

CAPÍTULO 2



HISTORIA DE LA QUIROPRÁCTICA

A. Introducción

En los últimos años el ajuste vertebral y la quiropráctica “se han ganado una legitimidad en el sistema sanitario estadounidense que hasta muy recientemente parecía inimaginable”. En 1997 Cherkin y Mootz escriben estas palabras en el prólogo de un informe sobre quiropráctica, financiado por el gobierno estadounidense, titulado *La Quiropráctica en los EE.UU.: formación, ejercicio e investigación*,¹ al que ya se hace referencia en el Capítulo 1.

Este nuevo nivel de aceptación constituye un avance en el ámbito internacional. En la Universidad de Odense (Dinamarca), los estudiantes de quiropráctica y medicina tienen los mismos cursos de ciencias básicas durante los tres años previos a iniciar caminos separados para la formación clínica. En países como Brasil, Italia y Corea, en los cuales los programas de formación quiropráctica comenzaron en los años 90, muchos estudiantes de quiropráctica son médicos.

¿Por qué ha existido semejante conflicto entre la medicina y la quiropráctica? ¿Cómo ha cambiado esta situación y por qué? Estas preguntas son de interés no sólo para los quiroprácticos y los estudiantes de quiropráctica, sino también para los pacientes, los médicos y otros profesionales sanitarios. Este capítulo aborda estas cuestiones en el contexto de una breve historia de la profesión quiropráctica. Para una historia más completa véase *La Quiropráctica: historia y evolución de una nueva profesión* del catedrático Walter Wardwell,² un sociólogo que ha estudiado la quiropráctica desde que realizó su tesis doctoral sobre esta profesión en Harvard en 1951; y otros libros de historia excelentes de Moore,³ profesor de historia de la Radford University (Virginia) y Keating,⁴ psicólogo, historiador y profesor de Los Angeles College of Chiropractic.

B. Comienzos

La profesión quiropráctica fue fundada por Daniel David Palmer en Davenport (Iowa) en 1895. Con anterioridad a esta fecha, D.D. Palmer había practicado la terapia magnética. Su nuevo interés era el ajuste vertebral. Un antiguo paciente, el reverendo Samuel Weed, sugirió el nombre de la profesión, el cual se deriva de las palabras griegas *praxis* y *cheir*, que significan “práctica con la mano”.

Palmer no tenía una formación oficial pero se suscribía a las publicaciones médicas de la época. Aquéllos que han estudiado su obra han concluido que estaba excepcionalmente bien informado acerca de los principales avances en anatomía y fisiología en Europa y Norteamérica y que incluso “en América muy pocos médicos de su época podían alegar estar tan bien documentados”.⁵ En 1897 Palmer fundó la Palmer School of Chiropractic en Davenport que, hoy en día, sigue siendo una de las principales escuelas de quiropráctica.

La Carver-Denny School of Chiropractic en Oklahoma City, alrededor de 1910.



En aquel entonces, a comienzos del siglo XX, la asistencia sanitaria era un arte u oficio más que una corriente organizada de conocimiento. La ciencia estaba poco integrada en la educación y los métodos de tratamiento. La profesión médica no había desarrollado la posición de respeto y dominio en la asistencia sanitaria de la que goza hoy en día. (Esto sólo ocurrió en los EE.UU. después de que el informe Flexner de 1910 censurara la mayor parte de la formación médica e indujera a una importante financiación y nuevas reformas.)

La quiropráctica sólo era uno de los muchos grupos de sanadores que aparecieron en aquella época: curanderos, sanadores de hierbas, homeópatas, hidrosanadores, sanadores magnéticos, osteópatas, Thompsonianos, etc.; pero ha demostrado ser una de las supervivientes más firmes y en la actualidad, se enseña y ejerce en todo el mundo.

C. La época de conflicto con la medicina

Una tercera parte de la primera promoción de quiropráctica que se graduó de la Palmer School eran médicos y G.H. Patchin, otro

médico, ayudó a Palmer en la edición de su texto principal, *The Chiropractor's Adjuster*.⁶ Sin embargo, existían claros motivos para el conflicto entre esta nueva profesión y la medicina que persistieron durante los siguientes 75 años y entre los cuales se incluían:

1. **Criterios de formación.** Durante el periodo de 1910 a 1950 la medicina estadounidense mejoró y consolidó en gran medida sus criterios y posición en la sociedad, respaldada con una importante financiación del gobierno y de instituciones privadas. La formación quiropráctica permaneció en ciernes en cuanto a criterios de ingreso, calidad y duración del programa (hasta 1949 la Palmer School no pasó de un curso de 18 meses a un programa de 4 años de estudio), profesorado, homologación y financiación. La formación siguió corriendo a cargo de una empresa privada.
2. **Espíritu de competitividad.** Hablando claro, la medicina y la quiropráctica se prepararon, sin saberlo, para una lucha; y la historia da a entender que les benefició a ambas. Los quiroprácticos alegaban tener

Historia de la quiropráctica: fechas clave

1895 • D.D. Palmer comienza a ejercer como "quiropático" en Davenport (Iowa).

1897 • La Palmer School of Chiropractic, la primera institución de formación quiropráctica, abre sus puertas.

1905 • Minnesota se convierte en el primer estado estadounidense en reconocer y autorizar el ejercicio de la quiropráctica. Louisiana fue el último estado en 1974.

1923 • Alberta se convierte en la primera provincia canadiense en autorizar el ejercicio de la quiropráctica. Ontario fue la siguiente provincia en 1925 y Terranova fue la última en 1992.

1933 • Se crea el *Council of State Chiropractic Examining Boards* de los EE.UU. con el objeto de proporcionar unos criterios unificados para otorgar la licencia. En 1974 adoptó el nombre de *Federation of Chiropractic Licensing Boards (FCLB)*.

1939 • El distrito de Zurich (Suiza) se convierte en la primera jurisdicción fuera de Norteamérica en autorizar el ejercicio de la quiropráctica.

1944 • Se crea la *Foundation for Chiropractic Education and Research (FCER)* y hasta el momento, es la agencia de financiación de becas de postgrado e investigación más importante de la profesión.

1963 • Se forma el *National Board of Chiropractic Examiners (NBCE)* de los EE.UU. con el objeto de fomentar la coherencia y reciprocidad entre los tribunales estatales de examinación.

