



*Estimados de los costos de servicios
de Interpretación de los beneficiarios
del Medicaid en Connecticut*

Agosto del 2006

Connecticut Health
Foundation



ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	3
Los hallazgos	4
Introducción y fondo	5
La necesidad creciente de servicios de interpretación.	5
Apoyos legales para los servicios de interpretación.	6
La disponibilidad de fondos federales de contrapartida	6
Metas del trabajo de investigación	7
Hallazgos de la investigación	8
Tamaño estimado de la población con Medicaid con dominio limitado del inglés	9
Acceso existente a servicios de interpretación	9
Volumen del cuidado recibido por personas con condición LEP	10
El costo estimado de los servicios de interpretación para beneficiarios de Medicaid con dominio limitado del inglés . . .	11
Acción futura	12
Apéndice A	15
Apéndice B	16
Notas de Página	22
Bibliografía	23



RESUMEN

El limitado dominio del inglés contribuye a las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud.

Cambios en la modalidad demográfica e inmigratoria en los Estados Unidos han dado por resultado un número creciente de personas que no pueden tener acceso fácil a los servicios de salud básicos porque no hablan o entienden adecuadamente el idioma inglés. El limitado dominio del inglés (“Limited English proficiency,” o LEP por las siglas en inglés) contribuye de esta manera a las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud. El uso de intérpretes adiestrados durante el encuentro de atención médica puede mejorar significativamente el acceso a cuidado de alta calidad al hacer más factible diagnósticos, tratamientos y seguimientos exactos. Porque la condición LEP predomina más en personas de ingresos bajos, la necesidad para servicios de interpretación es particularmente aguda.¹

Audiencias públicas recientes han revelado que muchos residentes de Connecticut que no tienen dominio del idioma inglés por lo general ven a sus proveedores de atención médica sin que se usen intérpretes adiestrados. El Panel de Políticas (Pólizas) sobre Disparidades Raciales y Étnicas de 2005 de Connecticut Health Foundation (Fundación de Salud de Connecticut) reconoció que existía esta necesidad por llenar y recomendó que el Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales — DSS por las siglas en inglés) de Connecticut usara fondos de Medicaid, sujeto a fondos de contrapartida federales, para reembolsar a los proveedores de servicios de interpretación. Se disminuiría así la carga económica de estos servicios para el estado.

Se necesita contestar a las siguientes preguntas a fin de elaborar estas recomendaciones:

1. ¿Cuántos beneficiarios de Medicaid en Connecticut tienen limitaciones en su dominio del inglés?
2. ¿Cuáles son los niveles de acceso actuales a servicios de interpretación entre la población del estado con la condición LEP?
3. ¿Cuánto le costaría al estado reembolsar los servicios en todos los encuentros de atención médica de los beneficiarios de Medicaid con la condición LEP?
4. ¿Cómo puede el estado implantar los fondos federales de contrapartida para ayudar a compensar el costo de proporcionar servicios de interpretación a los inscritos en Medicaid con la condición LEP?

Los hallazgos

Este informe resume los análisis que calculan el número de la población limitada en su dominio del inglés dentro del programa de Medicaid en Connecticut. También estima el costo de proporcionar a estos usuarios (con la condición LEP) con intérpretes directamente durante la atención médica de conformidad con las leyes y guías federales.² Mediante el uso de recursos federales, estatales y locales así como métodos de investigación cualitativos y cuantitativos, este informe estimó que:

1. El programa de Medicaid en Connecticut cubre a 22,353 personas con la condición LEP.
2. Los beneficiarios de Medicaid con dominio limitado del inglés utilizan el 4.6 por ciento de los servicios de Medicaid.
3. Si suponemos que el estado hace los arreglos para recibir fondos federales de contrapartida, el costo total para el programa de Medicaid en Connecticut ascendería a \$2.35 millones . ³
4. El costo anual para proveer servicios de interpretación por medio del programa de Medicaid en Connecticut sería de \$4.7 millones (el total de \$3.2 millones para los inscritos en el programa cuidado de salud administrado de Medicaid y \$1.5 millones para los inscritos en tarifa por servicio — FFS- de Medicaid).
5. De los tres mecanismos disponibles para conseguir fondos federales de contrapartida, el mecanismo que parece ser el más ventajoso sería que el estado reembolse los servicios de interpretación como un “gasto cubierto” que pagaría por el 50 por ciento del costo.

Además, contactos que fueron hechos con proveedores de Connecticut revelaron que éstos no dejan constancia del número de pacientes con dominio limitado del idioma inglés a quienes sirven y desconocen los recursos de interpretaciones médicas para estos pacientes. A fin de despertar una mayor conciencia de la necesidad y disponibilidad de intérpretes y crear un sistema eficaz para implantar un programa de interpretación que tome en cuenta los tipos de proveedores, se debe formar un grupo de trabajo que conste de las partes interesadas para identificar: (1) los obstáculos para la provisión de los servicios, (2) enfoques exitosos para llenar las necesidades de la comunidad con dominio limitado del idioma inglés, y (3) posibles actividades educativas y de alcance que puedan incrementar el uso de los servicios existentes.



INTRODUCCIÓN Y FONDO

La necesidad creciente de servicios de interpretación

Cambios en la modalidad demográfica e inmigratoria en los Estados Unidos están dando por resultado un número creciente de personas que no pueden tener acceso fácil a los servicios de salud básicos porque no hablan o entienden adecuadamente el idioma inglés (Shin y Bruno 2003).⁴ El limitado dominio del inglés contribuye de esta manera a las disparidades raciales y étnicas en el campo de la salud. Un sistema en el que los proveedores de asistencia médica están pobremente equipados para proporcionar un cuidado culturalmente competente en idiomas que no sean el inglés puede dar por resultado cuidado de calidad inferior y con resultados de salud deficientes (Leyva et al. 2005; Brach et al. 2005; Carter-Pokras et al. 2004; Derosé y Baker 2000; Preciado y Henry 1997).

El uso de intérpretes entrenados en encuentros de atención médica puede mejorar significativamente el acceso a servicios de calidad facilitando diagnósticos, tratamientos y seguimientos exactos (Brach et al. 2005). Los servicios de interpretación pueden también reducir los costos de la asistencia médica a largo plazo por disminuciones en errores médicos y procedimientos innecesarios. La necesidad de servicios de interpretación solo aumentara, a medida que crece el tamaño de la población con dominio limitado del inglés.

Apoyos legales para los servicios de interpretación

Durante las últimas décadas, el gobierno federal ha erigido apoyos legales para la atención médica lingüísticamente apropiada. Todas las entidades que proporcionan servicios sociales, incluyendo la atención médica, y reciben fondos federales deben proporcionar ayuda de lenguaje a sus clientes. Este requisito deviene de interpretaciones consecutivas del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el que prohíbe la discriminación en base a raza, color u origen nacional dentro de cualquier programa o actividad que recibe ayuda financiera federal. En 1974, La Corte Suprema de los Estados Unidos falló a favor de que las protecciones del Título VI aplican a cualquier comportamiento que afecte desproporcionadamente a personas con la condición LEP porque dichas formas de proceder discriminan en base al origen nacional.⁵

La necesidad de servicios de interpretación solo aumentara, a medida que crece el tamaño de la población con dominio limitado del inglés.

La disponibilidad de fondos federales de contrapartida

Conjuntamente con los requisitos de proporcionar “acceso significativo,” el gobierno federal ofrece también fondos de contrapartida para ayudar a compensar los costos estatales de los servicios de interpretación para el programa de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid pueden recibir servicios de interpretación directos del personal, intérpretes contratados a través de agencias o por medio de un servicio telefónico.⁶ Los estados pueden reclamar esos fondos de contrapartida en una de tres formas:

1. como gasto cubierto por Medicaid en el que el costo de los servicios de interpretación; es reembolsado a la tasa federal de contrapartida de Medicaid del estado en la misma forma que cualquier servicio médico;
2. como gastos “administrados” con reembolso de la mitad del costo de los servicios de interpretación, o
3. por medio de pagos a Hospitales de Aporte Desproporcionado (DSHs por las siglas en inglés) que proporcionan servicios a un número grande de beneficiarios de Medicaid y a los que no tienen seguro. En la actualidad, sólo 11 estados usan estos fondos y cada estado estructura el beneficio de forma diferente (National Health Law Program y Access Project 2004).⁷

Este informe va a desarrollar estimados para determinar si sería eficaz para Connecticut unirse a ellos en función de los costos.

