

Universitat de Lleida

La osteopatía como instrumento de reducción de costes en el sistema sanitario español

David Ponce Gutierrez

Dipòsit Legal: L.157-2015

<http://hdl.handle.net/10803/285585>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Tesis Doctoral

La Osteopatía como Instrumento de Reducción de Costes en el Sistema Sanitario Español

DAVID PONCE I GUTIERREZ

Dra. Maria Lluïsa Ochoa Trepàt
Directora

Universitat de Lleida
2014

Abstract

Osteopathy has gained recognition within the field of medicine and physiotherapy. Its recognition within society has meant that many people use osteopathy as a means to achieving quality of life.

The purpose of the study was to answer the question, whether it is possible to reduce healthcare costs using osteopathy to improve or cure ailments related pathologies that people have. Similarly, to assess the current situation of Osteopathy in the Spanish health system and propose it as a tool to reduce healthcare costs.

Through a systematic review of literature data yielded information linked to object research were obtained. At the same time a field of non-experimental in order to determine the relative to the implementation of Osteopathy to reduce public health costs lead was developed.

To reach certain conclusions, it was necessary to develop a work-study, which included the implementation of surveys on 401 medical health professionals framed within the "general medicine and trauma", and 401 users of medical services who attended a clinic Osteopathic located in the city of Barcelona.

The clinical benefit of treatment and improving the economic cost medium and long term was found.

It was established that the Spanish healthcare system does not guarantee savings for the treatment of conditions that Osteopathy treats effectively, that on the contrary, it generates more costs. Osteopathy reduces healthcare costs.

Key words: Osteopathy, physiotherapy, quality of life, healthcare costs, healthcare System.

Resumen

La Osteopatía ha ganado reconocimiento dentro del ámbito de la medicina y la fisioterapia. Su reconocimiento dentro de la sociedad ha propiciado que gran número de personas usen la Osteopatía como un medio para el logro de calidad de vida.

El objeto del estudio fue responder al interrogante, de si es posible reducir costes sanitarios utilizando la Osteopatía para mejorar o curar dolencias relacionadas con las patologías que tienen las personas.

De igual modo, evaluar la situación actual de la Osteopatía en el sistema sanitario español y proponerla como un instrumento de reducción de costes sanitarios.

Mediante una revisión sistemática de literatura se obtuvieron datos que arrojaron información vinculada al objeto de investigación. Al mismo tiempo se desarrolló un trabajo de campo de tipo no experimental con el fin de determinar la ventaja relativa a la implementación de la Osteopatía para reducir costes de la salud pública.

Para llegar a conclusiones ciertas, fue preciso desarrollar un trabajo de estudio, que contempló la aplicación de encuestas sobre 401 profesionales médicos de la sanidad encuadrados dentro de la "*medicina general y traumatólogos*", y sobre 401 usuarios de servicios médicos que asistieron a una Clínica Osteopática ubicada en la ciudad de Barcelona.

Se comprobó el beneficio clínico del tratamiento y mejora del coste económico a medio y largo plazo.

Se estableció que el sistema sanitario español no garantiza ahorro para el tratamiento de patologías que la Osteopatía trata, efectivamente, que al contrario, genera más costes. La Osteopatía es generadora de reducción de costes sanitarios

Palabras clave: La osteopatía, fisioterapia, calidad de vida, los costos de salud, sistema sanitario.

Resum

L'Osteopatia ha guanyat reconeixement dins l'àmbit de la medicina i la fisioteràpia. El seu reconeixement dins de la societat ha propiciat que gran nombre de persones facin servir l'Osteopatia com un mitjà per a l'assoliment de qualitat de vida.

L'objecte de l'estudi va ser respondre a l'interrogant, de si és possible reduir costos sanitaris utilitzant l'Osteopatia per millorar o curar malalties relacionades amb les patologies que tenen les persones. De la mateixa manera, avaluar la situació actual de l'Osteopatia en el sistema sanitari espanyol i proposar-la com un instrument de reducció de costos sanitaris.

Mitjançant una revisió sistemàtica de literatura es van obtenir dades que van llançar informació vinculada a l'objecte d'investigació. Alhora es va desenvolupar un treball de camp de tipus no experimental amb la finalitat de determinar l'avantatge relativa a la implementació de l'Osteopatia per reduir costos de la salut pública.

Per arribar a conclusions certes, va caldre desenvolupar un treball d'estudi, que va contemplar l'aplicació d'enquestes sobre 401 professionals mèdics de la sanitat enquadrats dins de la "medicina general i traumatòlegs", i sobre 401 usuaris de serveis mèdics que van assistir a una Clínica Osteopàtica ubicada a la ciutat de Barcelona.

Es va comprovar el benefici clínic del tractament i millora del cost econòmic a mitjà i llarg termini.

Es va establir que el sistema sanitari espanyol no garanteix estalvi per al tractament de patologies que l'Osteopatia tracta efectivament, que al contrari, genera més costos. L'Osteopatia és generadora de reducció de costos sanitaris.

Paraules clau: L'osteopatia, fisioteràpia, qualitat de vida, els costos de salut, sistema sanitari.

ÍNDICE TEMÁTICO

Presentación	13
Agradecimientos	15
CAPÍTULO 1	
Introducción	17
1.1 Planteamiento del problema	19
1.2 Objetivos	28
1.3 Preguntas de investigación	30
1.4 Antecedentes	32
1.5 Justificación	42
CAPÍTULO 2	
2.1 Marco Teórico	41
2.1.1 Revisión de la literatura	107
2.1.2 Formulación de hipótesis	119
CAPÍTULO 3	
3.1 Diseño metodológico	121
3.1.1 La muestra	127
3.1.2 Análisis y Resultados empíricos	129
3.1.3 Análisis y Resultados Económicos	148
CAPÍTULO 4	
4.1 Conclusiones	155
4.2 Anexos	159
4.3 Bibliografía y fuentes	163

Relación de Cuadros y Figuras

Cuadro 1. Uso de productos, las prácticas y los profesionales de MTC	26
Cuadro 2. Costos directos asociados con la dolencia mediante el tratamiento tradicional. Sin Osteopatía o mediante Osteopatía.	149
Cuadro 3. Resultado de cada categoría a la hora de determinar el coste total	153
Figura 1. Variables de interés para el paciente	43
Figura 2. Curvas del dolor por años	66
Figura 3. Tipos profesionales sanitarios involucrados en tratamiento dolor crónico	69
Figura 4. Impacto dolor crónico en actividades	71
Figura 5. Paradigma sistémico obtención resultados	121
Figura 6. Variables estudio empírico: Sexo	129
Figura 7. Variables estudio empírico: Edad	130
Figura 8. Variables estudio empírico: Provincia de residencia	130
Figura 9. Variables estudio empírico: Tipo de vivienda	131
Figura 10. Variables estudio empírico: Número de hijos	131
Figura 11. Variables estudio empírico: Estado civil	132
Figura 12. Variables estudio empírico: Ingresos anuales aproximados	132
Figura 13. Variables estudio empírico: Profesión	134
Figura 14. Variables estudio empírico: Inicio de patología	134
Figura 15. Variables estudio empírico: Con visita previa en Medicina convencional	135
Figura 16. Variables estudio empírico: Con o sin problemas	135
Figura 17. Variables estudio empírico: Tipología problemas	137
Figura 18. Variables estudio empírico: Conocimiento de la Osteopatía	137
Figura 19. Variables estudio empírico: Derivación al profesional (1)	139
Figura 20. Variables estudio empírico: Derivación al profesional (2)	139
Figura 21. Variables estudio empírico: Consulta previa a profesional osteópata	140
Figura 22. Variables estudio empírico: Valoración cualitativa respecto al tratamiento	141
Figura 23. Variables estudio empírico: Valoración económica de la Osteopatía	141
Figura 24. Variables estudio empírico: Valoración tiempo de resolución	143
Figura 25. Variables estudio empírico: Valoración calidad asistencial / precio	143
Figura 26. Variables estudio empírico: Valoraciones: puntuaciones medias	144
Figura 27. Variables estudio empírico: Especialidades médicas (1)	145
Figura 28. Variables estudio empírico: Especialidades médicas (2)	145
Figura 29. Variables estudio empírico: Lo que recetan	146
Figura 30. Variables estudio empírico: Tiempo de baja	146
Figura 31. Variables estudio empírico: Derivación a Osteopatía	147
Figura 32. Evaluación costes 10 periodos método tradicional y con Osteopatía	150
Figura 33. Evaluación costes consultas	150
Figura 34. Evaluación costes laboratorio	151
Figura 35. Evaluación costes pruebas	151
Figura 36. Evaluación costes medicamentos	152
Figura 37. Evaluación costes incapacidad	152

Presentación

En primer lugar me gustaría destacar la gran ilusión y expectativas que sugieren la escritura de una tesis doctoral.

Más allá de la culminación de una carrera profesional mi objetivo principal es dejar parte de mis pensamientos y ambiciones dentro del marco de nuestra profesión, la Osteopatía, y especialmente en beneficio de cualquier persona o personas afectadas por cualquier dolor sea cual sea su origen.

A los 16 años sufrí un grave accidente de tráfico que marco mi vida y determino mi pensamiento. Padecí una rehabilitación muy traumática cuando la fisioterapia o la Osteopatía eran exotismos por desembalar. Logre sobreponerme y presentí una misión que se convirtió en vocación pocos años después. Esta tesis quiere ser un grano de arena en un mar por descubrir que es la Osteopatía. Quisiera que esta tesis pueda ayudar a obtener una sociedad mejor, más equitativa y con una mejor atención dentro del ámbito de la concepción médica y económica.

Asimismo, desearía que esta tesis pueda representar un escalón más en la Osteopatía, para su conocimiento, reconocimiento y divulgación en cualquiera de sus ámbitos.

La divulgación y la enseñanza de esta disciplina forman parte de mis 25 años como profesional y 20 como docente en diferentes áreas y disciplinas médicas universitarias.

Muy lejos de sus inicios, en que los fisioterapeutas necesitábamos salir al extranjero para formarnos en esta práctica médica, la Osteopatía está hoy en día en boca de muchos y en las manos de numerosos profesionales que nos dedicamos a esta profesión, que nació de la mano del Dr. Andrew Taylor Still, apostando por un estilo saludable de vida para y con nuestros pacientes.

Sin duda el análisis de costes económicos y las desigualdades entre los niveles económicos de la sociedad de los últimos tiempos, ha desencadenado un aumento de las patologías y sus costes nos han llevado a que la Osteopatía se utilice casi exclusivamente en el ámbito privado.

Esta situación hace de dicha práctica, aunque con gran efectividad demostrada científicamente, que su uso no esté integrado en la sanidad pública, donde en mi opinión y como objetivo de este trabajo, considero podría tener un éxito destacado en el tratamiento y reducción de costes sanitarios de las enfermedades músculo esqueléticas que encabezan el ranking del coste total sanitario en muchos países.

Agradecimientos

En primer lugar quisiera agradecer a mi familia, esposa, hijas y padres por su tiempo y apoyo incondicional en mi ausencia en la elaboración de esta tesis.

Pero de una manera muy especial quisiera destacar la ayuda de mi directora de tesis, la Dra. María Lluïsa Ochoa Trepas, por animarme, apoyarme y dirigir en un Departamento de Derecho Público una tesis sobre un tema desconocido y sin aparentes lazos de unión entre ambas disciplinas. Su tenacidad y profesionalidad me han dirigido y encauzado a una reflexión profunda y meticulosa del tema, en cuanto a su planteamiento desarrollo y ejecución.

Quiero dar las gracias también a todos mis profesores que me ayudaron a direccionar mi profesión hacia la Osteopatía y a los compañeros de profesión: el Dr. Donato Martínez Mateo y el Dr. Daniel Pecos Martín, por revisar y apoyar esta tesis.

Asimismo, quiero agradecer a todas las personas consultadas y que me apoyaron en la búsqueda de información y análisis de los datos obtenidos.

A los médicos y pacientes consultados para la elaboración del estudio estadístico para la comprensión de la percepción de la disciplina de la Osteopatía y los protocolos seguidos en el tratamiento convencional de los pacientes con dolor músculo esquelético.

CAPÍTULO 1

Introducción

En los últimos años la Osteopatía ha ido incrementando su notoriedad dentro del ámbito de la Medicina y la fisioterapia.

Su marcado y establecido reconocimiento dentro de la sociedad ha propiciado que un gran número de personas usen la Osteopatía como un método de mejora de su salud.

Fuera de los médicos rehabilitadores y traumatólogos, algunos con claras reticencias sobre el tema, los médicos en general carecen de la suficiente información para determinar si dicha práctica es lo suficientemente efectiva o eficaz para sus pacientes o para la salud en general.

Uno de los motivos de este estudio es verificar el conocimiento, la implantación y el reconocimiento de las autoridades competentes para la utilización y estudio de las mejoras que puede ofrecer esta disciplina en el ámbito de la salud y el económico.

Los médicos carecen en muchos casos de la información suficiente para aconsejar y orientar a sus pacientes hacia una nueva terapia como la Osteopatía, que cuenta con 200 años de historia.

El fundador de la Osteopatía, el Dr. Andrew Taylor Still, desarrolló de manera bien definida la ideología y la cultura de la Osteopatía de modo que sus bases en el pensamiento lógico de la Medicina, la fisiopatología y el desarrollo de un diagnóstico osteopático específico, la han llevado a un tratamiento cuidadoso de excelencia mediante diferentes técnicas manuales que cumplen las normas deontológicas y éticas enmarcadas en las prácticas de la Medicina manual.

A día de hoy, la Osteopatía está en boca de la sociedad y la Medicina, se estudia de diferentes formas académicas y consideramos que una buena revisión es imprescindible para conocer y verificar que puede ser una herramienta útil en nuestra sociedad y en el ajuste de costes generales sanitarios de nuestro país.

Su eficacia y la diversidad de estudios científicos que cada vez toman más relevancia en la comunidad científica española ponen en un claro progreso ascendente dicha práctica.

La expansión de la Osteopatía como disciplina médica está ligada al creciente conocimiento que la población va teniendo de ella y al reconocimiento de la misma por parte de las autoridades.

A nivel global, además de probar su eficacia en estudios rigurosos, estas terapias deben conseguir otras metas. Por un lado, deben fomentar que los que las practiquen tengan una formación adecuada, y por otra parte, la Medicina complementaria debe someterse a una regulación estricta que controle la calidad de sus productos y la preparación de sus profesionales para ofrecer total garantía a quienes quieran recurrir ella¹.

Algunos países ya han incorporado en sus facultades de Medicina asignaturas de fitoterapia y acupuntura y, en otros, la Osteopatía ya es una carrera universitaria.

Incluso los seguros privados y los sistemas sanitarios de gran parte de Europa cubren los tratamientos quiroprácticos y osteopáticos.

En España, algunas administraciones públicas ofertan Osteopatía y fisioterapia como tratamientos puntuales que sirvan de ayuda médica.

Los europeos prefieren las técnicas complementarias que ahora están siendo practicadas por médicos generalistas. Por su parte, el 75% de los

¹ Gevitz N. Center or Periphery, The Future of Osteopathic and Practices. JAOA 2006, pag 121-129.

alemanes y de los holandeses está dispuesto a pagar cuotas adicionales de seguros de enfermedad para la Medicina complementaria, y el 74% de los británicos desea que ésta se incluya dentro de la Seguridad Social. La Unión Europea y los distintos gobiernos están dando respuesta a esta demanda destinando grandes cantidades de dinero a la investigación de la Medicina complementaria.²

1.1 Planteamiento del problema

La Osteopatía como praxis reductora de costes y la salud como medio y/o finalidad son los cuestionamientos centrales y problemáticos de este trabajo de investigación.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ en el año 1978 reitera la definición de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Cada vez más se constata que la salud y la enfermedad están estrechamente vinculadas al estilo de vida humano, a las condiciones económicas, culturales y sociales, que son muy variables dentro de las sociedades humanas (San Martín, 1991).

Esta variable determina una dinámica compleja salud-enfermedad en la cual se integran la biología, la ecología, la sociología, la economía, la cultura, la experiencia de cada cual y el valor que se le otorga a la vida propia.

² Emil P. Lesho. An overview of Osteopathic Medicine. Arch Fam Med. 1999; 8:477-484. Sacado de "La influencia de la osteopatía en la fisioterapia, nuevos tiempos". Alicia Muñoz Bono [Http://www.efisioterapia.net/articulos](http://www.efisioterapia.net/articulos).

³ http://search.who.int/search?q=definicion+de+salud&ie=utf8&site=who&client=_es_r&hl=lang_es&lr=lang_es&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8 (Verificado 31/05/2014).

Las definiciones de salud no responden a la realidad del mundo actual, llevando en el suyo el germen de la ineficacia y de una creciente insatisfacción por parte de la población. La salud es la resultante del equilibrio entre el individuo y su entorno.

La enfermedad aparece cuando existe un desequilibrio. El hombre es cada vez menos dependiente de su estado biológico y cada vez más de su grado de integración social, de las condiciones de vida y de las respuestas ofrecidas por la sociedad a los diferentes problemas sociales y necesidades a los que se enfrenta.

La enfermedad puede sobrevenir por malestar, inseguridad social, estrés, tensiones del ambiente social y no sólo por causas orgánicas. La salud no se recibe como un hecho genético inmutable. A través de los genes se recibe un potencial biológico que puede desarrollarse más o menos bien o mal, estando en relación a los múltiples factores del medio ambiente y de la relación socio-ecológica población-medio ambiente⁴. En estas condiciones, la salud es el reflejo de las capacidades al entorno bio-psico-socio-ambiental. Cuando existe incapacidad de compensación e inadaptación a dicho entorno llega la enfermedad.

- ¿Qué es salud?: ¿una finalidad, un medio o un instrumento?
- Si partimos de la premisa que la salud es un concepto dimensional entre dos extremos cualitativos, adscrito a todos los seres vivos y que está presente siempre que haya equilibrio con su entorno biológico, psicológico, social y espiritual en un marco socioeconómico y cultural concreto, la salud la podemos entender bajo tres prismas:
- La salud como medio que permite al individuo una producción y rendimiento laboral sin cuestionar el sistema. El individuo es el objeto y el sujeto y principal protagonista es el sistema.

⁴ Boris Lazzarini. Cátedra UNESCO de Sostenibilidad. Universidad Politécnica de Catalunya.

- La salud como finalidad en sí misma. En la hipercultura de salud todos los productos y servicios consumibles tienen este criterio como objetivo final: estar sano, el resto no tiene ninguna relevancia.
- La salud como instrumento y condición necesaria para lograr el sentido de vida.
- Un planteamiento de la salud como instrumento nos ofrece:
- Permitir al ser humano resolver su finalidad. Proyectar sus capacidades y competencias con suficiencia y satisfacción.
- Asumir su sentido como individuo. Poder entender la plenitud en la satisfacción de la experimentación actual es que la finalidad del ser humano es esencialmente biológica y cultural y el sentido mental y espiritual. El gran reto es el tipo de relación que se establece entre finalidad y sentido. Sabemos que entre estos dos conceptos hay una gran interactividad y quizás sea un reto a resolver en toda una existencia.

Una de las consecuencias de la sobreprotección que ha hecho el sistema de atención sanitario es debilitar la capacidad de autonomía de las personas frente a los trastornos más leves, observándose el miedo que genera tanto la enfermedad como el dolor que pueda acompañarle.

Los hechos que están presentes con la crisis podrían evolucionar en tres direcciones:

- La propia coherencia de recursos: *"No habrá para todos al ritmo de crecimiento demográfico existente"*.
- La aniquilación del individuo en favor de la perpetuación del sistema, economía de mercado. La evolución del estado de bienestar a la servidumbre del sistema.
- La oportunidad de revalorizar al individuo en la sociedad a partir de asumir el protagonismo vital de cada cual con un DAFO realista.
- Las tres direcciones pueden quedar polarizadas en dos escenarios posibles: el miedo que gestiona la incertidumbre, el paro y las

dificultades económicas, como fruto de la vulnerabilidad del sujeto y del grupo, dando lugar a un incremento de:

- Consumo de tranquilizantes, de antidepresivos y de analgésicos.
- Personas sin medicación o tratamiento por imposibilidad de adquisición de medicamentos.
- Ingesta de alcohol.
- Consumo otras sustancias que ayuden a cambiar la percepción de la realidad, frente la imposibilidad de transformarla.
- Trastornos alimentarios.
- Trastornos digestivos.
- Crisis alimentarias (fraudes de productores y transformadores agroalimentarios, con consecuencias a nivel de consumidores).
- Patologías agudas y crónicas de corazón, pulmón, sistema nervioso, etc.
- Alergias y sensibilizaciones inmunológicas.
- Patologías mentales.
- Enfermedades psico-somáticas.
- Separaciones y divorcios.
- Problemas de convivencia padres/hijos/ancianos.
- Aislamiento social.
- Fracaso escolar.

Conceptos como responsabilidad, compromiso, confianza, grupos de referencia teóricos y prácticos, estilo de vida real y deseado, valores y principios, o proyecto de vida, son algunos aspectos que contemplarían la redefinición de ciertos pilares, que traducidos en un marco científico de evolución prospectiva, incorporarían la construcción de una actitud alternativa para mirar positivamente las posibilidades existentes con los recursos disponibles.

- La Medicina es una disciplina que tiene como objetivo curar. La formación de sus profesionales se basa esencialmente en el

entrenamiento de la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Es cuestionable su modelo hegemónico biomédico, centrado en el individuo con una orientación fragmentaria de su abordaje que se descontextualiza de su medio socio-económico, cultural y ecológico.

A pesar de que el modelo mantiene expectativas de éxito con un crecimiento a dos niveles: tanto en las actividades profesionales que se generan (número de profesionales, camas de hospitalización, número de técnicas y procedimientos, fármacos, etc.) cómo en la progresión de los procesos resultantes de la medicalización de la vida cotidiana, se observa el holismo, que es una visión contrapuesta al reduccionismo, valorando el ser humano en una dimensión no tan sólo biológica sino psicológica, social y espiritual.

Este cambio de paradigma invita a repensar la Medicina como una disciplina que tiene como misión curar con dos interpretaciones de la misma: alopática y no convencional, todas válidas en un trabajo integrativo no sólo en el individuo sino en la comunidad a la que éste pertenece.

Para lograr esta visión y función holística de una sola Medicina, sueño con otros tres retos a trabajar de manera más destacada:

- La reorganización del sector sanitario en el ámbito cuantitativo y cualitativo, especialmente cuando el incremento de la demanda de atención sanitaria está en manos de las personas afectadas de una patología crónica por el envejecimiento poblacional, incremento de la esperanza de vida e incremento de los componentes medio-ambientales, sociales y emocionales en la génesis de patologías de larga evolución.
- El cuidado de sus profesionales, actualmente con un elevado porcentaje de *burn-out* (quemados, apagados) y percepción de fracaso y desvalorización frente a las nuevas incorporaciones de profesionales

extranjeros, mucho menos formados y que ingresan en el sistema por un criterio de "cuota", entre otras razones.

- Paralelamente hay una pérdida de capital humano en investigación que emigra a otros países del primer mundo, (pero si estamos ya en el primer mundo y se marchan a otro primero, ¿no estaremos en el segundo mundo?) que aporta más recursos y reconocimiento. Este hecho repercute en la calidad de vida de la población catalana y española, además de generar una distorsión biográfica en los profesionales que se van.
- La necesidad de regulación de las llamadas Medicinas no convencionales, algunas de las cuales hacen una aportación importante en el sector preventivo de la enfermedad, y complementario a los tratamientos médicos convencionales. Su visión integral del ser humano biológica, emocional y espiritual es uno de sus activos, así como la vinculación causal en desajustes de los procesos fisiológicos del individuo en relación a su entorno, hacen que a menudo la población con recursos busque su atención, frustrados por la objetivación del individuo en sistemas de atención biológicos a funcionales no vinculados entre sí, operantes a menudo en la Medicina asistencial alopática.
- En muchos países existen formas de curación tradicionales o indígenas firmemente arraigadas en sus respectivas culturas e historias. Algunas formas de Medicina tradicional, por ejemplo la ayurveda, Medicina tradicional china y unani, que son populares en el ámbito nacional, se practican también en todo el mundo. Al mismo tiempo, se utilizan ampliamente algunas formas de Medicina complementaria, a saber, Medicina antroposófica, quiropráctica, homeopatía, naturopatía y Osteopatía.

En los sistemas de salud de todo el mundo, los niveles de enfermedades crónicas y los costes de atención sanitaria son cada vez más elevados. Tanto los pacientes como los dispensadores de atención de salud

están exigiendo la revitalización de los servicios de salud y haciendo hincapié en la atención individualizada centrada en la persona⁵. Esto incluye la ampliación del acceso a productos, prácticas y profesionales de Medicina Tradicional y Complementaria (MTC). Más de 100 millones de europeos utilizan actualmente la MTC; una quinta parte de ellos recurre regularmente a la MTC y una proporción similar prefiere atención sanitaria que incluya la MTC⁶. El número de usuarios de MTC es mucho mayor en África, Asia, Australia y América del Norte.⁷

A raíz de la adopción de la estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005, muchos Estados Miembros establecieron políticas y reglamentos nacionales regionales orientados a promover la seguridad en relación con el uso de productos, las prácticas y los profesionales de MTC (Cuadro 1). Las diferencias entre los países se reflejan en el tipo de estructuras establecidas por los gobiernos para elaborar políticas y reglamentar los productos, prácticas y actividades de los profesionales de MTC y al mismo tiempo, tener en cuenta en las decisiones la protección de los usuarios. Dado que la MTC se percibe y se evalúa de diversas maneras en los diferentes países, no es sorprendente que los Estados Miembros decidan proteger la salud de sus habitantes por medios muy distintos, de conformidad con sus diferentes prioridades, legislaciones y recursos nacionales.

⁵ Roberti di Sarsina, P. *et al.* *Widening the paradigm in medicine and health: person centered medicine as the common ground of traditional, complementary, alternative and non-conventional medicine*. En: *Health care overview: new perspectives, advances in predictive, preventive and personalized medicine*. Dordrecht, Springer Netherlands, 2012, 1: 335-353.

⁶ Centro de Información Europeo sobre la Medicina Complementaria y Alternativa [sitio web]. (<http://www.eiccam.eu/home.php?il=2&l=es>).

⁷ Barnes, P. M. *et al.* *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Hyattsville, M. D., Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, 2008 (National health statistics reports, núm. 12).

Los **productos de MTC** incluyen hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes. En algunos países los a base de hierbas pueden contener, tradicionalmente, principios activos naturales orgánicos o inorgánicos que no sean de origen vegetal (por ejemplo, materiales de origen animal y mineral). (Ref.: aclaración del cuestionario modificado de la segunda encuesta global de la OMS).

Las **prácticas de MTC** incluyen medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qi gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas. (Ref.: definición modificada de terapias basadas en procedimientos, recogida en las Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional).

Los **profesionales de MTC** pueden ser prácticos de medicina tradicional o de medicina complementaria, profesionales de medicina convencional, y agentes de atención sanitaria tales como médicos, odontólogos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y fisioterapeutas que prestan servicios de medicina tradicional/medicina complementaria y alternativa a sus pacientes (Reforma.: explicación del cuestionario modificado incluida en la segunda encuesta global de la OMS).

Cuadro 1

Uso de productos, las prácticas y los profesionales de MTC
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

- A raíz de los logros y problemas identificados durante la aplicación de la estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005, la Organización celebró reuniones consultivas con expertos, Estados Miembros y otras partes interesadas de las seis regiones de la OMS, con el fin de desarrollar los objetivos estratégicos, las orientaciones estratégicas y las medidas estratégicas para la nueva estrategia que orientará al sector de la MTC en el período 2014-2023.

"Los objetivos de la estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023" consisten en:

1. Aprovechar la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar, la atención de salud centrada en la persona y la cobertura sanitaria universal.

2. Promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación, investigación e integración de sus productos, prácticas y profesionales en los sistemas de salud, según proceda. La estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023 está concebida para ayudar a los países a determinar la mejor manera de promover la salud y proteger a los usuarios que desean recurrir a esos productos, prácticas y profesionales. Ello implica la adopción de dos medidas esenciales:

a. Los Estados Miembros deberán definir y comprender mejor la MTC en el marco de su propia situación nacional, para lo cual deberán identificar las formas de MTC utilizadas y sus usuarios, examinar los motivos de su utilización y determinar las necesidades presentes y futuras. Básicamente, los países deberán elaborar sus propios perfiles nacionales en relación con la MTC.

b. En función de sus perfiles nacionales, los Estados Miembros deberán desarrollar políticas, reglamentos y directrices concernientes a las formas de MTC que satisfagan las necesidades y preferencias de salud de sus poblaciones. Si bien pueden existir temas y prioridades comunes a algunos Estados Miembros, se deberán elaborar enfoques nacionales para satisfacer las necesidades individuales de los países. Evidentemente, esos enfoques estarán sujetos a los marcos jurídicos, las creencias culturales sobre la MTC y las estructuras de supervisión de los productos, las prácticas y los profesionales.

Los Estados Miembros pueden adoptar esas dos medidas esenciales mediante la organización de actividades dirigidas al logro de tres objetivos estratégicos, a saber:

1. Desarrollar la base de conocimientos para la gestión activa de la MTC a través de políticas nacionales apropiadas.

2. Fortalecer la garantía de calidad, la seguridad, la utilización adecuada y la eficacia de la MTC mediante la reglamentación de sus productos, prácticas y profesionales.

3. Promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de los servicios de MTC en la prestación de servicios de salud y auto atención de salud”.⁸

1.2 Objetivos

- Evaluar la situación actual de la Osteopatía dentro del sistema sanitario español y proponerla como un instrumento de reducción de costes sanitarios.
- Evaluar el modelo de atención en Osteopatía, enfocándose en la atención de los pacientes a través de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, con la finalidad de brindar a los usuarios de los servicios de salud una atención integral, pertinente y oportuna, además de reducir los costes sanitarios.
- Se realizará Revisión de Literatura con la finalidad de confeccionar un marco teórico que fijará las bases de la investigación.
- Se desarrollará un trabajo empírico, usando como instrumento encuestas sobre 401 profesionales médicos (Medicina general) de la sanidad, traumatólogos; y sobre 401 usuarios de servicios médicos de una clínica osteopática ubicada en la ciudad de Barcelona.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir el dolor crónico. El uso de medidas de evaluación del dolor debe ser generalizado, sólo así se puede conocer el grado de control de los pacientes.

⁸ Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud, 2013.

- Conocer la eficiencia (relación entre coste y beneficio) de las intervenciones sanitarias destinadas a reducir el dolor crónico, ya sean tratamientos farmacológicos (farmacoeconomía) o realizando evaluaciones económicas de la unidad de dolor o de determinadas intervenciones quirúrgicas. Así, la investigación de resultados en salud emplea toda una serie de herramientas que pueden ayudar a conocer y evaluar los aspectos del dolor crónico relacionados con la efectividad clínica, el paciente y la economía.

Cuando los pacientes con dolor crónico no reciben un tratamiento correcto, el dolor crónico provoca una mayor utilización de los servicios sanitarios, una mayor incidencia del absentismo laboral y por tanto un incremento en los costes. Si reflexionamos sobre los efectos y repercusiones del tratamiento deficitario del dolor crónico, podemos afirmar que el primer perjudicado es el propio paciente y su familia a los que produce un sufrimiento innecesario. En segundo lugar se va a producir un aumento de demanda y utilización de los servicios sanitarios y en tercer lugar una mayor demanda social y de prestaciones compensatorias que junto con las pérdidas de productividad laboral constituyen una gran carga económica para la sociedad.

En síntesis, podemos afirmar que el tratamiento incorrecto del dolor crónico repercute en un mayor sufrimiento; un mayor grado de discapacidad; un empeoramiento en la percepción de salud; una disminución de la calidad de vida; y un aumento de utilización de los servicios sanitarios, con la consiguiente repercusión en las lista de espera y en la calidad asistencial y con el aumento de costes económicos derivados de ambos. Otra de las claras repercusiones tiene lugar en los costes directos por gastos sanitarios e indirectos por gastos sociales y laborales.

