

Programa de Capacitación para Trabajadores de Salud Tradicionales

Solicitud de *renovación*

Propósito

Las organizaciones utilizan esta solicitud para renovar sus programas de capacitación aprobados por la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para los siguientes:

- Acompañantes en partos (doulas),
- Trabajadores de salud comunitaria,
- Especialistas de apoyo entre pares,
- Especialistas de bienestar entre pares,
- Especialistas de apoyo a familias,
- Especialistas de apoyo a jóvenes,
- Navegadores de salud personal, y
- Trabajadores de salud tradicional tribal.

Las organizaciones deben completar y enviar esta solicitud a la OHA, indicando que se cumplen todos los requisitos del programa, de conformidad con las normas OAR 950-060-0000 a 950-060-0160 (consulte las normas OAR en <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayDivisionRules.action?selectedDivision=7798>).

Este documento se puede entregar, a solicitud, en un formato alternativo para personas con discapacidades o en otro idioma que no sea el inglés, para personas con dominio limitado del inglés. Para solicitar esta publicación en otro formato o idioma, comuníquese con THW.Program@odhsoha.oregon.gov.

Cómo enviar su solicitud

Se debe enviar una copia electrónica de la solicitud completada y todos los documentos de respaldo a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). La solicitud completada debe incluir las secciones 1 a 3, con todos los archivos adjuntos necesarios. Las organizaciones que solicitan una exención de cualquier requisito del programa de capacitación de la OHA también deben enviar una *Solicitud de exención temporal del programa de capacitación para trabajadores de salud tradicionales* (descargue una copia del formulario OHA 8906B en <https://www.oregon.gov/oha/EI/Pages/Become-an-Oregon-Health-Authority-Approved-THW-Training-Program.aspx>).

Utilice el formulario para escribir sus respuestas. Si tiene dificultades para acceder al formulario, comuníquese con THW.Program@odhsoha.oregon.gov. Mantenga su respuesta dentro de la cantidad de palabras indicada entre paréntesis. Si tiene una razón convincente para exceder la cantidad de palabras indicada, adjunte documentos adicionales y haga referencia a estos en la sección correspondiente.

Envíe los siguientes documentos por correo electrónico a THW.Program@odhsoha.oregon.gov:

1. La solicitud en formato PDF, Y
2. Todos los documentos de respaldo en formato PDF (obligatorio).

Nota: La OHA almacenará en archivo esta copia electrónica de su solicitud y todos los materiales del curso enviados. Es posible que deba enviar varios mensajes de correo electrónico si los archivos adjuntos son demasiado pesados y/o comprimir el archivo en zip para reducir el tamaño.

Proceso de solicitud

- La solicitud de renovación completada se debe enviar seis (6) meses antes de la fecha de vencimiento de la capacitación. La OHA puede demorar hasta 120 días en aprobar una renovación.
- Si una solicitud no está completa, la OHA enviará un aviso por escrito solicitando que vuelva a enviar el paquete de solicitud completo.
- Si la OHA determina que todos los requisitos del programa de capacitación se cumplen lo suficiente, la OHA le enviará un aviso de aprobación por escrito. Si la OHA determina que no se cumplen o que ya no se cumplen los requisitos del programa de capacitación, podrá denegar, suspender o revocar la aprobación del programa de capacitación.
- La OHA podrá realizar visitas al establecimiento de los programas de capacitación, ya sea antes de aprobar un programa de capacitación o en cualquier momento durante el período de aprobación de tres años.

Nuestra política contra la discriminación

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) no discriminan a nadie. Esto significa que el ODHS y la OHA ayudarán a todas las personas que reúnan los requisitos necesarios y no tratarán a nadie de manera diferente debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, ideas políticas, discapacidad u orientación sexual.

Usted puede presentar una queja si cree que el ODHS o la OHA le trataron de manera diferente debido a cualquiera de estas razones.

