

L-WORLD IN HEALTH:

Guia pràctica per a l'atenció a lesbianes, bisexuals i altres dissidències sexuals en consulta

Una mirada reflexiva des de l'atenció
primària



Finançat per la Unió Europea en virtut de l'Acord de Subvenció número 101144766. Les opinions i punts de vista expressats només comprometen al(s) seu(s) autor(s) i no reflecteixen necessàriament els de la Unió Europea o els de la Comissió Europea, Direcció General de Justícia i Consumidors (DG JUST). Ni la Unió Europea ni l'autoritat concedent poden ser considerades responsables d'ells.

Index

Presentació de la guia	1
Com s'organitza aquesta guia	5
Abans de la consulta	7
Durant la consulta	18
Després de la consulta	31
Glossari de termes	37
Referències	41
Agraïments	45
Crèdits	46

Guia pràctica per a l'atenció a lesbianes, bisexuals i altres dissidències sexuals en consulta: una mirada reflexiva des de l'atenció primària

Presentació de la guia

Qui som?

Som un equip interdisciplinari d'investigadores de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI) i de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). El nostre equip integra diferents perfils professionals, procedents tant de les ciències de la salut com de les ciències socials, i combina experiència en l'àmbit clínic i en la recerca en salut pública i atenció primària. **La guia té el propòsit d'oferir recomanacions clares, pràctiques i aplicables en el context clínic** i és el resultat d'un procés de co-creació en el qual han col·laborat l'equip investigador i el L-Health Community Working Group*, un comitè assessor format per dissidents sexuals (tant usuàries del sistema d'atenció primària com professionals sanitàries).

Aquesta guia de bones pràctiques neix del projecte europeu titulat "L-WORLD IN HEALTH: Filling knowledge gaps and promoting competent primary care for Lesbians*", desenvolupat a Catalunya entre el 2024 i el 2026, amb l'objectiu de millorar la pràctica clínica en atenció primària per **a LesBis* (lesbianes, bisexuals, pansexuals)** i altres **dissidències sexuals**), identificant les seves inequitats en salut, analitzant les mancances i actituds del personal sanitari, i formant professionals per reduir aquestes desigualtats.

El projecte va combinar metodologies qualitatives i quantitatives: hi van participar 56 LesBis* i 45 professionals d'atenció primària en grups focals, i més de 800 LesBis* en una cohort. Aquesta integració de dades va permetre obtenir una visió àmplia i fonamentada de les desigualtats que impacten en la salut d'aquest col·lectiu.

A qui va dirigida aquesta guia?

Aquesta guia està dirigida a **tot el personal assistencial d'atenció primària (infermeria, medicina, llevadora, psicologia i altres perfils)** que desitgin reflexionar sobre la seva mirada i enriquir la seva aproximació a la salut del col·lectiu LesBi*.

En aquest context, reflexionar sobre la "mirada" significa **revisar la perspectiva des de la qual s'entén i s'aborda la salut de les LesBi***. La pràctica clínica no es limita únicament a identificar símptomes o emetre diagnòstics, sinó que també inclou els valors, coneixements i supòsits que influeixen en què es considera rellevant, quines preguntes es formulen i com s'interpreten les experiències de les persones. Una mirada pot centrar-se exclusivament en la dimensió biomèdica o integrar, a més, dimensions psicosocials, comunitàries i estructurals. Reflexionar críticament sobre aquesta perspectiva és un pas clau per oferir una atenció més equitativa, respectuosa i de més qualitat.

Per què aquesta guia?

L'atenció sanitària no és neutral: mentre que les experiències positives generen i reforcen la confiança en el sistema, les experiències de discriminació, invisibilització o incomoditat en consulta poden reforçar les inequitats socials preexistents (Haraway, 1988). L'atenció primària ocupa una posició clau, ja que sol ser el primer contacte amb el sistema sanitari i des d'on es construeixen relacions longitudinals, i es promou la integració i la coordinació entre serveis. Així doncs, petits canvis en aquest àmbit assistencial, com adoptar una mirada professional ajustada a les necessitats de les usuàries i a la diversitat de les seves trajectòries vitals, poden contribuir a una major confiança en el sistema, a més d'una atenció més equitativa i de major qualitat no només a nivell individual sinó a nivell poblacional (Rose, 1992).

Aquest document posa el focus en les **LesBi***, per ser un col·lectiu amb realitats històricament invisibilitzades en el coneixement científic i, com a conseqüència, també en el sistema sanitari. Actualment, i segons els estudis del **projecte L-HEALTH**, les LesBi* no sempre troben escolta, comoditat o seguretat en la consulta d'atenció primària. Les experiències percebudes de discriminació, invisibilització o incomoditat en consulta tenen conseqüències negatives en la seva relació amb els serveis d'atenció primària i en la seva salut.

Aquestes experiències no afecten a totes per igual: el seu impacte pot ser més gran segons la raça, ètnia, edat, classe social o altres trajectòries vitals, i com aquestes es combinin entre si.

Aquesta guia neix d'una idea: **la forma en què s'atén les LesBis* en atenció primària importa**. Importa en la mesura que ofereix confiança en el sistema sanitari, determina com les LesBis* utilitzen (o eviten) els serveis de salut i, per tant, en l'impacte que això té en la seva salut. Aquesta guia es planteja com una invitació a mirar la consulta des d'un altre angle, a replantejar-se la forma de comunicar, de prendre decisions o de recollir informació, per tal d'afavorir la confiança i millorar l'assistència sanitària que aquest col·lectiu rep en els serveis d'atenció primària.

Les recomanacions d'aquesta guia se centren principalment en la pràctica assistencial en consulta individual i/o familiar, que constitueix un dels nivells habituals d'intervenció en atenció primària. No obstant això, entenem que l'atenció primària es desplega també en altres nivells (grupals i comunitari), on la mirada, el llenguatge i els missatges que es transmeten són igualment rellevants (Pérez Alonso et al., 2023). Tot i que aquest document no aborda de forma específica aquests àmbits, moltes de les reflexions i orientacions que es proposen poden ser útils per revisar i ajustar la pràctica també en aquests espais.

Confiança i ús dels serveis

La confiança en el sistema sanitari és un pilar fonamental de l'atenció. Diferents estudis han demostrat que, quan s'erosiona, les persones del col·lectiu LGTBIQA+ tendeixen a espaiar consultes, evitar determinats dispositius o acudir només quan el problema és més greu (Pang et al., 2025; Zeeman et al., 2019). Tal com s'exposarà al llarg de la guia, això té un impacte directe en els resultats en salut.

Una atenció que genera confiança no només millora l'experiència de les persones ateses, sinó que també contribueix a un ús més adequat i eficient dels serveis d'atenció primària. La confiança es construeix a partir de múltiples trobades clíniques i de com aquestes són viscudes per les persones al llarg del temps.

Els petits canvis en la pràctica clínica contribueixen al compliment del marc legal vigent en matèria de drets LGTBIQA+ (**la Llei 13/2025** des drets de les persones LGBTI i l'erradicació de l'LGBTI-fòbia), en coherència amb els principis que regeixen l'atenció sanitària pública.

Des d'on es construeix aquesta guia

Aquesta guia pretén aportar algunes idees a incorporar en la pràctica clínica diària des del reconeixement de la realitat assistencial: càrrega de treball, pressió assistencial i marges de maniobra limitats. També des del reconeixement que moltes de les dificultats identificades formen part d'un sistema que no sempre facilita una atenció acurada i que pot generar frustració entre el col·lectiu de professionals.

De la mateixa manera, i segons els resultats del nostre estudi, **no tot depèn del temps disponible, sinó d'exercitar una major consciència sobre com determinats supòsits operen en la pràctica clínica i afecten al tractament**, com és donar per fet l'heterosexualitat en totes les persones que consulten o assumir determinats models de relació.

L'objectiu és fer possible un canvi (o una millora) dins de les condicions reals del sistema.

La interseccionalitat com a eix transversal

Al llarg del document es parteix d'una perspectiva **interseccional**, entenent que les desigualtats en salut no responen a un únic factor, sinó a la interacció entre múltiples eixos socials i relacions estructurals de poder que situen les persones en posicions desiguals de privilegi i opressió. En aquest sentit, s'assumeix que diferents eixos d'opressió com la lesbofòbia, la bifòbia, el sexisme, **el racisme**, el capacitisme, o el classisme interactuen i fan úniques les experiències vitals. Aquests eixos influeixen tant en els problemes de salut de les persones ateses com en la pròpia pràctica clínica, condicionant l'accés als serveis, la qualitat de l'atenció rebuda i la relació amb el sistema sanitari. Aquesta mirada **interseccional** recorre tota la guia.

Una eina, no una fórmula

Aquesta guia pretén promoure la reflexió sobre el **paper que pot tenir la pràctica assistencial en l'acompanyament del col·lectiu de LesBis* en el context de l'atenció primària.**

Ofereix **orientacions pràctiques sobre com atendre LesBis***, pensades per al dia a dia de la consulta en atenció primària, que es plantegen com pistes, preguntes i exemples que poden ajudar a revisar com s'aborden determinades situacions i a decidir quins ajustos tenen sentit en cada context. Aquestes orientacions no són obligatòries ni universals; no hi ha un únic protocol o recepta tancada que pugui donar resposta a les múltiples experiències i a tota la diversitat del col·lectiu.

