

# **Grupo de Trabajo sobre Desarrollo de la Fuerza Laboral para Trabajadores de Salud Comunitaria**

## **Informe Final para la Asamblea General de Maryland**

**elaborado por el**

**Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland y la  
Administración de Seguros de Maryland**

**Junio de 2015**

Lawrence J. Hogan, Jr., Gobernador

Boyd K. Rutherford, Vicegobernador

Van T. Mitchell, Secretario, Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland

Alfred W. Redmer, Jr., Comisionado, Administración de Seguros de Maryland

## Tabla de contenidos

Historia y antecedentes .....	1
Membresía .....	1
Descripción general de la profesión.....	2
Trabajadores de salud comunitaria en Maryland .....	3
Condición de los CHW en otros estados y barreras para el progreso .....	3
El proceso del grupo de trabajo .....	5
Recomendaciones finales .....	7
Referencias.....	9
Anexo 1: Miembros del grupo de trabajo.....	10
Anexo 2: Cronograma de reuniones .....	11
Anexo 3: Comentarios recibidos del público .....	12
Anexo 4: Análisis comparativo de aptitudes centrales.....	16
Anexo 5: Análisis comparativo de certificación estatal, capacitación y requisitos de derechos adquiridos .....	18
Anexo 6: Aptitudes y roles alternativos .....	20



## **HISTORIA Y ANTECEDENTES**

En respuesta al Proyecto de ley de la Cámara de Representantes 856/Proyecto de ley del Senado 592, Capítulo 259 de las Leyes de 2014, el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland (Maryland Department of Health and Mental Hygiene, DHMH) y la Administración de Seguros de Maryland (Maryland Insurance Administration, MIA) establecieron el Grupo de Trabajo sobre Desarrollo de la Fuerza Laboral para Trabajadores de Salud Comunitaria (Grupo de Trabajo) para que estudie y elabore recomendaciones con respecto al desarrollo de la fuerza laboral para los trabajadores de la salud comunitaria (community health workers, CHW) en Maryland.

Los CHW —también conocidos como defensores de salud comunitaria, educadores legos en salud, representantes de salud comunitaria, promotores de salud pares, trabajadores de extensión de salud comunitaria y en español, promotores de salud— son miembros de la comunidad que trabajan en entornos comunitarios como conectores entre los consumidores y los promotores de la atención médica para promover la salud entre los grupos que, tradicionalmente, han carecido de una atención médica adecuada.

Al Grupo de Trabajo se le asignó específicamente la tarea de elaborar recomendaciones sobre:

- 1) la capacitación y acreditación necesarias para que los CHW sean certificados como proveedores de atención médica no clínica; y
- 2) las políticas de reembolso y pago para los CHW a través del Programa de Asistencia de Medicaid en Maryland y de aseguradoras privadas.

Se exigió que el Grupo de Trabajo informara sus conclusiones y recomendaciones al Comité de Educación, Salud y Asuntos Medioambientales del Senado, al Comité de Finanzas del Senado y al Comité de Operaciones Gubernamentales y de Salud de la Cámara de Representantes antes del 1 de junio de 2015.

El Grupo de Trabajo llevó a cabo esta revisión con una cuidadosa consideración hacia la contribución que los CHW pueden representar para todo el sistema de salud. En definitiva, es esta demostración de valor la que justificará el desarrollo de la fuerza laboral para los CHW y les permitirá beneficiarse de los flujos de financiación sustentables. Un documento de debate de la Fundación de Salud de los Consumidores (Consumer Health Foundation) resalta exactamente este punto: "los CHW deben definir correctamente su trabajo en el contexto de los valores que este aporta a las comunidades y al sistema de atención médica... Para ampliar el campo, los CHW deben ser capaces de explicar de qué manera su modelo ofrece un valor adicional" (Erb, 2012).

## **SELECCIÓN DE GRUPO DE TRABAJO Y MEMBRESÍA**

Se realizó una convocatoria para que el público presentara sus solicitudes para participar en el grupo de trabajo. Los solicitantes debían presentar un currículum vitae y demás información pertinente a través de un formulario en línea. Un panel de funcionarios estatales seleccionó luego a los miembros en base a un conjunto de criterios de evaluación. Se hizo todo lo posible para seleccionar miembros que representen a una amplia variedad de contextos y perspectivas sobre la profesión de los CHW.

El grupo de trabajo estuvo integrado por CHW en ejercicio y profesionales con conocimiento y experiencia en la prestación de servicios de CHW que supervisaron a los CHW, los coordinaron o trabajaron con ellos en entornos clínicos o no clínicos. Estuvieron representados los departamentos de salud locales, los colegios universitarios comunitarios que tienen programas de formación de CHW, los colegios universitarios y las universidades con cursos de 4 años, los hospitales de salud pública, para las minorías que ofrecen formación para CHW, el personal de enfermería, los médicos, los servicios sociales y de vivienda, al igual que las autoridades urbanas y rurales. Los miembros y el cronograma de reuniones del Grupo de Trabajo se incluyen en los Anexos 1 y 2.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROFESIÓN

El trabajo de los CHW es una actividad con una larga historia que se remonta hasta, al menos, cincuenta años atrás y forma un componente fundamental de los sistemas de salud, en particular cuando es escasa la existencia de médicos y enfermeros altamente capacitados. Su valor para la atención médica de EE. UU. ha sido reconocido con mayor lentitud pero, progresivamente, comienza a reconocerse como un recurso importante para combatir las desigualdades sanitarias mediante la promoción y el apoyo de conductas saludables en las comunidades desatendidas (Instituto de Medicina, 2002, y artículos 5313, 10501[c] de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio [Affordable Care Act, ACA], 2010a). Las cifras oficiales del Departamento de Trabajo calculan que había 45,800 CHW trabajando en EE. UU. en 2013 (Oficina de Estadísticas Laborales, 2014), lo cual es ciertamente una estimación demasiado baja cuando se la compara con datos derivados de encuestas de los programas de CHW (p. ej., HRSA, 2007).

Los CHW son conocidos por diversos nombres, incluidos "asesores de salud comunitaria", "trabajadores de extensión", "asesores legos en salud" y "promotores/promotoras", pero, independientemente del puesto de trabajo, existe una característica compartida del rol, la actividad y la función como "trabajadores que promueven la salud o la nutrición dentro de la comunidad en la cual vive un individuo" (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, citada en Brownstein et al., 2011). Los CHW no pueden trabajar en soledad. Operan forjando conexiones con la comunidad, el estado y los recursos benéficos que complementan las intervenciones sanitarias, pero también, en muchos casos, estableciendo relaciones sólidas con los sistemas de atención médica para alcanzar metas de salud directas para el paciente. En algunos modelos, los CHW son miembros legos de las comunidades en las que las personas viven, trabajan u oran, y allí fortalecen el capital comunitario y la autoconfianza; otros modelos colocan a los CHW como miembros centrales del equipo de promoción de la atención médica, responsables de derribar las barreras de lenguaje y culturales entre los equipos de salud y los miembros de la comunidad y ofrecer apoyo práctico en la vinculación con los recursos comunitarios y de salud. No existe un "mejor" modelo universal para los CHW; los diferentes enfoques no son exclusivos mutuamente y los programas pueden seleccionarse y fusionarse entre ellos.

Actualmente, los programas de CHW se centran en poblaciones particulares, tipos de enfermedades o problemas de salud a menudo en comunidades que experimentan desigualdades sanitarias. Por ejemplo, los programas pueden trabajar con personas con una enfermedad crónica, como diabetes, cáncer o VIH, o con un grupo de alto riesgo, como los afroestadounidenses y las jóvenes adolescentes latinas embarazadas. Los CHW también pueden abocarse a usuarios frecuentes de los servicios de salud, a quienes padecen enfermedades crónicas y están en riesgo de convertirse en usuarios frecuentes, a los enfermos crónicos que están bajo control y a las personas sanas (con el objetivo de prevenir), según el diseño y el propósito del programa.