1974 • El gobierno federal reconoce al *Council on Chiropractic Education (CCE)* de los EE.UU. como la agencia de homologación de las escuelas de quiropráctica. Esto hace que se establezcan agencias de homologación afiliadas en Canadá, Europa y Australia/Nueva Zelanda.

1979 • Se publica *La Quiropráctica en Nueva Zelanda*, el informe de la Comisión de Investigación de Quiropráctica de Nueva Zelanda. Era la primera comisión gubernamental que adoptaba un procedimiento judicial completo, escuchando declaraciones bajo juramento y sometiendo a interrogatorio los testimonios de pacientes, quiroprácticos, médicos y otros acerca de la función de la profesión quiropráctica. Las recomendaciones de la Comisión apoyan en gran medida los servicios quiroprácticos y piden la colaboración médica. El informe tuvo un gran impacto en todo el mundo.

1987 • Se dicta la sentencia final sobre el caso *Wilk* contra la *American Medical Association*, abriendo las puertas a una colaboración mucho mayor entre médicos y quiroprácticos en cuanto a formación, investigación y ejercicio de la profesión en los EE.UU. y, como resultado de ello, en todo el mundo.

1988 • Se crea la Federación Mundial de Quiropráctica (FMQ). En enero de 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) admite a la FMQ, cuyos miembros son las asociaciones nacionales de quiropráctica de más de 70 países, en relaciones oficiales como una organización no gubernamental (ONG).

1993 • El *Informe Manga*, el primer informe encargado por el gobierno y escrito por economistas de la salud que examina la rentabilidad de los servicios quiroprácticos, recomienda que se otorgue un papel principal a los quiroprácticos con pacientes con dolor de espalda en base a la seguridad, rentabilidad y preferencia del paciente y concluye que esto ahorrará anualmente cientos de millones de dólares en costes

un enfoque fundamental de la salud alternativo y superior. Acusaban a los médicos de tratar simplemente los síntomas con el remedio del momento. Los quiroprácticos comprendían la verdadera causa de la mayoría de las enfermedades; las vértebras mal alineadas afectaban al sistema nervioso y dificultaban de ese modo la capacidad innata o natural del cuerpo para curarse. Los pacientes debían dejar la medicación, la cirugía y los médicos, y recibir toda la asistencia sanitaria primaria de los quiroprácticos.

Los médicos, a su vez, necesitaban un blanco para desarrollar su credibilidad y su unidad y establecer el control político y económico de la asistencia sanitaria a principios del siglo XX. Smith-Cunnien ha demostrado que la crítica médica de la quiropráctica no ha sido consecuente, que es lo que uno habría esperado si la crítica hubiese sido realmente sobre la quiropráctica. La crítica era más enérgica cuando la medicina necesitaba una nueva unidad o era atacada; por ejemplo, de 1908 a 1924,

cuando la *American Medical Association* constituía por primera vez una posición fuerte y unidad verdaderas, y después, de 1961 a 1976, cuando se hicieron las propuestas de financiación del tratamiento médico por parte de terceros que disminuirían el control médico de la relación con el paciente.⁷ La quiropráctica, debido a su naturaleza combativa y a su situación aún sin desarrollar, era el blanco perfecto.



Los primeros años cientos de quiroprácticos cumplieron condena por ejercer la medicina sin tener licencia. Muchos de ellos siguieron tratando a los presos, los carceleros y los ciudadanos. En la foto, el Dr. Fred Kotney ajusta a un paciente en su celda de Los Ángeles, alrededor de 1921.

de asistencia sanitaria directa y pagos por la prestación de incapacidad laboral.

1994 • Equipos de expertos patrocinados por el gobierno que establecen directrices científico-estadísticas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolores de espalda en los EE.UU. (*Agency for Health Care Policy and Research*¹) y en el Reino Unido (*Clinical Standards Advisory Group*²) proporcionan los primeros informes fidedignos sobre el ajuste como un tratamiento probado y preferido para la mayoría de los pacientes con lumbago agudo.

1996 • El gobierno estadounidense comienza la financiación oficial para una agenda de investigación quiropráctica. En 1997, con objeto de continuar con esta agenda se crea el *Consortial Center for Chiropractic Research*, formado por escuelas de quiropráctica, departamentos de investigación universitarios y agencias de gobierno federales y está situado en la Palmer School.

Bibliografía

1 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, AHCPR Publication No. 95-0642.

2 Rosen M, Breen A, et al. Management guidelines for back pain. Appendix B in Report of a clinical standards advisory group committee on back pain. London, England: Her Majesty's Stationery Office (HMSO), 1994.



Bartlett Joshua (BJ) Palmer, hijo del fundador de la profesión, Daniel David (DD) Palmer, demuestra el uso de una de las primeras camillas quiroprácticas y la técnica, alrededor de 1906.



Una clase recibe formación sobre anatomía en el Central States Chiropractic College de Indianápolis (Indiana) alrededor de 1925.

3. **Excesos y entusiasmo desmedido.** A medida que la lucha se iniciaba, cada profesión se puso en evidencia a través de una reivindicación y reacción exageradas. Los quiroprácticos idolatrarón a su nueva profesión, a veces alegando autoridad espiritual. El hijo de Palmer, Bartlett Joshua Palmer, era un líder vital y con coraje para su profesión y su generación, pero dado a una retórica y espectáculo tales que desacreditó a la profesión frente a las autoridades médicas, al mismo tiempo que la ensalzó ante los quiroprácticos y los ciudadanos estadounidenses. En los EE.UU., dividió a la profesión entre una discordante minoría que no tendría ningún campo en común con la medicina y una creciente mayoría que empezó a desarrollar unos criterios serios de formación y práctica. En Canadá, B.J. Palmer hizo retroceder a la profesión una generación al declarar ante una Comisión Real en 1915 que “el diagnóstico era innecesario, los análisis de las muestras de sangre y de orina no tenían ningún valor” y que “la bacteriología era la mayor de las farsas alguna vez inventadas por la ignorancia y la incompetencia”.⁸

Los homólogos médicos de B.J. Palmer eran Morris Fishbein, secretario de la *American Medical Association (AMA)* y editor de su revista desde 1924 a 1949, y Doyle Taylor. Fishbein describió a los quiroprácticos como un “culto no científico” y como “perros rabiosos” en lo que Wardwell llama “una campaña de propaganda virulenta” contra la profesión.⁹ Al final se volvió demasiado extremista incluso para la AMA, la cual, según se informó en *Harper's*¹⁰ en aquella época, “le expulsó” porque “a los médicos que estaban interesados en algo más que en sus honorarios les ofen-

día ser identificados con su rutina de comedia barata”.

