Revista "Bioética y Ciencias de la Salud" - ISSN: 2659-3467
Bioética y ciencias de la salud. 2026; Vol. 14 (2)

El sufrimiento humano: una realidad irreductible para la medicina y la bioética.

Artículo de reflexión

Human suffering: an irreducible reality for medicine and bioethics.

https://doi.org/10.69105/BYCS.2026.14.2.1.3

https://saib.es/el-sufrimiento-humano-una-realidad-irreductible-para-la-medicina-y-la-bioetica/

José-María Domínguez-Roldán.

Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universidad CEU Fernando III, CEU Universities.

Doctor en Medicina. Doctor en Bioética.

ORCID: 0000-0003-1933-1478

ResearcherID: M-1728-2016

Publicado: 25 de julio de 2026

Resumen

El sufrimiento constituye una de las experiencias más universales y complejas de la condición humana. Aunque la medicina contemporánea ha alcanzado extraordinarios niveles de desarrollo científico y tecnológico, la comprensión del sufrimiento sigue siendo un desafío clínico, antropológico y ético. Este artículo reflexiona sobre la naturaleza del sufrimiento humano a partir de las aportaciones de Eric J. Cassell y de la tradición humanística de la medicina, distinguiendo entre dolor y sufrimiento y analizando las múltiples dimensiones que configuran la experiencia de la persona enferma. Se examinan factores relacionados con la personalidad, la memoria biográfica, los vínculos familiares, la cultura, los roles sociales y la búsqueda de sentido, así como la influencia de las condiciones sociales que generan sufrimiento evitable. Asimismo, se aborda el papel del sufrimiento en los debates bioéticos contemporáneos, especialmente en relación con los cuidados paliativos y la regulación de la eutanasia. Finalmente, se defiende que una medicina verdaderamente centrada en la persona

debe integrar la excelencia científica con la capacidad de reconocer, comprender y aliviar el sufrimiento humano en todas sus dimensiones.
Palabras clave: sufrimiento; dolor; medicina paliativa; bioética; cuidados al final de la vida; Eric Cassell; dignidad humana; medicina centrada en la persona.

Abstract

Human suffering is one of the most universal and complex experiences of the human condition. Although contemporary medicine has achieved extraordinary levels of scientific and technological development, understanding suffering remains a clinical, anthropological, and ethical challenge. This article reflects on the nature of human suffering drawing upon the contributions of Eric J. Cassell and the humanistic tradition of medicine, distinguishing between pain and suffering and examining the multiple dimensions that shape the experience of illness. Particular attention is given to factors related to personality, biographical memory, family relationships, culture, social roles, and the search for meaning, as well as to the impact of social conditions that generate avoidable suffering. The paper also explores the role of suffering in contemporary bioethical debates, particularly in relation to palliative care and euthanasia legislation. Finally, it argues that a truly person-centred medicine must combine scientific excellence with the ability to recognize, understand, and alleviate human suffering in all its dimensions.
Keywords: suffering; pain; palliative care; bioethics; end-of-life care; Eric J. Cassell; human dignity; person-centred medicine.

1. Introducción.

Pocas experiencias humanas poseen una presencia tan universal y constante como la del sufrimiento. Acompaña al ser humano desde el inicio hasta el final de la vida y atraviesa todas las épocas, culturas y condiciones sociales. La enfermedad, la pérdida, la pobreza, la exclusión, la guerra, la discapacidad, la soledad o la proximidad de la muerte constituyen algunas de sus múltiples expresiones (1).

Paradójicamente, a pesar de su omnipresencia, el sufrimiento ha ocupado durante mucho tiempo un lugar secundario en la reflexión médica. La medicina moderna ha desarrollado una extraordinaria capacidad para identificar enfermedades, comprender los mecanismos fisiopatológicos y diseñar intervenciones terapéuticas cada vez más eficaces. Sin embargo, con frecuencia ha mostrado mayores dificultades para comprender lo que la persona que padece la enfermedad experimenta. La diferencia no es menor. La enfermedad es una categoría biomédica; el sufrimiento es una experiencia humana.

Esta constatación resulta especialmente relevante en un momento histórico caracterizado por profundos cambios demográficos, sociales y culturales. El envejecimiento poblacional, el incremento de las enfermedades crónicas, la creciente complejidad de las decisiones al final de la vida y la aparición de nuevos debates bioéticos obligan a reconsiderar el lugar que ocupa el sufrimiento entre los fines de la medicina (2, 3).

La medicina paliativa y la bioética clínica han contribuido decisivamente a la reflexión sobre el sufrimiento (4). Ambas disciplinas han recordado que el enfermo no es únicamente un organismo biológico alterado por una enfermedad, sino una persona con una biografía, unos vínculos, unas creencias, unos proyectos y una comprensión determinada de sí misma (5). La pregunta por el sufrimiento constituye, en realidad, una pregunta por la persona.

