

Quiropráctica en España. Crisis económica, legalidad y conveniencia. Acercamiento a la realidad de una profesión desconocida*

*Chiropractic in Spain. Economic crisis, legality and convenience.
Approach to the reality of an unknown profession.*

Antonio COLMEIRO VEGA
antonicolmeiro@hotmail.com

Resumen: La Quiropráctica es una profesión sanitaria con 95 años de presencia en España. Sin embargo es desconocida para una gran mayoría de la población. Este artículo pretende obtener una somera visión global del Sistema Sanitario Español y de la Quiropráctica en España, su posible regulación legal como profesión sanitaria, así como la conveniencia de su inclusión en el mismo.

Abstract: Chiropractic is a health profession with 95 years of presence in Spain. However it is unknown to a large majority. This article aims to obtain a brief overview of the Spanish Health System and Chiropractic in Spain, its possible legal regulation as a health profession, as well as the convenience of its inclusion in the Health System.

Palabras clave: Quiropráctica, Crisis, Económica, Profesión, Sanitaria, Legalidad, Quiropraxia, Subluxación, Terapia, Manual.

Keywords: Chiropractic, Crisis, Economic, Profession, Health, Legality, Chiropractic, Subluxation, Therapy, Manual.

* Este artículo obtuvo, el pasado año académico 2015-2016 el IV Premio Reina María Cristina, modalidad de Quiropráctica, patrocinado por el Banco de Santander. El jurado estuvo compuesto por: D. Pedro Esbrit Argüelles, Presidente. Profesor Investigador Emérito, IIS-Fundación Jiménez Díaz, D. Fernando Redondo Moreira Azevedo, Vocal. Decano de Quiropráctica en la Universidad Anhembi-Morumbi, D.^a Thiana Paula Schmidt dos Santos, Vocal. Decana de Quiropráctica en la Universidad Feevale, D. Ricardo Fujikawa, Secretario - Director de los Estudios del Madrid College of Chiropractic-RCU.

Sumario:

- I. Introducción.**
- II. Crisis Económica y Sistema Sanitario.**
- III. Legalidad.**
- IV. Conveniencia.**
- V. Bibliografía.**
- VI. Anexos.**

Recibido: diciembre 2016.

Aceptado: enero 2017.

I. INTRODUCCIÓN

Más de 500 periodistas extranjeros y españoles, 10 autobuses, 15 cabinas de locución, 110 aparatos telefónicos, siete líneas para fototelegrafiar, decenas de cámaras de cine y televisión y un millón y medio de personas dieron fe, el 21 de diciembre de 1959, de la histórica visita que realizó el presidente Eisenhower a España.



Por aquellos días, hace casi 60 años, Amadeo Morera regresaba a su Barcelona natal, después de un periplo americano de cinco años, formándose como quiropráctico; y Pedro Alberta Soler, el primer quiropráctico español, veía como casi cuarenta años después de él, un paciente suyo seguía sus pasos como quiropráctico.

En medio de un país salido de la autarquía, vientos nuevos y prometedores soplaban a su favor, proveniente del país más poderoso e influyente del siglo XX.

Queda en el imaginario colectivo aquella melodía de la famosa escena de “Bienvenido Mr. Marshall”, en la que todo un pueblo se moviliza para saludar a los americanos; la banda del pueblo, las fuerzas vivas y los habitantes en pleno se vuelcan en aquella visita... Sólo era cuestión de tiempo que más jóvenes

españoles se formaran como quiroprácticos... Efectivamente, en los años setenta la segunda generación de quiroprácticos entraba con extraordinaria fuerza en una sociedad en pleno cambio: realizaban entrevistas, salían en los medios de comunicación, y se encontraron con un pueblo entregado a la novedad de una terapia en auge.

En la actualidad, la Quiropráctica se enseña y practica en todo el mundo. Actualmente existen unos 70.000 doctores en Quiropráctica repartidos por los cinco continentes; encontramos quiroprácticos en todos los países europeos, -el primer quiropráctico que llegó a España se instaló en Barcelona en 1922-, pero las condiciones en las que ejercen la profesión son notablemente diferentes.

La quiropráctica es una de las formas más popularizadas de terapia manual. Hoy día se practica en todo el mundo y está regulada por la ley en más de 40 jurisdicciones nacionales.

Hoy en día **existe legislación** que reconoce y reglamenta la profesión quiropráctica en todos los estados de los Estados Unidos (incluidas las Islas Vírgenes, Guam y Puerto Rico), todas las provincias de Canadá, Chipre, Dinamarca, Hong Kong, Islandia, Liechtenstein, Namibia, Nueva Zelanda, Noruega, Panamá, Suecia, Suiza, Gran Bretaña, Brasil, Costa Rica, Sudáfrica y Zimbabwe.

Al mismo tiempo el ejercicio de la **Quiropráctica es legal, pero sin legislación específica**, en países como Portugal, Irlanda, Alemania, Bermudas, Ecuador, Guatemala, Israel, México, Holanda, Japón, Corea del Sur, Singapur, Países Bajos, Finlandia o Venezuela. En Italia varios decretos administrativos que lo regulan, de modo que el tratamiento quiropráctico se incluye ya en la Seguridad Social. En este país mediterráneo la ley está en trámites de negociación, al igual que en Grecia. Por su parte, Bélgica logró en 1998 la legalización y el proceso está en curso en Francia.

En definitiva, mientras la profesión se encuentra específicamente legislada en diversos países, en otros todavía se trabaja para conseguir su reconocimiento, como es el caso de España.

El primer Centro Universitario en España con título propio de Quiropráctica empieza a impartir las clases en 2007. Es, por tanto, lógico que la mayoría de los escasos quiroprácticos que trabajan en España ni son españoles, ni han sido formados en el país.

Paradójicamente, los titulados quiroprácticos españoles podrán ejercer como profesionales sanitarios en otros países como Estados Unidos, Francia o Inglaterra, pero no en el suyo propio.

II. CRISIS ECONÓMICA Y SERVICIOS SANITARIOS

Precisamente empezamos a llegar al punto que nos ocupa: la situación de la Quiropráctica en España.

En España, el acceso a cuidados sanitarios se realiza mayoritariamente a través del Sistema Nacional de Salud y/o a través de un seguro privado. Queremos hacer hincapié en que la mentalidad imperante, “lo que siempre se ha vivido”, el *modus operandi*, no pasa por pagar a profesionales médicos en cada visita, sino en pagar un seguro mensual al cual están adscritos dichos profesionales.

Quizás el precio asequible de los seguros médicos sea la causa de esto; por unos 500 € al año puede encontrarse totalmente cubiertas las necesidades de atención sanitaria (excepto odontología).

Un español medio que acude a un profesional sanitario no incluido en el sistema nacional de salud, y por tanto con el consiguiente coste extra, ha de sortear varios escollos:

Se ha de vencer la tentación de utilizar unos servicios que ya tiene pagados a priori. Tanto si utiliza los servicios del Sistema Nacional de Salud como los de un seguro privado, no ha de realizar más desembolsos... Si por el contrario utiliza los servicios de un profesional ajeno al sistema, deberá pagar tanto por los recursos que no utiliza como por los servicios del profesional elegido.

Se han de vencer las imposiciones provenientes del ámbito cultural. Hasta hace bien poco, únicamente pagaban a estos profesionales la población de poder adquisitivo alto; culturalmente, en el ámbito educativo, sanitario, etc... encontramos una dicotomía social histórica entre los defensores del sector público y los simpatizantes de la iniciativa privada.

Se ha de vencer la resistencia al cambio. ¿Por qué tendemos a discutir, a mantener nuestra opinión a toda costa? ¿Es una simple cuestión de orgullo? Según los últimos estudios, esto que nos parece tan natural, es un mecanismo que nos hace sentirnos seguros... hay pues una resistencia natural al cambio¹.

