

LA CLÍNICA DEL PUEBLO



***Una Clínica de Salud para la Población
Inmigrante: De la Gente, Para la Gente***

Documento de Referencia

Investigación y elaboración de: Marcia Bernbaum, PhD

Contenidos

<i>Agradecimientos</i>	
<i>Acrónimos</i>	
<i>Resumen Ejecutivo</i>	<i>i</i>
Capítulo I: Introducción	1
Capítulo II: Objetivos, destinatarios, metodología y organización de este estudio de caso....	3
A. <i>¿Por qué llevar a cabo un estudio de caso de La Clínica del Pueblo?</i>	3
B. <i>Objetivos y metodología del estudio de caso</i>	3
C. <i>Productos y destinatarios del estudio de caso</i>	5
D. <i>Organización de este documento</i>	5
Capítulo III: Nacimiento y evolución de La Clínica	7
A. <i>1983 – 1988: Nace La Clínica del Pueblo</i>	7
B. <i>1988-1995: el Doctor Juan Romagoza asume el liderazgo de La Clínica del Pueblo</i>	16
C. <i>De 1995 al 2003: La Clínica del Pueblo pasa a ser una entidad independiente</i>	28
D. <i>Del 2003 al 2007: La Clínica se traslada a su actual sede y sigue madurando</i>	43
Capítulo IV: Los impactos de La Clínica del Pueblo	64
A. <i>Los impactos de La Clínica del Pueblo en sus pacientes</i>	64
B. <i>Los impactos de La Clínica del Pueblo en su personal y sus voluntarios</i>	65
C. <i>¿De qué manera ha impactado La Clínica en general en la comunidad latina del área de Washington?</i>	68
Capítulo V: La Clínica del Pueblo vista desde “dentro” y desde “fuera”	70
A. <i>¿Qué condujo al personal y los voluntarios a La Clínica?</i>	70
B. <i>Los pacientes comparan los servicios médicos recibidos en La Clínica con los servicios médicos recibidos en otros lugares</i>	71
C. <i>Percepciones acerca de las fortalezas de La Clínica</i>	72
D. <i>Desafíos y áreas a ser mejoradas</i>	74
Capítulo VI: La esencia de La Clínica	78
A. <i>Definiendo la esencia de La Clínica</i>	78
B. <i>La evolución de la esencia de La Clínica</i>	80
C. <i>Oportunidades y desafíos para los componentes que conforman la esencia de La Clínica</i>	80
D. <i>Y continúan las oportunidades y los desafíos</i>	81
Capítulo VII: Lecciones aprendidas a partir de la experiencia de La Clínica	83
Apéndice A: Metodología del Estudio de Caso	86
Apéndice B: Personas entrevistadas para el estudio de caso de La Clínica del Pueblo	88

Agradecimientos

Este estudio de caso no habría sido posible sin el aliento, los aportes, el tiempo y el apoyo de innumerables personas de dentro y fuera de La Clínica del Pueblo, quienes aceptaron ser entrevistadas para el estudio, y quienes me abrieron las puertas y me proporcionaron contactos adicionales.

En particular, me gustaría agradecer al Doctor Juan Romagoza, Director Ejecutivo de La Clínica del Pueblo hasta febrero del 2008; a Alicia Wilson, Directora de Desarrollo de La Clínica del Pueblo; y a Charlotte Jones-Carroll, ex Presidenta del Directorio de La Clínica. Juntas, estas tres personas jugaron un papel fundamental para darle forma a este estudio de caso y definir sus objetivos. Ellas me ayudaron a identificar a personas de dentro y fuera de La Clínica para que fueran entrevistadas. Con incansable paciencia me brindaron su tiempo en medio de sus agendas extremadamente ocupadas y aceptaron ser entrevistadas numerosas veces.

Agradezco también a la Dra. Krishna Roy, Evaluadora de Donaciones y Contratos, y Sally Hamlin, Asistente Administrativa del Doctor Romagoza. La Dra. Roy, una colega investigadora que conoce bien La Clínica, tuvo la amabilidad de brindarme una perspectiva “interna-externa” que fue extraordinariamente valiosa. A través de la Dra. Roy, una estadístico de profesión quien es el responsable de mantener la base de datos de La Clínica, fui capaz de identificar y entrevistar a una muestra al azar, estadísticamente significativa, obtenida a partir de la base de datos de pacientes de La Clínica. La Sra. Hamlin, con el apoyo del personal administrativo de La Clínica, contactó a los pacientes seleccionados mediante un muestreo al azar para explicarles el estudio y lograr que aceptaran ser entrevistados.

A las otras 138 personas adicionales a quienes entrevisté para este estudio de caso, y que aparecen en la lista del Apéndice B —personal, voluntarios y miembros actuales y antiguos del Directorio de La Clínica, pacientes y personas que son externas a La Clínica pero que están muy al tanto de su trayectoria y funcionamiento—, les quiero expresar mi sincero agradecimiento y aprecio por su tiempo y sus invaluable aportes.

Por último, mis agradecimientos para las siguientes personas que dedicaron su tiempo para revisar cuidadosamente y comentar todo el estudio de caso o partes del mismo: Juan Romagoza, Charlotte Jones-Carroll, Krishna Roy, Alicia Wilson, Alma Hamar, Peter Shields, Eliana Loveluck, Mauricio Silva, Isabel van Ischott, Meredith Joseph y Catalina Sol.

Marcia Bernbaum, Ph.D.

30 de agosto, 2008

Acrónimos

- ABC: Iglesia Bautista Americana
- ADAP: AIDS Drug Assistance Program
- AHA: Administración para el VIH y el SIDA
- APRA: Administración para la Recuperación y Prevención del Alcoholismo
- CARECEN: Centro de Refugiados de Centroamérica
- CCNV: Comunidad Creativa por la No Violencia
- CDC: Centro para el Control de Enfermedades
- CRCS: Servicios Integrales de Referencia y Consejería
- DED: Aplazamiento de la Salida Forzada
- EPICA: Programa Ecuménico de Centroamérica
- EUFOLA: Organización Educativa para Latinos Unidos
- FPL: Nivel Federal de Pobreza
- FQHC: Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal
- ICRA: Ley de Reforma de Inmigración y Control
- NACARA: Nicaraguan Adjustment and Central American Relief Act
- OCR: Oficina de Derechos Civiles
- OLA: Oficina de Asuntos Latinos
- PTSD: Síndrome de Estrés Postraumático
- SAMHSA: Administración de los Servicios sobre Abuso de Sustancias y Salud Mental
- TPS: Estatus de Protección Temporal
- WOLA: Oficina de Washington para Latinoamérica

Resumen Ejecutivo

Este estudio de caso de La Clínica del Pueblo, realizado entre junio y diciembre del 2007, tuvo los siguientes objetivos:

1. Trazar la evolución de La Clínica del Pueblo a lo largo de un período de 24 años, desde su nacimiento en medio de un contexto de desarrollos internacionales, nacionales y locales, y con un énfasis en la comunidad latina del distrito de Columbia;
2. Identificar la "esencia" de La Clínica del Pueblo; aquellas características que le otorgan a La Clínica una identidad especial;
3. Explorar los impactos que el enfoque y los servicios de La Clínica han tenido en sus pacientes, en el personal y voluntarios antiguos y actuales, y en la comunidad latina de Washington D.C., en general;
4. Identificar cómo es percibida La Clínica desde "dentro" y desde "fuera": lo que las personas que han estado estrechamente afiliadas a la clínica a través de los años identifican como sus fortalezas y como sus desafíos/áreas a ser mejorados;
5. Identificar, a partir de lo anterior, las lecciones aprendidas para la propia Clínica y para las clínicas de atención primaria de la salud que sirven a poblaciones con características similares.

La misión de La Clínica del Pueblo es la de *“ofrecer servicios de salud culturalmente adecuados a personas de la comunidad latina independientemente de su capacidad de pago”*. Los servicios de La Clínica se basan en cuatro valores fundamentales: *cuidado incondicional, perseverancia, atención de calidad y comunidad*.

La Clínica del Pueblo: nacimiento y evolución

1983-1988: Nace La Clínica del Pueblo

La Clínica del Pueblo fue fundada en Washington D.C. en 1983 por un grupo de activistas salvadoreños (el Centro de Refugiados de América, CARECEN, por sus siglas en inglés) y por autoproclamados *hippies* norteamericanos que vivían en un hogar comunitario (Plenty International), los cuales percibieron la necesidad de brindar servicios de salud a los refugiados que huían de la guerra civil en El Salvador. Durante sus primeros años, La Clínica estuvo conducida por voluntarios y proveedores de servicios médicos (médicos locales y residentes de los hospitales del área de Washington, D.C.), quienes asistían cada martes por la noche al Wilson Center, ubicado en la Calle Irving, cerca a la Calle 15, N.W., para ofrecer servicios médicos gratuitos. Los latinoamericanos y norteamericanos, muchos activistas, fueron entrenados como promotores de salud para apoyar a los médicos con las admisiones, traducciones y otros servicios. Adicionalmente, La Clínica comenzó a ofrecer una limitada educación/difusión en temas de salud a la vecina comunidad latina.

Desde el momento en que fue establecida, La Clínica del Pueblo se ganó la reputación de ser un lugar seguro donde los refugiados indocumentados —muchos de los cuales estaban traumatizados por sus experiencias en Centroamérica, por su paso a través en la frontera con los Estados Unidos y, luego, por ser inmigrantes poco gratos a los Estados Unidos—, podían llegar a recibir una atención solidaria de parte de personas que estaban dedicadas a ayudarlos en todas las formas que estuvieran a su alcance. Desde un inicio, constituyó un principio importante entender el acceso a la salud de calidad como un derecho humano. Nunca se pensó que esta clínica sería necesaria por más de un par de años. Después de todo, el “plan” de los salvadoreños que vivían en Washington era el de volver a su país cuando acabase la guerra.

1988-1995: El Doctor Juan Romagoza asume la responsabilidad de La Clínica del Pueblo

En 1988, cuando el Doctor Juan Romagoza (él mismo un refugiado y una víctima de la tortura a manos de los militares salvadoreños) devino en su director, La Clínica del Pueblo amplió su gama de servicios para incluir los temas de salud mental, medicina alternativa, y extensión y prevención de la salud comunitaria. El derecho a servicios de salud de calidad fue extendido hasta incluir el acceso al cuidado de la salud de calidad como un derecho humano y como una responsabilidad de cada uno de los pacientes. La salud, interpretada en términos amplios como un derecho a la vida, condujo a que los pacientes, el personal y los voluntarios de La Clínica se involucrasen activamente en manifestaciones en contra de la política militar de los Estados Unidos en Centroamérica.

Poco a poco, La Clínica empezó a crecer. Con pequeñas donaciones de fundaciones locales, La Clínica estuvo en condiciones de empezar a contratar a personas que se encargasen de la clínica de los martes por la noche, aunque el gran grupo de voluntarios siguió colaborando. En 1989, una donación de la Oficina de Asuntos Latinos del Municipio (OLA, por sus siglas en inglés), permitió que La Clínica iniciara un programa para ofrecer un servicio de pruebas de VIH-SIDA y de consejería.

En 1990, La Clínica recibió su primer contrato federal multianual, a través de la Arquidiócesis Católica de Washington, para realizar exámenes médicos generales a los refugiados vietnamitas. La Clínica fue capaz de ‘estirar’ esta financiación para cubrir algunos de sus gastos administrativos. En 1991, en conformidad con su filosofía sobre la importancia de la prevención, La Clínica lanzó su primera gran feria de la salud. Para 1993, las ferias de la salud, realizadas anualmente y coordinadas por La Clínica con la inclusión de un amplio espectro de proveedores médicos en el área de D.C., ya convocaban a cerca de 3000 participantes. En 1994, La Clínica y sus pacientes ejercieron presión exitosamente en el Directorio de CARECEN para lograr su independencia de CARECEN (a la que había superado) y convertirse en su propia entidad 501c3 sin fines de lucro.

1995-2003: La Clínica se convierte en una entidad independiente y experimenta un significativo crecimiento

Para La Clínica, el período 1995 – 2003 fue de un gran crecimiento. Reconociendo que la dependencia de las pequeñas donaciones de fundaciones no era suficiente para convertirse en todo un centro comunitario de salud, La Clínica empezó a buscar donaciones y contratos del gobierno federal y del distrito de Washington D.C. Durante este periodo, el presupuesto anual de La Clínica pasó de \$800,000 a \$4.6 millones.

Con el fin de las guerras civiles en El Salvador y Guatemala a mediados de los años 1990, el centro del activismo de La Clínica se volcó hacia la salud y las políticas de salud. Los directivos, el personal y los pacientes de La Clínica unieron esfuerzos con otras clínicas privadas de Washington D.C. con el fin de presionar al gobierno de Washington D.C. para que ofreciera seguros de salud a la población de la ciudad que no contaba con servicios suficientes. El esfuerzo colectivo rindió frutos. En el 2001, el gobierno de D.C. cerró el Hospital General de D.C. y, con esos fondos liberados, estableció la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C., un programa de seguros para residentes de bajo nivel económico de Washington D.C., cuyos ingresos se hallaban en el 200% o por debajo del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). La Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. le proporcionó los tan necesitados recursos monetarios a La Clínica y a otras clínicas sin fines de lucro que atendían a los pobres. Para la población latina de Washington D.C., un resultado importante de esta alianza fue que ella permitía la atención a residentes indocumentados que viven en Washington, D.C.

Durante este periodo, hubo cambios importantes en los servicios médicos brindados por La Clínica. Por primera vez, La Clínica contrató a un director médico a tiempo completo y remunerado. Se contrató también a nuevo personal médico, y la clínica médica empezó a brindar servicios diariamente. Se llegó un acuerdo con el Hospital de la Howard University, mediante el cual La Clínica se comprometía a ofrecer oportunidades para que los residentes de Howard rotasen por La Clínica. A cambio, el Hospital de la Howard University aportaría un flujo estable de financiación, cuidado especializado y servicios de hospitalización gratuitos para los pacientes de La Clínica. En el 2000, con el cambio de director médico, La Clínica cambió su enfoque desde un modelo de clínica especializada hacia uno de medicina familiar. El programa de VIH-SIDA de La Clínica se expandió fuertemente durante este periodo. Además de atender a los pacientes VIH positivos, La Clínica lanzó un gran programa de prevención de VIH-SIDA. Esto, le permitió a La Clínica empezar a brindar una programación innovadora con miras a llegar a las personas gay, lesbianas, bisexuales, travestis y transgénero pertenecientes a la comunidad latina de D.C.

En 1996, La Clínica comenzó a establecer la infraestructura para lo que ha llegado a ser un programa integral de interpretación médica que cuenta con servicios de interpretación en varias lenguas. En 1997, y con una amplia movilización, en la que los pacientes jugaron un papel activo, La Clínica empezó una gran campaña que hizo posible adquirir y renovar un viejo almacén que se encontraba a tres cuadras, en la Calle 15, para que sirviese como su nueva sede. En el 2000, La Clínica estableció un pequeño Departamento de Servicio Social con personal encargado de administrar casos, los mismos que brindaban servicios principalmente a los pacientes VIH positivos de La Clínica. En el 2002, La Clínica fue la beneficiaria de dos donaciones de demostración provenientes de la Administración de Servicios sobre Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés). La importante inyección de fondos provenientes de estas donaciones hizo posible que el Departamento de Salud Mental de La Clínica pasara de depender principalmente de terapeutas voluntarios, a contar con terapeutas remunerados.

2003-2007: La Clínica se traslada a una nueva casa y prosigue madurando

En abril del 2003, La Clínica se trasladó a su actual local ubicado en Calle 15, N° 2831, noroeste. El nuevo edificio fue la culminación de muchas ansiadas mejoras. Ofrece acceso a personas discapacitadas, un ascensor, calefacción y aire acondicionado funcionando adecuadamente (ya no son necesarios los abrigos en las salas de examen), espacios mucho más adecuados y nuevo equipamiento. Cuenta con cableado para una red de cómputo que traería la modernización del manejo de datos de los pacientes y empleados, y el acceso inmediato a los recursos de Internet para los médicos. El nuevo espacio cuenta con un lugar seguro para los niños y niñas mientras sus familiares esperan sus citas. De manera singular, cuenta con una capilla, considerada cultural y emocionalmente importante para el enfoque integral de la salud impulsado por La Clínica.

Entre los años 2003 y 2007, el presupuesto anual de La Clínica creció desde \$4.6 millones a más de \$6.6 millones. El activismo, una parte siempre presente de la identidad de La Clínica, pasó a centrarse en temas de salud específicos y relacionados con las preocupaciones de la población latina: los fumadores, la diabetes, la obesidad, las políticas de inmigración. Además, los directores de los Departamentos de VIH-SIDA y de Interpretación estuvieron muy activos, a través del trabajo dentro de las coaliciones de toda la ciudad, con respecto a las demandas por mejorar los servicios y políticas en estas áreas.

Durante este periodo, la clínica médica siguió convocando a nuevos proveedores de servicios médicos. En el 2004, la clínica médica pasó a tener un sistema de citas de libre acceso que redujo drásticamente el porcentaje de pacientes que faltaban a sus citas. El Departamento de VIH-SIDA siguió creciendo tanto en presupuesto como en servicios hasta convertirse en el departamento mejor financiado de La

Clínica. Los innovadores esfuerzos dirigidos a la prevención, a través de promotores VIH asalariados y voluntarios, expandió el alcance de La Clínica hacia zonas y localidades de Washington D.C. a donde antes no había llegado. El Departamento de Salud Mental de La Clínica, además de ofrecer terapias personalizadas, inició programas para la población latina de ancianos; para las familias latinas que habían padecido traumas; y para las personas con historias de abuso de alcohol y drogas.

El año 2005, el Departamento de Interpretación de La Clínica estableció una base de datos en una página web que permitía brindar servicios de interpretación a 40 entidades, mayormente clínicas, a través de toda el área de Washington. En 2006, La Clínica convirtió la actividad de extensión de salud comunitaria en un departamento. Además de tener la responsabilidad de organizar y conducir las ferias de la salud, este departamento también tiene a su cargo un innovador programa de educación en diabetes, el cual está diseñado para brindar servicios integrales (educación en nutrición, un programa de ejercicios y visitas domiciliarias) a pacientes con esta enfermedad.

Durante el verano del 2007, se le comunicó a La Clínica que su solicitud para convertirse en un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC, por sus siglas en inglés) había sido aceptada. También en el verano del 2007, el líder de tanto tiempo de La Clínica, el Doctor Juan Romagoza, anunció que él estaría renunciando para volver a El Salvador y continuar ahí con los esfuerzos dedicados a expandir los servicios médicos para los pobres del país, continuando así una tarea que había empezado a fines de los años 1970 antes de que tuviera que salir del país.

La Clínica a partir de diciembre del 2007

A partir de fines del 2007, La Clínica contaba con un equipo de 85 personas, más de 100 voluntarios y un presupuesto superior a los \$7 millones provenientes de 65 diferentes fuentes de financiación. Durante el año calendario 2007, la clínica médica de La Clínica, que funciona con un enfoque de medicina familiar, tuvo 15,858 encuentros con clientes; el Departamento de Salud Mental, 4,975 encuentros con clientes; el Departamento de VIH-SIDA, 113,054 encuentros con clientes; el Departamento de Servicios Sociales, 5,102 encuentros con clientes; el Departamento de Interpretación, 10,839 encuentros con clientes; y el Departamento de Educación y Extensión Comunitaria, 9,988 encuentros con clientes.

Además, La Clínica facilitó 2,365 referencias a especialistas, lo que hizo posible que sus pacientes visitaran a médicos privados, hospitales y otros servicios médicos para recibir atención especializada que no estaba disponible a través de La Clínica. En tanto se necesitara, los pacientes referidos a especialistas eran acompañados por intérpretes facilitados por La Clínica. Estas visitas fueron gratuitas o pagadas por la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. o por Medicaid.

En términos de su población, el 68% de los pacientes de La Clínica eran residentes de Washington, D.C., el 22% de Maryland, y el 8% provenían de Virginia. La mayoría de usuarios (58%) de la clínica médica no estaban asegurados; el 5% se hallaba en Medicaid; el 1% en Medicare; y el 36% contaba con otras formas de seguro (siendo la principal la de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C.). El 97% de los usuarios de La Clínica eran hispanos, el 65% eran mujeres, y el 35% eran hombres.

Aspectos resaltantes de los hallazgos del estudio:

- El impacto de La Clínica en los pacientes: los pacientes entrevistados para el estudio de caso le atribuyeron a La Clínica un conjunto de impactos en sus vidas. La Clínica les brindó una

oportunidad para crecer. Les ayudó a cambiar su manera de pensar acerca de la salud. Varios le atribuían a La Clínica el haber salvado sus vidas.

- Los impactos de La Clínica en el personal y los voluntarios: el personal y los voluntarios de La Clínica señalaron también la oportunidad que les había brindado La Clínica para aprender y crecer. Además, le atribuían a su afiliación a La Clínica un conjunto de cambios personales o de mejoras en sus vidas. Para muchos, La Clínica les ofreció un lugar donde podían practicar sus valores. Para unos cuantos, La Clínica fue una experiencia que cambió sus vidas.
- Los impactos de La Clínica en la comunidad latina que vive en el área de Washington: si bien no fue posible obtener datos numéricos —como en el caso de los pacientes, personal y voluntarios—, gracias a sus esfuerzos de extensión y prevención, se percibe que La Clínica ha expuesto a la población latina que vive en la gran área de Washington, D.C. a medidas que se pueden tomar para detectar y prevenir enfermedades crónicas. Además, a través de sus esfuerzos de abogacía a favor de la población latina subatendida residente en el área de Washington, La Clínica ha ayudado a crear oportunidades para que los inmigrantes latinos cuenten con servicios de salud para los que, de otro modo, no serían elegibles.
- Las fortalezas de La Clínica: hubo una coincidencia notable entre los entrevistados para el estudio de caso (pacientes, personal, voluntarios, miembros del directorio, y las personas externas a la Clínica familiarizadas con sus servicios) con relación a las fortalezas de La Clínica:
 - Un ambiente amable y amistoso; personal solidario.
 - Un personal profundamente comprometido con la misión de la organización y con brindar servicio a las poblaciones subatendidas.
 - Una organización comprometida con la calidad y el profesionalismo.
 - Un enfoque holístico del cuidado de la salud; se percibe a los pacientes y clientes como personas con necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales y políticas.
 - Una organización que tiene la capacidad de adecuarse a las cambiantes necesidades de su población.
 - Una organización donde se escuchan los puntos de vista de los pacientes y del personal.
 - Una organización que se apoya firmemente en la filosofía de la toma de decisiones participativa
 - Compromiso con el concepto de que recibir servicios de salud de calidad es tanto un derecho como una responsabilidad.
 - Para los pacientes así como para el personal y los voluntarios, una sensación de familia/comunidad; un lugar seguro y protegido.
 - Los pacientes son tratados de un modo culturalmente sensible, con dignidad y respeto.
 - Un lugar que abre sus puertas a cualquier persona que ingresa, sin importar su origen u orientación sexual.
- Los desafíos y las áreas a ser mejoradas. Hubo diferentes perspectivas entre los pacientes, de un lado, y el personal, los voluntarios, los miembros del directorio y los entrevistados externos, de otro lado, con respecto a las áreas a ser mejoradas.
 - Los pacientes señalaron tres áreas donde a ellos les gustaría ver mejoras: una ampliación en el tipo de servicios brindados, un aumento en el número de pacientes que La Clínica puede atender, y (para algunos) una reducción del tiempo de espera para ver a los doctores.
 - El personal, los voluntarios, los miembros del directorio y las personas externas familiarizadas con los servicios de La Clínica, coinciden en que la salida del doctor Juan Romagoza y el hecho que La Clínica haya pasado a ser un FQHC, representan desafíos importantes para la

esencia de La Clínica. Ellos también mencionaron las mejoras requeridas en las finanzas y la gerencia.

- Para el personal de La Clínica, un desafío claro planteado por el crecimiento es la estrechez del espacio físico.
- La esencia de La Clínica: la esencia de La Clínica ha estado permanentemente desafiada a partir del momento en que se creó. Hay mucho que aprender de la manera en la que La Clínica, a través de los años, ha mantenido exitosamente su esencia ante estos desafíos. Esas lecciones aprendidas serán útiles para La Clínica en la medida que enfrente los actuales desafíos simultáneos, como son la partida del doctor Juan Romagoza y el hecho de que haya pasado a ser un FQHC.

Cuando a las personas entrevistadas para este estudio de caso se les pidió que identificaran lo que ellos percibían como los elementos clave de la esencia de La Clínica, señalaron las que se presentan a continuación. No es de sorprender que muchas de estas características reflejen lo que ellos perciben como las fortalezas de La Clínica:

- La Clínica fue creada por la comunidad latina y para la comunidad latina: gran parte del personal tiene orígenes similares y "se parecen" a los pacientes.
- El personal de La Clínica se preocupa profundamente por el cuidado de sus pacientes y clientes; están dispuestos a hacer esfuerzos extraordinarios para satisfacer sus necesidades.
- Los pacientes y clientes de La Clínica son tratados como iguales, con dignidad y respeto. Parte de este trato digno y respetuoso se basa en buscar, escuchar y actuar teniendo en cuenta sus opiniones y sugerencias.
- La Clínica ofrece un refugio, un lugar seguro y confiable; para muchos, La Clínica es como una segunda familia.
- La Clínica ofrece servicios de salud que son culturalmente sensibles, pertinentes y que evolucionan para satisfacer las necesidades cambiantes de sus pacientes y clientes.
- La Clínica se acerca a sus pacientes de manera integral: como seres que tienen necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales, socio-culturales y políticas.
- El personal de La Clínica hace un gran esfuerzo para garantizar que cada paciente-cliente sea consciente de que tiene el derecho a una atención adecuada de la salud, así como la responsabilidad de asegurarse que sus necesidades de salud están siendo satisfechas.
- La filosofía de La Clínica se basa en la premisa de que es fundamental hacer que la voz de uno se escuche, como un medio para presionar por el cambio, poniendo a disposición de los pacientes y del personal un instrumento para ejercer sus derechos, formando comunidad y proporcionando un recurso terapéutico para muchas personas cuyos derechos han sido violados.
- Las lecciones aprendidas para La Clínica y para otras clínicas que atienden a poblaciones similares. Existe un conjunto de lecciones a ser aprendidas de la experiencia de La Clínica. Son relevantes para la propia Clínica a medida que vaya dando sus próximos pasos bajo el estatus de FQHC. Esas lecciones aprendidas son también relevantes para todas las otras clínicas de la salud que atienden a poblaciones de inmigrantes, en gran medida refugiados procedentes de países desgarrados por la guerra, que llegan traumatizados a su nuevo lugar de residencia y quienes, en muchos casos, no son particularmente bienvenidos.
 - La importancia de tener al frente a una persona líder y con autoridad moral que, si bien está dispuesta a adecuarse a la presión del cambio, también presta atención a la "esencia".
 - La importancia de contar con individuos comprometidos e interesados formando parte del personal de la clínica de salud.

- La importancia de seleccionar y nutrir un equipo encargado de la gestión que aporta a la esencia y la transmite a través de sus relaciones con el personal de su departamento.
- Las ventajas de ser una clínica de salud que fue creada por y para la comunidad.
- Es muy beneficioso el ser percibido como un lugar seguro y confiable, un "refugio", un hogar fuera del hogar.
- Tomarse el tiempo para atender de manera integral las necesidades de los pacientes tiene beneficios.
- Hay mucho que aprender de la forma en que La Clínica ha incorporado en su modelo el servicio de voluntariado.
- Es muy valioso estar atento a maneras de incorporar una sensibilidad cultural en la propia programación.
- Es importante adoptar un enfoque proactivo que implique establecer un contacto, así como consultar permanentemente con los clientes, buscando insumos del cliente / empleado para considerarlos en las decisiones a ser tomadas.
- Si bien ser "audaces" y atenerse a los valores involucra riesgos, esto también tiene sus ventajas.
- Enfocar la salud como un derecho y como una responsabilidad es tremendamente empoderante y terapéutico.
- El involucrar al personal y a los pacientes en la abogacía puede ofrecer una variedad de beneficios.

Capítulo I: Introducción

Es el 24 de marzo de 1982, fecha del segundo aniversario de la muerte de Monseñor Óscar Romero, Arzobispo de El Salvador, asesinado mientras celebraba una misa. Para muchos, salvadoreños y de otras nacionalidades, el Arzobispo Romero fue un sacerdote muy respetado que habló pública y vigorosamente a favor de los oprimidos. Él también denunció las violaciones en contra de los derechos humanos realizadas por el gobierno y las fuerzas armadas de El Salvador.

El día del asesinato del Arzobispo Romero, un 24 de marzo de 1980, pasará a la historia como el día en el que un conflicto de baja intensidad se convirtió en una guerra civil total. En 1992, al firmarse un acuerdo de paz, se supo que habían muerto 74,000 personas y que más de un millón (en un país de cinco millones) habían huido del país.

En este segundo aniversario del asesinato del Arzobispo Romero, Joaquín Domínguez Parada está en su décimo día de huelga de hambre en el Parque Lafayette, justo frente a la Casa Blanca. Domínguez Parada es un abogado salvadoreño y un activista cofundador del Centro de Refugiados de Centroamérica (CARECEN), centro encargado de atender las necesidades legales de miles de refugiados que habían huido de El Salvador y emigrado a los Estados Unidos a consecuencia de la guerra. Uniéndose a Domínguez Parada en su ayuno, se encuentra un conjunto de activistas estadounidenses y latinoamericanos que protestan por las políticas militares de los Estados Unidos en Centroamérica. Uno de ellos es Adolfo Pérez Esquivel, un argentino defensor de los derechos humanos que obtuvo el premio Nóbel de La Paz dos años antes. (El Arzobispo Romero fue nominado para el Premio Nóbel de La Paz en 1979).

Cumpliendo funciones de asesor de la huelga, está Mitch Snyder, un conocido defensor de los desposeídos en Washington, D.C., y miembro de la Comunidad Creativa por la No Violencia (CCNV, por sus siglas en inglés). De igual manera, realizando chequeos periódicos del estado de la salud de las personas en huelga de hambre, se encuentra el personal médico de Plenty International, un grupo de autoproclamados *hippies* que viven en una casa comunitarias cerca de la sede de CARECEN, en el barrio de Columbia Heights de D.C.

Patrice Perillie, cofundadora de CARECEN, recuerda este día:

Durante la huelga de hambre, conversamos con el personal médico de Plenty International sobre la idea de empezar una clínica médica para los refugiados de El Salvador que vivían en Washington y que no tenían acceso a los servicios de salud. Comentamos que contábamos con muchos voluntarios en CARECEN, personas a las que habíamos apoyado para que tengan su estatus de refugiados en los Estados Unidos, y quienes habían trabajado como médico/as y enfermero/as en El Salvador antes de llegar a los Estados Unidos, y que ahora estaban trabajando en restaurantes o como conserjes. Nosotros pensamos, "¿no sería fantástico si pudiésemos encontrar un lugar donde los refugiados pudiesen ser atendidos y donde los médicos y enfermeros pudiesen trabajar como personal médico?"

Sucedió que Mitch Snyder y sus colegas de la Comunidad Creativa por la No Violencia contaban con un almacén de equipo médico que nos lo quería donar.

Posteriormente, nos acercamos a la Oficina Municipal para Asuntos Latinos, y dijimos, "queremos hacer esa clínica". A ellos les encantó la idea. Regresamos a una de nuestras oficinas y tomamos un acuerdo.

Casi un año después, en marzo de 1983, lo que ahora se conoce cariñosamente como La Clínica del Pueblo, abrió sus puertas como una clínica gratuita para los refugiados que huían del caos civil de Centroamérica. Luego de un intento fallido con la Clínica Libre de Washington, los cofundadores de La

Clínica del Pueblo —CARECEN y Plenty International— encontraron un espacio en la antigua iglesia presbiteriana ubicada entre las calles 15 e Irving, noroeste, que compartían con un conjunto de otras organizaciones que atendían a la población latina residente en Washington, D.C. y sus entornos. El espacio, que ellos lo habían alquilado gracias a una donación de la Oficina Municipal para Asuntos Latinos, se hallaba en el tercer piso. Eran muchas las gradas que había que subir para llegar a La Clínica; el lugar tenía corrientes de aire, y era frío en invierno y caliente en verano. Sin embargo, cada martes por la noche (y eventualmente durante otras noches y días de la semana) durante veinte años, el personal principalmente voluntario de La Clínica abrió sus puertas y sus corazones a la población latina de bajos ingresos que no tenía otro lugar adonde ir en busca de servicios de salud. En el 2003, el personal y los pacientes de La Clínica del Pueblo, en un ritual, que marca tanto la pérdida del que fuera su local desde 1983 como sus esperanzas por un futuro más estable, caminaron en procesión bajando por la Calle 15 hasta un almacén renovado ubicado a tres cuadras y que pasó a ser su nuevo hogar.

Esta es la historia de La Clínica del Pueblo; la historia de su nacimiento y evolución a partir de una clínica gratuita, donde todo el personal (médicos y ayudantes por igual) atendieron denodadamente cada martes por la noche como voluntarios, hasta una clínica que, en diciembre del 2007, tenía un presupuesto anual de \$7 millones, había atendido a 7,000 pacientes al año y contaba con un personal remunerado de 85 personas y con más de 100 voluntarios. Es la historia de un grupo de personas profundamente comprometidas con una misión, que tienen una preocupación real y que, a través de los años, les han ofrecido a los latinos de bajos ingresos (y a otros que tocan sus puertas) un espacio cálido y seguro donde son respetados como personas; donde se ofrecen servicios de salud de calidad, culturalmente sensibles y desde una perspectiva física, mental y espiritual; y donde son alentados a sentir que contar con un servicio de salud adecuado es tanto un derecho humano como una responsabilidad.

No es de sorprender, a través de los años un conjunto de sus pacientes —muchos de ellos muy cercanos a La Clínica— han pasado a formar parte del valioso grupo de voluntarios. Y de este grupo de voluntarios, ha salido un conjunto de personas que ahora forman parte del personal de La Clínica. La Clínica, en palabras de muchas personas entrevistadas para este estudio de caso, en una clínica “que fue creada por el pueblo y sigue siendo del pueblo”.

Lo anterior nos lleva a varias preguntas:

- ¿Qué servicios ofrece La Clínica?
- ¿Cuál es la “esencia” de La Clínica, cuáles son las características que la hacen “especial”?
- ¿Cómo se las arregló La Clínica para seguir existiendo por cerca de 25 años, cuando muchas otras clínicas, que atienden a las poblaciones subatendidas en el área de Washington D.C., han cerrado?
- ¿De qué maneras ha impactado La Clínica en las vidas de sus pacientes, su personal y voluntarios, y la comunidad circundante?
- ¿Cuáles han sido las fortalezas de La Clínica a través de los años?
- ¿Cuáles son los desafíos que ha enfrentado La Clínica y cómo los ha/está encarado/encarando?
- ¿Qué lecciones aprendidas, con miras al futuro, nos ofrece la experiencia de La Clínica, tanto para ella misma como para otras clínicas de salud comunitaria en los EEUU y fuera de los EEUU, especialmente aquellas que atienden a poblaciones de refugiados?

Las páginas que siguen intentan dar respuesta a estas interrogantes.

Capítulo II: Objetivos, destinatarios, metodología y organización de este estudio de caso

En mayo del 2007, Marcia Bernbaum¹ se acercó a La Clínica con una propuesta para llevar a cabo un estudio de caso de La Clínica, ofreciendo sus servicios como voluntaria. El Directorio de La Clínica y el personal directivo aceptaron la propuesta de la Dra. Bernbaum para diseñar y conducir este estudio.

La descripción que se hace a continuación de los objetivos, metodología y destinatarios del estudio de caso, es el resultado de amplias conversaciones con miembros del directorio y personal directivo de La Clínica. Estas conversaciones tuvieron como fin identificar lo que La Clínica quería lograr a través del estudio de caso. Este capítulo concluye presentado la forma en que se ha organizado el documento.

A. ¿Por qué llevar a cabo un estudio de caso de La Clínica del Pueblo?

Una cita de Alicia Wilson, Directora de Desarrollo de La Clínica, quien —junto con el director de La Clínica, Juan Romagoza—, ha aportado la inspiración y orientación general para el diseño y realización de este estudio de caso, explica por qué tiene sentido realizar un estudio de caso de La Clínica del Pueblo en este momento:

Hoy día, más que nunca, nos encontramos en un momento de cambios significativos. Es necesario documentar la historia de La Clínica. Con los cambios que nos preparamos a enfrentar, corremos el riesgo de perder la esencia de lo que somos. Este estudio nos ayudará a capturar la esencia de La Clínica, a mostrar el impacto de sus servicios, y nos ayudará a mirar hacia adelante a partir de una reflexión sobre lo que ha funcionado, lo que queremos cambiar, lo que han sido nuestros desafíos, y sobre cuáles son aquellas características de La Clínica que forman parte del corazón de la institución. El estudio nos permitirá también asumir un proceso que capturará la visión y los valores de La Clínica. Con nuestro crecimiento a una segunda sede, es importante tener claridad acerca de lo que constituye la esencia de La Clínica.

B. Objetivos y metodología del estudio de caso

El estudio de caso tiene cinco objetivos:

1. Documentar la historia de La Clínica: las circunstancias en medio de las cuales su población llegó a Washington y la situación que encontró luego de su arribo; el nacimiento de La Clínica en respuesta a las múltiples necesidades de esta población; y la forma en la que La Clínica ha seguido dando respuesta a las necesidades de su población a lo largo de los años; el rol de La Clínica, tanto como proveedora de servicios a esta población, y como defensora de sus derechos (en términos generales y, específicamente, con relación a los servicios de salud de calidad).
2. Explorar los impactos que ha tenido el enfoque y los servicios de La Clínica: en sus pacientes-clientes, su personal actual y pasado, en los voluntarios y en la comunidad latina en general.

¹ La Dra. Bernbaum nació y creció en Latinoamérica, y pasó una buena parte de los casi 20 años su vida profesional trabajando en Centroamérica para la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) de los Estados Unidos. En años recientes ha liderado varios equipos que han evaluado programas de educación y sociedad civil en Latinoamérica y África. Ha brindado también asistencia técnica en las áreas de planeamiento estratégico y desarrollo organizacional a las dependencias de USAID y a organizaciones sin fines de lucro en Latinoamérica. Desde su retiro de USAID, ha (tanto remunerada y como voluntaria) conducido varios estudios de caso de organizaciones de base que promueven el liderazgo y el entrenamiento, con el objetivo de documentar, a partir de sus experiencias (tanto a partir de sus éxitos como de los desafíos que han encarado), las lecciones aprendidas que pueden servir a otros programas que atienden a poblaciones similares.

3. Identificar la "esencia" de La Clínica²: cómo fue establecida; cómo ha evolucionado a través de los años; cómo es percibida por los pacientes y por el personal; en qué medida La Clínica, y su personal, “hacen lo que dicen” cuando se trata de vivir su esencia; los factores (internos y externos) que han facilitado la permanencia de su esencia; y los factores que han constituido un desafío a su continuidad, incluidos los cambios que actualmente están teniendo lugar en La Clínica.
4. Identificar cómo es percibida La Clínica tanto “desde dentro” como “desde fuera”: identificar — desde la perspectiva de los pacientes, personal pasado y actual, voluntarios, miembros del directorio de La Clínica, así como de personas externas a La Clínica que están estrechamente familiarizadas con sus servicios— lo que perciben como las fortalezas, desafíos y áreas a ser mejoradas de La Clínica.
5. En base a lo anterior, identificar las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de La Clínica, tanto para La Clínica, a medida que transita a una nueva fase de expansión, como para las clínicas que brindan servicios primarios de salud a poblaciones con características similares.

Ciento cuarenta personas fueron entrevistadas para el estudio de caso. La lista de entrevistados incluye a: (a) miembros del actual personal de La Clínica (incluidos los diez miembros de su equipo de gestión); (b) ex miembros del personal de La Clínica; (c) voluntarios y ex voluntarios de La Clínica; (d) miembros actuales y pasados del directorio de La Clínica; (e) personas externas a La Clínica familiarizadas con sus servicios. También se entrevistó a una muestra al azar de pacientes de La Clínica.

Las entrevistas siguieron un conjunto de protocolos hechos a medida. Al comienzo, a las personas entrevistadas se les pidió que compartiesen algo acerca de ellas: su lugar de nacimiento; de haber nacido fuera de los Estados Unidos, cuáles habían sido sus condiciones de vida en su país de origen; cómo es que ingresaron a los Estados Unidos y cómo era la vida cuando llegaron. Luego, la entrevista pasaba a tratar el tema de la vinculación del entrevistado con La Clínica y se les solicitaba unas reflexiones acerca de su experiencia con la misma. A los pacientes, al personal pasado y actual y a los voluntarios se les pidió que elaborasen acerca de la manera en la que su afiliación a La Clínica había impactado en sus vidas. A todos los entrevistados se les pidió que reflexionasen sobre lo que ellos percibían como las fortalezas y desafíos de La Clínica o sobre las áreas que debían ser mejoradas.

La mayoría de las entrevistas duraron aproximadamente una hora. Varias personas fueron entrevistadas en diversas oportunidades. Todas las entrevistas fueron confidenciales. Todas las citas incluidas en este estudio de caso han sido aprobadas por las personas citadas.

La revisión de fuentes incluyó los documentos disponibles en La Clínica, además de referencias sacadas de Internet sobre temas que son relevantes con respecto al nacimiento y evolución de La Clínica. En particular, la autora tuvo la suerte de tener acceso a una amplia colección de recortes periodísticos acerca de La Clínica y de eventos ocurridos en la comunidad, los mismos que fueron coleccionados a lo largo de los años por el director ejecutivo de La Clínica, doctor Juan Romagoza.

En el Apéndice A aparece una descripción de la metodología de las entrevistas y otra de la forma en que se organizó la información de las entrevistas. Las personas entrevistadas para este estudio de caso aparecen listadas en el Apéndice B.

² La palabra "esencia", definida deliberadamente en términos generales, va más allá de lo que La Clínica ha identificado como su visión o misión. Dependiendo de la persona que responde a la pregunta sobre qué constituye la esencia de la clínica, ella se refiere a: la cultura organizacional de la clínica, sus valores, o a aquello que la hace especial para las personas que responden la pregunta.

C. Productos y destinatarios del estudio de caso

Los principales destinatarios de este estudio de caso es el personal directivo y el personal de La Clínica, en general. El gran interés mostrado por la dirección y el personal de la clínica, desde el comienzo, en el proceso de realización del estudio de caso, ha hecho que esta sea una aventura particularmente interesante. Fue de especial importancia el compromiso asumido por el personal directivo de La Clínica para aprovechar el estudio de caso como una ayuda en un momento en el que se encuentra atravesando cambios significativos.

