

L'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA EN UN MARC DE DOBLE OFICIALITAT LINGÜÍSTICA: UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Isidor Marí Mayans*

Resum

El 27 d'abril de 2022 va tenir lloc a l'Hospital de Son Espases, de Mallorca, la Jornada sobre Llengua i Qualitat de l'Atenció Sanitària, organitzada conjuntament per la Direcció General de Política Lingüística i el Servei de Salut del Govern de les Illes Balears.¹

A part dels parlaments institucionals, hi va haver intervencions de la doctora Anne Leis, presidenta de la Société Santé en Français, del Canadà, i de la doctora Elena Muñoz, especialista en comunicació mèdica, seguides d'una taula rodona amb representants dels diferents sectors implicats. Personalment hi vaig presentar un resum de les aportacions fetes a aquesta temàtica en un número doble (15-16) de la revista *Minorités Linguistiques et Société, Linguistic Minorities and Society*, de la Universitat d'Ottawa, dedicat específicament a oferir una perspectiva internacional sobre el tractament de les llengües en l'atenció socio sanitària en contextos de doble oficialitat lingüística, que en bona part recull aquest text.²

Paraules clau: atenció socio sanitària; comunicació mèdica; doble oficialitat; oferta activa de les llengües de servei; minorització lingüística; competència lingüística del personal sanitari; model de partenariat de l'OMS.

SOCIAL AND HEALTH SERVICES WITHIN A CONTEXT CO-OFFICIAL LANGUAGES: AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Abstract

On 27 April 2022, Majorca's Hospital de Son Espases hosted the Symposium on Language and Health Care Quality, organised jointly by the Directorate General for Language Policy and the Health Service of the Government of the Balearic Islands.

*Aside from the institutional talks, there were contributions from Dr Anne Leis, President of Canada's Société Santé en Français, and Dr Elena Muñoz, a specialist in medical communication, followed by a round table session featuring representatives of the different sectors involved. I personally presented a summary of the contributions made with regard to this topic in a double issue (15-16) of the University of Ottawa journal *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*. The issue was specifically dedicated to providing an international perspective on the treatment of languages in social and health services in contexts with co-official languages, a considerable amount of which is reflected in this article.*

Keywords: social and health services; medical communications; co-official languages; proactive provision of service languages; language minoritisation; language skills of healthcare workers; WHO partnership model.

1 Les entitats organitzadores tenien previst d'editar el vídeo de la jornada i fer-lo accessible per internet.

2 Agraïxo la invitació de la *Revista de Llengua i Dret* a donar compte en aquesta ocasió de les aportacions fetes entorn d'aquest tema.

* Isidor Marí Mayans, membre de l'Institut d'Estudis Catalans. imari@uoc.edu

Citació recomanada: Marí, Isidor. (2022). L'atenció socio sanitària en un marc de doble oficialitat lingüística: una perspectiva internacional. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law*, 78, 214-223. <https://doi.org/10.2436/rld.i78.2022.3388>

Sumari

- 1 El punt de partida i l'enfocament
- 2 Les experiències internacionals
 - 2.1 Alguns aspectes comuns
 - 2.2 Un punt important: superar la desigualtat interioritzada
 - 2.3 Finès i suec a Finlàndia
 - 2.4 Gal·lès i anglès al País de Gal·les
 - 2.5 Basc i català a l'Estat espanyol
 - 2.6 El Canadà
- 3 Algunes conclusions

1 El punt de partida i l'enfocament

És cert que tant el dret com la política lingüística tenen interès en el tema que ens ocupa –el tractament de dues llengües oficials en l'atenció sociosanitària– i és lògic que sigui així. Però cal subratllar des del primer moment que la justificació d'aquest interès és eminentment de caràcter mèdic, com va subratllar en la jornada de Mallorca la doctora Muñoz: en la comunicació amb els pacients, cal assegurar a tothom la mateixa qualitat assistencial en les dues llengües oficials, i amb la mateixa seguretat, com un dels principis bàsics de l'ètica professional dels serveis de salut.

