

Servicios en Idiomas

Guía para Tomar Acción



*Servicios de intérpretes en las instituciones
de atención médica para personas con
capacidad limitada de inglés*



Índice

Sección	Página	
1	Guía para Tomar Acción	1
2	Las leyes y políticas federales exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica	5
	Respuestas a preguntas frecuentes: Leyes y políticas federales	7
3	Financiamiento federal que ayuda los estados a pagar por los servicios en idiomas	13
	Respuestas a preguntas frecuentes: Pago por los servicios en idiomas por parte de los inscritos en Medicaid y SCHIP	15
	Modelos de reembolso de Medicaid y SCHIP por los servicios en idiomas	22
4	Razones para conseguir servicios en idiomas	31
	La creciente necesidad de los servicios en idiomas	33
	Las consecuencias de no prestar servicios en idiomas: algunos datos y casos particulares	40
	El peligro de depender de familiares, amigos y niños como intérpretes y por qué debe evitarse	43
	Datos: con qué contamos y por qué los necesitamos	46
	Una introducción al banco de testimonios	47
	Escriba una carta abierta al editor respecto a la necesidad de servicios en idiomas	49
5	Algunas acciones futuras para abogar por el reembolso de Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas	51
6	Recursos	53
7	Agradecimientos	57

Esperamos que el material de esta guía sea de gran utilidad. Se otorga el permiso para copiar, difundir o usar de cualquier forma la información del Guía para Tomar Acción para Servicios en idiomas siempre que se mencione el crédito correspondiente.

Guía para Tomar Acción



El material de este Guía para Tomar Acción para Servicios en idiomas se diseñó para apoyar a los defensores y otras personas que trabajan para asegurar que los individuos con capacidad limitada de inglés que residen en sus estados reciban la adecuada asistencia de servicios en idiomas en las instituciones de atención médica. Este material fue desarrollado por el Programa de la Ley de Salud Nacional y el Proyecto Acceso.

Sabía que...

- Casi 11 millones de personas, el 4.2% de la población en Estados Unidos, hablan inglés “mal” o “nada”, y que más de 21 millones, el 8.1%, no llega a hablarlo “muy bien”¹
- Las leyes y los lineamientos federales² exigen que todos los proveedores de atención médica que reciben fondos federales ofrezcan un acceso significativo a sus servicios para las personas con capacidad limitada de inglés
- A las personas con capacidad limitada de inglés se les debe brindar la asistencia de intérpretes capacitados en las instituciones de atención médica³
- La ausencia de servicios en idiomas puede conducir a serios errores médicos y hasta responsabilidad legal por negligencia profesional⁴
- Existe financiamiento federal para ayudar a los estados y a los proveedores de atención médica a pagar los servicios de intérpretes y otros servicios en idiomas a los inscritos en Medicaid y al State Children’s Health Insurance Program⁵

Español ไทย Tagalog

Русский Язык Hmoob

Srpsko-Hrvatski 日本語

عربي Kreyòl Ayisyen

Shqip Ελληνικά 中文

Kriolu di Kabu Verdi

עברית Tagalog 한국말

Tiếng Việt Español ไทย

Soomaali Русский Язык

한국말 Srpsko-Hrvatski

Français Hmoob عربي

Shqip Ελληνικά 中文

Guía para Tomar Acción

En su historia reciente, Los Estados Unidos ha dado la bienvenida a más inmigrantes provenientes de más diversas partes del mundo como nunca antes. Por su parte, los inmigrantes también están aprendiendo inglés más rápido, pero lograr dominarlo—por no mencionar la jerga especializada de la atención médica—toma tiempo. En la misma medida en la que aumenta el número de personas en Estados Unidos con capacidad limitada de inglés también crece la necesidad de servicios en idiomas en las instituciones de atención médica. Las leyes federales exigen ofrecer servicios en idiomas a los proveedores de atención médica, como la interpretación oral y la traducción escrita, pero muchos dicen que no cuentan con los recursos para hacerlo. Sin embargo, tanto proveedores como otros ignoran con frecuencia que existen fondos federales que ayudan a los estados a pagar por los servicios en idiomas para los pacientes asegurados por Medicaid y el State Children's Health Insurance Program (Programa Estatal de Seguro Médico para Niños; SCHIP, por sus siglas en inglés).

El financiamiento federal para intérpretes y otros servicios en idiomas puede beneficiar a todos: a los proveedores de atención médica, a los gobiernos estatales y a los pacientes con capacidad limitada de inglés que necesitan servicios. Esto ofrece una oportunidad sin igual para estos y otros interesados en agruparse para abogar por el reembolso por servicios en idiomas de los programas estatales de Medicaid y SCHIP. Esperamos que el material de esta Guía para Tomar Acción lo ayude al emprender dicho esfuerzo en su estado.

La Guía para tomar acción incluye material que:

- Explica las leyes y políticas federales que exigen a los proveedores de atención médica asegurar el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a sus servicios
- Explica cómo pagan los estados por los servicios de Medicaid y SCHIP, y cómo pueden obtener financiamiento federal que los ayude a cubrir los servicios en idiomas, como la interpretación, para los inscritos en los programas
- Describe los modelos que han adoptado algunos estados para reembolsar a los proveedores de atención médica por servicios en idiomas
- Brinda información y describe técnicas que usted puede usar en las campañas para demostrar la necesidad de servicios en idiomas
- Enumera las fuentes en donde usted puede encontrar información adicional respecto a los servicios en idiomas
- Sugiere algunas acciones futuras para que usted inicie su esfuerzos por defender la necesidad de los servicios en idiomas

Español

Guía para Tomar Acción

Referencias: La Guía para Tomar Acción

¹ Vea U.S. Census Bureau, Ability to Speak English: 2000 (Capacidad para hablar inglés: 2000), disponible en <http://factfinder.census.gov>. Para comprender la dificultad para calcular el número de personas con capacidad limitada de inglés es importante entender la forma en la que se reúnen los datos del censo. La U.S. Census Bureau obtiene los datos sobre idiomas a partir de una pregunta dividida en tres partes: “¿Habla esta persona otro idioma distinto del inglés en su casa?”, “¿Cuál es ese idioma?”; y “¿Cómo habla inglés?”. Existen cuatro respuestas posibles a la tercera pregunta: 1) “muy bien”; 2) “bien”; 3) “mal”; 4) “nada”. El formato permite a las personas seleccionar por sí mismas su capacidad de hablar inglés y no define qué significa cada categoría. Hay muchas razones que apoyan la inclusión de aquellos que hablan inglés menos que “muy bien” dentro de la definición de personas con capacidad limitada de inglés (LEP, por sus siglas en inglés). El censo sólo pregunta a las personas sobre su capacidad para hablar inglés y no incluye su capacidad para leerlo, escribirlo o entenderlo. Por otra parte, se presenta una necesidad especial del dominio del inglés en el contexto de atención médica, donde el nivel de comprensión de los pacientes debe ser relativamente elevado para comunicarse con sus proveedores. Un apoyo adicional proviene del contexto de derecho al voto en el Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés); la Ley de Derecho al Voto cubre a aquellos miembros de cada uno de los grupos minoritarios que hablan otro idioma y poseen un bajo porcentaje de alfabetización y no hablan inglés “muy bien”. (Vea http://www.usdoj.gov/crt/voting/sec_203/203_brochure.htm; también vea la sección 203 de la Ley de Derecho al Voto, 42 del U.S.C. sección 1973aa-1a, que define a los “capacidad limitada de inglés” como la

incapacidad para “hablar o entender inglés lo suficientemente bien como para participar del proceso electoral”).

² Vea, por ejemplo, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C. sección 2000d-4a; 45 C.F.R. sección 80 y subsecuentes; la Disposición 13166, *Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency* (Mejorando el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios), disponible en el 65 Fed. Reg. 50121 (16 de agosto de 2000.)

³ Oficina para los Derechos Civiles, *Policy Guidance on the Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination As It Affects Persons With Limited English Proficiency* (Lineamientos sobre el Título VI de prohibición de la discriminación por nacionalidad cuando afecta a personas con capacidad limitada de inglés), disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/lep/ocrleppguidance.htm> o en el 65 Fed. Reg. 52762 (30 de agosto de 2000.)

⁴ Harsham, P., *A Misinterpreted Word Worth \$71 Million* (Una palabra mal entendida cuesta \$71 millones), *Med. Econ.* (Junio de 1984); *Briefings on Patient Safety, Interpreters Can Protect Your Patients from Harm and Your Facility from Lawsuits* (Los intérpretes pueden proteger de daños a los pacientes y a su centro de demandas), Vol. 3, No. 9 (Setiembre de 2002.)

⁵ Centros de Medicare y Servicio Medicaid, *Dear State Medicaid Director Letter* (Carta dirigida al Director del Medicaid estatal) (31 de agosto de 2000), disponible en <http://www.cms.hhs.gov/states/letters/smd83100.asp>. ■

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de Inglés a los servicios de las instituciones de atención médica



El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación sobre la base de la raza, el color o la nacionalidad por parte de cualquier persona o institución que reciba financiamiento federal para programas o actividades. El gobierno federal y los tribunales han determinado que la prohibición de discriminación sobre la base de la nacionalidad incluye la protección de las personas de diferentes nacionalidades que no hablan bien el inglés.¹

Para las instituciones de atención médica significa que los proveedores deben colaborar para asegurarse de que los pacientes con capacidad limitada de inglés tengan un acceso significativo a cualquier programa de servicios y beneficios que ofrezcan a otros pacientes.

En la actualidad casi todos los proveedores de atención médica, ya sea médicos particulares, hospitales u otras instituciones de atención médica, están sujetos a esta ley porque casi todos los proveedores atienden a pacientes inscritos en programas con financiamiento federal, como Medicare, Medicaid o State Children's

Health Insurance Program (SCHIP), o porque reciben fondos federales para investigación u otras actividades. Los proveedores que reciben fondos federales deben colaborar para asegurarse de que todos los pacientes que no hablan bien el inglés tengan un acceso significativo, incluso aquellos no cubiertos por los programas con financiamiento federal.

El material de esta sección explica las leyes y políticas federales que encausan el acceso de las personas que tienen capacidad limitada de inglés a los servicios.

Español ไทย Tagalog

Русский Язык Hmoob

Srpsko-Hrvatski 日本語

عربي Kreyòl Ayisyen

Shqip Ελληνικά 中文

Kriolu di Kabu Verdi

עברית Tagalog 한국말

Tiếng Việt Español ไทย

Soomaali Русский Язык

한국말 Srpsko-Hrvatski

Français Hmoob عربي

Shqip Ελληνικά 中文

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

Respuestas a preguntas frecuentes

1. ¿Existe algún requerimiento federal para que los proveedores de atención médica ofrezcan servicios en idiomas a las personas que no hablan bien el inglés?

Sí. La ley y los lineamientos federales exigen que todos los beneficiados por fondos federales, como los proveedores de atención médica que atienden a inscritos en Medicare, Medicaid y State Children's Health Insurance Program (SCHIP) o que reciben fondos para investigación deben proporcionar un acceso significativo a sus servicios para las personas con capacidad limitada de inglés. En 1964, el Congreso aprobó el Título VI de los Derechos Civiles, que es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación. Su propósito es el de asegurar que el dinero federal no se emplee para apoyar a proveedores de atención médica u otros que discriminen sobre la base de la raza, el color o la nacionalidad.²

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), organismo federal, y los tribunales federales han aplicado este estatuto para proteger a las minorías con otra nacionalidad que no hablan bien el inglés. Así, los receptores de fondos federales deben tomar medidas razonables para asegurarse de que las personas con capacidad limitada de inglés (LEP) tengan un acceso significativo a sus programas y servicios.

2. ¿Qué sucede si un proveedor discrimina a una persona sin intención de hacerlo?

El HHS dictó reglamentos para poner en práctica el Título VI, en los que se ratifica la ley y se extiende el alcance más allá de la prohibición de discriminación intencional. Prohíben a los beneficiarios de fondos federales a:

- Usar criterios o métodos administrativos que conduzcan a la discriminación por raza, color o nacionalidad
- Restringir el acceso a cualquier ventaja o privilegio de que gozan otros que reciben servicios por medio del mismo programa

“Ninguna persona en Estados Unidos, sobre la base de la raza, el color o la nacionalidad, deberá quedar excluida de la participación en, ni se le negará los beneficios de, ni será sujeto de discriminación de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.”³

-Título VI

- Prestar servicios o beneficios a alguna persona que sean diferentes, o que se le ofrezcan de forma diferente a como se prestan a los demás
- Tratar a una persona en forma diferente a como se trata a los demás para su admisión, inscripción, elegibilidad u otro requerimiento para recibir servicios⁴

Por medio de estos reglamentos, la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del HHS puede iniciar una investigación o responder a quejas por discriminación.

3. ¿Quién está comprendido por el Título VI?

Las obligaciones previstas en el Título VI y por los reglamentos del HHS se aplican ampliamente a cualquier “programa o actividad” que reciba fondos federales, ya sea directa o indirectamente (por medio de un contrato o subcontrato, por ejemplo), sin importar el monto de los fondos recibidos.⁵ Incluye el pago por servicios provistos a los inscritos en Medicare, Medicaid y SCHIP. Dentro de un contexto de atención médica, prácticamente incluye a todos:

- Los hospitales
- Los consultorios médicos
- Los asilos de ancianos
- Las organizaciones de atención médica administrada
- Las agencias estatales de Medicaid
- Las agencias para la salud en el hogar
- Los proveedores de servicios médicos
- Las organizaciones de servicio social

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

Además, las protecciones del Título VI abarcan todas las operaciones que realizan las organizaciones o individuos, y no sólo aquellos que reciben fondos federales.⁷

4 ¿Por qué últimamente se ha hablado tanto sobre el acceso a los servicios para las personas con capacidad limitada de inglés?

Junto con la cambiante demografía del país, el número de idiomas que se hablan en Estados Unidos ha aumentado significativamente. De acuerdo con el censo de 2000, más de 21 millones de personas hablan inglés menos que “muy bien” y en muchos estados se ha producido un importante incremento en la población con conocimientos limitados de inglés. Las recientes actividades federales que se han concentrado en mejorar el acceso al idioma también han aumentado el debate sobre este tema. Estas actividades incluyen la disposición presidencial titulada *Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency* (Mejoramiento del acceso a los servicios para las personas con conocimientos limitados de inglés),⁸ publicación de pautas para el acceso al idioma por parte de muchos departamentos federales y la difusión de los “Estándares CLAS” (siglas en inglés de Servicios culturales y lingüísticos apropiados para la atención médica) por parte de la Oficina de Salud para las Minorías.⁹

La disposición comprende a todos los “programas y actividades conducidos y apoyados por el estado federal”. Esto incluye a los proveedores de atención médica que reciben fondos federales de programas como Medicare, Medicaid y SCHIP. La disposición presidencial pide que cada una de las agencias federales elabore un borrador de lineamientos diseñados específicamente para sus receptores de fondos federales. El Título VI también se aplica a las mismas agencias y departamentos federales, así se obliga a que ellos mismos administren sus programas en forma no discriminatoria.

La actual administración ha ratificado su compromiso con la disposición presidencial y ha continuado actividades que aseguran su puesta en práctica.

5. ¿Cómo sabe un proveedor de atención médica cómo debe hacer para prestar servicios en idiomas?

El Departamento de Justicia, que coordina la supervisión del gobierno federal del Título VI dio a conocer cuatro factores que los receptores de fondos federales deben usar para determinar qué medidas deben tomar para ayudar a las personas con capacidad limitada de inglés:¹⁰

1. El número o porcentaje de personas con capacidad limitada de inglés a las que se atiende o entrevista.¹¹
2. La frecuencia de contacto con el programa. Por el acceso diario de personas con capacidad limitada de inglés al programa, un beneficiario tiene mayores obligaciones que si el contacto es poco frecuente.
3. La naturaleza e importancia del programa para los beneficiarios. Se espera que los receptores de fondos vinculados a programas en los que si se niegan o retrasan los servicios pueden conllevar serias implicaciones en la vida cotidiana (como hospitales y escuelas) tomen mayores medidas para asegurar el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés que aquellos cuyos programas no son tan cruciales (como teatros y zoológicos).
4. Los recursos disponibles y consideraciones sobre costos. Los receptores de fondos federales que sean pequeñas organizaciones con recursos limitados y que sirvan a un limitado número de personas con capacidad limitada de inglés posiblemente no deban tomar las mismas medidas que aquellos que son más grandes y que sirven a más personas con capacidad limitada de inglés. El costo es una consideración legítima para identificar la racionalidad de medidas particulares de apoyo para idiomas.¹²

Al considerar estos factores, los proveedores deben establecer un adecuado equilibrio entre ayuda oral y

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

escrita del idioma, incluyendo qué documentos deben traducirse, cuándo es necesaria una interpretación y si estos servicios deben prestarse de inmediato.¹³

6. ¿Existen lineamientos específicos para los proveedores de atención médica?

El 30 de agosto de 2000 la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del HHS dictó pautas para los receptores de fondos federales, que comprenden a los proveedores de atención médica.¹⁴ Estas pautas no imponen ningún nuevo requisito, sino que sólo reúnen todas las políticas de la OCR para supervisar el Título VI desde 1965. De acuerdo con estas pautas, la clave para asegurar un acceso significativo de las personas con conocimientos limitados de inglés es la comunicación eficaz. En la mayoría de los casos, una agencia o proveedor puede asegurar una comunicación eficaz al crear un plan de servicios en idiomas que aborde los siguientes cuatro elementos:

- Una valoración de las necesidades de idioma para aquellos elegibles a recibir el servicio, al igual que las necesidades de cada persona con capacidad limitada de inglés. Lo anterior incluye identificar cuáles son los idiomas que los proveedores encontrarán con mayor probabilidad, identificar y registrar las necesidades de cada paciente con capacidad limitada de inglés e identificar los recursos que se necesitarán para prestarles el servicio.
- Desarrollar políticas integrales sobre los servicios en idiomas que especifiquen el alcance de los servicios de interpretación oral y los materiales traducidos escritos competentes que estarán disponibles. Esas políticas deberán incluir: una evaluación de las necesidades de LEP, cómo se les avisará a las personas con capacidad limitada de inglés de los servicios disponibles, la capacitación del personal y la revisión de la puesta en práctica.
- La capacitación del personal para asegurar que entienden las políticas y para que tengan la capacidad de llevarlas a cabo. Deben recibir capacitación los nuevos empleados y todos aquellos en puestos que tengan contacto con los pacientes.

- Control atento para supervisar regularmente el programa de ayuda con el idioma. Esto debe ocurrir por lo menos una vez al año.¹⁵

7. ¿Cómo determina la OCR si un proveedor de atención médica discrimina?

La OCR examina la totalidad de circunstancias en cada caso. Las circunstancias incluyen: el tamaño de la organización beneficiada, el tamaño de la población con capacidad limitada de inglés (LEP) elegible a la que presta servicios, la naturaleza del programa/servicio, los objetivos del programa, el total de recursos de los que dispone el beneficiario, la frecuencia con la que se presentan múltiples idiomas particulares y la frecuencia con la que las personas con capacidad limitada de inglés se ponen en contacto con el programa. Las posibles excepciones para brindar servicios en idiomas incluyen casos en los que: 1) “pueda ser tan oneroso económicamente que anule los objetivos legítimos” de los beneficiarios del programa; o 2) “existan otras alternativas igualmente efectivas” que aseguren el acceso significativo para las personas con capacidad limitada de inglés.¹⁶

8. ¿Cómo puede un proveedor ofrecer servicios de interpretación oral?

Las pautas del HHS describen diferentes opciones disponibles para brindar ayuda en lenguaje oral, incluyendo personal bilingüe, intérpretes del personal o intérpretes contratados. El servicio telefónico con un intérprete también es una opción, siempre y cuando no sea la única opción de ayuda con el idioma (salvo que no estén disponibles otras opciones). Las pautas enfatizan que los intérpretes deben ser competentes y estar capacitados, aunque no es necesario que cuenten con un certificado formal, y disuade del apoyo de familiares y amigos, en especial de menores, como intérpretes. Sí permite que los familiares y amigos sean intérpretes siempre que el proveedor les informe acerca del servicio gratuito de interpretación y mientras que la efectividad de los servicios no se vea comprometida, ni se arriesgue la confidencialidad.¹⁷

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

9. ¿Cuándo debe el proveedor traducir el material escrito?

