



# AINKAA

---

Revista de Estudiantes de Ciencia Política  
Volumen 4 - N° 8 / e-ISSN: 2590-7832  
Julio - diciembre de 2020

## Quién vive y quién muere ante el posible colapso del sistema salud por el COVID-19: el contractualismo rawlsiano y el utilitarismo en los protocolos de atención sanitaria

---

**Juan David Herrera Jaramillo**  
Universidad EAFIT, Colombia





AINKAA

---

# Quién vive y quién muere ante el posible colapso del sistema salud por el COVID-19: el contractualismo rawlsiano y el utilitarismo en los protocolos de atención sanitaria\*

---

Juan David Herrera Jaramillo\*\*

## Resumen

Ante una gran cantidad de pacientes que requieran unidades de cuidados intensivos (UCI), el personal médico y el sistema de salud deben optar por intentar salvar unas vidas y no otras. Para analizar tal decisión, se parte del contraste entre las posturas rawlsianas y el utilitarismo. Por un lado, los conceptos del contractualismo de Rawls, como la posición original, el velo de la ignorancia y el orden lexicográfico, podrían servir como parámetros para una selección justa de principios para los protocolos de atención médica; y, por el otro,

---

\* Ensayo elaborado para la asignatura Seminario II: Teoría Política de la Maestría en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Eafit (Colombia). Abril de 2020.

\*\* Politólogo de la Universidad de Antioquia (Colombia) y estudiante de la maestría en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Eafit. Correo electrónico: [jdherrera@hotmail.com](mailto:jdherrera@hotmail.com)

el concepto de utilitarismo clásico con su énfasis en el mayor bien y las consecuencias de las acciones como parámetro de justicia. En conclusión, en la coyuntura actual prima una visión utilitarista, pues se plantea que deben salvarse el mayor número de vidas y la mayor cantidad de años de vida, así ello implique no atender a ancianos o personas con comorbilidades.

**Palabras clave:** utilitarismo; contractualismo rawlsiano; COVID-19; justicia.

## Introducción

En este ensayo se expone cómo corrientes filosóficas tan contrarias, como el contractualismo de Rawls y el utilitarismo clásico, aportan ideas sobre cómo las sociedades y los gobiernos pueden afrontar el posible colapso del sistema de salud por la alta demanda de pacientes con COVID-19, enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, denominado así por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (BBC, 2020). De la obra de Rawls (2006 [1971]), son fundamentales tres conceptos tratados en *Teoría de la justicia*, a saber, la *posición original*, el *velo de la ignorancia* y el *orden lexicográfico*. Del utilitarismo se analiza el concepto en general y su énfasis en las consecuencias de los actos, tal como lo han descrito autores como el mismo Rawls (2006), MacIntyre (2004) y Pontara (1981).

En la atención de la enfermedad, los sistemas de salud de todo el mundo, incluyendo los de Latinoamérica y el de Colombia, se han enfrentado o se enfrentarán

a dilemas éticos que obligan a decidir, desde la atención médica, sobre la vida y la muerte de miles y probablemente millones de personas. Es ahí precisamente que los conceptos rawlsianos y los utilitarios sirven para tomar decisiones que, aunque dolorosas y con enormes costos sociales y económicos, pueden considerarse justas. También son útiles para el diseño de políticas públicas de salud, en especial en lo referido a pandemias y otras circunstancias —guerras, tragedias ambientales, crisis económicas, entre otras— que pueden colapsar los hospitales.

En uno de los protocolos médicos tomado como evidencia empírica, como se expone, prima una visión rawlsiana del velo de la ignorancia a la hora de elegir los principios que regirán la atención de los enfermos, pero en los demás protocolos estudiados el criterio más usado es el utilitarista, ya que se decide, sin otras consideraciones, salvar la mayor cantidad de vidas y a quienes tienen mayores expectativas de supervivencia a largo plazo.

Además de esta introducción, el trabajo se divide en tres partes: la primera consiste en el marco conceptual, en el que se definen los conceptos rawlsianos y el utilitarismo. La segunda versa sobre cómo tales conceptos están intrínsecos en los protocolos médicos de atención a crisis sanitarias como la causada por el COVID-19. Por último, se exponen las conclusiones, en las que se da cuenta de por qué es tan relevante la discusión entre el utilitarismo y el contractualismo rawlsiano en la coyuntura actual y para el diseño de futuras políticas públicas de salud.

