



Indiferencia crónica

Servicios de VIH/sida para personas inmigrantes detenidas por Estados Unidos

I. Resumen ejecutivo	1
II. Recomendaciones	4
Al Departamento de Seguridad Nacional de EEUU:	4
A la División de Servicios de Salud para Inmigrantes:.....	5
Al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas:	5
A la Oficina de Responsabilidad Gubernamental de Estados Unidos:	6
Al Congreso de Estados Unidos:.....	6
III. Antecedentes	7
Detención de inmigrantes por Estados Unidos	7
Centros de detención	10
Condiciones durante la detención	12
Rendición de cuentas.....	15
IV. Metodología.....	17
V. Hallazgos	21
Testimonios e información de personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida	23
Peter R.....	23
<i>Victoria Arellano: Muerte bajo detención</i>	28
Anna F.	29
Diane P.....	32
Nargis R.....	34
Samuel L: Carta a Human Rights Watch	37
Juan L.	37

James L.	39
Antonio O.	41
Charles B: Cómo se genera la resistencia a los medicamentos para el sida..	43
Gloria M.	45
Jean P.	46
Albert P.	49
David E.	50
VI. Acceso a tratamiento para el VIH/sida en la detención migratoria	52
Política y procedimientos del ICE.....	52
Paquete de servicios cubiertos por la DIHS	52
Norma para el tratamiento del VIH/sida durante la detención	54
¿Cuáles normas se aplican?.....	55
Supervisión por el ICE de la atención para el VIH/sida durante la detención migratoria.....	58
VII. Normas legales	63
Obligación del ICE de garantizar la atención médica.....	63
Derecho a una atención médica razonable	63
Derecho a la salud de conformidad con la legislación internacional	65
Normas internacionales para el tratamiento de personas privadas de libertad.....	66
La norma de equivalencia	68
Directrices internacionales para el tratamiento de personas privadas de libertad que viven con VIH/sida	69
VIII. Conclusión	72
Agradecimientos	74

I. Resumen ejecutivo

La condición de Victoria empeoró progresivamente durante el mes de julio; ella empezó a vomitar y a desear sangre en su orina. Los detenidos en la unidad habitacional no. 3 de San Pedro nos preocupamos cada vez más por su bienestar cuando ella se sintió demasiado débil para sentarse en su litera. Victoria fue atendida en la clínica médica, pero sólo se le instruyó que tomara Tylenol y bebiera grandes cantidades de agua... murió una semana después.

—Extracto del testimonio de un compañero de celda sobre la muerte de Victoria Arellano, detenida transgénero de 23 años de edad que vivía con VIH/sida, durante su detención migratoria.

La muerte de Victoria Arellano bajo la custodia de autoridades federales migratorias es un ejemplo extremo, pero no sorprendente, del sufrimiento padecido por personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida. El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de Estados Unidos no recaba información básica que permita llevar un control de estas personas; tiene políticas y procedimientos cuyos estándares son inferiores a los requeridos para asegurar atención y servicios de VIH/sida apropiados; y supervisa inadecuadamente la atención médica proporcionada. Las consecuencias de esta obstinada indiferencia son cuidados deficientes, infecciones sin tratamiento, un mayor riesgo de resistencia a los medicamentos para el VIH, e incluso la muerte.

La investigación de Human Rights Watch sobre la atención del VIH/sida para personas inmigrantes detenidas – que incluyó entrevistas tanto a reclusos/as actuales y pasados/as como a funcionarios del DHS y de los centros de detención, además de una revisión médica independiente del tratamiento proporcionado – pudo determinar que los centros supervisados por el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE):

- No suministraron regímenes antirretrovirales completos de manera consistente. Esta práctica genera el riesgo de que se produzca resistencia a los fármacos, lo cual pone en peligro la salud de la persona detenida y puede tener repercusiones para la salud pública.

- No llevó a cabo la vigilancia necesaria de la condición clínica de las personas detenidas, incluyendo recuentos de células CD4, pruebas de carga viral y de resistencia a los medicamentos. Estos análisis son esenciales para un tratamiento eficaz del VIH y del sida.
- No prescribió medicamentos profilácticos cuando eran médicamente indicados para prevenir infecciones oportunistas.
- No aseguró la continuidad de la atención médica cuando las personas detenidas fueron transferidas a otros centros, ni aseguró su acceso a los cuidados especializados que requerían.
- No aseguró la confidencialidad de la atención médica, exponiendo a las personas detenidas a discriminación y hostigamiento.

Con una vigilancia inadecuada y normas que no se cumplen, no es sorprendente que Human Rights Watch haya encontrado que la atención médica para personas detenidas que viven con el VIH bajo custodia del ICE fue tardía, interrumpida e inconsistente, a tal grado que puso en peligro su salud y sus vidas.

El DHS no recaba información básica sobre los casos de VIH/sida en los centenares de centros de detención que trabajan por contrato con el ICE para encarcelar inmigrantes. Amparándose en la Ley de Libertad de Información (FOIA), Human Rights Watch solicitó datos tan fundamentales como la cantidad de personas bajo detención migratoria que viven con VIH/sida—sólo para descubrir que esta información “no se investiga”. El hecho de no recabar esa vital información, como también la relativa al tratamiento y los servicios proporcionados a dichas personas, impide que el DHS mejore sus programas a fin de satisfacer las necesidades de esta población vulnerable.

Las políticas y los procedimientos del DHS sobre el VIH/sida deberían establecer protocolos apropiados de tratamiento que puedan ser seguidos por quienes viven con VIH/sida en los propios centros del Departamento y en los demás sitios que utiliza para suministrar cuidados. Sin embargo, sus políticas y procedimientos son problemáticos, confusos e incompletos, y no se ajustan a los criterios nacionales e internacionales que rigen la atención del VIH/sida en entornos correccionales. Más aun, el DHS no ha adoptado los criterios de detención como regulaciones

administrativas formales, lo cual conduce a un elevado nivel de incumplimiento de las mismas. Aunque el ICE subcontrata cárceles y centros locales en todo el territorio estadounidense para una gran parte de su detención migratoria, su responsabilidad en lo concerniente a normas de atención adecuadas no puede ser delegada o evadida al contratar a terceras partes.

El sistema actual de inspección del ICE se limita a una breve visita anual a cada cárcel o centro de detención. Estas visitas no proveen la supervisión necesaria para identificar y resolver las deficiencias en la atención médica. Recientemente, la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) halló serias fallas en los mecanismos del ICE para asegurar que las quejas de las personas detenidas, incluso las relacionadas con la atención médica, sean vigiladas y resueltas de manera apropiada. Asimismo, el ICE carece de políticas diseñadas para proteger a personas detenidas que viven con el VIH contra hostigamientos y discriminación por parte del personal o de otros reclusos.

Sin mejoras a las normas de atención médica, sin una supervisión externa e interna fortalecida ni una significativa rendición de cuentas al público por parte de las autoridades, las personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida continuarán sufriendo innecesariamente y, en algunos casos, morirán durante su detención migratoria en Estados Unidos.

II. Recomendaciones

Al Departamento de Seguridad Nacional de EEUU:

- Asegurar que la atención a las personas detenidas sea adecuada, incrementando el número y la calidad de las inspecciones por parte de la Oficina del Inspector General del DHS. Ello requerirá que se fortalezca la capacidad de vigilancia interna de la Unidad de Cumplimiento de las Normas de Detención; la cual debería ser capaz de realizar múltiples inspecciones, incluyendo visitas no anunciadas, a cada centro que aloje a personas detenidas. Los inspectores deberían entrevistar a las personas detenidas. Los inspectores deben contar con la experticia necesaria para asegurar que cada centro cumpla con las normas nacionales e internacionales de cuidados de salud en medios carcelarios, proporcionando una atención médica equivalente a la disponible para la comunidad en general.
- Asegurar que la atención a las personas detenidas sea adecuada mediante la revisión de la Norma de Atención Médica durante la Detención, incluidas las disposiciones relacionadas con el VIH/sida, de modo que se ajuste a las normas establecidas por la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC), las Normas de Cuidados de Salud en Instituciones Correccionales de la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos (APHA), u otras normas reconocidas a nivel nacional que exijan una atención médica equivalente a la disponible en la comunidad.
- Proteger a las poblaciones vulnerables contra abusos y hostigamiento a través de la revisión de las Normas de Detención, de manera que incluyan políticas de no discriminación con disposiciones sobre educación, capacitación y aplicación para proteger a personas lesbianas, homosexuales y transgénero detenidas, como también a personas detenidas que viven con VIH/sida.
- Asegurar la transparencia y la rendición de cuentas al público, convirtiendo las Normas de Atención Médica y otras Normas de Detención en regulaciones administrativas federales. La promulgación de las regulaciones brindaría al público la oportunidad de comentar y dialogar con el Departamento,

incrementando la transparencia de los procedimientos de detención de inmigrantes. La emisión de las regulaciones proveería un recurso legal a las personas detenidas en caso de que ocurra alguna violación.

- Promover alternativas a la detención de inmigrantes que viven con VIH/sida y otras condiciones médicas crónicas. Asegurar la aplicación de políticas existentes que permitan discrecionalidad procesal en tales casos.

A la División de Servicios de Salud para Inmigrantes:

- Asegurar que la atención a las personas detenidas sea adecuada recabando, en los centros que las alojan, información sobre cuántas de ellas viven con VIH/sida, así como del tratamiento y los servicios que se les brindan. Esta información debe orientar la formulación de políticas y programas fundamentados en pruebas y diseñados para atender las necesidades de esta población vulnerable.
- Asegurar que la atención a las personas detenidas sea adecuada revisando las disposiciones de la Norma de Atención Médica durante la Detención referidas al VIH/sida, a fin de garantizar el acceso a pruebas y consejerías voluntarias. Estas disposiciones deben asegurar el consentimiento informado, la confidencialidad y consejería; además de ajustarse a las normas nacionales e internacionales recomendadas para la realización de pruebas de VIH/sida en un medio carcelario.

Al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas:

- Incorporar y exigir el cumplimiento de la Norma de Atención Médica durante la Detención (de acuerdo a las enmiendas arriba mencionadas) como condición expresa de los contratos con centros privados, locales o municipales. Impartir en cada centro capacitación diseñada para garantizar el cumplimiento de las normas.
- Mejorar el sistema actual de seguimiento de quejas para las personas detenidas. Asegurar que se lleve un registro de las quejas relacionadas con la atención médica, como también que se puedan identificar y remediar las violaciones graves o sistemáticas de las normas de cuidados de salud.

Asegurar que todas las personas inmigrantes detenidas por el ICE reciban una notificación, en su lengua materna, de los procedimientos para quejas.

- Asegurar que todas las personas detenidas reciban servicios médicos gratuitos.

A la Oficina de Responsabilidad Gubernamental de Estados Unidos:

- Incrementar la supervisión sobre los organismos ejecutivo y legislativo acerca de las condiciones de detención de las personas inmigrantes, asegurando que el ICE adopte medidas apropiadas en respuesta a las recomendaciones del reciente informe de la GAO.

Al Congreso de Estados Unidos:

- Asegurar que todas las personas inmigrantes detenidas bajo custodia federal estén sujetas a niveles comparables de atención médica. Estos niveles deberían ser compatibles con las normas nacionales e internacionales de cuidados de salud en medios carcelarios para ofrecer una atención médica equivalente a la disponible para la comunidad en general.
- Establecer un cuerpo de vigilancia independiente del Departamento de Seguridad Nacional que tenga la responsabilidad y experiencia necesarias para asegurar que cada centro que aloja a personas inmigrantes detenidas cumpla con las normas nacionales e internacionales de cuidados de salud en medios carcelarios, mediante la provisión de atención médica equivalente a la que está disponible para la comunidad en general.

III. Antecedentes

Detención de inmigrantes por Estados Unidos

Originalmente, las personas migrantes que llegaron a Estados Unidos fueron detenidas en grandes números en la Isla Ellis, Nueva York, en la década de 1890. Esta isla, puerta hacia una nueva vida para mucha gente, también se caracterizó por sus severas condiciones de detención, particularmente en sus tres últimas décadas de operación, de 1924 a 1954. En 1954, el Servicio de Inmigración y Naturalización puso fin a su política de detención, excepto en limitadas circunstancias, y este enfoque siguió siendo la norma hasta la década de 1980.¹ La política de detención surgió de nuevo en los años ochenta, cuando miles de personas refugiadas cubanas y haitianas llegaron a suelo estadounidense. Los cubanos que habían salido del puerto Mariel en su país fueron detenidos por largo plazo mientras el gobierno de Carter los “procesaba”. Los haitianos que lograron sobrevivir a los peligrosos viajes en bote hacia Miami se enfrentaron a la detención y deportación como refugiados “económicos” en vez de “políticos”. La práctica de detención al momento de llegada se extendió a personas centroamericanas durante esa década.²

En los años noventa, la detención se convirtió en parte integral de la política inmigratoria estadounidense. Entre 1994 y 2001 casi se cuadruplicó la población promedio detenida cada día, de 5,532 a 19,533.³ En la actualidad, Estados Unidos retiene a aproximadamente 28,000 inmigrantes en centros federales de detención, prisiones operadas por corporaciones privadas y cárceles municipales.⁴ El Servicio

¹ William S. Bernard, “A History of U.S. Immigration Policy” [“Historia de la política inmigratoria de Estados Unidos”], in *Immigration: Dimensions of Ethnicity*, ed. Richard A. Easterlin *et al*, Cambridge, Mass.: Belknap Press, 1992; Arthur C. Helton, “The Legality of Detaining Refugees in the United States” [“La legalidad de la detención de personas refugiadas en Estados Unidos”], *NYU Rev. of Law and Social Change*, Vol. 14:2, 1986.

² Mark Dow, *American Gulag: Inside US Immigration Prisons* [Gulag estadounidense: Adentro de las prisiones inmigratorias de Estados Unidos], Berkeley: University of California Press, 2004, pág. 7; Helsinki Watch, *Detained, Denied, Deported: Asylum Seekers in the United States* [Detenidos, denegados, deportados: Solicitantes de asilo en Estados Unidos], Nueva York: Human Rights Watch, junio de 1989.

³ Declaración de Joseph Greene, comisionado adjunto de operaciones de campo del antiguo Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), ante el Congreso, 19 de diciembre de 2001, www.rapidimmigration.com/www/news/greene_121901.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

⁴ Hoja Informativa del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE), “ICE Office of Detention and Removal” [“Oficina de Operaciones de Detención y Deportación del ICE”], 2 de noviembre de 2006, www.ice.gov/pi/news/factsheets/dro110206.htm

de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) de Estados Unidos, unidad ejecutora del Departamento de Seguridad Nacional (DHS), encarcela no sólo a personas indocumentadas sino también a residentes legales permanentes (RLP), solicitantes de asilo y familias, además de niñas y niños no acompañados.

La creciente cantidad de personas detenidas refleja los cambios en leyes y políticas que buscan aumentar la aplicación de las restricciones inmigratorias y la deportación. El primer cambio importante ocurrió en 1996, con la aprobación de la Ley de Antiterrorismo y Pena de Muerte Efectiva (AEDPA) y la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante (IIRIRA). Estas leyes transformaron significativamente el panorama inmigratorio al expandir la detención obligatoria y eliminar, en gran medida, la discrecionalidad que antes era ejercida por jueces de derecho administrativo. La detención obligatoria fue ampliada para abarcar a perpetradores no sólo de crímenes tipificados como “delitos agravados” que incluyen desde delitos menores de robo sin violencia hasta crímenes violentos, sino también de cualquier crimen que involucre “bajeza moral”, frase cuya interpretación justifica la detención y deportación de personas culpables de robar en tiendas, de conducir bajo efectos del alcohol y responsables de delitos menores relacionados con drogas, con una reducida discrecionalidad para la revisión de circunstancias individuales.⁵ Muchas personas, incluyendo residentes legales permanentes, son detenidas y deportadas por transgresiones menores de la ley por las cuales ya han cumplido breves sentencias en sus comunidades. Human Rights Watch ha reportado acerca de la separación dolorosa de las familias derivada de estas crueles políticas inmigratorias.⁶

Las personas sujetas a la “Prohibición del VIH” de Estados Unidos también pueden ser detenidas mientras esperan una decisión acerca de su solicitud de exención. La

(otras hojas informativas del ICE citadas en adelante están disponibles en www.ice.gov); Informe Anual del ICE para el Año Fiscal 2006, www.ice.gov/doclib/about/ICE-06AR.pdf. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

⁵ Sección 401 de AEDPA y Sección 1229 b (a) (3) de IIRIRA, que amplían las disposiciones de detención obligatoria de la Sección 236 (c) de la Ley de Inmigración y Naturalización. Ver: Montag, J., “Detention and Bond Issues in Immigration Law” [“Detención y asuntos de fianza en la ley inmigratoria”], *AILA Immigration Law Today*, Vol. 25, No. 6 (noviembre/diciembre 2006).

⁶ Human Rights Watch, *Forced Apart: Families Separated and Immigrants Harmed by United States Deportation Policy* [Separación forzosa: Familias separadas e inmigrantes dañados por las políticas sobre deportación de Estados Unidos] (Nueva York: julio de 2007), www.hrw.org/reports/2007/us0707/. Resumen en español: *Separación forzosa: Deportaciones desde Estados Unidos violan los derechos humanos*, www.hrw.org/reports/2007/us0707/us0707brochureweb_sp.pdf.

Sección 212 (a) (1) (A) (i) de la Ley de Inmigración y Naturalización estipula que es “inadmisibles” en el país toda persona extranjera que padezca una “enfermedad transmisible de importancia para la salud pública”, incluida la infección por VIH. Las personas que viven con el VIH pueden obtener estatuto de residente legal permanente sólo si califican para una exención. Aquéllas que no son elegibles para ésta pueden ser detenidas mientras duren los procedimientos de deportación. Human Rights Watch e Immigration Equality han reportado acerca del efecto dañino y discriminatorio de la “Prohibición del VIH”.⁷

Después de los ataques del 11 de septiembre de 2001 a Estados Unidos, el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) fue reemplazado por varias nuevas agencias y puesto bajo la jurisdicción del entonces recién creado Departamento de Seguridad Nacional.⁸ La más grande estas agencias es el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE). Tal como se afirma en el Informe Anual 2006 del ICE:

Cada día, el ICE utiliza agresivamente a poderosas autoridades inmigratorias y aduaneras a fin de proteger al pueblo estadounidense contra la introducción ilegal de mercancías y el ingreso de terroristas y otros criminales que buscan cruzar las fronteras de nuestra nación. El ICE reformuló por completo el proceso de detención y deportación, y adoptó un enfoque de modelo empresarial a fin de deportar eficazmente del país a extranjeros y criminales peligrosos.⁹

Con este amplio mandato de aplicación de la ley, un presupuesto de 4.2 mil millones de dólares (año fiscal 2006) y 5,300 agentes, el ICE se ha convertido en una de las fuerzas policiales más grandes del mundo y es probable que su expansión

⁷ Human Rights Watch and Immigration Equality, *Family, Unvalued: Discrimination, Denial, and the Fate of Binational Same-Sex Couples under U.S. Law* [Familia sin valor: Discriminación, denegación de derechos y el destino de las parejas binacionales del mismo sexo bajo las leyes de Estados Unidos] (Nueva York: mayo de 2005), <http://hrw.org/reports/2006/us0506/>. Comunicado de prensa en español: http://hrw.org/spanish/docs/2006/05/02/usdom13302_txt.htm.

