

# NEGLIGENCIA MORTAL

El ICE pasa por alto las muertes  
en el sistema de detención



# Agradecimientos



## **American Civil Liberties Union**

Durante casi 100 años, la ACLU ha sido la guardián de la libertad de nuestra nación, trabajo en las cortes, legislaturas y comunidades para defender y preservar los derechos individuales y las libertades que la Constitución y las leyes de los Estados Unidos garantizan todos en este país.

[aclu.org](http://aclu.org)



## **Detention Watch Network**

Detention Watch Network trabaja a través de la fuerza colectiva y la diversidad de sus miembros para exponer y desafiar las injusticias de la detención de inmigración EE.UU. y el sistema de deportación y abogar por el cambio profundo que promueve los derechos y la dignidad de todas las personas.

[detentionwatchnetwork.org](http://detentionwatchnetwork.org)



## **National Immigrant Justice Center**

Con oficinas en Chicago, Indiana, y Washington, DC, el National Immigrant Justice Center (NIJC) de Heartland Alliance es una organización no gubernamental dedicada a asegurar la protección de los derechos humanos y el acceso a la justicia para todos los inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo a través de una combinación única de servicios directos, reforma política, el litigio de impacto, y la educación pública.

[immigrantjustice.org](http://immigrantjustice.org)

Este reporte fue un esfuerzo colaborativo de la ACLU, DWN, y NIJC. Los contiburdtores principales fueron: Carl Takei de ACLU; Mary Small y Carol Wu de DWN; y Jennifer Chan de NIJC.

Otros miembros del personal y estudiantes en prácticas también contribuyeron la investigación y ediciones entre ellos se incluye David Fathi, Joanne Lin, Judy Rabinovitz, y Chris Rickerd de ACLU; Carly Perez, Ana Carrion y Silky Shah de DWN; Tara Tidwell Cullen, Mary Meg McCarthy, Royce Bernstein Murray, Ross Noecker, y Katherine Rivera de NIJC.

Diseño de: Strictly District, LLC.

Traducción de: Eleana Gómez

Foto: Alonso Yáñez/La Opinión

© Febrero 2016 American Civil Liberties Union, Detention Watch Network, y Heartland Alliance's National Immigrant Justice Center

# Introducción

A pesar del compromiso contraído por el gobierno del Presidente Obama de reformar el sistema de detención de inmigrantes en los Estados Unidos, motivado en parte por el elevado número de defunciones de personas que estaban bajo la custodia del gobierno,<sup>1</sup> la falta de atención médica adecuada dentro del sistema de detención de inmigrantes ha seguido ocasionando muertes que podrían haberse evitado. En el informe de investigación elaborado por *The New York Times* en 2010, acerca de las muertes de inmigrantes detenidos se encontraron pruebas de una “cultura del secreto” y de que no se habían eliminado las graves fallas de los centros de detención.<sup>2</sup> Según un análisis de información recién divulgada por el gobierno sobre las muertes, estos problemas persisten y la mala atención médica contribuye, con una frecuencia alarmante, a la muerte de inmigrantes detenidos por los servicios federales de inmigración.

En este informe se examinan flagrantes violaciones a las normas sobre atención médica establecidas por el propio Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de los Estados Unidos (ICE, por sus siglas en inglés), que tuvieron un papel importante en ocho de las defunciones de personas que se encontraban bajo custodia, ocurridas desde 2010 hasta 2012. Un análisis efectuado por la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU, por sus siglas en inglés), Detention Watch Network (DWN, por sus siglas en inglés), y el Centro Nacional de Justicia para Inmigrantes (NJIC, por sus siglas en inglés), acerca de las investigaciones hechas por el ICE sobre las muertes y los informes de inspección de los establecimientos revela que si bien los informes del propio ICE detectaron violaciones de sus normas médicas como factores contribuyentes a esas muertes, las inspecciones de los establecimientos de detención del ICE efectuadas antes y después de estas defunciones no reconocieron, y en ocasiones hasta desestimaron, las fallas fundamentales identificadas en las investigaciones sobre las muertes. Los resultados resaltan de qué manera el sistema inadecuado de inspección utilizado por el ICE, expuesto por primera vez por la DWN y la NJIC en el informe de octubre de 2015 *Lives in Peril*, deja un saldo trágico de pérdida de vidas humanas.<sup>3</sup>

Mediante una solicitud fundamentada en la Ley de Libertad de Información (FOIA, por sus siglas en inglés), la ACLU obtuvo documentos sobre las investigaciones de las defunciones de detenidos, efectuadas por la Oficina de Supervisión de las Detenciones (ODO, por sus siglas en inglés) del ICE, en las que se resumen las investigaciones acerca de las muertes ocurridas en los centros de detención. Estas solicitudes se hicieron en seguimiento de solicitudes fundamentadas en la FOIA, presentadas por la ACLU entre 2007 y 2009 acerca de las muertes de personas detenidas por el ICE, que sirvieron de base para una serie de reportajes de investigación de *The New York Times* que, junto con la defensa generalizada de la causa de los inmigrantes por diversas ONG, llevaron a que el gobierno del

## Pablo Gracida-Conte

*Pablo Gracida-Conte murió en el Centro de Detención de Eloy, el más mortal de todos los centros de detención del país, luego de cuatro meses de empeoramiento de sus problemas médicos no tratados, que incluían vómitos después de cada comida. Un médico concluyó que la muerte del Sr. Gracida podría haberse evitado. Notablemente, en la inspección de la ODO se alega que la muerte del Sr. Gracida había sido la primera defunción ocurrida en el centro de Eloy, cuando, en realidad, fue la muerte número 10 en ese centro.*

## Metodología

*La ACLU, la DWN, y la NJIC analizaron 24 investigaciones de defunciones hechas por el ICE que la ACLU recibió a través de su solicitud basada en la FOIA. Los ocho casos considerados en este informe fueron identificados de acuerdo a si los investigadores del ICE habían determinado que los centros de detención no cumplían con las normas de detención del ICE relativas a la atención médica. Los resúmenes de los casos para estas defunciones aportan un sumario de la evidencia suministrada en las investigaciones de las defunciones, además de los resultados encontrados por el ICE mismo, acerca de la falta de cumplimiento por un centro de las normas de detención del ICE.*

Presidente Obama, en 2009, adoptara sus reformas a la detención.<sup>4</sup> Las investigaciones de las defunciones son un componente de estas reformas de 2009 y están a cargo de un equipo centralizado de personal del ICE y de expertos en el tema que entrevistan a personal local y analizan registros médicos y sobre la custodia, a fin de evaluar la atención médica relacionada con la defunción. La solicitud fundamentada en la FOIA actualizada por la ACLU se refería a las investigaciones emprendidas por la ODO de 24 muertes que ocurrieron mientras las personas estaban bajo la custodia del ICE, entre enero de 2010 y mayo de 2012. En respuesta, el ICE produjo documentos relacionados a 17 defunciones, pero no presentó investigaciones para siete de las 24 personas. De estos siete casos pendientes, cuatro seguían bajo investigación en el momento de la preparación del documento final por el ICE, más de 400 días después de haber ocurrido estas defunciones. En cuanto a las tres defunciones restantes, el ICE no efectuó su propia investigación sobre la muerte de los detenidos; en dos de los casos esto se debió a que la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) se ocupó de la investigación y, en un caso (considerado más abajo), no está claro si alguien hizo una investigación.<sup>5</sup> En casi la mitad de las investigaciones producidas por el ICE acerca de las defunciones, la documentación sugiere que el incumplimiento de las normas médicas del ICE contribuyó a las defunciones.

Además de establecer el proceso de investigación de las defunciones, el ICE instituyó otras reformas destinadas a reducir el número de muertes de personas bajo custodia. Estas incluyeron la definición de un nuevo proceso de inspección del establecimiento de detención según la ODO, con el propósito de asegurar una investigación más rigurosa del cumplimiento de las normas de detención que las inspecciones rutinarias efectuadas por la Oficina de Cumplimiento de la Ley y Deportaciones (ERO, por sus siglas en inglés); la centralización de los cuidados de salud de conformidad con el Cuerpo de Servicios de Salud del ICE (IHSC, por sus siglas en inglés); y la introducción de un conjunto más robusto de normas de detención, las Normas de Desempeño de los Estándares Nacionales de Detención de 2011 (PBND, por sus siglas en inglés).<sup>7</sup>

## Tipos de contratos

- **Establecimientos de detención por contrato (CDF)** sus dueños y administradores son empresas privadas que firman contratos directamente con el ICE.
- **Centros de procesamiento de servicios (SPC)** son propiedad del ICE y administrados por él. Sin embargo, el ICE emplea a contratistas para hacerse cargo de muchos servicios dentro de los centros, como el transporte y la vigilancia.
- **Acuerdos intergubernamentales de servicio (IGSA)** son firmados y administrados por entidades del gobierno local; por lo general, gobiernos de condados o ciudades, quienes los administran. Muchos gobiernos locales subcontratan a empresas privadas para que administren completamente los centros y presten otros servicios.
- **Acuerdos intergubernamentales (IGA) del Servicio de Alguaciles Federales de los Estados Unidos (USMS)** son contratos con el Servicio de Alguaciles Federales de los Estados Unidos, del Departamento de Justicia. Por lo general, estos contratos son anteriores a la creación del DHS en 2003 y con frecuencia no citan normas claras aplicables a la detención de los inmigrantes. Además, la mayoría de los términos contractuales de los USMS IGA son indefinidos, lo que significa que no hay oportunidades claras para renegociar los contratos de los establecimientos, mejorarlos de acuerdo a las normas de detención más recientes, ni resolver otros problemas contractualmente.

Las normas PBNDS 2011, que no se estaban aplicando para la fecha de las defunciones examinadas en este informe, son las normas más detalladas promulgadas por el ICE hasta ahora. Sin embargo, hasta estas normas no son suficientes en varios aspectos significativos en comparación con las normas de la Comisión Nacional sobre la Atención de Salud en Instituciones Penitenciarias (NCCHC, por sus siglas en inglés) para la atención médica en las prisiones y las cárceles.<sup>8</sup> Si bien es cierto que las normas PBNDS 2011 representan una mejora con respecto a las normas anteriores del ICE, su adopción por el ICE ha sido lenta; hasta enero de 2014, 139 establecimientos que alojaban a 44% de los inmigrantes detenidos se regían por otras normas anticuadas que se habían aprobado en 2008 o hasta en el año 2000, antes de la creación del ICE.<sup>9</sup> Asimismo, hasta enero de 2014, el ICE alojaba a 19% de los inmigrantes detenidos en establecimientos con los cuales el ICE no había firmado contratos directamente sino que los había contratado a través del Servicio de Alguaciles Federales de los Estados Unidos (USMS, por sus siglas en inglés). Según se señaló en dos evaluaciones de defunciones ocurridas en esos establecimientos del USMS, el ICE no tenía contratos que obligaran a esos establecimientos a cumplir con ninguna

de las normas de detención del ICE.<sup>10</sup> Esto es motivo de particular preocupación ya que la mayoría de los contratos del USMS son de duración indefinida, y quizás no sea fácil modificarlos.<sup>11</sup>

El Congreso también instituyó una reforma importante en 2009. Desde entonces, las asignaciones presupuestarias del Congreso han incluido una cláusula de que el ICE no puede gastar fondos en establecimientos de detención de inmigrantes si estos no ha aprobado dos inspecciones consecutivas de la ERO.<sup>12</sup> Aunque el número de defunciones de personas detenidas por el ICE ha disminuido en años recientes,<sup>13</sup> la comparación de las evaluaciones de las defunciones desde el 2010 hasta 2012, con inspecciones de la ODO y la ERO efectuadas en los establecimientos antes y después de las defunciones demuestra que las reformas en las inspecciones no han logrado que los establecimientos de detención sean responsabilizados de prestar la atención médica adecuada. La ACLU, la DWN y la NIJC hacen un llamado al ICE a que tome medidas inmediatas para mejorar el proceso de inspección de los centros de detención y la calidad de la atención médica.



Foto: Alonso Yáñez/La Opinión

# Resultados principales

Durante el gobierno del Presidente Obama, han ocurrido 56 defunciones de personas que se encontraban bajo la custodia del ICE, de las cuales seis fueron suicidios<sup>14</sup> y, por lo menos una de las muertes, tuvo lugar después de un intento de suicidio.<sup>15</sup> En este informe se hace hincapié en las ocho defunciones en las cuales la ODO detectó el incumplimiento de las normas médicas del ICE como una de las causas contribuyentes a estas muertes; la ODO determinó que cuatro de estas muertes eran prevenibles. Sin embargo, el énfasis de este informe no debe excusar varios otros casos en los cuales la ODO detectó infracciones similares de las normas médicas del ICE sin establecer vínculos causales entre estas infracciones y las muertes.<sup>16</sup> Los riesgos generados por la atención médica de calidad inferior seguirán poniendo en peligro la vida de las personas detenidas en esos establecimientos, hasta tanto no se corrijan esas infracciones. En realidad, obligar a que se hagan esas correcciones es quizás la razón más importante para efectuar las investigaciones de las defunciones en primer lugar. Por ejemplo, en los hospitales es un método habitual efectuar análisis de las causas originarias de sucesos adversos graves (como muerte, daño permanente, o daño temporal grave) para identificar cambios a la cultura, los sistemas y los procesos que podrían reducir la probabilidad de que esos sucesos volvieran a ocurrir en el futuro.<sup>17</sup> Nuestra investigación muestra que en los establecimientos de detención del ICE, este proceso no funciona; hasta en los ocho casos en que las investigaciones de la ODO concluyeron que las infracciones a las normas médicas del ICE habían contribuido a la muerte de esas personas, el sistema deficiente de inspecciones utilizado por el ICE



**Ha habido 56 muertes en custodia del ICE durante el gobierno de Obama, incluyendo seis suicidios y al menos una muerte tras un intento de suicidio.**

Tipo de establecimiento	Defunciones atribuibles a la atención médica de calidad inferior enero 2010– mayo 2012	Defunciones totales enero 2010– mayo 2012
Acuerdo Intergubernamental de Servicios (IGSA)	3	10
Centro de Detención de Adelanto (CA)	1	1
Centro Penitenciario del Condado de Clinton (PA)	0	1
Centro Regional de Atención de Columbia (SC)	0	1
Centro de Detención de Eloy (AZ)	1	1
Centros de Inmigración de América – Farmville (VA)	1	1
Centro de Detención de Mira Loma (CA)	0	1
Centro de Detención del Norte de Georgia (GA)	0	1
Prisión de la Parroquia de Orleans (LA)	0	1
Centro Theo Lacy (CA)	0	1
Cárcel del Condado de York (PA)	0	1
Centros de detención por contrato (CDF)	2	4
CDF de Denver (CO)	1	1
Centro de Detención de Elizabeth (NJ)	1	1
CDF de Houston (TX)	0	2
Centros de procesamiento de servicios (SPC)	1	3
Centro de Procesamiento de El Paso (TX)	1	1
Centro de Procesamiento ICE ERO (NV)	0	1
Krome SPC (FL)	0	1
Servicio de Alguaciles Federales de los Estados Unidos (USMS) IGSA	2	2
Centro Penitenciario del Condado de Weber (UT)	1	1
Centro Penitenciario del Condado de Albany (NY)	1	1
Oficina Federal de Prisiones (BOP)	0	3
Centro Federal de Detención de Oakdale (LA)	0	2
Instituto Penitenciario Federal de Butner (NC)	0	1
Centro de retención	0	1
Sala de retención de San Bernardino (CA)	0	1
Zona de reunión	0	1
Zona de Reunión del Servicio de Broadview (IL)	0	1

esencialmente pasó por alto estos resultados.

