

Adrián García Rodríguez i Anna Sola Crespo

**BARRERES PERCEBUDES PER LES PERSONES QUE PRACTIQUEN *CHEMSEX* EN LA
SEVA RELACIÓ AMB ELS SERVEIS DE SALUT. UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Maria Antònia Martorell Poveda

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2026

RESUM

El *chemsex* és un fenomen complex situat en la intersecció entre sexualitat, consum de substàncies, salut mental, salut sexual i desigualtats socials. Aquest treball analitza, mitjançant una revisió sistemàtica de literatura qualitativa, les barreres percebudes per les persones gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes que practiquen *chemsex* en l'accés i la recepció d'atenció sanitària. Els resultats identifiquen tres grans grups de barreres: barreres individuals, com el desconeixement dels recursos i l'autoestigma i l'autocensura; barreres relacionades amb el personal sanitari, com les actituds estigmatitzadores i la manca de coneixement específic sobre el *chemsex*; i barreres estructurals, com la desigualtat territorial, les limitacions sociollegals, la fragmentació dels serveis i la manca de recursos disponibles. La interpretació de les dades a partir del *Health Stigma and Discrimination Framework* mostra que l'estigma actua com a eix transversal que condiciona la cerca d'ajuda, l'accés als serveis i la qualitat de l'atenció rebuda. Es conclou que és necessària una assistència integral, coordinada, culturalment competent i basada en la reducció de riscos, que reforci la formació dels professionals i la coordinació entre salut sexual, salut mental, drogodependències i entitats comunitàries.

Paraules clau: *chemsex*; GBHSH; estigma; barreres sanitàries; revisió sistemàtica.

ABSTRACT

Chemsex is a complex phenomenon located at the intersection of sexuality, substance use, mental health, sexual health and social inequalities. This study analyses, through a systematic review of qualitative literature, the perceived barriers experienced by gay, bisexual and other men who have sex with men who engage in chemsex when accessing and receiving healthcare. The findings identify three main groups of barriers: personal barriers, such as lack of knowledge about available resources, self-stigma and self-censorship; barriers related to healthcare professionals, including stigmatising attitudes and lack of specific knowledge about chemsex; and structural barriers, such as territorial inequalities, socio-legal restrictions, fragmentation of services and insufficient available resources. The interpretation of the data using the *Health Stigma and Discrimination Framework* shows that stigma acts as a cross-cutting axis that influences help-seeking, access to services and the quality of care received. The study concludes that integrated, coordinated, culturally competent and harm-reduction-based healthcare is needed, strengthening professional training and coordination between sexual health, mental health, addiction services and community-based organisations.

Keywords: chemsex; GBMSM; stigma; healthcare barriers; systematic review.

ÍNDEX GENERAL DE CONTINGUTS

INTRODUCCIÓ	1
OBJECTIUS	4
MARC TEÒRIC	5
COMPRENSIÓ DEL FENOMEN <i>CHEMSEX</i>	5
EPIDEMIOLOGIA	6
IMPLICACIONS PER A LA SALUT	8
Salut sexual	8
Salut mental	9
Conductes addictives	9
NECESSITAT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA	11
Percepció de necessitat d'assistència entre les persones que practiquen <i>chemsex</i>	11
Abordatge del <i>chemsex</i> en diferents contextos assistencials	12
LA RELACIÓ TERAPÈUTICA AMB ELS PROFESSIONALS SANITARIS	14
LES BARRERES ESTRUCTURALS	15
L'ESTIGMA	16
Estigma envers les persones LGTBIQ+ i les persones que practiquen <i>chemsex</i>	17
El <i>Health Stigma and Discrimination Framework</i>	18
METODOLOGIA	21
TIPUS DE DISSENY	21
CRITERIS D'ELEGIBILITAT	21
FONTS D'INFORMACIÓ	23
TERMINOLOGIA UTILITZADA	23
ESTRATÈGIA DE CERCA	24
PROCÉS DE SELECCIÓ D'ARTICLES	25
LECTURA CRÍTICA	26
PROCÉS DE RECOPIACIÓ DE DADES	28
RESULTATS	29
BARRERES INDIVIDUALS	29
Desconeixement de recursos	29
Autoestigma i autocensura	29
BARRERES RELACIONADES AMB EL PERSONAL SANITARI	31
Percepció d'estigma i/o desconeixement	31
BARRERES ESTRUCTURALS IDENTIFICADES EN LA LITERATURA	34
Barreres geogràfiques	34
Barreres sociollegals	34
Segregació dels serveis de salut	36
Manca de recursos dels serveis sanitaris	37
DISCUSSIÓ	38
CONCLUSIONS	46
LIMITACIONS	47

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	48
ANNEXOS.....	59
ANNEX 1.....	59
ANNEX 2.....	62
ANNEX 3.....	63
ANNEX 4.....	66
ANNEX 5.....	67

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Terminologia utilitzada en la cerca.....	24
Taula 2. Estratègia de cerca.....	25
Taula 3. Resum de les principals substàncies emprades en el <i>chemsex</i>	59
Taula 4. 10 preguntes CASPe per ajudar-te a entendre un estudi qualitatiu.....	63
Taula 5. Compliment de les 10 preguntes CASPe per a estudis qualitatius.....	66
Taula 6. Característiques i resultats dels estudis inclosos a la revisió.....	67

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Diagrama de flux PRISMA 2020.....	27
Figura 2. Esquematzació del <i>Health Stigma and Discrimination Framework</i>	62

INTRODUCCIÓ

El *chemsex* constitueix un fenomen complex situat en la intersecció entre sexualitat, consum de substàncies, salut mental, salut sexual, tecnologies digitals i desigualtats socials. El terme fa referència a l'ús intencionat de drogues psicoactives amb finalitat sexual, especialment entre homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes (GBHSH), així com persones *trans*¹ i no-binàries², en sessions que poden prolongar-se durant hores o fins i tot dies. No qualsevol consum sexualitzat de substàncies pot ser considerat *chemsex*, aquest patró específic s'ha vinculat de manera estreta amb determinats espais de socialització sexual, amb l'ús d'aplicacions de contacte i amb formes de sociabilitat pròpies d'alguns sectors de la comunitat LGTBIQ+ (lesbianes, gais, *trans*, bisexuals, intersexuals³, persones *queer*⁴ i més) (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Durant els darrers anys, el *chemsex* ha adquirit una visibilitat creixent tant en l'àmbit sanitari com en la literatura científica (Muschialli et al., 2025). El terme es va originar al Regne Unit i, inicialment, bona part de la recerca es va concentrar en països del nord d'Europa, on el fenomen va començar a ser identificat com una preocupació emergent en salut pública (Eustaquio et al., 2024; Muschialli et al., 2025). Un punt d'inflexió rellevant va ser la publicació de *The Chemsex Study* (Bourne et al., 2014), centrat en l'ús de drogues en contextos sexuals entre homes gais i bisexuals a Lambeth, Southwark i Lewisham, districtes de la ciutat de Londres. En aquest estudi es va aportar informació sobre la freqüència de consum de les drogues emprades en el *chemsex* i es va observar que, en el cas de la mefedrona⁵, el consum s'havia produït especialment durant el darrer any, fet que reforçava el caràcter emergent del fenomen, consolidant-lo així com a objecte d'interès científic i sanitari (Grupo de trabajo sobre chemsex, 2019).

¹ *Trans*: persona que no s'identifica amb el gènere que li va ser assignat en néixer segons les seves característiques biològiques, sigui perquè se sent del gènere contrari o bé perquè la seva identitat no s'ajusta a les categories de gènere tradicionalment establertes. El terme transgènere va néixer als EEUU cap als anys vuitanta del segle XX com a reacció a la forma d'origen mèdic *transsexual*, associada generalment a les operacions de cirurgia de reassignació sexual. La forma *trans*, reducció de transgènere, tendeix a utilitzar-se com a denominació preferent dins l'àmbit LGTBIQ+, atès que es considera més neutra i més inclusiva (TERMCAT, n.d.).

² No-binari/-ària: dit de la persona amb una identitat de gènere que se situa fora de la classificació binària home/dona (TERMCAT, n.d.).

³ Intersexual: persona que ha desenvolupat de manera natural característiques físiques sexuals pròpies tant dels homes com de les dones (TERMCAT, n.d.).

⁴ *Queer*: persona que, d'acord amb la teoria *queer*, no es subscriu a la divisió binària tradicional dels gèneres i rebutja d'identificar-se amb un home o amb una dona o amb una orientació sexual específica (TERMCAT, n.d.).

⁵ Mefedrona: substància freqüentment emprada en el *chemsex*. Per a més informació, vegeu l'Annex 1.

A partir d'aquest moment, la producció científica sobre el *chemsex* augmenta de manera progressiva, concentrant-se la majoria de literatura al respecte en els darrers cinc anys (Muschialli et al., 2025).

Aquesta expansió literària ha permès descriure millor la prevalença del fenomen, els patrons de consum, les substàncies utilitzades, les pràctiques sexuals associades i les seves possibles conseqüències per a la salut. Tanmateix, la literatura també mostra que al tractar-se d'un camp d'estudi relativament novell, existeixen diferències en les definicions utilitzades per descriure el fenomen del *chemsex* i en els instruments de mesura dels estudis que l'analitzen (Muschialli et al., 2025). Aquesta heterogeneïtat pot dificultar la comparació directa entre estudis i posa de manifest la necessitat d'interpretar les dades disponibles amb cautela.

En aquest sentit, les enquestes anomenades *European MSM Internet Survey* (EMIS) han tingut un paper destacat en la construcció del coneixement epidemiològic sobre el fenomen. L'EMIS-2010 (The EMIS Network, 2013) va ser la primera eina que va permetre recollir informació comparable a escala europea sobre les necessitats de salut sexual dels GBHSH, incloent-hi el consum de substàncies en contextos sexuals. Posteriorment, l'EMIS-2017 (Ministerio de Sanidad, 2020) i l'EMIS-2024 (The EMIS Network, 2025) han contribuït a actualitzar aquesta informació i a situar Espanya entre els països europeus amb una prevalença més elevada de *chemsex*.

A Espanya, l'EMIS-2017 ja mostrava una presència rellevant del consum sexualitzat de drogues entre GBHSH. El 14,1% dels participants espanyols va declarar consum de drogues amb finalitat sexual durant els darrers dotze mesos, i el 7,6% va declarar haver practicat *chemsex* en les darreres quatre setmanes (Ministerio de Sanidad, 2020). En el cas de Catalunya, l'informe de la Subdirecció General de Drogodependències (2021) mostra que és una de les comunitats autònomes amb una prevalença més elevada de pràctiques vinculades al *chemsex*, assenyalant que el 18,5% dels homes residents a Catalunya que van participar a l'enquesta de l'EMIS-2017 havien fet un ús sexualitzat de drogues durant els darrers dotze mesos, i que un 13,4% les havia consumit amb més d'un home alhora.

La rellevància del *chemsex* no es limita, però, a la seva prevalença. La seva pràctica pot comportar conseqüències diverses per a la salut. Entre les principals implicacions descrites a la literatura hi ha l'increment del risc d'adquisició i transmissió del virus de la immunodeficiència

humana (VIH) i altres infeccions de transmissió sexual (ITS), el consum problemàtic de substàncies, l'addicció, l'impacte sobre la salut mental, el deteriorament físic, les dificultats en l'àmbit laboral o acadèmic i l'impacte sobre les relacions socials i sexoafectives (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). Aquestes conseqüències no afecten totes les persones de la mateixa manera, ja que els patrons de consum, les pràctiques sexuals, la freqüència de les sessions i la percepció de risc són factors molt heterogenis (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Des d'una perspectiva infermera, l'abordatge del *chemsex* es pot justificar a partir dels principis ètics que orienten la pràctica assistencial. El principi de justícia implica garantir una atenció sanitària accessible i adequada, independentment de l'orientació sexual, la identitat de gènere, les pràctiques sexuals o el consum de substàncies de la persona. Alhora, els principis de beneficència i no maleficència requereixen promoure el benestar i reduir riscos sense generar dany mitjançant actituds moralitzadores o respostes estigmatitzants. Finalment, el principi d'autonomia exigeix oferir informació clara, confidencial i lliure de judici, de manera que les persones puguin prendre decisions informades sobre la seva salut (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013). Per aquest motiu, identificar les barreres percebudes en l'atenció sanitària al *chemsex* resulta rellevant per valorar fins a quin punt aquesta atenció respon a una pràctica ètica, respectuosa i centrada en la persona.

Tot i que la literatura científica ha contribuït de manera important a descriure la magnitud i les conseqüències del *chemsex*, una part rellevant d'aquesta producció s'ha centrat en aspectes epidemiològics, biomèdics o conductuals (Muschialli et al., 2025), sense abordar les dimensions socials, emocionals, relacionals i estructurals. Per aquest motiu, encara és necessari aprofundir en l'experiència subjectiva de les persones que el practiquen i, especialment, en la manera com perceben la relació amb els serveis de salut. Aquesta perspectiva és fonamental perquè les barreres assistencials no sempre són visibles en les dades de prevalença o en els indicadors clínics quantitius.

Per tal d'incorporar una mirada integral sobre el *chemsex* a l'hora d'analitzar aquestes barreres, aquest treball incorpora el *Health Stigma and Discrimination Framework*, proposat per Stangl et al. (2019), com a marc conceptual. Aquest model permet comprendre l'estigma com un procés socioecològic que opera en diferents nivells: individual, interpersonal, comunitari,

organitzacional i estructural, i que pot afectar tant l'accés als serveis com la qualitat de l'atenció rebuda.

D'aquesta manera, la pregunta de recerca que guia el treball és la següent: **Les persones GBHSH que practiquen *chemsex* perceben barreres que dificulten l'accés i la recepció d'una atenció sanitària adequada a les seves necessitats?** A partir d'aquesta pregunta, el treball pretén contribuir a una millor comprensió de les dificultats que experimenten aquestes persones en la seva relació amb els serveis de salut.

OBJECTIUS

Objectiu principal

Per tal de respondre a la pregunta d'investigació, l'objectiu principal d'aquest estudi és identificar, a partir d'una revisió sistemàtica de la literatura centrada en l'experiència de les persones GBHSH que practiquen *chemsex*, l'existència de barreres percebudes en l'accés i la recepció d'una atenció sanitària adequada a les seves necessitats, interpretant-les a la llum del *Health Stigma and Discrimination Framework*.

Objectius secundaris

Per complementar aquest objectiu principal i aprofundir en els diferents factors que intervenen en la relació entre les persones GBHSH que practiquen *chemsex* i els serveis de salut, es plantegen els següents objectius específics:

- Explorar les principals barreres percebudes per les persones GBHSH que practiquen *chemsex* en la seva relació amb els serveis de salut.
- Analitzar i categoritzar aquestes barreres en funció de les seves característiques comunes.
- Examinar el paper de l'estigma i la discriminació en la configuració i interacció d'aquestes barreres, fent servir el *Health Stigma and Discrimination Framework* com a marc conceptual.
- Proposar punts de millora per afavorir una assistència adaptada a les necessitats de les persones GBHSH que participen en *chemsex*.

MARC TEÒRIC

COMPRENSIÓ DEL FENOMEN *CHEMSEX*

El terme *chemsex* sorgeix de la fusió de les paraules anglosaxones *chems* (derivada de *chemicals*, la qual es tradueix de forma literal com a químics, però fa al·lusió a les drogues) i *sex* (sexe) (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). Tal i com fa referència el seu nom, es tracta d'un consum de substàncies en context sexual (Subdirecció General de Drogodependències, 2021).

El *chemsex* fa referència exclusivament a un tipus de consum de drogues i un patró de comportament sexual concret vinculat especialment a les persones GBHSH, i també persones *trans* i altres individus que formen part de la comunitat LGTBIQ+ (Subdirecció General de Drogodependències, 2021). D'aquesta manera, no qualsevol consum sexualitzat és equivalent al *chemsex*. Les substàncies d'elecció, les vies per les quals es consumeixen, el circuit pel qual s'adquireixen, la duració de l'activitat, el nombre de parelles sexuals implicades, les dades epidemiològiques de les persones que en practiquen, la prevalença d'ITS entre els practicants i el risc de transmissió sexual, són característiques específiques del fenomen *chemsex* (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Aquestes sessions de consum sexualitzat de drogues es poden allargar des d'hores fins a diversos dies (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020) i habitualment tenen lloc en habitatges particulars, però també es troben en negocis enfocats al públic gai, com poden ser clubs de sexe⁶, saunes⁷, hotels, festes en locals privats, locals amb cambres fosques⁸, i fins i tot en trobades sexuals a l'aire lliure, el que es denomina *cruising* (Subdirecció General de Drogodependències, 2021).

La forma més comuna de practicar-ho és en parella, ja sigui una relació estable o bé una parella sexual ocasional; en trio o en forma de sexe grupal. Tot i així, també hi ha persones que ho practiquen de forma individual, amb la visió de pornografia, o interaccionant amb altres consumidors en línia a través de càmeres web o plataformes digitals (Subdirecció General de

⁶ Club de sexe: qualsevol establiment o local destinat a adults que permet als seus membres mantenir activitats sexuals o participar en pràctiques d'exhibició corporal, i que disposa d'espais privats per a parelles o d'altres sales de caràcter sexual destinades a aquest ús (Metropolitan Government of Nashville and Davidson County, 2015).

⁷ Sauna: establiment que conté sauna, cambra fosca, cabines i altres instal·lacions, destinat a homes que busquen tenir-hi relacions sexuals amb altres homes (TERMCAT, n.d.)

⁸ Cambra fosca: sala fosca d'un establiment, generalment una discoteca, un bar o una sauna per a homes, concebuda com a espai per a mantenir relacions sexuals de manera anònima (TERMCAT, n.d.).

Drogodependències, 2021). És important remarcar la via telemàtica donat que en la comunitat gai, una de les vies més freqüents per trobar parelles sexuals és a través de les aplicacions mòbils de contactes i altres recursos online (Grupo de trabajo sobre chemsex, 2019), com ara *Grindr*, *Scruff*, *Jack'd* o *Recon* (Platteau et al., 2025).

Durant els últims anys, el terme *chemsex* s'ha popularitzat en determinats àmbits professionals i mediàtics a nivell internacional. Ara bé, els usuaris empren el seu propi argot per referir-se a la pràctica. En les aplicacions de contacte aquest terme sovint apareix sota expressions com “chill”, “chill out”, “guarrichill”, “sessió”, “vici”, “chuches”, “chems”, “festa”, “colocón” o variants de les mateixes (Grupo de trabajo sobre chemsex, 2019; Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Tot i que no totes les persones involucrades en el *chemsex* presenten problemes derivats d'aquesta activitat, la seva pràctica continuada i intensiva pot tenir implicacions greus per a la salut sexual, mental i pot produir addicció i comprometre el benestar de qui el practica (Soriano-Ocón i del Amo, 2020).

Donat l'augment en la prevalença de la pràctica i els riscos que comporta sobre la salut, el *chemsex* es considera un problema de salut pública i és necessari donar-hi una resposta institucional adequada (Subdirecció General de Drogodependències, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

Per entendre la rellevància del *chemsex* com a problema de salut pública, és necessari analitzar-ne l'abast epidemiològic. L'evidència disponible sobre la població que practica *chemsex* més enllà d'Europa és escassa i obtinguda a partir d'instruments que no permeten la comparació dels seus resultats amb les dades europees (Muschialli et al., 2025). D'aquesta manera, l'anàlisi epidemiològic es centra en el context europeu i espanyol.

L'enquesta EMIS-2024 (The EMIS Network, 2025), realitzada a escala europea i distribuïda entre GBHSH, identifica que les taxes més altes de *chemsex* durant les quatre setmanes prèvies a la realització de l'enquesta es van registrar als Països Baixos (12%), a Espanya (12%) i a Bèlgica (10%).

Concretament, a Espanya el perfil habitual del practicant de *chemsex* correspon al d'un home jove, amb una edat mitjana de 35,2 anys i amb un nivell educatiu elevat. Més de la meitat (65%) dels participants en l'enquesta comptava amb un lloc de treball, i el 20,2% eren estudiants. Pel que fa a l'orientació sexual, la majoria dels homes es van identificar com a homosexuals (79,9%), i un 13,5% com a bisexuals.

Al 2017 la prevalença de *chemsex* entre GBHSH durant els darrers 12 mesos va ser d'un 14,1% (Ministerio de Sanidad, 2020), una xifra que ja situava Espanya entre els països europeus amb una prevalença més elevada. Pel que fa al *chemsex* en les darreres quatre setmanes, la taxa registrada va ser del 7,6% (Ministerio de Sanidad, 2020), mentre que el 2024 aquest mateix indicador va assolir el 12% (The EMIS Network, 2025). Aquestes dades suggereixen un augment de 4,4 punts percentuals en la prevalença del consum sexualitzat de drogues a Espanya en un període de set anys.

El consum sexualitzat de drogues es produeix amb més freqüència en grans nuclis urbans i àrees metropolitanes (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). En relació amb la mida del municipi de residència dels participants, es va observar que el 37,9% vivia en ciutats amb més d'un milió d'habitants, mentre que només el 8,4% residia en municipis de menys de 10.000 habitants (Ministerio de Sanidad, 2020).

Així doncs, les comunitats autònomes de l'estat espanyol amb una major proporció de practicants de *chemsex* son Madrid (27,4%) i Catalunya (23,5%), mentre que La Rioja (0,3%), Ceuta (0,03%) i Melilla (0,02%) presenten les xifres més baixes (Ministerio de Sanidad, 2020). Així mateix, aquesta pràctica també es troba especialment present en alguns dels principals destins turístics populars entre el col·lectiu gai, com ara Torremolinos, Maspalomas, Sitges, Eivissa i València, entre d'altres (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Les dades epidemiològiques exposades permeten observar que el *chemsex* té una presència rellevant en el context europeu i, especialment, a Espanya. Tanmateix, per comprendre la importància d'aquest fenomen, també cal analitzar l'impacte que pot tenir sobre la salut i el benestar de les persones que el practiquen.