⁸ La Ley de Seguridad Nacional de 2002 (www.dhs.gov/xlibrary/assets/hr_5005_enr.pdf) abolió el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) y creó tres oficinas inmigratorias dentro del Departamento de Seguridad Nacional: la Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (USCIS), el Servicio de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP) y el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE). Desde 2003, el ICE ha tenido jurisdicción sobre las responsabilidades de detención y deportación.

⁹ Informe Anual del ICE para el Año Fiscal 2006 (FY06), *supra*, pág. iii.

continúe. El ICE agregó 6,300 nuevas camas de detención en el año fiscal 2006.¹⁰ El Congreso ha autorizado 40,000 nuevas camas de detención para el año 2010, lo que aumentará la capacidad de detención a casi 80,000 camas.¹¹

La duración promedio de estadía bajo detención migratoria no es clara. Un informe del ICE de abril de 2006 asevera que las personas detenidas provenientes de “países en desarrollo” son recluidas por un promedio de 89 días.¹² Declaraciones recientes de la agencia indican que está disminuyendo la duración de la estadía conforme las operaciones de deportación se intensifican.¹³ Sin embargo, estas cifras no dan cuenta de la detención a más largo plazo de muchos solicitantes de asilo, niñas y niños no acompañados, y personas cuya repatriación resulta problemática.¹⁴

Centros de detención

A las personas inmigrantes detenidas se les retiene en cuatro tipos de centros:

- Centros de Internamiento (SPC);
- Centros de Detención Contratados (CDF) privados;
- Centros del Departamento Federal de Prisiones; y
- Centros que tienen un Acuerdo de Servicio Intergubernamental (IGSA). Éstos son centros gubernamentales estatales o locales, principalmente cárceles municipales.

¹⁰ Hoja Informativa del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE), “Key Accomplishments for Fiscal Year 2006” [“Logros clave para el año fiscal 2006”], 2 de noviembre de 2006, www.dhs.gov/xnews/releases/pr_1162228690102.shtm. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹¹ Ley de Reforma de los Servicios de Inteligencia y Prevención del Terrorismo de 2004, Sección 5204, www.gpoaccess.gov/serialset/creports/intel_reform.html. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹² Departamento de Seguridad Nacional, Oficina de Auditorías, “Detention and Removal of Illegal Aliens” [“Detención y deportación de extranjeros ilegales”], 14 de abril de 2006, OIG-06-33, www.dhs.gov/xoig/assets/mgmt/rpts/OIG_06-33_Apro6.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹³ Nina Bernstein, “New Scrutiny as Immigrants Die in Custody” [“Nuevo escrutinio tras muertes de inmigrantes bajo custodia”], *The New York Times*, 26 de junio de 2007, www.nytimes.com/2007/06/26/us/26detain.html. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹⁴ Ver, por ejemplo: Physicians for Human Rights and the Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture, *From Persecution to Prison: the Health Consequences of Detention for Asylum Seekers* [De persecución a prisión: Las consecuencias de la detención para la salud de solicitantes de asilo], junio de 2003, <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-persprison.html>; Amnesty International, *United States of America: Unaccompanied Children in Immigration Detention* [Estados Unidos de América: Niños no acompañados bajo detención migratoria] 2004, www.amnestyusa.org/refugee/pdfs/children_detention.pdf; *Zadvydas v. Davis*, 533 US 678 (2001) y *Clark v. Martínez*, 543 US 371 (2005), que ordena, luego de 180 días, poner en libertad a personas para quienes la repatriación no es probable, www.aclu.org/immigrants/espanol/11633prs20010628.html. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

Los ocho Centros de Internamiento son operados directamente por el ICE. Siete Centros de Detención Contratados son propiedad de corporaciones carcelarias privadas y operados por éstas, y cinco prisiones federales albergan a personas inmigrantes detenidas. Se aloja a la mayoría de las personas detenidas (65 por ciento) en más de 300 cárceles locales dispersadas en todo el país.¹⁵

El nuevo enfoque de “modelo empresarial” del ICE aplicado a la detención inmigratoria representa un creciente y lucrativo negocio para las cárceles municipales y las corporaciones privadas. El ICE contrata a los centros municipales individualmente y por día, pagando entre 50 y 95 dólares diarios por cada persona detenida alojada en ellos.¹⁶ Las ganancias devengadas de los contratos del ICE pueden ser sustanciales. Por ejemplo, el condado Frederick, en Maryland, obtiene una ganancia de 13 dólares diarios por cada persona detenida; en el caso del condado Bergen, Nueva Jersey, se calcula que las ganancias diarias son de 40 dólares.¹⁷ La detención inmigratoria es un componente cada vez más grande de la industria carcelaria con fines de lucro. Empresas tales como la Corporación Correccional de América (CCA) han visto que sus ingresos por reclusión de inmigrantes aumentan a una tasa anual de 21 por ciento.¹⁸

¹⁵ Departamento de Seguridad Nacional, Oficina del Inspector General, “Treatment of Immigration Detainees Housed at Immigration and Customs Enforcement Facilities” [“Tratamiento de inmigrantes detenidos alojados en centros del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas”], diciembre de 2006 (Informe OIG), www.dhs.gov/xoig/assets/mgmt/rpts/OIG_07-01_Deco6.pdf; Hoja Informativa del ICE, “Detention Management Program” [“Programa de Manejo de Detenciones”], www.ice.gov/partners/dro/dmp.htm; testimonio de Gary Mead, subdirector de la Oficina de Operaciones de Detención y Deportación del ICE, ante el Subcomité de Ciudadanía, Refugiados, Inmigración y Seguridad Fronteriza, del Comité Judicial de la Cámara de Representantes, 4 de octubre de 2007, www.ice.gov/doclib/pi/news/testimonies/071004icetestimony.pdf. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

¹⁶ Meredith Kolodner, “County Jails Boost Their Income” [“Cárceles municipales aumentan sus ingresos”], News21 (Un proyecto de las escuelas de periodismo de las universidades de Columbia y Harvard), 27 de julio de 2006, http://newsinitiative.org/story/2006/07/27/county_jails_boost_their_income; J. Greene and S. Patel, “The Immigrant Gold Rush: The Profit Motive Behind Immigrant Detention” [“Riqueza a costa de inmigrantes: El motivo de lucro detrás de la detención inmigratoria”], documentos informativos presentado al relator especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, abril de 2007, www.immigrantjustice.org/component/option,com_docman/Itemid,0/task,doc_download/gid,44/. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

¹⁷ Sherry Greenfield, “County Earns Cash Detaining Illegals” [“Condado gana dinero en efectivo deteniendo inmigrantes ilegales”], *Maryland Gazette*, 13 de septiembre de 2007, www.gazette.net/stories/091307/frednew72204_32359.shtml (último acceso: 21 de noviembre de 2007); Greene and Patel, “The Immigrant Gold Rush”, *supra*.

¹⁸ Meredith Kolodner, “Immigration Enforcement Benefits Prison Firms” [“Servicio de inmigración beneficia a corporaciones carcelarias”], *The New York Times*, 19 de julio de 2006, www.nytimes.com/2006/07/19/business/19detain.html. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

Condiciones durante la detención

En un informe de 1998, Human Rights Watch documentó las condiciones inhumanas en las cárceles locales que trabajan por contrato con las autoridades inmigratorias para la detención de inmigrantes.¹⁹ Estas condiciones incluían hacinamiento, atención médica y dental inadecuada, uso inapropiado de fuerza, falta de acceso a servicios telefónicos y transferencias frecuentes que interrumpieron el acceso a asesoría legal. Human Rights Watch pudo determinar que a muchas personas inmigrantes detenidas se les mantenía en condiciones punitivas, y el trato que se les daba no era diferente al dispensado a otras que habían sido acusadas de crímenes o sentenciadas.²⁰ El informe reveló que las autoridades inmigratorias (entonces el INS) no vigilaban adecuadamente las condiciones en que vivían las personas reclusas en las cárceles.

Aunque ha habido mejoras en ciertos aspectos, muchos de estos problemas persisten. En noviembre de 2000, en respuesta a numerosas críticas y objeciones legales acerca de las condiciones de reclusión,²¹ el INS adoptó las 36 Normas Nacionales de Detención, que ahora forman parte del Manual de Operaciones de Detención (DOM) del DHS.²² Estas normas establecen condiciones y procedimientos mínimos para muchos aspectos de la detención, incluyendo acceso legal, atención médica y disciplina. La formulación de las normas constituyó un avance y fue resultado de la cooperación con la Asociación de Abogados de Estados Unidos (ABA) y organizaciones nacionales que defienden a inmigrantes. Sin embargo, como se señala más adelante, las normas de cuidados de salud del ICE, en particular las

¹⁹ Human Rights Watch, *Locked Away: Immigration Detainees in Jails in the United States*, Nueva York: septiembre de 1998, www.hrw.org/reports98/us-immig/Ins989.htm. Disponible en español: *Encerrados y Olvidados: Detenidos por el Servicio de Inmigración en las Cárceles de los Estados Unidos* (incluye resumen del informe, recomendaciones y cartas de detenidos), http://hrw.org/spanish/informes/1998/eeuu_ins.html.

²⁰ Tal como se señala en la Sección VII abajo, los inmigrantes detenidos no son prisioneros sentenciados, sino civiles a quienes se les detiene en conformidad con las leyes civiles inmigratorias. Sus protecciones constitucionales están enunciadas en la Quinta Enmienda y las condiciones de su encarcelamiento no deben ser punitivas. Ver: *Wong Wing v. United States*, 163 U.S. 228, 237 (1896); *Jones v. Blanas*, 393 F. 3d 918 (9th Cir. 2004).

²¹ Chris Hedges, "Policy to Protect Jailed Immigrants is Adopted by U.S." ["Estados Unidos adopta política para proteger a inmigrantes encarcelados"], *The New York Times*, 2 de enero de 2001, <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=980CEFD7123BF931A35752CoA9679C8B63> (último acceso: 21 de noviembre de 2007). Un relato detallado de las condiciones durante la detención, así como de la presión pública y acción legal contra el INS en la década de 1990, se encuentra en Dow, *American Gulag*, *supra*.

²² Departamento de Seguridad Nacional, Detention Operations Manual [Manual de Operaciones de Detención] (DOM), 2006, www.ice.gov/partners/dro/opsmanual/index.htm. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

referidas al VIH/sida, son inferiores a los estándares de cuidados de salud en medios carcelarios establecidos por especialistas reconocidos a nivel nacional y no cumplen las recomendaciones internacionales para el tratamiento de personas privadas de libertad que viven con VIH/sida. Dado que estas normas inferiores no han sido establecidas como regulaciones federales, no son vinculantes ni aplicables por ley, lo cual deja a las personas detenidas con un limitado recurso legal si las normas son violadas. Más aun, el ICE hace excepciones en muchas disposiciones de las normas, afirmando que tales provisiones son sólo “guías” para los centenares de centros carcelarios locales que trabajan individualmente por contrato con el ICE alojando personas detenidas.²³

Las quejas de abusos, descuido y condiciones inhumanas en la detención inmigratoria continúan a pesar de la emisión de normas internas. En junio de 2007, los diarios *The New York Times* y *The Washington Post* investigaron las 62 muertes ocurridas bajo detención inmigratoria a partir de 2004.²⁴ Desde que esos reportajes fueron publicados, otras cuatro personas inmigrantes murieron bajo detención.²⁵ Demandas colectivas interpuestas en febrero y junio de 2007 objetan las condiciones de hacinamiento y la inadecuada atención médica y dental en el centro del ICE en San Diego, operado por la Corporación Correccional de América.²⁶ En los “centros de detención familiar” del ICE se descubrieron condiciones adversas para la salud física y mental de las personas detenidas.²⁷ (Recientemente, el ICE llegó a acuerdos negociados en demandas consolidadas que objetaban las condiciones de detención en que vivían niñas y niños en uno de esos centros.²⁸) En las cinco cárceles municipales de Nueva Jersey que trabajan por contrato con el ICE, las

²³ Ver, por ejemplo: DOM, Medical Care [Atención Médica], Sección II, www.ice.gov/doclib/partners/dro/opsmanual/medical.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

²⁴ Nina Bernstein, *The New York Times*, 26 de junio de 2007, *supra*; Darryl Fears, “Illegal Immigrants Received Poor Care in Jail, Lawyers Say” [“Inmigrantes ilegales recibieron atención deficiente en la cárcel, según abogados”], *The Washington Post*, 12 de junio de 2007, www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/06/12/AR2007061201890.html. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

²⁵ Testimonio de Gary Mead ante el Congreso, *supra*.

²⁶ *Kiniti, et al v. Myers* (3:05-cv-01013-DMS-PCL) U.S.D.C., S.D. CA (2007); *Woods et al v. Myers, et al* (3:07-cv-1078DMS-PCL), (2007) U.S.D.C., S.D. CA (2007).

²⁷ Women’s Commission for Refugee Women and Children and Lutheran Immigration and Refugee Service, “Locking Up Family Values: The Detention of Immigrant Families” [“Encerrando los valores familiares: La detención de familias inmigrantes”], febrero de 2007, www.womenscommission.org/pdf/famdeten.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

²⁸ *In re Hutto Family Detention Center*, A-07-CA-164-SS, U.S.D.C., W.D. Tex. (2007), http://dockets.justia.com/docket/court-txwdce/case_no-1:2007cv00164/case_id-224422/. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

personas detenidas recibían una atención médica y dental inadecuada, sufrían abusos verbales y físicos, además de que se les negaba el acceso a la biblioteca legal y a teléfonos.²⁹ El Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes, Amnistía Internacional y otros miembros de una coalición de organizaciones de inmigrantes y de derechos humanos entregaron al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de los Migrantes exhaustivos materiales informativos que describían el hacinamiento, la falta de acceso a servicios telefónicos y asesoría legal, la inadecuada atención médica, dental y de salud mental, así como otras condiciones por debajo de los estándares en los centros de detención migratoria de todo el territorio estadounidense.³⁰ El Centro de Internamiento de San Pedro, que es operado por el ICE en San Pedro California, fue cerrado en octubre de 2007 después de perder su acreditación de la Asociación de Prisiones de Estados Unidos.

Auditorías gubernamentales recientes también detectaron violaciones de las normas de detención en centros operados por el ICE, por corporaciones privadas y en cárceles municipales. La Oficina del Inspector General (OIG) del DHS y la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) de Estados Unidos identificaron violaciones en las áreas de cuidados de salud, salud y seguridad ambientales, hacinamiento, servicios alimenticios y denuncia de incidentes de abuso a la administración del ICE.³¹ El informe de la GAO halló “controles internos insuficientes y debilidades en el proceso de revisión de cumplimiento del ICE”.³²

²⁹ Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU) de Nueva Jersey, “Behind Bars: The Failure of the Department of Homeland Security to Ensure Adequate Treatment of Immigration Detainees in New Jersey” [“Tras las rejas: La falla del Departamento de Seguridad Nacional en asegurar un tratamiento adecuado de inmigrantes detenidos en Nueva Jersey”], mayo de 2007, www.aclu-nj.org/downloads/051507DetentionReport.pdf; New Jersey Civil Rights Defense Committee, “Voices of the Disappeared: An Investigative Report of New Jersey Immigration Detention” [“Voces de los desaparecidos: Informe investigativo de la detención migratoria de Nueva Jersey”], octubre de 2007, www.nj-civilrights.org/literature/VoicesoftheDisappeared.pdf. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

³⁰ Grupo de trabajo sobre detención y deportación, materiales informativos presentados al relator especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, mayo de 2007, disponible en el sitio del Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes, www.immigrantjustice.org/content/view/114/93/. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

³¹ Informe OIG, *supra*.

³² Informe GAO-07-875 de la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO), (Informe GAO): Alien Detention Standards [Normas de detención de extranjeros], julio de 2007, www.gao.gov/new.items/do7875.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

Rendición de cuentas

Los informes de la OIG y la GAO critican la supervisión gubernamental de las condiciones de detención en los centros contratados por el ICE. Actualmente, el sistema del ICE para supervisión interna consiste de una inspección anual a cada uno de sus más de 300 centros de detención. Estas inspecciones han fallado en identificar muchas de las graves violaciones reveladas por el informe de la OIG, lo cual ocasionó que la OIG cuestionara la suficiencia de la vigilancia del cumplimiento del ICE.³³ Asimismo, el informe de la GAO subrayó el hecho de que la Oficina de Operaciones de Detención y Deportación (DRO) del ICE no revisó ni investigó adecuadamente las quejas de las personas detenidas:

La falta de un proceso formal de seguimiento por parte del ICE para documentar las denuncias de las personas detenidas obstaculiza su capacidad de 1) identificar patrones potenciales de incumplimiento que podrían ser sistémicos y 2) asegurar que todas las quejas de las personas detenidas sean revisadas y se lleven a cabo las medidas que sean necesarias.³⁴

Dado que no están establecidas como regulaciones federales, las normas de detención no pueden proveer bases formales para auxiliar a personas recluidas en cualquier tipo de centro de detención inmigratoria. La falla del DHS en proporcionar recurso legal a personas detenidas que denuncian condiciones inhumanas o por debajo de la norma ha sido objetada por defensores de los derechos de inmigrantes en forma de una Petición de Inicio de Procedimiento Legal interpuesta el 25 de enero de 2007 de conformidad con la Ley de Procedimientos Administrativos. El objetivo de la petición es la promulgación de regulaciones que rijan las normas de detención de inmigrantes, las cuales luego generarían disposiciones para notificación y comentarios, abriendo así un diálogo entre el DHS, el ICE y el público respecto a las políticas de detención.³⁵ Hasta la fecha, el DHS no ha emprendido ninguna acción acerca de la petición.

³³ Informe OIG, *supra*, pág. 36.

³⁴ Informe GAO, *supra*, pág. 39.

³⁵ Petition for Rule-Making to Promulgate Regulations Governing Detention Standards for Immigration Detainees [Petición de inicio de procedimiento legal para promulgar regulaciones que rijan los estándares de detención de inmigrantes], interpuesta el 25 de enero de 2007, www.nationalimmigrationproject.org/detention_petition_final.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

La renuencia del ICE a proporcionar información al público obstaculiza aun más la supervisión de sus actividades de cumplimiento y vigilancia. Por ejemplo, el ICE permite a la Asociación de Abogados de Estados Unidos (ABA) llevar a cabo indagaciones relacionadas con las quejas recibidas de personas inmigrantes detenidas; sin embargo, le prohíbe a la ABA cualquier divulgación pública de los resultados de esas averiguaciones. Pese a haber reconocido las 66 muertes ocurridas en detención migratoria desde 2004, el ICE les ha dificultado a las familias de las víctimas obtener información sobre los incidentes y no existe obligación para que el ICE informe públicamente de las muertes bajo su custodia.³⁶ El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de los Migrantes no pudo examinar dos de los tres centros de detención que había programado visitar durante su misión a Estados Unidos, en mayo de 2007, pues las visitas a ambos sitios fueron canceladas sin explicación.³⁷ El Congreso no tiene mucho más éxito cuando se trata de que el ICE divulgue información. En fecha reciente, la congresista Zoe Lofgren, demócrata por el estado de California y presidenta del Subcomité de Ciudadanía, Refugiados, Inmigración y Seguridad Fronteriza, solicitó por escrito al ICE información acerca de las normas de detención revisadas que supuestamente habían sido preparadas e incluso distribuidas a varios centros de detención sin notificarle al Comité.³⁸ A pesar de esta y otras indagaciones realizadas por defensores de inmigrantes, hasta la fecha del presente informe el ICE no ha divulgado ninguna información sobre la emisión de las normas revisadas.³⁹ La evasión constante de escrutinio por parte del ICE llevó a que el diario *Miami Herald* afirmara recientemente que ésta es una agencia “envuelta en secretismo”.⁴⁰

³⁶ Nina Bernstein, *The New York Times*, 26 de junio de 2007, *supra*.

