

El entendimiento del cuerpo femenino desde la investigación médica

The understanding of the female body from medical research

Liz Hamui-Sutton¹

División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Introducción

Desde Hipócrates, la teoría del «útero errante» dominó el imaginario de las sociedades en la antigua Grecia y se expandió por Europa.¹ Según esta teoría, la matriz vagaba por el cuerpo femenino y era la causa de múltiples problemas de salud, desde el dolor de garganta hasta la ansiedad y la depresión. De esta manera, todo lo que aquejaba a las mujeres estaba relacionado con los órganos reproductivos inquietos por la búsqueda de infantes, lo que explicaba los cólicos menstruales y otros trastornos asociados. Este tipo de teorías y otras nunca fueron probadas, y los abordajes diagnósticos y terapéuticos se basaban en adivinanzas con poco efecto en la sanación de los padecimientos. En la Edad Media, los sangrados femeninos y el sufrimiento en el parto se asociaban con entidades demoniacas, impureza, promiscuidad o debilidad corporal. Se pasó de culpar a la matriz errante a señalar a los pecados como origen del malestar. Este tipo de creencias estuvieron vigentes por siglos y moldearon las mentalidades relativas a la salud femenina hasta la irrupción de la ciencia moderna en el siglo xviii.² Es posible que las mujeres del pasado sospecharan que algo no estaba bien con las explicaciones que les daban sobre su dolor y sufrimiento, pero nadie ponía interés en explicar el cuerpo femenino, y los galenos eran indiferentes y ambivalentes en sus argumentos.

Desarrollo

Con la emergencia de los protocolos de investigación en salud contemporáneos en el mundo

occidental, la mayoría de los proyectos estaban basados en sujetos con criterios estándar: masculino, blanco, de entre 25 y 35 años, de 1.70 metros de altura y un peso de 70 kilos. El mundo médico giraba en torno a esta fórmula, y aquel que se salía de estos parámetros se consideraba demasiado complicado, costoso y tardado para ser incluido en las investigaciones. El ser humano así descrito se denominó «el hombre de referencia» y apareció en 1975, cuando fue introducido por la Comisión Internacional de Protección Radiológica para determinar las dosis adecuadas de radiación. Esta idea del hombre de referencia se expandió rápidamente y se incorporó en las escuelas de medicina, los libros de texto, las conferencias, etc. El hombre promedio se volvió el estándar perfecto de todos los humanos: hombres, mujeres, con discapacidad, con sobrepeso, de cualquier etnia o edad. Los estrechos criterios de inclusión en la investigación médica trajeron inferencias limitadas a unos cuantos, dejando fuera a las minorías.³

Un ejemplo de lo anterior fue el estudio de la talidomida; en las décadas de 1950 y 1960 se aseguró que era un fármaco seguro para hombres y mujeres, pero nunca se probó en mujeres embarazadas, lo que resultó en más de 2000 muertes de niños y numerosos defectos de nacimiento. Fue una llamada de atención sobre la insuficiente variedad de los sujetos de estudio incluidos en las investigaciones. Lo curioso fue que, en 1977, sucedió lo contrario, pues la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América se manifestó en contra de probar drogas en mujeres embarazadas en las fases I y II, para evitar efectos como el de la talidomida. Fueron tan cautos que excluyeron no solo a las embarazadas, sino

Correspondencia:

Liz Hamui-Sutton

E-mail: lizhamui@hotmail.com

Fecha de recepción: 29-05-2025

Fecha de aceptación: 15-10-2025

DOI: 10.24875/GMM.25000208

Gac Med Mex. 2026;162:153-155

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

también a cualquier mujer que potencialmente pudiera embarazarse. Las mujeres fueron marginadas de las investigaciones médicas y solo se produjeron datos de hombres y niños, lo que sucedió también durante las investigaciones del virus de la inmunodeficiencia humana y el sida en los años 1980.⁴

No fue hasta 1986 cuando, en los National Institutes of Health (NIH) de los Estados Unidos de América, se sugirió la inclusión de las mujeres en la investigación. En 1989 se publicó un memorándum en el cual se requería que las solicitudes de investigación incluyeran una justificación si no se consideraban mujeres en la investigación. En la década de 1990, las mujeres en la ciencia, la tecnología, la ingeniería y las matemáticas empezaron a desbaratar años de descuido y negligencia en la comunidad de investigadores médicos. Los NIH nombraron a la Dra. Bernardine Healy como la primera directora, quien lanzó la «Iniciativa de Salud para la Mujer» que por lustros lideró estudios clínicos para entender mejor el impacto de las terapias hormonales posmenopáusicas, la dieta y el uso de suplementos, las fracturas de huesos por osteoporosis, la función cardíaca femenina, y los cánceres de mama y de colon. La sugerencia de los NIH de incluir mujeres y minorías en la investigación médica en 1993 fue recogida en una ley conocida como «Acta de Revitalización de los NIH».⁵

El retraso de la investigación médica en mujeres resultó en un conocimiento disminuido y sesgado sobre la biología femenina y sobre cómo diagnosticar, prevenir y tratar patologías de manera segura y efectiva. Para incrementar las teorías y sus aplicaciones se requieren más mujeres como investigadoras de la salud. La Office of Research on Women Health (ORWH)⁶ lidera y patrocina una amplia variedad de programas, actividades y políticas diseñadas para mejorar la salud de las mujeres en todas las etapas de la vida, y además apoya con becas a las mujeres en el campo biomédico en las distintas fases de su carrera. En el nuevo milenio, este tipo de iniciativas ha crecido notablemente y los temas abordados se han diversificado, nutriendo los conocimientos respecto a las diferencias de género.

