

Informe de participación



Impulsando una Europa de la Salud sin sesgo de género

Jornada participativa

Salud pública - Investigar y mejorar con Europa

Ponente invitada

Lydia González Orta

Experta en género inclusivo
(FECYT). Punto Nacional de
Contacto WIDERA.

Hablemos de salud

**Experiencias de salud
con dimensión de
género en Navarra**

Taller participativo

**¡Participa en la nueva
estrategia europea de
igualdad!**

martes JUNIO
24 2025
10:00-14:00
Salón de actos de Navarrabiomed

¡Tu opinión y
experiencia
cuentan!

Organiza



Financia



EUROPE DIRECT
Navarra · Nafarroa

Contenido

Mensaje del director de Navarrabiomed	3
I. Introducción	4
II. Metodología	4
Fase de inspiración y contextualización	5
Metodología del Taller Participativo	6
III. Aportaciones por dinámica y mesa	10
Diagnóstico de la situación actual - Mapeo de experiencias	10
Retos y objetivos colectivos	17
Propuestas de acción transformadora	24
IV. Conclusiones y aportaciones para la política europea	31

English version35

Message from the director of Navarrabiomed	37
II. Introduction	38
II. Methodology	38
Inspiration and contextualisation phase	39
Methodology of the Participatory Workshop	40
III. Contributions by dynamic exercise and roundtable	44
Diagnosis of the current situation - Mapping of experiences	44
Challenges and collective objectives	51
Proposals for transformative action	57
IV. Conclusions and inputs for European policy	64

Mensaje del director de Navarrabiomed



Desde Navarrabiomed, es un orgullo presentar este informe que recoge las aportaciones realizadas en la jornada participativa “Hacia una Europa de la Salud sin sesgo de género”, celebrada en el marco del ciclo “Salud pública: Investigar y mejorar con Europa”.

Esta jornada ha sido una valiosa oportunidad para dialogar, reflexionar y construir colectivamente en torno a un objetivo compartido: avanzar hacia una investigación e innovación en salud y una atención sanitaria verdaderamente inclusivas, igualitarias y sensibles a las cuestiones de género. Nuestro compromiso con esta dimensión es firme y estructural. Por ello, en Navarrabiomed, hemos desarrollado una estrategia específica de integración de la perspectiva de género, materializada en la creación del Área transversal para la integración del enfoque de género inclusivo en I+D+i. Impulsamos lo que hemos denominado #LaCienciaDel100, una ciencia biomédica de excelencia, sin sesgos, que tenga impacto real sobre el 100% de la población.

Asimismo, queremos subrayar nuestra convicción en el valor de la participación ciudadana y del diálogo entre agentes diversos. El conocimiento compartido, la experiencia profesional y vital de quienes han contribuido en este proceso participativo son fundamentales para orientar políticas públicas más justas, eficaces y democráticas. Celebramos la alta implicación y diversidad de voces presentes en esta jornada: personal sanitario, investigador, representantes institucionales, asociaciones de pacientes y ciudadanía en general. A todas y cada una de las personas participantes, nuestro más sincero agradecimiento por vuestra implicación, por vuestra escucha activa y por vuestras aportaciones. Este informe recoge el fruto de ese trabajo colectivo y elevará nuestras voces a nivel europeo.

Desde Navarrabiomed, al remitir este documento a la Comisión Europea como contribución a la futura Estrategia Europea de Igualdad, nos sentimos orgullosas y orgullosos de que las aportaciones de “Hacia una Europa de la Salud sin sesgo de género” puedan ser escuchadas en Bruselas, como reflejo de una Europa más democrática, inclusiva y comprometida con la salud y los derechos de todas las personas.

Confiamos en que este ejercicio participativo sea un impulso renovado para seguir construyendo juntas y juntos una salud pública libre de sesgos de género.

Javier Gómez-Arrue,
Director de Navarrabiomed - Fundación Miguel Servet

I. Introducción

El pasado 24 de junio de 2025, el centro de investigación biomédica Navarrabiomed organizó en Pamplona la jornada “Impulsando una Europa de la Salud sin sesgo de género”, un encuentro de carácter participativo que reunió a sesenta personas representantes de los ámbitos científico, sanitario, institucional, asociativo y ciudadano. Este foro constituyó un espacio de reflexión y construcción colectiva orientado a contribuir activamente en el diseño de la futura Estrategia Europea de Igualdad, en el ámbito de la salud y la investigación biosanitaria.



La jornada estuvo presidida por la vicepresidenta segunda del Gobierno de Navarra y consejera de Memoria y Convivencia, Acción Exterior y Euskera, Ana Ollo Hualde, junto con el director general de Acción Exterior, Sergio Pérez García.

Este evento se inscribió dentro del ciclo “Salud pública: investigar y mejorar con Europa” que promueve una mirada europea sobre los retos sanitarios y de investigación biomédica y que Navarrabiomed desarrolla desde hace cuatro años con el apoyo de la Dirección General de Acción Exterior del Gobierno de Navarra, a través de la convocatoria de ayudas para la difusión de políticas europeas.

La principal finalidad de la jornada participativa “Impulsando una Europa de la Salud sin sesgo de género” fue recabar propuestas, experiencias y reflexiones para contribuir activamente –en el ámbito de la salud pública y la investigación biosanitaria– al proceso participativo abierto por la Comisión Europea con vistas a la elaboración de una nueva Estrategia Europea de Igualdad.

II. Metodología

La jornada se celebró en un contexto clave, tras la reciente publicación del Informe sobre la Igualdad de Género 2025 y de la hoja de ruta sobre derechos de la mujer de la Comisión Europea. Estos documentos reconocen avances en la materia, pero también subrayan la persistencia de desigualdades estructurales entre mujeres y hombres, particularmente en el acceso a diagnósticos, tratamientos eficaces, participación en ensayos clínicos y promoción profesional en investigación.

Fase de inspiración y contextualización

Durante las cuatro horas que duró la jornada, se desarrollaron una serie de ponencias marco con el objetivo de situar el debate y dotar de herramientas conceptuales a las personas participantes.

Lydia González Orta, experta en proyectos europeos de integración de género en I+D+i en la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), desgranó los marcos programáticos europeos que promueven la incorporación transversal de la perspectiva de género en ciencia, destacando iniciativas como GENDERACTION, GENDERNET Plus y SUPERA. Señaló con claridad que la igualdad no es un logro irreversible, y que requiere del compromiso continuado de instituciones, personal investigador y sociedad civil.



Lydia González Orta es doctora en Ciencias Sociales y Máster Erasmus Mundus en Estudios de las Mujeres y de Género. Desde 2013 ha colaborado en proyectos de género y ciencia en diferentes instituciones del sistema español de I+D+i, incluyendo universidades y organismos públicos de investigación, donde también ha impartido formación sobre planes de igualdad y dimensión de género en el contenido de la I+i. Desde 2018 trabaja como gestora de proyectos de género y ciencia de H2020 y Horizonte Europa –incluyendo GENDERACTION, GENDERNET Plus, SUPERA y GENDERACTION+– en la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Además, Lydia González es Punto Nacional de Contacto en el pilar WIDERA del programa Horizonte Europa para el objetivo transversal y topics de “Igualdad de género”, y da apoyo a la representación española en los foros europeos de discusión sobre políticas de igualdad en I+i.

Por otro lado, se presentaron también buenas prácticas impulsadas desde Navarra en investigación y atención sanitaria con enfoque de género. Asimismo, Ernesto Martín Núñez, investigador posdoctoral de la [Unidad de Cardiología traslacional de Navarrabiomed](#), dio a conocer la línea de investigación que desarrollan para estudiar el deterioro de las válvulas cardíacas y la importancia de contemplar la perspectiva de género en la misma.

A continuación, Elena Antoñanzas Baztán, directora del Servicio de Planificación, Estrategia Sanitaria e Investigación del Departamento de Salud analizó la evaluación con dimensión de género del último Plan de salud de Navarra, así como las principales conclusiones.

También se presentaron, con Andrea Ucar Vargas, responsable de Comunicación de Navarrabiomed propuestas de innovación social, como el uso del [teatro foro para sensibilizar y debatir con la juventud sobre salud e investigación](#) biomédica desde una perspectiva inclusiva.



Buenas prácticas para inspirar: la jornada ha servido también para visibilizar buenas prácticas impulsadas desde Navarra en investigación y atención sanitaria con enfoque de género.

Sin embargo, el núcleo participativo de la jornada fueron las mesas de trabajo deliberativas.

Metodología del Taller Participativo

La jornada “Impulsando una Europa de la Salud sin sesgo de género” se concibió no sólo como un foro de sensibilización y visibilización de las desigualdades de género en salud sino, especialmente, como un ejercicio deliberativo orientado a la generación colectiva de propuestas que contribuyan a la futura Estrategia Europea de Igualdad de Género en el ámbito sanitario.

Asimismo, la parte central de la jornada se desarrolló a través de un taller participativo que permitió recoger experiencias reales, identificar obstáculos persistentes y construir colectivamente propuestas para una Europa de la salud más equitativa, sin sesgos ni exclusiones por razón de género. El diseño metodológico partió de una premisa clara: la participación activa de las personas afectadas —pacientes, profesionales, investigadores, ciudadanía— es indispensable para construir políticas públicas eficaces, justas y sostenibles. Así, se adoptó un enfoque deliberativo que priorizó la escucha horizontal, la inteligencia colectiva y el reconocimiento de la experiencia vivida como fuente de conocimiento legítimo.

El diseño metodológico del taller se estructuró en torno a la participación activa y reflexiva de las personas asistentes, a través de cuatro mesas de trabajo distribuidas en función del perfil profesional:

- Mesa Asociaciones de pacientes y ciudadanía (8 personas participantes: 2 hombres y 6 mujeres)
- Mesa Personal investigador en salud I (8 personas participantes: 2 hombres y 6 mujeres)
- Mesa Personal investigador en salud II (6 personas participantes: 3 hombres y 3 mujeres)
- Mesa Profesionales de la salud y autoridades (8 personas participantes: 8 mujeres)



El foro de participación ciudadana se ha estructurado en cuatro mesas de trabajo, según el perfil de los y las participantes: personal investigador, profesionales de la salud, representantes institucionales, asociaciones de pacientes y ciudadanía en general.

Cada mesa aplicó una secuencia de tres dinámicas deliberativas:

1. Situación: Mapeo de experiencias personales o profesionales sobre brechas de género en salud.
2. Retos y objetivos: Círculo de diálogo, para identificar retos colectivos y objetivos de cambio.
3. Medidas: Lluvia de ideas estructurada, orientada a la formulación de propuestas y soluciones.

Las dinámicas promovieron un análisis desde lo vivencial hacia lo estructural, con un enfoque participativo que priorizó el diálogo equitativo, la horizontalidad y la diversidad de voces. Las aportaciones fueron recogidas visualmente en un panel resumen, generando así un diagnóstico compartido.

A continuación, se detalla una explicación de la metodología aplicada y una exposición de los resultados alcanzados en estas mesas, organizada en tres ejes: situación, retos/objetivos y propuestas de acción.



El objetivo del foro de participación era elaborar propuestas concretas y posibles medidas que puedan impulsarse desde Europa para avanzar hacia una Salud Pública más equitativa, inclusiva y sensible a las cuestiones de género.

Las aportaciones recogidas en este foro se incluyen en este informe como contribución desde Navarra al proceso participativo abierto para incorporar la salud sin sesgo de género en la futura Estrategia Europea de Igualdad.

Dinámica 1: Diagnóstico de la situación actual

Objetivo: Análisis de la situación e identificar vivencias personales o profesionales que evidencien las brechas de género existentes en investigación y atención sanitaria.

La primera dinámica se centró en identificar las brechas de género vividas en salud e investigación, a partir de experiencias personales y profesionales.

Se utilizó la técnica del “mapa visual de vivencias”, donde cada participante trazó una línea del tiempo representando momentos clave donde detectó desigualdades, obstáculos o aprendizajes. Se anotaron emociones, resistencias y creencias limitantes o factores facilitadores, lo que permitió visualizar cómo opera el sesgo de género en la práctica cotidiana.

Posteriormente, se compartieron las experiencias en grupo, identificando patrones comunes y verbalizando lo que a menudo permanece oculto o normalizado.

Dinámica 2: Retos y objetivos

Objetivo: Formular de manera colectiva los principales desafíos y metas para superar las desigualdades identificadas.

Con las experiencias ya mapeadas, se propició un espacio de diálogo abierto, horizontal y no directivo, con el fin de explorar las barreras estructurales que impiden una verdadera igualdad de género en el ámbito sanitario y científico, y plantear los objetivos colectivos necesarios para superarlas.

La metodología del círculo de diálogo promovió la participación equitativa y respetuosa, garantizando que todas las voces –especialmente las menos acostumbradas a ser escuchadas– tuvieran un lugar relevante en la conversación.

A través de preguntas abiertas como “¿Qué cambios estructurales necesitamos para que estas experiencias no se repitan?” o “¿Cómo imaginamos un sistema de salud verdaderamente equitativo?”, las personas participantes identificaron retos fundamentales: desde la transformación de la cultura organizativa y la necesidad de formación continua, hasta la incorporación de la diversidad y la prevención del edadismo y el machismo en consulta.

Esta dinámica permitió pasar de lo personal a lo político, formulando objetivos que trascienden lo individual para situarse en el plano estructural y colectivo.

Dinámica 3: Propuestas y soluciones

Objetivo: Elaborar medidas viables y transformadoras para avanzar hacia una salud pública sin sesgos de género.

El taller culminó con una dinámica orientada a generar propuestas concretas, con base en las experiencias y los retos previamente identificados.

