distintas poden crear mentes con percepcións distintas. O antropólogo Nigel Barley explica, por exemplo, as dificultades que tiñan os vellos dunha tribo de Camerún, os *dowayos*, para «veren» e interpretaren unha foto, unha imaxe en dúas dimensións. Nesa tribo non tiñan tradición de representación gráfica en dúas dimensións, de tal xeito que as súas mentes eran incapaces de recoñecer a imaxe dunha fotografía. Ao mostrarlles aos vellos da tribo unha postal coa foto dun leopardo, estes miraban a imaxe, dábanlle voltas e, ao final, devolvían a postal dicindo algo así como «non

coñezo este home». Poden as distintas linguas, de xeito similar, construír mundos cognitivos distintos?

Relatividade lingüística

O problema do efecto das linguas na mente consciente comezou a estudarse con certa intensidade a comezos do século XX. O concepto de relatividade lingüística apoiouse na chamada hipótese de Sapir-Whorf, denominada así en recoñecemento aos traballos pioneiros do antropólogo Edward Sapir e do seu discípulo Benjamin Lee Whorf —un enxeñeiro reconvertido a lingüista—. Foi este último quen impulsou realmente a idea da relatividade lingüística, a partir de varios traballos de campo feitos con nativos de América do Norte, mais a idea axiña obtivo o descrédito e perdeu interese para a comunidade científica; algúns investigadores, como Eric Lenneberg, criticaron, entre outros aspectos, a falta de rigor experimental de Whorf. De feito, estes dous autores nunca propuxeron unha hipótese contrastable (o nome de hipótese de Sapir-Whorf foi posterior).

Unha das razóns principais do abandono —temporal— da idea de relatividade lingüística foi a aparición a mediados de século dun concepto novo: o innatismo ou universalismo, ideas desenvolvidas con gran profundidade por Noam Chomsky e o propio Lenneberg. A gramática universal de Chomsky, firmemente ancorada no desenvolvemento encefálico de todos os seres humanos, parecía incompatible con influencias locais que serían, en principio, máis sutís e volátiles.

Mais non parece existir tal colisión de ideas. Certa ou non, unha gramática universal determinada xeneticamente pode ser perfectamente compatible con variacións cognitivas locais influenciadas polas distintas linguas. Cando menos iso é a idea dunha nova corrente de psicólogos e lingüistas que, grazas ás actuais técnicas de traballo da neurobioloxía, están a facer experimentos que, por primeira vez, apoian con claridade a hipótese da relatividade lingüística (Boroditsky, L., 2003), ou versións modificadas —suavizadas— dela. Entre estes novos científicos están a psicóloga Lera Boroditsky ou o lingüista David Gil.

Mais antes de comentar os resultados dos traballos máis recentes sobre este problema, temos que mergullarnos brevemente na estrutura e función do encéfalo para termos claros algúns conceptos básicos da neurobioloxía.

Encéfalo

Desde o punto de vista estrutural, a mente consciente xorde no encéfalo, que é a parte do sistema nervioso que temos no interior do cranio. O encéfalo inclúe o tronco encefálico, o cerebelo, o diencefalo e o cerebro¹.

No encéfalo hai varios tipos de células. As máis importantes para o procesamento cognitivo son as neuronas: estas células teñen prolongacións que lles permiten establecer contactos entre elas, o cal orixina unha complexa rede de interaccións. A zona de contacto entre dúas neuronas chámase sinapse. Calcúlase que cada neurona, de media, establece unhas 10 000 conexións sinápticas. Se temos en conta que un encéfalo humano ten 80 000 millóns de neuronas, a rede de conexións resultante estará formada por moitos billóns de sinapses. Esta inmensa rede de células do encéfalo funciona manexando información. Cada neurona pode enviar datos ás células con que contacta mediante un código formado por impulsos eléctricos e sinais químicos.

É importante termos en conta que as conexións sinápticas non son fixas, senón que varían ao longo da vida dependendo da actividade do encéfalo; é dicir, existe o que se chama plasticidade. A plasticidade consiste tanto en modificacións no número e na estrutura das sinapses, como en modificacións na función de cada sinapse concreta. Cada encéfalo consta, por tanto, de decenas de billóns de sinapses sometidas a cambios estruturais e funcionais constantes. A nosa vida cotiá, a información sensorial e, desde logo, o uso da lingua producen modificacións no número total de sinapses e na eficacia funcional de cada unha delas.

A neurociencia actual considera que a mente consciente é o resultado da función do encéfalo; non é preciso recorrer a unha alma extracorpórea como explicación á subxectividade do «eu» consciente; ese «eu» xorde como propiedade emerxente do sistema que se acaba de describir. Hai varias enfermidades neurodexenerativas ou modificacións no tecido encefálico –como resultado de accidentes ou de intervencións cirúrxicas– en que se pode observar con claridade esta relación entre o encéfalo físico e a mente consciente. Un exemplo común na sociedade actual é o da doenza do alzhéimer: as persoas que a padecen teñen unha perda importante de neuronas en determinadas rexións encefálicas. Pois ben, esa perda física vai acompañada por deficiencias na memoria e, co paso do tempo, por evidentes modificacións no «eu», na mente consciente.

¹ Nótese que unha confusión moi común consiste en lle chamar cerebro a toda a estrutura, cando o nome correcto desta é encéfalo (o cerebro é unha rexión concreta do encéfalo).

Resumindo todo o anterior: a mente consciente é un produto da función encefálica; esa función depende de conexións neuronais; e tales conexións son plásticas e poden modificarse por todo tipo de influencias, incluídas as lingüísticas.

Conexións

Ao longo da vida dun ser humano hai modificacións de distinta natureza das conexións neuronais, con variacións que seguen distintas escalas temporais e espaciais. O encéfalo dun meniño ao nacer ten máis neuronas –e probablemente máis conexións– que as dunha crianza de, por exemplo, seis anos. Nos primeiros meses e anos de vida acontece unha especie de «poda» que elimina moitas neuronas e, sobre todo, conexións. A estimulación sensorial recibida é un dos factores que determinan que neuronas/conexións sobrevivirán e cales serán eliminadas.

Este proceso de depuración neuronal afecta, como non, ás neuronas encargadas do procesamento da linguaxe, de tal xeito que algunhas das capacidades lingüísticas fican xa delimitadas a idades moi temperás. Un bebé de menos de seis meses pode discriminar calquera son de calquera lingua de calquera parte do planeta, mais ao cabo dun ano as súas capacidades auditivas quedarán limitadas aos sons que escoitara nese período. Por exemplo, nalgúns países asiáticos non existe unha oposición fonolóxica similar á que temos nós entre o «r» e o «l», de tal xeito que as persoas criadas neses países son incapaces de diferenciaren os seus sons. Simplemente o seu encéfalo constrúe o mesmo son nos dous casos. Este é un claro exemplo de como a lingua determina dun xeito sólido unha capacidade cognitiva.

Este proceso de refinamento das conexións, preciso e minucioso, vai acontecendo en maior ou menor grado ao longo de toda a vida nos circuitos locais encefálicos eliminando e formando conexións novas. Ao mesmo tempo, vai producíndose tamén un cambio máis global nas conexións encefálicas de longo alcance (Dosenbach, 2010); tal cambio, pola contra, é similar en todos os seres humanos e está pouco influído polas circunstancias culturais.

Memoria

Segundo a teoría neurocientífica actual, a memoria establécese modificando a eficacia de determinadas conexións neuronais; estas modificacións poden acontecer en cuestión de milisegundos.

Evidentemente o manexo de calquera lingua depende dos patróns almacenados na memoria. O que non resulta tan evidente é a rapidez con que determinados cambios na memoria, conscientes ou inconscientes, poden influír na interpretación dunha simple frase. Supoñamos a seguinte cuestión: «A xuntanza prevista para o vindeiro mércores tivo que adiantarse dous días. Que día vai ser agora?». Cando se lle fixo esta pregunta a persoas de fala inglesa («Next Wednesday's meeting has been moved forward two days. What day is the meeting now that it has been rescheduled?»), as respostas foron tanto «luns» como «venres», dado o carácter ambiguo de «moved forward». O interesante é que a tendencia a responder un día ou outro estaba relacionada cun exercicio mental que fixeran as mesmas persoas un pouco antes (Boroditsky, L. e Ramscar, M., 2002). Á metade das persoas díxoselle que se imaxinara sentadas nunha cadeira de oficina con rodas, movéndose cara a un punto que ficaba varios metros máis adiante. Á outra metade pediúselle que imaxinara a cadeira varios metros diante e que cunha corda que tiña atada achegara a cadeira canda elas. Pois ben, os participantes que imaxinariamente se moveron «cara a diante» sentados na cadeira, escolleron maioritariamente a opción «venres»; pola súa banda, as persoas que turraban da cadeira onda elas, escolleron a opción «luns».

Este é un exemplo de como actividades mentais aparentemente non relacionadas co procesamento lingüístico poden influír na interpretación dunha sentenza. Centrémonos, daquela, agora en experimentos que relacionan a lingua con distintos tipos de procesamento encefálico ou de capacidades cognitivas.

Lingua e memoria

A memoria humana non é unha capacidade sólida e fiable, senón que sofre modificacións inconscientes debido a moitos factores, desde o simple paso do tempo até a lingua específica que se fala. Isto último quedou reflectido nos resultados dunha serie de experimentos que se realizaron con persoas de fala inglesa, española e xaponesa (Fausey, C. e Boroditsky, L., 2010).

Así, para describir un acontecemento accidental –por exemplo, romper un vaso sen querer–, as persoas de fala inglesa indican con máis frecuencia o axente causante –por exemplo «She broke the glass»– que no caso das persoas de fala española –«Se rompió el vaso»– e xaponesa. Esta aparentemente pequena diferenza lingüística ten efectos moi claros no recordo de determinadas escenas. Se o suceso é intencionado –un vaso que se bota ao chan conscientemente–, os falantes ingleses, españois e xaponeses recordan de maneira similar (en concreto, son capaces de indicar correcta-

mente a persoa que rompe o vaso), mais cando o suceso é accidental, as persoas que falan español ou xaponés –que non utilizan o axente na fala– lembran moito peor o evento e teñen menos acertos á hora de indicaren a persoa correcta.

Lingua e velocidade de procesamento

Pode a lingua que se fala influír na velocidade a que o encéfalo procesa a información sensorial? Algúns dos primeiros estudos que se fixeron no século pasado para afondar na hipótese da relatividade lingüística incluían a capacidade de distintos pobos para percibiren distintas cores segundo a riqueza lingüística para describir máis ou menos cores. O problema deses traballos foi a falta dun procedemento experimental definido e rigoroso, alén de se lles criticar a escolla como tema de estudo dun tipo de estímulo sensorial que está en gran medida determinado pola súa natureza física en cuxa percepción se produce moi pouca participación dos procesos cognitivos.

Porén, esta segunda crítica hoxe está desbotada, xa que a percepción que temos das distintas cores está fortemente determinada pola actividade interna neuronal e mesmo pola lingua que se fala, como demostrou un estudo en persoas que falan ruso (Winawer, J. *et al.*, 2007).

Vexamos: na lingua rusa faise unha distinción explícita entre as cores azuis claras e escuras. Tal é así que cando se lles pide a persoas de fala inglesa e de fala rusa que fagan unha tarefa de discriminación entre distintas tonalidades de azul, os rusofalantes son moito máis rápidos. Esta característica non é unha simple habilidade sensorial, senón que, como se demostrou no experimento en cuestión, implica o procesamento lingüístico das distintas variedades do concepto «azul».

Lingua, orientación espacial e percepción do tempo

A caracterización do espazo por unha lingua pode influír tamén nas habilidades de orientación espacial. En galego, e moitas outras linguas, utilizamos un sistema de referencia espacial relativo a cada persoa: un obxecto está situado á nosa dereita, detrás de nós, á esquerda etc. Mais algunhas linguas utilizan un sistema de referencia absoluto que toma como base os puntos cardinais norte, sur, leste e oeste. Segundo este sistema, se estou a escribir coa man dereita, o lapis non está «á miña dereita», senón que estará «ao noroeste», «ao leste», «ao suroeste» etc.; a indicación dependerá da miña orientación respecto aos puntos cardinais. Este sistema é o que utilizan os

pormpuraaw –un pobo do norte de Australia– na súa lingua, algo que segundo parece está directamente relacionado coa súa especial habilidade para orientarse no espazo (Boroditsky, L. e Gaby, A., 2010).

Mais esta característica lingüística ten outro sutil efecto máis, xa que tamén inflúe na percepción espacial do paso do tempo. Se a algún de nós nos piden que ordenemos unha serie de fotos dunha persoa en distintos momentos da súa vida (cando é un bebé, un adolescente, unha persoa adulta e un ancián), colocarémolas, con moita probabilidade, de esquerda a dereita, xa que é o xeito en que escribimos, mentres que as persoas que escriben en hebreo tenden a ordenar as fotos de dereita a esquerda. E, daquela, como ordena as fotos un *pormpuraaw*? Pois de dereita a esquerda, ou de arriba a abaixo, ou de abaixo-dereita a arriba-esquerda etc. De moitas maneiras respecto á súa posición, mais sempre –case sempre– tendo en conta unha mesma orientación: de leste a oeste. É dicir, os *pormpuraaw* definen o paso do tempo –e en consecuencia ordenan as fotos nos experimentos– seguindo a viaxe que fai o sol todos os días pola esfera celeste (de feito, marcan os momentos do día apuntando ao ceo), algo que está relacionado co uso que fan na súa lingua das referencias espaciais.

Lingua e atribución de características segundo o xénero

Existe tamén unha interesante relación entre as características que se utilizan para definir un obxecto e o seu xénero. Esta conexión ponse de manifesto ao estudar definicións dun mesmo obxecto que teña xéneros distintos en distintas linguas (Boroditsky, L., 2009). Por exemplo, en alemán a palabra *chave* ten xénero masculino. Ao pedirlle a unha serie de persoas falantes de alemán que a definisen, utilizaron termos como *duro*, *anguloso*, *metálico* ou *pesado*. Nese mesmo traballo pedíuselles o mesmo a falantes de español, coa diferenza de que neste caso o nome é feminino; utilizaron termos como *dourada*, *complicada*, *brillante* ou *pequena*. Tamén se fixo a proba coa palabra *ponte*, que neste caso é feminina en alemán e masculina en español. Os alemáns utilizaron os termos *bela*, *elegante*, *esvelta*, *apracible...*, mentres que, pola contra, os españois empregaron *grande*, *perigoso*, *longo* ou *robusto*².

² Descoñezo se existe algún estudo similar feito co galego respecto do castelán ou viceversa. Pénsese, por exemplo, o que ocorre co nome daquelas árbores froiteiras que teñen xéneros opostos nas dúas linguas (abeleira vs. avellano).

Bilingüismo e procesamento cognitivo

No campo da neurobioloxía existe un grande interese polos aspectos cognitivos do *bi-* e plurilingüismo, como pode comprobarse facilmente de facermos unha simple busca bibliográfica. As técnicas de imaxe desenvolvidas para obter datos da actividade do interior do encéfalo de xeito non invasivo permiten facer experimentos de maneira rápida e segura, algo que até hai poucos anos non era posible.

A continuación, comentarei brevemente algúns dos resultados máis destacados obtidos en experimentos deseñados para estudar a relación entre o bilingüismo e a función encefálica (para coñecer os detalles técnicos dos distintos traballos de investigación pode consultarse a bibliografía indicada):

a) Bilingüismo e estrutura encefálica (Mechelli, A. *et al.*, 2004): a densidade de substancia gris (rexión ocupada polos corpos neuronais; a substancia branca é a rexión ocupada principalmente polas prolongacións neuronais chamadas axóns) é estatisticamente maior en persoas bilingües que monolingües en zonas específicas do córtex cerebral; alén diso, esta diferenza é máis importante no caso das persoas bilingües que aprenderon a segunda lingua nunha idade temperá. Neste traballo comparouse a densidade de substancia gris en persoas monolingües, en bilingües «temperás» –que aprenderon unha segunda lingua antes de cumpriren os 5 anos– e en bilingües «tardías» –que aprenderon a segunda lingua entre os 10 e os 15 anos–. Identificouse un aumento da substancia gris no córtex parietal inferior esquerdo, unha rexión encefálica directamente relacionada co procesamento da linguaxe.

b) Bilingüismo e organización funcional encefálica (Kim, K. H. *et al.*, 1997): as persoas bilingües que aprenden as dúas linguas nunha idade temperá, utilizan a mesma rexión da chamada área de Broca (unha rexión do lóbulo frontal implicada no control motor da linguaxe); pola contra, no caso de adquisición serodia dunha segunda lingua, esta ocupará unha rexión distinta no lóbulo frontal. É dicir, neste segundo caso as dúas linguas están segregadas na área de Broca. Esta segregación non acontece na área de Wernicke (unha rexión do lóbulo temporal implicada no procesamento da linguaxe), xa que nesta zona as dúas linguas activan a mesma rexión cortical.

c) Bilingüismo e conectividade funcional encefálica (Rodríguez-Fornells, A. *et al.*, 2002): as persoas bilingües utilizan unha ruta de procesamento lingüístico distinta á das monolingües, supostamente para evitaren «interferencias» entre os dous idiomas. En concreto, cando se está a utilizar unha das linguas, as palabras da outra lingua son bloqueadas na ruta de procesamento antes de alcanzaren a rexión de procesamento

semántico. Segundo este traballo, a ruta neuronal de acceso ao léxico é tamén distinta, de xeito que as persoas bilingües activan, co fin de evitaren interferencias, unha ruta indirecta.

d) Bilingüismo, velocidade de reacción e memoria de traballo (Bialystok, E. *et al.*, 2004): ao realizar unha tarefa en que está implicada a velocidade de reacción e a memoria de traballo (probas en que se pon de manifesto o chamado «efecto Simon»), as persoas bilingües son significativamente máis eficaces, pois amosan un tempo de reacción menor. Esta diferenza é máis marcada a medida que avanza a idade.

Conclusiones

O funcionamento da mente consciente é o resultado dun lento proceso evolutivo, aderezado en cada individuo co seu particular desenvolvemento biolóxico e as influencias ambientais e culturais que van enriquecendo a súa vida. Todas esas influencias poden deixar a súa pegada na estrutura e na función encefálica, de xeito que modifiquen ou determinen en certa medida a actividade mental, o pensamento, e en última instancia o «eu».

O efecto que as distintas linguas poden ter nos procesos cognitivos dunha determinada poboación segue a ser unha cuestión difícil de responder, xa que non é doado deseñar experimentos dos cales poderemos tirar conclusións sólidas. Con todo, os traballos de investigación realizados nos últimos vinte anos permitiron rescatar o concepto de relatividade lingüística.

O seu resultado indica que a contorna cultural e, en concreto, a contorna lingüística pode ter efectos medibles na actividade encefálica e en varios procesos cognitivos.

