



U.S. Department of Health and Human Services, OPHS  
Office of Minority Health

# National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care

## EXECUTIVE SUMMARY

## EN ESPAÑOL

March 2001  
Washington, D.C.

## RECONOCIMIENTOS

Este informe es el resultado de un proceso de varios años de duración que conjuntó a un gran número de personas distinguidas en Estados Unidos y en el extranjero. Manifestamos nuestra apreciación:

- Al Comité Consejero de Proyectos Nacionales (NPAC), por su dedicación e incansables esfuerzos al reflexionar sobre un gran número de borradores de las normas CLAS (servicios cultural y lingüísticamente apropiados) y su aporte de comentarios, opiniones y pericia durante los muchos meses de correcciones. Una lista completa de los miembros del NPAC se incluye en el Anexo A.
- A las personas y organizaciones cuyos comentarios escritos ayudaron a dar forma a las normas CLAS finales, y a los cientos de participantes que asistieron a las tres reuniones regionales celebradas como parte del proceso de opinión pública. La información y respuestas almacenadas en esas sesiones guió el desarrollo de la versión final de las normas. El Registro de todos los que escribieron comentarios y atendieron las reuniones regionales se incluyen en el Anexo A.
- Al Dr. Nathan Stinson, Asistente Sub-Secretario para la Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por su continuado apoyo y compromiso hacia el proyecto.
- A Ms. Valerie Welsh, Oficial de Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Salud de las Minorías (OMH) de los Estados Unidos, quién contribuyó en la obtención de fondos para el lanzamiento del proyecto.
- A Mr. Guadalupe Pacheco, del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Salud de las Minorías (OMH) de los Estados Unidos por su visión al concebir el proyecto y por sus contribuciones esenciales a nivel intelectual y personal en su función como **Project Officer**.
- A la plantilla de personal de la parte central del proyecto por su trabajo y esfuerzo a lo largo de la duración del mismo:
  - C. Godfrey Jacobs de IQ Solutions, quien desempeñó el cargo de Director de Proyecto.
  - Julia Puebla Fortier de Recursos para el Cuidado de la Salud en el Cruzamiento Cultural, quién fue la Principal Investigadora.
  - Gale Harris de IQ Solutions, quien contribuyó como **Senior Writer**.
  - Mónica Barnhart de IQ Solutions, quién desempeñó el cargo de Primer Investigador Asociado.
  - Michael Huddleston y Eileen Alexander de IQ Solutions, quiénes desempeñaron el cargo de Diseñadores Gráficos.

## ESQUEMA NARRATIVO

Este informe recomienda normas nacionales para servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) en la atención sanitaria. Basándose en un examen analítico de leyes claves, regulaciones, contratos y normas de uso general por parte de agencias estatales y federales y otras organizaciones nacionales, estas normas fueron desarrolladas y perfeccionadas con grandes aportes de un proceso de comentarios públicos de carácter nacional y con la dirección de dos comités consejeros del proyecto nacional.

La **parte I** de este informe proporciona antecedentes sobre la importancia de la capacidad cultural en la atención sanitaria en los Estados Unidos, examina la función y el interés del Departamento de Salud y Servicios Humanos y su Oficina de Salud de las Minorías (OMH) de los Estados Unidos, en relación a la capacidad cultural y brevemente, resume el proceso de desarrollo de normas nacionales para CLAS en la atención sanitaria. También explica el propósito, las audiencias que se procuran y los principios de organización detrás de las normas; analiza los comentarios generales más importantes recibidos sobre las normas; y discute las implicaciones de las normas CLAS en el sistema sanitario de U.S. La parte I finaliza con recomendaciones sobre acciones que podrían llevarse a cabo en el sector público y privado para facilitar la implementación de la normas CLAS.

La **parte II**, que es la sección principal del informe, contiene las 14 normas CLAS. En esta sección, cada norma es acompañada por un comentario que define conceptos y temas claves y una exposición que proporciona una síntesis sobre temas de implementación decisivos.

La **parte III** del informe resume el proceso para desarrollar y revisar las normas CLAS durante 3 años. La sección de Análisis y Metodología analiza la primera fase del proceso (1997-1999), describe en detalle la segunda fase del proceso (1999-2001) y resume los cambios hechos a normas individuales basándose en el análisis de comentarios públicos y el aporte por parte del Comité Consejero del Proyecto Nacional.

La **parte IV** presenta un glosario de términos incluidos en las normas. También contiene una bibliografía de todas las fuentes usadas al preparar este informe final.

**Apéndices** adjuntos incluyen los registros de quiénes participaron en las tres reuniones regionales celebradas durante el período de opinión pública del desarrollo de las Normas CLAS. Los miembros del Comité Consejero del Proyecto Nacional (NPAC) también están presentes.

## SINTESIS DEL PROYECTO

A medida que la población de Estados Unidos se hace más diversa, proveedores médicos y otras personas relacionadas con la atención sanitaria, se están vinculando con pacientes/consumidores de antecedentes lingüísticos y culturales diferentes. Debido a que la cultura y el lenguaje son factores vitales en como la asistencia sanitaria es impartida y recibida, es importante que las organizaciones de atención sanitaria y su plantilla de personal entiendan y respondan con sensibilidad a las necesidades y prioridades que pacientes/consumidores cultural y lingüísticamente distintos traen a las consultas sanitarias. Proporcionar servicios (CLAS) cultural y lingüísticamente apropiados a esos pacientes tiene el potencial de mejorar el acceso a la atención, la calidad de la atención y finalmente éxitos sanitarios.

Desafortunadamente, la falta de normas comprensivas ha dejado a organizaciones y proveedores sin una dirección clara de como proporcionar CLAS en el marco de la atención sanitaria. En 1997, la Oficina de Salud de las Minorías (OMH) intentó la enunciación de normas nacionales para proporcionar una alternativa muy necesaria en el desarrollo actual de definiciones en forma independiente, práctica y requisitos en relación a CLAS. La Oficina inició un proyecto para fomentar las normas nacionales CLAS recomendadas, que apoyaría un enfoque más consistente y comprensivo a la capacidad lingüística y cultural en la atención sanitaria.

