

# Salud y tercera edad: envejecimiento en personas LGBT

*José Arturo Granados Cosme\* • Nicholas Lee Hale\**

## RESUMEN

Desde una perspectiva médico social, desagregada por sus dos objetos de estudio y en base a una revisión bibliográfica de la investigación científica producida en los últimos años, se analizan los principales problemas de salud que enfrentan las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis y transexuales (LGBT) de la tercera edad. Los hallazgos se muestran, por un lado, en términos de la distribución diferenciada del proceso salud-enfermedad y por otro, de la respuesta social. Los resultados se interpretan relacionándolos con los principales elementos de estructuración de la sociedad de mercado y las concepciones del cuerpo que se observan en el capitalismo. Las desigualdades en salud entre la población general y las personas LGBT parecen intensificarse en la vejez, tanto en materia de riesgos y daños, como en las formas de enfrentar las enfermedades que se presentan. Es posible plantear un efecto sinérgico entre la vejez y la orientación sexual como determinantes que profundizan estas brechas. Es necesario profundizar en las condiciones de salud de este grupo social con un enfoque que contemple el entrecruzamiento con otras categorías de investigación y análisis, como la clase social, la etnicidad y el género.

**PALABRAS CLAVE:** homofobia, senectud, discriminación, orientación sexual, minorías sexuales.

## Health and senescence: aging in LGBT

## ABSTRACT

From a social medical perspective, disaggregated by its two objects of study and based on a bibliographic review of scientific research produced in recent years, the main health problems faced by lesbian, gay, bisexual, transgender, transvestite and transsexuals (LGBT) people of the third age, are analyzed. The findings are shown, on the one hand, in terms of the differentiated distribution of the health-disease process and, on the other, of the social response. The results are interpreted by relating them to the main structuring elements of the market society and the conceptions of the body that are observed in capitalism. Inequalities in health between the general population and LGBT people seem to intensify in

\* Profesor-Investigador de la Licenciatura en Medicina, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Contacto: [jcosme@correo.xoc.uam.mx](mailto:jcosme@correo.xoc.uam.mx)

\*\* Egresado de la Maestría en Medicina Social de la UAM. Contacto: [nicholasleehale@gmail.com](mailto:nicholasleehale@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 13 de mayo de 2021

**Fecha de aceptación:** 17 de agosto de 2021

old age, both in terms of risks and damages, and in the ways of dealing with the diseases that occur, it is possible to propose a synergistic effect between old age and sexual orientation as determinants that deepen these gaps. It is necessary to delve into the health conditions of this social group with an approach that contemplates the intersection with other categories of research and analysis, such as social class, ethnicity and gender.

**KEYWORDS:** homophobia, aging, discrimination, sexual orientation, sexual minorities.

## Introducción

La estructura demográfica de la población mexicana ha sufrido, como la mundial, una serie de cambios que influyen en la composición de su perfil epidemiológico. Por un lado, el mayor acceso a servicios médicos y el aumento en la escolaridad, facilitan el uso de métodos anticonceptivos que disminuyen las tasas de natalidad y la mortalidad materno-infantil; también se eleva la esperanza de vida, aumentando la proporción de personas mayores. Por otra parte, desde finales del siglo pasado, lesbianas, gays, bisexuales y personas *trans* (LGBT)<sup>1</sup> han conseguido, por su movilización social y reivindicación de sus derechos, una mayor visibilidad e inclusión de sus problemáticas en la agenda pública, entre ellas las relacionadas con la salud. Lo anterior, se agrega a problemáticas de la sociedad actual como la desigualdad, cuyas causas estructurales se identifican en las condiciones de clase social, género y etnia.

<sup>1</sup> Respecto de la denominación de las minorías sexuales, se ha buscado una abreviatura que abarque la diversidad de identidades sexogenéricas cuyo denominador común es el desapego al orden heteronormativo. Inicialmente se utilizaron las siglas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y personas trans) pero se ha argumentado que el término trans reproduce la invisibilización de otra diversidad: personas transexuales, travestis y transgénero, por lo que se ha optado por las siglas LGBTTT. No obstante, la diversidad no se agota ahí, las personas intersexuales y queers también han sido incluidas (LGBTTTIQ) y dado que las identidades no pueden ser asumidas a priori y de una vez y para siempre, se ha buscado resolver esa impronta con el término LGBTTTIQ+. Una discusión teórica sobre esta nomenclatura rebasa la extensión de este trabajo y debido a que la mayoría de los estudios analizados sólo se han realizado sobre lesbianas, gays, bisexuales y mujeres trans, utilizaremos el término LGBT, con las especificaciones a que haya lugar.

En términos epidemiológicos, a los rezagos históricos en materia de enfermedades infecciosas, carenciales, prevenibles por vacunación y transmisibles por vector, se suma el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, especialmente diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares y neoplasias que por su carácter crónico e incurable, producen discapacidades temporales o permanentes. Para su manejo además, se requieren tratamientos de largo plazo, situaciones que en conjunto representan una importante presión a los sistemas de salud, especialmente aquellos caracterizados por su fragilidad como lo es el mexicano.

