

ACIERTO Y EXCELENCIA EN MEDICINA CLÍNICA: LA MORAL DEL ARQUERO

SUCCESS AND EXCELLENCE IN CLINICAL MEDICINE: THE ARCHER'S MORALITY

ACERTO E EXCELÊNCIA NA MEDICINA CLÍNICA: A MORAL DO ARQUEIRO

Jorge T. Insua¹

RESUMEN

La pregunta sobre "¿qué es un buen clínico?" y "¿qué es una buena medicina?" llevan a ponderar cuál es el rol de la persona humana médica en la medicina actual. Excelencia, acierto y prudencia sintetizan la bondad en los actos en medicina. El concepto de acertar, en medicina, resume los principales elementos de la bioética de la virtud en un formato más practicable y comprensible para la práctica clínica. Se reflexiona sobre algunos de ellos. Entre los principios de la bioética y la demanda de la práctica hay un camino del realismo clásico intermedio: el acierto en medicina. Este tiene amplias implicancias en profesionalismo, educación médica y servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: bioética; rol del médico; moral; error médico; posgrado médico.

DOI: 10.5294/pebi.2025.29.1.7

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Insua JT. Acierto y excelencia en medicina clínica: la moral del arquero. *Pers Bioet.* 2026;29(1):e27741. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2025.29.1.7>

1  <https://www.orcid.org/0000-0002-0320-0441>. MD, MSc. Universidad Austral.
JInsua-ext@austral.edu.ar

RECEPCIÓN: 05/12/2025

ENVÍO A PARES: 06/04/2026

APROBACIÓN POR PARES: 27/04/2026

ACEPTACIÓN: 27/04/2026

ABSTRACT

The questions What makes a good clinician? and What defines good medicine? lead to a reflection on the role of the human person as a physician in contemporary medicine. . Excellence, success, and prudence encapsulate goodness in medical practice. The concept of success in medicine summarizes the main elements of virtue bioethics in a more practical and understandable format for clinical practice. Some of these elements are explored. Between the principles of bioethics and the demand of practice lies an intermediate path of classical realism: success in medicine. This has broad implications for professionalism, medical education, and healthcare services.

KEYWORDS: Bioethics; physician's role; morality; medical error; medical postgraduate studies.

RESUMO

As questões sobre o que é um bom clínico e o que constitui uma boa medicina levam a refletir sobre o papel da pessoa humana do médico na medicina contemporânea. Acerto, excelência e prudência sintetizam a bondade dos atos médicos. O conceito de acerto na medicina resume os principais elementos da bioética das virtudes em um formato mais prático e compreensível para a prática clínica. Reflete-se sobre alguns desses elementos. Entre os princípios da bioética e as exigências da prática, existe um caminho intermediário do realismo clássico: o acerto na medicina. Esse conceito possui amplas implicações para o profissionalismo, a educação médica e os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: bioética; papel do médico; moral; erro médico; educação médica de pós-graduação.

*The secret of the care of the patient
is in caring for the patient*

Francis Peabody, 1925

*I have three personal ideals.
One, to do the day's work well and
not to bother about tomorrow...
The second has been to act the
Golden Rule, as far as in my lay,
towards my professional brethren
and towards the patients committed to my care...
and the 3rd has been to cultivate such
a measure of equanimity
as would enable me to bear success with humility,
the affection of my friends without pride, and
to be ready when the day of sorrow and grief
came to meet it with the courage befitting a man*

Sir Willam Osler, 1905

INTRODUCCIÓN

La medicina clínica concentra los principales principios bioéticos clínicos y los principios de acción, que en la práctica gobiernan gran parte de la salud. Ya sea para una bioética principialista, para una bioética clásica y personalista, o para el uso de principios normativos para *policies*, para adecuar servicios de salud, se requieren agentes que sepan acertar en la práctica médica (1).

En el contexto complejo de cambio tecnológico, organizativo y científico se replantean las preguntas: ¿es la medicina clínica una vocación de servicio viable?, ¿qué y cómo hay que educar para ser un buen clínico hoy 2025? Una reflexión crítica sobre la medicina y la clínica (2, 3), “ciencia de la incertidumbre y arte de la probabilidad”

(4), es imprescindible repensar los fundamentos de la medicina como profesión (5, 6).

En este análisis buscaremos sobre los fundamentos de una idea de la buena clínica y medicina, simplemente y sin más. Esto implica una cierta idea de lo *bueno* y de *médico/ medicina*. Excelencia, acierto y prudencia sintetizan la bondad de los actos en medicina. Osler es sin duda un modelo de rol para toda la educación médica (7, 8). Una respuesta realista y sintética es la imagen del *acierto*, ilustrada en su ejemplo osleriano.

En este artículo de reflexión, consideraremos algunas ideas básicas a la medicina, basados en el aporte de un humanismo realista clásico —sin el aparato crítico propio de este método—, considerando la actualidad cultural que las modifica y ponderando la medicina clínica con referencias científicas de calidad, usando las máximas de Osler citadas y años de reflexión y experiencia personal en medicina. No usamos métodos de investigación ética ni empírica (9), ni revisión sistemática de los temas, ni revisamos estudios empíricos sobre pensamiento médico, no actualizamos ni operativizamos conceptos o indicadores a nivel clínico, educativo u organizativo (10). Esta es una reflexión meta-bio-ética más que de una ética normativa, focalizándonos más en principios racionales de la acción que en normas u operaciones en salud.

El objetivo es mostrar la idea de la moral del arquero, visible en el ideal osleriano de la clínica como una síntesis operativa de la ética de la virtud en medicina clínica, y clarificar las ideas de excelencia y prudencia del accionar médico, implícitos en dicho planteo. Si bien el medio social y cultural de Osler difiere del actual, su ejemplo y acción clínica nos permite visualizar la idea del *acierto* y el humanismo necesario para acertar.