La primera etapa del proyecto incluyó un examen y análisis de las normas y medidas culturales y lingüísticas existentes, el desarrollo de los primeros borradores de las normas, y la revisión basada en un examen por parte de un comité nacional consejero. La segunda etapa se centró en obtener e incorporar información proveniente de organizaciones, agencias y personas que tienen un papel vital en el establecimiento de las normas CLAS. La publicación de normas en el Registro Federal del 15 de Diciembre de 1999, dió a conocer un período de 4 meses de recepción de opiniones públicas, el cual proporcionó tres reuniones regionales y una página en la Internet, así como vías tradicionales (correo y fax) para enviar respuestas sobre normas CLAS. Un equipo del proyecto (compuesto por miembros de la plantilla de personal del OMH, su contratista y subcontratista) analizaron comentarios públicos de 413 personas y organizaciones y propusieron un conjunto de normas revisadas, acompañadas de comentarios, al Comité Consejero del proyecto Nacional (NPAC). Reflexiones y un examen adicional por miembros del NPAC contribuyó al perfeccionamiento adicional de las normas.

En su versión final, las normas CLAS reflejan la contribución de una amplia extensión de participantes, incluyendo hospitales, clínicas comunitarias, agencias gerenciales de cuidado, agencias sanitarias a domicilio, y otros tipos de organizaciones de atención sanitaria; doctores, enfermeros/as y otros proveedores; asociaciones profesionales; agencias federales y estatales y legisladores; adquirentes de atención sanitaria; agencias de acreditación y gerenciales; educadores; defensores de pacientes, grupos de apoyo y consumidores.

Las normas CLAS fueron publicadas en su estado definitivo en el Registro Federal del 22 de Diciembre del 2000 como normas nacionales recomendadas para ser adoptadas o

adaptadas por organizaciones y agencias participantes. A continuación un preámbulo y las 14 normas CLAS.

## **NORMAS NACIONALES PARA SERVICIOS CULTURAL Y LINGÜÍSTICAMENTE APROPIADOS EN LA ATENCION SANITARIA**

### **Preámbulo**

Las siguientes normas nacionales emitidas por la Oficina de Salud de las Minorías (OMH) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos responden a la necesidad de asegurar que todas las personas que entran al sistema de atención sanitaria reciban un tratamiento equitativo y efectivo cultural y lingüísticamente apropiado. Estas normas para servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) son propuestas como medios para corregir desigualdades existentes en la actualidad en la disposición de servicios de salud y para hacer esos servicios más sensibles a las necesidades individuales de todos los pacientes/clientes. Esas normas están destinadas a incluir a todas las culturas y no estar limitadas a algún grupo determinado de población o conjunto de grupos; sin embargo, están especialmente destinadas para referirse a las necesidades de los distintos grupos raciales, étnicos y lingüísticos que experimentan un acceso no equitativo a los servicios sanitarios. Por último, el propósito de las normas es contribuir a la eliminación de las desigualdades sanitarias, raciales y étnicas y mejorar la sanidad de todos los americanos.

Las normas CLAS están principalmente dirigidas a organizaciones de atención sanitaria; sin embargo, también se aconseja a los proveedores particulares a usar estas normas para que su práctica sea cultural y lingüísticamente más accesible. Los fundamentos y las actividades de los servicios cultural y lingüísticamente apropiados deberían ser integrados a través de una organización y emprendidos en colaboración con las comunidades a las que sirven.

Las 14 normas están organizadas por temas: Cuidado de Cultura Competente (Normas 1-3), Servicios de Acceso Lingüístico (Normas 4-7), Apoyo Organizado para la Competencia Cultural (Normas 8-14). Dentro de este sistema hay tres tipos de normas de distinta rigurosidad: mandatos, pautas y recomendaciones como se indica a continuación:

*Mandatos* CLAS son requisitos federales actuales para todos los beneficiarios de fondos Federales (Normas 4,5,6 y 7).

*Pautas* CLAS son actividades recomendadas por la Oficina de Salud para las Minorías para ser adoptadas como mandatos por agencias federales, estatales y nacionales acreditadas (Normas 1,2,3,8,9,10,11,12 y 13).

*Recomendaciones* CLAS son sugeridas por la OMH para la adopción voluntaria por parte de agencias de atención sanitaria (Norma 14).

Las normas también están destinadas para el uso por parte de:

- Legisladores, para redactar leyes, regulaciones y el lenguaje de contacto consistente y comprensivo. Esta audiencia incluiría a legisladores locales y estatales, plana administrativa y gerentes de programa y control.

- Agencias de acreditación y credenciales, para evaluar y comparar a proveedores que digan que ofrecen servicios culturalmente competentes y para asegurar la calidad para poblaciones diversas. Este público incluirá la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud, el Comité Nacional Asegurador de Calidad, organizaciones profesionales como Asociación Médica Americana y Asociación Americana de Enfermeras/os y organizaciones de control de calidad tal como **Peer review organizations**
- Compradores, para interceder por las necesidades de usuarios étnicos de beneficios sanitarios y nivelar las respuestas de aseguradoras y planes médicos. Este público incluirá contratistas que adquieran servicios sanitarios, incluyendo a los sindicatos.
- Pacientes, para entender su derecho a recibir de forma asequible y apropiada servicios de asistencia sanitaria y para evaluar si los proveedores pueden ofrecerles los mismos.
- Defensores, para promover atención sanitaria de calidad y para evaluar y hacer un seguimiento de la atención dispensada por los proveedores. El público potencial es amplio, incluyendo servicios legales y agencias de educación/protección de clientes; organizaciones étnicas, de inmigración y orientadas a la comunidad; y organizaciones no lucrativas que se dedican a temas de atención sanitaria.
- Educadores, para incorporar capacidades culturales y lingüísticas en su curriculum y para despertar conciencia sobre el impacto de la cultura y el lenguaje en la prestación de atención sanitaria. Este público incluiría a educadores de profesiones e instituciones formacionales de atención sanitaria, así como a educadores de profesiones legales y de servicios sociales.
- La comunidad de atención sanitaria en general, para evaluar y debatir la aplicabilidad y adopción de servicios sanitarios cultural y lingüísticamente apropiados en la práctica regular de atención sanitaria.

### **Las normas CLAS emplean conceptos claves que se definen a continuación.**

#### *Normas CLAS:*

El conjunto colectivo de mandatos, pautas y recomendaciones CLAS emitidas por la Oficina de Salud para las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos tiene la intención de informar, guiar y facilitar prácticas requeridas y recomendadas que estén en relación con servicios sanitarios cultural y lingüísticamente apropiados.