Depende de las circunstancias relevantes de cada proveedor, e incluyen:

- La naturaleza del servicio
- El tamaño de la organización beneficiada
- La cantidad de personas con capacidad limitada de inglés que hablan un mismo idioma en el área de servicio
- La naturaleza y extensión del documento
- Los objetivos del programa
- Los recursos totales disponibles para el receptor de fondos
- La frecuencia con la que se necesitan documentos traducidos
- El costo de la traducción¹⁸

La OCR evaluará los esfuerzos del proveedor caso por caso. Para la traducción de material escrito, las pautas designan “puertos seguros” que, si se acatan, redundarán en el cumplimiento.¹⁹

10. ¿Cuáles son los costos y beneficios de prestar servicios en idiomas?

La Oficina Federal de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) no pudo evaluar los costos reales debido a la falta insuficiente información. Sin embargo, a partir de las cifras obtenidas del

uso de las salas de emergencia, el número de pacientes hospitalizados y las consultas ambulatorias a médicos y dentistas se estima que los servicios en idiomas podrían costar un 0.5% extra del promedio del costo por visita.²⁰

La OMB informó al Congreso que:

“Casi todas las personas, con o sin capacidad limitada de inglés, necesitan el sistema de atención médica en diferentes momentos de su vida. Hacer estas interacciones más eficaces y más accesibles para las personas con capacidad limitada de inglés puede dar lugar a una serie de beneficios, entre los que se incluye: un aumento en la satisfacción del paciente, una disminución en los costos médicos, un mejoramiento en la salud, confianza suficiente del paciente en los procedimientos médicos y un verdadero consentimiento informado.”²¹

11. ¿Cómo pueden pagar los proveedores de atención médica los servicios en idiomas?

El 31 de agosto de 2000, la Administración del Financiamiento para la Atención Médica—los actuales Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)—les recordaron a los estados que los fondos federales para Medicaid y SCHIP podían usarse para actividades y servicios en idiomas. De esta forma,²² los estados pueden presentar al gobierno federal los costos en los que ellos o los proveedores de atención médica incurren al brindar servicios en idiomas a los inscritos en Medicaid y SCHIP y obtener reembolsos parciales. Algunos estados ya han obtenido fondos similares para servicios en idiomas.

[Vea “Fondos federales” en la página 13 para mayor información relacionada con la forma general en la que el gobierno federal reembolsa a los estados por Medicaid. Vea la página 22 para una descripción de los programas estatales que ya han recibido un reembolso por servicios en idiomas.]



Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

Hacer estas interacciones más eficaces y más accesibles para las personas con capacidad limitada de inglés puede dar lugar a una serie de beneficios, entre los que se incluye: un aumento en la satisfacción de del paciente, una disminución en los costos médicos, un mejoramiento en la salud, una confianza suficiente del paciente en los procedimientos médicos y un verdadero consentimiento informado.

— Oficina de Administración y Presupuesto

12. Si mi estado obtiene (consigue) financiamiento federal para prestar servicios en idiomas a los inscritos en Medicaid/SCHIP, ¿a quiénes pueden brindárseles los servicios?

Los estados sólo puede recibir reembolso federal por servicios en idiomas prestados a inscritos en Medicaid/SCHIP (o a solicitantes que necesitan ayuda para inscribirse en estos programas). No obstante, todos los proveedores de atención médica que reciben fondos federales deben asegurar el acceso a servicios en el idioma a todos sus pacientes con capacidad limitada de inglés y no sólo a los inscritos en Medicaid o a SCHIP.

El estado determina a qué proveedores reembolsará. El estado puede otorgarles reembolso a todos los

proveedores, incluyendo a los centros de salud comunitarios, organizaciones de atención médica administrada y hospitales. Algunos estados han limitado el reembolso a los proveedores con “pago por servicio.” En la actualidad, muchos estados fijan sus porcentajes de reembolso a hospitales, clínicas y organizaciones de atención médica administrada para incluir el costo de los servicios en idiomas como parte los costos generales o administrativos de esas entidades. Sin embargo, un estado puede optar por permitir que todos sus proveedores soliciten el reembolso.

13. ¿Qué sucede si mi estado tiene una ley de uso exclusivo y obligatorio del inglés (English-only): el Título VI rige igual?

Sí. Porque la ley federal se antepone a cualquier conflicto por leyes estatales y, como el Título VI es una ley federal, rige aunque las leyes estatales consideren al inglés como el único idioma reconocido en el estado. Además, las leyes de uso exclusivo y obligatorio del inglés en su estado pueden incluir una excepción específica para las organizaciones de atención médica y de servicio social, y/o es posible que sólo se apliquen a actividades gubernamentales.

14. ¿Dónde puedo obtener mayores informes?

El gobierno federal ha creado recientemente un nuevo sitio web llamado “Let Everyone Participate” (“Que todos participen”), en <http://www.lep.gov>. Además de un seguimiento de las actividades federales, el sitio web ofrece asistencia directa a los beneficiarios del financiamiento federal y a defensores de esta causa. Por ejemplo, los beneficiarios de los fondos pueden descargar las tarjetas “I Speak” (“Hablo”) que permite a las personas con conocimientos limitados del inglés identificar su idioma materno.

Ελληνικά

Las leyes y políticas federales

exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de las instituciones de atención médica

Referencias: Respuesta a preguntas frecuentes

¹ Además de las políticas y leyes federales pueden haber leyes estatales que afecten el acceso al idioma. Para obtener un listado de estatutos y reglamentos estatales, vea NHeLP, *Ensuring Linguistic Access: Legal Rights and Responsibilities (Garantía de acceso lingüístico: derechos y responsabilidades legales)*, 2a ed., Primavera de 2003.

² 100 Cong. Rec. 1658 (1964). La Corte Suprema de Estados Unidos ha considerado la discriminación sobre la base del idioma como discriminación por nacionalidad. Veá Lau vs. Nichols, 414 U.S. 563 (1974).

³ 42 U.S.C. sección 2000d. También vea 45 C.F.R. sección 80 apdo. A (listado de ejemplos de ayuda financiera federal, incluyendo subsidios de Medicare, Medicaid y Maternal and Child Health).

⁴ 45 C.F.R. sección 80.3(b).

⁵ 42 U.S.C. sección 2000d-4a (definición de “programa o actividad”).

⁶ No obstante, tradicionalmente no se ha aplicado el Título VI a los médicos que sólo reciben pago federal por medio de Medicare Parte B.

⁷ 42 U.S.C. sección 2000d-4a.

⁸ 65 Registro Federal 50121 (16 de agosto de 2001), también vea 67 Registro Federal 41455 (18 de junio de 2002).

⁹ 65 Registro Federal 80865 (22 de diciembre de 2000), disponible en <http://www.omhrc.gov/clas>.

¹⁰ 65 Registro Federal 50123 (16 de agosto de 2000). Además de la disposición 13166, estas Pautas quedan autorizadas por el 28 C.F.R. sección 42.404(a), que instruye a las agencias para “publicar los lineamientos del Título VI para cada tipo de programa al que aportan ayuda financiera, en los casos en que dichos lineamientos sean adecuados para proporcionar información detallada de los requisitos del Título VI”. De acuerdo con el DOJ, las Pautas no crean nuevas obligaciones más allá de las ya exigidas por la ley. *Id.* en 50121-22.

¹¹ 67 Registro Federal 41459. “Incluso los beneficiarios que prestan servicios a personas con capacidad limitada de inglés a partir de una base impredecible y poco frecuente deben llevar a cabo este análisis para determinar qué deben hacer si una persona con LEP busca servicios bajo el programa mencionado”.

¹² 65 Reg. 50124-25. También vea, por ejemplo, 67 Registro Federal 41455, 41457 (18 de junio de 2002).

¹³ 67 Registro Federal 41460 (18 de junio de 2002).

¹⁴ 65 Federal Register 52762 (30 de agosto de 2000). Aunque los Lineamientos del DHHS se encuentran en vigor, están en revisión para posibles cambios. Al percatarse de que es “indispensable que los documentos con los lineamientos de las

agencias para personas con capacidad limitada de inglés que reciben financiamiento deben ser consistentes entre sí,” el 8 de julio de 2002, el Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés) solicitó a todas las agencias federales revisar sus documentos de Pautas para personas con capacidad limitada de inglés para hacerlos consistentes con las pautas finales del DOJ.

¹⁵ 67 Registro Federal 4971, la OCR colaborará con los beneficiarios para determinar qué material se considera vital.

¹⁶ 67 Registro Federal 4971 (1 de febrero de 2002).

¹⁷ 67 Registro Federal 4975 (1 de febrero de 2002). Las pautas recomiendan que la entidad documente el ofrecimiento y rechazo de los servicios gratuitos de interpretación en el expediente del paciente y que un intérprete capacitado esté presente para asegurar la exactitud de la interpretación. Veá “El peligro de depender de familiares, amigos y niños como intérpretes y por qué debe evitarse” en la página 43.

¹⁸ 67 Registro Federal 4973 (1 de febrero de 2002).

¹⁹ Los “puertos seguros” indican que: el receptor de los fondos proporciona material escrito traducido, incluyendo documentos indispensables (como solicitudes, formularios de consentimiento, avisos de elegibilidad y servicios y documentos requeridos por ley) para cada uno de los grupos de idioma con capacidad limitada de inglés elegible que constituya el 10% ó 3,000, el que sea menor, de la población elegible que recibirá los servicios; para los grupos en idiomas con capacidad limitada de inglés que no alcancen el 10% ni el piso de de 3,000, pero que constituyan el 5% ó 1,000, el que sea menor, el receptor de fondos asegura que, por lo menos, se traduzcan los documentos indispensables, y se ofrezca la traducción oral de otros documentos en caso de ser necesario; y, a pesar de lo anterior, un receptor de fondos con menos de 100 personas de un grupo de idioma no traduce el material escrito pero proporciona avisos escritos en la lengua materna del paciente sobre el derecho a recibir una interpretación oral competente del material escrito.

²⁰ Oficina de Administración y Presupuesto, Report To Congress, Assessment of the Total Benefits and Costs of Implementing Executive Order No.13166: Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency (Informe al Congreso, Evaluación de los costos y beneficios totales de la puesta en práctica de la disposición No. 13166: Mejoramiento del acceso a los servicios para las personas con capacidad limitada de inglés) (14 de marzo de 2002), disponible en <http://www.whitehouse.gov/omb/inforeg/lepfinal3-14.pdf>.

²¹ *Ibid.*

²² Veá CMS, Dear State Medicaid Director Letter (Carta a Director del Medicaid del estado) (31 de agosto de 2000); disponible en <http://www.cms.hhs.gov/states/letters/smd83100.asp>. ■

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas



Aunque cualquier proveedor de atención médica que recibe financiamiento federal debe proporcionar un acceso significativo de las personas con capacidad limitada de inglés a sus servicios, a los estados no se les exige que reembolsen esos gastos a los proveedores. Sin embargo, si los estados eligen reembolsar a los proveedores por servicios en idiomas facilitados a las personas inscritas en Medicaid y al State Children's Insurance Program (SCHIP) cuentan con fondos federales para ayudarlos a cubrir dichos gastos.

Cuando un paciente inscrito en Medicaid o a SCHIP recibe servicios cubiertos por el programa (como una consulta médica o un medicamento con receta), el gobierno estatal paga parte del costo del servicio y el gobierno federal cubre el resto. Entre los gobiernos estatal y federal reembolsan a los proveedores algunos otros gastos administrativos. De esta forma, el gobierno federal "participa" junto con el estado del pago servicios a los pacientes de Medicaid y SCHIP.

Todos los programas estatales de Medicaid y SCHIP deben cubrir ciertos servicios federales "obligatorios" a sus inscritos. No obstante, los estados pueden, individualmente, elegir la cobertura de ciertos servicios opcionales. Los reembolsos por los servicios opcionales se pagan de la misma manera que los servicios obliga-

torios: una parte proviene del gobierno estatal y otra del federal. En 2000, el gobierno federal les recordó a los estados que los servicios en idiomas son un servicio opcional que pueden elegir cubrirles a los inscritos en Medicaid y SCHIP. Por otra parte, los gobiernos estatales también pueden obtener fondos federales por servicios en idiomas como parte de las actividades administrativas de Medicaid y SCHIP del estado.

En esta sección se incluye material que explica la forma en la que los estados pueden obtener una participación federal para el financiamiento de servicios en idiomas para los pacientes de Medicaid y SCHIP. También proporciona información relacionada con los programas estatales que han elegido cubrir este tipo de servicios.

Español ไทย Tagalog

Русский Язык Hmoob

Srpsko-Hrvatski 日本語

عربي Kreyòl Ayisyen

Shqip Ελληνικά 中文

Kriolu di Kabu Verdi

עברית Tagalog 한국말

Tiếng Việt Español ไทย

Soomaali Русский Язык

한국말 Srpsko-Hrvatski

Français Hmoob عربي

Shqip Ελληνικά 中文

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Respuestas a preguntas frecuentes

El financiamiento federal que ayuda a los estados y a los proveedores de atención médica a pagar por servicios en idiomas principalmente está disponible a través de Medicaid y State Children's Health Insurance Program (SCHIP).¹ Estos fondos federales les brindan a los estados una excelente oportunidad para ayudar a los proveedores a asegurar el acceso a servicios en el idioma. Sin embargo, los programas cuentan con requisitos técnicos que varían de un estado a otro. En este documento se presenta una breve generalidad que lo ayuda a evaluar la mejor forma en la que su estado ofrece reembolso por servicios en idiomas. Para mayor información específica sobre su estado vea <http://www.statehealthfacts.kff.org>.

1. ¿Qué son Medicaid y SCHIP?

Medicaid y State Children's Health Insurance Program (SCHIP) son programas de seguros médicos para ciertas personas de bajos recursos administrados en forma conjunta por los gobiernos de los estados y el federal.² Los dos programas operan como una sociedad federal-estatal: se administran y financian en forma conjunta. Medicaid proporciona seguro médico a más de 44 millones de personas y SCHIP a más de 3 millones.

Para ser elegible para Medicaid o SCHIP, una persona debe recibir bajos ingresos y ser parte de un grupo elegible. Medicaid atiende principalmente a cuatro grupos de estadounidenses de bajos ingresos: los ancianos, discapacitados, padres y niños. A todo aquel que cumpla con los requisitos de elegibilidad debe proporcionársele atención médica y tiene el derecho a recibir los servicios necesarios oportunamente. SCHIP atiende principalmente a menores y, en ocasiones, a otros, como padres y embarazadas. Los fondos del SCHIP están limitados a cantidades preestablecidas y determinadas por el Congreso; por lo que, si un estado sobrepasa el financiamiento federal que el SCHIP recibe del Congreso, puede detener la inscripción al programa de las personas que, de otra forma, serían elegibles.

2. ¿Cómo paga el gobierno federal a los estados su parte de los costos de Medicaid y SCHIP?

El gobierno federal les paga a los estados los gastos de Medicaid y SCHIP en tres formas:

- **Servicios cubiertos:** Los estados obtienen el reembolso federal por "servicios cubiertos" proporcionados a los inscritos, como consultas médicas o estancias hospitalarias. Los estados deben cubrir ciertos servicios "obligatorios", aunque también tienen la opción de cubrir otros servicios adicionales, como los servicios en idiomas.
- **Costos administrativos:** Los estados también obtienen fondos federales para ayudarlos con los costos administrativos del programa (p. ej., costos de personal para determinar la elegibilidad y la supervisión de los contratos, y los costos relacionados con las computadoras).
- **Actividad hospitalaria desproporcionada:** Los estados obtienen fondos federales por pagos debidos a "actividades hospitalarias desproporcionadas" para hospitales que atienden a una cantidad desproporcionada de pacientes de Medicaid y no asegurados.³

3. ¿Por qué pueden los estados obtener (conseguir) el reembolso federal por servicios en idiomas?

En el 2000, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), como parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal y la agencia de supervisión de Medicaid y SCHIP, les recordaron a los estados que podían obtener fondos federales "de participación" por servicios en idiomas proporcionados a los inscritos en Medicaid y SCHIP. En una carta a las autoridades estatales de salud, los CMS les recordaron a los estados que "tenían a su disposición fondos federales de participación para los gastos estatales relacionados con las actividades y servicios administrativos por brindar interpretaciones orales y traducciones escritas a los beneficiarios de Medicaid o SCHIP. La participación federal en el financiamiento está disponible para los gastos estatales en dichas actividades o servicios ya sea provistos por intérpretes del personal, intérpretes contratados o por medio de un servicio telefónico."⁴

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

4. ¿Por qué no todos los estados cubren los servicios en idiomas para los inscritos en Medicaid y SCHIP?

Aunque todos los proveedores de atención médica que reciben financiamiento federal deben facilitar un acceso significativo al idioma, los estados no tienen que reembolsarles esos gastos. Cada estado determina si otorgará el reembolso por interpretación y cómo lo hará. Los proveedores individuales no pueden buscar un reembolso *salvo* que su estado haya establecido un mecanismo para hacerlo. Sólo son nueve los estados que reembolsan directamente a los proveedores por servicios en idiomas. Sin embargo, los estados tienen la obligación de asegurar el acceso al idioma en las oficinas de elegibilidad de Medicaid y SCHIP.

Los motivos por los que los estados no ofrecen un reembolso directo varían, por lo que usted puede necesitar recurrir a diferentes medidas para instruir a quienes definen las políticas dependiendo de los motivos de su estado. Por ejemplo, algunos funcionarios estatales no saben de la disponibilidad del finan-

ciamiento federal; informárselos puede ser suficiente para crearles el interés para ofrecer el reembolso. Algunos estados, ante un presupuesto reducido, pueden no designar fondos estatales para pagar su cuota de participación en Medicaid/SCHIP. En esos estados, usted podía instruir a quienes definen las políticas sobre el costo por incumplimiento de los requisitos federales (como con el Título VI) y sobre los costos indirectos por no facilitar ayuda en el idioma a las personas con capacidad limitada de inglés (como el incremento en errores médicos, la reducción en la calidad de la atención y las pruebas diagnósticas innecesarias). Por último, algunos estados consideran a los servicios en idiomas como parte de los costos comerciales de los proveedores y los incluyen en los porcentajes generales de reembolso, independientemente del costo real para el proveedor. Para cambiar las políticas en esos estados se puede requerir darles información sobre el uso de los servicios en idiomas, el costo real de los intérpretes y cómo un porcentaje del pago global es insuficiente para cubrir estos costos.

Estados que reembolsan directamente a los proveedores por servicios en idiomas

- Hawai
- Idaho
- Maine
- Massachusetts
- Minnesota
- Montana
- New Hampshire
- Utah
- Washington

Tiếng Việt

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

5. ¿Cuánto financiamiento federal podría obtener mi estado por servicios en idiomas?

Depende del estado, del programa y de la forma en la que el estado elige recibir el reembolso.

Servicios cubiertos - Por servicios cubiertos, el estado paga parte del costo y el gobierno federal el resto. Cada estado tiene un porcentaje “de participación” distinto; esto es, el tanto por ciento del costo por el que es responsable gobierno federal. La contribución varía de un 50 a un 83%, dependiendo del ingreso per cápita del estado (los estados con mayores ingresos per cápita reciben menos financiamiento federal). Los estados también tienen porcentajes diferentes de participación para Medicaid y SCHIP; los servicios de SCHIP reciben un porcentaje de reembolso superior. Por ejemplo, Iowa recibe un 63.50% del gobierno federal por servicios de Medicaid y un 74.45% por servicios de SCHIP. Para mayor información sobre su estado vea el sitio web Kaiser Family Foundation’s State Health Facts (Datos sobre salud estatal de la Fundación de la Familia Kaiser) en <http://www.statehealthfacts.kff.org>.

Costos administrativos - Algunos estados pueden elegir cubrir los costos de los servicios en idiomas como un gasto administrativo, antes que como un servicio cubierto. Por gastos administrativos todos los estados reciben un 50% de participación federal, tanto para Medicaid como para SCHIP. Sin embargo, los estados sólo pueden gastar el 10% de su asignación federal para gastos administrativos del SCHIP. Para los estados que alcanzan o están cerca del tope del 10% administrativo, puede ser preferible entonces considerar los servicios en idiomas como un “servicio cubierto” en vez de hacerlo como un gasto administrativo.

6. ¿Cómo puede conseguir mi estado el reembolso federal por servicios en idiomas?

Servicios cubiertos - Los estados que desean obtener financiamiento federal como “servicios cubiertos” deben agregar los servicios en idiomas a su “plan estatal” de Medicaid. El plan estatal es el documento que establece cómo funciona el programa Medicaid en cada estado, incluyendo los servicios que cubre. El estado debe presentar su solicitud, una “modificación al plan estatal” (SPA, por sus siglas en inglés), ante el CMS. Recién cuando el servicio se agrega al plan estatal, y lo aprueba los CMS, el estado puede recibir el financiamiento federal. En muchos estados, debido a los costos financieros para cubrir un servicio nuevo, la legislatura del estado debe aprobar la SPA antes de su presentación ante los CMS.

