

La vulnerabilidad de la mujer apodaquense en relación con el aspecto de la salud

*María Margarita Ramírez González
Hortensia Margarita Sánchez Guerrero
María Teresa Obregón Morales*

Resumen

Este estudio se propone dar a conocer, con profundidad, cuál es la problemática de salud que enfrentan día a día las mujeres del municipio de Apodaca, en el estado de Nuevo León, a fin de plantear programas de acción que afirmen con seriedad y profesionalismo esta necesidad. El presente trabajo procede de una investigación descriptiva sobre el diagnóstico situacional de la condición de las mujeres de un municipio del área metropolitana de Nuevo León, con el que de forma particular se pretende conocer la situación de salud de las mujeres del referido municipio. Metodológicamente se aplicaron 906 encuestas a un grupo significativo de mujeres distribuidas en tres grupos de edad, el primero de 15 a 25 años, el segundo de 26 a 35 años, y el último de 36 a 60 años. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que casi 80

por ciento de las mujeres sí cuenta con servicio médico: 58.9 por ciento pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 11.8 por ciento tiene Seguro Popular; el porcentaje restante se atiende en otros servicios de salud. Sin embargo, no se realizan estudios de prevención de enfermedades, y en lo que concierne al número de veces que han visitado al médico al año las mujeres de Apodaca, se encontró que 33.2 por ciento consulta de una a dos veces al año al médico general, y tan sólo 32 por ciento al ginecólogo, por lo que se puede destacar que 54.4 por ciento de las mujeres ninguna vez ha consultado con el ginecólogo para un estudio de Papanicolaou o mamografía. Esto manifiesta, de manera alarmante, que las mujeres en estudio no le dan la importancia a su calidad de vida en relación a su salud personal.

Introducción

La situación de vulnerabilidad de las mujeres que viven en el municipio de Apodaca, Nuevo León, particularmente en lo que se refiere a las condiciones de salud, impacta sustancialmente en su calidad de vida. La preocupación de revisar y analizar las condiciones y necesidades enfrentadas por las mujeres ha adquirido especial relevancia. En el caso de México, esto ha ocurrido especialmente a partir del año 2000, fecha en la que se incluye de manera explícita la perspectiva de género en la agenda pública, lo que implica la búsqueda de equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (Castro, A., 2006).

Según reza la *Carta de las Naciones Unidas y la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud*: “El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social” (San Martín, H., 1981: 3).

En México, el derecho a la protección de la salud se reglamenta con la promulgación de la Ley General de Salud, en la cual ubicamos los siguientes términos (Hernández, R., 2007: 50):

Artículo 1. Consiste en que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud basada en el artículo cuarto de la Constitución Mexicana.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongar y mejorar la calidad de la vida, proteger y el acrecentar valores que contribuyan al desarrollo social a través de actitudes solidarias y responsables, disfrutar de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, el conocimiento, la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

Con esto podemos destacar que la población en estudio cuenta con los recursos institucionales de servicios de salud; sin embargo, se denota negligencia para el aprovechamiento y utilización de estos servicios.

En el ámbito de la administración pública de México, la planeación de la salud se establece como una de las prioridades en el Programa Nacional de Desarrollo 2000-2006, y el Programa Nacional de Salud menciona como retos la equidad, la calidad y la protección financiera,

El sistema de salud en México brinda atención principalmente por medio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Castro, R., 2001).

Existen además otras instituciones como Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de Defensa Nacional (Sedena) y la Secretaría de Marina (Semar), que cuentan con sus propios servicios de salud. Empero, cabe señalar que si en otros países el promedio del Producto Interno Bruto es de 6.9 por ciento, en México es de 5.8 por ciento (Cuadernos de Salud Pública, 2005).

Hay que subrayar también que la población con derecho a la seguridad social se concentra en las zonas urbanas, mientras que amplios sectores de la población rural carecen de este servicio, y cuando la economía no permite el acceso a los servicios de salud, las personas viven con su enfermedad con una

mala calidad de vida e incluso pueden llegar a la muerte.

