

HACIA UNA “GLOBALIZACIÓN” DE LA TRADUCCIÓN: EL CASO DE LA TRADUCCIÓN JURADA DE LOS DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES (INGLÉS-ESPAÑOL)

Natividad Gallardo San Salvador
Dpto. de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada
ngallar@ugr.es

Recibido: 31/05/2012

Aceptado: 26/10/2012

*Dios te guarde de párrafo de legista,
de infra de canonista, de etcétera de escribano
y de récipe de médico*

Resumen

El propósito de este artículo es estudiar y clasificar los documentos médico-legales para ayudar al traductor a afrontar la traducción jurada de este tipo de textos. Los documentos médico-legales son textos híbridos que están entre la traducción científica (médica) y la jurídica administrativa. La selección de estos textos se ha realizado atendiendo a la demanda real de mercado. Observamos que están más relacionados con los textos médicos (en lo que al contenido se refiere) que con los jurídicos (en la forma y en el receptor, que suele ser la Administración). El contenido lo comparten con los textos científicos y es la forma, el medio y el receptor de estos textos lo que está relacionado con el ámbito jurídico-administrativo.

En este trabajo se presenta un estudio comparado y descriptivo de cinco ejemplos de los textos médico-legales más representativos: certificado de defunción, expresión anticipada de voluntades (EAV), parte de notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), receta médica e historia clínica. Comparamos estos textos en las dos lenguas y los analizamos para ver sus similitudes y diferencias centrándonos en los siguientes parámetros: definición de conceptos, tipo de textos, características generales, regulación y legislación aplicada, contenido del documento, estructura del documento, elementos informativos y funcionales, etc., para facilitar la tarea del traductor jurado.

Palabras clave: traducción jurada, documentos médico-legales, traducción jurídica, traducción médica.

TOWARDS A “GLOBALIZATION” OF TRANSLATION: THE OFFICIAL TRANSLATION OF MEDICAL-LEGAL DOCUMENTS (ENGLISH-SPANISH)

Abstract

The aim of this paper is to study and classify medical-legal documents to help the translator to deal with the translation of this type of texts. The selection of these

texts has been undertaken in response to actual market demand. Medical-legal documents are hybrid texts that are in between scientific (medical) translation and legal and administrative translation. As far as content is concerned, they are more related to medical texts but according to form, structure of document, and recipient (usually Administration or authorities) they share more characteristics with legal or administrative texts. It is a descriptive and comparative study of five documents that are most representative of medical and legal texts: certificate of death, advance decision to refuse treatment (ADRT), notification of infectious disease or food poisoning, prescription, and medical record. This study includes definition of concepts, types of texts, general characteristics, regulation and legislation, document content, document structure, and so on.

Keywords: official translation, medical-legal documents, legal translation, medical translation

1. Introducción

No hay una traducción más fácil que otra, lo que hay es un traductor al que le resulta más fácil un tipo de traducción u otro debido a su conocimiento del campo temático, su especialización, su experiencia, su formación previa, su grado de familiaridad con la misma, etc. No obstante, sí es cierto que hay traducciones en las que aparte de ser necesario adquirir el conocimiento especializado preciso para la comprensión del texto, debemos conocer también la terminología, el lenguaje, el estilo y el discurso propio de ese tipo de texto, y otros tipos de traducción que no exigen estos requisitos. No pretendemos primar ningún tipo de traducción, ni considerar que uno sea más interesante que otro, sino facilitar el trabajo del traductor en casos como la traducción jurada de documentos médico-legales, en los que se ha producido una homogeneización en los documentos y en la información que aportan, lo que nos lleva a afirmar que los textos utilizados en inglés y en español son muy semejantes, situación que no suele ser muy usual en el caso de estas dos lenguas. En estas raras ocasiones en las que las situaciones objeto de estos actos son similares en los dos sistemas culturales, la labor del traductor jurado es más relajada porque cuenta con textos paralelos redactados en las dos lenguas y que comparten los mismos elementos funcionales, informativos, directivos e instructivos.

Ahora bien, no siempre es así; de hecho, los textos médico-legales constituyen, en este sentido, una excepción en el contexto de la traducción jurada. En la mayoría de los documentos que son objeto de traducción jurada (educativos, civiles, académicos, notariales, judiciales, etc.) ocurre todo lo contrario: los conceptos referidos en la lengua de partida no tienen equivalente en una buena parte de los casos con los conceptos de la lengua a la que se traduce, dadas las enormes diferencias existentes en los sistemas jurídicos y en el funcionamiento de la Administración. Y ahí es donde comienzan las dificultades y los dilemas que se le plantean al traductor jurado para encontrar la traducción más adecuada o la alternativa más precisa. En estas ocasiones la cualidad que prima será la precisión, por delante casi siempre de la claridad y el buen estilo.

Como acabamos de comentar, los elementos que configuran un texto jurídico-administrativo son: el sistema conceptual, la terminología y fraseología, el estilo y discurso, y la estructura o configuración global del documento. Para resolver los problemas de estilo, del discurso jurídico específico, de la terminología, y de la configuración del texto, la única fuente documental son los documentos equivalentes o textos paralelos.

La traducción jurada es la denominación que recibe en España la traducción oficial de documentos realizada por traductores-intérpretes jurados. El destinatario, receptor o usuario de este tipo de traducción suele ser la Administración y el cliente, el que inicia el proceso de la traducción jurada, suele ser el interesado o un representante del mismo. A la labor de traducción oficial se le añade el componente de certificación de la autenticidad del contenido de la traducción, lo que confiere al traductor la condición de fedatario público. El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación en la Sección de traductores-intérpretes jurados informa al respecto:

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación es competente para la concesión del título de Traductor-Intérprete Jurado. Este título habilita para realizar traducciones y/o interpretaciones juradas de una lengua extranjera al castellano y viceversa en todo el territorio español. Los Traductores-Intérpretes Jurados pueden certificar con su firma y sello la fidelidad y exactitud de sus actuaciones, empleando la fórmula que a tal efecto dicte el Ministerio.

La vía principal de obtención de este título es el examen que, a tal efecto, convoca anualmente el Ministerio. No obstante, actualmente existen otras dos vías de acceso al mismo: la exención de examen para los licenciados en Traducción e Interpretación y el reconocimiento de cualificaciones profesionales análogas obtenidas en un Estado miembro de la UE o del EEE.