Doyle Taylor, director del departamento de investigación de la AMA, fue desde 1963, el motor impulsor de un Comité a lo McCarthy sobre el curanderismo que persiguió el objetivo ilegal y declarado de crear un monopolio de asistencia sanitaria para la medicina que eliminase a la profesión quiropráctica. Muchos años después, éste se convirtió en el tema del histórico caso de *Wilk y otros contra la American Medical Association y otros* en el cual un tribunal federal de apelaciones:

- a) Declaró a la AMA culpable de una conspiración ilegal “de malas acciones, sistemáticas y prolongadas, y de un intento de acabar con una profesión autorizada”.
- b) Declaró que esto se basaba en una exhaustiva campaña de información engañosa que describía a la quiropráctica como “no científica” y “sectaria” e incompatible con el ejercicio de la medicina moderna. Las tácticas incluyeron suprimir investigaciones favorables a la quiropráctica, desvirtuar la formación quiropráctica, utilizar nuevas normativas de ética para evitar la colaboración entre médicos y quiroprácticos en la formación, ejercicio e investigación y alterar negativamente las pruebas de una investigación gubernamental estadounidense de 1967 sobre los méritos de la quiropráctica.

El tribunal dictó una sentencia contra la AMA que comprendía una indemnización de varios millones de dólares y un mandamiento judicial u orden restrictiva permanente en los siguientes términos:

“Por la presente, se prohíbe de forma permanente a la AMA, sus oficiales, agentes y empleados, y todas las personas que actúan de común acuerdo con cualquiera de ellos, que restrinjan, regulen o impidan... la libertad de cualquier miembro de la AMA o cualquier institución u hospital de tomar una decisión individual en cuanto a que ese miembro de la AMA, institución u hospital, se asocie profesionalmente con los quiroprácticos, los estudiantes de quiropráctica o las instituciones quiroprácticas”.¹¹

Al mismo tiempo hubo acuerdos con otros demandados del caso, incluyendo la *American Hospital Association*, el *American College of Surgeons*, el *American College of Radiology* y el *Joint Committee on Accreditation of Hospitals*. El caso *Wilk*, archivado en 1976, tuvo una importante trascendencia en marcar el comienzo de la época actual de cooperación.

El tribunal ordenó que el mandamiento judicial se enviase a todos los miembros de la AMA y se publicase en la revista de la AMA, la *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, e inmediatamente después aumentó de forma significativa la colaboración en la formación, ejercicio e investigación. Los especialistas médicos que habían sido reacios a formar parte de las juntas editoriales de publicaciones quiroprácticas, a remitir pacientes a los quiroprácticos o a trabajar con ellos, ahora sí lo hicieron.

4. Temas económicos, legales y políticos.

Dos generaciones de quiroprácticos americanos fueron perseguidos por ejercer la medicina sin tener la licencia durante la primera mitad de siglo y muchos fueron a la cárcel. El primer estado en otorgar la licencia para el ejercicio de la quiropráctica fue Minnesota en 1905, el último fue Louisiana en 1974. La situación común de estas luchas era la de los quiroprácticos y sus pacientes contra la profesión médica, pero al final, ganaron los primeros. Estas luchas mantuvieron a ambas profesiones separadas.

5. Terminología. Difería por dos razones. En primer lugar, los quiroprácticos desarrollaron una terminología diferente para defenderse en los tribunales. Ellos no *diagnosticaban* sino que realizaban *análisis vertebrales* y no ofrecían *tratamiento* sino *correcciones vertebrales*. Por lo tanto, argumentaban que estaban ejerciendo una profesión distinta, no medicina sin tener licencia.

En segundo lugar, como cualquier otra profesión, los quiroprácticos adoptaron y prefirieron sus propios términos. Un quiropráctico hacía un *ajuste vertebral* más que una *manipulación* y el problema vertebral tratado era una *subluxación*. Un problema principal con este último término era que la definición quiropráctica (una disfunción

de la articulación) estaba en contradicción con la definición médica (un importante desplazamiento de la articulación visible en una radiografía). Los médicos oían a los quiroprácticos decir que no diagnosticaban ni trataban enfermedades, sino que corregían subluxaciones, en circunstancias en las que no había una subluxación definida en términos médicos, lo cual era motivo de controversia.

6. Ajuste vertebral. Otra razón sorprendentemente sólida para el conflicto era la forma de tratamiento adoptada por la profesión quiropráctica, bien se llamase ajuste o manipulación de la articulación. Ésta nunca había constituido parte de la formación médica. En los siglos XVIII y XIX, en Europa, la manipulación la realizaban los curanderos y siempre atrajo la hostilidad médica.

De la misma forma que con los quiroprácticos, la profesión médica se ha puesto en contra de sus pocos miembros que han realizado ajustes. En la investigación gubernamental sobre quiropráctica más exhaustiva del mundo, llevada a cabo en Nueva Zelanda en 1978-79, la postura de la *New Zealand Medical Association (NZMA)* era que nadie debía hacerle ajustes vertebrales a ningún paciente por nada. El ajuste era peligroso, ineficaz e incorrecto. El Dr. James Fisk, miembro de la NZMA, que había escrito uno de los mejores textos médicos sobre el ajuste, fue expulsado y no fue llamado como testigo. El Dr. James Cyriax en el Reino Unido, el Dr. John Menell en los EE.UU. y el Dr. John Bourdillon en Canadá se encontraron con una oposición similar a lo largo de sus carreras en los años 80.

Todo esto ha cambiado con el reconocimiento por parte de la medicina del ajuste como un tratamiento de primera línea para la mayoría de los pacientes con dolor de espalda, pero este cambio es reciente. Si uno sopesa todos los motivos existentes en la época de conflicto entre la medicina y la quiropráctica, el hecho de que los quiroprácticos hiciesen ajustes (un tratamiento sobre el que la mayoría de los médicos no sabían nada y que se dirigía aparentemente a problemas mecánicos de la articulación que no podían verse o medirse objetivamente por métodos de diagnóstico médicos) fue tan relevante como cualquier otro.