Para presentar una queja ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensoría de la Gobernación (Governor's Advocacy Office) al 1-800-442-5238 (TTY 711) o enviar una carta a dicha oficina:

Governor's Advocacy Office (GAO)

500 Summer Street NE, E-17
Salem, OR 97301
Fax: 503-378-6532

Correo electrónico:

GAO.info@odhs.oregon.gov

"¡La ley exige oportunidades equitativas!"

Comité de revisión

El subcomité de Métricas de Evaluación de la Capacitación y Puntuación de Programas (TEMPS) de la Comisión de Trabajadores de Salud Tradicionales (THW) de la Autoridad de Salud de Oregon revisará las solicitudes completadas.

Criterios de aprobación

Los programas de capacitación aprobados deben tener un conocimiento profundo de la historia y de la finalidad del Personal de Salud Tradicional, y capacitar a los trabajadores de salud tradicionales (THW) de manera que se mantenga la integridad de este modelo de prestación de servicios de salud que existe desde hace mucho tiempo, basado en la comunidad y entre pares. En la revisión de las solicitudes, el comité evaluará cuidadosamente si el programa de capacitación cumple adecuadamente con todos los requisitos definidos por la OHA, a menos que se apruebe una exención para un requisito específico. Con el fin de ser inclusivo con todas las comunidades de Oregon que puedan beneficiarse de los servicios de trabajadores de salud tradicionales y garantizar que los recursos se asignen adecuadamente, durante la revisión de solicitudes, el comité también podrá tener en cuenta la distribución geográfica de los programas de capacitación, el nivel de necesidad de programas de capacitación en las comunidades y la diversidad de las comunidades a las que se presta servicio.

Período de aprobación

Los programas de capacitación aprobados por la OHA deben presentar la solicitud para renovar su estatus de aprobación cada tres años. Según la Regla Administrativa de Oregon 950-060-0110(7)(b)(9) (consulte la norma OAR en <https://secure.sos.state.or.us/oard/viewSingleRule.action?ruleVrsnRsn=301297>): “Los programas de capacitación deberán completar y enviar la solicitud de renovación, al menos, seis meses antes de que venza el período de aprobación actual”. **De lo contrario, su organización deberá enviar la capacitación como si fuera una capacitación inicial y no como una renovación.**

Prueba de aprobación

Durante el período de aprobación, el aviso por escrito de la aprobación de la OHA debe estar disponible para cualquier estudiante y/u organización asociada que solicite una copia y, en la medida de lo posible, se debe exhibir en el centro de capacitación principal. Los datos de contacto de la OHA para preguntas, comentarios o inquietudes sobre el programa de trabajadores de salud tradicionales se deben incluir en todos los materiales de los estudiantes y en la publicidad del programa:

Aviso de aprobación de la OHA

La Autoridad de Salud de Oregon aprobó este programa de capacitación para ofrecer capacitación certificada a los trabajadores de salud tradicionales. Si tiene alguna pregunta, comentario o inquietud sobre el programa de capacitación y certificación de trabajadores de salud tradicionales de Oregon, comuníquese con THW.Program@odhsoha.oregon.gov.

Carta o certificado de finalización para graduados

La organización se compromete a emitir una carta o certificado de finalización por escrito a todos los graduados que hayan completado correctamente el programa de capacitación. Las personas que no cumplan con los criterios de finalización recibirán solamente una carta o un certificado de asistencia/participación. Esto no los calificará para la colocación en el registro. Los criterios de finalización implican los siguientes:

1. Haber asistido y completado toda la capacitación obligatoria.
2. Haber demostrado el cumplimiento de todos los requisitos de evaluación.
3. Tener experiencia de vida similar a la de la población a la que prestarán servicio, como especialistas de apoyo entre pares (PSS), especialistas de bienestar entre pares (PWS), especialistas de apoyo a familias (FSS) y especialistas de apoyo a jóvenes (YSS), o tener conocimientos empíricos de la misma comunidad a la que prestarán servicio como trabajadores de salud comunitaria (CHW) y trabajadores de salud tradicionales tribales (TTHW).