¹ Resistencia natural al cambio (not only fisio but patients) (Elsa Punset)
http://www.cuatro.com/el-hormiguero/Elsa-Punset-explica-cambiaropinion_2_1102005049.html
“En el vídeo arriba expuesto, -programa el Hormiguero con Elsa Punset-, podemos ver un experimento (segundo 1:47) realizado en la Universidad de St Andrews (Escocia) relativo a la forma de aprendizaje en niños y monos. Se realiza con una máquina para obtener un caramelo. A ambos les dan unas directrices para conseguir el caramelo a través de una serie de movimientos y golpes que tienen que dar con un palito para obtener su caramelo.

Y aun así, parece que las consultas externas funcionan, -entendidas como ajenas al Sistema Nacional de Salud y/o al cuadro de servicios médicos ofrecidos por las aseguradoras-,.... funcionan para miles de fisioterapeutas en España y para los casi 300 Quiroprácticos en toda España... ¿por qué?

Puede ser que sea sólo un espejismo, debido al reducido número de quiroprácticos. Puede ser la moda. Puede ser la búsqueda de la novedad en una sociedad hastiada... puede ser que haya alguna razón de fondo... Alguno dirá que es porque la quiropráctica soluciona problemas aparentemente irresolubles; puede ser que la desesperación de los desesperados los lleve a confiar en cualquiera que prometa la salvación (del cuerpo)... puede ser.

Sin embargo, nos preguntamos:

¿Realmente son unos pocos desesperados engañados por el “honrado Johny”? El honrado Johny, que vendía arena a los beduinos del desierto y hielo empaquetado bolsitas a los esquimales... ¿o es que quizás nos encontramos con una pandemia de enormes proporciones, que el sistema es incapaz de atajar, en la que sólo puede ofrecer el triste consuelo de unos cuidados paliativos?²

La primera caja es opaca y no ven nada pero en la segunda caja que les presentan la superficie es transparente, de forma que pueden observar como los golpecitos con el palo y los movimientos con los cerrojos no valen para nada ya que el caramelo está ahí desde el principio. Los niños, muy obedientes, siguen realizando estas pautas aun viendo que no sirven para nada, mientras que los monos van directamente a coger el caramelo y no realizan los golpecitos que les habían indicado anteriormente”.

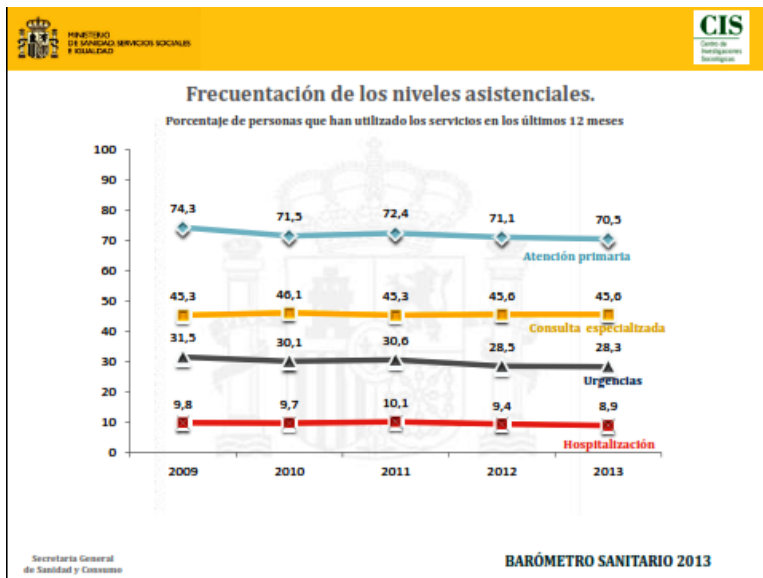
<http://www.st-andrews.ac.uk/news/archive/2014/title,251029,en.php>

Professor Whiten, a pioneer in the field of evolutionary and developmental psychology, said: “A regard for the welfare of others is seen as a cardinal human virtue. By contrast, several recent scientific studies have concluded that the same dispositions are lacking in our closest living primate relatives. The results of our research provide the first evidence that both children and chimpanzees share common traits of altruism that are learned as a direct result of experiencing the kindness of others”. El profesor Whiten, un pionero en el campo de la psicología evolutiva y del desarrollo de la Universidad de Saint Andrews, dijo: “Una relación para el bienestar de los demás es visto como una virtud humana cardinal. Sin embargo, varios estudios científicos recientes han concluido que las mismas disposiciones se encuentran en nuestros parientes primates vivos más cercanos. Los resultados de nuestra investigación proporcionan la primera evidencia de que los niños y los chimpancés comparten rasgos comunes de altruismo que se aprenden como resultado directo de experimentar la bondad de los demás”. <https://www.st-andrews.ac.uk/news/archive/2015/title,253335,en.php>.

² Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, los programas de cuidados paliativos han experimentado un desarrollo importante en los últimos años. Según sus estimaciones, en 1989 sólo cubrían a 0,9% de los posibles usuarios; en 1998, con 143 unidades de paliativos registradas (53% hospitalarios, 47% domiciliarios) y 1200 profesionales implicados, su cobertura llegaba a ser del 25% nacional. En 2000, por ejemplo, se censaron 206 unidades, con 1729 profesionales, y una cobertura de 30000 pacientes oncológicos, aproximadamente un 30% de los 95000 muertes

Tal como se indica en el informe SESPAS 2014, los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, al atenuar los perjuicios de las enfermedades y permitir recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.

Pero no son el determinante principal de nuestra salud, que se gana y se pierde en otros terrenos. La salud comienza a perfilarse antes del nacimiento y desde entonces hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que modifican la salud.



que se esperaban. Esto únicamente en el campo oncológico. ¿Cuántos recursos se han destinado a una política paliativa?... ¿realmente no existe ninguna vía alternativa que enfoque o plantee una solución integral o una respuesta directa al agente causal? En nuestra sociedad se criminaliza e incluso puede ser constitutivo de delito el “manifestar” opiniones contrarias a la medicina. Cualquier opinión fuera de los “dogmas” científicos es tachada de charlatana e ignorante. La dictadura de la “ciencia” médica está tan profundamente arraigada que ni siquiera se ve como tal. Y no seguir sus dogmas es tildado de irresponsable; aquel que se atreve a discrepar de un criterio médico es vilipendiado, y difícilmente podrán la fuerza de sus argumentos superar el estigma de no pertenecer al gremio...la demagogia,-involuntaria quizás, pero demagogia -, es esto.

No sólo ejerce una dictadura sino que además es, era, un monopolio. Un monopolio con fecha de caducidad. Son tiempos en los que el cuidado personal empieza a ser realmente personal. La confianza ciega en la medicina tradicional empieza a resquebrajarse, a ajarse como una fruta madura, como algo que es evidente pero que no resulta obvio hasta que nos lo gritan al oído.

El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, la actividad física, el entorno social y ambiental de las personas...todo ello son ejemplos de experiencias que determinan la salud.

La mejora de la salud afronta **dos retos** fundamentales; en primer lugar, **ganar salud para la población** a través del conjunto de políticas públicas, diseñadas de forma que, además de lograr sus objetivos específicos, ayuden a mejorar la salud o al menos no la perjudiquen; y en segundo lugar, **garantizar unos servicios sanitarios eficientes** que consigan producir el mejor valor posible a cada euro invertido.

Ambos retos son complementarios ya que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es mejor cuando sus servicios no son requeridos excesivamente y, sobre todo, cuando no se induce una demanda impertinente, lo cual es más fácil cuando la población es más sana y menos dependiente.

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud no ha asumido todavía, de modo suficiente, la imprescindible necesidad de reducir o mitigar los riesgos para la salud asociados al consumo sanitario inapropiado y excesivo. A pesar de que ya hace tiempo que han saltado las alarmas sobre las consecuencias perjudiciales que comporta la sobreutilización de los servicios sanitarios; que más allá del despilfarro económico pueden deteriorar la salud de los pacientes.