Se configura así un grupo social “emergente” que ha sido denominado de la “tercera edad” y que enfrenta problemáticas específicas en salud que estarán también atravesadas por otras condiciones, entre las que nos interesa destacar la sexualidad. El envejecimiento de la población y la visibilidad de una primera generación abiertamente LGBT (Luis y Aguilera, 2019), han posibilitado la conformación de un grupo poblacional relativamente nuevo, el de las personas mayores LGBT.

Uno de los postulados básicos de la Medicina Social es que el perfil epidemiológico de un grupo humano está determinado socialmente por la po-

sición que ocupa en relación a la totalidad social. El sitio de la población LGBT ha estado históricamente delimitado por el rechazo social que se materializa en procesos de exclusión social y estigmatización que la colocan en la marginalidad. Es en este espacio donde LGBT reproducen su vida cotidiana enfrentando prácticas discriminatorias y violencia que determinan su perfil patológico. En ese sentido, resulta relevante analizar las condiciones de salud que muestra este grupo.

### **El abordaje**

La Medicina Social es un campo del conocimiento científico que profundiza en los procesos sociales que determinan las condiciones de salud de los grupos humanos. Entre sus planteamientos teóricos fundamentales, se encuentra que tanto los perfiles de morbimortalidad como la atención en salud que muestra la sociedad están determinados socialmente, es decir, dependen del momento histórico y de la composición que caracteriza a una sociedad en particular. En ese sentido, las causas de enfermedad y muerte, así como sus riesgos asociados, se distribuyen de forma particular en los distintos sectores de la población de acuerdo a sus condiciones de vida, de igual manera, son éstas las que determinan los saberes y prácticas que cada grupo social desarrolla para atender sus enfermedades.

El perfil patológico de un grupo en particular depende entonces, de la posición que las contradictorias relaciones sociales, le han delimitado. De tal manera que adquieren importancia las relaciones de hegemonía y subordinación económica, política y cultural que prevalecen al interior de la sociedad, las cuales estarían definiendo los lugares en que los individuos experimentan su vida cotidiana, incluyendo de qué enferman y mueren,

así como, de qué manera enfrentan sus problemáticas de salud.

Desde una perspectiva crítica, no hay que dar por sentada la existencia de un orden social como resultado de una evolución “natural”, sino cuestionar en qué principios estructurantes se basa y qué mecanismos despliega para que los individuos sean asimilados. La noción de totalidad de una sociedad es resultado de la confrontación de los grupos a su interior, sean éstos pensados como clases, etnias o géneros, y en términos subjetivos, estas condiciones se convierten en referentes identitarios o de adscripción social que otorgan el sentido de pertenencia a ese todo social. Entre ellos, la sexualidad constituye uno de los más relevantes por asumirse a la sociedad como “naturalmente” heterosexual. Los sujetos de una sociedad se consideran parte de un todo porque comparten un conjunto de significados y prácticas sobre el sexo y el deseo. Pero esta adscripción y sentido de pertenencia, son producto de una normatividad histórica respecto del sexo que implica procesos de inclusión y exclusión que redefinen así la posición que los individuos ocupamos en la sociedad. Dicha normatividad y su observación, configuran una noción de “orden social” que se impone como “natural”. Esto explicaría la localización marginal que la sociedad designa a las denominadas minorías sexuales.

La sexualidad ha sido históricamente un campo asociado a la salud; mejor dicho, el comportamiento sexual ha sido relacionado con la enfermedad, no existía en la configuración de la sexualidad como dispositivo, y de la medicina científica como saber dominante, enfermedad alguna a la que no se le atribuyera, en todo o en parte, un origen relacionado con el sexo (Foucault, 1999). En la sexualidad como instancia de poder, se estruc-

turan oposiciones binarias valorizadas tales como lo normal y lo patológico, la salud y la enfermedad, lo sano y lo insano, la heterosexualidad y la homosexualidad, estas dicotomías se disponen (o se imponen) a los individuos en socialización como categorías de adscripción identitaria, al apropiarse de un referente categorizado, el individuo, adquiere también el valor que la sociedad le atribuye. Se trata pues, de la personificación del significado, el heterosexual se asume como “sano” y el homosexual como “enfermo”.

Por su asociación con la posibilidad de la reproducción biológica y en una modalidad biopolítica de ejercicio del poder e implementación de la normatividad para “producir” la vida (Foucault, 2000), la heterosexualidad ha sido impuesta como equivalente a la normalidad sexual y en ese sentido, asociada también a la salud, a “lo sano”; al mismo tiempo, las otras orientaciones del deseo fueron reconstruidas como anormales, como patológicas y por tanto punibles o pertenecientes al ámbito de la “necesaria” intervención social para su “corrección” (Granados, 2006). Sobre este principio se estructuró el esquema heterosexual, por cuya hegemonía se instauró como modo de percepción de todo lo existente, como principio clasificador de todos los elementos de la realidad (Wittig, 2005), desarrollándose ulteriormente teorizaciones, conceptualizaciones y dispositivos de intervención clínica con que se patologizaron las identidades sexogénicas no heterosexuales. En este proceso, la salud pública y la medicina científica jugaron un papel histórico fundamental (Granados, 2014).