IMPLICACIONS PER A LA SALUT

El *chemsex*, al tractar-se d'un consum de drogues sexualitzat, està associat a un gran ventall de problemes que afecten a totes les esferes de la salut i el benestar de la persona que en practica, més enllà de la conducta sexual i el consum de substàncies pròpiament (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

El patró de consum i de pràctiques sexuals és variant dins de la pròpia comunitat de persones que practica *chemsex*. Mentre que algunes persones el practiquen de manera experimental, en altres la freqüència és alta. De la mateixa manera, alguns usuaris participen en sessions curtes i altres allarguen la durada fins a diversos dies. A major freqüència i manteniment de l'activitat en el temps, més probabilitat té la persona de presentar efectes no desitjats sobre la seva salut (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Salut sexual

Les infeccions de transmissió sexual son un gran problema de salut pública, i com a tal son una preocupació especialment alarmant entre els homes que practiquen *chemsex*: entre el 2014 i el 2023, els casos de gonorrea han incrementat un 300%, la sífilis un 90% i la clamídia un 180% entre aquesta població (European Centre for Disease Prevention and Control, 2025).

Els GBHSH que participen en aquesta activitat tenen cinc vegades més risc d'adquirir VIH, quatre vegades més risc de contraure una ITS bacteriana rectal i nou vegades més risc de contraure el virus de l'hepatitis C (VHC) en comparació als GBHSH que no practiquen *chemsex* (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Diversos factors contribueixen a aquest augment de risc. L'efecte de les drogues redueix la percepció del risc associat a aquestes pràctiques, i les sessions s'han relacionat de forma significativa amb un ús escàs del preservatiu i amb un major nombre de parelles sexuals. A més, les substàncies poden augmentar el llindar del dolor, afavorir la desinhibició en pràctiques sexuals de risc com el *fisting*⁹ anal i prolongar l'activitat sexual, fet que facilita l'aparició de lesions en el penis, el recte i la faringe. Aquestes lesions, a la vegada, incrementen encara més el risc d'adquirir una ITS (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

⁹ *Fisting*: penetració en què s'introdueix la mà sencera a la vagina o al recte d'una altra persona (TERMCAT, n.d.).

Ara bé, l'ús de drogues no només altera la percepció del risc i del dolor propi, sinó també el de la parella sexual. En un context tan sensible, les substàncies dificulten la negociació dels límits en les pràctiques sexuals i augmenten la vulnerabilitat de les persones implicades, fet que pot comprometre la tramitació del consentiment sexual (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). En aquesta línia, l'entorn altament sexualitzat i culturalment permissiu del *chemsex* obstaculitza l'identificació d'un possible abús o agressió sexual (Freestone et al., 2022). De fet, el 18% dels GBHSH que practiquen *chemsex* en un estudi europeu afirma haver estat víctima d'experiències sexuals no desitjades (Evers et al., 2020).

Finalment, l'ús continuat de determinades drogues amb finalitats sexuals pot comportar dificultats per gaudir de les relacions sexuals sense substàncies, afectant negativament la vida sexoaffectiva (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). Un dels motius més freqüents de consulta entre els practicants de *chemsex* és haver passat un llarg període des de l'última relació sexual sense consum de drogues (Evers et al., 2020).

Salut mental

La pràctica del *chemsex* pot comportar diverses conseqüències psicològiques i emocionals. Entre les més freqüents es troben la irritabilitat, l'ansietat, els atacs de pànic, l'agressivitat, els episodis psicòtics i la depressió, així com dificultats relacionades amb l'autoconcepte i la imatge corporal (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

L'estudi Homosalud va mostrar que un 17,4% dels participants a Espanya que feia ús del *chemsex* havia pensat o desitjat morir-se en algun moment (Stop Sida, 2021). De manera similar, l'enquesta EMIS-2017 va identificar que un 21% dels participants espanyols que practicaven *chemsex* havia experimentat idees autolesives durant les dues setmanes prèvies a l'estudi (Ministerio de Sanidad, 2020). Aquestes dades evidencien la magnitud de les repercussions del *chemsex* sobre la salut mental.

Conductes addictives

El consum de drogues en contextos sexuals implica intrínsecament una problemàtica, ja que pot comportar conseqüències negatives per a la persona que el practica. Tot i això, no tot ús problemàtic implica una addicció, encara que sí que constitueix una conducta de risc per desenvolupar una drogodependència (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

L'ús problemàtic sol limitar-se a moments concrets de la vida de la persona. En canvi, en una conducta addictiva, el *chemsex* passa a ocupar un lloc central en la vida de qui el practica, provocant un deteriorament generalitzat (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Tradicionalment, les conductes addictives s'associaven exclusivament al trastorn per consum de substàncies. Actualment, però, aquest concepte s'ha ampliat i inclou també conductes addictives no relacionades amb l'ús d'estupefaents (American Psychiatric Association, 2022). En aquest context, el *chemsex*, implica tant el risc d'addicció a les substàncies com el d'addicció al sexe.

El *chemsex* és un fenomen dinàmic, en què les substàncies utilitzades varien al llarg del temps i segons el context geogràfic. A més, la comunitat GBHSH sovint es troba a l'avantguarda en el consum de drogues, sent una de les primeres en utilitzar substàncies d'aparició recent, i de les quals sovint se'n desconeixen els efectes. Les substàncies més freqüents són la mefedrona, la metanfetamina, l'àcid gamma-hidroxibutíric (GHB), el *popper*, la ketamina, la cocaïna i la 3,4-Metilenedioximetanfetamina (MDMA) (Grupo de trabajo sobre chemsex, 2019). A l'Annex 1 s'inclou la Taula 3, una taula resum de les substàncies més emprades en el *chemsex*. El policonsum és habitual, fet que fa encara més imprevisibles els efectes i pot comportar interaccions amb el tractament antiretroviral per al VIH (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Les drogues utilitzades en el context de *chemsex* poden administrar-se per diverses vies, cadascuna amb riscos específics per a la salut. El *slam* o *slamming* fa referència al consum injectat per via endovenosa en el context de *chemsex*. Es tracta d'una pràctica minoritària però amb importants implicacions per a la salut, donat que aquesta via s'associa a un major risc de compartir material d'injecció, adquirir infeccions de transmissió sanguínia i patir intoxicacions accidentals (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

Els efectes del *chemsex* no es limiten a la salut sexual o al consum de substàncies, sinó que poden afectar altres àmbits de la vida de la persona. Així doncs, s'han descrit impactes negatius del *chemsex* sobre el rendiment acadèmic o professional, en la vida social i afectiva de les persones, així com altres problemes legals i econòmics, que agreugen la situació i acceleren la necessitat de recolzament o tractament (Secretaría del Plan Nacional sobre el

Sida, 2020). Per tant, la complexitat d'aquest fenomen posa de manifest la importància d'una atenció integral i adaptada a les necessitats de les persones que el practiquen.

NECESSITAT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Les necessitats de salut derivades del *chemsex* poden ser molt variades. No tots els homes tenen el mateix nivell de coneixement sobre els riscos que comporta la pràctica, ni el mateix patró de pràctiques sexuals i/o de consum de substàncies, ni tampoc les mateixes necessitats de recolzament i suport professional. Quan les pràctiques de *chemsex* tenen efectes negatius sobre la salut i el benestar de la persona, és recomanable demanar ajuda professional (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

És important remarcar que, tot i que el consum de drogues sigui més elevat entre aquesta població, la proporció de persones que les utilitzen dins del col·lectiu gai continua sent minoritària. Així mateix, el percentatge de persones que les empren amb finalitats sexuals és encara inferior, i el nombre de casos de consum sexualitzat que requereixen un abordatge professional és encara més reduït (Ministerio de Salut, 2020).

Entre els participants que van declarar practicar *chemsex* a l'enquesta EMIS-2017, el 20,6% estava preocupat per la seva participació en el consum de drogues sexualitzat i només un 8% havia consultat alguna vegada a un professional sanitari en relació a aquesta preocupació (Ministerio de Sanidad, 2020).

Percepció de necessitat d'assistència entre les persones que practiquen *chemsex*

Segons Evers et al. (2020), la majoria dels GBHSH que practiquen *chemsex* utilitzen les drogues per tal de millorar la seva experiència sexual, concretament per potenciar el desig, allargar el temps de les relacions sexuals o intensificar el plaer. Malgrat el dany que pot ocasionar sobre la seva salut, la majoria considera que té un impacte positiu en les seves vides, o simplement no considera patir conseqüències negatives rellevants. En canvi, la majoria dels participants afirma patir efectes adversos lleus a curt termini, com ara fatiga o cefalea.

Convé remarcar que un de cada deu practicants de *chemsex* dins l'estudi d'Evers et al. (2020) sí identifica un impacte negatiu substancial en el seu dia a dia, com ara la dependència a les drogues, la soledat o la infecció per VIH; i un de cada quatre GBHSH que practica *chemsex* refereix necessitar suport professional.

La necessitat d'assistència és més elevada entre les persones que practiquen *chemsex* amb molta freqüència, les que no poden mantenir relacions sexuals sense substàncies durant períodes prolongats i les que han experimentat canvis negatius rellevants en les seves vides a causa d'aquesta pràctica. En aquests casos, la demanda d'assessorament professional arriba al 45%, enfront del 25% entre els usuaris generals (Evers et al., 2020).

L'assessorament més desitjat no sol orientar-se a una abolició total de la seva participació en el *chemsex*, sinó que els usuaris pretenen aplicar mesures de reducció de riscos per fer un ús més segur de les drogues i disminuir la probabilitat de contraure una ITS (Evers et al., 2020).

Abordatge del *chemsex* en diferents contextos assistencials

Atesa la configuració multidimensional del *chemsex*, les persones que el practiquen es poden dirigir a un conjunt diversificat de recursos sanitaris i comunitaris per al seu abordatge. Segons la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (2020), a l'Estat espanyol existeixen els següents serveis de salut:

Els centres d'atenció a les addiccions, a Catalunya anomenats Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS) (Agència de Salut Pública de Catalunya, n.d.) son el recurs de referència per abordar els problemes relacionats amb el consum de substàncies o altres addiccions vinculades al *chemsex*. L'objectiu principal d'aquests recursos és reduir riscos i danys o aconseguir l'abstinència de drogues, treballant aspectes com el *craving*¹⁰ i el policonsum¹¹.

Per altra banda, l'abordatge de la patologia psiquiàtrica vinculada a les pràctiques de *chemsex*, es realitza a través dels equips de salut mental. En presència de patologia dual, entesa com la comorbiditat entre un diagnòstic de malaltia mental i un diagnòstic de trastorn per ús de substàncies, és necessària la coordinació entre els recursos de salut mental i els centres d'atenció a les addiccions per tal de donar una resposta simultània.

¹⁰ *Craving*: desig impulsiu d'una persona de tornar a experimentar els efectes d'una substància a la qual és addicte (TERMCAT, n.d.).

¹¹ Policonsum: el consum de més d'una droga i tipus de droga per una persona al mateix temps o de forma seqüencial. Pot augmentar tant els riscos aguts com els crònics associats al consum (Agència de la Unió Europea sobre Drogas, 2021).

Per abordar els aspectes relacionats amb les infeccions de transmissió sexual, els centres d'ITS, com per exemple la Unitat d'ITS i VIH Drassanes-Vall d'Hebron (Agència de Salut Pública de Catalunya, s.d.), constitueixen els serveis de referència. Les persones que practiquen *chemsex* requereixen d'una avaluació periòdica mitjançant el cribratge d'ITS, amb una freqüència ajustada segons múltiples factors de risc, com ara el nombre de parelles, les pràctiques sexuals o l'ús de preservatiu. En aquests serveis també es realitza l'estudi de contactes amb l'objectiu d'interrompre les cadenes de transmissió. Als serveis de malalties infeccioses o les unitats hospitalàries de VIH es duen a terme aquestes i d'altres funcions, com ara la dispensació de la profilaxi pre-exposició al VIH (PrEP)¹².

En els casos de quadres greus de salut que requereixen atenció immediata, cal acudir als serveis d'urgències hospitalàries. En aquests contextos, el *chemsex* pot manifestar-se en forma d'intoxicacions greus, estats de coma, perforacions intestinals, abscessos a les extremitats o als genitals derivats de l'ús injectat de substàncies, agitació psicomotriu, psicosi aguda, intents autolítics, demanda de profilaxi postexposició al VIH (PPE)¹³, sospita d'agressió sexual i/o submissió química¹⁴, entre d'altres.

El paper de l'Atenció Primària en l'abordatge del *chemsex* també és especialment rellevant a causa de la seva continuïtat assistencial, visió integral i capacitat d'establir vincles de confiança amb les persones usuàries. L'avaluació d'aspectes relatius a la persona, les substàncies utilitzades i els contextos de consum, així com la pròpia vivència de la persona sobre aquests, la seva motivació per al canvi i les seves expectatives, poden facilitar la derivació cap al recurs més adequat en cada cas.

Les demandes d'atenció, però, s'orienten sovint cap a organitzacions no governamentals (ONG) LGTBIQ+ o altres entitats de base comunitària. Aquests serveis es desenvolupen en espais culturalment competents¹⁵ o directament en un marc entre iguals, en què es

¹² PrEP: és l'ús de fàrmacs antiretrovirals per a prevenir la infecció pel VIH en persones no infectades (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2022).

¹³ PPE: mesura d'emergència que consisteix en prendre fàrmacs antiretrovirals per prevenir la infecció pel VIH després d'una exposició esporàdica i excepcional (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2025).

¹⁴ Submissió química: administració de fàrmacs, drogues o substàncies psicoactives a una persona sense el seu consentiment amb l'objectiu de cometre una agressió sexual (TERMCAT, n.d.).

¹⁵ Competència cultural: capacitat efectiva de relacionar-se amb persones de cultures diferents, a partir del reconeixement dels valors, les creences, els estils de vida i els costums propis d'altres cultures i del seu respecte (TERMCAT, n.d.). En aquest cas, enteniment de les normes, valors socials i comunitaris subjacents a la idiosincràsia del col·lectiu gai (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

comparteixen referències i codis culturals, amb freqüència a través de persones LGTBIQ+ formades com agents de salut comunitària¹⁶. Aquest context afavoreix que els GBHSH se sentin còmodes a l'hora de parlar de la seva sexualitat, les seves emocions i les seves experiències de consum.

A Catalunya, algunes de les entitats comunitàries enfocades en l'abordatge del *chemsex* són el Servei Chemsex Support del grup Stop Sida, Gais Positius, BCN Checkpoint i Colors Sitges. També existeixen recursos de consulta en línia, com el Chemsafe, i serveis d'atenció telefònica, com la Línia verda (Agència de Salut Pública de Catalunya, n.d.).

En resum, l'abordatge del *chemsex* pot requerir l'activació d'una gran diversitat de recursos sanitaris i comunitaris en funció de les necessitats de la persona, sovint de manera coordinada, amb l'objectiu de donar resposta a la multidimensionalitat del consum sexualitzat de substàncies (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020).

LA RELACIÓ TERAPÈUTICA AMB ELS PROFESSIONALS SANITARIS

La detecció i l'abordatge del *chemsex* dins l'àmbit sanitari depenen, en gran mesura, de la capacitat dels professionals per generar espais de confiança i seguretat on sigui possible parlar obertament de sexualitat i consum de substàncies (Gaudette et al., 2022). En aquest sentit, l'atenció primària constitueix un escenari privilegiat per detectar pràctiques de risc associades al *chemsex* i oferir prevenció, cribratge d'ITS, derivació especialitzada i acompanyament en salut sexual i consum de substàncies. Tanmateix, l'estudi de Galicia et al. (2023) va revelar que només un 11,4% dels professionals d'atenció primària a Espanya realitza l'anamnesi en salut sexual durant la seva pràctica clínica.

Aquest dèficit en l'abordatge de la sexualitat s'acompanya, sovint, d'un coneixement insuficient sobre el *chemsex*. En el mateix estudi, el 26,1% del personal sanitari no havia sentit mai a parlar del fenomen, malgrat que la majoria considerava que aquesta pràctica era freqüent en la seva àrea assistencial. Pel que fa a les substàncies implicades en el consum sexualitzat, una part important dels professionals no estava familiaritzada amb les drogues habituals en aquests contextos i manifestava poca confiança en els seus coneixements generals sobre el *chemsex*.

¹⁶ Agents de salut comunitària: persones procedents de la mateixa comunitat a la qual atenen i amb la qual comparteixen origen, llengua, ètnia, experiències vitals, etc. (Kim et al., 2016).

Aquesta manca de coneixement també s'ha observat en altres àmbits assistencials. Navarro-Aguilar et al. (2024) van identificar una taxa similar de desconeixement entre els professionals dels serveis d'urgències, amb un 17,7% que no coneixien el fenomen. Així mateix, aproximadament un terç dels participants desconeixia la profilaxi postexposició al VIH, tot i que aquesta es dispensa habitualment en els serveis d'urgències hospitalàries.

Aquesta situació és rellevant perquè les persones que practiquen *chemsex* consideren indispensable que els professionals sanitaris disposin de coneixements específics sobre les substàncies utilitzades, els seus efectes en la sexualitat, els possibles símptomes d'abstinència i els riscos associats. A més, també valoren que el personal sanitari conegui els codis, vocabularis, pràctiques sexuals i normes socioculturals pròpies dels contextos on es produeix el consum sexualitzat, i especialment en relació amb la comunitat LGBTIQ+. En aquest sentit, no només es demana coneixement biomèdic, sinó també competències culturals que permetin comprendre aquestes experiències sense reduir-les a conductes de risc. De la mateixa manera, s'expressa el desig de ser atès amb empatia, respecte i acceptació. Per tant, si bé el coneixement teòric és fonamental per a la intervenció clínica, la capacitat de generar una relació terapèutica segura i lliure de judici resulta igualment crucial per a l'èxit de les intervencions (Blanchette et al., 2024)

D'aquesta manera, la relació entre el personal sanitari i les persones que practiquen *chemsex* es configura com un element central per comprendre les barreres percebudes en l'accés i la recepció d'una atenció sanitària adequada.

LES BARRERES ESTRUCTURALS

Les barreres estructurals poden entendre's, en l'àmbit sanitari, com els factors vinculats al sistema de salut, les institucions, les organitzacions i el context social que condicionen la possibilitat que una persona busqui atenció, arribi al servei, l'utilitzi i rebi una resposta adequada (Levesque et al., 2013).

Aquesta mirada es pot complementar amb el concepte de vulnerabilitat estructural, que descriu com les desigualtats socials, econòmiques i institucionals; incloent-hi la pobresa, la discriminació i altres formes d'exclusió; poden limitar la capacitat de les persones per protegir la seva salut i accedir a l'atenció sanitària (Bourgois et al., 2017). En el cas de les persones LGTBIQ+, aquestes barreres també poden expressar-se a través de l'estigma estructural, entès

com les condicions socials, normes culturals i polítiques institucionals que restringeixen les oportunitats, els recursos i el benestar de grups estigmatitzats (Hatzenbuehler et al., 2024).

A partir d'aquesta perspectiva, les barreres estructurals identificades en la literatura sobre *chemsex* poden organitzar-se en quatre dimensions principals. En primer lloc, les barreres geogràfiques fan referència a la distribució desigual dels serveis i a la concentració de recursos especialitzats en determinats territoris, especialment grans nuclis urbans (Levesque et al., 2013; Ministerio de Sanidad, 2020). En segon lloc, les barreres sociollegals inclouen l'efecte de l'estigma, la criminalització del consum i els marcs legals restrictius, que poden dificultar la demanda d'ajuda i la implementació d'estratègies de reducció de danys (DeBeck et al., 2017). En tercer lloc, la segregació dels serveis de salut descriu la separació entre els dispositius de salut sexual, addiccions i salut mental en l'abordatge del *chemsex*, malgrat que les necessitats de les persones usuàries sovint apareixen de manera simultània (Hillier et al., 2024; Tangerli et al., 2022). Finalment, la manca de recursos sanitaris pot constituir una barrera estructural quan limita la cobertura, la qualitat i la capacitat dels serveis per donar resposta a les necessitats de les poblacions diana (Organització Mundial de la Salut, 2022). En l'abordatge del *chemsex*, aquesta manca de recursos pot concretar-se en la falta de serveis per cobrir la demanda d'atenció, absència de circuits de derivació i dificultats de coordinació entre salut sexual, addiccions, salut mental i recursos comunitaris (Agència de la Unió Europea sobre Drogas, 2023; Hillier et al., 2024; Poullos, 2022; Public Health England, 2015).

D'aquesta manera, les barreres geogràfiques, les dificultats sociollegals, la segregació de serveis i la manca de recursos descrites en els resultats poden interpretar-se com expressions concretes de barreres estructurals en l'atenció a persones que practiquen *chemsex*.

L'ESTIGMA

Segons Goffman (1963), l'estigma és un atribut “profundament desacreditador” que modifica la manera com una persona és percebuda socialment: la seva identitat queda reduïda a una característica considerada negativa, fet que pot comportar rebuig, desvalorització i exclusió social.

És important distingir entre estigma i discriminació: mentre que l'estigma fa referència al procés de desvalorització social que inclou etiquetatge, estereotipació, separació i pèrdua d'estatus; la

discriminació és una de les seves manifestacions conductuals, expressada en formes de tracte desigual o exclusió (Goffman, 1963).

En l'àmbit de la salut, l'estigma pot vincular-se a determinades condicions, diagnòstics, pràctiques de risc o conductes associades socialment a la por, al judici social o a la culpabilització. Aquests elements poden actuar com a impulsors del procés d'estigmatització i influir en la relació de les persones amb els serveis assistencials, incloent-hi la cerca d'atenció, la vinculació als serveis i l'adherència al tractament (Stangl et al., 2019).

