INFORME 03

Muertes en hospitales y circuitos sanitarios/psiquiátricos

Muertes vinculadas a hospitales y al circuito sanitario-psiquiátrico (2024–2026)

1. Delimitación del universo

Aunque este subgrupo registra 6 casos, su valor analítico no reside en la magnitud numérica, sino en la nitidez de la configuración institucional que revelan. Los seis hechos documentados ocurrieron en contextos de internamiento psiquiátrico, institucionalización prolongada o atención estatal intensiva sobre personas con alta dependencia, lo que permite identificar no una dispersión casual de muertes en el sistema de salud, sino una concentración específica en espacios donde el Estado asume control reforzado sobre la vida cotidiana, la atención, la movilidad y la comunicación de las víctimas. En ese sentido, aun con un universo reducido, los casos sí permiten sostener una conclusión relevante: la letalidad documentada en este subgrupo no aparece distribuida de manera aleatoria dentro del sistema sanitario, sino localizada en entornos de custodia médica o cuasi custodial donde la capacidad de autoprotección de la persona está severamente disminuida.

2. Contexto institucional de ocurrencia: custodia sanitaria y circuito psiquiátrico

La concentración de 5 de los 6 casos en el circuito psiquiátrico o de institucionalización de facto constituye, por sí misma, un hallazgo relevante. En todos los casos se trata de eventos individuales con una única víctima, registrados en instituciones específicas como el Hospital Psiquiátrico de Guantánamo, el Hospital Psiquiátrico de La Habana (Mazorra), el Hospital Julio Trigo —en este último caso, con paso previo por un centro de deambulantes—, el Hospital Psiquiátrico Docente de Cienfuegos y el Hospital Universitario General "Calixto García", en este último caso tras un internamiento prolongado en el asilo del Obelisco (Marianao). La incorporación del caso de Cienfuegos diversifica además el mapa geográfico del subgrupo, hasta ahora concentrado exclusivamente en La Habana y Guantánamo. No estamos ante muertes repartidas de forma indiferenciada en hospitales generales o servicios sanitarios diversos, sino ante un patrón que se localiza, en su mayoría, en espacios donde confluyen dependencia médica, restricción práctica de la autonomía, debilitamiento del vínculo con el entorno familiar y control institucional de la información sobre el estado y la evolución de la persona.

El sexto caso, ocurrido en el Hospital Salvador Allende (La Covadonga), constituye una variante distinta dentro del mismo subgrupo: no responde a un internamiento psiquiátrico o asistencial previo, sino a la muerte de una persona con una condición crónica (Parkinson) tras una agresión callejera, seguida de un patrón de opacidad estatal posterior —falta de información sobre la causa de muerte y sepultura sin consentimiento familiar— que la familia atribuye directamente a la Seguridad del Estado. En términos analíticos, esto sugiere que el principal factor de riesgo no es únicamente el ámbito sanitario en abstracto, sino, de forma predominante, un tipo específico de institucionalización en el que la persona pierde capacidad efectiva de decisión y queda más expuesta a omisiones de cuidado, contención inadecuada, aislamiento o falta de escrutinio externo, sin perjuicio de que la opacidad posterior al fallecimiento pueda producirse también fuera de ese circuito estrictamente institucionalizado.[1]

3. Principales patrones documentados

3.1. Desaparición forzada, opacidad y desprotección

La documentación disponible permite identificar un patrón especialmente grave en este subgrupo: personas recogidas o trasladadas por agentes estatales, ingresadas en instituciones sanitarias o psiquiátricas y sustraídas del conocimiento efectivo de sus familiares, sin información oportuna sobre su paradero, estado o trayectoria institucional. En estos casos, la desaparición no se presenta necesariamente bajo la forma clásica de la detención clandestina, sino mediante circuitos de internamiento asistencial o médico en los que la persona queda materialmente bajo control estatal y, al mismo tiempo, fuera del alcance de su entorno familiar y comunitario. Cuando ese tránsito ocurre sin notificación, sin trazabilidad clara y sin mecanismos accesibles de verificación, ya no se está ante una simple deficiencia asistencial, sino ante una forma de actuación que facilita el ocultamiento y agrava la desprotección.[2]

En este contexto, la negligencia no aparece como un incidente clínico aislado, sino entrelazada con la opacidad institucional. La falta de respuesta adecuada, la ausencia o insuficiencia de información, la imposibilidad de reconstruir con claridad el recorrido institucional de la víctima y, en al menos dos casos, el entierro sin aviso ni consentimiento previo de la familia —incluyendo la negativa a revelar el lugar de sepultura, la causa de la muerte o cualquier evidencia al respecto—, muestran fallas graves del deber estatal de protección. Estas prácticas no solo aumentan la vulnerabilidad de personas ya sometidas a una relación extrema de dependencia, sino que además debilitan la supervisión externa, comprometen la preservación de evidencia y dificultan la exigencia de rendición de cuentas.