Referencias bibliográficas

Barley, N. (1988): *El antropólogo inocente* (Madrid: Anagrama).

Bialystok, E. *et al.* (2004): «Bilingualism, aging, and cognitive control: evidence from the Simon task», *Psychol Aging*, 19(2): 290-303.

Boroditsky, L. e Ramscar, M. (2002). «The Roles of Body and Mind in Abstract Thought», *Psychological Science*, 13(2): 185-188.

Boroditsky, L. (2003): «Linguistic Relativity» en Nadel, L. (ed.): *Encyclopedia of Cognitive Science*: 917-921 (Londres: MacMillan-Press).

— (2009): «How does our language shape the way we think?», en Brockman, M. (ed.): *What's Next? Dispatches on the Future of Science* (Nova York: Vintage Press).

Boroditsky, L. e Gaby, A. (2010): «Remembrances of Times East: Absolute Spatial Representations of Time in an Australian Aboriginal Community», *Psychol Sci.*, 21(11): 1635-9.

Dosenbach, N. U. *et al.* (2010). «Prediction of individual brain maturity using fMRI», *Science*, 329(5997): 1358-61.

Fausey, C. e Boroditsky, L. (2010): «Who dunnit? Cross-linguistic differences in eye-witness memory», *Psychonomic Bulletin & Review*, doi: 10.3758/s13423-010-0021-5.

Kim, K. H. *et al.* (1997): «Distinct cortical areas associated with native and second languages», *Nature*, 388(6638): 171-4.

Mechelli, A. *et al.* (2004): «Neurolinguistics: structural plasticity in the bilingual brain», *Nature*, 431(7010): 757.

Rodríguez-Fornells, A. *et al.* (2002): «Brain potential and functional MRI evidence for how to handle two languages with one brain», *Nature*, 415(6875): 1026-9.

Winawer, J. *et al.* (2007). Russian blues reveal effects of language on color discrimination. *PNAS*, 104(19): 7780-85.

Estatuto xurídico-lingüístico do paciente

LUÍS VILLARES NAVEIRA

Maxistrado especialista do contencioso-administrativo, Tribunal Superior de Xustiza de Euscadi

Á miña nai, traballadora da sanidade pública,
por ter un día o xesto de poñer un cartel na consulta médica que dicía:
«Pechen a porta ao saír. Grazas».

1. CARACTERIZACIÓN CONSTITUCIONAL E LEGAL DO ESTATUTO XURÍDICO DO/A PACIENTE

1.1. A protección da saúde como dereito constitucional das persoas

1.2. O estatuto legal do/a paciente. Delimitación do obxecto de estudo.

2. CARACTERIZACIÓN LINGÜÍSTICA DO DEREITO Á INFORMACIÓN NA RELACIÓN XURÍDICO-SANITARIA

2.1. Réxime xurídico do dereito á información no eido sanitario

- a. Dereitos relativos á autonomía da decisión ou o consentimento informado
- b. Configuración como dereito subxectivo do paciente
- c. Responsabilidade subxectiva dos profesionais
- d. Caracterización da información previa ao consentimento
- e. Documentación escrita do consentimento
- f. O dereito á información sobre a saúde
- g. Breve referencia ao documento de instrucións previas

2.2. Os deberes sanitarios do paciente

3. ESTATUTO XURÍDICO LINGÜÍSTICO DO/A PACIENTE NOS CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS

3.1. Os dereitos lingüísticos do paciente desde a perspectiva da oficialidade lingüística. Contido estatutario e legal.

3.1.1. Estatuto de autonomía

3.1.2. Normativa galega e actuación administrativa sectorial

3.1.2.1. Lei de normalización lingüística

3.1.2.2. Lei de función pública de Galicia

- 3.1.2.3. Lei de transparencia e boas prácticas
- 3.1.2.4. Circulares e instrucións na administración sanitaria
 - 3.1.2.4.1. Precisións sobre a natureza xurídica destes actos
 - 3.1.2.4.2. Evolución da ordenación administrativa sanitaria dos dereitos lingüísticos
 - 3.1.2.4.2.1. Circular da Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade e Servizos Sociais n.º 5/1997
 - 3.1.2.4.2.2. Circular da Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade de 27 de novembro de 2003
 - 3.1.2.4.3. Instrucións vixentes de referencia
 - 3.1.2.4.3.1. Instrución da Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade e Secretaría Xeral do Sergas n.º 11/2005
 - 3.1.2.4.3.2. Circular sobre o desenvolvemento dos obxectivos do PXNLG no POE 2006
- 3.1.2.5. O Plan xeral de normalización da lingua galega
- 3.1.3. Normativa estatal
 - 3.1.3.1. O Estatuto básico do empregado público
 - 3.1.3.2. A Lei de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común
 - 3.1.3.3. O contido da Carta Europea das Linguas Rexionais e Minoritarias en materia sanitaria
 - 3.1.3.4. Real decreto 1465/1999, de 17 de setembro, polo que se establecen criterios de imaxe institucional e se regula a produción documental e o material impreso da Administración xeral do Estado
- 3.2. Os deberes lingüísticos dos/as profesionais sanitarios en relación cos pacientes
- 3.3. Consecuencias da vulneración dos deberes lingüísticos
- 3.4. Referencia ao estatuto xurídico lingüístico dos acompañantes
- 3.5. Breve referencia aos dereitos lingüísticos nos centros sanitarios privados
- 4. SISTEMAS DE TUTELA DOS DEREITOS LINGÜÍSTICOS FRONTE Á ADMINISTRACIÓN SANITARIA
 - 4.1. Dereitos relacionados coas suxestións e reclamacións
 - 4.2. Garantía dos dereitos e dos deberes sanitarios
 - 4.3. Valedor do Pobo
 - 4.4. Recursos administrativos
 - 4.5. Recurso contencioso-administrativo
 - 4.6. Tutela dos dereitos lingüísticos na vía penal
- 5. BIBLIOGRAFÍA

Abreviaturas:

art.: artigo

AXE: Administración xeral do Estado

CA: Comunidade autónoma

CC: Código civil

CE: Constitución española

CELRM: Carta Europea das Linguas Rexionais e Minoritarias

CP: Código penal

EAG: Estatuto de autonomía de Galicia

EBEP: Estatuto básico do empregado público

FX: fundamento xurídico

LCI: Lei do consentimento informado e a historia clínica

LFPG: Lei da función pública de Galicia

LNL: Lei de normalización lingüística

LRXAP-PAC: Lei de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común

LSG: Lei de saúde de Galicia

LTBP: Lei de transparencia e boas prácticas na administración pública galega

TSXG: Tribunal Superior de Xustiza de Galicia

1. Caracterización constitucional e legal do estatuto xurídico do/a paciente

1.1. A protección da saúde como dereito constitucional das persoas

A caracterización do Estado español como estado social (art. 1.1 da CE) implica o recoñecemento dunha serie de dereitos á cidadanía que se configuran como principios reitores da política social e económica (arts. 39 a 52 da CE) entre os que se atopa a protección da saúde na súa dupla vertente, individual e colectiva, para o que se comisiona aos poderes públicos á organización dos medios que aseguren este dereito. O art. 43 da CE faíno nos seguintes termos:

1. Recoñécese o dereito á protección da saúde.

2. Compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios. A Lei establecerá os dereitos e deberes de todos respecto diso.

No estado democrático e social en que vivimos garántese, pois, a protección da saúde das persoas, ordénase articular un sistema que a faga efectiva e mándase caracterizar a súa ordenación mediante a previsión legal dun estatuto que confira dereitos e deberes en relación coa sanidade.

1.2. O estatuto legal do/a paciente. Delimitación do obxecto de estudo.

A configuración do Estado español como autonómico supuxo o recoñecemento de amplas facultades de autogoberno, entre outras, á nacionalidade histórica de Galicia, propiciou a súa organización canto comunidade autónoma con competencias en materia de sanidade (art. 148.1.21º da CE), dentro das bases e coordinación xeral exercidas polo Estado (art. 149.1.16º da CE), quen tamén detén competencias básicas sobre Seguridade Social, mais cuxos servizos poden ser prestados pola CA (art. 149.1.17º da CE).

A lexislación sanitaria básica do Estado vén delimitada pola Lei 14/1986, xeral de sanidade e o Real decreto lexislativo 1/1994, polo que se aproba o texto refundido da Lei da Seguridade Social.

Dentro deste marco apróbase como lei autonómica de referencia na materia a Lei 8/2008, de saúde de Galicia (en diante LSG). Esta lei achéganos no art. 3 un conxunto de definicións útiles para o noso obxecto de estudo, entre as que se poden destacar as seguintes:

4. Atención sanitaria: calquera tipo de servizo recibido de forma individual e proporcionado por profesionais sanitarios con impacto no estado de saúde. É sinónimo de asistencia sanitaria. Toda referencia ao ámbito «asistencial» que se fai ao longo desta lei enténdese referida á asistencia sanitaria.
5. Autoridade sanitaria: o órgano da administración pública que ten asignadas pola lexislación vixente competencias ou funcións de ordenación, regulación, inspección, control ou sanción no ámbito sanitario ou da saúde.
10. Establecemento sanitario: o conxunto organizado de medios técnicos e instalacións no que profesionais capacitados, pola súa titulación oficial ou habilitación profesional, realizan basicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos ou de adaptación individual de produtos sanitarios.
13. Paciente: a persoa que require asistencia sanitaria e está sometida a coidados profesionais para mantemento ou a recuperación da súa saúde.
14. Sanidade: o conxunto de servizos públicos ordenados para preservar a saúde do común dos habitantes dun territorio administrativo. Sinónimo de sistema sanitario ou

sistema de saúde cando este sexa definido como público.

16. Saúde: o estado da persoa que lle permite realizar as funcións vitais e sociais propias da súa idade, adaptarse e superar dificultades de forma socialmente aceptable e persoalmente satisfactoria. Este concepto inclúe, polo tanto, os aspectos físicos, psíquicos e sociais.

17. Sector privado de atención sanitaria: o conxunto de actividades e axentes económicos que teñen como características homoxéneas a elaboración e a prestación de produtos e servizos sanitarios e a súa titularidade privada.

18. Servizos sanitarios: calquera servizo que poida contribuír a mellorar a saúde ou a diagnosticar, tratar ou rehabilitar unha persoa, e non necesariamente limitado a servizos médicos ou servizos de atención sanitaria. Enténdense tamén como as organizacións destinadas a vivir e protexeren a saúde da cidadanía.

22. Usuario/Usuaría: a persoa que utiliza os servizos sanitarios.

Dentro da relación estatutaria que se establece entre o/a paciente e a administración sanitaria e os/as profesionais que nela interveñen, a LSG –sen prexuízo dos dereitos recoñecidos noutra normativa estatal ou autonómica– recoñece como **dereitos sanitarios** os seguintes (arts. 5 a 14), relativos a: a integridade e intimidade da persoa; o acompañamento do/a paciente; a autonomía da decisión; a confidencialidade e información; a documentación sanitaria; a realización de suxestións e reclamacións; a prestación de servizos sanitarios; a participación e relacionados con grupos especiais.

O obxecto deste estudo pretende abranguer o fenómeno lingüístico no eido sanitario desde unha dupla perspectiva:

- Dunha banda, a influencia da lingua como elemento de transmisión de información ao/á paciente para que este/a forme a súa vontade á hora de prestar o seu consentimento para determinadas intervencións médicas relevantes para a súa saúde. Na primeira parte deste estudo centrarémonos unicamente na necesidade de comprensión da información transmitida, con total independencia do réxime xurídico da oficialidade das linguas, é dicir, centrado na necesidade de comprensión do paciente como presuposto de adopción válida dunha decisión que afecta á súa saúde.
- Da outra, a relación xurídico-lingüística establecida entre paciente e profesional sanitario como consecuencia do réxime de cooficialidade lingüística existente na CA de Galicia;

Finalmente, faremos referencia á tutela xurisdiccional das dúas dimensións do fenómeno lingüístico apuntadas.

2. Caracterización lingüística do dereito á información na relación xurídico-sanitaria

2.1. Réxime xurídico do dereito á información no eido sanitario

a. Dereitos relativos á autonomía da decisión ou o consentimento informado

O artigo 8 da LSG sinala que serán **dereitos relacionados coa autonomía de decisión**, entre outros, os seguintes:

1. Dereito a que se solicite consentimento informado nos termos establecidos na Lei 3/2001, do 28 de maio, e na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da anterior. Entenderase por consentimento informado o prestado libre e voluntariamente pola persoa afectada para toda actuación no ámbito da súa saúde e así que, logo de recibir a información axeitada, valorase as opcións propias do caso. O consentimento será verbal, por regra xeral, e prestarase por escrito nos casos de intervencións cirúrxicas, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do ou da paciente.
2. Dereito á libre elección entre as opcións que lle presente o responsable médico do seu caso e a rexeitar o tratamento;
3. Dereito a outorgar o consentimento por substitución e a manifestar as súas instrucións previas.

b. Configuración como dereito subxectivo do paciente

O consentimento informado desenvólvese de xeito substantivo na lei galega 3/2001 (modificada posteriormente pola Lei 3/2005; en diante, LCI), que regula tamén a historia clínica dos pacientes. Ademais de repetir o concepto definido na LSG, o art. 3.2. declara que «a prestación do consentimento informado é un dereito do paciente e a súa obtención un deber do médico»; titularidade que se reitera no art. 8.1. cando se afirma que «o titular do dereito á información é o paciente». Esta premisa é un dereito medial ao servizo da finalidade determinada no art. 3.3.: «o paciente ten dereito a decidir libremente, tras recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles», que reitera o art. 8.2. da LSG.

c. Responsabilidade subxectiva dos profesionais

A obtención dun consentimento válido a cargo do profesional sanitario prevista no art. 3.2. da LCI refórzase no art. 4, que declara que:

O consentimento deberao solicitar o médico designado polo centro sanitario para a atención do paciente ou o que practique a intervención diagnóstica ou terapéutica do propio paciente.

Á súa vez, o art. 9 vai máis alá de identificalo subxectivamente e atribúelle tal responsabilidade neste sentido:

O médico responsable do paciente garántelle o cumprimento do seu dereito á información. Os profesionais que o atendan durante o proceso asistencial ou que lle apliquen unha técnica ou un procedemento concreto tamén serán responsables de informalo.

d. Caracterización da información previa ao consentimento

O art. 8 da LCI establece, entre outros extremos, as características da información, que adxectiva de «verdadeira, comprensible, adecuada ás necesidades do paciente, continuada, razoable e suficiente» (art. 8.2.) e que deberá facilitarse «coa antelación suficiente para que o paciente poida reflexionar e decidir libremente» (art. 8.3.).

Interésanos tanto o carácter comprensible da información como a necesidade de prestación con antelación suficiente, xa que a xurisprudencia se ten pronunciado en diversas ocasións sobre este tema, polo que expoñemos os principais argumentos xudiciais, coa advertencia de que ás veces as sentenzas incorren nunha certa tautoloxía ao entraren no fondo dos requisitos con que se adxectiva a información, limitándose a sinalar que deben concorrer, o que nos obrigará para unha esexese, as máis das veces, a acudir ao dicionario da RAG.

A STS 2/2009, do 21 de xaneiro (Sala 1.^a) declarou no seu FX 2.^o, con relación á necesidade de obter o consentimento que «a vulneración do deber de obter o consentimento informado constitúe unha infracción da *lex artis ad hoc*, ou o que é o mesmo un suposto e elemento esencial da *lex artis* para levar a cabo a actividade médica» para engadir, no relativo á necesidade de antelación que¹:

¹ As traducións das sentenzas que se achegan neste artigo son do autor, así como o emprego da letra grosa cando se estimar oportuno.

É un acto que debe facerse efectivo con tempo e dedicación suficiente e que obriga tanto ao médico responsable do paciente, como aos profesionais que lle atendan durante o proceso asistencial, como un máis dos que integran a actuación médica ou asistencial, co fin de que poida adoptar a solución que máis interesa á súa saúde.

En canto á forma de realizar a información para obter o consentimento, a resolución non se manifestou sobre a lingua concreta en que se había realizar, mais dixo que debía facerse «dunha **forma comprensible e adecuada ás súas necesidades**, para permitirlle facerse cargo ou valorar as posibles consecuencias que puidesen derivarse da intervención sobre o seu particular estado, e na súa vista elixir, rexeitar ou demorar unha determinada terapia por razón dos seus riscos e mesmo acudir a un especialista ou centro distinto (SSTS do 15 de novembro 2006, e mais as que nela se citan). Como tal, forma parte de toda actuación asistencial e constitúe unha exigencia ética e **legalmente exixible** aos membros da profesión médica» (STS 2/2009, FX 2.º *in fine*).

A STS 943/2008, do 23 de outubro, di no seu FX 7.º, ao debullar a doutrina xurisprudencial sobre a información médica, o seguinte:

A finalidade da información é a de **proporcionar a quen é titular do dereito a decidir os elementos adecuados para tomar a decisión** que considere máis conveniente aos seus intereses (SS., entre outras, 23 de novembro de 2007, núm. 1.197; 4 de decembro de 2007, núm. 1.251; 18 de xuño de 2008, núm. 618). É indispensable, e por iso ten que ser obxectiva, veraz e completa, para a prestación dun consentimento libre e voluntario.

Posteriormente engade que:

Na medicina satisfactiva (di a STS de 22 de novembro de 2007, núm. 1.194, con cita das de 12 de febreiro e de 23 de maio do mesmo ano) a información debe ser obxectiva, veraz, completa e **alcanzable**.

A STS 1132/2006, do 15 de novembro, tamén aborda o tema no FX 2º ao esixir máis que un ritual formulario, cando di que o consentimento hai que

facelo dunha forma comprensible e adecuada ás súas necesidades, para permitirlle facerse cargo ou valorar as posibles consecuencias que puidesen derivarse da intervención sobre o seu particular estado, e na súa vista elixir, rexeitar ou demorar unha determinada terapia por razón dos seus riscos e mesmo acudir a un especialista ou centro distinto. É razón pola que en ningún caso o consentimento prestado mediante docu-

mentos impresos carentes de todo trazo informativo adecuado serve para conformar debida nin correcta información (SSTS do 27 de abril 2001 e do 29 de maio 2003). Son documentos ética e legalmente inválidos que se limitan a obter a firma do paciente pois aínda cando puidesen proporcionarlle algunha información, non é a que interesa e esixe a norma como razoable para que coñeza a transcendencia e alcance da súa patoloxía, a finalidade da terapia proposta, cos riscos típicos do procedemento, os que resultan do seu estado e outras posibles alternativas terapéuticas. É, en definitiva, unha información básica e personalizada, na que tamén o paciente adquire unha participación activa, para, en virtude dela, consentir ou negar a intervención.

