

## CAPÍTULO 9



# ACTITUDES DEL PÚBLICO Y LOS MÉDICOS HACIA LA QUIROPRÁCTICA

### A. Actitudes del público

1. **Introducción.** Cuando a principios del siglo XX los gobiernos de los estados de los EE.UU. y después los de otros países aprobaron la legislación para reconocer la nueva profesión quiropráctica fue debido sólo al poderoso grupo de presión de pacientes satisfechos. En aquella época existía una fuerte oposición por parte de la profesión médica y los quiroprácticos eran poco numerosos y carecían de la posición social para influir en los legisladores.

- La clave de conseguir el reconocimiento en California en 1922 fue la Liga de defensores de la quiropráctica, 28.000 personas no profesionales que habían organizado grandes concentraciones públicas y ayudado a realizar más de 2.000 artículos en la prensa de las comarcas del norte.<sup>1</sup>
- Cuando en 1974 el gobierno danés introdujo los servicios quiroprácticos dentro del sistema de seguridad social fue debido principalmente a una tenaz campaña de la Asociación Pro Quiropráctica Danesa, una asociación nacional de pacientes que había estado consiguiendo el apoyo del público, presionando al gobierno y financiando encuestas de Gallup durante más de 30 años. (Esta asociación de pacientes se fundó en enero de 1925, 4 meses antes que la Asociación Danesa de Quiroprácticos, y hoy en día sigue teniendo mucha influencia.)
- En 1976 los ciudadanos de Nueva Zelanda presentaron una petición a su gobierno solicitando incluir los servi-

cios quiroprácticos dentro de la seguridad social nacional. Ésta fue la segunda petición más grande de la historia del país y llevó a crear la decisiva Comisión de Investigación cuyo informe influyó más tarde en la aceptación de la profesión quiropráctica no sólo en Nueva Zelanda sino también en Australia y otros países.

- Cuando a mediados de 1990 los ciudadanos israelíes, que normalmente reciben asistencia sanitaria de organizaciones privadas financiadas por el gobierno, demandaron servicios quiroprácticos financiados por el mismo, estas organizaciones y sus hospitales afiliados los proporcionaron rápidamente.

La actitud del público con respecto a la quiropráctica ha sido fundamental para el crecimiento y la aceptación de la profesión dentro de la asistencia sanitaria oficial. A continuación se consideran varias encuestas sobre las opiniones del público con respecto a la profesión quiropráctica, los porcentajes de utilización y de satisfacción, las funciones de los medios de comunicación y de las empresas y el nuevo significado de medicina alternativa y complementaria. ¿Qué es la medicina alternativa, por qué ha crecido tan rápidamente en occidente y por qué se considera que la quiropráctica está al frente de este movimiento?

En la segunda sección se analizan las actitudes de las asociaciones médicas y los médicos hacia la quiropráctica. Éstas han tenido y continúan teniendo un impacto significativo en las actitudes del público.

2. **Encuestas al público.** Actualmente existen investigaciones de sondeo bastante exhaustivas en los EE.UU. y en todo el mundo que responden a estas preguntas:

a) *¿Quién utiliza los servicios quiroprácticos?* Estudios de Australia,<sup>2</sup> Europa,<sup>3</sup> los EE.UU.,<sup>4,5</sup> y Canadá<sup>6,7</sup> muestran que los pacientes son, en general, representativos de toda la población adulta y pertenecen a todos los grupos socioeconómicos (en cuanto a ingresos, profesiones y edades<sup>2,3,4,5</sup>). Los niños son el único grupo con poca representación. Es lo que uno esperaría de una profesión

**...la gran mayoría de pacientes que utilizan los servicios quiroprácticos también siguen utilizando los servicios médicos, consultan a ambos doctores y al que les parece más eficaz en cada caso.**

cuyos ámbitos principales de ejercicio son el dolor de espalda y de cabeza.

En algunos estudios de una época en la que la quiropráctica era menos conocida y aceptada, como una encuesta estadounidense de Saunders Associates de 1954,<sup>8</sup> se indicaba que grupos con menores ingresos y formación la utilizaban en gran medida. Sin embargo, desde principios de 1980 los estudios han señalado de una forma sistemática que los pacientes tienden a tener mayor formación e ingresos.<sup>3,4,5</sup> Los factores de este cambio son la capacidad adquisitiva y de tomar decisiones independientes sobre la asistencia sanitaria y la mayor aceptación de los servicios quiroprácticos en las comunidades médicas y científicas.

b) *¿Cuál es el nivel de aceptación pública?* Allí donde la profesión quiropráctica se

ha establecido, las encuestas al público han señalado altos niveles de aceptación de la quiropráctica y esto ha sido así desde hace más tiempo del que usted piensa. Por ejemplo:

- En la primera encuesta de expertos en los EE.UU. (realizada por Saunders Associates en 1954, ya mencionada anteriormente), que comprendía 658 entrevistas personales, al menos un miembro del 39% de las familias estadounidenses había recibido tratamiento quiropráctico en algún momento, pero el 70% estaba a favor de incluir la quiropráctica en los planes sanitarios y en los hospitales de militares jubilados.
- Wardwell<sup>4</sup> hace un buen resumen de las encuestas estadounidenses durante la década de 1980. Éstas muestran que aproximadamente 3 de cada 4 personas que respondieron a encuestas telefónicas independientes realizadas al azar en varios estados tenían una impresión favorable de la profesión quiropráctica y consideraban que los servicios quiroprácticos deberían estar cubiertos por los seguros de salud.
- Una encuesta de Gallup de 1969 en Dinamarca indicó que el 81% de la población adulta quería que los quiroprácticos estuviesen reconocidos por la ley e incluidos en la seguridad social de la misma forma que los médicos y los odontólogos.<sup>9</sup>
- Una encuesta de 1990 a una comunidad de 419 adultos en Perth (Australia), encargada por el Ministerio de Sanidad de Australia Occidental, señaló que:<sup>10</sup>

En 1995 la profesión quiropráctica celebró su centenario, que comenzó el 1 de enero con esta plataforma acuática en el Rose Parade de Pasadena (California). Los famosos estadounidenses que estaban de pie en las 4 esquinas de la plataforma, que aparecen juntos aquí, son (desde la izda.) Joe Morgan de la National League Baseball Hall of Famer, la estrella de música country Lee Greenwood, la patinadora de velocidad 2 veces medalla de oro olímpica Cathy Turner y la estrella del golf Tiger Woods, que después fue campeón amateur de golf estadounidense. Todos ellos son pacientes quiroprácticos.



- Aproximadamente 3 de cada 4 (72%) estaban de acuerdo en que los quiroprácticos tenían “una importante función en el sistema sanitario” y esto incluía a una mayoría considerable (69%) que nunca había visitado a un quiropráctico.
- El 74% ya había utilizado (34%) o estaría dispuesto a utilizar (40%) los servicios quiroprácticos.
- El 85% conocía las afecciones que trataban los quiroprácticos (principalmente la columna o la espalda) y el 78% los métodos que utilizaban (más comúnmente el ajuste).
- El 89% pensaba que el coste de los servicios quiroprácticos debería estar cubierto por Medicare, el sistema de seguridad social.

c) *¿Están los pacientes de los quiroprácticos insatisfechos con los servicios médicos?* En general no, pero en relación a las afecciones por las que solicitan tratamiento quiropráctico, sí.

Las encuestas muestran que la gran mayoría de pacientes que utilizan los servicios quiroprácticos también siguen utilizando los servicios médicos, consultan a ambos doctores y acuden al que les parece más eficaz en cada caso. El mejor estudio es el realizado por Astin de la Stanford University.<sup>11</sup> Este estudio nacional preguntaba por qué los pacientes utilizaban la quiropráctica y otros tipos de asistencia sanitaria alternativa. Una teoría que se examinaba era el hecho de que los pacientes estaban generalmente insatisfechos con el tratamiento médico convencional. Se demostró que esto no era verdad; sólo un 4,4% de las personas que seguían tratamientos alternativos expresó una gran desconfianza o insatisfacción hacia los médicos. Entre el 40% que respondió que había recurrido a la quiropráctica u otros tratamientos sanitarios alternativos el año anterior se encontraban pacientes “muy satisfechos” y pacientes insatisfechos con el tratamiento médico convencional.

Sin embargo, existen pruebas claras de que los pacientes quiroprácticos están insatisfechos con su tratamiento médico de las afecciones por las que acuden a los quiroprácticos; dolor de espalda

continuo, cefaleas, estrés, dolor artrítico, etc. (V. los apdos. 3 y 4).

3. **Porcentajes de utilización.** *EE.UU.:* El porcentaje de la población adulta que utiliza los servicios quiroprácticos se duplicó cada año entre 1970 y 1990<sup>12,5</sup> hasta llegar a un 10% y sigue aumentando aunque el acceso es más difícil debido a las restrictivas políticas de las organizaciones sanitarias privadas. Estudios nacionales de 1997 realizados por Eisenberg de Harvard<sup>13</sup> y Astin de Stanford<sup>11</sup> indican que entre un 11-15% de

**En un reciente estudio del Reino Unido la remisión de pacientes con dolor de espalda por parte de los médicos a los quiroprácticos aumentó de un 2% a un 28% cuando se eliminó el pago conjunto del paciente.**

las personas adultas estadounidenses consultan a un quiropráctico.

El porcentaje exacto varía según el estado y entre los factores relevantes se incluyen el número de quiroprácticos ejerciendo y los niveles de cobertura por parte de terceros. En 1989 en los EE.UU. había 19 quiroprácticos por cada 100.000 personas. Esta cifra variaba de un máximo de 27 en los estados del oeste y 25 en los estados de las Llanuras a un mínimo de 14 en Nueva Inglaterra y 12 en el sur. En 1990 el gobierno federal predijo una proporción nacional de 20 quiroprácticos por cada 100.000 personas en el año 2000 y actualmente parece ser precisa.<sup>14</sup> Se puede anticipar un crecimiento continuo en los porcentajes de utilización. Entre las razones se incluyen:

- el aumento del número de quiroprácticos
- el espectacular aumento de la utilización de la medicina alternativa en general; en especial por las personas de 18 a 50 años
- la mayor integración de los servicios quiroprácticos y médicos ahora que los médicos han aceptado que los quiroprácticos cumplen una función valiosa en el diagnóstico y tratamiento del dolor de espalda y otros trastornos relacionados con la columna.

*Canadá:* La situación es la misma. Un estudio nacional de salud realizado en 1994-5 por Millar of Statistics Canada indica que el 11% de los canadienses con más de 14 años consultaron a un quiropráctico

durante los 12 meses anteriores. Esta cifra variaba de un 17% en las provincias del oeste y las Praderas a un 10% aproximadamente en Ontario y Quebec y un 3% en la región atlántica de Canadá donde hay menos quiroprácticos y la seguridad social de las provincias no cubre el coste de los servicios quiroprácticos.<sup>15</sup>

*Australia:* El estudio australiano anteriormente mencionado<sup>10</sup> indicó que el 8% de los adultos del oeste de Australia había utilizado los servicios quiroprácticos en 1990.