Según Enrique Guinsberg (2004), en el caso de México es importante destacar que el modelo económico neoliberal impuesto se ha caracterizado por la racionalidad del gasto público, la exacerbación del libre mercado, el individualismo, la competencia desleal, las desregulaciones estatales, mínimos derechos con máxima productividad y sus concomitantes privatizaciones.

Desde la década de los ochenta del siglo XX, las políticas de salud se redefinen a partir de los ejes de la modernización neoliberal, circunstancia en que organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID) establecen recomendaciones a los países en desarrollo sobre las acciones a seguir, como descentralización de los servicios de salud; disminución del gasto en salud; promoción de los seguros privados de gastos médicos mayores; reorientación de recursos hacia intervenciones de bajo costo; y alto impacto sobre algunas causas de mortalidad (Hernández, R., 2007).

Posteriormente surge como una iniciativa federal el llamado Seguro Popular de Salud (SPS), un instrumento de transferencia de subsidios a través de un paquete de

servicios médicos que tiene como objetivo proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud. El punto central del esquema de aseguramiento del SPS es la reducción del 'gasto de bolsillo', entendido como el gasto realizado por una familia por concepto de consultas médicas y compra de medicamentos. El gasto de bolsillo en salud tiene mayor impacto en las familias de bajos ingresos, por lo que incrementa la desigualdad social, según los últimos reportes realizados por la Secretaría de Salud.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (2010), el cambio en la composición de las causas de muerte se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes: por un lado, la transición epidemiológica en la que las intervenciones de tipo médico y los avances tecnológicos abaten los decesos en edades tempranas; y por otro, la transición de la salud, que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de las personas al promover la prevención y el cuidado de la propia salud.

En 1980, una de cada 10 muertes era ocasionada por algún tumor maligno; poco más de dos décadas y media después, la relación aumentó a cerca de una de cada cua-

tro, entre mujeres de 25 y 44 años. Los tumores malignos de mama y de cuello del útero son los principales causantes de las muertes de las mujeres mexicanas. La segunda causa de muerte es por enfermedades cardiovasculares, con 11.4 por ciento, mientras que los accidentes tienen 10.5 por ciento. La cuarta causa es la diabetes mellitus y la quinta causa de defunciones es por enfermedades digestivas, con 8 por ciento para cada caso.

A partir de lo mencionado, la muerte es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores, muchos de los cuales van más allá del ámbito sanitario y de los determinantes biológicos, que responden a condiciones y estilos de vida. El riesgo a morir va de acuerdo a la exposición de la edad y a los comportamientos específicos por sexo, como resultado de una construcción cultural.

Las estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (2008) señalan que el cáncer es una de las 10 primeras causas de muerte en el planeta. Se estima que 7.4 millones de personas murieron de cáncer en 2004 y, si continúa la tendencia actual, 83.2 millones más habrán muerto para 2015.

Entre las mujeres, el cáncer de mama es la causa más frecuente de

mortalidad, representando 16 por ciento de las defunciones por cáncer en mujeres adultas. En la actualidad, el cáncer de mama, junto con el de cuello uterino, el colorrectal y, posiblemente, el de cavidad oral, es el único en el que se ha comprobado que su detección temprana reduce la mortalidad. Hay pruebas suficientes que demuestran que la mamografía en las mujeres de entre 50 y 69 años podría reducir la mortalidad por cáncer de mama de 15 a 25 por ciento.

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2008), existían 8 mil 72 casos por cáncer de mama en el país y 3 mil 911 por cáncer cérvico-uterino. La tasa de incidencia por cáncer de mama en ese mismo año fue de 7.6 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años. La tasa de incidencia por cáncer cérvico-uterino fue de 10.1 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años. Por grupos de edad, las mujeres que presentaron la mayor tasa fueron las de 60 a 64 años —23.5 por ciento—, 45 a 49 —20.9 por ciento— y de 50 a 59 años —19.6 por ciento—.