#### *Cultura:*

“Los pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones raciales, étnicas o grupos sociales. Cultura define como es recibida la información sobre atención sanitaria, como son ejercidos los derechos y las protecciones, que se consideran un problema sanitario, como se expresan los síntomas y las

preocupaciones sobre el problema, quién debería proporcionar tratamiento para el problema y que tipo de tratamiento debería ser aplicado. En conjunto, debido a que la atención sanitaria es una construcción, surgida de las creencias relacionadas con la naturaleza de las enfermedades y el cuerpo humano, los temas culturales son realmente centrales en la prestación del tratamiento de servicios de salud e intervenciones preventivas. Mediante el entendimiento, valoración e incorporación de las diferencias culturales de la diversa población americana y examinación de los valores y creencias personales relacionados con la sanidad, organizaciones de atención sanitaria, practicantes, y otros puedan apoyar un sistema de atención sanitaria que responda apropiadamente y que sirva directamente las necesidades exclusivas de poblaciones cuyas culturas puedan ser diferente a la predominante” (Katz, Michael. Comunicación personal, Noviembre 1998).

#### *Capacidad cultural y lingüística:*

“Capacidad cultural y lingüística es un conjunto de comportamientos, actitudes y políticas armónicas que convergen en un sistema, agencia o entre profesionales que les permiten trabajar efectivamente en situaciones transculturales. ‘Cultura’ se refiere a pautas integradas de comportamiento humano, las cuales incluyen lenguaje, pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones de grupos raciales, étnicos religiosos o sociales. ‘Capacidad’ implica tener la facultad de funcionar efectivamente como individuo y como organización dentro del contexto de las creencias culturales y necesidades manifestadas por consumidores y sus comunidades” (Fundamentado en Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). “Hacia un Sistema Competente del Cuidado” Volumen I. Washington, DC: Centro de Desarrollo del Niño, Georgetown University, CASSP Centro de Asistencia Técnica).

#### *Servicios cultural y lingüísticamente apropiados:*

Servicios de atención sanitaria de forma respetuosa y sensible con las necesidades culturales y lingüísticas.

#### *Organizaciones de atención sanitaria:*

Cualquier institución pública o privada relacionada con la prestación de servicios de atención sanitaria.

#### *Pacientes/consumidores:*

Particulares, incluyendo familiares acompañantes, tutores o compañeros solicitando servicios físicos o mentales de atención sanitaria u otros servicios relacionados con la sanidad.

#### *Plantilla:*

Particulares empleados directamente por una organización de atención sanitaria, así como aquellos subcontratados o afiliados a la organización.

***Norma 1. Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que los pacientes/consumidores reciban por parte de todo el personal asistencia comprensiva y respetuosa, proporcionada de forma compatible con sus creencias y costumbres culturales y sanitarias, y su lenguaje habitual.***

Esta norma constituye el requisito fundamental sobre el cual todas las actividades señaladas en las otras normas CLAS están basadas. Su intención es asegurar que todos los pacientes/consumidores que reciban servicios de atención sanitaria experimenten consultas cultural y lingüísticamente apropiadas de un miembro del personal de la organización. La norma no es solo relevante para el personal, quien es esencialmente responsable de las acciones que tiene con los pacientes, sino también de sus organizaciones, las que deben proporcionar los responsables, las políticas y los sistemas que mantengan la apropiada vigencia cultural de los encuentros.

La atención respetuosa incluye la consideración de valores, preferencias y necesidades indicadas por el paciente/consumidor. La atención comprensible conlleva la comunicación en el lenguaje elegido por los pacientes/consumidores asegurándose que ellos entienden toda la información clínica y administrativa. La atención eficaz deriva en resultados positivos para pacientes/consumidores, incluyendo satisfacción, servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento apropiados, afección y un status sanitario mejorado.

La capacidad cultural incluye el ser capaz de reconocer y responder a las creencias y valores culturales relacionados con la salud, propagación y aceptación general de enfermedades y eficacia de los tratamientos. Ejemplos de capacidad cultural adecuada incluye el esforzarse para superar barreras culturales, del lenguaje y de la comunicación; proporcionar una atmósfera en la cual los clientes/consumidores de diversos antecedentes culturales se sientan cómodos exponiendo sus creencias y prácticas culturales de salud en el contexto de la negociación de las opciones de tratamiento; usando trabajadores comunitarios como referentes de la eficacia de la comunicación y la atención; estimulando a los pacientes/consumidores para que expresen sus creencias espirituales y sus hábitos culturales; y conociendo y siendo respetuoso con diversos sistemas y creencias de curación tradicional cuando sean apropiados, integrando esas aproximaciones dentro de los planes de tratamiento. Cuando los particulares necesiten asistencia adicional, podría ser apropiado incluir a un intermediario del paciente, encargado del caso o **ombudsperson** con aptitudes especiales en temas de integración cultural.

Las vías para poner en funcionamiento esta norma incluyen el cumplimiento del resto de normas CLAS. Por ejemplo, la conformidad con la Norma 3, asegura que el personal reciba educación y formación de integración cultural, y que sus aptitudes para proporcionar atención culturalmente adecuada son evaluadas a través de exámenes, observación directa y seguimiento de la satisfacción de pacientes/consumidores mediante consultas individuales con el personal. La evaluación de la plantilla del personal también podría ser llevada a cabo mediante el análisis periódico del desarrollo del trabajo de la plantilla u otras evaluaciones

que podrían ser incluidas en el auto análisis organizacional exigido en la Norma 9. Las organizaciones de atención sanitaria deberían proporcionar a los pacientes / consumidores información sobre leyes y políticas que prohíben el tratamiento irrespetuoso o discriminatorio o prácticas de inscripción comercial.

***Norma 2. Las organizaciones de atención sanitaria deberían llevar a cabo estrategias para reclutar, retener y fomentar en todos los niveles de la organización un plantel diverso y un liderazgo que exprese las características demográficas del área a la que sirven.***

La diversidad en el plantel de personal de una organización es una condición necesaria pero no suficiente para proporcionar servicios de atención sanitaria cultural y lingüísticamente apropiados. Aunque la contratación de personas bilingües provenientes de diferentes culturas no asegura por si solo que el plantel esté capacitado y sea sensible, esta práctica es un componente crítico en la prestación de servicios relevantes e importantes para todos los pacientes/consumidores. Un plantel diverso está definido en la norma como siendo representativo de la diversa población del área a la que sirve e incluye el liderazgo de la organización así como su consejo de gobierno, clínicos y personal administrativo. La formación de un plantel que refleje adecuadamente la diversidad de la población compuesta por el paciente/consumidor, debería estar basada en continuos análisis demográficos del plantel (obtenidos como parte del auto análisis organizativo de acuerdo con la Norma 9) así como información demográfica de la comunidad manteniéndose de acuerdo con la Norma 11. El plantel se refiere no solo al personal empleado por la organización de atención sanitaria, sino también al personal subcontratado y afiliado.