Estigma envers les persones LGTBIQ+ i les persones que practiquen *chemsex*

L'estigma adquireix una importància específica quan es vincula a les persones LGTBIQ+, ja que les sexualitats i identitats de gènere no normatives han estat històricament sotmeses a processos de desvalorització social. Herek (2009) defineix l'estigma sexual com el conjunt de significats negatius atribuïts socialment a les sexualitats no heterosexuales, així com a les persones, pràctiques i relacions associades a aquestes sexualitats.

A més, el *chemsex* ha estat descrit explícitament com una pràctica estigmatitzada (Gaudette et al., 2025). Aquesta estigmatització pot entendre's en relació amb la intersecció entre sexualitat i consum de substàncies, ja que les persones que el practiquen poden veure's afectades tant per l'estigma associat al consum de drogues com per l'estigma vinculat a les pràctiques sexuals no normatives (Harm Reduction International, 2021).

Quan la pràctica s'interpreta únicament des del prisma del risc, el dany o la desviació, es corre el perill d'invisibilitzar els significats socials, sexuals i emocionals que pot tenir per a algunes persones. Per això, resulta important analitzar el *chemsex* en el seu context, sense reduir les persones que el practiquen a la seva conducta de consum o a una posició de vulnerabilitat. En aquest sentit, una aproximació excessivament patologitzadora¹⁷ pot contribuir a reforçar l'estigma, en presentar les persones que practiquen *chemsex* únicament com a subjectes vulnerables, irresponsables o definits pel consum sexualitzat (Jaspal et al., 2022).

¹⁷ Patologització: procés pel qual una conducta, experiència o forma de vida es percep o defineix com un problema de salut o malaltia (Jaspal et al., 2022)

El Health Stigma and Discrimination Framework

Per analitzar l'estigma en el context del present treball, s'ha escollit el *Health Stigma and Discrimination Framework* de Stangl et al. (2019), ja que ofereix un marc teòric específic per comprendre com es genera, es manifesta i es manté l'estigma relacionat amb la salut. Per aquest motiu, aquest model s'utilitzarà posteriorment a l'apartat de discussió com a eina analítica per explorar de quina manera els processos d'estigmatització poden condicionar l'atenció sanitària als GBHSH que practiquen *chemsex*. A l'Annex 2 s'inclou la Figura 2, una esquematització del mateix per facilitar la seva comprensió.

Segons Stangl et al. (2019) l'espectre socioecològic sobre el qual actua l'estigma està conformat per diversos nivells: polítiques públiques (lleis i polítiques locals i nacionals), organitzacional (organitzacions, institucions socials, llocs de feina), comunitari (valors, normes, i actituds culturals), interpersonal (família, amics, i xarxes relacionals) i individual (coneixement, actituds, i habilitats). En altres paraules, l'espectre socioecològic és el conjunt d'àmbits que es veuen afectats pel procés d'estigmatització.

A la vegada, el marc teòric descriu els dominis que conformen el procés d'estigmatització, els quals interactuen entre si per a la generació i manteniment de l'estigma. Aquests dominis estan conformats pels *drivers* i els *facilitators*, l'*stigma marking*, i les *manifestations*, els quals influeixen en una àmplia gamma d'*outcomes* que afecten tant la salut de les persones estigmatitzades com la societat de forma global.

El primer domini, constituït pels *drivers* i *facilitators*, comprén factors que impulsen (*drive*) o faciliten (*facilitate*) l'estigma vinculat a una condició de salut o una conducta associada a riscos per a la salut.

Els *impulsors* es conceptualitzen com factors inherentment negatius que contribueixen directament a la generació de l'estigma. Un exemple és la por al contagi d'una malaltia transmissible per contacte físic. En canvi, els *facilitadors* poden ser influències positives o negatives. Per exemple, en un centre sanitari, la presència o absència d'estàndards de seguretat laboral i de materials de protecció pot reduir o agreujar les conductes evitatives i estigmatitzadores del personal sanitari envers persones amb una malaltia infecciosa.

Els *impulsors* i els *facilitadors* determinen si es produeix el *marcatge* de l'estigma (*stigma marking*). Aquest procés consisteix en atribuir un estigma a una persona o grup a partir d'un estat de salut específic. Tot i que el marc conceptual és específic per estigmes relacionats amb la salut, Stangl et al. reconeixen que l'estigma sovint coexisteix amb altres, com poden ser aquells relacionats amb l'orientació sexual, el gènere, l'ètnia, l'ocupació o la pobresa. L'*estigma interseccional*, així doncs, es produeix quan una persona o grup son marcades per diversos estigmes alhora. Aquesta dinàmica genera, a la vegada, experiències de discriminació més complexes.

Les *manifestacions* (*manifestations*) constitueixen el segon domini del procés d'estigmatització. Un cop l'estigma està instaurat, es materialitza en diverses formes que es poden classificar en *experiències d'estigma* i *pràctiques d'estigma*. Les primeres fan referència a les vivències de les persones estigmatitzades, mentre que les segones engloben creences, actituds i accions exercides per les persones o grups estigmatitzadors.

Les *experiències d'estigma* inclouen no només les situacions de discriminació directa, sinó també l'*estigma interioritzat* o *autoestigma*, l'*estigma percebut* i l'*estigma anticipat*. L'*autoestigma* es produeix quan una persona que forma part d'un grup estigmatitzat acaba assumint com a pròpies les idees, creences o sentiments negatius associats socialment al seu grup, fet que pot reduir la seva percepció de valor social. L'*estigma percebut* fa referència a la manera com la persona interpreta el tracte que rep el seu grup en un context determinat. Finalment, l'*estigma anticipat* es defineix com la por o expectativa de patir prejudicis, rebuig o discriminació en cas que la seva condició estigmatitzada es faci visible, i l'autocensura és el comportament consegüent pel qual una persona oculta la seva identitat o conducta estigmatitzada.

D'altra banda, les *pràctiques d'estigma*, aquelles exercides pel grup estigmatitzador, inclouen diferents formes d'expressió de l'estigma, com ara actituds relacionades amb els estereotips¹⁸ i els prejudicis¹⁹ i les actituds discriminatòries.

¹⁸ Estereotips: creences generalitzades sobre les característiques d'un grup i de les persones que en formen part (Stangl et al., 2019).

¹⁹ Prejudicis: valoracions negatives sobre aquest grup i els seus membres (Stangl et al., 2019).

Els estereotips i els prejudicis poden aparèixer tant com a *conductors* com a *manifestacions* de l'estigma, perquè poden iniciar o impulsar el procés d'estigmatització i, alhora, reforçar-lo quan ja existeix.

Les *manifestacions* de l'estigma tenen un seguit de conseqüències, és a dir, produeixen un gran nombre d'*outcomes* o *resultats*, que es cataloguen com el tercer domini del procés d'estigmatització. Aquests *outcomes* afecten les poblacions estigmatitzades, incloent-hi el seu accés als serveis de salut i la seva acceptabilitat²⁰, la utilització de proves diagnòstiques i l'adherència al tractament. Els *resultats*, per altra banda, també influeixen en les organitzacions i institucions, i per tant en les lleis i les polítiques socials, la disponibilitat²¹ i la qualitat²² dels serveis de salut i les proteccions socials.

En conjunt, l'estigma pot entendre's com un procés social complex que es genera, es manté i es manifesta en diversos nivells. La seva anàlisi requereix tenir en compte tant les actituds individuals com els factors comunitaris, institucionals i estructurals que el sostenen. Aquesta perspectiva és especialment útil per estudiar fenòmens de salut estigmatitzats, ja que permet comprendre com determinades pràctiques poden ser socialment desvaloritzades i com aquesta desvalorització pot condicionar l'accés a l'atenció, la qualitat dels serveis i les experiències de les persones afectades.

D'aquesta manera, el *Health Stigma and Discrimination Framework* (Stangl et al., 2019) permet establir una base conceptual sòlida per analitzar l'estigma com un procés complex i interseccional.

²⁰ Acceptabilitat dels serveis: adequació entre les característiques del servei/professional i les expectatives del pacient segons la seva cultura, actitud i preferències (Penchansky & Thomas, 1981).

²¹ Disponibilitat dels serveis: suficient oferta de serveis i professionals en relació amb la necessitat de la població (Penchansky & Thomas, 1981).

²² Qualitat dels serveis: l'atenció és efectiva, resultats de salut positius (Organització Mundial de la Salut, 2006).

METODOLOGIA

TIPUS DE DISSENY

Per assolir els objectius plantejats, s'ha decidit realitzar una revisió sistemàtica de la literatura. S'ha escollit aquest disseny perquè permet conèixer què s'ha investigat fins a l'actualitat a través d'una visió àmplia, sense limitar la cerca a una zona geogràfica concreta. En el cas del *chemsex*, aquest disseny resulta especialment pertinent perquè permet analitzar un fenomen altament heterogeni, en què les barreres d'accés i recepció d'atenció sanitària poden variar en funció del país o la ciutat, el sistema sanitari, els recursos disponibles i el context sociollegal.

La realització d'una investigació qualitativa original permetria aportar informació directa sobre les experiències i relats de les persones que practiquen *chemsex* amb una contextualització local pròpia, però la revisió sistemàtica fa possible una aproximació més àmplia al fenomen, incorporant evidència procedent de diversos entorns i sistemes sanitaris.

Tot i que els estudis quantitius podrien aportar informació útil sobre la freqüència d'algunes barreres, no permeten explorar amb el mateix nivell de detall com aquestes són viscudes i interpretades per les persones afectades. Per aquest motiu, es va prioritzar la revisió d'estudis qualitius originals basats en entrevistes individuals o grups focals, ja que aquestes tècniques permeten aprofundir en la perspectiva i les experiències de les persones GBHSH que practiquen *chemsex* amb un elevat nivell de detall, mantenint alhora la coherència amb els objectius del treball i facilitant la comparació entre els estudis inclosos.

D'aquesta manera, aquest disseny contribueix a situar els resultats en un marc internacional comparatiu i a identificar patrons comuns, així com possibles diferències segons el context social, sanitari o legal en què es produeixen les barreres.

CRITERIS D'ELEGIBILITAT

Pel que fa a la població d'estudi, es va decidir incloure investigacions centrades en persones GBHSH que practiquen *chemsex*, independentment del seu estat serològic²³. Aquesta decisió responia a la voluntat d'obtenir resultats aplicables a una població tan àmplia com fos possible, evitant restringir l'anàlisi a subgrups amb característiques i necessitats assistencials específiques. Tot i que altres persones pertanyents al col·lectiu LGTBIQ+ també participen en

²³ Estat serològic: condició d'una persona respecte a la presència d'un anticòs específic a la sang (TERMCAT, n.d.).

chemsex, es va decidir centrar la població d'estudi específicament en GBHSH donat que és el grup més prevalent en aquesta pràctica, i les persones *trans* i no-binàries poden presentar barreres d'accés al sistema sanitari particulars.

En aquest sentit, també es van excloure els estudis que analitzaven exclusivament persones GBHSH positives en VIH, el VHC o el virus de l'hepatitis B (VHB). De la mateixa manera, es van desestimar els estudis centrats únicament en persones en tractament de PrEP, atès que aquesta població pot tenir una relació específica amb els serveis sanitaris i preventius.

També es van rebutjar les investigacions centrades en la perspectiva del personal sanitari. Tot i que la mirada dels professionals pot aportar informació rellevant sobre les barreres assistencials, es va prioritzar la perspectiva directa de les persones GBHSH que practiquen *chemsex*, amb la finalitat de comprendre millor les seves necessitats, dificultats i experiències amb l'atenció sanitària.

Pel que fa al context de recollida de dades, es van descartar aquelles investigacions desenvolupades en el marc de pandèmies concretes, com la COVID-19 o el *mpox* (la verola del mico). Aquests contextos podrien haver generat barreres excepcionals o circumstancials d'accés a l'atenció sanitària que no formaven part de l'objectiu principal d'aquesta revisió.

A partir d'aquestes consideracions, es van establir els criteris d'elegibilitat següents:

Criteris d'inclusió

- Tipus de documents: investigacions originals qualitatives basades en entrevistes o grups focals.
- Idioma: castellà, català, anglès.
- Any de publicació: 2021-2026.
- Població d'estudi: GBHSH que practiquen *chemsex* independentment del seu estat serològic.
- Accessibilitat al text complet.

Criteris d'exclusió

- Tipus de documents: revisions sistemàtiques i estudis quantitius.
- Població d'estudi: exclusivament GBHSH positius en VIH/VHC/VHB, exclusivament GBHSH en tractament de PrEP, GBHSH que no practiquen *chemsex*, exclusivament personal sanitari, no practicants de *chemsex* (persones que fan un ús sexualitzat de les drogues fora del *chemsex*, persones no pertanyents al col·lectiu LGTBIQ+)
- Investigacions basades en context de pandèmia per COVID-19 o *mpox*.

FONTS D'INFORMACIÓ

Per la identificació dels estudis s'han escollit tres bases de dades de caire internacional: PubMed, CINAHL i Web of Science. Inicialment es va incloure Dialnet com a base de dades d'àmbit nacional per identificar possibles publicacions realitzades en el context espanyol o en llengua castellana. No obstant això, cap dels resultats obtinguts a Dialnet va complir els criteris d'elegibilitat establerts, motiu pel qual no es van incorporar articles procedents d'aquesta base de dades a la mostra final.

TERMINOLOGIA UTILITZADA

Chemsex va ser incorporat com a descriptor MeSH l'any 2025. Atès que es tracta d'un fenomen emergent i que una part important de la literatura és recent, es va considerar la possibilitat que alguns estudis no haguessin estat encara indexats amb aquest descriptor.

Per aquest motiu, es va optar per combinar descriptors MeSH amb termes lliures i termes d'entrada al títol i resum, a més de tenir en compte les variants dialèctiques de l'anglès britànic (*sexualised*) i l'anglès americà (*sexualized*), tot amb l'objectiu de maximitzar la recuperació d'estudis rellevants. A la Taula 1 s'especifica la terminologia utilitzada en la cerca.

Taula 1. Terminologia utilitzada en la cerca

Llenguatge natural/lliure		Descriptors	Terme d'entrada
Català	Anglès	MeSH	Anglès
<i>Chemsex</i>	Chemsex	Chemsex	Sexualised drug use, sexualized drug use
Sistema sanitari	Healthcare	Delivery of Health Care	Healthcare
Barreres	Barriers	-	-

Font: elaboració pròpia.

ESTRATÈGIA DE CERCA

En una primera estància, es va plantejar estructurar la cerca en tres estratègies diferenciades, adaptades als objectius específics formulats inicialment i aplicades a cadascuna de les bases de dades. No obstant això, aquesta opció es va desestimar amb la finalitat d'evitar possibles biaixos i garantir la coherència dels resultats, optant finalment per una única estratègia de cerca per la identificació de tots els estudis inclosos en la revisió.

L'única variació en l'estratègia entre les diferents bases de dades va ser l'adaptació dels termes de cerca al llenguatge propi de cadascuna. En el cas de PubMed, es van utilitzar descriptors MeSH com "delivery of healthcare", mentre que a CINAHL i Web of Science es van emprar termes lliures equivalents, "healthcare", amb l'objectiu d'optimitzar la recuperació de resultats. A la Taula 2 es mostren les estratègies de cerca utilitzades a cadascuna de les bases de dades.

Taula 2. Estratègia de cerca

Base de dades	Estratègia de cerca	Filtres automàtics utilitzats
PubMed Data d'última consulta: 05/02/2026.	((chemsex) OR (sexualised drug use) OR (sexualized drug use)) AND ((delivery of health care) OR (barriers)).	Any de publicació: 2021-2026. Idioma: castellà, català, anglès.
CINAHL Data d'última consulta: 06/02/2026.	((chemsex) OR (sexualised drug use) OR (sexualized drug use)) AND ((healthcare) OR (barriers)).	Any de publicació: 2021-2026. Idioma: castellà, català, anglès.
Web of Science Data d'última consulta: 21/02/2026.	((chemsex) OR (sexualised drug use) OR (sexualized drug use)) AND ((healthcare) OR (barriers)).	Any de publicació: 2021-2026. Idioma: castellà, català, anglès.

Font: elaboració pròpia.

PROCÉS DE SELECCIÓ D'ARTICLES

La selecció d'articles s'ha realitzat en les següents fases, seguint el sistema de la declaració PRISMA 2020 (Page et al., 2021):

- 1. Introducció de l'estratègia de cerca a les bases de dades.**
- 2. Aplicació de filtres automàtics:** any de publicació (2021-2025), idioma (castellà, català, anglès).
- 3. Filtrat per títol:** es van descartar aquells documents els títols dels quals no estiguessin relacionats amb el tema d'estudi en base a la presència o no de les paraules clau i els criteris d'elegibilitat.
- 4. Filtrat per resum:** es van descartar aquells documents amb un resum que no complia amb els criteris d'elegibilitat. A posteriori, es van nombrar de l'1 al 10 els articles seleccionats per la lectura del text complet per facilitar la seva identificació, ja que alguns articles compartien l'autor principal. Es va respectar l'ordre d'aparició en la cerca (primer els de PubMed, després els de CINAHL i per últim els de Web of Science).

- 5. Lectura del text complet i lectura crítica aplicant la metodologia CASPe:** es van llegir els 10 textos complets resultants i es va realitzar la lectura crítica aplicant el model proposat pel Programa d'Habilitats en Lectura Crítica en Espanyol (CASPe) per analitzar els estudis qualitatius..

En tot el procés de selecció els dos revisors van examinar cada registre recuperat, treballant de forma conjunta.

LECTURA CRÍTICA

Per a la realització de la lectura crítica es va prendre com a referència la plantilla CASPe per a estudis qualitatius, “10 preguntas CASPe para ayudarte a entender un estudio cualitativo” (Cano Arana et al., 2010). A partir d'aquesta plantilla, es va elaborar una taula pròpia adaptada al català per sistematitzar l'avaluació crítica dels articles inclosos, la Taula 4 (vegeu Annex 3).

Posteriorment, els resultats de l'aplicació dels criteris de qualitat es van sintetitzar en una taula resum, amb la finalitat de presentar-los de manera visual i comparativa, la Taula 5 (vegeu Annex 4).

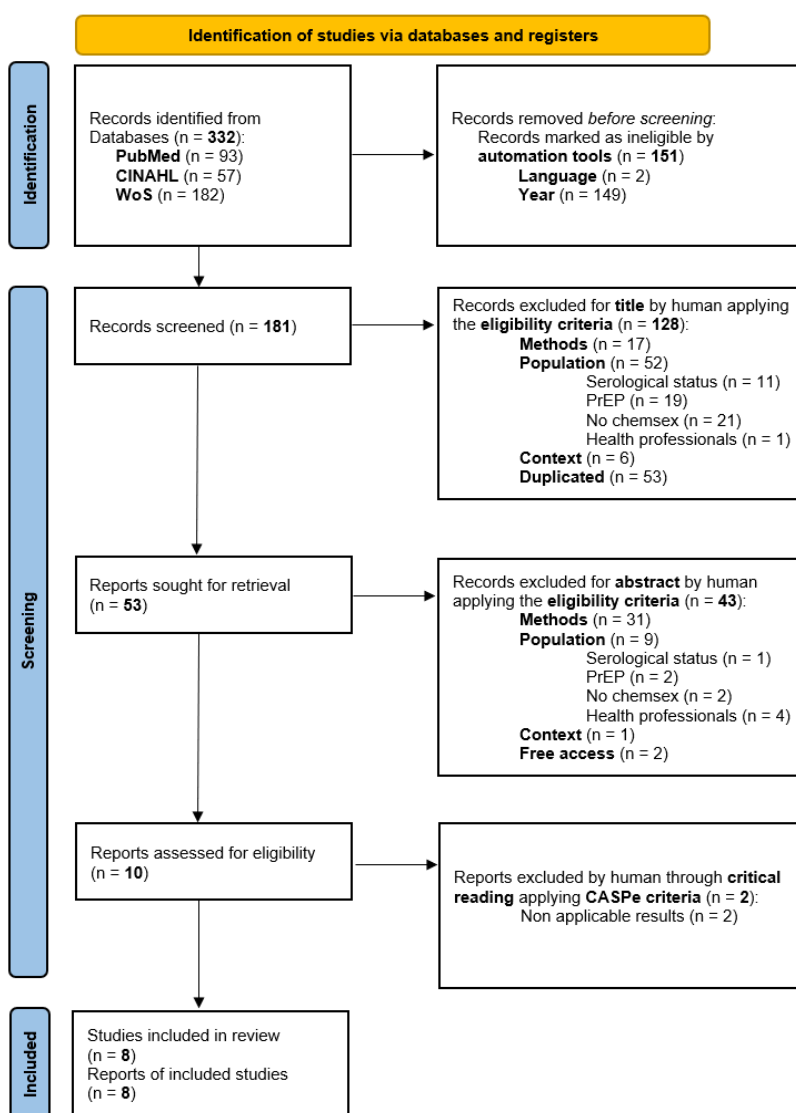
Les investigacions de Freestone et al. (2022) i Huang (2024), tot i que inicialment complien amb els criteris d'elegibilitat de la revisió, en aplicar la metodologia CASPe es va considerar que, a més de no complir amb els criteris de qualitat i la reflexió del rol de l'investigador, els seus resultats no contribuïen a donar resposta als objectius plantejats. Per aquest motiu van ser finalment exclosos de la revisió.

Pel que fa a la publicació de Freestone, Xiao, et al. (2025), tot i que tampoc incorpora una reflexió explícita sobre la influència del rol de l'investigador, es van considerar rellevant per a la revisió. Aquesta decisió es fonamenta en el fet que presenta una coherència clara entre els objectius, el disseny metodològic i els resultats, així com una descripció adequada del context i del procés d'anàlisi de dades. A més, els seus resultats contribueixen de manera significativa a donar resposta als objectius de la revisió, aportant informació rellevant i complementària. Per tant, es va optar per incloure'l, assumint de manera explícita aquesta limitació en la qualitat metodològica, però valorant el seu pes en el conjunt de l'evidència disponible.

