



INFORME ESPECIAL

Muertes bajo custodia en establecimientos penitenciarios (2024–2026)

Resumen ejecutivo

Entre el 1 de febrero de 2024 y el 30 de junio de 2026, Cubalex registró 115 muertes bajo custodia estatal vinculadas a establecimientos penitenciarios en Cuba. El universo comprende a personas privadas de libertad por resolución judicial e incluye siete casos de excarcelación o licencia extrapenal *in extremis*, en los que el fallecimiento ocurrió horas o días después de la liberación, cuando el proceso que condujo a la muerte, originado durante la reclusión, ya era irreversible.

La negligencia o negación de atención médica constituye el mecanismo predominante, identificado en al menos 80 casos, aproximadamente el 70 % del total. Los registros describen retrasos en la asistencia, interrupciones o ausencia de tratamientos y falta de respuesta ante situaciones de riesgo conocido. Dentro de este eje destacan al menos 21 muertes atribuidas a desnutrición severa o inanición y 12 vinculadas a tuberculosis. Su recurrencia y concentración en determinados establecimientos señalan deficiencias graves en la provisión de alimentación, la atención sanitaria y la prevención de riesgos colectivos, que trascienden la actuación aislada de determinados funcionarios.

El informe documenta también violencia letal atribuida a agentes penitenciarios, uso prolongado de medios de coerción y muertes de especial sospecha en las que las versiones oficiales de suicidio coexisten con indicios de violencia. Estos supuestos se distinguen de las muertes atribuidas al suicidio, cuyo análisis revela antecedentes de depresión desatendida, intentos previos sin seguimiento y trato degradante. Las muertes causadas por otros reclusos plantean, por su parte, interrogantes sobre la supervisión y la protección frente a terceros. La atribución del fallecimiento a una conducta autolesiva o a otro interno no excluye el examen de las acciones u omisiones estatales que pudieron contribuir al desenlace.

Las excarcelaciones *in extremis* —que no constituyen un mecanismo de muerte autónomo, sino una circunstancia transversal, pues el fallecimiento se computa según su causa real, mayoritariamente la omisión— cuestionan, junto con las denegaciones o dilaciones de licencias extrapenales durante el deterioro de la salud, la oportunidad y eficacia protectora de este mecanismo. También puede dificultar la

trazabilidad del fallecimiento y favorecer su exclusión de registros limitados a muertes ocurridas formalmente bajo custodia. El informe subraya que en este contexto subsiste la obligación de investigar y las posibles responsabilidades por actos u omisiones anteriores.

La distribución territorial muestra una concentración de casos documentados en Santiago de Cuba, La Habana y Mayabeque, que reúnen más de la mitad del total. La repetición de determinados mecanismos en establecimientos específicos permite identificar prioridades de prevención e investigación. A su vez, las necesidades de atención de las personas con enfermedades crónicas, adultas mayores y con padecimientos de salud mental exigen medidas diferenciadas de protección. Los casos de mujeres, personas afrodescendientes y personas encarceladas por motivos políticos requieren un seguimiento específico, atento a posibles formas de discriminación y violencia interseccional.

Los hallazgos deben interpretarse considerando las limitaciones del registro: en 8 casos, la información disponible no permitió precisar el mecanismo de muerte. Estas limitaciones no disminuyen la gravedad de los hechos ni la necesidad de esclarecerlos. En conjunto, el informe identifica patrones recurrentes de desatención, violencia y desprotección cuya prevención exige combinar medidas inmediatas de atención sanitaria y alimentaria con investigaciones independientes, supervisión externa, transparencia y reparación a las familias. El esclarecimiento de cada fallecimiento debe acompañarse de cambios en las prácticas y condiciones institucionales que favorecen la repetición de estos hechos.

Introducción

El presente informe constituye una actualización y profundización del análisis realizado por Cubalex en 2024 sobre las muertes ocurridas bajo custodia del Estado cubano.¹ Aquel primer informe se propuso, desde el inicio, analizar patrones, identificar factores de riesgo y encuadrar los hechos dentro de los estándares internacionales aplicables a la privación de libertad, el uso de la fuerza y la obligación estatal de prevenir, investigar y sancionar muertes potencialmente ilícitas. La actualización que ahora se presenta parte de esos hallazgos identificados y los proyecta en el tiempo, con el objetivo de profundizar en la comprensión de las muertes ocurridas bajo custodia estatal en Cuba en el período comprendido entre el 1 de febrero de 2024 y el 30 de junio de 2026. En esta primera entrega, centraremos el análisis de las muertes vinculadas al contexto penitenciario para identificar expresiones agravadas de patrones que este informe analiza de manera diferenciada.

En lo que respecta a nuestro marco conceptual de referencia, nos apoyamos en la definición de las muertes potencialmente ilícitas como categoría jurídica amplia desarrollada en el derecho internacional de los derechos humanos para identificar aquellos fallecimientos en los que existe una sospecha razonable de violación del derecho a la vida. De acuerdo con el Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas (2016), esta categoría abarca no solo las muertes causadas directamente por agentes del Estado, sino también aquellas en las que el Estado pudo haber contribuido mediante acción, aquiescencia u omisión, incluyendo situaciones en las que incumplió su deber de prevenir riesgos previsibles contra la vida. El Protocolo establece que el deber de investigar se

activa siempre que el Estado tenga conocimiento, o debiera haberlo tenido, de una muerte potencialmente ilícita, incluso en ausencia de una denuncia formal, lo que refuerza el carácter preventivo y garantista de esta obligación internacional.²

Dentro de este concepto, se ubican las muertes bajo custodia como subcategoría específica caracterizada por el control directo y efectivo del Estado sobre la persona fallecida. El Protocolo de Minnesota reconoce que cuando una persona muere mientras se encuentra privada de libertad o bajo la custodia de autoridades estatales se activa una presunción general de responsabilidad estatal. Esta presunción se fundamenta en el deber reforzado de garantía que recae sobre el Estado en contextos de privación de libertad, donde la persona depende completamente de las autoridades para su seguridad, integridad y acceso a servicios esenciales como la atención médica.³

A los efectos de este informe, la custodia se define por el ejercicio de control efectivo del Estado sobre la vida, integridad y libertad de una persona. Esta concepción material y funcional encuentra respaldo en la Observación General n.º 35 del Comité de Derechos Humanos, que comprende expresamente la hospitalización involuntaria y el traslado contra la propia voluntad; en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la relación de sujeción especial y la posición de garante del Estado respecto de toda persona bajo su control, autoridad o custodia (*Ximenes Lopes vs. Brasil*, 2006; *Vélez Lóor vs. Panamá*, 2010; *Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala*, 2016); y en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela), cuya regla 27 establece que el traslado a un centro sanitario externo no interrumpe el estatus de custodia ni la responsabilidad de las autoridades. En la práctica, la subsistencia de la custodia se verifica mediante tres indicadores operativos: la vigilancia estatal continua o delegada; la restricción objetiva de la salida, incluida la imposibilidad de que la persona o su familia decidan el alta o el traslado; y la supeditación del egreso o del destino a la autorización de una autoridad policial, judicial o administrativa. La concurrencia de cualquiera de estos elementos acredita custodia material, con independencia de la calificación jurídica que el propio Estado asigne a la situación.⁴

En este sentido, resulta jurídicamente consistente afirmar que toda muerte en custodia debe ser considerada, a primera impresión, como una muerte potencialmente ilícita. Esto no implica que todas las muertes en custodia sean automáticamente ilícitas, sino que, dadas las condiciones de control absoluto del Estado, existe una sospecha inicial que obliga a una investigación rigurosa, independiente y efectiva. La carga de la prueba, en estos casos, se desplaza hacia el Estado, que debe demostrar que cumplió con sus obligaciones de protección y que la muerte no fue consecuencia de una acción u omisión atribuible a sus agentes.

En cuanto a la relación con las ejecuciones extrajudiciales, estas deben entenderse como una forma agravada de muerte potencialmente ilícita, caracterizada por la privación de la vida como resultado de la acción directa de agentes del Estado —o de particulares que actúan con su autorización, apoyo o aquiescencia— mediante el uso de fuerza letal o potencialmente letal en violación de los estándares legales y de derechos humanos. A diferencia de otras muertes potencialmente ilícitas, que pueden derivarse de omisiones estatales, negligencia o falta de protección, las ejecuciones extrajudiciales se

vinculan principalmente con conductas activas que generan un riesgo previsible de muerte, tales como disparos, golpizas, asfixia, embestidas o cualquier forma de violencia incompatible con el uso legítimo de la fuerza.

Si bien algunas ejecuciones extrajudiciales pueden ocurrir en contextos de custodia, muchas tienen lugar fuera de estos, por ejemplo, durante operativos policiales, acciones de persecución penal o control migratorio. No obstante, en contextos de privación de libertad, la distinción entre muerte en custodia y ejecución extrajudicial no siempre es excluyente, ya que una misma muerte puede reunir ambas condiciones cuando existen indicios de que agentes estatales causaron directamente la muerte mediante el uso de la fuerza. En estos casos, la calificación no depende de la prueba de una intención específica de matar —lo cual suele ser inaccesible en contextos de opacidad institucional— sino de la existencia de elementos objetivos que permitan inferir que la muerte fue consecuencia de una actuación estatal arbitraria, abusiva o incompatible con el deber de garantía de la vida.