BASES CLÁSICAS DE LA MEDICINA MODERNA

Osler fue, además, un humanista, un hombre abierto a las letras clásicas y a la acción en medicina, vinculando la práctica clínica a un humanismo vivido. Los conceptos humanistas clásicos de la concepción greco-judeocristiana, si bien histórica y socialmente condicionados, y pasibles de críticas múltiples, son una ventana privilegiada a problemas humanos universales, dentro de los cuales está la medicina actual. Sin embargo, falta enfatizar un elemento que es propiamente la exigencia ética interna de la misma práctica clínica (11). La idea de naturaleza (*physis*) griega (12) permite pensar la medicina como arte de curar (*techne iatrique*), subyace la medicina científica (13), a la bioética hipocrática —y a sus derivaciones— (14), que es incluso contemplada en la *paideia* griega (15). Pero esta riquísima historia de desarrollo supera los límites de este artículo.

Aristóteles, en la *Ética Nicomaquea*, uno de los libros éticos más psicológicos y antropológicos de la historia intelectual de la humanidad, desarrolla lo que E. Komar llamaba *la moral del arquero* (16). El hombre es como un arquero que tira a un objetivo o blanco (17, 18) y tiene una sola forma de acertar y múltiples formas de errar. Entre los principios de la bioética de la perspectiva principialista, que llevan a la necesidad de balancear la beneficencia, autonomía y justicia para cada caso, y la demanda de la práctica, el realismo clásico ofrece un camino intermedio: el del acierto en medicina. Este acierto es un puente entre el obrar y el hacer, el *opere* y el *facere*, entre la buena acción y el buen arte (19). Acertar en medicina resume los principales elementos de la bioética de la virtud en formato más visible, practicable y comprensible para la práctica clínica. El secreto de la

medicina es el atender al paciente (20), eso lleva a la práctica clínica; y esta atención excluye tanto a las computadoras y los algoritmos, que es dudoso que atiendan pacientes en los puntos de servicios —guardias, calles, hospitales y domicilios—, en variadas circunstancias; así como como excluye teorías éticas de escritorio de no-médicos clínicos.

Como dijo R. Brook, pionero de la ciencia de la calidad en medicina, la medicina se puede resumir en la siguiente formulación: un médico = emoción + pasión + ciencia (21). Osler, que ya era un bio-eticista de la virtud antes que esta se formulara como tal (22), que insistía en el equilibrio del corazón y la razón en la práctica y educación médica, vio la importancia del carácter del agente (23, 24). La justificación teórica sobre la bioética de la virtud, y sus implicancias epistemológicas y clínicas, se puede encontrar en textos más completos (25-29).

Acertar

Para la práctica clínica el problema central es el mismo que para la ética realista: acertar; que refleja la simple experiencia clínica —por ejemplo, del acierto diagnóstico—, inteligible para un clínico sin formación humanista. Esta poderosa imagen clásica —un arquero, un arco, una flecha y un blanco, acierto y error—, representa la totalidad de la persona, en *cuero y alma*, en un acto excelente. Refleja, por tanto, la práctica diaria de muchos médicos: caso a caso, problema a problema, queriendo hacer lo mejor al pie de la cama o al pie del paciente (30). Por tanto, la imagen del arquero articula la experiencia médica diaria, olvidada por los teorizadores de la medicina, con una profunda formulación del accionar humano de base filosófica.

La literatura médica reciente busca fórmulas para la buena clínica, donde todas las medidas de excelencia clínica se relacionan también con habilidades personales, en última instancia la *presencia* y *compromiso* en la práctica clínica —como disciplina, atención al detalle, empatía, comunicación excelente, etc.— (31-33). Varias características han sido identificadas para definir la excelencia clínica —por orden de frecuencia se señalan comunicación y habilidades interpersonales, profesionalismo y humanismo, habilidad diagnóstica, negociación habilidosa con el sistema de salud, conocimiento, habilidades académicas para la práctica clínica y pasión por la medicina— (34).

D. Gracia realizó también esta comparación en bioética y en la idea del médico perfecto o excelente (35, 36). La perfección de algo o alguien tiene tres aspectos: la perfección de la naturaleza de su ser —p. ej. su persona—, la perfección de sus accidentes —p. ej. su nivel de conocimiento o entrenamiento— y la perfección de su ejercicio —p. ej., llegar a una cura efectiva— (37). Perfecto, como *per-facere*, es hacer hasta el final aquello implícito en un orden interior (38).

La moral del acierto se articula con la bioética de la virtud realista y clásica. La idea del acierto es poderosa porque resume dos aspectos vigorosos de la bioética clásica: el realismo del objeto del acto y el carácter necesario del sujeto en una sola imagen. Este análisis no presupone un conocimiento académico de filosofía clásica, tampoco un desarrollo argumentativo e intelectualmente justificado de la llamada bioética de la virtud, basada en los actos del agente, en virtudes y vicios operativos en los actos. Pretende simplemente explorar la capacidad de esta imagen clásica para la medicina clínica

actual, desde los ojos de la clínica, a la luz de conceptos críticamente pensados por la bioética.

La medicina, ciencia práctica y arte, siempre ha sido muy dependiente del progreso de las ciencias básicas de la naturaleza, de las ciencias aplicadas y tecnologías consiguientes, así como del contexto cultural, socioeconómico y tecnológico general —como lo prueba abundantemente toda la historia de la medicina— (39, 40). Esta dependencia del contexto es muy patente e incluso llamativa en la historia de la medicina (41), pues puede cuestionar la idea del acierto. La medicina de hoy usa varios conceptos, tales como los conceptos de excelencia clínica, de medicina centrada en el paciente, de calidad médica, de profesionalismo, de interdisciplina y otros derivados, pero lo hace de forma relativamente acrítica respecto a sus fundamentos intelectuales profundos (42). Esta analogía con el arquero permite distinguir con sutileza matices de varios de estos conceptos que circulan hoy en la cultura médica.