La situación que enfrentan las mujeres que viven en Apodaca, particularmente en lo que se refiere a las condiciones de salud, merece especial atención en torno al grado de vulnerabilidad, como de equidad e igualdad de oportuni-

des en su nivel de atención, específicamente en el área ginecológica, donde se manifiesta que existe negligencia y falta de cultura para el autocuidado de la salud.

Ante este hecho surge la preocupación de revisar y analizar las condiciones y necesidades enfrentadas por las mujeres, que en el caso de México ha ocurrido especialmente a partir del año 2000, fecha en la que se incluye de manera explícita la perspectiva de género en la agenda pública, lo que implica la búsqueda de equidad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (Castro, A., 2006).

Este estudio presenta los resultados de un diagnóstico situacional de la condición de las mujeres de Apodaca y su posición de género en féminas mayores de 15 años, mediante el cual se propuso conocer la problemática de salud que enfrentan las apodaquenses. En función de sus resultados se darán propuestas de intervención a esta problemática.

Las preguntas de investigación que guiaron este trabajo fueron: ¿cuál es la problemática de salud que manifiestan las mujeres apodaquense?; y ¿qué aspectos de la salud conforman la problemática de la mujer apodaquense?

Metodología

El presente trabajo se deriva de una investigación descriptiva sobre el diagnóstico situacional de la condición de las mujeres en un municipio del área metropolitana de Monterrey, con el que particularmente se pretende conocer la situación de salud de las mujeres del municipio de Apodaca a partir de la obtención de la información desagregada por sexo y mediante la elaboración de un análisis de indicadores con perspectiva de género en el área de la salud.

Se aplicaron 906 encuestas a un grupo significativo de mujeres distribuidas en tres grupos de edad: el primero de 15 a 25 años, el segundo de 26 a 35 años y el último de 36 a 60 años. Del total, 600 de ellas fueron visitadas en sus viviendas y 306 encuestadas en mesas de trabajo dentro de las instalaciones del Instituto Municipal de la Mujer de Apodaca.

Para la selección del instrumento se trabajó de acuerdo con los requerimientos establecidos por el Instituto, previamente validado por éste.

Este instrumento consistió en 119 ítems estructurados en las siguientes secciones: datos sociodemográficos de la persona entrevistada, de los padres, y de los hijos,

trabajo, expectativas académicas, vivienda, equidad, discriminación, salud, seguridad, conflicto y violencia, interacción familiar y vecinal; cada uno de ellos enfocado a obtener información socioeconómica de la persona entrevistada, así como también referente a perspectiva de género en las áreas de salud, trabajo, educación, pobreza y violencia. De estos indicadores, el presente estudio se centró específicamente en el área de salud.

La capacitación de los encuestadores estuvo a cargo del Centro de Investigaciones de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. Asimismo, se capacitó al supervisor y a los trabajadores del Instituto, quienes recibieron orientación en torno a las secciones de las que constaba el instrumento con cada uno de sus respectivos ítems. Dicha orientación consistió en darles a conocer el instructivo para la aplicación de la encuesta, el cual quedó conformado por los siguientes puntos: realizar las entrevistas en cualquier horario del día; de acuerdo a la colonia asignada, llevar consigo croquis; aplicar una entrevista por manzana a mujeres mayores de 15 a 60 años.

La recolección de los datos se efectuó por medio de entrevistas cuya duración fue aproximada-

mente de 20 minutos. El proceso de levantamiento de datos tanto de campo como de mesas de trabajo abarcó un periodo de tres semanas. Para este trabajo se contó con 27 encuestadores, todos empleados del Instituto.

Para el procesamiento de la información se elaboró un manual de codificación que facilitó el procesamiento de los datos. Después de codificar cada una de las encuestas, se pasaron al proceso de captura; durante esta etapa se inició simultáneamente con el análisis descriptivo de la información, utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS/PC versión 14.

