



COMISIÓN DE SALUD

HONORABLE ASAMBLEA:

Las Comisiones Unidas de Salud y de Economía de la LXI Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 39 y 45 numerales 6 incisos e) y f) y 7 y demás relativos de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, y 80, 82 numeral 1, 85, 157 numeral 1 fracción I y 158 numeral 1 fracción IV del Reglamento de la Cámara de Diputados y demás relativos de dicho ordenamiento, presentan el siguiente:

DICTAMEN

I. ANTECEDENTES

1.- Con fecha 4 de octubre del 2011, el **DIPUTADO FRANCISCO SARACHO NAVARRO INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL**, presentó Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma los artículos 307 de la Ley General de Salud y 32 de la Ley Federal de Protección al Consumidor.

2. Con la misma fecha, la Presidencia de la Mesa Directiva dispuso que dicha Iniciativa fuera turnada a las Comisiones Unidas de Salud y de Economía para su análisis y Dictamen correspondiente.

II. METODOLOGÍA

Las Comisiones unidas de Salud y de Economía encargadas del análisis y dictamen de la iniciativa en comento, desarrollaron los trabajos correspondientes conforme al procedimiento que a continuación se describe:



COMISIÓN DE SALUD

En el apartado denominado "Antecedentes", se da constancia del trámite de inicio del proceso legislativo, así como de la recepción y turno para el dictamen de la iniciativa.

En el apartado "Contenido de la iniciativa", se exponen los objetivos y se hace una descripción de la iniciativa en la que se resume su contenido, motivos y alcances.

En el apartado de "Proceso de análisis", se da constancia de reuniones realizadas por la Junta Directiva de la Comisión, referentes al contenidos de la iniciativa.

En las "Consideraciones", los integrantes de la comisión dictaminadora expresan los razonamientos y argumentos por cada una de las adiciones planteadas, con base en los cuales se sustenta el sentido del presente dictamen.

III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

La Iniciativa propone modificar la Ley General de Salud, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley Federal de Radio y Televisión con la finalidad de incluir la terminología de anorexia, ya que menciona la Iniciativa, que actualmente no existe a nivel federal ninguna normativa que haga referencia expresa a la anorexia ni a ninguna otra enfermedad relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria.

TEXTO VIGENTE DE LA LEY GENERAL DE SALUD	PRESENTE INICIATIVA
Artículo 307.- ... La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas deberá incluir en forma visual, auditiva o visual y auditiva,	Artículo 307. ... <i>La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en la que se haya alterado de cualquier forma la apariencia física de quienes promocionan el bien, incluirá</i>

COMISIÓN DE SALUD

<p>según sea para impresos, radio o cine y televisión, respectivamente, mensajes precautorios de la condición del producto o mensajes promotores de una alimentación equilibrada.</p>	<p><i>el siguiente mensaje: "Imagen retocada para modificar la apariencia personal", en forma tal que sea contrastante en el mensaje, de acuerdo con el medio de difusión.</i></p>
<p>TEXTO VIGENTE DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR</p>	<p>PRESENTE INICIATIVA</p>
<p>Artículo 32.</p> <p>La información o publicidad relativa a bienes, productos o servicios que se difundan por cualquier medio o forma, deberán ser veraces, comprobables y exentos de textos, diálogos, sonidos, imágenes, marcas, denominaciones de origen y otras descripciones que induzcan o puedan inducir a error o confusión por engañosas o abusivas.</p> <p>...</p>	<p>Artículo 32. ...</p> <p>La información o publicidad relativa a bienes, productos o servicios que se difunda por cualquier medio o forma; en la que se haya alterado de cualquier forma la apariencia física de quienes promocionan el bien, producto o servicio, incluirá la siguiente leyenda: "Imagen retocada para modificar la apariencia personal", con letras fácilmente legibles y en colores contrastantes.</p>

IV. CONSIDERACIONES

PRIMERA. Nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la salud en su párrafo tercero del artículo 4°:

"TODA PERSONA TIENE DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.... Y ESTABLECERÁ LA CONCURRENCIA DE LA FEDERACIÓN Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL, CONFORME A LO QUE DISPONE LA FRACCIÓN XVI DEL ARTÍCULO 73 DE ESTA CONSTITUCIÓN".

Del precepto antes mencionado deriva el sistema de normas jurídicas de derecho social, que busca regular los mecanismos y acciones para lograr que la protección



COMISIÓN DE SALUD

de la salud sea un bien tutelado por los diversos órdenes de gobierno, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, social e individual, siendo ésta uno de los principales elementos de justicia social.

El derecho a la protección de la salud, es un derecho social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios, ya que, además, es un elemento esencial para que el Estado pueda sentar las bases para eliminar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad.

En la exposición de motivos de la reforma mediante la cual se elevó en 1983 a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, se considera a éste como una responsabilidad compartida entre los diversos órdenes de gobierno, el individuo y la sociedad en su conjunto.