La resta d'articles inclosos complien amb les 10 criteris de qualitat proposats per la metodologia CASPe pel que fa a estudis qualitatius.

La Figura 1 mostra el procés de selecció d'articles de la cerca seguint el diagrama de flux proposat per Page et al. (2021) en la declaració PRISMA 2020 per a revisions sistemàtiques noves amb cerques realitzades únicament en bases de dades i registres. S'hi especifiquen les exclusions derivades de l'aplicació dels criteris d'elegibilitat, la identificació de duplicats en les diferents bases de dades i la lectura crítica.

Figura 1. Diagrama de flux PRISMA 2020



Font: elaboració pròpia, adaptat de la plantilla oficial de PRISMA 2020, a partir de Page et al. (2021).

PROCÉS DE RECOPILACIÓ DE DADES

Pel que fa a la recopilació de dades, es va elaborar una taula de resultats, recollida a la Taula 6, en què es van incloure les dades principals de cada article seleccionat per la revisió: el títol, l'autoria, la revista de publicació, l'any i el país; el disseny i els mètodes emprats; i els resultats i les conclusions (vegeu l'Annex 5).

Només es van recollir aquells resultats que es van considerar rellevants per respondre als objectius de la investigació. És a dir, aquelles dades relacionades amb les barreres percebudes per persones GBHSH que practiquen *chemsex* que dificultin la seva relació amb els serveis de salut.

Algunes publicacions, a més de la visió de les persones GBHSH que practiquen *chemsex*, també incloïen perspectives de professionals sanitaris, o d'altres tipus de participants en el consum de drogues sexualitzat, com ara les dones treballadores sexuals. Aquests relats no van ser incorporats a la present revisió.

Seguidament, es van dividir els resultats obtinguts en diferents categories temàtiques, definides a partir de les variables identificades com a més rellevants: barreres individuals, barreres relacionades amb el personal sanitari i barreres estructurals.

Per a la posterior discussió i interpretació dels resultats, es va adoptar com a marc teòric el *Health Stigma and Discrimination Framework* (Stangl et al., 2019). Així mateix, els resultats obtinguts es van contrastar amb la literatura existent, amb l'objectiu de situar-los en el context de l'evidència disponible i valorar-ne la consistència.

RESULTATS

Per facilitar la posterior interpretació dels resultats obtinguts en la lectura dels articles seleccionats, les troballes recopilades a la taula de resultats (vegeu l'Annex 5) s'han dividit en diferents categories temàtiques centrades en les variables més rellevants: les barreres individuals, les barreres relacionades amb el personal sanitari i les barreres estructurals.

BARRERES INDIVIDUALS

L'anàlisi sistemàtica de les publicacions permet identificar diversos obstacles relacionats amb factors individuals que dificulten l'accés i la recepció d'una atenció sanitària adequada a les necessitats de les persones que practiquen *chemsex*. Aquestes barreres s'han subdividit en el desconeixement de recursos i l'autoestigma i l'autocensura.

Desconeixement de recursos

Es van identificar diversos testimonis de GBHSH que participen en *chemsex* en els articles analitzats que relacionaven la seva manca d'assistència als serveis de salut amb el propi desconeixement envers els recursos disponibles.

En la publicació de Freestone, Xiao, et al. (2025) es menciona com alguns participants no havien accedit a serveis d'assessorament pel seu ús de drogues degut a la falta de coneixement sobre la disponibilitat d'opcions de suport adequades. De la mateixa forma, a la publicació de Lunchenkov et al. (2025) es relata com un dels participants desconeixia a qui adreçar-se per rebre el suport que necessitava relacionat amb el *chemsex* i el VIH.

En Freestone, Storer, et al. (2025) també s'exposa com sovint els practicants de *chemsex* tenen dificultats per accedir a serveis apropiats per atendre'ls perquè ells mateixos desconeixen on poden ser atesos amb la competència clínica suficient i una actitud no prejuiciosa enfront el *chemsex*. Un dels participants de l'estudi va explicar que si no fos per la llista de referències que un assessor de *chemsex* li va oferir, no hagués sapigut on acudir per rebre ajuda.

Autoestigma i autocensura

Diversos estudis recullen que els participants expressaven sentiments de vergonya, culpa o por al judici en relació amb el *chemsex*. Aquestes experiències apareixen vinculades a dificultats per parlar del *chemsex* amb professionals de salut, familiars, amistats o serveis comunitaris, així com formes d'autocensura en espais on la temàtica podria ser abordada.

L'estudi de Khatmi et al. (2025) exemplifica com diversos dels participants, degut al judici que acostuma a travessar el consum de drogues en context sexual, experimentaven dificultats a l'hora de parlar amb llibertat d'aquesta pràctica. Un altre testimoni també va manifestar que el fet de ser seropositiu²⁴ era una dificultat afegida en el moment de tractar la temàtica del *chemsex* amb el seu metge de família. La majoria dels entrevistats en l'estudi de Freestone, Storer, et al. (2025) no havien tractat la temàtica del *chemsex* amb la seva família, amistats, o fins i tot amb els serveis de salut, majoritàriament perquè l'estigma associat al consum de drogues sexualitzat dificultava la seva habilitat de buscar suport al respecte.

En el cas dels participants de l'estudi de Lunchenkov et al. (2025), realitzat a Rússia, molts sentien que eren percebuts com a inferiors o, en alguns casos, no mereixedors d'atenció sanitària, i alguns evitaven activament els cribratges de VIH i altres ITS. Un participant fins i tot va manifestar reticència a l'hora de trucar l'ambulància en cas de sobredosi.

En l'article de Freestone, Xiao, et al. (2025) s'expliquen les dificultats per abordar la pràctica amb els professionals de salut a través de l'autoestigma. Els usuaris s'anticipaven a una possible estigmatització per part del terapeuta, ja que percebien que aquest anava a jutjar-los sobre la seva participació en el *chemsex*, i, en conseqüència, s'autocensuraven.

Els participants del mateix estudi van parlar sobre sentir culpabilitat al voltant del seu ús de drogues i la seva sexualitat no normativa, catalogant com a vergonyosos els seus comportaments sexuals, els seus hàbits d'injecció, la seva solitud i les seves experiències de pèrdues de feina o relacions afectives fallides. Per alguns d'ells, la internalització d'estigmes al voltant d'aquestes pràctiques o experiències contribuïen a una baixa autoestima que prevenia l'abordatge del *chemsex* a les consultes.

Fins i tot s'han identificat experiències d'autocensura dins d'organitzacions de suport a persones LGTBIQ+. Un dels entrevistats en l'estudi de Freestone, Storer, et al. (2025) va esmentar que ni tan sols podia parlar sobre *chemsex* amb algú que hagués viscut experiències similars, a causa de la vergonya interioritzada que sentia. Aquesta mateixa vergonya va ser també el motiu pel qual no va participar en la intervenció *M3THOD*, dirigida per agents de salut comunitaris amb experiència prèvia en *chemsex*. Paral·lelament, Khatmi et al. (2025) descriuen

²⁴ Seropositiu: dit de la persona que presenta en el sèrum anticossos contra un antigen concret. L'adjectiu s'aplica especialment en cas de presència d'anticossos contra el VIH (TERMCAT, n.d.)

el cas d'un participant que, tot i practicar *chemsex* i participar com agent de salut comunitari en una associació, va mantenir aquesta realitat en secret durant molt de temps.

BARRERES RELACIONADES AMB EL PERSONAL SANITARI

Percepció d'estigma i/o desconeixement

Una temàtica recurrent entre els participants dels estudis van ser les experiències negatives viscudes amb els professionals de salut, ja fos pel seu desconeixement envers el *chemsex* o pel seu tracte discriminatori cap a la comunitat LGBTQ+ i el consum de drogues, entre d'altres. Aquestes experiències negatives constituïen una barrera per a l'accés posterior a aquests serveis.

Dins de l'estudi de Khatmi et al. (2025), un dels participants va expressar que molts practicants de *chemsex* s'han sentit jutjats en el passat, tant pel seu metge de família, a l'hospital a l'hora de demanar tractament d'emergència pel VIH o a altres centres de cribratges, creant records traumàtics al respecte. A Lunchenkov et al. (2025), un dels participants dels grups focals també va relatar la vivència de ser estigmatitzat tant pel personal sanitari com el personal d'admissions en accedir a proves per la detecció del VIH i altres ITS. Un altre dels assistents va relatar l'experiència d'haver sigut negat l'atenció explícitament pel fet de ser gai, seropositiu i fer ús de drogues.

La majoria d'usuaris en l'estudi de Hibbert et al. (2021) va valorar positivament les seves interaccions amb els serveis de salut sexual, i fins i tot alguns van elogiar al personal per la seva amabilitat, actitud oberta i el fet que fossin tan informatius. Ara bé, altres participants van identificar les actituds dels proveïdors de serveis com una barrera per rebre una atenció adequada. Un participant va descriure una experiència d'estereotipificació a l'hora de rebre suport per a la seva drogodependència en un centre d'atenció al VIH. El participant va explicar que l'assumpció per part del proveïdor que els homes gais que consumien drogues ho feien a causa de traumes relacionats amb la seva sexualitat, el va fer qüestionar la seva legitimitat per rebre ajuda, ja que no es sentia identificat amb aquesta posició. Aquesta situació va afectar posteriorment la seva conducta de cerca d'ajuda. Va narrar fins i tot com el professional es va sorprendre que tingués una bona relació amb la seva família i que acceptessin que fos gai. Això el va portar a pensar que si no tenia aquests problemes, no tenia sentit buscar ajuda.

Un altre GBHSH participant de l'estudi també va rebutjar la narrativa que les persones que practiquen *chemsex* ho fan a causa de traumes relacionats amb la seva sexualitat. Va assenyalar que aquest podria ser el motiu en alguns casos, però no en tots, tal i com alguns dels professionals de la salut assumeixen. Aquest participant va continuar explicant que aquesta narrativa pot arribar a ser contraproduent a l'hora de proporcionar ajuda i suport als GBHSH que practiquen *chemsex*, ja que les persones que no s'identifiquen amb una homofòbia interioritzada²⁵ poden qüestionar la seva legitimitat per rebre ajuda.

Dins de la mateixa investigació de Hibbert et al. (2021), la població entrevistada en l'estudi va comparar la seva experiència en els diferents recursos de salut, i de forma general va considerar que els professionals aliens als centres d'atenció a la sexualitat tenien un major desconeixement i una mentalitat més tancada envers el *chemsex*. Així doncs, van manifestar sentir-se més còmodes a l'hora de rebre suport en centres de salut sexual en comparació als centres d'atenció primària o centres de salut mental i d'atenció a la drogodependència. Tant per la seva actitud oberta com pel seu coneixement, alguns participants de l'estudi van expressar la voluntat de ser atesos en qüestions relacionades amb la salut mental i les drogodependències associades al *chemsex* dins dels mateixos centres de salut sexual.

Les persones entrevistades per Khatmi et al. (2025) també van criticar els centres d'atenció a les drogodependències per la seva manca de coneixement sobre el *chemsex*, a més de la seva falta de sensibilitat. Els relats dels participants manifestaven rebuig davant d'aquests centres i identificaven una preferència per ser atesos en centres d'atenció a la sexualitat. Les troballes de Naulls et al. (2025) també suggereixen que els proveïdors de salut que treballen més enllà de contextos de salut sexual, particularment metges de família i psiquiatres, haurien d'estar més preparats per abordar l'ús de substàncies, i més específicament el *chemsex*.

En l'estudi de Freestone, Xiao, et al. (2025), els participants van mencionar que, tot i no haver experimentat discriminació explícitament homòfoba a l'hora de rebre suport sanitari, sí que van percebre estigma per part dels professionals en relació al seu ús de drogues, les motivacions sexuals d'aquest ús i les seves pràctiques sexuals. Aquest estigma es percebia particularment en els serveis de salut mental, i sobretot, en els centres d'atenció a la drogodependència, on van experimentar la censura dels seus desitjos sexuals en l'abordatge del *chemsex*. Les

²⁵ Homofòbia interioritzada: aversió que una persona homosexual sent per la pròpia homosexualitat o per l'homosexualitat dels altres (TERMCAT, n.d.).

persones incloses en l'estudi d'Ali et al. (2025) van emfatitzar la necessitat de formar als professionals de salut sexual i de salut mental, entre d'altres, per acabar amb l'estigma que envolta el *chemsex* i oferir una millor atenció a aquesta població.

Els participants de l'investigació de Tan et al. (2021), realitzada a Singapur, també van identificar la falta d'informació acurada i l'estigma cap a persones que feien ús de drogues com una barrera a l'hora d'accedir a serveis de suport. Un participant va descriure una experiència de censura en un esdeveniment lligat a la comunitat LGTBIQ+, on un dels voluntaris de l'organització el van silenciar al mencionar el consum sexualitzat de drogues, amb el pretext que no era adequat esmentar l'ús de substàncies.

Alguns dels participants de l'investigació de Freestone, Xiao, et al. (2025) van accedir a serveis especialitzats en *chemsex*, fet que va alleujar les seves preocupacions relatives a possibles judicis per part dels professionals. Segons els testimonis recollits, les entitats LGTBIQ+ o aquelles amb un enfocament inclusiu cap a la diversitat sexual i de gènere, així com els recursos liderats per iguals en termes de sexualitat, gènere o experiència viscuda amb el consum de substàncies, eren percebuts com a espais de major confiança respecte a altres serveis.

En l'estudi de Freestone, Storer, et al. (2025), els participants que van rebre una intervenció en *M3THOD*, una organització comunitària dirigida als usuaris que practiquen *chemsex* i liderada per persones amb experiència pròpia en la pràctica, van valorar-la positivament ja que proporcionava assistència des de l'honestedat i l'absència de prejudicis. El fet que l'assessor compartís vivències prèvies amb el *chemsex* era percebut com un element de credibilitat i seguretat en comparació amb altres serveis de salut, segons els relats dels participants. Així mateix, diverses persones entrevistades en l'estudi de Freestone, Xiao, et al. (2025) van expressar incomoditat a l'hora de parlar obertament amb professionals que percebien com a mancats d'experiència en el *chemsex* o de coneixement suficient al respecte.

Tot i així, els mateixos participants de Freestone, Storer, et al. (2025) que van valorar de forma positiva les intervencions de *M3THOD* per la seva aproximació no estigmatitzadora, consideraven que els agents de salut comunitària no comptaven amb la formació clínica necessària.

Segons dos dels estudis revisats, l'edat dels professionals de la salut també influeix en com les persones que practiquen *chemsex* perceben el seu nivell de coneixement o un possible estigma. La població de l'estudi de Lunchenkov et al. (2025) manifestava que els metges i altres professionals de salut d'una edat més avançada no estaven suficientment informats sobre el *chemsex*, i eren més intolerants amb els pacients que feien ús de drogues o formaven part de la comunitat gai. Per aquestes raons, els participants no confiaven en els professionals de la salut d'edat més avançada. Per altra banda, alguns participants de la investigació de Freestone, Storer, et al. (2025) no volien ser atesos per professionals més joves, ja que els practicants de *chemsex* de més edat es consideraven més experts i pensaven que no podrien aprendre res de persones amb menys experiència.

BARRERES ESTRUCTURALS IDENTIFICADES EN LA LITERATURA

Al llarg dels estudis revisats, es van poder observar un seguit de barreres relacionades amb l'estructura governamental i l'organització dels diferents sistemes sanitaris. Aquestes barreres estructurals es van subdividir en barreres geogràfiques, barreres sociollegals, la segregació dels serveis de salut i la manca de recursos.

Barreres geogràfiques

En diversos articles analitzats en aquesta revisió, els usuaris entrevistats van manifestar barreres d'accessibilitat relacionades amb la geografia. En la investigació de Freestone, Xiao, et al. (2025), tres dels participants van mencionar que no havien acudit a recursos de suport a causa de barreres geogràfiques associades a l'accessibilitat d'aquests serveis. A la publicació de Lunchenkov et al. (2025), un dels usuaris considerava que les recomanacions sanitàries eren especialment necessàries fora dels grans nuclis urbans de Rússia. L'estudi de Khatmi et al. (2025) reflecteix aquesta mateixa problemàtica a França: un dels participants va relatar que, en la seva cerca d'assistència sanitària, va acudir a l'hospital universitari d'una ciutat petita que no disposava de cap especialista en drogodependències que el pogués atendre.

Barreres sociollegals

Els participants d'estudis realitzats en diferents continents van assenyalar que la legislació i la percepció social sobre el consum de drogues i els drets de les persones LGTBIQ+ als seus països actuaven com a barreres que dificultaven l'accés de les persones que practiquen *chemsex* als serveis disponibles.

L'estudi de Naulls et al. (2025) analitza la percepció sobre els locals d'oci nocturn i els clubs de sexe del Regne Unit freqüentats per persones LGTBIQ+ que practiquen *chemsex*. Els participants de l'estudi van identificar aquests espais com a possibles aliats per a la implementació d'estratègies de reducció de danys, a més de la necessitat d'incorporar mecanismes d'abordatge del consum de substàncies en aquests entorns. Ara bé, també van assenyalar que aquests establiments estan condicionats per una legislació restrictiva i punitiva envers l'ús de drogues, fet que dificulta l'aplicació de mesures preventives.

Els participants de l'estudi de Lunchenkov et al. (2025), GBHSH practicants de *chemsex* que viuen a la Federació Russa, manifestaven que l'aplicació de les recomanacions proposades per l'equip de recerca no era possible a causa del context polític de Rússia respecte a l'homosexualitat i l'ús de drogues. Els participants sentien que qualsevol iniciativa pública per intentar promoure la reducció de danys i les mesures de prevenció de VIH/ITS per a persones que practiquen *chemsex* seria bloquejada pel govern a causa de la legislació vigent.

Un participant del mateix estudi va descriure la por de ser registrat oficialment com a persona amb trastorn per ús de substàncies en el sistema sanitari rus, fet que podria comportar la pèrdua d'accés a la sanitat. Aquest fet comporta que aquestes persones puguin ser situades en posicions menys prioritàries dins del sistema d'atenció mèdica, fins i tot en situacions d'urgència com el servei d'ambulàncies. De la mateixa manera, participants de l'estudi de Tan et al. (2021), realitzat a Singapur, van expressar la por de ser empresonats en buscar tractament i/o suport a causa del seu consum de substàncies o de mantenir relacions sexuals amb altres homes.

L'estigma entorn de la sexualitat i les identitats sexuals no normatives present a Pakistan constitueix també una barrera important per a les persones que practiquen *chemsex* a l'hora d'accedir a l'atenció sanitària que necessiten. Els participants de l'estudi d'Ali et al. (2025) van assenyalar que les persones GBHSH que practiquen *chemsex* no tenen accés al tractament del VIH ni a la PrEP des de les institucions públiques. També van indicar dificultats a l'hora d'accedir a serveis públics de salut mental, i van relatar que molts centres de rehabilitació públics no accepten persones gais. Per aquest motiu, aquesta població considera que la provisió d'aquests serveis hauria de ser assumida per organitzacions comunitàries enlloc d'entitats governamentals.

D'aquesta forma, els participants de l'estudi d'Ali et al. (2025) van exposar que, a causa de la dificultat per accedir a recursos de salut públics, sovint es veien obligats a recórrer a serveis privats amb un alt cost econòmic. Les persones que practiquen *chemsex* a Pakistan constitueixen una població amb una major vulnerabilitat social i econòmica que en països on la discriminació és menor, fins al punt de poder arribar a situacions de sensellarisme. En aquest context, l'accés als serveis sanitaris privats també suposa una barrera econòmica important. De la mateixa manera, els participants dels grups focals de Lunchenkov et al. (2025), ciutadans russos, també van reclamar una atenció clínica econòmicament accessible.

Segregació dels serveis de salut

Diversos articles inclosos a la revisió descriuen la percepció entre els participants de l'existència d'una fragmentació dels sistemes sanitaris, caracteritzada per una manca d'integració entre els diferents recursos assistencials, especialment en l'abordatge de les addiccions, la salut sexual i la salut mental.

Alguns participants de Freestone, Xiao, et al. (2025) van experimentar la minimització de la seva sexualitat i del seu desig sexual a l'hora d'abordar l'ús de substàncies associat al *chemsex* en els serveis d'atenció a la salut mental, i especialment en els d'atenció a la drogodependència. La percepció dels participants de l'estudi respecte als centres d'atenció a les drogodependències era que aquests serveis estaven limitats a tractar exclusivament el consum de drogues. Un participant va esmentar que en retrospectiva hagués pogut ser beneficiós conversar sobre sexe en aquests serveis, però que abans no s'havia plantejat que fos útil, apropiat o fins i tot possible. La perspectiva de diversos participants indicava que la implicació proactiva dels professionals en converses sobre sexualitat suposava un suport rellevant i mitigaven l'autoestigma i l'estigma anticipat en aquests espais.

A més, en l'article de Khatmi et al. (2025), els participants van descriure el sistema de salut de forma general com inadequat per a les necessitats específiques de les persones que participen en *chemsex*. Els discursos de les persones entrevistades remarcaven la importància d'una aproximació holística, que integri totes les esferes afectades en el *chemsex*. De la mateixa manera, les persones entrevistades per Hibbert et al. (2021) van reivindicar la falta d'un servei integral per als GBHSH que practiquen *chemsex*. En l'estudi d'Ali et al. (2025) els participants remarcaven que aquests serveis han d'anar fins i tot més enllà de l'atenció a la sexualitat i la drogodependència, incloent altres tipus de suport com ara els serveis socials.

Manca de recursos dels serveis sanitaris

Diversos participants dels estudis revisats van identificar la manca de recursos com una barrera. Entre les principals limitacions assenyalades es trobaven el finançament insuficient, les llargues llistes d'espera i la baixa disponibilitat de serveis especialitzats.

