



ESTADOS UNIDOS

Detenidas y descartadas

Las luchas de las mujeres para obtener cuidados de salud en la detención migratoria estadounidense

HUMAN
RIGHTS
WATCH



Detenidas y descartadas

Las luchas de las mujeres para obtener cuidados de salud en la detención inmigratoria estadounidense

Copyright © 2009 Human Rights Watch
All rights reserved.
Printed in the United States of America
ISBN: 1-56432-501-6
Cover design by Rafael Jimenez

Human Rights Watch
350 Fifth Avenue, 34th floor
New York, NY 10118-3299 USA
Tel: +1 212 290 4700, Fax: +1 212 736 1300
hrwnyc@hrw.org

Poststraße 4-5
10178 Berlin, Germany
Tel: +49 30 2593 06-10, Fax: +49 30 2593 0629
berlin@hrw.org

Avenue des Gaulois, 7
1040 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 732 2009, Fax: + 32 (2) 732 0471
hrwbe@hrw.org

64-66 Rue de Lausanne
1202 Geneva, Switzerland
Tel: +41 22 738 0481, Fax: +41 22 738 1791
hrwgva@hrw.org

2-12 Pentonville Road, 2nd Floor
London N1 9HF, UK
Tel: +44 20 7713 1995, Fax: +44 20 7713 1800
hrwuk@hrw.org

27 Rue de Lisbonne
75008 Paris, France
Tel: +33 (1)43 59 55 35, Fax: +33 (1) 43 59 55 22
paris@hrw.org

1630 Connecticut Avenue, N.W., Suite 500
Washington, DC 20009 USA
Tel: +1 202 612 4321, Fax: +1 202 612 4333
hrwdc@hrw.org

Web Site Address: <http://www.hrw.org>



Detenidas y descartadas

Las luchas de las mujeres para obtener cuidados de salud en la detención inmigratoria estadounidense

I. Resumen	1
II. Metodología.....	8
III. Antecedentes	12
El sistema de detención inmigratoria.....	13
Atención médica durante la detención	16
Normas para cuidados de salud	18
Supervisión y cumplimiento de las normas	19
Crítica creciente a los cuidados de salud en la detención inmigratoria	22
IV. Hallazgos: Problemas generalizados en el sistema médico que afectan los cuidados para las mujeres	27
Demoras y negación de pruebas y tratamiento	27
Obstáculos a la procura de atención médica	29
Información	29
Guardias	31
Distorsiones en la relación entre médico y paciente	34
Estrecha visión de los proveedores respecto a los cuidados	34
Confidencialidad y privacidad	36
Lenguaje y consentimiento	37
Uso dañino e innecesario de restricciones y registros sin ropa	39
Discontinuidad de los cuidados	41
Historiales	41
Planificación de remisiones y liberación	44
Falta de remedios eficaces	45
V. Hallazgos: Preocupaciones específicas sobre la salud de las mujeres	49
Atención ginecológica de rutina	49
Pruebas de Papanicolaou	50
Anticoncepción hormonal y citas ginecológicas	52
Toallas sanitarias.....	55

Mamografías y salud mamaria	57
Embarazo.....	59
Atención prenatal y postnatal	59
Aborto	61
Madres lactantes	63
Servicios para sobrevivientes de violencia sexual y por motivos de género	65
Cuidados de salud mental.....	69
VI. Estándares legales	73
Estándares legales internacionales	73
El derecho a la salud.....	73
El derecho a igual protección contra toda discriminación	76
Los derechos de las personas privadas de libertad	77
Definiendo un estándar de atención	79
Estándares legales nacionales	80
VII. Recomendaciones	84
A la División de Servicios de Salud para Inmigrantes.....	84
Recomendaciones generales en relación con las políticas.....	84
Recomendaciones en relación con las políticas de salud de las mujeres	85
Recomendaciones sobre aplicación y capacitación	85
Al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas	86
Mejoras generales para las políticas	86
Mejoras en el tratamiento de mujeres	86
Aplicación de políticas vigentes y mejoradas	87
Al Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos	87
Al Congreso de Estados Unidos	88
Agradecimientos	89

I. Resumen

En enero de 2008, las mujeres bajo custodia del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) en una cárcel municipal de Arizona escribieron una carta. Dirigida a una abogada de inmigración con copia a Human Rights Watch, la carta detallaba las condiciones en la cárcel, incluyendo los obstáculos a la atención médica, y resumía algunas de las respuestas que las mujeres recibieron al ejercer presión para obtener los cuidados necesarios:

La atención médica que se nos brinda es mínima y general... Si no hablas inglés, no puedes quejarte; lo único que te queda es irte a la cama y sufrir... No tenemos privacidad cuando se está hablando de nuestro historial de salud... Cuando nos hemos quejado con las enfermeras, nos ridiculizan con respuestas tales como: “Debiste haber tomado mejores decisiones ... El ICE no está aquí para hacerte sentir cómoda ... nuestras manos están [atadas] ... Bueno, no podemos hacer mucho, ya que de todos modos te van a deportar ... aprende inglés antes de cruzar la frontera ... Mi casa no es su casa”. Nuestra situación de vida es degradante e inhumana.¹

Estas mujeres no son las únicas que enfrentan esos problemas. A la mayoría de las personas detenidas en Estados Unidos se le retiene como resultado de infracciones administrativas, no penales, pero el tratamiento médico que reciben puede ser peor que el brindado a criminales convictos en el sistema penitenciario estadounidense. En los últimos tres años, la Oficina del Inspector General del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) ha emitido dos informes en los cuales critica el tratamiento médico en los centros de detención inmigratoria. Las muertes bajo custodia atribuidas a fallas atroces de la atención médica han recibido una prominente atención en los medios de comunicación y un estudio de la Universidad de Arizona en enero de 2009 describió las omisiones en la atención médica para mujeres detenidas en centros de ese estado.

En las historias individuales de abuso y maltrato subyace un sistema que requiere reparación urgente, a pesar de las reformas recientes. Este informe, basado en entrevistas con mujeres detenidas, funcionarios inmigratorios y visitas a nueve centros de detención en tres estados, aborda un componente importante del cambio que se necesita: la atención

¹ Carta de “Las mujeres detenidas”, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, dirigida a Christina Powers, abogada del Proyecto Florence para la Defensa de los Derechos de Inmigrantes y Refugiados, enero de 2008.

médica disponible para las mujeres detenidas. Como se detalla adelante, nuestro estudio demostró que las políticas del ICE privan de manera indebida a las mujeres de los servicios básicos de salud. Con frecuencia, incluso los servicios brindados adolecen de demoras excesivas o su calidad es muy inferior a la norma.

Los abusos documentados en este informe van desde demoras en el tratamiento médico y las pruebas clínicas en casos donde los síntomas indican que las vidas y el bienestar de las mujeres podrían correr riesgo, hasta el encadenamiento de mujeres embarazadas durante el transporte y fallas sistemáticas en la provisión de cuidados rutinarios. Tal como concluye la carta de las mujeres bajo detención inmigratoria en Arizona, los estándares de cuidados de salud del ICE “no son compatibles con las normas internacionales para asegurar que se protejan los derechos de las personas detenidas”. Nos unimos a las mujeres en su llamado al cambio.

* * *

La cantidad de personas retenidas bajo detención administrativa mientras se resuelven sus casos inmigratorios ha aumentado sustancialmente en años recientes. En un día cualquiera, la población detenida asciende ahora a más de 29,000 en todo el país, un incremento de casi el 50 por ciento en comparación con el año 2005. El ICE retiene a la mayoría de estas personas en cárceles estatales y municipales contratadas para brindar espacio de camas y otros servicios básicos de custodia, incluyendo atención médica. Como detenidas civiles, no penales, estas personas no tienen derecho a que el Gobierno les provea de un abogado mientras las retiene por tiempo indefinido hasta que su caso inmigratorio se resuelva.

Cada una de estas personas tiene derechos y necesidades de cuidados de salud. Lamentablemente, el sistema de atención de salud para personas inmigrantes detenidas tiene defectos peligrosos que cada año ponen en riesgo la vida y el bienestar de más y más gente. Aunque la defectuosa atención médica del sistema de detención inmigratoria afecta tanto a hombres como a mujeres, este informe se centra en la situación de las detenidas, que en cualquier momento conforman alrededor del 10 por ciento de la población general bajo detención inmigratoria. Entre estas mujeres hay refugiadas que han escapado de persecución, sobrevivientes de violencia sexual, embarazadas, madres lactantes separadas de sus infantes, pacientes detenidas mientras recibían tratamiento para el cáncer y muchas otras mujeres que tienen necesidades de atención médica básica.

Muchas mujeres en Estados Unidos continúan luchando por tener acceso a la atención médica básica. Sin embargo, para los miles de mujeres bajo detención inmigratoria sólo hay

una forma de realizarse una prueba de Papanicolaou, someterse a una mamografía, recibir atención durante el embarazo, acceder a cuidados y asesoramiento después de sufrir violencia sexual o simplemente obtener suficientes toallas sanitarias: a través del ICE. Bajo custodia y sin otras opciones, ellas reciben cuidados por medio del ICE o se ven obligadas a prescindir de éstos.

En entrevistas a inmigrantes detenidas y recientemente puestas bajo detención, Human Rights Watch documentó docenas de casos en que las preocupaciones de salud de las mujeres no fueron atendidas por el personal médico de los centros o se las atendió sólo después de demoras considerables.

- Encontramos mujeres a quienes se les negó atención ginecológica o que la obtuvieron únicamente después de solicitarla muchas veces, incluyendo a una mujer que fue detenida poco tiempo después de enterarse que su prueba de Papanicolaou era anormal. Ella comunicó a las autoridades del centro de detención que su médico le había instruido realizarse una prueba de Papanicolaou cada seis meses, pero luego de 16 meses bajo detención y numerosas solicitudes aún no se le había hecho ninguna prueba.
- Conocimos a mujeres a quienes se les negaron anticonceptivos hormonales durante la detención, incluida una que tenía inflamados los ovarios, así como menstruaciones dolorosas y copiosas, cuando en el centro de detención se rehusaron a proporcionarle las píldoras anticonceptivas prescritas para el manejo de su condición.
- Encontramos mujeres a quienes, según los estándares de la práctica médica en Estados Unidos, se les debió haber realizado una mamografía, incluyendo a una mujer que había tenido una cirugía para cáncer de mamas previa a su detención y por instrucciones médicas debía hacerse mamografías cada seis meses. Fue detenida cuando tenía que acudir a su examen médico de seis meses, pero durante la detención esperó cuatro meses para su primera mamografía y no se le hizo ninguna otra en los siguientes 12 meses que permaneció en el centro.
- Conocimos a mujeres que se quejaron de una atención inadecuada durante el embarazo, entre ellas una a quien poco antes de ser detenida se le diagnosticó un quiste ovárico que amenazaba su embarazo de cinco meses. Su médico dijo que el quiste debía ser revisado cada dos a tres semanas, pero mientras ella estuvo detenida por más de cuatro semanas nunca pudo tener una consulta médica. La respuesta del personal médico a su última solicitud de consulta fue “sea paciente”.
- Encontramos madres que estaban amamantando a sus bebés antes de ser detenidas, pero luego en los centros les denegaron extractores de leche, lo cual les

provocó fiebre, dolor, mastitis y la imposibilidad de continuar lactando al ser puestas en libertad.

- Conocimos a mujeres que tuvieron que rogar, implorar y en algunos casos trabajar dentro del centro de detención sólo para obtener suficientes toallas sanitarias y no sangrar sobre su ropa, como también a una detenida que estuvo sentada en un retrete durante horas porque en el centro se negaron a brindarle las toallas sanitarias que necesitaba.

Algunos asuntos surgieron una y otra vez durante nuestras entrevistas y requieren atención. Las mujeres detenidas no contaban con información precisa sobre los servicios de salud disponibles. Con frecuencia había demoras en los cuidados y el tratamiento y a veces éstos fueron denegados. A menudo se violaba la confidencialidad de la información médica. Las mujeres tenían dificultades para acceder directamente a las clínicas de salud de los centros y convencer a las guardias de seguridad de que necesitaban atención médica. Las detenidas no siempre contaban con intérpretes durante los exámenes. En ocasiones había guardias de seguridad adentro de las salas de examen, invadiendo la privacidad y traspasando los límites de la relación entre la paciente y el proveedor. Algunas mujeres temían represalias o consecuencias negativas para sus casos inmigratorios si procuraban cuidados. A unas pocas no se les dio la opción de rechazar medicamentos o recibieron otro tratamiento inapropiado. No había historiales médicos completos disponibles cuando las mujeres detenidas fueron transferidas o liberadas. Se ignoraron las quejas escritas sobre la atención médica a través de los procedimientos para quejas en los centros. La lista continúa.

La política oficial del ICE, que se centra en proporcionar atención de emergencia y mantener a las personas detenidas en condiciones apropiadas para su deportación, de hecho desalienta la provisión regular de algunos servicios de salud básicos a mujeres. La División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS), del ICE, es la principal entidad responsable de la atención médica que se brinda a inmigrantes bajo detención, ya sea que esos servicios se proporcionen directamente o a través de un contratista en un centro local. En el Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, que rige el acceso a especialistas fuera de los centros, se señala que las solicitudes de atención no urgente serán consideradas si el hecho de no recibir tratamiento bajo custodia “ocasionara deterioro de la salud de la persona detenida o un sufrimiento incontrolado que afecte su estatus de deportación”. Aunque en ocasiones las autoridades han ofrecido interpretaciones generosas de esta política para defenderla, el mensaje sobre el alcance de los cuidados provistos es claro. “Nuestro trabajo es deportar... Obviamente, nuestra meta es sacar a personas a quienes se les ha ordenado salir del país”, dijo la vocera del ICE, Kelly Nantel, a una reportera en junio de 2008. “Atendemos sus asuntos de cuidados de salud

para asegurar que sean médicamente capaces de viajar y médicamente capaces de regresar a su país”.²

El Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS funciona paralelamente a las normas nacionales del ICE para sus centros de detención, las cuales incluyen una norma de atención médica que fue modificada en septiembre de 2008 (la cual no entrará en pleno vigor sino hasta 2010). Aunque la nueva norma de atención médica dispone que “las personas detenidas tendrán acceso a una continuidad en los servicios de cuidados de salud”, no existe una norma de detención específica para las mujeres o sus necesidades de salud. La nueva norma menciona la salud de las mujeres brevemente, sólo especificando que ellas podrán acceder a atención prenatal y postnatal y las personas detenidas tendrán acceso a “exámenes apropiados para su sexo”.

Cuando el Gobierno de Estados Unidos decide poner bajo su custodia a miles de inmigrantes—lo que en sí es un curso de acción muy controversial y costoso—, necesariamente asume la responsabilidad de proporcionarles cuidados de salud adecuados. Esto puede plantear retos, pero no son insuperables. Directrices sobre la atención de la salud en situaciones de custodia, incluyendo los cuidados para las mujeres, están fácilmente disponibles en varias fuentes estadounidenses e internacionales, incluyendo las *Normas de Servicios de Salud en Instituciones Correccionales*, de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos, y las *Normas de Servicios de Salud en Cárceles*, de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria. Como lo detalla este informe, las prácticas del ICE no están a la altura de muchas de estas normas.

La norma modificada de atención médica del ICE contiene mejoras importantes, pero queda mucho por hacer para desarrollar políticas adecuadas, asegurar su apropiada aplicación y abrir el sistema de detención a una supervisión eficaz.

Como punto de partida, el Gobierno debe adoptar medidas inmediatas para subsanar las fallas fundamentales en las políticas que limitan el acceso de todas las personas inmigrantes detenidas a la atención médica. Recomendamos:

- A la DIHS: Enmendar el Paquete de Servicios Cubiertos a fin de eliminar la consideración inapropiada de las perspectivas de deportación de una persona al determinar su elegibilidad para procedimientos médicos, así como armonizar el

² Caitlin Weber, “ICE Officials’ Testimony on Detainee Medical Care Called into Question” [“Se cuestionan los testimonios de funcionarios del ICE sobre la atención médica para personas detenidas”], *CQ Politics*, 16 de junio de 2008, <http://www.cqpolitics.com/wmspage.cfm?docID=hsnews-00002898081> (acceso al sitio: 25 de febrero de 2009).

Paquete con la norma modificada de atención médica del ICE de manera que las personas detenidas puedan tener acceso a una plena continuidad en los servicios de salud, ya sea que éstos estén disponibles dentro o fuera del centro de detención.

- Al ICE: Exigir que todos los centros que detienen a personas en nombre del ICE se mantengan acreditados en la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria.
- Al DHS: Convertir las normas de detención del ICE, incluida la de atención médica, en regulaciones administrativas federales de modo que tengan fuerza de ley y las personas detenidas y sus defensores cuenten con recurso ante los tribunales a fin de remediar deficiencias en los cuidados de salud.

Adicionalmente, para abordar las enormes brechas en la política del ICE concernientes a las preocupaciones de salud de las mujeres, recomendamos:

- Al ICE: Aplicar las recomendaciones del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de las personas migrantes, en particular las referidas a que el ICE desarrolle normas de detención específicas para los sexos, con atención a las necesidades médicas y de salud mental de las mujeres sobrevivientes de violencia, y se abstenga de detener a mujeres que estén sufriendo los efectos de persecución o abuso, o que estén embarazadas o amamantando.
- Al ICE: Incorporar en la norma de atención médica del ICE las normas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos relativas a los cuidados de salud de las mujeres en instituciones correccionales, así como las recomendaciones contenidas en la declaración política de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria referida a los cuidados de salud para las mujeres.
- Al ICE y la DIHS: Establecer un proceso formal para que los funcionarios del ICE encargados del manejo de casos se coordinen con el personal de servicios de salud, a modo de asegurar que las madres lactantes, las mujeres embarazadas y otras que tienen problemas graves de salud sean identificadas de inmediato y consideradas para libertad condicional.

Por último, a fin de cumplir sus obligaciones y realizar mejoras reales en la atención médica de las mujeres bajo detención inmigratoria, el Gobierno debe procurar decididamente una mejor aplicación y supervisión de sus políticas, empezando por las siguientes medidas:

- Al ICE y la DIHS: Llevar a cabo un acercamiento intensivo con los centros para velar por que tanto los profesionales de salud como el personal de seguridad sean conscientes de que los hombres y las mujeres bajo su custodia tienen derecho al

mismo nivel de atención médica que las personas no detenidas, y asegurarles a los profesionales de salud que el propósito de las políticas del ICE y de la DIHS es apoyar, no inhibir, su provisión de cuidados, de conformidad con los estándares de la práctica médica en Estados Unidos.

- Al ICE: Mejorar el sistema actual de recepción y seguimiento de quejas planteadas por personas bajo custodia del ICE. Asegurar que a todas las personas se les notifique en su lengua materna sobre los procedimientos para quejas y se les informe de la disponibilidad de estos mecanismos que atienden quejas sobre la atención médica.
- Al DHS: Exigir que los centros de detención presenten a la Oficina del Inspector General del DHS informes periódicos que detallen tanto la cantidad de quejas recibidas sobre la atención médica como la disposición de las mismas a nivel de los centros.

II. Metodología

Este informe se basa primordialmente en entrevistas de Human Rights Watch en Estados Unidos en 2008 con personas que tienen conocimiento directo de la atención médica proporcionada a mujeres bajo detención migratoria. Nuestra investigación incluyó consultas a proveedores de servicios jurídicos y de salud y a especialistas en políticas migratorias, así como un análisis de materiales pertinentes publicados. La investigación también incluyó entrevistas a 48 mujeres detenidas por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) (de las cuales 34 se encontraban bajo detención cuando las entrevistamos y 14 habían estado detenidas por algún tiempo desde la formación del ICE en 2003); 17 funcionarios y administradores de servicios de salud de los centros de detención; y dos especialistas externos, contratados para brindar servicios prenatales y ginecológicos a mujeres bajo custodia del ICE.

En estas entrevistas y en visitas a nueve centros de detención, Human Rights Watch investigó la atención a una gama de preocupaciones de salud de las mujeres y recabó información acerca de cada tipo de centro donde las políticas del ICE rigen los cuidados de salud: centros de internamiento operados directamente por el ICE, centros de detención por contrato administrados por empresas privadas, y cárceles estatales y municipales contratadas a través de acuerdos intergubernamentales de servicios. El 30 de octubre de 2008 nos reunimos con funcionarios en la sede del ICE para compartir nuestros hallazgos preliminares, clarificar varias políticas de atención médica y discutir los planes del ICE para los servicios de salud en el futuro.

En febrero de 2008 Human Rights Watch informó al ICE sobre su intención de llevar a cabo este y otros dos proyectos de investigación y conversó con funcionarios del ICE acerca de los parámetros para nuestro acceso a los centros de detención.³ El ICE le pidió a Human Rights Watch que propusiera un calendario de visitas a los centros que incluirían una gira y entrevistas privadas con personas detenidas identificadas por Human Rights Watch previo a la visita. Al seleccionar los centros para este proyecto de investigación, Human Rights Watch buscó identificar estados con una alta concentración de mujeres bajo detención, ejemplos de cada uno de los tipos de centros mencionados arriba, así como proveedores locales de servicios jurídicos y otros socios que pudieran identificar a mujeres anuentes a hablar sobre

³ Además de este proyecto, Human Rights Watch investigó otros dos temas relacionados con la detención migratoria en Estados Unidos: las transferencias dentro de la detención migratoria y la libertad condicional de solicitantes de asilo según una directiva de política introducida en noviembre de 2007. Esta investigación fue realizada por otros investigadores e incluyó visitas a algunos centros identificados para este proyecto, así como a centros adicionales.

su experiencia de la detención. Basándonos en estos criterios, identificamos diez centros en Florida, Texas y Arizona.⁴ A excepción de la visita a un centro, el ICE satisfizo nuestras solicitudes de visitas a esos centros e hizo arreglos para éstas en las fechas que habíamos especificado.⁵ Debe señalarse que Human Rights Watch adoptó esta metodología para potenciar el alcance y profundidad de la investigación, pero no llevó a cabo un muestreo científico ni afirma que sus hallazgos permitan llegar a conclusiones generalizadas respecto a las condiciones en los centros del ICE a nivel nacional.

Aunque la mayoría de las entrevistas para este informe se realizó en centros de detención entre el 7 de abril y el 2 de mayo de 2008, de conformidad con el calendario de visitas anunciadas a los centros que fue negociado con el ICE, durante el mismo periodo Human Rights Watch concertó entrevistas adicionales con mujeres ya liberadas, proveedores de servicios comunitarios y activistas locales. Además, en junio, julio y agosto de 2008 entrevistamos a seis mujeres anteriormente detenidas en las áreas metropolitanas de Washington, DC y Nueva York. La investigación de seguimiento continuó hasta febrero de 2009 e incluyó reuniones con el ICE y la División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS), así como un examen de materiales obtenidos por medio de una solicitud presentada al ICE en virtud de la Ley de Libertad de Información.

Nuestro método principal para llegar a las mujeres dispuestas a hablar con Human Rights Watch, ya fueran detenidas actuales o pasadas, fue a través de proveedores de servicios jurídicos, quienes conversaron sobre nuestro proyecto con las mujeres que habían identificado que pudieran proporcionar información pertinente a nuestra investigación. Sin embargo, dado que más del 80 por ciento de las personas detenidas no cuenta con representación, muchas mujeres estaban fuera de nuestro alcance. Además, algunas mujeres temían que hablar con Human Rights Watch sobre las condiciones de la detención pudiera afectar adversamente su estatus migratorio, por lo que rechazaron la entrevista.

⁴ Los diez centros fueron: Centro Transitorio de Broward, Pompano Beach, Florida; Cárcel del Condado de West Palm Beach, West Palm Beach, Florida; Cárcel del Condado de Glades, Moore Haven, Florida; Centro de Detención del Condado de Monroe, Key West, Florida; Complejo de Detención del Sur de Texas, Pearsall, Texas; Centro de Detención de Willacy, Raymondville, Texas; Centro de Internamiento de Port Isabel, Los Fresnos, Texas; Centro de Detención de Eloy, Eloy, Arizona; Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona; y Centro de Detención de Arizona Central, Florence, Arizona. También visitamos y conversamos con proveedores de cuidados de salud en el Centro de Internamiento de Krome en Miami, Florida. Krome, que no detiene a mujeres, fue un punto de comparación para nuestras visitas a los demás centros. En una investigación posterior realizada separadamente del acuerdo con el ICE, visitamos una cárcel municipal adicional en Nueva Jersey que detiene a mujeres bajo custodia del ICE.

⁵ El ICE informó a Human Rights Watch que la Cárcel del Condado de West Palm Beach en Florida había rechazado la visita. No se dio ninguna explicación para el rechazo. Dado que la cárcel fue designada por el ICE para detener a personas por menos de 72 horas, no está sujeta a las normas de detención. Sin embargo, Human Rights Watch había solicitado la visita al enterarse de que personas bajo custodia del ICE de hecho permanecían más de 72 horas en la cárcel y que las condiciones en ésta eran especialmente deficientes.

El ICE no aportó ayuda en identificar a las mujeres que serían entrevistadas para esta investigación. Sin embargo, una limitación ambigua impuesta por el ICE sobre el número de entrevistas, así como los cambiantes requisitos para la documentación del consentimiento de las personas a entrevistar, resultaron ser un obstáculo. Poco antes del inicio del primer viaje, el ICE introdujo un límite de 12 al número de personas bajo custodia que podían ser entrevistadas, sin indicar si éste se aplicaba a cada centro, cada día, cada estado o cada proyecto de Human Rights Watch. Pese a los esfuerzos por clarificar este asunto, el límite se convirtió en un impedimento importante, ya que la aplicación del límite establecido por la sede variaba en cada oficina de campo del ICE y ninguna de éstas nos permitió entrevistar para los tres proyectos a más de 12 personas detenidas en cada centro. Además, las oficinas de campo impusieron diferentes requisitos acerca de la forma en que las personas, y a veces sus abogados, debían demostrar su consentimiento a las entrevistas. También requerían recibir la lista de personas a entrevistar con cinco días hábiles de antelación, una exigencia particularmente impráctica dada la transitoriedad de la población bajo detención migratoria.

Como ya se indicó, de las 48 mujeres que hablaron con Human Rights Watch sobre su experiencia de la atención médica en la detención migratoria, 34 estaban bajo custodia del ICE al momento de entrevistarlas; las otras 14, que estuvieron detenidas por algún tiempo desde la formación del ICE en 2003, habían sido liberadas y estaban viviendo en Estados Unidos. El tiempo que las mujeres habían permanecido bajo custodia del ICE variaba considerablemente, desde menos de 24 horas hasta más de dos años y medio. También los antecedentes de las entrevistadas eran diferentes en cuanto al tiempo que habían pasado en Estados Unidos, la manera en que llegaron a ser puestas bajo custodia del ICE y sus países de origen, aunque 29 de las 48 mujeres provenían de América Latina y el Caribe. No se entrevistó a ninguna menor de 18 años de edad para este informe y la mayoría de las mujeres tenía entre 20 y 39 años.

Human Rights Watch llevó a cabo una entrevista individual con cada mujer. A excepción de dos, las entrevistas en los centros de detención tuvieron lugar en una habitación en la que estuvieron presentes sólo la mujer, las entrevistadoras de Human Rights Watch e intérpretes. En dos casos, las entrevistas se realizaron en el rincón de una habitación grande donde había otras detenidas pero que no podían escuchar la conversación. En un solo caso, una entrevistada interpretó para otra mujer en una entrevista posterior, con el consentimiento expreso de la segunda mujer. Human Rights Watch se reunió con mujeres liberadas de la detención en una variedad de sitios seleccionados para su comodidad y privacidad. En cuatro casos, a solicitud de las entrevistadas, familiares de las mujeres estuvieron presentes durante toda la entrevista o una porción de ésta, y en un caso la

abogada de una mujer participó en la entrevista. Las entrevistas para este proyecto fueron conducidas principalmente por mujeres; no obstante, debido a restricciones logísticas, un colega hombre a cargo de una línea de investigación separada estuvo presente en varias de las entrevistas.

La duración de las entrevistas osciló entre 15 minutos y casi cuatro horas; la mayoría duró más o menos una hora. Las entrevistas fueron conducidas en inglés o español, y en un caso en francés. Iniciaron con una presentación del propósito de la entrevista y se explicó que la participación era totalmente voluntaria y podía detenerse en cualquier momento. Cuando fue apropiado, Human Rights Watch brindó información de contacto de otras organizaciones que ofrecen servicios jurídicos, de asesoramiento o sociales. Ninguna persona recibió ni se le prometió compensación material por su participación. A fin de proteger su privacidad y mitigar preocupaciones respecto a represalias, Human Rights Watch les aseguró a las mujeres que sus nombres reales y detalles de su entrevista que pudieran identificarlas no figurarían en este informe. Por ello, los nombres de todas las entrevistadas para este informe han sido sustituidos por seudónimos (en forma de nombres e iniciales que no reflejan nombres reales) y se han suprimido la fecha exacta y ubicación precisa de las entrevistas.