Durante muchos años la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad, el transgenerismo y el travestismo fueron considerados trastornos mentales e incluso en algún momento se les atribuyó

alguna causalidad orgánica. LGBT fueron sometidos a prácticas clínicas con las que buscaron corregir su conducta “desviada”, cuando en el fondo, significaba más bien, la imposición, por medio de tales intervenciones, de la heterosexualidad como norma sanitaria, proliferando así terapias de conversión, tratamientos hormonales, terapias psicológicas y otras prácticas que además de mostrar su inutilidad, violentaron la dignidad de las personas.

Como modalidad de imposición de la norma heterosexual, la patologización de la homosexualidad no transcurrió sin tensiones ni resistencias. Desde finales de la década de los sesentas del siglo pasado surgieron en Occidente, movimientos de reivindicación de la diferencia (Martinello, 1998), entre ellos los de la diferencia sexual (Bourdieu, 2000) que denunciaron la imposición de una moral sexual conservadora y represiva que estigmatizaba a diversos sectores de la sociedad. Pese a la sistemática intención de erradicar la diversidad sexual, LGBT resisten, sobreviven y hoy en día, buscan incidir en la transformación social. Entre sus estrategias de lucha, los grupos organizados postularon la visibilidad como herramienta política lo cual implicaba reconocerse no heterosexual, reivindicarse desde la marginalidad y declarar abiertamente la identidad sexual, proceso que desde su vertiente anglosajona se denominó “salir del clóset”. En México, los activistas de los años setentas y principios de los ochentas ahora ya cursan la tercera edad e implica un sector doblemente vulnerable (Lizárraga, 2011). De esta manera, aunque la diversidad sexual ha acompañado a la humanidad en su historia, es hasta el último tercio del siglo pasado que podían reconocerse más claramente a sujetos y grupos que no se adscribían a la heterosexualidad ni a la dicotomía del género. Se conformó entonces ya, una generación de

LGBT que comenzó a vivir fuera del clóset y que ahora es mayor de 60 años.

### Perfil de salud-enfermedad-atención<sup>2</sup>

La forma en que un grupo social reproduce su vida en el contexto de reproducción de la sociedad en que está inserto, incluye en su dimensión de salud, el conjunto de riesgos y principales causas de morbimortalidad, así como los recursos con que cuenta para restablecerse de las enfermedades. Todo esto depende de la generación de condiciones de vida que son producto de procesos económicos, políticos y culturales o ideológicos. Como colectivo, las personas mayores LGBT son un sector de la población que se encuentra delimitado por múltiples significados y prácticas que la sociedad les destina y en los que predomina el rechazo social a su sexualidad. En este trabajo nos interesa destacar dos rasgos que determinan el modo de enfermar y morir en este grupo: uno se relaciona con la noción que el modo de producción capitalista ha construido e impuesto sobre los atributos del cuerpo, concibiéndolo como un instrumento de producción para consumo individual y en ese sentido, se valoran positivamente de él, sus capacidades para generar mercancías y consumirlas. En sociedades occidentales, el ocio, el descanso, el desinterés por acumular bienes o dinero que pueden mostrar otras culturas, son mal

2 Desde el último tercio del siglo pasado, la noción dicotómica de salud por un lado y la enfermedad como su opuesto, han quedado en desuso debido al reconocimiento del carácter dialéctico y procesual que asumen los procesos vitales en los organismos vivos que se encuentran en permanente adaptación a su medio social, hablamos entonces de proceso salud-enfermedad como una entidad unitaria y compleja (Laurell, 1982). Aportes ulteriores agregaron a esta denominación el término “atención” (Menéndez, 1994), para dar cuenta de la dinámica entre las acciones (saberes y prácticas) que los sujetos y los grupos ejecutan para evitar o resolver los daños al bienestar, considerando a esta tríada un todo indisoluble. En esa perspectiva es que hablamos de perfil de salud-enfermedad-atención, aunque con fines didácticos, para su mejor comprensión y en correspondencia con los objetos de estudio de la Medicina Social, separamos salud-enfermedad de la respuesta social.

vistas y pueden ser calificadas como holgazanería, apatía o conformismo. De esta forma, el cuerpo en la juventud y la adultez temprana y media, es bien valorado por las sociedades de consumo, mientras que el cuerpo de los viejos, afectado por el desgaste, que ha visto disminuidas sus capacidades físicas y en muchos casos, psíquicas, para la producción, pierde valor y en ese sentido, el cuerpo del adulto mayor es incluso, valorado negativamente. En otros contextos, se valoraba la sabiduría de la vejez, pero a partir del desarrollo de la revolución industrial cobra mayor importancia la productividad (Luis y Aguilera, 2019).

Por otro lado, el de las personas LGBT, es un cuerpo depositario de la estigmatización por no observar la normatividad heterosexual, por no participar de la reproducción biológica, por no producir otros cuerpos<sup>3</sup> y con ello, dejar de participar en la producción de mercancías cuando se llega a la vejez, puede incrementar los daños a la salud o por lo menos definir cierta especificidad.

