



ACCESO DENEGADO

El Sistema de Cuidado Caritativo de Washington, sus Deficiencias, y el Efecto a Pacientes de Bajos Ingresos





Para más información toante a este informe, favor de contactar a:

Ty Duhamel

(509) 662-0911 Ext. 126

ty.duhamel@columbialegal.org

Tony Gonzalez

(509) 662-0911 Ext. 124

tony.gonzalez@columbialegal.org

Matt Geyman

(206) 464-5936 Ext. 118

matt.heyman@columbialegal.org

Ann LoGerfo

(206) 464-5936 Ext.109

ann.logerfo@columbialegal.org

Michael Althausen

(360) 943-6260 Ext. 228

michael.althausen@columbialegal.org

Agosto 2017

101 Yesler Way, Suite 300 | Seattle, WA 98104 | (800) 542-0794 | columbialegal.org

 [ColumbiaLegalServices](https://www.facebook.com/ColumbiaLegalServices)

 [@columbialegal](https://twitter.com/columbialegal)

 [columbialegal](https://www.instagram.com/columbialegal)

Contenido

Resumen Ejecutivo.....	1
I. Introducción.....	4
II. La Ley de Cuidado Caritativo de Washington y Su Propósito.....	5
III. La Necesidad de Cuidado Caritativo.....	9
IV. Números de Cuidado Caritativo Cambiantes.....	13
V. Metodología.....	15
VI. Resultados.....	17
VII. Recomendaciones.....	30
VIII. Conclusión.....	33
Apéndice A: Políticas de los Hospitales - Asuntos Problemáticos en el Cumplimiento del Cuidado Caritativo.....	34

Resumen Ejecutivo

La deuda hospitalaria es una de las razones principales del porque las familias e individuos con escasos recursos permanecen atrapados en la pobreza en los Estados Unidos.¹ Una sola lastimadura u asunto médico que requiere atención médica en el hospital puede provocar consecuencias financieras devastadoras tal como inestabilidad en la vivienda, perdida de ahorros, deuda adicional al tener que pedir préstamos de otras personas, embargos sobre salarios, privaciones de necesidades, y la bancarrota.² Las personas con deuda hospitalaria tienden a privarse más de atención médica en el hospital u otro tratamiento médico tal como las consultas de seguimiento o las recetas de medicinas.³ La ley sobre el cuidado caritativo en el estado de Washington debería ayudar a prevenir algunas de estas consecuencias, pero los hospitales están implementando sus políticas de cuidado caritativo en maneras que crean barreras para los pacientes y niegan el acceso a la ayuda necesitada.

El cuidado caritativo es atención médica en el hospital proporcionada gratuitamente o por un costo reducido para pacientes cuyos ingresos son inferiores al 200% de la tasa de pobreza federal.⁴ Las leyes del cuidado caritativo en los hospitales están colocadas en Washington desde el 1989, y existen para asegurar que la atención medica no esté fuera del alcance de las personas que no pueden pagar.⁵

De acuerdo con la ley sobre el cuidado caritativo, los hospitales tienen una obligación *afirmativa* de hacer una determinación inicial de la posible elegibilidad sobre el cuidado caritativo basado en información del o sobre el paciente.⁶ Esto quiere decir que los Hospitales deben ser proactivos en asistir a un paciente para determinar si es elegible para la atención médica gratuita o reducida, en vez de esperar que el paciente solicite. Los hospitales tienen que proveer un aviso por escrito a los pacientes indicando que tienen atención médica gratuita o con descuento disponible.⁷ Adicionalmente, los hospitales tienen que interpretar la información para los pacientes con dominio del inglés limitado.⁸

Recientemente, el aumento de evidencia indica que los pacientes que no están recibiendo el cuidado caritativo al cual tienen derecho no lo están recibiendo debido a políticas y prácticas en los hospitales. Dos hospitales en el centro de Washington fueron demandados exitosamente en una demanda colectiva y acordaron en pagar \$4.5 millones en daños por no evaluar a pacientes para servicios de cuidado caritativo antes de exigir depósitos por adelantado u otros pagos.⁹ Hay otros casos pendientes relacionados con el cuidado caritativo.

Un informe del 2016 por parte del Washington Community Action Network (WA CAN) reportó que los cobradores de deudas en el condado de Pierce estaban embargando los salarios de los pacientes quienes debían de haber calificado para el cuidado caritativo.¹⁰ Muchos intercesores de los pacientes y proveedores de servicios sociales también han reportado que sus pacientes califican para el cuidado caritativo, pero no lo están recibiendo.

Los litigios, las historias de los pacientes y de los proveedores de servicios, el informe del WA CAN, y otros recuentos de abogados e intercesores legales en el estado, impulsaron a Servicios Legales Columbia (CLS) a investigar estas prácticas reportadas. CLS condujo

divulgaciones en la comunidad de personas vulnerables de color con pocos recursos, juntó historias representativas de más de 30 pacientes, y entrevistó a intercesores quienes trabajan extensamente con pacientes sobre asuntos de cuidado caritativo. CLS también contrató a una organización de derechos civiles reconocida a nivel nacional para examinar como los hospitales responden cuando personas que hablan español solicitan información sobre el cuidado caritativo por teléfono. Finalmente, CLS revisó las políticas de cuidado caritativo de cada hospital en Washington para identificar violaciones evidentes de las leyes del cuidado caritativo o barreras para pacientes según demostrado en documentos publicados.

La investigación confirmó que acceder al cuidado caritativo es un problema generalizado. Este informe incluye descubrimientos y recomendaciones diseñadas para mejorar el acceso a los servicios de atención médica en los hospitales para los pacientes, e identifica los pasos indispensables para asegurar que los hospitales cumplan completamente con la ley del cuidado caritativo de Washington.

CLS identificó cinco áreas principales en que los hospitales de Washington no están cumpliendo con la promesa de cuidado caritativo:

1. Los hospitales no se están dirigiendo adecuadamente a las barreras del idioma.
2. Los hospitales no están evaluando a los pacientes para la elegibilidad de cuidado caritativo según lo requiere la ley.
3. Los hospitales no informan adecuadamente a los pacientes de su derecho al cuidado caritativo.
4. Muchos hospitales requieren un proceso de aplicación que es difícil y exigente para los pacientes, o rehúsan el cuidado caritativo después de que la cuenta sea asignada a cobranza.
5. Los hospitales y los cobradores de deuda cobran la deuda hospitalaria que los pacientes no deben incorrectamente y por la cual tenían elegibilidad de cuidado caritativo.

Para dirigirse a esta brecha entre la política legal y las practicas hospitalarias, las recomendaciones claves incluyen lo siguiente:

- **Los hospitales tienen que evaluar afirmativamente a todos los pacientes para el cuidado caritativo.** Los hospitales tienen que desarrollar e implementar un procedimiento afirmativo de evaluación para evaluar a todos los pacientes por elegibilidad de servicios de cuidado caritativo, y deben conducir esta evaluación afirmativa antes de comenzar cualquier intento de cobranza.
- **La ley debe requerir aviso efectivo de la disponibilidad del cuidado caritativo.** Los

avisos mínimos publicados y en la parte de atrás de las facturas no están proporcionando la información adecuada sobre el cuidado caritativo a las personas que más lo necesitan. El aviso sobre el cuidado caritativo debe mostrarse prominentemente, en letra negrita, con más detalles sobre la elegibilidad y como solicitar. Los hospitales también deben ofrecer voluntariamente la información en las discusiones con los pacientes. Todos los avisos deben ser en inglés y en otros idiomas hablados por la mayoría en el área de servicio del hospital.

- **Los hospitales necesitan eliminar las barreras del idioma.** Los pacientes y pruebas telefónicas sugieren seriamente que el cuidado caritativo es *menos accesible* para las personas quienes no hablan inglés, o quienes tienen dominio limitado del inglés. Los hospitales deben eliminar estas barreras idiomáticas, y el Washington State Hospital Association (WSHA) debe incorporar los requisitos de mejoras en el acceso al idioma en su Plan Estándar de Comunicación.

I. Introducción

El cuidado caritativo consiste en atención médica en un hospital proporcionada gratuitamente o a costo reducido para personas de bajos ingresos. Es un programa generalmente no conocido que ofrece una red de seguridad y no necesitado en países que ofrecen cobertura universal de atención médica donde los servicios hospitalarios se reconocen como un derecho, y no una mercancía. La estructura de pagos por servicios en los hospitales en los Estados Unidos crea una dinámica peligrosa, a través del cual ambos el acceso a la asistencia médica y la buena salud se basan en suposiciones de seguro y la capacidad de pagar. La facilidad del acceso y los resultados favorables para las personas con seguro representan un contraste extremo con las barreras de asistencia médica que resultan en mala salud en las comunidades de bajos ingresos, particularmente para las personas de color sin seguro o con seguro insuficiente, inmigrantes que no califican para el seguro de asistencia médica subvencionado por el gobierno, y personas con dominio limitado del inglés (LEP). El cuidado caritativo, por lo tanto, es especialmente importante al considerar estas inequidades de larga duración sociales y raciales en el sistema de asistencia médica en los EE.UU.

El estado de Washington determinó que todos los hospitales tienen una obligación especial de proporcionar el cuidado caritativo. Todas las personas sin seguro y sin seguro suficiente con ingresos en la familia inferiores al 100% del nivel federal de pobreza (en este momento \$24,600 para una familia de cuatro) se “consideran pacientes con servicios de cuidado caritativo por la cantidad completa de los cargos hospitalarios.”¹² Las personas con ingresos por familia de 101% a 200% son elegibles para recibir servicios hospitalarios con un descuento por una escala variable, y los hospitales tienen la opción de proporcionar el cuidado caritativo para personas con ingresos mayores.¹³ Según discutido abajo, esto es un intercambio

Megan¹¹

Megan estaba escapando un matrimonio abusivo, no tenía hogar, y recibía estampillas de comida cuando comenzó a sentir un dolor tan intenso que tenía que luchar para respirar. Fue al hospital donde recibió un diagnóstico de pulmonía y pleuresía. Megan informó al hospital que no tenía seguro médico y el hospital no le informó sobre los servicios de cuidado caritativo. Como Megan no tenía dinero, enviaron su factura a un cobrador de deudas y la demandaron por \$7,218.

Megan intentó representarse sin abogado en el tribunal, sin éxito. Un tiempo después de la derrota de Megan en el tribunal, una abogada en derecho familiar quien estaba revisando las finanzas de Megan se dio cuenta que Megan calificaría para servicios de cuidado caritativo, y contactó a un especialista de derecho de cuidado caritativo en el Northwest Justice Project para una asesoría y materiales de autoayuda. Equipada con estos conocimientos de sus derechos, Megan regresó al hospital y mostró al departamento de facturación del hospital que el cuidado caritativo está disponible en cualquier momento. La factura del hospital se canceló, el caso en el tribunal fue desestimado, y regresaron el dinero cobrado en violación de la ley a Megan.

equitativo y razonable a cambio de la gran cantidad de beneficios públicos disfrutados por los hospitales.

Solicitar para los servicios de cuidado caritativo debería ser un proceso directo, pero las prácticas y políticas en este momento están fracasando para aquellos que tienen la mayor necesidad. CLS emprendió esta investigación porque la necesidad para el cuidado caritativo en Washington es considerable, y hay indicios crecientes que una cantidad de hospitales no están cumpliendo con la ley de cuidado caritativo. La información por parte de intercesores de asistencia médica, los litigios contra hospitales por políticas y prácticas erróneas de cuidado caritativo, divulgación a la comunidad, las pruebas por teléfono y una revisión de las políticas de cuidado caritativo en los hospitales de Washington, han confirmado que los pacientes elegibles no reciben el cuidado caritativo de manera consistente. En vez, los hospitales han estado persiguiendo a los pacientes por deuda médica y frecuentemente inician demandas por cobro de deudas. De hecho, algunos hospitales hasta desaniman a los pacientes de aplicar para los servicios de cuidado caritativo.

Este informe incluye los descubrimientos de la investigación por parte de CLS, y ofrece recomendaciones para cambios en la ley, políticas y prácticas. Se escribieron con el propósito de asegurar que el cuidado caritativo cumpla con el propósito original – garantizar que las personas más necesitadas puedan obtener los servicios fundamentales de asistencia médica.

II. La Ley de Cuidado Caritativo de Washington y Su Propósito

El texto y el mandato de la ley de cuidado caritativo es directo, aunque la implementación puede ser compleja para los pacientes. El estatuto provee que:

Todas las partes responsables con ingresos de familia igual o inferior al cien por ciento del estándar de pobreza federal, ajustado por el tamaño de la familia, tienen que ser determinadas como personas indigentes que califican para el patrocinio caritativo por la cantidad completa de los cargos del hospital relacionados con los servicios de atención médica del hospital correctos que no están cubiertos bajo un patrocinio privado o público de un tercero.¹⁴

Las personas que experimentan dificultades económicas (definido como ingresos mayores al 100% pero al o inferior al 200% del nivel de pobreza) recibirán cuidado caritativo bajo un descuento usando una escala proporcional según los ingresos.¹⁵ Los hospitales pueden considerar los bienes de un paciente si el ingreso es mayor del 101% del nivel de pobreza.¹⁶

Los hospitales tienen que adoptar políticas que garantizan el cuidado gratuito y los descuentos según requeridos por el Estado. Los hospitales someten sus políticas de cuidado caritativo al Departamento de Salud (DOH) para que sean aprobadas y reportan anualmente al DOH las cantidades de cuidado caritativo que ellos proveen. El DOH tiene la

responsabilidad de supervisión para asegurar el cumplimiento.¹⁷

La toma de una decisión sobre la elegibilidad para el cuidado caritativo de un paciente requiere dos determinaciones por el hospital: (1) una determinación inicial de la elegibilidad hecha en el momento de admisión o lo más pronto posible después que se proporcionan los servicios, y (2) una determinación final al confirmar la elegibilidad del paciente.¹⁸

La ley afirma que los hospitales tienen *una responsabilidad afirmativa para hacer todo esfuerzo razonable* para hacer una determinación inicial de elegibilidad para el cuidado caritativo.¹⁹ En otras palabras, los hospitales *tienen* que determinar el tamaño de la familia del paciente y los ingresos en el momento de admisión, o lo más pronto posible a partir de ese momento. Esta determinación inicial se puede basar en la información proporcionada verbalmente por el paciente.²⁰ Los hospitales también tienen que explicar el cuidado caritativo a los pacientes y tienen que proporcionar un aviso escrito de que el cuidado caritativo existe.²¹

Todo intento de cobros tiene que permanecer suspendido hasta que el hospital haga la

Celia

Celia vivía al sur de Seattle en una casa con seis personas, consistiendo de ella, su esposo, y sus cuatro hijos pequeños. Celia recibió atención médica de un hospital en Burien por asuntos de salud que se repetían entre el 2010 y el 2013. Aunque ella no tenía seguro médico, los servicios del hospital debieron de haber sido cubiertos bajo la ley de cuidado caritativo basado en los ingresos de su familia. El hospital nunca le informó sobre el programa de cuidado caritativo y ella no tenía idea de que los servicios estaban cubiertos bajo la ley.

El hospital facturó a Celia con todos los cargos y cuando Celia no pudo pagar, el hospital envió la cuenta a su cobrador de deudas. El cobrador de deudas del hospital la demandó por \$11,881, más intereses previos al juicio de \$1,813. Cuando ella no compareció en la demanda de cobranza, el cobrador de deudas obtuvo un fallo por incomparecencia contra ella en el 2014 por \$15,240,

incluyendo costes de colección. El cobrador de la deuda luego embargó el salario de su esposo varias veces. Esto puso una presión muy fuerte en la familia, al punto de que no pudieron pagar sus facturas de luz.

Dos años después, en febrero del 2016, Celia oyó de Servicios Legales Columbia, y pudo encontrar abogados para asistirle. Con esta asistencia, Celia preparó una solicitud para el cuidado caritativo y la sometió al hospital en base de la estipulación de la ley, cual dice que los pacientes tienen el derecho de recibir cuidado caritativo “en cualquier momento” al comprobar su elegibilidad.