Diversidad en todos los niveles del plantel de una organización puede jugar un papel definitivo al considerar las necesidades de los pacientes/consumidores procedentes de distintos antecedentes culturales y lingüísticos en las decisiones y estructuras de la organización. Ejemplos de las clases de miembros del personal cuyos antecedentes deberían reflejar la diversidad de la comunidad incluyen, al personal clínico, como doctores, enfermeros/as y profesionales relacionados con la salud; personal de apoyo como recepcionistas; personal administrativo como personas en el departamento jurídico, clero y voluntarios laicos; y alto nivel de decisiones de mercado como directores ejecutivos de la corporación y cuerpos de gobierno como junta de directores.

Reconociendo las dificultades prácticas en el logro de una total igualdad racial, étnica y cultural entre los trabajadores, esta norma enfatiza la entrega y la buena fe más que los resultados. No se centra en objetivos numéricos o cuotas, pero si en los esfuerzos continuados de una organización para proyectar, ejecutar y evaluar estrategias para reclutar y retener un personal diverso, así como la continua evaluación de las mejoras en esta área. El objetivo de la diversidad del personal debería ser incorporado a los enunciados de la misión de la organización, planes estratégicos y objetivos. Las organizaciones deberían usar estrategias promocionales tales como incentivos, programas de orientación, colaboraciones con escuelas locales y programas de empleo para formar una fuerza laboral diversa. Las organizaciones deberían estimular la permanencia de la diversidad en el personal mediante el fomento de una cultura de sensibilidad hacia las ideas y los retos que ofrece un personal culturalmente diverso.

***Norma 3. Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que el personal en todos los niveles y en todas las disciplinas reciba una formación educacional progresiva en el suministro de servicios cultural y lingüísticamente apropiados.***

La contratación de un personal diverso no asegura automáticamente el logro de una atención culturalmente competente. La educación y la formación son también cruciales a la hora de garantizar la transmisión de las normas CLAS porque toda la plantilla de personal interactuará con los pacientes/consumidores representando a orígenes de diferentes países, niveles culturales, y derechos sociales y económicos. Plantilla de personal se refiere no solo al personal empleado por la organización de atención sanitaria sino también a su personal subcontratado y afiliado.

Las organizaciones de atención sanitaria deberían, verificar que el personal de plantilla en todos sus niveles y disciplinas participa continuamente en **CME o CEU-accredited education** u otra formación en la transmisión de CLAS, o disponer dicha educación y formación para el personal de plantilla. Esta formación debería estar basada en principios educativos sólidos (por ejemplo, formación para adultos), incluyendo evaluación antes y después de la formación, y ser llevada a cabo por personas adecuadamente calificadas. Los objetivos de la formación deberían estar fijados teniendo en cuenta las funciones individuales de las personas a las que se forma y las necesidades específicas de las poblaciones a las que se sirve, y sobretodo deberían incluir los siguientes temas:

- Efectos de las diferencias entre las culturas de la plantilla de personal y las culturas de pacientes/consumidores; sobre consultas clínicas y de otro tipo formuladas por la fuerza laboral, incluyendo los efectos de la medicina americana y sus tratamientos médicos;
- Elementos de comunicación eficaz entre la plantilla de personal y los pacientes/consumidores de diferentes culturas y lenguajes, incluyendo como trabajar con intérpretes y servicios idiomáticos por teléfono;
- Estrategias y técnicas para la resolución de conflictos raciales, étnicos o culturales entre la plantilla de personal y los pacientes/consumidores;
- Políticas y procedimientos de acceso lingüístico a escritos de las organizaciones sanitarias, incluyendo como acceder a intérpretes y a escritos traducidos;
- La disposición pertinente de:  
Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, **42.U.S.C. & 2000d, C.F.R. & 80.1 et seq. (including Office for Civil Rights Guidance** sobre el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, en referencia a servicios para las personas (LEP) (65 Fed. Reg. 52762-52774, 30 de Agosto del 2000).

- Procedimientos para el trámite de quejas/perjuicios en las organizaciones de atención sanitaria;
- Efectos de las diferencias culturales sobre campañas de salud y la prevención sanitaria, diagnóstico y tratamiento, y cuidados de apoyo, de rehabilitación y de vejez;
- Impacto de la pobreza y del status socio-económico, raza y racismo, étnia y factores socio-culturales en el acceso a la calidad de la asistencia, utilización de servicios y éxitos sanitarios;
- Diferencias en la administración clínica de enfermedades preventivas y crónicas y condicionantes indicados mediante diferencias en la raza o etnicidad de pacientes/consumidores; y
- Efectos de las diferencias culturales entre pacientes/consumidores y el personal de plantilla sobre sucesos sanitarios, satisfacción de los clientes y administración clínica de enfermedades preventivas y crónicas y condicionantes.

Las organizaciones que dirijan la formación deberían agrupar a representantes de la comunidad en el desarrollo de programas de educación y formación CLAS, de acuerdo con la Norma 12.

***Norma 4. Las organizaciones de atención sanitaria deben ofrecer y proporcionar servicios de asistencia lingüística, incluyendo una plantilla de personal bilingüe y servicios de intérprete, sin costo para los pacientes/consumidores que tengan una capacidad limitada en el inglés, en todos los puntos de contacto, de forma oportuna y durante todas las horas de operación.***

Las normas 4, 5, 6 y 7 están basadas en el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 Título VI (Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 (Título VI)) con respecto a personas con capacidad limitada en el inglés (LEP). El Título VI requiere que todas las entidades que reciban asistencia financiera federal, incluyendo a las organizaciones de atención sanitaria, tomen medidas para asegurarse que las personas LEP tengan un acceso significativo a los servicios sanitarios que proporcionan. La clave para proporcionar el acceso significativo para las personas LEP es asegurando una comunicación efectiva entre la entidad y la persona LEP. Para detalles completos de acatamiento de estos requisitos, consultar las pautas del HHS sobre el Título VI con respecto a los servicios para personas LEP (**65 Fed. Reg. 52762-52774**, 30 de Agosto del 2000).

Servicios idiomáticos, como se describe a continuación, deben ponerse a disposición de cada persona con capacidad limitada en el inglés que requiera asistencia, independientemente del tamaño del grupo en esa comunidad con ese mismo idioma. Dicha persona no puede hablar, leer o entender el inglés a un nivel que le permita a él o ella interactuar de forma efectiva con la plantilla de personal clínico o no-clínico en una organización sanitaria. (Pacientes que necesiten servicios en Lenguaje por Señas Americano estarán también cubiertos por esta norma, sin embargo otras leyes y regulaciones federales son aplicables y deberían ser consultadas por separado).