Costos administrativos - Los estados que buscan el reembolso por servicios en idiomas como gasto administrativo no necesitan la aprobación previa por parte de los CMS. De esta forma, aunque el porcentaje de participación federal por gastos administrativos puede no ser tan elevado como el porcentaje por servicios cubiertos, el estado puede elegir esta opción porque es más simple para ponerla en práctica. No obstante, los distintos porcentajes de participación para Medicaid y SCHIP también influyen en esta decisión. En algunos estados, el porcentaje de participación federal para servicios cubiertos es del 50%, igual que para los gastos administrativos. En estos casos, el estado no cuenta con incentivos financieros para agregar un servicio cubierto a su plan estatal de Medicaid. Sin embargo, aunque el porcentaje de participación de Medicaid de un estado pueda ser del 50%, el porcentaje de SCHIP siempre es superior, por lo menos del 65%. Además, a los estados no se les permite gastar más del 10% de su asignación para SCHIP para gastos administrativos.

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Decidir que los servicios en idiomas queden cubiertos como un gasto administrativo en el SCHIP puede originar menor cantidad de dinero federal y generar conflictos con otras prioridades administrativas.

Costos por actividad hospitalaria desproporcionada -

Los estados también pueden usar el financiamiento federal disponible por “actividad hospitalaria desproporcionada” (DSH, por sus siglas en inglés); esto es, a los hospitales que atienden a una cantidad desproporcionada de pacientes con Medicaid y no asegurados se les ayuda a pagar los servicios en idiomas. Los estados determinan qué hospitales se consideran con DSH y qué cantidad del fondo les distribuye. Los estados pueden considerar los gastos por servicios en idiomas de un hospital al determinar la asignación por DSH.

7. ¿Qué proveedores pueden obtener reembolso por servicios en idiomas?

Cada estado determina cuáles proveedores de Medicaid y SCHIP pueden obtener reembolso. Los estados pueden elegir reembolsar a todos los proveedores o sólo a algunos: por ejemplo, sólo a los proveedores con “pago por servicio,”⁷ los hospitales o las organizaciones de atención médica administrada. La mayoría de los estados que otorgan el reembolso lo hacen a proveedores con pago por servicio; dos estados reembolsan a hospitales; uno ha agregado dinero al “porcentaje de capitación” (porcentaje fijo por paciente) que paga a las organizaciones de atención médica administrada por cada paciente inscrito para cubrir el costo por brindar el servicio de interpretación.⁸

La decisión de qué proveedores reciben el reembolso varía de estado a estado. Los factores que se toman en cuenta incluyen si el proveedor recurre a miembros de su personal o contrata a un intérprete, si los intérpretes del personal trabajan tiempo completo o tienen otras responsabilidades laborales, y si los proveedores bilingües son competentes para brindar el servicio en un idioma distinto del inglés y se les debe compensar por sus habilidades en el idioma.

Para alentar el uso de intérpretes es importante que los estados establezcan una tarifa que cubra al menos el costo real del intérprete. El estado también debe establecer un porcentaje de reembolso adecuado para asegurarse de que haya un número suficiente de intérpretes para cubrir las necesidades de su población con personas con capacidad limitada de inglés que desee participar en el programa.

8. ¿Cómo puede mi estado reembolsar a los proveedores que reciben un porcentaje preestablecido por sus servicios?

Algunos estados establecen porcentajes de pago que “incluyen” la totalidad de los costos por proporcionar servicios a un paciente en un solo pago. Este pago incluye el costo de exámenes o procedimientos médicos, al igual que otros servicios e insumos, como consultas, insumos médicos y medicamentos. El porcentaje de pago también incluye el reembolso de una cuota por los costos generales de la institución: salarios, servicios públicos, mantenimiento edilicio, etc.; este método de inclusión es particularmente común en los servicios de hospitalización. El programa federal de Medicare reúne pagos a los “grupos relacionados por el diagnóstico” (DRG, por sus siglas en inglés). Algunos estados pagan por estancias hospitalarias sobre la base de los DRG, mientras que otros pagan sobre la base de cada caso o por día. El costo por los servicios en idiomas queda implícito en cualquier método de inclusión que el estado utilice. Para otros proveedores de atención médica, como médicos que practican entre un grupo reducido, muchos estados incluyen todos los gastos administrativos y generales—incluyendo los servicios en idiomas—en la tarifa de pago al proveedor.

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas



Los centros de salud que califican como federales reciben pagos conjuntos por medio de un “sistema de pago prospectivo,” un pago por adelantado que hace un estimado de los costos de los centros de salud.

Dado que los estados establecen el porcentaje de pago de Medicaid/SCHIP por cada servicio, los estados pueden modificar los porcentajes para agregar un reembolso directo por los intérpretes cuando se recurre a ellos.⁹ Los estados pueden tener un “código de facturación” por separado con una tarifa específica para los intérpretes: cada vez que un proveedor recurre a un intérprete, el proveedor recibe tanto el porcentaje de pago por el servicio cubierto como por el intérprete. Los estados también pueden agregar un “modificador” a un porcentaje existente: cada vez que un proveedor recurre a un intérprete el modificador incrementa el porcentaje de pago, ya sea en un tanto por ciento o por una determinada cantidad. Los porcentajes o modificadores pueden variar según el idioma (los frecuentes vs. los poco recurrentes), el tipo de intérprete (miembro del personal, contratado, proveedor bilingüe, ayuda por teléfono) o por otros factores.

Muchos estados incluyen requisitos para el acceso a servicios en idiomas en sus contratos con las organizaciones de atención médica administrada. Si un

estado elige pagar directamente a las organizaciones de atención médica administrada el costo de estos servicios en idiomas, tiene dos opciones: pagar por los servicios en idiomas por separado del porcentaje de capitación¹⁰ (esto es, “separar” los servicios en idiomas del conjunto de servicios que la organización de atención médica administrada debe prestar) o incrementar el porcentaje de capitación para incluir los servicios en idiomas.

Con frecuencia existe una confusión entre “traducir” e “interpretar” un idioma. La diferencia es la siguiente: la interpretación se refiere a lenguaje hablado y la traducción al escrito. La interpretación es tan precisa como la traducción cuando se realiza adecuadamente. Los intérpretes no deben tomarse libertades, adornar ni modificar de forma alguna lo que están interpretando de un idioma a otro.

-Proyecto Acceso

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

9. ¿Cuánto debe pagar el estado a los intérpretes?

Cuando un estado decide reembolsar a los proveedores por servicios en idiomas determina la tarifa de pago. Los que comúnmente se usan varían de \$7 a \$50 la hora. Las tarifas deben reflejar el costo laboral en el estado y los requisitos de capacitación y certificación. Cuando se establece la tarifa de pago, el estado también debe considerar el tiempo de traslado, el tiempo de espera y otras actividades relacionadas con la interpretación; estas circunstancias varían de un estado a otro, e incluso por regiones. Por ejemplo, en áreas rurales en donde el traslado puede ser lento, el estado debe evaluar si el intérprete puede recibir un reembolso por el tiempo de traslado. El estado también necesita determinar si paga o qué paga bajo una variedad de circunstancias; por ejemplo, cuando el intérprete se presenta pero el proveedor o el paciente cancelan la cita. Para alentar el uso de intérpretes es importante que los estados establezcan una tarifa que cubra al menos el costo real de interpretación. El estado también podrá establecer una tarifa adecuada de reembolso para asegurarse que haya un número suficiente de intérpretes para que cubran las necesidades de su población con capacidad limitada de inglés que desee participar en el programa.

10. ¿Cómo pueden los estados ofrecer el reembolso?

En la actualidad, los estados que proporcionan reembolsos por servicios en idiomas usan tres modelos de pago:

- Exigir a los proveedores que contraten a los intérpretes y presenten la solicitud de reembolso
- Pagarles directamente a los intérpretes
- Utilizar a “agentes” o agencias en idiomas a los que los proveedores puedan llamar para programar la visita de un intérprete y el estado reembolsa al agente/agencia para que le pague al intérprete

[Para mayor información sobre estos modelos vea “Modelos de reembolso por Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas” en la página 22.]

11. ¿Qué sucede con los servicios en idiomas para personas no inscritas en Medicaid/SCHIP?

El financiamiento federal sólo está disponible para servicios en idiomas a los inscritos en Medicaid/SCHIP (o para padres y tutores de menores inscritos en Medicaid/SCHIP). También está disponible para los pacientes que reciben servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.

Los proveedores de atención médica que reciben fondos federales deben asegurar el acceso a servicios en el idioma a todos sus pacientes y no sólo a los inscritos en Medicaid y SCHIP. Es por eso que existe una brecha entre el financiamiento federal existente y la necesidad del servicio. Los estados pueden utilizar fondos estatales para prestar servicios en idiomas a otras personas. Una vez que el estado ha establecido un programa de asistencia en el idioma para sus beneficiarios de Medicaid y SCHIP y que ha invertido los recursos iniciales necesarios para ponerlo en práctica, es probable que los costos adicionales para expandir el programa hacia otros pacientes con capacidad limitada de inglés sean mínimos.

عربي

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Referencias: Respuestas a preguntas frecuentes

¹ La reciente promulgación de la Ley de Reautorización a Centros Comunitarios de Salud incluye una muestra de los programas de servicios en idiomas, pero aún no se le ha adjudicado el financiamiento.

² Para mayor información sobre estos programas, vea <http://www.healthlaw.org>, <http://www.kff.org/content/2001/2248/2248.pdf> (*Medicaid: A Primer*) (*Medicaid: nociones elementales*) o <http://cms.hhs.gov/medicaid/mover.asp> (*Medicaid: An Overview*) (*Medicaid: generalidades*).

³ En la actualidad, los hospitales que tienen una actividad desproporcionada por pacientes inscritos en Medicaid y sin seguro son elegibles para recibir pagos complementarios de Medicaid por medio del programa Actividad hospitalaria desproporcionada (DSH). En muchos estados, el programa DSH representa uno de los recursos más importantes del financiamiento federal para apoyar la atención médica que se brinda a los no asegurados y a los beneficiarios de Medicaid. Más del 10% del financiamiento a Medicaid es a través de las DSH y ascendió a más de \$15.8 mil millones de los gastos estatales y federales combinados en 2001.

⁴ Esta carta está disponible en <http://cms.hhs.gov/states/letters/smd83100.asp>.

⁵ Estos nueve estados son: Hawai, Idaho, Maine, Massachusetts, Minnesota, Montana, New Hampshire, Utah y Washington. Para mayor información sobre los modelos de estos estados vea “Modelos de reembolso de Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas” en la página 22.

⁶ Existen excepciones limitadas para el porcentaje de participación administrativo. Por ejemplo, los estados pueden recibir un 90% de financiamiento federal por actualizar los sistemas de cómputo o por prestar servicios e insumos para planificación familiar; 75% de financiamiento federal para cubrir el costo por revisiones médicas y de uso; y 100% por gastos por poner en práctica y hacer funcionar sistemas de verificación de las condiciones de los inmigrantes.

⁷ “Pago por servicio” (PPS) se refiere por lo general a servicios no prestados por hospitales, organizaciones de atención médica administrada o centros comunitarios de salud. Los proveedores acuerdan aceptar pagos establecidos por el estado por servicios específicos prestados a los inscritos en Medicaid/SCHIP.

⁸ Para mayor información sobre los modelos de estos estados vea “Modelos de reembolso de Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas” en la página 22.

⁹ Sin embargo, los estados no pueden incrementar su porcentaje de reembolso por Medicaid/SCHIP por sobre el porcentaje de reembolso de Medicare.

¹⁰ El “porcentaje de capitación” es la cantidad que el estado paga al mes a la organización de atención médica administrada por cada inscrito y que la compensa por todos los servicios cubiertos por contrato. Es una cantidad fija que no varía aunque el inscrito utilice pocos o muchos servicios. ■

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

En el 2000, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés, que antes eran la Administración del Financiamiento para la Atención Médica) les recordaron a los estados que pueden incluir los servicios en idiomas como servicio opcional en sus programas de Medicaid y State Children's Health Insurance y, de esta forma, reembolsar directamente a sus proveedores por el costo de estos servicios a los inscritos en el programa. Aun así, sólo algunos estados

reembolsan directamente a sus proveedores por servicios en idiomas. En cambio, la mayoría considera el costo por servicios en idiomas como parte de los costos administrativos o generales de los proveedores e incluyen el costo en las tarifas de pago a los proveedores. Aquí se ofrece una idea general de los mecanismos estatales existentes para el reembolso directo a los proveedores por servicios en idiomas a los inscritos en Medicaid y SCHIP a partir del 21 de febrero de 2003.

Modelos de reembolso a Medicaid y SCHIP por los servicios en idiomas

Estado	¿Por cuáles de sus inscritos paga el estado por los servicios en idiomas: todos, PPS, ^a atención médica administrada?	¿Qué proveedores pueden solicitar reembolso: todos, ^b PPS, atención médica administrada, hospitales?	¿A quién reembolsa el estado: proveedores, agencias de idiomas, ^c intérpretes, hospitales, agentes?	¿Cuánto paga el estado por servicios en idiomas prestados a inscritos en Medicaid/SCHIP?	¿Cómo reclama el estado su participación federal: como un servicio o gasto administrativo? ^d	¿Qué porcentaje del costo estatal paga el gobierno federal (año fiscal 2000)? ^e
Hawái	PPS	PPS	Agencias de idiomas	\$36/hora (en incrementos de 15 min.)	Servicio	Medicaid (MA)—58.77 SCHIP—71.14
Idaho	PPS	PPS	Proveedores	\$7/hora	Servicio	MA—70.96 SCHIP—79.67
Massachusetts	PPS	Hospitales y centros psiquiátricos	Hospitales y centros psiquiátricos	Determinada por la agencia de Medicaid ^f	Desconocido	50
Maine	PPS	PPS	Proveedores	\$30/hora (horario de oficina) /\$40/hora (fuera del horario de oficina) / \$7.50/15 min. después de la primera hora	Servicio	MA—66.22 SCHIP—76.35
Minnesota	PPS	PPS	Proveedores	\$12.50/15 min., menor a \$50/hora u honorarios usuales y habituales	Administrativo	50
Montana	Todos	Todos	Intérpretes	Menor a \$6.25/15 min. u honorarios usuales y habituales	Administrativo	50
New Hampshire	PPS	PPS	Intérpretes (que son proveedores de Medicaid)	\$15/hora / \$2.50/15 min. después de la primera hora	Administrativo	50
Utah	PPS	PPS	Agencias de idiomas	\$22/hora (al teléfono) \$39/hora (en persona)	Servicio	MA—71.24 SCHIP—79.87
Washington	Todos	Entidades públicas	Entidades públicas	50% gastos deducibles	Administrativo	50
	Todos	Entidades públicas	Agentes, intérpretes y agencias de idiomas	Los agentes reciben honorarios administrativos. Los intérpretes/agencias de idiomas reciben hasta \$28/hora	Administrativos	50

^a “Pago por servicio” se refiere por lo general a servicios que no presta el hospital, la organización de atención médica administrada ni el centro comunitario de salud. Los proveedores acuerdan aceptar un “pago” establecido por el estado por el “servicio” específico prestado.

^b Los proveedores con personal que interpreta no pueden solicitar reembolso.

^c Las agencias de idiomas son organizaciones que contratan y programan a los intérpretes. También pueden supervisar la evaluación y/o capacitación.

^d Los estados pueden conseguir fondos para Medicaid/SCHIP

por dos vías: como “servicio cubierto” (al pagar el costo por el servicio como una consulta o por estancia hospitalaria) o como “gasto administrativo” (al pagar el costo por administrar el programa).

^e Por “servicios cubiertos” el porcentaje de reembolso federal varía entre el 50 y 80%, sobre la base del ingreso per cápita del estado. Por gastos “administrativos” cada estado recibe el 50% de sus costos del gobierno federal.

^f El monto para cada hospital o centro psiquiátrico se basa sobre un porcentaje de la diferencia entre los costos totales de la entidad calificada por Medicaid y el total de pagos por Medicaid de cualquier fuente.

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Hawai

El estado tiene contrato con dos organizaciones de servicios en idiomas que le proporcionan intérpretes. Los inscritos elegibles son pacientes con pago por servicios por Medicaid o niños discapacitados inscritos en SCHIP. El estado paga a la agencia de servicios en idiomas una tarifa de \$9 por 15 minutos. Si se necesita un intérprete por más de 1.5 horas, debe presentarse un informe estableciendo los motivos por los que se excedió el tiempo. No se reembolsa a intérpretes que son miembros del personal o proveedores bilingües.

Se permite que los intérpretes cobren por el tiempo de traslado y espera, y por el estacionamiento. El estado cuenta con lineamientos para procedimientos de facturación y uso, y esperan que las organizaciones de servicios en idiomas controlen la calidad y evalúen las calificaciones de los intérpretes que contratan. El estado gasta \$144,000 al año, aproximadamente, por servicios de interpretación en casi 2,570 visitas (casi \$56 por visita). Hawai recibe el reembolso por servicios de interpretación como "servicios cubiertos" (de forma similar a una visita al consultorio u otros servicios cubiertos por el plan estatal Medicaid). El estado recibe un reembolso federal aproximado de 59% por los pacientes de Medicaid y de 71% por los de SCHIP.

El costo por proporcionar intérpretes en los hospitales se incluye en las tarifas de pago existentes a los hospitales; no se permiten reembolsos por separado. El programa Medicaid del estado para la atención

médica administrada, QUEST, incluye fondos específicos en su porcentaje de capitación por servicios de autorización/traducción (sobre la base del volumen y exige la presentación de informes).

Idaho

Idaho comenzó a reembolsar a sus proveedores los costos por interpretación con anterioridad a 1990. El estado reembolsa a los proveedores por intérpretes para inscritos con pago por servicio y aquellos que participan en el programa Primary Care Case Management. Los proveedores deben contratar a los intérpretes y después presentar la solicitud de reembolso. Los proveedores deben recurrir a intérpretes independientes y sólo pueden presentar solicitud de reembolso por servicios prestados por miembros de su personal si pueden comprobar que el personal no ha recibido ninguna otra forma de salario o sueldo durante el tiempo en que interpretó. En la actualidad no existe ningún requisito de capacitación o certificación para los intérpretes. Los hospitales no pueden presentar solicitudes de reembolso; el costo de los servicios en idiomas se considera parte de los costos generales y administrativos de la institución.

Idaho reembolsa el costo por interpretación en idiomas con una tarifa de \$7.01 por hora (el estado reembolsa a intérpretes certificados en lenguaje de señas a \$12.13/hora y a los parcialmente certificados en lenguaje de señas a \$9.56/hora).

한국말

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Maine

El estado reembolsa a los proveedores el costo de intérpretes provistos a los inscritos en Medicaid y SCHIP. El proveedor es quien selecciona al intérprete. Se alienta a los proveedores para que recurran primero a los intérpretes locales y más eficaces en función de los costos, y que a la interpretación por teléfono como último recurso. Los proveedores luego facturan al estado por el servicio, de la misma manera en la que facturarían una visita médica, pero usando un código establecido por el estado para facturar la interpretación. Cuando se recurre a servicios de interpretación telefónica, los proveedores usan un código diferente de facturación y deben presentar la factura junto con la solicitud de reembolso.

El proveedor debe incluir una declaración de verificación en el expediente del paciente para documentar la fecha y hora de la interpretación, su duración y el costo por prestar el servicio. El estado reembolsa al proveedor por una hora como mínimo, y en adelante por adicionales de 15 minutos. El reembolso incluye el tiempo de traslado hacia y de la ubicación, pero no el tiempo de espera. La tarifa máxima por hora es de \$30 en horario de oficina y de \$40 fuera del horario de oficina. Después de la primera hora, los proveedores pueden facturar por adicionales de 15 minutos a \$7.50 el cada uno. El proveedor debe asegurarse de que el intérprete proteja la confidencialidad del paciente y que haya leído y firmado un código de ética. El estado proporciona un ejemplo del código de ética como apéndice de su Manual de Asistencia Médica.

El estado establece explícitamente que los familiares y amigos no deben participar como intérpretes a los que se les pague. Un familiar o amigo sólo puede actuar como intérprete si: 1) así lo solicita el paciente, 2) el uso de tal persona no pone en riesgo la comunicación médico-paciente o la confidencialidad del paciente, y 3) se le notifica al paciente que tiene a su disposición un intérprete sin cargo.