De acuerdo a lo anterior, fue considerado el Censo de Población y Vivienda de 2005 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), seleccionando 150 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS), correspondientes al municipio de Apodaca, así como el número de población femenina que habitaba en cada AGEB. Con esta información, se determinó utilizar para los tres grupos de edad la siguiente fórmula:

PFEM (población femenina) por AGEB/Total de la población (195771)*200

Siendo necesario que en cada AGEB se aplicaran mínimo tres encuestas o hasta nueve, dependiendo

del número de población femenina que habitara en cada AGEB.

Considerando que en los últimos años el municipio de Apodaca ha crecido a un ritmo poblacional acelerado, fue inevitable no sólo utilizar el Censo de Población y Vivienda del INEGI del 2005, sino también trabajar con las colonias de nueva creación, surgidas de 2005 a la fecha. Por tal motivo, fue necesario solicitar a la Secretaría de Obras Públicas información sobre los nuevos desarrollos habitacionales.

Una vez con esta información, se tomó la decisión de recurrir al mismo procedimiento que utiliza el INEGI para crear un AGEB, donde cada una de éstas se conforma mínimo por 25 manzanas. Se elaboraron así AGEB ficticios para poder darle una asignación a todas las colonias construidas a partir de 2005, tomando el mismo criterio como mínimo de tres encuestas por AGEB.

Referente al grupo de las 306 encuestas a realizar en mesas de trabajo, se estipuló que las mujeres a encuestar serían las que asisten a talleres o a terapias en el Instituto, o bien aquellas que acuden a solicitar algún tipo de servicio.

La muestra estuvo conformada por 906 mujeres, 600 de ellas visitadas en sus viviendas y 306

encuestadas en mesas de trabajo dentro de las instalaciones del Instituto Municipal de la Mujer de Apodaca. El criterio de inclusión fue convenido por dicho Instituto en conjunto con el Fondo para el Desarrollo de las Instancias Municipales de las Mujeres (Fodeimm), que dispuso se incluyeran a mujeres cuyas edades oscilaran entre 15 y 60 años de edad y que residieran en Apodaca.

Para la distribución de las encuestas se trabajó con un muestreo por cuotas de acuerdo al universo, para lo cual se definieron tres grupos de edad a encuestar: el primero de ellos fue de 15 a 25; el segundo, de 26 a 35; y el último, de 36 a 60 años de edad.

Es importante aclarar que para la aplicación de las encuestas en mesas de trabajo no se determinó trabajar con grupos de edad; únicamente se estipuló que debían ser mujeres mayores de 15 años que habitaran en el municipio y que asistieran al Instituto.

Resultados

Análisis descriptivo de la población de estudio

En este estudio fueron encuestadas 906 mujeres, de las cuales 422 se

ubican en un rango de edad de entre 36 y 79 años, lo que representa 46.6 por ciento, es decir, que casi la mitad de la población encuestada se sitúa en este rango; 259 —28.6 por ciento— tienen entre 26 y 35 años; y 222 —24.5 por ciento—, entre 15 y 25 años.

En lo referente al estado civil, resultó que 63 por ciento de las mujeres encuestadas está casada; 18 por ciento, soltera; 10 por ciento vive en unión libre; y 6 por ciento está separada. Es importante mencionar que existe sólo 1 por ciento de mujeres divorciadas legalmente.

Es significativo mencionar que la gran mayoría de las mujeres apodaquenses cuenta con algún nivel de estudio; solamente 1.9 por ciento dijo que no lo tenía, y 1.3 por ciento no contestó o no sabe.

El 39.1 por ciento de las personas que sí tiene estudios se coloca en el nivel de secundaria y 17.6 por ciento en educación técnica; sin embargo, existe un alto porcentaje de personas —17.2 por ciento— con estudios de primaria solamente y un bajo porcentaje con estudios de preparatoria —12.7 por ciento— y de profesional —10.2 por ciento—. En este sentido, se requiere mayor preparación educativa en la mujer, porque eso le permitirá tener mayores oportu-

nidades para mejorar su nivel de vida.