SEGUNDA. La anorexia nerviosa se caracteriza por ser un trastorno en el que la persona niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso a ganar peso, y una significativa malinterpretación de su cuerpo y su forma. La anorexia nerviosa se caracteriza por una profunda distorsión de la imagen corporal y una implacable búsqueda de delgadez, a que a menudo llega a la inanición. El trastorno ha sido identificado desde 1870 por los médicos Gull (1) y Lasegue. Su prevalencia es mucho mayor en mujeres que hombres y suele tener su inicio en la adolescencia. Las hipótesis de una alteración psicológica subyacente en mujeres jóvenes que sufren este trastorno se refieren a los conflictos que rodean a la transición de adolescente a mujer. Se han sugerido también otras cuestiones psicológicas como la impotencia y la dificultad para establecer la propia autonomía que contribuirían al desarrollo del trastorno.



COMISIÓN DE SALUD

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa en el DSM-IV (2) consisten en un rechazo a mantener el peso corporal en o por encima de un peso mínimo esperado (por ejemplo, pérdida de peso que llegan a menos del 85% del peso esperado), o incapacidad en ganar el peso esperado durante el período de crecimiento, llegando a un peso corporal inferior al 85% del peso esperado. Los pacientes característicamente temen a llegar a ser obesos, incluso teniendo un peso drásticamente inferior a lo deseado, lo cual pone de relieve la distorsión de su imagen corporal; se sienten gordos o deformes y con frecuencia niega su emaciación. Para cumplir los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa, las mujeres posmenárquicas deben tener una ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos. El DSM-IV divide los episodios de anorexia nerviosa en dos tipos: el tipo restrictivo, en el cual las personas restringen la ingesta pero no se dan atracones ni realizan purgas mediante el vómito o usando laxantes o diuréticos; y el tipo compulsivo/purgativo, durante los cuales se producen atracones o purgas por medio del vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos.

Los síntomas bulímicos pueden darse como un trastorno separado (bulimia nerviosa) o como parte de la anorexia nerviosa. En cualquiera de los dos casos, estas personas están excesivamente preocupadas con el peso, la comida y la figura corporal.

El pronóstico de la anorexia nerviosa es variable y oscila entre la recuperación espontánea y un curso con altibajos hasta la muerte.



COMISIÓN DE SALUD

EPIDEMIOLOGIA

La edad más común de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor de los 15 años, pero hasta un 5% de las pacientes anoréxicas tienen su inicio hacia los 20 (3). Se estima que la anorexia nerviosa se presenta en aproximadamente un 0.5% a un 1% de las chicas adolescentes. Es 10 a 20 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Aunque inicialmente el trastorno se detectó más a menudo en las clases sociales altas, estudios epidemiológicos recientes no demuestran la distribución, parece ser más común en los países desarrollados y puede observarse con mayor frecuencia entre aquellas mujeres jóvenes cuya profesión requieren estar más delgadas, como modelos y bailarinas.

ETIOLOGIA

En el origen de la anorexia nerviosa están implicados factores biológicos, sociales y psicológicos. Algunos datos apuntan hacia una mayor concordancia entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos. Las hermanas de estas pacientes parecen estar también afectadas con mayor frecuencia por el trastorno, pero esta asociación puede reflejar influencias sociales más que factores genéticos. El trastorno depresivo mayor es más común en los familiares de las pacientes con anorexia nerviosa que en la población en general. Desde el punto de vista neuroquímico, se ha sugerido que existe una disminución de la recaptación y de la actividad de la noradrenalina debido a la reducción del 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) en la orina y el líquido cefalorraquídeo (LCR) de algunas anoréxicas. Se ha observado una relación inversa entre el MHPG y la depresión en pacientes anoréxicas: un aumento en MHPG se asocia con una disminución de la depresión.

FACTORES BIOLÓGICOS



COMISIÓN DE SALUD

Los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre en estas pacientes. Estudios preliminares muestran un aumento importante de peso en algunas pacientes a las que se les administraron antagonistas opiáceos. La inanición da lugar a muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales están también presentes en la depresión, como la hipercortisolemia y la no supresión por dexametasona. La función tiroidea también se ve suprimida. Estas anomalías son reversibles con la realimentación. La inanición así mismo produce amenorrea, lo cual refleja niveles hormonales bajos (hormona luteinizante, hormona folículo-estimulante y hormona liberadora de gonadotropina), sin embargo, algunas pacientes con anorexia nerviosa dejan de menstruar antes de que haya una pérdida significativa de peso. Algunos estudios de tomografía computarizada (TC) revelan un aumento de los surcos y ventrículos cerebrales de las pacientes anoréxicas durante la fase de inanición, que revierte cuando ganan peso. En un estudio realizado con tomografía por emisión de positrones (TEP) se observó un metabolismo mayor en el núcleo caudado durante el estado anoréxico que después de la realimentación.

