

Ética médica y más: teorías ideales, no ideales y objeción de conciencia*

Florencia Luna (FLACSO-CONICET)

Abstract

Para llevar adelante una “buena ética médica” es preciso reconocer que la misma se da a menudo en circunstancias no ideales. En este artículo presento la diferencia entre teorías ideales (TI) y teorías no ideales (TNI) y muestro por qué la TI puede no ser la mejor solución para resolver problemas en contextos no ideales. Realizo un bosquejo de las TNIs ya que las considero una herramienta útil para la bioética y para la ética médica y explico de qué modo las TNIs pueden contribuir al diseño de normas en circunstancias no ideales. Explico cómo las distintas TNIs pueden coexistir y pueden ser evaluadas vis-a-vis las TIs.

Tomo como ejemplo las deliberaciones de una médica en este contexto no ideal partiendo de la base que el conocimiento sobre las TNIs puede facilitar el proceso de decisión. Las TNIs pueden ayudar a conceptualizar de manera apropiada y realista los problemas que se presentan en contextos de incumplimiento y de escasez. Decidir qué políticas resultan óptimas en tales contextos puede influir las decisiones de los médicos o médicas en relación a sus pacientes. En consecuencia, éste análisis -identificado generalmente sólo con la confección de regulaciones o políticas públicas- puede también ser importante en el campo de la ética médica. Por último, reconozco que esto es apenas el primer paso en un área teórica inexplorada pero fundamental y que es necesario que el trabajo en este campo se continúe.

Introducción

Este número de la revista *Journal of Medical Ethics* celebra la conmemoración de su cuadrigésimo aniversario así como a la bioética y su evolución. Pasaron ya cuarenta años desde que esta disciplina comenzó a delinearse en su carácter académico actual. Este área joven y flexible ha evolucionado e incorporado nuevas teorías a sus análisis éticos clásicos. Y este puede ser el caso de “nuevas” herramientas teóricas. Así, las teorías no ideales (TNIs), relegadas y poco estudiadas pueden resultar muy relevantes para la bioética y la ética médica y deberían ser examinadas en profundidad.

En este artículo indago en algunos análisis teóricos que están apareciendo tímidamente en la bioética: las teorías ideales y no ideales¹. Rawls explica que una teoría es TI un arreglo institucional bien ordenado (well ordered institutional arrangement)². Las instituciones están bien ordenadas cuando son justas y son reconocidas como justas y cuando los individuos aceptan y cumplen íntegramente con los requisitos que tales instituciones les imponen.¹ Esto sugiere al menos dos formas en las que las circunstancias pueden no ser las ideales. Por un lado, es posible que los individuos no cumplan totalmente con las normas; por el otro,

* Publicado en “Medical Ethics and More: Ideal-theories, non-ideal theories and conscientious objection” *Journal of Medical Ethics*, 2015, 41, pp.121-133. Traducción de Agustina López.

¹ Por ejemplo, en la investigación ética.

² Los detalles de la interpretación de Rawls superan el alcance de este artículo.

las instituciones de fondo pueden no ser justas. En lo que sigue propongo una TNI para cada caso defectuoso y estudio sus posibilidades³.-

En primer lugar, muestro de qué modo las TNIs pueden contribuir al diseño de políticas públicas y regulaciones en circunstancias no ideales y cómo pueden resultar pertinentes para la bioética. En segundo lugar, indico de qué manera el conocimiento de las TNIs puede resultarle útil a un médico o médica individual durante su proceso de decisión en contextos no ideales. Es así que este conocimiento —en general identificado únicamente con el diseño de políticas públicas— puede también cobrar relevancia en la ética médica. Estas cuestiones se harán explícitas con un ejemplo.