No és, per tant, que s'hagi de fer perquè ho estableix l'ordenament legal, sinó més aviat a la inversa: ho estableix el marc legal per tal de donar efectivitat a l'exigència de qualitat assistencial i d'oferir un accés equitatiu als serveis de salut en les dues llengües. Es tracta, per tant, d'un objectiu que han d'assumir i liderar els mateixos responsables del sistema sociosanitari, i és important –com veurem al llarg d'aquesta nota– que es faci amb la coordinació de tots els sectors implicats. Les experiències internacionals que ressenyarem són altament il·lustratives en aquest sentit: l'ús normal de les dues llengües oficials en l'atenció sociosanitària és eminentment una qüestió de qualitat, de seguretat, d'equitat i d'ètica professional.

Subratllem que, encara que la nostra aproximació se centra en les dues llengües oficials, és evident que la gran mobilitat actual de la població reclama igualment que es despleguin tots els recursos personals i tècnics possibles per atendre amb la màxima qualitat els sectors de població i els visitants que tenen altres orígens lingüístics.

2 Les experiències internacionals

El número doble de la revista *Minorités Linguistiques et Société, Linguistic Minorities and Society*, de la Universitat d'Ottawa, al qual ens hem referit, ofereix en més de 250 pàgines, acompanyades de centenars de referències bibliogràfiques, una perspectiva interessantíssima sobre la gestió equitativa dels serveis sociosanitaris en diversos països amb doble oficialitat lingüística. Es tracta d'una publicació consultable en línia, de manera que els interessats poden aprofundir-hi més enllà de la ressenya general que en podem fer ara i aquí.³

El panorama internacional que presenta aquesta revista és extraordinàriament útil per conèixer com s'ha fonamentat la igualtat en l'accés a aquests serveis en qualsevol de les dues llengües oficials i com s'ha fet front a les dificultats que s'han presentat.

Els casos estudiats són concretament les minories de llengua sueca i finesa a Finlàndia; al Regne Unit, el cas del gal·lès i l'anglès al País de Gal·les; a l'Estat espanyol, el castellà i el català a Catalunya i les Balears⁴ i el castellà i l'euasquera al País Basc, i finalment al Canadà, les comunitats de llengua francesa o anglesa en situació minoritària. La perspectiva adoptada en aquests articles, centrada eminentment en la qualitat assistencial i l'equitat entre les llengües, té el màxim interès, com miraré d'exposar a continuació en un resum dels seus continguts.

2.1 Alguns aspectes comuns

En primer lloc, hem de constatar que hi ha una sèrie d'aspectes comuns en la majoria d'aquestes experiències. Per exemple, es coincideix en l'enfocament que abans apuntàvem: la disponibilitat de l'atenció en cada llengua

3 Vaig tenir la sort de ser convidat a coeditar aquesta publicació amb diversos especialistes: Bouchard, Louise, Nyqvist, Fredrica, Marí Mayans, Isidor, Van Kemenade, Solange, i Maisonneuve, Alexander R. (2021). [Public policy and citizen-based practices that support social and health services for official and co-official language minority communities. An international perspective: What has really been achieved and where are the gaps?](#) *Minorités Linguistiques et Société, Linguistic Minorities and Society*.

4 En aquest cas la revista inclou un article que vam fer conjuntament la professora Maria Ballester i jo: [“The debate on staff language competences and the use of official languages in the Balearic Islands health system”](#).

Podeu veure també sobre aquest tema l'article de Maria Ballester al Blog de la Revista de Llengua i Dret sobre l'evolució judicial que ha seguit: [“L'anul·lació judicial del decret del català a la salut reforça l'exigència de la competència lingüística als empleats públics del Servei Balear de Salut”](#).

Respecte a Catalunya, la revista inclou un article del responsable del Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut de la Generalitat, Jordi Pere i Mas: [“Approach to the Status and Management of Languages in the Catalan Public Health Care System”](#).

oficial no és tan sols una qüestió legal, sinó una exigència de la qualitat assistencial equitativa, basada en un enfocament holístic centrat en el pacient, tal com pertoca des d'un punt de vista mèdic.

En efecte, els articles d'aquesta revista ressenyen una infinitat d'estudis internacionals⁵ que confirmen els desavantatges i riscos de no ser atès en la pròpia llengua, especialment per als pacients més vulnerables – ancians, infants, persones amb dificultats cognitives o problemes mentals– o que es troben en una situació crítica. No és una simple qüestió de preferència, sinó una necessitat clínica.