En l'estudi de Hibbert et al. (2021), els participants van posar de manifest la poca disponibilitat de recursos sanitaris amb atenció específica per GBHSH, i ho van relacionar principalment amb la manca de finançament econòmic. Alguns dels participants van atribuir les experiències negatives que van viure en els centres de salut sexual a les restriccions econòmiques i la manca de recursos a les que es veuen sotmesos aquests serveis. Un dels usuaris considerava que el govern hauria d'invertir en salut sexual més enllà de la prevenció amb educació sanitària. Un altre usuari va esmentar que el personal que treballa en aquests serveis està fent tot el possible tenint en compte els recursos disponibles.

La majoria de participants d'aquesta investigació va mencionar acudir als serveis de salut sexual de forma rutinària, sobretot per a la realització de cribratges d'ITS. Alguns van destacar com de ràpid i fàcil era utilitzar els serveis de salut, a més d'obtenir derivacions per a atenció addicional si era necessari. Ara bé, la majoria dels participants va criticar la difícil accessibilitat als centres de salut sexual, explicant llargues llistes d'espera per poder ser atesos, a més de la complexitat per poder aconseguir una cita. També van identificar com a barreres d'accés els horaris d'atenció dels centres, que normalment coincidien amb les seves hores de feina. Un dels participants va proposar l'ús de mètodes en línia per reduir aquestes barreres. Aquesta proposta de serveis en línia també va ser esmentada pels participants de l'estudi d'Ali et al. (2025), fent referència a l'atenció psicològica.

Tornant a Hibbert et al. (2021), pel que fa a altres serveis més enllà de l'atenció a la sexualitat, dos participants van referir haver buscat ajuda després d'un intent autolític que vinculen a la seva participació en *chemsex*. Aquestes persones van descriure la manca de suport disponible per a la salut mental i l'atenció al suïcidi: llargues llistes d'espera i derivacions a serveis que ja no existeixen. Tot i que els participants van aconseguir ajuda alternativa en organitzacions comunitàries, es van trobar amb barreres quan intentaven accedir a l'atenció pública. De la mateixa manera va ocórrer amb els serveis enfocats en tractar la violència sexual.

DISCUSSIÓ

Els resultats obtinguts en la revisió d'articles mostren una elevada coherència amb el *Health Stigma and Discrimination Framework* (Stangl et al., 2019), confirmant la seva utilitat com a model teòric per comprendre les barreres d'accés i de provisió d'una assistència sanitària adequada a les necessitats de les persones que practiquen *chemsex*. En concret, les troballes permeten mapar de manera consistent els diferents dominis del marc —*drivers* i *facilitators*, *stigma marking*, *manifestations* i *outcomes*— al llarg dels diferents nivells socioecològics descrits pel model.

En relació amb el primer domini, els *drivers* i *facilitators*, els resultats evidencien la presència de múltiples factors impulsors de l'estigma, com ara el judici moral envers el consum de drogues en context sexual (Freestone, Xiao, et al., 2025) i la patologització de les seves pràctiques per part d'alguns professionals de la salut (Hibbert et al., 2021). Aquests elements es veuen reforçats per contextos sociopolítics específics, especialment en països amb legislacions restrictives envers l'ús de drogues i les identitats sexuals no normatives (Ali et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025; Tan et al., 2021).

Paral·lelament, s'identifiquen facilitadors estructurals que contribueixen a amplificar o mitigar l'estigma. Entre els facilitadors negatius destaquen la manca de formació dels professionals (Khatmi et al., 2025; Tan et al., 2021), la fragmentació dels serveis sanitaris (Freestone, Xiao, et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025) i la insuficiència de recursos (Hibbert et al., 2021), mentre que els facilitadors positius inclouen la presència de serveis especialitzats, entorns percebuts com a segurs i no jutjadors, especialment aquells liderats per iguals en termes d'identitat sexual o experiència viscuda amb el *chemsex* (Freestone, Storer, et al., 2025; Freestone, Xiao, et al., 2025).

En conjunt, la literatura revisada reforça el paper tant dels factors impulsors com dels facilitadors de l'estigma. Així, Jaspal et al. (2022) descriuen la patologització del *chemsex* com un element que intensifica l'estigma associat a la pràctica, en línia amb els *drivers* identificats. Alhora, Hillyard et al. (2024) posen de manifest que la presència de serveis inclusius amb el col·lectiu LGTBIQ+ i el suport organitzatiu a la diversitat actuen com a facilitadors que milloren l'acceptabilitat dels serveis, reforçant el paper dels facilitadors positius descrits.

Pel que fa al procés de *stigma marking*, entès com el procés de marcatge o instauració de l'estigma (Stangl et al., 2019), tant els resultats de la revisió (Freestone, Xiao, et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025; Tan et al., 2021) com l'evidència aportada per Hillier et al. (2024) mostren com les persones que practiquen *chemsex* són “marcades” a partir de múltiples eixos d'estigmatització, incloent-hi l'orientació sexual, l'estat serològic i el consum de drogues. Aquesta superposició evidencia la presència d'estigma interseccional, tal com planteja el *Health Stigma and Discrimination Framework* (Stangl et al., 2019). Els relats dels participants suggereixen que aquesta interseccionalitat no només intensifica l'experiència d'estigma (Khatmi et al., 2025), sinó que també condiona la seva capacitat de buscar suport i la seva relació amb els serveis de salut (Freestone, Storer, et al., 2025), generant sentiments d'inferioritat, vergonya i manca de legitimitat per rebre atenció (Freestone, Xiao, et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Lunchenkov et al., 2025).

El domini de les *manifestations* (Stangl et al., 2019) és, probablement, el que es reflecteix amb més intensitat en els resultats analitzats. D'una banda, s'identifiquen diverses *experiències d'estigma*, les quals inclouen la discriminació experimentada pròpiament, com ara la negativa a rebre atenció sanitària (Ali et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025) i altres situacions desfavorables que limiten la cerca d'ajuda futura (Hibbert et al., 2021). Hillier et al. (2024) i Pearce et al. (2020) assenyalen de manera semblant que les experiències prèvies d'estigma poden conduir a l'ocultació de la sexualitat i del consum de substàncies, respectivament, en la interacció amb els serveis de salut.

Les *experiències d'estigma*, més enllà de les vivències de discriminació explícita, també inclouen l'estigma percebut i anticipat, que es manifesta en expectatives de judici i en l'evitació dels serveis assistencials, així com l'autoestigma (Freestone, Storer, et al., 2025; Khatmi et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025). Aquest autoestigma es relaciona directament amb conductes d'autocensura i amb la dificultat per abordar el *chemsex* en contextos clínics (Freestone, Xiao, et al., 2025). Les publicacions de Demant et al. (2022) i Hillier et al. (2024) destaquen que les persones que practiquen *chemsex* temen ser estigmatitzades pels serveis de salut quan consideren buscar ajuda, remarcant així el paper de l'estigma anticipat.

De forma paral·lela, es documenten *pràctiques d'estigma* entre les *manifestations*, com ara estereotips, prejudicis i actituds discriminatòries per part de professionals i institucions (Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025). Aquestes pràctiques no només

generen l'estigma, sinó que també el perpetuen, reforçant un cicle de vulnerabilitat (Stangl et al., 2019).

Les manifestacions d'estigma no són homogènies entre els diferents recursos sanitaris. Els resultats mostren que les persones GBHSH que practiquen el consum de drogues sexualitzat tendeixen a preferir centres especialitzats en *chemsex*, serveis liderats per professionals amb experiència prèvia en la pràctica, o bé centres de salut sexual (Freestone, Xiao, et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025). Aquesta preferència s'associa amb la percepció que aquests recursos ofereixen una atenció més propera i menys discriminatòria, així com una millor adequació a les necessitats específiques d'aquest col·lectiu. D'altra banda, els resultats també recullen experiències negatives en els centres d'atenció primària, els serveis de salut mental i, especialment, els serveis d'atenció a la drogodependència, atribuïdes principalment a la seva manca de sensibilitat en l'abordatge del *chemsex* (Freestone, Xiao, et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025).

L'evidència de Hillier et al. (2024) suggereix que la preferència pels recursos especialitzats s'explica per la major competència cultural dels seus professionals, que es tradueix en un interès més gran per les motivacions i el context darrera del consum de substàncies. Aquest fet afavoreix que les persones que practiquen *chemsex* se sentin més compreses i recolzades i, en conseqüència, més disposades a revelar informació personal. L'estudi remarca que la percepció de ser entès és indispensable per a l'accés i la vinculació als serveis terapèutics, i es consolida com un element clau per a la qualitat assistencial.

En paral·lel, Hillyard et al. (2024) concorden que existeix una atenció insuficient a la dimensió sexual en els serveis de salut mental i de drogodependència, fet que pot invisibilitzar o desconnectar el consum de substàncies dels factors d'estrès associats a la sexualitat. Addicionalment, els autors destaquen que els serveis convencionals de drogodependència presenten una orientació predominant cap al consum d'alcohol o de drogues no associades al *chemsex*, i que els enfocaments centrats en l'abstinència d'aquests recursos sovint no estan alineats amb les necessitats de les persones que practiquen el consum de drogues sexualitzat. D'acord amb aquestes troballes, Pearce et al. (2020) assenyalen que els abordatges basats en la reducció de riscos i en models assistencials que tenen en compte l'impacte de les experiències traumàtiques poden resultar més adequats per respondre a les necessitats de les persones que participen en el consum de substàncies.

En relació amb els *outcomes*, s'observa que les *manifestations* de l'estigma generen conseqüències significatives en tots els nivells de l'espectre socioecològic.

A nivell individual, l'autoestigma i l'estigma percebut es tradueixen en una menor capacitat de cercar ajuda de manera activa (Freestone, Storer, et al., 2025; Hibbert et al., 2021) i, per tant, en una menor utilització dels serveis de salut per a l'abordatge del *chemsex*, en l'evitació de proves diagnòstiques de VIH i altres ITS (Freestone, Storer, et al., 2025; Freestone, Xiao, et al., 2025; Khatmi et al., 2025), així com en la reticència a demanar ajuda en situacions d'urgència, com una sobredosi (Lunchenkov et al., 2025). Així, tal com assenyalen Stangl et al. (2019), la vergonya i la por al judici no operen només com a experiències subjectives, sinó com a mecanismes que poden retardar o impedir l'accés efectiu a l'atenció sanitària.

A nivell interpersonal, les manifestacions de l'estigma també afecten la qualitat de la relació entre les persones que practiquen *chemsex* i els professionals de la salut. Les *experiències d'estigma* prèvies de judici, patologització o incomprensió generen desconfiança cap als serveis i condicionen les interaccions futures (Hibbert et al., 2021), de manera que les persones usuàries poden evitar la discussió del consum de substàncies i de les pràctiques sexuals associades (Freestone, Xiao, et al., 2025).

Aquesta dinàmica és coherent amb la literatura sobre la revelació de l'orientació sexual (Ruben i Fullerton, 2018) i amb estudis sobre la revelació del consum de substàncies (Pearce et al., 2020), que identifiquen la por a la discriminació com una barrera rellevant per compartir aquesta informació amb professionals sanitaris. D'aquesta manera, la no revelació de la informació personal s'ha descrit com una estratègia per evitar l'estigma i la discriminació en contextos assistencials, però Ruben i Fullerton (2018) amplien aquesta evidència en assenyalar que la falta de comunicació pot disminuir la qualitat de l'atenció, i en conseqüència, impactar negativament en la salut dels usuaris. En aquest sentit, l'ocultació de la informació relacionada amb les pràctiques associades al *chemsex* limita la capacitat dels professionals per oferir una atenció ajustada a les necessitats reals d'aquesta població.

D'altra banda, Pearce et al. (2020) mostren que les persones que sí revelen el seu consum de substàncies poden experimentar encara una pitjor qualitat de l'atenció, així com una major probabilitat de necessitats sanitàries no cobertes. Aquests resultats evidencien que la revelació del consum no sempre es tradueix en una millor atenció sanitària, sinó que pot exposar les

persones a situacions de discriminació, posant de manifest la persistència de l'estigma en els serveis de salut més enllà del propi estigma anticipat de les persones usuàries.

Aquest impacte interpersonal no només afecta a la relació amb els professionals de la salut, sinó que també s'estén a les xarxes informals de suport. Segons els resultats de l'estudi, la vergonya i l'estigma associats al *chemsex* poden dificultar que les persones comparteixin les seves experiències amb amistats i familiars (Freestone, Storer, et al., 2025), o fins i tot amb altres persones de la comunitat LGTBIQ+ o amb experiència viscuda en *chemsex* (Freestone, Storer, et al., 2025; Khatmi et al., 2025).

En aquesta línia, Nagington i King (2022) indiquen que el suport entre persones que practiquen *chemsex* pot ser beneficiós, però que les interaccions entre iguals solen restringir-se als contextos de trobada sexual i rarament es consoliden com a xarxes de suport sostingudes fora d'aquests espais. Així, el suport entre iguals es descriu com un recurs emocional potencialment útil, però sovint fràgil i insuficient. Això remarca el potencial benefici de les entitats dirigides per agents de salut comunitaris.

De forma similar, els resultats també remarquen com, dins del col·lectiu LGTBIQ+, el consum sexualitzat de drogues està subjecte a silencis i normes implícites (Tan et al., 2021). Aquest argument es troba recolzat per les troballes d'Ahmed et al. (2016), que mostren que fins i tot entre persones que practiquen *chemsex* existeix estigmatització cap a determinades pràctiques considerades de més risc, com el consum injectat o l'ús d'heroïna, fet que contribueix a una segregació interna i a l'aparició d'una jerarquia moral dins del mateix grup.

A nivell organitzacional -organitzacions, institucions socials-, el sistema sanitari va ser descrit com a inadequat per atendre les necessitats dels GBHSH que practiquen *chemsex* (Khatmi et al., 2025). En aquest context, s'observa una preferència pels serveis oferts per organitzacions comunitàries no governamentals, enfront dels serveis públics o institucionals (Ali et al., 2025; Freestone, Storer, et al., 2025; Khatmi et al., 2025), atès que ofereixen condicions més favorables per a la revelació d'informació sensible, com la proximitat, l'assistència integral, el coneixement específic sobre *chemsex* i l'absència de judici moral (Freestone, Storer, et al., 2025, Freestone, Xiao, et al., 2025).

Tanmateix, alguns resultats també indiquen que aquestes entitats de base comunitària poden

presentar limitacions, com ara la manca de formació clínica suficient (Freestone, Storer, et al., 2025), aspecte que també recull Demant et al. (2022). Aquestes evidències posen de manifest la necessitat d'articular models híbrids d'atenció que integrin la competència cultural i la proximitat dels recursos comunitaris amb la capacitat assistencial dels serveis sanitaris formals.

En aquesta línia, la fragmentació dels serveis apareix com un *outcome* especialment rellevant a nivell organitzacional i de polítiques públiques sanitàries. La separació entre serveis de salut dificulta una atenció integral (Ali et al., 2025; Hibbert et al., 2021; Khatmi et al., 2025) a una pràctica que travessa simultàniament la sexualitat, el consum de substàncies i el benestar emocional (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, 2020). Quan els serveis de drogodependències o de salut mental aborden exclusivament el consum i silencien la dimensió sexual, es reproduïx una atenció parcial que no respon a la complexitat de les necessitats expressades pels participants (Freestone, Xiao, et al., 2025). Això reforça l'argument del *Health Stigma and Discrimination Framework*, segons el qual els *outcomes* no només afecten les poblacions estigmatitzades, sinó també la qualitat, disponibilitat i acceptabilitat dels serveis (Stangl et al., 2019).

En coherència amb això, Hillyard et al. (2024) mostren que aquesta fragmentació es tradueix en trajectòries assistencials disperses i poc coordinades, on els pacients transiten entre múltiples serveis a través de derivacions ineficients abans d'accedir al recurs adequat. També assenyalen un desajust freqüent entre les necessitats dels pacients i l'oferta disponible, fet que limita l'accessibilitat real als tractaments, i evidencia les limitacions d'un sistema organitzat per compartiments que no dona resposta a les necessitats interconnectades d'aquestes persones.

En aquest sentit, i atesa la naturalesa multidimensional del *chemsex*, diversos participants dels estudis analitzats relataven no saber a quin dels recursos de salut dirigir-se per rebre suport relacionat amb el consum sexualitzat de drogues (Freestone, Xiao, et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025), mostrant que aquesta descoordinació també es tradueix en desorientació sobre on buscar ajuda. Davant d'això, Hillier et al. (2024) emfatitzen la importància d'un abordatge del *chemsex* holístic i integral, mitjançant serveis específics per abordar la pràctica o itineraris assistencials coordinats entre els diferents recursos de salut.

A nivell de polítiques públiques -lleis i polítiques locals i nacionals-, els resultats mostren que els marcs sociollegals restrictius poden transformar l'estigma en una barrera estructural directa.

En contextos on l'ús de drogues o les sexualitats i identitats de gènere no normatives son criminalitzades, la cerca d'ajuda pot comportar una exposició al risc legal i a la discriminació institucional. Això s'observa en els relats de Lunchenkov et al. (2025) a Rússia, Tan et al. (2021) a Singapur i Ali et al. (2025) a Pakistan, on els participants expressen por a la persecució legal o a la pèrdua d'accés a serveis bàsics de salut.

Concretament, en el cas de Pakistan, s'ha documentat que les persones LGBTIQ+ poden experimentar dificultats d'accés a serveis sanitaris, derivades principalment de la por a la discriminació i a la manca de confidencialitat en la relació entre pacient i professional sanitari (UK Home Office, 2025a). En el cas de Rússia, la literatura indica la presència de discriminació en entorns clínics, incloent experiències de tracte discriminatori després de la revelació de la seva orientació sexual o identitat de gènere, així com pràctiques coercitives orientades a modificar aquestes identitats, sovint descrites com a formes assimilables a teràpies de conversió²⁶ (UK Home Office, 2025b; The Advocates for Human Rights & Moscow Community Center for LGBT+ Initiatives, 2022).

En marcs sociollegals menys restrictius com el Regne Unit, encara es poden observar limitacions en la implementació d'estratègies de reducció de danys en espais d'oci nocturn o clubs de sexe associats a pràctiques de *chemsex*, a causa de legislacions punitives envers l'ús de drogues (Naulls et al., 2025). Existeix literatura com la de Janes (2025) i Ruane (2025), que analitza aquesta qüestió en contextos més *mainstream*²⁷ del mateix àmbit nacional, com els festivals de música, i suggereix que les intervencions de reducció de danys podrien implementar-se mitjançant serveis anònims. Tanmateix, aquests treballs assenyalen que la seva implementació pot veure's limitada per les polítiques vigents de control de drogues al Regne Unit i per restriccions legals i logístiques en espais recreatius, evidenciant una bretxa entre les intervencions potencials i la seva aplicació efectiva a nivell de salut pública.

A més, aquesta realitat evidencia les mancances de les estratègies actuals de salut pública i comunitària, especialment si es comparen amb respostes històriques com les desenvolupades durant la crisi de la síndrome de la immunodeficiència adquirida (SIDA), en què els espais de la

²⁶ Teràpies de conversió: intervencions de naturalesa diversa que, partint de la creença errònia que l'orientació sexual i la identitat de gènere poden i haurien de ser modificades, pretenen convertir persones gais, lesbianes o bisexuals en heterossexuals, i persones *trans* en cisgènere. Alguns dels mètodes emprats son clandestins, i per tant estan poc documentats (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2020).

²⁷ *Mainstream*: predominant, indica que correspon a la tendència general (Enciclopèdia Catalana, n.d.).

comunitat gai van tenir un paper actiu i central en les intervencions preventives i de reducció de riscos (Naulls et al., 2025).

Alhora, en contextos amb mancances en la cobertura pública (Hibbert et al., 2025) o elevada discriminació institucional (Ali et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025; Tan et al., 2021), l'accés a serveis privats pot convertir-se en una alternativa percebuda com a més viable. Tanmateix, aquesta opció pot veure's condicionada per la situació socioeconòmica de les persones, limitant-ne l'accessibilitat i contribuint a la reproducció de desigualtats en salut, tal com assenyala Bashir et al. (2024), que mostren com els models basats en pagaments directes poden excloure a les persones amb menys recursos.

De forma semblant, Hillyard et al. (2024) suggereixen que fins i tot en contextos amb sistemes sanitaris públics, alguns pacients opten per serveis privats degut a factors com la disponibilitat i la rapidesa d'accés, fet que reforça la possibilitat de coexistència de circuits assistencials desiguals dins d'un mateix territori.

Dins dels propis contextos nacionals també hi ha diferències estructurals entre les zones urbanes i les zones rurals que condicionen la disponibilitat de serveis especialitzats. D'aquesta manera, les persones que viuen fora dels grans nuclis urbans poden tenir menys possibilitats d'accedir a recursos amb coneixement específic sobre drogodependències o *chemsex* (Freestone, Xiao, et al., 2025; Khatmi et al., 2025; Lunchenkov et al., 2025). Kennedy et al. (2021) observen que els GBHSH atesos en clíniques rurals reportaven una major necessitat no coberta de serveis específics, i Easpaig et al. (2022) descriuen una menor disponibilitat de serveis especialitzats i una major càrrega associada als desplaçaments per a poblacions LGBTIQ+ en contextos rurals.

En síntesi, la discussió mostra que les barreres identificades no operen de manera aïllada, sinó que s'articulen al llarg dels diferents nivells socioecològics descrits pel *Health Stigma and Discrimination Framework*. L'estigma apareix com un eix transversal que connecta les experiències individuals, les interaccions amb els professionals de salut i les seves xarxes relacionals, l'organització dels serveis i els condicionants sociollegals. D'aquesta manera, el marc teòric permet ordenar i interpretar de manera integrada els resultats de la revisió, evidenciant la relació entre els processos d'estigmatització i les dificultats d'accés i de recepció d'una atenció sanitària adequada en el context del *chemsex*.