Cuando el grupo objetivo es una población minoritaria, las habilidades en cuanto a los idiomas, la conciencia cultural de los CHW y/o la confianza de los miembros de la comunidad hacia ellos les permiten establecer contacto con personas que previamente han estado sustancial o completamente aisladas de los servicios de salud. Cuando el grupo objetivo es una población vulnerable cuya autoeficacia y autogestión son desafiadas por una escasa educación sanitaria, posiciones socioeconómicas bajas, barreras de lenguaje, educación restringida, condición de migrante o inmigrante, falta de hogar, problemas urbanos o rurales, raza/etnia, discapacidad o deficiencia cognitiva, el CHW proporciona el apoyo necesario para que el paciente obtenga acceso a los servicios de salud y/o autogestione su propia atención médica.

## **TRABAJADORES DE SALUD COMUNITARIA EN MARYLAND**

Maryland ya tiene establecidos muchos programas de CHW y se estima que, en 2013, trabajaban en el estado 1430 CHW en una amplia variedad de programas, que incluyen desde la comunidad hasta los hospitales, pasando por los equipos de atención primaria (Departamento de Trabajo). Los programas de CHW de Maryland ya representan un aporte importante para la atención médica de las poblaciones desatendidas. Proporcionan una invaluable plataforma de experiencia y conocimiento a partir de la cual avanzar. Es fundamental basarse en la valiosa experiencia de Maryland con los programas de CHW a fin de que las organizaciones que ya participan en la capacitación y promoción de los CHW continúen desarrollando e implementando sus programas. Estas organizaciones incluyen a beneficiarios de Zonas de Empresas Sanitarias (Health Enterprise Zones, HEZ), universidades/colegios universitarios, Centros de Educación de la Salud del Área (Area Health Education Centers, AHEC), beneficiarios de Extensión y Asistencia Técnica a las Minorías (Minority Outreach and Technical Assistance, MOTA) y algunos Departamentos de Salud locales. Sin embargo, hasta la fecha, ha habido falta de estandarización con respecto a los requisitos de capacitación, los planes de estudio y demás requisitos profesionales entre los diversos programas del estado.

Es probable que el uso de los CHW en Maryland aumente en los años venideros a medida que el sistema de salud estatal continúa transformándose. Como parte del nuevo Modelo Hospitalario de Múltiples Pagadores (All-Payer Hospital Model), los hospitales de Maryland se financian a través de presupuestos globales que establecen un sólido incentivo financiero para reducir la utilización y mejorar la salud de la población. Los hospitales invierten nuevos recursos en actividades de administración de la atención y prevención con el objetivo de superar las pruebas financieras del nuevo modelo, y muchos de estos enfoques utilizan a los CHW. Además, los modelos de servicio, tales como las Organizaciones de Atención Responsable (Accountable Care Organizations, ACO) y los Hogares Médicos Centrados en el Paciente (Patient-Centered Medical Homes, PCMH) ya se han generalizado y su proliferación continuará a medida que otras partes del sistema de promoción se transformen para alinearse con el Modelo de Múltiples Pagadores. Estos modelos también incentivan la prevención y atención en equipo que pueden incluir a los CHW. Esta transformación surge de la fase 2 del Modelo Hospitalario de Múltiples Pagadores, que establece un costo total de la prueba de atención para todos los entornos de promoción de la atención médica, y no solo para los cuidados agudos. Con estos cambios, los incentivos financieros básicos en la promoción de la atención médica están, por primera vez, alineados con la mejora de la salud de la población y, a su vez, con los roles y las capacidades de los CHW.

Con sus raíces en el desarrollo comunitario, los CHW tienen la posibilidad de asistir a la transformación de nuestro fragmentado sistema de atención médica hacia un tipo de atención más holística, centrada en las necesidades totales del paciente individual y enclavada en la comunidad y cultura en la cual vive el paciente. Los CHW pueden apoyar la salud individual y poblacional porque, como mediadores culturalmente competentes entre los proveedores de salud y los miembros de las diversas comunidades, están excepcionalmente bien posicionados para promover el uso de la atención primaria y de seguimiento para la prevención y el control de enfermedades (Brownstein et al., 2011b).

## **CONDICIÓN DE LOS CHW EN OTROS ESTADOS Y BARRERAS PARA EL PROGRESO**

El potencial del concepto de CHW no puede materializarse a menos que los pagadores y adquirentes de la atención médica reconozcan su valor y posible contribución para la mejora de la calidad y los resultados de la atención médica. Toda organización a la que se le pida que comprometa fondos para los CHW esperará una articulación clara de lo que los CHW hacen y de los estándares que su práctica puede alcanzar. La falta de estandarización es, por ello, una barrera para el progreso del desarrollo de la fuerza laboral de los CHW.

Los estados generalmente han abordado la estandarización mediante la introducción de una definición de CHW y requisitos obligatorios (Massachusetts, Minnesota, Ohio y Texas) y/o a través de programas de certificación estatales (Massachusetts, Nuevo México, Ohio y Texas). Asimismo, se han desarrollado estándares estatales para la capacitación de los CHW (Carolina del Norte y Nevada) (HRSA, 2011). Algunos estados han definido un alcance de la práctica del CHW (p. ej., Minnesota) y otros exigen que los CHW estén supervisados por un profesional controlado por el estado (p. ej., Alaska, Ohio) (HRSA, 2007). Dos estados (Massachusetts y Nuevo México) han dictado leyes para establecer Juntas de Certificación de los CHW, mientras que Ohio utiliza su Junta de Enfermería para certificar a los CHW y otros estados delegan la certificación a los programas de capacitación.

La diversidad de enfoques estatales sobre la legislación ha generado importantes diferencias entre los estados con respecto a qué certificación es obligatoria, qué tipo de gestión pública es necesaria (incluido quién asesora al estado sobre las políticas de CHW), si existe un alcance de la práctica definido para los CHW, y el alcance y los puntos de capacitación. Así como varían en sus procesos de acreditación, los estados difieren en los estándares que exigen y algunos son más rigurosos que otros. Los estados han sostenido que los estándares de capacitación y educación más altos no solo contribuyen una calidad de práctica superior, sino que además generan mejoras en la contratación y retención de personal mediante una mayor condición y satisfacción para la fuerza laboral de los CHW (Kash et al., 2007).

Los estados que no han introducido una certificación formal generalmente no se han propuesto un plan de estudios estándar para los CHW, con el resultado de que la capacitación de CHW en esos estados se proporciona en gran medida en el lugar de trabajo y no en programas de capacitación independientes. En una encuesta sobre la capacitación de los CHW en 17 estados, se comprobó que los estados con sólidos programas de capacitación en centros de estudios superiores, como Massachusetts, Arizona, California y Virginia, consideraban la capacitación y educación como la apertura de una senda hacia metas profesionales más altas para los CHW; otros estados, como Oregón, Massachusetts y Virginia Occidental, utilizaban a los CHW como miembros de los equipos de coordinación y extensión de la atención, con capacitación generalmente proporcionada en el lugar de trabajo y ajustada a las necesidades de cada comunidad (Kash et al., 2007).