FACTORES SOCIALES

Las pacientes anoréxicas ven reforzadas sus conductas debido al énfasis que pone la sociedad en la delgadez y el ejercicio. No existen constelaciones familiares específicas para la anorexia nerviosa, aunque hay alguna evidencia de que estas pacientes tienen relaciones estrechas pero problemáticas con sus padres. Una revisión reciente encontró que aquellas familias en las que los hijos presentaban trastornos de la conducta alimentaria, especialmente del tipo compulsivo/purgativo, padecían niveles altos de hostilidad, caos y aislamiento, y niveles bajos de cuidados y empatía. Un adolescente con un trastorno grave de la



COMISIÓN DE SALUD

alimentación puede lograr desviar así la atención de las relaciones tensas entre sus padres.

FACTORES PSICOLOGICOS Y PSICODINAMICOS

La anorexia nerviosa parece ser una reacción a las demandas que requieren de los adolescentes mayor independencia y aumento de sus relaciones sociales y sexuales. Las pacientes con este trastorno sustituyen con sus preocupaciones, similares a obsesiones, sobre la comida y el aumento de peso, otras que si son habituales de los adolescentes. Estas pacientes suelen perder el sentido de autonomía y de autoconfianza. Muchas sienten que sus cuerpos están, de alguna manera, bajo el control de sus padres. La auto inanición se convierte así en un esfuerzo para adquirir la condición de persona única y especial. Solo a través de actos de extraordinaria disciplina puede desarrollar el sentido de autonomía y la autoconfianza la paciente anoréxica.

Los psicoanalistas que tratan a pacientes con anorexia nerviosa están de acuerdo generalmente en que se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres. El cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y no empática. La inanición puede tener el significado inconsciente de tener el crecimiento de este objeto interno intrusivo y, de ese modo, destruirlo. A menudo se ve implicado un proceso de identificación proyectiva en las interacciones entre el paciente y sus familiares. Muchas pacientes anoréxicas sienten que sus deseos orales son glotonería y, por tanto, inaceptables; por ello son rechazadas proyectivamente. Los padres responden ante esta negativa a comer poniéndose frenéticos sobre si el hijo come realmente o no. El paciente puede entonces ver a los padres como los únicos que tienen deseos inaceptables y por tanto



COMISIÓN DE SALUD

rechazarlos: otros pueden ser los voraces y guiados por sus deseos en lugar del paciente.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNOSTICO

El inicio de la anorexia nerviosa suele ocurrir entre los 10 y los 30 años. Los pacientes fuera de este rango de edad son atípicos y, por tanto, se debería cuestionar su diagnóstico. Después de los 13 años, la frecuencia aumenta rápidamente y llega a ser máxima entre los 17 y 18 años de edad. Cerca del 85% de estos pacientes inician la enfermedad entre los 13 y 20 años.

En todos los pacientes está presente un miedo intenso a ganar peso y convertirse en obesos, lo cual sin duda contribuye a la falta de interés, e incluso resistencia a la terapia. La mayoría de las conductas aberrantes dirigidas a perder peso se realizan en secreto. Los pacientes con anorexia nerviosa generalmente rehúsan comer con sus familiares o lugares públicos. La pérdida de peso se produce mediante la reducción drástica del total de la ingesta con un descenso desproporcionado de hidratos de carbono y alimentos grasos. Prueba de que los pacientes están constantemente pensando en la comida es su pasión por coleccionar recetas de cocina y preparar comidas muy elaboradas para los demás. Algunos pacientes no pueden mantener continuamente el control sobre la restricción voluntaria de alimentos y entonces comen grandes cantidades de una vez. Estos atracones suelen ocurrir secretamente y a menudo por la noche; frecuentemente se siguen de vómito autoinducido. Los pacientes abusan de laxantes e incluso diuréticos para perder peso, y de ejercicios ritualizados como bicicleta, caminar y correr.

Los pacientes con este trastorno exhiben un comportamiento particular acerca de la comida. Esconden comida por toda la casa y frecuentemente llevan grandes



COMISIÓN DE SALUD

cantidades de dulces en los bolsillos y bolso. Durante las comidas, intentan deshacerse del alimento poniéndolo en las servilletas o escondiéndolo en los bolsillos. Cortan la carne en pequeños trozos y pasan mucho tiempo reordenándolos en el plato. Si se les confronta con su peculiar comportamiento, a menudo niegan que sea inusual, o bien rehúsan terminantemente a hablar sobre ello.