Objeción de conciencia, ideal y no tan ideal

En bioética, resulta difícil separar la ética médica de cualquier otro análisis. El vínculo médico-paciente es un tema central en la ética médica y aparece como un tópico específico y demarcado. Para determinar cómo actuar es posible basarse en consideraciones de la teoría ética; sin embargo, los vínculos médico-paciente no siempre resultan simples y pueden complejizarse rápidamente (por ejemplo, si una paciente pide realizarse un aborto). Pero cuando las políticas públicas no existen -como sucede con la objeción de conciencia (OC) en Argentina y en muchos otros países latinoamericanos- los médicos y las médicas pueden enfrentar dilemas dentro de la esfera privada y cuestionarse su proceder. En estas “situaciones indeterminadas” (no hay reglas que acatar) emergen problemas teóricos y prácticos y médicos y médicas deben estar preparados. Por ejemplo, una médica reflexiva y consciente puede preguntarse si se justifica éticamente el ser una objetora y cómo puede implementar de manera ética sus creencias (estoy pensando en personas que tengan una conciencia ética desarrollada y reflexionen críticamente sobre sus propios actos –no en objetoras militantes). Esta médica consciente puede plantearse si resulta aceptable objetar cuando es una servidora pública y trabaja en el sistema público o si tiene importancia el hecho de que ejerza en un hospital privado. Es posible que se pregunte si debe únicamente decirle a la paciente que se niega a llevar adelante el servicio o simplemente derivar a la paciente a otro colega. Aún así, puede que reconsidere sus opciones si se ve imposibilitada de referirlo a otro médico o médica.

Pensemos en el caso de una mujer que solicita un aborto no punible⁴ tras haber sufrido una violación. Las leyes argentinas aprueban el aborto en casos excepcionales: cuando la salud o la vida de la mujer se encuentran en peligro o cuando la mujer ha sido violada. Nuestra médica consciente no quiere practicar un aborto debido a su OC. A primera vista la respuesta parece simple: esta médica objeta y una médica no objetora practica el aborto. Todos los intereses y los derechos están protegidos y se respetan: los de la mujer y los de las médicas involucradas. Un esquema de una TI⁵ sobre la OC incluye, al menos, dos prescripciones¹. Se deben ofrecer abortos permisibles legalmente, esto es, no punibles; 2. La OC debe ser respetada.

³ Sigo a Sreenivasan, quien afirma la existencia de esta diferencia. Otros filósofos, como Murphy o Feinberg, sólo consideran al cumplimiento parcial como una TNI.

⁴ El Código Penal prohíbe los abortos pero admite algunas excepciones denominadas “abortos permitidos” que deben ser facilitadas por el estado.

⁵ Para obtener más información sobre la TI, véase “el enfoque no ideal”. Aquí consideraré la práctica de la OC como parte de una teoría más amplia que concierne principios y obligaciones de los agentes.

Ésta es la solución ideal pero, desde mi punto de vista, también pertenece a un “mundo ideal”⁶. Argentina, como la mayoría de los países latinoamericanos no provee siquiera el mínimo de cuidado de la salud sexual y reproductiva. Existe una larga historia de negación y falta de respeto por los Derechos Sexuales y Reproductivos (SSRR) y es por esta razón que se impiden los abortos seguros y no punibles. Tradicionalmente los abortos han sido practicados de manera ilegal con todos los costos y el daño que la mujer debe soportar. No existe una infraestructura que se ocupe de estos casos y que funcione correctamente (hay algunos hospitales que funcionan bien y proporcionan el servicio, pero son las excepciones a la regla). En general, son muy pocos los médicos que se desempeñan en el sistema público que están dispuestos a brindar el servicio (ya sea por miedo a un juicio, por discriminación o simplemente por falta de conocimiento). Además, cuando el equipo del hospital se enfrenta a la demanda de abortos no punibles, con frecuencia interfiere: se solicitan órdenes judiciales innecesarias para confirmar que el aborto sea permitido o se llama a un comité de ética para analizar el caso y aprobar la práctica (tácticas comunes para retrasar o evitar el acceso).

En los últimos años, ha quedado mucho más claro⁷ que el sistema de salud público debe proveer los abortos no punibles pero, al mismo tiempo, muchos médicos y médicas han abusado de la práctica de la OC. Hasta los servicios de ginecología “expresan” objeciones institucionales (OI). Esto es, el servicio como tal alega una OC y el equipo en su totalidad se niega a practicar estos abortos legales. En general, esta posición la “impone” el jefe de ginecología y sus subordinados se ven en la obligación de ajustarse a esta clase de posturas. En consecuencia, resulta muy complejo encontrar no objetores dispuestos a practicar abortos permisibles.

