

DOSSIER CUBA 21



El colapso sanitario en Cuba

**Observatorio Cubano
de Auditoría Ciudadana**

El colapso sanitario en Cuba



Diciembre 2025

El colapso sanitario en Cuba

Índice

Resumen Ejecutivo.....	4
Introducción.....	6
Diagnóstico integral del sistema de salud.....	8
Contexto sanitario, nutricional y ambiental precario.....	13
Panorama epidemiológico actual y respuestas oficiales.....	18
Secuelas del chikungunya y la imposibilidad de tratarlas en Cuba.....	22
El totalitarismo y la “información”: del caso de Walter Duranty al de los organismos de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos.....	23
¿Cuántos han sido en realidad los fallecidos?.....	24
Conclusión.....	27
Acerca de OCAC.....	29
Referencias.....	30

Resumen Ejecutivo

- 1- La evidencia expuesta a lo largo de este informe permite afirmar, sin ambigüedades, que el colapso del sistema sanitario cubano no obedece a un destino inevitable ni a factores externos, contingencias epidemiológicas excepcionales o eventos climáticos adversos. Es, por el contrario, la consecuencia directa de decisiones políticas nacionales sostenidas en el tiempo, que han desmantelado progresivamente las capacidades esenciales del Estado para proteger la salud y la vida de su población.
- 2- El colapso del sistema de salud, la inseguridad alimentaria estructural, la degradación ambiental, la opacidad estadística para ocultar la magnitud de la catástrofe humanitaria y la priorización de intereses económicos de una elite por encima del bienestar humano básico de la población, configuran un escenario de daño evitable, conocido y persistente.
- 3- La evidencia muestra un incumplimiento sistemático de esa responsabilidad de protección de la población. Del estado populista asistencialista se transitó en el siglo XXI al estado extractivo oligárquico. Desde entonces, el Estado cubano, totalitario y oligárquico, no solo ha sido incapaz de garantizar el derecho a la salud, la alimentación y un entorno sano, sino que ha cesado de interesarse por cumplir ese principio. Ha mantenido deliberadamente un modelo que reproduce la vulnerabilidad: desinversión crónica en salud pública, exportación masiva de personal médico, abandono de la infraestructura sanitaria y ambiental, y manipulación de la información epidemiológica para minimizar el costo político del desastre.
- 4- La actual sindemia de arbovirosis —es decir, la concurrencia y potenciación simultánea de varias enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue, el zika o el chikungunya, en un contexto de deterioro social y sanitario—, con su carga de muertes evitables, discapacidades y sufrimiento social, constituye la expresión más visible y contundente de ese fracaso.
- 5- La negativa a reconocer la magnitud real de la crisis y a permitir mecanismos independientes de evaluación y cooperación refuerza la dimensión política del daño. Se ha reconocido que al menos el 30% de la población (unos 3 millones de cubanos en una población de 9.7) han enfermado. Esta auditoria ciudadana ha estimado las defunciones

basadas en esos datos oficiales, así como en parámetros internacionales. **El resultado de ese cálculo, usando premisas de moderadas, arroja que la cifra de defunciones alcanzaría como mínimo 8,700 fallecidos.** Eso muestra que el estado ha mentido nuevamente (ya lo hizo con la epidemia de Covid) al afirmar que solo han ocurrido 47 defunciones hasta mediados de diciembre. La realidad sería, como mínimo, 185 veces mayor.

- 6- La responsabilidad del estado hacia la protección de la población no se limita a evitar la violencia directa, incluye también la obligación de no someter a la población a condiciones estructurales que destruyen de forma deliberada y progresiva la vida, la salud y la dignidad humana. Mantener a millones de personas en un estado de malnutrición, indefensión sanitaria y exposición a riesgos epidemiológicos constituye, en sí mismo, una brutal forma de violencia estructural ejercida desde el poder.

Introducción

Es una enfermedad traumática, deprimente, invalidante. Las personas salen a la calle como zombis.

Cubano convaleciente de chikungunya

El año 2026 encuentra a Cuba en una encrucijada crítica: mientras el régimen celebra la efeméride del centenario de Fidel Castro y los 67 años del triunfo de la Revolución, la población enfrenta una realidad marcada por la enfermedad, el hambre y los apagones. El 9 de diciembre, el periódico *Granma* calificó como «explosiva» la epidemia de chikungunya que azota al país,¹ un eufemismo que oculta la verdadera magnitud de **una crisis epidemiológica que combina nueve virus diferentes más enfermedades diarreicas y hepatitis,² ha enfermado al menos a dos millones de cubanos**, ha provocado numerosas muertes y ha dejado a muchos en un estado prolongado de invalidez.

El Boletín Factográfico de noviembre de 2025, emitido por la Biblioteca Médica Nacional³, reconoce **la confluencia simultánea de dengue, chikungunya y oropouche**, una *triple epidemia* que satura la ya debilitada red hospitalaria y compromete la capacidad de atención del sistema sanitario.

Lejos de ser un evento aislado, esta crisis de la salud pública constituye la manifestación visible de un deterioro mucho más profundo. **El sistema de salud cubano —antiguamente presentado como un logro de la Revolución— se encuentra afectado por fallas en infraestructura, abastecimiento de recursos, personal médico y transparencia estadística.** Estas deficiencias evidencian el colapso progresivo del modelo de gobernanza y del entramado institucional que sostiene la vida nacional.

En este informe, primero se realizará un análisis integral del sistema de salud cubano para demostrar, con datos verificables, su estado de colapso operativo y funcional. Posteriormente, a partir de entrevistas con profesionales de la salud y pacientes, se mostrará cómo **la crisis epidemiológica actual no es un accidente ni un episodio aislado**, sino la expresión más visible de un **colapso sistémico** general, cuyas raíces son políticas, económicas e institucionales. Sólo articulando ambas dimensiones —la sistémica y las experiencias humanas— es posible comprender la verdadera magnitud del catastrófico **desastre sanitario** que atraviesa Cuba.

M: El niño comenzó con dolor abdominal más o menos dos semanas después de haber tenido el virus ese que todo el mundo. Yo no lo había llevado al médico cuando empezó con las fiebres, que fueron de 39° y 40°, y los dolores articulares porque en la casa todos habíamos pasado la enfermedad, así que no tenía mucho sentido llevarlo.

P: ¿Por qué no tenía sentido llevarlo?

M: En el policlínico nunca hay médico. Pero suponiendo que hubiera, no tienen reactivos para hacer análisis y las recetas que puedan hacer no sirven para nada porque los medicamentos hay que comprarlos en el mercado negro. Entonces, ¿para qué iba a ir? ¿Para qué me dijera lo que yo ya sabía? Por eso no tenía sentido llevarlo en ese primer momento.

P: ¿Y después?

M: Después sí, tenía un dolor abdominal que le daba y se le quitaba. Era líquido en el abdomen, escaso, pero ahí estaba. También tuvo amigdalitis. El médico dice que puede ser que hubiera tenido dengue también, porque el chicungunya no da eso. Pero al final, en la concreta, no saben porque no tienen medios para saberlo. Bastante hacen, los pobres.