*Pacientes con dolor de espalda:* ¿Qué porcentaje de estos pacientes utilizan los servicios quiroprácticos y qué potencial existe para el crecimiento de la profesión en este campo? Estudios de los EE.UU.<sup>16</sup> y Canadá<sup>17</sup> señalan que alrededor de 1 de cada 3 (33%) pacientes con dolor de espalda elige a un quiropráctico. Los porcentajes de las distintas comunidades dependen de la accesibilidad de los servicios quiroprácticos (restricciones de la asistencia sanitaria de contención del gasto, niveles de pago conjunto por parte del paciente y coste y disponibilidad comparativa de otros servicios). Esto se ve de una forma contundente en un reciente estudio del Reino Unido en el que la remisión de pacientes con dolor de espalda de médicos a quiroprácticos aumentó de un 2% a un 28% cuando se eliminó el pago conjunto del paciente.<sup>18</sup> (v. el cap. 8, pág. 128)

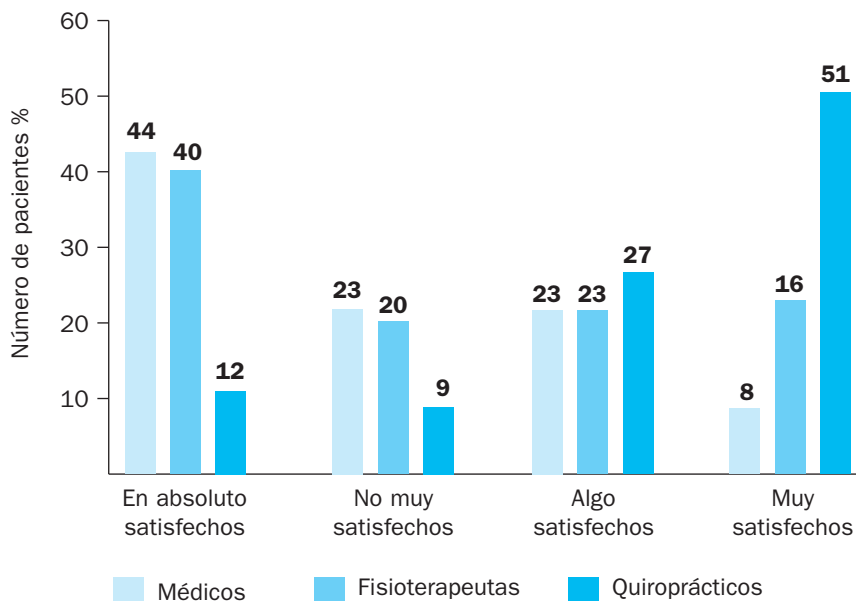
Otro factor a considerar es si la persona que elige está teniendo un primer episodio de dolor de espalda o si anteriormente ha tenido dolor y seguido un tratamiento. La investigación muestra unos porcentajes de satisfacción de los pacientes mucho mayores con el tratamiento quiropráctico que con el médico, en particular para el dolor de espalda. Ahora vemos estas pruebas.

4. **Porcentajes de satisfacción de los pacientes.** Las profesiones sanitarias y aquéllos que gestionan o pagan los servicios sanitarios son conscientes ahora de que la satisfacción del paciente es una medida o resultado importante de la asistencia sanitaria. Esto se debe en parte a que la asistencia sanitaria se ha convertido en un mercado más competitivo con pacientes que conocen mejor sus derechos y elecciones. Sin embargo, también se debe a que los porcentajes de satisfacción de los pacientes son una buena medida (en la práctica a menudo la mejor) de la eficacia del tratamiento. El análisis de regresión de los estudios muestra que la eficacia del tratamiento es el factor más importante para los pacientes al evaluar su satisfacción.<sup>19</sup>

**Servicios quiroprácticos en general.** Los estudios sobre satisfacción han demostrado de forma sistemática unos altos porcentajes de satisfacción entre los pacientes quiroprácticos. Uno de los primeros estudios, realizado por Boven en 1976 en Australia, fue encargado por el Comité Webb, un Comité de Investigación sobre la Quiropráctica, Osteopatía, Homeopatía y Naturopatía del gobierno federal australiano.<sup>2</sup> En una muestra representativa de 627 pacientes que habían visitado a 2 o más de entre los profesionales médicos, quiroprácticos y fisioterapeutas por varios problemas musculoesqueléticos, la satisfacción con los quiroprácticos era notablemente mayor (un 51% estaban muy satisfechos con los quiroprácticos, un 16% con los fisioterapeutas y un 8% con los médicos). Por otro lado, un 12% no estaban satisfechos en absoluto con los quiroprácticos, un 40% con los fisioterapeutas y un 44% con los médicos. En la tabla 1 se muestran resultados más completos.

- a) El Comité Webb, que estaba compuesto por 3 autoridades académicas del campo de las ciencias de la salud (2 farmacéuticos y un médico), llegó a esta conclusión a partir de su revisión del

Tabla 1 **Satisfacción del paciente con el tratamiento de problemas musculoesqueléticos**



estudio de Boven y cols. y de otros 3 estudios de pacientes que encargó:

“En resumen, los pacientes quiroprácticos son una muestra representativa de la población adulta que busca alivio de trastornos que tienen un origen básicamente musculoesquelético... Dichos pacientes constituyen una crítica significativa de que la terapia médica es inadecuada para estos trastornos”.<sup>2</sup>

En los últimos 10 años varios estudios estadounidenses y canadienses han señalado de una forma sistemática unos porcentajes de satisfacción de los pacientes quiroprácticos de más del 75%. Por ejemplo, en una encuesta telefónica de 1988 a 500 familias seleccionadas al azar en Conecticut, Wardwell encontró que el 21% había visitado a un quiropráctico. De éstas:

- Un 78% dijo que el tratamiento fue eficaz o muy eficaz.
- Un 89% estaba satisfecho o muy satisfecho con “la atención personal recibida”.
- Sólo 1 de cada 2 (51%) tenía pólizas de seguros que cubrían los servicios quiroprácticos.

Presumiblemente en parte por esta razón 1 de cada 4 (28%) dijo que no estaba satisfecho con el coste. Tres de cada 4 (72%) dijeron que volverían a visitar a un quiropráctico “por el mismo problema o un problema similar”.<sup>20</sup>

b) En una encuesta telefónica de 1990 en Nueva Jersey a 693 familias seleccionadas al azar, Sánchez indica que el 29% había visitado a un quiropráctico. De éstos:

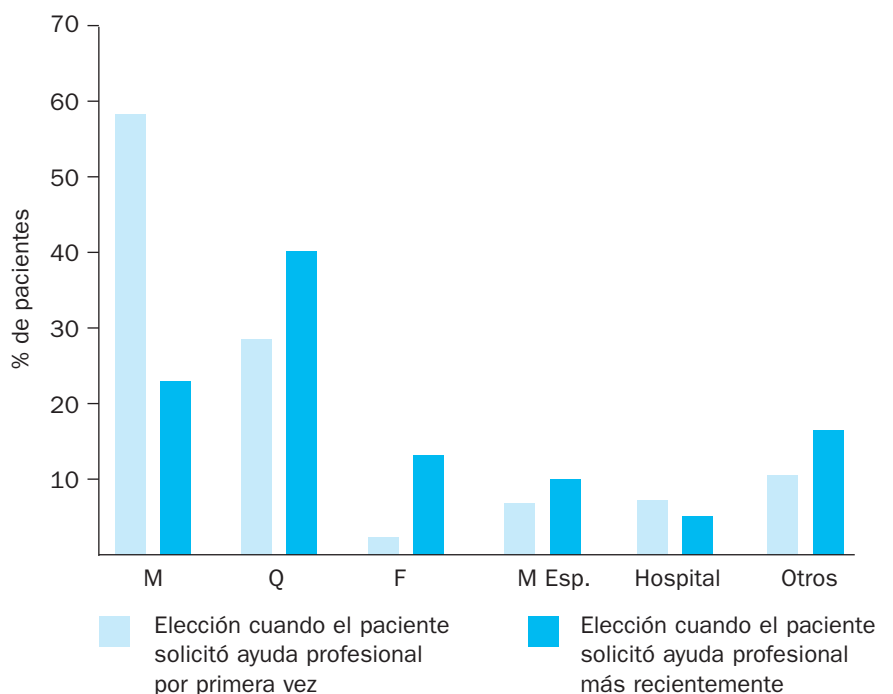
- El 88% estaba satisfecho (23%) o totalmente satisfecho (65%) con la eficacia del tratamiento.
- Casi todos estaban satisfechos o totalmente satisfechos con la actitud profesional del quiropráctico (97%), su competencia (93%) y su nivel de atención (96%).
- Las mayores causas de insatisfacción eran el número de visitas (29%) y el coste (23%). Aproximadamente esto representaba 1 de cada 4 pacientes, cifra similar a la encuesta de Conecticut.<sup>21</sup>

c) En Minesota Sawyer y Kassak estudiaron la satisfacción sólo entre pacientes quiroprácticos recientes y con cuestionarios por correo. El porcentaje de respuesta fue del 70% y aunque se considera válido, puede haber creado alguna predisposición a favor de la satisfacción. Los resultados fueron los siguientes:

- 1 de cada 2 (47%) consideró que su salud había mejorado sustancialmente o completamente con el tratamiento quiropráctico, mientras que sólo el 12% consideró que había habido una ligera mejoría (9%) o ninguna (3%).
- El 84% estaba muy satisfecho y el 97% estaba de acuerdo en “recomendar a su quiropráctico a sus amigos o familiares”.
- De nuevo, alrededor de 1 de cada 4 (28%) estaba insatisfecho con el coste y la inadecuada cobertura del seguro.<sup>19</sup>

d) En 1992 en British Columbia (Canadá), Sandhu y Schoner realizaron una encuesta telefónica sobre las actitudes del público con respecto a los profesio-

Tabla 2 **Tratamientos elegidos por pacientes con más de un episodio de dolor de espalda, cuello y cabeza**



M = médico de familia o general; Q = quiropráctico; F = fisioterapeuta; M Esp. = médico especialista; Hospital = sala de urgencias del hospital; Otros = otros o no sabe (algunos de los encuestados respondían por otro miembro de la familia).

nales sanitarios entre una muestra aleatoria de 150 pacientes quiroprácticos de una lista proporcionada por la *British Columbia Chiropractic Association*. De los 150 pacientes antiguos y actuales, el 83% dijo que volvería a consultar en primer lugar a un quiropráctico por los mismos problemas.<sup>22</sup>

- e) En 1998 Decima Research, la empresa de sondeo del Ministerio de Salud de Ontario, aunque contratada para este estudio por la *Ontario Chiropractic*

**...los medios de comunicación, en general, no han ayudado a la profesión quiropráctica ni a otras incipientes disciplinas de la salud como la acupuntura, las matronas y los enfermeros practicantes de atención primaria.**

*Association*, realizó una encuesta telefónica aleatoria a 803 familias de Ontario en las cuales había un miembro “con dolor de espalda, cuello o de cabeza por los que había solicitado tratamiento a un facultativo”. En otras palabras, estas personas tenían experiencia con el sistema sanitario de Ontario, en el cual el gobierno paga los servicios médicos en su totalidad pero sólo parcialmente los servicios quiroprácticos. (Normalmente los pacientes tienen un pago conjunto de entre 40 \$-100 \$ para la consulta inicial, dependiendo de qué tipo de radiografías y otros exámenes de diagnóstico puedan ser necesarios, y un pago conjunto de 20 \$ por visita de tratamiento; el gobierno paga aproximadamente 10 \$ por visita de tratamiento.)