Otros síntomas psiquiátricos que frecuentemente han sido observados en la anorexia nerviosa son las conductas obsesivo-compulsivas, depresión y ansiedad. Los pacientes tienden a ser rígidos y perfeccionistas y las quejas somáticas, especialmente las epigástricas, son usuales. Los pacientes generalmente consultan cuando su pérdida de peso se hace visible. Como la pérdida de peso es ya grande, aparecen signos físicos como hipotermia (35o), edema dependiente, bradicardia, hipotensión y lanugo (aparición de bello parecido al de un recién nacido) así como una variedad de cambios metabólicos. Algunas mujeres con anorexia nerviosa buscan atención médica a causa de la amenorrea, que a menudo aparece antes de que la pérdida de peso sea notable.

En pacientes con anorexia, en estado de emaciación, se han observado también cambios en el electrocardiograma los cuales, pueden conducir a la muerte.

El DSM-IV identifica dos tipos de anorexia nerviosa- el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo. Este último es común entre los paciente con anorexia nerviosa y se desarrolla hasta en un 50% de ellos. Cada tipo parece tener diferentes características históricas y clínicas. Los que practican el atracón y la purga comparten muchas características con las personas que padecen bulimia nerviosa sin anorexia. Suelen tener familias en las que algunos miembros son obesos y ellos mismos tienen historia de más sobrepeso antes de la aparición del trastorno que los del tipo restrictivo. También es más probable que estas



COMISIÓN DE SALUD

personas presenten abusos de sustancias, trastorno del control de los impulsos y trastornos de la personalidad. Los pacientes con anorexia nerviosa tipo restrictivo limitan mucho el tipo de alimentos que ingieren, toman las menos calorías posibles y, a menudo, tienen rasgos obsesivos-compulsivos con respecto a la comida y otros aspectos. Ambos tipos se preocupan por el peso y la imagen corporal y ambos pueden hacer ejercicio durante varias horas cada día y observar conductas alimentarias extrañas. Los dos grupos pueden estar aislados socialmente y presentar síntomas depresivos y disminución del interés sexual. Algunas personas con anorexia nerviosa se purgan sin darse atracones. La tasa de suicidio es mayor en los pacientes anoréxicos del tipo compulsivo/purgativo que en aquellos de tipo restrictivo. (2)

Estos pacientes son reservados, niegan sus síntomas y se resisten al tratamiento. En la mayoría de los casos, los familiares o personas allegadas deben confirmar la historia del paciente. El examen del estado mental suele mostrar un sujeto alerta, con muchos conocimientos sobre nutrición y que está preocupado por la comida y el peso. El paciente debe ser explorado física y neurológicamente. Si es vomitador debe tenerse presente una posible alcalosis hipocaliémica. Como la mayoría suelen estar deshidratados el especialista debe determinar los niveles séricos de electrolitos al comienzo del periodo de hospitalización y después, periódicamente.

Ninguna prueba de laboratorio por sí misma tiene valor diagnóstico en la anorexia nerviosa.

El diagnóstico diferencial se complica por la negación de los síntomas, el secretismo que existe alrededor de los rituales alimentarios tan raros y la resistencia a buscar un tratamiento. Así, puede resultar difícil identificar los mecanismos que el paciente utiliza para perder peso. El clínico debe asegurarse



COMISIÓN DE SALUD

de que el paciente no padece ninguna enfermedad médica que pueda explicar la pérdida de peso (cáncer, hipertiroidismo, etc)(6). Los trastornos depresivos y la anorexia nerviosa tienen varias características comunes, sin embargo tienen características que los distinguen, ya que un paciente con depresión tiene disminución del apetito, mientras que uno con anorexia nerviosa conserva el apetito y pasa hambre.

La anorexia nerviosa debe diferenciarse de la bulimia nerviosa, trastorno en el que se producen atracones, seguidos de depresión del ánimo, pensamientos autodespreciativos y a menudo vómitos inducidos, mientras que los pacientes mantienen su peso dentro de la normalidad. Los pacientes con bulimia nerviosa rara vez pierden el 15% de su peso.

CURSO Y PRONÓSTICO

El curso de la anorexia nerviosa varía enormemente, desde la remisión espontánea sin tratamiento, remisión después de diversos tratamientos, curso fluctuante de aumento de peso seguido de recaídas, deterioro gradual hasta la muerte debido a las complicaciones de la emaciación. La respuesta a corto plazo de los pacientes en programas de tratamiento hospitalario es buena. Los indicadores de pronóstico favorable son: que el paciente sea capaz de reconocer que pasa hambre, una menor negación e inmadurez y una mayor autoestima. Entre un 30 y 50% de los pacientes con anorexia nerviosa presentan síntomas de bulimia nerviosa, que suele comenzar en el año y medio siguiente del inicio de la anorexia nerviosa.