Metas del trabajo de investigación

Audiencias públicas recientes han revelado que muchos residentes de Connecticut que no tienen dominio del idioma inglés por lo general ven a sus proveedores de atención médica sin que se usen intérpretes adiestrados (Connecticut Health Foundation 2005). El Panel de Políticas (Pólizas) sobre Disparidades Raciales y Étnicas de 2005 de Connecticut Health Foundation reconoció que existía esta necesidad por llenar y recomendó que DSS usara fondos de contrapartida de Medicaid, federal para rembolsar a los proveedores de servicios de interpretación. Esto disminuiría la carga económica por estos servicios para el estado (Connecticut Health Foundation 2005). A fin de ayudar a dar a conocer las recomendaciones del Panel de Políticas, Connecticut Health Foundation (CHF) le pidió a Mathematica Policy Research, Inc. que contestara a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto de los beneficiarios de Medicaid en Connecticut son limitados en su dominio del inglés?
2. ¿Cuáles son los niveles actuales de acceso a los servicios de interpretación entre la población de Medicaid del estado que tiene un dominio limitado del inglés?
3. ¿Cuánto le costaría al estado rembolsar los servicios de interpretación cara a cara para todos los encuentros de los beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP?
4. ¿Cómo podría el estado implantar los fondos federales de contrapartida para ayudar a compensar el costo de la provisión de servicios de interpretación a los inscritos en Medicaid que tienen la condición de LEP?

A fin de contestar a estas preguntas, se realizaron análisis mediante el uso de una gama de bases de datos federales, estatales y locales; información por medio de contactos

telefónicos con proveedores de atención médica de Connecticut e información de oficiales de la salud en estados que ya están participando en las contrapartidas federales. Los apéndices A y B proveen una explicación detallada de las fuentes de datos y el proceso que se usó para calcular los estimados.





HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

Para determinar el costo posible del reembolso de los servicios de interpretación en Connecticut se requiere hacer estimaciones de cuatro cifras: (1) el número de beneficiarios de Medicaid con poco o ningún dominio del inglés, (2) la proporción de los servicios de atención médica que usan estos inscritos en Medicaid, (3) el promedio de tiempo que dura cada encuentro entre proveedor y paciente (cuando se necesita intérprete), y (4) el costo de usar un intérprete por un período de tiempo normal. Con esta información, es posible estimar el costo de los pagos por los servicios de interpretación en Connecticut para la población en Medicaid que no domina el inglés.

Tamaño estimado de la población con dominio limitado del idioma inglés en Medicaid

Los residentes de Connecticut de bajos recursos económicos comparten por lo menos 79 idiomas diferentes. 65 de esos idiomas incluyen a personas de bajos recursos que no dominan el inglés. Mientras que aproximadamente el 4.6 por ciento de los residentes de Connecticut tienen un dominio limitado del inglés, la proporción varía según el idioma del grupo. Alrededor del 48.7 por ciento de los residentes de bajos ingresos que hablan español en Connecticut tienen un dominio limitado del inglés mientras que el 43 por ciento de las personas de bajos ingresos que hablan “otros” idiomas tienen dificultades con respecto al inglés.⁸ Aplicando estas estadísticas se estima que el programa de Medicaid en Connecticut proporcionó servicios a 22,353 personas con la condición de LEP en 2003. De estos beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP, 16,793 están inscritos en el programa cuidado de salud administrado HUSKY A (Healthcare for Uninsured Kids and Youth) y 5,560 en el programa tarifa por servicio (fee-for-service — FFS —) o el programa HUSKY B. Hartford, Bridgeport and Stamford tienen los porcentajes más altos de personas que no dominan el inglés (27.6 por ciento, 26 por ciento y 30.7 por ciento, respectivamente); Litchfield County tiene el porcentaje más bajo (2.1 por ciento de la población).

Los residentes de Connecticut de bajos recursos comparten por lo menos 79 idiomas diferentes. 65 de esos idiomas incluyen a personas de bajos recursos que no dominan el inglés.

Acceso existente a servicios de interpretación

Algunos de los beneficiarios de Medicaid en Connecticut ya reúnen los requisitos para recibir servicios de interpretación. La elegibilidad depende del tipo de programa de Medicaid. El programa de Medicaid de Connecticut consiste en dos partes: tres cuartas partes de los beneficiarios de Medicaid están en planes de salud de cuidado administrado mientras que el resto participa en los arreglos de FFS tradicionales.

El programa Medicaid de FFS no cubre los servicios de interpretación para los beneficiarios de FFS; sin embargo, los planes de salud de cuidado administrado de Medicaid sí lo hacen.⁹ Los planes de salud de cuidado administrado brindan los servicios de interpretación como gastos administrativos bajo sus contratos con DSS. Los inscritos que necesitan intérprete llaman al departamento de servicios de los miembros para fijar citas que incluyen servicios de interpretación. Las Organizaciones de Cuidado de Salud Administrado de Medicaid (MCOs por las siglas en inglés) requieren por lo general de 48 horas de notificación para programar la cita, y proporcionar cobertura de intérprete ya sea por medio de una línea de idioma por teléfono o interpretación cara a cara por un vendedor externo.¹⁰ Desafortunadamente, los planes no mantienen registros de la frecuencia con que los inscritos usan los servicios de interpretación. Las llamadas a varios médicos privados de cuidado de salud administrado de Medicaid revelaron que pocos de ellos tienen conocimiento de que el plan provee intérpretes para los pacientes de Medicaid con la condición de LEP, pese a que esta información consta en sus manuales para proveedores.

Un examen preliminar de la magnitud de los servicios de interpretación indica que los proveedores de atención médica de instituciones (por ejemplo, hospitales y clínicas de salud en la comunidad) están mejor equipados que las oficinas de los médicos privados para proporcionar servicios de interpretación a

través de su personal bilingüe o bancos de intérpretes por teléfono. Las oficinas de los médicos privados usan a sus médicos y personal bilingües (si los hay disponibles) para interpretar o se confían en miembros de la familia para que traduzcan para el paciente pero no usan bancos de teléfonos de respaldo.¹¹

Los beneficiarios de Medicaid que no dominan el inglés usaron en gran número los servicios de médicos, los servicios de clínicas y los servicios para pacientes externos de los hospitales. Esto sugiere que hay una gran necesidad de servicios de interpretación en los lugares en que se prestan servicios para pacientes externos.

Volumen de cuidado recibido por personas con la condición de LEP

Los beneficiarios de Medicaid con bajo dominio del inglés, al igual que sus contrapartes que tienen dominio del inglés, usan una amplia variedad de servicios de cuidado de salud. La Tabla 1 muestra los tipos y el número de servicios usados por beneficiarios de Medicaid así como la proporción que usan los inscritos con dominio limitado del inglés. Los datos indican que los beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP inscritos en cuidado de salud administrado hicieron visitas de oficina con mucha mayor frecuencia que a otros servicios. Los servicios de pacientes hospitalizados estuvieron en un segundo puesto distante y fueron seguidos de cerca por las visitas de cuidado de salud de conducta. Están descompuestos en mayor detalle los datos de los beneficiarios de FFS de Medicaid. Se ve también aquí un fuerte uso de los servicios de médicos, los servicios de clínicas y los servicios de pacientes externos de los hospitales por parte de los beneficiarios de Medicaid que no tienen dominio del inglés.¹² Esto sugiere que son fuertemente necesitados los servicios de interpretación en los entornos de pacientes externos.

Dado que los costos de los servicios de interpretación son calculados en base al tiempo que los intérpretes dedican a traducir los encuentros médicos, el costo de dichos servicios utilizados por los beneficiarios de Medicaid que no dominan el inglés depende del tiempo que se gasta durante su atención médica. Varios estudios sugieren que las personas con la condición de LEP pasan un promedio de 40.5 minutos por encuentro con un proveedor (Kravitz et al. 2000; Fagan et al. 2003).¹³ Una de hora servicios de interpretación frente a frente cuesta \$50 (en base a estimados proporcionados por los programas de Medicaid de otros estados así como en estimados de proveedores de servicios de interpretación a través de varias áreas de mercado en Connecticut).¹⁴ El costo de los servicios de interpretación multiplicados por el volumen de los servicios de atención médica usados por los beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP (el número de servicios y el tiempo que demoró proporcionarlos) producen un estimado del costo de proveer servicios de interpretación a la población limitada en el dominio de inglés de Medicaid.