³⁷ Declaración del relator especial de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, 17 de mayo de 2007, Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, comunicado de prensa, www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/BA409950651325ECC12572E2002845A5?opendocument. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

³⁸ Carta a Julie Myers, subsecretaria del DHS, de fecha 7 de septiembre de 2007.

³⁹ Cuando el presente informe iba a imprenta, Julie Myers, subsecretaria del Departamento de Seguridad Nacional para Inmigración y Control de Aduanas, accedió a reunirse con un pequeño grupo de organizaciones no gubernamentales a fin de discutir la revisión de las normas de detención. Los parámetros de esta discusión aún no habían sido determinados.

⁴⁰ *Miami Herald*, “Immigration Lockup a Serious Health Risk” [“Encarcelamiento migratorio, un grave riesgo de salud”], Editorial, 3 de julio de 2007, www.hemisferio.org/al-eeuu/boletines/02/76/mig_o6.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

IV. Metodología

La presente investigación inició a principios de 2007 con una revisión de las quejas que Human Rights Watch recibió por parte de personas inmigrantes detenidas y sus defensores, acerca de la atención médica en los centros de detención para quienes viven con VIH/sida.

Human Rights Watch examinó primero las políticas y los procedimientos del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) y sus dependencias (el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas, ICE, y la División de Servicios de Salud para Inmigrantes, DIHS) concernientes a personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida. Analizamos en qué medida estas políticas y procedimientos eran compatibles con las normas nacionales e internacionales y garantizaban una atención de calidad para todas las personas detenidas que viven con VIH/sida, incluyendo las recluidas en centenares de cárceles locales y municipales contratadas por el ICE para encargarse de la detención migratoria.

En la Sección VI se abordan las políticas y los procedimientos del DHS, del ICE y de la DIHS referidos a personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida. También se discuten los resultados de una solicitud al DHS, amparada en la Ley de Libertad de Información (FOIA), de datos sobre detención, pruebas de VIH, tratamiento y servicios proporcionados a inmigrantes que viven con VIH/sida en todos los centros supervisados por el ICE o que trabajan por contrato con éste.

Posteriormente, Human Rights Watch entrevistó a doce personas inmigrantes, actual y previamente recluidas, que viven con VIH/sida acerca de la atención médica y los servicios para la infección por VIH que se proporcionan durante la detención. Estas personas fueron referidas a Human Rights Watch por sus abogados o, en algunos casos, por defensores locales que trabajan en las comunidades. A las personas recluidas se les entrevistó en centros de detención de California, Alabama, Nueva Jersey y Virginia, entre ellos un Centro de Internamiento, un centro propiedad de una corporación y cuatro cárceles municipales. Los testimonios de las personas que ya

no están detenidas dan cuenta de sus experiencias en centros de detención de Pensilvania, Texas, Louisiana, Illinois, Wisconsin y Virginia.

En lo que concierne a la muerte de Victoria Arellano, Human Rights Watch entrevistó a dos detenidos (uno actual y uno pasado), además de revisar los testimonios proporcionados a abogados de derechos civiles por decenas de detenidos en su unidad habitacional. Human Rights Watch intentó entrevistar a sus compañeros de celda, pero más de veinte testigos clave de su muerte habían sido transferidos apenas unos días antes de la llegada de Human Rights Watch al Centro de Internamiento de San Pedro (ver recuadro: *Victoria Arellano: Muerte bajo detención*). Human Rights Watch ha solicitado una copia del informe forense mientras continúa la investigación de la muerte de Victoria.

Human Rights Watch también entrevistó a los alcaides de una prisión privada en Alabama y de una cárcel municipal en Virginia, así como a un oficial médico de enlace en una cárcel municipal de Nueva Jersey. El 25 de octubre de 2007, Human Rights Watch asistió a una reunión con funcionarios del ICE, incluido Gary Mead, subdirector de Operaciones de Detención y Deportación del ICE. Con el consentimiento de las personas entrevistadas, Human Rights Watch contrató los servicios de una experta médica para que revisara los historiales médicos de las personas detenidas y rindiera una opinión independiente acerca del cumplimiento de la atención médica en conformidad con los estándares comunitarios. La Dra. Jaswinder Legha es médica colegiada con especialización en Medicina Interna y obtuvo su título y maestría en Salud Pública por la Universidad de Columbia. La Dra. Legha completó su formación como médica residente en Medicina Interna en Bellevue/Centro Médico de la Universidad de Nueva York, institución que atiende a una significativa cantidad de personas que viven con el VIH. Su revisión tuvo que limitarse a los historiales que Human Rights Watch recibió de los diversos centros de detención; en algunos casos, esos registros no estaban completos o eran sólo parcialmente legibles. Aspectos sobresalientes de la revisión médica figuran después de los testimonios de las personas detenidas.

Debido a que la División de Servicios de Salud para Inmigrantes no lleva un registro de la cantidad de personas detenidas que viven con VIH/sida, es imposible

determinar el alcance y representatividad de la atención médica proporcionada a quienes se entrevistó para el presente informe. Aunque es limitado el número de personas detenidas entrevistadas, la metodología apoya las conclusiones generalizadas acerca de la calidad de los servicios médicos brindados a quienes viven con VIH/sida. Los testimonios proveen una cobertura geográfica (nueve estados), abarcan los tres principales tipos de centros utilizados por el ICE (Centros de Internamiento, cárceles privadas y cárceles municipales) y se sustentan en correspondencia continua enviada a Human Rights Watch por otras personas detenidas y sus defensores. La revisión médica independiente reveló un patrón consistente de atención por debajo de la norma.

VIH/sida y tratamiento médico

El sida es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana, o VIH. Al matar las células del sistema inmunitario llamadas CD4+ T (CD4), el VIH destruye progresivamente la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y ciertos tipos de cáncer. El análisis regular del recuento de células CD4 y de la cantidad de VIH (o carga viral) en el cuerpo es esencial para determinar un tratamiento apropiado. La terapia antirretroviral, o TARV, trata el VIH con una combinación de medicamentos que atacan, cada uno por separado y de manera diferente, el ciclo de vida del virus. Basándose en los resultados de las pruebas de laboratorio, los médicos también prescriben distintos fármacos profilácticos a fin de prevenir que sus pacientes desarrollen infecciones oportunistas como PCP (neumonía causada por *Pneumocystis carinii*).

Un aspecto esencial para alcanzar el beneficio de la TARV es la plena adherencia al régimen terapéutico. Debido a la rápida tasa de multiplicación y mutación del VIH, y a otros factores, se requieren niveles muy altos de adherencia a los regímenes antirretrovirales a fin de evitar la resistencia del virus a los medicamentos. En comparación con pacientes que cumplen la TARV, quienes no lo hacen tienen tasas de mortalidad más elevadas y menos mejoras en su recuento de CD4, además de que permanecen más días en el hospital. La resistencia del virus a los fármacos afecta no sólo la salud de la persona sino también la de la comunidad, ya que las cepas resistentes pueden ser transmitidas a otras personas.

Fuentes: Panel sobre Prácticas Clínicas para el Tratamiento de la Infección por el VIH en Adultos y Adolescentes, *Pautas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados por el VIH-1*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 10 de octubre de 2006, 1-113, disponible en inglés en www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf (ver también: *El VIH y su tratamiento: Qué debe saber usted. Información de salud para los pacientes*, octubre de 2007, http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/ElVIHYSuTratamientoQueDebeSaberUsted_FS_sp.pdf); OMS/ONUSIDA/UNODC, *Effectiveness of interventions to manage HIV in prisons – HIV care, treatment and support* [*Eficacia de las intervenciones para el manejo del VIH en prisiones – Cuidados, tratamiento y apoyo para el VIH*], Ginebra, OMS, 2007, https://www.who.int/hiv/idu/Prisons_HIV%20treatment.pdf. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

V. Hallazgos

El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de Estados Unidos no recaba información básica que permita llevar un control de las personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida, tiene políticas y procedimientos de atención y servicios para el VIH/sida que están por debajo de la norma y supervisa inadecuadamente la atención que se proporciona. Estas políticas son discutidas en la Sección VI.

La consecuencia de dichas políticas es una atención de calidad inferior a la norma. El ICE no asegura que las personas detenidas que viven con VIH/sida reciban cuidados médicos que reflejen las normas de los derechos humanos o una práctica médica óptima. La atención proporcionada tampoco se ajusta a los estándares comunitarios, nacionales e internacionales para cuidados de salud en medios carcelarios. Las declaraciones de personas inmigrantes, actual y previamente detenidas, dan cuenta de una atención con retrasos, inconstante e insuficiente, como también de la falla de las autoridades en proteger la confidencialidad de una población vulnerable.

La atención médica deficiente incluía:

1) Falta de suministro continuo de medicamentos antirretrovirales.

En ocasiones no recibo ningún medicamento en absoluto. Otras veces me dan uno o dos de los tres que necesito.

—Peter R., jamaquino de 43 años de edad detenido en la Cárcel Regional de Hampton Roads en Portsmouth, Virginia. Los apuntes que hizo en su diario en julio de 2007 muestran que él recibió una dosis completa de medicamentos para el VIH/sida sólo el 65 por ciento del tiempo.

Frecuentemente, a las personas detenidas no se les administró ninguna dosis o sólo dosis parciales les fueron proporcionadas. El riesgo de resistencia a los medicamentos creado por esta práctica no sólo pone en peligro a la persona detenida sino es también una seria amenaza para la salud pública.

2) Falta de realización de los análisis clínicos necesarios de manera oportuna, incluyendo recuento de células CD4, pruebas de carga viral y de resistencia a medicamentos.

No tengo idea de cuántas son mis células T o de cómo me está yendo con este virus.

—Diane P., mujer de 41 años de edad de Trinidad detenida en la Institución Correccional del Condado Monmouth en Freehold, Nueva Jersey.

Los análisis clínicos regulares son cruciales para un tratamiento antirretroviral eficaz para pacientes que viven con VIH y sida. Las pruebas de recuento de CD4 y de carga viral indican si los regímenes de TARV deberían iniciarse y cuán efectivamente están tratando el VIH/sida. Las pruebas de resistencia a los medicamentos resultan esenciales para determinar si el paciente ha desarrollado resistencia a ciertas clases de fármacos y, de haberlo hecho, cómo se debe ajustar el régimen de la TARV.

3) Falta de prevención de infecciones oportunistas.

En la revisión médica independiente de los historiales de las personas detenidas se detectaron fallas constantes en la provisión de tratamiento apropiado y oportuno de infecciones oportunistas. El VIH ataca el sistema inmunitario del cuerpo, haciendo a la persona vulnerable a graves infecciones oportunistas como PCP (neumonía causada por *Pneumocystis carinii*) y toxoplasmosis.

4) Incumplimiento en asegurar la continuidad de la atención, incluyendo el acceso a cuidados especializados necesarios.

Ya he estado aquí por seis meses y aún no me ha visto un especialista en enfermedades crónicas. Cuando estuve en Arizona, la proveedora de cuidados de salud me programó una cita para ver a un especialista... Pero no pude ir porque fui [transferido] de vuelta a California.

—Carta que Human Rights Watch recibió de Samuel L., detenido en el Centro de Internamiento de San Pedro (ver recuadro: *Samuel L.: Carta a Human Rights Watch*).

En la custodia del ICE, la continuidad de la atención a esta enfermedad compleja y crónica suele verse interrumpida debido a la frecuente transferencia de las personas

detenidas dentro del sistema y porque los historiales médicos no se trasladan de un centro de detención a otro.

5) Incumplimiento en garantizar la confidencialidad de la atención médica, exponiendo a las personas detenidas a discriminación y hostigamiento.

¿Tú eres la VIH positiva?

—Pregunta hecha por un agente del ICE a Anna F., frente a otras detenidas, en el centro de detención de la calle Varick en la ciudad de Nueva York.

Las personas detenidas describieron sistemas de distribución de pastillas atestados y apresurados, así como una insensibilidad en el personal que no protegía la confidencialidad de quienes viven con VIH/sida. Aún estigmatizadas, las personas detenidas que son VIH positivas, homosexuales y transgénero sufren abusos y hostigamiento por parte del personal y de otros prisioneros, dada la ausencia de políticas del ICE diseñadas para prevenir o castigar la discriminación.

Los siguientes testimonios y revisiones médicas evidencian estas deficiencias en el tratamiento.

Testimonios e información de personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida

Peter R.

No parecía haber ningún sistema que nos proporcionara medicamentos para el sida.

—Testimonio de Peter R., jamaquino de 43 años de edad detenido en la Cárcel Regional de Hampton Roads en Portsmouth, Virginia.

Peter R.⁴¹ tiene 43 años de edad, es originario de Jamaica, químico farmacéutico, y ha vivido en Estados Unidos por 23 años. Después de cumplir una sentencia en la Cárcel de Washington, DC, fue transferido a la custodia del ICE en septiembre de 2006. Pasó los primeros tres meses en la Cárcel Regional de Piedmont en Farmville,

⁴¹ Entrevista de Human Rights Watch a Peter R., Cárcel Regional de Hampton Roads, Portsmouth, Virginia, 20 de junio de 2007. Peter R. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

Virginia. En diciembre de 2006 se le transfirió a la Cárcel Regional de Hampton Roads en Portsmouth, Virginia. Él interpuso una solicitud de exención de deportación fundamentándose en que será perseguido en Jamaica por ser homosexual.

A Peter se le diagnosticó la infección por VIH en 1988, mientras vivía en Washington, DC. Inició su tratamiento en 1997 y estaba bajo régimen antirretroviral cuando llegó a la Cárcel de Piedmont. Al momento de ser transferido, los agentes del ICE le permitieron llevar consigo medicamentos para una semana, pero cuando éstos se le acabaron descubrió que las autoridades aún no habían ordenado más. *“Me dijeron: No tenemos esos medicamentos; tendremos que ordenarlos y conseguir que el ICE los autorice”*. Peter no recibió ningún medicamento para el VIH/sida durante dos semanas y media. En los siguientes tres meses hubo otras dos interrupciones en su régimen, de una semana cada una. Cada vez le dijeron que tenían que “volver a ordenar” la prescripción. Tal como Peter dijo, *“No parecía haber ningún sistema que nos proporcionara medicamentos para el sida”*.

En la Cárcel de Piedmont, a Peter se le hizo necesario abogar por sí mismo a fin de recibir atención médica. *“El médico en Piedmont ni siquiera me tocaba. Tuve que rogarles que me hicieran pruebas de laboratorio para averiguar mi (recuento de) CD4 y mi carga viral”*.

“Por las noches me obligaban a tener relaciones sexuales – se ponían en fila y yo tenía que hacerles, ya sabes, sexo oral. Reporté esto a los guardias pero no hicieron nada. Después del incidente en las duchas [donde a Peter se le amenazó de ser violado], le escribí a mi abogada y ella consiguió que me transfirieran a Hampton Roads”.

La Cárcel de Piedmont transfirió a Peter con sólo dos de sus tres fármacos antirretrovirales. En la Cárcel de Hampton Roads, el personal médico le informó que tendría que ver al doctor antes de que se le pudieran renovar sus medicamentos. Le quitaron los que había llevado consigo y pasaron dos semanas y media antes de que se le volviera a poner bajo tratamiento. Según Peter, el estado del suministro de medicamentos en Hampton Roads era aún peor que el de Piedmont. *“La situación*

del abastecimiento de medicamentos para el sida es un total desorden – durante seis meses, cada mes he tenido que rogar que me den mis medicinas, porque se les acaban y no tienen más a mano”. Peter asevera que en repetidas ocasiones han transcurrido entre dos y tres semanas antes de recibir sus medicamentos para el sida.

En la Cárcel de Hampton Roads, al principio Peter fue alojado en la unidad del ICE junto a otros detenidos, pero de nuevo sufrió hostigamiento. Se siente más seguro ahora que está en una unidad que no pertenece al ICE, con prisioneros de la cárcel municipal. Sin embargo, continúa enfrentándose a demoras e interrupciones de su tratamiento. *“En la unidad habitacional del ICE me dejaban administrarme yo mismo los medicamentos, por lo que los tomaba regularmente. Ahora, en la otra unidad, no me permiten hacerlo, de modo que mis medicamentos llegan a cualquier hora del día... En ocasiones no recibo ningún medicamento en absoluto. Otras veces me dan uno o dos de los tres que necesito.”*

Peter mantuvo un diario en julio de 2007 para documentar su suministro de medicamentos para el VIH/sida. Este diario muestra una provisión irregular, ya que recibió la dosis correcta (tres pastillas en la mañana y tres por la tarde) sólo el 65 por ciento del tiempo.

Diario de Peter sobre medicamentos para el VIH/sida que recibió en julio de 2007

- 4 de julio: no recibí ningún medicamento
- 5 de julio 5: A.M.: dos de tres medicamentos recibidos (Epivir no)
P.M.: no recibí ningún medicamento
- 6 de julio: P.M.: no recibí ningún medicamento
- 7 de julio: P.M.: recibí sólo Kaletra
- 8 de julio: P.M.: no recibí ningún medicamento
- 9 de julio: P.M.: no recibí ningún medicamento
- 10 de julio: P.M.: no recibí ningún medicamento
- 11 de julio: A.M.: recibí dos medicamentos (Epivir no)
P.M.: no recibí ningún medicamento
- 12 de julio: A.M.: recibí dos medicamentos (Viread no)
P.M.: no recibí ningún medicamento
- 13 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde

- 14 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 15 de julio: ***P.M.: recibí dos medicamentos y sólo media dosis de Epivir***
- 16 de julio: ***P.M.: recibí dos medicamentos y sólo media dosis de Epivir***
- 17 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 18 de julio: ***A.M.: recibí dos medicamentos (Epivir no)***
- 19 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 20 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 21 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 22 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 23 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 24 de julio: ***A.M.: recibí dos medicamentos (Kaletra no)***
- 25 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 26 de julio: ***P.M.: no recibí ningún medicamento***
- 27 de julio: ***recibí dosis de la mañana a la 1 P.M., recibí dosis de la tarde***
- 28 de julio: recibí las dosis de la mañana y la tarde
- 29 de julio: ***recibí sólo dosis de la mañana***

Fin del diario.

Químico farmacéutico de profesión, Peter conoce su propia salud. “*Sé más que los médicos sobre el VIH/sida. Le dije al doctor que la vitamina C era buena para mí, así que dijo que la tomara. Yo sabía que debía estar atento a los niveles de triglicéridos debido al Kaletra, pero él no estaba enterado de eso*”.

Revisión médica independiente

- El señor R. estaba recibiendo una combinación apropiada de medicamentos antirretrovirales.
- En el historial médico del señor R. se documentan algunos hallazgos que apuntan a una provisión inconstante de TARV.
 - El 14 de mayo de 2007, una nota clínica señala: “el paciente reporta que no se le proporcionó Kaletra”.
 - Según los registros de administración de medicamentos, al señor R. no se le suministraron varias dosis de fármacos antirretrovirales en marzo de 2007.