També és comú a molts dels casos estudiats el fet d'haver de fer front als grans canvis demogràfics i la gran mobilitat que comporta el procés de mundialització: migracions, refugiats, turistes... Tanmateix, també és pertinent recordar el principi que propugna l'informe MIME de la Unió Europea sobre la conciliació de la mobilitat i la inclusió a l'Europa multilingüe: la mobilitat de persones, béns i serveis ha de respectar la diversitat lingüística europea i adaptar-se a cada llengua local.⁶

Els diferents estudis mostren, així mateix, que en aquest context no és fàcil superar la distància entre les exigències mèdiques o les previsions legals i la realitat. Precisament aquest és un dels punts interessants, perquè permet veure com s'ha fet front a les dificultats.

Amb aquesta finalitat, l'objectiu més àmpliament compartit en totes les situacions analitzades és la necessitat de generalitzar i visibilitzar l'oferta activa d'atenció en qualsevol de les dues llengües oficials; és a dir, oferir de manera explícita i visible als usuaris, en tot moment i per tots els mitjans, la possibilitat de ser atesos indistintament en qualsevol de les llengües oficials. Després veurem com es porta a la pràctica aquest principi d'oferta activa en l'àmbit del Canadà, que és on més s'ha desenvolupat.

També és freqüent, en els diferents casos, que hi hagi dificultats per disposar de professionals plenament capacitats des del punt de vista mèdic i lingüístic en totes les especialitats: un dels punts que mereixen més atenció, per tant, és el desplegament de sistemes de formació i de selecció adequats i d'unes condicions laborals que retinguin el personal qualificat. Més endavant ho veurem amb més detall.

I naturalment, un altre factor comú és la necessitat de disposar en les dues llengües oficials dels necessaris recursos lingüístics i tecnològics, i que siguin fàcilment accessibles als usuaris.

2.2 Un punt important: superar la desigualtat interioritzada

Com que en la majoria de les situacions estudiades la relació històrica entre les dues llengües oficials ha estat d'una clara desigualtat entre la més difosa i la minoritzada, val la pena comprendre quins són els efectes psicològics d'aquesta subordinació en el comportament dels usuaris i trobar les maneres de superar-los.

En general, els parlants de la llengua minoritzada no coneixen els seus drets lingüístics i han assimilat un comportament submís. Això fa que, especialment en una situació d'inseguretat com la d'un malalt, renunciïn a usar la pròpia llengua, encara que no dominin prou la majoritària, per por de no ser ben atesos.

D'altra banda, el personal que els atén sovint no és conscient de la seva responsabilitat en el respecte de l'opció lingüística, i sol creure que si el pacient usa –bé o malament– la llengua majoritària, és innecessari atendre'l en la seva pròpia llengua.

Hi ha, per tant, una situació d'inèrcia clarament desfavorable a la llengua minoritzada, que cal reconduir generalitzant la consciència dels riscos de no atendre el pacient en la seva pròpia llengua.

2.3 Finès i suec a Finlàndia

Vegem ara alguns aspectes interessants de cadascun d'aquests casos.

5 V., per exemple, Van Kemenade, Solange, i Forest, Mariève. (2015). *Enjeux des services sociaux et de santé en contexte bilingue ou multilingue national*. Ottawa: Secrétariat National du Consortium National de Formation en Santé.

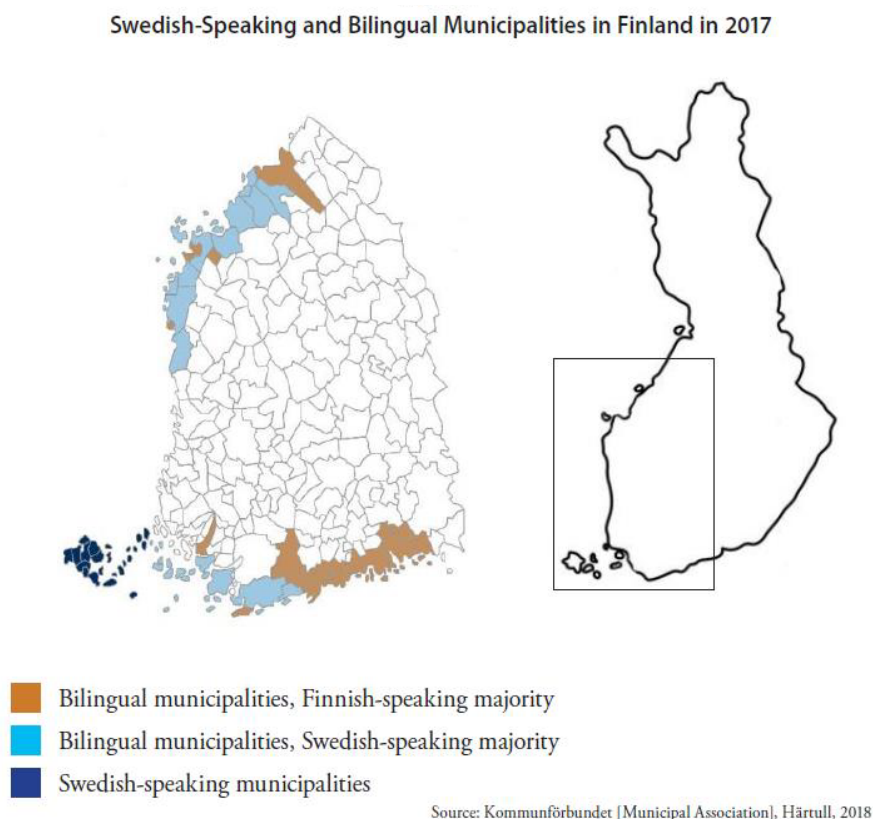
6 V. Marí, Isidor. (2019). *The MIME Vademecum. Mobility and inclusion in multilingual Europe*. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law*, 71.

