



Informe sobre la situación de la Quiropráctica en Europa

Richard Brown, Secretario de la *European Chiropractor's Union*

(Doctor en Quiropráctica, Máster en Derecho, miembro del *Royal College of Chiropractors*, de la *European Academy of Chiropractic* y de la *British Chiropractic Association*)

Mayo de 2013

Contenidos

Introducción.....	3
Preámbulo.....	5
<i>European Chiropractor's Union (ECU)</i>	6
Formación quiropráctica universitaria en Europa.....	8
Formación quiropráctica de posgrado en Europa: <i>European Academy of Chiropractic</i>	10
Estandarización de servicios quiroprácticos.....	12
ECU: promoción y apoyo a la investigación.....	13
Salud pública.....	15
Situación legislativa y normativa de la quiropráctica en Europa.....	18
Situación de los miembros de la ECU	
Alemania.....	21
Bélgica.....	22
Chipre.....	23
España.....	24
Finlandia.....	25
Francia.....	26
Grecia.....	27
Hungria.....	28
Irlanda.....	30
Islandia.....	31
Italia.....	32
Liechtenstein.....	33
Luxemburgo.....	35
Noruega.....	35
Países Bajos.....	36
Polonia.....	37
Reino Unido.....	38
Suecia.....	39
Suiza.....	40
Turquía.....	42
Situación en otros países europeos no miembros de la ECU	
Dinamarca.....	43
Portugal.....	44
Agradecimientos.....	46
Apéndice I: Versión oficial, en español, de la Norma Europea EN 16224:2012:	
Servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos.....	47

Introducción

La quiropráctica es una profesión sanitaria que se ocupa del diagnóstico y prevención de los trastornos mecánicos del sistema musculoesquelético, y el efecto que estos trastornos tienen sobre la función del sistema nervioso y de la salud general del organismo. Se presta especial atención a los tratamientos manuales, entre los que se incluyen el ajuste vertebral y otras manipulaciones articulares y de tejidos blandos¹.



Mediante la restauración de la función normal del sistema musculoesquelético, los quiroprácticos pueden actuar en gran medida para aliviar trastornos y cualquier dolor o malestar derivados de accidentes, estrés, falta de ejercicio, posturas inadecuadas, enfermedades y desgaste diario.

Los quiroprácticos tienen un enfoque biopsicosocial de la salud y del bienestar, lo que significa que consideran el aspecto físico, psicológico y social de la salud. Dicho enfoque se atiene a la definición de “salud” de la OMS².

En Europa, la quiropráctica ha existido como profesión sanitaria desde principios del siglo XX. Durante más de ochenta años, la *European Chiropractor's Union* (ECU) ha representado esta disciplina a escala supranacional en Europa.

El artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea³ establece que “al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. Más adelante, manifiesta que “la acción de la Unión [...] se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica”.

De manera significativa, el Tratado continúa manifestando que “la Unión fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas”.

¹ Definición de “quiropráctica” según la *World Federation of Chiropractic*, 2001.

² Según la Organización Mundial de la Salud, «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

³ Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (1957). Diario Oficial de la Unión Europea C115/50.

En 2007, la Unión Europea adoptó una amplia estrategia en materia de salud⁴ que fija tres objetivos fundamentales con el fin de cumplir con los principales retos sanitarios en la UE:

1. Promover la buena salud en una Europa que envejece.
2. Proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud.
3. Fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías.

Uno de los aspectos esenciales de la estrategia en materia de salud es crear redes de apoyo para unos sistemas sanitarios dinámicos y sostenibles. Esto requiere acciones para fomentar la salud y prevenir enfermedades a lo largo de la vida.

El estudio de Carga Mundial de Morbilidad de 2010 (CMM 2010)⁵ es el más exhaustivo, hasta el momento, en describir la distribución mundial y las causas de un amplio abanico de enfermedades graves, lesiones y factores de riesgo para la salud. En él, las afecciones musculoesqueléticas se señalan como la segunda gran causa de incapacidad a escala mundial. Afectan a más de 1,7 mil millones de personas en todo el mundo y suponen el cuarto mayor impacto en el conjunto de la salud de la población mundial, considerando tanto la muerte como la incapacidad. La CMM 2010 señaló que el dolor en la región lumbar es la principal causa de incapacidad y que la osteoartritis es una de las dolencias que más rápido aumenta.

Hay un llamamiento mundial que pide cambios en la política para encauzar la creciente morbilidad de las afecciones musculoesqueléticas en general y del dolor en la columna en particular. Considerando el hecho de que la morbilidad ha aumentado más de un 45% en los últimos veinte años, resulta fundamental que las profesiones sanitarias emergentes como la quiropráctica formen parte de la solución de lo que se considera un problema sanitario endémico.

La atención quiropráctica varía de forma considerable en Europa. Mientras que en algunos países la quiropráctica está asentada y el Estado reembolsa los gastos por servicios quiroprácticos a la población, en otros países la quiropráctica es una ciencia marginada, no reconocida ni regulada. Con más de 5.000 quiroprácticos ejerciendo en Europa con criterios educativos reconocidos a escala internacional, la profesión cuenta con la importancia suficiente para contribuir a la salud de los ciudadanos europeos y fomentar su buen estado musculoesquelético.

El presente informe presenta la situación de la quiropráctica en Europa. Está ideado para ser un documento abierto que será actualizado a medida que se introduzcan nuevos avances en política sanitaria, investigación, marcos legislativos y formación quiropráctica.

⁴ Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). COM 2007 630 final, Bruselas. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf.

⁵ Vos T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 2012 December 15; 380 (9859): 2163-2196.

Preámbulo

La quiropráctica está presente en más de noventa países de todo el mundo. Desde sus inicios relativamente antiguos, ha evolucionado como profesión hasta el punto de contar en estos momentos con más de 100.000 quiroprácticos en todo el mundo.

La ECU es una federación constituida por veinte asociaciones nacionales. Como Presidente, me siento orgulloso de encabezar una organización que representa la profesión quiropráctica a escala supranacional y que se compromete a su desarrollo en Europa. La ECU se centra en la legislación, normativa, educación e investigación con el fin de fomentar un acceso seguro y eficaz a los servicios quiroprácticos en Europa.

En mi opinión, todos los ciudadanos europeos deben poder acceder a la quiropráctica independientemente de su capacidad de pago. El auge de esta profesión que apuesta por los altos criterios educativos, la investigación y la atención sanitaria rentable significa que, en una sociedad en la que las afecciones musculoesqueléticas y la incapacidad derivada contribuyen de una forma tan determinante a la morbilidad de la enfermedad, la quiropráctica debería estar incluida en el sistema sanitario de todos los países europeos.

Deseo que el presente documento informe a los legisladores y les ayude a reconocer el modo en que la quiropráctica puede contribuir y contribuye a la salud de los europeos.

A handwritten signature in black ink, reading 'Øystein Ogre' in a cursive script.

Øystein Ogre DC
Presidente de la ECU
Mayo de 2013

European Chiropractor's Union (ECU)

La ECU es una federación constituida por veinte asociaciones nacionales (ver Cuadro 1).

Fue fundada en 1932 por Bélgica, Dinamarca, Reino Unido y Suiza con el fin de fomentar y desarrollar la quiropráctica en Europa así como el bienestar de los quiroprácticos en activo. Actualmente, vela por los intereses de aproximadamente 5.000 quiroprácticos en Europa.

Cuadro 1: Asociaciones nacionales miembros de la ECU.

País	Asociación nacional	País	Asociación nacional
Alemania	Deutsche Chiropraktoren Gesellschaft e.v.	Italia	Associazione Italiana Chiropratici
Bélgica	Belgische Vereniging van Chiropractors Union Belge des Chiropractors	Liechtenstein	Verein Liechtensteiner Chiropraktoren
Chipre	Syndesmos Heiropacton Kyprou	Luxemburgo	Chiroletzebuerg
España	Asociación Española de Quiropráctica	Noruega	Norsk Kiropraktorforening
Finlandia	Suomen Kiropraktikkoliitto r.y.	Países Bajos	Nederlandse Chiropractoren Associatie
Francia	Association Française de Chiropratique	Polonia	Polish Chiropractic Association
Grecia	Hellenic Chiropractors' Association	Reino Unido	British Chiropractic Association
Hungría	Hungarian Chiropractic Association	Suecia	Legitimerade Kiropraktors Riksorganisation
Irlanda	Chiropractic Association of Ireland	Suiza	Chiro Suisse Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft
Islandia	Kírópraktorafélag Íslands	Turquía	Turkish Chiropractic Association

El Consejo General de la ECU está formado por un representante de cada miembro de la Unión y elige un Consejo Ejecutivo que actualmente está formado por un Presidente, dos Vicepresidentes, un Secretario y un Tesorero⁶.

La ECU está registrada en los Países Bajos pero tiene oficinas en Londres, donde cuenta con los servicios de personal de apoyo que administra el trabajo de la ECU y su rama académica: la *European Academy of Chiropractic*.



⁶ La foto corresponde al Consejo Ejecutivo de la ECU de 2012-2013. De izquierda a derecha: Francine Denis (segunda Vicepresidenta); Franz Schmid (primer Vicepresidente); Øystein Ogre (Presidente); Richard Brown (Secretario) y Vasileios Gkolfinopoulos (Tesorero).

Misión

La ECU se estableció con el fin de fomentar el desarrollo de la quiropráctica en Europa así como luchar por sus intereses como ciencia y profesión mediante los proyectos de investigación, la docencia y las publicaciones. Representa la profesión quiropráctica a escala supranacional.

Objetivos

1. Garantizar la legislación en los países europeos que actualmente no cuentan con ella.
2. Armonizar la legislación en Europa de modo que se ajuste y contemple los criterios profesionales y educativos de la ECU.
3. Fomentar la seguridad del paciente así como la calidad y el acceso a la atención sanitaria quiropráctica en Europa.
4. Respaldar el establecimiento de programas educativos universitarios a jornada completa y másteres que se ajusten a los requisitos del *European Council on Chiropractic Education* (ECCE).
5. Representar y defender los principios de la profesión quiropráctica en Europa.
6. Ser el órgano político representativo de la profesión quiropráctica en la Unión Europea.
7. Apoyar y desarrollar un programa de investigación de alta calidad en Europa.

Formación quiropráctica universitaria en Europa

Actualmente, en Europa existen ocho instituciones educativas que imparten estudios quiroprácticos (ver Cuadro 2).

El ECCE⁷ es una organización independiente establecida por la profesión quiropráctica en Europa que confiere acreditación y la renueva a las instituciones que proporcionan formación universitaria teórica y práctica. El principal objetivo del ECCE es garantizar la calidad de la formación quiropráctica universitaria mediante un abanico de criterios educativos. Su actual Presidente es Tim Raven (ver Foto).

El objetivo de los criterios es que las instituciones quiroprácticas (tanto en la universidad pública como en los sectores privados) los utilicen principalmente, pero no sólo, en Europa como parte de la autoevaluación institucional. El ECCE se encarga de la supervisión externa de las instituciones y los comités y órganos internacionales reconocen y acreditan a las instituciones quiroprácticas en todo el mundo.



Cuando una institución ha demostrado atenerse completamente a los criterios y la primera promoción de estudiantes se ha graduado, se la acredita por un máximo de cinco años. Antes de ser completamente acreditada debe solicitar su candidatura de acreditación (el plazo máximo en que una institución puede ostentar la condición de candidata es de cinco años).

El ECCE es, junto con los Consejos de Formación Quiropráctica de Estados Unidos, Canadá y Australasia (CCE), miembro fundador de los *Councils on Chiropractic Education International* (CCEI)⁸. Es la única agencia de calidad externa en materia de formación quiropráctica teórica y práctica en Europa miembro del CCEI y reconocida por la profesión quiropráctica y otros CCE del mundo, además de ajustarse a los criterios internacionales de acreditación quiropráctica.

El ECCE es miembro de la *European Association for Quality Assurance in Higher Education* (ENQA) y se ajusta a los Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior⁹ (ESG).

⁷ *European Council on Chiropractic Education* (ECCE). Disponible en: www.cce-europe.com.

⁸ Los criterios internacionales de acreditación quiropráctica publicados por el CCEI están disponibles en: http://www.cceintl.org/uploads/2010-04-26_CCEI_International_Chiropractic_Accreditation_Standards_vfd_5_09.pdf.

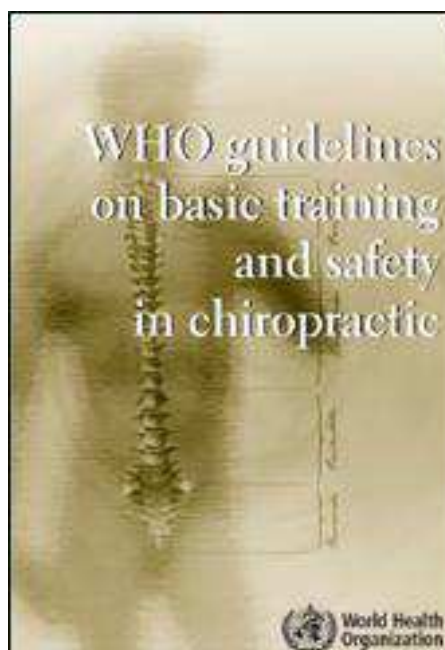
⁹ ENQA. Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (2005), Helsinki. Disponible en: <http://www.enqa.eu/files/ESG%20version%20ESP.pdf>.

Cuadro 2: Instituciones educativas en Europa.

Institución	Ubicación	Página web	Condición ECCE
Anglo-European College of Chiropractic	Bournemouth, UK	www.aecc.ac.uk	Pleno
Barcelona College of Chiropractic	Barcelona, España	www.bccchiropractic.es	Candidato
Institut Franco-Europeen de Chiropractique Francaise	París, Francia	www.ifec.net	Pleno
McTimoney College of Chiropractic	Abingdon, UK	www.mctimoney-college.ac.uk	Candidato
RCU Escorial Maria Cristina	Madrid, España	www.rcumariacristina.com	Pleno
Syddansk Universitet Odense	Odense, Dinamarca	www.sdu.dk	Pleno
Welsh Institute of Chiropractic	Glamorgan, UK	www.glam.ac.uk	Pleno
University of Zurich	Zurich, Suiza	www.balgrist.ch	No

Aunque actualmente Suiza no cuenta con la acreditación ECCE, los estudiantes de quiropráctica se forman con los estudiantes de medicina y cursan un programa de seis años de estudios. Tanto el programa como el título están reconocidos por la *Swiss Federal Law on medical professions* (MedBG).

La OMS ha publicado las “Directrices sobre formación básica e inocuidad en quiropráctica¹⁰”. La primera parte trata sobre los requerimientos básicos de los diferentes programas de formación, diseñado cada uno de ellos para estudiantes en prácticas de diversas ramas educativas como: los médicos que deseen utilizar la quiropráctica, los profesionales sanitarios que no son médicos y los trabajadores de atención primaria. Esta parte ofrece una referencia para asentar diversos programas formativos, especialmente donde no se ha establecido un título educativo oficial. La segunda parte abarca las directrices sobre la inocuidad de la terapia de manipulación vertebral y las contraindicaciones de su uso.



¹⁰ “Directrices sobre formación básica e inocuidad en quiropráctica” publicado por la OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14104s/s14104s.pdf>.

Formación quiropráctica de posgrado en Europa: *European Academy of Chiropractic*



Todos los años la ECU organiza un congreso científico al que acuden delegados de toda Europa y del resto del mundo. Este evento es la fecha más señalada en el calendario académico europeo y reúne a quiroprácticos de las veinte asociaciones nacionales miembros de la ECU.

La ECU promueve activamente en Europa la formación quiropráctica de posgrado con programas educativos para graduados (GEP) y formación continua (CPD) a través de la *European Academy of Chiropractic* (EAC). Su objetivo es brindar a los quiroprácticos la mejor práctica actual estimulando un aprendizaje reflexivo y actuando como canal para la actividad investigadora. De este modo, la EAC contribuye a facilitar unos criterios de atención seguros, óptimos y basados en la evidencia.

La EAC organiza seminarios de posgrado en Europa y un seminario anual sobre GEP.

El Decano de la EAC es Martin Wangler (ver Foto). Dirige un Consejo de Gobierno compuesto por: un Decano, un Secretario de Admisiones, un Director de Asuntos Académicos, un Secretario General, el Presidente del Consejo de Investigación de la ECU, el Coordinador Académico de Congresos de la ECU y el Presidente de la ECU.



Los objetivos de la EAC son los siguientes:

1. Desarrollar competencias profesionales clave mediante un aprendizaje continuo.
2. Proporcionar y coordinar el acceso a fuentes de conocimientos y habilidades de alta calidad.

3. Alentar y apoyar activamente a los quiroprácticos con el fin de que obtengan cualificaciones de posgrado de mayor nivel y asignaciones de becas de la EAC.
4. Facilitar la creación y el desarrollo de GEP en las asociaciones nacionales.
5. Proporcionar una plataforma que reúna a integrantes con diversa experiencia y pericia para permitir el intercambio de las mejores prácticas.
6. Aumentar los criterios de calidad en la profesión y realzar la contribución de la quiropráctica para una sociedad más sana facilitando la colaboración entre las asociaciones nacionales de quiropráctica europeas, instituciones educativas, investigadores y proveedores educativos de posgrado.

La EAC es copropietaria junto con el *Chiropractic and Osteopathic College of Australasia* y el *Royal College of Chiropractors* de la publicación online *Chiropractic and Manual Therapies* (revisada por profesionales del sector).



CHIROPRACTIC & MANUAL
THERAPIES

Esta publicación online de alta calidad tiene como objetivo proporcionar información clínicamente relevante y basada en la evidencia a los quiroprácticos, terapeutas manuales y profesionales sanitarios relacionados. Todos los artículos publicados por *Chiropractic and Manual Therapies* son públicos y se puede acceder a ellos en cualquier momento en cuanto se publican sin tener que registrarse ni pagar una cuota de suscripción.

También existen otras organizaciones educativas de posgrado en Europa, entre las que se encuentran el *Royal College of Chiropractors* (Reino Unido), el *National Institute for Chiropractic and Clinical Biomechanics* (Dinamarca) y la *Swiss Chiropractic Academy* (Suiza).

Estandarización de servicios quiroprácticos

La Norma Europea (EN) es una norma adoptada por una de las tres organizaciones europeas de estandarización oficiales: CEN, CENELEC y ETSI. Se crea por toda parte interesada mediante un proceso abierto, transparente y consensuado.

Las Normas Europeas son uno de los componentes clave del Mercado Único Europeo. Una norma representa un modelo de especificación, una solución técnica por la que un mercado puede comerciar. Codifica las mejores prácticas y la propiedad de la producción.

La quiropráctica fue la primera profesión sanitaria en estar sujeta a una Norma Europea. En 2012, después de tres años de preparación y de consenso de la profesión quiropráctica en Europa, se publicó la Norma sobre servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos. La referencia de dicha norma es EN 16224:2012.



Esta norma CEN es un documento referente. Detalla lo que los pacientes deben esperar de un quiropráctico desde el punto de vista formativo, profesional y ético. De forma más relevante, sirve como guía para aquellos países que buscan un reconocimiento legal así como de plantilla para los legisladores.

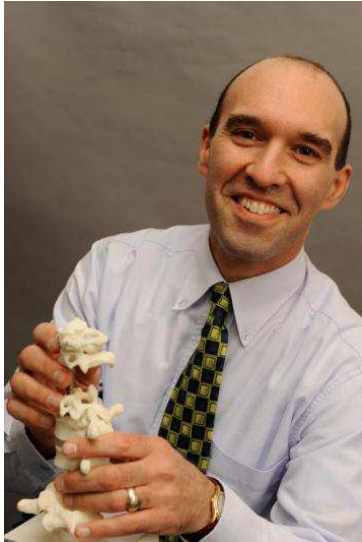
La ECU ha adoptado la Norma CEN sobre servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos y ha incorporado el Código Ético de dicha norma como código propio dedicado a buenas prácticas¹¹.

La ECU anima a las asociaciones nacionales miembros a que adopten oficialmente esta Norma. Esto es de vital importancia para los países que no cuentan con legislación en materia quiropráctica, puesto que la Norma puede ser la guía estándar para los servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos.

