

**Unidad de Investigaciones y
Actuaciones Especiales**

**Informe sobre la investigación de
la muerte de Ferdy Jacinto-Martínez**



**Letitia James
Fiscal General del
Estado de Nueva York**

RESUMEN EJECUTIVO

El 8 de julio de 2015, el Gobernador Andrew Cuomo firmó la Orden Ejecutiva N° 147 (la "Orden Ejecutiva"), nombrando al Fiscal General como fiscal especial "para investigar, y si se justifica, procesar ciertos asuntos relacionados con la muerte de un civil desarmado causada por un oficial de la ley". El 25 de julio de 2019, alrededor de las 14:53 horas, Ferdy Jacinto-Martínez ("Mr. Jacinto-Martínez") falleció en un hospital de Englewood, Nueva Jersey, al que había sido trasladado tras perder la consciencia inmediatamente después de un encuentro con agentes penitenciarios en el Centro Correccional del Condado de Rockland ("RCCF").¹ Posteriormente, el gobernador Cuomo emitió la Orden Ejecutiva n° 147.26, en la que se confería expresamente la competencia a la Oficina del Fiscal General ("OAG") para investigar cualquier posible acto u omisión ilegal por parte de las fuerzas de seguridad en relación con la muerte del Sr. Jacinto-Martínez.²

La investigación de la Fiscalía General sobre este asunto incluyó, entre otras muchas, las siguientes medidas:

- Revisión de los registros del Departamento de Policía de Spring Valley ("SVPD") relacionados con la investigación y el arresto del Sr. Jacinto-Martínez, incluyendo el video de la entrevista del SVPD al Sr. Jacinto-Martínez;
- Revisión de los documentos internos del RCCF, incluidos los registros de reserva, alojamiento, vigilancia preventiva y silla de contención;
- Revisión de las grabaciones de vigilancia del interior de la RCCF;
- Revisión de la historia clínica del Sr. Jacinto-Martínez, incluidos los registros de la RCCF, los paramédicos que respondieron y los servicios médicos de emergencia, el Hospital Montefiore Nyack y el Hospital y Centro Médico Englewood;
- Entrevista a unos 20 testigos, entre los que se encontraban funcionarios de prisiones del RCCF, supervisores y personal médico, así como los paramédicos que respondieron;
- Informe de la autopsia de la Oficina del Médico Forense del Condado de Bergen (NJ);
- Entrevista al Dr. Zhengxue Hua, Médico Forense del Condado de Bergen; y
- Consulta con el patólogo forense independiente Dr. James Gill, actual jefe de los médicos forenses del Estado de Connecticut y profesor clínico asociado de Patología de la Facultad de Medicina de Yale.

Ferdy Jacinto-Martínez (nacido el 15/12/86), falleció el 25 de julio de 2019 en un hospital de Englewood, Nueva Jersey, horas después de ser liberado formalmente de la custodia del Departamento del Sheriff del Condado de Rockland. El Sr. Jacinto-Martínez había estado detenido bajo fianza en el Centro Correccional del Condado de Rockland desde el 21 de julio de 2019. El 23 de julio, después de un incidente en el que el Sr. Jacinto-Martínez comenzó a actuar de manera errática y se negó a regresar a su celda, el Sr. Jacinto-Martínez fue colocado por la

¹ El centro penitenciario del condado de Rockland está gestionado por el departamento del sheriff del condado de Rockland. Los funcionarios de prisiones del centro son ayudantes del sheriff y, por lo tanto, "funcionarios encargados de hacer cumplir la ley" de conformidad con el artículo 1.20(34) de la LPC.

² Se adjunta el decreto 147.26 como prueba 1.

fuerza en una silla de sujeción en la instalación durante aproximadamente dos horas y media. Cuando su comportamiento errático no dio señales de disminuir y su salud mental parecía deteriorarse, se llamó a una ambulancia a la cárcel. Poco después de que el Sr. Jacinto-Martínez fuera trasladado a la fuerza de la silla de sujeción a una camilla para su traslado al hospital, dejó de responder. Todavía bajo la custodia legal del Departamento del Sheriff del Condado de Rockland, el Sr. Jacinto-Martínez fue trasladado al Hospital Nyack en el Condado de Rockland, y posteriormente al Hospital Englewood en Nueva Jersey. Aunque el primer hospital pudo restablecer los latidos del corazón del Sr. Jacinto-Martínez, este había sufrido una importante lesión cerebral debido a la falta de oxígeno. El 25 de julio de 2019, el Sr. Jacinto-Martínez murió en el Hospital Englewood de Nueva Jersey.

Habiendo completado su investigación de este incidente, el OAG ha encontrado que no hay pruebas suficientes para concluir que se cometió algún crimen en relación con la muerte del Sr. Jacinto-Martínez. Como se explica con cierto detalle más adelante, aunque el médico forense que realizó la autopsia inicial identificó lesiones que le hicieron creer que la muerte del Sr. Jacinto-Martínez había sido causada por la compresión del cuello (que provocó un ataque cardíaco mortal) durante ese encuentro final con los funcionarios de prisiones, ni las imágenes de vídeo de ese encuentro ni el testimonio de ningún testigo presencial del encuentro (incluido el de numerosos miembros del personal médico) pudieron apoyar de manera concluyente esta conclusión. Además, un patólogo forense independiente consultado por la OAG llegó a una conclusión totalmente diferente en cuanto a la causa probable de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez: a saber, que su encuentro con los funcionarios de prisiones ejerció suficiente presión sobre el Sr. Jacinto-Martínez, cuyo cuerpo se encontraba en un estado sumamente vulnerable en ese momento, para desencadenar el ataque cardíaco fatal. Dado que parece dudoso que la muerte del Sr. Jacinto-Martínez haya sido causada por una compresión del cuello, que en cualquier caso sería imposible de probar más allá de una duda razonable, y dado que no hay pruebas concluyentes de que los funcionarios de la prisión hayan participado en una conducta criminal en su interacción con el Sr. Jacinto-Martínez, la OAG no iniciará un proceso penal en relación con este asunto.

Aunque la OAG no encuentra culpabilidad penal en la trágica muerte del Sr. Jacinto-Martínez, nos preocupa la gestión del incidente por parte del RCCF y formulamos las siguientes recomendaciones para abordar estas preocupaciones:

- El RCCF debería ordenar la capacitación de su personal penitenciario sobre cómo identificar y manejar adecuadamente a los reclusos que presentan síntomas de "delirio agitado" o "delirio excitado";
- Los agentes deben recibir instrucciones de no entrar en contacto con el cuello y asegurarse de que toda la fuerza sea proporcional a las circunstancias;
- El RCCF debe asegurarse de que todo el período durante el cual se mantiene a un recluso en una silla de contención se graba en audio y en vídeo, y de que las cámaras se colocan de forma que no obstruyan la visión del recluso;
- El RCCF debe mejorar las prácticas de acceso al idioma; y
- El RCCF debería modificar sus políticas con respecto al uso de sillas de sujeción de cuatro puntos para garantizar el cumplimiento de las normas de la ABA.

DECLARACIÓN DE LOS HECHOS

En la noche del 20 de julio de 2019, el Departamento de Policía de Spring Valley (Condado de Rockland) arrestó al Sr. Jacinto-Martínez por acusaciones de haber tenido contacto sexual con una menor que vivía en la casa donde alquilaba una habitación. Aproximadamente a las 11:40 p.m. de esa fecha, el Sr. Jacinto-Martínez fue entrevistado por un detective de Spring Valley en video. En ese momento, no mostraba signos evidentes de malestar médico o lesiones físicas.

El Sr. Jacinto-Martínez fue retenido en una celda en el Departamento de Policía de Spring Valley hasta aproximadamente las 6:25 p.m. del día siguiente, momento en el que fue escoltado al tribunal para su comparecencia. El Sr. Jacinto-Martínez fue detenido bajo fianza y luego fue devuelto a su celda en el departamento de policía hasta que miembros del Departamento del Sheriff del Condado de Rockland llegaron, aproximadamente a las 7:45 p.m., para transportarlo a la cárcel del condado. El Sr. Jacinto-Martínez llegó a la cárcel aproximadamente a las 8:00 p.m.

El RCCF es operado y está bajo la autoridad del Departamento del Sheriff del Condado de Rockland. El RCCF tiene la capacidad de albergar a 280 reclusos y generalmente cuenta con aproximadamente 175 ayudantes de sheriff de varios rangos. Había aproximadamente 122 reclusos alojados en el RCCF mientras el Sr. Jacinto-Martínez estaba allí.

Una evaluación médica inicial del Sr. Jacinto-Martínez realizada en el momento de su ingreso en la cárcel la tarde de su llegada no detectó ningún indicio de malestar médico o lesión física. El Sr. Jacinto-Martínez declaró que había visitado previamente un hospital porque le temblaba la mano izquierda y que bebía alcohol ocasionalmente. Durante el interrogatorio de evaluación de riesgos realizado a las 22:00 horas, el Sr. Jacinto-Martínez negó padecer ningún problema médico en la actualidad.

El 22 de julio de 2019, a partir de las 12:30 am aproximadamente, el personal médico de la cárcel realizó una evaluación médica más completa. En ese momento, el Sr. Jacinto-Martínez notificó al personal que se le había diagnosticado hipertensión tres meses antes, pero por lo demás negó -y el personal médico no observó signos de- cualquier problema médico adicional, lesiones físicas, enfermedad mental o abuso de sustancias. (El Sr. Jacinto-Martínez repitió que bebía ocasionalmente los fines de semana). El Sr. Jacinto-Martínez también indicó que estaba tomando medicación para la hipertensión, pero no sabía el nombre de esa medicación. El Sr. Jacinto-Martínez fue entonces escoltado por oficiales correccionales (todos los cuales son técnicamente ayudantes del sheriff) a su celda en la instalación, donde permaneció por varios tramos de tiempo durante su estancia en la cárcel. Estuvo alojado solo en todo momento, sin compañero de celda.

A las 9:30 de esa misma mañana, el Sr. Jacinto-Martínez fue llamado a la clínica de la cárcel para una cita de seguimiento, pero se negó a ir. Alrededor de las 4:00 p.m., el Sr. Jacinto-Martínez fue visto por el personal médico y se le administró un medicamento para la presión arterial (Norvasc). Posteriormente, el personal médico confirmó, a través de la farmacia del Sr. Jacinto-Martínez, que no se había surtido ninguna receta a nombre del Sr. Jacinto-Martínez. Alrededor de las 8:00 p.m., el Sr. Jacinto-Martínez fue visto por el personal médico y se le

administró otra dosis de medicamentos para la presión arterial (Norvasc y Hygroton) junto con un sedante (Vistaril). A las 11:24 p.m., el Sr. Jacinto-Martínez se negó de nuevo a ir a la clínica para el control de la presión arterial.

