



Office of
Equity and Inclusion

Solicitud de Postulación al Comité de Equidad en Salud (Health Equity Committee Application)

2024-2025

Plazo para postular: Hasta el día 29 de abril del 2024 a las 5 pm

Enviar solicitud completa a: ohpb.healthequitycommittee@odhsoha.oregon.gov

La Autoridad de Salud de Oregón(OHA) y la Junta de Políticas de Salud de Oregón(OHPB) están buscando miembros que deseen server en el Comité de Equidad en Salud (HEC por sus siglas en ingles). Para obtener mas detalles por favor lea la carta de la Directors de la División de Equidad e Inclusión, Leann Johnson.

Todos tienen derecho a conocer y participar en los comités de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). Si necesita esta información en un formato alternativo (como Braille, letra grande, audio u otros formatos) o en otro idioma, comuníquese con personal de HEC al correo electronico ohpb.healthequitycommittee@odhsoha.oregon.gov o llame / envíe un mensaje de texto al telefono (971) 227-3944.

La membresía del Comité de Equidad en Salud incluye a profesionales de equidad en salud, miembros de la comunidad, profesionales de la equidad en salud, personas que tienen experiencia en equidad en salud, políticas, procesos de promoción y formulación de políticas y personas con experiencia vivida en las comunidades más dañadas por la injusticia social y las inequidades en salud.

La membresía del Comité de Equidad en Salud se otorga a individuos y no a las organizaciones que los emplean.

Para postularse: complete todas las secciones de la solicitud y envíela por correo electrónico a ohpb.healthequitycommittee@odhsoha.oregon.gov antes del **29 de abril de 2024 a las 5pm**. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso de selección por favor envíe un correo

electrónico a ohpb.healthequitycommittee@odhsoha.oregon.gov o llame al teléfono (971) 227-3944.

Sección 1 - Experiencia en Equidad en Salud

La equidad en la salud es una prioridad para la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) y la Junta de Políticas de Salud de Oregón (OHPB). OHPB y OHA han adoptado una nueva definición de equidad en la salud destinada a guiar el trabajo de promover la equidad en la salud y eliminar las disparidades en la salud.

Oregón habrá establecido un sistema de salud que genere equidad en la salud cuando todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar y no se vean desfavorecidas por su raza, etnia, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre estas comunidades o identidades, u otras circunstancias determinadas socialmente.

Lograr la equidad en salud requiere la colaboración continua de todas las regiones y sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales para abordar:

- La distribución o redistribución equitativa de recursos y poder; y
- Reconocer, reconciliar y rectificar las injusticias históricas y contemporáneas.

Por favor responda estas tres preguntas que son requeridas para la postulación a este comité:

- **Pregunta del comité 1:** Comparta por qué desea participar en el HEC y qué espera contribuir.
- **Pregunta del comité 2:** Comparta un poco sobre su viaje personal para comprender la equidad en salud y por qué este trabajo es importante para usted.
- **Pregunta del comité 3:** ¿Apoya su empleador su solicitud al comité?
 Sí No No corresponde No lo sé

Sección 2- Encuesta demográfica para personas interesadas en servir en un comité del Oregon Health Policy Board (OHPB).

Formatos/Idiomas Alternativos

Todos tienen derecho a conocer y participar en los comités de la Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority- OHA por sus siglas en inglés). Si necesita esta información en un formato alternativo (como Braille, letra grande, audio u otros formatos) o en otro idioma, comuníquese con Maria Elena Castro, correo electrónico: ohpb.healthequitycommittee@odhsoha.oregon.gov o al teléfono: (971)227-3944.

Prueba piloto

Como parte de los esfuerzos por priorizar la equidad en salud en OHA, la agencia desarrolló esta forma para recopilar datos demográficos sobre aquellas personas que estén interesadas en servir en uno de los comités de la Junta de Políticas de Salud de Oregon (OHPB por sus siglas en inglés). Además de responder a estas preguntas, a OHA le interesa recibir sus comentarios sobre el formato y el contenido de la forma. Planeamos enviar por correo electrónico a todos los interesados una encuesta anónima para que nos digan que le pareció el formato, pero también para que puedan comunicarse con el personal del comité y compartir su opinión.

Introducción

Esta encuesta ayudará a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA por sus siglas en Inglés) y a la Junta de Políticas de Salud de Oregon (OHPB) a reclutar un grupo más diverso de candidatos para servir en los comités de OHPB. Esta encuesta también se utilizará para recopilar y reportar información demográfica sobre los miembros que componen en este momento los comités de OHPB.