¹¹ Código de buenas prácticas de la ECU. Disponible en: <http://www.chiropractic-ecu.org/userfiles/files/ECU%20Documents/Code%20of%20Good%20Practice-ECU.pdf>.

ECU: promoción y apoyo a la investigación

La promoción de la investigación es un objetivo central de la ECU. Una parte de cada cuota per cápita que recibe la destina a financiar la investigación. El Presidente del Consejo de Investigación de la ECU es el médico doctorado en medicina Sidney Rubinstein (ver Foto). Asiste como observador permanente a las reuniones del Consejo General de la ECU y es miembro del Consejo de Gobierno de la EAC.



El objetivo del Consejo de Investigación de la ECU es promover y apoyar la investigación científica, dado que con ello se amplía el conocimiento, el entendimiento y el ejercicio de la quiropráctica. De acuerdo con una directiva ratificada por el Consejo General de la ECU, el Consejo de Investigación de la ECU administra el Fondo de Investigación. Garantiza que las solicitudes para fondos de investigación correctamente presentadas se examinen y contemplen de forma adecuada antes de comunicar formalmente cualquier recomendación al Consejo General de la ECU.

La ECU organiza todos los años en su congreso un Día de los Investigadores. Este evento único reúne a investigadores de quiropráctica de toda Europa para intercambiar ideas sobre proyectos en curso, identificar áreas para futuras investigaciones y compartir las mejores prácticas.

La ECU destina más de 100.000 € anuales a un amplio abanico de proyectos, entre los que se incluyen pruebas llevadas a cabo en varios centros, proyectos de doctorado, revisiones sistemáticas y otras investigaciones innovadoras.

El Cuadro 3 que se muestra a continuación plasma ejemplos de proyectos en curso financiados por el Fondo de Investigación de la ECU:

Cuadro 3: Proyectos financiados actualmente por el Fondo de de Investigación de la ECU.

Título del proyecto	Investigador(es)	Objetivo del estudio
Morfología y cambios osteoartrotríticos relacionados con la edad en la columna cervical.	Uhrenholt L	Investigar las características de las articulaciones facetarias cervicales inferiores en sujetos de 20 a 79 años.
Estudio descriptivo sobre mantenimiento de cuidados quiroprácticos en pacientes con dolor persistente y recurrente en la región lumbar.	Jensen I, Axen I	Describir la trayectoria a largo plazo de los pacientes definidos por quiroprácticos como aptos para cuidados de mantenimiento.
El impacto relativo de factores biopsicosociales como predictores de resultados en pacientes tratados por quiroprácticos por dolor de cuello y lumbar.	Ailliet A	Examinar la contribución relativa del modelo biopsicosocial para predecir resultados negativos en pacientes que reciben cuidados quiroprácticos por dolor de cuello y/o lumbar.
Los efectos de la manipulación en modelos de movimiento intervertebral en la columna cervical y resultados referidos por pacientes.	Breen A, Bolton J, Bronfort G, Branney J	Investigar si la manipulación de la columna puede mejorar o normalizar el movimiento vertebral anormal en pacientes con dolor crónico mecánico del cuello.
Resultados posteriores a tratamiento quiropráctico en pacientes con dolor lumbar con o sin dolor en la pierna o dolor de cuello con o sin dolor en el brazo.	Humphreys K, Peterson C, Muhlemann D, Bolton J	Investigar cómo diferentes subgrupos de pacientes con dolor lumbar o de cuello responden a la quiropráctica en diversos intervalos de tiempo.
Imágenes por resonancia magnética de los pliegues sinoviales de las articulaciones atlantoaxiales laterales tras latigazo cervical.	Webb A, Dareker, Sampson	Determinar si hay cambios considerables en el tamaño y la intensidad de la señal de los pliegues sinoviales de las articulaciones atlantoaxiales laterales en pacientes con síndrome asociado de latigazo cervical comparado con sujetos de control sanos.
Biomecánicas normales de la columna lumbar: estudio cuantitativo de fluoroscopia y electromiografía.	Breen A, du Rose A	Determinar los límites numéricos de referencia normales y la relación entre modelos de movimiento intervertebral, la actividad eléctrica del músculo erector de la columna, edad y grado de degeneración discal en la inclinación lateral de la columna lumbar y si la palpación quiropráctica del movimiento puede detectar variaciones.
Evaluación de costes y resultados en pacientes con dolor lumbar tratados por quiroprácticos y médicos de cabecera en Suiza.	Houweling T, Humphreys K	Investigar los costes, la relación coste/utilidad y los resultados en pacientes con dolor lumbar que reciben tratamiento rutinario del quiropráctico y médico de cabecera.
Hacia la evaluación de la lesión manipulable de la columna: comparativa de la función del cuello en pacientes sin dolor de cuello y aquellos con dolor de cuello antes y después de la manipulación HVLA.	Osborne N, Docherty S	Investigar si existe alguna diferencia en la función entre pacientes con dolor de cuello, antes e inmediatamente después de la manipulación de la columna, y un grupo de control.
Fijación de una agenda de investigación quiropráctica en Europa.	Rubinstein S, Hartvigsen J, Bolton J, Webb A, van Tulder M	Establecer una agenda de investigación para la profesión quiropráctica en Europa mediante un consenso que implique un método Delphi.

En 2012, el Consejo General aprobó una propuesta del Consejo Ejecutivo para financiar la creación de fundaciones nacionales de investigación quiropráctica en forma de subvención inicial. Ya se ha concedido financiación a las asociaciones nacionales quiroprácticas miembros de la ECU de Noruega, Francia, Suecia y Reino Unido. Esto estimulará el desarrollo de la actividad investigadora y ampliará el cuerpo de conocimiento, beneficiando así a los pacientes, la población y la sociedad.

Salud Pública

La ECU se compromete a mejorar la salud pública en Europa. Reconoce que población sana es fundamental para la prosperidad económica de los países (población activa y gasto público). Apoya plenamente el compromiso de la Comisión Europea de invertir en salud para contribuir al objetivo de Europa 2020 por un crecimiento inteligente, sostenible e integrador.

La ECU admite que, en el campo de la salud musculoesquelética, sigue habiendo desigualdades en Europa en lo que respecta al acceso de cuidados efectivos. Las personas pobres y desfavorecidas mueren más jóvenes y acusan más las incapacidades y enfermedades. La ECU se compromete a que la disposición y el acceso a los quiroprácticos se extiendan en los países miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (EEE).

Con un gasto sanitario que supera el crecimiento del PIB, hasta el punto en que se estima que aumentará en un tercio en 2060, resulta fundamental transformar los sistemas sanitarios¹². La ECU sostiene que la profesión quiropráctica debería formar parte de dicha transformación.

Cuenta con un Comité de Salud Pública entregado cuyos términos de referencia son los siguientes:

- a. Ser responsable de avisar al Consejo General sobre asuntos de salud pública relacionados con la quiropráctica en general y con los cuidados de la columna en particular.
- b. Ser responsable de avisar al Consejo General en el modo en que la ECU pueda (i) trabajar en proyectos de salud pública y (ii) forjar alianzas con otras organizaciones para apoyar objetivos comunes de salud.
- c. Ser responsable del desarrollo, del mantenimiento, de la revisión y de la difusión de un kit de herramientas sobre salud pública de la ECU, que resuma un curso estratégico para la implicación activa de la quiropráctica en programas, incluyendo la identificación de prioridades clave de salud pública, oportunidades de apoyo y estrategias operativas para la mejora de la salud.
- d. Colaborar con otros comités de la ECU de forma conveniente para fomentar los objetivos de la ECU.

¹² Brown RA. A health system in transformation: making the case for chiropractic. *Chiropractic and Man Therapies* 2012, 20: 37 doi: 10.1186/2045-709X-20-37.



Baiju Khanchandani (ver Foto) preside, respaldado por miembros del comité de toda Europa, el Comité de Salud Pública de la ECU.

Actualmente hay diversas áreas de interés, entre las que se incluye garantizar que se reconozca a los quiroprácticos en una clasificación europea de profesiones (ESCO).

La ECU es miembro de la *European Public Health Alliance* (EPHA)¹³, la organización no gubernamental (ONG) europea más importante que aboga por una mejor salud. La EPHA es una organización sin ánimo de lucro asentada en Bélgica que alberga ONG de salud pública, grupos de pacientes, profesionales sanitarios y grupos de enfermedades que trabajan para mejorar la salud y fortalecer la voz de la salud pública en Europa.

La EPHA monitoriza el proceso de diseño de políticas en las instituciones de la UE y respalda el flujo de información sobre el fomento de la salud y los avances en la política de salud pública.

La ECU es un órgano asociado a SOLVIT¹⁴, un Departamento de la Comisión Europea. SOLVIT es una red online de solución de problemas en la que los Estados miembros de la UE trabajan de forma conjunta para encontrar soluciones a la mala aplicación del derecho del Mercado interior en la UE y el EEE.

Un ejemplo de una exitosa iniciativa europea sobre salud pública ha sido la campaña *Straighten Up*. Este programa es una audaz y novedosa iniciativa de fomento de la salud diseñada para dotar a cualquier persona de una mejor salud de la columna y una mejor calidad de vida.

Straighten Up consiste en una serie de sencillos ejercicios que requieren dos o tres minutos y que ayudan a mejorar la postura, estabilizar los grupos de músculos del core, mejorar la salud y evitar la incapacidad de la columna. Las personas de cualquier edad que hagan estos ejercicios todos los días pueden contrarrestar la mala postura, desencadenante común del dolor general de espalda.

Los estudios realizados han demostrado que tras adoptar la rutina todos los días durante cinco semanas, la postura de los participantes (tanto adolescentes como octogenarios) mejoró en el 80% de los casos. El 78% afirmó haber fortalecido los músculos del core, mientras que el 80% afirmó que se sentaban y se levantaban más rectos y que sentían su espalda más aliviada.

La ECU ayuda en diversas consultas de salud pública en Europa (resumidas en el Cuadro 4).

¹³ *European Public Health Alliance*. Disponible en: <http://www.ephpa.org>.

¹⁴ SOLVIT. Disponible en: http://ec.europa.eu/solvit/site/about/index_en.htm.

Cuadro 4: Participación de la ECU en consultas de salud pública en Europa.

	Fecha de respuesta
Consulta pública sobre la implementación de redes europeas de referencia en el marco de la Directiva 011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.	2013
Consulta sobre exención de IVA en UE.	2013
Consulta sobre PYME en UE.	2012
Preguntas sobre OMS-Europa Salud 2020.	2012
Libro Verde: Modernizar la Directiva sobre las cualificaciones profesionales.	2011
Consulta sobre IVA en UE.	2011
Reconocimiento en UE de cualificaciones profesionales.	2011
Programa Marco de competitividad e innovación.	2011
Consulta sobre Mercado Único Europeo.	2011
Libro Verde sobre el personal sanitario europeo.	2009
Consulta sobre retos futuros DG-SANCO en UE.	2008
Respuesta del portal de Salud de UE.	2007
Libro Blanco sobre el deporte. Respuesta a encuesta en UE.	2007
Encuesta sobre telemedicina en UE.	2007
Encuesta sobre acción comunitaria en UE.	2007

Situación legislativa y normativa de la quiropráctica en Europa

Existe una variación sustancial en la situación legislativa y normativa de la quiropráctica en Europa. Esta desigualdad crea conflictos tanto a los pacientes como a los quiroprácticos en activo.

El Cuadro 5 muestra la situación actual de la quiropráctica en Europa¹⁵ y la Imagen I expone la situación desde una perspectiva geográfica.

Lo que resalta de ello es que es legal practicar quiropráctica en muchos países miembros de la UE, tanto conforme a la legislación específica como a la legislación general. En los países que cuentan con legislación concreta, hay un registro legal y el título queda protegido. Gracias a ello, los pacientes están respaldados y se garantiza al resto de la población que quienes cuentan con el título de quiropráctico cumplen con unos criterios de competencia y formación.

Uno de los objetivos principales de la ECU es promover la regulación legal de los quiroprácticos en Europa. El exitoso desenlace de la Norma CEN sobre servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos establece una plantilla para aquellos países que se quieren dotar de una legislación.

El hecho de que instituciones educativas acreditadas por el ECCE (miembro asimismo de la ENQA¹⁶), impartan másteres debería garantizar a los representantes del gobierno que la quiropráctica, como profesión sanitaria distinta, goza de alta calidad y de una estructura definida.

Los ciudadanos europeos que busquen en la quiropráctica cuidados efectivos musculoesqueléticos tienen derecho a ser amparados por una legislación oficial. Dicha legislación debe estipular el establecimiento de un registro; proteger el título; ajustarse a los procedimientos del ejercicio de la profesión, a los criterios educativos y a los de conducta y competencia.

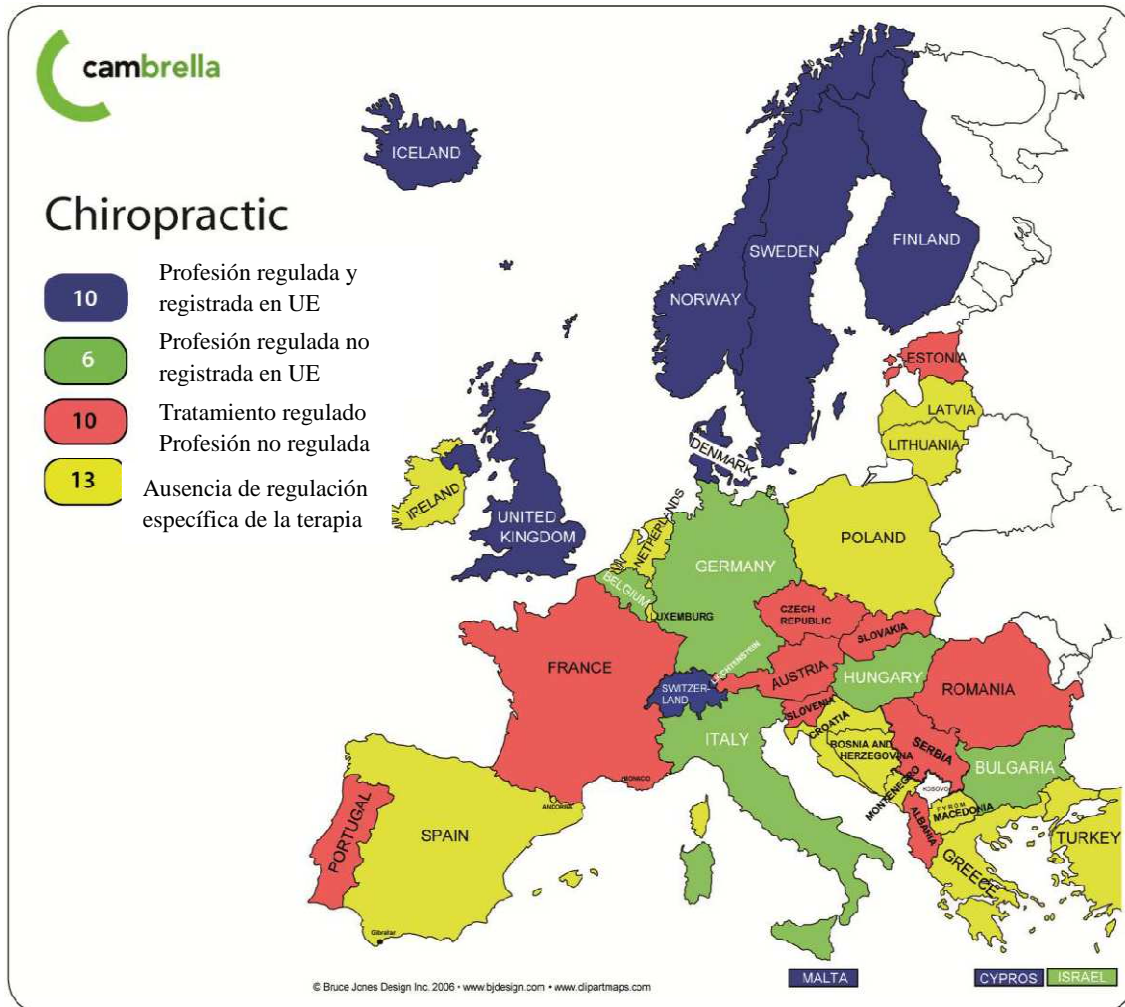
¹⁵ Fuente: Federación Mundial de Quiropráctica. Disponible en: <http://www.wfc.org>.

¹⁶ La ENQA difunde información, experiencias y buenas prácticas en el campo del control de calidad en la educación superior a las agencias europeas de control de calidad, autoridades públicas e instituciones de educación superior. Disponible en: <http://www.enqa.eu>.

Cuadro 5: Situación legal de los países miembros europeos.

País (*denota miembro ECU) (^denota miembro UE)	Legal conforme a la legislación que acepta y regula la práctica quiropráctica	Legal conforme a la ley general	Situación legal difusa pero con reconocimiento de facto	Situación legal difusa y expuesta a juicio
Alemania*^		✓		
Austria^				✓
Bélgica*^	✓			
Bulgaria^				
Chipre*^	✓			
Croacia		✓		
Dinamarca^	✓			
Eslovaquia^		✓		
Eslovenia^				
España*^			✓	
Estonia^		✓		
Finlandia*^	✓			
Francia*^	✓			
Grecia*^			✓	
Hungría*^				✓
Irlanda*^		✓		
Islandia*	✓			
Italia*^	✓			
Letonia^				
Liechtenstein	✓			
Lituania^				
Luxemburgo^		✓		
Malta^	✓			
Noruega	✓			
Países Bajos^		✓		
Polonia*^		✓		
Portugal^	✓			
Reino Unido*^	✓			
República Checa^				
Rumanía^			✓	
Rusia		✓		
Serbia	✓			
Suecia*^	✓			
Suiza*	✓			
Turquía*			✓	

Imagen I: Reconocimiento de la quiropráctica en Europa.



Profesión regulada y registrada en UE (10)	Profesión regulada no registrada en UE (6)	Tratamiento regulado Profesión no regulada (10)	Ausencia de regulación (13)
Chipre	Alemania	Albania	Bosnia y Herzegovina
Dinamarca	Bélgica	Austria	Croacia
Finlandia	Bulgaria	Eslovaquia	España
Islandia	Hungría	Eslovenia	Grecia
Liechtenstein	Israel	Estonia	Irlanda
Malta	Italia	Francia	Letonia
Noruega		Portugal	Lituania
Reino Unido		República Checa	Luxemburgo
Suecia		Rumanía	Macedonia
Suiza		Serbia	Montenegro
			Países Bajos
			Polonia
			Turquía

Situación de los miembros de la ECU

Alemania

Asociación Nacional

Deutsche Chiropraktoren Gesellschaft
Katharinenstrasse 15
04109 Leipzig, Alemania
www.chiropraktik.de

Presidente

Timo Kaschel
info@chiropractic-leipzig.de

Datos demográficos

Población: 81.147.265
Nº de quiroprácticos: 106
Ratio: 1 por cada 765.540 habitantes

Historia y situación legal

Los primeros quiroprácticos en Alemania surgieron en la década de 1920. Los intentos iniciales de establecer una institución educativa para quiroprácticos no dieron sus frutos y, por tanto, las técnicas se compartían con médicos interesados en la medicina manual.

En 1978, los quiroprácticos de Alemania se reunieron en Hamburgo y, con la ayuda de Arne Christensen (quien era por entonces la Presidenta de la ECU), se fundó la Asociación Alemana de Quiroprácticos en 1980.

Existen dos leyes en Alemania que regulan el registro y la autorización de los profesionales de atención primaria de salud: una para los médicos convencionales y otra para los médicos no expertos (*Heilpraktiker*).

En 2003, la Asamblea Médica Alemana (*German Ärztetag*) añadió el término “Quiropráctica” al de “Medicina Manual” y lanzó un programa formativo (*Muster-Kursbuch – Manuelle Medizin/chirotherapie*) para médicos. En Alemania, los médicos utilizan los términos “medicina manual” y “quiropráctica” indistintamente.

Existe una segunda ley (*Gesetz zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung*, también conocida como *Heilpraktikergesetz*¹⁷) que regula el ejercicio de los quiroprácticos con formación de primer grado. Los programas de estudio de quiropráctica acreditados por el ECCE/CCEI no están reconocidos en Alemania y, por tanto, los quiroprácticos ejercen bajo el amparo de esta ley.