Aquesta guia està pensada per ser **usada segons la necessitat de cada moment.** Es pot llegir de forma lineal o a salts. Es pot fer servir només la part que resulti útil. La guia està pensada com una eina flexible i de reflexió, no com un model únic d'actuació.

Com s'organitza aquesta guia

El cos del document s'organitza segons la trobada **clínica en atenció primària**, seguint tres moments habituals de l'atenció:

- **Abans de la consulta,**
- **Durant la trobada clínica**
- **Després de la consulta**

Aquesta organització pretén situar les idees en moments reconeixibles del dia a dia assistencial.

COM LLEGIR AQUESTA GUIA

Al llarg del document trobaràs dos recursos pensats per facilitar la lectura i identificar la informació: idees clau i requadres d'informació complementària.

En cadascun dels apartats s'articularà una sèrie d'**idees clau**. El missatge essencial que volem transmetre es mostra amb un format de títol destacat, que permet identificar-lo fàcilment al llarg del document.

A continuació, cada idea clau s'acompanya d'una **explicació breu**, que aporta més context, matisos o profunditat. Aquesta part és complementària i està pensada per als qui vulguin anar una mica més enllà o entendre millor el perquè d'aquesta idea.

A més del text principal, al llarg de la guia trobaràs **requadres diferenciats visualment**, identificats per un color i una icona. Aquests requadres amplien la informació des de diferents llocs. La informació de cada requadre prové de diferents fonts:



Requadres que aporten **dades rellevants**, com marcs normatius, referències clau, idees o elements de context.



Requadres amb veus **en primera persona**, que recullen testimonis literals procedents del projecte L-HEALTH, concretament dels dos estudis qualitius: en un d'ells, hi van participar 56 **LesBis*** de diferents contextos (rural, urbà) i amb diferents característiques (migrants, diversitat funcional, etc.); en l'altre, hi van participar **45 professionals d'atenció primària**, pertanyents a diferents categories professionals (infermeres, metgesses, llevadores, treballadores socials, etc.).



Requadres amb **dades numèriques**, percentatges i altres informacions procedents de l'estudi quantitatiu del projecte L-HEALTH, en el qual van participar més de 800 LesBis* de tot Catalunya.



Requadres amb **preguntes**, pensades per facilitar la reflexió individual sobre la mirada i la pràctica professional.

Abans de la consulta

Ser LesBi* pot influir en la salut més enllà de l'orientació/preferència o les pràctiques sexuals, degut en gran part a desigualtats estructurals i socials.

La salut no depèn únicament de factors biològics o individuals, sinó que està profundament condicionada pels **determinants estructurals i socials de la salut**: el context polític, territorial, social, econòmic, cultural i relacional en què neixen, viuen i moren les persones. En el cas de les LesBis*, aquests determinants inclouen, a més, l'exposició a **discriminacions específiques** (com la **lesbofòbia** o la **bifòbia**), la manca de referents, l'absència de reconeixement institucional o la invisibilització històrica tant des de la ciència com en la societat.



En la **Llei 13/2025** dels Drets de les persones LGBTI i l'erradicació de l'LGBTI-fòbia de Catalunya, s'inclou l'article 69, que fa referència al fet que les administracions públiques han de dur a terme actuacions específiques per "reparar la invisibilització històrica de les **lesbianes**".



"Hi ha llocs on prefereixo no dir-ho. No perquè no n'estigui orgullosa, sinó per un tema de seguretat. Sento que de vegades puc arribar a estar en perill." - LesBi* que ha realitzat un procés migratori.



En preguntar pels espais on senten seguretat per compartir o expressar l'orientació/preferència sexual, **el 99%** de les LesBis* van indicar que senten aquesta seguretat amb les amistats; aquest percentatge es reduïa al 59% en l'entorn laboral i al 57% amb la família biològica.

Tot això pot impactar en la salut física i mental i condicionar la relació amb el sistema sanitari.

💡 Hi ha evidència científica que demostra aquestes inequitats en salut. Aquí es presenten alguns estudis en què es comparen LesBis* amb dones heterosexuales; observem que les LesBis* presenten:

- Més prevalença de depressió, ansietat i trastorns de l'estat d'ànim (Buckingham et al., 2023; Roberts, 2015; Operari et al., 2015).
- Menor taxa de cribratges de cèrvix i vacunació enfront del VPH, especialment entre dones negres (Agénor et al., 2014; Saunders et al., 2021; Griffin et al., 2020).
- Major prevalença d'algunes ITS, com vaginosi bacteriana, VIH, hepatitis C o gonorrea (Roberts, 2015; Operari et al., 2015; Griffin et al., 2020).
- Major prevalença de tabaquisme, alcohol i consum de drogues, amb impacte addicional en dones negres (Heiden-Rootes et al., 2016; Balenguer et al., 2023).
- Major risc cardiovascular i risc d'esdeveniment cardiovascular en lesbianes i bisexuals (Deraz et al. 2023, Caceres et al. 2020, Fredriksen-Goldsen et al. 2013, Boehmer et al. 2014).
- Més prevalença de dolor d'esquena (Haarmann et al., 2023).
- Més prevalença de dolors de cap o migranyes (Haarmann et al., 2023).
- Major prevalença d'obesitat, tant mesurada de manera subjectiva com objectiva (Caceres, 2017).
- Més prevalença d'asma i altres malalties respiratòries cròniques (Haarmann et al., 2023).

Com a professional de la salut, tenir en compte l' **orientació/preferència sexual** pot ser rellevant en atenció primària, no només per la identitat en si, sinó comprendre el context social, relacional i sanitari que l'envolta. Conèixer l'orientació/preferència sexual pot aportar informació sobre experiències prèvies amb el sistema sanitari, incloent-hi possibles situacions d'invisibilització o **discriminació**, així com les trajectòries de vida i les **xarxes de suport**.

Les xarxes de suport del col·lectiu LGTBIQA+ són grups, organitzacions i plataformes dissenyades per brindar assistència emocional, social, jurídica i de salut, creant entorns segurs davant la discriminació. Aquestes xarxes faciliten la trobada, la visibilitat i el suport mutu, sent crucials tant en espais presencials com digitals. Formar part d'aquestes xarxes pot ser una font de benestar i un mitgador contra la discriminació.

💡 En una metaanàlisi, Lefevor et al. (2024) van concloure que una major connexió amb les comunitats LGBTQ+ promou una millor salut física i mental i un major benestar.

En aquest context, fem ús del concepte de **Queer Joy** (alegria **queer**), que es defineix com la celebració autèntica, la felicitat i el plaer que experimenten les persones LGBTQIA+ en viure la seva identitat lliurement, sovint en resistència contra les convencions socials, la discriminació i l'estigma. Més que una simple emoció, la "Queer Joy" és una forma d'empoderament que afirma la pròpia existència i valor en un món que de vegades busca excloure aquestes veus.



"I jo entenc que tenir altres dones lesbianes [en el teu entorn] no és només una qüestió d'identitat, sinó també de sentir-te pertanyent a un grup, saber que les coses que tu dius seran compreses i compartides per les altres persones, i no seran jutjades."

LESBI* MAJOR DE 40 ANYS

"Per a mi, crec que [tenir xarxes afins LGTB] també configura molt els espais de cura i la reciprocitat d'aquests, que determinen en gran mesura a qui cuido jo i qui em cuida a mi. En aquest sentit, ho sento com un avantatge positiu del tipus de xarxes que es creen i que es teixeixen al meu voltant. I el suport que això em brinda i, bé, com al final repercuteix en la salut."

LESBI* NASCUTA A L'ESTAT ESPANYOL

El sistema de salut i els serveis d'atenció primària poden funcionar com a espais discriminatoris per a una part del col·lectiu de LesBis*

Per a algunes LesBis*, la consulta pot estar travessada per experiències prèvies d'invisibilització, lesbofòbia o bifòbia dins del propi sistema de salut, que influeixen en la confiança, en la forma d'explicar símptomes, en la disposició a seguir recomanacions o en la continuïtat assistencial. En aquest sentit, l'orientació/preferència sexual pot actuar com un determinant social de la salut, no perquè determini el risc de les malalties, sinó perquè condiciona trajectòries de cura i d'accés a recursos que poden afectar-ne l'evolució.




El 30% de les LesBis* que van participar en l'enquesta del projecte **L-HEALTH** afirma haver percebut discriminació per motiu d'orientació/preferència sexual en els serveis d'Atenció primària. De forma proporcional, aquesta discriminació va ser significativament més freqüent en lesbianes (36%) enfront de bisexuals/pansexuals (25%) i a LesBis* amb identitat de gènere no cis (43%) enfront de les LesBis* cisgènere (29%).