Los otros destinatarios del estudio de caso, incluyen a:

- Los pacientes de La Clínica: con el fin de valorar/recordar lo que La Clínica ha significado para ellos, tanto en términos personales como para sus familiares; para que futuros pacientes perciban lo que es la “esencia” de La Clínica y qué es lo que pueden esperar de los servicios/tratamientos que recibirán cuando se acerquen a La Clínica buscando atención. Los resultados de este estudio deben ser de particular interés para el Comité de Pacientes de La Clínica, el cual se reúne mensualmente para asesorar al director y al personal sobre el funcionamiento de La Clínica desde la perspectiva de sus pacientes.
- Las entidades que han apoyado a La Clínica y que podrían apoyarla en un futuro (fuentes de ayuda financiera para La Clínica, universidades que colaboran con ella a través de sus facultades de medicina, otras clínicas e instituciones de salud que han estado aliados/les gustaría aliarse con La Clínica) para que ellas aprendan/aprecien los fundamentos sobre los que se erigió La Clínica, y para ayudarles a visualizar que su futuro apoyo podría ser beneficioso para La Clínica.
- Otras clínicas de atención primaria de la salud que se orientan a poblaciones similares³, no solo de los Estados Unidos sino de otros países. Estas clínicas podrían estar interesadas en la historia de La Clínica, en particular en sus éxitos, desafíos y lecciones aprendidas a lo largo de los años; y en la forma en la que La Clínica ha luchado para sostener su esencia en el contexto de su crecimiento y de factores externos (entre otros, los requisitos de las fuentes de financiación) sobre los que tiene poco control.
- Miembros interesados de la comunidad latina del área de Washington: para contar con un registro de la historia y evolución de la población latina que ha ingresado a los Estados Unidos en calidad de refugiada desde comienzos de los años 1980, y sobre cómo La Clínica ha luchado por satisfacer sus necesidades de salud.

Los productos incluyen este “documento de referencia” más detallado y uno o más resúmenes que serán preparados para distintos públicos. Los públicos que lean uno de los resúmenes y que luego se interesen por un tratamiento más detallado de uno o más de los tópicos referidos en el resumen, serán alentados a acceder a este documento.

D. Organización de este documento

El Capítulo I establece el escenario para el resto del estudio.

Capítulo II proporciona los antecedentes, objetivos, destinatarios y metodología del estudio de caso, y guía al lector a través de la estructura de los capítulos que siguen.

³ Es decir, poblaciones que han sido desplazadas, refugiados (muchos con traumas), que huyen de conflictos en sus países, y que llegan a destinos donde, desde su arribo, no han sido bienvenidos y donde sus necesidades particulares no han sido comprendidas.

El Capítulo III narra el nacimiento y evolución de La Clínica del Pueblo dentro del contexto de eventos relevantes que se dieron a nivel internacional, nacional, en Washington, D.C., y dentro de la población latina residente en Washington, D.C.

El Capítulo IV se centra en los impactos de La Clínica: en sus clientes, su personal y en la comunidad latina en general residente en el área de Washington. Al igual que los capítulos anteriores, este capítulo es rico en testimonios que ilustran las tabulaciones hechas a partir de los datos.

El Capítulo V se centra en La Clínica tal como es percibida “desde dentro” y “desde fuera”: por sus pacientes, por el personal, los voluntarios y los miembros actuales y pasados del directorio; y por las personas externas a La Clínica que están estrechamente familiarizadas con su funcionamiento.

El Capítulo VI se centra en la “esencia” de La Clínica: lo que es; cómo nació y evolucionó; los desafíos encarados a través de los años por La Clínica para mantener su esencia; los pasos dados por La Clínica para mantener su esencia a través del tiempo; las consecuencias para otras clínicas que atienden a poblaciones similares; así como las repercusiones que tendrá para La Clínica, la partida de quien durante más de 20 años fue su director ejecutivo, y la obtención del estatus de Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (FQHC) y la consiguiente expansión de sus servicios.

El Capítulo VII concluye con un listado de las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de La Clínica, tanto para su propio futuro, así como para otras clínicas de salud comunitaria que atienden poblaciones similares.

Capítulo III: Nacimiento y evolución de La Clínica

La Clínica del Pueblo fue establecida en 1983 por refugiados salvadoreños y un grupo de autoproclamados *hippies* estadounidenses, que vivían en una casa comunitaria, con una pequeña donación de la comunidad Cuáquera y otra donación de la Oficina Municipal para Asuntos Latinos de Washington, D.C. Lo que empezó como una clínica conducida por voluntarios que atendía entre 20 y 50 refugiados centroamericanos una vez por semana en la noche, ha devenido en una entidad asentada, la cual, en el 2007 tenía un presupuesto anual de \$7 millones, un equipo de 85 personas, más de 100 voluntarios y una base de clientes de 7,000 personas.

Durante los casi 25 años que han pasado desde que fue creada, La Clínica ha experimentado numerosos cambios a medida que ha ido creciendo, ha logrado nuevos financiamientos y ha puesto sistemas en funcionamiento. Sin embargo, el gran cuidado y compromiso que tiene con sus pacientes, y la sensibilidad frente a las necesidades que caracteriza a los voluntarios que fundaron la Clínica en 1983, continúan siendo los mismos hasta el día de hoy. En el momento en que este estudio de caso se está elaborando, La Clínica se prepara para otra serie de cambios en razón de la partida de su director ejecutivo, quien ha guiado La Clínica desde 1988 (luego de haber llegado a los EE.UU., en 1983, en calidad de refugiado desde El Salvador, a través de México), y por el hecho de haber logrado recientemente el estatus de Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (FQHC).

Este capítulo conduce a los lectores a través de este admirable periplo de casi 25 años. Este periplo, que se divide en cuatro períodos de tiempo, se narra a partir de las historias de 57 de los cientos de personas que han sido responsables de colaborar con los logros alcanzados por La Clínica hasta el día de hoy. Una serie de estos recuerdos son narrados en sus propias palabras. Teniendo en cuenta que esto es, principalmente, una historia oral, la autora ha hecho un esfuerzo para triangular los recuerdos a fin de garantizar la máxima precisión.

Los cuatro periodos de tiempo son los siguientes:

- 1983 – 1988: Nace La Clínica del Pueblo.
- 1988-1995: El doctor Juan Romagoza pasa a ser el director de La Clínica del Pueblo.
- 1995-2003: La Clínica del Pueblo se convierte en una entidad independiente y atraviesa un crecimiento sorprendente.
- 2003 – 2007: La Clínica se traslada a una nueva sede y sigue madurando.

Cada período comienza describiendo el contexto de los acontecimientos relevantes que tienen lugar a nivel internacional, nacional, en Washington D.C. y dentro de la comunidad latina durante el período⁴.

A. 1983 – 1988: Nace La Clínica del Pueblo

Contexto

Los años 1980 pasarán a la historia como una década en la que las superpotencias libraron una Guerra Fría que tuvo consecuencias de gran alcance en todo el mundo —en las relaciones entre los países y en las economías mundiales afectadas por la precipitación política de esta guerra—. En Centroamérica y, en particular, en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, la Guerra Fría se manifestó en los conflictos internos apoyados por las superpotencias, que dejaron cientos de miles de muertos, miles de traumatizados a través de la tortura que experimentaron, ya sea directamente u observando las torturas infligidas a los otros, y

⁴ Si bien las secciones referidas al contexto que preceden a cada capítulo se centran en acontecimientos reales, en ocasiones estos han sido matizados por las experiencias de vida y las perspectivas personales de las principales fuentes de información sobre estos eventos —aquellas personas entrevistadas para este estudio de caso.

cientos de miles de personas que huyeron de sus países en busca de un refugio donde poder vivir en paz. Muchos de estos últimos huyeron a los Estados Unidos, lo que ocasionó que arribara un gran número de indocumentados debiendo enfrentar un futuro incierto.

El riesgo inmediato era si a estos inmigrantes se les permitiría o no permanecer en los EE.UU. Había poca simpatía por estos "intrusos" de parte del gobierno de los EE.UU., el cual, en ese momento, apoyaba a los militares, tanto en El Salvador como en Guatemala, en su intento por eliminar los movimientos guerrilleros, de supuesta inspiración comunista, que existían en cada uno de estos países. Aquellos indocumentados que llegaron a los EE.UU., y que fueron capturados por las autoridades, se enfrentaron a la suerte inequívoca de ser deportados a sus países de origen, solo para ser sometidos nuevamente a la violencia de la que habían huido. Los esfuerzos de los salvadoreños para solicitar asilo político fueron, en su mayor parte, infructuosos⁵.

En 1986, la Ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA, por sus siglas en inglés), a la vez que imponía multas a los empleadores que contrataban inmigrantes indocumentados, proporcionó cierto alivio a través de un programa de legalización para determinadas categorías de inmigrantes indocumentados que habían entrado a los EE.UU. antes de 1982 (junto con los inmigrantes indocumentados que trabajaban en la agricultura).

Durante este período, grupos de ciudadanos de EE.UU., muchos de ellos integrados por miembros de las iglesias y sus feligreses, formaron el Movimiento Santuario con el fin de proporcionar amparo y asistencia a los refugiados indocumentados que huían de estos conflictos. Algunos refugios bien conocidos se encontraban en California (Los Ángeles, San Francisco, Oakland, Davis, Santa Clara, y Berkeley), Arizona (Tucson), Massachusetts (Boston), y Minnesota (Minneapolis). Muchos activistas de EE.UU., influidos por el movimiento de derechos civiles de la década de 1960, participaron del Movimiento Santuario. También participaron latinoamericanos, tanto refugiados como latinos residentes en mejor situación, que consideraron que era una obligación ayudar a sus hermanos menos afortunados.

Los miembros del Movimiento Santuario también protestaron activamente contra la política exterior de los EE.UU. en Centroamérica y, en particular, contra el apoyo que los militares estadounidenses estaban dando a los militares en El Salvador y Guatemala. Organizaciones tales como EPICA y WOLA⁶, establecidas en Washington, D.C. bajo los auspicios de la Iglesia Episcopal, trabajaron activamente capacitando al público en general, y al Congreso de los EE.UU., acerca de la naturaleza de las violaciones de los derechos humanos que estaba teniendo lugar en Centroamérica.

Desde principios de los años 1980, hubo una gran afluencia de centroamericanos a Washington D.C. y sus alrededores. La mayoría llegó indocumentada, hablando poco o nada de inglés. Si bien algunos habían estado trabajando como profesionales o administrativos en El Salvador, la mayoría procedía de las zonas rurales y tenía poca o ninguna educación. Algunos habían sido víctimas de la tortura. Un gran número de ellos estaban traumatizados por el conflicto en El Salvador y muchos también tenían experiencias traumáticas por haber cruzado la frontera entre México y los EE.UU. Muchos, antes de llegar a los EE.UU., nunca habían visitado a un médico. Al llegar a los EE.UU., si tenían alguna enfermedad, se mostraban reticentes a ir a un hospital o una clínica de salud por temor a ser descubiertos por las autoridades y deportados a El Salvador. Incluidos entre la población de refugiados que llegaron a Washington, D.C. hubo profesionales de la salud salvadoreños que, inhabilitados para ejercer sus profesiones en los EE.UU., trabajaban como conserjes y mozos en los restaurantes.

⁵ Durante los años 1980 solo al 2.6% de los salvadoreños que solicitaron asilo político en los EE.UU. le fue aprobado. Esto los inhibió de solicitar asilo, ya que los salvadoreños se dieron cuenta que si les negaban el asilo, serían, sin duda, deportados. Hubiera sido un inconveniente para ellos regresar a El Salvador sabiendo de que el gobierno salvadoreño estaba enterado de que habían pedido asilo político.

⁶ EPICA, son las siglas del Programa Ecuménico de Centroamérica y el Caribe, y WOLA, son las siglas de la Oficina en Washington para América Latina.

La mayoría de los primeros refugiados se asentaron en los barrios alrededor de Mt. Pleasant y Columbia Heights al noroeste de Washington, a lo largo y cerca de la Calle 16. Los grupos existentes de servicio a la comunidad lucharon por prestar apoyo y surgieron nuevas organizaciones. La Casa del Pueblo y el Centro de Recursos Centroamericanos (CARECEN, por sus siglas en inglés) estaban dirigidos por y para los refugiados centroamericanos. Ambos desempeñaron un papel importante en la organización política, en el apoyo comunitario y cultural, y facilitando el envío de recursos médicos necesarios y otros bienes a las poblaciones desplazadas por las guerras en Centroamérica. CARECEN, que desempeñó un papel clave en la creación de La Clínica del Pueblo, fue una contribución salvadoreño-estadounidense que brindó solidaridad, servicios sociales y políticas de promoción a los refugiados.

Gracias a la presión ejercida sobre el gobierno de Washington, D.C. por los activistas relacionados con CARECEN y otros, en 1986 se emitió un decreto de alcaldía y una orden policial para instruir a la policía de Washington, D.C. para que no detuvieran o les solicitaran sus documentos en la calle a personas indocumentadas si se dirigían a una entidad pública buscando apoyo. Esta orden sigue vigente.

Un factor clave que ayudó a La Clínica del Pueblo, y a otros servicios gratuitos de clínicas de salud en todo el país, fue la legislación federal Hill-Burton que había entrado en vigencia en 1953. En virtud de esta legislación, los hospitales recibían financiamiento federal para la construcción de instalaciones; a cambio, se esperaba que facilitasen el acceso a la atención hospitalaria gratuita y por especialistas a los no asegurados. Para fines de la década de 1980, cuando la nueva legislación que permitía la creación de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) entró en vigor y la legislación Hill-Burton dejó de aplicarse, las personas sin seguro médico, que habían recibido atención gratuita en los hospitales, de repente se encontraron en la situación de tener que pagar por los servicios que reciben.

Mientras tanto, el sistema de salud en Washington, D.C., luchaba por satisfacer las necesidades de los residentes de bajos ingresos. Se vio que el Hospital General de Washington, D.C., que abrió sus puertas a los no asegurados, no brindaba una adecuada prestación de servicios de salud. Las clínicas de salud pública eran escasas, y había poca o ninguna capacidad para hacer frente al tema de la lengua y a las otras necesidades de los inmigrantes latinos. Una serie de pequeñas clínicas de salud sin fines de lucro, varias de las cuales se encontraban en el área de Mt. Pleasant / Columbia Heights —la Clínica Gratuita de Washington, el Spanish Catholic Center, y la Columbia Road Health Clinic⁷—, vinieron a llenar el vacío.

En suma, a principios de la década de 1980, eran pocos los lugares seguros y confiables en el área de Washington, D.C., donde los refugiados indocumentados centroamericanos podían atender sus necesidades de salud y otras similares.

Nace La Clínica del Pueblo

A principios de los años 1980, Priscilla Wheeler, una enfermera que se había convertido en médico asistente y que era miembro de Plenty Internacional⁸, trabajaba en una clínica de salud privada ubicada en Columbia Rd., la cual había sido creada por un grupo de médicos latinoamericanos que quería atender a la población inmigrante que llegaba. La clínica, a pesar de las buenas intenciones que tenía, necesitaba cobrar por sus servicios. Pronto tuvo que cerrar, dado que la mayoría de los latinos que vivían en ese

⁷ El Mary's Center, que también atendía sobre todo a latinos, se estableció en 1988. Su principal foco de atención, hasta hace poco, ha sido la salud materno-infantil.

⁸ Plenty International, fundada por un grupo de auto-proclamados *hippies* estadounidenses que vivían en una comunidad de Tennessee, contaba con personas que habían pasado varios años haciendo trabajo de desarrollo comunitario en una zona rural de Guatemala en la década de 1970. Cuando este estudio de caso se inició, varios miembros de Plenty International vivían en un hogar comunitario en la Calle 16, al noroeste, cerca al área donde se concentra la población latina. Entre las personas que vivían en este hogar, había una enfermera profesional y una partera, ambas hablaban el español con fluidez.

barrio no podía afrontar los pagos.

Conciente de que había que hacer algo para atender las necesidades de salud de este creciente grupo de personas pobres, en su mayoría indocumentados, Priscilla decidió visitar a Joaquín Domínguez Parada, el co-fundador de CARECEN, para hacerle una propuesta.

Wheeler recuerda:

Yo estaba trabajando en esta oficina médica privada, donde veíamos a una gran cantidad de refugiados latinoamericanos que no tenían nada. Para poder brindarles nuestros servicios tenían que pagar algo. Me acuerdo haber hablado acerca de esta situación con Arlene Gillespie, en la Oficina de Asuntos Latinos del Municipio. Arlene tuvo una actitud alentadora. Dijo, “Comencemos con una clínica gratuita”. Pedí una cita con Joaquín Domínguez Parada, de CARECEN.

Fue uno de esos momentos de toma de conciencia. Recuerdo la forma en que se veía la luz en la sala. Recuerdo haber llorado. Yo no soy una persona que llora. Le dije a Joaquín que quería dar inicio a una clínica para los refugiados centroamericanos. Él estaba totalmente de acuerdo. Peter Schweitzer, quien era el jefe de Plenty International, estaba dispuesto a escribir propuestas para conseguir el financiamiento y hacer las primeras tareas administrativas. Él y Joaquín ya habían estado hablando sobre la creación de una clínica de salud.

Joaquín Domínguez Parada, uno de los co-fundadores de CARECEN⁹, mencionado en la introducción de este estudio con relación a su ayuno frente a la Casa Blanca en protesta por la política del gobierno de Reagan en Centroamérica, también recuerda cómo se fue sembrando la semilla de la Clínica del Pueblo:

La idea de lo que se convirtió en La Clínica del Pueblo en realidad surgió antes, en el sentido de que con Patrice Perillie, que co-fundó CARECEN conmigo, ya veníamos defendiendo los derechos de los refugiados. También nos dimos cuenta, mientras defendíamos sus derechos jurídicos, que también necesitaban asistencia médica. Cuando se enfermaban, no iban a médicos privados o a clínicas de salud, porque tenían miedo de ser denunciados y delatados. La mayoría, en las primeras épocas, eran hombres jóvenes que habían logrado llegar a los EE.UU. con el fin de salvar sus vidas. Nosotros colaborábamos con ellos como abogados, pero necesitaban apoyo médico. Necesitaban una atención para su salud física y mental. El derecho a una atención médica adecuada es también un derecho humano. Es ahí cuando Priscilla Wheeler apareció con su oferta que respaldamos al 100%.

Un hecho poco conocido es que La Clínica originalmente abrió sus puertas a finales de 1982, en la Clínica Gratuita de Washington (Washington Free Clinic en inglés), una de las primeras clínicas gratuitas que se establecieron en los Estados Unidos. La Clínica Gratuita de Washington, ubicada en la Calle 16, estaba bien situada pues muchos de los latinos refugiados vivían cerca¹⁰. Otra de las ventajas de utilizar la Clínica Gratuita de Washington fue que tenía las instalaciones médicas y el equipo. La Clínica posteriormente se trasladó al Wilson Center en el cruce de las Calles 15 e Irving, donde estuvo durante 20 años antes de trasladarse a su actual ubicación en el número 2831 de la Calle 15, a tres cuadras del Wilson Center.

Wheeler recuerda las dos noches “inaugurales” de La Clínica.

A uno de nosotros se le ocurrió la brillante idea de poner un anuncio en la estación de radio que transmitía en español, indicando que se estaba abriendo una clínica gratuita. Esa primera noche se

⁹ CARECEN, el Centro para Refugiados de Centroamérica, fue creado por activistas salvadoreños y de otras nacionalidades en el barrio de Columbia Heights de Washington, a principios de los años 1980, con el fin de apoyar a los refugiados en la atención de sus demandas de inmigración y otros servicios sociales. La oficina de CARECEN no quedaba muy lejos del hogar de Plenty International.

¹⁰ Recientemente, la Clínica Gratuita de Washington ha cerrado como entidad independiente y se ha unido con el Centro Whitman Walker, el cual ha recibido hace poco tiempo el estatus de FQHC.

presentaron 600 personas, muchísimas más de lo que podíamos manejar. La gente a cargo de la Clínica Gratuita de Washington estaba horrorizada y nos pidió que no regresáramos.

De manera que nos reagrupamos. Unos buenos tres meses más tarde, en marzo de 1983, nos pusimos en marcha en el Wilson Center. En la Clínica Gratuita de Washington teníamos todos los materiales e instalaciones. El Spanish Catholic Center nos facilitó las mesas y otros equipos médicos para nuestras instalaciones en el Wilson Center. La Oficina de Asuntos Latinos del Municipio nos dio una pequeña subvención para pagar el alquiler. Compramos tensiómetros y otros suministros con una subvención de \$10,000 que recibimos de los Cuáqueros

Jorge Granados, un refugiado salvadoreño que llegó a Washington, D.C. en 1982 y que rápidamente se integró a CARECEN como voluntario, fue uno de los muchos refugiados latinos (principalmente salvadoreños) que acudieron en masa a La Clínica a prestar asistencia. En los primeros días la mayoría también eran voluntarios de CARECEN. Jorge recuerda los comienzos de La Clínica y su papel como voluntario de las clínicas las noches de los martes, cosa que continuó durante tres años:

Una tarde estábamos reunidos en CARECEN. Joaquín Domínguez Parada nos dijo que había una señora que quería trabajar con nosotros. Hicimos una cita en la Iglesia Metodista de Calgary. Llegaron dos personas de Plenty International —Priscilla Wheeler, que era enfermera, y Peter Schweizer—. En esa época, en CARECEN dábamos asistencia legal a la gente. Pero veíamos que mucha gente de El Salvador venía con enfermedades.

Así fue como empezamos a hacer las reuniones para planificar La Clínica. Alquilamos el espacio en el Wilson Center. Yo fui el primero que firmé el contrato de alquiler. Alquilamos dos cuartitos en el tercer piso. Íbamos a La Clínica todos los martes en la noche. Entrábamos en las consultas con los doctores. Como yo hablaba un poco más de inglés, a mí me buscaban para traducir. Nos quedábamos hasta las 1 o 2 de la mañana.

Granados reflexiona sobre la relación que existía entre los voluntarios de La Clínica y CARECEN que, como él, eran refugiados centroamericanos, y los voluntarios activistas norteamericanos que trabajaban con ellos:

Antes de venir de El Salvador se decían tantas cosas malas de los EE.UU. Uno traía un concepto sobre que este no es un lugar donde uno es bienvenido. Fue importante ver a esta gente norteamericana que también ofrecían sus servicios como voluntarios en La Clínica y en CARECEN. Era gente educada, con deseos de ayudar a nuestra gente, que tenía conciencia y respeto por los que somos inmigrantes. Fue una etapa muy linda. Había un encuentro entre dos países, un deseo de hacer algo diferente a lo que hacían los gobiernos.

Gretta Siebentritt, era una de esas activistas norteamericanas. Trabajó junto a Granados y a otros en CARECEN y en La Clínica, inicialmente como voluntaria en La Clínica y, posteriormente, como personal remunerado. Siebentritt reflexiona sobre la naturaleza de la colaboración que tenía lugar entre salvadoreños y norteamericanos a nivel de La Clínica y CARECEN, desde la perspectiva de una ciudadana activista de los EE.UU.:

Se trataba de una colaboración muy eficaz entre EE.UU. y El Salvador. Dos sociedades y culturas diferentes dando lo mejor de sí, mientras nuestros gobiernos daban lo peor. Se trataba de una lucha salvadoreña y también era nuestra responsabilidad como ciudadanos de EE.UU. Nuestro gobierno estaba apoyando una guerra que estaba generando refugiados. A diario había violaciones a los derechos humanos en El Salvador, y nuestro gobierno también estaba abusando de los derechos al deportar a los refugiados indocumentados que tenían miedo de regresar.

El enfoque de derechos humanos de CARECEN y de La Clínica era fundamental. Estábamos resolviendo el tema de las necesidades inmediatas, pero las cuestiones más amplias se mantenían.

¿Por qué era que estas personas no tenían una condición legal? ¿Por qué no tenían seguro de salud? ¿Cómo podíamos educar y movilizar a la gente para que se traten los problemas con los que se enfrentan en los EE.UU.? ¿Cómo nos aseguramos de que lo que estamos haciendo no era solo una “bandita autoadhesiva”?

Sonia Umanzor, una enfermera salvadoreña que, al igual que Jorge, era una refugiada y una activista que trabajaba con CARECEN, reflexiona acerca de los inicios de La Clínica y sobre la necesidad de abordar las múltiples necesidades de los pacientes que llegaron a recibir sus servicios:

Vine del cerro de Guazapa en El Salvador, una zona de conflicto. Allí formamos a combatientes como promotores de salud. Les enseñamos cómo parar los sangramientos, cómo curar heridas, cómo hacer suturas, cómo sacar una bala en medio de la guerra.

Empezamos en un cuarto pequeño en el Centro Wilson, con una doctora alemana y una médica asistente de Plenty International. Empezamos pasando la voz a la gente. Les decíamos que no tenían que pagar, que se hablaba español, que no era del gobierno, que no era necesario presentar ningún documento de identidad.

Veíamos a la gente con muchas dolencias, por ejemplo, dolor de cabeza. Pero no era solamente dolor físico sino de corazón, de huir de su país. Esta gente no tenía dónde buscar ayuda. Algo fuerte que enfatizamos era entender el trauma de la guerra, que no era una clínica solamente para dar medicamentos, sino un lugar que se iba a involucrar con estas personas en todos sus aspectos: social, económico, físico y emocional. Sabíamos que la tarea no era fácil; que íbamos a encontrarnos con mucha gente muy traumatizada.

Mientras que Wheeler y Ulrika Korte —una médica alemana que Wheeler conoció mientras hacía su internado en el Hospital de Washington— se ocupaban del aspecto clínico, Sonia —con su experiencia previa como promotora de salud en El Salvador— prestaba atención al diseño y a la aplicación de lo que serían los primeros de muchos programas auspiciados por La Clínica para capacitar a promotores de salud. Jorge Granados, Joaquín Domínguez Parada y Gretta Siebintritt estuvieron entre sus primeros alumnos:

Una vez en marcha, empezamos a idear nuevas cosas. ¿Por qué no montar un curso de promotores de salud? La idea era ir a la comunidad y traer a la misma gente que venía a las consultas y que se interesaban en el tema de prevención y curación.

Yo diseñé el primer cursito con énfasis en primeros auxilios. Para mi era una cosa muy importante tanto para aplicar lo aprendido como ayudantes de los médicos que venían los martes a La Clínica, como en el hogar, en la comunidad, y para los que tenían planes de regresar a El Salvador. Para los que regresaban a El Salvador, la idea era darles algunos conocimientos que les ayudaran a salvar vidas. Para los que estaban aquí y pensaban quedarse, la idea era tratar de que la gente supiera qué hacer cuando tenían una emergencia en la casa, para que no tuvieran que ir a la sala de emergencia cada vez que alguien en la familia tenía fiebre o gripe.

Hacíamos capacitaciones semanales, los miércoles en las noches. Empezamos por enseñarles cómo tomar la presión arterial, el pulso, la temperatura. En el primer curso participaron una mezcla de salvadoreños y activistas norteamericanas que estaban apoyando a La Clínica los martes.

A principios de 1984, La Clínica había comenzado a atraer a los médicos residentes de los hospitales de Washington que estaban buscando una oportunidad para aplicar sus conocimientos con las poblaciones subatendidas. Los primeros en apoyar a La Clínica fueron residentes de pediatría del Children's Hospital.

Mary Lou Shefky había oído hablar de La Clínica a Ozzie Taube, una asociada del área de adolescentes y pediatría del Children's Hospital National Medical Center, donde su marido Stephen Pearson, era un

residente de pediatría. Mary Lou estaba deseosa de apoyar de alguna manera en La Clínica. Su marido, Stephen, también comenzó el voluntariado cuando su horario se lo permitía.

Ingresé. ¡Oh, Dios mío! Había tres salas privadas para exámenes, pero los exámenes de admisión se estaban haciendo en forma pública. Sugerí, “Tenemos que reorganizarnos para dar una apariencia de privacidad”. Peter Schweitzer hizo marcos portátiles de madera y yo hice las cortinas para separar las áreas de admisión. Después comencé a identificar sistemas, viendo la forma en que un equipo de voluntarios podía ser entrenado un poco mejor para lograr una atención médica de mejor calidad.

Una de las claves para tener éxito en la prestación de servicios médicos apropiados para una población necesitada, es tener un núcleo de trabajadores que realmente entienda. Uno necesita trabajadores de primera línea que le hablen a la gente de la comunidad sobre los servicios disponibles, que sirvan como intérpretes, que interactúen con los médicos, y que les expliquen a los médicos las realidades que enfrenta la población. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden desempeñar el papel clave de defensores del paciente, así como hacer la traducción entre los pacientes y los médicos.

Con la salida de Sonia Umanzor a mediados de 1984, Shefky asumió la tarea de capacitar a promotores de salud. Ella puso en práctica lo que había aprendido mientras trabajó como voluntaria del Cuerpo de Paz en Paraguay y mientras estudió para obtener su Maestría en Salud Pública (MPH) en la Universidad de Yale. Jorge Granados, un estudiante del primer curso de capacitación de promotores de la salud que hizo Sonia Umanzor, continuó su formación como promotor de salud con Shefky. Granados reflexiona sobre esta experiencia y sobre lo que el voluntariado en La Clínica significó personalmente para él.

En 1984, después de que Sonia se fue a Nueva York, Mary Lou Shefky, una persona muy linda que hablaba bien el español, desarrolló otro curso de capacitación de promotores de salud. Identificamos los temas. De repente, Mary Lou decía: “Tu vas a hablar en la próxima clase, sobre X tema”. Teníamos como referencia el libro ‘Donde no hay doctor’. El encargado del tema hacía la presentación y los compañeros del curso le hacíamos preguntas. Si no teníamos la información, había alguien para dar la información precisa. Aprendimos mucho.

Había mucho calor humano y deseo de ayudar a la gente que recién llegaba y que tenía bastantes necesidades, incluyéndome a mí mismo. Esto me motivó a participar en La Clínica y en CARECEN y sentir que estaba haciendo algo. No era solamente una cuestión de sentirme útil, sino que me ayudó a sanar muchas cosas que tenía en mí. Me ayudó a superarme con el ejemplo del personal de estas dos entidades. Es como que hay valores que uno desarrolla que te ayudan con tu familia, con tu comunidad.

Carlos Montalbán¹¹, un médico salvadoreño que vino a los EE.UU. en 1982 como refugiado después de haber sido tomado prisionero y torturado por el ejército salvadoreño, comenzó el voluntariado en 1984, en las clínicas de los martes por las noches. Además de hacer el voluntariado los martes en La Clínica, ayudó a Mary Lou Shefky en el diseño y difusión de la capacitación de los promotores de salud que tuvo lugar en 1984 y 1985. Montalbán recuerda:

Llegaba una gran cantidad de gente. No tenían seguro, no tenían dinero para pagar, no tenían para comprar medicamentos. Organizábamos el lugar en el que cada médico iba a estar. Trabajaba como médico solo en casos especiales por lo que había hecho y oído en El Salvador. Me dieron algunos

¹¹ Durante estos primeros años, hubo un número de centroamericanos, formados como médicos y enfermeras en sus países de origen, que llegaron a los EE.UU. como refugiados. Junto a Carlos Montalbán, ofrecieron sus servicios voluntarios a la Clínica los martes por las noches, mientras trabajaban de día y de noche como conserjes, trabajadores de la construcción y mozos en restaurantes de comida rápida, a fin de poder subsistir. No se los cita en este estudio de caso porque no fue posible localizarlos.

casos para diagnosticar. Mi trabajo era principalmente ayudando, tomando la presión, haciendo historias.

Ed Horowitz, un activista estadounidense, que estuvo en Nicaragua en los años 1982 y 1983 trabajando en alfabetización y en campañas de vacunación, se vinculó a CARECEN y a La Clínica cuando regresó a Washington a fines de 1983. Horowitz recuerda:

Estuve ahí todos los martes por la noche durante varios años. Teníamos grupos inmensos. En la parte de adelante había una mesa donde la gente llenaba su formulario. Había gente que ayudaba a llenar los formularios, pues muchos pacientes no estaban familiarizados con el llenado de formularios. Servíamos como traductores a los médicos, aunque mi español era rudimentario.

Conocí a Peter Shields poco después de que empecé el voluntariado en La Clínica en 1984. Era un residente de segundo año de Medicina Interna del Hospital de la George Washington University. Se fue involucrando cada vez más en las actividades del día a día de La Clínica. Empezamos a tener un verdadero núcleo. Ampliamos un poco y se añadieron más habitaciones en el tercer piso del Wilson Center.

A través de Peter establecimos vínculos. Conseguimos un dermatólogo y un obstetra ginecólogo, que venían una vez al mes. Rotábamos a los especialistas. Siempre quisimos tener un neumólogo pero nunca tuvimos uno. Teníamos muchos problemas respiratorios, asma y otros. Muchas de las personas que venían a La Clínica trabajaban en construcción y no tenían máscaras.

Poco a poco comencé a llegar más temprano. Era el responsable de juntar las fichas. Nos sentíamos abrumados. Los martes llegábamos a tener 75 personas. Nos quedábamos allí hasta la medianoche, hasta la 1 de la mañana. Comenzamos a tratar personas con problemas graves de salud. Los poníamos en contacto con los especialistas adecuados.

El doctor Peter Shields, quien llegó en 1984 como residente de segundo año de medicina interna y se quedó en La Clínica más de 20 años, desarrolló múltiples roles para facilitar el crecimiento de La Clínica. Shields recuerda los primeros días en La Clínica y su papel en la facilitación de la prestación de servicios médicos:

Había unos cuantos compañeros de CARECEN y de Plenty International tratando de llevar adelante La Clínica. Algunos martes por la noche se quedaban cortos de médicos, otros martes había bastantes. Llevaban trabajando alrededor de un año o menos.

En algún momento decidimos que necesitábamos un director médico. Yo era el único que iba una vez por semana, así que asumí ese papel. Asumí la responsabilidad de reclutar residentes del George Washington. En ese momento era fácil obtener estudios diagnósticos y hospitalización gratuitos para los pacientes ya que los hospitales estaban obligados a proporcionarlos en virtud de la legislación Hill-Burton. Enviábamos a muchas personas al Hospital de la George Washington University. También asumí la responsabilidad de buscar dinero para medicamentos. A través de contactos en el Hospital de la George Washington University, logré un acuerdo por el cual la GW cubriría hasta \$30,000 en exámenes de laboratorio por año. Construimos mesas para hacer los exámenes. Trabajé con Ed Horowitz preparando pequeñas propuestas de financiación.

A principios de 1985, Margarita Sol, de 15 años de edad, estudiante de secundaria e hija de padres salvadoreños y alemanes que había llegado a Washington un año antes desde Nicaragua, comenzó a trabajar como voluntaria en la clínica. Ella tiene vívidos recuerdos de la Clínica en 1985, incluida su formación como promotora de salud, junto con Jorge, Gretta y Ed:

Era un ambiente cálido, había mucha camaradería. Yo estaba en el tercer curso de formación de promotores de la salud. Era genial. Tuvimos la oportunidad de conocernos unos a otros. Aprendimos

acerca de las admisiones, cómo atender partos; a hacer la prueba de Papanicolau; primeros auxilios. No era muy pertinente para lo que estábamos haciendo como voluntarios en La Clínica, pero en ese momento muchos de los participantes tenían previsto regresar a El Salvador y estas habilidades servirían bien allí. La gente estaba involucrada políticamente. Sentí que el trabajo que estaba haciendo era pertinente.

Una vez que La Clínica desarrolló un núcleo de promotores de salud, ellos (bajo la supervisión de médicos voluntarios) comenzaron a hacer extensión de la salud entre la comunidad latina. Inicialmente, los voluntarios de La Clínica participaban en ferias de la salud que realizaban otras organizaciones. Con el tiempo, La Clínica comenzó a organizar sus propias ferias de la salud, las que se realizaban normalmente los fines de semana en las escuelas locales. En estas ferias de la salud, a las que asistían entre 100 y 300 personas, se le brindaba información a la gente sobre los servicios de La Clínica. A los que querían se les examinaban sus signos vitales. Con subvenciones del Departamento de Salud de Washington, D.C., se vacunó a las personas. Los promotores de salud también comenzaron a salir a los barrios donde había grandes concentraciones de latinos, donde iban de puerta en puerta dando información sobre las campañas de vacunación.

Horowitz reflexiona sobre la evolución de la estructura de administración y recaudación de fondos de La Clínica durante los primeros años:

A fines de 1984 o principios de 1985, nos reunimos en mi sala para discutir sobre la dirección que debía tomar La Clínica. Nos dimos cuenta de que necesitábamos tener una ruta para seguir consiguiendo financiación. Empezamos a escribir pequeñas propuestas. Obtuvimos un par de financiamientos por \$10,000 y \$20,000. Esto fue enorme.

Tuvimos acaloradas discusiones acerca de si debíamos cobrar a los pacientes. La respuesta fue siempre no; se trataba de una clínica gratuita. Hubo personas que sentían que pedir una donación implicaba participación. Otros estuvieron en desacuerdo. Por eso decidimos no hacerlo.

Nos dimos cuenta de que necesitábamos una estructura más formal. Me pidieron ayuda. Les dije: "No puedo hacerlo, no sé lo que estoy haciendo". Ellos no aceptaban un no como respuesta. Dijeron, "No, debes hacerlo". De manera que me convertí en el director de La Clínica, pero sin sueldo.

Empecé enseñando los cursos de promotores de salud. Continuamos utilizando el libro "Donde no hay doctor". Peter enseñaba el tema de inmunología. Reina, nuestra técnica de laboratorio voluntaria, daba los cursos sobre laboratorio. Los promotores de salud trabajaban todos en diferentes aspectos en La Clínica.

En esta época, la ciudad, que había estado pagando por un seguro de malas prácticas profesionales, estaba tratando de poner fin a esto, cosa que hubiera acabado con las clínicas gratuitas. Nos juntamos con la Washington Free Clinic y la Clínica Whitman Walker para cabildear ante el Consejo de la ciudad para que mantuviera esta protección. Nuestros esfuerzos dieron sus frutos lográndose que se aprobara en el año 1986 la Ley del Programa de Asistencia Clínica Gratuita la que, hasta el día de hoy, sigue proporcionando el seguro de mala praxis a médicos voluntarios que trabajan en clínicas gratuitas .

Lo que me impulsaba era que La Clínica necesitaba ser administrada de manera comunitaria por los centroamericanos. La cosa más maravillosa es que es así, se trata de una clínica administrada por centroamericanos. Estamos convencidos de esto.

B. 1988-1995: el Doctor Juan Romagoza asume el liderazgo de La Clínica del Pueblo

Contexto

Los últimos años de la década de 1980 y hasta mediados de los años 1990, se caracterizaron por cambios internacionales dramáticos. Durante 1989 y 1990, cayó el muro de Berlín, las fronteras se abrieron y las elecciones libres derrocaron a los regímenes comunistas en toda Europa Oriental. A fines de 1991, la Unión Soviética se disolvió en sus distintas repúblicas componentes. Con una velocidad impresionante, la Cortina de Hierro se levantó, y lo que durante muchos años fue conocido como la "Guerra Fría", llegó a su fin. La Guerra Fría fue una de las motivaciones de los actos de violencia que tuvieron lugar durante este período en El Salvador y Guatemala.

En Centroamérica el conflicto armado continuó en El Salvador hasta principios de la década de 1990 y en Guatemala hasta 1995. El resultado fueron continuas desapariciones, la pérdida de vidas y la huida de las poblaciones afectadas. Los refugiados siguieron llegando a los países vecinos y a los EE.UU., la mayoría de ellos pasando como indocumentados por la frontera mexicana. En febrero de 1990, el líder sandinista Daniel Ortega fue derrotado en la elección presidencial nicaragüense por Violeta Chamorro, señalando el final de once años de la revolución sandinista. El 16 de enero de 1992, el gobierno de El Salvador y el FMLN firmaron un acuerdo de paz que puso fin a 12 años de conflicto armado que dejó 75,000 víctimas. El 29 de diciembre de 1995, se firmaron los Acuerdos de Paz en Guatemala, con los que se ponía fin a 35 años de guerra a lo largo de los cuales entre 150,000 y 200,000 civiles fueron asesinados o "desaparecidos".

A nivel nacional, en 1990, el Congreso de los EE.UU. aprobó la Ley de Inmigración de 1990 (Ley Pública 101-649). En virtud de esta ley, el Congreso estableció un procedimiento mediante el cual el Fiscal General podría ofrecer un Estatus de Protección Temporal (TPS, por sus siglas en inglés) a los extranjeros que llegaron a los Estados Unidos antes del 19 de septiembre de 1990 y que se encontraban temporalmente impedidos de regresar con seguridad a su país de origen a causa de los conflictos armados en curso, un desastre ambiental, u otras condiciones de carácter temporal y extraordinario. Gracias a los incesantes esfuerzos de CARECEN y de otras organizaciones, los refugiados de El Salvador fueron considerados para el TPS en virtud de la Sección 303 de la Ley de Inmigración. Cuando esta designación expiró en 1992, con la firma del tratado de paz en El Salvador, a los salvadoreños beneficiarios del TPS se les ofreció un aplazamiento de la salida forzada (DED, por sus siglas en inglés), una forma de alivio temporal de la deportación a El Salvador.

Además, en 1990, el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés) llegó a un arreglo tras cinco años de juicio contra el gobierno —la Iglesia Bautista Americana (ABC, por sus siglas en inglés) contra Thornborough— que estipulaba que a cualquier salvadoreño o guatemalteco, cuyo asilo político hubiera sido denegado, se le debía dar una segunda oportunidad. En los dos años que siguieron a este acuerdo, las tasas de aprobación de los asilos se dispararon al 25% desde menos del 3% durante la década de 1980.

También en el plano nacional, en 1990 el gobierno de Estados Unidos emitió la Ley de Recursos Integrales de Emergencia para el SIDA —Ley Ryan White— para *"prestar asistencia de emergencia a las localidades que se ven desproporcionadamente afectadas por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana y para poner a disposición la asistencia financiera a los Estados y a otros organismos públicos o privados sin fines de lucro, que facilite el desarrollo, la organización, la coordinación y el funcionamiento de sistemas más efectivos y costo-eficientes para la prestación de servicios esenciales a las personas y las familias afectadas con la enfermedad del VIH"*¹². Los fondos

¹² <ftp://ftp.hrsa.gov/hab/careact.pdf>

Ryan White Care fueron canalizados a los gobiernos estatales que, a su vez, transfirieron fondos a través de los gobiernos locales. La Ley Ryan White fue nuevamente autorizada en 1996, el 2000 y el 2004.

En Washington D.C., los disturbios que tuvieron lugar en mayo de 1991 en Mt. Pleasant, hicieron tomar conciencia a la población de Washington, D.C., en general, y al gobierno de Washington, D.C., en particular, sobre la existencia de una creciente población latina en Washington, la misma que era pobre, marginada, estaba enojada por la manera en que eran tratados, y tenían poco acceso a los servicios.

Un resultado inmediato de los disturbios fue un aumento de la financiación para la comunidad latina en la zona de Mt. Pleasant / Columbia Heights, tanto del gobierno de Washington, D.C. como de fundaciones privadas. Otro resultado fue la formación de un Grupo de Trabajo sobre Derechos Civiles de los Latinos, formado por representantes de organizaciones que prestaban apoyo a la población latina. El Grupo de Trabajo elaboró una serie de recomendaciones que presentó al gobierno de Washington, D.C. para mejorar la equidad de los servicios para los latinos que viven en Washington, D.C. Algunas se cumplieron, otras no.