Aunque el envejecimiento es una etapa de la vida en que las personas se preocupan por cursarlo en las mejores condiciones y contar con los recursos necesarios para enfrentar los problemas de salud que se presenten a causa del curso natural del ciclo de la vida, pero sobre todo, a causa del desgaste, en el caso de los adultos mayores LGBT, la preocupación y el miedo pueden ser mayores, ante la expectativa de que el rechazo social a su orientación sexual incremente sus problemáticas en salud. A continuación analizamos la situación en salud que según la investigación científica ac-

3 Con sus prácticas sexuales, LGBT no producen nuevos cuerpos por la vía de la reproducción biológica, pero al asumir el cuidado de otros con la adopción homoparental por ejemplo (que ha sido una de las concesiones que poco a poco han ido otorgando los Estados modernos al denominado movimiento LGBT), participan en la generación de las capacidades productivas y de consumo de otros individuos no producidos en el arreglo familiar.

tual documenta sobre esta población, los resultados se muestran en función de los dos objetos de estudio del campo médico social.

### ***a) Distribución diferenciada de la salud y la enfermedad***

Existen desigualdades en salud en el grupo LGBT en comparación con la población general de adultos mayores (Emlet, 2016), se ha documentado que la calidad de vida asociada con la salud es menor si se ha experimentado discriminación (Fredriksen-Goldsen et. al., 2015). Por otra parte, las personas LGBT que muestran libremente su identidad sexual tuvieron mejores indicadores de salud mental y física, así como de calidad de vida que quienes no asumen o muestran su identidad (Fredriksen et. al., 2017), estos hallazgos deben considerar además que los contextos hostiles a la diversidad sexual impiden que las personas no heterosexuales asuman su identidad por percibirse amenazados.

Las personas LGBT muestran condiciones de salud general más deficientes que la población general, particularmente neoplasias y demencias atribuibles a la desigualdad social que incluye el denominado estrés de las minorías; también cuentan con historias clínicas con más antecedentes de conductas de riesgo como tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, y obesidad, así como aislamiento social. Se considera que estos problemas se ven incrementados por la desventaja acumulativa que implica el envejecimiento (Westwood et. al. 2019), cuanto más mayores, más posibilidades de haber sufrido episodios de maltrato (García, 2015).

Dentro del conjunto de patologías mentales, con la edad, hay un aumento en la depresión mayor

debido a que aumenta el aislamiento y esto se combina con el rechazo a la sexualidad, este fenómeno se ha documentado más entre hombres homosexuales y bisexuales (de Vries et. al., 2019). El síntoma clave de los trastornos de la ansiedad es el miedo, en el caso de los adultos mayores LGBT, éste se ha asociado al temor al aislamiento social, a perder la independencia y autosuficiencia, a perder la capacidad de tomar decisiones, a que el estigma por su orientación sexual se refuerce y a encontrarse en situaciones sociales o entornos físicos inseguros (Kortes-Miller, Boulé, Wilson y Stinchombe, 2018). La afirmación de la identidad LGBT en la vejez estuvo asociada a mayor salud mental; a su vez, mejores niveles de salud mental se asociaron con prácticas más saludables y en consecuencia mejor salud física (Fredriksen et. al., 2017), con estos últimos hallazgos insistimos en la importancia de las posibilidades de expresar abiertamente la identidad sexogenérica, lo cual depende obviamente, del contexto social.

El incremento en la esperanza de vida general, el desarrollo de las terapias antiretrovirales, así como el aumento en la cobertura de servicios médicos, ha hecho posible que los adultos mayores de 50 años con VIH, estén aumentando en todo el mundo (Emlet, O'Brien y Fredriksen, 2019). La población mayor LGBT sin duda, estuvo marcada por la pandemia del VIH-SIDA. El envejecimiento de la población general ha producido una creciente prevalencia de VIH, especialmente entre hombres mayores homosexuales y bisexuales, lo cual representa un importante reto para los sistemas de salud, en tanto que ya se hacen presentes las complicaciones derivadas de su cronicidad y de los largos periodos de tratamiento farmacológico que se agregan a los problemas de salud que muestra la población de mayor edad (pato-

logía crónico-degenerativa). La conjunción entre la edad avanzada y los efectos de largo plazo del VIH y su tratamiento, frecuentemente provocan inseguridad económica en las personas por las aún bajas coberturas de acceso a la seguridad social, las bajas pensiones y los altos costos de los servicios que se requieren (Hua, Yang y Goldsen, 2019). Entre LGBT, las personas que viven con VIH tienen un mayor riesgo de disparidades y peores condiciones de salud (Emlet, 2016), especialmente en hombres gays y bisexuales, así como en mujeres *trans* donde la prevalencia de VIH es mayor.

Adicionalmente, es necesario considerar las intersecciones que impone la concurrencia de distintas condiciones que incrementan los riesgos y daños a la salud. El color de la piel y los significados que le atribuimos, redefinen la forma en que las personas experimentamos la salud y la enfermedad. En EU se han identificado menores niveles en la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica en afroamericanos e hispanos, cuando se les compara con blancos no hispanos; también se ha encontrado que los afroamericanos sufren mayor discriminación (Kim, Jen y Fredriksen-Goldsen, 2017).

En relación a la categoría género, al comparar a mujeres de las denominadas minorías sexuales (lesbianas, bisexuales y mujeres *trans*) con la población heterosexual, se encontraron mayores probabilidades de morbilidad física desde edades tempranas, mientras que en los varones homosexuales se observó una mayor probabilidad de enfermedades cardiovasculares y neoplasias a más temprana edad (Boehmer, Miao, Linkletter y Clark, 2014).