Es evidente que se ha avanzado mucho en el conocimiento del dolor agudo y crónico pero quedan retos por resolver. En la medida que se

defina bien un diagnóstico se puede clasificar, protocolizar su tratamiento y evaluar los resultados, es decir comparar. Esta es la parte de la patología dolorosa con más indefinición y con una gran repercusión en los gastos sanitarios.

- Constatar la valoración positiva que le otorgan los usuarios de los servicios de Salud a la Osteopatía, en contraposición con la valoración que hacen de la misma los profesionales del ámbito de la Salud.

1.3 Preguntas de investigación

Además de definir los objetivos concretos de la investigación, es conveniente plantear una o varias preguntas sobre el tema. El problema de investigación en forma de preguntas tiene la ventaja de presentarlo de manera directa, minimizando la distorsión (Christensen, 1980).

Desde luego, no siempre en *la pregunta o preguntas* se comunica el problema en su totalidad, con toda su riqueza y contenido. A veces solamente el propósito del estudio es formulado aunque la pregunta o preguntas deben resumir lo que habrá de ser la investigación. Las preguntas generales deben aclararse y delimitarse para esbozar el área—problema y sugerir actividades pertinentes para la investigación (Ferman y Levin, 1979).

A continuación se exponen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Las definiciones de salud no responden a la realidad del mundo actual, llevando en el suyo el germen de la ineficacia, y de una creciente insatisfacción por parte de la población?
- ¿Es la salud un medio que permite al individuo una producción y rendimiento laboral sin cuestionar el sistema?

- ¿Una de las consecuencias de la sobreprotección que ha hecho el sistema de atención sanitario es debilitar la capacidad de autonomía de las personas frente a los trastornos más leves, observándose el miedo que genera tanto la enfermedad como el dolor que pueda ir acompañándole?
- ¿Es necesaria la regulación de las llamadas Medicinas no convencionales, algunas de las cuales hacen una aportación importante al sector preventivo de la enfermedad, y su complementariedad a los tratamientos médicos convencionales?
- ¿En los sistemas de salud de todo el mundo, los niveles de enfermedades crónicas y los costos de atención sanitaria son cada vez más elevados?
- ¿Tanto los pacientes como los dispensadores de atención de salud están exigiendo la revitalización de los servicios de salud y haciendo hincapié en la atención individualizada centrada en la persona? ¿Esto incluye la ampliación del acceso a productos, prácticas y profesionales de Médica Tradicional y Complementaria (MTC)?
- ¿Es necesario fortalecer la garantía de calidad, la seguridad, la utilización adecuada y la eficacia de la MTC mediante la reglamentación de sus productos, prácticas y profesionales?
- ¿Es imprescindible promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de los servicios de MTC en la prestación de servicios de salud y auto atención de salud?
- ¿Es necesario desarrollar la base de conocimientos para la gestión activa de la MTC a través de políticas nacionales apropiadas?
- ¿Se debe aprovechar la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar, la atención de salud centrada en la persona y la cobertura sanitaria universal?

- ¿La estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2014-2023 está concebida para ayudar a los países a determinar la mejor manera de promover la salud y proteger a los usuarios que desean recurrir a estos productos, prácticas y profesionales?
- ¿Es imperativo analizar la situación actual de la Osteopatía dentro del sistema sanitario español y proponerla como un instrumento de reducción de costes sanitarios?
- ¿Es definitivo evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir el dolor crónico? ¿El uso de medidas de evaluación del dolor debe ser generalizado y sólo así se puede conocer el grado de control de los pacientes?
- ¿Es importante conocer la eficiencia (relación entre coste y beneficio) de las intervenciones sanitarias destinadas a reducir el dolor crónico, ya sean tratamientos farmacológicos (farmaco economía) o realizando evaluaciones económicas de la unidad de dolor o de determinadas intervenciones quirúrgicas?

1.4 Antecedentes

Las prácticas manuales, con sus aplicaciones en la salud y terapéuticas, son de las denominadas artes de salud más antiguas que de formas diversas han ido existiendo al largo de la historia, desarrollándose y adaptándose a los diferentes contextos sociales y culturales.

En este sentido cabe señalar que se han encontrado registros históricos que dan cuenta de la representación de tratamientos manuales a los jeroglíficos de los templos y tumbas de Ramsés II (1305-1235 A.C.).

En el periodo clásico helénico, Hipócrates de Cos describe técnicas manuales en su tratado 370-460 a. J.C. Mientras que en Roma, el historiador Pausanias es curado por el médico del emperador con manipulaciones cervicales.

En España, en el año 1572, Luis de Mercado, catedrático de la Universidad de Valladolid, quería que los médicos aprendiesen terapia manual. En 1850, Lucas Champiere, en Francia, escribe la frase "*el movimiento es la vida*". Por su parte, en Cataluña, entre el conocimiento popular, todavía se habla de "*l'espatllat de pit*" o "*cura d'espatllat*".

Asimismo, toda la comunidad científica acepta que el precursor de la Osteopatía fue Andrew Taylor Still. Manifestándose decepcionado en cuanto a la concepción de la Medicina tradicional, buscó replantearse los principios de la Medicina para hallar un sistema alternativo de abordaje de la asistencia sanitaria. Siguió utilizando sus conocimientos como médico, mientras experimentaba con sistemas como el magnetismo y el mesmerismo. Así es como empezó a perfeccionar las manipulaciones articulares –vertebrales, fundamentalmente- para el tratamiento de patologías de Medicina interna, pues quería ampliar su aplicación más allá del manejo de las patologías del aparato locomotor, que era el dominio clásico de los manipuladores de huesos tradicionales de la época. Finalmente propuso un nuevo planteamiento de concebir la salud y la enfermedad, la Osteopatía, que en la concepción etimológica original de Still venía a significar "*la vía del hueso*" (de *osteo*, hueso y *pathos*, camino).

En el siglo XIX, Ignace Semmelweiss (1818-1865), obstetra húngaro, descubrió el origen infeccioso de la fiebre puerperal y preconizó la asepsia, pero fue rechazado por los médicos de la época y sus trabajos no fueron difundidos.

Por su parte, en Francia, Claude Bernard (1813-1878) venía de sentar las bases de la Medicina experimental, fundamento de la Medicina actual. Louis Pasteur (1822-1895) y sus trabajos, comienzan entonces a ser reconocidos.

Mientras que en Inglaterra, Joseph Lister (1827-1912) lucha por imponer la noción de asepsia, en Alemania, Robert Koch (1823-1910)

descubre el bacilo de la tuberculosis (1882), bautizando el descubrimiento de la tuberculina.

La Medicina manual, en su concepción más amplia, es tan antigua como la propia humanidad, ha evolucionado en multitud de maneras, una de las cuales es la Osteopatía.

La Medicina occidental moderna tiene raíces en Mesopotamia y Egipto, aunque muchos piensan que el lugar fundamental del desarrollo de la "Ciencia de la Medicina", es la antigua Grecia en las dos cercanas islas de Cos y Cnidos. El espíritu de Cos, en torno al año 400 a. J.C. fue desarrollado por Hipócrates, a menudo citado como padre de la Medicina.

La doctrina hipocrática tiene como concepto sobre el arte médico tres términos: la enfermedad, la persona enferma y el médico.

- El cuerpo se cura por sí solo y la función del médico consiste en ayudar al organismo del paciente a lograrlo.

- El médico es el servidor del arte y con el médico la persona enferma debe combatir la enfermedad.

"Hipócrates promulga un concepto más global de la enfermedad. Reconocía la capacidad del organismo de resolver los problemas y consideraba que la función del médico era de apoyo en lugar de intervencionismo. Esta teoría fue seguida por los abordajes complementarios más holísticos y en consecuencia, no resulta sorprendente que Still recogiera el legado de Hipócrates".

Toda la comunidad científica acepta que el precursor de la Osteopatía fue Andrew Taylor Still.

Nació en 1828 en el estado de Virginia (USA). Hijo de un médico y pastor metodista, su padre lo inicia en la medicina llevándolo consigo en sus visitas a los indios indígenas shawnees, cuya lengua logra aprender

correctamente. Ya de joven, sufría de grandes dolores de cabeza acompañados de náuseas por lo que un buen día, de forma intuitiva, posó la nuca en una cuerda que ató a dos árboles. Aquella acción manipulativa de forma inconsciente, le apaciguó el dolor, por lo que repitió la operación en sucesivas ocasiones. Años más tarde, comentaba el mismo Still:

"Al no saber nada de anatomía por esta época, yo no podía imaginar como una simple cuerda podía calmar así el dolor de cabeza y también el malestar de estómago que le acompañaba. Repetí dicho proceso durante 20 años cada vez que experimentaba aquel dolor. Al final comprendí que suspendía la acción de los nervios occipitales, equilibrando de este modo la circulación arterial y venosa".⁹

Estudió Medicina alopática en la Universidad de Medicina de Kansas City de Missouri. Siendo un médico reconocido y rico por sus bienes agrícolas, cedió unos terrenos a la ciudad para crear una Universidad. Formó parte del comité de ciudadanos encargados de regir su funcionamiento, a la vez que cada vez más se interesó y practicó el método manual en el tratamiento con sus pacientes.

Es cuando se trasladó a Kirsville, donde su reputación adquiriría dimensiones gigantescas debido a sus grandes resultados.

Para comprender bien la obra de Still, es importante hacer historia del estado de la Medicina y su práctica en el medio oeste americano en la época en que él vivió; evaluar el nivel de conocimientos del tiempo concernientes a las ciencias del hombre; y presentar ciertos elementos de la historia del colegio de Kirsville y del desarrollo de la Osteopatía, teniendo en cuenta que jugaba un papel muy importante el estado espiritual de Still en esa época.

⁹ Roulier, Guy. La práctica de la osteopatía. Editorial. Edaf. 1995. P. 23.

La evaluación de los conocimientos médicos de la época son igualmente indispensables para comprender el propósito que tiene Still, sobre todo antes de escribir su segunda obra, "La Filosofía de la Osteopatía".

La doctrina admite de forma unánime que el nacimiento de la Osteopatía fue el día 22 de Junio de 1874.

"Yendo un día por la calle con un amigo, observé a una pobre mujer de triste semblante que marchaba delante, acompañada por tres niños pobremente vestidos, uno de los cuales iba perdiendo algunas gotas de sangre al andar.

Pensando que podría tratarse de una disentería hemorrágica, me adelanté, y tomando en brazos al niño, pedí a la madre que me permitiera ocuparme de él. Advertí que la columna vertebral del niño estaba muy dura, contraída y particularmente caliente en la parte baja, mientras que en su región abdominal estaba totalmente fría.

En aquel mismo instante comprendí que la contractura estaba relacionada con un mal funcionamiento de los intestinos, y pensé que si lograba distender la parte baja de la espalda, mejoraría también el intestino de aquel niño. Efectivamente, haciéndolo marchar intenté movilizar los diferentes segmentos y presioné progresivamente los músculos lumbares. Al cabo de algunos minutos había permitido a la circulación volverse más normal y asegurado nuevamente la autodefensa del sistema nervioso.

Liberé así lo mejor que pude todas las pequeñas anomalías de estructura que encontré a lo largo de la columna vertebral del niño y lo confié nuevamente a su madre. Al día siguiente, ésta vino a verme para decirme que el niño estaba completamente curado.

Aquella fue la primera vez que puse en práctica mis anteriores observaciones sobre las relaciones entre la estructura vertebral y las perturbaciones funcionales de un órgano.

*Ese primer tratamiento permitió curar un caso de disentería hemorrágica, una enfermedad frecuentemente mortal en aquella época. Esta cura tuvo algún eco, y así se me presentaron varios casos de disentería que curaron muy rápidamente de la misma forma”.*¹⁰

Aquella experiencia, abocó a Still a trabajar fundamentalmente con las personas directamente, abandonando el estudio teórico de los libros de anatomía, para experimentar en vivo con sus pacientes. Es a partir de entonces, cuando Still comprende la correlación intrínseca entre la estructura y las funciones de los órganos, y como las disfunciones corporales generan las patologías. No en vano, sus conocimientos de ingeniería y el estudio a través de los años con huesos humanos y la sabiduría de los indios shawnee hicieron que Still llegara a la conclusión de que la estructura es la parte fundamental para gozar de buena salud, y que al fin y al cabo las funciones corporales dependen de esa estructura. Otorgando el privilegio a los huesos en esa estructura, denominó a esta ciencia médica manual con el nombre de Osteopatía.

Sin embargo, a lo largo de la historia se nos ha presentado a Still como un estructuralista que daba y otorgaba un poder supremo a la estructura ósea frente a la funcionalidad del resto de órganos, músculos, etc. que componen el cuerpo humano. Nada más lejos de la realidad. En sus libros deja bien definidas las relaciones y ordenes corporales. De hecho, habla de la suprema importancia del cerebro y el sistema nervioso en su conjunto, como el sistema estructurador de las funciones corporales, así como de las fascias.

Y para comprender un poco mejor este punto tan controvertido para algunos, cuando Still hablaba de comprender el sistema mecánico corporal y su funcionamiento, obviamente nos puede llevar a pensar que formulaba una Medicina cuyo tratamiento terapéutico versara en una forma

¹⁰ Ibidem.

mecanicista, sin embargo todo ello se debe a una interpretación sesgada del término estructura. Para ser rigurosos, el término que más emplea y al cual le confiere mayor importancia es al orden. Definía en sus primeras líneas la siguiente afirmación:

"El osteópata estima, si razona bien, que orden y salud son inseparables, y mientras el orden exista en todos sus planos, la enfermedad no se puede instaurar.(...) Y si orden y salud están universalmente asociados, entonces el doctor no puede útilmente, fisiológicamente o filosóficamente ser guía de ninguna otra escala de razón(...). La naturaleza es suficientemente maravillosa para exhibir los especímenes de su obra, términos irrefutables de su aptitud para probar sus aseveraciones por sus obras. Sin esta prueba tangible, la naturaleza aparecería como producto del azar".¹¹

Orden es el verdadero término a tener en cuenta en la comprensión de la filosofía de la Osteopatía que Still nos legó. Es ese orden natural que todo lo impregna y ordena, universalmente a todos los seres y elementos de este universo. También es sabido que Still era una persona muy espiritual y apelaba a Dios como esa esencia ordenadora de todo cuanto existía en este universo. Amén de su confesión religiosa, no hemos de confundir la religiosidad con el espíritu. Still mismo apelaba a Dios como esa fuerza generadora de orden, si bien dejaba al entendimiento de cada cual el apelativo que se le quisiera dar.

En su segundo libro "La Filosofía de la Osteopatía", Still escribía:

"Cuerpo, Movimiento y Espíritu"

En primer lugar, el cuerpo material, en segundo lugar, el ser espiritual, y en tercer lugar, un ser de pensamiento muy superior a todos los

¹¹ A.T. Still. "La philosophie et les principes mécaniques de l'osteopathie" Ed. Frison-Roche. p.1.

movimientos vitales y a las formas materiales, cuyo deber es el de dirigir sabiamente este gran mecanismo de vida".

Este gran principio al que llamamos espíritu debe depender para todas las pruebas de los cinco sentidos y, fundados sobre el testimonio, todas las conclusiones mentales son falsas y las órdenes que manan de este patio mental son emitidas para desplazarse hacia cualquier punto en cualquier parte. Es por ello que para obtener buenos resultados debemos mezclarnos con las verdades de la naturaleza y viajar en armonía con ellas.¹²

Still no fue un simple sistematizador de una medicina nueva y manual con grandes dotes de observación, sino que era una persona espiritualmente elevada, con una visión holística que trascendía más allá de la experimentación práctica, en donde todo jugaba un rol en la vida de las personas.

Still fundó en 1892 el colegio de Osteopatía ASO. Hasta 1896, el colegio de Kirsville había sido sólo una institución de formación en Osteopatía.

Still había podido fácilmente controlar el desarrollo y las orientaciones puestas por el movimiento, pero a partir de 1896, otros colegios fueron creados (entre 1896 y 1899, trece colegios legítimos habían sido abiertos).

Desde entonces, Still ya no controlaba más el movimiento y empezaba a sentir que la Osteopatía se le escapaba, tomando orientaciones que no deseaba.¹³

En el seno mismo del colegio existían conflictos en las orientaciones de la enseñanza, muy notables entre Still y William Smith, profesor desde el principio del colegio, por una parte, y los hermanos Litteljhon, por la otra, todos escoceses y médicos.

¹² A.T. Still. "La philosophie et les principes mécaniques de l'osteopathie" Ed. Frison-Roche. Pº. 30.

¹³ Ibidem.

William Smith y los Litteljhon eran médicos y fervientes partidarios de la medicina científica que comenzaba a desarrollarse. Por su lado, Martin prefería una Osteopatía ampliamente fundada sobre la fisiología por encima de la anatomía. Ya que él fue atraído por los principios naturalistas subyacentes en la ciencia de Still, creyendo en la proximidad sin drogas.

Los Litteljhon defendían ardientemente que todo lo que forma parte de la ciencia médica –excepto la materia médica– debe estar incluido en el programa de estudio y práctica.

Así, bajo la acción conjugada de William Smith y los hermanos Litteljhon, el carácter de la ASO comenzó a cambiar, cosa que acabó con inevitables enfados de Still.

"La Filosofía de la Osteopatía" (*"Philosophy of Osteopathy"*) es el segundo libro de A.T. Still, publicado en 1899, dos años después de su autobiografía. Posteriormente, antiguos alumnos de Still comenzaron a publicar obras.

Elmer Barber había publicado en 1898 "Osteopatía Completa" (*"Osteopathy Complete"*), un primer libro tratando de la técnica osteopática.

Carl McConnell publicó en 1899 *"The Practice of Osteopathy: Designed for the Use of Practitioners and Students of Osteopathy"*.

Still no quedó nada satisfecho del libro de McConnel, lamentando que lo esencial fuera sacado de *"antiguos médicos"*, y lo consideró como *"el fallo total de un osteópata"*. Desde entonces, Still se sintió presionado por la urgencia de consignar la esencia osteopática. "La Filosofía de la Osteopatía", es entonces la primera obra escrita por el médico con ese objetivo en mente. Así pues, y aun hoy día podemos ver, cómo la filosofía de la Osteopatía que Still quiso transmitir a sus hijos derivó en dispares líneas de trabajo. Muchos profesionales de estas distintas líneas de trabajo, nacidas todas ellas de su padre fundador, buscaron su reconocimiento bajo las

premisas de la Medicina alopática, intentando adaptar su terapéutica a un reconocimiento profesional.

Como Still dijo: "*La Osteopatía es como un gran mar a descubrir, ahora sólo estamos en la orilla de la playa*".¹⁴

22 de junio 1874

Denominación y formación del concepto de la Osteopatía por Andrew Taylor Still en los Estados Unidos de América.

1892

Fundación del primer Colegio de Osteopatía en U.S.A.: la *American School of Osteopathy*.

1917

Fundación del primer Colegio de Osteopatía en Londres: la *British School of Osteopathy*, creada por J.M. Litteljhon (alumno de A.T. Still).

1950

Fundación de la Escuela Francesa de Osteopatía por Paul Gény. En Inglaterra en 1965 se llamará *British College of Naturopathy and Osteopathy* B.C.N.O., después será *l'École Européenne d'Osteopatie* E.E.O.

De 1930 a 1969

Legalización de los osteópatas en U.S.A.

14 de agosto 1992

Estatutos del Registro Europeo de los Osteópatas, hoy en día la Federación Europea de Osteópatas.

1 de julio 1993

Reconocimiento de la Osteopatía como profesión independiente y específica en el Reino Unido.

7 de febrero 1997

La Comisión de Asuntos Jurídicos y de los Derechos de las Personas vota por unanimidad el informe sobre el Estatuto de las Medicinas No Convencionales, de las cuales forma parte la Osteopatía.

¹⁴ A. T. Still and the birth of osteopathy. Baldwin, Kansas, USA, 1855. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639626>

29 de mayo 1997

El Parlamento Europeo vota la resolución Paul Lannoye sobre las Medicinas No Convencionales, entre las cuales se encuentra la Osteopatía.

22 de abril 1999

El proyecto de ley Colla es adoptado por el Senado belga relativo al ejercicio de las Medicinas No Convencionales (Osteopatía, Acupuntura, Homeopatía y Quiropraxia).

4 noviembre 1999

La Comisión de Cuestiones Sociales de la Salud y de la Familia vota en sesión plenaria del consejo de Europa en Estrasburgo una resolución sobre el estatuto de las Medicinas No Convencionales (Doc. 8435 del 11 de junio de 1999) de las que forma parte la Osteopatía. Esta decisión concreta el deseo de los países europeos de legalizar la Osteopatía.

Enero 2000

Legalización en España de la Sociedad Europea de Medicina Osteopática S.E.M.O.

Mayo 2000

Plena legalización del ejercicio de la Osteopatía en Gran Bretaña.

Noviembre 2000

Congreso Internacional de Osteopatía en Madrid, organizado por la S.E.M.O.

1.5 Justificación

• Investigación de resultados en materia de Salud

La investigación de resultados en salud (IRS) es una actividad multidisciplinar de investigación que utiliza métodos de investigación experimentales y observacionales para medir los resultados de las intervenciones sanitarias en condiciones de práctica clínica habitual.

Tradicionalmente, la investigación médica se ha basado únicamente en la medida de las variables clínicas, centradas en los síntomas y pruebas de laboratorio como medida de resultado de las intervenciones médicas. La IRS además de la evaluación de estos resultados evalúa variables de interés para

el paciente (calidad de vida, satisfacción y adherencia al tratamiento) y resultados económicos, como se observa en la gráfica siguiente.



Figura 1

Fuente: Badía, 2006

La investigación de resultados en salud engloba a múltiples componentes, dentro de los cuales, los estudios de evaluación económica integran la información procedente de varias fuentes de conocimiento como ensayos clínicos o estudios observacionales, con el fin de proporcionar conclusiones directas que ofrezcan una visión de los costes y beneficios de las distintas alternativas que se evalúan.

Los estudios fármaco económicos evalúan los efectos sobre los recursos y la salud de dos o más medicamentos o de un medicamento frente a opciones terapéuticas alternativas como la cirugía. Se caracterizan por presentar las siguientes propiedades:

- Validez: estar basado en fuentes de información basadas en la evidencia.
- Transparencia: reflejar las fuentes de información y supuestos utilizados.

- Reproducibilidad: obtener los mismos resultados siempre que se aplica en las mismas condiciones.
- Credibilidad: reflejar el estado de conocimiento actual.
- Flexibilidad: ser adaptable a diferentes situaciones de asistencia clínica y servicios sanitarios.

Un estudio que evalúe el tratamiento farmacológico del dolor debe de contemplar la determinación de la consecuencia de la intervención sobre la salud de los pacientes (efectos sobre la salud) y los costes para los agentes involucrados en su tratamiento (efectos sobre los recursos).

La calidad asistencial es hoy el cuarto pilar de la atención sanitaria junto con la sostenibilidad, la eficiencia y la equidad, y su mejora e incremento permitiría poder racionalizar (e incluso en algunos casos reducir) los costes sanitarios del SNS. La búsqueda y consecución de una elevada calidad asistencial debe ser una estrategia política global y unificada de todos los servicios de salud autonómicos y del propio Ministerio de Sanidad, además de ser una exigencia moral de todos agentes integrantes del SNS (profesionales, gestores, industria farmacéutica, etc.)

- **Eficiencia, Eficacia y Efectividad**

Eficacia, efectividad, equidad y eficiencia son los cuatro conceptos en los que la Medicina ha ido haciendo hincapié en los últimos años. La eficiencia es el último eslabón de la cadena. El camino hacia la eficiencia pasa por la eficacia y por la efectividad.

Cuando se emplean los términos eficiencia, eficacia y efectividad, ya sea en sentido general o con sentido económico, no cabe duda de que la intención cualitativa va en la dirección de lo bueno, de lo que funciona bien, del resultado que soluciona satisfactoriamente un problema y de que ocurre lo que debe ocurrir sin contratiempos; en su intención cuantitativa son las

situaciones mencionadas con la menor cantidad posible de gastos de todo tipo. En tanto que la noción de equidad da cuenta de que la atención sanitaria debe ser equitativa para todos los individuos.¹⁵

El término eficiencia expresa el poder lograr un efecto, una consecuencia, lo cual también puede interpretarse como alcanzar un propósito. Por lo tanto, y entendiendo el término escrito, cuando alguien o una organización se propone conseguir un efecto y lo consigue, ha sido eficiente, sin otras consideraciones.

Por su parte, la eficacia es la fuerza para poder obrar, es decir, disponer de la capacidad ejecutiva necesaria para poder hacer algo. Nada más. Por lo tanto, si alguien o una organización disponen de los recursos para hacer algo que se propone o necesita y además posee la capacidad de usarlos en función de ese propósito, es eficaz, sin otras consideraciones.

Por último, el término de efectividad, es definido por el diccionario de la Real Academia Española como la "capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera". Por lo tanto, si alguien o una organización hacen cosas que conduzcan a un efecto determinado, que no deja lugar a dudas, ha demostrado efectividad.

El concepto de eficacia abordado con este tipo de enfoque económico quiere decir que el propósito al que se aspira puede lograrse bajo las condiciones que favorezcan al máximo su consecución. Dicho de otra manera, cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y éste se logra, los recursos puestos en función de ese fin fueron eficaces. La eficacia es un punto de referencia para lograr algo que se ha demostrado que es posible.

¹⁵ Bouza, Suárez (2000), Reflexiones acerca del uso de los conceptos de Eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud, Escuela nacional de salud pública "Carlos J. Finlay", Cuba, 25 pp.

El concepto de efectividad abordado con este tipo de enfoque económico quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y éste se consigue bajo las condiciones reales existentes, los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos. Mientras que para que haya eficiencia el proceso tiene que ser efectivo. El más eficiente es el que mejor relación recursos/resultados presenta.

En el caso concreto de la Salud Pública, de unos años a esta parte también se ha acentuado su uso, especialmente en los casos de eficiencia y eficacia, y se aprecia, en ocasiones, que no se distingue si se está hablando exactamente de algo eficiente, de algo eficaz o si los términos se están utilizando como si fueran sinónimos.

En el ámbito de la Salud dichos conceptos quedan formulados del siguiente modo: la eficiencia se entiende como la consecución del mejor nivel de salud posible con el mínimo coste. Mientras que la equidad representa la distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades en salud de los grupos de población. En tanto que la eficacia da cuenta de la capacidad de lograr el resultado deseado o esperado en condiciones ideales y la efectividad se define como la capacidad de lograr el resultado deseado o esperado en condiciones reales.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.

En materia de salud, los recursos son limitados, por lo que si se emplean en producir un servicio, dejan de estar disponibles para otro y por tanto, se deben priorizar las actuaciones sanitarias según criterios de eficacia, efectividad y calidad.

Para valorar la eficiencia existen distintos tipos de análisis:

- Análisis de minimización de costes. Se trata de comparar los costes de dos o más procedimientos de los que sabemos que sus resultados son idénticos, con el fin de elegir el más económico.
- Análisis coste-efectividad. Contrastamos dos o más alternativas con relación a sus costes y sus resultados (costes por unidad de efecto), con el objeto de optar por la que tenga mejor relación coste-efecto.
- Análisis coste-eficacia. Igual que la anterior, pero las alternativas se producen en condiciones ideales de actuación.
- Análisis coste-utilidad. Comparamos dos o más alternativas en relación a sus costes y sus resultados expresados en términos de utilidad (unidades de utilidad) o calidad de vida, producida según la percepción del usuario. La unidad de medida puede ser el QALY (*Quality Adjusted Life Year*) o AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad). La AVAC relaciona los años de vida que puede disfrutar el paciente (gracias a una intervención sanitaria) con la calidad de vida de ese periodo extra.
- Análisis coste-beneficio. Se miden los costes y los resultados, ambos en unidades monetarias, con lo que podemos conocer mediante una sencilla comparación la posibilidad económica y/o social de llevar a cabo una intervención sanitaria.

CAPÍTULO 2

2.1 Marco Teórico

A continuación, se presentan los conceptos estructurales que constituyen la columna vertebral de la investigación.

- **Osteopatía y Fisioterapia**

Según el Diccionario de la Real Academia Española, Osteopatía, proviene de la palabra griega “ὄστωϊν” que se traduce como "hueso" al que se le añade el término "*patía*" que significa "sentimiento", "afección" o "dolencia".¹⁶

También encontramos este término en el documento "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002–2005" que supone una auténtica defensa de las posibilidades terapéuticas y de los beneficios económicos que se derivan para la sociedad al legalizarse y extenderse la práctica de las medicinas alternativas.

El documento de la OMS define Osteopatía como aquellas "*prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y /o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades*".

¹⁶ Diccionario de la Real Academia Española, Editorial Espasa 2001, pag 1638.

Entre ellas incluye a la Medicina China, el Ayurveda, la Neuropatía, el Unani, la Osteopatía, la Homeopatía, la Quiropráctica y las técnicas de Shiatsu, Hipnosis, Sanación, Meditación, Yoga y Qigong.

La Osteopatía considera especialmente los problemas mecánicos del cuerpo en relación al bienestar del individuo, y trabaja sobre la movilidad de las diferentes estructuras anatómicas para restaurar la función óptima de éstas y del organismo en general.

Nuestra salud depende en gran medida de la buena relación (movimiento) entre las diferentes partes y sistemas del cuerpo y el osteópata vela para proporcionar este equilibrio.

La Osteopatía examina el individuo en su conjunto y busca siempre la causa del trastorno o de la disfunción a través de una aproximación holística y no sintomática.

Se considera a la persona como un todo tanto en su vertiente física y química como emocional, donde la estructura (anatomía) y la función (fisiología) son totalmente interdependientes.

Entendiendo que la salud del organismo y por lo tanto su buen funcionamiento, depende de la libertad de movimiento de las diferentes estructuras, las disfunciones que afectan a nuestro cuerpo alteran el conjunto de la biomecánica y afectan la función natural de los órganos.

Asimismo, la Osteopatía pone especial énfasis en favorecer una buena circulación de fluidos por todo el organismo. La disminución de esta circulación implica una disminución de la capacidad de defensa de los tejidos, proporcionando un terreno favorable a la aparición de una disfunción o a la dificultad de recuperación de un tejido. Este concepto se extiende por la circulación arterial, venosa, linfática, líquido cefalorraquídeo, sinovial y nerviosa, etc.

La práctica osteopática en su intervención sobre el esqueleto, músculo y tejido conectivo, abarca disfunciones estructurales, viscerales, neurológicas, endocrinas e inmunológicas.

Su objetivo es intentar restaurar el equilibrio mecánico global del individuo (homeóstasis), poniéndolo de acuerdo con su entorno anatomía-fisiológica y respetando los principios generales de la Medicina.

Una vez identificada y tratada la lesión osteopática, el cuerpo puede desarrollar su facultad inherente de volver a un equilibrio saludable.

Hay autores que definen la Osteopatía como un conjunto de técnicas manuales basadas en el conocimiento y el respeto de las leyes que rigen la vida y los organismos vivos y cuya meta es la de restaurar y mantener el equilibrio del cuerpo de forma óptima, a fin de permitir recuperar y conservar su capacidad para auto regularse.¹⁷

En cuanto a la fisioterapia, cabe destacar que entre los fines del tratamiento están: el alivio del dolor; el aumento de la circulación; prevención y corrección de la disfunción; así como la máxima recuperación de la fuerza, movilidad y coordinación.

La Confederación Mundial por la Fisioterapia da la siguiente definición¹⁸:

*"La fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud".*¹⁹

¹⁷ Alicia Muñoz Bono "La influencia de la osteopatía en la fisioterapia, nuevos tiempos" (<http://www.efisioterapia.net/articulos/>).

¹⁸ Ibídem. Páginas de la 4 a la 8.

¹⁹ Bienfait, Marcel; Geronès, Carmen. Urritz, "Bases elementales técnicas de la terapia manual y de la osteopatía." Editorial Paidotribo, SL, 1996.