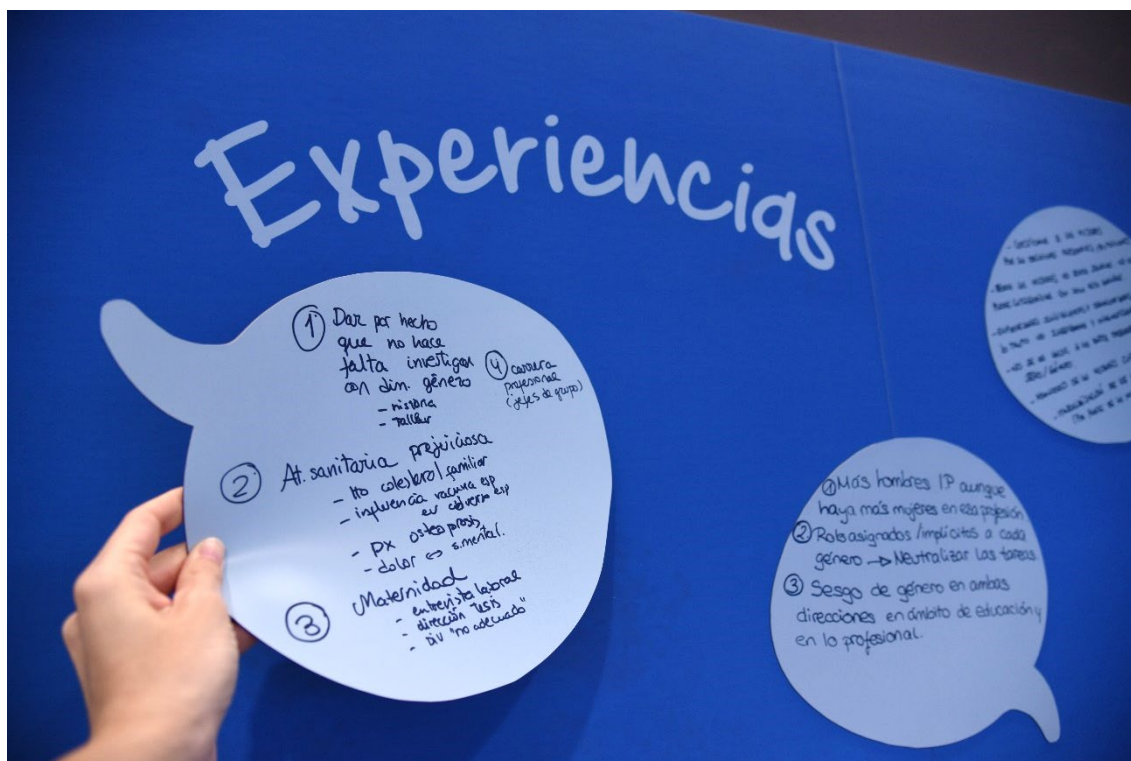
Cada participante regresó a su mapa inicial de vivencias, extrayendo de él posibles ideas, soluciones o cambios deseados. Estas ideas se compartieron en grupo mediante una lluvia de ideas libre, sin censura ni jerarquización inicial. Posteriormente, se agruparon, depuraron y priorizaron en función de su viabilidad, impacto o carácter transformador.

El resultado fue una batería de acciones concretas: medidas de acción positiva, propuestas educativas, formación, reformas legislativas y sociales, o campañas de sensibilización.

La riqueza de esta dinámica residió en su carácter propositivo, transversal y realista. Lejos de formular deseos abstractos, se generaron propuestas fundamentadas en la experiencia, la reflexión compartida y el compromiso con el cambio.

III. Aportaciones por dinámica y mesa

Diagnóstico de la situación actual - Mapeo de experiencias



La primera dinámica de trabajo propuso a las personas participantes identificar, desde su experiencia directa, momentos, situaciones o patrones donde se evidenció la presencia de desigualdades de género en el ámbito de la salud, la atención clínica, la investigación y en el entorno profesional. El resultado fue un relato colectivo que, más allá de la anécdota individual, afirmó la persistencia de estructuras discriminatorias, prácticas normalizadas e invisibilizaciones históricas.

Mesa de asociaciones de pacientes y ciudadanía

Esta mesa aportó una mirada desde la experiencia vivida por usuarias y usuarios del sistema sanitario. Su relato puso en el centro la dimensión vivencial del sesgo de género en salud, y la necesidad de un enfoque centrado en la persona y no en el estereotipo.

1. Socialización diferenciada desde la infancia

Las experiencias relatan cómo desde edades tempranas se produce una clara diferenciación en la educación y las actividades asignadas a niños y niñas:

- Las niñas eran responsables de tareas del hogar asociadas al cuidado y el orden (recoger el comedor, ayudar en casa), mientras los niños ocupaban el espacio público y lúdico (fútbol, juegos de grupo, tecnología).
- En contextos educativos, se reproducen estereotipos en la asignación de asignaturas (ellas a “labores”, costura, bordado, artesanía...; ellos a tecnología), y se generan

desigualdades en el acceso al liderazgo o al reconocimiento en actividades como el ajedrez o los deportes.

La educación no formal y la socialización temprana siguen perpetuando roles de género rígidos, con efectos a largo plazo sobre la autoestima, las aspiraciones profesionales y la participación de niñas y mujeres en ámbitos masculinizados.

2. Invisibilización de enfermedades femeninas y normalización del dolor

Las enfermedades que afectan principalmente a mujeres a menudo son pasadas por alto o minimizadas, lo que resulta en diagnósticos tardíos y tratamientos inadecuados.

El dolor menstrual, por ejemplo, es considerado normal y esperado. No se investiga ni se busca un diagnóstico. Esta normalización del dolor afecta a la calidad de vida de las mujeres, su salud mental, sus relaciones sociales y también su desempeño laboral.

3. Invisibilización y cuestionamiento de las mujeres en los cuidados

Los relatos revelan cómo los cuidados siguen siendo responsabilidad de las mujeres, incluso cuando los hombres participan:

- En el caso de enfermedades como la diabetes o el ictus, los profesionales sanitarios suelen dirigirse a las mujeres para hablar de cuidados, y a los hombres para hablar de tratamiento o medicación. Los hombres enfermos suelen acudir a la consulta con una mujer.
- Se identifican roles diferenciados dentro de las propias familias, donde las mujeres son las cuidadoras por defecto, mientras que, en materia de cuidado, los hombres son valorados positivamente incluso por una implicación mínima.

A pesar de los avances, los cuidados siguen feminizados e infravalorados. Es urgente visibilizar el papel de las mujeres en este ámbito y fomentar una corresponsabilidad real, también desde los propios servicios sanitarios.

4. Carga mental, brecha salarial y desigualdad en la conciliación

Se señaló que las mujeres asumen mayor carga mental y emocional en la gestión familiar y doméstica, lo que conlleva:

- Dificultad para compatibilizar vida laboral y personal.
- Renuncias profesionales como excedencias, jornadas reducidas o menor participación en actividades extracurriculares o voluntariado, debido a que el hombre suele cobrar más.
- Justificación constante de decisiones domésticas y económicas (se cuestiona su autoridad incluso dentro del hogar).

Se perpetúa una distribución desigual de los roles familiares, consolidando a las mujeres como cuidadoras principales y limitando su desarrollo profesional, manteniendo la brecha salarial entre hombres y mujeres.

5. Estigmatización de las mujeres en espacios masculinizados

Varios testimonios destacaron experiencias de discriminación o exclusión en espacios considerados tradicionalmente “de hombres”:

- Rechazo a mujeres en clubes o sociedades (ej. sociedades gastronómicas).
- Desigualdad en el trato dentro del aula o el trabajo: los hombres se relacionan con naturalidad entre ellos y con la autoridad, mientras las mujeres tienden a mantener más formalidad.
- En actividades como el ajedrez o la conducción, se cuestiona la capacidad de las mujeres.

El acceso de las mujeres a espacios tradicionalmente masculinos sigue siendo condicionado, vigilado o penalizado, reflejo de estereotipos persistentes que limitan su participación y autonomía.

6. Barreras estructurales en participación e investigación

Se evidenció que las responsabilidades de cuidado dificultan la participación de las mujeres en procesos de investigación y en otros espacios públicos:

- Las mujeres disponen de menos tiempo libre para involucrarse como voluntarias, investigadoras o líderes comunitarias, lo que genera una infrarrepresentación estructural en la producción de conocimiento.
- Las estructuras de participación científica y social deben adaptarse a las realidades de género, creando condiciones que faciliten la inclusión efectiva de mujeres en todos los niveles, especialmente aquellas que asumen tareas de cuidado no remunerado.

7. Persistencia de estereotipos y necesidad de transformación cultural

Aunque se reconocen avances intergeneracionales, las y los participantes observaron con preocupación cómo los estereotipos de género siguen presentes, incluso en contextos actuales:

- Comentarios sobre el comportamiento “apropiado” para una señorita.
- Expectativas diferenciadas hacia niños y niñas respecto a la limpieza, la competencia o la agresividad.
- Reproducción de patrones machistas en la escuela y en la familia, aún con conciencia social.

Es imprescindible impulsar un cambio cultural profundo que cuestione los estereotipos desde la infancia, con una educación activa en igualdad de género que trascienda los discursos y transforme las prácticas cotidianas.

Resumen

- Invisibilización de enfermedades femeninas o feminizadas: Enfermedades como la menopausia, el síndrome premenstrual o la salud mental postparto siguen sin ser abordadas con el rigor, la escucha o la empatía que merecen. También tiene un impacto en el bienestar y la salud de las mujeres.
- Sobrecarga de los cuidados no remunerados: esta sobrecarga lleva a las mujeres al límite de su salud física y emocional, sin reconocimiento institucional ni apoyo estructural.
- Carencia de educación en salud con perspectiva de género desde edades tempranas: la mayor parte de los contenidos educativos sobre salud no aborda ni el género, ni la afectividad, ni la diversidad corporal, lo que perpetúa estereotipos e inseguridades desde la adolescencia.

Esta mesa puso en evidencia que las desigualdades de género no son únicamente individuales ni anecdóticas, sino estructurales. Las experiencias compartidas muestran cómo los roles de género se construyen desde la infancia, limitan el desarrollo personal y profesional de las mujeres, y condicionan su acceso a espacios de poder, participación y cuidado. Para avanzar hacia la equidad real, se requiere:

- Una revisión crítica de la educación y socialización desde una perspectiva de género.

- Reconocimiento y redistribución de los cuidados.
- Reformas estructurales que faciliten la participación igualitaria.
- Políticas que aborden la brecha salarial y la carga mental.
- Una transformación cultural que cuestione el modelo tradicional y valore lo femenino en todos los ámbitos.

Mesas de personal investigador en salud

Las dos mesas formadas por personal investigador - procedente tanto del ámbito académico como del biomédico - pusieron el foco en las desigualdades de género dentro de la carrera científica y en los sesgos epistemológicos en la producción de conocimiento.

1. Toma de conciencia sobre el sesgo de género

Las experiencias compartidas evidencian una creciente sensibilización hacia la dimensión de género en la investigación y la atención sanitaria. Algunos participantes reconocen cómo sus enfoques han cambiado tras recibir comentarios o cuestionamientos desde una perspectiva de género, especialmente al reflexionar sobre la ausencia de mujeres en sus estudios o en la representación institucional. A pesar de ello, persiste una variabilidad en el nivel de conciencia, tanto a nivel individual como institucional.

2. Sesgos diagnósticos y terapéuticos

Se identificaron múltiples ejemplos de sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento sanitario:

- En mujeres, se subestima o invisibiliza su sintomatología (ej. efectos secundarios tras la vacunación COVID, o el retraso diagnóstico en el cáncer de mama tras atribuir los síntomas al estrés).
- En hombres, se evidencian dificultades para diagnosticar enfermedades consideradas "femeninas", como la osteoporosis.
- Persisten patrones de diagnóstico que asocian el dolor en mujeres con causas psicológicas, derivando en la medicalización con psicofármacos, y tratamientos no personalizados (ej. prescripción de la misma medicación independientemente del sexo).
- Atención sanitaria prejuiciosa. Situaciones en las que las mujeres son atendidas igual sin tener en cuenta las características de cada persona (sin equidad). Mismo tratamiento a padre e hija cuando no debería ser por las características fisiológicas.

3. Necesidad de investigación con enfoque de género

Las y los participantes coincidieron en que aún se da por hecho que el análisis por sexo y género no es necesario en todos los ámbitos de investigación, lo que contribuye a perpetuar el sesgo. Se destacaron las barreras estructurales y económicas, como el aumento de costes al duplicar muestras en modelos animales, o la necesidad de sobrejustificación al proponer proyectos con enfoque de género. Sin embargo, se remarcó que identificar el sexo de las poblaciones estudiadas es clave para avanzar en conocimiento reproducible e inclusivo.

Por otro lado, destacan la falta de integración real de la perspectiva de género en la investigación: Aunque en los últimos años los marcos europeos (Horizonte Europa, por ejemplo) exigen la inclusión de esta dimensión, muchas veces se hace de forma superficial, instrumental

o como mero requisito formal. La perspectiva de género no suele formar parte del diseño metodológico ni del análisis de resultados.

4. Impacto del género en el desarrollo profesional

Numerosos testimonios visibilizaron cómo la planificación familiar, el embarazo o la maternidad impactan negativamente en las trayectorias de las mujeres investigadoras. Se mencionaron ejemplos de discriminación directa (bajada de puntuación por estar embarazada) y prácticas discriminatorias normalizadas (preguntas sobre maternidad en entrevistas, obstáculos para obtener una promoción).

Se señaló que los hombres tienden a ocupar más puestos de IP (Investigador Principal), mientras las mujeres enfrentan mayores dificultades para conciliar.

El uso desigual de los permisos de paternidad fue debatido, mostrando preocupación por el aprovechamiento de estos permisos por parte de los hombres para avanzar en la carrera científica.

5. Representación y comunicación científica

Se remarcó cómo la comunicación científica ha estado históricamente dominada por figuras masculinas. A pesar de los cambios actuales, persiste una sobrerrepresentación masculina en puestos de liderazgo, con una escasa visibilidad de mujeres en medios, congresos y divulgación. Se identificó el mansplaining como una práctica aún presente, así como la necesidad de avanzar hacia una narrativa científica diversa e inclusiva.

6. Estereotipos y roles de género

Los estereotipos sobre los roles tradicionales siguen influyendo tanto en la atención sanitaria como en el ámbito profesional:

- Se discutieron experiencias sobre cómo las mujeres siguen siendo vistas como principales cuidadoras, mientras que la implicación de los hombres en la crianza aún se ve como “excepcional” o recibe comentarios diferenciados.
- Se señalaron iniciativas institucionales bienintencionadas (medidas de protección específicas como, por ejemplo, paradas de autobús nocturno a demanda o aparcamientos para mujeres en zonas iluminadas) que, si no se acompañan de un cambio estructural, pueden reforzar estereotipos en lugar de desmontarlos.
- Necesidad de ampliar el enfoque para integrar al hombre en los cuidados y crianza

Resumen

- Barreras estructurales y económicas para la investigación con dimensión de género.
- Penalización por maternidad y tareas de cuidados: Se señaló que el tiempo dedicado a los cuidados familiares o las excedencias por maternidad afecta gravemente su proyección profesional, especialmente en un entorno altamente competitivo. Se relataron casos en los que la producción científica se vio ralentizada y, con ello, sus posibilidades de acceder a proyectos, promociones o méritos académicos.
- Falta de liderazgo femenino: Las participantes denunciaron que, pese a la elevada proporción de mujeres en los tramos iniciales de la carrera científica, estas van desapareciendo a medida que se asciende en la jerarquía académica e investigadora. Aún predominan los liderazgos masculinos.
- Mansplaining y dinámicas de invisibilización: Se compartieron experiencias reiteradas de interrupciones, apropiación de ideas por colegas varones o minusvaloración del criterio de las investigadoras en reuniones científicas.

Mesa de profesionales sanitarios e instituciones

1. Crítica y cuestionamiento constante a las mujeres por sus decisiones

Uno de los temas centrales emergentes fue el juicio constante al que se ven sometidas las mujeres en todas las etapas de su vida profesional y personal. No se ha producido una evolución real en la valoración social de las decisiones de las mujeres. Persisten estereotipos que asocian a la mujer con lo privado y al hombre con lo público, penalizando las elecciones femeninas en ambos ámbitos.