El perfil del traductor-intérprete jurado y la forma de traducir, como indica Mayor (1999: 17-58), están muy bien definidos. El perfil es una persona que ha superado las exigencias establecidas por el Ministerio de Asuntos Exteriores, que muestra una alta capacidad para la traducción jurídica y económica y que, a su vez, tiene conciencia de todas las consecuencias de su carácter de fedatario público:

La forma de traducir que correspondería a todas estas circunstancias sería extremadamente literal (más bien semántica en la definición de Newmark, 1988: 22-3), siguiendo casi palabra por palabra la redacción del original; íntegra (sin omitir ni añadir significados que no estén formulados en el original); fiel (no sólo en cuanto a los datos sino también incluso en lo que se refiere a los recursos o técnicas de traducción utilizados, que deberían huir de las formulaciones equivalentes, de las formas exegéticas, para acudir de forma exclusiva a las formulaciones establecidas); la forma de traducir tendría su foco en la cultura original y su énfasis en la fidelidad formal y semántica (antes que en la comprensión, la identificación o la transferencia cultural).

Una muestra más de la forma de traducir “reconocida” queda patente en las directrices o recomendaciones incluidas en las instrucciones del Ministerio de Asuntos Exteriores para realizar el examen para traductor-intérprete jurado:

El criterio que se juzga más acertado para llevar a cabo una traducción de textos legales consiste en la difícil elección de un término medio entre una traducción literal que en ocasiones podría llegar a ser ininteligible, y una traducción libre que recogiera el sentido general del texto, como si fuera una simple lectura, sin seguir cuidadosamente el texto; repetimos, lo más acertado es atenerse y pegarse al texto recogiendo todos los matices que en él haya y verter todo eso en un correcto y apropiado castellano.

Esta forma de traducir viene impuesta, por lo que la Administración espera —y en ocasiones exige— de una traducción jurada y también por la tradición que hace que sea la forma de traducir aceptada por los traductores jurados. Como afirma Mayoral (1999: 17-58), es la traducción que se asocia fácilmente con lo que Christiane Nord (1996: 91-107) denomina traducción documental. La forma de traducir establecida para la traducción jurada hace referencia clara al texto original, pero la práctica profesional nos impone a los traductores jurados constantes dilemas relacionados con la forma de traducir un texto. Probablemente no exista otro tipo de traducción profesional en la que el traductor se vea obligado constantemente a adoptar tantas decisiones que no tienen nada que ver con una posible ambigüedad del contenido del texto.

Hay diversos estudios muy interesantes sobre la traducción jurídico-administrativa, la jurada y la judicial, en general, sobre la profesión y sobre la traducción jurada como acción social, pero pocos sobre la traducción jurada aplicada a tipos de textos específicos. De estos últimos destacamos las aportaciones de Hickey (2005), de Mayoral (1991, 1994, 1995, 1998, 1999a, 1999b) en torno a los documentos académicos norteamericanos y paquistaníes, o la de Way (2003) sobre la traducción jurada de títulos académicos. Y, aunque Martínez López (2009a y 2009b) ha trabajado con textos médico-legales, sus trabajos se enmarcan en la adquisición del conocimiento experto desde una perspectiva traductológica y didáctica o en las unidades terminológicas y fraseológicas de un documento-tipo relacionados con el ámbito de la reproducción asistida. En nuestro caso hemos realizado un estudio aplicado a la práctica de la traducción jurada de documentos médico-legales en la combinación inglés-español.

Nuestro objetivo es, por un lado, ofrecer una clasificación de los distintos documentos médico-legales para facilitar el trabajo del traductor novel y, por otro lado, ofrecer un estudio comparado y descriptivo de los distintos tipos de textos, proporcionándole modelos en distintas lenguas para que cuando tenga que hacer una traducción jurada de una epicrisis, por poner un ejemplo, sepa qué tipo de documento es, para qué sirve, de qué partes consta, qué información debe incluir, cuál es su estructura, qué objetivo tiene, a quién va dirigida, cuál es la terminología usada, etc., y el modelo en la lengua meta le sirva de guía para elaborar su traducción.

2. Metodología

Es cierto que todos los que ejercemos profesionalmente la traducción jurada sabemos, por experiencia, que la mejor fuente documental y más fiable son los textos paralelos, en las ocasiones en las que podamos contar con ellos. Y en este caso, nuestro objeto de estudio son los documentos médico-legales, porque suelen ser objeto de traducción jurada con bastante frecuencia debido a que una serie de factores (el derecho de libre circulación y residencia de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de su familia; el derecho a la sanidad; el número de residentes extranjeros, algunos de edad avanzada, con segunda residencia en España; etc.) han hecho que este tipo de servicios, así como la traducción de los mismos, sean muy demandados. Otra particularidad de estos documentos es el hecho de ser textos híbridos que suelen encontrarse entre la traducción científica y la traducción jurídico-administrativa. Pero cuando los analizamos observamos que tienen más de textos médicos que de jurídicos. El contenido está más cercano a la traducción médica, el emisor es siempre un especialista de la salud, mientras que la forma del documento y el receptor, que suele ser casi siempre la Administración, los aproxima a los textos jurídicos. De hecho, para algunos autores (Silva, 2012), la medicina legal es aquella parte de la medicina que se ocupa de la solución de los problemas judiciales o jurídicos para los cuales son necesarios los conocimientos médicos o de la medicina. O dicho de otro modo, la medicina legal es la especialidad médica que aplica todos los conocimientos de la medicina para el auxilio a jueces y tribunales de la administración de justicia; es decir, es el vínculo que une al derecho y a la medicina. Como puede observarse, más entroncadas las dos áreas de conocimiento no podrían estar.

El presente trabajo se basa en el estudio de los textos médico-legales que hemos traducido durante nuestro ejercicio profesional a lo largo de los últimos años, en los que hemos observado que se ha llegado a una “globalización” en la redacción y otorgamiento de los mismos que sobrepasa el mercado español y se extiende a otras lenguas, como en el caso del inglés y del francés. Es decir que, prácticamente, encontramos textos muy similares en ambas culturas y lenguas, llegando incluso en algunos casos a contar con formularios en los que puede variar el orden de presentación de la información, pero que cuentan con la misma estructura, los mismos sujetos intervinientes, el mismo contenido, la misma función, y en la que la carga sintáctica no es muy densa porque la mayoría de los documentos parten de una plantilla a la que los especialistas de la salud se tienen que ajustar.

La metodología que adoptamos se basa en la textología comparada mediante la recopilación de un corpus que, siguiendo la definición de Sinclair (1994:14) es “a collection of pieces of language that are selected and ordered according to explicit linguistic criteria in order to be used as a sample of the language”. Nuestro corpus es, siguiendo las indicaciones de Torruella y Llisterra (1999: 45-77), un corpus especializado y genérico (según la especificidad de los textos), un corpus textual (*whole text corpus*, según la cantidad de texto que se recoge de cada documento) y un corpus comparable (según el porcentaje y la distribución de los diferentes tipos de textos). Es un corpus

comparable porque hemos seleccionado textos parecidos en cuanto a sus características (textos médico-legales) en inglés y en español. Una de las principales finalidades de este tipo de corpus es poder comparar el comportamiento de diferentes lenguas o de diferentes variedades de una lengua en circunstancias de comunicación parecidas, pero evitando las inevitables distorsiones lingüísticas introducidas en las traducciones recogidas en los corpora paralelos.