Asimismo, algunos estados tales como Ohio han reconocido explícitamente la necesidad de capacitación de los supervisores de CHW. No obstante, el rumbo particular elegido para avanzar hacia la capacitación y acreditación de los CHW tiene profundas implicancias en el carácter de la fuerza laboral de los CHW. Por un lado, algunos CHW que viven en la comunidad, reciben capacitación en el lugar de trabajo sobre el programa específico para el cual son contratados, reciben un pago escaso (en caso de haberlo) y funcionan como parte de programas independientes basados en la comunidad que responden solamente a los proveedores de fondos. Por el otro lado, otros CHW que han obtenido certificación después de una ardua formación y práctica de nivel superior, funcionan como miembros integrados de equipos sanitarios que reciben un reembolso por su trabajo, y ascienden en la carrera profesional como CHW, lo cual exige educación continua pero ofrece mejores condiciones y remuneración. Los estándares que son muy elevados o demasiado rígidos corren el riesgo de excluir de la posibilidad de actuar como CHW a muchos que cuentan con credenciales sólidas como "conectores comunitarios" tradicionales, pero carecen de acreditaciones educativas sólidas (Colaboración de Educación Nacional para Trabajadores de Salud Comunitaria [Community Health Worker National Education Collaborative, CHW-NEC], 2008). En función de un examen de los enfoques estatales con respecto al desarrollo de los CHW, el Grupo de Trabajo reconoció que las áreas críticas de toma de decisiones y desarrollo identificadas y que necesitan ser exploradas en profundidad son las siguientes:

1. Desarrollo a nivel estatal del alcance de la práctica, las aptitudes centrales y un plan de estudio para los CHW.

2. Decisiones sobre qué certificación se exigirá (todos los CHW en el estado o solo aquellos que se desempeñan en equipos en los que se acuerda un reembolso).
3. Decisiones con respecto a los requisitos educativos previos para el ingreso en una capacitación certificada, lo cual incluye cuánta experiencia puede sustituir a la formación.
4. Desarrollo de oportunidades de capacitación educativa para la promoción del plan de estudios.
5. Desarrollo de mecanismos de supervisión de la certificación.
6. Decisiones con respecto a la supervisión y el control de los CHW.
7. Decisiones sobre cómo se obtendrán los recursos para la infraestructura en desarrollo.
8. Decisiones respecto de la mejor forma de proporcionar una carrera profesional para los CHW y, en particular, si se la forjará dentro de la estructura del plan de estudio (como niveles de aptitudes opcionales que complementen las aptitudes centrales) o dentro de la estructura del sistema de promoción de la salud (como niveles dentro del empleo).

## **EL PROCESO DEL GRUPO DE TRABAJO**

El Grupo de Trabajo se esforzó por elaborar una visión común sobre el impacto de las diferentes recomendaciones sobre los programas de CHW existentes y las capacidades de una futura fuerza laboral de CHW en Maryland. A través de debates estructurados e inclusivos con puntos de vistas diversos, el Grupo de Trabajo acogió el conocimiento de todo Maryland disponible en virtud de sus miembros, que comprenden una variedad de jurisdicciones. El Grupo de Trabajo funcionó exitosamente como una comunidad de aprendizaje colectiva que construyó sobre la búsqueda colectiva y el diálogo, estuvo abierta a nuevas ideas y buscó a fondo los puntos de vista de los CHW de la comunidad. Una de las principales tareas del Grupo de Trabajo consistió en revisar y analizar los modelos de capacitación y certificación consolidados de varios estados, en particular, Massachusetts, Míchigan, Minnesota, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Carolina del Sur y Texas.

En su primera reunión, el Grupo de Trabajo recibió presentaciones sobre la historia y el estado actual del desarrollo de la fuerza laboral de los CHW, a nivel nacional y en otros estados, detalles de las cuales pueden encontrarse en el sitio web de CHW. La mayor parte del debate se centró en los problemas fundamentales de la definición del CHW, los roles que un CHW debe asumir y qué aptitudes se exigirán a fin de garantizar que los CHW estén capacitados para ejercer según un estándar satisfactorio.

El trabajo sobre la definición de CHW comenzó en la segunda reunión en base a las definiciones de la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA), la Oficina de Trabajo, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y los estados de Massachusetts, Minnesota, Texas y Oregón (Nuevo México y Míchigan utilizan la definición de la APHA). El debate en grupos pequeños estuvo seguido de una sesión plenaria de comentarios. Se tomó nota de las diferencias y se obtuvieron más comentarios a través de una encuesta a los miembros entre una reunión y otra, y se recopilaron más comentarios durante las reuniones tres y cuatro. En la quinta reunión, se llegó al acuerdo definitivo de usar la definición de la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA) con una modificación menor.

Los roles del CHW se abordaron inicialmente de forma similar, con grupos pequeños en las reuniones dos, tres y cuatro para analizar los roles publicados por la APHA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y los estados de Massachusetts y Oregón como punto de partida para el debate. Se identificaron nueve roles. El Grupo de Trabajo solicitó mayor debate con todo el grupo, lo cual derivó en una considerable revisión de los detalles y el agregado de un décimo rol. Al igual que con la definición, se llegó a un acuerdo definitivo con respecto a los roles en la quinta reunión del Grupo de Trabajo.

Las aptitudes centrales del CHW también se analizaron en grupos pequeños y con el grupo completo en las reuniones 2, 3 y 4. Adicionalmente, en la reunión cinco se incorporó una mesa redonda integrada por miembros del Grupo de Trabajo sobre los procesos de capacitación clave requeridos para la certificación, incluidos los requisitos del plan de estudio y la cantidad de horas en el salón de clases necesarias para desarrollar el plan de estudio de forma adecuada. El panel de mesa redonda condujo a un debate acerca de las aptitudes centrales que deberían incluirse en un plan de estudio de CHW en Maryland. Un análisis comparativo de aptitudes (las aptitudes más importantes según lo determinado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Centers for Disease Control and Prevention, CDC]) de otros siete estados (Massachusetts, Michigan, Minnesota, Nueva York, Ohio, Carolina del Sur y Texas) compartido con el Grupo de Trabajo por los funcionarios estatales demostró que otros estados no difieren mucho en las aptitudes que utilizan. Este análisis comparativo se presenta en el Anexo 4.

Se analizaron los roles en relación con las aptitudes con el objetivo de garantizar que cada rol se relacione con, al menos, una aptitud que se exigiría a los CHW de Maryland. Muchas de las aparentes diferencias en las aptitudes entre los estados son, en gran medida, resultado de cambios en el orden o en la forma en que se agrupan los roles para formar aptitudes individuales. Como parte del debate sobre aptitudes, se pidió a los programas de CHW de Maryland que presentaran el plan de estudio en uso para la capacitación de los CHW. Este ejercicio demostró que los programas existentes en Maryland se alinean debidamente con las aptitudes en uso en otros estados. Se realizó también una presentación sobre comparaciones de planes de estudio por estado: si se exige certificación, cuál es el requisito educativo previo y los requisitos de capacitación (Carolina del Sur, Michigan, Massachusetts, Texas, Ohio, Nueva York, Minnesota).

En la reunión seis, se revisó la lista de aptitudes de Maryland y se realizó un debate sobre qué aptitudes se agregaron como reflejo del debate de la última reunión. También hubo una presentación del Análisis comparativo del plan de estudio de aptitudes/contenidos de la carrera de CHW. La presentación comparó las aptitudes y la cantidad de horas según lo exigido en Carolina del Sur, Michigan, Massachusetts, Texas, Ohio, Nueva York y Minnesota. Finalmente, se realizó un debate sobre el panorama en el que se encuentran los programas de Maryland en relación con las aptitudes que ha seleccionado el Grupo de Trabajo. Los programas específicos revisados incluyen los siguientes: Proyecto HEAL: Salud, Educación, Defensa y Derecho (Project HEAL: Health, Education, Advocacy, and Law), Centro de Educación para la Salud del Área de la Costa Este (Eastern Shore Area Health Education Center, ESAHEC), Centro de Educación para la Salud del Área de Maryland Occidental (Western Maryland Area Health Education Center, WMAHEC), Instituto para la Innovación de la Salud Pública (Institute for Public Health Innovation, IPHI), Baltimore Healthy Start, Sisters Together and Reaching, Inc., Zona de Empresas Sanitarias del Condado de Prince George, Iniciativa Latina de Salud del Condado de Montgomery y Holy Cross Health. Este análisis comparativo se presenta en el Anexo 4.