En este sentido, conforme al Protocolo de Minnesota, el análisis debe centrarse en si la muerte pudo haber sido causada por actos u omisiones del Estado o en violación de su obligación de proteger la vida, y no exclusivamente en la intención subjetiva del agente. Este enfoque permite una clasificación más adecuada en contextos donde el acceso a la información es limitado, las investigaciones carecen de independencia y existen patrones de encubrimiento. Así, la identificación de una posible ejecución extrajudicial puede basarse en indicios como la presencia de lesiones incompatibles con la versión oficial, la falta de documentación, la incomunicación previa de la víctima, o contradicciones en el relato estatal, sin que sea necesario acreditar plenamente la intencionalidad del agente en esta etapa.

En consecuencia, la relación entre estas categorías puede comprenderse de la manera siguiente: la muerte potencialmente ilícita funciona como una categoría paraguas que engloba todas aquellas muertes respecto de las cuales existen indicios de responsabilidad estatal, ya sea por acción, omisión o incumplimiento del deber de protección; la muerte en custodia se define por el contexto de control estatal sobre la persona y activa una presunción reforzada de responsabilidad; y la ejecución extrajudicial se configura por el tipo de conducta atribuible a agentes del Estado, particularmente cuando la muerte resulta del uso de fuerza letal o potencialmente letal, o de actuaciones arbitrarias incompatibles con los estándares que rigen el uso de la fuerza.

En este marco, la calificación no depende exclusivamente de la prueba de una intención específica de matar, sino de la existencia de elementos objetivos que permitan inferir que la privación de la vida es consecuencia de una actuación estatal abusiva o contraria a sus obligaciones internacionales. Esta distinción permite organizar de manera coherente el análisis de los casos en contextos de alta opacidad, sin perder de vista que en todos ellos subyace una obligación común del Estado: respetar, proteger y garantizar el derecho a la vida conforme a los estándares internacionales.

Principales mecanismos de muerte analizados en el contexto penitenciario

A los efectos de este informe, se entiende por mecanismo de muerte el proceso mediante el cual determinadas acciones, omisiones o condiciones de reclusión conducen o contribuyen al fallecimiento de una persona. El término se utiliza en un sentido analítico para examinar cómo se produjo el desenlace y qué relación guarda con la actuación de las autoridades, las condiciones de custodia y el cumplimiento de los deberes estatales de protección. La clasificación responde a la información disponible sobre cada caso y permite identificar patrones recurrentes, sin sustituir la investigación necesaria para esclarecer las circunstancias y determinar las responsabilidades correspondientes.

El primer mecanismo analizado es la omisión estructural, que comprende las muertes vinculadas a la negligencia, la negación o el retraso de atención médica, así como a fallas estatales en la provisión de condiciones básicas de reclusión, especialmente alimentación, agua y salubridad. Dentro de este mecanismo se distinguen cuatro subpatrones: las muertes por desnutrición o inanición; las asociadas a enfermedades transmisibles, particularmente tuberculosis; las ocurridas durante huelgas de hambre en contextos de desatención del riesgo; y las vinculadas a deshidratación. El elemento común es la falta de una respuesta institucional adecuada frente a necesidades esenciales o situaciones de peligro para la vida.

El segundo mecanismo es la acción directa letal, que agrupa las muertes atribuidas a la violencia estatal bajo custodia y aquellas en las que existen indicios que requieren esclarecer esa posible intervención. Dentro de este eje se identifican casos clasificados como ejecución extrajudicial, que comprenden golpizas con resultado de muerte y uso de fuerza letal por agentes estatales. Conforme al criterio de clasificación empleado en el informe, también se incluyen casos en los que la información recabada señala expresamente la violencia física como causa del fallecimiento, aunque la identidad o condición del perpetrador no se encuentre plenamente confirmada.

Dentro de la acción directa letal, se ubican también muertes de especial sospecha, en las que una versión oficial de suicidio coexiste con indicios de violencia por parte de agentes estatales, testimonios que cuestionan la versión oficial de suicidio o indicios de posibles actos de encubrimiento por parte de las autoridades, sin que sea posible identificar con certeza al responsable. En estos casos, su inclusión responde a la necesidad de examinar la posible intervención de violencia estatal bajo el estándar reforzado de investigación y la presunción de responsabilidad del Estado aplicables a las muertes violentas bajo custodia, conforme al Protocolo de Minnesota, sin presentar como esclarecida una autoría que permanece por determinar.

El tercer mecanismo corresponde a la alegación de suicidio bajo custodia. Comprende fallecimientos atribuidos a una conducta autolesiva respecto de los cuales no se han identificado indicios consistentes de violencia estatal directa como causa inmediata de la muerte. Esta clasificación no excluye la existencia de antecedentes de maltrato, desatención de la salud mental u omisiones de protección que pudieran haber incrementado el riesgo suicida.

El cuarto mecanismo es la violencia entre reclusos, que comprende las muertes causadas por otros internos. Su análisis no se limita a identificar al autor inmediato de la agresión, sino que examina el cumplimiento del deber estatal de protección frente a terceros, particularmente las medidas de prevención, control y supervisión dentro de los establecimientos penitenciarios. La intervención de otro recluso no excluye, por tanto, la posible responsabilidad estatal por acciones u omisiones que hayan contribuido al desenlace.

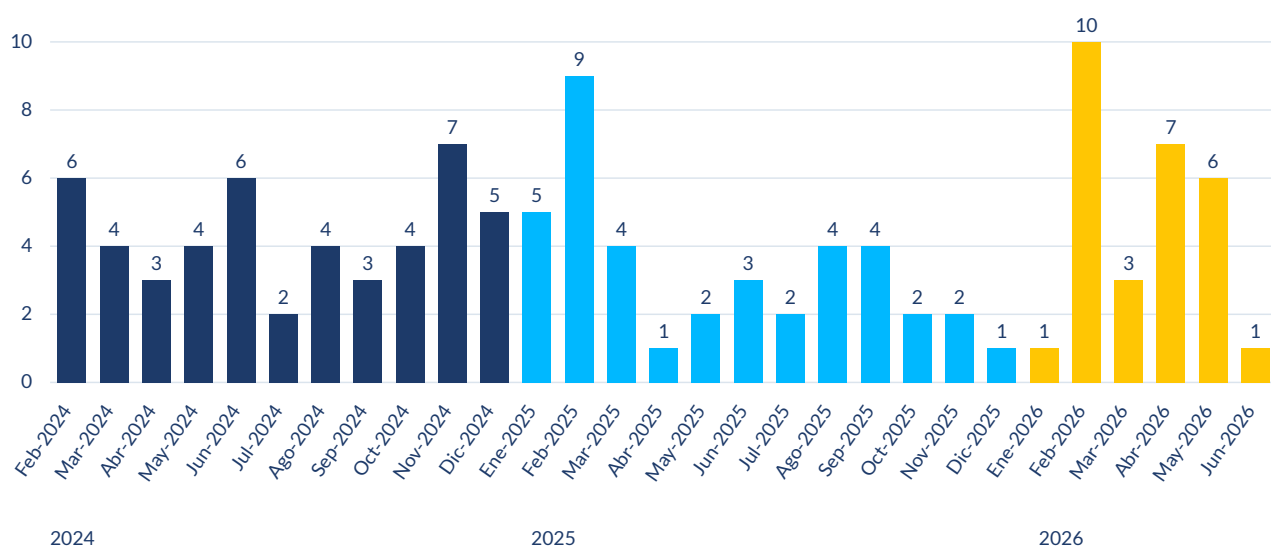
De forma diferenciada, el informe examina la excarcelación *in extremis* como una categoría transversal, que no constituye mecanismo autónomo de muerte. Se refiere a las excarcelaciones o licencias extrapenales concedidas cuando el proceso que condujo al fallecimiento, originado durante la reclusión, ya era irreversible y el deceso se produjo horas o días después. Los siete casos identificados dentro del universo de 115 muertes se contabilizan según el mecanismo correspondiente —mayoritariamente la omisión estructural—, sin sumarlos nuevamente al total. Su análisis como patrón de externalización de la muerte atiende a la salida formal de custodia en la fase terminal y al riesgo de que el fallecimiento quede excluido de registros limitados a muertes ocurridas formalmente bajo custodia, sin que esa salida interrumpa el nexo causal con las condiciones de reclusión.

Finalmente, la categoría mecanismo no determinado reúne los casos en los que la información disponible resulta insuficiente para establecer cómo se produjo el fallecimiento. Incluye tanto registros que no precisan las causas como aquellos que únicamente mencionan un infarto o un paro, sin aportar indicios de negligencia, violencia o encubrimiento. Esta categoría expresa una limitación de la información recabada, no una conclusión sobre la ausencia de responsabilidad estatal, y no releva al Estado de su obligación de investigar y esclarecer las circunstancias de la muerte.