A Finlàndia la coexistència entre la majoria finesa (88%) i la minoria sueca (tan sols un 5,2%) és antiga. Les dues llengües hi són oficials des del segle XIX i la doble oficialitat es va mantenir després de la independència de Finlàndia el 1919.

La sanitat és una competència municipal, i el doble sistema es presenta en els municipis en què hi ha una minoria sueca o finesa superior a 3.000 habitants o al 8% del total, que són concretament 18 municipis de minoria sueca i 15 de minoria finesa, situats en les zones que presenta el mapa.

Un punt interessant és que cada quatre anys es fa una avaluació de la qualitat lingüística dels serveis públics, amb un seguiment especial de l'atenció que reben les persones de més edat de cada minoria lingüística.

Gràfic 1. Municipis bilingües i de parla sueca a Finlàndia el 2017:



Font. Kommunförbundet [Municipal Association], Härtull, 2018.

2.4 Gal·lès i anglès al País de Gal·les

Al País de Gal·les, la població de llengua gal·lesa representa un 19% del total, però arran del procés de devolució de l'autogovern el gal·lès va accedir a l'oficialitat l'any 2011 –ben recentment– en igualtat amb l'anglès.

La voluntat de superar les limitacions en l'aplicació efectiva del nou marc de doble oficialitat es manifesta en el mateix nom que es va donar l'any 2016 al projecte lingüístic del Govern gal·lès: *More than just words* (Més que tan sols paraules).

La política sanitària i lingüística actual es guia pel projecte de 2018, *A healthier Wales* (Un Gal·les més saludable), que té l'objectiu prioritari de generalitzar l'ús del gal·lès malgrat les dificultats i resistències. Concretament, es proposa d'una manera expressa l'extensió de l'oferta activa d'atenció sanitària en llengua gal·lesa, a fi de superar la inhibició dels pacients i la suposició que no és necessari respectar la seva opció perquè tots saben anglès –la desigualtat interioritzada a què abans fèiem referència.

Des d'un punt de vista organitzatiu, val la pena subratllar la importància que es dona a una bona coordinació entre els tres nivells del sistema sanitari:

- El nivell macro, és a dir, el lideratge indispensable del Govern;
- el nivell meso, o sigui, la responsabilització dels directius dels centres i les organitzacions professionals i sectorials, i
- el nivell micro: l'atenció personalitzada i l'oferta activa de les dues llengües en la relació amb els pacients.

En el seu cas, la manca de professionals plenament capacitats des del punt de vista mèdic i lingüístic ha portat a l'organització de sistemes de formació específics, en coordinació amb els centres universitaris.

2.5 Basc i català a l'Estat espanyol

En el cas de l'Estat espanyol, tal com havíem dit, els articles tracten de Catalunya, les Balears i el País Basc.⁷

Un problema comú, del qual precisament s'ha fet ressò la premsa aquest mateix any, és la manca crònica de personal mèdic, sobretot en determinades especialitats, un punt que ja fa temps que havia estat objecte de tocs d'atenció a les autoritats mèdiques, i que representa una dificultat afegida a l'hora de disposar de personal capacitats en la llengua oficial pròpia de cada territori.