2. El gran olvido de la medicina contemporánea.

La historia de la medicina en los dos últimos siglos puede interpretarse como una extraordinaria historia de éxito científico. Los descubrimientos microbiológicos, el desarrollo de la farmacología moderna, la revolución diagnóstica impulsada por las tecnologías de imagen y el progreso de la cirugía han transformado radicalmente las posibilidades terapéuticas. Sin embargo, este mismo éxito ha favorecido una progresiva concentración de la atención sobre aquello que puede ser observado, medido y cuantificado.

El paradigma biomédico dominante ha dado preferencia a los parámetros objetivos frente a las experiencias subjetivas. Los análisis de laboratorio, las pruebas de imagen o las variables fisiológicas ocupan un lugar central en la práctica clínica. Por el contrario, aspectos como el sufrimiento, la angustia existencial, la pérdida de sentido o la vulnerabilidad han quedado con frecuencia relegados a un segundo plano. Durante décadas hemos enseñado a los estudiantes de medicina a reconocer enfermedades, pero mucho menos a reconocer el sufrimiento.

Esta situación no responde a una falta de sensibilidad moral por parte de los profesionales sanitarios. Más bien refleja las limitaciones inherentes a un modelo científico extraordinariamente eficaz para estudiar fenómenos biológicos, pero menos preparado para abordar experiencias humanas complejas (6).

El resultado ha sido una cierta invisibilidad del sufrimiento. El paciente se convierte en portador de una patología, mientras que la experiencia vivida de esa enfermedad permanece parcialmente oculta.

Quizá una de las críticas más importantes formuladas por la medicina paliativa contemporánea sea precisamente ésta: la enfermedad puede ser perfectamente conocida mientras el sufrimiento permanece completamente ignorado.

3. Eric Cassell y la recuperación de la persona.

Pocas contribuciones han resultado tan influyentes en este ámbito como las de Eric J. Cassell. Su artículo «*The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*», publicado en 1982 en The New England Journal of Medicine, marcó un punto de inflexión en la reflexión médica contemporánea. Cassell propuso una idea aparentemente sencilla, pero profundamente transformadora: los cuerpos sienten dolor; las personas sufren (7).

Según este autor, el sufrimiento surge cuando una persona percibe una amenaza a su integridad como ser humano. Lo que se encuentra amenazado no es únicamente la integridad física, sino la totalidad de aquello que configura la identidad personal. Una enfermedad grave puede amenazar la autonomía, la independencia, la imagen corporal, los proyectos futuros, los vínculos afectivos, las creencias religiosas o el sentido mismo de la existencia. El sufrimiento surge precisamente cuando alguno de estos elementos fundamentales parece desmoronarse.

Desde esta perspectiva, el sufrimiento no puede localizarse en un órgano ni cuantificarse mediante una prueba diagnóstica. Tampoco puede reducirse a la intensidad de un síntoma físico. Pertenece a la esfera de la experiencia personal. La gran aportación de Cassell consistió en devolver a la persona al centro de la medicina.

4. Dolor y sufrimiento: dos realidades diferentes.

La confusión entre dolor y sufrimiento continúa siendo frecuente tanto en el lenguaje cotidiano como en algunos contextos clínicos. Sin embargo, ambos conceptos describen realidades distintas.

El dolor posee una dimensión neurofisiológica claramente identificable. Puede localizarse, describirse y tratarse mediante intervenciones específicas. Aunque incluye componentes subjetivos, mantiene una estrecha relación con mecanismos biológicos conocidos.

El sufrimiento, por el contrario, constituye una experiencia existencial. Dos pacientes con idéntica intensidad de dolor pueden experimentar niveles de sufrimiento completamente distintos. Del mismo modo, una persona puede sufrir profundamente sin presentar dolor físico significativo.

El paciente diagnosticado de una enfermedad neurodegenerativa en fase inicial puede experimentar un sufrimiento intenso relacionado con el futuro que imagina para sí mismo. Una persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido puede sufrir profundamente sin padecer ninguna enfermedad. Un joven que contempla cómo se derrumban sus expectativas vitales puede experimentar sufrimiento incluso en ausencia de cualquier lesión física.

El sufrimiento posee siempre un componente de significado. Por ello, la pregunta clínica fundamental no es únicamente «qué le duele al paciente», sino también «qué significa para él lo que está ocurriendo» (8).

5. La arquitectura del sufrimiento: una experiencia multidimensional.

La persona no se reduce a su biología. Cada individuo constituye una compleja construcción en la que convergen elementos corporales, psicológicos, familiares, sociales, culturales y espirituales. El sufrimiento participa de esta misma complejidad (9, 10).