COMISIÓN DE SALUD

TRATAMIENTO

Dadas las complicaciones médicas y psicológicas de la anorexia nerviosa, se recomienda un abordaje terapéutico global, que conlleve la hospitalización cuando sea necesaria, terapia individual y familiar. Se deben de considerar también las terapias del comportamiento, interpersonal y cognoscitiva, y en algunos casos la medicación. En la hospitalización es prioritario restaurar el estado nutricional del paciente, ya que la deshidratación, la inanición y los desequilibrios electrolíticos pueden conducir a un grave compromiso de la salud, y en ocasiones la muerte. La psicoterapia familiar e individual debe de ser parte del tratamiento global. La terapia biológica se encuentra aún en estudio, ya que todavía no existe ningún medicamento que logre una mejora definitiva en el núcleo de los síntomas de la anorexia nerviosa.

TERCERA. Las Normas Oficiales Mexicanas o NOM regulan la técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes a través de sus respectivos Comités Consultivos Nacionales de Normalización, de conformidad con lo establecido en el artículo 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización (LFMN).

Las NOM establecen requerimientos mínimos y máximos de seguridad que debe cumplir un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, empaque, marcado y/o información comercial.

La Ley es la fuente primera y fundamental del derecho; las leyes generales tienen la finalidad de enunciar un concepto general de la temática en cuestión, con la finalidad de no generar confusiones.



COMISIÓN DE SALUD

CUARTA. En el inicio de la exposición de motivos el promovente menciona que la anorexia y la bulimia se han desarrollado "... en los últimos años..." sin embargo estos trastornos se conocen desde 1870 con el Médico Londinense William Withney Gull, quien hizo el primer descubrimiento de la anorexia. Así mismo, con respecto a la bulimia, no es excedente mencionar que desde el siglo X, se inventaron los vomitorios en la época romana con la finalidad de tener atracones de comida, para posteriormente vomitarlos. A continuación de la exposición de motivos el promovente hace mención del concepto general de la anorexia, su epidemiología y manifestaciones; sin embargo especifica que la etiología en su mayor parte es de origen social y psicológico; como se vio en la fracción segunda de este dictamen, cuya bibliografía es de la Sinopsis de Psiquiatría DSM-IV, también existen factores biológicos: *"Los opioides endógenos pueden contribuir a la negación del hambre en estas pacientes. Estudios preliminares muestran un aumento importante de peso en algunas pacientes a las que se les administraron antagonistas opiáceos. La inanición da lugar a muchos cambios bioquímicos, algunos de los cuales están también presentes en la depresión, como la hipercortisolemia y la no supresión por dexametasona. La función tiroidea también se ve suprimida. Estas anomalías son reversibles con la realimentación. La inanición así mismo produce amenorrea, lo cual refleja niveles hormonales bajos (hormona luteinizante, hormona folículo-estimulante y hormona liberadora de gonadotropina), sin embargo, algunas pacientes con anorexia nerviosa dejan de menstruar antes de que haya una pérdida significativa de peso. Algunos estudios de tomografía computarizada (TC) revelan un aumento de los surcos y ventrículos cerebrales de las pacientes anoréxicas durante la fase de inanición, que revierte cuando ganan peso. En un estudio realizado con tomografía por emisión de positrones (TEP) se observó un metabolismo mayor en el núcleo caudado durante el estado anoréxico que después de la realimentación."* De igual manera en la exposición de motivos hacen énfasis que *"los mensajes publicitarios a través de*



COMISIÓN DE SALUD

diversos medios de comunicación son un factor de especial relevancia en el desarrollo de estas enfermedades.”. Esta aclaración no es totalmente cierta, ya que no solamente la enfermedad se desarrolla a causa de los mensajes publicitarios, sino también esta enfermedad se presenta debido a problemas familiares profundos, por ejemplo: “Los psicoanalistas que tratan a pacientes con anorexia nerviosa están de acuerdo generalmente en que se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres. El cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y no empática. La inanición puede tener el significado inconsciente de tener el crecimiento de este objeto interno intrusivo y, de ese modo, destruirlo. A menudo se ve implicado un proceso de identificación proyectiva en las interacciones entre el paciente y sus familiares.” (DSM-IV).

Prosiguiendo con el dictamen, en la exposición de motivos mencionan lo siguiente: *“Un cambiante rol de la mujer, en el cual las mujeres se encuentran luchando por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito (autosuficiente, luchadora, competente, eficaz, trabajadora, incorporada al mercado laboral, número uno, ambiciosa, con éxito, delgada...) y las expectativas tradicionales de su rol (sumisa, sexualmente complaciente, abnegada, trabajadora, vulnerable, resignada, en segundo plano, sostenedora del hogar, madre y esposa...). Toda esta multiplicidad de exigencias del rol, muchas de las cuales parecen estar en conflicto unas con otras, es lo que hace tan difícil la situación contemporánea para las mujeres. Esas elecciones de valores fuertemente contradictorios son típicas de las crisis de identidad que puede precipitar la anorexia y la bulimia.”. Aunque esta Comisión se encuentra de acuerdo con la relevancia de la temática en cuestión, es señalable que no solamente las mujeres sufren de esta enfermedad, sino también los hombres. Según estadísticas del INEGI, 2007, en las unidades médicas de la Secretaría de Salud se encontraron 7000 pacientes con anorexia y bulimia, de los*



COMISIÓN DE SALUD

cuales 3000 eran hombres (9). En este mismo punto no es excedente señalar que, los valores anteriormente descritos en la exposición de motivos no son exclusivos de la anorexia y la bulimia, también pueden generar depresión y otros trastornos mentales.