1. Delimitación del universo

Entre el 1 de febrero de 2024 y el 30 de junio de 2026, Cubalex registró 115 muertes bajo custodia estatal en establecimientos penitenciarios, correspondientes a personas privadas de libertad por resolución judicial.⁵ Dentro de este universo se incluyen siete casos de personas a quienes se les concedió excarcelación o licencia extrapenal *in extremis*: situaciones en las que la liberación se produjo cuando el proceso que condujo a la muerte —originado de manera determinante durante la reclusión— ya era irreversible, y el fallecimiento ocurrió a las pocas horas o días de la salida formal del penal. Su inclusión responde a que, en estos supuestos, la excarcelación no interrumpe el nexo causal entre las condiciones de custodia y el resultado letal, ni extingue la responsabilidad del Estado como garante. Este subgrupo se analiza como patrón específico en la sección 2.5. Por tratarse de una circunstancia transversal y no de un mecanismo de muerte, estos siete casos se contabilizan según su mecanismo real —mayoritariamente la omisión estructural— y no como una categoría separada que se suma al total.

Frecuencia mensual de muertes en custodia.

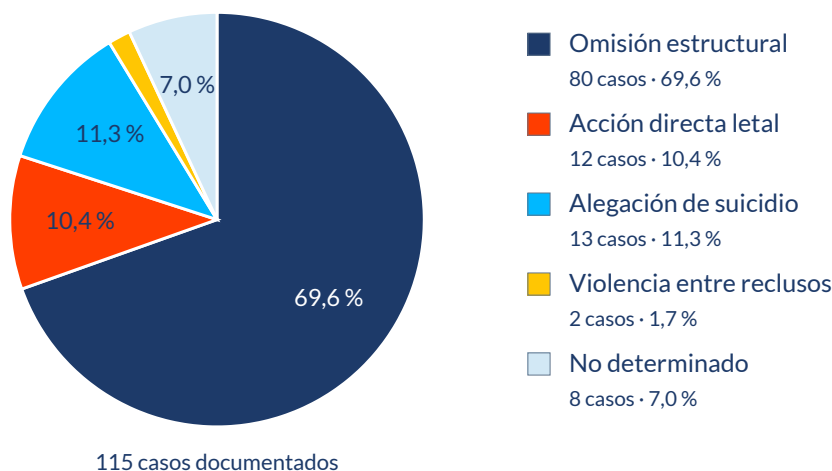


Todos los meses del período registraron al menos una muerte bajo custodia, para una media mensual de 4.

2. Principales mecanismos de muerte bajo custodia

El análisis de los incidentes vinculados a la muerte revela que la letalidad bajo custodia en prisiones no responde a un patrón homogéneo, sino que se organiza en torno a cuatro mecanismos estructurales: la omisión estructural; la acción directa letal —que comprende las ejecuciones extrajudiciales y las muertes de especial sospecha—; la alegación de suicidio; y la violencia entre reclusos con incumplimiento del deber de protección. La excarcelación in extremis se aborda de forma diferenciada, como patrón transversal de externalización de la muerte (sección 2.5): no constituye un mecanismo autónomo, ya que esas muertes se contabilizan según su mecanismo real, mayoritariamente la omisión estructural. En 8 casos, la información disponible no permitió una clasificación precisa del mecanismo, lo que no disminuye su relevancia dentro del patrón general documentado ni releva al Estado de su obligación de investigarlos.

Principales mecanismos de muerte bajo custodia documentados por Cubalex entre febrero de 2024 y junio de 2026.



2.1 Omisión estructural (negligencia o negación de atención médica)

La negación de atención médica o negligencia constituye el mecanismo dominante, identificado en al menos 80 de las 115 muertes registradas ($\approx 70\%$). Esta cifra incluye los siete casos de excarcelación in extremis (sección 2.5), cuyo mecanismo de muerte fue la omisión, por lo que se contabilizan aquí y no como una categoría separada. Este patrón se manifiesta de forma sistemática y afecta especialmente a personas en situación de mayor vulnerabilidad. Se trata de un mecanismo de producción de la muerte vinculado a fallas en la provisión de atención médica, retrasos en la asistencia y omisiones en contextos de riesgo conocido, cuya consistencia, distribución territorial y asociación con variables de vulnerabilidad permite interpretarlo como una forma de violencia institucional por omisión, inscrita en el funcionamiento regular del sistema penitenciario.

Los casos documentados ilustran la gravedad extrema de estas omisiones: un recluso de 59 años esperó más de 12 horas en el puesto médico del penal El Típico Nuevo (Las Tunas) para ser trasladado a un hospital tras sufrir un derrame cerebral; un paciente oncológico de la tercera edad permaneció alrededor de un mes con una sonda sin bolsa colectora en el Típico Viejo hasta fallecer; ⁶ un recluso con epilepsia diagnosticada en Boniato fue dejado tendido en el piso, sin asistencia ni vigilancia, tras sufrir un nuevo ataque; ⁷ y un recluso de 69 años en Granma, golpeado un mes antes con una tabla con clavos, murió luego de que las heridas y la fractura resultantes se complicaran sin recibir atención médica. Dentro de este eje, el volumen y la recurrencia de los casos permiten identificar dos subpatrones que exigen tratamiento diferenciado.

2.1.1 Muertes por desnutrición e inanición.

Se documentaron al menos 21 muertes directamente atribuidas a desnutrición severa o inanición, incluyendo cuadros de coma metabólico por inanición y desnutrición de grado 3 sin atención médica ni modificación del régimen alimentario.

La existencia misma, en la prisión de Boniato, de destacamentos destinados a personas "desnutridas" o "bajo peso" —en los que se registraron varios de estos fallecimientos— constituye un reconocimiento institucional de la magnitud del problema y de su carácter previsible. Este subpatrón trasciende la categoría de negligencia médica individual pues no se trata únicamente de la omisión de asistencia frente a una enfermedad, sino de la falla del Estado en la provisión de alimentación básica, condición mínima e indelegable de toda privación de libertad conforme a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). ⁸

Entre las víctimas se encuentra el preso político del 11 de julio Ernesto Brieva Sempé, fallecido en el Combinado del Este, en un contexto de desnutrición severa y complicaciones renales que, según sus familiares, no fueron atendidas adecuadamente. ⁹ La concentración de estos casos en determinados establecimientos —en particular el Combinado de Guantánamo, donde se documentaron al menos cinco muertes asociadas a desnutrición o inanición, la mayoría durante 2026, y la prisión de Boniato— indica crisis alimentarias agudas en centros específicos, con resultados letales previsibles y prevenibles. A este subpatrón se asocian, además, tres muertes ocurridas en el curso de huelgas de hambre, entre ellas la del preso político Yan Carlos González González, quien mantenía la huelga desde hacía meses en protesta por el proceso y condena en su contra, ¹⁰ sin que las autoridades adoptaran medidas efectivas de protección de su vida. ¹¹

2.1.2 Muertes por enfermedades transmisibles y condiciones sanitarias colectivas.

Se documentaron 12 muertes vinculadas a tuberculosis, con concentraciones que revelan el carácter colectivo del riesgo: tres fallecimientos en la prisión de Agüica (Matanzas) en un mismo período, uno en el penal La Condesa (Mayabeque), y varios casos asociados a la prisión de Boniato, además de un recluso que habría contraído la enfermedad dentro de la prisión en Santiago de Cuba y fue trasladado al hospital en estado terminal, con niveles críticos de hemoglobina. La recurrencia de fallecimientos vinculados a tuberculosis en los mismos establecimientos plantea la necesidad de esclarecer las condiciones de detección, tratamiento, aislamiento sanitario y prevención de contagios, así como la posible incidencia del hacinamiento y otras deficiencias materiales. ¹²

2.2 Acción directa letal

Se identificaron 9 casos de ejecución extrajudicial (≈8%), caracterizados por el uso directo de la fuerza por agentes estatales o por indicios de violencia física señalada como causa de la muerte, aun cuando el perpetrador no esté plenamente confirmado. Entre ellos se documentan golpizas con resultado de muerte infligidas por guardias penitenciarios —como las que costaron la vida a un recluso de la cárcel de Melena 2, a un recluso de 73 años en el penal Kilo 8 de Camagüey ¹³ y a un preso común en el Combinado del Este—, el caso del preso político Manuel de Jesús Guillén Esplugas, golpeado por los

guardias del Combinado del Este tras ser recapturado luego de una fuga y cuya muerte fue presentada oficialmente como suicidio,¹⁴ y la muerte de un recluso del destacamento 18 de la prisión de Boniato a manos de los guardias durante un intento de fuga nocturno.

El uso de fuerza letal frente a una fuga que no representaba una amenaza inminente para la vida de terceros resulta incompatible con los Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, que solo admiten el uso intencional de armas letales cuando sea estrictamente inevitable para proteger una vida.¹⁵ Aunque numéricamente menos frecuentes, estas muertes representan el nivel más grave de violación del derecho a la vida dentro del sistema penitenciario, y la coexistencia, en varios casos, de narrativas oficiales de suicidio o ahorcamiento incompatibles con los indicios empíricos evidencia la operación de mecanismos de encubrimiento institucional.