Personalidad y carácter

La personalidad influye profundamente en la forma de afrontar la enfermedad. Existen personas particularmente vulnerables a la incertidumbre y otras capaces de adaptarse con notable eficacia a situaciones extremadamente difíciles. Algunos individuos buscan activamente soluciones; otros se sienten paralizados ante la adversidad. La resiliencia, la capacidad de adaptación y los estilos de afrontamiento condicionan la experiencia subjetiva del sufrimiento. La enfermedad nunca se enfrenta desde cero. Siempre se enfrenta desde una determinada estructura personal.

Biografía y memoria

Ningún paciente llega a la consulta acompañado únicamente por sus síntomas. Llega acompañado por toda una historia. Las experiencias previas de pérdida, enfermedad o trauma influyen decisivamente en la forma de interpretar acontecimientos presentes. La memoria actúa como un filtro a través del cual la realidad adquiere significado. La enfermedad actual se conecta inevitablemente con experiencias anteriores. Por ello, comprender el sufrimiento exige comprender también la biografía (11).

Familia y vínculos afectivos

Los seres humanos somos esencialmente relacionales. La identidad personal se construye en gran medida a través de los vínculos familiares y afectivos. Cuando la enfermedad amenaza estos vínculos o altera profundamente su funcionamiento, el sufrimiento se intensifica. Muchos pacientes expresan más preocupación por el sufrimiento de sus familiares que por el suyo propio. El miedo a convertirse en una carga constituye una fuente frecuente de angustia en las fases avanzadas de enfermedad. La familia puede convertirse simultáneamente en refugio y en fuente de sufrimiento.

Cultura y creencias

La cultura proporciona marcos interpretativos que condicionan la experiencia del sufrimiento. Las creencias acerca de la enfermedad, el dolor, la dependencia o la muerte varían considerablemente entre sociedades y tradiciones culturales. Lo que para una persona constituye una pérdida intolerable puede ser interpretado de manera diferente por otra. La comprensión clínica del sufrimiento requiere sensibilidad cultural y respeto hacia la diversidad de valores.

Roles e identidad social

La identidad se construye también a través de los roles que desempeñamos. Médicos, profesores, padres, madres, cuidadores, deportistas o artistas encuentran parte de su

identidad en aquello que hacen. Cuando la enfermedad impide ejercer estas funciones, puede aparecer una profunda crisis personal. La pregunta «¿quién soy ahora?» constituye una de las expresiones más características del sufrimiento existencial.

6. El sufrimiento social: una dimensión frecuentemente olvidada.

Cuando hablamos de sufrimiento solemos pensar en experiencias individuales. Sin embargo, existe también un sufrimiento generado por estructuras sociales injustas.

Las imágenes de conflictos armados, desplazamientos forzosos, hambrunas o catástrofes humanitarias recuerdan diariamente esta realidad. Millones de personas viven expuestas a condiciones de vulnerabilidad que generan sufrimiento de forma sistemática. La pobreza, el desempleo crónico, la exclusión social, la precariedad laboral, la falta de acceso a servicios sanitarios o la ausencia de redes de apoyo constituyen auténticos determinantes sociales del sufrimiento. La bioética contemporánea ha ampliado progresivamente su campo de reflexión para incluir estas cuestiones.

No basta con analizar dilemas individuales. También resulta necesario examinar las estructuras que generan sufrimiento evitable. En este sentido, la justicia constituye una categoría inseparable de la reflexión bioética. Una sociedad que tolera niveles significativos de exclusión o desigualdad está contribuyendo indirectamente a la producción de sufrimiento humano.

7. El suicidio: cuando el sufrimiento se vuelve insoportable.

Pocas realidades expresan de forma tan dramática la capacidad destructiva del sufrimiento como el suicidio. Las cifras registradas en España durante los últimos años muestran que constituye uno de los principales problemas de salud pública.

Detrás de cada suicidio existe una historia única y compleja. Sin embargo, todos comparten un elemento común: la percepción de que el sufrimiento ha alcanzado una intensidad que supera los recursos personales disponibles para afrontarlo.

La prevención del suicidio exige comprender esta realidad desde una perspectiva integral. No basta con identificar trastornos psiquiátricos. Resulta igualmente necesario abordar factores sociales, familiares, económicos y existenciales. El sufrimiento humano rara vez puede explicarse mediante una única causa.

8. El sufrimiento y el debate sobre la eutanasia.

La aprobación en España de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia introdujo una novedad particularmente relevante desde el punto de vista bioético: la incorporación explícita del sufrimiento como criterio jurídico (12).

La ley establece que determinadas situaciones, caracterizadas por un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, pueden dar lugar al acceso a la prestación de ayuda para morir.

Esta circunstancia convierte al sufrimiento en una categoría clínica, ética y jurídica simultáneamente.