En esta encuesta no se hicieron preguntas directas acerca de la satisfacción. No obstante, se pueden sacar conclusiones sobre la satisfacción comparativa entre los tratamientos quiropráctico y médico de los siguientes resultados:

- A pesar de la barrera económica o la falta de incentivos para elegir los servicios quiroprácticos, 1 de cada 2 (414 o 51%) los utilizaba.
- Con el tiempo hubo un cambio significativo hacia el tratamiento quiropráctico como se ve en la tabla 2. El 58% de los encuestados dijo que para su primer tratamiento del dolor

de espalda y cuello o cabeza había elegido a un médico de familia, el 25% eligió a un quiropráctico. Para su episodio más reciente de dolor sólo un 24% eligió a un médico de familia, en cambio el 38% eligió a un quiropráctico.

- De 142 pacientes sólo 1 de cada 4 (26%) de los que no utilizaban la quiropráctica describió su tratamiento como “muy satisfactorio”. Uno de cada 4 (23%) dijo que no fue muy satisfactorio (13%) o en absoluto satisfactorio (10%).

En cambio, 6 de cada 10 (59%) de los recientes usuarios de la quiropráctica consideraron su tratamiento muy satisfactorio, y sólo el 6% no muy satisfactorio (3%) o en absoluto satisfactorio (3%).

- En esta encuesta no hubo preguntas directas sobre la satisfacción. Sin embargo, se pueden sacar conclusiones del siguiente cambio importante hacia el tratamiento quiropráctico. Los encuestados indicaron que su primera elección de tratamiento fue un médico de familia (59%), quiropráctico (25%), la sala de urgencias de un hospital (3%), médico especialista (3%), fisioterapeuta (2%) y otros/no saben (8%). Comparando con la elección más reciente que fue un médico de familia (24%), quiropráctico (38%), sala de urgencias de un hospital (2%), médico especialista (9%), fisioterapeuta (11%) y otros/no saben (12%).

- f) Una encuesta de 1997 realizada por el New Zealand Consumer Institute, que preguntaba a 8.007 de sus miembros acerca de la utilización de terapias alternativas, encontró que la quiropráctica, la fitoterapia y la homeopatía eran las más utilizadas. Sin embargo, el Consumer Institute señaló que “de éstas sólo con la quiropráctica había un nivel de satisfacción alto (74%)”.<sup>23</sup>

**Dolor de espalda.** Los estudios anteriores también son relevantes para el dolor de espalda porque entre el 65-70% de todos los pacientes quiroprácticos lo padecen y por tanto la mayoría de ellos expresó satisfacción con respecto al tratamiento quiropráctico del dolor de espalda.

No obstante, existen encuestas sobre la satisfacción de pacientes con dolor de espalda. El *Informe Manga* revisa los estudios realizados hasta 1993,<sup>24</sup> los cuales están respaldados por estudios más recientes.<sup>16,17,19</sup> El estudio comparativo más exhaustivo incluía a 457 pacientes con dolor de espalda de una organización sanitaria privada de Washington que habían visitado a médicos de familia (215 pacientes) o a quiroprácticos (242). Se consideraron las causas específicas de satisfacción o insatisfacción y se encontró que:

- a) El porcentaje de pacientes quiroprácticos que estaba “muy satisfecho” con el tratamiento del lumbago fue 3 veces mayor que el de los pacientes de médicos de familia (66% contra 22%).
- b) Entre las razones comunes de una mayor satisfacción se incluían:

- Recibir más información sobre los problemas de espalda, incluyendo la causa del dolor, la recuperación del dolor, el programa de tratamiento e instrucciones sobre ejercicios, posturas y levantar pesos.
- La cantidad de tiempo que el quiropráctico dedicó a escuchar su descripción del dolor.
- La creencia del quiropráctico de que el dolor era real y su expresión de preocupación.

**Al público se le inunda con artículos de los medios de comunicación que refuerzan la base científica y el alto nivel de calidad de la formación médica. Hoy en día, los criterios de formación quiropráctica y los exámenes para conceder la licencia tienen una calidad similar pero nunca se da esta información.**



La función y el poder de los medios de comunicación (esta vez a favor de la quiropráctica) se ven aquí cuando *British Medical Journal* publicó un amplio estudio independiente que confirmaba que el tratamiento quiropráctico era más eficaz que los servicios médicos convencionales para personas adultas con lumbago agudo y crónico. El mismo día el periódico británico nacional *The Daily Telegraph* dio estas noticias en la portada junto a la cumbre de Bush y Gorbachov. Diez días después otro periódico británico nacional, *The Daily Mail*, informa que: “La quiropráctica, todavía considerada por algunos como medicina no oficial, ha sido aprobada por los médicos de la Seguridad Social; y desde entonces los teléfonos de la *British Chiropractic Association* no han dejado de sonar”.

- La confianza del doctor en el diagnóstico y en la eficacia del tratamiento.<sup>25</sup>

5. **La función de los medios de comunicación.** Está claro que los medios de comunicación influyen en gran medida en las actitudes del público y éstos, en general, no han ayudado a la profesión quiropráctica ni a otras incipientes disciplinas de la salud como la acupuntura, la higiene dental, la homeopatía, los masajes, las matronas, los enfermeros practicantes de atención primaria y los especializados. Una razón importante es que, en el campo de la salud, Associated Press, Reuters, los principales periódicos diarios y las cadenas de radio y televisión están conectadas por red a fuentes médicas que marcan las pautas de la mayor parte de su información sobre la quiropráctica y otras profesiones sanitarias. Para mostrar esto:

- a) Las únicas noticias buenas sobre quiropráctica que llegan a tener relevancia en los medios de comunicación de masas son las noticias que se filtran a través de una fuente médica. Esto no sucedió hasta mediados de 1980. En aquel momento fueron posibles importantes investigaciones de colaboración entre las profesiones médica y quiropráctica (algunos ejemplos son el estudio de Meade de 1990 sobre el dolor de espalda en el Reino Unido financiado por el *Medical Research Council*,<sup>26</sup> el Informe RAND sobre el ajuste en los EE.UU.<sup>27</sup> y las directrices estadounidenses sobre el dolor de espalda patrocinadas por el gobierno de 1994)<sup>28</sup> y esto hizo que finalmente hubiese noticias positivas basadas en investigaciones sobre la eficacia de la quiropráctica en los medios de comunicación de masas.

Sin embargo, espectaculares descubrimientos por parte de investigadores puramente quiroprácticos siempre han pasado y siguen pasando desapercibidos en los medios de comunicación. Un ejemplo en los años 90 fue el hecho de que la cefalea originada en la columna cervical es tan común como la jaqueca, que a menudo se da un diagnóstico médico erróneo de jaqueca o cefalea de tensión y que responde mejor al ajuste quiropráctico que a los tratamientos médicos tradicionales (v. el cap. 6, pág. 79).

- b) Por otra parte, las fuentes puramente médicas tienen pocas dificultades para informar a los medios de comunicación de masas sobre las supuestas deficiencias de la eficacia y seguridad del tratamiento quiropráctico. Dos ejemplos:

- En 1994 Carlini, un neurólogo de California, presentó una encuesta realizada a sus colegas sobre la frecuencia del derrame cerebral después del ajuste quiropráctico.<sup>29</sup> En primer lugar, tenía escasa validez científica; se trataba simplemente de una encuesta retrospectiva en la que se pedía a los neurólogos que estimasen su experiencia, y hubo un porcentaje de respuesta inaceptablemente bajo (36%). En segundo lugar, la encuesta no mostraba nada nuevo; confirmaba las pruebas existentes de un nivel de riesgo de 1 por cada 500.000 ajustes vertebrales. En tercer lugar, Carlini reconoció expresamente que “estas conclusiones no cuestionaban la seguridad de los tratamientos quiroprácticos cervicales” y que “la mayoría de las actuaciones de los médicos tienen un nivel de complicación mayor”.

Sin embargo, Carlini era del *Stanford Stroke Center*, su encuesta se realizó en colaboración con la *American Academy of Neurology* y se presentaron sus resultados preliminares en una multitudinaria reunión médica patrocinada por la *American Heart Association*. Días después apareció un artículo de *Associated Press* en periódicos de toda Norteamérica y de Europa con el título “Los médicos advierten que la torsión del cuello puede causar un derrame cerebral”. En un lenguaje muy gráfico dio la impresión de que el ajuste quiropráctico era una causa común y peligrosa del derrame cerebral y citaba el comentario sin pruebas y sacado de la manga de un neurólogo de que “cada neurólogo de esta habitación ha visto a 2 o 3 personas que han sufrido un derrame cerebral después de un ajuste quiropráctico”.

(Sin embargo, puede que le interese saber que no se le dio ninguna publicidad a una investigación mucho más exhaustiva publicada al



mismo tiempo en la revista *Neurology*. Esta investigación consideró a las personas con derrames cerebrales que se remitieron a 4 hospitales importantes de los EE.UU. y Alemania y encontró que los derrames evitables debidos a una incorrecta colocación del cuello del paciente por parte de los anestesiólogos durante la anestesia general eran un problema mucho más común.<sup>30)</sup>

- En 1998 un estudio de una organización sanitaria privada de Washington sobre dos tipos de tratamiento quiropráctico y fisioterápico de pacientes con lumbago demostró que a los pacientes de ambos grupos de tratamiento les iba significativamente mejor que a los pacientes del grupo de control después de 4 semanas pero no en el seguimiento a largo plazo. Los pacientes estaban muy satisfechos con el tratamiento. Los costes totales medios de diagnóstico y tratamiento fueron de 230 \$, menos que el coste de una RMN o TAC del tipo que normalmente piden los médicos para los pacientes con dolor de espalda. Una vez más este estudio no indicó nada nuevo.

Sin embargo, el estudio se publicó en *New England Journal of Medicine*,<sup>31)</sup> la revista de la *Massachusetts Medical Society*, en la cual se preguntó si los beneficios compensaban el coste. Las arraigadas conexiones entre las fuentes médicas y los servicios de noticias provocaron un increíble aluvión de artículos negativos en todo el mundo desde Tejas hasta Tokio con títulos como *El tratamiento quiropráctico condenado*.<sup>32)</sup> (Casualmente, se criticó a los autores médicos de este estudio por un análisis de los costes claramente erróneo.<sup>33)</sup> Los pacientes quiroprácticos padecieron una menor incapacidad durante los 12 meses posteriores al tratamiento y el coste total de la atención quiropráctica podría haber sido mayor que lo que se ahorró gracias a unos menores costes de incapacidad/prestación; pero no se ofreció esta información.)