El 23 de julio de 2019, alrededor de las 12:15 a.m., el Sr. Jacinto-Martínez indicó a los oficiales de la correccional que monitoreaban el bloque de celdas que deseaba ir a la clínica por su corazón y se llamó a oficiales adicionales para que lo escoltaran hasta allí. Pero después de ser sacado de su celda, el Sr. Jacinto-Martínez se negó a caminar con los oficiales de escolta, y luego, una vez que renunciaron a los esfuerzos para persuadirlo, el Sr. Jacinto-Martínez se negó también a volver a su celda. Cuando los oficiales intentaron devolverlo por la fuerza a la celda, el Sr. Jacinto-Martínez se resistió a sus esfuerzos y se sentó a horcajadas en la puerta de la celda con sus piernas. Con la participación de varios oficiales, el Sr. Jacinto-Martínez, que a estas alturas también había empezado a hablar de manera disparatada e incoherente,³ fue llevado al suelo y esposado. Luego fue escoltado desde el pabellón hasta una zona de detención en otra parte del establecimiento y se le aseguró en una silla de sujeción.⁴ Debido a que el Sr. Jacinto-Martínez había intentado previamente escupir a los oficiales durante el forcejeo inicial, también se le colocó una máscara para escupir sobre su cabeza.⁵ (La máscara para escupir permaneció durante todo el tiempo que el Sr. Jacinto-Martínez permaneció en la silla de contención).

El Sr. Jacinto-Martínez, mientras seguía en la silla de inmovilización, fue atendido posteriormente por el personal médico a las 12:35 a.m., 12:50 a.m. y 1:30 a.m.; se le tomó la presión arterial y se le administraron los medicamentos para la presión arterial Norvasc y Vistaril. Según las enfermeras del centro, así como los registros de los reclusos conservados al mismo tiempo, aparte de su discurso incoherente, el Sr. Jacinto-Martínez no se quejó ni mostró ningún signo de sufrimiento médico ni de dificultad para respirar. Sin embargo, las enfermeras comprobaron que su presión arterial y su pulso eran significativamente elevados. A lo largo de este período, los funcionarios de prisiones también visitaron e intentaron hablar con el Sr. Jacinto-Martínez, comprobando y aflojando ocasionalmente las correas que lo mantenían en la silla. Sin embargo, ni las enfermeras ni los oficiales que interactuaron con el Sr. Jacinto-Martínez durante siete de estas 12 visitas hablaban español y no había ningún traductor presente. En varias de estas visitas, el Sr. Jacinto-Martínez intentó comunicarse con los agentes penitenciarios que no hablaban español y que evaluaban sus sujeciones.⁶

³ El Sr. Jacinto-Martínez se comunicaba exclusivamente en español. Durante menos de la mitad de sus interacciones con los funcionarios de prisiones en la mañana del 23 de julio, un funcionario de habla hispana estaba presente y sirvió de traductor cuando fue necesario.

⁴ Una silla de sujeción es un tipo de restricción física que se utiliza para obligar a una persona a permanecer sentada en un lugar para evitar lesiones y daños a sí misma o a otros. La silla de inmovilización utilizada en este caso se asemeja a una típica silla de jardín con un respaldo vertical de noventa grados y dos soportes para los brazos. Hay correas para la cintura y para cada muñeca y tobillo para sujetar al recluso.

⁵ Las mascarillas para escupir son utilizadas por los agentes de la ley y los profesionales sanitarios para protegerse de la propagación de enfermedades transmisibles por parte de sujetos que suponen un riesgo potencial de exposición biológica al escupir. La máscara para escupir utilizada en el Sr. Jacinto-Martínez estaba hecha de un material de malla fina con una película de plástico sobre la zona de la boca.

⁶ No había ningún traductor bilingüe presente para la siguiente contención y control médico del Sr. Jacinto-Martínez:

- Primera comprobación de los funcionarios de prisiones sobre las sujeciones: 12:44 a.m. - 12:45 a.m.;
- Segunda comprobación de los CO sobre las restricciones: 12:51 a.m. - 12:52 a.m.;
- Cuarta comprobación de los CO sobre las restricciones: 1:22 a.m. - 1:23 a.m. (el OC se comunica con el Sr. Jacinto-Martínez y el Sr. Jacinto-Martínez intenta comunicarse con el OC);

A las 2:25 a.m., los agentes informaron al Sr. Jacinto-Martínez de que podía volver a su celda e intentaron liberarlo de la silla de inmovilización. Sin embargo, cuando empezaron a quitarle las correas, el Sr. Jacinto-Martínez ignoró las instrucciones de los agentes de permanecer quieto e intentó saltar de la silla; entonces se le volvió a sujetar en la silla. El personal médico vino a ver al Sr. Jacinto-Martínez de nuevo a las 2:35 a.m. Una vez más, según las enfermeras del centro y los registros de los reclusos, no se quejó ni mostró signos de dolor físico o dificultad para respirar pero su presión arterial y su pulso eran inusualmente altos, y durante la siguiente media hora aproximadamente, según las enfermeras que lo atendieron, comenzó a mostrar "un aumento de la confusión, inquietud, sudoración y agitación". Por sugerencia del médico jefe del centro, se llamó a una ambulancia para que lo llevara al hospital de Nyack, sobre todo porque su pulso era inusualmente alto.

Varios paramédicos acudieron antes de la llegada de la ambulancia, y alrededor de las 3:05 a.m. revisaron al Sr. Jacinto-Martínez. Ningún miembro del personal médico de la cárcel ni los paramédicos observaron ningún signo evidente de lesión física en el Sr. Jacinto-Martínez ni este se quejó de ninguna en ese momento. A las 3:10 a.m., los Técnicos de Emergencia Médica ("EMT") entraron al área de detención con una camilla. La camilla estaba colocada en posición vertical y sentada. Todos los que no eran oficiales recibieron instrucciones de esperar fuera de la sala hasta que los oficiales sujetaran al Sr. Jacinto-Martínez en la camilla.⁷

En los minutos siguientes, siete funcionarios de prisiones trasladaron por la fuerza al Sr. Jacinto-Martínez de la silla de inmovilización a la camilla. Los detalles precisos de la interacción entre el Sr. Jacinto-Martínez y los agentes son una cuestión de considerable incertidumbre. Y es en relación con esta interacción que surge la posibilidad de una conducta ilícita y potencialmente delictiva por parte de uno o más de los agentes.

Sin embargo, las líneas generales son claras: con el Sr. Jacinto-Martínez balanceándose hacia delante en el asiento, y los agentes intentando mantenerlo quieto, le quitaron las correas de la silla, lo esposaron y lo pusieron de pie. Mientras lo acompañaban unos metros hasta la camilla, el Sr. Jacinto-Martínez trató de alejarse, momento en el que los agentes lo levantaron del suelo y lo colocaron a la fuerza en la camilla, le quitaron las esposas y, después de volver a levantar al Sr. Jacinto-Martínez y colocarlo de nuevo en la camilla, lo sujetaron juntos hasta que pudieron sujetarle las correas en las piernas y el pecho. A continuación, los agentes se apartaron del Sr. Jacinto-Martínez, quien, con un agente que seguía sujetando su cabeza sobre la camilla (y, durante varios segundos, su cuello), poco después volvió a sacudir su cuerpo y a patear brevemente sus piernas. Y entonces, aproximadamente dos minutos después de ser colocado por primera vez en la camilla, el Sr. Jacinto-Martínez dejó de moverse por completo.

-
- Tercera comprobación médica por parte de dos profesionales de la medicina: 1:29 a.m. - 1:31 a.m.;
 - Quinta comprobación de los CO sobre las restricciones: 1:53 a.m. - 1:54 a.m.;
 - Sexta comprobación de los CO sobre las sujeciones: 2:08 a.m. - 2:09 a.m.; y
 - Séptima comprobación de los CO sobre las restricciones: 2:23 a.m. - 2:24 a.m. (el Sr. Jacinto-Martínez parece agitado e intenta comunicarse con el oficial de policía).

⁷ Aunque el personal médico fue instruido para esperar fuera de la sala de espera, todavía podían observar los eventos que se desarrollaban en el interior a través de una gran ventana rectangular. Sin embargo, debido a la posición de los oficiales de la prisión, su vista fue obstruida en gran medida por el Sr. Jacinto-Martínez.

Para entonces, los paramédicos habían vuelto a entrar en la zona de detención. Observaron que el Sr. Jacinto-Martínez parecía no responder y, al no encontrar pulso, iniciaron la reanimación cardiopulmonar ("RCP"). Unos minutos más tarde, trasladaron al Sr. Jacinto-Martínez a la ambulancia, y se dirigieron al Hospital Nyack (acompañados por los ayudantes del sheriff), saliendo a las 3:27 a.m. y llegando a las 3:52 a.m. El personal de la sala de emergencias del Hospital Nyack pudo restablecer el pulso, y finalmente determinó que el Sr. Jacinto-Martínez había sufrido un "paro cardíaco agudo". Mientras trataban al Sr. Jacinto-Martínez, los médicos del Nyack estuvieron en contacto con el Dr. Peter Kaye del Hospital Englewood (NJ), que aceptó el traslado del paciente para un cateterismo cardíaco. Aproximadamente a las 5:36 a.m., el Sr. Jacinto-Martínez fue trasladado en ambulancia al Hospital de Englewood (acompañado por los alguaciles adjuntos), llegando a las 6:06 a.m.

El estado del Sr. Jacinto-Martínez a su llegada era de urgencia. Una tomografía computarizada reveló una importante lesión cerebral causada por la falta de oxígeno en el cerebro. Los registros del Hospital Englewood indican un historial de abuso de alcohol, aunque la fuente de esta información no está clara.⁸ El Sr. Jacinto-Martínez fue ingresado en el Hospital de Englewood, pero su estado se fue deteriorando. El Sr. Jacinto-Martínez permaneció formalmente bajo custodia, vigilado y esposado a la cama del hospital; pero el 25 de julio, alrededor de las 2:00 p.m., la oficina del fiscal del condado de Rockland consintió en su liberación de la custodia y se le retiró la restricción. Ese mismo día, todavía en el hospital, el Sr. Jacinto-Martínez falleció.