Durante la reunión siete, se llevó a cabo un debate acerca de la capacitación de los CHW, los derechos adquiridos y los requisitos de certificación. Se presentó un análisis comparativo de estos requisitos en Carolina del Sur, Massachusetts, Texas, Ohio, Nueva York, Minnesota y Nuevo México. Este análisis comparativo se presenta en el Anexo 5. Se observó que la cantidad promedio de horas de capacitación en los programas existentes en Maryland es un poco menor que en los demás estados. El grupo de trabajo llegó a un acuerdo con respecto a varios asuntos: Maryland necesita ofrecer una certificación para los CHW; la Junta de Enfermería no debería ser el organismo supervisor; deberían certificarse los programas, no a las personas; por ello, quienes completen un programa de capacitación certificado serán elegibles para certificar como CHW; se exigirá una combinación de horas y aptitudes para la elegibilidad de derechos adquiridos (80 horas de capacitación y 4,000 horas de experiencia laboral). Los miembros del grupo de

trabajo también presentaron un conjunto alternativo de aptitudes y roles, que se incluyen en el Anexo 6. Se los analizó pero no se votó su aprobación.

En la octava y última reunión, el personal del DHMH condujo una revisión y resumió las recomendaciones. Luego de ello, se le pidió al Grupo de Trabajo que votara cómo describir estas recomendaciones en el informe final. Por último, se presentaron los comentarios de los asistentes del público.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

El Grupo de Trabajo llegó a un acuerdo con respecto a las recomendaciones finales en áreas clave necesarias para un proceso de certificación en Maryland. Estas recomendaciones finales fueron votadas por la mayoría de los miembros del Grupo de trabajo debido a que son las que, más probablemente, garanticen una atención integrada, continua y centrada en el paciente. Estas recomendaciones permitirán que se consideren antes que nada las necesidades de los pacientes, que los CHW estén perfectamente disponibles y que se proporcione atención global y coordinada. Consulte en el anexo 6 los roles y las aptitudes centrales de los CHW desarrollados por dos miembros del grupo de trabajo que, si bien no fueron formalmente aprobados, se presentan como alternativa a los recomendados por todo el grupo de trabajo.

### **Definición de trabajador de salud comunitaria (CHW)**

Un trabajador de salud comunitaria (CHW) se define como un trabajador de la salud pública que es un miembro de confianza y/o tiene una comprensión inusualmente cercana de la comunidad en la que se desempeña. Esta relación de confianza le permite al CHW actuar como enlace/vínculo/intermediario entre los servicios sociales/de salud y la comunidad para facilitar el acceso a los servicios y mejorar la calidad y la aptitud cultural de la prestación del servicio. Un CHW también forja la capacidad individual y comunitaria mediante el aumento del conocimiento de la salud y la autonomía a través de diversas actividades tales como extensión, educación comunitaria, asesoramiento informal, apoyo social y defensa.

### **Roles**

1. Actuar como enlace entre comunidades, individuos y organizaciones de atención médica coordinadas.
2. Proporcionar orientación de salud basada en evidencia y asistencia social a los residentes de la comunidad.
3. Mejorar la capacidad de los residentes de la comunidad para comunicarse de manera efectiva con los proveedores de atención médica.
4. Proporcionar educación sanitaria cultural y lingüísticamente adecuada.
5. Defender la equidad de los individuos y la comunidad en cuestiones de salud.
6. Ofrecer atención, apoyo, seguimiento y educación en entornos comunitarios tales como hogares y vecindarios.
7. Identificar y abordar problemas que crean barreras para la atención de individuos en particular.
8. Prestar servicios de derivación y seguimiento o, de alguna otra forma, opciones de coordinación de servicios humanos.
9. Identificar proactivamente y derivar individuos a programas de servicios humanos y de salud federales, estatales, privados o sin fines de lucro.
10. Sumarse al equipo de atención del paciente para respaldar el progreso en el plan de atención y el bienestar general del paciente.

### **Aptitudes centrales**

1. Habilidades de comunicación oral y escrita efectivas
2. Aptitud cultural
3. Conocimiento de recursos locales y exploración de sistemas
4. Habilidades de defensa y desarrollo de capacidades comunitarias
5. Habilidades de coordinación de la atención
6. Habilidades de enseñanza para promover el cambio de conductas saludables
7. Métodos y estrategias de extensión
8. Capacidad para superar necesidades e identificar recursos
9. Comprensión de conceptos de salud pública y educación sanitaria
10. Comprensión de problemas éticos y de confidencialidad
11. Capacidad para usar y comprender la tecnología de la información aplicada a la salud

### **Certificación**

El Grupo de Trabajo recomienda que se tenga en cuenta la certificación para cumplir con una futura validación profesional y que la certificación debería tener dos niveles. Los CHW pueden capacitarse a través del nivel I, denominado "Trabajador de salud comunitaria precertificado", que debería estar compuesto de 80 horas de capacitación y proporcionará el marco para la prestación de servicios de CHW en la comunidad, puede ser pago o no, y puede conducir al nivel II de capacitación. El nivel II (Trabajador de salud comunitaria certificado) se obtendrá mediante un plan de estudio de capacitación de 160 horas, que puede consistir en una combinación flexible de horas en el salón de clases y práctica (experiencia).

### **Organismo de supervisión**

El Grupo de Trabajo recomienda la creación de un organismo de supervisión que proporcione aportes a la legislación y supervise a los CHW. El organismo de supervisión debería estar integrado por, al menos, un 50 por ciento de CHW. El organismo de supervisión debería contar con una junta de certificación que apruebe el plan de estudio de CHW y los programas de capacitación de CHW.

### **Derechos adquiridos**

Se admitirán derechos adquiridos en el caso de las personas con 80 horas de capacitación y 4,000 horas de experiencia como CHW, las cuales deben haberse acumulado antes de la implementación del programa de certificación. La experiencia debe ser reciente (en el término de los últimos 2 a 4 años) y el CHW con derechos adquiridos debe cumplir con los estándares de aptitudes vigentes. La posibilidad de derechos adquiridos debe finalizar dos años después de la implementación de un programa de certificación estatal.

### **Reembolso**

La ley solicitó que se considere el reembolso a los CHW. Después de debatirlo, el grupo de trabajo determinó que sería prematuro emitir recomendaciones en relación con el reembolso en esta etapa. Las anteriores recomendaciones son clave para establecer el valor de los CHW y constituyen un marco para la profesión, el cual puede luego utilizarse para defender el reembolso en una fecha futura. En lugar de eso, el grupo de trabajo analizó la importancia de considerar y promover diversas fuentes de pago para los CHW en el futuro, y no solo el reembolso por parte de pagadores públicos y privados. Esto debería incluir la promoción de la contratación directa y/o el pago contractual a los CHW por parte de proveedores que operen en estructuras de pago basadas en riesgo, tales como hospitales con el Modelo de Múltiples Pagadores, ACO y PCMH.

## REFERENCIAS

- Brownstein JN, et al. (2011). Community health workers "101" for primary care providers and other stakeholders in health care systems (Sesión individualizada sobre trabajadores de salud comunitaria para proveedores de atención primaria y otras partes interesadas de los sistemas de atención médica). *J Ambul Care Manage* 34(3):210-20.
- Oficina de Estadísticas Laborales (2014). Occupational employment and wages, May 2014: 21-1094 Community Health Workers (Empleo profesional y salarios, mayo de 2014: 21-1094 Trabajadores de salud comunitaria). Disponible por Internet en <http://www.bls.gov/oes/current/oes211094.htm>.
- Colaboración de Educación Nacional para Trabajadores de Salud Comunitaria (2008). Key considerations for opening doors: Developing community health worker education programs (Consideraciones claves para abrir puertas: desarrollo de programas de educación para trabajadores de salud comunitaria). Disponible por Internet en <http://www.chw-nec.org/pdf/guidebook.pdf>.
- Administración de Recursos y Servicios de Salud (2007). Community health worker national workforce study (Estudio sobre la fuerza laboral nacional de trabajadores de salud comunitaria). Disponible por Internet en <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/chwstudy2007.pdf>.
- Administración de Recursos y Servicios de Salud (2011). Community health workers evidence-based models toolbox (Caja de herramientas de modelos basados en evidencia de trabajadores de salud comunitaria). Disponible por Internet en <http://www.hrsa.gov/ruralhealth/pdf/chwtoolkit.pdf>.
- Instituto de Medicina (2002). Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care (Trato desigual: cómo encarar las diferencias raciales y étnicas en la atención médica). Disponible por Internet en <http://www.iom.edu/Reports/2002/Unequal-Treatment-Confronting-Racial-and-Ethnic-Disparities-in-Health-Care.aspx>.
- Kash BA, et al. (2007). Community health worker training and certification programs in the United States: Findings from a national survey (Programas de capacitación y certificación de trabajadores de salud comunitaria en Estados Unidos: resultados de una encuesta nacional). *Health Policy* 80(1):32-42.