¹⁷ Se puede consultar la traducción al inglés de la *Heilpraktikergesetz* en:
http://translate.google.co.uk/translate?hl=en&sl=de&u=http://www.paracelsus.de/recht/pruef_hpg.html&prev=/search%3Fq%3DHeilpraktikergesetz%26hl%3Den%26biw%3D1024%26bih%3D642&sa=X&ei=N-JWUcCijYTjOvmOgYAM&ved=0CFIQ7gEwBA.

Esta situación hace que en Alemania se dé la situación más confusa, al coexistir tres títulos:

1. Quiropráctico (profesional que cuenta principalmente con un título en quiropráctica);
2. *Chirotherapeut* (profesional que se ha formado como médico y ha cursado además programas de estudio en métodos de tratamiento manual);
3. *Chiropracktiker* (profesionales sanitarios que no son médicos y con formación limitada en técnicas de tratamiento manual).

Bélgica

Asociación Nacional

Belgische Vereniging van Chiropractors / Union Belge des Chiropractors
Rugcentrum Gent
De Pintelaan 262
9000 Gante, Bélgica
<http://www.chiropraxie.org>

Presidente

Thyl Duhaméeuw
thyl.duhaméeuw@gmail.com

Datos demográficos

Población: 10.444.268
Nº de quiroprácticos: 105
Ratio: 1 por cada 99.469 habitantes

Historia y situación legal

Los primeros quiroprácticos en Bélgica comenzaron a ejercer en la década de 1920 y crearon una publicación, *The Belgian Chiropractor*, que se divulgó por Europa. Bélgica fue determinante para la formación de la ECU en 1932, fecha en la que también fundó su asociación nacional.

A pesar de la oposición de los médicos, la Unión Belga de Quiroprácticos consiguió obtener un marco legal en 1999. En este mismo año, se estableció la Cámara de Quiropráctica respaldada por la *Colla's Law*¹⁸ que reconocía lo que se consideraban las cuatro principales profesiones sanitarias complementarias.

El 12 de septiembre de 2011, el Parlamento belga aprobó un Real Decreto para reconocer la Cámara de Quiropráctica. También se reconoció una Comisión Paritaria en

¹⁸ La *Colla's Law* recibe este nombre de Marcel Colla, quien era entonces Ministro de Sanidad.

el Real Decreto de 27 de marzo de 2012 cuyas recomendaciones son aprobadas por la Cámara para ser aprobadas a su vez por el Ministro de Sanidad.

Varios Decretos Reales relacionados con la práctica legal de la quiropráctica (registro, criterios mínimos de formación, directrices del ejercicio, código ético) están pendientes de ser aprobados por el Ministerio y llegarán a su debido tiempo.

Chipre

Asociación Nacional

Syndesmos Heiropacton Kyprou
11 Rodou,
Apt. 302 1086
Nicosia, Chipre
www.cypruschiropractic.org

Presidente

Stathis Papadopoulos
epeco@spidernet.com.cy

Datos demográficos

Población: 838.897
Nº de quiroprácticos: 13
Ratio: 1 por cada 64.531 habitantes

Historia y situación legal

La quiropráctica en Chipre se estableció en 1967 gracias a Dinos Ramon, graduado por la *Palmer College of Chiropractic*. La Asociación Chipriota de Quiropráctica se fundó en 1984.

Como resultado del juicio, resuelto de forma satisfactoria, contra Phylactis Ierides (actual Vicepresidente de la Asociación Chipriota de Quiropráctica) por ejercer medicina sin licencia comenzaron iniciativas para obtener reconocimiento legal.

A pesar de sólo haber tres quiroprácticos en la época en que se comenzó a presionar para conseguir una legislación, en 1991 Chipre se dotó de una ley al aprobarse el *Chiropractor's Registration Bill*.

Para ejercer de forma legal en Chipre, los quiroprácticos deben contar con un título reconocido. Allí se considera delito ejercer esta disciplina sin estar registrado.

Recientemente se ha modificado la ley de 1991 con la *Chiropractic (Amendment) Law (62) (12)* que entró en vigor el 23 de octubre de 2012.

La *Chiropractic (Amendment) Law* establece un marco normativo que desarrolla la ley de 1991. Dicho marco comprende los siguientes elementos:

1. Un órgano normativo legal, denominado Consejo de Quiropráctica, compuesto por cinco miembros: tres quiroprácticos registrados y dos representantes ministeriales (uno de los cuales debe ser del Ministerio de Sanidad). Los miembros del Consejo de Quiropráctica deben ser designados por el Consejo de Ministros.
2. Protección del Título, penalizando el uso ilegal con 1.000 € de multa y/o hasta seis meses de cárcel.
3. Archivo obligatorio de los expedientes de los pacientes redactados en uno de los dos idiomas oficiales de la República de Chipre (griego o turco).
4. Ajuste a los procedimientos del ejercicio de la profesión. La ley contempla un Consejo Disciplinario compuesto por dos miembros no expertos elegidos por el Fiscal General y tres miembros quiroprácticos elegidos por la asociación nacional de quiropráctica.
5. Afiliación obligatoria a la Asociación Chipriota de Quiropráctica. La ley sólo permite una asociación nacional de quiropráctica.

La *Cyprus Organisation for Standardisation* (CYS) ha adoptado la versión inglesa de la Norma CEN sobre servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos (EN 16224) aprobada el 10 de mayo de 2012.

España

Asociación Nacional

Asociación Española de Quiropráctica
Marqués de Cubas 25, 3º ext. izq., of. 28014
Madrid, España
www.quiropractica-aeq.com

Presidente

Carlos Gevers Montoro
carlosgevers@hotmail.com

Datos demográficos

Población: 47.370.542
Nº de quiroprácticos: 218
Ratio: 1 por cada 201.577 habitantes

Historia y situación legal

El primer quiropráctico llegó a España en la década de 1920 y hasta la década de 1950 no comenzó a ejercer el segundo quiropráctico en Barcelona. La Asociación Española de Quiropráctica (AEQ) se fundó en 1986 y se adhirió a la ECU ese mismo año. Desde entonces, el número de quiroprácticos que ejerce en España ha aumentado de forma considerable.

En España no existe una legislación específica que regule el ejercicio de la quiropráctica pero cuenta con un reconocimiento *de facto*. La quiropráctica ha sido objeto de quejas por parte de las profesiones sanitarias reguladas, en concreto por la fisioterapia, que ha intentado incluir la quiropráctica en su ámbito de actuación.

El Ejecutivo de la AEQ entró en negociaciones con el Ministerio de Sanidad y, en septiembre de 2010, se dieron los primeros pasos para el reconocimiento legal.

Existen dos instituciones educativas que imparten quiropráctica: la primera es el Real Centro Universitario María Cristina cuya primera promoción se graduó en 2012. Este Centro fue la primera institución quiropráctica en España en obtener la acreditación del ECCE. La segunda es el *Barcelona Chiropractic College*, candidata del ECCE, cuyos alumnos del programa Máster se graduarán en 2014.

Finlandia

Asociación Nacional

Suomen Kiropraktikkoliitto
Mannerheimintie 57 A 2
00250 Helsinki, Finlandia
www.kiiropraktiikka.org

Presidente

Roope Rinta-Seppälä
roope@kiirocenter.fi

Datos demográficos

Población: 5.266.114
Nº de quiroprácticos: 48
Ratio: 1 por cada 109.711 habitantes

Historia y situación legal

El primer quiropráctico en Finlandia empezó a ejercer a finales de la década de 1920, pero hasta 1977 no se estableció la Unión Finlandesa de Quiroprácticos.

Aunque la quiropráctica en Finlandia estaba amparada por el acuerdo nórdico, que entró en vigor en la década de 1980, no quedó formalmente sujeta a una regulación legal hasta

1994. Si bien el título de quiropráctico no está protegido, los quiroprácticos cualificados pueden exigir el IVA en sus servicios.

La OMS indica lo siguiente en lo que respecta al marco normativo en Finlandia¹⁹:

“La Ley 559/1994 de 28 de junio (176) regula la autorización de los médicos. En el artículo 4, queda garantizado el derecho de ejercer como doctor independiente en medicina alopática a aquellos profesionales que hayan completado la formación médica básica y que cuenten con formación adicional en atención primaria de salud o formación específica en alguna especialidad médica alopática. Los proveedores médicos alopáticos profesionales que cumplan las condiciones requeridas tienen ciertos derechos, incluido el de utilizar un título profesional protegido.

Tan sólo los doctores alopáticos y, por el Decreto 564/1994 (172), los quiroprácticos, naprápatas y osteópatas quedan reconocidos como profesionales sanitarios y autorizados para ejercer la medicina (especialmente, en lo que respecta al diagnóstico de pacientes y cobro de honorarios). No obstante, de acuerdo con la ley 559, otros médicos pueden tratar a pacientes si no ejercen en los servicios públicos y no simulan ser profesionales de atención sanitaria. Por consiguiente, tan sólo los doctores alopáticos y quiroprácticos, naprápatas y osteópatas registrados están bajo la supervisión de las autoridades médicas en el ejercicio de la medicina complementaria/alternativa. Otros médicos no están supervisados ni su autorización está regulada.

Mientras que cualquiera puede utilizar un título no cualificado, como “Quiropráctico”, con la ley 559 sólo los quiroprácticos, naprápatas y osteópatas registrados pueden presentarse con el término “Cualificado”. Dicha ley también confiere protección al título de los médicos alopáticos. Los artículos 34 y 35 se refieren a la práctica ilegal de la medicina, penada con una multa o con hasta seis meses de cárcel, aunque la acusación es excepcional. El objetivo de estos artículos es proteger a los pacientes y profesionales médicos que trabajen en los servicios públicos.”

Francia

Asociación Nacional

Association Française de Chiropratique

76 Avenue des Champs Elysées

75008 París, Francia

www.chiropratique.org

Presidente

Philippe Fleuriau

president@chiropratique.org

¹⁹ OMS. *Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review*. 2001. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/7.4.html>.

Datos demográficos

Población: 65.951.611

Nº de quiroprácticos: 412

Ratio: 1 por cada 160.077 habitantes

Historia y situación legal

Los primeros quiroprácticos empezaron a ejercer en Francia a principios de la década de 1920.

La quiropráctica está legalmente reconocida conforme al artículo 75 de una ley de 2002 denominada *Droits des Malades*²⁰.

Dos Decretos Ministeriales regulan la profesión en Francia:

- Nº 2011-32 de 7 de enero de 2011 (actos y condiciones de ejercicio de la quiropráctica).
- Nº 2011-1127 de 20 de septiembre de 2011 (formación y acreditación institucional).

La ley garantiza el derecho a profesionales de atención sanitaria (médicos, matronas, fisioterapeutas, enfermeras) y a profesionales no sanitarios de utilizar el título de *chiropracteur* en condiciones específicas. El título está protegido y otorga el derecho a tratar a pacientes sin que tengan que haber sido derivados por el médico.

Un quiropráctico tiene más derechos y un mayor ámbito de actuación que un masajista (*masseur kinésithérapeute*). Mediante esta ley, los quiroprácticos pueden realizar técnicas de manipulación médicas, diagnósticos diferenciales y determinar si aceptan o no tratar a un paciente.

En septiembre de 2011, se presentó un nuevo proyecto de ley del Parlamento sobre quiropráctica y osteopatía con el fin de establecer un Consejo Superior de Quiropráctica y Osteopatía. Gracias a este proyecto de ley, títulos médicos y másteres adicionales en quiropráctica y osteopatía permitirán a los estudiantes ejercer estas profesiones de forma diferenciada.

Grecia

Asociación Nacional

Hellenic Chiropractors' Association

106 Iroon Polytehneiou St

Halandri, 15231

Atenas, Grecia

www.chiropractic.gr

²⁰ Droits des Malades (2002): Disponible en: www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/index.shtml.

Presidente

Vasileios Gkolfinopoulos
treasurer@ecunion.eu

Datos demográficos

Población: 10.772.967
Nº de quiroprácticos: 21
Ratio: 1 por cada 512.998 habitantes

Historia y situación legal

Los quiroprácticos surgieron en Grecia en 1924. La primera asociación que los representó en este país fue la Asociación Griega de Médicos Quiroprácticos, Naturópatas y Osteópatas fundada en 1977.

En 1988, el Ministerio de Sanidad denegó la licencia a dos quiroprácticos para ejercer esta disciplina en un contexto de ausencia de legislación oficial. Sin embargo, esta decisión fue anulada por el Tribunal Supremo de Apelación alegando que el ejercicio de la quiropráctica no se consideraba médico y, por tanto, era legal. Al emitir esta resolución, el Tribunal Supremo instó al Ministerio para que introdujera una ley pertinente. En un segundo caso, se acusó a quiroprácticos de ejercer medicina sin licencia y se resolvió con un veredicto de no culpabilidad. No obstante, según la ley griega, los quiroprácticos, como profesionales no médicos, siguen sin estar autorizados para diagnosticar y tratar enfermedades. En 1994, se fundó La Asociación Griega de Quiroprácticos como organización independiente.

Actualmente, Grecia no cuenta con una legislación específica destinada al ejercicio de la quiropráctica y los quiroprácticos ejercen como profesionales sanitarios no médicos. Se han iniciado negociaciones con el Ministerio de Sanidad y la propuesta sobre el reconocimiento oficial está en curso.

Hungría

Asociación Nacional

Hungarian Chiropractic Association
1024 Budapest
Kis Rokus u. 17-19
Hungría
www.kiropraktika.hu

Presidente

Zsolt Kálbori
dr.kalbori@t-online.hu

Datos demográficos

Población: 9.939.470

Nº de quiroprácticos: 6

Ratio: 1 por cada 1.656.578 habitantes

Historia y situación legal

En Hungría la quiropráctica está reconocida pero no regulada.

Aunque los médicos alopáticos son quienes utilizan más frecuentemente la medicina complementaria/alternativa, los médicos y profesionales no alopáticos pueden administrar tratamientos complementarios/alternativos específicos. En febrero de 1997, el poder legislativo húngaro aprobó dos amplios documentos legislativos sobre medicina natural: el Decreto de Gobierno 40/1997 (IV 5) Korm. r. sobre medicina natural y el Decreto del Ministro de Asuntos Sociales 11/1997 (V 28) sobre algunos aspectos del ejercicio de la medicina natural. Estos dos decretos, que entraron en vigor el 1 de julio de 1997, incluyen de forma clara y oficial a los médicos alopáticos y no alopáticos que ejercen la medicina complementaria/alternativa en el sistema nacional de salud.

Los Decretos describen reglas precisas sobre el currículo de la formación médica complementaria/alternativa y su ejercicio. Cada disciplina complementaria/alternativa cuenta con sus propios requisitos formativos y exámenes oficiales. Dentro de un marco legal, los médicos no alopáticos pueden utilizar la medicina complementaria/alternativa una vez hayan aprobado el examen.

Los artículos 1 a 7 de los Decretos regulan las condiciones para ejercer la medicina complementaria/alternativa. Los anexos 1 a 4 enumeran los requisitos específicos de cada tipo de medicina complementaria/alternativa.

El artículo 1 establece tres categorías de profesionales médicos autorizados: médicos alopáticos, profesionales con una cualificación médica superior no académica y otros profesionales no alopáticos. Los médicos naturistas son profesionales autorizados que han aprobado los exámenes establecidos y están autorizados a utilizar la medicina complementaria/alternativa.

El artículo 1 también enuncia restricciones en el uso de la medicina complementaria/alternativa. Los médicos alopáticos y los profesionales con una cualificación médica superior no académica pueden utilizar terapias manuales. Los profesionales que no cuenten con una cualificación sanitaria superior pueden hacer masajes terapéuticos, utilizar digitopuntura, reflexoterapia, bioenergía, fitoterapia, auriculoterapia y asesorar sobre el estilo de vida.

El artículo 2 aclara el marco legal en el que los doctores naturistas pueden ejercer. El párrafo 1 del artículo 2 establece que los médicos alopáticos son responsables del diagnóstico, planificación de la terapia y seguimiento del paciente. Otros profesionales con la cualificación necesaria pueden prestar cuidados a un paciente si este lo solicita o si es derivado por un médico alopático. Los doctores naturistas que no son médicos alopáticos pueden ejercer bajo la supervisión de un médico alopático o, de forma más autónoma, prestar cuidados una vez que el médico alopático haya hecho un diagnóstico.

El hecho de que un paciente consulte a un médico alopático no contradice la decisión de buscar un tratamiento de un doctor naturista.

En el artículo 3, los doctores naturistas deben respetar las mismas directrices que cualquier otro profesional sanitario, como por ejemplo: respetar las obligaciones, obedecer las reglas éticas y guardar los expedientes de los pacientes.

En el artículo 5 se reconoce la responsabilidad del Instituto de Salud, autorizado por el Ministerio de Asuntos Sociales, de regular la formación y los exámenes de los doctores naturistas.

El artículo 7 establece que los médicos alopáticos con un título académico en medicina pueden solicitar una licencia para ejercer como doctores naturistas sin tener que hacer otro examen. También pueden usar la denominación “Doctor Naturista”, pero para utilizar el título de especialista en terapias concretas deben hacer el examen. Los médicos alopáticos son los únicos profesionales que no tienen que hacer los exámenes para ejercer la medicina complementaria/alternativa. Una comisión especial registra y supervisa a los doctores naturistas.

El anexo 1 contiene una lista completa de tratamientos complementarios/alternativos autorizados así como de los profesionales sanitarios que pueden utilizarlos.

El anexo 2 resume la información que los doctores naturistas deben guardar, como el historial de los pacientes y una descripción del tratamiento que están recibiendo.

La quiropráctica está regulada pero no definida por la ley. El Ministerio de Educación reconoce el título de Doctor en Quiropráctica (65).

Ha habido casos, el más reciente en 2012, de quiroprácticos denunciados en Hungría por ejercer medicina sin licencia.

No se conoce ninguna propuesta para regular de forma legal la quiropráctica como profesión independiente.

Irlanda

Asociación Nacional

Chiropractic Association of Ireland

Penrose Wharf

Penrose Quay

Cork, Irlanda

www.chiropractic.ie

Presidente

Siobhán Guiry

chiropractor@haughtonhouse.com

president@chiropractic.ie

Datos demográficos

Población: 4.775.982

Nº de quiroprácticos: 110

Ratio: 1 por cada 43.418 habitantes

Historia y situación legal

El primer quiropráctico llegó a Irlanda en la década de 1920. Entre 1920 y 1960 la historia de la quiropráctica es difusa y las cifras parecen mermar.

En la década de 1970, aún había menos de 10 quiroprácticos ejerciendo en Irlanda pero la cifra aumentaba constantemente. La Asociación Irlandesa de Quiropráctica se fundó en 1985 y en 1988 fue admitida en la ECU. La afiliación requiere a los miembros de la CAI que sólo acepten a los quiroprácticos graduados en las instituciones acreditadas por el CCE/CCEI.

Actualmente no hay legislación que ampare el ejercicio de la quiropráctica. Los quiroprácticos ejercen como profesionales sanitarios amparados por la *Common Law*. Se han iniciado negociaciones con el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales para garantizar autoridad a los quiroprácticos para derivar al diagnóstico por imagen.

Los quiroprácticos en este país pueden tener y utilizar su propio equipo de rayos X.

Islandia

Asociación Nacional

Kírópraktorafélag Íslands

Sogavegur 69

Reykjavík 108,

Islandia

Presidente

Bergur Konráðsson

bergur@kiro.is

Datos demográficos

Población: 315.281

Nº de quiroprácticos: 8

Ratio: 1 por cada 39.410 habitantes

Historia y situación legal

Los primeros quiroprácticos comenzaron a ejercer en Islandia en la década de 1970. En la década de 1990 se realizaron mayores avances y en 2001 la Asociación Islandesa de Quiropráctica se convirtió en miembro de la ECU.

Los quiroprácticos islandeses participaron en la fundación del *Nordic Institute for Chiropractic and Clinical Biomechanics* y están representados en su Junta.

Desde la década de 1990, varios sindicatos de trabajadores han reconocido la quiropráctica y, en 2000, la Federación de Empleados Estatales y Municipales decidió reembolsar los gastos quiroprácticos a sus miembros.

El gobierno islandés concede licencias a los quiroprácticos que deseen ejercer en Islandia. Los quiroprácticos se rigen por la ley general sobre profesionales sanitarios²¹ que contempla una regulación específica para la quiropráctica.