MÉDICO FORENSE

El 26 de julio de 2019, el Dr. Zhengxue Hua ("Dr. Hua"), médico forense del condado de Bergen (NJ), realizó la autopsia del Sr. Jacinto-Martínez. Antes de finalizar su informe el 22 de agosto, el Dr. Hua también tuvo la oportunidad de revisar los registros médicos del Sr. Jacinto-Martínez del RCCF y de los hospitales de Nyack y Englewood, así como los registros de las fuerzas de seguridad relacionados con la muerte del Sr. Jacinto-Martínez. Antes de la publicación del informe, no se disponía de imágenes de vídeo de vigilancia de las interacciones del Sr. Jacinto-Martínez con los agentes del RCCF.

El informe de la autopsia⁹ identificó la causa de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez como "encefalopatía hipóxico-isquémica debida a la compresión del cuello durante la contención física por comportamiento agitado". La encefalopatía hipóxico-isquémica es una lesión cerebral causada por la privación de oxígeno en el cerebro. El Dr. Hua explicó en una reunión con el personal de la OAG que la lesión en el cerebro del Sr. Jacinto-Martínez desencadenó un paro cardíaco, que a su vez provocó una mayor privación de oxígeno en el cerebro. En apoyo de su conclusión de que la lesión cerebral inicial se debió a la compresión del cuello, el Dr. Hua llamó especialmente la atención sobre tres hallazgos: (1) "parte trasera y delantera del cuello con

⁸ La información puede haberse originado en el hermano del Sr. Jacinto-Martínez, quien, según los registros médicos de la cárcel, le dijo al personal médico de la cárcel el 23 de julio que el Sr. Jacinto-Martínez "era un bebedor empedernido y no escuchaba a nadie".

⁹ Los hallazgos del Dr. Hua de su informe de la autopsia se adjuntan como prueba 2. Una copia completa de la autopsia ha sido proporcionada a la familia del Sr. Jacinto-Martínez.

múltiples hemorragias musculares"; (2) "fractura del cartílago tiroides", es decir, una fractura de la "manzana de Adán"; y (3) "ligera hemorragia del ojo", también conocida como petequia. El Dr. Hua explicó al personal de la OAG que las lesiones en el cuello y en el cartílago tiroides habrían requerido cada una la aplicación de una fuerza considerable. Además, explicó que las petequias de los ojos eran más consistentes con una constricción del flujo de sangre a través del cuello. El Dr. Hua identificó la forma de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez como "homicidio".

El informe de la autopsia también señaló como "condición contribuyente" a la muerte del Sr. Jacinto-Martínez "alcoholismo crónico con hipertrofia cardíaca y esteatosis hepática". La esteatosis hepática es una acumulación de grasa en el hígado, y es una consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Fue la presencia de esta condición, junto con la información en los registros médicos que hacen referencia a los hábitos de consumo de alcohol del Sr. Jacinto-Martínez, lo que llevó al Dr. Hua a llegar a una conclusión de alcoholismo crónico. La hipertrofia cardíaca es un engrosamiento del músculo del corazón, en este caso probablemente debido al alcoholismo del Sr. Jacinto-Martínez, y a menudo se asocia con la presión arterial alta. Sin embargo, esta condición no estaba particularmente avanzada. Especialmente a la luz de la amplia evidencia de compresión del cuello, el Dr. Hua dijo al personal del GAA que no veía razón para creer que cualquier otra causa que no fuera la encefalopatía hipóxico-isquémica fuera el desencadenante aquí.

En febrero de 2020, el OAG renovó su petición de que el Dr. Hua revisara las imágenes de vídeo del centro penitenciario del condado de Rockland para identificar, en la medida de sus posibilidades, cuándo y cómo el Sr. Jacinto-Martínez sufrió las lesiones en el cuello que el Dr. Hua encontró asociadas con su muerte. El Dr. Hua accedió a hacerlo, y poco después respondió que, "Después de revisar el video proporcionado, no tengo ningún cambio de opinión con respecto a la causa y forma de muerte del Sr. Ferdy Jacinto-Martínez". En una conversación telefónica de seguimiento con el personal del OAG, el Dr. Hua declaró en esencia que aunque no podía determinar personalmente a partir del vídeo exactamente cuándo y cómo el Sr. Jacinto-Martínez había sido sometido a compresión del cuello, los resultados de la autopsia y las circunstancias que rodearon inmediatamente su muerte no llevaron a ninguna otra conclusión en cuanto a su causa.

METRAJE DE VIDEO

El RCCF tiene un elaborado sistema de cámaras de video vigilancia. Y con la excepción de los períodos en que estuvo solo en su celda o con el personal médico de la cárcel dentro de una de las salas de examen, prácticamente todo el tiempo que el Sr. Jacinto-Martínez estuvo en el centro -incluidos todos los movimientos por el centro y las interacciones con otros reclusos o con el personal- se capta en [vídeo](#) de alta definición, a menudo desde múltiples ángulos. Sin embargo, el RCCF no graba en audio estos encuentros. El vídeo enlazado más arriba cubre toda la secuencia de aproximadamente tres horas que captó el incidente que llevó al Sr. Jacinto-Martínez a ser colocado en la silla de sujeción, durante el tiempo que estuvo en la silla, hasta el

traslado de la silla a la camilla, y el período inmediatamente posterior.¹⁰

A la luz de las conclusiones del Dr. Hua, el personal de la OAG examinó cuidadosamente las imágenes que captaban la interacción entre el Sr. Jacinto-Martínez y los agentes penitenciarios del RCHC desde el momento en que los agentes empezaron a soltarlo de la silla de inmovilización hasta que fue asegurado en la camilla y poco después dejó de responder, en un esfuerzo por identificar cuándo, cómo y a manos de quién fue sometido a la compresión del cuello.

La secuencia completa dura aproximadamente ocho minutos, comenzando en el minuto 3:11:16 (en la marca de tiempo del RCHC) y terminando en el minuto 3:19:22 aproximadamente. A lo largo de la mayor parte de la interacción, la grabación ofrece una visión clara de la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez. Con la excepción de un período de varios segundos poco después de que el Sr. Jacinto-Martínez haya sido sujetado en su totalidad (que se discute más adelante), en ningún momento la grabación capta lo que parecería ser un agente haciendo contacto con esta zona, ya sea sujetando, presionando o golpeando el cuello. Hay un momento en el que los agentes están desatando al Sr. Jacinto-Martínez de la silla de sujeción (de 2:26:41 a 2:31:02), en el que se ve a un agente sujetando los lados de la cabeza del Sr. Jacinto-Martínez por detrás y presionando con los dedos bajo la mandíbula del recluso, lo que se conoce como sujeción hipoglosa. Pero esta técnica de cumplimiento, aunque aparentemente dolorosa, no parece poner en contacto las manos del agente con el cuello. Justo antes de que los agentes empiecen a tratar de atarlo, el Sr. Jacinto-Martínez es bajado fuertemente sobre la camilla (3:16:18), y luego es reposicionado y bajado fuertemente de nuevo (3:17:03). Debido a estas acciones, en ambas ocasiones la parte posterior de su cuello parece hacer contacto con fuerza con la superficie; sin embargo, no se puede ver a ningún agente durante este tramo tener sus manos en la zona inmediata del cuello. En un momento posterior, después de que el Sr. Jacinto-Martínez haya sido asegurado en la camilla, se ve a un agente sujetando la parte superior de la cabeza del recluso, que está torpemente girada hacia un lado (3:17:50 a 3:19:08). Durante un tramo de aproximadamente seis segundos (de 3:18:10 a 3:18:16) durante este período, la mano del mismo agente parece hacer contacto directo con el lado izquierdo del cuello del Sr. Jacinto-Martínez antes de cerrar el puño. De lo contrario, no hay contacto visible con el cuello o la propia garganta.

Hay un periodo de unos 94 segundos mientras los agentes intentan asegurar a Mr. Jacinto-Martínez a la camilla (de 3:16:18 a 3:17:52) en la que no se ve del todo la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez ni las manos de varios agentes en su inmediato. Por lo tanto, las imágenes de vídeo no pueden establecer si se utilizó o no la fuerza durante este período.

¹⁰ Obsérvense los siguientes tramos clave de la grabación (según la marca de tiempo del vídeo) (i) primer encuentro entre el Sr. Jacinto-Martínez y los agentes penitenciarios en el bloque de celdas (00:16:40 - 00:20:00), (ii) intento inicial de liberar al Sr. Jacinto-Martínez de la silla de inmovilización (02:26:00 - 02:31:00), y (iii) traslado final del Sr. Jacinto-Martínez de la silla de inmovilización a la camilla (03:11:13 - 03:24:20).

ENTREVISTAS A TESTIGOS

Ocho oficiales penitenciarios (incluidos dos sargentos) estuvieron presentes en la zona de la detención y participaron en el traslado del Sr. Jacinto-Martínez de la silla de sujeción a la camilla. Además, dos paramédicos y dos técnicos de emergencias, y al menos una enfermera del centro, se encontraban inmediatamente fuera de la zona de detención, separados por una pared con ventanas. Las entrevistas con estos testigos -durante las cuales se pidió a cada uno que diera su relato de los hechos antes de tener la oportunidad de ver las imágenes de vídeo de vigilancia- se centraron principalmente en la naturaleza de la interacción física entre los oficiales y el recluso, con especial atención a determinar lo que ocurrió durante el tramo de vídeo de 94 segundos en el que no se puede ver la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez.

Todo el personal médico dijo que podía ver que el Sr. Jacinto-Martínez se resistía a los esfuerzos de los oficiales para trasladarlo a la camilla, pero negó haber observado que ninguno de los oficiales golpeará o estrangulara al Sr. Jacinto-Martínez. Sin embargo, los testigos reconocieron (en esencia) que la multitud de cuerpos que rodeaban al recluso dificultaba ver claramente lo que los agentes estaban haciendo.