En faltando a día de hoxe pronuncias xurisprudenciais que aclaren o que é «comprensible», «adecuado ás necesidades», «proporcionar elementos adecuados para a decisión» ou «alcanzable» os intérpretes da norma fícan obrigados a dúas accións:

- Encher o significado de acordo co sentido propio das palabras (art. 3.1. do CC), é dicir, acudir ao significado que habitualmente se lles atribúe.
- Interpretar o precepto de xeito favorable ao exercicio de dereitos, que neste caso significará facelo do xeito que for máis garantista da comprensión da mensaxe que se tenta transmitir.

A primeira das accións lévanos ás definicións da Real Academia Galega sobre o termo «comprensible» e o verbo que describe esa acción «comprender».

comprensible adx. Que pode ser comprendido, fácil de comprender.

comprender v.t. **1.** Chegar a saber cal é o significado de [algo]. CF. *captar*. SIN. *entender*. CF. *aprehender*. **2.** Admitir como lóxico ou normal [unha actitude, un sentimento etc.], ou ter unha idea clara do seu porqué. SIN. *entender*. **3.** Conter en si [certa cousa]. SIN. *abranguer, englobar, incluír*. **4.** Percibir [algo] por medio da intelixencia, darse conta de [algo]. SIN. *decatarse, ver*. **5.** Estar de acordo ou en harmonía [unha persoa con outra]. SIN. *entender*.

É obvio que a apprehensión do significado de algo pasará pola comprensión do código lingüístico en que se transmite, tanto polo idioma no que se fai, como polo uso de tecnolectos que fagan que se chegue a saber o que se quere dicir coas expresións e termos empregados (vid. a STS 1132/2006, do 15 de novembro, FX 2.º). Isto é consecuencia da necesidade de concorrencia de todos os elementos intelectuais que funcionan de presuposto de adopción da decisión: para a concorrencia do elemento volitivo

cómpre, previamente, unha acertada formación de xuízo cognitiva ou intelectivamente. A súa ausencia dará lugar a un vicio no consentimento por existencia de erro. Este aparece recollido nos arts. 1265 e 1266 do CC como causa invalidante –en sede de contratos, que para este caso é plenamente trasladable como elemento de formación de vontade para a toma dunha decisión– do consentimento, sempre que recaia «sobre a substancia da cousa que for obxecto do contrato, ou sobre aquelas condicións dela que principalmente desen motivo a celebralo». A xurisprudencia esixe, ademais, que se trate dun «erro esencial ao recaer sobre unha das condicións da cousa» e «non sexa imputable ao interesado, no sentido de causado por el –ou persoas do seu círculo xurídico–, [...] e que sexa escusable, entendéndose que non o é cando puido ser evitado polo que o padeceu empregando unha dilixencia media ou regular, requisito este que non consta expresamente no Código civil, pero véno esixindo a xurisprudencia en sintonía cun elemental postulado de boa fe (arts. 7.1 e 1.258 do CC) para efectos de impedir que se protexa a quen non merece a dita protección pola súa conduta negligente (SS. do 12 de xullo de 2002; do 24 de xaneiro de 2003; do 12 de novembro e 12 de decembro de 2004; do 17 de febreiro de 2005; e do 17 de xullo de 2006)» (*vid.* STS 1279/2006, do 11 de decembro).

En consecuencia, podemos afirmar sen dúbidas que se a transmisión da información ao paciente se produce nunha lingua (ou nun rexistro inzado de tecnolectos) que o paciente non coñece de xeito suficiente e isto lévao a equivocarse de xeito relevante sobre a súa situación médica ou as consecuencias das medidas de intervención que se lle propoñen, de modo tal que tome unha decisión que noutras condicións non tería tomado, podemos concluír que ese consentimento non é válido.

No que fai á determinación da calidade do consentimento como «comprensible», en igual sentido debemos actuar co resto de termos que o definen e que se debe acadar do/a paciente.

A segunda das accións implica a aseguranza mediante a acción pública, neste caso manifestada na actividade do profesional sanitario (actividade de servizo público, que abrangue incluso a prestación de servizos por empresas privadas) dunha tarefa que se levará a cabo de xeito que ante todo predomine o dereito do/a paciente a recibir unha información axeitada que lle permita tomar a decisión. E dicimos isto porque no transo de opoñerse a esta situación ideal (a de transmisión da mensaxe polo/a profesional médico/a), debe dársele preferencia ao/á paciente. Por isto debe prevalecer a linguaxe comprensible, coloquial, habitual, sobre a técnica ou críptica, e de aí que se a lingua do/a paciente é o galego esa debe ser a lingua, e non o castelán, a que se deba empregar para asegurar a plena competencia na recepción da linguaxe. Esta proposta

interpretativa baséase na finalidade que persegue a lexislación sobre consentimento informado: facer prevalecer a posición do paciente á hora de recibir a información e apprehender o contido daquilo que en relación á súa saúde se lle quere transmitir para asegurar que a decisión sobre a intervención médica, e sobre o seu corpo, van ser absolutamente libres e estar asentadas no pleno coñecemento da situación.

Reparemos na importancia da teleoloxía da norma, porque está concibida medialmente en relación co dereito fundamental á integridade física e moral (art. 15 da CE) e co dereito á saúde (art. 43 da CE). Así se explica que a interpretación das normas sobre a información ao paciente e do consentimento informado deba facerse, tamén lingüísticamente, do xeito máis favorable para a efectividade dos dereitos fundamentais, manifestación primaria de orde axiolóxica sobre a que debe descansar o conxunto do ordenamento xurídico (vid. por todas, as paradigmáticas SSTC 19/1983, do 14 de marzo e 93/1984 do 16 de outubro)

e. Documentación escrita do consentimento

Os arts. 8.1. da LSG e 3.1. da LCI refiren os supostos en que o consentimento se debe prestar formalizado por escrito, mentres que o art. 10 regula o contido do documento en que se reflicte, onde ademais de deixar constancia dunha serie de mencións mínimas, a alínea 2 sinala expresamente que:

No documento de consentimento informado quedará constancia de que o paciente ou a persoa destinataria da información recibe unha copia do dito documento e de que **comprende axeitadamente** a información.

A doutrina da Sala 1.^a do TS declarou con reiteración que a exigencia da constancia escrita da información ten simple valor *ad probationem* (SSTS do 2 outubro de 1997; do 26 xaneiro e 10 novembro de 1998; do 2 novembro de 2000; do 2 de xullo de 2002; e do 29 de xullo de 2008), isto é, debe garantir a constancia do consentimento e das condicións en que se prestou, mais non pode substituír a información verbal, que é a máis relevante para o paciente (STS 2/2009, do 21 de xaneiro). Por tanto, non constitúe a existencia de consentimento a proba escrita de que se deu información, senón o feito de que esta información existise nos termos en que nos pronunciamos na epígrafe anterior.

Respecto á falta de formación axeitada do consentimento por defectos na comprensión da mensaxe debido a causas lingüísticas pode xurdir un problema de proba á hora de demostrar se realmente concorreu ou non a comprensión derivada desta cir-

cunstancia. E neste contexto cómpre preguntarse quen ten a carga da proba sobre a existencia dun consentimento legalmente válido. A xurisprudencia entende que habitualmente é o profesional sanitario quen ten o deber de informar. Así, a STS 667/2007, do 19 de xuño, sinala no FX 3.º que:

Como declara a STS do 8 de setembro de 2003, «desde a sentenza do Tribunal Supremo do 16 de outubro de 1998, esta sala mantén que a obriga de informar corresponde aos profesionais que practicaron a intervención e ao centro hospitalario. No mesmo sentido, a do 28 de decembro de 1998, fai recaer a carga sobre o profesional do medicamento, por ser quen se acha en situación máis favorable para conseguir a súa proba. Igualmente, a sentenza do 19 de abril de 1999, repite tal criterio e, por último, a do 7 de marzo de 2000 e 2 de xullo 2002, impútao ao Servizo Nacional da Saúde». (...) Pola súa banda, a STS do 18 de maio de 2006 destaca que **a inexistencia de información é un feito negativo cuxa demostración non pode imporse a quen o alega so pena de pór ao seu cargo unha proba que puidese cualificarse de perversa**, e, como tal, contraría ao principio de tutela efectiva por implicar indefensión, e que a xurisprudencia debe ir suavizando os criterios sobre a carga da proba en función da maior ou menor dispoñibilidade e facilidade probatoria, na forma que hoxe recolle o artigo 217 da LAC 1/2000.

f. O dereito á información sobre a saúde

O artigo 9.2 da LSG declara que **o dereito á información** no proceso asistencial se concreta en:

a) Dereito a coñecer, con motivo de calquera actuación no ámbito da súa saúde, toda a información dispoñible sobre esta, agás nos supostos exceptuados pola lei. A información, como regra xeral, proporcionarase verbalmente, da que se deixará constancia na historia clínica, e comprenderá, como mínimo, a finalidade e a natureza de cada intervención, os seus riscos e as súas consecuencias. A información clínica será verdadeira e comunicaráse ao ou á paciente de forma **comprensible** e adecuada ás súas necesidades como axuda para tomar decisións de acordo coa súa propia e libre vontade.

b) (...)

c) Dereito a ser informado ou informada e advertido ou advertida de se os procedementos de prognóstico, diagnóstico e terapéuticos aplicados van ser empregados nun proxecto docente ou de investigación, o que non poderá comportar en ningún caso perigo adicional para a súa saúde. En todo caso, **será imprescindible o consentimento previo por escrito** do ou da paciente e a aceptación por parte do profesional sanitario e da dirección do correspondente centro sanitario.

d) Dereito a **solicitar e a obter información comprensible** e axeitada sobre o custo das prestacións e dos servizos de saúde recibidos.

Pola súa banda, o art. 9.3 da LSG prevé que a información que se debe dispensar á cidadanía e aos pacientes **sobre os seus dereitos, deberes, servizos e programas** do Sistema Público de Saúde de Galicia concrétese entre outros en:

- a) Dereito a ser informado ou informada dos plans, dos programas e das accións que se están a desenvolver no Sistema Público de Saúde de Galicia, **de forma comprensible** e mediante as mellores canles.
- b) Dereito a dispor en todos os centros, servizos e establecementos sanitarios do sistema público dunha **carta de dereitos e deberes** e mais a que esta sexa facilitada como marco de relación entre o centro sanitario e os seus usuarios e usuarias.

No parágrafo 8 do art. 9 engádese unha referencia expresa á **lingua das historias clínicas**, que, de feito, constitúe a única mención ás linguas en toda a lei, o que non deixa de ser significativo nunha norma que desenvolve dereitos e deberes nunha actividade do sector público tan importante como a sanidade nunha comunidade con dúas linguas oficiais. A explicación máis plausible a tal escaseza debemos buscala en que con carácter xeral será de aplicación a lexislación e a doutrina aplicables ao común das relacións entre administrado e administración, e por iso cando se fai mención expresa ás linguas será para incorporar unha estraña ao réxime de oficialidade a carón das outras dúas. Así se explica que:

Para garantir a mellor información sobre a historia clínica do ou da paciente, tendo en conta as novas tecnoloxías, os datos desta estarán dispoñibles en tres idiomas (**galego**, castelán e inglés), facendo para iso as adaptacións técnicas necesarias.

Constitúen obxecto de regulación (art. 10 da LSG) os dereitos relacionados coa **documentación sanitaria**, que se cifran nos seguintes:

1. Dereito do ou da paciente a que quede constancia por escrito ou en soporte técnico adecuado de todo o seu proceso e a que ao rematar o episodio asistencial se lle entregue o informe de alta hospitalaria, de interconsulta de atención especializada e de urxencias.
2. Dereito a acceder á súa historia clínica e a obter os informes e os resultados das exploracións que sobre o seu estado de saúde ou enfermidade se inclúan nela, así como unha copia dos devanditos documentos (..)
3. Dereito a que se lle faciliten os informes ou as certificacións acreditativas do seu estado de saúde.

g. Breve referencia ao documento de instrucións previas

Outro dos dereitos englobados na autonomía da decisión recoñecida ao paciente é o de ditar instrucións previas nun documento, que o art. 5 da LCI define como aquel mediante o cal «unha persoa maior de idade, capaz e libre, manifesta anticipadamente a súa vontade, co fin de que esta sexa cumprida no momento no que chegue a situacións nas que polas circunstancias non sexa quen de expresala persoalmente, sobre os coidados e o tratamento da súa saúde, ou, unha vez chegado o falecemento, sobre o destino do seu corpo ou dos seus órganos». No tocante á formalización deste documento o parágrafo 2 do mesmo artigo declara que:

Terá que haber constancia fidedigna de que este documento está outorgado nas condicións expostas no apartado anterior. Para estes efectos, a declaración de vontades anticipadas deberá formalizarse mediante algún dos procedementos que seguen:

- Ante notario. Neste suposto non será necesaria a presenza de testemuñas.
- Ante tres testemuñas maiores de idade e con plena capacidade de obrar...

Cómpre lembrar que para estes efectos que o art. 8 da Lei 3/1983, de normalización lingüística (en diante LNL) recoñece que «os documentos públicos outorgados en Galicia poderanse redactar en galego ou castelán», polo que se lle pode esixir ao/a notario/a que o outorgamento deste documento se faga en galego sen custo adicional ningún².

2.2. Os deberes sanitarios do paciente

O estatuto xurídico do/a paciente, en xeral, vén configurado tamén por unha serie de **deberes sanitarios**, compendiados no art. 15 da LSG que recolle, entre outros, os seguintes deberes e obrigas individuais:

5. Manter a debida observancia das normas establecidas en cada centro.
6. Asinar os documentos de alta voluntaria cando non desexe a continuidade do tratamento que se lle dispensa. Porén, o feito de non a aceptar non determinará a alta inmediata cando existan outros tratamentos alternativos, curativos ou paliativos e o ou a paciente desexe recibilos. Neste último caso, tal situación deberá quedar debidamente documentada despois da información correspondente.

² Actualmente a páxina web da Consellaría de Sanidade dispón dos modelos relativos a todo o proceso legal das instrucións previas (realización, solicitude de incorporación ao rexistro e cancelación) na nosa lingua no seguinte enderezo: <http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=20399>

8. Facilitar información veraz dos datos de filiación, identificación e do estado de saúde que sexan necesarios no seu proceso asistencial ou sexan solicitados por razóns de interese xeral debidamente motivadas.

10. Cumprir as normas e os procedementos de uso e acceso aos dereitos que se lle outorguen a través desta lei.

Escollemos de entre os deberes sanitarios aqueles cuxo contido ten relación máis directa entre a obediencia dunha orde que supón un comportamento activo e a comprensión do contido de tal orde, ben como a derivada da adopción de medidas sobre a saúde estadía que traen causa en ordes nas que é preciso comprender unha mensaxe relativamente complexa, aínda que evidentemente tal principio se pode aplicar de calquera deber. Neste contexto cómpre preguntarse se cabe alegar por parte do/a paciente a esixencia de que a orde sexa transmitida en galego como presuposto do seu cumprimento ou, dito doutro xeito ou levado o suposto un chanzo máis adiante, se a transmisión da orde unicamente en castelán pode supoñer dispensa do seu cumprimento. Isto, que pode parecer unha desmesura, pode resultar máis habitual do imaxinado, se ante unha orde verbal se retruca que non se entende ben, ou mesmo se –como é abrumadoramente habitual– a documentación que se nos facilita e que debemos encher está exclusivamente en castelán e a demandamos en galego.

Neste caso, á marxe da consideración do réxime de oficialidade lingüística, cabe imaxinar a negativa do paciente a se someter a un tratamento como consecuencia de non comprender axeitadamente tal tratamento que se lle quere aplicar ou a diagnose que se lle vén de facer. É difícil pensar na aplicación de calquera tipo de sanción derivada do cumprimento de ordes do persoal sanitario derivadas, á súa vez, da incompreensión da mensaxe, simplemente porque existe un vicio na formación da vontade que nos impide actuar de conformidade do que nos é esixible desde o punto de vista substantivo.

No caso concreto da non adopción de decisións derivada da incompreensión da mensaxe, xa vimos como a xurisprudencia lle esixe ao persoal facultativo a proba de que a mensaxe foi transmitida en termos en que resultase efectivamente comprensible para o/a paciente, de xeito que a posición procesual, como veremos, beneficia ao paciente que a alega. Unha cousa diferente é que estas situacións puideren xerar supostos de responsabilidade patrimonial para a Administración pública, algo que só se verificaría, como tamén veremos, se delas se derivaren danos.

Canto á opoñibilidade da esixencia da transmisión de información ou de ordes de obrigado cumprimento para o paciente en lingua galega, só pode razoarse xuridicamente desde a perspectiva da oficialidade lingüística, que abordamos a seguir.

3. Estatuto xurídico-lingüístico do/a paciente nos centros sanitarios públicos

3.1. Os dereitos lingüísticos dos pacientes desde a perspectiva da oficialidade lingüística. Contido estatutario e legal.

3.1.1. Estatuto de autonomía

O art. 5 do Estatuto de autonomía de Galicia (en diante EAG) establece a oficialidade da lingua galega á que lle atribúe, ademais, o carácter de lingua propia, nos seguintes termos:

1. A lingua propia de Galicia é o galego.
2. Os idiomas galego e castelán son oficiais en Galicia e todos teñen o dereito de os coñecer e de os usar.

Como consecuencia do anterior, a alínea 3, logo de atribuír aos poderes públicos de Galicia a responsabilidade de garantir o uso normal das dúas linguas oficiais («garantirán o uso normal e oficial dos dous idiomas»), confírelles un mandado especial de fomento da nosa lingua, cando imperativamente establece que: «**potenciarán o emprego do galego** en tódolos planos da vida pública, cultural e informativa, e disporán os medios necesarios para facilita-lo seu coñecemento», para rematar engadindo que «Ningúen poderá ser discriminado por causa da lingua».

A regulación contida no EAG é relativamente parca, como é normal neste tipo de textos, e deixa sen resolver que efectos ten a declaración de oficialidade. Achega, non obstante, un novo elemento á definición do marco lingüístico pola cualificación do galego como lingua propia de Galicia.

Verbo da declaración de oficialidade había de ser a STC 82/1986 en relación coa Lei de normalización do uso do éuscaro a que indicara que «é oficial unha lingua, independentemente da súa realidade e peso como fenómeno social, cando é recoñecida polos poderes públicos como medio normal de comunicación en e entre eles, e na súa relación cos suxeitos privados, con plena validez e efectos xurídicos».

Son dous os extremos de interese na determinación constitucional do alcance da oficialidade; por unha banda, o de constituír un medio válido e con plenos efectos xurídicos de comunicación cos poderes públicos; e pola outra, a precisión de que a oficialidade non depende do número de falantes desa lingua.