Sin embargo, inmediatamente surgen preguntas complejas. ¿Puede medirse objetivamente el sufrimiento? ¿Quién determina cuándo un sufrimiento resulta intolerable? ¿Es posible diferenciar el sufrimiento derivado de la enfermedad del sufrimiento relacionado con factores sociales, psicológicos o existenciales?

Estas cuestiones no tienen respuestas sencillas. Precisamente por ello, el sufrimiento se ha convertido en uno de los conceptos más relevantes y debatidos en la bioética contemporánea.

9. La respuesta de la medicina paliativa.

La medicina paliativa representa probablemente la respuesta más elaborada que la medicina contemporánea ha desarrollado frente al sufrimiento. Su objetivo no consiste únicamente en controlar los síntomas físicos. Persigue aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones (13).

El modelo paliativo reconoce explícitamente la complejidad de la persona y la necesidad de una atención integral (14). En muchos casos, el control del dolor resulta imprescindible, pero insuficiente. También son necesarios la escucha, la comunicación, el acompañamiento, la atención a la familia, el apoyo emocional y el cuidado espiritual.

La medicina paliativa ha demostrado que la dignidad humana permanece intacta incluso en situaciones de extrema fragilidad (15, 16). Cuando la curación deja de ser posible, continúa existiendo una inmensa tarea asistencial.

10. Conclusiones.

El sufrimiento constituye una realidad irreductible de la condición humana. La medicina contemporánea ha alcanzado niveles extraordinarios de desarrollo científico y tecnológico, pero continúa enfrentándose al desafío de comprender adecuadamente esta experiencia.

Las aportaciones de Eric Cassell, la bioética clínica y la medicina paliativa han permitido recuperar una verdad fundamental: la enfermedad afecta a cuerpos, pero el sufrimiento afecta a personas.

Comprender el sufrimiento exige comprender la complejidad de la existencia humana. Exige reconocer la influencia de la personalidad, la memoria, la familia, la cultura, los vínculos sociales y las creencias (11). Exige también reconocer que existen formas de sufrimiento generadas por la injusticia, la pobreza o la exclusión.

La medicina no puede eliminar completamente el sufrimiento humano. Ninguna disciplina puede hacerlo. Pero sí puede evitar una forma particularmente dolorosa de sufrimiento: aquel que surge cuando una persona se siente ignorada, reducida a un diagnóstico o abandonada en su vulnerabilidad (17).

Quizá la gran lección que nos ofrece la medicina paliativa sea precisamente ésta: la verdadera excelencia profesional no consiste únicamente en combatir enfermedades, sino en permanecer junto a quien sufre.

Porque cuando la ciencia alcanza sus límites, la humanidad del profesional continua siendo una herramienta terapéutica insustituible.

Bibliografía.

1. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
2. Callahan D. The goals of medicine: setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996;26(6 Suppl):S1-S27.
3. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988
4. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnaghar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-64.
5. Mastroianni C, Marchetti A, Sguanci M, Amato S, Giannarelli D, Casale G, et al. Concordance of the World Health Organization, Oral Assessment Guide, and Tardieu Scales for Assessment of Oral Mucositis and Oral Disorders in Palliative Care Patients. J Palliat Med. 2025;28(9):1239-45.
6. Pellegrino ED. Humanism and the physician. Knoxville: Univ. of Tennessee Press; 1979.
7. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306(11):639-45.
8. Frankl VE. Man's search for meaning. Boston: Beacon Press; 2014.
9. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist. 2002;42 Spec No 3:24-33.
10. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. J Palliat Care. 1994;10(2):57-70. doi: 10.1177/082585979401000211.
11. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI de España; 1996.
12. España. Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021 Mar 25;(72):34037-34049. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3.
13. Ferrell BR Temel JS, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. J Palliat Med. 2023;26(12):1619-1633. doi: 10.1089/jpm.2023.0426.
14. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making [Internet]. London: General Medical Council; 2022 [citado 31 May 2026]. Disponible en: https://www.gmc-uk.org/professional-standards/the-professional-standards/treatment-and-care-towards-the-end-of-life

15. Chochinov HM. Revisiting the Patient Dignity Question: Paying Attention to Personhood. J Palliat Med. 2025;28(11):1433-4.
16. Chochinov HM. Twenty Years of Dignity Therapy: Evidence, Challenges, and Implications for Person-Centered Care. J Palliat Med. 2026:10966218261424181 («epub ahead of print»)
17. Pellegrino ED. The healing relationship: the architectonics of clinical medicine. In: Shelp EE, editor. The clinical encounter. Dordrecht: Springer; 1983. p. 153-172. doi: 10.1007/978-94-009-7148-6_11

Cómo citar:
Domínguez-Roldán, JM. El sufrimiento humano: una realidad irreductible para la medicina y la bioética. Bioética y ciencias de la salud. [internet] 2026;14:(2). https://doi.org/10.69105/ByCS.2026.14.2.1.3.