- Los registros indican una provisión inconstante de medicamentos psiquiátricos para el señor R. durante varios meses en 2007. A fin de ser efectivos, estos medicamentos deben ser tomados regularmente.
- Los historiales médicos revisados abarcan hasta mayo de 2007. Si el diario del señor R. es exacto en cuanto a los fármacos que recibió en julio de 2007, la inconstante provisión de medicamentos durante ese mes es muy preocupante y potencialmente peligrosa.
 - De 51 dosis registradas, él recibió sólo 33 de las prescritas, o el 65 por ciento de las dosis. La meta debería acercarse al 100 por ciento tanto como sea posible.
 - Tomar sólo un régimen parcial de TARV expone a la persona a un alto riesgo de desarrollar resistencia a los fármacos. Esto, a su vez, puede aumentar el riesgo de que la persona se enferme más a un menor plazo y cuente con opciones limitadas de tratamiento en el futuro, así como tener un impacto potencialmente dañino en la salud pública.
- Las pruebas de laboratorio del señor R. (incluyendo recuento de CD4, carga viral, triglicéridos, etc.) fueron vigiladas con una frecuencia apropiada. No obstante, los resultados de la prueba de carga viral sugieren que su régimen de medicamentos estaba fallando y que su TARV debió haber sido reevaluada. El historial documenta un uso continuo del mismo régimen sin evidencias de tal reevaluación.⁴²
- Según los formularios de solicitud de atención médica contenidos en el historial, al señor R. se le hicieron cobros por dicha atención.

⁴² A raíz de la revisión por la Dra. Legha, se contactó a Peter para recomendarle que, de ser posible, se sometiera a una prueba de resistencia a los medicamentos.

Victoria Arellano: Muerte bajo detención

Victoria⁴³ Arellano, una mujer transgénero mexicana de 23 años de edad que vivía con VIH/sida, murió en la custodia del ICE el 20 de julio de 2007. Había estado detenida por ocho semanas en el Centro de Internamiento de San Pedro (SPSPC). Según sus compañeros de celda,⁴⁴ la salud de Victoria comenzó a deteriorarse cuando el personal médico se negó a seguir suministrándole sus prescripciones regulares.

La condición de Victoria empeoró progresivamente durante el mes de julio; empezó a tener vómitos sanguinolentos y apareció sangre en su orina. Los detenidos en la unidad habitacional no. 3 de San Pedro se preocuparon cada vez más por su bienestar cuando ella se sintió demasiado débil para sentarse en su litera. Victoria fue atendida en la clínica médica, pero sólo se le instruyó que tomara Tylenol y bebiera grandes cantidades de agua.

En la noche del 12 de julio de 2007, la condición de Victoria les pareció grave a sus compañeros de celda, quienes la limpiaban y desechaban sus fluidos corporales. El “líder” de la unidad habitacional no. 3 pidió que llegara allí un representante del ICE. La solicitud fue respondida por un capitán del ICE, quien se acercó a la litera de Victoria, puso el pie sobre su almohada y le preguntó bruscamente: “¿Qué pasa contigo?” Los detenidos se sintieron anonadados. “La estaban tratando como a un perro”.

Los detenidos empezaron a corear “¡Hospital! ¡Hospital!” Llegó una enfermera y dijo, “¡Ah, es Victoria! No hay nada que podamos hacer. Ella sólo necesita Tylenol y agua”. Más tarde esa noche, Victoria fue llevada al hospital, pero regresó al SPSPC el día siguiente. Estaba muy débil y les contó a sus compañeros de celda que el personal médico y el de seguridad la pusieron en una celda y se habían burlado de ella. Les dijo que eso “fue una pesadilla”. A la mañana siguiente se le llevó de nuevo al hospital, donde murió una semana después a causa de meningitis, una condición a menudo asociada al sida avanzado.

⁴³ El nombre original de Victoria Arellano fue Víctor.

⁴⁴ La información en este relato se basa en testimonios proporcionados a Human Rights Watch y a la ACLU del Sur de California en julio y agosto de 2007 por compañeros de celda de Victoria Arellano.

El 9 de agosto de 2007, en el diario *Los Angeles Daily Journal* fue publicado un artículo sobre la muerte de Victoria. Tres de sus anteriores compañeros de celda fueron citados en el reportaje y sus nombres completos mencionados. Human Rights Watch intentó entrevistarlos, como también a otros anteriores compañeros de celda de Victoria en el SPSPC; sin embargo, más de veinte de ellos, todos de la unidad habitacional no. 3, habían sido transferidos a otros centros del ICE en varios lugares de Estados Unidos. Human Rights Watch y la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU) del Sur de California exigieron que el ICE llevara a cabo una investigación pronta, exhaustiva y transparente de la muerte de Victoria, así como de la repentina transferencia de más de veinte de sus anteriores compañeros de celda en la unidad habitacional no. 3. Hasta la fecha de publicación del presente informe, el ICE no ha dado respuesta alguna a la exigencia de Human Rights Watch de que se realice una investigación formal.

Estados Unidos es signatario de la Convención contra la Tortura, la cual establece que ninguna persona debe ser sometida a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes mientras se encuentra detenida.⁴⁵ De ser ciertos, el descuido hacia el sufrimiento de Victoria, el incumplimiento en proporcionarle atención médica y el hecho de haberla sometido a ridiculización, hostigamiento e insultos pueden constituir violaciones a la Convención contra la Tortura.

Anna F.

Casi cada dos días falta una de mis pastillas. Recibo mi dosis completa sólo el 60 por ciento del tiempo.

—Anna F., mujer de 51 años de edad detenida en la Cárcel del Condado Bergen en Hackensack, Nueva Jersey.

⁴⁵ Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada el 10 de diciembre de 1984, Res. AG 39/46, anexo 39, UN GAOR Supp. (no. 51) pág. 197, Doc. ONU A/39/51 (1984), en vigor desde el 26 de junio de 1987, Artículo 16 (1), ratificada por EEUU el 14 de octubre de 1994, www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_cat39_sp.htm. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

Anna F.,⁴⁶ hija de padres letones, nació en un campo de refugio en Alemania. Ha vivido en Estados Unidos desde que tenía cuatro años de edad, principalmente en Brooklyn con su hijo e hija (ambos ciudadanos estadounidenses) y su padre. Se le diagnosticó la infección por VIH en 1987. Anna dijo que también se está deteriorando la articulación de su cadera, tiene presión alta y padece depresión.

En mayo de 2007, Anna fue arrestada por un delito relacionado con drogas y pasó un mes en una cárcel de la Isla Rikers. Allí le dijeron que su recuento de células CD4 era de 33 y le dieron medicamentos antirretrovirales. El día que sería puesta en libertad en esta cárcel fue transferida por el ICE a detención inmigratoria en la Cárcel del Condado Bergen, donde ha estado recluida por cuatro semanas.

En la Cárcel del Condado Bergen le hicieron un examen médico de admisión menos de 24 horas después de su llegada. Anna estaba sufriendo mucho a causa de la abstinencia de metadona. Había tomado metadona regularmente durante 27 años y en Rikers la recibió, pero dijo que en la Cárcel del Condado Bergen le informaron tajantemente “no damos metadona”. Estuvo postrada por seis días en la enfermería. *“Ni siquiera podía pensar en mis medicamentos para el sida porque me sentía tan mal debido a la abstinencia total – creí que no sobreviviría a eso”*. Luego de los seis días se mudó al dormitorio y transcurrió una semana más antes de que reiniciara su tratamiento antirretroviral.

Anna apunta en su diario los días en que no se le suministran todos sus medicamentos. Afirma que *“casi cada dos días falta una de mis pastillas. Recibo mi dosis completa sólo el 60 por ciento del tiempo”*. Califica al personal médico de Bergen como muy desorganizado. Dijo, por ejemplo, que unos días atrás le habían dado los medicamentos de otra persona, y cuando ella estaba a punto de tomarlos se dieron cuenta del error y la detuvieron:

⁴⁶ Entrevista de Human Rights Watch a Anna F., Cárcel del Condado Bergen, Hackensack, Nueva Jersey, 10 de julio de 2007. Anna F. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

El personal médico también es muy grosero con nosotras [las personas bajo detención migratoria]. La primera pregunta del doctor fue: ‘¿Cuándo se irá?’ ¿Cómo vamos a saber cuándo nos iremos?⁴⁷

Preocupada por la confidencialidad de su estado serológico, Ana relata la siguiente historia. En el centro de detención de la calle Varick en la ciudad de Nueva York, donde estuvo un día entre su salida de Rikers y el traslado a la Cárcel del Condado Bergen, un agente del ICE le preguntó, enfrente de otras detenidas, “¿*Tú eres la VIH positiva?*” Entre las que oyeron esa pregunta había una reclusa en camino a la Cárcel del Condado Bergen, quien ha revelado el estado de VIH de Anna a otras detenidas. Anna aseveró que el procedimiento para distribución de pastillas en la Cárcel del Condado Bergen no es confidencial. Prisioneras y detenidas se aglutinan alrededor de la carretilla de píldoras, donde en ocasiones los historiales médicos individuales se dejan abiertos y sus contenidos pueden ser vistos.

En la Cárcel del Condado Bergen se aloja a las detenidas migratorias en el dormitorio “previo a autorización médica”. Según Anna, es en éste donde se mantiene a las detenidas recién llegadas hasta que reciben aprobación médica para alojarse en otros dormitorios. A ella le preocupa que con un sistema inmune debilitado esté siendo expuesta a condiciones médicas contagiosas. Además se siente muy molesta porque su hija no puede visitarla, ya que la Cárcel del Condado Bergen no ofrece horas de visita durante los fines de semana para detenidas migratorias. Su hija no la ha podido visitar pues trabaja de lunes a viernes.

Anna no ha recibido ninguna consejería, educación o información sobre el VIH en la Cárcel del Condado Bergen.

Revisión médica independiente

- A la señora F. se le hizo un examen médico y de salud mental completo al momento ingresar a la cárcel. El historial sugiere que se le ha brindado evaluación y atención psiquiátricas apropiadas durante su reclusión.

⁴⁷ *Ibidem.*

- Se le prescribió un régimen antirretroviral apropiado que incluyó los medicamentos Truvada (emtricitabina/tenofovir) y Kaletra (lopinavir/ritonavir).
- A las personas que viven con VIH, en especial las que tienen antecedentes de uso de sustancias, se les debe hacer pruebas de hepatitis B y C. Particularmente a quienes toman Truvada (emtricitabina/tenofovir) es crucial realizarles análisis, ya que la discontinuación de este medicamento puede detonar la hepatitis C. Esos resultados no figuraban en el historial.
- Con recuentos bajos de CD4, primero de 57 y luego 87, la señora F. debería estar tomando medicamentos profilácticos contra infecciones oportunistas como PCP y posiblemente toxoplasmosis. El historial no indica que esa medida haya sido tomada y tampoco documenta alguna contraindicación a dicho tratamiento.⁴⁸
- Los registros de administración de medicamentos no estaban disponibles. Si la señora F. de hecho recibió su régimen antirretroviral completo sólo el 60 por ciento del tiempo, no sería extraño que hubiera desarrollado resistencia a los fármacos.

Diane P.

No tengo idea de cuántas son mis células T o de cómo me está yendo con este virus.

—Diane P., mujer de 41 años de edad de Trinidad detenida en Nueva Jersey.

Diane P.⁴⁹ es una mujer de 41 años de edad que se encuentra detenida en la Institución Correccional del Condado Monmouth (MCCI) en Freehold, Nueva Jersey. Originaria de Trinidad, ella ha vivido en Estados Unidos desde 1983. Pasó dos meses en una cárcel de la Isla Rikers por cargos penales y luego fue transferida a la custodia del ICE en enero de 2007.

⁴⁸ A raíz de la revisión por la Dra. Legha, se contactó a Anna para informarle de la necesidad de que tomara medicamentos profilácticos.

⁴⁹ Entrevista de Human Rights Watch a Diane P., Institución Correccional del Condado Monmouth (MCCI), Freehold, Nueva Jersey, 1 de mayo de 2007. Diane P. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

A Diane se le diagnosticó la infección por VIH en 2002, cuando vivía en Poughkeepsie, Nueva York. En aquél entonces estaba muy enferma y los médicos le dijeron que tenía menos de 50 células CD4. En esos días inició su tratamiento antirretroviral. Durante su reclusión en la Isla Rikers, los análisis clínicos revelaron que su recuento de CD4 había aumentado a 400. El personal médico de la cárcel la mantuvo bajo el régimen de medicamentos.

Cuando Diane fue transferida a la custodia del ICE en la MCCI no le hicieron ninguna prueba de laboratorio para evaluar su recuento de CD4 o la carga viral. Había llevado consigo sus medicamentos, pero éstos fueron confiscados y pasaron dos días antes de que le proporcionaran otros nuevos. Ella dijo a Human Rights Watch que no se le realizó ningún análisis clínico durante seis meses, pese al hecho de que recientemente había tenido recuentos muy bajos de CD4: *“No tengo idea de cuántas son mis células T o de cómo me está yendo con este virus”*.

Diane dice tener dolor en las manos, lo que en su opinión es una neuropatía relacionada con el VIH/sida. Después de llenar “muchas” solicitudes de consulta médica vio a un doctor que le prescribió ibuprofeno, el cual ella misma debe comprar en el comisariato, pero afirma que no se le han aliviado los síntomas de dolor y punzadas. Diane describió así la actitud del personal de enfermería acerca de las solicitudes de consulta médica: *“Tratan de disuadirte de que no presentes una solicitud de consulta médica. Una enfermera me dijo que no pidiera una consulta a menos que se tratara de una emergencia”*.

Diane califica como irregular la distribución de medicamentos en la MCCI. Dijo que las detenidas que participan en programas se arriesgan a no estar presentes cuando se hace la entrega de pastillas. *“Los medicamentos son distribuidos por completo al azar; literalmente, nunca nos los dan a la misma hora dos días seguidos... Los sábados, cuando voy a mi clase bíblica, me pierdo la dosis matutina porque el personal no regresa al dormitorio para encontrar a la gente que estaba trabajando o en clase”*. Diane dice que le prescribieron vitaminas y las recibió durante un tiempo, pero hace poco dejaron de dárselas sin explicación alguna.

A criterio de Diane, el procedimiento para distribución de pastillas no protege la confidencialidad. *“No hay orden para hacerlo ni un espacio privado”*. Las reclusas se empujan unas a otras alrededor de la carretilla, y los historiales médicos que se encuentran encima de ésta pueden ser vistos por todas. *“Las otras detenidas están demasiado interesadas en mi condición y me preguntan por qué tomo tantas medicinas”*. Incluso, en ocasiones un enfermero dice en voz alta los nombres de los medicamentos y una vez lo hizo con los de Diana al momento de entregárselos.

En la MCCI, Diane no ha recibido ninguna consejería, educación o información acerca del VIH.

Revisión médica independiente

- El historial indica que a la señora P. se le hicieron evaluaciones médicas y de salud mental cuando llegó a la institución correccional.
- En el historial se documentan sólo algunos de los resultados de las pruebas clínicas realizadas en Rikers en enero de 2007. A la señora P. se le hicieron algunos análisis de laboratorio, pero no todos los necesarios, en mayo de 2007, cuatro meses después de haber ingresado a la institución correccional.
- El historial indica que a la señora P. se le prescribió un régimen apropiado de TARV. Los registros de administración de medicamentos indican que hubo una provisión confiable de éstos durante algunos meses, pero en otros la señora P. no recibió algunas dosis.
- La carga viral de la señora P. no disminuyó, como se espera que ocurra después de varios meses con tratamiento antirretroviral; por lo tanto, su régimen de TARV tendría que haber sido reevaluado. No hay indicios de que se haya realizado una reevaluación.
- El historial indica que a la señora P. se le cobró por las visitas médicas.

Nargis R.

La doctora ‘recomendó’ que yo iniciara el tratamiento, pero no lo hizo con suficiente contundencia, por lo que el ICE la ignoró. Nunca recibí medicamentos [para el VIH/sida] en York.

—Nargis R., mujer de Trinidad de 31 años de edad que estuvo detenida en la custodia del ICE por tres años y medio.

Nargis R.,⁵⁰ mujer de 31 años de edad procedente de Trinidad, ha vivido en Estados Unidos desde que tenía nueve años. Después de cumplir una sentencia de 69 días por un delito menor (emisión de cheques fraudulentos), permaneció tres años y medio en detención inmigratoria. Con ayuda de su abogada fue puesta en libertad en 2004, y actualmente vive en un albergue para personas sin hogar en la ciudad de Nueva York.

Nargis vivió casi toda su vida en el norte del estado de Nueva York. Siendo residente legal permanente, se graduó del bachillerato en Albany, Nueva York, y trabajó como secretaria. Adquirió la infección por VIH de su esposo, quien falleció hace varios años a causa del sida. Él era ciudadano estadounidense, pero no contaba con los medios económicos que le permitieran patrocinar la ciudadanía de Nargis. Ella volvió a casarse, de nuevo con un ciudadano estadounidense, pero también él carece de los recursos necesarios para costear una solicitud de patrocinio. La familia de Nargis vive en Estados Unidos, incluyendo su madre, padre, hermanos, sobrinas y sobrinos. Ella no ha regresado a Trinidad desde que llegó a Estados Unidos hace 22 años.

Después de que Nargis cumplió la sentencia de 69 días por el delito menor, el ICE decidió mantenerla bajo detención e inmediatamente la transfirió a custodia del ICE en la Cárcel del Condado York en Pensilvania. Ella recordó la atención médica que recibió en esa cárcel. Allí le dijeron que, según las pruebas clínicas, sus recuentos de CD4 estaban suficientemente altos, por lo que no necesitaba medicamentos para el VIH/sida. Sin embargo, tuvo un severo dolor estomacal y forúnculos en la piel. *“El dolor era tan intenso que a veces no podía levantarme de la cama”*. Nargis fue trasladada a una unidad que se utilizaba para aislar reclusas por razones tanto médicas como disciplinarias.

Los médicos de York pidieron al ICE que a ella se le permitiera acudir a una especialista en VIH. El ICE denegó la solicitud y continuó haciéndolo por más de un año. Nargis y su abogada perseveraron y, después de que la apelación llegó hasta el nivel del director de distrito del ICE, a Nargis se le autorizó ver a una especialista. Ésta le dijo que su recuento de CD4 estaba disminuyendo y su carga viral iba en

⁵⁰ Entrevista de Human Rights Watch a Nargis R., Ciudad de Nueva York, 23 de marzo de 2007.

aumento. *“La doctora ‘recomendó’ que yo iniciara el tratamiento, pero no lo hizo con suficiente contundencia, por lo que el ICE la ignoró. Nunca recibí medicamentos [para el VIH/sida] en York”.*

Nargis dijo que la confidencialidad era un problema en York. Durante las consultas médicas, las guardias de seguridad se quedaban en la habitación y podían escuchar todo lo que la reclusa y la enfermera hablaban. Ella cree que las guardias comentaron su condición frente a otras detenidas. Una vez, Nargis ofreció servirles las comidas a las demás reclusas en el dormitorio, pero ellas le respondieron que no querían que tocara sus alimentos. *“Las guardias dijeron que las detenidas tenían razón y que yo mejor debería limpiar los servicios sanitarios”.*

Mientras tanto, Nargis se enfermó de gravedad; tenía repetidas infecciones urinarias y dolor estomacal. El personal médico la trató sólo con Tylenol y su estado empeoró. Una noche en el dormitorio no podía moverse, su piel había adquirido un color oscuro y su estómago estaba hinchado. *“La agente de turno se dio cuenta de que yo me veía muy enferma y llamó al equipo médico para que llegara al dormitorio. Me llevaron de inmediato al hospital, donde pasé tres días con una severa infección renal. Me dieron morfina en goteo cada diez minutos para el dolor”.*

Después de 14 meses en la Cárcel del Condado York, Nargis fue transferida a la Cárcel del Condado Denton, en Texas, y luego a la Cárcel Regional de Rolling Hills y al Centro de Detención en Haskell, Texas. En la cárcel de Denton, el médico le dio un régimen inapropiado, que no se recomienda para el tratamiento del VIH/sida. Transcurridos varios meses de defensoría legal, el médico de Rolling Hills rectificó el error y Nargis recibió un régimen adecuado de tres medicamentos antirretrovirales.⁵¹

⁵¹ Documentado en las notas contemporáneas de la abogada Olivia Cassin, Sociedad de Ayuda Legal de Nueva York (<http://legal-aid.org>).