Este patrón se ilustra de forma concreta y extrema en el caso de Oscar Vargas Labrada. Su familia fue informada de su fallecimiento sin que las autoridades revelaran el lugar de sepultura, la causa de la muerte ni evidencia alguna que la sustentara, y el cuerpo fue enterrado sin su consentimiento ni aviso previo.[3] El hijo de la víctima, que reside en el exterior y es crítico del Gobierno cubano, atribuye lo ocurrido a la Seguridad del Estado. Este caso no solo reproduce, sino que agrava, el patrón ya identificado de opacidad post mortem: no se trata únicamente de una demora o insuficiencia informativa, sino de una negativa activa a proporcionar información básica y de una disposición unilateral del cuerpo que impide a la familia ejercer cualquier control sobre el proceso de duelo, verificación o eventual impugnación de lo sucedido.

El período documenta, asimismo, un patrón de negligencia grave en el tránsito entre una institución de cuidado prolongado y un hospital general. Una mujer con discapacidad, residente del asilo del Obelisco (Marianao, La Habana), que no caminaba, presentaba pérdida progresiva de visión y padecía epilepsia desde hacía años, fue trasladada de urgencia al Hospital Universitario General "Calixto García" tras sufrir una crisis epiléptica. Según la denuncia de la familia, fue dejada sola en el hospital sin que se informara adecuadamente a los médicos sobre su condición ni a los familiares sobre su ubicación exacta; permaneció desnutrida, sin abrigo ni sábana durante la madrugada, y finalmente falleció, presuntamente por hipotermia, sin haber recuperado su temperatura corporal.[4] Este caso ilustra cómo la fragmentación de la información entre instituciones de cuidado prolongado y servicios hospitalarios de urgencia puede reproducir, en la práctica, los mismos efectos que la opacidad deliberada: la persona queda igualmente desprotegida, aunque el mecanismo formal no sea el ocultamiento intencional, sino la falta de continuidad institucional en el cuidado de una persona con dependencia total.

Vistos en conjunto, estos elementos revelan un entorno en el que internamiento, desaparición, negligencia y opacidad se refuerzan mutuamente. La persona queda bajo control absoluto de la institución, mientras la familia pierde la capacidad de saber dónde está, intervenir a tiempo o impugnar lo sucedido. En esas circunstancias, las muertes documentadas exigen un escrutinio reforzado no solo como posibles muertes ilícitas bajo custodia sanitaria o institucional, sino también como hechos precedidos por dinámicas de ocultamiento del paradero incompatibles con las obligaciones estatales más básicas de protección, información y control.[5]

3.2. Internamiento forzado o de facto y debilitamiento de controles externos

Los casos registrados muestran la relevancia del internamiento psiquiátrico o institucional como forma de control estatal efectivo, aun fuera del ámbito penal. Lo determinante no es la calificación formal del ingreso, sino el hecho de que la persona quede materialmente sometida a la institución, con capacidad reducida para salir, comunicarse, decidir o activar mecanismos de protección. En ese marco, la trazabilidad del ingreso, las condiciones del internamiento, la información suministrada a la familia y la existencia de controles externos independientes adquieren especial relevancia. Cuando estos elementos faltan o se debilitan, aumenta el riesgo de abuso, ocultamiento y desprotección.

3.3. Violencia institucional en contextos de internamiento

En este subgrupo, la violencia aparece vinculada al manejo de personas internadas en entornos cerrados, bajo relaciones marcadamente asimétricas de poder. Los hechos documentados sugieren el uso de la fuerza como mecanismo de control en circunstancias en las que la persona se encontraba en situación de especial indefensión. Cuando la respuesta institucional frente a una crisis o al deterioro de una persona internada incluye agresiones físicas, lesiones graves o versiones insuficientes sobre lo ocurrido, ya no se trata solo de una cuestión asistencial, sino de indicios de violencia institucional dentro de un espacio de custodia sanitaria.

Este eje presenta también una variante distinta: la violencia ejercida no por el personal institucional, sino por otra persona internada. Arelys Pérez, paciente de aproximadamente sesenta años, habría sido asesinada a golpes dentro del Hospital Psiquiátrico Docente de Cienfuegos por otra paciente joven internada en el centro, quien —según información recibida por Cubalex— habría sufrido un desequilibrio mental tras una presunta violación previa.[6] Este caso no exime de responsabilidad al Estado: en su posición de garante dentro de un espacio de internamiento cerrado, el Estado responde también por las muertes causadas por terceros bajo su custodia cuando ha incumplido su deber de prevención, supervisión y protección frente a riesgos conocidos o previsibles, estándar ya aplicado por este informe al analizar la violencia entre personas privadas de libertad en el ámbito penitenciario. La coexistencia, en un mismo centro, de dos pacientes con necesidades de salud mental no atendidas adecuadamente sugiere, además, una falla más amplia de supervisión y de separación de perfiles de riesgo dentro de la institución.