Polo que respecta á definición como lingua propia do galego, esta sitúa a lingua, en palabras da doutrina «nun aspecto cualitativo de preferencia». Neste sentido a STC 337/1994 avala un trato desigual, que non discriminatorio, para as dúas linguas oficiais en función do carácter propio dunha delas que fai preciso unha acción normalizadora que debe, necesariamente, implicar accións de apoio singularizado. Así mesmo, a doutrina defende que a definición dunha lingua como propia ten un compoñente xurídico «de forma que a Administración ten que operar e relacionarse na citada lingua autonómica de forma principal». Vai ser, por tanto, a normativa ordinaria a encargada de encher de contido as declaracións programáticas contidas no Estatuto que, non por iso, deixan de ter un alto valor simbólico e político.

Do anteriormente exposto vemos a vaguidade das máximas normas do noso ordenamento xurídico en relación coa lingua, xa que, para alén da declaración de oficialidade, os preceptos constitucionais e estatutarios permanecen no terreo dos principios e da boa vontade sen fixaren nin tan sequera minimamente os límites nin o contido dos dereitos lingüísticos. Isto non é estraño, dado o propio carácter deste tipo de textos, e permítelle á lexislación posterior desenvolver a cuestión da forma máis adecuada no marco da constitucionalidade. A cuestión é fixar cal é ese marco de constitucionalidade de referencia porque a interpretación literal permite un amplo abano de solucións.

Deste xeito, o desenvolvemento do mandado de fomento do uso do galego recollido estatutariamente, como corresponde ao galego como lingua oficial e ademais propia de Galicia, prodúcese a través de dous tipos de normas:

- As xerais, de alcance transversal, como é o caso da LNL.
- As sectoriais, como son as circulares e instrucións da Consellaría de Sanidade para garantir o cumprimento do seu ámbito de actuación dos fins previstos na normativa xeral.

Dentro do ámbito competencial galego, débese considerar, asemade, o Plan xeral de normalización da lingua galega, de carácter híbrido en relación ao ámbito de actuación verbo dos anteriores, e de natureza xurídica non normativa, ao ser un acordo parlamentario sen forza de lei. Con todo, ao emanar dun organismo como o Parlamento de Galicia, que ten competencias en materia lingüística, e ademais ao ser aprobado pola unanimidade dos partidos políticos alí representados, debe terse presente como criterio hermenéutico de primeira orde.

Á marxe da normativa anterior, debemos considerar as disposicións de carácter estatal que, por afectaren ao ámbito administrativo, vinculan a administración sanitaria e teñen contido lingüístico, como é o caso da Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común (en diante LRXAP-PAC) e mais do tratado internacional coñecido como Carta Europea das Linguas Rexionais ou Minoritarias (en diante CELRM).

Agruparemos o estudo normativo que configura o estatuto xurídico-lingüístico do/a paciente na actualidade en función do eido competencial da normativa e dentro desta, segundo a progresión desde a norma xeral á sectorial e ás instrucións ditadas pola Administración sanitaria.

3.1.2. Normativa galega e actuación administrativa sectorial

3.1.2.1. Lei de normalización lingüística

O título II da LNL, rubricado «Do uso oficial do galego», recolle no seu artigo 6 que:

1. Os cidadáns teñen dereito ó uso do galego, oralmente e por escrito, nas súas relacións coa Administración Pública no ámbito territorial da Comunidade Autónoma.
2. As actuacións administrativas en Galicia serán válidas e producirán os seus efectos calquera que sexa a lingua oficial empregada.
3. **Os poderes públicos de Galicia promoverán o uso normal da lingua galega, oralmente e por escrito, nas súas relacións cos cidadáns.**
4. A Xunta ditará as disposicións necesarias para a **normalización progresiva** do uso do galego.

Os parágrafos tres e catro son o mandado legal concreto de acción pública en prol do galego na actividade administrativa, que obriga aos poderes públicos a pasaren dunha posición estritamente neutral coas dúas linguas oficiais, a tomaren partido activo pola lingua propia, mediante a súa acción positiva, **promovendo** o seu uso (a RAG define *promover* como ‘Favorece-la creación ou o desenvolvemento de [algo]’) e fala explicitamente da súa dimensión externa, de relación coa cidadanía. Esta promoción ou acción positiva, que ten por finalidade a normalización do galego (entendida como política de igualdade no eido lingüístico e que busca crear as condicións para que todos os individuos que compoñen a sociedade galega teñan a oportunidade real de empregar o galego –porque o coñecen suficientemente e porque carecen de prexuízos cara ao idioma– en calquera situación da vida social, sen que esta decisión lles carrexase cargas adicionais), xa foi sinalada pola STC do 23/12/1994 que dixo que o mandado

de normalización ten como obxectivo xeral o de asegurar e fomentar o uso da lingua propia da CA e oficial desta e, para este fin, corrixir positivamente unha situación histórica de desigualdade respecto do castelán, permitindo acadar, de xeito progresivo e dentro das esixencias que a CE impón, o máis amplo coñecemento e utilización da devandita lingua no territorio.

Esta previsión vai acompañada do mandado legal á Administración autonómica de ditar normas e actos con esta finalidade, cara a que se camiñará de xeito progresivo (a RAG define este adxectivo como ‘Que se realiza ou ocorre seguindo unha progresión’, e define este último termo como ‘Acción e efecto de progresar, de aumentar, avanzar ou crecer dun xeito regular e continuo’). Precisamente estudamos agora os actos ditados no eido especificamente sanitario público, logo de reparar nas mencións que na Lei galega de función pública se fai da lingua.

3.1.2.2. Lei de función pública de Galicia

O Decreto lexislativo 1/2008, do 13 de marzo, polo que se aproba o texto refundido da Lei da función pública de Galicia (en diante LFPG) apenas contén mencións ao réxime de cooficialidade lingüística, o que non deixa de ser significativo, e cando o fai unicamente é para se referir ás condicións de acceso á función pública en Galicia, nunca para regular o contido lingüístico da súa relación estatutaria, internamente ou de cara á actividade pública coa cidadanía.

Cunha pésima técnica normativa, o lexislador no ano 2009 levou a cabo unha reforma na LFPG, a Lei 2/2009, que modificou precisamente o art. 35, único precepto que aborda a cuestión lingüística. Vexamos, a versión de 2008 determinaba que:

Para lle dar cumprimento á normalización do idioma galego na Administración pública de Galicia e para garantir o dereito das administradas e dos administrados ao uso da lingua propia de Galicia nas relacións coa Administración pública no ámbito da comunidade autónoma, e en cumprimento da obriga de promover o uso normal do galego por parte dos poderes públicos de Galicia que determina o artigo 6.3º da Lei de normalización lingüística, nas probas selectivas que se realicen para o acceso ás prazas da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, e nas entidades locais de Galicia, terase que demostrar o coñecemento da lingua galega.

Para estes efectos, as bases das convocatorias establecerán que unha ou máis das probas do proceso selectivo se deberán realizar exclusivamente en lingua galega, e iso sen prexuízo doutras probas adicionais, que se puidesen prever, para aqueles postos de traballo que requiran un especial coñecemento da lingua galega.

En realidade, tampouco era un exemplo de boa técnica normativa, pois seguramente sobra toda a mención inicial do primeiro parágrafo: a finalidade da capacitación do funcionariado para garantir dereitos lingüísticos é algo que deriva tanto do EAG como da LNL, sen que en sede de desenvolvemento dos requisitos de acceso á función pública sexa preciso reiteralo na norma. É coma se houbera que xustificar a necesidade de coñecemento do idioma dun xeito adicional, coma se no resto de leis non ficase de abondo claro. Sexa como for, unha vez xustificado o que se vai pedir, o inciso final do primeiro parágrafo obriga a demostrar o coñecemento da lingua, mentres que o segundo establece a forma de facelo (que son realmente as prescricións de carácter normativo neste contexto).

Pois ben, a reforma operada neste artigo 35 pola Lei 2/2009 introduce un primeiro parágrafo que di que:

A Administración garantizará os dereitos constitucionais e lingüísticos das cidadás e dos cidadáns galegos, tanto respecto do galego, como lingua propia de Galicia, como do castelán, lingua oficial en Galicia.

Esta mención aquí é totalmente superflua e extravagante. Superflua porque como se dixo antes nada engade ao réxime de protección dos dereitos lingüísticos, que xa están recoñecidos noutra normativa substantiva –sen prexuízo de que logo, unha vez que está aquí a aleguemos como norma vixente que é–, e superflua tamén porque o precepto non podería dicir outra cousa, baixo pena de vulnerar o art. 103.1. da CE entre outras moitas normas. A utilidade desta mención estaría se o precepto se situase sistematicamente no feixe de dereitos ou deberes que conforman o estatuto xurídico do funcionariado ou dos/as administrados/as, como norma de cabeceira, mais non aquí, á hora de regular o acceso á función pública, de aí que a súa sistemática sexa extravagante.

Logo de manter parcialmente a redacción da xustificación do requisito do coñecemento do galego, establece que esta esixencia se verificará mediante a inclusión dun «exame de galego, salvo para aqueles que acrediten o coñecemento da lingua galega conforme á normativa vixente. As bases das convocatorias dos procesos selectivos establecerán o carácter e valoración deste exame»; exímese, así, do exame de galego a quen tiver adquirido o mérito, algo que normalmente ocorre mediante o certificado do ensino medio.

Á marxe da polémica política que rodeou esta modificación lexislativa –recollida no preámbulo da norma–, aspecto en que non imos entrar, pódese afirmar que a redac-

ción actual do art. 35 da LFPG non contradí as normas substantivas de normalización, e que efectivamente se garanten os dereitos lingüísticos a que se refire o parágrafo primeiro, sempre que o inciso da norma «As bases das convocatorias dos procesos selectivos establecerán o carácter e valoración deste exame» non supoña en ningún caso a creación de convocatorias que eximan do coñecemento suficiente, oral e escrito, por parte dos/as aspirantes a funcionarios/as. No caso de que así for, as convocatorias aprobadas serían ilegais por infrinxiren non só o parágrafo primeiro e o inciso inicial do segundo deste artigo 35, senón tamén o art. 5 do EAG, o art. 6 da LNL e a doutrina constitucional sobre o significado da oficialidade lingüística, establecido nas SSTC 82/1986 e 46/1991.

Como consecuencia do anterior, aínda que descontextualizado sistematicamente, o art. 35 da LFPG contén as seguintes garantías lingüísticas para os cidadáns que se relacionan coa Administración pública autonómica:

- a) Os respecto aos dereitos lingüísticos garantido en toda a normativa substantiva que constitúe o núcleo de dereito ao uso oral e escrito do galego na administración pública;
- b) A garantía da efectividade deses dereitos nas relacións co funcionariado;
- c) A asunción por parte do funcionariado das funcións que as leis encargan á administración na garantía dos dereitos lingüísticos dos cidadáns;
- d) A imposibilidade de alegación de descoñecemento do galego por parte do funcionariado para dispensar atención oral ou escrita ao administrado;
- e) A asunción do papel normalizador da administración por medio do funcionariado que a conforma.

Comprobamos, así, que a norma ten un claro carácter medial, en canto conceptúa a aptitude do aspirante a funcionario como medio para acadar un fin que non é, senón, o de garantir a posición de supremacía do/a cidadán/á á hora do exercicio dos dereitos lingüísticos derivados da cooficialidade, o cal obriga ao funcionario ao cumprimento deses fins; obriga que deriva da relación de especial suxeición do funcionario coa administración, da que é axente destinado ao cumprimento dos fins de interese xeral que se derivan desta, e non un cidadán calquera que poida exercer as opcións (lingüísticas) que lle corresponderían se actuase como particular (*vid.* extensamente este particular nas SSTC 46/1991 e 27/1991).

Con todo, teremos que acudir ao EBEP para acharmos unha norma dirixida directamente a asegurar a atención en galego dos cidadáns como deber dos funcionarios, como logo veremos. É criticable, no entanto, que a norma sectorial de referencia no eido sanitario (a LSG) non conteña mención ningunha neste sentido. Unicamente inferimos a través do art. 111, titulado «Principios e criterios xerais de ordenación», que xunto aos fundamentos xerais de actuación incorporados a esta lei e daqueles que son propios do Estatuto xeral dos empregados públicos e do Estatuto marco do persoal estatutario dos servizos de saúde, a ordenación do persoal da saúde inspirarase nos seguintes principios e criterios: *a)* Garantía de servizo á cidadanía; *b)* Mellora da relación entre o persoal da saúde e o usuario e/ou a usuaria do sistema sanitario. Por tanto, é máis significativa a nivel normativo a remisión ao EBEP que a mención da LSG.

3.1.2.3. Lei de transparencia e de boas prácticas na administración pública galega.

A Lei 4/2006, do 30 de xuño, de transparencia e de boas prácticas na Administración pública galega (en diante LTBP), establece unha serie de actuacións obxecto de desenvolvemento e aplicación transversal por todas as administracións que conforman o sector público galego e os concesionarios dos servizos públicos.

O art. 2 sinala como principios xerais de actuación destas administracións, ademais dos deseñados na CE, no EAG e no resto do ordenamento, un en materia lingüística:

- j) Promover o uso normal do galego, oralmente ou por escrito, nas relacións coa cidadanía, sen prexuízo do dereito de non-discriminación por razóns da lingua.

Doutra banda, cunha finalidade claramente normalizadora, por exemplificarizante desde o punto de vista sociolingüístico, establécese un mandado específico para os membros do Goberno e altos cargos da administración (os que cita no art. 14), aos que se lles impón adecuar a súa actividade a unha serie de principios éticos e de actuación (art. 15.2.7º), entre os que figura, en termos imperativos que: «Usarán normalmente o galego, oralmente e por escrito, nas relacións coa cidadanía».

Finalmente, na concesión de servizos públicos os concesionarios deberán garantir (art. 12.2.3º da LTBP) aos usuarios a utilización de «á súa elección, o galego ou o castelán nas súas relacións coa entidade concesionaria e cos seus representantes e traballadores».

3.1.2.4. Circulares e instrucións da administración sanitaria

3.1.2.4.1. Precisións sobre a natureza xurídica destes actos

Dentro do deber de promoción do galego, que leva á Xunta á obriga de adoptar as disposicións e actos que sexan precisas para a normalización progresiva do galego, a Administración adoptou diversos acordos sectoriais que inciden positivamente no uso da lingua, co fin de dar cumprimento ao art. 6.3. da LNL.

No eido sanitario debemos referirnos en concreto á seguinte actuación administrativa:

- Circular 5/1997;
- Circular do 27/11/2003;
- Instrución 11/2005;
- Plan de obxectivos estratéxicos 2006.

Antes do estudo do seu contido, precisemos a natureza xurídica das circulares e instrucións, que non son propiamente normas xurídicas, senón que o característico destes instrumentos é que teñen eficacia meramente *ad intra* da organización administrativa, isto é, diríxense aos inferiores xerárquicos e non aos cidadáns, aínda que de xeito indirecto puideren afectar ás relacións que a Administración mantén cos particulares. Tampouco ordenan xuridicamente as relacións internas entre os órganos administrativos ou entre a Administración e o persoal ao seu servizo. Trátase só de directrices para guiar o funcionamento interno dos servizos, de aí que non poidan considerarse verdadeiras normas regulamentarias (*vid.* as SSTs 21/6/2006, 26/1/2007 ou do 2/3/2007).

A súa regulación atópase na LRXAP-PAC, que dispón no seu art. 21, baixo a rúbrica de «Instrucións e ordes de servizo» que:

1. Os órganos administrativos poderán dirixir as actividades dos seus órganos xerárquicamente dependentes mediante instrucións e ordes de servizo. (...)
2. O incumprimento das instrucións ou ordes de servizo non afecta por si só á validez dos actos ditados polos órganos administrativos, sen prexuízo da responsabilidade disciplinaria en que se poida incorrer».

Esta configuración non impide a súa posibilidade de impugnación xurisdiccional como verdadeiras normas xurídicas cando limitaren os dereitos dos seus destinatarios (STC 26/1986) ou vulneraren a orde constitucional de competencias (SSTC 27/1983 ou 249/1988).

Finalmente, tal como precisa a norma:

- a. O seu incumprimento poderá determinar a responsabilidade disciplinaria do funcionario por desobedecer unha orde dun superior xerárquico (arts. 93 e ss. do EBEP);
- b. A lei aclara que *por si só* o incumprimento das instrucións e circulares non determina a invalidez do acto; matízase isto porque un incumprimento singular e inxustificado das instrucións recibidas pode ser alegado polo cidadán que o padece como unha infracción do principio de igualdade, se se dispensou un trato discriminatorio, ou no seu caso do de seguridade xurídica ou do de confianza lexítima, por non aterse a Administración aos seus propios actos.

3.1.2.4.2. Evolución da ordenación administrativa sanitaria dos dereitos lingüísticos

A seguir, achégase un breve repaso sobre o contido das anteriores instrucións internas, co fin de contrastar a evolución coa situación regulatoria actual.

3.1.2.4.2.1. Circular da Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade e Servizos sociais nº 5/1997³.

Esta circular, ditada pola Secretaría Xeral Técnica o 20/12/1996 e cuxas destinatarias son as delegacións provinciais da Consellaría e as direccións provinciais do Sergas, parte de constatar no seu primeiro parágrafo a seguinte realidade: «vén utilizándose nas Delegacións e Direccións provinciais da Consellaría de Sanidade e do Sergas impresos e distinto material normalizado⁴ redactado nun solo idioma; o castelán, dos dous oficiais na nosa CA». Ante isto, e malia recoñecer que nos documentos que producen efectos fóra de Galicia non se pode obviar o castelán, «o certo é que en toda a documentación que circunscribe o seu uso e efectos ao territorio de Galicia ten que utilizarse o idioma galego» (subliñado no orixinal) e achega como argumentos:

³ Esta circular pódese consultar no enderezo web: <<http://www.cig-saude.org/AGMEDICA/html/circular5-97.htm>>

⁴ Emprégase neste contexto o termo «normalizado» co sentido de estandarizado, xeneralizado para un uso concreto.

- Coherencia lexislativa;
- Ser a lingua galega a nosa principal característica autoidentificadora fronte ás restantes nacionalidades e rexións do Estado.

A fonte lexislativa que lexitima tal intervención administrativa en dicir da circular é o art. 6.3. da LNL e con base nese precepto substantivo dita tres instrucións:

PRIMEIRA.- En aplicación do disposto no artigo 6.3 da Lei 3/1983, de 15 de xuño de normalización lingüística **deberá empregarse** o idioma galego en toda comunicación escrita, orixinal ou normalizada, que cause efectos no territorio da CA de Galicia;

SEGUNDA.- Os impresos normalizados ou aqueles que resulten do emprego ou aplicación de técnicas informáticas ou medios electrónicos, informáticos ou telemáticos, de carácter repetitivo, que debas causar os seus efectos fóra do ámbito competencial da administración sanitaria de Galicia, **utilizarán** as linguas galega e castelá. A tales efectos, deberase proceder, no prazo máis breve posible, á confección dos impresos correspondentes adaptados á presente instrución e a adecuación dos programas informáticos que resulten afectados.