La TI de la OC supone que se respetan los derechos reproductivos (al menos aquellos permitidos por la ley), que los servicios son accesibles, y que la OC es una excepción. Sin embargo, esos supuestos no se dan en la Argentina; los derechos SSRR son ampliamente ignorados y tanto la OC como la OI son comunes, no excepcionales. *Sin embargo*, si se sigue la TI y se respeta la decisión de la objetora de conciencia, es posible anticipar una falta de recursos mucho mayor ya que más médicos y más instituciones objetarían y se reforzaría, en consecuencia, un sistema de por sí bastante injusto. Incluso más mujeres pobres (que ya se encuentran en riesgo o sufriendo la terrible situación de un embarazo tras una violación) y no tienen la posibilidad de que se les practique un aborto seguro elegirán un aborto inseguro e ilegal, con un riesgo creciente de daños o inclusive la muerte, victimizando a la víctima nuevamente.

En este sentido, el intento por seguir la teoría ideal y sus reglas perfectas probablemente falle y resulte contraproducente. Por lo tanto, se puede observar que no es tan sencillo meramente aplicar la TI. 8

Los argumentos recién esgrimidos impactan en las deliberaciones de nuestra objetora quien es consciente de toda esta situación. Se trata de una persona reflexiva y ética. Ella no quiere defender una postura abusiva. Sabe que tiene responsabilidad por la salud de sus pacientes. Acepta que algunas formas de OC pueden provocarles perjuicios a las mujeres (en especial cuando éstas implican un retraso o cuando el servicio no se proporciona, y, como se mencionó anteriormente, esto sucede de modo frecuente). Nuestra objetora no está en

⁶ La mayor parte de los países que tienen una tradición de respeto por los derechos sexuales y reproductivos y proveen esa clase de servicios pueden ser considerados en esta categoría (“de contextos ideales”). Incluyo en la misma a casi la totalidad de los países europeos.

⁷ Según un fallo de la Corte Suprema (Fallo F.259.XLVI “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva)

contra de la práctica si quien la realiza es otro médico o médica. Entiende que estos abortos son excepcionales e incluso “humanitarios” en los contextos tanto de violación como de riesgo de vida o de salud de la mujer, pero ella no quiere practicar un aborto por respeto a sus creencias religiosas. Dada esta situación, y en el esfuerzo de decidir qué hacer, la objetora consciente encuentra tres posturas diferentes en cuanto a la permisibilidad y regulación de la OC.

Tres alternativas... ninguna respuesta clara.

Las tres posturas posibles coinciden en el análisis ético central y, en Argentina, las proponen distintos grupos. El común denominador de estas propuestas es que la OC en relación con los derechos SS.RR. puede afectar a terceros. La OC no respeta la autonomía de las mujeres y viola sus derechos legales cuando el servicio no se proporciona. Es más, la práctica actual de la OC acrecienta la injusticia de la situación en la que se encuentran las mujeres –sobre todo aquellas de escasos recursos– y genera otra capa de vulnerabilidad. El único recurso para estas mujeres son abortos ilegales e inseguros y esto no es aceptable. Aun coincidiendo en estos puntos centrales, las tres alternativas presentan estrategias muy diferentes.

La primera posición puede denominarse la “*derivación silenciosa*”. En términos generales, quienes defienden esta postura son personas que viven en regiones con baja densidad poblacional y con alguna tradición de respeto por los derechos sexuales y reproductivos; no obstante, deben lidiar con algunas autoridades conservadoras. Desde este punto de vista, se debe derivar pero se debe hacer esto de manera callada. Sólo el director de la institución de salud debe saber quiénes son objetores y éstos pueden serlo sin ningún tipo de restricciones. Se acepta la OI. El director del hospital debe tener esta información; el único requisito es que el director cuente con un plan para manejar la situación.⁸ Por ejemplo, si todos objetan (como puede darse en hospitales pequeños), el director se verá obligado a llegar a un acuerdo con una institución cercana (quizás a 200 km. o más) en la que se pueda practicar el aborto y para ello debe tener a disposición, por ejemplo una ambulancia que pueda trasladar a la paciente. En estos casos no existe transparencia ni registros públicos ya que ésto puede generar un efecto paradójico. Quienes abogan por esta postura sostienen que, por un lado, las personas que no objetan pueden ser estigmatizadas y, por el otro, si la situación se transparenta y se hace pública, puede producir un efecto negativo y los grupos conservadores aún sumamente poderosos obstaculizarían lo que silenciosamente se ha logrado.

