

Prudencia médica o razón práctica aplicada al acto médico en Tomás de Aquino

Manuel Alejandro Gutiérrez-González¹, Samanta Carolina Vargas-Malpica^{1,2}

1. Facultad de Humanidades, Universidad Anáhuac Querétaro, Querétaro, México. 2. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Este artículo reconstruye filosóficamente la prudencia médica desde el pensamiento de Tomás de Aquino, con el fin de ofrecer una categoría adecuada para comprender la racionalidad del acto médico. Frente a visiones que reducen la buena práctica médica a la aplicación técnica de protocolos o a la intuición subjetiva del profesional, se sostiene que la medicina exige una forma específica de prudencia práctica. Este artículo examina la noción de virtud y estudia la prudencia como virtud formalmente intelectual y materialmente moral, atendiendo a su sujeto, sus actos y su relación con las virtudes morales. Asimismo, traduce sus partes integrales al ámbito clínico, destacando la memoria, la inteligencia, la docilidad, la previsión y la precaución. Finalmente, define la prudencia médica como recta razón práctica aplicada al cuidado de un paciente concreto, orientada a su bien integral mediante la integración proporcionada de evidencia, experiencia, valores del paciente, seguridad, justicia y contexto institucional.

Palabras clave: Ética médica. Virtudes. Toma de decisiones clínicas. Juicio clínico. Bioética. Relaciones médico-paciente.

Resumo

Prudência médica ou razão prática aplicada ao cuidado clínico em Tomás de Aquino

Este artigo reconstrói filosoficamente a prudência médica a partir do pensamento de Tomás de Aquino, com o objetivo de oferecer categoria adequada para compreender a racionalidade do ato médico. Diante de perspectivas que reduzem a boa prática médica à aplicação técnica de protocolos ou à intuição subjetiva do profissional, sustenta-se que a medicina exige uma forma específica de prudência prática. Para isso, o artigo examina a noção de virtude e estuda a prudência como uma virtude formalmente intelectual e materialmente moral, considerando seu sujeito, seus atos e sua relação com as virtudes morais. Além disso, traduz suas partes integrais para o âmbito clínico, destacando memória, inteligência, docilidade, previsão e precaução. Por fim, define prudência médica como reta razão prática aplicada ao cuidado de um paciente concreto, orientada ao seu bem integral mediante a integração proporcionada de evidência, experiência, valores do paciente, segurança, justiça e contexto institucional.

Palavras-chave: Ética médica. Virtudes. Tomada de decisão clínica. Raciocínio clínico. Bioética. Relações médico-paciente.

Abstract

Medical prudence or practical reason applied to the clinical care in Thomas Aquinas

This article offers a philosophical reconstruction of medical prudence based on the thought of Thomas Aquinas to provide an adequate category for understanding the rationality of the medical procedure. Facing approaches that reduce good medical practice to the technical application of protocols or to the professional's subjective intuition, this article advocates that medicine requires a specific form of practical prudence. To this end, it examines the notion of virtue and addresses prudence as a virtue that is formally intellectual and materially moral, attending to its subject, its acts, and its relationship with the moral virtues. The study also translates prudence integral parts into the clinical sphere, highlighting memory, intelligence, docility, foresight, and caution. Finally, the article defines medical prudence as a straight practical reason applied to the care of a concrete patient, oriented toward the patient's well-being through the proportionate integration of evidence, experience, patient values, safety, justice, and institutional context.

Keywords: Medical ethics. Virtues. Clinical decision-making. Clinical reasoning. Bioethics. Physician-patient relations.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La práctica médica contemporánea está atravesada por una tensión difícil de resolver. Por un lado, la medicina basada en evidencia busca reducir la variabilidad clínica mediante guías, protocolos, algoritmos y estándares de calidad. Por otro, la experiencia cotidiana del cuidado muestra que el buen juicio clínico no se agota en la aplicación de reglas generales, porque cada paciente comparece con una singularidad biográfica, fisiopatológica, ética y social que resiste la simplificación¹. Cuando esta tensión se resuelve mal, emergen dos reduccionismos: el primero absolutiza el protocolo y equipara la buena medicina con la adhesión formal a procedimientos estandarizados; y el segundo absolutiza la intuición del profesional y deriva en subjetivismo clínico, paternalismo o arbitrariedad^{2,3}. Entre ambos extremos se vuelve necesaria una categoría que permita pensar la racionalidad médica como juicio práctico situado, justificable y moralmente orientado.

En este contexto, la prudencia elaborada por santo Tomás de Aquino, a partir de la tradición aristotélica, ofrece un marco teórico especialmente fecundo. Se trata de una virtud formalmente intelectual y materialmente moral, porque reside en la razón práctica, pero versa sobre actos humanos contingentes, elecciones concretas y pasiones que deben ordenarse al bien. Su función no consiste en inventar fines ni en calcular medios para cualquier propósito, sino en reconocer los bienes humanos relevantes y ordenar hacia ellos una acción proporcionada en circunstancias singulares. Por eso, la prudencia no se opone a la evidencia científica, sino que la integra, la jerarquiza y la traduce en decisión práctica.