Más aún, no todas las muertes se investigan. En un caso, el ICE alegó que no tenía la responsabilidad de investigar la defunción porque la persona había estado bajo la custodia del ICE por menos de seis horas en un establecimiento de detenciones de corto plazo, y que todavía no se había transferido a un centro de detención designado para estadías superiores a las 72 horas.<sup>18</sup> Esta respuesta lleva a preguntarse quién es responsable del cuidado de las personas que se encuentran en los centros de detención de corto plazo del ICE y si esas brechas en la responsabilidad están poniendo en peligro otras vidas.

Tres de las ocho defunciones descritas aquí—Fernando Domínguez-Valdivia (también identificado como Fernando Domínguez-Valivia en documentos del ICE y en algunos reportajes en los medios de comunicación), Irene Bamenga y Amra Miletic—generaron juicios por muerte injusta entablados por los familiares sobrevivientes.<sup>19</sup> Sin embargo, estos juicios por muerte injusta no solo son una resolución insuficiente para las familias que tienen que vivir con la pérdida de sus seres queridos, sino que no resuelven los problemas sistémicos resaltados en este informe. Como se describe con más detalle a continuación,

el ICE debe tomar medidas eficaces para mejorar la prestación de cuidados médicos a las personas detenidas y modificar totalmente el proceso de las inspecciones, de manera que estos cambios puedan funcionar para impedir que otras personas mueran por causas prevenibles mientras se encuentran bajo la custodia del ICE.

Además, seis de las ocho defunciones relacionadas con la atención médica de calidad inferior ocurrieron en establecimientos administrados por empresas privadas.<sup>20</sup> El mayor número de defunciones ocurridas en el período abarcado por las evaluaciones tuvo lugar en centros para los cuales el ICE había firmado contratos con los gobiernos locales a través de Acuerdos Intergubernamentales de Servicios (IGSA, por sus siglas en inglés), y luego los gobiernos locales subcontrataban a compañías privadas con fines de lucro para administrar los centros. Las compañías privadas que administran prisiones como la Corrections Corporation of America (CCA) y el GEO Group, que maneja ocho de los 10 centros más grandes de detención de inmigrantes,<sup>21</sup> desde hace tiempo han sido muy criticados por organizaciones de defensa de los inmigrantes, organismos gubernamentales y la prensa, por lo inadecuado de los cuidados médicos que prestan, su personal insuficiente, la violencia y otros problemas.<sup>22</sup>

## Las fallas en los cuidados médicos ocasionan la pérdida de vidas

**Los documentos de investigación de las defunciones efectuada por la ODO que indican violaciones de las normas médicas del ICE revelan las siguientes fallas en los centros de detención:**

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

Las inspecciones de la ERO y de la ODO deberían haber detectado las mismas brechas y los protocolos defectuosos que el ICE u otro de los administradores de los centros deberían haber corregido. Por el contrario, en algunas inspecciones, los inspectores ni siquiera mencionaron las defunciones que habían ocurrido en los establecimientos que se estaban investigando. Además, en todos los casos, salvo en una de las ocho defunciones descritas en este informe, los inspectores de ICE ERO les dieron a los establecimientos clasificaciones de haber aprobado las inspecciones antes y después de las

mueres relacionadas con los cuidados médicos de calidad notoriamente inferior, a pesar de que las inspecciones de la ODO habían encontrado que los centros no habían cumplido con las normas de atención médica y de que las inspecciones de las muertes efectuadas por la ODO enunciaban explícitamente que estas eran prevenibles. En general, los sistemas diseñados para dar atención médica y responsabilizar a los establecimientos les fallaron a estas ocho personas y pueden haberles costado sus vidas.

## Cuando la atención médica de calidad inferior puede matar:



### Defunción No. 1: Evalin-Ali Mandza

<b>Edad</b>	46
<b>País de origen</b>	Gabón
<b>Causa de defunción</b>	Ataque cardíaco luego de retrasos notorios en llamar al 911 y remitir al Sr. Mandza a un proveedor de nivel más alto.
<b>Fecha de defunción</b>	12 de abril de 2012
<b>Normas de detención</b>	PBND 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (II)(2): Satisfacer las necesidades de cuidados de salud de manera oportuna y eficiente; Sección (II)(7): Traslado oportuno a un establecimiento adecuado que ofrezca los servicios de atención para las personas cuyas necesidades de cuidados de salud están fuera del alcance de los recursos del centro; Sección (V)(O): El equipo médico y de seguridad está disponible y recibe mantenimiento, y el personal está capacitado para utilizar el equipo en forma adecuada.
<b>Duración de la detención</b>	171 días
<b>Centro de detención</b>	Centro de Detención por Contrato de Denver, Aurora, CO
<b>Administrador del centro</b>	GEO Group
<b>Tipo de contrato del centro</b>	CDF

Evalin-Ali Mandza, de 46 años, natural de Gabón, murió de un ataque al corazón después de recibir atención de urgencia que fue retrasada de manera inexcusable el 12 de abril de 2012, luego de 171 días en custodia en el Centro de Detención por Contrato de Denver (DCDF),

situado en Aurora (Colorado). El DCDF es administrado por la empresa GEO Group.

El 12 de abril de 2012, se activó en el DCDF una situación de emergencia código azul aproximadamente a las 5:24 de



la mañana cuando otras personas detenidas le avisaron a un funcionario que el Sr. Mandza tenía dolor en el pecho.<sup>23</sup> Aproximadamente a las 5:50 a.m., finalmente se informó a un médico sobre la situación y se determinó que el Sr. Mandza tenía que ser trasladado a la sala de urgencias, y le pidió a una enfermera que llamara al 911.<sup>24</sup> Sin embargo, la llamada solo se hizo cerca de las 6:20 a.m., casi una hora después de la activación de la emergencia código azul.<sup>25</sup> Es evidente que este inexplicablemente largo retraso violaba la norma ICE PBNDS 2008, que exige que “los detenidos que necesitan cuidados médicos fuera del alcance de los recursos del centro deben ser trasladados de manera oportuna a un establecimiento adecuado que ofrezca los cuidados médicos”.<sup>26</sup>

Dentro de esa hora ocurrieron muchas otras fallas además de los retrasos. A pesar de que el protocolo de enfermería de GEO para dolor en el pecho<sup>27</sup> exige que se verifiquen los signos vitales cada cinco minutos, los signos vitales del Sr. Mandza se observaron a las 5:28 a.m. y luego solamente a las 6:20 a.m.<sup>28</sup> Además, durante este lapso se hizo un electrocardiograma pero, al principio, la enfermera que lo estaba haciendo no pudo obtener una lectura porque no conocía el aparato.<sup>29</sup> Luego hizo la prueba equivocada.<sup>30</sup> Una vez que hizo la prueba correcta, no pudo interpretar los resultados porque no estaba capacitada para usar un electrocardiógrafo ni para interpretar los resultados.<sup>31</sup> En cambio, la enfermera dijo que se había basado en su “instinto” para mandar al Sr. Mandza al hospital.<sup>32</sup> Estas son violaciones de los requisitos de las normas PBNDS del ICE que estipulan que los centros dispongan de equipo médico y de seguridad y que lo mantengan, y que el personal reciba capacitación para usar bien el equipo. La llamada al 911 también se retrasó porque el personal médico le dio prioridad a llenar los documentos para el traslado y no a hacer la llamada.<sup>33</sup>

La evaluación efectuada por el contratista de la ODO, Creative Corrections determinó que el personal médico de DCDF no conocía el protocolo sobre dolor en el pecho utilizado en la institución, que no se administró el medicamento apropiado para el corazón, y que hubo un retraso en trasladar al paciente a un establecimiento de nivel más alto, “todo lo cual pueden haber sido factores

## La llamada al 911 también se retrasó porque el personal médico le dio prioridad a llenar los documentos para el traslado y no a hacer la llamada.

---

contribuyentes a la muerte del Sr. Mandza”.<sup>34</sup> De igual manera, una investigación del Cuerpo de Atención de Salud del ICE, incluida en la investigación de la defunción, encontró que el Sr. Mandza “no tuvo acceso a la atención médica apropiada mientras estuvo detenido en el DCDF”.<sup>35</sup>

A pesar de estas fallas documentadas, el DCDF pasó sus inspecciones del ERO inmediatamente antes y después de la muerte del Sr. Mandza, lo que incluyó el cumplimiento de las normas médicas, aunque se había determinado en la investigación de la defunción, que el centro no las había cumplido. En la inspección del ERO de 2012, hay dos descripciones de la muerte del Sr. Mandza. Estas descripciones son sumamente preocupantes por su falta de exactitud, al indicar que el Sr. Mandza era de Ghana y no de Gabón y no mencionar ninguna inquietud. En cambio, los inspectores declaran, “Se le hicieron exámenes de detección médicos y mentales, oportunos e integrales, además de una evaluación física; no informó nada significativo en su historial médico y negó que tuviera algún factor de riesgo para enfermedad cardíaca”,<sup>36</sup> con lo cual se encubría eficazmente la calidad de la atención médica.



## Defunción No. 2: Amra Miletic

<b>Edad</b>	47
<b>País de origen</b>	Bosnia-Herzegovina
<b>Causa de defunción</b>	Complicaciones de inflamación intestinal crónica y arritmia cardíaca después de casi dos meses de atención médica de calidad inferior que no abordó la hemorragia rectal, los vómitos, el dolor abdominal y las náuseas que presentaba la Sra. Miletic.
<b>Fecha de defunción</b>	20 de marzo de 2011
<b>Normas de detención</b>	NDS
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (III)(A): Los establecimientos les harán a sus detenidos exámenes de detección iniciales, les darán atención primaria de salud costo eficaz y atención de urgencia; Sección (III)(D): A todas las personas que lleguen al centro, un proveedor de cuidados de salud o un funcionario capacitado para ejercer esta función les hará exámenes de detección médicos y mentales, inmediatamente después de su llegada; las evaluaciones médicas y los exámenes físicos deberán tener lugar dentro de los 14 días siguientes a la llegada de la persona al centro, de acuerdo con las normas NCCHC y JCAHO.
<b>Duración de la detención</b>	47 días
<b>Centro de detención</b>	Centro Penitenciario del Condado de Weber, Ogden, UT
<b>Administrador del centro</b>	Oficina del Sheriff del Condado de Weber
<b>Tipo de contrato del centro</b>	USMS IGA (Acuerdo Intergubernamental del Servicio Federal de Alguaciles de los Estados Unidos)

Mientras estuvo detenida por casi dos meses, la Sra. Miletic sufrió hemorragia rectal, vómitos, dolor abdominal, pérdida rápida de peso y náuseas —síntomas que deben ser motivo de alarma aunque se experimenten por un período de tiempo mucho más corto. La Sra. Miletic, originalmente de Bosnia-Herzegovina, murió el 20 de marzo de 2011, en el Hospital McKay Deel en Ogden (Utah), de “complicaciones de colitis crónica y fibrilación atrial”,<sup>37</sup> o inflamación intestinal crónica y arritmia cardíaca, después de 47 días en custodia en el ICE mientras estuvo detenida en el Centro Penitenciario del Condado de Weber (WCCF). La colitis es una inflamación del revestimiento del colon; cabe señalar que no debe ser mortal si se trata en la forma adecuada. La evaluación efectuada después de su muerte concluyó que “el WCCF no había cumplido las normas para la atención médica establecidas por el ICE (ICE NDS Medical Care Standard)”,<sup>38</sup> y se citaron varias violaciones flagrantes como no haber suministrado de inmediato a la Sra. Miletic “atención médica especializada fuera del centro para tratar su problema médico” luego de haberse quejado de “hemorragia rectal, náuseas, vómitos y diarrea”<sup>39</sup>,

quejas que están seriamente documentadas; además, no se documentaron las ocasiones en que la persona dejó de comer (aun cuando la Sra. Miletic estaba bajo observación médica), ni tampoco cuando dejó de tomar los medicamentos.<sup>40</sup>

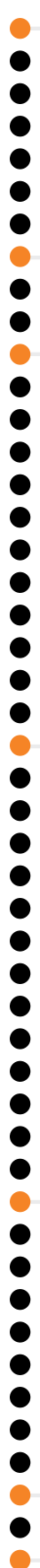
A pesar de haber llegado con siete medicamentos diferentes y de haberse quejado de sentirse enferma y vomitando, a la Sra. Miletic no se le hicieron pruebas completas de detección para determinar el estado de su salud mental y física.<sup>41</sup> Durante su primer mes en el WCCF, la Sra. Miletic también presentó tres solicitudes de atención médica (febrero 8, 21 y 26) con quejas de sentirse enferma, de encontrar sangre en las heces, de tener dolor en el bajo abdomen y una fiebre persistente.<sup>42</sup> En respuesta, el personal médico le recetó Metamucil, supositorios para las hemorroides y Tylenol.<sup>43</sup> Aunque la Sra. Miletic se veía cada vez más enferma y delgada (perdió 15 libras en nueve días)<sup>44</sup> y otras mujeres detenidas se quejaron de su higiene y el mal olor debido a su enfermedad, el personal médico retrasó la decisión de poner a la Sra.

## Cronología de la defunción: Amra Miletic

Miletic bajo observación.<sup>45</sup> Aun entonces, debido a que no había espacio en la unidad de segregación médica, la Sra. Miletic fue ubicada en una unidad de vivienda separada donde nadie se dio cuenta de que había estado inconsciente por casi 45 minutos,<sup>46</sup> lo cual evidentemente retrasó su traslado al hospital donde luego falleció.

La Sra. Miletic tuvo hemorragia rectal por casi dos meses y no vio a un médico sino 37 días después de su llegada y las pruebas de laboratorio solo se ordenaron 11 días antes de su muerte. A pesar de una pérdida de peso rápida y sustancial y la evidencia visual de que estaba enferma, el personal médico del WCCF en repetidas ocasiones no respondió de manera adecuada a los signos de que la condición de la Sra. Miletic se estaba deteriorando. Aun cuando no quedaban dudas de que ella se encontraba bajo observación, no se dieron cuenta de que estuvo sin reaccionar por 45 minutos.

De acuerdo con el médico contratado para la investigación de la muerte como parte de la investigación de la defunción, "esta muerte ha podido evitarse".<sup>57</sup> El consultor criticó las calificaciones del personal médico del WCCF y escribió "la [c]ompetencia en el ejercicio de la medicina y la enfermería contemporáneas debe ser cuestionada. El personal de enfermería, según la documentación, parece estar trabajando fuera del ámbito del ejercicio de la enfermería. Hay una carencia general de conocimiento y de aplicación del proceso de triaje en enfermería... La falta de comprensión por el médico de la urgencia de la colonoscopia y de remitir a la persona a los cuidados de urgencia inducen a cuestionar su competencia".<sup>58</sup> Las inspecciones de ERO y de la ODO no están a la disposición para su examinación.



