

HUELGA DE HAMBRE. ACTIVIDAD PROFESIONAL Y CONFLICTO ÉTICO DEL EQUIPO SANITARIO DE APOYO

Sr. Mario de PENA Prof. Adjunto¹
Dra. María del Lujan JAUREGUI²
Dr. Guillermo MESA³

Resumen

Se analiza nuestra experiencia de 25 años de supervisión y de control de huelgas de hambre en el Uruguay.

Se define el ayuno y la huelga de hambre en sus dos vertientes: la “salvaje” y la “reglada”.

En nuestro marco práctico se especifica claramente la función del equipo técnico en ambos tipos de huelga de hambre, en especial la del médico. Se agrega el análisis del grupo “de apoyo” y el de los que participan en directos de la medida.

Se describe la metodología propuesta tanto en la etapa preparatoria en la de desarrollo para el equipo técnico sanitario. Se agrega la etapa de finalización de la huelga de hambre.

Se analiza el marco teórico como un esfuerzo tentativo y Provisorio a través de consideraciones médico-clínicas, psiquiátrico-psicológicas y médico-legales. En este último capítulo se hace hincapié en los aspectos éticos a la luz de las declaraciones universales.

Por último se analiza la huelga de hambre en las cárceles haciendo notar las características especiales de la misma.

Palabras clave: Huelga de hambre; Ayuno; Psiquiatría. Medicina Legal: Legislación; Suicidio; Ética; Derechos Humanos; Prisión.

Trabajo en conjunto del Dpto. de Medicina Legal de la Facultad de Medicina y el Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC - URUGUAY).

Correspondencia: Dr. Mario de PENA
Caminó Castro 469. Montevideo. URUGUAY.

1. Introducción

Este trabajo se referirá fundamentalmente a la experiencia de 25 años de supervisión y control técnico en situaciones concretas de huelgas de hambre en el Uruguay.

¹ Dpto. de Medicina Legal. Fac. de Medicina - Montevideo - Uruguay.

² Ex-docente de Clínica Médica, Gastroenterología y Emergencia. Fac. de Medicina. Montevideo Uruguay.

³ Prof. Titular. Dpto. de Medicina Legal. Fac. de Medicina. Montevideo – Uruguay.

Esta praxis, inicialmente confusa, se apoya en saberes puramente técnicos no sintetizados para el fin requerido; deviene en el tiempo en la elaboración de un marco teórico-práctico, que analizaremos.

Una de las dificultades encontradas fue la ausencia de bibliografía sobre el tema en lo que hace a aspectos médicos y legales específicos.

Este trabajo aspira a ser un aporte en la metodología médica, en la medida que la huelga de hambre es fenómeno frecuente en nuestro país y en Latinoamérica.

Se han realizado en nuestro país, por motivos sindicales (frigoríficos, bancarios, periodismo, pesca, ferrocarriles, magisterio, transporte, estudiantes, etc.): por motivos políticos-humanitarios (amnistía general e irrestricta a los presos políticos, libertad de los presos políticos; lucha contra la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado; es decir la impunidad: por motivos sociales (desalojos).

2. Concepto y definición

La Real Academia Española en 1956 define la huelga de hambre como: "Abstinencia total de alimentos que se impone a sí misma una persona mostrando de este modo su decisión de morirse si no consigue lo que pretende" (1).

GROS ESPIELL (2) puntualiza que se trata de "la abstención de ingerir alimentos, con un objetivo de presión o reivindicación laboral, social o política". Nosotros agregamos que no sólo abstención, sino la restricción extrema de alimentos, incompatible con la vida normal del individuo (3).

En nuestro país, la huelga de hambre puede aparecer en dos formas disímiles:

a) huelga de hambre en la cual no existe supervisión técnica reglada y organizada, la denominamos "salvaje".

b) aquella en que el equipo técnico sanitario, con la anuencia del grupo involucrado, sistematizará todas las etapas, desde la selección de los participantes hasta el retiro forzoso de algunos de ellos cuando la situación médica lo requiera. Esto configurará una permanente interacción entre los integrantes de la huelga de hambre y el equipo técnico. La denominamos "reglada".

Existe otra forma diferente de restricción de alimentos, el denominado "ayuno", y que se da con cierta frecuencia.

no

Consiste en una restricción alimentaria severa por un período prefijado, en general breve, para un grupo bien seleccionado y sin mayor riesgo de morbilidad (3,4,5).

Consideramos que la huelga de hambre por definición es por tiempo internado. Sucede puede obedecer a dos causas:

a) porque se logró el fin propuesto o por decisión de los participantes aún sin haber logrado el objetivo.

y b) por acuerdo entre el grupo en huelga y el equipo técnico por motivos sanitarios.

3. Nuestro marco práctico

Nuestra praxis se fue construyendo ante las carencias que detectábamos en nuestro accionar médico en cada caso.

Al inicio se constituye el grupo-médico-clínico. Sucesivamente fuimos descubriendo la necesidad de incorporar enfermeras, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales. A esto debe agregarse la obligatoriedad de una continentación legal de todo el proceso.