Al interior del complejo poblacional LGBT, se ha encontrado que las personas con identidades

transgénero y bisexual tienen un mayor riesgo de desigualdad y daños a la salud en la adultez mayor (Emlet, 2016).

### **b) Respuesta social organizada (políticas y prácticas sociales)**

La respuesta social organizada incluye no sólo las políticas gubernamentales y las prácticas sistematizadas en terapéuticas ya sean científicas o no; también se refiere a las estrategias individuales y colectivas, ambas determinadas socialmente, con qué sujetos y comunidades enfrentan las enfermedades. Entre ellas se encuentra el denominado soporte social, es decir, aquel conjunto de recursos familiares, comunitarios e institucionales con que cada persona o grupo social cuenta para resolver sus problemáticas de salud. La calidad de vida puede verse deteriorada ya que algunos estudios plantean que la soledad se encuentra asociada a la vejez homosexual por la falta de una familia propia (García, 2015).

Las condiciones en que las personas LGBT llegan a la vejez pueden incluir problemas económicos derivados de la pérdida de capacidades para el trabajo remunerado, situación que se agrava si tienen bajo soporte social como resultado del rechazo y el aislamiento social. Algunos estudios han identificado estas problemáticas especialmente en mujeres lesbianas (Brennan-Ing, Seidel, Larson y Karpiak, 2014) y bisexuales (de Vries, et. al., 2019).

Los adultos mayores LGBT tienen más riesgo que los heterosexuales de llegar a la vejez con un menor soporte social, especialmente en contextos altamente estigmatizantes, lo cual repercute en la atención que se les presta en los servicios sociales y de salud (de Vries, et. al., 2019). El temor a la discriminación (anticipación), su experiencia real

en los servicios médicos, así como la incompreensión de las necesidades específicas, son algunos de los principales problemas que enfrentan los viejos LGBT (Westwood et. al., 2019).

La discriminación determina el tipo de servicios y apoyos que las personas LGBT tendrán disponibles en su vejez. Se ha documentado que los servicios médicos y sociales carecen de conocimiento y capacitación sobre la situación en que viven las personas LGBT ya que muestran actitudes negativas respecto de las relaciones entre personas del mismo sexo. Esta situación provoca que el temor a la discriminación de los prestadores de los servicios obstaculice su acceso y que las personas LGBT desarrollen estrategias para solventar posibles deficiencias (Cáceres, Travers, Primiano, Luscombe y Dorsen, 2020), como podrían ser: postergar la atención médica, no asistir, pagar servicios privados teniendo derecho a los públicos, ocultar sus padecimientos a sus familiares o no brindar a médicos y enfermeras toda la información necesaria acerca de su historial clínico.

Algunos estudios han enfatizado el papel de los trabajadores de la salud, ya que observan una relación entre el conocimiento de las necesidades específicas de la población LGBT con experiencias positivas de estas personas cuando solicitaron un servicio, donde la aceptación fue la actitud más relacionada (Kim, Jen, Fredriksen-Goldsen, 2017). Otro estudio indicó que el mayor problema dentro de la atención médica, era un servicio culturalmente insensible (Rowan y Beyer, 2017).

Por otra parte, las redes sociales de apoyo proporcionan un vehículo para los recursos sociales que pueden ser beneficiosos para el bienestar en el envejecimiento (Erosheva, Kim, Emler y Fredriksen-Goldsen, 2016). El soporte social (evaluado en términos de redes sociales, trabajo e

ingresos), determina la calidad de vida relacionada con salud, tanto física como mental (Fredriksen-Goldsen et. al., 2015). Se ha encontrado un vínculo importante entre la extensión y calidad de las redes sociales con la salud mental, las personas LGBT con redes restringidas han mostrado peores indicadores en este rubro (Stinchcombe, Smallbone, Wilson y Kortess-Miller, 2017). El mayor tamaño de la red social de apoyo se relaciona con menores impactos de la discriminación y el estrés al operar como amortiguadores de sus efectos deletéreos; sin embargo el mejor efecto resulta cuando las redes están integradas también por personas LGBT (Leahy y Chopik, 2020), lo cual supone una mayor comprensión de sus necesidades en esta etapa de la vida.

La visibilidad de las personas LGBT también juega, como en el caso de los daños a la salud, un papel importante en los recursos sociales con que cuentan para enfrentar sus problemas de salud. Se ha observado que los que expresan libremente su identidad, cuentan con mayores recursos con ventajas sociales y económicas (Fredriksen-Goldsen et. al., 2017). Estar *fuera del clóset* se asoció con mayor soporte social y por el contrario, la marginación con menos recursos sociales (Fredriksen-Goldsen et. al., 2017), fenómeno que reafirma el papel fundamental del contexto social para la posibilidad de expresar abiertamente la orientación sexual.

En cuanto a las intersecciones, se ha encontrado que las lesbianas adultas mayores enfrentan el entrecruzamiento de tres referentes de discriminación: el sexismo (por ser mujeres), el heterosexismo (por ser lesbianas) y la edad (por ser viejas); algunos estudios muestran importantes niveles de aislamiento de las redes sociales de apoyo en ellas (Butler, 2018).