Ante esto, la hipótesis central de este artículo es que puede formularse una prudencia médica como especie análoga de prudencia práctica y que esta categoría permite comprender mejor la racionalidad específica del acto médico. La prudencia médica es la recta razón práctica aplicada al cuidado clínico de un paciente concreto, orientada a su bien integral como persona vulnerable, mediante la integración proporcionada de evidencia científica, experiencia clínica, valores del paciente, seguridad, justicia y contexto institucional. Desde esta perspectiva, el buen médico no es sólo quien sabe más o aplica mejor un protocolo, sino quien ha perfeccionado su juicio práctico para deliberar bien, juzgar rectamente y actuar proporcionadamente en favor del enfermo.

La virtud desde la tradición tomista

Con frecuencia la virtud se define como “hábito bueno” o “justo medio”. Aunque ambas fórmulas son legítimas, resultan pobres si se las separa de la metafísica y de la antropología moral que las sostienen. Santo Tomás, siguiendo a Aristóteles, recoge varias formulaciones decisivas: la virtud es *lo último de la potencia*⁴; *la virtud es la que hace bueno a quien la tiene y la que convierte en buena su obra*⁵; y es *una disposición de aquello que es perfecto (...) por comparación hacia lo óptimo*⁶. La definición clásica de virtud según Aristóteles es *un modo de ser selectivo (...) determinado por la razón y por aquello por lo que decidiría el hombre prudente*⁵.

Estas fórmulas muestran que la virtud no es una adición extrínseca ni una simple repetición conductual. Es la perfección de una facultad en orden a su operación excelente. No sólo mejora lo que el sujeto hace, sino la manera misma en que se dispone establemente a hacer el bien. La virtud configura interiormente al agente para obrar con mayor connaturalidad^{7,8}.

La virtud es definida por Pedro Lombardo y recogida por Tomás de Aquino como *una buena cualidad de la mente, por la que se vive rectamente, de la que nadie usa para el mal y que Dios cumple en nosotros sin nosotros*⁹, la cual concentra tres características: es cualidad, porque es disposición estable; es buena, porque perfecciona al sujeto y lo ordena a un fin; y pertenece a la mente, esto es, a aquello que es propio del ser humano en cuanto racional. La virtud no debe entenderse, pues, como simple inclinación afectiva ni como disciplina externa, sino como perfeccionamiento estable de facultades ordenadas al bien.

Tomás responde a la objeción de que las virtudes serían innecesarias si el ser humano ya posee razón, voluntad y capacidades operativas⁹ afirmando que la virtud es un complemento de la potencia. Precisamente porque la potencia humana no está determinada de una sola manera a un único fin operativo, requiere hábitos que la dispongan establemente a actuar bien.

La virtud cumple tres funciones decisivas: da uniformidad a la acción, evitando la oscilación constante; hace posible que la operación buena se realice con facilidad, sin improvisación torpe; y conduce a la fruición, es decir, al gozo en el bien obrado,

pues la perfección del hábito genera connaturalidad entre sujeto y acto^{7,9}.

Así, el buen médico no es solo quien conoce datos biomédicos o sigue correctamente una guía clínica, sino quien ha perfeccionado sus facultades cognoscitivas, deliberativas, afectivas y volitivas para actuar rectamente frente al enfermo. La excelencia clínica no es meramente técnica, sino que es una forma de racionalidad encarnada en el agente. De ahí que la ética médica no pueda reducirse a códigos externos o principios abstractos, aunque éstos sean necesarios. Un protocolo puede indicar una conducta general; y no puede formar, por sí solo, la mirada clínica capaz de discernir cuándo debe aplicarse, adaptarse o integrarse con el bien integral del paciente.

Tomás sostiene que las virtudes no se encuentran naturalmente en nosotros de modo perfecto⁹. Lo natural son las potencias y ciertas inclinaciones iniciales o “semillas” de virtud; la virtud, en cambio, requiere un proceso de actualización y consolidación mediante actos repetidos guiados por la razón⁹. El conocimiento puede adquirirse por invención propia y también por doctrina procedente de otro⁹. Este punto permite ampliar la teoría de la virtud más allá del individualismo moderno.

Inspirándose en Buber¹⁰, Levinas¹¹ y Pinsent^{12,13}, puede afirmarse que ciertas formas de excelencia humana no se comprenden adecuadamente si se abstraen del vínculo entre un yo y un tú. En esta clave, la virtud no aparece sólo como disposición estable adquirida por repetición de actos, sino como capacidad que madura en contextos de presencia compartida, atención conjunta y apertura interpersonal. La experiencia adecuada para comprender la ética de las virtudes en Tomás no se encuentra solo en la habituación aristotélica, sino también en relaciones yo-tú como el juego entre padre e hijo, la amistad o el trabajo armónico entre personas; allí el sujeto ejecuta actos buenos y aprende a ser movido por otro de un modo específicamente personal¹³.