Consideramos imprescindible el estudio de tres factores dentro del marco práctico:

- a) el grupo de salud;
- b) el grupo “de apoyo”;
- c) los participantes directos de la huelga de hambre.

3.1. El equipo de salud

Debe estar constituido transdisciplinariamente desde su inicio. Puede ser convocado en las etapas preparatorias de la huelga de hambre, o con la medida ya en ejecución.

En el primer caso estaremos frente a la **situación ideal**, no sólo en el aspecto exclusivamente técnico, sino en el humano, ya que permite la interrelación personalizada desde el inicio.

En el segundo caso consideramos que el equipo técnico no podía negarse a la supervisión y control de la medida ya iniciada, pero será su obligación advertir que los riesgos de morbilidad pueden ser mayores. Esto estará directamente vinculado al tiempo transcurrido y a la arbitrariedad de la restricción alimentaria previa.

3.1.1. Metodología

3.1.1.1. Etapa preparatoria

I) **Formación de un equipo de salud interdisciplinario** integrado por médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, personal de enfermería y asistentes sociales. No se descarta de ninguna manera los asesoramientos puntuales y específicos extragrupales que se juzguen necesarios.

Frente a situaciones concretas, por ejemplo, huelga de hambre en el interior del país, el equipo sanitario puede disminuir en sus componentes a una mínima expresión, en el entendido que deberá buscarse la asesoría interdisciplinaria fuera del grupo actuante si las circunstancias lo requieran.

II) Este equipo tendrá como **funciones:**

- a) Selección sanitaria de los participantes, que deberá ser lo más amplia posible. No serán tenidos en cuenta aquellos que presenten patologías psicofísicas que los inhabilite tanto individualmente como en la convivencia grupal en una situación de severo estrés. Eventualmente podrá efectuarse paraclínica en casos concretos.
- b) Aceptación del local propuesto de acuerdo a las siguientes condiciones (aceptabilidad):
 - iluminación
 - servicios higiénicos
 - ventilación
 - temperatura
 - número de habitaciones, etc.
- c) Elaboración de un protocolo de dieta, e información del mismo al grupo de huelguistas. La dieta estará constituida inicialmente por 500 calorías, y deberá llenar a los siguientes requisitos:
 - aporte abundante de líquidos sobre todo en verano
 - aporte suficiente de sodio
 - aporte suficiente de potasio

Las 500 calorías se distribuirán en forma balanceada en cuanto a glúcidos y proteínas con restricción casi absoluta de grasas.

El aporte calórico será lo más semejante posible en gusto y temperatura a los hábitos alimentarios de cada huelguista.

Se dividirá en cuatro ingestas diarias que se efectuarán colectivamente.

A título de ejemplo citaremos un prototipo de régimen que hemos utilizado en frecuencia (5): 50 grs de chocolate; 400 cc de caldo de verdura con perejil abundante, a lo que se agregan dos claras de huevos por litro; 400 cc de té poco concentrado con 30 gr de azúcar; 800 cc de jugo de manzana con 120 gr de azúcar; 400 cc de mate. Esto hace un mínimo de 2.000 cc de líquidos.

Luego del séptimo día de huelga puede efectuarse un incremento progresivo de las calorías de la dieta, no sobrepasando las 650.

III) El equipo sanitario deberá actuar de acuerdo a una serie de normas:

- a) un contrato previo entre las partes que podrá ser denunciado en cualquier momento por cualquiera de ellos;
- b) aplicación estricta del contenido del contrato mientras dure la medida, cumpliendo dos aspectos: manteniendo de las normas acordes en cuanto a alimentación, reposo, control médico, etc. y aceptación del retiro forzoso por decisión técnica (3).

3.1.1.2 etapa de desarrollo

I) **Control sanitario interdisciplinario**, es imprescindible la elaboración de:

- a) un protocolo clínico en el que se consignará diariamente el peso, diuresis, temperatura axilar, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial y evolución clínica del participante y
- b) un protocolo psiquiátrico-psicológico con evolución diaria.

Los técnicos médicos efectuarán dos visitas diarias de control, y habrá una guardia de retén a fin de solucionar cualquier contingencia de urgencia.

El área psiquiátrico-psicológica realizará controles diarios.

La nutricionista enseñará la confección de los alimentos, supervisará la dieta y su distribución.

A enfermería le corresponderá los controles vitales y la información al médico.

II) Se indicarán 12 horas de **reposo** diario en posición horizontal (8 horas nocturnas y 4 horas diurnas). La ambulancia deberá ser limitada.

Las entrevistas con familiares, prensa, etc. se realizaron durante una hora y media, dos veces al día.

III) Si los participantes están bien seleccionados el uso crónico de **medicamentos** estará muy restringido y serán evaluados en la etapa preparatoria. Corresponde al psiquiatra indicar el tipo de ansiolíticos, de hipnóticos, en los casos que se requieran.

IV) El **alcohol** y el **café** no pueden ser admitidos. El **mate** y el tabaco serán restringidos al menor consumo posible, sabiendo que el primero es un hábito cultural arraigado en nuestro país (1).

V) **Retiro forzoso**. El retiro de un participante por causa es de responsabilidad exclusiva del equipo técnico. Esta medicina se discutirá con todos los integrantes del equipo, informando al grupo de apoyo y comunicado conjuntamente al grupo huelguista.