El material utilizado se compone de un corpus de 32 documentos redactados en inglés y en español, y se han recopilado en los ministerios y las instituciones administrativas y autonómicas encargadas de la regulación de los documentos objeto de estudio.

El objetivo de este trabajo de textología comparada abarca distintos aspectos. Por un lado, describimos las características de la traducción jurada y la medicina legal, sus tipos textuales y las características de las secuencias predominantes que nos ayudarán a determinar el nivel léxico, el terminológico y el sintáctico. Por otro lado, comparamos las estructuras o convenciones textuales en las dos lenguas y, finalmente, determinamos los distintos niveles de dificultad y de especialización del texto, teniendo en cuenta el tema, la función, el emisor, el receptor y la estructura del texto porque todo ello contribuye a mejorar la competencia del traductor en la fase de traducción y a que este llegue a alcanzar el conocimiento experto necesario en la fase de recepción.

3. ¿Documentos jurídicos o documentos legales?

Todas las fuentes consultadas, provenientes de autores pertenecientes al campo de la medicina, utilizan el término documentos médico-legales. Sin embargo, en el ámbito de la traducción hablamos de documentos jurídicos (no legales) en el ámbito de la medicina, o de traducción jurada de textos médicos, y de medicina legal (no jurídica) y forense.

No hay unanimidad en el uso de una u otra terminología. Según el Diccionario de la Real Academia Española:

Legal: perteneciente o relativo a la ley o al derecho

Jurídico: que atañe al derecho o se ajusta a él

Medicina legal: aplicación de la medicina al asesoramiento pericial de los tribunales

Médico forense: (no aparece medicina forense) médico encargado por la justicia para dictaminar los problemas de medicina legal.

En nuestro caso vamos a utilizar el término documentos médico-legales por ser el que utilizan los especialistas, dado que incluso la especialidad se denomina Medicina Legal y Forense, aunque nuestra tendencia sería la de definirlos como documentos jurídicos más que legales.

En el Prólogo al *Manual de documentos médico-legales* (2008: 9) Castellano afirma que la relación médico-enfermo ha pasado a ser relación médico-paciente y médico-usuario,

y en realidad, se corresponde con una relación contractual, de igualdad, con deberes y derechos por ambas partes y regulada por el Código civil. De ahí lo de documentos médico-legales. Más adelante expone que aspectos básicos en la relación médico-enfermo como había sido la historia clínica, documento en el que el médico anotaba los datos del enfermo, con el fin de recordarlos en las sucesivas visitas y, de este modo, prestarle una mejor asistencia, pasó a considerarse un derecho del paciente y su incumplimiento, un motivo de demanda judicial.

4. Características de los documentos médico-legales

Una gran parte del tiempo que dedica un médico lo invierte en cumplimentar diversos impresos, formularios y otro tipo de documentos, y esta faceta a la que podríamos llamar administrativa suele ser la más árida y desconocida para un profesional de la medicina. El ámbito en el que se producen los documentos médico-legales es muy variado y amplio. Son documentos redactados por un médico, surgen de la relación médico-paciente, pero suelen tener como receptor los tribunales administrativos o de justicia. Otro espacio en el que también se utilizan está ligado al ejercicio de la Medicina Legal y Forense que, como hemos comentado anteriormente, es la medicina al servicio de los tribunales de justicia. En realidad, la denominación híbrida de documentos médico-legales viene así definida por el contenido del documento (médico) y el destinatario del documento (jurídico). Estos documentos tienen una finalidad muy específica y una estructura formal y de contenido muy estereotipada en ambas lenguas.

Casado (2008: 19) define los documentos médico-legales como "todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona". Si bien es cierto que en algunos casos pueden también ser utilizados por otros profesionales sanitarios. Y se denominan legales porque adquieren legalidad ante las autoridades sanitarias, administrativas o judiciales.

Estos documentos son muy variados en su estructura y en su finalidad, pero hay algo que los caracteriza a todos: su estilo claro, conciso y sencillo para hacerlos inteligibles y comprensibles a los destinatarios que, normalmente, no pertenecen al mundo de la salud.

Comparten con los documentos jurídicos la estructura y los apartados de los que normalmente constan este tipo de documentos, apartados que por lo general se encuentran claramente diferenciados:

1. Encabezamiento: título del documento y membrete de la institución que lo expide.
2. Cuerpo: datos de identificación del interviniente, datos relativos a la solicitud que hace el interviniente y a la notificación.
3. Lugar y fecha en la que se expide el documento y la firma del facultativo que lo expide.

4. Identificación del destinatario: autoridad administrativa, sanitaria, judicial, etc.

Aunque no todos los documentos médico-legales, como veremos más adelante, tienen tan establecida y fija esta estructura de documento.

5. Tipos y clasificación de los documentos médico-legales

El concepto de tipo de texto o género ha evolucionado mucho en los últimos años y tampoco hay un acuerdo sobre la terminología utilizada. Es evidente que los textos poseen unas características que los identifican, unas convenciones, unas estructuras típicas, una forma de exponer los hechos, unos objetivos, etc., que contribuyen a que podamos clasificarlos y, de este modo, proponer una taxonomía propia para lograr una ordenación jerarquizada y sistemática.

El área de la medicina legal es muy antigua y a lo largo de la historia se han realizado numerosas investigaciones sobre los géneros textuales y se han propuesto distintas clasificaciones. No sucede así en el análisis textual de textos legales que es relativamente reciente. A pesar de los esfuerzos del grupo GENTT, todavía queda mucho estudio por realizar.

A continuación ofrecemos una relación que, sin pretender ser exhaustiva, da una idea de la riqueza de clasificaciones de documentos médico-legales existentes. Todas las clasificaciones coinciden en tener en consideración el parámetro del emisor (médico) y del receptor (administración), pero algunas atienden a la finalidad, otras al contexto y al destinatario, otras a la función, a la direccionalidad, etc. y teniendo en cuenta unos u otros factores o primando unos sobre otros obtendremos distintas clasificaciones. No obstante, siempre hay que considerar que las clasificaciones no deben ser ni muy amplias y genéricas, ni muy restrictivas.

Serrat (2004: 4) distingue, atendiendo a su finalidad, dos tipos de documentos:

1. Los documentos médicos que, si bien tienen como objetivo dejar constancia de la asistencia prestada al paciente, es decir, una finalidad asistencial, pueden en algunas circunstancias convertirse en prueba de las actuaciones judiciales. En su conjunto y según lo establecido en la Ley 42/2002 de la autonomía del paciente y el derecho a la información (LAP), constituyen la documentación clínica¹.
2. Los documentos médico-legales, es decir, aquellos que tienen como fin acreditar hechos médicos, como por ejemplo el certificado, o constituir un elemento de prueba, como es el caso del parte de lesiones o el informe pericial.