Dentro de la acción directa letal se incluye, como subconjunto diferenciado, un grupo de 3 muertes de especial sospecha, en las que la versión oficial de suicidio coexiste con indicios significativos de violencia estatal previa o concomitante. Se contabilizan por separado de las ejecuciones —con las que suman 12 casos de acción directa letal— pero se agrupan bajo este eje porque activan la presunción de responsabilidad del Estado por toda muerte violenta bajo custodia y el deber reforzado de investigación del Protocolo de Minnesota. En el campamento penitenciario Bungo 8 (Santiago de Cuba), las autoridades afirmaron que un recluso se había suicidado, pero el cuerpo presentaba múltiples moretones y en la funeraria no hubo custodia ni explicaciones, lo que alimentó la denuncia familiar de que la muerte tras una golpiza fue encubierta como suicidio.¹⁶ En la prisión de mujeres del Guatao (La Habana), una reclusa de 33 años fue hallada sin vida en una celda horas después de un altercado con personal del centro; testimonios refieren que el cuerpo presentaba señales en el cuello y que fue trasladado a medicina legal sin presencia de familiares, a quienes inicialmente no se les permitió verlo.¹⁷ Y en la prisión de Canaleta (Ciego de Ávila), un recluso de 20 años que había realizado una protesta por hambre fue golpeado y conducido a una celda de castigo, tras lo cual las autoridades comunicaron que se había ahorcado; reclusos que documentaron el momento sostienen que pudo haber sido estrangulado por las propias autoridades.¹⁸

Este último caso ocurrió en el contexto de una protesta dentro del penal, lo que introduce un escenario de riesgo específico: la respuesta represiva a actos de protesta de la población reclusa. Conforme a la metodología de este informe, estos casos se excluyen del conteo de suicidios y deben tratarse bajo el estándar reforzado de investigación aplicable a posibles ejecuciones extrajudiciales con simulación. En esta misma línea de violencia institucional debe mencionarse la muerte de un recluso en la prisión provincial de Guantánamo que fue mantenido tres días amarrado en "fijación mecánica" hasta fallecer¹⁹: el uso prolongado de medios de coerción sobre una persona constituye una forma de trato cruel incompatible con las Reglas Nelson Mandela.²⁰

2.3 Alegación de suicidio bajo custodia

Se registraron 13 muertes cuya ocurrencia fue atribuida al suicidio en la información recabada. Se excluyeron de este subconjunto los casos en los que los indicios disponibles ponen en duda que la muerte haya sido autoinfligida, sin excluir aquellos en los que se documentaron antecedentes de violencia, trato degradante o desatención que pudieron incrementar el riesgo suicida. Este subconjunto plantea interrogantes serias sobre las condiciones de detención, la supervisión institucional, el acceso a atención en salud mental y el cumplimiento del deber de prevención, pues los propios registros documentan factores de riesgo conocidos y desatendidos por las autoridades: un recluso de Boniato se suicidó en un contexto de desnutrición extrema y desmayos diarios que llevaba alrededor de un mes sin ser atendido; otro padecía una depresión que las autoridades del penal no atendieron, negándose además a cambiarlo de destacamento cuando lo solicitó; ²¹ un tercero se quitó la vida en la prisión Las Mangas pese a registrar un intento de suicidio anterior tras el cual no recibió atención psicológica; una mujer de 60 años falleció por ahorcamiento en la prisión de mujeres de Camagüey, respecto de quien Cubalex recibió información de que era humillada pública y constantemente por la oficial jefa de la unidad; y un recluso del Combinado de Guantánamo se ahorcó luego de ser golpeado por penados al servicio de la guarnición. En contextos de privación de libertad, el Estado no solo debe abstenerse de causar la muerte, sino prevenir activamente las situaciones de riesgo autolesivo, incluidas aquellas generadas por el propio trato institucional degradante. ²² Estos casos deben interpretarse, en consecuencia, como indicadores de fallas estructurales en los sistemas de custodia, supervisión y protección de la salud mental.

2.4 Violencia entre reclusos e incumplimiento del deber de protección

Se documentaron 2 muertes causadas por otros reclusos en contextos que evidencian el incumplimiento del deber estatal de proteger la vida de las personas bajo custodia frente a terceros: un recluso de 56 años asesinado por otro interno en la prisión de Canaletas (Perico, Matanzas), y un recluso adulto mayor asesinado a puñaladas por otros dos presos en la enfermería del penal de Ariza (Cienfuegos), presuntamente por un pedazo de pan. Conforme al Protocolo de Minnesota y a la jurisprudencia interamericana, el Estado, en su posición de garante, responde también por las muertes causadas por particulares bajo su custodia cuando ha incumplido su deber de prevención, control y supervisión. ²³ El segundo caso resulta especialmente revelador de la interacción entre este eje y las fallas estructurales descritas: una disputa letal por alimento, dentro de la enfermería de un penal, condensa en un solo hecho la escasez alimentaria, la desprotección de las personas más vulnerables y la ausencia de supervisión efectiva incluso en los espacios de atención sanitaria.

2.5 Excarcelación in extremis y externalización de la muerte

El monitoreo permitió identificar un patrón específico que amerita tratamiento diferenciado: la concesión de excarcelaciones o licencias extrapenales cuando el deceso de la persona reclusa resulta ya inminente e irreversible. Se documentaron 7 casos. La excarcelación in extremis no constituye un mecanismo de muerte, sino una circunstancia transversal: estos siete casos no se cuentan como una categoría separada, sino que se contabilizan bajo su mecanismo real —mayoritariamente la omisión

estructural (sección 2.1)— y aquí se analizan únicamente como patrón de externalización de la muerte. Entre ellos: un recluso de la prisión de Boniato a quien se otorgó licencia extrapenal por su mal estado de salud y murió en su casa al día siguiente, tras haber pasado 28 días sin recibir atención médica en el penal; ²⁴ un recluso trasladado desde Mar Verde y Boniato al hospital con signos de afecciones cardíacas, renales y tuberculosis, a quien la libertad extrapenal le fue aplicada dos días antes de su fallecimiento en la sala de penados; un recluso de la prisión de Guamajal a quien la licencia extrapenal le fue aprobada cuando ya se encontraba en la sala de terapia intensiva, falleciendo días después con diabetes, hipertensión y desnutrición; un hombre con esquizofrenia paranoide y múltiples condiciones crónicas "liberado" a las 8:00 de la mañana y fallecido a las 2:00 de la tarde de ese mismo día en un hospital de La Habana, cuyo cuerpo presentaba golpes en el pecho según constató su familia; ²⁵ un recluso de Boniato liberado cuando su muerte era inminente; un prisionero trasladado desde Quivicán al hospital "desnutrido, lleno de golpes y moretones, con una licencia extrapenal por un mes", según denunció su familia; ²⁶ y el preso político del 11 de julio Luis Miguel Oña Jiménez, paciente de VIH que había sufrido una isquemia en la prisión Cuba-Panamá, a quien se concedió licencia extrapenal y fue enviado a su casa cuando su situación de salud era irreversible, falleciendo días después. ²⁷

Esta práctica opera, en los hechos, como un mecanismo de externalización de la muerte: la persona no fallece formalmente "en prisión", lo que reduce artificialmente las estadísticas de mortalidad penitenciaria, diluye la trazabilidad de la responsabilidad estatal y traslada a las familias, en la fase terminal, cargas de cuidado que el Estado incumplió durante toda la reclusión. El patrón se agrava por su contracara: la denegación o dilación de la licencia extrapenal cuando esta podría haber salvado la vida, como en el caso de un recluso de 52 años del penal Veguitas 1 que llevaba diez meses a la espera de una licencia extrapenal mientras las autoridades no le garantizaban los medicamentos que necesitaba, y que falleció sin que la medida se hiciera efectiva.

La proximidad entre la excarcelación y el fallecimiento exige examinar la oportunidad de la medida y las condiciones de atención durante la reclusión. Estas situaciones pueden dificultar la trazabilidad de la muerte y favorecer su exclusión de registros limitados a fallecimientos ocurridos formalmente bajo custodia. La salida del establecimiento no elimina la necesidad de investigar los actos u omisiones previos que pudieran haber contribuido al desenlace. Desde el estándar del Protocolo de Minnesota, las muertes ocurridas tras estas excarcelaciones conservan íntegramente su carácter potencialmente ilícito, pues el proceso letal se originó y consolidó bajo custodia estatal.