Unos efectos adversos injustificados, puesto que del tratamiento excesivo no es razonable esperar beneficios.

Consecuencias indeseables que, en cambio, han contribuido a colocar a la iatrogenia -perjuicios para la salud de las intervenciones médicas y sanitarias- en uno de los principales problemas de salud pública que nos afectan. Lo cual demanda una enérgica respuesta preventiva que posibilite un control adecuado.

En todos los niveles asistenciales se producen excesos, como la prescripción de pruebas diagnósticas innecesarias, el fomento de pruebas para la detección precoz de enfermedades para las que no hay una recomendación solvente o tratamientos sin una indicación pertinente. Es sabido que tanto los excesos diagnósticos como, sobre todo, los tratamientos innecesarios causan notorios perjuicios a la salud de la población³.

³ Informe SESPAS 2014. El **sobre intervencionismo** sanitario como **problema de Salud Pública**. Recomendaciones de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración

No es de extrañar pues, que las consultas de profesionales de terapias manuales sean cada vez más solicitadas. ¿Qué proporción de pacientes que acuden a la consulta quiropráctica ha pasado antes por otros profesionales? ¿Cuántos casos de gente “desahuciada” acuden al quiropráctico? Puede ser un tema interesante para realizar un estudio descriptivo.

Por otro lado, el desempleo y la pobreza, particularmente la infantil, son problemas de salud de primera magnitud en España. Además, con la crisis se han agravado las desigualdades sociales en salud. De ahí que el sistema sanitario, como el educativo, esté asumiendo funciones redistributivas que no le corresponden en sentido estricto.

Es sencillo medir el aumento de las desigualdades económicas. Eurostat publica regularmente los índices de Gini⁴. Así, sabemos que la distribución de la renta en España es más desigual que antes de 2008 (el índice de Gini ha aumentado de 31,9 en 2007 a 35 en 2012) y que en casi todos los países de la UE27. La crisis agrava la fragilidad de los frágiles: niños y jóvenes, ancianos, desempleados, pobres. Además, los efectos tendrán deriva a largo plazo, los “niños de la crisis” se resentirán durante toda su vida en su estatus socioeconómico y en su salud⁵.

Por efecto de la crisis, muchas personas caerán en un estatus de desempleo a largo plazo con efectividad de búsqueda decreciente. Este podría ser un efecto diferencial de esta crisis respecto a las anteriores⁶. Los hijos en los hogares pobres se alimentan peor y, en consecuencia, su desarrollo resulta comprometido.

Además, los padres perciben que la inversión en ese capital humano no será tan rentable como antes, de modo que cae la inversión en educación. Al ser la educación un input clave en la función de producción de salud y fuente de productividad laboral, una parte de las nuevas generaciones será menos saludable y más pobre.

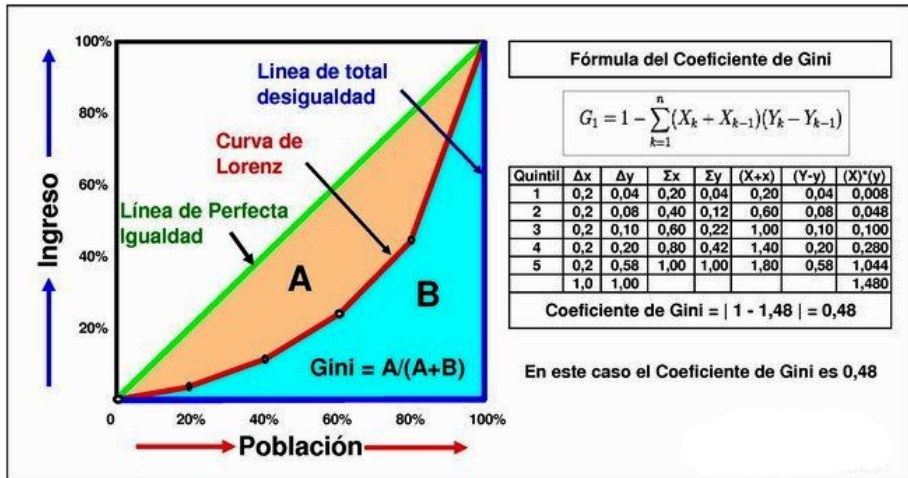
Sanitaria (SESPAS)-1 Octubre 2014. En varios capítulos se menciona que la crisis es una oportunidad de cambio hacia la racionalización, y que éste es el momento de utilizar la priorización como herramienta clave (caps. 3, 11, 13 y 18).

⁴ Main Tables. Eurostat. Income and Living Conditions Database. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi190&plugin=1>

⁵ FLORES M., GARCÍA-GÓMEZ, P., ZUNZUNEGUI M., “Crisis económica, pobreza e infancia: ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los ‘niños de la crisis’?”, en *Informe SESPAS 2014*, capítulo 20. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1 (en prensa).

⁶ ELSBY M.; HOBIJN B.; SAHIN, A., y VALLETTA R.G., *The Labor Market in the Great Recession*. NBER Working Paper 2011-2029. San Francisco: Federal Reserve Banks of San Francisco and Atlanta or the Board of Governors of the Federal Reserve System; 2011. Disponible en: <http://www.frbsf.org/publications/economics/papers/2011/wp11-29bk.pdf>

Las respuestas políticas sobre cómo gestionar las crisis son el aspecto determinante para mitigar o magnificar los impactos negativos en la salud y en las desigualdades en salud.



Los recortes en políticas sociales y de empleo, y en el sistema sanitario, así como la transformación del derecho a la atención en salud basado en la ciudadanía a estar basado en las cotizaciones a la Seguridad Social, no han tenido en cuenta la evidencia existente, y en muchos casos las decisiones tomadas incluso van en sentido opuesto a la evidencia disponible. Por ejemplo, la escasa información disponible y la evidencia internacional no avalan la implementación de las distintas formas de privatización como vía para la mejora de la eficiencia del sistema sanitario.

«Para superar los peores efectos de la crisis, conviene que por encima del crecimiento económico como meta de la sociedad se recobre el propósito de mejorar el bienestar de la población, que tiene que ver en buena parte con la salud. Bienestar y salud que se contribuye a promover desde muy diversos sectores sociales, por lo que resulta oportuno introducir la salud en todas las políticas y fomentar políticas intersectoriales. Un planteamiento genuinamente político que hace imprescindible la participación activa del conjunto de la ciudadanía»⁷.

⁷ ANDREU SEGURA, B., Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España "Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014"- "Cuts, austerity and health. SESPAS report 2014".

III. LEGALIDAD

En nuestro ánimo está explorar el papel que podría jugar la quiropráctica en España, en un momento tan peculiar, por lo que tiene de cruel y transformadora esta crisis, que poco tiene que envidiar a la gran depresión del 29, desde el punto de vista de cataclismo social que deja una huella permanente, tremendamente profunda y transformadora. Al abordar el tema, nos topamos con una cuestión que consideramos crucial: la fragilidad de la situación legal de la Quiropráctica en España.

Como comentábamos, simplemente no existe regulación legal, ni la profesión quiropráctica está reconocida como tal por el Estado, a pesar de ser una profesión reconocida por la Organización Mundial de la Salud.

Creemos que el papel que puede jugar esta profesión en España, para mejorar el bienestar de la población puede ser muy relevante. Paradójicamente, los titulados quiroprácticos españoles podrán ejercer como profesionales sanitarios en otros países como Estados Unidos, Francia o Inglaterra, pero no en el suyo propio⁸.