## Referentes conceptuales

### El contractualismo rawlsiano

Rawls (2006) concibe la posición original como un escenario hipotético en el que ningún individuo sabe qué posición ocupará en la sociedad ni qué características tendrá como ser humano, lo que supone estar tras un *velo de ignorancia* para escoger los “principios de justicia” (p. 25). Esto garantiza, según lo plantea el autor estadounidense, que “los resultados del azar natural o de las contingencias de las circunstancias sociales no darán a nadie ventajas ni desventajas al escoger los principios” (Rawls, 2006, p. 25). Gracias a dichas condiciones iniciales, los consensos a los que se lleguen en este marco son justos.

Otro concepto que resulta valioso para el análisis es el de *orden lexicográfico consecutivo*, expuesto también por Rawls. Este consiste en una jerarquía de principios consecutivos —uno después del otro— que demanda que para satisfacer un principio los principios previos deben estar satisfechos; es decir, una priorización o un orden que “nos exige satisfacer el primer principio de la serie antes de que podamos pasar al segundo, el segundo antes de que consideremos el tercero y así sucesivamente” (Rawls, 2006, p. 52). A juicio de Rawls, por ejemplo, la libertad igual debe priorizarse por encima de otros principios, esto es, debe ser satisfecho primero que los demás.

### La perspectiva utilitarista

Para definir el utilitarismo, cuyos exponentes clásicos más conocidos son John Stuart Mill y Jeremy Bentham, se recurre a autores como Pontara (1981), MacIntyre (2004) y el propio Rawls (2006). Pontara (1981) define el utilitarismo desde múltiples perspectivas, de las cuales vale la pena subrayar el *utilitarismo positivo*, que consiste en catalogar como imperativa la búsqueda de la maximización del placer y la minimización del dolor; de otro modo, la maximización del bien y la minimización del mal (p. 1610). La rectitud de una acción, juzgan los utilitaristas, es determinada por sus consecuencias efectivas para el individuo o la sociedad, o sea, por su utilidad (Pontara, 1981, p. 1608).

MacIntyre (2004), por su parte, aludiendo a George Edward Moore, plantea que una acción es justa desde el punto de vista utilitario cuando, al compararla con otros cursos de acción, es la que genera el *mayor bien*, lo que implica que ninguna acción es justa o injusta en sí misma, sino que depende de sus resultados (p. 28).

Para Rawls (2006), el utilitarismo es la postura contraria al contractualismo que él defiende. Un razonamiento utilitario para las instituciones parte de que una acción es justa cuando se obtiene “el mayor equilibrio neto de satisfacción distribuido entre todos los individuos pertenecientes a ella, entonces la sociedad está correctamente ordenada” (Rawls, 2006, p. 34). Desde este punto de vista, las instituciones buscarían obtener una “mayor suma de satisfacciones” individuales, lo que se convierte en la mayor satisfacción para el conjunto de la sociedad (Rawls, 2006, p. 41).

## Protocolos médicos para un eventual colapso de los sistemas de salud: entre el contractualismo rawlsiano y el utilitarismo

Ahora cabe mostrar cómo el contractualismo de Rawls y el utilitarismo se ven reflejados en los protocolos médicos de atención y priorización de pacientes en situaciones en las que es necesario decidir masivamente a quiénes se les salva o se les intenta salvar la vida y a quiénes no. Esto es relevante en las circunstancias actuales desatadas por el COVID-19, pues la alta demanda de personas enfermas podría colapsar los sistemas de salud, como lo ha advertido la Organización Mundial de la Salud (2020). En el caso de América Latina, de acuerdo con los cálculos de Jorge Galindo (El País, 2020), países como Argentina cuentan con 19,6 unidades de cuidados intensivos (UCI) y 512 camas por cada cien mil habitantes, además de 8500 respiradores; mientras que Perú solo cuenta con 2 UCI y 156 camas por cada cien mil habitantes y 504 respiradores. En el caso de Colombia, el panorama es mejor que el de Perú, pero peor que el de Argentina: el país cuenta con 11,1 UCI y 182,3 camas por cada cien mil habitantes y 5300 respiradores. Las capacidades sanitarias de estos tres países, y los demás latinoamericanos, colapsarían ante

el peor escenario<sup>1</sup> supuesto por los expertos, ya que los pacientes críticos en Argentina, Perú y Colombia podrían llegar a 98.000, 70.000 y 106.000 respectivamente (Galindo, 2020).