Samuel L: Carta a Human Rights Watch

Centro de Internamiento de San Pedro

Ya he estado aquí por seis meses y aún no me ha visto un especialista en enfermedades crónicas. Cuando estuve en Arizona, la proveedora de cuidados de salud me programó una cita para ver a un especialista... Le llamó “enfermedad infecciosa” o algo parecido. Pero no pude ir porque fui [transferido] de vuelta a California dos semanas después de que ella concertó la cita. Por lo demás, aquí en San Pedro, aparte de los médicos de planta, no he visto a ningún especialista que me explique cuál es mi condición actual.

Me tomaron muestras de sangre una semana antes de que me transfirieran a Arizona, pero no he recibido una explicación completa acerca de cuál es mi estado. He escuchado quejas de otros detenidos que viven con el VIH, quienes dicen que no reciben a tiempo sus medicamentos o no se los administran correctamente. (Uno de ellos estaba muy preocupado de que pudiera estar tomando una dosis más alta de la que debería.) A mí me preocupa mucho el reabastecimiento de mis medicinas. Ha habido veces en que pasan una o dos semanas antes de que me las den, lo cual es muy alarmante pues necesito recibirlas cada día.

En general, no creo que en el centro se tome seriamente a los pacientes o detenidos que viven con el VIH. Me parece que este centro en particular trata el VIH como si no fuera nada. Si existe algo como “clínicas para cuidado de enfermedades crónicas”, no estoy muy enterado de éstas y no me han puesto en el programa.

Juan L.

No todos los días recibí la dosis completa.

—Juan L., hombre de 45 años de Aruba, quien permaneció cinco meses bajo detención inmigratoria en Virginia.

Juan L.,⁵² de 45 años, es un hombre de Aruba, territorio de los Países Bajos. Cumplió una sentencia en prisión federal hasta abril de 2005, cuando fue transferido a la custodia del ICE. Permaneció un mes en la Institución Correccional Federal en

⁵² Entrevista telefónica de Human Rights Watch a Juan L., 2 de julio de 2007.

Petersburg y cuatro meses en la Cárcel Regional de Piedmont en Farmville, ambas en el estado de Virginia. Fue deportado a Aruba y hoy día vive en los Países Bajos. Su esposa, que es ciudadana estadounidense, vive en Brooklyn, Nueva York.

Carpintero de profesión, a Juan se le diagnosticó la infección por VIH en 1987, cuando vivía y trabajaba en el Bronx. Empezó a tomar antirretrovirales mientras estaba en la prisión federal, y cuando fue trasferido a la custodia del ICE el personal médico de la prisión le dio un suministro de medicamentos para un mes. Al llegar a la penitenciaría de Petersburg, los agentes se los confiscaron y pasó cuatro días sin tratamiento. Después de esto recibió antirretrovirales, pero la provisión era irregular. Juan dijo a Human Rights Watch: *“No todos los días recibí la dosis completa”*.

Luego de su transferencia a la Cárcel Regional de Piedmont, pasaron dos semanas antes de que Juan recibiera medicamentos para el VIH/sida. *“Me dijeron que debían esperar hasta que la orden fuera autorizada... Cuando [los medicamentos] finalmente llegaron, ellos armaron una gran alharaca pues habían tenido que comprar un refrigerador para guardarlos. Me hicieron sentir que yo estaba ocasionando muchos problemas”*.

La Cárcel Regional de Piedmont les cobra a los prisioneros por cuidados médicos, dentales y de salud mental. El superintendente Lewis Barlowe dijo a Human Rights Watch que los detenidos del ICE están exentos de estos cobros.⁵³ Sin embargo, Juan recuerda:

“En Piedmont tuve una gran discusión con el teniente respecto al pago de mi tratamiento. Querían cobrarme por ver a la enfermera o al médico. La única razón por la que no me cobraron fue que llamé a mi consulado.

Cuando fui deportado, me dijeron que iban a darme un suministro de medicamentos [para el VIH/sida] que duraría dos semanas. Pero cuando llegó el momento de entrar al avión, ellos no pudieron encontrarlos, así que me deportaron sin medicinas. Ni el

⁵³ Entrevista de Human Rights Watch al superintendente Lewis Barlowe, Farmville, Virginia, 20 de junio de 2007. Otro detenido en Piedmont proporcionó a Human Rights Watch una copia de la nota que recibió de agentes de la cárcel en la cual le avisaban que se le cobrarían diez dólares para acudir a la enfermera y 40 dólares por una cita con el médico.

ICE ni mi embajada me daba alguna información sobre la atención del VIH/sida en Aruba. No sólo nos deportan; también se nos condena a muerte porque no les importamos.”⁵⁴

James L.

James L.,⁵⁵ de 44 años de edad, es de Haití y solía ser músico y maestro de percusión. En 2006 cumplió una sentencia en la Isla Rikers por cargos relacionados con estupefacientes. Allí participó en un programa intensivo de consejería sobre drogas y salud mental. El programa tenía un componente de consulta externa y James planificó seguir asistiendo a éste luego de ser puesto en libertad. No obstante, el último día de su sentencia, el ICE decidió mantenerlo bajo detención y lo transfirió a custodia del ICE en la Institución Correccional del Condado Monmouth (MCCI) en Freehold, Nueva Jersey. James estuvo alrededor de un mes en Monmouth. Durante este tiempo, la Sociedad de Ayuda Legal investigó la posibilidad de representarlo en su caso inmigratorio. Sin embargo, antes de que la representación pudiera formalizarse, el ICE transfirió a James al Centro Correccional del Condado Perry (PCCC), en Uniontown, Alabama. Tres meses después fue transferido al Centro de Detención de Tensas Parish en Waterproof, Luisiana. Recientemente quedó en libertad y ahora vive en un albergue para personas sin hogar en la ciudad de Nueva York.

Además de vivir con VIH/sida, James padece de enfermedad mental. Cuando Human Rights Watch lo entrevistó durante su reclusión en Alabama, él había estado viviendo en la unidad de aislamiento por más de seis semanas. En extremo alterado, ignoraba por qué se le había aislado. Afirmó que los agentes de la cárcel le informaron que se debía a una lesión en su pierna, pero él dijo que ésta ya había sanado, de modo que no comprendía por qué se le tuvo que aislar. Aseveró que estaba profundamente deprimido y enojado por el constante aislamiento y “*tengo deseos de ahorcarme en mi celda*”.

⁵⁴ Entrevista telefónica de Human Rights Watch a Juan L., 2 de julio de 2007.

⁵⁵ Entrevista de Human Rights Watch a James L., Centro Correccional del Condado Perry (PCCC), Uniontown, Alabama, 3 de mayo de 2007.

James dijo a Human Rights Watch que estaba recibiendo medicamentos para el VIH/sida y psiquiátricos. Agregó que se le había pedido que visitara al consejero, pero le informaron que éste sólo se presentaba una vez al mes. James le mostró a Human Rights Watch una solicitud de consulta médica fechada cinco días antes y dijo que aún no había visto al doctor.

Agentes del PCCC dijeron a Human Rights Watch que James había sido puesto en aislamiento debido a una infección por estafilococos que no estaba respondiendo a los antibióticos. El alcaide David Streiff negó que James hubiera sido aislado por motivos relacionados con su estado de VIH.⁵⁶ Según el alcaide, el personal médico puso a James bajo “observación visual” para prevenir un suicidio. También afirmó que en el centro correccional hay un médico cuatro veces por semana y un psiquiatra tres veces por semana. Aseveró, asimismo, que James había visto al psiquiatra.

Revisión médica independiente

- El señor L. estuvo bajo un adecuado régimen antirretroviral y apropiadamente se le inició profilaxis para PCP.
- Los lípidos fueron examinados en forma apropiada, según debe hacerse cuando una persona toma Kaletra (lopinavir/ritonavir). Sin embargo, no hay registro de que al señor L. se le haya realizado una prueba de hepatitis B, como debió hacerse si estaba tomando Truvada (emtricitabina/tenofovir).
- En el historial no había ninguna documentación sobre pruebas de carga viral, cruciales para evaluar la respuesta a la TARV.
- Los análisis de laboratorio indicaron niveles anormales de proteína en la orina del señor L., así como seroalbúmina baja. Estos hallazgos, altamente anormales, deberían generar una mayor investigación y referencia a un nefrólogo. El historial no contenía evidencias de análisis adicionales o de tal referencia.⁵⁷

⁵⁶

Entrevista de Human Rights Watch al alcaide David Streiff, Uniontown, Alabama, 3 de mayo de 2007.

⁵⁷

A raíz de la revisión del historial médico por la Dra. Legha, se contactó a James para informarle de la existencia de una condición renal potencialmente seria, ya que no existen evidencias de que esta situación haya sido atendida alguna vez durante su detención.

Antonio O.

Los guardias me gritan, se burlan de mí, me miran con repugnancia. Nos ven como si fuéramos inferiores, no sólo porque somos homosexuales sino también por ser inmigrantes. Para ellos no somos más que gusanos de otro país que deben ser eliminados. Ni siquiera nos tratan como personas. Uno de ellos me dijo: ‘No tienes ningún derecho, no eres ciudadano estadounidense’. Pero somos seres humanos y tenemos derechos humanos. Tenemos derecho a resguardar nuestra dignidad.

—Antonio O., hombre de 33 años de edad procedente de El Salvador, detenido en el Centro de Internamiento de San Pedro en California.

Antonio O.,⁵⁸ de 33 años de edad, es un hombre de El Salvador que se encuentra detenido en el Centro de Internamiento de San Pedro en San Pedro, California. Es residente legal permanente de Estados Unidos. Antes de su arresto por un delito menor relacionado con drogas trabajaba como técnico de rayos X. Estuvo recluido por un mes en la Cárcel Municipal de Los Ángeles. Transferido a custodia del ICE el día que debió ser puesto en libertad, había estado detenido en San Pedro durante aproximadamente un mes.

A Antonio se le diagnosticó la infección por VIH en 2005 y de inmediato empezó a tomar antirretrovirales. Se ha estado esforzando por mantener su régimen de fármacos desde que fue encarcelado. En la Cárcel Municipal de Los Ángeles pasaron tres días antes de que pudiera iniciar el tratamiento. Dijo: *“Querían darme sólo dos de los tres medicamentos. Dijeron que no tenían uno de ellos. Les respondí: ‘No, no puedes tomar sólo dos de tres; es malo para ti’. Finalmente me dieron los tres”*.

Cuando Antonio ingresó a San Pedro, los agentes le confiscaron el suministro de fármacos para diez días que había llevado consigo desde la cárcel municipal. Durante tres días no recibió ningún medicamento. Su historial médico no llegó al Centro de Internamiento. Antonio relata: *“Ni siquiera me tomaron la presión arterial. No verificaron si esos eran los medicamentos [para el VIH/sida] que yo estaba*

⁵⁸ Entrevista de Human Rights Watch a Antonio O., Centro de Internamiento de San Pedro, San Pedro, California, 22 de agosto de 2007. Antonio O. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

tomando; sólo creyeron lo que les dije. Les informé cuál era mi recuento de células T y mi carga viral; ellos simplemente ingresaron los datos en la computadora, basándose en lo que les conté. Aquí no me han hecho ninguna prueba de laboratorio”.

Antonio dijo a Human Rights Watch que los dedos de sus pies se estaban entumeciendo. Había solicitado una consulta médica seis días antes, pero seguía sin recibir respuesta.

En San Pedro no le brindaron ninguna educación, consejería o información sobre el VIH/sida.

Antonio es abiertamente homosexual. Dijo a Human Rights Watch que los guardias en San Pedro lo acosan y se burlan de él; además, que “lo enviarían al hoyo” (segregación disciplinaria) si tuviera el más leve contacto físico con otros detenidos, por muy inocente que éste sea. Explicó: *“Está bien que nos reporten si estamos teniendo actividad sexual... pero nos aplican ésto sin importar lo que hagamos”*. Según él, las unidades habitacionales, llamadas “pods”, no son manejadas por el personal de seguridad sino por ciertos detenidos llamados “líderes de los pods”. El líder de su unidad permite que los detenidos homosexuales y transgénero pongan juntas sus literas en un área de la unidad donde, dijo Antonio, *“nos sentimos seguros porque somos más”*. Los detenidos transgénero, aseveró, son “enviados al hoyo” con mayor frecuencia que los homosexuales.

Antonio dijo a Human Rights Watch que su unidad habitacional había estado hacinada unas semanas antes, con de 15 a 20 reclusos durmiendo en “boats”⁵⁹ (mantas) sobre el piso. Agregó que el ICE finalmente trasladó a algunos de ellos, después de que los detenidos en su unidad llevaron a cabo una protesta,

⁵⁹ “Boats”, o botes, son contenedores plásticos que guardan mantas que el ICE utiliza para que las personas detenidas las usen como sacos de dormir cuando la población reclusa rebasa la cantidad de camas disponibles. Las mantas se colocan en los pisos de celdas ya ocupadas o en las salas de estar de las unidades habitacionales. Ver: *Kiniti, et al v. Myers, et al*, 3:05-cv-01013-DMS-PCL, USDC, SD CA (2007), una demanda colectiva interpuesta debido al hacinamiento en el Centro de Internamiento de San Diego.

amenazando con que harían huelga de hambre si el hacinamiento y los cuidados médicos no mejoraban.⁶⁰

Charles B: Cómo se genera la resistencia a los medicamentos para el sida

Charles B.⁶¹ emigró de Jamaica a Brooklyn, Nueva York, en 1987 como residente legal permanente. Las autoridades inmigratorias (primero el INS y luego el ICE) lo mantuvieron detenido por cuatro años y ocho meses, desde septiembre de 2000 hasta mayo de 2005. Cuando pasó a la custodia del ICE ya era VIH positivo, pero estaba saludable. Durante la detención, su salud se deterioró sobremanera, tanto así que su condición casi llegó a la fase terminal. Los documentos interpuestos en representación de Charles ante un tribunal de distrito federal y en su caso inmigratorio⁶² proporcionan testimonios de especialistas médicos que describen el manejo gravemente deficiente de su condición por parte del personal médico en dos centros de detención del ICE:

- Cuando Charles ingresó a detención inmigratoria en septiembre de 2000, su recuento de CD4 era de 500 (dentro del rango normal) y su carga viral indetectable.
- De enero a marzo de 2001, el personal médico del Centro Federal de Detención de Oakdale en Oakdale, Luisiana, le suministró inadecuadamente su prescripción, al darle sólo dos de los tres fármacos recetados.
- De marzo a julio de 2001, el personal médico de Oakdale le suministró el tercer fármaco de su prescripción y documentó, pero no atendió, el hecho de que Charles no respondía a este régimen.
- En julio de 2001, el personal médico de Oakdale sustituyó de manera inapropiada sólo dos de los medicamentos de Charles, en lugar de los tres,

⁶⁰ Como ya se señaló, el Centro de Internamiento de San Pedro fue clausurado en octubre de 2007. Repentinamente se transfirió a las personas recluidas a centros de detención y cárceles en diversas partes del país. Varias personas detenidas que viven con el VIH fueron transferidas al Centro de Detención del Sur de Texas en Pearsall, Texas, y, según sus abogados, la continuidad de su terapia antirretroviral se vio interrumpida. Una reclusa transferida dijo que había recibido un régimen antirretroviral incompleto por más de tres semanas, tiempo durante el cual desarrolló síntomas de una infección oportunista. Entrevista de Human Rights Watch a Laurie Aranoff, coordinadora de servicios legales voluntarios, Alianza de Servicios Legales para el VIH/SIDA (HALSA - www.halsaservices.org), Los Ángeles, California, 16 de noviembre de 2007.

⁶¹ Entrevista de Human Rights Watch a Charles B., Ciudad de Nueva York, 19 de marzo de 2007. Charles B. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

⁶² Documentos en los archivos del Programa de VIH/sida de Human Rights Watch; por motivos de confidencialidad, las citaciones se mantienen en reserva a solicitud de Charles.

una práctica contraria a todas las directrices estadounidenses para el tratamiento del VIH desde 1996.

- Dos de estos nuevos fármacos no debían usarse juntos. El hecho de haber ignorado esa contraindicación tuvo como resultado una condición conocida como neuropatía, que es un trastorno del sistema nervioso.
- En diciembre de 2001, uno de los medicamentos de Charles fue reemplazado por otro fármaco al que él ya había mostrado resistencia.
- Este régimen fallido continuó hasta junio de 2003, cuando Charles fue puesto bajo un nuevo régimen que incluyó el fármaco que le provocó la neuropatía. Él permaneció con este régimen hasta diciembre de 2004, a pesar de que las pruebas realizadas en septiembre de ese año mostraron que era resistente a dos de los tres medicamentos prescritos.
- En diciembre de 2004, su recuento de CD4 había bajado a 223; un recuento de 200 constituye fase terminal del sida. Su régimen fue de nuevo modificado para incluir un fármaco que en el pasado había demostrado ser ineficaz. Poco tiempo después, Charles fue transferido a la Cárcel del Condado Passaic en Nueva Jersey, donde su inefectiva prescripción continuó sin cambios hasta que él fue puesto en libertad en mayo de 2005.
- Durante el tiempo que Charles estuvo detenido en la Cárcel del Condado Passaic, hubo retrasos, interrupciones e irregularidades en la administración de sus medicamentos.
- Las pruebas clínicas que se le hicieron a Charles luego de ser puesto en libertad revelaron que es resistente a trece de los principales medicamentos antirretrovirales. Esta resistencia restringe sobremanera sus opciones de tratamiento aun en Estados Unidos. Si a Charles se le hubiera denegado su solicitud de asilo y hubiera sido deportado a Jamaica, se habría enfrentado a obstáculos posiblemente fatales para su tratamiento. Él también padece neuropatía periférica que le impide dedicarse a su previa ocupación como mecánico automotriz.

Gloria M.

[En McHenry] me dijeron que no me darían medicamentos antirretrovirales pues yo era residente de Indiana, no de Illinois, por lo que el estado no los pagaría.

—Gloria A., mujer sudafricana de 43 años de edad que estuvo detenida en la Cárcel del Condado McHenry en Woodstock, Illinois.

Gloria M.,⁶³ de 43 años de edad, es de Sudáfrica. En 1995 cumplió una sentencia por un cargo penal, pero luego de ser puesta en libertad obtuvo su tarjeta verde y trabajó como consejera en VIH/sida en una agencia sin fines de lucro en Indiana. Tiene dos hijos que nacieron en Estados Unidos y su prometido es ciudadano estadounidense.