Después de mucho seguimiento, el hospital finalmente decidió que Celia tenía el derecho a recibir servicios de cuidado caritativo, y canceló la deuda de su cuenta al 100%. En el 2017, el cobrador de deudas y el hospital le reembolsaron el dinero que habían colectado.

determinación inicial de elegibilidad para los servicios de cuidado caritativo, a menos que el paciente no coopere con el hospital.²² Luego, si la determinación inicial indica que el paciente podría calificar para el cuidado caritativo, los esfuerzos para cobrar la factura tienen que permanecer suspendidos hasta que el hospital haga una determinación final de la elegibilidad del paciente para la asistencia.²³

La determinación final y la asignación de cuidado caritativo se puede basar en varias fuentes, incluyendo evidencia de que el paciente se encuentra sin hogar, o que ha calificado para un programa de beneficios públicos reservado para personas de bajos ingresos, tal como beneficios de alimentos.²⁴ El Cuidado Caritativo se puede otorgar cuando el paciente todavía se encuentra en el hospital y sin la necesidad de una aplicación escrita.²⁵

Sin embargo, la mayoría de los hospitales requieren una aplicación específica por escrito para hacer la determinación final, y piden múltiples documentos para comprobar los ingresos de los clientes.²⁶ Los pacientes deben someter un solo documento que demuestre su ingreso, tal como un talón de cheque, o una declaración de impuestos, o un W-2, para que el hospital haga una determinación final de la elegibilidad del cuidado caritativo.²⁷ La ley también provee que si el paciente no tiene tal documentación, es suficiente proporcionar una declaración escrita describiendo las circunstancias financieras de sí mismo.²⁸ La ley estatal impide que los hospitales exijan documentación duplicada o innecesaria, y el hospital debe llegar a una determinación final dentro de los 14 días del recibo de la aplicación.²⁹ Los pacientes entonces tienen 30 días para apelar la determinación de cuidado caritativo si no están de acuerdo.³⁰

El Cuidado Caritativo puede ser otorgado en cualquier momento — aún mucho después de que se hayan proporcionado los servicios.³¹ Cuando un paciente paga por cargos y más tarde se determina que hubieran sido cubiertos bajo el cuidado caritativo en el momento del servicio, esos pagos se reembolsaran al paciente.³²

A. Requisitos Federales para los Hospitales No Lucrativos

El 31 de diciembre del 2014, conforme con la ley del cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act (ACA)), también conocida como Obamacare, el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service (IRS)) emitió reglas finales requiriendo que los hospitales con exención de impuestos adopten políticas de asistencia financiera adicionales.³³ Estas regulaciones por lo menos se dirigieron en parte a la preocupación que algunos hospitales sin fines de lucro estaban generando grandes ingresos y pagando salarios ejecutivos altos, mientras que proveían solamente asistencia financiera mínima a las personas de bajos ingresos y sin seguro médico.³⁴

Bajo las reglas federales, los hospitales sin fines de lucro en Washington tienen que:

- Evitar la facturación rutinaria de sumas exageradas para los pacientes sin seguro médico, la tarifa llamada “Charge Master,” cual lista los precios de facturación que los hospitales mantienen para los servicios y suministros. Estas tarifas se negocian pronunciadamente hacia abajo por las compañías de seguro y los jefes de aprovisionamiento

gubernamentales, pero históricamente se facturan por completo a las personas sin seguro y con más dificultad para pagar;

- Permitir la asistencia financiera en base presunta (basado en “otra evidencia de elegibilidad”) o basado en testimonio del solicitante; y
- Publicar ampliamente las políticas de asistencia financiera, incluso los criterios de elegibilidad financiera, y ofrecer un resumen del programa en lenguaje claro, en varios formatos, y traducido al ser solicitado.³⁵

En particular, la Asociación de Hospitales del Estado de Washington (Washington State Hospital Association (WSHA)) desarrolló formas para ayudar a sus miembros con el cumplimiento de las reglas de la sección 501(r) del IRS y los requisitos de cuidado caritativo, incluyendo una Aplicación Estándar de Asistencia Financiera /Cuidado Caritativo, un Plan Estándar de Comunicaciones, y un Resumen Modelo de Cuidado Caritativo en lenguaje claro.³⁶ La mayoría de la membresía ha comenzado a usar estos documentos. Sin embargo, algunos hospitales han modificado la aplicación estándar para requerir información adicional o diferente de la recomendada por el WSHA, de tal manera que la aplicación se ha hecho más difícil para el paciente. Vea el Apéndice A.

B. Un Intercambio Justo para un Washington Saludable

La atención médica gratuita y descontada en los hospitales para las personas quienes la necesitan es buena política pública y un intercambio justo por todos los beneficios públicos otorgados a los hospitales en Washington. Los hospitales sin fines de lucro y los hospitales públicos pueden proveer el cuidado caritativo, en parte, gracias a los subsidios públicos considerables. Estos subsidios incluyen fondos públicos para la construcción de hospitales, exenciones de impuestos federales y estatales, ciertas exenciones del impuesto estatal para negocios, la capacidad de emitir recaudaciones fiscales o bonos con garantía pública, y tratamiento fiscal favorable para incentivar los donativos caritativos hacia los hospitales o a sus fundaciones.³⁷

Los hospitales, ambos los no lucrativos y con ganancias, también reciben dinero público considerable en compensación por los servicios hospitalarios. Esto incluye los pagos recibidos por parte de Medicare, Medicaid, y la “Parte Desproporcionada de Pagos Hospitalarios” (cuales compensan en parte a los hospitales con altas tasas de servicios Medicaid e indigentes),³⁸ el seguro por medio del Departamento de Labor e Industrias de Washington, el seguro subvencionado por la ley del cuidado de salud a bajo precio, el seguro de Veteranos, y los programas de seguro de asistencia médica para empleados federales, estatales, y de gobiernos locales, cuales se combinan para permitir que los hospitales pequeños en áreas rurales existan y que los hospitales grandes prosperen.³⁹

Adicionalmente, el Programa de Certificado de Necesidad de Washington, cual limita el número de camas y concentra los servicios en ciertos hospitales, protege los hospitales de la competencia. Según un estudio publicado en el 2015, los precios de los hospitales en mercados con monopolio son 15.3% más altos que los mercados con cuatro o más

hospitales.⁴⁰ Aunque hay opiniones opuestas concerniendo la promoción por parte del gobierno de tales monopolios, algunos opinan que la monopolización permite que los proveedores dominantes reciban ingresos más altos cuales podrían subvencionar el cuidado caritativo.⁴¹

Significativamente, *el costo* verdadero del cuidado caritativo para los hospitales es considerablemente menos que *la cantidad de los cargos de las facturas* reportada por los hospitales al Departamento de Salud de Washington (DOH) cada año. *La cantidad de los cargos facturados* se basa en el índice de la hoja “Charge Master” de cada hospital que establece el precio de cada tratamiento y los artículos suministrados por el hospital. Estos índices “Charge Master” son considerablemente más altos que la cantidad verdadera que los hospitales en realidad esperan como pago. Según señalado arriba, los aseguradores privados y los jefes de aprovisionamiento gubernamentales tal como Medicaid y Medicare solamente pagan una fracción del índice “Charge Master” del hospital. El DOH calcula que el promedio del índice estatal del *costo de cuidado* es de aproximadamente 35% del índice del cargo facturado.⁴² Según el Informe del DOH emitido en el 2017, aunque los hospitales reportaron \$532 millones de cuidado caritativo en el 2015, el costo aproximado de estos servicios para los hospitales fue \$185 millones, basado en el ajuste del costo del cuidado.⁴³

A cambio de la riqueza otorgada a los hospitales en beneficios públicos, por mucho tiempo nuestras comunidades han anticipado el acceso para las personas más necesitadas. El cuidado caritativo para las personas de bajos ingresos sin seguro y sin seguro suficiente es una necesidad y un intercambio justo para un Washington saludable.

III. La Necesidad de Cuidado Caritativo

El cuidado caritativo continúa cubriendo una necesidad importante para aquellos sin los medios para pagar por servicios necesarios. En Washington, el 13% de la población tienen ingresos de familia inferior al 100% del nivel de pobreza,⁴⁴ y 28% tienen ingresos de familia inferiores al 200% del nivel de pobreza.⁴⁵ Basado en la población actual de un poco más de 7 millones, esto quiere decir que aproximadamente 2 millones de residentes de Washington se encuentran a un nivel inferior del 200% de la pobreza. Si ellos también se encuentran sin seguro o con seguro insuficiente, en esencia ellos viven en el precipicio de una catástrofe financiera relacionada con la asistencia médica. El número de personas elegibles para el cuidado caritativo también incluye las personas con ingresos mayores al 200% del nivel de pobreza si sus ingresos son “de otra manera insuficiente para que ellos puedan pagar” la factura del hospital.⁴⁶

El número de personas con seguro ha incrementado en los últimos cuatro años debido a la cobertura de seguro bajo la ley del cuidado de salud (ACA) a bajo precio y la expansión subsecuente de Medicaid en el estado de Washington.⁴⁷ Aun así, la Oficina del Comisionado de Seguro de Washington (OIC) estimó que 522,000 individuos viviendo en Washington no tienen seguro.⁴⁸ Además, debido a varias exclusiones en Medicaid, el cuidado caritativo es la única manera que muchos inmigrantes sin documentos o recién llegados a Washington pueden permitirse la atención hospitalaria y las facturas que resultan del hospital.⁴⁹

El aumento de las inscripciones en el ACA o seguros proporcionados por empleadores con altos deducibles también significa que el cuidado caritativo permanece crucial para las personas con seguro insuficiente. Las personas con seguro insuficiente, incluso las personas de tercera edad ingresados en Medicare, necesitan el cuidado caritativo para cubrir los altos deducibles, los co-seguros, cargos de proveedores fuera de la red, cargos que exceden los límites de cobertura, servicios excluidos por el plan, y negación de reclamos, ambos correctos e incorrectos.

A pesar de la promesa de cuidado caritativo para cubrir a todos los pacientes que son elegibles, todos los intercesores entrevistados por los abogados de CLS creen, en base del volumen de los clientes que reciben cuidado caritativo en sus prácticas, que los tribunales están llenos de gente demandada por facturas de hospitales que nunca debieron haber recibido.⁵⁰

Los datos públicos sugieren que la concentración más alta de necesidad de cuidado caritativo (basado en la pobreza y la falta de seguro) existe en las áreas rurales. Las áreas con economías agrícolas robustas naturalmente tienen lazos con poblaciones grandes de trabajadores agrícolas y de inmigrantes. Los problemas para acceder al cuidado caritativo empeoran para esta población rural, porque las personas en esta población tienen más propensión de obrar en trabajos extenuantes, con salarios bajos sin cobertura de asistencia

Rafael

Rafael y su esposa Camila viven en un parqueadero de casas móviles en el este de Washington. Rafael tiene 54 años y lleva muchos años trabajando en las huertas. Camila trabaja por temporada empacando cerezas y cuidando a sus hijos. Como muchas familias de trabajadores agrícolas, Rafael y Camila tienen muy poco dinero y no tienen seguro de asistencia médica.

Ambos Camila como Rafael tuvieron asuntos graves de salud que redujeron aún más sus ingresos. Camila tuvo tratamiento para el cáncer, el cáncer entró en remisión, y luego regresó. Ella no fue al trabajo por mucho tiempo durante el tratamiento. Luego, un día, Rafael tuvo un derrame cerebral que lo dejó sin poder usar su brazo derecho y su pierna y no podía hablar. Rafael se veía en necesidad de una larga recuperación para poder

caminar y hablar de nuevo.

Rafael obtuvo una solicitud para el cuidado caritativo para su atención médica, pero el hospital la denegó, por la razón de su política ilegal cual denegaba el cuidado caritativo a menos que la solicitud estuviera completada y regresada dentro de 30 días de servicio. En vez de ayudar, el hospital envió la factura de \$10,000 a cobranza de deudas, sin ni siquiera haber emitido una denegación por escrito o dar la oportunidad a Rafael de apelar.

Afortunadamente, el programa de Servicios de Abogados Voluntarios mandó a Rafael a Servicios Legales Columbia en Wenatchee. Con un abogado para interceder por él, Rafael pudo recibir el cuidado caritativo para su atención médica y la demanda fue desestimada.

médica y posiblemente no hablan el inglés como su primer idioma.⁵¹ Estas personas sufren de adversidad financiera a largo plazo, evitan la atención hospitalaria más que sus vecinos blancos en áreas urbanas,⁵² y típicamente no conocen la disponibilidad del cuidado caritativo. Frecuentemente, cuando llegan a saber del cuidado caritativo, la información proviene de una fuente aparte del hospital, tal como de un intercesor o un amigo.

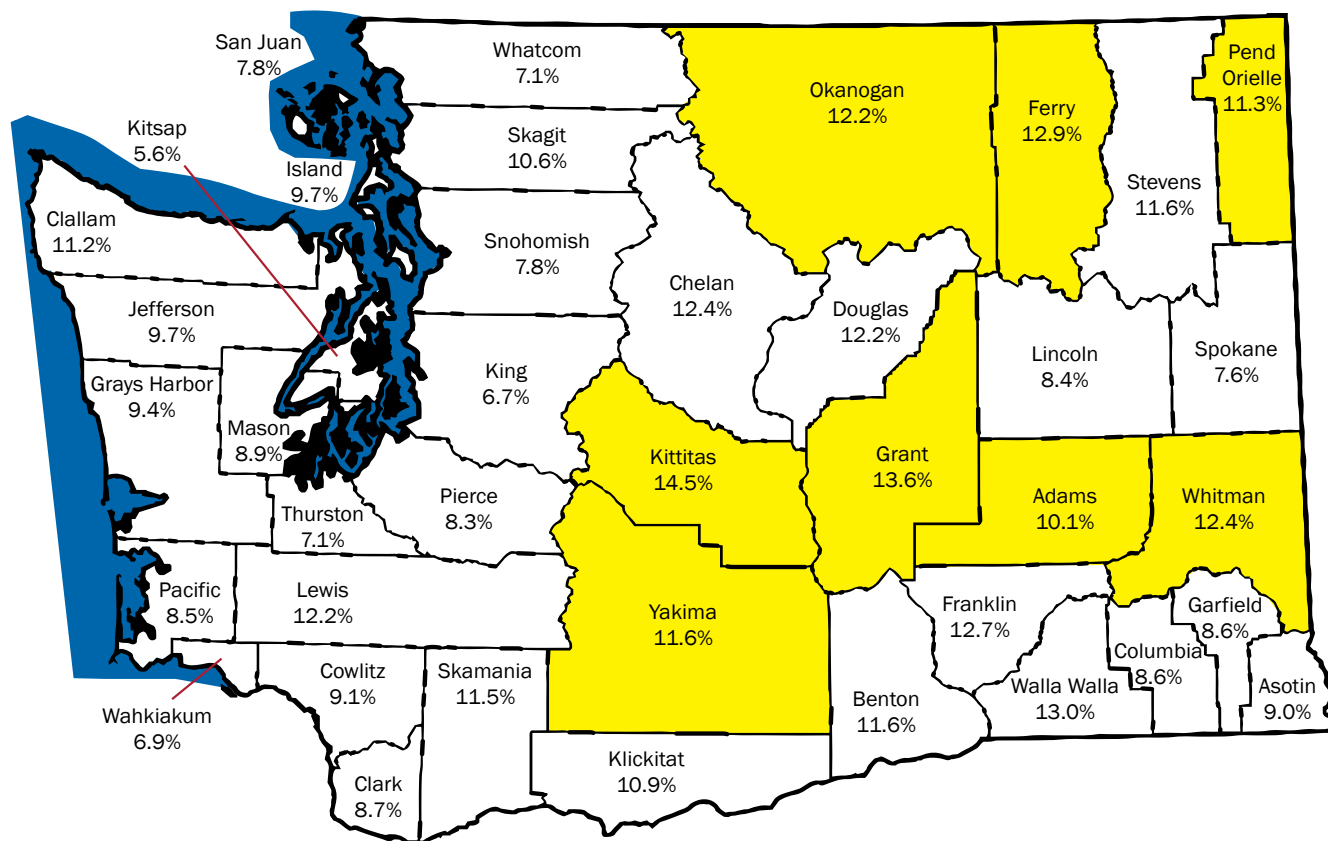
Los datos sugieren que los condados con índices elevados de pobreza también tienen índices elevados de personas sin seguro. Más de una de cada cinco personas viviendo en los condados de Whitman, Adams, Ferry, Yakima, Kittitas, Pend Oreille, y Okanogan se encuentran en un nivel más bajo del umbral de la pobreza federal.⁵³ No es sorprendente que todos estos condados tienen índices elevados de personas sin seguro: Whitman (12.4%), Adams (10.1%), Ferry (12.9%), Yakima (11.6%), Kittitas (14.5%), Pend Oreille (11.3%), y Okanogan (12.2%).⁵⁴

En comparación, los índices de no asegurados en los condados de Kitsap, King, y Spokane son de 5.6%, 6.7%, y 7.6%, respectivamente.⁵⁵

Mientras que el cuidado caritativo permanece indispensable en áreas urbanas, el ACA ha desplazado la necesidad relativa para el cuidado caritativo a las áreas rurales, y en particular, a las comunidades de trabajadores agrícolas en las áreas las áreas agrarias. Esta es una razón clave del porque CLS enfocó su divulgación y esfuerzos de capacitación en estas comunidades.

Mapa: Índices de Personas sin Seguro Médico por Condado, en Comparación con Índices de Pobreza

Condado con 20% o más de la población viviendo bajo el nivel de pobreza, 2010-2014



Fuentes:

Índices de Personas Sin Seguro Médico en el Estado de Washington Baja por la Mitad a 7.3 Por Ciento, WASH. STATE OFFICE OF INSURANCE COMM'R (3 de febrero de; 2016), <https://www.insurance.wa.gov/about-oic/newsroom/news/2016/02-02-2016.html>.

WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, HEALTH OF WASHINGTON STATE: SOCIOECONOMIC POSITION IN WASHINGTON 1(2) (actualizado el 19 de diciembre del 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1500/Context-SEP2016-DU.pdf>.

IV. Números de Cuidado Caritativo Cambiantes

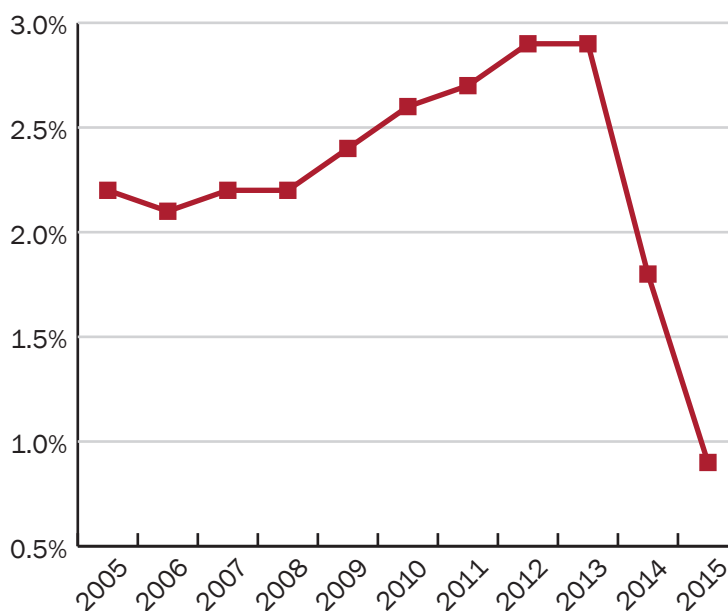
La necesidad para los servicios de cuidado caritativo continúa desarrollándose en el Estado. El ACA ayudó a muchas personas para obtener seguro médico, cual, por su parte, redujo de manera importante la necesidad del cuidado caritativo. La expansión del programa Medicaid a personas quienes anteriormente no eran elegible ha incrementado el uso y los ingresos de los hospitales. Como hay menos pacientes sin seguro, la expansión también redujo la cantidad de deuda mala que los hospitales tienen.⁵⁶ Los hospitales en Washington por consecuencia han proporcionado menos cuidado caritativo, Cuidado Caritativo constituía el 2.9% de los ingresos brutos de los hospitales en el 2013, y bajó al 0.9% de ingresos brutos de los hospitales en el 2015.⁵⁷

Aunque el aumento en la disponibilidad de seguro por el ACA significa menos pacientes sin seguro, y, por lo tanto, reduce los costes de cuidado caritativo para los hospitales, la necesidad para el cuidado caritativo sigue siendo fundamental. El informe “Civil Legal Needs Update” del Tribunal Supremo del Estado de Washington del 2015 concluyó que las dos necesidades legales no cubiertas más comunes que son afrontadas por las personas de bajos ingresos son el acceso a la asistencia médica y el cobro de deudas.⁵⁸ Esto es especialmente inquietante dado *los indicios crecientes de que los hospitales posiblemente no están cumpliendo con la*

ley de cuidado caritativo como corresponde. Mientras que la ley exige que los hospitales hagan un esfuerzo razonable en todos los casos para determinar la elegibilidad del cuidado caritativo, algunas políticas de los hospitales hacen lo contrario. En una demanda, hubo evidencia específica de que los empleados de los dos hospitales demandados recibieron compensación adicional por minimizar los costes de cuidado caritativo del hospital. Los hospitales también distribuyeron puntos claves usados por los empleados con los pacientes, diseñados para extraer el máximo de dinero posible de los pacientes con bajos ingresos en lugar de proporcionar el cuidado caritativo.

Además de este litigio, los abogados en el Northwest Justice Project (NJP), Northwest Health Law Advocates (NoHLA), y en otras organizaciones de abogacía o de servicios sociales para

Gráfico: Cambios en Cuidado Caritativo como % de los Ingresos Totales del Hospital con el Paso de Tiempo



Fuente: WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, 2015 WASHINGTON STATE CHARITY CARE IN WASHINGTON HOSPITALS 5 (Feb. 2017), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/2015CharityCareReport.pdf>.

los pacientes informaron a CLS sobre el alto volumen de clientes solicitando ayuda con su deuda médica. En parte, esto se debe frecuentemente a la falta de los hospitales de evaluar a los pacientes elegibles para los servicios de cuidado caritativo.

Scott Kinkley, un abogado con el NJP en Spokane, resumió las experiencias de sus clientes, al igual que los pacientes entrevistados por CLS, cuando dijo:

Los hospitales no están evaluando preliminarmente de manera adecuada a los pacientes. Frecuentemente, no proporcionan información por escrito explicando el cuidado caritativo. Mis clientes llegan a conocer que el cuidado caritativo existe conmigo, después de haber recibido documentos de la corte o de tener sus salarios o cuentas bancarias embargadas. Aun así, los hospitales tratan de disuadir a mis clientes de aplicar diciéndoles que es muy tarde para aplicar tras enviar una cuenta a una agencia de cobranza.

Los datos de la cobranza de deuda en los hospitales indican que, en vez de recibir el cuidado caritativo para cubrir las facturas hospitalarias, los cobradores de deuda persiguen a los pacientes. Los datos de cobranza de deuda también sugieren que los hospitales están proporcionando menos cuidado caritativo de lo que corresponde y se están comprometiendo en prácticas de cobranza dañinas. En diciembre del 2016, la red Washington Community Action Network (WA CAN) lanzó un informe documentando las prácticas cuestionables de cobranza por parte del hospital St. Joseph en Tacoma.⁶¹ El informe documentó las prácticas de cobranza por parte del hospital tales como el cobro con altas tasas de intereses y honorarios por embargos, en conjunto con reportar a pacientes a los buros de crédito.⁶² Las personas de salarios tan bajos como de \$12.50 la hora tuvieron el 25% de su paga embargada.⁶³

El informe del WA CAN descubrió que el 54% de los pacientes con cuentas enviadas a

Caso Reciente: Yakima Regional

En una demanda presentada en el 2012 por CLS y la abogada codefensora, Eleanor Hamburger de Sirianni Youtz Spoonemore Hamburger, contra el Yakima Regional Medical Center y el Toppenish Community Hospital, documentos del hospital indicaron que los empleados de ambos hospitales tenían puntos que enfatizaban, al igual que incentivos, para evitar el ofrecer el cuidado caritativo. Ambos hospitales instruyeron a sus empleados para que intentaran de obtener la cantidad máxima de dinero posible de los pacientes de bajos ingresos. Los empleados tuvieron instrucciones de no mencionar el cuidado caritativo como una opción a menos que el paciente específicamente preguntara sobre eso.⁵⁹ Los hospitales rutinariamente exigían depósitos antes de evaluar para el cuidado caritativo y proporcionar servicios.

El Tribunal determinó, “Los Demandados manifestaron una conducta que violó el propósito del CCA [la ley de cuidado caritativo] al igual que los requisitos obligatorios. . . . Es probable que algunos de los pacientes indigentes no pudieron pagar estos depósitos y por lo tanto el acceso a los servicios médicos calificados fue negado. Adicionalmente, los Demandados enviaron facturas excesivas, infladas, delincuentes a cobranza lo cual resultó en honorarios y costes de cobranza.”⁶⁰ La demanda fue resuelta por un acuerdo en la cantidad de \$4.5 millón.

cobranza no tuvieron comunicación sobre el cuidado caritativo mientras que estuvieron en el hospital.⁶⁴

Como fue claro, a partir de estos informes, que algunos hospitales en Washington no estaban cumpliendo plenamente con los requisitos del cuidado caritativo, *CLS emprendió una evaluación más completa de estos asuntos esenciales:*

1. ¿Los pacientes pueden acceder a los servicios de cuidado caritativo por los cuales tienen elegibilidad para recibir, y si no, por qué no?
2. ¿Cuáles políticas y prácticas permitirían que el programa de cuidado caritativo en Washington cumpla con su promesa de que los servicios hospitalarios necesarios sean accesibles para todos?

V. Metodología

Para investigar estas preguntas, CLS revisó: informes y literatura estatal y nacional sobre el cuidado caritativo; leyes estatales y federales sobre el cuidado caritativo; datos por parte de los hospitales sobre el cuidado caritativo reportados al DOH estatal; datos públicamente disponibles cuantificando los índices de personas sin seguro y sin seguro suficiente; y datos sobre la correlación entre la presencia y la ausencia de seguro de asistencia médica y la pobreza, raza e identidad étnica.

Aún más, CLS agrupó información por medio de divulgación en las comunidades de

Caso Reciente: Empire Health Foundation

La fundación Empire Health Foundation (EHF), por medio de sus abogados del bufete Sirianni Youtz Spoonemore Hamburger, presentó una demanda contra Community Health Systems (CHS), una cadena de hospitales con fines de lucro, cual compró los hospitales Deaconess y Valley en Spokane.

La demanda reclama que el CHS no cumplió con la ley estatal y su propio acuerdo de compra con el EHF, cual exigió que CHS proporcionara cuidado caritativo en cantidades que cumplieran o excedieran el promedio regional de los hospitales del este de Washington. El EHF alega que, desde que CHS compró las entidades Empire Health Services en el 2008, CHS ha

retenido \$55 millones en cuidado caritativo que prometió pero que no proporcionó, de hasta \$110 millones cuando se ajustan los números del cuidado caritativo del CHS por sus cargos excesivamente inflados.⁶⁵

Además de este litigio, los abogados en el Northwest Justice Project (NJP), Northwest Health Law Advocates (NoHLA), y en otras organizaciones de abogacía o de servicios sociales para los pacientes informaron a CLS sobre el alto volumen de clientes solicitando ayuda con su deuda médica. En parte, esto se debe frecuentemente a la falta de los hospitales de evaluar a los pacientes elegibles para los servicios de cuidado caritativo.

CLS entrevistó a más de treinta pacientes quienes cumplían con los requisitos para el programa de servicios de cuidado caritativo en hospitales de Washington, pero no lo recibieron, revisando cuidadosamente las circunstancias en cada caso, consultando con cada paciente en detalle y juntando y analizando su documentación sobre sus ingresos, tamaño de familia, y otras circunstancias financieras, y facturación.

En diciembre del 2016, CLS contrató al Equal Rights Center, una organización de capacitación y pruebas sin fines de lucro basado en Washington D.C., para conducir pruebas en pares español-inglés. El propósito de estas pruebas fue examinar las diferencias posibles

sobre como los hospitales responden cuando hispanohablantes solicitan información sobre el cuidado caritativo, en comparación con las respuestas que dan a los anglohablantes al solicitar lo mismo.

Además, en enero del 2017, CLS revisó la política sobre el cuidado caritativo de cada hospital en Washington para identificar la probabilidad de violaciones de leyes sobre el cuidado caritativo y las barreras al acceso de cuidado caritativo. CLS también revisó las aplicaciones para el cuidado caritativo en muchos de estos hospitales para ver si las aplicaciones conformaban con las políticas oficiales del hospital y con la ley del cuidado caritativo. CLS actualizó esta revisión en junio del 2017 para incluir cualquier revisión de políticas en su análisis. Ver Apéndice A para los resultados de la revisión de políticas.

VI. Resultados

Los resultados por parte de CLS, según detallados en este informe, indican que hay problemas considerables sobre el funcionamiento del programa de cuidado caritativo en Washington:

1. **Los hospitales no se están dirigiendo suficientemente a las barreras del idioma.** A pesar de las leyes exigiendo que los hospitales tengan accesible el cuidado caritativo para sus pacientes que hablan idiomas otros que el inglés, muchos hospitales no se dirigen adecuadamente a estas necesidades del idioma.
2. **Los hospitales no están evaluando a los pacientes para determinar su elegibilidad para el cuidado caritativo según requerido por la ley.** En particular:
 - Algunos hospitales no están haciendo la determinación inicial requerida para evaluar si los pacientes son elegibles para el cuidado caritativo.
 - A veces, el personal de los hospitales supone que los pacientes tienen seguro médico o que los pacientes pueden pagar los servicios del hospital, cuando debería estar claro que el paciente califica para el cuidado caritativo.
 - Algunos hospitales esquivan las evaluaciones para el cuidado caritativo y desaniman a los pacientes elegibles para el cuidado caritativo de ir a sus instalaciones cuando exigen depósitos, copagos o deducibles por adelantado, al contrario de la ley.
3. **Las prácticas de notificación no informan adecuadamente a los pacientes sobre sus derechos de cuidado caritativo.** En vez, los pacientes tienen que buscar la información vigorosamente, aprenderla de otros, u obtener la ayuda de un abogado. Aun si tienen la información sobre el cuidado caritativo, los pacientes no tienen el apoyo del hospital para navegar el sistema.
4. **Los pacientes se esfuerzan para cumplir con las exigencias de documentos por parte del hospital para establecer su elegibilidad para el cuidado caritativo.** Incluyendo situaciones donde las exigencias van más allá de lo que permite la ley.

5. **Los hospitales y cobradores de deuda cobran incorrectamente las facturas hospitalarias que en realidad no deben de ser pagadas por los pacientes elegibles para servicios de cuidado caritativo.** En particular, los cobradores de deuda del hospital demandan rutinariamente a los pacientes indigentes por servicios que debieron de haber sido cancelados como cuidado caritativo, cobran facturas más altas para las personas sin seguro (índices/tarifas “Charge Master”), más 12% de intereses antes y después del fallo, costes de la corte, y honorarios de abogados.

1. Los Hospitales No Se Están Dirigiendo Adecuadamente A Las Barreras Del Idioma

Las personas con dominio limitado del inglés se enfrentan con barreras adicionales para obtener el cuidado caritativo. La extensa divulgación en la comunidad de trabajadores agrícolas reveló dos factores importantes sobre los inmigrantes y las personas de color quienes eran elegibles financieramente, quienes se encuentran en mayor necesidad y quienes no hablan inglés como lengua materna. Primero, pocas personas en estas comunidades conocen el programa de cuidado caritativo de Washington y sus protecciones. Muchos están sorprendidos cuando oyen que tienen el derecho de recibir servicios de atención medica necesarios en el hospital gratuitamente o por costo reducido. Segundo, si habían oído de descuentos o cuidado gratuito, la información proviene de amigos, familia o compañeros de trabajo — no del hospital. Esto recalca el problema sustancial del acceso al idioma para las personas con más necesidad.

Pruebas de Acceso al Idioma por el Equal Rights Center

Para mejor investigar los asuntos de acceso al idioma, CLS contrató al Equal Rights Center para hacer pruebas sobre el trato de pacientes anticipados y ver si habían diferencias por hablar inglés o español. Los probadores de habla inglés y español del Equal Rights Center hicieron llamadas telefónicas a veinte hospitales en el estado de Washington en diciembre del 2016. Los hospitales fueron seleccionados cuidadosamente para proveer una variedad representativa basada en las características geográficas y demográficas.

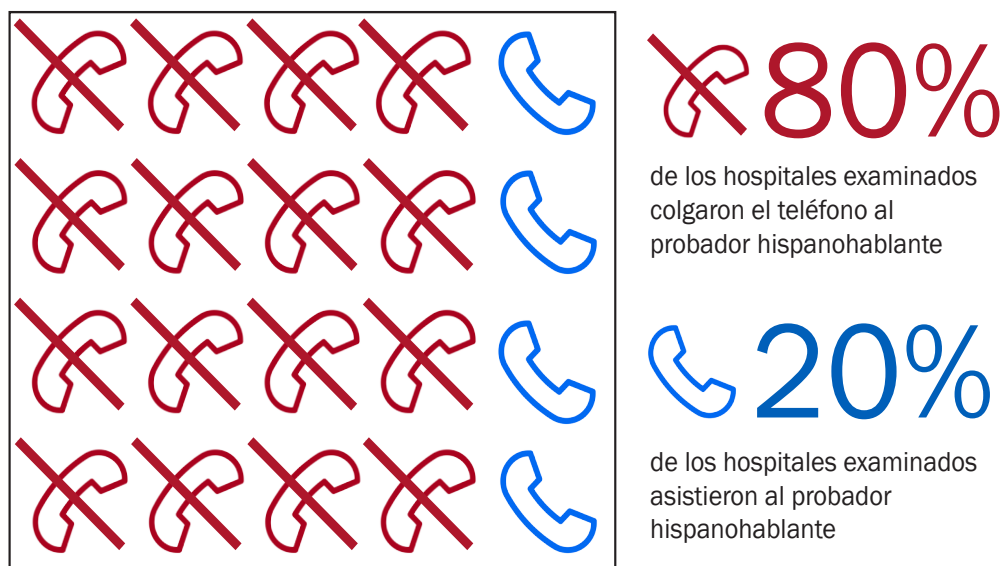
Los probadores se emparejaron por género y otras características, de manera que las únicas diferencias entre ellos fuese su habilidad o inhabilidad aparente de entender y hablar inglés, y su percibida identidad étnica u origen nacional (basado en su acento español o por falta de acento por teléfono). Los probadores tenían situaciones hipotéticas idénticas para presentar a los hospitales. Ellos tenían instrucciones de hacer preguntas sobre servicios de salud por parte de un familiar con bajos ingresos quienes describían como una persona sin seguro, y con dificultad para pagar los servicios.