Servicios idiomáticos incluyen, como una primera preferencia, la disponibilidad de una plantilla de personal bilingüe la cual se pueda comunicar directamente con pacientes/consumidores en su idioma preferente. Cuando dichos miembros de la plantilla no estén disponibles, la segunda preferencia es la interpretación cara a cara por parte del personal preparado, o traductores contratados o voluntarios. Servicios de interpretación telefónica deberían ser usados como un sistema complementario cuando un intérprete sea requerido inmediatamente o cuando se necesiten los servicios en un lenguaje inusual o infrecuente. Las competencias y las calificaciones de las personas que proporcionen servicios idiomáticos son expuestas en la Norma 6.

***Norma 5. Las organizaciones de atención sanitaria deben proporcionar a los pacientes/consumidores ofertas verbales y notificaciones escritas en su idioma preferente, informándoles de su derecho a recibir servicios de asistencia idiomática.***

Las personas LEP deberían ser informadas - en un lenguaje que puedan entender- que tienen el derecho a servicios idiomáticos gratuitos y que esos servicios están disponibles. En todos los puntos de contacto, organizaciones de atención sanitaria, también deberían distribuir notificaciones escritas con esta información y exhibir carteles traducidos. Organizaciones de atención sanitaria deberían preguntar explícitamente sobre el lenguaje prioritario de cada paciente/consumidor y guardar esta información en todos los archivos. El idioma prioritario de cada paciente/consumidor es el idioma en el cual él o ella se encuentra más cómodo en una situación clínica o no clínica.

Algunos métodos satisfactorios de información a los pacientes/consumidores sobre los servicios de asistencia lingüística incluyen: a) el uso de tarjetas de identificación lingüística o tarjetas “ Yo hablo...” b) exhibir y mantener carteles en idiomas frecuentemente hablados en todos los puntos de entrada; c) creación de procedimientos uniformes para conversaciones telefónicas puntuales y eficaces entre la plantilla de personal y las personas LEP; d) inclusión de declaraciones sobre la disponibilidad de servicios y el derecho a los servicios de asistencia lingüística gratuitos en idiomas apropiados distintos al inglés en libretines, folletos, material de acercamiento y otros materiales que son distribuidos al público habitualmente.

***Norma 6. Las organizaciones de atención sanitaria deben afirmar la capacidad de la asistencia lingüística proporcionada a pacientes/consumidores con capacidad limitada en el inglés mediante intérpretes y plantilla de personal bilingüe. Familiares y amigos no deberían usarse para proporcionar servicios de interpretación (excepto a petición del paciente/consumidor).***

Una comunicación precisa y efectiva entre los pacientes/consumidores y el personal clínico es el componente básico de las consultas sanitarias. Los pacientes/consumidores no pueden disponer de servicios importantes o utilizarlos por completo si no pueden comunicarse con la plantilla de personal no clínica de las organizaciones de atención sanitaria. Cuando existen barreras lingüísticas, confiar en una plantilla de personal que no es totalmente bilingüe o le falta formación en interpretación, lleva frecuentemente a malos entendidos, descontento, omisión de información crucial, diagnósticos erróneos, tratamiento inapropiado y falta de acuerdo. Es insuficiente para las organizaciones de atención sanitaria el uso de cualquier persona aparentemente bilingüe para la prestación de servicios lingüísticos – ellos deben evaluar y garantizar la formación y capacidad de las personas que prestan dichos servicios.

Clínicos bilingües y demás plantilla de personal, los cuales se comuniquen directamente con los pacientes/consumidores en su idioma prioritario deben demostrar un dominio tanto en el inglés como en el idioma enfocado, lo que incluye conocimiento y facilidad de los términos y conceptos importantes relacionados con el tipo de consulta. Idealmente, esto debería ser verificado mediante exámenes. La investigación ha mostrado que las personas en contacto con un segundo idioma, incluso aquellos criados en hogares bilingües, con frecuencia presuponen una mayor habilidad para comunicarse en ese idioma, y cometen errores que podrían afectar por completo la comunicación y la comprensión.

Futuros traductores y en funciones deben demostrar un nivel similar de habilidad lingüística. Las organizaciones de atención sanitaria deberían verificar la finalización o la preparación de la formación en las técnicas, ética y temas interculturales relacionados con la interpretación médica (el **National Council on Interpretation in Health Care** recomienda un mínimo de 40 horas). Se les debe evaluar a los intérpretes la habilidad para transmitir información en ambos idiomas antes de que les sea permitido interpretar en un situación de atención sanitaria.

Para garantizar una comunicación completa, exacta, imparcial y confidencial, no se debería requerir, sugerir o utilizar como intérpretes a familiares, amigos y otras personas. Un paciente/consumidor puede elegir el uso de un miembro familiar o amigo como interprete después de habersele informado de la disponibilidad de servicios de interpretación gratuitos a menos que la efectividad del servicio se vea comprometida o la confidencialidad de la persona LEP sea violada. La plantilla de las organizaciones de atención sanitaria debería sugerir que un intérprete preparado esté presente durante la consulta para garantizar una interpretación precisa y deberían documentar la oferta y el rechazo en el archivo de la persona

LEP. Los menores nunca deberían ser usados como interpretes ni permitírseles que interpreten para sus padres, cuando ellos sean los pacientes/consumidores.

***Norma 7. Las organizaciones de atención sanitaria deben tener disponibles materiales de fácil comprensión que estén relacionados con los pacientes y fijar carteles en los idiomas de los grupos comunmente consultados y/o los grupos representados en el área que se sirve.***

Un programa de asistencia lingüística eficaz garantiza que los materiales escritos habitualmente proporcionados en inglés a solicitantes, pacientes/consumidores y el público en general, estén disponibles en idiomas consultados comunmente a parte del inglés. Es importante traducir los materiales que son esenciales para los pacientes/consumidores que accedan o tomen decisiones sobre la atención sanitaria. Ejemplos de materiales importantes relacionados con los pacientes incluyen solicitudes, peticiones de consentimiento e instrucciones médicas o de tratamiento; sin embargo, las organizaciones de atención sanitaria deberían consultar la proyección de la **OCR** sobre el Título VI para mayor información sobre lo que la Oficina considera documentos “vitales” particularmente importantes para garantizar la traducción (**65 Fed. Reg. 52762-52744**, 30 de Agosto del 2000) en [www.hhs.gov/ocr/lep](http://www.hhs.gov/ocr/lep).