La ley que regula las profesiones sanitarias es la LOPS (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias), la cual reza textualmente:

“El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está

⁸ En España sólo existe un Centro Universitario que expida el título de Quiropráctico que sea reconocido en un ámbito internacional por el Consejo de Educación Quiropráctica Europeo (ECCE). Se trata del *Real Centro Universitario Escorial-María Cristina*, sito en la localidad de San Lorenzo del Escorial. Dicho centro imparte la formación de Grado en ADE y Derecho como centro adscrito a la Universidad Complutense de Madrid, y el de titulado superior en Quiropráctica como título propio. El citado centro imparte la formación quiropráctica en un currículum de alrededor de 4500 horas. Dicha formación suponen un coste de alrededor de 45.000 € para los cinco años que dura la carrera. Los licenciados en este centro pueden trabajar en el Servicio suizo de salud, en Hong Kong o en Suecia... Y sin embargo, en España no existen...son “almas en pena”, profesionalmente hablando. ¿Cuál es la situación legal de estos profesionales?...son legales.

normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en el momento actual gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Por otra parte, existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión.

Por ello en esta ley **no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones**, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares **evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente**⁹. **El espíritu de la ley se manifiesta muy claro en el texto literal: pretende fomentar los pactos entre profesiones sanitarias y manifiesta la voluntad de que la práctica de las mismas evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente**⁹.

⁹ Con sorpresa asistimos a otra cuestión aneja a esta “alegalidad”: la enemistad manifiesta, explícita y pública, de un poderoso colegio de profesionales de la salud. Si bien el celo profesional para velar por los intereses de la Salud Pública es digno de honrarse, no lo es el usar el mismo como arma arrojadiza para ocultar intereses menos altruistas. Una cosa es velar por la salud del ciudadano y otra muy distinta es arremeter contra un colectivo con una campaña difamatoria. Es lícito preocuparse por profesionales concretos; pero cuando se realizan anuncios corporativos contra un colectivo y no meramente acciones contra algún profesional del que se duda, es evidente que no existe un interés por proteger la salud del ciudadano, sino otros intereses. ¿Por qué una profesión sanitaria reconocida en la mayoría de los países civilizados de nuestro entorno, con una formación universitaria y una dilatada trayectoria sanitaria en el mundo anglosajón, es tildada poco menos que de chamanismo? .Puede parecer realmente mezquino negar siquiera el beneficio de la duda a una profesión nueva en España, únicamente por el interés bastardo de no querer compartir cuota de mercado.

Curiosamente, hasta hace relativamente pocos años, la fisioterapia no tenía hueco alguno en el sistema Nacional de Salud. En 1989 se estableció el Título Universitario Oficial de Fisioterapia y las Directrices Generales Propias de los Planes Conducentes a su obtención; y el INSALUD reglamentó la integración del fisioterapeuta dentro del equipo de Atención Primaria (Tomado de la Asociación española de Fisioterapia. www.aefi.net).

Llama la atención la virulencia de los ataques hacia los quiroprácticos, e invitamos a la cordura y al buen juicio, y la buena fe en las relaciones entre ambas profesiones. Es una situación compleja; tiene sus más y sus menos, sus dimes y diretes. Nos parece que una espiral de

Prosigue la ley:

“...Artículo 2. Profesiones sanitarias tituladas.

1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

*2. Las **profesiones sanitarias se estructuran** en los siguientes grupos:*

a) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.

b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.

*3. Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se **podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria**, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, **mediante norma con rango de ley**.*

Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.

*4. En las normas a que se refiere el apartado 3, se **establecerán los procedimientos** para que el **Ministerio de Sanidad y Consumo expida**,*

acusaciones amparadas en un vacío legal o en el desprestigio de una profesión hacia otra (en cualquier sentido), puede llevar a producir los resultados deseados...o no. Pero siempre será una mancha en el buen hacer y en el código ético y moral de una profesión; máxime si se hace o se pretende hacer corporativamente. Ampararse en el interés público para vilipendiar a una profesión similar, desde una situación de superioridad legal y numérica para realizar una campaña de difamación “regional” es hacer un flaco favor a sus colegiados. La Historia dejará una mancha corporativa sobre tantos buenos profesionales. Y eso no se limpia con un decreto.

*cuando ello resulte necesario, una **certificación acreditativa** que habilite para el ejercicio profesional de los interesados”.*

Por tanto, no vemos impedimento para que la quiropráctica cuente en España con un marco legal específico. La ausencia del mismo, deja el campo libre para los abusos, tanto formativos como terapéuticos.

Una formación reglada es garantía de unos conocimientos profundos, unos procedimientos correctos, seguros y sobradamente probados, así como de unos valores éticos propios del ejercicio de cualquier profesión sanitaria. Un colegio de quiroprácticos garantiza un código deontológico, imprescindible para un ejercicio ético de la profesión.

No sería descabellado pensar que algún quiropráctico, en el hipotético caso de que no tuviera escrúpulos ni ética profesional, pudiera preferir la ausencia de regulación, ya que la misma elimina de un plumazo la responsabilidad diagnóstica, ética y sanitaria, -y por tanto la indemnización pecuniaria correspondiente-. Sin esa responsabilidad y sin código ético, ¿qué impide a un profesional sin escrúpulos enfocar su tratamiento de la salud hacia intereses distintos a los de mejorar la misma? Pero esta duda no justifica de ninguna manera una condena de la quiropráctica, sino una regulación urgente de la misma.

La actual ausencia de regulación no es un hándicap para la quiropráctica, sino un riesgo para los pacientes que desean un tratamiento quiropráctico, y que pueden quedar en manos de “profesionales” no cualificados, y sobre los que no se ejerce ningún tipo de regulación sanitaria o ética.

La existencia de este riesgo justifica la regulación de la profesión quiropráctica. En el momento en que la masa social que utilice los servicios quiroprácticos alcance un volumen determinado -punto de masa crítica-, la justificación se convertirá en necesidad, y será inevitable. El trabajo, por tanto, de los quiroprácticos -hasta ese momento-, debe centrarse en permanecer unidos como grupo -capacidad organizativa-, informar y dejar muy claro a la sociedad nuestros estándares de calidad, facilitar al paciente mecanismos de identificación de auténticos profesionales quiroprácticos, -enseñar a distinguir el trigo de la paja-, y trabajar como si existiera un colegio de quiropráctica, con su código deontológico. La dejación de estos deberes implicaría añadir un riesgo extra para el futuro de nuestra profesión, y sería injustificable que intereses personales, más o menos legítimos, empañasen el buen honor y la fama de nuestra profesión.

IV. CONVENIENCIA

En cuanto a la conveniencia de la implantación legal de Quiropráctica creemos relevante comentarla desde un punto de vista de eficacia y eficiencia.

Recordemos que la mejora de la salud afronta **dos retos** fundamentales; en primer lugar, **ganar salud para la población** a través del conjunto de políticas públicas, diseñadas de forma que, además de lograr sus objetivos específicos, ayuden a mejorar la salud o al menos no la perjudiquen; y en segundo lugar, **garantizar unos servicios sanitarios eficientes** que consigan producir el mejor valor posible a cada euro invertido.

Ambos retos son complementarios ya que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es mejor cuando sus servicios no son requeridos excesivamente y, sobre todo, cuando no se induce una demanda impertinente, lo cual es más fácil cuando la población es más sana y menos dependiente.

En este sentido la Quiropráctica puede hacer mucho por alcanzar ambos objetivos, al mejorar la salud de la población **-eficacia** de la Quiropráctica- y la eficiencia del sistema, ya sea directamente estando incluida en el Sistema Nacional de Salud **-eficiencia** de la Quiropráctica- o indirectamente desde una posición externa al sistema, al mejorar directamente la salud de la población, haciéndola menos dependiente del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la **eficacia de la Quiropráctica**, el ejercicio probado, constante y organizado de la profesión en casi todo el mundo occidental a lo largo del pasado siglo es, -como mínimo-, motivo para darle el beneficio de la duda. A pesar de que existe una gran aceptación de la Quiropráctica, para aquellos que precisen de artículos basados en evidencia, nos remitimos a los artículos de las notas bibliográficas asociados a las dolencias más comunes tratadas por la profesión quiropráctica:

- Columna dorsal, dolor cervical y lumbar¹⁰.
- Promoción de la salud y actitud preventiva¹¹.
- El síndrome del túnel carpiano¹².
- Trastornos orgánicos y problemas varios¹³.
- Creemos que es importante que la ciencia avance¹⁴.