Lograr la equidad en salud es una prioridad para OHA, OHPB y la gobernadora del Estado. OHA ha establecido una meta estratégica de eliminar las inequidades en salud en Oregon para el año 2030. Para informar este trabajo OHPB y OHA han adoptado la siguiente definición de equidad en salud:

Oregon habrá establecido un sistema de salud equitativo cuando todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud y bienestar y no se vean desfavorecidas por su raza, etnia, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre estas comunidades o identidades, u otras circunstancias determinadas socialmente.

Lograr la equidad en salud requiere la colaboración continua de todas las regiones y sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales para abordar:

- *La distribución o redistribución equitativa de recursos y poder; y*
- *Reconocer, reconciliar y rectificar las injusticias históricas y contemporáneas.*

Un paso vital hacia el logro de la equidad en la salud es mejorar la representación entre los miembros de los comités de OHPB. Estos importantes grupos asesores deben reflejar la diversidad demográfica de los

habitantes de Oregón que reciben servicios prestados por OHA o que son impactados por sus políticas públicas. Los grupos asesores deben estar compuestos por miembros de la comunidad que tengan experiencia en las materias, experiencia en equidad en salud y diversidad de experiencias de vida e interculturales relevantes para promover la equidad en salud. Alentamos a los miembros a que aporten estas experiencias y conocimientos cuando participen en el trabajo del comité.

Complete esta encuesta para ayudar a OHA y OHPB a promover estas metas de equidad en salud. El personal de OHA que está trabajando en reclutamiento de miembros de los comités de OHPB tendrá acceso a esta base de datos y podrán compartir su información con los presidentes o enlaces de los comités que estén buscando nuevos miembros. Los datos recopilados por esta encuesta son información de dominio público y se informarán en conjunto a nivel del solicitante y de cada comité. Si bien su nombre no se vinculará con los datos que proporcione, debido a que algunos comités de OHPB son pequeños, podría ser posible identificar a miembros individuales del comité que han respondido a esta encuesta. **La información enviada con el propósito de expresar interés en formar parte de un Comité Asesor de la OHA puede estar sujeta a cumplir requisitos de acceso en virtud de la Ley de Registros Públicos de Oregon. Si le preocupa que dicha información se divulgue al público, es posible que deba abstenerse de completar ciertos campos en el cuestionario.**

Para más información sobre REALD por favor visite estas páginas:

<https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/REALD-Questions.aspx>

<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/Ie7721a.pdf>

A. Información General (Requerida)

1. Nombre (Primer Nombre, Apellido)

2. Pronombre (Si hubiera)

3. Información de Contacto – Teléfono

4. Información de Contacto – Correo electrónico

5. Organización para la que trabaja o representa (si hubiera)

6. ¿Cuál es el cargo que ocupa en su organización?

7. ¿Cuál es el comité de OHPB en que está interesado en servir?

8. ¿En cuál comité de OHPB sirve en este momento (si hubiera)?

9. ¿En que región de Oregon vive?

Central (Crook, Deschutes, Hood River, Jefferson, Sherman, Wasco)

Costa (Clatsop, Columbia, Coos, Lincoln, Tillamook)

Este (Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Umatilla, Union, Wallowa, Wheeler)

Experiencia de vida

La experiencia vivida se refiere a la experiencia de vida de uno **basada en su propia identidad**.

- ¿Se identifica usted como una persona con "experiencia vivida" (es decir, alguien que tiene un conocimiento personal sobre el mundo que le rodea adquirido a través de su participación directa y de primera mano en eventos cotidianos como el racismo, la falta de vivienda, las enfermedades mentales, etc.)?

Sí

No

- Si responde "sí", por favor describa las experiencias vividas que sean relevantes para la equidad en salud y por qué la equidad en salud es importante para usted, incluida cualquier experiencia que tenga trabajando en promover la equidad en salud.

Experiencia Transcultural

La experiencia transcultural se refiere a la experiencia voluntaria, personal o profesional de una persona con poblaciones y comunidades **diferentes** a la identidad con la que la persona se identifica.

- ¿Se identifica usted como una persona con "experiencia intercultural"?

Sí

No

- Si su respuesta es sí, describa cualquier experiencia intercultural relevante para la equidad en salud y por qué la equidad en salud es importante para usted, incluida cualquier experiencia que tenga trabajando en promover la equidad en salud.