D. Los años 70: aires de cambio

En los años 70 la profesión quiropráctica todavía estaba formando su infraestructura completa:

1. El derecho legal a ejercer y establecer una legislación de homologación en todos los estados de los EE.UU. y después en todo el mundo.
2. Criterios de formación rigurosos y agencias de homologación reconocidas por el gobierno que garantizaran estos criterios.
3. Una agenda de investigación creíble, con investigadores científicos adecuadamente cualificados y revistas científicas con comité de expertos.

Esto llevó mucho tiempo porque la profesión quiropráctica trabajó de forma aislada de la medicina y de la corriente dominante de la asistencia sanitaria. No dispuso de financiación pública. (Deténgase un momento a reflexionar sobre el profundo efecto que habría sobre la formación e investigación médica si no hubiese financiación pública.) Como el ejercicio de la quiropráctica hacía poco uso de la tecnología y no utilizaba fármacos, la profesión no tenía fuertes aliados financieros. (Párese a considerar a la medicina sin el apoyo de la industria farmacéutica). La quiropráctica estaba aislada y con oposición. Además, es verdad que la profesión agravó su situación con conflictos y rivalidades internas.

A finales de los años 70 se hicieron evidentes numerosos signos de desarrollo y cambio inminente:

1. En 1974 el gobierno de los EE.UU. reconoció formalmente al *Council on Chiropractic Education (CCE)* como la agencia de homologación de las instituciones de formación quiropráctica.
2. En 1975 se invitó a investigadores quiroprácticos a la primera conferencia de investigación sobre quiropráctica y ajuste vertebral financiada por el gobierno federal estadounidense, que tuvo lugar en los *National Institutes of Health*, en Bethesda (Maryland).¹²
3. En 1979 se publicó el primer texto interdisciplinar importante con autores quiroprácticos y médicos, *Avances actuales en los principios y el ejercicio de la Quiropráctica*,¹³ editado por el Dr. Scott Halde- man, quiropráctico y neurólogo.

4. Ese mismo año comenzó la publicación de la primera revista quiropráctica con comité de expertos con el nombre de *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics (JMPT)*.
5. En 1977 en Australia¹⁴ y en 1979 en Nueva Zelanda,¹⁵ las primeras comisiones gubernamentales exhaustivas de investigación de la quiropráctica ofrecieron conclusiones independientes totalmente a favor de la profesión quiropráctica contemporánea y pidieron una estrecha colaboración entre la quiropráctica y la medicina en la formación y el ejercicio por el bien de los ciudadanos.

La calidad de las investigaciones, tanto gubernamentales como científicas, varía en gran medida y algunas de ellas merecen poca credibilidad. Son de importancia las cualificaciones de los miembros de la comisión, los términos de referencia, los procedimientos adoptados para las vistas y para examinar las pruebas y hasta qué punto es posible escuchar todas las declaraciones relevantes.

En cuanto a estos criterios, la inspección independiente de quiropráctica más exhaustiva y detallada llevada a cabo hasta ahora es la de Nueva Zelanda en 1978-79. El informe de la Comisión, *La Quiropráctica en Nueva Zelanda* (377 páginas),¹⁵ tiene una autoridad y un equilibrio claros. Después de este informe, la Comisión realizó investigaciones de consideración en Nueva Zelanda, los EE.UU., Canadá, Inglaterra y Australia. Por eso se proporcionan detalles adicionales sobre la Comisión, incluyendo sus principales conclusiones en la Tabla 1 de la página 18. Conforme lea estas conclusiones (evaluaciones independientes de la calidad y desarrollo de la formación y el ejercicio de la quiropráctica) recuerde que esto sucedió hace 20 años.

En términos de un pleno desarrollo y una aceptación más amplia de la profesión quiropráctica, los cambios se acrecentaron a principios de los 80.

E. Los años 80: nuevo campo en común con la medicina

A pesar de que todas las profesiones sanitarias tienen sus asociaciones comerciales y sus intereses políticos y económicos, la mayoría de los profesionales sanitarios pasan el día a día en estrecho contacto personal con sus

Tabla 1 **La Comisión de Investigación de Nueva Zelanda (1977-78). Se considera que esta Comisión, una de las comisiones gubernamentales en investigar la profesión quiropráctica, ha escrito el informe más detallado y exhaustivo de todos.**

Términos de referencia:

Para considerar si las prestaciones gubernamentales, tanto sanitarias como de indemnización por accidente, deberían estar disponibles para servicios quiroprácticos teniendo en cuenta el ejercicio y filosofía de la quiropráctica, su base científica y de formación, si constituye una ciencia de curación separada y diferente, y la contribución que podría hacer a los servicios sanitarios de Nueva Zelanda.

Miembros:

Brian D. Inglis, Q.C., B.A. J.D. LL.D. Presidente. Abogado especialista y catedrático de Derecho de la Victoria University (Wellington). En la actualidad es juez.
Betty Fraser, M.B.E., M.A. distinguida pedagoga.
Bruce R. Penfold, M.Sc., Ph.D., F.R.S.N.Z. Catedrático de Química de la University of Canterbury.

Procedimiento:

Audiencias judiciales públicas. Se prestó declaración de forma oral, pero sobre la base de un documento escrito que se presentó a la Comisión y a las partes principales con una antelación de al menos 30 días para dar tiempo a realizar un interrogatorio documentado. Bajo juramento y sujeto a inspección por todas las partes interesadas, incluyendo a los abogados representantes de las profesiones quiropráctica, médica y fisioterapéutica.

Las declaraciones se registraban palabra por palabra y aparecen en un documento escrito a máquina de 3.638 páginas. Este documento ayudó en el interrogatorio y en la evaluación adecuada de las declaraciones, y la Comisión hace referencia a él en su informe como apoyo a las conclusiones hechas.

Además, se realizaron varias audiencias privadas, visitas imprevistas a consultas quiroprácticas para observar el trabajo y una investigación personal de la quiropráctica, la medicina y la fisioterapia en los EE.UU., Canadá, Inglaterra y Australia (v. el cap. 1, bibliografía¹⁷).