¹⁰ Vid ANEXO A

¹¹ Vid ANEXO B

¹² Vid ANEXO C

¹³ Vid ANEXO D

¹⁴ La Ciencia (en latín *scientia*, de *scire*, que significa “conocer”), es el conjunto de conocimientos sistemáticos sobre la naturaleza, los seres que la componen, los fenómenos que ocurren en ella y las leyes que rigen estos fenómenos. **La ciencia es una facultad del hombre que le permite encontrar explicaciones a los fenómenos estudiados y respuestas a las interrogantes planteadas sobre acontecimientos determinados, mediante un conjunto de ideas**, que pueden ser provisionales, pues con la actividad de búsqueda continua y el esfuerzo de hombres y mujeres, estas explicaciones pueden variar y constituir un nuevo conocimiento.

Por medio de un **método científico**, la ciencia puede reunir sus conocimientos establecidos; éste **no es más que un camino o medio organizado** para llegar a un objetivo determinado. Consiste en la observación, el planteamiento de problema, la recolección de datos, la formulación de hipótesis, la experimentación, el análisis de resultados y la divulgación.

El conocimiento de la naturaleza logrado mediante el método científico, así como la investigación que lo hace posible, se conoce como ciencia pura (matemáticas, física, química, biología, etc.). Hay otros científicos que trabajan en la investigación dirigida a obtener aplicaciones prácticas de los resultados obtenidos por la ciencia pura, lo cual constituye la ciencia aplicada (agricultura, ingeniería, aeronáutica, medicina, etc.).

La clasificación de la ciencia se basa en dos grupos principales: la **ciencia formal** y ciencia fáctica o factual; la primera es la que se establece en el **razonamiento lógico** y trabaja con objetos ideales, su método de trabajo es la **deducción**, entre ella están la lógica y las matemáticas. La segunda, es aquella que en su investigación actúa sobre la realidad, su **método es la observación y la experimentación**, aunque **también la deducción**.

Estudian los hechos que ocurren en el mundo, por tal motivo tienen que apelar a la experiencia para contrastar sus fórmulas, a esto se le llama fórmulas sintéticas, es decir, fórmulas que no pueden ser validadas únicamente por la razón. **Contiene teorías formales que no se someten a discusión, porque los hechos son irrelevantes respecto de las ideas puras.**

Se dividen en ciencias naturales: física, química, biología, psicología individual; ciencias biosociales: antropología, demografía, psicología social, bioeconomía; y ciencias sociales: sociología, economía, ciencias políticas, historia material, historia de las ideas.

Aquí hay que tener en cuenta que algunos teóricos pensaron clasificar ciencias como la historia en una nueva categoría denominada ciencias del espíritu, debido a que se pueden investigar los motivos que iluminan el sentido de los acontecimientos sin preverlos matemáticamente.

Imagino que si la Quiropráctica quisiese incluirse en algún grupo, se debería de incluir en el de Ciencias de la salud. Entiendo que pertenece al grupo de ciencias fácticas... Como tal, deberá contener teorías formales que no se someten a discusión. Quizás, podríamos decir que el concepto de subluxación y la idea del innato sean las teorías formales de la Quiropráctica. El innato sería la fuerza sanadora que toda persona tiene dentro de sí; y la subluxación podría ser el resultado anatómico de una alteración del equilibrio natural. El papel del Quiropráctico sería ayudar al innato a través de la corrección de la subluxación.

Quizás, por el peculiar devenir de su historia, **si** se deseara ser aceptado por la tiranía de la “ciencia basada en la evidencia”, es posible que se estuviese dispuesto a dejar de lado esta teoría; o incluso a renunciar a ella. Se correría el riesgo de desvirtualizar la esencia misma de la quiropráctica, en aras de una aceptación social o profesional.

Hablo de la tiranía de la “ciencia basada en la evidencia”, porque tiranía es apropiarse de una palabra, que no significa lo que pretende explicar. Según la RAE, evidente es: Cierto, claro, patente y sin la menor duda.

Y la llamada ciencia basada en la evidencia, es todo menos evidente. Lo evidente no necesita ser explicado. Debería llamarse ciencia basada en la duda... en la duda razonable. Eso es lo que nos da un nivel de confianza determinado; y tener un nivel de confianza aceptable es lo mismo que tener un nivel de duda razonable. Pero nunca nos dará algo como cierto, claro, patente o sin la menor duda. Sólo nos dará niveles de duda razonables. Por otro lado, apropiarse el

nombre de ciencia con exclusividad, o casi exclusividad es digno de los regímenes más totalitarios. La ciencia es el saber, en cualquiera de sus formas...y poco honrado es el saber si, aprovechando su posición dominante, se arroga el monopolio de la verdad, con la exclusión de cualquiera otra forma de búsqueda de la verdad, especialmente aquella que no comparta sus métodos. Si pasase eso, demostraría mezquindad, incapacidad de amplitud de miras.

Ello no quita para que sus métodos tengan sus ventajas.

Pudiera pensarse que el camino de la Quiropráctica pasa por someterse a esa tiranía. Y de esa forma obtener el beneplácito social de quienes se erigen en jueces, sin serlo. Llega a ser como una religión. Esta nueva religión surgió hace dos siglos, pretendiendo acabar con el oscurantismo, el dogmatismo, la exclusión y el fanatismo de la religión...y con el paso del tiempo, resulta que es una pobre copia de lo que quiso sustituir. Una “ciencia” dogmática, excluyente y fanática...Se adoctrina de tal forma a las nuevas generaciones, que no dudan en tildar de “no cierto” a aquello que no está basado en la evidencia, según sus reglas y dictados. Y se permiten el lujo de tener la arrogancia suficiente como para despreciar todo el conocimiento humano anterior al método.

Me viene a la cabeza aquella disertación genial de Carlos Fisas, en su libro “Memorias de la Historia”, respecto al por qué cualquiera puede ser ministro pero no maestro:

“El término maestro deriva de magister y este, a su vez, del adjetivo magis que significa más o más que. El magister lo podríamos definir como el que destaca o está por encima del resto por sus conocimientos y habilidades. Por ejemplo, Magister equitum (jefe de caballería en la Antigua Roma) o Magister militum (jefe militar).

El término ministro deriva de minister y este, a su vez, del adjetivo minus que significa menos o menos que. El minister era el sirviente o el subordinado que apenas tenía habilidades o conocimientos.

Por tanto, queda demostrado que para ser ministro no hace falta ser... nada.”

El hecho es que, tanto en política como en religión, el ministro ha llegado a ser la figura clave y preponderante...y de realizar servicios y tareas meramente repetitivas, que no requerían especial preparación, ha pasado a “dirigir” el “cotarro”...haciendo bueno el famoso principio de incompetencia de Peter, según el cual, -en una organización jerárquica-, todos van escalando puestos hasta llegar a su nivel de incompetencia máximo.

De forma similar, en esta nueva religión, -La Evidenciología o EBR (Evidence Based Religion)-, los ministros sólo necesitan escalar...es la democratización de la ciencia...la mediocratización de la ciencia. Lo único necesario para hacer “ciencia” es saber usar el “método”. ¡Olé! ¡Ahí es nada! Se llaman científicos por el mero hecho de estar en un “departamento” y realizar experimentos. Se permiten el lujo de “tolerar” el mundo de la ideas. Y es curioso comprobar que lo que hace unos años se consideraba como una persona culta, en esta nueva religión es “rara” y “sospechosa” de herejía. Estos nuevos ministros generalmente no saben de más materias que las relativas a su pequeña parcela. Están convencidos de que contribuyen a engrandecer la ciencia, siguiendo estrictamente “el método”, las reglas, formando parte de la organización... Y como siempre, el arma de la ignorancia es el dogmatismo y la exclusión.