La noción de atención conjunta es especialmente fecunda. Pinsent¹³ la describe como una conciencia compartida del foco compartido: dos personas atienden juntas a un objeto y saben que lo hacen juntas. Esta estructura triádica (persona₁, persona₂ y objeto) muestra que el desarrollo de la virtud implica algo más que repetición de acciones correctas: supone aprender a

mirar, valorar e interpretar el mundo con otros. Por eso, la perspectiva de segunda persona es una condición de posibilidad para ciertos modos de comprensión y de formación del carácter.

La categoría tomista de docilidad y la importancia concedida a la enseñanza, la corrección y la amistad permiten ampliar la teoría de la virtud hacia este horizonte interpersonal. Para comprender esto, Gutiérrez-González propone la metáfora de la resonancia o la armonía en un concierto sinfónico: así como dos músicos pueden llegar a una ejecución en consonancia, también en la vida moral e intelectual ciertas disposiciones se afinan en el trato con otro hasta hacer posible una operación conjunta más lúcida y más perfecta¹⁴. La virtud, vista así, es además de habituación una apertura a ser configurada por la presencia del otro.

Esto tiene consecuencias directas para la medicina, pues si el médico no adquiere virtudes desde una perspectiva de segunda persona, la práctica clínica puede degradarse cuando reduce al paciente a objeto de observación, caso estadístico o problema técnico. También puede deformarse cuando el profesional se encierra en una autosuficiencia epistémica que rechaza la ayuda de colegas, enfermeros, familia o equipo interdisciplinario. La medicina no solo se aprende mediante lectura de literatura científica o repetición de procedimientos, sino que también mediante tutoría, acompañamiento, observación de modelos, discusión de casos, corrección prudencial y comunidad de práctica. Hay un aprendizaje de la prudencia que ocurre cuando el estudiante o residente observa cómo un médico experimentado ordena prioridades, interpreta signos ambiguos, escucha al paciente, consulta al equipo y decide. La virtud se comunica, al menos en parte, por ejemplaridad.

La virtud de la prudencia

Tomás de Aquino define a la prudencia como la recta razón de lo que debe hacerse (*recta ratio agibilium*)^{15,16}. La fórmula condensa una doble pertenencia. Por su esencia y sujeto, la prudencia es virtud intelectual, pues reside formalmente en la razón práctica; por su materia, se cuenta entre las virtudes morales, porque versa sobre actos humanos contingentes, elecciones concretas y pasiones que deben ordenarse al bien⁸. Esta doble condición explica por

qué no es una virtud entre otras, sino la forma superior de dirección del obrar humano.

La prudencia no establece los fines últimos; en efecto, Tomás de Aquino reserva ese nivel a la *sindéresis*¹⁵, a la ley natural⁷ y a las virtudes morales en cuanto rectifican el apetito respecto del bien⁸. El fin no es constituido por la prudencia, sino presupuesto por ella. Su tarea consiste en discernir y elegir medios proporcionados para realizar esos fines en la singularidad de la acción. La prudencia pertenece, por ello, de modo eminente a la razón práctica, no contempla simplemente lo que es ni extrae conclusiones especulativas, sólo conoce en orden al obrar. Sin embargo, este conocimiento práctico no es una racionalidad instrumental neutra^{9,17}.

Por ello, la prudencia sólo merece tal nombre cuando ordena los medios a un fin recto. De ahí la conexión intrínseca entre prudencia y virtud moral, pues no puede haber prudencia verdadera allí donde la voluntad y los apetitos estén desordenados respecto del bien⁸. La prudencia necesita de las virtudes morales porque ellas rectifican la inclinación del sujeto hacia el fin debido; sin esa rectificación, la razón práctica queda fácilmente capturada por el deseo, el miedo, la ambición o los placeres desordenados, y en vez de prudencia aparece la astucia⁸. A la vez, las virtudes morales necesitan de la prudencia, porque la virtud moral consiste en un medio racionalmente determinado, y ese medio no puede fijarse sin el juicio de la razón práctica⁹. En este sentido, la prudencia es la conductora de las virtudes, ya que la fortaleza sin prudencia deviene temeridad; la templanza, insensibilidad; la justicia, legalismo rígido o aplicación ciega de la norma⁸.

Esta centralidad se comprende mejor atendiendo a su objeto propio, pues a diferencia de la sabiduría o de la ciencia, que tratan de lo necesario y universal, la prudencia versa sobre lo contingente, singular y operable. El ámbito de la acción humana no está compuesto por objetos invariantes deducibles geoméricamente, sino por situaciones concretas, históricas y abiertas a distintos cursos de acción. Por eso, el prudente no puede contentarse con principios universales: debe conocer también los singulares¹⁴. La decisión práctica no acontece en el nivel abstracto de lo que en general conviene, sino en el nivel de lo que aquí y ahora conviene a esta persona, en esta situación, con estos riesgos, límites y consecuencias previsibles.