Excelencia

Explicitemos los supuestos e implicancias en la analogía de la moral del arquero, sus relaciones con la medicina y la excelencia clínica, y su aplicabilidad para la situación actual, desde una luz humanística. La idea de *excelencia*, que penetra toda la cultura occidental y que sufrió variaciones posteriores, subyace a estas consideraciones sobre la medicina clínica. Hacer el bien y hacerlo bien, o excelentemente, no son lo mismo. Aristóteles, que fue un biólogo consumado para su época (43), con observaciones que recuerdan a Darwin por su realismo, ejemplos médicos, capacidad de observación y sentido de las especies (44), usa este método *biológico* de observación, aun en sus formulaciones más abstractas (45). Para el problema

del acierto en medicina, este rasgo puede representar una ventaja intelectual, dada la complejidad multiforme de la medicina actual.

La idea clásica y griega de la excelencia, virtud, bondad o nobleza (*areté*) de un ser particular, contingente, nace de la intuición de la excelencia de las formas y del funcionamiento de un organismo, en particular para la lucha. Tiene un naturalismo de base, similar a la idea de un animal excelente, como el de un gran ejemplar de una especie particular —Platón habla de la *areté* de un caballo— (46). Si bien se requieren más distinciones entre los términos y un análisis de las diferencias lingüísticas de los conceptos filosóficos mencionados —y solo para este análisis—, *excelencia*, *nobleza*, *virtud* y *bondad* se considerarán como conceptos equivalentes o análogos, a pesar de sus etimologías y múltiples diferencias conceptuales posibles.

Esa excelencia o nobleza natural se explicitó luego en actividades de la cultura, como la navegación, el deporte, la guerra y la lucha gimnástica, luego a la nobleza humana, moral e intelectual, la nobleza en la educación (47) y, finalmente, a la nobleza de espíritu (48). La época cristiana introduce o, más bien, irrumpe con la caridad o amor desinteresado en la idea helénica de nobleza —si bien esta transición es compleja y ha tenido evaluaciones teológicas posteriores— (49). En el humanismo medieval, la excelencia se aplica fundamentalmente a categorías que denotan lo que está por encima del hombre y que lo divinizan (50), resultado de la antropología bíblica y cristiana subyacente.

El contexto cultural y filosófico modelan la idea clásica de excelencia e incluso la oponen. El humanismo secular, hijo de la ilustración, en su versión más deontológica,

enfatisa el imperativo Kantiano de tratar a las personas como fines y no como medios, y el reconocimiento de los derechos humanos (51) y la autonomía personal (52). Por tanto, la excelencia se constituirá en el respeto de dichos derechos. En la versión ilustrada británica, más utilitarista, emerge el concepto de excelencia en su versión individualista y competitiva, necesaria para el *profit* en el mercado, adquiriendo así el sesgo egoísta hoy predominante en el mundo del *management* (53, 54). Ambas tienden a reducir la importancia de la excelencia clásica.

El naturalismo pospositivista, que enfatiza el peso relativo del conocimiento por la experiencia y de la ciencia, tan importante en la construcción de la medicina moderna, introduce otro problema de mucho peso: la distinción entre el buen agente y el buen resultado. Este problema solo es resoluble sobre la base de la distinción entre *opere* —obras que permanecen en el agente o sujeto actuante— y *facere* —obras que permanecen fuera del agente— (55). La variante de la ilustración escocesa, junto con el pragmatismo americano, tan importantes para la medicina clínica, agregaron la necesidad de la efectividad y la resolución de problemas médicos (56), que subyace a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

La epistemología de la filosofía de la ilustración, especialmente poskantiana, que rompe el vínculo realista sujeto cognoscente-objeto conocido, pierde la distinción entre la excelencia del objeto y del sujeto, al caer bajo una epistemología metafísica idealista kantiana. La reducción naturalista del positivismo, con la intermediación de la ciencia empírica y la tecnología, no llega a resolver la naturaleza del conocimiento del *fenómeno* enfatizado por Kant, pero que es importante para la medicina. La distinción entre el conocimiento

científico y conocimientos de otra naturaleza desaparece con la filosofía analítica, quedando como válida solamente la ciencia como acceso a la verdad, a pesar de que esta última ha desarrollado distinciones claves para la medicina actual. Esto nubla la base ética y tiende a absorberla puramente en el problema empírico.

La tendencia moderna es a la excelencia como autoafirmación personal por una funcionalidad distinguida en una organización racional. “La acción racional con arreglo a fines, es decir, la acción instrumental, es, por último, aquella en la que el agente se orienta conscientemente a la consecución de un fin propio, ‘racionalmente’ sopesado y perseguido, guiándose en su proceder por el criterio de eficacia” (57). Esta idea subyace, en parte, en la MBE. La excelencia funcional de las personas tiende a un egoísmo economicista y da origen a una reacción a la alienación interpersonal resultante en los sujetos actuantes. En la medicina estas ideas economicistas impactaron en la medicina gerenciada (*managed care*) y ahora en los hospitales académicos (58). Esta visión de la excelencia despersonaliza los problemas y tiene conflictos de interés. La reacción crítica al racionalismo cosificador moderno emerge en la revolución contestataria del 68, acoplada al marxismo ético, generando la tendencia actual a la ideología. La racionalidad instrumental se resquebraja y emerge un rechazo crítico muy explicitado, por ejemplo, en la escuela de Frankfurt (59).