III. Antecedentes

Las mujeres cuyos relatos figuran en este informe son parte de una cantidad creciente de personas cuya salud física y mental se encuentra en riesgo debido a que el Gobierno de Estados Unidos se apoya cada vez más en la detención como medio para hacer cumplir la ley inmigratoria. Entre diciembre de 2005 y mayo de 2008, el número de personas bajo custodia del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) en un día cualquiera aumentó casi el 50 por ciento, de 19,562 a 29,340,⁶ convirtiendo al ICE en la agencia que supervisa la forma de encarcelamiento de más rápido crecimiento en Estados Unidos.⁷ El ICE reportó que durante el año fiscal que concluyó el 1 de septiembre de 2007 había retenido a más de 320,000 personas bajo su custodia por diversos periodos de tiempo en el curso de ese solo año.⁸

A medida que ha aumentado la cantidad de personas detenidas, también el número de mujeres bajo detención se ha incrementado. De hecho, la proporción de la población detenida conformada por mujeres aumentó de aproximadamente 7 por ciento en 2001 a 10 por ciento en 2008.⁹ Entre estas mujeres, detenidas por supuestas violaciones de la ley inmigratoria estadounidense, hay solicitantes de asilo,¹⁰ inmigrantes indocumentadas,¹¹ residentes permanentes legales halladas culpables de ciertos delitos,¹² refugiadas

⁶ Departamento de Justicia de Estados Unidos, “Prisoners in 2006” [“Prisioneros en 2006”], *Bureau of Justice Statistics Bulletin*, diciembre de 2007, p. 9; mensaje electrónico de Kendra Wallace, coordinadora de extensión nacional, Oficina de Políticas, Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE), a Tara Magner, directora de políticas, Centro Nacional de Justicia del Inmigrante (NIJC), y copresidenta del Grupo de Trabajo ICE-ONG, 14 de mayo de 2008.

⁷ Margaret Talbot, “The Lost Children” [“Los niños perdidos”], *The New Yorker*, 3 de marzo de 2008, p. 58.

⁸ Esta cifra del año fiscal 2007 era la más reciente que estaba disponible. Testimonio de Gary Mead, director adjunto, Oficina de Operaciones de Detención y Deportación (DRO), ICE, ante el Comité Judicial del Congreso de Estados Unidos, Subcomité de Ciudadanía, Refugiados, Inmigración, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional, 13 de febrero de 2008, <http://judiciary.house.gov/hearings/pdf/Meado80213.pdf> (acceso al sitio: 2 de octubre de 2008), p. 2.

⁹ Wendy Young, directora de relaciones gubernamentales, Comisión de Mujeres para Mujeres y Niñez Refugiadas, testimonio ante el Comité Judicial del Congreso de Estados Unidos, Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional, 3 de mayo de 2001, <http://www.loc.gov/law/find/hearings/pdf/00092836976.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008), p. 26; mensaje electrónico de Kendra Wallace, 14 de mayo de 2008.

¹⁰ En el año fiscal 2006 se detuvo a 5,761 solicitantes de asilo. Alison Siskin, Servicio de Investigación del Congreso (CRS), “Health Care for Noncitizens in Immigration Detention” [“Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención inmigratoria”], 27 de junio de 2008, http://assets.opencrs.com/rpts/RL34556_20080627.pdf (acceso al sitio: 2 de octubre de 2008), p. 19.

¹¹ La sola presencia en Estados Unidos sin documentos constituye una infracción administrativa, no un delito penal. Ingresar al país sin documentación apropiada puede ser un delito penal. Ver CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención inmigratoria”, p. 3, n. 9.

¹² Hasta el 31 de diciembre de 2006, aproximadamente el 42 por ciento de personas en detención inmigratoria se enfrentaba a procedimientos de deportación debido a pasadas sentencias penales. Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) de Estados Unidos, “Alien Detention Standards: Telephone Access Problems Were Pervasive at Detention Facilities; Other

reasantadas por Estados Unidos que no solicitaron residencia permanente¹³ e incluso ciudadanas estadounidenses cuya ciudadanía es cuestionada por el Gobierno.¹⁴

El marcado incremento en la detención de inmigrantes puede rastrearse hasta varios acontecimientos políticos de los últimos 13 años. Éstos incluyen la aprobación, en 1996, de la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante (IIRIRA), que expandió la detención obligatoria durante los procedimientos de expulsión¹⁵ de personas halladas culpables de ciertos crímenes;¹⁶ los eventos del 11 de septiembre de 2001 y el énfasis subsiguiente en la aplicación de la ley sobre seguridad fronteriza e inmigración; los poderes de detención más amplios otorgados por la Ley USA PATRIOT;¹⁷ y la expansión del uso de expulsión acelerada para personas indocumentadas que sean aprehendidas en un punto de entrada o dentro de cierta distancia de la frontera.

El sistema de detención inmigratoria

El ICE detiene a personas en más de 500 centros en todo el país.¹⁸ Éstos se dividen en cuatro categorías: centros de internamiento operados directamente por el ICE; centros de

Deficiencias Did Not Show a Pattern of Noncompliance” [“Normas de detención de personas extranjeras: Problemas de acceso telefónico eran persistentes en los centros de detención; otras deficiencias no mostraban un patrón de incumplimiento”], GAO-07-875, julio de 2007, <http://www.gao.gov/new.items/do7875.pdf> (acceso al sitio: 2 de octubre de 2008), p. 48. Human Rights Watch ha documentado el impacto dañino que sobre familias y comunidades en Estados Unidos tiene la política de deportación obligatoria para no ciudadanos con sentencias penales, incluyendo delitos menores no violentos. Ver Human Rights Watch, *Estados Unidos – Separación forzosa: Familias separadas e inmigrantes dañados por las políticas sobre deportación de Estados Unidos*, Vol. 19, No. 3(G), julio de 2007, <http://www.hrw.org/en/reports/2007/07/16/forced-apart-o> (Resumen ejecutivo en español: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/uso707brochureweb_sp_o.pdf).

¹³ Memorando de Bo Cooper, asesor legal general, Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), Departamento de Justicia de Estados Unidos, a Michael Pearson, comisionado ejecutivo asociado para operaciones de campo, INS, y Jeffery Weiss, director, Oficina de Asuntos Internacionales, INS, 9 de noviembre de 2001 (describiendo la autoridad del Gobierno para detener a personas refugiadas que no se ajustan al estatuto).

¹⁴ Un informe inédito de 2006 por el Instituto Vera de Justicia identificó a 125 personas bajo detención inmigratoria cuyos abogados creían que tenían reclamos válidos de ciudadanía. Marisa Taylor, “Immigration officials detaining, deporting American citizens” [“Autoridades inmigratorias detienen y deportan a ciudadanos estadounidenses”], *McClatchy Newspapers*, 24 de enero de 2008, <http://www.mcclatchydc.com/227/story/25392.html> (acceso al sitio: 2 de octubre de 2008). Ver, sin embargo, testimonio de Gary Mead ante el Congreso, 13 de febrero de 2008, p. 9 (aseverando que el ICE nunca ha detenido a sabiendas o intencionalmente a ninguna persona ciudadana estadounidense).

¹⁵ En el contexto de la ley de inmigración, “expulsión” es sinónimo de deportación.

¹⁶ Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante (IIRIRA), Pub.L. 104-208, Div. C, Título III, §§ 303(a), 371(b)(5), 110 Stat. 3009-585, 3009-645 (1996), 8 U.S.C.A. § 1226 (West 2008).

¹⁷ USA PATRIOT Act (Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism Act) [Ley de Unificación y Fortalecimiento de Estados Unidos mediante la Provisión de Herramientas Apropriadas Requeridas para Interceptar y Obstruir el Terrorismo], Pub.L. 107-56, Título IV, § 412(a), 115 Stat. 350 (2001), 8 U.S.C.A. § 1226a (West 2008).

¹⁸ Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) de Estados Unidos, “DHS: Organizational Structure and Resources for Providing Health Care to Immigration Detainees” [“DHS: Estructura y recursos organizacionales para proporcionar cuidados de

detención por contrato administrados por empresas privadas como el Grupo GEO y la Corporación Correccional de Estados Unidos (CCA); cárceles estatales y municipales que el ICE ha contratado a través de acuerdos intergubernamentales de servicios; y centros administrados por el Departamento Federal de Prisiones. Ocho de los centros utilizados por el ICE son centros de internamiento, siete son centros de detención por contrato y más de 500 son cárceles estatales y municipales.¹⁹ El presente informe no aborda las condiciones en los pocos centros que usa el Departamento Federal de Prisiones porque éstos son regulados separadamente.

A fin de ser elegibles para retener a mujeres, los centros del ICE sólo deben establecer que pueden mantener una separación física y visual entre los sexos. Aunque las mujeres constituyen apenas el 10 por ciento de la población bajo detención inmigratoria, están distribuidas en más de 300 centros. Sin embargo, al 50 por ciento de las detenidas por el ICE se le retiene en diez centros, la mitad de los cuales está ubicada en Texas.²⁰ El ICE retiene al 68 por ciento de las mujeres bajo su custodia en cárceles estatales y municipales, al 25 por ciento en centros de detención por contrato y sólo al 7 por ciento en los centros de internamiento administrados por el ICE.²¹ Las cárceles estatales y municipales tienen un mayor margen para no cumplir ciertas disposiciones de las normas de detención del ICE.²² Además, la lejanía de algunos de estos centros puede dificultar el acceso de las personas detenidas a sus abogados y familiares.

Aunque “imponer la ley” es la frase clave que resalta en el discurso político actual sobre la inmigración, la detención a menudo no es una respuesta proporcional, necesaria o costo-

salud a personas inmigrantes detenidas”, GAO-09-308R, 23 de febrero de 2009, <http://www.gao.gov/new.items/d09308r.pdf> (acceso al sitio: 9 de marzo de 2009), p. 14.

¹⁹ *Ibid.*; “First semiannual report on compliance with ICE national detention standards released” [“Publican primer informe semestral sobre cumplimiento de las normas nacionales de detención del ICE”], comunicado de prensa del ICE, 9 de mayo de 2008, <http://www.ice.gov/pi/news/newsreleases/articles/o8o5o9washington.htm> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

²⁰ Los diez centros que albergan al 50 por ciento de las mujeres detenidas por el ICE son: Complejo de Detención del Sur de Texas, Pearsall, Texas; Centro Transitorio de Broward, Pompano Beach, Florida; Centro de Detención de Willacy, Raymondville, Texas; Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona; Centro Residencial de la Familia T. Don Hutto, Taylor, Texas; Cárcel del Condado de Etowah, Gadsden, Alabama; Centro de Detención de San Diego, San Diego, California; Centro de Detención por Contrato de Houston, Houston, Texas; Centro de Detención de Northwest, Tacoma, Washington; y Centro de Internamiento de Port Isabel, Los Fresnos, Texas. Mensaje electrónico de Kendra Wallace, 14 de mayo de 2008.

²¹ Mensaje electrónico de Kendra Wallace, 14 de mayo de 2008.

²² La nueva norma médica del ICE señala: “*Los procedimientos en cursivas son requeridos específicamente para SPC* [centros de internamiento] *y CDF* [centros de detención por contrato]. Los IGSA [centros que tienen acuerdos intergubernamentales de servicios] deben cumplir estos procedimientos o adoptar, adaptar o establecer alternativas, siempre y cuando cumplan o excedan la intención representada por estos procedimientos”, Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO [Operaciones de Detención y Deportación], “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBNDs/pdf/medical_care.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009), p. 1. La antigua norma contiene un lenguaje similar. Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, <http://www.ice.gov/doclib/pi/dro/opsmanual/medical.pdf> (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009).

eficaz a las infracciones inmigratorias, que en su mayoría son administrativas, no penales.²³ Según la legislación estadounidense e internacional, la contravención de los derechos fundamentales, como el derecho a la libertad, por parte del Gobierno para fines punitivos debe ser proporcional a los actos castigados.²⁴ Aunque Estados Unidos considera que la detención inmigratoria es administrativa en vez de punitiva, sus efectos—confinamiento, separación de la familia y pérdida de medios de vida, entre otros—pueden de hecho servir para castigar duramente a las personas detenidas, sobre todo aquéllas a quienes se retiene por largos periodos. Además, los métodos alternativos para asegurar que las personas comparezcan a sus audiencias inmigratorias y cumplan los dictámenes finales de sus casos han demostrado ser exitosos: los programas de libertad supervisada reportan que más del 90 por ciento de las personas participantes se presentan a sus audiencias.²⁵

Los programas de libertad supervisada también ofrecen una alternativa a los crecientes costos de la detención. En 2008, el ICE gastó en promedio \$119.28 diarios por cada persona retenida en un centro de internamiento y puede pagar más de \$100 diarios a las cárceles estatales y municipales a las que encarga el cuidado de personas bajo su custodia.²⁶ En contraste, un estudio financiado por el Gobierno desde 1997 hasta 2000 mostró que un programa de libertad supervisada puede ser a la vez efectivo y costo-eficaz, costando

²³ Como se indica en la nota 11, la sola presencia en Estados Unidos sin documentos constituye una infracción administrativa, no un delito penal.

²⁴ Para una discusión completa del principio de proporcionalidad, ver Human Rights Watch, *Estados Unidos – Separación forzosa: Familias separadas e inmigrantes dañados por las políticas sobre deportación de Estados Unidos*, Vol. 19, No. 3(G), julio de 2007, <http://www.hrw.org/en/reports/2007/07/16/forced-apart-o>, p. 52-56 (Resumen ejecutivo en español: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/uso707brochureweb_sp_o.pdf).

²⁵ Por ejemplo, desde 1997 hasta 2000 el Instituto Vera de Justicia cooperó con el Servicio de Inmigración y Naturalización, predecesor del ICE, para probar un modelo de detención llamado Programa de Asistencia a la Comparecencia (AAP). A través de éste, las personas en procedimientos inmigratorios participaban en un sistema de libertad supervisada en el cual se comparecían regularmente ante un administrador de casos y se les proporcionaba información sobre sus derechos legales, así como referencias a recursos comunitarios. El Instituto Vera reportó que el 91 por ciento de participantes en el programa de supervisión intensiva compareció a todas sus audiencias requeridas. Eileen Sullivan, *et ál.*, Instituto Vera de Justicia, “Testing Community Supervision for the INS: An Evaluation of the Appearance Assistance Program” [“Probando la supervisión comunitaria para el INS: Evaluación del Programa de Asistencia a la Comparecencia”], 1 de agosto de 2000, http://www.vera.org/publication_pdf/aapfinal.pdf (acceso al sitio: 5 de octubre de 2008), p. ii. Una iniciativa similar del Servicio Luterano de Inmigración y Refugiados, que se centra en solicitantes de asilo y trabaja con albergues comunitarios, reportó una tasa de éxito del 96 por ciento. Esther Ebrahimian, “The Ullin 22: Shelters and Legal Service Providers Offer Viable Alternatives to Detention” [“Ullin 22: Albergues y proveedores de servicios jurídicos ofrecen alternativas viables a la detención”], Detention Watch Network News, agosto/septiembre 2000, p. 8, citada en “Statement from Faith Representatives Following April 30 Tour of the Wackenhut Detention Center” [“Declaración de representantes religiosos tras la visita del 30 de abril al Centro de Detención de Wackenhut”], Comité Judicial del Congreso, Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional, 3 de mayo de 2001, <http://www.loc.gov/law/find/hearings/pdf/00092836976.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008), p. 85.

²⁶ Leslie Berestein, “Detention Dollars” [“Dólares de la detención”], *San Diego Tribune*, 4 de mayo de 2008, http://www.signonsandiego.com/uniontrib/20080504/news_lz1b4dollars.html (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008); Josh White y Nick Miroff, “The Profit of Detention” [“El lucro de la detención”], *Washington Post*, 5 de octubre de 2006, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/10/04/AR2008100402434.html> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

alrededor de \$12 diarios por persona en comparación con \$61, que es el costo diario promedio de detención por persona.²⁷

Atención médica durante la detención

La responsabilidad primordial por la atención médica de personas bajo custodia del ICE recae en la División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS). Antes un componente del Servicio de Salud Pública dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos, la DIHS fue asignada indefinidamente al ICE en octubre de 2007.²⁸ La DIHS cuenta con un cuerpo comisionado de profesionales de la salud, incluyendo médicos, asistentes médicos, farmacéuticos, psiquiatras y trabajadores sociales clínicos. La División tiene su sede en Washington, DC, donde la oficina nacional establece la política para el sistema de atención médica de la detención. Sin embargo, de los más de 500 centros, el personal de la DIHS proporciona servicios médicos internos sólo en 21 de ellos, ocho de los cuales son centros de internamiento administrados por el ICE.²⁹ Investigaciones llevadas a cabo en 2007 revelaron que la cantidad de personal incluso en estos 15 centros es un reto, con una tasa de vacancia del 36 por ciento para personal médico en los centros de la DIHS a nivel nacional.³⁰ En otros centros, la atención médica es contratada fuera de éstos junto a otras funciones de detención y puede de hecho subcontratarse aun más si el operador de un centro ha conseguido los servicios de una empresa privada de cuidados de salud.

De cualquier manera, la DIHS regula la atención médica disponible en todos los centros a través de la norma de detención del ICE sobre atención médica (norma médica del ICE) y el Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS (Paquete de Servicios Cubiertos). Según este régimen, las personas detenidas por el ICE deben tener acceso al mismo nivel de atención, sin importar el lugar donde se les retenga.

²⁷ Eileen Sullivan, *et ál.*, Instituto Vera de Justicia, “Probando la supervisión comunitaria para el INS: Evaluación del Programa de Asistencia a la Comparecencia”, p. 65.

²⁸ Memorando de Entendimiento entre el Departamento de Seguridad Nacional y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Servicios de Salud Pública de Estados Unidos, 23 de agosto de 2007 [entró en vigor el 1 de octubre de 2007], citado en CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención migratoria”, p. 10.

²⁹ CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención migratoria”, p. 8; GAO, “DHS: Estructura y recursos organizacionales para proporcionar cuidados de salud a personas inmigrantes detenidas”, p. 20.

³⁰ “A nivel nacional, los centros de detención por contrato y los centros de internamiento que utilizan personal clínico del Servicio de Salud Pública tuvieron una tasa de vacancia del 36 por ciento en octubre de 2007. El centro de detención por contrato en Pearsall, Texas, que albergaba a más de 1,500 personas detenidas el día de nuestra visita, tenía 22 puestos vacantes en el personal médico. Dada su ubicación rural y la elevada demanda de personal de enfermería en el país, el personal de Pearsall dijo que tendrá escasez de personal médico indefinidamente”. Oficina del Inspector General del Departamento de Seguridad Nacional (OIG DHS), “ICE Policies Related to Detainee Deaths and the Oversight of Immigration Detention Facilities” [“Políticas del ICE relacionadas con muertes de personas detenidas y la supervisión de los centros de detención migratoria”], junio de 2008, http://www.dhs.gov/xoig/assets/mgmt/rpts/OIG_o8-52_Juno8.pdf (acceso al sitio: 8 de octubre de 2008), p. 33.

En cárceles estatales y municipales, por ejemplo, las personas retenidas en nombre del ICE deben tener acceso a los servicios necesarios para cumplir la norma médica del ICE, independientemente de los servicios disponibles a la población delinciente en la cárcel. En vista de que pueden variar los servicios disponibles dentro de un centro individual, asegurar el acceso uniforme a los servicios exige que, de ser necesario, se proporcione cobertura para los servicios en la comunidad (es decir, fuera de la cárcel u otro centro de detención). El Paquete de Servicios Cubiertos, al igual que la declaración de beneficios cubiertos por una compañía de seguros, rige cuáles servicios pueden ser brindados a personas bajo custodia por cuenta del ICE que van más allá del “alcance mínimo contraído de servicios proporcionados por un centro de detención”.³¹ Según este arreglo, la DIHS debe pre-aprobar toda la atención médica brindada fuera del centro, excepto los servicios de emergencia. En casos en que la clínica de un centro es pequeña, esto puede abarcar casi todos los servicios médicos. A fin de obtener esa aprobación previa, los proveedores médicos del centro deben presentar una Solicitud de Autorización de Tratamiento (TAR) a la sede de la DIHS.

El proceso de la TAR es hoy día una gran debilidad del sistema que puede conducir a largas demoras o denegación de los cuidados de salud necesarios. Órganos tanto del Gobierno como no gubernamentales han criticado a la DIHS por procurar el ahorro de costos derivado de denegaciones de las TAR y emplear sólo a tres o cuatro enfermeras para que evalúen las solicitudes provenientes de todo el país.³² En un informe de 2007, la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) documentó varios casos en los que a los centros se les dificultó obtener aprobación para tratamiento externo mediante este proceso.³³ Un reciente informe del Servicio de Investigación del Congreso reveló que “entre los años fiscales 2005 y 2007, los gastos en solicitudes de servicios médicos [brindados por un proveedor externo de servicios de salud] permanecieron casi constantes. Durante el mismo tiempo, la cantidad financiada de camas se incrementó en un 49 por ciento”.³⁴

³¹ División de Servicios de Salud para Inmigrantes, ICE, “DIHS Medical Dental Detainee Covered Services Package” [“Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS”], 2005, <http://www.icehealth.org/ManagedCare/Combined%20Benefit%20Package%202005.doc> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

³² Amy Goldstein y Dana Priest, “In Custody, In Pain” [“Bajo custodia, con dolor”], *The Washington Post*, 12 de mayo de 2008, http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/specials/immigration/cwc_d2p3.html (acceso al sitio: 8 de octubre de 2008); CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención migratoria”, p. 11-12, n. 70.

³³ GAO, “Normas de detención de personas extranjeras”, p. 18.

³⁴ CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención migratoria”, p. 18.

Normas para cuidados de salud

Como ya se mencionó, los cuidados de salud proporcionados a personas bajo custodia del ICE deben cumplir un estándar nacional de atención médica establecido por el ICE. La norma médica del ICE es una de varias normas desarrolladas por esta agencia que rigen el funcionamiento del sistema de detención (normas de detención del ICE).³⁵ En 2008, el ICE modificó su norma médica como parte de un proceso para actualizar sus normas de detención y convertirlas en un formato “basado en desempeño”. La nueva norma médica del ICE fue emitida el 12 de septiembre de 2008 y se le añadieron algunas modificaciones el 2 de diciembre de 2008, pero no será vinculante para los centros sino hasta enero de 2010. Mientras tanto, la antigua norma médica del ICE continuará siendo obligatoria. En este informe denominamos la norma modificada “la nueva norma médica del ICE” y nos referimos a la antigua como “la norma médica actualmente vinculante del ICE”.³⁶

Las clínicas de salud en los centros de detención reciben diferentes mensajes acerca del alcance de los cuidados que deberían proporcionar o procurarles a personas bajo custodia del ICE. La nueva norma médica del ICE dispone que “las personas detenidas tendrán acceso a una continuidad de servicios de cuidados de salud, incluyendo prevención, educación en salud, diagnóstico y tratamiento”.³⁷ Esto se basa en la norma médica actualmente vinculante del ICE, que estipula que las personas bajo custodia tendrán acceso a servicios médicos que promuevan la salud y el bienestar general.³⁸ Sin embargo, en un marcado contraste, el Paquete de Servicios Cubiertos, que regula los cuidados externos pagados por el ICE, enfatiza sólo la atención y el tratamiento de emergencia para prevenir el deterioro de una condición de salud durante el periodo de custodia.³⁹ En vista del restringido alcance de los servicios disponibles en algunos de los propios centros, la

³⁵ La serie modificada de normas de detención del ICE emitida en 2008 consiste de 41 normas. Antes de estas modificaciones había 38 normas de detención del ICE. La serie modificada incluye nuevas normas relativas a capacitación del personal, prevención de la violencia sexual e intervención en estos casos, así como entrevistas y visitas por la prensa.

³⁶ Norma médica actualmente vinculante del ICE: Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000; nueva norma médica del ICE: Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008. El título de la norma médica actualmente vinculante del ICE se refiere al INS (Servicio de Inmigración y Naturalización), predecesor del ICE, porque fue desarrollada previo a la creación del ICE en 2003.

³⁷ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 1.

³⁸ Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 1.

³⁹ “El Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS proporciona primordialmente servicios de atención médica de emergencia. La atención de emergencia se define como ‘una condición que constituya una amenaza para la vida, una extremidad, la audición o la vista’... Otras condiciones médicas que el médico considere que, de no recibir tratamiento durante el periodo bajo custodia del ICE/Patrulla Fronteriza, ocasionarían deterioro de la salud de la persona detenida o un sufrimiento incontrolado que afecte su estatus de deportación serán estimadas y evaluadas para atención”. Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 1.

limitación sobre los cuidados fuera de éstos ha significado que ciertas personas no han tenido acceso a la continuidad de servicios mencionados en la nueva norma médica del ICE.

El énfasis en la atención de emergencia se basa en la suposición de que la estancia de una persona bajo custodia será breve, pese al hecho de que las personas pueden pasar, y de hecho permanecen, meses o incluso años bajo detención. Un reciente informe del Servicio de Investigación del Congreso señaló que, según estadísticas del ICE para el año fiscal 2006, el ICE retuvo a 7,000 personas por más de seis meses durante ese año.⁴⁰ Solicitantes de asilo, en particular, pueden permanecer un largo tiempo bajo custodia⁴¹ y ser también un grupo con necesidades médicas especiales que se ven exacerbadas por la detención.⁴² El acceso a servicios de salud integrales es esencial para todas las personas bajo custodia y especialmente pertinente en el caso de las que son detenidas por un largo periodo.

El ICE no tiene una norma de detención específica para las mujeres o sus necesidades de salud. En la norma médica actualmente vinculante del ICE, la salud femenina apenas es mencionada en la instrucción de que se notifique a los funcionarios encargados si una mujer bajo custodia está embarazada. La nueva norma médica del ICE muestra mejoras en su requisito de atención para mujeres en periodos pre y postnatal y en su indicación de que las “detenidas tendrán acceso a exámenes apropiados para su edad y sexo”.⁴³ Sin embargo, al no brindar mayores detalles, estas disposiciones ofrecen una seguridad limitada de que las mujeres puedan esperar los cuidados que necesitan. Como se señala adelante, también el Paquete de Servicios Cubiertos refleja una estrecha visión acerca de la atención a la salud femenina, restringiendo el acceso a exámenes esenciales para detectar el cáncer y a componentes básicos de la atención, tales como los métodos anticonceptivos hormonales.

Supervisión y cumplimiento de las normas

El ICE tiene mecanismos internos para el cumplimiento de sus normas de detención, pero dado que éstas no son regulaciones administrativas federales, no pueden imponerse

⁴⁰ Hasta el 30 de abril de 2007, el ICE reportó que se expulsaba o deportaba al 25 por ciento de todas las personas extranjeras detenidas en un plazo de cuatro días, al 50 por ciento en 18 días, al 75 por ciento en 44 días, al 90 por ciento en 85 días, al 95 por ciento en 126 días y al 98 por ciento en 210 días. GAO, “Normas de detención de personas extranjeras”, p. 48.

⁴¹ De las 5,761 personas solicitantes de asilo a quienes se detuvo en el año fiscal 2006, 1,559 (27 por ciento) permanecieron detenidas por más de 180 días. CRS, “Cuidados de salud para personas no ciudadanas bajo detención migratoria”, p. 19.

⁴² Ver Médicos para los Derechos Humanos y Programa de Bellevue / Universidad de Nueva York para Sobrevivientes de Tortura, “From Persecution to Prison: The Health Consequences of Detention for Asylum Seekers” [“De la persecución a la prisión: Las consecuencias de la detención para la salud de solicitantes de asilo”], junio de 2003, <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-perstoprison-2003.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

⁴³ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 16, 18.

legalmente. Aunque las normas requieren que autoridades del ICE visiten los centros con regularidad, el ICE evalúa el cumplimiento de las normas de detención por parte de la mayoría de los centros a través de una sola inspección oficial cada año. Si la inspección muestra que el centro es deficiente en su aplicación de una de las normas, éste debe diseñar un plan de acción para remediar la deficiencia. Si el centro no repara el problema o se rehúsa a hacerlo, el ICE puede imponer las sanciones descritas en su contrato con el centro o dejar de utilizar al centro.⁴⁴

El ICE ha adoptado nuevas medidas para mejorar la rendición de cuentas mediante el uso de inspectores privados, contratando al Grupo Nakamoto en 2007 a fin de proveer inspectores de control de calidad dentro de los 40 centros que albergan a la mayor cantidad de personas bajo custodia del ICE. También en 2007, el ICE contrató a la Corporación Correccional Creativa para que llevara a cabo las inspecciones anuales a los centros. Estas empresas privadas reportan sus hallazgos directamente al ICE, la agencia que financia su trabajo. Asimismo, el ICE creó dentro de su Oficina de Responsabilidad Profesional una nueva subsección llamada Grupo de Inspección de Centros de Detención para que supervise el proceso de las inspecciones anuales.

La calidad de las inspecciones del ICE está en tela de juicio. En 2008, el ICE publicó su primer informe semestral sobre el cumplimiento de las normas de detención, en el cual indica que el 98 por ciento de los 176 centros evaluados fue calificado como aceptable o superior respecto a su cumplimiento de la norma de atención médica.⁴⁵ Sin embargo, una auditoría llevada a cabo por la Oficina del Inspector General (OIG) del DHS observó discrepancias entre las inspecciones al mismo centro realizadas por el ICE y la Oficina del Síndico de Detención Federal (OFDT) del Departamento de Justicia. Mientras que el ICE había calificado al centro como “aceptable”, una inspección de la OFDT seis semanas después consideró al centro “en riesgo”, que es la calificación más baja posible, dos niveles por debajo de “aceptable”.⁴⁶ Más aun, la auditoría de la OIG halló que “el personal que realiza la supervisión rutinaria de los centros no ha sido eficaz en identificar ciertos problemas serios en los centros”.⁴⁷

⁴⁴ ICE/DRO, “Semiannual Report on Compliance with ICE National Detention Standards: January-June 2007” [“Informe semestral sobre el cumplimiento de las normas nacionales de detención del ICE: Enero-junio 2007”], 9 de mayo de 2008, http://www.ice.gov/doclib/pi/news/newsreleases/articles/semi_annual_dmd.pdf (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008), p. 4.

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 12.

⁴⁶ OIG DHS, “Políticas del ICE relacionadas con muertes de personas detenidas y la supervisión de los centros de detención inmigratoria”, p. 12-13.

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 19.