Cada probador de habla inglés y español llamó a la recepción del hospital dos veces, y luego compararon la primera y segunda prueba. Además, los probadores tenían instrucciones de pedir la oficina financiera del hospital (si era necesario), para que se pudiera comparar la información provista por la recepción y la información provista por la oficina financiera.

El Equal Rights Center reportó que en el 80% de los hospitales examinados (16 de 20 en

total), la recepción o la oficina financiera colgó el teléfono al probador hispanohablante por lo menos una vez (el personal del hospital simplemente colgó el teléfono cuando el probador no habló en inglés).

Porcentaje de Hospitales que Colgaron el Teléfono al Probador Hispanohablante



En algunos casos, el probador de habla hispana no pudo terminar de hablar de su situación antes de que el personal del hospital colgara el teléfono sin explicación alguna. Otras veces, el personal dijo que no entendía, y especificó, “inglés solamente” y luego colgó cuando la persona que llamó no habló en inglés.

Las llamadas a la oficina financiera del hospital tuvieron un poco más éxito. Sin embargo, en 9 de las pruebas del probador de idioma español cuando habló directamente con la oficina financiera, o fue transferido ahí por la recepción, el empleado que contestó colgó la llamada después que el probador presentó su situación en español, sin proporcionar ninguna asistencia.

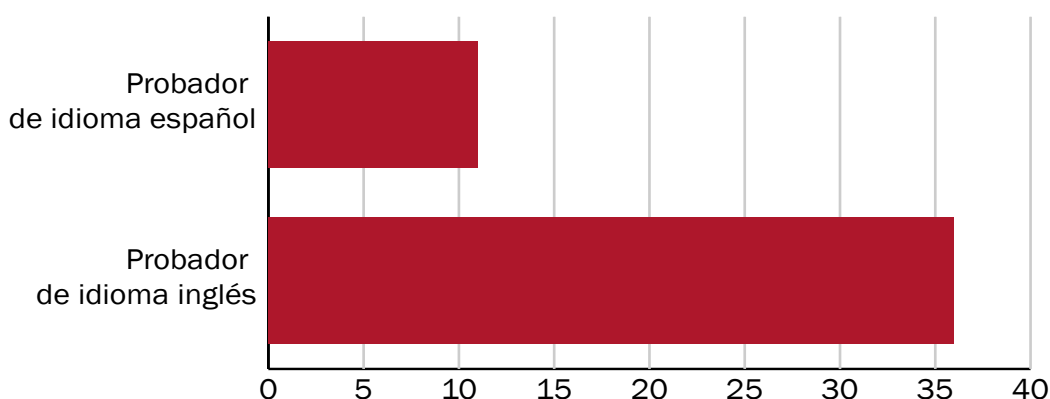
Cuando los probadores de idioma español pudieron hablar con los empleados del hospital, en solamente un 28% de las llamadas los empleados informaron a los probadores que existía la asistencia financiera (11 de 40 en total) cuando marcaron el número de teléfono principal. En comparación, en 90% de las pruebas (36 de 40 en total) cuando los probadores de idioma inglés llamaron al número de teléfono principal del hospital, al probador se le informó que había asistencia financiera disponible para su familiar.

El probador de idioma inglés fue informado sobre la disponibilidad de cuidado caritativo por lo menos una vez en cada uno de los 20 hospitales (100%) cuando marcaron el número de teléfono principal del hospital. En comparación, al probador de habla hispana se le informó sobre la disponibilidad de cuidado caritativo por lo menos una vez en solamente 8 de 20 hospitales (40%) cuando marcaron el número de teléfono principal del hospital. Cuando

el probador de habla hispana llamó a la oficina financiera directamente, 5 hospitales adicionales (13 en total, o 65%) informaron al probador que tenían asistencia financiera disponible.

Hubo por lo menos tres pruebas en las cuales a los probadores de idioma español se les informó que no había disponibilidad de asistencia financiera. En dos de estas pruebas, el probador de idioma español fue informado simplemente que la asistencia financiera no era disponible en el hospital. En otro caso, el hospital le informó al probador de idioma español que ellos no ofrecían asistencia financiera y que debería ir a “Harborview” para esos servicios.

Probadores Informados de la Disponibilidad de Asistencia Financiera – llamaron al numero principal



La falta de acceso al idioma también ocurrió en regiones de gran población de hispanohablantes. Al llamar a un hospital de tamaño mediano en el centro de Washington, la empleada colgó la llamada con el probador de idioma español, quien reportó que, “Inmediatamente después de haber explicado mi situación hipotética, [la mujer] dijo, ‘No español.’ Yo repetí mi situación nuevamente [durante la segunda llamada] pero en el medio de explicar mi situación ella colgó sin decir una palabra.” Sin embargo, el probador de idioma inglés reportó que el mismo hospital dio información sobre el cuidado caritativo durante ambas llamadas telefónicas, diciendo, “Tenemos una solicitud para el cuidado caritativo; si ella no está trabajando entonces pagaran una parte de la visita....”

El Equal Rights Center también revisó los sitios web de los hospitales. De los 20 sitios web examinados, 13 proveían un enlace para la solicitud de cuidado caritativo. Sin embargo, solamente cinco sitios web mencionaron asistencia de idiomas (a saber, interpretación o servicios de traducción) para personas que no hablan inglés. Muchos de los enlaces proporcionados para varios idiomas estaban escritos en inglés, al igual que la mayoría del sitio web, aun si explicaba la asistencia para comunicar en otros idiomas.

Los servicios de interpretación en el hospital

Separadamente, los pacientes que CLS entrevistó también compartieron experiencias sobre

Elena

Elena, monolingüe hispanohablante, recibió atención médica de emergencia de un hospital en el área del Puget Sound en diciembre del 2013 y en marzo del 2014. Aunque ella se encontraba bajo el límite del 100% de cobertura bajo servicios de cuidado caritativo basado en sus ingresos y tamaño de familia, el hospital no la evaluó para el cuidado caritativo y no hizo una determinación inicial para la elegibilidad. En su lugar, ellos le dieron una solicitud para servicios de cuidado caritativo y que se las arreglara por sí misma. Unos días después de su primera visita, ella regresó con la aplicación completada e intentó entregarla, pero el personal del hospital – quienes hablaban en inglés solamente – rehusaron aceptarla. No había nadie disponible para hablar con ella en español y nunca le explicaron cuál fue el problema con la aplicación. Simplemente la despacharon.

Después de su segunda visita en marzo del 2014, ella fue acompañada de su hijo con dominio del inglés, quien la ayudó a someter la aplicación de cuidado caritativo por ambas visitas al hospital. El personal informó al hijo que ella debería enviar la aplicación a la oficina administrativa del hospital en Tacoma,

pero inexplicablemente, el personal no tenía la dirección y la frustraron otra vez. Un año después, el cobrador de deudas del hospital la demandó por las facturas por las cuales ella había solicitado los servicios de cuidado caritativo, y presentaron una orden por incumplimiento contra ella en una cantidad de \$12,000 – casi el 50% del ingreso total anual de su familia.

El cobrador de deudas entonces embargó el 25% del salario ya bajo de Elena, un salario cual era la única fuente de ingresos para la familia porque su esposo se encontraba desempleado en aquel tiempo. En el 2017, Elena contactó a Servicios Legales Columbia. Su abogado contactó al hospital y le mostró la información que hubiera tenido si hubieran seguido la ley del cuidado caritativo correctamente y la hubieran evaluado en el 2013 - que Elena calificaba completamente en base de sus ingresos y el tamaño de su familia. El hospital le otorgó el servicio de cuidado caritativo por todas las facturas del hospital, paró los embargos, y restauró su paga para que su familia pudiera cumplir con las necesidades más básicas.

el uso de los interpretes en los hospitales para discutir seguros, responsabilidad para pagos, o la disponibilidad de cuidado caritativo. En todas menos en una o dos de las ocasiones, los pacientes reportaron que los hospitales no usan los interpretes en el hospital para discutir las facturas o para preguntas que puedan determinar la capacidad o incapacidad del paciente para pagar. En vez, los hospitales acuden a miembros de la familia, incluyendo a niños menores y visitantes quienes también pueden tener dominio limitado en el inglés, para llenar este vacío.

Materiales en Idioma Español y la Divulgación

Muchos hospitales no cumplen con los esfuerzos de información en las comunidades

de pacientes hispanohablantes de que el cuidado caritativo existe. Según señalado anteriormente, los avisos pegados instruyendo a los pacientes en español que contacten la oficina financiera no son tan efectivas como el informar a los pacientes que existe la posibilidad de atención médica gratuita o con descuento.

Algunos hospitales proveen folletos y otros materiales escritos en español en su recepción o en la oficina financiera. Esta información se proporciona solamente cuando personas hispanohablantes la piden o cuando los empleados del hospital se dan cuenta que la información puede ser útil.

Algunos hospitales también proveen información y materiales sobre el cuidado caritativo en sus sitios web. Sin embargo, los materiales en español publicados en los sitios web de los hospitales no están alcanzando al público destinado porque los miembros de las comunidades meta no saben que los materiales existen en un sitio web en primer lugar, quizás no tienen acceso al internet, y frecuentemente tienen que navegar las páginas del sitio web en inglés para poder llegar al enlace en español.

Los hospitales en el estado de Washington se involucran con sus comunidades en diferentes maneras que incluyen donativos de útiles escolares, reuniones con personal de clínicas de salud comunitarias, y auspiciando eventos de Ferias de Salud. CLS se reunió repetidamente con el mismo personal de hospitales y trabajadores de divulgación comunitaria de clínicas mientras que asistió a reuniones en la comunidad y observó que no estaban proporcionando la información de cuidado caritativo.

Las practicas recomendadas por WSHA sugieren que los hospitales deben incorporar la información de cuidado caritativo con el trabajo de divulgación comunitaria que existe o compartir la información con otras agencias de servicios.⁶⁶ A partir de las entrevistas que tuvimos con organizaciones comunitarias y agencias de servicios, esto no parece ser una práctica generalizada. Los esfuerzos por parte de WSHA para animar esto podría cerrar esta brecha de comunicación.

2. Los Hospitales No Están Haciendo La Evaluación Inicial

Los pacientes no se evalúan rutinariamente en o cerca del momento de admisión. Para cumplir con la ley, los hospitales tienen que determinar afirmativamente los ingresos del paciente y su tamaño de familia. Si la respuesta del paciente indica que el paciente podría calificar para el cuidado caritativo, el hospital tiene que suspender los esfuerzos de cobro en la espera de una “determinación final [de estatus de patrocinio].”⁶⁷

En las entrevistas con los pacientes, CLS descubrió que los hospitales hacen preguntas detalladas sobre seguro público y privado y las fuentes de pagos por terceros (tal como seguro de vehículos por accidentes en autos), pero no para la elegibilidad de cuidado caritativo. El hospital no preguntó a ninguna de las personas de bajos ingresos entrevistadas por CLS sobre sus ingresos o cuantas personas vivían en sus familias, ni en la admisión ni cuando les dieron de alta. *Nadie fue evaluado por parte del hospital para elegibilidad de cuidado caritativo en la manera exigida por la ley.*

Además, las políticas de algunos hospitales transfieren al paciente la carga de identificar las necesidades de cuidado caritativo. Por ejemplo, la política de cuidado caritativo de Virginia Mason Medical Center no requiere explícitamente que el hospital haga una determinación inicial de elegibilidad de cuidado caritativo. En cambio, el primer paso en el proceso - La elegibilidad inicial luego se determina cuando el paciente aplica para el cuidado caritativo, en lugar de evaluar al paciente por adelantado. Según expresado en la política, “Los especialistas de cuenta de pacientes determinarán la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera en base de la información proporcionada por el paciente *en la forma de una Aplicación de Asistencia Financiera y la verificación de ingresos.*”⁶⁸ En otras palabras, el paciente tiene la responsabilidad de probar que no califica para ningún otro recurso y luego aplicar para el cuidado caritativo. En vez de proporcionar los detalles de la evaluación para el cuidado, esta política sugiere que los pacientes de Virginia Mason necesitan saber que el cuidado caritativo existe, obtener una aplicación, saber cómo completarla, y luego someterla.

En base de las entrevistas de pacientes conducidas por CLS y la información de otros intercesores y abogados, queda claro que la falta de evaluar es un problema consistente entre los tipos de atención médica que los pacientes reciben. No evaluaron a los pacientes hospitalizados, los pacientes externos, y a los pacientes en las salas de emergencia. Un paciente de bajos ingresos describió su hospitalización de tres cirugías en un periodo de un

Carmela

Carmela, de veinte y dos años de edad, vive con sus dos niños pequeños y gana aproximadamente \$1,000 al mes trabajando en un hotel. En el 2014, Carmela se encontraba desempleada y tenía un dolor grave abdominal. Carmela fue a la sala de emergencias del hospital, donde la diagnosticaron y trataron por quistes en su abdomen.

Cuando Carmela le dijo al personal del hospital que no tenía empleo ni seguro médico, ellos no mencionaron los servicios de cuidado caritativo, no evaluaron su elegibilidad, y no le dieron una solicitud. En vez, el hospital le envió una factura de más de \$2,000 por el tratamiento recibido. Cuando Carmela no pudo pagar, el hospital envió su cuenta a una compañía de cobros, y esta la amenazó con una acción legal.

Carmela luchó para pagar su deuda y mientras la compañía de cobros la

amenazaba con una demanda, la deuda acumulaba intereses. Con miedo de incurrir aún más deuda por la cual no podía pagar, Carmela no regresó a sus citas de seguimiento por un año. Sin embargo, su salud continuaba siendo una fuente de estrés y de preocupación. Finalmente, Carmela llamó al hospital y les dijo que tenía miedo de ir por el costo. Un representante le dijo que simplemente programara una cita y cuando Carmela se negó repetidamente en hacerlo, ahí fue que le informaron sobre los servicios de cuidado caritativo. Debido a la falta de información, Carmela tuvo que aplazar su tratamiento y arriesgó su salud aún más por una factura que debió haber sido cubierta bajo el cuidado caritativo.

Después de contactar a Servicios Legales Columbia, Carmela pudo recibir los servicios de cuidado caritativo para cubrir todos sus costes médicos.

año y ni una sola vez lo evaluaron para el cuidado caritativo.

Muchas experiencias de los pacientes indican que los hospitales no están considerando señales obvias de la necesidad de servicios gratuitos o reducidos. Por ejemplo, los pacientes reportaron a CLS y a otros intercesores y abogados que los hospitales no los evaluaron para el cuidado caritativo aun después que los pacientes proporcionaron información tal como el no tener seguro, no tener suficientes ingresos para pagar, no poder trabajar desde algún tiempo por asuntos médicos y otros detalles similares. Cualquiera de estos hechos debió haber advertido al personal del hospital sobre la posible elegibilidad para el cuidado caritativo, pero los hospitales no hicieron ninguna evaluación y no proporcionaron información.

Mateo

Mateo, de cincuenta y ocho años de edad, era un carnicero y trabajador agrícola que no ha trabajado por varios años debido a lastimaduras laborales que lo dejaron permanentemente incapacitado para regresar a su trabajo anterior. Sus hijos adultos y familias viven con él, comparten los costes de vivienda, y le proveen su comida diaria. Mateo cocina platos especiales de comidas para otras familias una o dos veces al mes. Las cantidades pequeñas que gana por este trabajo son sus únicos ingresos.

Cuando Mateo comenzó a sentir dolor y había sangre en su orina, los doctores le dijeron que necesitaba una tomografía computarizada (conocido como CT scan en inglés) en el hospital. El hospital le informó que necesitaría llevar \$560 a su cita, como un copago, y si no, no harían la tomografía computarizada. Mateo no tenía seguro médico y por lo tanto solicitó servicios de cuidado caritativo. El hospital rehusó darle una aplicación hasta que recibieron el depósito y proporcionaron la atención médica. Mateo, temiendo por su salud, usó el dinero que tenía apartado para el pago de vivienda del próximo mes y pidió prestado el resto de su familia.