CONCLUSIONS

A partir de la revisió d'articles realitzada, els resultats indiquen que, des de la perspectiva de les persones GBHSH que practiquen *chemsex*, existeix una àmplia gama de barreres que dificulten l'accés i la recepció d'una atenció sanitària adequada. En conjunt, aquestes barreres condicionen l'ús dels serveis de salut, la demanda d'ajuda i la possibilitat de rebre una atenció ajustada a les seves necessitats.

Les barreres identificades s'estructuren en tres àmbits interrelacionats: barreres individuals, barreres relacionades amb el personal sanitari i les barreres estructurals. En l'àmbit personal, destaquen el desconeixement dels recursos disponibles i l'autoestigma i l'autocensura; en l'àmbit relacionat amb el personal de salut, l'estigma i la manca de coneixement específic sobre la pràctica; i, en l'àmbit estructural, les desigualtats geogràfiques, les limitacions sociollegals, la fragmentació dels serveis de salut i la manca de recursos..

Malgrat aquesta classificació, les barreres no operen de manera aïllada, sinó dinàmica i interdependent. Des de la perspectiva del *Health Stigma and Discrimination Framework*, l'estigma actua com a eix transversal que connecta els diferents nivells i contribueix a la reproducció de desigualtats en salut. Aquesta interacció entre factors individuals, relacionals i estructurals reforça la persistència de dificultats d'accés i provisió de serveis, especialment en contextos marcats per legislacions restrictives envers les persones LGTBIQ+ i el consum de substàncies.

D'aquesta manera, la provisió d'una atenció sanitària adequada per a les persones GBHSH que practiquen *chemsex* requereix tenir en compte tant les experiències i percepcions de les persones usuàries com les condicions dels serveis i del context en què aquests s'organitzen. Així, es fa necessari un abordatge integral que superi les intervencions centrades exclusivament en l'individu i incorpori transformacions organitzatives i polítiques.

Els resultats també assenyalen els punts prioritaris d'intervenció per proporcionar una assistència integral ajustada a la complexitat d'aquesta població: millorar la formació dels professionals, afavorir la integració de serveis especialitzats i/o enfortir la coordinació entre serveis de salut sexual, salut mental i d'atenció a les addiccions, reforçar les organitzacions comunitàries, millorar l'accessibilitat territorial i econòmica, i desenvolupar polítiques orientades a la reducció de l'estigma i la discriminació.

LIMITACIONS

Aquest treball presenta diverses limitacions que cal considerar en la interpretació dels resultats. En primer lloc, la literatura disponible que vincula el *chemsex* amb l'assistència sanitària continua sent relativament limitada. Així doncs, pel que fa a l'abast de l'estudi, inicialment es va plantejar centrar la revisió dins del context europeu, ja que es considerava rellevant incloure experiències emmarcades en sistemes sanitaris similars, i així facilitar la interpretació dels resultats. No obstant això, la manca d'estudis europeus que complissin els criteris d'elegibilitat va fer necessari ampliar l'abast de la cerca a altres regions, fet que incrementa l'heterogeneïtat dels contextos socioculturals, legals i sanitaris analitzats, i pot comprometre l'extrapolació dels resultats a altres contextos, com ara el de l'Estat espanyol.

L'escassetat d'investigacions qualitatives originals sobre la temàtica pot haver limitat la disponibilitat de dades primàries i, en conseqüència, la profunditat de l'anàlisi. Addicionalment, gran part de la recerca revisada es basa en mostres de població reclutades a través de serveis comunitaris i de salut sexual, la qual cosa pot generar biaixos de selecció i infrarepresentar persones que no estan vinculades a aquests recursos assistencials. Aquest aspecte és especialment rellevant, atès que les persones amb experiències més marcades d'estigma, exclusió o desconexió institucional podrien quedar infrarepresentades en la literatura.

Finalment, la naturalesa sensible i estigmatitzada del *chemsex* pot haver influït en la disponibilitat i profunditat dels relats recollits en els estudis primaris, especialment en contextos amb elevada discriminació institucional o criminalització de les drogues i de les identitats LGBTIQ+, on la participació en recerca pot percebre's com un risc.

Futures investigacions haurien de generar més evidència qualitativa sobre *chemsex* i assistència sanitària en el context de l'Estat espanyol, atesa la manca d'estudis específics en aquest àmbit. Seria especialment rellevant incloure persones que no estan vinculades a serveis comunitaris o de salut sexual, per reduir possibles biaixos de selecció i recollir experiències d'usuaris més allunyats dels recursos assistencials. També caldria explorar diferències territorials dins de l'Estat espanyol, especialment entre grans ciutats i zones amb menor disponibilitat de serveis especialitzats.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ahmed, A. K., Weatherburn, P., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Bourne, A. (2016). Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *The International Journal on Drug Policy*, 38, 29–35.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.007>

Agència de Salut Pública de Catalunya. (s. d.). *Chemsex*.
<https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/addiccions/professionals/reduccio-danys/chemsex/>

Agència de Salut Pública de Catalunya. (2022). *Profilaxi Pre-Exposició al VIH (PrEP)*.
<https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/vih-sida-its-hv/vih-sida/profilaxi-pre-exposicio-vih/>

Agència de Salut Pública de Catalunya. (2025). *Profilaxi Postexposició (PPE) per a la prevenció de la infecció pel VIH*.
<https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/vih-sida-its-hv/vih-sida/profilaxi-post-exposicio-no-ocupacional-ppeno/>

Agencia de la Unión Europea sobre Drogas. (2021). *Policonsumo: respuestas sanitarias y sociales*.
https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses_es

Agencia de la Unión Europea sobre Drogas. (2023). *Spotlight on... Addressing sexual health issues associated with drug use*.
https://www.euda.europa.eu/spotlights/addressing-sexual-health-issues-associated-drug-use_en

Ali, U., Samo, R. N., Riaz, U., Ullah, A., Shahswar Ali, M., Ali, S. A., & Maqsood, K. (2025). Factors, practices and health needs of men who have sex with men, transgender and female sex workers engaged in sexualized drug use in Pakistan. *AIDS care*, 37(10), 1768–1784.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2025.2545302>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Bashir, S., Kishwar, S., Nasir, M., & Ali, S. (2024). Socioeconomic Inequalities in Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Pakistan. *The International Journal of Public Health*, 69, 1607313. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607313>

Blanchette, M., Flores-Aranda, J., Bertrand, K., Lemaître, A., Jauffret-Roustide, M., & Goyette, M. (2024). Sexualized substance use among gbMSM: Their perspectives on their intervention needs and counsellor competencies. *Journal of substance use and addiction treatment*, 159, 209258. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.209258>

Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299–307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>

Cano Arana, A., González Gil, T., & Cabello López, J. B. por CASPe. (2010). *Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. En CASPe, *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica* (Cuaderno III, pp. 3-8). CASPe. https://redcaspe.org/plantilla_cualitativa.pdf

Curto Ramos, J., & Martín Carbonero, L. (2024). *Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios*. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/guia_chemsex.pdf

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2013). *Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya*. <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2013-Codi-d%88tica-de-les-infermeres-i-infermers-de-Catalunya..pdf>

DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The lancet. HIV*, 4(8), e357–e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)

Demant, D., Carroll, J. A., Saliba, B., & Bourne, A. (2022). Information-seeking behaviours in Australian sexual minority men engaged in chemsex. *Addictive Behaviors Reports*, 16, 100399. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100399>

Easpaig, B. N. G., Reynish, T. D., Hoang, H., Bridgman, H., Corvinus-Jones, S. L., & Auckland, S. (2022). A systematic review of the health and health care of rural sexual and gender minorities in the UK, USA, Canada, Australia and New Zealand. *Rural and Remote Health*, 22(3), 6999. <https://doi.org/10.22605/RRH6999>

Enciclopèdia Catalana. (n.d.). *Gran Diccionari de la Llengua Catalana*. <https://www.diccionari.cat/>

Eustaquio, P. C., Smyth, J., & Salisi, J. A. (2024). The Risks for HIV and Sexually Transmitted Infections Among Men Who Have Sex with Men Who Engage in Chemsex in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS and behavior*, 28(9), 3060–3079. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s10461-024-04393-0>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). *Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024*. [Monitoring-of-responses-to-STIs-in-EU-EEA-2024.pdf](https://ecdc.europa.eu/en/files/2025/01/monitoring-of-responses-to-stis-in-eu-eea-2024.pdf)

Evers, Y. J., Hoebe, C. J. P. A., Dukers-Muijters, N. H. T. M., Kampman, C. J. G., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D., Bakker, N. C. M., Schamp, S. M. A. A., Van Buel, H., Van Der Meijden, W. C. J. P. M., & Van Liere, G. A. F. S. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex - a cross-sectional study in the Netherlands. *Preventive medicine reports*, 18, 101074. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101074>

Freestone, J., Storer, D., Siefried, K. J., Bourne, A., Prestage, G., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Xiao, B. J., Murphy, D., Degenhardt, L., & Hammoud, M. (2025). Implementation and formative evaluation of a peer-led chemsex intervention targeting sexualised crystal methamphetamine and GHB use: the M3THOD study. *Harm reduction journal*, 22(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01329-2>

Freestone, J., Xiao, B. J., Siefried, K. J., Bourne, A., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Degenhardt, L., Varma, R., Prestage, G., & Hammoud, M. (2025). Exploring experiences of talk therapies among gay and bisexual men seeking to reduce or abstain from using crystal methamphetamine in the context of chemsex. *Drug and alcohol review*, 44(3), 711–722. <https://doi.org/10.1111/dar.13999>

Freestone, J., Bourne, A., Layard, E., Prestage, G., Murray, J., & Siefried, K. J. (2022). Playing at the edges, navigating sexual boundaries, and narrating sexual distress; Practices and perspectives of sexuality and gender diverse people who use GHB. *The International Journal of Drug Policy*, 108, 103811. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103811>

Galicía, P., Chuvieco, S., Santos Larrégola, L., Cuadros, J., Ramos-Rincón, J. M., & Linares, M. (2023). Conocimiento sobre chemsex, profilaxis pre-exposición contra el VIH (PrEP) y entrevista sexual en atención primaria: ¿estamos preparados? [Awareness of chemsex, pre-exposure prophylaxis, and sexual behavior in primary health care in Spain]. *Semergen*, 49(4), 101929. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101929>

Gaudette, M., Ortiz-Paredes, D., Bourne, A., Gaudette, Y., Flores-Aranda, J., Knight, R., & Ferlatte, O. (2025). Understanding the Needs and Experiences With Health Services of Gay and Bisexual Men (GBM) Who Engaged in Chemsex During the First Year of the COVID-19 Pandemic in Quebec, Canada. *Qualitative Health Research*, 35(13): 1423-1436. <https://doi.org/10.1177/10497323241302973>

Gaudette, Y., Flores-Aranda, J., & Heisbourg, E. (2022). Needs and experiences of people practising chemsex with support services: Toward chemsex-affirmative interventions. *Journal of Men's Health*, 18(12). <https://doi.org/10.22514/jomh.2022.003>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Grupo de Trabajo sobre chemsex. (2019). *Informe sobre chemsex en España*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. <https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/CHEMSEX/profesionales/docs/informeCHEMSEX20ene20.pdf>

Harm Reduction International. (2021). *Chemsex and harm reduction for gay men and other men who have sex with men*.
https://hri.global/wp-content/uploads/2022/10/HRI_Briefing_Chemsex_July_2021_Final-1.pdf

Hatzenbuehler, M. L., Lattanner, M. R., McKetta, S., & Pachankis, J. E. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: a narrative review of quantitative studies. *The Lancet. Public health*, 9(2), e109–e127. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00312-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00312-2)

Herek G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *Nebraska Symposium on Motivation*, 54, 65–111.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_4

Hibbert, M. P., Germain, J. S., Brett, C. E., Van Hout, M. C., Hope, V. D., & Porcellato, L. A. (2021). Service provision and barriers to care for men who have sex with men engaging in chemsex and sexualised drug use in England. *The International journal on drug policy*, 92, 103090. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103090>

Hillier, B., Carthy, E., Kalk, N., Moncrieff, M., Pakianathan, M., Tracy, D., Bowden-Jones, O., Hickson, F., & Forrester, A. (2024). Developing a coordinated response to chemsex across health, justice and social care settings: expert consensus statement. *BJPsych bulletin*, 48(5), 306-313. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.46>

Hillyard, M., Cockbain, B., Drummond, C., Rimes, K., & Roberts, E. (2026). Barriers and facilitators to accessing addiction treatment services for sexual minority (LGBQ+) people: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 1-11.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2026.10589>

Huang, P. (2024). Slamsex as slow edgework: Sexualized drug use and harm reduction in post-AIDS Taiwan. *The International Journal on Drug Policy*, 133, 104613.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104613>

Janes, J. (2025). Welfare first: Transforming harm reduction at UK festivals. *Harm Reduction Journal*, 22(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01184-1>

Jaspal, R. (2022). Chemsex, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12124. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912124>

Kennedy, R., Murira, J., Foster, K., Heinsbroek, E., Keane, F., Pal, N., Chalmers, L., & Sinka, K. (2021). Sexualized drug use and specialist service experience among MSM attending urban and rural sexual health clinics in England and Scotland. *International journal of STD & AIDS*, 32(14), 1338–1346. <https://doi.org/10.1177/09564624211041456>

Khatmi, N., Roux, P., Spire, B., & Protière, C. (2025). The sociodynamics of chemsex: Stakeholders' perspectives in France - Results from the ANRS-PaacX study. *SSM - Qualitative Research in Health*, 7, 100542. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100542>

Kim, K., Choi, J. S., Choi, E., Nieman, C. L., Joo, J. H., Lin, F. R., Gitlin, L. N., & Han, H. R. (2016). Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *American journal of public health*, 106(4), e3–e28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302987>

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Lunchenkov, N., Rinne-Wolf, S., Hughes, T., & Dwyer, B. (2025). The Experience of Chemsex and Accessing Medical Care for Gay, Bisexual and Other MSM in Russia: An Interpretive Phenomenological Analysis. *The Journal of sex research*, 62(3), 360–366. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2314690>

Metropolitan Government of Nashville and Davidson County. (2015). *Substitute ordinance no. BL2015-1099: An ordinance amending Title 17 of the Metropolitan Code, zoning regulations, pertaining to sex clubs*. <https://www.nashville.gov/sites/default/files/2021-09/150423m.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2020). *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España*. https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/documentosInformes/docs/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienen sexo_con otros hombres_Acces.pdf

Nagington, M., & King, S. (2022). Support, care and peer support for gay and bi men engaging in chemsex. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6396–e6403. <https://doi.org/10.1111/hsc.14081>

Naulls, S., Oniti, K., Eccles, J., & Stone, J. M. (2025). Barriers to uptake of harm reduction techniques for GBMSM who use drugs in night-clubs and sex-on-premises venues in London and the Southeast: a mixed-methods, qualitative study. *Harm reduction journal*, 22(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01159-2>

Navarro-Aguilar, M.E., Trenc-Español, P., Pérez-Pañart, I., Gay-Sanz, B., Aladrén-Pérez, B., Navarro-Calzada, J., & Grupo VIH-SEMES Aragón (2024). Knowledge of chemsex and pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV in emergency departments in Aragon. Conocimiento sobre chemsex y profilaxis preexposición contra el VIH (PREP) en los servicios de urgencias de Aragón. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 36(4), 313–316. <https://doi.org/10.55633/s3me/060.2024>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2020). *Practices of so-called “conversion therapy”*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/SexualOrientation/ConversionTherapyReport_SP.pdf

O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2026). *General principles of poisoning*. MSD Manual Professional Version. <https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/poisoning/general-principles-of-poisoning>

Organització Mundial de la Salut. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. <https://iris.who.int/handle/10665/43470>

Organització Mundial de la Salut. (2022). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. <https://files-hivpreventioncoalition.unaids.org/gpc/attachments/consolidated-guidelines-on-hiv-viral-hepatitis-and-sti-prevention-diagnosis-treatment-and-care-for-key-populations.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pearce, L. A., Homyra, F., Dale, L. M., Moallef, S., Barker, B., Norton, A., Hayashi, K., & Nosyk, B. (2020). Non-disclosure of drug use in outpatient health care settings: Findings from a prospective cohort study in Vancouver, Canada. *The International Journal on Drug Policy*, 84, 102873. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102873>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Platteau, T., Herrijgers, C., Barvaux, V., Vanden Berghe, W., Apers, L., & Vanbaelen, T. (2025). Chemsex and its impact on gay and bisexual men who have sex with men: Findings from an online survey in Belgium. *HIV medicine*, 26(2), 295–301. <https://doi.org/10.1111/hiv.13717>

Poulios, A. (2022). *Harm reduction in the context of chemsex: training manual*. AIDS Action Europe. <https://www.aidsactioneurope.org/en/node/2026>

Public Health England. (2015). *Substance misuse services for men who have sex with men involved in chemsex*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74bf61e5274a3f93b487db/Substance_misuse_services_for_men_who_have_sex_with_men_involved_in_chemsex.pdf

Ruane, D. (2025). Reluctant risk-takers: how law enforcement practices at festivals can obstruct safer drug use. *The International Journal on Drug Policy*, 145, 105013. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.105013>

Ruben, M. A., & Fullerton, M. (2018). Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: A meta-analysis and review. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1549–1560. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.001>

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2020). Abordaje del fenómeno del chemsex. *Ministerio de Sanidad*. https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/CHEMSEX/profesionales/docs/CHEMSEX_ABORDAJE.pdf

Soriano-Ocón, R., & del Amo, J. (2020). Abordaje del fenómeno del chemsex: Una propuesta desde el Plan Nacional sobre el Sida. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202009107. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/673>

Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

Stop Sida. (2021). *Homosalud 2020: Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España. Informe de resultados*. https://stopsida.org/wp-content/uploads/2021/05/HOMOSALUD_Informe_13052021-1.pdf

Subdirecció General de Drogodependències. (2021). *CHEMSEX: prevenció, detecció i abordatge a Catalunya*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6541/chemsex_prevenccio_deteccio_abordatge_catalunya_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Gan, D. C. J., Ho, L. P. P., Ong, E. J., & See, M. Y. (2021). Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *The International journal on drug policy*, 97, 103333. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103333>

Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R., Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men - MSM - who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 2, 100043. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2022.100043>

TERMCAT. (n.d.) *TERMCAT, Centre de terminologia*. <https://www.termcat.cat/>

The Advocates for Human Rights, & Moscow Community Center for LGBT+ Initiatives. (2022). *Russia's compliance with International Convention on Civil and Political Rights: LGBTI Rights*. <https://www.theadvocatesforhumanrights.org/Res/Russia%20ICCPR%20LGBT%20MCC%20TAHR.pdf>

The EMIS Network. (2013). *EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. https://www.emis-project.eu/wp-content/uploads/2022/09/emis-2010_european_msm_internet_survey_38_countries_v5.pdf

The EMIS Network. (2025). *EMIS-2024 - 1er informe de la comunidad. Principales conclusiones de EMIS-2024 sobre salud mental y chemsex*. [Spanish_EMIS-2024_Community-Report01.pdf](#)

UK Home Office. (2025a). *Pakistan: Sexual orientation and gender identity or expression* (Country Policy and Information Note, Version 6.0). <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/69285b30a245b0985f0341de/PAK+CPIN+Sexual+orientation+and+gender+identity+or+expression.pdf>

UK Home Office. (2025b). *Country policy and information note: Russia: Sexual orientation and gender identity and expression* (Country Policy and Information Note, Version 2.0). <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/684ae112efd2a4de6296ff43/RUS+CPIN+SOGIE.pdf>

Yip, K., & Tanen, D. (2025). *Serotonin syndrome*. MSD Manual Professional Version.
<https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/heat-illness/serotonin-syndrome>

ANNEXOS

ANNEX 1

La Taula 3 recull les principals substàncies emprades en el *chemsex* i en descriu; de manera resumida, els noms populars, les formes de presentació, les vies d'administració, els efectes, les complicacions i el temps de durada.

Taula 3. Resum de les principals substàncies emprades en el *chemsex*

SUBSTÀNCIES I NOMS POPULARS	FORMES DE PRESENTACIÓ	VIES D'ADMINISTRACIÓ	EFFECTES	COMPLICACIONS	TEMPS DE DURADA
MEFEDRONA I ALTRES CATINONES (<i>mefe, miau-miau, sals de bany</i>)	Pols, cristalls, comprimits o càpsules.	Oral, esnifada, intravenosa (<i>slam</i>) o intrarectal.	Estimulant, excitació, sentiments d'empatia.	Síndrome simpaticomimètica ²⁸ , síndrome serotoninèrgica ²⁹ , símptomes psicòtics, agitació, dependència, toxicitat cardiològica i renal.	Oral: 4-6h. Intravenosa: 45 min-1h. Esnifada: 1h.
METANFETAMINA (<i>tina, crystal, meth, T</i>)	Pols o cristalls.	Fumada, esnifada, Intravenosa (<i>slam</i>) o intrarectal.	Estimulant, desinhibició, autoconfiança, disminució de la son i la gana.	Síndrome simpaticomimètica, símptomes psicòtics, toxicitat cardiològica, hipertensió, taquicàrdia, agitació, dependència,	6-8h.

²⁸ Síndrome simpaticomimètica: és un toxiàndrome que cursa amb hiperactivació del sistema simpàtic: taquicàrdia, hipertensió, midriasi, diaforesi, agitació, convulsions, hipertèrmia i, amb l'ús crònic, psicosi (O'Malley i O'Malley, 2026).