Por su parte, Farell y Jensen, en 1992, realizaron una revisión bibliográfica con el propósito de analizar el papel de la terapia manual en la fisioterapia. Concluyeron que la terapia manual, como una posibilidad de proporcionar un tratamiento no quirúrgico en las disfunciones de columna y extremidades relacionadas con el sistema músculo esquelético, ya que permitía eliminar el dolor y mejorar la función de las estructuras.²⁰

Catherine Zollman y Andrew Vickers, médicos del *Research Council of Complementary Medicine de Londres* (Reino Unido) consideran que aún existe una gran confusión a la hora de definir qué es y qué disciplinas incluye el término "terapia complementaria".

Dicha terapia engloba algunas disciplinas que, hasta el momento, han recibido el nombre de alternativas. Debido a que este término implica cierto rechazo de la Medicina convencional (avalada por la ciencia), estos especialistas proponen el de Medicina complementaria para designar a una serie de tratamientos que, a pesar de ser poco convencionales, están demostrando su valor en ensayos clínicos.²¹

Según un "Informe de Expertos" solicitado por el Gobierno de la Generalitat de Catalunya²² la Osteopatía es un sistema terapéutico manual basado en el concepto de que el cuerpo humano es una unidad mecánica vital, donde los sistemas estructurales y funcionales están interrelacionados, tienen la misma importancia y son capaces de organizar sus propias soluciones contra las alteraciones mecánicas, condiciones tóxicas e infecciosas siempre que haya circunstancias favorables y una nutrición adecuada.

²⁰ Fajardo, Francisco. "La osteopatía y el osteópata: la salud en sus manos". Masaje: revista de masaje, técnicas manuales y terapias naturales. 2002, págs. 6-7.

²¹ Andrew Vickers, Catherine Zollman. BMJ 1999; 319: 1176-1170 y Andrew Vickers. Complementary medicine. BMJ. 2000; 321: 683-686.

²² El grupo de expertos ha sido integrado por Àlex Badrena, José Luis Badrena Massó, Josep Lluís Belil Creixell, Imma Bonet Franch, Juli Bustos Cortes, David Ponce Gutiérrez y otros colaboradores.

La Osteopatía es una filosofía, un arte, y una ciencia de la salud, fundamentada en habilidades y unos conocimientos científicos en constante evolución.

Su contenido se enmarca en el concepto de la unidad de la estructura del organismo vivo y de sus funciones. Su especificidad consiste en hacer servir un medio terapéutico manual donde el objetivo es armonizar las relaciones de movilidad, y de fluctuación de las estructuras anatómicas.

Su arte se basa en la aplicación de sus conceptos en la práctica de la salud en todas sus ramas y especialidades.

Su ciencia incluye tanto los conocimientos conductistas, químicos, físicos y biológicos relativos al restablecimiento y la preservación de la salud, como los conocimientos preventivos de enfermedad y de su mejora.

Los conceptos osteopáticos ponen en evidencia los siguientes principios:

- El cuerpo, por medio de un equilibrio complejo, tiende a la auto regulación (homeostasis) y a la auto curación delante de los procesos lesionales y donde la libre circulación sanguínea, linfática y de información neurológica son de capital importancia para mantener este equilibrio, ya que son el medio que permite asegurar la correcta nutrición de los tejidos y la adecuada eliminación del residuo.
- El cuerpo humano es una unidad funcional, en la cual la estructura y la función son mutua y recíprocamente interdependientes.

Un tratamiento basado en esta filosofía y en sus principios favorecerá el concepto de estructura/función en su abordaje evaluativo, diagnóstico y terapéutico a través de medios manuales.

El conjunto de maniobras osteopáticas se sustenta en el modelo mecanicista propasado por el Dr. Still, todavía válido hoy en día.

En palabras de su creador, los referentes de Osteopatía son: el espíritu, la materia y el movimiento.

Espíritu: el espíritu creador está presente siempre y en todas partes del trabajo, pero es la naturaleza la que da salud.

Materia: representa el cuerpo, objeto del trabajo manual osteopático.

Movimiento: el movimiento es consubstancial a la vida.

La Osteopatía es el sistema de salud que, poniendo énfasis principal en la integridad estructural del cuerpo, trata de retirar los obstáculos (tensión tisular) que impiden la correcta nutrición, el suficiente drenaje e información neurológica de los tejidos. Una vez suprimidos los obstáculos, la naturaleza hace el resto, recuperando las funciones locomotrices, cráneo-fasciales y/o viscerales, manteniendo la buena salud del organismo y evitando la enfermedad.

Es una disciplina asistencial distinta, donde a partir de un sistema de valoración diagnóstica y de tratamiento osteopático pone especial atención en la estructura y los problemas mecánicos del cuerpo.

- **La Fisioterapia**

La palabra fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas: "*physis*", que significa "naturaleza" y "*therapeia*", que quiere decir "tratamiento". Por tanto, desde un punto de vista etimológico, fisioterapia o *physis-therapeia* significa "*Tratamiento por la Naturaleza*", o también "*Tratamiento mediante Agentes Físicos*". El término fisioterapia aparece por primera vez en la Biblioteca de Terapéutica, publicada en 1909, editada y

dirigida por los profesores de terapéutica Gilbert y Carnot de la facultad de medicina de Paris.²³

La OMS²⁴ define la Fisioterapia como aquella técnica y ciencia del tratamiento que se ejerce a partir de *"medios físicos, ejercicio terapéutico, maso terapia y electroterapia. Además, la fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución"*.

Por su parte, la Confederación Mundial por la Fisioterapia define la Fisioterapia como el *"conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas y orgánicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud"*.

Farell y Jensen, en 1992, como ya hemos mencionado, realizaron una revisión bibliográfica con el propósito de analizar el papel de la terapia manual en la Fisioterapia. Concluyeron definiendo la terapia manual como una *"posibilidad de proporcionar un tratamiento no quirúrgico en las disfunciones de columna y extremidades relacionadas con el sistema músculo esquelético; ya que permitía eliminar el dolor y mejorar la función de las estructuras"*.²⁵

Catherine Zollman y Andrew Vickers, también mencionados con anterioridad, médicos del Research Council of Complementary Medicine de

²³ Gilbert A, Carnot P. Biblioteca de terapéutica. Carnot P, Dagrón, Ducroquet, Nageottewilbouchewitch. En: Cautru, Bourcart. Quinesiterapia: masaje, movilización, gimnasia, 2ª ed. Barcelona: P. Salvat; 1921.

²⁴ OMS. Comité de expertos de la OMS en Rehabilitación Médica. Segundo informe (Serie de informes técnicos 419), Ginebra: OMS; 1969.

²⁵ Fajardo, Darío M. (2002) "Situación y perspectivas del desarrollo rural en el contexto del conflicto colombiano". Documento presentado en el seminario "Situación y perspectivas para el desarrollo agrícola y rural en Colombia" FAO, Santiago de Chile, julio 17-19, 2002.

Londres (Reino Unido) consideran que aún existe una gran confusión a la hora de definir qué es y qué disciplinas incluye el término "terapia complementaria". Dicha terapia, engloba algunas que, hasta el momento, han recibido el nombre de alternativas. Debido a que este término implica cierto rechazo por parte de la medicina convencional (avalada por la ciencia), estos especialistas proponen el de medicina complementaria para designar a *"una serie de tratamientos que, a pesar de ser poco convencionales, están demostrando su valor en ensayos clínicos"*.²⁶

La medicina alternativa o complementaria se puede definir como el conjunto de sistemas, prácticas o productos médicos y de atención de la salud no considerados parte de la medicina convencional que, en nuestro país, es la medicina alopática occidental.

Tratamiento Osteopático

El tratamiento, que se denomina manipulación osteopática, consiste en un sistema de técnicas prácticas orientadas a aliviar el dolor, restaurar funciones y promover la salud y el bienestar. Sin embargo, muchas veces estos procedimientos pueden derivar en situaciones negativas.

Según sus principios, por medio de la manipulación del sistema músculo-esquelético, se pueden curar las afecciones de órganos vitales o enfermedades ya que esta manipulación ayudaría a revitalizar el riego sanguíneo o devolver el grado de movilidad normal a la articulación dañada y por tanto a la curación del paciente.

El tratamiento osteopático consiste en tratar las disfunciones, la hipermovilidad o hipomovilidad que se puedan encontrar en la columna vertebral, las articulaciones, el sistema nervioso, el sistema muscular, las

²⁶ Vickers, A. Incorporating data from dissertations in systematic reviews. Int. J. Technol Assess Health Care 2000 16:2: 711-713.

vísceras o el cráneo. Busca recuperar el equilibrio corporal perdido, reactivando sus mecanismos de auto curación con diversas técnicas terapéuticas: manipulaciones articulares, técnicas de energía muscular, de movilización, de *stretching*, HVLT, o funcionales, entre muchas otras.

El tratamiento depende de una evaluación corporal completa, del tipo de lesión y del paciente a tratar.

Ningún tratamiento es igual a otro y se debe seguir siempre un enfoque personal único.

Existen ocho principios básicos en la Osteopatía, los cuales son ampliamente enseñados en la comunidad osteopática internacional.

- **Holismo:** el cuerpo funciona como una unidad, no como un conjunto de órganos.
- **Relación forma-función:** la estructura de un órgano influye en su función y viceversa.
- **Homeóstasis:** el cuerpo posee mecanismos auto regulatorios.
- **Auto curación:** el cuerpo siempre busca su reparación, aunque la enfermedad altere ese esfuerzo.
- **Influencia interna por medio de acciones externas:** las fuerzas externas modifican la forma y función internas.
- **Circulación:** el movimiento de fluidos corporales es esencial para el mantenimiento de la salud.
- **Inervación:** los nervios juegan un papel crucial en controlar los fluidos corporales.
- **Componente somático de la enfermedad:** toda enfermedad se manifiesta de forma externa como síntoma somático.

Estos principios no son mantenidos por los osteópatas como leyes empíricas; son enseñados como guías básicas de la filosofía osteopática sobre la salud y la enfermedad.

Dependiendo la parte del cuerpo en la que se centran, hay diferentes disciplinas:

- **Osteopatía estructural:** dedicada al restablecimiento del aparato músculo-esquelético y de la postura, centrándose en la columna vertebral y traumatismos.
- **Osteopatía craneal:** se centra en los problemas craneales y su influencia en el sistema nervioso central.
- **Osteopatía visceral:** enfocada hacia la curación de órganos y vísceras, mejorando la función de éstos mediante manipulación para conseguir un mejor riego sanguíneo.

Aunque hay muchas técnicas de tratamiento, los métodos utilizados más comúnmente pueden ser clasificados como activos o pasivos y, directos o indirectos en la naturaleza.

A pesar que la Osteopatía sea quizás más conocida por el tratamiento del dolor de espalda (lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, etc.) es también muy efectiva como tratamiento de otros síntomas como:

- Trastornos Músculo-Esqueléticos: contracturas musculares, tendinitis, etc.
- Trastornos Respiratorios: resfriados de repetición, sinusitis, tos no productiva, etc.
- Trastornos Digestivos: colon irritable, estreñimiento, acidez, espasmos abdominales, etc.
- Trastornos Genito-Urinaros: incontinencia, dolores menstruales, dispareunia, etc.
- Problemas y seguimiento del Embarazo: dolor de espalda o ciáticas, dolor inguinal, etc.
- Trastornos pediátricos: cólicos, vómitos, secuelas derivadas de la aplicación de ortodoncias, trastornos del sueño, hiperactividad, dificultad de aprendizaje, dislexia, alteraciones del crecimiento, etc.

- Prevención de lesiones y de disfunciones en el organismo que puedan comportar futuras molestias o enfermedades. Mejora del estado vital.
- Otros: estrés, migrañas tensionales, cansancio generalizado.

La duración de un tratamiento de Osteopatía puede variar en función del profesional que lo realiza y del problema que presente el paciente. La media es de aproximadamente 50 minutos.

Estudios recientes (*Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya 2008*) han demostrado la eficiencia de los tratamientos de Osteopatía en relación a otros enfoques, ya que permiten una mejora del cuadro en pocas sesiones, asociado a una disminución de la medicación necesaria. Ello supone una curación más rápida, una disminución de los efectos secundarios a la medicación y una disminución en el precio final del tratamiento.

En la actualidad, varias mutuas con pólizas a reembolso cubren los tratamientos de Osteopatía.

El contenido de la Osteopatía se enmarca en el concepto de la unidad de la estructura del organismo vivo y de sus funciones. Su especificidad consiste en hacer servir un medio terapéutico manual donde el objetivo es armonizar las relaciones de movilidad y de fluctuación de las estructuras anatómicas.

El diagnóstico osteopático busca identificar de forma específica las disfunciones de las estructuras del cuerpo del usuario y aplicar un tratamiento adaptado e individualizado.

El principio de este tratamiento permite al usuario reencontrar su capacidad de adaptación no dolorosa a sus tensiones mecánicas, su capacidad inmunitaria, su capacidad física y psicológica para gestionar sin somatizaciones su entorno social, profesional, familiar y personal.

Según el doctor Andrew Taylor Still, la Osteopatía se basa en que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente, están relacionados, y por tanto los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento de los otros. Es por tanto una práctica de tipo holístico.²⁷

El tratamiento, que se denomina manipulación osteopática, consiste en un sistema de técnicas prácticas orientadas a aliviar el dolor, restaurar funciones y promover la salud y el bienestar. Sin embargo, muchas veces estos procedimientos pueden derivar en situaciones negativas. Según los principios de la Osteopatía, por medio de la manipulación del sistema músculo-esquelético se pueden curar las afecciones de órganos vitales o enfermedades ya que esta manipulación ayudaría a revitalizar el riego sanguíneo o devolver el grado de movilidad normal a la articulación dañada y por tanto a la curación del paciente.²⁸

- **El Osteópata**

El osteópata es un terapeuta que dedica su actividad a permitir que el cuerpo recupere sus parámetros de movilidad.

Los osteópatas se interesan por el estado de funcionamiento de las diferentes estructuras del cuerpo del usuario. Desde el punto de vista osteopático, el usuario es considerado como referente de él mismo.

Entre las funciones de un osteópata está la evaluación de los siguientes puntos:

- Las macro y las micromovilidades de todas las articulaciones del cuerpo, miembros, columna vertebral, pelvis, tórax, craneofacial, etc.

²⁷ A. T. Still and the birth of osteopathy. Baldwin, Kansas, USA, 1855. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639626>.

²⁸ Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, Gevitz FO, Nash DB. Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. Diabetes Care. 2000; 23:951-6.

- La capacidad de deslizamiento, de adaptación a las distintas tensiones de los órganos.
- La motilidad, la regulación de los ritmos corporales.
- La elasticidad, la confianza de los tejidos del cuerpo y de su influencia sobre el sistema vascular nervioso.

La etiología de las perturbaciones del funcionamiento de estas diferentes estructuras toma en cuenta la historia del usuario desde su nacimiento y contabiliza los efectos traumatológicos, psíquicos, infecciosos así como su entorno profesional, social y personal.

Competencias:

El osteópata, como profesional de la salud tiene que:

- Conocer las estructuras y funcionamiento del cuerpo humano en estado de salud, como también, estar capacitado para identificar la pérdida de salud y sus manifestaciones principales.
- Conocer el marco de actuación terapéutica delimitado para las bases y fundamentos de la Osteopatía.
- Realizar un ejercicio terapéutico según el concepto osteopático de salud y enfermedad mencionada antes, ateniendo la causa de los signos del paciente.
- Saber conducir un diagnóstico osteopático, un tratamiento del tejido conectivo afectado y un conjunto de maniobras osteopáticas.
- Como la Osteopatía es una terapia eminentemente manual, también, se requieren las habilidades, destrezas y sensibilidad necesarias para realizar las técnicas osteopáticas.
- Tratar el cuerpo humano desde la visión de la estructura y la función, observando la relación de sus funciones interdependientes.
- Aplicar un tratamiento racional y estructurado basado en la filosofía y principios de la Osteopatía, los cuales favorecen la comprensión del concepto "estructura/función" y el diagnóstico osteopático a través de medios manuales.

- Conocer los tratamientos enfocados a la prevención, aplicando en cada caso las técnicas propias para la recuperación del paciente.
- Conocer como se actúa para la prevención de enfermedades y de los tratamientos aplicados, tanto desde la visión de la medicina convencional, como de la Osteopatía.

- **El Dolor**

Según el modelo biopsicosocial, el dolor puede contemplarse como el resultado de la interacción de factores biológicos (genéticos, fisiológicos, edad, sexo); psicológicos (cognitivos, afectivos, conductuales); y sociales (laborales, culturales, familiares).

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño de acuerdo con *The International Association for the Study of Pain*.

El dolor es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral. Es una experiencia vital que afecta de manera importante a la calidad de vida y genera costes económicos relacionados con la cronicidad y discapacidad que produce.²⁹

Al hablar de dolor se puede distinguir entre dolor agudo y crónico. Se puede definir el dolor agudo como aquel que puede ser provocado por una inflamación, daño en un tejido, lesión, enfermedad o cirugía reciente y que, por lo general, se caracteriza por la presencia de dolor, enrojecimiento, temperatura local elevada y tumefacción. El dolor agudo es breve, aunque a veces puede prolongarse mientras se mantenga o persista la enfermedad que lo origina.

²⁹ Rull Bartomeu M. Introducción. Unidad de tratamiento del dolor. Servicio de Anestesiología y dolor. Hospital San Juan. Coordinador. Dolor agudo y crónico. Actitudes terapéuticas. Tarragona: Martgraf S.A.; 1990. p. 9

El dolor crónico se define como aquel dolor o molestia que persiste de forma continua o intermitente durante semanas, meses o años. En determinadas circunstancias el dolor mantenido puede superar a los demás síntomas y puede provocar alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, enfado) que centran al dolor como epicentro de todas sus preocupaciones y agravan la intensidad del mismo. El dolor crónico se considera un problema médico muy serio debido a su gran impacto sobre la vida del paciente tanto a nivel personal como profesional.

- **La medición del Dolor**

La medición del dolor presenta una gran complejidad, por ser una experiencia subjetiva sobre la que inciden factores psicológicos, sociales, ambientales, económicos y culturales.

Para la evaluación del dolor la metodología más empleada consiste en el uso de instrumentos que intentan objetivar la percepción del individuo. Entre estos instrumentos destacan las escalas visuales cuantitativas, los cuestionarios que intentan captar la multidimensionalidad del dolor y los cuestionarios generales de evaluación del impacto del dolor sobre la calidad de vida.

Las escalas de intensidad del dolor son las más utilizadas. Entre ellas encontramos la Escala Visual Analógica (EVA); las escalas de descripción verbal categórica; y las escalas numéricas. La EVA consiste en una línea de 0 a 10 cm. donde se señala el dolor considerando a 0 como su ausencia y a 10 como el peor dolor posible.

Las escalas de descripción verbal categórica están compuestas de la siguiente clasificación: no dolor (0), dolor leve (1), dolor moderado (2), dolor grave (3), dolor muy grave (4) y peor dolor posible (5).

Los cuestionarios multidimensionales evalúan las características del dolor y su impacto funcional. Entre los más conocidos destacan el *Mc Gill Melzack Pain Questionary*, el *Brief Pain Inventory* (BPI) y el *Memorial Pain Assesment Card*. Por ejemplo, el *Brief Pain Inventory* (BPI) o Cuestionario Breve del Dolor (CBD)⁶ ha sido validado en España en pacientes con dolor de causa neoplásica, demostrando ser un cuestionario válido para su aplicación en la práctica clínica habitual. El BPI está compuesto de dos dimensiones (intensidad del dolor e impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente) a diferencia del *Mc Gill Melzack Pain Questionary*, que se centra en tres (sensitiva, afectiva y evolutiva).

Entre los cuestionarios para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud utilizados en pacientes con dolor destacan el SF-36, el *Health Assessment Questionnaire*, el *Nottingham Health Profile* y el EuroQol-5D (EQ-5D)⁷. Este último es un instrumento sencillo y genérico que contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas presenta tres niveles de gravedad (sin problema, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).

La OMS recomienda la utilización de los instrumentos de evaluación del dolor antes mencionados y clasifica los pacientes con dolor en tres escalones de intensidad con el objetivo de establecer el correcto tratamiento. La clasificación de la OMS es la siguiente:

- Grupo 1: analgésicos de acción periférica, representado por los analgésicos no opioides del tipo antiinflamatorios no esteroides (AINEs), como el diclofenaco, ibuprofeno y otros como el paracetamol.
- Grupo 2: analgésicos centrales débiles; se encuentran representando a este grupo la codeína, también el D-propoxifeno y el tramadol.

- Grupo 3: analgésicos centrales fuertes, tales como la morfina, meperidina, metadona, también la hidrocodona y oxicodona.

Se han realizado diversos estudios a nivel poblacional con las anteriores herramientas y con el objetivo concreto de evaluar la prevalencia del dolor; la satisfacción con el tratamiento; y la calidad de vida del paciente con dolor.

A modo de ejemplo, se exponen a continuación tres estudios realizados a distinto nivel territorial:

1) En el estudio⁸ (N= 46.394; 2006) se definió dolor crónico como aquel de duración igual o superior a 6 meses y de intensidad igual o superior a 5 en la Numeric Rating Scale (NRS)³⁰. Considerando a todos los participantes que padecen dolor crónico, aproximadamente la mitad lo presentan constante, el 60% lo sufren desde hace como mínimo 2 años y un quinto desde hace 20 años o más. Las causas más frecuentes son dolores secundarios a procesos degenerativos o inflamatorios (artrosis y artritis); el deterioro del disco; y heridas traumáticas de distinto tipo. La localización anatómica más común es la espalda y representa un 42% del conjunto de todas las causas.

En España, el 47% de los casos son atribuibles a artrosis y artritis reumatoide. Cabe destacar que sólo un 9% de los profesionales sanitarios en Europa y el 10% de los españoles emplean rutinariamente escalas o cuestionarios de medición de la intensidad del dolor para establecer el tratamiento al paciente. En consecuencia, no es de extrañar que en Europa el 40% de los pacientes no se sientan satisfechos con su tratamiento y que el 64% declare un control inadecuado de su dolor.

³⁰ Escala Numeric Rating Scale (NRS) de 0 menor intensidad a 10 mayor intensidad de dolor.

2) En el ámbito español, el estudio de Català y col (2002)⁹ (N=5000) define al dolor crónico como aquel de duración superior a 3 meses. A grandes rasgos, la incidencia del dolor crónico es del 23,4%, siendo mucho más frecuente en mujeres que en hombres (31,4 vs. 14,8%) y en individuos mayores de 65 años (39,5%) que en jóvenes (8,5%). El dolor crónico fue particularmente prevalente entre los individuos con incapacidad laboral (54,5%), amas de casa (36,3%), pensionistas (34,3%) y granjeros (33,3%).

3) En Cataluña, en una encuesta de salud de 1994 se realizó un estudio pionero en España que evaluaba la calidad de vida de la población catalana. En esta encuesta se incluyó el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D.

Con los datos obtenidos de las variables del EuroQol-5D de la encuesta del 1994 se puede afirmar que el problema más importante reportado por la población catalana es el dolor. La presentación de las curvas por años del dolor muestra una tendencia ascendente, es decir, el dolor aumenta con la edad. Al comparar los resultados de las dos encuestas se puede apreciar un incremento medio de los valores obtenidos en 2002 del 12% respecto a los de 1994, lo cual debiera preocupar a las autoridades sanitarias y alertar sobre una necesidad clínica no cubierta en la población:

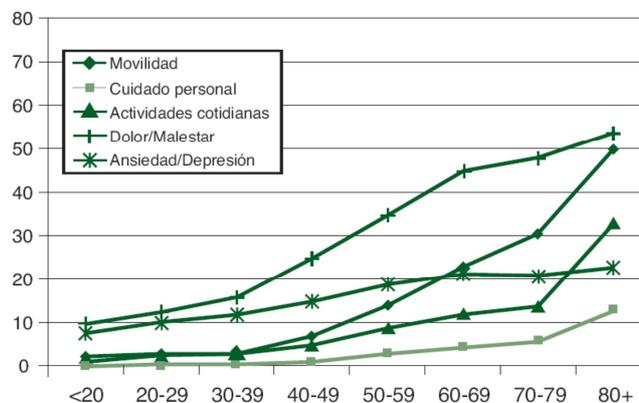


Figura 2
Fuente: Badía y col. 1998 y 2002

Frente a los aspectos socioeconómicos del dolor crónico nos encontramos con la dificultad de la evaluación: la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y de los parámetros afectados directamente por la enfermedad y el tratamiento.

El Short Form Health Survey es un cuestionario genérico sobre el estado de salud, útil para evaluar poblaciones pero impreciso para evaluar resultados individuales de un paciente.³¹

La TOPS (*Treatment Outcomes in Pain Survey*) (Revisión de los resultados del tratamiento para el dolor) incorpora escalas dirigidas al paciente con dolor crónico y ha demostrado su utilidad. Además añade:

- Síntoma dolor
- Limitaciones funcionales
- Invalidez familiar/social percibida
- Invalidez familiar/social real
- Invalidez laboral formal
- Satisfacción del paciente

El impacto socio económico del dolor

La prevalencia del dolor en los pacientes hospitalizados es alta. Así, el ámbito hospitalario se caracteriza por la presencia de dolor de alta intensidad, baja prescripción de analgésicos y poco cumplimiento de las pautas prescritas.

En España se dedica cerca del 9% del producto interior bruto (PIB) al gasto sanitario, mientras el coste económico del dolor en España representa

³¹ Rull Bartomeu M. Introducción. Unidad de tratamiento del dolor. Servicio de Anestesiología y dolor. Hospital San Juan. Coordinador. Dolor agudo y crónico. Actitudes terapéuticas. Tarragona: Martgraf S.A.; 1990. p. 9.

de un 2,2 a 2,8% del PIB. Ello supone unos 13.000 a 16.000 millones de euros.

El dolor presenta diversos componentes, físico y afectivo. Así, el sufrimiento se expresa como expresión total del paciente con dolor. Sus repercusiones serán en diversos ámbitos, sociales, laborales, económicos, psíquicos y psicológicos. Las implicaciones económicas del dolor crónico deben contemplar entre sus variables los costes directos, los indirectos y los intangibles. Por costes directos se entiende el consumo de recursos relacionados con la atención sanitaria y tratamientos relacionados con el dolor como costes de hospitalización, por costes indirectos la productividad laboral perdida a consecuencia de la morbilidad provocada por el dolor. Por costes intangibles se entienden los derivados de la disminución de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

A pesar de que las publicaciones de evaluación económica del dolor han aumentado considerablemente durante los últimos años, se encuentran pocos estudios en la literatura que evalúan el nivel de gasto del total por país. Basándonos en una serie de informaciones indirectas, se reconoce internacionalmente que el coste económico aproximado del dolor crónico es del 2,2% al 2,8% del Producto Interior Bruto de los países industrializados. En España, a partir de estas estimaciones se ha calculado que la cuantía económica está comprendida entre los 13.000 millones y 16.000 millones de euros al año y diversas fuentes sitúan el coste total del dolor crónico para la sociedad en un nivel similar al producido por el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. De igual modo, el dolor crónico se considera uno de los problemas de salud que más gasto ocasiona en los Estados Unidos. El cálculo de los costes anuales, incluyendo los gastos médicos directos, la pérdida de ingresos, la pérdida de productividad, los pagos por compensación y los gastos por servicios legales, llegan en este país a aproximadamente 90.000 millones de dólares. Para calcular el coste directo

sanitario del dolor se agrega el coste de la atención sanitaria de las siguientes categorías:

- Prevención
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Atención de crónicos

En el coste del tratamiento del dolor se analizan principalmente los grupos de costes de los Profesionales sanitarios. El número de visitas médicas de los pacientes con dolor crónico varía considerablemente, aunque la mayoría (60%) acuden de entre dos y nueve veces cada 6 meses. Un total del 70% de los profesionales consultados se trata de médicos de atención primaria y el 27% son traumatólogos. Tipos de profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento del dolor crónico:

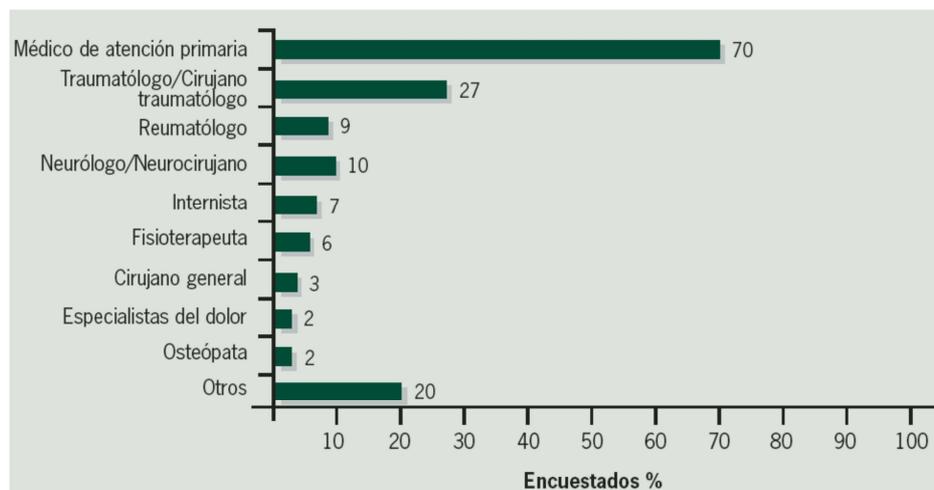


Figura 3

Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

- **Costes sanitarios**

Con el objetivo de lograr un análisis más riguroso, otros tipos de costes que deberían ser incluidos son los referidos a otras prescripciones

sanitarias (pruebas de laboratorio, traslados de pacientes, ortopedias) y los gastos generales y administrativos de las instituciones sanitarias.

Por otra parte, Los costes indirectos están referidos, básicamente, a las consecuencias macroeconómicas de disminución de la producción causada fundamentalmente por el absentismo laboral, la poca productividad en las horas trabajadas y la pérdida de aptitudes o habilidades si la persona afectada por el dolor es forzada a reducir su jornada laboral o dado de baja.

El dolor limita la actividad profesional de quienes lo padecen. Se estima que una de cada cinco personas pierde su trabajo y un tercio presenta problemas en su actividad laboral a consecuencia del dolor crónico. El promedio de días perdidos al año en Europa es de 15,6 y en España de 16,8.

Asimismo, es bien conocido que los gastos asociados a las bajas por enfermedad, las indemnizaciones y las jubilaciones anticipadas en el mundo occidental suponen una gran carga para la economía del país, muy superior a los costes directos obtenidos del tratamiento de estos pacientes.

En el estudio realizado en los Países Bajos se estimó que los costes indirectos del absentismo y la discapacidad constituían el 93% del coste total. Concretamente, los costes médicos ascendían a 368 millones de dólares y los costes indirectos asociados a la indemnización de los trabajadores a 4.600 millones de dólares. En Australia, los costes indirectos estimados del dolor crónico son de 36,5 millones de días equivalentes (días de ausentismo más la reducción de productividad laboral) y de 30,64 millones de euros.

No pueden dejar de mencionarse los costos intangibles en materia de salud, que son los costes derivados de la disminución de la calidad de vida de los pacientes y los costes no económicos de los familiares o cuidadores no remunerados que los asisten en la realización de sus actividades diarias.

El impacto del dolor crónico en las actividades diarias ocasiona mayoritariamente problemas para: dormir (56%), realizar ejercicio físico (50%), elevar pesos (49%), y realizar tareas del hogar (42%).

Se estima que en España el 6,6% de la población sufre alteraciones emocionales o laborales a causa del dolor crónico y, entre los pacientes con dolor crónico, a un 29% les causa depresión y a un 27,1% les limita en sus actividades diarias.