Profundidad de la investigación:

La coyuntura de la Comisión para oír las declaraciones fue sumamente amplia, ya que no había restricciones de tiempo y en todo el mundo, tanto la medicina como la quiropráctica veían que este juicio sentaría jurisprudencia para la quiropráctica. Consumidores, quiroprácticos, médicos y fisioterapeutas de los EE.UU., Europa, Canadá y Australia comenzaron a prestar declaración en las audiencias de Nueva Zelanda. La Comisión y todas las partes consideraron una investigación de menos de 6 meses. Pero al final, la investigación requirió más de 18 meses.

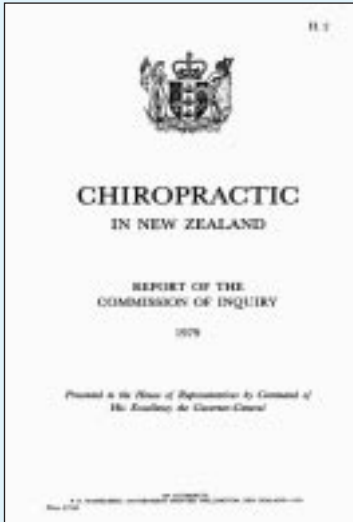
Conclusiones principales: (v. el cap. 1, bibliografía¹⁷)

Las siguientes conclusiones principales aparecen en la introducción del informe:

- La quiropráctica moderna está muy lejos de ser un “culto no científico”.
- La quiropráctica es una rama de las ciencias de curación que se especializa en la corrección por medio de terapia manual vertebral de lo que los quiroprácticos identifican como trastornos biomecánicos de la columna vertebral. Los quiroprácticos llevan a cabo diagnósticos y terapias vertebrales de un alto y complejo nivel.

- Los quiroprácticos son los únicos profesionales sanitarios que están necesariamente cualificados por su educación y formación para llevar a cabo la terapia manual vertebral.
- Los médicos generales y los fisioterapeutas no tienen la formación adecuada en terapia manual vertebral, aunque algunos han aprendido la técnica después de graduarse.
- La terapia manual vertebral realizada por un licenciado en quiropráctica es segura.
- La educación y formación de un quiropráctico titulado son suficientes para capacitarle para determinar si existen contraindicaciones a la terapia manual vertebral en un caso particular y si el paciente debería tener un tratamiento médico en vez de o a la vez que el tratamiento quiropráctico.
- La terapia manual vertebral puede ser efectiva para aliviar síntomas musculoesqueléticos como el dolor de espalda y otros síntomas que se sabe responden bien a dicha terapia, como por ejemplo, las jaquecas.
- En un número limitado de casos en los que hay síntomas orgánicos y/o viscerales, el tratamiento quiropráctico puede proporcionar alivio, pero esto es impredecible, y en estos casos, el paciente debería estar bajo tratamiento médico conjunto si es factible.
- Aunque la naturaleza exacta de la disfunción biomecánica que los quiroprácticos alegan tratar no ha sido demostrada científicamente todavía y aunque las razones precisas de por qué la terapia manual vertebral proporciona alivio no han sido explicadas científicamente todavía, los quiroprácticos tienen motivos razonables basados en pruebas clínicas para creer que los síntomas del tipo descrito anteriormente pueden responder bien a la terapia manual vertebral.
- Los quiroprácticos no proporcionan un sistema alternativo completo de asistencia sanitaria y no deberían ofrecer sus servicios como tales.
- En interés de la sociedad y de los pacientes no debe existir ningún impedimento a una total colaboración profesional entre los quiroprácticos y los médicos.
- No es correcto que la presente ley o cualquier normativa médica de ética profesional dé a entender que un paciente puede recibir terapia manual vertebral, cubierta por prestaciones sanitarias, sólo de aquellos profesionales sanitarios menos cualificados para llevarla a cabo.
- La responsabilidad de la formación de la terapia manual vertebral, debido a su carácter de especialidad, debería corresponder a la profesión quiropráctica. No deberían fomentarse cursos de media jornada o de vacaciones sobre terapia manual vertebral para otros profesionales sanitarios.

La Comisión, en respuesta a la pregunta anterior, recomendó la financiación del gobierno para servicios quiroprácticos. También se hicieron recomendaciones en cuanto a disciplina, ética interprofesional, acceso hospitalario e investigación financiada por el gobierno realizada conjuntamente por las profesiones médica y quiropráctica. Este informe sigue siendo el mejor texto de conclusiones imparciales sobre todos los aspectos de la profesión quiropráctica.



derecha: desde la izquierda; el juez B. Donald Inglis, presidente, Betty Fraser y el catedrático Bruce Penfold (miembros de la Comisión de Nueva Zelanda).



izda.: Richard Craddock, Q.C., abogado jefe de la N.Z. Chiropractors Association; dcha.: el testigo el Dr. Scott Haldeman, neurólogo y quiropráctico de L.A.; abajo: el testigo Robin McKenzie, fisioterapeuta de Nueva Zelanda.



abajo: Pacientes que prestaron declaración cuentan sus experiencias, izda.: la Sra. Inez Newton, que estuvo completamente incapacitada durante 12 meses por dolor de espalda y ciática antes de optar por el tratamiento quiropráctico y de tener una recuperación completa y dcha.: El Sr. Paddy Sheehy con su quiropráctico Ronald Sim. El Sr. Sheehy había recibido un aviso médico de que se quedaría en una silla de ruedas para el resto de su vida después de un accidente de coche debido a sus heridas neurológicas. Posteriormente se recuperó por completo y fue campeón senior de su club de tenis local.





El catedrático William Kirkaldy-Willis, cirujano ortopédico y presidente de la *American Back Society (ABS)*, se dirige a 750 quiroprácticos y médicos en Toronto en 1991 en una reunión conjunta de la ABS y la Federación Mundial de Quiropráctica, y pide una mejor colaboración entre las profesiones médica y quiropráctica por el bien de los pacientes y por una mejora en el tratamiento.



El Dr. Akio Sato, neurofisiólogo japonés, se dirige a 1.800 miembros de una audiencia interdisciplinaria en el 4º Congreso Bienal de la Federación Mundial de Quiropráctica en Tokio en 1997.



pacientes. Básicamente, la mayoría de los médicos y quiroprácticos respaldan los intereses de sus pacientes.