Mencionan el siguiente ejemplo: *"...un ejemplo casi universal en los países occidentales de cómo se fomentan normas de la cultura de la delgadez es el de la famosa "Barbie" y "Ken"..."*. Cabe resaltar que la industria de la Barbie inició desde 1959, por lo tanto no es una moda vanguardista (por decirlo de cierta manera), sino que lleva más de 50 años en el mercado. (10)

Prosiguiendo con el dictamen, mencionan lo siguiente: *"...se confirmó que en nuestra cultura, al igual que en otras, se está difundiendo en edades más tempranas la búsqueda de la delgadez..."*, *"...Múltiples estudios confirman que en nuestra cultura, "se está difundiendo en edades más tempranas (desde los 10 años) la búsqueda de la delgadez..."*; sin embargo según la bibliografía de la Sinopsis de Psiquiatría del 2001, el DSM-IV considera la edad de inicio desde los 10 años. Especificamos esto debido a que no buscamos dramatizar esta problemática, sino lo que queremos, es verla lo mas real posible y con información científica basada en evidencias.

Cuando exponen: "Las personas que padecen la enfermedad no son curadas con una *medicina mágica*", tienen razón, ya que la terapia biológica de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se encuentra aún en estudio, todavía no existe ningún medicamento que logre una mejora definitiva en el núcleo de los síntomas de la anorexia nerviosa.

QUINTA. Se pretende modificar el siguiente artículo de la Ley General de Salud para quedar como sigue:



COMISIÓN DE SALUD

Artículo 307. ...

La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en la que se haya alterado de cualquier forma la apariencia física de quienes promocionan el bien, incluirá el siguiente mensaje: "Imagen retocada para modificar la apariencia personal", en forma tal que sea contrastante en el mensaje, de acuerdo con el medio de difusión.

SEXTA. Se pretende modificar el siguiente artículo de la Ley Federal de Protección al Consumidor para quedar como sigue:

Artículo 32. ...

La información o publicidad relativa a bienes, productos o servicios que se difunda por cualquier medio o forma, ***en la que se haya alterado de cualquier forma la apariencia física de quienes promocionan el bien, producto o servicio, incluirá la siguiente leyenda: "Imagen retocada para modificar la apariencia personal", con letras fácilmente legibles y en colores contrastantes.***

SEPTIMA.- Los integrantes de esta comisión consideran que el siguiente dictamen es inviable debido a que, dicha reforma a la Ley General de Salud y a la Ley Federal de Protección al Consumidor es competencia de las Normas Oficiales Mexicanas. Por lo tanto, sería un error especificar, temas tan concretos en la Ley General de Salud, ya que el espíritu de ésta intenta ser general y práctica para el beneficiario. De la misma manera la exponemos como no viable, debido a que en su exposición de motivos marcan como única etiología de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, la mercadotecnia, y la realidad es que es de origen multifactorial.



COMISIÓN DE SALUD

Por lo expuesto y para los efectos de lo dispuesto en el artículo 72, fracción g), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los integrantes de Comisión de Salud de la LXI Legislatura sometemos a consideración del pleno el siguiente:

RESOLUTIVO

PRIMERO.- Se desecha la Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma los artículos 307 de la Ley General de Salud y 32 de la Ley Federal de Protección al Consumidor, presentada por el **DIPUTADO FRANCISCO SARACHO NAVARRO INTEGRANTE DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL.**

SEGUNDO.- Archívese el expediente como asunto total y definitivamente concluido.