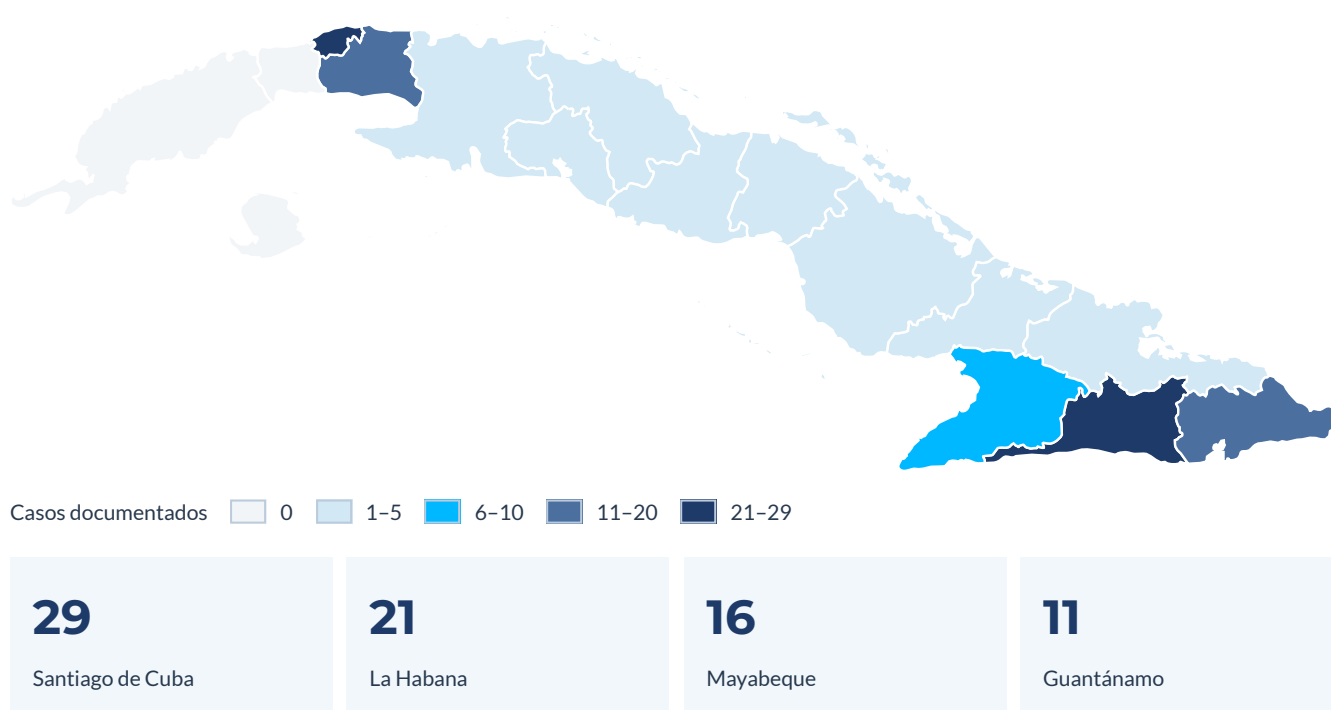
3. Distribución territorial y configuraciones diferenciadas

El análisis territorial muestra una marcada concentración geográfica de la letalidad penitenciaria, con tres provincias que acumulan más de la mitad de los casos: Santiago de Cuba (29 muertes, 25.2%), La Habana (21 muertes, 18.3%) y Mayabeque (16 muertes, 13.9%). Les sigue Guantánamo, que se consolida como cuarto polo con 11 muertes (9.6%), la mayoría de ellas concentradas en 2026 y asociadas a desnutrición, inanición y tuberculosis, y Granma con 7 muertes (6.1%). Este patrón indica que la muerte

bajo custodia se agrupa en determinadas jurisdicciones, lo que sugiere la existencia de dinámicas institucionales diferenciadas a nivel territorial, con implicaciones directas en la atribución de responsabilidad estatal y en el diseño de medidas de prevención.

A nivel municipal, esta concentración se intensifica de manera aún más marcada. El municipio de Santiago de Cuba acumula por sí solo 28 muertes (24.3% del total), seguido por Guantánamo con 11 (9.6%), Guanabacoa (La Habana) con 11 (9.6%) y Quivicán (Mayabeque) con 7 (6.1%), a las que se suma un caso adicional vinculado a la prisión de Quivicán registrado en un municipio aledaño. A partir de la información documentada, es posible identificar los centros penitenciarios que concentran la mayor cantidad de estos hechos: la Prisión de Boniato (Santiago de Cuba), el Combinado del Este (La Habana), el Combinado de Guantánamo, la prisión de Quivicán (Mayabeque) y la prisión Las Mangas (Granma), junto a focos secundarios en los penales La Condesa y Melena (Mayabeque), Ariza (Cienfuegos) y Canaleta (Ciego de Ávila). La prisión de Agüica (Matanzas) merece mención específica por concentrar un conglomerado de muertes por tuberculosis, aun cuando su número total sea menor. Esta distribución evidencia focos de letalidad altamente localizados, donde el riesgo de muerte bajo custodia es sustancialmente mayor que en otras zonas del país.

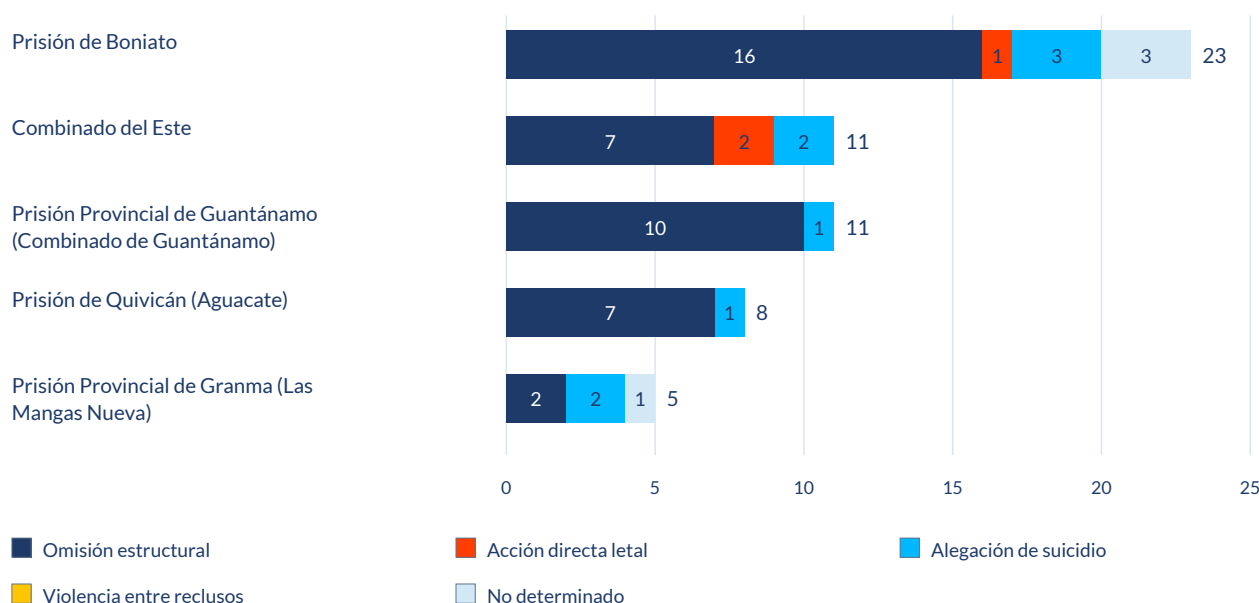
Distribución de las muertes bajo custodia por provincia. Distribución territorial



El examen conjunto de la distribución territorial y los mecanismos de muerte permite identificar configuraciones diferenciadas. Guantánamo y Matanzas se configuran como territorios de omisión estructural aguda, con predominio de muertes por desnutrición y enfermedades transmisibles, indicativas de crisis alimentarias y sanitarias en establecimientos específicos. Santiago de Cuba combina una alta concentración volumétrica con la coexistencia de negligencia, desnutrición, alegaciones de suicidio y acción directa letal, lo que indica la concurrencia de múltiples factores de riesgo en un mismo

espacio territorial, con Boniato como epicentro. La Habana —particularmente Guanabacoa, sede del Combinado del Este— presenta un patrón mixto en el que coexisten la negligencia médica y formas de violencia letal directa, incluida la muerte por desnutrición de un preso político y ejecuciones extrajudiciales con narrativa de suicidio. Mayabeque concentra un predominio claro de la omisión estructural, con alta proporción de muertes asociadas a negligencia médica y tuberculosis en los penales de Quivicán, La Condesa y Melena. Ciego de Ávila, por su parte, emerge como escenario de violencia institucional asociada a protestas dentro del penal de Canaleta.

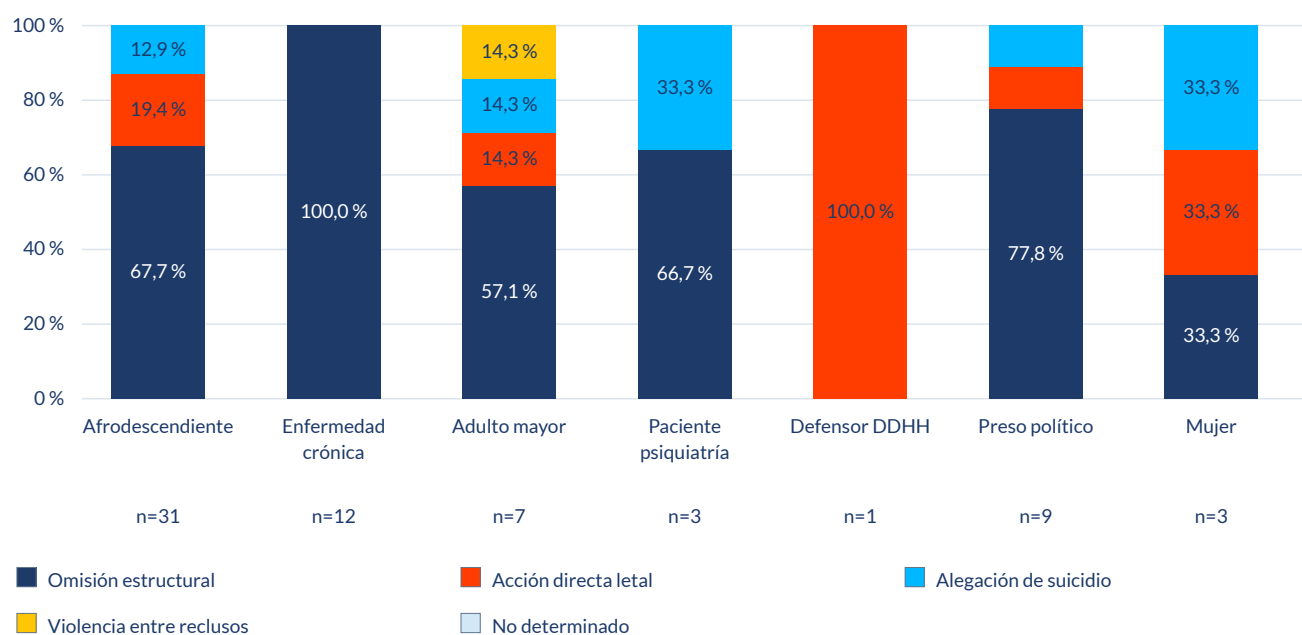
Prisiones con más muertes bajo custodia en el período