## Discusión

El perfil epidemiológico de un grupo humano expresa, en el nivel concreto de la realidad, que la desigualdad construida en la estructuración de la sociedad actual, es producto de complejos procesos sociales que ocurren en el nivel de la reproducción de la sociedad. El ordenamiento de los grupos humanos en la totalidad social se da por la dinámica relación contradictoria entre los distintos sectores de la población. En esa confrontación se generan desigualdades cuya evidencia se concreta en un conjunto de riesgos, patologías y prácticas en salud, e incluye una serie escalonada y jerarquizada de procesos de diferente complejidad. La reproducción social de la humanidad adquiere en el momento actual una modalidad específica a la que denominamos capitalismo, éste no es solo una forma históricamente específica de producción económica sino también un modo de vida, un modo de producción y consumo de significaciones y prácticas.

El capitalismo, para sostenerse en el tiempo, requiere de la extracción permanente de plusvalía. Independientemente de las modalidades históricas del plusvalor (Marx, 1982; Laurell, 1983), éste no tiene otra base material que no sea la explotación de la fuerza de trabajo mediante la disminución de su valor en el proceso productivo. Por ello, el andamiaje de las instituciones sociales y la conformación de sus agentes se organiza alrededor de la apropiación del trabajo ajeno como estructura fundamental, de manera tal que en el caso de las instituciones de salud, la medicina científica, la salud pública y sus agentes sociales se orientan a la producción de cuerpos productivos, productivos de fuerza de trabajo productiva, susceptible de extraer de ella el plusvalor, pero también se orienta a la producción de cuerpos reproductivos.

De ahí que el cuidado y regulación de la reproducción biológica son de las principales actividades socialmente asignadas a la medicina y en general, a todas las profesiones de la salud (Granados, 2014). El imperativo de la reproducción de cuerpos coincide con la medicalización de la sexualidad, en cuya regulación se impone a la heterosexualidad como norma y parámetro de salud, reconstruyendo otras expresiones sexogénicas como patologías. La sociedad capitalista precisa entonces, de legitimar las uniones sexoafectivas y sistemas de parentesco que suministren a su engranaje, masas de cuerpos productores y reproductores, buscando al mismo tiempo erradicar, mediante su patologización o proscripción, a los *otros* individuos y *otros* arreglos familiares. La heteronormatividad es entonces, un instrumento de estructuración de sujetos afines al sistema de explotación inherente a las sociedades de mercado.

La otra estructura fundamental que se requiere sostener en el capitalismo es la propiedad privada, erradicar las nociones de bienes colectivos o comunitarios que pudieran prevalecer en otras culturas, se vuelve una tarea fundamental que se implementa con la extensión del modo de vida capitalista ya sea mediante el imperialismo o la colonización. La apropiación del trabajo ajeno en el caso de la burguesía y lo adquirido mediante la venta de la fuerza de trabajo en las familias de las clases trabajadoras, es resguardado precisamente en la estructura familiar hegemónica, caracterizada por la monogamia, la unión parental heterosexual y la progenie consanguínea; así se garantiza la permanencia transgeneracional de la propiedad, mediante la herencia regulada por los derechos que otorga la consanguinidad. La propiedad privada, al pasar de generación en generación, es el motor que asegura la permanencia histórica del modo de producción capitalista en su

dimensión macrosocial, desvanece la esencia de constructo social de la heterosexualidad y consigue se le perciba como el arreglo “natural” al pasar, junto con los bienes materiales y simbólicos, de una generación a otra.

El modo de vida basado en el patriarcado, con sus rasgos androcéntrico y heteronormativo (Ferro, 1996), es la estructura ideológica fundamental en que se sostiene la sociedad de mercado y que en su maquinaria, produce necesariamente desigualdades al constituir grupos humanos posicionados de manera diferencial dentro del todo social: las clases trabajadoras sin más recurso para su sobrevivencia que la venta de su fuerza de trabajo, las personas que no adoptan el modo de vida funcional o quienes no asumen la identidad sexogénica impuesta, reproducen sus vidas en espacios simbólicos y materiales de mayor desventaja<sup>4</sup>. Estas brechas, también se expresan en la enfermedad y la muerte.

La producción científica analizada, muestra que la discriminación es una práctica constante relatada por las personas LGBT, otros análisis la derivan como consecuencia del rechazo social a las identidades sexogénicas no heterosexuales y no binarias, pero profundizan en que éste es una construcción social derivada del sistema sexogénero que resulta funcional e idóneo al modo de producción capitalista.

<sup>4</sup> En este planteamiento no hay que dejar de considerar dos posibilidades, la de la resistencia y la de la asimilación. En su naturaleza contradictoria con el sistema social, los modos alternos de vivir, se resisten a la dominación y conservan sus tradiciones, reivindican su diferencia y no sin dificultades, contribuyen a la transformación social. Y por otro lado, existe el riesgo permanente de la asimilación, en su maquinaria, el capitalismo tiene la capacidad de fagocitar grupos e individuos y adaptarlos de manera gradual o radical, a su modo de vida. Con frecuencia, cuando un individuo o grupo reclama para sí un derecho reconocido por el sistema a otro grupo, en el fondo, está adoptando su modo de vida, desnaturalizándose a sí mismo.

Por otra parte, el envejecimiento como proceso en el cual el cuerpo humano pierde las capacidades y habilidades que exige la obsesión extractivista, productivista y consumista del capitalismo, determinan que la vejez sea significada no como una fase del ciclo vital sino que la enfatiza como la pérdida de su propiedad productiva. Mientras que en otras tradiciones culturales los viejos pueden ser considerados entes de sabiduría y autoridad, en las sociedades de mercado se facilita una noción que los concibe como una carga tanto para la familia como para la sociedad por los costos que puede implicar su cuidado, de tal manera que con frecuencia son objeto de indiferencia, abandono o infantilización de sus necesidades y decisiones, e incluso, de violencia física y patrimonial, y sus enfermedades pueden ser consideradas “propias” de la edad y por tanto, desatendidas o minimizadas. Seguramente, estas condiciones adquieren intensidades distintas si se trata de varones o mujeres y por supuesto, dependen de la clase social.

A la valoración social del cuerpo habría que agregar las particularidades que adquiere entre la población LGBT, particularmente entre hombres gays, en los que se habla de un “envejecimiento prematuro” que ocurre después de los cincuenta años de edad (Alonso y Mayor, 2020), al cuerpo se le presta mayor atención en su dimensión física (García, 2015) y en su etapa de juventud (Luis y Aguilera, 2019) por su relación con los estándares de belleza masculina predominantes; adicionalmente, el posmodernismo impone una cultura de la inmediatez y lo efímero en todos los ámbitos de la vida, encontrando en la sociabilidad gay un espacio para su difusión y reproducción, ahí donde los ancianos homosexuales no encuentran lugar (Lizárraga, 2011) o no encajan, por lo que la vejez puede resultar más complicada, produciendo discriminación múltiple, interseccional (Luis

y Aguilera, 2019) o doble vulnerabilidad (Lizárraga, 2011): por edad y por orientación sexual, pero además, por el rechazo entre LGBT (Alonso y Mayor, 2020).

A pesar de los avances en la configuración de contextos tolerantes, aún falta mucho para eliminar el estigma, la violencia y la discriminación hacia las personas no heterosexuales, el avance impulsado por su organización, movilización y resistencia han generado cada vez más, una mayor posibilidad para identificarse y expresarse libremente en las generaciones actuales, de modo que se tiene previsto que en el futuro cercano, la población adulta mayor que se manifieste abiertamente LGBT sea cada vez más numerosa en los servicios médicos (Zelle y Arms, 2015). Por ello es necesario reconocer sus problemáticas particulares.

## Conclusiones

La experiencia de la salud y la enfermedad, así como de sus procesos determinantes, es diferenciada según la intersección de los referentes identitarios y de las condiciones de vida de cada grupo social y cada persona. El análisis de las condiciones de salud de la población LGBT impone la consideración simultánea de la sexualidad y la vejez, las condiciones de salud de las personas que no asumen la heteronorma son peores que las de la población heterosexual, pero a su interior, los viejos LGBT muestran desventajas más acentuadas por la edad.

## Referencias bibliográficas

Alonso, J. y Mayor, J. (2020). “La homosexualidad en las personas mayores: vivenciando narrativas en torno a las discriminaciones y prácticas resilien-

En el ámbito de la atención médica, es necesario el conocimiento sobre el perfil epidemiológico de las personas LGBT de la tercera edad, tanto en la formación de profesionales de la salud como en el ejercicio de la atención médica en los servicios de salud, esto para generar espacios de confianza y contribuir al bienestar de este sector (Rogers, 2013). Por su parte, la investigación científica debe profundizar en las condiciones de salud de las personas LGBT con una perspectiva interseccional que incluya, además de la orientación sexual, la clase social, la etnia y el género, así como incluir aquellos ancianos que no se adscriben a las categorías LGBT pero que no son heterosexuales (Jihanian, 2013).

La discriminación por edad y orientación sexual, produce opresión interiorizada, aislamiento social, ruptura de las redes sociales, estrés y por lo tanto, produce enfermedad anticipada y menor soporte social en salud. Así, el mayor riesgo de enfermedad general, pero en particular de enfermedad mental y específicamente de trastornos de la ansiedad, así como redes sociales de apoyo más reducidas y obstáculos para la atención médica, son las características esenciales del perfil epidemiológico de la población LGBT que encuentra en el modo de producción vigente, su explicación más profunda. Las personas LGBT como grupo social que asume una posición específica en la sociedad, muestra un patrón de morbilidad característico, cuya especificidad es resultado de un proceso de determinación social en el que el rechazo social es una explicación fundamental.

tes”, *Global Social Work*, vol. 10, Núm. 18: 46-71.  
Boehmer, U., Miao, X., Linkletter, C., Clark, M. (2014). “Health conditions in younger, middle, and