1 FEB.

*La Sra. Miletic es puesta bajo custodia del ICE y se estaba quejando de náuseas, vómitos, fiebre y diarrea.<sup>47</sup> No se le hicieron exámenes integrales para detectar sus problemas de salud física y mental.<sup>48</sup>*

8 FEB.

*La Sra. Miletic presentó una solicitud de atención médica porque dice que está enferma, que tiene frío y que su estómago ha estado sangrando, y que tiene dolores.<sup>49</sup> Se le da una cita médica para dos días más tarde. El personal médico no registró su peso (a pesar de sus quejas de pérdida de peso), tampoco ordenó pruebas de laboratorio.<sup>50</sup>*

11 FEB.

*Se le hacen una prueba de orina y tres pruebas de heces. De acuerdo al Centro, la Sra. Miletic entregó una muestra de heces que dio resultados positivos a la presencia de sangre.<sup>51</sup>*

23 FEB.

*El médico se niega a ver a la Sra. Miletic en la noche porque no había asistido a una cita más temprano.<sup>52</sup>*

9 MARZO

*La Sra. Miletic es atendida en la unidad médica 10 días después de haber presentado una solicitud de atención médica, en la que se quejaba de diarrea y cólicos abdominales.<sup>53</sup> Sus heces se describen como "con sangre, de color rojo brillante y tienen algunos coágulos".<sup>54</sup> Pesa 134 libras. Su primera prueba de laboratorio es ordenada después de cinco semanas en detención. Esta es también la primera prueba de que el centro está tratando de conseguir el historial médico de la Sra. Miletic.*

18 MARZO

*Muchas veces a lo largo del día, la Sra. Miletic dice que se siente como si se estuviera muriendo. Pesa 119 libras, una pérdida de peso de 15 libras en nueve días; sin embargo, en su historial médico se anotó que "sus signos vitales no reflejan su sufrimiento".<sup>55</sup> Cuando la Sra. Miletic pide nueva ropa interior porque tiene sangrado rectal, le piden que coloque la ropa interior sucia afuera de la celda y se le dice a un vigilante que "observe [la] cantidad de sangre".<sup>56</sup>*

20 MARZO

*La Sra. Miletic dice que no ha comido durante siete días, que está sangrando mucho y tiene fuertes dolores abdominales. No hay documentación de que el personal del centro le informe al personal médico que la Sra. Miletic no estaba comiendo. Según el video de vigilancia, la Sra. Miletic muestra signos de sufrimiento a las 6:25 p.m. Cuatro minutos más tarde se observa su último movimiento. A las 6.39 y 6.49 p.m., dos vigilantes pasan por su celda. A las 7.13 p.m. una enfermera descubrió que la Sra. Miletic no reaccionaba.*



## Defunción No. 3: Pablo Gracida-Conte

<b>Edad</b>	54 años
<b>País de origen</b>	México
<b>Causa de defunción</b>	El Sr. Gracida sucumbió debido a la cardiomiopatía, una enfermedad tratable del músculo del corazón. Murió después de cuatro meses de haber presentado solicitudes constantes de tratamiento médico que no fueron atendidas.
<b>Fecha de defunción</b>	30 de octubre de 2011
<b>Normas de detención</b>	PBND 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (II)(2): Satisfacer las necesidades de cuidados de salud de manera oportuna y eficiente; Sección (II)(7): Traslado oportuno a un establecimiento adecuado que ofrezca los servicios de atención para las personas cuyas necesidades de cuidados de salud están fuera del alcance de los recursos del centro.
<b>Duración de la detención</b>	142 días
<b>Centro de detención</b>	Centro de Detención de Eloy, Eloy (Arizona)
<b>Administrador del centro</b>	Corrections Corporation of America (CCA)
<b>Tipo de contrato del centro</b>	IGSA con la ciudad de Eloy, Arizona

El Sr. Gracida murió de enfermedad cardíaca luego de que en repetidas ocasiones no se le dieron cuidados médicos oportunos y eficientes. Después de cuatro meses de agravamiento de sus problemas médicos no tratados, el Sr. Gracida murió el 30 de octubre de 2011, en el Centro Médico Universitario de la Universidad de Arizona en Tucson (Arizona). Se convirtió en la 10.<sup>a</sup> persona que había fallecido desde octubre de 2003 mientras se encontraba en el Centro de Detención de Eloy, de 1.550 camas, administrado por CCA y situado en Eloy (Arizona).<sup>59</sup> En el informe de la autopsia se declara que la causa de defunción de la persona de 54 años fue cardiomiopatía, una enfermedad tratable del músculo del corazón.<sup>60</sup>

Durante los 142 días que pasó el Sr. Gracida en detención, se quejó de problemas constantes de salud como vómitos después de cada comida y dolor extremo en la parte superior del abdomen. El personal de Eloy tenía dificultades para comunicarse con el Sr. Gracida, quien hablaba mixteco. Aunque el centro tiene acceso a intérpretes a través del teléfono y tuvo bastante tiempo para conseguir uno, nunca lo hizo.<sup>61</sup> La larga lista de solicitudes que hizo el Sr. Gracida debido a su enfermedad

representa un grito desesperado y repetido para pedir ayuda que no se atendió hasta que fue muy tarde.

### **Después de la muerte del Sr. Gracida, la ODO efectuó una investigación de la defunción en diciembre de 2011 y concluyó que:**

1. El centro de Eloy no prestó la atención médica de conformidad con las normas PBND 2008.
2. El proveedor de servicios médicos del centro de Eloy no le había prestado atención oportuna y eficiente. Un médico que participó en la investigación de la muerte que hizo la ODO concluyó que “La muerte del [Sr.] Gracida podría haberse evitado si los proveedores, incluido el médico en [Eloy], le hubieran proporcionado el tratamiento médico apropiado de manera oportuna”.<sup>62</sup>
3. El centro de Eloy no envió al Sr. Gracida a la sala de urgencias. En la investigación de la ODO, un médico declaró que las condiciones en que se encontraba el Sr. Gracida el 24 de octubre “han debido considerarse como urgentes y debería haber sido remitido a un cardiólogo”.<sup>63</sup>

# Cronología de la defunción: Pablo Gracida-Conte

- **10 JUNIO** *El ICE detiene al Sr. Gracida en Eloy.*
- **19 JULIO** *El Sr. Gracida visita el consultorio médico debido a los vómitos y a la sudoración abundante.*
- **10 AGO.** *El Sr. Gracida informa que tiene poco apetito y es examinado por una enfermera diplomada el 12 de agosto.*
- **5 OCT.** *Una enfermera diplomada examina al Sr. Gracida debido a sus quejas de náuseas y vómitos, dolor en la parte superior del abdomen y distensión abdominal.*
- **8 OCT.** *El Sr. Gracida informa que el nivel de su dolor abdominal con sensación de quemadura es de 10 en una escala de 1 a 10,<sup>64</sup> y que vomita todos los días. El personal médico programa pruebas de laboratorio que se hacen el 11 de octubre y le dicen que debe seguir una dieta suave.*
- **14 OCT.** *El Sr. Gracida se queja de dolores de cabeza, náuseas y vómitos. Dice que el nivel de su dolor es de ocho en una escala de 1 a 10 y que el dolor en la parte superior del abdomen le ha impedido dormir durante un mes. Una enfermera diplomada remite al Sr. Gracida a una enfermera especializada.*
- **18 OCT.** *El Sr. Gracida informa que sus náuseas, vómitos y diarrea han disminuido.*
- **22 OCT.** *El Sr. Gracida se presenta a la unidad médica con dificultad para respirar e informa que el nivel de su dolor aumenta durante las comidas, que tiene dolor mientras está acostado y que tiene dificultad para dormir. Cuando la enfermera práctica licenciada le dice a la enfermera especializada que quiere ver al Sr. Gracida debido a su dificultad para respirar, la enfermera especializada se niega. La enfermera práctica licenciada le pide ayuda a una enfermera diplomada.<sup>65</sup> Más tarde, el Sr. Gracida se niega a recibir sus medicamentos de la noche.*
- **23 OCT.** *El Sr. Gracida solicita que se descontinúen sus medicamentos porque lo hacen sentirse enfermo y mareado, además de producirle ardor en el estómago. Una vez más se niega a tomar su medicamento.*
- **24 OCT.** *Una enfermera diplomada examina al Sr. Gracida y encuentra que su frecuencia cardíaca es irregular, que tiene una frecuencia respiratoria rápida, baja presión arterial y que ha aumentado cinco libras de peso en un lapso de seis días. Se queja de dolor abdominal después de tomar sus medicamentos lo que le causa insomnio, pérdida del apetito, además de mareos y debilidad persistentes. Asimismo, revela que tuvo un ataque cardíaco en el año 2000. La enfermera especializada le hace un electrocardiograma que da resultados anormales. En lugar de remitir al Sr. Gracida a un nivel más alto de la atención, la enfermera especializada programa una consulta de seguimiento para el día siguiente después de su audiencia en el tribunal, y hace notar que será remitido a cardiología si tuviera que seguir en custodia.<sup>66</sup>*
- **25 OCT.** *El Sr. Gracida no puede terminar una oración sin detenerse para respirar. Los resultados de un segundo electrocardiograma también son anormales y finalmente el centro lo remite a la sala de urgencias del Centro Médico Regional Casa Grande (CGRMC, por sus siglas en inglés). En el CGRMC se diagnostica al Sr. Gracida con cardiomiopatía grave y posible neumonía.*
- **27 OCT.** *Un médico del CGRMC indica que el Sr. Gracida está sufriendo de problemas cardíacos complejos y recomienda su traslado al Centro Médico Universitario de Tucson (UMC, por sus siglas en inglés).*
- **28-30 OCT.** *El Sr. Gracida es admitido al UMC el 28 de octubre y muere luego de ser transferido a la unidad de cuidados intensivos del hospital, el 30 de octubre.*

4. La comunicación con el Sr. Gracida se llevaba a cabo solamente en un “nivel muy básico”. Aunque el personal de habla hispana documentó que el Sr. Gracida hablaba “muy poco español” nunca consiguieron a un intérprete de mixteco.<sup>67</sup>
5. Las barreras idiomáticas y culturales fueron factores contribuyentes a que no se atendieran las necesidades médicas del Sr. Gracida.

A pesar de estas preocupaciones, el investigador de la defunción designado por la ODO prefirió no citar al centro de Eloy por incumplimiento de las normas PBNDS del ICE relacionadas con la ayuda para la interpretación.<sup>68</sup> Además, la investigación de la ODO descubrió pruebas de que el personal del centro de Eloy sabía muy bien que la condición del Sr. Gracida se estaba deteriorando, al revelar que un guardia había informado que el Sr. Gracida había vomitado después de cada comida.<sup>69</sup> El investigador de la defunción designado por la ODO expresó preocupación de que en el momento de la evaluación, el centro de Eloy no tenía un director clínico, y señaló que una doctora de Eloy había afirmado que la clínica no tenía suficiente personal y que ella “necesitaba ayuda urgentemente”.<sup>70</sup> En esta investigación, la ODO declara que el centro de Eloy había estado sin un director clínico durante los cuatro o cinco años en que había estado funcionando; sin embargo, en la inspección que la ODO hizo en 2012, la ODO afirma que el centro de Eloy se inauguró en 1994.<sup>71</sup> Sobre la base de estos documentos, no queda claro por cuánto tiempo el centro ha estado sin un director clínico.

El centro de Eloy aprobó sus inspecciones de la ERO y la ODO correspondientes a 2011 antes de la muerte del Sr. Gracida.<sup>72</sup> Tanto la inspección de la ERO de enero de 2012 y la inspección de la ODO de julio de 2012 mencionan la muerte, pero no identifican ningún problema en Eloy. Los inspectores de la ODO alegan que los detenidos en Eloy son atendidos cuando están enfermos de manera oportuna y que las solicitudes presentadas por las personas enfermas se clasifican de manera adecuada y expedita. Concluyeron que el personal médico es adecuado; sin embargo, también instan al centro a que llene lo más pronto posible el puesto de director clínico que ha estado vacante desde mayo de 2009.<sup>73</sup> Esta afirmación contradice

la declaración de la ODO de que el centro de Eloy había estado sin un director clínico en los últimos cuatro años. Resulta sorprendente que en la inspección de la ODO se alegue que la muerte del Sr. Gracida fue la primera que había ocurrido en el centro de Eloy cuando, en realidad, era la muerte número 10 en el establecimiento.<sup>74</sup> Hoy en día, Eloy es conocido como el más mortal de los centros de detención de inmigrantes en todo el país. Cuatro años después de la muerte del Sr. Gracida, el centro todavía no tiene un médico como parte de su personal.<sup>75</sup> Las muertes recientes registradas en el centro llevaron a que el Rep. Raúl Grijalva (D-AZ) escribiera una carta al Secretario del Departamento de Seguridad Nacional, Jeh Johnson, para expresar su alarma y solicitar mayor transparencia en las operaciones del centro.<sup>76</sup> Si los inspectores de la ODO y de la ERO hubieran exigido que el centro de Eloy cumpliera las normas del ICE para la atención médica, la muerte del Sr. Gracida y posiblemente otras cuatro defunciones más

**Resulta sorprendente que en la inspección de la ODO se alegue que la muerte del Sr. Gracida fue la primera que había ocurrido en el centro de Eloy cuando, en realidad, era la muerte número 10 en el establecimiento.**



Foto: Diane Ovalle of Puente



## Defunción No. 4: Anibal Ramirez-Ramirez

<b>Edad</b>	35 años
<b>País de origen</b>	El Salvador
<b>Causa de defunción</b>	Insuficiencia hepática por falta de comunicación acerca de información sumamente importante, exámenes médicos inadecuados, y retrasos imperdonables en reenviar al paciente a un nivel más alto de la atención.
<b>Fecha de defunción</b>	2 de octubre 2011
<b>Normas de detención</b>	PBNS 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	<p>Sección (II)(2): Satisfacer las necesidades de cuidados de salud de manera oportuna y eficiente;</p> <p>Sección (II)(28) y (V)(B): Las decisiones clínicas le competen solamente a la autoridad médica clínica y en ningún caso las decisiones clínicas podrán tomarlas los no clínicos;</p> <p>Sección (V)(I): Evaluación del dolor obligatoria;</p> <p>Sección (V)(O): El personal médico deberá ser notificado de inmediato cuando pudiera ser necesaria la atención de urgencia;</p> <p>Sección (V)(C): Los establecimientos están obligados a elaborar procedimientos escritos para regir el manejo de las unidades administrativas de segregación que sean coherentes con las normas de detención.</p>
<b>Duración de la detención</b>	5 días (El Sr. Ramírez-Ramírez estuvo bajo custodia del ICE dos días antes de su traslado al ICAF)
<b>Centro de detención</b>	Centros de Inmigración de América-Farmville (ICAF), VA
<b>Administrador del centro</b>	Immigration Centers of America, LLC
<b>Tipo de contrato del centro</b>	IGSA

La falta de comunicación acerca de información sumamente importante, exámenes médicos efectuados con negligencia, y retrasos imperdonables en reenviar al paciente a un nivel más alto de la atención “pueden haber sido factores contribuyentes”<sup>78</sup> a la muerte de Anibal Ramírez-Ramírez a la edad de 35 años. El Sr. Ramírez-Ramírez, oriundo de El Salvador, falleció debido a insuficiencia hepática el 2 de octubre de 2011, siete días después de haber entrado a la custodia del ICE y cinco días después de haber sido ingresado en el establecimiento privado administrado por la empresa Immigration Centers of America, situado en Farmville, Virginia (ICAF).<sup>79</sup>

La descripción de la última semana de vida del Sr. Ramírez-Ramírez es una crónica de síntomas médicos pasados por alto o mal interpretados como un comportamiento de falta de colaboración. Los policías del estado que detuvieron inicialmente al Sr. Ramírez-Ramírez,<sup>80</sup> el juez ante el cual compareció,<sup>81</sup> los funcionarios del Centro

Regional de Detención de Adultos de Prince William-Manassas (PWMRAD),<sup>82</sup> y los oficiales que transportaron al Sr. Ramírez-Ramírez al ICAF<sup>83</sup> todos tenían pruebas de que algo muy grave estaba pasando. Un policía estatal declaró que el Sr. Ramírez-Ramírez “se había caído al piso y se había levantado sin ayuda en varias ocasiones” y había vomitado por lo menos tres veces dentro de la patrulla.<sup>84</sup> Mientras se encontraba frente a un juez, defecó sobre sí mismo y actuó de manera suficientemente extraña para que el juez anotara que parecía enfermo.<sup>85</sup> En el PWMRAD, el Sr. Ramírez-Ramírez volvió a defecar sobre sí mismo y el personal del centro tuvo que sostenerlo para evitar que se cayera cuando era llevado a la ducha.<sup>86</sup> Durante su traslado al ICAF, un chofer informó que había oído que el Sr. Ramírez-Ramírez había tenido arcadas y que repetidamente se acostaba sobre las piernas de otros hombres que también se estaban trasladando.<sup>87</sup> Nada de esto fue comunicado al personal del ICAF, falla que se agravó por la atención inadecuada que se le prestó al llegar al ICAF.