Aquesta mancança es deu a diversos factors, que és imprescindible abordar conjuntament:

- El nombre de titulats que surten dels centres universitaris propis de medicina i infermeria és insuficient, i també ho és la seva competència lingüística en la llengua oficial pròpia del territori i en el corresponent llenguatge mèdic específic.
- En segon lloc, no s'ha previst en la gestió de personal –per més que s'havia advertit– que assistim a un procés de jubilació gradual dels professionals de més edat i que és imprescindible organitzar un bon relleu generacional.
- Finalment, com que les condicions laborals són millors en altres països, els titulats formats aquí tendeixen a desplaçar-s'hi massivament.

Les dades recents a les Balears són clares en aquest sentit:

Precisament entre els metges de família, que són els que tenen més relació amb els pacients, hi haurà un gran relleu generacional: el 60% tenen més de 50 anys i el 28% superen els 60. El dèficit de titulats es deu sobretot al cost elevat de la vida i la residència a les nostres illes, a les altes quotes de pacients –superiors als 1.500– i a la precarietat laboral.⁸

A pediatria, on la relació amb els infants també requereix una bona comprensió lingüística, el problema és semblant: un col·lectiu de pediatres envellit en què el 58% tenen més de 50 anys i el 27%, més de 60.

D'altra banda, l'envelliment creixent de la població comporta un increment dels pacients crònics, que també requereixen atencions lingüístiques especials.⁹

⁷ En el cas de Catalunya, al costat dels articles de la revista canadenca que comentem (un dels quals també és seu), cal tenir en compte l'article que va publicar al Blog de la *Revista de Llengua i Dret* el responsable del Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Jordi Pere i Mas: "[Demografia sanitària i reptes per a la llengua catalana al sistema de salut de Catalunya](#)" (novembre de 2021).

⁸ Això no impedeix que determinats sectors corporativistes marcadament de dretes proclamïn demagògicament que la manca de personal mèdic es deu a la necessitat d'acreditar coneixements de català.

⁹ Sembla indispensable, per tant, que el Pla especial de reactivació que el Govern de les Balears vol posar en pràctica tingui en compte aquests factors i les seves implicacions lingüístiques, de manera que el Pla representi una oportunitat de resoldre integradament totes aquestes necessitats.

Un cas que mereix una atenció específica és el dels metges interns residents (MIR). El sistema estatal de selecció d'aquest col·lectiu, molt important quantitativament i també per les funcions que exerceix, està obert a candidats de tota procedència, també estrangers, i només exigeix als aspirants coneixements de castellà (remarquem que el nivell que l'Estat considera necessari com a mínim és el C1 de castellà, que alguns en canvi consideren excessiu per al català).

Que l'Estat vetlli només pel castellà contradiu i incompleix el compromís contret per Espanya a la Carta europea de les llengües regionals o minoritàries del Consell d'Europa, quan va ratificar lliurement aquest tractat l'any 2001: vetllar perquè els pacients puguin ser atesos en la seva respectiva llengua.¹⁰ L'incompliment encara és més flagrant si tenim en compte que les autoritats espanyoles han estat objecte reiterat de reconvençió per part del Comitè de Ministres del Consell d'Europa en el seguiment que es fa de l'aplicació de la Carta, en les tres darreres ocasions (2012, 2016 i 2019).¹¹

Seria qüestió que el Govern espanyol escoltés d'una vegada aquestes reconvençions –i les demandes de les institucions de l'àmbit lingüístic català, que han reclamat fins i tot en coordinació amb les basques i gallegues la resolució d'aquesta contradicció–, i que respectés la igualtat entre les llengües oficials.

Uns altres aspectes que val la pena remarcar, tant en el cas de Catalunya com del País Basc, són les actuacions tendents a facilitar la sensibilització i la competència lingüística del personal sanitari.

En el cas de Catalunya, el nou personal rep un dossier d'acolliment que l'informa de la situació lingüística, del funcionament lingüístic del servei i dels sistemes de què disposa per adquirir la competència lingüística adequada: cursos intensius inicials, cursos territorialitzats en col·laboració amb el Consorci per a la Normalització Lingüística, reforços amb sistemes d'autoaprenentatge en línia i recursos de consulta. Una enquesta anual de satisfacció (el Baròmetre sanitari) fa el seguiment de l'atenció lingüística, entre altres temes.¹²

Al País Basc, els darrers plans d'actuació dels serveis de salut centren l'atenció en la millora progressiva de l'oferta activa, almenys en uns determinats itineraris de salut, subratllant que la bona comunicació amb els pacients és l'eina més important d'una bona atenció mèdica: d'acord amb la concentració territorial dels parlants d'euskera, en els serveis més freqüentats s'han prioritzat unes línies o itineraris en què l'atenció en llengua basca queda garantida. Un sistema d'identificació visual informa amb un símbol específic de la possibilitat d'usar l'euskera amb el personal i els serveis.