Los hospitales, las instituciones privadas no médicas, los asilos de ancianos y las instituciones de atención médica intermedia para discapacitados mentales no pueden facturar por separado los costos de interpretación. Dicho de otra forma, los costos por interpretación ya están incluidos en las tarifas de pago a los proveedores (*Manual de beneficios MaineCare, el anterior Manual de Asistencia Médica*, capítulo 101, 1.06-3.)

Massachusetts

Massachusetts ha sido líder en el desarrollo y la prestación de servicios en idiomas en clínicas de salud. Cuando un proveedor busca agregar o ampliar servicios o transfiere sus propiedades, como parte del procedimiento estatal para la Determinación de Necesidades debe reevaluar las necesidades de atención médica de la comunidad y actuar en consecuencia. Desde 1989, la mayoría de los hospitales ha presentado planes para brindar servicios de interpretación como parte de este proceso. Por medio de este proceso, más de 50 de los 80 hospitales del estado han abordado el tema de la provisión de servicios de interpretación, capacitado a su personal y realizado un seguimiento de los servicios.

ไทย

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas



En abril del 2000, la legislatura atendió a la necesidad de servicios competentes de interpretación para las salas de emergencias al aprobar el Capítulo 66 de la Ley del 2000: “Una ley que exige servicios competentes de interpretación en la prestación de ciertos servicios de atención médica para casos agudos.”

La ley exige que “cada uno de los servicios hospitalarios que atienden casos agudos preste servicios de interpretación competentes en relación con todos los servicios de la sala de emergencias prestados a todas las personas que no hablan inglés y que sean pacientes o que busquen atención o tratamiento de emergencia apropiados.”

La ley también se aplica a los hospitales que prestan servicios psiquiátricos a pacientes agudos. El procurador general del estado está autorizado para hacer cumplir la ley, y a los individuos que se les niegan servicios de emergencia por la falta de intérpretes también se les otorga categoría legal para hacer cumplir sus derechos.

En el presupuesto estatal para el año fiscal 2002 se incluyó una asignación de \$1 millón para reembolsar a hospitales e instituciones psiquiátricas que atienden pacientes agudos por el costo de los servicios en idiomas. La División de Asistencia Médica realiza “pagos complementarios” para hospitales “calificados” por los servicios de interpretación provistos en los departamentos hospitalarios de emergencias, centros psiquiátricos que atienden casos agudos dentro de hospitales de la misma índole, y para hospitales

psiquiátricos privados. La distribución se hace sobre la base de una “fórmula de equidad” en la que se comparan los gastos presentados por cada uno de los hospitales calificados con el total de los gastos presentados por todos los hospitales calificados. En fecha reciente, Massachusetts recibió la aprobación de tres Enmiendas al Plan Estatal (una de ellas para los hospitales psiquiátricos, y para la atención hospitalaria ambulatoria y de internación en hospitales de agudos) para obtener reembolso federal por estos servicios en idiomas.

Además, la agencia estatal de Medicaid considera los costos por interpretación en su fórmula de distribución para DSH (Actividad hospitalaria desproporcionada). Los costos por interpretación médica quedan identificados en los informes de costos de los hospitales que se usan para determinar los costos que no se reembolsan por propósitos de la DSH. La distribución de los fondos para la DSH se hace entonces sobre la base de esos costos no reembolsados. Para su monto no compensado de atención (UCP, por sus siglas en inglés) Massachusetts permite a los hospitales incluir el costo de los servicios en idiomas en el costo base usado para desarrollar las tarifas de Medicaid y la proporción costo-cargo del UCP.

Sitio web: <http://www.state.ma.us/dph/omh/interp/interpreter.htm>

Minnesota

En 2001, Minnesota comenzó a conseguir una participación de fondos federales por servicios de interpretación a los inscritos en Medicaid y SCHIP que se atienden con pago por servicio y por atención médica administrada. Todos los proveedores pueden presentar una solicitud de reembolso con excepción de servicios prestados a pacientes hospitalizados (en donde los servicios de interpretación ya están agregados a la tarifa de pago del hospital). Los hospitales pueden obtener el reembolso por costos de interpretación prestada a pacientes ambulatorios.

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Según las disposiciones de Minnesota, los proveedores deben organizar y pagar los servicios de interpretación y después pueden solicitar el reembolso. El estado estableció un nuevo código de facturación para pagar, ya sea \$12.50 o el “cargo usual y habitual” por intervalos de 15 minutos, el que resulte menor.

Los proveedores sólo pueden facturar por servicios de interpretación ofrecidos junto con otro servicio cubierto. Por ejemplo, un médico puede facturar por servicio de interpretación por todo el tiempo que el paciente permanezca con él o con la enfermera y cuando le realicen estudios, pero no para concertar una cita o para interpretar material escrito. Los proveedores que atienden a inscritos en organizaciones de atención médica administrada deben facturar al plan de administración de atención. El plan de administración de atención tiene la responsabilidad, de acuerdo con su contrato con el estado, de asegurar el acceso al idioma; estos costos se incluyen en la tarifa de pago.

El estado presupuestó \$4.3 millones para los servicios de interpretación para dos años,¹ de los que se espera que el gobierno federal reembolse \$1.9 millones.

Sitio web: <http://www.dhs.state.mn.us>

Montana

Montana inició el reembolso por interpretación en 1999 luego de una investigación de la Oficina de Derechos Civiles. Montana paga por servicios de interpretación prestados a beneficiarios elegibles de Medicaid (tanto a los que se atienden con pago por servicio como a los que participan en el programa Primary Care Case Management), junto con los servicios cubiertos y médicamente necesarios. La interpretación debe ser en persona y no se hace reembolso por interpretaciones por vía telefónica. El intérprete debe presentar una factura/un comprobante firmados por él mismo y por el proveedor, y Montana le reembolsa directamente al intérprete. No hay disponibilidad de reembolso si el intérprete es un empleado pagado por

el proveedor y proporciona sus servicios de interpretación en su lugar de trabajo o si es familiar del paciente.

La tarifa de reembolso es la menor entre \$6.25 por adicionales de 15 minutos y el cargo usual y habitual. Los intérpretes no pueden facturar el tiempo de traslado y espera, gastos o citas no realizadas. El intérprete puede facturar por hasta un adicional de 15 minutos de tiempo de interpretación fuera de las oficinas del proveedor de Medicaid (esto es, en casa del paciente de Medicaid o en farmacias) por cada servicio de interpretación prestado por día. Este tiempo se usa específicamente para que el intérprete intercambie información y dé intrusiones al inscrito en Medicaid relacionadas con el uso de medicamentos.

El estado no pide ninguna certificación a los intérpretes. Por eso es responsabilidad del proveedor determinar la competencia del intérprete. Aunque existe la remisión a servicios estatales para interpretación de lenguaje de señas, no existe un equivalente para la interpretación en idiomas extranjeros.

New Hampshire

New Hampshire ha tenido políticas para reembolsar interpretaciones de lenguaje de señas y en idiomas extranjeros desde la década de 1980. Aunque en un principio el estado reembolsaba los servicios de interpretación como servicios cubiertos, en la actualidad los reembolsa como gastos administrativos.²

Hoy en día se exige que los intérpretes se inscriban como proveedores de Medicaid, aunque lo hacen por medio de un proceso abreviado porque no brindan servicios médicos. Cada intérprete cuenta con un número de identificación como proveedor y puede facturar directamente al estado por los servicios prestados. El estado tiene un contrato con EDS, una compañía que supervisa toda la facturación y la inscripción de proveedores, para que también supervise la inscripción de los intérpretes. El estado reembolsa a los intérpretes

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

\$15 por la primera hora y \$2.25 por cada cuarto de hora subsiguiente (\$25/hora por interpretación de lenguaje de señas).

Los intérpretes pueden facturar directamente o pueden trabajar para una organización que coordine los servicios de interpretación. No obstante, cada intérprete debe estar inscrito como proveedor de Medicaid, independientemente de quién facture para el reembolso. Los intérpretes, o las organizaciones de servicios de interpretación, sólo pueden presentar su solicitud de reembolso por servicios en idiomas por pacientes que se atienden con proveedores que trabajan con pago por servicio, y no pueden hacerlo por pacientes de hospitales o centros comunitarios de salud. Hoy en día, el estado cuenta con 60 intérpretes inscritos como proveedores de Medicaid; programas recientes de capacitación financiados parcialmente por el estado pueden incrementar ese número. El estado también considera formas de disminuir las trabas administrativas para los intérpretes y aumentar la disponibilidad de los mismos para Medicaid.

Durante el año fiscal 2002, el estado gastó \$6,255 en interpretación; 52 inscritos en Medicaid recibieron servicios de interpretación de siete intérpretes por un total de 158 entrevistas. En el año fiscal 2001, el estado gastó \$3,081 por 85 servicios a 35 beneficiarios prestados por cinco intérpretes. Si bien los datos del año fiscal 2003 no están completos, hasta el momento los gastos del estado suman \$8,212.50. En este mismo período se produjeron 241 entrevistas con siete intérpretes que prestaron servicios para 83 beneficiarios.

Utah

Utah cubre los servicios de interpretación médica como servicios cubiertos; en el año fiscal 2002, el estado recibió un 70% de participación federal por interpretación. El estado paga a los intérpretes cuando se cumplen las siguientes tres condiciones: 1) el paciente es elegible para el programa estatal o

federal de asistencia médica (incluyendo Medicaid y SCHIP), 2) el paciente recibe servicios de un proveedor de pago por servicio, y 3) el servicio de atención médica necesario está cubierto por el programa médico para el que el paciente es elegible.

El estado tiene contrato con cinco organizaciones de servicios en idiomas, que incluyen 27 idiomas, para proporcionar servicios de interpretación en persona y por vía telefónica a pacientes de Medicaid, SCHIP y del programa para indigentes médicos. El proveedor de atención médica debe comunicarse con la organización de servicios en idiomas para concertar el servicio. El estado reembolsa a las organizaciones de servicios en idiomas, en promedio, \$22 por visita para interpretación telefónica y \$35 por hora por interpretación en persona, con un mínimo de una hora. Los proveedores no pueden facturar directamente a Medicaid y no reciben tarifa extra si su personal es bilingüe o cuentan con intérpretes en el personal.

En 2000, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) les recordaron a los estados que pueden incluir los servicios en idiomas como servicio opcional en sus programas Medicaid and State Children's Health Insurance y, de esta forma, reembolsar a sus proveedores en forma directa el costo de dichos servicios prestados a inscritos en el programa. Sin embargo, sólo algunos estados reembolsan directamente a sus proveedores por servicios en idiomas.

-Programa de la Ley de Salud Nacional

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Para los inscritos en organizaciones de atención médica administrada, Utah exige a los planes de salud proporcionar servicios de interpretación a sus pacientes como parte de los acuerdos del contrato. El estado pagará la interpretación por servicios cubiertos por Medicaid, pero no por el plan de salud.³ El costo por servicios de interpretación para los hospitales está incluido en sus tarifas de pago.

Si las agencias de idiomas no prestan servicios para el idioma que se necesita, el proveedor puede recurrir a servicio telefónico de interpretación.

Sitio web: <http://health.utah.gov/medicaid/html/interpreter.html>

Washington

Proveedores que no son entidades públicas:⁴

En 1998, el programa de Servicios de Interpretación y Traducción en idiomas (LIST, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) empezó a contratar a “agencias de idiomas” por medio de un proceso de licitación competitivo. A comienzos de 2003, el estado cambió su sistema y contrató a nueve agentes regionales para la programación administrativa de citas. Los agentes son los que contratan a las agencias de idiomas e intérpretes.⁵ Durante los años anteriores, los intérpretes prestaron más de 26,000 servicios por mes.⁶ A los intérpretes se les paga por una hora como mínimo y tarifa por distancia si tienen que viajar más de 55 Km (30 millas).

En vez de que los pacientes concierten la cita con el intérprete, los proveedores—incluyendo a los que trabajan con pago por servicio las organizaciones de atención médica administrada y los hospitales privados—se comunican con el agente regional para que localice al intérprete. Aunque los agentes recurren principalmente a agencias de idiomas, el estado les permite recurrir a intérpretes independientes. El estado exige a los agentes programar a los intérpretes para evitar que ofrezcan servicios por su parte y/o actúen más como defensores que como intérpretes. Una vez que se prestó el servicio, la agencia de idiomas factura al agente por la interpretación. Para los servicios de interpretación provistos en una institución de atención médica, el formulario de solicitud requiere el nombre del médico, el diagnóstico o la naturaleza de la enfermedad o lesión.

El estado les paga a los agentes honorarios administrativos y el agente les paga a las agencias de idiomas. Para los inscritos en Medicaid y SCHIP el estado obtiene reembolso federal por dichos costos. Para el 2003, los pagos a las agencias de idiomas tienen un tope de \$28 por hora (con anterioridad, las tarifas oscilaban entre \$33 y \$39 por hora, pero el nuevo sistema por agentes limita los pagos). El estado estima gastar \$36 millones en dos años entre todos los servicios de interpretación del DSHS, incluyendo \$24 millones, aproximadamente, por inscritos en Medicaid y SCHIP.

Soomaali

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Washington cuenta con un sistema de evaluación integral. El estado exige certificación en interpretación médica a los intérpretes de los siete idiomas extranjeros más comunes en Washington: español, vietnamita, camboyano, lao, chino (tanto mandarín como cantonés), ruso y coreano. Los intérpretes de los otros idiomas deben estar capacitados, más que certificados, por lo limitado de los recursos disponibles para una certificación para todos los idiomas. El estado ha aplicado exámenes para 88 idiomas, además de los principales dialectos, y los aplica en cinco lugares distribuidos en su territorio, con aplicación de exámenes durante cuatro días al mes por lugar. También puede tomar exámenes adicionales por solicitud. El estado también ofrece certificación de emergencia/provisional para aquellos que han aprobado el examen escrito pero que están en espera de realizar el examen oral, y en algunas otras circunstancias limitadas.

Sitio web: <http://www.wa.gov/dshs/msa/ltc/index.html>

Hospitales públicos y departamentos de salud:

Washington cuenta con un programa de reembolso por separado para servicios de interpretación proporcionados en centros gubernamentales y públicos, como los hospitales públicos o las jurisdicciones locales de salud. Estas entidades pueden recibir reembolso federal por gastos relacionados con servicios en idiomas si están comprendido bajo el contrato (como los acuerdos interlocales o intergubernamentales) con el estado y acceden a:

- Proporcionar fondos locales de participación (fondos privados obtenidos en la localidad)
- Asegurar que los fondos locales de participación no se usen también como fondos de participación para otros programas federales
- Asegurar que los fondos locales de participación cumplan con los requisitos de financiamiento federal
- Asegurar que los fondos locales de participación estén bajo el control de la institución

- Recurrir sólo a intérpretes certificados (como por el programa LIST de Washington)
- Coordinar y facilitar los servicios de interpretación como lo especifica el estado
- Obtener, presentar y conservar los datos del cliente como se exige hacerlo
- Aceptar todos los rechazos cuando se presenten

Estas instituciones reciben reembolso por gastos de interpretación tanto directa (como los servicios de interpretación provistos como parte de los servicios médicos/cubiertos) como indirectamente (como el tiempo invertido en la coordinación/desarrollo de servicios de interpretación, facturación y adquisición de equipo). Las instituciones reciben un reembolso del 50% de su costo: la participación administrativa federal. Debido a que estas instituciones actúan como el estado a los fines del reembolso, el otro 50% de “participación” lo paga la institución.

Sitio web: <http://fortress.wa.gov/dshs/maa/interperservices/ffp.htm>

Conclusión

Debido a que los requisitos del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 exigen el acceso de las personas con capacidad limitada de inglés a los servicios de los proveedores de atención médica, más estados deberían acceder al financiamiento federal disponible para asegurar que sus agencias—y los proveedores con quienes tienen contrato—tengan los medios para contratar intérpretes médicos competentes. Recurrir a intérpretes competentes puede mejorar la calidad de la atención, disminuir los costos de atención médica al eliminar los errores médicos y los exámenes diagnósticos innecesarios y mejorar la comprensión y el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Financiamiento federal

que ayuda a los estados a pagar por los servicios en idiomas

Referencias: Modelos de reembolso de Medicaid y SCHIP por servicios en idiomas

¹ Estos servicios incluyen interpretación oral, traducción escrita, asistencia técnica y capacitación para personal del estado y del condado, y la actualización de sistemas de datos para rastrear las necesidades de idioma de los pacientes, identificar problemas y medir resultados.

² New Hampshire cambió el reembolso de servicios cubiertos a gastos administrativos por un cambio en las políticas de los CMS; por consiguiente, los CMS aclararon que los estados pueden obtener reembolso con su porcentaje de servicios cubiertos. Debido a que las nuevas políticas de financiamiento para Medicaid en el estado por servicios médicos, 50%, es equivalente a los gastos administrativos, en la práctica no hubo cambios en New Hampshire. En el marco del SCHIP, considerar los servicios en idiomas como servicios cubiertos podría incrementar la participación federal en los costos.

³ Por ejemplo, farmacia y servicios quiroprácticos y dentales.

⁴ Washington tiene dos mecanismos de reembolso. El primero es para proveedores de servicio para entidades que no son públicas: que incluye a la mayoría de los proveedores de pago por servicio, organizaciones de atención médica administrada y hospitales no públicos.

⁵ Para el primer semestre de 2003, mientras el sistema de contrato por agentes se pone en práctica, el estado les ha aconsejado sólo contratar a agencias de idiomas. En el segundo semestre, los agentes podrán elegir contratar a intérpretes independientes.

⁶ El programa del DSHS proporciona interpretación a todos los programas dentro del Departamento y no sólo a Medicaid y SCHIP. ■

Razones para conseguir servicios en idiomas



El material de las secciones 2 y 3 de la Guía para Tomar Acción explica las leyes y políticas federales relacionadas la prestación y el reembolso de los servicios en idiomas en instituciones de atención médica.

La información de esta sección se diseñó para ayudarlo a crear conciencia sobre la necesidad de dichos servicios entre quienes definen las políticas, los proveedores de atención médica, las autoridades gubernamentales y el público en general. Incluye material que le ayudará a explicar por qué son necesarios los servicios en idiomas y sugiere información adicional que puede desear reunir y personas con las que puede desear comunicarse para fortalecer sus esfuerzos por defender esta causa. La información incluye:

- El número de personas con capacidad limitada de inglés por estado, y el crecimiento de esta población, que indican que aumentará la demanda de servicios en idiomas
- Las consecuencias de la falta de servicios en idiomas para padres y proveedores, en términos del acceso a la atención, el cumplimiento de los tratamientos y el costo de los servicios médicos
- Los motivos por los que es peligroso depender de familiares, amigos y menores como intérpretes, en contraposición a los profesionales capacitados, y por qué debe evitarse
- Ideas a partir de las cifras locales que pueden proporcionar pruebas adicionales de la necesidad de servicios en idiomas en su comunidad y asociaciones que pueden ayudarlo para defender su causa de una manera más eficaz
- Consejos para reunir casos de las consecuencias por no facilitar servicios en idiomas, para usarlas en campañas de concientización pública
- Consejos para escribir una carta abierta al editor sobre la necesidad de los servicios en idiomas

Español ไทย Tagalog

Русский Язык Hmoob

Srpsko-Hrvatski 日本語

عربي Kreyòl Ayisyen

Shqip Ελληνικά 中文

Kriolu di Kabu Verdi

עברית Tagalog 한국말

Tiếng Việt Español ไทย

Soomaali Русский Язык

한국말 Srpsko-Hrvatski

Français Hmoob عربي

Shqip Ελληνικά 中文

Razones para conseguir servicios en idiomas

La creciente necesidad de los servicios en idiomas

Cerca de 47 millones de personas, el 18% de la población estadounidense, hablan un idioma distinto del inglés en sus casas.¹ Algunos estados tienen un porcentaje significativamente superior al promedio nacional: 39.5% en California, 36.5% en Nuevo México, 31% en Texas y más del 23% en Arizona, Hawái, Nevada, Nueva Jersey y Nueva York.² Las cifras obtenidas en el censo de 2000 documentan que más del 28% de todos los hispano hablantes, 22.5% de los hablantes asiáticos y de las islas del Pacífico, y el 13% de los hablantes de lenguas indoeuropeas hablan “mal” o “nada” el inglés.³

Se estima que el número de personas con capacidad limitada del inglés (LEP) fluctúa de 11 millones de personas, o 4.2% de la población estadounidense—quienes hablan “mal” o “nada” el inglés—a más de 21 millones, u 8.1%, de la población general que hablan inglés menos que “muy bien”.⁴ Además, más de 11 millones de familias en Estados Unidos, 4.7% de la población, están aisladas lingüísticamente; esto es, son familias en las que todos los miembros de 14 años de edad o mayores tienen al menos alguna dificultad con el inglés.⁵ Es seguro que estos números aumentarán por el cambio demográfico de la población estadounidense. Por ejemplo, entre 1990 y 2000, la población hispana en el país se incrementó en un 57.9%.⁶ (Los cuadros y tablas al final de este documento proporcionan cifras por estado del porcentaje de población con capacidad limitada de inglés y la tasa de crecimiento de esta población entre 1990 y 2000).