3.2. El grupo “de apoyo”

Se entiende por tal aquel grupo de personas que voluntaria y responsablemente está dispuesto a colaborar en el buen desarrollo de la medida.

Es deseable que este grupo surja del mismo ámbito que los huelguistas (compañeros de trabajo, militantes sociales, etc.). lo que asegurará el mismo compromiso en las aspiraciones grupales.

A este núcleo de personas le compete el acompañamiento de los huelguistas en todas las etapas. Es responsable de la mantención de buenas condiciones higiénicas en el local, en los abastecimientos y en las relaciones de los

participantes con lo exterior a la huelga (familia, opinión pública, prensa, etc.). Resultará un apoyo invaluable para el equipo técnico por los aportes sobre la situación individual y general de los participantes en la medida protestataria.

3.3. Los huelguistas

Son los emergentes de un grupo social que integra "la unidad significativa de protesta-reivindicación presionado ante el responsable de la injusticia mediante la entrega del bien más valioso que la propia vida" (6).

Los dos grupos anteriores (el equipo técnico sanitario y el grupo de apoyo) tienen como finalidad la preservación de la salud física de los huelguistas durante la medida, tanto en la etapa preparatoria como en su desarrollo.

En nuestras experiencias ha resultado eficaz un diálogo permanente y franco en que cada una de las partes expresa sus verdades y los pasos a seguir. Lo que se acuerde se expresará a través de un contrato explícito.

3.4. Huelga de hambre iniciada

El equipo sanitario o uno de sus integrantes puede ser llamado a supervisar una huelga de hambre hasta ese momento "salvaje".

Se deberá concurrir a la brevedad posible; en su defecto, delegará la concurrencia a otros técnicos.

En este contexto –con la medida ya iniciada–, pueden configurarse dos situaciones:

a) que el grupo de participantes en la huelga de hambre acepta la metodología propuesta por el equipo técnico, es decir, se establece una relación que tendrá vigencia hasta el final de la medida, o b) que no se aceptan las condiciones recomendadas, es decir, no se acepta esa realización, que bien podría denominarse "contrato explícito". En este caso, el equipo sanitario no ejercerá como tal la supervisión de la huelga. Esto no obsta para que algún o algunos de los integrantes del equipo presenten a título personal asistencia puntual. En caso de rechazo de la gestión totalizadora del equipo sanitario, se efectuará, si así fuese requerido, el control clínico de los participantes. Cabe la posibilidad de levantar un acta ante Escribano Público a fin de salvaguardar la responsabilidad médica.

3.4. Finalización de la huelga de hambre

Resuelta la finalización de la medida, los participantes deberán ser citados para un control médico y psiquiátrico-psicológicos dentro de las 72 horas del cese de la huelga de hambre.

La valoración clínica quedará asentada en la historia individual de cada huelguista.

Desde el punto de vista alimentario, si la historia individual de cada huelguista. Desde el punto de vista alimentario, si la medida ha durado menos de cinco

días, se permitirá su régimen habitual, evitando excesos. Si la medida se ha logrado más allá de ese lapso, se entregarán a los participantes cartillas en que se consigne un aumento diario de 150 calorías hasta alcanzar su dieta habitual.

4. Marco teórico

Este marco es sólo un esfuerzo tentativo y provisorio, ácido de la permanente discusión y meditación sobre una praxis dada, a ella se remite en cuanto a ser ampliado y afirmado infirmado por experiencia futuras.

Hemos aprendido que no hay una verdad única y finalidad; sólo alcanzaremos verdades parciales, útiles en una circunstancia y en un momento dado. Nuevas praxis harán infirmar, ampliar u olvidarlas (7).

Han contribuido a la elaboración de este marco teórico, por un lado, documentos universales sobre ética y responsabilidad médica (8,9,10) y, por otro, trabajos europeos, que si bien no aportan en el terreno de la praxis, ayudan en gran manera en el aspecto conceptual (11).

En otros casos, las discrepancias con algunos trabajos de la bibliografía consultada ha obligado a una profundización de nuestras reflexiones.

4.1. Consideraciones médico-clínicas

El actuar del equipo técnico sanitario en una huelga de hambre se inscribe entre de los límites de la práctica médica en general. Si bien no desborda éste, adquiere características muy particulares que dependen de la notable especificidad en la relación asistente-asistido.

En la práctica médica habitual, el asistido está presumiblemente enfermo o en riesgo de serlo, y desea recuperar su salud o prevenir la enfermedad. En este caso, los intereses son coincidentes con el equipo técnico.

En el caso de la huelga de hambre, los participantes se supone están sanos y dispuestos a poner en riesgo su salud hasta la muerte inclusive, por un fin que está fuera de él y que no se relaciona con su salud. Sus intereses son, en principios, antagónicos con los del equipo sanitario en cuanto a que su función específica es conservar el estado sanitario.

Desconocer el enfrentamiento entre dos “deberes” igualmente válidos para cada uno de los grupos en juego, puede determinar el fracaso de la gestión sanitaria.