Desde marzo de 2003, por lo menos 85 personas han fallecido bajo custodia del ICE o poco tiempo después de haber sido liberadas.⁴⁸ Las alegaciones del ICE en cuanto a que la tasa de mortalidad de personas bajo su custodia ha disminuido y se compara favorablemente con la de la población encarcelada en Estados Unidos han recibido numerosas críticas por no tener en cuenta el tiempo comparativamente breve, y cada vez más corto, que una persona promedio permanece en la detención inmigratoria.⁴⁹ La Oficina de Derechos Civiles y Libertades Civiles del DHS es responsable de investigar las muertes de personas bajo custodia del ICE. La Oficina del Inspector General del DHS ha recomendado al ICE que envíe a la OIG informes de todos los decesos a fin de determinar el proceso de revisión apropiado.⁵⁰ Esta recomendación fue resultado de la auditoría arriba mencionada.

El ICE ha limitado sustancialmente sus compromisos respecto al cumplimiento de los estándares establecidos por órganos de acreditación profesional. Según la nueva norma médica del ICE y la norma actualmente vinculante, las cárceles estatales y municipales contratadas por el ICE no están obligadas a mantener ninguna acreditación profesional médica. En la actualidad, los centros de internamiento y los centros de detención por contrato deben actualmente estar acreditados en la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC); sin embargo, la nueva norma médica del ICE no incluye este requisito.⁵¹ La NCCHC es un órgano de representantes de la Academia de Profesionales de Salud Correccional, la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, la Asociación de Abogados de Estados Unidos y otras organizaciones profesionales de los campos penitenciario, sanitario y jurídico. Mantener la acreditación en la NCCHC exige una inspección de los centros por parte de profesionales de salud del personal de la NCCHC cada tres años, incluyendo un examen de las políticas y los procedimientos médicos, así como entrevistas al personal de salud, personal de seguridad y personas detenidas en los centros. La norma médica actualmente vinculante del ICE también asevera que los centros “se esforzarán” por acreditarse en la Comisión Conjunta para la Acreditación de

⁴⁸ Dana Priest y Amy Goldstein, “System of Neglect” [“Sistema de negligencia”], *The Washington Post*, 11 de mayo de 2008, http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/specials/immigration/cwc_d1p1.html (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008); Nina Bernstein, “Ill and in Pain, Detainee Dies in U.S. Hands” [“Enfermo y con dolor, detenido muere en manos de Estados Unidos”], *The New York Times*, 12 de agosto de 2008, <http://www.nytimes.com/2008/08/13/nyregion/13detain.html> (acceso al sitio: 16 de febrero de 2009); Nick Miroff, “ICE Facility Detainee’s Death Stirs Questions” [“Muerte de detenido en centro del ICE suscita preguntas”], *The Washington Post*, 1 de febrero de 2009, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/story/2009/01/31/ST2009013101877.html> (acceso al sitio: 16 de febrero de 2009).

⁴⁹ Dr. Homer D. Venters, Testimonio ante el Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional del Comité Judicial del Congreso, 4 de junio de 2008, <http://judiciary.house.gov/hearings/pdf/Venterso80604.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008), p. 2-3.

⁵⁰ OIG DHS, “Políticas del ICE relacionadas con muertes de personas detenidas y la supervisión de los centros de detención inmigratoria”, p. 5, 14.

⁵¹ Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 1; Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008.

Organizaciones Sanitarias (JCAHO); no obstante, en la nueva norma médica del ICE no figura esta disposición.⁵²

Crítica creciente a los cuidados de salud en la detención inmigratoria

Relatos de mujeres que sufren debido a demoras en los cuidados de salud o negación de éstos han surgido en medio de críticas cada vez mayores al sistema médico de la detención del ICE en su conjunto. Audiencias parlamentarias, pesquisas internacionales, demandas judiciales, informes de organizaciones no gubernamentales y reportajes de prensa han develado casos en que los centros de detención ignoran solicitudes de consultas médicas, no suministran medicamentos, extravían historiales médicos, no proporcionan servicios de traducción, impidiendo el acceso a atención especializada y deniegan flagrantemente el tratamiento necesario.

El Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional del Comité Judicial del Congreso estadounidense sostuvo múltiples audiencias relativas a las operaciones de detención y deportación del ICE en 2007 y 2008, incluyendo dos acerca de los problemas en el sistema de atención médica. En esas audiencias, miembros del Congreso escucharon testimonios sobre casos de demora y denegación de cuidados y sus consecuencias, presentados por personas que estuvieron bajo custodia del ICE, abogados de inmigración y expertos médicos. En la 110a. Legislatura se introdujeron varios proyectos de ley que, de ser adoptados, abordarían específicamente ciertos aspectos de la atención médica para personas detenidas por el ICE.⁵³

Dentro del propio Departamento de Seguridad Nacional, la Oficina del Inspector General ha llevado a cabo, en los últimos dos años, dos auditorías que resaltaron las deficiencias en la atención médica. La primera, publicada en diciembre de 2006, reveló casos de incumplimiento de los estándares de cuidados de salud en cuatro de los cinco centros estudiados. El único centro con pleno cumplimiento, el Centro de Internamiento de Krome en Miami, no retiene a mujeres.⁵⁴ Más recientemente, en junio de 2008, la OIG investigó el manejo de muertes ocurridas bajo custodia del ICE y de nuevo encontró varios casos de incumplimiento de la norma médica, observando también que se cumplieron “importantes

⁵² *Ibíd.*

⁵³ Ley de Atención Médica Básica para las Personas Detenidas de 2008, H.R. 5950, 110th Cong. (2008); Ley de Detención y Asilo Seguros, S. 3114, 110th Cong. (2008); Ley de Vigilancia y Justicia Inmigratorias, H.R. 7255, 110th Cong. (2008).

⁵⁴ OIG DHS, “Treatment of Immigration Detainees Housed at Immigration and Customs Enforcement Facilities” [“Tratamiento de personas inmigrantes detenidas en centros del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas”], diciembre de 2006, http://www.dhs.gov/xoig/assets/mgmttrpts/OIG_07-01_Deco6.pdf (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), p. 1.

porciones” de la norma en relación con las muertes en los dos casos individuales examinados.⁵⁵ Además, un estudio de 2007 realizado por la Oficina de Responsabilidad Gubernamental de Estados Unidos halló debilidades en los procesos de supervisión interna del ICE.⁵⁶

Las prácticas de la detención inmigratoria estadounidense han llamado la atención de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y de especialistas en derechos humanos de las Naciones Unidas (ONU). En octubre de 2007, la CIDH sostuvo una audiencia acerca de las condiciones de detención y en octubre de 2008 inició una misión de investigación sobre el tratamiento de inmigrantes en centros de detención.⁵⁷ El Comité de Derechos Humanos de la ONU, en sus observaciones finales de 2006 del informe de Estados Unidos sobre su cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, alentó a este país “a que adopte todas las medidas necesarias para [la] puesta en práctica efectiva [de las normas de detención]”.⁵⁸ Asimismo, el Relator Especial de la ONU sobre los derechos humanos de las personas migrantes recomendó que Estados Unidos desarrolle normas de detención específicas para los sexos, atendiendo a las necesidades médicas y de salud mental de las mujeres sobrevivientes de violencia, y se abstenga de detener a mujeres que estén sufriendo los efectos de persecución o abuso, o que estén embarazadas o amamantando. Tras determinar que las actuales normas no vinculantes son insuficientes, el Relator también recomendó que se elimine la detención obligatoria y el Gobierno emita normas legalmente vinculantes que rijan el tratamiento de las personas en todos los tipos de centros de detención inmigratoria.⁵⁹

En una serie de impugnaciones legales, defensores de los derechos de inmigrantes han exigido rendición de cuentas por las deficiencias en el sistema de atención médica de la

⁵⁵ OIG DHS, “Políticas del ICE relacionadas con muertes de personas detenidas y la supervisión de los centros de detención inmigratoria”, p. 1.

⁵⁶ GAO, “Normas de detención de personas extranjeras”, p. 39.

⁵⁷ Juan Castillo, “Rights group investigates T. Don Hutto immigrant detention center” [“Grupo defensor de derechos investiga al centro de detención de inmigrantes T. Don Hutto”], *Austin American Statesman*, 2 de octubre de 2008, https://www.utexas.edu/law/academics/clinics/immigration/news_pdfs/0073_001.pdf (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

⁵⁸ Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, “Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del Artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Estados Unidos de América”, CCPR/C/USA/CO/3/Rev.1, 18 de diciembre de 2006, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/oac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/\\$FILE/Go645964.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/oac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/$FILE/Go645964.pdf) (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 8.

⁵⁹ Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Informe del relator especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Sr. Jorge Bustamante, Misión a los Estados Unidos de América, A/HRC/7/12/Add.2, 5 de marzo de 2008, http://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?m=97 (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 110, 113; ver también párr. 120, 121 sobre la situación de mujeres migrantes detenidas en Estados Unidos.

detención. En junio de 2007, la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU) entabló una demanda impugnando la constitucionalidad de las demoras y otras serias deficiencias en servicios de salud cruciales de un centro de detención por contrato en San Diego.⁶⁰ Entre los demandantes había tres mujeres, dos de las cuales habían enfrentado problemas al solicitar cuidados para asuntos ginecológicos o de salud mamaria. Abordando la falta de normas impositivas, en abril de 2008 la organización Familias por la Libertad presentó una demanda en un tribunal federal a fin de impulsar su petición de un proceso legislativo en la cual solicitó que el Departamento de Seguridad Nacional emitiera regulaciones administrativas formales que rigieran las condiciones para las personas bajo custodia del ICE.⁶¹ Ambas demandas están pendientes. También en abril de 2008, el Gobierno estadounidense admitió ser responsable de negligencia médica en la muerte de Francisco Castañeda, quien falleció de cáncer luego de que durante meses se le denegara una biopsia mientras se encontraba bajo custodia del ICE.⁶²

Informes de organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación han sacado a luz más hechos que dan cuenta de un sistema médico en problemas. En diciembre de 2007, Human Rights Watch publicó un informe que documenta la falla de las autoridades inmigratorias en lo concerniente a atender las necesidades de salud de personas con VIH/sida bajo detención. Human Rights Watch demostró que de manera sistemática el ICE no suministra medicamentos ni realiza pruebas clínicas a tiempo, no previene infecciones, no brinda acceso a atención especializada ni asegura la confidencialidad de la atención médica.⁶³ Adicionalmente, hubo indignación pública cuando el diario *The Washington Post* dio a conocer en mayo de 2008 un reportaje de investigación sobre la atención médica en la detención inmigratoria, el cual describió un sistema disfuncional plagado de escasez de personal, obstáculos burocráticos a la provisión de cuidados y peligrosas medidas de reducción de costos.⁶⁴

⁶⁰ Queja, *Woods v. Myers* [*Woods contra Myers*], No. 3:07-CV-01078 (S.D. Cal. 13 de junio de 2007), http://www.aclu.org/pdfs/immigrants/woods_v_myers_complaint.pdf (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

⁶¹ Queja, *Families for Freedom v. Chertoff* [*Familias por la Libertad contra Chertoff*], No. 1:08-cv-4056 (S.D.N.Y. 30 de abril de 2008), <http://www.aifl.org/lac/chdocs/FFF-complaint.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

⁶² United States of America's Notice of Admission of Liability for Medical Negligence, *Castaneda v. United States* [Notificación de admisión de responsabilidad de los Estados Unidos de América por negligencia médica, *Castañeda contra Estados Unidos*], No. CV07-07241 (C.D. Cal. 24 de abril de 2008), http://www.publicjustice.net/briefs/Castaneda_NinthCircuitOpinion_100208.pdf (acceso al sitio: 16 de febrero de 2009).

⁶³ Human Rights Watch, *Estados Unidos – Indiferencia crónica: Servicios de VIH/sida para personas inmigrantes detenidas por Estados Unidos*, Vol. 19, No. 5(G), diciembre de 2007, <http://www.hrw.org/en/reports/2007/12/05/chronic-indifference>.

⁶⁴ Dana Priest y Amy Goldstein, "Sistema de negligencia", *Washington Post*, 11 de mayo de 2008.

Hacia principios de 2008, informes de defensores que trabajan en la detención migratoria apuntaban a serios problemas en los cuidados proporcionados a mujeres. Cheryl Little, directora ejecutiva del Centro para la Defensa de Inmigrantes en Florida, testificó ante el Congreso en octubre de 2007 que las mujeres a menudo no reciben atención obstétrica ni ginecológica regular y citó incidentes que incluían un embarazo ectópico que fue ignorado, una cirugía uterina cancelada inexplicablemente a último momento, un aborto espontáneo tras súplicas de ayuda y esfuerzos del personal de detención por impedir que una solicitante de asilo sobreviviente de violación obtuviera un aborto.⁶⁵ En un documento informativo preparado para la visita del Relator Especial de la ONU sobre los derechos humanos de las personas migrantes, el Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes se basó en el conocimiento de defensores acerca de tales incidentes y describió varias áreas de gran preocupación para las mujeres bajo custodia del ICE: condiciones médicas y de salud mental para víctimas de violencia; condiciones médicas para mujeres embarazadas y en puerperio; violencia sexual; separación familiar; y acceso a asesoría legal.⁶⁶

A medida que avanzaba la investigación para el presente informe, el trato a mujeres embarazadas que se encontraban bajo custodia del ICE fue blanco de un escrutinio particular. A principios de julio de 2008, el *Tahoma Organizer* publicó una carta que denunciaba el maltrato a mujeres embarazadas en el Centro de Detención del Noroeste, incluyendo desnutrición, ropa de cama inadecuada, atención médica insuficiente, uso de grilletes al ser transportadas para recibir atención médica y falta de privacidad durante los exámenes médicos fuera del centro.⁶⁷ Un reciente estudio del Instituto Suroeste para Investigaciones sobre Mujeres de la Universidad de Arizona mencionó la atención médica a mujeres embarazadas entre las numerosas áreas problemáticas documentadas en los centros de detención en Arizona.⁶⁸

⁶⁵ Cheryl Little, directora ejecutiva, Centro para la Defensa de Inmigrantes en Florida (FIAC), Testimonio ante el Comité Judicial del Congreso, Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional, 4 de octubre de 2007, <http://judiciary.house.gov/hearings/pdf/Little071004.pdf> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008), p. 6-9.

⁶⁶ Documento informativo del Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes dirigido al Relator Especial de la ONU sobre los derechos humanos de los migrantes, “The Situation of Immigrant Women Detained in the United States” [“La situación de las mujeres inmigrantes detenidas en Estados Unidos”], 16 de abril de 2007, http://www.immigrantjustice.org/component/option,com_docman/Itemid,0/task,doc_download/gid,48/ (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008).

⁶⁷ Andrew Bacon, “Pregnant Women Mistreated at the Northwest Detention Center” [“Mujeres embarazadas son maltratadas en el Centro de Detención de Northwest”], *Tahoma Organizer*, 7 de julio de 2008, <http://www.tahomaorganizer.org/pregnant-women-mistreated-at-the-northwest-detention-center/> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008).

⁶⁸ Instituto Suroeste de la Universidad de Arizona para Investigaciones sobre Mujeres, “Unseen Prisoners: A Report on Women in Immigration Detention Facilities in Arizona” [“Prisioneras invisibles: Un informe sobre las mujeres en centros de detención migratoria en Arizona”], enero de 2009, <http://sirow.arizona.edu/files/UnseenPrisoners.pdf> (acceso al sitio: 25 de febrero de 2009).

Conforme ha aumentado la documentación que apunta a omisiones peligrosas en el sistema de atención médica de la detención migratoria, los llamados a reformarlo se han multiplicado en número y fuerza. Este sistema es hoy día objeto de un vigoroso debate político. A medida que cobran impulso los esfuerzos en torno a la reforma, las necesidades médicas de las mujeres deben ser atendidas. Este informe identifica las brechas existentes en las políticas y prácticas y esboza una agenda para el futuro.

IV. Hallazgos: Problemas generalizados en el sistema médico que afectan los cuidados para las mujeres

En sus entrevistas con mujeres detenidas actualmente o en tiempos recientes, Human Rights Watch determinó que algunos asuntos surgieron en repetidas ocasiones como impedimentos a un cuidado apropiado: demoras en obtener la atención médica solicitada, relaciones en riesgo entre médicos y pacientes, uso innecesario de restricciones y registro sin ropa, interrupciones en los cuidados, negación injustificada de pruebas y tratamiento, así como mecanismos ineficaces para quejas. La siguiente sección describe las dificultades que las mujeres enfrentaban en cada etapa de sus intentos por obtener una atención apropiada.

Demoras y negación de pruebas y tratamiento

Empecé a quedarme ciega. Durante 15 días me había quejado de la ceguera. Muchas veces pedí una consulta médica. En junio de 2007, las agentes llamaron al personal médico. Solamente podía distinguir las formas de las personas. No podía distinguir números ni letras. Una agente me preguntó, “¿Cómo es que siempre estás durmiendo? Tú no eres así”. Llamaron para informar a los médicos (ellos les dicen si deben enviarnos a consulta o no). La agente llamó, les dijo que yo era diabética y necesitaba que me vieran. Luego me atendió una enfermera. Le dije: “No puedo ver. Estoy ciega. Han pasado 15 días”. Examinaron mi azúcar. Estaba en 549. La enfermera me preguntó: “¿Por qué no nos dijiste antes?” Yo estaba a punto de entrar en coma diabético o tener un infarto porque mi nivel de azúcar era tan elevado.
—Mary T., Texas, abril de 2008

La mitad de las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch dijo haber experimentado demoras en recibir la atención médica solicitada y casi la misma cantidad fue obligada a presentar repetidas solicitudes para obtener una respuesta apropiada a sus preocupaciones médicas. Las declaraciones oficiales acerca del tiempo promedio de respuesta a las solicitudes de consulta médica en centros individuales guardaban poca similitud con las prolongadas esperas mencionadas por las mujeres con quienes hablamos.⁶⁹ La duración de

⁶⁹ Por ejemplo, funcionarios del Complejo de Detención del Sur de Texas dijeron que la espera máxima para consultas por enfermedad era de tres días. Entrevista de Human Rights Watch con Jay Sparks, oficial a cargo, ICE, Complejo de Detención del Sur de Texas, Pearsall, Texas, 21 de abril de 2008. Por el contrario, una mujer que estuvo detenida allí nos dijo que había esperado 10 u 11 días antes de ver a un médico porque sentía dolor al orinar.

las demoras oscilaba entre algunos días antes de obtener ibuprofeno para el dolor de cabeza hasta cinco meses y medio para dar seguimiento a una prueba anormal de Papanicolaou. Algunas solicitudes aún no habían sido atendidas cuando las mujeres fueron liberadas, incluyendo las solicitudes de atención prenatal que nunca se le brindó a una mujer durante su detención de un mes y medio. Giselle M., quien no podía recordar cuántas veces había solicitado una ecografía para vigilar un quiste que amenazaba su embarazo, dijo que la demora no podía justificarse: “Sé que todo es un proceso, pero en mi opinión hay algunas cosas que deberían priorizar”.⁷⁰

Las demoras ocurrieron en varios momentos, desde la solicitud inicial y la programación de visitas a especialistas hasta la llegada de los medicamentos, afectando el tratamiento de problemas de diversa severidad y complejidad. También llevaron a una serie de consecuencias, algunas de las cuales no se manifestaron sino hasta después del periodo de detención. En varios casos, las demoras desalentaron el uso del sistema médico por mujeres que lo necesitaban. Después de esperar diez días para una consulta debido a ardor al orinar y 15 días para que alguien le examinara un salpullido facial que empeoraba, Meron A. desistió del procedimiento de solicitud de consulta médica: “Si tengo un problema hoy, necesito ayuda hoy.... Esto me enoja. No me gusta escribir. No voy a decir nada”.⁷¹ También Raquel B. dejó de intentar que el centro le suministrara el ansiolítico que tomaba fuera de la detención, pese a que el medicamento proporcionado por el centro le provocaba temblores y le impedía dormir. “Ya estoy cansada de pedir [que cambien el medicamento]. Muchas veces he solicitado una consulta médica”.⁷²

Aunque menos comunes que las demoras, las denegaciones rotundas de cuidados solicitados se daban en circunstancias de diversa gravedad, incluyendo el caso de una mujer con una lesión medular discapacitante que el ICE diagnosticó que requería cirugía, pero luego la agencia se negó a realizársela.⁷³ Ninguno de los proveedores de servicios de salud con quienes hablamos reportó dificultades al trabajar dentro del sistema de atención médica administrada por la DIHS, el cual requiere autorización previa para tratamiento no urgente fuera de los centros de detención. Sin embargo, proveedores internos informaron explícitamente por lo menos a dos mujeres que creían que ellas debían recibir un tratamiento específico, pero que la negación de autorización por parte de la unidad de atención médica administrada en la sede les impedía proporcionárselo. “[El asistente

⁷⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Giselle M., Arizona, mayo de 2008.

⁷¹ Entrevista de Human Rights Watch con Meron A., Texas, abril de 2008.

⁷² Entrevista de Human Rights Watch con Raquel B., Nueva Jersey, mayo de 2008.

⁷³ Entrevista de Human Rights Watch con Antoinette L., Arizona, mayo de 2008.

médico] dijo: ‘No podemos hacer nada por usted. Las solicitudes de atención son denegadas por Washington.’ Si de él hubiera dependido, ‘La habríamos aprobado de inmediato’. En particular, no quieren brindarte cuidados si estás a la espera de ser deportada. Es probable que hayan puesto mi historial a un lado. Puedo leer entre líneas”.⁷⁴

Muchas más mujeres se quejaron de haber recibido una atención inapropiada o inadecuada a sus preocupaciones de salud. Entre estos casos había una mujer con cálculos biliares cuyos síntomas fueron diagnosticados y tratados por las enfermeras como asociados a la depresión, hasta que ella colapsó,⁷⁵ además de numerosas mujeres a quienes se les instruyó beber agua para una variedad de dolencias, como cólicos menstruales severos. “La llamamos agua mágica”, dijo Elisa G.⁷⁶

Obstáculos a la procura de atención médica

Las mujeres describieron haber tenido que superar muchos obstáculos para dar a conocer sus preocupaciones de salud a un proveedor médico apropiado, incluyendo desconocimiento de los servicios disponibles y, en ocasiones, obstáculos interpuestos por el personal de seguridad y el personal médico de primera línea.

Información

La capacidad de acceder a información sobre los servicios de salud es un prerrequisito obvio para obtenerlos, pero en el contexto de la detención dista mucho de ser una cuestión sencilla. Las normas de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria estipulan que la información relativa a la disponibilidad de servicios de salud debe proporcionarse verbalmente y por escrito a las personas detenidas al momento de su arribo a un centro, velando por que sea comunicada en una forma y un idioma que comprendan.⁷⁷ La nueva norma médica del ICE y la norma de admisión y liberación de personas detenidas describe un proceso de orientación según el cual el centro debe informarles de los servicios disponibles, incluida la atención médica.⁷⁸ Como parte de la orientación, a toda la gente que sea puesta bajo custodia se le debería proporcionar un “manual para personas detenidas”

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril 2008.

⁷⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Elisa G., Arizona, mayo de 2008.

⁷⁷ Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC), *Standards for Health Services in Jails 2008* [Normas de Servicios de Salud en Cárceles 2008], (Chicago: NCCHC, 2008), Std. J-E-01, p. 59.

⁷⁸ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 9; ICE/DRO Norma de Detención No. 4, “Admisión y liberación”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBNS/pdf/admission_and_release.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009), p. 3, 8.

que describe los procedimientos del centro.⁷⁹ Adicionalmente, el formulario estándar de admisión de la División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS) contiene una casilla donde el examinador en admisiones debe indicar si se ha informado a la paciente cómo solicitar atención médica. Muchas de las mujeres que hablaron con Human Rights Watch estaban familiarizadas con los procedimientos generales para solicitar cuidados, aunque varias habían recibido la información de otra detenida y no recordaban alguna directriz oficial acerca de cómo procurar cuidados.

Más comúnmente, el vacío de información tenía que ver con el carácter y alcance de los servicios disponibles. Giselle M., quien fue detenida cuando estaba embarazada, sintió molestias por varias semanas antes de que una de las mujeres en su unidad le dijera que debieron haberle brindado un colchón adicional para su cama, de conformidad con la práctica estándar del centro. “Una no conoce sus derechos”, le dijo a Human Rights Watch.⁸⁰ Este problema surgió incluso con más frecuencia en relación a servicios que no se proporcionaban rutinariamente. Al referirse a varias preocupaciones de salud, incluyendo aborto, lactancia, anticoncepción hormonal y servicios para sobrevivientes de violencia sexual reciente, los proveedores de salud a menudo afirmaron que no había ocurrido ningún problema en su centro o que un procedimiento no era estándar pero podía proporcionarse si era solicitado. Por otro lado, las mujeres con quienes hablamos que habían sido liberadas de la detención frecuentemente dijeron que habrían querido utilizar los servicios si hubieran sabido que éstos podían obtenerse en la detención.

En el Centro de Detención de Eloy en Arizona, por ejemplo, la teniente comandante Melissa George, administradora de servicios de salud, indicó que a las madres lactantes normalmente se les recomendaba Tylenol[®] y masaje, pero que también se les podía proporcionar un extractor de leche.⁸¹ No obstante, Ashley J., que estuvo detenida en Eloy mientras amamantaba, dijo a Human Rights Watch que no se le había informado que podía tener acceso a un extractor de leche, por lo cual supuso que no estaba disponible. Como no podía extraerse leche manualmente, Ashley sintió un gran dolor cuando sus ductos mamarios se atrofiaron. Al hablar sobre el extractor y otros servicios, ella explicó: “A veces

⁷⁹ ICE/DRO, Manual a Nivel Nacional para las Personas Detenidas, febrero de 2009, http://www.ice.gov/doclib/pi/dro/man_nat_det.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009).

⁸⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Giselle M., Arizona, mayo de 2008.

⁸¹ Entrevista de Human Rights Watch con la teniente comandante Melissa George, administradora de servicios de salud, Centro de Detención de Eloy, Eloy, Arizona, 30 de abril de 2008.

no preguntamos. Ni siquiera sabemos que estas cosas existen. En parte crees—casi sientes que eres una criminal y el crimen es ser indocumentada”.⁸²

Esta combinación de desconocimiento de los servicios disponibles e inhibición motivada por las dinámicas de la detención apunta a por qué recae en las autoridades de la detención la obligación legal de generar conciencia y ofrecer servicios a la gente bajo su custodia. Ciertamente, algunas personas que son detenidas ya tendrán conocimiento de los servicios a los cuales tienen derecho y no vacilarán en pedirlos, pero otras—especialmente las que nunca antes han estado bajo detención y pueden estar traumatizadas o enfrentar barreras lingüísticas o culturales—podrían no estar preparadas para hacerlo. Más aun, depender de que unas mujeres informen a otras en la detención no constituye un sustituto satisfactorio de la educación proactiva impartida por el personal del centro y, de hecho, puede socavar los esfuerzos por brindar cuidados.

Un componente clave para que las personas sean conscientes de los servicios que necesitan es identificar sus preocupaciones médicas. Funcionarios de la DIHS dijeron a Human Rights Watch que su capacidad de dar respuesta a los problemas de salud depende en gran medida de la información que se brinda durante el examen médico inicial de una persona y la evaluación de seguimiento. Sin embargo, la nueva norma médica y la norma médica actualmente vinculante del ICE indican que personal no médico de los centros de detención puede realizar los exámenes médicos y de salud mental iniciales.⁸³ Aunque se les capacita a fin de que desempeñen esta función, los miembros del personal no estarán tan bien preparados como los profesionales médicos certificados para identificar y atender cuestiones de salud urgentes.

Guardias

El acceso de las mujeres a los cuidados también puede verse perjudicado por limitaciones a su circulación y una serie de intermediarios entre ellas y profesionales de salud apropiados. En la mayoría de los centros, las mujeres no gozan de libertad de movimiento para acudir por iniciativa propia a la unidad médica cuando sienten que necesitan hacerlo. Por el contrario, tienen acceso a los servicios de salud en dos maneras: mediante la presentación de una solicitud de consulta médica o dando a conocer su situación al personal de

⁸² Entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008. Como ya se señaló, las personas bajo custodia del ICE son retenidas mientras se resuelve su caso migratorio, lo cual es un asunto administrativo, no penal.

⁸³ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 11; Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 3.

seguridad en la unidad habitacional.⁸⁴ El personal de salud prioriza las solicitudes de consulta médica, mientras que las enfermeras llevan a cabo una evaluación inicial de las pacientes, les proporcionan un tratamiento que esté dentro de su competencia y las remiten a un asistente médico o un doctor cuando lo consideran necesario. Aunque una administradora de servicios de salud indicó que a una paciente que ha sido vista cierto número de veces se le remite automáticamente a un doctor,⁸⁵ algunas mujeres dijeron a Human Rights Watch que se les había dificultado el acceso a un médico.⁸⁶

Entre consultas médicas, el personal de seguridad asume la primera línea en conocer las preocupaciones de salud de las mujeres bajo su custodia. Esto puede ser problemático por dos razones. En primer lugar, se pone a personal sin capacitación médica avanzada en la posición de evaluar la necesidad de cuidados de una paciente, incluso en caso de emergencia. Las normas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos requieren que “las personas prisioneras que se quejen de problemas de salud agudos o de emergencia o los presenten deben ser remitidas inmediatamente al personal médico”.⁸⁷ Un administrador de servicios de salud reiteró que los agentes tienen la obligación de llamar al personal médico si se les notifica de una emergencia pues no están cualificados para tomar decisiones médicas.⁸⁸ Este enfoque se refleja en la instrucción de la nueva norma médica y la norma actualmente vinculante de que los empleados que no tengan la certeza de que se requiere atención de emergencia informen de inmediato a personal médico que pueda tomar la decisión.⁸⁹ Sin embargo, Rhonda U. relató a Human Rights Watch las dificultades que encontró al solicitarle al personal de seguridad acceso a cuidados en circunstancias urgentes:

⁸⁴ En un centro visitado por Human Rights Watch, el Centro de Detención de Willacy, se nos dijo que los teléfonos instalados en las unidades habitacionales permitían que las mujeres hablaran directamente con el personal médico. Entrevista de Human Rights Watch con la comandante Dawn Anderson-Gary, administradora de servicios de salud, DIHS, Centro de Detención de Willacy, Raymondville, Texas, 22 de abril de 2008. Sin embargo, Human Rights Watch no pudo entrevistar a ninguna mujer detenida en Willacy, por lo que no puede comentar sobre la eficacia de este mecanismo en la práctica.