TERCEIRA.- A presente circular deberá difundirse a todo-lo servicios, unidades e centros, **tanto administrativos como sanitarios**, que radiquen no ámbito territorial de competencia da respectiva Delegación ou Dirección provincial.

O ámbito normalizador da circular abrangue toda **comunicación escrita**, quer individualizada (*orixinal*) quer xeneralizada (*normalizada*) que emane da Administración sanitaria, sexan unidades administrativas, sexan sanitarias as que elaboren os documentos. Ademais, naqueles casos en que o documento teña como ámbito normal en que produce efectos a CA de Galicia só se establece o emprego obrigatorio do galego, en coherencia co principio de iniciativa en galego da administración, sen prexuízo dos dereitos individualmente recoñecidos para recibir a información en castelán a pedimento da persoa interesada no caso concreto.

Como consecuencia do anterior, deberan estar redactados en galego, entre outros:

- Todos os informes elaborados polo persoal sanitario relativos á saúde do/a paciente (diagnóstico, prognóstico, tratamentos) –documento sanitario orixinal–;
- Toda a sinalética informativa, tanto estable como ocasional, que figuren en taboleiros e paredes dos hospitais, xa estableza normas de procedemento, xa de urbanidade, xa de información sanitaria (documento sanitario/administrativo normalizado);

- Formularios de toda clase de carácter administrativo ou sanitario (documentos normalizados).

Con todas as deficiencias técnicas que se lle queiran apoñer, débese recoñecer o valor de ser a primeira circular sectorial sanitaria que abordou o tema, aínda que sexa criticable tanto a ausencia de difusión como a tardanza en se emitir desde a aprobación da LNL en que se funda.

3.1.2.4.2.2. Circular da Secretaría Xeral da
Consellaría de Sanidade de 27 de
novembro de 2003⁵

Tras a aprobación no Parlamento de Galicia, na súa sesión do 8/10/2002, dunha moción en que se instaba á Xunta de Galicia a «realizar en galego todas as actuacións internas e externas da Xunta de Galiza que teñan que ver con administracións públicas galegas» a Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade enviou un novo requirimento onde se dicía que «polo presente **reitéraselle o cumprimento** da Circular 5/1997». Esta instrución presenta dúas novidades:

- Incorpora unha advertencia sobre a necesidade de cumprimento: «comunicáselle que se fará un control de cumprimento da mesma»;
- Amplíanse os destinatarios da instrución, que serán, alén dos delegados provinciais da Consellaría de Sanidade e directores provinciais do Sergas, os xerentes de Atención Especializada e de Atención Primaria.

Porén, nada nos consta no momento de elaborar este relatorio acerca do control do cumprimento da instrución por non dispoñermos dos datos da Secretaría Xeral publicados nese sentido.

⁵ O documento orixinal pódese consultar no seguinte enderezo web: <<http://www.cig-saude.org/AGMEDICA/html/circular-271103.htm>>

3.1.2.4.3. Instrucións vixentes de referencia

3.1.2.4.3.1. Instrución da Secretaría Xeral da Consellaría de Sanidade e Secretaría Xeral do Sergas nº 11/2005⁶

Esta instrución é sen dúbida a que posúe maior rigor técnico das tres aquí expostas. O seu ámbito normalizador é idéntico ás anteriores, mais incorpora especificacións que a converten no texto de referencia, até o punto de poder afirmarse que as anteriores quedan subsumidas no contido aquí recollido.

O seu ámbito de aplicación engloba a Consellaría de Sanidade e o Sergas, e o seu preámbulo, que contén a xustificación da decisión da instrución tanto no plano político como no normativo, ampárase nos arts. 3 da CE –que establece a cooficialidade lingüística de acordo co Estatuto de autonomía–, no art. 5 do EAG –que establece o carácter de lingua propia do galego e a súa oficialidade, e o dereito de todos de coñecelo e usalo–, e nos artigos 4 e 6 da LNL, que practicamente se limita a reproducir.

Polo que fai ao contido da circular, consta de seis instrucións, co seguinte contido:

Segundo a **primeira**, «deberá empregarse o idioma galego nas comunicacións escritas, orixinais ou normalizadas, que se produzan nos ámbitos de actuación da Consellería de Sanidade e do Sergas».

Este principio coñece dúas excepcións na Instrución:

- Aqueles documentos que deban surtir efecto fóra do territorio da Comunidade Autónoma de Galicia;
- Os dirixidos aos interesados que así o solicitaren expresamente.

A **segunda** dedícase a definir o ámbito material de aplicación da instrución ao dar un concepto propio de documento administrativo, como «todo soporte no que se materializan os **actos** administrativos», e que aparecen clasificados en:

- documentos de decisión (resolucións e acordos),
- de transmisión (notificacións, publicacións, oficios e notas interiores),

⁶ O documento orixinal pódese consultar no seguinte enderezo web: <<http://www.cig-saude.org/AGMEDICA/html/Instruccion-emprego-do-galego.pdf>>

- de constancia (actas e certificados), de xuízo (informes),
- de constatación doutro anterior (copias) e,
- en xeral, os emitidos ou ditados no marco dos procedementos administrativos.

A **terceira** instrución estende o ámbito de aplicación ao resto de produción documental **non** encadrable nun procedemento administrativo, e cita expresamente:

- publicacións,
- documentación informativa,
- cartelaría, e
- folletos ou boletíns, elaborados pola Consellería de Sanidade e o Sergas.

As instrucións segunda e terceira melloran notablemente a redacción de 1995, que obrigaba a facer unha interpretación integradora que abranguese toda a documentación escrita, e obrigaba a encadrar tanto os que formaban parte do procedemento administrativo como os que non. A instrución actual, xa que logo, despexa tal vaguidade e presenta unha clasificación no caso dos documentos administrativos, que debe ser eloxiada pois é omnicomprensiva de todas as actuacións encadrables nun procedemento administrativo, mentres que a segunda abrangue o resto, e préstalle un especial interese a todo o relativo aos folletos e á sinalética que, deste xeito (nomeadamente a sinalética ocasional), fica expresamente incluída no ámbito de aplicación da instrución.

A **cuarta** establece cal debe ser a lingua de comunicación escrita inicial da administración sanitaria cando esta non ten a iniciativa cos cidadáns, é dicir, cando son estes os que se dirixen a ela en primeiro lugar; a instrución fai prevalecer o galego con independencia da lingua empregada polo usuario:

Con independencia da lingua empregada nas solicitudes, denuncias, alegacións, escritos de interposición de recursos, peticións ou reclamacións, presentadas polos cidadáns ante a Consellería de Sanidade ou Sergas, as contestacións e calquera outra información escrita emanada da administración sanitaria galega realizárase en galego.

Esténdese, así, expresamente o principio de iniciativa positiva en galego, como deber de promoción, a aqueles casos en que é compélida a actuar polos cidadáns, actitude que se cohonesta co mandado do art. 6.3. LNL.

A excepción que coñece este principio é unicamente o dereito individual dos cidadáns a recibiren a información en castelán se así o solicitaren expresamente. É dicir, articúlase o sistema sobre o principio de que **a interacción coa administración en castelán**

non lexitima a esta para contestar por escrito en castelán: o emprego desta lingua non é equivalente á solicitude individual de atención escrita en castelán.

A instrución **quinta** obriga a dispoñer de versión bilingüe castelán e galega de determinados documentos, que son «aqueles que deban causa-los seus efectos tanto dentro como fora (sic) da Comunidade Autónoma de Galicia». É dicir, non se obriga a ter *a priori* dispoñibilidade de toda a documentación escrita en castelán, senón só daquela cuxos efectos se puideren proxectar indistintamente en administracións sanitarias de diferentes comunidades autónomas.

É máis, tampouco se fai extensiva esa obriga a todos os documentos que puideren ter que producir efectos fóra de Galicia, senón **só** aos seguintes materiais escritos:

- Os impresos normalizados.
- Aqueles que resultaren do emprego ou aplicación de técnicas informáticas ou medios electrónicos, informáticos ou telemáticos, de carácter repetitivo.

A modo de garantía do dereito, ordénase proceder, no prazo máis breve posible, á adaptación da documentación correspondente e dos programas informáticos que resultaren afectados polas presentes instrucións, o que resulta, á vista da praxe no Sergas, de máis utilidade para a galeguización que para a castelanización da documentación.

Finalmente, prevese na instrución **sexta** a difusión «a todos os servizos, unidades e centros, tanto administrativos como sanitarios, que radiquen no ámbito territorial dos seus destinatarios».

Como crítica á Instrución pódese advertir claramente a ausencia de calquera tipo de mandado sobre as actuacións orais, o que non deixa de chamar a atención pola determinante influencia que sobre a relación sanitaria ten a lingua inicial de contacto entre as partes. Haberá que agardar ao 2006 para que se complete esta carencia.

3.1.2.4.3.2. Circular sobre o desenvolvemento dos obxectivos do PXNLG no POE 2006

As instrucións de servizo anteriores deben ser completadas con esta circular, dirixida aos centros hospitalarios, centros de atención primaria e direccións provinciais do Sergas, sobre os obxectivos do Plan de obxectivos estratéxicos (POE) do ano 2006, asinado polo director xeral de Asistencia Sanitaria, no que se sinala que:

Dentro dos obxectivos establecidos para o ano 2006 entre o Sergas e as distintas xerencias figura no apartado de Calidade, punto 5, o Plan de Normalización Lingüística: aplicación na atención ao usuario.

Os obxectivos que hai que **acadar** neste sector son:

- Concienciar ao persoal sanitario e non sanitario da necesidade de atender e prestar os seus servizos (sanitarios e asistenciais) **utilizando prioritariamente a lingua galega** e, *no* seu caso, o idioma en que o usuario estea instalado.
- *Potenciar* o emprego da lingua galega na área sanitaria.
- Asegurar que ningún cidadán galego se sinta discriminado ou obstaculizado por utilizar o galego nas súas relacións cos servizos sanitarios, **respectando os seus dereitos lingüísticos** e culturais.

Por todo o exposto anteriormente establecemos no POE 2006 as seguintes **actuacións** a desenvolver:

- Garantir que o idioma galego figure en toda a sinalización interna e externa dos Centros Sanitarios, incluíndo a cartelería e os paneis informativos.
- Garantir que a documentación escrita elaborada nos Centros Sanitarios para usos internos e externos (circulares, notas interiores, folletos, follas de instrucións, formularios, etc.), sexa redactada integramente en galego.
- Garantir que nos servizos de recepción e de atención ao usuario de todos os centros sanitarios de Galicia, **o saúde e o primeiro contacto cos usuarios (telefónico ou de presenza física) se faga sempre en idioma galego».**

Subliñamos en negra as principais innovacións respecto á instrución de 2005 e delas cómpre incidir nos seguintes puntos:

- a. Por vez primeira alúdese á necesidade de concienciar os profesionais sanitarios sobre o uso do galego, é dicir, realizar un labor normalizador que exceda da tradicional estratexia da capacitación técnico-lingüística para conseguir rematar cos prexuízos existentes en relación co uso das linguas nas relacións profesionais.
- b. Por vez primeira, tamén, alúdese aos dereitos lingüísticos como categoría autónoma que conforma o estatuto de dereitos dos usuarios da administración sanitaria.
- c. É, de igual modo, innovadora a referencia á oferta positiva oral, é dicir, trátase de asegurar que o primeiro contacto —as primeiras palabras— que reciba o/a cidadán/a que se achegar a un centro sanitario sexan en galego.

Polo demais, como principal aspecto criticable debemos sinalar o descoñecemento xeneralizado desta circular, que tivemos que reproducir literalmente por non atoparmos a día de hoxe ningunha páxina web que a tivese publicada, o que dá idea da súa falta de difusión.

3.1.2.5. O Plan xeral de normalización da lingua galega

O Plan xeral de normalización da lingua galega, aprobado por unanimidade do Parlamento de Galicia o 21 de setembro de 2004 é un acordo parlamentario que non ten rango de norma xurídica, mais si presenta innegables efectos hermenéuticos sobre a normativa vixente e constitúe un mandado de primeira orde para os poderes públicos de Galicia, por dúas razóns. No plano político porque foi aprobado por unanimidade, o que expresa o sentir de toda a sociedade representada na cámara galega, de xeito que as opcións sociais ou políticas que contestan o seu contido se sitúan fóra do arco parlamentario e dun consenso central da sociedade; e no plano interpretativo da normativa e de mandado aos poderes públicos, singularmente á Administración autonómica, porque o Parlamento se pronuncia con este documento verbo dunha materia sobre a que ostenta plenas competencias lexislativas, o que difire substancialmente dunha declaración de intencións sobre algún asunto en que non as tivese, onde a súa función sería meramente simbólica.

Pois ben, o PXNLG dedica o seu sector 5⁷ á sanidade, e dentro da Área 1 á sanidade pública e privada. Interésanos sinalar que como obxectivo de actuación está:

- Promover a normalización do uso da lingua galega nos centros de atención primaria, nos puntos de atención continuada e nos centros hospitalarios dependentes da Consellería de Sanidade.
- Lograr que todos os dispensadores de servizos sanitarios e asistenciais teñan coñecemento de galego abondo para poderen practicar a Oferta positiva nesta lingua.
- Garantir o cumprimento dos dereitos lingüísticos dos usuarios de servizos sanitarios e asistenciais.
- Promover a normalización do uso da lingua galega nas empresas privadas dispensadora de servizos sanitarios e asistenciais.
- Garantir o cumprimento dos dereitos lingüísticos dos usuarios de servizos sanitarios e asistenciais.

⁷ Páxinas 163-177.

Para acadalos, pártese (seica) dun punto forte que é a «existencia dun marco legal que permite o uso e promoción do galego», e que se articula sobre a directriz estratéxica de «Cumprir a Circular nº 5/97 da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, que recolle a seguinte instrución: ‘Deberá empregarse o idioma galego en toda comunicación escrita, orixinal ou normalizada, que cause efectos no territorio da Comunidade Autónoma de Galicia’». Como xa vimos, esta circular foi superada pola 11/2005 que, con todo, non fixou pautas de atención oral.

No tocante ao punto débil sinálase a normativa insuficiente na protección do galego do usuario. Concretamente, denúnciase que o Decreto 316/90 –que regula as publicacións da Xunta de Galicia– e a Orde do 26 de xuño de 1995 –pola que se regula a normalización das memorias dos hospitais do Sergas– non inclúen ningunha referencia ao respecto. É máis, cómpre sinalar, que seis anos despois da aprobación do PXNLG só se acadou que na instrución de 2005 se mencionase a obriga de publicar en galego, sen que tal mandado obtivese relevancia normativa xeral mediante a modificación dos devanditos regulamentos.

Como obxectivos específicos o PXNLG fixa para o ámbito sanitario estes dous:

- Garantir o dereito dos cidadáns galegos a que a atención e prestación de servizos sanitarios e asistenciais sexan na lingua propia do país.
- Asegurar que ningún cidadán galego se sinta discriminado ou obstaculizado por utilizar o galego nas súas relacións coas institucións sanitarias, respectando os seus dereitos lingüísticos e culturais.

Así mesmo, o Plan achega unha novamente incumprida batería de medidas, por máis que moitas delas son absolutamente básicas:

- 5.1.1. Establecer con claridade os dereitos lingüísticos dos usuarios dos servizos de sanidade e as correspondentes obrigas do persoal sanitario.
- 5.1.2. Elaborar un Manual dos Servizos de Recepción para o uso cotián na asistencia sanitaria.
- 5.1.3. Campaña de información entre os usuarios da sanidade para que coñezan o seu dereito a que os atendan en galego.

Outro grupo de medidas (5.1.B) ten como referente «Promover o compromiso activo da Administración sanitaria pública nas actividades de normalización da lingua galega», para o que se dispoñen fermosas propostas de actuación nunca realizadas:

- 5.1.4. Campaña de información entre os profesionais da medicina pública e privada verbo da utilidade terapéutica de utilizar a lingua do paciente, os dereitos do usuario a que o atendan en galego e invitándoos a practicar a Oferta positiva cos seus pacientes.
- 5.1.5. Crear un premio anual de recoñecemento a aqueles establecementos sanitarios que máis se destaquen na tarefa da normalización lingüística.
- 5.1.6. Establecer cláusulas a prol da normalización lingüística nas distintas modalidades de contrato para a prestación de servizos sanitarios que subscribe o Servizo Galego de Saúde con entidades privadas.

Outro tanto pode dicirse do grupo de medidas 5.1.C, que xa parte incluso dunha premissa parcialmente falsa, como que «A documentación normativa, a sinalética dos centros públicos, as publicacións oficiais, así como as aplicacións informáticas provenientes da Consellería de Sanidade e do Sergas están en galego». Neste eido non se constatan avances normativos na atención oral, si na escrita, aínda que obviamente para incumprila por sistema en calquera dos hospitais comarcais do País. Pretendíase:

- Conseguir que a lingua galega sexa o idioma de uso habitual en todos os servizos de recepción e de atención aos usuarios de toda a rede pública asistencial.
- Conseguir que o galego sexa o idioma no que se redacten todos os carteis e rotulación dos centros da rede pública asistencial.
- Promover que a lingua galega sexa a habitualmente utilizada na redacción dos informes, incluídos os informes médicos, de todos os centros da rede pública asistencial.

Para o cal se dispoñen como medidas, entre outras:

- 5.1.7. Elaborar material divulgativo e de educación sanitaria escrito en galego (dietas, exercicios, recomendacións de estilos de vida, instrucións sobre os tratamentos, etc.) para entregarlles aos usuarios dos servizos sanitarios.
- 5.1.8. Editar en galego todos os programas e manuais de uso dos equipos informáticos e de comunicación que sexan subministrados ou utilizados pola Administración sanitaria para o mundo da medicina.
- 5.1.9. Establecer unha liña de axudas públicas destinadas a potenciar a presenza do galego nas publicacións científicas e de divulgación editadas en Galicia.

A apertura entre os anos 2010 e 2011 de diversos hospitais públicos (o último deles, no momento de peche destas actas, o Hospital Lucus Augusti, de Lugo) constata dúas realidades: que a sinalética fixa dos novos centros está rotulada en galego, e que a ocasional (a que se pon á man ou ten unha vocación máis ou menos provisoria) está redactada habitualmente en castelán, o cal evidencia os hábitos dos/as responsables

sanitarios que as realizan. Do trato que dispensan aos pacientes, tamén se evidencia habitualmente o descoñecemento ou o incumprimento non só das prescricións do PXNLG, senón das disposicións administrativas que lles son directamente aplicables, isto é: a instrución de 2005 e a circular de 2006.