Varias falencias fueron manifestándose en el accionar sanitario, las cuales hemos tratado de corregir sobre la marcha. A manera de ejemplo: adhesión acrítica a la medida (“tener la camiseta puesta” de los huelguistas); no creer en la eficacia de la medida (accionar exclusivamente técnica); interés exclusivo en adquirir un nuevo conocimiento; rigidez y omnipotencia (actitud paternal), que se manifiesta en la no consideración de las convicciones de los huelguistas o del grupo de apoyo en cuanto a salud se refiere.

La supervisión de una huelga de hambre “reglada” es una acción de prevención de salud en la medida que la responsabilidad del grupo técnico es asegurar qué

los participantes emerjan de la huelga con el menor daño posible. En todo momento se tendrá en cuenta que el equipo sanitario debe actuar sólo en el cumplimiento de un acto médico en toda su amplitud. Se dejará de lado toda valoración política, ideológica o filosófica de la medida o de la causa que la ha originado (3).

4.2. Consideración psiquiátrico-psicológicas

Los participantes de una huelga de hambre, como integrantes de una sociedad, expresan en forma testimonial la denuncia, decir, se manifiestan en actos de protesta y llamados de atención.

A nivel consciente, se hace hincapié en la denuncia y la reivindicación social. La huelga de hambre es siempre una medida voluntaria, reversible y transitoria en prosecución de un objetivo colectivo (3).

Debe señalarse que la elección de esta medida como método por personas en libertad tiene sin duda ambivalencias. Podrá ser diferentes la situación de los presos en las cárceles, ya que constituyen el único ejemplo donde no existe otra posibilidad reivindicativa. El individuo elige protestar, pero sólo puede hacerlo a través de la negativa de ingestión alimentaria.

En el primer caso, individuos no privados de libertad, la elección de la huelga de hambre como medida de presión puede obedecer a que se le considere como el último método posible. Esta elección también puede ser avalada porque se considere de entrada como el método más eficaz de presión. En último, será elegida por compartir afinidades con la organización intrapsíquica (inconsciente) de o de los participantes (11).

La huelga de hambre también supone la existencia de un segundo protagonista, aquel contra se efectúa la medida (patrones, Estado, etc.).

De derecho el poder de la medida debe contar en su origen con el apoyo necesario del tercer protagonista: el grupo social testigo.

Este grupo juega un papel referencial, representado por la opinión pública que tiene como misión propagar y amplificar la emoción de la “angustia de muerte” que hace nacer la abstención alimentaria del huelguista. Tanto más en la medida que el receptor de esta pertenece, él también, individual o colectivamente, a este grupo de referencia.

Para que el grupo social testigo esté comprometido en esa emergencia, se requirieron dos condiciones: en la primera, el grupo social debe estar regido por la regla tácita de la alimentación de sus miembros, regla en la que la huelga de hambre constituye una infracción “resonante”; en la segunda, la infracción a la regla social de la alimentación es rápida y ampliamente difundida en el grupo de referencia (12).

Consideramos que el “grupo de apoyo” es el emergente calificado de ese sector social testigo, en su doble condición: por un lado, comparte con los huelguistas las mismas reivindicaciones, y por otro, representa más ampliamente a la sociedad “agredida” por una injusticia puntual.

Es de fundamental importancia tener en cuenta para una buena asistencia en el

área psiquiátrico-psicológica la interrelación permanente entre los tres protagonistas analizados.

No existe a nivel mundial experiencia sobre los mecanismos psicológicos y psicopatológicos en juego en una huelga de hambre, sólo algunas sugerencias e hipótesis. La mayoría de las conductas psicológicas de los huelguistas podrán incluirse en diversos perfiles de alteración psíquica.

Sin embargo, a pesar de que pueden existir caracteres comunes entre los participantes de una huelga de hambre y paciente psiquiátrico, son diferentes. El modelo triádico de los protagonistas propuesto para este tipo de medida no existe ni de cerca en la patología psíquica. La gran diferencia, sin duda, es que todo trastorno psíquico es desocializante, mientras que el huelguista de hambre presupone la validez y la fuerza de la organización social de la cual rechaza ciertos aspectos, pero apoyándose sobre los demás (11).

La impregnación social del fenómeno de la huelga de hambre deja poco lugar a la patología, y es tan así en la esencia, que existen casos en que este aspecto se vuelve predominante y parece constituto “falsas” huelgas de hambre o al menos ejemplos marginales.

Sin embargo, el carácter social de la huelga de hambre no impide que ella sea llevada a cabo por determinados individuos. Es aquí donde pueden intervenir elementos de una patología individual aportando indicadores sobre las particularidades psicológicas que facilitan la participación en la medida.

Se podrá pensar que personalidades de tipo paranoico o psicopáticos, más intolerantes a las frustraciones y a las situaciones conflictivas, experimentan más precozmente que otras un sentimiento de “crisis” existencial, y que el umbral de liberación es más bajo en ellos, y los predispone a conductas estructurales de protesta (11).

Debemos destacar que “los rasgos paranoicos psicopáticos, perversos, histéricos, depresivos, están de hecho presentes en el individuo, llamado normal. El reconocimiento de estas características en la dinámica de una huelga de hambre no hará de un huelguista un “enfermo mental” (2). Ello es un elemento capital en la conceptualización de esta medida.