En su evaluación integral como parte de la investigación de la defunción, el contratista del ICE, Creative Corrections, encontró que además de que la información sobre los vómitos, la defecación involuntaria y la desorientación extrema no se comunicaron cuando se hizo la transferencia entre establecimientos, los exámenes para la admisión en el ICAF fueron inadecuados, y cuando las enfermeras examinaron al Sr. Ramírez-Ramírez, no verificaron sus signos vitales.<sup>88</sup> También concluyó que los múltiples retrasos en reenviarlo a un nivel más alto de la atención pueden haber contribuido a la muerte del Sr. Ramírez-Ramírez,<sup>89</sup> con lo cual se violaron las normas sobre la atención médica que estipulan que las necesidades médicas de los detenidos se atiendan de manera oportuna.<sup>90</sup>

De igual manera, la investigación efectuada por el Cuerpo de Servicios de Atención de Salud (IHSC), incluida también en la investigación de la defunción, menciona varias preocupaciones acerca de la permanencia del Sr. Ramírez-Ramírez en el ICAF, por ejemplo, que fue colocado bajo vigilancia por presentar riesgo de suicidio ya que se negó a cooperar durante su traslado temprano en la mañana del 29 de septiembre, pero no se le programó una cita con un médico hasta la tarde del 1 de octubre,<sup>91</sup> a pesar de que varias enfermeras expresaron preocupaciones, en especial una de ellas quien informó que no creía que el comportamiento del Sr. Ramírez-Ramírez se debiera a “un problema psicológico sino a un problema médico”.<sup>92</sup> Los investigadores del IHSC también indicaron que la vigilancia se hizo cada dos horas en lugar de cada 15 minutos mientras se encontraba bajo vigilancia por riesgo de suicidio.

Todavía más preocupante es que los inspectores de la empresa Creative Corrections documentan acusaciones de que personal no médico del centro interfirió con las recomendaciones médicas formuladas por las enfermeras<sup>93</sup> con lo cual se violaron las normas que estipulan que las decisiones clínicas le competen exclusivamente a la autoridad médica clínica y nunca debe tomarlas el personal no clínico.<sup>94</sup> El 1 de octubre, una enfermera solicitó acceso a la celda del Sr. Ramírez-Ramírez para verificar sus signos

vitales, pero el personal del Centro le dijo que esperara porque ya se había programado una cita con un médico 15 horas más tarde.<sup>95</sup> Cuando ella insistió, le dijeron que verificara sus signos vitales a través de la ventanilla de la puerta de la celda donde se encontraba incomunicado. Siguió insistiendo en que la persona necesitaba un “nivel más alto de atención médica, que incluyera hidratación por vía intravenosa y pruebas de laboratorio”.<sup>96</sup> Cuando finalmente le permitieron que verificara los signos vitales, descubrió que tenía una frecuencia cardíaca “peligrosamente elevada” y recomendó que el detenido fuese trasladado a la atención de urgencia. Sin embargo, el personal del centro decidió esperar por la cita médica que sería 14 horas más tarde. El Sr. Ramírez-Ramírez nunca llegó a esta cita: tres horas más tarde, las enfermeras llamaron al 911 después de encontrarlo en el piso y sangrando por la boca.<sup>97</sup>

Por último, después de ser trasladado al hospital comunitario y luego por vía aérea a un hospital regional más grande, el Sr. Ramírez-Ramírez murió a las 3:10 p.m., 10 minutos después de la hora de la cita programada con un psiquiatra, quien hubiera sido el primer médico en verlo desde su llegada al ICAF.

La inspección que precedió a la muerte del Sr. Ramírez-Ramírez indica que el ICE conocía los problemas en el ICAF. La inspección efectuada por la ODO en abril de 2011 encontró siete deficiencias, entre las que se encontraban la falta de un componente obligatorio con respecto a la respuesta del personal ante las urgencias médicas.<sup>98</sup> El ICE no ha divulgado los resultados de las inspecciones de la ERO que se hicieron antes de la muerte del Sr. Ramírez-Ramírez; sin embargo, en la inspección que hizo la ERO en octubre de 2011, dos días después de la muerte del Sr. Ramírez-Ramírez, se concluyó que el establecimiento no satisfacía las normas,<sup>99</sup> aunque le había dado al ICAF una clasificación que indicaba que había aprobado los aspectos relativos a la atención médica. Si estas fallas se hubiesen subsanado durante los seis meses transcurridos entre la inspección de la ODO y la muerte del Sr. Ramírez-Ramírez, entonces es probable que el Sr. Ramírez-Ramírez hubiera recibido en forma oportuna la atención que tan urgentemente necesitaba.





## Defunción No. 5: Irene Bamenga

<b>Edad</b>	29 años
<b>País de origen</b>	Francia
<b>Causa de defunción</b>	La Sra. Bamenga falleció después de que se le administraron las dosis equivocadas de sus medicamentos. Aunque el certificado de defunción indica que la causa inmediata de muerte fue cardiomiopatía, un médico que examinó las circunstancias de la muerte de la Sra. Bamenga puso en duda esta conclusión.
<b>Fecha de defunción</b>	27 de julio de 2011
<b>Normas de detención</b>	NDS
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (I): acceso a servicios médicos que aseguren la salud y el bienestar general de la persona detenida; Sección (III)(D): a todas las personas que llegan se les harán exámenes para detectar tuberculosis; Sección (III)(F) el proveedor de servicios de salud deberá examinar las solicitudes de atención médica y determinar cuándo será examinada la persona detenida.
<b>Duración de la detención</b>	12 días
<b>Centro de detención</b>	Centro Penitenciario del Condado de Albany (Albany), NY
<b>Administrador del centro</b>	Oficina del Sheriff del Condado de Albany
<b>Tipo de contrato del centro</b>	USMS IGA

El caso de la Sra. Bamenga, que actualmente es objeto de una demanda por muerte debida a negligencia entablada por su viudo<sup>100</sup>, es sencillamente doloroso. Luego de apenas 12 días bajo custodia del ICE, la ciudadana francesa murió después de recibir las dosis incorrectas de un medicamento. Falleció el 27 de julio de 2011,<sup>101</sup> en el Albany Memorial Hospital en Albany (Nueva York).<sup>102</sup> El certificado de defunción cita como causa inmediata cardiomiopatía,<sup>103</sup> aunque en un informe sobre la investigación de la muerte efectuada por un médico<sup>104</sup> como parte de la investigación, pone en duda esta conclusión.<sup>105</sup> La investigación sobre la muerte efectuada en agosto de 2011 luego del fallecimiento de la Sra. Bamenga “reveló que la [Cárcel del Condado de Allegany] (ACJ, por sus siglas en inglés) y el [Centro Penitenciario del Condado de Albany] (ACCF, por sus siglas en inglés) no cumplían con la norma sobre atención médica de las Normas Nacionales de Detención del ICE aprobadas en el año 2000”,<sup>106</sup> e incluía acusaciones específicas de que el ACCF y la ACJ no suministraron los medicamentos recetados, retrasaron el inicio de la administración de

los medicamentos, no verificaron los medicamentos, y administraron dosis incorrectas de los medicamentos”.<sup>107</sup>

La Sra. Bamenga fue detenida consecutivamente en dos centros diferentes, primero en la Cárcel del Condado de Allegany situado en Belmont (Nueva York), durante cinco días y luego en el ACCF en Albany (Nueva York), por los siete días restantes. La ODO determinó que la atención estaba por debajo del nivel exigido por las normas en ambos establecimientos. La Sra. Bamenga no empezó a recibir medicamentos en la ACJ hasta el cuarto día de la detención.<sup>108</sup> A pesar de que la Sra. Bamenga había presentado dos solicitudes de atención médica en el ACCF en los días anteriores a su muerte,<sup>109</sup> el personal médico del ACCF no tomó medidas para atender las preocupaciones de la Sra. Bamenga ni su condición de salud que se estaba deteriorando.<sup>110</sup> En la primera solicitud presentada el 25 de julio de 2011, decía lo siguiente: “No estoy recibiendo la dosis completa de mis medicamentos. Dos de las seis diferentes medicinas tienen que tomarse dos veces al día y hasta ahora solo

me han dado una dosis en la mañana”. En la segunda solicitud se afirmaba “dificultad para respirar en la noche especialmente cuando estoy acostada, tengo palpitaciones cuando me acuesto. Mareos cuando estoy de pie cuando ocurren las palpitaciones y la dificultad para respirar”. Esto se exacerbó cuando el personal médico del ACCF le administró las dosis incorrectas del medicamento, en forma de dosis que faltaban o de dosis excesivas, lo que contribuyó directamente a la muerte de la Sra. Bamenga.<sup>111</sup> De hecho, en la mañana del 27 de julio de 2011, antes de que la Sra. Bamenga fuese encontrada inconsciente en su celda de la cárcel, una enfermera especializada del ACCF le hizo una evaluación física y no encontró nada anormal, aunque la Sra. Bamenga insistió en que estaba recibiendo las dosis incorrectas de los medicamentos.<sup>112</sup>

Luego de examinar los síntomas anotados en el historial médico de la Sra. Bamenga, un médico que participó en la investigación sobre la defunción declara que la muerte de la Sra. Bamenga ha podido haber resultado de una arritmia cardíaca debida a “intoxicación por digoxina y alteraciones en los niveles de potasio”, ocasionadas por haberle recetado incorrectamente dosis elevadas de sus medicamentos.<sup>113</sup> Según el médico, “las dosis faltantes

del medicamento, además de la dosificación incorrecta, fueron factores significativos que contribuyeron a la descompensación de [la Sra. Bamenga] y a la insuficiencia cardíaca congestiva”.<sup>114</sup> Independientemente, el médico concluye que aun cuando “la muerte de esta paciente fue en realidad [ocasionada] por cardiomiopatía debida a insuficiencia cardíaca congestiva, entonces esta muerte podría haberse evitado si se hubieran tomado las medidas necesarias para determinar la gravedad de su insuficiencia cardíaca congestiva, seguidas por un plan de tratamiento adecuado para controlar su condición cardíaca”.<sup>115</sup>

Las inspecciones de la ERO y de la ODO no estaban disponibles para ninguno de los dos establecimientos alrededor de la fecha de la muerte de la Sra. Bamenga. La administración inoportuna y en dosis equivocadas de los medicamentos, especialmente en el caso de trastornos de salud que amenazan la vida como la insuficiencia cardíaca congestiva, es una infracción obvia hasta de las normas de detención desactualizadas que el ICE aplicaba al ACCF.<sup>116</sup> La muerte de la Sra. Bamenga es una falla evidente del personal médico de la ACJ y del ACCF en tratar el problema de salud de la Sra. Bamenga que estaba empeorando y darle los medicamentos en la forma apropiada para un problema médico conocido.

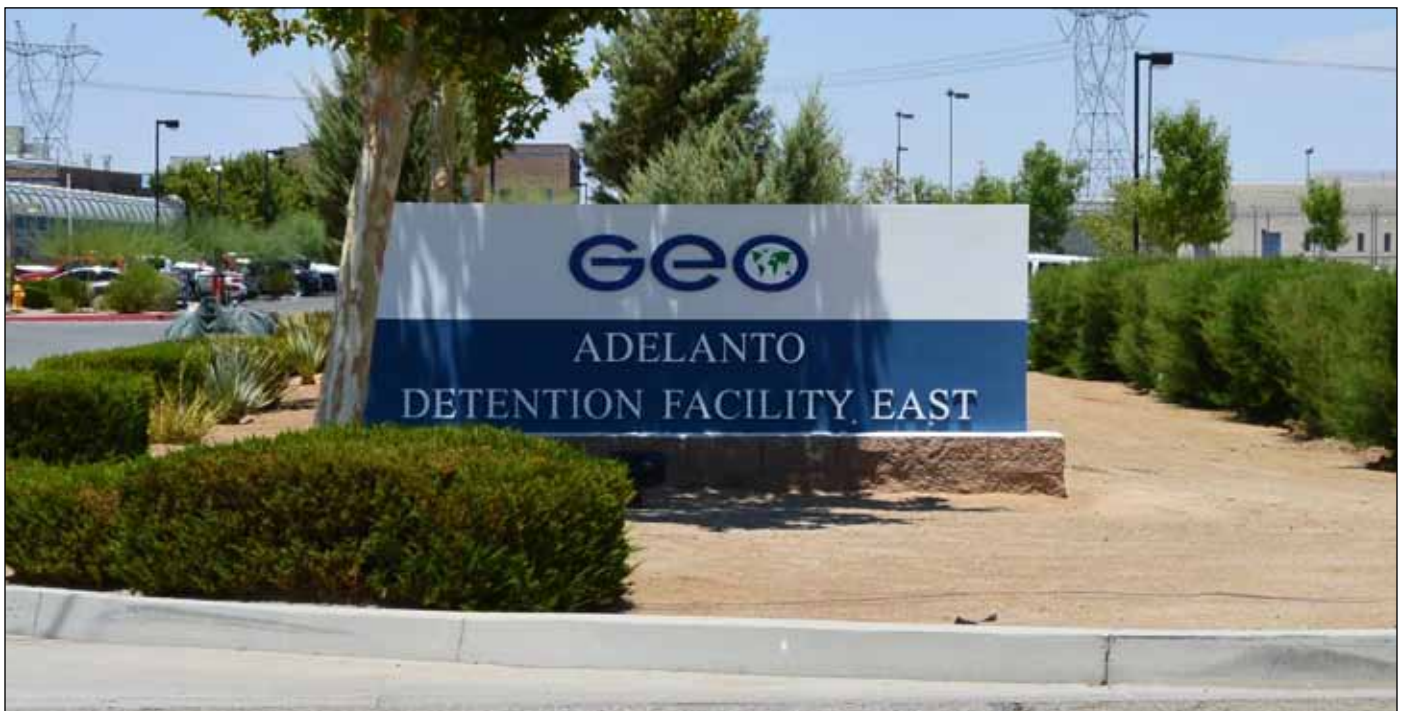


Foto: Christina Fialho



## Defunción No. 5: Fernando Domínguez-Valdivia<sup>117</sup>

<b>Edad</b>	58 años
<b>País de origen</b>	México
<b>Causa de defunción</b>	Neumonía, una enfermedad prevenible y tratable, debido a que el centro omitió los exámenes físicos adecuados y no suministró acceso oportuno y apropiado a los tratamientos disponibles fuera del establecimiento.
<b>Fecha de defunción</b>	4 de marzo de 2012
<b>Normas de detención</b>	PBNS 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	“Omisión de los exámenes físicos adecuados en respuesta a los síntomas y quejas, falta de preparación de todo tipo de registros críticos para la continuidad de la atención, además de no haber facilitado el acceso oportuno y apropiado a los tratamientos fuera del centro” <sup>118</sup> (no se citan normas específicas en la inspección de la ODO).
<b>Duración de la detención</b>	82 días
<b>Centro de detención</b>	Centro de Detención de Adelanto (Adelanto), CA
<b>Administrador del centro</b>	GEO Group
<b>Tipo de contrato del centro</b>	IGSA

El Sr. Domínguez-Valdivia contrajo neumonía, una enfermedad tratable y prevenible, durante sus 82 días detenido por asuntos de inmigración, pero murió después de recibir lo que la ODO describió como un “nivel inaceptable de atención médica”.<sup>119</sup> Falleció el 4 de marzo de 2012, en el Hospital Comunitario Victor Valley, situado en Victorville (California). Oriundo de México, el Sr. Domínguez tenía 58 años para ese momento y había estado detenido en el Centro de Detención de Adelanto (ADF) situado en Adelanto (California), desde el 26 de noviembre de 2011. En el informe de la autopsia, según la inspección que hizo la ERO del ADF, se cita como causa de la muerte “insuficiencia orgánica múltiple debida a sepsis, debida a bronconeumonía y a enfermedad hepática alcohólica crónica”.<sup>120</sup>

En los tres meses antes de su muerte, el Sr. Domínguez fue trasladado al hospital dos veces porque se “quejaba de sentir mareos”. Después se le hizo una “prueba de esfuerzo y un ecocardiograma”, pero “no se obtuvo un diagnóstico definitivo”.<sup>121</sup> En la mañana del 16 de febrero de 2012, una enfermera que le estaba dando los medicamentos observó al Sr. Domínguez en la unidad de alojamiento. No se sabe con claridad lo que observó, pero

el Sr. Domínguez fue llevado al departamento médico con quejas de “mareos, cansancio y debilidad”.<sup>122</sup> Más tarde fue admitido en la sala de urgencias del Hospital Comunitario de Victor Valley, donde falleció.