A principios de los 80 los ciudadanos habían hablado claramente, preparando los cimientos para un nuevo campo en común entre las dos profesiones:

1. Existía una amplia aceptación y utilización de los servicios quiroprácticos por parte del público, en particular por dos de las tres razones más comunes por las que se utilizan los servicios sanitarios: el dolor de cabeza y el dolor de espalda.
2. Como una encuesta de la Stanford University, realizada en los EE.UU., ha confirmado ahora, los pacientes quiroprácticos utilizan generalmente ambos servicios, los quiroprácticos y los médicos, y demandan la colaboración entre los profesionales que ofrecen asistencia sanitaria.¹⁶
3. La profesión médica reconoció que su enfoque en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del dolor de espalda era, como los pacientes habían demostrado con sus elecciones, sumamente ineficaz. El descanso, la medicación y centrarse sobre el disco herniado y otras anatomías patológicas estructurales no era conveniente. El dolor de espalda era normalmente un problema 'biopsicosocial' (véase la página 116). La mayoría de los pacientes necesitaban: volver a sus actividades normales pronto, consuelo, fármacos sin receta y/o ajustes para aliviar el dolor y corregir la anatomía patológica funcional de articulaciones y músculos. Esto era consecuente con un enfoque quiropráctico.
4. Los quiroprácticos, asimismo, se desligaron de su inicial alegación simplista de que todo dolor de espalda era resultado de la subluxación vertebral. El hecho de que los médicos dijeran que el dolor de espalda era o bien el resultado de una anatomía patológica estructural o en ausencia de eso, era en gran medida psicológico, y los quiroprácticos dijeran que era debido a la subluxación, hizo que el entendimiento no fuera posible. Ahora compartían el mismo modelo.
5. Ante un nivel de formación mayor, las responsabilidades de otorgar la licencia, los deseos de los pacientes, y la creciente remisión de pacientes y contacto con la profesión médica, la profesión quiropráctica reaccionó moderando sus reivindicaciones

en cuanto a su ámbito de ejercicio. La quiropráctica no era un enfoque alternativo de salud basado en teorías incongruentes con la medicina moderna. Era complementaria y sólo era diferente en cuanto al énfasis. Se centraba en tratamientos manuales y otros tratamientos no agresivos, principalmente para afecciones neuromusculoesqueléticas.

El nuevo espíritu de cooperación era evidente, a pesar de la continua controversia en el ámbito político. En cuanto a formación, el profesorado de las escuelas de quiropráctica incluía médicos y científicos, muchos de los cuales también tenían puestos en facultades de medicina. A nivel de postgrado, ahora se admitía a los quiroprácticos en las reuniones de organizaciones médicas e interdisciplinarias como la *American Back Society (ABS)* de los EE.UU. y la *Physical Medicine Research Foundation* de Canadá.

En cuanto a investigación, la cooperación era cada vez mayor. En 1984, reflejando el conflicto pasado, la revista *Manual Medicine* respondió al Dr. Howard Vernon, investigador quiropráctico que había presentado un estudio para su publicación, de una forma breve y sorprendentemente honesta diciendo: "la revista no publica ninguna investigación de una fuente quiropráctica". Pero en 1986, dos años más tarde, sí lo hizo.

En 1985 la revista oficial del *Royal College of Family Physicians* de Canadá, *Canadian Family Physician*, publicó *El ajuste vertebral en el tratamiento del lumbago*, de KirkKaldy-Willis, cirujano ortopédico, y Cassidy, quiropráctico. Éstos presentaron unos resultados excelentes de su trabajo juntos en el Royal University Hospital de Saskatoon y fomentaron una colaboración mucho mayor entre médicos de familia y quiroprácticos.¹⁷ En los EE.UU, los investigadores médicos de la RAND Corporation y en el Reino Unido, los epidemiólogos contratados por el *Medical Research Council*, estaban trabajando con investigadores quiroprácticos en un estudio de consenso¹⁸ y en un importante estudio clínico¹⁹ que apoyasen la conveniencia y la eficacia del ajuste para el dolor de espalda agudo y crónico. En Perth (Australia), el Dr. Lynton Giles, quiropráctico, estaba realizando una investigación sobre anatomía en la University of Western Australia que se estaba publicando en las revistas médicas más destacadas.^{20,21}

En la práctica diaria, los médicos ahora remitían a los pacientes de una forma constante en todos los países en los que la profesión quiropráctica estaba establecida. En 1989

un estudio de la University of Toronto informaba que al final de los años 80, una clara mayoría de los médicos de familia de Ontario (62%) remitían a sus pacientes a los quiroprácticos, y que casi 1 de cada 10 de ellos (9,5%) eran pacientes. Todos los médicos de familia que tenían a un quiropráctico en el mismo edificio o centro comercial enviaban pacientes a los quiroprácticos.²² Sin embargo, hasta la década de los 90 no fue frecuente el hecho de que los quiroprácticos y los médicos trabajasen en la misma clínica u hospital y cada vez más como socios.

La nueva integración de la quiropráctica en los servicios de asistencia sanitaria principal ofrece beneficios a todos; a los médicos, a los quiroprácticos y a sus pacientes mutuos.

F. Los años 90: razones para la colaboración

En los años 90, la aceptación por parte del público y de los médicos de los servicios quiroprácticos aumentó de forma espectacular. Las principales razones de esta aceptación de los quiroprácticos en la asistencia sanitaria convencional pueden resumirse de la siguiente manera:

1. *Mejora en la calidad de la formación quiropráctica.* En muchos países, la formación quiropráctica se ha incorporado ahora al sistema universitario público (p. ej.: Australia, Brasil, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Sudáfrica y Gales). En los EE.UU., las escuelas de quiropráctica siguen siendo en su mayor parte privadas pero tienen niveles mínimos de administración y formación establecidos por el *Council on Chiropractic Education*, la agencia de homologación de la profesión quiropráctica reconocida por el gobierno.
2. *Mejora en los criterios de regulación del ejercicio de la quiropráctica.*
3. *La sentencia final, después de años de apelaciones, del caso Wilk en 1987.* En los EE.UU., esta sentencia hizo posible que por fin los médicos colaborasen con los quiroprácticos en todos los aspectos de la formación, investigación y ejercicio de la profesión sin miedo a perder los privilegios de trabajar en el hospital y otros privilegios esenciales de su trabajo e ingresos.
4. *Artículos a favor de la quiropráctica en revistas médicas publicados por asociaciones médicas.* Algunos ejemplos son: *Annals of Internal Medicine* de la *American College of Physicians*,^{23,24} *British Medical Journal* de la *British Medical Association*¹⁹ y *Canadian Family Physician* del *Royal College of Family Physicians* de Canadá.¹⁷ Estas revistas aconsejan a los médicos que ahora trabajar con quiroprácticos es seguro y conveniente.
5. *Otras directrices clínicas y de investigación en cuanto al ejercicio.* Hoy en día, casi cada número de *Spine*, la revista médica más respetada del mundo de su género y que dispone de una junta editorial internacional, contiene investigaciones quiroprácticas. En 1994 en muchos países, pero de forma más destacada en los EE.UU.²⁵ y el Reino Unido,²⁶ las directrices para la práctica,