3.1.3. Normativa estatal

3.1.3.1. O Estatuto básico do empregado público

A Lei 7/2007 aproba o Estatuto básico do empregado público (en diante EBEP), unha norma que ten a natureza xurídica de lei básica, o que significa que no desenvolvemento que a lei autonómica faga da regulación da función pública terá que respectar necesariamente os contidos marcados nela (arts. 149.1.18º e 150.1. da CE). A norma galega, a LFPG, é posterior ao EBEP e foi obxecto de dúas modificacións desde a súa aprobación. Porén, nin na redacción orixinal nin nas modificacións posteriores se estableceron preceptos que incidisen directamente no desenvolvemento do contido establecido no EBEP relativo á garantía de atención en galego, sen prexuízo do que de seguido se dirá.

En consecuencia, a norma de referencia para a garantía de atención lingüística en galego, tanto oralmente como por escrito, vén configurada polo art. 54.11, que establece entre os deberes de conduta dos funcionarios públicos o de que:

Garantirán a atención ao cidadán na lingua que o solicite sempre que sexa oficial no territorio.

O mandado non pode ser máis claro: está formulado de xeito imperativo e asegurando o resultado. Non impón a realización dun esforzo nin o despregamento dunha actividade concreta. Establece a aseguranza dun resultado e como queira que non limita este ao plano oral ou escrito, debe ser interpretado no seu sentido máis amplo para favorecer a efectividade do dereito lingüístico tanto na atención oral como na escrita.

Reparemos, ademais, que o carácter básico da norma implicará que este deber será predicable de calquera funcionario que traballe nunha administración radicada nunha comunidade autónoma con lingua oficial propia, calquera que for a administración: estatal, autonómica, local, institucional ou militar.

Polo demais, esta é a formulación substantiva que o art. 35 da LFPG enuncia sobre os dereitos lingüísticos. Cumpriría unha reforma lexislativa que desenvolvese axeitadamente na LFPG o contido deste art. 54.11 do EBEP e así recoller con rango legal as

prescricións da Instrución 11/2005 e da circular do POE 2006. Non obstante, mentres esa reforma non chega, a interpretación conxunta dos artigos 54.11 do EBEP e 35 da LFPG permite chegar ao mesmo resultado coa proxección de contidos de vinculación xurídica enunciados nesas normas internas, mais con alcance xeral, non porque o dispoñan a instrución ou a circular, senón porque o dispoñen o EBEP e a LFPG, do que as primeiras non son máis que especificacións.

3.1.3.2. A Lei de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

A Lei 30/1992, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común (en adiante LRXAP-PAC), que, ao igual que o EBEP, tamén ten carácter básico, coas consecuencias xa comentadas, establece o réxime lingüístico, pero en vez de enfocalo desde o punto de vista das relacións entre funcionariado e cidadanía, faino desde a perspectiva do procedemento. A súa formulación, criticada no seu día por ser excesivamente restritiva, establece, non obstante, o marco sobre o que posteriormente a lexislación autonómica pode legislar, aínda que significativamente a comunidade autónoma de Galicia aínda non o fixera.

Logo de declarar o art. 35, entre os dereitos dos cidadáns, que teñen o de «utilizar as linguas oficiais no territorio da súa Comunidade Autónoma, de acordo co previsto nesta Lei e no resto do Ordenamento Xurídico», sinala no art. 36, rubricado «Lingua dos procedementos», que:

1. A lingua dos procedementos tramitados pola Administración Xeral do Estado será o castelán. Non obstante o anterior, os interesados que se dirixan aos órganos da Administración Xeral do Estado con sede no territorio dunha Comunidade Autónoma poderán utilizar tamén a lingua que sexa cooficial nela.

Neste caso, o procedemento tramitarase na lingua elixida polo interesado. Se concorresen varios interesados no procedemento, e existise discrepancia en canto á lingua, o procedemento tramitarase en castelán, aínda que os documentos ou testemuños que requiran os interesados expídanse na lingua elixida polos mesmos.

2. Nos procedementos tramitados polas Administracións das Comunidades Autónomas e das Entidades Locais, o uso da lingua axustarase ao previsto na lexislación autonómica correspondente.

3. A Administración pública instrutora deberá traducir ao castelán os documentos, expedientes ou partes dos mesmos que deban producir efecto fose do territorio da Comunidade Autónoma e os documentos dirixidos aos interesados que así o soliciten expresamente. Se debesen producir efectos no territorio dunha Comunidade Autóno-

ma onde sexa cooficial esa mesma lingua distinta do castelán, non será precisa a súa tradución.

As principais consecuencias deste réxime podemos sintetizalas deste xeito:

- a) O precepto é de aplicación á Administración xeral do Estado, mentres que para as demais só funciona como regulación básica en defecto de normativa propia, que debe considerar as súas especificidades en función da conceptualización da lingua propia da CA como tal e dos fins da normalización; en definitiva, outórgalle o carácter preeminente á lingua propia sobre o castelán (art. 6.3. da LNL).
- b) O lexislador galego non desenvolveu un procedemento administrativo común ás administracións autonómica e local para Galicia, mais si fixo desenvolvementos sectoriais, concretamente no eido da lingua.
- c) A LNL funciona como norma de referencia en relación co papel que as administracións galegas deben cumprir no proceso normalizador e os usos lingüísticos nos procedementos; isto implica que a administración sanitaria debe empregar o galego como idioma inicial das súas relacións orais e escritas cos cidadáns (art. 6.3. da LNL).
- d) Canto ao idioma de contestación da Administración a STSXG do 19/10/2001 entende no seu FX 2.º que abonda o feito implícito de nos dirixir en galego á administración para que esta, por mera economía procesual, deba entender que esta é a nosa opción lingüística (formulada implicitamente nos termos do art. 36.1 parágrafo 2 da LRXAP-PAC), sen prexuízo do que a seguir se manifesta.
- e) A lingua dos procedementos tramitados pola administración sanitaria galega será o galego, canto idioma interno seu e lingua de uso preferente nas súas relacións externas, aínda que o cidadán se dirixa a ela en castelán, como único xeito de compaxinar a liberdade lingüística de empregar o castelán co deber da administración de fomentar o galego, cun único límite: o descoñecemento da lingua propia polo particular, que si xera a obriga de tradución para a administración. Así se pronunciou a STSX de Cataluña do 18/1/1996, que negou a tradución ao castelán de todo un expediente administrativo ao non existir lesión de dereitos ao cidadán.

- f) Toda comunicación oral ou escrita que un particular remita en galego ou castelán á administración sanitaria é válida e debe ser admitida. Con este fin, todas as unidades administrativas deben dispor de persoal cualificado para atender a cidadanía en lingua galega.

3.1.3.3. O contido da Carta Europea das Linguas Rexionais e Minoritarias en materia sanitaria

A CELRM, baixo o título «Autoridades administrativas e servizos públicos» contén no seu artigo 10 unha serie de disposicións que ten distintos destinatarios en función da autoridade política a que se refira a titularidade da Administración pública que actúe no territorio con lingua minorizada. Así, en relación coas **autoridades administrativas do Estado**, comprométese (alínea 1):

- a) a procurar que as autoridades administrativas utilicen as linguas rexionais ou minoritarias; ou
- (...)
- b) a poñer ó dispor formularios e textos administrativos de uso corrente pola poboación nas linguas rexionais ou minoritarias, ou en versións bilingües;
- c) a permitir ás autoridades administrativas redactar documentos nunha lingua rexional ou minoritaria.

A virtualidade deste primeiro precepto redúcese para o noso estudo ás entidades públicas relacionadas co eido sanitario dependentes do Ministerio de Sanidade ou outros (nomeadamente Xustiza ou Presidencia). Así, abranguen todo o relativo ao núcleo do réxime xeral da Seguridade Social (recoñecemento da alta, baixas, incapacidades...), ben como as demais mutuas asistenciais de determinados colectivos de servidores públicos, como a Mutua Xeral Xudicial, o Instituto Social das Forzas Armadas, o Instituto Social da Mariña etc.

No que a nós afecta máis directamente en relación á **atención sanitaria**, a alínea segunda dispón que:

No que afecta ás **autoridades locais e rexionais dos territorios** nos que reside un número de falantes de linguas rexionais ou minoritarias que xustifica as medidas a seguir, as partes comprométense a permitir e/ou a fomentar:

- a) o emprego de linguas rexionais ou minoritarias no marco da administración rexional ou local;

- b) a posibilidade para os falantes de linguas rexionais ou minoritarias de presentar demandas orais ou escritas nestas linguas;
- c) a publicación polas colectividades rexionais dos textos oficiais que están orixinariamente nas linguas rexionais ou minoritarias;
- d) (...)
- e) (...)
- f) (...)
- g) o emprego ou a adopción, no seu caso conxuntamente coa denominación na(s) lingua(s) oficial(is), das formas tradicionais e correctas da toponimia nas linguas rexionais ou minoritarias.

Este réxime desprega tamén os seus efectos á prestación de actividades de servizo público, entendida esta noción tal como se fai no marco do dereito comunitario, o que como repercusión práctica implicaría que ficaría dentro do seu ámbito a prestación de servizos sanitarios por entidades privadas, na medida que realizan actividades que queden amparadas polo concepto de servizo público. Dise neste sentido (art. 10.3) que:

No que afecta ós **servizos públicos asegurados polas autoridades administrativas** ou por outras persoas que operan por conta delas, as partes contratantes comprométense, nos territorios nos que as linguas rexionais ou minoritarias son utilizadas, en función da situación de cada lingua e na medida en que isto é razoablemente posible:

- a) a procurar que as linguas rexionais ou minoritarias sexan empregadas con ocasión da prestación do servizo; ou
- b) a permitir ós falantes de linguas rexionais ou minoritarias formular unha petición ou recibir unha resposta nestas linguas;

Finalmente, o precepto remata cunha serie de medidas concretas para acadar estes fins:

- a) a tradución ou interpretación que eventualmente se requiran;
- b) o recrutamento e, dado o caso, a formación dos funcionarios e outros axentes públicos en número suficiente;
- c) a satisfacción, na medida do posible, das demandas dos axentes públicos coñecedores dunha lingua rexional ou minoritaria de ser destinados ó territorio no que esta lingua é utilizada.

3.1.3.4. Real Decreto 1465/1999, do 17 de setembro, polo que se establecen criterios de imaxe institucional e se regula a produción documental e o material impreso da Administración xeral do Estado.

En canto á sinalética e documentación escrita da AXE existe un regulamento, o RD 1465/1999, que dispón, baixo a epígrafe de «Emprego de linguas cooficiais», en relación co emprego do galego en **material impreso e modelos normalizados** a seguinte prescrición no seu art. 5:

1. Os impresos normalizados que se poñan a disposición dos cidadáns nas dependencias situadas no ámbito territorial dunha comunidade autónoma con lingua cooficial serán bilingües en castelán e na lingua cooficial, de acordo cos seguintes criterios:

- Os impresos deberán expresar todos os seus contidos e epígrafes nas dúas linguas por liñas ou por bloques de texto diferenciados, deixando espazos únicos para seren cubertos polo cidadán na lingua pola que optase.
- Naqueles impresos para os que, por razón da súa extensión ou complexidade, así se determine, poranse a disposición dos cidadáns dous modelos alternativos redactados un deles en castelán e o outro na lingua cooficial. En tal caso, en ambos os modelos, figurará destacada a advertencia de que existen impresos redactados na outra lingua a disposición do cidadán.

2. Cando o material impreso dos órganos e unidades que teñan a súa sede no ámbito territorial dunha Comunidade Autónoma con lingua cooficial vaia ser utilizado para comunicacións dentro do ámbito territorial autonómico, os datos e denominacións correspondentes ao membrete e á identificación do órgano ou Organismo autónomo figurarán, con carácter xeral, en castelán e na correspondente lingua cooficial.

Cando o material estea destinado á súa utilización en comunicacións dirixidas fóra do ámbito territorial autonómico os mencionados datos e denominacións poderán figurar unicamente en castelán.

Pola súa banda, o art. 6, que ten a ver coa utilización de linguas cooficiais en **sinalizacións e carteis** dispón que:

Serán bilingües, redactándose en castelán e na lingua cooficial correspondente, as sinalizacións exteriores de identificación das dependencias administrativas, así como os contidos máis relevantes dos carteis de carácter informativo ou publicitario que se elaboren para a súa localización no ámbito territorial dunha Comunidade Autónoma con lingua cooficial. O Manual de Imaxe Institucional que se aprobe en aplicación deste Real Decreto determinará os supostos e os formatos das sinalizacións de identificación e carteis a que se refire o presente artigo.

A virtualidade deste regulamento esténdese a toda a administración da Seguridade Social, ao Instituto Social da Mariña, á Delegación do Ministerio de Sanidade e a demais entidades de carácter sanitario non dependentes da Xunta de Galicia.

3.2. Os deberes lingüísticos dos/as profesionais sanitarios en relación cos pacientes

Chegados a este punto do relatorio, podemos sintetizar as normas que obrigan ao funcionariado ao uso do galego, oralmente e por escrito, nas súas relacións cos usuarios dos servizos públicos de saúde e na administración sanitaria. Son as seguintes:

- a. Obriga de iniciar as intervencións escritas en lingua galega (oferta positiva escrita): art. 6.3. da LNL, arts. 2.j e 15.2.7º da LTBP, Instrución 11/2005 (instrucións da 1.ª a 4.ª);
- b. Obriga de iniciar as intervencións orais en lingua galega (oferta positiva oral): art. 6.3. da LNL, arts. 2.j e 15.2.7º da LTBP, Circular POE 2006 (obxectivo 1.º e actuación 3.ª);
- c. Obriga de tramitar os procedementos por escrito en galego aínda que o cidadán conteste en castelán (agás que alegar descoñecemento do galego): art. 6.3. da LNL, arts. 2.j e 15.2.7º da LTBP, Instrución 11/2005 (instrución 4.ª), Circular POE (obxectivos 1.º e 3.º);
- d. Obriga de tramitar os procedementos por escrito en galego cando o cidadán se expresar nesa lingua: art. 54.11. do EBEP, art. 35 da LFPG, arts. 6.1. e 6.3. da LNL, arts. 2.j e 15.2.7º da LTBP, art. 36.1. da LRXAP-PAC, art. 10.2 da CELRM, Instrución 11/2005 (instrución 1.ª) e Circular POE 2006 (obxectivo 3.º e actuación 2.ª);
- e. Obriga de dispensar atención oral en galego cando o cidadán se expresar nesa lingua (coa consideración de opción implícita pola lingua galega, tal como interpreta a STSXG do 19/10/2001, FX 2.º, sen necesidade de que o diga expresamente): art. 54.11. do EBEP, art. 35 da LFPG, arts. 6.1. e 6.3. da LNL, arts. 2.j e 15.2.7º da LTBP, art. 36.1. da LRXAP-PAC, art. 10.2 da CELRM e Circular POE 2006 (obxectivo 3.º e actuación 2.ª);

3.3. Consecuencias da vulneración dos dereitos lingüísticos

O incumprimento do deber de atención en galego, oral ou escrita, na medida en que se configura como un dereito do cidadán e un deber do funcionario, determina as seguintes consecuencias:

- a) Para o funcionario supón o desencadeamento da responsabilidade disciplinaria por desobediencia das ordes e instrucións establecidas mediante as correspondentes circulares, así como polo incumprimento das normas de rango legal, conforme co previsto nos arts. 93 e ss. do EBEP e nos arts. 2 e ss. do Decreto 94/1991, do 20 de marzo, polo que se aproba o Regulamento de réxime disciplinario dos funcionarios da Administración da comunidade autónoma de Galicia.
- b) En relación coa eficacia do acto administrativo que se produce de vulnerar as prescricións lingüísticas, o incumprimento das normas (non das circulares ou instrucións) podería determinar a invalidez dos actos administrativos se, considerándoos defectos de forma, lle produciren indefensión ao cidadán (art. 63.2. da LRXAP-PAC). Nese caso estaríamos ante a existencia dun acto anulable (art. 63.1. da LRXAP-PAC) por infracción dunha norma do ordenamento xurídico;
- c) Canto á existencia de responsabilidade patrimonial da administración pola vulneración destes dereitos, o art. 139 da LRXAP-PAC establece os principios da responsabilidade da administración, ao determinar que:

Os particulares terán dereito a ser indemnizados polas Administracións Públicas correspondentes, de toda lesión que sufran en calquera dos seus bens e dereitos, salvo nos casos de forza maior, sempre que a lesión sexa consecuencia do funcionamento normal ou anormal dos servizos públicos» para engadir a continuación que «En todo caso, o dano alegado haberá de ser efectivo, avaliabile economicamente e individualizado con relación a unha persoa ou grupo de persoas.

Por tanto, non abonda con que se produza a vulneración en si para que esta xere automaticamente a obriga de indemnizar; cómpre a proba do dano nas condicións que establece a lei e desenvolve a xurisprudencia (*vid.*, por todas a STS do 10/10/2007, Sala 3.^a).

De resto, en materia de consentimento informado –que como vimos se podía ver viciado de xeito esencial pola lingua en que se realizaba– a STS do 27/9/2001 –Sala 1.^a– declarou que «a falta de información non é *per se* unha causa de

resarcimento pecuniario (non dá lugar a unha indemnización se non hai un dano derivado, evitable de terse producido) e no caso non é de ver en que puido influír unha hipotética falta de información por escrito no resultado lesivo». En semellantes termos a STS 943/2008, do 23 de outubro, di no seu FX 7.º, que:

A denuncia por información deficiente resulta civilmente intranscendente cando non existe ningún dano vinculado á súa omisión ou á propia intervención médica; é dicir, non xera responsabilidade civil (SS., entre outras, do 21 de decembro de 2006, núm. 1.367, e 14 de maio de 2008, núm. 407).

Non nos constan, a día de hoxe, sentenzas sobre reclamacións de responsabilidade patrimonial con fundamento na vulneracións de dereitos lingüísticos como presuposto da acción.

3.4. Breve referencia ao estatuto xurídico-lingüístico dos acompañantes

A LSG recolle unha serie de mencións no seu articulado que dan certa autonomía xurídica á figura do acompañante do paciente, para quen se sinala unha serie de dereitos ou facultades. Primeiramente, logo de no artigo 7 prever unha serie de dereitos relacionados co acompañamento do ou da paciente, sinala que:

Os dereitos anteriormente citados limitaranse, e mesmo exceptuaranse, nos casos nos que esas presenza sexan desaconselladas ou incompatibles coa prestación sanitaria conforme criterios clínicos. En todo caso, esas circunstancias seranlles **explicadas aos afectados e ás afectadas de xeito comprensible**.

Xa no artigo seguinte, dentro das características da información previa ao consentimento, sinalase que:

O titular do dereito á información é o paciente. Tamén serán **informadas** as persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, na medida en que o paciente o permita de forma expresa ou tácita.

Finalmente, o propio art. 6 regula a figura do outorgamento do consentimento por substitución e nel sinalase unha serie de circunstancias en que se require o consentimento para determinadas decisións que afectan á saúde do paciente e se especifican as persoas que van ter que ser consultadas e decidir por el nese transo.