En enero de 2013²² entró en vigor una regulación revisada y mejorada. Se están llevando a cabo negociaciones con el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales para garantizar autoridad a los quiroprácticos para derivar y utilizar equipos de rayos X y solicitar escáners avanzados.

Italia

Asociación Nacional

Associazione Italiana Chiropratici

Via Brigata Liguria 1/20

Génova 16121

Italia

www.chiropratica.it

Presidente

John Williams

president.italy@fastnet.it

Datos demográficos

Población: 61.482.297

Nº de quiroprácticos: 400 (de los cuales 230 son miembros de la AIC)

Ratio: 1 por cada 153.705 habitantes

Historia y situación legal

Aunque los primeros quiroprácticos empezaron a ejercer en Italia en la década de 1920, la Asociación Italiana de Quiroprácticos no se formó hasta 1974, año en el que este país se unió a la ECU.

En 1980, el Ministerio de Sanidad organizó una comisión para examinar la quiropráctica y concluyó que era segura y efectiva. Aconsejó que se aceptara la quiropráctica como actividad sanitaria legítima. Como ocurrió en otros países europeos, los médicos se opusieron a esta ciencia alegando que los quiroprácticos ejercían la medicina sin licencia. A pesar de esta oposición, en 1998 el Tribunal Constitucional

²¹ *Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 (samþykkt á Alþingi 2. maí 2012).*

²² *Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur hnykkja (kírópraktora) og skilyrði til að hljóta starfsleyfi nr. 1087/2012.* Disponible en islandés en: <http://stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=2c03bb4c-3248-4edd-8198-00b04e8294ab>.

sentenció que la quiropráctica es una profesión independiente y que no se puede considerar que los quiroprácticos ejerzan la medicina sin licencia hasta que el Parlamento regule la profesión.

Tras unas encuestas realizadas que mostraron que más de nueve millones de italianos utilizaban la medicina alternativa, en 2002 la *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* (FNOMCeO) y varias resoluciones de los tribunales italianos declararon que el ejercicio de la quiropráctica era responsabilidad de los doctores en medicina.

El Ministerio italiano de Trabajo, Sanidad y Política Social ha elaborado una disposición oficial para abrir un Registro legal de Doctores en Quiropráctica (ley nº 244/2007, artículo 2, apartado 355) pero aún no ha sido posible.

Las directrices de la FNOMCeO de 2002 fueron sustituidas en 2009 por directrices revisadas, sin valor legal ni normativo, que excluían la quiropráctica y la osteopatía de la lista de profesiones al considerarlas actos médicos.

En Italia, las resoluciones de los tribunales sobre quiropráctica han sido ambiguas. Aunque algunas resoluciones establecen una distinción clara entre un acto médico y una intervención quiropráctica, no dictaminan que un título en quiropráctica reconocido internacionalmente deba ser un prerrequisito para ejercer la quiropráctica en Italia. Esto no es posible hasta que no se regule la quiropráctica y se abra un Registro de Quiroprácticos, pero todos los candidatos no europeos que busquen un permiso de trabajo están obligados a tener un título de una institución acreditada.

La traducción del primer párrafo de las directrices para la formación en medicina y el ejercicio de la medicina no convencional (12 diciembre de 2009) diría lo siguiente:

“La ley nº 244 de 2007, artículo 2, apartado 355 ha definido al quiropráctico como aquel profesional que cuenta con un *Laurea Magistrale* (diploma de cinco años de estudio) en Doctor en Quiropráctica que le cualifica como profesional independiente de atención primaria. El Registro de Quiroprácticos, regido por el Ministerio de Sanidad está aún en fase de desarrollo y no está operativo.”

Liechtenstein

Asociación Nacional

Verein Liechtensteiner Chiropraktoren
Eschenerstrasse 9
9494 Schaan
Liechtenstein

Presidente

Christopher Mikus
cmikusdc@powersurf.li

Datos demográficos

Población: 37.009

Nº de quiroprácticos: 5 (de los cuales 4 son miembros de la VLC)

Ratio: 1 por cada 7.402 habitantes

Historia y situación legal

La primera consulta quiropráctica en Liechtenstein se abrió en 1984. La legislación existente (conocida como *Sanitaetsgesetz*) regulaba tanto las salidas educativas como del campo profesional. En 1985, las compañías de seguros aceptaron la quiropráctica a efectos de reembolso.

La asociación nacional se fundó en 1995 y en 1998 Liechtenstein fue aceptado como miembro pleno de la ECU.

La regulación nacional de quiroprácticos vino a continuación de la ley sanitaria de 2007 (art.6, 1c y E art. 27a, b). De acuerdo con la *Gesundheitsgesetz Art. 7 ff sowie Gesundheitsverordnung Art. 29 bis 31*, los requisitos educativos para los quiroprácticos que ejercieran en Liechtenstein eran:

- a) Un diploma que acreditara haber superado los programas educativos de quiropráctica impartidos en Suiza; o
- b) Un diploma externo de la lista de programas educativos internacionales aprobados (*gemäss der nach Art. 33 des schweizerischen Medizinalberufegesetzes durch Verordnung des Departements des Inneren (EDI)*) y al menos dos años de supervisión de un quiropráctico.

Así pues, la ley (*Chiropraktoren*, ley sanitaria E art. 27) reconoce que un quiropráctico está legalmente capacitado para derivar a pacientes a fisioterapia, expedir bajas y solicitar radiografías y escáneres avanzados. De acuerdo con legislación adicional aprobada en 2004, los quiroprácticos gozan del mismo estatus legal que otros profesionales sanitarios regulados. Esta sección de la ley está cubierta por otra sección diferente de la ley (artículos 27 y 28 de *Gesundheitsgesetz*²³).

La referencia legislativa para la quiropráctica en Liechtenstein es: *Art. 6 Abs. 1 lit. c Gesundheitsgesetz, LGBl. 2008 Nr. 30 iVm. Art. 29 ff Gesundheitsverordnung, LGBl. 2008 Nr. 39.*

²³ La versión alemana está disponible en: <https://www.gesetze.li/DisplayLGBL.jsp?Jahr=2008&Nr=300>. Próximamente se espera una traducción al inglés.

Luxemburgo

Asociación Nacional

Chiroletzebuerg
239 Val des Bon Malades,
L-2121 Kirchberg
Luxembourg
<http://www.chiro.lu>

Presidente

Scott Oliver
scott@luxchiro.com

Datos demográficos

Población: 514.862
Nº de quiroprácticos: 5
Ratio: 1 por cada 171.621 habitantes

Historia y situación legal

Debido a que la legislación prohibía el diagnóstico y tratamiento de enfermedades a todo aquel que no fuera médico, anteriormente los pacientes que buscaban un tratamiento quiropráctico tenían que desplazarse a los países vecinos. No obstante, conforme a una decisión favorable emitida en 2004, la quiropráctica ha sido reconocida como profesión aunque hay cambios oficiales en la ley que aún deben ser aprobados. En 2005, la Asociación Luxemburguesa de Quiropráctica se unió a la ECU.

Así pues, no hay ninguna legislación que ampare el ejercicio de la quiropráctica en Luxemburgo, aunque los quiroprácticos ejercen libremente como profesionales sanitarios. Se ha iniciado una negociación con el Ministerio de Sanidad para que se reconozca legalmente.

Noruega

Asociación Nacional

Norsk Kiropraktorforening
Storgata 10A
0155 Oslo
Noruega
www.kiropraktikk.no

Presidente

Jakob Lothe
jaklothe@online.no

Datos demográficos

Población: 5.033.675

Nº de quiroprácticos: 620

Ratio: 1 por cada 8.118 habitantes

Historia y situación legal

Existen fuentes que avalan que la quiropráctica ha existido en Noruega desde 1906. A mediados de la década de 1920, gracias al trabajo del quiropráctico Arthur Lundh, la quiropráctica se desarrolló y hacia la década de 1930 había unos veinte quiroprácticos en este país. Como consecuencia de las duras críticas del sector médico y las infructuosas tentativas de condenar a los quiroprácticos por ejercer medicina sin licencia, la Asociación Noruega de Quiroprácticos se fundó en 1935.

En 1974, se aprobó la legislación que permitía el reembolso de los gastos quiroprácticos por derivación médica. En 1988 se aprobó la legislación para crear una regulación oficial de la profesión quiropráctica. Desde 1990, se reconoce oficialmente a los quiroprácticos como profesionales del área de la salud. Sólo los quiroprácticos con licencia pueden utilizar el título de quiropráctico. Para conseguir la licencia, el candidato debe completar un programa de formación y aprobar los exámenes en una institución certificada; recibir formación adicional sobre la ley sanitaria noruega y disciplinas quiroprácticas; realizar un año de formación práctica y no estar en condiciones de que se retire la autorización (como por ejemplo, por motivos de avanzada edad, enfermedad, abuso de drogas o alcohol u otras circunstancias).

Avances posteriores incluyeron un ensayo muy exitoso para determinar la efectividad de los quiroprácticos a la hora de expedir bajas y derivar a pacientes a especialistas en el hospital (incluida la fisioterapia). Como consecuencia de dicho ensayo, que demostró un alto índice de satisfacción de los pacientes así como menos bajas y de menor duración, en 2005 el Parlamento noruego votó a favor de ampliar los derechos de los quiroprácticos.

Así pues la quiropráctica en Noruega está reconocida como una profesión sanitaria altamente estructurada y establecida. Su éxito se debe a la visión y determinación de personas clave que expusieron y consiguieron objetivos fundamentales en legislación y regulación.

El actual Presidente de la ECU, Øystein Ogre, fue Presidente de la Asociación Noruega de Quiroprácticos.

Países Bajos

Asociación Nacional

Nederlandse Chiropractoren Associatie

Waagplein 4a

85601 Be Joure

Países Bajos

www.nca.nl

Presidente

Vivian Kil

voorzitter@nca.nl

Datos demográficos

Población: 16.805.037

Nº de quiroprácticos: 263

Ratio: 1 por cada 63.897 habitantes

Historia y situación legal

En los Países Bajos, la quiropráctica está clasificada bajo la denominación “medicina alternativa o complementaria”. Hasta ahora, la profesión no ha sido reconocida ni regulada oficialmente por el gobierno.

El *Stichting Chiropractie Nederland* (SCN) es un instituto independiente establecido por la NCA centrado en garantizar y cumplir la calidad supervisando a los quiroprácticos en los Países Bajos. Las actuaciones del SCN están controladas en gran medida por la *Individual Health Care Act* (BIG).

La naturaleza de la quiropráctica se ha hecho más transparente para pacientes y profesionales sanitarios mediante las declaraciones de calidad del SCN. La calidad de los quiroprácticos registrados en el SCN se supervisa periódicamente (los quiroprácticos deben renovar su registro en el SCN cada cinco años).

La Asociación Neerlandesa de Quiropráctica es miembro de la ECU. Se fundó en 1968 y se registró oficialmente en los Países Bajos en 1975.

Polonia

Asociación Nacional

Polish Chiropractic Association

ul. Armii Krajowej 72

81-844 Sopot

Polonia

Presidente

Arek Mazur

arekmazur@hotmail.co.uk

Datos demográficos

Población: 38.383.809

Nº de quiroprácticos: 6

Ratio: 1 por cada 65.397.301 habitantes

Historia y situación legal

En Polonia no existe legislación que regule el ejercicio de la quiropráctica, aunque los quiroprácticos ejercen libremente como profesionales sanitarios. En 2012, La Asociación Polaca de Quiropráctica adoptó oficialmente la norma CEN sobre servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos.

Actualmente no hay ninguna institución que imparta formación quiropráctica en este país, aunque se han iniciado negociaciones con escuelas de medicina con el fin de que ofrezcan un programa en quiropráctica.

Reino Unido

Asociación Nacional

British Chiropractic Association

59 Castle Street

Reading

Berkshire

RG1 7SN

www.chiropractic-uk.co.uk

Presidente

Richard Brown

rbrown.bca@gmail.com

Datos demográficos

Población: 63.395.574

Nº de quiroprácticos: 2.700 registrados nacionales (1.386 en la BCA)

Ratio: 1 por cada 23.479 habitantes

Historia y situación legal

Aproximadamente en 1910, los primeros quiroprácticos regresaron a Gran Bretaña tras completar su formación en el *Palmer College of Chiropractic*. Hacia 1922, la Asociación Quiropráctica de las Islas Británicas mantuvo su primera reunión en Belfast, pero esta organización no duró al ser reemplazada en 1925 por la *British Chiropractic Association*. A pesar de tener sólo menos de veinte miembros, estableció un plan de protección para sus miembros y redactó un código ético.

En 1931, después de una cena en la Conferencia Anual de la BCA, el tema sobre una organización paneuropea condujo a la creación de la ECU.

Debido a obstáculos prácticos que prohibían que estudiantes ingleses esperanzados viajaran a Estados Unidos para formarse, el número de quiroprácticos que ejercían en Gran Bretaña se redujo a aproximadamente 35 después de la Segunda Guerra Mundial.

La primera institución europea de formación quiropráctica, el *Anglo-European College of Chiropractic* (AECC), abrió sus puertas en Bournemouth (Inglaterra) en septiembre

de 1965. En 1997, los primeros programas universitarios para quiroprácticos se impartieron en la *University of Surrey*²⁴ y lo que fue la *University of Glamorgan*. Los quiroprácticos también se pueden formar en el *McTimoney College of Chiropractic (MCC)*, (Abingdon, Oxfordshire²⁵). Como consecuencia, el número de quiroprácticos que ejercen en el este país ha aumentado radicalmente hasta el punto de ser actualmente la asociación nacional más grande de Europa.

En 1990, el perfil de la quiropráctica aumentó tras la publicación de un estudio en el *British Medical Journal* que comparaba favorablemente la quiropráctica con la fisioterapia en el tratamiento del dolor lumbar. Posteriormente, la atención a pacientes de la realeza y la publicidad sobre el tratamiento quiropráctico de personalidades destacadas aumentó la reputación de la quiropráctica.

En 1991, el *Council for National Academic Awards* concedió la condición de título al programa educativo del AECC. Todos los programas de estudios en quiropráctica en el Reino Unido ofrecen ahora formación hasta un nivel máster.

La *Chiropractors Act*²⁶ de 1994 estableció un regulador oficial denominado *General Chiropractic Council* (GCC) y se abrió un registro en 1999. Esta ley otorga protección al título y considera delito el hecho de que cualquier persona no registrada en el GCC se haga llamar quiropráctico. Asimismo, proporciona criterios formativos obligatorios y protección al paciente mediante el *Code of Practise and Standard of Proficiency*²⁷.

Muchos quiroprácticos en este país ejercen en el sector privado, aunque la legislación sanitaria ha permitido que se utilice la quiropráctica en el servicio nacional de salud. Muchas compañías privadas de seguros de salud reembolsan los gastos en quiropráctica a los pacientes.

Suecia

Asociación Nacional

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation

Åsögatan 102

11829 Estocolmo

Suecia

www.lkr.se

Presidente

Tobias Lauritsen

tobias.lauritsen@lkr.se

²⁴ El programa máster en quiropráctica en el *European Institute of Health and Medical Science (University of Surrey)*, se desarrolló de 1997 a 2002. El programa obtuvo la plena acreditación del ECCE en 2003-2006, pero ya no se oferta en esta universidad.

²⁵ Aunque los graduados en el MCC pueden ejercer como quiroprácticos registrados en el Reino Unido, no gozan de la misma portabilidad de cualificación que los graduados en instituciones acreditadas por el ECCE/CCEI. El programa máster a tiempo completo en el MCC es actualmente candidato en el ECCE.

²⁶ El capítulo 17 de la *Chiropractors Act* 1994 está disponible en:
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1994/17/pdfs/ukpga_19940017_en.pdf.

²⁷ *General Chiropractic Council. Code of Practice and Standard of Proficiency (2010). London.* Disponible en:
http://www.gcc-uk.org/files/link_file/COPSOP_2010.pdf.

Datos demográficos

Población: 9.119.423

Nº de quiroprácticos: 760 autorizados (186 miembros de la LKR)

Ratio: 1 por cada 12.000 habitantes

Historia y situación legal

Los primeros quiroprácticos en Suecia empezaron a ejercer en 1921. Las cifras aumentaron y esto llamó la atención de los médicos quienes, a través de artículos en el periódico, acusaron de prácticas inapropiadas. Como consecuencia de ello, la *Diplomerade Chiropraktorers Förening*, predecesora de la Asociación Sueca de Quiroprácticos, se fundó en 1936.

Con el tiempo, la postura hacia los quiroprácticos se volvió más flexible, hasta el punto de aceptar su efectividad en trastornos de columna.

Tras propuestas oficiales del Comité de Medicina Alternativa, en 1989 se aprobó una ley que reconocía a los quiroprácticos como profesionales sanitarios regulados. Esto hizo que se les agregara como profesionales sanitarios en la *Patient Safety Act*²⁸, capítulo 4, párrafos 1 y 5.

La legislación permite que los pacientes obtengan reembolsos parciales en algunas regiones.

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta la profesión quiropráctica en Suecia es el auge de las escuelas de quiropráctica/naprapatía. En 2004, la Agencia Nacional de Educación Superior criticó su calidad educativa.

Suiza

Asociación Nacional

Chiro Suisse / Schweizerische Chiropraktoren- Gesellschaft

Steinbruchstr. 12

7000 Coira

Suiza

www.chirosuisse.info

Presidente

Gian Joerger

joerger_and_oman@gmx.net

²⁸ El gobierno sueco aprobó la *Patient Safety Act* en 2011 con el fin de conseguir una atención sanitaria más segura reduciendo su número de lesiones. La ley permite indicar errores al *National Board of Health and Welfare*. Para más información, dirigirse a: <http://www.government.se/sb/d/15471/a/184679>.

Datos demográficos

Población: 7.996.026

Nº de quiroprácticos: 263

Ratio: 1 por cada 30.060 habitantes

Historia y situación legal

Los dos primeros quiroprácticos conocidos en ejercer quiropráctica en Suiza eran mujeres y trabajaron en Berna e Interlaken en la década de 1920. Como consecuencia de las críticas feroces de los médicos, que se derivaron en multas y encarcelamiento, la Federación Suiza de Quiroprácticos se fundó en 1932. Sus miembros fueron decisivos en la formación de la ECU.

A finales de la década de 1930, se aceptó la quiropráctica como profesión sanitaria en los cantones de Lucerna y Zúrich. Las leyes que se aprobaron fueron las primeras en Europa en regular oficialmente la quiropráctica como profesión independiente. Hacia 1963, más del 70% de la población suiza estaba amparada por la legislación quiropráctica establecida.

Como consecuencia de la fuerte presión de la *Swiss Pro-Chiropractic Association* (incluidas 400.000 peticiones firmes al gobierno), la quiropráctica fue regulada como profesión sanitaria convencional por la MedBG. Esto permitió a los quiroprácticos ejercer independientemente sin necesidad de ser derivados por los médicos en lo que respecta al reembolso del seguro.

La revisión de la *Law on Health and Accident Insurance* de 1964 permitió que el seguro social obligatorio cubriera la quiropráctica en casos de enfermedad y accidente. La cobertura se amplió más tarde hasta incluir el seguro para militares y por incapacidad.

Los quiroprácticos tienen derecho a diagnosticar y tratar a pacientes y gozan de privilegios similares a los de un médico, como por ejemplo: derechos limitados a recetar, derivar a tests de laboratorio y la capacidad para expedir ausencias por enfermedad.

Debido a la fuerte legislación que rige el ejercicio de la quiropráctica en Suiza, los quiroprácticos deben de realizar un programa como auxiliares de dos años antes de ejercer de forma independiente.

La formación de posgrado está muy desarrollada en este país y ha sido obligatoria desde 1960. El *Swiss Chiropractic Institute* se fundó en 1985.

La legislación aprobada en 2007 reconoce a los quiroprácticos suizos como profesionales médicos (junto con las carreras de medicina, odontología, veterinaria ciencias y farmacia).

La formación en quiropráctica en Suiza se basa en un programa de seis años de duración impartido en la *University of Zürich*²⁹. En este centro, los estudiantes de quiropráctica reciben formación en ciencias médicas básicas junto con los estudiantes de medicina antes de especializarse en quiropráctica en los últimos años de carrera.