C. Áreas de conocimiento o especialización

Marque todas las que correspondan:

Mejorar la equidad y eliminar las disparidades en la salud

Abordar los determinantes sociales de salud

Experiencia con comunidades de color, comunidades tribales e indígenas y / o comunidades de inmigrantes o refugiados (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con comunidades)

Experiencia con la comunidad de personas con discapacidad (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con la comunidad)

Experiencia con la comunidad LGBTQ + (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con la comunidad)

Experiencia como miembro del Plan de Salud de Oregon (OHP)

- Experiencia como miembro del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace)
- Experiencia trabajando con miembros del OHP o del Mercado de Seguros de Salud
- Experiencia con comunidades tribales e indígenas (ya sea como miembro de una tribu o trabajando con tribus y comunidades tribales)
- Experiencia con comunidades de color y / o comunidades de inmigrantes o refugiados (ya sea como miembro de la comunidad o trabajando con comunidades)
- Sistema de prestación de servicios de salud
- Salud infantil
- Salud pública
- Costos de atención médica, métodos de pago alternativos
- Desarrollo de métricas relacionadas con la salud
- Reclutamiento, educación y retención de personal de la salud
- Tecnología de la información de salud, historiales médicos electrónicos
- No deseo responder

Para cada área de especialización que identificó anteriormente, proporcione una breve descripción de su experiencia en esa área.

D. Sector (marque todas las que correspondan):

- Consumidor / miembro de la comunidad
- Organización comunitaria (proveedor de servicios)
- Defensor del consumidor/consumidor o representante de la comunidad
- Representantes tribales (pueden incluir personal de la clínica tribal o aquellos que se identifican como miembros de grupos tribales en América o Alaska individualmente. Proveedores de salud en clínicas tribales por favor marcar la sección más abajo)
- Académico / de investigación
- Empleadores / empresa / empleador (privado, organización sin fines de lucro, etc.)
- Sindicato laboral
- Proveedor o clínica: Salud mental
- Proveedor o clínica: Salud oral (dental)
- Proveedor o clínica: Salud física
- Proveedor - Centro de salud calificado federalmente (FQHC/CHC por sus siglas en inglés)
- Proveedor-Centro o clínica de salud tribal
- Proveedor - Asociación de práctica clínica independiente
- Proveedor: Hospital y / o sistema de salud
- Proveedor - Otro
- Compañías de Seguro/pagadores externos: Organización de atención coordinada (CCOs por sus siglas en inglés)
- Compañías de Seguro/pagadores externos - Aseguradora de salud comercial
- Compañías de Seguro/pagadores externos - Organización de atención dental
- Compañías de Seguro/pagadores externos - Otro

- Corredor de seguros médicos
- Asociación de atención médica
- Departamento de salud pública
- Personal de agencia de gobierno estatal
- Servicios sociales
- Otro - describa
- No deseo responder

Preguntas demográficas:

Las siguientes preguntas demográficas se solicitarán a todos los miembros de los comités y aquellos que sean nominados a ser miembros de los comités. Las personas que expresen interés en membresía en un comité pueden optar por completar estas preguntas en una etapa posterior del proceso, pero el personal de OHA recomienda que las complete al momento de enviar su formulario de nominación.

E. Raza y Etnia

Como parte de su compromiso de identificar y eliminar las inequidades en salud, la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) recopila datos demográficos detallados sobre los residentes de Oregón que se inscriben en el programa del Plan de Salud de Oregón (OHP), el programa Medicaid de Oregón. Pedimos a todas las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y sus miembros actuales) que respondan las mismas preguntas demográficas que les hacemos a los miembros del OHP.

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.
 - A. Hispano o Latino/a/x
 - Centroamericano(a)
 - Mexicano(a)
 - Sudamericano(a)
 - Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen
 - B. Indígena de Hawái e Isleño(a) del Pacífico
 - Chamoru (chamorro(a))
 - Marshalés(a)
 - Comunidades de la región de Micronesia
 - Nativo(a) de Hawái
 - Samoano(a)
 - Nativo(a) de otras Islas del Pacífico
 - C. Blanca
 - De Europa del Este
 - Eslavo(a)
 - De Europa Occidental
 - Otro grupo étnico blanco
 - D. Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska
 - Indígena estadounidense

- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano
- E. Negro(a) y afroestadounidense
 - Afroestadounidense
 - Afrocaribeño(a)
 - Etíope
 - Somalí
 - Africano(a) de otro origen (negro)
 - Otro grupo étnico negro
- F. Del Oriente Medio/del Norte de África
 - Del Oriente Medio
 - Del Norte de África
- G. Asiática
 - Indígena asiático(a)
 - Camboyano(a)
 - Chino(a)
 - Comunidades de Myanmar
 - Filipino(a)
 - Hmong
 - Japonés(a)
 - Coreano(a)
 - Laosiano(a)
 - Del sur de Asia
 - Vietnamita
 - Otros asiáticos
- H. Otras Categorías
 - Otras (por favor indique): _____
 - No se
 - No deseo responder

3. Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?