En 2003, Gloria fue detenida en el aeropuerto cuando regresó de un viaje a Sudáfrica. Se le puso en libertad, pero los agentes de inmigración confiscaron su tarjeta verde y le dijeron que se le notificaría dónde la podría ir a buscar en otra fecha. En enero de 2004, el servicio de inmigración le avisó que podía recoger su tarjeta verde en una oficina en Chicago. Al llegar a ese lugar se le informó que planeaban deportarla debido a su sentencia penal de 1995. Los agentes del ICE le ordenaron ponerse un traje color naranja, luego la esposaron y la introdujeron en una camioneta. Le pusieron grilletes en las manos y los pies, y así viajó durante tres horas hasta la Cárcel del Condado McHenry en Woodstock, Illinois.

Gloria recuerda: “*Me sentí devastada. Tenía dos niños pequeños en casa, un prometido y un empleo. Nos procesaron como criminales... La cárcel de McHenry era un caos. Me dijeron que no me darían medicamentos antirretrovirales pues yo era residente de Indiana, no de Illinois, por lo que el estado no los pagaría. Les rogué que le permitieran a mi prometido llevarme las medicinas desde Indiana y fue así como pude continuar mi tratamiento*”.

En la cárcel de McHenry no le hicieron a Gloria un examen médico de admisión. Ella tampoco recibió ninguna educación, consejería o información sobre el VIH/sida.

⁶³ Entrevista telefónica de Human Rights Watch a Gloria M., Ciudad de Nueva York, 26 de abril de 2007.

Su estado de VIH fue un asunto destacado en la audiencia de deportación. Gloria recuerda que el fiscal se centró en esto como base para deportarla. *“Él dijo que ‘los contribuyentes estadounidenses están pagando los medicamentos de ella para el sida’. Lo dijo a pesar de que yo tenía un empleo como consejera en VIH/sida y mi plan de salud cubría mis medicinas”*. La defensa de Gloria llevó a la audiencia a su empleador y a testigos para que dieran fe de su solvencia moral. Gloria fue puesta en libertad después de casi un mes en detención.

Jean P.

Llega la carretilla de píldoras, todos se juntan alrededor de ésta y no hay privacidad cuando recibes tus medicinas. Tu receta de pastillas puede estar visible encima de la carretilla.

—Jean P., hombre haitiano de 35 años de edad detenido en el Centro Correccional del Condado Perry en Uniontown, Alabama.

Jean P.,⁶⁴ de 35 años de edad, es un hombre haitiano que en 1991 llegó con su padre a Estados Unidos. En Haití, Jean había presenciado la decapitación de su madre durante un estallido de violencia y destrucción. Dijo a Human Rights Watch: *“Empecé a andar con gente que no era buena para mí y me metí en problemas de drogas”*. Cumplió una sentencia de dos años en una prisión estatal de Florida antes de ser transferido a la custodia del ICE en mayo de 2005. Desde 2005, Jean ha estado detenido en la Cárcel del Condado Manatee en Bradenton, Florida; en el Centro de Internamiento Krome en Miami, Florida, y en el Centro Correccional del Condado Perry (PCCC) en Uniontown, Alabama.⁶⁵

Dos de las condiciones médicas que Jean padece son el VIH/sida e hipertensión. En 1997 tuvo lo que él califica como un “derrame cerebral” que lo dejó ciego de un ojo y con cojera en la pierna izquierda. Aseveró que la atención médica en el Centro de Internamiento Krome era mejor que la de Manatee y la del PCCC. *“En Bradenton trataron de matarme. Había un enfermero que siempre daba medicamentos*

⁶⁴ Entrevista de Human Rights Watch a Jean P., Centro Correccional del Condado Perry (PCCC), Uniontown, Alabama, 3 de mayo de 2007. Jean P. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

⁶⁵ Desde que Human Rights Watch entrevistó a Jean en el PCCC, él ha sido transferido dos veces más. Según sus abogados del Centro de Defensoría para Inmigrantes en Florida, el ICE no ha proporcionado ninguna razón por las frecuentes transferencias que han dificultado sobremanera la defensa legal de Jean.

incorrectos. En una ocasión, después de que tomé mis medicinas tuvieron que llevarme de inmediato al hospital [porque] mi corazón andaba a mil. Creo que me dieron los medicamentos de otra persona... El doctor tampoco parecía saber mucho sobre el VIH; por las preguntas que hizo, creo que era un aprendiz”.

Jean describe la atención médica en el PCCC como “*Muy mala. He estado aquí desde marzo y aún no me ha visto un médico. Siempre pido ver al doctor, pero no pasa nada. Ni siquiera sé si este doctor es mujer u hombre*”. Jean dijo a Human Rights Watch que le extrajeron sangre cuando ingresó al centro correccional. Nunca recibió los resultados y cuando preguntó por éstos le respondieron: “¿Ya te sacaron sangre?” Habían extraviado la muestra. De nuevo le extrajeron sangre, pero eso fue hace varias semanas y todavía no ha recibido los resultados. Cuando se le transfirió no hubo retraso ni interrupción en sus medicamentos antirretrovirales. Aun así, él está preocupado: “*Parecen diferentes a los que tomé en Krome y nadie me ha explicado esto*”. En el PCCC no se le ha proporcionado ninguna educación, consejería o información acerca del VIH/sida.

Jean dijo a Human Rights Watch que le preocupa mucho la falta de tratamiento para su hipertensión en el PCCC. Afirmó que desde su ingreso, hace más de seis semanas, le han tomado la presión arterial sólo dos veces, a diferencia de lo que ocurría en Krome, donde lo hacían todos los días. “*Aquí me la han tomado únicamente dos veces y eso fue sólo porque les pedí que lo hicieran*”. Jean mostró a Human Rights Watch una papeleta del personal médico en la que se ordenaba para él una dieta baja en sodio debido a su hipertensión, pero ésta no se le ha proporcionado en absoluto.

Jean no sentía que hubiera sido discriminado por su estado de VIH, pero sí le preocupa la falta de confidencialidad durante la distribución de medicamentos. “*Llega la carretilla de píldoras, todos se juntan alrededor de ésta y no hay privacidad cuando recibes tus medicinas. Tu receta de pastillas puede estar visible encima de la carretilla*”.

Jean relata que, dos días antes, aproximadamente cien detenidos se negaron a comer durante un día porque habían pasado dos semanas desde la última vez que

recibieron jabón o pasta de dientes y “*no podemos darnos el lujo de comprarlos en el comisariato*”. Después de la protesta se les dio jabón y pasta dentífrica. Jean dijo que su transferencia a Alabama interfirió con su caso migratorio, ya que se le hizo muy difícil contactar a su abogado en Florida. “*La tarjeta telefónica de veinte minutos cuesta diez dólares, y ellos usan una buena parte de esos minutos diciéndote que están monitoreando tu llamada*”.

Jean dijo a Human Rights Watch que se siente angustiado, deprimido y “*cansado de estar encerrado... Puse una solicitud para ver al psicólogo, pero me siguen diciendo que estoy en la lista*”.

Revisión médica independiente

- En 2004, el señor P. fue detenido en un centro que no pertenece al ICE (Departamento de Correcciones de Florida). El historial médico de ese centro muestra que a él se le prescribió un régimen antirretroviral inapropiado. Su carga viral aumentó durante este tiempo, lo que sugiere resistencia a los medicamentos. Cuando finalmente se ordenó una prueba de resistencia varios meses después, los resultados fueron incompletos.
- La presión arterial del señor P. fue vigilada y bien controlada mientras él estuvo bajo custodia del ICE.
- También se le refirió a un hematólogo cuando era lo indicado.
- El historial apunta a cierta confusión respecto a la ceguera en el ojo izquierdo del señor P., que en diferentes partes del historial fue atribuida a cirugía con láser, derrame cerebral y retinitis por CMV (citomegalovirus).⁶⁶ En 2003 (previo a su transferencia a la custodia del ICE), el señor P. estaba bajo el cuidado de un oftalmólogo para la retinitis por CMV. Si los recuentos de CD4 de un paciente mejoran con la TARV por un periodo continuo, es aceptable descontinuar los medicamentos para la retinitis por CMV, como se hizo con el señor P.; pero ese paciente debe seguir bajo observación regular de un oftalmólogo a fin de evaluar el riesgo de recaída.⁶⁷ Sin embargo, el historial documenta que el último examen de la vista del señor P. se realizó en 2003.

⁶⁶ La retinitis por CMV es una infección oportunista observada en pacientes con sida avanzado que puede provocar ceguera.

⁶⁷ Kaplan, J.E., Masur, H., Holmes, K.K., Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons – 2002 [Directrices para prevenir infecciones oportunistas en personas infectadas por el VIH]. Recomendaciones del Servicio de Salud

- La carga viral del señor P. aumentó en octubre de 2006. Apropiadamente se ordenó una prueba de resistencia, pero ésta no fue realizada sino hasta enero de 2007. En febrero de 2007 no estaban disponibles los resultados de esta prueba crucial. Luego al señor P. se le transfirió a otro centro. No queda claro por qué hubo un retraso en obtener estos resultados, ni si los mismos habían sido reenviados al siguiente centro o revisados en éste.
- Las frecuentes transferencias del señor P. interrumpieron la continuidad de la atención médica, particularmente importante para alguien con un historial médico complicado y una prolongada detención. En ocasiones parece que los historiales médicos de cada centro no se referían a los historiales del señor P. en su detención anterior; ejemplos de ello son la confusión en torno a su ceguera y la aparente falta de conocimiento de su historia de retinitis por CMV.⁶⁸

Albert P.

Cuando me transfirieron desde el otro lado de la calle, aquí no tenían mi historial médico. Después de seis semanas, finalmente hice copias para ellos del historial que estaba en mi posesión. Ahora ése es el único historial que tienen.

—Albert P., mexicano de 48 años de edad detenido en el Centro de Internamiento de San Pedro en San Pedro, California.

Albert P.,⁶⁹ de 48 años de edad, es un hombre mexicano detenido en el Centro de Internamiento de San Pedro (SPSPC) en San Pedro, California. Cumplió una sentencia de dos años en la Institución Correccional Federal de San Pedro, ubicada en la misma calle frente al SPSPC. El 17 de mayo de 2007, Albert fue transferido a la custodia del ICE y llevado al SPSPC. “*Cuando me transfirieron desde el otro lado de la calle, aquí no tenían mi historial médico. Después de seis semanas, finalmente*

Pública de Estados Unidos (USPHS) y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos (IDSA). Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), Recommendations and Reports, 2002;51:1, www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/r5108.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

⁶⁸ A raíz de la revisión por la Dra. Legha, se contactó a Jean para recomendarle que, de ser posible, buscara cuidados de seguimiento para la condición de su vista.

⁶⁹ Entrevista de Human Rights Watch a Albert P., Centro de Internamiento de San Pedro, San Pedro, California, 22 de agosto de 2007. Albert P. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

hice para ellos una copia del historial que estaba en mi posesión. Ahora ésa es la única que tienen”.

Cuando ingresó al SPSPC, Albert le informó al personal médico cuáles antirretrovirales había estado tomando. Vio que hicieron una llamada telefónica para verificar esa información y luego le prescribieron los mismos medicamentos. No le han realizado ninguna prueba de laboratorio desde que llegó allí hace más de tres meses. *“Me llevaron abajo para sacarme sangre tres semanas atrás, pero el doctor me miró y dijo ‘él no necesita que se le extraiga sangre. Se va de aquí’. ...No comprendo por qué sucedió eso. Yo no firmé el consentimiento para ser deportado. Voy a ir a una audiencia debido a mis problemas médicos”.*

Albert no ha recibido ninguna educación, consejería o información sobre el VIH/sida.

David E.

Les dije que soy VIH positivo, pero no hicieron nada. Ni pruebas ni nada.

—David E., liberiano de 50 años de edad, acerca de su detención en la Cárcel del Condado Dodge en Juneau, Wisconsin.

David E.,⁷⁰ de 50 años de edad, es un hombre de Liberia. Fue taxista por más de veinte años en la ciudad de Nueva York. Durante ese tiempo tuvo una serie de arrestos por delitos menores. En 2006, él y su esposa se mudaron al área de Chicago. En agosto de ese año fue a una oficina del ICE en Chicago a presentarse para una entrevista relacionada con su tarjeta verde. Fue detenido y transportado a la Cárcel del Condado Dodge en Juneau, Wisconsin.

Al momento de su detención, David estaba bajo el cuidado de un médico para el VIH/sida, pero aún no había empezado un régimen antirretroviral. En la Cárcel del Condado Dodge no le hicieron un examen físico. David dijo: *“Ni siquiera me tomaron la presión arterial”*, a pesar de que él les informó que en ese tiempo estaba tomando medicamentos para la alta presión. El personal médico no le preguntó nada respecto

⁷⁰ Entrevista de Human Rights Watch a David E., Chicago, Illinois, 28 de junio de 2007. David E. es un pseudónimo utilizado a solicitud suya.

a su estado de VIH. *“La única razón por la cual se enteraron de esto fue que yo les dije”*. No hubo ninguna respuesta durante las cuatro semanas que estuvo detenido. *“Les dije que soy VIH positivo, pero no hicieron nada. Ni pruebas ni nada”*.

VI. Acceso a tratamiento para el VIH/sida en la detención inmigratoria

Política y procedimientos del ICE

Paquete de servicios cubiertos por la DIHS

El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) proporciona servicios médicos y dentales a personas inmigrantes detenidas, de conformidad con la ley federal.⁷¹ Este mandato es ejecutado por la División de Servicios de Salud para Inmigrantes (DIHS), un componente de la Administración de Recursos y Servicios para la Salud (HRSA). La DIHS opera los sistemas médicos directamente en los ocho Centros de Internamiento y en siete Centros de Detención Contratados. Las políticas de la DIHS cubren la atención médica proporcionada en todos los centros, incluidas las cárceles municipales, a través de la aplicación del “Paquete de Servicios Médicos y Dentales Cubiertos por la DIHS”.⁷² Similar al panfleto sobre cobertura de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o una red de atención médica administrada, dicho documento establece lineamientos para la aprobación o negación de cuidados de salud cuyos costos serán reembolsados por el ICE a los centros de detención contratados por éste.

Desde su primera página, el Paquete de Servicios de la DIHS deja en claro que el tratamiento médico se limitará, siempre que sea posible, a la atención de emergencia:

El Paquete de Servicios Cubiertos por la DIHS para Personas Detenidas provee servicios de atención médica primordialmente para los cuidados de emergencia. El cuidado de emergencia se define como “una condición que representa una amenaza inminente para la vida, las extremidades, la audición o la vista”. Se considerará la provisión de una atención apropiada para lesiones accidentales o traumáticas

⁷¹ 42 USC 249 (a), http://assembler.law.cornell.edu/uscode/html/uscode42/usc_sec_42_00000249----000-.html; 42 CFR 34.7 (a) (2003), www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_03/42cfr34_03.html. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

⁷² Paquete de Servicios Médicos y Dentales Cubiertos por la DIHS, actualizado el 4 de septiembre de 2007, www.icehealth.org/ManagedCare/Combined%20Benefit%20Package%202005.doc. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

*ocurridas durante la custodia del ICE o del BP [Departamento de Prisiones] y enfermedades agudas.*⁷³

El Paquete de Servicios asevera que “*Los cuidados electivos que no son de emergencia requieren de autorización previa... Las solicitudes relacionadas a condiciones preexistentes que no representen una amenaza para la vida serán revisadas caso por caso... Se considerará y evaluará la posibilidad de proporcionar atención a otras condiciones médicas que el médico estime que, de no ser tratadas durante el periodo que la persona detenida se encuentre en la custodia del ICE/BP, ocasionarían deterioro de su salud o un agudo sufrimiento que afecte su estatus de deportación*”.⁷⁴

Según esta disposición, el médico tratante deberá evaluar si es apropiado proporcionar la atención, basándose en un cálculo del tiempo que la persona detenida estará en la custodia del ICE y/o de si la condición médica afectará su “estatus de deportación”.⁷⁵

En lo relativo al VIH/sida, el Paquete de Servicios contiene sólo una referencia, bajo la sección denominada “Otros servicios”. Esta sección dispone:

Los servicios de salud de seguimiento, con exámenes periódicos, para personas detenidas que padecen condiciones consideradas crónicas serán determinados por el proveedor de cuidados de salud. Tales condiciones pueden incluir las siguientes, pero sin limitarse a éstas:

- *Asma*
- *Hipertensión*
- *Diabetes*
- *Salud mental*
- *VIH/sida*
- *Convulsiones*

⁷³ Paquete de Servicios Médicos y Dentales Cubiertos por la DIHS, pág. 1.

⁷⁴ *Ibidem.*

⁷⁵ *Ibidem.*

- *TB/INH*⁷⁶ [tuberculosis/isoniazida]

El Paquete de Servicios no cubre la prueba de VIH/sida excepto en circunstancias muy limitadas. La prueba podría no estar cubierta aun si la persona detenida la solicita. Por el contrario, el Paquete de Servicios dispone:

*La prueba del VIH será autorizada si un proveedor, con base en una evaluación clínica, determina que es procedente realizar la prueba o si la persona detenida la solicita y el proveedor médico la considera necesaria.*⁷⁷ (letra negrilla en el original)

Norma para el tratamiento del VIH/sida durante la detención

Como ya se mencionó, el ICE adoptó un Manual de Operaciones de Detención (DOM) que establece 38 normas para las condiciones en la detención inmigratoria. La norma sobre “Atención Médica” del Manual contiene una sección específica referida al tratamiento de personas detenidas que viven con VIH/sida. Sin embargo, esa norma afirma que todas sus disposiciones son aplicables sólo a Centros de Internamiento y Centros de Detención Contratados; algunas disposiciones, que aparecen en cursivas en el texto, se aplican únicamente como “guías” a las cárceles locales y a otros centros contratados por el ICE. Aun cuando son aplicadas, las disposiciones relativas al VIH/sida no establecen un estándar de atención aceptable. La “norma” sobre el VIH/sida le exige al personal médico apenas “promover”, en lugar de proveer, un diagnóstico y manejo médico exactos, y sólo “al grado que sea posible”. La norma no hace referencia a las directrices clínicas actuales, las pruebas y consejería, la confidencialidad o el acceso a cuidados especializados, como debería hacerlo de conformidad con las normas de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC), la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos (APHA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).⁷⁸ A consecuencia de estas

⁷⁶ Paquete de Servicios Médicos y Dentales Cubiertos por la DIHS, pág. 29.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ National Commission on Correctional Health Care (NCCHC - Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria), *Standards for Health Services in Jails* [Normas de Servicios de Salud en Cárceles], 2003, www.ncchc.org/resources/stds_summary/intro.html; American Public Health Association (APHA - Asociación de Salud Pública de Estados Unidos), *Standards for Health Services in Correctional Institutions* [Normas de Cuidados de Salud en Instituciones Correccionales], 2003, www.apha.org/about/news/booksreleases/books4162003.htm; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons* [Directrices para la Infección por VIH y el Sida en las Prisiones], 1999,

omisiones, las disposiciones referidas al VIH/sida no cumplen los estándares de atención disponibles en la comunidad y están por debajo de las normas nacionales e internacionales recomendadas para el tratamiento del VIH/sida en un medio carcelario.

¿Cuáles normas se aplican?

