

## El derecho subsumido: La tensión entre el mandato sanitario y la lógica punitiva en el sistema de salud del Complejo Penitenciario San Martín

Diego Ramallo<sup>1</sup>

(CUSAM-UNSAM)

### Resumen

Este ensayo aborda el conflicto entre la garantía legal del derecho a la salud de las personas privadas de su libertad (PPL) y la estructura operativa del sistema sanitario penitenciario, a partir de un estudio de caso en la Unidad Penitenciaria N°48 de San Martín, Provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2023. Se muestra que el sector llamado "Sanidad", a pesar de depender administrativamente del Ministerio de Salud provincial, trabaja articuladamente con el Ministerio de Justicia y el Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB) subsumiendo el derecho a la salud a las lógicas administrativas. A partir de un análisis socio-jurídico se expone el modo en que la lógica de seguridad del SPB se impone a la lógica terapéutica, especialmente en la gestión de recursos críticos como los móviles para traslados. Se examinan los mecanismos de acceso y las tácticas que las PPL deben emplear para obtener atención, evidenciando una postergación -y hasta denegación- estructural del derecho que transforma la asistencia sanitaria en una concesión burocratizada y dependiente del criterio de seguridad. El estudio concluye que el sistema, por su diseño, perpetúa las condiciones de vulnerabilidad y requiere una intervención que priorice la salud como un derecho innegociable.

Palabras Clave: Salud en contexto de encierro - Sociología Jurídica; Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB); Centro Universitario San Martín-CUSAM/UNSAM.

---

<sup>1</sup> Lic. Licenciado en Sociología, graduado en el Centro Universitario San Martín-CUSAM (Escuela IDAES-UNSAM). Este ensayo está basado en una investigación realizada para la tesis de grado. El autor agradece los aportes y observaciones de su director de tesis, Matias Bruno.

## Introducción

El estudio del proceso salud-enfermedad en las cárceles es un imperativo ético y un campo fértil para la Sociología Jurídica, dado que revela la máxima brecha entre el "Derecho en los libros" y el "Derecho en acción". La normativa exige que el Estado garantice la salud de las PPL, un derecho humano que no se suspende con la privación de libertad. Sin embargo, informes de organismos de DD.HH. señalan que el sistema de salud en las cárceles bonaerenses se encuentra colapsado debido a la sobrepoblación y la permanente vulneración de derechos.

En este ensayo se describe el funcionamiento del sistema de salud dentro de la Unidad Penal Nro. 48, sus características, los procedimientos, las especialidades médicas y la estructura del área de Sanidad. Se abordan algunos interrogantes clave para guiar la investigación: ¿quiénes intervienen en el proceso de acceso a la salud y cómo? ¿Qué estrategias desarrollan las PPL para acceder a la atención?

La hipótesis de este trabajo sostiene que el acceso a la salud en contexto de encierro es un derecho vulnerado debido a la lógica operativa y burocrática de las instituciones intervinientes. El análisis se basa en una triangulación de técnicas metodológicas cuantitativas y cualitativas: se realizaron 100 encuestas virtuales a PPL, entrevistas a profesionales de la salud, a un Juez de ejecución penal, además de registros de campo por observación no participante<sup>2</sup>.

## El marco Socio-Institucional del sistema de salud en la cárcel

La Dirección Provincial de Salud Penitenciaria en la provincia de Buenos Aires fue creada en 2005 (Decreto 950/05) con la misión formal de resguardar la salud de la población carcelaria, garantizando uno de los derechos inherentes al ser humano. Esta creación buscó reducir la discrecionalidad del Jefe de Penal/Director de la Unidad, quien anteriormente (en algunos casos) podía ordenar informes médicos a su conveniencia para encubrir actos de tortura o

---

<sup>2</sup> Durante el cumplimiento de su pena de privación de libertad, el autor realizó esta investigación siguiendo las normas éticas y metodológicas adecuadas en el marco de su tesis de grado bajo la supervisión de su director.

maltrato. La figura del Jefe de Sanidad del SPB dejó de tener jurisdicción para "ocultar" actos que pudieran ser calificados como "tortura". Varios años después, a pesar de esta reforma que buscaba mayor autonomía sanitaria, la subordinación a la lógica punitiva persiste bajo nuevas lógicas.