Cada certificado debe indicar si se ha cumplido el requisito de capacitación en salud bucodental, sumado a y como parte de la capacitación.

Cómo presentar informes a la OHA

La organización acepta verificar, junto con la OHA, los nombres de los graduados cuando estos soliciten la certificación y la inscripción en el registro. La organización acepta no imponer costos adicionales a las personas por esta verificación. La organización acepta enviar un informe trimestral que incluya los datos de la agencia, las organizaciones asociadas, los condados en los que se realizó la capacitación y los datos de los trabajadores de salud tradicionales, que incluyen datos demográficos, idioma preferido, condados de residencia y niveles de educación de las personas capacitadas.

Abreviaturas utilizadas en la solicitud

- **CBO:** Organización comunitaria
- **CCO:** Organización de atención coordinada
- **CHW:** Trabajador de salud comunitaria
- **NAV:** Navegador de salud personal
- **OHA:** Autoridad de Salud de Oregon
- **PSS:** Especialista de apoyo entre pares
- **PWS:** Especialista de bienestar entre pares
- **THW:** Trabajador de salud tradicional
- **FSS:** Especialista de apoyo a familias
- **YSS:** Especialista de apoyo a jóvenes
- **TTHW:** Trabajador de salud tradicional tribal

¿Tiene preguntas sobre la aprobación del programa de capacitación de trabajadores de salud tradicionales?

Comuníquese con la División de Equidad e Inclusión en THW.Program@odhsosha.oregon.gov.

Lista de verificación de resumen de la solicitud

Verifique que todos los componentes necesarios de esta solicitud estén completos y adjuntos. La solicitud completada debe incluir las secciones 1 a 3, con todos los archivos adjuntos necesarios. **Si no se proporcionan todos los puntos obligatorios, su solicitud se devolverá para que la vuelva a presentar.** En las secciones en las que no haya habido cambios, marque la casilla “sin cambios”.

Lista de verificación de resumen de la solicitud con una lista numerada de los adjuntos nombrados, usando los títulos en la lista de verificación que aparece a continuación (obligatorio).

Sección 1: Información general

Adjunto: **1.6 Resumen de la experiencia de capacitación.** Cualquier experiencia de capacitación previa de trabajadores de salud tradicionales en los últimos tres años (obligatorio).

Sección 2: Detalles del programa de capacitación

Adjunto: **2.3 Acuerdo actualizado y firmado** con una organización comunitaria de Oregon. Obligatorio para todas las organizaciones no comunitarias (consulte la norma OAR en <https://secure.sos.state.or.us/oard/viewSingleRule.action?ruleVrsnRsn=325622>).

Adjunto: **Formulario de retroalimentación de estudiantes.** **No es obligatorio si no hay cambios.**

Marque aquí si no hay cambios.

Adjunto: **Guía del facilitador.** Solamente el programa/resumen general o la agenda. Es obligatorio enviar las revisiones del plan de estudios solamente **SI hubo cambios desde la última aprobación.**

Marque aquí si no hay cambios.

Adjunto: **2.6 Copia de los certificados de finalización,** incluida la finalización de todos los requisitos de instrucción y evaluación (obligatorio), con la designación:

- **Experiencia de vida:** obligatoria para las certificaciones de especialista de apoyo entre pares (PSS) y especialista de bienestar entre pares (PSW); **o**
- **Experiencia comunitaria:** obligatoria para las certificaciones de trabajador de salud comunitaria (CHW) y trabajador de salud tradicional tribal (TTHW).

Adjunto: **2.6 Copia de los certificados de asistencia o participación sin la designación adecuada**:

- **Experiencia de vida:** obligatoria para las certificaciones de especialista de apoyo entre pares (PSS) y especialista de bienestar entre pares (PWS); o
- **Experiencia comunitaria:** obligatoria para las certificaciones de trabajador de salud comunitaria (CHW) y trabajador de salud tradicional tribal (TTHW).