Finalmente, la corriente existencialista y la personalista, especialmente a través de M. Buber y E. Levinas, enfatiza la intersubjetividad dialogal (60), en particular en algunos aspectos de la medicina narrativa (61). La intersubjetividad se alinea con la relación médico-paciente y la centralidad de la persona, pero puede enfatizar el

aspecto no-clínico del acto médico y reducir el aspecto técnico de la anamnesis.

La modernidad ha mutado a la posmodernidad. Las notas posmodernas a la idea de excelencia son más complejas. Ocurre una disolución de la razón sin más. Este es un fenómeno menos conocido en la medicina, pero muy activo y de gran importancia para la actualidad, especialmente en los jóvenes médicos (62). En las variantes más recientes de esta línea de pensamiento posmoderno, la realidad objetiva se sustituye por *artificios, construcciones, discursos, narrativas, relatos y/o sistemas de representación* (63). Todas ellas son formas artificiales que, por lo tanto, deben ser interpretadas hermenéuticamente o deconstruidas y contestadas. La consistencia de los seres particulares se diluye en una *ontología débil* (64). Los seres humanos concretos se diluyen o desaparecen. Esto erosiona la idea del acierto y excelencia práctica.

La fragmentación y el carácter *light* de la cultura posmoderna se introduce en la medicina actual y en las personas actuantes —con efectos en la motivación, la responsabilidad, el compromiso y la capacidad de sacrificio. La lectura sociológica en el tópico de la modernidad y posmodernidad domina sobre la filosófica. Esta *modernity*, que en sociología es casi *post-modernity*, domina el escenario actual. La modernidad termina en la *modernidad líquida* de Z. Bauman; líquida porque el material cambia de forma frente al *stress* o la presión lateral —definición de fluido— y, por tanto, todo se escapa *entre los dedos* en esta modernidad (65). Esta propiedad de cambio, ausencia de límites e informalidad, subyace a muchas de las formas culturales actuales. La ética se convierte en sociología y el pensamiento en ideología, por tanto, relativa y cuestionable (66).

Esto a su vez se ve potenciado por la interacción electrónica —redes, celulares, etc.— con su distancia de la realidad sensorial e interpersonal. Los temas se pierden en la plétora de información, el medio instrumental domina los fines. Todo lo que requiere consistencia personal, compromiso, visión de largo plazo, que depende de la visión clara y acertada, se diluye. Si todo cambia de forma, no se distingue dónde está la forma.

La idea de excelencia, en la actualidad —un rendimiento superior para un objetivo—, puede investigarse empíricamente y tiene un aspecto personal y otro social, cultural o grupal. En el ámbito psicológico se ha fortalecido la idea de rendimiento óptimo, aplicada sobre todo a la comparación con uno mismo (67), más que la de un rendimiento superior o en estado de flujo (68). En el ámbito personal se refiere al rendimiento artístico, rendimiento deportivo (69), de excelencia educativa (70), excelencia laboral y organizativa, etc. (71), pero esta idea moderna de excelencia ha perdido la naturalidad e inmediatez del concepto primigenio griego. La idea de la excelencia grupal circula hoy como una idea de *management* (72) o de *performance* grupal de diversos tipos. Esta idea se sustenta en la potenciación que ocurre en el trabajo en equipos, que son sanos en su operación. En salud emergió la idea de *calidad de atención* a través de *performance* de los servicios, como una forma de excelencia grupal (73). Sin embargo, el acierto como idea no está suficientemente explicitado en la calidad de atención. Todas estas evaluaciones empíricas son solo aspectos de la excelencia clásica.

Cada una de estas ideas de excelencia comentadas iluminan directamente —reforzando— o por contraste —reduciendo— las finalidades de la tarea médica. No obstante, esta simplificada variación histórica de conceptos

de origen filosófico y teológico retroalimenta la idea del arte de sanar como servicio y, por tanto, la naturaleza de la excelencia o nobleza de la medicina, que no es más que un servicio al enfermo o al potencialmente enfermo (74). Si bien esta idea de servicio se debilita en la cultura posmoderna y *light* actual (75), puede ser todavía utilizada en la clínica.

MORAL DEL ARQUERO

Frente a todas estas variaciones de sentido recientes sobre la excelencia, hablamos de moral del arquero en su sentido primordial, el de la antigüedad clásica y más cercano a la idea actual intuitiva de excelencia (76). La *areté* o excelencia pasó luego a la cultura de Occidente bajo la palabra latina: *virtus* o virtud. La “palabra virtud, —literalmente *fuerza*— denomina una cierta plenitud de habilidad, medida por una adecuación perfecta para actuar” (77). Se distinguen las virtudes intelectuales —propias de los actos intelectuales—, morales —propias de los actos volitivos— y operativas —que requieren ambos órdenes. Esta *moral* requiere de entusiasmo, de ideal atractivo, de hacer las cosas con emocionalidad y racionalidad, con *toda el alma*, en respuesta a lo valioso (78). La idea de la excelencia mirada de esta forma tiene un cierto espíritu deportivo o lúdico, como decía el doctor A. Agrest. Si bien ambos pueden ser contraintuitivos con la gravedad de la medicina, que carga con la necesidad, el sufrimiento, el dolor y la enfermedad del paciente, pero sostienen la integridad del médico.