Los idiomas comunmente consultados son los usados por un número o porcentaje significativo de la población en el área que se sirve. Consultar la proyección de la **OCR** para obtener pautas en relación a los grupos idiomáticos de LEP para los cuales materiales escritos traducidos deberían ser provistos. A las personas en grupos idiomáticos que no se engloben dentro de esas pautas se les debería informar de su derecho a recibir traducción oral de materiales escritos.

Carteles en idiomas comunmente consultados deberían proporcionar información sobre la variedad de derechos de los pacientes, la disponibilidad de procesos de resolución de conflictos y perjuicios e instrucciones para facilitar servicios. Carteles **Way-finding** deberían identificar o marcar la localización de determinados servicios (Ejemplos: entrada, pediatría, urgencias). Avisos escritos sobre derechos de los pacientes/consumidores a recibir servicios de asistencia lingüística son expuestos en la Norma 5.

Materiales en idiomas comunmente consultados deberían ser sensibles a las culturas así como a los niveles de alfabetización de los pacientes/consumidores. Las organizaciones deberían proporcionar avisos sobre la disponibilidad de traducciones orales de los materiales escritos a las personas LEP que no puedan leer o que hablen idiomas no escritos. Materiales en formatos alternativos deberían ser producidos para esas personas así como para la gente con impedimentos sensoriales, de desarrollo y/o cognoscitivos.

La obligación de proporcionar acceso significativo no esta limitada a traducciones escritas. La comunicación oral, a menudo es una parte necesaria del intercambio de información, y los materiales escritos nunca deberían ser usados en sustitución de intérpretes orales. Una organización de atención sanitaria que limita su servicio lingüístico a proporcionar materiales escritos podría no estar permitiendo a personas LEP el mismo acceso a los programas y servicios disponibles para personas que hablan inglés.

Las organizaciones deberían desarrollar políticas y procedimientos para garantizar el desarrollo de la señalización cualitativa en otros idiomas aparte del inglés, y materiales relacionados con los pacientes que son apropiados para el objeto de sus audiencias. Como mínimo, el proceso de traducción debería incluir la realización del trabajo por parte de un traductor preparado, **back traslation** y/o revisión por grupos formados según el objetivo de las audiencias y actualizaciones periódicas.

Es importante apuntar que en algunas circunstancias, las traducciones al pie de la letra podrían no transmitir de forma exacta y apropiada la realidad que está contenida en materiales escritos en inglés. Adicionalmente, las organizaciones de atención sanitaria deberían estar al tanto y obedecer las leyes antidiscriminatorias estatales y locales que no estén reemplazadas por requisitos federales.

***Norma 8. Las organizaciones de atención sanitaria deberían desarrollar, implementar y promover un plan estratégico escrito que esquematizara claramente los objetivos, políticas, planes operacionales y mecanismos de vigilancia de la contabilidad administrativa para proporcionar servicios lingüísticos apropiados.***

La ejecución con éxito de las normas CLAS depende de la habilidad de una organización para enfocar la atención y los recursos sobre las necesidades de poblaciones culturalmente diversas. El propósito de la planificación estratégica es ayudar a la organización a definir y estructurar las actividades, desarrollo de políticas y establecimiento de objetivos cuando sea relevante para los servicios cultural y lingüísticamente apropiados. También permite a la agencia identificar, monitorizar y evaluar características que podrían garantizar la ejecución de nuevas políticas o programas coherentes con la misión general.

El logro de la capacidad cultural depende de la buena voluntad de la organización para aprender y adaptar valores que estén directamente vinculados a su misión. Un plan estratégico sólido para CLAS está integralmente unido a la misión de la organización, sus principios operativos y el enfoque de los servicios. La responsabilidad sobre las actividades CLAS debe residir en los niveles más altos de liderazgo, incluyendo el cuerpo de gobierno de la organización. Sin el plan estratégico, la organización podría estar en desventaja para identificar y ordenar las prioridades de necesidad de servicio del paciente/consumidor.

Los departamentos o el personal designado debería tener la autoridad para ejecutar actividades CLAS así como monitorizar la respuesta de toda la organización a las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes/consumidores.

Conforme con la Norma 12, el plan estratégico debería ser desarrollado con la participación de consumidores, comunidad y plantilla de personal, los cuales pueden transmitir las necesidades y preocupaciones de todas las comunidades y todas las partes de la organización afectadas por la estrategia. Y, conforme con las Normas 9,10 y 11 los resultados de la información recogida y el proceso de auto análisis deberían informar el desarrollo y depuración de los objetivos, planes y políticas.

***Norma 9. Las organizaciones de atención sanitaria deberían realizar auto análisis al principio y durante las actividades relacionadas con CLAS y ser estimuladas dentro de sus revisiones internas, para integrar las medidas que se vinculan con la capacidad cultural y lingüística de los programas de mejora en la ejecución, del análisis de satisfacción de los clientes y de las evaluaciones basadas en resultados.***

Idealmente, estos auto análisis deberían referirse a todas las actividades tratadas en las 14 normas CLAS. El auto análisis inicial incluyendo un inventario de políticas de organización, prácticas y procedimientos, es un pre-requisito para el desarrollo y la puesta en marcha del plan estratégico referido en la Norma 8. El auto análisis una vez iniciada la actividad, es necesario para determinar el grado de progreso de la organización al implementar todas las normas CLAS. El propósito de estos auto análisis, una vez iniciada la actividad, es obtener una base e información actualizada que pueda ser usada para definir necesidades en el servicio, identificar oportunidades de mejora, desarrollar planes de acción y diseñar programas y actividades. El auto análisis debería centrarse en las capacidades, fortalezas y debilidades de la organización a la hora de seguir las normas CLAS.

La integración de medidas relacionadas con la capacidad cultural y lingüística y las actividades de mejora de calidad, también ayudará a institucionalizar el enfoque en CLAS dentro de la organización. La unión de medidas relacionadas con CLAS con la calidad rutinaria y los esfuerzos con éxito podrían ayudar a formar la evidencia básica en relación al impacto de las intervenciones CLAS en el acceso, la satisfacción del cliente, calidad y éxitos clínicos.

Estudios comunitarios y de pacientes/consumidores, y otros métodos para obtener información, son componentes importantes de las actividades organizativas de mejora de calidad. Pero no deberían constituir el único método de evaluar la calidad en relación a CLAS. Cuando se usen, dichos estudios deberían ser cultural y lingüísticamente apropiados.