Más la finalización de todos los requisitos de instrucción y evaluación (obligatorio).

Sección 3: Firma (campo obligatorio)

Firmado y fechado por el director.

Requisito de capacitación en salud bucodental

Cómo completan los participantes el requisito de capacitación en salud bucodental (marque una opción):

Internamente, ya sea por parte de su organización de capacitación o de una entidad externa. Si se selecciona esta opción, debe documentar estas horas adicionales por separado de la cantidad total de horas de capacitación básica en el Certificado de finalización. (Consulte los requisitos del tema en OAR 950-060-0130).

Externamente, por una capacitación en salud bucodental aprobada por la OHA que los participantes realizan por separado a la capacitación básica. Si se selecciona esta opción, **no** incluya estas horas en la cantidad total de horas de capacitación básica documentadas en esta solicitud o en el Certificado de finalización.

Documentos adjuntos

Utilice la lista de archivos adjuntos que figura en la lista de verificación para nombrar cada punto. Incluya **solamente** aquellos archivos adjuntos que describan los **cambios hechos a la capacitación desde la última aprobación**:

Cuando envíe copias electrónicas de los archivos adjuntos, asegúrese de que la cantidad y el nombre del archivo correspondan a lo que se indica a continuación. **Todos los documentos deben estar en formato PDF y tener un formato adecuado para la impresión en papel de 8.5 pulgadas x 11 pulgadas. Esto es obligatorio para la presentación. Si no lo hace, esto provocará que su solicitud se envíe de regreso.** Nombre el archivo adjunto de acuerdo con el nombre del archivo para facilitar su revisión. Si hay más de ocho archivos adjuntos, envíe una página separada.

Envíe solo los archivos adjuntos obligatorios, tal y como se indica en la lista de verificación de la página cinco.

Nombre del adjunto	Sección y número de página

Sección 1: Información general

1.1 Datos de contacto de la organización

Nombre de la organización: _____

Nombre oficial del programa de capacitación (el programa de capacitación debe identificar el tipo de trabajador y el subtipo de trabajador en el título):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo postal (si es diferente a la anterior):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Correo electrónico: _____

1.2 Director(a) de la organización

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

1.3 Persona de contacto

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

1.4 Descripción general de la organización

En 300 palabras o menos, describa brevemente la visión que tiene su organización sobre la historia, la finalidad y el valor de los trabajadores de salud tradicionales (trabajadores de salud comunitarios, especialistas de apoyo entre pares, especialistas de bienestar entre pares, especialistas de apoyo a familias, especialistas de apoyo a los jóvenes, navegadores de salud personal, acompañantes en embarazos y partos [doulas] y trabajadores de la salud tradicionales tribales). Esta es una ampliación de la visión general que tiene su organización sobre los trabajadores de salud tradicionales en su plan de estudios. Analice:

- El papel de los trabajadores de salud tradicionales en el sistema de salud de Oregon.
- Cómo se aplica esto al trabajo que realiza su organización.
- Su misión y filosofía de enseñanza (por ejemplo, educación popular y/o cómo le brinda información a los estudiantes).

(Para obtener más información, consulte OAR 950-060-0100 en <https://secure.sos.state.or.us/oard/viewSingleRule.action?ruleVrsnRsn=301296>).