Ora ben, este estatuto tamén ten o contrapunto de cargalo cunha serie de deberes sanitarios, pois no art. 15.12 da LSG establécese que: «Tamén estarán suxeitos aos deberes establecidos nas alíneas 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 10 as persoas familiares ou acompañantes dos usuarios e das usuarias do sistema sanitario».

Así pois, na medida en que o/a acompañante ten o dereito a recibir determinadas informacións e mesmo ten a potestade de decidir por substitución, colócase nunha posición xurídica que fai que del sexa predicable todo o discurso de accesibilidade á información, incluída, daquela, toda a dimensión lingüística da súa emisión. Doutra banda, polo que fai ao estatuto xurídico-lingüístico, na medida en que a lexislación substantiva lle atribúe unha intervención autónoma (arts. 6-9 da LSG) é titular de dereitos e obrigas, e, como tal suxeito interesado, pode exercer a totalidade dos dereitos que lle atribúe tal condición, incluídos os lingüísticos, de modo que lle é aplicable dentro do seu eido a doutrina que se acaba de expoñer.

3.5. Breve referencia aos dereitos lingüísticos nos centros sanitarios privados

Aínda que excede o obxecto deste traballo, quixeramos facer mención a algunha normativa que controla o exercicio dos dereitos lingüísticos no eido do sector sanitario privado, na medida en que presta unha función de servizo público e está sometido a unha especial tutela administrativa por afectar ao dereito á saúde das persoas previsto no art. 43 da CE.

Así, os arts. 10.1 e 2 da CELRM refírense á prestación de servizos públicos, con independencia de quen for o prestador, noción que está en coherencia co concepto de servizo público no seo da Unión Europea. Pois ben, neste contexto obrígase, do xeito que se citou na epígrafe correspondente, a asegurar que a cidadanía se vai poder desenvolver con normalidade na lingua da súa preferencia, tanto nas actuacións orais como nas escritas.

A LTBP tamén regula nos concesionarios do servizo público (tamén o sanitario) a obriga no seu art. 12.1.3º de garantir aos usuarios «utilizar, á súa elección, o galego ou o castelán nas súas relacións coa entidade concesionaria e cos seus representantes e traballadores».

Finalmente, o CP tutela no art. 314 a discriminación grave no emprego por razón de uso das linguas oficiais do Estado, nas condicións que logo se verán.

4. Sistemas de tutela dos dereitos lingüísticos fronte á Administración sanitaria

4.1. Dereitos relacionados coas suxestións e reclamacións

Unha primeira forma de facer valer os dereitos lingüísticos fronte a unha vulneración por parte da administración é a interposición dunha queixa, reclamación e/ou suxestión.

O artigo 11 da LSG establece unha serie de dereitos relacionados coas suxestións e as reclamacións, que son os seguintes:

- a) Dereito a empregar os **procedementos áxiles e efectivos** de suxestións e reclamacións, así como a recibir resposta por escrito nos prazos establecidos regulamentariamente.
- b) Dereito ao libre acceso ao **vicevaledor** ou á vicevaladora do paciente.
- c) Desenvolveranse as medidas necesarias para que todos os centros, servizos e establecementos sanitarios e sociosanitarios teñan permanentemente á disposición dos usuarios e das usuarias **formularios** de suxestións e reclamacións, asemade estarán habilitadas canles na web institucional.

Cómpre matizar que o emprego desta canle **non** supón a iniciación dun procedemento administrativo. Aínda que como veremos a propia norma matiza que quedan a salvo as accións que se puideren facer valer noutras vías derivadas do feito denunciado, debemos chamar a atención sobre a ausencia de efecto interruptivo destes actos, polo que o prazo de prescrición a que estiver sometida a acción que pretendamos exercer na vía administrativa ou xudicial non se interromperá por este feito.

No eido da Administración pública galega existe un decreto, o 164/2005, do 16 de xuño, polo que se regulan e determinan as oficinas de rexistro propias ou concertadas da Administración da Comunidade Autónoma de Galicia, se crea o Rexistro Telemático da Xunta de Galicia e se regula a atención ao cidadán, que prescribe un réxime autónomo para esta caste de reclamacións.

Baixo a epígrafe de «Suxestións e queixas» o art. 25 destaca que:

1. Os cidadáns e institucións públicas ou privadas poderán formular as suxestións ou queixas que coiden convenientes sobre o funcionamento dos servizos públicos da Administración autonómica co fin de mellorar a calidade deles.
2. As suxestións e queixas formuladas segundo o disposto no punto anterior, **non terán en ningún caso a cualificación de recurso administrativo nin a súa presentación suspenderá os prazos establecidos na normativa vixente.**

3. A presentación de suxestións e queixas **non condiciona en ningún modo o exercicio das restantes accións** ou dereitos que, de conformidade coa normativa reguladora de cada procedemento, poidan exercer os que figuren nel como interesados».

Así mesmo, o decreto regula a forma de presentación (art. 26) e a tramitación das **queixas** (art. 27), para alén das posibles respostas a estas solicitudes:

4. Á vista do informe solicitude, e das alegacións formuladas polo interesado, a Inspección Xeral de Servizos, poderá adoptar algunha das medidas seguintes:

- a) Recomendar a adopción das medidas tendentes á emenda da/das anomalía/as detectadas.
- b) Formular unha proposta de mediación co interesado, cando a entidade do asunto o permita e sexa aceptada polo interesado.
- c) Propoñer a incoación dun expediente disciplinario cando se constate a existencia dalgunha das causas previstas legalmente para a súa incoación.
- d) Calquera outra medida, tendente a solucionar a queixa formulada.

Canto ás suxestións, establece un réxime parcialmente diferente (art. 28) onde se comina á administración afectada a remitir un informe ao respecto para «unha vez emitido o informe e recibido na Inspección Xeral de Servizos, darase traslado deste ao interesado, poñendo fin coa referida notificación, á súa tramitación».

4.2. Garantía dos dereitos e dos deberes sanitarios

A LSG inclúe unha serie de garantías normativas e de organización, que se concretan no art. 16 en:

1. O Estatuto do e da paciente, entendido como o conxunto de dereitos e deberes relatados nos artigos precedentes, definírase e concretarase mediante normas e instrumentos *xurídicos* que **regulen o seu alcance, desenvolvemento e contido**.

2. As actuacións que se adopten en desenvolvemento do estatuto xurídico do e da paciente irán dirixidas a:

- a) Dispor das canles de **información** suficientes, adecuadas e comprensibles sobre os dereitos, os deberes e as garantías sanitarias.
- b) Velar polo efectivo cumprimento dos dereitos, dos deberes e das garantías sanitarias **segundo dispoñan as leis**, as normas e os regulamentos que os desenvolvan, garantindo ademais a eliminación de calquera tipo de desigualdade.
- c) Adoptar as medidas organizativas, de xestión e de comunicación que fomenten a satisfacción da cidadanía respecto dun sistema sanitario orientado a ela.
- d) Establecer mecanismos de arbitraje e conciliación.

Para facer efectiva tal garantía establécese un réxime sancionador (par. 3) e comisionáase a centros e poderes públicos a protección para o cumprimento do réxime xurídico estatutario marcado polas normas estudadas:

4. Todos os centros, servizos e establecementos e o seu persoal sometidos a esta lei teñen a obriga de adoptar as medidas oportunas para garantiren os dereitos recoñecidos nela. Os poderes públicos de Galicia velarán polo seu axeitado cumprimento».

Xa no art. 33.1 defínese quen son tales autoridades sanitarias e no parágrafo 2 atribúeselles unha función específica:

Corresponderalles ás persoas titulares dos órganos citados establecer as intervencións públicas necesarias para garantir os dereitos e os deberes sanitarios da cidadanía.

Por tanto, a vulneración da normativa relativa ao consentimento informado –nos termos que aquí se defenden relativos á influencia da lingua na formación da vontade do suxeito– poderíase tutelar a nivel disciplinario tamén por esta vía, aínda que non consideramos que sexa apta, pola súa especialidade, para o resto de vulneracións derivadas do réxime de cooficialidade lingüística.

4.3. Valedor do Pobo

En desenvolvemento da mención do art. 11.2. da LSG, o art. 18 respecto das funcións do Valedor do Pobo en materia de garantía institucional dos dereitos sanitarios, declara que:

As atribucións do Valedor do Pobo en relación coa Administración sanitaria serán exercidas a través dun dos seus vicevaledores ou vicevaledoras designado ou designada por aquel. A persoa designada terá a consideración de vicevaledor ou vicevaledora do paciente e terá **atribuída a defensa e a promoción dos dereitos e intereses dos usuarios e das usuarias do Sistema Público de Saúde de Galicia**, baixo a supervisión do Valedor do Pobo.

A Lei 6/1984, que desenvolve as funcións e potestades do Valedor do Pobo, prevé no seu artigo 29 que «o Valedor do Pobo poderá suxerir á Administración pública a modificación dos criterios utilizados na produción dos seus actos e resolucións»; tal previsión aparece complementada polo artigo 33 ao establecer que:

1. Se formuladas as súas recomendacións, non obtivese resposta ou, nun prazo razoable, non se producise unha medida adecuada ao suxerido, o Valedor do Pobo poderá poñer os antecedentes do escrito e as recomendacións efectuadas en coñecemento do conselleiro do departamento afectado ou da máxima autoridade da Administración Pública Galega.
2. Se tampouco obtivese unha xustificación adecuada, incluírá tal asunto no seu informe anual ou especial con mención dos nomes das autoridades ou funcionarios que persistan naquela actitude, especialmente nos casos en que, considerando o Valedor do Pobo que era posible unha solución positiva, esta non se conseguise.

O último informe publicado polo Valedor do Pobo, do ano 2009⁸, recolle no punto 1.15.3.1.3, dentro da área de política lingüística, as «Actuacións da administración autonómica» onde sintetiza as queixas presentadas en materia lingüística entre outros eidos nos relativos á administración sanitaria, onde sinala que se reciben queixas, sobre todo no que ten a ver coa lingua dos formularios, tanto por estaren só en castelán como só en galego. O resultado do informe nesta materia aparece sintetizado do seguinte xeito:

Ante número de queixas realizadas polos particulares sobre o incumprimento da lei no uso dos dous idiomas oficiais de Galicia, reproducíase o informe remitido pola Secretaría Xeral de Política Lingüística e que obra nesta institución, no que se indica:

Que conforme ao artigo 6, alínea 3, da lei 3/1983, o galego debe ser a lingua de uso preferente na administración autonómica, uso, que, non obstante, debe respectar os dereitos dos cidadáns a se comunicaren en calquera das linguas cooficiais que elixan. Que a administración autonómica debe promover o uso do galego como idioma inicial nas súas relacións orais e escritas co cidadáns (Lei 4/2006, de transparencia e boas prácticas na administración pública galega). Tamén cita o Plan xeral de normalización da lingua galega, aprobado no Parlamento de Galicia en setembro do 2004; pero non esquece citar o artigo 3 da Constitución española e o artigo 2 da Lei de normalización lingüística, terminando o seu informe indicando que se deduce que toda comunicación oral ou escrito que un particular remita en galego ou castelán á administración autonómica é válida e debe ser admitida; do mesmo modo que a administración deberá facilitar aos cidadáns modelos normalizados de documentación en castelán cando esta sexa a lingua escollida polo cidadán.

⁸ Dispoñible en < <http://www.valedordopobo.com/index.php?s=112&i=80>>

4.4. Recursos administrativos

A LSG prevé especificamente a consideración dos actos emanados dos órganos de **dirección e xestión** do Servizo Galego de Saúde como o xeral establecido na LRXAP-PAC, e na normativa de organización e funcionamento da Administración da comunidade autónoma.

En consecuencia, todas as actuacións administrativas emitidas ou realizadas por estes e que incidan de calquera xeito nos dereitos ou deberes lingüísticos dos pacientes (non só os relativos ao consentimento informado ou dos dereitos sanitarios) teñen a consideración de actos administrativos para todos os efectos, o que implica a súa posibilidade de acceso ao réxime de recursos administrativos previsto nos arts. 107 e ss. da LRXAP-PAC.

Singularmente, a vulneración dos dereitos lingüísticos pode condicionar a **validez dun acto**, de diferentes maneiras:

- a. Como vicio de nulidade de pleno dereito por ser constitutivo de infracción penal, nos casos máis graves por discriminación por razón de lingua con relevancia penal (art. 62.1.d da LRXAP-PAC) ou no caso de que outra norma legal dispuxese esta consecuencia para o caso da súa vulneración (art. 62.1.g) algo que a día de hoxe non sucede;
- b. Como vicio de anulabilidade por contravir as normas vixentes que foron expostas (art. 63.1. da LRXAP-PAC);
- c. Nos supostos máis liviáns pode ser como defecto de forma que só resultará anulable cando provocar indefensión (art. 63.2. da LRXAP-PAC)

A vulneración de dereitos lingüísticos, tal como apuntamos antes, podería fundamentar unha reclamación por **responsabilidade patrimonial** da administración, sempre que se deren as condicións que xa sinalamos antes legal e xurisprudencialmente esixidas. O mesmo pode dicirse da infracción das obrigas en materia de consentimento informado, sempre que implicar unha lesión real de bens xurídicos, tal e como sinala a STS 943/2008 cando afirma que:

A denuncia por información deficiente resulta civilmente intrascendente cando non existe ningún dano vinculado á súa omisión ou á propia intervención médica; é dicir, non xera responsabilidade civil (SS., entre outras, 21 de decembro de 2.006, núm. 1.367, e 14 de maio de 2.008, núm. 407).

Por outra banda, non se pode afirmar xenericamente o dereito subxectivo do cidadán á imposición de sancións disciplinarias ao funcionario polo incumprimento das normas, aínda que se lle reconece unha certa capacidade de actuación, ao conceder lexitimación activa para **denunciar** na vía administrativa co fin da imposición de sancións disciplinarias, posto que o art. 16 do Decreto 94/1991, do 20 de marzo, polo que se aproba o Regulamento de Réxime Disciplinario dos Funcionarios da Administración da comunidade autónoma de Galicia establece, en relación coa incoación do procedemento sancionador, que:

- 1.- O procedemento iniciárase sempre de oficio, por acordo motivado do órgano competente, ben por propia iniciativa, ben como consecuencia de orde superior, moción razoada dos subordinados ou **denuncia**.
- 2.- De producirse denuncia, deberá comunicárselle o acordo ó asinante dela.

Por tanto, o cidadán ten o dereito a denunciar o feito e a que como consecuencia disto se lle notifique o resultado da denuncia caso de rematar coa apertura de expediente.

Cabe rematar engadindo que neste eido a xurisprudencia máis recente comeza a recoñecerlle a posibilidade de ser parte ao cidadán denunciante que, á súa vez, é vítima da infracción (neste caso da lingüística), por ter un interese específico como consecuencia da súa posición (*vid.* STS do 6/2/2008). Tamén se admite a lexitimación para impugnar o arquivo das denuncias que formule (*vid.* SSTs do 19/12/1997, do 22/12/1997, do 20/6/2006, do 12/2/2007 ou do 20/2/2007).

4.5. Recurso contencioso-administrativo

Os motivos apuntados na epígrafe anterior poden dar lugar a unha reclamación na vía contenciosa caso de non seren atendidas as nosas demandas na vía administrativa (arts. 25 e 31 da Lei 29/1998, reguladora da xurisdición contencioso-administrativa).

4.6. Tutela dos dereitos lingüísticos na vía penal

O Código penal (LO 10/1995) tutela as lesións máis graves aos bens xurídicos máis importantes para a vida en sociedade, de aí que só naqueles casos de conduta lingüística discriminatoria máis grave exista unha tutela específica no CP. Concretamente recolle dous supostos especialmente significativos, un deles referido ao eido das relacións laborais e outro cometido con ocasión do exercicio do funcionariado público das actividades que ten encomendadas.

Así, tocante ao primeiro dos supostos, o at. 314 do CP establece que:

Os que produzan unha grave discriminación no **emprego, público ou privado**, contra algunha persoa por razón da súa ideoloxía, relixión ou crenzas, a súa pertenza a unha etnia, raza ou nación, o seu sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermidade ou minusvalía, por ostentar a representación legal ou sindical dos traballadores, polo parentesco con outros traballadores da empresa **ou polo uso dalgunha das linguas oficiais dentro do Estado español**, e non restablezan a situación de igualdade ante a lei tras requirimento ou sanción administrativa, reparando os danos económicos que se derivaron, serán castigados coa pena de prisión de seis meses a dous anos ou multa de 12 a 24 meses.

Como se ve o suxeito activo da conduta típica é o empregador ou quen está en condicións de selo, e o tipo prodúcese no eido das relacións laborais, é dicir está cohibido para garantir os dereitos lingüísticos no seo das relacións laborais ou intraadministrativas cos superiores xerárquicos, non nas relacións co público ou cos administrados. A conduta típica require, dunha banda, a grave discriminación no eido laboral e, da outra, un expediente administrativo (ou laboral) previo ao efecto, o cal impide acudir directamente á vía penal.

O precepto 542 do CP, pola contra, si incide nos dereitos lingüísticos da cidadanía e tutela a súa vulneración polo funcionariado público con ocasión do desempeño das súas funcións, nos seguintes termos:

Incorrerá na pena de inhabilitación especial para emprego ou cargo público por tempo dun a catro anos a autoridade ou o funcionario público que, a propósito, impida a unha persoa o exercicio doutros dereitos cívicos recoñecidos pola Constitución e as Leis.

A súa localización sistemática determina que é un tipo residual para a protección daqueloutros dereitos non tutelados nos preceptos anteriores, e que a xurisprudencia (STS do 23/3/1983) reconduciu de xeito negativo aos que, malia seren dereitos dos cidadáns, non tiñan a especial consideración de dereitos fundamentais ou liberdades públicas.

5. Bibliografía

Aguirreakuenaga, I. (2003): *Diversidad y convivencia lingüística*, (Guipúscoa: Deputación Xeral de Guipúscoa).

Fernández Liesa, C. R. (1999): *Derechos Lingüísticos y Derecho Internacional* (Madrid: Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas).

Fernández Segado, F. (1992): *Sistema constitucional español* (Madrid: Dykinson).

Ferrajoli, L. (2004): *Derechos y garantías. La ley del más débil* (Madrid: Trotta).

García Negro, M.^a do P. (1991): *O galego e as leis. Aproximación sociolingüística* (Vigo: Edicións do Cumio).

— (coord.) (2009): *Sobre o racismo lingüístico* (Ames: Laiovento).

Lasalle, F. (1999): *¿Qué es una Constitución?* (Barcelona: Ariel).

Moreno Cabrera, J. C. (2001): *La dignidad e igualdad de las lenguas. Crítica de la discriminación lingüística* (Madrid: Alianza).

Pérez Fernández, J. M. (coord.) (2006): *Estudios sobre el estatuto jurídico de las lenguas en España*. (Barcelona: Atelier).