***Norma 10. Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que la información sobre la raza, etnicidad y lenguaje oral y escrito del paciente/consumidor es recogida en los registros sanitarios de los pacientes, incorporados dentro del sistema de información administrativa de la organización y actualizada periódicamente.***

Los propósitos de la información recogida sobre raza, etnicidad e idioma son para:

- Identificar de forma adecuada los grupos de población dentro de una área de servicio;
- Garantizar un adecuado seguimiento de las necesidades, aprovechamiento, calidad de la atención y modelos de éxito;
- Priorizar la localización de recursos de la organización;
- Mejorar la planificación de los servicios para aumentar el acceso y la coordinación de la atención; y
- Asegurarse que los servicios de atención sanitaria sean proporcionados equitativamente.

La recopilación de información sobre la autoidentificación de raza/etnicidad debería adherirse a los procedimientos modelo y a las categorías raciales y étnicas especificadas en las más reciente directivas políticas a la Oficina de Dirección del Presupuesto actualizadas según el U.S. Censo 2000. Para mejorar la exactitud y confiabilidad de la información distintiva de la raza, las organizaciones de atención sanitaria deberían adoptar la toma de decisiones y los procedimientos de registro que faciliten al cliente/consumidor la autoidentificación, evitando el uso de métodos de análisis visuales, cuando sea posible. Se les debería permitir a las personas indicar todas las categorías raciales y étnicas aplicables. Las organizaciones de atención sanitaria pueden aumentar su información sobre sub-población mediante la recolección de identificadores adicionales tal como la autoidentificación del país de origen, lo cual proporciona información relevante para la atención del paciente/consumidor; información la que no se puede obtener de otros identificadores.

El propósito de recopilación de información sobre el idioma es para permitir a la plantilla de personal la identificación del modo de comunicación hablada y escrita en la cual el paciente/consumidor se sienta más cómodo usándola en un encuentro de atención sanitaria. La información lingüística también puede ayudar a las organizaciones a desarrollar servicios idiomáticos que faciliten al paciente/consumidor LEP recibir atención con antelación. Para mejorar la exactitud y confiabilidad de la información lingüística, las organizaciones de atención sanitaria deberían adoptar procedimientos para documentar el idioma preferente oral y escrito del paciente/consumidor. El idioma escrito se refiere a la preferencia por parte del paciente/consumidor de recibir materiales relacionados con la salud. La información recopilada en relación al idioma debería incluir dialectos y Lenguaje Americano por Señas.

Para los encuentros sanitarios que envuelvan o requieran la presencia de un padre legal o guardián que no hable inglés (Ejemplo: cuando el paciente/consumidor es un

menor o severamente incapacitado), el informe del sistema administrativo de información debería documentar no solo el idioma del paciente/consumidor, sino también el del adulto/s que lo acompañe.

Las organizaciones de atención sanitaria deberían recopilar información de los pacientes/consumidores en el primer lugar de contacto usando personal que esté formado culturalmente en el proceso de recolección de información. Las organizaciones de atención sanitaria deberían informar a los pacientes/consumidores sobre los propósitos (como se mencionó anteriormente) de la recopilación de información sobre raza, etnicidad e idioma y deberían enfatizar que dicha información es confidencial y no se puede usar con propósitos discriminatorios. A ningún paciente / consumidor se le debería requerir que proporcionara información sobre raza, etnicidad o idioma ni serle negada atención o servicios si el o ella eligen no proporcionar esa información. Toda la información referente al paciente/consumidor debería ser mantenida de acuerdo a las más altas normas de ética, confidencialidad y privacidad, y deberían no ser usada con propósitos discriminatorios.

***Norma 11. Las organizaciones de atención sanitaria deberían mantener un perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la comunidad actualizado, así como la evaluación de necesidades para planificar con exactitud e implementar servicios que respondan a las características culturales y lingüísticas del área de servicio.***

El propósito de estas normas es asegurar que las organizaciones de atención sanitaria obtengan una variedad de información básica, actualizando la información periódicamente para un mejor entendimiento de sus comunidades, y planificando con exactitud para implementar servicios que respondan a las características culturales y lingüísticas del área de servicio.

Las organizaciones de atención sanitaria deberían usar con frecuencia una variedad de métodos y fuentes de información para tener datos sobre grupos raciales y étnicos en el área de servicio. Es importante que las organizaciones de atención sanitaria vayan más allá de su propia información, como puede ser registro y cifras finales de mercado, lo cual podría proporcionar un retrato incompleto de la población potencial de pacientes/consumidores, muchos de los cuales podrían no estar al tanto de los servicios de la organización o no usarlos. Un acercamiento más frecuente y en profundidad usaría fuentes de información tales como datos y/o ajustes del censo, información sobre el registro para votar, perfiles del registro escolar, informes sobre el estado de salud del condado y del Estado e información de agencias y organizaciones comunitarias. Ambos métodos, cuantitativos y cualitativos deberían ser usados para determinar factores culturales relacionados con las necesidades, actitudes, comportamientos, prácticas sanitarias e intereses sobre el uso de servicios de atención sanitaria del paciente/consumidor, así como los recursos de las comunidades que rodean, y las ventajas y necesidades relacionadas con CLAS. Los métodos podrían incluir perfiles epidemiológicos y etnográficos así como grupos de enfoque, entrevistas, y estudios realizados en los idiomas apropiados y hablados por la población paciente/consumidor. Las agencias de atención sanitaria, no deberían usar la información recopilada con propósitos discriminatorios.

De acuerdo con la Norma 12, las organizaciones de atención sanitaria deberían implicar a la comunidad en el diseño e implementación del perfil de la comunidad y el análisis de las necesidades.

***Norma 12. Las organizaciones de atención sanitaria deberían desarrollar un interés social de participación y colaboración con las comunidades y utilizar una variedad de mecanismos formales e informales para facilitar la participación comunitaria y del paciente/consumidor en el diseño e implementación de las actividades relacionadas con CLAS.***

La organización culturalmente competente visualiza la prestación efectiva de servicios a una comunidad como un proceso de colaboración, el cual está informado e influenciado por los intereses, las habilidades y las necesidades comunitarias. Los servicios que están diseñados y mejorados específicamente para las necesidades y deseos de una comunidad son seguramente más usados por pacientes/consumidores, y de este modo se llega a una atención más aceptable, sensible, eficiente y efectiva. Como se describe a continuación, esta norma se dirige a dos niveles de participación, consumidor/paciente y comunitaria, que no son muestra por naturaleza, pero implica trabajar con la comunidad en un intercambio de habilidades que ayudarán a dar forma a la dirección y a las prácticas de las organización de atención sanitaria.