Fragmento de entrevista a una madre, cuya identidad se ha protegido

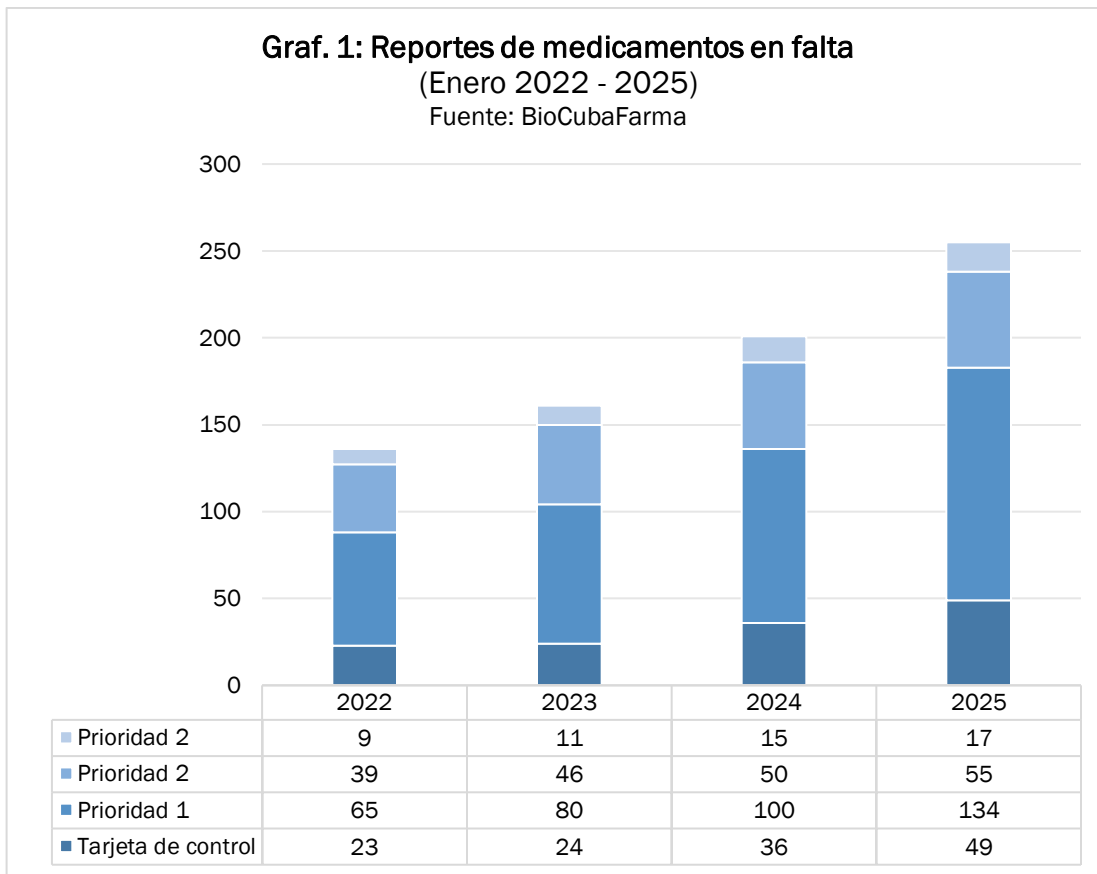
Diagnóstico integral del sistema de salud

Los hospitales y centros de salud cubanos exhiben hoy un estado de abandono generalizado.

Imágenes recientes de unidades asistenciales en Bayamo muestran a pacientes recostados en el suelo, camillas improvisadas y equipos corroídos por la falta de mantenimiento.⁴ Médicos de diversas provincias relatan la ausencia de recursos esenciales (ventiladores, máquinas de rayos X, tomógrafos, suministro estable de oxígeno y soluciones intravenosas) junto a condiciones higiénicas que ponen en riesgo a pacientes y trabajadores: baños sin agua, cortes eléctricos continuos y áreas sin capacidad para garantizar una mínima asepsia.

A estas deficiencias se suma el **desabastecimiento crónico de insumos médicos básicos**, como papel de ECG, guantes quirúrgicos, jeringas, agujas y kits de laboratorio. La escasez obliga al reciclaje de implementos desechables y desplaza la responsabilidad hacia los pacientes, que deben adquirir medicamentos y materiales en el mercado informal.

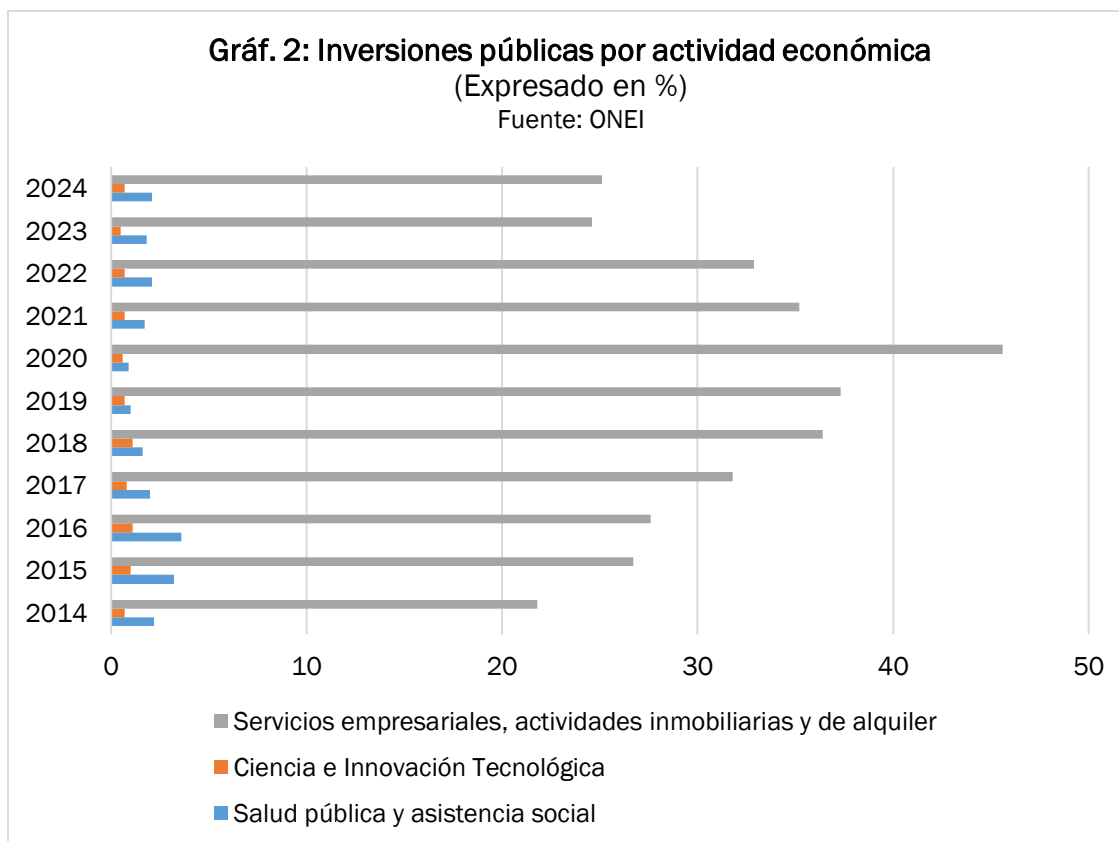
Los propios datos oficiales ilustran la magnitud de este colapso. El **Reporte de Medicamentos en Falta** de BioCubaFarma⁵ —publicado hasta enero de 2025— revelaba que de los 395 fármacos que la empresa debía suministrar al Sistema Nacional de Salud, **255 estaban en falta, un 64,56 % del total**. Tras ese mes, la empresa dejó de publicar actualizaciones, con lo que profundiza la opacidad sobre un desabastecimiento que, según profesionales entrevistados, no ha dejado de agravarse (Graf .1).



Médicos consultados para esta investigación confirman la carencia de soluciones intravenosas, antieméticos, antipiréticos (incluida la dipirona) y sales de rehidratación oral. En farmacias, explican, **no ingresan jarabes pediátricos desde hace años**, lo que obliga a las familias a acudir a vendedores informales para adquirir incluso medicamentos de uso hospitalario a precios cuyo incremento es exponencial. Paralelamente, **la falta de reactivos de laboratorio** —PCR, IgM, monosueros— impide diferenciar clínicamente entre arbovirosis⁶, lo que **obliga a diagnósticos clínicos bajo la categoría de «síndrome febril inespecífico»**.