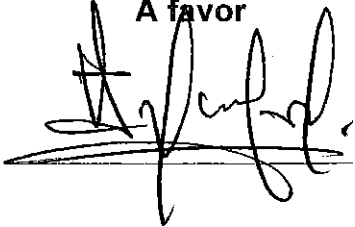

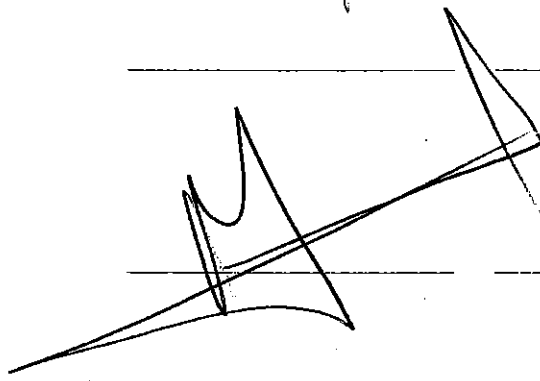
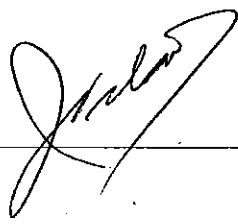
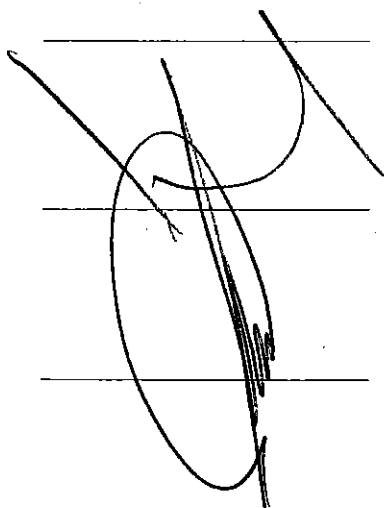
Palacio Legislativo de San Lázaro a los 15 días del mes de febrero del 2012.



LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

COMISIÓN DE ECONOMÍA

DICTAMEN A LA INICIATIVA QUE REFORMA LOS ARTÍCULOS 307 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 32 DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

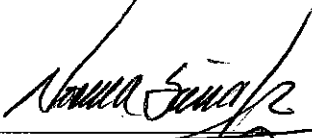
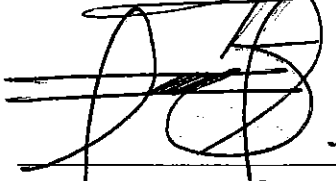
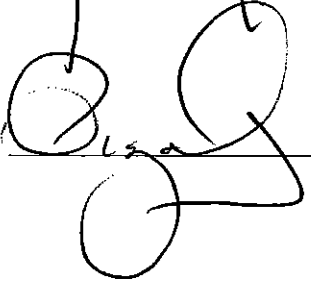
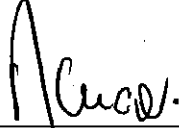
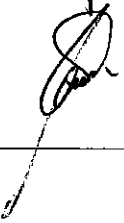
	A favor	En contra	Abstenciones
DIP. ILDEFONSO GUAJARDO VILLARREAL PRESIDENTE			
DIP. ALEJANDRO CANO RICAUD SECRETARIO			
DIP. JORGE ALBERTO JURADINI RUMILLA SECRETARIO			
DIP. NARCEDALIA RAMIREZ PINEDA SECRETARIA			
DIP. MELCHOR SÁNCHEZ DE LA FUENTE SECRETARIO			
DIP. JOSÉ LUIS VELASCO LINO SECRETARIO			
DIP. LEONCIO ALFONSO MORÁN SÁNCHEZ SECRETARIO			
DIP. MARÍA ANTONIETA PÉREZ REYES SECRETARIA			



LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

COMISIÓN DE ECONOMÍA

DICTAMEN A LA INICIATIVA QUE REFORMA LOS ARTÍCULOS
307 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 32 DE LA LEY FEDERAL
DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

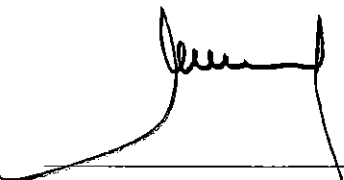
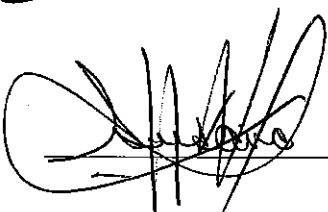
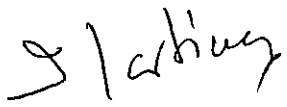
	A favor	En contra	Abstenciones
DIP. NORMA SÁNCHEZ ROMERO SECRETARIA			
DIP. INDIRA VIZCAÍNO SILVA SECRETARIA			
DIP. RODRIGO PÉREZ- ALONSO GONZÁLEZ SECRETARIO			
DIP. JORGE ANTONIO KAHWAGI MACARI SECRETARIO			
DIP. MANUEL IGNACIO ACOSTA GUTIÉRREZ INTEGRANTE			
DIP. JOSÉ ANTONIO ARÁMBULA LÓPEZ INTEGRANTE			
DIP. RAÚL GERANDO CUADRA GARCÍA INTEGRANTE			
DIP. PAVEL DÍAZ JUAREZ INTEGRANTE			



LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

COMISIÓN DE ECONOMÍA

DICTAMEN A LA INICIATIVA QUE REFORMA LOS ARTÍCULOS
307 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 32 DE LA LEY FEDERAL
DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