De acuerdo con la inspección que hizo la ODO en 2012 del ADF, se había hecho una investigación de la defunción luego del fallecimiento del Sr. Domínguez. La investigación de la defunción no está al alcance del público; fue una de las cuatro investigaciones que quedaban incompletas para la fecha en que la ACLU presentó la petición fundamentada en la FOIA. La ACLU presentó una solicitud de seguimiento para estas investigaciones, pero el ICE negó la petición de la organización de que se acelerara el proceso, alegando que no había “urgencia en informar a su público limitado acerca de acciones pasadas del ICE” y que la información incluida en la investigación de la defunción del Sr. Domínguez no “iba a tener ninguna repercusión en situaciones futuras resultantes o inmediatas”. Debido a que no está claro cuándo el ICE va a entregar la investigación completa de la defunción, los autores de este informe se han basado en un resumen de la investigación de la defunción que se encuentra en la inspección hecha por la ODO en 2012. La investigación

determinó que el personal médico del ACF<sup>123</sup> no le había dado al detenido [Sr. Domínguez] la atención adecuada ni había cumplido con los requisitos de las normas del ICE PBNS 2008. La investigación de la defunción reveló varios errores notorios cometidos por el personal médico del ACF en el caso del Sr. Domínguez, entre otros, “omisión de los exámenes físicos adecuados en respuesta a los síntomas y quejas, falta de preparación de todo tipo de registros críticos para la continuidad de la atención, además de no haber facilitado el acceso oportuno y apropiado a los tratamientos fuera del centro”.<sup>124</sup> El resumen de la investigación de la defunción concluye que la muerte del Sr. Domínguez “podría haberse evitado y que [él] recibió un nivel inaceptable de atención médica mientras se encontraba detenido en el ACF”.<sup>125</sup>

A pesar de esta conclusión inequívoca de negligencia médica emanada de la ODO, el ADF pasó su inspección de la ERO correspondiente a octubre de 2012, más adelante en ese año, luego de la muerte del Sr. Domínguez. Sin embargo, el ADF no había pasado la inspección de la ERO correspondiente a 2011, antes de la muerte del Sr. Domínguez,<sup>126</sup> debido a un componente deficiente de una norma médica obligatoria. El componente exigía que se hicieran evaluaciones y exámenes físicos dentro de los 14 días siguientes a la llegada de una persona al Centro, y el análisis de 25 historiales médicos reveló que esto no se estaba haciendo.<sup>127</sup> El resumen de la investigación de la defunción del Sr. Domínguez demuestra que esta y otras fallas fatales seguían existiendo, lo cual aumenta la preocupación de que el ADF hubiera pasado su inspección de 2012.



## Defunción No. 7: Victor Ramirez-Reyes

<b>Edad</b>	56 años
<b>País de origen</b>	Ecuador
<b>Causa de defunción</b>	Enfermedad cardíaca luego de que los proveedores de servicios de salud no vigilaron ni controlaron la presión arterial del Sr. Ramírez.
<b>Fecha de defunción</b>	26 de septiembre de 2011
<b>Normas de detención</b>	PBNS 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (V)(F): Responsabilidad de la administración o distribución de medicamentos de manera oportuna y de conformidad con las instrucciones del proveedor de servicios diplomado; Sección (II)(5): Seguimiento oportuno de las solicitudes de atención de salud.
<b>Duración de la detención</b>	20 días
<b>Centro de detención</b>	Centro de Detención de Elizabeth (Elizabeth), NJ
<b>Administrador del centro</b>	CCA
<b>Tipo de contrato del centro</b>	CDF

Víctor Ramírez-Reyes murió de enfermedad cardíaca, un trastorno tratable, luego de que los proveedores de servicios médicos le prestaron cuidados muy por debajo del nivel de atención requerido, al no vigilar ni controlar su presión arterial. El Sr. Ramírez de 56 años, oriundo de Ecuador, murió el 26 de septiembre de 2011, en el Hospital

Trinitas situado en Elizabeth (New Jersey), tras 20 días bajo la custodia del ICE en el Centro de Detención de Elizabeth administrado por la empresa CCA, en New Jersey. Según el médico forense del estado de Nueva York, la causa inmediata de la muerte fue enfermedad cardiovascular aterosclerótica e hipertensiva, o problemas cardíacos

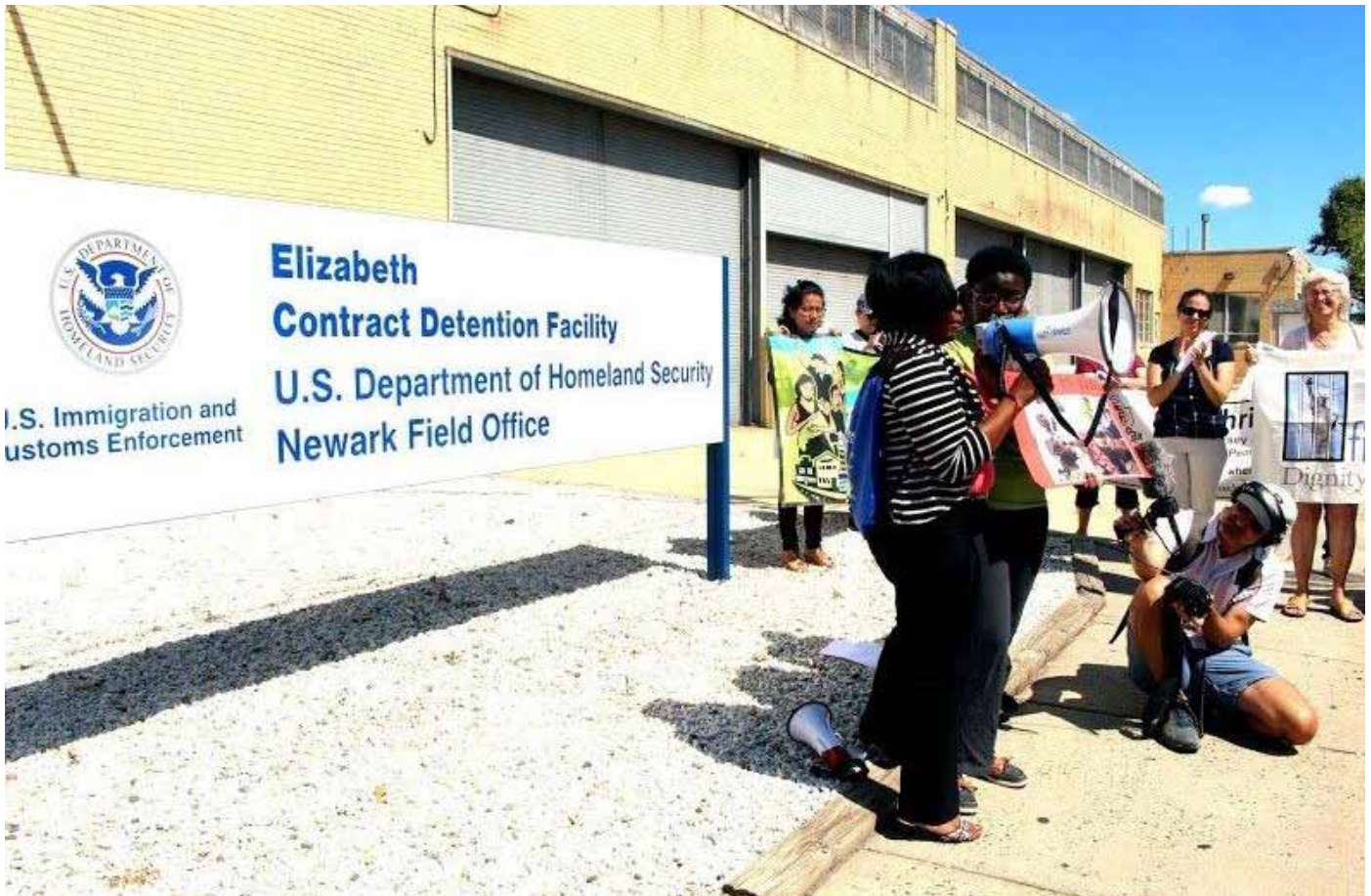


Foto: American Friends Service Committee Immigrant Rights Program

relacionados con presión arterial alta y formación de placa en las arterias.<sup>128</sup>

A pesar de que el Sr. Ramírez había informado en sus entrevistas iniciales con el ICE y luego en la entrevista con el personal médico del Centro de Elizabeth que tenía antecedentes médicos de presión arterial, el personal médico no vigiló en forma adecuada sus signos vitales para asegurarse de que la presión arterial del detenido estaba bajo control. El Sr. Ramírez recibía una dosis doble de su medicamento todos los días porque el personal médico no seguía los protocolos adecuados.<sup>129</sup> Una solicitud de servicios médicos presentada por el Sr. Ramírez no fue remitida al funcionario médico que iba a atenderlo. Por consiguiente, el personal médico no atendió los síntomas documentados en la solicitud, entre otros, la dificultad para respirar.<sup>130</sup> En la mañana de su muerte, el Sr. Ramírez colapsó después de recibir su medicamento. La resucitación cardiopulmonar y el uso de un desfibrilador automático solo empezaron cuando

llegaron los técnicos especializados en urgencias médicas, alrededor de 10 minutos más tarde.<sup>131</sup> Casi una hora más tarde, luego de su llegada al hospital, un médico declaró que el Sr. Ramírez estaba muerto.

Las inspecciones de la ERO y de la ODO después de la muerte del Sr. Ramírez suscitaron conclusiones mutuamente incompatibles acerca de la calidad de la atención en el Centro de Elizabeth. La inspección de la ERO correspondiente a octubre de 2011 tuvo lugar 22 días después de la muerte del Sr. Ramírez. La inspección menciona la muerte, pero no destaca ningún motivo de preocupación acerca de la calidad de la atención médica. En realidad, los inspectores de la ERO determinaron que el Centro cumplía todas las 66 normas médicas examinadas. Los inspectores indicaron que la unidad de servicios de salud está dotada del personal "adecuado" y ofrece cobertura de servicios las 24 horas del día, siete días a la semana.<sup>132</sup>

Para el momento de la inspección, el establecimiento estaba en proceso de ampliación, con lo cual resultaba hasta más crítico identificar y abordar las deficiencias existentes. Es preocupante que se autorizara la ampliación de noviembre de 2011 en el Centro de Elizabeth en vista de la defunción del Sr. Ramírez y el fracaso evidente en cuanto al mejoramiento de la calidad de la atención médica.<sup>134</sup>

En contraste, en la inspección efectuada por la ODO en enero de 2012, se encontraron 22 deficiencias. Cuatro de ellas se referían al incumplimiento de las normas PBNDS de atención médica relacionadas con la dotación inadecuada de personal médico y la omisión del suministro de atención médica oportuna y apropiada.<sup>135</sup> La ODO señala que los niveles de personal son “inadecuados para atender las necesidades relativas a la salud de la población de detenidos” y la tasa de puestos vacantes es motivo de grave preocupación en vista de que el Centro no tiene un médico permanente ni cobertura de servicios durante los fines de semana.<sup>136</sup>

En la inspección de la ODO no se menciona la muerte del

## El personal médico no vigiló en forma adecuada sus signos vitales.

Sr. Ramírez, pero se identifica un caso muy parecido al del Sr. Ramírez en el cual una persona también informó tener antecedentes de hipertensión y no se le había dado la atención médica apropiada. Aunque este segundo caso ocurrió menos de un mes después de la muerte del Sr. Ramírez, el Centro cometió los mismos errores que habían conducido a la defunción del Sr. Ramírez. Por ejemplo, los proveedores de servicios de salud no remitieron a la persona a un nivel más alto de la atención o a un proveedor externo, a pesar de que la persona tuvo presión arterial “peligrosamente” elevada por más de 24 horas.<sup>137</sup> Aunque esta segunda persona fue puesta en libertad, resulta profundamente preocupante que el Centro de Elizabeth no haya hecho cambios en sus procedimientos médicos para atender las fallas que llevaron a la muerte del Sr. Ramírez. No está claro si el ICE ha abordado todas las fallas en la atención médica, porque no ha divulgado al público la información sobre inspecciones más recientes.