²⁹ La University of Zurich (http://www.uzh.ch/studies/application/medicine_en.html) ofrece programas médicos, incluida la quiropráctica. El profesor Kim Humphreys actualmente lleva a cabo la cátedra de quiropráctica en esta universidad.

Turquía

Asociación Nacional

Turkish Chiropractic Association

1420 sok.no 64 murat apt Kat

5/15 kahramanlar-ismir

35110 Turquía

www.kayropraktikdemegi.org

Presidente

Mustafa H Agaoglu

agaoglu@kayropraktik-turkiye.com

Datos demográficos

Población: 73.722.988

Nº de quiroprácticos: 7

Ratio: 1 por cada 10.531.855 habitantes

Historia y situación legal

Debido a las extensas reformas sanitarias de 2003, la atención sanitaria en Turquía ha mejorado en la última década. Ha aumentado la dotación de instalaciones sanitarias privadas, lo que ha mejorado el acceso a los cuidados y ha dado lugar a mejoras en la dotación estatal sanitaria. Sin embargo, sigue habiendo desigualdades en la prestación de cuidados que provocan que la parte occidental de Turquía se beneficie de mejores estándares de cuidados que la parte oriental.

En 2007, se fundó la *Turkish Chiropractic Spinal Health Association*. Turquía se unió a la ECU en 2010, lo que la convierte en el miembro más reciente. Actualmente no hay legislación relativa a la quiropráctica en este país. Los médicos con cualificación adicional pueden ejercer la quiropráctica, mientras que los primeros quiroprácticos formados ejercen bajo la supervisión de un médico.

Ha surgido interés en establecer un programa educativo en quiropráctica y se están llevando a cabo conversaciones al respecto.

Situación en otros países europeos no miembros de la ECU

Dinamarca

Asociación Nacional

Dansk Kiropraktor Forening
Vendersgade 6, 2 tv
Copenhague
1363 Dinamarca
<http://www.danskkiropraktorforening.dk>

Presidente

Peter Kryger-Baggesen
peter@kirosk.dk

Datos demográficos

Población: 5.574.000
Nº de quiroprácticos: 565
Ratio: 1 por cada 9.865 habitantes

Historia y situación legal

La Asociación Danesa de Quiroprácticos se fundó en 1925. En este país los quiroprácticos ejercen en clínicas privadas y hospitales (principalmente en centros hospitalarios para pacientes con problemas de espalda). Hay unos 550 quiroprácticos que ejercen en unas 250 clínicas de quiropráctica y unos 15 quiroprácticos empleados en hospitales.

En Dinamarca los quiroprácticos tienen derecho a diagnosticar a pacientes de forma independiente y no es necesario que un médico derive a sus servicios para que un paciente sea tratado o para que el servicio nacional de salud reembolse los gastos. Los quiroprácticos están formados tanto para realizar radiografías como para leerlas y todos los que están en ejercicio tienen acceso a las instalaciones de rayos X. El servicio nacional de salud subvenciona los tratamientos quiroprácticos.

La formación quiropráctica en este país se imparte en la *University of Southern Denmark* (Odense). La obtención del máster de cinco años en biomecánica clínica autoriza a los quiroprácticos a ejercer en puestos subordinados en hospitales o clínicas bajo la supervisión de un quiropráctico con autorización de ejercer de forma independiente. El *National Board of Health* autoriza a ejercer de forma independiente tras un año adicional de formación práctica (residente).

El *Nordic Institute of Chiropractic and Clinical Biomechanics* (NIKKB), es un instituto de investigación y un centro que facilita información científica y formación de posgrado. En estrecha colaboración con la *University of Southern Denmark* y del *Spine*

Center South en el *Lillebælt Hospital*, el NIKKB realiza y divulga investigación sobre cuidados de salud reconocida mundialmente que pertenece a los profesionales quiroprácticos y al NIKKB. Este centro se fundó en 1990 y está directamente financiado por los quiroprácticos daneses³⁰ y el Consejo Regional de Salarios y Tarifas.

Actualmente en Dinamarca hay 15 quiroprácticos doctorados y 10 candidatos al doctorado. Hay también dos quiroprácticos empleados como profesores en la *University of Southern Denmark*.

Dinamarca cuenta con una activa asociación de pacientes de quiropráctica (*Kiropraktik og Sundhed*), encargada de divulgar información sobre quiropráctica en este país.

Portugal

Asociación Nacional

Associação Portuguesa dos Quiropráticos
Dirección Rua da Torre, 1-2º
6300-738 Guarda
www.quiopratica.org

Presidente

Antonio Alves
Rua Mestre de Avis, 71-1 Guarda, 6300-731 Portugal
presidenteapq@gmail.com

Datos demográficos

Población: 10.637.000
Nº de quiroprácticos: 22
Ratio: 1 por cada 483.500 habitantes

Historia y situación legal

El primer quiropráctico que se asentó en Portugal y que instauró la práctica fue Antonio Alves (actual presidente de la APQ). En 1986 comenzó a trabajar con el fin de fundar una asociación nacional de quiropráctica. Esto se convirtió en un hecho en 1999 y, en 2000, se fundó la asociación de pacientes *Pro-Quiro*.

Entre 1993 y 2000 tuvieron lugar cuatro acciones legales, de las cuales ninguna prosperó. Al emitir sus veredictos, los jueces fueron favorables a la formación de los quiroprácticos y su ejercicio. En 2003, la quiropráctica por fin se legalizó, aunque aún hacía parte de varias profesiones sanitarias no médicas contempladas bajo la misma legislación.

En 2008, la ECU respondió a un cuestionario exhaustivo sobre la quiropráctica en Europa enviado por la Dirección General de Educación Superior Tecnológica (DGEST).

³⁰ La financiación para la investigación en Dinamarca está coordinada por la *Foundation for Advancement of Chiropractic Education and Postgraduate Research*. Para más información, consultar: <http://www.danskiropraktorforening.dk/English/>.

En noviembre de 2009, publicó una resolución (nº 1493/2009) concediendo el reconocimiento a varios títulos, entre los que constaba: Doctor en Medicina, Doctor en Odontología y otras profesiones sanitarias y ciencias cuyos estudios se cursaban en Estados Unidos pero cuya profesión actual se ejerciera en Portugal. En este supuesto se incluía la quiropráctica.

Agradecimientos

La elaboración de un documento de esta naturaleza es posible gracias al respaldo y la ayuda de muchas personas y organizaciones. Quedo estrechamente agradecido a cada una de ellas.

En particular, doy las gracias a los miembros del Consejo General de la ECU y a los presidentes de las asociaciones nacionales de quiropráctica que revisaron y corrigieron la información respectiva a la situación de la quiropráctica en sus países.

Gracias al Doctor en Quiropráctica Øystein Ogre, al Licenciado en Derecho con honores David Chapman-Smith, al Doctor en Quiropráctica Baiju Khanchandani, al Doctor en Quiropráctica Stathis Papadopoulos y a Ann Kemp por todos sus comentarios constructivos.

Por último, quiero dar las gracias a la Doctora en Quiropráctica Elisabeth Angier, por leer, releer y corregir con suma paciencia los números borradores.

A handwritten signature in black ink that reads "Richard Brown". The signature is written in a cursive, flowing style with a long horizontal stroke at the end.

Richard Brown

Apéndice I

Versión oficial, en español, de la Norma Europea EN 16224:2012: Servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos

norma española

UNE-EN 16224

Diciembre 2012

Servicios sanitarios proporcionados por quiroprácticos

Healthcare provision by chiropractors.

Prestation de soins de santé par les chiroprateurs.

Esta norma es la versión oficial, en español, de la Norma Europea EN 16224:2012.

Esta norma ha sido elaborada por el comité técnico AEN/CTN 179 *Calidad y seguridad en los centros de asistencia sanitaria* cuya secretaría desempeña AENOR.

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	50
INTRODUCCIÓN.....	51
1 OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	52
2 TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	52
3 REQUISITOS DE LOS SERVICIOS.....	56
3.1 Ejercicio clínico.....	56
3.1.1 Expedientes clínicos.....	56
3.1.2 Historial del caso.....	56
3.1.3 Exploración del paciente.....	56
3.1.4 Investigación adicional/diagnóstico por imagen.....	56
3.1.5 Toma de decisiones clínicas y diagnóstico.....	56
3.1.6 Plan de atención sanitaria.....	57
3.1.7 Derivaciones.....	57
3.1.8 Uso del equipamiento.....	58
3.2 Competencias básicas.....	58
4 EDUCACIÓN.....	60
4.1 Formación quiropráctica universitaria.....	60
4.2 Programa educativo para graduados.....	60
4.3 Formación continua.....	61
5 CÓDIGO ÉTICO.....	61
6 ORGANIZACIÓN.....	62
6.1 Organización práctica de las instalaciones clínicas.....	62
6.2 Requisitos para las instalaciones.....	62
6.2.1 Generalidades.....	62
6.2.2 Clínica e higiene.....	62
6.2.3 Acceso a la clínica.....	63
6.2.4 Recepción y áreas de espera.....	63
6.2.5 Aseos.....	63
6.2.6 Salas de consulta y de tratamiento.....	63
6.3 Requisitos del equipamiento.....	63
6.3.1 Equipamiento.....	63
6.3.2 Mantenimiento.....	64
6.4 Informes sobre incidentes y aprendizaje.....	64
6.5 Garantía de calidad.....	64
6.6 Seguros.....	64
6.7 Suscripción a asociaciones profesionales.....	64
ANEXO A (Informativo) EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES.....	65
A.1 Obligación de crear expedientes de los pacientes.....	65
A.2 Contenido de los expedientes de los pacientes.....	65
A.3 Corrección de los expedientes de los pacientes.....	66
ANEXO B (Informativo) PLAN DE ESTUDIOS RECOMENDADO.....	67
B.1 Generalidades.....	67
B.2 Modelo de currículo y métodos educativos.....	67
B.3 Ciencias biomédicas básicas.....	68
B.4 Ciencias sociales y de comportamiento, ética y jurisprudencia.....	68
B.5 Ciencias y habilidades clínicas.....	69
B.6 Formación clínica.....	70
B.7 Métodos de evaluación y reglamentación.....	71
B.8 Nivel, estructura y composición del currículo.....	71
ANEXO C (Informativo) CÓDIGO ÉTICO.....	73
C.1 Trabajo con los pacientes.....	73
C.1.1 Asistencia clínica adecuada.....	73
C.1.2 Fomento de la salud y del cuidado personal.....	73
C.1.3 Concienciación acerca de la seguridad del paciente.....	74
C.1.4 Igualdad y diversidad.....	74
C.1.5 Actualización permanente.....	74
C.1.6 Enseñanza, formación, valoración y evaluación.....	74
C.1.7 Relación quiropráctico-paciente.....	75

C.1.8 Comunicación con los pacientes.....	75
C.1.9 Comunicación con otros profesionales sanitarios.....	76
C.1.10 Preparación de informes para terceros.....	76
C.1.11 Niños y jóvenes.....	77
C.1.12 Adultos vulnerables.....	77
C.1.13 Trato con familiares, cuidadores y cónyuges.....	77
C.2 Claridad y honestidad.....	77
C.2.1 Generalidades.....	77
C.2.2 Mantenimiento de la confianza en la profesión.....	78
C.2.3 Consentimiento.....	78
C.2.4 Acceso a los expedientes sanitarios del paciente.....	79
C.2.5 Confidencialidad.....	80
C.2.6 Alta de los pacientes.....	80
C.3 Trabajo con otros colegas.....	81
C.3.1 Generalidades.....	81
C.3.2 Conducta y desempeño de otros colegas.....	81
C.3.3 Respeto por los colegas.....	81
C.3.4 Puesta en común de información.....	81
C.3.5 Delegación y derivación.....	82
C.3.6 Honestidad y confianza.....	82
C.3.7 Provisión y publicación de información acerca de los servicios quiroprácticos.....	82
C.3.8 Redacción de informes y provisión de pruebas.....	82
C.3.9 Investigaciones.....	83
C.3.10 Aspectos financieros.....	83
C.3.11 Conflictos de interés.....	83
C.4 Salud y seguridad.....	84
C.4.1 Generalidades.....	84
C.4.2 Atención sanitaria basada en la evidencia.....	84
BIBLIOGRAFÍA.....	85

PRÓLOGO

Esta Norma EN 16224:2012 ha sido elaborada por el Comité Técnico CEN/TC 394 *Comité de proyecto. Servicios de quiroprácticos*, cuya Secretaría desempeña ASI.

Esta norma europea debe recibir el rango de norma nacional mediante la publicación de un texto idéntico a ella o mediante ratificación antes de finales de diciembre de 2012, y todas las normas nacionales técnicamente divergentes deben anularse antes de finales de diciembre de 2012.

Se llama la atención sobre la posibilidad de que algunos de los elementos de este documento estén sujetos a derechos de patente. CEN y/o CENELEC no es (son) responsable(s) de la identificación de dichos derechos de patente.

De acuerdo con el Reglamento Interior de CEN/CENELEC, están obligados a adoptar esta norma europea los organismos de normalización de los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía, Suecia, Suiza y Turquía.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la quiropráctica como una profesión sanitaria de atención primaria relacionada con las alteraciones del sistema neuromusculoesquelético, en concreto de la columna vertebral, y con el efecto de dichas alteraciones sobre el funcionamiento del sistema nervioso y sobre la salud en general. Los tratamientos incluyen una amplia gama de intervenciones, pero se centran principalmente en los métodos manuales.

La profesión quiropráctica ha evolucionado en Europa y ocupa una posición importante tanto en la provisión de atención sanitaria primaria como secundaria. Por tanto, es imprescindible que los servicios quiroprácticos se proporcionen con la mejor calidad posible.

El objetivo principal de una norma referente a servicios de atención sanitaria es que los usuarios de cualquier servicio determinado puedan confiar en recibir una atención de nivel equiparable en todo el ámbito de la profesión. La gerencia clínica, la supervisión de la atención sanitaria ofrecida y la garantía del cumplimiento de las normas, por tanto, constituyen una de las piedras angulares de la atención sanitaria.

Esta norma hace referencia a la provisión de servicios quiroprácticos. Su finalidad es establecer una norma que proporcione un nivel óptimo de gestión de los pacientes, de seguridad para los pacientes, de efectividad clínica y de costes, y de ejercicio ético. También define un nivel de formación coherente que permita la formación de quiroprácticos con capacidad para cumplir esta norma. No pretende constituir una directriz, a pesar de que la información que contiene puede documentar el desarrollo de directrices en el ámbito de los distintos países y organizaciones nacionales.

Finalmente, esta norma promueve que los servicios proporcionados por quiroprácticos estén sujetos a una revisión periódica mediante un enfoque basado en la evidencia y mediante el compromiso de dar soporte y tomar parte activa en la investigación clínica.

Esta norma europea no reemplaza a las legislaciones nacionales.

1 OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Esta norma europea especifica los requisitos y las recomendaciones referentes a los servicios de atención sanitaria proporcionados por quiroprácticos.

2 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para los fines de este documento, se aplican los términos y definiciones siguientes.

2.1 evaluación:

Valoración que realiza el profesional sanitario de una dolencia o afección basándose en el informe subjetivo realizado por el paciente de los síntomas y de la evolución de la enfermedad o afección, junto con las pruebas objetivas, incluida la exploración, los análisis de laboratorio, el diagnóstico por imagen, el historial médico y la información proporcionada por los familiares u otros profesionales sanitarios.

2.2 auditoría:

Revisión y evaluación de los procedimientos y de la documentación para la atención sanitaria con el fin de comparar la calidad de la asistencia proporcionada con los estándares aceptados.

2.3 modelo biopsicosocial:

Modelo que contempla las interacciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociológicos.

2.4 capacidad:

Aptitud de un paciente para asimilar, recordar y comprender la información que se le proporciona.

2.5 atención sanitaria:

Intervenciones que tienen como finalidad mejorar la salud.

2.6 historial del caso:

Relato detallado del historial de una persona que contiene la información obtenida mediante entrevistas, cuestionarios y la evaluación de los expedientes médicos correspondientes.

2.7 acompañante:

Persona que está presente durante el encuentro dentro del ámbito profesional de un profesional sanitario y un paciente.

EJEMPLO Un familiar u otro miembro del equipo de atención sanitaria.

2.8 quiropráctica:

Profesión sanitaria que se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos mecánicos del sistema musculoesquelético, y de los efectos de éstos en el funcionamiento del sistema nervioso y en la salud en general.

NOTA 1 Se basa principalmente en tratamientos manuales, incluyendo el ajuste vertebral y otras manipulaciones articulares y de tejidos blandos.

NOTA 2 Definición tomada del diccionario de la Federación Mundial de Quiropráctica [11].

2.9 institución quiropráctica:

Centro educativo que proporciona formación teórica y práctica para el ejercicio de la quiropráctica.

2.10 directrices clínicas:

Disposiciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente en la toma de decisiones acerca de la atención sanitaria adecuada para sus circunstancias clínicas determinadas.

2.11 expediente clínico:

Documento que describe el diagnóstico, la evaluación y la atención recibidos por un paciente.

2.12 consentimiento:

Aceptación por parte de un paciente de la intervención clínica propuesta tras informarle de todos los factores relevantes referentes a esa intervención.

2.13 formación continua, CPD (*Continuing Professional Development*):

Medios mediante los cuales los miembros de una profesión conservan, mejoran y amplían sus conocimientos y sus habilidades, y desarrollan las cualidades personales necesarias en su vida profesional.

2.14 delegación:

Solicitar a una persona que no es un profesional sanitario regulado que proporcione asistencia en nombre de un quiropráctico.

2.15 diagnóstico:

Identificación de una dolencia o enfermedad como resultado de una evaluación clínica.

2.16 procedimiento de diagnóstico:

Procedimiento estructurado existente que permite a un quiropráctico llegar a un diagnóstico, el cual puede incluir exploración física, diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio.

2.17 alta:

Liberación de un paciente de un curso o programa de atención sanitaria.

2.18 atención sanitaria basada en la evidencia:

Ejercicio clínico que incorpora las mejores evidencias disponibles a partir de la investigación, de la experiencia del profesional sanitario y de las preferencias del paciente.

2.19 educación formal:

Actividad educativa dentro de un sistema formal reconocido y establecido de educación elemental, secundaria o superior.

NOTA En contraposición con la definición 2.15, "educación no formal", presente en la Norma ISO 29990:2010 [4].

2.20 investigación adicional:

Estudio clínico adicional que contribuye a la evaluación de un paciente y que puede incluir diagnóstico por imagen y análisis de laboratorio.

2.21 programa educativo para graduados, GEP (*Graduate Education Programme*):

Estructura educativa especializada para la formación continuada de los nuevos graduados de las instituciones quiroprácticas durante el periodo inicial de su ejercicio profesional.

2.22 salud:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simple ausencia de dolencias o enfermedades.

NOTA Según se especifica en el preámbulo de la "Constitución de la Organización Mundial de la Salud" [6].

2.23 fomento de la salud:

Provisión de información acerca de estilos de vida más saludables para los pacientes y de cómo realizar un mejor uso de los servicios sanitarios, con la intención de permitir a las personas tomar decisiones racionales acerca de su salud y garantizar la concienciación sobre los factores que determinan la salud de la comunidad.

2.24 producto sanitario:

Instrumento, aparato, dispositivo, material u otro artículo, utilizado sólo o en combinación, incluido el software necesario para su aplicación adecuada, y destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos.

NOTA Esta definición se corresponde con lo establecido en la Directiva 93/42/CEE [7] del Consejo y en la Norma EN ISO 13485:2003 [1].

2.25 neuromusculoesquelético:

Interacción entre el sistema nervioso, la musculatura y la estructura ósea del cuerpo.

2.26 confidencialidad del paciente:

Derecho de una persona a que la información sobre ella se mantenga de forma privada.

2.27 exploración del paciente:

Evaluación de un paciente con la intención de establecer o revisar un diagnóstico o un plan de atención sanitaria.

2.28 plan de atención sanitaria:

Plan diseñado para proporcionar beneficios terapéuticos a los pacientes tras el diagnóstico.

2.29 facultativo de atención primaria:

Profesional de atención sanitaria cualificado para realizar un proceso de evaluación, diagnóstico y atención sanitaria en ausencia de una derivación formal procedente de otro profesional de atención sanitaria registrado.