Desde la elección de estudios (asociados a cuidados como medicina o enfermería) hasta decisiones relacionadas con el desarrollo profesional (investigación, liderazgo, viajes o conciliación), las participantes relatan cómo deben justificarse continuamente.

A diferencia de los hombres, las mujeres ven cuestionadas decisiones que afectan a su vida personal y profesional, especialmente vinculadas a la maternidad, excedencias, reducciones de jornada o dedicación a la investigación.

2. Invisibilización y desatención de enfermedades que afectan principalmente a mujeres

Las enfermedades que afectan mayoritariamente a mujeres siguen sin tener el reconocimiento médico y científico que merecen. Esto es reflejo de un sesgo de género persistente en la investigación biomédica y en la práctica clínica, que pone en riesgo la salud de millones de mujeres.

Las participantes denunciaron la falta de investigación, diagnóstico y tratamiento adecuado de enfermedades con mayor prevalencia en mujeres, como: fibromialgia, endometriosis, consecuencias del dolor menstrual, patologías vinculadas a la salud mental o mal diagnosticadas inicialmente como fatiga o estrés. En muchos casos, estas enfermedades son minimizadas, invisibilizadas o mal tratadas, y quienes las sufren no se sienten escuchadas ni validadas.

3. Uniformización y falta de reconocimiento de la diversidad entre mujeres

Otro tema señalado fue la tendencia a homogeneizar a las mujeres, sin tener en cuenta diferencias sociales, culturales, económicas o de identidad:

- Se compartieron experiencias relacionadas con el tratamiento diferenciado a pacientes según su origen étnico (ej. mujeres gitanas con cáncer).
- Se criticó la visión binaria hombre-mujer que ignora la diversidad interna del colectivo femenino, lo que afecta negativamente la toma de decisiones clínicas y políticas.

Es necesario abandonar enfoques simplistas y dicotómicos, y adoptar una mirada interseccional que reconozca la diversidad de las mujeres en las políticas sanitarias y de investigación. Se sigue con una visión compartimentada, cuando se debería interactuar con trabajo social, con políticas migratorias... Es indispensable poner a la persona en el centro para entender diferentes situaciones que se dan.

4. Brechas estructurales en salud y prevención

Se remarcó la ausencia de políticas preventivas eficaces con perspectiva de género:

- Las mujeres cuidadoras (especialmente de personas mayores) son desatendidas en el sistema sanitario, a pesar de presentar síntomas derivados de la sobrecarga de cuidados.
- Algunas participantes señalaron que la salud está aun excesivamente compartimentada y medicalizada (vs prevención), sin tener en cuenta otros criterios como el género, la migración o la clase.

La prevención y promoción de la salud deben incorporar el enfoque de género de forma transversal, incluyendo políticas dirigidas a cuidadoras, a mujeres con roles invisibilizados, y a quienes sufren dolencias desatendidas.

5. Corresponsabilidad en la transformación

- Se remarcó que la transformación de los roles y los cuidados no puede recaer solamente en las mujeres.
- Es necesario que los hombres se involucren activamente en las estrategias de igualdad tanto dentro como fuera del ámbito científico.

Para repartir responsabilidades y deshacer la feminización del enfoque de género, la igualdad debe ser un proyecto compartido.

Resumen

- Sesgos clínicos en el diagnóstico y el tratamiento: Se evidenció que muchos síntomas expresados por mujeres son subestimados, minimizados o atribuidos a factores emocionales. Enfermedades como la endometriosis, fibromialgia, lupus, migrañas, o incluso los síntomas cardiacos, son a menudo malinterpretados o tratados tardíamente en mujeres.
- Normalización del dolor femenino: Se compartieron testimonios donde las pacientes tuvieron que insistir reiteradamente para ser escuchadas. En palabras de una profesional: "Parece que las mujeres tienen que demostrar que sufren más para que se las tome en serio."
- Desigual distribución de tareas dentro de los equipos sanitarios: Persisten roles de género en el reparto de funciones: las mujeres realizan más tareas emocionales, de acompañamiento o administrativas, mientras los hombres tienden a asumir decisiones técnicas o jerárquicas.
- Corresponsabilidad en la transformación.

Retos y objetivos colectivos



Dinámica 2: Círculo de diálogo. La segunda dinámica de la jornada propició un espacio de reflexión colectiva orientado a identificar los retos estructurales que impiden avanzar hacia un sistema sanitario y científico libre de sesgos de género, y a formular objetivos compartidos que sirvan como base para futuras acciones institucionales, comunitarias y legislativas.

A través de un círculo de diálogo facilitado, las personas participantes articularon sus intervenciones en torno a tres grandes preguntas:

- ¿Qué cambios te parecerían más urgentes o importantes para lograr una mejor salud colectiva/una mejor salud para todas las personas?
- ¿Cómo crees que los servicios de salud y la investigación podrían adaptarse mejor a las diferentes realidades y necesidades de las personas?
- ¿Cómo se debería generar el conocimiento en Salud para que beneficie a todas las personas?

Las respuestas, agrupadas por mesas, permitieron identificar ejes críticos comunes y objetivos transformadores que se exponen a continuación.

Retos desde la experiencia ciudadana y paciente

1. Incorporar una perspectiva interseccional en salud

Uno de los elementos clave que emergieron fue la necesidad urgente de integrar una mirada interseccional en la atención sanitaria, reconociendo que el género se cruza con otras dimensiones de desigualdad como la edad, el origen étnico, la clase social o el nivel educativo.

- Las personas mayores, especialmente las mujeres, sufren edadismo: se asume que no tienen estudios, capacidad de decisión o autonomía.
- Las mujeres racializadas enfrentan prejuicios estructurales que dificultan su acceso a una atención digna.
- Las pacientes sufren consejos condescendientes o “mansplaining” sanitario, también las que tienen conocimiento técnico o profesional.

Es fundamental formar al personal sanitario en enfoque interseccional, para que no reproduzca desigualdades estructurales dentro de la consulta, y para reconocer las distintas necesidades según género, edad, raza, situación laboral o nivel educativo.

2. Cuestionar los sesgos en el diagnóstico: de la salud mental al dolor

Se evidenció que los síntomas físicos en mujeres suelen ser descartados o interpretados en clave de salud mental:

- Las quejas físicas se atribuyen rápidamente a “ansiedad” o “depresión”.
- El dolor menstrual o pélvico se normaliza y rara vez se investiga a fondo.
- La administración de anticonceptivos es una práctica habitual, sin abordar alternativas ni considerar efectos secundarios.

Urge revisar protocolos de diagnóstico que invisibilizan el dolor femenino, y evitar la psiquiatrización de síntomas físicos, integrando una mirada más integral, empática y basada en la evidencia científica con enfoque de género.

3. Promover una salud más preventiva, personalizada y centrada en la mujer

Se cuestionó el modelo de salud predominantemente curativo y generalista:

- Se insistió en la necesidad de una salud personalizada, que contemple las diferencias fisiológicas y sociales entre mujeres y hombres.
- Se propuso un enfoque preventivo, más allá de la atención aguda, para promover el autocuidado y la salud integral de las mujeres.
- Se reclamó que la mujer ocupe el centro de su propia salud: dejar de vivir sólo para cuidar a otros y recuperar el derecho a cuidarse a sí misma.

La transformación del sistema sanitario debe pasar por una reorientación estructural hacia la prevención, el autocuidado y la individualización del tratamiento con mirada feminista.

4. Eliminar la condescendencia y el machismo en la consulta

Falta de reconocimiento del saber y la experiencia de las pacientes: Las mujeres denuncian que no se las escucha en las consultas, se deslegitima su conocimiento sobre su propio cuerpo y se infravaloran sus preocupaciones. Las participantes denunciaron actitudes condescendientes en la atención, que se manifiestan especialmente en:

- El tono paternalista y la desigualdad de trato según género y edad.
- Se cuestiona la sintomatología física de la mujer

- El escaso reconocimiento de la autonomía y capacidad de las mujeres.

Se deben implementar protocolos y formación específica para eliminar actitudes machistas, paternalistas y discriminatorias en consulta, y garantizar una relación clínica horizontal, basada en la confianza y el respeto.

5. Incrementar la participación activa de las mujeres en investigación en salud

La falta de mujeres en los ensayos clínicos y en la investigación biomédica fue otro de los puntos críticos:

- Se destacó que las mujeres acuden menos a estudios clínicos debido a barreras estructurales como el rol de cuidadoras o la falta de tiempo.
- Se propuso que la investigación se acerque más a los espacios donde están las mujeres (centros comunitarios, asociaciones, etc.).
- Se sugirió implementar cupos o mecanismos de paridad en la selección de muestras de estudio.

Es necesario reducir la brecha de género en la participación investigadora, diseñando estudios accesibles, equitativos y representativos, y acercando la ciencia a las realidades femeninas cotidianas.

Resumen

Retos y Objetivos Identificados

- Aplicar una perspectiva interseccional en la atención sanitaria, que contemple género, edad, raza y nivel socioeducativo.
- Evitar el sesgo diagnóstico hacia la salud mental en mujeres y no normalizar el dolor femenino.
- Reorientar el modelo sanitario hacia la prevención, el autocuidado y la personalización, poniendo a cada persona en el centro.
- Eliminar actitudes condescendientes y machistas en consulta, fomentando una relación médico-paciente horizontal.
- Incrementar la participación de las mujeres en investigación y ensayos clínicos, asegurando accesibilidad y paridad real.

Retos desde la investigación

Los retos identificados en esta mesa muestran que, si bien existen avances y conciencia creciente, persisten barreras profundas que impiden una verdadera equidad de género en la investigación sanitaria. La inclusión efectiva de la perspectiva de género exige:

- Reformular cómo se diseñan y organizan las investigaciones.
- Garantizar la participación de mujeres en condiciones equitativas.
- Transformar la cultura científica con enfoque de género como criterio de calidad.
- Invertir recursos y esfuerzo institucional para que la diversidad y la equidad no sean un objetivo futuro, sino un principio presente.

1. Eliminar las barreras estructurales y culturales a la participación de las mujeres en investigación sanitaria

Se identificaron múltiples obstáculos que dificultan la participación equitativa de las mujeres en ensayos clínicos y espacios de investigación, entre ellos:

- Rol de cuidadora y dificultades para la conciliación, que limitan su disponibilidad para participar en estudios clínicos u otras actividades científicas.
- Síndrome de la impostora, que afecta con más fuerza a las mujeres jóvenes investigadoras y limita su confianza a la hora de exponer ideas o liderar proyectos. También se reconoce que existe cierta vergüenza o pudor en participar en ciertos estudios por una normalización de los éxitos obtenidos y tendencia a que las mujeres minusvaloren sus logros.
- Mayor autoexigencia, lo que implica una carga emocional y profesional añadida, frente a la actitud más relajada o afirmativa de los hombres en contextos similares.
- Edadismo diferencial, donde la experiencia en los hombres se valora como un activo, mientras que en las mujeres mayores se interpreta con condescendencia.

La participación de las mujeres en la investigación y en ensayos clínicos se ve afectada por factores estructurales, culturales y psicológicos. Es imprescindible abordarlos mediante políticas de conciliación, cambios en la cultura organizativa y el reconocimiento activo del talento femenino en todas las etapas de la carrera investigadora.

2. Formación en género: retos de implementación y transformación cultural

Se destacó que, aunque existen iniciativas de formación en género, persisten grandes retos para lograr su integración real en la práctica investigadora y organizativa:

- Las formaciones actuales no siempre llegan al personal que más las necesita, y a menudo se dirigen a quienes ya están sensibilizados.
- Hay limitaciones logísticas (duración, incompatibilidad con horarios laborales) que dificultan la participación de personal investigador.
- Se percibe una baja valoración institucional de estas formaciones, cuando deberían formar parte de la cultura científica del centro.
- Existe el riesgo de que la dimensión de género se instrumentalice para conseguir puntos en proyectos, sin convertirse en una práctica estructural.

Es fundamental reformular las estrategias de formación para que sean accesibles, obligatorias y culturalmente significativas. La perspectiva de género debe dejar de ser un añadido y pasar a formar parte del estándar de calidad en la investigación.

3. Incorporación de la diversidad en las investigaciones en salud

Uno de los retos emergentes fue cómo abordar la diversidad de género y sexo en la recolección y análisis de datos de salud, especialmente en contextos clínicos o poblacionales:

- La sensibilidad de los datos personales de salud y la dificultad de clasificación cuando se incluyen variables como el sexo sentido o la transición hormonal generan dudas metodológicas y éticas.

- Las categorías tradicionales (hombre/mujer) no reflejan adecuadamente la diversidad de identidades de género ni las implicaciones fisiológicas (ej. terapias hormonales).
- Existe un déficit de financiación específica para líneas de investigación que aborden diversidad y salud desde una perspectiva interseccional.

Es necesario avanzar hacia métodos de investigación flexibles, éticos y rigurosos que reconozcan la diversidad de sexo, género e identidades sin caer en simplificaciones. Para ello, se requiere tanto innovación metodológica como mayor financiación específica.

4. Cambiar la estructura desde dentro: hacia una ciencia con enfoque de género

Se señaló que uno de los objetivos clave debe ser la transformación estructural del sistema científico:

- Superar la idea de que la dimensión de género es un requisito formal o un “complemento” y asumirla como una dimensión central para hacer buena ciencia.
- Convertir la equidad de género en una práctica institucional, incorporándola en todas las fases de la investigación: desde la pregunta científica hasta la publicación y la transferencia del conocimiento.
- Generar referentes en género dentro de los equipos de investigación, para visibilizar buenas prácticas y motivar el cambio.

La equidad de género en la ciencia no debe depender de la voluntad individual, sino que debe ser una responsabilidad estructural de las organizaciones, con políticas activas, liderazgo comprometido y métricas de evaluación adecuadas.

Resumen

Retos principales

- Acabar con el androcentrismo científico persistente: La medicina y la biomedicina siguen operando desde una epistemología basada en el cuerpo masculino como norma universal. Esta lógica excluye las experiencias específicas de las mujeres y de otras identidades de género.
- Impulsar una formación especializada en género: es necesario integrar la perspectiva de género en los diseños metodológicos para terminar con una implementación superficial o ausente.
- Incrementar la valoración curricular de la perspectiva de género: Aún no se reconocen suficientemente las líneas de investigación con enfoque feminista o de género en los criterios de financiación o promoción.
- Fin de la burocratización de la igualdad en los proyectos europeos: La exigencia formal de planes de igualdad en los consorcios internacionales no siempre se traduce en compromisos reales ni en transformaciones institucionales.

Objetivos colectivos formulados:

- Redefinir los criterios de excelencia científica para que incluyan explícitamente el análisis de género como componente de calidad, rigor e impacto.
- Establecer formaciones obligatorias en perspectiva de género para todo el personal investigador, especialmente quienes lideran grupos, revisan artículos o integran comités evaluadores.
- Promover líneas de investigación orientadas específicamente a la salud de las mujeres, la diversidad sexual y de género, y las intersecciones con otras desigualdades (clase, etnia, edad).
- Incentivar liderazgos femeninos y medidas de corresponsabilidad real en las estructuras científicas.