En cuanto a los propios funcionarios de prisiones, fueron coherentes en su descripción de Mr. Jacinto-Martínez se abalanzó sobre ellos desde la silla de sujeción, les dio patadas, les escupió e intentó morderles mientras intentaban trasladarle de la silla a la camilla. Con respecto al período durante el cual la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez y sus manos no son visibles en la grabación, cada uno insistió en que estaba tratando de sujetar alguna parte del cuerpo del recluso (piernas, hombro, cadera, brazo) o tratando de asegurar las correas o ambas cosas. Uno de los agentes que se encontraba hacia la cabeza del Sr. Jacinto-Martínez dijo que puso su rodilla en la camilla para hacer más palanca, pero que no empujó su rodilla hacia el recluso. Otro agente situado en el otro lado de la camilla declaró que presionó con su pulgar en un punto de presión detrás de la oreja izquierda del Sr. Jacinto-Martínez para conseguir su conformidad. Todos los agentes negaron haber golpeado o utilizado la fuerza en o alrededor del cuello del Sr. Jacinto-Martínez en ningún momento durante el traslado, ni observaron que nadie más lo hiciera.

Por supuesto, no es sorprendente que los funcionarios de prisiones no digan nada que pueda implicarlos a ellos o a sus colegas, por lo que es difícil evaluar la fiabilidad de sus cuentas. (Cabe esperar que el personal médico sea más comunicativo, aunque ellos también tienen relaciones continuas con el establecimiento; en cualquier caso, dado el lugar en que se encontraban estos testigos, es totalmente plausible que no hubieran visto ninguna conducta culpable de todos modos). En consecuencia, los interrogatorios de los testigos no pueden resolver definitivamente lo que ocurrió durante el período de tiempo en que la interacción de los oficiales con el Sr. Jacinto-Martínez está en gran medida oculta a la vista.

Es importante señalar que al solicitar la opinión del Dr. Gill, la OAG *no* estaba pidiendo una segunda opinión sobre la forma de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez. Más bien, el personal de la OAG presentó las conclusiones del Dr. Hua (que la compresión del cuello había comprometido la función cerebral del Sr. Jacinto-Martínez, desencadenando un paro cardíaco, que a su vez causó más lesiones en el cerebro) y los principales hallazgos en apoyo de esas conclusiones (hematomas en el cuello, una fractura del cartílago tiroideo, petequias) como punto de partida, y pidió al Dr. Gill que explicara en qué parte de la grabación de vídeo se podía ver a los agentes comprimiendo el cuello del Sr. Jacinto-Martínez de manera que se produjeran esas lesiones.¹¹

El 21 de marzo de 2020, el Dr. Gill entregó un informe final¹² en el que ofrecía "con un grado razonable de certeza médica" sus "opiniones en relación con la muerte de Ferdy Jacinto-Martínez". Resultó que el Dr. Gill demostró tener serias dudas sobre la premisa subyacente de la OAG (y la opinión del Dr. Hua) de que la muerte del Sr. Jacinto-Martínez fue inicialmente provocada por la compresión del cuello. El Dr. Gill estuvo de acuerdo con el Dr. Hua en que la naturaleza de las lesiones en el cuello del Sr. Jacinto-Martínez, junto con la proximidad en el tiempo entre el uso de la fuerza física por parte de los agentes y la falta de respuesta del recluso, ciertamente planteaba la posibilidad razonable de que el Sr. Jacinto-Martínez hubiera sido víctima de asfixia, es decir, de una interferencia no natural en el acceso al oxígeno. "La relación temporal de la contención física tras el traslado a la camilla (~3:16) con su posterior pérdida de conocimiento, junto con los hallazgos de la autopsia (fractura de laringe, hemorragia en el cuello, petequias), son preocupantes para una lesión por asfixia".

Sin embargo, aunque las lesiones de este caso constituían ciertamente una prueba convincente de un contacto forzado con la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez, no indicaban necesariamente el tipo de compresión sostenida del cuello a la que apuntaba el Dr. Hua. "Las petequias pueden ser un signo de compresión del cuello, sin embargo, también pueden darse con intentos vigorosos de reanimación. La fractura de tiroides por sí misma no significa durante

¹¹ Específicamente, el personal de la OAG pidió por escrito al Dr. Gill que (1) "Proporcione, en la medida de sus posibilidades, una narración cronológica (incluyendo las marcas de tiempo relevantes en el vídeo) de lo que está sucediendo fisiológicamente con el Sr. Jacinto-Martínez desde el momento en que es liberado de la silla de sujeción hasta que es retirado de la celda de detención en la camilla"; (2) "Identifique la conducta humana específica (incluyendo las marcas de tiempo relevantes) que causó o contribuyó a la constricción sostenida de las vías respiratorias del Sr. Jacinto-Martínez, lo suficiente como para dar lugar a la función cerebral comprometida que finalmente desencadenó el paro cardíaco"; (3) "Explique la fisiología de cómo esta conducta humana realmente causó o contribuyó a la constricción de la vía aérea del Sr. (3) "Explique la fisiología de cómo esta conducta humana realmente causó o contribuyó a la constricción de las vías respiratorias del Sr. Jacinto-Martínez; qué factores adicionales, si los hay, pueden haber contribuido a ese compromiso inicial de la función cerebral; y cómo la constricción de las vías respiratorias, junto con cualquier factor adicional, habría dado lugar a esa función cerebral comprometida en el período de tiempo involucrado aquí"; (4) "Aborde la relevancia de cada una de las tres categorías de lesiones a las que el Dr. Hua llama la atención (hematoma en la nuca, hematoma en la parte delantera del cuello, fractura del cartílago tiroideo), en particular, qué ha concluido en cuanto a la forma en que se causaron estas lesiones"; y (5) Si no se ha tratado de otra manera al discutir las cuestiones anteriores, aclare qué papel, si es que hay alguno, cree que desempeñó alguno de los siguientes factores en la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte del Sr. Jacinto-Martínez: (i) presión arterial elevada; (ii) hipertrofia cardíaca; (iii) esteatosis hepática".

¹² El informe del Dr. Gill se adjunta como prueba 3.

cuánto tiempo se aplicó la fuerza; solo muestra que se aplicó suficiente fuerza para causar la fractura. Un golpe/presión brusca, sin una compresión prolongada (asfixia), también puede causar una lesión de este tipo". Asimismo, las lesiones en la parte posterior y lateral del cuello del Sr. Jacinto-Martínez, aunque ciertamente son consistentes con la compresión del cuello también podría haber sido causada por la aplicación de fuerza de cualquier forma, como el contacto con una superficie dura.

Más aún, una revisión de las imágenes de vídeo dejó claro al Dr. Gill que incluso si la compresión del cuello se hubiera producido durante el traslado del Sr. Jacinto-Martínez desde la silla de retención a la camilla, es muy poco probable que haya causado una lesión cerebral hipóxica. Después de todo, con la excepción de ese tramo de 94 segundos durante el cual el Sr. Jacinto-Martínez es sujetado en la camilla, está claro en las imágenes que durante todo el traslado (aparte del tramo de seis segundos descrito anteriormente), no hay ningún contacto significativo con la zona del cuello del Sr. Jacinto-Martínez. E incluso si pudiera establecerse que, durante todo ese tramo de 94 segundos, uno o más de los agentes ejercieron presión sobre el cuello del Sr. Jacinto-Martínez, este uso de la fuerza -aunque puede haber sido suficiente para dejar al Sr. Jacinto-Martínez inconsciente- no habría causado el tipo de daño al cerebro necesario para desencadenar una parada cardíaca.¹³ "Generalmente se necesitan más de 100 segundos de compresión constante del cuello para causar una lesión cerebral irreversible y/o la muerte.... Basándonos en la duración de la visión oscura (menos de 90 segundos), es poco probable que hubiera tiempo suficiente para que la compresión del cuello, incluso si se aplicara constantemente, hubiera causado una lesión cerebral letal".¹⁴

Teniendo en cuenta las pruebas médicas y las grabaciones de vídeo en su totalidad, el Dr. Gill opina que el paro cardíaco que finalmente provocó la muerte del Sr. Jacinto-Martínez se explica mejor no por la lesión cerebral hipóxica sino por el estrés de trasladar al Sr. Jacinto-Martínez a la silla de sujeción cuando ya se encontraba en una condición física vulnerable. El Dr. Gill cita en particular la hipertrofia cardíaca (también señalada por el Dr. Hua) que sufría el Sr. Jacinto-Martínez, así como la hipertensión que diagnosticaron las enfermeras del centro penitenciario. El Dr. Gill también cita el síndrome de abstinencia alcohólica (al que son susceptibles las personas con antecedentes de abuso crónico de alcohol) que el Sr. Jacinto-Martínez parecía estar experimentando, como lo demuestra su comportamiento errático y su discurso incoherente en el período que condujo a esa interacción final con los funcionarios de la prisión. (El Dr. Hua también había notado el "alcoholismo crónico" del Sr. Jacinto-Martínez). Tanto la condición cardíaca como el "delirio agitado" asociado con la abstinencia de alcohol eran capaces de causar un paro cardíaco de forma independiente, y por lo menos hizo que el

¹³ Según el Dr. Gill, otras pruebas de la grabación, aunque no son determinantes, ponen en duda esta teoría: "A las 3:17:41, los guardias empezaron a alejarse de él. En ese momento, parecía estar inconsciente y sin movimientos voluntarios. A las 3:18:05, sus pies empezaron a temblar y luego su cabeza y su torso empezaron a agitarse. Esto puede representar una actividad convulsiva o que está recuperando la conciencia. Si esto es realmente él recuperando la conciencia, excluiría aún más la compresión del cuello como la causa de la lesión cerebral letal".

¹⁴ El Dr. Gill señaló además que este principio es "bien conocido en la medicina clínica" y dirigió al personal de la OAG tanto a la entrada de la RCP de la Enciclopedia Médica MedLine Plus ("El daño cerebral permanente comienza después de sólo 4 minutos sin oxígeno, y la muerte puede producirse tan pronto como 4 o 6 minutos después") y un estudio definitivo realizado en la década de 1940 que establece que una persona puede experimentar hasta 100 segundos de falta de oxígeno en el cerebro sin tener una lesión cerebral ("Acute Arrest of Cerebral Circulation in Man", de Rossen, Kabat y Anderson).

corazón del Sr. Jacinto-Martínez fuera vulnerable a un estrés adicional en el cuerpo.¹⁵

En última instancia, el Dr. Gill concluyó: "Dado que el vídeo demostraba un tiempo insuficiente para la compresión fatal del cuello, la incertidumbre de si había recuperado la conciencia en ~3:18:05, y su actual enfermedad cardiovascular con descompensación (hipertensión, taquicardia, hipertrofia/dilatación cardíaca), y su abuso crónico del alcohol con abstinencia, es razonable que el estrés del traslado junto con su enfermedad cardíaca y su delirio agitado causaran su muerte sin ningún componente de compresión "asfíctica" del cuello". La lesión cerebral hipóxica, por tanto, fue probablemente la consecuencia, y no la causa, de la parada cardíaca. "La posterior lesión cerebral y los cambios en el electrocardiograma y el hígado fueron todos procesos secundarios, causados por la parada cardíaca en la cárcel con la posterior reanimación. Todo el período de falta de oxígeno (hipoxia) duró más de 4 minutos, lo que habría sido suficiente para causar una lesión cerebral irreversible".