El mecanismo que habilita la subordinación a la lógica institucional se encuentra en la gestión de los móviles de traslado. La jefatura del SPB mantiene un control discrecional sobre los vehículos necesarios para llevar a las PPL a cirugías o tratamientos en hospitales externos (extramuros), administrándolos según dos tipos de situaciones:

- a) Prioridad punitiva: para realizar traslados por motivos médicos, la decisión depende de la autoridad penitenciaria. La falta de móviles es una "falta constante".
- b) Conflicto institucional: los juzgados ejercen presión sobre el director para que se realicen "comparendos" (traslados de PPL a juzgados), pero los hospitales no ejercen la misma presión. Por este motivo, se priorizan los comparendos en la utilización de los móviles. Esto se evidencia en que, en 2022, los comparendos tuvieron un promedio de siete traslados diarios (lunes a viernes), utilizando la limitada flota de dos móviles.

Este mecanismo demuestra cómo el imperativo legal-judicial (comparendos) prevalece sobre el imperativo sanitario-vital (traslados médicos), constituyendo una denegación de facto del derecho a la salud por motivos logísticos y de seguridad.

Ahora bien, ¿cómo funciona el sistema de salud en la UP 48? En esta Unidad, el sistema opera como un Centro de Atención Primaria (CAP), similar a una "salita de guardia del barrio". Este modelo, sin embargo, resulta ineficaz por la falta de profesionales, insumos y equipamiento. Esta investigación logró sistematizar tres aspectos clave que explican la crisis sanitaria:

- 1) Falta de cobertura: la atención médica no es de 24 horas, lo que dificulta el acceso a la salud durante la madrugada y en casos de urgencia.
- 2) Ausencia eventual de especialidades médicas: Si un profesional (ej, odontólogo) se toma licencia, no hay quien lo cubra dejando vacante la

atención. La falta de médicos es tal que se ha llegado a autorizar a enfermeros a no medicar a las PPL hasta la llegada de un médico. En otros casos, se ha implementado la "medicina virtual", aún bajo la contradicción de que las PPL no tienen acceso a internet ni recursos propios suficientes para realizar videollamadas.

3) Escasez crónica: existe una escasez o falta de insumos (ej. anestesia para extracciones dentales), y la frecuencia de atención no garantiza la cobertura completa. Esto es paradigmático con la atención psicológica. En la Unidad estudiada hay dos profesionales de la salud mental para más de mil personas alojadas.

### La Burocratización del Padecimiento: Mecanismos de Acceso

El acceso a la salud en el contexto de encierro está limitado por barreras específicas, que puede diferir de aquellas en el medio libre. La persona privada de su libertad accede a la atención a través de un proceso *hiper-procedimentalizado* que involucra una serie de mecanismos e intermediarios ineludibles. A continuación se sistematiza una tipología de elementos estructurales y operativos:

1. El filtro del encargado de pabellón: La primera barrera es el personal de seguridad. El encargado del pabellón actúa como un filtro discrecional. Se reporta que la falta de personal de seguridad impacta negativamente en el acceso a la salud. Las razones del encargado para negar o demorar el paso pueden ser:
  - i) La seguridad: a veces son solo dos personas para seis pabellones, y no pueden dejar a uno solo, ya que el personal de sanidad exige que el preso esté custodiado.
  - ii) Control de la demanda: dar paso a uno puede generar una avalancha de pedidos (se "vuelven locos"), ya que muchos piden ir a sanidad para "salir del pabellón para ir a pasear un poco".
  - iii) Voluntad personal: a veces el encargado "simplemente no tiene ganas".

2. La dilación por burocracia: La burocracia actúa como un limitador. Para solicitar una autorización de traslado al hospital, se requiere un proceso burocrático que es un limitador precedente a la falta de móviles. La falta de recursos humanos en los hospitales extramuros, a los que recurren para solicitar turnos, también genera que las fechas de atención sean esporádicas y lejanas en el tiempo.