Casado (2008: 22), por el contrario, los clasifica según el contexto en el que se emiten y a quien van dirigidos: judiciales, sanitarios, administrativos y laborales.

Judiciales

1. Partes²:
 - 1.1 partes judiciales
 - 1.1.1 partes de lesiones
 - 1.1.2 partes de lesiones en violencia de género
 - 1.1.3 partes de lesiones en maltrato infantil
 - 1.2 partes sanitarios
 - 1.2.1 partes de notificación de enfermedades de declaración obligatoria
 - 1.2.2 partes de notificación de sospecha de reacciones adversas
 - 1.2.3 partes de consulta y hospitalización
 - 1.3 partes laborales
2. Actas
 - 2.1 acta de nacimiento
 - 2.2 acta de declaración de aborto
 - 2.3 acta de exhumación
 - 2.4 acta de traslado de cadáver
 - 2.5 acta de embalsamiento
 - 2.6 tanatopraxia
 - 2.7 acta de conservación temporal
3. Certificados
 - 3.1 certificado médico
 - 3.2 certificado médico de defunción
 - 3.3 certificado de aptitud para la obtención de los permisos de conducción
 - 3.4 certificados de aptitud para la tenencia y uso de armas

Sanitarios

1. La receta médica
2. La historia clínica

Administrativos

1. Documento de expresión anticipada de voluntades
2. Documento de consentimiento informado
3. Actuación médica en prescripciones y tratamientos específicos

Laborales

1. Informes clínicos
 - 1.1 informe de alta
 - 1.2 alta voluntaria y alta forzosa del paciente
 - 1.3 certificación acreditativa del estado de salud

Según Nuñez de Arco (2005: 81) “prueba” es la demostración que se hace de actos jurídicos conforme a observaciones objetivas (valor probatorio de las pruebas). Para

este autor hay diversos tipos: pruebas instrumentales (certificados, radiografías, recetas); pruebas testificales (declaraciones de testigos); y pruebas periciales (emitidas por expertos en el informe pericial). Los documentos médico-legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona. Estos documentos médicos escritos son útiles como “pruebas documentales” y los clasifica en dos grupos:

1. documentos médicos con valor probatorio posterior: documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de origen, sino con posterioridad, en virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. El informe de una consulta, la historia clínica y el protocolo de autopsia son ejemplos de este tipo de documentos. Los principales documentos son:
 - 1.1 certificado
 - 1.2 dictamen, diagnóstico o informe de una consulta
 - 1.3 epicrisis, historia clínica (expediente clínico)
 - 1.4 protocolo de autopsia

2. documentos médico-legales con valor probatorio preconstituido: documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Ejemplos son el informe médico forense (evaluación de lesiones físicas y psíquicas), el informe médico legal (otorgado por médico especialista en Medicina Legal y Forense) y el informe de autopsia. Los documentos de este grupo son:
 - 2.1 informe médico forense
 - 2.2 informe médico-legal
 - 2.3 certificado de defunción
 - 2.4 informe de autopsia

Otros autores también incluyen entre los documentos médico-legales la denuncia, el oficio, la declaración, el informe pericial y la tasación.

La clasificación de Casado es la más exhaustiva y completa que hemos encontrado entre todos los autores consultados. En la Medicina Legal inglesa los modelos de clasificación son muy similares a los encontrados y expuestos en español salvo algunas variaciones que dependían del enfoque aplicado por los distintos autores. El concepto de documento médico-legal también coincide (Singh, 2011: 478):

medical records are legal documents, and are subject to the laws of the country/state in which they are produced. As such, there is great variability in rules governing production, ownership, accessibility, and destruction. There is some controversy regarding proof verifying the facts, or absence of facts in the record, apart from the medical record itself. <http://www.v2020eresource.org/newsitenews.aspx?tpath=news82006#8.inc>

Para el objeto de este trabajo nos vamos a centrar solo en la comparación y descripción de algunos documentos médico-legales, facilitando el acceso a los documentos en ambas lenguas y haciendo un estudio de la estructura y contenido de los mismos. Hemos analizado y extraído también la terminología y fraseología propia de cada uno de los documentos en ambas lenguas, pero no es objeto de este trabajo. Aplicar el estudio a todos los documentos médico-legales existentes sería una tarea que sobrepasaría los límites de un artículo.

Por ello estudiamos algunos de los documentos más representativos, como son el certificado médico de defunción (*certificate of death*), el documento de expresión anticipada de voluntades, EAV (*advance decision to refuse treatment, ADRT*), el parte de notificación de enfermedades de declaración obligatoria, EDO (*notification of infectious disease or food poisoning*), la receta médica (*prescription*) y la historia clínica (*medical history*). Hemos escogido un ejemplo de cada uno de los bloques más representativos de estos tipos de textos (judiciales, sanitarios, administrativos y laborales): certificado de defunción (documento judicial: certificado); el documento de expresión anticipada de voluntades (documento administrativo); el parte de notificación de enfermedades de declaración obligatoria (documento judicial: parte sanitario); la receta médica y la historia clínica (documento sanitario).

6. Certificado de defunción (*certificate of death*)

Aunque todo tipo de certificación es un acto con repercusiones importantes, la certificación de la defunción, como documento de carácter público, conlleva, a la vez, un acto médico-legal y también administrativo porque permite el enterramiento del fallecido y tiene también una finalidad epidemiológica al facilitar el conocimiento de las causas de muerte en la sociedad.

Cabello (2003) considera que el certificado de defunción constituye la base de las causas de defunción y de las estadísticas de mortalidad, permitiendo identificar problemas de salud. También afirma que tiene una finalidad médico-legal y otra epidemiológica. Sus ventajas están relacionadas con la “exhaustividad del registro, su fácil recogida y el bajo costo”. La desventaja para esta autora es la poca fiabilidad de la información que proporciona, “debido muchas veces a la inexactitud de los datos referidos”. Las causas de la muerte se codifican de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades y son las que se utilizan para el control estadístico de la mortalidad. El modelo de certificado de defunción consta de dos impresos diferentes: Certificado médico de defunción (editado por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos) y el Boletín estadístico de defunción³ (editado por el Instituto Nacional de Estadística).

El médico solo debe rellenar este certificado si conoce la causa de la muerte (muerte natural) y si no ha habido muerte violenta; en caso contrario habrá que dar parte para que se realice la autopsia médico legal. Hay diferentes clases de muerte: muertes naturales, muertes violentas, muertes sospechosas de criminalidad, muertes sin

asistencia médica, muertes súbitas y muertes en el curso de un proceso patológico con evolución atípica. El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal indica que, ante muertes violentas o sospechosas, “los que por razón de sus cargos, profesiones y oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente...”