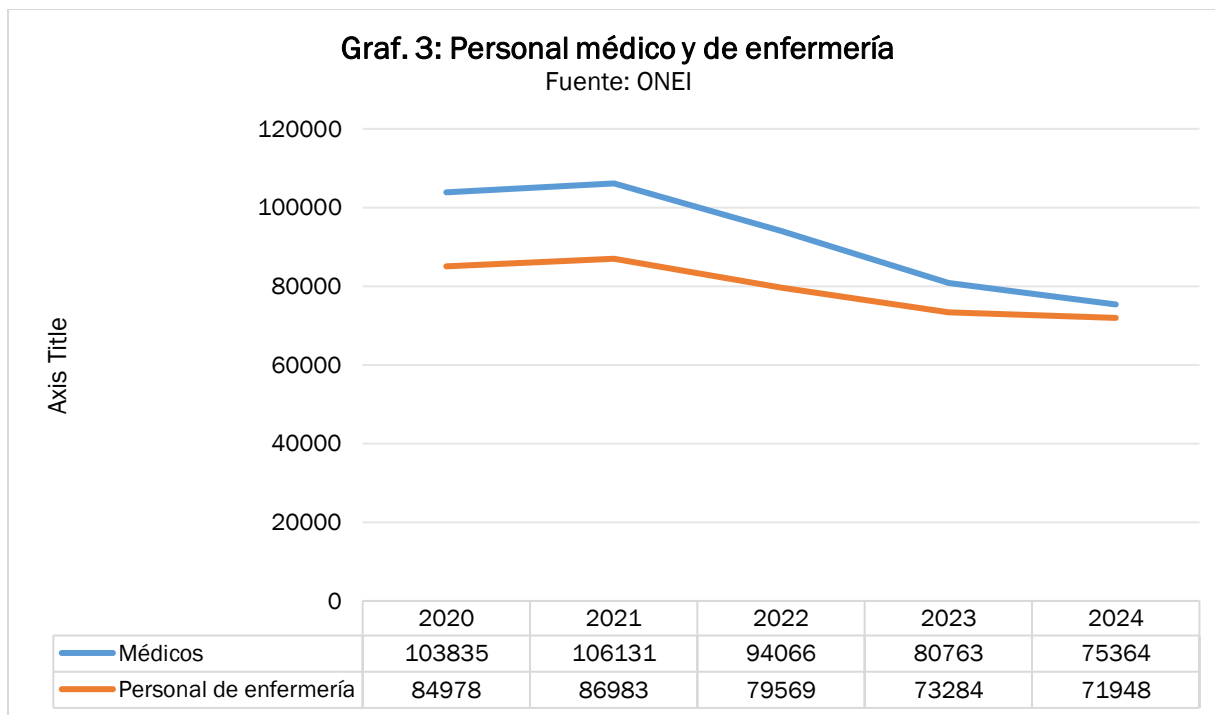
Las precariedades descritas no sorprenden a la luz de la estructura de inversión del Estado cubano. Durante la última década, **salud pública y asistencia social apenas han recibido como promedio el 2 % del total de inversiones nacionales**, mientras que la ciencia y la innovación tecnológica han recibido solo el 0,78 %. En contraste, el sector turístico —bajo control del conglomerado

militar GAESA— ha absorbido un promedio del **31,36 % de todas las inversiones**, lo cual evidencia una matriz de prioridades estatales que coloca al sistema sanitario en un lugar claramente secundario (Graf. 2).



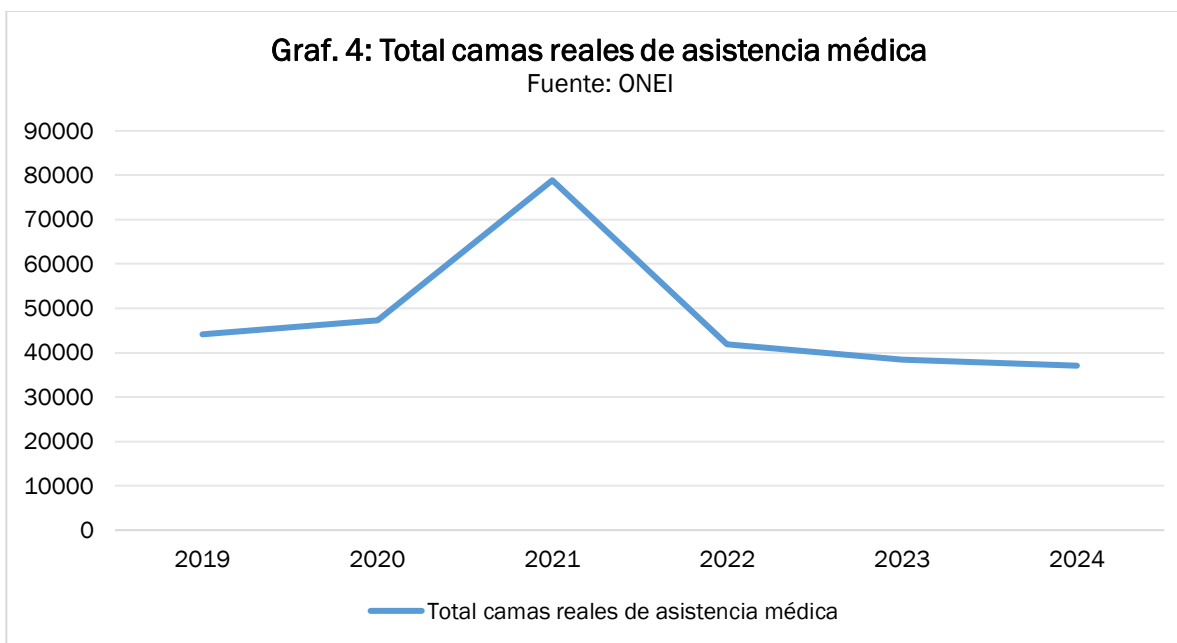
Por otra parte, la carencia de personal facultativo es una cuestión alarmante. El tradicional programa de médicos de familia, pilar del sistema, se ha erosionado severamente. Según datos de la ONEI, **la cantidad de médicos se redujo en 2024 respecto al año anterior en 5.399, aunque más dramático resulta si se compara con 2021, donde la reducción fue de 30.767.**

Por otro lado, en 2024 se contabilizaron **12.912 médicos de la familia, 14.623 menos que en 2023. En cuanto al personal de enfermería, los 71.948 activos disponibles en 2024 representan una disminución de 15.035 respecto a 2021** (Graf. 3).



El personal de salud sufre condiciones laborales extremas. Las bajas remuneraciones, la alta presión asistencial y la falta de recursos han motivado la emigración masiva y el agotamiento de médicos y enfermeros. La escasez de personal obliga a los médicos a realizar múltiples tareas (enfermería, camilleros, etc.), aumentando el agotamiento laboral. Muchos profesionales emigran a otros países o cambian de ocupación, lo que agrava el déficit interno. A pesar de ello, el gobierno sigue destinando miles de médicos a misiones en el extranjero generando divisas a costa de vacíos estructurales en el sistema nacional.

Otra dimensión crítica del derrumbe se observa en la disponibilidad de camas. **Comparando 2019, año prepandémico, con 2024, el sistema perdió 7.144 camas en total:** 2.812 en hospitales generales, 1.938 en hospitales clínico-quirúrgicos, 857 en hospitales pediátricos, además de las pérdidas en otros centros. Los policlínicos, bases del sistema de salud comunitario, perdieron 1004 camas en el período referido (Graf. 4).



Es posible agregar otra capa de datos al análisis a partir de las cifras de ingresos por unidades de servicio. Nuevamente se tomará el período comprendido entre los años 2019 y 2024. **La cantidad total de ingresos se redujo en 704 532, ¡un 43.08 % en solo cinco años!** En cuanto a los ingresos hospitalarios —independientemente del tipo de centro (general, clínico quirúrgico, etc.)— la reducción fue de 567 718, un 40.53 %. Por su parte, **en los policlínicos se pasó de 150 081 ingresos en 2019 a 39 369 en 2024, lo que representa una contracción del 73.77 %.**

Los datos analizados permiten afirmar que el sistema de salud cubano atraviesa un colapso que antecede y condiciona el estallido de la actual crisis epidemiológica. La reducción drástica de camas, personal facultativo, insumos médicos y medicamentos esenciales, sumada a la precarización física de los hospitales y a la ausencia de inversión estatal, conforma un escenario donde cualquier brote viral habría generado tensiones severas. Que este brote haya adquirido dimensiones tan masivas responde directamente a este derrumbe sistémico.

Asimismo, **la incapacidad del Estado para sostener servicios básicos como la recogida de basura, el control de vectores y la disponibilidad de alimentos —especialmente proteínas y micronutrientes— ha creado condiciones ideales para la expansión de las arbovirosis.** En

otras palabras, **la epidemia no solo se expandió por la presencia del virus, sino porque encontró un sistema sanitario devastado y un entorno social y ambiental profundamente deteriorado.**

Los elementos ambientales y nutricionales que potencian esta vulnerabilidad —especialmente la basura, la insalubridad y la inseguridad alimentaria— se desarrollarán con mayor detalle en el próximo epígrafe.