La excelencia puede serlo en la intelección o en la acción hacia una verdad a ser conocida o hacia un bien actuado u obtenido. Esta visión de la excelencia es realista, balancea emoción y razón, enfatiza el desarrollo de los hábitos, focaliza en evitar el error y educa, como decía

W. Osler, en las frases citadas arriba, sobre lo que era su secreto, “en la atención al presente y a lo que se tiene entre manos” (79). Esta perla de sabiduría practica el control de la atención, testimoniada con su propia vida y vitalmente compartida y experimentada por gran parte de los clínicos dedicados. Este foco de atención en la realidad concreta es la clave de la clínica, subjetiva y objetivamente, como afirma la frase de Peabody citada. Ambos son hoy objeto de un énfasis y descubrimiento neurocientífico sobre la neurobiología de la atención, camino de la excelencia (80). Esta base neural demanda la centralidad de los buenos hábitos, requisito básico de la excelencia. La imagen del arquero se aplica sobre todo al aspecto personal de la excelencia, así como al impacto grupal o social, y distalmente al organizativo y público. Esta excelencia llevó al tema del *médico perfecto* —nombre más exigente que el de médico excelente—, es decir, el mejor conjunto de virtudes necesarias para la práctica de la medicina (81).

El segundo punto de Osler, volitivo y ético, es el compromiso con la regla de oro: no hacer a los demás lo que no quisieras que te hicieran a ti, o formulado al revés: haz a los demás lo que quisieras que te hagan a ti (82). Esta recomendación ética, por demás certera, enfatiza la empatía. Osler lo aplica a pacientes, a los profesionales de la salud y al personal de salud. Este punto lleva al tema de la excelencia y acierto en el vínculo interpersonal, especialmente en la relación médico-paciente-familia (83), marco existencial del acierto clínico; el punto aquí es resaltar su peculiar exigencia. Como decía E. Pellegrino, el fundamento de la medicina ocurre en la Relación Médico-Paciente (RMP). Hay elementos persistentes y subyacentes a los cambios sobre el concepto *medicina*, que podríamos llamar constantes estructurales de la medicina. Primero es que es un servicio, una relación de ayuda y

de sanación que implica el hecho de la enfermedad. La responsabilidad del que ayuda se basa en una relación de confianza-ayuda —*beneficence-in-trust model*—. El hecho de la enfermedad es un grupo particular de hechos biológicos del gran concepto de vulnerabilidad humana. La RMP es una relación interpersonal —esto implica un contexto personalista, *a relational good*—, pero especificado técnica y clínicamente. Una relación técnica implica un *bien* científico, técnico y artísticamente entendido —*Techné, right action*, que es propiamente un hacer— (84).

El tercer ideal de Osler se resume en la *ecuanimidad*, entendida como “Imparcialidad de juicio; imparcialidad, equidad, neutralidad, objetividad, equilibrio, justicia, rectitud, medida” (85). La idea de *moral* o ética como *discusión* de dilemas éticos, esquema dominante en la etapa posterior a la filosofía de la ilustración, que permea la bioética actual principalista (86), frecuentemente termina sesgada por corrientes de moralismo o amoralismo, deontologismo, utilitarismo o emotivismo, suele terminar en desacuerdos irresolubles (87). Así entendida como discusión sobre la moral bioética, aun en la casuística, debilita su vínculo originario con la idea de excelencia o virtud, basada en la sólida realidad de la persona actuante y el organismo del paciente, y en la solidez del acto concreto. La idea de excelencia pierde entonces la fuerza atractiva del valor. Pero, además, pierde la encarnación necesaria para mirar la medicina y sus agentes concretos. Se ha intentado reforzar la bioética clínica al pie de la cama (88).

La bioética supera estos problemas a través de la ética de la virtud en medicina (89), que vuelve a encarnar la excelencia en el acto clínico. Sigue siendo el mayor tema del acierto, el ético y valorativo, frente a todos los

otros aciertos. El punto para el objeto de este artículo es que aún estos avances conceptuales son insuficientes frente a los dilemas que enfrenta la medicina clínica de hoy, especialmente para el médico clínico.

LA VÍA FINAL COMÚN: PRUDENCIA (*PHRONESIS*)

El acierto entonces se articula con la prudencia. La idea griega de *phronesis*, cuya traducción latina es prudencia —*prudencia*—, concepto clave que significa habilidad y capacidad de juzgar en situaciones particulares concretas con resultados abiertos, de leer la realidad concreta y actuar acertadamente en consonancia con ella. Esta es una virtud tanto práctica como intelectual. T. de Aquino la define como “razonamiento recto en la práctica” —*recta ratio agibilium*— (90). Su recto ejercicio es entonces una virtud cardinal.

La medicina requiere leer la realidad, no el libro, sino el enfermo concreto o la situación de salud concreta para una acción sanadora correcta (91). La prudencia se requiere en todos los pasos para un juicio práctico —contemplación, decisión, comando— o toda acción resultante de un juicio práctico —operar o no, droga A o droga B, etc.—, además, requiere una buena elección de medios para llegar a un fin. La prudencia articula todas las facultades de una persona: cognitivas, sensitivas, de toma de decisión y de planificación ejecutiva, formalizadas en un juicio particular y en acciones particulares. En el mundo habitual de la medicina, la imagen del acierto del arquero es útil porque requiere la exposición, corrección y calibración permanentes, y el ejercicio permanente, o sea, entrenamiento y hábito.

La *prudencia* es una de las palabras más resignificadas en el pensamiento moderno, interpretada como *no*

jugarse, de poco compromiso o no toma de riesgo (92). Contrariamente, el énfasis griego y latino era más bien el inverso. La prudencia define la capacidad de tomar riesgo y resolver lo difícil concreto. El vínculo con la fortaleza y la templanza fue enfatizado por Osler en el equilibrio y dominio emocional propio (tercera cita), especialmente en el trato y en la incertidumbre (93).