Al igual que el Dr. Hua (y el personal de la OAG), el Dr. Gill no pudo determinar a partir de las imágenes de vídeo cuándo y en qué circunstancias se produjeron las lesiones en el cuello del Sr. Jacinto-Martínez. (Sí parece descartar la posibilidad de que la más preocupante de las lesiones, la fractura de la nuez de Adán, fuera simplemente el resultado de la atención médica: "Los intentos estándar de reanimación no explicarían una fractura del cartílago tiroideos"). En cualquier caso, no parece que la resolución de esta cuestión afecte al análisis del Dr. Gill.

ANÁLISIS JURÍDICO

La cuestión de si algún funcionario penitenciario del RCCF es penalmente culpable de la muerte de Ferdy Jacinto-Martínez depende, como cuestión de umbral, del grado en que su conducta causó o contribuyó (si es que lo hizo) a la muerte del Sr. Jacinto-Martínez. El análisis realizado por el médico forense en este caso, el Dr. Zhengxue Hua, atribuye inequívocamente la muerte de Jacinto-Martínez a la compresión sostenida del cuello, hasta el punto de causar encefalopatía hipóxico-isquémica, que a su vez desencadenó una parada cardíaca mortal. Si es correcto, el análisis del Dr. Hua tiene graves implicaciones para los agentes implicados. Casi con toda seguridad, daría pie a una acusación de homicidio, y la principal cuestión jurídica sería si la conducta fue intencionada, imprudente o criminalmente negligente según la ley.

Las pruebas que apuntan a la compresión sostenida en el cuello como causa de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez son considerables, aunque ciertamente circunstanciales. Las lesiones distintivas en la parte delantera y trasera del cuello del Sr. Jacinto-Martínez (en particular la fractura del cartílago tiroideo) y las petequias en los ojos; la oportunidad que tuvieron los agentes de infligir dichas lesiones durante su lucha para sujetar al Sr. Jacinto-Martínez en la camilla; el hecho de que el Sr. Jacinto-Martínez no se encontrara en la camilla; el hecho de que el Sr. Jacinto-Martínez cayera en un estado de falta de respuesta casi inmediatamente después de ese forcejeo; y la ausencia de cualquier explicación alternativa obvia para la muerte del Sr. Jacinto-Martínez apoyan esta conclusión.

¹⁵ El Dr. Gill no podía excluir la posibilidad de que la manera incómoda en que uno de los oficiales sostenía la cabeza del Sr. Jacinto-Martínez inmediatamente después de ese estiramiento de 94 segundos interfiriera sustancialmente en la respiración del Sr. Jacinto-Martínez. Y aunque esta "asfixia posicional" puede no haber causado la suficiente interferencia como para causar la lesión hipóxico-isquémica, ciertamente podría haber contribuido a la tensión en el cuerpo del Sr. Jacinto-Martínez.

Sin embargo, la prueba aquí está lejos de ser definitiva. El vídeo de la interacción en la camilla, aunque muestra claramente el uso de la fuerza por parte de los oficiales, no ofrece ninguna prueba afirmativa de que ningún oficial haya tenido ningún contacto directo con el cuello del Sr. Jacinto-Martínez (aparte del tramo de seis segundos de contacto descrito anteriormente), y mucho menos una compresión sostenida. Esta conclusión se basa más bien en la inferencia de que la conducta culpable tuvo lugar durante el primer tramo de 94 segundos cuando el cuello del Sr. Jacinto-Martínez y las manos de los oficiales fueron bloqueados de la vista de la cámara, (poco después de lo cual el Sr. Jacinto-Martínez no respondió. Es ciertamente plausible que todos los oficiales involucrados, o bien ignoraban lo que tendría que haber sido un maltrato bastante conspicuo del Sr. Jacinto-Martínez o no fueron del todo comunicativos en sus declaraciones al personal del OAG sobre lo que observaron (o hicieron). Lo que está claro, sin embargo, es que ninguno de sus testimonios apoya la hipótesis de la compresión del cuello.

Más aún: basándose en el análisis ofrecido por el Dr. James Gill, el patólogo forense independiente consultado en el caso, es al menos dudoso que incluso si uno o más de los agentes hubieran comprimido el cuello del Sr. Jacinto-Martínez durante todo ese tramo de 94 segundos, hubiera causado el tipo de daño al cerebro del Sr. Jacinto-Martínez necesario para desencadenar un paro cardíaco. Según el Dr. Gill, la compresión sostenida del cuello durante este tiempo podría dejar a una persona inconsciente, pero sería muy poco probable que privara al cerebro de oxígeno hasta el punto de causar una lesión hipóxico-isquémica significativa. En conjunto, estas pruebas contrarias harían, como mínimo, imposible demostrar más allá de toda duda razonable que la compresión del cuello fue, de hecho, la causa de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez.

En cualquier caso, el Dr. Gill ofrece otra teoría para explicar la muerte del Sr. Jacinto-Martínez: que las condiciones preexistentes del Sr. Jacinto-Martínez, específicamente su alcoholismo e hipertrofia cardíaca, habían hecho que el Sr. Jacinto-Martínez fuera vulnerable a un paro cardíaco, y que el desencadenante final fue la tensión adicional que se produjo en su cuerpo por la lucha con siete oficiales.¹⁶ La resistencia del Sr. Jacinto-Martínez a al ser trasladado a la camilla y atado, y el uso de la fuerza por parte de los oficiales para vencer esa resistencia, bien podría haber constituido por sí solo un estrés suficiente para desencadenar el paro cardíaco; pero ese estrés también podría haber aumentado, tal vez de manera significativa, por cualquier contacto con el cuello durante ese estiramiento de 94 segundos, incluido el contacto suficiente para causar esas lesiones distintivas. Aun así, aunque se pudiera probar definitivamente el contacto con el cuello durante ese estiramiento, sería casi imposible determinar las contribuciones relativas de los diversos factores de estrés al paro cardíaco del Sr. Jacinto-Martínez para establecer un delito de homicidio según la ley.

Vale la pena señalar también que, incluso si la compresión del cuello pudiera establecerse definitivamente como la causa de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez (o un factor que contribuyó a ella), la investigación sobre la posible culpabilidad penal se enfrentaría a un segundo obstáculo importante: determinar qué agente o agentes fueron responsables de la

¹⁶ Una vez más, el Dr. Gill también llama la atención sobre el incómodo ángulo en el que se podía ver la cabeza del Sr. Jacinto-Martínez en el vídeo una vez que suficientes oficiales se apartaban de la camilla para permitir de nuevo una visión sin obstáculos, una posición que podría haber interferido significativamente en la respiración del Sr. Jacinto-Martínez. Tal interferencia habría puesto más tensión en el cuerpo del Sr. Jacinto-Martínez.

conducta culpable. Como se ha mencionado, las imágenes de vídeo no pueden hacer más que establecer qué agentes estaban en la zona inmediata de la cabeza y el cuello del Sr. Jacinto-Martínez en el curso de la interacción en la camilla; esos agentes han negado haber participado en esa conducta, y los otros agentes afirman no haber visto nada. Incluso en el caso de que se pudiera demostrar la existencia de un delito, probar la culpabilidad de algún agente concreto más allá de toda duda razonable sería en sí mismo muy dudoso.

A la hora de decidir si se sigue adelante con la acusación en un caso concreto, la OAG está obligada a cumplir sus obligaciones éticas con la persona o personas que son objeto de nuestra investigación. De acuerdo con las Normas de Justicia Penal para la Función de Acusación de la Asociación Americana de Abogados, "Un fiscal debe buscar o presentar cargos penales solo si el fiscal cree razonablemente que los cargos están respaldados por una causa probable, que las pruebas admisibles serán suficientes para apoyar la condena más allá de una duda razonable, y que la decisión de acusar es en interés de la justicia". ABA, Estándares de Justicia Penal para la Función Fiscal, §3-4.3(a) (2017). Las Normas Nacionales de Acusación emitidas por la Asociación Nacional de Fiscales de Distrito sostienen que, "los fiscales deben examinar los posibles cargos para eliminar del sistema de justicia penal los casos en los que el enjuiciamiento no está justificado o no es de interés público", y enumeran entre los factores que pueden ser considerados: las dudas sobre la culpabilidad del acusado y la insuficiencia de pruebas admisibles para apoyar una condena". National District Attorneys Association, National Prosecution Standards §4-1.3 (3d. ed.).

Debido a que parece, a partir de un examen minucioso de todas las pruebas disponibles, que ninguna de las posibles causas de la muerte del Sr. Jacinto-Martínez podría ser probada más allá de una duda razonable, y debido a que la culpabilidad penal sería, a lo sumo, dudosa bajo una de esas teorías de todos modos, y debido a que, en cualquier caso, sería imposible probar más allá de una duda razonable quién participó específicamente en cualquier conducta ilícita, ni el homicidio ni ningún otro cargo sería apropiado. Por estas razones, y en cumplimiento de nuestras obligaciones éticas, la OAG ha decidido no presentar cargos contra ninguno de los agentes implicados en este caso.