Sánchez Morón, M. (2009): *Derecho Administrativo. Parte General* (Madrid: Tecnos).

Solozábal Echebarría, J. J. (2000): «Régimen constitucional del bilingüismo: la cooficialidad lingüística como garantía institucional», en *Lenguas, política, derechos* (Madrid: Universidade Carlos III, Editorial do Boletín Oficial do Estado)

Soriano Díaz, R. L. (1999): «Política lingüística y derechos lingüísticos», *Revista de Llengua i Dret*, 32: 115-125.

Villares Naveira, L. (2010): *Estudos xurídicos sobre o Decreto para o plurilingüismo* (Ames: Laiovento).

VV AA (1998): «Derechos de las minorías en una sociedad multicultural», *Cuadernos de derecho judicial*, vol. 11.

VV AA (1999): «La administración de justicia en un estado plurilingüe», *Cuadernos de derecho judicial*, vol. 3.

VV AA (2002): «La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria», *Cuadernos de derecho judicial*, vol. 1.

VV AA (2005): «Ley integral de medidas de protección contra la violencia de género», *Cuadernos de derecho judicial*, vol. 23.

VV AA (2005): *Estatuto xurídico da lingua galega* (Vigo: Xerais).

VV AA (2007): «Políticas de género», *Cuadernos de derecho judicial*, vol. 5.

VV AA (2007): *Lenguas y constitución* (Madrid: Lustel).

Linguaxe médica: que será das linguas romances no século XXI?

FERNANDO NAVARRO GONZÁLEZ

Tradutor médico

A organización das VII Xornadas sobre Lingua e Usos. «Lingua e Sanidade» encárgame unha tarefa difícil: tratar de resumir nunha presa de páxinas o contido da conferencia de clausura que pronunciei o pasado 3 de decembro no salón de actos do Edificio Universitario do Campus de Oza, na cidade da Coruña. Se naquela ocasión os 45 minutos de que dispoñía eran insuficientes para establecer un diagnóstico de certeza, aventurar un prognóstico ou instaurar un tratamento eficaz para a nosa linguaxe enferma, agora dareime por satisfeito se consigo esbozar de forma clara, e sen aburrir demasiado a quen ler estas liñas, as ideas principais da miña conferencia, as cales na súa maior parte, por certo, veño expoñendo tamén durante os seis últimos anos en diversos foros, tanto médicos como tradutolóxicos¹.

Interesábame, ante todo, acabar con diversos prexuízos ou ideas preconcebidas que dificultan o labor terminolóxico no campo da medicina, porque é tal a cantidade de ideas preconcebidas –desas que se aceptan simplemente porque todo o mundo así o fai–, que resulta case imposible traballar de xeito obxectivo no terreo da linguaxe médica.

¹ Fundamentalmente, no simposio «La terminología médica en los profesionales y los medios de comunicación» organizado pola Real Academia Nacional de Medicina (Madrid, 2004), ante a Real Academia de Medicina de Salamanca (2004), ante a Sociedade Castelán-Leonesa de Alerxia e Inmunoloxía Clínica (Valladolid, 2005), no IV Congreso Internacional «Tradución, texto e interferencias» (Almagro, 2005), na XXVIII Reunión Anual do Estudo Colaborador Español de Malformacións Conxénitas (Alacante, 2005), na 1.ª Conferencia Internacional sobre Linguaxe e Asistencia Sanitaria (Alacante, 2007) e nas VII Xornadas Científicas e Profesionais de Tremédica (Bos Aires, 2010).

Empregarei o espazo de que dispoño, pois, para repasar brevemente catro delas e, ao facelo, centrareime especialmente na situación actual e futura do castelán, que é a lingua romance que mellor coñezo e que, após o triste desastre do francés no último medio século, a máis dinámica e vital das linguas romances, tamén no ámbito médico e científico.

1. A tradución e a linguaxe non son cousa de médicos

Cantos médicos me terán dito que a tradución, as cuestións léxicas ou sintácticas, a neoloxía ou a terminoloxía son disciplinas por completo alleas aos labores propios dun médico!

Non sempre foi así, dende logo. Cando en 1963 se instituíu a celebración anual do Día das Letras Galegas como día de exaltación da lingua de Galicia, acordouse de forma unánime que o primeiro homenaxeado –a primeira homenaxeada– habería de ser, indubidablemente, a grande escritora Rosalía de Castro. Mais, poucos saben que os dous escritores seguintes foron senllos médicos poetas: Alfonso Daniel Rodríguez Castelao (1886-1950), inspirador do movemento galeguista, e Eduardo Pondal (1835-1917), un dos máis sobranceiros representantes do «Rexurdimento». Con posterioridade a eles cando menos outros dous médicos poetas protagonizaron o Día das Letras Galegas: Manuel Leiras Pulpeiro (1854-1912) na edición de 1983 e Luís Pimentel (1895-1958) no ano 1990.

As cousas parecen ter mudado moito no último medio século. Hoxe, abóndame con abrir calquera revista médica en español para atopar por todas as partes frases que semellan –pola sintaxe e o léxico empregados– calcos do inglés. Por que os médicos de fala hispana escriben hoxe na súa lingua materna coma se estivesen a traducir do inglés?

Para responder a esta pregunta pode ser útil botar unha ollada ao meu artigo «El inglés, idioma internacional de la medicina: causas y consecuencias de un fenómeno actual»². Comento alí que o estudo das fontes de consulta utilizadas polos autores médicos nas revistas especializadas dos distintos países nos permite coñecer con bas-

² Fernando A. Navarro: «El inglés, idioma internacional de la medicina: causas y consecuencias de un fenómeno actual». *Panacea@*, 2001; 2 (3): 35-51. <<http://tremedica.org/panacea.html>>

tante detalle o desenvolvemento cronolóxico da importancia do inglés científico ao longo do século XX. Podemos comprobar así, como demostrei hai uns anos ao analizar a bibliografía dos artigos orixinais publicados en revistas médicas españolas³, que o tanto por cento de referencias bibliográficas en inglés aumentou progresivamente en España entre 1920 e 1995: 3% en 1920, 8% en 1935, 31% en 1950, 54% en 1965, 68% en 1980 e 80% en 1995. Fica demostrado, daquela, que os médicos españois actuais len moitas publicacións en inglés. E iso ten, cando menos, dúas consecuencias importantes tocante ao tema que agora nos ocupa:

- a) Todo médico que le artigos en inglés, pero imparte clases, presenta relatorios ou pronuncia conferencias, escribe textos de divulgación ou publica artigos ou libros de texto en español, é un tradutor médico. Nun país coma o noso, todo autor médico é en boa medida tamén tradutor, e como tal debería formarse. Digo ben «debería», porque no momento actual a presenza da linguaxe científica nos plans de estudo non resiste punto de comparación xa non digo coas disciplinas médicas e cirúrxicas fundamentais como a cardioloxía, a psiquiatría, a neurocirurxía ou a dermatoloxía, senón nin tan sequera con disciplinas auxiliares como a bioestatística, a física médica, a historia da medicina ou a bioquímica.
- b) Non debemos deixarnos enganar polos discursos triunfalistas sobre os 400 millóns de hispanofalantes; no campo da linguaxe científica, a lingua española é un idioma minoritario e dependente.

Minoritario, si, moito máis próximo á situación do galego ou do húngaro, que á do inglés. Minoritario, pois, e sen consciencia de selo, que é máis grave aínda.

E dependente, repito: desde hai séculos, a lingua castelá non cuña termos científicos, senón que os toma de fóra. A tradución é na actualidade o principal motor da linguaxe médica española. Hoxe non se pode elaborar un dicionario médico, non se pode traballar de forma seria en terminoloxía médica, se non se coñecen ben os mecanismos básicos de tradución, de préstamo e calco lingüísticos, de creación neolóxica na nosa lingua mediante combinación de raíces clásicas, substantivación ou adxectivación, prefixación, analoxía dentro dunha mesma familia léxica etcétera.

³ Fernando A. Navarro e M.^a Ángeles Alcaraz: «El idioma de la dermatología en España a través de las referencias bibliográficas publicadas en Actas Dermo-Sifiliográficas entre 1910 y 1995». *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 1997; 88: 358-64.

Esta mención ao feito de que o español toma os termos científicos de fóra lévanos directamente ao asunto do purismo e, con el, á segunda idea preconcebida que me gustaría desbotar.

2. Os puristas rexeitan por sistema calquera palabra vinda de fóra

Existe o prexuízo, moi estendido, de que os puristas se negan por sistema a aceptaren calquera palabra vinda de fóra, cando a actitude asisada e racional debe ser máis aberta ao exterior para tomar as palabras que veñan designar novos conceptos ou enriquecer a nosa lingua.

Na linguaxe común non sei, mais no referente á linguaxe científica si podo asegurar que isto é falso. Palabras en castelán como *aerosol*, *angiotensina*, *anticodón*, *apoptosis*, *biotecnología*, *cápside*, *coronavirus*, *dornasa*, *ecografía*, *estresante*, *excímero*, *hibridoma*, *interferón*, *láser*, *masoquismo*, *nistatina*, *operón*, *placebo*, *prión*, *probiótico*, *transgénico*, *tripanosomosis*, *vipoma*, *virión*, *vitamina* e moitas outras que podería engadir á esta listaxe, teñen en común dúas características: todas son palabras creadas no século XX e todas, sen excepción, as importou o castelán doutras linguas. Pois ben: eu son purista; teño moitos colegas, amigos e compañeiros de profesión que son tan puristas coma min, se non máis, e todos eles usaron estas palabras desde o primeiro momento. Daquela é falso que os puristas, no ámbito da linguaxe científica, rexeiten por sistema as palabras chegadas de fóra.

En que se diferencian, por tanto, dos que non son puristas? Os puristas resístense, por exemplo, a confundir *immune* con *inmunitario* ou con *inmunolóxico*; a chamaren *síndrome de distrés respiratorio* á *síndrome de disconforto respiratorio*; a confundiren o verbo inglés *to evoke* co galego *evocar*..., ou a dicir *rash* se poden dicir *exantema*⁴.

⁴ Véxanse moitos outros exemplos en: Navarro González, F. (2005²): *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina* (Madrid: McGraw-Hill-Interamericana).

3. Que máis dá dicir *rash* ou exantema se, total, nos entendemos

«Eu son médico, son cirurxián, son científico —dinme con frecuencia os meus colegas— e todo isto dos anglicismos ou da corrección sintáctica son para min cuestións banais».

Paréceme importante, pois, deixar ben claro que non estamos a falar dunha simple cuestión de purismo lingüístico, senón que o uso impropio afecta gravemente, por introducir graves imprecisións e restar clareza, á nosa linguaxe especializada. Como a chave inglesa para o mecánico ou as tesoiras de podar para o xardineiro, a ferramenta básica dun científico é o pensamento, e, con frecuencia, non somos conscientes de que pensamos con palabras (ou con conceptos individualizados a través das palabras que utilizamos para sinalalos).

Convencido de que boa parte dos anglicismos que utilizamos ofrecen ampla información ao lector ou oínte de fala inglesa, pero escaso ou nulo ao de fala española, en certa ocasión levei a cabo un experimento consistente nunha pequena enquisa. Presenteilles a quince médicos de España e Hispanoamérica un caso para ver que significado lle daban á expresión *tasa de mortalidad infantil* no seguinte caso hipotético: se nun accidente de tráfico en pleno centro da Coruña morren 50 nenos de 4 anos cando acudían no autobús escolar á escola infantil, influiría esta traxedia na taxa de mortalidade infantil da cidade? Todos, sen excepción, me responderon: «Home, por suposto! Como non vai influír? Un accidente así desfai as estatísticas sanitarias locais». Repetín despois a pregunta con outros quince médicos de fala inglesa, mais en relación coa expresión *infant mortality rate*; a resposta foi absolutamente distinta que no caso dos seus colegas hispanofalantes: todos eles afirmaron que un accidente así non influía nesa taxa de mortalidade, posto que os nenos de 4 anos non son *infants*, senón *children*.

Así é: a definición correcta, segundo os dicionarios especializados de epidemioloxía, é: ‘Número de nenos que morren antes de cumprir os 12 meses por cada mil nados vivos’. Que utilidade ten para os hispanofalantes esa tradución chafalleira do inglés *infant* por *infantil* cando en castelán expresa relación cos nenos e non cos lactantes?

Gastamos millóns nun ultramicroscopio electrónico de último modelo porque cun instrumento de peor calidade non é posible facer investigación punteira, e despois conformámonos cunha linguaxe que non serve nin para expresar os conceptos máis sinxelos!

E non é só un problema de tradución. Outro motivo frecuente de confusión é o uso dunha palabra con máis dun significado. Ante unha frase como «Nos pacientes hipertensos é moi importante controlar a tensión arterial», moitos médicos interpretarían que o importante é normalizar as cifras tensionais, mentres que outros interpretarían que o importante é medir periodicamente a tensión arterial, o cal é moi distinto.

Pode suceder tamén xusto o contrario: que en español dispoñamos de multitude de nomes distintos para designar un único concepto. Un caso extremo é o das baterías recargables de níquel internacionalmente coñecidas polas súas siglas inglesas *NiMH*. Segundo pode lerse con máis detalle noutra parte⁵, os textos escritos en inglés son unánimes á hora de desenvolveren as siglas *NiMH* a *nickel metal hydride*, mentres que en castelán Google rexistra polo menos 44 variantes léxicas maiores (*níquel metal hidruro*, *hidruro metálico de níquel*, *níquel metal hídrido*, *hidruro de níquel-metal*, *níquel metal hydride* e moitas máis)!, co conseguinte caos terminolóxico na práctica.

Do dito despréndese que é urxente a creación dun único organismo encargado de seleccionar, normalizar e difundir con presteza neoloxismos e tecnicismos nos países de fala hispana. E chegamos, así, ao último dos prexuízos que me propoño desterrar na miña conferencia.

4. Xa dispoñemos dun organismo tal: a Real Academia Española (RAE)

Así o considera, por exemplo, un médico especialista pertencente a un grupo español de investigación en metabolismo mineral óseo, cando, nunha revista especializada, fala da súa perplexidade ao comprobar que os fármacos máis eficaces no tratamento actual da osteoporose, os antirresortivos do grupo do etidronato, reciben en castelán os nomes de *bifosfonatos*, *difosfonatos* e *bisfosfonatos*, segundo os distintos autores. E decide elevar a súa dúbida ao servizo de consultoría lingüística da RAE⁶: «Con el fin de aclarar definitivamente cuál es la forma correcta de denominarlos, nos hemos dirigido a la Real Academia de la Lengua Española, a través de su servicio de consulta de dudas».

⁵ Fernando A. Navarro: «Internet en inglés e Internet en español: el mismo collar con distintos perros». *Panacea@: Boletín de Medicina y Traducción*, 2001; 2 (6): 101-6. <<http://tremedica.org/panacea.html>>

⁶ O asunto abordado nesta epígrafe coméntase con máis detalle no seguinte artigo: Fernando A. Navarro, Xavier Fuentes Arderiu e M.^a Claudia Filgueira: «Los bisfosfonatos, más allá de la RAE». *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas*, 2005; 14: 75-8.

Ao cal, o máis prestixioso dos organismos españois en cuestións terminolóxicas respondeu oficialmente con apenas dúas breves frases: «Con el mismo significado, ‘dos’, hay dos prefijos: *bi-*, de origen latino, y *di-*, de origen griego. De ahí que sean posibles ambos términos, BIFOSFONATO y DIFOSFONATO, como demuestra la abundante documentación de uso de ambos».

Como pode verse, a RAE fundamenta a súa decisión en tan só dous criterios –o criterio etimolóxico e o criterio de uso–, e ofrece unha resposta que evidencia polo menos dúas carencias graves:

- a) A análise incompleta de ambos os dous criterios. Por unha banda, ao analizar o criterio etimolóxico, a RAE limitase a responder que co significado de ‘dous’ hai dous prefixos: *bi-* e *di-*. E esquece mencionar o prefixo latino *bis-*, que conta con entrada propia no dicionario académico, e áchase presente en palabras españolas tanto da linguaxe xeral (*bisabuelo*, que é dúas veces avó), como especializadas (*bisalbuminemia*, que é a presenza de dúas variantes de albumina no plasma).

Pola outra, ao analizar o criterio de uso, a RAE limitase a afirmar que existe abundante documentación de uso tanto de *bifosfonato* como de *difosfonato*, mais esquece mencionar que *bisfosfonato* é polo menos dúas veces máis frecuente que *difosfonato*.

- b) A RAE limita a súa resposta, e isto reviste especial importancia, a dous criterios marxinais e non fai mención ningunha do criterio de normalización terminolóxica existente na linguaxe científica.

É ben sabido que, nun intento de superar os problemas derivados da proliferación de tecnicismos sinónimos e polisémicos, se elaboraron diversas nomenclaturas normalizadas de carácter internacional que tentan unificar os vocábulos dunha determinada disciplina científica en todos os idiomas. Ben coñecidas son, por exemplo, a listaxe de denominacións comúns internacionais que publica a Organización Mundial da Saúde para as substancias farmacéuticas; o sistema internacional de unidades; a terminoloxía anatómica internacional; as nomenclaturas latinas binominais de uso en zooloxía, botánica e microbioloxía, ou a clasificación internacional de doenzas.

Mais se hai unha disciplina científica en que a nomenclatura normalizada se impuxo de forma abafadora, esa é, sen lugar a dúbidas, a química. Hoxe resulta imposible debater sobre calquera cuestión relativa á linguaxe especializada da química sen ter en conta as recomendacións do máximo organismo internacional en cuestións de nomenclatura química: a Unión Internacional de Química Pura e Aplicada (IUPAC),

que no campo da bioquímica traballa de común acordo coa Unión Internacional de Bioquímica e Bioloxía Molecular (IUBMB).

Pois ben, na nomenclatura actual estes organismos distinguen claramente entre tres grupos distintos de afixos multiplicadores, cada un deles cun uso específico:

- a) Os afixos *di-*, *tri-*, *tetra-*, *penta-* etc. úsanse para indicar a presenza de grupos ou compostos fundamentais idénticos non substituídos (p. ex., *trimethylamine* é unha amina terciaria con tres substituíntes metilo).
- b) Os afixos *bis-*, *tris-*, *tetrakis-*, *pentakis-* etc. úsanse para indicar a presenza de grupos ou compostos fundamentais idénticos coa mesma substitución (p. ex., *bis(2-chloroethyl)amine* é unha amina secundaria con dous substituíntes 2-cloroetilo).
- c) Os afixos *bi-*, *ter-*, *quater-*, *quinque-* etc. úsanse para indicar unha serie de aneis idénticos unidos entre si (p. ex., *biphenyl* está formado por dous fenilos unidos entre si).

A forma correcta en castelán, xa que logo, é *bisfosfonatos*, precisamente a única desaconsellada pola revista, seguindo as recomendacións da RAE.