Es una pena que el método científico, un instrumento al servicio del conocimiento experimental, se haya convertido en el conocimiento...en la “ciencia”. Lo que no es más que un camino o medio organizado se ha convertido en un fin. Y cuando el camino no tiene un fin determinado, sino que él mismo es el fin, decimos que algo se ha descaminado...estamos asistiendo al desmontaje del conocimiento occidental.

La Evidenciología se ha arrogado el nombre de la ciencia, -¡Olé, Olé, Olé!-, y no es infrecuente oír la frase: “Yo sólo creo en la ciencia”...Lo curioso es que los nuevos “adeptos” ni siquiera saben que pertenecen a su religión, aunque la defiendan a capa y espada. Es tan sibilino el “lavado de cerebro”, que se tardarán generaciones en poder tener mentes realmente “sanas”, con una capacidad real de autocrítica.

Por lo que respecta a los efectos secundarios de los cuidados quiroprácticos, nos remitimos a la interesante exposición de los mismos recogida en la página web de la Asociación Española de Quiropráctica (AEQ).

La asistencia quiropráctica, si se practica con idoneidad y como es debido, constituye una forma inocua y eficaz de prevenir o tratar varios problemas de salud. No obstante, las técnicas manuales y otros protocolos terapéuticos propios del ejercicio de la quiropráctica comportan una serie de contraindicaciones y riesgos conocidos¹⁵.

Parafraseando a las “Directrices sobre formación básica e inocuidad en quiropráctica” de la OMS:

“Como se puede comprender, los accidentes vasculares son el motivo de la gran crítica que suscita la terapia de manipulación vertebral. No obstante, se ha señalado que «los detractores de la terapia de manipulación destacan el riesgo de lesión grave, especialmente en el tronco encefálico, debido al traumatismo arterial tras la manipulación cervical. Han bastado apenas unas pocas notificaciones de tales accidentes para difamar un procedimiento terapéutico que, si lo llevan a cabo manos expertas, proporciona beneficios con escasos efectos adversos»¹⁶.

En muy raras circunstancias el ajuste manipulativo de la columna cervical del paciente vulnerable será el último acto inoportuno que, casi siempre por accidente, deje una secuela muy grave¹⁷.

Esta religión... ¿A quién beneficia? La gran ventaja de la Evidenciología es la utilización de los mass media. El poder lanzar mensajes sin la más mínima autocrítica...”estudios científicos demuestran que el café tostado es buenísimo para el colesterol”...y las acciones de Cafesa suben como la espuma...Nadie se pregunta ¿qué estudios?, ni se preocupa por buscar esos estudios. Y si los busca, generalmente se dará cuenta de que las noticias suelen “maquillar” a voluntad las conclusiones...no importa que el estudio en cuestión no sea serio. Lo que importa es que el mensaje sea recibido sin crítica. Lo que toda la vida se ha venido llamando manipulación de masas. De esta forma asumimos que el petróleo es escaso y pagamos una burrada por él, asumimos que la crisis nos ha “tocado”, que hay que “apretarse el cinturón”, que hay mucha violencia machista, que en la naturaleza hay más homosexualidad que heterosexualidad, que los neandertales cantaban y un sinfín de ideas que aceptamos como ciertas por el simple hecho de que lo dice la “ciencia”. No quiero decir que esas ideas sean falsas. Sólo que se carece de autocrítica.

Abogo por la autocrítica, por una sana duda metódica...gracias Renato.

¹⁵ Directrices sobre Formación Básica e Inocuidad en Quiropráctica. ISBN 92 4 359371 4 ISBN 978 92 4 359371 5 (Clasificación NLM: WB 905.7) © Organización Mundial de la Salud, 2005

¹⁶ KLEYNHANS, A. M., TERRETT AG., *Cerebrovascular complications of manipulation*. In: Haldeman S, ed. *Principles and practice of chiropractic*, 2nd ed. East Norwalk, CT, Appleton Lang, 1992.

¹⁷ EPHRAIM, W., y CHURCH ET AL., “Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation” *Cureus* 2016

Al comentar la **eficiencia** directa de la Quiropráctica, -la relación coste-beneficio-, no podemos evitar remitirnos a un interesante estudio realizado en Suecia, con motivo de la inclusión del tratamiento quiropráctico para dolor lumbar y cervical en el Sistema Sanitario Sueco, comparando los costos y efectividad con la Fisioterapia. En él se concluye que los costos y beneficios son similares¹⁸.

Es un dato importante, dado que los estándares educativos quiroprácticos son similares. Es decir, podemos asumir que un quiropráctico sueco y uno español tendrán formaciones similares, independientemente de estudiar en USA, UK o España; y su divergencia partirá de la persona concreta y de su formación adicional o inclinación profesional, no de su formación básica.

Además, tal como se comentó, también podemos hablar de una eficacia indirecta sobre el Sistema Nacional de Salud. La Quiropráctica, desde una posición externa al sistema, al mejorar directamente la salud de la población, la hace menos dependiente del Sistema Nacional de Salud, con lo que éste recibe menos visitas impertinentes, favoreciendo su eficiencia.

Queda patente la idoneidad, en el momento actual -tanto para la profesión quiropráctica como para la sociedad española-, de una regulación seria. La estimamos beneficiosa para el conjunto de la sociedad, en términos de salud y eficiencia.

Como vimos, el requisito indispensable para ello, -“y con el objeto de mejorar la eficacia de los servicios sanitarios”-, es que la profesión sea titulada y regulada.

Por todas las razones expuestas, es de **vital importancia**, pues, la existencia de unos **estudios reglados**, que garanticen la profesionalidad y buen hacer de los profesionales quiroprácticos.

¹⁸ SKARGREN, EI.; OBERG, BE.; CARLSSON, PG., y GADE M., “Análisis de los costos y de la efectividad de los tratamientos de Quiropráctica y Fisioterapia para el dolor en la parte baja de la espalda y el cuello. Seguimiento durante seis meses”. Departamento de las Ciencias del Cuidado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Linköping, Suecia. Septiembre de 1997. Recordemos que el prestigio de la fisioterapia sueca; no en vano puede fijarse el momento histórico en el que se reguló la utilización terapéutica de las técnicas manuales pasivas y los ejercicios activos: el año 1813 con la fundación del Royal Central Institute of Gymnastics de Estocolmo, aunque las técnicas manuales y la utilización de agentes físicos para el alivio de las dolencias han sido utilizados por la humanidad desde la prehistoria.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ANDREU SEGURA BENEDICTO, *Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España* “Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014”-”Cuts, austerity and health. SESPAS report 2014”.
- EPHRAIM W. CHURCH ET AL. “Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation” *Cureus* 2016.
- ELSBY M, HOBIJN B, SAHIN A, VALLETTA RG. *The Labor Market in the Great Recession. NBER Working Paper 2011-2029. San Francisco: Federal Reserve Banks of San Francisco and Atlanta or the Board of Governors of the Federal Reserve System; 2011. Disponible en: <http://www.frbsf.org/publications/economics/papers/2011/wp11-29bk.pdf>.*
- FLORES M, GARCÍA-GÓMEZ P, ZUNZUNEGUI M. *Crisis económica, pobreza e infancia: ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños de la crisis”?* Informe SESPAS 2014, capítulo 20. *Gac Sanit.* 2014;28 Supl 1 (en prensa).
- KLEYNHANS AM, TERRETT AG. *Cerebrovascular complications of manipulation. In: Haldeman S, ed. Principles and practice of chiropractic, 2nd ed. East Norwalk, CT, Appleton Lang, 1992.*
- OMS. *Directrices sobre Formación Básica e Inocuidad en Quiropráctica. ISBN 92 4 359371 4 ISBN 978 92 4 359371 5 (Clasificación NLM: WB 905.7) © Organización Mundial de la Salud, 2005.*
- SKARGREN EI, OBERG BE, CARLSSON PG, GADE M.: *Cost and effectiveness analysis of chiropractic and physiotherapy treatment for low back and neck pain. Six-month follow-up. Spine (Phila Pa 1976).* 1997 Sep 15;22(18):2167-77

Legislación

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

VI. ANEXOS

• ANEXO A Columna dorsal, dolor cervical y lumbar

Columna dorsal

- SCHILLER L.: *“La efectividad de la manipulación vertebral en el tratamiento de dolor mecánico de la columna dorsal: una prueba clínica piloto al azar”*. E-mail:linda_schiller@hotmail.com. Julio y agosto de 2001.