En la actualidad, se hablan cientos de idiomas en Estados Unidos, tanto en zonas urbanas como rurales.⁷ La gran mayoría de los que no hablan inglés es de hispano hablantes.⁸ Sin embargo, se dice que en total son más de 300 idiomas los que se hablan. Sólo en el condado de Los Ángeles se hablan más de 80 idiomas.⁹ El multilingüismo se extiende con gran rapidez más allá de las zonas urbanas tradicionales.¹⁰ Por ejemplo, la inmigración a Carolina del Norte desde mediados de

la década de 1990 se ha incrementado en un 73%, el mayor incremento del país.¹¹

Es indispensable que el creciente número de residentes con capacidad limitada de inglés puedan comunicarse con sus proveedores de atención médica. Si de por sí es complicado para los hablantes de inglés desenvolverse dentro del sistema de atención médica, las dificultades se exacerban entre las personas con capacidad limitada de inglés. La adecuada comunicación asegura el correcto intercambio de información, permite a los pacientes proporcionar su consentimiento informado para recibir tratamiento y evita poner en riesgo la confidencialidad médico-paciente.¹² Las publicaciones proporcionan numerosos ejemplos de cómo la falta de servicios en idiomas afecta el acceso a los servicios médicos y su calidad. [Vea Guía para Tomar Acción, páginas 40-41.]

No es de sorprenderse cómo las barreras idiomáticas se reflejan en la forma en la que las personas con capacidad limitada de inglés perciben la atención médica. Por ejemplo, la calificación de la atención médica a los hijos de los padres asiáticos e hispanos que no hablan inglés como lengua materna es muy inferior a la de los que hablan inglés.¹³ Una encuesta reciente en 16 ciudades reveló que tres de cada cuatro de los que respondieron y que necesitaron y obtuvieron un intérprete dijeron que la institución a la que acudían era “abierta e integradora”, en comparación con menos de la mitad (45%) de los encuestados que necesitaron, pero que no consiguieron un intérprete, y con el 57% que no necesitaron un intérprete.¹⁴

Desafortunadamente, con frecuencia los proveedores no se percatan de existencia de las barreras idiomáticas. Un informe en marzo de 2000, realizado con fondos de la Fundación de la Familia Keiser, reveló que la mayoría de los médicos consideraba que “nunca” o “rara vez” se producían desigualdades en el trato con las personas en el sistema de salud sobre la base de factores como la fluidez en el manejo del inglés o el origen racial o étnico.¹⁵

Razones para conseguir servicios en idiomas

En suma, el drástico crecimiento en el número de personas que necesitan servicios en idiomas hace que ocuparse del tema sea una necesidad comercial para los proveedores de atención médica. Además, algunas leyes y políticas estatales y federales exigen a los proveedores que atienden a personas inscritas en programas de atención médica con financiamiento federal que aseguren un acceso significativo a sus servicios para las personas con capacidad limitada de inglés.¹⁶ Estas leyes son importantes porque la atención médica es uno de los esfuerzos actuales con mayor financiamiento federal del país y los proveedores que reciben fondos federales verán, inevitablemente, un incremento en la demanda de servicios en idiomas entre los consumidores que hablan mal o nada el inglés.

Las organizaciones de atención médica administrada con financiamiento público lo ilustran. Un estudio reciente reveló que los planes de Medicare y de las organizaciones de atención médica administrada son comunes entre los beneficiarios hispanos de Medicare, con 51.6% de hispanos inscritos en el ámbito nacional en Medicare y en las organizaciones de atención médica administrada.¹⁷ Por otra parte, las organizaciones de atención médica administrada se han convertido en un

medio, cada vez más común, para brindar atención a los beneficiarios de atención médica de los programas de Medicaid y State Children's Health Insurance: todos los estados con excepción de dos, Alaska y Wyoming, cuentan con alguna forma de atención médica administrada de Medicaid.¹⁸ Los inscritos en estos servicios pertenecen a grupos minoritarios por raza, etnia y nacionalidad que reciben servicio desproporcionadamente menor. Por lo tanto, algunas de las políticas más avanzadas para proporcionarles a las personas con capacidad limitada de inglés el acceso se basan en contratos y reglamentos atención médica administrados por Medicaid.¹⁹ Los estados también pueden tener estatutos de derechos civiles o derechos de los pacientes en contra de la discriminación por nacionalidad.²⁰ Estas políticas pueden ser modelos para otros proveedores que están trabajando para asegurarles acceso a sus pacientes con capacidad limitada de inglés.



Русский Язык

Razones para conseguir servicios en idiomas

Estado	% de población con LEP, 2000	% de cambio en la población con LEP, 1990-2000
Alabama	1.5	77.5
Alaska	5.3	37.2
Arizona	11.4	95.7
Arkansas	2.3	169.9
California	20.0	41.9
Colorado	6.7	143.4
Connecticut	7.4	27.6
Delaware	3.9	94.8
Distrito de Columbia	7.1	31.3
Florida	10.3	61.7
Georgia	4.9	243.2
Hawai	12.7	15.3
Idaho	3.9	108.7
Illinois	9.1	60.3
Indiana	2.5	64.9
Iowa	2.5	92.4
Kansas	3.9	103.2
Kentucky	1.6	100.1
Louisiana	2.8	-8.9
Maine	2.0	-13.3
Maryland	5.0	65.9
Massachusetts	7.7	31.6
Michigan	3.2	56.2
Minnesota	3.6	111.1
Mississippi	1.4	47.1
Missouri	2.0	63.7
Montana	1.5	10.5
Nebraska	3.6	159.6
Nevada	11.2	234.1
New Hampshire	2.4	13.2
Nueva Jersey	11.1	43.4
Nuevo México	11.9	26.0
Nueva York	13.0	30.9
Carolina del Norte	4.0	243.1
Dakota del Norte	1.8	-5.7
Ohio	2.2	23.5
Oklahoma	3.1	90.8
Oregon	5.9	141.8
Pennsylvania	3.2	25.7
Rhode Island	8.5	26.8
Carolina del Sur	2.2	117.9
Dakota del Sur	2.3	31.0
Tennessee	2.0	137.8
Texas	13.9	51.2
Utah	5.2	158.9
Vermont	1.6	28.4
Virginia	4.6	88.4
Washington	6.4	112.4
Virginia del Oeste	0.8	-0.3
Wisconsin	3.0	59.6
Wyoming	1.9	22.7
Total en EE.UU. *	8.1	52.5

<i>Estados Unidos</i> (cifras en millones)	1990	2000
Total de la población (5 años de edad y mayor)	230.4	262.4
Población con LEP	14.0	21.3
% con LEP	6.1%	8.1%

Capacidad limitada del inglés (LEP) se refiere a las personas de 5 años y mayores que declaran hablar menos que “muy bien” el inglés.

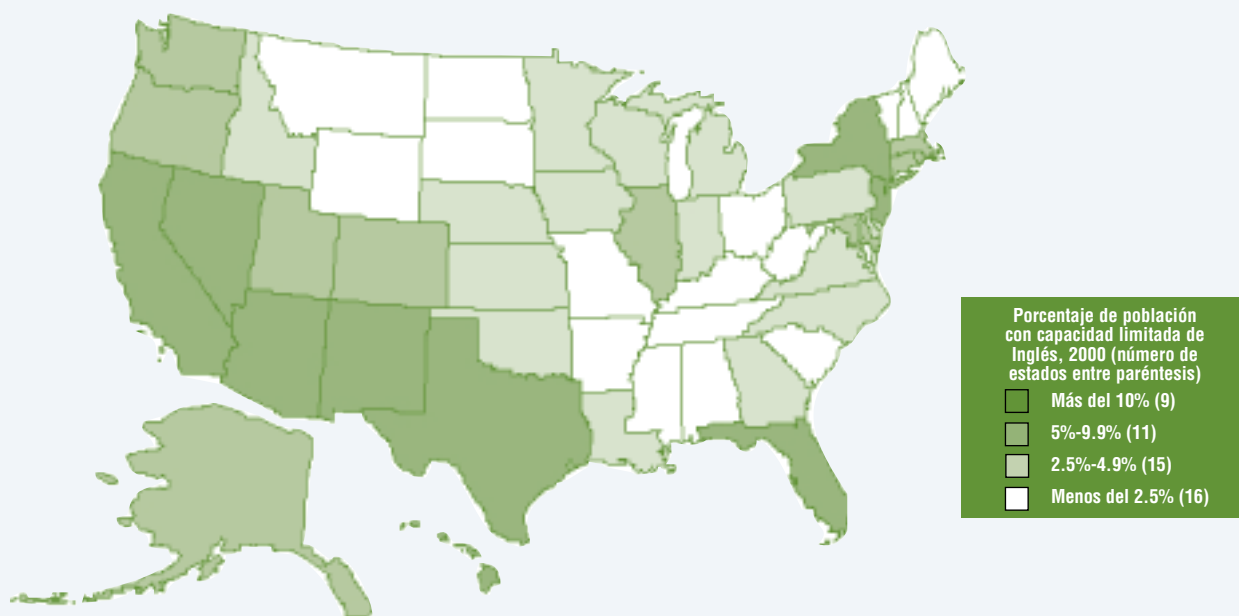
Principales 10 idiomas que se hablan en Estados Unidos (excluyendo el inglés)

Español	10.7%
Chino	.8%
Francés	.6%
Alemán	.5%
Tagalo	.5%
Italiano	.4%
Vietnamita	.4%
Coreano	.3%
Polaco	.3%
Ruso	.3%

Fuentes: U.S. Census Bureau. La oficina del censo proporciona información de los censos de 1990 y 2000 en <http://factfinder.census.gov>. Las cifras del censo incluyen información sobre el idioma que se habla principalmente en la casa y la habilidad para hablar el inglés; se puede acceder a esta información en el ámbito nacional o por grupos geográficos menores, incluyendo por estados, condados, ciudades, poblaciones, códigos postales, distritos electorales y regiones del censo, entre otras.

Razones para conseguir servicios en idiomas

Personas con conocimientos limitados de inglés
Una revisión de los números



Porcentaje de población con capacidad limitada de Inglés, por estado, 2000

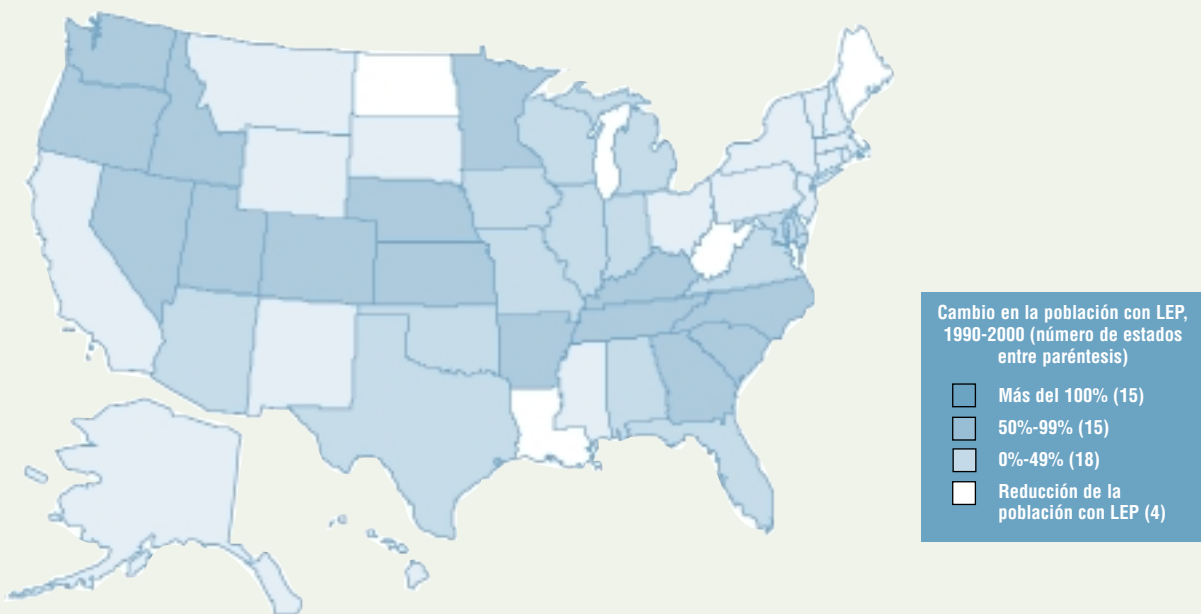
Fuente: U.S. Census Bureau.

La proporción de población de un estado con capacidad limitada de inglés (LEP, por sus siglas en inglés) varía mucho. En general, los estados del sudoeste, además de Florida, Nueva York, Nueva Jersey y Illinois tienen la mayor proporción de residentes con capacidad limitada de inglés. Por lo menos una quinta parte del total de los residentes de California hablan el inglés menos que “muy bien”.

Razones para conseguir servicios en idiomas

Sin embargo...

El mayor crecimiento de la población con capacidad limitada de inglés ha ocurrido en el sudeste y el occidente, junto con la parte central del país. Georgia, Carolina de Norte y Nevada vieron incrementar su número de residentes con conocimientos limitados de inglés en más de un 200% entre 1990 y 2000. Muchos de los estados con rápido aumento en el pasado tenían una baja población con capacidad limitada de inglés y es posible que sus instituciones no estén preparadas para el cambio.



Cambio en la población con personas con capacidad limitada de inglés, por estado, 1990-2000

Fuente: 1990 and 2000 Decennial Census. Vea la lista completa de estados y sus porcentajes en la página 35.

Razones para conseguir servicios en idiomas

Referencias: La creciente necesidad de servicios en idiomas

¹ U.S. Census Bureau, *Profile of Selected Social Characteristics: 2000 (Perfil de características sociales seleccionadas: 2000)* (Tabla DP-2), disponible en <http://factfinder.census.gov>. Vea también Institute of Medicine, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care at 70-71 (Trato inequitativo: comparación de las desigualdades raciales y étnicas en la atención médica)* en 70-71(2002) (en donde se informa que uno de cada cuatro hispanos en Estados Unidos vive en familias lingüísticamente aisladas en las que ninguno de sus miembros mayores a 14 años hablan “muy bien” el inglés, y que más de la mitad de los que hablan lao, camboyano y hmong pertenece a familias lingüísticamente aisladas, al igual que entre el 26 y el 42% de los tailandeses, chinos, coreanos y vietnamitas).

² U.S. Census Bureau, *Profile of Selected Social Characteristics: 2000 (Perfil de características sociales seleccionadas: 2000)* (Tabla DP-2) disponible en <http://factfinder.census.gov>. De acuerdo con el censo de 1990, 13.8% de la población hablaba otro idioma distinto del inglés en sus casas. U.S. Census Bureau, *Language Spoken at Home: 1990 (Idioma que se habla en casa: 1990)* (Tabla PO31). Para un debate de la información del censo de 1990, vea DiversityRx, *Why Language and Culture Are Important (Por qué son importantes la cultura y el idioma)* (1997), en <http://www.diversityrx.org/HTML/ESLANG.htm>.

³ Vea U.S. Census Bureau, *Ability to Speak English: 2000 (Habilidad para hablar inglés: 2000)* (Tabla QT-P17), disponible en <http://factfinder.census.gov>

⁴ *Ibid.* Para percatarse de la dificultad para calcular el número de personas con LEP es importante entender cómo se reúnen las cifras del censo. La U.S. Census Bureau obtiene los datos sobre idiomas a partir de una pregunta dividida en tres partes: “¿Habla esta persona en su casa otro idioma distinto del inglés?”; “¿Cuál es ese idioma?”; y “¿Cómo habla el inglés?”, con cuatro posibles respuestas a la tercera: 1) “muy bien”; 2) “bien”; 3) “mal” y 4) “nada”. El formulario permite a las personas seleccionar por sí mismas su habilidad de hablar inglés y no define qué significa cada categoría. Hay muchas razones que apoyan la inclusión de aquellos que hablan inglés menos que “muy bien” dentro de la definición de capacidad limitada del inglés (LEP). El

censo sólo pregunta a las personas sobre su capacidad para hablar inglés y no incluye su capacidad para leerlo, escribirlo o entenderlo. Por otra parte, una necesidad especial de un verdadero dominio del inglés se presenta en el contexto de atención médica, donde el nivel de comprensión de los pacientes debe ser relativamente elevado para comunicarse con sus médicos. Un apoyo adicional proviene del contexto de derecho al voto en el Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés); la Ley de Derecho al Voto cubre a aquellos miembros de cada uno de los grupos minoritarios que hablan otro idioma con un bajo porcentaje de alfabetización y no hablan inglés “muy bien.” (Vea http://www.usdoj.gov/crt/voting/sec_203/203_brochure.htm; también vea la sección 203 de la Ley de Derecho al Voto, 42 del U.S.C. sección 1973aa-1a, que define los “conocimientos limitados del inglés” como una incapacidad para “hablar o entender el inglés lo suficientemente bien como para participar en el proceso electoral.”)

⁵ U.S. Census Bureau, *Ability to Speak English: 2000 (Capacidad para hablar inglés: 2000)* (Tabla QT-P17), disponible en <http://factfinder.census.gov>. De acuerdo con la Census Bureau, una familia en la que todos sus miembros de 14 años o mayores hablan un idioma distinto del inglés y hablan menos que “muy bien” el inglés se considera lingüísticamente aislada.

⁶ Guzmán, Betsy, U.S. Department of Commerce Census Bureau, *The Hispanic Population Census 2000 Brief (Sumario 2000 del censo de población hispana)* (Mayo de 2001). Revela que la población hispana se incrementó, entre 1990 y 2000, en un 57.9%, de 22.4 millones a 35.3 millones, en comparación con un incremento del 13.2% en la población total de Estados Unidos.

⁷ U.S. Census Bureau, *Language Spoken at Home: 2000 (Idioma que se habla en casa: 2000)* (Tabla QT-P16), disponible en <http://factfinder.census.gov>.

⁸ U.S. Census Bureau, *Profile of Selected Social Characteristics: 2000 (Perfil de características sociales seleccionadas: 2000)* (Tabla DP-2), disponible en <http://factfinder.census.gov>.

⁹ Southern California Association of Governments, *The State of the Region 2001 (Las condiciones de la región)* (2001) (archivado en el Programa de la Ley de Salud Nacional, Los Ángeles, CA).

Razones para conseguir servicios en idiomas

¹⁰ Kilborn, Peter T. y Lynette Clemetson, *Gains of 90's Did Not Lift All, Census Shows*, New York Times, A20 (5 de junio de 2002). Revela que la población de inmigrantes entre 1990 y 2000 se incrementó un 57%, superando la mayor ola de inmigración del siglo entre 1900 y 1910, y que se extendió más allá de las mayores ciudades costeras, hasta las grandes planicies, el sur y la zona de los Apalaches.

¹¹ Kotkin, Joel, *Immigration Spreads Throughout Nation (Los inmigrantes se diseminan por la nación)*, WSJ.com Real Estate Journal (sin fecha), en <http://www.newgeography.com/WSJ-Reis2.htm>. Ver también North Carolina State Data Center, Office of State Budget, Planning, and Management, *North Carolina Growing Rapidly and Becoming More Diverse (El rápido crecimiento de Carolina del Norte y su gran diversidad)* (21 de marzo de 2001), en http://www.census.state.nc.us.static_cen00_pl_highlights.pdf (informa un incremento del 393.9% en la población hispana entre 1990 y 2000); Betsy Guzmán, U.S. Department of Commerce Census Bureau, *The Hispanic Population Census 2000 Brief (Sumario 2000 del censo de población hispana)* (Mayo de 2001) (informa que en algunos condados de Carolina del Norte, Georgia, Iowa, Arkansas, Minnesota y Nebraska la población hispana actualmente representa un 24.9% del total de la población).