Retos desde la práctica clínica y la gestión institucional

1. Formación y sensibilización del personal sanitario

Uno de los retos prioritarios identificados es la necesidad de formar y sensibilizar al personal de salud, no solo en contenidos clínicos, sino también en perspectiva de género y comunicación con pacientes:

- Se señaló que la formación profesional debe ir acompañada de sensibilización práctica, que ayude a cambiar actitudes, especialmente en especialidades con menor contacto interpersonal.
- Se propuso utilizar campañas con mensajes positivos y constructivos, para favorecer el cambio cultural sin confrontación.

Conclusión: Para avanzar hacia una atención sanitaria equitativa, es imprescindible formar al personal con enfoque de género y trabajar en la sensibilización desde una lógica de corresponsabilidad y cultura del cuidado compartida.

2. Transformar los modelos culturales: revertir la masculinización de los referentes

Se evidenció cómo, incluso en la promoción de la igualdad, los modelos de éxito tienden a masculinizar a las mujeres (mayor competitividad, productividad, carga de tareas), en lugar de feminizar lo masculino o revalorizar los cuidados.

Se destacó el caso de las mujeres en sectores STEM, que sufren sobrecarga y presión por adaptarse a un modelo competitivo.

Se propuso fomentar la presencia masculina en profesiones feminizadas (enfermería, docencia, cuidados), y en hábitos tradicionalmente femeninos como la planificación anticipada de la salud o el autocuidado.

Las políticas de igualdad deben dejar de centrarse exclusivamente en que las mujeres se adapten a modelos masculinos, y comenzar a transformar los referentes de lo masculino, fomentando valores de cuidado, corresponsabilidad y bienestar común.

Por otro lado, es necesario cambiar el foco. Responsabilizar a la mujer como motor del cambio en la igualdad de género es una perspectiva errónea. La igualdad de género es un problema social que requiere la participación y responsabilidad de todos los géneros. Centrarse únicamente en las mujeres como agentes de cambio perpetúa la idea de que la igualdad es su responsabilidad exclusiva y no aborda las causas estructurales de la desigualdad.

3. Mejorar la calidad de vida de las mujeres desde una perspectiva preventiva y comunitaria

Se identificaron múltiples elementos que afectan negativamente a la salud global de las mujeres, más allá de la atención médica puntual:

- Las mujeres viven más años, pero con peor calidad de vida, por sobrecarga de cuidados, menor tiempo de autocuidado, y mayor medicalización en edades avanzadas.

- Se mencionó la necesidad de fomentar el deporte y la prevención en todas las etapas vitales, sin limitarse a momentos como el embarazo o la menopausia.
- Experiencias del ámbito rural mostraron cómo muchas mujeres han pasado de un contacto humanizado con el sistema de salud a un modelo de sobremedicación y aislamiento.

Es fundamental reorientar los servicios sanitarios hacia la prevención, la promoción de la salud comunitaria y la creación de espacios activos que integren a las mujeres, especialmente en entornos rurales o con alto grado de soledad. La digitalización (como apps) no puede sustituir los espacios presenciales de relación y cuidado colectivo.

4. Sensibilización de la ciudadanía: clave para un cambio sostenible

Más allá del sistema sanitario, se identificó la importancia de trabajar también con la ciudadanía, especialmente en:

- Visibilizar el valor del cuidado y de la planificación en salud.
- Cambiar las narrativas culturales sobre lo que se considera propio de “hombres” o de “mujeres”.
- Superar los estigmas que recaen sobre las mujeres que priorizan su autocuidado o bienestar.

El cambio debe ir acompañado de una transformación social más amplia, con campañas de sensibilización dirigidas a hombres y mujeres, que pongan en valor prácticas de autocuidado, corresponsabilidad y salud comunitaria.

5. Retos específicos en la formación universitaria

Se señaló que las facultades de ciencias de la salud no abordan de forma suficiente la atención diferencial por género, y que el alumnado se enfrenta a la práctica clínica sin herramientas adecuadas para identificar y atender las desigualdades en salud.

La formación universitaria en salud debe incluir la perspectiva de género como contenido obligatorio, no sólo en asignaturas teóricas, sino también en prácticas clínicas, análisis de casos y simulaciones, para preparar al futuro personal sanitario a una atención verdaderamente centrada en la persona.

Resumen

Retos principales

- Promover protocolos clínicos con enfoque de género: En muchas especialidades, los protocolos siguen sin distinguir sintomatología, respuesta farmacológica o riesgos específicos por sexo y género.
- Fomentar una cultura biomédica centrada en el síntoma y no en la persona lo que dificulta diagnósticos integrales.
- Revertir la masculinización de los modelos de éxito: fomentar que los hombres asuman roles de cuidado y autocuidado.
- Promover la salud preventiva y comunitaria, especialmente entre mujeres mayores y en entornos rurales.
- Evitar la medicalización excesiva de las mujeres e incentivar alternativas basadas en el acompañamiento y el bienestar.

Objetivos colectivos formulados:

- Revisar y actualizar todos los protocolos clínicos para incorporar diferencias sexo-género en diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Implementar modelos de atención centrados en la persona, que reconozcan la dimensión emocional, cultural y social de la salud, con enfoque interseccional.
- Promover una política activa de igualdad interna en las instituciones sanitarias: conciliación, equidad, formación, sensibilización.
- Crear espacios institucionales de acompañamiento y autocuidado para profesionales, con especial atención al bienestar psicosocial de las mujeres en primera línea.
- Transformar la cultura sanitaria y ciudadana a través de campañas que fomenten la corresponsabilidad en salud y cuestionen los estereotipos de género.

Propuestas de acción transformadora



Dinámica 3: Lluvia de ideas estructurada - Esta tercera y última dinámica del taller estuvo orientada a traducir el diagnóstico compartido y los objetivos colectivos en medidas concretas, viables y transformadoras. A través de una metodología participativa de ideación y priorización, cada mesa generó un conjunto de propuestas específicas que abarcan desde intervenciones institucionales y legislativas hasta estrategias educativas, comunitarias o comunicativas.

A continuación, se recogen las principales propuestas por mesa, seguidas de una síntesis transversal de prioridades de acción.

Propuestas desde la ciudadanía y las asociaciones de pacientes

Las aportaciones de esta mesa ponen el foco en la necesidad de una medicina más humana, preventiva, inclusiva y participativa, basada en la experiencia real de las personas usuarias del sistema de salud. Se plantean propuestas en torno a seis ejes:

1. Medicina centrada en la persona a lo largo de la vida

Se reclama un enfoque verdaderamente personalizado, que escuche y tenga en cuenta la historia individual de la paciente más allá de su género o edad.

Se cuestiona la tendencia a clasificar a las mujeres por etapas vitales (menopausia, embarazo...), lo que invisibiliza sus necesidades reales fuera de esos marcos.

Se propone que el sistema valore el relato de vida de cada persona como parte esencial del diagnóstico y la atención.

Objetivo: Humanizar la atención y evitar que el género, la edad o cualquier determinante social de la salud predeterminen la percepción clínica.

2. Prevención y enfoque integral de la salud

Se demanda una medicina más preventiva, especialmente en enfermedades prevalentes que pueden abordarse desde la anticipación (ej. cáncer de colon).

El abordaje de las enfermedades debe ser integral y multidisciplinar, incluyendo atención psicológica, dietética, ejercicio físico y otros factores que impactan en la calidad de vida para priorizar el bienestar global de las personas y reducir la dependencia de los psicofármacos, especialmente entre las mujeres.

3. Igualdad en el acceso a la información y corresponsabilidad en los cuidados

Se insiste en que ambos progenitores reciban la misma información sanitaria, especialmente en temas relacionados con la salud familiar, para fomentar una verdadera corresponsabilidad.

Es fundamental romper con el machismo en los cuidados y con la suposición de que las mujeres son siempre las responsables.

Objetivo: Promover relaciones de cuidados equitativas y sistemas sanitarios que no perpetúen desigualdades de género.

4. Sensibilización ciudadana y lenguaje igualitario

La sensibilización debe ir dirigida también a la ciudadanía general, no sólo a los profesionales, para generar compromiso social con la equidad sanitaria.

El lenguaje es clave: evitar usos connotativos (“doctor senior” vs “doctora mayor”) que refuercen estereotipos y jerarquías de género.

Se trata de crear una cultura sanitaria más inclusiva, desde lo simbólico hasta lo estructural.

5. Referentes femeninos visibles

Se propone dar visibilidad a mujeres líderes y referentes en todos los ámbitos (ciencia, deporte, salud...), especialmente para inspirar a las nuevas generaciones.

El modelo aspiracional sigue estando muy masculinizado; hay que redefinir el liderazgo y el éxito desde parámetros inclusivos. Se trata de romper el techo de cristal simbólico que impide a muchas niñas y mujeres verse reflejadas en roles de poder en el ámbito sanitario.

6. Equidad en investigación

Se pide aumentar la participación de mujeres en ensayos clínicos y establecer cupos de paridad como medida correctora del desequilibrio actual.

Esto también implica mirar las diferencias biológicas y sociales sin estigmatizar, y con criterios de equidad científica.

Es necesario producir conocimiento más representativo, riguroso y útil para toda la población.

Resumen de propuestas clave

- Poner a la persona en el centro, con escucha activa y sin prejuicios de edad o género.
- Reforzar la prevención y adoptar un enfoque interdisciplinar en el tratamiento.
- No dividir la salud tanto por las etapas vitales de la mujer
- Garantizar la corresponsabilidad en el acceso a la salud y en los cuidados.
- Impulsar campañas de sensibilización ciudadana y cuidar el lenguaje en todos los niveles.
- Visibilizar referentes femeninos en todos los ámbitos de la salud y la ciencia.
- Asegurar la paridad en ensayos clínicos y el enfoque inclusivo en la investigación biomédica.

Propuestas de investigación en salud

Esta mesa abordó posibles soluciones para enfrentar los sesgos de género persistentes en la atención sanitaria y la investigación biomédica. Las aportaciones se agrupan en seis grandes ejes estratégicos:

1. Formación continua, inclusiva y transversal

Se destacó la necesidad de una formación en género para todo el personal investigador, no como una actividad puntual o decorativa, sino integrada en todas las fases del trabajo científico.

Debe abarcar tanto la educación formal como la no formal (familias, medios de comunicación), incorporando contenidos feministas y de igualdad en todas las etapas del aprendizaje.

Se trata de garantizar que toda la comunidad científica e investigadora actúe con conciencia de género desde el diseño hasta la aplicación de la investigación.

2. Evaluación, seguimiento e implicación institucional

Se propuso establecer mecanismos de evaluación y seguimiento del compromiso con la dimensión de género en los proyectos de investigación.

Esto incluye no sólo indicadores técnicos, sino también el fomento del compromiso individual y colectivo en centros de investigación y universidades.

No basta con incorporar el enfoque de género como un criterio puntuable; debe haber rendición de cuentas estructural que evalúe su aplicación real.

3. Cambio cultural e implicación de la sociedad

Se trata de construir un ecosistema social más consciente e igualitario que sostenga y refuerce el cambio en la ciencia y la salud. Se subrayó la importancia de un cambio de paradigma social, que vaya más allá del ámbito científico. Esto implica:

- Divulgación con perspectiva de género, dirigida a la ciudadanía.
- Concienciación de familias, estudiantes, medios y redes sociales.
- Diálogo intergeneracional e interinstitucional en equipos multidisciplinares para revisar mitos, estereotipos y formas de pensar heredadas.

4. Visibilización de los sesgos implícitos y estructuras patriarcales

Es necesario hacer consciente lo invisible para poder transformarlo. Se insistió en que parte del problema es que los sesgos de género están tan normalizados que pasan desapercibidos. Para ello se propuso:

- Visibilizar estos sesgos en comportamientos cotidianos.
- Poner el foco en actitudes normalizadas que reproducen desigualdad.
- Utilizar herramientas de autoevaluación y reflexión colectiva.

5. Redes feministas, alianzas y estructuras de igualdad

La construcción de redes feministas dentro de las instituciones científicas y sanitarias es esencial. Estas redes deben:

- Favorecer el intercambio de buenas prácticas.
- Conectar diferentes disciplinas y sectores.
- Sostener a quienes están impulsando el cambio desde dentro.

Se trata de crear estructuras estables de igualdad que garanticen continuidad, apoyen a quienes lideran estos cambios y presionen para transformar las instituciones.

6. Corresponsabilidad en el cambio

La igualdad de género no es solo un asunto de mujeres, y no se puede poner el foco en la mujer como único motor de acción y del cambio (acceder a disciplinas STEM, o elegir ingeniería,...) y responsabilizarle de la necesaria transformación del sistema. Se pone el foco en el espacio que debe conquistar la mujer y no en el espacio que debe ocupar el hombre, generando una carga adicional para las mujeres.

Resumen de soluciones y medidas clave

- Formación inclusiva y transversal en género para investigadores/as y profesionales sanitarios.
- Evaluación real y seguimiento institucional del compromiso con la igualdad.
- Cambio cultural apoyado en educación, medios y ciudadanía.
- Visibilización de sesgos implícitos y transformación de prácticas normalizadas.
- Fortalecimiento de redes feministas y estructuras de igualdad dentro del sistema científico y sanitario.
- Corresponsabilidad en la transformación

Propuestas de profesionales sanitarios e instituciones

Esta mesa puso el foco en los cambios estructurales, culturales y educativos necesarios para abordar los sesgos de género desde dentro del sistema sanitario y las instituciones. Las soluciones giran en torno a seis líneas estratégicas:

1. Educación y sensibilización desde edades tempranas

La perspectiva de género debe incorporarse desde la infancia, tanto en el ámbito formal como no formal, para que no se perciba como algo externo o añadido a la ciencia o la medicina.

El personal sanitario muchas veces no integra esta mirada porque no se ha formado con ella.

Se propone generar habilidades desde etapas educativas tempranas, tanto en conocimientos científicos como en inteligencia emocional, comunicación y pensamiento crítico.

Se trata de formar nuevas generaciones de profesionales y ciudadanía con mirada crítica y enfoque igualitario.

2. Sensibilización del personal sanitario y de la sociedad

Es necesario superar la superficialidad y las resistencias simbólicas. El enfoque de género debe ser entendido como una herramienta de calidad y equidad, no como una imposición.

La inclusión de género se reduce a menudo al lenguaje inclusivo, como un mecanismo de defensa frente a un tema poco comprendido. Esto revela rechazo o resistencia ante cambios más profundos, como las políticas de acción positiva (por ejemplo, valorar más positivamente a una IP mujer).

Se insiste en campañas de sensibilización que legitimen estos cambios ante el personal y la ciudadanía.

3. Empoderamiento de las mujeres y transformación de roles

Es urgente reconocer la autonomía de las mujeres en su toma de decisiones, tanto personales como profesionales, y desvincularlas de los roles de género tradicionales.

Se señala que muchas veces las propias mujeres autolimitan su participación o visibilidad por falta de habilidades dialécticas o miedo al juicio.