En el ámbito ocupacional, la mayoría de las mujeres son amas de casa —53.9 por ciento—, lo cual indica que no realizan aportaciones económicas para la mejora del sustento familiar. El 17.7 por ciento es empleada, 15.5 por ciento es comerciante, 7.2 por ciento es estudiante y 5.7 por ciento realiza otras ocupaciones.

Resultados obtenidos en relación a la salud de las mujeres apodaquenses

El 79.8 por ciento de las mujeres encuestadas sí cuenta con algún tipo de servicio médico y tan sólo 19.8 por ciento carece de este servicio. De las mujeres que mencionaron contar con servicio médico, 58.9 por ciento pertenece al IMSS. Algo interesante por resaltar es que 11.8 por ciento de las encuestadas cuenta con SPS.

En lo referente a las veces que durante el año la mujer ha visitado al médico, se observó que 33.2 por ciento acude de una a dos veces, seguido con 28.3 por ciento para más de cinco veces al año, por lo que se impone implementar estrategias para aumentar el número de visitas al médico anualmente para

un chequeo general. Al cuestionarles a las mujeres sobre si han visitado al ginecólogo durante el año, 54.4 por ciento contestó que no lo ha visitado ninguna vez.

Posteriormente, al preguntarles sobre si se han efectuado estudios de Papanicolaou, se observó que 62.2 por ciento no se han realizado este tipo de estudio; asimismo, referente a mamografías, 80.6 por ciento respondió que no, y 93.6 por ciento tampoco se ha hecho estudios sobre la osteoporosis; 87.6 por ciento de la población no se ha practicado ningún tipo de estudios. Lo anterior refleja que la necesidad de sensibilizar a las mujeres sobre la importancia que tiene el visitar al ginecólogo, así como realizarse los estudios pertinentes.

Es interesante señalar que las mujeres encuestadas no padecen enfermedades crónicas degenerativas en 90.9 por ciento, en relación con 9.1 por ciento que sí presentó algún tipo de enfermedad. De las que sí padecen algún tipo de enfermedad, solamente 3.9 por ciento sufre de diabetes, seguido de hipertensión arterial con 3.5 por ciento, y tan sólo 1 por ciento padece cáncer.

Resultados finales obtenidos del estudio

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se puede destacar que son mujeres casadas entre los 36 y 79 años; más de la tercera parte tiene estudios de secundaria; son amas de casa; y las tres cuartas partes cuentan con servicio médico, principalmente el IMSS y SPS. Sólo una tercera parte de la población encuestada acude de una a dos veces al médico al año, y es preocupante que la mitad de las mujeres no haya visitado ninguna vez al ginecólogo. Al cuestionarles sobre los estudios ginecológicos que se han realizado sobre esta especialidad las mujeres apodaquenses, 62.2 por ciento refiere no haberse realizado el estudio de Papanicolaou; 93.6 por ciento nunca se ha practicado el de osteoporosis; 80.6 por ciento nunca se han hecho el estudio de mamografía; y 87.6 por ciento no se ha realizado ningún otro tipo de estudios.

Conclusiones y recomendaciones

Podemos entonces concluir que casi 80 por ciento de las mujeres encuestadas sí cuenta con servicio médico, donde se desprende que 58.9 por ciento pertenece al IMSS y

11.8 por ciento tiene SPS; mientras que el porcentaje restante se atiende en otros servicios de salud. Sin embargo, no se realizan estudios de prevención de enfermedades.

La mujer apodaquense, a pesar de contar con instituciones de salud y con infraestructura médica en su municipio, solamente visita al médico de una a dos veces al año. De ello se deduce una falta de autovaloración, desatención, descuido y falta de cultura en el cuidado de la salud personal, desmereciendo su calidad de vida.

En torno a las necesidades de atención médica, es de particular importancia que se atiendan las carencias señaladas en este rubro por los distintos grupos de edad en ambas muestras, en las cuales destacan la falta de servicios médicos, aun cuando algunas de las encuestadas son económicamente activas; así como enfermedades de tipo crónico degenerativo — diabetes, hipertensión arterial y cáncer—, particularmente entre las mujeres de mayor edad que no acuden, en una proporción elevada, a los programas preventivos y estudios ginecológicos que les permitan la detección oportuna de problemas graves de salud.