La confusa gama de directrices, estándares y políticas que se aplican de manera variable no proporciona una clara dirección a administradores de cualquier centro del ICE, ya se trate de un Centro de Internamiento, un Centro de Detención Contratado o los centenares de cárceles locales que trabajan por contrato con el ICE. Aunque defienden la calidad de la atención médica proveída en los centros bajo su cargo, los alcaides y el personal penitenciario entrevistados por Human Rights Watch dieron, individualmente, diferentes descripciones de las normas que consideran aplicables a las personas inmigrantes detenidas.⁷⁹ La ACLU de Nueva Jersey revisó los contratos entre el ICE y cada uno de los cinco centros que alojan personas inmigrantes detenidas en ese estado. Cada contrato contiene diferentes descripciones de las normas que han de aplicarse a estas personas y ninguna especifica, o incorpora mediante referencia, las normas de detención del ICE.⁸⁰ Tal como dijo a Human Rights Watch el alcaide de una cárcel municipal: “No sé cuáles normas se aplican. Es difícil entenderlo todo bien”.⁸¹

Además de las disposiciones del DOM relativas al tratamiento del VIH/sida, el ICE cita normas adicionales que han de aplicarse a la atención médica para personas detenidas. Por ejemplo, la norma sobre “Atención Médica” del Manual hace referencia a las Normas para Centros de Detención de Adultos (3a. edición) de la Asociación de Prisiones de Estados Unidos (ACA), así como a las Normas de

www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO%20guidelines%20prisons.pdf; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights [Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos], 2006, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1252-InternGuidelines_en.pdf; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), VIH/Sida: Prevención, atención, tratamiento y apoyo en el medio carcelario: Marco de acción para una respuesta nacional eficaz, 2006, www.unodc.org/documents/hiv-aids/Prison_Framework_Spanish_Ebook.pdf. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

⁷⁹ Entrevista de Human Rights Watch al alcaide David Streiff, Centro Correccional del Condado Perry, 3 de mayo de 2007; entrevista de Human Rights Watch al superintendente Lewis W. Barlowe, Cárcel Regional de Piedmont, 20 de junio de 2007; entrevista de Human Rights Watch al Tte. James Howell, Institución Correccional del Condado Monmouth, 1 de mayo de 2007.

⁸⁰ Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU) de Nueva Jersey, “Behind Bars,” *supra*, pág. 6.

⁸¹ Entrevista de Human Rights Watch al superintendente Lewis W. Barlowe, *supra*.

Servicios de Salud en Cárceles (1996) de la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC). Según la Auditoría de la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) de Estados Unidos, las Normas de Detención del ICE se “derivaron” de las normas de la Asociación de Prisiones de Estados Unidos.⁸²

Sin embargo, ni las normas de la ACA ni las de la NCCHC tienen alguna semejanza con la “norma” para el VIH/sida establecida en el DOM. Desde 1999, los estándares de cuidados de salud de la ACA han sido normas basadas en desempeño que exigen planes escritos de tratamiento para personas que viven con VIH/sida, los cuales proveen pruebas, educación, directrices de tratamiento, análisis clínicos de seguimiento y continuidad de los cuidados.⁸³ Las normas de la NCCHC superan en mucho las limitadas disposiciones que figuran en el DOM. En su Declaración de Posición denominada “Manejo Administrativo del VIH en Instituciones Correccionales”, la NCCHC respalda lo que se conoce como “norma de equivalencia”, principio según el cual “el manejo médico de personas recluidas y miembros del personal correccional que viven con el VIH debería ser equivalente al que se ofrece a individuos en la comunidad no penitenciaria”. Las normas de la NCCHC incluyen disposiciones encaminadas a la adopción de los criterios clínicos establecidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) concernientes al tratamiento del VIH/sida; pruebas, consejería y programas de educación; medidas de prevención dirigidas a reducir la transmisión del VIH; protección de la confidencialidad, así como análisis de laboratorio oportunos, acceso a especialistas y otras medidas diseñadas para asegurar la continuidad de la atención.⁸⁴ El DOM también afirma que ni las normas de atención médica de la NCCHC ni las de la ACA son aplicables a los centros locales (parte del IGSA) que trabajan por contrato con el ICE.⁸⁵

⁸² Informe GAO, *supra*, pág. 1.

⁸³ American Correctional Association (ACA - Asociación de Prisiones de Estados Unidos), Performance-Based Standards for Correctional Health Care for Adult Correctional Institutions [Normas de Cuidados de Salud Carcelarios Basadas en Desempeño para Instituciones Correccionales de Adultos], enero de 2002, www.aca.org/standards/healthcare/Standards.asp. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

⁸⁴ National Commission on Correctional Health Care (NCCHC - Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria), Position Statement, “Administrative Management of HIV in Correctional Institutions” [Declaración de Posición: “Manejo Administrativo del VIH en Instituciones Correccionales”], 9 de octubre de 2005, www.ncchc.org/resources/statements/admin_hiv2005.html. Ver también: NCCHC, Normas de Servicios de Salud en Cárceles, 2003 (2a. edición, 2005), pág. 187, www.ncchc.org/resources/stds_summary/intro.html. (último acceso a los sitios: 28 de noviembre de 2007)

⁸⁵ DOM, Medical Care [Atención Médica], *supra*, pág. 1.

El Departamento Federal de Prisiones, que también aloja a algunas personas inmigrantes detenidas, hace referencia explícita a las normas y directrices de tratamiento comunitario en sus Directrices para Práctica Clínica referidas al Manejo del VIH. Este documento de 43 páginas brinda una meticulosa orientación para su personal médico en lo que concierne al tratamiento de personas recluidas que viven con VIH, de conformidad con las directrices de tratamiento reconocidas a nivel nacional.⁸⁶ Las personas detenidas que son enviadas a centros del Departamento Federal de Prisiones reciben un diferente y más alto nivel de atención médica. El actual sistema de gobierno en Estados Unidos carece de uniformidad y consistencia, creando distintas poblaciones de inmigrantes bajo detención que estarán sujetas a diferentes estándares de cuidados médicos dependiendo de cuál sea su custodio.

En un esfuerzo por clarificar el asunto e invocando la Ley de Libertad de Información, Human Rights Watch solicitó⁸⁷ copias de todas las políticas y procedimientos concernientes al cuidado del VIH/sida durante la detención migratoria. El ICE proporcionó las normas del DOM, pero también entregó documentos adicionales. Uno de éstos consistía de tres páginas identificadas sólo como “Política Nacional, capítulo 8” (una página) y “Procedimiento Operativo Estándar” (dos páginas). Estos extractos de documentos más extensos afirman que la atención de condiciones crónicas durante la detención migratoria será proporcionada en una “clínica para cuidado de enfermedades crónicas” y que las personas detenidas que se encuentran crónicamente enfermas recibirán “seguimiento” cada 90 días. El VIH/sida no figura en la lista de enfermedades “crónicas”. Sin embargo, la fuente de estos documentos no fue identificada, por lo cual no queda claro cuál o cuáles agencias emitieron dichas políticas y a cuáles centros migratorios se aplican, si es que a alguno.

⁸⁶ Departamento Federal de Prisiones, *Clinical Practice Guidelines: Management of HIV* [Directrices para Práctica Clínica: Manejo del VIH], junio de 2006, www.nicic.org/library/021582. (último acceso: 28 de noviembre de 2007)

⁸⁷ Carta de Human Rights Watch a la Oficina FOIA del ICE de fecha 4 de abril de 2007 (Apéndice A), <http://hrw.org/reports/2007/us0707/appendixa.pdf>.

Supervisión por el ICE de la atención para el VIH/sida durante la detención inmigratoria

Inspección de los centros de detención

El actual mecanismo del ICE para asegurar el cumplimiento de las Normas Nacionales de Detención consiste en una visita anual a cada uno de los 300 centros que alojan a personas inmigrantes detenidas en Estados Unidos.⁸⁸ Las inspecciones son llevadas a cabo por la Unidad de Cumplimiento de las Normas de Detención, que emplea a ocho inspectores y a tres miembros del personal de apoyo.⁸⁹ Típicamente, las inspecciones duran tres días y cubren todas las 38 normas de detención.⁹⁰ Recientes auditorías a los centros de detención realizadas por la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Seguridad Nacional y la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (GAO) de Estados Unidos hallaron serias fallas en el sistema de inspección del ICE. En una sección denominada “Minuciosidad de la Inspección del ICE a los Centros de Detención”, la OIG subrayó que los inspectores del ICE fallaron en identificar las violaciones que la OIG detectaría poco tiempo después:

Se dio una calificación final de aceptable a los cinco centros de detección, lo cual significa que se determinó que éstos eran adecuados y estaban operando dentro del marco de las normas, con algunas deficiencias. No obstante, nuestra revisión de los cinco centros identificó casos de incumplimiento en lo concerniente a cuidados de salud y condiciones generales de reclusión que no fueron identificados durante la inspección anual de los centros de detención realizada por el ICE... Esta observación fue más allá de la cobertura planificada de nuestro trabajo. Creemos, sin embargo, que es necesario hacerla del conocimiento de la administración del ICE.⁹¹

En respuesta al informe de la OIG, el ICE “concurrió” y declaró que “reconoce la necesidad de una revisión independiente de sus procesos de inspección”. El ICE accedió a autorizarle a su Oficina de Responsabilidad Profesional tres puestos de

⁸⁸ Informe OIG, *supra*, pág. 36.

⁸⁹ Informe GAO, *supra*, pág. 31.

⁹⁰ *Ibíd.*; entrevista de Human Rights Watch al alcaide David Streiff, *supra*.

⁹¹ Informe OIG, *supra*, pág. 36.

tiempo completo y financiados, a fin de mejorar la calidad del proceso de inspección.⁹²

Numerosas prisiones y cárceles que trabajan por contrato con el ICE para la detención inmigratoria están acreditadas por la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria (NCCHC) o la Asociación de Prisiones de Estados Unidos (ACA). La Norma de Atención Médica durante la Detención recomienda que los centros contratados sean “acreditados o merecedores de acreditación”. Sin embargo, ni la NCCHC ni la ACA exigen inspecciones en el sitio, ya sea anuales o semestrales, a los centros acreditados. Por el contrario, una vez que se logra la acreditación (que requiere de una visita inicial en el sitio), ésta puede mantenerse por varios años mediante la presentación de documentos sobre las políticas y procedimientos existentes.⁹³

Quejas de personas detenidas

La atención médica inadecuada es una de las principales quejas de personas inmigrantes detenidas. Esto es cierto en el caso de quejas presentadas dentro de centros específicos a través de procedimientos para denuncia,⁹⁴ las reportadas directamente al ICE⁹⁵ o las dirigidas a organizaciones no gubernamentales como la Asociación de Abogados de Estados Unidos (ABA), la ACLU y Human Rights Watch.⁹⁶ Sin embargo, recientes auditorías gubernamentales revelan que los procedimientos del ICE para dar seguimiento a las quejas son deficientes en aspectos clave. En primer lugar, a las personas detenidas no se les brinda suficiente información acerca de cómo reportar quejas al ICE. Ninguno de los cinco manuales de los centros que fueron revisados durante la auditoría de la OIG informaba a las personas detenidas sobre su derecho a contactar al Departamento de Justicia, al ICE o a cualquier otra entidad fuera del centro.⁹⁷ El informe de la GAO señaló que, si bien algunas

⁹² *Ibidem*.

⁹³ Ver: Procedimientos para Acreditación en www.ncchc.org/accred/index.html y www.aca.org/standards/. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

⁹⁴ Entrevistas de Human Rights Watch a funcionarios penitenciarios, nota 75 *supra*.

⁹⁵ Informe GAO, *supra*, pág. 36.

⁹⁶ Informe GAO, *supra*, pág. 37-38; Materiales informativos presentados al relator especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, *supra*; base de datos de correspondencia de Human Rights Watch con prisioneros en Estados Unidos.

⁹⁷ En octubre de 2007, el ICE emitió un nuevo Manual para Personas Detenidas que proporciona el número de teléfono y la dirección de la Oficina del Inspector General del DHS. Aún no se han dado a conocer los planes de distribución y traducción.

unidades proporcionaban el número de una línea de asistencia del ICE para presentar quejas, éste no funcionaba en ocho de 23 centros inspeccionados.

El ICE falló en dar un seguimiento eficaz a las quejas que sí recibió de personas detenidas; tampoco las analizó ni resolvió. La GAO describió un proceso confuso dentro del ICE para el manejo de quejas presentadas por personas detenidas que involucraban a tres departamentos y sub-agencias, y concluyó que debido a la falta de un sistema formal de seguimiento “la cantidad de quejas reportadas podría no reflejar el universo de quejas de las personas detenidas”. Aunque se supone que las quejas que ameritaban investigación debían ser referidas a la Oficina de Operaciones de Detención y Deportación (DRO) para darles seguimiento, la GAO “no pudo determinar cuántos casos fueron referidos a la DRO o cómo se dispuso de ellos”.⁹⁸ La ausencia de un proceso coherente de vigilancia obstaculizó la capacidad del ICE para identificar patrones de violaciones en los centros de detención de la nación y adoptar las medidas correctivas que fueran necesarias. Asimismo, el informe criticó la falta de transparencia del ICE: “...nuestras normas de control interno en el gobierno federal exigen una documentación clara de transacciones y sucesos que esté fácilmente disponible para ser examinada”.⁹⁹

Datos del ICE sobre casos de personas detenidas que viven con VIH/sida

Invocando la Ley de Libertad de Información, Human Rights Watch presentó una solicitud de datos estadísticos sobre inmigrantes viviendo con VIH/sida que se encontraban bajo custodia migratoria, incluyendo la cantidad de personas detenidas a quienes se les hizo la prueba del VIH y se les dio un diagnóstico y tratamiento en los últimos cinco años.¹⁰⁰ Los documentos recibidos del ICE indican que en gran medida la agencia falló en investigar esta información o que la información investigada es incompleta, por lo que no rinde cuentas sobre los centenares de centros en todo el país que trabajan por contrato con el ICE para alojar personas detenidas.

⁹⁸ Informe GAO, *supra*, pág. 37.

⁹⁹ Informe GAO, *supra*, pág. 34-39.

¹⁰⁰ Carta a la Oficina FOIA, *supra*.

El ICE respondió “no se investiga” a las siguientes preguntas:

- Cantidad de personas detenidas que están recibiendo tratamiento para el VIH/sida
- Cantidad de personas detenidas a quienes se les hizo la prueba del VIH
- Cantidad reportada de casos de VIH a agencias de salud pública federales, estatales, y de condados o municipalidades
- Cantidad de personas detenidas que están recibiendo cuidados especializados para el VIH/sida fuera de los centros de detención
- Cantidad de personas detenidas que viven con VIH/sida a quienes se les ordenó deportación o remoción
- Cantidad de personas detenidas que fueron deportadas o removidas con un suministro de medicamentos para el VIH/sida

El ICE reportó que “*las cifras a continuación reflejan todos los casos de VIH reportados a la Unidad de Epidemiología de la DIHS, incluyendo los diagnosticados por (sic) la custodia del ICE:*

- 2002- no se investigó
- 2003- 30
- 2004- 42
- 2005- 40
- 2006- 54
- 2007 (hasta abril de 2007)- 47”

El ICE también reportó la cantidad de “visitas a clínicas” dentro de los centros relacionadas con el VIH/sida por año fiscal (AF):

- AF 2003- 1162 (12 sitios)
- AF 2004- 2577 (13 sitios)
- AF 2005- 1125 (14 sitios)
- AF 2006- 478 (14 sitios)
- AF 2007 (de octubre 2006 a abril 2007)- 233 (20 sitios)

Estas cifras evidencian que el ICE recaba estadísticas sobre el VIH/sida sólo en los pocos Centros de Internamiento y Centros de Detención Contratados donde la DIHS maneja los servicios de cuidados de salud. La Unidad de Epidemiología de la DIHS

no recolecta ningún dato relacionado con el VIH/sida de las más de 300 cárceles y centros regionales que alojan a la mayoría de personas detenidas.¹⁰¹

¹⁰¹ La Unidad de Epidemiología de la DIHS se negó a concederle una entrevista a Human Rights Watch.

VII. Normas legales

Obligación del ICE de garantizar la atención médica

De conformidad con la ley federal, el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) tiene la máxima autoridad sobre la administración de todos los asuntos relacionados con inmigración.¹⁰² Esta autoridad incluye la responsabilidad por las condiciones de la reclusión de personas inmigrantes detenidas por el ICE. El estatuto exige de manera expresa que el DHS proporcione “la atención médica necesaria” a inmigrantes bajo su custodia, ya sea que estén detenidos/as en instituciones federales o en centros “no federales” contratados por el ICE.

Aunque el ICE ha delegado a cárceles locales y municipales el encarcelamiento de muchas personas inmigrantes, la agencia es la responsable de su bienestar. Tal como lo aseveró un tribunal federal:

Es evidente que el INS no confiere el poder sobre extranjeros detenidos a los alcaides de los centros de detención porque delega a los gobiernos estatales y locales la reclusión de detenidos federales del INS. Cualquiera que sea el control diario de los gobiernos estatales y locales sobre los detenidos federales del INS, tienen ese control únicamente de conformidad con la dirección del INS.¹⁰³

Derecho a una atención médica razonable

La Octava Enmienda a la Constitución de Estados Unidos protege a todas las personas prisioneras sentenciadas contra el “castigo cruel e inusual” y exige que los agentes penitenciarios brinden un “ambiente seguro y humanizado” (*Estelle v. Gamble*, 429 U.S. 97, 1976). En Estados Unidos, las personas privadas de libertad tienen un derecho a cuidados de salud que no es común para la población general. Tal como lo explicó el magistrado Marshall en el dictamen del caso *Estelle*:

¹⁰² U.S.C. Sec. 1103 (a) (1), www.fourmilab.ch/uscode/8usc/www/t8-12-l-1103.html. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹⁰³ *Roman v. Ashcroft*, 340 F3d 314, 320 (6th Cir. 2003).

*Estos principios elementales establecen la obligación del gobierno de proporcionar atención médica a aquellas personas a quienes está castigando con encarcelamiento. Una persona reclusa debe depender de las autoridades penitenciarias para que traten sus necesidades médicas; si las autoridades fallan en hacerlo, esas necesidades no serán satisfechas. En los peores casos, esa falla puede de hecho producir “tortura o una muerte prolongada”, ... los males más preocupantes para los autores de la Enmienda.*¹⁰⁴

En el caso *Estelle*, la Suprema Corte estableció una estrecha interpretación de la Octava Enmienda, requiriendo que las personas prisioneras demuestren que los agentes penitenciarios fueron “deliberadamente indiferentes a necesidades médicas seria”.¹⁰⁵ Los tribunales han dictaminado en forma consistente que las personas presas con diagnóstico de VIH/sida han demostrado una “necesidad médica seria”, de conformidad con la Octava Enmienda.¹⁰⁶

Sin embargo, las personas inmigrantes detenidas no son prisioneros sentenciados. Son personas civiles detenidas bajo disposiciones administrativas. Su protección constitucional se deriva de la Quinta Enmienda, que prohíbe la imposición de castigo a toda persona que se encuentre en la custodia de Estados Unidos sin un debido proceso de ley.¹⁰⁷ Los tribunales han opinado en una variedad de contextos que las personas bajo detención no punitiva no necesitan demostrar “indiferencia deliberada” al objetar las condiciones de su reclusión.¹⁰⁸ De hecho, la Corte de Apelaciones del Noveno Distrito dictaminó que las condiciones de la reclusión de personas bajo detención administrativa deben ser superiores no sólo a las de prisioneros sentenciados, sino también a las de detenidos penales que están a la espera de juicio.¹⁰⁹

¹⁰⁴ *Estelle v. Gamble*, 429 U.S. 97, 100 (1976), citaciones omitidas, http://supct.law.cornell.edu/supct/html/historics/USSC_CR_0429_0097_ZS.html. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹⁰⁵ *Estelle v. Gamble*, *supra*, pág. 104.