Los datos que deben quedar registrados son la identificación del cadáver, la identificación del facultativo que expide el certificado, la determinación de la hora, fecha y lugar del fallecimiento, la causa fundamental de la muerte y la causa inmediata del fallecimiento, es decir, la enfermedad o condición patológica que ha causado directamente la muerte.

En inglés y en español se trata de un documento médico-legal, tipo formulario; el emisor es un médico; el receptor puede ser la administración, el juzgado o un ciudadano; el modo es escrito; el tono formal, y el *foco contextual dominante*⁴ es informativo y el secundario, expositivo. La finalidad es certificar el fallecimiento especificando la causa. Los modelos de documentos en ambas lenguas son muy similares, constan de las mismas partes, el contenido es muy parecido, los sujetos intervinientes también coinciden, incluso el formato es casi igual. Ambos documentos cuentan con instrucciones para rellenarlos.

No obstante, el modelo español es más genérico y sí podemos observar en el inglés un apartado, que no figura en el español, en el que se enumera un listado de causas de defunción y se señala que, en caso de tratarse de alguna de ellas, habrá que aportar más información sobre la etiología. Pero esa sería la única diferencia entre ambos formularios, que se pueden consultar desde los siguientes enlaces:

*Modelo de certificado médico de defunción español*⁵

http://www.ine.es/metodologia/t20/cues_def_09.pdf

Modelo de death certificate USA

<http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/death11-03final-acc.pdf>

7. Expresión anticipada de voluntades, EAV (*Advance Decision to Refuse Treatment, ADRT*)

Es un documento médico-legal por el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo y mediante el mismo pide que su expresión anticipada de voluntades sea tenida en cuenta y se lleve a efecto. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

En España, la ley básica 41/2002 de 14 de noviembre reguló para todo el territorio nacional la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su artículo 11 regula las llamadas “instrucciones previas”; otras Autonomías han preferido la expresión “voluntades anticipadas” o “testamento vital” y cada una de las comunidades Autónomas ha ido regulando el tema:

La manifestación escrita hecha para ser incorporada al Registro que esta Ley crea, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad. *Ley 5/2003 de Declaración de Voluntad Anticipada de la Junta de Andalucía.*

En inglés la finalidad del *Advance Decision to Refuse Treatment, ADTR* (antes *living will*) es la misma que la expresión anticipada de voluntades española:

A decision made by a person after he has reached 18 and when he has capacity to do so, that if—

(a) at a later time and in such circumstances as he may specify, a specified treatment is proposed to be carried out or continued by a person providing health care for him, and (b) at that time he lacks capacity to consent to the carrying out or continuation of the treatment, the specified treatment is not to be carried out or continued. *Mental Capacity Act 2005.*

El modelo que facilita el National Health Service (End of Life Care), en las instrucciones previas antes de rellenar el documento, deja explícita también la finalidad de este documento:

This advance decision to refuse treatment has been written by me to specify in advance which treatments I don't want in the future. These are my decisions about my healthcare, in the event that I have lost mental capacity and can not consent to or refuse treatment. This advance decision replaces any previous advance decision I have made.

http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/ADRT_form.pdf

En ambas culturas el emisor es cualquier persona mayor de 18 años y con capacidad de obrar, y el receptor es personal sanitario. Es un documento escrito, que emite el paciente con perspectiva de futuro.

La Ley 3/2005 de 8 de julio, de Información sanitaria y Autonomía del Paciente, para España, y la Mental Capacity Act 2005, para Inglaterra y Gales, regulan el contenido mínimo que debe presentar el documento con el fin de respetar la libertad de la persona a la hora de manifestarse.

La estructura en ocasiones recuerda a un testamento, de manera que no sigue un tipo formulario, aunque existe un modelo de impreso en ambas lenguas. Las partes

de las que consta cada documento y el contenido de las mismas es también similar en los documentos en inglés y en español: datos personales del interesado, criterios y situaciones sanitarias concretas a tener en cuenta, instrucciones y límites en cuanto a las actuaciones, instrucciones una vez determinada la muerte, la designación de representante, y las consideraciones finales.

Por supuesto, las voluntades expresadas no pueden ser contrarias al ordenamiento jurídico. Existe, no obstante, una diferencia: en el documento inglés hay un apartado en el que se especifican las personas que tienen copia del documento. La razón de este apartado se debe a que en España el documento, una vez firmado, se envía al Registro de Expresión Anticipada de Voluntades y en Inglaterra no existe dicho registro, de ahí la notificación a los familiares.

Otra diferencia es que en el formulario de Inglaterra figura un recuadro para los datos del médico de familia del declarante y en España el documento deberá realizarse por escrito ante notario o ante tres testigos.

Modelo de inscripción de EAV español

http://www.saludextremadura.com/c/document_library/get_file?uuid=5daa62c5-261a-435b-b90f-e59a1ec0f471&groupId=19231

Modelo de ADRT

http://www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downloads/ADRT_form.pdf

8. Parte de notificación de enfermedades de declaración obligatoria EDO (*notification of infectious disease or food poisoning*)

En España, la Red de Vigilancia Epidemiológica en salud pública se encarga de la recogida y el análisis de la información epidemiológica con el fin de detectar problemas que supongan un riesgo para la salud. Con esta finalidad se ha estructurado un sistema de notificación obligatoria de enfermedades y brotes epidemiológicos, conocido como sistema de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). En 1995 se crea la Red para coordinar e intercambiar información epidemiológica tanto a nivel nacional como internacional.

En Inglaterra, la notificación de enfermedades está regulada por la Public Health (Control of Disease) Act 1984 y la Health Protection (Notification) Regulations 2010 y los facultativos están también obligados a notificar la sospecha de una enfermedad infecciosa tal como queda regulado en el artículo 11(1) de la Public Health (Control of Disease) Act 1984:

If a registered medical practitioner becomes aware, or suspects, that a patient whom he is attending within the district of a local authority is suffering from a notifiable disease or from food poisoning, he shall, unless he believes, and has reasonable grounds for be-

lieving, that some other registered medical practitioner has complied with the subsection with respect to the patient, forthwith send to the proper officer of the local authority for the district a certificate stating:

- the name, age and sex of the patient and the address where the patient is,
- the disease, or as the case may be, particulars of the poisoning from which the patient is, or is suspected to be, suffering and the date, or approximate date, of its onset, and
- if the premises are a hospital, the day on which the patient was admitted, the address of the premises from which he came there and whether or not, in the opinion of the person giving the certificate, the disease or poisoning from which the patient is, or suspected to be, suffering was contracted in the hospital.