- c) Considere el campo de la formación. Al público se le inunda con artículos y

programas de los medios de comunicación que refuerzan la base científica y el alto nivel de calidad de la formación médica. Hoy en día, los criterios de formación quiropráctica y los exámenes para conceder la licencia quiropráctica tienen una calidad similar (v. el cap. 4) pero nunca se da esta información. Las encuestas muestran que el público no conoce bien la duración y la calidad de la formación quiropráctica. Actualmente, la profesión quiropráctica ha tenido que invertir en publicidad para empezar a abordar este problema.

**...una asociación de consumidores es excelente para clasificar productos... tiene una función menos clara en cuanto a evaluar los servicios profesionales. En las encuestas que informan sobre la formación, cualificaciones y eficacia de los profesionales sanitarios se confía simplemente en las opiniones de los asesores que se eligen.**

*Asociaciones de consumidores.* Otra fuente importante de prensa negativa para la profesión quiropráctica han sido los críticos médicos que han actuado bajo la forma y aparente credibilidad de las asociaciones de consumidores. Tres antiguos enemigos, ya mencionados en el cap. 1, son el Dr. Stephen Barrett, consejero de la Consumer's Union de los EE.UU., el Dr. Jarvis, fundador y presidente del National Council Against Health Fraud Inc., y el Dr. Murray Katz, consejero de la Consumers' Association de Canadá.

Los periodistas han observado, con buen criterio, que una asociación de consumidores es excelente para clasificar productos ya que puede encargar y financiar la relativamente breve y económica investigación necesaria. Sin embargo, tiene una función menos clara en cuanto a evaluar los servicios profesionales. Pueden realizarse encuestas sobre las actitudes del público, pero al informar sobre la formación, cualificaciones y eficacia de los profesionales sanitarios está confiando simplemente en las opiniones de los asesores que elige. Lo más probable es que los asesores médicos sean poco fidedignos al valorar a otras profesiones que compiten con ellos.

*Publicaciones periódicas más serias y documentadas.* En este sector, los medios de comunicación han ayudado de forma significativa a la profesión quiropráctica. Moore<sup>34</sup> analiza el contenido y el tono de todos los artículos sobre quiropráctica que aparecen en la prensa periódica popular estadounidense (publicaciones de gran circulación dirigidas a un público general culto) desde 4 artículos de *Harper's Weekly* de 1915 con títulos como "Mail Order Miracle Man" hasta artículos de *Atlantic*, *Runners' World* y *Prevention* de 1988-89. Los artículos se clasifican

### **Seguramente los ahorros de esta magnitud indican que las empresas tendrán una mayor influencia en la determinación de la actitud general hacia los servicios quiroprácticos en los años venideros.**

como sumamente negativos, negativos, neutrales, positivos y sumamente positivos. Casi todos los artículos, excepto los escritos por quiroprácticos, fueron sumamente negativos hasta 1970. En aquella época, curiosamente, hubo un cambio espectacular y desde entonces la mayoría de los artículos han sido positivos o sumamente positivos. Las razones incluyen el sólido desarrollo de la formación quiropráctica, sus criterios de ejercicio y la concesión de la licencia en los años 60 y 70.

*Conclusión.* De vez en cuando hay casos de comportamiento fraudulento y alegaciones muy poco profesionales por parte de algunos quiroprácticos y desde luego, es conveniente que los medios de comunicación los saquen a la luz y los comenten (como hicieron con dos informes de investigación del programa de televisión 20/20 en los años 90). Sin embargo, la profesión quiropráctica se queja con razón de que los medios de comunicación no han presentado de una forma justa e imparcial sus logros en formación, ejercicio, investigación y contribución general a la salud. Los periodistas que reciben información sobre quiropráctica de una fuente médica, directa o indirectamente a través de agencias de noticias como *Associated Press*, con frecuencia no siguen la primera regla fundamental del periodismo justo de consultar a una fuente quiro-

práctica. En Norteamérica estas fuentes incluyen:

- *Asociaciones profesionales.* En los EE.UU. (*American Chiropractic Association*, Arlington, VA, tel: 703-276-8800, *International Chiropractors' Association*, Arlington, VA, tel: 703-528-5000) y Canadá (*Canadian Chiropractic Association*, Toronto, Ontario, tel: 416-781-5656).
- *Autoridades educativas.* En los EE.UU. el *Council on Chiropractic Education*, Scottsdale, AZ, tel: 602-443-8877 y la *Association of Chiropractic Colleges*, Bethesda, MD, tel: 301-652-5066, y en Canadá, el *Canadian Council on Chiropractic Education*, Richmond (British Columbia) tel: 604-278-3505, o el *Canadian Memorial Chiropractic College*, Toronto (Ontario) tel: 416-482-2340.
- *Organizaciones de concesión de la licencia.* En los EE.UU. la *Federation of Chiropractic Licensing Boards*, Greeley, CO, tel: 970-356-3500, y en Canadá la *Federation of Chiropractic Regulatory Boards*, Toronto (Ontario) tel: 416-486-0005.

(Para más información v. la pág. 32.)

6. **La función de las empresas.** Sorprendentemente ésta ha sido poco importante, teniendo en cuenta que la incapacidad por dolor de espalda es con mucho el mayor coste de baja laboral y de indemnización y que desde mediados de 1980 existen buenas pruebas de que la integración de los servicios quiroprácticos y médicos conlleva ahorros importantes en costes y porcentajes de satisfacción del paciente mucho mayores.

Una razón de por qué las empresas han sido lentas en actuar puede ser el hecho de que muchas de ellas han tratado con diferentes compañías para los seguros de prestaciones laborales, de baja laboral y de incapacidad. Esto significa que no han tenido los datos que relacionan la asistencia sanitaria con los costes por incapacidad. Existen numerosos indicios de que las cosas están a punto de cambiar porque:

- Ahora existen pruebas claras de directrices clínicas interdisciplinarias y de informes de economistas sanitarios sobre el tratamiento adecuado del dolor de espalda y los sustanciales ahorros en

costes que éste puede conllevar. Estas directrices atribuyen al ajuste especializado y a la profesión quiropráctica una función fundamental. En Canadá, Manga y Angus, economistas sanitarios de la University of Ottawa, predicen que si se duplicase el número de pacientes con dolor musculoesquelético que consultan en primer lugar a un quiropráctico habría un ahorro anual de 1.850 millones de dólares en los costes por incapacidad en la provincia de Ontario (población de 8 millones).<sup>24</sup>

- Las empresas que han remodelado sus estrategias sanitarias laborales sobre la base de estas nuevas pruebas tienen ahorros significativos. Éstas incluyen desde las de gran tamaño como el Rover Group<sup>35</sup> hasta las pequeñas como dos compañías británicas con 750 empleados que consiguieron un ahorro del 18% el primer año y del 40% el segundo año en los costes netos por incapacidad cuando ellos subsidiaron un plan en el cual los empleados con dolor de cuello/brazo o espalda/pierna fueron remitidos inicialmente para recibir tratamiento quiropráctico en 1994-5.<sup>36</sup>
- Después de formar a 20.000 ayudantes de vuelo con el programa de prevención BACKSAFE diseñado y dirigido por quiroprácticos, United Airlines tuvo una reducción del 63% en lesiones de espalda y cuello. (Esto fue desde el cuarto trimestre de 1996, cuando se empezó BACKSAFE, hasta el primer trimestre de 1998. Para más información sobre otros programas de prevención y ahorro en empresas, v. la pág. 98.)
- Ahorros de esta magnitud, que normalmente proceden de una combinación de programas de prevención, asistencia adecuada, nuevo diseño del lugar de trabajo y programas mejorados de vuelta al trabajo, seguramente indican que las empresas tendrán una mayor influencia en la determinación de la actitud general hacia los servicios quiroprácticos en los años venideros (para más información sobre rentabilidad, v. la sección C del cap. 8, págs. 115-120).

7. **Medicina alternativa y complementaria (MAC).** En los años 90 un cambio importante en las actitudes de la sociedad con respecto a la salud en Europa, Norteamérica y los países industrializados ha sido la

mayor aceptación y utilización de la medicina alternativa y complementaria (MAC; como la quiropráctica, acupuntura, homeopatía, fitoterapia) y el deseo de los pacientes de integrar la medicina convencional con la MAC, utilizando cada una cuando sea más seguro y eficaz. Ahora vemos:

- la definición de la MAC
- hasta qué punto la utiliza el público actualmente y por qué
- el reconocimiento por parte de la profesión médica de que esta utilización refleja las verdaderas necesidades del público y que la MAC va a continuar
- qué influencia tiene la quiropráctica en el movimiento de la MAC y

**La British Medical Association considera la acupuntura, la quiropráctica, la fitoterapia, la homeopatía y la osteopatía como las 5 disciplinas de MAC más desarrolladas y con “el potencial para una mayor utilización junto a la medicina ortodoxa”.**

- el significado de esto en las actitudes del público hacia la profesión.

(Irónicamente la profesión quiropráctica se ve a sí misma como una profesión autorizada independiente más que una medicina *alternativa* o *complementaria*. Sin embargo, como veremos, la profesión médica [y por tanto las autoridades sanitarias y el público] identifica a la quiropráctica como el ejemplo más destacado y desarrollado de MAC.)

- a) *Definición de MAC.* No hay acuerdo en cuanto a la terminología o la definición. En los EE.UU. se prefiere el término *medicina alternativa*, en el Reino Unido, *medicina complementaria*. La palabra *alternativa* significa *en vez de*, mientras que *complementaria* significa *además de y junto a y*, como la *British Medical Association (BMA)* ha reconocido, esto significa que la quiropráctica es tanto complementaria como alternativa al tratamiento médico.<sup>37</sup>

La definición más ampliamente aceptada en los EE.UU. es la que utiliza Eisenberg de Harvard que dice que las MAC son “actuaciones médicas que no se enseñan comúnmente en las escuelas de medicina estadounidenses ni están disponibles en general en los hospitales

estadounidenses”. En sus encuestas telefónicas nacionales de 1991<sup>5</sup> y 1997,<sup>12</sup> se les dio a los encuestados los siguientes 16 ejemplos de MAC: técnicas de relajación, quiropráctica, masaje, visualización, sanación espiritual, programas comerciales para perder peso, modo de vida, dietas, fitoterapia, terapia de megavitaminas, grupos de autoayuda, sanación energética, retroalimentación, hipnosis, homeopatía, acupuntura y medicina popular.