Nuestra experiencia coincide con lo anteriormente expuesto. En más de 120 huelguistas asistidos por nosotros no se ha observado ningún caso de trastorno psiquiátrico de cierta entidad.

Como ya fue expresado en comunicaciones anteriores (3-5), si se toma una óptica a nivel inconsciente, es fisiológico que el hambre y la consecuente necesidad de calmarla incorporando alimentos -logrando así la nutrición a nivel biológico- son normales. En el curso del desarrollo del niño y del adolescente va cambiando su significado. Son conocidas las anorexias del niño (lactante e infancia), la de la adolescencia, llegando incluso al cuadro de la anorexia mental. Es que el alimento trasciende lo puramente biológico, va tomando significados psicológicos, donde lo social, lo ético adquiere cada vez mayor importancia, y es esto lo que en última instancia condiciona el comportamiento nutricional.

Si además el alimento proporcionado por la madre adquiere una especie de

identificación con la misma, ¿no sería planteable que el rechazo del alimento es el rechazo de la madre?

Para los huelguistas, la sociedad se comportará como una sociedad-madre abandonada y frustrante, provocando la aparición de emergentes que protestan y se rebelan a la incorporación de alimentos, los cuales estarían ya investidos del significado de injusticia y arbitrariedad.

A nivel inconsciente, el no comer equivale a una negativa, por el cual se rechaza incorporar mediante los alimentos los valores injustos que se quieren imponer.

4.3. Consideraciones médico-legales

La huelga de hambre es una manifestación de protesta atípica. No se trata de una acción de omisión libre, sino que se trata de una problemática externa al sujeto que en definitiva asume, intentando revertir una situación límite por un procedimiento que también podrá llamarse límite (3). Es un hambre asumida, y por este mismo hecho no lleva consigo el aspecto de “ayuno por el ayuno” (6). En este contexto es que el médico puede ser llamado a actuar. Dejando de lado las posiciones ideológicas, el accionar del equipo técnico sanitario debe estar pautado en tal forma que se avenga a los principios éticos y jurídicos vigentes. El papel del equipo técnico será fundamental en cuanto a informador, controlador y tratante. Deberá actuar de acuerdo a la teoría más admitida en la doctrinal: obrando como un “buen padre de familia”.

Llamado a asistir a una huelga de hambre, el médico no debe ni puede abstenerse de actuar, compartir o no sus motivaciones, como ya se ha explicitado. En caso contrario, colisiona con principios éticos y jurídicos (el médico tiene el deber de custodia y asistencia); la no realización de la acción, esperada, por ser jurídicamente debida, dará como resultado una conducta punible (3).

El médico, al abstenerse de actuar podrá colisionar con el artículo 332 del Código Penal Uruguayo “Omisión de asistencia”: el sujeto activo tiene el deber genérico de asistencia impuesto por razones de solidaridad social y acentuado por sus conocimientos técnicos (13).

Además, su actuación de principio a fin, gira en torno al concepto de Consentimiento: “manifestación de voluntad con la cual se confiere a otro la facultad de poseer un derecho propio” (14). El contrato con los actores se basa en este concepto, considerando a éstos en sus aspectos psíquicos, orgánicos y social.

La Asociación Médica Mundial (9) expresa que: “los individuos que no son presos, pero que son miembros en libertad de la sociedad puedan comenzar una huelga de hambre por algún tipo de ventaja personal o como un medio de protesta social. Dichos individuos, **si están lúcidos y totalmente informados**, deben tener el derecho a determinar por ellos mismos si aceptarán tratamientos médicos. El médico no debe alimentar por la fuerza a esos individuos contra su voluntad, a menos que la ley así lo estipule, y agregas:

“las personas adultas con plena capacidad mental tienen derecho a determinar el tipo y duración de la atención médica que recibirán, siempre que hayan sido informados en forma adecuada de la naturaleza de la atención prestada, incluyendo una clara descripción de la manera en que será proporcionada y los principales riesgos y alternativas. Esto comprende información sobre las consecuencias de la atención precedente”.

Por lo tanto, **para que este consentimiento sea válido debe ser informado:** las personas que realizaron la huelga de hambre deben, en primer término, ser capaces de consentir, es decir, ser mayores de edad y capaces civilmente. A partir de allí deberán ser promenorizada y objetivamente informados sobre los riesgos, la evolución, la posibilidad de complicaciones y aún de la muerte.

La Asociación Médica Mundial en la 43ª Asamblea Médica Mundial en Malta, en noviembre de 1991 (10) explicita: “la persona en huelga de hambre debe ser informada profusamente por el médico sobre las consecuencias clínicas de la huelga de hambre y sobre cualquier peligro específico de su caso particular. Sólo se puede tomar una decisión, informada en base a una comunicación clara”, pero además, “cualquier tratamiento aplicado al paciente debe ser con su aprobación”.

Es fundamental que en el momento que el equipo técnico objetivamente considere que existe riesgo cierto de vida, el consentimiento dejará de ser válido. Se actuará en consecuencia para salvarle la vida, aún en forma compulsiva.

“Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. El médico necesita el consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe proceder en el mejor interés del paciente. Este conflicto es aparente cuando una persona en huelga de hambre que ha dejado instrucciones claras de no ser resucitado entre en coma y está a punto de morir. La obligación moral fuerza al médico a resucitar al paciente, incluso cuando va contra los deseos del paciente. Por otra parte, el deber fuerza al médico a respetar la autonomía del paciente” (10).

Es importante destacar lo que la Asociación Médica Mundial sigue anotando: “la decisión final de internación o no internación se debe dejar a cada médico, sin la participación de terceras personas cuyo interés principal no es el bienestar del paciente. Sin embargo, el médico debe dejar bien en claro al paciente si puede o no aceptar su decisión de rechazar tratamiento, o en caso de coma, alimentación artificial, lo que implica un riesgo de muerte. Si el médico no puede aceptar la decisión del paciente de rechazar dicha ayuda, entonces el paciente debe tener el derecho de ser atendido por otro médico” y “cuando la persona en huelga de hambre entra en un estado de confusión y por lo tanto no puede tomar una decisión lúcida, o cuando entra en coma, el médico debe tener la libertad de tomar una decisión por su paciente sobre el tratamiento que considera que es el mejor para ese paciente, tomando siempre en cuenta la decisión que adoptó durante la atención precedente el paciente, durante su

huelga de hambre" (10).

En nuestro país, en el campo del consentimiento y de la responsabilidad médica cobra especial importancia al artículo 44 de la Constitución de la República que dice: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad" (15).

A esto puede agregarse el artículo 53 inc. 2° "Todo habitante de la República, sin perjuicio de su libertad, tiene el deber de aplicar sus energías intelectuales o corporales en forma que redunde en beneficio de la colectividad" (15).

Es de fundamental importancia en lo que se hace el actuar médico destacar lo que se expresa en el artículo 28 de Código Penal Uruguayo (16): "Está exento de responsabilidad el que ejecute un acto, ordenado o permitido por la ley, en vista de las funciones públicas que desempeña, de la profesión que se dedica, de la autoridad que ejerce, o de la ayuda que te preste a la justicia".

Otro tema a tratar que hace a los fines del trabajo, son las motivaciones de conductas autodestructivas denominadas sociales. De allí surge que no puede considerarse que sólo hay suicidio cuando el agente obtiene el resultado muerte, como si se tratara de un homicidio intencional de la propia víctima.

Enrique ROJAS define el suicidio como "aquella conducta o conjunto de conductas que dirigidas por el propio sujeto induce a la muerte (suicidio consumado), a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien en forma activa o pasiva".

Cabe destacar en esta definición dos elementos de particular importancia: a) la actitud del sujeto frente a su vida y su muerte: activa y pasiva, y b) la intencionalidad, incluyendo la intención real (intención real de morir).

Estos conceptos conciden con lo sustentado por Emile DURKHEIM (17) en su obra "El suicidio", quien expresa "sólo hay suicidio allí donde existe intención de matarse".

En este sentido, son ilustrativas las palabras de Bobby Sands, militante del IRA, cuando comienza su huelga de hambre a fin de conseguir mejores condiciones carcelarias. El clérigo le pregunta por qué no sigue hasta el final, y deja de tomar agua y sal; Bobby Sands contesta: "Porque no quiero morir".

Para poder lograr sus reivindicaciones, los huelguistas de hambre no tienen la intención de morir, de matarse (no es un sacrificio tipo bonzo). Tienen la aspiración de lograr una mejor calidad de vida, y su intención es sólo presionar a fin de obtener lo reclamado. Charles E. RICE (18) en el periódico "The Wanderer" expresa que "en ningún momento la intención del actor es de carácter tal que busque el resultado. Ya que el huelguista de hambre no tiene intención de morir, nos preguntamos: ¿hay una justificación proporcionada al riesgo que está tomando? Se piensa que en la medida que las demandas son justas y serias, asiste plena justificación.

Plantea el tema de la huelga de hambre en clave de suicidio es reducirlo a un aspecto del comportamiento, al aspecto individual, al valor de la vida humana,

pero no es recoger en la valoración moral todo el significado social, político, táctico que supone dicho comportamiento (6).

Por todo lo dicho, pensamos es inampliable la figura descrita en el artículo 315 del Código Penal Uruguayo “Determinación a ayudar al suicidio” (16).

Por el contrario, como ya fue expresado, se podrá incurrir en el delito de “Omisión de asistencia”.

El acto médico en sí no es nunca “imparcial”; hay siempre un juzgarse en algún sentido. Pero es en la huelga de hambre donde este hecho alcanza ribetes mucho más acusados, más notorios.

Al crearse una epistema, un saber nuevo, las normas éticas de la praxis médica que surge con relativa claridad en la medicina “clásica”, y aún en la preventiva, no existen reglas más o menos explícitas –salvo algunas muy generales– para enfrentar esta nueva realidad”.

Con ello se abre un camino nuevo para profundizar en todos sus aspectos, el campo ético de la práctica médica.