²⁹ Síndrome serotoninèrgica: afectació potencialment mortal que es produeix per una activitat augmentada del sistema nerviós central (SNC) que acostuma a estar relacionada amb fàrmacs. Els símptomes poden incloure canvis en l'estat mental com l'ansietat, l'agitació i el deliri; hiperactivitat autonòmica, que cursa amb taquicàrdia, hipertensió, hipertèrmia, diaforesi, calfreds, vòmits, diarrea...; i hiperactivitat neuromuscular, que cursa amb tremolors, rigidesa i hiperreflexia (Yip i Tanen, 2025).

				depressió i ideació autolítica.	
GHB (G, èxtasi líquid, Gina, chorri)	Líquid transparent.	Oral.	Depressor del SNC, sedació, relaxació, desinhibició o estimulació sexual.	Somnolència, pèrdua de control motor, broncoaspiració, coma. En abstinència: convulsions, deliri, agitació, coma.	1-2h. Efecte acumulatiu.
COCAÏNA (coca, farlopa, tema)	Pols o pedres.	Esnifada o fumada.	Estimulant, eufòria, exaltació de l'estat d'ànim, disminució de la son i de la gana.	Síndrome simpaticomimètica, taquicàrdia, arrítmies, vasoespasme, isquèmia, símptomes psicòtics.	45 min.
KETAMINA (keta, k, special k)	Pols o cristalls.	Esnifada, oral, intramuscular o intravenosa (slam).	Dissociativa. Dosis baixes: estimulants i desinhibidors, augment del desig sexual. Dosis altes: alteracions perceptives, símptomes dissociatius.	Nàusees, vòmits, cefalea, desorientació, caigudes, símptomes confusos/dissociatius, hepato i nefrotoxicitat.	Esnifada: 45 min. Oral: 3h.
MDMA (èxtasi, m, cristal)	Pols, cristalls o comprimits.	Oral o esnifada.	Estimulant, empatògen, sensacions d'empatia, acceptació, connexió.	Síndrome simpaticomimètica, ansietat, taquicàrdia, bruxisme, hipertèrmia brusca.	4-6h.

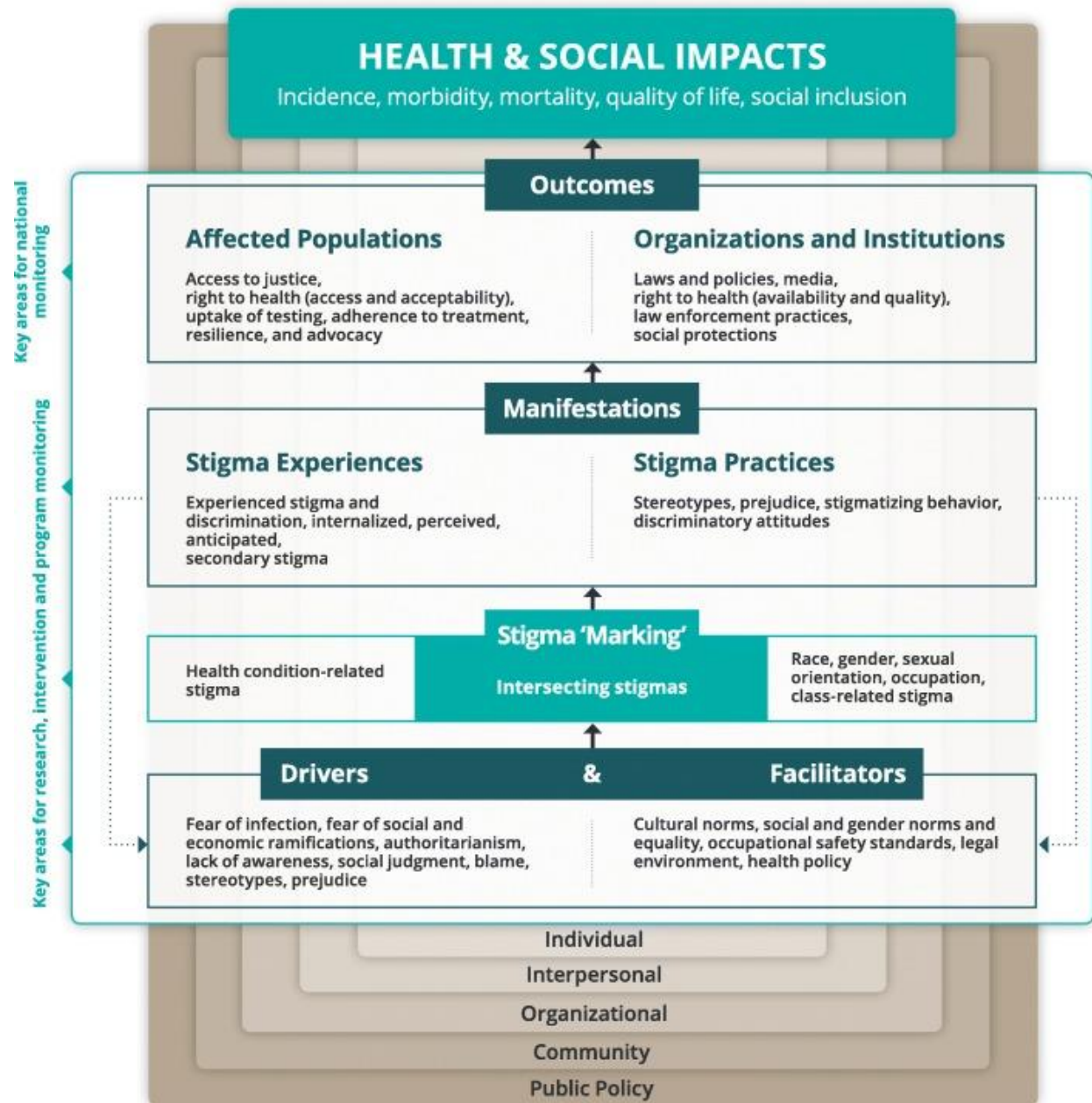
CANNABIS	Fulles seques, resina o oli.	Fumada o oral.	Cannabinoide. Relaxació, riure incontrolable, potenciació dels sentits.	Síntomes psicòtics, ansietat, lentitud de moviments, marejos, vòmits, disminució de la tensió arterial.	3-4h.
CLORETILO	Gas.	Inhalada (impregnant una tela).	Depressor del SNC, eufòria, riure incontrolable, sensació de calor, confusió, dissociació.	Atàxia, disàrtria, tremolors, al·lucinacions.	Diversos minuts.
NITRITS D'ALQUIL / BUTIL (poppers)	Líquid volàtil	Inhalada.	Eufòria, excitació, intensificació de llums i sons, sensació de mareig.	Mareig, taquicàrdia, cefalea, retiniana, toxicitat	1-2 min.
FÀRMACS PER A LA DISFUNCIÓ ERÈCTIL	Comprimits.	Oral.	Faciliten i mantenen l'erecció.	Cefalea, envermelliment, congestió nasal, mareig, somnolència, visió borrosa, palpitations, elevació d'enzims hepàtics.	Depèn del fàrmac, entre 2-17h.

Font: traducció i adaptació pròpia a partir de Curto Ramos i Martín Carbonero (2024).

ANNEX 2

La Figura 2 presenta, en forma d'esquema, el *Health Stigma and Discrimination Framework*.

Figura 2. Esquematzació del *Health Stigma and Discrimination Framework*



Font: reproduït de Stangl et al. (2019), sota llicència Creative Commons Attribution 4.0.

ANNEX 3

La Taula 4 presenta l'adaptació al català de la plantilla CASPe "10 preguntas CASPe para ayudarte a entender un estudio cualitativo" (Cano Arana et al., 2010), utilitzada per sistematitzar el procés de lectura crítica dels articles potencialment inclosos en la revisió.

Taula 4. 10 preguntes CASPe per ajudar-te a entendre un estudi qualitatiu

10 PREGUNTES CASPe PER AJUDAR-TE A ENTENDRE UN ESTUDI QUALITATIU	
A/ ELS RESULTATS DE L'ESTUDI SÓN VÀLIDS?	
1. Es van definir de forma clara els objectius de la investigació? a. Queda implícita/explicita la pregunta d'investigació? b. S'identifica amb claredat els objectius de l'investigació? c. Es justifica la rellevància dels mateixos?	Sí / No / No ho sé.
2. Es considera congruent la metodologia qualitativa? a. Si la investigació pretèn explorar les conductes o experiències subjectives dels participants respecte el fenomen d'estudi. b. És apropiada la metodologia qualitativa per donar resposta als objectius d'investigació plantejats?	Sí / No / No ho sé.
3. El mètode d'investigació és adequat per assolir els objectius? a. Si l'investigador fa explícit i justifica el mètode escollit.	Sí / No / No ho sé.
4. L'estratègia de selecció de participants és congruent amb la pregunta d'investigació i el mètode utilitzat? a. Hi ha explicació relativa a la selecció dels participants. b. Justifica per què els participants seleccionats eren els més adequats per accedir al tipus de coneixement que requeria l'estudi. c. L'investigador explica qui, com i on es va convocar als participants de l'estudi.	Sí / No / No ho sé.
5. Les tècniques de recollida de dades utilitzats són congruents amb la pregunta d'investigació i el mètode utilitzat?	Sí / No / No ho sé.

a. L'àmbit de l'estudi està justificat b. Si s'especifica clarament i es justifica la tècnica de recollida de dades. c. Si es detallen aspectes concrets del procés de recollida de dades. d. Si s'ha modificat l'estratègia de recollida de dades al llarg de l'estudi i si és així, explica l'investigador com i per què? e. Si s'explicita el format de registre de dades. f. Si l'investigador arriba a la saturació de dades i hi reflexiona.	
6. S'ha reflexionat sobre la relació entre l'investigador i l'objecte d'investigació? a. Si l'investigador ha examinat de forma crítica el seu propi rol en el procés d'investigació, incloent biaixos potencials (en la formulació de la pregunta d'investigació, en la recollida de dades inclosa la selecció de participants i l'elecció de l'àmbit d'estudi) b. Si l'investigador reflexa i justifica els canvis conceptuals (reformulació de la pregunta i objectius de la investigació) i metodològics (criteris d'inclusió, estratègia de mostreig...)	Sí / No / No ho sé.
7. S'han tingut en compte els aspectes ètics? a. Si l'investigador ha detallat aspectes relacionats amb: consentiment informat, confidencialitat de dades, maneig de la vulnerabilitat emocional. b. Si s'ha sol·licitat aprovació d'un comitè d'ètica.	Sí / No / No ho sé.
B/ QUINS SÓN ELS RESULTATS?	
8. L'anàlisi de dades va ser suficientment rigorós? a. Si hi ha una descripció detallada del tipus d'anàlisi i del procés. b. Si queda clar com les categories o temes emergents van derivar de les dades. c. Si es presenten fragments originals de discurs significatius per	Sí / No / No ho sé.

il·lustrar els resultats i es referència la seva procedència. d. Fins a quin punt s'ha tingut en compte en el procés d'anàlisi les dades contradictòries. e. Si l'investigador ha examinat de forma crítica el seu propi rol i la seva subjectivitat d'anàlisi.	
9. És clara l'exposició de resultats? a. Els resultats corresponen a la pregunta d'investigació. b. Els resultats s'exposen d'una forma detallada, comprensible. c. Si es comparen o discuten les troballes de l'investigació amb els resultats d'investigacions prèvies. d. Si l'investigador justifica estratègies portades a terme per assegurar la credibilitat dels resultats. e. Si es reflexiona sobre les limitacions de l'estudi.	Sí / No / No ho sé.
C/ ELS RESULTATS SÓN APLICABLES AL TEU MITJÀ?	
10. Són aplicables els resultats de la investigació? a. L'investigador explica la contribució que els resultats aporten al coneixement existent i a la pràctica clínica. b. S'identifiquen línies futures d'investigació. c. L'investigador reflexiona al voltant de la transferibilitat dels resultats a altres contextos. d. Els resultats ajudaran a donar resposta als objectius plantejats?	Sí / No / No ho sé.

Font: traducció i adaptació pròpia a partir de Cano Arana et al. (2010).

ANNEX 4

La Taula 5 mostra el compliment de cadascun dels 10 criteris de qualitat CASPe proposats per Cano Arana et al. (2010) per a estudis qualitatiu, així com el nombre total de criteris complerts per cada article.

Taula 5. Compliment de les 10 preguntes CASPe per a estudis qualitatiu

Articles amb lectura del text complet		Resposta positiva a cadascuna de les 10 Preguntes CASPe pels estudi qualitatiu										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Tan et al. (2021)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
2	Hibbert et al. (2021)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
3	Ali et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
4	Freestone, Storer, et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
5	Lunchenkov et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
6	Freestone, Xiao, et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	9/10
7	Naulls et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
8	Khatmi et al. (2025)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10/10
9	Freestone et al. (2022)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		8/10
10	Huang (2024)	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		7/10

Font: elaboració pròpia.

ANNEX 5

La Taula 6 recull les dades principals dels estudis inclosos en la revisió: el títol, l'autoria, la revista de publicació, l'any i el país; el disseny i els mètodes emprats; i els resultats i les conclusions de cada article.

Taula 6. Característiques i resultats dels estudis inclosos a la revisió

Article 1: Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore.	
Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Gan, D. C. J., Ho, L. P. P., Ong, E. J., & See, M. Y. Revista: The International journal on drug policy, novembre 2021. País: República de Singapur.	Entrevistes qualitatives semiestructurades en profunditat a 33 GBHSH amb història de búsqueda d'assistència relacionada amb la seva participació en <i>chemsex</i> a Singapur. L'entrevista es centra en les experiències dels usuaris amb el consum sexualitzat de drogues i trauma relacionat, així com també històries de resiliència i lluita amb les addiccions.
Resultats i conclusions	
Resultats: Les precondicions que sustentaven les experiències traumàtiques dels GBHSH no només incloïen la falta de suport estructural per ajudar a reduir els danys associats amb l'ús de substàncies, sinó també la manca d'accés a estructures de suport generalistes, com ara poder comptar amb família i amics, religió, o polítiques i legislacions que protegeixin els GBHSH a Singapur.	

Els participants també van identificar diverses barreres sociollegals a l'hora d'accedir a cuidatges, incloent la falta d'informació acurada sobre el tractament de l'ús de substàncies i l'estigma cap a persones que feien ús de drogues. Un participant va descriure com va treure el tema de l'ús de drogues entre els voluntaris d'un esdeveniment comunitari i va ser callat amb el pretext que no s'hauria de parlar sobre l'ús de substàncies. Altres participants també van compartir la por de ser empresonats per l'ús de substàncies o per mantenir sexe amb altres homes a l'hora de buscar tractament i/o suport per ajudar al maneig de l'ús de drogues.

Conclusions: Les intervencions dirigides a les persones que practiquen *chemsex* han d'adreçar les esferes psicosocials de la persona, tot analitzant aquells factors traumàtics que precipiten el consum com a mecanisme d'afrontament, i els patrons estructurals que el reforcen. D'aquesta forma, es poden eliminar part de les barreres que obstaculitzen una assistència efectiva en relació al consum sexualitzat.

Article 2: Service provision and barriers to care for men who have sex with men engaging in chemsex and sexualised drug use in England.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Hibbert, M. P., Germain, J. S., Brett, C. E., Van Hout, M. C., Hope, V. D., & Porcellato, L. A. Revista: The International Journal on Drug Policy, juny 2021. País: Regne Unit.	Entrevistes qualitatives semiestructurades en profunditat dirigides a 13 GBHSH que practiquen <i>chemsex</i> i 16 PS (proveïdors de serveis). En les entrevistes s'indaguen les motivacions per practicar l'ús sexualitzat de drogues i l'experiència viscuda amb la provisió d'assistència dels centres de salut sexual.

Resultats i conclusions

Resultats: Les entrevistes identifiquen 4 barreres per accedir a l'assistència sanitària: l'accessibilitat als centres de salut sexual, el finançament dels serveis, les actituds dels PS enfront els GBHSH que participen en el *chemsex*, i per últim, el difícil accés a altres serveis més enllà de l'atenció a la sexualitat.

Dels participants, 9 es van mostrar satisfets amb el seu consum de drogues sexualitzat, i la majoria va mencionar acudir als serveis de salut sexual de forma rutinària per a la realització de controls, especialment per cribratges d'ITS, però també per rebre atenció relacionada amb el seu diagnòstic de VIH o per a rebre suport psicològic. La majoria d'usuaris va valorar positivament les seves interaccions amb els serveis de salut sexual, i fins i tot alguns van elogiar al personal per la seva amabilitat, una actitud oberta i el fet que fossin tan informatius. Alguns usuaris també van destacar com de ràpid i fàcil era utilitzar el serveis de salut i obtenir derivacions per atenció addicional si era necessari.

Ara bé, 7 usuaris van criticar la difícil accessibilitat dels centre de salut sexual en general, explicant llargues llistes d'espera per ser atesos, a més de la complexitat per aconseguir una cita. També van identificar com a barreres d'accés els horaris d'apertura dels centres, que son normalment de nou a cinc i per tant, sovint no son compatibles amb els horaris de feina dels usuaris. També van manifestar els limitats recursos existents amb atenció específica per GBHSH. Un dels participants va proposar l'ús de mètodes en línia per reduir aquestes barreres d'accessibilitat.

Per altra banda, la manca de finançament dels centres de salut sexual va ser identificada com una barrera important per la prestació de serveis. Alguns usuaris de l'estudi van atribuir les experiències negatives que van viure amb els centres de salut sexual a les restriccions econòmiques i a la manca de recursos a les que es veuen sotmesos aquests serveis. Un dels usuaris considera que el govern hauria d'invertir en salut sexual més enllà de l'educació sanitària. Un altre usuari va fer referència a com el personal que treballa en aquests serveis està fent tot el que pot amb els recursos disponibles.

Altres usuaris van identificar les actituds dels proveïdors de serveis com una altra barrera per rebre una atenció adequada. Un participant va descriure una experiència en què va rebre suport per a la seva drogodependència en un centre d'atenció al VIH. El participant va explicar que l'assumpció dels proveïdors de salut que els homes gais que consumien drogues ho feien a causa de traumes relacionats amb la seva sexualitat, el va fer qüestionar la seva legitimitat per rebre ajuda, ja que no es sentia identificat amb aquesta posició. Aquesta situació va afectar posteriorment la seva conducta de cerca d'ajuda. Va narrar fins i tot com el professional es va sorprendre que tingués una bona relació amb la seva família i que acceptessin que fos gai. Això el va portar a pensar que si no tenia aquests problemes, no tenia sentit buscar ajuda.

Aquest estudi no va identificar entre cap dels seus participants homofòbia interioritzada com a motivació per practicar *chemsex*. Un dels participants també va rebutjar la narrativa què les persones que practiquen *chemsex* ho fan a causa de traumes relacionats amb la seva sexualitat. L'usuari en qüestió va assenyalar que aquest pot ser el motiu en alguns casos, però no en tots tal i com alguns dels professionals de la salut assumeixen. Aquest participant va continuar explicant que aquesta narrativa, pot arribar a ser contraproduent a l'hora de proporcionar ajuda i suport als GBHSH, ja que les persones que no s'identifiquen amb una homofòbia interioritzada però que necessiten ajuda poden qüestionar la seva legitimitat per poder rebre-la donat que ells no tenen aquests traumes.

Alguns van informar d'experiències negatives a l'hora de buscar suport per la seva salut mental i la seva drogodependència des dels serveis de la sanitat pública. Al comparar els recursos públics, van manifestar sentir-se més còmodes al rebre ajuda dels centres de salut sexual, que no dels centres d'atenció primària o centres de salut mental i drogodependència. De forma general, es considera que els treballadors no implicats amb centres d'atenció a la sexualitat tenen una manca de coneixement i una mentalitat més tancada enfront el *chemsex*.

Dos participants van buscar ajuda després d'un intent autolític que vinculen a la seva relació amb el *chemsex*. Els usuaris van descriure la manca de suport disponible per la salut mental i atenció al suïcidi: llargues llistes d'espera i derivacions a serveis que ja no existeixen. Aquest fet suggereix una manca de recursos pels GBHSH que practiquen *chemsex*, que respon a una falta de recursos de salut mental general per a la població del Regne Unit. Tot i que els participants van aconseguir buscar ajuda alternativa en organitzacions comunitàries, es van trobar amb barreres quan intentaven accedir a l'atenció pública.

Un usuari també va mencionar llargues llistes d'espera tant per serveis públics enfocats en tractar la violència sexual, com també aquelles organitzacions comunitàries dirigides específicament als homes que han estat víctimes de violència sexual.

Conclusions: L'estudi remarca que la majoria dels GBHSH que practiquen *chemsex* estan satisfets tant amb el seu involucrament en el consum sexualitzat de drogues, com amb l'atenció que han rebut en els centres de salut sexual. Per altra banda, més suport és necessari per aquells que precisen un assistència addicional.

La queixa més repetida va ser les llargues llistes d'espera a l'hora d'accedir als recursos de salut sexual i altres serveis comunitaris (psicosexuals, d'assistència a la violència sexual), a més dels horaris d'obertura d'aquests centres. Les llargues llistes d'espera dels serveis de salut mental, no és una problemàtica específica dels GBHSH, sinó que és un problema social general en el Regne Unit. Per tant, hi ha una necessitat de desenvolupar més serveis per atendre als practicants de *chemsex*. Ara bé, els actuals serveis de salut sexual ja corren risc de patir restriccions econòmiques en el Regne Unit, de manera que els mateixos usuaris reconeixen la poca possibilitat de que es desenvolupin i s'apliquin aquests serveis. De la mateixa manera ocorre amb els serveis de salut mental, resultant en una mala atenció als usuaris que es troben particularment vulnerables. El finançament ha d'incrementar per poder proveir l'assistència adequada en el moment adequat als GBHSH que practiquen *chemsex*.

Els usuaris van mostrar una preferència per els centres de salut sexual tant per l'actitud obertura dels professionals, com per el seu coneixement sobre el *chemsex*. Els usuaris van manifestar voler ser atesos en matèria d'aspectes de salut mental i drogodependència relacionada amb el *chemsex*, en els centres de sexualitat. La formació dels proveïdors de salut, per tal de poder abarcar aquestes temàtiques, és necessària per potenciar els cuidatges dels GBHSH que participen en el consum sexualitzat de drogues.