Impacto del dolor crónico en las actividades:

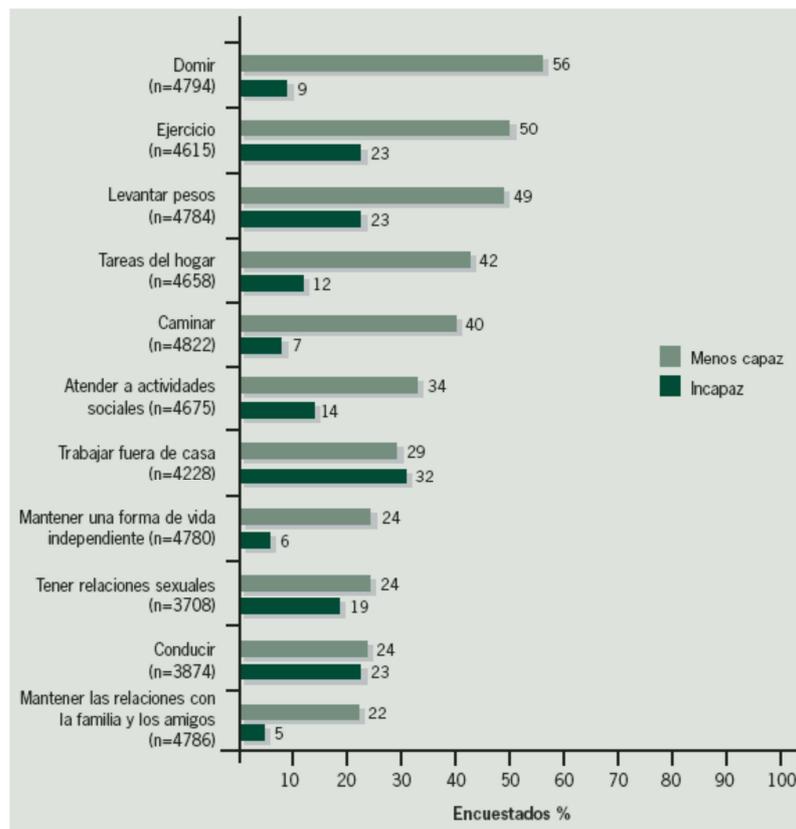


Figura 4
Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

- Lumbalgia**

La lumbalgia tiene un gran impacto económico en los Estados Unidos, con unos costos totales de más de 100 mil millones de dólares al año. El tratamiento de Osteopatía puede reducir los costes en la gestión de dolor

lumbar. Las personas que reciben Osteopatía visitan un 38% más el consultorio pero tienen un 18,5% menos de recetas, un 74,2% menos de radiografías, un 76,9% menos episodios, y un 90% menos de exploraciones de resonancia magnética, disminuyendo de forma considerable el coste por persona.³²

La lumbalgia se puede clasificar según las características del dolor, el tiempo de duración y la etiología. A continuación se describe cada una de estas clasificaciones:

Según las características del dolor se define la lumbalgia mecánica o la inflamatoria. La lumbalgia mecánica ocupa aproximadamente el 90% de los casos. Con mucha frecuencia su inicio es agudo y es posible relacionarla con un episodio específico como un esfuerzo repetitivo, sobreesfuerzo, sobreuso, etc. Se caracteriza porque el dolor no es continuo, se empeora con el movimiento, mejora con el reposo, no despierta al paciente en la noche, pero puede molestarlo al inicio del sueño; su origen está en procesos degenerativos de estructuras óseas o ligamentosas, articulaciones, discos intervertebrales, contractura de tejidos blandos, sobreuso o sobrecarga.

La lumbalgia inflamatoria ocupa el 10% de los casos. Se inicia de manera progresiva sin una causa aparente, se caracteriza por presentar un dolor continuo, que aumenta con el movimiento; no mejora o lo hace escasamente con el reposo; despierta al paciente en las noches o simplemente le impide dormir. Puede ir acompañada de signos generales como astenia, adinamia, pérdida de peso, etc. Es causada por procesos inflamatorios articulares, tumores, infecciones, etc.

³² La osteopatía en al otitis media. Disponible: <http://blog.aptn-cofenat.es/2012/09/la-osteopatia-en-al-otitis-media.html>.

De acuerdo al tiempo de duración la lumbalgia se clasifica en aguda, si el cuadro lleva menos de 6 semanas; subaguda, si el cuadro lleva entre 6 y 12 semanas; y crónica, si el cuadro lleva más de 12 semanas.

De acuerdo a la etiología la lumbalgia se clasifica en inespecífica, que corresponde al 85 a 90% de los casos y su diagnóstico implica que el dolor no se debe a fracturas, traumas, enfermedades sistémicas o neoplásicas, ni se presenta por compresión radicular demostrada que necesite tratamiento quirúrgico; y específica. La lumbalgia específica corresponde al 10-15% de los casos y se puede identificar la patología que está produciendo el dolor.

Ej.: Hernia discal con compresión radicular, canal estrecho.

Los pacientes con lumbalgia crónica se caracterizan por una mayor comorbilidad y cargas económicas en comparación con aquellos sin dolores de lumbalgia crónicos. Esta carga económica puede atribuirse a una mayor prescripción de medicamentos relacionados con el dolor y una mayor utilización de recursos sanitarios.

Por otra parte, cabe destacar que el dolor de espalda y de cuello son las principales causas de los gastos asociados a las bajas por enfermedad, las indemnizaciones y las jubilaciones anticipadas en el mundo occidental.³³ El dolor en la espalda se puede generar por alteración en los músculos, huesos, cartílagos, discos inter-vertebrales, raíces nerviosas y por la disfunción intervertebral mínima (40, 35, 7). En los músculos generalmente se presenta por un mal balance postural crónico, dado por malas posturas, falta de ejercicio, disparidad en miembros inferiores y factores de origen ocupacional.

El dolor de espalda es una de las causas más importantes de limitación funcional, discapacidad, y la utilización de los recursos de atención de salud

³³ Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain. A critical look. Clin Orthop 279 (1992) 8-20.

para los adultos de todas las edades, pero especialmente entre los adultos mayores. A pesar de la alta prevalencia de dolor de espalda en la población, las preguntas importantes siguen sin respuesta sobre la eficacia comparativa de uso común pruebas diagnósticas y tratamientos en las personas mayores.

Existen factores de riesgo que están relacionados con la aparición del dolor lumbar, entre ellos están: los factores individuales como la edad, estado físico, exceso de peso, acondicionamiento físico, tabaco, debilidad de músculos de la espalda y abdominales; los factores psicosociales como estrés, ansiedad, depresión, inestabilidad emocional, reacción ante el dolor; los factores ocupacionales como el trabajo pesado y actividades repetitivas como levantar, agacharse, empujar y tirar de algo; y los factores laborales como insatisfacción, estrés, mala relación con el entorno y los aspectos económicos.

Los costes de la asistencia sanitaria son también considerables. En los Estados Unidos se estima que el coste del tratamiento de las lumbalgias asciende a varios miles de millones de dólares y Deyo y cols. (1991) han declarado que el gasto asociado a las lumbalgias es seis veces mayor que el de las enfermedades relacionadas con el SIDA.

Por todo ello, se han iniciado una serie de cambios en las leyes y reglamentos que rigen la asistencia y la indemnización de los trabajadores, aunque posiblemente tengan poca influencia en la experiencia del dolor. Por ejemplo, en Suecia, las recientes reformas legislativas han reducido el número de lesiones consideradas de origen profesional de unas 80.000 en 1990 a casi 9.000 en 1996⁽⁸³⁾. Aunque los datos epidemiológicos de Finlandia indican que, pese a los cambios en la legislación, la economía, el mercado de trabajo, etc., la prevalencia del dolor de espalda se ha mantenido más o menos constante en los últimos 15 años.

Si bien se ha observado que la prevalencia de dolor de espalda a lo largo de toda la vida de una persona puede llegar al 85% de la población, la

mayoría de los afectados se reincorporan rápidamente a sus puestos de trabajo. Estudios recientes han demostrado que casi el 95% de las personas se reincorporan al trabajo en un plazo de 6-12 semanas, lo que ha llevado a la falsa creencia de que las personas con dolor agudo de espalda suelen recuperarse en ese plazo de tiempo. Por el contrario, algunos estudios longitudinales demuestran que los pacientes pueden seguir sufriendo un dolor considerable 6-12 meses después de solicitar asistencia sanitaria debido a un episodio agudo.³⁴

Aunque la prevalencia del dolor de espalda es muy elevada, un número relativamente pequeño de personas consumen la mayoría de los recursos. En nuestro propio estudio de la población, observamos que el 6% de los afectados realizaban casi la mitad de todas las visitas a centros de salud. Existía también una relación ($r=0,44$) entre el consumo de recursos sanitarios y las bajas por enfermedad, demostrando así la tendencia de las mismas personas a ser grandes consumidoras de distintos tipos de recursosⁱ

El coste del dolor para el sistema público de salud es muy elevado como consecuencia de la alta prevalencia y del elevado consumo de recursos sanitarios, especialmente los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

El componente mayoritario de los costes sanitarios directos que se genera deriva de la hospitalización, tratamientos quirúrgicos y farmacológicos y la atención ambulatoria. Ello supone casi el 50% de los costes directos. El tratamiento farmacológico representa el 30% de los costes sanitarios directos mientras que el cuidado ambulatorio de los pacientes supone el 20% restante.

Los efectos adversos al tratamiento pueden generar más de 1.300.000 visitas a los médicos de atención primaria o a los especialistas y más de

³⁴ Matheson, L., & Brophy, R. (1997). Aggressive early intervention after occupational back injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(2), 107-117.

40.000 ingresos hospitalarios. Estudios realizados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, demostraron que el coste medio de tratar una hemorragia digestiva alta provocada por el consumo de AINE en los pacientes que acuden al servicio de urgencias supera los 3.000 euros.

Los costes indirectos están relacionados con el descenso de productividad debido a las bajas laborales y constituyen un componente muy importante del coste del dolor. Más de un 40% de las incapacidades laborales permanentes y temporales son consecuencia del dolor, lo que pone de manifiesto la magnitud del impacto económico.

Finalmente, genera costes intangibles, relacionados con el dolor, la frustración y la pérdida de la autoestima que afectan a la calidad de vida. Los cambios más significativos se producen en las subescalas de dolor, ansiedad, depresión, descenso de la actividad física y sensibilidad a la enfermedad. Lo más importante no es recortar el gasto, sino tomar medidas para mejorar los procesos sanitarios.

En el ámbito nacional, el absentismo laboral y la pérdida de actividad en el trabajo del dolor crónico son factores que cifran unas pérdidas económicas de 1.076 millones de euros anuales, según datos extraídos del informe sobre "El impacto socio sanitario de las enfermedades neurológicas en España", publicado en 2006 por la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas. Estimaciones avaladas desde los estudios realizados por una iniciativa conjunta de la Universidad de Salamanca y la Fundación Grünenthal bajo la dirección del Profesor Clemente Muriel.

- **Enfermedades reumáticas**

Las enfermedades reumáticas, también denominadas enfermedades músculo esqueléticas (ME) o enfermedades del aparato locomotor, presentan una alta incidencia y prevalencia en la población en general.

Alrededor del 30% de los adultos presenta problemas articulares o de la columna vertebral, con una repercusión socioeconómica igual o superior a las enfermedades cardiovasculares o el cáncer.

La mayor parte de esta repercusión es debida a las pérdidas de productividad de la población trabajadora, es decir a costes indirectos de la enfermedad.

A nivel individual, el principal problema de las enfermedades ME es su potencial para producir dolor, que se asocia a su vez al deterioro funcional y discapacidad en la población general. En ancianos, las enfermedades ME representan la primera causa de restricción en la actividad diaria, de pérdida de independencia e institucionalización. En la población adulta, las enfermedades ME dificultan o impiden la realización de las tareas relacionadas con el trabajo doméstico de las amas de casa y, como se ha comentado previamente, representan un problema muy relevante de restricción laboral en los trabajadores activos.

En el caso de las enfermedades reumáticas más agresivas, como por ejemplo la Artritis Reumatoide, se estima que el coste total por paciente y año, supera los 10.000 euros al año con un porcentaje muy importante de costes asociados a la discapacidad. Teniendo en cuenta que la Artritis Reumatoide tiene una prevalencia del 0,5% de la población mayor de 18 años en España, el impacto de dicha enfermedad es de una magnitud muy considerable.

Las enfermedades ME son la segunda causa más frecuente de discapacidad para el trabajo de corta duración (tras los catarros comunes) y la primera causa de discapacidad para el trabajo a largo plazo. El impacto económico de las enfermedades ME a nivel laboral es enorme, con estimaciones en USA de 50.000 millones de dólares por año en pérdidas de jornadas de trabajo, que representan una cifra superior al 1% del PIB.

En el año 2005, en España el dinero de los presupuestos nacionales del Estado asignados a los subsidios de IT ha sido de 10.162.921 euros. Nuestro sistema de protección social reconoce en términos administrativos dos situaciones de discapacidad de los trabajadores activos: la Incapacidad Temporal (IT) que se correlaciona con la discapacidad para el trabajo a corto plazo, y la Invalidez Permanente (IP) que equivale a la discapacidad para el trabajo a largo plazo.

Las causas más frecuentes de ITME suelen ser la lumbalgia, lumbociática, tendinitis, cervicalgias, problemas musculares y enfermedades inflamatorias. La magnitud de estos datos muestra que la discapacidad para el trabajo de origen ME, que comprende el desarrollo de episodios de IT y su eventual evolución a IP, tiene un impacto social extremadamente alto y creciente, constituyendo un reto para la empleabilidad de los trabajadores, la competitividad de las empresas, la organización sanitaria, y para la viabilidad de los sistemas de seguridad social.

El impacto socioeconómico en el individuo se ignora con frecuencia y, de hecho, algunas descripciones del problema dejan al lector la sensación de que los pacientes con dolor de espalda están impacientes por recibir los "beneficios" de su enfermedad. En realidad, el término "neurosis de indemnización" sigue existiendo como concepto y título de los informes modernos. Aunque es cierto que la indemnización puede influir en la conducta³⁵, el efecto real que tiene un problema de dolor musculo esquelético en el individuo sigue sin conocerse.

Los estudios de personas diabéticas o hipertensas, controles sanos y personas con dolor musculo esquelético han proporcionado información

³⁵ Rohling, M.L., Binder, L.M. and Langhinlichsen-Rohling, J., Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain, *Health Psychol.*, 14 (1995) 537-547.

importante sobre su impacto en el individuo.³⁶ Estos investigadores observaron que los tres grupos de pacientes sufrían un malestar considerable, sintiéndose más cansados y preocupados que los controles sanos. Además, los grupos de pacientes tenían un nivel de ingresos considerablemente inferior al de los controles sanos. El número comparativamente mayor de personas con dolor musculoesquelético crónico que tenían un bajo nivel de ingresos fue también sorprendente. Los datos de Wändell y cols. sugieren que los pacientes con dolor musculoesquelético sufren tanto como los otros grupos con enfermedades crónicas.

Puede decirse que el dolor musculoesquelético forma parte normal de la vida y que, por consiguiente, debe considerarse como algo que uno debe soportar. Nuestro propio estudio epidemiológico ha cuestionado esta idea al demostrar el enorme sufrimiento que está en juego. Realizamos una encuesta a una selección aleatoria de personas de entre 35 y 45 años de edad. El 66% de los encuestados declararon haber sufrido dolor de cuello y espalda en el último año.³⁷ Sin embargo, el 25% de las personas con dolor tenían un problema "importante" causado por un dolor intenso que limitaba su actividad. Pese a todo, las bajas por enfermedad no eran, en general largas, y muchas personas preferían tomarse días de vacaciones en lugar de perder días de trabajo como consecuencia de su dolor.

Una investigación de 131 pacientes con fibromialgia ha permitido conocer algo mejor el impacto económico en el paciente.³⁸ En dicho estudio se realizó un registro meticuloso de todos los gastos que tenían los pacientes, utilizando para ello un diario semanal de los gastos. Se comprobó

³⁶ Wändell, P.E., Brorsson, B. and Andersson, H., Psychic and socioeconomic consequences with diabetes compared to other chronic conditions, *Scand. J. Soc. Med.*, 25 (1997) 39-43.

³⁷ Goossens, M.E.J.B., Rutten-van Mölken, M.P.M.H., Leidl, R.M., Bos, S.G.P.M., Vlaeyen, J.W.S. and Teeken-Gruben, N.J.G., Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. II. Economic evaluation, *J. Rheumatol*, 23 (1996) 1246-1254.

³⁸ Cutler, R.B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E, Khalil, T. M. And Rosomoff, R.S., Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature, *Spine*, 1994;19:643-652.

que los gastos personales y los desembolsos directos representaban el 49% de los gastos totales del paciente en salud, frente al 51% de los costes directos de asistencia sanitaria. Estos pacientes, por ejemplo, compraban una media de 9,2 medicamentos de venta sin receta al año, pagaban 21 horas de ayuda profesional a domicilio y otras 77 horas de labores de limpieza. No sorprende, por tanto, que concluyera que el impacto económico del dolor en el individuo y la familia aumenta a medida que aumenta el gasto y disminuyen los ingresos.

Así pues, el problema es muy prevalente y tiene unas graves consecuencias directas e indirectas en la sociedad, el sistema de asistencia sanitaria y, sobre todo, el paciente y su familia. El problema suele ser de naturaleza recurrente y un porcentaje relativamente pequeño de los afectados consume grandes cantidades de los recursos. El tratamiento del dolor musculoesquelético es costoso cuando se considera en términos de costes absolutos. Sin embargo, es extraordinariamente caro indemnizar a las víctimas por el trabajo que han perdido como consecuencia del dolor y existe una tremenda desproporción en los gastos, dedicándose la gran mayoría a la indemnización de los trabajadores.

Puesto que gran cantidad de los costes se asocian al ausentismo laboral y a la indemnización de los trabajadores, cabe suponer que se estuvieran haciendo todos los esfuerzos posibles para rehabilitar rápidamente a esos pacientes. No obstante, los datos dibujan un cuadro diferente. Parece ser que los pacientes, incluso aquellos que ya tienen unos antecedentes considerables de dolor, reciben simplemente los cuidados de un médico y, en ocasiones, algún tipo de fisioterapia o exploración diagnóstica.

Una explicación de la pequeña proporción de recursos dedicados a tratamientos en comparación con los dedicados a indemnización, podría ser la ineficacia de los primeros. De hecho, parece existir cierto escepticismo con respecto al tratamiento del dolor y los programas de rehabilitación por

parte de algunas autoridades y terceros pagadores (Turk, 1996). Existen muchos tipos diferentes de tratamiento para el dolor musculoesquelético y hemos observado que un reducido número de pacientes genera una parte importante de los costes de la asistencia sanitaria. Por tanto, algunos procedimientos terapéuticos serían ineficaces. ¿Cuál es la situación de los servicios multidimensionales de tratamiento del dolor y rehabilitación?

Algunas revisiones importantes indican que los programas multidimensionales de rehabilitación del dolor son, en conjunto, razonablemente eficaces. Dos meta análisis de ensayos controlados han demostrado que el tratamiento multidimensional es más eficaz que la ausencia de tratamiento o una modalidad única de tratamiento.³⁹ En ambos casos se concluyó que los pacientes que reciben este tratamiento tienen casi el doble de probabilidad de reincorporarse al trabajo. En 11 estudios con grupos de control, demostró que, si bien el 67% de los pacientes atendidos en una unidad multidimensional del dolor se reincorporaban al trabajo, sólo el 24% de los controles lo hacían. Igualmente, en Suecia, una nueva revisión de diferentes programas de rehabilitación orientados al trabajo ha demostrado que los pacientes que reciben este tratamiento tienen casi un 50% más de probabilidad de haberse reincorporado al trabajo 6 meses después que los que no reciben rehabilitación.

Dos importantes evaluaciones económicas de programas del tratamiento del dolor han contribuido también a disipar las dudas de los escépticos. Flor y Cols⁴⁰ examinaron la relación coste-beneficio de los centros multidisciplinarios del dolor basándose en los efectos declarados en una revisión meta analítica. Basándose en los resultados del meta análisis, estimó que el ahorro total asociado al menor número de intervenciones

³⁹ Cutler, R.B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E, Khalil, T. M. And Rosomoff, R.S., Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature, *Spine*, 1994;19:643-652.

⁴⁰ Flor H., Fydrich, T and Turk. D.C., Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review, *Pain*, 1992;49: 221-230.

quirúrgicas es de 33 millones de dólares, y que se ahorrarían otros 10 millones de dólares en costes médicos. No obstante, el principal ahorro ronda los 175 millones de dólares en costes de discapacidad.

Hay que mencionar por su gran interés otra reciente revisión de estudios que incluían una evaluación económica.⁴¹ Se identificaron 23 estudios que incluían algún tipo de análisis económico. Aunque según los autores, dichos análisis económicos puede mejorarse metodológica-mente, su conclusión fue que *"los programas de prevención de accidentes (excepto los programas de formación para prevenir lesiones de espalda) y los programas de tratamiento y rehabilitación para las víctimas de accidentes, parecen conseguir ahorros de costes al reducir el ausentismo"*.⁴²

Por consiguiente, en lugar de asignar la mayor parte de los recursos a la indemnización de los trabajadores, muchos de los afectados podrían beneficiarse si se dedicara una mayor parte de los recursos al tratamiento del dolor y a los programas de rehabilitación.

- **Marco jurídico de la Osteopatía en España**

La primera regulación de las profesiones sanitarias en España se produce a mediados del siglo XIX, pues ya el Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro del ramo de la Sanidad.

Por la Ley de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, se instituyeron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, que tenían por objeto prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran

⁴¹ Goossens, M.E.J.B. and Evers. S.M.A.A., Economic evaluation of back pain interventions, J. Occup. Rehab., 7 (1997) 15-32.

⁴² Ibídem 15-32. Pag 15.

los profesionales en el ejercicio de sus facultades, así como regularizar sus honorarios, reprimir los abusos y establecer una severa moral médica.

Tanto la Ley de 1855 como la Instrucción General de 12 de enero de 1904, se preocuparon de reglamentar, siquiera embrionariamente, el ejercicio profesional de lo que denominaron el arte de curar con el establecimiento de un registro de profesionales que pusieron a cargo de los Subdelegados de Sanidad.

La entrada en vigor, ya a mediados del siglo XX, de otras leyes sanitarias, supuso el abandono del sistema de ordenación seguido hasta entonces. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, dedicó únicamente su base 12 a la organización profesional de médicos, practicantes y odontólogos, con una única previsión, la de la existencia de corporaciones profesionales.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación post graduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Ello es así porque la Ley General de Sanidad es una norma de naturaleza predominantemente organizativa, cuyo objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial del Estado que deriva de la Constitución de 1978.

Lo esencial del ejercicio de la medicina y del resto de las profesiones sanitarias, queda diferido a otras disposiciones, ya sean las reguladoras del sistema educativo, ya las de las relaciones con los pacientes, ya las relativas a los derechos y deberes de los profesionales en cuanto tales o ya las que regulan las relaciones de servicio de los profesionales con los centros o las instituciones y corporaciones públicas y privadas.

Esta situación de práctico vacío normativo, unida a la íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, aconseja el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias.

No puede olvidarse, por otra parte, la normativa de las Comunidades Europeas, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias que, en la medida que subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias a la posesión de los títulos que en las directivas se precisan, introducen, indudablemente, una limitación al ejercicio profesional que ha de establecerse, en nuestro derecho interno, por norma con rango formal de ley, tal y como exige el artículo 36 de nuestra Constitución.

En la normativa referente a la ordenación de las profesiones sanitarias, se encuadra la Ley 44/2003, la cual regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

La Osteopatía está todavía en vía de reglamentación en España, a pesar de la votación por el Parlamento Europeo, el 29 de mayo de 1997, de una resolución Lannoye y Collins que pide a los países de la Unión Europea comprometerse en un proceso de reconocimiento de las medicinas no convencionales entre las cuales se encuentra la Osteopatía. Por eso, expertos independientes han trabajado, desde enero de 2000, en la

evaluación de la calidad de las terapias no convencionales, incluyendo la Osteopatía, dentro del 5º programa-cuadro de la Comisión parlamentaria del Medio ambiente, de Salud pública y de Protección de los consumidores.

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales es el primer peldaño para el acceso a la profesión de osteópata. Asimismo, mediante el Real Decreto 1001/2002, se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, que entró en vigor el 10 de octubre del 2002.

La Ley especifica que son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pre graduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:

- a. De nivel **Licenciado**: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados.

- b. De nivel **Diplomado**: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados.

Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la

estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de ley.

- **Evolución de la Osteopatía en la Unión Europea**

La Unión Europea debe trascender de los ámbitos económicos a la libertad de circulación y trabajo dentro de la comunidad, lo que requiere una armonización en la regulación de las profesiones y en sus requisitos académicos.

A principios del siglo XX, William Garner Sutherland, alumno de Andrew Taylor Still, confió a su discípulo, el Dr. Harold Magoun, la misión de transmitir la medicina osteopática en Europa donde, desde entonces, su desarrollo no ha hecho más que crecer.

El Dr. Litteljhon, otro alumno de Still, creó en Gran Bretaña la primera escuela de Osteopatía europea, la British School of Osteopathy (BSO).

En Gran Bretaña, el vacío legal existente en el campo de la Osteopatía fue cubierto por la "*Osteopaths Act*", en 1993, que reconocía el derecho a ejercer la profesión de osteópata. Progresivamente, el reconocimiento de la profesión debería seguir la misma vía en los otros países europeos donde es igualmente ejercida.

En el resto de Europa existen diferentes tendencias, y la más implantada corresponde a la formación osteopática después de realizar estudios de Fisioterapia o Medicina.

A finales del siglo XIX, John Martin Litteljhon, un brillante escocés poseedor de cuatro doctorados, se matriculó en la escuela de Kirsville. De

hecho, por su trabajo como periodista, se había dirigido a dicho lugar para entrevistar a Still, dada que la fama que del "viejo doctor" había empezado a extenderse por varios Estados. Litteljhon, además de periodista era médico especialista en fisiología. Muy rápidamente se convirtió en el brazo derecho de A.T. Still y curiosamente, fue al tiempo estudiante y profesor en la escuela de Kirsville, llegando finalmente a ser nombrado decano de la misma.

Agregó al programa académico ciencias fundamentales como la Química, y destacó la importancia del estudio de la Fisiología para la salud.

Según Litteljhon: *"la Fisiología es la puerta de entrada al inmenso mundo de la Osteopatía"*.

La defensa de dichas ciencias fundamentales le llevo a frecuentes discusiones con Still, pues para éste último lo importante era *"la estructura"* mientras que Litteljhon insistió en la importancia de *"la función"* como elemento principal.

Como consecuencia de sus diferentes visiones de la Medicina, decidió trasladarse finalmente de Kirsville a Chicago, donde fundó *The Chicago College of Osteopathic Medicine*, que llegó a ser una de las más importantes escuelas de EEUU.

A Litteljhon debemos el desarrollo de una Osteopatía más maximalista y global y en especial la aparición de técnicas como el T.G.O. (Tratamiento General Osteopático, posteriormente desarrollado por J. Wernham), la cual está basada en sus propios estudios sobre la biomecánica humana y en concreto en la acción que la fuerza gravitatoria tiene sobre la postura.

En 1917, Litteljhon dejó Chicago y volvió a Europa. Se instaló en Londres, donde fundó la *British School of Osteopathy*. Esta escuela pasará

a ser la primera institución osteopática europea y sigue sus labores académicas en la actualidad.

En Europa, la evolución de la Osteopatía siguió un camino diferente al que desde los tiempos de Still siguió en los EEUU. Así, en la actualidad, en Europa la Osteopatía es una profesión independiente a la que se llega mediante la obtención del DO (Diploma en Osteopatía), mientras que en los EEUU, los médicos osteópatas cursan sus estudios de Medicina y finalmente se especializan en Osteopatía, pero pudiendo en su caso ejercer la cirugía y prescribir medicación.

Desde el inicio del siglo XX hasta la mitad del mismo, hubo una tendencia hacia la objetividad y el racionalismo en el campo de la Osteopatía; al cual contribuyeron sin duda el propio Littlejohn y la aparición de la figura de Harrison Fryette con sus estudios sobre la mecánica vertebral. Se realizaban entonces tratamientos con un enfoque maximalista, dejándose un poco de lado unos de los principios de Still: "*Encuétralo, arréglalo y deja que siga su camino...*". De ese modo, la mayor parte de los tratamientos en la época se basaron en técnicas de manipulación directa o de *thrust*.

El periodo entre 1950 y 1975 aproximadamente, produce grandes cambios en la visión que hasta entonces se tenía de la Osteopatía. Ello fue debido al desarrollo de nuevos enfoques y a la aparición de los tratamientos craneales y funcionales. A ello contribuyeron sin duda figuras como W.G. Sutherland con su revolucionaria visión de la aplicación de la Osteopatía en el campo craneal. Su trabajo fue continuado entre otros por H. Magoun, V. Frymann y Anne Wales y tal vez represente la mayor evolución de la Osteopatía desde los tiempos de A.T. Still. Destacan también en dicho periodo: C.H. Bowles y H.V. Hoover con su evolución hacia las técnicas funcionales; T.J. Ruddy y F. Mitchell con sus Técnicas de Energía Muscular; L.H. Jones con sus maniobras de Tensión-Contra tensión; o Jean Pierre Barral, que centró su atención en el desarrollo de las

manipulaciones viscerales y que a día de hoy es uno de los autores más leídos.

En 1960 se fundó la *European School of Osteopathy* (ESO), a partir de la unión de un grupo de reconocidos profesionales entre los que estaban J. Wernham, T. Dummer, T. Hall y P. Blagrove y se puso la base para el desarrollo de nuevas escuelas en toda Europa.

En 1993 se produce el reconocimiento oficial en países como el Reino Unido, Francia, Bélgica, Suiza, Portugal, Australia, Nueva Zelanda, etc.

En 1997 el Parlamento Europeo insta a los Estados Miembros de la UE al reconocimiento de la Osteopatía (Resolución LANNOYE/COLLINS 1997). A tal efecto la OSEAN (*Ostheopathic European Academic Network*), se formó para promover la cooperación en la Formación Osteopática y para desarrollar un currículum académico unificado en Europa, del mismo modo que el FORE (Foro para la regulación de la Osteopatía en Europa) trabaja actualmente para conseguir que en el reconocimiento de la Osteopatía haya una unificación de criterios a nivel Europeo. (Ver Resoluciones en ANEXO).

En palabras de Markos Kyprianou Representante Europeo para la Salud, *"la mejora de la seguridad de los pacientes beneficiará la consecución de unos mismos estándares y calidad alrededor de toda Europa. También ayudará a aumentar la confianza que los pacientes tienen en el sistema de salud de cualquier país de la Unión Europea."*

- **Reconocimiento de la Osteopatía en la Unión Europea**

En 1997 el Parlamento Europeo aprobó la ley de normalización de las medicinas no convencionales (entre las que se incluye la Osteopatía), en la que se recomienda a todos los países miembros su regulación tal y como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la publicación del 9 de noviembre del 2010 del documento "*Benchmarks for Training in Osteopathy*" se definen los requisitos de formación y de seguridad de los profesionales en Osteopatía. En el que se concretan 4.200 horas de estudio para el grado en Osteopatía, incluyendo aproximadamente 1.000 horas de práctica clínica.

La publicación del documento de la OMS denominado "*Benchmarks for Training in Osteopathy*" OTF, ha sido largamente esperada para los osteópatas. Finalmente dicha publicación se ha llevado a cabo, tras varios años de revisión constante del documento de trabajo. En la elaboración del mismo, han colaborado la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Europea de Osteopatía (EFO), el Foro para la Regulación de la Osteopatía en Europa (FORE) y la *World Osteopathic Health Organization* (WOHO), entre otros.

Los delegados de la OMS estuvieron muy interesados en la titulación de DO (diplomado en Osteopatía), que en última instancia, podría convertirse en el reconocimiento de la marca de los profesionales.

El documento "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 a 2005" recomienda la utilización, promoción y el desarrollo de la Osteopatía en los Estados Miembros.