Aristóteles define la virtud —nosotros diríamos la excelencia— como “el estado del carácter que hace buena a la persona y que hace que esa persona haga bien su trabajo” (94). En este sentido, la virtud, dependiente de los hábitos y, por tanto, de la repetición, compromiso y contacto directo con ese sector de la realidad, es una disposición estable a actuar correctamente —así como el vicio lo es a actuar incorrectamente. Enfatiza así el carácter del agente y su trabajo o función. Por ejemplo, la habilidad para preguntar y examinar, requeridos para una buena historia clínica, son hábitos operativos internos del agente que permanecen con el sujeto actuante y que se aplican a diversos pacientes por igual (95). Estos hábitos son la base de las prescripciones del juramento hipocrático (96). El ejemplo osleriano, especialmente en las rigurosas residencias médicas y sistemas de entrenamiento de grado y posgrado (97), se fundamenta en la doctrina de los hábitos —equivalente al entrenamiento del arquero— (98). El médico que ha hecho el esfuerzo de pasar por estos programas entiende inmediatamente la imagen del acierto del arquero.

Es claro que, en el continuo del pensamiento médico, desde el novato hasta el experto, se recorre el camino de la opinión a la ciencia. Sin embargo, el concepto aristotélico de ciencia se aplica solo parcialmente en el caso de la medicina, debido a que esta última es un conocimiento

práctico que se dirige a lo individual y no a lo universal que define la ciencia especulativa (99).

La medicina tiene una suerte de conocimiento universal básicamente inductivo e indefectiblemente con incertidumbre (100). Si podemos notar que el acierto en pensamiento y acción médica es un tema crucial, como lo evidencia la ciencia del error diagnóstico en medicina (101). Hay iniciativas en marcha a reducir este problema. La investigación empírica sobre pensamiento médico (102) supera el método reflexivo de estas líneas.

La distinción entre opinión y ciencia está siendo revalorada luego de que el movimiento de la MBE introdujo la necesaria habilidad con la estadística y la epidemiología clínica, y pretende reducir la opinión y aumentar la ciencia (103), pero que lleva lo que A. Feinstein llamó la “distracción de los modelos cuantitativos” (104). Actuar sobre lo particular, bajo la regulación de los juicios prácticos, distingue entre dos tipos de actos: actos que quedan en el sujeto actuante y que lo perfeccionan (*ethos* o moral), y productos o producción (*techné*), productos que quedan fuera del sujeto actuante. Un producto puede ser un instrumento (bisturí, estetoscopio), pero producto es también un proceso (técnica quirúrgica u operativa) o una evaluación cognitiva (p. ej. una historia clínica escrita). El concepto actual de tecnología médica enfatiza aparatos y dispositivos creados por el ser humano, por tanto, fuera de él. Actos que quedan en el sujeto actuante son acciones perfectivas, un *ethos* o conductas que finalmente terminan siendo hábitos operativos. La definición de tecnología como “la organización del conocimiento para fines prácticos” (105) tiene un componente en la inteligencia práctica el propio agente operador (106). La idea del acierto es válida aun frente a la MBE.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la idea de una *moral del acierto*, la excelencia realizada por el acierto como por un arquero al blanco, se superpone y potencia con la intuición y la medicina clínica de excelencia, con impacto en la educación médica. La idea de excelencia tiene variaciones de sentido dependiendo de las premisas filosóficas de la época. El acierto es un punto de anclaje clínico de la bioética personalista y de la virtud, propia del médico concreto y encarnado, enfrentando los múltiples aciertos asistenciales necesarios. El acierto ilumina el conjunto de los actos clínicos de la práctica cotidiana (diagnósticos y terapéuticos). Revitalizar el vínculo bioético-clínico a través del acierto osleriano ayuda, incluso hoy, haciendo más comprensible para los clínicos prácticos las ideas bioéticas realistas propias de argumentos más filosóficos. Queda por resolver para una investigación futura un conjunto de contraargumentos que están emergiendo contra esta idea por el profundo cambio en los servicios de salud, las especialidades médicas y las innovaciones tecnológicas en curso.

REFERENCIAS

1. Insua JT. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Pers Bioet.* 2019;22(2):223-46. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>
2. Goldman L, Schafer AI. Approach to medicine, the patient and the medical profession: medicine as a learned and humane profession. En: *Goldman's Cecil Medicine*, 24.^a ed.; 2012, pp. 2474-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1604-7.00001-4>
3. The Editors. The Practice of Medicine. En: Loscalzo J., Kasper DL, Longo DI, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL edito-

- res. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21.^a ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2022, pp. 1-8.
4. Osler W. Citado en: Pellegrino E, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. Oxford: Oxford University Press; 1981. p. 120.
 5. Members of the Medical Professionalism Project (ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine). *Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Int Med*. 2002;136:243-6. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
 6. Díaz Amado, E. Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Rev Latinoam Bioet*. 2016;17(1):102-23. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.2018>
 7. Murthy VK, Wright SM. Osler Centenary Papers: Would Sir William Osler be a role model for medical trainees and physicians today? *Postgrad Med J*. 2019;95:664-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-136646>
 8. VanderVeer JB Jr, Bryan CS. *Osler for white coat pockets. a vade mecum*. Indianapolis: American Osler Society; 2017.
 9. Sulmasy DP, Sugarman J. The many methods of medical ethics (or thirteen ways of looking at a blackbird). En: Sulmasy DP, Sugarman J, editores. *Methods in Medical Ethics*. Washington: Georgetown University Press; 2001, pp. 3-18.
 10. Muir Gray JA. *Evidence Based Health Care*. 1.^a ed. Londres: Churchill Livingstone; 1997. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1462-9410\(05\)80042-7](https://doi.org/10.1016/S1462-9410(05)80042-7)
 11. Pellegrino E. The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos*. 2001;26:559-79. DOI: <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.559.2998>
 12. Lain Entralgo P. *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente; 1970, pp. 43-110.
 13. Lain Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat; 1978, pp. 45-135.
 14. Veatch RM. *The Basics of Bioethics*. 3.^a ed. Upper Saddle River: Pearson; 2012. pp. 12-25.
 15. Jaeger W. *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. México: FCE; 1957, pp. 783-829.
 16. Leverman J.A. *Breve Introducción a la vida y obra de E. Komar*. Buenos Aires: Antipratin Libros; 2014, p. 159.
 17. Aristóteles. *Ética nicomaquea*. 1094a18-20.
 18. Lledó Iñigo E. *Introducción a las Éticas*. En: Aristóteles. *Ética nicomaquea. Ética Eudemia*. Madrid: Gredos; 1985, pp. 85-7.
 19. Maritain J. *Introducción a la filosofía*. Buenos Aires: Club de Lectores; 1969, pp. 226-36.
 20. The Editors. *The Practice of Medicine*. En: Loscalzo J, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Vol. I. Nueva York: McGraw-Hill; 2022. p. 1-8.
 21. Brook RH. A physician = emotion + passion + science. *JAMA*. 2010; 304:2528-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1807>
 22. Millard MW. Can Osler teach us about 21st-century medical ethics? *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2011;24(3):227-35. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2011.11928721>
 23. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JDC, Buzzi A. William Osler: el hombre y sus descripciones. *Rev Med Chil*. 2012;140(9):1218-27. <https://doi.org/10.4067/S0034-988720120009000018>
 24. Sokol D. William Osler and the jubjub of ethics; or how to teach medical ethics in the 21st century. *J R Soc Med*. 2007;100:544-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076807100012010>
 25. MacIntyre A. *After Virtue*. 2.a ed. París: University of Notre Dame Press; 1984.
 26. Pellegrino E, Thomasma DC *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1993. DOI: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.001.0001>
 27. Marcum J. *The Virtuous Physician. The Role of Virtue in Medicine*. *Philos Med*. 2012;114. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2706-9>