En 2017, los esfuerzos de la ORWH se reflejaron en el establecimiento de la política de los NIH bajo el lema «Sexo como variable biológica»,⁷ que sostiene que la variable sexo deberá ser considerada en los diseños de investigación, los análisis y los reportes de estudios en humanos y en animales vertebrados. Este tipo de iniciativas ayudan a disminuir

las brechas históricas y las resistencias a incluir sujetos femeninos en las investigaciones poblacionales. Va a tomar tiempo remontar las carencias en los conocimientos científicos sobre las mujeres, pues hace cuatro décadas no se entendía que las patologías se manifiestan de manera diferente en hombres y mujeres, por lo que las pruebas y los estudios paramédicos y de imagenología deben leerse con perspectivas distintas y de forma desagregada por sexo.

Sin embargo, una premisa básica en la investigación es comprender a las mujeres que padecen, escuchar sus historias, entender los contextos socioculturales en los que se desenvuelven, ubicar sus síntomas en las actividades cotidianas, descifrar el sentido de sus interacciones en casa, en las organizaciones sociales en las que participan, y los valores y las creencias que comparten con su entorno comunitario; todo ello ayuda a entender sus malestares y sufrimientos. Los métodos cualitativos en salud buscan profundizar en la experiencia del otro y desde ahí vincularlo con la investigación biomédica y epidemiológica en una visión integrada de los cuerpos femeninos. La humanización de las enfermedades agudas, crónicas, genéticas o terminales por medio de las narrativas del padecer es una tarea ineludible para encontrar el sentido de la vida y los significados atribuidos a la propia existencia y la experiencia de enfermar.

Aún existe un gran desconocimiento científico para diagnosticar y tratar una variedad de enfermedades y manifestaciones inexploradas de las patologías, y muchos procesos de padecimientos inexplicados siguen pareciendo misteriosos. Para los pacientes, el camino diagnóstico puede ser largo y tortuoso, por lo que se necesitan médicos y médicas con interés en la investigación donde quiera que laboren para disminuir la brecha de conocimientos y orientar los procedimientos con hipótesis probables y métodos experimentales, y con ello tratar de evitar exponer a los pacientes a pruebas excesivas o recurrir a referencias con especialistas que desconocen cómo resolver el problema de salud que les aqueja. En ocasiones, los/las profesionales de la medicina descalifican el sufrimiento ajeno ante las limitaciones de sus conocimientos científicos. A pesar de lo que se sabe, hay mucho que aprender aún sobre el cuerpo humano, pues no se tienen respuestas para muchos fenómenos vinculados a la salud. Solo se sabe lo que se sabe, y algunos médicos y médicas toman esto como un desafío investigativo con entusiasmo para

ayudar a sus pacientes, pero otros/as no saben qué hacer y se evaden, muchas veces culpando al paciente de su malestar.⁸ Lo que este último espera es ser visto y escuchado, aunque también aliviado de su sufrimiento.

Conclusión

Después de este breve recorrido por la investigación biomédica relativa a la salud de las mujeres, queda claro que la perspectiva de género en el conocimiento científico es necesaria para responder a los problemas de salud de las mujeres y las minorías de género. El devenir sociohistórico de la investigación médica prescindió por siglos de las diferencias humanas, y esta falta de variación llevó a retrasar el conocimiento sobre el cuerpo femenino y sus patologías. Los recientes desarrollos científicos, como los mostrados en este número de *Gaceta Médica de México*, dan cuenta de la importancia del giro epistemológico en la investigación biomédica.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Sun W. La mujer desde el punto de vista médico en la Antigua Grecia: Hipócrates y Galeno. Tesis de Filología Clásica. España: Universidad de Cádiz; 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10498/23528>.
2. Giménez-Tejero M, García-Herrero MC. La percepción del cuerpo femenino en la edad media. Aproximaciones desde la Historia de la Medicina. Tesis de Estudios Avanzados de Historia. España: Universidad Zaragoza; 2015. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47887>.
3. Epker E. Stuck in the 70's: Why the "Reference Man" needs to be replaced as the standard. *Forbes*. 2023; August 30.
4. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIVpositive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2012;15:17392.
5. Chen-Jr MS, Lara PN, Dang JH, Paterniti DA, Kelly K. Twenty years post-NIH Revitalization Act: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT): laying the groundwork for improving minority clinical trial accrual: renewing the case for enhancing minority participation in cancer clinical trials. *Cancer*. 2014;120:1091-6.
6. White J, Clayton J. The gender health innovation gap: a perspective from the NIH Office of Research on Women's Health. *Med*. 2022;3:298-301.
7. Clayton JA. Applying the new SABV (sex as a biological variable) policy to research and clinical care. *Physiol Behav*. 2018;187:2-5.
8. Jaqueline I. Medical gaslighting. Dallas, Tx, USA: BenBella Books; 2024.