La segunda propuesta es la del “*regulador cuidadoso*”.⁹ Éste no acepta ni la derivación silenciosa ni el registro institucional ni la OI. Admite el sistema de derivaciones principalmente como una concesión a las condiciones existentes, como un acuerdo negociado, si y sólo si existiera un acceso real a los derechos SS.RR. Sostiene que los médicos tienen el monopolio de ciertas prácticas y que la decisión de seguir esa profesión es voluntaria. Tienen un rol privilegiado, por lo tanto, la sociedad debe fijar las reglas y limitarlos en su OC. Piden una regulación apropiada: (1) cupos (50% o menos de objetores) de modo que el servicio pueda brindar el servicio y evitar la estigmatización o la presión sobre los no objetores; (2) registros públicos de objetores (para prevenir doble estándares que permitan que los médicos o médicas se nieguen a practicar abortos gratuitos en hospitales públicos

⁸ Comunicación personal con el líder del grupo.

pero que los hagan en clínicas privadas, cobrando. Se defiende la publicidad y transparencia de modo que la mujer posea información y sepa con quién contactarse; (3) una evaluación vía entrevistas de modo que se sepa quiénes son los “verdaderos” objetores. Los objetores deberían renovar su OC periódicamente y reafirmar su posición.

La tercera postura puede denominarse la *prohibición temporal*.¹⁰ Esta postura considera la situación de regiones muy conservadoras sin respeto alguno por los derechos de S.S.R., en las que prevalece la OI. Toma en cuenta el contexto, la injusticia existente, la falta de regulaciones y de voluntad para modificarlas y aboga por acciones más severas. Sostiene que la OI debería estar prohibida en el sistema público y que la OC es el arma que utiliza una mayoría privilegiada en contra de los desposeídos. Según esta postura, los médicos que trabajan en el sistema público no pueden ser objetores: son contratados para llevar adelante todas las prácticas necesarias. Y es en el sistema público donde deben realizarse los abortos no punibles ya que es la única manera que tienen las mujeres de menores recursos de acceder a abortos legales y seguros. Si se sigue esta lógica, los objetores deben evitar brindar servicios ginecológicos en instituciones públicas; en su lugar, pueden trabajar en instituciones privadas y ejercer en esta esfera su OC. Por último los defensores de la prohibición temporal plantean que sólo cuando se logre el respeto por estas mujeres y el acceso a sus derechos de SS.RR. se puede aceptar la OC en el sistema de salud público.

Nótese que las tres posiciones proponen reglas diferentes que no pueden concretarse en simultáneo. El proyecto de la prohibición temporal no acepta a los otros dos. En Argentina no existe el acceso universal a los derechos de SS.RR. Aunque la situación en algunas regiones y ciudades es un poco mejor que las que enfrenta un defensor de la prohibición temporal, la OC se admite ampliamente en el sistema público. Inclusive la postura del regulador cuidadoso (que se ubica en el centro) no acepta la derivación silenciosa o la prohibición temporal. Para éste, la postura de la derivación silenciosa es muy débil: proponer meramente una derivación a otro centro a otro médico que ofrezca servicios puertas adentro, que se haga “a escondidas” y nadie sepa nada. Tanto la postura de la prohibición temporal como la del regulador cuidadoso exigen un mensaje explícito que resalte la importancia de los derechos SS.RR. También señalan que implementar la derivación silenciosa puede resultar problemático para casos urgentes o de “la pastilla del día después”⁹ en los que las horas cuentan y el hospital o médico más próximo pueden ser remotos (sin mencionar la pérdida de recursos escasos si es preciso enviar una ambulancia para una anticoncepción de emergencia). Para el regulador cuidadoso, la prohibición temporal tampoco es factible. Implementar esta política pública en un contexto tan hostil, resulta poco realista. Pero, además los objetores podrían esgrimir que son mártires del sistema, que son el blanco de reglas autoritarias. ¿Se podrá exponer la postura de la prohibición temporal —como señala la derivación silenciosa— a una reacción contraria incluso más fuerte? Si se la cataloga como extrema y autoritaria, esta postura puede estar en riesgo de perder el poco apoyo que brindan los defensores de los derechos de la mujer en la sociedad civil.

Finalmente, los defensores de las otras dos posturas no aceptan el término medio del regulador cuidadoso. El defensor de la prohibición temporal estima que es tibia: otorga demasiado a las condiciones existentes. El de la derivación silenciosa piensa que es inaceptable ya que pondría en riesgo los pocos avances que han logrado con mucho esfuerzo. Lo que es más, ambos señalan que llevar a la práctica todas estas reglas puede sobrecargar el sistema público; se pediría un registro engorroso y revisiones periódicas

⁹ Muchos objetores consideran que la “pastilla del día después” es abortiva y limitan el acceso a esta droga.

incómodas. También se preguntan cómo manejar y organizar a los objetores y a los no objetores (considerando el deseo natural de los objetores de obtener ascensos y de cumplir con los requisitos para convertirse en jefes de las guardias ginecológicas, etc.).