- En la actualidad, hay una tendencia de retorno hacia el origen holístico de la Osteopatía (aparentemente en consonancia con la concepción inicial por parte de Still), dándose igual énfasis a los aspectos dinámicos estructurales/funcionales y a los funcionales/estructurales tanto desde el punto de vista del diagnóstico como de la técnica.
- De ese modo, cada tipo de aproximación al tratamiento, se ha desarrollado en la búsqueda de elementos más sutiles y precisos para tratar lesiones concretas; lo que implica que a

día de hoy el osteópata disponga de una gran cantidad de técnicas para poder adaptarse a cada paciente en particular.

- Hasta la fecha, y a pesar de las recomendaciones de la OMS y de la UE, la Osteopatía no ha sido aún regulada en España. Desde el ROE, como miembros interlocutores tanto de la Federación Europea de Osteópatas como del FORE, trabajamos actualmente para que ello sea posible en un futuro próximo.

- **Países comprometidos con la Osteopatía**

Gran Bretaña

La Osteopatía inicia su historia en Gran Bretaña a principios del siglo XX con la llegada de los primeros osteópatas.

En 1911, se crea la *British Osteopathic Association* (BOA) como una delegación de la AOA. Estaba constituida por osteópatas elegidos por la AOA y formados en los Estados Unidos.

En 1917, el Dr. John Martin Littlejohn, alumno de Andrew Taylor Still, funda la *British School of Osteopathy* (BSO) de la que salen los primeros osteópatas en 1925, aunque los estudios de Osteopatía no serían reconocidos en Gran Bretaña hasta el año 1989.

La BSO permite realizar los estudios a tiempo completo o parcial. La Licenciatura en Osteopatía tiene una duración de 4 años para estudiantes a tiempo completo. Para estudiantes a tiempo parcial el programa es de 5 años, aunque los dos últimos se realizan a tiempo completo. Esta formación está acreditada por la *Open University* de Londres. En 1951, se funda en París l'*École Française d'Ostéopathie*, que en 1965 se traslada a Londres. En 1969 cambia su nombre a *École Européenne d'Ostéopathie* y en 1971 se

traslada a Maidstone. En 1974 toma su definitivo nombre: *European School of Osteopathy* (ESO).

La ESO ofrece cursos a tiempo completo durante 4 años para obtener la Licenciatura en Osteopatía acreditada por la Universidad de Gales.

Los requisitos para acceder a la ESO son los mismos que para cualquier universidad. La ESO también ofrece postgrados (p.e. Posturología, Pediatría, Visceral) cuyos programas se desarrollan en colaboración con la Universidad de Greenwich. Es una formación de 2-4 años de duración a tiempo parcial.

El British College of Osteopathy and Naturopathy (BCNO), actualmente ofrece 2 titulaciones acreditadas por la Universidad de Westminster. La Licenciatura en Medicina Osteopática es una formación de 4 años a tiempo completo.

La segunda titulación es una conversión académica de la Diplomatura en Osteopatía. Dirigida a aquellos que obtuvieron la titulación antes de 1994, permite obtener la Licenciatura en Medicina Osteopática. Los requisitos para acceder a la BCNO son los mismos que para cualquier universidad. Los estudiantes extranjeros deben acreditar un buen nivel de inglés.

En 1925, fue fundada la *Incorporated Association of Osteopaths*, constituida por osteópatas formados en la BSO. En 1936 cambia su nombre y pasa a ser la *Osteopathic Association of Great Britain*, que en 1991 se fusiona con la BCNO y en 1992 con la BOA.

El *Osteopaths Act* 1993, de 1 de julio, reconoce oficialmente la profesión de osteópata y crea un órgano: el *General Osteopathic Council* (GosC), encargado de la regulación de los osteópatas, incluyendo su registro, formación profesional, conducta, desarrollo y promoción de la

profesión. La Osteopatía es la Medicina no convencional más popular del Reino Unido.

Después del Reino Unido, Francia fue el principal introductor de la Osteopatía en Europa. Recientemente ha visto cómo su marco legal se modificaba.

Francia

La profesión de osteópata en Francia dispone desde 2002 de un marco institucional. La *Association Française des Osteopaths* (AFDO) fue creada, en 1973, por un grupo de osteópatas diplomados por la ESO de Maidstone (Gran Bretaña). Desde 1989, la asociación está abierta a los osteópatas que cumplen los criterios del *Registre des Osteopaths de France* (ROF). La pertenencia a esta asociación garantiza una formación seria, la validez del diploma obtenido y el respeto hacia la deontología y ética profesional. *El Registre des Ostéopathes de France* (ROF), creó la etiqueta MROF (*Membre du Registre des Ostéopathes de France*), que debe figurar sobre el certificado expuesto en el consultorio de cada profesional y que garantiza al paciente una formación académica, así como el cumplimiento de un código deontológico.

La AFDO participa activamente en la autorregulación de la profesión. A principios de 1997, antes que el Parlamento Europeo adoptara el proyecto Lannaye-Collins, la AFDO decidió reforzar su colaboración con otras asociaciones representativas y, en 1998, se crea el *Conseil National Représentatif des Ostéopathes de France* (CNROF) que agrupa a cinco asociaciones: AFDO, UFOF (*Unión Federale des Ostéopathes de France*), ROF (*Registre des ostéopathes de France*), la *Collégiale Académique*, y la *Académie d'Ostéopathie de France*.

La *Collégiale Académique* fue fundada en 1987, y tiene a su cargo la formación de la Osteopatía agrupando 15 escuelas que preparan al

alumnado para la obtención del Diploma Nacional de Osteopatía (DO). En Francia la Osteopatía no está cubierta por la Seguridad Social, aunque sí por algunas mutuas.

Desde el 4 de marzo del 2002, la Osteopatía está oficialmente reconocida en Francia según el artículo 75, título IX de la ley 2002-303, aparecido en el Boletín Oficial de la República Francesa del 5 de marzo de 2002.

Bélgica

En Bélgica los primeros consultorios de Osteopatía aparecen en los años 70. Los osteópatas formados en Gran Bretaña fundaron la *Société de Recherche en Thérapie Manuelle* (SRTM) en 1975, y que, en 1976, pasó a llamarse *Société Belge d'Ostéopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle* (SBORTM).

Los osteópatas formados en Francia fundaron la *Association Belge de Thérapie Manuelle* (ABTM) en 1978, que en 1982, cambió su nombre a *Association Belge des Ostéopathes* (ABO).

En 1986, se constituye la *Société Belge d'Ostéopathie* (SBO), que intenta colocar a la Osteopatía en el lugar que se merece en la sociedad y permitir a los osteópatas una práctica profesional segura. Ante un posible vacío legal, en 1986, la SBO presenta una demanda para obtener el reconocimiento como entidad civil profesional. Fue reconocida en 1993.

En 1990 se constituye la *Académie d'Ostéopathie de Belgique*, cuya función es vigilar y responder a cuestiones de índole filosófica, científica y moral.

En Bélgica, desde 1998, el título D.O. pertenece legalmente a la SBO y es entregado a estudiantes que hayan llevado a cabo una formación reconocida por la SBO tras presentarse a un examen final y defender una

tesis ante el Tribunal Nacional Belga de Osteopatía. El título DO también puede ser obtenido por candidatos que hayan asistido a otras escuelas pero para ello deben presentarse a un examen de admisión que da acceso al Tribunal Nacional.

El *Registre Belge des Ostéopathes* (RBO) fue fundado en 1983 y agrupa a todos los osteópatas DO que han asistido a una formación reconocida por la SBO y ejercen únicamente como osteópatas. Todos los miembros pueden añadir al final de su nombre las siglas DO, mRO como signo de afiliación. El registro es un aval de respeto del Código deontológico y comportamiento ético de sus miembros. Todos los miembros son también miembros de la SBO.

La *International Academy of Osteopathy* (IAO) es una escuela de Osteopatía que ofrece una formación segura, competente e independiente en Dinamarca, Bélgica, Holanda y Alemania, desde que en 1993 iniciara la formación a tiempo completo en Bélgica.

Las compañías y mutuas de seguros de Bélgica y Holanda reembolsan parte de los costes de tratamiento osteopático si éste ha sido llevado a cabo por un osteópata acreditado.

La IAO concede distintos títulos que permiten ser miembro de registros y asociaciones profesionales nacionales e internacionales:

- Diplomatura en Osteopatía D.O.
- Licenciatura en Medicina Osteopática.

Para acceder a la IAO se necesitan estudios de Fisioterapia o Medicina. La formación consta de 8 módulos anuales durante cinco años a dedicación parcial. Los graduados por la IAO pueden ser miembros de las asociaciones profesionales de osteópatas en todos los países de Europa.

Portugal

El parlamento Portugués ha aprobado el proyecto de Ley de reglamentación de las medicinas no convencionales entre las que se incluye la Osteopatía. La Osteopatía está oficialmente reglamentada por el departamento de trabajo y se define al osteópata como el trabajador que estudia el estado de postura global del asistido, fundamentándose en una disfunción somática que es la base del diagnóstico y el tratamiento osteopático.

Utiliza maniobras específicas para observar los procesos de alteración de la movilidad de la estructura y técnicas manuales específicas conocidas como manipulaciones osteopáticas para recuperar el movimiento.

El Centro Osteopático de Lisboa ofrece el Curso Superior de Osteopatía impartido en la Universidad Oxford Brookes de Gran Bretaña. Son estudios con una duración de tres años y un total de 3.150 horas. Para acceder al centro es necesario haber superado los estudios de enseñanza secundaria.

Grecia

En 1992, los osteópatas D.O. iniciaron la constitución del Registro Griego de Osteópatas (RGODO), cuyos miembros son poseedores del Diploma de Osteopatía que les acredita una formación de aproximadamente 5.000 horas, entre formación académica y práctica clínica. La mayoría de sus miembros son graduados en la ESO, la BCNO y la BSO de Gran Bretaña.

El Departamento de Salud en Grecia establece estipulaciones rígidas. La ley sólo reconoce como profesionales del Departamento de Salud a los Licenciados en Medicina o a los Diplomados en Fisioterapia.

El RGODO junto a otras instituciones análogas europeas, trabaja por conseguir una acreditación y un reconocimiento legal de la profesión al margen de médicos y fisioterapeutas. El RGODO recomienda acudir a las

escuelas de Osteopatía en Gran Bretaña para así poder disponer de profesionales preparados y crear una correcta estructura desde el principio.

Italia

El *Registro degli Osteopati d'Italia* (ROI) fue constituido en 1989. Trabaja para el desarrollo y la difusión de la Osteopatía en Italia. Vigila la garantía de la formación (seis años de estudios) y la coordinación de las seis escuelas nacionales afiliadas al registro en las que se imparte una formación con programas y criterios correspondientes a los estándares internacionales.

El ROI es miembro de la FEO que admite a asociaciones nacionales que cumplan con los estándares europeos de formación y ejercicio profesional.

Suecia

En Suecia la Osteopatía es una terapia legalmente reconocida como profesión de atención de la salud.

Dinamarca

En Dinamarca, la Osteopatía está oficialmente reconocida desde el año 1991.

Países Bajos

En los Países Bajos fue aprobada, en 1993, la Ley relativa a las profesiones del sector de cuidados de la salud que autoriza las medicinas no convencionales, entre las que se incluye la Osteopatía. La *Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten* (NAGO) es la asociación de osteópatas de Holanda.

Suiza

L'École Suisse d'Ostéopathie de Belmont-sur-Lausanne, dispensa una formación a tiempo completo de cinco años de duración. El único requisito

de entrada es haber superado los estudios de enseñanza secundaria y las pruebas de acceso a la universidad.

La Sociedad Internacional de Osteopatía con sede en Ginebra, Suiza, impone normas de enseñanza elaboradas a nivel europeo por catedráticos en ciencias, medicina y Osteopatía procedentes de distintas universidades de Europa y los EEUU.

Alemania

En Alemania existen oficialmente los Heilpraktiker que son profesionales de terapias no convencionales: utilizan la Homeopatía, la Osteopatía y los productos naturales. La Verband fur Osteopathen in Deutschland es la asociación de osteópatas en Alemania, constituida en 1994. Alemania tiene la Osteopatía y la Medicina osteopática. Hay una diferencia en la educación entre los osteópatas no médicos, fisioterapeutas, médicos y médicas.

Los fisioterapeutas forman parte de una profesión sanitaria reconocida y puede alcanzar el grado de Diplomado en Terapia de Osteopatía (DOT). Los osteópatas no médicos (no están licenciados en medicina). *Tienen un promedio total de 1200 horas de práctica, aproximadamente la mitad está en terapia manual y Osteopatía, sin especialización médica antes de alcanzar su grado.*

Osteópatas no médicos, en Alemania ejercen oficialmente sus funciones bajo la demonimada Heilpraktiker, *Heilpraktiker is a separate profession within the health care system. una profesión independiente dentro del sistema de salud.*

Hay muchas escuelas de Osteopatía en Alemania, la mayoría se están moviendo hacia el reconocimiento nacional, aunque ese reconocimiento no existe en la actualidad. En Alemania existen normas (a nivel de país) en

virtud de las cuales los profesionales (no médicos) se pueden auto denominar osteópatas.

Los médicos osteópatas en Alemania han recibido la licencia con un mínimo de 6.500 horas en la escuela de medicina a lo largo de 6 años, por lo menos 7.000 horas de práctica de la especialidad, que representan de 3 a 6 años, además de al menos 680 horas de formación en medicina manual y Osteopatía antes de alcanzar su grado.

Los médicos alemanes que han obtenido el grado de designación del Dr. Med y que han completado su educación médica y la formación especializada en áreas tales como la práctica general, ortopedia, neurología, medicina interna, etc. pueden obtener un diploma en medicina osteopática, ya sea una DO -DAAO de la DAAO (alemán)- la Academia Americana de Osteopatía), un DOM TM de la DGOM (Sociedad Alemana de Medicina Osteopática), o un MDO (Médico de Osteopatía) de la DGCO (Sociedad Alemana para la Chirotherapy y Osteopatía) además de las correspondientes necesidades educativas. Los médicos osteópatas de Alemania, para disponer de esta titulación deben de alcanzar un grado de DO-DAAO o DOM, de la DAAO y DGOM, respectivamente.

La educación adicional incluye un programa de 320 horas en Medicina manual y un mínimo adicional de 380 horas en Medicina osteopática, que en conjunto suman un mínimo de 700 horas. El campo de la Medicina osteopática se limita sólo a los médicos.

El alcance de la práctica en Alemania de un médico osteópata formado en los Estados Unidos es ilimitado. Un médico extranjero puede solicitar la licencia ante las autoridades médicas regionales, el Ministerio de Salud, que representa la intención de trabajar del solicitante.

El Ministerio de Salud del Estado regional tiene información con respecto a los tipos de proveedores de servicios médicos necesarios en esa

zona y por lo tanto, el permiso de trabajo otorga a los médicos la licencia en función de la especialidad del médico extranjero.

Reino Unido

La práctica de la Osteopatía tiene una larga historia en el Reino Unido. La primera escuela de Osteopatía fue fundada en Londres en 1917 por John Martin Littlejohn, PhD, MD, DO, un alumno de AT Still, que había sido decano de la Facultad de Medicina Osteopática de Chicago.

Después de muchos años de existir fuera de la corriente principal de la prestación de asistencia sanitaria, la profesión osteopática en el Reino Unido se le concedió finalmente el reconocimiento formal por el Parlamento en 1993 por la Ley de Osteópatas.⁴³

Esta ley ofrece ahora la profesión de la Osteopatía el mismo marco legal de la ley auto regulación como profesiones de la salud tales como la Medicina y la Odontología.

El Consejo General de Osteopatía (GOsC) regula la práctica de la Osteopatía en los términos de la Ley de Osteópatas de 1993. Una persona no puede practicar, a menos que se registre en el GOsC. El Consejo General de Osteopatía tiene la obligación legal de promover, desarrollar y regular la actividad de la Osteopatía en el Reino Unido. Cumple con su deber de proteger los intereses del público, garantizando que todos los osteópatas mantengan altos estándares de conducta de seguridad, competencia profesional a lo largo de toda su vida profesional.

Con el fin de ser registrado en el Consejo de Osteopatía General, un osteópata debe poseer un título reconocido que cumpla con los estándares

⁴³ "Osteópatas. Ley de 1993". 27 de mayo 2011.

http://www.legislation.hms.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

establecidos por la ley en la norma de la GOsC de la práctica. Esta ley prevé la "protección de título".

Una persona que, ya sea expresa o implícitamente se describe como un osteópata, médico osteópata, *osteopathist*, *osteotherapist*, o cualquier tipo de osteópata es culpable de un delito a menos que se registre como tal. En la actualidad hay aproximadamente cuatro mil osteópatas registrados en el Reino Unido.

En el Reino Unido, los cursos de Osteopatía se han integrado recientemente en el sistema universitario. En lugar de recibir un Diploma en Osteopatía (DO), con o sin un diploma de Naturopatía (ND), los graduados ahora se convierten en maestros o licenciados de Osteopatía o medicina osteopática, de acuerdo con el centro al que asistieron.⁴⁴

El reconocimiento de la Osteopatía también significa que ahora los médicos pueden derivar a los pacientes a los osteópatas para su tratamiento con la transferencia de la responsabilidad clínica en lugar de simplemente delegar la responsabilidad de la atención, como es el caso con otros profesionales sanitarios cuyos títulos no están integrados en el sistema universitario. Este servicio puede ser un beneficio cubierto por el Servicio Nacional de Salud en función de en qué parte del Reino Unido viva el paciente.⁴⁵

La medicina osteopática está regulada por el Consejo General de Osteopatía (GOsC) bajo los términos de la Ley de Osteópatas de 1993 y el estado de la GMC. El Colegio de Medicina Osteopática de Londres⁽³⁰⁾ enseña la Osteopatía sólo a los médicos. Si dichos médicos están formados en el extranjero, deben de estar registrados en el GMC y GOsC, así como

⁴⁴ Consejo General de Osteopatía. Disponible: <http://www.osteopathy.org.uk/practice/becoming-an-osteopath/training-courses>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

⁴⁵ La osteopatía en el Reino Unido, Alianza Internacional de Osteopatía.

mantener tanto una práctica médica completa y contar con la licencia osteopática.

Cada solicitante tendrá que superar la prueba de Evaluación de la Junta Profesional y lingüísticas (PLAB) y trabajar durante un año bajo supervisión en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Tras este año, los solicitantes podrán solicitar la inscripción completa (la práctica sin supervisión o la práctica privada). Si el médico es ya un especialista, la formación de postgrado tendrá que ser reconocida de manera separada por la Educación Médica de Posgrado y Formación (PMETB).

- **Estados Unidos y la Osteopatía**

Actualmente, la medicina osteopática está emergiendo como una de las profesiones relacionadas con la salud con mayor crecimiento en los Estados Unidos. Debido a su cometido preventivo en atención primaria, la gente prefiere cada vez más la asistencia de los osteópatas (D.O.).

La filosofía de la Osteopatía, basada en el tratamiento integral de la persona, es aplicada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, trastornos y accidentes. La medicina osteopática pone especial interés en la interrelación entre el sistema nervioso, el sistema musculoesquelético y el sistema visceral.

La expansión de la Osteopatía como disciplina médica está ligada al creciente conocimiento que la población va teniendo de ella y al reconocimiento de las autoridades.

En 1892, Andrew Taylor Still funda la primera escuela de Osteopatía en Kirksville, Missouri (Estados Unidos).

En 1896, el Estado de Vermont reconoció la Osteopatía y, poco a poco, fueron haciendo lo mismo los demás Estados.

En 1993, fue Gran Bretaña, seguida de Australia y Nueva Zelanda.

El 27 de julio de 1997, la Comisión Europea de Salud Pública y Protección al Consumidor aprueba que la Osteopatía sea regulada en todos los países de la Unión Europea.

Los osteópatas en los Estados Unidos dan una asistencia médica completa tras haber sido formados en asistencia primaria, y muchos de ellos reciben educación adicional en áreas más especializadas como la Psiquiatría, la Pediatría, la Obstetricia, Cirugía, Oftalmología y Cardiología.

En los Estados Unidos la enseñanza de la Osteopatía está regulada como una licenciatura. Existen 19 universidades que forman a osteópatas. Estas universidades están inscritas en la *American Association of Colleges of Osteopathic Medicine* (AACOM) que garantiza una formación rigurosa.

Para acceder a una de las escuelas de Medicina osteopática, los estudiantes deben haber superado los estudios de enseñanza secundaria en la rama de ciencias y superar el *Medical College Admissions Test* (MCAT).

Las escuelas de Osteopatía estadounidenses solicitan una entrevista personal para valorar los deseos del estudiante para llegar a ser osteópata.

Los principios y prácticas de Osteopatía están integrados en un programa de formación de 4 años. Se presta especial atención a la interrelación entre los diferentes sistemas del cuerpo.

Los 2 primeros años están enfocados hacia las ciencias básicas y suelen ser 2 años de asignaturas comunes con los estudios de Medicina. El tercer y cuarto año se orientan hacia la especialización, dando énfasis al trabajo clínico y las prácticas en hospitales, centros médicos y consultas privadas, debiendo aprender técnicas manipulativas osteopáticas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y trastornos.

Durante los años de prácticas los estudiantes se preparan para la Medicina en general y se interesan en la investigación. El programa incluye

rotaciones en centros urbanos y rurales para poder abarcar todas las áreas de la Medicina.

Tras su graduación, el osteópata debe iniciar un periodo de estancias clínicas de 12 meses en las diferentes especialidades médicas como Medicina Interna, Atención Primaria y Cirugía. Existe la posibilidad de elegir un programa de residencia completo en un área específica. Esta formación dura de 2 a 6 años.

Los osteópatas obtienen así la capacitación para ejercer la práctica de la Medicina y la Cirugía en todos los Estados, aunque cada Estado determina los exámenes y procedimientos a seguir. En algunos de ellos, el mismo examen sirve para osteópatas y médicos, otros realizan exámenes de licenciatura diferentes.

La *American Osteopathic Association* (AOA) es el organismo de asociación de los osteópatas en los Estados Unidos. La AOA requiere que sus miembros tengan una formación médica continuada. Para continuar siendo miembros de la asociación es obligatorio obtener cada 3 años un número específico de créditos en formación médica continuada.

Un médico osteópata o doctor en Medicina osteopática (D. O., por sus siglas en inglés) es un médico con licencia para practicar la Medicina, llevar a cabo cirugías y prescribir medicamentos.

Al igual que un médico alópata (o doctor en medicina), los médicos osteópatas completan 4 años en la facultad de Medicina y pueden escoger la práctica en cualquiera de sus especialidades. Sin embargo, los médicos osteópatas reciben de 300 a 500 horas adicionales en el estudio práctico de la Medicina manual y del sistema musculo esquelético del cuerpo.

Los médicos osteópatas ejercen en todas las especialidades de la Medicina, abarcando desde la Medicina de urgencias y cirugía cardiovascular hasta la psiquiatría y la geriatría. La mayoría de médicos osteópatas

emplean muchos de los tratamientos médicos y quirúrgicos utilizados por los médicos convencionales.

La educación médica osteopática (OME) se desarrolló durante el siglo XX como un sistema separado de la formación de los médicos de los Estados Unidos. Los doctores en medicina osteopática (DO) son educados en facultades de Medicina osteopática y residencias en los hospitales osteopáticos, realizando especialidades independientes y exámenes de licenciatura, y por lo general se practica en entornos clínicos distintos a los de los doctores en Medicina.

En el año 2000 había 19 escuelas de Osteopatía médica, 42.000 profesionales y un sistema paralelo de formación de tercer ciclo de Osteopatía médica.

La licencia o el registro de osteópatas no médicos no está permitido en ninguna parte de los Estados Unidos. Los osteópatas al estilo europeo está prohibido que se denominen como tales sino que se conocen como osteópatas profesionales manuales. La AT Still Escuela Americana de Osteopatía, ahora conocida como Universidad AT Still de la Ciencias de la Salud, fue fletada por el Estado de Missouri para otorgar el título de médico osteópata a sus licenciados.

El médico Andrew Taylor Still fundó la profesión como un rechazo radical del sistema imperante de pensamiento médico del siglo XIX. Still basó sus técnicas mayoritariamente en la manipulación de las articulaciones y los huesos para diagnosticar y tratar la enfermedad, y las llamó Osteopatía.

A mediados del siglo XX, la profesión se había acercado a la corriente principal de la Medicina, adoptándose principios modernos de salud pública y biomédica.

En el siglo XXI, la formación de los médicos osteópatas en los Estados Unidos es muy similar a la de sus contrapartes de MD.⁴⁶ Los médicos osteópatas asisten a 4 años en la escuela de Medicina seguidos por al menos 3 años de residencia. Usan todos los métodos convencionales de diagnóstico y tratamiento. Aunque siguen siendo entrenados en Medicina osteopática manipulativa (OMM)⁴⁷ el derivado moderno de la Naturaleza de las técnicas, una minoría de médicos osteópatas se especializa en la práctica.

La Medicina osteopática es considerada por algunos en los Estados Unidos como una profesión y un movimiento social⁴⁸, especialmente por su énfasis histórico en la atención primaria y salud integral.

El Estado con el mayor número de médicos osteópatas es Pennsylvania, con 6.955 oficinas descentralizadas en la práctica activa en 2010.⁴⁹

Un estudio publicado en la Revista de la Asociación Americana de Osteopatía concluyó que la mayoría de los administradores y profesorado de la escuela de Medicina MD no vieron nada objetable en los principios básicos de la Osteopatía, y algunos incluso los aprobaron en general como principios médicos.⁵⁰

Un osteópata en los Estados Unidos siempre ha sido un médico entrenado en Medicina y con derecho en todo el ámbito de la práctica

⁴⁶ "Glosario de Terminología de Osteopatía". Consejo para la Educación relativa a los principios osteopáticos (ECOP). Asociación Americana de Colegios de Medicina Osteopática (AACOM).

⁴⁷ "Guía de Estilo de Osteopatía". Asociación Americana de Osteopatía. http://www.do-online.org/index.cfm?PageID=mc_kitstyle.

⁴⁸ Comeaux, Zachary. "Organización Mundial de la Salud de Osteopatía". <http://www.woho.org/~V>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

⁴⁹ "Bachelor of Science (Ciencias Clínicas) | Universidad de Victoria | Melbourne, Australia". Vu.edu.au. 04 de noviembre 2011. <http://www.vu.edu.au/courses/bachelor-of-science-clinical-sciences-hbop>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

⁵⁰ "Maestro de Ciencias de la Salud-Osteopatía". 8/7/2011. <http://www.vu.edu.au/courses/master-of-health-science-osteopathy-hmos>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

médica. De este modo, las leyes federales se refieren sólo a la Medicina osteopática o médicos osteópatas, respectivamente.⁵¹

Aproximación Filosófica de la Osteopatía

Algunos señalan que la filosofía de la Osteopatía es similar a los principios de la medicina holística.⁵² Los autores sugieren que la filosofía de la Osteopatía es una especie de movimiento social en el campo de la medicina, que promueve un mundo más centrado en el paciente, el enfoque holístico de la medicina, y hace hincapié en el papel de la atención primaria médica dentro del sistema de atención de la salud.⁵³

2.1.1 Revisión de la Literatura

A partir de la revisión y análisis del material bibliográfico consultado pudo constatarse la existencia de numeroso material dedicado al campo de la Osteopatía, así como publicaciones que dan cuenta de la importancia de implementar prácticas de gestión en materia de servicios de salud.

Sin embargo, se ha constatado que es prácticamente escaso el material que da cuenta de la importancia de la relación coste-efectividad que conlleva la implementación de prácticas de Osteopatía.

En este sentido, caben señalarse a continuación aquellos estudios que serán contemplados como antecedentes de la investigación que se busca llevar adelante, sabiendo que:

⁵¹ Resolución 301, H229-A/05 osteópata y Osteopatía - Uso de las Condiciones, aprobado por la Cámara de Delegados de AOA, julio de 2010.

⁵² La Alianza Internacional de Osteopatía: La unificación de la profesión osteopática. Osteopatía de la Alianza del Comité Directivo Internacional. http://www.oialliance.org/pdf/oia_article_triad0905.pdf. Consultado el 19 de septiembre de 2006.

⁵³ El grupo de expertos ha sido integrado por Àlex Badrena, José Luis Badrena Massó, Josep Lluís Belil Creixell, Imma Bonet Franch, Juli Bustos Cortes, David Ponce Gutiérrez, y otros colaboradores

Russell Gamber (1994) publicó "*Forecasting the Effects of Health Reform on US Physician Workforce Requirement: Evidence from HMO Staffing Patterns*", en el *Journal of the American Medical Association*. Allí se afirma que los consumidores de atención médica son por lo general poco claros sobre las diferencias entre la Medicina osteopática manipulativa y otras formas de terapias basadas en el cuerpo manual, tales como el tratamiento quiropráctico.

Asimismo, se da cuenta de que las políticas de salud con responsabilidad social y la cobertura de los consumidores bien informados dependen de una información fiable sobre el coste de los servicios de salud, especialmente cuando los resultados clínicos pueden ser los mismos.

La profesión médica osteópata debe tomar medidas para proporcionar resultados válidos de investigación a los pacientes, proveedores, compañías de seguros, y a los legisladores acerca de los costes de la salud, como una alternativa a otros tratamientos médicos y como tratamiento coadyuvante para mejorar los resultados de la atención estándar.

Por su parte, en "El informe de la comisión de Nueva Zelanda" (1979), publicado por la *New Zealand Comisión of Inquiry*, se presentó un estudio de 377 páginas a la Casa de Representantes del gobierno neozelandés y que la Comisión describió como "*probablemente el más extenso y detallado estudio independiente de la Quiropráctica nunca realizado en cualquier país*", hasta esa fecha.

Esta Comisión estudió temas como el coste-eficacia, educación quiropráctica universitaria, seguridad y satisfacción de los pacientes, extrayendo las siguientes conclusiones:

- La manipulación vertebral en manos de un Doctor en Quiropráctica es "*extraordinariamente segura*".
- La manipulación puede ser efectiva en el alivio de síntomas músculo esqueléticos como el dolor lumbar y otros

síntomas que responden a este tratamiento como la migraña.

- Los Doctores en Quiropráctica son los únicos profesionales de la salud que están preparados por su educación y entrenamiento para llevar a cabo la terapia manipulativa vertebral. No se han de promover cursos de tiempo parcial a otros profesionales de terapia manipulativa.

Por su parte, en el informe conocido como "El estudio Manga" (1993 y 1998), elaborado por Agnus Manga y titulado "*The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Chiropractic Management of Low-Back Pain*", publicado por la University of Ottawa de Canadá, se buscó indagar acerca de la eficacia del tratamiento quiropráctico frente a su coste en los pacientes con dolor en la zona lumbar y sacra. El informe sostiene de forma contundente la eficacia, seguridad, validez científica y coste-eficacia del tratamiento quiropráctico para el dolor lumbar. Asimismo, se afirma que la manipulación quiropráctica es muy superior al tratamiento médico convencional en términos de validez científica, seguridad, coste-eficacia y satisfacción del paciente.

Así pues, además de demostrarse que el tratamiento quiropráctico es más efectivo que el tratamiento médico convencional para el dolor lumbar, también se encontró que los pacientes que recibían tratamiento quiropráctico estaban más satisfechos y que dicho tratamiento era más seguro que el tratamiento médico convencional.

Por otro lado, en "El estudio R.A.N.D." (1996), elaborado por I. Coulter y publicado por *Research And Development* de Santa Mónica, California, se llevó a cabo un análisis sistemático de toda la evidencia de la efectividad de la manipulación para el dolor de cuello, determinándose mediante dicho estudio que el tratamiento manipulativo está indicado para el dolor de cuello sub-agudo y crónico y para el dolor de cabeza de origen cervical. Además, se afirma la seguridad del tratamiento manipulativo realizado por

profesionales en contraposición a lo que antiguamente se pensaba debido a la falta de información.