RECOMENDACIONES

1. El RCCF debería ordenar la capacitación de su personal penitenciario en cómo identificar y manejar adecuadamente a los reclusos que muestran síntomas de "delirio agitado" o "delirio excitado"

El RCCF debería ordenar e impartir capacitación a su personal penitenciario sobre cómo identificar y manejar adecuadamente a los reclusos que presentan diversos síntomas de "delirio agitado" o "delirio excitado", que hacen que un individuo sea inusualmente susceptible de morir en condiciones de estrés físico. Los expertos médicos han constatado que el delirio agitado, definido como la aparición aguda de agitación, agresión, angustia y posiblemente muerte súbita, es un factor causal grave en las muertes bajo custodia, incluso tras el uso de sujeciones

mecánicas y físicas.¹⁷ Los expertos estiman que entre el 8 y el 14 por ciento de las personas que sufren este síndrome mueren.¹⁸

Esta capacitación debería proporcionar a los funcionarios de prisiones y al personal médico y de salud mental información crítica sobre el diagnóstico y el tratamiento del delirio agitado, que, según el experto independiente de la OAG, contribuyó directamente a la muerte del Sr. Jacinto-Martínez. El personal penitenciario debe recibir una formación acorde con los mejores estándares sobre cómo reducir los síntomas y la probabilidad de muerte derivada del delirio agitado y, si es necesario, buscar atención médica inmediata en un hospital. Además, esta formación debería exigir específicamente al RCCF que realice una evaluación médica y de salud mental exhaustiva para detectar cualquier síntoma de este tipo e informar inmediatamente a su personal para que pueda adaptar razonablemente su uso de la fuerza para evitar consecuencias letales para los reclusos. Dicha formación está en consonancia con las normas de la American Bar Association (ABA) sobre el trato a los reclusos, que establece que solo se asignen a los funcionarios penitenciarios responsabilidades que requieran el uso de la fuerza tras una formación adecuada y evaluaciones iniciales y periódicas para dichas funciones.¹⁹

El personal penitenciario también debe recibir capacitación en materia de intervención en crisis para interactuar con los reclusos que sufren una crisis de salud mental. Esta capacitación debe enfocarse en los métodos de no escalada que protegerán tanto al recluso como al personal y reducirán la probabilidad de que se requiera el uso de la fuerza. Dicha capacitación debe incluir también las mejores prácticas sobre cuándo y cómo sujetar a estos individuos para minimizar el riesgo de que se dañen a sí mismos y a los demás.

2. Se debe ordenar a los oficiales que no hagan contacto con el cuello de un individuo y que se aseguren de que toda la fuerza sea proporcional a las circunstancias

Recomendamos que el RCCF elabore normas que prohíban específicamente a los funcionarios de prisiones entrar en contacto con el cuello de un recluso a menos que sea absolutamente esencial, y que se aseguren de que toda la fuerza sea proporcional a las circunstancias. Aunque puede no haber jugado un papel en la muerte del Sr. Jacinto-Martínez, y por muy breve que haya sido, el contacto directo con el cuello del Sr. Jacinto-Martínez descrito anteriormente es, sin embargo, preocupante.

El vídeo y los interrogatorios dejan claro que siete funcionarios de prisiones trasladaron y presionaron al Sr. Jacinto-Martínez para sujetarle. Aunque se resistió a las órdenes de los guardias retrocediendo cuando se le ordenó que no lo hiciera y se apartó una vez, no fue violento, no causó ningún daño grave y no puso a nadie en riesgo de sufrir un daño grave.

¹⁷ *The Use of Restraints and Excited Delirium or Positional Asphyxia: A Review of the Safety and Guidelines.* (2016), <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/aug-2016/RC0801%20Positional%20Asphyxia%20Final.pdf>

¹⁸ Asia Takeuchi, et al., *Excited delirium*, *The western journal of emergency medicine* vol. 12,1 (2011): 77-83, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088378/>. El delirio excitado se invoca casi exclusivamente en relación con las muertes que se producen en un contexto de justicia penal, en casos de muerte durante el uso de la fuerza por parte de la policía o del personal penitenciario.

¹⁹ Normas de la ABA sobre el tratamiento de los reclusos § 23-5.6(d)

Ciertamente, merece la pena considerar si un número tan elevado de funcionarios penitenciarios era necesario y apropiado para someter y contener al Sr. Jacinto-Martínez. Además, la cárcel debe adherirse a las normas de la ABA sobre el tratamiento de los reclusos, que establecen que las cárceles deben adoptar "una gama de opciones de fuerza y prohibir explícitamente el uso de fuerza prematura, innecesaria o excesiva" y "las técnicas de control deben estar destinadas a minimizar las lesiones tanto de los reclusos como del personal".²⁰ Además, "salvo en circunstancias muy inusuales en las que un recluso represente una amenaza inminente de daños corporales graves, el personal no debe utilizar tipos de fuerza que conlleven un alto riesgo de lesiones". Dados los riesgos que conlleva el uso de la fuerza en el cuello de una persona, los funcionarios penitenciarios deben evitar estas técnicas a menos que sea absolutamente necesario.

En este caso, un enfoque medido del uso de la fuerza era aún más crítico, porque mostraba síntomas de "delirio agitado", como se ha descrito anteriormente. En tales situaciones, los expertos han opinado que los funcionarios y el personal penitenciario no deben emplear ningún tipo de fuerza que constriña la respiración de un recluso, ya que se suma a los síntomas del delirio agitado y puede contribuir a su muerte, como en el caso del Sr. Jacinto-Martínez.²¹ Por lo tanto, en todas las circunstancias, pero especialmente en aquellas en las que los reclusos muestren síntomas de delirio agitado, se debe exigir al personal penitenciario que evite acciones que puedan provocar la compresión del cuello o un estrés excesivo, como sentarse, arrodillarse o ponerse de pie sobre el cuello, el pecho o la espalda de un sujeto, reduciendo así su capacidad de respirar.

3. El RCCF debe asegurarse de que todo el período durante el cual un recluso es retenido en una silla de contención sea grabado en audio y en video, y que las cámaras se coloquen de manera que no obstruyan la visión del recluso.

La política del RCCF instruye al supervisor de turno para que se asegure de que el período durante el cual un recluso es mantenido en una silla de sujeción sea grabado en video. Para garantizar una supervisión adecuada del uso de las sillas de inmovilización y del uso de la fuerza por parte del RCCF, el centro también debería grabar en audio todo el período de inmovilización, de conformidad con las normas de la ABA sobre centros penitenciarios, que recomiendan que "durante todo el período de inmovilización, el recluso debe ser grabado en vídeo y en audio".²² Como reconoce el RCCF, la comunicación entre los reclusos inmovilizados y el personal médico y penitenciario es fundamental para garantizar que el recluso esté inmovilizado de forma segura en su silla de inmovilización y no sufra ninguna consecuencia adversa.

Además, cuando la cárcel utiliza el vídeo para la vigilancia continua, el vídeo debe proporcionar una visión clara y precisa del cuerpo del recluso, incluyendo el torso, las extremidades y la cara. Para garantizar que estas vistas no queden ocultas, puede ser aconsejable colocar una cámara en el techo. Esto permitirá al personal identificar las

²⁰ Normas de la ABA sobre el tratamiento de los reclusos § 23-5.6(d)

²¹ Edward Hughes, *Special Panel Review of Excited Delirium*, Pennsylvania State University, Institute for Non-Lethal Defense Technologies National Institute of Justice, 30 (2011), <https://www.hsdl.org/?view&did=804857>

²² ABA Correctional Standard 23-5.9(h)(i) Use of restraint mechanisms and techniques (for the entire period of restraint, the prisoner should be video- and audio-recorded).

condiciones de emergencia en el vídeo inmediatamente cuando surjan. La grabación de vídeo sin obstáculos también ayuda a evaluar las circunstancias del evento adverso.

4. La RCCF debería mejorar sus prácticas de acceso a los idiomas

Los acontecimientos que condujeron a la muerte del Sr. Jacinto-Martínez implicaron coyunturas críticas en las que, según la política del RCCF y las normas de la ABA, era esencial que el Sr. Jacinto-Martínez y el personal médico/correccional se comunicaran y entendieran mutuamente con respecto al uso de sujeciones y la condición física del Sr. Jacinto-Martínez. Sin embargo, aunque el Sr. Jacinto-Martínez se comunicaba exclusivamente en español, no había funcionarios penitenciarios ni personal médico de habla hispana, ni traductores o líneas lingüísticas utilizadas, durante varias de estas coyunturas. Para evitar cualquier malentendido entre el personal penitenciario y el recluso, recomendamos que el RCCF se asegure de proporcionar servicios de interpretación cualificados y culturalmente competentes a través del personal o de un proveedor telefónico para cualquier encuentro relacionado con la medicina, incluso durante el uso de una silla de sujeción o cualquier otro mecanismo de sujeción sostenida.

5. El RCCF debe modificar sus políticas con respecto al uso de sillas de cuatro puntos de sujeción para asegurar el cumplimiento de las normas de la ABA

El RCCF debe enmendar sus políticas sobre el uso del sistema de retención de cuatro puntos y de las sillas de retención para garantizar que se utilicen y supervisen de forma segura, para evitar emergencias médicas, y para adaptar las políticas a las normas de la ABA para los centros penitenciarios. Además, esta política debería diseñarse para minimizar el uso de las sillas de retención dados los riesgos de resultados adversos. Parece que el estado del Sr. Jacinto-Martínez empeoró hasta el punto de entrar en crisis mientras estaba sujeto en la silla de retención de cuatro puntos y puede haber contribuido a las circunstancias que llevaron a su necesidad de hospitalización y finalmente a su muerte. Durante las tres horas que estuvo sujeto, su pulso y su presión arterial aumentaron significativa y aparentemente experimentó el "delirio agitado" que el Dr. Gill identificó como una de las causas de su muerte.²³

Para garantizar la seguridad de las personas colocadas en una silla de retención, el RCCF debería adaptar su política a las normas de la ABA exigiendo una evaluación de la salud mental de todos los detenidos colocados en una silla de retención de cuatro puntos, y autorizando al personal médico y de salud mental a trasladar a los detenidos a la unidad médica para su observación y tratamiento constantes si el recluso corre el riesgo de sufrir una

²³ El encuentro comenzó con él "actuando de forma errática" y hablando de forma "disparatada e incoherente", resistiéndose al personal mediante "acciones erráticas" y, según el personal médico, condujo a un "aumento de la confusión, la inquietud, la sudoración y la agitación" que, junto con su pulso inusualmente alto, les llevó a llamar a una ambulancia, lo que finalmente contribuyó a su muerte.

emergencia médica o de salud mental (o presenta síntomas de ella).²⁴ Aunque la política del RCCF reconoce que "el comportamiento violento puede enmascarar condiciones médicas peligrosas", la política del RCCF no exige una evaluación de la salud mental ni otorga al personal médico la autoridad para trasladar a un detenido en una silla de cuatro puntos de sujeción a la unidad médica o mental para su evaluación y estabilización constantes. Si el RCCF hubiera exigido dicha evaluación y autoridad, el personal médico o de salud mental podría haber abordado los síntomas subyacentes y evitado su crisis médica. El RCCF debería adoptar estas políticas para estar en consonancia con la ABA y las normas aceptadas sobre las sujeciones de cuatro puntos.²⁵