Las enfermedades transmisibles son multicausales: lo primero que se necesita es que exista la enfermedad. En el caso nuestro, la trajo una persona procedente de otro país. Lo segundo es que esté presente el agente transmisor y aquí el mosquito está por todas partes. Lo tercero es haya un huésped susceptible y esos somos todos los cubanos. Influyen en la extensión y gravedad del brote varios elementos: el hecho de que sea una enfermedad relativamente nueva en Cuba, para la cual no tenemos anticuerpos desarrollados; las condiciones higiénico-sanitarias del país que hacen que el vector esté muy presente; la situación general en la que vive la gente, sometida a estrés por diversas causas y malnutrida. Con una población débil, un sistema de salud quebrado y todos los factores ambientales para la propagación, la epidemia está servida.

Fragmento de entrevista a un especialista en epidemiología residente en Cuba

Contexto sanitario, nutricional y ambiental precario

La actual sindemia⁷ de arbovirosis en Cuba, con brotes simultáneos de dengue, chikungunya y oropuche, se produce en un entorno marcado por profundas deficiencias estructurales. En las calles de La Habana (y en otras provincias) se acumula basura sin recoger. Como documentó hace algunos meses el Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana, «la basura que no es recogida

genera la presencia de roedores, mosquitos y otros insectos, portadores de enfermedades como el dengue y la leptospirosis, las cuales resultan muy peligrosas para la salud».⁸

Según el informe, cuyos datos se circunscriben sobre todo a la capital, en la urbe se acumulan diariamente algo más de 7,600 m³ de basura en espacios públicos cercanos a las viviendas y centros que los generaron. Esto es el equivalente a algo más de 3 piscinas olímpicas de basura por día. **Como promedio, se recoge solo el 68% de la basura, mientras el resto permanece en las calles creando focos de infección y hasta incendios urbanos por la producción de gas metano.**

En plena epidemia, medios independientes y profesionales de la salud denuncian que la isla está «llena de basureros en las calles, charcos de agua estancada, zanjas y criaderos de todo tipo, sin que las autoridades parezcan capaces de eliminarlos».⁹ Aunque el gobierno lanzó campañas oficiales de fumigación y eliminación de criaderos tras el foco inicial en Matanzas,¹⁰ en la práctica las brigadas antimosquitos operan sin recursos ni personal suficiente.

Un especialista en epidemiología que tuvo contacto con la población donde se originó la epidemia, en el Central España Republicana de la provincia de Matanzas, señala que «no se fumiga hace muchísimo tiempo, porque no hay con qué ni quién lo haga». Explica además en entrevista para esta investigación, que **los equipos de vigilancia vectorial están desmantelados debido a que deben trabajar con salarios bajísimos, sin insumos ni medios para transportarse.** En suma, aseguró el especialista, «el virus se extendió porque encontró el ambiente propicio para ello: focos de mosquitos en todas partes, muy deficiente control de vectores y prácticamente cero medidas para eliminarlos, además de una población absolutamente depauperada».

Además del colapso del sistema sanitario, la crisis epidemiológica se superpone a la crisis energética. Esta combinación de crisis ha dejado a la población sin redes mínimas de protección. Uno de los médicos entrevistados para esta investigación, afirma: «el estrés afecta directamente el sistema inmunológico y en Cuba la mayor parte de la población está inmunodeprimida por varias razones, pero sobre todo por la pésima nutrición y por la exposición a un entorno altamente estresante. Piensa cuánto estrés genera pasar 20 horas de apagón o más cada día, sin saber cómo

conservar la poca comida que se ha conseguido. Las enfermedades virales como las que circulan en este momento, que son altamente transmisibles, tienen el entorno adecuado para potenciar los contagios y la evolución a cuadros graves».

El 18 de octubre, la madre de 81 años de Alexander Hernández se comenzó a sentir mal y se fue a la cama a descansar. Estaba completamente jorobada. La llevaron al hospital y, por su estado físico, el médico dedujo que se trataba de chikungunya. A la semana se descompensó su diabetes, la presión arterial y tenía taquicardias. “La llevamos dos veces al médico, la miraron y solo se limitaron a controlar los signos vitales”, cuenta el hijo. Unos días después, los médicos le dijeron que todo estaba bajo control, que podía regresar a casa. El pasado 5 de noviembre falleció. Hernández pidió que le hicieran una autopsia, pero la doctora se resistió. “Dijo que no, y tampoco insistí porque no había transporte, prácticamente me convenció de que era por gusto”. El acta de defunción de su madre dice que perdió la vida por muerte natural.

Maritza Ricardo Velázquez, enferma también del virus en su casa del municipio Gibara, en Holguín. Hace unos días perdió a su prima, de 42 años y sana, contrario a la versión oficial que apunta a que el virus ataca de peor forma a ancianos enfermos. “Estaba fuerte y con ganas de vivir”, dice. El día que se disponían a llevar a la prima al hospital, la ambulancia no llegó. “Se le empezaron a paralizar los riñones y a regarse el líquido por todo el cuerpo. En la madrugada falleció”. Vive espantada de quién será el próximo.

Entrevistas realizadas por el periódico El País¹¹

Otro factor estructural crítico es la grave crisis alimentaria. Años de baja producción agrícola, mala distribución y dependencia de importaciones han hundido a la mayoría de los cubanos en la pobreza alimentaria. La evidencia empírica recogida en el *Dossier 37: Inseguridad Alimentaria*,

elaborado por el Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana,¹² confirma que Cuba ha dejado de cumplir de manera sistemática con los estándares internacionales de seguridad alimentaria definidos por la FAO, particularmente en sus cuatro dimensiones básicas: disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad. El informe subraya que el país no satisface ninguna de ellas, lo que revela una crisis sistémica y no coyuntural. La inclusión de Cuba por primera vez en 2024 en el informe de UNICEF sobre pobreza alimentaria infantil —con un 9 % de niños en situación de pobreza alimentaria grave— marca un punto de inflexión simbólico y material: la escasez ya no puede ocultarse bajo la retórica de la soberanía alimentaria ni ser presentada como una anomalía temporal.

El dossier documenta que **más del 80 % de los alimentos consumidos en la Isla son importados, a pesar de tratarse de un país con condiciones agroecológicas favorables.** Esta dependencia externa se ha profundizado al mismo tiempo que el Estado reduce deliberadamente la inversión en agricultura, ganadería y pesca —sectores que en 2024 recibieron apenas el 2,7 % del capital ejecutado— mientras, como ya se dijo, destina entre más del 30 % de la inversión total a la construcción de infraestructura turística de baja rentabilidad social. El resultado es una descapitalización sostenida del aparato productivo alimentario, agravada por un marco institucional que desincentiva al campesinado privado, responsable hoy de cerca del 80 % de la producción nacional, pero sometido a controles, confiscaciones y ausencia de derechos de propiedad.

Desde el punto de vista del acceso económico, el informe muestra **un deterioro dramático del poder adquisitivo de los hogares cubanos tras la implementación de la Tarea Ordenamiento.** La inflación acumulada desde 2021 ha convertido la alimentación en un bien de lujo relativo. Según estimaciones citadas en el dossier, una familia de dos personas necesitaba a finales de 2024 más de 24.000 CUP mensuales solo para cubrir la canasta alimentaria mínima, cifra que equivale a entre 12 y 15 veces el salario mínimo o la pensión básica. En este contexto, solo el 15 % de la población logra garantizar tres comidas diarias, mientras el resto reduce raciones, elimina proteínas o depende de remesas y ayudas externas

Finalmente, el informe concluye que la creciente dependencia de donaciones internacionales — como los casi 58 millones de dólares destinados por el Programa Mundial de Alimentos entre 2021 y 2025— no constituye una solución sostenible, sino un paliativo que permite administrar la escasez y contener el malestar social. **La ayuda humanitaria, lejos de corregir las fallas, termina normalizando un modelo incapaz de producir, importar o distribuir alimentos de manera adecuada.** En este sentido, la crisis alimentaria cubana aparece retratada como la consecuencia directa de decisiones políticas que priorizan el control y la rentabilidad de élites estatales y militares por encima del derecho básico a la alimentación de la población

La desnutrición deja al organismo sin capacidades esenciales y deteriora la respuesta inmune ante las infecciones. Un médico general entrevistado para esta investigación lo ilustra con crudeza: «La situación nutricional de las personas hace que la respuesta a las enfermedades sea muy diferente entre unos y otros. También que muchos casos tengan una evolución tórpida. Al estar inmunodeprimidos tanto por la mala nutrición como por la exposición al estrés, estas enfermedades virales [...] tienen el entorno adecuado para potenciar los contagios y los cuadros graves». Por su parte, un pediatra entrevistado afirma: «El factor nutricional es uno de los que más influye en los niños. No hablemos ya de la carne, los huevos o la leche, tampoco existen las frutas ni las viandas. Todo es muy difícil de conseguir, además de extremadamente caro».