Dolor cervical:

- Estudio RAND.
- CASSIDY J.D., LOPES A.A. & YONG-HING K.: *“The immediate effect of manipulation versus mobilization on pain and range of motion in the cervical spine: a randomised controlled pain”*. J. Manipul Physiol Ther 15:570, 1992
- Estudio en Suecia
- *“El tratamiento de la distonia cervical mediante manipulación de la columna cervical: Un estudio de la hemisfericidad cerebral, los atributos del paciente y las características distónicas”*. Por Frederick R. Carrick, Doctor en Quiropráctica, Ph.D., D.A.C.A.N., D.A.B.C.N., D.A.C.N.B., F.A.C.C.N.
- BRONFORT G, EVANS R, NELSON B, AKER PD, GOLDSMITH CH, VERNON H.: *“Una prueba clínica generalizada de ejercicios y manipulación vertebral para pacientes con dolor de cuello crónico”*. Northwestern Health Sciences University, Bloomington (Minnesota, EEUU). E-mail: gbronfort@mwealth.edu. 2001.
- INGEBORG B.C. KORTHALS-DEBOS (investigador (investigador), MAURITS W. VAN TULDER (investigador veterano), MAUREEN P M, JAN L. HOVING H RUTTEN-VAN MÖLKEN (investigador veterano), HERMAN J. ADÈR (bioestadística), HENRICA C.W. DE VET (profesor en clinimetrías), BART W. KOES (profesor de práctica de Investigación General), HINDRIK VONDELING (investigador veterano) Y LEX M. BOUTER (profesor de Epidemiología): *“Bajos costos en los cuidados del dolor de cuello por practicantes generales, terapia manual y fisioterapia: una evaluación económica junto con una prueba controlada al azar”*. Instituto de

Investigación en Medicina Extramural, Centro Médico Universitario VU (Van der Boechorststraat, Países Bajos), Instituto para la Valoración Tecnológica Médica, Universidad Erasmus (Rotterdam, Países Bajos), y Departamento de Práctica General, Centro Médico Erasmus (Rotterdam, Países Bajos). Correspondencia a : I.B.C. Korthals-de Bos ibc.korthals-de-bos.emgo@med.vu.nl.

Dolor lumbar:

- NANSEL D. D., WALDORF T., COOPERSTEIN R. “Efecto de los ajustes vertebrales cervicales en el tono de los músculos paravertebrales lumbares: evidencias para la facilitación de los reflejos de tónico intersegmental del cuello”. *Palmer College of Chiropractic-West, Sunnyvale, CA 94087 (EE.UU.). Febrero 1993*
- BRONTFORT G. “Chiropractic treatment of low back pain. A prospective survey”. *J. Manipul Physiol Ther 9:99, 1986.*
- KIRKALDY-WILLIS W.H., CASSIDY J.D.: “Spinal manipulation in the treatment of low back pain”. *Can Fam Phys 31: 535, 1985.*
- MEADE T.W. ET AL: “Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment”. *BMJ 300:1431, 1990.*
- MEADE ET AL: “Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain: results for extended follow-up”. *BMJ 11: 349, 1995.*
- GILES LG, MULLER R.: “Síntomas de dolor de espalda crónico: una prueba clínica piloto comparando acupuntura, una droga anti-inflamatorio sin esteroides y manipulación vertebral”. *Unidad multidisciplinar nacional para el estudio del dolor de espalda. Hospital General de Townsville (Queensland, Australia). Julio y agosto de 1999.*
- KOES B.W. ET AL: “The effectiveness of manual therapy, physiotherapy and treatment by the general practitioner for nonspecific neck and back complaints: a randomised clinical trial”. *Spine 17:28, 1992.*
- KOES B.W. ET AL: “A blinded Randomised clinical trial of manual therapy and physiotherapy for chronic back and neck complaints: physical outcome measures”. *J Manipulative Physiol Ther, 15(1): 16-23, 1992.*

- WAAGEN G.N., HALDEMAN S. ET AL.: *"A prospective comparative trial of general practice medical care, chiropractic manipulative therapy and sham manipulation in management of patients with chronic or repetitive low back pain"*. *Manual Medecine* 2:63, 1986.
- Estudio RAND
- GEMMEL, HUGH A.: *"Tratamiento de dolor crónico de la parte baja de la espalda con manipulación de baja fuerza"*. 1992.
- EBRAL, PHILLIP S.: *"Dolor mecánico de la parte baja de la espalda: una comparación en el cuidado médico y quiropráctico dentro del proyecto victoriano de cuidados del trabajo"*. Victoria (Australia). Agosto 1992.
- BRYNER, PETER Y EL MOUSSALI, MICHAEL: *"Lordosis de la columna lumbar y dolor en la parte baja de la espalda: un análisis de radiografías"*. Junio 1992.
- POPE MH, PHILLIPS RB, HAUGH LD, HSIEH CY, MACDONALD L, HALDEMAN S.: *"Una perspectiva al azar de una prueba de tres semanas de manipulación vertebral, estimulación muscular transcutánea, masaje y faja ortopédica en el tratamiento de dolor subagudo en la parte baja de la espalda"*. Centro de Investigación Iowa, Universidad de Iowa, Ciudad de Iowa (Estados Unidos). Noviembre 1994.

- **ANEXO B Promoción de la salud y actitud preventiva**

- WHITTINGHAM W, NILSSON N.: *"Alcance de movimiento activo en la columna cervical aumenta después de la manipulación vertebral (toggle recoil)"*. Clínica Quiropráctica Plymouth (Plymouth, Reino Unido). Noviembre y diciembre de 2001.
- KELLER TS, COLLOCA CJ.: *"La manipulación vertebral de fuerza mecánica aumenta la capacidad muscular en el tronco, verificado por electromiograma"*. Vermont Orthopedic Biomechanics Consultants, (Burlington, Vt., EE.UU.). Noviembre de 2000.
- JIANG H., MORTEAU M., RASO J. ET AL.: *"Subluxaciones espinales y consecuencias neurológicas centrales. Identificación de la ubicación, magnitud y canales de alimentación neurológica sensorial después de la manipulación de un ligamento lateral en los pollos"*. *Spine* 1997; 22: 17-25.