28. Pellegrino E. *Philosophy of Medicine Reborn*. A Pellegrino Reader. París: University of Notre Dame Press; 2008. pp. 231-54, pp. 255-80. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvpj7fpg>
29. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2013. pp. 30-55, pp. 375-82.
30. Siegler M. A legacy of Osler. Teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA* 1978;239:951-6. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1978.03280370047023>
31. Higgins JP. Ten Traits of great clinicians. *Am J Med*. 2023;136(4):355-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amj-med.2022.12.011>
32. Wright, SM, Kern, DE, Kolodner, K, Howard, DM, and Brancati, FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med*. 1998;339:1986-93. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199812313392706>
33. O'Donnabhain R, Friedman N. What makes a good doctor? *Intern Med J*. 2018;48:879-82. DOI: <https://doi.org/10.1111/imj.13942>
34. Christmaas C, Kravet SJ, Durso SC, Wright S. Clinical Excellence in Academia: Perspectives From Masterful Academic Clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2008;83(9):989-94. DOI: <https://doi.org/10.4065/83.9.989>
35. Gracia D. Religión y ética. En: *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. pp. 129-196.
36. Gracia Guillen D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989. pp. 597-605.
37. Santo Tomás de Aquino. *Summa theologiae*. I, q.6, a.3.
38. E. Komar. *Glosario*. En: Leverman JA. *Breve Introducción a la Vida y Obra de E. Komar*. Buenos Aires: Antipratin Libros; 2014.
39. Porter R. *The greatest Benefit to Mankind. A medical History from Antiquity to the Present*. Londres: Willam Collins; 1997.
40. Porter R, editor. *The Cambridge History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
41. Lain Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Buenos Aires: Salvat; 1978.
42. Emmanuel E. Bioethics in the practice of medicine. En: *Goldman's Cecil Medicine*, 24.^a ed. Filadelfia: Elsevier Saunders; 2012. pp. 4-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1604-7.00002-6>
43. Bartolomé R, Marcos A. *Aristóteles: Obra biológica (De partibus animalium, Motu animalium, De incessu animalium)*. Madrid: Luarna Ediciones; 2010. p. 61 et seq.
44. Gilson E. *From Aristotle to Darwin, and Back Again*. París: University of Notre Dame Press; 1984. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvpj79v6>
45. Jaeger W. *Aristóteles*. México: FCE; 1946.
46. Jaeger W. *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. México: FCE; 1957. pp. 19-29.
47. Marrou HI. *History of Education In the Antiquity*. Madison: University of Wisconsin Press; 1982.
48. Jaeger W. *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. México: FCE; 1957. pp. 11-12
49. Jaeger W. *Cristianismo primitivo y paideia Griega*. México: FCE; 1961.
50. Leocata F. La excelencia como paradigma. En: Yáñez M, editor. *La solidaridad como excelencia*. Buenos Aires: San Benito; 2003. pp. 39-42.
51. Rauscher F. Kant's Social and Political Philosophy. En: Zalta EN, Nodelman U, editores. *The Stanford encyclopedia of philosophy [Internet]*. Stanford: Stanford University; 2024. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2024/entries/kant-social-political>
52. Beauchamp TL. Ethical theory and Bioethics. En: Beauchamp TL, Walters LR, editores. *Contemporary issues in Bioethics*. Belmont: Wadsworth Publishing Co; 1989. pp. 30-2.
53. Gillon R. *Philosophical Medical Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. pp. 21-7.
54. Shortell SM, Kaluzny AD. *Health Care Management. A text in Organizational Theory and Organization*. Nueva York: Wiley Medical; 1988. pp. 164-6.