I respecte a la formació del personal, les autoritats sanitàries basques han desenvolupat un curs de postgrau sobre la gestió dels idiomes en l'atenció sanitària, en col·laboració amb la Universitat del País Basc.¹³

2.6 El Canadà

Finalment, val la pena que prestem una atenció especial a l'experiència del Canadà, que probablement és, com dèiem, la que ha arribat a un desplegament més satisfactori de l'oferta activa d'atenció socio sanitària en les dues llengües oficials. Subratllem que en aquell Estat l'anglès hi és parlat per un 57% de la població, i el francès, que parla un 21%, hi té unes proporcions molt semblants a les de català en el conjunt d'Espanya.

En aquest cas, però, la doble oficialitat en l'àmbit estatal té els orígens en el segle XIX i ha estat desenvolupada en una llei federal des de 1988, actualitzada posteriorment. El compromís de l'Estat federal canadenc amb

10 El compromís assumit per Espanya (ratificació de 2001) diu literalment (art. 13.2.c): “vetllar perquè els equipaments socials com ara els hospitals, les llars de jubilats i els albergs ofereixin la possibilitat de rebre i tractar en llur llengua els parlants d'una llengua regional o minoritària que necessiten atencions per raons de salut, d'edat o per altres raons”.

11 Aquestes són les reconvençions del Comitè de Ministres del Consell d'Europa a les autoritats espanyoles:

- [2012](#): que s'assegurin de la presència de totes les llengües en l'oferta dels serveis de salut.
- [2016](#): que vetllin per la presència de les llengües cooficials en els serveis de salut.
- 2019: l'informe del Comitè d'Experts hi insisteix.

12 V. el [Baròmetre sanitari](#).

13 Podeu consultar els dos darrers plans d'actuació: [Pla \(2013-2019\)](#) i [Pla \(2022-2028\)](#); i també la informació sobre el curs de postgrau.

la igualtat efectiva entre les dues llengües oficials és clar: un comissionat federal per a les llengües oficials vetlla perquè tots els serveis de l'Estat assegurin l'oferta activa de l'anglès i el francès a tot el territori, no sols on hi ha minories francòfones.¹⁴

La sanitat al Canadà és una competència de les anomenades *províncies*, que de fet tenen un estatus semblant al d'un estat federat. Hi ha dotze jurisdiccions i sistemes de salut diferenciats, i en general, el francès hi és la llengua oficial minoritària, però l'Estat contribueix financerament al desplegament de l'oferta en llengua francesa.¹⁵

En aquest context, com dèiem abans, al llarg de les darreres dècades s'han desplegat una gran quantitat d'investigacions que han constatat i divulgat la consciència dels perjudicis derivats de la falta de respecte de la llengua oficial dels pacients en l'atenció mèdica.

Per exemple, un d'aquests articles,¹⁶ citat en l'informe del nostre Consell Social, després de revisar una trentena d'estudis conclou que:

- “La comunicació insatisfactòria sembla ser la major font d'errors mèdics evitables durant l'atenció clínica aguda.”
- “És l'aspecte més important però menys aconseguit de l'atenció de qualitat.”
- “La competència verbal del personal mèdic ha de coincidir amb la destresa en els procediments i els coneixements tècnics.”

Cal subratllar de nou que, davant la inhibició habitual en els parlants de llengües minoritàries, al Canadà es difon la consciència que no es pot donar per suposat que els pacients coneixen la llengua majoritària, perquè molts no ho demanen encara que ho necessitin.

En aquest context canadenc, la tasca desplegada per la *Société Santé en Français*¹⁷ ha resultat modèlica i és objecte d'interès internacional.