El costo estimado de los servicios de interpretación para beneficiarios de Medicaid con dominio limitado del inglés

El costo de proveer servicios de interpretación frente a frente para los beneficiarios de Medicaid que no dominan el inglés ascendería a \$4.7 millones por año en base a \$3.2 millones entre los inscritos en cuidado de salud administrado y \$1.5 millones para los inscritos en FFS. Si Connecticut comenzara a participar en el programa de fondos federales de contrapartida, lo haría a una proporción del 50 por ciento, la tasa de reembolso de Medicaid del gobierno federal para Connecticut. Dicha participación disminuiría el costo anual del programa de Medicaid de Connecticut en aproximadamente \$2.35 millones.¹⁵

TABLA 1
NÚMERO ESTIMADO DE LOS SERVICIOS USADOS POR LOS INSCRITOS CON LA CONDICIÓN DE LEP

	Número total de los servicios usados por las personas con la condición de LEP	Número de servicios usados por personas con la condición de LEP
Panel 1: Inscritos en cuidado de salud administrado		
Visitas de cuidado de salud para niños sanos	218,855	10,693
Visitas a oficinas	808,690	37,532
Visitas de cuidado de salud de conducta	294,427	12,126
Visitas de emergencia	215,201	11,933
Días de paciente hospitalizado	194,501	13,792
Panel 2: Inscritos en FFS		
Servicios clínicos	35,828	1,637
Servicios dentales	41,141	1,880
Servicios de salud en el hogar	23,092	1,055
Sitios de cuidado intermedio para personas con retardo mental	1,406	64
Servicios de hospital para pacientes hospitalizados	33,202	1,517
Servicios de laboratorio y rayos X	76,238	3,484
Sitios de servicios de salud mental	500	23
Sitios de servicio de enfermería	40,681	1,859
Otros servicios de cuidados	87,298	3,990
Servicios de hospitales para pacientes externos	96,349	4,403
Servicios de otros profesionales	50,667	2,315
Drogas recetadas	123,704	5,653
Servicios de médicos	99,954	4,568
Servicios de apoyo personal	33,844	1,547
Esterilizaciones	241	11

Fuentes: Medical Statistical Information System (MSIS), Centers for Medicare & Medicaid Services 2005b (CMS), Connecticut Voices for Children, 2003 Enrollment Data.



ACCIÓN FUTURA

Se cuenta con varias opciones para estructurar el programa de forma tal que se pueda reducir el costo al estado.

Este estimado del costo de proporcionar los servicios de interpretación a los beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP es el primer paso para determinar cómo el programa de Medicaid de Connecticut puede ampliar el acceso a la atención apropiada para los inscritos que no dominan el inglés. Se cuenta con varias opciones para estructurar el programa de forma tal que disminuya el costo al estado. Entre las opciones encontramos el reembolso por los servicios de interpretación como gasto cubierto por Medicaid, como gasto administrativo o por medio de pagos a proveedores que cuidan a una proporción desproporcionada de pacientes con dominio limitado del inglés. Los estados que ya proveen cobertura de Medicaid para intérpretes han escogido diversas opciones. La descripción del diseño de los programas de tres estados de la Nueva Inglaterra ayuda a ilustrar las opciones.

Maine

Maine tiene una de las poblaciones con dominio limitado del inglés más pequeñas (2 por ciento) de todos los estados que están recibiendo fondos federales de contrapartida para los servicios de interpretación. Maine trata los servicios de interpretación como gasto cubierto por Medicaid y usa los códigos de facturación establecidos por el estado para reembolsar directamente a los proveedores de cuidado de salud por los costos de interpretación frente a frente o servicios telefónicos. Los intérpretes reciben \$30 (por horas de oficina) or \$40 (por horas que no son de oficina) por la primera hora de servicio, con tasas de reembolso de \$7.50 por cada incremento adicional de 15 minutos. El reembolso incluye la duración al viaje de ida y vuelta del lugar pero no el tiempo de espera. Los hospitales, instituciones privadas no médicas, sitios de enfermería y los sitios de cuidado intermedio para las personas con retardo mental no pueden facturar por separado por los costos de interpretación, los que ya forman parte de las tarifas de pagos a los proveedores.

Massachusetts

Con el 7.7 por ciento de su población total con la condición de LEP, Massachusetts tiene el número mayor de personas con LEP entre los estados que participan actualmente en la contrapartida federal. Massachusetts tiene una larga historia de provisión de servicios de idiomas en encuentros en el campo de la salud a través del proceso de determinación de su necesidad. El estado procuró y obtuvo la aprobación federal de una enmienda a su programa de Medicaid para financiar la cobertura de los servicios de interpretación. Usa también pagos federales para cubrir el costo de intérpretes en hospitales que reciben pagos DSH.

New Hampshire

A pesar de tener una población limitada en su dominio del inglés similar a la de Maine en tamaño (2.4 por ciento de su población), New Hampshire ha optado por participar en la contrapartida federal facturando los servicios de interpretación como gastos administrativos. Los intérpretes se inscriben como proveedores de Medicaid y facturan por sus servicios al estado directamente pero sólo para beneficiarios en el plan de FFS de Medicaid del estado. Los intérpretes de idiomas reciben \$15 por la primera hora de servicio y adicionalmente \$2.25 por cada incremento subsiguiente de 15 minutos.

Recomendaciones para Connecticut

Varios factores sugerirían que el reembolso de los servicios de interpretación como un gasto con cobertura sería la opción más apropiada para Connecticut. El reembolso como un servicio con cobertura supera algunas desventajas que presentan las otras dos opciones. En primer lugar, cuando se escoge financiar los servicios de interpretación por medio de pagos a DSHs se presume que casi toda la necesidad de servicios de interpretación se encuentra en pacientes de hospitales. Sin embargo, los pacientes con dominio limitado del inglés en Connecticut usan diversos proveedores de atención médica. Más aún, bajo esta opción, los fondos para servicios de interpretación se pagan por medio de los fondos generales de DSH y no es completamente seguro que se asignaría fondos para este propósito específico.

La segunda opción, de recibir reembolsos como gastos administrativos, presenta un problema similar. Además, ninguna de estas opciones permite supervisar el costo y tendencias en los servicios de interpretación para el programa de Medicaid. Es la tercera opción la que contiene un número mayor de ventajas. El aprovecharse de la estructura de pagos que ya existe para cubrir los servicios de interpretación al tratarlos como un gasto cubierto por Medicaid hace más fácil su implementación. Creando un código de facturación separado para los servicios de interpretación, se estaría proporcionando un incentivo para el uso de estos servicios. Ayudaría a contribuir una rendición de cuentas y transparencia más grandes al proceso.

Además de asegurar el reembolso, otras políticas (pólizas) pueden ayudar también a ampliar el acceso a la atención médica apropiada en el aspecto lingüístico. La comunicación directa con proveedores de asistencia médica de Connecticut reveló que los participantes en el sistema de atención médica no siempre tienen conocimiento de la población con dominio limitado del inglés a la que sirven ni de los recursos para interpretar que tienen a la disposición. Aparentemente, muchos de los médicos privados de cuidado de salud administrado no estaban conscientes de que MCOs pueden programar y cubrir el costo de los servicios de interpretación para los encuentros con

pacientes que no dominan el inglés. Y, finalmente, pese a que las aplicaciones (solicitudes) de inscripción en Medicaid incluyen una pregunta sobre el idioma preferido, no se informan ordinariamente los datos sobre la cantidad y patrones residenciales de los diferentes grupos por idioma.

Se debería crear un grupo de trabajo conformado por las partes interesadas claves, incluyendo médicos individuales, personal de las clínicas de salud en la comunidad y hospitales, representantes de organizaciones minoritarias de alcance a la comunidad e intérpretes médicos con el fin de aumentar el conocimiento de la disponibilidad de servicios de interpretación y crear un sistema eficaz para implementar un programa de interpretación para todos los tipos de proveedores. El grupo de trabajo podría identificar obstáculos adicionales en la entrega de servicios, discutir enfoques exitosos para llenar las necesidades de la comunidad con dominio limitado del inglés y recomendar actividades educativas y de alcance a la comunidad que podrían aumentar la utilización de los servicios de interpretación. Un seguimiento preciso y consistente de las necesidades en el aspecto de idiomas y servicios en los encuentros de atención médica es un paso importante en el desarrollo de políticas (pólizas) que eliminen disparidades en el campo de la salud que devienen de barreras por los idiomas.