Después de la tomografía computarizada, el hospital nuevamente se negó a permitir que Mateo solicitara los servicios del programa de cuidado caritativo. El hospital se quedó con la solicitud hasta que él regresó con una carta de denegación de Medicaid, aunque el hospital ya sabía que él no tenía elegibilidad debido a su estatus migratorio. Cuando Mateo regresó con su carta de denegación, en vez de ofrecerle una solicitud para el programa de cuidado caritativo, le preguntaron cómo podía sobrevivir sin ingresos. Cuando Mateo mencionó comidas gratuitas, el hospital se negó a darle una solicitud hasta que su hijo declaró a Mateo como un dependiente en la declaración de ingresos el año siguiente.

La factura final del hospital por las consultas y procedimientos de diagnóstico fue de más de \$4,500. El proceso fue confuso, llevó mucho tiempo, y creo barreras innecesarias para el cuidado caritativo. Mateo se vio forzado en pagar \$50 al mes por facturas médicas que nunca hubiera tenido que pagar hasta que un familiar contactó a Servicios Legales Columbia pidiendo ayuda.

Aparentemente, muchos hospitales presumen que los pacientes tienen conocimiento y entendimiento del cuidado caritativo y como aplicar sin ningún apoyo afirmativo. Los empleados de los hospitales frecuentemente preguntan sobre seguro, otros recursos económicos para pagos, y responsabilidad financiera, al igual que información que se pueda usar para acciones de cobro en el futuro (como lugar de empleo para el embargo de salarios). A su vez, muchos pacientes sin los medios financieros intentan explicar que no tienen seguro, que no califican para el seguro del gobierno, y que se encuentran desempleados o ganan cerca del salario mínimo. Frecuentemente, aún en este punto oportuno cuando la capacidad de pagar es el enfoque de la conversación, el cuidado caritativo no se discute.

Además, los hospitales agrupan frecuentemente información detallada sobre los ingresos y el tamaño de familia del paciente para determinar si califican para Medicaid bajo el ACA, cual cubre a los pacientes con ingresos de hasta el 138% del nivel de pobreza. Sin embargo, en la medida en que esos pacientes no califican para Medicaid, los hospitales frecuentemente no usan esa misma información para identificar quienes de esos pacientes califican para el cuidado caritativo.⁶⁹

Los Hospitales que requieren depósitos evitan la evaluación inicial de elegibilidad. Algunos hospitales eluden la responsabilidad de evaluar la elegibilidad para el cuidado caritativo al requerir que las personas sin seguro suficiente o sin seguro paguen depósitos, deducibles o copagos por adelantado. La ley prohíbe esta práctica explícitamente: “Los hospitales no pueden exigir depósitos de esas partes responsables cumpliendo ... [los requisitos de ingresos para el cuidado caritativo].”⁷⁰

A pesar de la gran publicidad sobre la demanda retando a las políticas ilegales de depósitos por parte de los hospitales Yakima Regional y Toppenish, algunos hospitales todavía siguen pidiendo depósitos, deducibles, y copagos por adelantado de las personas que son elegibles para el cuidado caritativo. Por ejemplo, el sitio web del Mason General Hospital todavía declara: “Se requiere un depósito por los servicios de emergencia.”⁷¹ Los empleados de salud comunitaria local también confirmaron que el hospital donde Mateo recibió su tratamiento todavía exige depósitos (llamados “copagos”) rutinariamente de las personas quienes son elegibles para el cuidado caritativo o si no, el tratamiento no será proveído.

El hecho de que todavía hay hospitales que no llevan a cabo una evaluación afirmativa inicial de los pacientes, a pesar de la obligación legal en hacerlo, recalca aún más el aviso del cuidado caritativo.

Casos Recientes: Determinación Inicial

Varios casos adicionales llegaron a CLS proviniendo del lado oeste del estado concerniendo la falta por parte de los hospitales en evaluar a pacientes para la determinación inicial de su elegibilidad para el cuidado caritativo, y en vez persiguieron a los pacientes hasta llevarlos a cobradores de deuda. Tres de esos casos se han resuelto con los hospitales acordando en proveer cuidado caritativo completo a los pacientes, y otros casos siguen pendientes.

3. Las Prácticas de Notificación No Informan a los Pacientes de sus Derechos al Cuidado Caritativo

Las prácticas actuales de posters informativos no son suficientes. La ley del cuidado caritativo de Washington exige que los hospitales tengan “públicamente disponible” el aviso de cuidado caritativo.⁷² Un aviso que es “públicamente disponible” quiere decir un aviso que es:

Más que un Signo

Aún si un hospital está cumpliendo con este requisito, el pegar un aviso en la pared no quiere decir que los pacientes pueden ver el aviso o entender que eso significa que hay disponibilidad de cuidado de atención medica gratuito o descontado.

[P]egada o prominentemente publicada en las áreas públicas del hospital, y proporcionadas al individuo por escrito y explicadas, en el momento en que el hospital solicita información de la parte responsable sobre la disponibilidad de cobertura por cualquier tercero, y en cualquier idioma hablado por más de diez por ciento de la población en el área de servicio del hospital, e interpretado para otros pacientes que no hablan inglés o que tienen dominio limitado del inglés quienes no pueden leer o no entienden lo escrito y la explicación . . .⁷³

Aún si un hospital está cumpliendo con este requisito, el pegar un aviso en la pared no quiere decir que los pacientes pueden ver el aviso o entender que eso significa que hay disponibilidad de cuidado de atención medica gratuito o descontado. El poster recomendado de WSHA, por ejemplo, omite la información útil como, por ejemplo, los límites de elegibilidad de ingresos y el asunto más fundamental – que la atención médica puede ser gratuita. Simplemente dice:

Ayuda con Facturas del Hospital: Si usted necesita ayuda para pagar su factura, sin importar si tiene seguro o no, favor de contactar a nuestra oficina de asistencia financiera.⁷⁴

Los pacientes quienes ven este aviso o estos mensajes escritos parecidos no interpretan que eso significa que posiblemente no tengan que pagar, o que podrían pagar menos. En vez, alguien podría interpretar razonablemente que hay disponibilidad de un plan de pagos o un arreglo similar de crédito.

Algunos Hospitales ofrecen plan de pagos, y no ofrecen cuidado caritativo. Varios pacientes entrevistados para este informe, quienes fueron a la oficina de administración porque necesitaban ayuda para pagar la factura del hospital, creían que esta ayuda se trataba de un plan de pagos para mejorar el impacto de un pago grande. Tenían razón. En lugar de una verdadera asistencia, tal como una cancelación o reducción de la factura, a estos pacientes se les pidió que pagaran la factura con la tarifa elevada “Charge Master” en pagos mensuales y no se les ofreció el cuidado caritativo.

Los pacientes y los intercesores de salud también reportaron que algunos hospitales requieren pagos mensuales en cantidades basadas en el tamaño de la factura (cantidades mensuales más grandes por facturas grandes) sin tener en cuenta la capacidad del paciente

Samuel

Samuel, de treinta y siete años, trabaja en un cobertizo de empaques en Wenatchee y habla español. En enero del 2016, lo llevaron de prisa a la sala de emergencias al tener dificultades en su pecho y para respirar; el día siguiente tuvo una cirugía.

Un poco tiempo después de la cirugía, un empleado del hospital visitó a Samuel mientras que se estaba recuperando. El empleado no habló en español y no trajo a un intérprete y, en su lugar, le pidió a uno de los familiares de Samuel –quien hablaba poco inglés– que interpretara. El empleado le preguntó a Samuel como iba a pagar la factura y se enojó cuando él le informó a ella que no sabía cómo iba a pagarla. La misma empleada visitó a Samuel una semana más tarde, cuando le dieron de alta, para preguntarle cómo iba a pagar. El solamente pudo darle la misma respuesta – que no sabía. La empleada no hizo preguntas sobre sus ingresos o el tamaño de su familia y tampoco le habló sobre el programa de cuidado caritativo.

Más tarde, el Hospital envió una factura de \$50,632.22 a Samuel por su tratamiento.

Un amigo le habló a Samuel sobre el programa de cuidado caritativo y él solicitó con la ayuda de su cuñada. En respuesta al pedido de Samuel para el cuidado caritativo, el hospital exigió que Samuel proporcionara información sobre el familiar que le había ayudado. También exigieron los talones de cheque recientes de su cuñada, verificación de otros ingresos incluyendo la manutención de niños de su cuñada y un certificado de nacimiento demostrando que Samuel no era el padre de la hija de su cuñada. Samuel no pudo entender porque el hospital exigía esta información.

Después de obtener ayuda por parte de Servicios Legales Columbia en Wenatchee, y después de más de un año de ida y vuelta con el hospital, Samuel recibió cuidado caritativo en marzo del 2017.

para pagar. En vez de recibir la asistencia de cuidado caritativo, las oficinas administrativas de los hospitales amenazaron a varios pacientes con acciones de recobro de impagados a menos que pagasen las cantidades mensuales prohibitivas. Un abogado reportó que una persona mayor iba al hospital a pagar su factura, pero en lugar de ofrecer el cuidado caritativo, el hospital insistió que pagara más de lo que sus ingresos fijos permitían.

La mayoría de los pacientes oyen sobre el cuidado caritativo en su comunidad, no en el hospital. Los pacientes, especialmente aquellos quienes su lengua principal no es el inglés, reportaron que oyeron por primera vez de “un programa que ayuda con la factura” mucho tiempo después que el hospital proporcionó los servicios y mucho tiempo después de haber recibido una factura del hospital. Ellos dijeron que la cantidad grande, marcada con un círculo y en letra negrita (ver el ejemplo abajo), fue agobiante y desalentador.

Los pacientes reportaron que su primera reacción al ver la factura fue comparar la cantidad a sus salarios mensuales: “mi salario de tres meses, seis meses, o de un año, o más.” Ellos no sabían cómo iban a pagar esa factura además de pagar la renta, la luz y servicios

públicos y la alimentación de sus hijos también.

Aún después de recibir una factura que no podían pagar, los pacientes entrevistados dijeron que no volvieron al hospital para hablar con la oficina financiera, porque no entendían la asistencia verdadera en términos de que había cuidado reducido o gratuito disponible. Una persona reportó que fue a su iglesia buscando ayuda; el hospital exigió que la iglesia pagara la factura con la tarifa “Charge Master.” Otros reportaron que, por medio de otra persona, tal como un amigo o miembro de la familia, supieron que a veces las facturas se pueden reducir o aun cancelar completamente. Esto, y no la información del hospital, fue lo que llevó a los pacientes a solicitar el cuidado caritativo.

La Primera Factura en Contexto

Los pacientes reportaron que su primera reacción al ver la factura fue comparar la cantidad a sus salarios mensuales: “mi salario de tres meses, seis meses, o de un año, o más.”



BALANCE PENDIENTE \$32,035.56

(Solamente una ilustración)

El retraso causado cuando los pacientes buscan la información sobre el cuidado caritativo es contraproducente. Los hospitales comunican la cantidad debida por el paciente mostrando esta información prominentemente en letra grande y negrita en el frente de la factura del hospital. La disponibilidad del cuidado caritativo debe comunicarse de la misma manera — en letra grande, negrita en el frente de todas las facturas del hospital y de su cobrador de deudas. El idioma debe ser claro, indicando que de hecho la asistencia pudiera ser que el cuidado es gratuito o que la factura puede reducirse, y no simplemente que pueden asistir en proporcionar planes de pago a través del tiempo.

4. Los Pacientes Luchan para Cumplir con las Exigencias de las Aplicaciones del Hospital

Los pacientes quienes aprendieron sobre el cuidado caritativo por parte de familia u amigos reportaron que ellos no entendieron cómo funciona el procedimiento para obtener cuidado caritativo. Frecuentemente se encontraron involuntariamente siguiendo las exigencias de información poco razonables y excesivas por parte del hospital.

Las personas que hablan el español como idioma principal reportaron variaciones de la misma historia. Algunos hospitales exigen el máximo de información posible desde pedidos de facturas de tarjetas de crédito, a los valores de sus autos, para confirmar la suposición de que el paciente puede pagar. En un caso, un hospital rehusó dar una aplicación de cuidado caritativo a un paciente discapacitado con ingresos mínimos, y le dijeron que no podía aplicar para el cuidado caritativo hasta el año siguiente — y solamente si su hijo adulto lo declaraba como un dependiente en su declaración de impuestos. En otro caso, un hospital insistió que un paciente proporcionara una orden de la corte mostrando la cantidad de manutención de hijos que el padre de sus hijos tenía que pagar aun después de explicar que ese documento no existía. Muchos pacientes dijeron que sentían que el hospital intentaba desanimarlos de

Mike

Mike y Sandra viven en el centro de Washington. Mike tiene una condición médica que requiere cirugías periódicas. Él fue hospitalizado dos veces en principios del 2012, y otra vez en diciembre del 2012. Mike y su esposa le informaron al hospital que Mike no tenía seguro. Pero el hospital no lo evaluó para servicios de cuidado caritativo en ninguna de sus tres cirugías.

Mike y Sandra ganaban un poco más del salario mínimo en sus trabajos, y Mike muchas veces no podía trabajar debido a su condición médica. Ellos estaban luchando para mantenerse así mismos y a sus dos hijos. Los ingresos brutos de la familia en el 2011 eran \$26,000. Si el hospital hubiera evaluado a Mike para la elegibilidad de cuidado caritativo, Mike hubiera calificado para una cobertura

completa y no hubiera recibido facturas.

En vez, el hospital envió la factura de Mike a la compañía de cobros. La compañía de cobros demandó a Mike y Sandra, lo cual aumentó considerablemente la cantidad de la deuda ilegítima. El salario de Sandra fue embargado para pagar la deuda que era elegible para el cuidado caritativo, y la familia perdió el 25% del salario que ella ganaba trabajando en un hotel durante el 2014 y el 2015.

Mike y Sandra recibieron numerosos avisos de desalojo y de terminación de servicios públicos cuando embargaron el salario de Sandra, obligando a la familia a vivir en el garaje sin calefacción de su hermana durante los meses de invierno del 2016 y principios del 2017.

solicitar el cuidado caritativo con exigencias indiscretas y repetitivas que requerían viajes constantes al departamento de facturación del hospital.

5. Los Hospitales y Cobradores de Deuda Cobran Incorrectamente la Deuda Que Los Pacientes No Deben

Al fin y al cabo, los hospitales refieren las cuentas a compañías de cobros, y demandan a los pacientes por cantidades que nunca debieron. Una vez que una factura se envía a la compañía de cobros, los honorarios adicionales comienzan acumulándose. Esto solamente empeora si el cobrador de la deuda presenta una demanda.

Estos honorarios y cargos adicionales en particular son dañinos para las familias quienes sufrirán no solamente hoy, pero más allá en el futuro. La deuda al lado de \$53,100.04 de Mike y Sandra, es un ejemplo. Ver Instantánea, pagina 30. Si ellos llegan a exprimir \$300 de su presupuesto cada mes para pagar la compañía de cobros (\$3600 anualmente) por diez años, ellos deberán aproximadamente \$164,000 en el 2027 por una factura que nunca debieron. Esta catástrofe financiera fue causada por la tasa de interés de 12 % después delprevios y posteriores al fallo, la cual es una de las más altas en el país.

Instantánea:

La Deuda del Hospital de Mike y Sandra con Interés y Honorarios

Facturas del Hospital – febrero y marzo 2012	\$32,035.56
Interés del DOS hasta la fecha del juicio de 12%	\$5,243.15
Costes de la Corte/Honorarios de Abogado	\$393
Primer Subtotal	\$37,671.71
Embargo - intereses, costes, honorarios de abogados del enero 30, 2014 – marzo 12, 2014: • Intereses: \$519.96 • Costes/Honorarios de Abogados: \$337.11 (Honorario Exparte \$22.00, Costes de Franqueo/Correo Certificado \$15.11, Honorarios del Abogado de Embargos \$300)	\$857.07
Segundo Subtotal	\$38,528.78
Tasa Por-Día del Interés Estimado: \$12.38/día Interés Aprox. – marzo 13, 2014 a junio 1, 2017 (1,177 días multiplicados por \$12.38)	\$14,571.26
Cantidad Devida (aproximada) – junio 1, 2017 (familia embargada en una cantidad de \$3,839.36)	\$53,100.04

VII. Recomendaciones

Las experiencias y datos discutidos en este informe demuestran que no hay cumplimiento con las metas de la ley del cuidado caritativo de Washington. Basado en este análisis, CLS cree que los pasos siguientes se necesitan para asegurar que a los pacientes se les ofrezcan sus derechos de cuidado caritativo y que tengan acceso a los servicios hospitalarios sin importar la capacidad de pagar.