Aquesta associació, creada l'any 2002, ha basat la seva actuació en el model de partenariat en l'atenció sanitària propugnat per l'Organització Mundial de la Salut (Cap a la unitat per la salut), que parteix de la cooperació imprescindible entre els cinc grans sectors del sistema de salut, com mostra el gràfic adjunt:

- Els responsables polítics del sistema
- Els gestors dels centres de salut
- Les organitzacions de professionals de la salut
- Les institucions acadèmiques on es formen els professionals
- Les comunitats i associacions d'usuaris

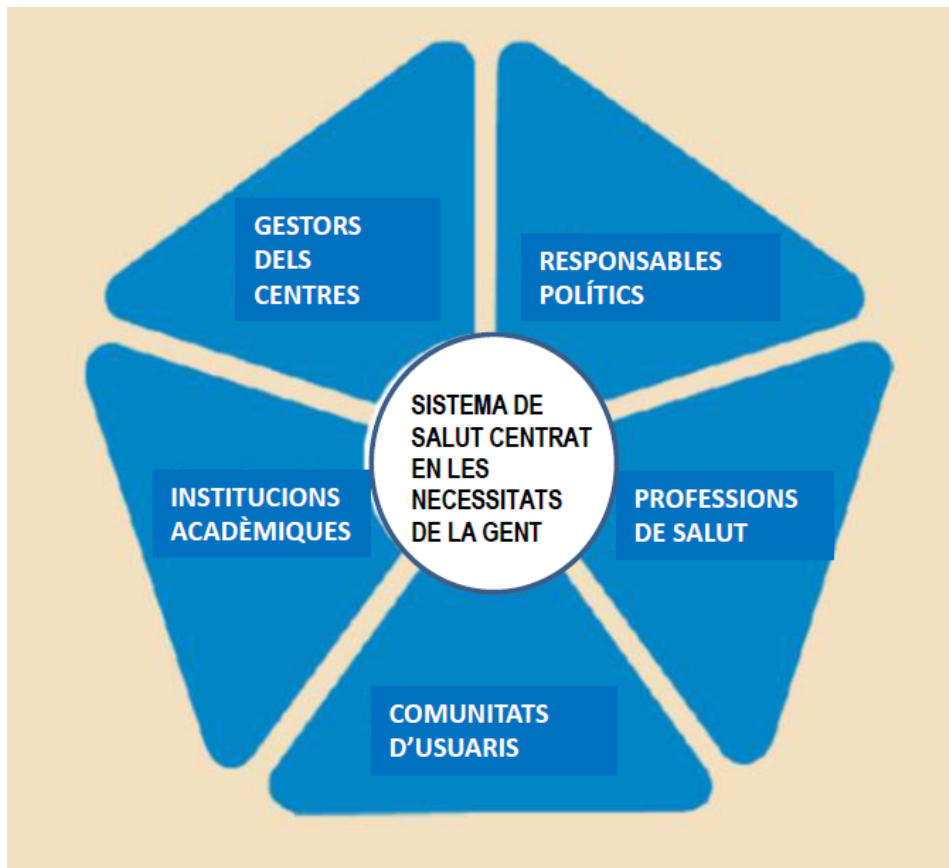
14 N'és una bona mostra el fullet divulgatiu “[L'offre active](#)” sobre els diferents aspectes de posar en pràctica el principi d'oferta activa.

15 Vegeu, per exemple, la política federal respecte a les xarxes de sanitat en anglès i francès: [Programme pour les langues officielles en santé](#).

16 “Improving medical communication: skills for a complex (and multilingual) clinical world”, publicat al *Canadian Respiratory Journal* (vol. 21, núm. 2, març-abril 2014) i elaborat per Peter G. Brindley, Katherine S. Smith, François LeBlanc i Pierre Cardinal.

17 V. el portal web de la [Société Santé en Français](#).

Gràfic 2. Model de partenariat en l'atenció sanitària propugnat per l'Organització Mundial de la Salut:



En aquest marc, l'actuació de la Société ha seguit dos principis fonamentals:

- La creació de xarxes de relació entre els professionals, els centres i els altres implicats.
- La mobilització dels coneixements per mitjà de la difusió dels resultats de la recerca sobre la importància de superar les barreres lingüístiques i del suport als centres perquè puguin desplegar la doble oferta activa.