El médico se encuentra en el centro de la tríada ya analizada, y no forma parte de ella, pero por su propio accionar está en intercambio con sus tres componentes: es un emergente del grupo social testigo; como técnico que es, se hace solidario con los huelguistas al menos en el mantenimiento de un buen estado de salud; pero en cuanto a que en el interior de la huelga de hambre detenta “poder” por función, de alguna manera se asimila, se toma semejante al Poder contra el cual está dirigida la protesta.

Mientras no se genere un marco ético para estas situaciones tan críticas, el grupo técnico llamado a asistir una huelga de hambre, vive y vivirá en permanente contradicción con la situación y consigo mismo.

5. Huelga de hambre en las cárceles

Las circunstancias que rodean a una huelga de hambre carcelaria son totalmente diferentes a las vistas en situación de libertad.

En los últimos años, esta medida se ha hecho más frecuente, alcanzando en algunos casos el carácter de masiva, fenómeno inusual en nuestro país.

Por razones obvias carecemos de experiencia sobre las conductas seguidas en estas circunstancias.

Pero esta falta de experiencia no exime de la responsabilidad de enfocar el tema y efectuar algunas consideraciones. A este respecto, los destinatarios naturales serán el gremio médico y el ámbito universitario.

Para efectuar estas consideraciones, ha sido de invalorable ayuda la Declaración de Tokyo de la Asociación Médica Mundial del 10 de octubre de 1975 (8). Ésta expresa en su artículo 5º: “En el caso de un preso que rehúsa alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de tal rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente. Esta opinión sobre la capacidad racional del preso debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al preso las consecuencias que su rechazo de alimentos

puede acarrearle”.

La Asociación Médica Mundial vuelve a expresarse en este sentido (9) cuando proclama que: “Es claro que no corresponde extraer el artículo 5° de la Declaración de Tokyo y considerarlo o interpretarlo separadamente de toda Declaración como si fuera un principio general por sí solo”. Y continúa: “...en lugar de aliviar el sufrimiento mental y físico y heridas del preso, la alimentación forzada tendrá como resultado simplemente la entrega del preso para que sufra más y peores indignidades y más tortura u otros tratos crueles, inhumanos y degradantes”. “...se debe otorgar a los ‘detenidos’ también el derecho a la autodeterminación si comienza una huelga de hambre para protestar por un período indefinido de encarcelamiento que, para convivencia del estado, puede durar toda la vida natural del detenido.

Para aquellos lugares del mundo en que el sistema de justicia criminal protege a los encarcelados, se ha expresado que: “las instituciones penales en estos sistemas tienen el deber legal de encargarse de la salud y seguridad de sus reclusos. El organismo de gobierno que administra las cárceles emplea un número de médicos cuya responsabilidad es ver que la cárcel cumpla con su obligación legal de proporcionar salud y seguridad a los presos. En este contexto no existe tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante. Las huelgas de hambre en estas condiciones es probable que se efectúen con el propósito de obtener algún tipo de ventaja personal, en lugar de un derecho humano básico”.

Debemos también destacar como aporte invaluable el trabajo de TATOSSIAN, GLEZER Y CASILLE (11), que expresa que en el medio carcelario donde la palabra se inmoviliza y pierde su forma de comunicación se debe buscar otro medio de protestar. Sean activos o pasivos, estas medidas son anuladas en su mensaje significativo por sanciones o por “medicalización” de la situación. En el ámbito carcelario, la huelga de hambre constituye el único método que puede poner de manifiesto el mensaje reivindicador, permitiendo al detenido una recuperación prolongada aunque dolorosa de iniciativa en cuanto prueba de fuerzas.

Es así como ciertas conductas, pasivas en el caso del mutismo, o activas, manifestando bajo formas de autoagregación (sección venosa, ingestión de cuerpos extraños), está medicalizada por su “medicalización” que contribuye a mantener en el “impase” la situación conflictual que la genera.

Iniciada una huelga de hambre en la cárcel, el médico clínico que es llamado a examinar al huelguista sólo podrá despistar severas patologías orgánicas que hagan imposible el uso de la medida.

En cuanto al psiquiatra, sólo le competirá despistar los eventuales rechazos alimentarios patológicos, aunque en este caso son discutibles las condiciones clínicas dado el clima de reticencia del huelguista que no ha solicitado la consulta.

Médicos y psiquiatras están aquí enfrentados a la misma disociación que el resto del personal carcelario. Estos técnicos se encuentran descalificados en su papel por ser integrantes de la administración, y por estar sometidos al

principio de autoridad, al mismo tiempo que recalificado desde el punto de vista de la ética médica, en el sentido de velar por la salud psíquico-física del detenido (11).

En lo que concierne al grupo social testigo, es más difícil de motivar, de conmover frente a una población penal que, en el espíritu de la opinión pública, ha contrariado la norma jurídica violando el funcionamiento armónico del cuerpo social.

En nuestro país, de acuerdo a la comunicación personal del médico forense, Dr. Guido BERRO, los motivos invocados más frecuentemente para iniciar una huelga de hambre individual son alegación de inocencia, inexistencia de condenas, reclamación de la vista del abogado defensor y, en última instancia, la posibilidad de una entrevista con el juez actuante en su causa.