Tomás de Aquino articula la prudencia en tres actos fundamentales: consejo, juicio e imperio⁸. El consejo es la deliberación o búsqueda de medios aptos para alcanzar un fin bueno, por ello, deliberar significa investigar, comparar, consultar, sopesar posibilidades⁸. Esto supone humildad epistemológica, porque quien delibera admite que no posee de entrada la respuesta completa. Por ello, Tomás de Aquino vincula a este acto la *eubulia*, virtud anexa que perfecciona el buen consejo; de esta manera, el prudente no improvisa ni reacciona impulsivamente⁸.

Una vez considerados los medios, la razón debe pasar al juicio, es decir, a la evaluación de la rectitud de lo deliberado⁸. Aquí la razón práctica pondera y sentencia cuál de los medios descubiertos es el más adecuado. Este nivel puede ser perfeccionado por virtudes anexas específicas, como la *synesis*, que permite juzgar bien en los casos ordinarios conforme a reglas comunes⁸, y la *gnome*, que permite juzgar bien cuando la letra de la norma común no basta y debe apelarse a principios superiores de justicia o equidad⁸. Ello muestra la finura con que Tomás de Aquino comprende la racionalidad práctica, porque el obrar moral no se reduce a la aplicación uniforme de reglas generales.

El imperio o mandato constituye el acto principal de la prudencia, porque es posible deliberar rectamente y juzgar con acierto qué debe hacerse y, aun así, no ejecutarlo por cobardía, negligencia, inconstancia o falta de solicitud⁸. Por eso, el mandato es superior al juicio desde el punto de vista práctico, pues mientras el juicio permanece todavía en el plano cognoscitivo, el imperio aplica a la obra lo ya deliberado y juzgado. Es el acto por el cual la razón ordena efectivamente a las potencias inferiores que realicen la acción. Como el fin de la razón práctica es la operación misma, el mandato constituye el acto culminante de la prudencia.

La distinción entre juicio e imperio permite comprender mejor la gravedad de los fallos prudenciales, porque equivocarse en la deliberación o en el juicio puede provenir de ignorancia, precipitación o falta de experiencia; fallar en el mandato significa fracasar en el acto más próximo al fin del obrar. De ahí que Tomás de Aquino considere especialmente serios los vicios de la inconstancia y la negligencia, el cual no es un mero olvido accidental, sino una falta de prontitud de la razón para mandar aquello que debe hacerse⁸.

La complejidad del acto prudencial explica por qué Tomás de Aquino distingue partes integrales, subjetivas y potenciales⁸; aquí interesan sobre todo las dos primeras. Las partes integrales son elementos que deben concurrir para que el acto prudencial sea perfecto, pues del lado cognoscitivo se encuentran la memoria, la inteligencia, la docilidad, la sagacidad y la razón⁸; y del lado operativo, la providencia, la circunspección y la precaución⁸.

Entre estas partes integrales, la relación entre memoria y providencia merece especial atención. La prudencia no puede decidir bien sólo a partir de deducciones universales; necesita experiencia, y la experiencia se forma a partir de múltiples recuerdos. La memoria aporta la materia desde la cual el sujeto aprende qué cursos de acción suelen conducir al bien y cuáles al fracaso, pero todos los elementos cognoscitivos de la prudencia están ordenados a una función más alta; a saber, la previsión o providencia, esto es, la capacidad de ver de lejos, de anticipar lo que ha de venir. La providencia constituye así la parte principal y completiva de la prudencia, porque sólo se recuerda el pasado y se entiende el presente para ordenar rectamente la acción hacia el futuro; de esta manera, la prudencia integra pasado, presente y futuro en un solo dinamismo racional.

Las partes subjetivas muestran que la prudencia adopta diversas modulaciones según el tipo de sujeto o comunidad que deba ser gobernada. Tomás de Aquino menciona que existen la prudencia personal o monástica, la económica, la política y la militar⁸. Estas especies no destruyen la unidad formal de la prudencia, sino que la actualizan según materias y responsabilidades distintas. Lo importante es advertir que este autor no concibe la prudencia como una virtud confinada a la intimidad moral del individuo. Allí donde haya acción humana ordenada, responsabilidad por otros y necesidad de medios adecuados para fines rectos, se requiere prudencia.

Finalmente, Tomás de Aquino reconoce que incluso la prudencia humana mejor formada permanece limitada frente a la incertidumbre de los acontecimientos singulares y contingentes; por ello, en la economía sobrenatural, la prudencia recibe auxilio y perfeccionamiento mediante el don del consejo⁸. Este don no reemplaza la prudencia, sino que la eleva y la asiste desde un principio superior: mientras la prudencia es la rectitud de la razón práctica

como motor humano inferior, el don del consejo expresa la moción del Espíritu Santo, que guía la mente en la cual la razón creada no alcanza claridad suficiente⁸. Que se llame precisamente consejo y no juicio o mandato se explica porque, en el orden de los dones, la mente humana no actúa como motor principal que manda, sino como facultad receptiva que es movida y enseñada por Dios⁸.