En el Reino Unido la BMA define la MAC como “tratamientos que las profesiones sanitarias ortodoxas no utilizan comúnmente y cuyas aptitudes no se

**“Cuando todo esté dicho y hecho, aquello que funciona ya no se llamará convencional o complementario sino simplemente buena medicina”.**

Marc Micozzi, MD, PhD

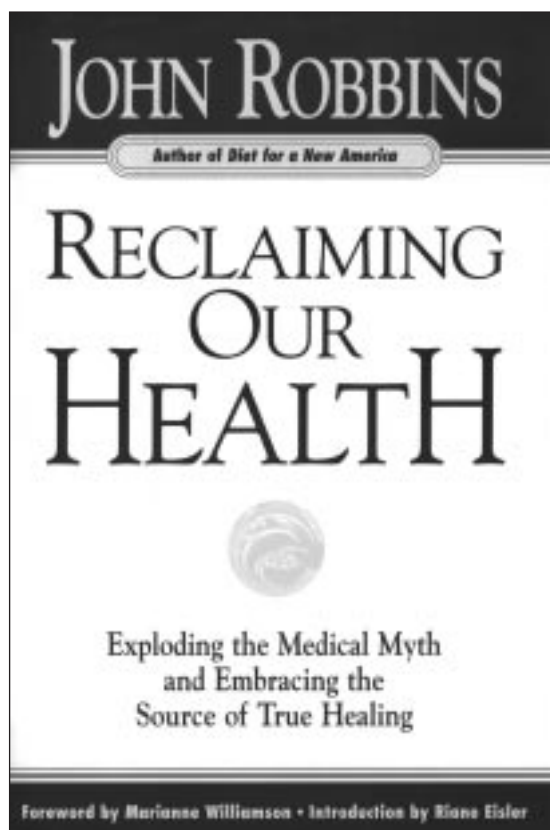
enseñan en el plan de estudios universitario de los cursos sanitarios ortodoxos médicos y paramédicos”.<sup>37</sup> La BMA considera la acupuntura, la quiropráctica, la fitoterapia, la homeopatía y la osteopatía como las 5 disciplinas de

MAC más desarrolladas y con “el potencial para una mayor utilización junto a la medicina ortodoxa”.

La BMA considera que en otras partes agrupan las terapias de MAC “no porque tengan ningún principio o ejercicio en común sino porque quedan fuera de los parámetros de la asistencia sanitaria que está disponible de forma habitual en la Seguridad Social”. Por lo tanto, la característica principal de la MAC es que son métodos de salud que no se han enseñado generalmente en el plan de estudios básico de las escuelas de medicina.

- b) *¿Hasta qué punto está generalizada la utilización de la MAC?* Actualmente la aceptación y utilización están muy extendidas. En los últimos 12 meses casi 1 de cada 2 personas ha utilizado la MAC en Australia,<sup>38</sup> Canadá,<sup>39</sup> los EE.UU.<sup>5</sup> y Europa.<sup>40</sup> Dos de cada 3 pacientes médicos la utilizan además para varios síndromes de dolor crónico y enfermedades,<sup>5,41</sup> y en Europa<sup>42</sup> y Norteamérica<sup>43,44</sup> la gran mayoría de médicos generales están ahora remitiendo a pacientes a la MAC.
- c) *¿Por qué la gente utiliza la MAC?* Furnham<sup>45</sup> en Europa y Astin<sup>10</sup> en los EE.UU. han analizado esta pregunta de la forma más exhaustiva. Ambos están de acuerdo y una encuesta nacional en Canadá<sup>16</sup> de 1997 confirmó sus conclusiones. En resumen:
- i) Los dos factores predominantes de los usuarios de la MAC son la insatisfacción con la asistencia médica para su dolencia actual (les empuja hacia la MAC) y la creencia en la eficacia de la MAC (les atrae hacia ella).
  - ii) Actualmente el segundo factor es el factor predominante. Los usuarios de la MAC tienen una mayor conciencia de la fisiología y la salud que los pacientes médicos, son más conscientes de sí mismos y de la ecología y tienen una mayor creencia de que el tratamiento debería centrarse en todos los aspectos de la persona. Son atraídos hacia la MAC porque es “más natural, eficaz, relajante, sensible y se puede formar parte activa de ella”.

*Reclamando nuestra salud, ISBN 0-915811-69-3, H.J. Kramer Inc., Tiburón (California). “En este estupendo libro John Robbins documenta meticulosamente cómo y por qué los factores relacionados con la verdadera curación a menudo no se incluyen en los llamados sistemas de seguridad social de nuestro país, y después nos ofrece varias soluciones muy inspiradoras y prácticas para este dilema”. Christiane Northrup, médica, catedrática clínica y ayudante del departamento de obstetricia y ginecología de la facultad de medicina de la University of Vermont, y autora de los libros *Los cuerpos de las mujeres* y *La sabiduría de las mujeres*.*



iii) Sin embargo, los usuarios de la MAC no rechazan la medicina ortodoxa totalmente y no tienen “creencias sobre la salud notablemente diferentes a las de los pacientes similares que son usuarios exclusivos de la medicina ortodoxa”. Ninguna de las hipótesis simples de por qué la gente utiliza la MAC es verdadera; por ejemplo, rechazar la medicina ortodoxa, tener una filosofía o modo de vida que encaja con la MAC o un particular perfil neurótico o psicosomático. Los estudios muestran que los pacientes de la MAC son una muestra representativa normal de la población que va en busca de la salud. Si hay varios tipos de MAC disponibles probablemente utilicen más de uno; estas personas utilizan la medicina ortodoxa para las fracturas de huesos, la quiropráctica y la acupuntura para el dolor de espalda y de cabeza y la homeopatía para las alergias.

Los periodistas médicos y de consumidores están de acuerdo. En uno de los libros de consumidores más impactante, *Reclamando nuestra salud*<sup>46</sup> de John Robbins, cuyo primer libro fue *Dieta para una nueva América*, el autor:

- Analiza la base del actual aumento de la MAC en los EE.UU. Robbins lo relaciona con la insatisfacción acerca de la “medicalización de la vida” que procede de una combinación de los siguientes factores: ignorar los poderes inherentes del cuerpo, eliminar el control personal de la salud y la libertad de elección y hacer esto en numerosas circunstancias en las que la “medicina dominadora” es menos eficaz que la MAC y tiene costes, riesgos y efectos secundarios inaceptables.

Robbins ofrece muchos ejemplos convincentes que incluyen la medicalización del parto y la menopausia y la supresión bastante implacable de las terapias naturales contra el cáncer.

- Llega a la conclusión de que el público no quiere dar la espalda a la medicina ortodoxa pero quiere autodeterminación en la asistencia sanitaria, al médico como colaborador y no como dictador y el final del monopolio médico y la creación de “un siste-

ma médico que incluya en plena asociación los métodos de curación alternativos y sin fármacos”.

También en los EE.UU., Wayne Jonas, médico y antiguo director del *Center for Alternative Medicine* de los *National Institutes of Health*, en un artículo del número de noviembre de 1998 (que se dedicó por completo a la MAC) de *The Journal of the American Medical Association* les dice a los médicos que “la medicina alternativa está aquí para quedarse” porque “refleja las necesidades y los valores cambiantes de la sociedad moderna en general”.<sup>47</sup>

d) *¿Qué importancia tiene la quiropráctica en la MAC?* En los EE.UU. la encuesta de Eisenberg (1998)<sup>12</sup> informa que:

- 4 de cada 10 estadounidenses utilizaron al menos una terapia alternativa en 1997. Entre las personas de 35 a 49 años, 1 de cada 2 utilizó la MAC.
- El 11% de la población adulta utilizó la quiropráctica, que es el tipo de MAC más utilizado.
- Las visitas totales anuales para la MAC aumentaron hasta 629 millones (un 47%) entre 1990 y 1997, 243 millones más que las visitas totales a todos los facultativos de atención primaria estadounidenses.
- Los gastos anuales aumentaron un 45%, excluyendo la inflación de ese periodo. La estimación conservadora fue de 21.200 millones de dólares, 12.200 millones fueron pagados directamente por el paciente y esta cantidad excedió a la de los pagos directos de pacientes por todas las hospitalizaciones de los EE.UU.

Casi al mismo tiempo otra encuesta nacional estadounidense realizada por Astin de la Stanford University School of Medicine,<sup>10</sup> sitúa la utilización de la quiropráctica en un puesto ligeramente más alto; las 4 primeras categorías de tratamiento de la MAC fueron la quiropráctica (15,7%), el modo de vida/dieta (8%), ejercicio/movimiento (7,2%) y relajación (6,9%). Por lo tanto, se utilizaron los servicios quiroprácticos 2 veces más que cualquier otro tipo de MAC. Astin señala que se acudió a los quiroprácticos por distintos dolores crónicos y síndromes de ansiedad y éstos propor-

cionaron “cerca del 50% de todos los tratamientos alternativos para cefaleas”.

En Canadá los servicios quiroprácticos predominan todavía más en la MAC. Una encuesta de 1994-5 de Statistics Canada<sup>14</sup> y una encuesta de 1997 de CTV/Angus Reid<sup>39</sup> indican que anualmente alrededor del 15% de la población adulta utiliza los servicios quiroprácticos y que son 3 veces más comunes que los siguientes tipos de MAC más populares; fitoterapia, acupuntura y homeopatía.

- e) *Conclusión.* La actual aceptación y utilización de la MAC por parte del público ha conllevado un mayor conocimiento y aceptación de la quiropráctica en particular por parte del público y los médicos. Autoridades médicas como el Dr. Marc Micozzi de Filadelfia en la declaración que inicia la siguiente sección, están de acuerdo en que a medida que distintos tipos de tratamientos alternativos y complementarios como el ajuste quiropráctico se integren de una forma más completa en los servicios sanitarios, ya no se considerarán como MAC sino simplemente como una buena asistencia sanitaria.

## B. Actitudes de los médicos

### 1. Introducción:

“La *Agency for Health Care Policy and Research* hizo historia recientemente cuando concluyó que la terapia de ajuste vertebral es el tratamiento más eficaz y rentable para el lumbago agudo... Se podría concluir que el ajuste vertebral es el tratamiento a elegir para el lumbago agudo que no está causado por fractura, tumor, infección o el síndrome de la cola de caballo.

Debido a que el lumbago agudo es la dolencia que más predomina y la causa más frecuente de incapacidad en personas menores de 45 años de edad en los EE.UU., el seguimiento de estas directrices de ejercicio podría incrementar de forma sustancial el número de pacientes remitidos a tratamiento de ajuste vertebral. Los quiroprácticos realizan el 94% de estos ajustes.

A medida que los facultativos estén más dispuestos y puedan justificar más la remisión a la medicina complementaria... debemos fomentar el desarrollo de protocolos clínicos, de formación y de investiga-

ción para respaldar la integración... de una forma que promueva los resultados clínicos favorables.

La medicina alternativa puede beneficiarse del tipo de apoyo del cual se ha beneficiado la medicina convencional en el pasado. Cuando todo esté dicho y hecho, aquello que funciona ya no se llamará convencional o complementario sino simplemente buena medicina”.

**Marc Micozzi, MD, PhD,**

College of Physicians of Philadelphia

*Annals of Internal Medicine* 1998.<sup>48</sup>

Esta cita, de un eminente médico estadounidense, escrita en la revista oficial del American College of Physicians, muestra cuanto han cambiado las actitudes de los médicos hacia la quiropráctica en los últimos 20 años y está en un artículo que comenta un estudio sobre la conveniencia del tratamiento quiropráctico que aparece en el mismo número de *Annals*. A principios de 1980 el American College of Physicians era uno de los demandados en el caso *Wilk* contra la *American Medical Association*, una acción llevada a cabo por la profesión quiropráctica contra un cártel de asociaciones médicas, y era más probable que Jesse Helms hablase en honor de Fidel Castro que *Annals* publicase un artículo a favor de la profesión quiropráctica. Muchas cosas han cambiado.