1.5 Capacitación ofrecida:

Marque el tipo (o los tipos) de capacitación de trabajadores de salud tradicionales que su organización quiere renovar:

Capacitación sobre el plan de estudios básico de CHW, PWS y NAV (secciones 3a y b)

Más temas de capacitación de trabajadores de salud comunitaria (CHW) (80 horas)

Más temas de capacitación de navegadores de salud personal (NAV) (80 horas)

Más temas de capacitación de especialistas de bienestar entre pares (PWS) (80 horas):

Para apoyo entre adultos sobre problemas de salud mental

Para apoyo entre adultos sobre problemas de adicción

Para apoyo entre familias

Para apoyo entre jóvenes

Más temas de capacitación de navegadores de salud personal (NAV) (80 horas)

Temas de capacitación de especialistas de apoyo entre pares (PSS) (40 horas):

Para apoyo entre adultos sobre problemas de salud mental

Para apoyo entre adultos sobre problemas de adicción

Para apoyo entre familias

Para apoyo entre jóvenes

Capacitación para acompañantes en embarazos y partos (doulas) (28 horas)

Trabajadores de salud tradicional tribal (80 horas)

1.6 Resumen de la experiencia de capacitación

Adjunte un documento PDF de 1 a 2 páginas en el que incluya una lista de las experiencias previas en capacitación de trabajadores de salud tradicionales de su organización, en los últimos tres (3) años. No exceda las dos (2) páginas. Incluya:

- Una breve descripción o lista de los temas cubiertos,
- Fechas de inicio y finalización (si no es continua),
- Lugar,
- Horas de capacitación,
- Modalidad de la capacitación, y
- Público al que va dirigido.

Sección 2: Detalles del programa de capacitación

2.1 Formas en que se da la capacitación

Lugar

¿Cuál es el alcance geográfico del programa de capacitación? Lista de instalaciones y ubicaciones de capacitación (si está disponible). Si la información sobre la capacitación excede el espacio proporcionado a continuación, incluya todos los detalles de la ubicación en un documento aparte y envíelo como archivo adjunto.

<i>Instalaciones de capacitación</i>	<i>Ubicaciones de las instalaciones</i>	<i>Modalidad(es) de capacitación</i>
		Presencial Virtual (por ejemplo, Zoom) Híbrida (mezcla)
		Presencial Virtual (por ejemplo, Zoom) Híbrida (mezcla)
		Presencial Virtual (por ejemplo, Zoom) Híbrida (mezcla)

Instructores

Haga una lista de los nombres de los instructores y sus credenciales o experiencia laboral con trabajadores de salud tradicionales.

<i>Nombre del instructor</i>	<i>Credenciales o experiencia laboral</i>

2.2 Participación de trabajadores de salud tradicionales con experiencia

Describa cómo los trabajadores de salud tradicionales con experiencia del mismo tipo de trabajador participan en la retroalimentación continua y los cambios en el plan de estudios, incluida la incorporación de los comentarios de los estudiantes (campo obligatorio, 150 palabras):

Idioma

¿En qué idiomas se ofrecerá la capacitación?

Inglés

Español

Otro: _____

2.3 Reclutamiento e inscripción

Reducción de obstáculos

Identifique el enfoque para reclutar e inscribir a estudiantes. Indique las colaboraciones, si hubiera, con otras entidades (organizaciones comunitarias, organizaciones de atención coordinada, otros programas, etc.) y describa las estrategias de la organización para reducir los obstáculos de la inscripción (campo obligatorio, 150 palabras):

Tarifas

¿Hay algún costo para las personas, los grupos o las organizaciones para inscribirse y completar el programa de capacitación? De ser así, describa la estructura de tarifas del programa de capacitación (campo opcional, no es un factor determinante para la aprobación del programa, 150 palabras):

2.4 Equivalencia

Si tiene previsto conceder equivalencias, describa cómo el programa concederá equivalencias a los estudiantes que hayan completado previamente la capacitación a través de esta organización, otras organizaciones estatales o nacionales, incluyendo detalles sobre los estándares para conceder equivalencias o la herramienta de evaluación. Si no concederá equivalencias, explique las circunstancias que impiden que su programa lo haga y describa cualquier plan para concederlas en el futuro (campo obligatorio, 200 palabras):

2.5 Crédito académico

¿Recibirán los estudiantes créditos académicos después de completar la capacitación?
(No se requiere para la aprobación).