2.30 desarrollo profesional:

Educación continuada que incluye estudios universitarios, de postgraduado y formación de reciclaje periódica.

2.31 derivación:

Transferencia de la responsabilidad de atención sanitaria a un tercero con una finalidad particular, como una investigación adicional, una atención sanitaria o un tratamiento fuera de las competencias del quiropráctico.

2.32 formación quiropráctica universitaria

Adquisición de conocimientos y aptitudes por parte de estudiantes en instituciones quiroprácticas para la obtención de una cualificación acreditada en quiropráctica.

3 REQUISITOS DE LOS SERVICIOS

3.1 Ejercicio clínico

3.1.1 Expedientes clínicos

La creación y actualización de expedientes clínicos forma parte de la buena conducta profesional. Dichos expedientes deben contener información relevante y necesaria acerca del paciente y de la atención sanitaria que se le proporciona (véase el anexo A).

3.1.2 Historial del caso

El quiropráctico debe obtener y documentar la información actual y pasada acerca de la salud de un paciente (es decir, su bienestar físico, psicológico y social) planteando preguntas específicas al paciente, al adulto responsable o al tutor legal, con el fin de obtener información clínica adecuada que permita formular un diagnóstico y diseñar un plan de atención sanitaria para el paciente.

3.1.3 Exploración del paciente

a) Tras asumir el historial del caso, se debe estudiar al paciente para detectar signos de dolencias, anomalías o disfunciones.

b) El quiropráctico debe utilizar métodos de exploración que incluyan, pero sin limitarse a estos supuestos, procedimientos de exploración física, pruebas ortopédicas, neurológicas y quiroprácticas, según se indique clínicamente.

3.1.4 Investigación adicional/diagnóstico por imagen

El quiropráctico debe:

a) detectar cuándo es necesaria una investigación adicional y actuar respecto a esta necesidad en favor de los intereses del paciente;

b) utilizar investigaciones adicionales cuando la información obtenida de dichas investigaciones resulte beneficiosa para la gestión del paciente;

c) estudiar y/o interpretar los resultados o, si no es posible, derivar al paciente para las investigaciones adicionales adecuadas;

d) anotar los resultados de las investigaciones en el expediente del paciente.

3.1.5 Toma de decisiones clínicas y diagnóstico

El quiropráctico debe:

a) evaluar el estado de salud del paciente y sus necesidades sanitarias a partir de la información obtenida mediante el historial del caso, la exploración física y las investigaciones adicionales;

b) formular y documentar un diagnóstico de trabajo y/o un diagnóstico diferencial y una justificación para la atención sanitaria, basados en la evaluación de esta información. El diagnóstico, o la justificación para la atención sanitaria, deben someterse a revisión continua mientras dure la atención sanitaria al paciente;

c) interpretar toda la información disponible acerca de un paciente, y tomar y anotar en el expediente las decisiones acerca de la salud del paciente, sus necesidades sanitarias, y cómo éstas cambian con el tiempo;

d) tener en cuenta la evolución natural y el pronóstico de cualquier afección presente, o de una situación de emergencia que pueda requerir una acción inmediata, así como la probabilidad de evitar recaídas o de gestionar cualquier necesidad de atención sanitaria a largo plazo.

3.1.6 Plan de atención sanitaria

El quiropráctico debe:

a) desarrollar y anotar en el expediente un plan de atención sanitaria acordado, teniendo en cuenta los deseos y preferencias del paciente. El plan de atención sanitaria debería estimular al paciente a tomar parte activa en la mejora de su salud. El plan de atención sanitaria debe establecer unos objetivos específicos y ser coherente, adecuado y seguro para la salud del paciente y sus necesidades sanitarias identificadas;

b) estar documentado acerca de las teorías en que se basa la atención sanitaria que proporciona y disponer de la competencia necesaria para aplicar dicho tipo de atención sanitaria en el ejercicio. El quiropráctico debe proporcionar atención sanitaria basada en la evidencia. El paciente debe haber dado su consentimiento informado a la atención sanitaria que se le va a proporcionar;

c) revisar con los pacientes la efectividad del plan de atención sanitaria y si cumple los objetivos establecidos.

3.1.7 Derivaciones

El quiropráctico debe plantearse la derivación de un paciente a otro profesional sanitario cualificado cuando resulte claro que el paciente

a) no es adecuado para la asistencia quiropráctica; o

b) necesita una investigación o asistencia simultánea o adicional; o

c) no responde al ejercicio de la quiropráctica, su estado se deteriora o ha desarrollado síntomas adicionales fuera del ámbito de experiencia del quiropráctico.

Las derivaciones deberían realizarse por escrito o verbalmente y deberían indicar el motivo de dicha derivación, la atención sanitaria proporcionada por el quiropráctico y cualquier aspecto relevante de la salud del paciente. Los detalles de las derivaciones deben anotarse en el expediente del paciente.

3.1.8 Uso del equipamiento

Todos los productos sanitarios utilizados por los quiroprácticos deben contar con el marcado CE [7].

En el caso del equipo de rayos X, su mantenimiento debe cumplir con la Directiva 96/29/Euratom del Consejo [8].

Cada elemento del equipamiento y cada dispositivo deben contar con un registro de mantenimiento actualizado.

3.2 Competencias básicas

a) El quiropráctico debe conocer y comprender:

- 1) la estructura y el funcionamiento normal del cuerpo humano;
- 2) la etiología, la patología, los síntomas e indicios, la evolución natural y el pronóstico de las afecciones neuromusculares, los síndromes dolorosos y las afecciones asociadas a las que se enfrentan los quiroprácticos, incluidos los aspectos psicológicos y sociales de dichas afecciones;
- 3) la evaluación de la salud y de las necesidades sanitarias de un paciente, incluidos los procedimientos de diagnóstico comunes, sus usos y limitaciones, y los procedimientos de derivación adecuados;
- 4) el tratamiento de las afecciones neuromusculares mediante terapias manuales, rehabilitación física, asesoría nutricional general, y los principios de fomento de la salud y de prevención de enfermedades;
- 5) los métodos científicos para proporcionar y comprender las evidencias necesarias para el ejercicio de la quiropráctica, y para adquirir y aplicar los avances en el conocimiento que tengan lugar durante su vida profesional;
- 6) la historia, la teoría, la filosofía y los principios del ejercicio de la quiropráctica en un contexto contemporáneo, incluido el modelo biopsicosocial de las enfermedades, sus limitaciones y su función dentro del contexto de la atención sanitaria;
- 7) los principios de la ética en relación con la atención quiropráctica, las responsabilidades legales y los códigos de conducta y ejercicio profesional;
- 8) la naturaleza de su responsabilidad profesional y la obligación de proteger y velar por los intereses de los pacientes, incluido no abusar de su posición, evitar la dependencia psicológica y fomentar la confianza de los pacientes.

b) El quiropráctico debe desarrollar las siguientes capacidades:

- 1) la capacidad de obtener el consentimiento correspondiente antes de evaluar a un paciente y de proporcionarle atención quiropráctica;

- 2) la capacidad de desarrollar un historial clínico exhaustivo y centrado en el problema y de realizar una exploración física precisa;
- 3) la capacidad de integrar el historial clínico, la exploración física y el diagnóstico por imagen para establecer un diagnóstico y/o diagnóstico diferencial adecuado;
- 4) la capacidad de interpretar los procedimientos de diagnóstico y de proporcionar la respuesta adecuada;
- 5) la capacidad de seleccionar las habilidades clínicas adecuadas y de diseñar un plan de atención sanitaria conjuntamente con el paciente;
- 6) la capacidad de aplicar las habilidades clínicas adecuadas en el tratamiento de un paciente, y de proporcionar información y asesoría para su recuperación y el mantenimiento de su salud;
- 7) la capacidad de comunicarse claramente con los pacientes, sus familias, otros profesionales sanitarios y el público en general, y de asegurarse de que los pacientes dispongan de toda la información acerca de sus opciones de tratamiento y de atención sanitaria;
- 8) la capacidad de interpretar la evidencia científica de forma crítica, y de hallar y utilizar información en relación con la atención sanitaria.

c) El quiropráctico debe demostrar las siguientes capacidades básicas para el ejercicio seguro y competente de la quiropráctica:

- 1) el reconocimiento de que la principal responsabilidad profesional del quiropráctico es la salud y la atención sanitaria del paciente;
- 2) el respeto de los valores y de la actitud del paciente, y el compromiso con la asistencia centrada en el paciente;
- 3) el compromiso con el ejercicio ético y seguro, y el mantenimiento de los estándares del ejercicio de la quiropráctica al máximo nivel posible durante toda la vida profesional;
- 4) el reconocimiento de la necesidad de ser consciente de los límites de sus conocimientos, habilidades y experiencia, y de trabajar dentro de dichos límites y, cuando las afecciones superen su capacidad para tratarlas de forma segura y efectiva, derivar a los pacientes a otros profesionales de la atención sanitaria;
- 5) el reconocimiento de la necesidad de actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades durante toda la vida profesional, aplicando esta mejora continua de la calidad en el ejercicio, y contribuyendo a la generación de conocimientos y a la formación de otros colegas;
- 6) la voluntad de trabajar dentro de un contexto sanitario más amplio, y de colaborar con otros profesionales sanitarios.

4 EDUCACIÓN

4.1 Formación quiropráctica universitaria

El quiropráctico debe contar con una formación quiropráctica universitaria formal y global de como mínimo cinco años a jornada completa o equivalente.

NOTA El Consejo Europeo de Educación Quiropráctica (ECCE) proporciona un ejemplo adecuado de programa educativo de quiropráctica universitaria [10]. (Véase el anexo B).

4.2 Programa educativo para graduados

El programa educativo para graduados (GEP, *Graduate Education Programme*) normalmente se sigue inmediatamente tras completar con éxito el programa universitario, y se trata del periodo de transición desde el ejercicio práctico seguro y competente de la profesión y el ejercicio profesional autónomo e independiente. Se debe basar en el ejercicio clínico y debe durar como mínimo doce meses.

a) El programa de educación para graduados debe preparar a los graduados para:

- 1) mantener y mejorar una atención quiropráctica segura y óptima durante toda su carrera y el autoaprendizaje para la formación continua;
- 2) adquirir una mayor profesionalidad (es decir, los conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos que los pacientes y la sociedad esperan).

b) Durante el programa de educación para graduados, el graduado debería:

- 1) demostrar un conjunto definido de conocimientos, comprensión, habilidades clínicas y de procedimientos, así como una actitud profesional para proporcionar asistencia efectiva y centrada en el paciente;
- 2) demostrar que fomenta de forma efectiva la relación entre el quiropráctico y el paciente, y los intercambios dinámicos que tienen lugar antes, durante y después del encuentro con el quiropráctico;
- 3) demostrar su capacidad de trabajar de forma efectiva dentro del conjunto de un equipo de atención sanitaria para proporcionar una atención óptima al paciente;
- 4) demostrar que es una parte integrante de la provisión de atención sanitaria;
- 5) demostrar responsabilidad a la hora de utilizar su experiencia e influencia para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes, la comunidad y la población en general;
- 6) demostrar su compromiso permanente con el aprendizaje reflexivo, así como con el desarrollo, divulgación, aplicación y transferencia de conocimientos quiroprácticos/médicos;

7) demostrar su compromiso con la salud y el bienestar de las personas y la sociedad mediante el ejercicio ético, la regulación de la profesión y unos estándares elevados de comportamiento.

c) El programa de educación para graduados debería:

1) compaginar prácticas integradas e instrucción teórica;

2) garantizar una asistencia óptima y segura mediante prácticas valoradas y una retroalimentación (*feedback*) adecuada.

4.3 Formación continua

La formación continua (CPD, *Continuing Professional Development*) es un proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional. Además de permitir a los quiroprácticos proporcionar mejores servicios de atención sanitaria a los pacientes, también debería ayudarles a aprovechar al máximo su potencial. Las necesidades e intereses de aprendizaje identificados por los profesionales deberían encontrarse dentro del contexto de su propio desarrollo y de la clínica/organización en que desarrollan su actividad. El quiropráctico debe:

a) dedicar un mínimo de 30 h anuales a actividades de aprendizaje, de las cuales como mínimo 15 h se dediquen al aprendizaje compartido con colegas o con otros profesionales. Las diferentes formas de aprendizaje compartido incluyen, aunque no se limitan a estos supuestos, cursos, presentaciones, debates, grupos de seminario y conferencias; la asesoría por parte de otro profesional sanitario y los grupos de estudio con otros compañeros;

b) mantener su propio registro de formación continua;

c) ser responsable de reflejar e identificar sus propios intereses y necesidades de aprendizaje y responder a ellos.

5 CÓDIGO ÉTICO

La provisión de atención sanitaria debe basarse en la confianza y la seguridad. Dentro de la sociedad, la posición de los quiroprácticos viene determinada por la confianza que inspiran; esta confianza se obtiene mediante la educación y la experiencia y, unida a ella, viene la responsabilidad de cumplir con las normas de conducta y comportamiento. El Código ético establece los principios y valores que los quiroprácticos deben aplicar en el desarrollo de su actividad como proveedores de atención sanitaria profesional. A pesar de que el Código ha sido redactado para los quiroprácticos, el público tiene derecho a saber qué puede esperar de ellos y cuáles son los límites de su ejercicio profesional.

Aunque no pretende definir el alcance del ejercicio, puede tener dicho efecto, ya que establece determinadas limitaciones al tipo de comportamiento y de ejercicio. Los quiroprácticos deben actuar siempre de acuerdo con el principio de que su prioridad es el bienestar del paciente. Por tanto, la naturaleza y materialización de la quiropráctica debe estar en consonancia con este valor.

El Código reconoce que la quiropráctica se practica en varias jurisdicciones, cada una de ellas con un marco legislativo y procesos regulatorios diferentes. En los países en que se regule legalmente la quiropráctica, este Código no sustituirá al Código deontológico y excelencia profesional nacional. En las jurisdicciones sin regulación legal, se recomienda la adopción de este Código para garantizar unos estándares mínimos coherentes en todos los estados europeos.

NOTA Para información adicional, véase el anexo C.

6 ORGANIZACIÓN

6.1 Organización práctica de las instalaciones clínicas

Las instalaciones en las que se proporciona asistencia quiropráctica:

- a) deben estar organizadas de modo que el personal sanitario pueda cumplir con sus obligaciones legales;
- b) deben estar organizadas de modo que se disponga de sistemas para detectar posibles deficiencias con el fin de mejorar la calidad;
- c) deberían estar organizadas de modo que sean accesibles para los discapacitados.

6.2 Requisitos para las instalaciones

6.2.1 Generalidades

Las clínicas en las cuales los quiroprácticos ejercen pueden variar considerablemente de tamaño, posición y entorno de acuerdo con los requisitos y la legislación nacional.

6.2.2 Clínica e higiene

El proveedor de la clínica debería asegurarse de que:

- a) la clínica esté limpia;
- b) existan procedimientos de higiene disponibles por escrito y que se cumplan en toda la clínica;
- c) en todas las áreas de la clínica haya una temperatura de trabajo cómoda y suficiente ventilación para garantizar el confort del paciente;
- d) en todas las estancias haya un aislamiento acústico adecuado, un ruido ambiental bajo y buena iluminación.

Las instalaciones de la clínica deberían responder a los estándares profesionales.

6.2.3 Acceso a la clínica

Debería ser posible ponerse en contacto con el quiropráctico mediante los medios de comunicación aceptados. La clínica debe estar adecuadamente señalizada para que cualquiera que lo desee pueda acceder a las instalaciones. Debería existir acceso adaptado a personas con discapacidad.

6.2.4 Recepción y áreas de espera

La recepción y el área de espera deberían contar con un mostrador de recepción y con suficientes asientos para el número de personas que se espera recibir en la clínica, incluidos los acompañantes de los pacientes. El área de recepción debería estar diseñada de modo que los pacientes se sientan cómodos a la hora de proporcionar información privada, siempre que sea posible.

Los precios de los tratamientos deben mostrarse claramente.

Debe existir un procedimiento de reclamación por escrito disponible para los pacientes que lo soliciten.

La clínica debe proporcionar agua potable para el consumo de los visitantes.

6.2.5 Aseos

Si es posible, las instalaciones deberían estar adaptadas para personas con discapacidad.

6.2.6 Salas de consulta y de tratamiento

El tamaño de las salas de consulta y de tratamiento debe ser suficiente para permitir que el quiropráctico y el paciente se muevan con libertad. Debería haber un escritorio y asientos para, como mínimo, el paciente y un acompañante.

Las salas de consulta y de tratamiento deben disponer de un aislamiento acústico suficiente para garantizar la privacidad de las conversaciones.

Las salas de ejercicios o de actividades en grupo deben ser suficientemente grandes para alojar dichas actividades.

Cualquier instalación de vestuario debe ser suficientemente grande para la comodidad del paciente, con acceso directo a la sala de tratamientos, y debe garantizar la privacidad del paciente.

Se debe disponer de un aseo para lavarse las manos.

6.3 Requisitos del equipamiento

6.3.1 Equipamiento

Los siguientes elementos constituyen los requisitos del equipamiento mínimos para la provisión adecuada de servicios quiroprácticos:

a) Camilla para tratamiento: se debe disponer de una camilla adecuada con una cobertura de tela o de papel, que se cambia o limpia para cada paciente.

b) Equipamiento para la exploración:

1) se debe de disponer del instrumental necesario para la exploración y tratamiento adecuados del paciente.

2) se debería disponer de modelos anatómicos y/o otros materiales para la educación de pacientes.

6.3.2 Mantenimiento

El quiropráctico se debe asegurar de que el mantenimiento de todo el equipamiento (véase 3.1.8) se realiza de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. Se deben guardar los registros de mantenimiento.

6.4 Informes sobre incidentes y aprendizaje

Cuando existan, el quiropráctico debería comprometerse con las actividades de creación de informes y de sistemas de aprendizaje sobre incidentes tanto del ámbito quiropráctico como multidisciplinario.

6.5 Garantía de calidad

a) El quiropráctico debería revisar la efectividad de los servicios que proporciona, lo cual puede realizar participando en los programas de garantía de calidad relevantes.

NOTA Los apartados [2], [3] y [4] de la bibliografía contienen referencias a normas de sistema de gestión de calidad.

b) El quiropráctico debe contar con un procedimiento escrito de reclamaciones a disposición de los pacientes. Cualquier reclamación o queja realizada por un paciente debe gestionarse de forma rápida y razonable. Debe informarse a los pacientes de su derecho a informar a la autoridad relevante acerca de posibles reclamaciones no resueltas.

6.6 Seguros

El quiropráctico debe suscribir:

a) un seguro de responsabilidad profesional que cubra cualquier responsabilidad en relación con los pacientes que pueda surgir en el contexto del desarrollo de su profesión;

b) un seguro de responsabilidad civil y patronal que cubra su actividad profesional, las de sus empleados y la responsabilidad civil en caso de una reclamación.

6.7 Suscripción a asociaciones profesionales

Se recomienda encarecidamente al quiropráctico que se afilie a una asociación nacional de quiropráctica.

ANEXO A (Informativo)

EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES

A.1 Obligación de crear expedientes de los pacientes

- a) El quiropráctico debería recopilar la información de cada paciente en un expediente.
- b) Los expedientes de los pacientes deberían redactarse en el idioma oficial del país.
- c) Los expedientes de los pacientes deberían almacenarse bien en papel o bien en soporte electrónico y debería garantizarse la seguridad de forma que únicamente sean accesibles para el personal autorizado.
- d) El quiropráctico debería garantizar que se toman las disposiciones pertinentes para el almacenamiento seguro de los expedientes de los pacientes en caso del cese de su actividad en la ubicación actual o incluso en caso de su muerte.

A.2 Contenido de los expedientes de los pacientes

Los expedientes de los pacientes deberían contener la siguiente información:

- 1) nombre del paciente, dirección, fecha de nacimiento, datos de contacto, estado civil, género, profesión;
- 2) si el paciente no está capacitado para dar su consentimiento, el nombre y relación de la persona que da el consentimiento;
- 3) notificación en caso de que proporcione un tratamiento o atención médica que contravengan las directrices clínicas;
- 4) recomendaciones proporcionadas al paciente;
- 5) motivo por el cual un paciente solicita acceso al expediente o una corrección de dicho expediente;
- 6) información dada o recibida de otros profesionales sanitarios, instituciones, laboratorios, empresas aseguradoras, policía, asuntos sociales, etc.;
- 7) el médico de cabecera del paciente;
- 8) notas acerca de bajas por enfermedad, informes.