⁸⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Tracey McKelton, administradora de servicios de salud, Grupo GEO, Centro Transitorio de Broward, Pompano Beach, Florida, 7 de abril de 2008.

⁸⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Elisa G., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Nana B., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Dominique L., Florida, abril de 2008.

⁸⁷ Asociación de Salud Pública de Estados Unidos (APHA), Grupo de Trabajo sobre Estándares de Salud en Entornos Correccionales, *Standards for Health Services in Correctional Institutions [Normas de servicios de salud en instituciones correccionales]*, 3a. edición (Washington, DC: APHA, 2003), p. 3, párr. 8.

⁸⁸ Entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

⁸⁹ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 17; Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 6.

Sólo una agente abogará para que las mujeres lleguen al personal médico; otras te dicen que presentes una solicitud. Cuando digo: “Estoy enferma; por favor, que me examine alguien que tenga conocimientos médicos”, la agente, Sra. [nombre], dice: ‘Afuera no recibirías un mejor trato’. Pero yo digo: ‘Ustedes tienen alternativas. Nosotras estamos contra la pared. [Aquí adentro] no puedes hacer algo por ti misma. No me hagan sentir tan pequeña. Como si yo sólo quisiera entrar por gusto a un centro médico. Por favor ayúdenme pues yo no puedo ayudarme a mí misma. Eso es todo lo que pido’”.⁹⁰

De hecho, determinar la existencia de una emergencia puede requerir una opinión médica y, según una mujer en un centro de Arizona, “para ellos no hay una emergencia a menos que estés sangrando”.⁹¹

En segundo lugar, testimonios proporcionados a Human Rights Watch indican que la relación del personal de seguridad con las personas bajo su custodia puede socavar seriamente el acceso a los cuidados de salud. En los casos más benignos, algunas mujeres dijeron que no se sentían cómodas al compartir información privada sobre su salud con personas con quienes interactuaban día tras día. En otros casos, las mujeres denunciaron malos tratos por parte del personal de seguridad cuando ellas solicitaron atención médica o se les transportó para recibir tratamiento. Esto incluía a guardias que confinaron a una mujer en respuesta a sus repetidas solicitudes de atención médica durante una prolongada batalla entre sus abogados y el ICE acerca de dicha atención, y en otro caso, descrito abajo, guardias que aseveraron poder hacerle lo que ellos quisieran a una mujer, que sabían había estado bajo observación para prevenir un suicidio, porque nadie le creería.⁹²

Itzya N. describió cómo el hecho de que los guardias estuvieran enterados de los problemas de salud mental que padecía les permitió atemorizarla a tal punto que ella quería irse del centro al cual fue trasladada para recibir una mejor atención médica:

Los guardias saben de los problemas médicos.... Aquí nada es secreto. En el pasado yo me deprimía mucho y pensaba en hacerlo, y aquí estás tú riéndote de mí mientras yo sólo intento seguir adelante. Ellos [los guardias]

⁹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Rhonda U., Arizona, mayo de 2008.

⁹¹ Entrevista de Human Rights Watch con Elisa G., Arizona, mayo de 2008.

⁹² Entrevista de Human Rights Watch con Rose V., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008.

hablan mal de las mujeres que estamos aquí. En lugar de cuidarte, te lastiman verbalmente. No quiero generalizar, pero esto sucede con más de uno. Sí recuerdo [una vez] y fue en [el centro de internamiento]. Éramos una mujer y cuatro hombres. Se referían a mí como la que había intentado suicidarse. Dijeron que podían hacerme lo que quisieran pues nadie iba a creerme porque yo había hecho algo estúpido. No quiero recordar las palabras exactas que usaron. Sólo sé que esa noche le dije al doctor que no quería estar ahí ni un minuto más. Todo lo que recuerdo es que esa noche no pude dormir por temor a lo que pudiera ocurrirme. Si cierro los ojos, puedo ver sus rostros. La primera vez que sucedió, bajé la cabeza. Pero ahora cada vez que los veo levanto la cabeza porque los miro y sé lo que hicieron.⁹³

Distorsiones en la relación entre médico y paciente

El énfasis del sistema de salud de la detención inmigratoria en el manejo de crisis puso en peligro la relación entre médico y paciente en múltiples formas para las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch. Aunque algunas hablaron favorablemente del personal médico, otras sentían que éste no tomaba en serio sus quejas o carecía de un interés genuino por ayudarlas. Además, las deficiencias en la traducción de idiomas impidieron que algunas mujeres participaran plenamente en su propio cuidado y recibimos cuatro reportes acerca de proveedores de servicios de salud que insistieron en medicar a la paciente en contra de sus deseos expresos.

Estrecha visión de los proveedores respecto a los cuidados

Aunque podría ser difícil evitar variaciones en la aptitud y diligencia de proveedores individuales, el Gobierno es responsable del grado al cual el énfasis del sistema de detención en cuidados temporales y orientados por la deportación a nivel de las políticas ha influenciado la actitud de sus proveedores de cuidados. La primera regla de los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura, adoptados por la Asamblea General de la ONU en 1982, estipula que “El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.⁹⁴

⁹³ Entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008.

⁹⁴ Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros actos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la

Sin embargo, algunas declaraciones por personal de salud a Human Rights Watch reflejaban la visión más estrecha del Paquete de Servicios Cubiertos respecto a los cuidados. Un proveedor de servicios articuló la misión de la unidad médica como “preservar la salud y mantener [a las personas detenidas] en condiciones aptas para deportación”.⁹⁵ Este punto de vista es consistente no sólo con la intención manifiesta del Paquete de Servicios Cubiertos, sino también con su requisito de que ciertos servicios básicos, como pruebas de Papanicolaou y exámenes dentales anuales, se proporcionen únicamente a personas “sin indicaciones de expulsión inminente”.⁹⁶ Otro proveedor de servicios de salud comentó que “la mayoría de la gente se encuentra aquí de manera voluntaria pues está luchando contra su caso de deportación”, al explicar las limitaciones en los servicios disponibles.⁹⁷ Esta aseveración es cierta sólo en el sentido técnico más elemental, ya que las personas se enfrentan a la alternativa de sobrellevar la detención o renunciar a su solicitud de estatus legal en Estados Unidos, lo que probablemente tenga para ellas un enorme costo personal y un gran riesgo individual en el caso de quienes están huyendo de persecución.

Las mujeres elogiaron de manera efusiva a ciertos proveedores médicos y expresaron fuertes críticas respecto a otros. Mercedes O. dijo a Human Rights Watch cuán conmovida se sintió cuando una proveedora se interesó personalmente en su situación: “Esa doctora era una buena persona y me ayudó: soy cristiana y ella rezó conmigo y dijo que haría todo lo que pudiera para ayudarme a salir [del centro de detención]”.⁹⁸ Otras, sin embargo, sentían que los proveedores eran indiferentes a sus preocupaciones, no las tomaban en serio o veían sus solicitudes como una molestia.⁹⁹ Una administradora de servicios de salud que habló con Human Rights Watch dio pocos motivos para dudar de estos informes. Al referirse a la ansiedad entre las mujeres detenidas, dijo: “Ustedes saben cómo somos las mujeres; sólo queremos irnos a casa, lucir bonitas” y más tarde comentó, “Yo no paso mucho tiempo allá abajo con [las mujeres bajo custodia] porque son difíciles”.¹⁰⁰

Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/194 del 18 de diciembre de 1982, <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/37/194> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Principio 1.

⁹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

⁹⁶ Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 4, 26.

⁹⁷ Entrevista de Human Rights Watch con la teniente comandante Melissa George, administradora de servicios de salud, Centro de Detención de Eloy, Eloy, Arizona, 30 de abril de 2008.

⁹⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Mercedes O., Arizona, mayo de 2008.

⁹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Raquel B., Nueva Jersey, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Lucía C., Nueva Jersey, mayo de 2008.

¹⁰⁰ Entrevista de Human Rights Watch con una administradora de servicios de salud (nombre y ubicación suprimidos), mayo de 2008.

Algunas mujeres relataron haber enfrentado falta de compasión en momentos de vulnerabilidad intensa. Alicia Y. tuvo que ser hospitalizada debido a cálculos renales y una infección pancreática aguda que le provocaba desmayos. Recuerda que en el hospital una enfermera la lastimó con una aguja, la dejó sangrando y permitió que la sangre empapara sus sábanas durante toda la noche. Alicia escuchó a una enfermera, que creía que ella no entendía inglés, comentarle a una colega: “Ella no tiene opciones. No es más que una detenida”.¹⁰¹ Beatriz R., cuya salud física y mental se había deteriorado sustancialmente durante su detención, recordó: “Mientras yo le contaba a la enfermera cómo me sentía, ella me interrumpió diciendo: ‘No puedes estar hablando de tus problemas, sólo estás aquí para un examen’”.¹⁰² Levantando la mirada con las manos sobre su regazo cuando relató este incidente, Beatriz R. parecía tanto herida como confundida. “Nos tratan como si no tuviéramos una vida afuera de ahí, como si no tuviéramos una familia, como si no existiéramos en el mundo”.¹⁰³

Confidencialidad y privacidad

Las violaciones a la confidencialidad en el manejo de información médica y las invasiones a la privacidad en la sala de examen preocupaban a varias mujeres que hablaron con Human Rights Watch y ocasionaron que al menos una mujer no quisiera buscar cuidados. Según la norma médica actualmente vinculante del ICE, se espera que los proveedores de cuidados de salud protejan tanto como sea posible la confidencialidad de la información médica “a la vez de permitir el intercambio de información sobre salud requerido para cumplir las responsabilidades del programa y procurar el bienestar de las personas detenidas”.¹⁰⁴ La nueva norma médica del ICE asevera que la privacidad de la información médica será protegida de conformidad con “las directrices establecidas y las leyes aplicables”.¹⁰⁵ Tres mujeres informaron que los guardias—algunos hombres y algunas mujeres—suelen tener conocimiento de las cuestiones de salud de las detenidas. Por su parte, dos administradoras de servicios de salud explicaron que aunque sí trataban de limitar el acceso del personal de seguridad a información médica individual, los guardias también están sujetos a las leyes sobre privacidad médica. Aun así, Maya Z. reiteró: “Hablan sobre otros pacientes. Toda la gente siempre sabe por qué fuiste al doctor”.¹⁰⁶ Las mujeres pueden

¹⁰¹ Entrevista de Human Rights Watch con Alicia Y., Texas, abril de 2008.

¹⁰² Entrevista de Human Rights Watch con Beatriz R., Arizona, abril de 2008.

¹⁰³ *Ibíd.*

¹⁰⁴ Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 9.

¹⁰⁵ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 20.

¹⁰⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Maya Z., Florida, abril de 2008.

descubrir que su información médica confidencial también ha sido expuesta a otras detenidas, incluso en la comunicación de los resultados de pruebas de embarazo, lo que no siempre se hace individualmente.

Según la nueva norma médica del ICE, las unidades médicas de los centros de detención deben contar con espacio suficiente de modo que se pueda ver a las pacientes en privado, a la vez de asegurar la seguridad.¹⁰⁷ Sin embargo, en visitas a proveedores externos, las medidas de seguridad varían entre los centros y según la clasificación de seguridad de la mujer detenida. En algunos casos, esas medidas pueden incluir que un guardia permanezca en la sala de examen. Esta práctica, tal como es implementada en casos descritos a Human Rights Watch, es incompatible con las normas emitidas por la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria, las cuales estipulan que todas las visitas clínicas deben llevarse a cabo en privado “sin ser observadas o escuchadas”.¹⁰⁸ La Comisión reconoce excepciones para la presencia del personal de seguridad sólo cuando un paciente represente un riesgo probable de seguridad para un proveedor de cuidados de salud u otras personas. En los casos descritos a Human Rights Watch, las mujeres cuyos cuidados fueron observados carecían de antecedentes de conducta violenta.

Una mujer admitió que tenía múltiples problemas que no había dado a conocer después de enterarse de que a otra detenida se le había realizado una prueba de Papanicolaou en presencia de una guardia. “Los doctores afuera me trataron bien, pero para mí fue incómodo porque la guardia tiene que estar en la habitación. Si debo mostrar dónde siento dolor, también la guardia tiene que verlo. El OC [oficial de correcciones] estaba allí cuando le hicieron la prueba de Papanicolaou a [otra mujer bajo custodia]. No les he dicho [que ya me toca hacerme una prueba de Papanicolaou] porque no quiero pasar por lo que ella pasó... Tengo implantes de senos y no les hablé de esto. Se suponía que a finales del año pasado me los tenían que revisar. No les he dicho sobre los implantes de senos porque no quiero que las agentes me vean desnuda”.¹⁰⁹

Lenguaje y consentimiento

Las normas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos estipulan: “Es responsabilidad de la institución mantener comunicación con las personas prisioneras; por lo tanto, debe haber personal disponible para comunicarse con personas prisioneras que

¹⁰⁷ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 9.

¹⁰⁸ NCCHC, *Normas de Servicios de Salud en Cárceles 2008*, Std. J-A-09, p. 15-16.

¹⁰⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Beatriz R., Arizona, abril de 2008.

tienen barreras lingüísticas”.¹¹⁰ En cada centro visitado por Human Rights Watch se insistió en que las diferencias de idioma no impedían el acceso a los cuidados, generalmente porque el personal hablaba múltiples idiomas y se podía obtener interpretación vía telefónica para idiomas menos comunes. Sin embargo, las inconsistencias en el uso de los servicios de interpretación obstaculizaron los cuidados para varias mujeres entrevistadas por Human Rights Watch. Meron A. dijo que informó a los proveedores de salud del centro que su inglés “no era bueno”, pero descartaron su preocupación diciendo que la comprendían y no consideraron que ella en realidad no les entendió.¹¹¹ El historial médico de Nana B., cuya entrevista con Human Rights Watch requirió de interpretación al francés, indicó que en repetidas ocasiones el personal del centro llevó a cabo sus visitas médicas en inglés, quizás contribuyendo al hecho de que en la fecha de nacimiento de su historial había una diferencia de 18 años.¹¹² Suana Michel Q., hospitalizada mientras estaba bajo custodia del ICE, dijo que se le había pedido firmar formularios de consentimiento para su tratamiento sin tener la oportunidad de consultar con un traductor.¹¹³

El consentimiento informado surgió como un problema en diferentes ocasiones.¹¹⁴ Tanto la nueva norma médica como la norma médica actualmente vinculante del ICE estipulan que, “como regla, no se administrará tratamiento médico contra su voluntad a una persona detenida”.¹¹⁵ Aun así, algunas mujeres dijeron que no tuvieron la opción de rechazar medicinas cuando el personal llegó a distribuir píldoras. Itzya N. recordó: “Empecé a poner las pastillas bajo mi lengua ... porque no quería ingerirlas. Pero algunas enfermeras buscan debajo de tu lengua”.¹¹⁶ Serafina D. dijo que en el centro no le permitieron dejar de tomar medicamentos contra convulsiones, incluso después de que las pruebas confirmaron que sus dolencias no se relacionaban con convulsiones: “Simplemente me los siguieron dando.... Dijeron que, como yo estaba bajo sus reglas, si no quería tomarlos de todos

¹¹⁰ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 27, párr. 27.

¹¹¹ Entrevista de Human Rights Watch con Meron A., Texas, abril de 2008.

¹¹² Entrevista de Human Rights Watch con Nana B., Arizona, mayo de 2008; historiales médicos del centro de detención para Nana B., en archivo de Human Rights Watch.

¹¹³ Entrevista de Human Rights Watch con Suana Michel Q., Nueva York, julio de 2008.

¹¹⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Isabel F., Florida, abril de 2008.

¹¹⁵ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 19; Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 8.

¹¹⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008.

modos debía hacerlo.... La medicina me hacía sentir cansada y soñolienta. Mi cuerpo se sentía muy pesado y también mis ojos. Me sentía drogada”.¹¹⁷

Uso dañino e innecesario de restricciones y registros sin ropa

Las normas de detención del ICE imponen pocos límites definitivos sobre las medidas disponibles al personal de seguridad para controlar a las personas bajo su custodia, lo que tiene como resultado que la seguridad y dignidad de las mujeres estén sujetas a las inclinaciones de los encargados de supervisarlas. Las entrevistadas por Human Rights Watch dijeron que esto socavaba su salud física y psicológica.

El hecho de no prohibir categóricamente el encadenamiento de mujeres embarazadas en la custodia del ICE ha recibido críticas considerables, ya que es una práctica repudiada por profesionales de la salud y órganos internacionales.¹¹⁸ Según la política del ICE, el personal de seguridad puede restringir a mujeres embarazadas con la consulta de un proveedor médico.¹¹⁹ Funcionarios del Colegio de Obstetricia y Ginecología de Estados Unidos han manifestado su desacuerdo con la práctica de engrilletar a mujeres embarazadas, declarando que “las restricciones físicas han interferido con la capacidad de los médicos para practicar la medicina de manera segura al reducir su habilidad de determinar y evaluar la condición física de la madre y del feto ... de esta manera poniendo en riesgo, por lo general, las vidas de mujeres y no natos”.¹²⁰ En julio de 2008, una coalición de más de cien grupos por los derechos de mujeres e inmigrantes escribieron al ICE para solicitar que la política de la agencia fuera modificada a modo de prohibir la restricción rutinaria de mujeres embarazadas durante sus citas médicas, su transporte a éstas, el trabajo de parto, el parto y puerperio.¹²¹ El ICE rehusó hacer modificación alguna a la política actual, respondiendo que

¹¹⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

¹¹⁸ Ver Comité de Derechos Humanos, “Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del Artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Estados Unidos de América”, CCPR/C/USA/CO/3/Rev.1, 18 de diciembre de 2006, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0ac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/\\$FILE/Go645964.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0ac7e03e4fe8f2bdc125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/$FILE/Go645964.pdf) (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 33.

¹¹⁹ Norma de Detención del INS, “Uso de fuerza”, 20 de septiembre de 2000, <http://www.ice.gov/doclib/pi/dro/opsmanual/useoffor.pdf> (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009), p. 8-9; Norma de Detención No. 18 del ICE/DRO, “Uso de fuerza y restricciones”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBND5/pdf/use_of_force_and_restraints.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009), p. 6.

¹²⁰ Carta del Dr. Ralph Hale, vicepresidente ejecutivo, Colegio de Obstetricia y Ginecología de Estados Unidos (ACOG), a Malika Saada Saar, directora ejecutiva, Proyecto Rebecca para los Derechos Humanos, 12 de junio de 2007 (citando testimonio de ACOG Distrito X en apoyo a una prohibición legislativa del uso de grilletes en California).

¹²¹ Carta de Malika Saada Saar, directora ejecutiva, Proyecto Rebecca para los Derechos Humanos [en nombre de 111 organizaciones], a Julie L. Myers, subsecretaria de seguridad nacional, ICE, 17 de julio de 2008.

ésta “equilibra apropiadamente la seguridad del público, las personas detenidas y el personal del ICE”.¹²²

Mujeres que estuvieron embarazadas mientras se encontraban bajo custodia del ICE dijeron a Human Rights Watch que no se les había engrilletado durante los exámenes médicos, pero que el uso de restricciones era típico en el transporte entre centros de detención, como también hacia y desde proveedores médicos externos.¹²³ Las normas de detención del ICE, tanto la nueva como la actualmente vinculante, sobre transporte por tierra indican que, como regla general, las mujeres no deben ser restringidas, pero al referirse al encadenamiento de mujeres embarazadas el ICE ha declarado que “[su] política es clara respecto a que toda persona que haya mostrado conducta violenta, actividad criminal o una fuerte probabilidad de escapar será restringida durante el tránsito”.¹²⁴ Giselle M., quien fue engrilletada cuando se le transportaba desde un centro de detención hacia otro, cuestionó la necesidad de poner su embarazo en riesgo: “¿Y si me hubiera caído? ¿Cuán rápido va a correr una joven embarazada?”¹²⁵ Al recordar su experiencia con los grilletes, Katherine I. dijo: “Cuando fuimos a la clínica en [nombre de la ciudad], estábamos en una furgoneta sin poder aferrarnos a nada. Había una banca a todo alrededor y no podía sentarme de modo que no fuera a caerme; estaba embarazada y ella conducía demasiado rápido. Le dije al guardia de seguridad que nos llevó y respondió que no podía hacer nada al respecto”.¹²⁶

Mujeres que fueron engrilletadas en el proceso de solicitar atención médica, ya fuera que estuvieran embarazadas o procurando cuidados para otras preocupaciones, reportaron que las restricciones les afectaron psicológicamente y eran un desincentivo para buscar cuidados. Itzya N. dijo: “Usan grilletes sólo durante el transporte, pero eso es un trauma que dura tres días. Es que además de estar encadenada te tratan como a un animal. Es más una cuestión de la forma en que te tratan y cómo te gritan; es como estar enjaulada”.¹²⁷

¹²² Carta de Susan M. Cullen, directora de políticas, ICE, a Malika Saada Saar, directora ejecutiva, Proyecto Rebecca para los Derechos Humanos, 10 de septiembre de 2008.

¹²³ Aunque la mayoría de funcionarios y proveedores dijo a Human Rights Watch que las mujeres casi siempre son puestas en libertad condicional o deportadas antes de que su embarazo llegue a término, dos recordaban a mujeres que dieron a luz bajo custodia.

¹²⁴ Norma de Detención del INS, “Transporte (transporte terrestre)”, 20 de septiembre de 2000, <http://www.ice.gov/doclib/pi/dro/opsmanual/transp.pdf> (acceso al sitio: 20 de enero de 2009) p. 14; Norma de Detención No. 3 del ICE/DRO, “Transporte (por tierra)”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBND/ pdf/trans portation_by_land.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009), p. 12; carta de Susan M. Cullen, 10 de septiembre de 2008.

¹²⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Giselle M., Arizona, mayo de 2008.

¹²⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Katherine I., Texas, abril de 2008.

¹²⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008.

Human Rights Watch habló con mujeres detenidas en centros que también retenían a poblaciones criminales sujetas a los procedimientos normales de registro sin ropa de los centros. Los registros, impuestos sin una causa aparente, constituían afrentas que debilitaban su dignidad. Nora S. sacudió la cabeza y cerró los ojos al recordar su experiencia, “Cuando llegamos las mujeres de California, nos pidieron que nos desnudáramos y camináramos en círculos frente a las guardias... Yo no presenté una solicitud por dos semanas enteras. Todo lo que hacía era llorar. Estaba anonadada”.¹²⁸ A Jameela E. se le exigió desnudarse en cada una de las cuatro cárceles municipales a las que fue transferida en Virginia. Dijo que se sintió devastada por la inmodestia de no poder usar su *hiyab* (velo) y, más aún, debido al requisito de desvestirse en múltiples ocasiones para ser inspeccionada.¹²⁹

Discontinuidad de los cuidados

Mujeres y proveedores de cuidados de salud identificaron por igual la falta de continuidad de la atención como uno de los mayores obstáculos en el sistema médico de la detención.¹³⁰ En vista de la cantidad de transferencias entre los centros y del corto tiempo que algunas personas permanecen en el sistema de detención, las interrupciones en la atención son una parte esperada de este sistema tal como es operado actualmente. Las entrevistas de Human Rights Watch indican que la DIHS no está adoptando suficientes medidas para remediar esta realidad.

Historiales

Tener disponible un historial médico completo y transferirlo con la paciente puede ayudar considerablemente a cerrar las brechas en los cuidados entre un centro en la comunidad y uno en el sistema de detención, como también entre diferentes centros dentro de este sistema. Aun así, el intercambio de historiales completos no se registra como una prioridad en la política del ICE. Si bien las normas de detención del ICE no lo exigen, algunos proveedores de servicios de salud que hablaron con Human Rights Watch dijeron que trataban de obtener de un proveedor comunitario los historiales médicos previos de una

¹²⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Nora S., Arizona, mayo de 2008.

¹²⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008.

¹³⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Martha Burke, comadrona, Su Clínica Familiar, Harlingen, Texas, 25 de abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con el Dr. F. Javier del Castillo, Brownsville, Texas, 25 de abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

paciente cuando era necesario y factible.¹³¹ Sin embargo, varias mujeres reportaron que debieron recurrir a obtener esos historiales por su propia cuenta a fin de fundamentar sus necesidades de cuidados de salud.¹³² Al no recibir ayuda alguna del centro para conseguir su historial, Lily F. trató en repetidas ocasiones de comunicarse con el médico en California que originalmente le había colocado los implantes de senos, los cuales habían sufrido ruptura mientras ella se encontraba en prisión y estaban desinflados en su pecho cuando llegó a la custodia del ICE. Lily F. se enteró de que el médico había mudado su consultorio e intentó localizarlo, pero no tenía dinero para llamadas telefónicas ni podía escribir cartas porque era analfabeta. A fin de obtener más dinero para las llamadas, trabajó en el centro de detención por el salario nominal (uno o dos dólares) que el centro proporcionaba: “Trabajé durante cinco meses y medio pero tuve que renunciar porque no me sentía bien”.¹³³

Las personas transferidas desde un centro de detención del ICE hacia otro pueden encontrar las mismas dificultades y experimentar interrupciones en sus cuidados, aunque permanezcan bajo la custodia y el cuidado de la misma autoridad. Las normas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos estipulan que un historial médico completo debe acompañar a una persona que es transferida dentro del mismo sistema correccional y se debería usar un resumen sólo para transferencias a otros sistemas.¹³⁴ Según la política del ICE, se utiliza un resumen siempre que el ICE transfiere a una persona a un centro donde la DIHS no brinda cuidados directamente.¹³⁵ El nuevo centro que no es operado por la DIHS no recibe de rutina el historial médico completo. Esto es problemático porque, a diferencia de las transferencias entre sistemas correccionales, los traslados entre centros de la DIHS y otros no operados por ésta ocurren con frecuencia dentro del sistema del ICE. El ICE trasladó

¹³¹ Entrevista de Human Rights Watch con la capitana Marian Moe, administradora de servicios de salud, DIHS, Centro de Internamiento de Port Isabel, 23 de abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Carol R. Bobay, administradora de servicios de salud, Servicios de Salud Correccionales de Armor / Cárcel del Condado de Glades, Moore Haven, Florida, 10 de abril de 2008.

¹³² Entrevista de Human Rights Watch con Lily F., Arizona, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Lucía C., Nueva Jersey, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril de 2008.

¹³³ Entrevista de Human Rights Watch con Lily F., Arizona, abril de 2008.

¹³⁴ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 40, párr. 2, 3.

¹³⁵ Norma de detención del ICE, “Transferencia de personas detenidas”, 16 de junio de 2004, p. 6-7. La nueva norma médica del ICE obliga al proveedor médico a asegurar que todos los historiales médicos pertinentes acompañen a una persona que es transferida o liberada. Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 19. Sin embargo, la nueva norma del ICE relativa a transferencias distingue los traslados a centros no operados por la DIHS (cárceles estatales y municipales y algunos centros de detención por contrato) de aquéllos hacia centros dentro del sistema de la DIHS, afirmando que un resumen del historial médico acompañará a una persona que sea trasladada a un centro no operado por la DIHS, mientras que un resumen del historial médico y “los historiales de salud oficiales” acompañarán a una persona que sea trasladada dentro del sistema de la DIHS. Norma de detención del ICE/DRO, “Transferencia de personas detenidas”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBNS/pdf/transfer_of_detainees.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2009), p. 7-8.

a Antoinette L., quien tenía antecedentes médicos complicados, desde un centro hasta otro ubicado apenas al lado contrario de la calle y aun así proporcionó sólo una hoja incompleta de transferencia que no incluía su lista de medicamentos, una omisión que podría exacerbar todavía más las dificultades que pueden surgir debido a que los centros de la DIHS y otros no operados por la DIHS mantienen formularios diferentes.¹³⁶

En el caso de Jameela E., a quien el ICE trasladó entre cuatro cárceles municipales en Virginia, el impacto de la política sobre transferencia de historiales fue palpable. “Tenía dolor en más de la mitad de mi cuerpo”, dijo al describir lo que era vivir con un quiste ovárico sin los analgésicos que le habían prescrito antes de ser detenida.¹³⁷ En el primer centro de detención, las autoridades de salud la remitieron a un especialista en un hospital local, donde se determinó que el quiste debía ser extirpado. Antes de la cita programada para la cirugía dos semanas después, el ICE la transfirió a otra cárcel. No habiendo recibido historial alguno del primer centro, el proveedor de salud le preguntó: “¿Cuenta usted con alguna prueba de que tiene un quiste?” Jameela E. tenía, entre sus pertenencias, historiales previos a su detención: “Le dije que estaba entre mis cosas pero que no me permitían tenerla.... Finalmente la obtuve”.¹³⁸ Sin embargo, en la cárcel seguían diciendo que debían esperar a que llegara el historial desde el primer centro, y poco tiempo después el ICE transfirió de nuevo a Jameela E. Ella no obtuvo la cirugía para el quiste mientras estuvo bajo custodia del ICE.

La nueva norma médica y la norma médica actualmente vinculante del ICE no contienen disposiciones para que las personas obtengan automáticamente su historial médico completo al momento de ser puestas en libertad, pero tienen derecho a solicitarlo al centro de detención.¹³⁹ Aun así, mujeres detenidas y sus abogados informan de problemas para acceder a los historiales médicos, ya que las solicitudes no son respondidas o consiguen sólo documentos parciales. Serafina D. reportó que los especialistas externos a quienes acudió se negaron a darle su historial pues dijeron que las pruebas habían sido ordenadas por el ICE.¹⁴⁰ A pesar de las disposiciones de la ley federal y las normas de detención cuyo

¹³⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Antoinette L., Arizona, mayo de 2008.