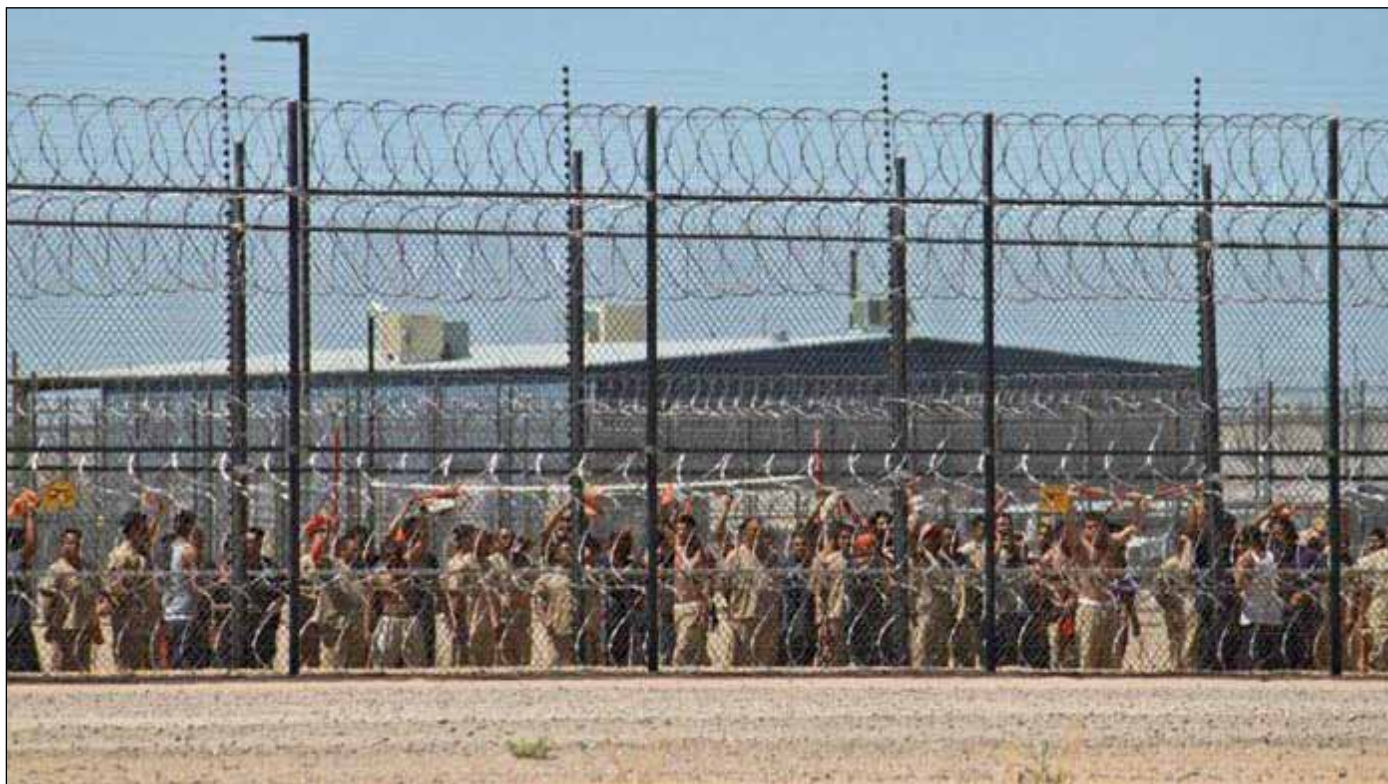


Photo: Diane Ovalle of Puente



## Defunción No. 8: Mauro Rivera Romero

<b>Edad</b>	43 años
<b>País de origen</b>	El Salvador
<b>Causa de defunción</b>	Criptococosis diseminada, una infección asociada con las personas que tienen el sistema inmunitario debilitado, luego de exámenes médicos inadecuados, omisión de la transferencia de información clínica crítica, y falta de atención oportuna de los problemas médicos del Sr. Rivera; además de la omisión de su reenvío a un proveedor de servicios médicos de nivel más alto.
<b>Fecha de defunción</b>	5 de octubre de 2011
<b>Normas de detención</b>	PBNDS 2008
<b>Incumplimiento de las normas de detención relativas a la atención médica</b>	Sección (II): Satisfacer las necesidades de cuidados de salud de manera oportuna y eficiente.
<b>Duración de la detención</b>	3 días
<b>Centro de detención</b>	Centro de Procesamiento de El Paso, El Paso, TX
<b>Administrador del centro</b>	ICE, Doyon-Akal JV supervisa a la población de detenidos. <sup>138</sup>
<b>Tipo de contrato del centro</b>	Centro de Procesamiento de Servicios (SPC)

La negligencia en los exámenes médicos de detección y la omisión de la transferencia de información médica clínica crítica condujo a la muerte de Mauro Rivera Romero a la edad de 43 años, debido a una infección. El Sr. Rivera, un ciudadano de El Salvador, murió el 5 de octubre de 2011, en el Centro Médico Del Sol en El Paso, Texas, luego de tres días de detención en el Centro de Procesamiento de El Paso (EPC). La Oficina del Médico Forense del Condado de El Paso determinó que la causa de la defunción había sido criptococosis diseminada, una infección asociada con las personas con el sistema inmunitario debilitado.<sup>139</sup>

La investigación que hizo la ODO de la defunción del Sr. Rivera encontró que el personal médico del EPC no había examinado el historial médico del Sr. Rivera y ha debido reenviarlo a un proveedor médico de nivel más alto. La ODO también encontró que importante información médica no se había transferido desde la Patrulla Fronteriza de los Estados Unidos cuando el Sr. Rivera fue puesto bajo la custodia del ICE, y que el personal médico falló en repetidas ocasiones en documentar sus encuentros médicos.<sup>140</sup> La ODO señala que la muerte del Sr. Rivera podría haberse prevenido si hubiera

aceptado la atención médica de la Patrulla Fronteriza o revelado con anterioridad que era VIH positivo.<sup>141</sup> Sin embargo, las personas con VIH, por lo general, dudan en revelar su situación debido al estigma asociado con la enfermedad. Aunque en la investigación de la defunción que hizo la ODO no se examina esta posibilidad, un proceso detallado y privado de detección sensible a esta dinámica podría haber inducido al Sr. Rivera a revelar su estado con respecto al VIH durante su tamizaje inicial. Independientemente de lo anterior, la ODO determinó que el EPC no le había prestado la atención médica adecuada en varias ocasiones.

La ODO concluyó que el EPC no cumplió con las normas PBNDS que exigen la satisfacción de las necesidades de atención de salud de manera oportuna y eficiente. Aunque la ODO no cita la falta de seguimiento con el médico del Sr. Rivera luego de su examen de detección del 2 de octubre como una falla técnica, reconoce que esta falta de acción perjudicó el primer examen de detección y representó “una oportunidad perdida de obtener más antecedentes médicos exactos críticos para la atención”.<sup>142</sup>

El proceso de las inspecciones no abordó de manera significativa y antes que todo la atención médica inadecuada ni tuvo en cuenta la falla del Centro en prestar la atención médica adecuada. Por ejemplo, en la inspección de la ODO correspondiente a 2010 e mencionan entrevistas con personas detenidas que se quejaron de la atención médica ofrecida por el Centro; estas citaron específicamente que “la espera para recibir atención médica después de presentar una solicitud de servicios es demasiado larga, el personal médico se queja de que los detenidos tengan problemas médicos, y no se presta atención a las quejas de los detenidos cuando tienen algún dolor”.<sup>145</sup> La inspección de septiembre de 2011 que hizo la ERO le dio al EPC calificaciones de haber aprobado con respecto a las normas de atención médica, aunque encontró una deficiencia en la atención dental.<sup>146</sup>

El EPC pasó su inspección efectuada por la ERO en septiembre de 2012.<sup>147</sup> El EPC pasó su inspección efectuada por la ERO en septiembre de 2012. Similar a la inspección que hizo la ERO en 2011, en esta inspección no se encontraron fallas en la atención médica en el EPC. Además de las inspecciones de la ERO, la ODO inspeccionó al EPC en marzo de 2012, apenas cinco meses después de la muerte del Sr. Rivera, pero en su informe no se mencionó esta defunción ni se identificó ninguna deficiencia con respecto a la atención médica. Si las inspecciones de la ODO y la ERO documentaran e investigaran de la forma adecuada las fallas de la atención médica en los centros de detención, la muerte del Sr. Rivera muy bien ha podido ser evitada.

## Cronología de la defunción: Mauro Rivera Romero

● **1 OCT.**

*La Patrulla Fronteriza detiene al Sr. Rivera a bordo de un autobús Greyhound en un puesto de control en Texas. El Sr. Rivera informa que tiene dolores de estómago y náuseas, y declara que fue diagnosticado con una infección y dado de alta de un hospital el 29 de septiembre. Rechaza la atención médica de la Patrulla Fronteriza y es transferido al EPC.*

● **2 OCT.**

*El Sr. Rivera revela en su examen de detección inicial que en 2011 estuvo hospitalizado por gastritis (relacionada con inflamación del estómago), pero no podía recordar el medicamento que le recetaron para este trastorno.*

● **3 OCT.**

*Durante la primera visita del Sr. Rivera a la unidad médica porque se encontraba enfermo, una enfermera diplomada encuentra que tiene un pulso elevado de 129, pero no reenvía al Sr. Rivera para que lo examine un proveedor de atención de nivel más alto.<sup>143</sup>*

● **3-4 OCT.**

*El Sr. Rivera presenta quejas escritas en tres ocasiones separadas con respecto a sus dolencias, entre otras, molestias en el abdomen y su incapacidad para caminar. A pesar de la gravedad de estas quejas, transcurren unas 24 horas entre la primera queja del Sr. Rivera y cuando es visto por primera vez para darle un tratamiento.<sup>144</sup>*

● **5 OCT.**

*El Sr. Rivera fallece.*

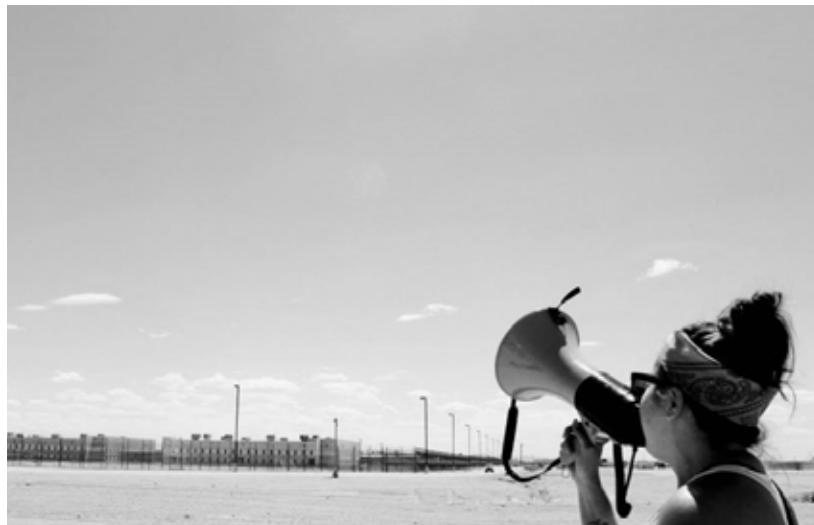


Foto: Diane Ovalle of Puente



# Conclusión

Las muertes en los centros de detención constituyen la consecuencia más notoria y permanente de un sistema de detención de inmigrantes irresponsable y negligente. La investigación que hicieron DWN, la NIJC y la ACLU de las defunciones ocurridas desde 2010 hasta 2012 aportó nueva evidencia de que las inspecciones del ICE no les exigen rendición de cuentas a los centros de detención. Las dificultades que ha encontrado la ACLU para obtener otras investigaciones de las muertes demuestran que la cultura de secreto subsiste en el DHS. Sobre la base de los resultados de este informe, la ACLU, la DWN y la NIJC exhortan al DHS y al ICE a que:

## **1. Reduzcan de inmediato la detención de inmigrantes.**

- a. Pongan en libertad a las personas con necesidades graves de atención médica y de salud mental, en especial cuando las personas necesitan atención de un nivel más alto.
- b. Rescindan de inmediato los contratos con los establecimientos donde, en varias ocasiones, han ocurrido muertes prevenibles, como el Centro de Detención de Eloy, situado en Arizona.
- c. Trasladen el financiamiento actual asignado a la detención a alternativas comunitarias, que les permitirán a las personas buscar atención médica y recibir apoyo de la familia, de la comunidad, además de asesoramiento legal.
- d. Apliquen las normas de detención actuales del ICE a todos los establecimientos utilizados por el ICE y rescindan los contratos en los casos en que no se están cumpliendo las normas actuales.

## **2. Mejoren la prestación de atención médica de las personas detenidas.**

- a. Actualicen las normas PBNDS 2011 para exigir que los proveedores de servicios médicos sean responsables de satisfacer las necesidades de atención de salud de las personas que se encuentran bajo la custodia del ICE y que no se limiten solamente a dar "acceso" a la atención de salud.
- b. Actualizar las normas PBNDS 2011 relativas a la atención médica para satisfacer o superar todas las normas NCCHC análogas sobre la atención de salud en prisiones y cárceles.
- c. Pongan fin al uso de centros de detención privados con fines de lucro y de subcontratistas de atención médica con fines de lucro. En cambio, aseguren que el IHSC sea el proveedor directo de atención de salud en todos los establecimientos de detención de inmigrantes.
- d. Retiren al IHSC de la supervisión del ICE para mantener la independencia clínica y la supervisión independiente.
- e. Aseguren que todos los centros de detención tengan planes adecuados para la dotación de personal clínico, que estos incluyan información sobre puestos vacantes y ocupados como un componente de cumplimiento durante las inspecciones de la ERO y la ODO.

## **3. Aseguren que las inspecciones aporten una supervisión provechosa.**

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

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

- a. Hagan el proceso de las inspecciones más transparente poniendo al alcance del público las inspecciones de la ERO y de la ODO, así como las investigaciones de las defunciones que haga la ODO, dentro de los tres meses siguientes a su finalización, y suministrando informes regulares, públicos y congresionales, acerca de la frecuencia y las circunstancias de los eventos centinela (según los ha definido la Comisión Conjunta<sup>148</sup>) que ocurran en la detención.
- b. Exijan al ICE que publique todas las investigaciones de las defunciones que ocurran, incluso las que hagan la Oficina del Inspector General y la Oficina de Derechos Civiles y Libertades Civiles.
- c. Crear un comité médico asesor independiente para investigar las muertes de personas detenidas.

# Apéndice

Además de las recomendaciones formuladas en la conclusión, a continuación figuran las recomendaciones relativas a las inspecciones procedentes del informe sobre las inspecciones Lives in Peril preparado por la DWN y la NIJC, que reconocen la necesidad de reformas robustas y significativas al sistema de inspecciones del ICE:<sup>149</sup>

## 1. Aumentar la transparencia y la supervisión del proceso de las inspecciones.

- a. Poner al alcance del público oportunamente las inspecciones hechas por la ERO y la ODO. Hasta la fecha, el ICE ha divulgado al público sus inspecciones solo como resultado de las solicitudes basadas en la FOIA. Las solicitudes fundamentadas en la FOIA son obstáculos que innecesariamente exigen mucho tiempo y gastos para tener acceso a la información acerca de cómo el gobierno federal trata a miles de personas bajo su custodia y gasta miles de millones de dólares de los contribuyentes. En cambio, esta información debería estar al alcance del público en forma gratuita.
- b. Suministrar informes públicos acerca de intentos de suicidio, huelgas de hambre, interrupciones de programas de trabajo, uso del régimen de aislamiento, uso de la fuerza, y otros sucesos significativos en los centros de detención.
- c. Presentar informes trimestrales al Congreso sobre las actividades de inspección y supervisión de los establecimientos de detención, que deben ponerse a la disposición del público.