Ante el posible colapso, los sistemas hospitalarios podrían verse obligados a decidir a quién atienden y a quién no, que en un buen porcentaje de los casos equivale a decidir quién vive y quién no. Decidir cuál es la acción justa en este caso es un dilema moral por excelencia. Ahí entran a jugar los conceptos contractualistas de Rawls y los del utilitarismo.

Varias de las más importantes asociaciones médicas a nivel mundial han diseñado protocolos de atención que serán útiles en esta pandemia y el eventual colapso hospitalario. Aunque el criterio utilitario es mayoritario, un razonamiento rawlsiano, aunque no sea explícito, puede evidenciarse en el protocolo propuesto por la Universidad de Pittsburg (2020), *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*, que busca sugerir una distribución de los recursos sanitarios escasos en la actual crisis. El protocolo fue diseñado con la participación de ciudadanos y expertos en medicina y ética. Esta situación podría asimilarse al escenario hipotético de la posición original de Rawls, pues los participantes debían acordar principios para la atención médica sin saber qué condiciones tendrían en el futuro cercano, sin saber si estarían enfermos de COVID-19

1. El peor escenario, según el análisis de Galindo (2020), implicaría que la tasa de contagio sería de un  $R=1,8$ , esto es, que cada contagiado contagie en promedio a 1,8 personas; y que el porcentaje de pacientes críticos entre los contagiados sea del 2 %.

o no y, por lo tanto, sin conocer cómo los principios acordados beneficiarían o afectarían sus intereses; es decir, cubiertos por el *velo de la ignorancia*.

También se evidencia un *orden lexicográfico*, puesto que hay un principio que debe ser satisfecho antes que cualquier otro: no habrá criterios de exclusión de pacientes en estado crítico, ya que todos los individuos son *worth saving*, aunque con excepciones médicas muy específicas, como los pacientes que sufren paros cardiacos y no responden a los tratamientos de reanimación (Universidad de Pittsburg, 2020, p. 7).

No obstante, es necesario aclarar que desde la *posición original* se habrían podido acordar otros principios y otro *orden lexicográfico*, como determinar que, en vista de la escasez de recursos, sí es necesario priorizar la atención de unas personas en desmedro de otras, siempre y cuando esto se pactara tras el *velo de ignorancia*.

Ahora bien, el protocolo de la Universidad de Pittsburg parece ser una excepción, pues la mayoría de los protocolos, tal como lo recoge el diario *Le Monde* (2020), privilegian un criterio utilitarista. Douglas White, médico especialista en cuidados críticos y ética consultado por el diario francés, argumenta que deben primar dos criterios que se desprenden de la máxima “el mayor bien para el mayor número de personas”: i) salvar la mayor cantidad de vidas y ii) salvar la mayor cantidad de años de vida (*Le Monde*, 2020). De esta manera se satisfaría la necesidad de buscar el mayor bien causando el menor mal, que es el principio defendido por los utilitaristas, tal como lo exponen Rawls, MacIntyre y Pontara. Salvar vidas atendiendo

a estos criterios, así implique sacrificar otras, sería justo por sus consecuencias, puesto que se obtiene la “mayor suma de satisfacciones”.

Para dejar claro este escenario, se trae a colación un ejemplo hipotético sencillo basado en un ejercicio similar de *Le Monde* (2020). Si hay cuatro personas de edades de 25, 35, 50 y 74, pero solo se cuenta con dos UCI, los médicos deberán decidir a cuáles dos deben intentar salvar. Piénsese, en aras del ejemplo, en una hipotética expectativa de vida promedio de 75 años. Atendiendo a los dos criterios mencionados, se podrán salvar dos personas (la mayor cantidad de vidas en esta situación) que serían los de 25 y 35 años, debido a que, con ellos, es posible salvar la mayor cantidad de años teniendo en cuenta la expectativa de vida. En total se salvarían dos vidas y 90 años. Por el contrario, de escogerse a las dos personas mayores (50 y 74 años), solo se salvarían 25 años y 1 año respectivamente, 26 en total.