En aquest sentit, hi ha dues iniciatives especialment interessants: una plataforma de formació en línia,¹⁸ que facilita als gestors la capacitat i la selecció del personal, i un portal molt complet de recursos i bones pràctiques.¹⁹

Un punt especialment interessant des del punt de vista de la disponibilitat de titulats en les diverses especialitats mèdiques és l'acord de corresponsabilitat establert amb el sistema universitari canadenc, que justificaria un acord semblant a la Xarxa Vives.²⁰

Ara bé, segurament la fita més important de l'actuació de la Société Santé en Français és haver elaborat i oficialitzat una norma estàndard canadenc de qualitat en l'accés als serveis socio sanitària en les llengües oficials.²¹

Aquesta norma detalla, en una guia de qualitat assistencial i a partir de multitud de referències de recerca, el procés de millora constant que ha de seguir un centre en l'establiment de l'oferta activa de serveis, en l'ús

18 Plataforma [Equity-link](#).

19 Portal [Savoir-santé en français](#).

20 V. l'[acord](#) establert amb el sistema universitari canadenc.

21 V. la norma [CAN/HSO 11012:2018 – Access to Health and Social Services in Official Languages](#).

de les llengües en la recerca clínica, en el paper de governança i lideratge que comporta el compromís dels directius, en la millora constant de les competències del personal i, en definitiva, en el compromís de qualitat amb els usuaris.

El prospecte de difusió d'aquesta norma estàndard deixa clara la seva justificació:²² evitar la baixa qualitat de l'atenció sanitària, les limitacions o demores en l'accés, el risc de no seguir el tractament, les taxes altes d'infeccions i mortalitat infantil, els riscos de malalts crònics de diabetis o de cor, la prolongació d'estades hospitalàries i en general la insatisfacció i les incidències de servei.

Valdria la pena explorar l'aplicació d'un procés d'acreditació de qualitat semblant en el nostre context, per més que és cert –i lamentable– que no hi ha cap referència a les llengües en la norma UNE 15224 *Servicios sanitarios*,²³ que aplica a Espanya en aquest sector la norma ISO 9001: 2015 sobre qualitat dels sistemes de gestió.

A les Balears hi ha un sistema de cartes ciutadanes –cartes marc, de serveis i de compromisos– que gestiona la Direcció General de Participació, Transparència i Voluntariat. En algun cas, em consta que se n'ha fet aplicació en l'àmbit sanitari i amb referència als aspectes lingüístics, com per exemple en el Servei d'Emergències de les Balears. I aquest sistema de gestió de la qualitat disposa d'una guia metodològica que detalla el procés d'elaboració i aplicació dels projectes.

3 Algunes conclusions

En vista d'aquest conjunt d'informacions, crec que podem afirmar que disposem de prou elements per construir el nostre propi model de partenariat sanitari i treballar junts amb diligència per donar plena efectivitat, sense més demores, a una atenció sociosanitària de qualitat i equitativa entre les dues llengües oficials.

Des d'un punt de vista mèdic, no es poden minimitzar o negligir les conseqüències de no atendre els pacients en la seva pròpia llengua, a part del dret que hi tenen.

L'escassa incidència estadística de les queixes no pot servir d'excusa, perquè ja hem vist que és típica de les situacions de llarga subordinació lingüística.

A més, en una situació de crisi, com és la pandèmia que hem patit, s'accentuen els problemes associats a la marginació, i també els derivats de la marginació lingüística, siguin visibles o no. Segurament les crisis no són un bon moment per fer grans canvis, però sí que són el moment per reflexionar, dissenyar i organitzar els canvis necessaris. Hem de fer de la crisi una oportunitat de millora, i no una excusa.

Estic convençut que les experiències internacionals, comparades amb les pròpies, amb la possibilitat d'establir contactes i cooperacions amb altres societats que fan front a necessitats similars, poden ser una bona base per emprendre una iniciativa conjunta de tots els sectors, que a les Balears podria trobar l'espai idoni en el marc del Pla especial de reactivació del sistema sanitari, que ha posat en marxa fa poc el Govern.

En qualsevol cas, la via és el model de concertació entre els grans agents que ha adoptat la Société Santé en Français seguint les directrius de l'Organització Mundial de la Salut: amb el lideratge dels responsables polítics del sistema sanitari, la responsabilització activa dels directius dels centres, el suport de la universitat a la competència lingüística en la formació inicial i permanent del personal, la cooperació responsable dels sectors professionals, col·legials i sindicals, i un seguiment dels resultats i de la valoració dels usuaris, crec que podem superar les dificultats, en lloc de rendir-nos-hi.

22 V. el [prospecte de difusió](#).

23 V. la norma [UNE 15224](#).