¹² Programa de la Ley de Salud Nacional, *Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: Legal Rights and Responsibilities (Garantía de acceso lingüístico: derechos y responsabilidades legales)*, 2a ed. (Primavera 2003).

¹³ Leatherman, Sheila y Douglas McCarthy, *Quality of Health Care in the United States: A Chartbook (Calidad en la atención médica de Estados Unidos: Tablas)* en 122 (Abril de 2002), disponible en The Commonwealth Fund. Cita a Robert Weech-Maldonado, et al., *Racial and Ethnic Difference in Parents' Assessments of Pediatric Care in Medicaid Managed Care (Diferencias por raza y etnia en la evaluación de los padres de los cuidados pediátricos en atención médica administrada de Medicaid)*, 36 Health Services Research 575 (Julio de 2001).

¹⁴ Vea Dennis Andrulis, Nanette Goodman y Carol Pryor, Proyecto Acceso, *What a Difference an Interpreter Can Make (La diferencia que puede hacer un intérprete)* (Abril de 2002), disponible en <http://www.accessproject.org>.

¹⁵ Fundación de la Familia Keiser, *National Survey of Physicians Part I: Doctors on Disparities in Medical Care (Encuesta nacional a médicos, 1a Parte: inequidades médi-*

cas en la atención), señalamientos y cartas 3-4 (Marzo de 2002), disponible en http://www.kff.org/content/2002/20020321a/Physician_SurveyPartI_disparities.pdf.

¹⁶ Se ha recurrido a ciertas leyes federales para mejorar el acceso del idioma, incluyendo las leyes de derechos civiles, las provisiones de las leyes para Medicare y Medicaid, la Ley Hill-Burton, los requisitos federales categóricos para subvenciones, el Tratamiento médico en emergencias y la Ley de Labor Activa (EMTALA, por sus siglas en inglés) y la Constitución de Estados Unidos. Vea, por ejemplo, el Programa de la Ley de Salud Nacional, *Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: Legal Rights and Responsibilities (Garantía de acceso lingüístico: derechos y responsabilidades legales)*, 2a ed. (Primavera 2003); la Ley del Programa Nacional de Salud, *Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: An Overview of Current Legal Rights and Responsibilities (Garantía de acceso lingüístico en las instituciones de atención médica: una revisión de los actuales derechos y responsabilidades legales)*, Fundación de la Familia Keiser (2003).

¹⁷ Vea Kenneth E. Thorpe et al., *Medicare + Choice: Who Enrolls? (Medicare + Choice: ¿quién se inscribe?)*, un estudio encargado por la Blue Cross y el Blue Shield of America (25 de abril de 2002), disponible en <http://bcbshealthissues.com/relatives/19526.pdf>.

¹⁸ Vea Centros Servicios de Medicare y Medicaid, Medicaid Managed Care State Enrollment (Inscripción en las organizaciones de atención médica estatal de Medicaid) (31 de diciembre de 2001), disponible en <http://www.cms.gov/medicaid/managedcare/mmcpr01.pdf>.

¹⁹ Para mayor información de las provisiones para los contratos con las organizaciones de atención médica de Medicaid vea, por ejemplo, George Washington University Center for Health Services Research and Policy, *Negotiating the New Health System (Negociación de un nuevo sistema de salud)*, 4a ed. (Tabla 3.6: *Translation Services and Cultural Competence (Servicios de traducción y competencia cultural)*), disponible en http://www.gwu.edu/~chsrp/Fourth_Edition/GSA/Tables/Table3_6.html.

²⁰ Para una lista completa de los estatutos y reglamentos estatales pertinentes vea NHeLP, *Ensuring Linguistic Access: Legal Rights and Responsibilities (Garantía de acceso lingüístico: derechos y responsabilidades legales)*, 2a ed. (Primavera 2003.) ■

Razones para conseguir servicios en idiomas

Las consecuencias de no prestar servicios en idiomas: algunos datos y casos particulares

Las publicaciones de investigación en servicios médicos proporcionan muchos ejemplos de cómo la falta de intérpretes y otros servicios en idiomas crea una barrera y reduce la calidad de la atención médica. Los hallazgos encontrados en los ejemplos de estos estudios se describen a continuación.

- Una barrera idiomática es tan significativa como la falta de seguro en la predicción del uso de la atención médica entre los latinos.¹
- Los hispanos encuestados que dijeron que no hablaban el inglés como lengua materna informaron haber tenido más problemas de comunicación con sus proveedores de atención médica que aquellos que hablan el inglés como lengua materna (43% vs. 26%).²
- Una encuesta reciente muestra que los niños hispanos tienen mucho menos acceso a la atención médica que los niños de raza blanca, pero la diferencia es despreciable cuando la capacidad de los padres para hablar inglés es comparable con la de los padres de raza blanca.³
- Los pacientes que no hablan inglés son menos propensos a acudir a servicios de primeros auxilios o de atención preventiva y más propensos a acudir a salas de emergencias, aunque reciben muchos menos servicios en salas de emergencias que los pacientes que hablan inglés.⁴
- Las mujeres que no hablan inglés y que no visitan a los médicos para la detección de cáncer cervical informaron que lo inadecuado del material traducido es un factor contribuyente (un folleto describe la detección como examen de “gordura”).⁵
- Se encontró que los pacientes con capacidad limitada de inglés en el departamento de emergencias

pediátricas utilizan mayores recursos médicos (tiempo y exámenes) en comparación con otros pacientes.⁶

- Los pacientes asmáticos que no hablan el mismo idioma que sus médicos son menos propensos a programar sus citas, más propensos a no acudir a ellas y recurren a la sala de emergencias con más frecuencia que los pacientes que hablan el mismo idioma que sus médicos.⁷
- Más de una cuarta parte (27%) de los pacientes con personas con capacidad limitada de inglés que necesitaron, pero no obtuvieron, un intérprete informaron que no entendieron las instrucciones para sus medicamentos, en comparación con sólo 2% de tanto aquellos que necesitaron un intérprete y sí lo obtuvieron, como de aquellos que no necesitaron un intérprete.⁸
- El uso de amigos o familiares no capacitados para interpretar a los pacientes que no hablan inglés se ha asociado con omisiones, substituciones, opiniones voluntarias y errores semánticos que pueden derivar en una seria distorsión del contenido del intercambio entre médico y paciente.⁹
- Los proveedores de atención médica entrevistados en Los Ángeles, la ciudad de Nueva York, Houston y Miami se percataron de que las dificultades del idioma son la mayor barrera para que los inmigrantes tengan acceso a la atención médica y una seria amenaza a la calidad de la atención médica que reciben, “porque los médicos no pudieron recibir la información para diagnosticar correctamente y porque los pacientes no entendieron los tratamientos que les prescribieron.”¹⁰

No proporcionarles intérpretes capacitados u otros servicios en idiomas a los pacientes que los necesitan puede originar inconvenientes, incomodidades, una pobre calidad de atención y hasta tragedias. Los siguientes casos personales ilustran algunas de estas consecuencias.

Razones para conseguir servicios en idiomas

La ausencia de intérpretes puede comprometer la privacidad de una persona y causarle incomodidades, crearle confusión o infundirle miedo

- Una madre en control de natalidad llevó a su hija de 10 años a la clínica de salud pública para que le interpretara cómo tomar sus pastillas anticonceptivas. La niña dijo que tuvo que ayudar a su madre porque la clínica no tenía un intérprete a su disposición.¹¹
- A una coreana con cita para examen ginecológico no se le facilitó un intérprete ni una comunicación telefónica de ayuda. El médico recurrió al hijo de 16 años; un perfecto extraño para que interpretara.¹²
- A un niño se le atendió en el hospital con la inserción de un tubo para alimentarlo sin que nadie se lo explicara a su madre hispano hablante y obtuviera su consentimiento. Cuando se envió al niño a casa con un tanque de oxígeno, nadie le explicó a la madre cómo hacerlo funcionar.¹³
- Una camboyana acudió a la sala de emergencias de un hospital de Fresno y de ahí la remitieron a un proveedor psiquiátrico: la trasladaron a una institución en Modesto distante a hora y media. Nadie más hablaba su idioma (hmong). Ella creyó que la estaban secuestrando.¹⁴

Pueden ocurrir muertes prevenibles

- Una embarazada perdió a su bebé cuando su médico, que recurrió a un intérprete no capacitado, no pudo comunicarle apropiadamente que necesitaba una cesárea de inmediato. Ella se regresó a su casa: finalmente su bebé nació muerto.¹⁵
- Una haitiana de 70 años que hablaba haitiano criollo había acudido varias veces a su centro de salud aquejada de “gaz”. Los proveedores creyeron que se quejaba de flatulencias, le recetaron Mylanta y no le hicieron mayores exámenes. Ella en realidad se quejaba de dolores estomacales generalizados y que cambiaban de lugar (que es el significado de gaz en criollo). Para cuando se le diagnosticó cáncer estomacal ya estaba muy avanzado para tratarlo y murió.¹⁶

La comunicación deficiente equivale a atención deficiente

- Le programaron una cesárea a una latina de 22 años en un hospital de Memphis, lugar en donde ella residía y trabajaba en un restaurante local. No obstante, cuando se le reventó la fuente acudió a la sala de emergencias del hospital. No le brindaron servicio de interpretación. La asistente de enfermeras supuso que se había orinado y la envió de regreso. Confundida e insegura, la mujer dejó el hospital y se comunicó con su obstetra. Después de ocho horas, la readmitieron en el hospital, en donde su obstetra le practicó una cesárea de emergencia.¹⁷
- Un refugiado vietnamita que requería un tratamiento láser para una condición cutánea se sometió a tratamiento por más de un año. El hombre padecía dolores por días después de cada tratamiento, pero no pudo comunicarlo porque nunca le proporcionaron un intérprete. Sólo cuando intervino una organización comunitaria la clínica entendió que el paciente sufría de dolores y ajustaron el tratamiento.¹⁸

Más específicamente, es posible que los pacientes que no tienen el beneficio de contar con intérpretes médicos competentes no entiendan las instrucciones de sus medicamentos, lo que con frecuencia deriva en resultados dañinos:

- Después de haber acudido a un hospital en Alexandria por un dolor estomacal severo, se le prescribieron tres medicamentos a un hispano en Virginia. Tras tomar las tres medicinas al mismo tiempo, experimentó una fuerte reacción y acudió a la sala de emergencias. Se localizó a un intérprete que le explicó en español que no debía tomar los tres medicamentos al mismo tiempo.¹⁹

Razones para conseguir servicios en idiomas

Referencias: Las consecuencias por no prestar servicios en idiomas: algunos datos y casos particulares

¹ Derose, Kathryn P. y David W. Baker, "Limited English Proficiency and Latinos' Use of Physician Services" ("Conocimientos limitados del inglés y el uso entre los latinos de los servicios médicos"), *Med. Care Research And Rev.* (2000) 57 76.

² Collins, Karen Scott, et al., "Diverse Communities, Common Concerns: Assessing Health Care Quality for Minority Americans" ("Comunidades distintas, preocupaciones comunes: evaluación de la atención médica para las minorías estadounidenses"), hallazgos en *The Commonwealth Fund 2001 Health Care Quality Survey* en vii (Marzo de 2002). [También señala que los hispanos que hablan inglés como idioma materno informan tener mayores problemas que los que padecen los de raza blanca]. Vea también Glenn Flores et al., "The Health of Latino Children," ("La salud de los niños latinos"), *JAMA* 288 (3 de julio de 2002) 82, 87-88.

³ Weinick, Robin M. y Nancy A. Krauss, "Racial and Ethnic Differences in Children's Access to Care," ("Diferencias raciales y étnicas en el acceso de los niños a la atención médica"), *American J. of Public Health* (Noviembre de 2000) 90 1771.

⁴ Bernstein, Judith, et al., "Trained Medical Interpreters in the Emergency Department: Effects on Services, Subsequent Charges, and Follow-up" ("Intérpretes médicos capacitados en el departamento de emergencias: efectos en el servicio, los cargos subsiguientes y el seguimiento"), *J. of Immigrant Health*, Vol. 4 No. 4 (Octubre de 2002); I.S. Watt, et al., "The Health Care Experience and Health Behavior of the Chinese: A Survey Based in Hull" ("La experiencia de atención médica y el comportamiento en salud de los chinos: una encuesta en Hull"), *J. Public Health Med.* (1993) 15 129; Sarah A. Fox y J.A. Stein, "The Effect of Physician-Patient Communication on Mammography Utilization by Different Ethnic Groups" ("El efecto de la comunicación médico-paciente en el uso de mamografías a diferentes grupos étnicos"), *Medical Care* (1991) 29 1065.

⁵ Naish, Jeannette, et al., "Intercultural Consultations: Investigation of Factors that Deter Non-English Speaking Women from Attending their General Practitioners for Cervical Screening" ("Consulta inter-cultural: investigación de los factores que impiden que mujeres que no hablan inglés consulten a los médicos generalistas para realizarse exámenes cervicales"), *309 BMJ* (29 de octubre de 1994) 1126.

⁶ Vea Louis Hampers, et al., "Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric Emergency Department" ("Barreras idiomáticas y utilización de recursos en un departamento de emergencias pediátricas"), *Pediatrics* (Junio de 1999) 103 1253.

⁷ Manson, Aaron, "Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma" ("Concordancia en el idioma como un determinante en la adherencia de los pacientes y el uso de la sala de emergencias entre los pacientes asmáticos"), *Medical Care* (Diciembre de 1988) 26 1119.

⁸ Andrulis, Dennis P., Nanette Goodman, y Carol Pryor, "What a Difference an Interpreter Can Make" ("La diferencia que puede hacer un intérprete"), *The Access Project* (Abril de 2002).

⁹ Baker, David W., et al., "Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department" ("Uso y efectividad de los intérpretes en el departamento de emergencias"), *JAMA* (13 de marzo de 1996) 275 783; Bruce T. Downing, "Quality in Interlingual Provider- Patient Communication and Quality of Care" ("Calidad en la comunicación médico-paciente y calidad en la atención"), (Setiembre de 1995) 7-9 (manuscrito disponible en el Foro de la Fundación de la Familia Kaiser, "Responding to Language Barriers to Health Care" ("Respuesta a las barreras lingüísticas en la atención médica")). [Revela que el hijo de un padre de habla rusa le tradujo mal el 28% de las palabras y frases]; Steven Woloshin, et al., "Language Barriers in Medicine in the United States" ("Barreras lingüísticas en la medicina estadounidense"), *JAMA* (1 de marzo de 1995) 273 724.

¹⁰ Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, "Caring for Immigrants: Health Care Safety Nets in Los Angeles, New York, Miami, and Houston" ("Atención a inmigrantes: Redes de seguridad médica en Los Ángeles, Nueva York y Huston") en ii-iii (Febrero de 2001) (preparado por Leighton Ku y Alyse Freilich, The Urban Institute, Washington, DC). Vea también Institute of Medicine, "Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health" ("Tratamiento inequitativo: comparación de las desigualdades raciales y étnicas en la atención médica"), (2002) 71-72. [Describe una encuesta reciente en la que se encontró que 51% de los proveedores creyeron que los pacientes no cumplieron con el tratamiento por su cultura o idioma, pero el 56% informó no contar con una capacitación en competencia cultural].

¹¹ Maya Ministry Family Literacy Program.

¹² Programa de la Ley de Salud Nacional.

¹³ Programa de la Ley de Salud Nacional.

¹⁴ Central California Legal Services, Fresno, CA.

¹⁵ Programa de la Ley de Salud Nacional.

¹⁶ Cambridge Health Alliance, Cambridge, MA

¹⁷ Latino Memphis, Memphis, TN.

¹⁸ Programa de la Ley de Salud Nacional, Washington, D.C.

¹⁹ Tenants & Workers Support Committee, Alexandria, VA. ■

Razones para conseguir servicios en idiomas

El peligro de depender de familiares, amigos y niños como intérpretes y por qué debe evitarse

Cuando usted comienza a debatir sobre la interpretación en idiomas en su estado es posible que escuche decir que los familiares y amigos del paciente pueden—o deberían—servir adecuadamente como intérpretes. En ese caso, puede necesitar emprender actividades educativas para explicar la necesidad de uso de intérpretes capacitados en vez de familiares y amigos. Por ejemplo, el uso de intérpretes capacitados puede asegurar la confidencialidad, prevenir el conflicto de intereses y asegurar que los términos médicos se interpreten correctamente. Este documento pretende proporcionar documentación de respaldo para que pueda comunicarse con quienes definen las políticas, los proveedores y otras personas sobre los riesgos potenciales al recurrir a intérpretes no capacitados.

Pueden surgir problemas significativos al utilizar a familiares y amigos, en especial a menores como intérpretes en vez de a un profesional capacitado. Los pacientes pueden sufrir consecuencias directas porque no entienden cabalmente el diagnóstico o el tratamiento. Un estudio reveló que los errores de interpretación por intérpretes “ad hoc”, incluyendo a familiares y amigos, son significativamente más propensos a provocar consecuencias clínicas potenciales que en una interpretación por los intérpretes del hospital.¹

Los familiares o amigos adultos que actúan como intérpretes no realizan, por lo general, una interpretación precisa. Los intérpretes no capacitados tienden a omitir, agregar, sustituir o responder en forma voluntaria.

Por ejemplo, los familiares y amigos por lo general no entienden la necesidad de interpretar todo lo que dice el paciente y, en su lugar, pueden resumir la información; también pueden intercalar sus opiniones y observaciones o imponer sus propios valores y juicios cuando interpretan. Los familiares y amigos que actúan como intérpretes también pueden tener sus propias limitaciones en su competencia del inglés y pueden no estar familiarizados con la terminología

Los familiares o amigos adultos que actúan como intérpretes no realizan, por lo general, una interpretación precisa. Los intérpretes no capacitados tienden a omitir, agregar, sustituir o responder en forma voluntaria. Por ejemplo, los familiares y amigos por lo general no entienden la necesidad de interpretar todo lo que dice el paciente y, en su lugar, pueden resumir la información.

médica. Además, muchos pacientes no revelarán información sensible o privada a sus familiares y amigos y, entonces, los proveedores recibirán información incompleta que puede impedir el diagnóstico correcto a una condición. Por ejemplo, si a una mujer golpeada la lleva al hospital su agresor, a quien se le pide interpretarla, es poco probable que la mujer revele el alcance y la causa de sus lesiones.

Los lineamientos del la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal reconocen los inconvenientes al utilizar a familiares y amigos, y alientan el uso de intérpretes capacitados siempre que sea posible.²

Razones para conseguir servicios en idiomas

Por qué los niños no deben interpretar: un testimonio

El siguiente testimonio, escrito por una estudiante de 17 años de la Galileo High School en San Francisco, ilustra la carga emocional que una interpretación puede causar a un menor.

Son las 2:30 de la tarde y tengo que salir de prisa a la mitad de la clase de Historia. La cabeza me retumba como tambor. Me agobian el miedo y la preocupación. Siento que me hierve la cabeza, como si la sangre me quemara. Me siento confundida y perdida. No sé qué me pasa.

Por fin llego al hospital. Estoy sentada fuera de la sala de espera con mi hermana mayor y empiezo a llorar en silencio. Mi hermana me grita con frustración: “¡Deja de llorar! Mamá se pondrá bien. Quédate aquí hasta que llegue el médico, tengo que ir a casa y buscar a papá”.

El Dr. Harrison se acerca por un gigantesco corredor con su larga bata blanca que casi le llega a los pies. Trae malas noticias.

“Lamento decirte esto, pero tu madre tiene cáncer. La hemorroide que encontramos resultó ser un tumor. Sé que tu mamá no habla inglés. ¿Puedes ser su intérprete?”

No me gusta estar sentada en el hospital y me siento incómoda. Quiero decirle al médico que no quiero estar aquí; pero como mi mamá no habla inglés, mi hermana Janice y yo somos las únicas que la podemos ayudar.

El médico voltea a verme y empieza a hablar sobre la condición médica de mi mamá. Me habla

lo más sencillo posible para que pueda entender la situación y dice que el cáncer de mamá podría necesitar cirugía y que, tal vez, después tratamientos de radiación y quimioterapia.

Estoy espantada. Cirugía. Radiación. Quimioterapia. Efectos secundarios. Ni siquiera puedo pensar cómo se lo voy a decir. Toda esta información es nueva para mí; todas esas palabras tan largas suenan horrible y el médico espera que le diga a mamá todo eso en cantonés.

Empiezo a traducirle a mi mamá. Me mira con los ojos humedecidos. Busco palabras de consuelo en cantonés que la ayuden a tranquilizarse, pero me siento perdida. Ya de por sí es difícil buscar las palabras en cantonés para los diferentes órganos, para cirugía y quimioterapia.