La responsabilidad a la que están sujetos los médicos también queda definida en los modelos que facilita el National Health Service para las enfermedades de declaración obligatoria:

Doctors have a statutory responsibility to complete a Notification of Infectious Disease or Food Poisoning and send to the Consultant in Communicable Disease Control [...] http://www.torbaycaretrust.nhs.uk/publications/Publications/CL103_08%20Infectious%20Disease%20or%20Food%20Poisoning,%20Notification%20of.pdf

También en esta ocasión se trata de un documento tipo formulario en ambas lenguas. Semejantes en los contenidos y en las partes de las que consta, en el que aparecen las enfermedades según su modalidad de declaración. El emisor de este tipo de documentos es el médico notificador y el destinatario suele ser el Ministerio de Sanidad o la autoridad competente. La finalidad es informar y notificar y aparecen los datos personales del paciente, los datos del médico declarante, el listado de las enfermedades, los datos de la enfermedad (síntomas, fecha de diagnóstico, de defunción en su caso) y los detalles del caso.

Modelos formularios EDO

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=72483736-0d7a-11de-9de1-998efb13096d&idCarpeta=1f358add-07f8-11de-8a2d-f3b13531fc76>

Modelo notification form inglés

<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/NotificationsOfInfectiousDiseases/>

Modelo notification form australiano

<http://www.public.health.wa.gov.au/cproot/277/2/Health%20Department%20Notification%20Form.pdf>

9. Receta médica (*prescription*)

El Real Decreto 1718/2010 define la receta médica como el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.

Para Casado (2008: 103) es un documento de tipo médico-legal por el que el médico establece una relación simultánea con el paciente y con el farmacéutico, de sobrada importancia, y en el que concurren diferentes tipos de implicaciones (sanitarias, éticas, administrativas, económicas y legales).

En cuanto a formatos y datos comunes que deben aparecer en las recetas médicas, el artículo 3 del Real Decreto indica:

1. Las recetas médicas, públicas o privadas, pueden emitirse en soporte papel, para cumplimentación manual o informatizada, y en soporte electrónico, y deberán ser complementadas con una hoja de información al paciente, de entrega obligada al mismo, en la que se recogerá la información del tratamiento necesaria para facilitar el uso adecuado de los medicamentos o productos sanitarios prescritos.
2. El prescriptor deberá consignar en la receta y en la hoja de información para el paciente los datos básicos obligatorios, imprescindibles para la validez de la receta médica, indicados a continuación:
 - a. Datos del paciente:
 1. El nombre, dos apellidos, y año de nacimiento.
 2. En las recetas médicas de asistencia sanitaria pública, el código de identificación personal del paciente, recogido en su tarjeta sanitaria individual, asignado por su Servicio de Salud o por las Administraciones competentes de los regímenes especiales de asistencia sanitaria. En el caso de ciudadanos extranjeros que no dispongan de la mencionada tarjeta, se consignará el código asignado en su tarjeta sanitaria europea o su certificado provisional sustitutorio (CPS) o el número de pasaporte para extranjeros de países no comunitarios. En todo caso se deberá consignar, asimismo, el régimen de pertenencia del paciente.
 3. En las recetas médicas de asistencia sanitaria privada, el número de DNI o NIE del paciente. En el caso de que el paciente no disponga de esa documentación se consignará en el caso de menores de edad el DNI o NIE de alguno de sus padres o, en su caso, del tutor, y para ciudadanos extranjeros el número de pasaporte.

b. Datos del medicamento:

1. Denominación del principio/s activo/s o denominación del medicamento.
2. Dosificación y forma farmacéutica y, cuando proceda, la mención de los destinatarios: lactantes, niños, adultos.
3. Vía o forma de administración, en caso necesario.
4. Formato: número de unidades por envase o contenido del mismo en peso o volumen.
5. Número de envases o número de unidades concretas del medicamento a dispensar.
6. Posología: número de unidades de administración por toma, frecuencia de las tomas (por día, semana, mes) y duración total del tratamiento.

Los datos referidos en los epígrafes 4º y 5º sólo serán de obligada consignación en las recetas médicas emitidas en soporte papel. En las recetas médicas emitidas en soporte electrónico sólo serán de cumplimentación obligada por el prescriptor cuando el sistema electrónico no los genere de forma automática.

c. Datos del prescriptor:

1. El nombre y dos apellidos.
2. La población y dirección donde ejerza. La referencia a establecimientos instituciones u organismos públicos solamente podrá figurar en las recetas médicas oficiales de los mismos.
3. Número de colegiado o, en el caso de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud, el código de identificación asignado por las Administraciones competentes y, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza.

En las recetas médicas de la Red Sanitaria Militar de las Fuerzas Armadas, en lugar del número de colegiado podrá consignarse el número de Tarjeta Militar de Identidad del facultativo. Asimismo se hará constar, en su caso, la especialidad oficialmente acreditada que ejerza.

4. La firma será estampada personalmente una vez cumplimentados los datos de consignación obligatoria y la prescripción objeto de la receta. En las recetas electrónicas se requerirá la firma electrónica, que deberá producirse conforme con los criterios establecidos por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

Los tipos de recetas en España son:

- Recetas privadas
- ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas)
- MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado)
- MUGEJU (jueces, magistrados y personal de la administración de justicia)
- Seguridad Social
 - Receta ordinaria
 - Receta para tratamiento de larga duración

En el sistema público de salud, las recetas van identificadas e impresas en diferente color, dependiendo del colectivo de población al que vayan destinadas:

- color verde: recetas dirigidas a trabajadores en activo, para enfermedad común o accidente no laboral.
- color rojo: dirigidas a pensionistas, para enfermedad común o accidente no laboral.
- color azul: para las recetas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En Inglaterra y en Gales los colores utilizados para las recetas son diferentes a los utilizados en España y la gama de colores es mayor, pero son también diferentes a los utilizados en Escocia, Irlanda del Norte y la Isla de Man. El National Health Service da instrucciones precisas sobre determinadas recetas que no reembolsará a las oficinas de farmacia dependiendo del color y de dónde se hayan expedido.

Modelo receta médica para Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte y la Isla de Man
http://www.psn.org.uk/pages/valid_prescription_forms.html

En cuanto a los datos que se consignan en las recetas, las partes de las que consta (una parte para el farmacéutico y otra para el paciente), las características del documento y el orden en el que se incluye, la información es muy similar en ambas lenguas, aunque también hay algunas diferencias que las identifica. A continuación, de forma breve, expondremos las semejanzas y diferencias que hemos encontrado entre estos documentos en español y en inglés.

Semejanzas:

- Están compuestas normalmente por dos páginas divisibles entre sí.
- En los dos documentos se incluye una cláusula en la que se advierte al paciente de que las autoridades pertinentes tendrán acceso a los datos personales.
- El lenguaje empleado es principalmente de carácter general.
- En los dos documentos se hace un uso bastante extendido de abreviaturas, aunque mucho más en inglés.
- Se trata de dos documentos que nacen dentro de un marco legal específico y, por tanto, presentan una estructura fija.
- Aparecen prácticamente los mismos campos de información relativa a los datos del paciente, prescriptor y farmacia.
- En cuanto a la información relativa al medicamento, se indica el nombre, número de tomas y duración del tratamiento.
- Poseen una validez temporal determinada.
- Incluyen instrucciones destinadas al paciente.
- Para evitar las falsificaciones y posibles fraudes, se imprimen en un tipo de papel especial.