La evidencia analizada permite afirmar que la evolución de la enfermedad no puede explicarse únicamente a partir de variables biológicas clásicas —como la edad o la presencia de comorbilidades—, sino que incorpora de manera decisiva una dimensión socioeconómica estructural. El estado nutricional de los pacientes, profundamente afectado por años de inseguridad alimentaria, y la posibilidad real de acceder a medicamentos, insumos y atención oportuna, condicionan de forma transversal el curso de la enfermedad.

La enfermedad trasciende al evento estrictamente sanitario para convertirse en **un fenómeno socialmente estratificado**: quienes cuentan con recursos, redes o remesas logran mitigar sus efectos, mientras los sectores más vulnerables enfrentan formas más graves, mayor riesgo de

complicaciones y menor posibilidad de recuperación plena. La evolución de una enfermedad está profundamente atravesada por la desigualdad material generada por el propio colapso del modelo económico y político.

Nosotros nos pasamos todo el mes de octubre enfermos. Empezó el niño con una neumonía, algo que nunca había tenido. Pensamos que quizás fue un Covid, pero no hay forma de hacerle un antígeno y menos un PCR. Se dedujo por los síntomas. Fue además una neumonía atípica, porque tenía todos los síntomas y en los rayos X no salía nada. Así estuvo más o menos siete días y no habían pasado dos semanas de que se curó, empezó con chikungunya. ¿Cómo está ese organismo? Después, mi esposo empezó también con el chikungunya y a los cinco días, un proceso respiratorio, con tos y falta de aire. Y finalmente yo, que en mi vida había tenido amigdalitis, estuve con fiebre por eso cuatro días. Quince días después, también empecé con chikungunya. Mi familia es ejemplo de lo que ha sucedido a casi todos los cubanos y nosotros terminamos bien, otros no.

Fragmento de entrevista a una madre cubana

Panorama epidemiológico actual y respuestas oficiales

Desde julio de 2025 las autoridades sanitarias reconocen la reaparición del chikungunya en Cuba (no visto con fuerza desde 2015), a lo que se suman aumentos inusuales de casos febriles asociados al dengue y, según reportes oficiales, ocasionalmente al COVID-19 o influenza.¹³ En un informe televisivo, el Dr. Francisco Durán, director nacional de epidemiología del MINSAP, confirmó circulación simultánea de dengue y chikungunya en casi todo el país, con foco inicial en Matanzas, y admitió «deficiencias en la recogida de desechos» y el saneamiento.¹⁴ La intelectual cubana Alina Bárbara López aseguró en Facebook que las autoridades estaban “manipulando” la

“situación gravísima” en Matanzas, la ciudad donde vive. “La orden de desmentir los fallecidos por arbovirosis está dada”, insistió.¹⁵

Pese a ello, el gobierno insiste en que estas arbovirosis «se reportan de forma estable» y en que la mortalidad es baja. Medios oficiales sostienen que no han ocurrido casos graves ni muertes directas por chikungunya, aunque cifras recientes reconocen 33 fallecidos por arbovirosis. Según la viceministra Carilda Peña, esos 33 decesos se repartieron en 12 por dengue y 21 por chikungunya, incluido un alto porcentaje de menores de edad. Pero la realidad, brutal y despiadada, sale a flote¹⁶ aun leyendo las declaraciones oficiales.¹⁷

Mientras, se confirmó que hay circulación de virus respiratorios estacionales: H1N1, virus sincicial y COVID-19. En diciembre de 2025 la dirección del país advirtió sobre una posible alza de casos en el próximo invierno y planteó proyectos de control vectorial de laboratorio (mosquitos estériles, transgénicos, etc.).

Por otro lado, **la respuesta institucional ha carecido de transparencia**. El discurso oficial se limita a exhortar a los ciudadanos a limpiar sus casas, cubrir tanques y buscar atención ante fiebre, pero no da cuenta de las causas ni de las verdaderas dimensiones del brote. Uno de los profesionales de la salud entrevistados para esta investigación, aseguró: **«Soy categórico al decir que las estadísticas oficiales, así como cualquier otra estadística que afirme partir de exámenes en el terreno, son absolutamente falsas. ¿Por qué puedo afirmarlo con tanta seguridad? Porque en casi ningún lugar de Cuba hay con qué hacer pruebas a los pacientes, no hay forma de saber qué tienen. Además, una gran mayoría de la población pasa su enfermedad en casa. Entonces, los números con pretensiones de exactitud son falsos, sin duda alguna»**.

Un profesor universitario de La Habana entrevistado por la BBC¹⁸ asegura que «son los menos quienes acuden a centros médicos tras enfermar. [...] Casi todo el que conozco no va. La gente opta por no ir porque en esas instituciones no hay forma de conseguir un diagnóstico seguro y

tampoco hay medicamentos. Hay que comprarlos en el mercado informal, o que un familiar o amigo los mande de afuera, o que alguien que viva aquí te los regale», afirma.

En ese sentido, otro médico general entrevistado señala que en los hospitales cubanos «no contamos con los recursos para tratar las enfermedades: escasean hidrataciones, antipiréticos, antieméticos». Agrega que los pacientes sólo acuden cuando desarrollan formas graves. Según otro, **los casos iniciales fueron encajados bajo la etiqueta genérica de «síndrome febril inespecífico», engañosamente asumidos como dengue, y nunca se re-etiquetaron al confirmarse chikungunya.** Por ello calcula que «en cada vivienda al menos una persona se ha enfermado... fácil concluir que el reporte oficial arroja un número ínfimo comparado con la realidad». ¹⁹

Sobre la enfermedad misma, varios médicos constatan que el cuadro clínico actual es más agresivo e inusual. Por ejemplo, una pediatra describe cuadros con fiebre alta prolongada e irritación facial intensa, seguidos a menudo de síntomas digestivos y respiratorios atípicos. Otro colega explica que en el hospital en que trabaja, más de la mitad de los pacientes en sala presentaban neumonía concurrente; sospechan así una coinfección con un virus respiratorio (COVID o H1N1) que las autoridades reconocieron simultáneamente. Otro profesional se pregunta: “¿Estaremos ante un virus nuevo o una sindemia entre chikungunya y algo más que termina siendo neumonía? Dado que no se están haciendo estudios, no tendremos respuesta a esa pregunta».

En relación con los reportes de fallecimientos asociados al brote epidémico, un médico que trabaja en un hospital de La Habana explica con detalle **el mecanismo mediante el cual se ocultan las causas reales de muerte en las estadísticas oficiales.** Señala que el certificado de defunción establece una secuencia causal en cuatro niveles. En el apartado A debe consignarse la causa directa del fallecimiento, por ejemplo, una arritmia ventricular; en el apartado B, el evento que desencadenó esa causa inmediata, como un infarto agudo de miocardio; en el C, la condición subyacente que dio origen al evento previo, por ejemplo, una cardiopatía isquémica. Sin embargo, explica que el eslabón inicial de esa cadena causal, que debería consignarse en los apartados C o

D, suele omitirse deliberadamente cuando se trata de una arbovirosis reciente, aun cuando esta haya ocurrido días antes y haya sido el detonante del desenlace fatal.

Según el testimonio, **este procedimiento es instrumentalizado por las autoridades cubanas para camuflar las muertes atribuibles a estas enfermedades, ya que muchos médicos reciben orientaciones explícitas para no consignar la infección viral como causa antecedente.** «Eso es lo que debería hacerse por una cuestión elemental de ética», afirma, subrayando que el objetivo real es distorsionar las estadísticas epidemiológicas. El entrevistado añade que esta práctica no es nueva y recuerda que el mismo mecanismo fue utilizado durante la epidemia de COVID-19. En última instancia, plantea una pregunta: ¿qué fue lo que desató la secuencia de complicaciones que terminó en la muerte? La respuesta, sostiene, es sistemáticamente excluida de los registros oficiales.