La formulación de la prudencia médica

Desde este marco, es legítimo proponer una prudencia médica como especie análoga de prudencia práctica. El acto médico posee una materia propia, esto es, el cuidado de la salud y de la vida corporal de una persona vulnerable, en condiciones de incertidumbre, dependencia, asimetría epistémica, riesgo e institucionalidad compleja. La medicina exige, por tanto, una forma específica de prudencia. Puede hablarse incluso de modulaciones internas según especialidades y contextos: prudencia quirúrgica, pediátrica, geriátrica, paliativa, psiquiátrica, prudencia en urgencias, entre otras. Todas comparten la estructura general de la prudencia, pero la actualizan conforme a su materia, temporalidad decisional, perfil de riesgos y tipo de vulnerabilidad del paciente.

La prudencia médica puede definirse como “la recta razón práctica aplicada al cuidado clínico de un paciente concreto”, orientada a su bien integral como persona vulnerable, mediante la integración proporcionada de evidencia científica, experiencia clínica, valores del paciente, seguridad, justicia y contexto institucional. Esta definición permite subrayar algunos rasgos. Primero, la prudencia médica es recta razón práctica, es decir, no es intuición desnuda ni aplicación mecánica de protocolos, sino juicio racionalmente defendible. Segundo, se aplica al cuidado clínico, pues su materia son decisiones que afectan diagnóstico, tratamiento, seguimiento, limitación o intensificación de esfuerzos terapéuticos, comunicación y coordinación asistencial. Tercero, se orienta al bien integral del paciente y no sólo a un marcador biológico o variable aislada. Cuarto, integra diversos niveles de normatividad, como evidencia, experiencia, preferencias del paciente, seguridad, proporcionalidad y justicia distributiva. Quinto, reconoce que el acto

médico nunca ocurre en el vacío, sino en un contexto institucional concreto.

La tripartición tomista de consejo, juicio e imperio resulta particularmente fecunda para describir el acto médico, porque en medicina, el consejo corresponde a la recolección e interpretación inicial de información: anamnesis, exploración física, lectura de signos, revisión de antecedentes, formulación de hipótesis diagnósticas, comparación de alternativas terapéuticas, evaluación de riesgos y consulta con colegas o guías.

El juicio es el momento en que la razón determina qué conviene aquí y ahora integrando evidencia científica, experiencia clínica, singularidad fisiopatológica, valores del paciente y justicia en el uso de recursos: qué diagnóstico es más plausible, qué estudio tiene valor real, qué intervención es proporcionada, qué riesgo resulta aceptable y qué bien debe priorizarse. El imperio, por su parte, significa prescribir, intervenir, derivar, hospitalizar, comunicar pronóstico, indicar paliativos, retirar medios desproporcionados, coordinar al equipo y asegurar continuidad del cuidado. La medicina no termina en la comprensión del caso, culmina en decisiones que afectan de modo real a una persona vulnerable.

Si la prudencia médica ha de entenderse como especie análoga de prudencia práctica, también puede analizarse a la luz de las partes integrales de la prudencia tomista. Estas no son virtudes distintas, sino componentes que deben concurrir para que el acto prudencial sea completo, recto y eficaz. Traducidas al ámbito clínico, ofrecen un mapa normativo y operativo de la excelencia médica.

La memoria no es mero almacenamiento psicológico de datos, sino conservación veraz de lo experimentado que permite integrar casos previos, complicaciones, errores diagnósticos, eventos adversos, revisiones de morbilidad y trayectorias terapéuticas exitosas o fallidas¹⁸. Sin memoria prudencial, el clínico corre el riesgo de repetir errores o seleccionar sesgadamente solo aquello que confirma su autopercepción de competencia.

La inteligencia remite a la aprehensión correcta de los principios y, clínicamente, a la capacidad de captar lo esencial del caso presente. No consiste en acumular signos o seguir algoritmos, sino en reconocer qué está ocurriendo realmente y qué elementos poseen relevancia decisiva; gracias a

ella, el médico evita razonamientos formalmente correctos contruidos sobre una comprensión equivocada del caso^{19,20}.

La docilidad ocupa un lugar especialmente importante, porque es apertura racional para aprender de quienes poseen más experiencia. Se expresa en pedir segunda opinión, aceptar corrección, consultar al colega experto, escuchar al personal de enfermería, integrar otras disciplinas clínicas y reconocer que el paciente y su familia pueden aportar información decisiva sobre la enfermedad y los fines concretos del cuidado²¹⁻²³. La docilidad corrige la autosuficiencia profesional y una forma peligrosa de soberbia epistémica.

La sagacidad es el buen tino para captar rápidamente lo que conviene hacer cuando no hay tiempo para una deliberación extensa; esto adquiere especial relevancia en urgencias, deterioro agudo, incertidumbre diagnóstica, decisiones de triaje o escenarios clínicos incompletos. Esto no quiere decir que sea improvisación impulsiva, sino a rapidez nacida de la experiencia, la memoria bien ejercida y el entrenamiento²⁴.