Las actitudes de los médicos hacia la quiropráctica y viceversa han tenido y continúan teniendo una importancia fundamental para las actitudes del público hacia la quiropráctica y el desarrollo de la profesión. Por esta razón se analizan ahora. Gran parte del contenido de capítulos anteriores es relevante incluyendo:

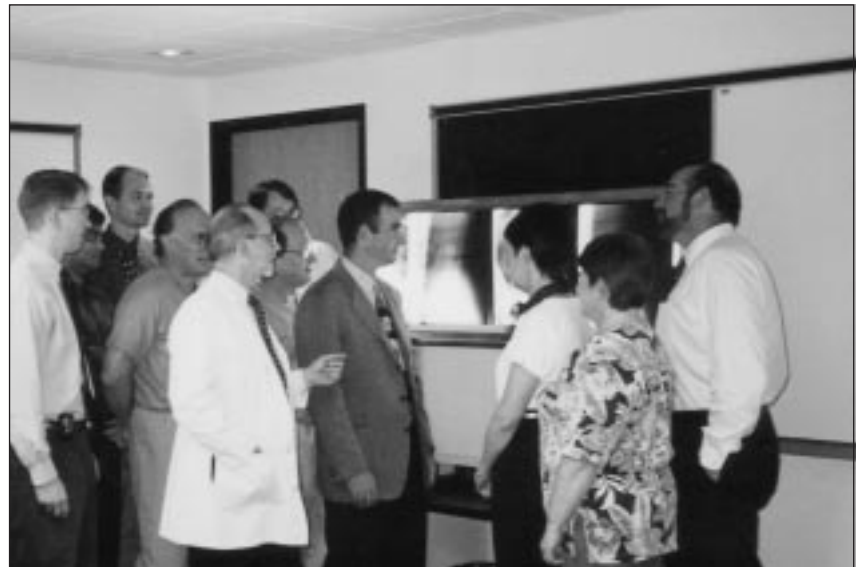
- Las razones generales del conflicto del pasado y la mayor cooperación de hoy en día (cap. 2, secciones C, E y F).
- El enfoque quiropráctico y médico común del tratamiento de pacientes con dolor de espalda y las investigaciones interdisciplinarias y directrices clínicas que han llevado a este acuerdo (cap. 8, secciones C y D, 2-6).
- La colaboración de los autores quiroprácticos y médicos en la realización de numerosos textos y revistas científicas (cap. 3, sección E).

2. **Asociaciones médicas.** Éstas, al igual que las asociaciones quiroprácticas, son organizaciones comerciales cuya misión fundamental es proteger la profesión y los intereses económicos de sus miembros. En el pasado las asociaciones médicas han sido implacables en el intento de eliminar a la profesión quiropráctica como competidora. Una de las tácticas principales, utilizada con éxito durante muchos años por la *American Medical Association (AMA)* y las organizaciones médicas afiliadas, era presentar a la profesión quiropráctica como un “culto no científico” al mismo tiempo que se esforzaban por minar la formación y la investigación quiroprácticas, y evitar que los miembros de la AMA trabajasen con quiroprácticos en formación, investigación y ejercicio. Fue necesaria una lucha en un prolongado pleito, el caso *Wilk*, para empezar a paliar esa campaña de información engañosa (v. el cap. 2, pág. 14).

Las asociaciones médicas de Norteamérica continúan realizando acciones encubiertas contra la profesión quiropráctica, en particular en cuanto al acceso a los servicios. Por ejemplo, trabajando con miembros y aliados de la administración estadounidense y la *Blue Cross/Blue Shield*, las asociaciones médicas estadounidenses han

elaborado políticas y después normas que han conseguido un resultado notable con Medicare. Desde diciembre de 1998 la *Health Care Financing Authority (HCFA)* dio la opinión legal de que los servicios quiroprácticos bajo Medicare, definidos como “ajuste manual de la columna para corregir una subluxación” (servicios que nadie discute están definidos en lenguaje quiropráctico, que la *American Chiropractic Association* negoció y que se incluyeron para ofrecer a los ancianos el acceso a los servicios quiroprácticos) pueden realizarlos médicos y osteópatas cuando los ofrecen las organizaciones sanitarias privadas. Con esta interpretación de la HCFA, la *Blue Cross of California* ha eliminado la cobertura de los servicios quiroprácticos de su póliza de seguro Senior (póliza de organizaciones sanitarias para los ancianos) en la región norte de California. La ACA ha interpuesto una demanda contra el gobierno de los EE.UU.

Sin embargo, las asociaciones médicas norteamericanas deben tener mucho más cuidado con sus posturas públicas respecto a la quiropráctica. Ya no existen las anteriores resoluciones contra la colaboración con la profesión quiropráctica, los médicos individuales son libres de cooperar con los quiroprácticos y generalmente lo hacen en



En el *Texas Back Institute* de Dallas, que ofrece una completa variedad de tratamientos conservadores y quirúrgicos en uno de los centros de tratamiento para la espalda más complejos de los EE.UU., uno de los 4 quiroprácticos del equipo, el Dr. John Triano, presenta un caso a otros facultativos, cirujanos y fisioterapeutas del equipo durante un análisis interdisciplinar habitual de casos interesantes de las visitas semanales.

beneficio de sus pacientes y porque éstos lo piden, y el ataque de la medicina oficial contra la quiropráctica está mucho más debilitado. En especial esto es así en organismos con representación del público como los tribunales de concesión de la licencia médica.

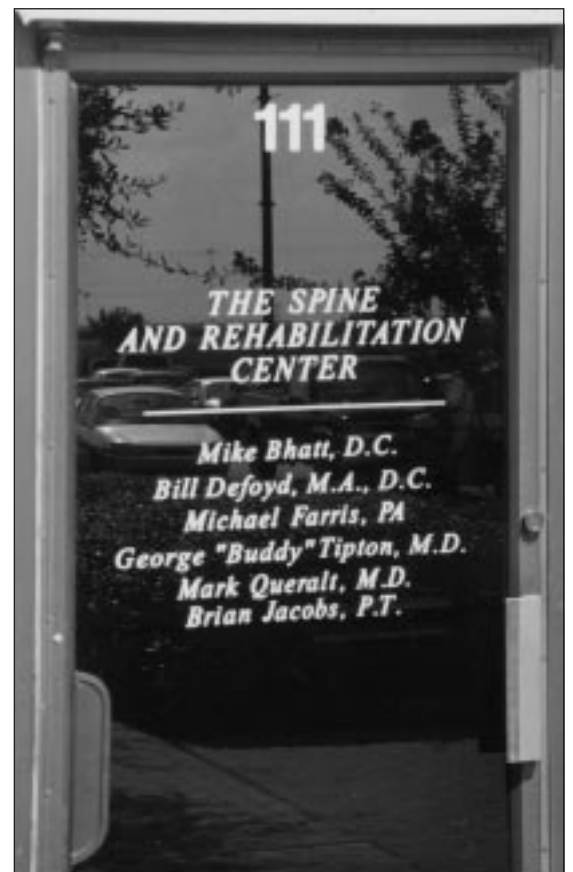
Así pues, por ejemplo, el College of Physicians and Surgeons of Ontario, el mayor tribunal canadiense autorregulador para médicos y que tiene 9 miembros del público, elaboró políticas que autorizaban expresamente a los médicos a remitir a los pacientes a los quiroprácticos cuando en 1997 debido a la presión de la opinión pública, se vio obligado a desarrollar políticas sobre la MAC. Esta nueva política se realizó tanto sobre la base de la libertad de elección del paciente como sobre el reconocimiento de que la quiropráctica era una “disciplina de salud complementaria” que había “establecido una función histórica y respetada en el arte de la curación y requería una formación y evaluación rigurosa”.<sup>49</sup>

En otros muchos países las asociaciones médicas continúan siendo claros oponentes de la profesión quiropráctica. En el

Reino Unido se encuentran alentadores ejemplos de colaboración. La *British Medical Association (BMA)* ha mostrado un apoyo manifiesto al desarrollo y la regulación de los servicios quiroprácticos desde la publicación en 1993 de su estudio de la medicina complementaria, porque la quiropráctica es una disciplina establecida y muchos miembros de la BMA quieren remitir pacientes a los servicios quiroprácticos.<sup>37</sup> Por la misma razón, el Royal College of General Practitioners del Reino Unido ha colaborado con la *British Chiropractic Association (BCA)* para el desarrollo de directrices clínicas de ejercicio.

También existe colaboración en el ámbito internacional, donde parece que los principios triunfan más fácilmente sobre la política. La Federación Mundial de Neurología, la Federación Mundial de Asociaciones Sanitarias Públicas y el Comité Internacional de Enfermería apoyaron de una forma activa a la Federación Mundial de Quiropráctica en 1997 durante el proceso de admisión para mantener relaciones oficiales con la OMS y para ser admitida en el Comité de Organizaciones Internacionales

En el Spine and Rehabilitation Center de Austin (Tejas) los Dres. Alan Williams (izda.), neurocirujano, y Bill Defoyd, quiropráctico, analizan las imágenes de diagnóstico en su centro multidisciplinar.





de Ciencias Médicas (comité de la OMS que representa a las organizaciones internacionales de varias especialidades médicas y otros profesionales sanitarios). Como observó la Federación Mundial de Neurología en su carta de apoyo “la relación entre las profesiones médica y quiropráctica en todo el mundo se ha convertido en una relación de mayor colaboración y respeto mutuos”.<sup>50</sup>

3. **Médicos en ejercicio.** En Dallas, el Texas Back Institute, uno de los centros de cirugía conservadora de la columna vertebral más avanzado de los EE.UU., tiene 4 quiroprácticos en su personal y uno de ellos es socio. Hay quiroprácticos en el personal del Hospital Asaf Harofeh de Tel Aviv (Israel), en el Kimberley Hospital de Kimberley (Sudáfrica) y en cientos de hospitales y centros multidisciplinarios de columna vertebral de todo el mundo. Encuestas realizadas en los EE.UU. y Canadá muestran que la mayoría de los médicos de familia remiten a los pacientes a los quiroprácticos<sup>51</sup> o les gustaría.<sup>52</sup> Estamos en una época en la que a los médicos se les dice, en su propia bibliografía y a través de los pacientes, que los servicios quiroprácticos tienen una valiosa función dentro del sistema sanitario y en general los médicos están aceptando el mensaje.

Hoy en día en los EE.UU. la gran demanda por parte del público de la quiropráctica y otras MAC hace que importantes centros médicos que hace unos años no habrían considerado disponer de servicios quiroprácticos, actualmente los están incorporando. Un ejemplo de esto es el Beth Israel Medical Center de la ciudad de Nueva York, un centro médico clínico y académico importante que está afiliado a otras 3 facultades de medicina y hospitales. En una entrevista publicada a principios de 1999, el Dr. Woodson Merrell explicó que:

- El futuro de una atención primaria buena y eficaz en América es la “medicina integrada”, combinando el tratamiento médico con la quiropráctica, la acupuntura, la homeopatía y otras medicinas complementarias establecidas.
- Ésta no era simplemente su opinión o la actitud de unos pocos miembros entusiastas del personal sino la de todas las personas del Beth Israel Medical Center en general. “Cuando fui a hablar a los jefes de los demás departamentos prácti-

camente nadie se opuso a la idea (medicina integrada) del centro mientras que hace 3 años toda esta gente se habría enfurecido y se me habría echado encima... ha habido un cambio radical”.