Los médicos del Instituto Pedro Kourí (IPK) insisten en que no hay evidencia de mutación dramática. En medios estatales científicos²⁰ han reiterado que el chikungunya en Cuba sigue siendo del genotipo conocido (ECSA) y que los vectores responsables son siempre *Aedes aegypti* o *albopictus*, sin «mezclas» virológicas con el SARS-CoV-2. Sin embargo, esta explicación oficial choca con la experiencia clínica cotidiana. De todas esto emerge un mensaje común: independientemente de la teoría correcta (mutación viral, coinfección o simples daños por carencias crónicas), la evolución del brote ha sido mucho más grave de lo normal.

Isiel Díaz Vera, un joven trabajador de Punta Alegre, en Ciego de Ávila, fue ingresado en el Hospital de Morón en estado grave durante la ola epidémica de arbovirosis que afecta a esa provincia. A pesar de ser un hombre fuerte y sano, su cuadro se complicó con neumonía, una de las afecciones respiratorias graves que se observa con frecuencia en este contexto de circulación simultánea de arbovirosis y virus respiratorios como H1N1 e incluso COVID-19. Pese a su juventud y buen estado físico, Isiel falleció a causa de estas complicaciones.²¹

Secuelas del chikungunya y la imposibilidad de tratarlas en Cuba

La evidencia médica acumulada a nivel internacional coincide en que el chikungunya es una enfermedad con alta carga de secuelas, cuyo impacto se extiende mucho más allá del episodio febril inicial. **Una proporción significativa de los pacientes desarrolla manifestaciones crónicas que pueden prolongarse durante meses o incluso años, lo que afecta de manera sustantiva la calidad de vida.** Entre las secuelas más frecuentes se encuentran las artralgias persistentes, la inflamación articular crónica, la rigidez matutina, la fatiga extrema y el dolor neuropático, un cuadro que ha sido descrito reiteradamente como «el dolor que permanece» tras la infección aguda.²²

Entre el 30 % y el 60 % de las personas infectadas pueden presentar síntomas articulares prolongados, con especial incidencia en adultos mayores, mujeres y personas con comorbilidades previas. Sin embargo, investigaciones también señalan un aumento de estas secuelas en adultos jóvenes previamente sanos, lo que amplía el impacto socioeconómico de la enfermedad.²³ A ello se suman manifestaciones neurológicas (parestias, trastornos del sueño, dificultad de concentración), alteraciones emocionales asociadas al dolor crónico y, en casos menos frecuentes pero documentados, secuelas cardíacas y respiratorias que reducen la capacidad funcional del paciente.

En contextos sanitarios con recursos adecuados, el abordaje de estas secuelas requiere tratamiento multidisciplinario sostenido: antiinflamatorios, analgésicos específicos, fisioterapia, rehabilitación funcional, seguimiento reumatológico y apoyo psicológico. No obstante, **en Cuba estas herramientas están prácticamente ausentes.** La escasez crónica de medicamentos, la inexistencia de programas de rehabilitación accesibles y la descomposición del primer nivel de atención hacen que las secuelas del chikungunya queden, en la práctica, sin tratamiento.

Personas en edad laboral quedan parcial o totalmente incapacitadas sin acceso a bajas médicas prolongadas, pensiones por invalidez ni terapias de recuperación. En un país marcado por la inseguridad alimentaria y la informalización de la economía, el dolor crónico se traduce rápidamente en pérdida de ingresos, dependencia familiar y deterioro psicológico. En niños y ancianos, las secuelas limitan el desarrollo, la autonomía y aumentan la vulnerabilidad frente a nuevas enfermedades. Así, en el contexto cubano, el chikungunya produce una discapacidad social amplificada por un sistema de salud colapsado que carece de los medios mínimos para paliarlas, cronificando el sufrimiento y profundizando las desigualdades estructurales

El totalitarismo y la “información”: del caso de Walter Duranty al de los organismos de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos

Walter Duranty, fue el periodista del *New York Times* acreditado en Moscú durante 14 años en la cúspide de la época del terror de Stalin (1922-1936). Recibió el Premio Pulitzer por una serie de once reportajes que encubría la represión estatal, el precio humano y productivo de las políticas de colectivización forzosa y la criminal hambruna impuesta deliberadamente al pueblo ucraniano para doblegarlo. Cuando muchos años después —ya en 1990— se desmoronaba la URSS, algunos solicitaron se revocara el premio, cosa que no se hizo. ¿Por qué? Porque eso habría significado admitir no solo la superficialidad y falta de escrúpulos de Duranty sino también las del sistema institucional para el otorgamiento del “reconocimiento” al trabajo infame del periodista.²⁴

No mucho ha cambiado desde entonces con el agravante de que los órganos especializados del sistema de Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos encargados de recopilar las estadísticas nacionales en áreas claves como la salud (OMS / OPS) o el desarrollo (PNUD / CEPAL²⁵) aceptan alegremente los números “oficiales” que les ofrecen gobiernos que controlan y administran regímenes totalitarios de información (trabajos periodísticos y académicos) y las estadísticas oficiales²⁶. Solo así se explica los lugares privilegiados que las estadísticas de esos organismos continúan otorgando a la clasificación comparativa de Cuba con otros países en materia de desarrollo humano. Pero en el actual contexto de la comunicación digital global es

imposible acallar las voces de las víctimas como exitosamente lograron en su momento Stalin, Duranty y el *New York Times*.

¿Cuántos han sido en realidad los fallecidos?

El virus chikungunya (CHIKV) es una arbovirosis de transmisión vectorial que, en condiciones epidemiológicas típicas, presenta una letalidad baja en poblaciones generales. Estudios epidemiológicos han documentado una tasa de letalidad de aproximadamente 1 muerte por cada 1 000 casos ($\approx 0,1 \%$) en poblaciones “normales”, aunque esta cifra puede variar según condiciones de salud pública, vulnerabilidad de grupos etarios y comorbilidades (p. ej., diabetes, enfermedades cardíacas o renales).

Recientemente, autoridades cubanas han señalado que más del 30 % de la población de Cuba habría enfermado de chikungunya en el contexto de la actual epidemia, lo que, para una población nacional de aproximadamente 9.7 millones de habitantes, se traduce en más de 2,9 millones de casos atribuibles a esta infección. Esta estimación se basa directamente en declaraciones oficiales de Francisco Duran, director nacional de epidemiología del MINSAP, en un panel televisado el pasado 12 de noviembre, afirmó que “en las evaluaciones realizadas se han encontrado porcentajes de alrededor de un 30 %, 30 y tantos por ciento” de contagios.²⁷

Para situar cuantitativamente el impacto potencial de la epidemia sobre la mortalidad general, se aplican tasas de letalidad diferenciadas que reflejan diversos escenarios de severidad asociados a la eficacia del sistema de salud y la vulnerabilidad poblacional:

Escenario A — Letalidad baja (0,1 %)

Si se aplica una tasa de mortalidad de 0,1 %, consistente con lo observado en situaciones endémicas o epidémicas con buena atención sanitaria, entonces:

Muertes estimadas=2,9 millones×0,001=2,900 decesos estimados

Este escenario constituye el límite inferior de mortalidad plausible para una epidemia de chikungunya, suponiendo que el sistema de salud puede absorber la demanda y que los casos graves son manejados adecuadamente.

Escenario B — Letalidad moderada (0,3 %–0,5 %)

En epidemias de gran escala, especialmente en contextos con limitaciones de atención clínica, saturación hospitalaria y alta prevalencia de comorbilidades, la tasa de letalidad puede elevarse por encima de los valores observados en situaciones estándar. Para estos contextos más graves:

0,3 % de letalidad → 8 700 muertes

0,5 % de letalidad → 14 500 muertes

Estos valores se derivan de multiplicar el total de casos estimados por las tasas de letalidad respectivas.