## ANEXO 1: MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Luego de una convocatoria abierta de miembros en julio de 2014, se seleccionó a los siguientes representantes para que se desempeñen en el Grupo de Trabajo:

Deborah Agus	Mar-Lynn Mickens
Pamela Bohrer Brown	Dwyan Y. Monroe
Kim Burton	Sonia Mora
Perry Chan	Dra. Bettye Muwwakkil
Elizabeth Chung	Ruth Ann Norton
Dra. Kimberly M. Coleman	Rosalie Pack
Jennifer Dahl	Marcos Pesquera
Shirley Devaris	Maxine Reed-Vance
Ashyrra C. Dotson	Tricia Roddy
Wendy Friar	Michael Rogers
Dr. Chris Gibbons	Dra. Maura Rossman
Reverenda Debra Hickman	Kate Scott
Dra. Cheryl L. Holt	Laura Spada
Ann Horton	Dra. Yvette Snowden
Terri Hughes	Novella Tascoe
Dra. Michelle LaRue	Dr. Richard K. Tharp
Beth Little-Terry	Lesley Wallace
Ruth Lucas	Lori Werrell
Susan L. Markley	Lisa Widmaier
Dra. Pat McLaine	Joe Winn

Los datos biográficos de los miembros del grupo de trabajo están disponibles en el sitio web del Grupo de Trabajo en: <http://hsia.dhmh.maryland.gov/SitePages/CHW%20ADVISORY%20WORKGROUP.aspx>

## **ANEXO 2: CRONOGRAMA DE REUNIONES**

El Grupo de Trabajo se reunió en ocho oportunidades en 2014 y 2015, en las fechas y lugares que se detallan a continuación.

- Reunión 1: 22 de septiembre de 2014, DHMH
- Reunión 2: 6 de octubre de 2014, DHMH
- Reunión 3: 20 de octubre de 2014, DHMH
- Reunión 4: 14 de noviembre de 2014, DHMH
- Reunión 5: 1 de diciembre de 2014, Departamento de Transporte de Maryland
- Reunión 6: 15 de diciembre de 2014, Asociación Hospitalaria de Maryland
- Reunión 7: 23 de febrero de 2015, Asociación Hospitalaria de Maryland
- Reunión 8: 23 de marzo de 2015, Asociación Hospitalaria de Maryland

Las primeras cuatro reuniones fueron dirigidas por facilitadores externos de The Grant Group; las siguientes cuatro estuvieron a cargo del personal del DHMH y bajo la dirección de la Subsecretaria de Servicios de Salud Pública, Dra. Laura Herrera Scott. Se grabaron todas las reuniones. Las actas se publicaron en el sitio web del DHMH de la Administración de Infraestructura y Sistemas de Salud (Health Systems and Infrastructure Administration, HSIA) (en la pestaña CHW) después de la revisión y la aprobación formales por parte del grupo de trabajo.

### **Asistencia y comentarios del público**

La asistencia promedio de miembros del grupo de trabajo fue de 28 de entre un total de 40 miembros (35, 32, 30, 27, 31, 23, 27 y 20 miembros asistieron a las reuniones, respectivamente).

El número promedio de asistentes del público que se inscribieron fue de 10 en un total de 80 inscritos, con un máximo de inscripción de 18 personas en la primera reunión y 10, 14, 7, 9, 13, 4 y 5 en las reuniones subsiguientes). Nota: Algunos de los asistentes del público no se inscribieron y otros lo hicieron a más de una reunión.

Se ofreció la oportunidad de que el público hiciera comentarios en las reuniones 4, 5, 6, 7 y 8. En el Anexo 3 se resumen los comentarios recibidos del público.

### **Más información**

Para consultar las actas de las reuniones y obtener más información acerca de las reuniones del grupo de trabajo y los miembros, visite la página web del grupo de trabajo de CHW en:

<http://hsia.dhmmh.maryland.gov/SitePages/CHW%20ADVISORY%20WORKGROUP.aspx>

## ANEXO 3: COMENTARIOS RECIBIDOS DEL PÚBLICO

### Reunión 4: 14 de noviembre de 2014

#### **Leslie Demus, trabajadora de salud comunitaria**

- Inquietud con respecto al porcentaje de CHW en relación con el número total del Grupo de Trabajo de CHW, así como por la menor proporción de hombres en el Grupo de Trabajo.
- Las decisiones se tomarán en la medida en que se relacionen con la población de la fuerza laboral. La definición es muy importante; es necesario categorizar o ilustrar ciertas frases, especialmente si se habla acerca de la comunidad en relación con los CHW.
- Los CHW deben comprender perfectamente la comunidad en la que se desempeñan.
- Leslie comenzó inicialmente como CHW no clínica con capacitación adicional (vivienda, administración de casos, flebotomía). La capacitación posterior, el asesoramiento y los detalles específicos pueden depender del organismo para el cual trabaja el CHW.
- Al estructurar las aptitudes centrales, es necesario prestar especial atención al hecho de que el CHW tiene una comprensión inusual y muy cercana de la comunidad en la que se desempeña, y también que la extensión, la educación comunitaria, la defensa del apoyo social y el asesoramiento informal son parte del trabajo, por lo cual no es recomendable ser demasiado técnico.

#### **Terrie O. Dashiell, LifeBridge Health**

- Es importante analizar los diferentes entornos en los que se desempeñan los CHW. Es fundamental no solo capacitar a los CHW, sino también a las personas con las que trabajarán; es decir, los médicos clínicos. Todas las partes deben tener una comprensión mutua y clara del impacto que tendrá el CHW en la atención del paciente y sobre cuál será su rol en el equipo de atención. Una vez capacitados, los practicantes que no están acostumbrados a trabajar con los CHW se darán cuenta de la importancia del rol del CHW y, en consecuencia, lo respetarán y valorarán como miembro del equipo de atención.

#### **Marsha Green, LifeBridge Health**

- Representa con orgullo a los CHW y ha llevado a cabo este trabajo durante aproximadamente 15 años, desde antes de que se inventara el término CHW. Comenzó su carrera como trabajadora de extensión con mujeres embarazadas con VIH de la comunidad de gente con VIH/sida.
- Los CHW son trabajadores de salud comunitaria que son miembros de confianza y/o tienen una comprensión inusualmente cercana de la comunidad en la que se desempeñan. El CHW tiene un interés real en definir quiénes constituyen la comunidad mediante el aumento del conocimiento sanitario y la autonomía de los miembros mediante diversas actividades.
- Los CHW exigen respeto por quienes son y el trabajo que realizan.
- La definición de CHW es demasiado acotada. Los CHW tienen varios nombres que incluyen, entre otros, trabajadores de extensión, administradores de casos, etc. No deberíamos usar la palabra "cumplir" en la definición porque, en última instancia, no deseamos simplemente ayudar al paciente a cumplir con un compromiso a largo plazo, sino que queremos ayudar a nuestro paciente y a la comunidad a adquirir independencia. Deseamos darles la fortaleza y el poder para que asuman su propia salud, facultándolos de esta forma para que se conviertan en defensores de su propia salud.

#### **Robyn Elliot, Asociación de Personal de Enfermería de Maryland**

- Algunas personas se representan a sí mismas; otras representan a organizaciones.