4. Dimensión interseccional: vulnerabilidad y riesgo diferencial

El análisis incorpora una dimensión interseccional que permite identificar grupos particularmente expuestos a determinados mecanismos de muerte bajo custodia. Esta aproximación resulta clave para comprender que la letalidad penitenciaria no afecta de manera homogénea a la población privada de libertad, sino que se distribuye de forma desigual en función de determinadas condiciones de vulnerabilidad, que interactúan con los déficits estructurales del sistema.

Mecanismos de muerte bajo custodia más frecuentes por grupo de vulnerabilidad (%)



Nota: Las categorías de vulnerabilidad no son mutuamente excluyentes (una misma víctima puede estar marcada en más de una).

4.1 Vinculación a la sociedad civil independiente y detención por motivos políticos

Los registros identifican a 9 víctimas como integrantes de organizaciones de la sociedad civil independiente y presos políticos, en alusión a la motivación política de su detención, con varios casos vinculados a las protestas del 11 de julio. Entre ellas se encuentran Manuel de Jesús Guillén Esplugas — asociado a UNPACU y Cuba Decide, golpeado por guardias del Combinado del Este y cuya muerte fue presentada como suicidio—, Lázaro García Ríos, devuelto del hospital al Combinado del Este sin haberse recuperado y fallecido en el penal;²⁸ Yan Carlos González González, muerto en el curso de una huelga de hambre; la presa política Yoleisy Oviedo Rodríguez, fallecida en el campamento aldeaño a El Guatao, en un contexto de denuncias de desatención médica, sin que se hubieran esclarecido las causas de su muerte; su familia inicialmente no pudo acceder al cuerpo;²⁹ Ernesto Brieva Sempé, fallecido por desnutrición severa y complicaciones renales en el Combinado del Este;³⁰ y Luis Miguel Oña Jiménez, paciente de VIH fallecido días después de recibir una licencia extrapenal *in extremis*. Que las muertes de personas encarceladas por motivos políticos se asocien de manera recurrente a la desatención de necesidades básicas de alimentación y salud, a la violencia directa y al encubrimiento refuerza la preocupación por el trato diferenciado que reciben en el sistema penitenciario. Esta información debe interpretarse con cautela, pues refleja únicamente lo capturado en la base y no excluye situaciones de subregistro.

4.2 Enfermedad crónica, edad y salud mental

Se identificaron 12 personas con enfermedades crónicas —incluyendo pacientes oncológicos, de VIH y con epilepsia—, todas ellas asociadas a muertes por negligencia, lo que representa una correspondencia total entre esta condición y el mecanismo de omisión médica. El patrón se reproduce en las personas adultas mayores: se documentaron al menos 7 muertes de personas de 60 años o más, en contextos de negligencia, desnutrición o violencia con desprotección, incluidos un recluso de 73 años muerto tras una golpiza de agentes estatales en Camagüey y un adulto mayor asesinado en la enfermería del penal de Ariza. Asimismo, al menos 3 víctimas estaban identificadas como pacientes de psiquiatría, y en varios casos de alegación de suicidio los registros documentan depresión no atendida o intentos previos sin seguimiento psicológico. La convergencia de estos factores permite identificar un grupo claramente diferenciado: personas con mayores necesidades de atención sanitaria y de salud mental que, en lugar de recibir la protección reforzada que su condición exige, quedan expuestas de manera desproporcionada a la omisión institucional. ³¹

4.3 Sesgo racial

Las personas afrodescendientes representan el 27% del universo penitenciario analizado (31 de 115 casos), y una proporción claramente mayoritaria de ellas —21 casos, equivalentes al 67.7%— falleció en contextos de negligencia médica, desnutrición o enfermedades transmisibles, frente a una proporción sensiblemente menor en el resto del universo. Este diferencial constituye un indicio de un subpatrón racializado en la forma en que se producen las muertes bajo custodia, particularmente en relación con el acceso a alimentación y atención sanitaria. La sobreexposición relativa de las personas afrodescendientes a los mecanismos de omisión resulta incompatible con la afirmación de igualdad de trato en el acceso a servicios básicos dentro del sistema penitenciario, y configura un factor adicional de vulnerabilidad dentro de un entorno ya restrictivo. Cabe destacar, además, que las tres mujeres fallecidas en el universo analizado son afrodescendientes.

4.4 Dimensión sociodemográfica y de género

El universo analizado comprende 112 hombres y 3 mujeres, lo que confirma que la letalidad bajo custodia se produce en un contexto fuertemente masculinizado, en correspondencia con la composición del sistema penitenciario. Aunque las mujeres representan una proporción reducida de las muertes documentadas, los tres casos presentan circunstancias graves que requieren atención específica: denuncias de desatención sanitaria, indicios de violencia, antecedentes de trato degradante y restricciones de información o acceso de las familias. Su análisis exige una perspectiva de género, sin que el número de casos permita establecer una mayor gravedad relativa frente al conjunto de las víctimas.

La presa política Yoleisy Oviedo Rodríguez falleció en un contexto de denuncias de desatención médica pese a arrastrar problemas de salud, y su cuerpo fue inicialmente retenido a la familia; una reclusa de 33 años fue hallada sin vida en una celda de la prisión de mujeres del Guatao, con señales en el cuello, horas después de un altercado con personal del centro; y una mujer de 60 años falleció por ahorcamiento en la prisión de mujeres de Camagüey tras ser sometida a humillaciones públicas reiteradas por una oficial.

Dos de estas tres muertes se vinculan al complejo penitenciario del Guatao. La convergencia, en un subuniverso tan reducido, de alegaciones de suicidio, antecedentes de violencia o trato degradante institucional y opacidad hacia las familias sugiere que la baja representación estadística de las mujeres puede estar invisibilizando dinámicas específicas de violencia institucional en los penales femeninos, que exigen un monitoreo diferenciado. ³²

En cuanto a la edad, fue posible identificar información para 43 víctimas. Sobre esta base, el promedio general es de 41.9 años, la mediana de 42 y el rango oscila entre los 20 y los 73 años. Este perfil señala que la letalidad bajo custodia no se concentra exclusivamente en extremos etarios, sino que afecta de manera significativa a personas adultas en edad laboral, al tiempo que registra tanto víctimas muy jóvenes —de 20 y 23 años, asociadas a contextos de violencia y de reclusión por motivos políticos— como personas mayores con condiciones agravadas de vulnerabilidad. En consecuencia, los factores explicativos del fenómeno deben situarse principalmente en las condiciones estructurales de detención y en el funcionamiento institucional del sistema penitenciario, más que en características individuales asociadas a la edad.

5. Síntesis interpretativa

El análisis de las muertes documentadas permite identificar patrones recurrentes de desatención, violencia y desprotección que comprometen la garantía del derecho a la vida en los establecimientos penitenciarios. La omisión estructural constituye el eje predominante: la negligencia o negación de atención médica fue identificada en al menos 80 de los 115 casos, aproximadamente el 70 % del universo analizado. Su recurrencia muestra que el problema trasciende las fallas de atención individual y exige examinar la organización y el funcionamiento de los servicios penitenciarios. Las muertes asociadas a desnutrición e inanición en el Combinado de Guantánamo y Boniato, junto con la concentración de fallecimientos vinculados a tuberculosis en Agüica y Boniato, refuerzan la preocupación por deficiencias graves en la alimentación, la atención sanitaria y la prevención de riesgos colectivos.

La violencia letal directa constituye otra dimensión central del fenómeno. Los casos descritos incluyen golpizas atribuidas a agentes penitenciarios y empleo de fuerza letal durante un intento de fuga. A estos hechos se suman el uso prolongado de medios de coerción y las muertes de especial sospecha en las que las versiones oficiales de suicidio coexisten con indicios de violencia, incluso en contextos de protesta dentro de los penales. Dentro de la acción directa letal, las muertes de especial sospecha —versiones oficiales de suicidio contradichas por indicios de violencia— exigen aplicar el estándar reforzado de investigación y la presunción de responsabilidad estatal, sin aceptar de manera automática la explicación oficial. Los casos cuyo mecanismo permanece sin determinar, en cambio, son fallecimientos sobre los que la información disponible no permite afirmar una causa; ello no exime al Estado de investigarlos hasta esclarecer las circunstancias.