En su tesis, G. CASILE (20) afirma las mismas causales alegadas en nuestro medio, y que alcanzan el 90% de los casos.

En nuestro país, las huelgas de hambre individuales son “salvajes” y breves. Son por lejos las más frecuentes.

Ante una huelga de hambre, las autoridades carcelarias ponen en conocimiento al juez de la medida, quien habitualmente, pero no siempre, solicita la participación del médico forense. Esta puede efectivizarse en el mismo establecimiento carcelario o en el juzgado (traslado del preso). El forense actúa siempre y exclusivamente como perito (no efectúa tarea asistencial).

Por otro lado, frente al reclamo de su presencia los jueces dan lugar al petitorio de inmediato, o lo subordinan al levantamiento de la huelga de hambre. Con frecuencia el médico forense actúa como intermediario entre el detenido y la autoridad judicial.

Las huelgas de hambre colectivas son de tipo pragmático, donde se exige mejores condiciones carcelarias, ceses de malos tratos, etc. Son brutalmente “salvajes” y de muy corta duración en general.

En los dos tipos de huelga no se genera un equipo técnico. El personal sanitario carcelario actúa sólo a demanda según el procedimiento habitual.

Pensamos que el marco práctico diseñado por nosotros tiene plena vigencia en el contexto del sistema carcelario, y que su carencia constituye una grave violación a los más elementales derechos de individuo. Recordemos que el preso está sólo privado de su libertad; en otros sentidos mantiene todos sus derechos.

El equipo técnico sanitario que supervise y controle una huelga de hambre carcelaria debe ser totalmente ajeno a la institución carcelaria.

En caso contrario, el equipo técnico estará condicionado de alguna manera por su situación de dependencia jerárquica. Se correría el riesgo de una “medicalización” abusiva tratando de presionar a los huelguistas, ya sea por métodos “psicoterapéuticos” o disuasivos para tratar de debilitar la posición del huelguista, y lograr la renuncia a la medida. En esta situación, cualquiera sea el motivo, el médico se vuelve aliado puntual y objetivo de la administración (21).

Bibliografía

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 18ª ed. Madrid. Calpe, 1956: 725.
2. GROS ESPIELL, E. La huelga de hambre (I) El Día. Montevideo. 3.1.89.
3. de PENA, M; JAURENGUI, ML; FIRPO, E; MESA G; EIRIN, S. Huelga hambre. Ciencias Forenses 1992; 1 (en prensa).
4. de PENA, M; JAURENGUI, ML; FIRPO, E; MESA, G; EIRIN, S. Huelga de hambre. Respuesta a violación de Derechos Humanos. In: Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. Medicina Legal. Montevideo. Oficina del Libro; 1992 (en prensa).
5. III ENCUENTRO DE LA RED LATINOAMERICANA DE ALTERNATIVAS A LA PSIQUIATRÍA. Buenos Aires. 1986. JAUREGUI, ML; CERES, A; MUÑOZ, J, et al: Ayuno o huelga de hambre ¿Una respuesta válida frente a violaciones de Derechos Humanos?
6. VIDAL, M. La huelga de hambre. In. su: Bioética. Estudios de bioética racional. Madrid. Tacnos; 1989:165-75.
7. FOUCAULT, M: Les mont et les choses. France Editions Gallimard. 1966: 659.
8. DECLARACIÓN DE TOKYO: Normas Directivas para médicos con respecto a la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o castigos impuestos sobre personas detenidas o encarceladas. Asociación Médica Mundial. Tokyo; 1975.
9. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Antecedentes para el proyecto de declaración de la AMM sobre la autonomía del paciente y la alimentación forzada de las personas en huelga de hambre. Divonneles-Bains, Francia; 1991.
10. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaraciones sobre las personas en huelga de hambre. Malta; 1991.
11. TATOSSIAN, A; GLEZER, D. CASILE, G. Les comportements de greve de la Faim. Confrontations psychiatriques, 1989; 31: 281-304.
12. HOCHMANN, J. La relation clinique en milieu pénitentiaire. Paris. Masson. 1964.
13. BORGER, J.F; EIRIN, S.; de PENA, M; MESA G. Omisión de Asistencia. In. Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. Medicina Legal. Montevideo. Oficina del Libro, 1989: 116-20.
14. BERRO, G; de PENA, M; MESA G. Consentimiento Médico. In: Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Montevideo. Medicina Legal. Montevideo: Oficina del Libro. 1989: 103-15.
15. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. Ediciones La República. 1989.
16. CAIROLI, M. Curso de Derecho Penal Uruguayo. Montevideo. Fundación de Cultura Universitaria. 1989: T.III.
17. DURKHEIM, H. El Suicidio. Madrid. Rnes. 1928: 1-17.
18. RICE, CH. The tragedy of Northern Ireland. The Wanderer. August 13. 1981.
19. CASILE, G. Citada por Tatossian, A, Glezer, G y Casile, G. en Les comportements de grève de la Faim.
20. ADAM de POUFRACH, M. Le psychiatre des établissements pénitentiaires Face aux "Grevistes de la Faim" Paris. Masson. 1953.