"Al final l'esfera sexual és important i crec que sí que té alguna cosa a veure en la vida i que seria rellevant [conèixer-ho]. [...] igual que mirem la situació socio-funcional, etcètera, on viuen, com viuen, etcètera, una part bastant rellevant és la seva vida i la seva expressió de gènere, la seva vida sexual i com se senten." - Professional d'atenció primària, LesBi.*

Conèixer l'orientació/preferència sexual pot ajudar a **interpretar millor determinades situacions clíniques**, a evitar malentesos, i a ajustar la comunicació i l'acompanyament. **No es tracta de saber-ho sempre ni de preguntar de forma sistemàtica**, sinó d'entendre per què, en alguns contextos, **aquesta informació pot marcar una millora en l'atenció**.

A més, és important recordar que l'accés a l'atenció primària no és igual de fàcil per a totes les persones. En la intersecció amb la migració o la racialització, les LesBis* migrants poden trobar més dificultats (administratives, de llengua, tracte, etc.) per accedir a l'atenció primària.

 *"Això també és interessant com a migrant. He anat molt a la ginecòloga i em va dir que no em faria cap anàlisi perquè, com que estava amb noies, no hi havia cap possibilitat de que passés res (...) Em vaig sentir molt malament ... una sensació de, crec que està equivocada, m'hauria d'haver fet anàlisis." - LesBi* amb trajectòria migrant*

 *"[Al meu país d'origen] sento que tens un altre tipus de tracte"*
- LesBi* amb trajectòria migrant

 *"I que a Barcelona hi ha moltes persones que no són d'aquí, i que no parlen castellà com a primera llengua. Llavors, entendre que aquestes persones necessitaran una mica més de temps per explicar què està passant amb elles". - Lesbi* amb trajectòria migrant*

És important saber que compartir l'orientació/preferència sexual amb el personal sanitari augmenta la satisfacció de les LesBis* amb l'atenció primària.

Tot i que, com veurem en els següents apartats, l'abordatge de l'orientació/preferència sexual en consulta pot representar certs desafiaments, la realitat és que, quan un professional coneix i acull l'orientació/preferència sexual de la persona a la qual està atenent, l'atenció rebuda es percep com a més satisfactòria i això es relaciona amb un major ús dels serveis de salut.



El nombre de professionals d'atenció primària amb els quals es comparteix l'orientació/preferència sexual està positivament associat amb la satisfacció: a major nombre de professionals amb els quals una LesBi* comparteix la seva orientació/preferència sexual, més gran és el nivell de satisfacció amb el centre d'atenció primària. A més, el compartir l'orientació/preferència sexual amb el personal també s'associa positivament a l'ús dels serveis d'atenció primària: a major nombre de professionals amb els quals una LesBi* comparteix la seva orientació/preferència sexual, més freqüentació al centre d'atenció primària.




*"Acosta molt al pacient, com a que el relaxa en aquest punt, sobretot, sentir que no se'l jutja per això. O sigui, crec que com que te'l guanyes, ¿no? D'alguna manera. I treus una mica aquesta barrera que hi sol haver."
- Professional d'atenció primària.*

Conèixer l'orientació/preferència sexual i/o les relacions sexoafectives de la persona a la qual estem atenent en consulta pot tenir una rellevància clínica important.

Ser LesBi* determina la teva manera de viure i de relacionar-te amb el món; per tant, pot determinar també molts aspectes de la salut.

Per exemple, imaginem una dona que consulta per un malestar inespecífic que es manifesta amb dificultat per conciliar i mantenir el son. En alguns casos, l'orientació/preferència sexual pot estar actuant com a part del context psicosocial que influeix en la salut (per exemple, estar enfrontant-se a una sensació de solitud per no trobar una xarxa de suport després d'un procés de migració). Si no explorem de forma integral aquesta situació, estarem obviat informació molt rellevant en el context d'aquesta alteració, com, per exemple, que part de la causa tingui relació amb situacions de violència, sexili, discriminació laboral, invisibilització familiar...

 "Jo crec que durant molt de temps he tingut aquesta ansietat de no tenir comunitat, de no tenir referents, tota aquesta por de "no soc prou queer com per anar als espais LGTB"." - Bisexual amb trajectòria migrant.

Abans d'entrar en consulta, és útil preguntar-se què saps (i què no) sobre la diversitat sexual del contingent amb què treballes, i des d'on construeixes aquest coneixement.

Es tracta de prendre consciència de com apareix (o no apareix) certa informació en la teva pràctica quotidiana. Identificar si el teu coneixement es basa en informació expressada, en deduccions o en silencis t'ajuda a revisar supòsits previs abans de la trobada clínica i ajustar la teva mirada professional.

!? Saps quina és la proporció de LesBis* que hi ha en el contingent de pacients o en la comunitat amb la qual treballes?

👉 **Si la teva resposta a la pregunta anterior és 'Sí', et convidem a reflexionar:**

- Com conec aquesta informació? Me l'han expressat explícitament o l'estic deduït?
- Quines actituds, preguntes o moments faciliten que aquesta informació es verbalitzi?
- En quines situacions o motius de consulta és rellevant conèixer aquesta informació? Hi ha altres motius de consulta en què podria ser rellevant tenir-la en compte i no ho estic fent?
- Hi ha la possibilitat que, en alguns casos, dedueixi aquesta informació basant-me en estereotips (edat, expressió de gènere, context vital...)?

👉 **Si la teva resposta a la pregunta és 'No' o 'no ho tinc clar', et llancem les següents reflexions:**

- Quines condicions del meu context poden estar dificultant que aquestes realitats es visibilitzin?
- Quines realitats poden no estar emergint en la meva consulta?
- Has pensat en la possibilitat que una dona pugui no ser heterosexual?
- Què puc fer jo com a professional per afavorir que aquesta informació aparegui en el context de l'assistència professional que presto?

💡 No conèixer aquesta informació no és una fallada individual. La clau està a identificar quins supòsits operen abans de la consulta (p.ex., usar l'estètica com a indicador de l'orientació/preferència sexual o assumir heterosexualitat en persones religioses o grans) i com aquests poden influir en la trobada clínica.


💡 Espanya és un dels països del món amb més persones que no s'identifiquen com a heterosexuals. Les estimacions de la població espanyola que s'identifica com a LGTBIQ+ són variables: 9% segons l'enquesta sobre relacions socials i afectives postpandèmia (III) del Centre d'Investigacions Sociològiques (2023), o del 14% segons l'enquesta d'Ipsos Global Advisor (2023). El percentatge de persones que s'identifiquen com a LGTBIQ+ és més gran en les generacions més joves: s'ha quadruplicat entre la generació boomer i la generació Z (Ipsos, 2023).

Pot ser interessant explorar quina és la teva idea sobre què significa ser LesBi*

En moltes ocasions, en pensar en el concepte de LesBi* podem crear una imatge concreta d'un col·lectiu homogeni de dones cisgènere que senten atracció o mantenen relacions sexuals amb altres dones cisgènere. En realitat, les LesBis* **no conformen un col·lectiu homogeni**. Hi ha trajectòries, contextos i experiències molt diverses. **Reduir l'experiència LesBis* a un perfil únic reforça estereotips i dificulta una atenció ajustada a les realitats de cada persona.**

Per exemple, des d'una perspectiva interseccional, hem de considerar que no enfronta les mateixes barreres una dona bisexual jove amb trajectòria migrant (que ha de trobar espais inclusius en un país nou i en un idioma que no és el seu, a més d'enfrontar-se a la bifòbia i al racisme) que una dona lesbiana més gran que viu en una zona rural de Catalunya, on la reduïda mida de la comunitat i la migració d'amistats del col·lectiu LesBi* cap a la ciutat poden limitar les seves xarxes de suport. De la mateixa manera, les experiències es configuren de manera diferent en el cas d'una dona lesbiana embarassada que desenvolupa un projecte de criança amb amistats o d'una dona lesbiana amb discapacitat els desitjos de maternitat de la qual poden no ser adequadament explorats o considerats en l'àmbit de l'atenció primària.

!? Quina imatge et ve al cap quan penses en una LesBi*? Quins perfils poden quedar invisibilitzats en aquesta imatge?

 En la cohort poblacional trobem LesBis* amb perfils molt diversos: des dels 18 als 74 anys, nascudes a Catalunya o migrades des de diferents indrets d'origen, persones racialitzades, amb diversitat funcional, amb diferents identitats de gènere i orientació/preferència sexual, residents tant en zones urbanes com en zones rurals, amb diferents religions...

També es poden donar trajectòries vitals, com la d'una dona que, en un moment determinat de la seva vida comença a establir relacions afectives i sexuals amb altres dones, en un moment de la vida en què els dispositius sanitaris no sempre contempen aquests processos de canvi.

En aquest sentit, és important recordar que l'orientació/preferència sexual no sempre és fixa i pot anar canviant al llarg de la vida d'una persona.



"Hi ha persones l'àmbit o moment vital de les quals és fluctuant i poden dir, "soc lesbiana, que consti aquí", i després de sobte ho han provat amb un home perquè els ha agradat aquell home i estan tenint relacions amb un home; llavors, se les tractarà com a lesbianes? com es canvia?"

LESBI* MAJOR DE 40.