Escenario C — Letalidad alta (1 %)

Aunque poco frecuente en poblaciones generales para chikungunya, tasas de letalidad de hasta 1 % pueden observarse en subgrupos especialmente vulnerables o en sistemas sanitarios colapsados, como puede ocurrir en epidemias desbordadas:

2,9 millones×0.01=29,000 muertes estimadas

Este escenario representa un límite de alta severidad epidemiológica, que puede ser indicativo no de la letalidad intrínseca del virus, sino de las limitaciones del sistema de salud para responder a una epidemia de gran magnitud.

Interpretación epidemiológica

La aplicación de estas tasas de letalidad —desde 0,1 % hasta 1 %— permite modelar diferentes intensidades del impacto letal en la población cubana afectada por chikungunya. Si bien la literatura especializada reconoce que el virus chikungunya raramente es fatal en condiciones ideales, los factores estructurales, como la saturación de servicios de salud, la insuficiencia de recursos clínicos y las comorbilidades no controladas, son determinantes que pueden incrementar la mortalidad observada durante un brote de gran tamaño.

Adicionalmente, el subregistro de casos y defunciones asociado a sistemas de vigilancia epidemiológica limitados —especialmente en contextos de crisis sanitaria— puede llevar a una subestimación sistemática de la mortalidad real atribuible a la epidemia. Este fenómeno ha sido documentado en otros brotes arbovirales, donde la relación entre exceso de mortalidad y muertes confirmadas supera ampliamente las cifras reportadas por vigilancia tradicional.

En resumen, partiendo del dato oficial de que más del 30 % de los cubanos en la isla (según el director nacional de epidemiología Dr. Francisco Durán) de una población de 9.7 millones de habitantes (según la ONEI) haya sido contagiado de chikungunya, el resultado dista mucho de los 47 fallecidos oficialmente reconocidos.

Basándonos en esos datos oficiales referidos a la población total y por ciento de contagios -y aun partiendo de que la letalidad asumida sea la más moderada (0.3%) —**el resultado es de 8,700 muertes, o sea, 185 veces más de lo que intenta reconocer el gobierno cubano.** Aun haciendo el cálculo más conservador, con una letalidad baja de 2,900 muertes, la cifra todavía sería 61 veces mayor a las 47 muertes oficialmente reconocidas.

Lo que es imposible es que se reduzcan a los 47 fallecidos que reconoce oficialmente el gobierno cubano hasta mediados de diciembre. Mienten de nuevo, como lo hicieron cuando el Covid 19.

Las cifras de fallecidos podrían ser mucho mayores que las que hemos estimado a partir del escenario B (moderado). Pero dada la opacidad de la estadística oficial no podemos descartar que asciendan a muchos más los fallecidos como ocurriría en el escenario C dados el conjunto de factores que enumeramos a continuación:

- a) la conjunción de una arbovirosis con una sindemia,
- b) la edad avanzada de la población general que hoy está mal alimentada y carece de condiciones básicas para mantener la higiene personal y de sus hogares,
- c) la ausencia crítica de medicamentos básicos, hospitales mal avituallados y drástica reducción del personal médico disponible por el masivo éxodo reciente y su continuada exportación a otros países,
- d) años de una política de subinversión deliberada en la salud pública y en el servicio sanitario de recolección de basura y desechos creando condiciones para la reproducción masiva de vectores en zonas urbanas y, no menos importante, una política deliberada de ocultamiento y falsificación de datos que ha bloqueado por demasiados meses la toma oportuna de conciencia y adopción de medidas sobre esta amenaza. Política que constituye un crimen deliberado de lesa humanidad y fue impuesta para no afectar la industria turística controlada por GAESA, el conglomerado oligárquico del estado mafioso cubano.

Conclusión

En anteriores informes Cuba Siglo 21 y el Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana ha abordado diversos ángulos de la crisis nacional que ha provocado el colapso del régimen de gobernanza vigente. En esta ocasión nos hemos centrado en la pavorosa crisis de salud pública que azota el país. **La crisis sanitaria debe ser comprendida como un síntoma más del colapso integral del sistema político-económico cubano y también como una violación adicional de las obligaciones básicas del Estado hacia su ciudadanía.**

Al sumarse el impacto combinado que ejercen sobre la cotidianidad ciudadana la crisis de alimentos²⁸, agua potable²⁹, electricidad³⁰, transporte³¹, colapso de la salud pública³² el sistema sanitario y otros factores como el ascenso de la criminalidad³³ queda claro que hablamos de una crisis de la responsabilidad del estado de proteger la población. Un estado que, de forma voluntaria e insensible, mantiene el mismo régimen de gobernanza que la ha conducido hacia su actual agonía.

Los verdaderos «logros» con los que se arriba al 66 aniversario de una revolución que nacida en 1959 se transformó en un régimen totalitario y finalmente en un estado mafioso depredador los representa un pueblo que agoniza entre la pobreza³⁴, la hambruna³⁵, la falta de servicios médicos³⁶ y sanitarios³⁷ adecuados y la brutal represión de toda protesta ante esa situación³⁸.

Acerca de OCAC

El Observatorio Cubano de Auditoria Ciudadana (OCAC) es un proyecto ciudadano de la sociedad civil independiente cubana que cuenta con el auspicio y colaboración de Cuba Siglo 21. El investigador José Manuel González Rubines, Master en Democracia y Buen Gobierno por la Universidad de Salamanca y Licenciado en Periodismo por la Universidad de La Habana, como investigador principal de OCAC, coordinó la recopilación de información en el terreno y ejecutó el procesamiento posterior de los datos de esta investigación.

Referencias

¹ Diario de Cuba. (2025, Diciembre 15). *El chikungunya dejará 'muchas gente debilitada en Cuba por meses', advierte un experto.* https://diariodecuba.com/cuba/1765829447_64373.html

²² La viceministra de Salud Pública, Carilda Peña García, reconoció ante la prensa oficial que en el país hoy circulan nueve virus respiratorios y que hay un aumento de enfermedades diarreicas agudas y presencia de la hepatitis.

³ Biblioteca Médica Nacional. (2025). *Boletín Factográfico / Nov 2025. Triple epidemia arboviral en Cuba.* <https://bmns.sld.cu/boletin-factografico-nov-2025-triple-epidemia-arboviral-en-cuba/actualidades/>

⁴ CiberCuba. (2025, Noviembre 18). *Graves denuncias sobre colapso hospitalario en Cuba: Imágenes revelan crisis sanitaria y autoridades lo niegan.* CiberCuba. <https://www.cibercuba.com/noticias/2025-11-18-u1-e207888-s27061-nid315093-graves-denuncias-colapso-hospitalario-cuba-imagenes>

⁵ BioCubaFarma. (2022-2025). *Reporte de medicamentos en falta.* <https://www.biocubafarma.cu/sites/default/files/2025-03/Medicamentos%20en%20Falta%2001%202025.pdf>

⁶ Los arbovirus son infecciones que se transmiten a través de las picaduras de mosquitos, garrapatas y otros insectos. Los tipos de arbovirus incluyen el virus del Nilo Occidental, el virus Zika y el dengue. Los arbovirus pueden causar complicaciones graves, como encefalitis (hinchazón e inflamación del cerebro). Los médicos especialistas en enfermedades infecciosas ayudan a identificar los arbovirus y se aseguran de que reciba la atención que necesita para reducir los efectos a corto y largo plazo.

⁷ Una sindemia ocurre cuando dos o más enfermedades o problemas de salud se agrupan y interactúan dentro de una población, potenciándose mutuamente debido a factores sociales, económicos y estructurales adversos como la falta de servicios sanitarios, agua potable, pobreza, acceso a medicinas y otros.

⁸ Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana. (2024, April 21). *La Habana, capital de desechos.* Cuba Siglo 21 <https://cubasiglo21.com/la-habana-capital-de-desechos/>

⁹ Reinoso, G. (2025, December 1). *'El virus' que enferma a los cubanos: ¿chikungunya, dengue, mala gestión?* Univision.

<https://www.univision.com/noticias/america-latina/virus-enferma-a-cuba-epidemia-arboviro-sis-chikungunya-dengue-mala-gestion>

¹⁰ CiberCuba. (2025b, December 2). *Gobierno cubano confirma la circulación de influenza H1N1 y COVID-19*. CiberCuba.