La razón organiza el plan clínico al comparar diagnósticos diferenciales, jerarquizar probabilidades, justificar la solicitud de estudios, integrar información de laboratorio o imagen, contrastar riesgos y beneficios y articular una secuencia de acciones que no dependa del mero “así se hace”²⁵. Gracias a esta dimensión racional, la práctica médica escapa tanto del automatismo protocolario como del intuitivismo sin justificación; sin embargo, la razón clínica puede degenerar en racionalización defensiva, exceso de pruebas sin indicación suficiente o tecnocratización del juicio si pierde de vista el bien concreto del paciente²⁶.

La previsión o providencia, parte principal de la prudencia, ordena el presente hacia el futuro debido; en medicina, exige considerar trayectorias clínicas, complicaciones posibles, efectos adversos, adherencia probable, necesidades de rehabilitación, impacto familiar, deterioro progresivo, recaídas, transición a cuidados paliativos o consecuencias de omitir o prolongar indebidamente una intervención²⁷⁻²⁹. La prudencia médica no solo pregunta qué hacer ahora, sino qué horizonte de cuidado abre la decisión actual.

La circunspección consiste en atender a las circunstancias concretas que rodean la acción. El mismo

tratamiento puede ser prudente o imprudente según recursos disponibles, red de apoyo familiar, acceso a medicamentos, alfabetización sanitaria, edad, comorbilidades, contexto cultural, fragilidad socioeconómica o entorno de cuidado domiciliario^{30,31}. La circunspección impide absolutizar modelos ideales desligados del mundo real del enfermo³².

La precaución, finalmente, permite defender el bien buscado frente a males previsibles que pueden presentarse mezclados con él. En medicina, muchas intervenciones persiguen un bien real, pero conllevan riesgos relevantes. La precaución obliga a prevenir iatrogenia, iatrolalia, interacciones farmacológicas, errores de medicación, infecciones asociadas a la atención, *delirium*, caídas, sobredosificaciones, secuelas funcionales, sobretratamiento u obstinación terapéutica^{33,34}.

Consideradas en conjunto, estas partes muestran que la prudencia médica puede describirse con precisión sin perder densidad ética. El acto médico excelente no es un acto instantáneo ni una inspiración subjetiva o un simple cumplimiento de protocolos, sino una síntesis compleja de memoria veraz, captación de lo esencial, apertura al aprendizaje, rapidez proporcionada, razonamiento ordenado, proyección al futuro, atención a las circunstancias y cautela frente al daño. Desde esta perspectiva, la prudencia médica no solo nombra una virtud profesional deseable, sino la estructura misma de una medicina verdaderamente humana.

Consideraciones finales

La reconstrucción tomista desarrollada en este artículo permite afirmar que la prudencia médica no constituye un añadido a la práctica sanitaria, sino una categoría central para comprender la racionalidad propia del acto médico. Su fecundidad radica en hacer visible algo que con frecuencia queda oscurecido en los debates contemporáneos: la medicina no puede reducirse ni a la aplicación técnica de protocolos ni a la espontaneidad subjetiva del profesional, porque el acto médico auténtico exige una razón práctica perfeccionada por el hábito, orientada al bien y capaz de deliberar, juzgar y mandar en condiciones de contingencia.

Desde esta perspectiva, la prudencia médica nombra la forma superior de dirección del obrar clínico, aquella en la que ciencia, experiencia,

discernimiento moral y responsabilidad ejecutiva se articulan en favor del paciente concreto.

Esta conclusión permite precisar la naturaleza de la prudencia médica frente a varias deformaciones contemporáneas. No debe confundirse con la prudencia defensiva, cuya lógica principal consiste en evitar litigios o proteger la posición del profesional. Tampoco puede identificarse con una prudencia administrativa que absolutiza la eficiencia, la optimización de recursos o la gobernanza institucional como si coincidieran sin más con el bien del enfermo. Menos aún equivale a una astucia clínica orientada a resultados, prestigio o control técnico, pero desligada de la proporcionalidad del acto y de la vulnerabilidad del paciente. La prudencia médica exige fin honesto, juicio proporcionado y responsabilidad operativa; por eso, su verdad no se mide sólo por la eficacia instrumental de la decisión, sino por la rectitud del bien que intenta realizar y por la forma humana en que lo realiza.

Este artículo también muestra que la prudencia médica rebasa decisivamente el binomio técnica y ética. El buen acto médico no es primero técnico y después ético, sino que es simultáneamente cognoscitivo, moral, relacional e institucional.