El expediente del paciente debería reflejar de forma precisa todos los encuentros clínicos y debería incluir cualquier factor relevante para la asistencia continuada del paciente, incluido su estado de salud general.

El expediente debería ser comprensible para otro quiropráctico a quien pueda solicitarse que asuma la asistencia de un paciente. Los expedientes se deberían almacenar de forma segura de acuerdo con la legislación local.

A.3 Corrección de los expedientes de los pacientes

Cualquier error que se incluya en el expediente de un paciente se debería corregir añadiendo la información correcta sin eliminar cualquier otra información anterior introducida y anotando la procedencia de la corrección.

ANEXO B (Informativo)

PLAN DE ESTUDIOS RECOMENDADO³¹

B.1 Generalidades

El plan de estudios debería incluir:

- 1) un modelo del currículo y de los métodos educativos;
- 2) ciencias biomédicas básicas;
- 3) ciencias sociales y de comportamiento, ética y jurisprudencia;
- 4) ciencias y habilidades clínicas;
- 5) formación clínica;
- 6) métodos de evaluación y reglamentación;
- 7) nivel, estructura y composición del currículo.

B.2 Modelo de currículo y métodos educativos

La institución quiropráctica debería definir un modelo de currículo y métodos educativos (de enseñanza y de aprendizaje) coherentes con los objetivos del currículo. El currículo y los métodos educativos deberían garantizar que los estudiantes se responsabilizan de su aprendizaje, y deberían prepararlos para el autoaprendizaje a lo largo de toda su trayectoria profesional.

Los modelos de currículo deberían incluir modelos de aprendizaje basados en disciplinas, sistemas, integrados, problemas o casos, utilizando principios de organización como temas y dominios.

Los métodos de instrucción deberían incluir métodos de enseñanza y de aprendizaje que, sin descuidar la transmisión fáctica de conocimientos y habilidades, también estimulen la investigación, el análisis crítico y la capacidad de resolución de problemas. El currículo debería fomentar la participación activa mediante los principios del autoaprendizaje, y promover la idea de que los contenidos no se "enseñan" únicamente mediante modelos didácticos.

Los métodos de enseñanza y de aprendizaje deberían ser diversos e incluir varios métodos, por ejemplo, la proyección (o disección), los métodos asistidos por ordenador, y clases en grupos numerosos y también reducidos.

El currículo y los métodos educativos deberían fomentar las habilidades de aprendizaje continuado y el reconocimiento de la necesidad de una formación continua.

³¹ Basado en los estándares del Consejo Europeo de Educación Quiropráctica, versión 4, 2011 [10].

La institución quiropráctica debería describir el contenido tanto de los cursos orientados por su personal como por otros estudiantes en cuanto a lo que se espera aprender en cada fase del programa, y al nivel de integración entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas, e incluir:

- la teoría de la quiropráctica y el método científico;
- la teoría y los principios del ejercicio de la quiropráctica, otras formas de investigación y ejercicio basados en la evidencia, incluido el pensamiento crítico y analítico.

El currículo debería incluir elementos para la formación de los estudiantes en el pensamiento científico y los métodos de investigación.

La teoría de la quiropráctica debería incluir los conceptos y principios del ejercicio, y el papel de la evidencia empírica en la documentación del conocimiento quiropráctico.

La formación en pensamiento científico y métodos de investigación debería incluir el uso de proyectos de investigación (o equivalentes) que realizan los estudiantes de quiropráctica.

El currículo y los métodos de investigación deberían fomentar la capacidad para participar en el desarrollo científico de los quiroprácticos como profesionales y futuros colegas, y de mantenerse al día acerca de la evolución del conocimiento mediante la iniciación a la investigación y la habilidades para identificar, detectar y evaluar de forma crítica la información, incluidos los resultados de las investigaciones.

B.3 Ciencias biomédicas básicas

La institución quiropráctica debería identificar e incluir en el currículo aquellas contribuciones a las ciencias biomédicas básicas que permitan adquirir un conocimiento y comprensión de las ciencias básicas aplicables al ejercicio de la quiropráctica.

Dichas ciencias biomédicas básicas deberían incluir la anatomía, la bioquímica, la fisiología, la biofísica, la biología molecular, la biología celular, la genética, la microbiología, la inmunología, la farmacología, la patología y la biomecánica.

La enseñanza de las ciencias básicas es importante para los objetivos generales del currículo quiropráctico; los estudiantes deberían ser conscientes de esta relevancia.

Debería garantizarse una integración suficiente de las ciencias biomédicas con los elementos clínicos del programa, destacando la relevancia de las ciencias básicas para el ejercicio clínico.

Los formadores de las ciencias básicas y los tutores clínicos deberían colaborar en sesiones de formación combinadas basadas en problemas clínicos.

B.4 Ciencias sociales y de comportamiento, ética y jurisprudencia

La institución quiropráctica debería identificar e incluir en el currículo aquellas contribuciones de las ciencias del comportamiento y sociales, la ética, y el alcance del

ejercicio y los requisitos legales que permiten la comunicación efectiva, la toma de decisiones clínicas y el ejercicio ético.

Las ciencias del comportamiento y sociales deberían incluir:

- 1) la psicología, la sociología, y el modelo biopsicosocial del dolor crónico y de las afecciones dolorosas neuromusculares no específicas;
- 2) aspectos de los modelos de atención sanitaria centrada en los pacientes, encuentros médico-paciente y habilidades de comunicación oral y escrita, así como habilidades transferibles incluidas las habilidades de TI y del ejercicio reflexivo;
- 3) todos los aspectos que regulan el ejercicio profesional, incluidos los requisitos legales, los requisitos establecidos por los organismos regulatorios nacionales locales y por los códigos del ejercicio ético;
- 4) otras áreas del ejercicio profesional, incluidos los problemas de gestión y administración, y los modelos de ejercicio actuales dentro de un entorno de atención sanitaria multidisciplinar;
- 5) el ejercicio ético, incluidos los principios de gerencia clínica, de auditoría clínica, las directrices clínicas y la evaluación y gestión de riesgos.

B.5 Ciencias y habilidades clínicas

La institución quiropráctica debería identificar e incluir en el currículo aquellas contribuciones de las ciencias clínicas que garanticen que los estudiantes han adquirido suficientes conocimientos clínicos y habilidades para su aplicación al ejercicio de la quiropráctica en el contexto de la atención primaria.

Las ciencias clínicas deberían incluir diagnósticos generales, diagnósticos por imagen, procedimientos de diagnóstico físicos, clínicos y de laboratorio, ortopedia, obstetricia y ginecología, pediatría, geriatría, nutrición, dermatología, anatomía patológica, neurología, análisis vertebral incluida palpación dinámica, técnicas de manipulación, movilización y soporte, y rehabilitación.

Para reflejar las afecciones tratadas más habitualmente por los quiroprácticos, el currículo debería hacer hincapié en la gestión del dolor, especialmente relacionado con afecciones neuromusculares.

Las habilidades clínicas deberían incluir el diagnóstico por imagen, la redacción del historial, la exploración física, los procedimientos e investigaciones, las habilidades de comunicación, los procedimientos de tratamiento, la atención sanitaria y gestión de pacientes, la asesoría y educación de los pacientes, la prevención de enfermedades y el fomento de la salud.

Las habilidades clínicas deberían incluir la competencia en la realización de diagnósticos generales y de procedimientos de derivación coherentes dentro del alcance del ejercicio en el contexto de la atención primaria.

B.6 Formación clínica

La institución quiropráctica debería determinar e incluir un periodo de formación clínica supervisada para garantizar que los conocimientos y habilidades clínicas, las habilidades de comunicación y la perspectiva ética adquiridos por el estudiante se aplican al ejercicio, y para permitir que el estudiante asuma una responsabilidad clínica adecuada tras su graduación.

Todos los estudiantes deberían tener contacto con los pacientes muy pronto, dando pie a la participación en la atención sanitaria.

Como componente esencial, el currículo debería prever un periodo de tiempo significativo destinado al contacto individualizado de los estudiantes con los pacientes. Como mínimo, un curso académico completo debería dedicarse principalmente al contacto con los pacientes. El periodo de formación clínica proporciona la oportunidad para asumir el papel de facultativo de atención primaria dentro de una clínica supervisada de pacientes externos, así como de desarrollar competencias y criterio clínicos.

Un mínimo de cuarenta (40) evaluaciones completas de nuevos pacientes, de las cuales no más de cinco (5) pueden ser observaciones clínicas directas, más un mínimo de cuatrocientas (400) visitas de tratamiento (pacientes) y una mezcla de casos de pacientes deberían ser suficiente para alcanzar los objetivos del currículo, y para preparar al estudiante para un ejercicio seguro y competente como facultativo de atención primaria. Por encima de todo, este periodo debería desarrollar un nivel de sofisticación clínica para acceder al ejercicio y un periodo de formación para postgraduados.

Este periodo de formación debería reforzar algunos aspectos como el mantenimiento adecuado de los expedientes, el trabajo en equipo, la comunicación con otros profesionales del ámbito sanitario, la responsabilidad de la gestión clínica, la ética y la jurisprudencia.

Este periodo de formación debería reforzar aspectos como la autoevaluación mediante un ejercicio reflexivo, principios de autoaprendizaje y el interés por una formación continua.

La importancia de los modelos de los tutores y la influencia de las normas en el ejercicio de la quiropráctica existentes en este momento deberían reflejarse en las oportunidades de formación clínica que se ofrecen a los estudiantes.

Una estrecha supervisión de los estudiantes, esencial a este nivel, debería incluir mecanismos de retroalimentación (*feedback*) formativa y sumativa.

Debería establecerse un programa de observación clínica para proporcionar oportunidades a los estudiantes durante todo el currículo para observar el ejercicio de los procedimientos clínicos, para aprender de otros colegas más experimentados y para mantener la motivación de convertirse en quiroprácticos.

B.7 Métodos de evaluación y reglamentación

La institución quiropráctica debería definir y documentar los métodos utilizados para las evaluaciones, incluidos los criterios de progreso y los procedimientos de apelación. Los métodos de evaluación deberían valorarse regularmente, y se deberían desarrollar nuevos métodos cuando corresponda.

La definición de los métodos utilizados para las evaluaciones debería incluir consideraciones acerca del equilibrio entre la evaluación formativa y sumativa, el número de exámenes y otras pruebas, el equilibrio entre los exámenes orales y escritos, la aplicación de juicios basados en normativas y en criterios, y el uso de tipos de exámenes especiales, por ejemplo, los exámenes clínicos por objetivos (*OSCE, Objective Structured Clinical Examinations*), así como el papel de los examinadores externos.

La valoración de los métodos de evaluación debería valorar también cómo fomentan el aprendizaje. La valoración de los métodos de evaluación debería incluir la cantidad y calidad (fiabilidad y validez) de dichos métodos; en concreto, la fiabilidad y validez de la evaluación de las habilidades y competencias clínicas.

Los principios, métodos y ejercicios de evaluación deberían ser adecuados para los objetivos y fines educativos, y fomentar unos ejercicios de aprendizaje apropiados.

Los métodos y criterios de evaluación deberían ser conocidos por los estudiantes al comienzo del programa, o del componente del curso, y deberían reflejar claramente los objetivos del curso.

El número de evaluaciones no debería exigir el aprendizaje de una cantidad excesiva de información detallada en detrimento de la disponibilidad de tiempo para reflexionar acerca del material y asimilarlo.

El tipo de evaluación debería fomentar un enfoque integrado del aprendizaje y fomentar la distribución del material en fases tempranas del programa para irlo revisando posteriormente.

Todos los estudiantes deberían realizar un proyecto de investigación para universitarios adecuado al nivel de estudios que se esté cursando. Este proyecto de investigación debería consistir en una investigación acerca de un tema concreto utilizando un enfoque cualitativo y/o cuantitativo. Independientemente del diseño del proyecto, debería reflejar claramente un pensamiento crítico y la valoración de los resultados de las investigaciones actuales y de los hallazgos realizados durante el propio proyecto de investigación.

B.8 Nivel, estructura y composición del currículo

La institución quiropráctica debería describir el contenido, la duración y la secuencia tanto de los cursos orientados por su personal como por los estudiantes en cuanto a lo que se espera aprender en cada fase del programa, y al nivel de integración entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas.

Los programas quiroprácticos pueden ser diversos respecto a los niveles de formación previa necesarios para acceder a ellos. Sin embargo, la duración del programa universitario debería ser de, como mínimo, cinco (5) cursos académicos a jornada completa. En términos de créditos académicos, esto equivale a 300 créditos, donde 60 créditos equivalen a un curso académico. El periodo de formación clínica también debería realizarse a jornada completa.

La duración y el modo de impartición del programa deberían cumplir los requisitos nacionales que se exigen a los graduados que ejercen como quiroprácticos.

La integración de las disciplinas debería incluir tanto la integración horizontal (simultánea) como vertical (secuencial) de los componentes curriculares. El proceso de integración puede fomentar el aprendizaje por parte de los estudiantes demostrando la relación entre los materiales del programa y el futuro ejercicio de la quiropráctica. También deberían existir oportunidades para revisar y desarrollar con más profundidad los materiales trabajados previamente.

El currículo también debería proporcionar a los estudiantes desarrollo y educación mediante modelos de autoaprendizaje, y debería proporcionarles oportunidades de desarrollo en áreas de interés concretas, por ejemplo, mediante el proyecto de investigación (o equivalente).

Todos los cursos del currículo deberían tener establecidos unos resultados de aprendizaje explícitos en términos de nivel de conocimiento y comprensión, habilidades y actitudes que se espera que se hayan adquirido al completar el curso.

ANEXO C (Informativo)

CÓDIGO ÉTICO

C.1 Trabajo con los pacientes

C.1.1 Asistencia clínica adecuada

a) Una asistencia clínica adecuada debería incluir lo siguiente:

- 1) una evaluación adecuada de la afección del paciente, teniendo en cuenta el historial del caso, el punto de vista del paciente y, cuando sea necesario, realizando una exploración al paciente;
- 2) proporcionar u obtener asesoría, investigaciones o tratamiento cuando sea necesario;
- 3) el quiropráctico no debería distorsionar la gravedad de la afección del paciente;
- 4) derivación a otro profesional sanitario en favor del interés del paciente.

b) Cuando el quiropráctico proporciona asistencia, debería hacerlo:

- 1) dentro de los límites de sus competencias;
- 2) considerando el bienestar del paciente como su prioridad;
- 3) basándose en la evidencia;
- 4) siempre con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida del paciente.

c) El quiropráctico debería garantizar que sus expedientes son precisos, legibles e identificables. Deberían reflejar de forma precisa todos los encuentros clínicos y deberían incluir cualquier factor relevante para la asistencia continuada del paciente, incluido su estado de salud general. Todos los expedientes deberían ser comprensibles para otro quiropráctico a quien pueda solicitarse que asuma la atención sanitaria de un paciente. Los expedientes se deberían almacenar de forma segura de acuerdo con la legislación local.

d) El quiropráctico debería respetar el derecho de los pacientes de solicitar una segunda opinión, bien de otro quiropráctico o de otro profesional sanitario.

C.1.2 Fomento de la salud y del cuidado personal

a) El quiropráctico debería animar a los pacientes a cuidarse y debería recomendarles medidas de atención personal adecuadas.

b) El quiropráctico debería dar apoyo a iniciativas de mejora de la salud que reducen la dependencia de los profesionales sanitarios. Entre ellas, se puede incluir asesorar a los pacientes acerca del impacto de su estilo de vida en su salud y bienestar.

C.1.3 Concienciación acerca de la seguridad del paciente

a) Cuando el quiropráctico se inquiete por la seguridad de los pacientes, debería informar acerca de esa preocupación al organismo correspondiente tras realizar todos los esfuerzos a su alcance para comprobar los hechos.

b) Si el quiropráctico se inquieta por la seguridad de los pacientes, debería documentar esta preocupación, junto con los pasos que ha emprendido para intentar solucionar esta situación.

C.1.4 Igualdad y diversidad

El quiropráctico debería actuar de acuerdo con la legislación para garantizar el acceso justo a una evaluación y atención sanitaria. No debería discriminar por motivos de raza, edad, discapacidades, origen étnico, opciones de estilo de vida, género, orientación sexual, estado civil, nivel socioeconómico, religión o creencias.

C.1.5 Actualización permanente

a) El quiropráctico debería mantener sus habilidades y conocimientos actualizados durante toda su carrera profesional.

b) El quiropráctico debería mantenerse informado acerca de las directrices de ejercicio y clínicas que afectan a su trabajo y debería aplicarlas en el ejercicio de su actividad profesional.

c) El quiropráctico debería estar informado y cumplir con los códigos de ejercicio relevantes en su jurisdicción.

d) Para mejorar la calidad de la asistencia que proporciona, el quiropráctico debería contar con la colaboración de otros colegas y pacientes, y realizar auditorías clínicas y de su consulta. También debería estar dispuesto a modificar su ejercicio cuando se haga evidente que una intervención determinada no funciona.

C.1.6 Enseñanza, formación, valoración y evaluación

a) Cuando el quiropráctico participe en actividades de enseñanza, formación, valoración o evaluación, debería asegurarse de que la información que proporciona es precisa. Debería indicar claramente cuándo utiliza teorías que no se han verificado o que están sujetas a investigaciones académicas o científicas.

b) Cuando el quiropráctico actúe como profesor, debería asegurarse de desarrollar las habilidades, actitudes y ejercicios de un profesor competente.

c) Cuando redacte informes acerca de sus colegas, el quiropráctico debería ser honesto y objetivo. No debería expresar críticas injustas acerca de un colega ni utilizar un lenguaje que despierte dudas injustificadas acerca de su carácter o integridad.

C.1.7 Relación quiropráctico-paciente

Con el fin de que la relación quiropráctico-paciente sea óptima, el quiropráctico debería:

- a) ser educado y considerado con sus pacientes;
- b) mostrar respeto por las diferencias culturales;
- c) tratar a los pacientes de forma digna;
- d) tratar a cada paciente de forma personalizada;
- e) respetar la privacidad y el derecho a la confidencialidad de los pacientes;
- f) ayudar a los pacientes a mantener su salud.

C.1.8 Comunicación con los pacientes

a) Una comunicación clara es esencial para la relación entre el quiropráctico y sus pacientes: los pacientes deberían implicarse en su propia atención sanitaria y el quiropráctico debería animarlos a tomar parte activa en ella.

b) El quiropráctico debería tener en cuenta cualquier posible necesidad especial a la hora de comunicarse con sus pacientes, incluidas posibles discapacidades físicas o cognitivas.

c) El quiropráctico debería explicar claramente a sus pacientes qué ocurrirá durante la evaluación y la atención sanitaria. También debería informarles acerca de los resultados de la evaluación, las medidas previstas y cuándo se revisará la atención sanitaria prestada.

d) Antes de iniciar el tratamiento, el quiropráctico debería informar a los pacientes acerca de sus riesgos y beneficios, así como acerca de cualquier otra opción de atención sanitaria.

e) El quiropráctico debería informar a los pacientes acerca de cómo se almacenará y registrará la información sobre ellos. Los quiroprácticos que trabajan en jurisdicciones con legislación acerca de la protección de datos deberían asegurarse de estar registrados en el organismo correspondiente y de cumplir con las disposiciones previstas por la legislación.

f) El quiropráctico debería informar a sus pacientes sobre quién podrá acceder a sus expedientes y sobre las medidas existentes para garantizar la confidencialidad.

g) El quiropráctico debería disponer de un procedimiento de reclamaciones claramente documentado y proporcionar a los pacientes que deseen realizar una reclamación acerca de su evaluación o atención sanitaria información acerca de cómo hacerlo.

h) Se debería informar a los pacientes acerca de las medidas establecidas por los quiroprácticos para proporcionar evaluación y asistencia sanitaria si ellos no están disponibles.

i) Cuando un quiropráctico trabaje con otros colegas, debería informarse a los pacientes acerca de quién es el responsable de su asistencia cotidiana y, en caso de que no se trate de la misma persona, quién es la persona responsable de su caso.

j) Si el quiropráctico delega en otras personas, debería asegurarse de que los pacientes comprenden la relación y la responsabilidad de la persona que lleva a cabo la evaluación o proporciona la atención sanitaria.

k) Los pacientes deberían estar informados acerca de la necesidad de compartir la información para poder acceder a una atención sanitaria efectiva. Si los pacientes no dan su consentimiento para compartir la información, se les debería informar acerca de las implicaciones de esta opción y de cómo puede afectar a la atención sanitaria que se les proporciona.