Un seguimiento preciso y consistente de las necesidades en el aspecto de idiomas y servicios en los encuentros de atención médica es un paso importante en el desarrollo de políticas (pólizas) que eliminen disparidades en el campo de la salud que devienen de barreras por los idiomas.

APÉNDICE A

Detalles sobre las fuentes de datos

Como se anotó anteriormente, los beneficiarios de Medicaid de Connecticut reciben atención sea por medio de planes de salud de cuidado de salud administrativo o por medio de arreglos tradicionales de tarifas por servicio (FFS). Dado que existe esta división entre los servicios, se usaron varias fuentes de datos para recopilar información y calcular los estimados de costos. Connecticut Voices for Children (Voces para Niños de Connecticut, de aquí en adelante denominada “CT Voices”) y Medicaid Statistical Information System (Sistema de Información Estadística Médica – MSIS por las siglas en inglés) de CMS presentaron datos cuantitativos sobre el número de inscritos en Medicaid y los niveles de uso de la atención médica para las poblaciones de, respectivamente, cuidado de salud administrativo y FFS. CT Voices le proporcionó a MPR datos cuantitativos del programa de cuidado de salud administrativo de Medicaid, Cuidado de Salud para Niños y Jóvenes Sin Seguro de Salud (HUSKY). Los archivos específicos fueron para el programa HUSKY A, que cubre a niños y a sus familias con ingresos por debajo del 185 por ciento del nivel de pobreza federal (FPL por las siglas en inglés).¹⁶ Los datos incluyen información sobre los niveles de uso de servicios en los diferentes entornos de atención médica y fueron descompuestos en agrupaciones por idioma.¹⁷ Datos de MSIS proporcionaron información sobre lugares de atención y el uso de la atención médica para los inscritos en FFS de Connecticut.

El enfoque metodológico que se usó fue afectado por varias limitaciones en ambas fuentes. En primer lugar, porque ni los datos de CT Voices ni los archivos de MSIS incluyen información sobre el dominio del inglés, fue necesario complementar esos datos con información de los archivos de 5 Percent Public Use Microdata Sample (Muestra de Microdatos de Uso Público de 5 Por ciento — PUMS por las siglas en inglés) de la Oficina del Censo para estimar el número de personas con la condición de LEP en el programa de Medicaid de Connecticut (U.S. Census Bureau 2003a and 2003b). Los archivos de PUMS incluyen información sobre cuán bien hablan inglés individuos no nativos (con respuestas posibles de “muy bien,” “bien,” “no muy bien” y “para nada”). Se contó como personas con la condición de LEP a todos aquellos que contestaron menos que “muy bien”. Fueron limitados también por nivel de ingreso los estimados del tamaño de la población con dominio limitado del inglés en Connecticut porque los hogares en los ingresos más bajos son los más representativos de la población que reúne los requisitos para recibir beneficios de Medicaid.

En segundo lugar, CT Voices organiza los datos en forma diferente a los datos de MSIS, por lo que la información de las dos fuentes no podía ser comparada directamente. Por ejemplo, CT Voices organiza sus datos por agrupaciones por idioma mientras que los datos de MSIS presentan la información por grupo racial / étnico. Sin embargo, dado que son representativos de la población del estado, los archivos de PUMS son útiles para crear estimados válidos y confiables del número de personas con la condición de LEP a través de una gran variedad de variables, incluso área geográfica, agrupaciones por idioma, edad, grupo racial/étnico y condición de incapacidad. Se usaron los archivos de PUMS para confirmar la confiabilidad de los supuestos sobre la comparabilidad de los estimados de estas dos fuentes de datos.

Otra diferencia de organización entre los dos archivos fue que los datos de CT Voices presentan cinco categorías de servicios mientras que los datos de MSIS incluyen 15 diferentes categorías de tratamiento o servicios. Porque no hubo ninguna forma fácil de superar esta limitación, el análisis se confió en estimados separados para el volumen y tipos de servicios usados, y para costos de intérprete para las poblaciones de cuidado de salud administrado y de FFS. Fueron combinados los dos estimados de los costos para llegar a un total de costo estimado para los servicios de interpretación del programa de Medicaid.

Los datos de CT Voices tienen dos limitaciones adicionales que ameritan que sean mencionadas. En primer lugar, como se lo ha descrito arriba, se limitan a sólo las visitas de atención médica para los inscritos en HUSKY A. Sin embargo, dado que la mayoría de los inscritos en HUSKY están en la parte A del programa, los datos representan encuentros de atención médica por el volumen de los beneficiarios de cuidado de salud administrado de Medicaid de Connecticut. En segundo lugar, porque los datos de idiomas representan el idioma que habla el solicitante, puede que el identificador de idioma no aplique al individuo que recibe la atención. Sin embargo, porque el programa HUSKY cubre a niños mayormente, quienes son acompañados a sus visitas de atención médica en la mayoría de los casos por un padre o madre para quien el indicador de idioma es relevante, la información sobre idiomas en los datos de CT Voices es útil de cualquier modo para identificar los encuentros de atención médica con personas con dominio limitado del inglés.

La recopilación de datos cualitativos incluyó una revisión a fondo de publicaciones de monografías académicas e informes gubernamentales y de políticas (pólizas) así como intercambios de correo electrónico y llamadas telefónicas a un número de personas bien informadas. Incluyeron al director del programa de Medicaid de Connecticut, representantes de programas de Medicaid de otros estados que han estado participando directamente en el diseño o reembolso de los servicios de interpretación, negocios que brindan servicios de interpretación, los proveedores de cuidado de salud administrado de Medicaid de Connecticut¹⁸ administradores de hospitales y asociaciones de proveedores de Connecticut, y personal de sitios de atención médica individual (hospitales y clínicas de salud en la comunidad) y oficinas de doctores privados.

APÉNDICE B

La derivación de los estimados de los costos de los servicios de interpretación

Cantidad estimada de la población con dominio limitado del inglés en Connecticut

Como se anotó arriba, dado que los archivos de datos cuantitativos de Medicaid no incluyen información sobre el dominio del inglés, se usaron los archivos de PUMS para estimar el número de beneficiarios de Medicaid con la condición de LEP. Cuando se limitan estos estimados a hogares con ingresos en o por debajo del 100 por ciento del FPL, cerca del 15 por ciento de la población de Connecticut (50,031 personas) califica su capacidad de hablar inglés como menos de “muy bien” (Tabla B.1). Sin embargo, el porcentaje de las personas con dominio limitado del inglés varía en algo de acuerdo al idioma del grupo. Entre las personas que hablan español que viven en o por debajo de la línea del nivel de pobreza, el 48.7 por ciento declara dominio limitado del inglés mientras que el estimado combinado de todos los demás idiomas arroja un 43 por ciento.

TABLA B.1

ESTIMADOS DE LA POBLACIÓN DE CONNECTICUT CON CONDICIÓN DE LEP ENTRE LOS QUE VIVEN EN LA POBREZA

	Población total	Población con condición de LEP	Por ciento con condición de LEP
Connecticut	340,633	50,031	14.7
Idioma			
Español	69,675	33,909	48.7
Otro	37,531	16,122	43.0

Fuentes: Archivos de 2000 U.S. Census Bureau 5 Percent Public Use Microdata Sample (PUMS).

Personas con condición de LEP inscritas en el Medicaid en Connecticut

La inscripción total en Medicaid en 2003 fue de 487,989. Dado que los datos de CT Voices incluyen agrupaciones por idioma para los inscritos en HUSKY A, el porcentaje de personas con la condición de LEP agrupados por idioma derivado de la Oficina del Censo de los Estados Unidos fue usado para estimar el número total de personas con dominio limitado del inglés que recibe servicios por medio del programa HUSKY A.¹⁹ En 2003, 366,601 personas estaban inscritas en HUSKY A, entre las cuales 29,113 (8 por ciento) eran de hogares cuyo idioma principal era español y otros 6,081 (1.7 por ciento) eran de hogares en los que se hablaban todos los demás idiomas que no eran inglés (Tabla B.2). Cuando se aplican estos datos y los estimados de la Oficina del Censo de los Estados Unidos arriba indicados, HUSKY A inscribió a 16,793 personas con la condición de LEP en 2003. En general, las personas con la condición de LEP representaron menos del 5 por ciento de todos los participantes en el programa de cuidado de salud administrado de HUSKY A. Al restarse los 366,601 inscritos en HUSKY A queda un estimado de 121,388 inscritos en FFS y cuidado de salud administrado de Medicaid. Suponiendo que un porcentaje similar de estos inscritos (4.6 por ciento) es de dominio limitado del idioma inglés,²⁰ esto sugiere que el Medicaid de Connecticut inscribió a 5,560 personas con la condición de LEP adicionales en 2003, lo que trajo el número total de personas con la condición de LEP a 22,353.