En vez de eso, le describo la situación en términos simples y dejo vacíos en medio de mis explicaciones. Como no sé cómo se dice “cirugía”, le digo que en su cuerpo tendrá agujas, cuchillos, tubos y cortes.

Mi mamá estalla y se pone a llorar. Me empuja a un lado. No quiere ver a nadie.

Queen Lu, “Children: Voices for Their Parents” (“Niños: voces para sus padres”), Asian Week (18 al 24 de mayo 2001). Reimpreso con autorización de la autora.

Razones para conseguir servicios en idiomas

Aunque muchos problemas pueden surgir por usar a familiares y amigos como intérpretes, surgen aún más cuando el intérprete es un menor. Los menores que interpretan para sus padres con LEP actúan como “agentes de idiomas” y hacen las mediaciones de manera informal en vez de hacer una simple interpretación o una traducción de información.³ Los niños que actúan como agentes de idiomas con frecuencia alteran el contenido de los mensajes que interpretan, lo que a su vez afecta las decisiones de sus padres.

Otros asuntos relacionados con el uso de niños como intérpretes incluyen:

- Exigencia de que los niños asuman cargas adicionales, como responsabilidades en la toma de decisiones
- Creación de roces y la inversión de su papel dentro de la estructura familiar, que en ocasiones puede conducir a abuso a menores
- Violación de la confidencialidad del beneficiario, que puede conducir a servicios inadecuados o errores en la prestación de servicios
- Inasistencia de los niños a la escuela

Se exacerba el potencial de daño cuando los proveedores recurren a niños para interpretaciones en instituciones ginecológicas o de salud reproductiva. Por ejemplo, en una ocasión, un médico que le practicaba un ultrasonido a una embarazada con capacidad limitada de inglés instruyó a la hija de 7 años de la paciente para que informara a su madre que el bebé había fallecido. El médico recurrió a un intérprete médico capacitado recién cuando la hija se alteró y se negó a hacer la interpretación.

Para dar más ejemplos sobre los problemas del uso de niños como intérpretes, un estudio entre 150 mujeres vietnamita-estadounidenses y mexicano-estadounidenses que son o han sido beneficiadas en California reveló que más de la mitad (53.3%) recurrieron a sus hijos para que les sirvieran de intérpretes.⁴ La mayoría usa a sus hijos para comunicarse con las escuelas, las dependencias de gobierno y el llenado de formularios. Más de la mitad de las mujeres que usaron a sus hijos como intérpretes identificaron que hubo problemas con esta práctica. Los cuatro principales problemas fueron:

- El niño no interpretó correctamente
- El niño omitió información
- La información era muy técnica para el niño
- El niño fue incapaz de interpretar adecuadamente por la falta de habilidades en el idioma

Algunas de las mujeres mexicano-estadounidenses informaron que a veces sus hijos respondieron a las preguntas sin antes preguntarles a ellas.

Los problemas asociados con el uso de menores, familiares y/o amigos como intérpretes destacan por qué los estados deben reembolsar a los proveedores el costo asociado con el uso de intérpretes médicos capacitados.

Referencias: *El peligro de depender de familiares, amigos y niños como intérpretes y por qué debe evitarse*

¹ Flores, Glenn, *et al.*, “Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters” (“Errores en interpretación médica y sus potenciales consecuencias clínicas en consultas pediátricas”), *Pediatrics* (Enero de 2003), Vol. 111, No. 1.

² 65 Registro Federal en 52769-80 (30 de agosto de 2000). Aunque la OCR revisa en la actualidad sus lineamientos para cumplir con el Memorandum del Departamento de Justicia (8 de julio de 2002), prevemos que lo sustancial se conservará similar. Los lineamientos existentes de la OCR continúan en vigor.

³ Vea generalmente McQuillan & Tse, “Child Language Brokering in Linguistic Minority Communities: Effects on Cultural Interaction, Cognition, and Literacy” (“Niños agentes en idiomas en comunidades de minorías lingüísticas: efectos en interacción cultural, cognición y alfabetización”), *Language and Education*, (1995) 9(3), 195-215.

⁴ Equal Right Advocates, “From War on Poverty to War on Welfare: The Impact of Welfare Reform on the Lives of Immigrant Women” (“De la guerra a la pobreza a la guerra del bienestar: el impacto de la reforma en bienestar sobre la vida de las inmigrantes”), (Abril de 1999), disponible en <http://www.equalrights.org/welfare/iwbp/finddisc.htm>. ■

Razones para conseguir servicios en idiomas

Datos: con qué contamos y por qué los necesitamos

Refuerce sus esfuerzos educativos acerca de la necesidad de servicios en idiomas presentando cifras específicas de su estado o región. Documente el cambio demográfico en su estado o comunidad para conseguir que se mejore el acceso al idioma. Muchos de los debates nacionales se han enfocado en las inequidades en atención médica por raza y etnia, que se superpone con la falta de acceso a los servicios en idiomas. El uso de cifras que documentan las inequidades puede ayudar a educar a quienes definen las políticas y a la opinión pública sobre la necesidad de intérpretes.

“La creciente necesidad de servicios en idiomas” en la página 33 proporciona cifras nacionales del censo del 2000. Usted puede obtener información del censo referente a cuántas personas con capacidad limitada de inglés residen en su estado o comunidad y cómo se ha incrementado ese número desde el último censo. Las cifras del censo del 2000 para su estado, ciudad o población pueden brindarle información sobre el lugar de nacimiento de los residentes, idiomas hablados y conocimientos del idioma.¹ Cifras adicionales sobre raza, etnia e idioma materno de las personas que usan los programas de salud con apoyo local y federal son esenciales para identificar, medir y eventualmente eliminar las inequidades en materia de salud.

Otras fuentes sobre cifras en la diversidad en idiomas son los distritos escolares, las cifras generales sobre el idioma materno de los estudiantes, las organizaciones establecidas en la comunidad que trabajan con inmigrantes o con temas de atención médica y las encuestas de población locales/regionales (como la California

Health Interview Survey) y los datos institucionales (p. ej., admisiones o altas hospitalarias). Las siguientes acciones también pueden ayudarlo:

- Desarrollo y puesta en práctica de programas efectivos de prevención, intervención y tratamiento
- Promoción de la prestación de servicios de atención médica cultural y lingüísticamente competentes
- Facilidades para que las personas con capacidad limitada de inglés tomen decisiones informadas con respecto a la elección de su plan médico
- Identificación y seguimiento de similitudes y diferencias en el desempeño y calidad en la atención prestada a diversas comunidades culturales y étnicas
- Desarrollo de estándares significativos para analizar la eficacia de la recopilación de datos para asegurar el acceso a los servicios en idiomas

También puede desear incentivar una recolección de datos más amplia. Al mejorar la recolección de cifras usted puede establecer las bases para la documentación continua de sus esfuerzos por eliminar inequidades y mejorar la calidad en la atención para las personas con capacidad limitada de inglés. Puede enfatizar a los proveedores de atención médica que la recolección de cifras sobre raza, etnia e idioma materno es *legal* y, además, está recomendada por los reglamentos para poner en práctica el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.² Al igual que el Título VI ofrece la base para reunir datos sobre raza, etnia e idioma materno en los programas federales, también los derechos civiles estatales u otros estatutos y reglamentos pueden apoyar la recolección de datos en los programas estatales.

Referencias: Datos: con qué contamos y por qué los necesitamos

¹ <http://factfinder.census.gov>. Puede acceder a esta información por medio de los datos en “Summary File 3”.

² 45 C.F.R. sección 80.6. Ningún estatuto federal prohíbe la recolección de estos datos. Solo California, Maryland, New Hampshire y Nueva Jersey regulan por estatutos qué tipo de datos pueden reunirse. Otros tres estados han establecido que desaprobarían solicitudes de los planes médicos para reunir datos sobre raza y etnia: Connecticut, Minnesota y Carolina del Norte. Con frecuencia,

los estatutos y políticas limitan el alcance, esto es, sólo prohíben recolectar de cifras antes de la inscripción. Verifique las leyes de su estado para determinar si existe alguna restricción para reunir datos sobre raza, etnia y/o lengua materna. Para mayor información sobre las leyes estatales vea el Programa de la Ley de Salud Nacional, “Assessment of State Laws, Regulations and Practices Affecting the Collection and Reporting of Racial and Ethnic Data by Health Insurers and Managed Care Plans” (“Evaluación de las leyes estatales, los reglamentos y las prácticas que afectan la recopilación y la divulgación de datos sobre raza y etnia de aseguradoras médicas y de planes de atención médica administrada”) (Borrador, Julio de 2001). ■

Razones para conseguir servicios en idiomas

Una introducción al banco de testimonios

Con frecuencia, los periodistas inician sus artículos con ejemplos. Los relatos personales de su propio electorado influyen sobre los legisladores. Introducir relatos personales ayuda a completar los informes. Así que para cambiar una política, describa una imagen clara de las repercusiones por no proporcionar intérpretes e ilustre las diferencias que han logrado los intérpretes.

Es importante para sus esfuerzos desarrollar un “banco de testimonios”. Families USA (FUSA), una organización dedicada a la defensa de los usuarios de atención médica, lleva una base de datos con cientos de testimonios que utiliza para iluminar a quienes definen las políticas y al público sobre los desafíos relacionados con el acceso a la atención médica que enfrentan muchos consumidores. La organización ha creado guías para elaborar bancos de testimonios, “The Art of Story Banking” (“El arte de un banco de testimonios”) y “The Story Bank: Using Personal Stories as an Effective Way to Get Your Message Out” (“El banco de testimonios: uso de historias personales como forma efectiva para dar a conocer su mensaje”) están disponibles en <http://www.familiesusa.org/html/advocates/impress.htm>.

De acuerdo con FUSA, para crear y usar un banco de testimonios:

1. Identifique la fuente potencial de testimonios obtenida por redes que atienden o trabajan con personas con capacidad limitada de inglés, como:

- Organizaciones de la comunidad que atienden a inmigrantes o defienden sus causas
- Agencias para reubicación de refugiados
- Defensores de causas relacionadas con la atención médica
- Organizaciones enfocadas a los derechos civiles y/o inequidades en salud
- Medios de comunicación de grupos étnicos
- Centros y/o clínicas comunitarios de atención médica
- Asociaciones de intérpretes
- Organizaciones de servicios legales
- Sindicatos de trabajo

2. Prepare una carta para enviarla por correo a las organizaciones solicitando testimonios que ilustren la necesidad de servicios en idiomas. El siguiente ejemplo puede modificarse para comunicarse en persona o por teléfono:

En [identifique la organización, coalición, proveedor, etc.] buscamos información sobre los problemas que las personas con conocimientos limitados del inglés tienen para acceder a la atención médica. Buscamos testimonios de personas en nuestro estado para utilizarlas en la defensa pública y en los esfuerzos educativos en nuestra lucha para aumentar la disponibilidad y el financiamiento de intérpretes y traductores en las instituciones de atención médica.

Necesitamos su ayuda para reunir información y utilizarla en nuestra lucha. Por ejemplo, los testimonios que se han reunido en otros estados incluyen:

- Recientemente, el bebé de una mujer nació muerto porque el médico no pudo comunicarle que necesitaba una cesárea para salvarlo
- Un hospital recurrió al hijo varón de 16 años de un desconocido para que interpretara en una consulta ginecológica
- Un paciente de habla rusa se quejaba de “urgina”(dolor de garganta en ruso); su queja se interpretó mal como “angina”, lo que dio lugar a una serie de exámenes diagnósticos innecesarios

Estos ejemplos señalan la necesidad de intérpretes médicos capacitados para prevenir humillaciones y consecuencias, en ocasiones, serias y que amenazan la vida. Si usted cuenta con testimonios o anécdotas sobre las consecuencias de no contar con un intérprete, por favor envíelas a _____ (nombre, teléfono, fax, correo electrónico) antes del [fecha]. Por favor, dénos una descripción de la situación, incluyendo tantos detalles como le sea posible. También le pedimos que nos indique si la persona nos permitirá usar su nombre y si está dispuesta a hablar ante los medios de comunicación.

Si desea mayor información sobre nuestra lucha en defensa de esta causa y nuestras actividades educativas, por favor háganoslo saber. Muchas gracias por su tiempo.

Razones para conseguir servicios en idiomas

3. *Elabore una planilla sencilla de una página en la que pueda registrar la información sobre cada persona que pudiera compartir un testimonio.*

Haga un seguimiento por teléfono con las personas que no respondan a su solicitud. Elabore un sistema de archivo con referencias cruzadas por criterios geográficos o por temas (idioma hablado, tipo de problema, características de la persona, etc.)

4. *Incluya en el archivo alguna cita útil a partir de la entrevista inicial.*

5. *Verifique los hechos. Antes de compartir cualquier testimonio trate de entrevistarse con la persona para asegurar la precisión y determinar si la persona se verá creíble y sincera ante la prensa.*

6. *Comente entre las posibles fuentes si desean hablar en público (a la prensa, ante personal legislativo u otros) o si prefieren que usted use su testimonio sin que se les identifique por nombre. Averigüe si desean que su historia sólo aparezca en los medios impresos o si desean que se les entreviste por radio o televisión.*

7. *Hágale saber a la persona que no hay garantía de que su testimonio se use.*

8. *Mantenga actualizados los testimonios (y la base de datos). Registre cualquier novedad en los testimonios y corrobore si las personas aún desean hablar sobre ellas en público.*

9. *¡Obtener el consentimiento previo es de vital importancia! Asegúrese el permiso cada vez que dé a conocer un testimonio o comparta información personal para contacto. Considere esta información confidencial hasta que obtenga el permiso para hacerla pública.*

10. *Tenga una lista de recursos para que pueda tratar de remitir a las personas con alguien que las pueda ayudar con su problema.*

11. *Ofrezca ayudar a practicar preguntas y respuestas si la persona está nerviosa.*

12. *Desarrolle una relación basada en la confianza y el respeto con los colaboradores de su banco de testimonios.*

Desarrollar un banco de testimonios es importante; sin embargo, también implica mucho tiempo y puede ser difícil hacerlo bien. Muchos pacientes son reacios a contar en público sus historias, en especial las personas con conocimientos limitados del inglés que tal vez aún no son ciudadanos.

Recuerde que usted también puede necesitar un intérprete que pueda explicarles a las posibles fuentes el propósito de reunir sus testimonios y que debe estar disponible, por ejemplo, cuando un periodista desee entrevistar a alguien con capacidad limitada de inglés.

Usted necesita tener conciencia de estas dificultades. No obstante, también debe recordar que hacer que las personas con capacidad limitada de inglés cuenten sus historias al relacionarse con el sistema de salud puede ser una poderosa herramienta para convencer a quienes definen las políticas y al público de las serias consecuencias por no proporcionar intérpretes y de la importancia de prestar servicios en idiomas a todos los pacientes que los necesitan.

Razones para conseguir servicios en idiomas

Escriba una carta abierta al editor respecto a la necesidad de servicios en idiomas

Conseguir que una carta abierta al editor aparezca en su periódico local puede ser una forma efectiva para crear conciencia en la opinión pública sobre las necesidades de servicios en idiomas para los pacientes que no hablan bien el inglés. A continuación podrá encontrar información útil para destacar la importancia de los servicios de interpretación tanto para el proveedor como para el paciente.

¿Por qué los proveedores de atención médica deberían ofrecer servicios de interpretación a los pacientes sin conocimientos con capacidad limitada de inglés?

1. Son necesarios para brindar una atención competente y de calidad.

La incapacidad de los pacientes para comunicarse adecuadamente con los proveedores y el personal de apoyo con quienes se relacionan en el sistema de atención médica puede tener serias consecuencias. Los pacientes con capacidad limitada de inglés han sido mal diagnosticados, han entendido mal los procedimientos de seguimiento y hasta han abandonado el hospital pese a tener condiciones que amenazaban sus vidas. De acuerdo con un informe relacionado con el Proyecto Acceso,¹ los pacientes que no tuvieron acceso a los servicios de interpretación en su idioma fueron diez veces más propensos, en comparación con otros, a no entender las instrucciones de sus médicos para tomar los medicamentos prescritos. El informe

también reveló que los pacientes con capacidad limitada de inglés son menos propensos que otros a que se les informe sobre los programas de asistencia económica que los puedan ayudar a pagar por su atención y que muchos pacientes con facturas pendientes pueden estar renuentes a regresar a la institución en busca de atención.

2. Reduce costos.

Al proveer sustentabilidad a largo plazo a las instituciones de atención médica. Puede presentarse un fuerte argumento comercial a favor de proporcionar intérpretes a las personas con capacidad limitada de inglés debido a que las barreras idiomáticas pueden originar un incremento en el uso de recursos médicos. Los estudios han revelado que los pacientes que no hablan inglés son más propensos que los que sí lo hablan a demorar sus tratamientos y a acudir a las salas de emergencias, en vez de recurrir a primeros auxilios y a servicios preventivos de salud. Ofrecer servicios de interpretación a los pacientes con capacidad limitada de inglés puede facilitarles a los proveedores ofrecer atención de calidad y eficaz en relación a los costos, en vez de prestar atención costosa que puede traer efectos adversos.^{2, 3, 4, 5}

Los intérpretes pueden proteger a los pacientes de daños y a las instituciones de juicios.⁶ La capacidad para hacer un diagnóstico y conseguir un consentimiento informado para procedimientos médicos queda severamente amenazada cuando los pacientes con capacidad limitada de inglés no cuentan con servicios de interpretación adecuados. Los errores médicos son mucho más probables cuando no hay una comunicación eficaz. Proporcionar servicios de interpretación puede ayudar de esta forma a las instituciones de atención médica a evitar juicios por negligencia profesional que puedan surgir por errores médicos, atención inadecuada y falta de consentimiento significativo de los pacientes para su tratamiento.

中文

Razones para conseguir servicios en idiomas

3. *Es por ley.*

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación sobre la base de la nacionalidad entre aquellos que reciben financiamiento federal. Los derechos civiles o los estatutos de los derechos de los pacientes locales y estatales también pueden exigir la necesidad de asegurar el acceso a la atención para aquellos que no hablan bien el inglés. Los proveedores que no ofrecen servicios en idiomas a sus pacientes con capacidad limitada de inglés por consiguiente pueden estar violando leyes federales, estatales y locales.

[Vea “Las leyes y políticas federales exigen el acceso de las personas con conocimientos limitados del inglés a los servicios de las instituciones de atención médica” en la página 5 para mayor información sobre estos requisitos legales.]

También puede desear incluir parte o toda la siguiente información en sus artículos o cartas al editor:

- Las cifras demográficas locales que muestran el incremento en su área de hablantes de inglés con limitaciones durante los últimos diez años.

[Vea la página 33 para mayor información sobre las cifras a nivel estatal.]

- Un testimonio de algún paciente con conocimientos limitados del inglés que haya sufrido consecuencias médicas o económicas debido a la falta de servicios de interpretación médica.

[Vea la página 41 para algunos ejemplos.]

- Información de por qué recurrir a familiares, amigos o niños en las instituciones médicas es inadecuado y hasta peligroso.

[Vea la página 43.]

- Disponibilidad de financiamiento público para ayudar a costear dichos servicios.

[Vea la página 22 para una descripción de cómo los estados obtienen financiamiento por medio de los programas Medicaid y SCHIP.]

Referencias: Escriba una carta abierta al editor respecto a la necesidad de servicios en idiomas

¹ Andrulis, et al., “What a Difference an Interpreter Can Make: Health Care Experiences of Uninsured with Limited English Proficiency” (“La diferencia que puede hacer un intérprete: capacidad limitada de inglés no aseguradas”), Proyecto Acceso, Abril de 2002.

² Gandhi, et al., “Drug Complications in Outpatients” (“Complicaciones por medicamentos entre pacientes ambulatorios”), *Journal of General Internal Medicine*, Marzo de 2000.

³ Haish, et al., “Intercultural Consultations: Investigation of Factors that Deter Non-English Speaking Women from Attending Their General Practitioners Cervical Screening” (“Consulta intercultural: investigación de los factores que disuaden a mujeres que no hablan inglés de consultar a los

médicos para realizarse exámenes cervicales”), *British Medical Journal*, Octubre de 1994.

⁴ Hampers, et al., “Language Barriers and Resource Utilization in Pediatric Emergency Dept” (“Barreras idiomáticas y uso de recursos en el departamento de emergencias pediátricas”), *Pediatrics*, Junio de 1999.