¹³⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008.

¹³⁸ *Ibíd.*

¹³⁹ Como se señaló en la nota 135, la nueva norma médica del ICE exige al proveedor médico asegurar que todos los historiales médicos pertinentes acompañen a una persona que es transferida o liberada. Sin embargo, la norma también indica que estos historiales sólo tienen que incluir un resumen del historial médico cuando la persona sea trasladada a un centro no operado por la DIHS, incluso cuando la persona esté “siendo transferida a la custodia del ICE o fuera de ésta”. Norma de detención del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 19-21.

¹⁴⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

propósito es asegurar el acceso de las personas a sus historiales, abogados reportan que los centros con frecuencia imponen requisitos obstructores.¹⁴¹ Kelleen Corrigan, del Centro para la Defensa de Inmigrantes en Florida, dijo a Human Rights Watch que un centro de detención con el cual ella se comunica regularmente acepta solicitudes de historiales provenientes sólo de abogados, lo que de hecho prohíbe a personas sin representación legal el acceso a su propia información médica.¹⁴²

Planificación de remisiones y liberación

La División de Servicios de Salud para Inmigrantes se enorgullece de su programa sobre tuberculosis, que incluye no sólo detección y tratamiento en los centros de detención sino también remisiones para el tratamiento continuo tras la detención, incluso en aquellos casos en que la persona está siendo deportada. Administradores de servicios de salud dijeron a Human Rights Watch que proporcionan a las personas un suministro de medicamentos y una remisión a la clínica más cercana disponible para que reciban atención de seguimiento. Aunque este nivel de continuidad de los cuidados puede no ser viable para todos los problemas de salud, el éxito con la tuberculosis ha demostrado que es posible brindar consejos y asistencia médica útiles a personas que salen de la detención. De hecho, las normas emitidas por la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos estipulan que “los proveedores de cuidados de salud en entornos correccionales deben trabajar con agencias gubernamentales y no gubernamentales proveedoras de cuidados de salud para desarrollar criterios y programas de remisión a fin de asegurar la continuidad de los cuidados de personas liberadas que tienen necesidades significativas de atención médica, incluyendo medicamentos y cuidados de apoyo”.¹⁴³

El asunto de la continuidad de los cuidados surgió con mayor frecuencia en nuestra investigación en relación con el embarazo, en parte porque es probable que las mujeres salgan de la detención a través de libertad condicional u otro mecanismo cuando su embarazo ya está avanzado. Dos oficiales con quienes Human Rights Watch conversó describieron su compromiso de identificar programas de calidad en la comunidad a fin de brindar alternativas a la detención para mujeres embarazadas: “El hecho de que ella ya no

¹⁴¹ Los derechos de una persona en lo concerniente al acceso a información sobre su salud son reconocidos en múltiples instrumentos estatutarios y regulatorios. Ley de Libertad de Información (FOIA), 5 U.S.C.A. § 552 (West 2008); Ley de Privacidad, 5 U.S.C. § 552a (West 2008); Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996, Pub. L. No. 104-191, 110 Stat. 1936 (codificada como enmendada en secciones dispersas de 29 U.S.C. y 42 U.S.C.); Norma de detención del ICE/DRO, “Atención médica”, 12 de septiembre de 2008, p. 20-21; Norma de Detención del INS, “Atención médica”, 20 de septiembre de 2000, p. 9.

¹⁴² Entrevista telefónica de Human Rights Watch con Kelleen Corrigan, 5 de agosto de 2008.

¹⁴³ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 40, párr. 5.

se encuentre detenida no significa que esté fuera de nuestra responsabilidad”.¹⁴⁴ Sin embargo, en otro centro de detención Human Rights Watch preguntó si éste ayudaría a mujeres embarazadas que pronto serían liberadas a identificar proveedores apropiados de cuidados de salud en la comunidad y la respuesta fue que las propias mujeres tendrían que decidir respecto a esos arreglos.¹⁴⁵

Falta de remedios eficaces

Presenté una queja hace mucho tiempo y no recibí respuesta alguna, así que ya no me molesté en quejarme. Las agentes me dijeron que presentara una queja porque me sentía mal. Esto fue alrededor de septiembre de 2007. No recibí una respuesta sino hasta este enero [2008]. Dijeron que mi queja se había traspapelado en una pila de documentos y que acababan de encontrarla. Yo no lo creo. Presenté una queja contra el tratamiento médico y me preguntaron: “¿Se siente mejor ahora?” Les dije: “Ustedes se tardaron tanto en responder que yo podría estar muerta hoy”.

—Mary T., Texas, abril de 2008

En el pasado año, el ICE ha instituido varias nuevas medidas de supervisión para evaluar el cumplimiento de las normas de detención por parte de los centros; sin embargo, pocas de éstas incluyen mecanismos eficaces que permitan obtener comentarios de personas detenidas o brindarles reparación. El mecanismo principal para que las personas bajo custodia registren quejas sobre la atención que reciben siguen siendo los sistemas para quejas de los centros locales, que hasta la fecha han tenido una influencia limitada en los programas de supervisión del ICE.

Entidades que establecen normas, tales como la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria, aseveran que debe estar disponible un proceso de quejas para abordar las relacionadas con los servicios de salud.¹⁴⁶ Las normas de detención actualmente vinculantes del ICE exigen que los centros de detención instituyan un sistema para quejas por medio del cual las personas detenidas puedan presentar quejas que sean examinadas y

¹⁴⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Jay Sparks, oficial a cargo, ICE, Complejo de Detención del Sur de Texas, Pearsall, Texas, 21 de abril de 2008.

¹⁴⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Diana Pérez, oficial a cargo, ICE, Centro de Detención de Willacy, Raymondville, Texas, 22 de abril de 2008.

¹⁴⁶ NCCHC, *Normas de Servicios de Salud en Cárceles 2008*, Std. J-A-11, p. 18.

puedan ser apeladas pasando por la cadena de mando hasta el oficial a cargo del centro.¹⁴⁷ Además, los centros deben publicitar el número de la línea telefónica gratuita de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG), con la cual las personas pueden pasar por alto el proceso de quejas del centro y denunciar violaciones de sus derechos civiles directamente ante las autoridades a nivel nacional.¹⁴⁸ La nueva norma del ICE sobre quejas, que será vinculante para los centros de detención en 2010, incluye un proceso separado para atender quejas médicas en el cual se debe notificar al ICE sobre apelaciones de estas quejas.¹⁴⁹ Asimismo, el ICE informó a Human Rights Watch que ha empezado a inspeccionar la correspondencia a sus oficinas de campo para identificar comunicaciones que den a conocer asuntos médicos urgentes.¹⁵⁰

Estos cambios en las políticas son signos positivos, pero su implementación será esencial para que haya un progreso real. En entrevistas sobre el funcionamiento del actual sistema de quejas, las mujeres dijeron a Human Rights Watch que era al nivel de implementación en el centro donde el proceso a menudo les fallaba. Las mujeres entrevistadas para este informe raras veces indicaron que los mecanismos disponibles para quejas fueran herramientas eficaces a fin de obtener reparación. Aunque la información sobre el sistema de quejas debería proporcionarse como parte de la orientación de una persona a su llegada al centro de detención, algunas mujeres nunca se enteraron de la existencia de ese sistema o no estaban seguras de la disponibilidad del sistema de quejas para asuntos médicos.¹⁵¹ “Cuando el doctor dice no, es no. No sé nada sobre quejas”,¹⁵² dijo Teresa W. Otras mujeres aseveraron que utilizar el sistema para quejas conllevaba el riesgo de represalias. “Cuando llegas a ser activista, te conviertes en un blanco. Según ellos, yo estoy amenazando su trabajo”,¹⁵³ afirmó Nadine I. Serafina D., quien dijo que no vacilaba en abogar por sí misma u otras, admitió: “Una vez iba a presentar una queja [sobre un asunto no médico], pero luego

¹⁴⁷ Norma de Detención del INS, “Procedimientos para quejas de personas detenidas”, 20 de septiembre de 2000, <http://www.ice.gov/doclib/pi/dro/opsmanual/griev.pdf> (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009).

¹⁴⁸ Cabe señalar que la Oficina de Responsabilidad Gubernamental reportó haber hallado serios problemas al intentar comunicarse con la línea telefónica de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) del DHS durante su estudio de las normas sobre acceso telefónico y otras normas de detención en múltiples centros de detención en 2007. GAO, “Normas de detención de personas extranjeras”, p. 11.

¹⁴⁹ Norma de Detención No. 35 del ICE/DRO, “Sistema de quejas”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBND/opsmanual/grievance_system.pdf (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009), p. 6.

¹⁵⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008.

¹⁵¹ Entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Rosario H., Virginia, junio de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Teresa W., Florida, abril de 2008.

¹⁵² Entrevista de Human Rights Watch con Teresa W., Florida, abril de 2008.

¹⁵³ Entrevista de Human Rights Watch con Nadine I., Florida, abril de 2008.

me dijeron que si lo hacía me harían algo, así que nunca la presenté”.¹⁵⁴ En algunos centros, los procedimientos para presentación de quejas incrementaban esos temores. En una cárcel municipal, a fin de presentar una queja las mujeres tenían que pedir el formulario a las guardias y devolvérselo directamente a ellas después de llenarlo.¹⁵⁵ Incluso la opción de llamar a la línea telefónica de ayuda de la OIG no era percibida por las mujeres como libre de riesgos, pues temían que sus llamadas fueran supervisadas y su anonimato se viera comprometido.

Para muchas de las mujeres que hablaron con Human Rights Watch, detrás de la decisión de optar por prescindir del sistema de quejas o desistir de una queja había agotamiento y resignación, no temor. Luego de haber intentado sin éxito acceder al sistema en otras formas—presentando solicitudes de atención médica, pidiendo ayuda a las guardias o mencionando sus preocupaciones a agentes de deportación—las mujeres veían con desaliento la idea de obtener satisfacción a través de otro proceso burocrático más.

Las mujeres que sí utilizaron el proceso de quejas u otro mecanismo para quejas reportaron diversos resultados. Una dijo que había convencido al centro de que adquiriera nuevas cortinas de baño para la unidad de mujeres,¹⁵⁶ mientras que otra observó un cambio positivo en la actitud de una enfermera después de que presentó una queja sobre la conducta de ésta hacia las pacientes.¹⁵⁷ Pocos resultados apreciables resultaron de las quejas sobre regímenes de tratamiento o la disponibilidad de servicios médicos particulares. Una mujer intentó llamar al Departamento de Salud de Texas porque un aviso colocado en el centro indicaba que el Departamento aceptaba quejas, pero no logró comunicarse por teléfono.¹⁵⁸ Más éxito, pero inconsistente y demorado, tuvieron las mujeres que contaban con la ayuda de abogados y familiares, quienes presentaron cartas de apoyo e hicieron llamadas telefónicas de seguimiento. Aun con el respaldo de un equipo de abogados dedicados y familiares colaboradores, Rose V. fue intimidada al proseguir con sus quejas sobre la atención médica. Luego de que los esfuerzos de defensa en su nombre se convirtieron en una campaña abierta, Rose V. dijo haber recibido la visita de un oficial de alto nivel del personal médico, quien le advirtió: “Voy a decirle ahora mismo que, si sus

¹⁵⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

¹⁵⁵ El centro cuyo proceso de quejas se describe es el Centro de Detención del Condado de Monroe, Key West, Florida.

¹⁵⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Antoinette L., Arizona, mayo de 2008.

¹⁵⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Rose V., Arizona, mayo de 2008.

¹⁵⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

abogados no se detienen, esto dañará su caso. Hará enfurecer al juez; enojará al ICE...
Llame a su abogado".¹⁵⁹

¹⁵⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Rose V., Arizona, mayo de 2008.

V. Hallazgos: Preocupaciones específicas sobre la salud de las mujeres

Human Rights Watch entrevistó a mujeres sobre su capacidad de acceder a atención médica para toda la gama de sus preocupaciones de salud durante la detención. A fin de evaluar la preparación del sistema para atender las necesidades particulares de las mujeres, en la política y la práctica, las entrevistas incluyeron conversaciones a profundidad sobre asuntos específicos de la salud femenina. Este capítulo presenta nuestros hallazgos acerca de esas cuestiones, así como los relacionados con la atención de sobrevivientes de violencia y la atención de la salud mental, todos los cuales surgieron en nuestra investigación como temas prioritarios para las mujeres detenidas.

Atención ginecológica de rutina

Como grupo que con frecuencia presenta cuestiones de cuidados de salud reproductiva rutinarias pero significativas y potencialmente dolorosas, las mujeres pueden experimentar un sufrimiento considerable dentro de un sistema médico que enfatiza la atención de emergencia y el tratamiento de condiciones que “ocasionarían deterioro de la salud de la persona detenida o un sufrimiento incontrolado que afecte su estatus de deportación”.¹⁶⁰ Aunque los proveedores individuales pueden concebir su función de manera más amplia, las políticas formuladas a nivel nacional establecen un marco que es alarmantemente inadecuado para atender problemas ginecológicos comunes. El Paquete de Servicios Cubiertos advierte a los proveedores que los servicios no urgentes de ginecología por lo general no son un beneficio cubierto, aunque se pueden aprobar solicitudes caso por caso, lo que de hecho restringe la atención a intervenciones menores que estén disponibles en la clínica del centro o, si la mujer tiene suerte, mediante la aprobación de atención externa por parte de la División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS).¹⁶¹ Este enfoque general, así como las restricciones específicas a las pruebas de Papanicolaou, los métodos anticonceptivos hormonales y el acceso a atención especializada, socavaron la salud de varias mujeres que conversaron con Human Rights Watch.

¹⁶⁰ “El Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS proporciona primordialmente servicios de atención médica de emergencia. ... Otras condiciones médicas que el médico considere que, de no recibir tratamiento durante el periodo bajo custodia del ICE/Patrulla Fronteriza, ocasionarían deterioro de la salud de la persona detenida o un sufrimiento incontrolado que afecte su estatus de deportación serán estimadas y evaluadas para atención”. Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 1. Como se señaló en el resumen, algunos funcionarios han argumentado que este lenguaje se interpreta ampliamente, pero otras declaraciones oficiales y relatos sobre la política en la práctica indican que esta política limita significativamente el alcance de los cuidados.

¹⁶¹ “Los servicios programados no urgentes usualmente no son un beneficio cubierto. Las solicitudes serán estudiadas caso por caso”. Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 26.

Pruebas de Papanicolaou

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo.¹⁶² Sin embargo, la prueba de Papanicolaou, que es sencilla y barata, puede detectar el 90 por ciento de los cambios celulares tempranos en el cuello uterino que indican un mayor riesgo de cáncer, lo cual permite intervenciones para salvar la vida.¹⁶³ Es por ello que estas pruebas se han convertido en un pilar de los cuidados preventivos de salud para las mujeres en Estados Unidos. El Colegio de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad del Cáncer, ambos de Estados Unidos, recomiendan que en un plazo de tres años luego del inicio de la actividad sexual, o después de cumplir 21 años de edad, las mujeres se realicen una prueba de Papanicolaou anualmente hasta los 30 años. Después de esta edad, a aquéllas que han tenido tres pruebas negativas se les puede hacer una prueba cada dos a tres años. Las mujeres que ya cumplieron 65 años sin resultados anormales en su última década pueden descontinuar las pruebas con seguridad.¹⁶⁴ Tal como testificó el Dr. Homer Venters ante el Congreso durante una audiencia sobre los problemas con la atención médica en la detención inmigratoria, las pruebas de Papanicolaou constituyen una de “las medidas más beneficiosas y costo-eficaces de la medicina moderna”.¹⁶⁵

Las mujeres bajo custodia del ICE no pueden contar con acceder a esta prueba esencial de detección con la frecuencia que se recomienda arriba. Según la política del ICE, por lo general las mujeres deben pasar un año bajo custodia de esta agencia antes de ser elegibles para una prueba de Papanicolaou.¹⁶⁶ Las pruebas de Papanicolaou podrían ser

¹⁶² Kimberly B. Fortner *et ál.*, eds., *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics* [*Manual de ginecología y obstetricia de Johns Hopkins*] (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007), p. 473.

¹⁶³ Shannon E. Perry, Kitty Cashion y Deitra Leonard Lowdermilk, eds., *Maternity & Women's Health Care* [*Maternidad y cuidados de salud de las mujeres*] (St. Louis: Mosby Elsevier, 2007), p. 451.

¹⁶⁴ Colegio de Obstetricia y Ginecología de Estados Unidos (ACOG), “The Pap Test” [“La prueba de Papanicolaou”], Panfleto educativo de ACOG APo85, 2003, http://www.acog.org/publications/patient_education/bpo85.cfm (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008); Sociedad del Cáncer de Estados Unidos (ACS), “American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer” [“Directrices de la Sociedad del Cáncer de Estados Unidos para la detección temprana del cáncer”], 5 de marzo de 2008, http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp?sitearea=PED (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008). (La ACS recomienda que las pruebas de detección sean descontinuadas a la edad de 70 años.)

¹⁶⁵ Dr. Homer D. Venters, Testimonio ante el Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional del Comité Judicial del Congreso, 4 de junio de 2008, p. 6.

¹⁶⁶ El requisito de que las mujeres generalmente permanezcan un año bajo custodia antes de que se les realice una prueba de Papanicolaou se refleja en el Paquete de Servicios Cubiertos, así como en el Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS, que instruyen al personal en los centros operados por la DIHS respecto a cómo abordar asuntos específicos de salud. Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 26; División de Servicios de Salud para Inmigrantes, ICE, “DIHS Policies and Procedures Manual” [“Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS”], documento inédito proporcionado por el ICE a Human Rights Watch el 5 de enero de 2009, sección 8.2.4.

consideradas antes de ese tiempo si están “médicamente indicadas”¹⁶⁷ o los proveedores médicos tienen conocimiento de un problema específico.¹⁶⁸ Obviamente, esta política no es congruente con el estándar aplicable a la comunidad pues no considera cuándo una mujer pudo haber tenido una prueba por última vez antes de entrar a la detención. Varias mujeres dijeron a Human Rights Watch que habían planificado realizarse una prueba anual alrededor del momento en que fueron detenidas, mientras que otras no habían tenido en años la oportunidad de hacerse una prueba. Entidades que establecen normas para las instituciones correccionales, como la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria y la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos, evitan este problema al recomendar que las pruebas de Papanicolaou formen parte de los exámenes iniciales para mujeres en las cárceles y luego se les dé seguimiento con pruebas periódicas de conformidad con los estándares comunitarios.¹⁶⁹

Las entrevistas de Human Rights Watch confirman que, de hecho, a las mujeres se les está negando esta crucial prueba de detección. De las ocho mujeres entrevistadas que habían estado detenidas por más de un año, seis no habían tenido una prueba de Papanicolaou,¹⁷⁰ a una se le había realizado una vez en dos años de detención¹⁷¹ y a otra se le hizo cuando estaba recibiendo atención para otros problemas médicos.¹⁷² En algunos casos, las mujeres procuraron activamente obtener la prueba; en otros, ellas no estaban enteradas de su elegibilidad potencial porque el personal médico no les dijo nada al respecto.

Cecile A., quien había estado detenida por 18 meses cuando habló con Human Rights Watch, dijo que dejó de tratar de obtener la prueba luego de múltiples intentos: “En Texas la pedí. Presenté una solicitud y dijeron que sí pero nunca me llamaron. En Texas la pedí

¹⁶⁷ Según el Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS, el personal de la DIHS debe realizar una prueba de Papanicolaou como parte de los exámenes iniciales si está médicamente indicada. El manual afirma que “las indicaciones pueden basarse en la historia pasada de la detenida, su historia familiar, sus condiciones médicas actuales o su estilo de vida reportado. Los procedimientos operativos locales proporcionan indicaciones específicas para realizar exámenes pélvicos”. Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS, sección 8.2.4.

¹⁶⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008.

¹⁶⁹ Este enfoque ha demostrado ser factible en la cárcel de la Ciudad de Nueva York en la Isla Rikers, donde es práctica de rutina. Ver Dr. Homer D. Venters, Testimonio ante el Subcomité sobre Inmigración, Ciudadanía, Refugiados, Seguridad Fronteriza y Derecho Internacional del Comité Judicial del Congreso, 4 de junio de 2008, p. 6.

¹⁷⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Cecile A., Florida, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Nana B., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Lucía C., Nueva Jersey, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Rhonda U., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Nuenee D., Arizona, abril de 2008.

¹⁷¹ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

¹⁷² Entrevista de Human Rights Watch con Rose V., Arizona, mayo de 2008.

muchas veces, pero creo que aquí [en un centro de detención de Florida] no la hacen”.¹⁷³ Cecile A. y las otras cinco mujeres con quienes hablamos a las que el ICE había retenido por más de un año sin realizarles una prueba de Papanicolaou estaban bajo detención cuando las entrevistamos, lo que hizo imposible evaluar el impacto que tuvo sobre su salud física el hecho de que no se les hubieran realizado las pruebas. Sin embargo, las repercusiones comprensibles de esta incertidumbre para su salud mental eran fácilmente evidentes. Al expresar su preocupación por la cantidad de pruebas de Papanicolaou y otros análisis para detectar el cáncer que no se le brindaron en dos años bajo detención, Nana B. dijo: “Creo que por haber estado aquí un largo tiempo tienen que hacerme todas las pruebas ... No sé si estoy enferma o no. Tengo miedo”.¹⁷⁴

Es probable que las mejoras en los criterios de elegibilidad para las pruebas de Papanicolaou a nivel de las políticas nacionales sean sólo el primer paso hacia asegurar el acceso a pruebas a nivel de los centros. Si puede tomarse como un indicador la experiencia de Lucía C., quien reunía todos los requisitos actuales para estas pruebas, la implementación presenta sus propios retos. Previo a ser detenida por el ICE, Lucía C. se había realizado una prueba de Papanicolaou y supo que el resultado era anormal. Su médico le instruyó realizarse una prueba cada seis meses para averiguar si se estaba desarrollando cáncer de cuello uterino. Cuando el ICE la detuvo en una cárcel municipal en Nueva Jersey, Lucía dio a conocer su situación a las autoridades médicas. Aunque al principio la rechazaron, ella persistió: “Se supone que me debían hacer una prueba cada seis meses. Le pedí a mi hija que enviara el historial. Lo recibí y se lo llevé al personal médico para que vieran que no estaba mintiendo. He pedido muchas veces”.¹⁷⁵ Al conversar con Human Rights Watch después de casi 16 meses bajo detención, Lucía C. reportó que el personal médico aún no le había realizado la prueba de Papanicolaou. “Es terrible”, dijo, “porque sientes que tienes algo que te puede provocar la muerte ... y no recibes ayuda”.¹⁷⁶

Anticoncepción hormonal y citas ginecológicas

La política de la DIHS niega a las mujeres bajo custodia del ICE el acceso a servicios básicos de planificación familiar, incluyendo fármacos anticonceptivos, lo cual interfiere con su autonomía reproductiva y las expone al riesgo de embarazos no planificados y penurias innecesarias. Adicionalmente, varias mujeres reportaron haber tenido que luchar a fin de

¹⁷³ Entrevista de Human Rights Watch con Cecile A., Florida, abril de 2008.

¹⁷⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Nana B., Arizona, mayo de 2008.

¹⁷⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Lucía C., Nueva Jersey, mayo de 2008.

¹⁷⁶ *Ibíd.*

obtener una atención apropiada para irregularidades menstruales y otros problemas ginecológicos a través del sistema médico de la detención.

Contrario a las normas correccionales de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos que ordenan el acceso a la anticoncepción, el Paquete de Servicios Cubiertos específicamente niega cobertura para cualquier tipo de servicios de planificación familiar y el formulario de la DIHS omite los métodos anticonceptivos hormonales.¹⁷⁷ Funcionarios de la DIHS dijeron a Human Rights Watch que los anticonceptivos hormonales para el control de la natalidad no estaban disponibles pues son una terapia electiva que no está exenta de riesgos.¹⁷⁸ Human Rights Watch pudo determinar que, además de obstaculizar el acceso a métodos anticonceptivos, esta política puede impedir también que las mujeres tengan acceso a anticonceptivos hormonales como tratamiento para otras condiciones de salud, incluida una menstruación dolorosa o irregular.

A pesar de las limitaciones que un entorno de detención segregada por sexo podría parecer implicar, la falta de acceso a anticonceptivos puede exponer a las mujeres al riesgo de embarazos no planificados. Aunque justificadamente está prohibido el contacto sexual entre hombres y mujeres en los centros de detención dada la imposibilidad de un consentimiento significativo en tal ambiente, estos casos han ocurrido y a las mujeres no se les debería exigir que reporten abuso sexual para poder obtener los servicios necesarios.¹⁷⁹ Por otro lado, el tiempo que las mujeres permanecen bajo detención debe verse en el contexto de sus vidas reproductivas más amplias. Al ser liberadas de la detención, las mujeres que fueron obligadas a discontinuar el uso de un método anticonceptivo hormonal no podrán confiar inmediatamente en éste al volver a utilizarlo, debido al tiempo requerido para que los anticonceptivos hormonales sean eficaces.¹⁸⁰ Es notable que el Departamento Federal de Prisiones, el cual brinda cuidados a mujeres que por lo general estarán fuera de

¹⁷⁷ Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 27; DIHS, “Commonly Used Drugs Formulary” [“Formulario de fármacos de uso común”], 5 de marzo de 2007, http://www.icehealth.org/ManagedCare/DIHS_Formulary.pdf (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

¹⁷⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008.

¹⁷⁹ Defensoras han reportado numerosos casos de abuso sexual en centros de detención inmigratoria. Ver, por ejemplo, Cheryl Little, Testimonio ante la Comisión sobre la Eliminación de la Violación Sexual en las Prisiones, 13 de diciembre de 2006, http://www.nprec.us/docs/sxvimigrdet_d13_persacctcs_CherylLittle.pdf (acceso al sitio: 1 de noviembre de 2008).

¹⁸⁰ A las mujeres se les aconseja utilizar un método anticonceptivo de refuerzo durante los primeros siete días cuando empiezan la anticoncepción hormonal si ésta no fue iniciada el primer día de su menstruación. Ver, por ejemplo, Asociación de Profesionales en Salud Reproductiva, “Administration of Hormonal Contraceptive Drugs” [“Administración de fármacos anticonceptivos hormonales”], diciembre de 2003, <http://www.arhp.org/publications-and-resources/quick-reference-guide-for-clinicians/delsys> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

la comunidad por periodos más largos, les proporciona asesoramiento y consultas sobre métodos anticonceptivos y los prescribe cuando lo considera médicamente apropiado.¹⁸¹

Adicionalmente, los anticonceptivos hormonales sirven para varios propósitos importantes además del control de la natalidad. Entre sus numerosos usos, pueden ser prescritos para reducir el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer ovárico y mamario, regular el ciclo menstrual o aliviar cólicos menstruales severos.¹⁸² Tres administradores de servicios de salud que hablaron con Human Rights Watch indicaron que la exclusión de los servicios de planificación familiar del Paquete de Servicios Cubiertos y el formulario de la DIHS no impedía que se prescribieran anticonceptivos hormonales para un asunto médico que no fuera control de la natalidad.¹⁸³ Sin embargo, ésta fue la experiencia de Serafina D.:

Estaba teniendo problemas ováricos que me provocaban un sangrado muy copioso; y [mis proveedores médicos antes de ser detenida] me dijeron que tenía inflamados los ovarios y me prescribieron anticonceptivos porque estaba sangrando tanto ... Los anticonceptivos hacían que [la menstruación] fuera suave y leve. Cuando era copiosa me sentía muy incómoda. Cólicos, pesadez, como si estuviera teniendo una hemorragia ... [En la detención] no podían darme los medicamentos porque no proporcionan anticonceptivos. “No [proveemos ese] tipo de medicamento.... Lo único que podemos darle es ibuprofeno como anti-inflamatorio.” Me alegré cuando no tuve la regla durante dos meses, pero luego cuando me vino, ayyyy. No quería ni pararme.¹⁸⁴

Las mujeres que no pudieron obtener citas ginecológicas reportaron que, en algunos casos, la dificultad se atribuía directamente al requisito de que la sede nacional autorice citas externas para atención especializada. Antes de ser detenida por el ICE, Nadine I. había hecho arreglos a fin de tener una consulta ginecológica por problemas relacionados con una

¹⁸¹ Departamento Federal de Prisiones, Departamento de Justicia de Estados Unidos, “Program Statement: Birth Control, Pregnancy, Child Placement and Abortion” [“Declaración de programa: Métodos anticonceptivos, embarazo, colocación de niñas y niños y aborto”], No. 6070.05, 6 de agosto de 1996, sección 551.21.