Durant la consulta

Durant la trobada clínica, més enllà del motiu de consulta, es poden activar dinàmiques relacionals que influeixen en la qualitat de l'atenció. En aquest apartat abordem tres dimensions clau:

1. la revisió de supòsits i estereotips en consulta,
2. les eines pràctiques per explorar, quan sigui pertinent, aspectes relacionats amb l'orientació/preferència sexual, les pràctiques i el context relacional,
3. la construcció d'un espai de confiança.

Assumir qualsevol informació sobre la persona que tens davant pot generar distància en la relació i dificultar la relació terapèutica.

L'orientació/preferència sexual no ha de convertir-se en una pregunta rutinària obligatòria, però sí que convé preguntar-se si la nostra consulta és un espai de confiança on aquesta informació podria aparèixer de forma natural i des de la comoditat.

Una recomanació bàsica, però extremadament important, és recordar que **assumir qualsevol informació sobre la persona que tens davant genera distància**.

En el cas de les LesBis*, aquesta distància es produeix, sobretot, en assumir la cisheterosexualitat de la persona que tenim davant.

💡 Alguns exemples d'assumpcions cisheteronormatives en consulta:

- Assumir que, si una persona no esmenta la seva orientació/preferència sexual, és perquè és heterosexual.
- Assumir l'orientació/preferència sexual d'una persona segons la seva [expressió de gènere](#) (com vesteix, com s'expressa, com es mou...).
- Assumir que en tota dona en edat fèrtil hi haurà risc d'embaràs no desitjat i, per tant, caldrà usar un mètode anticonceptiu.
- Assumir que una [lesbiana](#) no manté relacions sexuals amb penetració.
- Assumir que una persona de 70 anys no pot ser lesbiana.

🗣️ "Per a mi no és una pregunta que s'hauria de fer, directament no s'hauria d'assumir que és heterosexual." - LesBi* nascuda a l'estat espanyol.

No assumir no requereix més minuts, requereix revisar formulacions.

En moltes ocasions, l'obstacle per generar un espai de confiança no és la manca de temps per fer preguntes, sinó el fet que les preguntes que es fan sovint es basen en assumpcions prèvies com: tenir parella heterosexual, una família nuclear clàssica, fills/es/is biològics, rols i models de relacions convencionals. Revisar aquestes creences pot facilitar un espai més ampli i còmode sense necessitat de convertir l'orientació/preferència sexual en el centre de la consulta.

A continuació, deixem alguns exemples comunicatius que recullen aquestes assumpcions en la forma de preguntar a la persona que estem atenent en consulta, juntament amb una alternativa que considerem més apropiada segons aquesta recomanació:

→ PREGUNTA CONVENCIONAL

→ ALTERNATIVA PROPOSADA

"Tens nòvio/
marit?"

Es dona per fet que la persona ha de tenir un vincle heterosexual amb una persona d'un altre gènere

"Tens parella o
parelles?"

Utilitzar termes neutres, com "parella" o "acompanyant" deixa espai a un altre tipus de relacions.

"Vius amb la
teva parella
actualment?"

Parteix de l'assumpció que la persona té una relació estable monògama.
El fet que tinguis parella no vol dir que aquesta parella sigui la teva principal font de suport.

"Com són les
teves relacions
sexe-afectives
actualment?",
"Hi ha algú amb
qui comparteixis
la teva vida?"

"Quines
persones són les
que et brinden
suport?"

Preguntar per "relacions" o "vincles" deixa espai a possibles relacions no monògames; preguntar "amb qui comparteix la vida" deixa espai a vincles més enllà d'una parella estable convencional; per exemple, un familiar o una amistat.

"Vols que el
pare del
nadó passi
també a la
consulta?"

S'assumeix que, en el context de la criança, sempre hi haurà una mare i un pare

"Hi ha algú que
vulguis que
també hi sigui
present durant
la consulta?"

Reconeix diversitat familiar i xarxes de suport.

Hi ha algun
familiar que
pugui
acompanyar-
te?

S'assumeix que la principal xarxa de cures estarà en la família biològica.

Quines persones
formen la teva
xarxa de suport?
Hi ha alguna
persona/es que
pugui
acompanyar-te?

Per a algunes LesBis*, les principals xarxes de suport es troben en altres persones del col·lectiu o en la família escollida

📢 "Explicar-te el que t'han de fer, o no donar per fet que ets hetero, o no donar per fet que tens pràctiques **monògames**, o no tal. En realitat, crec que les meves incomoditats, o malestars (...) tenen a veure amb donar per fet qualsevol cosa que sigui normativa." - LesBi* nascuda a Catalunya.

!/? Què puc fer jo per generar un **espai de confiança** en la meva consulta? Quins canvis concrets puc implementar en la meva pràctica per afavorir aquest clima?

Revisar els nostres estereotips per evitar la discriminació en la nostra pràctica assistencial.

És important prendre consciència d'algunes **idees estereotipades inconscients** que es poden tenir sobre la sexualitat de les LesBis* i que podrien influir en la nostra pràctica assistencial:

ESTEREOTIP	IMPACTE EN LA PRÀCTICA	ALTERNATIVA PROPOSADA
"Les lesbianes només mantenen relacions sexuals amb altres dones cis".	Assumir que, si no es mantenen relacions sexuals amb homes cis, no es precisen cribratges d'Infeccions de Transmissió Sexual (ITS).	Explorar pràctiques sexuals concretes (oral, anal, ús de joguines...) i ajustar la prevenció i el cribratge en conseqüència, independentment de l'orientació/preferència sexual o del sexe/ gènere de la/es persona/es amb les quals s'ha pogut compartir alguna trobada sexual.


ESTEREOTIP	IMPACTE EN LA PRÀCTICA	ALTERNATIVA PROPOSADA
<p>"Les <u>bisexuals/pansexuals</u> o les persones no-monògames practiquen molt sexe sense protecció".</p>	<p>Relacionar determinades orientacions sexuals o models relacionals amb pràctiques sexuals de risc de forma automàtica; realitzar més proves a les persones <u>bisexuals</u>, fins i tot quan no és pertinent.</p>	<p>Relacionar determinades orientacions sexuals o models relacionals amb pràctiques sexuals de risc de forma automàtica; realitzar més proves a les persones bisexuals, fins i tot quan no és pertinent.</p>
<p>"Les <u>lesbianes</u> no mantenen relacions sexuals amb penetració vaginal".</p>	<p>Rebutjar determinades intervencions (per exemple, ecografia vaginal, exploració vaginal) o assumir que aquesta pugui ser difícil en una LesBi*.</p>	<p>Valorar la indicació clínica amb els mateixos criteris que en qualsevol altra usuària, explicar el procediment de forma clara i respectuosa, i oferir alternatives únicament en funció de la comoditat, el consentiment i la decisió informada de la persona, mai de la seva orientació/ preferència sexual.</p>
<p>"Les <u>lesbianes</u> no tenen risc de transmissió del Virus del Papiloma Humà o d'altres ITS".</p>	<p>Assumir la no necessitat de realització de proves per al cribratge del càncer de cèrvix o ITS per ser LesBi*.</p>	<p>Explicar que les ITS poden transmetre's a través de diferents pràctiques sexuals (contacte entre mucoses, compartir joguines sexuals i no exclusivament a través del coit) i que la indicació del cribratge de càncer de cèrvix s'ha de basar en antecedents i pràctiques, no en l'orientació/ preferència sexual.</p>


ESTEREOTIP	IMPACTE EN LA PRÀCTICA	ALTERNATIVA PROPOSADA
<p>"Les lesbianes no es poden quedar embarassades".</p>	<p>No contemplar que algunes LesBis* poden tenir pràctiques sexuals amb possibilitat d'embaràs pot portar a no explorar adequadament aquestes situacions ni oferir assessorament ajustat.</p>	<p>Explorar de forma oberta les pràctiques sexuals i el desig reproductiu, oferir informació sense pressuposar riscos ni imposar decisions, i adaptar l'assessorament anticonceptiu a la realitat i necessitats de cada persona, des del respecte i l'autonomia.</p>
<p>"En pacients d'edat més avançada, la diversitat sexual és poc freqüent o no rellevant en la pràctica clínica".</p>	<p>No s'exploren aspectes relacionats amb l'orientació/preferència sexual en edats avançades.</p>	<p>Mantenir una mirada oberta a la diversitat sexual en totes les etapes de la vida, incorporant aquestes dimensions quan sigui pertinent, sense pressuposar ni excloure.</p>


No hi ha una única forma vàlida de preguntar per l'orientació/preferència sexual que sigui adequada a totes les persones, contextos i situacions.

No trobarem una pregunta màgica que sigui adequada en tots els contextos i situacions ("quina és la teva orientació sexual? amb qui mantens relacions sexuals? cap a quina persona o persones sents atracció?"), però sí que podem tenir en compte les recomanacions incloses en aquesta guia.