TABLA B.2

EL NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS CON LA CONDICIÓN DE LEP INSCRITAS EN EL MEDICAID DE CONNECTICUT

	Población total	Población con condición de LEP	Por ciento con condición de LEP
Inscritos en HUSKY A	366,601	16,793	4.6
Inglés	331,407	N/A	N/A
Español	29,113	14,178	48.7
Otro	6,081	2,615	43.0
FFS y Otros inscritos en cuidado de salud administrado	121,388	5,560	4.6
Total	487,989	22,353	4.6

Fuentes: Medicaid Statistical Information System; Centers for Medicare & Medicaid Services 2005b; CT Voices for Children, 2003 Enrollment Data. N/A = no aplica.

Distribución geográfica de las personas con la condición de LEP

La Tabla B.3 presenta estimados del tamaño de la población con dominio limitado del inglés dentro de PUMAs²¹ a lo largo de Connecticut. La Oficina del Censo de los Estados Unidos no proporciona nombres para los PUMAs pero la tabla incluye los nombres de las ciudades principales en cada PUMA, así como los números de referencia de PUMA del Censo.

TABLA B.3

ESTIMADOS DE LA POBLACIÓN CON DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS A TRAVÉS DE LOS PUMAS DE CONNECTICUT Y ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA POBREZA

Descriptor y número de PUMA	Población Total	Población con condición de LEP	Porcentaje con condición de LEP
Litchfield County (00100)	10,448	215	2.1
Windsor (00200)	10,979	930	8.5
East Hartford/Manchester (00300)	9,498	1,169	12.3
West Hartford (00400)	11,856	823	6.9
Bristol (00500)	6,415	747	11.6
New Britain (00600)	13,612	2,647	19.5
Newington/Wethersfield/Glastonbury (00700)	5,395	573	10.6
Hartford (00800)	36,703	10,114	27.6
Vernon/Storrs (00900)	17,520	955	5.5
Willimantic/Killingly (01000)	11,837	1,265	10.7
Norwich (01100)	9,554	674	7.1
New London (01200)	16,796	968	5.8
Middletown (01300)	12,085	541	4.5
Naugatuck/Cheshire (01400)	8,892	653	7.3
Meriden (01500)	10,099	1,981	19.6
Hamden (01600)	11,505	799	6.9
West Haven/Milford (01700)	8,626	830	9.6
Branford (01800)	4,226	413	9.8
Waterbury (01900)	17,117	3,579	20.9
New Haven (02000)	35,401	4,540	12.8
Danbury (02100)	12,910	3,101	24.0
Fairfield (02200)	12,527	616	4.9
Norwalk/Greenwich (02300)	11,492	2,292	19.9
Bridgeport (02400)	24,790	6,433	26.0
Stamford (02500)	10,350	3,173	30.7

Fuente: Archivo sde 2000 U.S. Census Bureau 5 Percent Public Use Microdata Sample (PUMS).

Idiomas hablados por las personas con la condición de LEP en Connecticut

La Tabla B.4 presenta la lista de idiomas que se hablan entre los residentes indigentes en Connecticut así como el número y porcentaje de personas con la condición de LEP.

TABLA B.4

LOS IDIOMAS HABLADOS Y EL ESTIMADO DE LA POBLACIÓN CON LA CONDICIÓN DE LEP ENTRE LOS QUE VIVEN EN LA POBREZA

	Número de personas que hablan	Número de personas con condición de LEP	Porcentaje con condición de LEP		Número de personas que hablan	Número de personas con condición de LEP	Porcentaje con condición de LEP
Albanian	1,132	921	81.4	Mandarin	235	50	21.3
Algonquian	24	0	0.0	Miao, Hmong	95	25	26.3
Amharic	111	92	82.9	Mon-Khmer, Cambodian	117	69	59.0
Arabic	621	266	42.8	Navajo	54	21	38.9
Armenian	156	67	42.9	Nepali	56	43	76.8
Bantu	248	60	24.2	Norwegian	108	0	0.0
Bengali	137	9	6.6	Other Asian	20	0	0.0
Bulgarian	180	114	63.3	Other Indic	89	45	50.6
Cantonese	136	17	12.5	Other languages	106	22	20.8
Chinese	1,740	946	54.4	Other Native American languages	36	21	58.3
Choctaw	40	0	0.0	Other Philippine	33	0	0.0
Croatian	122	105	86.1	Other Slavic	22	22	100.0
Cushite	132	132	100.0	Other specified African	18	0	0.0
Czech	89	89	100.0	Pakistan, not elsewhere classified	70	70	100.0
Danish	66	36	54.5	Panjabi	20	20	100.0
Dutch	42	11	26.2	Patois	161	50	31.1
Finnish	15	0	0.0	Persian	76	0	0.0
Formosan	140	49	35.0	Polish	4,158	1,398	33.6
French	4,009	880	22.0	Portuguese	3,959	2,851	72.0
French Creole	1,345	609	45.3	Romanian	121	75	62.0
German	1,787	395	22.1	Russian	1,178	656	55.7
Greek	691	194	28.1	Samoan	104	17	16.3
Gujarathi	259	83	32.0	Serbocroatian	603	502	83.3
Hebrew	312	91	29.2	Sinhalese	17	0	0.0
Hindi	591	197	33.3	Slovak	85	20	23.5
Hungarian	351	135	38.5	South/Central American Indian	53	0	0.0
India, not elsewhere classified	242	185	76.4	Spanish	69,675	33,909	48.7
Indonesian	113	90	79.6	Swahili	18	0	0.0
Irish Gaelic	65	45	69.2	Swedish	197	22	11.2
Italian	4,993	1,485	29.7	Tagalog	267	39	14.6
Jamaican Creole	268	75	28.0	Tamil	154	27	17.5
Japanese	632	370	58.5	Telugu	57	0	0.0
Kannada	41	41	100.0	Thai	201	108	53.7
Korean	975	671	68.8	Turkish	529	178	33.6
Kru, Ibo, Yoruba	231	33	14.3	Ukrainian	345	291	84.3
Kurdish	208	149	71.6	Urdu	345	289	83.8
Laotian	183	77	42.1	Vietnamese	365	220	60.3
Lettish	57	0	0.0	Yiddish	606	86	14.2
Lithuanian	304	149	49.0				
Malay	45	17	37.8				
Malayalam	20	0	0.0				
				Total	107,206	50,031	46.7

Fuente: Los archivos de PUMS de la muestra de 5 Percent Public Use Microdata (de 2000 de U.S. Census Bureau).

Volumen de los servicios usados

Así como ha sido discutido anteriormente, dado que los datos de la utilización de la atención médica provino de dos fuentes distintas, se calcularon estimados separados del volumen de cuidado para los beneficiarios de atención médica administrada de Medicaid y aquellos que se beneficiaron de FFS.

Utilización de servicios en el cuidado de salud administrado

Fueron aplicados los datos de los estimados de la Oficina del Censo de los Estados Unidos sobre la utilización de servicios a los inscritos en HUSKY A a fin de determinar el número de personas con la condición de LEP que usó cada uno de los cinco tipos de servicios: (1) cuidado de salud para niños sanos, (2) visitas a oficinas, (3) cuidado de salud de conducta, (4) visitas de emergencia y (5) atención de paciente hospitalizado (Tabla B.5). Se usó el estimado de 48.7 por ciento para personas que hablan español a fin de determinar la proporción del total de visitas consideradas por las personas con la condición de LEP. Para visitas por parte de personas que hablaban otros idiomas, se usó el estimado de 43 por ciento.