Aunque hemos comentado la similitud que hay entre los dos documentos, hay también algunas diferencias entre ellos, que señalamos a continuación:

- En España el número de facultativos que pueden prescribir medicamentos es más reducido.
- En cuanto a los colores, podemos observar que en Inglaterra se emplean para identificar al prescriptor de la receta. En España los colores designan al colectivo concreto (personal en activo, pensionistas, etc.) a quien van dirigidos.
- En la receta inglesa se puede indicar si el paciente está exento del pago. En España no se marca ni indica nada en el cuerpo de la receta, sino que se emplea la receta de color rojo.
- En relación a las formas verbales utilizadas, el documento inglés opta por referirse de manera más directa al paciente (you, he, she) mientras que en español predomina el uso de formas no verbales.

10. Historia clínica (*medical history, medical record, health record, medical chart*)

Dejamos para el final el documento que todos los autores consultados consideran el más importante. Para Renán (2001:37)

[...] por la importancia de este documento en las investigaciones por mala praxis se dice que actualmente ha pasado a ser también un documento legal, podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la historia clínica es el documento médico legal más importante en estos momentos.

Núñez de Arco (2005: 85) afirma que “la historia clínica es un documento de valor legal potencial.” Casado (2008: 126) asegura que es el documento científico, técnico y jurídico más importante que lleva a cabo cualquier médico o equipo de salud, en el cual quedan registrados todos los actos asistenciales, por lo que constituye hoy en día uno de los elementos de mayor calado en la relación médico-paciente. Basándose en esa apreciación, le otorga una doble dimensión: como documento esencialmente médico-clínico y como documento con un evidente valor probatorio.

Este documento no es competencia exclusiva del médico sino que se extiende a los demás profesionales sanitarios que participan en los actos asistenciales y tiene repercusiones directas tanto en los derechos como en los deberes que afectan al paciente y a los profesionales sanitarios.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información y Autonomía del Paciente, en su artículo 31.1, la define como

conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener

la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

El mismo artículo indica que “la historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales que han intervenido.”

Esta misma apreciación de considerar la historia clínica como el documento médico-legal más importante es también evidente en Inglaterra. El National Health Service lo indica así:

Health records play an important role in modern healthcare. They have two main functions, which are described as either primary or secondary.

The primary function of healthcare records is to record important clinical information, which may need to be accessed by the healthcare professionals involved in your care.

Information contained in health records includes:

- the treatments you have received,
- whether you have any allergies,
- whether you're currently taking medication,
- whether you have previously had any adverse reactions to certain medications,
- whether you have any chronic (long-lasting) health conditions, such as diabetes or asthma,
- the results of any health tests you have had, such as blood pressure tests,
- any lifestyle information that may be clinically relevant, such as whether you smoke, and
- personal information, such as your age and address.

Secondary function of health records

Health records can be used to improve public health and the services provided by the NHS, such as treatments for cancer or diabetes. Health records can also be used:

- to determine how well a particular hospital or specialist unit is performing,
- to track the spread of, or risk factors for, a particular disease (epidemiology), and
- in clinical research, to determine whether certain treatments are more effective than others.

Como podemos ver, la definición, el objetivo, la finalidad, la importancia y el contenido de la historia clínica coinciden en ambos sistemas sanitarios y jurídicos, en las dos lenguas y culturas, y en los dos documentos.

La historia clínica debe incorporar la información que se considera trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente y su fin no es otro que el de facilitar la atención sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

La historia clínica debe incluir la anamnesis, la exploración, la evolución, las órdenes de tratamiento, la hoja de parto y puerperio, el informe de alta, el protocolo quirúrgico y anestésico, las hojas de consentimiento informado, la hoja de voluntades anticipadas, las pruebas complementarias, las hojas de gráficas, la hoja de enfermería, la orden de ingreso y la hoja de epicrisis o alta voluntaria.

Debe caracterizarse por ser completa, clara y ordenada y la información contenida debe manejarse con discreción y confidencialidad, atendiendo siempre a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y solo podrá darse a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente.

Respecto de la propiedad de la historia clínica, si bien es un tema complicado en el que pueden colisionar los derechos de la propiedad y de la intimidad, parece quedar claro en ambas legislaciones que es propiedad del centro hospitalario o el médico que desarrolla la actividad, pero el contenido pertenece exclusivamente al paciente porque se trata de información personal y por ello se considera confidencial y privada.

El National Health Service (NHS) informa sobre la confidencialidad, conservación⁶, uso y regulación de las historias clínicas en el mismo sentido:

There are strict laws and regulations to ensure that your health records are kept confidential and can only be accessed by health professionals directly involved in your care. There are a number of different laws that relate to health records. The two most important laws are: Data Protection Act (1998), and Human Rights Act (1998).

Hoy en día prácticamente el método más utilizado es la historia clínica electrónica y ha pasado al olvido la historia clínica en papel. De hecho, algunas comunidades autónomas, como el Servicio Andaluz de Salud ha creado el programa Diraya, sistema informático que el Sistema Sanitario Público Andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria. El primer objetivo es integrar toda la información de cada usuario, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genere, en una Historia de Salud única, disponible dónde y cuándo sea precisa para su atención. El modelo de historia clínica permite la consulta y la anotación de datos en todos los dispositivos y niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada, urgencias y hospitalización. El uso de las telecomunicaciones permite el acceso a la historia de un ciudadano desde cualquier punto de la red sanitaria pública de Andalucía.

Modelo de historia clínica resumida

<http://tomatetumedicina.files.wordpress.com/2010/12/h-clc3adnica-formato-rc3a1pido3.pdf>

Modelo de medical history

<http://www.dtic.mil/whs/directives/infomgt/forms/eforms/dd2807-1.pdf>

11. Conclusión

Hemos intentado ofrecer un catálogo de los documentos médico-legales y describir algunos de los más característicos comparándolos en español y en inglés. La variedad de documentos nos ha permitido esta comparación y esperamos haber resuelto, en cierta medida, la confusión que a veces se puede producir en un tema harto complejo y variado. Hemos pretendido diferenciar unos documentos de otros, describir las características propias de cada uno de los documentos estudiados, establecer su finalidad, su contenido, su estructura, su razón de ser, y aportar modelos de documentos en ambos sistemas para facilitar el trabajo del traductor.

