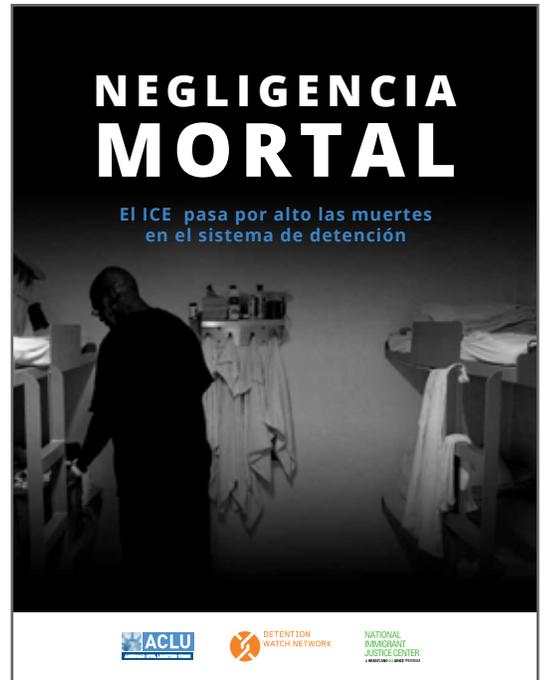


Resumen ejecutivo

En 2009, el gobierno del Presidente Obama anunció reformas a la detención de inmigrantes, principalmente en respuesta a las críticas sostenidas acerca de la negligencia médica y las muertes prevenibles de inmigrantes detenidos. En este informe se analizan las investigaciones de las defunciones que llevó a cabo el gobierno y documentos sobre las inspecciones, donde se muestra que los problemas subsisten y que la atención médica inadecuada sigue contribuyendo a la muerte de inmigrantes bajo custodia del gobierno federal, mientras que el proceso de inspección ineficaz del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los Estados Unidos (ICE, por sus siglas en inglés) no ha mejorado la calidad de la atención médica.

Las flagrantes violaciones a las normas del ICE sobre la atención médica tuvieron un papel prominente en ocho de las defunciones de personas bajo custodia ocurridas desde 2010 hasta 2012. En el informe *Fatal Neglect: How ICE Ignores Deaths in Detention*, elaborado conjuntamente por Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU, por sus siglas en inglés), Detention Watch Network (DWN), y el Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes (NIJC, por sus siglas en inglés) se examinan estas defunciones y la respuesta del ICE ante ellas. Nuestra investigación revela que si bien el ICE efectuó investigaciones que detectaron violaciones de las normas médicas como factores contribuyentes a esas muertes, las inspecciones regulares de los establecimientos de detención del ICE, realizadas antes y después de estas defunciones no reconocieron, y en ocasiones hasta desestimaron, estas violaciones. En lugar de exigir cambios en la cultura, los sistemas y los procesos que pudieran reducir las muertes en el futuro, el sistema deficiente para las inspecciones utilizado por el ICE, condujo básicamente a que los resultados de las inspecciones de las defunciones que había efectuado el mismo ICE, no se tomaran en cuenta.

En el caso de Pablo Gracida-Conte, quien se encontraba detenido en el Centro de Detención de Eloy, en Arizona, la investigación de la defunción que hizo el ICE concluyó que su muerte “podría haberse evitado” si hubiese recibido “el tratamiento médico apropiado de manera oportuna”. Esa misma investigación de la defunción se determinó también que el centro de Eloy había estado funcionando sin un director clínico por varios años, que la clínica no contaba con personal suficiente y que una doctora de Eloy había informado que ella “necesitaba ayuda urgentemente”. Sin embargo, en las inspecciones de rutina que se hicieron antes y después de la muerte del Sr. Gracida se afirmó que el personal médico era adecuado. Más aún, luego de una inspección que tuvo lugar después de la muerte del Sr. Gracida se alegó que esta era la primera defunción que había ocurrido en Eloy cuando, en realidad, esta era la muerte número 10 en el establecimiento.¹ Los resultados expuestos en el documento *Fatal Neglect: How ICE Ignores Deaths in Detention* ponen en relieve la forma en que el sistema inadecuado de inspecciones utilizado por el ICE, expuesto por primera vez por el DWN y el NIJC en el informe de 2015, *Lives in Peril*, deja un saldo trágico de pérdida de vidas humanas.²



Muertes de Detención

- **Fernando Dominguez-Valdivia**
Adelanto Detention Facility (CA)
- **Irene Bamenga**
Albany County Corrections Facility (NY)
- **Evalin-Ali Mandza**
Denver Contract Detention Facility (CO)
- **Mauro Rivera Romero**
El Paso Processing Center (TX)
- **Victor Ramirez-Reyes**
Elizabeth Detention Center (NJ)
- **Pablo Gracida-Conte**
Eloy Detention Facility (AZ)
- **Anibal Ramirez-Ramirez**
Immigration Centers of America – Farmville (VA)
- **Amra Miletic**
Weber County Correctional Facility (UT)



Resultados principales

Este informe se centra en el análisis de las ocho defunciones para las cuales las investigaciones de la defunción hechas por el ICE identificaron el incumplimiento de sus propias normas médicas como causas contribuyentes a las muertes; el ICE determinó que cuatro de esas muertes eran prevenibles. En general, los documentos del ICE revelan las siguientes fallas en los centros de detención:

- 1. No se atienden las necesidades de cuidados de salud de manera oportuna**
- 2. No remiten a las personas a proveedores de atención médica de un nivel más alto, lo que incluye el traslado a servicios externos, como los servicios de urgencia**
- 3. No hay niveles adecuados de personal médico**
- 4. No hay comunicación de información importante y crucial acerca de las condiciones médicas de una persona entre el personal, especialmente durante los traslados**
- 5. No se somete a las personas a los exámenes adecuados para detectar alguna enfermedad**
- 6. No se identifican ni rectifican de manera proactiva las preocupaciones sobre la atención médica durante las inspecciones de los establecimientos**

Las inspecciones regulares de los establecimientos que hizo el ICE antes y después de las defunciones deberían haber detectado las mismas brechas y los protocolos defectuosos. Por el contrario, en todos los casos, salvo en una de las ocho defunciones, los inspectores del ICE les dieron a los centros clasificaciones de haber aprobado las inspecciones, antes y después de las defunciones que hemos analizado.