El fet de preguntar de forma directa per l'orientació/preferència sexual quan es considera necessari pot ser percebut com a incòmode o invasiu per molts/es professionals. No obstant això, **la reticència per abordar el tema està relacionada, sobretot, amb la falta de formació.**

 *"Moltes vegades el professional tampoc té eines, perquè sent com que és una cosa intrusiva." - Professional d'atenció primària, no LesBi*.*

 *"Perquè de vegades, fins i tot els sanitaris tenen por a abordar certs temes per desconeixement, no perquè hi hagi mala voluntat, sinó perquè ens supera per desconeixement." - Professional d'atenció primària, LesBi*.*

 *"Sí que trobo que potser en alguns moments, en alguns àmbits, jo per exemple soc diabètica, sí que em semblava estrany que la meua endocrina em preguntés si soc lesbiana o no, però estaria bé, de l'estil, no sé si pot influir en la glucosa." - LesBi* nascuda a Catalunya.*


!? Quina seria la forma més adequada de preguntar sobre l'orientació/preferència sexual de la persona atesa en el context de la consulta? He preguntat alguna vegada a alguna persona sobre la seva orientació o preferència sexual? Com ho heu preguntat? Com heu acollit la resposta? Què heu fet amb aquesta informació? Com em sento quan pregunto sobre l'orientació/preferència sexual?

És important contextualitzar el motiu i la finalitat de la pregunta.

És molt important explicar **per què aquesta informació és rellevant** per oferir una atenció adequada (identificar situacions clíniques rellevants, proposar cribatges específics, brindar un acompanyament més personalitzat...) i la relació que pot tenir amb la salut, des de la mirada dels **determinants socials**. No es tracta d'indagar per curiositat, sinó d'ajustar la pràctica clínica a les necessitats reals de la persona.

A continuació, proposem una sèrie de missatges i preguntes que podrien servir com a guia per ajudar-nos a explorar aquests aspectes en consulta, sempre ressaltant que **no és obligatori respondre si la persona atesa no sent comoditat**:

- **Possible relació amb el motiu de consulta:** "Segons el motiu pel qual estàs consultant, per a mi és important conèixer alguns aspectes sobre la teva vida que podrien tenir relació amb el problema que em cometes. [Per exemple, indagar si hi ha discriminació en casos de trastorn de son o conèixer la situació socioeconòmica de la persona]. Si no sents comoditat amb alguna de les preguntes, pots expressar-ho o directament no contestar".
- **Indagar per la situació relacional i de suport de la persona, per conèixer el grau d'integració social i possibles causes de soledat o discriminació:** "Parla'm de les teves xarxes de suport: amb qui comptes? tens persones de confiança que et poden cuidar si ho necessites? viuen a prop de tu? tens accés a un suport social en el qual et sentis acollida o estàs tenint dificultats en les teves relacions socials?".
- **Acostar-se a la vida sexual de la usuària des d'un lloc positiu:** "En el pla sexual, com són o com descriuries les teves relacions sexuals?".
- **Generar un espai perquè la usuària comparteixi allò que vulgui:** "Hi ha alguna informació més que em vulguis compartir, que creguis que pugui tenir un impacte sobre la teva salut i benestar?".
- **Preguntar per experiències amb altres nivells assistencials:** Si hi ha una derivació a altres nivells assistencials (o si la usuària ve derivada), preguntar per la seva experiència amb altres professionals pot ajudar a detectar vivències de discriminació en consulta, validar la persona i generar un espai de confiança. Aquestes experiències podrien donar una explicació a una mala adherència al tractament o la inassistència a la cita.

 *Preguntar més, però no tant en relació a les etiquetes, sinó en relació a entendre com és aquesta persona, com es relaciona aquesta persona, quin sistema de cures té, què necessita o què no necessita..." - LesBi* nascuda a Catalunya.*

En el context de la salut sexual i reproductiva, pot ser més apropiat preguntar per les pràctiques sexuals.

És important recordar que la **identitat**, l'**atracció** i les **pràctiques sexuals** són **dimensions de l'orientació/preferència sexual que operen de forma independent**. Assumir, per exemple, que una **lesbiana**, per identificar-se amb aquesta orientació/preferència sexual, únicament manté relacions sexuals amb altres dones **cis**, pot deixar fora altres realitats que poden ser molt rellevants per oferir una assistència de qualitat.



El **54%** de les LesBis* que es van definir com a lesbianes **havien mantingut relacions sexuals amb homes cis** en algun moment al llarg de la vida i el **3%** l'últim any.


És indispensable ser conscient de com acollim les respostes que ens brinden en relació a l'orientació/preferència sexual, recordant que el silenci també és una resposta vàlida.


És crucial formular la pregunta sobre l'orientació/preferència sexual, i **és igualment crucial com acollim la resposta**. Una acollida inadequada (per exemple: mostrar sorpresa, minimitzar la informació, emetre judicis implícits o adoptar expressions o reaccions que denotin incomoditat) pot generar desconfiança i silenci per part de la usuària. Aquestes reaccions de vegades es donen perquè ens remouen per dins i activen la nostra pròpia incomoditat. D'altra banda, de vegades la pregunta pot incomodar la persona que tenim davant. En canvi, una acollida adequada implica escoltar activament, respondre sense judicis i validar l'experiència de la persona.

El llenguatge verbal importa, però també el no verbal: l'expressió facial, el to, el ritme, el silenci. De vegades, el que més impacte té no és la pregunta, sinó la reacció posterior.


En determinats moments, com quan una persona comparteix la seva orientació/preferència sexual o experiències de discriminació, la trobada clínica pot adquirir un significat especial. En aquestes situacions, més enllà del contingut, és rellevant com se sosté la trobada: cuidar el ritme, minimitzar interrupcions si és possible i transmetre disponibilitat poden afavorir que la persona se senti escoltada i acompanyada.


No sempre serà possible "parar el temps", però sí ajustar l'atenció per reconèixer la importància d'aquell moment dins de la consulta. Aquest tipus de trobades han estat descrites en la literatura com a consultes d'especial sensibilitat o "consultes sagrades" (Gervàs, 2009).

 *"Per a mi no es tracta tant de preguntar quina és la teva orientació, sinó de com acompanyes això, que és evident; però no serveix de gaire que em preguntis si després no saps acompanyar-me..." - LesBi* nascuda a l'estat espanyol.*

 *"Si algú diu que és lesbiana o gai, és com... es queden com... "Ah!", i ja no saben com seguir." - Professional sanitari d'atenció primària, lesBi**

És important recordar que **el silenci per part del/la professional també és una resposta vàlida**, i dona peu a que la persona s'obri més en un altre moment.


 Si pregunto per l'orientació/preferència sexual de la persona atesa, tinc la capacitat d'acollir bé la seva resposta? Sabré com seguir la conversa? Em molestarà si s'ofèn?


 La confiança en la consulta es construeix des de l'honestedat amb un/a mateix/a i amb la pacient.

Reconèixer els propis límits i dir "no ho sé" pot enfortir la confiança si s'acompanya d'un compromís per buscar la informació sol·licitada.

En relació a la salut del col·lectiu de LesBis*, hi ha una gran limitació en matèria de coneixement científic i, per tant, de formació a professionals. Aquest dèficit d'informació i formació pot relacionar-se amb desconeixement davant d'algunes consultes específiques que podem rebre, que, si són descartades, generen una sensació de minimització de la situació.


En lloc de tractar de minimitzar la situació amb un "això és normal" o "no passa res", una alternativa vàlida és la d'explorar la situació, reconèixer el límit propi i buscar una resposta adequada mitjançant informació, derivació, acompanyament, etc. D'altra banda, moltes LesBis* saben que hi ha una falta d'informació i no esperen una resposta immediata. La seguretat en atenció primària facilita aquest compromís: l'honestedat de reconèixer que, en aquell moment no es pot donar una resposta concreta, però que s'investigarà i es tornarà a contactar més endavant per brindar una informació més adequada és una actitud molt ben rebuda per les LesBis* i també una proposta que van realitzar els professionals d'Atenció Primària. ...


 *"També hem de reconèixer que, de vegades, si no ho sabem, podem dir-li al pacient que ho buscarem i que li donarem la informació que sigui necessària més endavant"* - Professional d'atenció primària, no LesBi*.

 *"A mi, una vegada em van detectar una ITS. La meva pregunta va ser quin risc tenia de contagiar a una altra persona. I em va dir: bé, depèn. I jo dic: bé, jo soc lesbiana, quin risc tinc? 'Ai, no ho sé'. Aquesta va ser la resposta. Tal qual. No va ser un: 'ostres, ara no ho sé, ho miro'; va ser un: 'ai, no ho sé'."* - LesBi* nascuda a Catalunya.

Pactar sobre el registre de l'orientació/ preferència sexual en la història clínica amb la LesBi*

Registrar l'orientació/preferència sexual en la història clínica pot ser útil de cara a altres revisions futures o amb altres professionals. Tanmateix, les entrevistes grupals del [projecte L-HEALTH](#) van recollir opinions diverses quant a si aquesta informació s'hauria de registrar o no en la història clínica digital.


 *"Potser hauria d'estar a la fitxa, ¿no? Com a preguntes bàsiques. Nom, edat, orientació sexual, gènere, identitat, bla. Això com a plantilla bàsica." - LesBi* que han realitzat un procés migratori.*


 *"Em sembla estigmatitzant haver de posar això perquè no em sembla que hagi de constar." - LesBi*.*

Per aquest motiu, la nostra proposta seria la de pactar individualment amb cada persona si es registra a la història clínica o no.