Article 3: Factors, practices and health needs of men who have sex with men, transgender and female sex workers engaged in sexualized drug use in Pakistan.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Ali, U., Samo, R. N., Riaz, U., Ullah, A., Shahswar Ali, M., Ali, S. A., & Maqsood, K. Revista: AIDS Care, agost 2025. País: Pakistan.	Estudi exploratori qualitatiu dirigit a GBHSH, persones <i>trans</i> i dones que exerceixen la prostitució, i que a més participen activament o havien participat anteriorment en el consum sexualitzat de drogues. L'estudi inclou entrevistes semiestructurades en profunditat, i grups de discussió per cada un dels grups focals. Els participants de les entrevistes van ser exclosos de participar en els grups de discussió. Els objectius foren explorar les necessitats de salut d'aquesta població i es van demanar recomanacions per poder proporcionar serveis centrats en la comunitat de practicants del consum de drogues sexualitzat.
Resultats i conclusions	

Resultats: En la capacitat de recursos sanitaris dirigits a aquesta població, s'emfatitza la necessitat de formar als professionals de salut sexual i de salut mental, entre d'altres, per acabar amb l'estigma que envolta al *chemsex* principalment. Aquesta necessitat de formació pot ser dividida en aspectes tècnics del consum sexualitzat de drogues, aspectes anti-estigmatitzants i aspectes sociollegals.

Pel que fa a les recomanacions dels participants de l'estudi relacionades amb l'atenció adreçada a la salut sexual, van proposar que aquesta fos proporcionada a través d'organitzacions comunitàries específiques per a practicants *chemsex*, donat l'estigma que van mencionar rebre en les institucions de sanitat pública. Van explicar els GBHSH que practicaven *chemsex* no tenien accés al tractament ni la profilaxi del VIH des de les institucions públiques. A més, els usuaris van recomanar que aquestes entitats comunitàries incloguessin altres tipus de suport com ara la nutrició o serveis socials, donat que moltes de les persones que practiquen *chemsex* a Pakistan es troben en una situació de vulnerabilitat econòmica i social, arribant al punt de poder trobar-se en situació de sensellarisme.

De la mateixa manera succeeix amb l'atenció a la salut mental i la drogodependència, els participants de l'estudi van proposar que aquest servei, integrat per psiquiatres i psicòlegs, fos proporcionat per entitats comunitàries i no per les institucions públiques. Van manifestar la necessitat de serveis en línia per disminuir la barrera d'accés a l'atenció psicològica. Els usuaris van explicar tenien dificultats a l'hora d'accedir a aquests serveis públics, ja que, per exemple, molts centres de rehabilitació públics no accepten individus gais. D'altra banda, altres serveis de rehabilitació suposen un cost econòmic elevat que sovint aquestes persones no poden assumir.

Conclusions: Les persones que participen en *chemsex* tenen diferents necessitats, com ara les relacionades amb la salut mental i la prevenció enfront el VIH. Aquesta població considera que la incorporació d'aquests i altres serveis ha de donar-se

per parts d'entitats comunitàries i no des de les organitzacions governamentals, donat que Pakistan és una nació on des dels serveis públics existeix estigma al voltant de la sexualitat i la identitat sexual no normativa que suposa una barrera important per accedir als cuidatges que necessiten.

Article 4: Implementation and formative evaluation of a peer-led chemsex intervention targeting sexualised crystal methamphetamine and GHB use: the M3THOD study.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Freestone, J., Storer, D., Siefried, K. J., Bourne, A., Prestage, G., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Xiao, B. J., Murphy, D., Degenhardt, L., & Hammoud, M. Revista: Harm reduction journal, novembre 2025. País: Austràlia.	Estudi exploratori que inclou dades recollides a través d'observacions de camp dels proveïdors de salut, i entrevistes semiestructurades en profunditat a GBHSH que participen en <i>chemsex</i> i als proveïdors de salut de <i>M3THOD</i>. L'objectiu de l'estudi fou avaluar el <i>M3THOD</i>, una intervenció dirigida a aquesta comunitat per a la disminució de riscos relacionada amb la pràctica, i que és liderada per persones amb experiència pròpia prèvia en <i>chemsex</i>. Per tant, aquest estudi inclou 15 participants de la intervenció <i>M3THOD</i>, 9 persones que no van rebre la intervenció, i 9 treballadors de <i>M3THOD</i>. En total, es van realitzar 33 entrevistes.
Resultats i conclusions	

Resultats: La majoria d'usuaris no havia tractat la temàtica del *chemsex* amb la seva família, amistats, o altres serveis de salut, majoritàriament perquè l'estigma associat amb el consum de drogues sexualitzat impacta la seva habilitat de buscar suport pel que fa al *chemsex*. Ara bé, els participants de *M3THOD* avaluen l'experiència com a positiva, perquè ofereix assistència relacionada amb el *chemsex* des de l'honestedat i sense prejudicis, donat que la persona amb la que es conversa comparteix la vivència del *chemsex*, la qual cosa ofereix credibilitat i seguretat en comparació als serveis de salut generals. L'estigma i la discriminació, a més de la falta de coneixement percebuda pels usuaris envers la sanitat, exacerba les barreres per accedir a l'assistència i contribueix a tractaments sanitaris ineficients.

Els usuaris reconeixen que malgrat l'atenció centrada en la persona que ofereixen aquests professionals, no compten amb la formació clínica necessària. D'aquesta manera, quan els professionals consideren que és necessari, deriven als subjectes a serveis específics que col·laboren amb l'entitat.

Sovint els practicants de *chemsex* tenen dificultats per accedir a serveis apropiats per atendre'ls, ja sigui per falta de coneixement o per l'estigma al que son exposats. *M3THOD* compta amb una llista de derivació que limita les barreres d'accés als serveis apropiats per aquesta comunitat. Un dels usuaris de l'estudi va explicar com si no hagués estat per la llista de referències que un assessor de *chemsex* li va oferir, no hagués sapigut on acudir per rebre ajuda especialitzada.

Un dels entrevistats, va esmentar que ni tan sols podia parlar amb una persona que tingués les mateixes experiències viscudes que ell, per la vergonya interioritzada que sentia al voltant del *chemsex*.

Alguns participants de l'estudi no volien ser atesos per persones més joves, donat que es consideraven més experts i que per tant no podrien aprendre de persones amb menys experiència viscuda.

Conclusions: L'avaluació de la intervenció mostra que tot i que la seguretat que aquests professionals proporcionen als usuaris és molt elevada, és necessari que aquests rebin una formació en aspectes clínics per tal de donar la intervenció de forma efectiva, i saber quan és el moment adequat per derivar els subjectes a una atenció especialitzada. Les properes iniciatives haurien de consistir en relacions col·laboratives entre els usuaris amb experiència prèvia en el *chemsex* i derivacions a camps clínics amb serveis inclusius. De forma conjunta, aquestes mesures potencien la seguretat que el servei sigui efectiu.

Article 5: The Experience of Chemsex and Accessing Medical Care for Gay, Bisexual and Other MSM in Russia: An Interpretive Phenomenological Analysis.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Lunchenkov, N., Rinne-Wolf, S., Hughes, T., & Dwyer, B. Revista: Journal of sex research, 2025 País: Alemanya.	Tres grups focals amb 19 participants GBHSH (amb una mitjana d'entre 6 i 8 participants en cada grup focal), dos realitzats a Moscú i un a Iekaterinburg. Els participants s'identificaven com a GBHSH i havien fet ús de com a mínim una de les substàncies identificades com les pròpies del <i>chemsex</i> en l'últim mes o en feien ús amb freqüència mensual. Els grups focals es van centrar en explorar la seva experiència amb el <i>chemsex</i> i l'ús de substàncies en general, les seves relacions interpersonals, la seva experiència amb el sistema de salut en relació a la seva orientació sexual i qualsevol demanda i necessitat específica al respecte. També se'ls va encoratjar a compartir la seva visió en recomanacions per facilitar el suport als GBHSH que practiquen <i>chemsex</i> dins la Federació Russa.

Resultats i conclusions

Resultats: Agrupen els resultats sota tres temàtiques: experiències vinculades amb *chemsex*, barreres percebudes per la prestació de cuidatges i les seves demandes per una millor prestació de serveis i suport. Al respecte de les barreres percebudes per a la prestació de cuidatges, aquestes es divideixen en dos grans subgrups: l'estigma per part dels professionals de la salut i les barreres legals per accedir als serveis.

L'estigma actua com un obstacle a l'hora de buscar atenció a la salut. Molts valoraven millor la pràctica clínica que fos lliure d'estigmatització, culpabilització i judicis de valor; a més de que fos accessible econòmicament. Uns altres van emfatitzar la importància que un metge fos obertament tolerant amb els GBHSH. Els participants sentien que els doctors i altres professionals d'una edat més avançada no estaven suficientment informats sobre *chemsex*, i eren intolerants amb els pacients que feien ús de drogues o eren part de la comunitat gai. Per aquestes raons, els participants no confiaven en els professionals de la salut. Molts sentien que eren percebuts com a inferiors o, en alguns casos, no mereixedors d'atenció sanitària, i alguns evitaven els cribratges de VIH i altres ITS. Un participant fins i tot va mencionar reticències a l'hora de trucar l'ambulància en cas de sobredosi. Un altre va relatar una vivència de ser estigmatitzat pel personal sanitari i el personal d'admissions en accedir a proves per la detecció de VIH i altres ITS, i no sabia a qui adreçar-se per rebre el suport que necessitava relacionat amb el *chemsex* i el VIH, ni tampoc com abordar aquesta conversa amb el seu metge.

Aquestes pors al voltant de l'estigmatització no només eren presents a nivell interpersonal. Un participant va descriure com, a més d'haver-se-li negat l'atenció pel fet de ser gai, seropositiu i fer ús de drogues; tenia por de ser legalment etiquetat com a drogodependent, i que per tant pogués perdre per complet l'accés al sistema sanitari. La persona va relatar sentir por a ser catalogat com a drogodependents en el sistema sanitari, perquè en aquesta posició, es mouen a les persones directament a l'última posició de les llistes d'espera per rebre qualsevol tipus d'atenció mèdica, com ara un servei urgent d'ambulància.

Hi havia un sentiment general què les recomanacions proposades per l'equip de recerca no eren del tot possibles degut al context polític de Rússia al voltant de les drogues i l'homosexualitat. Els participants sentien que qualsevol iniciativa pública per intentar promoure la reducció de danys i la mesures de prevenció de VIH/ITS per a persones que practiquen *chemsex* seria bloquejada degut a les legislacions governamentals. Per altra banda, molts dels participants sentien que les persones que feien un ús del *chemsex* necessitaven un millor accés a serveis psicològics i psiquiàtrics.

Un dels usuaris que considerava les recomanacions sanitàries especialment necessàries fora dels grans nuclis urbans de Rússia, però que qualsevol intent d'oferir suport explícit relacionat amb drogues seria bloquejat pel govern.

Conclusions: La percepció de la societat al voltant de l'ús de les drogues i al voltant de l'homosexualitat incrementen les barreres per l'aplicació d'intervencions apropiades i competents, tant per les necessitats d'atenció a la sexualitat com per les d'ús de drogues dels GBHSH en la Federació Russa. Millorar la competència cultural dels serveis de salut sexual i drogodependència és essencial per limitar o reduir la transmissió del VIH a Rússia.

Article 6: Exploring experiences of talk therapies among gay and bisexual men seeking to reduce or abstain from using crystal methamphetamine in the context of chemsex.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Freestone, J., Xiao, B. J., Siefried, K. J., Bourne, A., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Degenhardt, L., Varma, R., Prestage, G., & Hammoud, M. Revista: Drug and alcohol review, gener 2025. País: Austràlia.	Entrevistes semiestructurades amb 24 participants que reportaven pràctiques actuals d'un ús sexualitzat de metanfetamina i/o GHB en els últims 3 mesos. Els participants s'identificaven com a GBHSH (1 <i>trans</i> i 22 cisgènere) i 1 persona no-binària. Les entrevistes exploraven experiències d'assessorament i serveis psicològics, i els objectius i reptes dels participants respecte el seu tractament.
Resultats i conclusions	
Resultats: 8 dels participants no havien accedit a serveis d'assessorament o serveis psicològics pel seu ús de drogues. Tres d'ells van manifestar barreres geogràfiques associades amb l'accessibilitat d'aquests serveis o falta de coneixement d'opcions de suport adequades.	

Tot i que cap dels participants havia experimentat discriminació directament homòfoba a l'hora de rebre suport sanitari, van percebre tant estigma per part dels professionals com per part de sí mateixos (autoestigma) relacionat amb el seu ús de drogues, les motivacions sexuals d'aquest ús i les seves pràctiques sexuals. Aquests estigmes els van sentir particularment als serveis generals d'atenció a la salut mental i sobretot en atenció a la drogodependència, on van experimentar la censura dels seus desitjos sexuals. En moltes ocasions els professionals no els hi preguntaven sobre sexe, i es centraven en l'ús de drogues o en la salut mental.

Els participants no es sentien còmodes a l'hora de parlar sobre les seves motivacions sexuals, els contextos i les pràctiques que reforçaven el seu ús de drogues amb aquests professionals i per contra optaven per treballar aspectes de salut i benestar no relacionats amb el *chemsex*.

En els centres d'atenció a drogodependències la percepció era que aquests serveis estaven limitats a tractar exclusivament l'ús de substàncies. Un participant, quan se li va preguntar al respecte, va manifestar que hagués pogut ser beneficiós conversar sobre sexe en aquests espais, però que abans no s'havia plantejat la possibilitat que hagués pogut ser útil, possible o apropiat.

Els usuaris s'anticipaven a l'estigma ja que percebien que el terapeuta anava a jutjar-los al respecte, prevenint la discussió sobre aquesta pràctica. Els propis participants van parlar sobre culpabilitat al voltant del seu ús de drogues i una sexualitat no normativa, catalogant com a vergonyosos els seus comportaments sexuals, els seus hàbits d'injecció, la seva solitud i les seves experiències de pèrdues de feina o relacions afectives. Per algun d'ells, la internalització d'estigmes al voltant d'aquestes pràctiques o experiències contribuïen a una baixa autoestima que prevenia les discussions al respecte.

Diversos participants van manifestar incomoditat a l'hora de parlar de forma oberta amb professionals que sentien que no havien viscut experiències al voltant del *chemsex* o no en sabien massa al respecte.

Alguns participants van acudir a serveis especialitzats en l'atenció a *chemsex*, i això alleugerava les preocupacions sobre els possibles judicis dels professionals. La confiança en el servei es reforçava amb la percepció o el coneixement del servei com un servei específicament LGTBIQ+, o com un servei inclusiu amb la comunitat LGTBIQ+, a més de la percepció dels proveïdors de serveis com a iguals en termes de sexualitat, gènere o experiència viscuda en l'ús de drogues.

Les perspectives de diversos participants indicaven que la implicació proactiva dels professionals en converses sobre sexualitat suposava un suport rellevant i mitigava l'autoestigma anticipat dels usuaris.

Conclusions: Els resultats subratllen la necessitat què els professionals de la salut mental i els psicòlegs preguntin de forma proactiva sobre sexualitat, explorant la relació entre el sexe i l'ús de drogues quan treballen amb GBHSH que practiquen *chemsex*. Els resultats també reafirmen la necessitat de desenvolupar serveis dirigits per iguals, i de desenvolupar aliances sòlides entre els serveis generals de salut i els circuits de derivació als proveïdors especialitzats.

Article 7: Barriers to uptake of harm reduction techniques for GBMSM who use drugs in night-clubs and sex-on-premises venues in London and the Southeast: a mixed-methods, qualitative study.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Naulls, S., Oniti, K., Eccles, J., & Stone, J. M. Revista: Harm reduction journal, febrer 2025. País: Regne Unit	Aproximació amb metodologia mixta, incloent una enquesta online amb 53 participants i 8 entrevistes semi estructurades. Els participants de l'enquesta incloïen 45 GBHSH amb experiència viscuda d'ús de substàncies il·lícites en locals d'oci nocturn de caire LGTBIQ+ i 8 individuals amb experiència proveïnt suport al grup anteriorment mencionat. Les entrevistes es van realitzar a 8 GBHSH i havien fet ús de substàncies il·lícites en el passat. Tots havien rebut consell sobre reducció de danys en relació a l'ús de substàncies. 4 tenien experiència directa fent ús de la reducció de danys, 2 dels quals ho van fer a un local d'oci nocturn.
Resultats i conclusions	
Resultats: Els participants de l'estudi van percebre que en els clubs nocturns i els clubs de sexe en els que participa la comunitat que practica <i>chemsex</i> hi havia una necessitat d'implementar mecanismes d'abordatge per a l'ús de substàncies des d'una perspectiva de reducció de riscos. Per una part, aquests locals estan exposats a una legislació restrictiva i punitiva amb l'ús de drogues, però per l'altra banda, aquests establiments estan directament implicats amb els membres de la comunitat LGTBIQ+ que utilitzen les drogues de	

forma predominant. Així doncs, aquestes barreres legals impedeixen l'aplicació de mesures de reducció de riscos i la col·laboració directa amb el sistema sanitari per la seva aplicació.

Les troballes d'aquest estudi també suggereixen que els proveïdors de salut que treballen més enllà de contextos de salut sexual, particularment metges de família i psiquiatres, haurien d'estar més preparats per discutir sobre l'ús de substàncies i més específicament el *chemsex*.

Conclusions: L'estudi considera que les restriccions legislatives dels locals d'oci nocturn i clubs sexuals son una barrera per als usuaris que practiquen *chemsex* a l'hora de rebre suport pel que fa al seu ús de substàncies. Fomentant l'adopció d'estratègies de reducció de danys (divulgació d'informació de seguretat pel que fa a l'ús de drogues, eines de prevenció de sobredosi, formació del personal per reconèixer i actuar davant d'emergències), els locals d'oci nocturn podrien passar de ser simplement espais recreatius a transformar-se en aliats proactius en reduir el risc més ampli associat amb l'ús de substàncies i el *chemsex* entre les seves comunitats.

Article 8: The sociodynamics of chemsex: Stakeholders' perspectives in France - Results from the ANRS-PaacX study.

Títol, autor, revista de publicació, any i país	Disseny i mètodes
Autors: Khatmi, N., Roux, P., Spire, B., Protière, C. Revista: SSM - Qualitative Research in Health, juny 2025. País: França.	18 entrevistes individuals semi-estructurades a personal sanitari i agents de salut comunitaris i 5 grups focals amb 25 persones amb experiència en <i>chemsex</i>. La majoria dels participants eren homes (89%) i s'identificaven com a GBHSH (76%). Algunes de les persones pertanyien a diverses categories a la vegada (5 dels participants identificats com a personal sanitari i agents comunitaris reportaven experiència personal actual amb <i>chemsex</i>, i 4 participants inclosos com persones amb experiència en <i>chemsex</i> eren també personal sanitari o agents comunitaris). El reclutament es va fer a hospitals públics i clíniques privades de 5 ciutats franceses per assegurar diversitat geogràfica i una barreja de perspectives rurals i urbanes.

Resultats i conclusions

Resultats: Molts dels participants van expressar dificultat a l'hora de parlar amb llibertat del consum de substàncies en un context sexual degut al judici que acostuma a travessar aquestes pràctiques. Un altre testimoni també manifestava que el fet de ser VIH positiu incrementava la dificultat de parlar d'aquesta pràctica amb el seu metge. Un dels participants va expressar que molts practicants de *chemsex* s'han sentit jutjats en el passat pel seu metge de família, a l'hospital a l'hora de demanar tractament d'emergència o a altres centres de cribratges, creant records traumàtics al respecte.

Un dels usuaris també va manifestar l'existència de barreres geogràfiques, relatant que a l'hora d'accedir a l'hospital universitari d'una ciutat petita, no va trobar a cap especialista en addiccions.

Un testimoni també va afirmar que fins i tot ell, que a més de practicar *chemsex* també actuava com agent de salut en una associació de suport a persones amb VIH, va mantenir aquesta pràctica en secret, amagant-se durant molt de temps.

A més, es va descriure el sistema de salut de forma general com inadequat per les necessitats específiques de les persones que feien ús del *chemsex*, criticant-se especialment els centres d'atenció a les drogodependències per la seva falta de coneixement i sensibilitat. Els relats dels participants manifestaven rebuig davant aquests centres i identificaven la preferència de ser atesos a centres d'atenció a la sexualitat. Els discursos de les persones entrevistades remarcaven la importància d'una aproximació holística que integrés totes les esferes afectades en el *chemsex*.

L'anàlisi revela les dificultats estructurals del sistema de salut francès per fer front a la prevenció i el maneig dels problemes de salut relacionats amb el *chemsex*. Els usuaris suggereixen que en els seus cuidatges es considerin els contextos situacionals, les intencions personals i les dinàmiques relacionals que hi ha al darrere d'aquestes trobades.

Conclusions: La fragmentació entre els serveis de sexualitat i drogodependència impedeix el desenvolupament de models d'atenció integrals capaços de donar resposta a les necessitats multidimensionals a aquests usuaris i afectant l'accessibilitat als serveis de salut. Els discursos assenyalaven tensió entre els serveis de salut, particularment entre centres d'atenció a les drogodependències i les estructures de salut sexual i atenció al VIH, cosa que dificultava la coordinació necessària dels cuidatges per fer un maneig efectiu de les pràctiques de *chemsex*.

L'estigma i les barreres institucionals creen una bretxa entre les experiències viscudes dels usuaris i les eines disponibles per a la reducció de danys. Subratllen la importància d'implementar una aproximació interseccional a la investigació del *chemsex*, considerant-se tant comportaments individuals com respostes de salut pública col·lectives.

Font: elaboració pròpia.