En general, los sistemas y las personas responsables de darles atención médica a estas ocho personas les fallaron y posiblemente contribuyeron a la pérdida de estas vidas.

Recomendaciones

La ACLU, la DWN y la NIJC exhortan al Departamento de Seguridad Nacional (DHS) y al ICE a que:

- 1. Reduzcan de inmediato la detención de inmigrantes.**
 - a. Pongan en libertad a las personas con necesidades graves de atención médica y de salud mental, en especial cuando necesitan atención de un nivel más alto.
 - b. Rescindan de inmediato los contratos con los establecimientos donde, en varias ocasiones, han ocurrido muertes prevenibles, como el Centro de Detención Eloy, situado en Arizona.
 - c. Trasladen el financiamiento actual asignado a la detención a alternativas comunitarias, que les permitan a las personas buscar atención médica y recibir apoyo de la familia, de la comunidad, además de asesoramiento legal.
 - d. Apliquen las normas de detención actuales del ICE a todos los establecimientos utilizados por el ICE y rescindan los contratos en los casos en que no se están cumpliendo las normas actuales.
- 2. Mejoren la prestación de atención médica de las personas detenidas**
 - a. Actualicen las Normas de Desempeño de los Estándares Nacionales de Detención (PBNDS 2011) para exigir que los proveedores de servicios médicos sean responsables de satisfacer las necesidades de atención de salud de las personas que se encuentran bajo la custodia del ICE y que no se limiten solamente a dar "acceso" a la atención de salud.
 - b. Actualicen las normas PBNDS 2011 relativas a la atención médica para cumplir o superar todas las normas análogas de la Comisión Nacional sobre la Atención de Salud en Instituciones Penitenciarias (NCCHC, por sus siglas en inglés) relativas a la atención de salud en prisiones y cárceles.



- c. Pongan fin al uso de centros de detención privados con fines de lucro y de subcontratistas de atención médica con fines de lucro. En cambio, que aseguren que el Cuerpo de Servicios de Salud del ICE (IHSC, por sus siglas en inglés) sea el proveedor directo de atención de salud en todos los establecimientos de detención de inmigrantes.
- d. Retiren el IHSC de la supervisión del ICE para mantener la independencia clínica y la supervisión independiente.
- e. Velen por que todos los centros de detención tengan planes adecuados para la dotación de personal clínico que incluyan la información sobre puestos vacantes y ocupados como un componente de cumplimiento durante las inspecciones de los establecimientos.

3. Aseguren que las inspecciones aporten una supervisión provechosa

- a. Mejoren el proceso de las inspecciones al asegurar que las inspecciones se utilicen de manera más eficaz para que los establecimientos rindan cuentas, según se estipula en el apéndice.
- b. Exijan a los inspectores del ICE que lean los documentos sobre investigación de las defunciones que han ocurrido en un establecimiento que se está inspeccionando, y que informen si se han abordado los problemas mencionados en las investigaciones de defunción.
- c. En respuesta a cada defunción en la cual una investigación de la defunción hecha por el ICE identifique violaciones de las normas del ICE, concluya que la muerte era prevenible, o identifique otras áreas de preocupación, exigir al ICE y al IHSC que formulen un plan de acción correctivo con fechas límite claras para reducir el riesgo de muertes u otros sucesos significativos en el futuro, y entregar estos planes de acción correctivos a todas las oficinas que hacen inspecciones e investigaciones sobre las defunciones.

4. Aumenten la transparencia de las inspecciones, las defunciones y los incidentes médicos graves ocurridos durante la detención

- a. Hagan el proceso de las inspecciones más transparente poniendo al alcance del público los resultados de las inspecciones y las investigaciones de las defunciones, dentro de los tres meses siguientes a su finalización, y suministrando informes regulares públicos y congresionales acerca de la frecuencia y las circunstancias de los eventos centinela (según los ha definido la Comisión Conjunta³), ocurridos durante la detención.
- b. Exijan al ICE que publique todas las investigaciones de las defunciones que ocurran, incluso las que hagan la Oficina del Inspector General del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) y la Oficina de Derechos Civiles y Libertades Civiles.
- c. Crear un comité médico asesor independiente para investigar las muertes de personas detenidas.

Notas finales

1. 2012 Eloy ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644422-Eloy.html#document/p3/a266239>.
2. Detention Watch Network y National Immigrant Justice Center, *Lives in Peril: How Ineffective Inspections Make ICE Complicit in Immigration Detention Abuse*, Oct. 2015, disponible en: <http://immigrantjustice.org/sites/immigrantjustice.org/files/THR-Inspections-FOIA-Report-October-2015-FINAL.pdf> [de aquí en adelante "Lives in Peril"].
3. Véase The Joint Commission, Sentinel Events Policy, disponible en: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_24_SE_all_CURRENT.pdf (se define como un evento centinela a todo evento relacionado con la seguridad del paciente, no relacionado principalmente con el curso natural de la enfermedad o trastorno subyacente, que afecta a un paciente y resulta en muerte, daño permanente, daño grave temporal, o ciertos otros daños especificados).