Aunque las tres posturas sostengan que la prioridad es brindar servicios a las mujeres que los necesiten, las tres presentan marcadas diferencias en cuanto a su implementación. Nuestra objetora acepta los argumentos centrales; sin embargo, se pregunta si los tres son aceptables y cómo debe proceder. Incluso si reconoce que resolver estas cuestiones le corresponde a las políticas públicas, saber qué normas son las correctas influenciaría sus decisiones con respecto a su paciente. ¿Debería referir su paciente a una colega? ¿Y si no encuentra un no objetor? ¿Debería objetar?

El enfoque no ideal

Como hemos visto, si se considera la TI tal y como está no parece que fuera a funcionar. Pero tampoco es una decisión fácil elegir una entre las tres posturas mencionadas; propongo considerar cada una de las propuestas anteriores como una TNI. Si hacemos esto, hace falta un análisis alternativo para pensar las TNIs y el contexto de la situación.

Así resulta pertinente estudiar la diferencia que plantea Rawls entre la TNI y la TI que mencionamos al comienzo en la introducción. La primera TNI es la teoría del cumplimiento parcial (TCP). Se prescribe la TCP para los casos en los que los individuos no cumplen plenamente con todos sus obligaciones. Por ejemplo, especifica qué sucede con las obligaciones de un individuo cuando hay otros que incumplen con su parte dentro de un marco de tareas distribuidas. Rawls incluye en la TCP la teoría del castigo, la restitución y la desobediencia civil.

La segunda TNI es la teoría transicional (TT). La TT prescribe para los casos en los que las instituciones del contexto no son justas. Detalla las obligaciones que deben cumplir los individuos cuando desean generar instituciones justas (las instituciones pueden ser injustas o pueden no existir).

Algunas características a considerar es que las TNIs son graduales, se construyen paso a paso con la teoría ideal como meta. Uno de sus rasgos es que tienen que ser repensadas y ajustadas según cambien las circunstancias. Las normas de las TNIs no están escritas en piedra; es decir, existe un componente dinámico en la manera de analizar la situación. Por último, habría que considerarlas transitorias y provisorias; esto es, cuando la situación y las circunstancias mejoran, la TNI puede reemplazarse o abandonarse.

Al examinar nuestro caso nuevamente observamos que se da un cumplimiento parcial: casi ningún médico brinda el servicio en el sector público. La TCP determina las obligaciones de los médicos cuando otros no realizan su parte de las tareas. La TCP aplicada a nuestro caso debe considerar a los médicos no objetores y sus obligaciones.

Liam Murphy estudió cuidadosamente la TCP¹⁰. Murphy supone que los requisitos ideales de justicia existen para aumentar el bienestar total de todos. Bajo circunstancias de cumplimiento parcial, el bienestar total se mantiene en un nivel limitado. Sin embargo, si cualquier individuo puede minimizar el déficit por medio de una contribución mayor, entonces

¹⁰ Según la reconstrucción que realiza Sreenivasan.

el utilitarismo le pedirá incluso más a ese agente. Murphy afirma que esto no es justo¹¹. Si se tiene en cuenta este argumento y se lo aplica al caso que trabajamos, no debería haber una sobre exigencia a los no objetores por aquello que los objetores no realizan. Para respetar esto podemos establecer por ejemplo, una estrategia: un sistema que evite la sobrecarga de estos médicos o médicas, en el que se implemente un sistema de cupos o canales con los cuales el sistema pueda compensar al no objetor. Otra alternativa es la creación de centros especiales donde se aborden de manera apropiada tanto los abortos como los derechos SS.RR. sin encumbrar a determinados médicos o médicas. Siguiendo con este razonamiento, las políticas de referencia deberían tratarse con cuidado para evitar sobrecargar a los pocos médicos que actúen conforme con el sistema.