Los criterios utilitaristas generan un mayor consenso y son sugeridos por diversas organizaciones médicas europeas, como la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, l’Agence Regionale de Santé (ARS) ARS Île-de-France y la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (*Le Monde*, 2020). Otra muestra de este mayor consenso es que la periodista Olivia Goldhill (2020) del portal Quartz (qz.com) consultó a ocho expertos en ética médica que coincidieron en la misma apreciación: “those who have the best chance of surviving get priority”<sup>2</sup>.

2. “Aquellos que tienen la mejor oportunidad de sobrevivir tienen prioridad”

## Conclusiones

Tanto el contractualismo propuesto por Rawls como el utilitarismo tienen mucho para aportar en coyunturas como las actuales, en las que es preciso destinar recursos escasos a ciudadanos que demandan servicios de salud para la supervivencia. Quienes necesitan los servicios sobrepasan o sobrepasarán las capacidades sanitarias de casi todos los países, según los cálculos de la mayoría de los expertos. Por eso, en este caso, la elección no es un escenario hipotético, sino una posibilidad real de decidir sobre la vida y la muerte de cientos de miles de personas en todo el mundo.

Tras la búsqueda en internet, la mayoría de los protocolos apuntan a salvar a las personas basados en los dos criterios expuestos: el bien de la mayoría, o sea, la supervivencia de la mayor cantidad de personas; y la elección de las personas con más años de vida por delante —los más jóvenes y más sanos—. Así, se satisface uno de los principios del utilitarismo, cuyo fin es maximizar el bien para el conjunto de la sociedad, aunque ello implique desatender a adultos mayores agonizantes.

Sin embargo, como se mostró en el caso de la Universidad de Pittsburg, también puede aplicarse un modelo rawlsiano que parta de definir, en la *posición original* y tras el *velo de ignorancia*, qué principios regirán la atención sanitaria. En este caso, en vez de pensar en las consecuencias o el resultado de las acciones, se estableció un principio en el *orden lexicográfico* que señala que todas las personas son *worth saving*, así unos estén, por edad y estado de salud, más cerca de la muerte que otros.

Finalmente, es importante manifestar que la crisis del COVID-19 no se superará pronto y el futuro próximo es incierto, además por la posible crisis económica global que se avecina o que ya llegó. Por esa razón, en el diseño o rediseño de las políticas públicas de salud se tendrá que definir qué principios regirán las acciones de los gobiernos y los demás actores implicados en la garantía del derecho a la salud, lo que, como se ha visto, puede conllevar un dilema ético sin soluciones absolutas y definitivas.

## Referencias

- Coronavirus: ¿qui faut-il sauver quand on ne peut pas soigner tout le monde? (16 de abril de 2020). *Le Monde*. Recuperado de <https://bit.ly/2Y3ieGx>
- Coronavirus: por qué covid-19 se llama así y cómo se nombran los virus y las enfermedades infecciosas. (16 de marzo de 2020). *BBC*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51912089>
- Galindo, J. (15 de abril de 2020). Las capacidades sanitarias de Latinoamérica, en peligro de desborde por el coronavirus. *El País*. Recuperado de <https://bit.ly/3cKzK6v>
- Goldhill, O. (19 de marzo de 2020). Ethicists agree on who gets treated first when hospitals are overwhelmed by coronavirus. *Quartz*. Recuperado de <https://bit.ly/2W2tlNw>
- MacIntyre, A. (2004). *Tras la virtud*. Barcelona: Biblioteca de Bolsillo.

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2020). La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. Recuperado de <https://bit.ly/3cOphU>

Pontara, G. (1981). Utilitarismo. En N. Bobbio, N. Matteucci y G. Pasquino, *Diccionario de política* (pp. 1607-1618). Ciudad de México: Siglo Veintiuno Editores.

Rawls, J. (2006 [1971]). *Teoría de la justicia* (M. González, Trad.). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Universidad de Pittsburg, Department of Critical Care Medicine. (2020). *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*. Recuperado de <https://bit.ly/3awJZK5>

AINKAA 