¹⁸² Proyecto de Acceso a la Salud Reproductiva, “Non-Contraceptive Indications For Hormonal Contraceptive Products” [“Indicaciones no anticonceptivas para productos anticonceptivos hormonales”], sin fecha, http://www.reproductiveaccess.org/contraception/non_contra_indic.htm (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

¹⁸³ Entrevista de Human Rights Watch con Diana Pérez, oficial a cargo, ICE, Centro de Detención de Willacy, Raymondville, Texas, 22 de abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con la capitana Marian Moe, administradora de servicios de salud, DIHS, Centro de Internamiento de Port Isabel, 23 de abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

¹⁸⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Serafina D., Texas, abril de 2008.

menstruación dolorosa.¹⁸⁵ Dijo: “Una semana antes de que me llegara la regla estaba en agonía. Me salían coágulos enormes y pesados”.¹⁸⁶ En un centro de detención de Florida, ella presentó cuatro o cinco solicitudes para ver a un ginecólogo y entendió que la clínica médica había enviado los documentos requeridos a la DIHS para que ahí autorizaran concertar la cita. Luego de que transcurrieran seis meses sin una respuesta, ella fue transferida a un segundo centro en otra parte del estado, donde volvió a presentar una solicitud. No fue sino hasta más de cuatro meses después, más de 10 meses desde su solicitud original, que pudo tener una consulta ginecológica. Durante esos meses de espera, dijo, “no te daban nada”.¹⁸⁷

Varias mujeres más relataron historias similares respecto a la dificultad de obtener atención para asuntos ginecológicos, pero nunca recibieron una explicación sobre las demoras. En dos casos, las solicitudes simplemente no fueron respondidas. Después de ser detenida, Jameela E. empezó a tener su menstruación cada dos semanas. Presentó múltiples solicitudes para consultar a un médico, sin ningún éxito.¹⁸⁸ Lily F., quien llegó a un centro de detención en Arizona e inmediatamente procuró que se diera seguimiento a una prueba anormal de Papanicolaou, esperó meses antes de que la enviaran a recibir tratamiento. Transferida desde una prisión en California, tuvo la buena suerte de que su historial médico, incluyendo los resultados anormales de la prueba, la acompañara al centro de detención del ICE, pero aun así transcurrieron seis meses antes de que el centro hiciera arreglos para que a ella se le realizara una biopsia fuera de éste.¹⁸⁹

Toallas sanitarias

Sólo dan dos toallas. Vienen en la mañana y te dan dos. Si necesitas más, tienes que acudir a la enfermera. “¿Por qué necesita más toallas?” Tienes que decirle: “Porque sangro tanto”. Pero debe ser una razón extraordinaria. Si lo normal es que tengas una regla copiosa—nada. Yo empapo de sangre tres pantalones. Y bueno, si las agentes ven esto, entonces es una razón.
—Nana B., Arizona, mayo de 2008

¹⁸⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Nadine I., Florida, abril de 2008.

¹⁸⁶ *Ibíd.*

¹⁸⁷ *Ibíd.*

¹⁸⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008.

¹⁸⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Lily F., Arizona, abril de 2008.

Mujeres en varios centros describieron limitaciones arbitrarias y humillantes al acceso a toallas sanitarias. Las normas del ICE afirman que los centros proporcionarán artículos para la higiene femenina según sean necesarios.¹⁹⁰ Sin embargo, tal como es implementada en varios centros de detención, esta política no ha cumplido el requisito de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos en el sentido de que las autoridades provean a las personas bajo custodia “de agua y de los artículos de aseo indispensables para su salud y limpieza”.¹⁹¹ Varias mujeres dijeron a Human Rights Watch que las agentes distribuían cierta cantidad de toallas (de dos a seis) y que obtener más “según fueran necesarias” era un reto. Nadine I. recordó que después de que las detenidas habían agotado su suministro de cuatro toallas, las agentes les entregaban una a la vez. “Yo necesitaba tres toallas. Sangraba copiosamente. Terminaba empapando mi ropa. Si mi ropa se mojaba, podía pasar por un cambio de turno sin cambiarme la ropa ... Nos inspeccionaban cada noche. Si habías acumulado toallas, te quitaban las adicionales.”¹⁹²

Tales restricciones obligan a las mujeres a tener que justificar ante el personal—y a menudo no profesionales médicos—las necesidades ocasionadas por una función corporal privada. Elisa G. estaba menstruando cuando el centro de detención decidió encerrar a toda su unidad habitacional durante tres días. Las circunstancias la forzaron a apelar al agente del ICE que visitaba la unidad: “Tuve que pedir [toallas] de nuevo. ‘Tengo la regla. Siento mucho dolor. Necesito ducharme. No es para [mi propio beneficio], sino por mi compañera de celda’. [Agente del ICE:] ‘Denle dos toallas a esta señora’. Yo le dije, ‘Señor, usted no comprende lo que estoy diciendo. Necesito más de dos toallas’ ... Tuve que sentarme en el retrete por horas pues no podía hacer otra cosa”.¹⁹³

Varias mujeres en un centro manifestaron su enojo por una norma instituida recientemente en ese centro particular que exigía a las mujeres trabajar para recibir toallas sanitarias adicionales a su suministro inicial.¹⁹⁴ “Para mí no es problema trabajar, pero no creo que sea

¹⁹⁰ Norma de Detención del INS, “Admisión y liberación”, 20 de septiembre de 2000, <http://www.ice.gov/doclib/pidro/opsmanual/admiss.pdf> (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009), p. 4; Norma de Detención No. 23 del ICE/DRO, “Higiene personal”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBNDSPDF/personal_hygiene.pdf (acceso al sitio: 23 de febrero de 2008), p. 3.

¹⁹¹ Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas mínimas), adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) del 13 de mayo de 1977, http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), párr. 15.

¹⁹² Entrevista de Human Rights Watch con Nadine I., Florida, abril de 2008.

¹⁹³ Entrevista de Human Rights Watch con Elisa G., Arizona, mayo de 2008.

¹⁹⁴ Varias mujeres nos indicaron que la norma instituida exigía a las mujeres trabajar para recibir alguna toalla sanitaria; otras dijeron que un primer suministro de toallas les fue entregado sin ningún requisito.

correcto tener que hacer eso para obtener lo que necesito”, dijo una mujer.¹⁹⁵ Al enterarse de esta norma, la oficina de campo del ICE dijo que contravenía la política y que se discutiría el asunto de inmediato con el centro.

Mamografías y salud mamaria

Me preocupa mucho mi seno. Le dije a mi familia, “No me pidan [que apele mi caso inmigratorio]”. No estoy bien y tendría que quedarme sin atención médica. No sé [qué pasará] de un mes al otro ... las cosas podrían empeorar en mi pecho. Me está doliendo. ¿Qué se supone que debía hacer, morir de cáncer aquí? Con atención adecuada, sí, me quedaría hasta el final. Porque 22 años de mi vida [han transcurrido en Estados Unidos]. Mis hijos tienen 12 años y Estados Unidos es lo único que conocen. ¿Depresión, alimentos inadecuados, detención? Sí, incluso así me habría resistido indefinidamente”.

—Antoinette L., Arizona, mayo de 2008¹⁹⁶

El cáncer de mamas es la principal causa de muertes por cáncer entre mujeres, seguido del cáncer de cuello uterino. La Sociedad del Cáncer de Estados Unidos, considerando que la mamografía es “el estándar de oro” para la detección temprana de la enfermedad, recomienda que las mujeres de 40 años y mayores obtengan de su proveedor de cuidados de salud una prueba cada año, así como un examen clínico de senos, y que las mujeres más jóvenes tengan un examen clínico cada dos a tres años. También aconseja que los proveedores informen a las mujeres de 20 a 30 años de edad y mayores acerca de los beneficios y limitaciones de los autoexámenes de senos.¹⁹⁷

El enfoque de la DIHS respecto a la salud mamaria es deficiente en la manera que aborda los tres modos de detección del cáncer de mamas. La política nacional limita el acceso a las mamografías y no menciona en absoluto los exámenes manuales ni los autoexámenes de senos. El paquete de beneficios de la DIHS dispone que las solicitudes de mamografías serán consideradas para casos asintomáticos sólo después de que una persona ha estado

¹⁹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Flor H., Florida, abril de 2008.

¹⁹⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Antoinette L., Arizona, mayo de 2008.

¹⁹⁷ Sociedad del Cáncer de Estados Unidos, “Updated Breast Cancer Screening Guidelines Released” [“Publican directrices actualizadas sobre detección del cáncer de mamas”], 15 de mayo de 2003, http://www.cancer.org/docroot/NWS/content/NWS_1_1x_Updated_Breast_Cancer_Screening_Guidelines_Released.asp (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

detenida durante un año y únicamente si no enfrenta una deportación inminente.¹⁹⁸ Tal como ya se señaló en cuanto a las pruebas de Papanicolaou, el requisito de un año bajo custodia contradice la indicación de que estas pruebas se administren anualmente, ya que no considera cuándo fue la última vez que a la mujer se le realizó un examen antes de ser detenida.

A cuatro mujeres entrevistadas por Human Rights Watch que habían estado bajo custodia por más de un año no se les había realizado una mamografía o un examen de senos manual.¹⁹⁹ Otra mujer había tenido una cirugía reciente en su seno antes de ser detenida y se le instruyó hacerse una mamografía cada seis meses. Fue detenida cuando debía realizarse la mamografía semestral, pero tuvo que esperar cuatro meses antes de que las autoridades del centro de detención hicieran arreglos para el procedimiento y no se le realizó ninguna otra mamografía durante los siguientes 12 meses que estuvo detenida.²⁰⁰

Las mujeres con problemas de salud mamaria que requieren examen y cuidados de seguimiento descubren que la incertidumbre respecto a su salud se ve agravada por la falta de claridad sobre el procedimiento para obtener una atención médica apropiada. El Paquete de Servicios Cubiertos no estipula reglas separadas acerca de la elegibilidad para mamografías diagnósticas. Sin embargo, éstas supuestamente entrarían en el rubro de procedimientos que podrían autorizarse si están respaldados por hallazgos clínicos.²⁰¹ Dos mujeres sentían que sus vidas estaban en peligro debido a que el ICE no dio seguimiento a sus preocupaciones relacionadas con el cáncer de mamas. Antoinette L., citada arriba, esperó durante meses para que se le hiciera una mamografía. Cuando al fin le realizaron una y se determinó que al menos una de dos protuberancias requería análisis adicional, no se formó ningún plan de acción; por el contrario, le dijeron que era algo que ella debía averiguar después de dejar la detención, sin importar cuándo ocurriera esto.²⁰² En el caso de Lily F., durante los varios meses que esperó por una mamografía se sintió cada vez más incómoda—“Es como si algo me estuviera mordiendo”—y le preocupaba pensar en la

¹⁹⁸ Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 26.

¹⁹⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Cecile A., Florida, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Nana B., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mary T., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Rhonda U., Arizona, mayo de 2008.

²⁰⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Lucía C., Nueva Jersey, mayo de 2008.

²⁰¹ Resumen de la DIHS de cambios al Paquete de Servicios Cubiertos, 25 de agosto de 2005.

²⁰² Entrevista de Human Rights Watch con Antoinette L., Arizona, mayo de 2008.

muerte de su madre a causa del cáncer de mamas: “Tengo hijos”, dijo. “No quiero morir aquí, lejos de mi familia”.²⁰³

Embarazo

Atención prenatal y postnatal

El embarazo es una de las pocas cuestiones de salud de las mujeres que las autoridades del ICE han empezado a abordar con la debida seriedad en sus políticas, pero esta mejora se ve limitada por una implementación irregular. Según la política del ICE, el personal médico debe informarle inmediatamente al ICE cuando descubre que una mujer bajo custodia está embarazada, a fin de que las personas responsables del manejo de casos puedan supervisar su progreso y evaluar si existen alternativas a la detención. El paquete de beneficios del ICE señala que los exámenes prenatales son servicios cubiertos durante todo el tiempo que las mujeres en periodos pre y postnatal estén bajo custodia, y la nueva norma médica del ICE dispone que “las mujeres detenidas tendrán acceso a pruebas de embarazo y servicios de manejo de la gestación que incluyen atención prenatal de rutina, manejo de adicciones, asesoramiento y asistencia integrales, nutrición y seguimiento posparto”.²⁰⁴ Sin embargo, en la actualidad el acceso a estos servicios parece variar considerablemente.

El ICE afirma que todas las mujeres embarazadas bajo detención son atendidas por especialistas obstétricos externos, con dos de los cuales hablamos y confirmaron que brindan a las mujeres detenidas una atención compatible con los estándares comunitarios. Martha Burke, comadrona de Su Clínica Familiar en Harlingen, Texas, atiende a mujeres embarazadas detenidas en el Centro de Detención Municipal de Willacy y dijo a Human Rights Watch: “Lo que ellas tienen a su disposición es lo está disponible para toda la gente”.²⁰⁵ Las restricciones en la cobertura de salud de la DIHS o en la logística del transporte de mujeres hacia los servicios no representan un problema, según el Dr. F. Javier del Castillo, quien atiende en su consultorio en Brownsville, Texas, a mujeres detenidas en el Centro de Internamiento de Port Isabel: “Si yo digo que la señora necesita un ultrasonido el domingo, se le realizará el domingo”.²⁰⁶ Tres mujeres que consultaron a proveedores externos se manifestaron satisfechas con los servicios.²⁰⁷ Al referirse al consultorio en

²⁰³ Entrevista de Human Rights Watch con Lily F., Arizona, abril de 2008.

²⁰⁴ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 18.

²⁰⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Martha Burke, comadrona, Su Clínica Familiar, Harlingen, Texas, 25 de abril de 2008.

²⁰⁶ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. F. Javier del Castillo, Brownsville, Texas, 25 de abril de 2008.

²⁰⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Katherine I., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Shania E., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Isabel F., Florida, abril de 2008.

Brownsville, Katherine I. dijo: “Ellos [el ICE] me enviaron con el médico en tres o cuatro ocasiones, a una clínica para mujeres en Brownsville.... Hicieron ecografías dos veces, examinando todo. Me trataron bien. No hay nada que deba cambiar en Brownsville”.²⁰⁸

Sin embargo, hablamos con tres mujeres en Arizona que no pudieron consultar a un proveedor externo y para quienes estos servicios nunca se concretaron. En dos de estos casos, las mujeres informaron al personal médico que estaban embarazadas, pero sus resultados fueron negativos en la prueba de orina que los centros de la DIHS aplican a todas las mujeres en edad reproductiva bajo detención para detectar un embarazo. Aunque la mayor parte del tiempo son precisas, las pruebas de orina no pueden diagnosticar un embarazo tan pronto como las pruebas de sangre.²⁰⁹

El hecho de no programar oportunamente las pruebas necesarias también puede demorar o de hecho negar el acceso a atención prenatal. Giselle M., embarazada por primera vez, ingresó a la custodia del ICE después de que su médico identificó un quiste ovárico que amenazaba su embarazo de cinco meses y su salud pero, a pesar de darle a conocer al ICE su necesidad de ecografías frecuentes, nunca se le hizo ningún tipo de examen prenatal durante un mes y medio bajo detención:

Cuando fui a que me hicieran una ecografía [antes de ser detenida], el doctor encontró un quiste y quería examinarlo cada dos a tres semanas porque seguía creciendo, creciendo hasta el tamaño de una pelota de golf. Podía explotar y dañarme a mí o dañar al bebé. Era mi primer embarazo; yo no sabía qué esperar. Les dije [en el centro de detención] que esto estaba sucediendo y necesitaba ver a un médico. Iba cada vez con mi pequeño papel. Me decían: “Adelante, presente una solicitud”. Pero no me vieron ni una vez. Nunca me respondieron.²¹⁰

El historial médico de Giselle M. indica que la unidad de salud planificó incluirla la siguiente vez que concertaran una visita al proveedor de atención prenatal, pero no hicieron ningún arreglo para que ella acudiera a un especialista más rápidamente, en vista de sus circunstancias. Después de transcurrido casi un mes desde que se suponía que debió habersele realizado una ecografía, según las instrucciones de su médico, Giselle presentó

²⁰⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Katherine I., Texas, abril de 2008.

²⁰⁹ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, “Pregnancy Tests” [“Pruebas de embarazo”], marzo de 2006, <http://www.womenshealth.gov/faq/pregtest.htm#d> (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

²¹⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Giselle M., Arizona, mayo de 2008.

otra solicitud preguntando cuándo se le daría una cita. La respuesta del personal médico fue: “Se ha programado que acuda a PA pronto, en un plazo de dos semanas. Sea paciente”.²¹¹

Aborto

La División de Servicios de Salud para Inmigrantes menciona los “abortos electivos” como un ejemplo de “procedimientos comúnmente solicitados” que por lo general no están autorizados según el Paquete de Servicios Cubiertos. Varios proveedores de servicios de salud a quienes les preguntamos sobre la accesibilidad de los abortos indicaron que el ICE no proporcionaba o financiaba un aborto para una mujer bajo custodia, pero podía arreglar transporte a una cita pagada por la mujer u otra persona. Para muchas mujeres que llegan a la detención sin fondos personales significativos o conexiones a recursos en el área inmediata podría ser imposible pagar ellas mismas el procedimiento, que puede costar cientos de dólares. Proveedores de cuidados de salud de los centros enfatizaron que el aborto raras veces se menciona y algunos no podían recordar que alguna vez hubiera surgido el tema. En contraste, proveedores de servicios legales y sociales se refirieron a la frecuencia de la violencia sexual a lo largo de la frontera y recordaban clientas que buscaban acceso al aborto después de haber sido violadas. A diferencia de las mujeres bajo custodia del ICE, las detenidas por el Departamento Federal de Prisiones pueden tener un aborto electivo pagado por el Departamento si el embarazo es producto de una violación.²¹²

La referencia a que el aborto no fuera “mencionado” subrayaba la aparente omisión de asesoramiento sobre opciones para quienes tienen un resultado positivo en las pruebas de embarazo que se les realizan a todas las mujeres al momento de su admisión.²¹³ El Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS, que provee instrucciones para el personal de los centros operados por la DIHS, exige que los proveedores realicen una prueba de embarazo a todas las mujeres entre 10 y 55 años de edad y den seguimiento a los resultados positivos notificándolos al ICE e iniciando la atención prenatal. Pero no se reconoce la posibilidad de que una mujer no desee continuar con el embarazo.²¹⁴ De hecho, un proveedor confirmó que, a menos que una mujer manifieste su deseo de interrumpir la gestación, “la atención

²¹¹ Historiales médicos del centro de detención para Giselle M., en archivo de Human Rights Watch.

²¹² Departamento Federal de Prisiones, Departamento de Justicia de Estados Unidos, “Declaración de programa: Métodos anticonceptivos, embarazo, colocación de niñas y niños y aborto”, No. 6070.05, 6 de agosto de 1996, sección 551.23.

²¹³ El término ‘asesoramiento sobre opciones’ se refiere a información no prejuiciosa y médicamente correcta proporcionada por un proveedor de cuidados de salud a una mujer embarazada respecto a sus opciones para continuar el embarazo hasta la maternidad o adopción, o bien interrumpirlo.

²¹⁴ Manual de Políticas y Procedimientos de la DIHS, sección 8.2.5.

es la usual”.²¹⁵ Tres mujeres confirmaron que no recibieron tal asesoramiento y una dijo que había planificado procurarse un aborto antes de ser detenida y habría solicitado uno en el centro de detención si le hubieran explicado esta opción:

Cuando te enteras de que estás embarazada, te emocionas. Eso es normal. Sin embargo, yo no me sentía así. Sentía indiferencia. Había estado pensando en el aborto ... Pero los médicos [en el centro de detención] iban a querer que yo les dijera porqué estaba pensando en eso. En ese momento, si hubiera tenido la opción, lo habría hecho [abortar] ... No sabía que ese tipo de servicios estaba disponible.²¹⁶

Según las normas emitidas por la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria, “[se debe] brindar a las reclusas embarazadas asesoramiento y asistencia integrales de conformidad con sus deseos manifiestos respecto al embarazo, ya sea que opten por conservar a su bebé, utilizar los servicios de adopción o tener un aborto”.²¹⁷ El Departamento Federal de Prisiones exige que los alcaides “ofrezcan proporcionar a cada mujer embarazada asesoramiento médico, religioso y social para ayudarla a tomar la decisión ya sea de llevar a término el embarazo o tener un aborto electivo”.²¹⁸ La nueva norma médica del ICE estipula que las mujeres embarazadas tendrán acceso a “asesoramiento y asistencia integrales” como parte de los “servicios de manejo del embarazo”, pero no especifica qué abarca esto, si cubre información sobre el aborto, cómo éste se pondrá a disposición de las mujeres o quién será responsable de proveerlo.²¹⁹

La obligación de brindar asesoramiento sobre opciones como un componente de las pruebas de embarazo es especialmente importante en el contexto de la detención inmigratoria, donde el deseo de interrumpir la gestación podría no ser expresado porque las mujeres no conocen las opciones que están legalmente disponibles en este país. Es deber de los centros de detención proporcionar a cada mujer embarazada, como mínimo, una declaración de la ley y remisiones a consejeras capacitadas para que reciba más información si la desea.

²¹⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Donna McGill, administradora de servicios de salud, Corporación Correccional de Estados Unidos (CCA), Centro de Detención de Arizona Central, Florence, Arizona, 2 de mayo de 2008.

²¹⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Katherine I., Texas, abril de 2008.

²¹⁷ NCCHC, *Normas de Servicios de Salud en Cárceles 2008*, Std. J-G-09, p. 108.

²¹⁸ Departamento Federal de Prisiones, Departamento de Justicia de Estados Unidos, “Declaración de programa: Métodos anticonceptivos, embarazo, colocación de niñas y niños y aborto”, No. 6070.05, 6 de agosto de 1996, sección 551.23.

²¹⁹ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 18.

Madres lactantes

Los cambios recientes en la política que limitan la detención de madres lactantes deberían prevenir que muchas mujeres tengan que enfrentar el deficiente enfoque de los servicios de salud de la detención respecto a la lactancia. Sin embargo, las brechas en la implementación de la nueva política dan lugar a la preocupación de que mujeres, niñas y niños continuarán sufriendo los efectos a corto y largo plazos de la escasa atención médica ofrecida a madres lactantes que se encuentran bajo custodia.

En una directriz de noviembre de 2007, la entonces subsecretaria de seguridad nacional del ICE, Julie Myers, instruyó a las oficinas de campo del ICE considerar poner bajo libertad condicional a todas las madres lactantes que no reunieran los criterios de detención obligatoria²²⁰ y no representaran un riesgo para la seguridad nacional.²²¹ No obstante, dos de las cinco madres lactantes que hablaron con Human Rights Watch habían ingresado a la detención desde que se emitió la directriz, a pesar de ser elegibles para libertad condicional según los lineamientos de la misma. En ambos casos, al parecer hubo una ruptura en la comunicación entre el personal de servicios de salud y las autoridades de manejo de casos encargadas de las decisiones relativas a la libertad condicional. La directriz instruye a las oficinas de campo actualizar a la sede del ICE respecto a las decisiones de detener a madres lactantes; sin embargo, no parece haber un sistema funcional para que el personal de servicios de salud alerte inmediatamente a las oficinas de campo sobre la presencia de madres lactantes, como deben hacerlo en el caso de mujeres embarazadas. De hecho, cuando Human Rights Watch preguntó a administradores de servicios de salud sobre su enfoque a la lactancia, ninguno hizo referencia a la directriz.

Las mujeres que ingresan a la detención como madres lactantes, ya sea por reunir los criterios de detención obligatoria o porque no se les ha tenido en cuenta para libertad condicional, enfrentan penurias considerables que en gran medida podrían evitarse con la intervención más básica y barata: un extractor de leche. Funcionarios de la sede de la DIHS informaron a Human Rights Watch que los extractores de leche deberían estar disponibles a

²²⁰ “La ley exige la detención de: criminales extranjeros; riesgos para la seguridad nacional; solicitantes de asilo sin documentación apropiada, hasta que puedan demostrar un ‘temor verosímil de persecución’; extranjeros recién llegados sujetos a expulsión acelerada ...; extranjeros recién llegados que parezcan ser inadmisibles por otras razones no relacionadas con documentación; y personas bajo órdenes finales de expulsión que han cometido delitos agravados, son terroristas extranjeros o han permanecido ilegalmente en el país”. Alison Siskin, Servicio de Investigación del Congreso (CRS), “Immigration-Related Detention: Current Legislative Issues” [“Detención relacionada con la inmigración: Asuntos legislativos actuales”], 28 de abril de 2004, <http://www.fas.org/irp/crs/RL32369.pdf> (acceso al sitio: 20 de enero de 2009), p. 7.

²²¹ Memorando de Julie L. Myers, subsecretaria de seguridad nacional, ICE, a todos los directores de oficinas de campo y todos los agentes especiales encargados, ICE, 7 de noviembre de 2007.

madres lactantes.²²² Sin embargo, de las cinco mujeres que nos hablaron sobre su experiencia de estar detenidas mientras amamantaban, a ninguna le ofrecieron la opción de usar un extractor de leche cuando se presentó al examen médico de admisión.²²³ La ausencia de esta opción ocasionó una intensa incomodidad física, incluyendo fiebre, escalofríos y dolor. Jennifer L., quien estuvo detenida en dos centros en Texas, relató: “Les dije [en el primer centro de detención] y me llamaron después de dos o tres días. Me dieron algunas pastillas para la fiebre pero mis senos estaban llenos. Y la fiebre era permanente en mi cuerpo. Ningún extractor, ninguna compresa, nada de hielo”.²²⁴ De manera similar, Ashley J., detenida en Arizona, dijo, “Los ductos se me obstruyeron. Me sentía muy mal. [Mis senos] estaban tan llenos que me dolían los brazos. No podía mover los brazos”.²²⁵ Cuando estos problemas no fueron atendidos, por lo menos un caso resultó en mastitis.²²⁶

Además de ocasionar incomodidad severa, la discontinuación abrupta de la lactancia tiene implicancias significativas a largo plazo para la mujer y su bebé. Las mujeres que hablaron con Human Rights Watch habían tenido la intención de continuar amamantando a sus hijos, en algunos casos, durante años después de dejar la detención, como es típico en algunas culturas. Las mujeres que amamantan se benefician de un menor riesgo de cáncer mamario y ovárico y es menos probable que sus hijas e hijos padezcan neumonía, infecciones virales y, según indican los estudios, posiblemente obesidad y diabetes.²²⁷ Pese a la aseveración de un administrador de servicios de salud en cuanto a que las mujeres tenían la opción de extraer su leche manualmente, ninguna de las que no obtuvo un extractor pudo amamantar después de ser puesta en libertad. Además de privar a la madre y su bebé de los beneficios físicos de una lactancia materna continua, esto provocó angustia mental a varias mujeres. “Mi preocupación era que no podría amamantar a mi bebé. No podría volver a amamantar”,²²⁸ dijo Ashley J. Mercedes O. recordó: “Cuando pensaba que mi hija me buscaría para darle de mamar y yo no podría hacerlo, me sentía inútil”.²²⁹

²²² Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008.

²²³ Entrevista de Human Rights Watch con Linda G., Florida, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Jennifer L., Texas, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Dita K., Arizona, abril de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Mercedes O., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008.

²²⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Jennifer L., Texas, abril de 2008.

²²⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008.

²²⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Mercedes O., Arizona, mayo de 2008.

²²⁷ Academia de Pediatría de Estados Unidos, “Parenting Corner Q & A: Breastfeeding” [“Preguntas y respuestas sobre maternidad y paternidad: Lactancia materna”], marzo de 2007, http://www.aap.org/publiced/BR_BFBenefits.htm (acceso al sitio: 6 de octubre de 2008).

²²⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008.

²²⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Mercedes O., Arizona, mayo de 2008.

Servicios para sobrevivientes de violencia sexual y por motivos de género

Aunque es imposible decir cuál es el porcentaje de mujeres detenidas por las autoridades inmigratorias que han sufrido violencia sexual o por motivos de género, las estimaciones de observadores y los riesgos asociados a la migración indican que la cifra es elevada y posiblemente vaya en aumento.²³⁰ Si bien esta violencia no afecta exclusivamente a las mujeres, Human Rights Watch considera que es un tema importante de abordar al evaluar la respuesta a las necesidades de salud de las mujeres por parte del sistema de atención médica de la detención. Una administradora de servicios de salud dijo a Human Rights Watch que creía que casi todas las mujeres bajo su cuidado estaban afectadas por la violencia doméstica;²³¹ en otro centro, un oficial de salud dijo que el hecho de que las mujeres denunciaran haber sido violadas cuando cruzaban la frontera “no nos sorprende. Lo vemos rutinariamente”.²³²

Entre las mujeres que hablaron con Human Rights Watch, muchas reportaron haber sufrido alguna forma de violencia sexual o por motivos de género durante una o más etapas del proceso migratorio. En algunos casos, la violencia impulsó a las mujeres a dejar su país de origen: “Tenía miedo de mi esposo porque abusaba de mí, y si regreso él podría hacerme algo”, dijo Yesenia P.²³³ En otros casos, la violencia ocurrió durante el viaje: “No había llave en la puerta del cuarto de baño [en la casa donde los ‘coyotes’ nos mantenían]. Yo estaba de espaldas en la ducha cuando entraron ... después vi los condones sobre el piso”, dijo Suana Michel Q.²³⁴ Para otras mujeres, la violencia había sido parte de su experiencia en Estados Unidos: “Poco a poco llegué a estar en una relación en la cual [mi esposo] tenía un enorme control sobre mí debido a que estoy aquí ilegalmente. Me controlaba por completo”, dijo Ashley J.²³⁵ En casi todos los casos, la violencia tuvo para las mujeres repercusiones que persistían al momento de su detención, como una severa angustia mental.

²³⁰ La vulnerabilidad de las mujeres migrantes a la violencia ha sido bien documentada. Ver, por ejemplo, Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Informe de la Sra. Radhika Coomaraswamy, relatora especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, sobre la trata de mujeres, la migración de mujeres y la violencia contra la mujer, E/CN.4/2000/68, 29 de febrero de 2000, <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/555feee50983df46802568be005828a8?Opendocument> (acceso al sitio: 10 de noviembre de 2008).

²³¹ Entrevista de Human Rights Watch con la teniente comandante Melissa George, administradora de servicios de salud, Centro de Detención de Eloy, Eloy, Arizona, 30 de abril de 2008.

²³² Entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

²³³ Entrevista de Human Rights Watch con Yesenia P., Florida, abril de 2008.

²³⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Suana Michel Q., Nueva York, julio de 2008.

²³⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, abril de 2008.