Se propone fomentar:

- Espacios de reflexión transversales, no solo “femeninos” o aislados.
- Formación en habilidades de comunicación para mujeres.
- Formación en habilidades emocionales para hombres.

Se trata de avanzar hacia una sociedad en la que mujeres y hombres estén igualmente capacitados y empoderados para liderar, participar y decidir.

4. Políticas públicas activas y acciones positivas

Se destaca la importancia de las políticas de discriminación positiva como medida necesaria para generar un cambio estructural real. Corregir desigualdades de base que no se resuelven sólo con neutralidad formal. Las acciones positivas son herramientas de equidad estructural.

Estas políticas deben aplicarse, por ejemplo, en:

- Proyectos de investigación.
- Acceso a recursos.
- Oportunidades de liderazgo y visibilidad.

5. Prevención como eje de la atención sanitaria

Se remarcó la necesidad de cambiar el enfoque del sistema de salud: pasar de lo curativo a lo preventivo, con especial atención a la situación de las mujeres.

Actualmente la salud de las mujeres se aborda desde el síntoma y no desde el contexto biopsicosocial que influye en su bienestar.

La prevención debe incorporar:

- Factores sociales, emocionales y culturales.
- Espacios para el autocuidado.
- Enfoque de equidad.

Es necesario transformar el modelo de salud desde una visión holística y preventiva que ponga a la mujer en el centro sin patologizarla.

6. Revisión del enfoque institucional y cultural

La resistencia del ámbito sanitario a integrar la perspectiva de género refleja un modelo institucional rígido, que no reconoce este enfoque como parte de la evidencia científica. Hay que actualizar la cultura organizativa del sistema sanitario y transformar la forma en que entendemos lo científico y lo válido.

Se propone revisar el propio paradigma de la medicina, abriéndolo a:

- Interdisciplinariedad.
- Pluralidad de enfoques.
- Incorporación de saberes sociales y comunitarios.

Resumen de propuestas clave

- Educar desde la infancia con enfoque de género, ciencia y habilidades socioemocionales.
- Sensibilizar a profesionales sanitarios y ciudadanía para legitimar las políticas de equidad.
- Empoderar a las mujeres y fomentar habilidades comunicativas y de liderazgo.
- Impulsar políticas públicas y acciones positivas reales que reduzcan desigualdades.
- Centrar la atención sanitaria en la prevención, especialmente desde una mirada de género.
- Transformar el paradigma institucional para integrar la equidad como parte del rigor científico.

IV. Conclusiones y aportaciones para la política europea



El taller participativo “Impulsando una Europa de la Salud sin sesgo de género” ha evidenciado, con fuerza y claridad, que la desigualdad de género en salud no es una cuestión marginal, sino estructural, transversal y sistémica. Afecta a la atención que reciben millones de mujeres en Europa, a la forma en que se produce el conocimiento biomédico, a quién decide qué se investiga y cómo se enseña, y al valor que se otorga - o no - a los cuerpos, malestares y saberes del género femenino.

Frente a esta realidad, el taller ha generado un espacio de escucha horizontal y deliberación colectiva que ha permitido pasar de la vivencia individual al diagnóstico compartido, y de ahí a la formulación de propuestas concretas. Los aportes recogidos en este informe constituyen una hoja de ruta legítima, construida desde la base, que ofrece una oportunidad para orientar el diseño y la implementación de políticas europeas más justas, inclusivas y eficaces.

El análisis de los debates mantenidos en las diferentes mesas evidencia que el sesgo de género en la atención sanitaria y la investigación biomédica constituye un fenómeno estructural, que se manifiesta en múltiples niveles: desde la producción de conocimiento hasta la atención clínica y las políticas públicas. Las propuestas recogidas plantean la necesidad urgente de transformar los marcos de actuación hacia modelos más equitativos, inclusivos y centrados en la persona.

Conclusiones clave

1. Persisten múltiples formas de sesgo de género en el sistema de salud y la investigación científica, que afectan tanto a los contenidos (qué se investiga, qué se enseña, cómo se diagnostica) como a las estructuras (quién lidera, quién cuida, quién decide).

2. El conocimiento biomédico sigue anclado en una epistemología androcentrista, que toma el cuerpo masculino como medida estándar, lo cual genera graves consecuencias para el diagnóstico, tratamiento y prevención en mujeres.
3. Las mujeres continúan invisibilizadas en los procesos de investigación, formación y atención sanitaria, y sus experiencias son deslegitimadas o medicalizadas sin un abordaje integral.
4. La carga de cuidados recae de forma desproporcionada en las mujeres, tanto en el ámbito familiar como dentro del sistema sanitario, sin un reconocimiento institucional ni medidas compensatorias sostenidas.
5. La salud mental, emocional y sexual de mujeres sigue siendo un ámbito fuertemente estigmatizado, con barreras de acceso, falta de escucha, patologización excesiva y escasez de recursos públicos.
6. Las desigualdades se agravan cuando confluyen otros ejes de exclusión, como la edad, el origen étnico, la clase social, la diversidad funcional o la orientación sexual, lo que exige un enfoque interseccional robusto.
7. La igualdad debe ser un proyecto compartido que implique no solo a las mujeres como motor del cambio, sino a toda la sociedad.

Aportaciones estratégicas para la política europea

A partir de los hallazgos del taller, se proponen las siguientes líneas de actuación como aportaciones para ser consideradas en la elaboración e implementación de políticas a nivel europeo, estatal y regional:

1. Incorporar la perspectiva de género como principio rector en todas las políticas de salud e investigación

- Garantizar que toda legislación, planificación o evaluación en el ámbito de la salud pública y la ciencia incorpore el análisis de género como eje transversal.
- Exigir informes de impacto de género como parte obligatoria de cualquier programa sanitario o proyecto de investigación financiado con fondos europeos.

2. Reformar la formación sanitaria y científica desde una mirada feminista y plural

- Revisar los planes de estudio de medicina, enfermería, psicología y disciplinas afines para integrar contenidos sobre salud de las mujeres, diversidad sexual y de género, interseccionalidad y cuidados.
- Establecer formación continua en género obligatoria para profesionales sanitarios, docentes e investigadores.
- Superar la clasificación de la salud femenina por etapas vitales (embarazo, menopausia) para adoptar un enfoque continuo e integral.

3. Garantizar una atención sanitaria y una investigación centrada en la persona, la diversidad y los cuidados

- Actualizar protocolos clínicos para incorporar diferencias por sexo, género y condiciones sociales.
- Desarrollar modelos de atención que prioricen el vínculo, la comunicación empática y la toma de decisiones compartida con pacientes.
- Inclusión obligatoria de mujeres y diversidades en ensayos clínicos (cuotas mínimas).
- Reformulación de criterios de excelencia científica para que integrar género sea requisito de calidad.
- Financiación específica para investigación en salud femenina y diversidad.

4. Reconocer, visibilizar y sostener los trabajos de cuidado

- Diseñar políticas públicas que reconozcan el trabajo de las cuidadoras informales y profesionales, mediante apoyos económicos, servicios comunitarios y medidas de corresponsabilidad.
- Incorporar indicadores de cuidados en la evaluación de sistemas sanitarios y políticas de igualdad.
- Desarrollar campañas comunitarias para fomentar el autocuidado
- Promover el cuidado masculino y fomentar la integración de hombres en profesiones de cuidado. Cambiar el foco: no centrarnos sólo en la mujer a la hora de establecer políticas de igualdad. Promover las conductas de los hombres se asemejen más a las de las mujeres y no al revés.

5. Democratizar el sistema sanitario y científico a través de la participación ciudadana

- Crear redes feministas en salud e investigación, espacios permanentes de participación de pacientes, cuidadoras y colectivos ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias, el diseño de políticas y la evaluación de servicios.
- Poner en marcha mecanismos de escucha activa y deliberación comunitaria en el desarrollo de estrategias de salud pública.

6. Impulsar una agenda feminista en la sanidad y la investigación

- Reforzar los servicios públicos de salud con enfoque de género e interseccional.
- Desarrollar políticas específicas para el bienestar de las mujeres.

7. Comunicar en clave de equidad: sensibilizar, informar, movilizar

- Lanzar campañas de sensibilización pública sobre el sesgo de género en salud, utilizando testimonios reales y datos accesibles.
- Visibilizar los sesgos implícitos y estructuras patriarcales en el sector sanitario.
- Crear protocolos institucionales contra el “mansplaining” y la apropiación de ideas.
- Impulsar la corresponsabilidad en la transformación para deshacer la feminización del enfoque de género y dejar de la mujer sea el único motor/responsable del cambio.
- Transformar los referentes de liderazgo y éxito: visibilizar a mujeres, modelos de masculinidad corresponsable.

- Articular estrategias de comunicación digital feminista, con contenidos en redes sociales, medios comunitarios y formatos innovadores.



Foto final del proceso de participación “Hacia una Europa de la Salud sin sesgo de género”

El taller ha demostrado que la transformación del sistema sanitario y científico europeo desde una perspectiva feminista no sólo es urgente, sino posible. Existe conocimiento, experiencia y voluntad colectiva para construir políticas que sitúen el bienestar de las personas - en toda su diversidad - en el centro de las decisiones públicas. Para ello, es necesario construir alianzas entre instituciones, ciudadanía, movimientos feministas, profesionales e investigadores, y establecer mecanismos estables de escucha, participación y corresponsabilidad.

Participation report



**Public Health - Researching and improving with Europe
Promoting a gender-neutral Europe of Health**

Content

Message from the director of Navarrabiomed	37
II. Introduction	38
II. Methodology	38
Inspiration and contextualisation phase.....	39
Methodology of the Participatory Workshop	40
III. Contributions by dynamic exercise and roundtable	44
Diagnosis of the current situation - Mapping of experiences	44
Challenges and collective objectives	51
Proposals for transformative action	57
IV. Conclusions and inputs for European policy.....	64

Message from the director of Navarrabiomed



Navarrabiomed is proud to present this report which brings together the contributions made at the participatory conference "Towards a gender-neutral Europe of Health", held as part of the "Public Health: Researching and improving with Europe" cycle.

This conference has been a valuable opportunity to dialogue, reflect and build collectively around a shared objective: to move towards truly inclusive, egalitarian and gender-sensitive health research and innovation and healthcare. Our commitment to this dimension is firm and structural. For this reason, Navarrabiomed has developed a specific strategy to integrate the gender perspective, materialised in the creation of the Transversal Area for the integration of the inclusive gender approach in R&D&I. We are promoting what we have called #LaCienciaDel100, a biomedical science of excellence, without bias, that has a real impact on 100% of the population.

We would also like to underline our belief in the value of citizen participation and dialogue between different agents. The shared knowledge, professional and life experience of those who have contributed to this participatory process are essential to guide fairer, more effective and democratic public policies. We welcome the high level of involvement and diversity of voices present on this day: healthcare staff, researchers, institutional representatives, patients' associations and citizens in general. To each and every one of the participants, our most sincere thanks for your involvement, for your active listening and for your contributions. This report is the result of this collective work and will raise our voices within Europe.

Navarrabiomed, by submitting this document to the European Commission as a contribution to the future European Equality Strategy, is proud that "Towards a gender-neutral Europe of Health" may contribute and be heard in Brussels, as a reflection of a more democratic and inclusive Europe, committed to the health and rights of all people.

We trust that this participatory exercise will be a renewed impetus to continue building together a public health free of gender bias.

Javier Gómez-Arrue,
Director of Navarrabiomed - Miguel Servet Foundation

II. Introduction

On 24 June 2025, the biomedical research centre Navarrabiomed organised in Pamplona the conference "Promoting a gender-neutral Europe of Health", a participative meeting that brought together sixty people representing the scientific, health, institutional, associative and citizen spheres. This forum was a space for reflection and collective construction aimed at actively contributing to the design of the future European Strategy for Equality in the field of health and bio-health research.



The conference was chaired by the Second Vice-President of the Government of Navarre and Regional Minister of Memory and Coexistence, External Action and the Basque Language, Ana Olló Hualde, together with the Director General of External Action, Sergio Pérez García.

This event was part of the series "Public Health: researching and improving with Europe", which promotes a European perspective on health and biomedical research challenges and which Navarrabiomed has been developing for four years with the support of the Directorate General for External Action of the Government of Navarre, through the call for grants for the dissemination of European policies.

The main purpose of the participatory conference "Promoting a gender-neutral Europe of Health" was to gather proposals, experiences and reflections in order to actively contribute - in the field of public health and bio-health research - to the participatory process opened by the European Commission with a view to drawing up a new European Strategy for Equality.

II. Methodology

The conference took place in a key context, following the recent publication of the Gender Equality Report 2025 and the European Commission's Roadmap on Women's Rights. These documents recognise progress, but also highlight the persistence of structural inequalities between women and men, particularly in access to diagnostics, effective treatments, participation in clinical trials and career advancement in research.

Inspiration and contextualisation phase

During the four hours of the conference, a series of framework presentations were given with the aim of positioning the debate and providing participants with conceptual tools.

Lydia González Orta, expert in European projects on gender mainstreaming in R&D&I at the Spanish Foundation for Science and Technology (FECYT), described the European programme frameworks that promote gender mainstreaming in science, highlighting initiatives such as GENDERACTION, GENDERNET Plus and SUPERA. She clearly pointed out that equality is not an irreversible achievement, and that it requires the continued commitment of institutions, research staff and civil society.



Lydia González Orta holds a PhD in Social Sciences and an Erasmus Mundus Master in Women's and Gender Studies. Since 2013 she has collaborated in gender and science projects in different institutions of the Spanish R&D&I system, including universities and public research organisations, where she has also provided training on equality plans and gender dimension in R&D&I content. Since 2018, she has been working as a project manager for H2020 and Horizon Europe gender and science projects -including GENDERACTION, GENDERNET Plus, SUPERA and GENDERACTION+- at the Spanish Foundation for Science and Technology (FECYT). In addition, Lydia González is the National Contact Point in the WIDERA pillar of the Horizon Europe programme for the transversal objective and topics of "Gender Equality", and supports the Spanish representation in the European discussion forums on equality policies in R&I.

On the other hand, good practices promoted from Navarra in research and health care with a gender focus were also presented. Ernesto Martín Núñez, postdoctoral researcher at [Navarrabiomed's Translational Cardiology Unit](#), explained the line of research being carried out to study the deterioration of heart valves and the importance of taking the gender perspective into account.

Elena Antoñanzas Baztán, Director of the Health Strategy and Research Service of the Department of Health, then analysed the evaluation with a gender dimension of the latest Navarre Health Plan, as well as its main conclusions.

Andrea Ucar Vargas, Head of Communication at Navarrabiomed, also presented proposals for social innovation, such as the use of [forum theatre to raise awareness and debate among young people about health and biomedical research](#) from an inclusive perspective.



Good practices to spark inspiration: the conference also served to showcase good practices promoted in Navarre in research and healthcare with a gender focus.

However, the participative core of the conference were the deliberative working tables.