¿Puede juzgarse al objetor como un desobediente civil? A pesar de las similitudes, creo que el objetor u objetora no es un desobediente civil. La desobediencia civil implica el quiebre de una ley pública de manera consciente y no violenta y tiene como objetivo provocar cambios en las leyes o en las normas. El desobediente civil está dispuesto a aceptar un castigo por sus acciones. La OC tiene rasgos diferentes. Tradicionalmente, los objetores de conciencia no pretenden comunicar su accionar al gobierno o a la sociedad con el objetivo de generar un cambio. Se trata de una posición personal: conforme a sus creencias, los objetores se niegan a practicar una acción, pero no están dispuestos a recibir un castigo. Además, la desobediencia civil es invariablemente ilegal; en cambio la OC, a veces, es legal.

Pensemos en la segunda de las TNIs: la TT. En el caso que estamos trabajando también nos enfrentamos con instituciones injustas: instituciones que no proporcionan aquello a lo que están obligadas por ley ¹² y perjudican a los más débiles. Por lo tanto, la TT dictamina y especifica las obligaciones que deben cumplir los individuos para crear instituciones justas. No contamos con un análisis como el de Murphy en el caso de la TCP. Sin embargo, pienso que es posible brindar algunas alternativas nuevas teniendo en cuenta la TT en relación con la TI.

La TT supone un orden lexicográfico, esto es, la TI es previa a la TNI y el contenido de la TNI es posterior y se relaciona con la TI. Rawls sostiene:

La TNI se pregunta cómo se puede alcanzar este objetivo a largo plazo o cómo se puede ir logrando, en general, de manera gradual. Busca políticas y cursos de acción permisibles moralmente y posibles políticamente así como efectivas. Tal y como se concibe la TNI, diríamos que presupone que la TI ya está al alcance de la mano. Hasta que el ideal no se identifique, al menos a grandes rasgos, (y eso es todo lo que deberíamos esperar) a la TNI le falta un objetivo, una meta, una referencia ante la cual sus preguntas puedan ser respondidas¹³.

Si seguimos la sugerencia de Rawls y pensamos la TI a grandes rasgos, podemos inferir otras normas intermedias y diseñar una TNI para la OC. La TI dicta el objetivo o la meta, la TNI indica el camino para alcanzar ese objetivo. Por una parte, como vimos en la introducción, la TI ordena que se brinden todos los abortos permisibles; entonces, los hospitales públicos tienen que estar cuidadosamente organizados, contar con protocolos

¹¹ Murphy agrega una "condición de cumplimiento" que sostiene (*grosso modo*) que el costo que paga un agente al cumplir con los requisitos del beneficio bajo cumplimiento parcial no debe ser superar el que se paga bajo cumplimiento total. Aunque aquí no ahondaremos en detalles, es posible que se genere un debate y han habido ejemplos que contradicen la propuesta de Murphy.

¹² Argentina cuenta con un sistema público que provee acceso a la salud para todas las personas. Más el 99% de los embarazos están institucionalizados. Entonces, la falta de acceso a los abortos en el sistema público se transforma en una acción sesgada, abusiva e injusta.

¹³ Ver ref. 4, p. 89-90.

para evitar procesos largos, retrasos, etc. Otras estrategias pueden incluir: una capacitación adecuada para los médicos y campañas publicitarias públicas que apunten a señalar la importancia de este trabajo, sensibilizando colegas y la comunidad para evitar estigmatizar a los no objetores.

Por otra parte, la TI ordena la aceptación de la OC; por lo tanto, según esta teoría, es preciso aceptar a los objetores honestos y rechazar los abusos. Los registros públicos y transparentes pueden ayudar a evitar abusos: los objetores deben renovar su voluntad de continuar como OC o borrarse del registro. Por último, no se admite la OI, hay que evitar que los no objetores se comporten como objetores ya sea por miedo o porque desean conservar su trabajo. El planteo, en todo caso, debe ser personal.

Reconstruyendo la propuesta rawlsiana, la TNI requiere normas específicas. Los cursos de acción tienen que ser los siguientes: R.1: moralmente permisible, R.2: políticamente posible, R.3: probablemente efectivo¹⁴. Además de estos requisitos, Simmons agrega uno más: R.4: que las injusticias más graves se prioricen por sobre las de menor gravedad y se resuelvan antes.¹⁵

Las tres propuestas que nuestra médica consciente consideró en la sección anterior pueden evaluarse ahora en este marco de la TNI. Si observamos el orden lexicográfico y los cuatro requisitos, es posible seleccionar el que mejor desarrolle la TI. La postura de la prohibición temporal omite al verdadero objetor, sólo toma en cuenta las posiciones abusivas. No considera la cuestión de las convicciones religiosas de un modo serio y profundo pero, sobre todo, no parece ser políticamente posible con los grupos conservadores en la región que puedan generar respuestas contraproducentes (R.2) y, en consecuencia, es menos probable que resulte efectivo (R.3).