Con el aumento de la financiación como resultado de los disturbios, las agencias latinas de las comunidades de Mt. Pleasant / Columbia Heights, que se habían establecido a principios de la década de 1980 para hacer frente a la afluencia masiva de refugiados procedentes de Centroamérica, comenzaron a crecer en tamaño. También empezaron a profesionalizarse.

Con el fin de la guerra en El Salvador en 1992, vino la expectativa de que los miles de salvadoreños que habían ingresado a la zona durante la década de 1980 empezarían a regresar a su país. Si bien algunos regresaron, esta migración inversa no ocurrió. Para ese entonces, muchas familias salvadoreñas se habían establecido en sus barrios, habían encontrado trabajo, sus hijos estaban en la escuela, y las familias habían crecido a medida que los niños fueron concebidos y nacidos en los EE.UU. con plena ciudadanía estadounidense. Confiados con las comunidades que había formado, temerosos de regresar a un país cuya economía había sido devastada y que sigue viéndose como peligroso, y alentados por los miembros de la familia a permanecer en los EE.UU. a fin de poder seguir enviando remesas, muchos —cuya intención original era la de regresar a El Salvador después de que el conflicto terminara— decidieron quedarse.

El doctor Juan Romagoza asume el liderazgo de La Clínica del Pueblo

A medida que Ed Horowitz y otros voluntarios que apoyaban a La Clínica comenzaron a realizar nuevas tareas, La Clínica entró en un período de "baja". Los servicios médicos continuaron bajo la dirección de Peter Shields, pero los otros servicios de apoyo proporcionados por los voluntarios comenzaron a tener dificultades. Se trajo a una persona para que ayudara con la administración de La Clínica, pero esta persona no funcionó. Preocupada, la entonces Directora de CARECEN, Silvia Rosales Fike, decidió tomar medidas:

Cuando estuve en San Francisco, conocí al doctor Juan Romagoza, un médico y activista salvadoreño que había sido apresado y torturado por los militares salvadoreños y que posteriormente emigró a los EE.UU. Juan fundó CRECEN en el Área de la Bahía para coordinar la asistencia para los refugiados salvadoreños. Juan trabajaba duro, gozaba del respeto y credibilidad entre la población salvadoreña y entre los que participan en el Movimiento Santuario en la costa oeste. Lo convencí para que viniera a Washington a asumir la gestión de La Clínica. Fue la mejor decisión que he tomado.

Cuando Sylvia llamó a Juan, en 1987, para ofrecerle el trabajo, él estaba viviendo en el Área de la Bahía. Desde que migró a los EE.UU. a través de México en 1983, Juan había vivido en Los Ángeles y, luego, en el Área de la Bahía.

Juan describe lo que él estaba haciendo cuando lo llamó Silvia y lo que lo motivó a aceptar la oferta que le hizo :

Yo vivía en San Francisco, donde estaba a cargo del funcionamiento de CARECEN y trabajaba en la Clínica de Salud Celina Ramos. Estaba muy involucrado en el movimiento de protesta por la política de EE.UU. en Centroamérica. Las cosas estaban bien organizadas. La población salvadoreña de la costa oeste colaboraba con los estadounidenses que participan en el Movimiento Santuario para protestar contra la guerra en El Salvador. Yo coordinaba la participación de los refugiados salvadoreños en las protestas. También ayudaba a preparar los testimonios.

En mi trabajo en la Clínica de Salud Celina Ramos, establecida por CARECEN en San Francisco en 1985, los refugiados llegaban buscando todo tipo de asistencia. Había tanta necesidad. Había tantas heridas, tanto físicas como mentales. Conformé un lugar de apoyo, una red que conectaba a los refugiados con los hospitales que decidían atenderlos .

Lo más urgente era la parte emocional. También estaba buscando una manera de aliviar mis heridas de la tortura que había recibido. El trabajo que estaba haciendo también me estaba ayudando a mí. Me dio una oportunidad de ver la necesidad desde otro ángulo, de entender mis propios desafíos. Hubo ese maravilloso sentimiento de ayudar a los necesitados.

Mis torturadores querían destruir algo de mí. Pero con mi trabajo en el Área de la Bahía yo estaba haciendo lo que querían destruir en mí. Yo estaba en condiciones de confirmar que lo que yo estaba haciendo era justo y noble. No podía negar lo que había conseguido. Vi lo mucho que ayudaba hablar de ello y compartir nuestro dolor. Esta fue mi terapia. Mientras realizaba mis estudios de medicina en El Salvador, había estudiado acerca de los traumas desde una perspectiva psiquiátrica. Este fue uno de los temas que más me interesó.

De manera que cuando Silvia Rosales Fike llamó y me dijo que La Clínica estaba teniendo problemas y que tenía que ir, me dije, 'Esta clínica no puede cerrar, tengo que ayudar a mantenerla en marcha ". Yo había estado en Washington durante varios meses en 1986 como parte del Movimiento Santuario y mientras estuve allí fui como voluntario todos los martes a La Clínica.

También me dije a mí mismo, aunque me gusta vivir en San Francisco, había otra razón que hacía que fuera importante vivir en Washington. Washington ofrece un espacio donde las actividades políticas de las bases pueden tener un eco. Mi voz puede ser más fuerte. Además, la comunidad salvadoreña está mucho menos organizada para protestar contra la política de EE.UU. en Washington que en San Francisco. Así que decidí venir.

El doctor Juan Romagoza llega a Washington para asumir el liderazgo de La Clínica

Cuando Juan llegó en marzo de 1988 encontró a Peter Shields a quien había conocido ligeramente mientras que trabajó como voluntario en La Clínica en 1986. También encontró a Margarita Sol que, por ese entonces, ya se había graduado en la escuela secundaria y había regresado para ayudar en la coordinación de los voluntarios cuando venían los martes por las noches. También se reunió con Elsa Mantilla, una ecuatoriana que había llegado a los EE.UU. en la década de 1970, que había estudiado y se había graduado en consejería, y que comenzó a trabajar en La Clínica como voluntaria. Elsa acababa de empezar a ofrecer sus servicios como terapeuta de salud mental en La Clínica.

Romagoza recuerda sus primeros días como director de La Clínica. En el proceso, fue compartiendo su filosofía la cual —como veremos más adelante— se convirtió en la base de la “esencia” de La Clínica, la cual constituye uno de los principales objetivos de este estudio de caso:

Cuando empecé como director de la Clínica estaba trabajando como voluntario, de manera que regresé al trabajo que había venido haciendo como portero cuando estaba en Washington el año

anterior con el fin de salir a flote. Empecé a buscar voluntarios para que colaboraran en La Clínica. Reclutamos a pacientes para que ayudaran. En los primeros años un gran número de pacientes se convirtieron en promotores de salud. Comenzamos la capacitación de los promotores de salud. Para mí la parte educativa siempre ha sido muy importante. Es importante curar, pero también es importante defender el derecho a la curación.

Trabajé con Peter Shields para dar forma a la estructura de La Clínica. Peter, en el ínterin, pasó a ser miembro del directorio de CARECEN de manera que pudiera representar nuestros intereses, ya que en ese momento todavía formábamos parte de CARECEN.

El espíritu que motivó la creación de La Clínica no fue solo para responder a las necesidades de salud física, sino también para crear nuestro propio modelo original sobre la base de nuestra cultura y sobre la realidad de los países de los que habíamos venido. Fuimos los artesanos de nuestro propio proyecto, con su propia salsa y sabor. Nuestro programa no solo era culturalmente sensible puesto que utilizábamos nuestro propio idioma, nuestras propias condiciones, nuestro propio calendario, nuestro propio modelo. También se basaba en el concepto de que la salud no es solo para curar sino para prevenir, orientar, promover y, lo que es más importante, para defender. Motivábamos a los pacientes a tomar posesión de La Clínica, a hacerles ver que este era su proyecto, y que necesitaban hacerse cargo de él.

Un concepto que está relacionado es la participación de todos en La Clínica. Es un desafío inmenso. Llegamos sedientos de democracia, con la urgencia y la necesidad de disponer de todos nuestros derechos. Entre ellos estaba nuestro derecho a tomar nuestras propias decisiones. Es difícil, pero todos tenemos que decidir conjuntamente lo que queremos hacer, cómo, qué tipos de líderes necesitamos. Esto no ha cambiado con el tiempo.

También es fundamental desmitificar el concepto vertical de un sistema de salud tradicional en el que el médico tiene la última palabra y controla la salud del paciente. No es el médico el que debería tener el poder sobre la salud del paciente, sino que es el paciente el que debe tener ese poder. La responsabilidad del paciente no es solo para con el paciente, la salud de la comunidad es su responsabilidad, la forma de defenderla y garantizar el acceso a la salud.

En Washington había muchas personas de mi ciudad natal de Usulután, en El Salvador, que colaboraron en los primeros años como voluntarios. Dimos cursos para promotores de salud cada tres meses. Si uno era un promotor de salud, colaboraba con el mantenimiento, era un educador, era un intérprete. También participaban en las campañas de apoyo para poner fin a la guerra en Centroamérica.

En ese momento, había poca diferencia entre nuestro trabajo en materia de salud y nuestro trabajo de solidaridad con lo que estaba sucediendo en El Salvador. Cuando nos enteramos de que la ciudad de Berlín (en El Salvador) había sido bombardeada, fuimos como grupo —pacientes, médicos y voluntarios— a protestar frente a la embajada salvadoreña en Washington. Hemos participado en huelgas de hambre para protestar por la continuación de la deportación de salvadoreños refugiados de regreso a El Salvador. Hicimos protestas en las gradas del Congreso de los EE.UU. y por las noches en las iglesias. Durante el día visitábamos a los congresistas para hablar con ellos acerca de nuestras preocupaciones por la política de EE.UU. en El Salvador.

También brindamos apoyo a las delegaciones que iban a El Salvador para observar lo que estaba sucediendo. Además, hemos enviado ayuda médica a El Salvador. Llevamos a cabo campañas para recoger material médico. La clínica dental de la Universidad de Georgetown cerró. Nos llamaron para decirnos que tenían equipo dental disponible. Enviamos un camión con equipo dental a El Salvador.

Poco a poco La Clínica comenzó a crecer. En 1990, La Clínica aceptó un contrato para hacer reconocimientos médicos a los refugiados vietnamitas que estaban llegando a Washington. Con la financiación que obtuvieron de este programa, La Clínica estuvo en condiciones de contratar a una enfermera a tiempo parcial que también colaboró con los pacientes latinos de La Clínica.

Romagoza recuerda:

Una noche vino una chinita bien vestida, Tran Vu. Ella coordinaba la oficina de refugiados de la Arquidiócesis Católica. Habían recibido fondos del gobierno federal para dar servicios rutinarios a refugiados legales de Vietnam y Camboya. Nos preguntó si nosotros ofrecíamos esos servicios. Le dije que sí. A los refugiados les hacíamos exámenes médicos, de sífilis, TBC, SIDA.

Con este dinero abríamos un día entero solo para estos refugiados. Era nuestro primer contrato. Sirvió para pagar la mitad del salario de una enfermera, un poquito de salario para mí, el costo de la luz y del laboratorio. Una cosa irónica de la vida fue que tuvimos que prestar servicios a refugiados legales para sobrevivir. Este contratito duró como 5 años. Nos dio la base para ampliar la atención a otros días, se podía crecer, íbamos agarrando reconocimiento.

Tran Vu venía a traducir, estaba muy interesada. Nos dijo: “Aquí siento que ustedes los reciben con corazón, aunque no hablan la lengua”.

Conforme La Clínica comenzó a crecer, se hizo cada vez más evidente que desempeñaba un papel importante, el cual iba más allá de la simple prestación de servicios de salud a través de personal médico. También era un refugio, un lugar donde la gente que estaba sola en los EE.UU. venía a socializar, a averiguar sobre el estado de sus seres queridos que habían dejado en El Salvador.

María Rodríguez, que fue contratada en 1989 como coordinadora de la atención a los pacientes, recuerda lo que significó La Clínica para muchas personas traumatizadas por la guerra que llegaron a recibir atención médica en esos primeros días:

La Clínica fue instrumental en el mantenimiento de la trama de relaciones. Escuchábamos las noticias de la guerra toda la semana. El contexto fue intenso —la brutalidad de la guerra, la represión, las desapariciones, los escuadrones de la muerte—. Hubo un fuerte movimiento de solidaridad; había la esperanza de un cambio y de cambiar los sistemas. Era un espacio donde la gente podía hablar sobre lo que realmente pasaba en Centroamérica y El Salvador. En gran parte fue un espacio comunitario, un espacio seguro.

Durante este período, La Clínica también proporcionó un lugar importante para los refugiados centroamericanos que eran profesionales de la salud, pero que no hablaban inglés. Estas personas no tenían licencia para ejercer su profesión en los EE.UU., pero en La Clínica podían aplicar sus conocimientos en funciones no-médicas para ayudar a otros refugiados.

Juan recuerda la importancia de brindarles a estas personas un lugar donde aplicar sus habilidades.

Como clínica, éramos un imán para gente con capacidad, profesionales de la salud, latinos que querían ayudar. Les faltaban documentos legales, licencia y lengua para practicar en los EEUU. Venían los martes, los sábados y domingos. Formamos la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud Latinoamericanos. El objetivo de la Asociación era compartir juntos, que no estábamos solos. Había mucho coraje, capacidades desperdiciados, personal de salud viendo que había necesidades y no podían hacer nada. Muchos empezaron a ayudar en las ferias de la salud, los incorporamos a la prevención, no tal vez directamente como doctores.

La Clínica añade la medicina alternativa a la lista de servicios disponibles para sus pacientes

No mucho tiempo después de que el doctor Romagoza asumiera la conducción de La Clínica, él tuvo la iniciativa de agregar la medicina alternativa a la lista de servicios disponibles para los pacientes de La Clínica. Criado en un pequeño pueblo de El Salvador, donde fue influenciado por su abuela que era una curandera en su comunidad, Romagoza posteriormente rechazó el papel del curandero tradicional cuando ingresó a la escuela de medicina. Sin embargo, una vez que salió a trabajar en comunidades pobres de la capital y sus alrededores, recuperó su aprecio por el poder curativo de los métodos alternativos de la medicina como un complemento a la medicina occidental.

Dados estos antecedentes, y dado el hecho de que un conjunto de pacientes de La Clínica llegó a los EE.UU. habiendo tenido la experiencia de ser tratados por un curandero, pero nunca por un médico, al asumir la dirección de La Clínica, Romagoza empezó a incorporar las técnicas de la medicina alternativa dentro del conjunto de los servicios prestados por la clínica médica. Romagoza reflexiona sobre esta experiencia a continuación:

Somos unos practicantes de medicina alternativa por cuestión cultural, histórica y por necesidad. Mi abuela practicó esto en mi comunidad. Me alejé un poco cuando empecé mis estudios formales. Cuestionaba a mi abuela. Mis profesores me metieron que lo que no es occidental, no funciona.

Pero cuando empecé a trabajar en comunidades en San Salvador y en los suburbios, miraba la gran práctica de terapias alternas, especialmente la medicina natural. Lo hacía por cultura y por necesidad; la medicina occidental no era accesible a ellos. Pude apreciar el respeto y el amor que daba la medicina natural a la naturaleza, el vernos como entidad no aislado del universo, que somos parte de ello. Una hoja que cae del árbol nos afecta, es parte del equilibrio, todo influye en todo.

Vine a Washington donde tenía la oportunidad de entrar a practicar la medicina formal. Pero conocía a la comunidad latina y las prácticas naturales que usaban en casa. Ellos tenían otro mundo. El personal médico no quería oír nada de esto, para ellos esto era ilegal. ¿Cómo combinar dos mundos? ¿Cómo lograr que el establishment acepte, respete e integre esta practica? Este era mi reto.

Conocí a Mark Bowman en una marcha. Era de una familia de tradición quiropráctica. Tenía una clínica de lujo. Dijo, “Soy quiropráctico, sé que hay muchos problemas, mándame pacientes”. Empecé a mandarlos a Bowman quien los veía gratis. Pero la demanda era muy grande. Entonces salió en el periódico que en el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas e inglés) se empezaban a investigar unas terapias famosas de China: quiropraxia, acupuntura. Le traje un artículo a Peter Shields. Le dije, “¿Por qué no invitamos a Bowman a practicar en La Clínica?”. Respondió que sí, pero siempre y cuando no viniera los martes por la noche. Así empezamos en 1989.

Bowman trajo a Phillip Shambaugh que tenía todas las técnicas de medicina alternativa: acupuntura, acupresión, Tai'Chi, masajes, medicina natural, y hasta yoga. Su esposa era investigadora en nutrición. Cuando los pacientes empezaron a hablar en sus citas con los médicos de lo que hacía Shambaugh, los médicos empezaron a investigar estas técnicas. Shambough se quedó con nosotros en calidad de voluntario hasta el 2007.

Shambaugh, a su vez, trajo a La Clínica a otros especialistas en medicina alternativa durante sus 18 años de trabajo. Como él, todos ofrecieron sus servicios voluntarios, dado que La Clínica nunca pudo obtener financiación para cubrir los servicios de medicina alternativa.

El papel de La Clínica en los disturbios de Mt. Pleasant en 1991 y después

El domingo 5 de mayo de 1991 fue un día importante en la historia de la población latina de Washington, D.C. y de La Clínica. La noche anterior, un policía le disparó a un salvadoreño ebrio en el parque de Mt. Pleasant. Enfurecida por este acto, la población latina que vivía en el barrio estalló en disturbios. La turbulencia de los días posteriores hizo que las autoridades de Washington, D.C. y la población de Washington, D.C. en general, se percataran de la difícil situación de los latinos que vivían en Washington.

Juan tiene vívidos recuerdos de los días de los disturbios y de la respuesta de La Clínica:

Los disturbios en Mt. Pleasant comenzaron el domingo 5 de mayo entre las 8 p.m. y las 12 de la noche. En la mañana del lunes 6 de mayo, cuando llegué a La Clínica, había personas con heridas, raspaduras, con quemaduras. Llamamos a los promotores de salud y les pedimos que vinieran a ayudarnos, a pesar de que no teníamos permiso para hacer esto.

Cuando estábamos participando en las marchas, la policía comenzó a atacar. Estuvimos entre los primeros en ser atacados. Yo estaba caminando con dos sacerdotes. Uno cayó al suelo debido al impacto de los gases lacrimógenos. No podía ver ni caminar.

El martes por la tarde, los médicos llegaron a La Clínica. Esa noche el gobierno de Washington, D.C. declaró el toque de queda. Salimos con nuestro personal de voluntarios de La Clínica y los llevamos a las calles. Era arriesgado, pero empezamos a recoger a las personas que resultaron heridos y las llevamos a La Clínica.

Estuvimos en estado de sitio durante una semana. Las personas que resultaron heridas no iban al hospital. En lugar de ello, todos los días venían a La Clínica. Había muchas personas con problemas emocionales, recordando las guerras de las que habían escapado en Centroamérica: los gases lacrimógenos, las ambulancias, los estados de sitio en sus países.

Los disturbios de 1991 en Mt. Pleasant sirvieron como una llamada de atención al gobierno de Washington, D.C. y a la población en general. Juan reflexiona:

Era como un terremoto. La gente se despertó y vio que éramos una fuerza significativa. Éramos 7% de la población y vivíamos como ciudadanos de tercera clase. Hubo graves problemas de comunicación, abusos de poder.

Después de los disturbios los medios de comunicación brindaron una mayor cobertura. Querían saber quiénes éramos, cuáles eran nuestros problemas, por qué no nos integrábamos a la sociedad mayor, las razones por las que no hablábamos inglés.

Surgió el Grupo de Trabajo de Derechos Civiles de los Latinos, se formó una coalición de organizaciones como resultado de los disturbios. El Grupo de Trabajo llamó la atención sobre un amplio número de problemas de salud entre la población latina que habían pasado desapercibidos para la población más amplia. La gente pensaba que el trauma de la guerra se aplicaba solo a los veteranos de Vietnam. Era difícil para nosotros explicar la razón por la que nosotros también estábamos traumatizados por la guerra, por qué no hablábamos inglés, por qué no teníamos nuestros documentos. La realidad de nuestra comunidad se hizo más visible.

También fue una ocasión para incrementar nuestra comunicación con el gobierno de Washington, D.C. Empezamos a participar en sus programas. Antes no conversábamos con ellos porque no podíamos hablar su idioma. Ya no teníamos miedo. Empezamos a participar en todos los niveles de gobierno de Washington, D.C.: en las reuniones hablando en español, con traductores que se sentaban a nuestro lado y que el gobierno de Washington, D.C. estaba obligado a darnos.

El ritmo de crecimiento de La Clínica se acelera

Durante los años que siguieron a los disturbios de 1991, La Clínica experimentó un crecimiento significativo. Empezó a llegar un flujo constante de pequeñas subvenciones (de entre \$10,000 y \$50,000 anuales) de las Fundaciones Eugene Meyer y Cafritz, con sede en Washington, de las Iglesias Unitarias de All Souls y River Road, y de las Fundaciones Freddie Mac y Van Amerigen. Varios continuaron proporcionando financiamientos a La Clínica. Además, un par de médicos locales comenzaron a ofrecer sus servicios como voluntarios.

Catalina Sol, la hermana de Margarita (en este momento Margarita ya había dejado La Clínica y estaba en la universidad a tiempo completo estudiando para ser enfermera), fue contratada en 1991 como Coordinadora de Atención al Paciente. Catalina Sol reflexiona sobre su papel en estos primeros días:

En 1991 teníamos una sola clínica los martes por la noche. Yo intentaba programar a los clientes en base al número de residentes que venían cada noche. Algunos martes teníamos 5 residentes y 20 clientes. Otros teníamos 35 clientes y solo un residente.

Juan estaba allí los martes por las noches. El papel de Juan los martes por las noches iba desde gestionar las crisis, hasta hacer que los pacientes se sintieran cómodos, y también hacía la limpieza. Él era el jefe definitivamente. Peter Shields, como director médico, garantizaba la continuidad de la atención. Peter era la persona a quien yo podía llamar si un cliente tenía un problema. Trataba de llamarlo una o dos veces al día.

El resto de la semana mi trabajo consistía en hacer el seguimiento, asegurando que se hicieran las transferencias a los especialistas. Acompañaba a las personas como intérprete. Aprovechamos la existencia de la Red de Referencia de Cuidado de la Salud de la Arquidiócesis Católica de Washington. La red funcionaba bien, pero dependía de los especialistas voluntarios disponibles. También hacía el seguimiento al trabajo de laboratorio, conseguía y entregaba los medicamentos.

Recuerdo aquellos días como muy creativos. No había muchas diferencias entre el personal y los voluntarios. Muchos de los pacientes eran voluntarios. Sentía como que trabajaba en un lugar donde estaba rodeada de amigos. Nos sentíamos comprometidos con la misma cosa.

Durante los primeros años, un papel importante de los promotores de salud era el trabajo de admisión de los pacientes. Las entrevistas de admisiones, la idea genial de Juan Romagoza, eran muy inusuales en el sentido de que facilitaban al médico una variedad de información que iba más allá de solo el historial médico de la persona.

Isabel van Isschot, quien se unió a La Clínica en 1992 como coordinadora de educación, responsable del programa de promotores de salud, reflexiona sobre aquello que hizo que la admisión fuera especial:

Los promotores de salud eran los defensores de los pacientes. Queríamos que los médicos conocieran lo que la persona estaba sufriendo a fin de colaborar con el médico a identificar cómo podía ayudar al paciente. Capacitamos a los promotores para que les hicieran a los pacientes una serie de preguntas que se incluían en sus fichas. La información recogida incluía: el tiempo de permanencia de la persona en los EE.UU., el medio a través del cual habían llegado, las personas que ayudaban al paciente aquí en los EE.UU., la ocupación de la persona, su ingreso, de que zona de El Salvador provenían, el monto del alquiler, el número de dependientes que tenía, cuánto remesaba a los miembros de su familia que se habían quedado en su país de origen. Originalmente no se trataba de un cuestionario. Era recogido como un avance de notas.

La Clínica se amplía más allá de las clínicas de los martes por la noche

En 1993, los martes por las noche había una clínica para adultos, una clínica pediátrica los martes por las tardes, una clínica de VIH los viernes a lo largo del día, y una clínica quiropráctica. Durante los días que no había ninguna clínica, había un flujo constante de pacientes que venían con achaques y a solicitar medicamentos.

Los servicios de salud mental se ofrecían a diario gracias a Elsa Mantilla, quien había identificado a otros terapeutas voluntarios para que colaboraran. Una de las voluntarias, una boliviana llamada Patricia Tellería, fue contratada a tiempo parcial como coordinadora de salud mental en 1991. Cuando Patricia regresó a Bolivia en 1993, Gloria Elliot —otra de las primeras voluntarias de salud mental— se convirtió en la directora de salud mental, un cargo en el que se mantuvo hasta el 2006.

Elsa Mantilla reflexiona sobre lo que significaba proporcionar servicios de salud mental en La Clínica:

Hubo mucho abuso familiar, abuso físico, muchos años de represión, una gran cantidad de ansiedad y depresión, una gran cantidad de aislamiento social. Juan era muy positivo. Él nos daba el espacio, el respeto, la oportunidad de practicar en un entorno que se ocupaba de la salud física y mental de las personas. No se puede hablar de una cosa sin la otra.

No había necesidad de promover nuestros servicios de salud mental. La gente venía. Había muchas mujeres que habían sido violadas cuando eran adolescentes y sus familias las habían hecho casarse con sus violadores. Hacíamos tanto terapia individual como grupal. Nosotros ayudamos a que la gente dejara gradualmente los antidepresivos.

Estábamos todos en el mismo barco, sin nuestras familias, fuera de nuestro país, faltándonos nuestras tradiciones. Nos gustaba celebrar nuestras costumbres en La Clínica: Posadas, el Día de los Muertos. Era como un hogar sustituto. Todos estábamos aprendiendo. Nosotros dábamos, ellos daban, ellos aprendían, nosotros aprendíamos. Era como un círculo de vida. Fue maravilloso.

El doctor Peter Gergen, un pediatra que es un investigador en el Instituto Nacional de Salud, reflexiona sobre su experiencia de voluntariado en La Clínica y por qué, después de 17 años, continúa trabajando como voluntario:

La clínica pediátrica es una clínica que atendía por las tardes: de 5 a 9 p.m. Iba cada dos o tres semanas o una vez al mes. En esos días era mucho más informal. El coordinador de la atención a los pacientes llamaba y decía, 'Necesitamos un pediatra'. Hice esto hasta 1995 cuando empezamos con las clínicas de día. Desde entonces he estado yendo una tarde a la semana.

Siempre me ha impresionado. El personal era muy dedicado y centrado en la prestación de cuidados de la salud a los salvadoreños. Se les proporciona una buena atención que se ha mantenido en los últimos años. Esta es la razón por la que continúo yendo. Ellos hacen un trabajo extraordinario.

La Clínica empieza a involucrarse en VIH-SIDA

La Clínica comenzó a recibir pacientes con VIH-SIDA a partir de 1985. En 1989, La Clínica obtuvo una pequeña subvención de la Oficina de Asuntos Jurídicos para un programa limitado de pruebas y de asistencia médica para las personas con SIDA. En 1993, La Clínica postuló a un financiamiento de la Ley Ryan White, su primer intento de solicitar una subvención grande y compleja del gobierno. Sin embargo, La Clínica no pudo cumplir con el plazo. El gobierno de Washington, D.C. terminó dándole a La Clínica una pequeña subvención para el tratamiento y prevención del VIH-SIDA.

En 1989, Sonia Umazor, que había dejado Washington, D.C. y había regresado, fue contratada por La Clínica primero para hacer las prueba de VIH y, posteriormente, como coordinadora de atención a los

pacientes con VIH-SIDA. Sonia recuerda haber participado de los esfuerzos de La Clínica por servir a los pacientes que eran VIH positivos y haber hecho extensión y prevención sobre estos temas:

Comencé a trabajar a tiempo parcial en La Clínica. Mi trabajo era contribuir a iniciar un programa de VIH-SIDA que combinara los servicios médicos y la prevención. A partir de 1992 he trabajado con el doctor Caldera en lo que fue un enorme campo, con el estigma asociado con el SIDA. Visitamos los hogares de las personas con VIH. Les demostramos a los miembros de sus familias que comer juntos no es contagioso. Trabajábamos en las calles, íbamos al Congreso de los EE.UU. para presionar por la legislación del Programa de Apoyo con Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés). Fuimos a las manifestaciones, para pedir esto y aquello. Hicimos foros sobre SIDA.

Ricardo Caldera, un médico formado en Nicaragua, que posteriormente estudió y obtuvo su licencia en los EE.UU., comenzó a trabajar a tiempo parcial con Sonia en temas de VIH-SIDA a partir de 1992. El doctor Caldera sigue trabajando en La Clínica con pacientes con VIH-SIDA. Él reflexiona sobre sus primeros trabajos en La Clínica.

Inicialmente había pocos pacientes, muy pocos servicios. No había un tratamiento eficaz para las personas con SIDA como el que existe en la actualidad. Nuestro esfuerzo se centró principalmente en la prolongación de la vida de las personas infectadas con el SIDA por lo menos por un breve período de tiempo. Fueron momentos muy difíciles. Sonia y yo trabajamos muy estrechamente. Ella es un excelente ser humano, con mucho amor y apoyo que proporcionar a estos pacientes.

Bajo la dirección de Juan hemos podido, poco a poco, ir obteniendo más y más servicios para los pacientes con VIH: salud mental, alimentación y asistencia en materia de vivienda. Conforme fueron pasando los años, se dispone de una medicación eficaz.

En 1994, La Clínica logró obtener su propio financiamiento a través de la Ley Ryan White para el tratamiento del VIH-SIDA. Con esta financiación, La Clínica fue capaz de expandir sorprendentemente su programa de VIH-SIDA para proporcionar atención integral a los pacientes VIH positivos. La Clínica también pudo dar inicio, con fondos de otras fuentes, a lo que se ha convertido en una serie de programas innovadores de extensión y prevención del VIH-SIDA. Ambos se describen con más detalle a través de sucesivos períodos de tiempo.

El programa de promotores de salud, creado en 1983, se expande

En 1991, La Clínica obtuvo una pequeña subvención para capacitar a promotores de salud a fin de que proporcionaran capacitación en temas de VIH-SIDA a latinos en situación de riesgo de Washington, D.C. Estos promotores también fueron capacitados para proporcionar educación en salud centrada en la prevención del VIH-SIDA (pero incluyendo también otros temas para los pacientes mientras esperaban ser atendidos por los médicos especialistas de La Clínica).

Maribel Raudales, una médica hondureña que llegó a los EE.UU. con una beca Fulbright y que estaba haciendo su tesis de maestría en La Clínica a la vez que trabajaba como voluntaria, conversó en 1991 con Juan Romagoza quien estaba interesado en que ella asumiera la responsabilidad del diseño de esta nueva conceptualización del programa de promotores de VIH. Ella recuerda esta fascinante experiencia:

Partí de los problemas de salud que la gente estaba teniendo. Las visitas de los martes que había hecho como voluntaria me dieron ideas. Fui platicando con la gente, tomando notas. Esta información me sirvió mucho para desarrollar el programa de promotores.

Después de estudiar las necesidades de los pacientes, desarrollamos los módulos que iban a necesitar los voluntarios. Pusimos anuncios en los periódicos para conseguir voluntarios. Respondieron un montón de centroamericanos. Capacitamos a unas 15 personas. Casi todos trabajaban en el área doméstica o en construcción. Eran personas que querían superarse un poco.

Había una nicaragüense que había sido microbióloga en su país. Había un perito mercantil. Otros habían sido profesores de educación.

Los temas eran HIV, ITS, embarazo, depresión, drogas, uso del condón, anticonceptivos, cómo prevenir llegar al aislamiento y a la depresión. Al final hicimos una graduación con una gran fiesta, para que la comunidad viera que este grupo iba a empezar a trabajar.

Cumplimos nuestras metas. La gente era completamente diferente al final del curso. Tenían un potencial que nunca imaginamos. Algunos fueron a hacer reuniones en sus casas. Otros después de terminar se sentaron y hablaron con la gente. Otros trabajaron en La Clínica dando charlas. Usaban la misma metodología que usamos nosotros con ellos, venían con pruebas de lo que habían hecho.

Cuando, en 1992, Isabel van Isschot se unió al equipo de La Clínica para asumir la responsabilidad de la coordinación de la educación para la salud, continuó con ambos programas. Con una subvención de la Oficina de Salud para las Minorías, también desarrolló un manual y un video para ser usado por el personal de La Clínica. El manual proporcionaba información práctica y orientaciones para proporcionar cuidados de la salud culturalmente sensibles.

Van Isschot recuerda:

En esta época los promotores se especializaron. Los promotores de salud eran para La Clínica y para el proceso de admisión, ellos tomaban los signos vitales. Los educadores comunitarios que trabajaban en VIH salían a hacer educación en las calles y a distribuir condones. Diseñé el nuevo plan de estudios en base a algunos temas del currículo que elaboró Maribel. Estas capacitaciones siguieron durante 2 o 3 años más. Participaban unas 15 a 20 personas. Había también algunos gringos pero, la mayoría eran latinos. En la capacitación de promotores de VIH eran todos latinos. Al grupo les pagábamos un estipendio de \$15 por semana. La idea era formar miembros de la comunidad para hacer este trabajo.

A partir de este momento, los promotores de salud pasaron a trabajar en ferias de la salud. Se les entrenaba para hacer cosas en las ferias, como tomar la presión, verificar la glucosa. Cada vez se necesitaba menos a los promotores de salud en la clínica médica. Los promotores de HIV los asumió Catalina. En ese trabajo las cosas eran más complejas. Empezaron a crear proyectos diferenciados según la población.

La Clínica asume el liderazgo de la organización de las ferias de la salud

Las ferias de la salud fueron un aspecto importante del enfoque de prevención de La Clínica a través de la educación y extensión comunitaria. Este trabajo se retomó a principios de los años 1990 a una escala mucho mayor que aquella que se había tenido a fines de los años 1980. Los promotores de salud, capacitados por La Clínica para colaborar los martes por las noches en las clínicas, comenzaron a desempeñar un papel importante en la organización de las ferias de la salud.

Juan Romagoza, que creía firmemente en la importancia de la prevención, dado que muchos latinos en Washington nunca habían ido a un médico y nunca habían asistido a un lugar como La Clínica hasta que estuvieron muy enfermos, había sido la fuerza impulsora detrás de las actividades de educación y extensión, incluidas la ferias de la salud que continúan hasta el día de hoy. En sus palabras:

La cultura de la prevención entre la población de refugiados era mínima. Ellos venían a buscar atención médica solo cuando estaban muy enfermos. Nuestro reto es educarlos. "No esperen a estar enfermos para venir, vengan antes", decíamos. Era como si viniéramos de otro mundo. El concepto de salud mental no era conocido por ellos. Cuando venían con problemas emocionales era difícil convencerlos de que su dolor de cabeza o de estómago estaba relacionado con su estado emocional.

De manera que hicimos que nuestros promotores se involucraran en la prevención. Fuimos a las iglesias, a los parques, a los campos de fútbol. Íbamos los domingos. Íbamos a donde vendían comida y comenzamos a capacitar a las personas presentes en temas de VIH, salud mental, abuso de drogas.

En octubre de 1993, cuando La Clínica realizó su tercera feria de la salud, se había incrementado la atención hasta las 2500 personas. La feria se denominó "La salud es un derecho y la responsabilidad es suya". Participaron veintiocho organizaciones. La cuarta feria de la salud, que tuvo lugar en octubre de 1994, llegó a casi 3000 personas y participaron 200 voluntarios. El servicio de análisis incluyó: glaucoma, cáncer, exámenes de la vista, colesterol, hematocrito, plomo, sífilis, VIH, embarazo, glucosa, presión arterial, examen al corazón, clamidia, quiropraxia y medicina natural. La quinta feria de la salud tuvo lugar en agosto de 2005 en cuatro localidades (La Clínica del Pueblo, Mary's Center, el Centro Católico y Lincoln School). Convocó a 954 personas que recibieron más de 2000 servicios.

Carlos Armando García, quien migró a los EE.UU. en 1985 y que era de Usulután, el mismo pueblo que Juan Romagoza, se inició en La Clínica en 1989 como voluntario. En 1995 fue contratado a tiempo completo para encargarse de las ferias de la salud. Carlos recuerda las primeras ferias de la salud:

Comenzábamos a organizar el espacio físico el día anterior. Participábamos mi esposa, yo, y otras 8 o 9 personas. Juan sabía que podía contar con nosotros para hacer lo que debía hacerse. Preparábamos el espacio, poníamos los letreros. Había una gran cantidad de personas esperando para tomarse la presión arterial, controlarse el colesterol. Algunos se hacían pruebas de glaucoma. Otras se hacían pruebas de embarazo, o para ver si tenían ITS, VIH-SIDA. Había un quiropráctico y gente que hacía masajes. Se hacían sesiones de capacitación. Me acuerdo de Juan parado sobre una silla en el centro de la sala hablando de salud mental. Nos sentimos realmente bien.

La Clínica busca su independencia de CARECEN

A medida que La Clínica fue creciendo durante los últimos años de 1980 y el comienzo de la década de 1990, las subvenciones que recibía comenzaron a convertirse en la principal fuente de ingresos para CARECEN, la organización que co-fundó La Clínica en 1983, y que en 1985 se convirtió en el patrocinador de La Clínica. Al mismo tiempo, el desequilibrio de los flujos de financiación entre el programa de asistencia legal de CARECEN y el programa de salud de La Clínica comenzó a ser evidente. El director de desarrollo de CARECEN llegó a estar tan sobrecargado desarrollando y procesando las solicitudes de financiamiento de CARECEN y de La Clínica que algunas oportunidades de financiación para La Clínica comenzaron a quedarse en el camino.

En 1994, La Clínica decidió independizarse de CARECEN y establecerse como su propia organización 501c3 sin fines de lucro. Las reacciones del director de CARECEN y del presidente del directorio de CARECEN no fueron positivas. Creían firmemente que La Clínica debía continuar operando bajo el paraguas de CARECEN. El movimiento por lograr la independencia llegó a un punto máximo en enero de 1994.

Juan describe lo que sucedió:

La Clínica estaba creciendo. Estábamos recibiendo cada vez más reconocimiento, consiguiendo más recursos. Empezamos a presionar a CARECEN para que diera una mayor visibilidad a la salud dentro de la organización. Teníamos el 70% del presupuesto, pero solo teníamos una persona en el directorio de CARECEN. Hubo momentos en que quisimos empezar una iniciativa, pero el directorio la bloqueó. Nuestro director médico, Peter Shields, fue incorporado en el directorio de CARECEN, pero cuando comenzamos a cuestionar las prioridades de CARECEN, recomendaron que Peter se retirase del directorio. Peter no podía dejar el directorio.

Fue entonces cuando comenzamos a organizar a nuestros pacientes. Necesitábamos defender nuestros intereses. En una reunión con CARECEN en enero de 1994, solicitamos una mayor representación en el directorio, pero la rechazaron. Muchos de los miembros del directorio de CARECEN no conocían La Clínica.

De manera que invitamos al directorio de CARECEN a que hicieran la reunión anual de directorio en La Clínica, a fin de que conocieran nuestras instalaciones y aprendieran sobre nuestro programa. Organizamos a nuestros pacientes para esa reunión. Ese día estaba nevando con fuerza. Los pacientes se sentaron en las escaleras desde la entrada del edificio hasta el tercer piso donde estaba nuestra clínica. Llevaron letreros que decían, "Queremos que Peter Shields permanezca en el directorio". "Queremos nuestra independencia de CARECEN".

Una vez que llegaron los miembros del directorio, cerramos las puertas de La Clínica y dijimos: "Ustedes tienen que resolver la situación". Les pedimos a los pacientes que nombraran a tres representantes para asistir a la reunión a fin de que pudieran presenciar lo que se discutía. La reunión del directorio terminó a la medianoche.

El resultado fue un acuerdo por el cual se definía la separación formal, que sería legal, realizada pacíficamente, y que tomaría un año formalizarse. Queríamos asegurarnos de que habíamos hecho un buen trabajo de separación de las finanzas. Conformamos un directorio de transición de La Clínica y este, a su vez, formó un comité de transición. También conformamos un comité de los pacientes para que se mantuvieran al día sobre la transición. En enero de 1995, un año más tarde, fuimos incorporados como una entidad sin fines de lucro desarrollando nuestras propias funciones de recaudación de fondos.

En enero de 1995, cuando La Clínica se separó de CARECEN, ya tenía un largo camino recorrido desde que fue asumida por Juan Romagoza en 1987. En ese momento, La Clínica tenía un presupuesto de \$800,000, 25 trabajadores remunerados y una enorme cantidad de voluntarios comprometidos.

C. De 1995 al 2003: La Clínica del Pueblo pasa a ser una entidad independiente

Contexto

El período comprendido entre 1995 y el 2003 se ha caracterizado por una serie de actos e iniciativas que han tenido impactos tanto positivos como adversos en La Clínica.

El más visible fue el ataque del 11 de septiembre del 2001 a las Torres Gemelas en Nueva York y al Pentágono en Washington, D.C., lo que trajo consigo el comienzo del fin de un periodo de relativa paz internacional a cambio de un esfuerzo concertado, con los EE.UU. a la cabeza, para combatir el terrorismo a nivel mundial. Uno de los muchos efectos de la guerra global contra el terrorismo emprendida por los EE.UU., que ha repercutido negativamente en la población de La Clínica, ha sido el aumento del escrutinio puesto sobre los "inmigrantes", incluidos los centro y sudamericanos que cruzan la frontera entre México y los Estados Unidos.

La continua afluencia de inmigrantes indocumentados de Centro y Sudamérica a los EE.UU. durante este período (una combinación de personas que huían de los desastres naturales y conflictos civiles en sus países, muchos buscando un futuro económico más seguro), llevó a que los controles sobre la inmigración fueran más estrictos. La Ley de Control de la Inmigración y la Responsabilidad Financiera de 1996 (S. 1664), entre otras, exigió duplicar el tamaño de la patrulla fronteriza de 5,000 a 10,000 agentes, autorizó a la policía local a detener y deportar a inmigrantes ilegales, y endureció las sanciones contra la falsificación de documentos y el tráfico de indocumentados. La Ley de Reforma de la Asistencia Social

de 1996 desautorizó la asistencia social y el acceso a Medicaid a cualquier persona que no tuviese una residencia legal permanente de más de 5 años.

La Ley de Ajuste Nicaragüense y Alivio Centroamericano (NACARA, por sus siglas en inglés) de 1997, otorgó diversos beneficios de inmigración y de no-deportación a algunos nicaragüenses, cubanos, salvadoreños, guatemaltecos, y a los nacidos en los antiguos países del bloque soviético y sus dependientes. En particular, amplió el programa de Estatus de Protección Temporal (TPS, por sus siglas en inglés), incluido en la Ley de Inmigración para Salvadoreños y Guatemaltecos de 1990, permitiéndoles permanecer hasta el año 2000. En 1991 fue ampliada otra ronda de TPS para ciudadanos de El Salvador y Honduras que provenían de los lugares devastados tras un gran terremoto que hubo en sus países.