	A favor	En contra	Abstenciones
DIP. SERGIO GAMA DUFOUR INTEGRANTE	<hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. JORGE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ INTEGRANTE	 <hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. SUSANA HURTADO VALLEJO INTEGRANTE	 <hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. RAMÓN JIMÉNEZ LÓPEZ INTEGRANTE	<hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. VIDAL LLERENAS MORALES INTEGRANTE	<hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. IFIGENIA MARTHA MARTÍNEZ Y HERNÁNDEZ INTEGRANTE	 <hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. LUIS ENRIQUE MERCADO SÁNCHEZ INTEGRANTE	<hr/>	<hr/>	<hr/>
DIP. DAVID PENCHYNA GRUB INTEGRANTE	<hr/>	<hr/>	<hr/>



LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

COMISIÓN DE ECONOMÍA

DICTAMEN A LA INICIATIVA QUE REFORMA LOS ARTÍCULOS
307 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y 32 DE LA LEY FEDERAL
DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

	A favor	En contra	Abstenciones
DIP. ENRIQUE SALOMÓN ROSAS RAMÍREZ INTEGRANTE			
DIP. GUILLERMO RAÚL RUIZ DE TERESA INTEGRANTE			
DIP. DAVID RICARDO SÁNCHEZ GUEVARA INTEGRANTE			



Comisión de Salud

Dictamen en sentido **negativo** respecto de la Iniciativa que reforma los artículos 307 de la Ley General de Salud y 32 de la Ley Federal de Protección al Consumidor. Dip. Francisco Saracho Navarro. Aprobado en la 17ª Reunión Plenaria.

LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

A FAVOR

EN CONTRA

ABSTENCION

DIP. MIGUEL ANTONIO OSUNA MILLAN
PRESIDENTE

Miguel A. Osuna

DIP. MARCO ANTONIO GARCIA AYALA
SECRETARIO

Marco Antonio Garcia Ayala

DIP. MARIA CRISTINA DIAZ SALAZAR
SECRETARIA

Maria Cristina Diaz Salazar

DIP. ANTONIO BENITEZ LUCHO
SECRETARIO

DIP. ROSALINA MAZARI ESPIN
SECRETARIA

Rosalina Mazari Espin

DIP. RODRIGO REINA LICEAGA
SECRETARIO

Rodrigo Reina Liceaga

DIP. GLORIA TRINIDAD LUNA RUIZ
SECRETARIA

Gloria Trinidad Luna Ruiz

DIP. JOSE ANTONIO YGLESIAS ARREOLA
SECRETARIO

Jose Antonio Yglesias Arreola

DIP. SILVIA ESTHER PEREZ CEBALLOS
SECRETARIA

Silvia Esther Perez Ceballos

DIP. HELADIO GERARDO VERVER Y VARGAS
RAMÍREZ
SECRETARIO

Heladio Gerardo Verver y Vargas Ramirez

DIP. CARLOS ALBERTO EZETA SALCEDO
SECRETARIO

Carlos Alberto Ezeta Salcedo

DIP. MARIA DEL PILAR TORRE CANALES
SECRETARIA



Comisión de Salud

Dictamen en sentido **negativo** respecto de la Iniciativa que reforma los artículos 307 de la Ley General de Salud y 32 de la Ley Federal de Protección al Consumidor. **Dip. Francisco Saracho Navarro.**
Aprobado en la 17ª Reunión Plenaria.

LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

A FAVOR

EN CONTRA

ABSTENCION

DIP. FELIPE BORJA TEXOCOTITLA
INTEGRANTE

DIP. YOLANDA DE LA TORRE VALDEZ
INTEGRANTE

DIP. OLGA LUZ ESPINOSA MORALES
INTEGRANTE

DIP. LEANDRO RAFAEL GARCIA BRINGAS
INTEGRANTE

DIP. DELIA GUERRERO CORONADO
INTEGRANTE

DIP. JOSÉ MANUEL HINOJOSA PÉREZ
INTEGRANTE

DIP. JOSÉ LUIS MARCOS LEÓN PEREA
INTEGRANTE

DIP. ALFONSO PRIMITIVO RÍOS VÁZQUEZ
INTEGRANTE

DIP. ANA ELIA PAREDES ARCIGA
INTEGRANTE

DIP. GUADALUPE EDUARDO ROBLES MEDINA
INTEGRANTE



Comisión de Salud

Dictamen en sentido **negativo** respecto de la Iniciativa que reforma los artículos 307 de la Ley General de Salud y 32 de la Ley Federal de Protección al Consumidor. Dip. Francisco Saracho Navarro.
Aprobado en la 17ª Reunión Plenaria.

LXI LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

A FAVOR

EN CONTRA

ABSTENCION

DIP. SERGIO TOLENTO HERNÁNDEZ
INTEGRANTE

DIP. ALICIA ELIZABETH ZAMORA VILLALVA
INTEGRANTE

DIP. LAURA PIÑA OLMEDO
INTEGRANTE

DIP. LETICIA QUEZADA CONTRERAS
INTEGRANTE

DIP. ORALIA LOPEZ HERNANDEZ
INTEGRANTE

DIP. MARCELA VIEYRA ALAMILLA
INTEGRANTE