La postura de la derivación silenciosa no admite el sistema de registros públicos o cupos ya que no hay límites sobre los objetores. Da la impresión de que protege más a los objetores que a las necesidades de las mujeres. Esto se opone a la R.4 en la que la falta de acceso a los abortos permisibles por parte de las mujeres representa la injusticia más grave porque pueden morir por abortos inseguros. Además, la referencia silenciosa acepta la OI que no parece ser moralmente permisible (R.1): dado el abuso que implica, porque es autoritaria y porque actúa en contra de la autonomía de los subordinados. Si bien puede resultar como una postura políticamente aceptable gracias a su postura pragmática (R.2), pero no queda claro si es realmente efectiva (R.3) (considerando los retrasos, la pérdida de recursos y demás).

La postura del regulador cuidadoso puede ser la que mejor cuadre dentro del esquema de la TNI aceptable. Admite que existan verdaderos objetores, le otorga la prioridad que merece al hecho de brindar un servicio, aboga por medidas para evitar los abusos (exige un registro público, cupos y rechaza la OI). Claramente adopta la mayoría de las estrategias ya enunciadas y puede aceptar otras en esta línea.

En función de lo anterior se puede ver cómo la TNI ayuda a conceptualizar problemas en un contexto de incumplimiento y de extrema escasez de un mejor modo. Distinguir la TI de la TNI y estudiar su relación puede ayudar a justificar estrategias a mediano plazo y a seleccionar la mejor TNI. Dado que es provisoria, cuando se practican abortos permisibles en hospitales públicos se acepta y se implementa correctamente. Sin un incumplimiento masivo es

¹⁴ Ídem.

¹⁵ Ver ref. 3, p. 18-19

probable que las reglas fijadas por la TCP y la TT lleguen a un fin. En este punto podemos pasar a la TI.

Este análisis es sólo un primer paso. Pienso a Rawls y sus intérpretes como una guía, pero es posible explorar otros autores o teorías dada la cantidad de trabajo por hacer. Aun así, queda claro que, en bioética, debemos considerar seriamente a las TNI's en circunstancias de escasez excesiva, incumplimiento e injusticia.

Incluso si el diseño de normas difiere de las decisiones del individuo: conocer cómo llegar a la norma apropiada puede ayudar a indicar cómo proceder. No sostengo que exista un impacto directo sino que este conocimiento puede ser útil para la deliberación personal en determinadas situaciones no ideales y los médicos y médicas deben considerar seriamente esta clase de herramienta teórica. Por lo tanto, si nuestro objetor atento analiza el marco que provee la TNI obtendrá un mejor panorama de la situación y podrá reconocer que en tales situaciones no ideales no debería objetar. Sin embargo, dado que practicar abortos puede todavía ser difícil, la objetora tendrá la libertad de decidir si trabajar en un área relacionada en la que no tenga que realizar abortos o trabajar en el sistema privado donde puede objetar. Si aun así prefiere desempeñarse en el sistema público o en ese servicio puede optar por crear una institución justa (ayudar a implementar registros, cupos y un sistema de referencia adecuados). Con respecto al cuidado de la salud y la vida de la mujer, la objetora puede inmediatamente referir la paciente a otro colega de la institución o buscar otra institución donde se practiquen abortos de manera apropiada. Pero, si no logra encontrar un colega, debe, aun con renuencia, hacerlo ella misma.

Es posible que aceptar este tipo de decisión nos deje con un sabor agrisado. Sin embargo, debemos reconocer que en estas situaciones no ideales no existen soluciones perfectas. Las soluciones, como las circunstancias que experimentamos, son imperfectas... pero lo que las teorías no ideales nos pueden enseñar es que, pese a todo, gradualmente y considerando las circunstancias se puede aspirar a un ideal.

Agradecimientos Quisiera agradecerle a Joe Millum, Ruth Macklin, Marcelo Alegre, Eduardo Rivera López y a Ignacio Mastroleo por sus comentarios en las versiones anteriores.

¹ RAWLS, John. *The law of peoples*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999, Sección 2, p. 39, 69.