Al atender las necesidades de sobrevivientes de violencia sexual y por motivos de género, la inconsistencia entre los enfoques de los centros de detención significa que algunas mujeres se benefician de una atención integral a su salud física y mental, pero muchas otras no obtienen reconocimiento alguno de sus necesidades. Tanto la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos (APHA) como la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria recomiendan que las mujeres bajo custodia reciban servicios para atender esas necesidades.²³⁶ La norma de la APHA estipula que: “Los cuidados de salud para mujeres encarceladas deben incluir servicios que aborden las consecuencias de relaciones de abuso. Se debe garantizar la seguridad de las mujeres y brindar cuidados para las secuelas físicas y emocionales del abuso”.²³⁷

La política del ICE no atiende integralmente las necesidades de sobrevivientes de violencia. Durante la reciente modificación de las normas de detención, el ICE agregó una norma sobre la prevención de la violencia sexual y la respuesta a ésta. Aunque es una mejora importante, la norma se centra en la violencia sexual que ocurra bajo custodia del ICE y no aborda específicamente las necesidades de quienes sufrieron violencia previa a su detención. En conversaciones con administradores de servicios de salud de los centros y con mujeres actual o anteriormente detenidas por el ICE se resaltaron algunas prácticas positivas existentes pero también debilidades en varias áreas: la identificación de sobrevivientes, la gama de servicios disponibles para atender las consecuencias a corto y largo plazos de la violencia, así como el cultivo de asociaciones con proveedores de servicios comunitarios.

Brindar oportunidades claras y espacios seguros para que las mujeres revelen su experiencia con la violencia es esencial a fin de asegurar el bienestar de las mujeres bajo custodia, ya que pueden tener necesidades médicas urgentes y la experiencia de la detención podría volver a traumatizarlas. La nueva norma médica del ICE ordena que los centros pregunten a todas las personas detenidas, durante su examen médico inicial, respecto a una victimización sexual pasada o reciente, pero sólo aconseja preguntar sobre otras formas de abuso físico en el caso de personas remitidas para evaluaciones de salud mental.²³⁸ A pesar de que los proveedores de los centros aseveran que durante el examen médico de admisión hacen preguntas acerca de la violencia, varias de las mujeres que hablaron con Human Rights Watch no recordaban que alguna vez les hubieran preguntado

²³⁶ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 108, párr. 12; Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria, Position Statement: Women’s Health [Declaración de posición: Salud de las mujeres] (adoptada por la Junta Directiva de la Comisión el 25 de septiembre de 1994; modificada el 9 de octubre de 2005), <http://www.ncchc.org/resources/statements/womenshealth2005.html> (acceso al sitio: 10 de noviembre de 2008), párr. 4(B).

²³⁷ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 108, párr. 12.

²³⁸ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, “Atención médica”, 2 de diciembre de 2008, p. 12, 14.

al respecto. En aquellos casos en que el abuso o la violencia constituía la base de la solicitud de auxilio inmigratorio de una mujer y probablemente habría sido dado a conocer a su agente de deportación, esos asuntos no fueron atendidos en el área médica. Nora S. dijo que este tema no fue mencionado por el personal de detención: “Sólo hablé de esto en el tribunal”.²³⁹

La falta de identificación de sobrevivientes de violencia durante los exámenes iniciales podría asociarse a la forma en que se hace la pregunta y a la persona que la plantea. En un formulario de admisión se pregunta, “Ha sido usted alguna vez víctima de un delito sexual?”²⁴⁰ Además de dejar fuera la forma más común de violencia por motivos de género—la violencia doméstica—la pregunta podría no extraer información debido a confusiones respecto a lo que constituye un delito. Las normas nacionales e internacionales relativas a tal sondeo típicamente aconsejan una serie de preguntas sobre conductas o incidentes específicos, en vista de las variadas maneras en que las personas, sobre todo las provenientes de diversos contextos culturales, pueden definir la violencia o los crímenes.²⁴¹ Por otro lado, en muchos casos las mujeres pueden estar dispuestas a revelar experiencias de violencia o sentirse cómodas de hablar al respecto sólo con una mujer proveedora de cuidados de salud. Como ya se señaló, el examen médico inicial en los centros del ICE pueden ser realizados por miembros del personal que no son profesionales médicos. Asimismo, a las personas detenidas no necesariamente las examina alguien de su mismo sexo.

Una oportunidad temprana para una discusión eficaz de estos asuntos es importante sobre todo en casos de mujeres que sufrieron violencia sexual inmediatamente antes de ser detenidas. De lo contrario, ellas pueden perderse de intervenciones en las cuales el momento de realizarlas es crucial, como la anticoncepción de emergencia (AE) y la profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la recolección de pruebas físicas del

²³⁹ Entrevista de Human Rights Watch con Nora S., Arizona, mayo de 2008.

²⁴⁰ Formulario de admisión de un centro, en archivo de Human Rights Watch.

²⁴¹ Ver Kathleen C. Basile, Maci F. Hertz y Sudie E. Back, *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1.0* [Instrumentos de evaluación de la violencia por compañeros íntimos y la victimización por medio de violencia sexual para uso en centros de salud: Versión 1.0] (Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para Prevención y Control de Lesiones, 2007), http://www.cdc.gov/NCIPC/pub-res/images/IPVandSV_screening.pdf (acceso al sitio: 21 de enero de 2009). Ver también Carole Warshaw y Anne L. Ganley, *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers* [Mejorando la respuesta de los servicios de salud a la violencia doméstica: Manual de recursos para proveedores de cuidados de salud] (San Francisco: Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar, 1996), http://www.endabuse.org/section/programs/health_care/_resource_manual (acceso al sitio: 21 de enero de 2009); Organización Mundial de la Salud, “Violence against women: What health workers can do” [“Violencia contra las mujeres: Lo que el personal de salud puede hacer”], julio de 1997, <http://www.who.int/gender/violence/v9.pdf> (acceso al sitio: 19 de octubre de 2008).

ataque. Administradores de servicios de salud dijeron a Human Rights Watch que si bien la mayoría de mujeres, al llegar al centro de detención, ya habría estado fuera del tiempo en que la AE resulta eficaz, se podía suministrar el medicamento cuando fuera apropiado, así como brindar tratamiento de ITS, asesoramiento para crisis y remisión a un hospital local para recolección de pruebas forenses. Pese a las declaraciones de los administradores respecto a la disponibilidad de la AE, el medicamento no está incluido en el formulario de los centros de detención y, a diferencia de la profilaxis para ITS, en la nueva norma sobre prevención e intervención en casos de abuso y violencia sexuales se omite la AE de la lista de intervenciones que deben estar disponibles a sobrevivientes de violación.²⁴²

Funcionarios de la sede de la DIHS insistieron en que la AE, siendo una intervención de “emergencia”, se obtendría de una u otra manera para asegurar que una mujer tuviera un acceso oportuno a ella.²⁴³

Las mujeres que se encuentran en relaciones de abuso también pueden tener necesidades y preocupaciones acerca de su seguridad. Ashley J. habló sobre el continuo tormento al que su esposo abusivo la sometía mientras estaba detenida: “Me decía que conocía a agentes de deportación y que él podía ver los videos de cómo me estaba comportando. Yo creía que él podía llegar hasta mí ahí adentro, en la detención”.²⁴⁴ Ashley J. informó de la situación a su agente de deportación para que él no informara sobre su caso a su esposo, pero el agente no la remitió a los servicios y el asunto no fue mencionado por proveedores de cuidados de salud.

En los casos de mujeres cuya experiencia con la violencia data de más tiempo, las necesidades de atención médica pueden aún ser agudas. Human Rights Watch habló con dos mujeres, Nana B. y Jameela E., quienes durante su detención sufrieron problemas ginecológicos que atribuyeron a mutilación genital realizada en su país de origen. En cuanto a la atención de salud mental, Nora S., una sobreviviente de violencia doméstica, aseveró: “Definitivamente, yo habría querido recibir ayuda para esto, la oportunidad de hablar de ello. Fui víctima de violencia doméstica durante 13 años”.²⁴⁵

²⁴² Norma de Detención No. 14 del ICE/DRO, “Prevención e intervención en casos de abuso y violencia sexuales”, 2 de diciembre de 2008, http://www.ice.gov/doclib/PBND/sexual_abuse_and_assault_prevention_and_intervention.pdf (acceso al sitio: 26 de febrero de 2009), p. 8-9.

²⁴³ Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008.

²⁴⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008.

²⁴⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Nora S., Arizona, mayo de 2008.

Finalmente, un aspecto sobresaliente de la respuesta exitosa de un centro de detención a la violencia sufrida por una sobreviviente fue la asociación del centro con un proveedor de servicios local. Según Suana Michel Q., los proveedores de salud en el Centro de Internamiento de Port Isabel la remitieron al Centro para Crisis Familiar en Harlingen, Texas, donde le brindaron asesoramiento mientras estuvo detenida y después cuando fue trasladada a un programa alternativo a la detención.²⁴⁶ Más aun, cuando ella salió del estado, el centro la remitió a una organización similar en su lugar de destino. Desafortunadamente, no todos los centros de detención se coordinan de manera tan estrecha con los recursos locales. Una defensora de sobrevivientes de violencia sexual en Arizona dijo a Human Rights Watch que en repetidas ocasiones ella había intentado procurar un diálogo con la oficina de campo del ICE en su localidad sobre las maneras en que podían cooperar para atender las necesidades de las sobrevivientes, pero descubrió que la oficina no tenía interés en ello.²⁴⁷

Cuidados de salud mental

Human Rights Watch decidió sondear aún más en la atención de problemas de salud mental porque en las entrevistas ésta surgió como un asunto prioritario para muchas mujeres bajo detención. Al preguntarles sobre las preocupaciones de salud que las mujeres frecuentemente presentaban, varios administradores de servicios de salud comentaron que ellas solían buscar cuidados para la depresión o ansiedad.²⁴⁸ Esto fue confirmado en entrevistas de Human Rights Watch con mujeres que estaban o habían estado detenidas.

Según las mujeres con quienes hablamos, la respuesta de los centros a cuestiones de salud mental era una de las principales deficiencias en el sistema de cuidados de salud de la detención. En parte, esta falla representa una manifestación más del énfasis de la norma de detención y del paquete de beneficios en la atención a condiciones agudas. La norma médica actualmente vinculante del ICE contiene disposiciones para exámenes de salud mental, pero no menciona en forma específica cuál tratamiento está disponible.²⁴⁹ La nueva norma médica del ICE muestra mejoras pues estipula que cada centro proporcionará cuidados de salud mental a las personas bajo su custodia y que se diseñará un plan de tratamiento para personas con necesidades de salud mental.²⁵⁰ Sin embargo, el grado al

²⁴⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Suana Michel Q., Nueva York, julio de 2008.

²⁴⁷ Entrevista de Human Rights Watch con activista contra la violencia sexual (nombre suprimido), Arizona, mayo de 2008.

²⁴⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Donna McGill, administradora de servicios de salud, CCA, Centro de Detención de Arizona Central, Florence, Arizona, 2 de mayo de 2008.

²⁴⁹ Norma de Detención del INS, "Atención médica", 20 de septiembre de 2000, p. 3.

²⁵⁰ Norma de Detención No. 22 del ICE/DRO, "Atención médica", 2 de diciembre de 2008, p. 13-14.

cual pueda implementarse un plan de tratamiento exitoso podría verse limitado por los servicios externos autorizados de acuerdo al Paquete de Servicios Cubiertos de la DIHS, el cual afirma que por lo general los servicios no urgentes no están cubiertos, como tampoco lo están el asesoramiento y la psicoterapia a menos que el director médico los apruebe.²⁵¹ Funcionarios de la DIHS aseguraron a Human Rights Watch que el asesoramiento está disponible y que no se prescribía medicación por sí sola sino como parte de un plan integral de tratamiento, tal como lo contemplan las normas de salud pertinentes.²⁵²

Aun así, varias mujeres mencionaron la dificultad de obtener asesoramiento o acceder a otras opciones para tratar problemas de salud mental más allá de la medicación por sí sola: “Nunca me han ofrecido terapia; aunque he pedido información para lograr que algo se haga, nunca he recibido alguna respuesta ... [El administrador de la clínica] sigue diciéndome que no hay nada que la institución pueda hacer por nosotras porque no vamos a estar aquí durante mucho tiempo”, dijo Itzya N., quien en ese momento ya había estado detenida por más de cuatro meses.²⁵³ Su severa depresión condujo a que el centro la pusiera dos veces bajo observación para prevenir que se suicidara y le prescribió dosis cada vez más fuertes de medicamentos, pero sin un curso complementario de terapia, como ella había solicitado. Beatriz R., por otro lado, afirmó que se le había informado de la disponibilidad de asesoramiento, pero nunca pudo hacer uso de éste: “Te dicen, ‘Puedes hablar con una consejera en cualquier momento que lo desees’. Pero no están ahí o se encuentran ocupadas. Antes decían que me llamarían. No sé quién es la consejera. Nunca me llamaron para que pudiera hablar con la consejera”.²⁵⁴

Varias mujeres que habían padecido depresión o ansiedad dijeron a Human Rights Watch que habían desistido incluso de buscar ayuda al enterarse de que, en el mejor de los casos, recibirían medicación pero no asesoramiento o terapia.²⁵⁵ Otras retrasaron reportar sus problemas de salud mental o decidieron no informar de éstos por temor a enfrentar consecuencias negativas.²⁵⁶ Maya Z. dijo que el personal del centro y otras mujeres

²⁵¹ Paquete de Servicios Médicos y Dentales para Personas Detenidas Cubiertos por la DIHS, 2005, p. 33.

²⁵² Entrevista de Human Rights Watch con Joseph Greene, Jay Sparks, Andrew Strait, Philip Jarres y Jeffrey Sherman, sede del ICE, Washington, DC, 30 de octubre de 2008. Las normas de la APHA estipulan que la medicación psicotrópica debería prescribirse sólo como un elemento de un plan de tratamiento. APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 59, párr. 1(b)(3).

²⁵³ Entrevista de Human Rights Watch con Itzya N., Arizona, mayo de 2008.

²⁵⁴ Entrevista de Human Rights Watch con Beatriz R., Arizona, abril de 2008.

²⁵⁵ Entrevista de Human Rights Watch con Nora S., Arizona, mayo de 2008; entrevista de Human Rights Watch con Ashley J., Arizona, mayo de 2008.

²⁵⁶ Entrevista de Human Rights Watch con Raquel B., Nueva Jersey, mayo de 2008.

detenidas le habían aconsejado manejar ella misma sus problemas de ansiedad porque hacerlos del conocimiento del personal médico podía resultar en que la transfirieran a un centro menos deseable.²⁵⁷ Otra mujer descubrió que el personal médico inmediatamente interpretó su solicitud de hablar con un psicólogo como una indicación de que estaba contemplando el suicidio. Después de presentar su solicitud, el personal le preguntó si quería suicidarse, a lo cual ella respondió que habría preferido estar muerta antes que haber sido detenida, pero que no tenía intención de lastimarse a sí misma. De inmediato fue encerrada durante varios días, lo que sólo agravó su ansiedad y la hizo desistir de volver a mencionar el asunto.²⁵⁸

El énfasis del sistema médico en la intervención en casos de crisis también lleva a excluir la atención preventiva para personas que desarrollan depresión y ansiedad en respuesta a la experiencia de estar detenidas. Tanto las mujeres con problemas preexistentes de salud mental como otras que no las padecen enfrentan una serie de situaciones estresantes generadas por la detención. Éstas pueden incluir separación de sus hijas, hijos y familiares que dependen de ellas, incertidumbre acerca de si se les permitirá permanecer en el país, trauma debido a su arresto y la privación de su libertad dentro del centro de detención. Un proveedor de cuidados de salud de la DIHS admitió ante Human Rights Watch que la detención sí afecta el bienestar mental, pero agregó que el personal médico tiene opciones limitadas para aliviar estos aspectos estresantes antes de que la situación se deteriore al grado en que es necesaria la intervención de profesionales de salud mental.²⁵⁹

Estas necesidades pueden atenderse a través de la asistencia de una trabajadora social quien podría, por ejemplo, indagar sobre el bienestar de familiares que han sido separados o contactar a agentes de deportación para discutir el manejo de casos de personas que están teniendo una respuesta particularmente negativa en la detención. Pero las mujeres con quienes hablamos mencionaron intervenciones aun más pequeñas que, cuando estaban disponibles, fueron una gran ayuda. Al comparar a dos centros, Nora S. dijo que en el primero, un centro de internamiento, “tenían corazón para ayudar”. Explicó que esto significaba que “nos daban papel y bolígrafos para escribirles a nuestras familias todos los días” y le ofrecían oportunidades para llamar a su familia, a diferencia del segundo, un centro de detención por contrato, donde ella no pudo llamar a su familia durante cuatro semanas. “Quiero decir que permitirle a la gente comunicarse con sus familias es apoyo

²⁵⁷ Entrevista de Human Rights Watch con Maya Z., Florida, abril de 2008.

²⁵⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Jameela E., Virginia, junio de 2008.

²⁵⁹ Entrevista de Human Rights Watch con el teniente James B. Carr, asistente médico de planta, DIHS, Cárcel del Condado de Pinal, Florence, Arizona, 1 de mayo de 2008.

emocional porque el encierro es muy difícil”, dijo Nora S. El hecho de que el centro les propiciara tener contacto con sus familiares significaba, para las mujeres, que no estaban “abandonadas”.²⁶⁰

²⁶⁰ Entrevista de Human Rights Watch con Nora S., Arizona, mayo de 2008.

VI. Estándares legales

Estándares legales internacionales

Las fallas en la respuesta del sistema de cuidados de salud de la detención a las preocupaciones de salud de las mujeres implican derechos humanos fundamentales, incluyendo las protecciones legales internacionales del derecho a la salud, el derecho a no sufrir discriminación y los derechos de las personas detenidas. Varias de estas protecciones están consagradas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención contra la Tortura y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, tratados que Estados Unidos ratificó. El derecho a la salud se articula en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual Estados Unidos firmó pero aún no ha ratificado.

El derecho a la salud

Al restringir la cobertura de los servicios básicos de salud para las mujeres, no asegurar que se brinden cuidados apropiados oportunamente ni prestar suficiente atención a la manera en que los servicios se proporcionan, el ICE socava el derecho a la salud de las mujeres bajo su custodia. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.²⁶¹ Estados Unidos, como signatario, tiene la obligación de abstenerse de actos que frustren el objeto y el fin del tratado.²⁶² Además, como miembro de las Naciones Unidas, Estados Unidos asumió el compromiso de proteger el derecho a la salud, de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos. El derecho a la salud es inseparable de las disposiciones sobre el derecho a la vida y el derecho de las personas a no ser sometidas a tratos degradantes que están incluidas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en la Convención contra la Tortura, tratados ya ratificados por Estados Unidos.²⁶³

²⁶¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, 21 U.N. GAOR Sup. (No. 16) en 49, Doc. ONU A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3; entrada en vigor: 3 de enero de 1976, http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm (acceso al sitio: 20 de febrero de 2009), Art. 12(1). Aunque el Pacto reconoce que los países en desarrollo están obligados a “lograr progresivamente ... la plena efectividad” de este derecho, esto no se aplica a las naciones desarrolladas, como Estados Unidos, que son responsables de asegurar la realización plena de los derechos reconocidos en el Pacto.

²⁶² Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, adoptada el 29 de mayo de 1969, Doc. ONU A/Conf.39/27, 1155 UNTS 331; entrada en vigor: 27 de enero de 1980, http://www.oas.org/XXXIVGA/spanish/reference_docs/Convencion_Viena.pdf (acceso al sitio: 20 de febrero de 2009), Art. 18(1).

²⁶³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, 21 U.N. GAOR Sup. (No. 16) en 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171; entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y fue ratificado por Estados Unidos el 8 de junio de 1992,

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de interpretar y vigilar la aplicación del PIDESC, ha identificado cuatro componentes esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.²⁶⁴ Los cuidados de salud proporcionados en la detención migratoria de Estados Unidos son deficientes en cada una de estas áreas. La disponibilidad se refiere a contar con un “número suficiente”²⁶⁵ de servicios, personal y materiales de salud. El ICE falla en este respecto cuando las mujeres bajo su custodia buscan servicios profesionales, como terapia para problemas de salud mental u otra atención especializada, y se enfrentan a demoras o denegaciones debido a la escasez de personal médico. Además, el Comité evalúa la disponibilidad teniendo en cuenta los medicamentos esenciales tal como son definidos por el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Esta lista incluye la anticoncepción hormonal, que no es parte del formulario de la DIHS. Más aun, la limitación del acceso a la anticoncepción viola lo que el Comité ha identificado como una libertad incluida en el derecho de las personas a la salud: “el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica”.²⁶⁶

La accesibilidad, como un elemento del derecho a la salud, se divide en cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que los **Gobiernos** tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular “absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos”.²⁶⁷ El restringido alcance de los cuidados disponibles según el Paquete de Servicios Cubiertos limita el acceso de personas bajo custodia del ICE a una

http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm (acceso al sitio: 20 de febrero de 2009), Art. 10. La Convención contra la Tortura obliga a los Gobiernos a adoptar medidas para prevenir actos que constituyan tratos degradantes cometidos por un funcionario público o con su consentimiento o aquiescencia, con particular atención a prevenir tales actos en el contexto de la detención. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 39/46, anexo, del 10 de diciembre de 1984, 39 U.N. GAOR Sup. (No. 51) en 197, Doc. ONU A/39/51 (1984); entró en vigor el 26 de junio de 1987 y fue ratificada por Estados Unidos el 21 de octubre de 1994, http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_cat39_sp.htm (acceso al sitio: 20 de febrero de 2009), Art. 10, 11, 16(1).

²⁶⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Observación general No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/385c2add1632f4a8c12565a9004dc311/c25222ddae3cbdbbc1256966002ef970?OpenDocument&Highlight=0,E%2FC.12%2F2000%2F4> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 12.

²⁶⁵ *Ibid.*, párr. 12(a).

²⁶⁶ *Ibid.*, párr. 8.

²⁶⁷ *Ibid.*, párr. 34.

gama de dichos servicios. En lo concerniente al acceso a la información, que “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”,²⁶⁸ el ICE falla cuando impide el acceso de las mujeres a sus historiales de salud, ya sea por no transferir información médica entre los centros o al obstruir las solicitudes de historiales. Asimismo, al omitir el asesoramiento sobre opciones en su manejo del embarazo, el ICE niega a las mujeres acceso a información acerca de la gama de servicios de salud que están legalmente disponibles para ellas.

En cuanto a la aceptabilidad de los servicios de salud, el ICE tiene la obligación de asegurar que los servicios que proporciona sean “respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y ... estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”.²⁶⁹ En las entrevistas realizadas por Human Rights Watch, el tema de la aceptabilidad surgió con inconsistencias en el uso de traductores para personas que no hablan inglés, en la sofisticación de la evaluación de las experiencias de las mujeres respecto a la violencia y en la sensibilidad de los proveedores al impacto que el entorno de detención tiene sobre las personas. Además, las violaciones a la confidencialidad en el curso de la distribución de medicamentos y el uso de precauciones de seguridad que interferían con la privacidad de los exámenes y el tratamiento dieron lugar a cuestionamientos respecto a la observancia de la ética médica.

Los cuidados de salud del ICE también son insatisfactorios en cuanto a calidad. Según el análisis del Comité, la calidad se refiere a que los servicios de salud, además de culturalmente aceptables, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.²⁷⁰ La política del ICE difiere de los estándares de la práctica médica en Estados Unidos en su enfoque a ciertos servicios básicos de salud para las mujeres, incluso las pruebas de Papanicolaou y las mamografías. En otras áreas, incluyendo los servicios para madres lactantes, las fallas a nivel de implementación de la política impiden el acceso de las mujeres a cuidados congruentes con los estándares médicos predominantes. Adicionalmente, al imponer a sus centros pocos requisitos para la acreditación profesional, el ICE se aparta de la rigurosa evaluación externa de sus operaciones que ayudaría a supervisar que los cuidados disponibles sean apropiados.

²⁶⁸ *Ibíd.*, párr. 12(b).

²⁶⁹ *Ibíd.*, párr. 12(c).

²⁷⁰ *Ibíd.*, párr. 12(d).

Además de no estar a la altura de los indicadores de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, el desempeño del ICE en lo concerniente a resguardar la salud de las mujeres también es problemático según otras normas legales internacionales. Por ejemplo, la atención inconsistente proporcionada a mujeres embarazadas que se encuentran bajo custodia del ICE no es congruente con el Artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), un tratado que Estados Unidos firmó pero aún no ha ratificado. El Artículo 12 estipula que los **Gobiernos** “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.²⁷¹ Disposiciones similares acerca de la atención prenatal y postnatal y el apoyo a la lactancia materna figuran en la Convención sobre los Derechos del Niño, que Estados Unidos también firmó pero no ha ratificado.²⁷²

Adicionalmente, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda, como una medida para asegurar el acceso igual de las mujeres a los cuidados de salud, que los **Gobiernos** “establezcan o apoyen servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de violencia contra la mujer, entre ellos refugios, el empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados, rehabilitación y asesoramiento”.²⁷³

El derecho a igual protección contra toda discriminación

El derecho a no sufrir discriminación es un principio central de la legislación internacional de los derechos humanos.²⁷⁴ Como signatario del Pacto Internacional de Derechos Civiles y

²⁷¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, 34 U.N. GAOR Sup. (No. 46) en 193, Doc. ONU A/34/46; entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981, http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Art. 12(2).

²⁷² Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, anexo, del 20 de noviembre de 1989, 44 U.N. GAOR Sup. (No. 49) en 167, Doc. ONU A/44/49 (1989); entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Art. 24(d), (e).

²⁷³ Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, “La violencia contra la mujer”, Recomendación general No. 19, Doc. ONU A/47/38 (1992), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 24(k).

²⁷⁴ Las protecciones internacionales del derecho a la no discriminación incluyen: el PIDCP, Art. 2, 4, 26; el PIDESC, Art. 2(2); la CEDAW, Art. 2; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (CERD), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2106 A (XX), anexo, del 21 de diciembre de 1965, 20 U.N. GAOR Sup. (No. 14) en 47, Doc. ONU A/6014 (1966), 660 U.N.T.S. 195, entrada en vigor el 4 de enero de 1969 y ratificada por Estados Unidos el 21 de octubre de 1994, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Art. 5; la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Convención sobre Trabajadores Migratorios), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/158, anexo, del 18 de diciembre de 1990, 45 U.N. GAOR Sup. (No. 49A) en 262, Doc. ONU A/45/49 (1990),

Políticos (PIDCP), Estados Unidos tiene la obligación de garantizar una protección eficaz contra la discriminación.²⁷⁵ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) estipula específicamente que los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para “eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.²⁷⁶ Aunque tanto hombres como mujeres pueden enfrentar deficiencias en la atención médica proporcionada por el ICE, algunas de éstas son discriminatorias debido al impacto desproporcionado que tienen sobre las mujeres. La falta de cobertura para métodos de planificación familiar afecta a ambos sexos, pero en particular a las mujeres porque la falta de servicios las expone al riesgo de un embarazo no planificado, además de los riesgos de salud que lo acompañan y muchas otras consecuencias profundas. Adicionalmente, las mujeres pueden verse afectadas de manera desproporcionada por las limitaciones a los cuidados de salud reproductiva preventivos y rutinarios, de los cuales ellas por lo general tienen una mayor necesidad.²⁷⁷

Los derechos de las personas privadas de libertad

Las mujeres puestas bajo la custodia de las autoridades inmigratorias no pierden sus derechos fundamentales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos obliga a los Estados a asegurar que “toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.²⁷⁸ Esto, como lo ha explicado el Comité de los Derechos Humanos de la ONU, conlleva una obligación positiva de velar por que no se someta a esas personas “a penurias o a restricciones que no sean los que resulten de la privación de la libertad; debe garantizarse el respeto de la dignidad de estas personas en las mismas condiciones aplicables a las personas libres. Las personas privadas

entrada en vigor el 1 de julio de 2003, http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/m_mw_ctoc_sp.htm (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Art. 1(1), 7.

²⁷⁵ PIDCP, Art. 26.

²⁷⁶ CEDAW, Art. 12.

²⁷⁷ En ciertos contextos sociales, las necesidades de cuidados de salud reproductiva de los hombres pueden ser iguales o mayores que las de las mujeres. En la mayoría, sin embargo, las necesidades de las mujeres son mayores. Ver Priya Nanda, “Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women’s Utilization of Health Care” [“Dimensiones de género de las cuotas para personas usuarias: Implicancias para la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres”], *Reproductive Health Matters*, 2002, http://www.sarpn.org.za/documents/d0000174/P165_Nanda.pdf (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), p. 128; SH Ebrahim, MT McKenna y JS Marks, “Sexual behaviour: related adverse health burden in the United States” [“Conducta sexual: Carga adversa de salud relacionada en Estados Unidos”], *Sexually Transmitted Infections*, 2005, <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstr act/81/1/38> (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), p. 39.

²⁷⁸ PIDCP, Art. 10(1).

de libertad gozan de todos los derechos enunciados en el Pacto, sin perjuicio de las restricciones inevitables en condiciones de reclusión”.²⁷⁹

Indudablemente, tanto el trato humillante hacia las mujeres bajo custodia del ICE como la falta de acceso a servicios de salud rutinarios están lejos de ser inevitables y es posible rastrearlos hasta políticas que el poder del Gobierno puede modificar. La investigación de Human Rights Watch reveló que el trato a mujeres bajo custodia del ICE a menudo es humillante y en ocasiones llega a ser cruel, inhumano y degradante. El uso innecesario de restricciones y registros sin ropa, las restricciones arbitrarias al suministro de toallas sanitarias y la insuficiente privacidad durante los exámenes médicos socavan la dignidad de las mujeres detenidas. El derecho a un nivel básico de cuidados de salud en la detención es fundamental para mantener la dignidad humana y con suma frecuencia no se les otorga a las mujeres bajo custodia del ICE.