- El paso hacia la medicina integrada, incluyendo los servicios quiroprácticos, no fue una operación empresarial; Beth Israel es un centro académico respaldado por varios hospitales y facultades de medicina que va a combinar servicios clínicos con continuas investigaciones. Después de la entrevista del Dr. Merrell, destacados centros médicos de los EE.UU., incluyendo centros de Harvard y Stanford, están yendo hacia el mismo modelo de integración.<sup>53</sup>

En los caps. 2 y 8 (sobre todo en la sección C) se analizan los factores que han mantenido a las profesiones médica y quiropráctica separadas en el pasado pero que nos están conduciendo hacia un futuro de integración y colaboración. Sin embargo, todavía existen algunos factores que limitan esta nueva asociación entre la medicina y la quiropráctica y la remisión recíproca de pacientes. En resumen son los siguientes:

- a) *Las poco profesionales y continuas alegaciones de algunos quiroprácticos con respecto al ámbito de la profesión.* Una encuesta de 1990 de médicos de familia de Ontario (Canadá) mostró que el 62% remitían a pacientes a los quiroprácticos, casi exclusivamente por dolor musculoesquelético, pero que con mucho la mayor preocupación de todos los médicos (incluyendo al 83% de aquéllos que estaban “remitiendo a los pacientes o estaban abiertos a ello”) era el ámbito de ejercicio de la quiropráctica y las alegaciones de quiroprácticos que pueden tratar “enfermedades orgánicas”.<sup>50</sup> (Curiosamente, los datos de 2 encuestas de Ontario, realizadas en el mismo periodo de tiempo que la anterior encuesta a los médicos, mostró que los problemas musculoesqueléticos constituían el 96% del ejercicio de la quiropráctica.<sup>11,51</sup> Así que la base de la preocupación sobre el ámbito de ejercicio no era tan sólida.)

Esta histórica preocupación de los médicos tiene dos aspectos. Uno es que no se comprende la posible, y para algunos pacientes fundamentalmente importan-

te, conexión entre la disfunción neuromusculoesquelética y una gran variedad de trastornos (v. los caps. 5 y 6).

Sin embargo, un segundo aspecto son las continuas e irresponsables alegaciones sobre el ámbito de la profesión de algunos quiroprácticos. Todas las profesiones tienen un factor experimental, el cual es particularmente perjudicial para la profesión quiropráctica debido a su historia o su falta de autoridad cultural en comparación con otras profesiones más establecidas.

- b) *No se comprende la formación ni ejercicio de la quiropráctica.* La mayoría de los médicos no reciben ninguna introducción de la quiropráctica ni de otras disciplinas sanitarias complementarias en la facultad de medicina y no han tenido forma de establecer vínculos con quiroprácticos de sus localidades.

En los últimos 10 años las encuestas han mostrado que los médicos quieren más oportunidades para conocer los servicios quiroprácticos. Hasta muy recientemente esto se hacía de forma informal como las presentaciones ocasionales de quiroprácticos en los programas de formación continua médica y en las visitas de los hospitales, y los artículos sobre quiropráctica realizados por autores quiroprácticos y médicos en las publicaciones médicas.

Desde mediados de 1980 las sociedades interdisciplinarias como la *American Back Society* (2647 East 14th Street, Suite 401, Oakland, CA, 94601 USA, tel: 510-536-9929, fax: 510-536-1812, e-mail: [ambasoc@aol.com](mailto:ambasoc@aol.com), website: [www.americanbacksoc.org](http://www.americanbacksoc.org)) y la *North American Cervicogenic Headache Society* (York Mills Centre, 16 York Mills Road, Unit 125, Box 129, North York, Ontario M2P 2E5, Canada, tel: 416-512-6407, fax: 416-512-6375, email: [reception@rothbart.com](mailto:reception@rothbart.com)) han ofrecido a los médicos oportunidades para reunirse con los quiroprácticos de una manera profesional.

En los últimos años han aparecido métodos de formación más oficiales. Eisenberg ha señalado recientemente que alrededor del 60% de las facultades de medicina de los EE.UU., incluyendo la de Harvard y otras de la Ivy League,

tienen ahora cursos introductorios sobre medicina complementaria que incluyen la quiropráctica, tanto para estudiantes de medicina como en programas de formación continua para médicos en ejercicio.

En el Reino Unido el Royal College of General Practitioners (RCGP) no sólo ha desarrollado directrices clínicas formales para el tratamiento de pacientes con dolor de espalda en un proceso que incluyó a representantes de la BCA, sino que actualmente dispone de un equipo interdisciplinario dirigido por el Dr. Alan Breen (quiropráctico) de la Anglo-European College of Chiropractic de Bournemouth, que está desarrollando una serie de material audio que se enviará a cada médico general. Este material, que está diseñado para alentar a los médicos a seguir las directrices clínicas del RCPG, incluirá información sobre la quiropráctica y la importancia del ajuste especializado, que es una de las primeras opciones del tratamiento recomendado para la mayoría de pacientes con dolor de espalda.

- c) *Ausencia de una red de remisión.* Éste es un problema relacionado. Hoy en día la mayoría de los médicos de familia pueden estar dispuestos a remitir pacientes a un quiropráctico pero ¿cómo se encuentra a “un buen quiropráctico”? Tradicionalmente los quiroprácticos han tenido sus consultas privadas, en general en un entorno de casa/consulta alejado de los centros médicos. Como ya se ha indicado anteriormente, el mercado de trabajo está solucionando este problema de una forma natural. La encuesta de 1990 de los médicos de familia de Canadá mostró que el 62% remitía a pacientes pero que el porcentaje era del 100% cuando tenían a un quiropráctico en su centro o en un centro adyacente a su centro o edificio.
- d) *Dificultades estructurales y de acceso a la cobertura.* Como ya se ha explicado, las preocupaciones de los médicos acerca de la formación y creencias de los quiroprácticos son un problema, pero actualmente las barreras estructurales y de financiación para la colaboración constituyen un problema más importante para los médicos y los pacientes:

- *Estructurales.* A muchos médicos les gustaría que hubiese acceso a los servicios quiroprácticos pero las organizaciones sanitarias privadas, otros sistemas sanitarios de contención del gasto, las autoridades sanitarias regionales o los planes de prestaciones laborales no incluyen estos servicios.
- *De cobertura.* De todos los problemas que se están tratando, ésta es la barrera clave actualmente. Los médicos que aceptan que ciertos pacientes tendrían mejores resultados con tratamiento quiropráctico son reacios a recomendar a un quiropráctico cuando existe una alternativa de cobertura “gratuita”; y muchos pacientes también quieren empezar con el servicio “gratuito”. Esto se ve claramente en un estudio del Reino Unido (v. el cap. 8 pág. 128) en el que en un proyecto piloto que involucraba a 11 médicos generales, el porcentaje de remisión de pacientes con dolor de espalda a los

quiroprácticos aumentó del 2% al 28%, y el porcentaje de remisión global para el ajuste especializado del 2% al 53% (28% a los quiroprácticos, 25% a los osteópatas británicos), cuando la autoridad sanitaria de Wiltshire proporcionó cobertura para los “ajustes” siguiendo las directrices para el dolor de espalda del RCPG.

En los EE.UU. Shekelle ha mostrado que los costes que paga el paciente constituyen una limitación mucho mayor para el acceso a los servicios quiroprácticos que para los servicios médicos, de ambulatorio o de odontología.

En lenguaje técnico, la quiropráctica sigue siendo muy “sensible al coste”. Cuando el paciente paga el 25% o más del honorario, la utilización de los servicios quiroprácticos disminuye aproximadamente un 50%. Cuando los pacientes tienen pagos conjuntos similares para la atención quiropráctica y médica, y entonces



Los Dres. Arthur White, izda., y Jim Weinstein, cirujanos ortopédicos, aparecen aquí hablando en la conferencia del centenario de la quiropráctica en el Centro de Convenciones de Washington DC en julio de 1995.



se les ofrece atención médica gratuita, la utilización de los servicios de quiropráctica que paga uno mismo disminuye un 80%.<sup>54</sup>

4. **Médicos en la formación y la investigación.** Los campos de la formación y la investigación atraen a los profesionales con ideas e intereses similares, bien sean médicos, quiroprácticos u otros. Por lo tanto, no sorprende que la nueva colaboración entre la medicina y la quiropráctica se construyera primero en gran medida por facultativos que también eran líderes activos en formación continua e investigación.

Las autoridades médicas reconocidas en investigación del tratamiento del dolor de espalda; personas como el Dr. Richard Deyo (University of Washington), el Dr. Norton Hadler (University of North Carolina, Chapel Hill), el Dr. Vert Mooney (University of California, San Diego, ex presidente de la International Society for the Study of the Lumbar Spine), el Dr. Jim Weinstein (University of Iowa y editor de *Spine*) y el Dr. Arthur White (San Francisco Spine Institute) de los EE.UU., el Dr. Kirkaldy-Willis de Canadá, el Dr. Gordon Waddell del Reino Unido, el Dr. Bjorn Rydevik de Suecia, el Dr. Karel Lewit de la República Checa, y el Dr. Jivi Dvorak de Suiza han participado en conferencias de investigación quiropráctica y han fomentado la colaboración en la investigación y en el ejercicio. Algunos ejemplos breves son:

- En julio de 1995 en Washington DC en la conferencia del centenario de la quiropráctica, el Dr. Jim Weinstein, cirujano ortopédico y editor de la destacada revista *Spine*, hablando sobre la importancia de la colaboración quiropráctica y médica en investigación, dijo:

“Deben formarse nuevas alianzas para hacer progresar a aquéllos a los que tratamos... La colaboración en investigación no es el futuro, es el presente. Debemos ir juntos hacia delante para afrontar los nuevos desafíos en formación, investigación y atención al paciente... es nuestro desafío del próximo siglo el encontrar el campo común para formar relaciones de colaboración que busquen encontrar respuestas a muchos niveles distintos y revolucionar a la medicina”.<sup>55</sup>

- En la misma reunión el Dr. Arthur White, también cirujano ortopédico, hablando desde su experiencia en la integración de los servicios quiroprácticos en entornos de asistencia sanitaria de contención del gasto de California, se refirió a las nuevas directrices estadounidenses patrocinadas por el gobierno, reconociendo la valiosa función del ajuste para pacientes con lumbago agudo y concluyó:

“El nuevo sistema sanitario de contención del gasto dirige al paciente al profesional menos costoso que puede hacer el trabajo de la manera más eficaz y precisa. Con una mínima remisión el quiropráctico es el profesional ideal para diagnosticar y tratar las primeras fases de los problemas vertebrales y puede fácilmente priorizar (*es decir, diagnosticar y remitir*) a los pacientes a los profesionales más adecuados de atención de problemas crónicos... Todos necesitamos prepararnos para el siglo XXI... Existen algunas tendencias definitivas que pueden permitir al quiropráctico realizar una función de pivote en la asistencia sanitaria de contención del gasto en el futuro”.<sup>56</sup>

- Quizás la mayor contribución internacional sea la del eminente catedrático y cirujano ortopédico británico y canadiense William Kirkaldy-Willis. En la década de los 70 comenzó una colaboración en una investigación clínica con quiroprácticos en el Royal University Hospital de Saskatoon, en una época en la que esto era contrario a la ética publicada de la asociación médica que prohibía dicha colaboración. Simplemente escribió a su asociación para avisarle de sus planes y del hecho de que esperaba no oír ninguna objeción; su reputación era tal que así fue.