A. Recomendaciones para los Hospitales de Washington

1. Evaluar afirmativamente la elegibilidad de todos los pacientes, según requerido por la ley.
2. Mejorar los avisos de cuidado caritativo y proveer avisos en inglés y en otros idiomas hablados comúnmente por los pacientes a quienes sirven.
3. Cumplimiento con la obligación legal de evaluar para la elegibilidad de cuidado caritativo antes de pedir un depósito, co-pago o deducibles. Aún las personas con seguro podrían ser elegibles para el cuidado caritativo para cubrir esos costes.
4. Eliminar las barreras idiomáticas en cuanto a la información sobre el cuidado caritativo. El WSHA también debe incorporar los requisitos de mejoras a los requisitos de acceso al idioma en su Plan de Comunicación Estándar.⁷⁵

5. Educar a las comunidades: Los hospitales deben proporcionar materiales sencillos, fáciles de entender al personal, a los proveedores de salud en la comunidad, y a otras agencias de servicios sociales para distribuir en ferias de salud, escuelas, reuniones en las iglesias, y otros eventos. El plan de comunicación estándar de WSHA debe expandirse para incluir esto.
6. No requerir que los pacientes conocidos como no elegibles categóricamente para servicios de Medicaid apliquen para estos beneficios antes de considerarlos para el cuidado caritativo. Mientras que los hospitales pueden y deben evaluar para la elegibilidad de Medicaid para cobertura de tratamientos bajo programas especializados de Medicaid, la imposición de procesos inadmisibles y pesados es ilegal. Requerir que los pacientes obtengan una carta de denegación cuando los hospitales saben que los pacientes no califican para Medicaid incluye esta proscripción.⁷⁶
7. No traten los ahorros para el retiro como un bien al considerar los bienes. No deben obligar a los pacientes a “cerrar y retirar el efectivo” de ahorros para el retiro y tener que pagar gastos o multas de retiro anticipado para calificar para el cuidado caritativo. Además, muchos de estos planes no permiten el acceso a estos bienes antes del retiro, y, por lo tanto, no son bienes disponibles para quienes no se han jubilado.
8. Usar, mejorar, y expandir las formas estandarizadas y planes de comunicación del WSHA.
9. Reembolsar a los pacientes por cualquiera ganancia del fallo recibido por el hospital y sus cobradores de deuda cuando se determina más tarde que el paciente era elegible para el cuidado caritativo en el momento del servicio.
10. Empezar esfuerzos legales, en conjunto con el cobrador de deudas del hospital, para rescindir los fallos contra los pacientes quienes eran elegibles para el cuidado caritativo. Estos fallos tienen un impacto negativo sobre el crédito, que duran mucho tiempo después de que el paciente recibe su reembolso.
11. Mantener listas de proveedores externos quienes siguen la política de cuidado caritativo del hospital, consistente con los requisitos en las reglas de la Sección 501(r), y proporcionarlos a pacientes para que ellos puedan recibir atención médica en clínicas a precios razonables.⁷⁷

B. Recomendaciones para el Departamento de Salud de Washington

1. Auditoría de los expedientes del hospital para verificar que están evaluando a los pacientes y que las determinaciones iniciales de elegibilidad se están haciendo en o cerca del momento del servicio.
2. Emitir reglas que exigen formas estandarizadas, tal como el formulario de aplicación y las instrucciones, con traducciones para usar en todo el estado, y requerir que cada hospital tenga un plan de comunicación que avisa de manera eficaz a los pacientes de cuidado caritativo.

3. Proporcionar, por lo menos, la información siguiente con orientación al consumidor sobre el cuidado caritativo en el sitio web del DOH en inglés y en otros idiomas:⁷⁸ formularios estandarizados (según señalado arriba); estándares financieros para la elegibilidad; instrucciones sobre el procedimiento de aplicación que sean fáciles de entender; e información de contacto para la línea telefónica del Northwest Justice Project, Educación Legal Coordinada, Asesoría y Referidos (Coordinated Legal Education, Advice and Referral hotline (CLEAR)), una línea para asistencia gratuita legal civil o con costo reducido.
4. Adoptar reglas de elegibilidad presunta en todo el estado para categorías de personas para que puedan ser determinadas elegibles para el cuidado caritativo sin completar una aplicación. Esto debe incluir a las personas sin hogar o matriculadas en un programa basado en necesidades en cual el estatus de bajos ingresos se ha verificado por una agencia del gobierno o sin fines lucrativos, al igual que otros grupos apropiados.
5. Requerir que el hospital proporcione datos más detallados sobre el cuidado caritativo al DOH, incluyendo el (a) número de pacientes quienes evalúan para la elegibilidad de cuidado caritativo, (b) número de pacientes quienes reciben cuidado caritativo por categoría de ingresos, (c) información explicando la divulgación comunitaria del hospital y los esfuerzos de asistencia con idiomas, y (d) cantidad total de cuidado caritativo proporcionado a los pacientes por categoría de ingresos .
6. Redefinir “familia” para que los pacientes tengan la opción de excluir aquellas personas sin obligación de mantener al paciente cuando se determinan los ingresos de la familia.⁷⁹

C. Recomendaciones para la Legislatura del Estado de Washington

1. Requerir avisos de cuidado caritativo que sean mejores, visibles, y con el idioma apropiado en las facturas de los hospitales y los avisos y correspondencia de cobros.
2. Requerir que todos los hospitales cesen de facturar la tarifa “Charge Master” a los pacientes sin seguro. Revisar la ley de cuidado caritativo para requerir que: (a) no cobren a los pacientes sin seguro con ingresos entre el 101% hasta el 200% del nivel de pobreza federal más de la proporción del costo a cargos del hospital multiplicado por los precios del Charge Master, y (b) no cobren a los pacientes con ingresos entre el 201% hasta el 300% del nivel de pobreza federal más del 130% de la proporción del costo a cargos del hospital multiplicado por los precios del Charge Master.⁸⁰
3. Incrementar los límites superiores del salario para los descuentos gratuitos o la escala de descuentos de acuerdo con los ingresos. Varios hospitales de Washington reconocen que los límites del salario necesitan aumentarse. Muchos hospitales urbanos proporcionan cuidado gratuito a personas con ingresos de familia de hasta el 300% del nivel de pobreza y /o descuentos de acuerdo con los ingresos para el 301% hasta el 500% del nivel de pobreza.⁸¹ Algunos hospitales rurales proporcionan cuidado gratuito al 150% o al 175% y hasta al 200% del nivel de pobreza.⁸² Los límites de salario para ofrecer el cuidado caritativo deben incrementarse en la misma medida en todo el estado.

4. Reducir o eliminar los índices de intereses exorbitantes previos al fallo y con posterioridad al dictado del fallo por deudas del hospital y otras deudas médicas, e imponer límites razonables en los costes judiciales excesivos asociados con el cobro de estas deudas.

VIII. Conclusión

Según demostrado por los relatos de los pacientes en este informe, las deudas hospitalarias tienen consecuencias devastadoras para las personas de bajos ingresos en el estado de Washington. Estas experiencias de los pacientes ejemplifican las dificultades enfrentadas por tantos pacientes en Washington que son elegibles para el cuidado caritativo. Estos problemas no hubieran sucedido si muchos hospitales en Washington estuvieran evaluando afirmativamente a los pacientes según se requiere y si estuvieran cumpliendo consistentemente con sus obligaciones bajo la ley de cuidado caritativo que existe. Muchas prácticas en los hospitales eluden las obligaciones del cuidado caritativo por medio de barreras idiomáticas, suposiciones de que los pacientes tienen o pueden obtener seguro, dando por hecho que los pacientes van a entender el programa de cuidado caritativo por sí mismos, o imposiciones de exigencias poco razonables y duplicativas para verificar la elegibilidad.

El propósito del cuidado caritativo es garantizar que las personas más necesitadas puedan obtener servicios de atención médica, sin importar su capacidad de pagar. Los descubrimientos y recomendaciones en este informe resumen las maneras en que los hospitales pueden cambiar sus políticas y prácticas para asegurar el cumplimiento con este propósito.

Apéndice A

POLÍTICAS DE LOS HOSPITALES – ASUNTOS PROBLEMÁTICOS EN EL CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO CARITATIVO

CLS revisó todas las políticas de cuidado caritativo oficiales para los hospitales en Washington, cuales se encuentran en los archivos del DOH⁸³ y todas las políticas de cuidado caritativo en los sitios web de los hospitales que están disponibles. En algunos casos las políticas en los sitios web eran diferentes de aquellas registradas con el DOH. Abajo están las políticas que son ilegales según están escritas o que crean barreras innecesarias para los solicitantes, además de ejemplos de políticas que corregirían estos problemas:

Requisitos excesivos de documentos

Varias políticas de los hospitales exigen que los pacientes completen la solicitud para el cuidado caritativo *“por completo y adjuntar los documentos apropiados para que sea procesada.”* Un ejemplo de este dificultoso proceso, la solicitud de cuidado caritativo del hospital Pullman Regional Hospital: “El garante tiene que completar esta declaración financiera por completo y adjuntar los documentos apropiados para que sea procesada. Sin esta documentación, esta declaración financiera no se estimará completa, su aplicación será denegada y las prácticas de cobro seguirán.”⁸⁴ La aplicación de Pullman requiere declaraciones sobre los impuestos, estados de cuenta bancarios por tres meses – para cuentas de ahorro y de cheques, tres recibos de nómina, y pide recibos de renta, recibos de servicios públicos, estados de cuenta de tarjetas de crédito, y estados de cuenta de préstamos o de seguros.⁸⁵ Otras políticas de hospitales admiten a los pacientes que pueden completar parte de la aplicación si la elegibilidad se puede determinar. Esta estrategia es mejor y es consistente con la ley.⁸⁶

La aplicación de cuidado caritativo del Summit Pacific Medical Center crea más requisitos para las personas de habla castellana que para los anglohablantes. La versión en español exige 12 meses de verificación de ingresos mientras que la versión en inglés requiere 3 meses de verificación de ingresos.⁸⁷

Exigir que los pacientes no elegibles para Medicaid apliquen para esos beneficios

Las políticas de los hospitales requiriendo que todos los pacientes obtengan una carta de denegación de Medicaid impactan desproporcionadamente a los pacientes con dominio limitado del inglés y a los pacientes sin documentos o sin estatus migratorio resuelto que pudiera prohibirles de ingresar en Medicaid. La aplicación estándar de cuidado caritativo de WSHA – cual requiere “Aprobación/denegación de elegibilidad en Medicaid y/o los programas de asistencia médica subvencionados por el estado” para poder documentar “ingresos” crea problemas similares.

Hay políticas de hospitales que reflejan las prácticas que son justas con los pacientes, y no crean barreras innecesarias y posiblemente ilegales. Por ejemplo, la política de las clínicas médicas de la Universidad de Washington (UW Medicine) afirman que la asistencia financiera para las personas inmigrantes en los EEUU no será denegada por razón de su estatus migratorio.⁸⁸ La política de la clínica médica UW también dice que la elegibilidad en Medicaid se determinará internamente.⁸⁹

Al igual que UW Medicine, otras políticas de hospitales podrían afirmar que no requieren las cartas de Medicaid si el paciente no es elegible para Medicaid.

Límites de tiempo incorrectos para apelar las denegaciones de cuidado caritativo

Las reglas del cuidado caritativo permiten que los pacientes tengan 30 días para apelar una determinación final de cuidado caritativo. Sin embargo, CLS descubrió dos hospitales con políticas que pronuncian que los pacientes tienen 14 días para apelar: Lake Chelan Hospital⁹⁰ y Ocean Beach Hospital.⁹¹ Estas políticas deben corregirse para permitir que los pacientes tengan 30 días para apelar, conforme a la ley.

La asistencia financiera para estudiantes como “ingresos”

El Legacy Salmon Creek Medical Center⁹² y el Skagit Valley Hospital⁹³ consideran varias formas de asistencia educativa (es decir, subvenciones, becas, prestamos) como ingresos bajo el propósito de la elegibilidad de cuidado caritativo ya sea en su política o solicitud de cuidado caritativo. Sin embargo, la intención específica de la asistencia educativa provista por el gobierno es de proporcionar el costo de la matrícula, libros, o útiles. Estos no son ingresos, y no son para servicios médicos.⁹⁴ Además, si la asistencia financiera incluye un préstamo, esto nunca se debe considerar como ingresos puesto que en realidad se trata de una deuda. Excluir la asistencia financiera para estudiantes de “ingresos” también es consistente con las reglas sobre ingresos en el ACA cuales excluyen las becas, becas para posgrados, y premios usados con propósitos educativos de ingresos.⁹⁵

Los ahorros para el retiro tratados como bienes

La solicitud estándar para el cuidado caritativo de WSHA y muchas políticas de hospitales requieren que los pacientes revelen sus cuentas para el retiro como bienes, presuntamente disponibles para pagar las facturas hospitalarias. Aunque las distribuciones regulares durante el retiro se consideran como ingresos, está claro bajo la ley federal que las cuentas para el retiro 401(k), 403(b), y otras cuentas para el retiro son exentas de cobro de deudas para proteger a trabajadores en su madurez, sin importar sus ingresos actuales. Las políticas de los hospitales que requieren que los pacientes cierren sus cuentas y saquen el efectivo de las cuentas de ahorro para el retiro e incurran multas por retiros anticipados causan una pérdida financiera grave para el paciente. Algunos planes ni permiten tales retiros de las cuentas. Los hospitales no deben considerar las cuentas para el retiro de la gente no jubilada como bienes, quienes no pueden acceder esas cuentas sin daño financiero.

Requerir números de seguro social en las aplicaciones para el cuidado caritativo

Algunos hospitales disuaden el cuidado caritativo al exigir información confidencial – incluso números de seguro social. La aplicación estándar para el cuidado caritativo de WSHA pronuncia que los números de seguro social son “opcionales.” Pero, algunos miembros del WSHA tal como Tri-State,⁹⁶ eliminaron la palabra “opcional” de la casilla que rellenar en el formulario de aplicación de WSHA. El número de seguro social del cónyuge de un paciente es requerido en las aplicaciones que no son del WSHA usadas por los hospitales Adventist Health/Walla Walla General,⁹⁷ Deaconess (Walla Walla),⁹⁸ y Cascade Valley.⁹⁹ Las aplicaciones que no son del WSHA para el cuidado caritativo del hospital Skagit¹⁰⁰ y el Prosser Memorial Medical Center exigen el número de seguro social.¹⁰¹

Las restricciones en el área de servicio limitan incorrectamente el acceso al cuidado caritativo

Casi un tercio de las políticas de los hospitales restringen el cuidado caritativo a los residentes locales. CLS y otros abogados que han revisado este asunto piensan que esta es una condición adicional de elegibilidad incorrecta que no existe en la ley del cuidado caritativo.

Limites sobre el ámbito o la cantidad de cuidado cubierto

Algunas políticas de los hospitales parecen limitar el ámbito del cuidado para proporcionar menos de lo que requiere la ley. Por ejemplo, la política del hospital Columbia Basin establece, “Los procedimientos electivos y de no urgencia serán revisados para la consideración de asistencia financiera pero generalmente se excluyen de la asistencia financiera por medio del programa de cuidado caritativo.”¹⁰² Sin embargo, bajo la ley, el cuidado caritativo cubre todos los servicios médicos apropiados basados en el hospital.¹⁰³

Rehúso de considerar las aplicaciones para el cuidado caritativo después de referir una cuenta a cobro de deudas

Aunque la ley pronuncia la disponibilidad del cuidado caritativo “en cualquier momento,”¹⁰⁴ las personas y los intercesores y abogados entrevistados por CLS reportaron que muchos hospitales y compañías de cobro dicen que el cuidado caritativo no está disponible si la cuenta se refiere a una compañía de cobro. Whitman Hospital & Medical Center es un ejemplo de un hospital que practica esto. El folleto de su política de crédito y cobro pronuncia: “Las personas que no aplican para la asistencia financiera antes de ser enviados a una compañía de cobro no serán elegibles para la cantidad completa de asistencia financiera disponible para ellos. Ellos serán responsables de los honorarios que la compañía de cobros carga al hospital.”¹⁰⁵

Cancelar los descuentos de cuidado caritativo por no pagar el resto de la cuenta

El sitio web de Cascade Valley Hospital afirma, “Si el saldo pendiente no se paga, el hospital se reserva el derecho de cancelar los descuentos de cuidado caritativo y asignar los saldos no pagados a una compañía de cobros.”¹⁰⁶ El cuidado caritativo no puede cancelarse para

obligar el pago del saldo de la factura una vez que el paciente tiene la determinación de elegibilidad y se aprueba el cuidado caritativo. No hay nada en el idioma reglamentario permitiendo que un hospital ponga condiciones en su obligación legal de proporcionar el cuidado caritativo sobre si un paciente calificado paga o no paga otras cantidades que se deben al hospital.