Estar familiarizado con el documento facilita mucho la labor del traductor. Conocer los tipos de textos o de documentos con los que está trabajando; cuál es la función y el objetivo de los mismos; la estructura; las partes de las que consta; en qué condiciones se utiliza; cuáles son los sujetos intervinientes; qué finalidad pretende; cuáles son las diferencias y semejanzas que existen en ambas lenguas; conocer la legislación que los regula; los documentos, modelos e impresos que normalmente se utilizan; las situaciones comunicativas en las que se producen, etc., es fundamental para proceder al trabajo previo a la traducción que todo traductor profesional debe hacer y creemos que este artículo contribuye a aportar los pasos necesarios para su adquisición.

Este estudio de los documentos médico-legales nos ha permitido, asimismo, establecer una ordenación jerarquizada y sistemática que también contribuirá a simplificar la tarea del traductor.

Finalmente, los modelos de impresos o formularios que se presentan en las dos lenguas facilitarán la documentación en sus distintas vertientes para la adquisición del conocimiento especializado, para la adquisición de la terminología y la fraseología, y para la adquisición del estilo y del discurso propio de estos tipos de textos.

Bibliografía

- Cabello Heranz, M^a José (2003). Documentos médico-legales. *El Médico Interactivo: Diario Electrónico de la Sanidad*. 892.
<<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emibold/bibliografia/actualizacion/documentosmedicosle.htm>> [Consulta: 30 mayo 2012]
- Casado Blanco, Mariano (2008). *Manual de documentos médico-legales*. Extremadura: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura.
- Castellano Arroyo, María (2008). Prólogo. En *Manual de documentos médico-legales*. Mariano Casado Blanco. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. 9-12.
- GENTT, Géneros textuales para la traducción. <<http://www.gentt.uji.es/?q=es/investigaci%C3%B3n>> [Consulta: 30 mayo 2012]
- Hatim, Basil y Mason, Ian (1990). *Discourse and the translator*. London: Longman.

- (1995) *Teoría de la traducción. Una aproximación al discurso*. Barcelona: Ariel.
- Hickey, Leo (2005). Traducción jurídica: ¿cómo hacer que lo difícil sea tan fácil como lo imposible? En *La traducción y la interpretación en las relaciones jurídicas internacionales*. Esther Monzó y Anabel Borja (eds.). Castellón: Universitat Jaume I. 19-32.
- Martínez López, Ana Belén (2009a). Terminología y fraseología en los documentos médicos legales (1): extracción, clasificación, análisis y traducción de unidades de naturaleza biosanitaria. *Entreculturas*, 1: 385-408.
- (2009b). Sobre la traducción de documentos médico-legales (de español a inglés): práctica profesional y explotación didáctica en el aula de traducción especializada. *Redit*, 2: 33-52.
- Mayoral, Roberto (1991). La traducción jurada de documentos académicos norteamericanos. *Sendebarr*, 2: 45-58.
- (1994). La desconfianza hacia el cliente, virtud en el traductor jurado: un caso ejemplar. *Butlletí de l'Associació de Traductors i intèrprets Jurats de Catalunya*, 5 s.p.
- (1995). La traducción jurada del inglés al español de documentos paquistaníes: un caso de traducción reintercultural. *Sendebarr* 6: 115-146.
- (1999a). Las fidelidades del traductor jurado: batalla indecisa. En *Traducir para la justicia*. Manuel Feria (ed.). Granada: Comares. 17-58.
- (1999b). La traducción jurada de documentos paquistaníes en España. En *Traducción, emigración y culturas*. Miguel Hernando de Larramendi y Juan Pablo Arias (coords.). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha. Escuela de Traductores de Toledo: 211-18.
- Mental Capacity Act 2005 (Inglaterra y Gales)
<<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>> [Consulta: 30 mayo 2012]
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Sección Traductores-Intérpretes Jurados
<<http://www.maec.es/es/MenuPpal/Ministerio/Tablondeanuncios/InterpretesJurados/Paginas/INFORMACIONGENERALYNORMATIVA.aspx>> [Consulta 30 mayo 2012]
- Newmark, Peter (1988). *Approaches to Translation*. Londres: Prentice Hall.
- Nord, Christiane (1996). El error en la traducción: categorías y evaluación. En *La enseñanza de la traducción*. Amparo Hurtado (ed.). Castellón: Universitat Jaume I: 91-107.
- Núñez de Arco, Jorge (2005). *La autopsia*. Sucre-Bolivia: Ed. GTZ.
- Renán Orías, Mario (2001). Documento médico legal. *Rev Med Hond*, 69: 35-40.
- Serrat Moré, Dolores (2004). Actividades administrativo-legales en atención primaria. *El Médico Interactivo: Diario Electrónico de la Sanidad*.
<http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema19/legales3.htm?botsearch> [Consulta: 20 mayo 2012]
- Silva Silva, Hernán (2012). *Medicina Legal*. 9-24. <http://vlex.com/vid/medicina-legal-367247442?ix_resultado=19.0&query%5Bq%5D=medicina+legal> [Consulta: 20 mayo 2012]
- Sinclair, John (1991). *Corpus, Concordance, Collocation*. Oxford: Oxford University Press.

- Singh, Hira (2011). *Clinical Examination: A Practical Guide in Medicine*. Londres: Jaypee Medical Publishers.
- Torruella, Joan y Llisterri, Joaquim (1999). Diseño de corpus textuales y orales. En *Filología e informática. Nuevas tecnologías en los estudios filológicos*. J. M. Blecua, G. Clavería, C. Sánchez y J. Torruella (eds.). Barcelona: Seminario de Filología e Informática, Departamento de Filología Española, Universidad Autónoma de Barcelona Editorial Milenio. 45-77.
- Way, Catherine (2003). *La traducción como acción social: el caso de los documentos académicos (español-inglés)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Werlich, Egon (1976). *A Text Grammar of English*. Heidelberg: Quelle & Meyer.

¹La documentación clínica se define en la LAP como el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial, destacando por su trascendencia y regulación, la importancia de la historia clínica, entendida como el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Las principales dudas que se plantean en relación con la historia clínica son los relacionados con sus usos y con el derecho de acceso, cuestiones que están reguladas en los artículos 16 y 18 de la LAP respectivamente.

²Documento suscrito por uno o más facultativos por el que se pone en conocimiento de la autoridad (judicial, administrativa o sanitaria) un hecho determinado del que se tiene conocimiento por el ejercicio profesional.

³Consta de tres partes: datos de la inscripción (el encargado del Registro Civil), datos del fallecido (familiar o funcionario del Registro Civil) y causas de la defunción (el médico).

⁴ Es el término creado por Werlich (1976: 19) en el que basa su tipología de textos. Hatim y Mason (1990: 145) y (1995: 188) remiten a este autor y también lo utilizan para describir que un texto concreto solo puede servir a un propósito retórico al mismo tiempo y ese es el foco contextual dominante del texto.

⁵Para facilitar la labor del traductor y, dado que no es posible adjuntar todos los textos paralelos, hemos pensado incluir los enlaces a los documentos para que sirvan de guía.

⁶The NHS is currently making some important changes to how it will store and use health records over the next few years.