En el frente de los servicios de salud, el período 1996-1998 marcó el inicio de una serie de nuevas y revolucionarias terapias para los pacientes VIH positivos (conocido popularmente como el "cóctel del SIDA"), lo que aumentó drásticamente la esperanza de vida de las personas con SIDA. Nuevas mejoras en los tratamientos han seguido apareciendo para quienes pueden acceder a estos medicamentos. Un estudio que muestra que las tasas de mortalidad entre los blancos con VIH estaba disminuyendo drásticamente, pero que entre los negros y otras minorías permanecían iguales o peores, allanó el camino, a fines de los años 1990, para que La Clínica y otros centros de salud que atendían a minorías con SIDA pudiesen contar con más financiación para luchar contra este mal.

Menos positivo para La Clínica y otras clínicas de salud que atienden a minorías de bajos ingresos que tienen SIDA, así como a los que se encuentran en riesgo de contraer el SIDA, fue el cambio de gobierno en los EE.UU. en el 2001, lo que trajo consigo un enfoque de abstinencia para la planificación familiar. Esto condujo a un aumento en las restricciones en el uso de los fondos públicos de EE.UU. para la prevención del SIDA.

El período 1995-2003 vio importantes iniciativas a nivel federal y local para facilitar servicios de interpretación para las personas cuyo idioma materno no fuese el inglés y, en particular, para las poblaciones que necesitaban interpretación médica. La Ley de Origen Nacional, aprobada en 1997 y basada en la Ley de Derechos Civiles de 1964, especifica que en los EE.UU. no puede haber discriminación contra las personas con limitados conocimientos de inglés. El Decreto Legislativo 13166 (Mejorando el Acceso a las Personas con Limitado Dominio del Idioma Inglés), que fue aprobado tres años más tarde, en el 2000, exige que los receptores de asistencia financiera federal "proporcionen un acceso significativo a sus beneficiarios y clientes que tienen un limitado dominio del inglés". Una coalición de Washington, D.C., formada por el Comité de Abogados por los Derechos Humanos y el Centro de Recursos Asia-Pacífico, que incluía a La Clínica, forzaron al gobierno de Washington, D.C., a reconocer cinco idiomas para efectos de interpretación: español, amhárico, coreano, vietnamita y chino. Esta coalición también desempeñó un papel importante en el cabildeo y la redacción de varias leyes que legalizaban y exigían la interpretación para los residentes de Washington, D.C.

A fines de la década de 1990, la población latina que vivía en el distrito de Columbia y alrededores había crecido en forma espectacular. Según las estimaciones del Consejo de Agencias Latinas en el año 2000, vivían en Washington, D.C. entre 53,000 y 55,000 latinos, cifra que representaba el 13% de la población de Washington, D.C., y un aumento del 55-60% en el tamaño de la población latina de Washington, D.C. respecto a la década anterior. Los datos disponibles indican que la población de los inmigrantes indocumentados en Maryland, Virginia y el distrito aumentó en casi el 25%, desde 400,000 en el 2000 a cerca de 500,000 en el 2004¹³. Los datos para este periodo muestran que en el área de Washington, D.C., el ingreso per cápita para los latinos era de \$17.375, cifra muy por debajo del promedio general de ingresos per capita de D.C. que era de \$ 28.659¹⁴.

Este nuevo grupo de inmigrantes no ha sido elegible para tener derecho a programas como Medicaid, y la

¹³ Moreno, Sylvia, "Flow of Illegal Immigrants to U.S. Unabated", *Washington Post*, 22 de marzo, 2005, p. A2.

¹⁴ Resumen del Censo 2000, Archivo 3 (SF 3), "Per Capita Income in 1999 (Hispano o latino)".

mayoría tiene miedo de relacionarse con cualquier institución gubernamental debido al riesgo de deportación. Esto ha aumentado aún más la demanda por clínicas de salud sin fines de lucro, como La Clínica, que atienden a latinos y otros grupos de inmigrantes.

La Clínica del Pueblo se convierte en una entidad independiente

Cuando La Clínica se convirtió en una organización independiente de base comunitaria a principios de 1995, varios de los miembros del directorio de CARECEN se trasladaron a formar parte del nuevo directorio de La Clínica. El doctor Peter Shields y Margarita Sol, ahora una enfermera titulada, copresidieron el incipiente directorio de La Clínica durante un año. A partir de 1996, Shields asumió la presidencia del directorio, un cargo en el que se mantuvo hasta el 2004.

Shields, un médico de múltiples talentos que sigue estando profundamente comprometido con La Clínica, continuó con las diversas responsabilidades que tenía antes de convertirse en presidente del directorio: director médico, responsable de escribir las propuestas de financiación, vínculo clave con el municipio de Washington, D.C., y —en sus tiempos libres— asistente en la construcción de los muebles necesarios para ampliar los servicios médicos de La Clínica.

El 19 de mayo de 1996, durante el primer año de haber conseguido para la Clínica un estatus independiente como 501c3, Juan Romagoza recibió el prestigioso premio “Robert Wood Johnson Community Health Leader”. Este premio "reconoce a los individuos que superan obstáculos de enormes proporciones para mejorar la salud y la atención de la salud en sus comunidades". Con este premio no solo llegó la financiación a La Clínica, sino el reconocimiento por sus logros y el aumento de ofertas de financiación de otras fuentes.

Catherine Dunham, a cargo del Programa de Liderazgo de la Salud Comunitaria, visitó La Clínica con el fin de entrevistar a Juan antes de que recibiera el premio:

La nominación llegó y el comité de selección del programa nacional de la Fundación Robert Wood Johnson lo seleccionó como finalista. Fue por eso que le hicimos una visita in situ. Pasé un día en La Clínica, donde le seguí los pasos a Juan. Lo acompañé a un programa de televisión, lo vi trabajando en La Clínica. Juan había asumido recientemente una función de liderazgo importante durante los disturbios de Mt. Pleasant por lo que sabía que era hábil en el tema de liderazgo público. Tenía muchas habilidades en diferentes formas de liderazgo —predicando con el ejemplo, conduciendo por inspiración y, en su tiempo libre, siendo una presencia, evidente y nutricia—. Él trabajaba en desarrollo organizacional, lideraba a la comunidad y brindaba servicios de atención de manera muy eficaz.

De todos los dirigentes de salud de la comunidad que hemos visto a lo largo de los años que estuve a cargo de este programa, Juan fue la encarnación de los dirigentes que deben honrarse. Juan reunió los tres atributos críticos que son fundamentales para este premio: un verdadero liderazgo de equipo; un liderazgo inspirador, y la capacidad de superar dificultades importantes a fin de lograr el progreso de su comunidad.

El doctor Steven Schroeder, presidente y director ejecutivo de la Fundación Robert Wood Johnson entre 1992 y 2002, visitó La Clínica del Pueblo después de entregar el premio. Él también nos dio algunas apreciaciones sobre Juan Romagoza, las que se añaden a las observaciones de Catherine Dunham:

La historia de Juan es casi abrumadora. Mostró tal valentía personal y heroísmo frente a la brutal tortura que recibió en El Salvador; se recuperó, llegó a los EE.UU., y creó esta singular clínica que se centra en las necesidades de los pacientes vistas en su sentido más amplio. Nos impresionó con su amplio liderazgo carismático, el hecho de que creara un lugar viable donde las familias inmigrantes se sentían como en su casa y donde, por lo que conozco, la calidad de la atención, es excelente.

Un año más tarde, el 8 de mayo de 1998, el doctor Romagoza recibió un premio del Consejo de la Ciudad de Washington, D.C. en reconocimiento a sus esfuerzos para mejorar la atención primaria de salud en Washington, D.C. durante más de una década. Este premio fue seguido, en agosto de 1998, por el premio Maclovio Barraza del Consejo Nacional de la Raza en reconocimiento a los "excepcionales esfuerzos por proporcionar servicios médicos y educativos a la población hispana"¹⁵.

La Clínica empieza a desarrollar sistemas administrativos y financieros

El período comprendido entre 1995 y 2003 fue desalentador para La Clínica, tanto desde el punto de vista administrativo como desde la gestión. La Clínica, que había venido funcionando de una manera relativamente informal bajo los auspicios de CARECEN, se enfrentó a la tarea de poner en marcha las políticas y los sistemas necesarios para la rendición de cuentas y la transparencia.

René Wallis, que entró como director de desarrollo en 1996, ayudó a poner cierto orden en su estructura:

Cuando llegué allí, era muy caótico. No había una relación completa de las subvenciones. Nos tomó tres meses averiguarlo. Pusimos una enorme cantidad de esfuerzo en tratar de darle forma a La Clínica.

Me doy cuenta, en retrospectiva, que carecía de una perspectiva intercultural que me hubiera sido útil para hacer mi trabajo. Ahora que estoy con una organización que está apoyando a una organización no gubernamental (ONG) en una democracia incipiente, me doy cuenta de que los conceptos y las habilidades de gestión, la rendición de cuentas y la transparencia de todo el personal latino de La Clínica, eran muy diferentes de los que tenía el personal de las organizaciones de base comunitaria creada por los individuos nacidos y criados en los Estados Unidos.

Enrique Cobham, un migrante panameño que fue contratado por La Clínica un año más tarde (en 1997) como jefe administrativo, continuó la labor iniciada por René y otros. Él ha conducido a La Clínica por un largo camino hacia lograr ser una organización que tiene los sistemas de gestión y administrativos requeridos para la rendición de cuentas y la transparencia. En las palabras de Cobham:

Llegué el 30 de enero de 1997 como jefe administrativo. El objetivo principal de mi responsabilidad era conseguir encaminar los aspectos financieros. En términos de sistemas, en ese momento La Clínica era una organización de base, que todavía seguía creciendo. Solo unos pocos miembros de la directiva estaban activos. Era difícil conseguir el quórum. En el momento, el director de desarrollo estaba haciendo mucho de ese trabajo.

Empecé a comprender mejor las operaciones financieras. Mucho de las finanzas de La Clínica tenían que ver con la gestión del personal. Por primera vez tuvimos una persona dentro de la organización que trabajaría en estas cuestiones. El manual del personal, que fue creado a partir de un manual del Instituto Nacional de Salud, incluía secciones pertinentes para La Clínica. Me pude dar cuenta de lo que era necesario que ocurriera. Era el comienzo de un cambio en las prácticas, lo cual iba a permitir mejorar.

Es un honor para Enrique Cobham, y para La Clínica, que nueve años más tarde, en el 2007, Cobham haya recibido el premio al "héroe anónimo" de la Primary Care Association de Washington, D.C. por su destacada labor de conducir a La Clínica desde ser una organización de base, que tenía un mínimo de sistemas, hacia una que tiene una estructura financiera y administrativa bien establecida.

¹⁵ El Doctor Romagoza ha recibido numerosos reconocimientos adicionales. Ellos incluyen: el Premio Marcelino Pan y Vino en 1997; el Washingtoniano del Año en el 2004; el premio Hugh A. Johnson Memorial auspiciado por la Asociación de Abogados Hispanos del distrito de Columbia por su extraordinaria contribución a la comunidad latina en el 2005; el Premio Washington Free Clinic Heart of Gold y el premio Hijo Meritísimo de El Salvador de la Asamblea Legislativa de El Salvador, ambos en el 2005; y el Premio Champion of Change de la Primary Care Association del distrito de Columbia en el 2007.

En el 2001, después de un par de años de haber contado con un director de desarrollo que no funcionó muy bien, se tomó la decisión de colocar a Alicia Wilson —responsable de redactar las propuestas de financiamiento para La Clínica, y quien se inició en el año 2000 como administradora de los casos de VIH—, en el cargo de directora de desarrollo de La Clínica. Al adoptar esta decisión, Juan Romagoza se jugó una gran apuesta pues Alicia era muy joven. Sin embargo, la apuesta dio sus frutos. Wilson ha crecido enormemente en su cargo. También desempeña un papel clave para el funcionamiento de La Clínica en su puesto de miembro del equipo gerencial de La Clínica. Wilson reflexiona sobre su llegada a La Clínica:

Caminé hacia La Clínica. Me dije 'esto es real'. Una podía percibir el trabajo de base, una sentía que estaba haciendo la diferencia. Aquí existe una ética empoderante que impregna cualquier acción que se realiza. El antiguo edificio era muy humilde, oscuro, se filtraba el agua por el techo. La Clínica te impresionaba como una organización que ponía tiempo y esfuerzo para cuidar a sus pacientes, no en el mantenimiento del edificio.

Me hicieron una entrevista para un cargo de administración de casos. Me hicieron preguntas desafiantes que me hicieron pensar. Sentí que necesitaba estar en la trinchera. En La Clínica las fronteras entre los pacientes y el personal son poco definidas. Un gran número de los promotores de salud antes habían sido pacientes, luego se convirtieron en promotores y, a continuación, formaron parte del personal.

La Clínica establece el escenario para la adquisición de su propio edificio

El año 1998 fue un hito importante para la clínica. El 24 de agosto La Clínica firmó los documentos necesarios para la compra de su propio edificio. Juan Romagoza recuerda los acontecimientos que llevaron a La Clínica a comprar el edificio en el número 2831 de la Calle 15, al noroeste, en el que funciona en la actualidad, y el rol que desempeñaron los pacientes presionando a la ciudad para que facilitara el financiamiento para comprar y renovar el local:

Empezamos a dialogar con la comunidad sobre la posibilidad de conseguir nuestro propio edificio. Hicimos un foro comunitario en la Wilson Highschool. Movilizamos a los pacientes. Los pacientes señalaron que necesitábamos el edificio. A través del Departamento de Vivienda de Washington, D.C. logramos \$300,000 para la compra de un edificio.

Compramos el edificio pero nos estancamos. De nuevo tuvimos que movilizar a los pacientes para ir a la ciudad. La ciudad nos facilitó y garantizó ayuda para la remodelación. Nos dieron \$900,000 para la renovación. Conseguimos todo esto gracias a la movilización y la presión.

La Clínica se une a otras clínicas privadas para levantar su voz en demanda de mejores servicios de salud para la población latina de D.C.

Durante la última parte de la década de 1990, el papel de La Clínica en cuanto a abogacía evolucionó desde la protesta contra el apoyo financiero de EE.UU. para la guerra en El Salvador, hasta el cabildeo para presionar por la salud y temas conexos en la zona de Washington. Como fue el caso a finales de la década de 1980 e inicios de los años 1990, Juan Romagoza, quien asumió el liderazgo de la abogacía, hizo lo imposible por involucrarse con los pacientes de La Clínica.

Romagoza resalta las razones que tuvo La Clínica para tener un papel activo en la promoción de los servicios de salud:

Pasaron varias cosas: la crisis del sistema de salud de Washington, el cierre de las clínicas comunitarias, el cierre de la Clínica de Adams Morgan, una clínica pública del gobierno de Washington, D.C. No podían cerrar lo poco que teníamos los latinos en el barrio. No era justo. Al

cerrar esta clínica los recursos tenían que venir a nuestras clínicas comunitarias y ya teníamos muchos pacientes. Empezamos a hacer marchas con los pacientes y el personal de La Clínica, a buscar firmas para hacer solicitudes, y la comunidad respondió. El cierre de la Clínica de Adams Morgan se detuvo temporalmente. Participaron pacientes, personal de la Clínica y otra gente.

Un artículo publicado el 26 de septiembre de 1997, que apareció en *El Metro*, un diario en español que se distribuía en Washington, titulado "*Los pacientes de La Clínica van al Festival Center para hacer un foro de protesta contra el plan de Washington, D.C. para trasladar la clínica de salud local*", fue uno de varios artículos aparecidos en los medios de comunicación durante este período acerca del rol de La Clínica en la promoción de la atención de la salud. El artículo proporciona un buen ejemplo sobre las actividades de promoción en las que estuvo involucrada La Clínica durante este período. Esta consulta, organizada por Juan Romagoza, reunió a 11 clínicas de salud de la comunidad. La consulta estuvo presidida por John Fairman, el director ejecutivo de la Empresa de Beneficencia Pública. Lo que estaba en cuestión era el plan de gobierno de Washington, D.C. para cerrar la Clínica de Salud Adams Morgan y fusionarla con la Upper Cardozo Health Clinic (lo que se logró hacer, a pesar de las protestas de la comunidad de salud y de los pacientes). Estos artículos periodísticos documentan los incesantes esfuerzos del doctor Romagoza, y de los pacientes de La Clínica, para llamar la atención del gobierno de Washington, D.C. sobre los problemas de salud de la población latina:

La salud pública comunitaria es caótica, dijo el doctor Romagoza, "Queremos que se nos escuche porque hasta ahora se nos ha negado la participación y no se nos había dado una oportunidad". Jim Graham, director de la Whitman Walter Clinic, dijo que esto debía ser escuchado. "Queremos estar en esa mesa con dignidad, queremos que estas recomendaciones se tomen en cuenta cuando se planifiquen las estrategias, se implementen los programas, no a última hora, sino desde el principio hasta el final, para que las estadísticas de salud de Washington cambien", señaló el doctor Romagoza.

La Clínica como una participante activa en el establecimiento de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C.

El momento decisivo para las clínicas gratuitas y de tarifas móviles, sin fines de lucro, de Washington, D.C., entre ellas La Clínica, llegó a finales de la década de 1990 y en los dos primeros años del siglo XXI. Fue durante este período que un grupo de activistas de las clínicas sin fines de lucro se reunieron para llamar la atención del gobierno de Washington, D.C. con relación al rol crucial que ellos estaban teniendo como proveedores de los servicios de salud para los pobres. Con la colaboración estratégica de diversas fundaciones, estas clínicas influyeron en el diseño y organización de la legislación que proporcionaba un seguro de salud gratuito para los pobres de D.C. y, con ella, una muy necesaria inyección de ingresos para las clínicas sin fines de lucro que llevaban adelante muchas de estas personas. Los reembolsos realizados por terceros a través de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. hicieron posible que La Clínica ampliara su programa de atención médica mediante la contratación de más médicos y otro equipo de personal de apoyo para su clínica médica.

Kathy Freshley, funcionaria principal del programa de la Fundación Eugene Meyer, con sede en Washington, fue clave para lograr el apoyo para las clínicas gratuitas en este esfuerzo¹⁶. Freshley recuerda los sucesos finales que condujeron a la creación de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C., el papel fundamental desempeñado por Sharon Baskerville, y el importante apoyo prestado por Juan Romagoza y los pacientes de La Clínica del Pueblo para hacer fructificar la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C.

Este plan desarrollado por un consorcio de muchas organizaciones de abogacía, incluyendo el consorcio de clínicas sin fines de lucro, subsistió y, dos años más tarde, se convirtió en la Alianza

¹⁶ Otras fundaciones que facilitaban servicios eran: Fundación Consumer Health, Fundación Cafritz, Fundación Casey y Kaiser Permanente.

para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. Ahora, la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. cuenta con más de 43,000 personas inscritas. Inicialmente, la Alianza no iba a incluir a las clínicas, pero el Consorcio siguió presionando y abogando con éxito a fin de permitir que los miembros del consorcio de clínicas sin fines de lucro facturaran a la Alianza por los servicios médicos.

Inicialmente, ni la ciudad, ni las clínicas, ni los financiadores tenían una idea de la cantidad de personas que se atendían en estas 13 clínicas gratuitas y de tarifas móviles. La investigación realizada previamente por el Grupo Lewin acerca del porcentaje de la población de bajos ingresos de Washington, D.C. que era atendido por las clínicas sin fines de lucro, las clínicas públicas y los hospitales, mostró que el 60% de la atención de la salud en Washington D.C. era realizada por las clínicas sin fines de lucro.

Cuando esto se logró, todo el mundo se sorprendió. La ciudad tenía la impresión que las clínicas estaban atendiendo a muy poca gente. La ciudad creía que era el mayor proveedor, pero no era así. Cuando se dieron cuenta de que estas clínicas desempeñaban un papel fundamental, cambió la conversación. Las clínicas sin fines de lucro comenzaron de repente a tener influencia, tenían poder. Si estas clínicas desaparecían, un gran porcentaje de la atención de la salud para los pobres desaparecía con ellas.

Sharon Baskerville, en particular, era muy centrada. Ella tiene mucha experiencia política. La Primary Care Association de Washington, D.C. y el Consorcio trabajaron juntos. Iban al Consejo de la Ciudad a dar sus testimonios. El doctor Juan Romagoza llevaba a los pacientes para que dieran sus testimonios. Ellos construyeron la voluntad política, capacitaron al Consejo de la Ciudad, y ayudaron a escribir los documentos y la legislación. Les doy un enorme crédito por permanecer fieles a sus valores y objetivos.

Sharon Baskerville, la ex directora de una de las clínicas gratuitas del Consorcio y actual directora ejecutiva de la Primary Care Association de Washington, D.C., y quien sigue desempeñando un papel importante en el cabildeo por los intereses de las clínicas sin fines de lucro de Washington, D.C., recuerda los primeros días en los que el Consorcio estaba desarrollando su estrategia. Andrew Schamess (Director médico de La Clínica), Rene Wallace (Director de Desarrollo de La Clínica, que más tarde pasó a unirse a Baskerville en la Primary Care Association de Washington, D.C.), y Juan Romagoza son importantes actores iniciales, junto con Sharon, para el establecimiento de los principios de la estrategia que finalmente se convirtió en el Consorcio de las Clínicas sin fines de lucro.

Nos sacaron de nuestros pequeños espacios para apoyar la idea de ser una voz que explicara lo que realmente estaba ocurriendo. Nadie sabía lo que estábamos haciendo. Todos éramos buenos redactando propuestas e hilando historias. Ninguno de nosotros era bueno con las cuantificaciones, casi todo eran anécdotas. El fantasma de la regulación y de un proceso de acreditación nos perseguía. De repente, a través de los ojos externos, nos convertimos en este sistema destartalado. La atención de la salud se estaba dando en los sótanos de los edificios y en iglesias antiguas. Brindábamos atención de la salud de todas las formas que podíamos.

La idea provino de aquellos que entre nosotros tratábamos de sobrevivir. Todos salimos a jugar juntos. ¿Podemos ser una voz? Todos los Directores Ejecutivos salieron. Nos reunimos, conseguimos abogados gratuitos, en el plazo de un año creamos una misión, y logramos el estatus 501c3. Organizamos un directorio. Se trataba de una rehidratación; teníamos la capacidad de hablar como un colectivo de personas, de ser la voz de las personas a las que servíamos.

Los servicios médicos de La Clínica

Entre 1995 y el 2003, la clínica médica tomó más forma y estructura, conforme los fondos, incluidos aquellos de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C., comenzaron a estar disponible

para contratar personal. En 1995, el doctor Andrew Schamess, un residente de medicina interna del Hospital de la George Washington University, que había sido voluntario en la clínica de los martes por las noches, se convirtió en el primer director médico a tiempo completo de La Clínica, un cargo en el que se mantuvo hasta el 2000. Tres años más tarde, en 1998, la doctora Meredith Josephs, una médica de familia, comenzó a trabajar a tiempo parcial en La Clínica. Cuando Schamess se retiró, en el año 2000, Josephs pasó a ocupar el cargo de director médico. En los años 2000 y 2001 se crearon otros dos puestos a tiempo parcial. La doctora Madeline Frucht-Wilks fue contratada como médica de familia y Deborah Bombard fue contratada como médica asistente. Josephs, Frucht-Wilks y Bombard siguen trabajando en La Clínica.

Durante los cinco años que Schamess fue director médico, La Clínica siguió desarrollando un sistema de clínicas de especialidad que había comenzado a surgir a principios de los años 1990. En el momento que Schamess se retira, en el año 2000, había clínicas de especialidad en pediatría, VIH-SIDA, medicina de adultos, salud reproductiva y medicina quiropráctica / natural. Cada clínica tenía su(s) respectivo(s) médico(s) (la mayoría de los cuales eran voluntarios en ese momento) y un coordinador de la atención a los pacientes. Varios de los coordinadores de la atención a los pacientes han sido enfermeras. Una de ellas fue Margarita Sol, quien empezó como voluntaria en La Clínica en 1986, cuando tenía 15 años de edad; regresó a principios de 1990 cuando estaba estudiando enfermería y, posteriormente, volvió a trabajar a tiempo parcial después de recibir su grado de enfermera.

Cuando Josephs asumió la dirección en el 2000, la clínica médica asumió una estructura de clínica de medicina familiar, la que continúa hasta hoy. Josephs reflexiona sobre cómo llegó y acerca de lo que le atrajo de La Clínica:

Fui a la escuela de medicina a sabiendas de que quería trabajar en una comunidad subatendida. Cuando estuve por terminar mi período de residente, empezó a buscar un lugar donde ubicarme. Tuve una entrevista en La Clínica dos días después de regresar de un viaje a Chile.

Mi reacción inicial fue que me encantó. Doña Rosa estaba vendiendo tamales en el tercer piso. Me sentí como si estuviera de regreso en Guatemala. La Clínica tenía una sala de espera vibrante y bulliciosa. Juan parece ser una persona muy cuidadosa y amable. Me gustaba su estilo. Nuestro espacio era muy estrecho. Teníamos el tercer piso del Wilson Center. A las dos semanas de comenzar mi trabajo ocupamos también el segundo piso.

Frucht-Wilks y Bombard describen sus impresiones iniciales sobre La Clínica y sobre lo que los llevó a aceptar los trabajos en La Clínica cuando se los ofrecieron:

Frucht-Wilks: *Miré en algunas otras clínicas y tuve una entrevista con Meredith Josephs. Sentí como que La Clínica estaba prestando grandes servicios y luchando por hacerlo. Había un fuerte sentido de misión y vínculo con la gente. Trabajar en el antiguo edificio era como practicar en otro país.*

Lo que me gusta de mi trabajo es la atención que le puedo brindar al paciente. Puedo realizar toda una medicina familiar. Realizo más procedimientos quirúrgicos que otros médicos de familia. Me encanta ser capaz de proporcionar una excelente atención a las personas que, de otro modo, no la podrían tener. Me encanta ser capaz de hacer seguimiento al enésimo grado con los pacientes. Veo a miembros de mi propia familia que no tienen ese nivel de atención.

Bombard: *Empecé a trabajar con La Clínica cuando todavía estaba en el Wilson Center. Era justo donde quería estar, colaborando con una organización de la comunidad. Siempre ha habido problemas con el espacio y el dinero, pero el corazón siempre está ahí, La Clínica es como un segundo hogar.*

Lo que realmente me gusta del trabajo en La Clínica es que es como trabajar con una familia. Es un lugar cómodo para estar en términos de un equipo de trabajo. Tiene ese sentido de comunidad.

El período comprendido entre 1995 y el 2003 fue un momento de cambio en la población de pacientes de La Clínica. En su mayoría seguían siendo salvadoreños, muchos refugiados de la guerra de la década de 1980, muchos de los cuales habían sido torturados o sufrido otro tipo de traumas. Sin embargo, a mediados del decenio de 1990 la población de pacientes había evolucionado para incluir a la gran variedad de inmigrantes latinoamericanos que llegaba a Washington. Había guatemaltecos, salvadoreños, hondureños, peruanos y personas de otros países.

Entre 1995 y el 2003 fue también un momento de oportunidades y retos para el personal médico de La Clínica. Una importante oportunidad, que surgió a inicios de este período, fue el vínculo con el Hospital de la Howard University el cual le dio a La Clínica una serie de ventajas: una inyección anual constante de financiación que ha servido para cubrir algunos sueldos del personal; residentes que acuden regularmente a La Clínica para complementar al personal médico existente, el acceso a médicos especialistas y a hospitalización en el Hospital de la Howard University para los pacientes que no tienen seguro.

Romagoza recuerda cómo comenzó esta relación:

Después de una reunión de su directorio, el doctor Patrick Swygert, presidente del Hospital de la Howard University y algunos miembros de su equipo llegaron a visitarnos en La Clínica. El doctor Swygert nos llegó a conocer a través de un artículo en el Washington Post donde se mencionaba que estábamos recogiendo firmas para generar una movilización alrededor del plan de cerrar la Clínica Adams Morgan. Vino trayendo el artículo. Nos preguntó cómo nos estaba yendo, cómo nos iba a afectar el plan de cerrar la Clínica Adams Morgan. Allí salió que éramos una clínica comunitaria, que la población venía a nosotros y que no tendríamos los recursos para atender a tanta gente en caso la Clínica Adams Morgan cerrara. Nos dijo que el Hospital de la Howard University podía ayudarnos.

En 1999, La Clínica experimentó el primer desafío a su premisa de que, como un derecho humano básico, la atención de la salud debe ser gratuita. Frente a un aumento de los costos para la prestación de sus servicios, surgió la propuesta de que La Clínica fuera autorizada para recibir un reembolso por los servicios a los pacientes que tenían Medicaid o que fueran elegibles para Medicaid, una vez inscritos.

Se discutió tanto en el directorio como con el equipo de La Clínica sobre si procedía o no la solicitud de autorización de reembolsos y la aceptación de los fondos de Medicaid. La gente se sentía muy indecisa y angustiada. Después de meses de debate, se tomó la decisión de seguir la ruta práctica, aceptar los fondos de Medicaid. Los que estaban a favor señalaron que, a partir de los beneficios financieros de los cobros a terceros, La Clínica sería capaz de aceptar más pacientes. Además, no habría ningún costo para el paciente en la medida que la factura iría a Medicaid, y no al paciente. Los que no estaban a favor de aceptar los fondos de Medicaid en razón de los derechos humanos, aceptaron a regañadientes.

Los servicios de salud mental en La Clínica

El programa de salud mental de La Clínica también comenzó a crecer después de que La Clínica se independizó de CARECEN. En 1999, La Clínica recibió la certificación como clínica de salud mental autónoma afiliada al Departamento de Salud de Washington, D.C. También en 1999, La Clínica fue certificada, para brindar servicios ambulatorios, como afiliada de la Administración para la Recuperación y Prevención del Alcoholismo (APRA, por sus siglas en inglés) de Washington, D.C. En el 2001, Isael Ramírez, un inmigrante cubano que había sido sacerdote, se unió al equipo como terapeuta familiar. El resto de personal del equipo de salud mental, un grupo de unos 15 terapeutas, estaba compuesto por voluntarios reclutados a través de diversos programas locales. En el 2001, el programa de salud mental de La Clínica funcionaba con una variedad de pequeñas subvenciones que sumaban aproximadamente \$ 200,000 anuales en total.

Todo esto cambió el 11 de septiembre del 2001, cuando los terroristas atacaron las Torres Gemelas en Nueva York y el Pentágono en Washington, D.C. Ese día, un gran número de latinos —pacientes de La Clínica y personas que no eran pacientes—, fueron llegando a la sala de espera de La Clínica.

Alma Hamar, quien había sido voluntaria de La Clínica por un largo tiempo, y que recientemente había recibido su título como psicóloga clínica en el exterior, que trabajaba como terapeuta voluntaria a tiempo parcial en La Clínica, recuerda haber recibido una llamada de una desesperada Gloria Elliot, entonces directora del programa de salud mental:

Gloria llamó para decirme que había venido muchísima gente y que necesitaba ayuda. No lo pensé dos veces. Vine de inmediato a La Clínica. Conozco a la gente por su historia. Era como si estuvieran en guerra; veían a La Clínica como una salvación.

Yo dije, '¿Qué hacemos? Sentémonos. Hagamos terapia de grupo. Clasificamos a los presentes en adultos y niños. Buscamos pan, queso, frutas y juguetes. Era como si estuviéramos en una época de la guerra. Muchas de las personas en La Clínica tenían SMPT; no habían trabajado sus traumas de la guerra en El Salvador. Había adultos llorando. Sus hijos no entendían.

Ahí fue cuando nació la idea. Gloria, Claudia Campos y yo hablamos. Nos preguntamos, ¿qué vamos a hacer? Llamamos a los demás terapeutas voluntarios. Hubo una movilización rápida como cabría haberlo hecho en tiempo de guerra. Vinieron un trabajador social, un psicólogo, un consejero. Todos ellos dijeron que estaban dispuestos a ayudar.

A partir de esta necesidad nació un programa llamado Mi Familia, que continúa hasta el día de hoy. Este programa recibió una pequeña inyección de fondos del Departamento de Salud Mental de Washington, D.C. para el primer año de Mi Familia; se describe con más detalle en la siguiente sección.

En el interín, La Clínica continuó dependiendo de los voluntarios para atender la creciente demanda que surgió desde el 11 de septiembre.

A fines del 2002, La Clínica recibió dos subvenciones de la Administración de los Servicios sobre Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés), una para los padres y los jóvenes afectados por traumas (Mi Familia) y otra para servir a las personas de edad avanzada (Mis Abuelitos). Con estas subvenciones, como veremos en la sección referida a salud mental durante el período 2003-2007, se logró un cambio significativo en la manera en la que La Clínica organizó y administró su programa de salud mental

Extensión/prevenición de VIH-SIDA

El periodo entre 1995 y 2003 fue de gran crecimiento y de definiciones para el programa de extensión y prevención del VIH-SIDA de La Clínica, el mismo que ha sido elogiado por su innovación y su voluntad de asumir enormes riesgos con el fin de servir a los necesitados.

En 1994, en colaboración con la Clínica Whitman Walker, La Clínica fue finalmente capaz de obtener financiación federal para hacer extensión y prevención en VIH-SIDA, canalizada por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) a través de la Administración para el VIH y el SIDA (AHA, por sus siglas en inglés). La financiación, que ascendió a \$25,000 anuales aproximadamente, fue recibida a través de la Clínica Whitman Walker, que había logrado establecer un contrato de 5 años para hacer una capacitación generalizada sobre el VIH-SIDA. Con financiación de la AHA y de otras fuentes, La Clínica fue capaz de ampliar su programa de VIH-SIDA a tal punto que el departamento de VIH-SIDA se convirtió en uno de los más grandes y mejor financiados de La Clínica, con especial atención a los servicios directos para las personas viviendo con VIH.

Candace Kattar, enfermera y abogada con amplia experiencia de trabajo con los pobres en temas de VIH, fue la directora del programa de VIH-SIDA de La Clínica desde 1996 hasta 1998. Kattar, quien se inició junto con René Wallace, invirtió tiempo poniendo en marcha sistemas que eran muy necesarios.

Kattar recuerda aquellos años:

Venir a La Clínica fue como regresar a casa. Veía nuevamente a clientes a los que había estado atendiendo como abogada mientras realizaba prácticas sobre la ley de inmigración. Se trataba de un lugar muy animado, amigable y cálido. También era muy acogedor. La gente te abrazaba y besaba cuando te saludaban.

Empecé a hacer cambios en la forma en que se gestionaba el programa de VIH. Se necesitaba mejorar el sistema de registros, se requería mayor formalidad en términos de la capacitación a los pacientes, y también mayor capacitación para el personal. Le seguí diciendo al personal que la guerra en El Salvador había terminado y que necesitábamos, para seguir adelante, que los financiadores esperaban un cierto nivel de profesionalismo de la clínica. Percibí que la clínica podía hacer eso sin perder el ambiente de cuidado y cariño que habían logrado desarrollar.

Cuando Kattar se retiró en 1998 fue reemplazada por Catalina Sol, que por esa época había obtenido una Maestría en Salud Pública y estaba lista para regresar a La Clínica donde había trabajado entre 1991 y 1994 como Coordinadora de Atención al Paciente. Catalina continúa como Directora del Departamento de VIH-SIDA de La Clínica:

Cuando regresé en 1998, el programa de VIH- SIDA era tan grande que era difícil de manejar. Trasladamos la parte médica de nuestras actividades relacionadas con el VIH a la clínica médica. Mi principal preocupación se centró en ampliar nuestra capacidad de prevención del VIH-SIDA.

Mi llegada a fines de 1998 coincidió con el nuevo financiamiento para las organizaciones de las minorías. Un estudio había demostrado que las tasas de mortalidad entre los blancos con SIDA habían disminuido drásticamente, pero entre los negros la tasa de mortalidad era la misma o se había incrementado. El Caucus Negro del Congreso hizo un gran cuestionamiento. Exigieron que las fuentes de financiamiento federales para VIH se orientaran a las organizaciones de las minorías, a fin de reducir esta disparidad. Vimos que por primera vez se presentaban oportunidades federales de financiamiento, pero que eran muy escasas. Se tenía que demostrar realmente que en el personal, en el directorio, estaban presentes las minorías. En 1999, aplicamos asociados con Identity y con una organización asiática. A fines de 1999 conseguimos un financiamiento por cuatro años.

Una vez que logramos el financiamiento federal, nos centramos en los hombres gay. Creamos nuestro propio plan de estudios para los capacitadores pares de los hombres gay. Los capacitamos para hacer las evaluaciones en sus propias comunidades. Esto dio lugar a un proyecto de arte para varones denominado "Expresiones del Alma", y un grupo de apoyo de los hombres gay llamado "Entre Amigos" que aún funciona en Virginia.

Cuando regresé, la larga tradición de capacitaciones anuales de los promotores de La Clínica se había dejado de lado, en la medida que La Clínica había pasado de trabajar con voluntarios a tener personal que trabajaban el tema de promoción del VIH. Habíamos perdido nuestra tradición de formar a los educadores pares. Vi esto como una oportunidad para retomar el camino. Habíamos logrado una financiación para la formación de educadores de los hombres gay como parte de una subvención del CDC. Teníamos una financiación de Washington AIDS Partnership para capacitar a las mujeres. Le pedí a Claudia Campos que trabajara con nosotros haciendo la capacitación de promotores de VIH. Después de seis meses de extensión, identificamos que se requería un grupo de apoyo para las mujeres y nació "Entre Amigos".

Brigida Guyot, quien había sido recientemente ascendida a un puesto administrativo en el departamento de VIH-SIDA, llegó a La Clínica como voluntaria gracias a la capacitación de promotores de VIH proporcionada por Claudia Campos en el año 2000. Ella recuerda claramente esta capacitación, puesto que tuvo un gran impacto en ella.

La capacitación estuvo a cargo de Claudia Campos. No solo se trató el tema de que es ser promotora, sino qué es ser mujer y el tema de auto-estima. Tuvimos muchos ejercicios de ir al pasado, recordar como era ser mujeres. Por lo que estaba pasando era como medicina a mi alma. Parte de la capacitación era hacer un proyecto de mujeres promotoras de VIH para trabajar en la comunidad latina. En mi país no conocía mucho de esto. Nunca había visto un condón. Nunca me habían hablado de relaciones sexuales. La persona que empezó el taller era completamente distinta al final.

Félix Márquez se unió a La Clínica como voluntario a fines de los años 1990. Él fue finalmente contratado para formar parte del equipo de prevención del VIH. Se retiró de La Clínica en el 2005 para completar su licenciatura y, finalmente, para continuar con una maestría.

Siento que antes de trabajar en La Clínica me había retirado de la comunidad latina. Cuando llegué a La Clínica sentí que estaba regresando a mi gente, a mi cultura que la había dejado años atrás cuando inmigré a los EE.UU. Al principio era voluntario en el departamento de VIH. En las ferias ayudaba a repartir material educativo, condones e información sobre la prueba. Me encantó el trabajo de voluntario porque tenía la oportunidad de conocer a más salvadoreños y ayudar a mi comunidad. Me sentí orgulloso de ser parte de esta organización.

Omar Reyes, que ingresó a trabajar a La Clínica en agosto de 1997, primero como personal a tiempo parcial y luego a tiempo completo, comenta sobre el programa de VIH-SIDA de La Clínica.

Para algunos latinos los servicios de consejería y prueba de VIH es la primera puerta que se les abre para comenzar a recibir servicios de salud, para reconocer su orientación sexual, para aprender lo básico sobre VIH y crear un plan preventivo. Para las personas que han sido violentadas en la frontera de México con Estados Unidos o que han sufrido algún tipo de trauma en sus países de origen, La Clínica ha sido el lugar en donde por primera vez han expresado su dolor.

Una de las particularidades de La Clínica es que presta servicios a los diferentes segmentos de la comunidad latina migrante, grupos vulnerables, y atiende problemáticas como la diversidad sexual. El hecho de tener programas para atender a estos segmentos demuestra que es una clínica neutral. No divide a la población. Atiende a todos con igual respeto, calor humano y sensibilidad cultural. Los clientes han sido parte del proceso. Es una escuela para los propios empleados.

Servicios de interpretación

En los primeros años, los servicios de interpretación los proporcionaban los promotores de salud o el mismo personal. Algunos hicieron un excelente trabajo, otros brindaron servicios de interpretación de diversa calidad. Ninguno tenía formación en este aspecto.

En 1995, La Clínica solicitó apoyo a la Oficina de Salud de las Minorías para capacitar a sus promotores de salud como intérpretes médicos. Cuando, en 1996, La Clínica tuvo los fondos que había solicitado, nació su exitoso programa de interpretación. Isabel van Isschot, que hasta ese entonces estuvo a cargo de la capacitación en temas de salud, se convirtió en la directora del programa de interpretación. Ella sigue en este cargo.

En sus palabras:

La barrera del idioma existía desde que se fundó La Clínica. Los médicos venían a atender a los pacientes los martes por la noche y necesitaban un intérprete. Al principio el personal y los voluntarios promotores de salud que tenían algunas habilidades bilingües facilitaban la interpretación. Los intérpretes eran especialmente necesarios para los pacientes que tenían citas con especialistas de fuera del edificio. Nosotros utilizábamos a la Red Arquidiocesana del Cuidado de la Salud para conseguir especialistas.

Era difícil conseguir citas con los especialistas, puesto que la demanda de todas las clínicas locales era muy alta. También era difícil apoyarnos en los voluntarios o en el personal para acompañar a los pacientes a sus citas. Rara vez nos apoyábamos en los miembros de la familia, por diversas razones, incluida la privacidad, la edad de los familiares, las dificultades con el inglés, sus diversas ocupaciones o simplemente porque los pacientes no tenían a nadie aquí para que los acompañaran. Fue así como se comenzó a pensar en la idea de un intérprete calificado pagado.

Rápidamente nos dimos cuenta de la importancia de profesionalizar la función de intérprete. Un año más tarde, Priscilla Mendenhall, quien también estaba desarrollando un programa de intérpretes en Northern Virginia Health Education Center, invitó a Catalina y a mí a asistir a sus primeras 40 horas de formación de intérpretes. Nos capacitamos simultáneamente como intérpretes capacitadoras. Esto terminó siendo una valiosa oportunidad. La Clínica nunca hubiera podido ofrecer esa formación. El plan de estudios fue diseñado en Seattle, Washington. Tuvo un componente de abogacía que encajaba muy bien con la filosofía de La Clínica.

Priscilla Mendenhall comenta sobre su relación con Isabel van Isschot y Catalina Sol durante este período. También reflexiona sobre su impresión sobre La Clínica:

Yo sabía que La Clínica había establecido un servicio de intérpretes. Hubo mucha riqueza en nuestras conversaciones sobre la manera de profesionalizar la labor de los intérpretes. Catalina e Isabel me empujaron más allá de donde me sentía cómoda con respecto a lo que pensaba acerca de la organización y de la formación de intérpretes.