55. Maritain J. *Introducción a la Filosofía*. Club de Lectores, Buenos Aires, 1969, pp. 226-236.
56. Ellos W. *Medical Ethics*. Londres: Routledge; 1989.
57. Leocata F. La excelencia como paradigma. En: Yáñez M, editor. *La solidaridad como excelencia*. Buenos Aires: San Benito; 2003. p. 45.
58. Ludmerer K. *Time to Heal. American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
59. Wiggersahus R. *La escuela de Frankfurt*. México: FCE; 2009.
60. Burgos JM. *Introducción al personalismo*. Madrid: Palabra; 2012.
61. Schleifer R, Vannatta JB, Crow S, Vannatta S. The chief concern of medicine: the integration of the medical humanities and narrative knowledge into medical practices. *Ann Arbor: The University of Michigan Press*; 2013. DOI: <https://doi.org/10.3998/mpub.3157169>
62. Komar E. *Modernidad y postmodernidad*. Buenos Aires: Sabiduría Cristiana; 1989.
63. Vattimo G. *On reality*. Nueva York: Columbia University Press; 2016. <https://doi.org/10.7312/vatt16696>
64. Vattimo G. *El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*. Barcelona: Gedisa; 1985. p. 79.
65. Bauman Z. *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press; 2000.
66. Maritain J. *An introduction to the basic problems of moral philosophy*. Albany: Magi Books; 1990.
67. Goleman D, Cherniss C. *Optimal. Como alcanzar la excelencia personal y laboral todos los días*. Barcelona: Penguin Random House; 2024.
68. Csikszentmihalyi M. *Flow. the psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper Perennial; 1990.
69. Ericsson KA, editor. *The road to excellence: the acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
70. Ferrari M. *The pursuit of excellence through education*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781410604088>
71. Csikszentmihalyi M. *Good business*. New York: Viking; 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/e597022010-001>
72. George M. *Transforming Business Performance through Execution Excellence Doing more with less*. *Harv Deusto Bus Rev*. 2011;28-42.
73. Health Services Research Group. Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *CMAJ*. 1992;146(12):2153-8.
74. Pellegrino E. The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos*. 2001;26:559-79. DOI: <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.559.2998>
75. Bauman Z. *Post-modernism*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
76. Adler M. *Aristotle for everybody*. Nueva York: Touchstone; 1978. p. 219.
77. Thomas Aquinas. *Summa theologiae: a concise translation*. McDermott T, traductor. París: Christian Classics; 1989. II-IIae, q.55, a.1, p. 231.
78. Komar E. *La vitalidad Intelectual*. Buenos Aires: Sabiduria Cristiana; 2000. pp. 38-9.
79. Hinohara S, Niki H. *Osler's A way of life and other addresses, with commentary and annotations*. Durham: Duke University Press; 2001, pp. 2-18.
80. Goleman D. *Focus. El motor oculto de la excelencia*. Buenos Aires: Ediciones B; 2013.
81. Gracia Guillen D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989. pp. 597-605.

82. Lewis CSS. La abolición del hombre. Buenos Aires: Fades Ediciones; 1983, pp. 53-4.
83. Lipkin M. The Medical Interview and related skills. En: Branch WT, editor. Office practice of medicine. Filadelfia: Saunders; 1987. pp. 1287-306.
84. Pellegrino ED, Thomasma D. For The patient's good: the restoration of beneficence in health care. Oxford: Oxford University Press; 1988. pp. 73-83.
85. Real Academia Española. Ecuanimidad [Internet]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ecuanimidad>
86. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2013.
87. McIntyre A. After virtue. 2.^a ed. París: University of Notre Dame Press; 1984.
88. Jonsen A, Siegler A, Winsdale WJ. Clinical ethics. 2.^a ed. Nueva York: Macmillan; 1986. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0749-0704\(18\)30627-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0704(18)30627-4)
89. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. Oxford: Oxford University Press; 1993. DOI: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195082890.001.0001>
90. Olivieri H. Recta Ratio Agibilium in a medical context: the role of virtue in the physician-patient relationship. *Philos Ethics Humanit Med*. 2018;13:9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0062-3>
91. Pellegrino E. Thomasma DC. A Philosophical Basis of Medical Practice. Oxford: Oxford University Press; 1981.
92. Pieper J. Las virtudes fundamentales. Madrid: Rialp; 1976. p. 34-5.
93. Hinohara S, Niki H. Osler's A Way of Life and other addresses, with commentary and annotations. Durham: Duke University Press; 2001, p. 21-9.
94. Aristóteles. Ética nicomaquea. EN 1106a22-24
95. Garibaldi BT, Russell SW. Strategies to Reinvigorate the bedside clinical encounter. *N Engl J Med*. 2025;393(21):2142-50. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr2500226>
96. Askitopoulou H, Vgontzas AN. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times. *Eur Spine J*. 2018;27:1481-90. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5348-4>
97. Ludmerer K. Learning to heal. the development of american medical education. Nueva York: Basic Books; 1985.
98. Cushing H. The Life of Sir Willam Osler. The Father of Modern Medicine. Vols. 1-2. Oxford: Oxford University Press; 1927. Reimpreso 2023.
99. Dronamraju T. Osler, Flexner, apprenticeship and 'the new medical education'. *J R Soc Med*. 2005;98:91-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/014107680509800302>
100. Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa; 2012.
101. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving diagnosis in health care. Washington: National Academies Press; 2015.
102. Croskerry P A model for clinical decision-making in medicine. *Med Sci Educ*. 2017;27:9-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40670-017-0499-9>
103. Muir Gray JA. Evidence based health care and public health. 3.^a ed. London: Churchill Livingstone; 2010. p. 13-7.
104. Feinstein A. Clinical judgment revisited: the distraction of quantitative models. *Ann Int Med*. 1994;120(9):799-805. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-120-9-199405010-00012>
105. United States Office of Technology Assessment. Development of medical technology: opportunities for assessment. Washington (DC): OTA; 1976. Reporte n.º OTA-H-34.
106. Insua JT. Evaluación económica de procedimientos, tecnologías y medicamentos. En Vasallo C, editor. Economía de la salud. 1er seminario de economía de la salud para periodistas. Buenos Aires: Roche; 2006. pp. 17-26.