Frente al sistema burocrático, las PPL deben desarrollar estrategias o "tácticas" para lograr la atención sanitaria. Estas tácticas son una forma de resistencia y ejercicio de la agencia frente a un poder que intenta anular el derecho. Se identificaron al menos dos. La que llamaremos "el capital cultural", y la "autogestión sanitaria". La primera consiste en el uso de un "léxico" diferenciado, emulando un nivel sociocultural superior al promedio, y buscando captar la atención del personal de seguridad. Si bien puede resultar exitosa, esta estrategia genera una segmentación entre la población presa, donde aquellos sin posibilidad de adoptar esta estrategia quedan en desventaja. Respecto de la "autogestión sanitaria", cuando la burocracia no responde, las personas recurren a sus propias redes sociales (no las virtuales, sino las humanas generadas en el ámbito de encierro o con personas del medio libre) para conseguir medicación que termina siendo autoadministrada.

Ante todo esto, la evaluación del Poder Judicial -captada a través de la entrevista a un Juez de Ejecución Penal- complementa la visión institucional, confirmando la dimensión sistémica de las fallas. Se alude a la crisis de recursos, dado que el entrevistado corrobora la falta de profesionales médicos en la cárcel, señalando que el reconocimiento económico no es bueno (cobran lo mismo que en una guardia de hospital, pero con condiciones de trabajo "más desfavorables" y existe una crisis vocacional en la profesión. Por otro lado, señala la exposición y vigilancia que implica trabajar en ciertas unidades penales, que por ser modelo o tener vinculaciones institucionales de alto nivel, recibe la atención permanente de funcionarios políticos, judiciales y organismos de derechos humanos. Esto, aunque genera un incentivo perverso para la fuga de profesionales, también indica que la vigilancia externa es un factor determinante en la dinámica institucional. Por último, el derecho como litigio significa que la falta de acceso a la salud deviene en intervenciones

judiciales convirtiendo una prestación básica garantizada en objeto de litigio y presión.

### Conclusiones

La denegación del derecho a la salud en la UP 48 no es un error operativo aislado, sino una consecuencia estructural de la coexistencia de la lógica sanitaria (Ministerio de Salud) con la lógica punitiva (SPB y Ministerio de Justicia). El SPB utiliza el control de la seguridad y los recursos logísticos (móviles) para subordinar la necesidad médica a sus propios imperativos de control y orden.

El sistema de salud, operando como un CAP, perpetúa un patrón de desgaste que agrava las enfermedades en una población doblemente afectada por el encierro. Las barreras burocráticas y la escasez crónica de recursos (presupuesto, insumos, personal) obligan a las PPL a recurrir a tácticas que evidencian su lucha por el ejercicio de derechos básicos. El diseño institucional y la distribución de poder (priorizar comparendos sobre traslados médicos) son la causa principal de la vulneración del derecho.

El deterioro del proceso salud-enfermedad en el Complejo Penitenciario San Martín es la manifestación empírica de una falla estructural que excede la mera gestión: la subsunción del Derecho a la Salud bajo la lógica punitiva. La desarticulación, la escasez crónica de recursos y la primacía de los criterios de seguridad sobre los terapéuticos, evidencian un sistema que transforma la garantía legal en una concesión burocrática y arbitraria. La reorganización Jurisdiccional (la desvinculación efectiva de la gestión sanitaria del mando del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB), deja de ser una opción deseable para convertirse en una condición sine qua non para que el criterio médico pueda imponerse al imperativo de la seguridad.

Esta realidad convoca a una reflexión urgente y coordinada de todos los poderes y actores sociales, pues la vulneración del derecho en contextos de encierro es, en última instancia, una métrica de la calidad de nuestra democracia.

El Estado y el Ministerio de Salud deberían asumir la responsabilidad de revertir esta subordinación, materializando una Inversión Social-Sanitaria que adecúe la dotación de profesionales y el presupuesto a la demanda en un entorno de sobrepoblación. El SPB, por su parte, debe reconocer que su rol de garante de la seguridad no puede traducirse en la anulación del derecho fundamental a la vida y la salud. A los Juzgados de Ejecución Penal les corresponde ejercer una fiscalización proactiva, transformando el control pasivo de la legalidad en una vigilancia activa y periódica que obligue a la institución a cumplir los estándares mínimos.

Solo cuando el Estado garantice plenamente los derechos de sus ciudadanos más vulnerables, incluso en la privación de la libertad, podremos afirmar que el derecho a la salud ha logrado emanciparse de la tiranía punitiva para establecerse como un valor supremo e innegociable.