- Si, indique cuál es su principal identidad racial: _____
- No, no tengo una sola identidad racial o étnica principal
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- No se
- No deseo responder

OHA pregunta a los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) sobre sus necesidades de acceso a apoyo en su idioma. Pedimos a las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y miembros actuales del Comité) que respondan las mismas preguntas sobre acceso al idioma que les hacemos a los miembros del Plan de Salud de Oregon.

1. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?

Si su respuesta a la pregunta #1 es inglés por favor sátese las preguntas #2,3,4 y 5 y responda la pregunta #6.

2. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en persona, por teléfono o virtualmente?

3. ¿En qué idioma desea que le escribamos?

4. ¿Necesita o desea un intérprete para que podamos comunicarnos con usted?

Si

No

No se

No deseo responder

5. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

Intérprete de lenguaje hablado

Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos

Intérprete de lengua de señas estadounidense

Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés)

Otros (por favor mencione) _____

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

Muy bien

Bien

No bien

Nada

No se

No deseo responder

G. Discapacidad

OHA pregunta a los miembros del Plan de Salud de Oregon (OHP) sobre su discapacidad. Pedimos a las personas interesadas en servir en uno de los comités de OHPB (y miembros actuales del Comité) que respondan las mismas preguntas sobre discapacidad que les hacemos a los miembros del Plan de Salud de Oregon.

1. ¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír?

Si

Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____

- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe qué se le pregunta en esta pregunta

2. ¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver, aunque lleve puestos lentes?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta

3. ¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta.

4. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta

5. ¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta

6. ¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No

- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta

7. Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se le pregunta en esta pregunta.

8. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a), como visitar un consultorio médico o ir de compras?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se pregunta en esta pregunta.

9. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, ¿o tiene delirios o alucinaciones?

- Si
Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? _____
- No
- No se
- No deseo responder
- No sabe que se pregunta en esta pregunta.

H. Edad

- Hasta 15 años de edad
- 16-24 años de edad
- 25-40 años de edad
- 41-54 años de edad
- 55-64 años de edad
- 65 años de edad y más
- No deseo responder

I. Identidad de Genero

La orientación sexual y la identidad de género son aspectos importantes de la diversidad de Oregón, donde los prejuicios en el sistema de atención médica pueden conducir a resultados de salud no equitativos. La Legislatura de Oregón agregó recientemente un requisito para que OHA (y el Departamento de Servicios Humanos de Oregón (ODHS)) recopilen e informen datos sobre la orientación sexual y la identidad de género de los residentes de Oregón que reciben servicios provistos por estas agencias, incluidos los miembros del Plan de Salud de Oregón (Proyecto de Ley 3159 (2021) de la Cámara de Representantes). Si bien OHA no ha finalizado cómo planea recopilar dichos datos, estas son las preguntas que fueron recomendadas por un grupo de miembros de la comunidad convocado por la División de Equidad e Inclusión de OHA en 2018.

1. Por favor, describa su género de la forma que usted prefiera.

2. ¿Cuál es su género? (marque todas las que correspondan)

Mujer/ Niña

Hombre/ Niña

Sin género/No género

No-Binario

Cuestionamiento

No aparece en esta lista. Por favor especifique: _____

No se

No sabe que se pregunta en esta pregunta

No deseo responder

3. ¿Es usted una persona transgénero?

Si

No

No aparece en la lista. Por favor especifique: _____

No se

No sabe que se pregunta en esta pregunta

No deseo responder

J. Orientación sexual/Identidad

1. Por favor describa su orientación sexual en la forma que usted prefiera

2. ¿Como describiría su orientación o su identidad sexual? (Marque todas las que se aplican)

Sentimientos románticos por personas del mismo genero

Sentimientos románticos por personas del mismo sexo

Lesbiana

Gay

Bisexual

Heterosexual (atracción principalmente o sólo hacia otro(s) genero(s))

- Pansexual
- Asexual
- Queer
- Cuestionamiento
- No aparece en esta lista. Por favor especifique: _____
- No se
- No sabe que se pregunta en esta pregunta
- No deseo responder

FINAL DE LA ENCUESTA
MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO