

Personas mayores olvidadas: deuda del sistema de salud

Carmen García-Peña,^{1*} Raúl H. Medina-Campos,² Mario U. Pérez-Zepeda,³ Jimena Vázquez-García,⁴ Diego Terán⁵ y Alethse de la Torre-Rosas⁶

¹Dirección General, Instituto Nacional de Geriátria, Ciudad de México, México; ²Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Geriátria, Ciudad de México, México; ³Departamento de Investigación Epidemiológica, Instituto Nacional de Geriátria, Ciudad de México, México; ⁴Departamento de Gobierno, University of Essex, Essex, Reino Unido; ⁵Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México; ⁶Dirección General, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Resumen

El ejercicio de todos los derechos humanos es inherente a las personas, mismos que deben ser garantizados por los Estados sin importar las características propias de las personas, tales como edad, género, preferencias sexuales, origen étnico, nacionalidad o estado migratorio. Se presenta una reflexión acerca de la discriminación que padecen las personas mayores, no solo por el hecho de su edad sino también por otras características que los colocan en una situación de mayor vulnerabilidad y discriminación, tales como pertenecer a la comunidad LGBT+, estar en centros penitenciarios o vivir con VIH/sida. Se exhorta a la reflexión sobre el papel y la sensibilidad de las instituciones públicas para garantizar el derecho fundamental de la salud, no solo en el aspecto físico si no también en el mental. Se plantean los retos que México enfrenta en materia de salud y se hace un llamado a no dejar a nadie atrás, incentivando que las poblaciones más vulnerables tengan una atención inmediata y libre de discriminación. Las personas mayores son el presente y el futuro de las realidades de los países, y México no es la excepción.

PALABRAS CLAVE: Personas mayores. Soledad. VIH/sida. Vulnerabilidad.

Forgotten older people: health system debt

Abstract

The exercise of all human rights is inherent to all persons, which must be guaranteed by the States regardless of the characteristics of all persons, such as age, gender, sexual preferences, ethnic origin, nationality or migratory status. This document presents a reflection on the discrimination that older people face not only because they are older (ageism), but also because of other characteristics that place them in a situation of greater vulnerability and discrimination, such as belonging to the LGBT+ community, being in prisons or having HIV. It urges reflection on the role and sensitivity with which public institutions, mainly health institutions, must have to guarantee a fundamental right such as health, not only in the physical aspect but also in the mental one. The health challenges that the country faces are presented, and a call is made to leave no one behind, encouraging the most vulnerable populations to have immediate attention free of discrimination. The elderly are the present and the future of the realities of our countries, where Mexico is no exception.

KEYWORDS: Older people. Loneliness. HIV/AIDS. Vulnerability.

*Correspondencia:

Carmen García-Peña
E-mail: mcgarcia@inger.gob.mx

Fecha de recepción: 08-04-2024

Fecha de aceptación: 22-04-2024

DOI: 10.24875/GMM.24000110

Gac Med Mex. 2024;160:243-248

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2024 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud, como derecho humano universal, es inherente a la condición de ser una persona y debe ser garantizada por los Estados para sus poblaciones de la manera más efectiva con los recursos a su alcance.

No obstante, tanto en México como en el mundo existen barreras que impiden la garantía de los derechos universales, y la salud no es la excepción. Gran parte de estas barreras se deben a los efectos directos de la discriminación. Rara vez la discriminación se presenta como un aspecto aislado e individual, por lo que debe analizarse desde una perspectiva interseccional. La interseccionalidad se refiere a que un individuo sufre más de un tipo de discriminación, por ejemplo, una mujer adulta mayor puede sufrir discriminación de género y por su edad; su vivencia no es la misma que la de una mujer joven, quien también puede enfrentarse a discriminación de género, pero no por su edad. Añadir la perspectiva interseccional en discusiones que se refieren al derecho a la salud es vital, puesto que permite atender el tema en su real complejidad.^{1,2}

Estudios del Instituto Nacional de Geriátrica muestran que dos de cada 10 personas adultas mayores no tienen acceso efectivo al sistema de salud, y si bien la esperanza de vida se ha incrementado, una persona de 60 años podría vivir en promedio 11 años con algún grado de dependencia. Los servicios de salud están insuficientemente preparados para atender las necesidades de salud de las personas mayores. Aunado a la anterior, se conoce que cerca de 20 % de las personas mayores sufre algún tipo de maltrato y 39 % ha sido discriminado por motivo de edad en los últimos 12 meses, según la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022.³ Por lo tanto, la presente revisión ofrece una perspectiva interseccional respecto a la discriminación por edad (personas mayores) y otras condiciones tales como pertenecer a la comunidad LGBT+, haber perdido la libertad por estar preso y vivir con VIH-sida.

Personas mayores de la diversidad sexual y de género

Las personas mayores con orientaciones sexuales e identidades genéricas diversas (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis, intersexuales, *queer* y asexuales, o simplemente LGBT+) son poco visibles, han recibido escasa atención y sufren

frecuentemente discriminación en México. Hasta hace poco, ni siquiera se contaba con una estimación del número de personas mayores que se identifican como LGBT+, lo que cambió en 2021 cuando el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática publicó los resultados de la primera Encuesta Nacional sobre la Diversidad Sexual y de Género,⁴ la cual permitió caracterizar por primera vez a la población LGBT+ en México.

Según esa encuesta, cinco millones de personas (5.1 % de la población) de 15 y más años se identifican como pertenecientes a la diversidad sexogenérica. De ellas, 4.6 millones (4.8 %) reportan una orientación sexual distinta a la heterosexual y 908 000 (0.9 %), una identidad de género diversa. De los cinco millones de personas LGBT+ en México, 3.1 % tenía 60 años o más, es decir, en el país existen 155 000 personas mayores LGBT+, que equivalen a 0.9 % de toda la población de 60 años y más en el país.⁴

En las personas mayores LGBT+ se conjuntan al menos dos de los motivos más frecuentes de discriminación en México: la edad y la diversidad sexogenérica. Hay evidencia de que enfrentan más barreras para recibir atención social y a la salud, y que tienen menos opciones de cuidados informales, todo lo cual vulnera sus derechos.^{3,4} Suelen tener mayor inestabilidad financiera y barreras legales que les dificultan el ejercicio de derechos. Tienen peor estado de salud física y mental que sus pares heterosexuales y cisgénero,^{5,6} así como una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud, como uso de sustancias y prácticas sexuales de riesgo. Además, han sido desproporcionadamente afectadas por la epidemia de VIH.

La calidad de vida de las personas mayores LGBT+ fue evaluada en el estudio *Caring and Aging with Pride: The National Health, Aging, and Sexuality Study* (Estados Unidos, 2010).⁷ La salud mental estuvo asociada negativamente con la victimización y discriminación, el “salir del clóset” y las enfermedades crónicas; por el contrario, se asoció positivamente con el sentido positivo de identidad sexual, el tamaño de la red social, el apoyo social, la actividad física, las actividades recreativas, el chequeo rutinario de salud, el no uso de sustancias, el ingreso, el empleo, el sexo masculino y la identidad transgénero.

La identificación de estos factores asociados a la salud mental y la calidad de vida permite argumentar sobre la interseccionalidad de la discriminación.^{2,7} El trabajo y el ingreso se asocian positivamente a la salud mental, pero el acceso a un trabajo bien remunerado puede ser más difícil para personas LGBT+.³ Lo mismo puede decirse del acceso a la salud.⁸⁻¹⁰

Entre las barreras sistémicas que las personas mayores LGBT+ enfrentan para recibir atención adecuada a la salud, destaca la escasa o nula sensibilización del personal de salud para proporcionar una atención culturalmente apropiada, lo que frecuentemente resulta en discriminación, estigmatización, atención inapropiada y pobre acceso a servicios específicos como cuidados de largo plazo y cuidados al final de la vida.³ Lo anterior provoca que numerosas personas mayores decidan ocultar su orientación sexual o identidad de género, incluso después de haber sido abiertas al respecto durante su juventud, en un fenómeno conocido como “regreso al clóset”. Por ello, es importante hacer énfasis en que la atención debe proporcionarse desde la perspectiva de los derechos humanos, lo cual implica la garantía de la atención independientemente de las características de la persona y, al mismo tiempo, con un enfoque centrado en la persona, que garantice la respuesta a sus necesidades específicas de salud.

El sistema de salud debe reconocer y trabajar en eliminar las barreras para la atención apropiada de las personas mayores LGBT+. Un punto de partida esencial es el desarrollo de políticas transversales de inclusión y no discriminación, así como la capacitación del personal de salud para que desarrolle competencias que les permita implementar protocolos de atención sensibles a las diversas orientaciones sexuales e identidades de género.^{11,12} Cambios pequeños como el uso de los pronombres elegidos, el diseño de formatos incluyentes para los expedientes clínicos, la asignación de espacios seguros (por ejemplo, baños) y la garantía de la confidencialidad, pueden hacer una diferencia importante en la calidad de la atención a las personas mayores LGBT+.¹³ En otras palabras, ofrecer un trato inclusivo, digno y humano para todas las personas usuarias.

El envejecimiento saludable para personas LGBT+ es posible,¹⁴ pero requiere un cambio de paradigma no solo en el sistema de salud, sino en la sociedad entera, de tal forma que se garanticen plenamente los derechos de esta población con la que la sociedad tiene una deuda histórica. La política de salud debe estar orientada a garantizar la atención, el acceso y la universalización con un trato digno, y erradicar la discriminación hacia las personas mayores, independientemente de su identidad de género y preferencias sexuales, ya que los derechos sexuales también son parte de la vida y no se ciñen a una edad cronológica.

Envejecer en la cárcel

Como consecuencia del envejecimiento poblacional, existe un incremento de la proporción de adultos mayores en grupos y sistemas de la sociedad; en tiempos pasados, el número de adultos mayores era reducido o prácticamente nulo.¹⁵ En este sentido, las prisiones, que previamente tenían una población pequeña de adultos mayores, en los últimos años ha visto el incremento sostenido de esta fracción de la población.¹⁶ Los adultos mayores tienen necesidades distintas a las de los adultos más jóvenes, tanto sociales como de salud. De tal suerte, no solo los sistemas de salud deben adaptarse a este grupo de edad sino también las instituciones, entre otras las prisiones.

En 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos publicó un informe sobre personas mayores en centros penitenciarios del país. Los resultados fueron (y siguen siendo) preocupantes. Dicho informe menciona que solo se contaba con 137 quejas de personas adultas mayores privadas de su libertad entre 1996 y 2016. Entre otras violaciones a los derechos humanos, se registró la falta de infraestructura adecuada a la edad, la ausencia de atención médica especializada, así como la omisión de la identificación de personas mayores y sus necesidades.¹⁷

Por otro lado, un análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad de 2021 muestra que la población de personas adultas mayores representa 3.4 % de todos los individuos privados de su libertad.¹⁸ Aunque este porcentaje pueda parecer pequeño y restar importancia al problema, en un marco de derechos humanos, como el presente, la existencia de un solo individuo de estas características debería ser suficiente para atender el problema. Aunado a lo anterior, aunque el porcentaje relativo al total de la población sea menor, la misma encuesta resalta que existe un incremento de 83.8 % de los individuos de 60 años o más en las cárceles de México. Por otro lado, las personas adultas mayores fueron quienes reportaron un mayor tiempo de estancia carcelaria;¹⁸ adicionalmente, en este grupo de edad se ubica la mayor proporción de personas que ignoran cuánto tiempo tienen en prisión. Hasta 53 % de los mayores de 60 años refirió no poder leer o escribir un recado. A lo anterior se suman los problemas de salud física, por ejemplo, la prevalencia de diabetes pasa de 4.8 % en menores de 60 a 23.6% en los mayores de esta edad; en tanto, las discapacidades visual, auditiva y motora son significativamente más prevalentes en personas mayores de 60

años (46.1 % de discapacidad visual, 24 % de auditiva y 25 % de motora).^{18,19} En conjunto, estas características apuntan a la potencial vulnerabilidad dentro de la vulnerabilidad de este grupo de edad, es decir, la interseccionalidad.

Estos datos deben alertarnos sobre distintas soluciones que podrían implementarse. En nuestro país se han llevado o cabo algunos intentos de mejorar esta situación. Por ejemplo, una iniciativa de ley del Congreso de San Luis Potosí impulsaba la creación de servicios geriátricos para las personas mayores internas en un centro penitenciario.²⁰ Otro caso es el estado de Puebla, que asignó un espacio especial para personas mayores en prisión. Otras soluciones también se han planteado, tal como la anunciada por el gobierno federal en 2019 sobre la liberación de las personas con mayor edad, mediante criterios que aún no están adaptados a las necesidades de los adultos mayores (por ejemplo, asegurarse que tendrán donde vivir, que se encuentren en condiciones de salud para vivir en forma independiente, etcétera).²¹ Sin embargo, existen diversas tareas pendientes y hace falta una generalización de la atención de estas personas a partir de programas articulados, que no solo cuiden de la persona dentro de la cárcel sino que también la apoyen durante los primeros meses o años de su reintegración a la sociedad.

Es importante señalar que la garantía del derecho a la salud no solo debe ampararse mediante las instituciones encargadas de ofrecer servicios de salud; si se habla de un derecho humano y de la universalización del sistema de salud, es importante ofrecer los servicios de salud a toda la población, incluso aquella que no puede llegar a las instituciones de salud, un ejemplo claro es la población que se encuentra en centros penitenciarios. Por ello, se requiere un programa que considere la transición demográfica del país, incluso en los centros de reclusión. Enfrentar una pena en prisión no se contraponen con garantizar la dignidad humana, independientemente de la edad. Si una persona mayor está cumpliendo una pena, no debe ser privada de los derechos humanos, entre los que están la vinculación social y la salud, no solo en el aspecto físico sino también en el mental. Es necesario reconocer que es necesaria la educación en los sistemas punitivos para afrontar la complejidad que implica el envejecimiento en la cárcel.

La persona adulta mayor con VIH/sida

La pandemia de VIH es un reto de salud pública para México y el mundo. Desde hace cuarenta años,

esta pandemia se ha agravado por desigualdades pre-existentes, las cuales, a su vez, han exacerbado y ocasionado nuevas desigualdades.^{22,23} Además, La pandemia de VIH, como tantas otras, ha sido agravada por la desinformación y la atención a la salud a las personas que viven con VIH.

Se estima que en México viven 370 000 personas con VIH, de las cuales solamente siete de cada 10 conocen su estado. Datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA), la agencia del Estado mexicano encargada de atender a la población con VIH que carece de seguridad social, indican que en México seis de cada 100 personas que viven con VIH y sin seguridad social son personas mayores, en total 7852 personas.²³

El avance en la lucha contra el VIH exige atender a grupos que históricamente han sido dejados atrás, entre ellos las personas mayores. La primera barrera es su reconocimiento como una de las poblaciones prioritarias de atención. El número de personas mayores que viven con VIH ha crecido en los últimos años, por un lado como consecuencia de la alta eficacia y cobertura casi completa del tratamiento antirretroviral, que permite que muchas personas envejecen con VIH; pero también porque el número de personas mayores se ha incrementado y, con ello, la incidencia de VIH en la vejez.^{22,23}

Otra razón que requiere un enfoque particular a personas mayores con VIH es la interacción biológica entre la infección y el proceso de envejecimiento. Los cambios inmunológicos asociados al envejecimiento guardan cierta semejanza con los producidos por el VIH, por lo que sus efectos combinados hacen a las personas mayores más susceptibles a infecciones oportunistas y otras complicaciones relacionadas con el VIH.²⁴

La interacción entre envejecimiento, VIH y otras enfermedades crónicas resulta en un mayor grado de complejidad del manejo médico.^{24,25} Las interacciones farmacológicas en este escenario tienen especial relevancia, lo mismo que algunos cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, en particular la disminución de la función renal, la pérdida de masa muscular y la pérdida de densidad mineral ósea, todo lo cual debe considerarse en las elecciones y dosis de medicamentos. Además, es necesario gestionar de manera efectiva la polifarmacia y las posibles interacciones con otras enfermedades crónicas para garantizar resultados óptimos en el tratamiento. La triple optimización de la terapia antirretroviral en México ha permitido que las personas mayores tengan mejores opciones terapéuticas en los últimos años.

Actualmente, 83 % de las personas mayores se encuentran en tratamientos con tableta única, con mínimos efectos adversos e interacciones. En total, existen 7722 personas mayores en tratamiento antirretroviral y 69 en profilaxis.

El estigma sigue siendo una barrera importante para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, lo que afecta a personas de todas las edades. Sin embargo, las personas mayores pueden enfrentar desafíos únicos debido a las percepciones y estereotipos sociales que rodean al VIH,²⁶ así como la falta del reconocimiento y atención a su salud sexual y su derecho al placer.

El diagnóstico tardío del VIH es un problema común entre las personas mayores, lo que puede tener graves consecuencias. Las oportunidades perdidas para una intervención temprana pueden resultar en una progresión avanzada de la enfermedad y en mayor riesgo de complicaciones. En México, si bien la mayoría (90 %) de las personas mayores con diagnóstico y vinculada a tratamiento se encuentra indetectable, 30 % se diagnostica tardíamente.

La carga emocional de un diagnóstico de VIH, junto con los desafíos del envejecimiento, puede llevar al incremento de las tasas de depresión, ansiedad y aislamiento social.²⁷ A través de estrategias de atención integral, análisis territorial y de sindemias, a partir de 2020 se ha podido avanzar en la atención de hepatitis C y B y salud mental, aunque persisten brechas que cerrar.

A medida que se incrementa la población de personas mayores, es imperativo hacer visible los retos, las desigualdades y abordar las necesidades específicas de quienes viven con VIH.^{22,23} Combatir el estigma, promover la realización de pruebas y adaptar los servicios de atención médica permitirá que las personas mayores que viven con VIH reciban la atención y el apoyo que requieren. La única manera de no dejar a nadie atrás es a través de sistemas inclusivos que se centren en las personas y en las comunidades.

Consideraciones finales

Mediante un eje transversal, en el presente artículo se analizaron las distintas barreras de acceso que las personas mayores enfrentan en la garantía de derechos universales, con particular énfasis en el tema de salud. Insistimos en que las personas mayores constituyen un grupo en condición de vulnerabilidad que históricamente ha sido discriminado, lo que hace urgente la necesidad de ofrecer una reflexión sobre la garantía de los derechos de esta población, más en

la medida de la tendencia creciente que se avecina, demográficamente hablando.

El derecho a la salud es un derecho universal y, por ello, entre las tareas del Estado está garantizar su acceso. No obstante, lo que hemos intentado mostrar a través de distintos ejemplos es que garantizar su acceso no debe entenderse exclusivamente en un sentido de disponibilidad, sino que se debe tener presente la calidad, la accesibilidad, la suficiencia y la pertinencia de los servicios que se ofertan. El panorama nacional apunta a un rápido envejecimiento de la población, por lo que la garantía del derecho a la salud más allá del acceso también se debe centrar en la pertinencia y especialización en la atención de la salud, es decir, se debe ofrecer atención geriátrica y gerontológica a esta población.

Es necesario que se establezcan protocolos de atención en el personal a cargo de los servicios de salud, para una atención desde un enfoque interseccional de derechos humanos. Es decir, no basta con simplemente atender las barreras de acceso, sino que importa entender que dichas barreras tienen distintas aristas que se superponen y, por ende, deben atenderse prestando atención a garantizar una provisión inclusiva. La defensa del derecho a la salud y la exigencia al Estado en el cumplimiento de este derecho deben formularse de manera que todas las personas se perciban cuidadas y atendidas, sin importar su preferencia o identidad sexual, si se encuentran o no presas, o si viven con VIH. Lo anterior se logra y atiende no con la homologación del sistema de salud sin diferenciar, sino, por el contrario, se deben considerar todas las características que se deben y pueden atender, y se debe planear y educar en la forma de cómo afrontarlas. Solo así se logrará un acceso a la salud inclusivo, donde todas las personas, sin importar sus características, se sientan no solo recibidas sino que tengan la certidumbre de que serán cuidadas holísticamente. Independientemente de las preferencias, afinidades o características como la edad, las personas deben tener garantizados sus derechos con dignidad.

Los grupos que se han abordado en este informe se convierten en grupo vulnerados de derechos, por un estigma social, por un componente cultural y, sobre todo, por barreras impuestas por temas de discriminación. Todas las personas mayores con todas sus características tienen derecho a la salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Este trabajo no contó con apoyo financiero.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

- Amuchástegui A, Evangelista-García AA. Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. *Rev Interdiscip Estud Genero Col Mex*. 2022;8:1-42. DOI: 10.24201/reg.v8i1.929
- Echarri-Cánovas CJ. Interseccionalidad de las desigualdades de género en México. Un análisis para el seguimiento de los ODS. Secretaría de Gobernación/ONU Mujeres; 2020. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2020/Julio%202020/Interseccionalidad%20de%20las%20desigualdades%20de%20gnero%20en%20Mexico.pdf>
- INEGI [Internet]. México: Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022>
- INEGI [Internet]. México: Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endiseg/2021>
- Brooks RA, Lee S, Newman PA, Leibowitz AA. Sexual risk behavior has decreased among men who have sex with men in Los Angeles but remains greater than that among heterosexual men and women. *AIDS Educ Prev*. 2008;20(4):312-324. DOI: 10.1521/aeap.2008.20.4.312
- Heath J, Lanoye A, Maisto SA. The role of alcohol and substance use in risky sexual behavior among older men who have sex with men: a review and critique of the current literature. *AIDS Behav*. 2012;16(3):578-589. DOI: 10.1007/s10461-011-9921-2
- Goldsen Institute [Internet]. Estados Unidos: Caring and aging with pride: The National Health, Aging, and Sexuality Study. University of Washington; 2010. Disponible en: <https://goldseninstitute.org/health/nhas/>
- Williams Institute [Internet]. Los Angeles, California: Choi SK, Meyer IH. LGBT aging: a review of research findings, needs, and policy implications. The Williams Institute, UCLA School of Law; 2016. Disponible en: <http://bibpurl.oclc.org/web/81409>
- Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Emlert CA, Muraco A, Erosheva EA, Hoy-Ellis CP, et al. The aging and health report: disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Seattle, Washington, Estados Unidos: Institute for Multigenerational Health; 2011.

- Disponible en: <https://depts.washington.edu/agepride/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/factsheet-keyfindings10-25-12.pdf>
- Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Shiu C, Goldsen J, Emlert CA. Successful aging among LGBT older adults: physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist*. 2015;55(1):154-168. DOI: 10.1093/geront/gnu081
 - Jackson SS, Brown J, Pfeiffer RM, Shrewsbury D, O'Callaghan S, Berner AM, et al. Analysis of mortality among transgender and gender diverse adults in England. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2253687. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.53687
 - De Blok CJ, Wiepjes CM, van Velzen DM, Staphorsius AS, Nota NM, Gooren LJ, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(10):663-670. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00185-6
 - Lintott L, Beringer R, Do A, Daudt H. A rapid review of end-of-life needs in the LGBTQ+ community and recommendations for clinicians. *Palliat Med*. 2022;36(4):609-624. DOI: 10.1177/02692163221078475
 - Goldsen J, Bryan AEB, Kim HJ, Muraco A, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Who says I do: the changing context of marriage and health and quality of life for LGBT older adults. *Gerontologist*. 2017;57(Suppl 1):S50-S62. DOI: 10.1093/geront/gnw174
 - O'Hara K, Forsyth K, Webb R, Senior J, Hayes AJ, Challis D, et al. Links between depressive symptoms and unmet health and social care needs among older prisoners. *Age Ageing*. 2016;45(1):158-163. DOI: 10.1093/ageing/afv171
 - Hayes AJ, Burns A, Turnbull P, Shaw JJ. Social and custodial needs of older adults in prison. *Age Ageing*. 2013;42(5):589-593. DOI: 10.1093/ageing/afv066
 - Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Informe especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre personas mayores en los centros penitenciarios de la República Mexicana. México. CNDH; 2017. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Adultos-Mayores-Centros.pdf>
 - INEGI [Internet]. México: Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2021. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enpol/2021>
 - INEGI. Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL) 2016. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: https://inegi.org.mx/contenidos/programas/enpol/2016/doc/enpol2016_mex.pdf
 - Congreso San Luis Potosí [Internet]. México: Atención geriátrica a adultos mayores internos en CEPRERESOS. Congreso San Luis Potosí; 2018 Sep 06. Disponible en: <http://congresosanluis.gob.mx/content/atenci%C3%B3n-geri%C3%A1trica-adultos-mayores-internos-en-cepreresos>
 - Acuerdo por el que se instruyen a las instituciones que en el mismo se indican, a realizar acciones para gestionar, ante las autoridades competentes, las solicitudes de preliberación de personas sentenciadas, así como para identificar casos tanto de personas en prisión preventiva, como de aquellas que hayan sido víctimas de tortura, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables. México: Diario Oficial de la Federación. 2021 Ago 25. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5627705&fecha=25/08/2021#gsc.tab=0
 - ONUSIDA. Desigualdades peligrosas. Ginebra, Suiza: ONUSIDA; 2022. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/dangerous-inequalities_es.pdf
 - CENSIDA. Igualdad ya! México: CENSIDA; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778212/BOLETIN_DAI_DIA_MUNDIAL_DEL_SIDA_.pdf
 - Ramírez M, Palmar-Santos A, Pedraz-Marcos A, Brañas F. An exploratory prospective study of the factors associated with adverse health outcomes in older adults living with HIV. *Medwave*. 2023;23(2). DOI: 10.5867/medwave.2023.02.261
 - Chang AY, Gómez-Olivé FX, Manne-Goehler J, Wade AN, Tollman, S, Gaziano TA, et al. Multimorbidity and care for hypertension, diabetes and HIV among older adults in rural South Africa. *Bull World Health Organ*. 2019;97(1):10-23. DOI: 10.2471/BLT.18.217000
 - Barros TS, Miranda KCL, Coelho MDMF. [Older adults with HIV/AIDS: understanding the ideology of their experiences]. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e12978. DOI: 10.12957/reuerj.2018.12978
 - Galindo-Sainz J, Ortega-Ramírez MO. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enf Infec Microbiol*. 2010;30(4):129-133. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27341>