Methodology of the Participatory Workshop

The workshop "Promoting a gender-neutral Europe of Health" was conceived not only as a forum for raising awareness and raising the profile of gender inequalities in health, but especially as a deliberative exercise aimed at the collective generation of proposals that will contribute to the future European Strategy for Gender Equality in the field of health.

Likewise, the central part of the conference was developed through a participatory workshop that allowed for the collection of real experiences, the identification of persistent obstacles and the collective construction of proposals for a more equitable Europe of health, without gender-based biases or exclusions. The methodological design was based on a clear premise: the active participation of the people concerned - patients, professionals, researchers, citizens - is essential to build effective, fair and sustainable public policies. Thus, a deliberative approach was adopted that prioritised horizontal listening, collective intelligence and the recognition of lived experience as a source of legitimate knowledge.

The methodological design of the workshop was structured around the active and reflective participation of the attendees, through four working tables sorted according to their professional profile:

- Patient associations and citizenship Roundtable (8 participants: 2 men and 6 women)
- Health Research Staff Roundtable I (8 participants: 2 men and 6 women)
- Health Research Staff Roundtable II (6 participants: 3 men and 3 women)
- Health professionals and authorities Roundtable (8 participants: 8 women)



The citizen participation forum was structured into four working groups, according to the profile of the participants: research personnel, health professionals, institutional representatives, patient associations and citizens in general.

Each table applied a sequence of three deliberative dynamics:

4. Situation: Mapping of personal or professional experiences on gender gaps in health.
5. Challenges and objectives: Dialogue circle to identify collective challenges and objectives for change.
6. Actions: Structured brainstorming, aimed at formulating proposals and solutions.

The dynamics promoted an analysis in terms of experience and structure, with a participatory approach that prioritised equitable dialogue, horizontality and diversity of opinions. The contributions were collected visually in a summary panel, thus generating a shared diagnosis.

The following is an explanation of the methodology applied and a presentation of the results achieved at these roundtables, organised along three axes: situation, challenges/objectives and proposals for action.



The objective of the participation forum was to elaborate concrete proposals and possible measures that could be promoted from Europe to advance towards a more equitable, inclusive and gender-sensitive Public Health.

The contributions gathered in this forum are included in this report as a contribution from Navarra to the open participatory process to mainstream a health policy without gender bias in the future European Equality Strategy.

Dynamic exercise 1: Diagnosis of the current situation

Objective: Analysis of the situation and identification of personal or professional experiences that reveal existing gender gaps in research and health care.

The first dynamic focused on identifying gender gaps in health and research, based on personal and professional experiences.

The "visual map of experiences" technique was used, where each participant drew a timeline representing key moments where they detected inequalities, obstacles or learning. Emotions, resistances and limiting beliefs or facilitating factors were noted down, which made it possible to visualise how gender bias operates in everyday practice.

Afterwards, experiences were shared as a group, identifying common patterns and verbalising what often remains hidden or normalised.

Dynamic exercise 2: Challenges and objectives

Objective: To collectively formulate the main challenges and goals to overcome the identified inequalities.

With the experiences already mapped, a space for open, horizontal and non-directive dialogue was created in order to explore the structural barriers that prevent true gender equality in health and science, and to set the collective objectives needed to overcome them.

The dialogue circle methodology promoted equal and respectful participation, ensuring that all voices - especially those less accustomed to being heard - had a relevant place in the conversation.

Through open questions such as "What structural changes do we need so that these experiences are not repeated?" or "How do we imagine a truly equitable health system?", the participants identified fundamental challenges: from the transformation of the organisational culture and the need for continuous training, to the incorporation of diversity and the prevention of ageism and machismo in consultation.

This dynamic exercise made it possible to move from the personal to the political level, formulating objectives that go beyond the individual to the structural and collective level.

Dynamic exercise 3: Proposals and solutions

Objective: To develop viable and transformative measures to move towards public health without gender bias.

The workshop culminated with a dynamic exercise aimed at generating concrete proposals, based on the experiences and challenges previously identified.

Each participant reverted to their initial map of experiences, extracting from it possible ideas, solutions or desired changes. These ideas were shared in a group brainstorming session, without

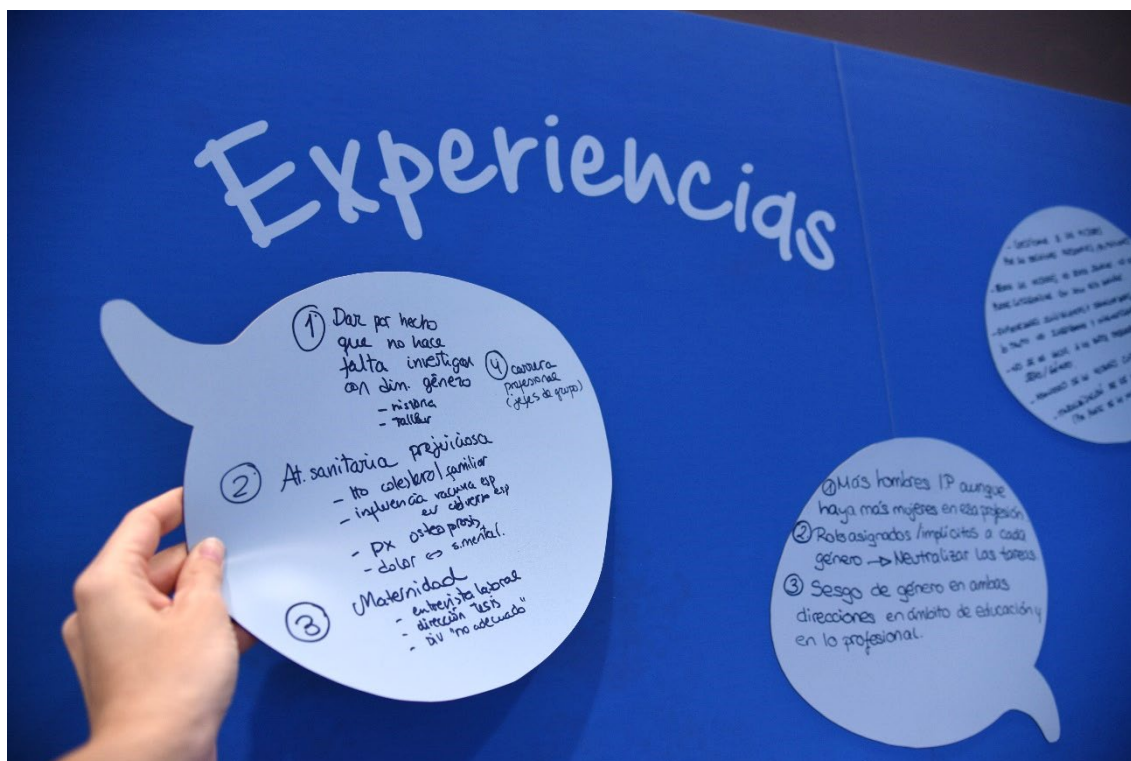
ensorship or initial hierarchy. They were then grouped, refined and prioritised according to their feasibility, impact or transformative nature.

The result was a battery of concrete actions: positive action measures, educational proposals, training, legislative and social reforms, and awareness-raising campaigns.

The richness of this dynamic exercise lay in its proactive, cross-cutting and realistic nature. Far from formulating abstract wishes, proposals were generated based on experience, shared reflection and commitment to change.

III. Contributions by dynamic exercise and roundtable

Diagnosis of the current situation - Mapping of experiences



The first dynamic exercise prompted participants to identify, from their direct experience, moments, situations or patterns where the presence of gender inequalities was evident in the field of health, clinical care, research and in the professional environment. Beyond the individual anecdote, the result was a collective belief that supported the persistence of discriminatory structures, normalised practices and historical invisibilities.

Roundtable of patients' associations and citizenship

This roundtable provided an insight into the lived experience of health system users. Their account focused on the experiential dimension of gender bias in health, and the need for an approach centred on the individual and not on the stereotype.

1. Differentiated socialisation from childhood

The experiences relate how from an early age there is a clear differentiation in the education and activities assigned to boys and girls:

- Girls were responsible for household tasks associated with care and order (clearing the dining table, helping at home), while boys occupied the public and playful space (football, group games, technology).
- In educational contexts, stereotypes are reproduced in the assignment of subjects (girls are assigned to "chores", sewing, embroidery, crafts, etc.; boys to technology), and

inequalities are generated in access to leadership or recognition in activities such as chess or sports.

Non-formal education and early socialisation continue to perpetuate rigid gender roles, with long-term effects on girls' and women's self-esteem, career aspirations and participation in masculinised fields.

2. Invisibility of women's illnesses and normalisation of pain

Illnesses that primarily affect women are often overlooked or minimised, resulting in late diagnosis and inadequate treatment.

Menstrual pain, for example, is considered normal and expected. It is not investigated and a diagnosis is not sought. This normalisation of pain affects women's quality of life, mental health, social relationships and also their work performance.

3. Invisibility and questioning of women in caregiving

The stories reveal how caregiving remains the responsibility of women, even when men are involved:

- In the case of illnesses such as diabetes or stroke, health professionals often turn to women to talk about care, and to men to talk about treatment or medication. Sick men often come to the consultation with a woman.
- Differentiated roles are identified within the families themselves, where women are the default caregivers, while men are valued positively for even minimal involvement in caregiving.

Despite progress, care is still feminised and undervalued. It is urgent to make women's role in this area more visible and to promote real co-responsibility, including in the health services themselves.

4. Mental workload, the pay gap and inequality in work-life balance

It was pointed out that women take on a greater mental and emotional burden in family and domestic management, which entails:

- Difficulty in balancing work and personal life.
- Professional resignations such as leaves of absence, reduced working hours or less participation in extracurricular activities or volunteering, due to the fact that men tend to get paid more.
- Constant justification of domestic and economic decisions (their authority is questioned even within the home).

The unequal distribution of family roles is perpetuated, consolidating women as primary caregivers and limiting their professional development, maintaining the gender pay gap.

5. Stigmatisation of women in masculinised spaces

Several testimonies highlighted experiences of discrimination or exclusion in spaces traditionally considered "men's" spaces:

- Rejection of women in clubs or societies (e.g., gastronomic societies).

- Unequal treatment in the classroom or at work: men relate naturally to each other and to authority, while women tend to be more formal.
- In activities such as chess or driving, women's abilities are questioned.

Women's access to traditionally male-dominated spaces continues to be conditioned, monitored or penalised, reflecting persistent stereotypes that limit their participation and autonomy.

6. Structural barriers to participation and research

It became evident that care responsibilities hinder women's participation in research processes and in other public spaces:

- Women have less free time to get involved as volunteers, researchers or community leaders, which generates a structural under-representation in knowledge production.
- The structures of scientific and social participation must be adapted to gender realities, creating conditions that facilitate the effective inclusion of women at all levels, especially those who take on unpaid caregiver work.

7. Persistence of stereotypes and the need for cultural transformation

While recognising intergenerational advances, participants noted with concern how gender stereotypes are still present, even in current contexts:

- Comments about "appropriate" behaviour for a young lady.
- Differentiated expectations for boys and girls regarding cleanliness, competence or aggressiveness.
- Reproduction of macho patterns at school and in the family, even with social awareness.

It is essential to promote a profound cultural change that questions stereotypes from childhood, with an active education in gender equality that transcends discourse and transforms everyday practices.

Summary

- Invisibility of female or feminised illnesses: Illnesses such as menopause, premenstrual syndrome or postpartum mental health are still not addressed with the rigour, attention or empathy they deserve. It also has an impact on women's well-being and health.
- Unpaid care overload: this overload pushes women to the limits of their physical and emotional health, without institutional recognition or structural support.
- Lack of gender-sensitive health education from an early age: most health education content does not address gender, affectivity or bodily diversity, which perpetuates stereotypes and insecurities from adolescence onwards.

This roundtable showed that gender inequalities are not only individual or anecdotal, but structural. The experiences shared show how gender roles are constructed from childhood, limit women's personal and professional development, and condition their access to spaces of power, participation and care. In order to advance towards real equality, the following is required:

- A critical review of education and socialisation from a gender perspective.
- Recognition and redistribution of care.
- Structural reforms that facilitate equal participation.
- Policies that address the wage gap and mental workload.
- A cultural transformation that questions the traditional model and values the feminine factor in all areas.

Roundtables of health research personnel

The two roundtables with research personnel - from both academic and biomedical fields - focused on gender inequalities in scientific careers and epistemological biases in the production of knowledge.

1. Awareness of gender bias

The experiences shared show a growing awareness of the gender dimension in research and health care. Some participants recognise how their approaches have changed following feedback or questioning from a gender perspective, especially when reflecting on the absence of women in their studies or in institutional representation. Despite this, variability in the level of awareness remains, both at the individual and institutional level.

2. Diagnostic and therapeutic biases

Multiple examples of gender bias in health diagnosis and treatment were identified:

- In women, their symptomatology is underestimated or made invisible (e.g., side effects after COVID vaccination, or delayed diagnosis in breast cancer after attributing symptoms to stress).
- In men, there are difficulties in diagnosing diseases considered "feminine", such as osteoporosis.
- Diagnostic patterns persist that associate pain in women with psychological causes, leading to medicalisation with psychotropic drugs and non-personalised treatment (e.g., prescription of the same medication regardless of gender).
- Prejudicial health care. Situations in which women are treated in the same way without taking into account the characteristics of each person (without equity). Same treatment for father and daughter when it should not be due to physiological characteristics.

3. The need for gender-sensitive research

Participants agreed that it is still taken for granted that sex and gender analysis is not necessary in all areas of research, which contributes to perpetuating bias. Structural and economic barriers were highlighted, such as the increased costs of duplicating samples in animal models, or the need for over-justification when proposing gender-sensitive projects. However, it was stressed that identifying the sex of the populations studied is key to advancing reproducible and inclusive knowledge.

On the other hand, they highlighted the lack of real integration of the gender perspective in research: Although in recent years the European frameworks (Horizon Europe, for example) require the inclusion of this dimension, it is often done in a superficial, instrumental way or as a mere formal requirement. The gender perspective is often not part of the methodological design or the analysis of results.

4. Impact of gender on professional development

Numerous testimonies made visible how family planning, pregnancy or motherhood have a negative impact on the careers of women researchers. Examples of direct discrimination (lowering of marks for pregnancy) and normalised discriminatory practices (questions about motherhood in interviews, obstacles to promotion) were mentioned.

It was noted that men tend to occupy more PI (Principal Investigator) positions, while women face greater difficulties in balancing work and family life.

The unequal use of paternity leave was discussed, showing concern about men taking advantage of paternity leave to advance in scientific careers.

5. Representation and scientific communication

It was highlighted how science communication has historically been dominated by male figures. Despite current changes, male over-representation in leadership positions persists, with low visibility of women in media, conferences and outreach. Mansplaining was identified as a practice still present, and it is necessary to move towards a diverse and inclusive scientific narrative.