- Los materiales enviados con suficiente antelación proporcionarán tiempo para el debate con las organizaciones a las que representan a fin de que los representantes puedan regresar con respuestas organizadas.

#### **Reunión 5, 1 de diciembre de 2014**

##### **Adrienne Ellis, Asociación de Salud Mental de Maryland**

- Trabaja con consumidores que intentan que el seguro cubra los servicios de salud mental.
- Considerar la posibilidad de que los pagadores privados sepan cómo evaluar el reembolso a los CHW.
- La certificación del estado debe admitir el reembolso.

##### **Katy Battani, Coalición de Acción Dental de Maryland**

La misión de la Coalición de Acción Dental de Maryland (Maryland Dental Action Coalition, MDAC) consiste en mejorar el acceso a la atención dental. Debe tenerse en cuenta la capacitación sobre la salud oral para los CHW debido a que las caries siguen siendo la afección crónica número uno entre los niños de EE. UU. Es importante que los CHW creen vínculos con los servicios, enseñen sobre salud oral y prevención, etc.

##### **Robyn Elliot, socia de Public Policy Partners, en representación de la Coalición de Acción Dental de Maryland del DHMH**

- La cobertura de salud oral es parte del paquete de beneficios de salud esencial de los niños, pero no de los adultos. La mayoría de las Organizaciones de Atención Médica Administrada (Managed Care Organization, MCO) sí ofrecen algún tipo de cobertura para la población que tiene Medicaid.

#### **Reunión 6, 15 de diciembre de 2014**

##### **Robyn Elliot, en representación de la Asociación de Personal de Enfermería de Maryland**

- Mencionó que muchos de los componentes educativos específicos sobre enfermedades ya están incorporados en el alcance de la práctica de un Ayudante de Enfermería Certificado (Certified Nursing Assistant, CNA).

##### **Patty Archuleta, Parents' Place of Maryland**

- Comentó que los problemas de salud materna e infantil deberían agregarse como parte de las aptitudes.

**NOTA:** La Dra. Herrera Scott respondió que los componentes específicos de las enfermedades pueden ser opcionales y/o complementarios. También es posible elaborar una lista de módulos temáticos opcionales. Pueden basarse en la financiación definitiva o en las prioridades de las Coaliciones de Mejora de la Salud Local, que han realizado evaluaciones de las necesidades sanitarias de la comunidad y están definiendo las necesidades de las comunidades. Se está realizando el esfuerzo de vincular los hospitales (deben identificarse las necesidades de la comunidad a fin de mantener la condición sin fines de lucro) y sus iniciativas con el trabajo que ya se está llevando a cabo en la comunidad.

##### **A'lise Williams, Junta de Enfermería de Maryland**

- Le gustaría tener flexibilidad con módulos de salud específicos para seleccionar aquellos que puedan no ser prioridades identificadas.

**Margie Donohue, Coalición de Acción Dental de Maryland**

- Es necesario incluir la importancia de las necesidades de salud oral en la capacitación y educación sanitaria de los residentes de Maryland. La falta de recursos de salud oral para los adultos es un problema en Maryland.

**Chris Rogers, Bon Secours**

- Declaró que los paraprofesionales, como los CHW, son generalmente un punto de apoyo para otras profesiones, como el trabajo social, la enfermería, etc.
- Si hay aptitudes que deberían incluirse para que los CHW sean efectivos, debemos asegurarnos de capacitarlos para un rol vital.

**Shantia Collins, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Expresó su preocupación acerca de la carrera profesional de los CHW; p. ej., si los CHW obtienen títulos de nivel superior, ¿alcanzarán sus salarios el límite máximo? ¿No habrá lugares donde puedan ir los CHW?
- La educación continua es importante para el mantenimiento de los CHW.

**Reunión 7: 23 de febrero de 2014**

**Landas Lockett, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Que la certificación sea sencilla. Los CHW tienen familia, una vida, etc. Si hacemos que la capacitación se vuelva demasiado complicada y extensa, restringimos el ingreso en el campo.

**Shantia Collins, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Los CHW pretenden pasar tiempo dentro de la comunidad; la capacitación debería estructurarse de forma tal de no interferir con ello.

**Leslie Demus, trabajadora de salud comunitaria**

- Siente que el grupo está haciendo un buen trabajo.
- Los estándares para los CHW son muy importantes, al igual que la capacitación continua.

**Jerry Wade, trabajador de extensión, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Considera que los derechos adquiridos deben implementarse solamente durante un tiempo limitado. En algún momento futuro, ya no deberían existir.

**Reunión 8: 23 de marzo de 2014**

**Marsha Green, LifeBridge Health**

- Cree que todos los CHW en ambos niveles desearán estar certificados y que todos los CHW deberían estar certificados.
- Los CHW se calzan varios "zapatos" tales como actuar de voz del paciente/cliente.
- Lleva algún tiempo presentar la documentación para los derechos adquiridos, por lo que la fecha límite debería reflejar esta situación.

**Shantia Collins, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Resaltó que los derechos adquiridos no son perfectos, pero que la capacitación es continua y los cursos de actualización deberían ser una opción.
- Los CHW se calzan dos pares de "zapatos", los del cliente y los de la organización.
- Obtendrán diversas experiencias según el trabajo.

**Landas Lockett, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Sugirió que utilizáramos en la certificación frases que exijan la educación continua de una cantidad determinada de horas para conservar la certificación.
- Recomendó que distribuyéramos el informe final a través de MOTA, hospitales con programas de CHW.

**Jerry Wade, trabajador de extensión, Departamento de Salud del Condado de Charles**

- Considera que el organismo de certificación debería estar integrado por, al menos, un 50 por ciento de CHW, ya que son quienes hacen el trabajo.
- Los CHW deberían ser supervisados por quienes tienen experiencias en común.
- Es necesario trabajar como una unidad ya que las comunidades están activas todos los días, durante las 24 horas.

**Perry Chan (miembro del Grupo de Trabajo)**

- Sugirió que deberían personalizarse las Unidades de Educación Continua (Continuing Education Units, CEU) para que funcionen y que muchos CHW son trabajadores a tiempo parcial, situación que debería tenerse en cuenta al establecer el límite de tiempo para las horas de experiencia laboral.

## ANEXO 4: ANÁLISIS COMPARATIVO DE APTITUDES CENTRALES

### Análisis comparativo de plan de estudio/aptitudes centrales por estado

La siguiente tabla presenta un análisis comparativo de las aptitudes del trabajador de salud comunitaria de otros estados:

<b>Carolina del Sur</b>	<b>Míchigan</b>	<b>Mass</b>	<b>Texas</b>	<b>Ohio</b>	<b>Nueva York</b>	<b>Minnesota</b>
Comunicación efectiva	Habilidades de comunicación y aptitud cultural	Comunicación efectiva Sensibilidad y mediación cultural	Habilidades de comunicación Habilidades interpersonales	Habilidades de comunicación	Habilidades de comunicación e interpersonales	Comunicación y aptitud cultural
Métodos y estrategias de extensión	Defensa y extensión	Métodos y estrategias de extensión	Habilidades de defensa	Defensa individual y comunitaria	Habilidades de defensa	Rol, defensa y extensión
	Estrategias personales y comunitarias	Evaluación individual y comunitaria	Habilidades organizativas		Habilidades organizativas	Organización y recursos: estrategias personales y comunitarias
Apoyo, defensa y atención coordinada para los clientes	Coordinación, documentación y elaboración de informes	Coordinación de la atención y documentación de exploración del sistema	Habilidades de coordinación de servicios	Habilidades de servicio y responsabilidad	Coordinación de servicios	Coordinación, documentación y elaboración de informes
Desarrollo de capacidades comunitarias	Enseñanza y desarrollo de capacidades	Educación para promover el cambio de conductas saludables	Habilidades de enseñanza y desarrollo de capacidades	Recursos comunitarios	Habilidades técnicas	Enseñanza y desarrollo de capacidades
Educación sanitaria para el cambio de conductas	Promoción de la salud	Educación para promover el cambio de conductas saludables	Conocimiento basado en problemas de salud específicos	Atención médica, educación sanitaria	Asesoramiento informal	Aptitudes de promoción de la salud