Ceremonias de inauguración de clínicas quiroprácticas, izquierda, en el Wellesley Central hospital en Toronto en agosto de 1996 y, derecha, en la University of Waterloo en agosto de 1997 en Ontario (Canadá). Estas clínicas, que también son centros de investigación clínica, están afiliadas al Canadian Memorial Chiropractic College.



basadas en estudios y patrocinadas por el gobierno, recomendaron el ajuste vertebral como un enfoque de primera línea para el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de pacientes con dolor de espalda agudo.

6. **Demanda del paciente.** Un público mejor informado que controla más su asistencia sanitaria demanda cosas nuevas de todos los profesionales sanitarios y **exige colaboración entre los especialistas médicos y los especialistas de medicinas complementarias y alternativas.**
7. **Evolución de la asistencia sanitaria.** Los monopolios de los médicos y los odontólogos de hace 25 años han sido reemplazados por sistemas de asistencia sanitaria que incluyen, regulan y financian a numerosos profesionales especializados e independientes con los cuales los odontólogos y los médicos deben trabajar. Los odontólogos ven cómo sus pacientes también visitan a higienistas dentales, prótesis dentales y enfermeras de odontología, y a quiroprácticos por problemas de mandíbula. Los médicos tienen que trabajar con acupuntores, masajistas, matronas, naturópatas, enfermeros practicantes, optometristas, osteópatas, podólogos, otros muchos, y quiroprácticos.

G. Otros ejemplos de aceptación por parte de los médicos y del gobierno

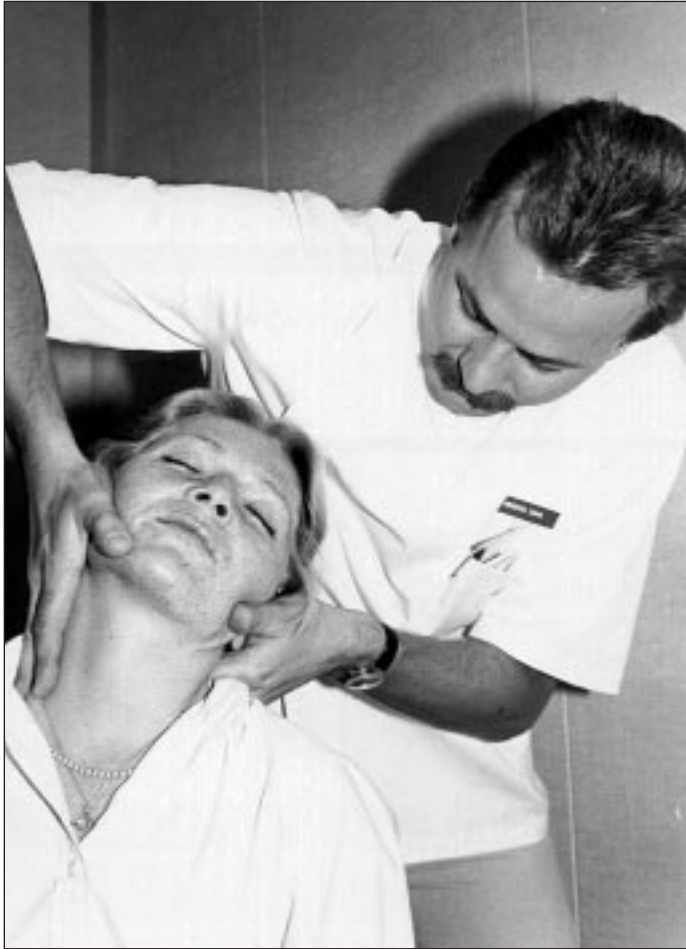
Este repaso de la historia termina ahora con otros ejemplos recientes de aceptación.

1. Desde 1995 en los EE.UU., la financiación gubernamental federal para servicios quiroprácticos que ha existido durante muchos años bajo Medicare (programa de seguro parcial de enfermedad para los ancianos) y Medicaid (programa de asistencia sanitaria para las personas sin recursos económicos), ha ampliado programas para los militares y sus familias. Además, desde 1996, el gobierno ha establecido y financiado un Centro de Investigación Quiropráctica que comprende representantes de escuelas de quiropráctica, departamentos de investigación de universidad y agencias gubernamentales federales. Su sede se encuentra en el Palmer College of Chiropractic and dispone de una agenda nacional en curso de investigaciones quiroprácticas.
2. En Canadá, existe financiación gubernamental federal y provincial para servicios quiroprácticos. La reciente decisión de la York University (Toronto), de establecer una facultad de quiropráctica afiliada al Canadian Memorial Chiropractic College sigue el ejemplo de la University of Quebec, que inauguró su facultad de quiropráctica en Trois Rivières en 1993.
3. En el Reino Unido, la *British Medical Association (BMA)* ha apoyado de forma activa el creciente reconocimiento e integración de los servicios quiroprácticos en el sistema sanitario británico, que tuvo lugar en los años 90, porque muchos de sus miembros quieren remitir pacientes a los quiroprácticos.²⁷
4. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió en 1997 admitir en relaciones oficiales a la Federación Mundial de Quiropráctica (FMQ), la cual representa a las asociaciones nacionales de quiropráctica de más de 70 países, como una organización no gubernamental (ONG). Esta decisión es otro indicio de la evolución hacia la aceptación. La solicitud de la FMQ fue apoyada por las ONG de otros sectores de la salud que representan a médicos (p. ej.: Federación Mundial de Neurología), enfermeros (Consejo Internacional de Enfermeros) y por autoridades públicas sanitarias (Federación Mundial de Asociaciones Sanitarias Públicas). En octubre de 1998, en la De La Salle University de Manila (Islas Filipinas) hablando en nombre de la OMS en una reunión, el Dr. N.V.K. Nair, **director de Infraestructura Sanitaria de la Oficina Regional de la OMS en el Pacífico Oeste**, explicó a los líderes gubernamentales y médicos lo siguiente:

“La quiropráctica es una forma de curación aceptada por la OMS. Su aceptación, reconocimiento y disponibilidad se están extendiendo de una forma gradual a los países del Pacífico Oeste... Soy consciente de la reserva de los llamados círculos médicos modernos a aceptar a los quiroprácticos como compañeros para disminuir el padecimiento debido a afecciones específicas, especialmente las musculoesqueléticas. **Muchos olvidan los beneficios que hay al unir fuerzas entre la medicina moderna y la tradicional...** Los tiempos han cambiado y ahora la demanda del cliente es el factor decisivo”.