Por lo tanto, mientras que el número total de visitas es una suma directa de los números en la primera y tercera columna (por ejemplo, para las visitas para niños sanos, 18,620 entre personas que hablan español más 3,780 visitas para otros grupos de idiomas es igual a un total de 22,400 visitas para niños sanos), el número de visitas limitado a las personas con la condición de LEP es una suma ponderada de los números en la primera y tercera columna ($18,620 \times 0.487 + 3,780 \times 0.43 = 10,693$ o, con equivalencia, a 9,068 visitas para las personas que hablan español con la condición de LEP más 1,625 visitas para las personas con dominio limitado del inglés que hablan otros idiomas).

Los datos indican que entre el total de 22,400 visitas de cuidado de salud para niños sanos hechas por personas que no hablan inglés, 10,693 fueron de personas con la condición de LEP. Para las otras categorías de servicios, las personas con la condición de LEP representaron 37,532 visitas de oficina, 12,126 visitas de atención médica de conducta, 11,933 visitas de emergencia, y 2,440 la permanencia por parte de pacientes hospitalizados en un promedio de 5.7 días.

TABLA B.5

NÚMERO ESTIMADO DE SERVICIOS USADOS POR LOS INSCRITOS EN HUSKY A CON LA CONDICIÓN DE LEP

	Español		Otros idiomas		Volumen total	
	Total	Sólo LEP	Total	Sólo LEP	Total	Sólo LEP
Cuidado de salud para niños sanos	18,620	9,068	3,780	1,625	22,400	10,693
Visitas a oficinas	68,230	33,228	10,010	4,304	78,240	37,532
Atención médica de conducta	18,912	9,210	6,782	2,916	25,694	12,126
Visitas de emergencia	22,426	10,921	2,354	1,012	24,780	11,933
Cuidado de pacientes hospitalizados	3,471	1,690	1,744	750	5,215	2,440
Total de días	20,202	9,838	9,195	3,954	29,397	13,792
Duración promedio de las permanencias	5.8	5.8	5.3	5.3	5.6	5.7

Fuente: CT Voices for Children, 2003 HUSKY A Service Use Data.

Utilización de los servicios por los beneficiarios de tarifa por servicio

Los datos sobre la utilización de FFS fueron obtenidos de los archivos de MSIS, e incluyeron categorías por servicio detalladas. Sin embargo, dado que los datos sobre el uso de servicios no están descompuesto por agrupaciones por idioma, fueron aplicados los estimados derivados anteriormente para la población del cuidado de salud administrado en general (4.6 por ciento) para estimar el volumen de los servicios usados por los beneficiarios de FFS de Medicaid con la condición de LEP (Tabla B-6).

TABLA B.6

ESTIMADO DE LA UTILIZACIÓN DE TARIFA POR SERVICIO DENTRO DE LOS SERVICIOS DE MEDICAID POR LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID CON LA CONDICIÓN DE LEP

	Número total de servicios usados	Servicios usados por los inscritos con la condición de LEP
Servicios de clínicas	35,828	1,637
Servicios dentales	41,141	1,880
Atención médica en el hogar	23,092	1,055
ICF/MR	1,406	64
Servicios de hospitalización para pacientes	33,202	1,517
Servicios de laboratorio y rayos X	76,238	3,484
Servicios en sitios de atención de salud mental	500	23
Servicios en sitios de atención de enfermería	40,681	1,859
Servicios de otros cuidados	87,298	3,990
Servicios de hospitales a pacientes externos	96,349	4,403
Otros servicios por profesionales	50,667	2,315
Drogas recetadas	123,704	5,653
Servicios médicos	99,954	4,568
Servicios de apoyo personal	33,844	1,547
Esterilizaciones	241	11

Fuente: Medicaid Statistical Information System; Centers for Medicare & Medicaid Services 2005b. ICF/MR = sitios de cuidado intermedio para aquellos con retardo mental.

Costo estimado de la provisión de intérpretes frente a frente

Uno de los factores más importantes que impactan el costo de los servicios de interpretación es el promedio de la duración de la interacción entre paciente y proveedor. Los estimados del tiempo de interacción en los diversos tipos en servicios provinieron de tres fuentes: (1) un informe de la agencia federal Office of Management and Budget (Oficina de Administración y Presupuesto – OMB por las siglas en inglés) que desarrolló un modelo para estimar los costos de los servicios de intérpretes en los entornos de atención (OMB 2002), (2) una revisión de publicaciones acerca de investigaciones del tiempo de interacción entre los pacientes con dominio limitado del inglés y los proveedores y (3) datos que proporcionó el programa de Medicaid de Minnesota sobre el uso y costos de los servicios de interpretación para sus beneficiarios de FFS de Medicaid. El informe de OMB supone tiempos de interacción entre paciente y proveedor de 10 minutos para la sala de emergencias y visitas a oficinas y una hora por día para pacientes hospitalizados. Sin

embargo, investigaciones sugieren que los estimados de OMB para las visitas a oficinas representan un cálculo moderado y que de hecho las personas con la condición de LEP pasan de 34 a 47 minutos con los proveedores en las salas de exámenes, por un promedio de 40.5 minutos (Kravitz et al. 2000; Fagan et al. 2003). Los datos proporcionados por los representantes del programa de Medicaid de Minnesota brindaron conocimientos adicionales sobre la duración de las interacciones entre pacientes y proveedores. Se limitan estos datos a beneficiarios de FFS de Medicaid de Minnesota²² e incluyen muchos de los mismos tipos de servicios de los que informan los datos de MSIS arriba descritos. Los datos incluyen el número no duplicado de inscritos con la condición de LEP que recibieron servicios de interpretación, el número total de pagos hechos por cada servicio y el número de unidades pagadas (en las que las unidades fueron definidas como incrementos de quince minutos de tiempo de interpretación). Fueron usados estos datos para calcular el número promedio de horas por reclamación para usarlo en los estimados de costos. Para los servicios incluidos tanto en los datos de Minnesota

como en los archivos de MSIS (por ejemplo, servicios para pacientes hospitalizados) fueron usados estimados de tiempo de los archivos de datos de Minnesota porque eran los que podían ser comparables más directamente. En otros casos, el análisis usó el tiempo promedio para todos los servicios así como es indicado en los datos de Minnesota, los tiempos de pacientes hospitalizados en el informe de OMB o un promedio del tiempo de provisión en base a una revisión de las publicaciones, dependiendo de la equivalencia de las fuentes de los datos.

Fueron calculados separadamente los costos de los servicios de interpretación para los inscritos en el cuidado de salud administrado y en FFS. En base a llamadas a proveedores de servicios de interpretación y cifras presentadas por programas de Medicaid de otros estados, el análisis supuso cargos de interpretación frente a frente de \$50 por hora. Los costos de intér-

prete por cada tipo de servicio fueron calculados mediante la multiplicación del número de visitas por los limitados en su dominio del inglés por el tiempo promedio de interacción (expresado como una parte de una hora) y el costo del tiempo de interpretación. Para los inscritos en el cuidado de salud administrado, el análisis supuso 42 minutos de tiempo de interacción para las visitas de pacientes externos y en las de salas de emergencias y una hora para los pacientes hospitalizados, en base a los estimados proporcionados por medio de OMB y una revisión de publicaciones. Para los beneficiarios de FFS donde eran comparables los tipos de servicios, se basaron los estimados de tiempo en los cálculos de los datos de FFS de Minnesota. El análisis usó 42 minutos como patrón para las visitas de pacientes externos en el programa de FFS cuando no había nada comparable de los datos de Minnesota (véase los estimados que resultan en la Tabla B.7).