En "El estudio Británico" (1990 y 1995), elaborado por T.W. Meade, titulado *"Low-Back Pain of Mechanical Origin: Randomized Comparison of Chiropractic and Hospital Outpatient Treatment"*, publicado por el British Medical Journal, se buscó comparar el tratamiento quiropráctico con el tratamiento médico convencional que se recibe en las consultas externas de los hospitales para pacientes con dolor lumbar de origen mecánico. Dicho informe argumentó que el tratamiento médico consistía en su mayoría en fisioterapia, medicación, tracción, corsés y ejercicios.

Los resultados allí publicados mostraron que los pacientes tratados por Doctores en Quiropráctica estaban significativamente mejor, no sólo en los primeros seis meses, sino que permanecieron mejor en los siguientes dos años. Asimismo, se daba cuenta de que además de experimentar mejores resultados y más duraderos, los pacientes tratados por Doctores en Quiropráctica perdieron menos días de trabajo por baja laboral.

También han sido muy numerosos los estudios que ponen en relación el dolor y la depresión. Por ejemplo, Estlander, Takala, y Verkasalo (1995), utilizando una muestra de pacientes con dolor musculoesquelético, encontraron que al aumentar la intensidad dolorosa se elevaba la puntuación en depresión.

Una investigación muy interesante realizada en Japón, mediante un diseño longitudinal de 2 años de duración en pacientes con daño traumático en médula espinal, vio que el 15% tenían un grado leve de depresión crónica, mientras que el 30% mostró un estado de ánimo normal. La edad, el tiempo con dolor, los niveles de daño y el estado civil no tenían relación con la depresión.

Este estudio fue replicado en España, confirmando el alto número de síntomas depresivos en esta misma patología.⁵⁴ Ohayon y Schatzberg⁵⁵, en un análisis de tipo descriptivo sobre el estado de ánimo en 18.980 sujetos de Gran Bretaña, Alemania, Italia, Portugal y España, obtuvieron una alta asociación entre el padecimiento de un dolor crónico y la existencia de un trastorno depresivo. De todos los entrevistados un 17.1% informaron tener un dolor crónico, de los cuales el 4% fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor. Lo interesante del estudio se obtuvo al cruzar las variables, ya que el 43.4% de los pacientes diagnosticados de Depresión Mayor, padecían simultáneamente dolor crónico.

Por otro lado, en 1995 fue publicado el estudio del Québec Task Force sobre afecciones relacionadas con el síndrome del "latigazo cervical" (whiplash) o esguince cervical. Los investigadores médicos punteros de Norte América y Europa reunidos en esta agrupación, estudiaron los trabajos de evidencia científica y desarrollaron unas guías de tratamiento:

- El tratamiento de lesiones de tejido blando de la zona cervical (p.e. esguinces sin fractura ósea) debe ser similar al de la lumbalgia (de origen mecánico), es decir, recomiendan la actividad moderada, en vez de reposo o inmovilización, para mejorar el campo de movimiento cervical y reducir el dolor. Recomendán manipulaciones por personal cualificado para reducir el dolor y aumentar la movilidad.
- Cada día se hace más obvio que el tratamiento convencional de collarín cervical, analgésicos y enviar el paciente a casa como rutina no sólo no es efectivo, sino que este enfoque pasivo del problema es contraproducente al permitir que la afección se cronifique y se formen secuelas permanentes. Hay que realizar un tratamiento activo que

⁵⁴ Guic, E., Puga, I. & Robles, I. (2002). Estrategias de afrontamiento en pacientes con lumbago crónico. *Psyche*, 1, 159-166.

⁵⁵ Ohayon MM, Schatzberg AF. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry* 60(1):39-47.

incluya manipulación vertebral para restaurar la función musculoesquelética cuanto antes y reducir el dolor, como muestra el estudio publicado en 1999 en la revista de traumatología americana, *Journal of Orthopaedic Medicine*.

Este estudio fue llevado a cabo por el Departamento de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Bristol (Reino Unido). Se estudió la eficacia de los tratamientos disponibles para esguince cervical y los autores del mismo citan:

- *"El tratamiento convencional de pacientes con esguince cervical es decepcionante"*.
- *"Nuestros resultados confirman la eficacia del tratamiento quiropráctico". El 74% de los pacientes tratados por Doctores en Quiropráctica mejoraron, incluidos los que presentaban déficits neurológicos y/o restricción de los arcos de movimiento cervical.*
- *"La quiropráctica es el único tratamiento que ha probado ser eficaz en casos crónicos"*.

Los pacientes de quiroprácticos, en comparación con los otros mencionados, manifestaron que la información que recibieron era excelente (47.1% vs. 30.3%) y que se les realizó un detallado examen (96.1% vs. 79.9%).

Dicho estudio concluye que la causa de su problema había sido debidamente explicada (93.6% vs. 74.6) y que la satisfacción con el tratamiento de su problema de columna era excelente (52.1% vs. 31.5%).

En este mismo sentido, Peloso, Gross, Goldsmith y Aker, un reumatólogo, fisioterapeuta, epidemiólogo y quiropráctico, respectivamente, publicaron en la revista médica británica, el *British Medical Journal* en 1996 un estudio titulado "Tratamiento conservador de dolor de cervical mecánico: análisis sistemático y meta análisis". Este equipo de Canadá fue

aceptado como el equipo en el área de tratamiento conservador de la zona cervical en la "La Colaboración Cochrane", una red multidisciplinaria internacional que estudia todas las investigaciones publicadas sobre la salud en todos sus campos.

Éstos concluyen en el estudio que la efectividad de la manipulación, movilización y fisioterapia son probablemente superiores al tratamiento médico usual, y que de estos tres, la manipulación es probablemente el más efectivo.

En 1985 se realizó el estudio "*Spinal Manipulation in the Treatment of Low-Back Pain*", en la Universidad de Saskatchewan, Canadá, y publicado en la revista científica "*Canadian Family Physician*" (Médico de Familia Canadiense). Fue liderado por Kirkaldy-Willis WH y Cassidy JD. Kirkaldy-Willis es un reconocido cirujano ortopédico, profesor emérito de la facultad de medicina de Saskatchewan (Canadá) y autor del texto "*Managing Low-Back Pain*" (Tratamiento del dolor lumbar), publicado por Churchill Livingston, Inc., New York, 1983.

En él se estudiaron 283 pacientes que "*no habían respondido a tratamiento médico conservador previo o cirugía*" y que estaban clasificados como minusvalía total.

El estudio reveló que con el tratamiento manipulativo, el 81% de los casos quedaron "*asintomáticos o en un estado de síntomas leves intermitentes sin restricciones para trabajar*".

En el año 1942 se puso en marcha en Inglaterra el Plan Beveridge, con el cual se plasma el principio que sustenta que el Estado debe hacerse cargo de la salud de sus miembros como consecuencia del derecho que tienen de estar sanos. Es un momento clave porque la salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía.

La salud, las enfermedades, las necesidades en esta materia de los individuos, grupos o comunidades forman parte de las alternativas de cobertura, acceso, financiación y por lo tanto, de las políticas reguladoras, distributivas, que son sociales y son materia de disputas políticas en todos los países.

Por otra parte, la salud también penetra en el campo de la macroeconomía como consecuencia del peso que adquiere la producción de bienes para el sector. La industria farmacéutica y la tecnología médica, ocupan los primeros puestos en la producción industrial de los países desarrollados. Y en los otros, se favorece el consumo tecnológico indiscriminado sin una apropiada valoración de necesidades y prioridades.

La búsqueda de la calidad es un buen horizonte que puede enlazar los viejos principios con las nuevas realidades. En este caso se debería relacionar calidad y gasto para responder a dos preguntas: ¿Cuáles son los diferentes servicios, prestaciones y beneficios que se pueden dar con el mismo coste? Y, ¿cuáles son los distintos costes posibles para un mismo beneficio?

Es decir que considerar la economía y la salud obliga a vincular los gastos en salud con la calidad para evitar comprometer la atención deseable. Pero no solamente debemos relacionar gasto y calidad en un sentido positivo, sino también en su vertiente negativa, es decir, reconocer el gasto de la "no calidad", que suele ser un argumento más tolerable y comprensible para los profesionales. Por ejemplo, los gastos ineficientes de internaciones prolongadas, infecciones hospitalarias, complicaciones injustificadas, prácticas innecesarias. Continuando con las fuentes literarias, en este caso digitales, cabe destacar que aunque Internet supone una gran ayuda en la búsqueda de datos, su utilidad está limitada por la existencia de gran cantidad de información de calidad variable. Las fuentes en Internet se pueden agrupar en cuatro apartados:

- **Organismos recopiladores.** El más completo es el NGC (*National Guideline Clearinghouse*, de EEUU), de cobertura internacional, perteneciente a la AHRQ (*Agency for Health Research and Quality*, Agencia para la investigación y la calidad en salud). En el Reino Unido destaca el NeLH (*Guidelines Finder National Electronic Library for Health*).
- **Organismos elaboradores:** como el NICE (*National Institute for Clinical Excellence*, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido), el SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, Red Escocesa Intercolegiada), el ICSI (*Institute for Clinical System Improvement*, Instituto para la mejora de los sistemas clínicos) en EEUU, el Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica de Australia (*National Health and Medical Research Council* de Australia) o el NZGG (*New Zealand Guidelines Group*).
- **Centros de metodología:** Destacan por su interés el GIN (*Guideline International Network*, Red Internacional de Guías), la colaboración AGREE y el *GRADE Working Group* como grupo de trabajo que desarrolla el sistema emergente GRADE.
- **Bases de datos generales:** En bases como *Medline* existen filtros que se pueden aplicar en las búsquedas.

Para localizar revisiones sistemáticas de calidad se debe consultar en primer lugar las bases de datos que las agrupan, como la *Biblioteca Cochrane* o *DARE*. Posteriormente se puede continuar la búsqueda en otras bases de datos como *Medline* o *EMBASE*, utilizando limitadores para el tipo de publicación o palabras clave. En *Pubmed*, las revisiones sistemáticas se pueden localizar a través de una opción específica de "*clinical queries*" y mediante el uso de limitadores. *EMBASE* también contiene filtros para optimizar la localización de revisiones sistemáticas, tanto en su versión original como en la plataforma *Ovid*. La búsqueda de estudios originales se realiza en bases de datos como *Medline*, *EMBASE* o el *Registro de ensayos*

clínicos de la Colaboración Cochrane (The Cochrane Controlled Trials Register).

Direcciones de Internet

- **Organismos recopiladores**

NGC (*National Guideline Clearinghouse*) <http://www.guideline.gov/>

NeLH (*Guidelines Finder National Electronic Library for Health*)

<http://www.library.nhs.uk/guidelinesFinder/>

CMA Infobase (GPC producidas en Canadá)

<http://www.cma.ca/cpgs/index.htm>

Primary Care Clinical Practice Guidelines

<http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>

Guiasalud <http://www.guiasalud.es/home.asp>

GPC en castellano recogidas en Fisterra

http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano

GPC en Inglés recogidas en Fisterra

http://www.fisterra.com/recursos_web/ingles/

- **Organismos elaboradores**

The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

<http://www.sign.ac.uk/>

GPC de NICE

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=guidelines.completed>

New Zealand Guidelines Group <http://www.nzgg.org.nz/>

- **Centros sobre metodología**

GRADE Working Group <http://www.gradeworkinggroup.org/>

Guidelines International Network (GIN) <http://www.g-i-n.net/>

- **Metabuscadores**

Trip Database <http://www.tripdatabase.com/>

Pubgle <http://www.pubgle.com/buscar.htm>

- **Fuentes de información**

1.- *Cochrane Library* (<http://www.thecochranelibrary.com/>)

La Biblioteca Cochrane (*Cochrane Library*) está publicada por la Colaboración Cochrane.

<http://www.update-software.com/clibplus/>

Entre otras bases de datos, contiene:

- *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*.
- *The Cochrane Controlled Trials Register (CCTR)*.
- *The Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*

<http://www.york.ac.uk/inst/crd>

- *The Health Technology Assessment Database (HTA database)*.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd>

2.- *Clinical Evidence*

<http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/index.jsp>

<http://www.evidenci clinica.com/>

3.- *Trip database*

<http://www.tripdatabase.com/index.html>

4.- Medline

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

MEDLINE es una base de datos bibliográfica que cuenta con millones de referencias bibliográficas de artículos procedentes de cerca de 5.000 revistas científicas. Por ello, es la mejor y la mayor base de datos en ciencias de la salud a nivel mundial, tanto por sus fondos como por su estructuración, actualización y visibilidad, mientras que *Pubmed* es la interfaz de búsqueda a través de la que la *National Library of Medicine* (NLM) ofrece un acceso público y gratuito a la consulta de Medline.

Para una búsqueda precisa y eficiente es necesario:

1.- Utilizar los descriptores MeSH

2.- Utilizar los filtros metodológicos denominados "*clinical queries*", para recuperar evidencias científicas sobre etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, reglas de predicción y revisiones sistemáticas.

Éstas son estrategias de búsqueda preconcebidas y validadas para recuperar estudios en relación con un determinado tipo de publicación, que sean apropiados para la pregunta para la que se requiere una información satisfactoria.

Embase

<http://www.embase.com>

Es una base de datos que agrupa millones de referencias bibliográficas procedentes de unas 5.000 revistas de las que aproximadamente un millar no están indizadas en *PubMed*. Cuenta con una mayor representación de estudios europeos.

El Índice Bibliográfico Español (IBECS)

<http://ibecs.isciii.es>

Es una base de datos que contiene más de 40.000 referencias bibliográficas de artículos de revistas científico-sanitarias editadas en España.

El Índice Médico Español

<http://bddoc.csic.es:8080/index.jsp>

Es una base de datos bibliográfica de libre acceso que reúne cerca de 274.000 registros procedentes de unas 320 publicaciones periódicas editadas en España, del ámbito biomédico, administración sanitaria, farmacia clínica, medicina experimental, microbiología, psiquiatría o salud pública.

2.1.2 Formulación de Hipótesis

Las hipótesis nos indican qué estamos buscando o tratando de probar y pueden definirse como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a modo de proposiciones.

Las hipótesis no necesariamente son verdaderas; pueden o no serlo, pueden o no comprobarse con hechos. Son explicaciones tentativas, no son los hechos en sí. El investigador al formularlas no puede asegurar que vayan a comprobarse. Como mencionan Black y Champiñón (1976), una hipótesis es diferente de una afirmación de hecho. Tal y como he desarrollado el proceso de investigación, es natural que las hipótesis surjan del planteamiento del problema. De igual modo, provienen de la revisión misma de la literatura. Nuestras hipótesis pueden surgir de un postulado de una teoría, del análisis de ésta y de estudios revisados o antecedentes consultados.

En consecuencia, me permito relacionar algunas hipótesis:

- Las situaciones de crisis económica inciden en la salud de las personas con patologías derivadas del sufrimiento personal y familiar ante dicha situación.
- Muchas de las patologías que se generan no son orgánicas, sino de carácter tensional donde la Osteopatía tiene un gran beneficio terapéutico.
- Por su concepto holístico, la Osteopatía puede ser una de las prácticas más adecuadas para mejorar la salud global del paciente en estas situaciones, porque además de no contar con muchos efectos adversos, al no basarse en la ingestión de medicamentos, es un sistema que reduce costes económicos en el ámbito familiar y sanitario, reduciendo no solo costes directos de medicamentos, sino también los indirectos de situaciones de absentismo y baja laboral.

CAPÍTULO 3

3.1 Diseño metodológico

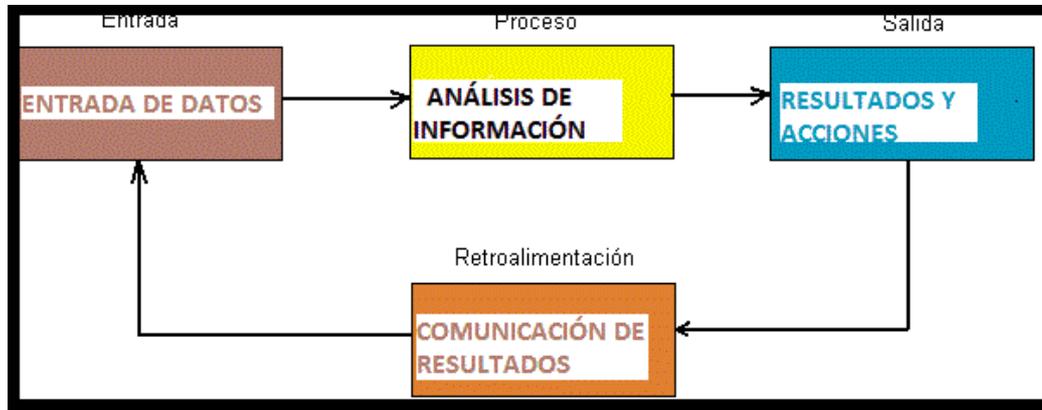


Figura 5

Fuente: Elaboración propia

Mediante un paradigma sistémico recojo los datos/información de las fuentes bibliográficas/estudio empírico. Los datos obtenidos son sometidos al proceso de análisis, con el objeto de obtener de forma coherente y dinámica, resultados y acciones encaminadas al logro de los objetivos.

El *Enfoque Sistémico*⁵⁶ surge en los años 40 del siglo pasado. En el campo de la biología y la física ha trascendido a otras disciplinas y se ha adentrado en áreas del conocimiento como en las ciencias sociales, propiciando miradas paradigmáticas por apoyarse de forma inter-disciplinar para el estudio de inter-retro-relacionar de forma dinámica y dialógica el todo y sus partes, brindando una visión holística.

Valga resaltar, que la metodología propicia una Retroalimentación Interdisciplinar correlacional e interdependiente, entre diferentes factores

⁵⁶ La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwing von Bertalanffy en 1.936, para él la teoría general de sistema debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Esta teoría surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico- reduccionistas y sus principios mecánico-causales. El principio en que se basa esta teoría es la noción de totalidad orgánica, mientras que el paradigma anterior estaba fundado en una imagen inorgánica del mundo.

que coadyuvan la construcción de un paradigma útil para el logro del objeto de la presente investigación.

El llevado a cabo se trata pues de un estudio con diseño metodológico mixto (Cuantitativo/Cualitativo)

Diseño Cualitativo:

Es una Revisión Sistemática (RS), con un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples autores. Este método de investigación se define como un procedimiento racional y lógico que consiste en delimitar problemas de investigación y darles respuesta. Básicamente las etapas de la metodología de investigación cualitativa, son las mismas de la investigación cuantitativa, las cuales son las siguientes⁵⁷:

- Definición del problema de investigación.
- Elección y operacionalización de las variables de estudio.
- Definición de los objetivos o planteamiento de la hipótesis.
- Elección y operacionalización de la unidad de estudio.
- Elección, adaptación o construcción de técnicas e instrumentos.
- Aplicación de instrumentos, recolección de datos o prueba de hipótesis.
- Elaboración y discusión de resultados y elaboración de las conclusiones.
- Elaboración del informe final y comunicación.

En este transcurso, se debe destacar el carácter creativo y de elección que hace el investigador en todo momento. Existe un movimiento de libertad y creatividad en algunas etapas, seguidas de otra etapa de definición y

⁵⁷ Sampieri, R., Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: MCGRAWHILL.

formalización. El marco teórico elegido y el contexto del investigador, actúan como un referente permanente en todas las etapas del proceso.

Con base a las cinco primeras etapas se puede proceder a redactar el respectivo proyecto de investigación, el cual necesita de una estructura convencional, así como de un instructivo que contenga definiciones de cada elemento del proyecto y el procedimiento para su elaboración. Al final de la investigación, se elabora un informe final que incorpora los resultados y las conclusiones, básicamente.

El planteamiento del problema muchas veces ha sido visto como un aspecto operativo en el diseño de un estudio, sin embargo constituye un proceso complejo de selección, justificación y validación del fenómeno de la realidad que deseamos conocer.

La metodología cualitativa es una de las dos metodologías de investigación que tradicionalmente se han utilizado en las ciencias empíricas. Se contrapone a la metodología cuantitativa. Se centra en los aspectos no susceptibles de cuantificación.

Este tipo de metodología es propio de un diseño científico fenomenológico. Tal acercamiento a la ciencia tiene sus orígenes en la antropología, donde se pretende una comprensión holística, esto es, global del fenómeno estudiado, no traducible a términos matemáticos. El postulado característico de dicho paradigma es que "lo subjetivo" no sólo puede ser fuente de conocimiento sino incluso presupuesto metodológico y objeto de la ciencia misma.⁵⁸

⁵⁸ Kerlinger, F. (1986). *Foundations I Behavioral Research*. Nueva York: Holt Rinehart and Winston.

La metodología cualitativa se caracteriza por:

1. Ser inductiva. Como consecuencia de ello, presenta un diseño de investigación flexible, con interrogantes vagamente formulados. Incluso se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto inicialmente, y que ayudan a entender mejor el fenómeno estudiado.
2. Tener una perspectiva holística, global del fenómeno estudiado, sin reducir los sujetos a variables. Esto quiere decir que la metodología cualitativa no se interesa por estudiar un fenómeno acotándolo, sino que lo estudia teniendo en cuenta todos los elementos que lo rodean.
3. Buscar comprender, más que establecer relaciones de causa-efecto entre los fenómenos.
4. Considerar al investigador como instrumento de medida. El investigador puede participar en la investigación, incluso ser el sujeto de la investigación, puesto que se considera la introspección como método científico válido.
5. Llevar a cabo estudios intensivos a pequeña escala. No interesa estudiar una población representativa del universo estudiado, como plantea la metodología cuantitativa, sino analizar pocos sujetos en profundidad. En este sentido, cabe decir que no se busca la generalización, sino la especificidad de la realidad observada.
6. No proponerse, generalmente, probar teorías o hipótesis, sino más bien generarlas. Es más bien un método de generar teorías e hipótesis que abren futuras líneas de investigación.

Cabe destacar que la investigación cualitativa necesita también ser sistemática y rigurosa. La crítica más común que se hace a la metodología cualitativa es su carácter subjetivo, polarizado, impresionista, idiosincrásico y falta de medidas exactas cuantificables.

Estas críticas se hacen siempre desde el punto de vista de la validez interna (que el resultado de la investigación represente el hecho real estudiado) y de la validez externa (que el resultado de la investigación sea aplicable a otras situaciones).

Aún así, la investigación cualitativa ahonda en la interpretación de los datos: supone un estudio más profundo y detenido de los datos observados, y tiene sus propios medios de conseguir validez, como es el empleo de la triangulación, esto quiere decir, cotejar los datos desde diferentes puntos de vista profesionales, lo cual ayuda además a profundizar en la interpretación de los mismos. Se pueden agrupar las técnicas de recogida de datos de la investigación cualitativa en tres grandes categorías, basadas respectivamente en la observación directa, las entrevistas en profundidad y el empleo de documentos. Como bien hemos dicho, nuestro diseño de estudio será cualitativo, y la base de esta metodología escogida será gracias a la revisión bibliográfica que realicemos acerca de los conceptos fundamentales de este trabajo

Los trabajos individuales que conforman la bibliografía y base de este estudio se denominan estudios primarios, por lo tanto, este trabajo de Revisión sistemática (RS), es el meta-análisis, y es considerado un estudio secundario.

Hay cuatro funciones principales de la revisión de literatura⁵⁹:

1. Puede revelar lo realizado anteriormente respecto a dicho problema, mostrando al interesado la necesidad de repetir algunos aspectos de la investigación, en la que el conocimiento existente es insuficiente porque lo obtenido en la investigación anterior es tentativo, está equivocado o es incompleto.

⁵⁹ Ughth, R., & Pillemer, D. (1984). Summing Up. The Science of Reviewing Research. *Harvard University Press*, 1-11.

2. La revisión de literatura facilita la adecuada planificación del estudio al mostrar las dificultades encontradas en las investigaciones anteriores relacionadas con el problema y que pueden superarse.
3. La revisión de los diseños de investigación puede, a su vez, mostrar instrumentos apropiados utilizados como parte de la metodología, que sirven de guías para mejorar la eficiencia en la recolección de los datos y aumentar la efectividad para el análisis estadístico de los mismos.
4. La revisión de literatura puede servir de conexión entre los hallazgos de estudios anteriores y las predicciones e hipótesis propuestas en el trabajo planteado. Solamente estableciendo relación entre los resultados de los trabajos previos, se espera alcanzar una comprensión del conocimiento científico respecto a una disciplina profesional, que sea válido y pertinente en términos de las teorías previamente establecidas.

Además, la revisión de la literatura implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recuperar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación. Esta revisión debe ser selectiva, puesto que cada año en diversas partes del mundo se publican miles de artículos en revistas académicas, periódicos, libros y otras clases de materiales en las diferentes áreas del conocimiento. Se tiene que vigilar que las fuentes sean fidedignas, fiables y estén elaboradas por expertos en la materia. También es importante fijarnos en si se trata de un artículo actualizado o desactualizado, pues puede que en cuestión de años, la información que podamos considerar importante para la realización de nuestro proyecto haya cambiado. La bibliografía que he considerado relevante para la realización del trabajo ha sido escogida por su actualidad, su importancia y su especialización en los temas tratados así como por su preeminencia en las diferentes bases de datos.

Diseño Cuantitativo

Asimismo, se desarrolló una investigación de campo de tipo no experimental con el fin de determinar la posible ventaja relativa a la implementación de la Osteopatía para reducir costes de la salud pública.

Instrumentos para obtener los datos

El principal instrumento de investigación cuantitativa que se utiliza en el presente estudio es la encuesta. Se emplea un cuestionario estructurado con preguntas cerradas (Hernández Sampieri, 1999), destinadas a abordar los diferentes objetivos del estudio. El instrumento de recolección de datos primarios busca recoger respuestas a las preguntas que han impulsado la investigación.

Fuentes de información

- Fuentes primarias: se realizan encuestas a usuarios de servicios de salud que asistieron a la Clínica Osteopática de la ciudad de Barcelona sobre la cual se llevó a cabo el trabajo de investigación, así como encuestas telefónicas a profesionales médicos de la Sanidad.
- Fuentes secundarias: bibliografía y documentación sobre la materia, así como sobre Economía, Marketing, Gestión y normativa legal española vigente.

3.1.1 La Muestra

La muestra del trabajo empírico, está comprendida por profesionales y usuarios de servicios médicos que asistieron a una Clínica Osteopática ubicada en la ciudad de Barcelona. Se extrajo una muestra de 401 usuarios de servicios médicos y otra muestra de 401 profesionales médicos del contexto "*medicina general y traumatólogos*".

Se trata de un muestreo intencional, a cargo del investigador. En una muestra dirigida. El investigador escoge a los informantes por motivos directamente relacionados con los objetivos y el problema de la investigación. Se ha trabajado con encuestas diseñadas con la finalidad de determinar la comprobación o refutación de la hipótesis planteada.

La investigación es exploratoria y descriptiva, y contempla un trabajo de campo en el que se realiza una serie de encuestas, con el motivo de indagar las expectativas y percepciones de los encuestados, tanto de los usuarios de servicios médicos, como de los profesionales médicos.

La investigación es exploratoria porque aborda una problemática que aún no ha sido tratada desde un enfoque de gestión, que enfatiza los aspectos estratégicos que deben considerarse con la finalidad de optimizar la relación costo-efectividad, que permitan postular la ventaja de implementar la Osteopatía para reducir costes de salud pública. Por otra parte, es descriptiva porque intenta caracterizar y dar cuenta de la falta de una política de salud en los costes del sistema de salud total español, además de evaluar qué criterios deben adoptarse para alcanzar la optimización de dicho sistema.

En el caso de las encuestas diseñadas para la presente investigación, tratándose de un abordaje metodológico exploratorio y descriptivo, interesa, más que la representatividad de la muestra, el análisis y el establecimiento de un diagnóstico a fin de evaluar qué criterios colaboran en la optimización del sistema de Salud público.

- **Las Encuestas**

Para la realización de las encuestas fue preciso acudir a profesionales y usuarios de servicios médicos que asistieron a una Clínica Osteopática ubicada en la ciudad de Barcelona, extrayéndose una muestra no probabilística de 401 usuarios de usuarios de servicios médicos y otra muestra no probabilística de 401 profesionales médicos de la sanidad

encuadrados dentro de la "medicina general y traumatólogos". A continuación podrán observarse los gráficos correspondientes al análisis de los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas. Además se incorporó una tabla que muestra dichos resultados, para facilitar el posterior análisis de los mismos.

3.1.2 Análisis y resultados empíricos

En el presente apartado se presentan las Variables que intervienen en el estudio empírico. Los resultados se obtienen a partir del análisis efectuado con la información recogida como resultado de la aplicación de las encuestas de la muestra seleccionada dentro del total de usuarios de servicios de salud y profesionales consultados. Para la realización de las mismas fue preciso acudir a profesionales y usuarios de servicios médicos que asistieron a una Clínica Osteopática ubicada en la ciudad de Barcelona, extrayéndose una muestra no probabilística de 401 usuarios de usuarios de servicios médicos y otra muestra no probabilística de 401 profesionales médicos de la sanidad encuadrados dentro de la "medicina general y traumatólogos".

1. Sexo

Sexo	Respuestas
Hombre	196
Mujer	205
Total	401

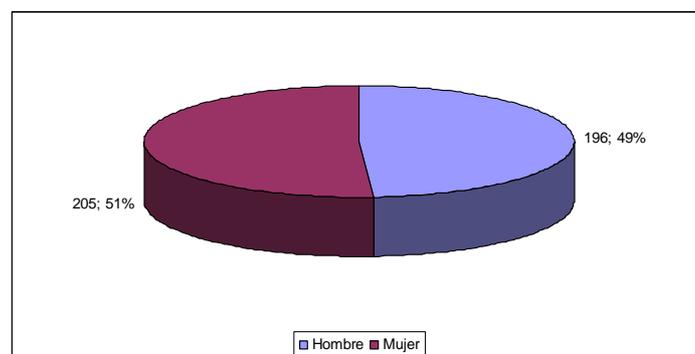


Figura 6
Fuente: Elaboración propia

2. Edad

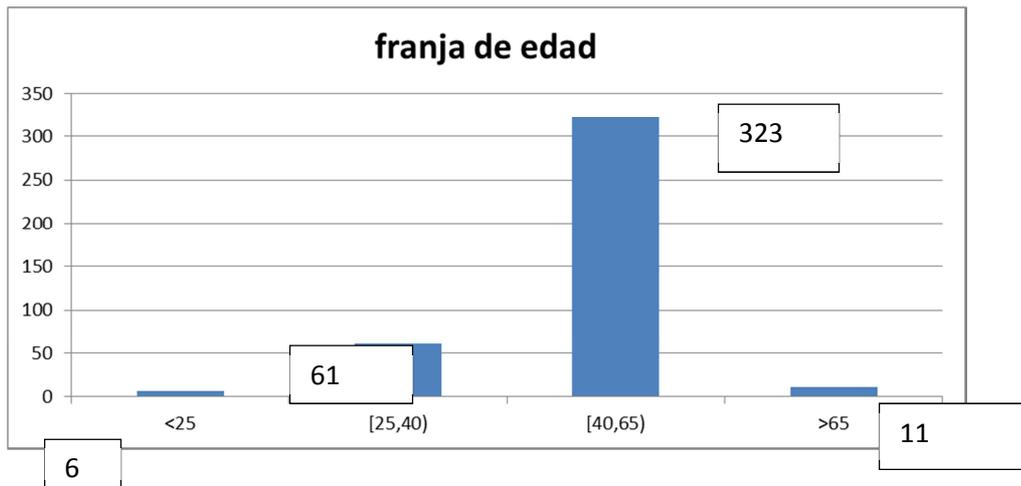


Figura 7

Fuente: Elaboración propia

<25	6	21,5	129
(25,40)	61	33	2.013
(40,65)	323	53	17.119
>65	11	77	847
Totales	401		20.108

Media → $\frac{20108}{401} = 50,14$ años

3. Provincia (Residencia)

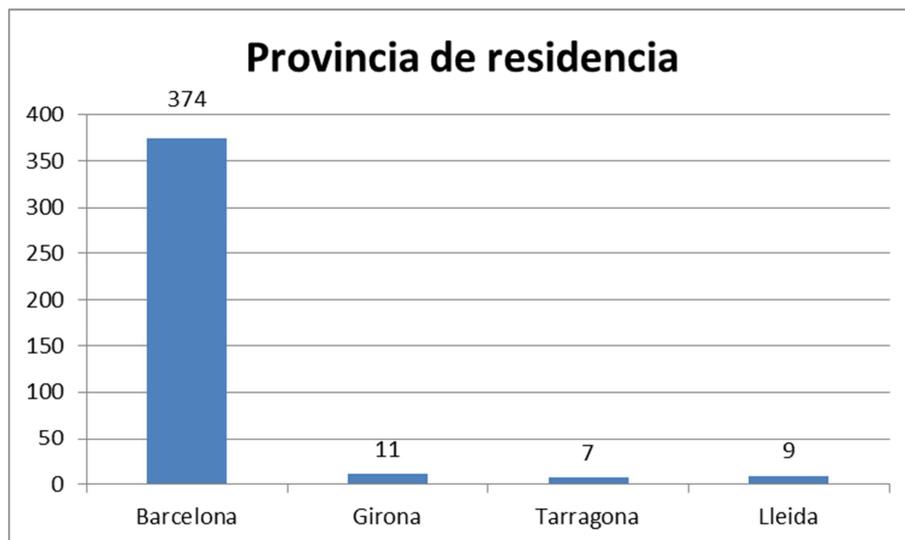


Figura 8

Fuente: Elaboración propia

4. Tipo de vivienda

En cuanto al tipo de vivienda de los usuarios consultados pudo observarse que la amplia mayoría –esto es, el 93 % de la muestra- vive en un entorno urbano, mientras que el restante 7 % lo hace en un entorno rural.