La responsabilitat de crear un espai de confiança per abordar l'orientació/ preferència sexual és del personal assistencial, no de la persona usuària.

Algunes LesBis* perceben la responsabilitat d'expressar o deixar clara l'orientació/ preferència sexual amb el personal assistencial, quan en realitat aquesta responsabilitat ha de ser del personal assistencial. **Recau sobre el personal assistencial la responsabilitat de crear un clima que faciliti el fet de compartir l'orientació/preferència sexual amb seguretat, sobretot si es mostra un interès real, escolta activa i absència de judici.**

 *"És més habitual aquesta sensació de 'haig de sortir de l'armari contínuament', que és una cosa que tampoc té una solució fàcil. Al final, l'assumeixen, et llegeixen com a heterosexual." - LesBi* nascuda a Catalunya.*

 *"Sí, per a mi és com una càrrega mental molt gran... no vull anar al metge i haver d'explicar-li això i que la seva reacció sigui de diferència. Jo porto ja molts anys pensant que soc diferent com perquè, a sobre, cada vegada que vinc al metge m'ho hagin de recordar tu, quan fas aquest curtcircuit a la cara." - LesBi* nascuda a Catalunya.*

L'estratègia per fomentar un espai de confiança passa per aplicar les idees clau que s'han exposat fins ara; de forma complementària, altres accions concretes que podrien ajudar són:

- Analitzar el contingut i promoure l'exposició de cartelleria o altres materials que mostrin relacions diverses (heterosexuals, homosexuals, bisexuals...) entre persones de diferents identitats de gènere, expressions de gènere, color de pell o corporalitats.
- Cridar a la persona pel cognom a la sala d'espera i preguntar, un cop dins de la consulta, pel seu nom sentit (el nom amb què la persona s'identifica, que pot no coincidir amb el que consta en la història clínica o en la informació administrativa). Això és especialment desitjable per a persones **no binàries** o **trans***, on no hauries d'assumir si ho són pel seu aspecte o expressió de gènere.

Després de la consulta

La consulta no acaba quan la persona surt per la porta, sinó que pot continuar amb un procés d'autoreflexió i aprenentatge professional posterior.

Algunes consultes deixen empremta en el personal assistencial: poden generar incomoditat, dubtes, sensació de no haver sabut com continuar o, per contra, la impressió que alguna cosa ha funcionat especialment bé. Aquest espai posterior pot ser una oportunitat d'aprenentatge professional. No es tracta d'avaluar en termes de "bé" o "malament", sinó reflexionar sobre l'ocorregut.

!? Hi ha hagut alguna cosa que m'ha sorprès? Alguna cosa que m'ha remogut? Alguna cosa que m'ha generat incomoditat? Alguna cosa que m'ha fet sentir que l'espai era segur per la usuària?

Reconèixer també el que ha funcionat ajuda a consolidar pràctiques que generen confiança, no només a detectar àrees de millora. A més, aquest procés no té per què ser únicament individual. En ocasions, compartir dubtes, inquietuds o aprenentatges amb altres persones pot ser especialment útil. Comptar amb espais d'intercanvi, supervisió o formació, així com amb recursos i xarxes de referència, pot ajudar a ampliar la mirada, sostenir situacions complexes i seguir construint una pràctica clínica més segura i equitativa.

!? Què m'enduc d'aquesta consulta? Què repetiria? Què podria abordar d'una altra manera la pròxima vegada?

La longitudinalitat en l'atenció primària permet reparar, aclarir o aprofundir.

En atenció primària, la relació no s'esgota en una única trobada. Si alguna cosa va quedar pendent, si va sorgir un dubte o si després de la consulta apareixen noves preguntes, la continuïtat assistencial ofereix marge per reprendre'l. Com esmentem en l'apartat anterior, reconèixer que no se sap alguna cosa, buscar informació i comunicar-ho posteriorment pot enfortir la confiança. **L'honestedat professional no debilita la relació clínica; per contra, sol consolidar-la quan va acompanyada de compromís i seguiment.**

La possibilitat de recontactar, revisar informació o ampliar la conversa forma part del procés assistencial i redueix la pressió de "fer-ho tot perfecte" en un únic moment.

No tot depèn de la consulta: hi ha recursos i xarxes que amplien la cura.

L'atenció sanitària no és l'únic espai on es construeix salut. Hi ha marcs normatius, recursos assistencials i comunitaris que poden complementar l'acompanyament clínic.

A continuació, facilitem una sèrie de recursos que considerem que poden ser interessants en aquest sentit. Si aquest document es consulta des d'un altre territori, pot resultar útil explorar quins recursos existeixen a la comunitat local i mantenir-los identificats per a futures situacions. Disposar d'aquesta informació no implica utilitzar-la sempre, però pot ampliar el marge de resposta quan sigui necessari. La informació d'aquest apartat va ser actualitzada el maig del 2026.

MARC NORMATIU (ESTATAL I AUTONÒMIC)

Llei 4/2023, de 28 de febrer, per a la igualtat real i efectiva de les persones trans i per a la garantia dels drets de les persones LGTBI.

Objectiu: desenvolupar i garantir els drets de les persones lesbianes, gais, bisexuals, trans i intersexuals, erradicant les situacions de discriminació, per assegurar que a Espanya es pugui viure l'orientació sexual, la identitat sexual, l'expressió de gènere, les característiques sexuals i la diversitat familiar amb plena llibertat.

Llei 13/2025, de 29 de desembre, dels drets de les persones LGTBI i l'erradicació de la LGTBIfòbia.

Objectiu: garantir que a Catalunya es pugui viure la diversitat sexual i de gènere en plena llibertat i que els poders públics abordin la LGTBI-fòbia amb la diligència deguda, per poder-la prevenir, reparar i, eventualment, erradicar.

RECURSOS INTERNACIONALS I MARCS GLOBALS

ILGA World Database

Base de dades única sobre lleis, organismes de drets humans, oportunitats d'incidència i notícies en matèria d'orientació sexual, identitat i expressió de gènere i característiques sexuals arreu del món.

RECURSOS INSTITUCIONALS A NIVELL ESTATAL

Servei Arcoíris 028 –
Ministeri d'Igualtat

Informació i atenció integral en matèria de drets LGTBI i delictes d'odi per LGTBIfòbia; inclou:

Servei d'informació, assessorament jurídic i atenció psicosocial immediata especialitzada davant totes les formes de violència per LGTBIfòbia, gratuït i confidencial, via telefònica (028), correu electrònic (028-online@igualdad.gob.es) i xat online.

Mapa interactiu de recursos a nivell nacional.

Federació Estatal de
Lesbianes, Gais, Trans,
Bisexuals, Intersexuals i
més

ONG estatal de caràcter laic, laïcista, feminista, apartidista i asindicalista que agrupa més de 50 entitats LGTBI+ de tot el territori espanyol. Treballen per la diversitat afectivosexual, familiar i de gènere, així com per la lluita contra el VIH i la sida.

RECURSOS INSTITUCIONALS ESPECÍFICS A CATALUNYA

Observatori contra l'LGTBI-fòbia

L'Observatori contra l'LGTBI-fòbia és un espai que treballa en el disseny i implementació d'un sistema permanent d'observació davant la discriminació i l'LGTBI-fòbia en diferents àmbits, i que ofereix acompanyament psicosocial i assessorament jurídic.

Xarxa de Servei d'Atenció Integral LGBTI+ de Catalunya


Servei integral, de qualitat i de proximitat per a persones que pateixin, hagin patit o estiguin en risc de discriminació o violència per orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere. Hi ha més de 100 centres distribuïts arreu de Catalunya.


Centre LGBTI Barcelona

El Centre LGBTI de Barcelona és l'equipament públic transversal de referència en temàtica LGTBI. Ofereix serveis d'informació, orientació i atenció directa a la comunitat LGTBI i al conjunt de la ciutadania, en coordinació amb entitats i administracions, i impulsa alhora un programa cultural i d'acció comunitària obert a tota la societat.

Més enllà del risc i la discriminació: comunitat i pertinença com a font de benestar.

Les experiències de discriminació no defineixen per complet la vida de les persones LesBis*. Les xarxes de suport, la família escollida, la comunitat i els espais de pertinença poden actuar com a factors protectors de la salut.

 *I jo entenc que tenir altres dones lesbianes no és només una qüestió d'identitat, sinó també de sentir-te pertanyent a un grup, de saber que les coses que dius seran compreses i compartides per les altres persones, que no seran jutjades." - LesBi* major de 50 anys.*

 *"[Formar part d'un grup de futbol LesBi*] és una cosa que em posa la pell de gallina, perquè em trobo amb gent molt diferent; és a dir, algunes som súper diferents en tot —en l'estil, en els treballs, en la personalitat—, però hi ha alguna cosa en comú que t'emociona, com dir: no ho havia trobat i ho necessitava" - LesBi* nascuda a l'estat espanyol.*

La **família escollida** (amistats, parelles, xarxes afectives construïdes fora del marc biològic) pot complir funcions centrals de cura, sosteniment emocional i acompanyament. Reconèixer aquestes xarxes en consulta amplia la comprensió del context vital i evita reduir l'experiència a vulnerabilitat. Parlar de "**queer joy**" no implica ignorar desigualtats, sinó recordar que també hi ha vincles, experiències positives i espais de benestar que formen part de la salut. Considerar aquests elements permet una mirada més completa i menys centrada exclusivament en el risc.