²⁸

(La *medicina tradicional*, más que *medicina complementaria* o *alternativa*, es la terminología que la OMS utiliza para disci-



plinas tales como la quiropráctica o la acupuntura. La legislación de las Islas Filipinas reconoció de forma oficial el ejercicio de la quiropráctica en 1997 y la De La Salle University planifica actualmente abrir una facultad de quiropráctica conjuntamente con sus facultades de medicina y otras ciencias de la salud.)

En algunos países, la evolución hacia la aceptación queda bastante lejos de estar terminada, principalmente porque hay pocos o ningún quiropráctico ejerciendo. En Hungría y España todavía no existe una legislación que reconozca la profesión quiropráctica. Pero la mayor parte de las causas de conflicto con la medicina ya no existen, y no hay ninguna especialidad médica que pueda ofrecer al público el equivalente de los servicios quiroprácticos. La quiropráctica, como la odontología, es una profesión de atención primaria y de diagnóstico que es complementaria a la medicina pero con una formación y ejercicio aparte. La nueva integración de la quiropráctica en los servicios de asistencia sanitaria principal ofrece beneficios a todos; a los médicos, a los quiroprácticos y a sus pacientes mutuos.

Para la historia en España, véase "La Quiropráctica en España" en la pág. xx.



Bibliografía

- 1 Cherkin DC, Mootz RD, eds. *Chiropractic in the United States: training, practice and research*. National Technical Information Service, U.S. Department of Commerce, 1997; Document No. PB98111693.
- 2 Wardwell WL. *Chiropractic: history and evolution of a new profession*. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book Inc, 1992.
- 3 Moore JS. *Chiropractic in America: the history of a medical alternative*. Baltimore, Maryland and London, England: Johns Hopkins University Press, 1993.
- 4 Keating JC. *B.J. of Davenport: the early years of chiropractic*. Davenport, Iowa: Association for the History of Chiropractic, 1997.
- 5 Gaucher-Peslherbe PL, Wiese G, Donahue J. Daniel David Palmer's medical library: the founder was into the literature. *Chiro Hist* 1995;15(2):63-9.
- 6 Palmer DD. *The chiropractor's adjuster: The science, art and philosophy of chiropractic*. Portland, Oregon: Portland Printing House, 1910. Available from the Palmer College of Chiropractic, Davenport, Iowa.
- 7 Smith-Cunnien SL. *A profession of one's own*. Lanham, New York: University Press of America, 1998.
- 8 Sutherland DC. Trial By Fire: Canadian Royal Commissions Investigate Chiropractic. *Chiro Hist* 1985;5:27-37.
- 9 Ref 2, supra, 161-2.
- 10 Mayer M. The rise and fall of Dr. Fishbein. *Harpers* 1949;199:76-85.
- 11 Wilk et al. v American Medical Association et al. U.S. Federal Court, Northern District of Illinois, Eastern Division No. 76C3777, Getzendanner J, Judgement dated August 27, 1987.
- 12 Goldstein M, ed. *The research status of spinal manipulative therapy: a workshop on health at the National Institutes of Health*. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1975.
- 13 Haldeman S, ed. *Modern developments in the principles and practice of chiropractic*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1979.
- 14 Report of the Committee of Inquiry into Chiropractic, Osteopathy, Homeopathy and Naturopathy (Webb Report). Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service, 1977.
- 15 Hasselberg PD. *Chiropractic in New Zealand*. Report of the Commission of Inquiry into Chiropractic. Wellington, New Zealand: Government Printer, 1979.
- 16 Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998; 279:1548-53.
- 17 Kirkaldy-Willis WH, Cassidy JD. Spinal Manipulation in the Treatment of Low-Back Pain. *Can Fam Phys* 1985; 31:535-40.
- 18 Shekelle PG, Adams AH, et al. The Appropriateness of Spinal Manipulation for Low-Back Pain: Indications and Ratings by a Multidisciplinary Expert Panel. Santa Monica, California: RAND, 1991. Monograph No. R-4025/2-CCR/FCER.
- 19 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.
- 20 Giles LGE, Taylor JR, Cockson A. Human zygapophysial joint synovial folds. *Acta Anat* 1986;126:110-4.
- 21 Giles LGE, Kaveri MJP. Immunohistochemical demonstration of nociceptors in the capsule and synovial folds of human zygapophysial joints. *Br J Rheumatol* 1987;26:362-4.
- 22 Patel-Christopher A. *Family physicians and chiropractors: a need for better communication and cooperation (thesis)*. Toronto, Ontario: University of Toronto, 1990.
- 23 Shekelle G, Adams AH, et al. Spinal manipulation for low-back pain. *Ann Intern Med* 1992;117:590-8.
- 24 Shekelle PG, Coulter I, et al. Congruence between decisions: to initiate chiropractic spinal manipulation for low-back pain and appropriateness criteria in North America. *Ann Intern Med* 1998;129:9-17.
- 25 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; AHCPR Publication No. 95-0642.
- 26 Rosen M, Breen A, et al. Management guidelines for back pain. Appendix B in Report of a clinical standards advisory group committee on back pain. London, England: Her Majesty's Stationery Office (HMSO), 1994.
- 27 *Complementary medicine, new approaches to good practice*. Oxford, England: British Medical Association, Oxford University Press, 1993.
- 28 Nair NVK. Introductory address at a symposium titled Chiropractic in Asia. Health Infrastructure, WHO Western Pacific Region. Manila, Philippines: De La Salle University, October 2, 1998.