Un médico puede sobresalir en fisiología, farmacología, estadística o lectura de guías y, sin embargo, carecer de prudencia si su juicio se encuentra deformado por la vanidad, el miedo, la indiferencia, la comodidad o incentivos ajenos al bien del paciente. De ahí que la prudencia médica deba entenderse como virtud formalmente intelectual, porque discierne lo verdadero en orden al obrar, y materialmente moral, porque su ejercicio está inseparablemente vinculado al bien concreto del enfermo, a la proporcionalidad de la intervención y a la justicia del cuidado. La prudencia no inventa arbitrariamente el bien ni se opone a la evidencia: reconoce el bien en su espesor humano y ordena la evidencia dentro de una decisión defendible.

Asimismo, la traducción clínica de las partes integrales de la prudencia confirma que la excelencia médica no puede descansar en estados anímicos variables, presiones coyunturales o improvisaciones afortunadas. La práctica sanitaria exige estabilidad en la deliberación, facilidad en el discernimiento y prontitud para actuar bien incluso bajo presión. En este punto, la memoria, la inteligencia, la docilidad, la sagacidad, la razón, la previsión, la circunspección y la precaución

no son cualidades accesorias, sino condiciones estructurales de una medicina prudente. Gracias a ellas, el acto médico deja de concebirse como un instante aislado de decisión y aparece como una síntesis compleja de experiencia veraz, captación de lo esencial, apertura al aprendizaje, anticipación de consecuencias, atención a las circunstancias y cuidado frente al daño. El profesional que sólo dispone de conocimientos dispersos o habilidades técnicas fragmentarias puede actuar correctamente en ocasiones, pero no alcanza excelencia consistente ni confiabilidad moral estable.

Finalmente, una de las aportaciones más relevantes de este artículo consiste en mostrar que la prudencia médica no solo es una categoría

descriptiva para pensar mejor la clínica, sino también normativa y pedagógica para renovar la formación sanitaria. Enseñar prudencia médica no equivale simplemente a añadir cursos de bioética normativa o reforzar competencias diagnósticas; implica formar la razón práctica del clínico en contacto con casos reales, tutores, equipos, pacientes y contextos institucionales concretos. En este sentido, la perspectiva de segunda persona resulta decisiva, porque recuerda que la excelencia médica no se fragua en el aislamiento, sino en la mediación de otros que corrigen, afinan, interpelan y enseñan a mirar bien. Así entendida, la prudencia médica ofrece un principio ordenador para la educación médica, la deliberación bioética y la práctica clínica responsable.

Referencias

1. Karthikeyan G, Pais P. Clinical judgement & evidence-based medicine: time for reconciliation. *Indian J Med Res* [Internet]. 2010 [acceso 13 mar 2026];132(5):623-6. DOI: 10.4103/0971-5916.73418
2. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [acceso 13 mar 2026];30(1):17-28. DOI: 10.1159/000509119
3. Genuis SJ, Lipp C. Ethical diversity and the role of conscience in clinical medicine. *Int J Family Med* [Internet]. 2013 [acceso 13 mar 2026];(1):587541. DOI: 10.1155/2013/587541
4. Aristóteles. *Física*. Madrid: Gredos; 1996. 281a14.
5. Aristóteles. *Ética Nicomáquea*. Madrid: Gredos; 1982. 1106a15, 1106b35.
6. Aristóteles. *Acerca del alma*. Madrid: Gredos; 1982. 246a11.
7. Tomás de Aquino. *Suma de teología II. Parte I-II*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2006.
8. Tomás de Aquino. *Suma de teología III. Parte II-II(a)*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2005.
9. Tomás de Aquino. *Cuestiones disputadas sobre la virtud*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2012.
10. Buber M. *Yo y tú*. Barcelona: Herder; 2017.
11. Levinas E. *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme; 1977.
12. Pinsent A. *The second-person perspective in Aquinas's ethics: virtues and gifts*. United Kingdom: Routledge; 2011.
13. Pinsent A. The non-Aristotelian virtue of truth from the second-person perspective. *European Journal for Philosophy of Religion* [Internet]. 2013 [acceso 13 mar 2026];5(4):87-104. Disponible: <https://bit.ly/4gwDrPH>
14. Gutiérrez-González MA. Los hábitos colectivos en las universidades: una aproximación desde las virtudes intelectuales. In: Nebel M, Gutiérrez-González MA, editores. *Universidades y bien común. Métrica de la calidad educativa desde un enfoque de bien común*. México: Tirant lo Blanch; 2025. p. 251-98.
15. Tomás de Aquino. *Cuestiones disputadas sobre la verdad*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2012. q. 5, a. 1, co; q. 16.
16. Tomás de Aquino. *Comentario a la Ética a Nicómaco*. España: Ediciones Cíafic; 1983. Lib. 6, l. 4, n. 2.
17. Sellés JF. Razón teórica y razón práctica según Tomás de Aquino. *Cuadernos de anuario filosófico* [Internet]. 2000 [acceso 23 jul 2026];(101). Disponible: <https://bit.ly/4x43dSi>