!? Quines **xarxes de suport** té aquesta persona? Com influeixen en el seu benestar? Estic contemplant la comunitat com a recurs de salut? Què puc fer jo per potenciar aquestes xarxes de suport i sosteniment?

Si has arribat fins al final d'aquesta guia, volem agrair-te el temps i el compromís dedicats a reflexionar sobre com atens les persones en consulta.

La confiança és un procés que es construeix en cada trobada clínica.

MOLTES GRÀCIES!

Glossari de termes

Atracció: experiència emocional, afectiva i/o sexual cap a altres persones. Es pot manifestar de formes diverses (romàntica, sexual, estètica, afectiva) i no sempre coincideix amb la identitat, la pràctica sexual o la categoria amb la què una persona es nomena.

Bisexualitat / bisexual: persona que sent atracció emocional, romàntica o sexual cap a més d'un gènere, encara que no necessàriament de forma simultània, de la mateixa manera o en el mateix grau (Human Rights Campaign, 2023).

Cisgènere: persona la identitat de gènere de la qual coincideix amb el sexe assignat en néixer.

Cisheterosexualitat: condició en la qual coincideixen dues dimensions: ser cisgènere i sentir atracció cap a o mantenir relacions sexuals amb persones cis del gènere oposat. En moltes societats opera com a norma cultural dominant, la qual cosa pot generar invisibilització o desigualtat cap a altres identitats i experiències.

Determinants socials de la salut: circumstàncies en què les persones neixen, creixen, treballen, viuen i envelleixen, i les forces més àmplies que conformen les condicions de la vida quotidiana (World Health Organization, 2013).

Desigualtats estructurals: diferències sistemàtiques i persistents en accés a recursos, oportunitats i drets, produïdes per l'organització social i no per característiques individuals. Aquestes desigualtats poden impactar directament en la salut i en l'accés a l'atenció sanitària.

Dissidències sexuals i/o de gènere: conjunt d'identitats, expressions i experiències que se situen fora de la norma cisheterosexual dominant. El terme emfatitza el caràcter polític i social de la diferència enfront del normatiu, sense patologitzar-la.

Estereotip: creença simplificada i generalitzada sobre un grup de persones. Els estereotips redueixen la diversitat interna i poden influir en la pràctica clínica en generar suposicions no verificades.

Espai de confiança: entorn relacional en el qual una persona pot compartir informació rellevant sense temor a judici, minimització o discriminació. En l'àmbit sanitari, es construeix a través d'actituds, llenguatge, coherència professional i condicions estructurals d'intimitat.

Expressió de gènere: aparença externa de la identitat de gènere d'una persona, que sol expressar-se a través del comportament, la vestimenta, les característiques corporals o la veu, i que pot o no ajustar-se als comportaments i característiques socialment definits com a masculins o femenins (Human Rights Campaign, 2023).

Família escollida: xarxa de suport afectiva i relacional escollida per la persona, que pot o no coincidir amb la família biològica. En molts contextos de dissidència sexual i/o de gènere, la família escollida compleix funcions centrals de cura i sosteniment.

Gènere: construcció social i cultural que organitza expectatives, rols i significats associats al masculí, el femení i altres identitats de gènere. El gènere és relacional i canvia segons el context. No es redueix a característiques biològiques.

Identitat de gènere: vivència interna i profunda del gènere amb el qual una persona s'identifica. Pot coincidir o no amb el sexe assignat en néixer.

Interseccionalitat: marc teòric que planteja que múltiples categories socials (p. ex., raça, ètnia, gènere, orientació sexual, nivell socioeconòmic) s'intersecten en el nivell micro de l'experiència individual per reflectir múltiples sistemes interrelacionats de privilegi i opressió, sent tot alhora. Implica considerar el nivell macro o estructural (p. ex., racisme, sexisme, heterosexisme) com a determinant de la salut (Bowleg, 2012).

LesBi* / LesBis*: terme utilitzat en el document per referir-se de forma inclusiva a lesbianes, bisexuals, pansexuals i altres dissidències sexuals i/o de gènere. L'espai assenyalat obertura i inclusió, reconeixent la diversitat d'identitats i experiències que poden no quedar completament recollides en una categoria tancada.

Lesbianisme / lesbiana: dona que sent atracció emocional, romàntica o sexual cap a altres dones. Tant dones com persones no binàries poden utilitzar aquest terme per descriure's (Human Rights Campaign, 2023).

Lesbofòbia / Bifòbia: formes específiques de discriminació, rebuig o violències dirigides cap a persones lesbianes o bisexuals. Poden manifestar-se de forma explícita (agressions, exclusió) o subtil (invisibilització, qüestionament, estereotips).

Monogàmia: model relacional basat en l'exclusivitat afectiva i/o sexual entre dues persones. Es pot viure de forma

Monogàmia: model relacional basat en l'exclusivitat afectiva i/o sexual entre dues persones. Es pot viure de forma escollida i consensuada, però també forma part de normes socials que històricament han regulat el gènere, la sexualitat i l'estructura familiar. En contrast, les no monogàmies consensuades (NMC) engloben models relacionals en els quals les persones implicades acorden de manera explícita mantenir vincles afectius i/o sexuals amb més d'una persona de forma simultània.

No binari: adjectiu que descriu una persona que no s'identifica exclusivament com a home o dona. Les persones no binàries poden identificar-se com a home i dona, en un punt intermedi o completament fora d'aquestes categories. També es pot fer servir com un terme general que abasta identitats com agènere, bigènere o gènere fluid (Human Rights Campaign, 2023).

Orientació/preferència sexual: l'orientació sexual es refereix a la capacitat de cada persona de sentir una profunda atracció emocional, afectiva i sexual cap a persones d'un gènere diferent al seu, del seu mateix gènere o de més d'un gènere, així com a la capacitat de mantenir relacions íntimes i sexuals amb aquestes persones (Principis de Yogyakarta, 2007). El terme preferència sexual fa referència cap a qui es dirigeix el nostre desig.

En contraposició al concepte d'orientació sexual, el de preferència sexual és menys determinista, no assumeix que hi hagi res prefixat en termes de desig, entenent que igual que el gènere, l'atracció i el desig no són condicions estàtiques, sinó construccions sociopolítiques mutables i molt influenciades pel context (Martínez Hernández & Juventeny Albuixech, 2019). En aquesta guia s'empren ambdós termes per reflectir que les experiències i formes d'identificar-se poden ser diverses i canviants al llarg de la vida.

Pansexualitat / pansexual: persona que té el potencial de sentir atracció emocional, romàntica o sexual cap a persones de qualsevol gènere, encara que no necessàriament de forma simultània, de la mateixa manera o en el mateix grau (Human Rights Campaign, 2023).

Projecte L-HEALTH: projecte de recerca centrat a analitzar inequitats en salut en lesbianes, bisexuals i altres dissidències sexuals i/o de gènere, amb l'objectiu de generar evidència i eines útils per millorar la pràctica sanitària des d'una perspectiva d'equitat (més informació a <https://lhealthproject.com/>).

Racisme: Sistema organitzat que atorga poder i privilegi segons una jerarquia establerta basada en categories racials; pot ser interpersonal (el que ocorre entre individus), institucional (el que es produeix quan les polítiques i pràctiques institucionals generen discriminació basada en la raça) i estructural (el que se situa en la base de les altres formes de racisme, descrivint els processos i sistemes a nivell macro que mantenen i perpetuen la inequitat racial) (Devakumar et al., 2022).

Xarxes de suport: estructures de suport, connexió i visibilitat, tant personals com professionals o activistes, dissenyades per brindar seguretat, comunitat i defensa de drets a persones amb orientacions sexuals, identitats de gènere o expressions de gènere diverses.

Queer: terme utilitzat per expressar un espectre d'identitats i orientacions que se situen fora de la norma dominant. S'empra freqüentment com un terme paraigua que inclou moltes persones, entre elles aquelles que no s'identifiquen com exclusivament heterosexuales i/o els qui tenen identitats de gènere no binàries o expansives. Aquest terme va ser utilitzat anteriorment com un insult, però ha estat reapropiat per amplis sectors del moviment LGBTIQ+ (Human Rights Campaign, 2023).

Queer Joy: experiències de benestar, celebració, pertinença i afirmació viscudes per persones de dissidències sexuals i/o de gènere. Davant narratives centrades exclusivament en la discriminació o el risc, la "queer joy" reconeix l'alegria, la comunitat i l'agència com a dimensions també constitutives de la salut. No nega les desigualtats estructurals, sinó que visibilitza els recursos afectius, culturals i comunitaris que actuen com a factors protectors (Wright & Burkholder, 2023).