Pienso que La Clínica es una de las organizaciones más extraordinarias que he conocido. Desde mi punto de vista, La Clínica se ha mantenido muy fiel a las necesidades de la comunidad latina. Al mismo tiempo, ha sido capaz de viajar a través, con y contra la corriente principal en una forma que realmente ha funcionado para la comunidad latina.

Van Isschot reflexiona acerca del crecimiento del programa de interpretación de La Clínica a fines de los años 1990 y los desafíos que enfrenta La Clínica:

Este programa comenzó a crecer poco a poco. Aplicamos y recibimos dos subvenciones de demostración de la Oficina de Salud de la Minoría, cada una de ellas de tres años, que ayudaron a dar forma y a ampliar el programa. Más y más clínicas de la comunidad empezaron a utilizar nuestros servicios. De esa forma nos convertimos en el proveedor de intérpretes para toda la red de clínicas de atención primaria de la comunidad. Fue muy visionario de nuestra parte. Nos centramos principalmente en el español porque era ahí donde estaba la demanda. A continuación, añadimos otros idiomas: amhárico y tigríno de Etiopía, portugués, francés, chino, árabe, etc. Nuestro grupo de intérpretes también creció.

Mientras tanto, fui conociendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, que exige que los proveedores, que reciben fondos federales tienen la obligación de dar igualdad de acceso a sus servicios a todas las personas, independientemente de su raza, origen étnico y país de origen. En el 2000, la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del gobierno federal, emitió unos Lineamientos de Política que relacionaba el país de origen con la capacidad de las personas a comunicarse en inglés. ¡Esto me abrió los ojos! Me enteré de que a fin de garantizar una igualdad de acceso y una buena calidad de los servicios a sus clientes con una limitada competencia en inglés,

los proveedores tenían que organizar algún tipo de servicios de interpretación. Me enteré que los pacientes no son responsables de traer sus propios intérpretes, lo que en aquellas épocas era una práctica común. También supe que la OCR no promueve el uso de los miembros de la propia familia y amigos como intérpretes. Fue así como me di cuenta de que muchos proveedores no cumplían con el Título VI. ¡Estaba indignada!

Uno de los éxitos evidentes de La Clínica durante este período fue la generación de las tarjetas I Speak Spanish (Yo hablo español), uno de los muchos ejemplos de la forma en la que La Clínica, a lo largo de los años, ha tratado de ayudar a sus pacientes, y a otros de fuera de La Clínica, a conocer y a ejercer su derecho a una asistencia sanitaria de calidad.

Van Isschot recuerda:

La tarjeta I Speak Spanish es una tarjeta del tamaño de las tarjetas de presentación de las empresas con un mensaje en inglés para el proveedor y un mensaje en español para los clientes. A los proveedores se les dice que, si son financiados por el gobierno federal, están obligados a proporcionar servicios de interpretación a las personas con una limitada capacidad de expresarse en inglés. El mensaje a nuestros clientes es que ellos tienen el derecho a tener intérpretes calificados, y que no es obligación de ellos llevar a un familiar o amigo como sus intérpretes. Tienen derecho a quejarse, tienen el derecho a ser atendidos en forma oportuna, y tienen derecho a esperar que los documentos esenciales sean traducidos a su idioma.

Desde que comenzaron a emitirse en el año 2001, hemos entregado estas tarjetas a personas que vienen a nuestras ferias de la salud. Nuestros intérpretes entregan las tarjetas a sus clientes. A la gente les gustan las tarjetas y las utilizan. A pesar de que no necesariamente les ayuda a encontrar un intérprete cuando lo requieren, por lo menos se informa a los ciudadanos sobre sus derechos y responsabilidades.

Durante este período, La Clínica, en colaboración con el Hospital de la Howard University, con quien la clínica médica había desarrollado una relación en 1997, estableció un programa de sensibilidad cultural. Iniciado en el 2002 y dirigido por Raúl Hernández, este programa presta asistencia a pacientes referidos por La Clínica para desplazarse por el Hospital de la Howard University: asegurándose de que lleven consigo su identificación del seguro de manera que el hospital no les cobre y orientándolos sobre la forma en que funciona un hospital grande. El programa también orienta al personal del Hospital de la Howard University sobre las diferencias en los antecedentes culturales de los pacientes latinos que La Clínica refiere al hospital¹⁷.

Aualmente, durante los últimos cinco años, La Clínica ha organizado y facilitado un foro en el que los pacientes de La Clínica, que han recibido servicios en el Hospital de la Howard University, pueden compartir sus experiencias con Thomas Gaiter, director médico del Hospital de la Howard University, y miembros relevantes del personal del hospital. Cada foro se inicia exponiendo los resultados de una encuesta llevada a cabo con los pacientes en la que se evalúa su experiencia con el hospital. Al final de cada foro, se envía un informe a las oficinas correspondientes del Hospital de la Howard University. Los resultados del foro (fotos, informes) se muestran en el vestíbulo del hospital.

Educación para la salud y extensión comunitaria

Las actividades en el ámbito de la educación para la salud y la extensión comunitaria continuaron durante este período, pero en una forma algo esporádica. Hasta el año 2000, cuando el enfoque de la clínica pasó

¹⁷ Por ejemplo, cuando los pacientes llegan a la oficina de admisiones, es a veces necesario explicarle al personal de admisiones que no es solo que el paciente no pueda hablar inglés, sino que también podría no saber leer ni escribir. Cuando el personal de la Howard University se queja de que los pacientes faltan a las citas, el personal de La Clínica explica que con su estatus de inmigrante (muchos de los cuales son indocumentados), los pacientes temen pedir permiso reiteradamente a sus empleadores para ir a sus citas en el hospital.

de la atención especializada a un modelo de medicina familiar, la educación para la salud de los pacientes fue una de las responsabilidades de las enfermeras asignadas a cada una de las especialidades.

La educación para la salud que se realizó fuera de las cuatro paredes de La Clínica, junto con actividades de extensión a la comunidad, continuó durante este período gracias al apoyo de un grupo fiel de voluntarios. Sin embargo, la medida en que determinados acontecimientos se llevaron a cabo dependió de la disponibilidad de fondos. La financiación de la educación para la salud y la divulgación, por lo general, proviene de pequeñas donaciones de fundaciones privadas y de la Oficina de Asuntos Latinos del Alcalde. El financiamiento para la prevención del VIH-SIDA, que se inició a mediados de 1990, además de permitir hacer divulgación comunitaria a través de los promotores de VIH, también hizo posible que La Clínica realizara un mayor número de eventos de educación para la salud y de divulgación.

Durante este período, las ferias de la salud, que en la década de 1990 eran grandes eventos anuales o semestrales, se convirtieron en encuentros más pequeños, más frecuentes y localizados en diferentes zonas de la ciudad, coincidiendo con los lugares donde la población vive, juega y trabaja. Un conjunto de personas que actuaron como promotores de salud durante este período continuaron siendo profesionales latinos de la salud que aún no tienen autorización para ejercer en los EE.UU.

La Clínica prosigue su campaña con el fin de recaudar fondos para remodelar su edificio

Después de haber adquirido su nuevo edificio en 1998, el personal de La Clínica se enfrenta ahora a la formidable tarea de desarrollar una campaña para recaudar la suma de \$ 2,5 millones que necesitan para remodelar y equipar el edificio a fin de poder trasladarse. Esta tarea, tal como se ha evidenciando, ocupa mucho más tiempo que el que el personal de La Clínica nunca se imaginó, siendo que no tienen mayor experiencia en organizar y llegar a cabo estas campañas.

Romagoza recuerda lo que él y el personal de La Clínica atravesaron con el fin de conseguir el dinero que necesitaban. Se necesitó un total de siete años para recaudar esos fondos y para renovar el local.

Era un reto enorme porque no sabíamos qué era esto. Aparte de los recursos que levantamos para los programas, levantar una campaña para traer fondos para el edificio era una actividad nueva. Teníamos que desarrollar algo efectivo que fuera vendible. También teníamos que crear estructuras internas diferentes.

Vimos la campaña de recaudación como una oportunidad para aprender de áreas que no sabíamos. Estábamos acostumbrados a vender tamales y pupusas para coleccionar fondos. Pero hacer una campaña de recaudación era un gran salto. Significaba ir al sistema.

Vimos que lo primero era que teníamos que contratar a alguien para recaudar fondos. Nos dimos contrasuelazos, porque venía gente diciendo que nos podía ayudar pero que en realidad venían acá a aprender. Terminaban diciendo, "No tengo experiencia con esta comunidad".

Lo interesante es que mientras íbamos aprendiendo, los resultados se iban orientando más a nivel de la movilización comunitaria: cómo organizarse, cómo presionar a la ciudad. Esto funcionó. Finalmente, el 60% de los recursos que recabamos para la campaña de recaudación salieron de la movilización de nuestros pacientes y voluntarios. Es un potencial que La Clínica tiene para las próximas campañas.

D. Del 2003 al 2007: La Clínica se traslada a su actual sede y sigue madurando

Contexto:

El período que va del 2003 al 2007 fue un momento de agitación internacional. La guerra global contra el terrorismo persistía sin fin aparente a la vista. La guerra en Irak también parece no tener fin. Afganistán, que estuvo relativamente tranquilo durante unos años, se convirtió en un lugar de creciente violencia.

Si bien no hubo conflicto armado en Centroamérica, durante este período, se incrementó la desigualdad en la distribución del ingreso, afectando negativamente a los pobres: hubo una tendencia creciente a la violencia de las pandillas y los secuestros, y, en algunos países, continuó la violencia política y la persecución dando lugar a que las migraciones a los Estados Unidos continuaran.

Las elecciones congresales del 2006, y así como las próximas elecciones presidenciales que se realizarán en los EE.UU. en el 2008 hicieron que el tema de los inmigrantes indocumentados se colocara nuevamente en la agenda nacional. La incapacidad del Congreso para aprobar una ley nacional de inmigración dio lugar a que una serie de condados y municipios tomaran los problemas de inmigración en sus propias manos, en algunos casos con resultados negativos para los inmigrantes indocumentados que viven en esas localidades. La incertidumbre en torno a la suerte de los inmigrantes indocumentados que viven en los EE.UU. hace más sombrío el acceso de estas personas a los servicios básicos de salud. Los migrantes indocumentados, reticentes a buscar clínicas de salud pública por miedo de "ser descubiertos" y deportados, buscan cada vez más clínicas de salud comunitarias sin fines de lucro, como La Clínica del Pueblo, restringiendo aún más la ya limitada capacidad de estas clínicas para prestar servicios.

En Washington, D.C., el advenimiento de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. en el 2001, marcó el inicio de una era de acceso a los servicios básicos de salud para todos los residentes de D.C. que se encuentran en 200% del nivel federal de pobreza o por debajo. Una característica innovadora de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. que ha tenido buena acogida, es que no requiere, como lo hace Medicaid, que las personas documenten su situación legal en los EE.UU. Aquellos que no califican para la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. (ya sea porque viven fuera del distrito o porque están por encima del 200% del nivel federal de pobreza), continúan disponiendo de una atención especializada a través de proveedores de la Arquidiócesis Católica, aunque con mayores restricciones¹⁸. También se ha acogido con agrado en Washington D.C. el surgimiento de programas tales como el Healthy Families, financiado por S-Chip, que proporcionan acceso a servicios de atención médica para niños que no son ciudadanos estadounidenses y que no tienen seguro de salud.

Mientras tanto, la población latina ha seguido aumentando en el área metropolitana de Washington, y sus necesidades en materia de salud se han vuelto más complejas, estrechando aún más los ya limitados sistemas de provisión de salud privados para la población que no habla inglés. Las estadísticas muestran que, si bien otros grupos étnicos en la zona de Washington también han experimentado grandes concentraciones de pobreza, la comunidad latina del distrito sufre una situación similar. Los datos también indican que las disparidades étnicas, en lo que corresponde a la situación de salud, para los latinos en la zona son especialmente notables en lo que respecta a las enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión), obesidad, VIH-SIDA, tuberculosis, insuficiencia de la atención prenatal, altos niveles de embarazo adolescente, tasas de inmunización, trastornos de salud

¹⁸ En virtud de las restricciones que han entrado en vigor en los últimos dos a cuatro años, los residentes en el Estado de Maryland siguen siendo elegibles para recibir servicios a través de la Arquidiócesis Católica. Los residentes de Virginia, sin embargo, ya no califican. La Arquidiócesis también ha establecido requisitos más estrictos para verificar el nivel de ingresos. Además, si un paciente o un intérprete no se presentan a una cita, el paciente afectado ya no califica para recibir servicios de salud especializados a través de la Arquidiócesis.

mentales¹⁹. Un estudio del 2004 de la Fundación Henry J. Kaiser Family estima que en Washington D.C. tres veces más adultos latinos no cuentan con seguro médico en comparación con el promedio de todos los adultos en el D.C. (43% vs. 13%).

La Clínica se traslada a su actual sede y prosigue madurando

El traslado

En abril del 2003 tuvo lugar el tan esperado traslado de La Clínica, desde el Wilson Center, cerca del cruce de las Calles 15 e Irving, hacia el N° 2832 de la calle 15, a tres cuadras de distancia. El día de la mudanza y los acontecimientos que condujeron a la mudanza son recordados por Alma Hamar, quien, desde principios del 2003, viene trabajando a tiempo completo como terapeuta de salud mental en La Clínica:

Todos estábamos llorando. Este edificio viejo representó algo único, maravilloso, con lo que comenzamos. Allí se originaron los proyectos, allí buscamos justicia, el derechos a la salud. Todo esto estaba contenido en un edificio viejo con ventanas rotas. Allí estaban nuestros recuerdos, nuestras ilusiones. Todo este edificio olía a democracia, que es lo que buscamos en nuestros países y no encontramos. Nos costó separarnos, aunque este nuevo edificio se veía tan lindo.

Empezó el proceso de duelo. Meses antes de pasarnos al nuevo edificio hicimos varias reuniones para trabajar esto. Vinieron psicólogos. Todos nos reunimos. Comenzamos a hablar de nuestras experiencias, de las historias de cuando llegamos. La más fuerte fue la última reunión. Había un silencio, nadie quería decir nada. A mí me tocaba hablar y no podía. Era como que se me hubiera muerto alguien. Lloré. Otras colegas mías salieron del cuarto llorando. Gloria Elliot salió para buscarlas y las trajo de nuevo. Dijo “Vamos a continuar con el programa”.

El día de la mudanza formal hicimos una procesión. Caminamos por la calle cantando. Juan vino con los mariachis. Cada quien agarró un objeto del antiguo edificio para traerlo acá, al nuevo edificio.

El nuevo edificio fue la culminación de muchas ansiadas mejoras. Ofrece facilidad de acceso a las personas con discapacidades, ascensor, aire acondicionado y calefacción adecuados (ya no se tiene que usar abrigos en la sala de exámenes médicos), ambientes más adecuados y nuevo equipamiento. Está interconectada por una red informática que permite administrar la información de los pacientes y del personal, y posee un fácil acceso a los recursos de Internet para los médicos. La nueva sede tiene un lugar seguro para que los niños jueguen mientras sus familiares son atendidos. Cuenta, de manera singular, con una capilla, dada la importancia de lo cultural y lo emocional en el enfoque integral de la salud que tiene La Clínica. Se dispone de muchos otros servicios —más baños, comedor para el personal, oficinas administrativas más privadas (aunque más pequeñas), una colorida sala de espera con televisión y equipo para actividades de educación de la salud—. Sin embargo, como ocurre con frecuencia, en el momento en el que La Clínica se mudó al nuevo local, este ya era pequeño.

Fortaleciendo aún más los sistemas internos de gestión y retroalimentación

Durante este período hubo un cambio significativo en la forma de funcionamiento del directorio de La Clínica. En el 2004, el directorio elaboró un Plan Estratégico para el período 2005-2009. También confirmó la decisión, largamente postergada, de preparar la solicitud para ser calificados como Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). En el 2005, Charlotte Jones-Carroll, después de haber cumplido más de cinco años en el directorio en diversos puestos, se convirtió en

¹⁹ Los latinos de Washington, D.C. tienen la más alta proporción de personas con diabetes (11.4%), con tasas que se incrementan con la edad, en comparación con otros grupos étnicos y raciales

presidenta del directorio, en reemplazo de Peter Shields, quien se había desempeñado como presidente durante diez años. Los estatutos se modificaron para que estuvieran en concordancia con las condiciones de FQHC. Esto implicó el compromiso de tener una mayoría de los directores que fueran parte de la comunidad de pacientes, realizar reuniones de directorio mensuales, y aclarar las cláusulas referidas a conflictos de intereses. El cambio de estatutos, tal como lo exige el estatus de FQHC, también prohíbe que los pacientes que tengan familiares en el equipo de La Clínica se conviertan en directores.

Charlotte Jones-Carroll recuerda la evolución del directorio durante los siete años que ella formó parte de él.

Cuando llegué por primera vez al directorio, este se reunía trimestralmente. El verdadero trabajo lo hacía el Comité Ejecutivo (los cuatro funcionarios, de los cuales normalmente solo tres se presentaban, junto con los altos directivos de La Clínica). Las reuniones del pleno del directorio se centraban principalmente en la entrega de información a los que no eran miembros del Comité Ejecutivo. La Clínica estaba en pleno proceso de recaudación de fondos para renovar el nuevo edificio que había comprado. Había importantes pasos a decidir. Llegamos a un acuerdo para aumentar las reuniones del consejo a seis por año, momento en el que el directorio se vio más involucrado en las conversaciones relacionadas con los negocios. También en ese momento, no había ninguna revisión formal del desempeño del director ejecutivo parte del directorio. Juan estaba pidiendo silenciosamente ser evaluado. Yo alenté al Comité Ejecutivo para que evaluara su desempeño, y, finalmente, empezamos a hacer esta tarea una vez al año.

Cuando Alicia Wilson se convirtió en Directora de Desarrollo en el 2001, estaba interesada en hacer la planificación estratégica. Yo también tenía ese interés, en la medida que eso es lo que he venido haciendo durante mis últimos diez años en el Banco Mundial. Los donantes pedían un Plan Estratégico. Justo antes de que nos trasladáramos al nuevo edificio, hicimos una primera ronda sobre la visión. Las sesiones fueron muy participativas. Luego MOSAICA, una empresa de gestión amiga de las organizaciones sin fines de lucro, entró y nos ayudó a pasar de la misión y la visión a un Plan Estratégico. Ellos hicieron un buen trabajo. Nos dimos cuenta que necesitábamos centrarnos en la rendición de cuentas, las normas y los reglamentos. En ese momento, no había un comité de nominación. No había plazos de vigencia del directorio.

En el momento en que dejé el directorio, habíamos pasado a hacer reuniones mensuales, habíamos establecido plazos límites, y teníamos un comité de nominación formal para que recomendara a los directores y funcionarios. Revisamos el estatus en el Plan Estratégico y tuvimos un retiro del directorio en el año 2006 para aclarar la implementación del plan.

Durante este período de cuatro años, las estructuras cambiantes se formalizaron y se pusieron en marcha nuevas estructuras de gestión dentro de La Clínica. Un equipo de altos directivos —compuesto por el Director Ejecutivo, el Director Médico, el CEO y el Director de Desarrollo— tomó la responsabilidad conjunta de las decisiones fundamentales con relación a la dirección de La Clínica y, durante el año sabático del Director Ejecutivo, en el 2005, gestionó la clínica en su ausencia. Este equipo directivo continuó reuniéndose mensualmente con el Comité Ejecutivo del Directorio. Un equipo de gestión, integrado por los seis directores de Departamento, el Director Ejecutivo, el CEO y el Director de Desarrollo, también continuó reuniéndose. Las reuniones mensuales del personal, a las que todos los miembros de La Clínica eran invitados, siguió siendo un importante lugar para el intercambio de información y la construcción del consenso. Se actualizó la base de datos de los pacientes de La Clínica²⁰, se dio inicio a la realización de encuestas de satisfacción del paciente, y se realizó un estudio sobre el estado de ánimo de los empleados.

²⁰ Actualmente, La Clínica se halla en el proceso de actualizar y mejorar aún más su base de datos. Además, se encuentra realizando la transición hacia un sistema electrónico de archivos médicos.

El Comité de Pacientes de La Clínica, formado en la década de 1980, cuando llegó Romagoza, continuó reuniéndose mensualmente para proporcionar información a la institución. Como se puede ver en los dos testimonios a continuación, de Carlos Muñoz y de Juan Blanco, dos miembros que se mantienen activos en el Comité de Pacientes, existe un sentimiento entre los miembros del Comité sobre que sus comentarios son valorados y tenidos en cuenta para la mejora de la calidad y la pertinencia de los servicios prestados por la Clínica:

Carlos Muñoz: Normalmente venimos los que más frecuentamos La Clínica. Lo que me gusta es que podemos poner nuestras quejas — lo que no nos ha gustado, lo que hemos escuchado— todas las opiniones, las damos. Ellos van tomando nota. También reconocemos y felicitamos los esfuerzos y mejoras que el personal de La Clínica realiza, tanto el personal médico como el administrativo. El doctor Juan actúa sobre esta información. Después de decir las cosas, se pueden ver cambios. Han tomado la iniciativa para corregir los problemas.

Juan Blanco: Se hace una especie de análisis, de lo que está ocurriendo en La Clínica, cómo mejorar esto o lo otro. El doctor Juan lo lidera. Se toman acciones sobre la retroalimentación. Siento que soy escuchado. Analizamos las deficiencias de ciertos programas, como el seguro de la Alianza. Esta es la tónica del Comité de Pacientes: que La Clínica debería ser de ellos. Cada miembro se vuelve como dueño. Todo el mundo tiene espíritu de colaboración.

La Clínica sigue involucrada en la abogacía y el activismo

Durante este período, la participación de La Clínica en el activismo se caracterizó por un aumento de la concentración en temas específicos de interés para la comunidad latina. Durante este período, los Directores de los departamentos de La Clínica también se involucraron cada vez más en las actividades de abogacía importantes para el trabajo de sus departamentos.

Algunas iniciativas específicas relacionadas a la salud, apoyadas por La Clínica durante este periodo, incluyen el brindar apoyo a una campaña a nivel de toda la ciudad en favor de un ambiente libre de humo en restaurantes y edificios de oficinas, y a una iniciativa de Washington, D.C. de exigir que los restaurantes proporcionen a sus clientes información específica sobre el contenido de sal y materia grasa de sus alimentos. En ambos casos, La Clínica movilizó a sus pacientes, a su personal y a sus voluntarios para recoger firmas y participar en marchas.

La Clínica también desempeñó un rol importante en la organización de foros anuales con las autoridades de la ciudad, centrándose en la aplicación de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. El objetivo era lograr que las autoridades responsables de la administración de la Alianza sean conscientes de los cambios ocurridos en la comunidad latina, junto con los intereses específicos y las preocupaciones de la comunidad latina con relación a la aplicación de la Alianza.

El activismo relacionado con la inmigración sigue siendo importante en la agenda de La Clínica. Durante el 2007, La Clínica participó en coaliciones regionales y locales para presionar por la reforma de la inmigración. Esto estuvo acompañado por esfuerzos para educar a los pacientes sobre la necesidad de la reforma de la inmigración y para que ellos se involucren en el fomento de la reforma.

Una parte importante de lo que La Clínica ha hecho durante este período, ha sido tratar de disminuir el resurgimiento del temor con respecto a la deportación, algo que se ha ido manifestando crecientemente entre los pacientes. En palabras de Romagoza:

Viendo los impactos de la migración, tratamos de responder al miedo que hemos visto en nuestros pacientes. Hemos impulsado charlas para hablar acerca de la migración en la sala de recepción. Hemos tratado de motivarlos para que no tengan miedo, para decirles que hay lugares para acudir si se sienten amenazados, que siempre estamos abiertos para cualquier denuncia que quieran hacer. Más que todo, ha sido para quitarles el miedo, para darles el espacio para que hablen.

En el tema del VIH- SIDA, La Clínica impulsó la mayor visibilidad de los grupos afectados por el VIH-SIDA: los miembros de la población latina gay, mujeres transexuales latinas y un número creciente de hombres y mujeres heterosexuales. El Departamento de VIH-SIDA de La Clínica brindó espacios a estas poblaciones para formar grupos de apoyo, para ayudarles a organizarse para ejercer sus derechos. Cuando un miembro de la población transexual de La Clínica fue brutalmente asesinado en el 2006, La Clínica se convirtió en un refugio seguro donde la comunidad latina de transexuales se reunieron para compartir su dolor y sus miedos. La Clínica también participó en la denuncia del asesinato y brindó apoyo a la familia de la persona asesinada.

La Clínica, a través de Catalina Sol, en su calidad de Directora del Departamento de VIH-SIDA, también ha estado a la vanguardia de los esfuerzos por hacer un uso adecuado de los fondos para la prevención del VIH-SIDA, canalizados por el Centro para el Control de Enfermedades a través del gobierno de Washington, D.C. a las clínicas de salud. William Longdon, responsable del monitoreo a las subvenciones del CDC a La Clínica y al Departamento de Salud de Washington, D.C., comenta sobre el papel de La Clínica y, específicamente, sobre el de Catalina Sol:

Una de las actividades en las que he trabajado junto con Catalina Sol fue en el Departamento de Salud de Washington, D.C. Estaba en cuestión la capacidad de los dirigentes de la comunidad para ayudar a dar forma a los esfuerzos de prevención que estaba haciendo el Departamento de Salud de Washington, D.C. El CDC exige que haya un Grupo de Planificación de la Comunidad para orientar los esfuerzos de prevención en la ciudad. Se trataba de una de esas situaciones en las que al Departamento de Salud de Washington, D.C. se le dio el beneficio de la duda con respecto a sus deficiencias en la administración del proceso de planificación que habían realizado anteriores grupos de planificación de la comunidad. El CDC siguió dándole al Departamento de Salud de Washington, D.C. la permisividad necesaria para hacer frente a los problemas, pero sin ningún resultado.

Pero entonces, el Grupo de Planificación de la Comunidad se involucró. Le dijeron al Departamento de Salud de Washington, D.C., "Ustedes no están proporcionando datos o apoyo suficientes. Ustedes no están proporcionando lo que hay que proporcionar". No se iban a callar o a dejar de hacer lo que estaban haciendo. Las cosas llegaron a tal punto que nosotros (los del CDC) tuvimos que entrar a mediar. El resultado fue significativo. Hubo conclusiones en contra del Departamento de Salud de Washington, D.C. Empezamos a exigir que hicieran lo que se les exigía que hicieran a través del proceso de planificación comunitaria. Esto impactó finalmente en las decisiones de financiamiento relacionadas a los fondos del CDC.

Catalina Sol fue una de las fuerzas impulsoras para lograr el cambio. Ella estaba activamente involucrada en impulsar la solución de la situación, y monitorear lo que estaba pasando, desde una perspectiva comunitaria.

Isabel Van Isschot, en su calidad de Directora del Departamento de Interpretación, participó en una coalición de organizaciones que elaboró la Ley de Acceso a la Lengua de Washington, D.C. de 2004, lo que ha facilitado enormemente la capacidad de La Clínica y de otros miembros de la coalición para acceder a importantes servicios de idiomas para sus pacientes-clientes en la zona de Washington. La coalición sigue viva. Van Isschot recuerda:

Nos unimos porque nos dimos cuenta de que el gobierno no estaba cumpliendo con el Título VI. Hubo una historia de incumplimiento con Medicaid, que es un beneficio federal. Los empleados del Gobierno les habrían dicho a los latinos que no volvieran a menos que trajeran a un intérprete. Algunos empleados bilingües no les hablaban en español, alegando que no eran contratados para el aprovechamiento de sus conocimientos lingüísticos.

Para el 2002, las cosas no habían mejorado. Los defensores de Washington, D.C. convencieron a un miembro del Consejo, Jim Graham, para que empezara a preguntarles a los organismos locales cómo habían hecho para eliminar las barreras del idioma.

Yo era parte de una coalición de diferentes organizaciones que representaban a los asiáticos, africanos y latinos en el debate. Yo era la única que representaba a la atención de la salud. Quería asegurarme de que La Clínica participara en el debate. Nos reuníamos mensualmente. Los abogados de organismos de la comunidad ayudaron a redactar la legislación. Organizamos una campaña de tarjetas postales, y recopilamos más de 2000 tarjetas postales para mostrar el apoyo de la comunidad a la retención del gobierno. El miembro del Consejo, Graham, se reunía con nosotros periódicamente. Continuamos negociando los cambios hasta que el primer borrador estuvo terminado.

El resultado fue que, la Ley de Acceso a la Lengua de Washington, D.C. del 2004, incluyó a las entidades responsables de brindar mayor acceso y participación en programas, servicios y actividades a los integrantes del distrito que tenían una competencia limitada o ninguna en inglés. Esto ha sido de gran ayuda para nosotros, pues ha permitido asegurar que nuestros pacientes obtendrán los servicios de interpretación que necesitan y que los hospitales y médicos a los que referimos nuestros pacientes estén abiertos a recibirlos acompañados de los intérpretes.

Jennifer Deng-Pickett, coordinadora de la Access Coalition de Washington, D.C., reflexiona sobre el papel de La Clínica, y, sobre todo, de Van Isschot, en la coalición y en las actividades de promoción en general:

Isabel ha sido una de los principales defensores de la coalición desde su creación hace seis años. Lo que me parece estratégico es cómo el programa de Isabel y gran parte del presupuesto de La Clínica es financiado por el gobierno de Washington, D.C. Sin embargo, ella siempre aboga en el Departamento de Salud de Washington, D.C. y en otras agencias de Washington por el acceso a la interpretación y al lenguaje de quienes están aprendiendo inglés en el D.C.

Servicios médicos

El traslado al nuevo edificio en el 2003 y el incremento en el número de salas para realizar los exámenes, así como el aumento de los ingresos a través de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C., le ha permitido a la Clínica ampliar sus servicios médicos desde 8700 citas con clientes en el 2003 a más de 15.800 citas con clientes en el 2007. El enfoque de medicina familiar, instituido en el 2000, se extendió aún más con la integración, en el 2003, de una enfermera y un médico de familia, ambos a tiempo completo. Un atributo importante del modelo de medicina familiar es que permite que durante una visita al médico se traten, para aquellos pacientes que los tienen, múltiples problemas. Esto contrasta con un enfoque de la especialidad clínica, en el que el médico solo se centra en la cuestión relacionada con su especialidad, refiriendo al paciente a otros especialistas para abordar los problemas que están fuera de su ámbito de competencia²¹.

Con la evolución de las necesidades y patrones de enfermedad que presentan los pacientes de La Clínica, la clínica médica también se encuentra haciendo frente a una creciente proporción de la población de pacientes con problemas de diabetes, hipertensión y obesidad. Durante este período, La Clínica también ha seguido con el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA, ha adoptado el enfoque relativamente innovador de no separar a los pacientes con VIH- SIDA del resto de pacientes, sino que más bien se los ve al mismo tiempo, lo que trae como resultado que los pacientes con VIH-SIDA y aquellos que no lo son pueden encontrarse en la sala de espera para sus citas.

²¹ A medida que se necesita, el médico de familia refiere el paciente a uno o más especialistas. Algunos están disponibles a través del grupo de médicos que brindan sus servicios como voluntarios; otros (para pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguro), a través de la Red de la Arquidiócesis de Washington D.C.

La colaboración con otros departamentos de La Clínica continúa. Cuando es necesario, los médicos refieren a los pacientes al Departamento de Salud Mental para su terapia. Los pacientes con VIH-SIDA fueron referidos a los departamentos de VIH-SIDA y de servicios sociales, respectivamente, para participar en grupos de apoyo y para recibir la administración de los casos, vivienda y otro tipo de asistencia. Los pacientes con sobrepeso y aquellos con diabetes fueron referidos al departamento de extensión comunitaria para que tuvieran clases de ejercicios y para que participaran en el programa de capacitación en diabetes de La Clínica. El Departamento de Extensión comunitaria, a su vez, asumió la función de proporcionar educación para la salud a los pacientes mientras estos esperan su cita con el doctor, una función que en años anteriores fue asumida por los coordinadores de la atención al paciente adscritos a cada una de las especialidades clínicas. Además, dependiendo de la disponibilidad de fondos y de voluntarios calificados, la clínica médica continuó prestando servicios en el ámbito de la medicina alternativa.

A finales del 2007, el personal del departamento médico estaba conformado por tres médicos de familia a tiempo completo, un médico asistente a tiempo completo, una enfermera a tiempo parcial, un internista a tiempo parcial, un flebotomista, tres recepcionistas, un técnico de laboratorio, siete asistentes médicos, un coordinador de referencias y un director de departamento. El personal pagado se complementaba con cuatro médicos voluntarios (internista, pediatra, neurólogo y oftalmólogo), un quiropráctico voluntario y un farmacéutico voluntario. El pediatra y el quiropráctico han sido voluntarios desde 1990.

El doctor Joshua Kolko, un médico de familia que, al momento de la elaboración de este estudio de caso, había estado en La Clínica poco menos de un año, se encarga además de un aspecto singular de las operaciones de La Clínica: el apoyo integral brindado por los médicos asistentes a los pacientes que son referidos por los coordinadores de la atención al paciente. Kolko compara favorablemente el papel de los PCC en La Clínica con el papel de los médicos asistentes tradicionales que trabajaron con él cuando era un médico de familia en Kaiser Permanente, el trabajo que tuvo antes de llegar a La Clínica:

Los coordinadores de la atención al paciente se encargan de los ingresos y las salidas. Acompañan al paciente a ingresar, le toman los signos vitales y determinan la razón inicial de la visita. Los pacientes frecuentes les pueden preguntar acerca de la medicación de recambio o de documentos que han recibido y que no entienden. O pueden traer los papeles de un especialista cuando necesitan hacer referencias adicionales

Los coordinadores de la atención al paciente también apoyan durante la visita al proveedor de salud con las cuestiones de procedimientos. Hacen las veces de chaperones. Colaboran haciendo el Papanicolau y los electrocardiogramas. Ellos ponen las inyecciones. Cuando el paciente sale explican las instrucciones que el médico ha escrito, revisan las recetas, y se preocupan de las siguientes citas.

Además de esto, hay una serie de cosas que también hacen. Pueden responder llamadas telefónicas de los pacientes, hacer llamadas telefónicas para contactar a los pacientes, rellenar el resto de los formularios en los que el médico no ha punteado las I y cruzado las T. Pueden ayudar al paciente a postular para el programa de asistencia al paciente. Pueden estar atendiendo los ingresos de personas que no son pacientes. Ellos nos alertan sobre información clave, como el analfabetismo o un problema en el hogar. Desempeñan un papel fundamental con el paciente.

En Kaiser Permanente, los médicos asistentes también trabajaban duro, pero no hacían trabajo social. No atendían el programa de asistencia al paciente. Pocos hacían el trabajo de interpretación o ayudaban con el papeleo que no entendían los pacientes. No tenían que organizar las citas de referencia. Por esto, en parte, muchos de los pacientes hacían las cosas ellos mismos, ya que tenían una mayor educación formal. Había más personas que hablaban inglés. Entendían mejor la burocracia.

Dos acontecimientos importantes en la clínica médica, entre el 2004 y el 2007, fueron la programación abierta sin citas programadas, en el 2004, y la decisión adoptada por La Clínica en el 2007 de aumentar las admisiones a la clínica médica. En el 2007, La Clínica también instituyó un sistema de tarifas de escala móvil como antesala para el FQHC.

Establecer la atención abierta, sin citas programadas, ha traído consigo un aumento en la eficiencia del funcionamiento de la clínica médica debido a que ha disminuido significativamente la inasistencia a las citas. La doctora Meredith Josephs, directora de la clínica, describe el libre acceso a la consulta y lo que ha significado para los servicios que se ofrecen en la clínica.

El acceso libre es un modelo de programación. Nos permite hacer hoy el trabajo de hoy. En la medicina tradicional uno hace una cita con una anticipación de dos semanas a seis meses. Bajo este modelo, si hay demanda hoy, se atiende a los pacientes hoy. El resultado ha sido la reducción de las inasistencias. Solo programamos el siguiente día de trabajo del proveedor.

Al principio los pacientes se mostraron escépticos. Sin embargo, en su mayor parte, han aprendido a utilizar el sistema. Ellos han aprendido a llamar cuando necesitan una cita inmediata, y les gusta más. Este es el futuro de la medicina familiar.

Si desea seguirse atendiendo con el mismo médico, se tiene la oportunidad. Treinta por ciento de nuestras citas son reservadas con anticipación. Antes de que se aplicase el acceso libre había una tasa de inasistencia del 18% al 25%. Ahora estamos en un 10% de inasistencia.

En septiembre del 2007, La Clínica, como parte de los requisitos exigidos por el estatus FQHC, comenzó a aceptar nuevos pacientes bajo un sistema de tarifas móviles. Joel Iglesias, uno de los dos miembros del equipo de La Clínica, que anteriormente, en el 2007, se había trasladado a dos puestos creados en el Departamento de Servicios Sociales para la admisión de trabajadores, describe cómo funciona el sistema de tarifas móviles.

La persona que quiere ser un paciente de la Clínica llama a las 12 del medio día. Si hay uno o más espacios libres, se hace una cita para el individuo o individuos. Cuando se hace la cita, la recepcionista le indica a la persona qué documentos debe traer. Los documentos son: prueba del salario; si la persona envía remesas a sus familiares en su país de origen, prueba de que estas remesas se envían y por cuánto; si la persona paga impuestos, una copia de su última declaración de renta; si el individuo cuenta con un seguro de salud, se le pide que lo traiga.

Durante el proceso de admisión, que tiene lugar una hora antes de la cita con el médico, le pedimos estos documentos a la persona y recogemos información adicional sobre antecedentes del individuo. Calculamos lo que la persona va a pagar por esta y futuras citas dividiendo el salario del individuo por el número de dependientes (incluidos los miembros de la familia en su país de origen que él o ella apoyan). Dependiendo de los resultados, la persona puede no pagar nada, el 10% del costo de esta y de futuras visitas, el 30%, el 50% o el 100%.

La decisión de pasar a una escala de tarifas móviles sigue siendo bastante polémica entre algunos en La Clínica, ya que este es un claro alejamiento del concepto de la atención de la salud como un derecho humano y, en consecuencia, gratuito, hacia uno de pago por el servicio de acuerdo a la capacidad de pago. Cabe reconocer que La Clínica, antes de instituir el sistema de tarifas móviles (que finalmente se aplicarán a los pacientes antiguos así como a los nuevos), se realizaron amplias consultas con los pacientes a través del Comité de Pacientes, así como foros abiertos con todos los pacientes.

Salud mental

El período 2003-2007 fue un momento de enorme expansión del presupuesto de salud mental de La Clínica, acompañado de una contracción igualmente dramática. En el momento en el que La Clínica se

trasladó a su nuevo edificio en el 2003, el departamento de salud mental había empezado a ejecutar dos subvenciones de 3 años cada una para temas de salud mental otorgadas por SAMHSA en el 2002, y justamente estaba poniendo en marcha una tercera dada también por SAMHSA en el 2003. Las tres subvenciones ascendieron a 1.5 millones de dólares en total.

Cuando llegaron los fondos, el departamento de salud mental funcionaba con un terapeuta a tiempo completo, Gloria Elliot, la directora, un terapeuta a tiempo parcial y un administrador a tiempo parcial. Gloria Elliott, además de hacer terapia, coordinaba el trabajo de unos 15 terapeutas voluntarios que vienen a La Clínica unas horas a la semana. Una de estas voluntarias era Alma Hamar, quien, antes de trabajar como terapeuta voluntaria, había sido voluntaria durante muchos años organizando e implementando las ferias de la salud. Con esta gran inyección de fondos, el personal de salud mental remunerado de La Clínica aumentó a un total de 10 terapeutas, algunos trabajando a tiempo completo y otros a tiempo parcial. Con las crecientes demandas que implicaron estas tres subvenciones, que exigían un nuevo conjunto de capacidades para hacer un seguimiento a la información y presentar informes de manera regular, además de las limitaciones relativas al espacio disponible, el número de terapeutas voluntarios se redujo.

Alma Hamar, que ahora forma parte del personal como terapeuta a tiempo completo, diseñó el programa Mi Familia y sigue a cargo de él con la ayuda de un terapeuta a tiempo completo y dos voluntarios. Dado que la financiación de SAMHSA se agotó en el 2005, La Clínica ha sido capaz de mantener este popular programa con fondos de fuentes privadas. Hamar describe el programa Mi Familia:

Es algo típico de La Clínica ir descubriendo necesidades en el camino. Cuando ocurrió lo del 11 de septiembre del 2001, dije, 'Wow!' No me di cuenta de que la gente está tan traumatizada. Necesitamos buscar modelos, otras formas de ayudar a la gente. Si la gente está tan afectada, ¿cómo van a educar a las otras generaciones?

Mi Familia es algo integral; no se puede desligar lo físico de lo emocional. Un aspecto bien importante es que hemos logrado que los padres pongan su salud mental en el lugar que le corresponde. No somos nada si no estamos contentos, optimistas, frente al futuro. Nuestra salud mental afecta nuestra salud física y lo que queremos para el futuro.

Una de las cosas bonitas de Mi Familia es que hay padres como yo que tenemos estos conocimientos científicos. El reto es entregar estos conocimientos académicos en una forma sencilla, que salgamos de los estereotipos, que busquemos técnicas para manejar la depresión, la percepción de género, la forma de manejar el alcohol y las drogas en la familia.

Hacemos grupos cada cuatro meses. Nos reunimos los sábados por la tarde. Viene la familia completa — un promedio de 25 padres, unos 20 niños y unos 10 a 15 adolescentes—. Mientras que yo me reúno con los padres durante la primera hora y media, tengo voluntarios que están reunidos en grupos, uno con los niños y otro con los adolescentes. Para la última media hora, todos se reúnen en la sala donde trabajo con los padres para un refrigerio y para tener un momento de convivencia.

Al final de la ronda de 16 reuniones semanales, tenemos una graduación donde todos reciben diplomas.

Brigitte Ladisch es una Ph.D. en Psicología Clínica que ha trabajado como consultora de La Clínica durante varios años. Específicamente, entre el 2002 y el 2005 trabajó en el Programa de Prevención de Trauma en Niños, un programa financiado por el Iniciativa Nacional sobre el Trauma Infantil de SAMSHA / DHHS. Sus responsabilidades incluyeron el seguimiento, desarrollo y supervisión del Proyecto Mi Familia para el tratamiento y prevención del trauma; la supervisión individual y grupal de los terapeutas, en particular, su formación acerca del trauma; las presentaciones sobre el tema del trauma para el personal de La Clínica, entre otros temas. También contribuyó a la elaboración de instrumentos para evaluar a los niños, los adolescentes y a sus padres en cuanto al trauma. Ella escribió y supervisó algunas

partes del manual de tratamiento para el programa.

Brigitte Ladisch reflexiona sobre lo que le pareció inusual en el programa Mi Familia:

Hay algunas ideas muy interesantes en el programa Mi Familia. Lo que es particularmente innovador es que se trabaja con toda la familia —niños, niñas, adolescentes y padres—. Al hacer eso, se reconoce la importancia del "contexto", del entorno familiar, del niño. Los padres no solo vienen a consultar acerca de sus niños, niñas y adolescentes. Ellos están involucrados en sesiones psico-educativas de grupo. También tienen la psicoterapia individual. Los tres grupos (niños, adolescentes, padres de familia) se reúnen por separado, el mismo día (sábado), al mismo tiempo. Este arreglo práctico es otra prueba de la importancia que se le da al entorno familiar y el énfasis del programa en tratar al niño y al adolescente con un enfoque holístico. Al poner tal énfasis en toda la familia, el programa implícitamente reconoce y valida la cultura latina.