La falta de reportar puntualmente sobre el cuidado caritativo al DOH

Varios hospitales no están reportando (o están demorando los reportes innecesariamente) al DOH la cantidad de cuidado caritativo que proporcionan a los pacientes. Según los Informes anuales del DOH sobre el Cuidado Caritativo, los hospitales Evergreen Health/Monroe, Confluence/Wenatchee Valley Hospital, Quincy Valley Hospital, Sunnyside Community Hospital, Ferry County Memorial Hospital, Garfield County Memorial Hospital, y Othello Community Hospital, o no han reportado al DOH la cantidad de los servicios de cuidado caritativo que han proporcionado a pacientes, o reportaron con tanto retraso que los números no se incluyeron en los informes anuales del DOH, al menos por dos años (desde el 2014 o 2015).¹⁰⁷

¹ Ver, p. ej., LIZ HAMEL ET AL., THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, THE BURDEN OF MEDICAL DEBT: RESULTS FROM THE KAISER FAMILY FOUNDATION/NEW YORK TIMES MEDICAL BILLS SURVEY (enero 2016), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2016/01/8806-the-burden-of-medical-debt-results-from-the-kaiser-family-foundation-new-york-times-medical-bills-survey.pdf>; CONSUMER FINANCIAL PROTECTION BUREAU, CONSUMER CREDIT REPORTS: A STUDY OF MEDICAL AND NON-MEDICAL COLLECTIONS 4 (diciembre 2014), http://files.consumerfinance.gov/f/201412_cfpb_reports_consumer-credit-medical-and-non-medical-collections.pdf (discussing data showing hospital and medical debt collections); Jordan Weissmann, *Census: Medical Expenses Put 10.6 Million Americans in Poverty*, THE ATLANTIC (7 de noviembre, 2013), <https://www.theatlantic.com/business/archive/2013/11/census-medical-expenses-put-106-million-americans-in-poverty/281256/>.

² Ver KAREN POLLITZ, CYNTHIA COX, KEVIN LUCIA & KATIE KEITH, THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, MEDICAL DEBT AMONG PEOPLE WITH HEALTH INSURANCE (enero 2014), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2014/01/8537-medical-debt-among-people-with-health-insurance.pdf>; ver también David U. Himmelstein et al., *Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study*, 122 AM. J. MED. 741, 741-46 (2009), [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(09\)00404-5/pdf](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(09)00404-5/pdf) (hallazgo que la causa de la mayoría de todas las bancarrotas son los costes médicos).

³ POLLITZ, *supra*/anterior nota 3, ut 15.

⁴ Ver WAC 246-453-010(4)-(5); WAC 246-453-040.

⁵ Ver RCW 70.170.010(2)-(3).

⁶ RCW 70.170.060(6); WAC 246-453-020(1)(a)-(1)(b).

⁷ Ver WAC 246-453-020(2) (“El aviso se hará públicamente disponible que los cargos por los servicios proporcionados para aquellas personas que reúnen los criterios establecidos en el WAC 246-453-040 puede renunciarse o reducirse.”); WAC 246-453-010(16) (define los avisos públicos disponibles sobre el cuidado caritativo como “publicadas o exhibidas prominentemente dentro de las áreas públicas del hospital, y proporcionadas al individuo por escrito y explicadas, en el momento que el hospital solicita la información de la parte responsable con respecto a la disponibilidad de cualquier cobertura de un tercero, en cualquier idioma hablado por más de diez por ciento de la población en el área de servicio del hospital, e interpretado para otros pacientes quienes no hablan inglés o con dominio limitado del inglés u otros pacientes que no pueden leer o entender por escrito o la explicación.”); ver también WAC 246-453-020(5) (“Los hospitales no pueden imponer procedimientos de aplicación para el patrocinio del cuidado caritativo que colocan una carga irracional para la parte responsable, tomando en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual, o deficiencias sensoriales o barrera que pueda dificultar la capacidad de la parte responsable para cumplir con el procedimiento de aplicación.”)

⁸ Ver WAC 246-453-010(16).

⁹ *Judge Rules that Two Hospitals Broke Law by Not Offering Charity Care to Patients, Hospitals Agree to \$4.5M Settlement*, HEALTH WATCHED (19 de febrero, 2017), <https://healthwatched.org/2017/02/19/judge-rules-that-2-central-wa-hospitals-broke-law-on-offering-charity-care-to-patients/>.

¹⁰ WASH. COMMUNITY ACTION NETWORK, INDENTURED SERVITUDE: WAGE AND BANK ACCOUNT GARNISHMENT FOR MEDICAL DEBT AT CHI FRANCISCAN ST. JOSEPH HOSPITAL 8 (2016), http://washingtoncan.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/Medical-Debt-Report-11-1-16PM-_FINAL.pdf.

¹¹ Los seudónimos se utilizan en este informe para proteger la confidencialidad del paciente.

¹² RCW 70.170.060(5). Las pautas federales de la pobreza se emiten cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU y puede accederse aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

¹³ WAC 246-453-040(2)-(3).

¹⁴ WAC 246-453-040(1).

¹⁵ WAC 246-453-040(2).

¹⁶ Ver WAC 246-453-050(1)(d)(ii).

¹⁷ Ver RCW 70.170.060(3)-(8) (resumiendo como el Departamento supervisará y reportará el cumplimiento de los hospitales con el cuidado caritativo); WAC 246-453-080 (each hospital must report charity care data to the Department); ver también *Patient Information and Charity Care*, WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, <http://www.doh.wa.gov/DataandStatisticalReports/HealthcareinWashington/HospitalandPatientData/HospitalPatientInformationandCharityCare/CharityCareinWashingtonHospitals> (visitado por ultima vez el 15 de junio, 2017) (señalando las responsabilidades del Departamento de Salud y proporcionando enlaces a los informes anuales sobre el cuidado caritativo).

¹⁸ Ver WAC 246-453-020 (1)(b)-(c) (resumiendo el procedimiento para la determinación inicial y final del estatus de cuidado caritativo status).

¹⁹ RCW 70.170.060(6); WAC 246-453-020(1).

²⁰ Ver WAC 246-453-030(1) ("Con el propósito de llegar a una determinación inicial del estatus de patrocinio, los hospitales dependerán de la información proporcionada verbalmente por la parte responsable.").

²¹ Ver WAC 246-453-020(2) (*requisito del aviso público disponible*); WAC 246-453-010(16) (*define el aviso público disponible*).

²² WAC 246-453-020(1).

²³ WAC 246-453-020(1)(c).

²⁴ Ver WAC 246-453-030(1)-(4).

²⁵ WAC 246-453-020(5) ("los hospitales pueden requerir un proceso de aplicación para el uso de las personas indigentes potenciales ... los hospitales no pueden imponer procedimientos de aplicación para el patrocinio del cuidado caritativo que colocan una carga irracional en la parte responsable, tomando en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual, o sensorial o barreras idiomáticas que puedan dificultar la capacidad de la parte responsable para cumplir con el procedimiento de aplicación"). El "pueden requerir" aquí significa que las aplicaciones son opcionales.

²⁶ Ver el Apéndice A para ejemplos.

²⁷ Ver WAC 246-453-030(2) ("cualquiera de los documentos siguientes se estimará evidencia suficiente para la base de una determinación final del estatus de patrocinio para el cuidado caritativo, cuando se anualiza la información según sea apropiado"... luego pone en la lista "talones de cheque," etc.).

²⁸ Ver WAC 246-453-030(4) (si "la parte responsable no puede proporcionar cualquiera de los documentos descritos arriba, el hospital confiará en las declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable . . .").

²⁹ Ver WAC 246-453-020(5) ("Los hospitales no pueden imponer procedimientos de aplicación para el patrocinio de cuidado caritativo cuales colocan una carga irracional en la parte responsable..."); WAC 246-453-020(7) (tiene que ser notificado de la determinación del estatus de cuidado caritativo dentro de 14 días).

³⁰ Ver WAC 246-453-020(9)(a) (la parte responsable tiene treinta días calendarios para apelar).

³¹ Ver WAC 246-453-020(10) (“Los hospitales deben intentar cualquier esfuerzo razonable para llegar a una designación inicial y final de cuidado caritativo sin tardías; sin embargo, los hospitales harán esas designaciones en cualquier momento al tener conocimiento de hechos o al recibir documentos ...”).

³² Ver WAC 246-453-020(11).

³³ Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule, 79 Fed. Reg. 78954-79016 (31 de diciembre, 2014) (codificado en 26 C.F.R. § 1.501(r)-1-1.501(r)-7).

³⁴ Ver Laura Sesana, *Why Nonprofits are the Most Profitable Hospitals in the US*, ARBITER NEWS (updated May 3, 2016), <http://www.arbiternews.com/2014/04/08/why-nonprofits-are-the-most-profitable-hospitals-in-the-us/> (discusión de la naturaleza lucrativa de los hospitales sin fines de lucro y el debate sobre las exenciones de impuestos).

³⁵ Ver 26 CFR § 1.501(r)-4 (resumiendo los requisitos para determinar elegibilidad, publicar la política de asistencia financiera, y tener capacidad para atender a personas con dominio limitado del inglés); 26 CFR § 1.501(r)-5 (límite de los cargos).

³⁶ *Financial Assistance Information for Hospitals*, WASH. STATE HOSP. ASS'N, <http://www.wsha.org/our-members/resources-for-hospitals/financial-assistance-information-for-hospitals/> (visitado por última vez el 17 de junio, 2017).

³⁷ Ver, p. ej., Elisabeth Rosenthal, *Benefits Questioned in Tax Breaks for Nonprofit Hospitals*, N.Y. TIMES (16 de diciembre, 2013), <http://www.nytimes.com/2013/12/17/us/benefits-questioned-in-tax-breaks-for-nonprofit-hospitals.html>; INST. FOR HEALTH & SOCIO-ECONOMIC POLICY, *BENEFITING FROM CHARITY CARE: CALIFORNIA NOT-FOR-PROFIT HOSPITALS* (15 de agosto, 2012), http://nurses.3cdn.net/2c18b9633089481d2c_qrm6yn2ci.pdf. See also WAC 458-20-168 (discusión de los requisitos sobre los impuestos y exenciones de los negocios y operaciones de hospitales en Washington).

³⁸ THE KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED, THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, *How Do Medicaid Disproportionate Share Hospital (DSH) Payments Change Under the ACA?* (2013), <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/11/8513-how-do-medicaid-dsh-payments-change-under-the-aca.pdf> (hallazgo que los pagos Disproporcionadamente Compartidos del Hospital (DSH) bajaron considerablemente en enero del 2014 cuando la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio entró en vigor).

³⁹ Ver generalmente, Daniel B. Rubin, Simone R. Singh, Peter D. Jacobson, *Evaluating Hospitals' Provision of Community Benefit: An Argument for an Outcome-Based Approach to Nonprofit Hospital Tax Exemption*, AM. J. OF PUBLIC HEALTH 612, 612-616 (abril 2013), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673262/> (discusión del estatus de exención de impuestos para los hospitales sin fines de lucro y las preguntas por parte de los legisladores sobre los beneficios comunitarios provistos por los hospitales sin fines de lucro).

⁴⁰ ZACK COOPER, STUART CRAIG, MARTIN GAYNOR & JOHN VAN REENAN, *THE PRICE AIN'T RIGHT? HOSPITAL PRICES AND HEALTH SPENDING ON THE PRIVATELY INSURED* 3 (diciembre 2015), http://www.healthcarepricingproject.org/sites/default/files/pricing_variation_manuscript_0.pdf

⁴¹ Ver, p. ej., Dep't of Justice, *Joint Statement of the Federal Trade Commission and the Antitrust Division of the U.S. Department of Justice on Certificate-of-Need Laws and South Carolina House Bill 3250* 16-17 (11 de enero, 2016), https://www.ftc.gov/system/files/documents/advocacy_documents/joint-statement-federal-trade-commission-antitrust-division-u.s.department-justice-certificate-need-laws-south-carolina-house-bill-3250/160111ftc-doj-sclaw.pdf (discusión de los argumentos sobre la monopolización en el contexto de la

atención médica en Carolina del Sur y la investigación sobre los mercados y la combinación de subsidios del cuidado caritativo).

⁴² WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, 2015 WASHINGTON STATE CHARITY CARE IN WASHINGTON HOSPITALS 8 (febrero 2017), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/2015CharityCareReport.pdf>.

⁴³ *Id.* ut 16.

⁴⁴ WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, HEALTH OF WASHINGTON STATE: SOCIOECONOMIC POSITION IN WASHINGTON 1 (actualizado 19 de diciembre, 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1500/Context-SEP2016-DU.pdf>.

⁴⁵ *Distribution of the Total Population by Federal Poverty Level (above and below 200% FPL), Timeframe: 2015*, KAISER FAMILY FOUNDATION, <http://kff.org/other/state-indicator/population-up-to-200-fpl/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>.

⁴⁶ Ver WAC 246-453-010(4).

⁴⁷ Ver Wei Yen & Thea Mounts, Second Year Impact of ACA on Washington State's Health Coverage, OFFICE OF FINANCIAL MANAGEMENT HEALTH CARE RESEARCH CENTER, Research Brief No. 80 (diciembre 2016), <http://www.ofm.wa.gov/researchbriefs/2016/brief080.pdf>.

⁴⁸ *Uninsured Rate in Washington State Drops by Half to 7.3 Percent*, WASH. STATE OFFICE OF INSURANCE COMM'R (3 de febrero, 2016), <https://www.insurance.wa.gov/about-oic/newsroom/news/2016/02-02-2016.html>. Basado en las alícuotas de información, el Washington Office of Financial Management estima que el índice de personas sin seguro en Washington disminuyó de 5.8%, o 406,000 personas. Ambos números son altos. Ver Wei Yen, *Trends in County Uninsured Rates in Washington: 2013-15*, OFFICE OF FINANCIAL MANAGEMENT HEALTH CARE RESEARCH CENTER, Research Brief. No. 81 (marzo 2017), <http://www.ofm.wa.gov/researchbriefs/2017/brief081.pdf>.

⁴⁹ El estado migratorio no tiene relevancia con el cuidado caritativo. Ver *Ensuring Immigrant Access to Healthcare*, COLUMBIA LEGAL SERVICES, <http://www.columbialegal.org/ensuring-immigrant-access-healthcare> (describe la abogacía por parte de CLS que resultó en la decisión y directiva del DOH a todos los hospitales en Washington pronunciando que el estado migratorio no se puede tomar en cuenta en la elegibilidad del cuidado caritativo). La carta de la decisión del DOH de noviembre 2013 declara que los hospitales “no pueden adoptar políticas que excluyen a los pacientes sin documentos del proceso de elegibilidad para el cuidado caritativo” y “no pueden exigir un número de seguro social válido para establecer el cuidado caritativo.”

⁵⁰ Ver Paul Kiel & Chris Arnold, *From the E.R. to the Courtroom: How Nonprofit Hospitals Are Seizing Patients' Wages*, PROPUBLICA (19 de diciembre, 2014, 6:00 AM), <https://www.propublica.org/article/how-nonprofit-hospitals-are-seizing-patients-wages>. Esta conclusión se apoya en base de la revisión hecha por CLS de los casos presentados en los Tribunales de Distrito de los condados King, Chelan, y Douglas.

⁵¹ Ver, *p.ej.*, WASH. HEALTH ALLIANCE, DISPARITIES IN CARE 2014 REPORT 1, 16, 19-20 (2014), www.commonwealthfund.org/usr_doc/837_Doty_seeing_red_medical_debt.pdf (discusión de las desigualdades en los servicios de atención médica en Washington entre los grupos raciales y étnicos y las desigualdades entre las regiones rurales y urbanas).

⁵² Ver, *p.ej.*, WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, *supra* nota 43, ut 1-3 (discusión de los índices de pobreza en las áreas rurales de Washington).

⁵³ WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, *supra* nota 44, ut 2 (del American Community Survey Public Use Microdata Sample, 2010-2014) (El condado de Whitman tiene el índice más alto de pobreza en el estado debido a su alta población estudiantil).

⁵⁴ *Uninsured Rate in Washington State Drops by Half to 7.3 Percent*, WASH. STATE OFFICE OF INSURANCE COMM’R (3 de febrero, 2016), <https://www.insurance.wa.gov/about-oic/newsroom/news/2016/02-02-2016.html>.

⁵⁵ *Id.*

⁵⁶ Ver Beth Kutscher, *Without Medicaid Expansion, Some Hospitals Suffer*, MODERN HEALTHCARE (Aug. 16, 2014), <http://www.modernhealthcare.com/article/20140816/MAGAZINE/308169979>. El beneficio para los hospitales se neutraliza en parte por la reducción de los Pagos Desproporcionadamente Compartidos para los hospitales con índices altos de Medicaid y de personas sin seguros. Ver también WASHINGTON OFFICE OF THE INSURANCE COMMISSIONER, *THE STATE OF WASHINGTON’S UNINSURED 2014-2015 - AN EXAMINATION OF THE HEALTH INSURANCE MARKET BEFORE AND AFTER THE AFFORDABLE CARE ACT* (2016), <https://www.insurance.wa.gov/sites/default/files/documents/2014-2015-state-of-uninsured.pdf> (discusión de la reducción de las personas sin seguros en o bajo el 200% del nivel de la pobreza).

⁵⁷ WASH. STATE DEP’T OF HEALTH, *supra* nota 41, ut 5.