Sí No

Lista de instituciones de educación: _____

Lista de costos, si hubiera: _____

2.6 Registros

Describa el sistema que utiliza su organización para mantener un registro preciso de los graduados que han completado el programa de capacitación correctamente, durante cinco años a partir de la fecha de finalización del programa de capacitación (campo obligatorio, 150 palabras):

Analice lo siguiente:

- Formularios para la divulgación de información
- Los registros incluyen el capacitador, el participante en la capacitación, el tipo de trabajador, la fecha y las agendas de la capacitación
- Certificado de finalización, si tiene experiencia vivida que coincida con los tipos y subtipos de trabajadores (CHW, PSS, PWS, FSS, YSS, TTHW):
 - » Trabajador de salud comunitaria
 - » Navegador de salud personal
 - » Trabajador de salud tradicional tribal

- » Tipo de especialista de bienestar entre pares:
- » Tipo de especialista en apoyo de pares:
 - Adicciones en adultos
 - Salud mental para adultos
 - Especialista de apoyo a familias
 - Especialista de apoyo a jóvenes
- » Acompañante en embarazos y partos (doula)
- Certificado de asistencia o participación, si no tiene experiencia vivida por tipos y subtipos de trabajadores (CHW, PSS, PWS, FSS, YSS y TTHW):
 - » Trabajador de salud comunitaria
 - » Navegador de salud personal
 - » Trabajador de salud tradicional tribal
 - » Tipo de especialista de bienestar entre pares:
 - Adicciones en adultos
 - Salud mental para adultos
 - Especialista de apoyo a familias
 - Especialista de apoyo a jóvenes
 - » Tipo de especialista en apoyo de pares:
 - Adicciones en adultos
 - Salud mental para adultos
 - Especialista de apoyo a familias
 - Especialista de apoyo a jóvenes
 - » Acompañante en embarazos y partos (doula)

Sección 3: Firmas

Lea atentamente todos los siguientes enunciados e indique que los entiende y los acepta firmando en el espacio correspondiente.

- Entiendo que si no se cumplen o que ya no se cumplen los requisitos del programa de capacitación, la OHA podrá denegar, suspender o revocar la aprobación del programa de capacitación.
- Entiendo que la OHA podrá realizar visitas al establecimiento de los programas de capacitación, ya sea antes de aprobar un programa de capacitación o en cualquier momento durante el período de aprobación.
- Entiendo que la organización debe enviar la solicitud de renovación de su estatus de aprobación cada tres años, y que la solicitud de renovación se debe enviar, al menos, 6 meses antes de la fecha de vencimiento de la aprobación.
- Informaré a la OHA sobre cualquier cambio en los datos de contacto de la organización, en un plazo de 30 días a partir de dicho cambio.

- Entiendo que durante el período de aprobación del programa de capacitación, el aviso por escrito de la aprobación de la OHA debe estar disponible para cualquier estudiante u organización asociada que solicite una copia.
- Acepto incluir los datos de contacto de la OHA para las preguntas, los comentarios o las inquietudes sobre el Programa de trabajadores de salud tradicionales (THW) en todos los materiales para estudiantes y en la publicidad del programa.
- Acepto emitir una carta o un certificado de finalización a los estudiantes que completen correctamente el programa de capacitación.
- Acepto verificar los nombres de los graduados del programa de capacitación ante la OHA cuando dichas personas soliciten la certificación y la inscripción en el registro, sin imponerles costos adicionales.
- Acepto cumplir las normas relacionadas con la capacitación y certificación de los trabajadores de salud tradicionales. Consulte las normas OAR 950-060-0000 a 950-060-0160, en <https://secure.sos.state.or.us/oard/displayDivisionRules.action?selectedDivision=7798>.
- Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa, incompleta o engañosa puede tener como consecuencia la negación de la solicitud o la revocación de la aprobación del programa de capacitación.

Firma y fecha del director