- TAKAHASHI K., CHILCA T. ET AL. : “Expresión FOS en el cerebro de las ratas y en la columna vertebral causadas por la estimulación errónea de los músculos profundos de la cintura baja y la piel”.
- BLANKS R.H., SCHUSTER T.L. Y DOBSON M.: “Un informe retrospectivo sobre bienestar y calidad de vida”. *J Vert Subluxation Research* 1997; 1: 4-9.
- COULTER I.D., HURWITZ E.L. ET AL. : “Pacientes quiroprácticos en geriátricos, programa de seguimiento y promoción de la salud”. *Topics in Clinical Chiropractic* 1996, 3: 46-9
- RUPERT R.L.: “Un estudio sobre los modelos de las consultas y la promoción de la salud y la actitud preventiva de los quiroprácticos norteamericanos. Mantenimiento: Parte I”. *J.Manipulative Physiol Ther* 2000; 23: 1-9
- RUPERT R.L., et al.: “Cuidado de mantenimiento: servicios de promoción de salud administrados a pacientes quiroprácticos a partir de 65 años de edad: Parte II”. *J Manipul Physiol Ther* 2000; 23: 34-41
- JIANG H., MOREAU M., RASO J ET AL. : “Identificación de la localización, extensión y canales neurológicos sensoriales después de la estimulación mecánica de un ligamento lateral de la columna en los pollos”. *Spine* 1997; 22:17-25.
- NELLY D.D., MURPHY B.A., BACKHOUSE D.P.: “Uso de una rotación mental para medir los efectos de ajustes cervicales en procesos corticales. Un estudio piloto”. *J Manipulative Physiol Ther* 2000 May; 23(4): 246-51
- LUOTO S., TAIMELA S., HURRI H. ET AL. “Mecanismos que explican la asociación entre los problemas de la espalda baja y déficits en el proceso de información. Un estudio de control con seguimiento”. *Spine* 1999; 24:255-61.

● ANEXO C El síndrome del túnel carpiano

La compresión del nervio medio de la muñeca puede causar parestesia unilateral o bilateral en los dedos, con o sin dolor en la muñeca, la palma y/o el antebrazo próximo al área de compresión. Este trastorno se conoce como síndrome del túnel carpiano y se confunde muchas veces con la tendinitis.

Existen varios estudios que demuestran la eficacia de la manipulación en el tratamiento de este trastorno. No se trata de manipulación de la columna ni manipulación cervical, sino de la muñeca.

La atención quiropráctica representa una alternativa a la cirugía.

- KARPEN M.: "Treating carpal túnel síndrome". *Alt Comp Ther* 1:284, 1995.
- BONEBRAKE A.R., FERNÁNDEZ J.E., DAHALAN J.B., MARLEY R.J. ET AL: "A treatment for carpal tunnel syndrome: evaluation of objective and subjective measures". *J Manipul Physiol Ther* 13:507, 1991.
- BONEBRAKE A.R., FERNÁNDEZ J.E., DAHALAN J.B., MARLEY R.J. ET AL: "A treatment for carpal tunnel syndrome: results of a follow-up study". *J Manipul Physiol Ther* 6:125, 1993.

● **ANEXO D Trastornos orgánicos y problemas varios**

- *Primer Premio. DISHMAN J.D., BALL KA Y BURKE J.: "Cambios en la excitabilidad central motora después de la manipulación vertebral: Un estudio de estimulación magnética transcraniana". Departamento de Anatomía, New York Chiropractic College, Seneca Falls, NY, Estados Unidos. E-mail: ddishman@nycc.edu. Enero de 2002.*
- SUTER E, MCMORLAND G, HERZOG W, BRAY R.: "El tratamiento conservador de la parte baja de la espalda reduce inhibición en los músculos extensores de la rodilla: una prueba controlada al azar". *La Universidad de Calgary (Canadá). Febrero de 2000.*
- NIELSEN N.H., BRONFORT G., BENDIX T., MADSEN F., WEEKE B.: "Asma crónica y la manipulación vertebral quiropráctica: una prueba clínica general". *Hospital Universitario Nacional (Reigshospitalet), Departamento Médico TTA y Unidad Alérgica de Copenhague (Dinamarca). 1995.*
- BRONFORT G, EVANS RL, KUBIC P, FILKIN P.: "Asma crónica en niños y manipulación vertebral quiropráctica: una serie de probabilidades clínicas y un estudio clínico piloto al azar". *Centro Wolfe-Harris para Estudios Clínicos, Northwestern Health Sciences University, Bloomington (Minesota, Estados Unidos). 2001.*
- BRONFORT G, EVANS RL, ANDERSON AV, SCHELLHAS KP, GARVEY TA, MARKS RA, BITTELL S.: "Tratamiento no operativo para la ciática:

- un estudio piloto para una prueba generalizada*". Centro Wolfe-Harris para Estudios Clínicos, Northwestern Health Science University, Bloomington (Minesota, Estados Unidos). 2000. E-mail: gbronfort@nwhealth.edu.
- KOKJHON K, SCHMID DM, TRIANO JJ, BRENNAN PC.: "El efecto de la manipulación vertebral en el dolor y el nivel de prostaglandin en mujeres con dismenorrea primaria". Departamento de Investigación, National College of Chiropractic, Lombard, IL 60148-4583. 1992.
 - HEIKKILA H, JOHANSSON M, WENNGREN BI.: "Efectos de acupuntura, manipulación cervical y terapia NSAID en mareos y problemas posturales de la cabeza de supuesto origen cervical: un estudio piloto". Northern Sweden University Hospital, Umea, Sweden. E-mail: hannu.heikkila@psychiat.umu.se Agosto 2000.
 - GIBBONS PF, GOSLING CM, HOLMES M.: "Efectos a corto plazo de la manipulación cervical en el ciclo de tiempo de la luz en el borde de la pupila: un estudio piloto". Escuela de las Ciencias de Salud, City Campus, Universidad Victoria (Melbourne, Australia). Septiembre de 2000.
 - BLUNT KL, RAJWANI MH, GUERRIERO RC. "La efectividad del cuidado quiropráctico en los pacientes con fibromialgia: un estudio piloto". Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto (Ontario, Canadá). Julio-Agosto 1997.
 - MAX J. WALSH: "Un estudio de pacientes y reclamos de pacientes en clínicas de enseñanza Quiropráctica". 1992.
 - BUDGELL B. Y HIRANO F.: "Estimulación mecánica inocua del cuello y alteraciones en la variabilidad del ritmo del corazón en adultos jóvenes saludables". College de Tecnología Médica, Universidad de Kyoyo, Japon. E-mail: budgell@itan.kyoto-u.ac.jp Agosto 2000.
 - WALSH M.J. Y POLUS B.I.: "Una prueba clínica de falsa controlada, al azar, en la eficacia de la terapia Quiropráctica en los síntomas premenstruales". Departamento de Quiropráctica, Osteopatía y Medicina Complementaria, RMIT, Melbourne (Australia). Noviembre de 1999.
 - WIBERG J.M., NORDSTEEN J. Y NILSON N.: "El efecto a corto plazo de la manipulación vertebral en el tratamiento de cólicos infantiles: una prueba clínica controlada al azar con observadores cegados". Centro para la Biomecánica, Universidad Odense, Dinamarca. Octubre de 1999.

- *DISHMAN J.D. Y BULBULLIAN R.: "Comparación de los efectos de manipulación vertebral y masaje en la excitabilidad neuromotora". Departamento de Anatomía, New York Chiropractic college, Seneca Falls, New York, Estados Unidos. Marzo de 2001.*
- *BUDGELL B.S.: "Efectos reflejos de la subluxación: el sistema nervioso autónomo". J. Manipulative Physiol Ther 2000; 23: 104-6.*
- *BUDGELL B. Y HIRANO: "Estimulación mecánica inócua del cuello y alteraciones en la variabilidad cardíaca en adultos sanos". Auton Neurosci 2001; 91:96-9.*
- *BUDGELL B. Y SUZUKI A.: "Inhibición de la movilidad gástrica por una estimulación nociva de los tejidos interespinales en las ratas". J Auton Nerv Syst.. 2000; 80:162-8.*
- *BOLTON P.S., KERMAN I.A., WOODRING S.F. Y YATES B.J.: "Influencia de los eferentes del cuello en la actividad nerviosa simpática y respiratoria". Brain Res Bulletin 1998; 47: 413-19.*
- *FUJIMOTO T., BUDGELL B., UCHIDA S., SUZUKI A., MEGURO K.: "Tonometría arterial para medir los efectos de la estimulación mecánica inocua del cuello, sobre las pulsaciones cardíacas y la presión sanguínea".*