6. Stereotypes and gender roles

Stereotypes about traditional roles continue to influence both health care and the professional environment:

- Experiences were discussed on how women are still seen as primary caregivers, while men's involvement in parenting is still seen as "exceptional" or receives differentiated comments.
- Well-intended institutional initiatives (specific protective measures such as, for example, on-demand night bus stops or parking spaces for women in lit areas) were noted which, if not accompanied by structural change, may reinforce stereotypes rather than dismantle them.
- Need to broaden the approach to integrating men into care and parenting

Summary

- Structural and economic barriers to gender-sensitive research.
- Penalisation for maternity and care work: It was pointed out that time spent on family care or maternity leave severely affects their career prospects, especially in a highly competitive environment. Cases were reported in which scientific production was slowed down and, with it, their chances of accessing projects, promotions or academic merits.
- Lack of female leadership: Participants reported that, despite the high proportion of women in the early stages of scientific careers, women gradually disappear as one moves up the academic and research hierarchy. Male leadership still predominates.
- Mansplaining and dynamics of denial: Repeated experiences of interruptions, appropriation of ideas by male colleagues or undervaluation of the criteria of women researchers in scientific meetings were shared.

Roundtable of health professionals and institutions

1. Constant criticism and questioning of women for their decisions

One of the central themes that emerged was the constant judgement that women are subjected to at all stages of their professional and personal lives. There has been no real evolution in the

social valuation of women's decisions. Stereotypes persist that associate women with the private sphere and men with the public sphere, penalising women's choices in both areas.

From the choice of studies (associated with care such as medicine or nursing) to decisions related to professional development (research, leadership, travel or work-life balance), the participants report how they are constantly having to justify themselves.

Unlike men, women see decisions affecting their personal and professional lives questioned, especially those related to maternity, leave of absence, reduced working hours or dedication to research.

2. Invisibility and neglect of illnesses that mainly affect women

Diseases that mainly affect women still do not receive the medical and scientific recognition they deserve. This reflects a persistent gender bias in biomedical research and clinical practice, which puts the health of millions of women at risk.

Participants denounced the lack of research, diagnosis and adequate treatment of diseases that are more prevalent in women, such as: fibromyalgia, endometriosis, consequences of menstrual pain, pathologies linked to mental health or misdiagnosed initially as fatigue or stress. In many cases, these illnesses are minimised, made invisible or poorly treated, and those who suffer from them do not feel listened to or validated.

3. Uniformity and lack of recognition of diversity among women

Another issue raised was the tendency to homogenise women, without taking into account social, cultural, economic or identity differences:

- Experiences were shared regarding the differentiated treatment of patients according to their ethnic origin (e.g., Roma women with cancer).
- The binary male-female vision that ignores the internal diversity of the female collective, which negatively affects clinical and political decision-making, was criticised.

It is necessary to abandon simplistic and dichotomous approaches and adopt an intersectional view that recognises the diversity of women in health and research policies. There is still a compartmentalised vision, when there should be interaction with social work, with migration policies... It is essential to put the individual at the centre in order to understand the different situations that arise.

4. Structural gaps in health and prevention

The absence of effective preventive policies with a gender perspective was highlighted:

- Women caregivers (especially of older people) are neglected in the health system, despite presenting symptoms derived from care overload.

- Some participants pointed out that health is still too compartmentalised and medicalised (vs. prevention), without taking into account other criteria such as gender, migration or class.

Prevention and health promotion should incorporate a gender approach in a cross-cutting manner, including policies aimed at caregivers, women with invisible roles, and those suffering from neglected ailments.

5. Co-responsibility for transformation

- It was stressed that the transformation of roles and care cannot be the responsibility of women alone.
- Men need to be actively involved in equality strategies both within and outside the scientific arena.

In order to share responsibilities and undo the feminisation of the gender approach, equality must be a shared project.

Summary

- Clinical biases in diagnosis and treatment: It became evident that many symptoms expressed by women are underestimated, minimised or attributed to emotional factors. Diseases such as endometriosis, fibromyalgia, lupus, migraines, or even cardiac symptoms, are often misdiagnosed or treated late in women.
- Normalisation of female pain: Testimonies were shared where patients had to insist repeatedly to be heard. In the words of one professional: "It seems that women have to show that they suffer more to be taken seriously".
- Unequal distribution of tasks within healthcare teams: Gender roles persist in the distribution of functions: women carry out more emotional, accompanying or administrative tasks, while men tend to take on technical or hierarchical decisions.
- Co-responsibility in transformation.

Challenges and collective objectives



Dynamic exercise 2: Dialogue circle. The second dynamic exercise of the conference provided a space for collective reflection aimed at identifying the structural challenges that prevent progress towards a health and scientific system free of gender bias, and to formulate shared objectives that will serve as a basis for future institutional, community and legislative actions.

Through a facilitated dialogue circle, participants articulated their interventions around three main questions:

- What changes would you see as most urgent or important to achieve better collective health/better health for all people?
- How do you think health services and research could be better adapted to the different realities and needs of people?
- How should knowledge in health be generated to benefit all people?

The responses, grouped by roundtables, made it possible to identify common critical axes and transformative objectives, which are set out below.

Challenges from the citizen and patient experience

1. Mainstreaming an intersectional health perspective

One of the key elements that emerged was the urgent need to integrate an intersectional perspective in health care, recognising that gender intersects with other dimensions of inequality such as age, ethnic origin, social class or educational level.

- Older people, especially women, suffer from ageism: they are assumed to lack education, decision-making capacity or autonomy.
- Racialised women face structural prejudices that hinder their access to dignified care.
- Patients suffer from patronising advice or health "mansplaining", including those with technical or professional knowledge.

It is essential to train health workers in an intersectional approach, so that they do not reproduce structural inequalities within the consultation room, and to recognise the different needs according to gender, age, race, employment status or educational level.

2. Challenging diagnostic bias: from mental health to pain

It was found that physical symptoms in women are often dismissed or interpreted in terms of mental health:

- Physical complaints are quickly attributed to "anxiety" or "depression".
- Menstrual or pelvic pain is normalised and rarely fully investigated.
- Contraceptive administration is standard practice, without addressing alternatives or considering side effects.

There is an urgent need to revise diagnostic protocols that make female pain invisible, and to avoid psychiatrisation of physical symptoms, integrating a more comprehensive, empathetic and evidence-based approach with a gender focus.

3. Promoting a more preventive, personalised and woman-centred approach to health.

The predominantly curative and generalist health model was questioned:

- The need for personalised health, taking into account physiological and social differences between women and men, was emphasised.
- A preventive approach was proposed, going beyond acute care, to promote self-care and holistic health for women.
- It was called for women to be at the centre of their own health: to stop living only to care for others and to regain the right to care for themselves.

The transformation of the health system must include a structural reorientation towards prevention, self-care and individualised treatment with a feminist perspective.

4. Eliminating condescension and machismo in the consultation room.

Lack of recognition of patients' knowledge and experience: Women denounce that they are not listened to in consultations, their knowledge about their own bodies is delegitimised and their concerns are undervalued. The participants reported patronising attitudes in healthcare, which are particularly evident in:

- The paternalistic tone and unequal treatment according to gender and age.
- The physical symptomatology of women is questioned.
- The lack of recognition of women's autonomy and capacity.

Protocols and specific training should be implemented to eliminate sexist, paternalistic and discriminatory attitudes in the consultation room, and to guarantee a horizontal clinical relationship based on trust and respect.

5. Increasing the active participation of women in health research.

The lack of women in clinical trials and biomedical research was another critical point:

- It was highlighted that women attend fewer clinical studies due to structural barriers such as the role of caregivers or lack of time.
- It was proposed that research should be brought closer to the places where women are (community centres, associations, etc.).
- It was suggested that quotas or parity mechanisms be implemented in the selection of study samples.

It is necessary to reduce the gender gap in research participation, designing accessible, equitable and representative studies, and bringing science closer to women's everyday realities.

Summary

Challenges and Objectives Identified

- Apply an intersectional perspective in health care, including gender, age, race and socio-educational level.
- Avoid diagnostic bias towards women's mental health and not normalise female pain.
- Reorient the healthcare model towards prevention, self-care and personalisation, putting each person at the centre.
- Eliminate condescending and sexist attitudes in consultations, encouraging a horizontal doctor-patient relationship.
- Increase the participation of women in research and clinical trials, ensuring accessibility and real parity.

Challenges in research

The challenges identified in this roundtable show that, although there is progress and growing awareness, there are still profound barriers that prevent true gender equity in health research. The effective inclusion of a gender perspective requires:

- Reformulating how research is designed and organised.
- Ensuring women's participation on equal terms.
- Transforming the scientific culture with a gender focus as a criterion of quality.
- Investing resources and institutional effort so that diversity and equity are not a future objective, but a present principle.

1. Eliminating structural and cultural barriers to women's participation in health research.

Multiple obstacles were identified that hinder women's equal participation in clinical trials and research settings, including:

- Caregiver role and work-life balance difficulties, which limit their availability to participate in clinical trials or other scientific activities.

- Impostor syndrome, which affects young women researchers more strongly and limits their confidence in presenting ideas or leading projects. It is also recognised that there is a certain embarrassment or modesty in participating in certain studies due to a normalisation of the successes obtained and a tendency for women to undervalue their achievements.
- Greater self-demand, which implies an added emotional and professional burden, compared to the more relaxed or affirmative attitude of men in similar contexts.
- Differential ageism, where men's experience is valued as an asset, while older women's is interpreted condescendingly.

Women's participation in research and clinical trials is affected by structural, cultural and psychological factors. These need to be addressed through work-life balance policies, changes in organisational culture and active recognition of female talent at all stages of the research career.

2. Gender training: challenges of implementation and cultural transformation

It was highlighted that, although there are gender training initiatives, there are still great challenges to achieve their real integration into research and organisational practice:

- Current training initiatives do not always reach the staff who need them most, and often target those who are already sensitive to the issue.
- There are logistical limitations (duration, incompatibility with working hours) that make it difficult for research staff to participate.
- There is a perceived low institutional value placed on these training courses, when they should form part of the centre's scientific culture.
- There is a risk that the gender dimension will be instrumentalised to score points in projects, without becoming a structural practice.

It is essential to reformulate training strategies so that they are accessible, compulsory and culturally meaningful. The gender perspective must cease to be an add-on and become part of the standard of quality in research.

3. Mainstreaming diversity in health research

One of the emerging challenges was how to address gender and sex diversity in health data collection and analysis, especially in clinical or population-based settings:

- The sensitive nature of personal health data and the difficulty of classification when variables such as gender identity or hormonal transition are included raise methodological and ethical questions.
- Traditional categories (male/female) do not adequately reflect the diversity of gender identities and physiological implications (e.g., hormone therapies).
- There is a shortage of specific funding for research lines that address diversity and health from an intersectional perspective.

There is a need to move towards flexible, ethical and rigorous research methods that recognise the diversity of sex, gender and identities without falling into simplifications. This requires both methodological innovation and increased dedicated funding.

4. Changing the structure from within: towards gender-sensitive science

It was pointed out that one of the key objectives must be the structural transformation of the scientific system:

- Overcome the idea that the gender dimension is a formal requirement or an "add-on" and take it on as a central dimension of doing good science.
- Make gender equality an institutional practice, incorporating it in all phases of research: from the scientific question to publication and knowledge transfer.
- Generate gender benchmarks within research teams, to make good practices visible and motivate change.

Gender equality in science should not depend on individual will, but should be a structural responsibility of organisations, with active policies, committed leadership and adequate evaluation metrics.

Summary

Key challenges

- Overcoming persistent scientific androcentrism: Medicine and biomedicine continue to operate from an epistemology based on the male body as the universal norm. This logic excludes the specific experiences of women and other gender identities.
- Promoting specialised training in gender: it is necessary to integrate the gender perspective into methodological designs in order to put an end to superficial or no implementation.
- Increasing the curricular valuation of the gender perspective: the lines of research with a feminist or gender focus are still not sufficiently recognised in funding or promotion criteria.
- Ending the bureaucratisation of equality in European projects: The formal requirement for equality plans in international consortia does not always translate into real commitments or institutional transformations.

Collective objectives formulated:

- Redefine the criteria for scientific excellence to explicitly include gender analysis as a component of quality, rigour and impact.
- Establish mandatory training in gender perspective for all research staff, especially those who lead groups, review articles or sit on review committees.
- Promote lines of research specifically oriented towards women's health, sexual and gender diversity, and intersections with other inequalities (class, ethnicity, age).
- Encourage female leadership and measures of real co-responsibility in scientific structures.

Challenges in clinical practice and institutional management

1. Training and awareness-raising of healthcare personnel

One of the priority challenges identified is the need to train and raise awareness among health personnel, not only in clinical content, but also in gender perspective and communication with patients:

- It was pointed out that professional training should go hand in hand with practical awareness-raising to help change attitudes, especially in specialties with less interpersonal contact.
- It was proposed to use campaigns with positive and constructive messages to encourage cultural change without confrontation.

Conclusion: In order to move towards equitable health care, it is essential to train staff with a gender focus and to work on raising awareness from a perspective of co-responsibility and a shared culture of care.

2. Transforming cultural models: reversing the masculinisation of referents

It was shown how, even in the promotion of equality, successful models tend to masculinise women (greater competitiveness, productivity, burden of tasks), instead of feminising the masculine role or revaluing care.

The case of women in STEM sectors, who suffer from overload and pressure to adapt to a competitive model, was highlighted.

It was proposed to promote the presence of men in feminised professions (nursing, teaching, care), and in traditionally feminine habits such as advance health planning or self-care.

Equality policies must stop focusing exclusively on women adapting to male models, and begin to transform the masculine referents, promoting values of care, co-responsibility and common well-being.

On the other hand, it is necessary to change the focus. Holding women responsible for driving change in gender equality is the wrong perspective. Gender equality is a social issue that requires the participation and responsibility of all genders. Focusing solely on women as agents of change perpetuates the idea that equality is their sole responsibility and does not address the structural causes of inequality.

3. Improving women's quality of life from a preventive and community perspective

Multiple elements were identified that negatively affect women's overall health, beyond the provision of timely medical care:

- Women live longer, but with a poorer quality of life, due to care overload, less time for self-care, and increased medicalisation in old age.
- The need to promote sport and prevention at all stages of life was mentioned, without limiting it to times such as pregnancy or the menopause.
- Experiences from rural areas showed how many women have gone from a humanised contact with the health system to a model of overmedication and isolation.

It is essential to reorient health services towards prevention, community health promotion and the creation of active spaces that integrate women, especially in rural settings or those with a high degree of loneliness. Digitalisation (such as apps) cannot replace face-to-face spaces for relationships and collective care.

4. Raising public awareness: key to sustainable change

Beyond the health system, the importance of also working with citizens was identified, especially in:

- Showcasing the value of care and health planning.
- Changing cultural narratives about what is considered "male" or "female".
- Overcoming stigmatisation of women who prioritise self-care or well-being.

Change must be accompanied by broader social transformation, with awareness-raising campaigns aimed at both men and women, which value self-care practices, co-responsibility and community health.

5. Specific challenges in university education

It was pointed out that health science faculties do not sufficiently address gender differential care, and that students face clinical practice without adequate tools to identify and address health inequalities.