Además, en la medida en que los reclusos en sillas de sujeción no sean colocados en la unidad médica para su observación constante, el RCCFG debe exigir controles de 15 minutos por personal médico capacitado para vigilar los síntomas y comprobar la circulación. La política del RCCFG solo requiere revisiones médicas de los reclusos en sillas de sujeción cada hora, y el personal médico supervisó al Sr. Jacinto-Martínez a intervalos inconsistentes. Dados los riesgos de resultados adversos rápidos con las sujeciones de cuatro puntos, como sufrió el Sr. Jacinto-Martínez, la norma de la ABA prevé que el personal médico realice observaciones visuales y revisiones médicas del prisionero cada 15 minutos, y que evalúe cualquier riesgo y problemas médicos para que puedan ser tratados inmediatamente.²⁶

Por último, para garantizar una seguridad óptima a las personas que se encuentran en sillas de cuatro puntos de sujeción, el RCCF debe limitar el uso de las sillas de cuatro puntos de sujeción únicamente a circunstancias exigentes, cuando un recluso presente un riesgo inmediato y extremo de lesiones graves para sí mismo y para los demás y sólo después de que no hayan sido eficaces formas menos restrictivas de sujeción, de conformidad con la ABA y las normas médicas.²⁷ Los expertos médicos han determinado que las sillas de sujeción de cuatro puntos que atan los brazos y las piernas del recluso a un objeto fijo deben utilizarse con moderación porque corren el riesgo de someter al recluso a dolor y estrés mental, y cuando se aplican mal

²⁴ ABA Standards on the Treatment of Prisoners § 23-5.9(e). Los expertos en salud mental sostienen que si los reclusos con problemas de salud mental requieren una contención de emergencia, ésta debe producirse "en la enfermería de la prisión o la cárcel, que por lo general cuentan con personal de salud mental las 24 horas del día que puede realizar evaluaciones de la salud y proporcionar tratamiento a los reclusos". Kenneth L. Appelbaum, M.D., *Commentary: The Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, vol. 35, No.4, p 431 (2007); Jeffrey L. Metzner et al., *Resources Document on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 419 vol. 35:4 (2007) ("Cuando un recluso es aislado o restringido en un entorno no hospitalario, la reclusión o la restricción debe producirse, no obstante, dentro de un entorno sanitario").

²⁵ Normas de la ABA sobre el tratamiento de los prisioneros § 23-5.9(e).

²⁶ *Id.* en 23.59(h)(iv). Además, las normas establecen que "cada dos horas, personal sanitario cualificado debe comprobar el rango de movimiento del prisionero". *Id.* en 23.59(h)(v). Véase también el Comentario de Michael Champion: *la reclusión y la restricción en los correccionales un tiempo de cambio*, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 35. 426-30 (2007) (en que se hace referencia a las normas de la Comisión Nacional de Atención de la Salud en los Centros Penitenciarios que exigen lo mismo).

²⁷ La política del RCCF establece que las sillas de inmovilización solo deben utilizarse cuando un recluso constituye una amenaza para sí mismo, para los demás o para la seguridad de la cárcel. Por el contrario, las normas de la ABA limitan el uso de las sillas de contención de cuatro puntos a las situaciones en las que "un recluso presenta un riesgo inmediato y extremo de autolesionarse o de lesionar a otros, y solo después de que se haya determinado que las formas menos restrictivas de contención son probablemente ineficaces para controlar el comportamiento arriesgado del recluso". *Id.* en 23.59(f).

pueden provocar dificultades cardíacas, aspiración y asfixia posicional (muerte por obstrucción respiratoria).²⁸ Así pues, antes de utilizar una silla de sujeción, el RCCF debe adoptar el nivel más alto de la ABA y exigir al personal que aplique medios de control menos restrictivos, incluidas técnicas de desescalada para calmar a los reclusos y otras intervenciones verbales, ambientales o farmacológicas, incluido el tratamiento de la salud mental.²⁹

²⁸ Jeffrey L. Metzner et al, *Resources Document on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care*, Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 419 vol. 35:4 (2007); Joint Comm'n on Accreditation of Healthcare Orgs., *Preventing Restraint Deaths* (Nov 18, 1998)), http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf.

²⁹ Metzner, *Documento de recursos sobre el uso de la restricción y la reclusión en la atención de salud mental en los centros penitenciarios*; Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *Investigación de la Institución Correccional Estatal de Cresson y aviso de investigación ampliada* (31 de mayo de 2013), http://www.justice.gov/crt/about/spl/documents/cresson_findings_5-31-13.pdf.

PRUEBA 1



State of New York

Executive Chamber

No. 147.26

ORDEN EJECUTIVA

En vista de la solicitud de la Fiscal General Letitia James, mi orden y requisito, personificado en la Orden Ejecutiva Número ciento cuarenta y siete, con fecha del 8 julio de 2015, es editada por la presente para incluir un párrafo adicional al penúltimo párrafo como se editó en las Órdenes Ejecutivas número 147.1 – 147.25 y se declara lo siguiente:

A D E MÁS, el requisito impuesto en el Fiscal Especial por esta Orden Ejecutiva deberá incluir la investigación, y si se garantiza, el enjuiciamiento:

(z) de cualquier y todos los actos u omisiones o presuntos actos u omisiones ilegales por cualquier agente de la ley, como se enumera en la subdivisión 34 de la sección 1.20 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que surjan o estén relacionados de alguna forma con la muerte de Ferdy Jacinto-Martínez el 25 de julio de 2019 en el condado de Rockland.



Dado bajo mi mano y el Sello del Estado en la Ciudad de Albany este cuarto día de octubre del año dos mil diecinueve.

POR EL GOBERNADOR

Secretario del Gobernador

PRUEBA 2

DESCUBRIMIENTOS

- I. Historial de un colapso repentino sin explicación (ver investigación policial) seguido de una retención física con episodio hipertensivo (180/100) mientras se encuentra bajo custodia policial, con la consiguiente hospitalización en el Nyack Hospital en Rockland, Nueva York, y en el Englewood Hospital en New Jersey.
- II. La parte frontal y posterior del cuello presentan múltiples hemorragias musculares, fractura del cartílago tiroideo y una ligera hemorragia ocular.
- III. Trauma en el torso y hombros, incluyendo la parte frontal del pecho (historial de intento de resucitación) y en la espalda (más en el lado derecho).
- IV. Lesiones en las cuatro extremidades.
- V. Ver informe de toxicología: no hay evidencia de intoxicación aguda por drogas, medicación o alcohol.
- VI. Ver informe de histopatología (se adjunta).
- VII. Ver historial médico de los hospitales de Nyack y Englewood.
- VIII. Ver informe de la investigación policial (del condado de Rockland, Nueva York).

CAUSA DE LA MUERTE:

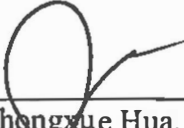
Pendiente de más estudios. Editada el 22 de agosto de 2019 a: Encefalopatía hipóxico-isquémica debido a compresión del cuello durante retención física por comportamiento agitado.

CONDICIÓN CONTRIBUYENTE:

Editada el 22 de agosto de 2019: Alcoholismo crónico con hipertrofia cardiaca y esteatosis del hígado.

CAUSA DEL FALLECIMIENTO:

Pendiente de investigación. Editada el 22 de agosto de 2019 a: Homicidio.


8/22/2019
Zhongyue Hua, MD, Ph.D.
Interim AdtMédico Examinador Interno

ZH/rmc

FECHA DE DICTAMEN: 26/07/2019

FECHA DE TRANSCRIPCIÓN: 30/07/2019

FECHA DE FINALIZACIÓN: 22/08/2019

NO ES OFICIAL SIN SELLO

PRUEBA 3

James Gill, M.D.
Consulta de patología forense



21 de marzo de 2020

Re: Ferdy Jacinto-Martínez

Estimado Subjefe Wun,

He sido contratado por la Unidad de Investigaciones y Actuaciones Especiales del Estado de Nueva York, Oficina del Fiscal General, para dar mis opiniones en relación con la muerte de Ferdy Jacinto-Martínez. Soy un médico licenciado y certificado en patología anatómica y forense. Tengo experiencia en la patología de autopsias y en la determinación de la causa y forma de la muerte. Mis opiniones a continuación se dan con un grado razonable de certeza médica. He recibido lo siguiente en referencia a este asunto:

1. Registro de EMS/Paramédico (Informe de atención prehospitalaria)
2. Hospital Englewood (7/23/19) y Centro Médico y Registros del Hospital Montefiore Nyack (4/22/19 y 7/23/19)
3. Informe e imágenes de la autopsia de Jacinto-Martínez
4. Registros de salud del Correccional del Condado de Rockland
5. Vídeo del centro penitenciario del condado de Rockland (23 de julio de 2019, 3,5 horas)
6. Un ejemplo de máscara de escupir.

Breve sinopsis de la historia clínica:

El Sr. Jacinto Martínez era un hombre de 32 años con un historial de abuso de alcohol ("bebedor empedernido" según la entrevista con su hermano) que fue arrestado el 22 de julio de 19 y estaba recluido en el centro penitenciario del condado de Rockland. Durante su encarcelamiento fue descrito como "muy ansioso" y tenía una presión arterial elevada (182/106, 183/128) y un ritmo cardíaco rápido (hasta 165 lpm). Se le administraron medicamentos para la hipertensión. Hay tres episodios que implican un altercado físico con sujeción por parte del personal penitenciario durante un período de aproximadamente tres horas que comenzó justo después de la medianoche del 23 de julio de 2019. Estos episodios fueron capturados en una cinta de vídeo que incluía el tercer evento con pérdida de conciencia seguido de un intento de reanimación.

El primer episodio de contacto físico/restricción se produjo mientras estaba de pie con varios guardias en el pasillo de la cárcel (vídeo 00:16:50). Hizo un movimiento repentino hacia una puerta e inmediatamente fue derribado al suelo. Durante el subsiguiente forcejeo fue sujetado y luego esposado. Durante este tiempo, es posible que sufriera una lesión en el cuello que le causó la fractura. La cabeza y el cuello están ocultos en parte del altercado. Dado que permaneció consciente y fue conducido a la sala de espera del tribunal, no sufrió ninguna compresión prolongada en el cuello en ese

momento que hubiera provocado daños cerebrales o pérdida de conciencia horas después. Durante el tiempo que estuvo en la celda de detención fue controlado rutinariamente por los guardias y el personal médico, que comprobaron sus constantes vitales. A las 00:25, debido a su continua presión arterial elevada y a su agitación, se le administró amlodipino (Norvasc 5 mg, un medicamento para tratar la presión arterial alta) e hidroxizina (Vistaril 50 mg, un antihistamínico con acción sedante). A continuación, sus presiones sanguíneas fueron de 150/81 y 164/107.