18. Hruska P, Krigolson O, Coderre S, McLaughlin K, Cortese F, Doig C *et al.* Working memory, reasoning, and expertise in medicine insights into their relationship using functional neuroimaging. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2016 [acceso 13 mar 2026];21(5):935-52. DOI: 10.1007/s10459-015-9649-2
19. Norman G. Dual processing and diagnostic errors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2009 [acceso 13 mar 2026];14(Suppl 1):37-49. DOI: 10.1007/s10459-009-9179-x
20. Kumar B, Kanna B, Kumar S. The pitfalls of premature closure: clinical decision-making in a case of aortic dissection. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2011 [acceso 13 mar 2026];2011. DOI: 10.1136/bcr.08.2011.4594
21. Chochinov HM. Humility and the practice of medicine: tasting humble pie. *CMAJ* [Internet]. 2010 [acceso 13 marzo 2026];182(11):1217-8. DOI: 10.1503/cmaj.100874
22. Park MS, Lee SJ, Choi YR, Chang SO. Exploring a nursing home-specific, interdisciplinary, function-focused, communicative framework based on situation, background, assessment, and recommendation. *J Nurs Res* [Internet]. 2021 [acceso 13 mar 2026];29(3):151. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000428
23. Shickh S, Leventakos K, Lewis MA, Bombard Y, Montori VM. Shared decision making in the care of patients with cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* [Internet]. 2023 [acceso 13 mar 2026];43:e389516. DOI: 10.1200/EDBK_38951
24. Pelaccia T, Plotnick LH, Audétat M-C, Nendaz M, Lubarsky S, Torabi N *et al.* A scoping review of physicians' clinical reasoning in emergency departments. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2020 [acceso 13 mar 2026];75(2):206-17. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.06.023
25. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med* [Internet]. 2009 [acceso 13 mar 2026];84(8):1022-8. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181ace703
26. Shenoy A, Shenoy GN, Shenoy GG. Patient safety assurance in the age of defensive medicine: a review. *Patient Safety in Surgery* [Internet]. 2022 [acceso 13 mar 2026];16(1):10. DOI: 10.1186/s13037-022-00319-8
27. Chen CH, Wen F-H, Chou W-C, Chen J-S, Chang W-C, Hsieh C-H, Tang ST. Associations of prognostic-awareness-transition patterns with end-of-life care in cancer patients' last month. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022 [acceso 13 mar 2026];30(7):5975-89. DOI: 10.1007/s00520-022-07007-4
28. Ben-Zacharia A, Adamson M, Boyd A, Hardeman P, Smrtka J, Walker B, Walker T. Impact of shared decision making on disease-modifying drug adherence in multiple sclerosis. *Int J MS Care* [Internet]. 2018 [acceso 13 mar 2026];20(6):287-97. DOI: 10.7224/1537-2073.2017-070
29. Stoll S, Costello K, Newsome SD, Schmidt H, Sullivan AB, Hendin B. Insights for healthcare providers on shared decision-making in multiple sclerosis: a narrative review. *Neurol Ther* [Internet]. 2024 [acceso 13 mar 2026];13(1):21-37. DOI: 10.1007/s40120-023-00573-7
30. Symmons SM, Ryan K, Aoun SM, Selman LE, Davies AN, Cornally N *et al.* Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2023 [acceso 13 mar 2026];13(4):374-85. DOI: 10.1136/bmjspcare-2022-003525
31. Ungar-Sargon J. Contextual errors in medical decision making: reclaiming the human situation in clinical care. *J Med - Clin Res & Rev* [Internet]. 2025 [acceso 13 mar 2026];9(10):1-15. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001017
32. Weiner SJ. Contextualizing medical decisions to individualize care: lessons from the qualitative sciences. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2004 [acceso 13 mar 2026];19(3):281-5. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.30261.x
33. Druml W, Druml C. Übertherapie in der intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfallmedizin* [Internet]. 2019 [acceso 13 mar 2026];114(3):194-201. DOI: 10.1007/s00063-019-0548-9
34. Lorenc T, Raine G, Khouja C, Rees R, Hinds K, Wright K *et al.* Inappropriate treatment at the end of life: a systematic review of qualitative evidence [Internet]. United Kingdom: EPPI-Centre; 2021 [acceso 13 mar 2026]. Disponible: <https://bit.ly/4fhXhJ>

Manuel Alejandro Gutiérrez-González – Doctor – manuel.gutierrezgon@anahuac.mx

 0000-0002-0799-5421

Samantha Carolina Vargas-Malpica – Estudiante de doctorado – dravargasorl@usal.es

 0009-0002-0308-2753

Correspondencia

Manuel Alejandro Gutiérrez-González. Circuito Universidades I, Kilómetro 7, Fracción 2. C.P. 76246. El Marqués, Querétaro, México.

Participación de los autores

Manuel Alejandro Gutiérrez González: conceptualización, curación de datos, metodología, supervisión, validación, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición. Samantha Carolina Vargas Malpica: validación y redacción – revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 14.3.2025

Revisado: 17.6.2026

Aprobado: 22.6.2026