Otra característica innovadora de este programa es que el ambiente en La Clínica es muy cálido y agradable. No es impersonal. A esto contribuye el hecho de que la mayoría del personal es hispano o habla español. Esta característica es, nuevamente, muy concordante con la cultura hispana.

Gloria Elliot, directora del Departamento de Salud Mental hasta el 2006, se hizo cargo del programa Mis Abuelitos, un innovador programa que funcionó durante tres años y que estuvo dirigido a personas de la tercera edad, pero que lamentablemente ha tenido que cerrar debido a la falta de financiación.

Cuando recibí mi maestría en Educación y Desarrollo Humano en la Universidad George Washington, soñaba con que algún día yo pudiera hacer algo para ayudar a la población geriátrica. Cuando vine a La Clínica, la población principal era relativamente joven. En el 2002 llegó un RFP que se centraba en la población geriátrica. Todas las ideas sobre los enfoques teóricos para trabajar con esta población se derivaban de la investigación que hice para mi maestría. Trabajamos con EOFULA (Organización Educativa para Latinos Unidos), una conocida agencia que desarrolla actividades diarias y otros servicios para los ancianos hispanos en Washington D.C.

El programa, que duró tres años, facilitó servicios de capacitación, salud mental y servicios médicos a los que los necesitaban. Cada semana asistían a una sesión de grupo de psico-educación de dos horas. Elegimos temas de interés para ellos: cómo cuidar de su salud mental, cómo relajarse, cómo manejar el dolor y el duelo, la depresión y la ansiedad a causa de la enfermedad física y la pérdida, la función de los valores espirituales en la salud mental, la importancia del humor. Al final hacíamos una pequeña fiesta. Nuestros consejeros de salud mental proporcionaban una terapia personalizada, tanto en La Clínica como en EOFULA.

El tercer programa financiado por SAMHSA²², desde el 2003, se llama Puertas Abiertas. Implementado en forma conjunta con el Consejo de Vecinos, Puertas Abiertas se centra en la prevención de la salud mental, el abuso de drogas y el VIH-SIDA para hombres que tienen sexo con hombres. Ernesto Cedeño, un inmigrante venezolano que comenzó a trabajar con La Clínica como voluntario y que luego pasó a formar parte de su personal como consejero de VIH-SIDA, es el responsable de las contribuciones de La Clínica a este programa. A continuación describe Puertas Abiertas:

Puertas Abiertas es un proyecto que nace de la necesidad de hacer prevención con hombres latinos heterosexuales que tienen sexo con otros hombres. Consejo de Vecinos pone el componente de abuso de drogas, La Clínica aporta el tema de prevención de VIH. Hacemos la prueba de VIH, consejería y tratamiento, incluyendo la parte de salud en general. En el caso de salud mental, el cliente puede venir a La Clínica para solicitar los servicios o quedarse en Consejo de Vecinos donde también

²² El Consejo de Vecinos, establecido en 1994, brinda una extensión integral, servicios sociales, salud mental, tratamiento para el abuso de drogas, y asesoría y servicios de empleo para varones y mujeres hispanos sin hogar, que sufren de adicción, alcoholismo y problemas de salud mental.

ofrecen servicios de salud mental. Si hay personas con VIH, estas son referidas a grupos en La Clínica.

El Servicio Integral de Referencia y Consejería (CRCS, por sus siglas en inglés) es parte del programa. Se trata de 6 u 8 sesiones que se realizan una vez a la semana con personas de alto riesgo de contraer VIH. Fijamos metas para reducir los comportamientos sexuales riesgosos. Los participantes hacen un plan para usar protección. Los vinculamos con otros servicios que podrían requerir. Les ayudamos a conseguir trabajo o a estudiar; en este caso los referimos a los administradores de casos de La Clínica.

A partir del año 2002, La Clínica, con fondos de la Administración para la Prevención y Recuperación de la Adicción (APRA, por sus siglas en inglés), también lleva adelante un programa sobre abuso de alcohol y drogas. Quienes reciben servicios de este programa son principalmente latinos, con edades que van desde los 22 años a más, y que son referidos o vienen a La Clínica en busca de ayuda por las adicciones a las drogas y el alcohol. Isael Ramírez ejecuta el programa con la ayuda de Yolanda Jiménez. Además de hacer una terapia personalizada, desde hace cinco años existe una terapia grupal dirigida por Isael. El grupo, que se reúne semanalmente, tiene un énfasis psicoterapéutico, con un acento en la educación y la prevención. A los participantes se les habla acerca de las diversas etapas de la adicción, el efecto de la adicción en el cuerpo y en el cerebro, cómo evitar la recaída, entre otros. Cerca de la mitad de los participantes, en su mayoría hombres, son atendidos en la clínica médica.

Un resultado muy positivo de la propuesta de La Clínica de centrarse en la prestación de servicios de salud mental de una manera pertinente a las necesidades de su población, es que, en mayo del 2006, La Clínica del Pueblo recibió un reconocimiento público bajo la forma de un premio de la Fundación Americana de Psiquiatría para la Promoción de la Salud de las Minorías. La Clínica recibió este premio por "su enfoque innovador para llegar a las poblaciones subatendidas, a la vez que desestigmatiza la atención de la salud mental dentro de la comunidad latina".

Menos positivo fue que a finales del 2005, cuando la gran inyección de dinero de la subvención de demostración de SAMHSA para Mi Familia y Mis Abuelitos llegó a su fin, el departamento de Salud Mental de La Clínica, que contaba, hasta el último minuto, con que esta subvención se renovarían, cayó en una crisis. Una serie de miembros del personal tuvieron que dejar sus puestos. Reconstruir un grupo de voluntarios se tornó más difícil, dadas las exigencias crecientes de credenciales de parte del gobierno que no eran requeridas anteriormente.

El doctor Edgardo Menvielle, un psiquiatra infantil que hace prácticas en el Children's Medical Center en Washington, comenzó a prestar sus servicios en La Clínica en el 2000 como voluntario y, posteriormente, financiado con donaciones. Cuando los fondos se redujeron en el 2005, aceptó que se le recortara su remuneración para poder seguir prestando servicios de consultoría en La Clínica.

Menvielle reflexiona sobre lo que inicialmente lo atrajo a La Clínica y por qué sigue viniendo algunas horas a la semana como consultor. Él también comparte una preocupación, que se refleja en muchas de las entrevistas con consultores externos, de que al convertirse en "profesional", La Clínica corre el riesgo de perder esa cálida e informal calidad que lo indujo a él y a otros a ofrecerle sus servicios a La Clínica:

En primer lugar, el nombre de "La Clínica del Pueblo" proporciona un poderoso mensaje. Es un nombre muy explícito y acogedor. El hecho de que sea una clínica que proporciona una muy amplia gama de servicios, la hace única; la mayoría de las otras clínicas que conozco tienden a ser más especializadas.

Lo que me gusta de varios de los terapeutas de La Clínica es que van al encuentro con las personas, donde ellos están como algo opuestos a aplicar la sabiduría de los libros. Ellos tienen una fuerte percepción de lo que los pacientes necesitan cuando buscan ayuda.

Para mí personalmente, lo que me parece atractivo es la gente con la que trabajo. La Clínica es un lugar muy cuidadoso, un lugar con un perfil bajo en comparación al ambiente del hospital en el que trabajo, que es más burocrático. Sin embargo, La Clínica se está volviendo cada vez más "profesional". Espero que no pierda su espíritu de ser un lugar más informal en el cual trabajar.

En agosto del 2006, La Clínica contrató a Lisa Zimmerman como su directora de salud mental. Una activista que ha pasado tiempo trabajando como parte del movimiento de solidaridad con Nicaragua, Lisa encajaba perfectamente cuando La Clínica se vio forzada a cumplir nuevas regulaciones de los donantes. Zimmerman reflexiona sobre sus esfuerzos para poner en marcha las nuevas credenciales y sistemas requeridos por el Departamento de Salud Mental:

Una de mis principales responsabilidades desde comencé a trabajar aquí, es que el departamento de Salud mental cumpla con las regulaciones del FQHC, Medicaid, etc. Por ejemplo, muchos de los terapeutas se han graduado en sus países de origen. Sin embargo, para ser un profesional de la salud mental autorizado en los EE.UU. se debe tener un grado de una universidad acreditada en los EEUU, aprobar los exámenes y solicitar una licencia. El hecho de que varios de los terapeutas no tengan licencias estaba generando problemas con Medicaid, pues en ese caso solo los proveedores con licencia pueden facturar. El personal de salud mental está trabajando para cumplir con estos requisitos.

Cuando vine aquí, había poca uniformidad en el número de clientes que se esperaba que los terapeutas atendieran. Los terapeutas ahora presentan informes semanales sobre el número de clientes que ven, lo que ha incrementado la rendición de cuentas y la productividad.

Al momento que se estaba elaborando este informe, el departamento de salud mental de La Clínica tenía seis miembros (directora de departamento, consejero de salud mental, consejero en el tema de adicción, dos consejeros en salud mental y abuso de drogas, un coordinador financiero de salud mental) y tres consultores (dos psiquiatras y un psicólogo clínico).

Extensión y prevención de VIH-SIDA

En los últimos cuatro años y medio, el Departamento de VIH-SIDA de La Clínica sigue creciendo tanto en tamaño como en calidad. A finales del 2007, este departamento contaba con un equipo de 21 personas que trabajaban a tiempo completo y parcial, y había logrado un financiamiento multianual del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) como una organización de base comunitaria financiada directamente en virtud de dos premios, los que suman un total de \$ 850.000 anuales.

Desde el 2003, el personal de este departamento ha participado en una serie de actividades orientadas a la prevención del VIH: educación comunitaria, divulgación en la calle y en los bares, grupos para reducir las actividades de riesgo, pruebas y detección precoz, y desplazamientos y establecimiento de vínculos para personas recientemente diagnosticadas con VIH. El asesoramiento y las pruebas de VIH se realizaban tanto *in situ* como en diferentes ubicaciones de Washington, D.C. y de la zona suburbana de Maryland, en colaboración con CASA de Maryland. El departamento elaboró una estrategia integral para llegar a los inmigrantes latinos de mayor riesgo, implementando para ello actividades pertinentes y grupales que abordaron los grandes temas sociales que los hacían vulnerables al VIH —violencia doméstica y de género, aislamiento social y familiar, pobreza y estigma—. Desde el punto de vista de la estructura, el departamento está a cargo de tres directores de programa con la supervisión y tutoría del Director del Departamento.

Con la llegada de la administración Bush en el 2001, uno de los retos que La Clínica ha tenido que enfrentar durante este período, ha sido el cambio en la política de financiación del gobierno en el ámbito de la prevención del VIH. Estas nuevas disposiciones, como explica a continuación Catalina Sol, Directora del Departamento, hacen que sea mucho más difícil mantener los innovadores programas de

difusión y prevención que La Clínica ha desarrollado a lo largo de los años y que han constituido uno de sus puntos fuertes.

Hubo un cambio importante en las prioridades de la Administración Bush respecto a la abstinencia, la importancia de ser fiel y el uso de condones. Las prioridades de financiamiento llevaron a que las pruebas de VIH se volvieran rutinarias en contextos médicos y a centrar la prevención en personas VIH positivas a fin de prevenir la transmisión a otros —un modelo muy biomédico de aproximación al control de la enfermedad—. Los programas que encaraban temas sociales más amplios, como aquellos que nos financiaba Minority AIDS Initiative, fueron cuestionados por ineficaces y por no tener una evaluación adecuada.

Como resultado de los desafíos planteados por los legisladores con tendencias más conservadoras respecto a la idea de que la prevención frente al VIH no estaba funcionando, y que incluso se podría estar desperdiciando el dinero de los contribuyentes, el CDC exigió cada vez más que las actividades que ellos financiaban fuesen "científicamente probadas" como eficaces. También se puso más énfasis en la supervisión y presentación de informes.

Muy pocas estrategias desarrolladas sobre el terreno han tenido la oportunidad de ser evaluadas en un entorno universitario, de manera que en el 2003, cuando postulamos a un fondo multianual para la prevención, nos vimos obligados a seleccionar y adecuar entre aproximadamente 15 intervenciones "empaquetadas". Ninguna había sido desarrollada por y para nuestra comunidad. Cuando llegué por primera vez en 1998, una podía salir y hacer charlas educativas y entregar condones, y, lo que es más importante, podía desarrollar respuestas rápidas e innovadoras para lo que se percibe como importante para la comunidad.

Ahora se trata de tener bases de datos, hacer seguimiento a las referencias, aplicar las intervenciones de las universidades con los elementos básicos. Esto viene acompañado de toneladas de trabajo de oficina, lo que también ha requerido volver a capacitar al personal, y planteó más problemas para nuestro personal que no es alfabeto en informática o que habla poco inglés, o simplemente no está acostumbrado a invertir tanto tiempo en papeleo en vez de trabajar en la programación. Se ha necesitado una gran creatividad y esfuerzo para mantener nuestra pertinencia y, al mismo tiempo, cumplir con estos requisitos.

Además de los cambios en la política, el Departamento de VIH-SIDA también ha tenido que adaptarse a los cambios en la tecnología disponible. En el 2005, el departamento adoptó la utilización de las nuevas pruebas rápidas de VIH, una tecnología que permite a los consejeros presentar los resultados de las pruebas del VIH en 30 minutos. Esto exigía que el equipo de asesoramiento se centrara previamente en debatir la historia sexual de una persona y en ayudarla a reducir sus riesgos; ahora tienen que aprender los procedimientos de laboratorio, y, a medida que administran el dispositivo de la prueba, interpretan los resultados en el acto. El programa de asesoramiento y pruebas ha tenido que incorporar nuevos mecanismos de control de calidad, y, lo que es más importante, a adaptarse a tener menos tiempo con las personas para capacitarlas y aconsejarlas sobre el VIH. En algunos casos, ha tenido que decirle a una persona, con la que se habían reunido una hora antes, que podría tener VIH.

No obstante lo anterior, entre los financiadores y otros, La Clínica tiene la reputación de ser muy innovadora, de asumir riesgos, de ir más allá para apoyar a las personas con SIDA o a quienes están en riesgo de contraerlo.

Channing Wickham, Director Ejecutivo de la Washington AIDS Partnership, antiguo donante del programa de prevención de VIH-SIDA de La Clínica, comparte sus observaciones:

Durante mucho tiempo hemos financiado a La Clínica. A lo largo de los años, hemos financiado diversos programas dirigidos a gays y transexuales latinos, latinas en situación de riesgo, travestis latinos, trabajadores de la industria del sexo. Hemos proporcionado financiación para ejecutar

intervenciones a nivel de grupos de mujeres de habla hispana, incluida la utilización de las artes como una forma de participación. Hemos financiado todo, desde la creación de capacidades, hasta el estado de ánimo del personal, la prevención del VIH, la atención del VIH, la campaña de recaudación para el nuevo edificio.

Ya en los primeros días, La Clínica estaba deseosa de tratar el tema del VIH. Ella sigue siendo valiente en su voluntad de incluir a las poblaciones marginadas dentro de una población marginada. Es notable que siempre hayan estado dispuestos, en su precaria situación, a no jugar sobre seguro, a que no solo hayan estado dispuestos sino deseosos de integrar a poblaciones como los transgénero y los hombres gay dentro de su clientela en general.

Considero que La Clínica está por encima de las organizaciones que hemos apoyado. Se encuentran entre las más innovadoras y creativas tanto para incrementar las posibilidades, como para asumir nuevas poblaciones. He estado realmente muy impresionado con su voluntad para intentar cosas. Si uno no está dispuesto a equivocarse, entonces no se están asumiendo suficientes riesgos y probando nuevas ideas. Nunca hubo nada demasiado polémico, o potencialmente demasiado políticamente impopular, que ellos no lo hicieran. La única pregunta que se planteó La Clínica, es si hay una población en situación de riesgo.

Donald Babb, quien supervisa los programas HAA de prevención del VIH financiados por el CDC, tiene la misma visión positiva del trabajo de la Clínica en el ámbito de la prevención del VIH-SIDA:

La Clínica ha sido nuestro mejor ejecutante en actividades de prevención. Ellos dan un ejemplo de cómo hacerlo bien. Ellos entienden lo que es la prevención. Es tener a Catalina Sol dirigiendo su programa. Además de estar informada, ella implementa programas que funcionan bien. Ella entiende lo que debe lograrse con la prevención. El personal hace los informes de la manera correcta. Cuando los comparo con otros subvencionados, ellos hacen el mejor trabajo.

Son muy buenos evaluando a la población. Sus solicitudes de subvención proporcionan una muy buena descripción de la población objetivo, el tipo de riesgo que están experimentando, la forma de localizarlos. Una solicitud presentada hace un par de años definía cuadro por cuadro la ubicación de la población en riesgo. Ellos son buenos desplazándose cuando se desplaza su población objetivo. Ellos saben adónde se fueron esas personas... Son proactivos.

Rebeca Muñoz, quien comenzó trabajando en La Clínica como voluntaria en 1994 y se unió al personal de La Clínica en el 2002, es una de las muchas razones por las cuales La Clínica es tan buena evaluando a la población. Rebeca fue la encargada de establecer el programa de las comunidades de fe que abrió el acceso a La Clínica a las poblaciones en situación de riesgo que La Clínica no había podido contactar antes. También desempeña un papel importante en el programa de promotores del VIH, lo que la lleva a ella y a los promotores de la salud a todos los rincones de Washington, D.C. y sus alrededores —a las tiendas, restaurantes, bares, campos de deportes donde los latinos suelen estar—. Rebecca habla de su labor innovadora con el programa de comunidades de fe:

Un día Catalina me llamó y me preguntó si quería entrar a trabajar con programas de VIH en comunidades de fe. Me preguntó si estaba dispuesta a ir a iglesias, y cómo me sentía haciendo esto. Catalina es sensible, ella quería saber personalmente cómo me sentía por ir a iglesias donde no solía ir.

Al principio era difícil llegar a tocar las puertas con un tema tan duro como es el VIH. No tenía idea de cómo llegar y hablar con un pastor. No sabía ni siquiera quién era quién. Era como caminar en la clandestinidad, con cuidado y respeto.

Empecé a buscar información, fui a escuelas, a lavanderías, a hablar con la gente. Pregunté a qué iglesia iban, quién era el pastor o el sacerdote, cuál era su teléfono, a qué hora era prudente ser recibida.

No es fácil hablar sobre el tema del VIH. Catalina me orientó. Al principio llegaba para romper el hielo, para que el pastor nos recibiera. Allí estaba Catalina para tocar el tema. Preguntaba si podíamos dar charlas de prevención de VIH, si podíamos hacer exámenes de VIH a la comunidad. Más adelante, ofrecimos hacer ferias de la salud con nuestro programa Domingos Saludables.

Dilcia Molina, una refugiada hondureña que ha estado trabajando con La Clínica desde el año 2001, describe el programa Entre Amigas del cual es responsable. Este programa se inició en el 2000 con una capacitación especial proporcionada por Claudia Campos. Tanto Rebecca Muñoz como Brigida Guyot, quienes han sido mencionadas anteriormente, egresaron de este primer programa de capacitación. En palabras de Molina:

Entre Amigas es un proyecto de prevención y educación en VIH para mujeres latinas inmigrantes. Hasta hace un año trabajamos dos ejes: VIH y violencia doméstica. Ahora estamos haciendo una revisión del plan de estudios; el nuevo planteamiento es trabajar cuatro ejes: VIH, violencia de género, migración y empoderamiento.

Las mujeres que asisten son latinas centro y sudamericanas, sobrevivientes de alguna forma de violencia de género, incluida la violencia doméstica o de parte de sus hijos. Tenemos desde mujeres muy jóvenes hasta mujeres de 78 años. A las sesiones mensuales, asisten entre 20 y 24 mujeres; las hacemos los sábados y duran cuatro horas. Hay un servicio de apoyo para los hijos mientras las mujeres están en la sesión.

Entre Amigas sufrió los efectos del énfasis creciente en las pruebas de VIH y la prevención para las personas de alto riesgo, y la consiguiente disminución de los fondos disponibles para programas centrados en las personas VIH negativas de "bajo riesgo". El programa se inició el 2006 sin financiación, y se enfrentó con el cierre. Los participantes del grupo, sin embargo, trabajaron duro para mantener las reuniones mensuales, vender boletos de rifas, realizar pequeñas recaudaciones de fondos y, a continuación, apoyando al equipo de recaudación de fondos de La Clínica con la organización de la primera Gala, en la que se recaudó más de \$ 30.000 para Entre Amigas. El programa también fue uno de los nueve programas seleccionados en el país para ser financiados por un proyecto especial de Johnson y Johnson y el Fondo Nacional del SIDA dedicado a apoyar y evaluar proyectos innovadores de prevención del VIH en mujeres. Otros programas innovadores que no salen del marco de los límites más rígidos de la prevención del VIH, tales como un programa orientado a hombres latinos heterosexuales a través de ferias de la salud centradas en varones, también han sido financiados con cargo a otras fuentes distintas a las que financian los proyectos de VIH.

Hacia el final de este período, el Departamento de VIH-SIDA asumió un nuevo reto cuando el CDC financió la apertura de un local juvenil para jóvenes latinos pertenecientes a minorías sexuales — específicamente transgénero y gay de 18 a 24 años—, para encarar los riesgos del VIH entre la que es ahora la población con las tasas de más rápido crecimiento de VIH en el país. La apertura de un segundo local ha tenido dificultades, y las demoras de esta apertura tan esperada han llevado al departamento nuevamente al principio: retos, quejas y preocupaciones de la comunidad a la que se está sirviendo, lo que condujo a un foro para responder y aclarar los cuestionamientos. Este también es un indicador de crecimiento. Teniendo en cuenta que en este periodo el Departamento de VIH-SIDA ha pasado de no contar con el financiamiento suficiente, de estar “en quiebra”, a ser una de las organizaciones más visibles y reconocidas a nivel nacional que trabajan la problemática del VIH entre los latinos, la comunidad ha llegado a esperar más.

Programa de interpretación

Entre los años 2003 y 2007, el programa de interpretación de La Clínica tuvo un crecimiento espectacular. Un aspecto a destacar fue el desarrollo, en el año 2005, de un *software* colgado en su página web que les permite a las clínicas y otras organizaciones de la red conseguir intérpretes en función de sus necesidades.

Isabel Van Isschot, la directora fundadora del programa de interpretación de La Clínica, describe cómo se abordó esta tarea tan ambiciosa.

En el 2005 contratamos a una empresa que tiene un software que se cuelga en la página web, el cual nos permite coordinar las citas de los intérpretes. Las clínicas de la salud y otros que forman parte del sistema, tienen páginas web que les permiten solicitar nuestros servicios. Nos tomó un largo tiempo lograr hacer correr el sistema. Tuvimos que capacitar al personal de la clínica para que lo utilizara, y a los intérpretes para que accedieran a sus diligencias. El sitio estaba colgado y en marcha en abril del 2006.

Actualmente tenemos 40 entidades —de asuntos legales, servicios sociales y clínicas de salud—. Tenemos un núcleo de entre 30 a 35 intérpretes, con un total de 78 intérpretes en nuestra lista. Estamos en condiciones de brindar servicios de interpretación en español, árabe, amárico, tigrña, portugués, francés, chino, y el lenguaje de señas americano.

En el 2005, Isabel Van Isschot recibió el Premio Linowe's Leadership, el cual se otorga a los "héroes anónimos" que ejercen el liderazgo en su comunidad cumpliendo una variedad de funciones y en varios sectores de la zona de Washington. Van Isschot fue presentada para ser merecedora de este premio por la Fundación Consumer Health, la misma que ha venido apoyando al programa de interpretación de La Clínica desde 1998.

Julie Farkas, funcionaria principal del programa, reflexiona acerca del programa de interpretación de La Clínica y sobre las razones que tuvo la Fundación para presentar a Van Isschot para este premio:

Durante 10 años hemos venido apoyando al programa de interpretación de La Clínica; Isabel ha reclutado y entrenado a miembros de la comunidad latina que se han convertido en un grupo de intérpretes médicos profesionales. Ellos, a su vez, han proporcionado servicios de interpretación decisivos para, literalmente, miles de visitas de pacientes a médicos que brindan servicios de atención primaria en clínicas sin fines de lucro y a proveedores de atención especializada. Estos servicios han logrado que la atención médica sea una realidad lingüística y culturalmente competente para las personas con un manejo limitado del inglés. Sin este servicio de interpretación, estos residentes seguirían teniendo poco o ningún acceso a la atención de la salud en la ciudad y la región.

Isabel no hace alarde de sí misma, ella hace su trabajo. Esta es la razón por la que había que presentarla para el Premio Linowe's Leadership. Su lema es premiar a los héroes anónimos de nuestra comunidad. Isabel va más allá de los fines del servicio de interpretación. Isabel encarna la sabiduría que se refleja en el antiguo proverbio chino que dice: "Cuando un verdadero líder está involucrado, la gente dice: '¡Mira, lo hicimos nosotros mismos!'".

El doctor Randy, director médico de la clínica de salud comunitaria Bread for the City, una CBO con sede en Washington que brinda servicios de extensión y apoyo a los pobres, es uno de los usuarios del servicio de interpretación de La Clínica. Él reflexiona sobre su experiencia con este servicio.

Yo uso el servicio de interpretación disponible a través de La Clínica para que me ayude con la interpretación en Bread for the City. Yo lo empleo mucho cuando refiero a pacientes a proveedores externos.

En general, nuestra experiencia ha sido genial. La mayoría de los intérpretes han sido excelentes. Son muy hábiles, son muy profesionales, y hacen una buena interpretación. Ellos me hacen saber lo

que está sucediendo. En los pocos casos en que la experiencia no ha sido buena, el hecho de que La Clínica tenga una forma adecuada de retroalimentarlos ha sido muy útil para nosotros. Esta retroalimentación siempre ha sido puesta en práctica.

Sandra Velásquez, una salvadoreña que estudió enfermería en su país, es parte del núcleo de los 30 a 35 intérpretes de La Clínica que colaboran con Bread for the City y otras organizaciones que forman parte de la red que solicitan sus servicios de interpretación a La Clínica. Velásquez ha venido proporcionando, en promedio, 20 horas a la semana de servicios de interpretación desde el 2003.

Estoy disponible para ir a todos lados. Atiendo muchas citas en Montgomery County. He ido a Baltimore. Acompaño a los pacientes a donde los médicos privados en Bethesda, Chevy Chase o Montgomery Mall. Trabajo principalmente en el campo de la salud.

Llamo al paciente en la noche dos o tres días antes de la cita. Le pregunto al paciente si tiene la referencia lista, la tarjeta de seguro, su identificación, y si saben cómo llegar. Si conozco el lugar, les digo dónde queda. La gran mayoría son personas humildes que de una manera u otra aprecian el trabajo que una hace. Este trabajo la hace sentir bien a una.

En la actualidad hay cinco personas en el equipo de interpretación de La Clínica: la directora del departamento, un coordinador de servicios de interpretación, un intérprete de La Clínica a tiempo completo, el encargo de hacer el enlace cultural con el Hospital de la Howard University y un empleado encargado de la facturación. El Departamento de Interpretación recibe financiación de la Alianza de Washington, D.C., del Departamento de Salud de Washington, D.C., para atender al Medicaid y a los pacientes no asegurados de La Clínica y de otras clínicas. La Clínica también recibe financiamiento de la Fundación Consumer Health, de United Way, y fondos de Ryan White para pacientes VIH positivos que necesitan servicios de interpretación.

Servicios sociales

La Clínica ha tenido administradores de casos desde principios de la década de 1990, cuando comenzó a recibir fondos para VIH. A lo largo de los años, su papel de los administradores de casos en La Clínica ha cambiado poco. Ellos ayudan a los pacientes VIH positivos a postular para las asignaciones sociales, a obtener el seguro, a solicitar vales de alimentos. Asimismo, son el enlace entre el cliente y cualquier otro proveedor que necesite el cliente. Aquellos que han trabajado con los clientes durante mucho tiempo, brindan también apoyo emocional.

En el 2000, el equipo administrativo de La Clínica tomó la decisión de trasladar a estos administradores fuera del departamento de VIH-SIDA y crear un Departamento de Servicios Sociales separado. En el 2007, la persona del Departamento de VIH-SIDA responsable de ayudar a los pacientes VIH positivos a encontrar apoyo para vivienda y para el pago del alquiler, fue también trasladada al Departamento de Servicios Sociales.

Recientemente, La Clínica, previendo que conseguirían el estatus FQHC estado, contrató a dos trabajadores para admisiones adscritos al Departamento de Servicios Sociales. Estas personas son responsables de hacer la admisión de todos los nuevos pacientes y determinar, en el marco del nuevo sistema de tarifas móviles, lo que deben pagar por las visitas. Ellos también son responsables de reunirse con todos los pacientes antiguos de La Clínica para determinar lo que pagarán de acuerdo a las tarifas móviles, definir si están calificados para recibir Medicaid, y si es así, apoyarlos para solicitar y obtener el Medicaid. Joel Iglesias, citado en la página 50, es una de esas personas.

José Segura, un costarricense que vino a los EE.UU. a fines de la década de 1980 y que actualmente está haciendo su Ph.D. en Trabajo Social, fue contratado en abril del 2006 como Director del Departamento de Servicios Sociales de La Clínica. Segura espera que, en virtud del estatus FQHC, el personal de trabajo social crezca y, con este crecimiento, que La Clínica tenga la capacidad de proporcionar servicios de

administración de casos a los pacientes que necesitan ayuda pero que no son VIH positivos.

Segura reflexiona sobre sus primeras impresiones cuando llegó a La Clínica y sobre por qué le gusta trabajar en La Clínica:

El día de la entrevista, me llamó la atención el edificio, el vestíbulo, los colores, la forma en que me recibieron. Me gustó, me sentí comfortable. Pasé a la entrevista. Durante la entrevista volví a sentir esta energía especial de compromiso con la población a la que sirve La Clínica. Me capturó.

Estas impresiones han sido confirmadas desde que llegué a trabajar en La Clínica. Cuando empecé a trabajar con presupuestos, no tenía experiencia. Pero había gente dispuesta a ayudarme en el equipo de administración. Siempre son solícitos y se dan tiempo para venir y ayudarme. Hay colaboración entre un departamento y otro. Cuando uno llega acá le preguntan cómo estás, qué tal pasaste el fin de semana, qué hiciste.

El Departamento de Servicios Sociales cuenta actualmente con un director, tres administradores de casos de VIH, dos personas responsables de la vivienda, dos responsables de la alimentación, y un voluntario que colabora con la administración de los casos de pacientes que no son VIH positivos.

Educación para la salud / extensión comunitaria

Entre el 2003 y el 2007 continuaron las actividades en el área de educación y extensión de la salud. Se realizaron ferias de la salud, más pequeñas que aquellas que se hacían a comienzos de los años 1990; estas se realizaron con mucha más frecuencia. Estas ferias de la salud, denominadas "Domingos Saludables", normalmente se llevan a cabo dos a tres domingos de cada mes en las iglesias y centros comunitarios. La Clínica también continúa realizando su Feria Anual de la Diabetes. Como se hacía en el pasado, las ferias de la salud están a cargo de los promotores de salud capacitados por La Clínica. Siempre que es posible, los promotores de salud también hacen extensión mediante encuentros de capacitación en los lugares donde la gente trabaja, con familiares y amigos. Se continúa con la costumbre de dar charlas educativas sobre diversos temas relacionados con la salud en la sala de espera de La Clínica mientras que los pacientes esperan para ver a sus doctores. Durante este período, la extensión educativa y a la comunidad también inició un programa de ejercicios, al que todos tienen acceso, pero dirigido específicamente a las personas con diabetes y a aquellas que tienen sobrepeso. En coordinación con la clínica médica, la extensión educativa y comunitaria, ofrece también yoga y masajes, técnicas que en los primeros años de La Clínica se consideraban como pertenecientes a la esfera de la medicina alternativa y, como tal, no era algo en lo que se podía confiar.

En el 2005, La Clínica, respondiendo al incremento del número de casos de pacientes que están siendo diagnosticados con diabetes, y contando con la financiación de Care First, puso en marcha un amplio programa de educación en diabetes. En el 2007, La Clínica recibió fondos adicionales de la Alianza Nacional Hispana para el Cuidado de la Salud para continuar con el programa. Este se lleva a cabo en colaboración con la clínica médica que atiende las necesidades médicas de los pacientes con diabetes. El programa de educación incluye visitas de los promotores de salud a los domicilios de los pacientes, una serie de sesiones educativas que tienen una duración de 16 semanas, en las cuales, durante la primera hora, se trabaja un tema relacionado con la diabetes y la segunda hora se dedica a ejercicios. A través del Capital Area Food Bank, los pacientes con diabetes reciben clases de cocina. Recientemente, La Clínica ha iniciado un programa de consejería personalizada para pacientes con diabetes. El programa está dirigido por Blanca Tobar, quien comenzó como promotora voluntaria de salud, más tarde fue coordinadora de las ferias de la salud y, posteriormente, se convirtió en la coordinadora del programa de diabetes.

El grupo de voluntarios de La Clínica, algunos de ellos pacientes de la Clínica, ha sido fundamental para que La Clínica pueda llevar adelante sus programas de extensión y la educación. Uno de estos voluntarios es Carlos Muñoz, el esposo de Rebeca Muñoz, quien forma parte del personal de La Clínica. Carlos ha

sido un paciente de la Clínica desde 1994. Él es un miembro activo del Comité de Pacientes de La Clínica y, hasta hace poco, fue miembro del directorio de La Clínica. Muñoz describe el papel que ha desempeñado en la organización y en la coordinación de las ferias de la salud de La Clínica:

Es una de las cosas de las que más disfruto, primero porque me desconecto de la rutina de la casa y del trabajo. Segundo, porque me permite hablar con la gente, ayudarla, sentirme útil. La salud es lo más importante. No soy médico pero sirvo como un medio para acompañar a una persona hasta que es atendida por un médico. Es una gran satisfacción. Como voluntario acompaño a mi esposa cuando sale de promotora de VIH. También colaboro en los Domingos Saludables.

En cuanto a los Domingos Saludables, llego temprano para arreglar todo: instalar los carteles donde se toma la talla y el peso, donde toman muestras de sangre. Una vez adentro, hago el registro de las personas. Siempre necesitan una persona responsable. Me han puesto a veces a traducir, a ayudar con el examen de glucosa, coordinando para que las personas que vienen pasen por los puestos. He recibido entrenamiento sobre nutrición, diabetes, sobre cómo sacar sangre y cómo hablar con la gente.

La Clínica ha sido bastante eficiente en la prestación de servicios de capacitación sobre VIH-SIDA y el síndrome de estrés postraumático (SEPT) a la Escuela Pública Experimental Carlos Rosario, una escuela que ofrece educación de adultos y de ISL a las personas con escasos conocimientos educativos en el distrito. Tina Guzmán, la Directora de Servicios Sociales en Carlos Rosario, comparte la experiencia que han tenido con La Clínica en el 2006, cuando el personal del Departamento de VIH-SIDA, a petición de Carlos Rosario, proporcionó formación a sus 1200 estudiantes:

Lo que es difícil de trabajar con nosotros es que tenemos clases en las mañanas, en las tardes y en las noches. Tienes que tener un buen número de facilitadores a lo largo de una semana que estén dispuestos a venir mañana, tarde y noche. Si vienes a nuestra escuela y haces esto durante una semana, tendrás un contacto personalizado con 1200 estudiantes.

Cada vez que le hemos presentado a La Clínica la propuesta de brindar capacitación en VIH-SIDA, ellos han estado listos para enfrentar el reto, algo que no todas las organizaciones lo hacen. En el 2006, La Clínica reclutó facilitadores de la Clínica Whitman Walker, y voluntarios del AmeriCorps para proporcionar educación en VIH-SIDA. Ellos lo planificaron durante varios meses. Fue difícil, en la medida que algunas de las capacitaciones fueron en español, algunas en inglés, y algunas se hicieron en el auditorio donde había que tener intérpretes. Los talleres han sido muy eficaces.

En el 2006, La Clínica tomó la decisión de establecer un Departamento Extensión de Salud Comunitaria. Lillian Meza, una antigua promotora voluntaria de VIH de La Clínica e intérprete, que acababa de terminar su MPH, fue contratada para dirigir el Departamento.

Juan Romagoza comparte su visión del futuro de las actividades de extensión comunitaria de La Clínica:

Un sueño que he tenido es que el paciente que venga a La Clínica tenga tiempo con los proveedores para educarse sobre su enfermedad, para promover el buen cuidado y control de su enfermedad. Con nuestro modelo, muchas de las oportunidades han sido cubiertas por los coordinadores de atención al paciente y por los intérpretes que tienen un rol holístico. También ofrecemos charlas en la sala de espera. Con los diabéticos, que es una población tan importante de La Clínica, hemos incorporado el aspecto preventivo, de promoción. Hay educación personalizada. Hemos empezado a hacer visitas domiciliarias que quisiéramos ampliar.

Las ferias de la salud continúan. La idea ahora es expandirlas a lugares más específicos como son los lugares de trabajo, y hacer exámenes rutinarios de detección temprana. Con FQHC y Medical Homes posiblemente podamos ofrecer un paquete completo.

Una visión general de La Clínica a diciembre del 2007

En diciembre del 2007, momento en que finalizó la tarea de recopilación de datos para este estudio de caso y se terminó la redacción del borrador del presente documento, La Clínica contaba con un equipo de 85 personas, tenía más de 100 voluntarios y un presupuesto de más de 6,5 millones de dólares facilitados por 65 diferentes fuentes de financiación. Durante el año 2007, la clínica médica de La Clínica, que funciona bajo un enfoque de medicina familiar, había tenido 15.858 encuentros con clientes, el Departamento de Salud Mental había realizado 4975 encuentros con clientes, el Departamento de VIH-SIDA había sostenido 113.054 encuentros con clientes, el Departamento de Servicios Sociales había tenido 5102 encuentros con clientes, el Departamento de Interpretación había realizado 10.839 encuentros con clientes, y el Departamento de Educación y Extensión Comunitaria había llevado a cabo 9.988 encuentros con clientes.

Además, La Clínica facilitó 2365 referencias que hicieron posible que los pacientes visitaran a médicos privados, hospitales y otras instalaciones médicas para recibir servicios especializados que no estaban disponibles a través de La Clínica. Cuando fue necesario, los pacientes que recibieron estas referencias estuvieron acompañados por intérpretes de La Clínica. Estas visitas fueron gratuitas o pagadas por la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. o por Medicaid.

En términos de su población, el 68% de los pacientes de La Clínica fueron residentes de Washington, D.C., el 22% de Maryland y el 8% de Virginia. La mayoría de los usuarios de la clínica médica (58%) no cuentan con seguro. De los que son asegurados: un 5% estaban en Medicaid; 1% se encontraban en Medicare, y el 36% tenía otras formas de seguro (siendo la principal la de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C.). Noventa y siete por ciento de los usuarios de La Clínica fueron hispanos, 65% fueron mujeres y el 35% varones.

La doctora Krishna Roy, nacida en India, con un Ph.D en economía y un post-doctorado en demografía en la Universidad de Princeton y amplia experiencia en desarrollo internacional, ha sido la encargada de la evaluación de La Clínica desde el 2002. Los datos antes mencionados proceden de una base de datos que ella mantiene y actualiza. La doctora Roy ofrece una interesante perspectiva interna desde el punto de vista de una persona externa a La Clínica:

Lo que más me impresiona es la forma en la que las necesidades de la comunidad se reflejan en lo que se incluye en la atención de la salud en La Clínica. No se trata solo de vacunas, vendas, temperatura. Hay profundidad en lo que ofrece La Clínica, no solo desde el punto de vista de la salud pública, sino desde la perspectiva de la sensibilidad hacia la gente que es atendida, sus antecedentes, sus componentes psicológicos, los problemas que han enfrentado en su país y que enfrentan aquí. Se trata de un vasto complejo de una serie de aspectos combinados con educación y extensión centradas en la prevención.

En el momento en que se terminaba este estudio de caso, algo crucial en la agenda de La Clínica, era la preparación de la transición en el liderazgo. En agosto del 2007, el doctor Romagoza anunció que, después de 20 años de servicio como director ejecutivo de La Clínica, se retirará a fin de regresar a El Salvador para continuar con la labor médica que estaba haciendo en 1980, cuando fue apresado y torturado brutalmente por los militares. Esto, huelga decir, fue un gran *shock* para el personal de La Clínica y muchas personas externas a La Clínica. Para muchos, la presencia permanente de Juan como autoridad moral, y guardián de la esencia, ha sido clave para lograr lo que hoy en día es La Clínica.

En el momento de este estudio de caso se estaba escribiendo, un comité especial compuesto por miembros del directorio y del personal de La Clínica (este último elegido por votación) estaba a la búsqueda de su reemplazo. Se había elaborado los términos de referencia para el nuevo director ejecutivo y, una vez más, en consonancia con el valor que tiene para La Clínica la amplia participación, este documento había sido revisado por el personal.

Para La Clínica también continúa siendo crucial cumplir con los requisitos necesarios para adquirir el estatus FQHC. En junio del 2007, La Clínica fue informada de que había sido formalmente aprobado su estatus FQHC. Las oportunidades y desafíos que representan ser un FQHC se discuten en el Capítulo 6 de este informe.

Capítulo IV: Los impactos de La Clínica del Pueblo

Uno de los cinco objetivos de este estudio fue el de identificar la manera en la que La Clínica ha impactado en las vidas de aquellos que han tenido contacto con ella. En este capítulo se aborda este importante tema. Se comienza ofreciendo un perfil de los pacientes entrevistados y, a continuación, se examinan, desde su perspectiva, la forma en la que La Clínica ha sido de provecho en sus vidas. La segunda sección examina los efectos que La Clínica ha tenido en su equipo de trabajadores (tanto actuales como pasados) y en sus voluntarios. El capítulo finaliza haciendo referencia a la manera en la que La Clínica, a través de su labor de extensión y promoción, ha repercutido en un sentido más amplio en las comunidades latinas de bajos ingresos que viven en y alrededor de la capital de la nación.

A. Los impactos de La Clínica del Pueblo en sus pacientes

Un perfil de los pacientes entrevistados para el estudio de caso

Para el estudio de caso se entrevistó a veinticuatro pacientes de La Clínica. Dieciocho fueron elegidos al azar a partir de una base de datos de unas 7,000 personas que han recibido atención en La Clínica desde el 2001. En el momento de la entrevista, cuatro eran miembros del actual Directorio de La Clínica. Uno era un miembro del personal, el mismo que empezó como paciente, luego fue voluntario, y ahora es empleado de La Clínica. Uno es un antiguo paciente que viene a La Clínica para venderle comida al personal.