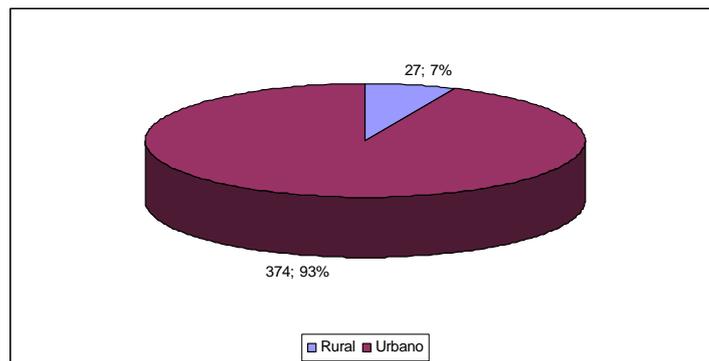


Figura 9

Fuente: Elaboración propia

Entorno	Respuestas
Rural	27
Urbano	374
Total	401

5. Número de hijos

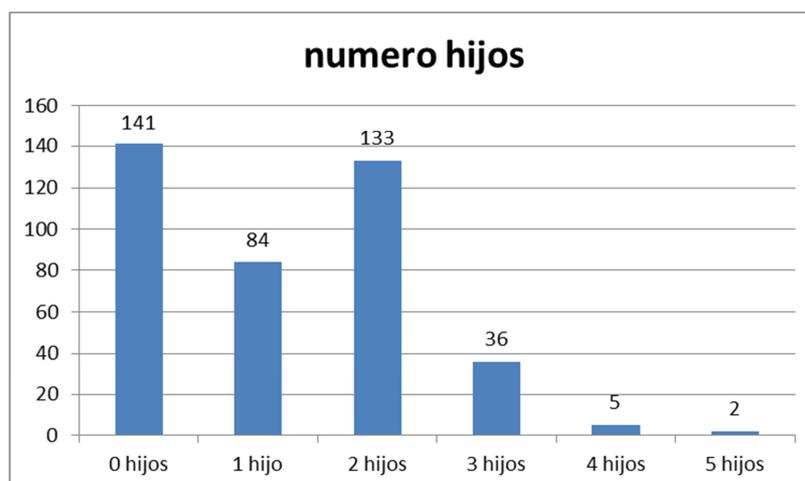


Figura 10

Fuente: Elaboración propia

Tabla para calcular la media:

nº hijos	cantidad	nº hijos * cantidad
0	141	0
1	84	84
2	133	266
3	36	108
4	5	20
5	2	10
TOTAL	401	488

Media $\rightarrow \frac{488}{401} = 1,22$ hijos

6. Estado civil

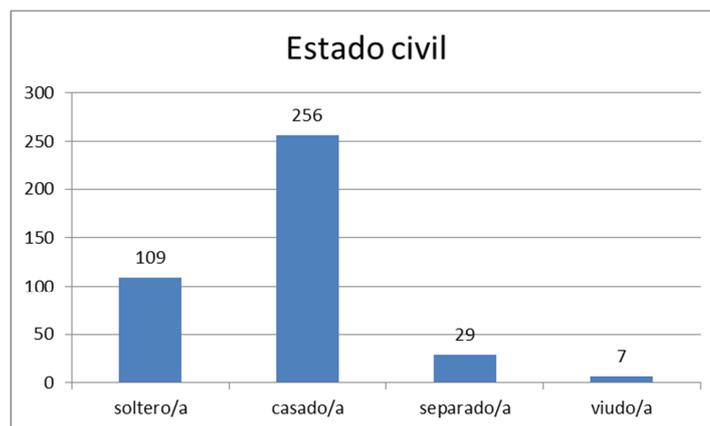


Figura 11

Fuente: Elaboración propia

7. Ingresos anuales aproximados

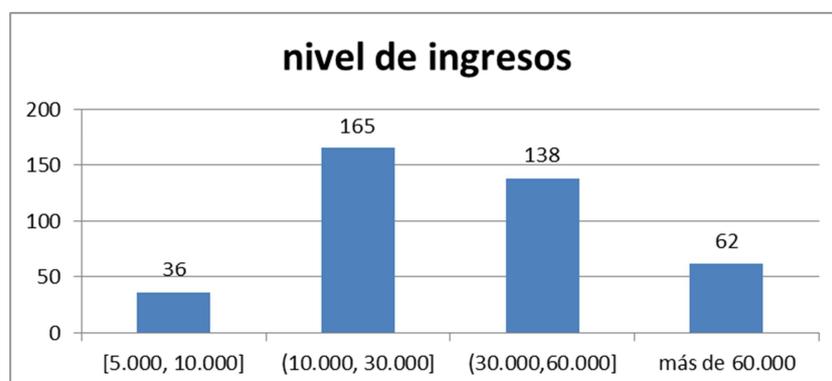


Figura 12

Fuente: Elaboración propia

Tabla para calcular la media:

Ingresos	Respuestas	Marcas de clase	Respuestas * marca
5.000, 10.000 €	36	7.500	270.000
10.000, 30.000 €	165	2.000	330.000
30.000, 60.000 €	138	45.000	621.000
+ 60.000	62	75.000	465.000
TOTAL	401		11.460.000

$$\text{Media} \rightarrow \frac{11.460.000}{401} = 28578,55 \text{ €}$$

8. Niveles de estudios

Nivel de estudios	Codificación	Respuestas	Codificación * Respuestas
Sin Estudios	0	1	0
Primarios	1	8	8
Secundarios	2	77	154
Universitarios Grado Medio	3	117	351
Universitarios Grado Superior	4	198	792
Total		401	1.305

$$\text{Media} \rightarrow \frac{1.305}{401} = 3,25$$

9. Profesión

En relación con la profesión de los usuarios consultados en la Clínica Osteopática, se puso en evidencia que la mayoría de los encuestados -esto es, el 39 % de la muestra- se desempeña como asalariado. Dicho porcentaje fue seguido por dos grupos que representaron un 18 % cada uno de ellos, uno correspondiente a la profesión de funcionario y el otro a la de empresario.

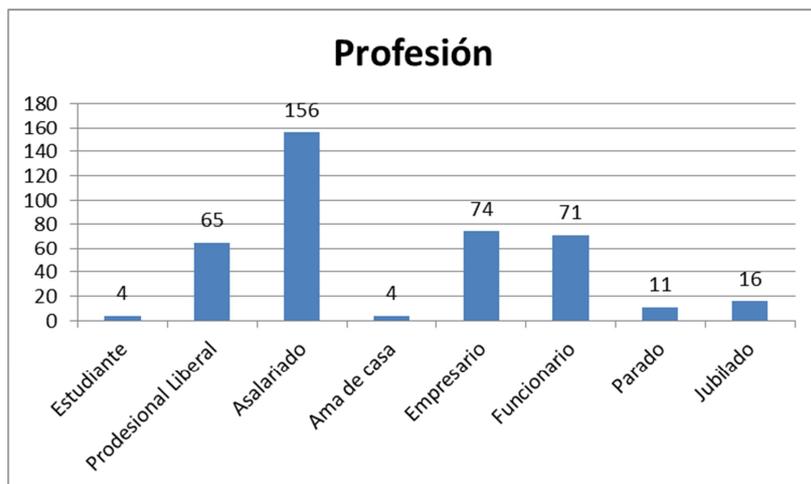


Figura 13

Fuente: Elaboración propia

10. Inicio de patología



Figura 14

Fuente: Elaboración propia

Cálculo de la media de inicio de la patología

Inicio patología	Respuestas	Marca de clase	Inicio*marca clase
(0,2) años	32	1	32
(2,5) años	158	3	474
(5,10) años	157	7,5	1.177,5
(10,15) años	34	12,5	425
(15,20) años	16	17,5	280
+ 21 años	4	25	100
Total	401		2.488,5

Media → $2488,5/401=6,21$ años

El tiempo medio de inicio es de un poco más de 6 años.

11. Ha visitado con anterioridad a profesional de Medicina convencional

En cuanto a si los usuarios encuestados han visitado a un profesional de la medicina convencional previo a asistir a la consulta con el osteópata, la amplia mayoría. Esto es, 367 de los 401.

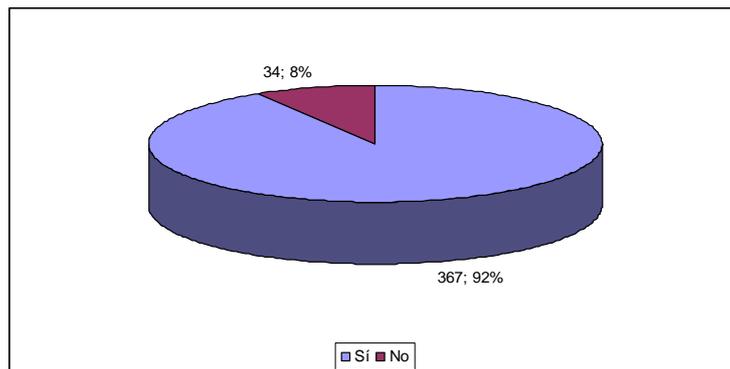


Figura 15

Fuente: Elaboración propia

Visita a profesional medicina convencional	Respuestas
Sí	367
No	34
Total	401

12. Tiene problemas articulares, contracturas o tensoriales

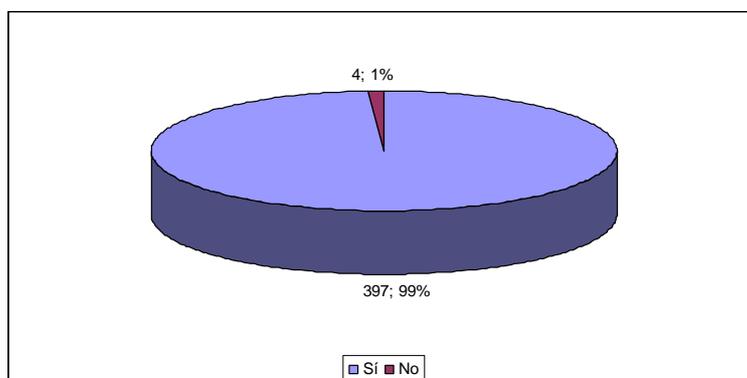


Figura 16

Fuente: Elaboración propia

Al consultar a los encuestados acerca de si presentaban problemas articulares, contracturas o tensionales, el 99 % se manifestó de modo afirmativo.

La lesión osteopática o disfunción somática se define como un trastorno de la estructura primaria o de compensación que genera: alteración o restricción en uno o varios ejes de movilidad de una articulación, dolor de tipo funcional relacionado con el movimiento y alteración de los tejidos blandos circundantes. También se define como una tensión aponeurótica que, al nivel de una articulación, atrae la pieza ósea hacia ella y le impide desplazarse en sentido opuesto, dentro de las posibilidades fisiológicas de la articulación; a esta tensión aponeurótica se debe que la estructura se pueda mover hacia el lado que esta presenta la lesión y no hacia el lado contralateral, por este impedimento de desplazarse en sentido opuesto a la tensión aponeurótica es que las lesiones se denominan del lado del movimiento facilitado y no del limitado.

En este sentido, se procedió a indagar respecto del tipo de problema en particular, con lo que pudo observarse que de los 397 encuestados que afirmaron poseer alguno, 198 dijeron tener problemas de contractura; número que fue seguido por 112 usuarios que dijeron tener problemas tensionales y, por último, otros 87 que afirmaron tener problemas articulares.

Este tipo de problemáticas se caracterizan por generar restricción de movimiento de una o varias articulaciones, espasmo de uno o varios músculos alrededor de la zona afectada y trastornos de los órganos, vasos y demás estructuras que inerva el nervio del segmento afectado, lo que se puede manifestar por espasmos musculares, zonas de sensibilidad o disestesia, cambios nutricionales en la piel, dolor peri articular, ligamentoso, perióstico, disfunciones viscerales (reflejos somato viscerales) y puntos sensibles como la dermalgia refleja (reflejo víscero cutáneo).

Problema	Respuestas
Articular	87
Tensional	112
Contractura	198
Total	397

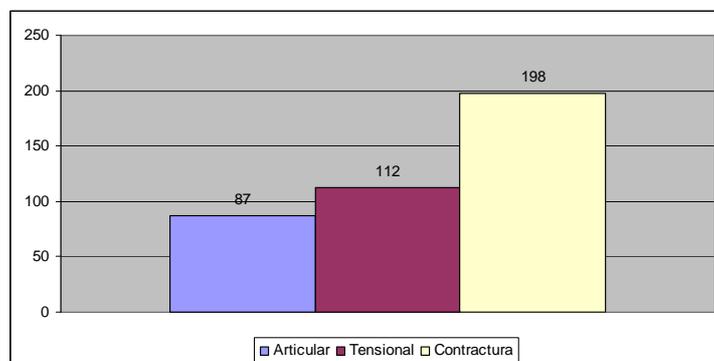


Figura 17
Fuente: Elaboración propia

13. Conoce la Osteopatía

Al momento de indagar acerca de si los encuestados conocían o no la Osteopatía, se puso de manifiesto que el 98 % afirmaba hacerlo mientras que el 2 % restante dijo no hacerlo.

Conocimiento de la Osteopatía	Respuestas
Sí	393
No	8
Total	401

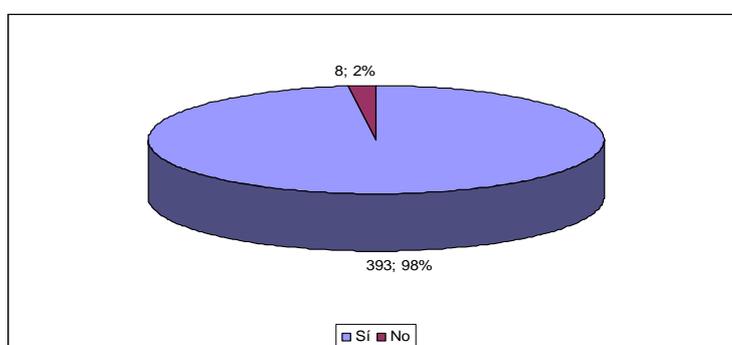


Figura 18
Fuente: Elaboración propia

La Osteopatía es una profesión cada día más conocida y demandada por la sociedad. Muchas personas acuden a un osteópata para que les ayude por trastornos musculoesqueléticos, viscerales, nerviosos, endocrinos o psicósomáticos. También lo hacen personas que no tienen un problema en concreto, por prevención o porque quieren estar bien.

Los problemas que pueden ser atendidos por la Osteopatía son múltiples y de diversa índole su utilización es muy ventajosa y superior a otras técnicas en problemas mecánicos de diversa índole. Se exponen, a modo de ejemplo, una serie de trastornos comunes atendidos con Osteopatía.

A nivel musculoesquelético: en general se pueden atender todos los problemas osteoarticulares, musculotendinosos y fasciales, siempre que no haya rotura de los tejidos. Pueden citarse dolores de espalda (cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, sacralgias, coccigodinas), trastornos discales, neuropatías (ciatalgias, cruralgias, meralgias, cervicobraquialgias, túnel carpiano, etc.), escoliosis, cifolordosis, dolores costales y esternales, epicondilitis, periartrosis escapulo-humeral, coxalgias, dolores inguinales, pubalgias, Osteopatía de pubis, gonalgias, esguinces de todo tipo, dolores en el pie, trastornos de la articulación temporomandibular, artrosis, osteoporosis, etc.

A nivel craneal: dolores de cabeza, mareos, asma, sinusitis, rinitis, dermatitis, trastornos del lenguaje y retraso escolar en niños, neuralgias, parálisis, trastornos oculares, oclusales, auditivos, autismo, depresión, ansiedad, insomnio, malformaciones craneales postnatales, etc.

A nivel visceral: secuelas de enfermedades broncopulmonares, postoperatorios, algunos trastornos de garganta, precordialgias, disminución del metabolismo hepático, colelitiasis, reflujo gastro duodenal, hernia de hiato, gastroptosis, gastritis, gastralgias, visceroespasmos, adherencias, intestino irritable, desarreglos del tránsito intestinal, infecciones renales,

hipertensión arterial, litiasis renal, incontinencia urinaria de esfuerzo, cistitis, cistalgias, vejigas residuales, pliegues vesicales, enuresis, mal posiciones uterinas, dismenorreas y todos los desarreglos menstruales, dispareunias, anorgasmias, infertilidad, ptosis de órganos y vísceras, trastornos circulatorios, etc.

Es así que la Osteopatía va siendo cada día más popular en España, porque se conoce la eficacia de sus tratamientos, ya que incluso puede evitar una intervención quirúrgica y goza de un gran reconocimiento social.

14. Derivación al profesional

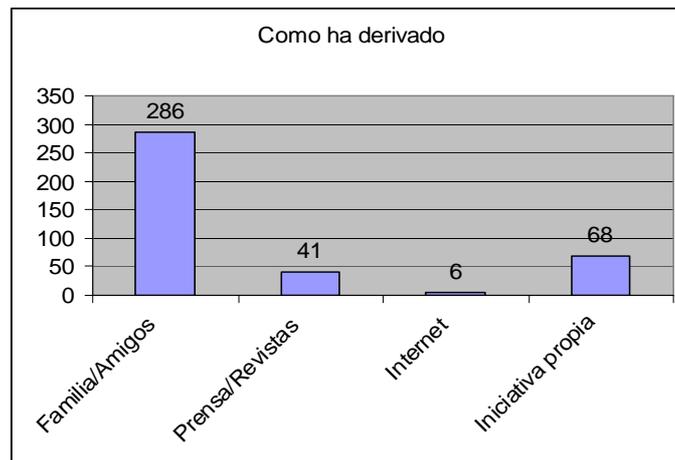


Figura 19

Fuente: Elaboración propia

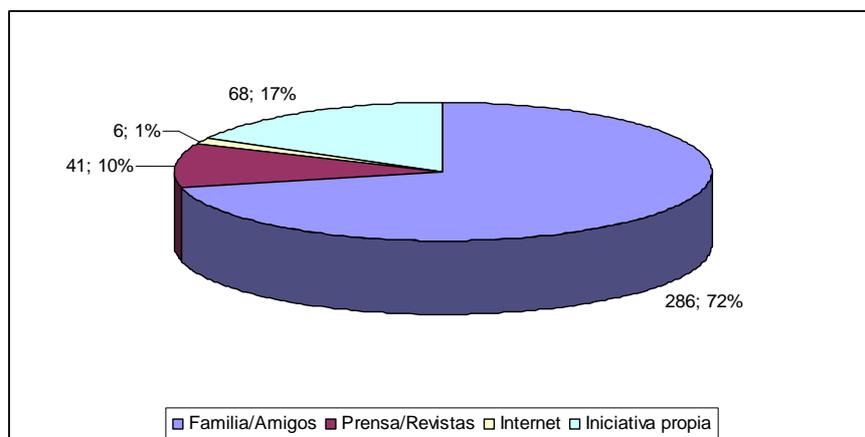


Figura 20

Fuente: Elaboración propia

Al momento de indagar respecto de cómo fueron derivados los usuarios al profesional osteópata, pudo observarse que una amplia mayoría –representando el 72 % de la muestra encuestada– fue derivada por consejo de familiares y amigos. Dicho porcentaje fue seguido por el 17 %, que manifestó haber concurrido por iniciativa propia, un 10 % que afirmó haberse enterado por la prensa y por revistas y, por último, un 1 % que dijo haber concurrido luego de enterarse por medio de Internet.

15. Ha hablado alguna vez con un Osteópata

En cuanto a si hablaron alguna vez o no con un osteópata, la amplia mayoría se manifestó de forma afirmativa, representando el 97 % de la muestra consultada.

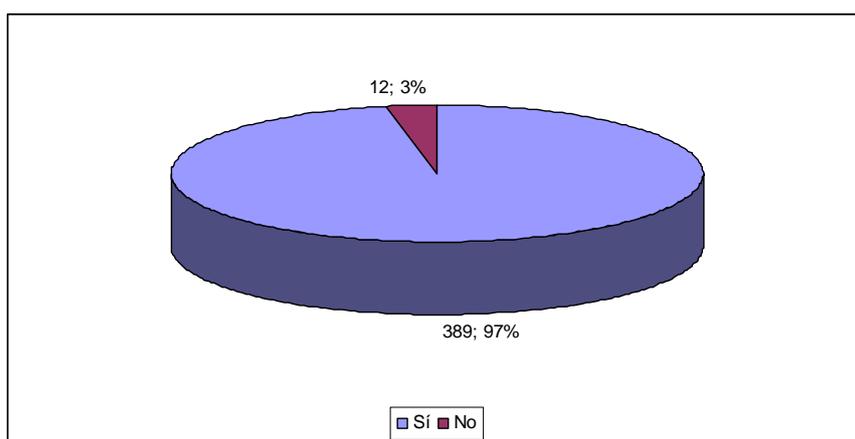


Figura 21

Fuente: Elaboración propia

Respuestas	Número Respuestas
Sí	389
No	12
Total	401

16. Valoración cualitativa de la sesión respeto tratamiento

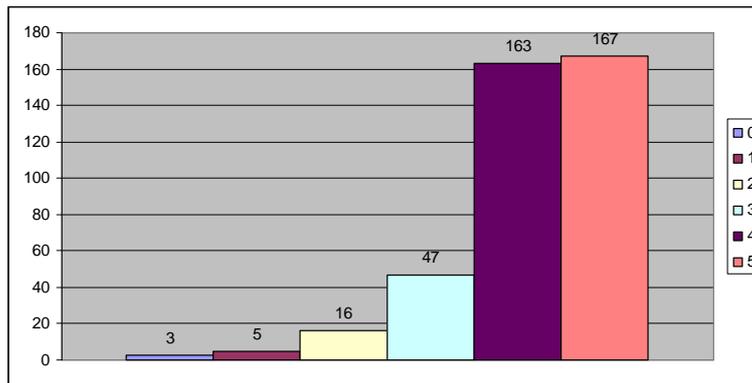


Figura 22

Fuente: Elaboración propia

Puntuación	Frecuencia	Puntuación * frecuencia
0	3	0
1	5	5
2	16	32
3	47	141
4	163	652
5	167	835
Total	401	1.665

Media → $=1665/401=4,15$

De este modo fue posible constatar la valoración positiva que tienen los encuestados en cuanto a la Osteopatía frente a los tratamientos convencionales, habiendo puntuado de forma positiva la amplia mayoría de la muestra consultada.

17. Valoración económica de la Osteopatía

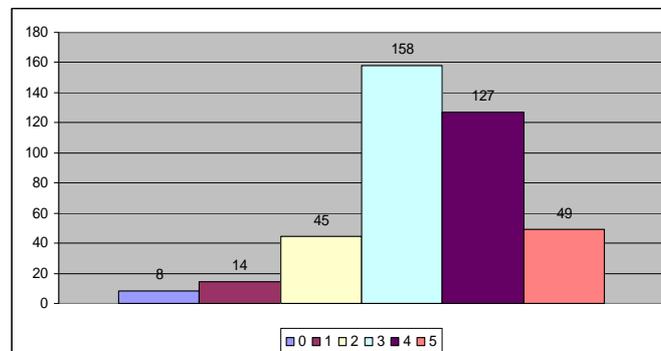


Figura 23

Fuente: Elaboración propia

Puntuación	Frecuencia	Puntuación * frecuencia
0	8	0
1	14	14
2	45	90
3	158	474
4	127	508
5	49	245
Total	401	1.331

Media → $1331/401=3,32$

Valoración económica en relación a la asistencia y resultados respecto al tratamiento convencional (de 0 = "Muy económico" a 5 = "Muy caro").

En cuanto a la valoración económica de la Osteopatía en relación a la asistencia y a los resultados en relación a los obtenidos mediante el tratamiento convencional, la mayor valoración obtenida fue la correspondiente al nivel 3, escogida por 158 de los encuestados.

Dicha valoración fue seguida de la de nivel 4, escogida por 127 de los usuarios consultados. En tercer lugar se ubicó la valoración de nivel 5, seleccionada por 49 de los 401 encuestados, mientras que en cuarto lugar quedó la valoración 2, marcada por 45 personas.

Por último quedaron las valoraciones 1 y 0, la primera escogida por 14 de los 401 encuestados y la segunda por tan solo 8 de los mismos.

Todo ello permite observar que la amplia mayoría de los encuestados puso de manifiesto considerar que la Osteopatía resulta muy cara en relación a los tratamientos convencionales.

18. Valoración del tiempo de resolución

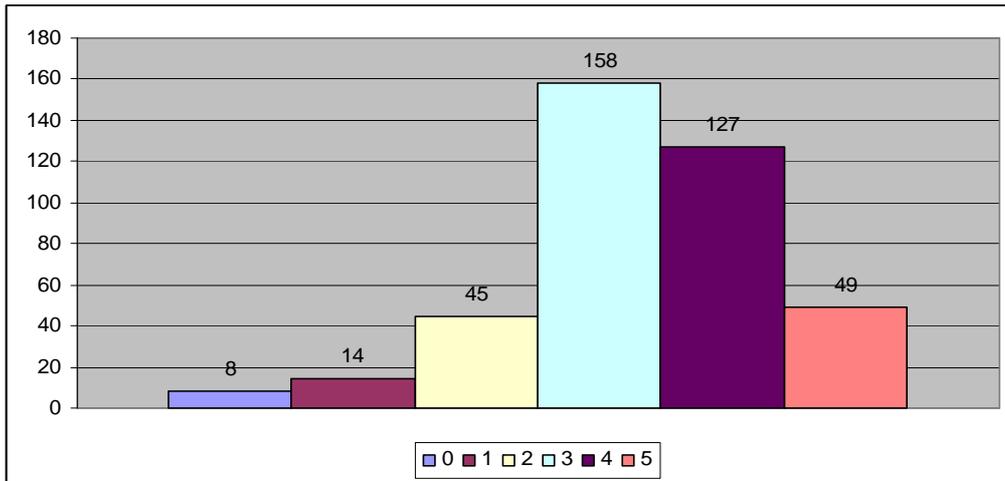


Figura 24

Fuente: Elaboración propia

Valoración tiempo resolución	Respuestas	Valoración * frecuencia
0	5	0
1	6	6
2	27	54
3	136	408
4	168	672
5	59	295
Total	401	1.435

Media → $1435/401=3,58$

19. Valoración calidad asistencial respecto a su precio

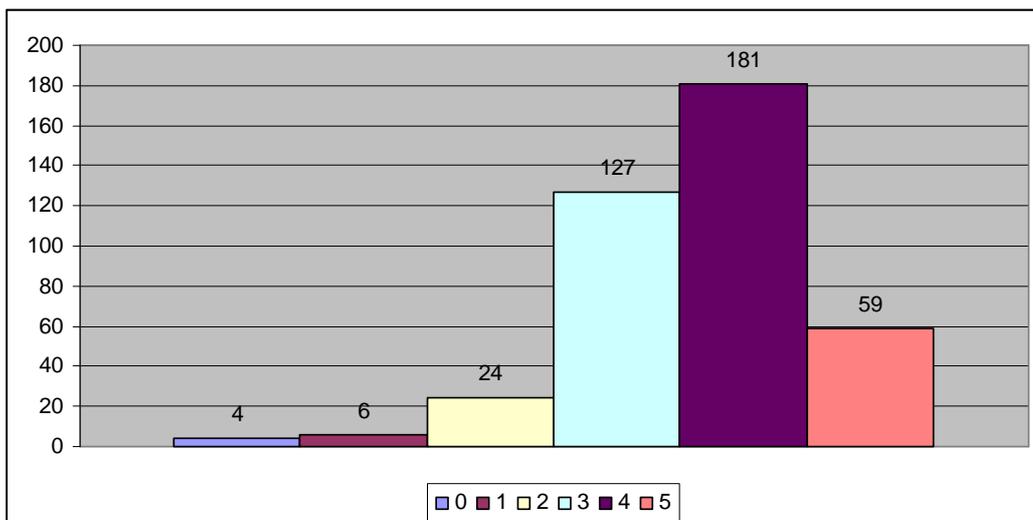


Figura 25

Fuente: Elaboración propia

Valoración calidad asistencial	Respuestas	Valoración * frecuencia
0	4	0
1	6	6
2	24	48
3	127	381
4	181	724
5	59	295
Total	401	1.454

Media → $1454/401=3,63$

Al momento de indagar acerca de cuál es la valoración de los usuarios encuestados respecto de la relación entre la calidad asistencial de los servicios de Osteopatía y el precio de los mismos, pudo observarse que en su mayoría se trata de una valoración positiva que pone en evidencia la conformidad del usuario con el servicio recibido y el total que ha tenido que abonar por el mismo.