TABLA B.7

COSTO ESTIMADO DE LOS SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN PARA EL PROGRAMA DE MEDICAID DE CONNECTICUT

	Número de servicios usados por personas con condición LEP	Tiempo de interacción en horas	Costo en dólares suponiendo \$50 por hora
Panel 1: Inscritos en el cuidado de salud administrado			
Cuidado de salud para niños sanos	10,693	0.70	\$374,255
Visitas a oficinas	37,532	0.70	1,313,620
Cuidado de salud de conducta	12,126	0.70	424,410
Visitas de emergencia	11,933	0.70	417,655
Días de paciente hospitalizado	13,792	1.00	689,600
Total de costos de cuidado de salud administrado			\$3,219,540
Panel 2: Inscritos de tarifa por servicio (FFS)			
Servicios clínicos	1,637	0.70	\$57,307
Servicios dentales	1,880	0.52	48,884
Servicios de cuidado de salud en el hogar	1,055	1.01	53,293
Sitios de cuidado intermedio para aquellos con retardo mental	64	1.79	5,751
Servicios de hospitalización	1,517	0.65	49,313
Servicios de laboratorios y rayos-x	3,484	1.03	179,430
Sitio de servicios de salud mental	23	1.14	1,302
Sitio de servicios de enfermería	1,859	0.88	81,801
Otro cuidado	3,990	1.03	205,460
Servicios de hospital para pacientes externos	4,403	0.70	154,110
Servicios de otros profesionales	2,315	0.70	81,042
Drogas recetadas	5,653	1.03	291,144
Servicios de médicos	4,568	0.81	185,000
Servicios de ayuda personal	1,547	0.89	68,827
Esterilizaciones	11	2.66	1,465
Total de costos por servicios			\$1,464,129

Fuente: Medicaid Statistical Information System; Centers for Medicare & Medicaid Services 2005b; CT Voices for Children, datos de inscripción de 2003.

NOTAS DE PÁGINA

- 1 Estimados derivados de la Oficina del Censo de los Estados Unidos indican que en Connecticut, mientras que casi el 15 por ciento de las personas con ingresos en o por debajo del 100 por ciento del nivel de pobreza federal tienen dominio limitado del inglés, el porcentaje de las personas con la condición de LEP es sólo de 4.5 por ciento entre las personas con ingresos en 300 por ciento o más del nivel de pobreza federal.
- 2 El análisis se enfocó específicamente en el costo de las interpretaciones frente a frente porque ellas representan el "patrón de oro" para la atención médica a pacientes. Los intérpretes de frente a frente pueden leer las expresiones de comunicación expresadas a través del lenguaje corporal y las expresiones que son inaccesibles a los intérpretes por teléfono. Sin embargo, la interpretación por teléfono es la única forma viable de proporcionar servicios de interpretación en algunos casos; por ejemplo, cuando los proveedores de atención médica se encuentran con un idioma hablado con poca frecuencia.
- 3 Esta cifra incluye el costo de los servicios de interpretación que los planes de cuidado de salud administrado de Medicaid por lo general ya están brindando y que ya son pagados por el estado.
- 4 El número de residentes en los Estados Unidos con la condición de LEP creció de 14 millones en 1990 a más de 21 millones en el 2000 (Shin y Bruno 2003; U.S. Census Bureau 2006).
- 5 Lau v. Nichols, 414 U.S. 563.
- 6 Las guías federales para servicios apropiados en los aspectos culturales y lingüísticos (denominados "estándares de CLAS) recomiendan el uso de intérpretes frente a frente porque los proveedores de servicios pueden leer las comunicaciones expresadas por el lenguaje corporal y las expresiones que les son inaccesibles a los intérpretes por teléfono. Sin embargo, los estándares de CLAS reconocen que pueden ser necesarias las interpretaciones por teléfono en los casos en que los pacientes hablen idiomas encontrados con poca frecuencia en los Estados Unidos.
- 7 Estos estados son Idaho, Hawaii, Maine, Minnesota, Montana, New Hampshire, Utah, Washington, Kansas, Massachusetts, y Virginia [National Health Law Program (Programa Nacional de Leyes de Salud) y The Access Project 2004 (El Proyecto Acceso de 2004)].
- 8 Se limitaron los estimados a las personas con dominio limitado del inglés con bajos ingresos porque las personas y familias de bajos ingresos son más representativas de la población que reúne los requisitos para beneficios de Medicaid.
- 9 Comunicación personal con David Parella de DSS.
- 10 Parece que sólo Community Health Network of Connecticut (Red de Salud de la Comunidad de Connecticut – CHNCT por las siglas en inglés) proporciona intérpretes frente a frente y que las interpretaciones por teléfono son usadas raramente o nunca para encuentros médicos. Por lo general, CHNCT parece representar el mejor enfoque para servicios porque proporciona servicios frente a frente e información sobre cómo hacer citas está exhibida en un lugar destacado en su manual (en la primera página, antes del Índice de Materias).
- 11 Los estándares de CLAS recomiendan evitar las traducciones por familiares o amigos porque estas personas por lo general no han recibido un adiestramiento apropiado para las interpretaciones médicas.
- 12 Comparable a través de los dos programas de Medicaid.
- 13 No había datos comparables para los pacientes que hablan inglés disponibles.
- 14 Los estimados de costos se basaron solamente en las interpretaciones frente a frente dado que las interpretaciones frente a frente representan el "patrón de oro" para la entrega de los servicios. La interpretación por teléfono es una forma menos cara de proporcionar los servicios de interpretación. Por lo que se supone que los estimados que incorporen los costos de la interpretación por teléfono serían por lo tanto más bajos.
- 15 Esta cifra incluye el costo de los servicios de interpretación que los planes de cuidado de salud administrado de Medicaid quizá ya estén brindando en la práctica y que ya estén pagados por el estado.
- 16 HUSKY B, otro programa de cuidado de salud administrado, cubre a los inscritos del estado de ingresos algo más altos del Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado (SCHIP por las siglas en inglés). HUSKY Plus, el tercer programa, proporciona cobertura para los niños con necesidades de salud y de cuidado de salud de conducta especiales que reúnen también los requisitos de HUSKY B.
- 17 Tanto las solicitudes de cuidado de salud administrado como las de FFS de Medicaid les piden a los inscritos potenciales que identifiquen el "idioma que hablan mejor". Fueron incluidos los indicadores para esta respuesta en los archivos de cuidado de salud administrado recibidos de CT Voices pero no estaban disponibles para los inscritos en FFS.
- 18 El programa de Medicaid de Connecticut sólo trabaja con cuatro proveedores de cuidado de salud administrado: (1) Anthem Blue Care de Blue Cross Blue Shield (con una inscripción de Medicaid de 126,981 en el año fiscal 2004), (2) Community Health Network (inscripción de 54,388), (3) First Choice Health Plan Preferred One (inscripción de 25,650), y (4) Health Net Healthy Options (sólo atiende a HUSKY A y con una inscripción de Medicaid de 96,385 en el año fiscal 2004) (los datos de inscripción fueron proporcionados por Centers for Medicare & Medicaid Services 2005c).
- 19 Se comunicó el idioma como español u "otro". Los datos incluyeron también una categoría para idiomas "desconocidos;" a fin de ser cautelosos, se supuso que esas personas no hablaban inglés y se las agrupó con personas que hablaban "otros" idiomas.
- 20 Análisis de los archivos de PUMS de la Oficina del Censo de los Estados Unidos sugieren que este estimado puede ser algo conservador y que el porcentaje de personas con la condición de LEP entre los beneficiarios de FFS y otros beneficiarios de Medicaid de hecho puede ser más bajo. La población de FFS de Medicaid en Connecticut consiste primordialmente en envejecientes y personas incapacitadas. Los estimados de PUMS sobre las poblaciones de envejecientes y personas con incapacidades con la condición de LEP indican que entre las personas que viven en la pobreza sólo el 1.6 por ciento de residentes envejecientes de Connecticut tienen un dominio limitado del inglés y que entre las personas con incapacidades sensoriales, físicas, mentales, de auto cuidado u otras, esta cifra es de alrededor del 4.6 por ciento.
- 21 Los PUMA son un área "decenal del censo para la que la Oficina del Censo de los Estados Unidos proporciona resúmenes analíticos de datos en bruto seleccionados especialmente de una pequeña muestra de registros a largo plazo del censo" (U.S. Census Bureau 2003a, A-19). Cada PUMA contiene una población mínima de 100,000 residentes y no puede cruzar líneas estatales.
- 22 Por lo tanto, los datos excluyen las dos terceras partes de los beneficiarios de Medicaid de Minnesota en el cuidado de salud administrado. Minnesota le paga a un plan de salud para que administre los beneficios de intérprete en su programa de cuidado de salud administrado.