- older ages: are there differences by sexual orientation?”, *LGBT Health*, vol. 1, Núm. 3: 168-76.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. España: Anagrama.
- Brennan-Ing, M., Seidel, L., Larson, B. y Karpiak, S. (2014). “Social care networks and older LGBT adults: Challenges for the future”, *Journal of Homosexuality*, vol. 61, Núm. 1: 21-52.
- Butler, S. (2018). “Older lesbians receiving home care: formal and informal dimensions of caregiving”, *J Women Aging*, vol. 30, Núm. 2: 91-110.
- Cáceres, B., Travers, J., Primiano, J., Luscombe, R. y Dorsen, C. (2020). “Provider and LGBT individuals perspectives on LGBT issues in long-term care: a systematic review”, *Gerontologist*, vol. 60, Núm. 3: e169-e183.
- De Vries, B., Gutman, G., Humble, Á., Gahagan, J., Chamberland, L., Aubert, P., Fast, J. y Mock, S. (2019). “End-of-Life Preparations Among LGBT Older Canadian Adults: The Missing Conversations”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 88, Núm. 4: 358-379.
- Emler, C., O’Brien, K., Fredriksen-Goldsen, K. (2019). “The global impact of HIV on sexual and gender minority older adults: challenges, progress, and future directions”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 89, Núm. 1: 108-126.
- Emler, C. (2016). “Social, economic, and health disparities among LGBT older adults”, *Generations*, vol. 40, Núm. 2: 16-22.
- Erosheva, E., Kim, H., Emler, CH. y Fredriksen-Goldsen, K. (2016). “Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults”, *Res Aging*, vol. 38, Núm. 1: 98-123.
- Ferro, C. (1996). *Primeros pasos en la teoría sexo-género*. Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica.
- Foucault, M. (1999). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault M. (2000). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fredriksen-Goldsen, K., Bryan, A., Jen, S., Goldsen, J., Kim, H. y Muraco, A. (2017). “The unfolding of LGBT lives: key events associated with health and well-being in later life”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl.1: S15-S29.
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Bryan, A., Shiu, C. y Emler, C. (2017). “The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGBT older adults”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl.1: S72-S83.
- Fredriksen-Goldsen, K., Kim, H., Shiu, C., Goldsen, J. y Emler, C. (2015). “Successful aging LGBT older adults: physical and mental health related quality of life by age group”, *Gerontologist*, vol. 55, Núm. 1: 154-68.
- García, M. (2015). *Vejez y homosexualidad*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, España. <http://hdl.handle.net/10201/47944> (consulta 17 de abril de 2021).
- Granados, J. (2006). “Medicina y homosexualidad. Prácticas sociales en tensión”, *Cuicuilco*, vol. 13, Núm. 36: 293-319.
- Granados, J. (2014). “Normalización y normatividad de la homosexualidad. Una definición desde el esclarecimiento de las funciones sociales de la medicina”, *Salud Problema*, vol. 8, Núm.16: 88-102.
- Hua, B., Yang, V. y Goldsen, K. (2019). “LGBT older adults at a crossroads in mainland China: the intersections of stigma, cultural values, and structural changes within a shifting context”, *Int J Aging Hum Dev*, vol. 88, Núm. 4: 440-456.
- Jihanian, L. (2013). “Specifying long-term care provider responsiveness to LGBT older adults”, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 25, Núm. 2: 210-231.
- Kim, H., Jen, S. y Fredriksen-Goldsen, K. “Race/Ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults”, *Gerontologist*, vol. 57, suppl. 1: S30-S39.

- Kortes-Miller, K., Boulé, J., Wilson, K. y Stinchcombe, A. (2018). "Dying in long-term care: perspectives from sexual and gender minority older adults about their fears and hopes for end of life", *J Soc Work End Life Palliat Care*, vol. 14, Núm. 2-3: 209-224.
- Laurell, A. (1982). "La salud y la enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 2, Núm. 1: 7-25.
- Laurell, A. (1983). *El desgaste obrero en México*. México: Ediciones Era.
- Leahy, K., Chopik, W. (2020). "The effect of social network size and composition on the link between discrimination and health among sexual minorities", *J Aging Health*, vol. 32, Núm. 9:1214-1221.
- Lizárraga, X. (2011). "Rosa con Canas: La homosexualidad y la vejez". En: Peña, E. y Hernández, L. (Coords.) *Iguales pero diferentes: Diversidad sexual en contexto*. México: INAH - Memorias de la VII Semana Cultural de la Diversidad Sexual.
- Luis, C. y Aguilera, L. (2019). "Múltiple discriminación: homosexualidad y vejez", *Global Social Work*, vol. 9, Núm. 16: 225-247.
- Martiniello, M. (1998). *Salir de los guetos culturales*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Marx, C. (1982). *El Capital*. México: Siglo XXI Editores.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4, Núm. 7: 71-83.
- Rogers, A., Rebbe, R., Gardella, C., Worlein, M. y Chamberlin, M. (2013). "Older LGBT adult training panels: An opportunity to educate about issues faced by the older LGBT community", *J Gerontol Soc Work*, vol. 56, Núm. 7: 580-595.
- Rowan, N., Beyer, K. (2017). "Exploring the health needs of again LGBT adults in the cape fear region of North Carolina", *J Gerontol Soc Work*, vol. 60, Núm. 6-7: 569-586.
- Stinchcombe, A., Smallbone, J., Wilson, K. y Kortes-Miller, K. (2017). "Healthcare and end-of-life needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults: a scoping review", *Geriatrics*, vol. 2, Núm. 1: 13.
- Westwood, S., Willis, P., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., Semlyen, J., King, A., Beach, B., Almack, K., Kneale, D., Toze, M. y Becares, L. (2019). "Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda", *J Epidemiol Community Health*, vol. 74, Núm. 5: 408-411.
- Wittg, M. (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.
- Zelle, A. y Armas, T. (2015). "Psychosocial effects of health disparities of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults", *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, vol. 53, Núm. 7: 25-30.