<https://www.cibercuba.com/noticias/2025-12-02-u1-e208933-s27061-nid315909-gobierno-cubano-confirma-circulacion-influenza-h1n1>

¹¹ Colomé, Carla Gloria (2025, Diciembre 5). *“Nos estamos muriendo”*: Cuba se hunde en una gran crisis sanitaria entre falta de medicinas y diagnósticos falsos. El País

<https://elpais.com/america/2025-12-06/nos-estamos-muriendo-cuba-se-hunde-en-una-gran-crisis-sanitaria-entre-falta-de-medicinas-y-diagnosticos-falsos.html>

¹² Observatorio Cubano de Auditoría Ciudadana. (2025, Julio 27). *Sin campo no hay país y con GAESA no hay futuro*. Cuba Siglo 21

<https://cubasiglo21.com/sin-campo-no-hay-pais-y-con-gaesa-no-hay-futuro/>

¹³ Lafa Armenteros, D. L. (2025, Diciembre 4). Cuba libra combate frente a las arboviro-sis - Especiales. Especiales | Publicaciones - Prensa Latina - Plus Prensa Latina. <https://publica.prensa-latina.cu/pub/cuba-libra-combate-frente-a-las-arboviro-sis>

¹⁴ Diario de Cuba. (2025, Diciembre 17). *El Gobierno habla de 'mejoría' epidemiológica en Cuba mientras persisten subregistros y precariedad*. https://diariodecuba.com/cuba/1765957582_64406.html

¹⁵ Colomé, Carla Gloria (2025, Octubre 16) *Dengue, Oropouche y chikungunya: una crisis epidemiológica tiene en vilo a Cuba*. El País

<https://elpais.com/america/2025-10-16/dengue-oropouche-chikungunya-una-crisis-epidemiologica-tiene-en-vilo-a-cuba.html>

¹⁶ 14yMedio. (2025, Diciembre 10,) *La tasa de incidencia de los arbovirus se ha duplicado en una semana en Cuba.*

https://www.14ymedio.com/cuba/tasa-incidencia-arbovirus-duplicado-semana_1_1121490.html

¹⁷ Diario de Cuba. (2025, Diciembre 15). *El pleno del PCC admite fallos en el manejo de la epidemia en Cuba, pero culpa al embargo*. https://diariodecuba.com/cuba/1765793820_64360.html

¹⁸ Amerise, Atahualpa (2025, Diciembre 17) "Parece una ciudad de zombis": la grave epidemia de enfermedades virales transmitidas por mosquitos que enfrenta Cuba en medio de un colapso sanitario. BBC News Mundo

¹⁹ Rodríguez Fuentes, Laura (2025, Diciembre 15). *Encorvados y adoloridos: cubanos sufren las secuelas del Chikungunya*. Cubanet. <https://www.cubanet.org/encorvados-y-adoloridos-cubanos-sufren-las-secuelas-del-chikungunya/>

²⁰ Blanco Miranda, Y. (2025, December 11). *Expertos del IPK aclaran dudas sobre el desarrollo del chikungunya en la Isla*. Juventud Técnica. <https://www.juventudtecnica.cu/articulos/expertos-del-ipk-aclaran-dudas-sobre-el-desarrollo-del-chikungunya-en-la-isla/>

²¹ CiberCuba. (2025, Noviembre 29). *Conmoción por muerte de joven cubano en pueblo de Ciego de Ávila*. CiberCuba. <https://www.cibercuba.com/noticias/2025-11-29-u1-e43231-s27061-nid315734-conmocion-joven-cubano-pueblo-ciego-avila>

²² World Mosquito Program. (n.d.). *Chikungunya – El dolor que permanece*. World Mosquito Program. Retrieved December 13, 2025, from <https://www.worldmosquitoprogram.org/es/noticias-historias/noticias/chikungunya-el-dolor-que-permanece>

²³ MSPBS. (2023, Enero 17). *Efectos del chikungunya pueden extenderse por varios meses*. Gov.Py. <https://www.mspbs.gov.py/portal/26800/efectos-del-chikungunya-pueden-extenderse-por-varios-meses.html>

²⁴ Walter Duranty, corresponsal del *New York Times*, jugó un papel crucial en la negación y minimización del Holodomor (la hambruna de Ucrania de 1932-1933) ante la opinión pública occidental, al escribir informes que, aunque a veces contenían contradicciones, suprimían la verdad sobre la hambruna provocada por el régimen soviético, y en parte por su cobertura favorable hacia la URSS y su relación con el gobierno soviético, lo que llevó a que en 2003 se pidiera la retracción de su premio Pulitzer por ello.

²⁵ El distinguido economista Cubano Carmelo Mesa Lago libró una incansable e infructuosa lucha por demostrar las inconsistencias y falsedades de las cifras oficiales cubanas que la CEPAL se encargaba luego de santificar y diseminar de forma cómplice e irresponsable. Al igual que lo sucedido a los que denunciaron a Duranty, sus alertas fueron barridos debajo de la espesa alfombra burocrática de ese organismo internacional.

²⁶ Álvarez Quiñones, Roberto (2018, Mayo 25). *CEPAL sirve al régimen castrista*. Palabra Abierta

<https://palabrabierta.com/cepal-sirve-al-regimen-castrista/>

²⁷ Cubadebate. (2025, Noviembre 12) *Directivos del Minsap y expertos en arbovirosis actualizan sobre situación epidemiológica del país y estrategia para enfrentarla*

<http://www.cubadebate.cu/especiales/2025/11/12/directivos-del-minsap-y-expertos-en-arbovirosis-actualizan-sobre-situacion-epidemiologica-del-pais-y-estrategia-para-enfrentarla-video/>

²⁸ Morales, Emilio (2025, Septiembre 27). *Sin Campo no hay País y con GAESA no hay Futuro*. Cuba Siglo 21.

<https://cubasiglo21.com/sin-campo-no-hay-pais-y-con-gaesa-no-hay-futuro/>

²⁹ Observatorio Cubano de Auditoria Ciudadana. (2024, Abril 21) *El problema del agua en Cuba*.

<https://cubasiglo21.com/el-problema-del-agua-en-cuba/>

³⁰ Morales, Emilio Cuba Siglo 21. (2024, Marzo 6) *Cuba colapsa y también se apaga*. Cuba Siglo 21.

<https://cubasiglo21.com/cuba-colapsa-y-tambien-se-apaga/>

³¹ Morales, Emilio (2024, Septiembre 5). *Crisis de transporte en Cuba: otro “logro” de GAESA*. Cuba Siglo 21.

<https://cubasiglo21.com/crisis-de-transporte-en-cuba-otro-logro-de-gaesa/>

³² Morales, Emilio. Cuba Siglo 21. *Cuba: el saqueo de GAESA a la seguridad sanitaria*. Diciembre 3, 2023.

<https://cubasiglo21.com/cuba-el-saqueo-de-gaesa-a-la-seguridad-sanitaria/>

³³ Observatorio Cubano de Auditoria Ciudadana. (2025, Marzo 10, 2025) *La criminalidad en Cuba continúa en ascenso Informe de Inseguridad Pública 2024..*

<https://cubasiglo21.com/la-criminalidad-en-cuba-continua-en-ascenso-informe-de-inseguridad-publica-2024/>

³⁴ Observatorio Cubano de Derechos Humanos. (2025, Septiembre 9) *Octavo Estudio sobre el Estado de los*

Derechos Sociales en Cuba. <https://observacuba.org/vii-i-derechos-sociales-extrema-pobreza-cuba-intencion-emigrar-ods/>

³⁵ Morales, Emilio. (2024, Septiembre 5) *Crisis de transporte en Cuba: otro “logro” de GAESA*. Cuba Siglo 21.

<https://cubasiglo21.com/crisis-de-transporte-en-cuba-otro-logro-de-gaesa/>

³⁶ Observatorio Cubano de Auditoria Ciudadana. (2024, Abril 22) *La Habana capital de desechos..*

<https://cubasiglo21.com/la-habana-capital-de-desechos-informe-de-ocac/>

³⁸ Observatorio Cubano de Conflictos. Diciembre 2, 2025. *En noviembre, nueva cifra récord de protestas y*

denuncias: 1.326. <https://observatoriocubano.com/2025/12/02/cuba-en-noviembre-nueva-cifra-record-de-protestas-y-denuncias-1-326/>