Aplicación de conceptos y enfoques de salud pública		Uso de conceptos y enfoques de salud pública				Estilos de vida saludables
Ética	Responsabilidad ética y legal	Conducta y habilidades profesionales				Responsabilidad ética y legal

### **Análisis comparativo de aptitudes centrales del programa de Maryland**

Análisis comparativo de los programas existentes y su uso o incorporación de aptitudes centrales recomendadas:

<b>Programa de capacitación</b>	<b>Comunicación oral y escrita</b>	<b>Apt. cultural</b>	<b>Conocimiento sobre exploración de sistemas de recursos locales</b>	<b>Defensa y desarrollo de capacidad comunicativa</b>	<b>Habilidades de coordinación de la atención</b>	<b>Habilidades de enseñanza y promoción de conductas saludables</b>	<b>Métodos y estrategias de extensión</b>	<b>Capacidad para superar necesidades e identificar recursos</b>	<b>Comprensión de conceptos de salud pública y educación sanitaria</b>	<b>Comprensión de la ética y la confidencialidad</b>	<b>Capacidad para usar y comprender la tecnología de la información aplicada a la salud</b>
Proyecto HEAL	X	X	X	X					X	X	
ESAHEC	X	X		X	X	X		X	X	X	
AHEC de WMD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
IPHI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Baltimore Healthy Start	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Sisters Together & Reaching	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
HEZ del condado de Prince George	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

**ANEXO 5: ANÁLISIS COMPARATIVO DE CERTIFICACIÓN ESTATAL, CAPACITACIÓN Y REQUISITOS DE DERECHOS ADQUIRIDOS**

**Análisis comparativo de certificación estatal, capacitación y derechos adquiridos**

	<b>Carolina del Sur</b>	<b>Massachusetts (Iniciativa de Boston)</b>	<b>Texas</b>	<b>Ohio</b>	<b>Nueva York</b>	<b>Minnesota</b>	<b>Nuevo México</b>
Certificación	Por determinarse	Sí	Sí	Sí. Ser capaz de realizar tareas delegadas por el personal de enfermería (aunque no se exige que lleve a cabo otras obligaciones de CHW)	No. La certificación se considera un posible impedimento para el ingreso al campo	Sí. Para participar en Medicaid	Sí
Requisito de capacitación	Seis semanas; el programa de capacitación de tiempo completo incluye horas en el salón de clases y en la función y/o en la comunidad	Mínimo de 80 horas. Aún en proceso para su determinación final	100 horas; 60 horas de práctica	Variedad de programas de capacitación (regulados por la Junta de Enfermería)	70 horas en el salón de clases; 35 horas de práctica; 35 horas adicionales para enfermedades específicas	17 créditos de educación superior; 80 horas de pasantías	100 horas en el salón de clases; 100 horas de experiencia (práctica)
Derechos adquiridos (beneficiado)	Desempeñarse durante, al menos, 3 años	4,000 horas	Como mínimo, 1,000 horas acumuladas en el término de los últimos 6 años	Personas contratadas antes de 2005			2,000 horas de experiencia documentada
Educación continua para certificación		15 horas cada 2 años	Sí. Obligatoria para la renovación de la certificación (20 horas cada dos años)	15 horas cada 2 años			
Duración de la certificación		2 años	2 años				2 años
Costos de prueba de certificación			Sin costo para certificación inicial o renovación	\$35.85			

Certificación de instructores			Sí	Sí	Universidades del estado de Minnesota en asociación con las partes interesadas		
Comité Asesor de Certificación y Capacitación de CHW (aprobación del programa de capacitación)		Junta de Certificación de CHW	Sí. Asesora al DSHS y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Comisionado Estatal de Servicios de Salud)				Junta de Certificación de Trabajadores de Salud Comunitaria
Acreditación		Departamento de Salud Pública de Massachusetts	Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas	Junta de Enfermería de Ohio		Estado de Minnesota, programa Medicaid, estado, universidades y colegios universitarios	Secretaría de Salud

## **ANEXO 6: APTITUDES Y ROLES ALTERNATIVOS**

### **Rol n.º 1: Movilización y extensión comunitarias:**

- Evaluar las fortalezas, necesidades y el entorno de la comunidad.
- Preparar y distribuir material educativo.
- Aumentar la toma de conciencia y fomentar la acción ante problemas de salud de la comunidad.
- Realizar visitas domiciliarias y extenderlas a individuos y grupos en entornos comunitarios.
- Actuar como fuente de información sobre las necesidades y expectativas de la comunidad.

### **Rol n.º 2: Promoción de la salud y entrenamiento:**

- Promover la educación sanitaria mediante la explicación del proceso de obtención de atención y enseñar acerca del bienestar y/o la prevención y el control de enfermedades.
- Reforzar la motivación y autoconfianza de las personas para que cuiden su propia salud y alcancen el bienestar.
- Proporcionar asesoramiento informal y de apoyo.
- Ofrecer respaldo a las personas para la resolución de problemas.
- Organizar y/o facilitar grupos de apoyo.
- Promover modelos de reducción de daños y el cumplimiento de los tratamientos.
- Proporcionar chequeos de salud básicos que las personas legas puedan aprender a realizar por sí mismas.

### **Rol n.º 3: Exploración de sistemas de servicios:**

- Enseñar y proporcionar información sobre los recursos y servicios disponibles.
- Ayudar a las personas a obtener acceso a los servicios sociales o de salud y a permanecer conectados con ellos mediante educación, desarrollo de capacidades y apoyo de pares.
- Acompañar a las personas a citas médicas o de servicios sociales para ayudarlas con el acceso y a desarrollar capacidades de autoconfianza.

### **Rol n.º 4: Coordinación/administración de la atención:**

- Realizar evaluaciones de fortalezas/necesidades individuales.
- Comprometer a familiares, amigos, cuidadores y redes sociales.
- Abordar necesidades básicas y barreras que puedan obstaculizar la participación en servicios sociales o de salud.
- Coordinar las derivaciones y realizarles un seguimiento para garantizar una conexión efectiva y la retención de la atención.
- Promover el cumplimiento de los tratamientos.
- Documentar todos los hallazgos y las interacciones con los clientes.

### **Aptitudes centrales:**

#### **1. Comunicación efectiva**

- Ser respetuoso y culturalmente consciente durante las interacciones con los clientes

- Hablar con los clientes y escribirles en el idioma que ellos prefieran y con un nivel de comprensión adecuado (*aplicar la comprensión de los conceptos de educación sanitaria*)
- Hablar con sinceridad y de manera clara
- Comunicarse con las personas sin juzgarlas y de manera correcta
- Ejercitar la escucha activa y reflexiva y prestar atención a las inquietudes del cliente
- Identificar conductas no verbales y reaccionar ante ellas
- Hacer preguntas abiertas para pedir información al cliente y dar apoyo positivo
- Utilizar declaraciones afirmativas para proporcionar apoyo positivo
- Usar materiales escritos y visuales que presenten la información de forma clara y precisa
- Transmitir y presentar información de manera efectiva a grupos grandes y pequeños de clientes y/o colegas
- Ayudar a los clientes a comprender la información, los documentos y los procesos técnicos/médicos/legales
- Comunicar a otros la información relevante de manera sucinta, precisa y en el formato correspondiente
- Documentar la información de manera efectiva, eficiente y oportuna
- Abordar los conflictos que pudieran surgir de manera profesional y segura
- Solicitar asistencia a los supervisores según sea necesario para abordar barreras idiomáticas, relaciones personales u otros desafíos