C.1.9 Comunicación con otros profesionales sanitarios

a) El quiropráctico debería compartir la información con el médico de cabecera o con cualquier otro profesional sanitario del cual haya recibido una derivación.

b) Con el consentimiento del paciente, el quiropráctico debería poner a disposición de otros profesionales sanitarios la información que éstos soliciten.

c) El quiropráctico debería ponerse en contacto rápidamente con otros profesionales sanitarios cuando resulte evidente que será necesaria una derivación posterior.

d) En casos de emergencia, el quiropráctico debería realizar un informe claro y detallado de los hechos para permitir al equipo sanitario comprender completamente la implicación del quiropráctico en la provisión de evaluación y atención sanitaria y la naturaleza concreta de los hechos.

e) Cuando sea necesaria una investigación adicional, el quiropráctico debería asegurarse de que las personas responsables de los procedimientos de diagnóstico disponen de toda la información relevante.

C.1.10 Preparación de informes para terceros

a) Cuando sea necesario realizar informes para terceros, se debería obtener el consentimiento del paciente para dar a conocer la información sobre él.

b) La divulgación de información debería limitarse únicamente a aquella solicitada por un tercero.

c) El quiropráctico debería asegurarse de que el paciente comprende el motivo por el cual se solicita dicha información y debería comentar esta solicitud con el paciente.

C.1.11 Niños y jóvenes

- a) En el ejercicio de su profesión, el quiropráctico debería proteger y salvaguardar la salud y el bienestar de los niños y los más jóvenes.
- b) El quiropráctico debería actuar cuando considere que se ha atentado contra la salud y el bienestar de los niños y jóvenes.
- c) El quiropráctico debería plantearse cómo los niños y jóvenes pueden comprender la información que se les proporciona y adaptar su comunicación convenientemente.
- d) El quiropráctico debería detectar cuándo es necesario que haya otra persona presente durante la evaluación o atención sanitaria a los pacientes, en especial, en el caso de los niños y jóvenes, en que otra persona (un padre o tutor) debería estar presente a no ser que se haya dado consentimiento expreso para visitar al niño o joven sin la presencia de un acompañante.

C.1.12 Adultos vulnerables

- a) El quiropráctico debería considerar si un paciente es vulnerable debido a su salud y circunstancias, y tomar medidas para preservar su bienestar mientras realiza la evaluación y proporciona la atención sanitaria. También debería tener en cuenta la capacidad de los pacientes para comprender la información que se les proporciona y la consiguiente validez de su consentimiento.
- b) El quiropráctico que trabaja con adultos vulnerables debería tener en cuenta si es apropiado que haya otra persona presente mientras realiza la evaluación y proporciona atención sanitaria.
- c) El quiropráctico no debería aprovecharse de la vulnerabilidad de los pacientes expresando sus creencias personales, o sus puntos de vista políticos o religiosos en modo alguno que pueda incomodar o alterar a dichos pacientes.

C.1.13 Trato con familiares, cuidadores y cónyuges

- a) El quiropráctico debería ser considerado con los familiares, cónyuges y otras personas cercanas al paciente, y proporcionarles información y soporte de manera oportuna y considerada, incluso tras la muerte de un paciente.
- b) A la hora de proporcionar información, el quiropráctico debería tener presente la confidencialidad y las implicaciones de divulgar información acerca de los pacientes a terceros.

C.2 Claridad y honestidad

C.2.1 Generalidades

- a) El quiropráctico debería ser claro y honesto con los pacientes.
- b) El quiropráctico no debería distorsionar la gravedad de la afección del paciente.

c) El quiropráctico no debería ocultar información que pueda influir en la posible decisión del paciente de rechazar la evaluación o la atención sanitaria, incluida la información acerca de los riesgos o efectos colaterales de un tratamiento.

d) Toda la información proporcionada debería adaptarse a las necesidades específicas del paciente y proporcionarse en el interés del paciente.

e) El quiropráctico debería detectar cuándo la afección de un paciente supera su ámbito de ejercicio y comunicarlo al paciente de forma clara y honesta.

C.2.2 Mantenimiento de la confianza en la profesión

El quiropráctico no debería abusar de su posición profesional para establecer una relación sexual o inadecuada con un paciente o con una persona próxima a ella. Las palabras y gestos de carácter sexual también se consideran comportamiento impropio.

Cuando un quiropráctico se sienta atraído sexualmente por un paciente o viceversa, se debería buscar inmediatamente a otro profesional que proporcione atención sanitaria al paciente.

C.2.3 Consentimiento

El consentimiento es un proceso continuo, no un evento puntual. El quiropráctico debería asegurarse de comunicarse con los pacientes durante todo el encuentro clínico y debería asegurarse de contar con la privacidad adecuada para facilitar este proceso.

El quiropráctico debería asegurarse de que el paciente recibe información acerca de la evaluación y atención sanitaria a las que tiene acceso y de que ésta se proporciona de forma que le resulte fácil de seguir y utilizar. De este modo, se permite al paciente implicarse en su atención sanitaria y tomar decisiones adecuadas para él. El consentimiento puede no ser válido si los pacientes no comprenden la naturaleza de la información que se les proporciona acerca de la evaluación o la asistencia propuestas.

El quiropráctico debería estar convencido de contar con el consentimiento válido del paciente (o de una persona responsable que actúe en su nombre) antes de proceder a:

- la exploración;
- la investigación;
- el tratamiento;
- la implicación del paciente en docencia o investigación.

El quiropráctico no debería utilizar su posición profesional para obtener el consentimiento de un paciente en contra de su voluntad.

La información que se proporciona al paciente con el fin de permitirle tomar decisiones informadas acerca de la evaluación y atención sanitaria debería incluir:

- a) la finalidad y necesidad de realizar cualquier evaluación o investigación;
- b) el diagnóstico;

- c) el tratamiento o la gestión de la afección propuestos;
- d) las opciones de asistencias disponibles;
- e) los resultados previsibles con y sin atención sanitaria;
- f) cualquier riesgo previsible y los probables beneficios;
- g) quién realizará y será responsable de la evaluación y la atención sanitaria;
- h) cualquier motivo para derivar al paciente a otro profesional sanitario;
- i) cualquier motivo por el cual puede ser necesario que otro profesional sanitario tome parte en la evaluación o asistencia;
- j) si la asistencia está vinculada a algún programa de investigación;
- k) las implicaciones financieras de la asistencia recomendada.

El quiropráctico debería asumir que el paciente tiene la capacidad y es competente y capaz de tomar decisiones a no ser que existan evidencias claras que sugieran lo contrario. El quiropráctico debería tener en cuenta cualquier factor que pueda afectar a la capacidad del paciente de dar su consentimiento informado, incluidas barreras idiomáticas o posibles discapacidades físicas o cognitivas.

La toma de decisiones inesperadas no demuestra que un paciente no sea competente o no disponga de la capacidad necesaria para proporcionar su consentimiento. Sin embargo, puede indicar la necesidad de proporcionarle información adicional. La capacidad depende también de cada decisión, es decir, un paciente puede ser capaz de tomar algunas decisiones pero no otras.

Si existe cualquier duda acerca de si un paciente dispone de la capacidad para dar su consentimiento, debería solicitarse la colaboración de un profesional sanitario debidamente cualificado.

El quiropráctico debería ejercer su valoración profesional a la hora de evaluar la capacidad de los niños y jóvenes para proporcionar su consentimiento para la evaluación y atención sanitaria.

El quiropráctico debería comprender y cumplir con la legislación aplicable en su jurisdicción en relación con los aspectos que rodean al consentimiento por parte de los jóvenes.

C.2.4 Acceso a los expedientes sanitarios del paciente

Cuando un paciente solicita acceso a su expediente médico personal, no se le debería denegar sin motivo.

NOTA Los expedientes médicos de los pacientes están sujetos a la legislación europea de protección de datos [9].

Cuando la legislación disponga que se proporcione acceso a los expedientes médicos, el quiropráctico debería asegurarse de estar familiarizado con la legislación aplicable y cumplir puntualmente con cualquier solicitud de acceso.

C.2.5 Confidencialidad

El quiropráctico debería respetar la confidencialidad del paciente en todo momento, incluidos sus datos personales, la información acerca de su salud y sus necesidades sanitarias, la gestión de éstas y cualquier información que se haya puesto a disposición del quiropráctico durante el curso de la evaluación y la atención sanitaria.

El quiropráctico no debería emplear ningún tipo de ejercicio que pueda poner en riesgo su obligación de preservar la confidencialidad. Cuando existan circunstancias en las cuales no sea posible garantizar la confidencialidad (por ejemplo, en el ámbito deportivo), el quiropráctico debería confirmar con el paciente que está de acuerdo en someterse a una evaluación y atención sanitaria.

El quiropráctico debería asegurarse de que la información disponible en papel o en formato electrónico se almacena de forma segura y de que personal no autorizado no tiene acceso a ella.

NOTA Existen excepciones a la regla de la confidencialidad. Entre ellas:

- a) cuando existe la obligación legal de dar a conocer determinada información;
- b) cuando dar a conocer la información a la autoridad adecuada redonda claramente en el interés público;
- c) cuando el paciente u otras personas corren peligro de muerte o de graves daños;
- d) cuando un funcionario con autoridad para ello así lo exige.

Cuando se da a conocer información confidencial, los motivos para dicha divulgación deberían registrarse, así como la naturaleza y alcance de la información divulgada.

C.2.6 Alta de los pacientes

El quiropráctico no debería tratar al paciente si no es necesario y debería poder justificar clínicamente su decisión de continuar con la atención sanitaria.

Cuando dicha atención ya no pueda seguir justificándose por una necesidad clínica, el quiropráctico debería dar el alta al paciente sin más dilación.

Cuando el quiropráctico dé el alta a un paciente, debería explicarle el motivo por el cual se interrumpe la atención sanitaria. El quiropráctico no debería dar el alta a un paciente simplemente porque haya cuestionado la atención recibida o se haya quejado acerca del quiropráctico; sin embargo, en algunas circunstancias, dichas quejas pueden suponer un impedimento para la correcta relación profesional quiropráctico-paciente.

A no ser que un programa de atención sanitaria haya finalizado y se dé el alta al paciente por motivos clínicos, el quiropráctico debería asegurarse de que, cuando sea posible, se proporcione al paciente información acerca de dónde puede continuar recibiendo atención sanitaria. Esto puede implicar la derivación a otro profesional sanitario (el cual puede ser un quiropráctico).

El quiropráctico debería documentar los motivos por los cuales ha dado el alta al paciente.

C.3 Trabajo con otros colegas

C.3.1 Generalidades

a) Cuando el quiropráctico desarrolla su actividad profesional como parte de un equipo, ya sea formado por otros quiroprácticos o por otros profesionales sanitarios, debería respetar las habilidades y contribuciones que otros puedan aportar para la atención sanitaria del paciente.

b) El quiropráctico debería comunicarse de forma efectiva con sus colegas de dentro y de fuera del equipo clínico.

c) El quiropráctico debería proporcionar soporte a aquellos colegas que tengan problemas referentes a rendimiento, conducta o salud.

C.3.2 Conducta y desempeño de otros colegas

a) Cuando el quiropráctico tenga motivos de inquietud acerca de la conducta, el desempeño o la salud de otros colegas, debería actuar rápidamente para solucionar el motivo de dichas preocupaciones con el fin de proteger a los pacientes.

b) Si no existen sistemas locales establecidos para informar acerca de dichas preocupaciones o solucionarlas, debería dirigirse al organismo regulador. Cuando no exista dicho organismo regulador, estas inquietudes deberían hacerse llegar a la asociación nacional correspondiente.

C.3.3 Respeto por los colegas

a) El quiropráctico debería tratar a sus colegas de forma justa y respetuosa. No debería criticarlos o discriminarlos injustificadamente. En concreto, el quiropráctico no debería manifestar un comportamiento que menoscabe la confianza de los pacientes en la atención sanitaria que reciben o en el criterio de aquellas personas que proporcionan dicha atención.

b) El quiropráctico no debería permitir que sus creencias personales influyan en su relación profesional con otros colegas.

C.3.4 Puesta en común de información

a) Cuando resulte adecuado, el quiropráctico debería compartir la información con otros profesionales sanitarios para proporcionar a los pacientes una atención sanitaria segura y efectiva.

b) Cuando un paciente se derive a otro profesional sanitario, el quiropráctico debería garantizar que dicho profesional recibe toda la información relevante.

c) Antes de proporcionar esta información, el paciente debe dar su consentimiento.

C.3.5 Delegación y derivación

Si se delega la responsabilidad, el quiropráctico seguirá siendo responsable de la gestión global de la atención sanitaria del paciente. El quiropráctico debería asegurarse de que la persona en quien delega posee las cualificaciones, la experiencia, los conocimientos y las habilidades necesarias para proporcionar la asistencia sanitaria. El quiropráctico que delega debería proporcionar la información necesaria para que dicha delegación resulte efectiva.

Cualquier persona a la cual el quiropráctico realice la derivación debería estar regulada por un organismo regulador.

C.3.6 Honestidad y confianza

- a) El quiropráctico nunca debería abusar de la confianza de un paciente.
- b) Un quiropráctico que tenga antecedentes penales, que haya recibido una amonestación o que no haya sido admitido en un organismo profesional debería informar acerca de estos hechos a la asociación nacional y al organismo regulador nacional cuando dicho organismo exista.

C.3.7 Provisión y publicación de información acerca de los servicios quiroprácticos

- a) Si el quiropráctico hace publicidad de su ejercicio profesional, o solicita que otra persona lo haga en su nombre, debería asegurarse de que los materiales que se utilizan son honestos, decentes, legales, objetivos y verificables.
- b) El quiropráctico no debería comercializar su ejercicio de una forma que menoscabe la confianza del público en su profesión.
- c) No deberían realizarse afirmaciones acerca de los tratamientos o resultados que no sean justificables. No debería garantizarse la cura del paciente.
- d) No debería presionarse a las personas para que hagan uso de los servicios quiroprácticos; por ejemplo, despertando miedos infundados acerca de su salud actual o futura.
- e) El quiropráctico no debería utilizar ningún título de modo que induzca al público a error acerca de su significado.

C.3.8 Redacción de informes y provisión de pruebas

- a) El quiropráctico debería responder puntual y cortésmente a las solicitudes de información por parte de otros profesionales sanitarios y de terceros. Debería solicitar el consentimiento del paciente antes de proporcionar dicha información.
- b) Cuando se haya solicitado al quiropráctico que proporcione pruebas o cree informes, debería ser honesto en todos los testimonios orales y escritos. Cuando un asunto supere el ámbito del ejercicio o las competencias del quiropráctico, éste debería hacerlo saber.

c) En los informes escritos, el quiropráctico debería mencionar todos los hechos relevantes y proporcionar su opinión únicamente sobre aquellos asuntos que entren dentro del ámbito de su experiencia.

C.3.9 Investigaciones

a) El quiropráctico que tome parte en investigaciones siempre debería dar prioridad a los intereses de los participantes de dichas investigaciones (que pueden ser o no sus pacientes).

b) El diseño de las investigaciones debería ser coherente con principios científicos y éticos aceptados.

c) A la hora de realizar las investigaciones, el quiropráctico debería actuar de forma honesta e íntegra, y no debería distorsionar los hallazgos de las investigaciones. El quiropráctico y su personal deberían cumplir escrupulosamente los procedimientos detallados en el protocolo de la investigación.

d) El quiropráctico debería mantener la confidencialidad acerca de la identidad de los sujetos participantes en las investigaciones y, al final de la investigación, debería obtener su consentimiento para participar en cualquier prueba o experimento.

e) Los pacientes deberían estar informados de su derecho a retirarse de una investigación en cualquier momento.

C.3.10 Aspectos financieros

El quiropráctico debería ser abierto y honesto acerca de los acuerdos financieros con los pacientes. En concreto:

a) debería exponer claramente a los pacientes la información acerca de las cuotas y costes;

b) para evitar la dependencia, no debería utilizar programas de prepago;

c) el quiropráctico no debería explotar la vulnerabilidad o ignorancia de un paciente acerca de la atención quiropráctica a la hora de cobrar la asistencia prestada;

d) el quiropráctico no debería inducir ni directa ni indirectamente a los pacientes a hacerle regalos u ofrecerle dinero para obtener un beneficio personal;

e) el quiropráctico debería ser abierto y honesto con los empleados, las empresas aseguradoras y demás organizaciones o personas.

C.3.11 Conflictos de interés

a) El quiropráctico siempre debería actuar en favor del interés de los pacientes a la hora de realizar derivaciones y proporcionar atención sanitaria. No debería solicitar ni aceptar ningún tipo de incentivo o regalo que pueda afectar o considerarse que afecta al

modo en que trata o deriva a un paciente. El quiropráctico no debería ofrecer incentivos a colegas o a otros profesionales sanitarios.

b) El quiropráctico debería informar claramente al paciente acerca de los intereses financieros o comerciales que pueda tener a la hora de recomendar unos determinados productos o servicios.

C.4 Salud y seguridad

C.4.1 Generalidades

a) El quiropráctico debería gestionar y remediar los posibles riesgos de salud y seguridad en el entorno de trabajo, y debería cumplir con la legislación de salud y seguridad.

b) El quiropráctico debería incluir en su ejercicio medidas para la gestión de situaciones de emergencia relacionadas con los pacientes o con materiales peligrosos.

c) Para el control y gestión de los riesgos de infección, el quiropráctico debería disponer de sistemas para la protección de la salud y el bienestar de sus pacientes, empleados y visitantes en su lugar de trabajo.

d) El quiropráctico debería cumplir con la legislación referente al uso de radiación ionizante. En concreto, no debería aplicar ninguna técnica o ejercicio que requiera el uso rutinario de rayos X.

C.4.2 Atención sanitaria basada en la evidencia

a) Los servicios proporcionados por el quiropráctico deberían ser coherentes con la atención sanitaria basada en la evidencia. El quiropráctico debería contar con conocimientos actualizados dentro del ámbito de la investigación quiropráctica así como de las investigaciones del área neuromusculoesquelética en general.

b) La atención proporcionada debería responder a lo que se espera de un quiropráctico sensato y competente, y debería basarse en las mejores evidencias disponibles.

c) Deberían incorporarse a los procedimientos clínicos las recomendaciones procedentes de las directrices clínicas nacionales y/o internacionales correspondientes al área neuromusculoesquelética.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] EN ISO 13485, *Medical devices. Quality management systems. Requirements for regulatory purposes (ISO 13485)*
- [2] ISO 10001, *Quality management. Customer satisfaction. Guidelines for codes of conduct for organizations*
- [3] ISO 10002, *Quality management. Customer satisfaction. Guidelines for complaints handling in organizations*
- [4] ISO 29990, *Learning services for non-formal education and training. Basic requirements for service providers*
- [5] EN 15224:2011, *Health care services. Quality management systems. Requirements based on EN ISO 9001:2008*
- [6] Constitution of the World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [viewed 2011-07-15]
- [7] Council Directive 93/42/EEC of 14 June 1993, Article 17. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0042:20071011:en:PDF> [viewed 2011-07-15]
- [8] Council Directive 96/29/Euratom of 13 May 1996 laying down basic safety standards for the protection of the health of workers and the general public against the dangers arising from ionizing radiation. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1996:159:0001:0114:EN:PDF> [viewed 2011-07-15]
- [9] Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:EN:HTML> [viewed 2011-07-15]
- [10] European Council on Chiropractic Education (ECCE), Accreditation Procedures and Standards in Undergraduate Chiropractic Education and Training, version 4, 2011. Available from: http://www.cceeurope.com/downloads.html?file=tl_files/documents/downloads/Accreditation%20Procedures%20and%20Standards%20-%20November%202011%20%20Version%204.pdf [viewed 2012-05-10]
- [11] WFC Dictionary, World Federation of Chiropractic, 2001. Available from: http://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en [viewed 2011-07-15]