Once son mujeres y 13 hombres. Sus edades van desde los 20 hasta los 68 años, agrupándose la mayoría de ellos en los 20, 40 y 60 años. Un paciente nació en los EE.UU., y es de padres salvadoreños que llegaron a Washington en la década de 1980. Los restantes 23 nacieron en distintos países y migraron a los EE.UU. entre hace 2 y 32 años atrás. Veintidós de los 24 llegaron a los EE.UU. después de 1992. Catorce son de Centroamérica; de ellos, ocho nacieron en El Salvador. De los otros diez, dos son del Caribe (Cuba y República Dominicana), y ocho de América del Sur (cinco de Perú, y uno de Brasil, Bolivia y Ecuador, respectivamente). Tres no tienen educación formal; tres han terminado la escuela primaria, seis han terminado total o parcialmente la educación secundaria, y nueve asisten o asistieron a la universidad. Once trabajan en empleos no calificados en restaurantes o como amas de llaves, siete participan en ocupaciones calificadas o semicalificadas (construcción, mecánica, soldadura); tres son profesionales administrativos, dos son estudiantes universitarios, y uno no trabajaba en el momento de la entrevista.

En términos de su experiencia con La Clínica, 12 han sido pacientes durante 5 años o menos, cinco habían sido pacientes durante 6 a 10 años, y cinco han sido pacientes entre 11 y 15 años. Dos han sido pacientes durante 20 años. Trece han recibido servicios solamente de la clínica médica, tres han recibido servicios únicamente del departamento de salud mental, cuatro han recibido servicios tanto en la clínica médica como en el departamento de salud mental, y cuatro han sido pacientes VIH positivos que han recibido una gama completa de servicios de la clínica médica, el departamento de salud mental y de parte de los responsables de casos en el departamento de servicio social.

La manera en la que La Clínica les ha sido de provecho para sus vidas

Diecinueve de los 24 pacientes entrevistados comentaron sobre la manera en la que La Clínica les ha sido de provecho para sus vidas. Como puede verse en el cuadro que figura a continuación, son tres los temas que destacan: la oportunidad que La Clínica les ha dado de crecer o cambiar su forma de pensar, el que La Clínica es como una segunda familia, y el hecho de que La Clínica literalmente salvó la vida de la persona. Dos de los pacientes entrevistados consideran que La Clínica había cambiado sus vidas completamente.

<i>Impactos en los pacientes</i>	<i>En cifras</i>	<i>En porcentajes</i>
N	19	19
Oportunidad para crecer/cambiar de manera de pensar	5	26%
Como una segunda familia	5	26%
Salvo la vida de la persona	4	21%
La vida de la persona cambió completamente	2	11%
Aprendizajes específicos	2	11%

Tres de estos 19 pacientes compartieron sus observaciones acerca de cómo les ha beneficiado La Clínica en sus vidas. Con el fin de proteger su privacidad, a estas personas se les ha dado nombre ficticios.

Lorena: *Debo mi vida a La Clínica por lo que hizo en cuanto a detectar mi problema de tiroides y arreglar para que llegue al hospital a tiempo para operarme. Además, La Clínica es como mi familia, porque esto pasa en familia. Si uno tiene problemas, le ayudan a uno. Así es La Clínica, Están pendientes, me llaman. Si mi niña sí necesita ir a un especialista, me sacan las citas y me las ponen en un sobre.*

Jorge: *Es como entrar a una segunda familia. Y de tener familia no solamente latina, sino norteamericana. Me siento en una familia diversificada, muchas creencias, orientaciones religiosas, y sexuales. Si no hubiera sido por la Clínica, hubiera estado muerto. Me hicieron cirugía de vesícula. Uno de los médicos de La Clínica logró hacerlos exámenes necesarios para ver lo que estaba pasando. Me advirtió de la importancia de hacer una operación a tiempo.*

Roberto: *Mi vida cambió completamente, 360 grados. La doctora Alma comenzó por aclarar todo lo que pensaba. Ella puso todas las cosas claras sobre la mesa. Ella es muy directa para decir las cosas, no oculta nada. Ella me dijo que ser gay no es algo de lo que uno tiene que avergonzarse, que uno tiene que estar orgulloso de sus tradiciones, de su cultura, y de lo que tiene para ofrecer a los demás y no porque eres gay. Lo único que importa es el tipo de ser humano que eres. Tienes que respetar a los demás, amar la naturaleza, amarte a ti mismo como persona, a tu familia y a toda la gente que te rodea. Ella me dio esas herramientas. Ella me ayudó a ser fuerte, a ser persistente.*

B. Los impactos de La Clínica del Pueblo en su personal y sus voluntarios

Perfil del personal y de los voluntarios entrevistados

En lugar de seleccionar una muestra aleatoria, como en el caso de los pacientes, se hizo un esfuerzo deliberado por buscar personas que tenían una idea sobre los distintos períodos de la historia de La Clínica (muchas de estas personas son mencionadas en el anterior capítulo sobre el nacimiento y la evolución de La Clínica). También se hizo un esfuerzo para asegurar que estuvieran representados los puntos de vista de las diferentes unidades de gestión de La Clínica.

Se entrevistó en total a 74 miembros del equipo y voluntarios de La Clínica, actuales y pasados. De manera similar a la composición de los pacientes de La Clínica, la mayor parte (75%) del personal de La Clínica es inmigrante latina. Dieciocho llegaron a los EE.UU. desde Centroamérica (10 de El Salvador), cuatro vinieron del Caribe y cuatro de Sudamérica. Más de dos tercios (70%) han vivido en los EE.UU. durante 16 años o más. Ocho han trabajado en La Clínica de uno a cinco años; 14 trabajaron durante 6 a 10 años, 6 de 11 a 15 años, y 8 de 16 a 20 años. Más de un tercio se iniciaron como voluntarios antes de incorporarse como personal de La Clínica. Dos se iniciaron como pacientes de La Clínica.

De los 19 ex miembros del equipo de La Clínica entrevistados para este estudio de caso, 10 nacieron en Latinoamérica (8 en El Salvador), uno en Francia y ocho en los EE.UU. La mayoría (11) trabajó en La Clínica de uno a cinco años; cinco prestaron sus servicios de 6 a 10 años, y dos formaron parte del equipo de 11 a 15 años. Uno trabajó en La Clínica durante 16 años. Antes de asumir cargos remunerados en La Clínica, 13 (69%) sirvieron como voluntarios.

La manera en la que la experiencia de La Clínica ha sido de provecho para el personal y los voluntarios

Más de la mitad del personal y de los voluntarios de La Clínica que respondieron a esta pregunta, se refirieron a dos temas: el hecho de que a través de su relación con La Clínica se les había presentado una oportunidad especial de aprender y crecer y que, a través de su relación con La Clínica, habían experimentado cambios o mejoras personales. Vale la pena mencionar que tres personas consideran que su vínculo con La Clínica ha significado un cambio en sus vidas.

<i>Impactos en el personal, voluntarios</i>	<i>En cifras</i>	<i>En porcentajes</i>
N	27	27
Oportunidad para aprender/crecer	18	67%
Cambio personal/ mejoría	14	52%
Oportunidad de aplicar los valores	7	26%
Cambio de vida	3	11%

Se han seleccionado cinco testimonios para ilustrar estas respuestas.

El primer testimonio es de la doctora **Madeline Frucht-Wilks**, una médica de familia que ha estado trabajando a tiempo parcial en La Clínica desde el año 2001; actualmente Madeline es la médico principal de La Clínica.

Considero que mi cargo aquí es un privilegio. Como médica, me siento privilegiada cuando un paciente confía en mí y me da cabida en su vida. La diferencia aquí es que también me invitan a compartir una cultura. Mis pacientes y el personal han sido maestros maravillosos.

He aprendido un nuevo estilo de medicina que me enseñó a mantener una relación profesional integral; ahora sé cuándo es conveniente compartir mis propias historias, cuándo alguien necesita ver una foto de mis hijos antes de discutir sus problemas y cuándo es necesario tener una cita con toda la familia en el consultorio.

He aprendido cómo la gente se las arregla con recursos tan limitados. He sido bien acogida en los hogares, y he visto cómo cuelgan las hamacas de las paredes y ahora entiendo cómo tanta gente puede dormir cómodamente en una habitación. Nunca más voy a poder mirar de la misma manera las caras de las personas que atienden en los restaurantes, en las construcciones y a aquellas personas que hacen la limpieza en mi comunidad. Ahora tengo una apreciación diferente de lo duro que trabajan las personas para sobrevivir y algunas veces cumplir el sueño americano, con frecuencia teniendo que mantener a una familia en la casa.

Brigida Guyot, quien migró de Bolivia en el 2000 y ha estado afiliada a La Clínica desde que llegó (inicialmente como promotora voluntaria del departamento de VIH y, posteriormente, como miembro del personal del departamento de VIH), reflexiona sobre lo que han significado para ella sus siete años de relación con La Clínica:

Alguien me dio una mano y me apoyó. No me resolvieron los problemas que tenía pero por lo menos alguien se dio el tiempo para abrirme la puerta, escucharme, escucharme y escucharme. Me dio la

oportunidad de tener una capacitación integral como promotora de la salud. El curso me ayudó a entender que, como inmigrante, una atraviesa muchos problemas legales, sociales y médicos. Como inmigrante yo era una persona perfecta para hablar con las personas.

¡Mira dónde estoy! A veces me preguntan: ¿Qué tienes con La Clínica? ¡Con tu capacidad hubieras podido conseguir un mejor trabajo, con un mejor salario! Ellos no entienden que de alguna manera yo me enamoré de La Clínica y La Clínica me acogió con mucho cariño y me vio crecer.

A veces llego cansada a la casa, con muchas emociones que tengo que procesar; pero prefiero esto que llegar vacía. Así puedo dar más a mi familia.

Mauricio Bautista, quien hace 22 años migró desde El Salvador a los EE.UU. siendo aún joven, y que ha sido un fiel voluntario de La Clínica durante 17 años, reflexiona sobre lo que su vínculo con La Clínica ha significado para él. A lo largo de los años Bautista se ha beneficiado de una serie de cursos de capacitación en salud y para promotores de VIH:

La Clínica me enseñó a cambiar mi forma de vida, a ver las cosas de manera diferente, tener más precaución, protegerte a ti mismo. Además, fue una escuela. Me entrenaron, me dieron cursos con los que a la larga pude obtener trabajo.

Me ha ayudado a ser una persona mucho mejor, más precavido, también más humano. No sabía lo que era el trabajo voluntario. Esto satisface. Siento que soy parte de La Clínica, un óvulo, algo concebido. La Clínica es la madre de mucho de nosotros.

Es conveniente cerrar esta sección con las reflexiones de dos personas que han sido los principales protagonistas de la creación y evolución de La Clínica: el doctor Juan Romagoza y el doctor Peter Shields. El equipo "Juan-Peter", como muchos se referían cariñosamente a ellos en los primeros años, es responsable de mucho de lo que La Clínica es hoy en día.

Peter Shields en 1984 comenzó como un residente de segundo año y, debido a que venía regularmente todos los martes por la noche, en 1985 asumió, *de facto*, el papel de médico director. Conforme fue avanzando en su carrera (primero con una beca en el National Cancer Institute y, posteriormente, con un cargo en el Hospital de la Universidad de Georgetown, donde es profesor de Medicina y Director de Oncología y Genética y Epidemiología del Cáncer en el Lombardi Comprehensive Cancer Center), Shields se mantuvo fiel a La Clínica. En 1995 dejó su puesto de director médico voluntario cuando La Clínica fue capaz de contratar a su primer director médico remunerado. Siguió afiliado de cerca a La Clínica como Presidente de su directorio y apoyando en muchas otras funciones hasta el año 2005. El doctor Shields es actualmente miembro del Comité de Liderazgo de La Clínica, el cuál se ha formado recientemente con la misión de recaudar fondos:

La Clínica me ha dado una enorme satisfacción. Es la cosa más importante que he hecho profesionalmente en términos comunitarios. Ha sido algo increíblemente satisfactorio. Estoy increíblemente orgulloso de haber estado afiliado a La Clínica. Ha sido un privilegio trabajar con La Clínica. Conocía las limitaciones de Juan. Él conocía las mías. Pero no fueron errores, eran limitaciones. Fue una colaboración insustituible.

Juan Romagoza no necesita presentación. Su conmovedor testimonio, a continuación, ilustra lo importante que ha sido La Clínica en la vida de un refugiado que había sido torturado en su propio país y quien, desde su llegada a los EE.UU., ha sido un activista de las causas en las que él cree.

En un principio, La Clínica fue mi barco; encontré mi puerta. Vine con la impresión que iba a tener una estadía corta. No quería incorporarme en medicina acá, tuve oportunidad en California, me dijeron que me apoyarían para tomar los exámenes para médicos. No pensaba en la práctica. El título de médico lo llevo adentro: en la parte emocional, política, religiosa. Cuando vine y vi La

Clínica renació en mí el concepto de médico formal. Fue mi tabla de salvación, me dio la oportunidad de integrarme de nuevo a la medicina formal.

Aparte de que el trabajo me recuperó emocionalmente, me dio la oportunidad de avanzar más en mi propio proceso terapéutico. Aquí se puede hablar abiertamente de salud, de política. Este concepto se puede realizar aquí, en Adams Morgan, a 7 cuadras de la Casa Blanca.

No sé dónde estaría sin La Clínica. Me ha ayudado a responder a mis problemas, a aprender y a ayudar a otros, a ayudar y tratar de señalar que había tantas vías. Sentí que me ayudaba a gritar, todos los eventos de denuncia nos ayudaban. La Clínica me curó.

C. ¿De qué manera ha impactado La Clínica en general en la comunidad latina del área de Washington?

Si bien no fue posible obtener datos numéricos para respaldar las afirmaciones —como se hizo en el caso de los pacientes, el personal y los voluntarios—, este estudio de caso pecaría de descuidado si no destacara los impactos que La Clínica del Pueblo ha tenido fuera de sus paredes, en los cientos de miles de latinos que viven en el área metropolitana de Washington. Conscientes del hecho de que muchos inmigrantes latinos que viven en Washington nunca en sus vidas habían visitado un médico, así como de la importancia de proporcionarles conocimientos suficientes para que puedan detectar y prevenir las enfermedades crónicas, antes de que estas se agraven, La Clínica ha desarrollado y ha mantenido un programa de extensión y prevención de la salud que, a lo largo de los años, ha llegado a decenas de miles de latinos que viven en Washington. A estos latinos se ha llegado a través de diversos medios:

- A través de los promotores de VIH-SIDA de La Clínica, que llegan a rincones apartados de Washington, D.C. y más allá (Maryland, Virginia), para capacitar a la gente sobre el SIDA y para persuadirlos de que se hagan un examen (“cribado”) de VIH-SIDA;
- A través de las ferias de la salud que La Clínica ha patrocinado en forma permanente (pequeñas ferias periódicas en la década de 1980, eventos anuales o semestrales más grandes a principios de los años 1990, y actualmente ferias de la salud más pequeñas que se llevan a cabo dos o tres fines de semana al mes en las iglesias y otros lugares de toda la ciudad, en las comunidades donde hay grandes concentraciones de latinos);
- A través de mensajes de salud preventiva y de buenas prácticas de salud en los medios de comunicación en español (incluidas las múltiples apariciones de su director, Juan Romagoza, y otros miembros del personal, en los programas locales de televisión y de radio que se emiten en español).

Además, a través de su innovador programa de servicios de interpretación, La Clínica ha tomado la iniciativa de capacitar a las personas, principalmente de la comunidad latina, para que acompañen a pacientes que no hablan inglés (principalmente de habla hispana) a sus citas con los especialistas. Gracias a este programa, que ahora incluye a 40 organizaciones de prestación de servicios en Washington (la mayoría clínicas de salud), miles de residentes que no hablan inglés han podido ser atendidos por médicos especialistas y salir satisfechos de haber podido ser capaces de hacer que un especialista escuche sus preocupaciones y de haber entendido plenamente las orientaciones que los especialistas les brindaron.

A través de sus esfuerzos de abogacía a nombre de los grupos de latinos que no reciben una adecuada atención y que viven en Washington, La Clínica ha generado oportunidades para que estas personas reciban servicios de salud a los que de otro modo no tendrían acceso.

- A través de su participación en el Consorcio de Clínicas Sin Fines de Lucro, que desempeñó un papel fundamental en el establecimiento de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. (un programa de seguro médico gratuito que cubre a todos los residentes de Washington que se encuentran en el 200% del nivel federal de pobreza o por debajo de él), La

Clínica ha sido capaz de garantizar la incorporación, como beneficiarios, de los latinos indocumentados residentes en el D.C.

- A través de foros comunitarios anuales, La Clínica reunió a sus pacientes y a otras personas para poderles brindar información a las autoridades responsables de la administración de la Alianza.
- La Clínica, como miembro de la Coalición de Acceso a la Lengua de Washington, D.C., ha abogado por una legislación que obliga a los gobiernos a facilitar servicios a los pacientes que no hablan inglés.
- La Clínica también ha desempeñado un papel importante para que el Departamento de Salud de Washington, D.C. asuma su responsabilidad de canalizar adecuadamente los fondos CDC para la prevención del VIH-SIDA que realizan las clínicas de salud de Washington, D.C.

Douglas Mejía, quien ha trabajado durante 13 años como reportero de Telemundo, el segundo canal de televisión en español de Washington, reflexiona sobre las mayores repercusiones de La Clínica:

Cuando creamos nuestro noticiero empezamos a investigar qué organizaciones existían, qué servicios brindaban, y qué organización era líder en su campo. En el campo de la salud comunitaria, una de las abanderadas era La Clínica del Pueblo, por su trayectoria, el respeto que tiene de las autoridades, su credibilidad. Buscamos un médico que nos pudiera hablar de la temática de los problemas que tenía la población latina y también alguien que pudiera compartir sus conocimientos como médico.

Romagoza es un buen profesional, muy accesible, respetuoso, preocupado por los problemas de la comunidad, no solamente de salud, sino que, por ejemplo, cuando hubo problemas con los homosexuales, él los respaldó para que la policía fuera más atenta con ellos. Ha proporcionado ayuda importantísimo a personas con SIDA; los refieren al hospital, y por medio de la Alianza tienen acceso a salud en Washington.

La Clínica ha montado campañas de salud preventiva, ferias en fines de semanas. Viene mucha gente de Maryland y Virginia que no tiene seguro. Tienen una referencia, si tienen colesterol alto y no saben, tienen una voz de alarma para buscar ayuda médica.

La Clínica le da identidad a la comunidad latina de Washington. La veo como un salvavidas dentro de Washington. Es la organización por excelencia que una comunidad inmigrante quisiera tener. Otras organizaciones son buenas pero La Clínica tiene credibilidad por haber nacido, consolidado, identificado con la comunidad. Romagoza no solo se ha quedado en el campo médico sino que ha sido un activista que lucha por los derechos de los latinos en Adams Morgan, Mt. Pleasant. La Clínica va a estar allí por mucho tiempo.

Capítulo V: La Clínica del Pueblo vista desde “dentro” y desde “fuera”

Este capítulo se centra en un tema que surgió en el capítulo referido a la historia de La Clínica: cómo es percibida La Clínica desde dentro y fuera. Al personal y los voluntarios se les preguntó sobre qué es lo que los había atraído a La Clínica. A los pacientes se les pidió que comparasen su experiencia en La Clínica con las experiencias que habían tenido como otros proveedores de salud, ya sea en los Estados Unidos o en sus países de origen. A los pacientes, personal, voluntarios, miembros del directorio y a las personas externas familiarizadas con el funcionamiento de La Clínica, se les pidió que reflexionasen acerca de lo que percibían como las fortalezas de La Clínica. Se les pidió también una reflexión sobre lo que percibían como limitaciones o desafíos para La Clínica.

A. ¿Qué condujo al personal y los voluntarios a La Clínica?

Cuando se les preguntó al personal y los voluntarios sobre qué los atrajo a La Clínica, lo que mencionaron con más frecuencia es que se sintieron atraídos por el ambiente cálido y acogedor de La Clínica (18 respuestas o el 35% de los entrevistados). Otros temas presentes fueron: estaban buscando una organización activista que empatara con sus ideales (12 respuestas o el 23% de los entrevistados); para quienes eran latinos, La Clínica les ofreció una oportunidad para colaborar/ser identificados con su propio pueblo (10 respuestas o el 19% de los entrevistados); una sensación de estar contribuyendo a la comunidad (también 10 respuestas); y para aquellos de los Estados Unidos, la sensación de estar en Latinoamérica (4 respuestas). Para dos miembros latinos del personal, ambos víctimas de la discriminación en sus países debido a su orientación sexual, la atracción inicial hacia la La Clínica fue que era un lugar de refugio.

<i>Lo que atrajo al personal y voluntarios a La Clínica</i>	<i>En cifras</i>	<i>En porcentajes</i>
N	52	
Ambiente cálido, acogedor	18	35%
En busca de una organización activista	12	23%
Oportunidad para identificarse con su propio pueblo	10	19%
Sensación de estar contribuyendo a la comunidad	10	19%
Sensación de estar en Latinoamérica	4	8%
Espíritu de compromiso	4	8%
Un lugar de seguridad/refugio	2	6%

En palabras de tres de estas personas:

Jessica Mikuliak, Practicante de Enfermería en La Clínica desde el 2006: Es muy cálida, tú entras, sientes el ambiente de acogida, las sonrisas brillantes, la sensación de comunidad.

Doctora Helen Burstin, Vice-Presidenta del Directorio de La Clínica y médica voluntaria desde el 2000: Lo que me sorprendió cuando recién llegué a La Clínica es que era un lugar con casi nada pero que hacía un trabajo notable con sus pacientes. Ellos recibían una gran atención. Se brindaba una verdadera atención primaria de la salud. Los pacientes eran recibidos por el mismo médico todas las veces. Los médicos hacían enormes esfuerzos para conseguir medicinas, para que les hagan mamografías a sus pacientes. Era un lugar capaz de hacer mucho con muy poco.

Marco Castro, inmigrante de Honduras, quien ha sido Director del Departamento de Servicios Médicos de La Clínica desde agosto del 2006: Cuando mi petición de asilo fue aprobada,

comencé la búsqueda de trabajo. Es cuando aparece este puesto, postulé y comencé en agosto del 2006. Me encantó la filosofía de La Clínica: basada en el servicio a la población necesitada, inmigrante. Yo soy también un inmigrante, desde ese momento en cierta forma me refugié también en La Clínica. Cuando empecé la búsqueda de asilo recibí mucho apoyo moral de gente de La Clínica. Además, me orientaron y encontré una verdadera red de solidaridad que me permitió asimilar mi nuevo país y su cultura con mayor facilidad

B. Los pacientes comparan los servicios médicos recibidos en La Clínica con los servicios médicos recibidos en otros lugares

De los doce pacientes que respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si habían tenido experiencia con otros servicios médicos, nueve (75%) señalaron que los servicios que reciben en La Clínica eran superiores a los servicios que habían recibido de otros proveedores de salud. Dos (17%) estaban igualmente satisfechos con los servicios recibidos en La Clínica y con los recibidos en otro lugar. Uno respondió que los servicios de La Clínica eran muy buenos pero calificó de sobresaliente el tratamiento que recibió como paciente experimental en el Instituto Nacional de Salud (NHI, por sus siglas en inglés).

En palabras de tres de los nueve pacientes que señalaron que los servicios médicos de La Clínica eran mejores que los recibidos en otros lugares:

Lorena: He ido varias veces al Children's Hospital aquí en Washington. La atención es tan fría. En cambio aquí en La Clínica hay bastante calidez. En el Perú mi experiencia ha sido principalmente con centros de salud y hospitales. Estaba en el centro de salud de mi misma comunidad. Hay familiaridad, pero la atención es tan lenta, la gente se queja de que el médico le receta cosas que no funcionan bien.

Con el problema de tiroides que tuve, que La Clínica resolvió, fui 12 veces al centro de salud en Lima. Hicieron una variedad de diagnósis. Detectaron cualquier cosa. Al final fui al hospital, me dieron algo para quitar las náuseas. Tuve que ir a un médico privado. Estuve en tratamiento de pastillas. Pero él me dijo que mi cuerpo no respondió.

Susana: En un caso fui al Kaiser Permanente. Fue terrible: estás restringida a edificios específicos que solo proveen servicios Kaiser. Hay un edificio dedicado a un montón de servicios pero tú solo puedes ir ahí. Todos tus exámenes de sangre, los chequeos, son hechos en un lugar. Sin embargo, no tienen tanto tiempo como para tratarte en forma personalizada. Ellos te meten, te chequean, te dicen lo que creen que puedes tener, y si no funciona vuelves a pasar por lo mismo otra vez. Esto en comparación con La Clínica donde analizan tus problemas pieza por pieza de manera que no tienes que volver.

La calidad del cuidado que he recibido en La Clínica es mucho mejor que la que he recibido en otras instituciones que tienen más financiación. Aquí en La Clínica pueden diagnosticarte mejor porque han visto los mismos síntomas dentro de la comunidad latina.

Jorge: Aquí el sistema es diferente que en mi país. Si va a un doctor privado aquí solo por el hecho de entrar le cobran \$60 a \$80. Es demasiado comercial, hacen su caso lo más largo posible para obligarle a pagar. En cuanto a otras clínicas, no me gustó mi experiencia con una clínica pública en Fairfax. Le dejan por último. Tienen una manera de tratarle como de segunda o tercera clase, por ser latino. Aquí en La Clínica este trato no sucede. Uno no siente esa barrera.

C. *Percepciones acerca de las fortalezas de La Clínica*

Hubo bastante coincidencia entre las 90 personas entrevistadas (pacientes, personal, voluntarios, miembros del directorio y personas externas familiarizadas con sus servicios) sobre lo que ellas percibían como las fortalezas de La Clínica. La información dada por los pacientes incluidos en esta lista de 90 personas corrobora la información encontrada en las encuestas de nivel de satisfacción de los pacientes conducidas por La Clínica en el 2005 y el 2007. Entre las fortalezas de La Clínica más mencionadas, tenemos: personal dedicado a lo que hace (37 entrevistados o el 41%) y un ambiente atento y amistoso (35 entrevistados o el 39%). Entre un 20% y un 27% de los entrevistados, mencionaron también: personal comprometido con la calidad y el profesionalismo, personal comprometido con la misión de La Clínica, un sentimiento de familia/comunidad, una organización que es de y para la comunidad.

<i>Fortalezas mencionadas por 10 o más entrevistados</i>	<i>En números</i>	<i>En porcentajes</i>
N	90	
Personal dedicado a lo que hace	37	41%
Un ambiente atento y amistoso	35	39%
Personal comprometido con la calidad y el profesionalismo	24	27%
Personal comprometido con la misión de La Clínica	20	22%
Un sentimiento de familia/comunidad	18	20%
Una organización que es de y para la comunidad	18	20%
Pacientes tratados con dignidad y respeto	13	14%
Sensibilidad cultural /en contacto con las necesidades de los pacientes	13	14%
Apertura hacia/aceptación de las poblaciones diversas	13	14%
Juan Romagoza es un líder y una autoridad moral	13	14%
Un lugar donde se escuchan los puntos de vista de uno	10	11%

Un tema preponderante en las entrevistas con pacientes es la dedicación de sus médicos para brindarles un cuidado de la mejor calidad y lo más integral posible:

Teresa: Yo he ido a La Clínica cuando estuve enferma. La doctora Bombard se encargó de hacer el diagnóstico. Trató de descubrir lo que yo realmente tenía. Hay muchos médicos que hacen análisis y dicen que no saben. Ella se preocupa por mí. Los Coordinadores de Cuidado del Paciente son muy cooperadores. Una vez que entro a la sala de exámenes, ellos me dan consejo, son amistosos y se preocupan. Cuando estoy esperando para ver a la doctora, hay muchas personas que se acercan a hacer educación para la salud, a enseñarnos cómo cuidarnos para no enfermarnos. Hay otros programas en la sala de espera. Esto es muy bueno, todo lo que sucede alrededor de la visita a la doctora.

Yanira: La doctora Meredith ha luchado a mi lado. Ha trabajado duro para tratar lo que me sucedía a mí. Ella está siempre a cargo de las cosas. Por ejemplo, cuando la medicina para mi cáncer de seno me estaba haciendo daño al hígado, ella paró la medicación durante un mes con el fin de observarme. Me envió al oncólogo para que me cambie la medicina. Hubo una época que pensé que me estaba volviendo loca. Ella me preguntó qué me sucedía. Me daba vergüenza hablar de mi situación personal. Ella me refirió a un terapeuta de La Clínica.

Daniel: Conocí La Clínica a través de un amigo. Me dijo que podía venir y tener consultas gratis. Después obtuve seguro por medio de La Clínica. Me han ayudado con una psicóloga, fue útil, cualquier duda que uno tiene, la consulta. La atención es siempre buena. Las PCCs me tratan con respeto y amabilidad. Tuve operaciones en el Hospital de la George Washington University,

en el Hospital de la Howard University, en el Washington Hospital Center. Me ha ido bien. Todos los intérpretes son buenos, ayudan mucho. Dicen lo que tienen que decir.

Sammy es mi administrador de caso. Cualquier cosa, le pregunto, me ayuda en las necesidades que tengo. Me ha ayudado con el alquiler, con la presentación de documentos. Hay cursos que puedo tomar, por ejemplo, inglés. Dan direcciones, se preocupan de uno, te dan tarjeta para comida, te ayudan con la vivienda. El trato humano que recibo en La Clínica es magnífico; si hay un rango de puntajes, de excelente a bueno, pero para mí es magnífica.

El personal y los voluntarios comentan acerca de lo que perciben como las fortalezas de La Clínica:

Alicia Wilson, Directora de Desarrollo: Somos muy dinámicos. Estamos haciendo un trabajo extraordinario para satisfacer las necesidades que se ven, y no imponiendo soluciones a problemas que pueden o no existir. Estamos en contacto con la comunidad, leyendo las necesidades en el mundo que nos rodea, diseñando programas innovadores para encarar los problemas. Seguimos siendo ligeros y flexibles, capaces de desarrollar programas que enfrenten las necesidades que surgen. Encarnamos a la comunidad que servimos. El hecho de que el paciente que entra, vea a personas con la misma experiencia, marca una gran diferencia. Las personas que trabajan aquí son extraordinarias. Se encuentran aquí porque comparten un compromiso con la misión; ellos la representan de manera extraordinaria. La capacidad de persistir en función de los pacientes y de la organización; hay una gran lealtad que va más allá. La gente viene aquí porque les sirve y porque ellos pueden lograr un impacto. Nuestro sentido de comunidad y nuestra capacidad de apoyarnos entre nosotros son extraordinarios.

Mauricio Bautista, un voluntario con unos 20 años de dedicación: La unidad que sigue existiendo entre los voluntarios y el personal. Existía esta camaradería. La oportunidad que nos dieron de aprender, fue una escuela. Damos servicios que son algo satisfactorio. Hacíamos lo que nos gustaba, viendo las necesidades de la comunidad. Ser parte de una historia, de lo que ha crecido. La Clínica, ha sido un honor. La Clínica tiene sus cimientos super bien puestos.

Roxana Zepeda, ex paciente, coordinadora de atención al paciente y responsable de los casos de VIH: La Clínica tiene un ambiente muy fraternal, de amistad, bastante de comunidad. Las cosas se hacen en grupo. Si hay feria de la salud, todo el mundo está dispuesto a colaborar. Hay mucha dedicación a servir. También existe el calor humano, el cariño a la gente. La calidad de los servicios clínicos es muy buena. La Clínica ha abierto espacio para ciertas comunidades: la comunidad gay, y otros. La dinámica de poner en la sala de espera una paciente mayor de El Salvador con un hombre vestido de mujer y que esa señora no agarrare miedo, es increíble. El aspecto educativo, la educación ha sido importante para La Clínica, su interés de educar a la comunidad...

Dos personas externas a La Clínica, que conocen y han trabajado de cerca con La Clínica durante muchos años —Kathy Freshley, Oficial Principal de Programa en la Fundación Eugene y Agnes E. Meyer, y Sharon Baskerville, Directora Ejecutiva de la Primary Care Association de D.C.— ofrecen una “perspectiva externa” de las fortalezas de La Clínica:

Kathy Freshley, Fundación Meyer: La fortaleza de La Clínica es el propio Juan. Dada su experiencia, su historia personal, él ha sido una persona en la que han confiado otros inmigrantes y refugiados. Mucha gente sabía que él había atravesado experiencias similares. Juan habla acerca de la Teología de la Liberación, sobre que la gente pobre merece tener cuidado de la salud, un hogar, trabajos, una oportunidad. Existe esa profunda comprensión y respeto. Ha habido mucha gente que ha trabajado de voluntaria en La Clínica y que ha compartido esa visión.

La Clínica desarrolló muy temprano programas especializados que son únicos. Cuentan con un gran programa de VIH-SIDA, el cual incorpora a la comunidad lésbica, gay, bisexual y

transgénero. Han sido muy innovadores dada la tradición latina. No solo han sido osados sino también singulares. Han formado un sólido equipo de voluntarios y personal muy comprometido.

Sharon Baskerville, D.C Primary Care Association: La Clínica sigue viendo la necesidad holística de servir a la gente. Ellos consideran que, si no se toma en cuenta a la persona total, es difícil lograr una mejor salud. Han iniciado un proceso de estabilización de su flujo de fondos, con algo que no depende solo de la filantropía y de los contratos.

Tienen una estructura de gestión institucional que ha funcionado hasta ahora; no está en sus fases iniciales. La Clínica es una organización compleja, multifacética. El hecho de que se las hayan arreglado hasta ahora sin desastres dice que algo marcha bien ahí. Cuentan con diferentes departamentos que han crecido en calidad, cada uno con su propia autonomía.

D. Desafíos y áreas a ser mejoradas

A diferencia de las fortalezas, donde hubo acuerdo entre los grupos de entrevistados, se dieron diferencias en las percepciones relativas a los desafíos y las áreas a ser mejoradas. Por esta razón, se presentan los datos desagregados por subgrupos:

a. Como son percibidos por los pacientes

En general, los pacientes tuvieron pocas sugerencias específicas para las áreas donde La Clínica requiere mejorar sus servicios. Los tópicos mencionados con más frecuencia fueron: la necesidad de reducir el tiempo de espera para ver a un doctor (6 pacientes o el 25% de los entrevistados); y la necesidad de aumentar el número de pacientes y servicios (5 pacientes o el 21% de los entrevistados).

<i>Áreas a ser mejoradas</i>	<i>En cifras</i>	<i>En porcentajes</i>
N	24	
Reducir el tiempo de espera para ver a un doctor	6	25%
Incrementar el número de pacientes/servicios	5	21%

En palabras de tres de los 24 pacientes entrevistados:

María: El tiempo de espera para entrar a cita: 30 minutos, a veces más dentro del área de atención.

Lorena: Ofrecer más servicios. Tienen servicios de visión, salud mental, aeróbicos, talleres educativos. Pero no tenemos servicios dentales. La Clínica podría crecer más, le faltan recursos.

Guillermo: El reto es aumentar los servicios de La Clínica, hasta ahora han dependido de hospitales (residentes), médicos particulares. Mientras mejor capacitada esté, va a poder ampliar los servicios para todos.

b. Tal como son percibidos por el personal, los voluntarios y miembros del directorio de La Clínica, actuales y pasados

El personal, los voluntarios y los miembros del Directorio de La Clínica, actuales y pasados, fueron más expresivos cuando se les preguntó acerca de lo que ellos percibían como los desafíos/áreas a ser mejoradas. Lo que surgió con más frecuencia (31 personas entrevistadas o el 56%) fue su preocupación sobre que la esencia de La Clínica se hallaba bajo tensión debido tanto a las exigencias externas por tener

ahora el estatus de FQHC, como por la partida del Doctor Juan Romagoza. Se mencionaron también, pero con menos frecuencia, los desafíos financieros y de gestión que enfrenta La Clínica.

<i>Desafíos enfrentados por La Clínica</i>	<i>En cifras</i>	<i>En porcentajes</i>
N	55	
Desafíos a la esencia de La Clínica planteados por el crecimiento y las demandas externas	31	56%
Desafíos financieros	15	27%
Desafíos de gestión	12	22%
Personal crecientemente sobrecargado de trabajo (clínica médica)	10	18%
Escasez de espacio (especialmente la clínica médica)	9	16%
Comunicaciones internas	6	11%
Bajos salarios del personal	4	7%
Temas de contratación de personal	4	7%
La partida de Juan	4	7%

Los testimonios del personal médico con respecto al personal de La Clínica y de un miembro del equipo de gestión de La Clínica, reflejan la principal preocupación expresada con relación a los desafíos para la esencia de La Clínica debido a su crecimiento y a las exigencias externas:

Un miembro del equipo de gestión de La Clínica: El modelo FQHC tiene un montón de requisitos que deben darse. Estamos entrando a algo que no sabemos exactamente cómo se manifestará.

Internamente no tenemos esa experiencia; tenemos que trabajar para ganarla y estar más enterados.

Un miembro del personal médico de La Clínica: En los últimos 18 meses hemos sentido mucho más estrés en el personal. Se pone mucho más énfasis en el número de pacientes que vemos y el tiempo que les dedicamos, Si bien esto es importante para la productividad, causa estrés en la gente. Cuando tratamos a una gran cantidad de pacientes sin seguro, cada uno tiene una historia que contar pero eso toma más tiempo. En la práctica privada puedo completar las cosas relativamente rápido, pero en La Clínica necesitamos vincularlos con otros servicios. Los representantes del gobierno federal miran los números. Me preocupa que esto cambie el corazón. Yo literalmente corro desde el momento que llego al trabajo hasta que me voy.

Otro miembro del personal de La Clínica: El cambio está a la vuelta de la esquina; no solo la salida de Juan, sino la ventaja de convertirnos en un FQHC, va a implicar una mayor supervisión y mayores regulaciones que antes. Mi temor y el de otros es que para satisfacer las diversas exigencias de FQHC, el espíritu y la realidad de lo que hace La Clínica va a tener que cambiar de una manera que nos hará practicar la medicina de una forma diferente. Creo que, en última instancia, se nos exigirá incrementar el número de pacientes / día, lo que nos sitúa en una categoría muy cercana a un negocio administrado del cuidado. Una de las fortalezas que tenemos ahora es que nosotros, los médicos, somos capaces de escuchar realmente a nuestros pacientes más que en cualquier otro lado. Sus necesidades son muy complicadas, sus necesidades psico-sociales, son tan importantes como sus necesidades físicas, y ambas, por supuesto, están relacionadas entre sí. Estamos al tope con nuestros pacientes en lo que se refiere a la cantidad de tiempo que les destinamos. Imaginar que será necesario atender a más personas con problemas igualmente complicados en la misma cantidad de tiempo, no es una buena idea ni para el prestador del servicio ni para el paciente.

Sería raro encontrar a una organización sin fines de lucro que no tenga desafíos financieros y de gestión, y La Clínica no es una excepción. Tal como hemos visto en el capítulo dedicado al nacimiento y la evolución de La Clínica, esta se inició como un grupo débilmente estructurado de voluntarios, la mayoría

atraídos por La Clínica porque era una causa en la que creían y no debido a su experticia administrativa. A medida que ha crecido La Clínica, tanto en personal como financiamiento, ha experimentado todo el conjunto de desafíos administrativos que encara una organización en crecimiento: establecer políticas, procedimientos y sistemas; establecer departamentos separados y esclarecer los roles de cada departamento; mantener flujos claros de comunicación.

En el lado financiero, el mantener la estabilidad de los fondos requeridos para garantizar la continuidad de los crecientes programas de La Clínica ha sido y sigue siendo un desafío. Otros desafíos relacionados tienen que ver con las múltiples exigencias de presentación de información que demandan las actuales 50 fuentes de financiación y con el mantenimiento de un balance de cuentas en azul. La constante lucha para sostener la estabilidad del financiamiento es una de las razones principales por las que La Clínica optó por postular para convertirse en un FQHC.

Un miembro del equipo de gestión de La Clínica reflexiona sobre un conjunto de desafíos de gestión y financieros que encara La Clínica debido al mayor crecimiento previsto bajo el estatus de FQHC, y por la partida de Juan Romagoza.

En los próximos cinco años La Clínica tendrá dos o tres sedes, duplicaremos el número de nuestros pacientes. Necesitamos sentar las bases para seguir expandiéndonos. Las cargas administrativas por no estar en un solo edificio serán un desafío. Otro desafío será lanzar una campaña en la capital que es intensa; la recaudación de fondos siempre define la agenda. Tendremos un nuevo líder. Probablemente llegaremos a un punto en el que tendremos que decidir si aceptamos todo tipo de seguro de salud o solo los seguros emitidos por el gobierno (Alianza, Medicare, Medicaid). Tendremos que encarar el dilema de tener un espacio libre para un paciente, pero que dos pacientes lo quieren: si uno tiene seguro y el otro no, ¿quién establece la política? El directorio de La Clínica necesitará volverse más diestro en el manejo financiero.

Otro giro importante con el estatus FQHC es que tendremos que reevaluar nuestro énfasis en la población latina. Con la creación de una clínica en Ward 5, en un área que no cuenta con otro centro de salud, tendremos que adquirir la competencia cultural para tratar con población no latina: Tendremos que preguntarnos, ¿Es parte de nuestra esencia ser una clínica de latinos? ¿Nuestra modalidad puede aplicarse a otras comunidades? ¿Existen otras formas que serían grandiosas para otras comunidades, o nuestro modelo es bueno tanto para latinos como para otros inmigrantes?

Otros desafíos tienen que ver con que el estatus FQHC orienta el modelo. Tú eres una clínica de atención primaria de salud, y tienes una segunda envoltura que corresponde a otros servicios. Muchos de nuestros servicios han adquirido tal importancia que están en el mismo nivel que la clínica médica. ¿Podemos avizorar un día en el que ellos se separen y creen sus propias entidades con las que tendríamos una relación de hermandad? ¿O las subordinamos a la atención primaria de salud?

c. Tal como son percibidos por personas externas a La Clínica

Las diez personas externas a La Clínica entrevistadas, quienes están estrechamente familiarizadas con el funcionamiento de La Clínica, comentaron acerca de lo que perciben como los desafíos de La Clínica. Los temas levantados por estas personas reflejan aquellos que surgieron en las entrevistas con el actual personal de La Clínica:

<i>Los desafíos de La Clínica</i> <i>N</i>	<i>En cifras</i> <i>10</i>	<i>En porcentajes</i>
Desafíos a la esencia de La Clínica planteados por el crecimiento y las demandas externas	6	60%
Desafíos financieros	4	40%
Desafíos de gestión	4	40%

Estos desafíos son ilustrados en las siguientes citas:

Una persona que ha trabajado en estrecha colaboración con La Clínica a lo largo de los años: El FQHC se ve como una forma de lograr la sostenibilidad. La Clínica dispone de dinero para avanzar en su renovación. ¿Cómo van a lograr todo esto? Las otras prioridades son enormes para el personal que ya está desbordado. ¿Cómo van a lograr hacer esto de manera realista con la actual estructura? ¿Realmente se están sentando a pensar cómo van a conseguir hacer todo esto? Ellos quieren entrar de lleno con un local de nivel 5 para el que se va a necesitar 20 millones de dólares pero no han pensado en eso. Es como si nadie se hubiera imaginado que obtendrían el FQHC. Mi temor es que se verán obligados a tomar decisiones que no son estratégicas. La pieza clave es, ¿están viendo el conjunto de todo este entramado, el conjunto de condiciones que van a tener que tener en cuenta y la presentación de informes UDS, el cumplimiento corporativo? El gobierno federal probablemente les dé un par de años para cumplir estos requisitos.