## **2. Sensibilidad y mediación cultural**

- Identificar y respetar las diferencias culturales y lingüísticas en las comunidades
- Comprender de qué manera la cultura y experiencia de vida propias influyen en el trabajo con los clientes, los miembros de la comunidad y los colegas profesionales de diversos contextos
- Reconocer y comprender diferentes aspectos de la cultura y cómo pueden influir en el pensamiento y la conducta de las personas (unidad familiar, creencias religiosas, creencias y prácticas en relación con la salud, diferencias generacionales, tradiciones, historias, sistemas socioeconómicos, condiciones de refugiado o inmigrante, y sistemas gubernamentales)
- Emplear técnicas para interactuar de manera sensible y efectiva con personas de culturas y comunidades diferentes de la propia y solicitar ayuda a los supervisores en caso de dificultades de comunicación
- Defender y promover el uso de servicios y recursos cultural y lingüísticamente adecuados dentro de las organizaciones y con los diversos colegas y socios de la comunidad

## **3. Coordinación de la atención y exploración de sistemas**

- Actuar como enlace entre las organizaciones, los grupos y los clientes
- Facilitar al cliente la inscripción en programas adecuados
- Derivar a los clientes a los servicios correspondientes y realizar un seguimiento para confirmar
- Obtener y compartir conocimiento sobre recursos de la comunidad para atención médica, servicios sociales y servicios de apoyo adicionales
- Proporcionar información y apoyo a las personas con respecto al uso de servicios de organismos e instituciones

- Interceder efectivamente ante otros a fin de que los clientes reciban la atención necesaria de manera oportuna
- Ayudar a mejorar el acceso a los recursos mediante la identificación de barreras, la documentación de datos y el desarrollo de estrategias para eliminarlas
- Registrar y conservar información sobre clientes, derivaciones y citas

#### **4. Uso de conceptos y enfoques de salud pública**

- Reconocer y comprender de qué manera la salud individual está condicionada por la familia, la comunidad, el vecindario y por condiciones sociales más amplias (como la educación, la pobreza, la vivienda, la seguridad, el transporte y la calidad del medio ambiente)
- Comprender las diferencias y las conexiones entre la salud pública y la atención médica
- Comprender la relación entre la salud pública y la justicia social
- Comprender en énfasis de la salud pública con respecto a la prevención y el rol del cambio de políticas en la prevención de lesiones y enfermedades, y los roles del CHW en las estrategias de prevención y la reducción de las desigualdades sanitarias

#### **5. Educación/habilidades de enseñanza para promover el cambio de conductas saludables**

- Aplicar la información de las evaluaciones del cliente y la comunidad a las estrategias de educación en salud
- Desarrollar planes de mejora de la salud en cooperación con clientes y colegas que reconozcan y fortalezcan las metas y fortalezas del cliente, y la fase actual de compromiso y capacidad para influir sobre las metas de conductas saludables
- Comprender cómo usar diversas técnicas para ayudar a las personas a comprender y abordar los riesgos de salud propios, de sus familiares o de sus comunidades (asesoramiento informal, entrevistas motivacionales, escucha activa, trabajo grupal u otras estrategias)
- Obtener y transmitir información de manera precisa, usando métodos y materiales cultural y lingüísticamente accesibles
- Coordinar actividades educativas y de cambio de conductas con la atención proporcionada por colegas profesionales y miembros del equipo
- Proporcionar apoyo constante y seguimiento según sea necesario para respaldar el cambio de conductas saludables
- Comunicarse con los proveedores y las organizaciones de servicio para ayudarlos a comprender las condiciones de la comunidad y los individuos, su cultura y conductas a fin de mejorar la efectividad de los servicios prestados
- Documentar la información de manera efectiva, eficiente y oportuna

#### **6. Métodos y estrategias de extensión**

- Definir las comunidades o poblaciones a las que se alcanzará a través de la extensión
- Implementar y utilizar métodos de extensión adecuados (visitas domiciliarias, extensión mediante organismos, extensión a las calles, marketing social, etc.)
- Implementar planes de extensión basados en fortalezas, necesidades y recursos individuales y comunitarios, y desarrollarlos en colaboración con otros a fin de lograr el trabajo o los objetivos asignados
- Identificar y compartir información pertinente, derivaciones y otros recursos para ayudar a los individuos, las familias, los grupos y las organizaciones a satisfacer sus necesidades

- Comunicarse de manera efectiva con los diversos individuos y grupos en una variedad de entornos de proveedores de servicios y de la comunidad
- Adaptar y emplear con efectividad estrategias culturalmente receptivas para abordar problemas y conductas específicos
- Entablar y mantener relaciones de confianza con las personas, familias y redes sociales
- Establecer y conservar relaciones de cooperación con organizaciones de la comunidad y otros recursos para promover los servicios, la atención, la educación y la defensa del cliente
- Llevar a cabo la extensión de la salud prestando atención a los posibles riesgos de seguridad para uno mismo, para los clientes y los colegas

#### **7. Defensa y desarrollo de capacidades comunitarias**

- Alentar a los clientes a identificar y priorizar sus necesidades personales, familiares y comunitarias
- Alentar a los clientes a identificar y usar los recursos disponibles para satisfacer sus necesidades y metas
- Proporcionar información y apoyo para que las personas se defiendan a sí mismas con el tiempo y participar en la prestación de servicios mejorados
- Actuar en defensa de los clientes y las comunidades, según corresponda, para ayudar a las personas a obtener la atención o los recursos necesarios de manera razonable y oportuna
- Aplicar los principios y las habilidades necesarios para identificar y desarrollar el liderazgo en la comunidad
- Forjar y mantener redes y colaborar con los socios de la comunidad correspondientes en actividades de desarrollo de capacidades
- Utilizar diversas estrategias, como el modelo de comportamientos, para ayudar a los clientes a alcanzar objetivos, según los desafíos y las condiciones cambiantes

#### **8. Conducta y habilidades profesionales**

- Ejercer en cumplimiento del Código de Ética de los trabajadores de salud comunitaria
- Observar el alcance y los límites del rol de CHW en el contexto del equipo y la política del organismo
- Respetar los derechos del cliente conforme la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las normas vigentes del organismo
- Comprender problemas relacionados con el uso indebido, la negligencia y la actividad delictiva que puedan denunciarse conforme a la ley y las reglamentaciones
- Conservar límites adecuados que equilibren las relaciones profesionales y personales, reconociendo los roles dobles como CHW y miembro de la comunidad
- Solicitar asistencia a los supervisores según sea necesario para abordar desafíos relacionados con las responsabilidades laborales
- Establecer prioridades y organizar el tiempo, los recursos y las actividades para alcanzarlas
- Trabajar de manera proactiva y creativa para identificar y abordar las necesidades del cliente, de la comunidad y del organismo
- Utilizar y defender, según sea necesario, la supervisión, la capacitación, la educación continua, el establecimiento de redes y otros recursos para el desarrollo profesional y el aprendizaje permanente propio y de los colegas

- Utilizar la tecnología de la información de manera correcta para respaldar la salud y el bienestar

## **9. La profesión de CHW**

- Describir la historia, el rol y el impacto de los CHW en la mejora de la salud individual y comunitaria
- Describir el alcance de la práctica del CHW de MD
- Definir el Código de Ética del CHW y manifestar una conducta ética como CHW
- Identificar y explicar los límites del rol de CHW, cómo establecer límites con los clientes y el rol del CHW en los equipos de atención médica
- Describir y utilizar prácticas de autoconciencia y cuidado personal
- Describir los factores determinantes de la salud y reconocer de qué manera afectan las necesidades y prioridades de salud
- Describir un enfoque centrado en el cliente
- Reconocer y responder debidamente a las creencias, los valores, la cultura y los idiomas de las personas y las comunidades en las que se desempeña
- Priorizar las actividades y administrar el tiempo con eficacia
- Describir y obtener acceso a organizaciones profesionales de CHW nacionales y estatales y a recursos de capacitación
- Explicar la política de certificación de CHW de MD y el proceso para obtener la certificación
- Identificar y utilizar herramientas y recursos para el desarrollo profesional como CHW