Sexili: abandonament de les persones LGTBI del seu lloc de residència per patir rebuig, discriminació o violència, donant-se especialment en les zones rurals (FELGTBI+, 2025).

Trans*: Un terme general per referir-se a persones la identitat o expressió de gènere de les quals difereix de les expectatives culturals basades en el sexe que se'ls va assignar en néixer (Human Rights Campaign, 2023).

Referències

Agénor, M., Krieger, N., Austin, S. B., Haneuse, S., & Gottlieb, B. R. (2014). Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: The role of sexual and reproductive health services. *American Journal of Public Health*, 104(2), e68–e73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301548>

Balenger, A., Scott, L. C., Swahn, M. H., & Aneja, R. (2023). Acceptability of primary care counseling and brief educational messages to increase awareness about alcohol and breast cancer risks among bisexual and lesbian women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4184. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054184>

Boehmer, U., Miao, X., Linkletter, C., & Clark, M. A. (2014). Health conditions in younger, middle, and older ages: Are there differences by sexual orientation? *LGBT Health*, 1(3), 168–176. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0033>

Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>

Buckingham, P., Bourne, A., McNair, R., Hill, A. O., Lyons, A., Carman, M., & Amos, N. (2024). The influence of care continuity and disclosure of sexual orientation in general practice on lesbian, bi+ and queer cisgender women's engagement with mental health services. *Australian Journal of Primary Health*, 30(1). <https://doi.org/10.1071/PY23001>

Wright, J. J., & Burkholder, C. (2025). Introduction to the special issue “Mobilising queer joy: Establishing queer joy studies”. *Sexualities*, 28(3), 757–766. <https://doi.org/10.1177/13634607241304546>

Caceres, B. A., Streed, C. G., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., et al. (2020, November 10). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 142(19). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000914>

Caceres, B. A., Brody, A., Luscombe, R. E., Primiano, J. E., Marusca, P., Sitts, E. M., & Chyun, D. (2017). A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities. *American Journal of Public Health*, 107(4), e13–e21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303630>

Deraz, O., Caceres, B., Streed, C. G., Beach, L. B., Jouven, X., Touvier, M., et al. (2023, June 6). Sexual minority status disparities in Life's Essential 8 and Life's Simple 7 cardiovascular health scores: A French nationwide population-based study. *Journal of the American Heart Association*, 12(11), e028429. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.028429>

Devakumar, D., Selvarajah, S., Abubakar, I., Kim, S.-S., McKee, M., Sabharwal, N. S., Saini, A., Shannon, G., White, A. I. R., & Achiume, E. T. (2022). Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *The Lancet*, 400(10368), 2097-2108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01972-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01972-9)

Federación Estatal de lesbianas, gais, trans, bisexuales, intersexuales y más, FELGTBI+. (2025). *Sexilio. Estado LGTBI+ 2025*.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>

Gérvás, J., Pérez Fernández, M., & Gutiérrez Parres, B. (2009). Consultas sagradas: Serenidad en el apresuramiento. *Atención primaria*, 41(1), 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.05.005>

Griffin, M., Jaiswal, J., Krytusa, D., Krause, K. D., Kapadia, F., & Halkitis, P. N. (2020). Healthcare experiences of urban young adult lesbians. *Women's Health*, 16, 1745506519899820. <https://doi.org/10.1177/1745506519899820>

Haarmann, L., Folkerts, A. K., Lieker, E., Eichert, K., Neidlinger, M., Monsef, I., et al. (2023). Comprehensive systematic review and meta-analysis on physical health conditions in lesbian- and bisexual-identified women compared with heterosexual-identified women. *Women's Health*, 19. <https://doi.org/10.1177/17455057231219610>

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>

Heiden-Rootes, K. M., Salas, J., Scherrer, J. F., Schneider, F. D., & Smith, C. W. (2016). Comparison of medical diagnoses among same-sex and opposite-sex-partnered patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(6), 688-693. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.06.160047>

Human Rights Campaign. (2023). Glossary of Terms. <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>

Ipsos. (2023). Orgullo LGBTQ+ 2023. Una encuesta de Ipsos Advisor en 30 países. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report_ESP_LATAM%5B70%5D%20%20-%20%20Solo%20lectura.pdf

Lefevor, G. T., Sorrell, S. A., Skidmore, S. J., Huynh, K. D., Golightly, R. M., Standifird, E., Searle, K., & Call, M. (2024). When connecting with LGBTQ+ communities helps and why it does: A meta-analysis of the relationship between connectedness and health-related outcomes. *Psychological Bulletin*, 150(11), 1261-1286. <https://doi.org/10.1037/bul0000447>

Martínez Hernández, C., & Juventeny Albuixech, T. (2019). El placer de romper la normal. Claves reflexivas para la educación sexual (II). *SIDA STUDI*.

Operario, D., Gamarel, K. E., Grin, B. M., Lee, J. H., Kahler, C. W., Marshall, B. D., van den Berg, J. J., & Zaller, N. D. (2015). Sexual minority health disparities in adult men and women in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2010. *American Journal of Public Health*, 105(10), e27–e34. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302762>

Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, & Hernán García M. (2023). Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Ministerio de Sanidad.

Pang, C., Jakubiec, B. A., Seida, K., & Garrett-Walker, J. (2025). “You have to do mental gymnastics to get any form of care”: How Two Spirit, lesbian, bisexual, trans, and queer women and gender-diverse people navigate racism and cisheterosexism in Canadian healthcare. *Social Science & Medicine*, 381, 118298.

Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. (2007). https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Roberts, S. J. (2015). Primary care of women who have sex with women: Recommendations from the research. *The Nurse Practitioner*, 40(12), 24–32. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000431883.32986.81>

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432.

Saunders, C. L., Massou, E., Waller, J., Meads, C., Marlow, L. A., & Usher-Smith, J. A. (2021). Cervical screening attendance and cervical cancer risk among women who have sex with women. *Journal of Medical Screening*, 28(3), 349–356. <https://doi.org/10.1177/0969141320987271>

World Health Organization. (2013). Social determinants of health: Key concepts. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., & Amaddeo, F. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974–980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

Agraïments

Aquest document ha estat possible gràcies a la contribució col·lectiva de moltes persones que han participat en el projecte L-HEALTH.

Gràcies a totes les LesBis* que han participat en els estudis del projecte, tant en la cohort com en els grups focals, compartint les seves experiències, necessitats i propostes, així com a totes les persones professionals d'atenció primària que han participat en els grups focals. La seva implicació ha estat fonamental per orientar l'anàlisi i donar sentit a aquesta guia.

Gràcies a les entitats i agrupacions d'arreu de Catalunya que han facilitat espais, suport i acompanyament al llarg del projecte, contribuint de manera indispensable al seu desenvolupament.

Gràcies a Alba Tor Roca per la seva tasca de coordinació i gestió del projecte i pel seu suport incondicional; a Magda Gasull Panadès i Ele Dimitrova per les seves contribucions a la revisió i millora d'aquest document; a Pia Escobar per la seva aportació científica i inspiració constant; a Maria Simonet i Carlen Reyes per la seva dedicació a la recerca i el seu compromís amb el projecte; a Matthew Bennett, Alezandra Torres Castaño i Irene Macaya per la seva participació en la fase qualitativa del projecte; a Georgina Giner Domínguez i María Martínez Martín per la seva contribució a l'inici del projecte; a Mila Soto per creure fermament en aquest projecte; a Marc Comas Cufí, Anna Moleras i Lluís Zacarías Pons pel suport tècnic; a Jordi Blanch i Font per la seva perseverança en l'anàlisi estadística i per navegar en mars de dades; a Clara Rodríguez i la família SIDIAP per la seva total disposició; i un agraïment especial a Andrea Gonzalo i Irene Parra per impulsar cadenes i tot el projecte amb els seus colors i paraules.

Finalment, gràcies a la implicació de l'IDIAPJGol, concretament de Mariona Pujol Vidal pel seu suport en la redacció i execució del projecte; a Stella Mally i Nicola Kielland, amb vosaltres va començar tot; i, especialment, a Anna Berenguera per brindar-nos un suport clau, institucional i personal. També a les companyes de projecte de SIDA STUDI —en particular Miriam Alemán Calatayud, Sandra Cundines Antelo i Renée Tarango Molinar— i d'EuroCentralAsian Lesbian Community (ELC*), a Kika Fumero, Dragana Todorovic i Silvia Casalino.

Crèdits

Data 11 de juny de 2026

Autoria Violeta Ruiz Cuenca, Victor Romero-Domínguez, Constanza Jacques-Aviñó, Vanessa Puig-Barrachina, Neus Llop-Rodríguez, Hayat Said, Eva Vela i Martínez, L-Health Community Working Group*, Anna Ponjoan Thans.



Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0).



Co-funded by
the European Union

Finançat per la Unió Europea en virtut de l'Acord de Subvenció número 101144766. Les opinions i punts de vista expressats només comprometen al(s) seu(s) autor(s) i no reflecteixen necessàriament els de la Unió Europea o els de la Comissió Europea, Direcció General de Justícia i Consumidors (DG JUST). Ni la Unió Europea ni l'autoritat concedent poden ser considerades responsables d'ells.