## 2. Mejorar la calidad de las inspecciones

- a. Establecer un mediador de DHS fuera del ICE para efectuar inspecciones no anunciadas de los establecimientos de detención de inmigrantes, por lo menos una vez al año, y poner a la disposición del público los resultados completos. Estas inspecciones hechas por terceros deben examinar el cumplimiento con las normas de detención aplicables y determinar si los contratos se renovarían de conformidad con los requisitos del Congreso sobre las asignaciones presupuestarias.
- b. Prohibir a los establecimientos que adopten un enfoque “a la carta” para el cumplimiento y hacer que todas las disposiciones de las normas de detención sean obligatorias durante las inspecciones. El ICE no debe seguir permitiendo que algunos establecimientos se eximan del acatamiento de las normas de detención que se han comprometido a cumplir al haber firmado un contrato. Si un establecimiento no puede cumplir con las normas de detención en su totalidad, entonces no se le debe permitir firmar ni continuar un contrato con el ICE.
- c. Asegurarse de que las inspecciones comprendan algo más que listas de verificación. Los inspectores deben basarse en algo más que las seguridades que les dan los administradores de las cárceles de que están cumpliendo con las normas de detención y, en cambio, buscar y documentar pruebas de que realmente se están aplicando dichas normas.
- d. Hacer participar a los inmigrantes detenidos mientras se hacen las inspecciones, así como a otros interesados, como proveedores de servicios legales y quienes regularmente hacen visitas, a fin de captar los niveles de preocupación en un establecimiento, que tal vez no sean notificados a través de los canales institucionales formales. Los inspectores deben documentar el contenido de esas entrevistas.

## 3. Instituir las consecuencias de las inspecciones no aprobadas

- a. Colocar a los establecimientos de detención en un período de prueba y someterlos a inspecciones más detalladas luego del primer resultado de incumplimiento sustancial.
- b. Rescindir los contratos en un plazo de 60 días de aquellos establecimientos en los que se hayan encontrado pruebas de incumplimiento sustancial, incluso una puntuación inadecuada o inferior a la puntuación mediana equivalente en dos inspecciones consecutivas.

# Notas finales

1. Nina Bernstein, "Officials Hid Truth of Immigrant Deaths in Jail," *N.Y. TIMES*, Jan. 9, 2010, disponible en: <http://www.nytimes.com/2010/01/10/us/10detain.html>; Dana Priest & Amy Goldstein, "System of Neglect," *Washington Post*, May 11, 2008, disponible en: [http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/specials/immigration/cwc\\_d1p1.html](http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/specials/immigration/cwc_d1p1.html).
2. Id.
3. Detention Watch Network and National Immigrant Justice Center, *Lives in Peril: How Ineffective Inspections Make ICE Complicit in Immigration Detention Abuse*, Oct. 2015, disponible en: <http://immigrantjustice.org/sites/immigrantjustice.org/files/THR-Inspections-FOIA-Report-October-2015-FINAL.pdf> [de aquí en adelante "Lives in Peril"].
4. *The New York Times*, In Custody Deaths, disponible en: [http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/subjects/i/immigration\\_detention\\_us/incustody\\_deaths/index.html](http://topics.nytimes.com/top/reference/timestopics/subjects/i/immigration_detention_us/incustody_deaths/index.html) (recopilación de reportajes sobre defunciones); Nina Bernstein, "U.S. to Reform Policy on Detention of Immigrants," *The New York Times*, at A1, Aug. 5, 2009, disponible en: <http://www.nytimes.com/2009/08/06/us/politics/06detain.html>.
5. Desde entonces, la ACLU ha presentado dos peticiones fundamentadas en la FOIA para solicitar otras investigaciones de defunciones, incluso las cuatro investigaciones que estaban todavía en curso para la fecha de la petición original. El ICE todavía no ha entregado documentos en respuesta a ninguna de las nuevas peticiones basadas en la FOIA, y respondió a cada una de ellas alegando, entre otras cosas, que la ACLU no había estipulado "por qué ustedes consideran que hay urgencia en informar a su limitado público acerca de acciones pasadas del ICE [es decir, defunciones de personas bajo custodia del ICE]", y concluyó que la petición basada en la FOIA no haría una contribución "significativa" a la comprensión por el público de las operaciones o actividades del gobierno; concluyó además, que la petición basada en la FOIA favorecía "principalmente el interés comercial" de la ACLU. La ACLU presentó una apelación administrativa ante la Oficina del Asesor Jurídico Principal del ICE y está esperando el resultado de esta apelación.
6. Para más información acerca de la creación de la ODO, véase U.S. Department of Homeland Security (DHS), *Written testimony of U.S. Immigration and Customs Enforcement Office of Detention Policy and Planning Assistant Director Kevin Landy for a House Committee on the Judiciary, Subcommittee on Immigration Policy and Enforcement hearing on Performance-Based National Detention Standards (PBNDS) 2011* (Mar. 27, 2012), disponible en: <http://www.dhs.gov/news/2012/03/27/written-testimony-us-immigration-and-customs-enforcement-house-judiciary>.
7. U.S. Immigration & Customs Enforcement (ICE), *2011 Operations Manual ICE Performance-Based National Detention Standards*, disponible en: <https://www.ice.gov/detention-standards/2011>.
8. ACLU, *Written Statement of the American Civil Liberties Union, Holiday on ICE: The U.S. Department of Homeland Security's New Immigration Detention Standards: Hearing Before the Subcomm. on Immigration Policy and Enforcement of the H. Comm. on the Judiciary, 112th Congress* (Mar. 28, 2012), disponible en: [https://www.aclu.org/files/assets/aclu\\_detention\\_standards\\_hearing\\_statement\\_final\\_2.pdf](https://www.aclu.org/files/assets/aclu_detention_standards_hearing_statement_final_2.pdf).
9. Gov't Accountability Office, *Immigration Detention: Additional Actions Needed to Strengthen Management and Oversight of Facility Costs and Standards*, at 30-32 (Oct. 10, 2014), disponible en: <http://gao.gov/assets/670/666467.pdf>.
10. DHS, *Death Investigation for Irene Bamenga, Jan. 12, 2012*, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p21/a272801>, p. 21 [de aquí en adelante "Bamenga"]; DHS, *Death Investigation for Amra Miletic, Aug. 17, 2011*, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p29/a272804>, p. 29 [de aquí en adelante "Miletic"].
11. National Immigrant Justice Center, *Freedom of Information Act Litigation Reveals Systemic Lack of Accountability in Immigration Detention Contracting*, Aug. 2015, disponible en: <http://immigrantjustice.org/sites/immigrantjustice.org/files/images/NIJC%20Transparency%20and%20Human%20Rights%20Project%20August%202015%20Report%20FINAL3.pdf>, p. 6.
12. Department of Homeland Security Appropriations Act, 2010, H.R. 2892, P.L. 111-83, 111th Cong., disponible en: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ83/pdf/PLAW-111publ83.pdf>, p. 9.
13. Megan Granski, Allen Keller & Homer Venters, *Death Rates among Detained Immigrants in the United States*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Nov. 2015.
14. Según la lista del ICE correspondiente a 2016 sobre las defunciones de personas bajo custodia del ICE, hubo cinco suicidios durante el gobierno del presidente Obama. Los autores contaron la defunción de José Nelson Reyes-Zelaya, ocurrida en julio de 2010, como el sexto suicidio porque los informes iniciales del ICE y las agencias de noticias indicaban que la muerte había sido un suicidio. La lista preparada por el ICE de defunciones de personas bajo su custodia, correspondiente a 2012 señala que la muerte del Sr. Reyes-Zelaya se debió a asfixia, pero el ICE cambió la causa de muerte en varias listas más recientes en las que se menciona "cáncer", como causa de la defunción. Véase ICE "List of Deaths in ICE Custody: October 2003-January 25, 2016. Consultado el 26 de enero de 2016," disponible en: <https://www.ice.gov/sites/default/files/documents/Report/2016/DetaineeDeaths2003Jan2016.pdf> [de aquí en adelante "ICE Deaths List 2016"]; ICE, *List of Deaths in ICE Custody, October 2003-December 6, 2012*, disponible en: <http://immigrantjustice.org/sites/immigrantjustice.org/files/Detainee%20Deaths%20in%20ICE%20Custody%202003-2012.pdf>; Seth Freed Wessler, *Salvadoran Man Commits Suicide in Immigration Detention, Colorlines*, Jul. 21, 2010, <http://www.colorlines.com/articles/salvadoran-man-commits-suicide-immigration-detention>; *Man Held on Immigration Charges Dies in Orleans Prison, The Times-Picayne*, Jul. 18, 2010, disponible en: [http://www.nola.com/crime/index.ssf/2010/07/man\\_held\\_on\\_immigration\\_charge.html](http://www.nola.com/crime/index.ssf/2010/07/man_held_on_immigration_charge.html).
15. Nina Bernstein, *Officials Say Detainee Fatalities Were Missed*, *The New York Times*, Aug. 17, 2009, disponible en: [http://www.nytimes.com/2009/08/18/us/18immig.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/08/18/us/18immig.html?_r=0) (describe la muerte de Huluf Negusse luego de un intento de suicidio).
16. Qi Gen Guo (murió el 2/23/2011, detenido en el Centro Penitenciario del Condado de Clinton, Pensilvania): La ODO concluyó que el Centro cumplía con las normas ICE NDS; sin embargo, la ODO indicó que el Centro no cumplía las normas NDS relacionadas con los exámenes de detección a la llegada del detenido, la comunicación durante la evaluación y los exámenes médicos, la realización completa de exámenes médicos detallados, las consultas médicas en una Unidad de Manejo Especial, y documentación de la negativa a recibir medicamentos. Véase DHS, *Death Investigation for Qi Gen Guo*, Jun 16, 2011. <https://www.documentcloud.org/documents/2698743-Guo-Qi-Gen.html>, pp. 12-13. José Aguilar-Espinoza (murió el 1/31/2011, detenido en el Centro Theo Lacy, California): La ODO encontró que el centro no cumplía con las normas PBNDS sobre atención médica; determinó específicamente que el formulario de los exámenes de detección iniciales estaba incompleto, los formularios de consentimiento no se habían documentado en la forma adecuada y no se había finalizado un examen físico. Véase DHS, *Death Investigation for Jose Aguilar-Espinoza*, Mar. 6, 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2698802-Aguilar-Espinoza-Jose.html>, pp. 11-12. Ricardo Rojas-Martinez (murió el 12/19/2011, detenido en el Centro de Detención por Contrato de Houston, Texas): La ODO identificó problemas con los procesos clínicos que exigen mejoras. Véase DHS, *Death Investigation for Ricardo Rojas-Martinez*, Aug. 16, 2012,

# Notas finales

- disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2698740-Rojas-Martinez-Ricardo.html>, pp. 147-148.
17. The Joint Commission, *Sentinel Events Policy*, disponible en: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH\\_24\\_SE\\_all\\_CURRENT.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_24_SE_all_CURRENT.pdf).
  18. DHS, *Death Investigation for Miguel Angel Sarabia-Ortega*, Oct. 1, 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2698741-Sarabia-Miguel.html#document/p8/a273595>, p. 8.
  19. Shea Johnson, *Wrongful Death Suit Headed to Mediation*, *Hesperia Star*, Dec. 1, 2014, disponible en: <http://www.hesperia.com/article/20141201/NEWS/141209983>; Milton J. Valencia, *Lawsuit Over Death of Lynn Woman Allowed to go to Jury*, *The Boston Globe*, Sept. 15, 2015, disponible en: <https://www.bostonglobe.com/metro/2015/09/15/lawsuit-over-death-lynn-woman-who-was-detained-immigration-violations-allowed-jury-CON7Q7JUPmHT12rDFBRTiO/story.html> [de aquí en adelante "Valencia"]; Roxana Orellana, *Family of Woman Who Died in Jail Files Federal Lawsuit*, *Salt Lake City Tribune*, June 21, 2012, available at <http://archive.sltrib.com/story.php?ref=/54350757>.
  20. Dos defunciones ocurrieron en centros de detención administrados por la empresa GEO Group: Centro Penitenciario de Adelanto (IGSA) y el Centro de Denver (CDF); dos en centros administrados por la Corrections Corporation of America (CCA): Centro de Detención de Eloy (IGSA) y Centro de Detención de Elizabeth (CDF); una en un centro de procesamiento de servicios (SPC) administrado por Doyon-Akal JV: El Paso SPC; y una en un centro administrado por Immigration Centers of America, LLC: Immigration Centers of America - Farmville (IGSA).
  21. Grassroots Leadership, *Payoff: How Congress Ensures Private Prison Profit with an Immigrant Detention Quota*, Apr. 2015, disponible en: <http://grassrootsleadership.org/reports/payoff-how-congress-ensures-private-prison-profit-immigrant-detention-quota#1>.
  22. ACLU, *Warehoused and Forgotten: Immigrants Trapped in Our Shadow Private Prison System*, Jun. 2014, disponible en: <https://www.aclu.org/sites/default/files/assets/060614-aclu-car-reportonline.pdf>; Grassroots Leadership, *The Dirty Thirty: Nothing to Celebrate About 30 Years of Corrections Corporation of America*, Jun. 2013, disponible en: [http://grassrootsleadership.org/sites/default/files/uploads/GRL\\_Dirty\\_Thirty\\_formatted\\_for\\_web.pdf](http://grassrootsleadership.org/sites/default/files/uploads/GRL_Dirty_Thirty_formatted_for_web.pdf); Detention Watch Network & CIVIC, *Abuse in Adelanto: An Investigation Into a California Town's Immigration Jail*, Oct. 2015, disponible en: [http://www.detentionwatchnetwork.org/sites/detentionwatchnetwork.org/files/civicdwn\\_adelanto\\_report.pdf](http://www.detentionwatchnetwork.org/sites/detentionwatchnetwork.org/files/civicdwn_adelanto_report.pdf); Grassroots Leadership, *For-Profit Family Detention: Meet the Private Prison Corporations Making Millions by Locking Up Refugee Families*, Oct. 2014, disponible en: <http://grassrootsleadership.org/sites/default/files/uploads/For-Profit%20Family%20Detention.pdf>; Civil Rights Division, U.S. Dept of Justice, *Investigation of the Walnut Grove Youth Correctional Facility*, Mar. 20, 2012, disponible en: <http://www.justice.gov/sites/default/files/crt/legacy/2012/04/09/walnutgrovefl.pdf>; Inspector General, U.S. Dept of Justice, *Audit of the Federal Bureau of Prisons Contract No. DJB1PC007 Awarded to Reeves County, Texas to Operate the Reeves County Detention Center I/II, Pecos, Texas*, Apr. 2015, disponible en: <https://oig.justice.gov/reports/2015/a1515.pdf>; Brendan Fischer, *Violence, Abuse, and Death at For-Profit Prisons: A GEO Group Rap Sheet*, *PR Watch*, Nov. 10, 2015, disponible en: <http://www.prwatch.org/news/2013/09/12255/violence-abuse-and-death-profit-prisons-geo-group-rap-sheet>; Jerry Mitchell, *Private Prisons Face Suits, Federal Probes*, *The Clarion-Ledger*, Oct. 15, 2014, disponible en: <http://www.clarionledger.com/story/news/2014/10/11/private-prisons-face-suits-federal-probes/17122977>.
  23. DHS, *Death Investigation for Evalin-Ali Mandza*, Oct. 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html>, pp. 153-164 describe el cronograma de los hechos) [de aquí en adelante "Mandza"].
  24. Mandza, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p156/a273085>, p. 156.
  25. Non-compliance with ICE PBNDs, Medical Care, Section (II)(7); Mandza, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p18/a273086>, p. 18.
  26. Mandza, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p156/a273085>, p. 156.
  27. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p19/a273177>, p. 19.
  28. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p155/a273178>, p. 155.
  29. Non-compliance with ICE PBNDs, Medical Care, Section (V)(O); Mandza, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p12/a273179>, p. 12.
  30. Mandza, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p155/a273196>, p. 155.
  31. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p12/a273179>, p. 12.
  32. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p19/a273180>, p. 19.
  33. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p13/a273193>, p. 13.
  34. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p16/a273194>, p. 16.
  35. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695514-Mandza-Evalin-Ali.html#document/p15/a273195>, p. 15.
  36. 2012 Denver Contract Detention Facility ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1699764-denver-county-jail-geo-group-2012-ero-inspection.html#document/p105/a271519>, p. 105.
  37. Miletic, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p134/a273127>, p. 134 (State of Utah, Department of Health, Office of the Medical Examiner Report).
  38. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p26/a273128>, p. 26.
  39. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p27/a273129>, p. 27.
  40. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p28/a273131>, p. 28.
  41. Non-compliance with ICE NDS, Medical Care, section (III)(D), Medical Screening (New Arrivals); Miletic, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p149/a273141>, p. 149.
  42. Miletic, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html>, pp.75-77.
  43. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p9/a273145>, p. 9.
  44. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p28/a273146>, p. 28.
  45. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p16/a273600>, p. 16.
  46. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p22/a273147>, p. 22.
  47. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html>, pp. 148-149.
  48. Non-compliance with ICE NDS, Medical Care, section (III)(D); Miletic,