Las muertes atribuidas al suicidio y las causadas por otros reclusos ponen de relieve, a su vez, la importancia de los deberes de prevención y protección. Los antecedentes de depresión desatendida, intentos previos de suicidio sin seguimiento y trato degradante impiden analizar los primeros casos al margen de las condiciones de custodia y de la respuesta institucional a riesgos conocidos. De igual modo, la violencia entre internos exige examinar las medidas de supervisión y protección frente a terceros, así como la posible incidencia de la escasez y la desprotección. Ni la atribución de una muerte al suicidio ni la intervención de otro recluso excluyen el examen de las acciones u omisiones estatales que pudieron contribuir al desenlace.

Las excarcelaciones *in extremis* añaden una dimensión específica al análisis de la respuesta institucional. La concesión de licencias extrapenales en momentos próximos al fallecimiento, junto con los casos de denegación o dilación durante el deterioro de la salud, plantea dudas sobre la oportunidad y eficacia protectora de este mecanismo. La salida formal de prisión no elimina la necesidad de investigar las condiciones de reclusión ni las posibles responsabilidades por actos u omisiones anteriores. También puede dificultar la trazabilidad del fallecimiento y favorecer su exclusión de registros limitados a muertes ocurridas formalmente bajo custodia, aunque el informe no permite afirmar que esa exclusión se haya producido efectivamente en las estadísticas oficiales.

La distribución territorial muestra, además, la repetición de determinados mecanismos en establecimientos específicos y la concurrencia de distintas formas de desprotección en otros. Estas configuraciones orientan el examen de las prácticas institucionales y la identificación de prioridades de prevención. La dimensión interseccional permite examinar cómo las condiciones de custodia responden —o dejan de responder— a necesidades específicas relacionadas con la enfermedad, la edad y la salud mental. Los casos de mujeres, personas afrodescendientes y personas encarceladas por motivos políticos justifican asimismo un seguimiento diferenciado, atento a posibles formas de discriminación y violencia.

En conjunto, los hallazgos señalan patrones y causas estructurales en las muertes documentadas: la reiteración de omisiones sanitarias, privaciones materiales, violencia y fallas de protección revela problemas que no se agotan en la actuación individual de determinados funcionarios. El esclarecimiento de cada fallecimiento debe acompañarse del examen de las prácticas y condiciones institucionales que favorecen la desprotección. Las limitaciones del registro no disminuyen la gravedad de los hechos ni la necesidad de investigar, determinar responsabilidades y adoptar medidas que garanticen la vida de las personas privadas de libertad.

6. Recomendaciones

A partir de los patrones documentados, Cubalex formula las siguientes recomendaciones al Estado cubano, orientadas a prevenir nuevas muertes, esclarecer los fallecimientos registrados y corregir las condiciones que comprometen la vida y la integridad de las personas privadas de libertad.

I. Garantizar atención sanitaria oportuna y continuidad de los tratamientos

Asegurar el acceso efectivo a personal de salud, medicamentos, pruebas diagnósticas y atención especializada, con decisiones basadas en criterios clínicos y sin interferencias de naturaleza disciplinaria o de seguridad que retrasen injustificadamente la asistencia. Establecer procedimientos verificables para la detección de urgencias, el traslado inmediato a centros hospitalarios y el seguimiento de las indicaciones médicas, evitando el retorno al establecimiento cuando este no pueda garantizar los cuidados necesarios.

Reforzar la detección y el tratamiento de enfermedades transmisibles, especialmente la tuberculosis, mediante evaluaciones oportunas, continuidad terapéutica y medidas de prevención de contagios. El aislamiento sanitario debe responder exclusivamente a necesidades clínicas y no utilizarse como sanción. Garantizar, asimismo, atención médica independiente a las personas en huelga de hambre, respetando su autonomía y consentimiento informado, sin que la protesta motive la denegación de asistencia.

II. Prevenir la desnutrición y corregir las condiciones materiales que agravan los riesgos sanitarios

Garantizar alimentación suficiente, de calidad y adecuada a las necesidades de salud, así como acceso permanente a agua potable y condiciones apropiadas de higiene y ventilación. La satisfacción de estas necesidades no debe depender de los recursos o de la capacidad de asistencia de las familias.

Adoptar medidas urgentes en los establecimientos donde se documentaron muertes por desnutrición o inanición, con evaluaciones nutricionales, atención individualizada y supervisión sanitaria de la cantidad y calidad de los alimentos. La identificación de personas con bajo peso debe activar una respuesta efectiva de protección y tratamiento, no limitarse a su clasificación o agrupación dentro del penal. Examinar también la posible incidencia del hacinamiento y de otras deficiencias materiales en la transmisión de enfermedades y el deterioro de la salud.

III. Prevenir la violencia de agentes penitenciarios y proteger frente a agresiones de otros reclusos

Erradicar las golpizas, los castigos corporales y cualquier intervención destinada a intimidar, humillar o castigar mediante violencia. Ajustar el empleo de la fuerza a criterios de legalidad, estricta necesidad y proporcionalidad, e impedir que una fuga o una protesta constituyan, por sí solas, una justificación para utilizar fuerza letal.

Prohibir el uso de medios de coerción como sanción y limitar cualquier empleo permitido al tiempo estrictamente necesario, con registro, supervisión y evaluación de sus efectos sobre la salud. Reforzar la prevención de agresiones entre internos mediante la identificación de amenazas, la protección de las personas en riesgo y la supervisión efectiva de los espacios de convivencia y atención sanitaria, sin delegar funciones de control o castigo en otros reclusos.

IV. Establecer una respuesta efectiva frente al riesgo de suicidio y autolesión

Implementar procedimientos de detección y seguimiento del riesgo suicida desde el ingreso y durante toda la reclusión, con especial atención a los antecedentes de autolesión, la depresión, el deterioro físico, las amenazas y el trato degradante. Todo intento previo debe dar lugar a una evaluación clínica y a un plan de atención y protección, no únicamente a medidas de vigilancia.

Garantizar acceso oportuno a atención psicológica y psiquiátrica y revisar las condiciones de alojamiento cuando puedan agravar el riesgo. La prevención no debe descansar en el aislamiento punitivo ni en prácticas humillantes. Investigar también la posible contribución del trato institucional y de las omisiones de asistencia a las muertes atribuidas al suicidio.

V. Garantizar la evaluación oportuna de las licencias extrapenales y otras medidas de excarcelación por salud

Revisar los procedimientos de evaluación y concesión de estas medidas para que puedan cumplir una función humanitaria antes de que el deterioro resulte irreversible. Establecer plazos de respuesta, decisiones motivadas, acceso a evaluaciones médicas independientes y vías efectivas para revisar las denegaciones o demoras. La valoración debe considerar tanto la condición de salud como la capacidad real del establecimiento para proporcionar el tratamiento y los cuidados necesarios.

Mantener la trazabilidad de los fallecimientos posteriores cuando existan indicios de vinculación con las condiciones de reclusión e investigar los actos u omisiones anteriores a la salida del penal.

VI. Investigar de manera independiente cada muerte y determinar las responsabilidades correspondientes

Garantizar investigaciones prontas, exhaustivas, imparciales y transparentes sobre las muertes documentadas, incluidas las atribuidas al suicidio, las causadas por otros reclusos y las ocurridas después de excarcelaciones *in extremis*, conforme a los estándares del Protocolo de Minnesota. Preservar la evidencia, asegurar la independencia de los exámenes médico-legales y facilitar el acceso a expedientes clínicos, registros de custodia y testimonios relevantes.

Cuando las versiones oficiales sean incompatibles con lesiones, testimonios u otros indicios, investigar tanto la posible intervención de agentes estatales como eventuales actos de encubrimiento. El examen no debe limitarse a la conducta del ejecutor inmediato: debe alcanzar, cuando la evidencia lo justifique, las responsabilidades derivadas de órdenes, omisiones de supervisión, desatención de riesgos conocidos y fallas en la organización de los servicios.

VII. Establecer supervisión externa y mecanismos seguros de denuncia

Crear o garantizar un mecanismo de inspección con independencia funcional respecto de las autoridades responsables de la custodia, facultado para realizar visitas sin previo aviso, acceder a todas las áreas y registros pertinentes y entrevistar confidencialmente a las personas privadas de libertad. Sus hallazgos y recomendaciones deben hacerse públicos y contar con seguimiento verificable.

Habilitar canales accesibles y confidenciales para denunciar violencia, falta de atención médica, privaciones alimentarias y amenazas, con protección efectiva frente a represalias. Facilitar el acceso de los mecanismos internacionales competentes y prestar especial atención a los establecimientos donde se repiten muertes o concurren distintos factores de riesgo.

VIII. Incorporar medidas diferenciadas de protección y prevenir la discriminación

Adaptar la atención, el alojamiento y las medidas de protección a las necesidades de las personas adultas mayores, con enfermedades crónicas, discapacidad o padecimientos de salud mental. Incorporar una perspectiva de género en la supervisión de los establecimientos femeninos y en la investigación de las muertes de mujeres, atendiendo a los antecedentes de violencia y desatención.