Refiriéndose a una preocupación específica de las mujeres detenidas, el Comité de Derechos Humanos ha recomendado a los Estados que “Las mujeres embarazadas que estén privadas de libertad deben ser objeto de un trato humano y debe respetarse su dignidad inherente en todo momento y en particular durante el alumbramiento y el cuidado de sus hijos recién nacidos. Los Estados partes deben indicar qué servicios tienen para garantizar lo que antecede y qué formas de atención médica y de salud ofrecen a esas madres y a sus hijos”.²⁸⁰ A este respecto, la política del ICE que permite el encadenamiento de mujeres embarazadas es incompatible con un consenso internacional cada vez mayor contra el uso de restricciones físicas a mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal inmediato. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes ha señalado que encadenar a las mujeres embarazadas o restringirlas por otro medio es “totalmente inaceptable, y podría ciertamente calificarse como trato inhumano y degradante”.²⁸¹ En sus observaciones finales al segundo y tercer informes periódicos de Estados Unidos en junio de 2006, el Comité de Derechos Humanos

²⁷⁹ Comité de Derechos Humanos, “Trato humano de las personas privadas de libertad”, Observación general No. 21, Doc. ONU A/47/40 (1992), <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom21.html> (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), párr. 3.

²⁸⁰ Comité de Derechos Humanos, “Artículo 3 – La igualdad de derechos entre hombres y mujeres”, Observación general No. 28, Doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000), <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom28.html> (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), párr. 15.

²⁸¹ Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), “Normas del CPT: Secciones de los Informes Generales del CPT dedicadas a cuestiones de fondo”, CPT/Inf/E (2002) 1, Rev. 2004, http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-standards.doc#_Toc119390725 (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), p. 72, párr. 27.

comentó la continuidad de este procedimiento en el país y recomendó que el Gobierno “prohíba la práctica de encadenar a las reclusas durante el parto”.²⁸²

Finalmente, los ineficaces procedimientos para quejas y el hecho de que el Departamento de Seguridad Nacional no ha convertido las normas de detención del ICE en regulaciones aplicables impiden que las personas detenidas ejerzan sus derechos. En su Artículo 2.1, el PIDCP exige a los Estados partes “garantizar” a todas las personas que se encuentren en su territorio los derechos reconocidos en el Pacto. Sin un remedio eficaz para la violación del derecho a la dignidad, el disfrute de éste no puede garantizarse. El Comité de Derechos Humanos, que interpreta el PIDCP y evalúa el cumplimiento estatal, ha urgido a los Estados especificar en sus informes si las personas detenidas “tienen acceso a esa información y disponen de recursos jurídicos eficaces que les permitan hacer respetar esas reglas, denunciar su incumplimiento y obtener compensación adecuada en caso de violación”.²⁸³

Definiendo un estándar de atención

El estándar internacional de atención médica básica para personas bajo custodia estatal es que ellas tienen derecho, como mínimo, a servicios y cuidados comparables a los que reciben las personas que están en libertad. El principio de equivalencia, articulado en los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, adoptados por la Asamblea General de la ONU en 1990, estipula que:

Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas. ... Los reclusos tendrán acceso a los

²⁸² Comité de Derechos Humanos, “Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del Artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Estados Unidos de América”, CCPR/C/USA/CO/3/Rev.1, 18 de diciembre de 2006, [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/oac7e03e4fe8f2bd125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/\\$FILE/Go645964.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/oac7e03e4fe8f2bd125698a0053bf66/4dec657b68936048c125725a00355a9d/$FILE/Go645964.pdf) (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), párr. 33.

²⁸³ Comité de Derechos Humanos, Observación general No. 21, párr. 7.

servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.²⁸⁴

Según los principios de la ONU sobre las responsabilidades éticas de los proveedores de cuidados de salud, éstos tienen el deber de tratar las enfermedades de las personas presas o detenidas al mismo nivel de calidad que proporcionan a las personas que no están presas o detenidas.²⁸⁵ Ello sugiere que el estándar apropiado para la DIHS debería ser un nivel de atención de la salud física y mental equivalente al disponible en la comunidad, un estándar mucho más alto que el enunciado en el Paquete de Servicios Cubiertos o incluso en la nueva norma médica del ICE.²⁸⁶

Estándares legales nacionales

La Constitución estadounidense establece el derecho a la atención médica para personas bajo custodia del Gobierno. La prohibición en la 8a. Enmienda de los castigos crueles e inusuales da a personas halladas culpables de delitos el derecho a recibir atención médica. Sin embargo, dado que la detención migratoria no es punitiva, el derecho a atención médica de las personas detenidas por el ICE se deriva de la 5a. Enmienda, que estipula que a ninguna persona “se le privará de la vida, la libertad o la propiedad sin el debido proceso legal”.²⁸⁷ A pesar de la diferencia en su origen constitucional, la lógica detrás de ambas protecciones radica en la responsabilidad de custodia asumida por el Estado cuando priva de libertad a una persona:

[C]uando el Estado pone a una persona bajo su custodia y le retiene en ésta contra su voluntad, la Constitución impone [al Estado] el deber

²⁸⁴ Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/111, anexo, del 14 de diciembre de 1990, 45 U.N. GAOR Sup. (No. 49A) en 222, Doc. ONU A/45/49 (1990), http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp35_sp.htm (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), Art. 5, 9.

²⁸⁵ Ver Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 37/194 del 18 de diciembre de 1982, <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/37/194> (acceso al sitio: 10 de octubre de 2008), Principio 1.

²⁸⁶ Hay quienes han argumentado que los Estados podrían, de hecho, tener una mayor responsabilidad de asegurar la atención médica de personas detenidas debido a la relación de custodia que el Estado asume cuando les priva de su libertad y sus opciones para procurarse cuidados de salud por sí mismas. El deber de garantizarles a las personas detenidas un nivel más alto de cuidados del que está disponible en la comunidad puede aplicarse con particular vigor a condiciones creadas o exacerbadas por las condiciones de la detención, tales como problemas de salud mental. Ver Rick Lines, “From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to standards of health higher than those outside prisons” [“De la equivalencia de las normas a la equivalencia de los objetivos: El derecho de las personas privadas de libertad a estándares de salud superiores a los disponibles a personas fuera de la cárcel”], *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 2, No. 4 (2006), http://www.iprt.ie/files/iprt/equivalence_paper_final_ijph.pdf (acceso al sitio: 10 de febrero de 2009), p. 269.

²⁸⁷ Constitución de Estados Unidos, 5a. Enmienda.

correspondiente de asumir alguna responsabilidad por su seguridad y su bienestar general. La lógica de este principio es sencilla: cuando el Estado, por medio del ejercicio afirmativo de su poder, restringe la libertad de una persona de manera tal que le imposibilita cuidar de sí misma y al mismo tiempo no satisface sus necesidades humanas básicas—por ejemplo, alimentación, vestido, albergue, atención médica y una seguridad razonable—[el Estado] transgrede los límites sustantivos de la acción estatal estipulados por la Octava Enmienda y la Cláusula sobre el Debido Proceso.²⁸⁸

El Gobierno no escapa a este deber cuando utiliza a un contratista para que proporcione servicios de detención. La Corte Suprema de Estados Unidos ha dictaminado que “Subcontratar servicios médicos penitenciarios no exime al Estado de su obligación de proporcionar un tratamiento médico apropiado a las personas bajo su custodia y tampoco priva a las personas prisioneras del Estado de los medios para reivindicar sus derechos de conformidad con la Octava Enmienda”.²⁸⁹

Adicionalmente, el alcance de la protección a personas detenidas por el ICE bajo custodia civil puede exceder la otorgada a personas sentenciadas. El Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito ha dictaminado que una persona confinada que está a la espera de un fallo bajo un proceso civil no puede ser castigada y que el castigo ocurre cuando “la persona está detenida en condiciones idénticas, similares o más restrictivas que aquéllas bajo las cuales se mantiene a criminales detenidos previo a un juicio”.²⁹⁰ Por lo tanto, según falló otro tribunal, “las personas bajo detención no punitiva tienen el derecho a ‘atención médica razonable’, un estándar evidentemente más alto que el estándar de la Octava Enmienda”.²⁹¹ Sin embargo, en ausencia de jurisprudencia específica para la inmigración, las aplicaciones de la protección de la 8a. Enmienda brindan orientación sobre al menos el nivel mínimo que la Constitución exige que el ICE proporcione.

En *Estelle contra Gamble*, el caso histórico que definió la responsabilidad de brindar atención médica bajo custodia, la Corte Suprema de Estados Unidos dictaminó que la 8a. Enmienda prohíbe la “indiferencia deliberada” de las autoridades de detención a una

²⁸⁸ *DeShaney v. Winnebago County Dept. of Social Services* [*DeShaney contra Departamento de Servicios Sociales del Condado de Winnebago*], 489 U.S. 189, 200 (1989).

²⁸⁹ *West v. Atkins* [*West contra Atkins*], 487 U.S. 42, 56 (1988).

²⁹⁰ *Jones v. Blanas* [*Jones contra Blanas*], 393 F.3d 918, 931-934 (9th Cir. 2004). Ver también *Hydrick v. Hunter* [*Hydrick contra Hunter*], 500 F.3d 978, 994 (9th Cir. 2007) (dictaminando que “la Octava Enmienda brinda una protección demasiado *escasa* a quienes el Estado no puede castigar”).

²⁹¹ *Haitian Centers Council, Inc. v. Sale* [*Consejo de Centros Haitianos, Inc. contra Sale*], 823 F. Supp. 1028 (EDNY 1993).

“necesidad médica seria” de una persona prisionera bajo su custodia.²⁹² Los tribunales federales han tenido varias ocasiones para aplicar el estándar del caso *Estelle* a cuestiones específicas de derechos de las mujeres y, en algunos casos, han llegado a resultados diferentes. Todo el Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Octavo Circuito ha concedido una nueva audiencia a fin de determinar la constitucionalidad del encadenamiento de una mujer durante el trabajo de parto, luego de que un panel de tres jueces de ese tribunal dictaminara que esta práctica no constituía una indiferencia deliberada a sus serias necesidades médicas.²⁹³ El Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito de Columbia ya ha prohibido la práctica, afirmando que el encadenamiento durante el trabajo de parto y poco tiempo después es “inhumano” y no es constitucionalmente permisible.²⁹⁴ En el área de los derechos al aborto, el Tribunal de Apelaciones de Estados Unidos para el Tercer Circuito ha reconocido el acceso a abortos electivos no terapéuticos como una necesidad médica seria.²⁹⁵ Pese a estar en desacuerdo con el fallo respecto a una necesidad médica seria, el Octavo Circuito invalidó la prohibición del transporte de mujeres encarceladas para realizarse de un aborto porque constituía una restricción irrazonable del derecho de una mujer al aborto según la 14a. Enmienda.²⁹⁶ También se ha interpretado que la obligación de asegurar que el encarcelamiento no obligue a una mujer a perder su derecho constitucional al aborto incluye garantizar el acceso a financiamiento para el procedimiento.²⁹⁷

En un caso notable de 1994, el Tribunal de Distrito de Estados Unidos en el Distrito de Columbia dictaminó que la inadecuada atención obstétrica y ginecológica en un centro correccional de tratamiento violaba la sección del Código de ese distrito que rige el

²⁹² *Estelle v. Gamble* [*Estelle contra Gamble*], 429 U.S. 97, 104 (1976).

²⁹³ *Nelson v. Correctional Medical Services* [*Nelson contra Servicios Médicos Correccionales*], 533 F.3d 958 (8th Cir. 2008) (anulado pendiente de audiencia por el tribunal en pleno).

²⁹⁴ *Women Prisoners of District of Columbia Dept. of Corrections v. District of Columbia* [*Prisioneras del Departamento de Correcciones del Distrito de Columbia contra el Distrito de Columbia*], 877 F. Supp. 634, 668 (D.C. 1994).

²⁹⁵ *Monmouth County Correctional Institutional Inmates v. Lanzaro* [*Reclusos de la Institución Correccional del Condado de Monmouth contra Lanzaro*], 834 F.2d 326, 351 (3d Cir. 1987).

²⁹⁶ *Roe v. Crawford* [*Roe contra Crawford*], 514 F.3d 789 (8th Cir. 2008) (afirmando que el aborto electivo y no terapéutico no es una necesidad médica grave según la 8a. Enmienda, pero que prohibir el transporte de prisioneras que desean realizarse abortos constituía una restricción irrazonable de su derecho a procurarse un aborto, tal como lo contempla la 14a. Enmienda). Ver también *Doe v. Arpaio* [*Doe contra Arpaio*], 150 P.3d 1258 (Ariz. 2007) (auto de avocación denegado, 128 S.Ct. 1704, 24 de marzo de 2008) (aseverando que exigir una orden judicial para transporte a fin de tener un procedimiento de aborto no era permisible porque restringía el derecho constitucional de la mujer encarcelada a interrumpir su embarazo sin que existiera una conexión razonable a un interés penal legítimo). Pero ver *Victoria W. v. Larpenter* [*Victoria W. contra Larpenter*], 369 F.3d 475 (5th Cir. 2004) (dictaminando que el requisito de una orden judicial era razonable cuando ésta se requiriera para todos los procedimientos electivos y el interés estatal declarado fuera la seguridad de la reclusa y la prevención de responsabilidad legal).

²⁹⁷ *Monmouth County Correctional Institutional Inmates v. Lanzaro* [*Reclusos de la Institución Correccional del Condado de Monmouth contra Lanzaro*], 834 F.3d en 352.

tratamiento de personas prisioneras, que el tribunal describió como una codificación de la regla de la ley común según la cual las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de brindar atención razonable en la protección y el resguardo de personas que están en prisión. Aseverando que, “en el área de la atención médica, los médicos deben a las personas prisioneras el mismo estándar de atención que los médicos generalmente deben a pacientes privados”, el tribunal falló que violaba la ley la provisión inadecuada de exámenes y análisis ginecológicos, pruebas de ITS, atención de seguimiento, educación sobre la salud y atención prenatal.²⁹⁸

²⁹⁸ *Women Prisoners of District of Columbia Dept. of Corrections v. District of Columbia* [Prisioneras del Departamento de Correcciones del Distrito de Columbia contra el Distrito de Columbia], 877 F. Supp. en 667-68. En la apelación, la determinación del tribunal respecto a la atención obstétrica y ginecológica fue anulada debido a motivos jurisdiccionales. *Women Prisoners of District of Columbia Dept. of Corrections v. District of Columbia*, 93 F.3d 910 (DC Cir. 1996).

VII. Recomendaciones

A la División de Servicios de Salud para Inmigrantes

Recomendaciones generales en relación con las políticas

- Enmendar el Paquete de Servicios Cubiertos a fin de eliminar la consideración inapropiada de las perspectivas de deportación de una persona al determinar su elegibilidad para procedimientos médicos, así como armonizar el Paquete con la norma de atención médica modificada del ICE de manera que las personas detenidas puedan tener acceso a una plena continuidad de servicios de salud, ya sea que estén disponibles dentro o fuera del centro de detención.
- Crear mecanismos para mejorar la puntualidad en la respuesta a las necesidades de cuidados de salud de las personas bajo custodia del ICE y a sus quejas.
- Contratar profesionales de salud cualificados a fin de mantener una cantidad suficiente de personal médico en los centros para abordar las insuficiencias a nivel nacional.
- Velar por que las personas bajo custodia puedan solicitar traducción durante sus visitas médicas y se les informe de su derecho a hacerlo.
- Incrementar la cantidad de personal cualificado que estudia las Solicitudes de Autorización de Tratamiento para eliminar los impedimentos que ocasionan demoras en el tratamiento.
- Asegurar que la procura de ahorros en los costos no prime sobre las necesidades médicas de las y los pacientes al considerar las Solicitudes de Autorización de Tratamiento.
- Mejorar la detección de violencia sexual y por motivos de género, de conformidad con las directrices del Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar y de la OMS.²⁹⁹
- Alentar a los centros a asociarse con organizaciones comunitarias que brindan servicios a sobrevivientes de violencia sexual y por motivos de género para incrementar el acceso de las mujeres a los servicios durante su periodo bajo detención y después de éste.

²⁹⁹ Ver Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar, “Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening” [“Prevención de la violencia doméstica: Directrices clínicas para detección de rutina”], octubre de 1999, <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>, p. 18-21; Organización Mundial de la Salud, “Violence against women: What health workers can do” [“Violencia contra las mujeres: Lo que el personal de salud puede hacer”], julio de 1997, <http://www.who.int/gender/violence/v9.pdf> (acceso a ambos sitios: 19 de octubre de 2008).

- Motivar a los centros a asociarse con organizaciones comunitarias a fin de asegurar que las personas detenidas sean remitidas a atención médica luego de su detención.

Recomendaciones en relación con las políticas de salud de las mujeres

- Enmendar el Paquete de Servicios Cubiertos a modo de asegurar la cobertura de las pruebas de Papanicolaou y mamografías para propósitos de detección, de conformidad con los estándares aplicables a la comunidad.
- Enmendar el Paquete de Servicios Cubiertos a fin de proveer cobertura de servicios de planificación familiar y asegurar que los formularios de los centros de detención contengan métodos anticonceptivos, incluyendo píldoras de anticoncepción de emergencia.
- Ampliar las opciones de cuidados de salud mental para personas detenidas a fin de incluir consultas de asesoramiento programadas y no urgentes a un profesional de salud mental.

Recomendaciones sobre aplicación y capacitación

- Llevar a cabo un acercamiento intensivo con los centros para velar por que tanto los profesionales de salud como el personal de seguridad sean conscientes de que los hombres y las mujeres bajo su custodia tienen derecho al mismo nivel de atención médica que las personas no detenidas, y asegurarles a los profesionales de salud que el propósito de las políticas del ICE y de la DIHS es apoyar, no inhibir, la provisión de cuidados que sean consistentes con los estándares de la práctica médica en Estados Unidos.
- Velar por que todo el personal médico de los centros que realiza exámenes de admisión tenga conocimiento de los estándares legales de la jurisdicción y de la política del ICE sobre el acceso al aborto. Exigirle al personal que les informe a las mujeres con pruebas positivas de embarazo que ellas tienen derechos legales respecto a continuar o interrumpir su gestación y remitir a una consulta con un proveedor autorizado de servicios de aborto a las mujeres que tengan preguntas acerca del acceso al aborto.
- Asegurar que los centros brinden un fácil acceso a extractores de leche y sean conscientes de su obligación de ofrecerlos a madres lactantes bajo custodia.
- Capacitar al personal médico que realiza exámenes de admisión sobre las manifestaciones del trauma en las mujeres y dotarlo de técnicas apropiadas para hablar sobre la violencia sexual y por motivos de género.

Al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas

Mejoras generales para las políticas

- Exigir que todos los centros que detienen a personas en nombre del ICE se mantengan acreditados en la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria.
- Mejorar las precauciones para proteger la privacidad de los exámenes médicos de las personas, incluso exigiendo que el personal de seguridad permanezca fuera de la sala de examen cuando no existan preocupaciones de seguridad extraordinarias.
- Enmendar las normas de detención a modo de exigir que profesionales de salud autorizados conduzcan los exámenes médicos de admisión.
- Enmendar las normas de detención a fin de exigir que las personas reciban sus historiales médicos completos al momento de ser puestas en libertad o deportadas y ordenar que el historial médico completo acompañe a personas que son transferidas entre los centros, independientemente de que la DIHS opere los centros o no.

Mejoras en el tratamiento de mujeres

- Aplicar las recomendaciones del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de los migrantes, en particular las referidas a que el ICE desarrolle normas de detención específicas para los sexos, con atención a las necesidades médicas y de salud mental de las mujeres sobrevivientes de violencia, y se abstenga de detener a mujeres que estén sufriendo los efectos de persecución o abuso, o que estén embarazadas o amamantando a infantes.³⁰⁰
- Incorporar en la norma médica del ICE las normas de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos relativas a los cuidados de salud de las mujeres en instituciones correccionales, así como las recomendaciones contenidas en la declaración política de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria referida a los cuidados de salud para las mujeres.³⁰¹
- Establecer un proceso formal para que los funcionarios del ICE encargados del manejo de casos se coordinen con el personal de servicios de salud, a modo de asegurar que las madres lactantes, las mujeres embarazadas y otras que tienen

³⁰⁰ Ver Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Informe del relator especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Sr. Jorge Bustamante, Misión a los Estados Unidos de América, A/HRC/7/12/Add.2, 5 de marzo de 2008, http://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?m=97 (acceso al sitio: 10 de marzo de 2009), párr. 120-121.

³⁰¹ APHA, *Normas de servicios de salud en instituciones correccionales*, p. 108; Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria, Position Statement: Women's Health [Declaración de posición: Salud de las mujeres] (adoptada por la Junta Directiva de la Comisión el 25 de septiembre de 1994; modificada el 9 de octubre de 2005), <http://www.ncchc.org/resources/statements/womenshealth2005.html> (acceso al sitio: 10 de noviembre de 2008).

problemas graves de salud sean identificadas de inmediato y consideradas para libertad condicional.

- Enmendar la norma de detención del ICE sobre el uso de la fuerza para prohibir específicamente que se engrillete a las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal inmediato.
- Considerar la disponibilidad de servicios especializados de obstetricia y ginecología en la comunidad más cercana al determinar si los centros son adecuados para la detención de mujeres.
- Exigir que en los centros haya disponibilidad, sin restricción alguna, de toallas sanitarias y otros materiales y facilidades que se requieren para la limpieza y la dignidad.

Aplicación de políticas vigentes y mejoradas

- Mejorar el actual sistema de recepción y seguimiento de quejas planteadas por personas bajo custodia del ICE. Asegurar que a todas las personas se les notifique en su lengua materna sobre los procedimientos para quejas y se les informe de la disponibilidad de estos mecanismos que atienden quejas relacionadas con la atención médica.
- Notificar públicamente las sanciones impuestas a los centros por violaciones de la norma de detención.
- Insistir en que los contratistas privados que supervisan el cumplimiento de las normas de detención por parte de los centros incluyan a profesionales con experiencia médica en el examen del cumplimiento en esta materia. Proporcionar copias de los hallazgos de los contratistas privados a los comités supervisores del Congreso.

Al Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos

- Convertir las normas de detención del ICE, incluida la de atención médica, en regulaciones administrativas federales de modo que tengan fuerza de ley y las personas detenidas y sus defensores puedan contar con recurso ante los tribunales a fin de remediar deficiencias en los cuidados de salud.
- Exigir que los centros de detención presenten a la Oficina del Inspector General del DHS informes periódicos que detallen tanto la cantidad de quejas recibidas respecto a la atención médica como la disposición de las mismas a nivel de los centros.
- Designar, dentro de la Oficina de Derechos Civiles y Libertades Civiles del DHS, a un punto focal para la protección de los derechos de las mujeres bajo detención inmigratoria.

Al Congreso de Estados Unidos

- Aprobar legislación que exija que todas las personas bajo detención migratoria tengan acceso a una atención médica consistente con los estándares de la práctica médica en Estados Unidos.
- Establecer una comisión de especialistas independientes que examine el estado del sistema médico del ICE e identifique medios para asegurar que inmigrantes bajo custodia del ICE tengan acceso a una atención médica compatible con los estándares de la práctica médica en Estados Unidos.
- Exigir que el ICE proporcione a los comités supervisores pertinentes del Congreso los exámenes realizados por contratistas privados respecto al cumplimiento de las normas de detención del ICE por parte de los centros. Exigir que la DIHS provea a los comités supervisores de todos los análisis futuros relativos a los ahorros de costos generados por la negación de Solicitudes de Autorización de Tratamiento.

Agradecimientos

Reconocemos la valentía y fortaleza de las mujeres que conversaron con Human Rights Watch para este informe. Algunas de ellas esperaron durante horas o viajaron largas distancias a fin de hablar con las investigadoras. Muchas compartieron recuerdos profundamente dolorosos y privados, a pesar de que temían sufrir represalias. Todas ellas participaron con el único incentivo de contribuir al esfuerzo de asegurar la protección de los derechos humanos de las mujeres en la detención.

Expresamos nuestro más sincero aprecio a las organizaciones y personas cuya colaboración hizo posible este informe. Por su facilitación indispensable de esta investigación en múltiples formas y su incidencia de largo aliento en relación con estos asuntos, agradecemos al Centro para la Defensa de Inmigrantes en Florida (FIAC), al Proyecto de Representación Ad Honorem para Asilo del Sur de Texas, al Proyecto de Florence para los Derechos de Inmigrantes y Refugiados, a la Sociedad de Ayuda Legal en la Ciudad de Nueva York y la Coalición por los Derechos de Inmigrantes del Área Capitalina. Gracias también a los numerosos intérpretes, abogados privados, activistas y proveedores de servicios sociales con quienes conversamos o trabajamos, por sus contribuciones a la investigación. Asimismo, apreciamos las constantes reflexiones y la colaboración de nuestros colegas en el Instituto Suroeste para Investigaciones sobre Mujeres, la Comisión para Mujeres Refugiadas, el Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes, la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU), Human Rights First, el Programa de Bellevue / Universidad de Nueva York para Sobrevivientes de Tortura, Amnistía Internacional – Estados Unidos e integrantes del Grupo de Trabajo ICE-ONG.

Queremos agradecer a la Oficina de Políticas y la Oficina de Operaciones de Detención y Deportación del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas por su asistencia en coordinar nuestras visitas a los centros de detención y por su apertura al diálogo sobre el tema de nuestra investigación. También agradecemos a las oficinas de campo del ICE en Miami, San Antonio y Phoenix, que coordinaron directamente nuestras visitas a los centros, así como a funcionarias, funcionarios y personal de salud de los centros de detención que hablaron con Human Rights Watch para este informe.

Meghan Rhoad, investigadora de la División de Derechos de las Mujeres de Human Rights Watch, redactó este informe basándose en su propia investigación, con apoyo de investigación de Janet Walsh, directora adjunta de la División de Derechos de las Mujeres, y Jessica Stern, consultora de la División de Derechos de las Mujeres. El informe fue revisado

por Janet Walsh; Nisha Varia, subdirectora en funciones de la División de Derechos de las Mujeres; David Fathi, director del Programa de Estados Unidos; Alison Parker, directora adjunta del Programa de Estados Unidos; Megan McLemore, investigadora del Programa de Salud y Derechos Humanos; Bill Frelick, director del Programa de Política sobre Refugiados; Dinah PoKempner, asesora legal general, y Joe Saunders, director adjunto de programas. Nina Rabin, del Instituto Suroeste para Investigaciones sobre Mujeres, y Kelleen Corrigan, del Centro para la Defensa de Inmigrantes en Florida, proporcionaron comentarios sobre porciones preliminares de este informe. Human Rights Watch asume plena responsabilidad por los puntos de vista expresados en este informe.

Por su asistencia a nuestra solicitud en virtud de la Ley de Libertad de Información, agradecemos a Dinah PoKempner, asesora legal general de Human Rights Watch; Leslie Platt Zolov, asesora legal de Human Rights Watch; así como Ethan Strell y Catherine Sheehy, del bufete jurídico Carter Ledyard & Milburn LLP, por su asesoría ad honorem.

Emily Allen, Rachel Jacobson y Clara Presler brindaron asistencia técnica y administrativa en la investigación de este informe. Daniela Ramírez, Alex Horne, José Martínez, Fitzroy Hepkins y Grace Choi colaboraron en las tareas de producción. Laura E. Asturias tradujo el informe al español.

Detenidas y descartadas

Las luchas de las mujeres para obtener cuidados de salud en la detención migratoria estadounidense

Las mujeres representan una proporción cada vez mayor de las personas atrapadas en la forma de encarcelamiento de más rápido crecimiento en Estados Unidos: la detención migratoria. La investigación de Human Rights Watch en los centros de detención de Florida, Arizona y Texas encontró que estas mujeres, quienes son detenidas por períodos que van desde unos pocos días hasta varios meses o incluso años, a menudo tienen un acceso limitado a un servicio básico de atención a la salud apropiado.

Detenidas y descartadas, informe basado en entrevistas con mujeres detenidas y liberadas recientemente, documenta docenas de casos en que las preocupaciones de salud de las mujeres no fueron atendidas por el personal del centro, o fueron respondidas solo después de considerables demoras. Las mujeres informaron que luchan por obtener servicios importantes tales como la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino, mamografías para detectar el cáncer de mama, atención prenatal, asesoramiento para sobrevivientes de violencia, e incluso para recibir suministros básicos como toallas sanitarias o bombas de lactancia para madres amamantando. Una serie de problemas obstruyeron el acceso a los servicios de cuidado de salud, incluyendo la falta de comunicación sobre los servicios disponibles, demoras inexplicables en el tratamiento, denegación injustificada del servicio, incumplimiento de la confidencialidad, la no transferencia de registros médicos, y la ineficiencia de los mecanismos de denuncia.

Muchos de estos problemas tienen origen en la política oficial del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (ICE, por sus siglas en inglés), el organismo responsable de la detención de inmigrantes. Aunque las normas internacionales sostienen que las personas en detención tienen derecho al mismo nivel de atención médica que los individuos que no están detenidos, la política del ICE se centra en la atención de emergencia y desalienta de manera eficaz la provisión básica de algunos servicios esenciales de salud de la mujer. El ICE ha hecho mejoras con la reciente revisión de su norma de atención médica, pero todavía está lejos de desarrollar políticas adecuadas, velar por su correcta implementación, y abrir al sistema de detención para una supervisión efectiva.

Este informe examina las lagunas existentes en la naturaleza y aplicación de las políticas de atención a la salud del sistema de detención migratoria y proporciona recomendaciones detalladas para garantizar el respeto de los derechos de las mujeres detenidas.

Mujeres detenidas por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos dan la espalda a los medios de comunicación tal como lo indican los oficiales dentro del Centro de Detención de Willacy en Raymondville, Texas.

©2007 Paul J. Richards/AFP/Getty Images