Eliana Loveluck, Alianza Nacional Hispana por el Cuidado de la Salud: experimentamos algo similar en nuestra organización: los financiadores y otros se sintieron frustrados con nosotros porque seguimos este largo proceso de desarrollar una propuesta con el aporte de la comunidad, validándola a nivel comunal, y volviéndola a hacer. Toma mucho tiempo pero vale la pena al final porque así el producto es mejor. Siento algo similar en La Clínica; las cosas toman un largo tiempo. Pero hacer las cosas de otro modo sería algo contrario a su filosofía.

Capítulo VI: La esencia de La Clínica

Cuando se estaba diseñando este estudio de caso, los directivos de La Clínica pidieron que el estudio se centrara en la identificación de lo que le da a La Clínica su identidad o “esencia”. Este capítulo se centra en la esencia de La Clínica: cómo es definida por los diversos actores entrevistados para este estudio; y cómo es que esta esencia ha evolucionado a través de los años al enfrentar los desafíos permanentes del crecimiento. La esencia de La Clínica, como puede verse en este capítulo, se desprende de muchas de las fortalezas identificadas en el Capítulo V.

A. Definiendo la esencia de La Clínica

A las personas entrevistadas de dentro y de fuera de La Clínica se les pidió que describan la “esencia” de La Clínica. Para responder a la pregunta, a cada uno se le dio la libertad de definir lo que hacía especial a La Clínica. A partir de estas entrevistas surge un retrato de una organización que:

- Se preocupa profundamente por sus pacientes y clientes.
- Fue creada por la comunidad latina y para la comunidad latina: gran parte del personal tiene orígenes similares y "se parecen" a los pacientes.
- El personal de La Clínica se preocupa profundamente por el cuidado de sus pacientes y clientes; están dispuestos a hacer esfuerzos extraordinarios para satisfacer sus necesidades.
- Los pacientes y clientes de La Clínica son tratados como iguales; con dignidad y respeto.
- Ofrece un refugio, un lugar seguro y confiable; para muchos, La Clínica es como una segunda familia.
- Ofrece servicios de salud que son culturalmente sensibles, pertinentes y que evolucionan para satisfacer las necesidades cambiantes de sus pacientes y clientes.
- La Clínica se aproxima a sus pacientes como seres holísticos que tienen necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales, socio-culturales y políticas.
- El personal de La Clínica hace un gran esfuerzo para garantizar que cada paciente / cliente sea consciente de que tiene el derecho a una atención adecuada de la salud, así como la responsabilidad de asegurarse que se satisfacen sus necesidades de salud.
- Se basa en la premisa de que las actividades de abogacía y, por lo tanto, el hacer que la voz de uno se escuche, son fundamentales: como medio para presionar por el cambio, poniendo a disposición de los pacientes y del personal un instrumento para ejercer sus derechos y formar comunidad, y proporcionándoles un recurso terapéutico a muchas personas cuyos derechos han sido violados.
- Busca y escucha los puntos de vista de sus pacientes y su personal.

Dos pacientes compartieron sus puntos de vista sobre la esencia de La Clínica:

Guillermo: Una de las cosas más fantásticas que ocurren en La Clínica es que la estructura no es lineal; una vez que uno está adentro ya es parte de La Clínica. Esto es lo primero que uno percibe. Si uno tiene una queja, puede hacer oír su voz y la puerta de Juan o de Alicia están siempre abiertas. A través de los años que llevo viviendo aquí, ¿acaso he venido yo a decir que estaba sin trabajo, cuando no tenía dinero para pagar la renta? Ellos inmediatamente me ponían un fondo de emergencia para pagar el alquiler. Me daban tarjetas de alimentos de los Safeway. Cada vez que me ven en una situación de emergencia, tengo la sensación de ser tan importante como cualquier otra prioridad. No siento que me dejan de lado. Hay una sensación de empoderamiento. Es importante querer y salvaguardar este lugar — hacer lo que está a nuestro alcance para que La Clínica siga funcionando—. Ese es mi compromiso.

Susana: La Clínica es cuidadosa. Fue creada por y para el pueblo. Está familiarizada con la cultura del pueblo al que atiende. El personal está interesado en sus pacientes. Se desarrolla un vínculo con cada paciente. Si el paciente no hace lo que él o ella debe hacer, hay una sensación de que algo está fallando al intentar ayudar al paciente. Se preguntan, "¿Qué es lo que nosotros no estamos haciendo

bien?".

Dos miembros del personal de La Clínica y un miembro del Directorio de La Clínica identifican lo que perciben como los componentes claves de la esencia de La Clínica:

Doctor Peter Gergen, pediatra voluntario desde 1990: Los coordinadores y el personal pertenecen a la comunidad. Sin importar cuánto le hables a la persona, es ese vínculo lo que hace que los pacientes se sientan más cómodos, lo que nos ayuda a comprender cuáles son sus verdaderas necesidades, qué otras fuentes de cuidado se requieren, qué es posible hacer dados sus ingresos y trabajos. Una madre podría necesitar una carta para dársela a su empleador de modo que pueda traer a su hijo o hija a La Clínica. Es la integración en la comunidad, el ser parte de la comunidad, el brindar una atención de calidad que es factible, sopesando las dificultades de la población.

Rebecca Muñoz, Coordinadora de Comunidades de Fe, Departamento de VIH, quien empezó como voluntaria en 1994: La Clínica es un lugar donde podemos acompañar a gente en su dolor, que luchan para conseguir documentación, apoyar a los que están maltratados. No es solo que el paciente llega, el médico la examina y le da medicina. Cuando entrevistas a pacientes, te dicen que cambié, tengo otra forma de pensar, puedo ser parte de una familia. Se debe a la forma como el doctor Juan ha llevado la metodología, hacer vida la enseñanza de Moneñor Romero. El advocacy es una parte que nos cuesta como latinos. Venimos de países donde nos imponen, donde no nos permiten hacer valer nuestro derechos. El rico tiene el derecho de hacer lo que quiere con la gente pobre. En La Clínica nos enseñan que todos tenemos el derecho a la salud.

Robert Hardies, Ministro de la Iglesia Unitaria All Souls y secretario del Directorio de La Clínica: La esencia de La Clínica descansa en su compromiso primordial con sus pacientes y su personal. Juan Romagoza ha sido un ejemplo de este compromiso primordial a través de su servicio a su pueblo. Él es un líder en términos organizativos cuyo accionar está orientado por los valores de su compromiso integral con su pueblo. No se trata únicamente de una atención de la salud. Estamos hablando de abogacía, trabajo a nivel de la justicia social. Lo que es maravilloso de La Clínica es que tiene un liderazgo que no es solamente culturalmente sensible y dedicado a sus pacientes y a su personal, sino que está dispuesto a ampliar las fronteras culturales. Es sorprendente ver a pequeñas ancianas salvadoreñas y a transexuales latinos en la misma sala de espera.

Dos consultores en temas de gestión de La Clínica, ambos muy familiarizados con el funcionamiento de La Clínica, comentan sobre lo que ellos perciben como la esencia de La Clínica. El primero reflexiona sobre el rol del doctor Juan Romagoza a quien él y otros le atribuyen el haber sido la autoridad moral, el guardián de la esencia de La Clínica:

Robin Katcher, Grupo de Apoyo a la Gestión: La Clínica es una organización fundada para servir a los refugiados de bajos ingresos y ha estado liderada por un refugiado. Juan Romagoz es un actista de la participación comunitaria. Por estudios él es un médico, pero en realidad es un defensor. Él es la voz de la comunidad. La concepción que Juan Romagoza tiene de la salud y el bienestar como derechos humanos va mucho más allá de lo que comúnmente hace un centro de salud. Él es un símbolo en La Clínica, en la comunidad circundante y en la comunidad más amplia; él desempeña un rol muy importante. No creo que encuentres otro director ejecutivo con una historia personal tan poderosa.

La humildad de Juan, su autoridad como médico y su liderazgo espiritual proporcionan un modelo de liderazgo de servicio que es muy importante para esta comunidad. Hay muy pocos líderes latinos que tienen esa plataforma y liderazgo en la comunidad.

Sarah Coviell, Coviello y Asociados: El cuidado y la preocupación que tienen con las personas a las que prestan servicios son generalizados. Se ven muy estimulados por su misión e inspirados por las personas a las que atienden —más que cualquier otra organización que yo haya visto—.

B. La evolución de la esencia de La Clínica

La Clínica fue fundada en 1983 por un grupo de activistas salvadoreños y estadounidenses fuertemente opuestos a la política exterior de los Estados Unidos en Centroamérica y profundamente preocupados por el hecho de que los refugiados centroamericanos que llegaban a Washington —además de no contar con un estatus de inmigración legal— no tenían acceso a servicios básicos de salud. Desde un inicio, estas personas se preocuparon verdaderamente; estaban decididos a encarar estas necesidades de la población de refugiados centroamericanos (en los primeros años, principalmente salvadoreños). Más aún, creían que el acceso a un adecuado cuidado de la salud, en tanto derecho humano, era una parte importante de la ecuación. La frase “el cuidado de la salud es un derecho, no un privilegio”, tomada del libro *Donde no hay doctor* de David Werner, y que sirvió como texto inicial para capacitar a los promotores de salud, era un tema unificador importante.

Con el tiempo, y con la llegada del Doctor Romagoza en 1987, evolucionó un enfoque del cuidado de la salud basado en la importancia de asumir un enfoque holístico del cuidado de la salud —el cual incluye salud mental, medicina alternativa, y una creciente concentración en la educación/extensión sobre salud comunitaria.

Con Romagoza a cargo de La Clínica, se fortaleció el cuidado de la salud en tanto derecho básico hasta convertirse tanto en un derecho como en una responsabilidad. La toma de decisiones basada en el aporte y la participación de los pacientes y el personal pasó a ser una condición absolutamente indispensable del funcionamiento de La Clínica. La abogacía pasó a ser incorporada en el funcionamiento cotidiano de La Clínica.

Con los años, prosiguió el compromiso de La Clínica con la comunidad latina. La composición de su personal, tal como vimos en el Capítulo IV, refleja en gran medida las características de sus pacientes. Hoy en día, La Clínica es conocida, tanto dentro como fuera, como una organización que tiene un enorme respeto por sus pacientes/clientes, que se preocupa profundamente por ellos, y que hace todo lo posible para asegurar que sus necesidades de salud y relacionadas sean satisfechas.

C. Oportunidades y desafíos para los componentes que conforman la esencia de La Clínica

Las cosas, sin embargo, NO siempre han sido fáciles. A través de toda su existencia, la “esencia” de La Clínica ha sido permanentemente desafiada, tanto por las oportunidades como por los tropiezos que se presentaron a lo largo del camino.

Desde un comienzo, el adecuarse a las cambiantes necesidades de su población de pacientes ha sido un importante desafío dado que ello ha significado que La Clínica ha tenido que buscar financiación para contar con nuevos tipos de servicios. Con la creciente dependencia de La Clínica de financiamiento externo para sostener estos servicios, han llegado los problemas de continuidad. Un ejemplo que emerge en el capítulo dedicado al nacimiento y evolución de La Clínica, es el del financiamiento para la salud mental, el cual, tras los sucesos del 11 de septiembre del 2001, crecieron fuertemente para luego contraerse severamente cuando dos de tres donaciones que La Clínica recibía de SAMHSA no fueron renovadas. Un segundo ejemplo lo da la constante lucha de La Clínica para financiar sus programas de prevención y extensión comunitaria. Estos son tan solo dos ejemplos de un sinnúmero de situaciones en las que ha tenido que mostrar su creatividad —ante la pérdida o falta de continuidad de las financiaciones— para encontrar maneras que permitiesen mantener operativos sus programas que son fundamentales para su esencia.

Las crisis externas imprevistas han planteado tanto oportunidades como desafíos para la esencia de La Clínica. Los disturbios de mayo de 1991 en Mt. Pleasant les recordaron a La Clínica y a sus afiliados más

cercanos los tremendos traumas que estaban siendo experimentados por la población de La Clínica y sobre la necesidad de encarar estos traumas. Los disturbios de 1991 también sacaron a la luz los problemas de la población latina residente en Washington, D.C. y, con ello, la inyección de fondos para la comunidad latina, convirtiéndose La Clínica en una de las beneficiarias. Con los ataques terroristas del 11 de septiembre del 2001, resurgieron nuevamente los traumas de la población de La Clínica, lo que nuevamente sirvió como un recordatorio sobre lo importante que es contar con un servicio de cuidado de la salud mental culturalmente sensible/relevante. El 11/9 también proporcionó una importante, si bien breve, inyección de fondos para tratar a las víctimas de traumas.

Otros eventos externos, que también han traído nuevas fuentes de financiación, han hecho posible que La Clínica impulse su misión de brindar servicios de salud gratuitos, culturalmente adecuados, a la comunidad latina y, al hacerlo, han permitido darle continuidad a su esencia. Entre estas financiaciones, tenemos: (1) La aparición de los fondos de la Ley Ryan White del gobierno federal a principios de 1990, los que han permitido que La Clínica inicie un activo y vibrante programa de tratamiento de VIH que asume un enfoque holístico del cuidado de la salud, junto con fondos de CDC y otros donantes que han hecho posible que La Clínica brinde un innovador programa de prevención de VIH-SIDA orientado a heterosexuales y a la comunidad GLBT; (2) Los dramáticos incrementos en la población latina de D.C., lo que sirvió como un impulso para que el Hospital de la Howard University se acercase a La Clínica a fines de los años 1990 para proponer lo que devino en una colaboración de casi 10 años, la misma que ha aportado muchos beneficios económicos y médicos a La Clínica; (3) la clausura del Hospital General de D.C. y la aparición de la Alianza para el Cuidado de la Salud de Washington, D.C. en el 2002, lo que permitió que muchos pacientes de La Clínica (incluidos los indocumentados) cuenten con seguro y, gracias a ello, puedan tener acceso a los tan necesitados servicios de salud especializados. Los fondos generados a partir de la Alianza D.C. han brindado también una fuente adicional de ingresos para La Clínica, los cuales han sido empleados para ofrecer servicios a los pacientes que no tienen seguro de salud.

Sin embargo, las nuevas fuentes de financiamiento también han significado desafíos a la esencia de La Clínica. Entre estos desafíos, tenemos: (1) los crecientes requisitos impuestos por los donantes en términos de presentación de informes (lo que sustrae el tiempo de trato directo con los pacientes y/o demanda más personal dedicado a la elaboración de informes); (2) el mayor escrutinio que llega junto con el mayor financiamiento; (3) las cada vez mayores restricciones con respecto a lo que una fuente de financiamiento dada puede financiar o no.

Y se han dado tanto oportunidades como desafíos asociados con el propio crecimiento de La Clínica. En 1995, la independización de La Clínica de CARECEN, le dio a La Clínica la oportunidad de continuar con su esencia y de crecer de acuerdo a su propia imagen. El diálogo/lamentación de fines de los años 1990 sobre si seguir siendo una clínica gratuita o empezar a aceptar financiación del gobierno a través de los reembolsos de Medicare/Medicaid, puso sobre el tapete el tema contencioso referido a si se debía cobrar a los pacientes puesto que recibir servicios de salud es un derecho humano y, por lo tanto, deben ser ofrecidos gratuitamente. El establecer sistemas, crear estructuras, y comprar y mudarse a un nuevo edificio para dar cabida al creciente financiamiento proveniente de donaciones y contratos, así como el aumento en número de personal y de población atendida, le plantean retos negativos y positivos a la esencia de La Clínica.

D. Y continúan las oportunidades y los desafíos

Los desafíos más recientes para la esencia de La Clínica —ambos materializados cuando la información para este estudio de caso era recopilada—, incluyen: (1) la obtención en junio del 2007 del estatus FQHC; y (2) la partida, a fines de enero del 2008, del Doctor Juan Romagoza tras 20 años de brindarle su liderazgo a La Clínica.

Convertirse en un FQHC le permitirá a La Clínica una serie de oportunidades que le posibilitarán, asimismo, crecer y mejorar su esencia. Con un financiamiento más estable, que estará disponible a través

del FQHC, así como con la oportunidad de incrementar sus reembolsos externos a partir de pacientes que califican para *Medicaid*, La Clínica será capaz de atender a un mayor número de pacientes. A través del FQHC, La Clínica tendrá acceso a una amplia gama de oportunidades de capacitación y asistencia técnica, así como acceso a bienes médicos a precio más bajo, lo que le permitirá mejorar aún más la calidad y eficiencia de su atención a pacientes. Con esta ayuda, La Clínica, entre otros, estará en mejores condiciones para realizar un seguimiento de la calidad de los servicios que brinda a sus pacientes y, con esta información, tiene la posibilidad de seguir mejorando la calidad de los servicios de salud que brinda. Eventualmente, a través del aumento previsto a partir de los reembolsos de terceros de parte de *Medicaid*, La Clínica dispondrá de mayores fondos discrecionales que permitirán mantener, así como ampliar, los programas culturalmente relevantes/holísticos.

Convertirse en un FQHC también presenta desafíos para La Clínica, especialmente con relación a su esencia. Uno de esos retos que debe enfrentar es el requisito de que La Clínica establezca una escala de tarifas, lo que va en contra de la filosofía de que la atención de la salud, como un derecho humano, debe ser gratuita. Otro aspecto, que es una fuente de preocupación para una serie de miembros del personal médico de La Clínica, es la presión por aumentar el número de pacientes que atienden los médicos cada hora, lo que podría afectar negativamente el enfoque culturalmente sensible de atención a los pacientes del cual se enorgullece La Clínica²³. Por otro lado, si no se maneja bien el aumento de las necesidades de recopilación de información y presentación de informes, esto podría hacer que disminuya la calidad del tiempo destinado a atender a los pacientes. La Clínica también está empezando a notar indicios de que las fundaciones privadas, una vez que han tenido conocimiento de que la Clínica se ha convertido en un FQHC, están contemplando la posibilidad de retirar sus pequeñas donaciones de fondos discrecionales, las mismas que La Clínica ha acogido con beneplácito y de los que ha dependido desde hace largos años.

La partida del tan querido Juan Romagoza de La Clínica constituye un desafío importante para la esencia de La Clínica. Romagoza, tal como hemos visto en los diversos testimonios presentados en las páginas anteriores, es ampliamente reconocido como la autoridad moral de La Clínica, el guardián de su esencia. A lo largo de los años, a medida que la esencia de La Clínica enfrentaba continuos desafíos, Romagoza, como el líder de La Clínica, ha permanecido inquebrantable al guiar a La Clínica en medio de los vientos de cambio, minimizando, al mismo tiempo, los impactos adversos para la esencia de la organización. Dos preguntas presentes en las mentes de muchas personas entrevistadas para este estudio de caso, han sido: (a) ¿será posible encontrar un reemplazo que tenga la misma visión del cuidado de la salud?; (b) ¿tendrá su reemplazo el mismo rol de liderazgo o el énfasis será puesto más en un líder “tradicional” usualmente orientado a la recaudación de fondos y al manejo institucional?

²³ Los médicos de La Clínica actualmente atienden un promedio de dos pacientes por hora. La meta, de acuerdo a FQHC, es la de crecer a tres pacientes por hora.

Capítulo VII: Lecciones aprendidas a partir de la experiencia de La Clínica

Este capítulo final reflexiona sobre las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de La Clínica, tanto por el personal de La Clínica como por las clínicas de salud comunitaria que atienden a poblaciones de refugiados, muchos de los cuales han experimentado traumas: en sus países de origen, en el país receptor y durante el traslado desde sus países de origen hasta el país receptor. Estas lecciones también son relevantes para las clínicas de salud comunitaria que atienden a poblaciones que viven bajo tremendos estrés y cuyos derechos les han sido negados: por sus derechos económicos, por ser víctimas del abuso y de la violencia doméstica, u otras formas de abuso. Muchas de estas lecciones giran en torno a pasos que ha dado La Clínica, a lo largo de los años, tanto para nutrir como para mantener su esencia.

Estas lecciones son las siguientes:

- La importancia de tener al frente a una persona líder y con autoridad moral que, si bien está dispuesta a adecuarse a la presión del cambio, también presta atención a la "esencia". Este papel fue desempeñado de manera ejemplar durante más de 20 años por el doctor Juan Romagoza. Visionario, pero también pragmático, Romagoza reconoció que con el crecimiento y, sobre todo, con la aceptación de fuentes de financiación no voluntarias, viene la necesidad de llegar a acuerdos. Su mensaje de "sí se puede" y "podemos asumir desafíos conforme vayan surgiendo, pero no vamos a cambiar nuestra identidad", ha sido fundamental para hacer avanzar a la organización, manteniendo al mismo tiempo su esencia.
- La importancia de seleccionar y mantener a un equipo encargado de la gestión que apoya la esencia y la transmite a través de sus relaciones con el personal de su departamento. Es un elogio para Romagoza y para las personas que él seleccionó para que formaran parte de su equipo de gestión, el hecho de que las personas que administran La Clínica estén firmemente comprometidas con la esencia de La Clínica. En gran medida, ejemplifican esta esencia en la forma en que llevan adelante sus departamentos.
- La importancia de contar con individuos comprometidos e interesados formando parte del personal de la clínica de salud. Los médicos y demás personal que son empleados de la Clínica no están allí por el dinero o simplemente porque es un "empleo". Ellos están allí porque creen profundamente en lo que están haciendo, porque quieren servir a las personas necesitadas y porque quieren prestar el servicio con excelencia.
- Las ventajas de ser una clínica de salud que fue creada por y para la comunidad: El hecho de que la mayor parte del personal de La Clínica tenga antecedentes similares a sus pacientes-clientes, ha hecho que sea más fácil para ellos identificarse con estas personas y con sus necesidades, y ha facilitado una prestación de servicios de salud culturalmente pertinentes. Una característica especial del programa de salud de La Clínica son los coordinadores de la atención a los pacientes, que son personas capacitadas como auxiliares médicos que pertenecen a la comunidad latina. Su papel va más allá de lo que es el "auxiliar médico" tradicional. Ellos acompañan a los pacientes a lo largo de toda la visita médica —en el ingreso, mientras están en la consulta con el médico, haciendo seguimiento al paciente después de la consulta con el médico—. Dado que son de la comunidad y hablan el mismo idioma, pueden establecer relaciones de confianza con los pacientes, lo que hace posible que aprendan cosas sobre los pacientes de las que los médicos no suelen ser conscientes.
- La importancia de ser vista como un lugar seguro y confiable, un "refugio", un hogar fuera del hogar. A esto se añade la importancia que tiene, en este lugar seguro, el hecho de generar un clima de respeto a la dignidad de cada refugiado; un refugio o lugar de acogida, donde los pacientes pueden abrirse y expresar sus múltiples necesidades, y donde el personal hace lo mejor que puede para velar

por que estas necesidades se atiendan. Esto es particularmente pertinente en el caso de poblaciones que han sido o están siendo perseguidas, ya sea porque se encuentran viviendo ilegalmente en un país donde no son bien acogidos o porque tienen otra "identidad" (gays, lesbianas, bisexuales, transexuales) que no es aceptada por sus familias y por la sociedad en general.

- Tomarse el tiempo para atender de manera integral las necesidades de los pacientes tiene beneficios: Un importante punto de apoyo de la "esencia" de La Clínica es que los pacientes necesitan ser tratados como seres humanos con una amplia gama de necesidades de salud que están interrelacionadas: físicas, mentales, emocionales, espirituales, socio-culturales, políticas. Si bien todos nosotros nos beneficiamos de este tipo de enfoque, los pacientes que son víctimas de traumas los manifiestan de muchas maneras: emocional y físicamente, y también en la manera en que se relacionan con los miembros de la familia.
- Hay mucho que aprender de la forma en la que La Clínica ha incorporado en su modelo el servicio de voluntariado. Las ventajas son múltiples: los voluntarios proporcionan a La Clínica las personas para ejecutar sus programas (como ferias de la salud, difusión comunitaria) que no requieren de calificaciones específicas. También le permite a la Clínica identificar posibles nuevos funcionarios. Para los voluntarios, los beneficios son los siguientes: un sentimiento de pertenencia, la satisfacción de ayudar a los demás, la capacidad de contribuir adecuadamente con sus competencias (especialmente en el caso de los voluntarios con formación médica que no están certificados para ejercer en los EE.UU.), la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades (para beneficio personal y, potencialmente, para empleos futuros). Para algunos, especialmente para aquellos que han experimentado traumas, el voluntariado puede ser terapéutico.
- Es importante adoptar un enfoque proactivo que implique establecer un contacto así como consultar permanentemente con los clientes, buscando insumos del cliente / empleado para considerarlos en las decisiones que deben tomarse: La Clínica tiene un comité de pacientes que se reúne cada dos meses para aportar sus opiniones al director y al personal de La Clínica. Los foros comunitarios, abiertos a los pacientes de La Clínica y a la comunidad hispana en general, les brindan a las personas otro lugar donde pueden ventilar sus necesidades y preocupaciones en materia de salud. A través de sus promotores de VIH-SIDA, que se encuentran a lo largo del área metropolitana de Washington y a través de sus ferias de la salud, La Clínica es capaz de identificar las tendencias y las necesidades de salud de la población latina que asiste a sus programas. Cuando se debe tomar una decisión importante, como el establecimiento de una escala de tarifas en función del FQHC o elegir al sucesor de Romagoza, se busca activamente la opinión de los pacientes y del personal. Al adoptar este enfoque, La Clínica envía el mensaje, tanto a sus pacientes como a otras personas, de que son merecedores de dignidad y respeto, que son iguales y que sus opiniones son valoradas.
- Si bien ser "audaces" y atenerse a los valores involucra riesgos, esto también tiene sus ventajas. Un tema que surgió de manera persistente en las entrevistas es aquel que señala que la Clínica se ha mantenido fiel a sus valores y a lo que percibe como "lo correcto", incluso cuando esto implique que alguien se irrite. La Clínica ha sido elogiada por entrevistados externos, por asumir el riesgo de entrar en contacto con hombres latinos que tienen sexo con hombres y mujeres latinas transgéneros e incorporarlos como parte de su población general de pacientes en sus programas médicos. La Clínica ha asumido el riesgo de distanciarse de las propias agencias, que, hasta ahora, han ayudado a financiar sus servicios. al ser una participante activa (y en algunos casos la líder) en el cabildeo exitoso ante el gobierno federal de Washington D.C. para impulsar el cambio en las políticas de salud que tienen una incidencia sobre la población latina.
- Enfocar la salud como un derecho y como una responsabilidad es tremendamente empoderante. Desmitificar el papel del médico como la autoridad que todo lo sabe y sobre quien el paciente coloca la responsabilidad del cuidado de su salud, tiene sentido desde la perspectiva de la salud del paciente, junto con inculcar en el paciente que la responsabilidad primordial de la atención de la salud (especialmente en los pacientes que tienen enfermedades crónicas, como la diabetes y la presión

arterial alta) es del propio paciente. Este enfoque, fundamental para la esencia de La Clínica, es también empoderante, especialmente para los inmigrantes latinos que han llegado de países en los que tienen pocos derechos y donde lo que el doctor dice es "la última palabra".

- Es valioso adoptar un enfoque integral de la abogacía. En el contexto de La Clínica, la abogacía implica una defensa individual de parte del personal en beneficio de cada paciente. Incluye, así mismo, actividades de abogacía a nivel sistémico y político. A los pacientes se les anima a participar en eventos organizados por La Clínica (marchas de protesta, foros comunitarios con las autoridades de la ciudad y entrevistas con los medios de comunicación) en los que abogan por nuevas e importantes iniciativas de salud y de otro tipo. Además de ser empoderante para las personas que han sufrido traumas, participar en una causa social más amplia también puede ser terapéutico.

Apéndice A: Metodología del Estudio de Caso

Este estudio de caso no fue una iniciativa de La Clínica del Pueblo sino mía. Durante la realización de un estudio de caso de otra Organización de Base Comunitaria en el área de Columbia Heights/Mount Pleasant, el Centro Juvenil Latinoamericano (LAYC, por sus siglas en inglés)²⁴, tuve la oportunidad de entrevistar al entonces Director de La Clínica del Pueblo y quedé intrigada con la filosofía y el enfoque de La Clínica respecto al cuidado de la salud. Deseosa de aprender más acerca de La Clínica, y comprometida al mismo tiempo con documentar las mejores prácticas y las lecciones aprendidas de los programas de base que promueven el liderazgo y el empoderamiento, me acerqué a La Clínica en mayo del 2007 con una propuesta de conducir como voluntaria un estudio de caso de La Clínica. Al hacerle mi oferta a La Clínica, señalé dos condiciones: (a) que el producto del estudio de caso, además de tener una gran importancia fuera de La Clínica, tenía que tener un uso directo en La Clínica; y (b) que, al llevar a cabo el estudio de caso, los resultados reflejarían a donde me conducían los datos. Mi propuesta fue rápidamente aceptada por el personal directivo y el directorio de La Clínica.

Recolección de datos

El estudio de caso fue realizado entre junio y diciembre del 2007. El principal modo de recolección de datos fueron las entrevistas semiestructuradas y abiertas. Fueron entrevistadas 140 personas para el estudio de caso; entre ellas, se contó con: (a) miembros del actual personal de La Clínica (incluidos los 10 miembros de su equipo de gestión); (b) ex miembros del personal de La Clínica; (c) voluntarios actuales y antiguos de La Clínica; (d) miembros actuales y antiguos del Directorio de La Clínica; (e) personas ajenas a La Clínica que están familiarizadas con sus servicios. Se entrevistó también a una muestra al azar de pacientes de La Clínica. Una lista de las personas entrevistadas, según las categorías antes mencionadas, puede hallarse en el Apéndice B.

A las entrevistas, que en promedio duraron una hora, les siguieron un conjunto de protocolos desarrollados con antelación para cada grupo-objetivo de entrevistados. A un conjunto de personas se le entrevistó dos, tres o más veces. Durante las entrevistas se tomaron notas detalladas, las que variaron entre dos a 30 páginas escritas a un solo espacio. A cada persona entrevistada se le dijo desde un inicio que la entrevista era estrictamente confidencial. Antes de ser entrevistados, a todos los pacientes se les pidió que firmaran un formulario de consentimiento diseñado específicamente para este estudio. A los entrevistados se les dio la opción de ver y comentar sus entrevistas.

A los entrevistados se les pidió inicialmente que compartiesen algo acerca de ellos: su lugar de nacimiento; de haber nacido fuera de los Estados Unidos, cuáles habían sido sus condiciones de vida en su país de origen; cómo es que ingresaron a los Estados Unidos y cómo era la vida cuando llegaron. Luego la entrevista pasaba a tratar el tema de la vinculación del entrevistado con La Clínica, y se les solicitaba unas reflexiones acerca de su experiencia con la misma. A los pacientes, al personal antiguo y actual y a los voluntarios se les pidió que elaborasen acerca de la manera en la que su afiliación a La Clínica había impactado en sus vidas. A todos los entrevistados se les pidió que reflexionasen sobre lo que ellos percibían como las fortalezas y desafíos de La Clínica o sobre las áreas que debían ser mejoradas.

La mayoría de las entrevistas duraron aproximadamente una hora. Varias personas fueron entrevistadas múltiples veces. Todas las entrevistas fueron confidenciales. Todas las citas incluidas en este estudio de caso han sido aprobadas por las personas citadas.

²⁴ Bernbaum, Marcia e Isaac D. Castillo. *With Dignity, Hope and Joy: a Case Study of La Clínica del Pueblo*, julio, 2007.

La revisión de documentos incluyó a los documentos disponibles en La Clínica, más referencias sacadas de Internet sobre temas que son relevantes con respecto al nacimiento y evolución de La Clínica. en particular, la autora tuvo la suerte de tener acceso a una amplia colección de recortes periodísticos acerca de La Clínica y de eventos ocurridos en la comunidad, los mismos que fueron coleccionados a lo largo de los años por el Director Ejecutivo de La Clínica, Doctor Juan Romagoza.

Además de lo anterior, la autora asistió a un conjunto de eventos de La Clínica donde ella observó y participó de: las reuniones mensuales del personal, la orientación a personal nuevo, un curso de capacitación de promotores de VIH-SIDA, el programa de salud mental Mi Familia, las ferias de la salud, una conmemoración por un paciente de La Clínica, la fiesta navideña anual de La Clínica, el evento de gala anual de La Clínica.

Análisis de la información

Para realizar el informe sobre las fortalezas de La Clínica, los desafíos que enfrenta, y los impactos en los pacientes, el personal y los voluntarios, fue necesario resumir, tabular y analizar los datos obtenidos. Esto se hizo mediante la revisión de la información obtenida; la extracción a partir de la información de los temas repetidos; la codificación de datos por temas; y la tabulación de frecuencias de respuesta.

Se realizó una revisión interna de los datos para ver si había alguna diferencia por género o por categorías de personas entrevistadas. Ahí donde se halló diferencias (por ejemplo, desafíos), los datos fueron desagregados para fines de la presentación del informe.

Los Capítulos IV (impactos) y V (fortalezas y desafíos) informan sobre los datos obtenidos tanto en cifras como en porcentajes, seguidos de citas para ilustrar los temas que surgen con más frecuencia.

Apéndice B: ***Personas entrevistadas para el estudio de caso de La Clínica del Pueblo²⁵***

El personal directivo

1. Juan Romagoza, Director Ejecutivo
2. Enrique Cobham, Administrador
3. Meredith Josephs, Directora Médico
4. Alicia Wilson, Directora de Desarrollo
5. Jose Segura, Director del Departamento de Servicios Sociales
6. Lisa Zimmerman, Directora del Departamento de Salud Mental
7. Isabel Van Isschot, Directora del Programa de Servicios de Traducción
8. Marco Castro, Director del Departamento de Servicios Clínicos
9. Lilian Meza, Directora del Departamento de Extensión de la Salud Comunitaria
10. Catalina Sol, Directora del Departamento de VIH

Otro personal/consultores de La Clínica

1. Margarita Abreu , Recepcionista Médico
2. Silvia Castellanos, Recepcionista Médico
3. Sally Hamlin, Asistente de la Dirección Ejecutiva
4. Dietrich Johnson, Funcionario de Recursos Humanos & Cumplimiento Corporativo
5. Juana Ubau, Administradora de Casos
6. Eudom Ixthayul, Coordinador de Actividades de Buen Estado Físico
7. Isael Ramírez, Consejero Certificado en temas de Adicción
8. Alma Hamar, Consejera de Salud Mental
9. María Hayag, Traductora Médica
10. Laura Estrada, Traductora Médica
11. Madeline Wilks, Especialista Clínico Principal
12. Joshua Kolko, Médico de Familia
13. Ricardo Caldera, Médico de VIH
14. Deborah Bombard, Enfermera Practicante
15. Marlene Fuentes, Administradora de Cuidados Clínicos
16. Rosa Quinteros, Servicios Clínicos - PCC
17. Vilma Arrieta, Técnica de Laboratorio
18. Krishna Roy, Evaluador de Donaciones y Contratos
19. Brigida Guyot, Coordinadora de Actividades de Extensión en VIH-SIDA
20. Rebeca Muñoz, Extensión en VIH-SIDA, Comunidades de Fe
21. Omar Reyes, Administrador del Programa CTR
22. Dilcia Molina, Facilitadora de Grupos de Apoyo
23. Ernesto Cedeño, Capacitador en VIH-Salud
24. Zoila Elias, Administradora del Edificio
25. Maria Orellano, Conserje
26. Joel Iglesias, Trabajador de Admisiones
27. Blanca Tovar, Coordinadora de Educación y Extensión de la Salud
28. Jessica Mikuliak, Enfermera Practicante
29. Yolanda Jiménez, Consejera de Salud Mental
30. Edgardo Menvielle, Psiquiatra
31. Joe Goren, Psicólogo Clínico

²⁵ Cuando un nombre aparece en cursiva, significa que esta persona pertenece a más de una categoría y que ya ha aparecido en la otra categoría.

Ex trabajadores/ consultores de La Clínica

1. Andrew Schamess, Director Médico
2. Margarita Sol, Enfermera
3. Abby Goldstein, Directora de Servicios Médicos
4. Michelle Ruiz, Directora de Servicios Médicos
5. Roxana Zepeda, Coordinadora del Cuidado de Pacientes
6. Lilia León, Coordinadora del Cuidado de Pacientes
7. Carlos Armando Mejia, Coordinador de Capacitación/Extensión
8. Sonia Umazor, Enfermera de VIH-SIDA
9. Minozka King, Directora de Albergue para VIH
10. Candice Kattar Felix Marques, Director de VIH-SIDA
11. Gloria Elliot, Directora de Salud Mental
12. Patricia Tellería, Directora de Salud Mental
13. Rene Wallace, Director de Desarrollo
14. Margarita Sol, antigua PCC
15. Maribel Raudales, Consejera de Salud Mental y luego PCC
16. Maria Rodríguez, PCC
17. John Cavanagh, Sistemas
18. Bridgitte Ladisch, Psicóloga Clínica
19. Mariana Neimtssoff, Psiquiatra
20. *Peter Shields, médico fundador y voluntario, más tarde Director Médico y miembro del Directorio*

Voluntarios de La Clínica

1. Peter Schweitzer, Plenty International, voluntario fundador
2. Priscilla Wheeler, Plenty International, voluntario fundador
3. Ulrike Korte, residente del Hospital General de Washington D.C., médico fundador
4. Mary Lou Shefky, antigua voluntaria
5. Ed Horowitz, antiguo voluntario
6. Gretta Seibentritt, antigua voluntaria, ahora traductora/intérprete a tiempo parcial
7. Phillip Shambaugh, doctor (Quiropráctico)
8. Peter Gergen, doctor (Pediatra)
9. Amy Smith, rotación de la escuela de medicina de la GWU
10. Clara Muñoz, también una paciente
11. Carlos Muñoz, también un paciente
12. Rosa Rodríguez, también una paciente
13. Elsa Mantilla, Directora de Salud Mental
14. Mauricio Bautista, voluntario desde hace tiempo, construcción, etc.
15. *John Cavanagh, voluntario en los años 1980*
16. *Margarita Sol, antigua voluntaria, Coordinadora PCC*
17. *Helen Burstin, médica (Internista)*
18. *Peter Shields, médico fundador y voluntario, más tarde Director Médico y miembro del Directorio*
19. *Sonia Umazor, enfermera y antigua voluntaria, más tarde parte del personal*
20. *Patricia Tellería, ex Directora de Salud Mental*
21. *Gloria Elliott, ex Directora de Salud Mental*
22. *Rebecca Munoz, actualmente personal de La Clínica*
23. *Brigida Guyot, actualmente personal de La Clínica*
24. *Alma Hamar, actualmente personal de La Clínica*
25. *Vilma Arrieta, actualmente personal de La Clínica*
26. *Sylvia Castellanos, actualmente personal de La Clínica*
27. *Ernesto Cedeño, actualmente personal de La Clínica*
28. *Laura Estrada, actualmente personal de La Clínica*

Comité de Pacientes

1. *Paula Vásquez, Miembro del Directorio*
2. *Juan Blanco, Miembro del Directorio*
3. *Carlos Muñoz, ex Miembro del Directorio*
4. *José Salgado, Miembro del Directorio*

Miembros actuales y antiguos del Directorio de La Clínica

Actuales

1. Mauricio Silva, actual Presidente
2. Hellen Burstin, actual Vice-Presidenta
3. Miguel Agüero, actual Secretario & paciente
4. Stefan Alber-Glanstaetten, actual Tesorero
5. Paula Vásquez, actual Directora & paciente
6. Rob Hardies, actual Director
7. Juan Blanco, actual Director & paciente
8. Carlos Muñoz, actual Director
9. Lizette Culley, actual Directora
10. Kathleen Malloy, actual Directora
11. José Salgado, actual Director & paciente
12. Leonel Flores, actual Director
13. Carlos Otero, actual Director

Antiguos

14. Charlotte Jones Carroll, ex Presidente
15. Nilda Aponte, ex Vice-Presidenta
16. Eliana Loveluck, Directora del primer Directorio
17. *Margarita Sol, miembro del Directorio inicial*
18. *Peter Shields, ex Presidente*

Los pacientes de La Clínica

Mujeres

1. Ana María Bernal
2. Catherine Cardona
3. Ilse Lanza
4. Juana Chávez
5. Milagros Abulto
6. Paula Encina
7. Rosa Rodríguez
8. Rosa Lozano
9. Rosanel Rivera
10. Sofía Martel
11. *Paula Vásquez*

Hombres

12. Alfonso Lanza
13. Carlos Muñoz
14. David Flores
15. Héctor Cisneros
16. Israel Contreras
17. Jorge Gamara

18. Julio Sáenz
19. Marcelo Silva
20. Ricardo Villanueva
21. Ernesto Cedeño
22. Miguel Agüero
23. Juan Blanco
24. José Salgado

Fuera de La Clínica

Involucrados en la financiación/respaldo inicial a La Clínica

1. Joaquín Domínguez Parada, fundador de Carecen y La Clínica
2. Patrice Perillie, fundadora de Carecen y de La Clínica
3. Silvia Rosales Fike, ex Carecen

Consultores Administrativos de La Clínica

4. Sarah Cobiello, Cobiello & Asociados
5. Emily Gantz-McKay Mosaica
6. Robin Katcher, Grupo de Apoyo Gerencial

Fundadores

7. Channing Wickham, Washington AIDS Partnership
8. Donald Babbs, administración VIH-SIDA
9. Jean Delgado, Alianza Nacional Hispana para el Cuidado de la Salud
10. Eliana Loveluck, Alianza Nacional Hispana para el Cuidado de la Salud
11. Kathy Freshley, Fundación Meyer
12. Thomas Gaiter, Director Médico del Hospital de la Howard University
13. Bill Longdon, Centro para el Control de Enfermedades
14. Margaret O'Bryan, Fundación Consumer Health
15. Louise Green, Iglesia All Souls
16. *Robert Hardies, Iglesia All Souls*

Conocedores del funcionamiento de La Clínica desde una perspectiva externa

17. Sharon Baskerville, D.C. Primary Care Association
18. Eugenio Arene, Concejo de Agencias Latinas
19. María Gómez, Mary's Center
20. Lori Kaplan, Centros de Jóvenes Latinoamericanos
21. José Artiga, SHARE
22. Marina Blanco, ex CISPES
23. Rev. Phil Wheaton, EPICA
24. Roland Roebuck, del gobierno de Washington D.C.
25. Tina Guzmán, de la Escuela Carlos Rosario Charter
26. Pedro Avilez, ex CARECEN
27. Catherine Dunham, ex del Programa de Liderazgo Comunitario Robert Woods Johnson
28. Lilian Perdomo, Servicio Comunitario Multicultural
29. Priscilla Mendelhall, Centro de Educación para la Salud de Northern Va.
30. Ernesto Clavijo, Gerente de UNIVISION
31. Douglas Mejia, Reportero de Telemundo
32. Ernesto Roncal, Diario *El Pregonero*