⁵ Manson A., “Language Concordance as a Determinant of Patient Compliance and Emergency Room Use in Patients with Asthma” (“Concordancia en el idioma, un determinante en la adherencia y el uso de la sala de emergencias entre los pacientes con asma”), *Medical Care*, Diciembre de 1988.

⁶ “Interpreters Can Protect Your Patients From Harm and Your Facility From Lawsuits” (“Los intérpretes pueden proteger a los pacientes de daños y a las instituciones de juicios”), Briefings On Patient Safety, *Opus Communications*, Setiembre 2002, Vol. 3 No. 9. ■

Algunas acciones futuras

para abogar por el reembolso de
Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas



Entender las leyes federales que prohíben la discriminación contra las personas con capacidad limitada de inglés y cómo está disponible el financiamiento federal para los servicios en idiomas por medio de los programas Medicaid y SCHIP es un importante paso para abogar por el reembolso por los servicios en idiomas. Sin embargo, para defender con eficacia los servicios en idiomas en su comunidad es probable que necesite reunir información local adicional, despertar la conciencia pública sobre la importancia del tema, identificar y comunicarse con sus aliados potenciales, educar a los funcionarios de gobierno y a otros que toman decisiones importantes sobre la necesidad del reembolso por servicios en idiomas, y considerar la mejor forma para lograr el reembolso en su estado. Cada uno de estos pasos requiere tiempo y trabajo. Este documento proporciona un panorama breve sobre las actividades que puede realizar para conseguir servicios en idiomas.

- Entender por qué se exige por ley a los proveedores que trabajen para asegurarse de que las personas con capacidad limitada de inglés (LEP) tengan acceso a los servicios.
- Revisar la sección 2 de la *Guía para Tomar Acción* sobre las leyes y políticas federales que exigen que los proveedores de atención médica presten servicios en idiomas a las personas con capacidad limitada de inglés.
- Investigar si en su estado, condado o ciudad también existen leyes que prohíban la discriminación y exijan a los proveedores brindar servicios en idiomas.
- Entender por qué y cómo su estado puede tener acceso al financiamiento federal para ayudar a pagar los servicios en idiomas para los inscritos en Medicaid y SCHIP.
- Revisar la sección 3 de la *Guía para Tomar Acción* que describe cómo paga el gobierno federal parte del costo de los servicios de Medicaid y SCHIP, cómo también pueden usarse esos fondos federales para ayudar a brindar servicios en idiomas y cómo los estados que ya practican esta opción han estructurado sus programas de reembolso por servicios en idiomas.

Algunas acciones futuras

para abogar por el reembolso de Medicaid/SCHIP por servicios en idiomas

Averigüe si en la actualidad su estado reembolsa a los proveedores de atención médica por servicios en idiomas. Vea la tabla de la página 22 para saber si su estado está en la lista.

Póngase en contacto con los programas estatales de seguro Medicaid y Children's Health Insurance Program y pregunte si reembolsan a sus proveedores por servicios en idiomas.

[Vea la sección de Recursos en las páginas 55-56 respecto a información para comunicarse.]

Averigüe los motivos por los que su estado ha elegido no buscar reembolso de Medicaid y SCHIP por servicios en idiomas para que pueda decidir cómo abordarlos.

Encuentre a otros interesados en prestar servicios en idiomas.

Identifique y póngase en contacto con organizaciones o personas en su comunidad que necesiten servicios en idiomas, trabaje con personas que los necesitan, y/o ayude a prestarlos. Pregúnteles si están interesados en saber más acerca del reembolso estatal y federal por servicios en idiomas. Usted puede desear incluir:

- Organizaciones de intérpretes
- Grupos de inmigrantes
- Defensores de salud pública y comunitaria
- Administradores de hospitales, centros comunitarios de salud, médicos y otros proveedores de atención médica
- Legisladores estatales que representen distritos con un número significativo de personas con capacidad limitada de inglés o que en el pasado hayan demostrado interés en servicios a inmigrantes

Reúna información y testimonios locales que lo ayuden a conseguir servicios en idiomas en su estado.

Revise el material de la página 33 que describe la creciente necesidad de servicios en idiomas, las consecuencias legales, médicas y económicas por no proporcionar dichos servicios y la importancia de recurrir a intérpretes médicos capacitados en vez de a familiares y amigos.

Documente sistemáticamente los testimonios sobre las ventajas de brindar servicios en idiomas o las consecuencias negativas por no facilitarlos. Por ejemplo,

póngase en contacto con intérpretes y averigüe si tienen testimonios sobre casos en los que sus servicios condujeron a una mejor interacción entre pacientes y proveedores o mejoraron los resultados médicos, o si los pacientes sufrieron serias consecuencias médicas porque no dispusieron de interpretación. Reúna historias similares entre pacientes y proveedores.

Reúna cifras locales sobre los recién llegados a su comunidad que no hablen un inglés fluido. Los Departamentos de Salud estatales y los distritos escolares locales con frecuencia proporcionan datos sobre los recién llegados. Un estimado de los números de personas con capacidad limitada de inglés en su estado o comunidad también está disponible en el sitio web del censo, U.S. Census Department, <http://www.census.gov>.

Promueva la conciencia en su comunidad sobre la importancia de proporcionar servicios en idiomas en las instituciones médicas.

Revise el material en la página 49 relacionada con escribir una carta abierta al editor. Utilice datos y testimonios locales, escriba a los periódicos locales y aliente a otros que apoyan los servicios en idiomas para que hagan lo mismo. Presente el material de la Guía para Tomar Acción e información reunida en su comunidad a las autoridades electas y a quienes definen las políticas en su estado.

Investigue sobre las políticas en su estado. Averigüe si su plan estatal de Medicaid exige acciones legislativas para cambiar los mecanismos de beneficios y pagos, o si esos cambios pueden lograrse por medio de acciones administrativas.

Diseñe un programa de reembolso adecuado para su estado y déselo a conocer a quienes definen las políticas.

Revise el material de la página 22 que describe la forma en la que otros estados han estructurado sus programas de reembolso y trabaje con otros interesados en el reembolso por servicios en idiomas para diseñar las políticas adecuadas para su estado. Después reúnase con quienes definen las políticas en su estado para presentarles el programa y reunir apoyo para ponerlo en práctica.



Al momento de desarrollar una campaña que defienda el reembolso por servicios en idiomas puede darse cuenta de que necesita llevar a cabo investigaciones adicionales. Existe una amplia variedad de recursos que ofrecen información sobre temas relacionados con brindar servicios de interpretación y traducción. Esta lista de recursos incluye a algunos muy importantes, aunque está lejos de ser general. Dependerá de las medidas de acción que decida tomar si desea buscar también otros recursos. Para información sobre las organizaciones que produjeron esta *Guía para Tomar Acción*:

- The Access Project
(Proyecto Acceso)
30 Winter Street, Suite 930
Boston, MA 02108
Teléfono: (617) 654-9911
Fax: (617) 654-9922
<http://www.accessproject.org>

- National Health Law Program
(Programa de la Ley de Salud Nacional)
101 14th Street NW, Suite 405
Washington, DC 20005
Teléfono: (202) 289-7661
Fax: (202) 289-7724
2639 S. La Ciénega Blvd.
Los Angeles, CA 90036
Teléfono: (310) 204-6010
Fax: (310) 204-0891
<http://www.healthlaw.org>

Español ไทย Tagalog

Русский Язык Hmoob

Srpsko-Hrvatski 日本語

عربي Kreyòl Ayisyen

Shqip Ελληνικά 中文

Kriolu di Kabu Verdi

עברית Tagalog 한국말

Tiếng Việt Español ไทย

Soomaali Русский Язык

한국말 Srpsko-Hrvatski

Français Hmoob عربي

Shqip Ελληνικά 中文

Recursos del gobierno federal

La agencia de Investigación y Calidad en la Atención Médica, “Providing Oral Linguistic Services: A Guide for Managed Care Plans” (“Prestación de servicios lingüísticos orales: una guía para los planes de atención médica administrada”), (AHRQ Publicación No. 03-R201); “Planning Culturally and Linguistically Appropriate Services: A Guide for Managed Care” (“Planeación de servicios adecuados cultural e lingüísticamente: una guía para la atención médica administrada”) (AHRQ Publicación No. 03-R202); disponibles en <http://www.ahrq.gov>.

Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros de Medicare y Servicio Medicaid: “Dear State Medicaid Director” (“Estimado Director del Medicaid estatal”), carta que explica la disponibilidad de fondos federales de participación para servicios en idiomas prestados a los inscritos en Medicaid y SCHIP, disponible en <http://www.cms.hhs.gov/states/letters/smd83100.asp>.

Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles: información sobre el trabajo de la agencia para hacer cumplir el Título VI, vínculos a su guía de personas con capacidad limitada de inglés y otros recursos; disponible en <http://www.hhs.gov/ocr/lep>.

Oficina de los Derechos Civiles Información para comunicarse

Sede central: (202) 619-0403

Región I: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont: (617) 565-1340

Región II: Nueva Jersey, Nueva York, Puerto Rico, Islas Vírgenes: (212) 264-3313

Región III: Delaware, Distrito de Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia, Virginia del Oeste: (215) 861-4441

Región IV: Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee: (404) 562-7886

Región V: Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin: (312) 886-2359

Región VI: Arkansas, Louisiana, Nuevo México, Oklahoma, Texas: (214) 767-4056

Región VII: Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska:

(816) 426-7278

Región VIII: Colorado, Montana, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Utah, Wyoming: (303) 844-2024

Región IX: Samoa Estadounidense, Arizona, California, Guam, Hawai, Nevada: (415) 437-8310

Región X: Alaska, Idaho, Oregon, Washington: (206) 615-2290

Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina para la salud de las minorías: “Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) Standards in Health Care” (“Estándares de servicios lingüística y culturalmente apropiados (CLAS, por sus siglas en inglés) para la atención médica”), disponible en <http://www.omhrc.gov/CLAS>.

Departamento de Justicia (DOJ), División de derechos civiles: pautas para personas con capacidad limitada de inglés, memorándum de la DOJ a otras agencias y otros vínculos, disponible en <http://www.usdoj.gov/crt/spectop.html>.

Let Everyone Participate (Que todos participen), un portal a las actividades federales gubernamentales sobre el acceso al idioma, incluye vínculo a Language Assistance Self-Assessment and Planning Tool for Recipients of Federal Financial Assistance (Herramientas de autoevaluación y planificación en asistencia en el idioma para beneficiarios del financiamiento federal), disponible en <http://www.lep.gov>.

U.S. Bureau of the Census: cifras del último censo, incluye idiomas hablados y capacidad limitada de inglés, disponible en <http://www.census.gov>.

Agencias estatales

Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Oficina de salud multicultural: guías “Best practices”, tarjetas “I Speak”, un póster en treinta idiomas que les informa a los pacientes sobre sus derechos a un intérprete y otra información sobre los programas de interpretación, en especial para instituciones hospitalarias, disponible en <http://www.state.ma.us/dph/omh/interp/interpreter.htm>.

Agencias Medicaid, Asociación Nacional de Directores Estatales de Medicaid: seleccione de “members” (miembros) para identificar al director de Medicaid en su estado y obtener información para comunicarse; disponible en <http://www.nasmd.org>.

Agencias del State Children’s Health Insurance Program (SCHIP); disponibles en <http://cms.hhs.gov/schip/stateplan.asp>.

“Estándares de práctica” y certificación para intérpretes

California Healthcare Interpreters Association, “California Standards for Healthcare Interpreters: Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles and Intervention” (“Estándares en California para intérpretes en atención médica: principios éticos, protocolos y guías sobre los papeles y la intervención”); disponible en <http://www.chia.org>.

Massachusetts Medical Interpreter Association, “Medical Interpreters Standards of Practice” (“Estándares de práctica para intérpretes médicos”); disponible en <http://www.mmia.org>.

National Council on Interpreting in Health Care; disponible en <http://www.ncihc.org>

Informes sobre organizaciones sin fines de lucro

Proyecto Acceso, “Real Clout: A How-To Manual for Community Activists Trying to Expand Healthcare Access by Changing Public Policy” (“Influencia real: manual para los activistas comunitarios que tratan de expandir el acceso a la atención médica cambiando la política pública”) (1999); disponible en <http://www.accessproject.org>.

Proyecto Acceso, “What a Difference an Interpreter Can Make: Health Care Experiences of Uninsured with Limited English Proficiency” (“La diferencia que puede hacer un intérprete: experiencias en la atención médica de las personas con capacidad limitada de inglés no aseguradas”) (Abril de 2002); disponible en <http://www.accessproject.org>.

The California Endowment, “How to Choose and Use a Language Agency: A Guide for Health and Social Service Providers Who Wish to Contract with Language Agencies” (“Cómo elegir y usar una agencia de idiomas: una guía para los proveedores de servicios de salud y sociales que desean contratar a una agencia de idiomas”) (Febrero de 2003); disponible en http://www.calendow.org/pub/frm_pub.htm.

Hablamos Juntos: rationale, model approaches, tools and data (Hablamos Juntos: motivos, modelos de abordaje, herramientas y datos); disponible en <http://www.hablamosjuntos.org/index>

The Institute of Medicine, “Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care” (“Tratamiento inequitativo: comparación de las desigualdades raciales y étnicas en la atención médica”), National Academy Press (2002); disponible en <http://www.iom.edu>.

National Council on Interpreting in Health Care, “Research Issues in Medical Interpretation: Bibliography” (“Investigación de temas en interpretación médica: bibliografía”); disponible en <http://www.ncihc.org>

Programa de la Ley de Salud Nacional, “Ensuring Linguistic Access in Health Care Settings: Legal Rights and Responsibilities” (“Garantía de acceso lingüístico: derechos y responsabilidades legales”), 2a ed. (Primavera de 2003); disponible en <http://www.healthlaw.org>.

Programa de la Ley de Salud Nacional, “Providing Language Interpretation Services in Health Care Settings: Examples from the Field, A Field Report from The Commonwealth Fund” (“Prestación de servicios de interpretación en idiomas: ejemplos de campo, un ejemplo de campo informado por The Commonwealth Fund”) (mayo de 2002); disponible en <http://www.healthlaw.org> o <http://www.cmfw.org>.

Estudios

Un creciente número de estudios y artículos demuestra que la falta de servicios en idiomas crea una barrera y reduce la calidad de la atención médica para las personas con personas con capacidad limitada de inglés. Para un ejemplo de los hallazgos encontrados en estos estudios vea “Las consecuencias por no prestar servicios en idiomas: algunos datos y casos particulares” en esta Guía para Tomar Acción. Para otros estudios y artículos vea “Research Issues in Medical Interpretation: Bibliography” (“Investigación de temas en interpretación médica: bibliografía”), National Council on Interpreting in Health Care; en <http://www.ncihc.org>, y The California Endowment’s “Language Barriers in Health Care Settings: An Annotated Bibliography of the Research Literature” (“Barreras idiomáticas en instituciones de atención médica: bibliografía comentada de las publicaciones de investigación de la Fundación California”) (por publicarse); disponible en http://www.calendow.org/pub/frm_pub.htm. ■

Agradecimientos

Estamos muy agradecidos por el valioso apoyo económico para la producción de la *Guía para Tomar Acción para Servicios en idiomas a las siguientes organizaciones:*

- The Commonwealth Fund
- The Robert Wood Johnson Foundation
- Annie E. Casey Foundation
- Greater Des Moines Community Foundation
- Central Iowa Health System
- Mercy Medical Center
- Mid-Iowa Health Foundation
- Iowa/Nebraska Primary Care Association
- Endowment for Health (NH)
- Quantum Foundation
- Health Foundation of South Florida

Muchas personas contribuyeron con la información contenida en esta Guía para Tomar Acción. Sus diversos antecedentes y perspectivas enriquecieron en gran medida el contenido. Mucho del material se sometió a pruebas de campo efectuadas en Iowa y New Hampshire, y agradecemos especialmente a nuestros colegas de allí por su información acerca de los resultados. En New Hampshire estas organizaciones incluyen al Endowment for Health, New Hampshire Minority Health Coalition, Southern N.H. Area Health Education Center, New Hampshire Hospital Association, y a N.H. Office of Health Planning and Medicaid. En Iowa, nuestros colegas incluyen a Mid-Iowa Health Foundation, Central Iowa Health System, Mercy Medical Center, State Public Policy Group, Iowa Department of Public Health, Bureau of Refugee Services, Broadlawns Medical Center y la Immigrants Rights Network of Iowa and Nebraska.

Muchas otras personas revisaron el material y nos dieron valiosas ideas para explicar los complejos temas abordados. Agradecemos al personal de Hablamos Juntos; a Alice Chen de Asian & Pacific

Islander American Health Forum; a Adey Fisseha del National Immigration Law Center; a Johny Laine y Bob Marra de Health Care for All; a Frances S. Margolin, Mary A. Pittman y Romana Hasnain Wynia del Health Research and Educational Trust; a John Nickrosz del Massachusetts Medical Interpreters Association; a Aimee Ossman del National Association of Children's Hospitals and Related Institutions; a Cindy Roat, capacitadora y consejera en asuntos de idiomas; a Sonya Schwartz del Health Assistance Partnership; a Byron Sogje-Thomas de la National Medical Association; a Dina Zarella de Campaign for Better Health Care; y a Aracely Rosales, Plain Language and Culture.

También hacemos un reconocimiento a DrTango, Inc. (www.drtango.com) por su labor de traducción de la Guía para Tomar Acción en idiomas haciendo posible la publicación de la versión en español.

Los autores son: Mara Youdelman del Programa de la Ley de Salud Nacional; y Nancy Kohn, Carol Pryor, Mark Rukavina, y Robert Seifert del Proyecto Acceso.

Agradecimientos

Proyecto Acceso

El Proyecto Acceso (TAP, por sus siglas en inglés) está afiliado a la Heller School for Social Policy and Management de la Brandeis University. Ha servido como centro de recursos para las comunidades locales que trabajan para mejorar la salud y el acceso a la atención médica desde 1998. Se inició como una donación de The Robert Wood Johnson Foundation y en la actualidad recibe fondos de diversas fuentes públicas y privadas. La misión de TAP es fortalecer la acción comunitaria, promover el cambio social y mejorar la salud, en especial para aquellos que son más vulnerables. TAP realiza investigaciones de acción comunitaria junto con los líderes locales para mejorar la calidad de la información relevante necesaria para cambiar el sistema de salud. Busca aumentar el conocimiento y las capacidades de los líderes comunitarios para fortalecer la voz de las comunidades mal atendidas en los debates públicos y privados que los afectan directamente.

The Access Project (Proyecto Acceso)
30 Winter Street, Suite 930
Boston, MA 02108
Teléfono: (617) 654-9911
Fax: (617) 654-9922
www.accessproject.org

Programa de la Ley de Salud Nacional

El Programa de la Ley de Salud Nacional (NHeLP, por sus siglas en inglés) es una compañía nacional sin fines de lucro interesada en las leyes públicas que trabaja para aumentar y mejorar el acceso a la atención médica de calidad en representación de las personas de bajos ingresos en Estados Unidos. Por más de treinta años, NHeLP ha colaborado en asuntos que afectan a los pobres con y sin trabajo; personas de color; mujeres, niños y sus familias; inmigrantes y personas con necesidades especiales. NHeLP proporciona análisis político y legal, defensa de causas, educación e información, capacitación y asistencia técnica.

Si tiene cualquier duda o desea saber más acerca del trabajo de NHeLP, por favor comuníquese a las oficinas en Washington, D. C. o Los Ángeles, CA.

1101 14th Street NW, Suite 405
Washington, DC 20005
Teléfono: (202) 289-7661
Fax: (202) 289-7724
2639 S. La Cienega Blvd.
Los Angeles, CA 90036
Teléfono: (310) 204-6010
Fax: (310) 204-0891
www.healthlaw.org

Español ไทย Tagalog
Русский Язык Hmoob
Srpsko-Hrvatski 日本語
عربي Kreyòl Ayisyen
Shqip Ελληνικά 中文
Kriolu di Kabu Verdi
עברית Tagalog 한국말
Tiếng Việt Español ไทย
Soomaali Русский Язык
한국말 Srpsko-Hrvatski
Français Hmoob عربي
Shqip Ελληνικά 中文

Servicios en idiomas

Guía para Tomar Acción

Servicios de intérpretes en las instituciones de atención médica para personas con capacidad limitada en inglés



30 Winter St. Suite 930
Boston, MA 02108
Teléfono: (617) 654-9911
Fax: (617) 654-9922
www.accessproject.org
info@accessproject.org



1101 14th St NW, Suite 405
Washington, DC 20005
Teléfono: (202) 289-7661
Fax: (202) 289-7724
www.healthlaw.org