¹⁰⁶ *Smith v. Carpenter*, 316 F.3d 178 (2d Cir. 2003); *Montgomery v. Pinchak*, 294 F.3d 492 (3d Cir. 2002).

¹⁰⁷ *Wong Wing v. United States*, 163 U.S. 228 (1896).

¹⁰⁸ Ver, por ejemplo: *Youngberg v. Romeo*, 457 US 307 (1982); *Jones v. Blanas*, 393 F.3d 918 (9th Cir. 2004); *Haitian Centers Council, Inc. v. Sale*, 823 F. Supp. 1028 (EDNY, 1993). Ver, sin embargo: *Lancaster v. Monroe County, Ala.* 116 F.3d 1419, 1425 (11th Cir. 1997) (criterio de la Octava Enmienda aplicado a la atención médica para personas detenidas que esperan juicio).

¹⁰⁹ *Jones v. Blanas*, *supra*, pág. 934.

Un tribunal federal respaldó de manera expresa un nivel más alto de atención médica para personas bajo detención administrativa:

Las personas que se encuentran en detención no punitiva tienen el derecho a una “atención médica razonable”, estándar demostrablemente más alto que la norma de la Octava Enmienda que protege a prisioneros sentenciados.¹¹⁰

Derecho a la salud de conformidad con la legislación internacional

Instrumentos internacionales esenciales obligan a los gobiernos a respetar, proteger y ejercer el derecho a la salud adoptando medidas positivas que garanticen el acceso a los servicios de salud y absteniéndose de actos que interfieran con este derecho.¹¹¹ El derecho a la salud está enunciado, más explícitamente, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.¹¹² Estados Unidos suscribió el PIDESC, pero no lo ratificó,¹¹³ una posición que exige al gobierno, como mínimo, abstenerse de actos que frustren el objeto y el fin del tratado.¹¹⁴

Estados Unidos es signatario del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).¹¹⁵ El PIDCP incorpora varios derechos que están vinculados directa e

¹¹⁰ Haitian Centers Council, Inc. v. Sale, supra, pág. 1043.

¹¹¹ Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), adoptada el 10 de diciembre de 1948, Res. AG 217 A (III), Doc. ONU A/810, 71 (1948), Artículo 25, www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.htm; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. AG 2200 A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16), 49, Doc. ONU A/6316 (1966), 993 U.N. T.S. 3, en vigor desde el 3 de enero de 1976, Artículo 12, www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre de 1979, Res. AG 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46), 193, Doc. ONU A/34/46, en vigor desde el 3 de septiembre de 1981, Artículo 12, www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm; Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), adoptada el 20 de noviembre de 1989, Res. AG 44/25, anexo, 44 UN GAOR Supp. (No. 49), 167, Doc. ONU A/44/49 (1989), en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, Artículo 24, www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2csrc_sp.htm. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

¹¹² PIDESC, supra, Artículo 12.

¹¹³ Suscrito el 5 de octubre de 1977, www.unhchr.ch/pdf/reportsp.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹¹⁴ Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, adoptada el 23 de mayo de 1969, en vigor desde el 27 de enero de 1980, Artículo 18, www.oas.org/XXXIVGA/spanish/reference_docs/Convencion_Viena.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

¹¹⁵ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. AG 2200 A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16), 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 UNTS 171, en vigor desde el 23 de marzo de 1976, Artículos 6, 7 y 10(1), ratificado por Estados Unidos el 8 de junio de 1992, www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

indirectamente al disfrute del derecho a la salud; entre éstos el derecho a la vida (Artículo 6); el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Artículo 7); el derecho a una vida libre de discriminación (Artículos 2 y 3); y el derecho a la privacidad (Artículo 17).¹¹⁶

Los derechos protegidos por el PIDCP no se pierden al momento de la encarcelación. Por el contrario, el Artículo 10 de este pacto estipula de manera específica que todas las personas privadas de su libertad deben ser tratadas humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.¹¹⁷ El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas explicó que los Estados tienen “una obligación positiva en favor de las personas especialmente vulnerables por su condición de personas privadas de libertad”, afirmando que la privación misma de la libertad debe ser la única forma de castigo:

(...) las personas privadas de libertad no sólo no pueden ser sometidas a un trato incompatible con el artículo 7 [tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes], incluidos los experimentos médicos o científicos, sino tampoco a penurias o a restricciones que no sean las 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 de libertad gozan de todos los derechos enunciados en el Pacto, sin perjuicio de las restricciones inevitables en condiciones de reclusión.¹¹⁸

Normas internacionales para el tratamiento de personas privadas de libertad

Instrumentos internacionales esenciales brindan una interpretación no vinculante, pero sí autorizada, de las normas de derechos humanos fundamentales que han de aplicarse a todas las personas detenidas. Las Reglas Mínimas de las Naciones

¹¹⁶ En su tratado autorizado acerca del PIDCP, Manfred Nowak discute el impacto que los derechos conferidos por el PIDCP tienen en el derecho a la salud; por ejemplo, el derecho a la privacidad y su aplicabilidad a la confidencialidad médica. Manfred Nowak, UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary, Kehl am Rhein: N.P. Engel, 1993, pág. 296.

¹¹⁷ PIDCP, Artículos 6, 7 y 10(1).

¹¹⁸ Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Observación General No. 21, Artículo 10, “Trato humano de las personas privadas de libertad”, Doc. ONU HRI/Gen/1/Rev.1, 33 (1994), párrafo 3, [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument). (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos y el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión establecen el consenso de que las personas detenidas tienen derecho a un nivel de atención médica equivalente al disponible para la comunidad en general, sin discriminación por motivos de su estatus legal.¹¹⁹ Las normas internacionales apoyan la reclusión en condiciones no punitivas de las personas que se encuentran bajo detención administrativa o a la espera de juicio.¹²⁰

En algunos casos, las obligaciones de los Estados referidas a proteger los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad, en particular el derecho a no ser sometidas a malos tratos, el derecho a la salud y, por último, el derecho a la vida, pueden requerir que los Estados aseguren un nivel de cuidados superior al disponible para personas libres que no dependen por completo del Estado para la protección de esos derechos.¹²¹ En prisión, donde la mayoría de las condiciones materiales del encarcelamiento son atribuibles directamente al Estado, y en donde a las personas recluidas se les ha privado de su libertad y de los medios para protegerse a sí mismas, el requisito de protegerlas contra el riesgo de tortura o maltrato puede dar lugar a una obligación positiva de proporcionarles cuidados que, según se ha interpretado, incluyen la aplicación de métodos eficaces de prevención, revisión médica y tratamiento de enfermedades que representan una amenaza para la vida.¹²²

¹¹⁹ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, 13 de mayo de 1977, Resolución 2076 (LXII) del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm; Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, Resolución 45/111 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990, www.un.org/spanish/documents/ga/res/45/list45.htm; Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión, Resolución 43/173 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1988, www.un.org/spanish/documents/ga/res/43/list43.htm. (último acceso a los sitios: 21 de noviembre de 2007)

¹²⁰ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, *supra*, párrafo 8.

¹²¹ 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, pág. 269. Artículo disponible en www.iprt.ie/files/iprt/equivalence_paper_final_ijph.pdf. (último acceso: 28 de noviembre de 2007)

¹²² Ver, por ejemplo: Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), Normas del CPT, CPT/Inf/E (2002), pág. 26, párrafo 31, www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-standards-s.pdf. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

La norma de equivalencia

Human Rights Watch sostiene que todas las personas privadas de libertad, ya sea que estén bajo detención administrativa o penal, tienen derecho a recibir una atención médica adecuada y apropiada, de conformidad con las normas de los derechos humanos y las prácticas médicas óptimas. Aunque hasta el momento ningún tribunal estadounidense ha articulado en detalle qué constituye una atención médica “razonable” para personas bajo detención administrativa, “razonable” debería equivaler a una atención médica que cumpla con las normas de los derechos humanos y las prácticas médicas óptimas. En sintonía con las normas de los derechos humanos, especialistas en salud penitenciaria – tanto en Estados Unidos como a nivel internacional – consideran que la atención de la salud en entornos carcelarios debería ajustarse a la “norma de equivalencia”, lo cual significa que como mínimo debe cumplir con los estándares de cuidados de salud aplicables a la comunidad en general. En el caso del VIH/sida, especialistas en salud penitenciaria estadounidenses han dejado en claro que esta norma refleja el principio de que “el manejo médico de personas recluidas ... que viven con el VIH debería ser equivalente al que se ofrece a individuos en la comunidad no penitenciaria”.¹²³ Específicamente, “la atención médica debe cumplir con los estándares profesionales de la comunidad y ser proporcionada por proveedores que cuenten con capacitación y credenciales apropiadas, sean supervisados de manera adecuada y utilicen protocolos clínicos.”¹²⁴

Entre los elementos esenciales de la norma de equivalencia para el cuidado del VIH/sida en un entorno carcelario, tal como han sido detallados por la Comisión Nacional sobre Asistencia Médica Penitenciaria y la Asociación de Salud Pública de Estados Unidos, se encuentran los siguientes:

- Educación en prevención del VIH, disponibilidad y promoción de pruebas voluntarias, así como consejería.
- Cumplimiento con los protocolos clínicos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), del Departamento de Salud y Servicios Humanos o de otros protocolos aceptados a nivel nacional para el tratamiento del VIH.

¹²³ NCCHC, Declaración de Posición: “Manejo Administrativo del VIH en Instituciones Correccionales”, *supra*.

¹²⁴ APHA, Normas de Cuidados de Salud en Instituciones Correccionales, *supra*, pág. 2.

- Consultas acerca de los cuidados relacionados con el VIH y/o supervisión de éstos por parte de técnicos clínicos que cuenten con experiencia en atención del VIH.
- Procedimientos para asegurar la protección de la confidencialidad en un entorno carcelario.¹²⁵

Sin embargo, la atención médica para personas detenidas no cumplió con ninguno de los elementos esenciales de la “norma de equivalencia” descrita:

- El ICE carece de un programa de pruebas voluntarias, educación o consejería para personas detenidas que viven con VIH/sida.
- La Norma de Detención relativa al VIH/sida no hace referencia a los protocolos clínicos aceptados a nivel nacional para el tratamiento del VIH/sida.
- La Norma de Detención referida al VIH/sida no exige que el personal médico que trata a personas detenidas que viven con VIH/sida se capacite con especialistas o les formule consultas.
- Las Normas de Detención abordan inadecuadamente el asunto de la confidencialidad, lo cual expone a las personas detenidas a sufrir discriminación y hostigamiento. Personas homosexuales y transgénero recluidas son particularmente vulnerables a la discriminación.¹²⁶

Directrices internacionales para el tratamiento de personas privadas de libertad que viven con VIH/sida

Las Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Infección por VIH y el Sida en las Prisiones; las Directrices Internacionales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos; y VIH/Sida: Prevención, atención, tratamiento y apoyo en el medio carcelario: Marco de acción para una respuesta nacional eficaz, de la Oficina

¹²⁵ NCCHC, Declaración de Posición, *supra*, pág. 1-4; APHA, Normas de Cuidados de Salud en Instituciones Correccionales, *supra*, pág. 2, 67-70.

¹²⁶ Un relato sobre el vínculo entre las personas transgénero privadas de libertad, el VIH/sida y la discriminación se encuentra en “It’s War in Here: A Report on the Treatment of Transgender and Intersex People in New York State Prisons” [“Hay guerra aquí adentro: Informe sobre el tratamiento de personas transgénero e intersex en prisiones del estado de Nueva York”], por D. Morgan Bassichis, Sylvia Rivera Law Project, Nueva York: 2007, www.srlp.org/index.php?sec=03N&page=warinhere. (último acceso: 21 de noviembre de 2007)

de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) orientan a los Estados acerca de cómo proteger el derecho fundamental de las personas privadas de libertad a la prevención y la atención médica del VIH/sida.¹²⁷ Estos documentos establecen prácticas internacionales óptimas relativas al cuidado del VIH/sida en los medios carcelarios y de manera consistente subrayan el principio de la equivalencia. Tal como asevera UNODC:

En los siguientes principios se refleja el consenso internacional sobre la gestión eficaz de los centros de reclusión y el tratamiento ético de los detenidos conforme a la definición de diversos instrumentos internacionales sobre la salud, el VIH/SIDA y los derechos humanos. ... Los detenidos tienen derecho, sin discriminación, a una norma de atención de salud equivalente a la disponible para la comunidad en general, incluidas las medidas preventivas.¹²⁸

La provisión de cuidados de salud equivalentes a los disponibles para la comunidad incluye el acceso a pruebas y consejería voluntarias, un adecuado acceso a proveedores autorizados de cuidados de salud (personal de enfermería titulado, médicos/as colegiados/as y especialistas), pruebas de laboratorio y de diagnóstico a intervalos apropiados, acceso a medicamentos antirretrovirales y de otro tipo cuando sean médicamente indicados, así como continuidad del cuidado.¹²⁹

Las normas internacionales también exigen que se proteja la confidencialidad de la información médica de personas privadas de libertad que viven con VIH/sida:

La información sobre el estado de salud y el tratamiento médico de las personas detenidas es confidencial y debería ser documentada en archivos que estén disponibles sólo al personal de salud... Nunca se debería enviar comunicación de rutina a la administración de la cárcel acerca del estado de VIH de las personas detenidas. En los archivos, celdas o documentos de las personas detenidas no se

¹²⁷ OMS, Directrices para la Infección por VIH y el Sida en las Prisiones, *supra*; ONUSIDA, Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos, *supra*; UNODC, VIH/Sida: Prevención, atención, tratamiento y apoyo en el medio carcelario: Marco de acción para una respuesta nacional eficaz, *supra*.

¹²⁸ UNODC, Marco de acción, *supra*, Principios generales, pág. 8 y 11.

¹²⁹ OMS, Directrices, *supra*, párrafos 34-40; UNODC, Marco de acción, *supra*, pág. 24, párrafo 41 y pág. 20, párrafo 10.

debe colocar una marca, etiqueta, sello u otra señal visible que indique su estado de VIH.¹³⁰

De conformidad con las directrices internacionales, la atención de salud será proporcionada “gratuitamente” a las personas privadas de libertad.¹³¹

¹³⁰ OMS, Directrices, *supra*, párrafos 31-33.

¹³¹ UNODC, Marco de acción, *supra*, pág. 24, párrafo 41.

VIII. Conclusión

Anna F., de 61 años de edad y sin el medicamento que necesita para prevenir la PCP; Gloria M., consejera en VIH/sida y madre de dos niños; Nargis R., esposa de un ciudadano estadounidense y detenida durante dos años después de cumplir una sentencia de 69 días por emitir cheques fraudulentos; Antonio O., residente legal permanente y antiguo técnico de rayos X; Jean P., escapando de la violencia y la persecución en Haití. Éstas son las personas atrapadas en la red de una agresiva política inmigratoria estadounidense que detiene, y luego descuida, a personas que viven con VIH/sida.

El ICE es responsable por la salud y el bienestar de las 30,000 personas inmigrantes bajo su custodia, pero la atención médica descrita por personas detenidas que viven con VIH/sida no cumplía con ninguno de los estándares de atención médica requeridos. ¿Cuál norma de cuidados consideraría aceptables estos hechos: proporcionarle a Peter R. sólo el 65 por ciento del tiempo la dosis apropiada de medicamentos que salvan vidas; no prevenir infecciones oportunistas que pueden ser mortales para personas que viven con sida, como Anna F.; y no vigilar apropiadamente en Jean P. una condición que le provocó ceguera en un ojo?

Es evidente que la atención médica proporcionada por el ICE no cumple con la norma de “equivalencia” establecida por especialistas en salud penitenciaria estadounidenses; tampoco se ajusta a los estándares recomendados, de conformidad con la legislación internacional, para el ejercicio de los derechos humanos y prácticas médicas óptimas. Después de revisar los historiales médicos de personas detenidas, una experta médica independiente encontró numerosos casos de servicios médicos esenciales cuya calidad estaba por debajo de los estándares de atención comunitarios. En cuatro de estos casos, las personas detenidas fueron notificadas y se les recomendó que, de ser posible, obtuvieran atención médica y pruebas adicionales.

Resulta obvio que el tratamiento médico de personas inmigrantes detenidas que viven con VIH/sida pone en riesgo sus derechos a la salud, a la dignidad y, en

algunos casos, a la vida. Los estándares de detención deben ser optimizados sin más demoras y emitidos como regulaciones administrativas formales, abiertas a escrutinio y comentarios del público. La vigilancia y la supervisión deben mejorar. De lo contrario, las personas que viven con VIH/sida continuarán sufriendo innecesariamente, e incluso morirán, durante su detención inmigratoria.

Agradecimientos

La autora de este informe es Megan McLemore, investigadora del Programa de VIH/sida de Human Rights Watch. El texto fue revisado por Joseph Amon, director del Programa de VIH/sida de Human Rights Watch; Rebecca Schleifer, defensora en el mismo Programa; David Fathi, director del Programa de Estados Unidos; Alison Parker, subdirectora del Programa de Estados Unidos; Aisling Reidy, asesora legal principal; e Iain Levine, director de la Oficina de Programas de Human Rights Watch. Clara Presler, Grace Choi, Andrea Holley y Fitzroy Hopkins proporcionaron apoyo a la producción. El informe fue traducido al español por Laura E. Asturias. El diseño de la portada estuvo a cargo de Rafael Jiménez.

La autora agradece a los brillantes e infatigables abogados, abogadas y defensores de los derechos de personas inmigrantes que brindaron consejos y asistencia invaluable durante el curso del informe, incluyendo a Sunita Patel, de la Sociedad de Ayuda Legal de Nueva York; Tom Jawetz, del Proyecto Nacional de Prisiones de la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU); Laurie Aronoff, de la Alianza de Servicios Legales para el VIH/SIDA (HALSA); Bardis Vakili y Ranjana Natarajan, de la ACLU del Sur de California; Megan Mack, de la Comisión de Inmigración de la Asociación de Abogados de Estados Unidos (ABA); Sarah Sherman-Stokes, de la Coalición por los Derechos de Inmigrantes del Área Capitalina (CAIR); Andrea Black y Angela Smith-Dieng, de Detention Watch Network (Red de Vigilancia de las Detenciones); Rebecca Sharpless y Jessica Zagier, del Centro de Defensoría para Inmigrantes en Florida; Claudia Valenzuela, Jonathan Eloff y Tara Magner, del Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes; Dominique Quevedo, de la Fundación de Ayuda Legal de Los Ángeles; Eleanor Acer, de Human Rights First (Derechos Humanos Primero); los abogados Charles Wintersteen, Linda Rodríguez y Shawn Moore, además de muchas otras personas. Un especial agradecimiento a Rachel Tiven y Victoria Neilson, de Immigration Equality, así como un merecido reconocimiento al excelente trabajo de Sarah Sohn sobre inmigrantes y VIH/sida durante su beca en Immigration Equality.

En particular, muchas gracias a las personas inmigrantes detenidas, actual y anteriormente, que viven con VIH/sida, quienes valientemente compartieron sus experiencias para este informe.