4. Continuidades estructurales del patrón

Los casos documentados en el período analizado no constituyen episodios aislados ni una anomalía reciente dentro del sistema de internamiento psiquiátrico en Cuba. Por el contrario, se inscriben en una trayectoria más amplia de abandono, opacidad y desprotección bajo control estatal, visible tanto en antecedentes graves como la tragedia de Mazorra en 2010 y las muertes reportadas en el Hospital Psiquiátrico de Holguín en 2023, como en la reiteración actual de prácticas que debilitan el control familiar, dificultan el acceso a información básica sobre la persona internada y obstaculizan el esclarecimiento posterior de lo ocurrido. Leídos a la luz de esos antecedentes, los seis casos aquí analizados refuerzan la hipótesis de un patrón estructural persistente en espacios sanitarios cerrados donde el Estado ejerce control efectivo sobre personas particularmente vulnerables.[7]

Esa continuidad estructural se expresa también en el discurso político reciente con que el Estado nombra y administra la exclusión. Las declaraciones de la entonces ministra de Trabajo y Seguridad Social, Marta Elena Feitó Cabrera, negando la existencia de mendigos en Cuba y afirmando que se trataba de personas “disfrazadas” de tales, además de sugerir que quienes limpiaban parabrisas llevaban una vida “fácil”, no constituyeron un desliz retórico menor, sino la expresión abierta de una lógica institucional que despoja a estas personas de su condición de sujetos de derechos y las reubica como problema de apariencia, conducta y orden social. La reacción pública que siguió a esas afirmaciones, así como la posterior renuncia de la ministra tras reconocer sus errores, confirmaron el alto costo político de ese discurso, pero no desmintieron el marco de fondo que lo hizo posible: la negación oficial de la pobreza extrema y la estigmatización de quienes la padecen.[8]

Ese marco discursivo encuentra su correlato normativo en el Acuerdo 10056/2025 del Consejo de Ministros, publicado en la Gaceta Oficial el 28 de abril de 2025, que aprobó el "Procedimiento para la atención a las personas con conducta deambulante". Bajo una apariencia de protección, esta norma institucionaliza un modelo de vigilancia, clasificación, traslado e internamiento que criminaliza la pobreza y habilita respuestas coercitivas sobre personas en situación de calle, exclusión o sufrimiento psicosocial. Al definir la "conducta deambulante" como un "trastorno del comportamiento humano multicausal" y articular la intervención de autoridades administrativas, sanitarias, policiales, fiscales y judiciales en un mismo circuito, el Estado no corrige las condiciones que producen la vulnerabilidad, sino que refuerza los mecanismos mediante los cuales estas personas pueden ser captadas, desplazadas, medicalizadas e internadas sin garantías suficientes de consentimiento informado ni control judicial previo y efectivo. En ese sentido, el acuerdo no debe leerse como una medida neutral de asistencia, sino como parte de una política estatal de discriminación y gestión coercitiva de la marginalidad que amplía el riesgo de desapariciones forzadas, desprotección y violencia institucional sobre uno de los grupos más vulnerables del contexto cubano actual.[9]

5. Perfil de las víctimas y dimensión interseccional

Los 6 casos corresponden a personas sometidas a atención, internamiento psiquiátrico o cuidado institucional prolongado; 3 eran hombres y 3 mujeres; en dos de los seis casos se conoce la edad exacta, y en dos se registró a la víctima como afrodescendiente. Aunque el universo sigue siendo reducido para sostener inferencias generales, la coincidencia entre trastorno, institucionalización o dependencia funcional severa y dependencia intensa del sistema de salud permite identificar una señal analítica importante: la letalidad documentada recae sobre personas cuya capacidad de autodeterminación, denuncia y protección externa ya estaba previamente debilitada. En este contexto, la presencia de personas afrodescendientes refuerza la necesidad de examinar posibles factores de vulnerabilidad adicionales. En este subgrupo, por tanto, el perfil importa menos como composición estadística y más como indicador de exposición agravada al abandono, al aislamiento y a la falta de control externo.

6. Conclusiones

Vista en conjunto, la información disponible sugiere que el riesgo se concentra en personas situadas en la intersección entre padecimiento o institucionalización psiquiátrica, dependencia material del sistema y debilitamiento del control familiar o comunitario. Esa combinación no convierte automáticamente cada muerte en una expresión de discriminación directa, pero sí obliga a leer con mayor cautela el modo en que operan el abandono, la invisibilización y la opacidad cuando la víctima pertenece a un grupo con menor capacidad de hacer valer su voluntad o de activar mecanismos externos de protección. La variable racial, unida a la situación de dependencia psiquiátrica, no debe tratarse aquí como un dato accesorio, sino como una señal que justifica incorporar una lectura interseccional más exigente en el análisis general del informe.