Posteriormente, a través de investigaciones publicadas con científicos quiroprácticos (4 ediciones de su texto multidisciplinar *Tratando el dolor de espalda*, aclamado en todo el mundo, que tenía capítulos escritos por investigadores quiroprácticos destacados y él mismo sobre el ajuste; su trabajo con el Dr. Aubrey Swartz, cirujano californiano, en la creación de la *American Back Society* que agrupó a todas las disciplinas sanitarias que trataban a pacientes

con lumbago; y otros) Kirkaldy-Willis ha hecho que los médicos entiendan y acepten en mayor medida la contribución que la profesión quiropráctica puede hacer a una buena atención del paciente. En el prólogo de la segunda edición de *Tratando el dolor de espalda* escribió:

“Albert Einstein dijo una vez que la imaginación es más importante que el conocimiento, (y) que debería haber un sitio en el armamento del facultativo para cualquier tipo de conocimiento y habilidad que demuestre ser de valor para el paciente. Deberíamos estar preparados para reconocer nuevas ideas de lo que Su Majestad el príncipe de Gales llama *medicina complementaria*.”

Creo que el doctor del futuro tiene mucho que aprender teniendo una sólida base acerca de los problemas de espalda en la medicina ortodoxa y explorando las ideas que vienen del límite que separa la medicina ortodoxa de la complementaria. La interacción que ocurre en este punto produce la acción”.<sup>57</sup>

Está claro en muchas secciones de este libro, incluyendo los comentarios del Dr. Marc Micozzi que abren esta sección sobre las actitudes de los médicos, que ahora existe una aceptación médica general del punto de vista de Kirkaldy-Willis. Sin embargo en los años 80, pocos médicos hablaban de la colaboración con tanto atrevimiento.

En este capítulo hemos visto que una mayoría sustancial del público, de todos los grupos socioeconómicos, ha tenido una actitud positiva hacia la aceptación y la utilización de los servicios quiroprácticos desde principios de 1980. Ahora que la mayoría de los médicos tienen actitudes similares, fomentadas por una mayor madurez en la formación, investigación y ejercicio de la quiropráctica en los últimos 10 años, está claro que las actitudes del público serán incluso más positivas.

*Para las actitudes del público y los médicos hacia la quiropráctica en España, véase “La Quiropráctica en España” en la pág. xx.*

## Bibliografía

- 1 Keating JC. BJ of Davenport: The Early Years of Chiropractic. Davenport, Iowa: Association for the History of Chiropractic, 1997:132.
- 2 Report of the committee of inquiry into chiropractic, osteopathy, homeopathy and naturopathy. Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service, 1977.
- 3 Breen AC. Chiropractors and the treatment of back pain. *Rheumatol Rehabil.* 1977;16:46-53.
- 4 Wardwell WI. Chiropractic: history and evolution of a new profession, St Louis, Missouri: Mosby Yearbook, 1992. (See various studies quoted in Chapter 11, Acceptance of Chiropractic.)
- 5 Eisenberg DM, Kessler RC, et al. Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs and patterns of use. *New Engl J Med* 1993;328:246-52.
- 6 Kelner M, Hall O, Coulter I. Chiropractors: do they help? Toronto, Ontario:Fitz-Henry and Whiteside, 1980.
- 7 Kelner M, Wellman B. Alternative health care? A profile of the users of five modes of treatment. *J Alt Compl Med* 1997;3:127-40.
- 8 Saunders Associates. The chiropractic profession. New York: The Public Relations Management Corporation, 1954. Quoted in Wardwell WI. Chiropractic: History and Evolution of a New Profession. St Louis, Missouri: Mosby Yearbook, 1992;231.
- 9 Gautvig M, Hvirid A. Chiropractic in Denmark. Copenhagen, Denmark: Danish Pro-Chiropractic Association, 1975.
- 10 Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national sStudy. *JAMA* 1998;279:1548-53.
- 11 Hurwitz EL, Coulter ID, et al. Use of chiropractic services from 1985 through 1991 in the United States and Canada, 1990-1997. *JAMA* 1998;280:1569-75.
- 12 Eisenberg DM, David RB, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 1998;280:1569-75.
- 13 Ref 3 supra, 231
- 14 Millar WJ. Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Can J Pub Health* 1997;155-158.
- 15 Carey TS, Garrett J, et al. The outcomes and costs of care for acute low-back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors and orthopedic surgeons. *New Engl J Med* 1995;333:913-7.
- 16 The usage of and opinions about chiropractic services. Toronto, Ontario: Decima Research, Hill and Knowlton, 1998.
- 17 Stano M, Smith M. Chiropractic and medical costs for low-back care. *Med Care* 1996;34:191-204.
- 18 Sawyer CE, Kassak K. Patient satisfaction with chiropractic care. *J Manip Physiol Ther* 1993;16:25-32.
- 19 Ref 3 supra, 238.
- 20 Sanchez JE. A look in the mirror: a critical and exploratory study of public perceptions of the chiropractic profession in New Jersey. *J Manip Physiol Ther* 1991;14:165-76.
- 21 Sandhu DJ, Schoner B. Images of and attitudes toward B.C. health professionals. Vancouver, British Columbia: British Columbia Chiropractic Association, 1992.
- 22 Alternative medicine. *Consumer* 1997;366:20-7. (NZ Consumer Institute.)
- 23 Manga P, Angus D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of chiropractic management of

- low-back pain. Ontario, Canada: Pran Manga and Associates, University of Ottawa, 1993.
- 24 Manga P, Angus D. Enhanced chiropractic coverage under OHIP as a means of reducing health care costs, attaining better health outcomes and improving the public's access to cost-effective health services. Ontario, Canada: University of Ottawa, 1998.
  - 25 Cherkin DC, McCornack FA. Patient evaluations of low-back pain care from family physicians and chiropractors. *West J Med* 1989;150:351-5.
  - 26 Meade TW, Dyer S, et al. Low-back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *Br Med J* 1990;300:1431-7.
  - 27 Shekelle PG, Adams AH, et al. The appropriateness of spinal manipulation for low back pain: project overview and literature review. Santa Monica, California: RAND, 1991; Monograph No. R-4025/1-CCR/FCER.
  - 28 Bigos S, Bowyer O, Braen G, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no.14. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
  - 29 Carlini WG, et al. Incidence of stroke following chiropractic manipulation. Proceedings of the American Heart Association's 19th International Joint Conference on Stroke and Cerebral Circulation. San Diego, California, 1994 and AHA news release.
  - 30 Tettenborn B, et al. Postoperative brainstem and cerebellar infarct. *Neurology* 1993;43:471-7.
  - 31 Cherkin DC, Deyo RA, et al. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low-back pain. *New Engl J Med* 1998;339:1021-9.
  - 32 The Des Moines Register, Iowa, October 8, 1998.
  - 33 Chapman-Smith D, ed. Back pain, science, politics and money. *The Chiropractic Report* 1998; 12(6.)
  - 34 Moore JS. Chiropractic in America. The history of a medical alternative. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 1993; Appendix B.
  - 35 Ratti N, Pilling K. Back pain in the workplace. *Br J Rheum* 1997;36:260-4.
  - 36 Jay TC, Jones SL, et al. A chiropractic service arrangement for musculoskeletal complaints in industry: a pilot study. *Occup Med* 1998;48: 389-95.
  - 37 Complementary medicine, new approaches to good practice. Oxford, England: Oxford University Press, British Medical Association, 1993.
  - 38 MacLennan AH, Wilson DH, et al. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996; 347:569-73.
  - 39 Use of alternative medicines and practices. Toronto, Ontario: Angus Reid, 1997.
  - 40 An estimate based on an extrapolation of earlier figures in Ref 2 supra and Dickinson DPS. The growth of complementary therapy. Chapter 10. In: Ernst E, ed. *Complementary medicine: an objective appraisal*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann, 1996.
  - 41 Grenfel A, Patel N, et al. Complementary therapy: general practitioners' referral and patients' use in an urban multi-ethnic area. *Comp Ther Med* 1998;127-132.
  - 42 Visser GJ, Peters C. Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands: towards acceptance and integration. *Fam Pract* 1990;7:227-32.
  - 43 Astin JA, et al. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch Int Med* 1998;158: 2303-10.
  - 44 Gordon NP, Sobel DS, et al. Use of and interest in alternative therapies among adult primary care clinicians and adult members in a large health maintenance organization. *West J Med* 1998;169: 153-61.
  - 45 Furnham A. Why do people choose and use complementary therapies? Chapter 5. In: Ernst E, ed. *Complementary medicine: an objective appraisal*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann, 1996.
  - 46 Robbins J. Reclaiming our health: exploding the medical myth and embracing the source of true healing. Tiburon, California: H.J. Kramer, 1996.
  - 47 Jonas WB. Alternative medicine - learning from the past, examining the present, advancing to the future. *JAMA* 1998;280:1616-7.
  - 48 Micozzi MS. Complementary care: when is it appropriate? Who will provide it? *Ann Int Med* 1998;129:65-6.
  - 49 Report of the Ad Hoc Committee on Complementary Medicine, College of Physicians and Surgeons of Ontario, Toronto, adopted September 22, 1997.
  - 50 Letter dated September 17, 1996 from the World Federation of Neurology (President) to the CIOMS (Secretary-General).
  - 51 Patel-Christopher A. Family physicians and chiropractors: a need for better communication and cooperation. Toronto, Ontario: University of Toronto, 1990.
  - 52 Aker P, Mior S, Hagino C. Utilization of chiropractic services in Ontario, Canada, unpublished abstract. Presented at the World Chiropractic Congress, London, England: World Federation of Chiropractic, 1993.
  - 53 Coulter AH. A quest to integrate alternative medicine into conventional medicine: an interview with Woodson C. Merrell, MD. *J Alt Comp Ther* 1999;29-35.
  - 54 Shekelle PG, Rogers WH, Newhouse JP. The effect of cost sharing on the use of chiropractic services. *Med Care* 1996;34:863-72.
  - 55 Weinstein JN. Collaborative research. Conference Proceedings of the Chiropractic Centennial Foundation, Washington, DC: 1995;181.
  - 56 White AH. Integration of chiropractic in managed care in a multidisciplinary setting. Conference Proceedings of the Chiropractic Centennial Foundation. Washington, DC: 1995;183-189.
  - 57 Kirkaldy-Willis WH, ed. *Managing low-back pain*. 2nd Ed. New York: Churchill Livingstone, 1988.