Examinar posibles diferencias de trato por motivos raciales, políticos o de vinculación con la sociedad civil independiente. Garantizar que estas condiciones no determinen restricciones en el acceso a alimentación, atención sanitaria, mecanismos de denuncia o medidas de excarcelación por salud.

IX. Garantizar información pública y registros que permitan prevenir y esclarecer las muertes

Publicar información periódica, verificable y desagregada sobre fallecimientos bajo custodia penitenciaria, con datos sobre el establecimiento, la fecha, las circunstancias conocidas y el estado de las investigaciones, preservando la intimidad de las víctimas y sus familias. Distinguir entre causas preliminares, versiones institucionales y conclusiones de investigaciones independientes.

Publicar también datos de población y capacidad penitenciaria que permitan contextualizar los registros, evaluar las condiciones de detención y orientar las medidas preventivas.

X. Garantizar los derechos de las familias y la reparación integral

Notificar oportunamente los fallecimientos y proporcionar a las familias información clara sobre sus circunstancias, las actuaciones médico-legales y las investigaciones. Garantizar el acceso al cuerpo y a la documentación pertinente, así como su participación efectiva en el esclarecimiento de los hechos, sin obstáculos injustificados ni represalias por denunciar.

Asegurar recursos efectivos y reparación integral cuando se determinen violaciones de derechos, incluyendo compensación, atención a las afectaciones sufridas, esclarecimiento público de los hechos y garantías de no repetición. La reparación debe acompañarse de medidas para corregir las prácticas institucionales que contribuyeron a la muerte.

La implementación de estas recomendaciones debe concretarse en un plan público con autoridades responsables, recursos, plazos e indicadores verificables. Su finalidad es prevenir nuevas muertes y asegurar que los fallecimientos bajo la custodia penitenciaria sean esclarecidos, las responsabilidades determinadas y las familias accedan a justicia y reparación.

Notas y referencias

1. Cubalex. (2024). *Muerte en custodia en Cuba: un análisis de patrones represivos identificados por Cubalex*.
2. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017). *Protocolo de Minnesota sobre la investigación de muertes potencialmente ilícitas* (2016). Naciones Unidas.
3. Se entiende por “presunción” una conclusión que el derecho permite asumir como cierta sin necesidad de prueba directa inicial. En este caso, significa que cuando una persona muere bajo custodia del Estado, se parte de la idea de que el Estado es responsable de esa muerte, salvo que demuestre lo contrario mediante una investigación adecuada, independiente y transparente.
4. Comité de Derechos Humanos. (2014). Observación general núm. 35: Artículo 9 (Libertad y seguridad personales) (CCPR/C/GC/35), párr. 5. Naciones Unidas; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, sentencia de 4 de julio de 2006 (Serie C No. 149); Caso Vélez Lóor vs. Panamá, sentencia de 23 de noviembre de 2010 (Serie C No. 218); Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala, sentencia de 29 de febrero de 2016 (Serie C No. 312); Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela) (A/RES/70/175), regla 27.
5. Datos sistematizados por el equipo de monitoreo de Cubalex, a partir del registro, verificación y documentación de casos de muertes bajo custodia estatal en Cuba durante el período indicado.
6. Diario de Cuba. (2026, 21 de mayo). *Fallecen dos reclusos bajo custodia del Estado en Cuba, mientras aumenta la “precariedad extrema” de las cárceles*.
7. Redacción de CiberCuba. (2025, 8 de agosto). *Joven preso muere en Santiago de Cuba y denuncian falta de atención médica*. CiberCuba.
8. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)* (A/RES/70/175), regla 22 (alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, con valor nutritivo suficiente) y regla 35 (inspección regular por el médico de la cantidad, calidad y preparación de los alimentos). Véase también Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2008). *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas* (Resolución 1/08), principio XI.1.
9. Huerga, Y. (2026, 18 de mayo). *Muere el preso político cubano Ernesto Brieva Sempé en la cárcel Combinado del Este*. Martí Noticias.
10. Huerga, Y. (2025, 8 de julio). *Muere preso político tras más de 50 días en huelga de hambre en defensa de su inocencia*. Martí Noticias.
11. Sobre las obligaciones del Estado frente a personas privadas de libertad en huelga de hambre, véase Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Nelson Mandela* (A/RES/70/175), reglas 24–27, 31 y 33 (deber del médico de informar al director cuando la salud del recluso corra peligro); Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Malta de la AMM sobre las personas en huelga de hambre*.
12. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Nelson Mandela* (A/RES/70/175), regla 24 (equivalencia de la atención de salud con la disponible en la comunidad), regla 30 (examen médico al ingreso, con detección de enfermedades contagiosas y adopción de las medidas necesarias, incluido el aislamiento) y regla 35 (inspección de higiene, ventilación y condiciones sanitarias).
13. Observatorio Cubano de Derechos Humanos. (2025, 13 de enero). *OCDH denuncia muerte de un recluso adulto mayor a manos de un funcionario carcelario en Cuba*.
14. Colomé, C. G. (2024, 3 de diciembre). “Le dieron golpes y me lo mataron”: la muerte de un preso político en una cárcel cubana. *El País*.
15. Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. (1990). *Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley*. Naciones Unidas, principio 9 (uso intencional de armas letales solo cuando sea estrictamente inevitable para proteger una vida) y principios 15–17 (actuación con personas bajo custodia o detenidas). En el mismo sentido, Reglas Nelson Mandela, regla 82.

16. Diario de Cuba. (2025, 4 de septiembre). *La muerte “sospechosa” de un preso eleva a 31 los decesos en las cárceles de Cuba en 2025.*
17. Diario de Cuba. (2026, 23 de abril). *Confirmada la muerte de una presa cubana de 33 años, que genera exigencias de una investigación.*
18. Sobre el estándar reforzado de investigación respecto de las muertes bajo custodia, incluidas las atribuidas a suicidio, véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017). *Protocolo de Minnesota*, párrs. 17 y 22–25.
19. Cubalex. (2025, 11 de septiembre). *Muerte bajo custodia de Alfredo Ulecia Planche en la prisión de Guantánamo*
20. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Nelson Mandela* (A/RES/70/175), regla 43.2 (prohibición de los instrumentos de coerción física como sanción), regla 47 (prohibición de cadenas, grilletes y otros instrumentos intrínsecamente degradantes o dolorosos) y regla 48 (uso de medios de coerción sólo cuando ninguna otra forma de control resulte eficaz, por el tiempo estrictamente necesario).
21. Cubalex. (2025, 30 de septiembre). *Muerte bajo custodia en Cuba: el caso de Leudis Ramos Mejías.*
22. Comité de Derechos Humanos. (2019). *Observación general núm. 36* (CCPR/C/GC/36), párr. 25 (deber de adoptar medidas apropiadas para proteger la vida de las personas privadas de libertad, incluida la prevención del suicidio); Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Nelson Mandela* (A/RES/70/175), regla 30 (identificación al ingreso de necesidades de atención en salud mental y de riesgo de suicidio o autolesión) y regla 71 (comunicación inmediata de toda muerte en custodia a una autoridad independiente para su investigación).
23. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017). *Protocolo de Minnesota*, párr. 2.b y 2.c (muertes en las que el Estado puede haber incumplido su obligación de proteger la vida); Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2004). *Caso “Instituto de Reeducación del Menor” vs. Paraguay* (Serie C No. 112), párrs. 152–153 y 159; Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2010). *Caso Vélez Loor vs. Panamá*, sentencia de 23 de noviembre de 2010 (Serie C No. 218), párr. 198.
24. Diario de Cuba. (2024, 11 de diciembre). *El deceso de un preso común elevaría a 50 los cubanos muertos bajo custodia del Estado en 2024.*
25. Cubalex. (2025, 12 de junio). *Otra muerte por negligencia bajo custodia estatal en Cuba: Lázaro Vasco Francisco Castillo.*
26. Redacción de CubitaNOW. (2026, 4 de marzo). *Fallece preso en el hospital de San José de las Lajas tras ser trasladado desde la cárcel de Quivicán.* CubitaNOW.
27. Infobae. (2026, 15 de febrero). *Murió el preso político cubano Luis Miguel Oña Jiménez.*
28. Centro de Documentación de Prisiones Cubanas (2026, 24 de enero). Denuncia muerte bajo custodia preso político Lázara García Ríos. Post de Facebook.
29. 14ymedio. (2025, 12 de febrero). *Muere en prisión una mujer que se manifestó en Mayabeque por los apagones.*
30. Huerga, Y. (2026, 18 de mayo). *Muere el preso político cubano Ernesto Brieva Sempé en la cárcel Combinado del Este.* Martí Noticias.
31. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Nelson Mandela* (A/RES/70/175), reglas 24–27 y 30–31 (atención de salud equivalente a la comunitaria, continuidad de tratamientos, atención a necesidades especiales); Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2016). *Caso Chinchilla Sandoval y otros vs. Guatemala*, sentencia de 29 de febrero de 2016 (Serie C No. 312), párrs. 168–190 (deber reforzado de atención médica a personas privadas de libertad con enfermedades crónicas y discapacidad).
32. Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes* (Reglas de Bangkok) (A/RES/65/229), reglas 6, 12–13 (atención de salud mental y detección de riesgo), 16 (sobre prevención del suicidio y autolesiones), 25 (investigación de denuncias de malos tratos) y 31–33 (supervisión y personal).