En consecuencia, las muertes ocurridas en este ámbito deben ser tratadas con un estándar reforzado de escrutinio. La información disponible exige investigaciones prontas, independientes e imparciales, con preservación adecuada de la evidencia, reconstrucción completa de la trayectoria institucional de la víctima, acceso de la familia a la información relevante y mecanismos efectivos de rendición de cuentas. Más que hechos aislados, los seis casos documentados revelan un ámbito de riesgo específico dentro de las muertes potencialmente ilícitas bajo control estatal en Cuba.

Notas y referencias

1. Fuentes consultadas para los casos de muerte documentados por Cubalex: Alexander Jesús Figueredo Izaguirre. (2025, 17 de noviembre). *Denuncia pública: Lo que le hicieron a Marizol González no fue atención médica. Fue tortura* [Publicación de Facebook].

2. CubitaNOW. (2025, 1 de septiembre). *Murió en Mazorra tras meses desaparecido: su cuerpo apareció golpeado y desnutrido*. Pérez, K. (2025, 2 de septiembre). *Acusan al régimen cubano de ocultar muerte y maltrato de un hombre con esquizofrenia*. *ADN Cuba*. Arego, A. (2025, 30 de julio).

Cubano desaparecido en La Habana, fue enterrado sin consentimiento familiar [Publicación de Facebook]. Rosas, Á. (2025, 31 de julio). *Un cubano reportado como desaparecido muere en un hospital y es sepultado sin aviso a sus familiares*. *Diario de Cuba*. Alas Tensas. (s. f.). *Yoan Cruz (50 años) desapareció el 3 de junio de 2025 en La Habana y murió el 4 de julio en el Hospital Julio Trigo* [Video]. Facebook.

3. Publicación de Facebook (reel). (2026, junio). [Denuncia de familiares sobre la muerte de Oscar Vargas Labrada].

4. Publicación de Facebook. (2026, 11 de febrero). [Denuncia sobre la muerte de una mujer con discapacidad tras ser desatendida en el Hospital Calixto García].

5. El Comité contra la Desaparición Forzada ha reiterado, en relación con Cuba, que el Estado debe garantizar la comunicación inmediata con familiares y abogados, registrar sin excepción toda privación de libertad cualquiera que sea el lugar en que ocurra, y asegurar el acceso rápido a la información sobre el paradero de la persona. La ausencia de estas salvaguardas no constituye una irregularidad meramente formal, sino un déficit grave de protección que incrementa el riesgo de desaparición forzada y exige un escrutinio reforzado. Consultar: Cubalex. (2023, 30 de diciembre). *Desapariciones forzadas en Cuba: Un análisis de Cubalex*. Cubalex. Cubalex. (2025, 2 de mayo). *El Comité contra la Desaparición Forzada activa dos acciones urgentes por desapariciones en Cuba*. Cubalex. Comité contra la Desaparición Forzada. (2024). *Información recibida en virtud del artículo 29 (4) de la Convención respecto de Cuba*. Naciones Unidas. Comité contra la Desaparición Forzada. (2025). *Informe anual del Comité contra la Desaparición Forzada*. Naciones Unidas.

6. Martí Noticias. (2026). Consternación en Cienfuegos por muerte violenta de paciente en un hospital psiquiátrico.

7. Cubalex. (2025, 15 de junio). El Estado contra los cuerpos vulnerables: análisis crítico del procedimiento para personas con "conducta deambulante" en Cuba. Cubalex.

8. Cubalex. (2025, 16 de julio). *"En Cuba no hay mendigos": el discurso oficial que criminaliza la pobreza*. *Cubalex*. Alas Tensas. (2025, 15 de julio). *Marta Elena Feitó, Ministra de Trabajo y Seguridad Social: "En Cuba no hay mendigos, hay personas disfrazadas de mendigos"*. Rodríguez, A. (2025, 15 de julio). *Cuban labor minister resigns after her suggestion beggars were pretending sparked backlash*.

9. Consultar: Cubalex. (2025, 15 de junio). El Estado contra los cuerpos vulnerables: análisis crítico del procedimiento para personas con "conducta deambulante" en Cuba. Cubalex. CubaxCuba. (2025). *Derechos humanos y salud mental: Crisis de la atención psiquiátrica en Cuba*. Consejo de Ministros. (2025, 28 de abril). Acuerdo 10056 de 2025 de Consejo de Ministros. Gaceta Oficial de la República de Cuba, (41), GOC-2025-179-O41.