University health education should include the gender perspective as mandatory content, not only in theoretical subjects, but also in clinical practice, case analyses and simulations, in order to prepare future health workers for truly person-centred care.

Summary

Main challenges

- Promoting gender-sensitive clinical protocols: In many specialties, protocols still do not distinguish symptomatology, pharmacological response or specific risks by sex and gender.
- Promoting a biomedical culture centred on the symptom and not on the person, which hinders comprehensive diagnoses.
- Reversing the masculinisation of models of success: encourage men to take on roles of care and self-care.
- Promoting preventive and community health, especially among older women and in rural settings.
- Avoiding over-medicalisation of women and encouraging alternatives based on support and well-being.

Collective objectives formulated:

- Review and update all clinical protocols to incorporate sex-gender differences in diagnosis, treatment and follow-up.
- Implement person-centred care models that recognise the emotional, cultural and social dimension of health, with an intersectional approach.
- Promote an active policy of internal equality in health institutions: work-life balance, equality, training, awareness-raising.
- Create institutional spaces for support and self-care for professionals, with special attention to the psychosocial well-being of women on the front line.
- Transform the culture of health and citizenship through campaigns that promote co-responsibility in health and question gender stereotypes.

Proposals for transformative action



Dynamic exercise 3: Structured brainstorming - This third and final dynamic exercise of the workshop was aimed at translating the shared diagnosis and collective objectives into concrete, viable and transformative measures. Through a participatory methodology of ideation and prioritisation, each roundtable generated a set of specific proposals ranging from institutional and legislative interventions to educational, community or communicative strategies.

The main proposals per roundtable are listed below, followed by a cross-cutting summary of priorities for action.

Proposals from the citizenship and patients' associations

The contributions from this roundtable focus on the need for a more humane, preventive, inclusive and participatory medicine, based on the real experience of the people who use the health system. Proposals are put forward along six axes:

1. Person-centred medicine throughout life.

A truly personalised approach is called for, which listens to and takes into account the individual patient's story, regardless of gender or age.

The tendency to classify women according to life stages (menopause, pregnancy, etc.), which makes their real needs invisible outside these frameworks, is questioned.

It is proposed that the system should assess each person's life story as an essential part of diagnosis and care.

Objective: To humanise care and prevent gender, age or any social health determinant from predetermining clinical perception.

2. Prevention and a holistic approach to health

There is a demand for more preventive medicine, especially in prevalent diseases that can be tackled earlier (e.g., colon cancer).

The approach to diseases should be comprehensive and multidisciplinary, including psychological care, diet, physical exercise and other factors that impact on quality of life in order to prioritise people's overall well-being and reduce dependence on psychotropic drugs, especially among women.

3. Equal access to information and co-responsibility in caregiving

Both parents must receive the same health information, especially on issues related to family health, in order to promote true co-responsibility.

It is essential to break with machismo in the caregiver role and the assumption that women are always responsible for care.

Objective: To promote equitable care relationships and health systems that do not perpetuate gender inequalities.

4. Public awareness-raising and egalitarian language

Awareness-raising should also be aimed at the general public, not just professionals, in order to generate social commitment to health equality.

Language is key: avoid terms with connotations ("senior (female) doctor" vs. "elderly (female) doctor") that reinforce gender stereotypes and hierarchies.

The aim is to create a more inclusive healthcare culture, at the symbolic and structural levels.

5. Visible female role models

It is proposed to give visibility to women leaders and role models in all fields (science, sport, health...), especially to inspire new generations.

The aspirational model is still very masculinised; leadership and success must be redefined from inclusive parameters. It is a question of breaking the symbolic glass ceiling that prevents many girls and women from seeing themselves reflected in roles of power in the health field.

6. Equality in research

There is a call to increase the participation of women in clinical trials and to establish parity quotas as a corrective measure to the current imbalance.

This also implies looking at biological and social differences without stigmatisation, and with criteria of scientific equality.

It is necessary to produce more representative, rigorous and useful knowledge for the whole population.

Summary of key proposals

- Put the person at the centre, with active listening and without age or gender-based prejudice.
- Reinforce prevention and adopt an interdisciplinary approach to treatment.
- Do not overly divide health by women's life stages.
- Guarantee co-responsibility in access to health and care.
- Promote public awareness campaigns and be mindful of language at all levels.
- Raise the profile of women in all areas of health and science.
- Ensure parity in clinical trials and an inclusive approach in biomedical research.

Proposals from health research

This roundtable addressed possible solutions to address persistent gender biases in health care and biomedical research. The contributions are grouped into six major strategic areas:

1. Continuous, inclusive and cross-cutting training

The need for gender training for all research staff was highlighted, not as a one-off or decorative activity, but integrated into all phases of scientific work.

It should cover both formal and non-formal education (families, media), incorporating feminist and equality content at all stages of learning.

The aim is to ensure that the entire scientific and research community acts in a gender-aware manner from the design to the implementation of research.

2. Evaluation, monitoring and institutional involvement

It was proposed to establish mechanisms for evaluation and monitoring of the commitment to the gender dimension in research projects.

This includes not only technical indicators, but also the promotion of individual and collective commitment in research centres and universities.

It is not enough to incorporate the gender approach as a scoring criterion; there must be structural accountability to evaluate its actual implementation.

3. Cultural change and societal engagement

The aim is to build a more aware and egalitarian social ecosystem that sustains and reinforces change in science and health. The importance of a social paradigm shift, going beyond the scientific domain, was underlined. This implies:

- Dissemination with a gender perspective, aimed at citizens.
- Raising awareness among families, students, media and social networks.
- Intergenerational and inter-institutional dialogue in multidisciplinary teams to revise myths, stereotypes and inherited ways of thinking.

4. Exposing implicit biases and patriarchal structures.

It is necessary to make the invisible visible in order to transform it. It was stressed that part of the problem is that gender biases are so normalised that they go unnoticed. To this end, the following was proposed:

- To make these biases visible in everyday behaviour.
- To focus on normalised attitudes that reproduce inequality.
- To use tools for self-evaluation and collective reflection.

5. Feminist networks, alliances and equality structures

Building feminist networks within scientific and health institutions is essential. These networks should:

- Favour the exchange of good practices.
- Connect different disciplines and sectors.
- Support those who are driving change from within.

It is about creating stable structures of equality that guarantee continuity, supporting those who are leading these changes and pushing for institutional transformation.

6. Co-responsibility for change

Gender equality is not just a women's issue, and the focus cannot be placed on women as the sole driver of action and change (accessing STEM disciplines, or choosing engineering, etc.) and making them responsible for the necessary transformation of the system. The focus is placed on the space to be conquered by women and not on the space to be occupied by men, creating an additional burden for women.

Summary of solutions and key measures

- Inclusive and cross-cutting gender training for researchers and health professionals.
- Real evaluation and institutional monitoring of commitment to equality.
- Cultural change supported by education, media and citizenship.
- Exposure of implicit biases and transformation of normalised practices.
- Strengthening of feminist networks and equality structures within the scientific and health system.
- Co-responsibility in transformation

Proposals from health professionals and institutions

This roundtable focused on the structural, cultural and educational changes needed to address gender biases from within the health system and institutions. The solutions revolve around six strategic lines:

1. Education and awareness-raising from an early age

The gender perspective must be mainstreamed from childhood, both in formal and non-formal settings, so that it is not perceived as something external or added to science or medicine.

Health personnel often fail to include this perspective because they have not been trained in it.

The proposal is to generate skills from early educational stages, both in scientific knowledge and in emotional intelligence, communication and critical thinking.

The aim is to train new generations of professionals and citizens with a critical eye and an egalitarian approach.

2. Raising awareness among health personnel and society as a whole

It is necessary to overcome superficiality and symbolic resistance. The gender approach must be understood as a tool for quality and equality, not as an imposition.

Gender inclusion is often reduced to inclusive language, as a defence mechanism against a poorly understood issue. This reveals rejection or resistance to deeper changes, such as affirmative action policies (e.g., valuing a female PI more positively).

There is an insistence on awareness campaigns to legitimise these changes in the eyes of staff and citizens.

3. Empowerment of women and transformation of roles

There is an urgent need to recognise women's autonomy in their decision-making, both personal and professional, and to disengage them from traditional gender roles.

It is pointed out that women themselves often limit their participation or visibility due to a lack of dialectical skills or fear of judgement.

Promoting the following is proposed:

- Cross-cutting spaces for reflection, not only "feminine" or isolated spaces.
- Training in communication skills for women.
- Training in emotional skills for men.

The aim is to move towards a society in which women and men are equally enabled and empowered to lead, participate and decide.

4. Active public policies and positive actions

The importance of positive discrimination policies is highlighted as a necessary measure to generate real structural change. Correcting basic inequalities that cannot be solved by formal neutrality alone. Positive actions are tools for structural equality.

These policies should be applied, for example, in:

- Research projects.
- Access to resources.
- Leadership opportunities and visibility.

5. Prevention as the focus of health care

The need to change the focus of the health system was highlighted: to move from curative to preventive care, with special attention to the situation of women.

Women's health is currently approached from the symptom and not from the biopsychosocial context that influences their well-being.

Prevention must incorporate:

- Social, emotional and cultural factors.

- Spaces for self-care.
- A focus on equality.

It is necessary to transform the health model from a holistic and preventive perspective that puts women at the centre without pathologising them.

6. Revision of the institutional and cultural approach

The resistance of the health sector to integrate the gender perspective reflects a rigid institutional model, which does not recognise this approach as part of the scientific evidence. The organisational culture of the health system needs to be updated and the way we understand what is scientific and what is valid needs to be transformed.

It is proposed to revise the paradigm of medicine itself, opening it up to:

- Interdisciplinarity.
- Plurality of approaches.
- Incorporation of social and community knowledge.

Summary of key proposals

- Educate from childhood with a focus on gender, science and socio-emotional skills.
- Raise awareness among health professionals and citizens in order to legitimise equality policies.
- Empower women and foster communication and leadership skills.
- Promote public policies and real positive actions to reduce inequalities.
- Focus health care on prevention, especially from a gender perspective.
- Transform the institutional paradigm to integrate equality as part of scientific rigour.

IV. Conclusions and inputs for European policy



The participatory workshop "Promoting a gender-neutral Europe of Health" has clearly and powerfully demonstrated that gender inequality in health is not a marginal issue, but a structural, cross-cutting and systemic one. It affects the care received by millions of women in Europe, the way biomedical knowledge is produced, who decides what is researched and how it is taught, and the value given - or not - to women's bodies, ailments and knowledge.

Faced with this reality, the workshop has generated a space for horizontal listening and collective deliberation that has allowed us to move from individual experiences to shared diagnosis, and from there to the formulation of concrete proposals. The contributions collected in this report constitute a legitimate roadmap, built from the grassroots, which offers an opportunity to guide the design and implementation of fairer, more inclusive and effective European policies.

The analysis of the debates held at the different roundtables shows that gender bias in health care and biomedical research is a structural phenomenon that manifests itself at multiple levels: from the production of knowledge to clinical care and public policy. The proposals put forward suggest that there is an urgent need to transform the frameworks for action towards more equitable, inclusive and person-centred models.

Key findings

1. Multiple forms of gender bias persist in the health system and scientific research, affecting both content (what is researched, what is taught, how it is diagnosed) and structures (who leads, who provides care, who decides).

2. Biomedical knowledge is still anchored in an androcentric epistemology that takes the male body as the standard measure, which has serious consequences for diagnosis, treatment and prevention in women.
3. Women continue to be invisible in the processes of research, training and health care, and their experiences are delegitimised or medicalised without a comprehensive approach.
4. The burden of care falls disproportionately on women, both in the family and within the health system, without institutional recognition or sustained compensatory measures.
5. Women's mental, emotional and sexual health continues to be a highly stigmatised area, with barriers to access, failure to be heard, excessive pathologisation and a shortage of public resources.
6. Inequalities are exacerbated when other axes of exclusion, such as age, ethnicity, social class, functional diversity or sexual orientation, converge, which requires a robust intersectional approach.
7. Equality must be a shared project that involves not only women as the driving force for change, but society as a whole.

Strategic input for European policy

Based on the findings of the workshop, the following lines of action are proposed as inputs to be considered in the preparation and implementation of policies at European, state and regional level:

1. Mainstream gender as a guiding principle in all health and research policies.

- Ensure that all legislation, planning or evaluation in the field of public health and science incorporates gender analysis as a cross-cutting issue.
- Require gender impact reports as a mandatory part of any health programme or research project financed with European funds.

2. Reform health and scientific training from a feminist and pluralist perspective.

- Review the curricula of medicine, nursing, psychology and related disciplines to integrate content on women's health, sexual and gender diversity, intersectionality and care.
- Establish mandatory continuing education in gender for health professionals, teachers and researchers.
- Overcome the classification of women's health by life stages (pregnancy, menopause) to adopt a continuous and holistic approach.

3. Ensure person-centred health care and research, diversity and care.

- Update clinical protocols to incorporate differences by sex, gender and social conditions.

- Develop models of care that prioritise bonding, empathic communication and shared decision-making with patients.
- Mandatory inclusion of women and diversities in clinical trials (minimum quotas).
- Reformulation of criteria for scientific excellence so that integrating gender is a requirement for quality.
- Specific funding for research on women's health and diversity.

4. Recognise, make visible and sustain caregiving work.

- Design public policies that recognise the work of informal and professional caregivers, through economic support, community services and co-responsibility measures.
- Incorporate care indicators in the evaluation of health systems and equality policies.
- Develop community campaigns to promote self-care.
- Promote male caregiving and encourage the integration of men in care-related professions. Shift the focus: do not only focus on women when establishing equality policies. Promote men's behaviours to be more like women's and not the other way around.

5. Democratising the health and scientific system through citizen participation.

- Create feminist networks in health and research, permanent spaces for the participation of patients, caregivers and citizen groups in health decision-making, policy design and service evaluation.
- Implement mechanisms for active listening and community deliberation in the development of public health strategies.

6. Promote a feminist agenda in health and research.

- Strengthen public health services with a gender and intersectional approach.
- Develop specific policies for women's well-being.

7. Communicate in terms of equality: raise awareness, inform, mobilise

- Launch public awareness campaigns on gender bias in health, using real testimonies and accessible data.
- Expose implicit biases and patriarchal structures in the health sector.
- Create institutional protocols against mansplaining and appropriation of ideas.
- Promote co-responsibility in transformation to remove the feminisation of the gender approach, leaving women as the sole drivers/responsible for change.
- Transform the references of leadership and success: make women visible, models of co-responsible masculinity.
- Articulate feminist digital communication strategies, with content in social networks, community media and innovative formats.



Final photo of the participation process " Towards a gender-neutral Europe of Health ".

The workshop has shown that the transformation of the European health and scientific system from a feminist perspective is not only urgent, but possible. There is knowledge, experience and collective will to build policies that put people's well-being - in all its diversity - at the centre of public decisions. To do this, it is necessary to build alliances between institutions, citizens, feminist movements, professionals and researchers, and to establish stable mechanisms for listening, participation and co-responsibility.