# Notas finales

- disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p149/a273141>, p. 149.
49. Miletic, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p75>, p. 75.
50. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html>, pp.150-151.
51. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p151/a273152>, p. 151.
52. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p153/a273156>, p. 153.
53. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p154>, p. 154.
54. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p154/a273159>, p. 154.
55. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p162/a273603>, p. 162.
56. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p162/a273164>, p. 162.
57. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p176/a273170>, p. 176.
58. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695509-Miletic-Amra.html#document/p177/a273171>, p. 177.
59. ICE Deaths List 2016.
60. DHS, *Death Investigation for Pablo Gracida-Conte*, Aug. 15, 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p1/a272669>, p. 1 [de aquí en adelante "Gracida."]
61. Incumplimiento de las normas PBNDS 2008 relativas a la atención médica, sección (II)(37) o sección (V)(I), que exigen la ayuda de traducción para los detenidos que no hablan inglés; Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p14/a272707>, p. 14.
62. Los profesionales de salud usan esta escala del dolor como una forma de medir el dolor. Diez describe el peor dolor que la persona haya sentido alguna vez.
63. Incumplimiento de las normas PBNDS 2008 relativas a la atención médica, sección (II)(2) que exigen que las necesidades de atención médica sean atendidas de manera oportuna y eficiente; Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p13/a272770>, p. 13.
64. Incumplimiento de las normas PBNDS 2008 relativas a la atención médica, sección (II)(7), disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p13/a272773>, p. 13.
65. Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p12/a272776>, p. 12.
66. Incumplimiento de las normas PBNDS 2008, relativas a la atención médica, sección (II)(7) que exigen que "Un detenido que necesita atención médica que va más allá de los recursos del establecimiento será transferido de manera oportuna a un establecimiento adecuado donde esté disponible la atención requerida". Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p9/a272777>, p. 9.
67. Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p6/a272778>, p. 6; Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p14/a272707>, p. 14.
68. Incumplimiento de las normas PBNDS 2008, relativas a la atención médica, sección (II)(37) o sección (V)(I), que exigen la ayuda de traducción para los detenidos que no hablan inglés; Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p14/a272707>, p. 14.
69. Gracida, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p6/a272760>, p. 6.
70. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p13/a272779>, p. 13.
71. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695513-Gracida-Conte-Pablo.html#document/p14/a272780>, p. 14; 2012 Eloy Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644422-Eloy.html>, p. 1.
72. 2011 Eloy ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1865603-elyo-az-2011-odo-inspection.html>, p. 16.
73. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644422-Eloy.html#document/p3/a266239>, p. 3.
74. 2012 Eloy ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644422-Eloy.html#document/p4/a266241>, p. 4; ICE Deaths List 2016.
75. Megan Julia & Daniel González, *Eloy Detention Center: Why so many suicides?*, *The Arizona Republic*, Jul. 29, 2015, disponible en: <http://www.azcentral.com/story/news/arizona/investigations/2015/07/28/elyo-detention-center-immigrant-suicides/30760545> [de aquí en adelante "Julia & González"].
76. Letter from Raúl Grijalva, Representative, Arizona's 3rd District, to Jeh Johnson, Secretary, U.S. Department of Homeland Security, Jul. 14, 2015, disponible en: [http://grijalva.house.gov/uploads/2015\\_7\\_14EloyDetentionLetter.pdf](http://grijalva.house.gov/uploads/2015_7_14EloyDetentionLetter.pdf); Julia & González.
77. ICE Deaths List 2016.
78. DHS, *Death Investigation for Anibal Ramirez-Ramirez*, May 31, 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p26/a273198>, p. 26 [de aquí en adelante "Ramirez-Ramirez."]
79. ICAF is owned by a group of investors and run by Immigration Centers of America, LLC.
80. Ramirez-Ramirez, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html>, pp. 3-4 (describes apprehension of Mr. Ramirez-Ramirez by Virginia State Police).
81. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p4/a5>, p. 4.
82. Ramirez-Ramirez, pp. 5-7 (describes interactions between PWMRAD staff and Mr. Ramirez-Ramirez).
83. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p10/a273301>, pp. 10-11.
84. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p3/a273307>, pp. 3-4.
85. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p4/a273220>, p. 4.
86. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p5/a273221>, p. 5.
87. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p10/a273301>, pp. 10-11.
88. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p119/a273314>, p. 119
89. Id., <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p120/a273318>, p. 120.
90. Non-compliance with ICE PBNDS 2008 Medical Care, section (II)(2), Ramirez-Ramirez, disponible en: <https://www.documentcloud.org/>

# Notas finales

- [documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p27/a273319](https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p27/a273319), pp. 27-28.
91. Ramirez-Ramirez, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p114/a273320>, pp. 114-115.
  92. Id., <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p19/a273322>, p. 19.
  93. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p114/a273320>, pp. 114-115.
  94. Non-compliance with ICE PBNDS, Medical Care, sections (II)(28) and (V) (B), Ramirez-Ramirez, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p28/a273327>, p. 28.
  95. Ramirez-Ramirez, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p19/a273322>, p. 19.
  96. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p19/a273333>, p. 19.
  97. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695511-Ramirez-Ramirez-Anibal.html#document/p21/a273334>, p. 21.
  98. 2011 Immigration Center of America – Farmville (ICAF) ODO Inspection, disponible en: <http://www.documentcloud.org/documents/2388774-ica-farmville-va-2011-odo-inspection.html>
  99. 2011 ICAF ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2388770-ica-farmville-va-2011-ero-inspection.html#document/p166/a267849>, p. 166.
  100. Valencia.
  101. Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html> pp. 14-15 (Aunque en el certificado de defunción se cita como hora de la muerte la 1:17 a.m., el médico de la sala de urgencias la anunció a la 1:15 a.m., según figura en la investigación de la defunción de detenidos (DDR) efectuada por la ODO).
  102. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p2/a273341>, pp. 1-2.
  103. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p120/a273285>, p. 120 (Certificate of Death).
  104. El nombre de este médico se ocultó, de acuerdo con las exenciones (b) (6), (b)(7)c.
  105. Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p137/a273344>, pp. 136-138.
  106. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p20/a272807>, p. 19; “INS Detention Standard, Medical Care,” disponible en: <https://www.ice.gov/doclib/dro/detention-standards/pdf/medical.pdf>.
  107. Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p20/a273346>, p. 20.
  108. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p10/a273421>, p. 10.
  109. El 25 de julio de 2011, la Sra. Bamenga presentó dos solicitudes de servicios médicos. En la primera afirmaba que “No me están dando la dosis completa de mis medicamentos. Dos de las seis diferentes medicinas tienen que tomarse dos veces al día y hasta ahora solo me han dado una dosis en la mañana”. En la segunda solicitud decía que el problema era “dificultad para respirar en la noche especialmente cuando estoy acostada, tengo palpitaciones cuando estoy acostada. Mareos cuando estoy de pie, cuando ocurren las palpitaciones y la dificultad para respirar”. Véase Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p77/a273348>, p. 77; Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p78/a273349>, p. 78.
  110. Incumplimiento de las normas ICE NDS, Atención médica, sección (III) (F), Solicitud de atención médica; Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p131/a273422>, p. 131.
  111. Incumplimiento de las normas ICE NDS, Atención médica, sección (III) (I), Administración de medicamento; Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html>, pp. 127, 130-132; Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p135>, p. 135. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p139>, p. 139.
  112. Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p132/a273426>, p. 132.
  113. Los resultados de la toxicidad por digoxina y las alteraciones en los niveles de potasio no se habrían detectado en una autopsia. Independientemente de esto, los resultados de la autopsia no se mostraron al DHS debido a las leyes de confidencialidad de Nueva York. Véase Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p138/a273432>, p. 138; Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p122>, p. 122.
  114. Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p139/a273434>, p. 139.
  115. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p139/a273436>, p. 139.
  116. Incumplimiento de las normas, Atención médica, sección (I), política, indica que todos los detenidos deberán tener acceso a servicios médicos que promuevan la salud y el bienestar general de la persona detenida; véase Bamenga, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695498-Bamenga-Irene.html#document/p19/a273447>, p. 19.
  117. Los resultados de la investigación de la muerte del Sr. Domínguez-Valdivia no se han divulgado todavía.
  118. 2012 Adelanto ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644420-2012-09-18-Adelanto.html#document/p4/a266231>, p. 4
  119. El Sr. Domínguez-Valdivia llegó al ADF el 26 de noviembre de 2011 y aunque las notas de la inspección de la ERO efectuada en 2012 son imprecisas, se cree que fue trasladado al hospital el 16 de febrero de 2012; véase 2012 Adelanto East ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1692931-adelanto-east-2012-ero-inspection.html#document/p110/a237926>, p. 111.
  120. 2012 Adelanto East ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1692931-adelanto-east-2012-ero-inspection.html#document/p110/a237926>, p. 111.
  121. Id.
  122. Id.
  123. El Centro de Detención de Adelanto (ADF, por sus siglas en inglés) también se conoce como Centro Penitenciario de Adelanto (ACF, por sus siglas en inglés).
  124. 2012 Adelanto ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644420-2012-09-18-Adelanto.html>.

# Notas finales

- [html#document/p4/a266231](#), p. 4.
125. Id.
  126. Aunque el establecimiento se había marcado por no haber cumplido con las normas al final de la investigación, esto se cambió para afirmar que había cumplido con las normas en el memorándum final enviado al Director de la Oficina de Campo de Los Angeles. Véase 2011 Adelanto East ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1692930-adelanto-2011-ero-inspection.html#document/p161/a248078>, p. 161; Id, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1692930-adelanto-2011-ero-inspection.html#document/p162/a248079>, p. 162.
  127. 2011 Adelanto East ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1692930-adelanto-2011-ero-inspection.html#document/p91/a248080>, p. 91.
  128. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica también se mencionó como un factor contribuyente a la defunción del Sr. Ramirez, aunque no se consideró como una causa subyacente; véase DHS, Death Investigation for Victor Ramirez-Reyes, Feb. 29, 2012, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695510-Ramirez-Reyes-Victor.html#document/p1/a272787>, p. 1 [de aquí en adelante “Ramirez-Reyes.”]
  129. Incumplimiento de las normas PBNDS, relativas a la atención médica, sección (V)(F) que exigen “[r]esponsabilidad por la administración o distribución de medicamentos de manera oportuna y de acuerdo a las instrucciones de un proveedor de servicios licenciado”; véase Ramirez-Reyes, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695510-Ramirez-Reyes-Victor.html#document/p12/a272788>, p. 12.
  130. Incumplimiento de las normas PBNDS, relativas a la atención médica, sección (II)(5), que exigen el seguimiento oportuno de las solicitudes de atención de salud; véase Ramirez-Reyes, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695510-Ramirez-Reyes-Victor.html#document/p12/a272790>, p. 12.
  131. La ODO no mencionó estas como deficiencias, pero expresó preocupación de que el personal de enfermería no conociera las directrices de 2010 acerca de los sistemas básicos de apoyo a la vida y no hubiera respondido a la situación usando un desfibrilador externo automático; véase Ramirez-Reyes, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695510-Ramirez-Reyes-Victor.html#document/p13/a272792>, p. 13.
  132. 2011 Elizabeth ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1735436-elizabeth-nj-2011-ero-inspection.html#document/p117/a267558>, p. 117.
  133. Id., disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1735436-elizabeth-nj-2011-ero-inspection.html#document/p117/a267555>, p. 117.
  134. Id, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1735436-elizabeth-nj-2011-ero-inspection.html#document/p117/a267555>.
  135. 2012 Elizabeth ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2647144-2012-ODO-Inspection-Elizabeth-NJ.html#document/p20/a267550>.
  136. Id, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2647144-2012-ODO-Inspection-Elizabeth-NJ.html#document/p5/a267552>.
  137. Id, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2647144-2012-ODO-Inspection-Elizabeth-NJ.html#document/p19/a267551>.
  138. 2012 El Paso SPC ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2644418-El-Paso-SPC-TX-2012-ODO-Inspection.html>.
  139. DHS, Death Investigation for Mauro Rivera-Romero, 2011, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695515-Rivera-Romero-Mauro.html#document/p4/a272643>, p.4 [de aquí en adelante “Rivera.”]
  140. La Patrulla Fronteriza de los Estados Unidos detuvo al Sr. Rivera el 1 de octubre de 2011 en un puesto de control en Arizona. En esa oportunidad, el Sr. Rivera reveló que había sido dado de alta recientemente del Centro Médico del Condado de Los Angeles, en California, y que había recibido un diagnóstico de infección estomacal. Además, se quejó de dolores de estómago y náuseas, para los cuales se negó a recibir atención médica. Esto se documentó en su formulario I-213, Registro de extranjero sujeto a deportación/no admisible; sin embargo, no hay una prueba documentada que demuestre que esta información fue transmitida al EPC cuando fue trasladado allí el 2 de octubre, a la espera de los procedimientos de deportación.
  141. Rivera, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695515-Rivera-Romero-Mauro.html#document/p12/a272698>, p. 13.
  142. Rivera, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695515-Rivera-Romero-Mauro.html#document/p45/a272664>, p. 45.
  143. 2010 El Paso Service Processing Center ODO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1865586-el-paso-spc-tx-2010-odo-inspection.html#document/p9/a263165>, p. 5.
  144. 2011 El Paso Service Processing Center ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1865569-el-paso-spc-tx-2011-ero-inspection.html#document/p83/a263156>, p. 83.
  145. 2012 El Paso Service Processing Center ERO Inspection, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/1865570-el-paso-spc-tx-2012-ero-inspection.html#document/p102/a263147>, p. 102.
  146. Incumplimiento de las normas, Atención médica, sección (II)(2) que exigen que se satisfagan las necesidades de atención médica de manera oportuna y eficiente; Rivera, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695515-Rivera-Romero-Mauro.html#document/p13/a272700>, p. 13.
  147. Incumplimiento de las normas, Atención médica, sección (II)(2) que exigen que se satisfagan las necesidades de atención médica de manera oportuna y eficiente; véase Rivera, disponible en: <https://www.documentcloud.org/documents/2695515-Rivera-Romero-Mauro.html#document/p13/a272701>, p. 13.
  148. The Joint Commission, Sentinel Events Policy, disponible en: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH\\_24\\_SE\\_all\\_CURRENT.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAMH_24_SE_all_CURRENT.pdf) (se define como un evento centinela a todo evento relacionado con la seguridad del paciente, no relacionado principalmente con el curso natural de la enfermedad o trastorno subyacente, que afecta a un paciente y resulta en muerte, daño permanente, daño grave temporal, o ciertos otros daños especificados).
  149. Lives in Peril.