BIBLIOGRAFÍA

- Access Project, The, and The Cultural Imperative. 2004. *Assessing Language Interpretation Capacity Among New Hampshire Health Care Providers*. Funded by the Endowment for Health.
- Brach, Cindy, Irene Fraser, and Kathy Paez. "Crossing the Language Chasm." *Health Affairs*, vol. 24, no. 2, 2005, pp. 424–434.
- Carter-Pokras, Olivia, M.J. O'Neill, V. Cheanvechai, M. Menis, T. Fan, and A. Solera. "Providing Linguistically Appropriate Services to Persons with Limited English Proficiency: A Needs and Resources Investigation." *American Journal of Managed Care*, vol. 10 (special issue), 2004, pp. SP29–SP36.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. "Table 07: FY 2002 Medicaid Eligibles by Race/Ethnicity." Available at [www.cms.hhs.gov/medicaid/msis/02_table07.pdf]. 2005a.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. "Table 10: FY 2002 Medicaid Beneficiaries by Service Category." Available at [www.cms.hhs.gov/medicaid/msis/02_table07.pdf]. 2005b.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. "Medicaid Managed Care Program Summary, June 30, 2004." Available at [www.cms.hhs.gov/medicaid/managedcare/er04net.pdf]. 2005c.
- Children's Health Council. *Health and Health Care Disparities Associated with Race/Ethnicity: A Persistent Problem in HUSKY A*. Hartford, Conn.: CHC, 2003.
- Citizens' Research Education Network. *Access to Healthcare for Spanish Speakers*. Final report to the Connecticut Health Foundation, 2005.
- Connecticut Health Foundation. *Pathways to Equal Health: Eliminating Racial and Ethnic Health Disparities in Connecticut*. New Britain, Conn.: CHF, 2005.
- Cossio-Molina, Tania, Elizabeth G. Bayne, Susan Nappi, and Tara Rizzo. "Qualitative Assessment of the Need for Medical Interpreter Services for Spanish Speaking Residents of the Naugatuck Valley." Presented at the 133rd Annual Meeting and Exposition of the American Public Health Association, December 10–14, 2005, in Philadelphia, Pa.
- Derose, K.P., and D.W. Baker. "Limited English Proficiency and Latinos' Use of Physician Services." *Medical Care Research and Review*, vol. 57, no. 1, 2000, pp. 76–91.
- Fagan, Mark J., Joseph A. Diaz, Steven E. Reinert, Christopher N. Sciamanna, and Dylan M. Fagan. 2003. "Impact of Interpretation Method on Clinic Visit Length." *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, pp. 634–638.
- Guzman-Dyrseth, Nora. Program Manager, Washington State Department of Social and Health Services. Personal communication. November 3, 2005.
- Health Resources and Services Administration. *Bureau of Primary Health Care Section 330 Grantees Uniform Data System (UDS) Calendar Year 2004 Data: Connecticut Rollup Report*. Washington, D.C.: Bureau of Primary Health Care, 2005.
- Henry J. Kaiser Family Foundation. *Connecticut Individual State Profile: Medicaid and SCHIP*. Available at [www.statehealthfacts.kff.org/cgi-bin/healthfacts.cgi?action=profile&area=Connecticut&category=Medicaid+%26+SCHIP]. Accessed August 29, 2005.
- Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2002.
- Kravitz, Richard L., L. Jay Helms, Rahman Azari, Deirdre Antonius, and Joy Melnikow. "Comparing the Use of Physician Time and Health Care Resources Among Patients Speaking English, Spanish, and Russian." *Medical Care*, vol. 38, no. 7, 2000, pp. 728–738.
- Ku, Leighton, and Glenn Flores. "Pay Now or Pay Later: Providing Interpreter Services in Health Care." *Health Affairs*, vol. 24, no. 2, 2005, pp. 435–451.
- Leyva, M., I. Sharif, and P.O. Ozuah. "Health Literacy among Spanish-Speaking Latino Parents with Limited English Proficiency." *Ambulatory Pediatrics*, vol. 5, no. 1, 2005, pp. 56–59.
- Minnesota Population Center. *Connecticut PUMAs and Super-PUMAs in 2000*. Available at [www.ipums.umn.edu/usa/vol11/PUMA_composition_CT.html]. 2005.
- National Health Law Program. *Medicaid/SCHIP Reimbursement Models for Language Services*. Available at [www.healthlaw.org/library.cfm?fa=download&resourceID=63134&appView=folder&print]. Accessed August 29, 2005.
- National Health Law Program and The Access Project. *Language Services Action Kit: Interpreter Services in Health Care Settings for People with Limited English Proficiency*. Available at [www.healthlaw.org]. Accessed August 29, 2005.
- Parrella, David. Director, Connecticut Department of Social Services. Personal communication. January 4, 2006.
- Preciado, Juan, and Manuel Henry. "Linguistic Barriers in Health Education and Services." In *Psychological Interventions and Research with Latino Populations*, edited by Jorge Garcia and Maria Cecilia Zea, pp. 235–254. Needham Heights, Mass.: Allyn and Bacon, 1997.
- Shin, Hyon B., and Rosalind Bruno. *Language Use and English-Speaking Ability*, 2000. Washington, D.C.: U.S. Census Bureau, 2003.
- U.S. Census Bureau. *Census 2000, Public Use Microdata Sample (PUMS), Technical Documentation*. Washington, D.C.: 2003a.
- U.S. Census Bureau. 2003b. *Census 2000, Public Use Microdata Sample (PUMS), Files*. Washington, D.C.: 2003b.
- U.S. Census Bureau. *Ability to Speak English*: 2000. Available at [factfinder.census.gov]. 2006, Table QT-P17.
- U.S. Department of Health and Human Services. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Washington, D.C.: Office of Minority Health, 2001.
- U.S. Department of Health and Human Services. "Policy Guidance on the Prohibition Against National Origin Discrimination as It Affects Persons with Limited English Proficiency." *Federal Register*, vol. 67, no. 22, 2002, pp. 4968–4982.
- U.S. Office of Management and Budget, 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." Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, March 14, 2002.

SOBRE LOS AUTORES:



Ann Bagchi, Ph.D., es investigadora de Mathematica Policy Research, Inc., (MPR), perita en demografía y el acceso a la atención médica así como su utilización entre los grupos raciales y étnicos de inmigrantes y personas nativas. Sus trabajos recientes incluyen una investigación de cómo interactúan el dominio limitado del inglés (LEP) y la condición de ciudadanos para crear desventajas en el acceso a la atención médica por parte de residentes de California y una investigación aparte de cómo los niveles de aculturación tienen influencia en las diferencias raciales y étnicas en la salud auto estimada. Ambos estudios fueron presentados en sesiones “poster” en la reunión anual de Population Association of America (Asociación de Poblaciones de

América) de 2006. Antes de integrar MPR, la graduada de la University of Wisconsin-Madison fue profesora adjunta de investigaciones en Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research (Instituto de Investigaciones de Salud, Políticas (Pólizas) de Atención Médica y Envejecimiento) en Rutgers University. Su trabajo en Rutgers se enfocó en las disparidades raciales y étnicas para el acceso a tratamiento de trastornos mentales severos y VIH/SIDA.



Beth Stevens, es una investigadora principal en el campo de la salud en MPR y líder de área para trabajos con fundaciones que se especializan en el cuidado de salud. Trabaja en el área de disparidades en el campo de la salud y dirigió el Grupo de Trabajo Sobre Materiales de Educación de Medicare Apropriados desde el Punto de Vista Cultural para Center for Medicare Education (Centro de Educación Sobre Medicare) y escribió un documento informativo de exposición de problemas para distribución nacional. Antes de integrar MPR, Stevens fue miembro del personal de investigaciones de la fundación Robert Wood Johnson Foundation (RWJF por las siglas en inglés), en el que se concentró en programas para ampliar el acceso a cuidado de salud, mejorar la fuerza laboral en el campo de la atención médica e

instruir a las poblaciones vulnerables sobre el sistema de la atención médica. Mientras estuvo en RWJF, diseñó la evaluación del programa Opening Doors Program (Programa de Abrir Puertas), un programa de \$8 millones con 11 sitios para estimular la capacidad cultural en el cuidado de salud de niños y madres. La graduada de Harvard diseñó también el Proyecto de Investigación de Cáncer del Pecho en Indios Americanos, un intento de evaluar la eficacia de las revisiones médicas y la consejería apropiadas desde el punto de vista cultural.

Los autores desean agradecer a Mary Alice Lee, miembro de alto nivel para políticas (pólizas) en Connecticut Voices for Children por sus esfuerzos infatigables para proporcionar datos y otros tipos de información para este informe.

Connecticut Health
Foundation



74B Vine Street
New Britain, CT 06052
www.cthealth.org