Por otra parte, en el estudio se encontró que las mujeres enfrentan una sobrecarga de trabajo ex-

tradoméstica, laboral y con ello un desgaste físico y mental.

Ante esta situación es importante promover una corresponsabilidad social, la cual tendrá que asumirse no sólo en el interior de la familia, sino desde la sociedad en general, aunado a la promoción de leyes y medidas que desde lo laboral consideren los requerimientos familiares que tienen ambos padres como responsables del cuidado y atención de los hijos y del hogar.

A partir de este estudio se sugiere continuar con investigaciones dirigidas hacia la salud de la mujer, específicamente en lo que respecta al área ginecológica donde existe negligencia y falta de cultura para el autocuidado de la salud, con lo que se evitaría llegar al extremo de posicionarse como la principal causa de mortalidad de la mujer mexicana, neolonesa y apodaquense.

Por ello se plantea que sean las instituciones públicas de salud las que retomen los hallazgos encontrados en este trabajo para que diseñen estrategias de intervención a través de proyectos de carácter preventivo y de atención dirigidos hacia las mujeres.

Desde el enfoque de la profesión de Trabajo Social, nuestra función sería planear la intervención y ejecución del diseño de política

pública de salud a través de programas de sensibilización que conlleven a la cultura de atención de la salud hacia la mujer.

Se propone la implementación de programas permanentes de atención médica gratuita y promociones que les permitan realizar medidas preventivas no sólo al menor costo posible, sino además en sus posibilidades de tiempo. Se busca que las políticas y programas promuevan no sólo la equidad, sino que la población en general, y particularmente en el interior de las familias, se sensibilice, al tiempo que se promueva la corresponsabilidad que tienen los miembros de una familia en la atención de la salud femenina.

Se recomienda que se inicie una educación generalizada con un compromiso ético hacia las enfermedades propias de la mujer con el fin de fomentar en ellas la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentaron en este estudio; y que en los centros educativos, desde nivel de educación primaria hasta el universitario, se comprometan en implementar programas preventivos de atención a la salud de la mujer desde la niñez hasta la etapa adulta.

Así como que el gobierno, los organismos no gubernamentales y la sociedad civil, en conjunto,

contribuyan a apoyar con recursos esenciales para la atención de la salud femenina a fin de evitar muertes a muy temprana edad.

Se recomienda iniciar programas con paquetes de salud y servicios médicos eficientes.

Y, por último, la creación de comités interinstitucionales de salud con intervención comunitaria, así como la promoción de campañas permanentes que ataquen este grave problema.

Bibliografía

- Castro, A. E., 2006, "Género y políticas públicas en México o la política de género en el Estado Mexicano: antecedentes y situación actual", en Manuel Ribeiro-Ferreira y Raúl Eduardo López Estrada, *Tópicos selectos en Políticas de Bienestar Social*, Monterrey, Gernika/Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Castro, Roberto, 2001, "Sociología médica en México: el último cuarto de siglo", *Revista Médica de Sociología*, 65 (3), julio-septiembre, pp. 271.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2005, Cámara de Diputados LIX Legislatura, México, p. 2.
- Cuadernos de Salud Pública, 2005, *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 9.
- Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2008, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_Full.pdf
- Guinsberg, Enrique, 2004, *La salud mental en el neoliberalismo*, 2ª ed., México, Plaza y Valdés. p. 85.
- Hernández Palacios, Rosa Diana, 2007, *Una prospectiva de la salud en México. Algunos aspectos del marco sociojurídico*, México, Alegatos, 65, pp. 49-50. <http://www.diarioeyipantla.com/cancer-de-mama-principal-causa-de-muerte-en-mujeres-conapo>
- <http://www.diputados.gob.mx/cesop/doc-tos/El%20Seguro%20Popular.pdf>
- San Martín, Hernán, 1981, *Salud y enfermedad*, México, La Prensa Médica Mexicana, p. 3.