A las 02:24, el personal intentó liberarlo de la silla de contención, y se le mantuvo a la fuerza en la silla de contención porque estaba "muy agitado". En ese momento, el personal médico informó de que presentaba "más confusión, inquietud, sudoración y agitación". Tras este episodio, permaneció consciente con movimientos voluntarios.

A las 03:16:18 fue trasladado de la silla de inmovilización a una camilla que estaba en configuración de "silla" (no plana). Lo llevaron a la camilla, lo pusieron en ella y lo sujetaron entre 6 y 7 guardias. Durante este forcejeo, se le sujetó y la vista de gran parte de su cuerpo fue obstruida por los guardias. A las 3:17:41, los guardias comenzaron a alejarse de él. En ese momento, parecía estar inconsciente y sin movimientos voluntarios. A las 3:18:05, sus pies empezaron a temblar, y luego su cabeza y su torso empezaron a agitarse. Esto puede representar una actividad convulsiva o que está recuperando la conciencia. Un guardia le sujetó la cabeza y la zona izquierda del cuello y los hombros, y el movimiento terminó por detenerse (3:18:40). No volvió a moverse y cuando fue examinado por los paramédicos (3:19:39) no respondía (GCS = 3) con respiración agónica (RR=3) y pulso débil. A las 3:23:18 había perdido claramente el pulso, como lo demuestra el inicio de las compresiones torácicas.

Se inició la reanimación y recuperó, perdió y volvió a recuperar el pulso. Fue trasladado al Hospital Montefiore Nyack. Las pruebas de abuso de alcohol y drogas fueron negativas. Sus pruebas hepáticas estaban ligeramente elevadas (AST = 289 U/L). Los cambios en el electrocardiograma mostraron una lesión cardíaca y fue trasladado al Hospital Englewood para un cateterismo cardíaco que mostró unas arterias coronarias normales con una fracción de eyección del 45% (hipocinesia global leve). Una tomografía computarizada de la cabeza demostró cambios hipóxico-isquémicos sin hemorragia traumática. Sus pruebas hepáticas repetidas (AST > 7.500 U/L) estaban marcadamente elevadas. Permaneció inconsciente e hipotenso (presión arterial baja). Fue declarado muerto el 25 de julio de 2019 y se realizó una autopsia forense el 26 de julio de 2019.

Breve sinopsis de los hallazgos en la autopsia y las fotografías:

En la autopsia, era un hombre de 67", 194 lb. Había contusiones superficiales dispersas en el torso y las extremidades. No había lesiones internas en la cabeza o el tronco. Había lesiones en el cuello y petequias en los ojos.

Cuello: La parte superior posterior del cuello derecho (cerca de la línea media) sufrió una contusión superficial aguda de 2-1/2" x 2" y la parte superior posterior del cuello izquierdo (cerca de la línea media) tuvo una contusión superficial de 1-1/2" x 1". Hubo contusiones (1-1/2" x 1) de los músculos profundos de la parte superior posterior del cuello izquierdo. La superficie inferior del músculo de la correa anterior izquierda tenía una ligera congestión/hemorragia superficial (3/4 x 1/4"). El cartílago tiroideo derecho (cerca de la línea media), tenía una fractura vertical aguda de 3/4" con

hemorragia asociada.

El cerebro estaba hinchado con cambios hipóxico-isquémicos. No había fractura de cráneo ni hemorragia intracraneal. El corazón tenía dilatación e hipertrofia ventricular. No había aterosclerosis de la arteria coronaria que limitara el flujo. Las secciones microscópicas informaron que mostraban bronconeumonía temprana, marcada esteatosis hepática y hemorragia (contusión) del cuello izquierdo anterior, del cuello izquierdo posterior profundo y profundo, y del cuello derecho posterior superficial.

Opiniones:

Las siguientes son mis opiniones:

1. Sus signos y síntomas clínicos son consistentes con un delirio agitado debido a su abuso crónico de alcohol (síndrome de abstinencia). Un delirio agitado y una crisis hipertensiva en combinación, o solos, pueden causar la muerte.
2. La asfixia se define como la interferencia antinatural en el ciclo de oxígeno y dióxido de carbono del cuerpo. Puede ser causada por la compresión del cuello, una posición comprometida del cuerpo que interfiere con la respiración (asfixia posicional), la compresión del pecho o el bloqueo externo de la nariz/boca (asfixia).
3. La relación temporal de la contención física tras el traslado a la camilla (~3:16) con su posterior pérdida de conciencia, junto con los hallazgos de la autopsia (fractura de laringe, hemorragia en el cuello, petequias), son preocupantes para una lesión por asfixia. En la autopsia se observó una lesión en el cuello lo suficientemente fuerte como para fracturar el cartílago tiroideos de la laringe. En la autopsia se observaron petequias (hemorragias puntuales) en los ojos. Las petequias pueden ser un signo de compresión del cuello, sin embargo, también pueden verse con intentos vigorosos de reanimación. La fractura de la tiroides por sí misma no significa por cuánto tiempo se aplicó la fuerza, solo muestra que se aplicó suficiente fuerza para causar la fractura. Un golpe/presión repentina, sin una compresión prolongada (asfixia), también puede causar una lesión de este tipo. El tiempo necesario para causar una lesión cerebral por estrangulamiento es un factor importante a tener en cuenta y el vídeo proporciona información sobre esta cuestión.
4. Aunque el vídeo no demuestra ni excluye la compresión real del cuello, sí da un marco de tiempo bien establecido sobre el tiempo que podría haber durado la compresión potencial. Por lo general, se necesitan más de 100 segundos de compresión constante del cuello para causar una lesión cerebral irreversible y/o la muerte. Una parada repentina (arritmia) del corazón resultará en la pérdida de la conciencia en varios segundos con una lesión cerebral irreversible en cuestión de minutos. Basándose en la duración de la visión oscurecida (menos de 90 segundos), es poco probable que haya habido tiempo suficiente para que la compresión del cuello, aunque se aplicara constantemente, haya causado una lesión cerebral letal.

5. A las 3:17:41, los guardias comenzaron a alejarse de él. En este punto, apareció inconsciente sin movimientos voluntarios. A las 3:18:05, sus pies comenzaron a moverse y luego su cabeza y torso comenzaron a moverse. Esto puede representar una convulsión o que recupere la conciencia. Si es que está recobrando la conciencia, excluiría la compresión del cuello como causa de la lesión cerebral letal.
6. Dado que el vídeo demostró un tiempo insuficiente para la compresión fatal del cuello, la incertidumbre de si había recuperado la conciencia en ~3:18:05, y su actual enfermedad cardiovascular con descompensación (hipertensión, taquicardia, hipertrofia/dilatación cardíaca), y su abuso crónico de alcohol con abstinencia, es razonable que el estrés de la sujeción junto con su enfermedad cardíaca y su delirio agitado causaran su muerte sin ningún componente de compresión "asfixiante" del cuello.
7. La subsiguiente lesión cerebral y los cambios en el electrocardiograma y el hígado fueron todos procesos secundarios, causados por el paro cardíaco en la cárcel con la subsiguiente reanimación. Todo el período de falta de oxígeno (hipoxia) duró más de 4 minutos, lo que habría sido suficiente para causar una lesión cerebral irreversible. Debido a que el corazón es más resistente a la hipoxia que el cerebro, los paramédicos pudieron finalmente hacer que el corazón se reiniciara. Para entonces, el cerebro, sin embargo, ya había sufrido suficiente falta de oxígeno como para provocar la encefalopatía hipóxico-isquémica irreversible. Los intentos estándar de reanimación no explicarían la fractura del cartílago tiroideo.

Todas mis opiniones se basan en un grado razonable de certeza médica. Me reservo el derecho de revisar mis opiniones en función de la recepción de información nueva y/o adicional.

Sinceramente,

James Gill, M.D.

Apéndice 1: Línea de tiempo del video y eventos del 23/7/19

Time	Event
3:00	Asegurado en la silla de sujeción, máscara de escupir y moviendo la cabeza
3:03:34	El guardia y dos paramédicos entran en la habitación
3:04	Comprobación de signos vitales (130/100 BP, 148 Pulso, 28 RR, GCS 15 a "3:11" en PCR)
3:10:25	Camilla traída, más guardias en la habitación
3:11:16	Tobillos esposados
3:12:09	Lucha, cabeza agarrada por detrás
3:12:52	Manos a los lados de la mandíbula, cabeza extendida hacia atrás
3:14	Inclinado - Hacia adelante, quieto con la postura, sentado, moviendo la cabeza
3:15	Tiene postura, mueve la cabeza
3:16:12	Consciente, trasladado a la camilla, con una máscara de escupir
3:16:18	Puesto en la camilla y sujetado, 7 guardias alrededor de la camilla.
3:16:45	Cabeza y cuerpo sujetados, gran parte del cuerpo oscurecido por los guardias
3:17:03	Posición reajustada: subido en camilla
3:17:41	Los guardias lo dejan, no está luchando
3:17:51	El guardia deja caer la máscara de escupir en el banco
3:17:54	Guardias lejos de él, su cabeza/cuello doblado a la derecha, sin máscara de escupitajo
3:18:05	Los pies se mueven.
3:18:07	Movimiento de la cabeza y el torso
3:18:09	Guardia con las manos en la cabeza y en el área del cuello/hombros izquierda
3:18:40	Sin movimiento
3:19:07	Máscara de escupir puesta, los pies no se mueven
3:19:25	Los guardias se apartan de él, no se mueve
3:19:39	No hay movimiento, el EMT comprueba el pulso en el cuello, el paramédico regresa ("3:20" en PCR: pulso 100 "hilo"; 3 RR, GCS 3)
3:20:10	El servicio de emergencias ha plegado la camilla.
3:21:49	Se han quitado las correas de sujeción.
3:22:44	Se ha iniciado el suministro de oxígeno.
3:23:18	Compresiones torácicas iniciadas

PCR = Reporte de Cuidado Prehospitalario por EMS/Paramédico

RR = Ritmo Respiratorio por minuto

GCS = Escala de Coma de Glasgow (15=Completamente consciente 3=inconsciente/no responde)