⁵⁸ Ver CIVIL LEGAL NEEDS STUDY UPDATE COMMITTEE-OFFICE OF CIVIL LEGAL AID, 2015 WASHINGTON CIVIL LEGAL NEEDS STUDY UPDATE 7-8 (octubre 2015), http://ocla.wa.gov/wp-content/uploads/2015/10/CivilLegalNeedsStudy_October2015_V21_Final10_14_15.pdf. La actualización del estudio de las necesidades de derecho civil posiblemente refleja la deuda antes del ACA hasta cierto punto, puesto que el ACA se implementó el 1 de enero, 2014, y toma tiempo para que la deuda hospitalaria se convierta en un asunto legal.

⁵⁹ *Judge Rules that Two Hospitals Broke Law by Not Offering Charity Care to Patients, Hospitals Agree to \$4.5M Settlement*, HEALTH WATCHED (19 de febrero, 2017), <https://healthwatched.org/2017/02/19/judge-rules-that-2-central-wa-hospitals-broke-law-on-offering-charity-care-to-patients/>

⁶⁰ *Lopez v. Health Management Associates*, Yakima Co. Sup. Ct. No. 13-53508-03, “Order Granting Motions for Partial Summary Judgment Re: Charity Care Act and Breach Of Contract Claim,” 27 de enero, 2016. See http://columbialegal.org/sites/default/files/Yakima-County-Case_Lopez-HMA-Charity-Care.pdf para ver la carta que constituye la decisión oral en este caso.

⁶¹ WASH. COMMUNITY ACTION NETWORK, *INDENTURED SERVITUDE: WAGE AND BANK ACCOUNT GARNISHMENT FOR MEDICAL DEBT AT CHI FRANCISCAN ST. JOSEPH HOSPITAL* (2016), http://washingtoncan.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/Medical-Debt-Report-11-1-16PM_FINAL.pdf.

⁶² *Id.* at 1.

⁶³ *Id.*

⁶⁴ *Id.*

⁶⁵ Ver Becky Kramer, *Lawsuit Alleges Deaconess, Valley Hospital Owner Shorted Community Millions in Charity Care*, THE SPOKESMAN-REVIEW (13 de junio, 2017), <http://www.spokesman.com/stories/2017/jun/12/for-profit-owner-of-deaconess-valley-hospitals-sti/>.

⁶⁶ La Asociación de Hospitales del Estado de Washington adoptó un plan de comunicación estándar con recomendaciones mínimas sobre la comunicación de cuidado caritativo (“WSHA Standard Communication Plan: Minimum Recommendations for Communicating About Financial Assistance/Charity Care” disponible en línea en <http://wsa.wpengine.com/wp-content/uploads/WSHA-Standard-Financial-Assistance-Communication-Plan.pdf>. No conocemos el alcance de su implementación actual.

⁶⁷ Ver WAC 246-453-020(1)(c).

⁶⁸ Ver *Virginia Mason Medical Center, Policy: Financial Assistance*, VIRGINIA MASON 1-2(Efectivo el 1 de enero, 2016), <https://www.virginiamason.org/workfiles/billing/Financial-Assistance-Policy-English.pdf>.

⁶⁹ Ver WAC 246-453-030(3) (“Cuando es obvio para el personal del hospital que la parte responsable es una persona indigente, y el personal del hospital puede establecer el nivel de ingresos dentro de los criterios amplios descritos en WAC 246-453-040 o en los niveles de ingresos incluidos en la tabla del hospital de descuentos en proporción al ingreso familiar, el hospital no tiene la obligación de establecer el nivel de ingresos exacto o de solicitar los documentos ya mencionados de la parte responsable, a menos que la parte responsable solicite una revisión adicional”).

⁷⁰ Ver WAC 246-453-020(6).

⁷¹ *Pay Your Bill: Financial Assistance/Uncompensated Care*, MASON GENERAL HOSPITAL & FAMILY OF CLINICS, <https://www.masongeneral.com/payyourbill> (visitado por última vez el 16 de mayo, 2017). El mismo sitio web tiene información sobre “la atención medica sin compensación” pero no indica que eso se aplica a los depósitos. La política de cuidado caritativo del DOH afirma que “cuando la elegibilidad financiera está pendiente, el Distrito no iniciará esfuerzos de cobranza o pedidos de depósitos” pero no está claro cómo funciona esto en la práctica, teniendo lo de arriba y que la política no contiene estándares de elegibilidad presuntos, a diferencia de otros hospitales.

⁷² Ver WAC 246-453-020(2).

⁷³ Ver WAC 246-453-010(16).

⁷⁴ *Financial Assistance Sign: English/Spanish*, Online Bookstore of the WASHINGTON STATE HOSPITAL ASSOCIATION, <https://washington-state-hospital-association.myshopify.com/collections/financial-assistance/products/financial-assistance-sign-english-spanish> (visitado por ultima vez el 18 de junio, 2017).

⁷⁵ Ver *WSHA Standard Communication Plan: Minimum Recommendations for Communicating About Financial Assistance/Charity Care*, WASH. STATE HOSP. ASS'N (abril 2016), <http://wsa.wpengine.com/wp-content/uploads/WSHA-Standard-Financial-Assistance-Communication-Plan.pdf>. No es suficiente requerir información escrita en múltiples idiomas bajo este plan. WSHA debe adoptar estándares escritos sobre las comunicaciones no escritas y la evaluación afirmativa de personas LEP con dominio limitado del inglés (teléfono, toma de datos, dada de alta, capacitación sobre el uso de intérpretes).

⁷⁶ Ver WAC 246-453-020(5) (los hospitales no pueden imponer procedimientos de aplicación que sean una carga irracional).

⁷⁷ Non-profit hospitals are required by Section 501(c)(3) regulations to maintain a list of outside providers (other than the hospital itself) delivering medically necessary care in the hospital's service area who are covered by the hospital's Charity Care plan and to supply the list to patients upon request. Similar lists should be created and made available at all Washington hospitals, so indigent patients may know which providers provide financial assistance. Ver 26 C.F.R. § 1.501(r)-4(b)(1)(iii)(F).

⁷⁸ El DOH tomó un paso positivo al añadir un enlace en español a su sitio web. Sin embargo, el DOH debe incluir información orientada al consumidor sobre el cuidado caritativo en varios idiomas en su sitio web también.

⁷⁹ Los reglamentos del DOH definen “familia” como “un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio, u adopción, quienes viven juntos; todas las personas relacionadas de esa manera se consideran miembros de una familia.” WAC 246-453-010(18). A diferencia de la definición existente, la definición más moderna y aceptada de “familia” reconoce los conceptos de dependencia por impuestos y obligaciones de mantenimiento. El ACA y Medicaid usan el estándar de los “Ingresos Brutos Modificados

Ajustados/Modified Adjusted Gross Income” (MAGI) donde “los ingresos de la familia” incluyen los ingresos del contribuyente, cónyuge, y todos los dependientes con propósito de impuestos, y el MAGI del dependiente de impuestos. Bajo este método, los ingresos de los padres de edad avanzada, los hermanos adultos, primos, familia política, y otros parientes se excluye a menos que sean dependientes con las deducciones de impuestos que corresponden.

⁸⁰ La Asociación de Hospitales del Estado de Washington recomienda esta práctica y ha propuesto un estándar que pronuncia: “A ningún paciente sin seguro con ingresos anuales inferiores al 300 por ciento del nivel de pobreza federal se le exige pagar más del 130 por ciento del costo estimado de su atención médica. (El costo es el cargo multiplicado por el índice de costo-a-cargo del hospital).” Hospital Voluntary Pledge Billing to the Uninsured, WASH. STATE HOSP. ASS’N, <http://www.wsha.org/our-members/resources-for-hospitals/financial-assistance-information-for-hospitals/hospital-voluntary-pledge-billing-to-the-uninsured/> (visitado por última vez el 22 de junio, 2017).

⁸¹ Ejemplos de hospitales urbanos con esta política incluyen el UW Medicine cual incluye Harborview Hospital; Kadlec Hospital; y Multicare Systems cual incluye Good Samaritan, Swedish, y Kennewick General. Ver, p.ej., *Financial Assistance Policy*, UW MEDICINE, <http://www.uwmedicine.org/patient-care/billing/financial-assistance/policy> (visitado por última vez el 16 de mayo, 2017) (asistencia financiera por cargos completos al 300% FPL); Kadlec Regional Medical Center Financial Assistance Policy, KADLEC REGIONAL MEDICAL CENTER 4 (effective date Jan. 2016), https://www.kadlec.org/uploads/Patient_Financial_Services_Financial_Assistance_Policy-Kadlec-Dec-2015.pdf (atención médica gratuita al o inferior del 300% FPL, 75% de descuento entre el 301-350% FPL, y asistencia financiera superior a ese nivel en ciertos casos); *MultiCare Systems: Financial Assistance*, MULTICARE, <https://www.multicare.org/financial-assistance/> (visitado por última vez mayo 16, 2017) (factura reducida completamente inferior al 300% FPL y algunas reducciones para el 301%-500% FPL).

⁸² Ejemplos de esto incluyen el North Valley Hospital hasta el 150% FPL; Confluence HealthCare hasta el 300% FPL; y Island Hospital hasta el 200% FPL. Ver *Charity Care Policy Document*, NORTH VALLEY HOSPITAL 2 (revisado por ultima vez febrero 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/CCP107-2016.pdf>; Compassionate Care Program, CONFLUENCE HEALTH, <https://www.confluencehealth.org/patient-information/financial-assistance/compassionate-care-program/> (last visited June 18, 2017); Financial Assistance Program Policy Document, ISLAND HOSPITAL 4 (22 de diciembre, 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/CCP134b-2016.pdf>.

⁸³ Ver *Hospital Policies*, WASH. STATE DEP’T OF HEALTH, <http://www.doh.wa.gov/DataandStatisticalReports/HealthcareinWashington/HospitalandPatientData/HospitalPolicies> (última entrada 16 de junio, 2017).

⁸⁴ *Pullman Regional Hospital Assistance Program – Financial Statement (2016)*, PULLMAN REGIONAL HOSPITAL 1, <http://www.pullmanregional.org/sites/default/files/PRH-Charity-Care-Application-2016.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017).

⁸⁵ *Id.*

⁸⁶ Además, según notado anteriormente, si el paciente no tiene tal documentación de ingresos, el paciente puede proporcionar una declaración firmada describiendo las circunstancias financieras del paciente. Ver WAC 246-453-030(4).

⁸⁷ *Billing Information*, SUMMIT PACIFIC MEDICAL CENTER, <https://summitpacificmedicalcenter.org/wordpress/billing-information/> (última entrada 16 de junio, 2017) (contiene enlaces para aplicaciones de asistencia financiera en inglés y en español).

⁸⁸ Ver *UW Medicine Administrative Policies and Procedures: Financial Assistance*, UW MEDICINE 2, <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCPuwmc-2016.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017).

⁸⁹ *Id.* ut 3.

⁹⁰ *Ver Lake Chelan Community Hospital Policies and Procedures: Charity Care*, LAKE CHELAN COMMUNITY HOSPITAL 4 (mayo 1991), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCP1651991.pdf> (última entrada al sitio web del DOH el 16 de junio, 2017).

⁹¹ *Ver Charity Care*, PACIFIC COUNTY HOSPITAL DISTRICT #3 OCEAN BEACH HOSPITAL AND CLINICS FINANCE DEPARTMENT 3, <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCP079-2007.pdf> (última entrada al sitio web del DOH 16 de junio, 2017).

⁹² *Ver Financial Assistance: Charity Care*, LEGACY HEALTH 1 (marzo 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCP208-2016.pdf>.

⁹³ *Ver Skagit Regional Health Financial Assistance/Sliding Fee Scale Policy*, SKAGIT REGIONAL HEALTH 5 (octubre 2012), <https://www.skagitregionalhealth.org/SVH/media/documents/foundation/Charity-Application-SRH-Revised-2012-0612.pdf>.

⁹⁴ *Ver WAC 246-453-010(17)* (“Ingresos quiere decir el total en efectivo antes de los impuestos proviniendo de salarios, pagos de beneficios públicos, pagos de Social Security, pagos de beneficios por huelga, beneficios de desempleo o discapacidad, manutención de niños, pensión conyugal, y ganancias netas de negocios y actividades de inversiones pagadas a una persona.”). Los préstamos y la asistencia para financiar la educación definitivamente no son “ingresos” puesto que no son sueldos ni salarios recibidos.

⁹⁵ *Ver 42 C.F.R. 435.603(e)(2)* (“Las becas, premios, o becas para posgrados usadas con el propósito de educación y no para los gastos de vivienda se excluyen de los ingresos.”).

⁹⁶ *Ver Financial Assistance Application*, TRI-STATE MEMORIAL HOSPITAL & MEDICAL CAMPUS, <http://tristatehospital.org/media/downloads/Financial-Assistance-Application.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017). *Ver también, Summary of Financial Assistance/Charity Care Policy*, OTHELLO COMMUNITY HOSPITAL, [https://www.othellocommunityhospital.org/uploadedFiles/Policies/English%20Handout%20Policy-English%20Charity%20Application\(1\).pdf](https://www.othellocommunityhospital.org/uploadedFiles/Policies/English%20Handout%20Policy-English%20Charity%20Application(1).pdf) (última entrada 16 de junio, 2017). Mientras que las instrucciones del Othello Community Hospital dicen, “Nota: Usted no tiene que proporcionar un número de seguro social para aplicar para la asistencia financiera,” la palabra opcional se eliminó de la propia aplicación.

⁹⁷ *Ver Policy: Patient Billing: Financial Assistance*, ADVENTIST HEALTH 11, https://www.adventisthealth.org/Documents/Financial-Assistance-Policies/ENG_PFS-112_Financial-Assistance-Policy.pdf (última entrada 16 de junio, 2017).

⁹⁸ *Ver Charity Care Policy Exhibit C – Financial Assistance Form*, DEACONESS HOSPITAL / ROCKWOOD HEALTH SYSTEM 9 (enero 2017), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/CCP037-2017.pdf>.

⁹⁹ *Ver Patient Financial Assistance Application*, CASCADE VALLEY HOSPITAL AND CLINICS, <http://www.cascadevalley.org/wp-content/uploads/2013/12/Charity-Application.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017).

¹⁰⁰ *Ver Financial Assistance/Sliding Fee Scale Form*, SKAGIT REGIONAL HEALTH, <http://www.skagitregionalhealth.org/SVH/media/documents/foundation/Charity-Application-SRH-Revised-2012-0612.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017).

¹⁰¹ *Ver Charity Care*, PMH MEDICAL CENTER’S MANAGEMENT GUIDELINE 8, <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCP046-1991.pdf> (última entrada 16 de junio, 2017).

¹⁰² *Ver Financial Assistance / Charity Care Policy*, COLUMBIA BASIN HOSPITAL POLICY AND PROCEDURE POLICY 4 (marzo

2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/CCP045-2016.pdf>.

¹⁰³ Ver WAC 246-453-010(5), (7).

¹⁰⁴ Ver WAC 246-453-020(10).

¹⁰⁵ Ver 2016 Credit and Collection Policy Brochure, Whitman Hospital & Medical Center (conseguido por CLS por medio de un pedido de registros públicos). Según la política de crédito y de cobros, el hospital provee este folleto a los pacientes durante el proceso de admisión cuando preguntan si necesitarían asistencia para pagar la factura. Ver *Credit and Collection Policy & Procedure*, WHITMAN HOSPITAL & MEDICAL CENTER 6 (aprobado el 4 de octubre, 2016), <https://www.whitmanhospital.org/media/1246/credit-and-collection-policy-procedure.pdf> (explicando cuando los pacientes reciben el folleto).

¹⁰⁶ Ver *Understanding Charity Care--What Happens if I am Eligible?* CASCADE VALLEY HOSPITAL, <http://www.cascadevalley.org/charitycare/> (última entrada 16 de junio, 2017).

¹⁰⁷ Ver WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, 2014 WASHINGTON STATE CHARITY CARE IN WASHINGTON HOSPITALS 12-16 (enero 2016), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/5300/2014CharityCareReport.pdf>; ver también WASH. STATE DEP'T OF HEALTH, 2015 WASHINGTON STATE CHARITY CARE IN WASHINGTON HOSPITALS 12-16 (febrero 2017), <http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/HospPatientData/2015CharityCareReport.pdf>.



NUESTRA MISIÓN

Servicios Legales Columbia aboga por las personas quienes enfrentan la injusticia y la pobreza. Intentamos lograr justicia social y económica para todos, mediante la reforma política, litigación, y asociaciones innovadoras para revelar y terminar con las acciones cuales perjudiquen a las comunidades que servimos.



101 Yesler Way, Suite 300 | Seattle, WA 98104 | (800) 542-0794 | columbialegal.org

 [ColumbiaLegalServices](https://www.facebook.com/ColumbiaLegalServices)  [@columbialegal](https://twitter.com/@columbialegal)  [columbialegal](https://www.instagram.com/columbialegal)