Los pacientes/consumidores y representantes comunitarios deberían ser implicados y consultados de forma activa en un amplio rango del diseño de servicios y realización de actividades. Además de proporcionar información en la planificación e implementación de actividades CLAS, se les debería pedir información sobre las amplias políticas de organización, mecanismos de evaluación, estrategias de mercado y comunicación, programas de formación de la plantilla de personal y otros aspectos. Hay muchos mecanismos formales e informales disponibles para esto, incluyendo la participación en las mesas de gobierno, comités de asesoramiento comunitario, grupos de asesoramiento improvisados y reuniones comunitarias así como conversaciones informales, entrevistas y grupos de enfoque.

Las organizaciones de atención sanitaria también deberían colaborar y consultar con organizaciones comunitarias, proveedores y líderes con el propósito de colaborar en programas de alcance, formación de sistemas de proveedores, proporcionar servicios de referencias y mejorar las relaciones públicas con la comunidad que se sirve.

En referencia a la Norma 11, las organizaciones de atención sanitaria deberían implicar a grupos comunitarios y pacientes/consumidores relevantes en la implementación de la evaluación del perfil y necesidades de la comunidad.

***Norma 13. Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que los procesos de resolución de conflictos y perjuicios sean cultural y lingüísticamente sensibles y capaces de identificar, prevenir y resolver conflictos entre diferentes culturas o quejas de pacientes/consumidores.***

Esta norma requiere que las organizaciones de atención sanitaria se anticipen y sean sensibles a las inevitables diferencias culturales que afloran entre pacientes/consumidores y la organización y su personal. Idealmente, esta sensibilidad puede ser lograda mediante la integración de una sensibilidad cultural y diversidad en la plantilla de personal con motivo de los procedimientos existentes de quejas, perjuicios, así como en las políticas, programas, oficinas o comunidades con responsabilidad sobre las relaciones entre pacientes y temas legales y éticos. Cuando las estructuras existentes sean inadecuadas, se puede necesitar el desarrollo de nuevos enfoques.

Los pacientes/consumidores que aportan diferencias raciales, culturales religiosas o lingüísticas al ambiente de la atención sanitaria, son particularmente vulnerables a experimentar situaciones en las cuales aquellas diferencias no se acomoden o no sean respetadas por las instituciones de atención sanitaria o por su plantilla de personal. Aquellas situaciones pueden abarcar desde diferencias relacionadas con la información recibida, con el consentimiento y las directivas adelantadas hasta la dificultad de acceder a los servicios o la negación de los mismos o incluso un tratamiento completamente discriminatorio. Las organizaciones de atención sanitaria deberían garantizar que todos los miembros de la plantilla de personal estén formados para reconocer y prevenir esos conflictos potenciales, y de que los paciente estén informados y tengan acceso a procedimientos de queja y perjuicio que cubran todos los aspectos de su integración con la organización. En anticipación a pacientes/consumidores que no se sientan cómodos al expresarse o actuar sobre sus propios problemas, la organización debería tener procedimientos tales como grupos de enfoque, personal que escudriña y observa, y revisión del registro médico para identificar conflictos potenciales.

Entre los pasos que las organizaciones de atención sanitaria pueden tomar para alcanzar estas normas están: proporcionar formación sobre capacidad cultural a la plantilla de personal que trata las quejas y los perjuicios y otros temas de conflicto legal o ético; avisar en otros idiomas sobre el derecho de cada paciente de presentar una queja o perjuicio; proporcionar el nombre y el número de contacto de la persona responsable del perjuicio; ofrecer los servicios de un defensor de los intereses públicos. Las organizaciones de atención sanitaria deberían incluir la vigilancia y el seguimiento de dichas quejas/perjuicios relacionados con temas culturales o lingüísticos como parte del programa general para asegurar la calidad de la institución.

***Norma 14. Las organizaciones de atención sanitaria son estimuladas para que pongan con regularidad a disposición de la opinión pública sus progresos e innovaciones con éxito a la hora de implementar las normas CLAS y proporcionar información pública en sus comunidades sobre la disponibilidad de esta información.***

La facilitación de información al público sobre los esfuerzos de la organización de atención sanitaria a la hora de implementar las normas CLAS puede servir para muchos propósitos. Es una forma para la organización de comunicar a las comunidades y a los pacientes/consumidores sobre los esfuerzos y logros en alcanzar las normas CLAS. Puede ayudar a institucionalizar las normas CLAS por inducir a la organización a regular la focalización o la extensión en la cual ha implementado cada norma. También puede ser un mecanismo para que las organizaciones aprendan unas de otras acerca de nuevas ideas y aproximaciones con éxito al implementar las normas CLAS.

Las organizaciones de atención sanitaria pueden llevar a cabo un considerable aporte en la información que hacen pública tanto como los medios mediante los cuales se dan a conocer al público. Por ejemplo, las organizaciones pueden describir cambios específicos de la organización tanto como nuevos programas que han sido iniciados en respuesta a las normas, intervenciones o iniciativas emprendidas relacionadas con CLAS, y/o los logros obtenidos al alcanzar dichas necesidades para poblaciones diversas. Las organizaciones que deseen proporcionar información en profundidad pueden transmitir los datos obtenidos sobre las poblaciones y comunidades a las que sirven de acuerdo con la Norma 11 y los resultados del auto análisis de la Norma 9. Las organizaciones no deberían informar sobre resultados o usar datos de las herramientas de auto análisis que no hayan sido revalidadas. Sin embargo, mientras se desarrollan y se valorizan instrumentos de auto análisis y medidas de ejecución standard, la información adicional obtenida mediante el uso de esas herramientas podría ser difundida al público.

Las organizaciones de atención sanitaria pueden usar una variedad de métodos para comunicar o transmitir información sobre el progreso en la implementación de las normas CLAS, incluyendo la publicación de documentos **stand-alone** enfocados específicamente a la capacidad cultural y lingüística o a la inclusión de componentes CLAS en los informes y documentos ya existentes en las organizaciones. Otros canales para compartir esta información incluyen las publicaciones de los miembros de las organizaciones; boletines de noticias orientados a las comunidades a las que se sirve; presentaciones en conferencias; artículos de prensa; televisión, radio y otros medios de difusión; e inserciones en páginas de Internet.