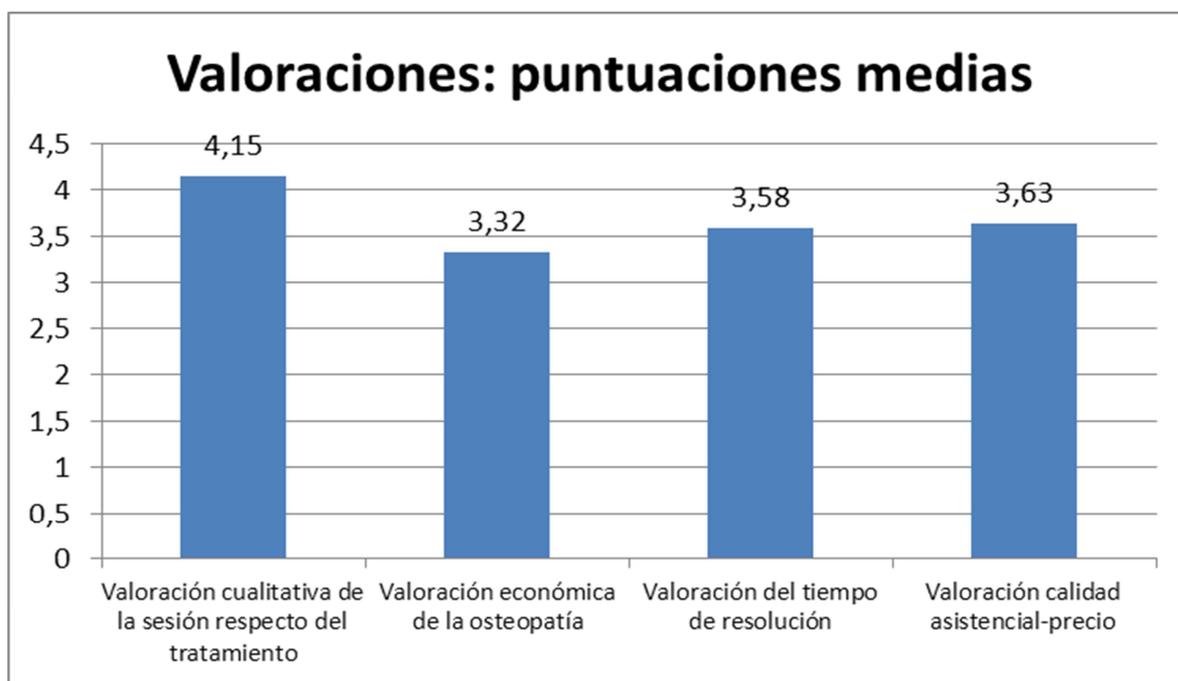


Figura 26

Fuente: Elaboración propia

20. Especialidad médica

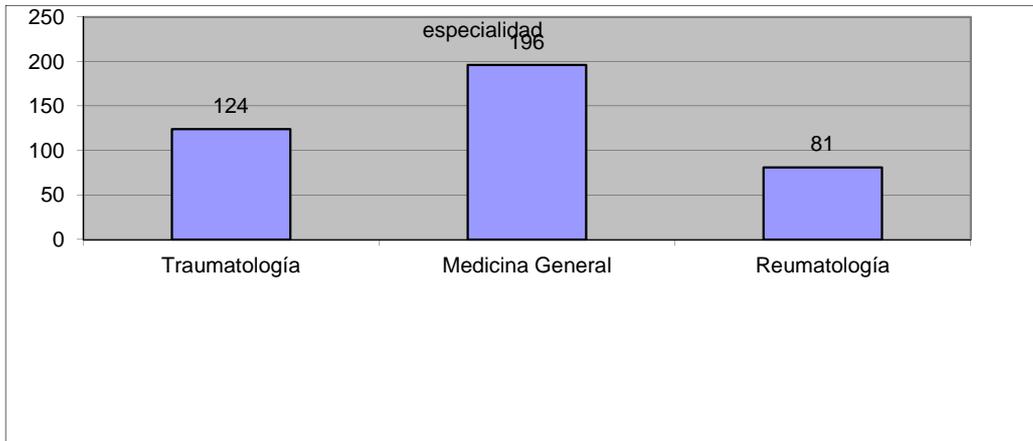


Figura 27
Fuente: Elaboración propia

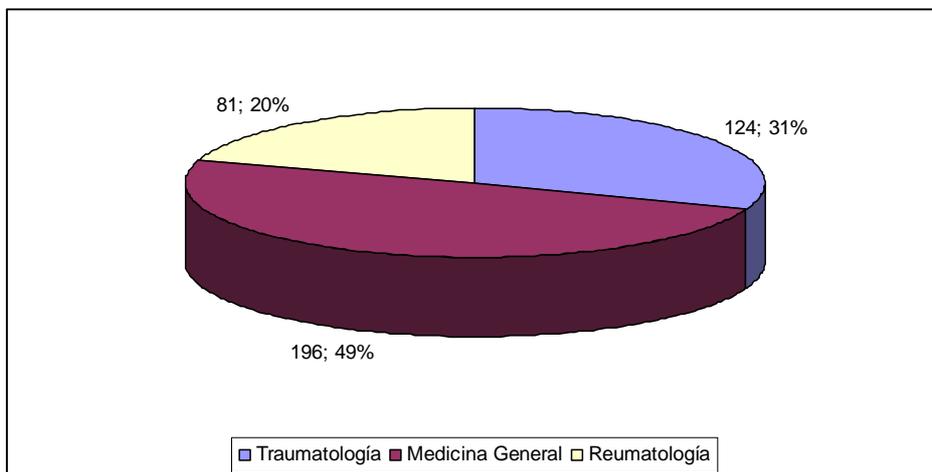


Figura 28
Fuente: Elaboración propia

De la muestra conformada por 401 profesionales consultados, la amplia mayoría trató de profesionales en Medicina General, representando el 49 % de la muestra –equivalente a 196 profesionales–, porcentaje que fue seguido del 31 %, representado por especialistas en Traumatología y, por último, el 20 % restante, habiendo estado integrado por especialistas en Reumatología.

21. Lo que recetan

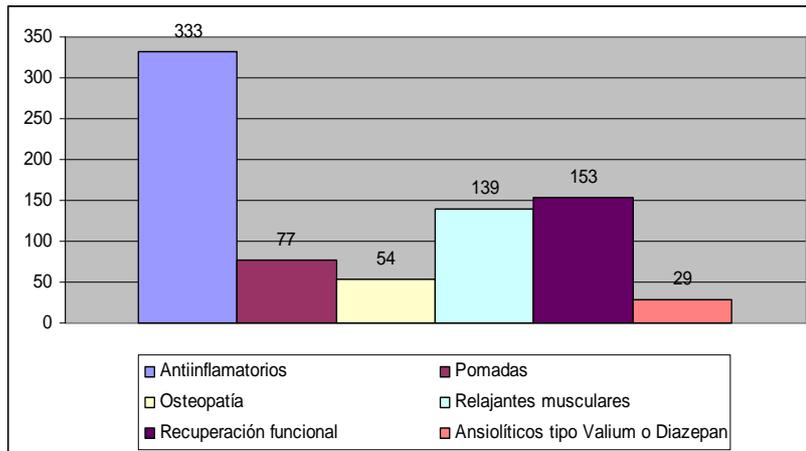


Figura 29

Fuente: Elaboración propia

En el momento de indagar acerca de qué acostumbran a recetar los profesionales encuestados ante pacientes con dolor, ya sea de espalda, caderas –entre otros- o ante casos de contracturas, la opción más señalada fue la correspondiente a antiinflamatorios, seleccionada en 333 casos. Dicha opción fue seguida por la de recuperación funcional, mencionada por 153 de los 401 profesionales encuestados.

22. Tiempo de baja

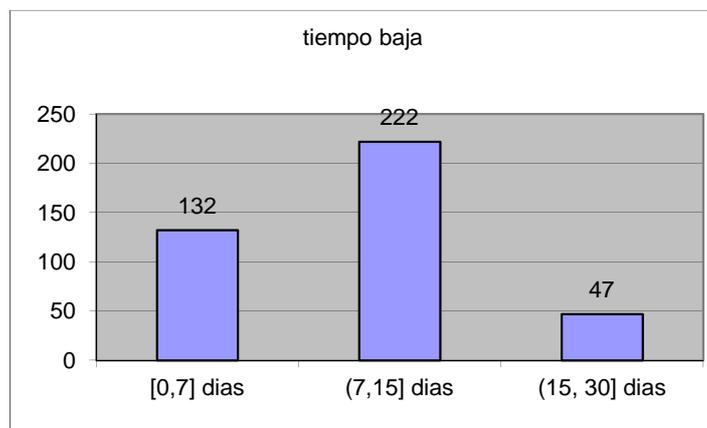


Figura 30

Fuente: Elaboración propia

	Tiempo de baja	Marca de clase	Tiempo* marca
(0,7) días	132	3,5	462
(7,15) días	222	11	2.442
(15,30) días	47	22,5	1.057,5
Total	401		3.961,5

Media → $3961,5/401=9,88$

Los pacientes están, de media, unos 10 días de baja.

23. Derivación a Osteopatía. Niveles de recomendación

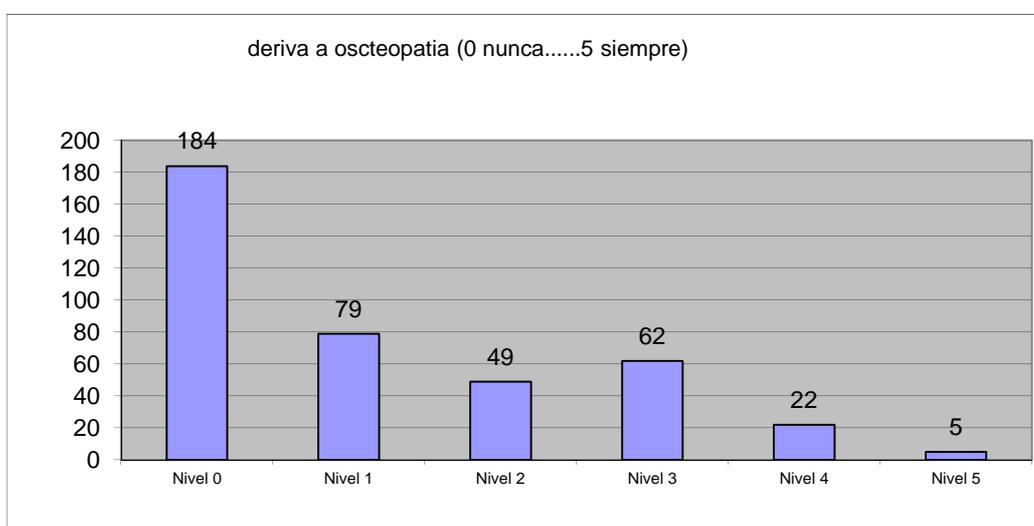


Figura 31

Fuente: Elaboración propia

Recomendación Osteopatía	Respuestas	Nivel * respuestas
Nivel 0	184	0
Nivel 1	79	79
Nivel 2	49	98
Nivel 3	62	186
Nivel 4	22	88
Nivel 5	5	25
Total	401	476

Media → $476/401=1,19$

Así que el nivel medio sería de derivar alguna vez (nivel 1 y un poco más).

3.1.3 Análisis y resultados económicos

Para cuantificar el ahorro económico que implica una mejora del paciente a través de la Osteopatía, hemos confeccionado en base a valores promedios una tabla que intenta cuantificar los costos directos asociados con la dolencia mediante el tratamiento tradicional, es decir sin Osteopatía y mediante Osteopatía.

Los costes han sido clasificados y agrupados en cinco categorías que para nuestro caso han sido Consultas, Laboratorios, Pruebas, Medicamentos y por ultimo Incapacitado bajas laborales.

Se han estimado costes asociados para cada grupo en función de sus subcategorizaciones que hemos efectuado y estimado mediante la frecuencia de uso un coste total por paciente. Las distintas sub categorías se pueden observar en detalle en la tabla, en donde se encuentra toda la información tratada.

Con tratamiento Osteopático hemos utilizado el mismo criterio, pero la frecuencia ha sido ajustada según los casos modificando de esta manera el coste total por categoría. Debe observarse que en todos los casos la frecuencia de uso disminuye excepto por ítem Medicina física y rehabilitación ya que esta tienen en cuenta las sesiones de Osteopatía.

El resultado total indica un ahorro de un 42,78% en los costos mediante el tratamiento tradicional incluyendo la metodología de Osteopatía. Esto es un ahorro de 750,45 € por paciente episodio.

Costos directos asociados con la dolencia mediante el tratamiento tradicional. Sin Osteopatía o mediante Osteopatía

Detalle / Ítem	Método Tradicional			Método con Osteopatía		
	Coste Unitario	Frecuencia	Coste Total	Variación % Frecuencia	Frecuencia	Coste Total
Consultas	<u>361,50 €</u>			<u>561,29 €</u>		
Medicina Familiar	24,00	7,16	171,84	-12,50%	6,27	150,36
Traumatología y Ortopedia	30,30	3,69	111,81	-54,50%	1,68	50,87
Medicina Física y Rehabilitación	45,00	1,73	77,85	362,50%	8,00	360,06
Laboratorios	<u>22,10 €</u>			<u>19,38 €</u>		
Biometría hemática	3,15	1,27	4,00	-5,50%	1,20	3,78
Tiempo de protrombina	5,04	1,17	5,90	-19,50%	0,94	4,75
Tiempo de tromboplastina	5,04	1,17	5,90	-17,50%	0,97	4,86
Examen general de orina	1,44	1,06	1,53	-5,00%	1,01	1,45
Química sanguínea	4,12	1,16	4,78	-5,00%	1,10	4,54
Pruebas	<u>406,05 €</u>			<u>70,06 €</u>		
Radiografía	65,00	2,29	148,85	-74,20%	0,59	38,40
Resonancia magnética nuclear	200,00	1,08	216,00	-90,00%	0,11	21,60
Electromiografía	40,00	1,03	41,20	-75,60%	0,25	10,05
Medicamentos	<u>104,29 €</u>			<u>77,69 €</u>		
Paracetamol	0,16	2,06	0,33	-25,50%	1,53	0,25
Diclofenac	0,50	2,15	1,08	-25,50%	1,60	0,80
Naproxeno	0,94	1,36	1,28	-25,50%	1,01	0,95
Ketorolac	0,32	1,41	0,45	-25,50%	1,05	0,34
Metamizol	0,98	1,27	1,24	-25,50%	0,95	0,93
Piroxicam	0,34	1,49	0,51	-25,50%	1,11	0,38
Dexametasona	1,86	1,17	2,18	-25,50%	0,87	1,62
Carbamazepina	0,64	1,50	0,96	-25,50%	1,12	0,72
Gabapentina	16,46	2,32	38,19	-25,50%	1,73	28,45
Sulindac	5,36	2,19	11,74	-25,50%	1,63	8,75
Complejo B	0,32	1,49	0,48	-25,50%	1,11	0,36
Indometacina	0,84	1,27	1,07	-25,50%	0,95	0,79
Dextropropoxifeno	2,32	1,93	4,48	-25,50%	1,44	3,34
Clonazepam	2,40	1,10	2,64	-25,50%	0,82	1,97
Celecoxib	25,12	1,50	37,68	-25,50%	1,12	28,07
Incapacidad	<u>860,20 €</u>			<u>275,26 €</u>		
Coste por bajas laborales	85,00	10,12	860,20	-68,00%	3,24	275,26
Total			1.754,14 €	-42,78%		1.003,69 €

Cuadro 2

Fuente: Elaboración propia

Evolución de los costes totales durante los 10 periodos método tradicional y con Osteopatía (Cada periodo corresponde a una unidad anual de tiempo):

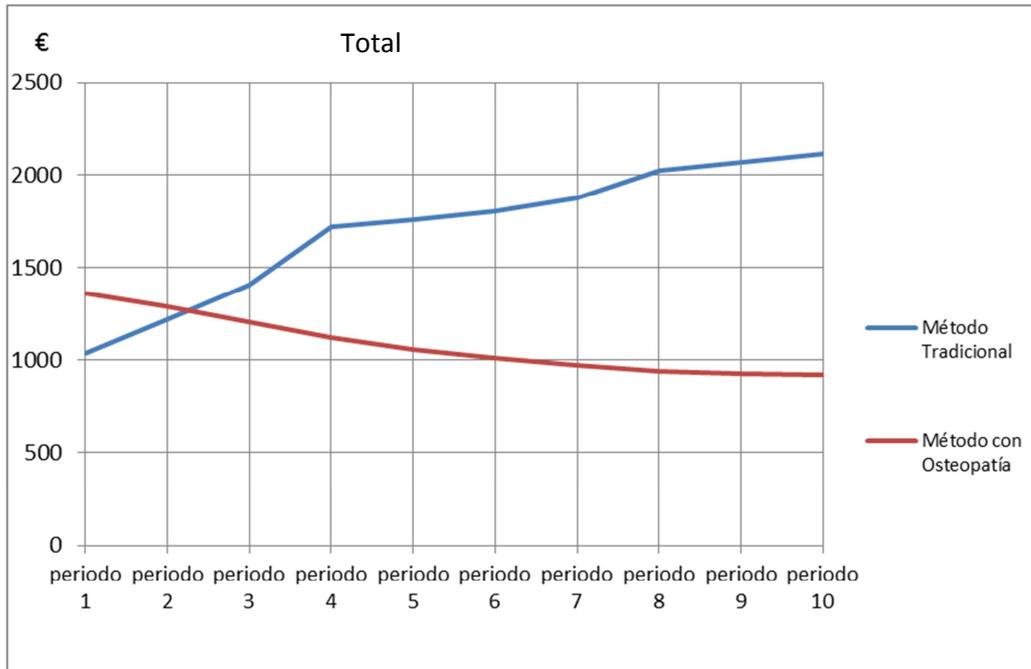


Figura 32
Fuente: Elaboración propia

Evolución costes consultas:

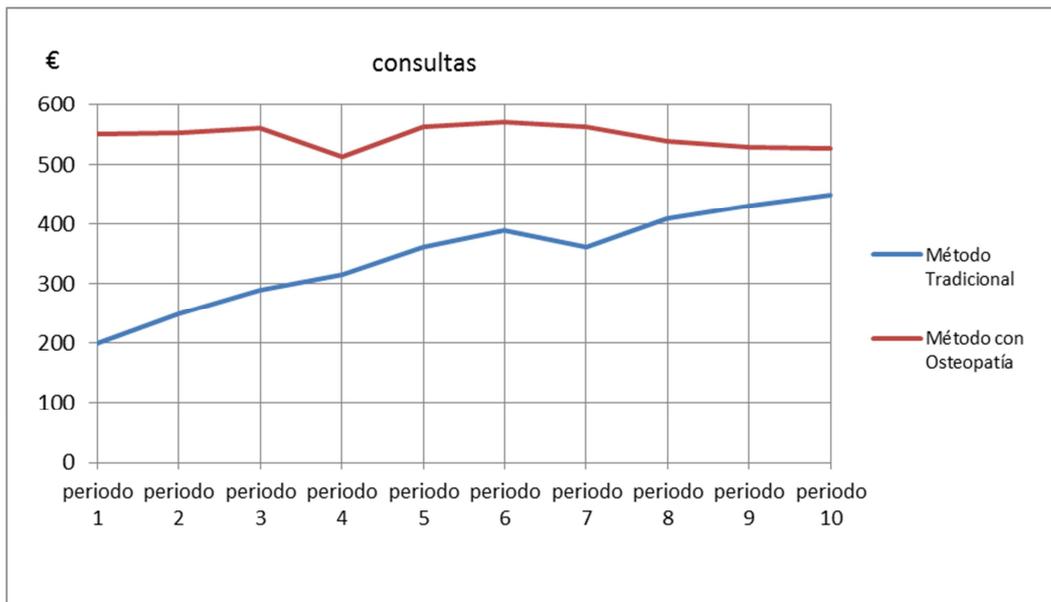


Figura 33
Fuente: Elaboración propia

Evolución costes laboratorio:

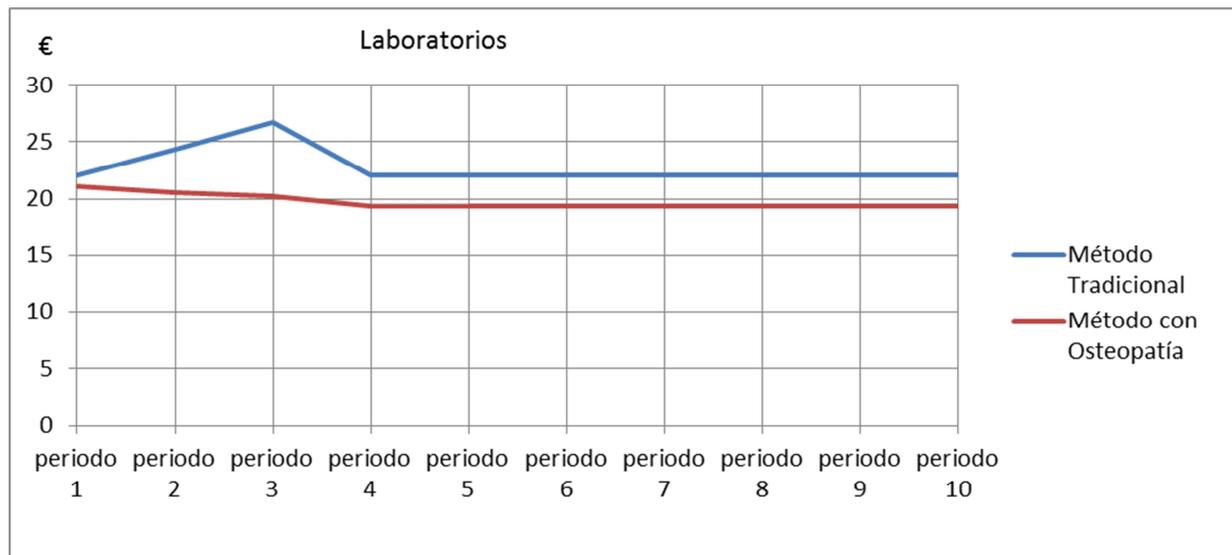


Figura 34

Fuente: Elaboración propia

Evolución costes pruebas:

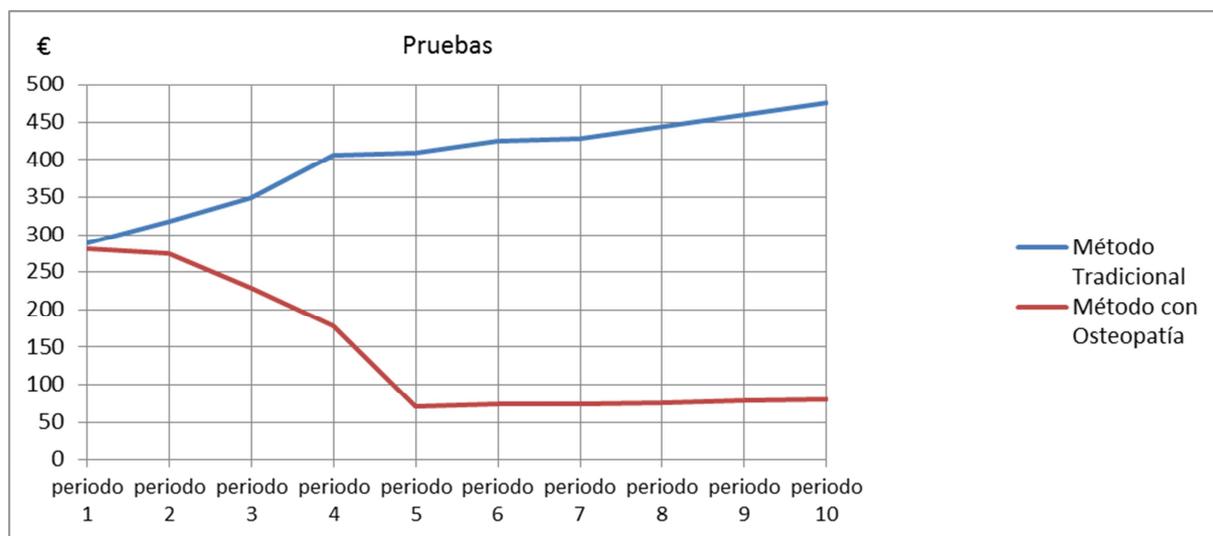


Figura 35

Fuente: Elaboración propia

Evolución costes medicamentos:

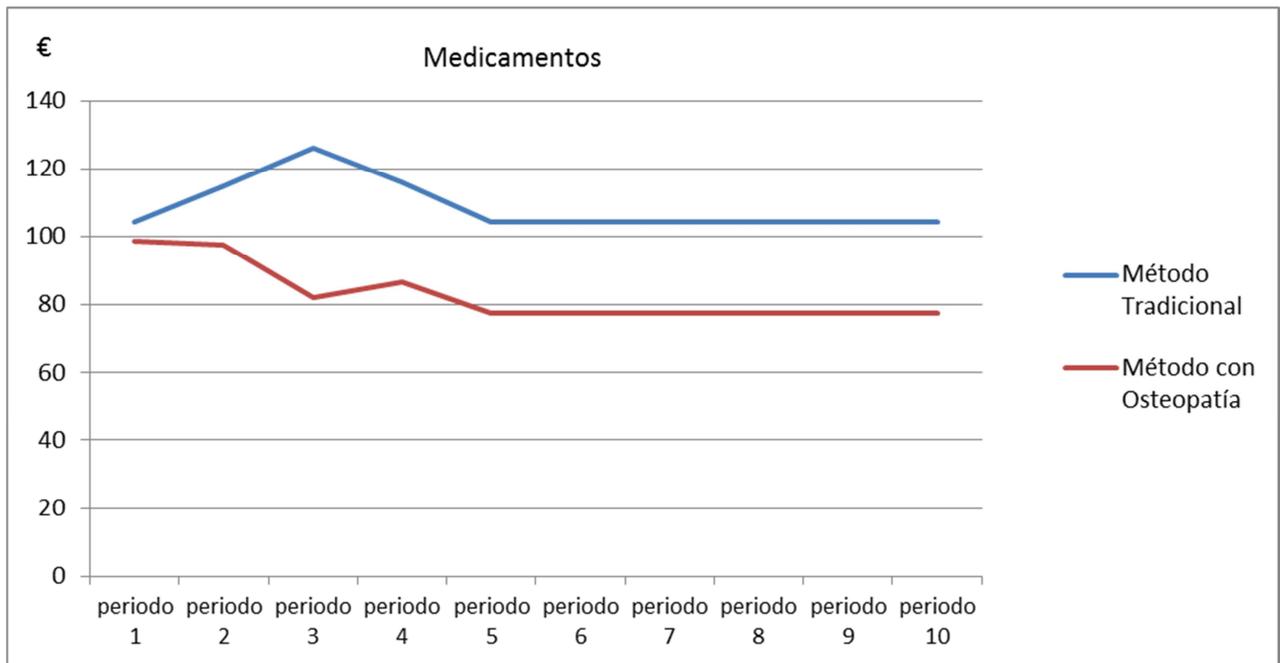


Figura 36

Fuente: Elaboración propia

Evolución costes incapacidad:

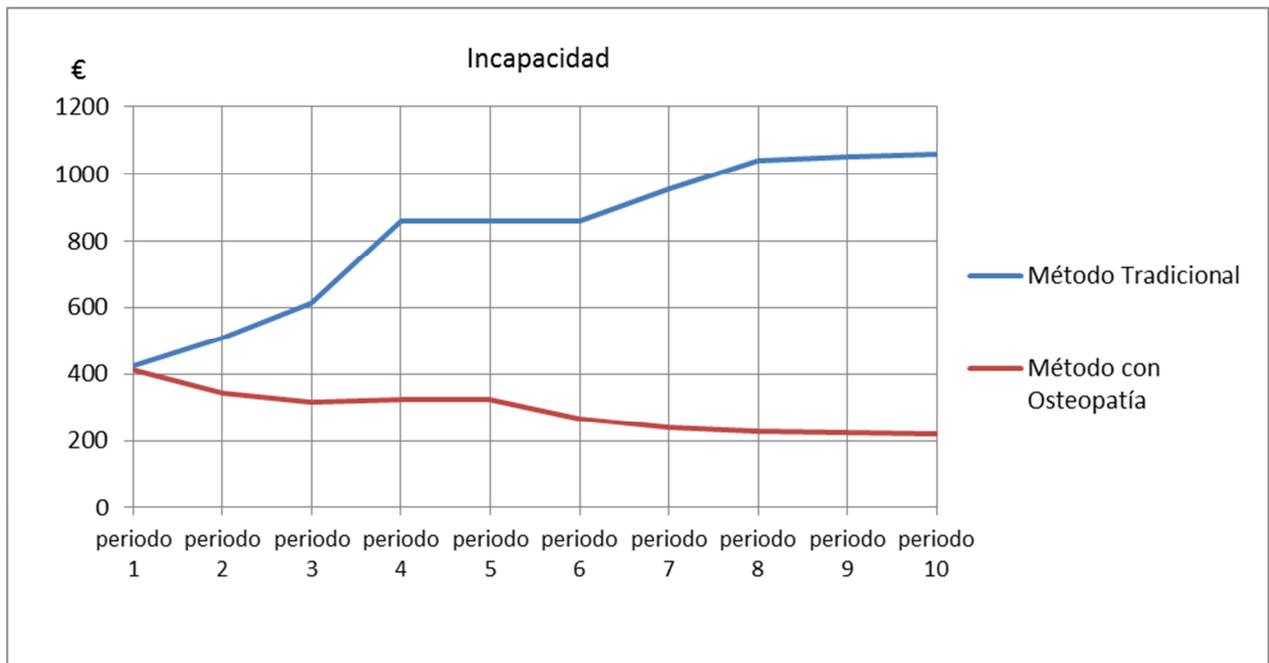
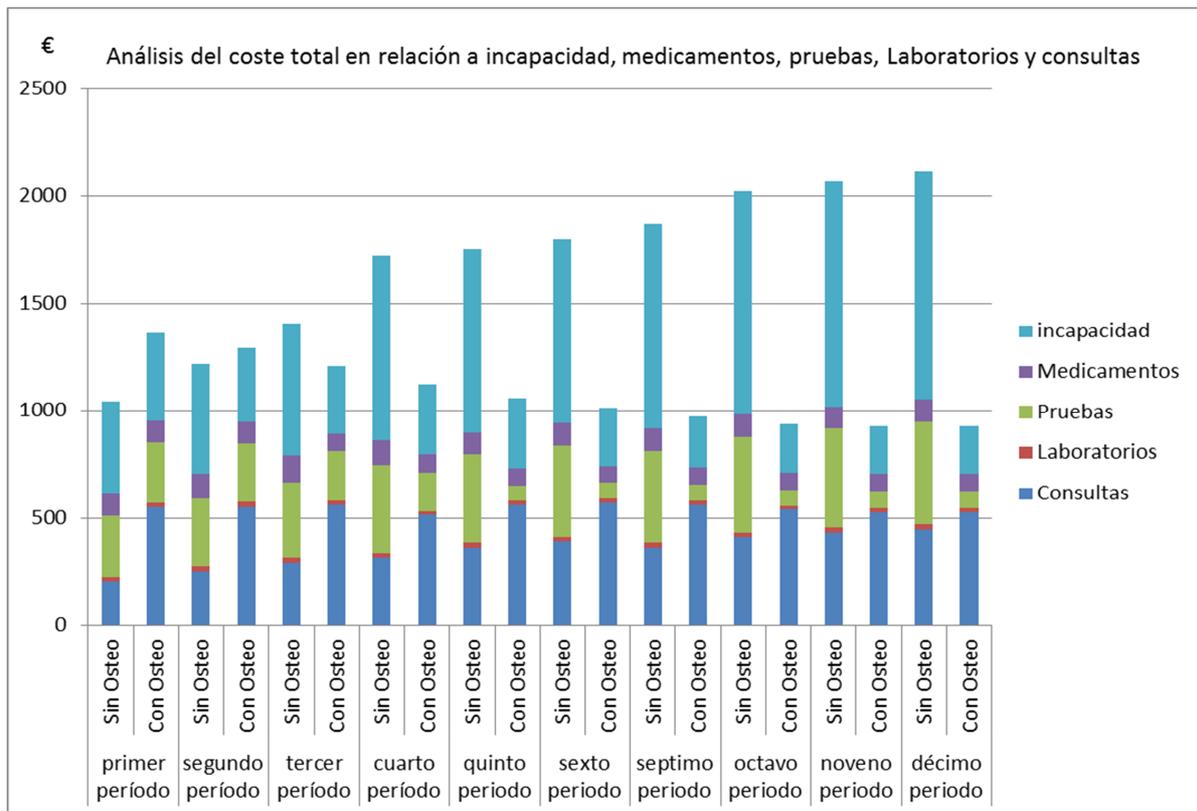


Figura 37

Fuente: Elaboración propia

RESULTADO de cada categoría a la hora de determinar el coste total. Por ejemplo se ve como al final los costes por incapacidad disparan el coste total en el método tradicional:



Cuadro 3

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 4

4.1 Conclusiones

PRIMERA. La Osteopatía actúa sobre la causa de la lesión o enfermedad aumentando la calidad de vida del paciente. La Osteopatía trabaja localizando los síntomas del dolor y trabajando el cuerpo en su conjunto lo que permite reducir las inflamaciones provocadas por una lesión, recuperar la movilidad articular y recuperar el equilibrio corporal.

SEGUNDA. Esta disciplina no puede curar todas las patologías pero sí ayuda al paciente a mejorar en calidad de vida, proporcionándole un aumento de la movilidad y el equilibrio de forma personal y adaptable a su edad y patología.

TERCERA. El enorme coste social y económico de esta patología ha conducido a la búsqueda de tratamientos multidisciplinarios cuyos objetivos son además de aliviar el dolor, la disminución del déficit funcional, la reincorporación laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas. Los pacientes no tienen conocimiento médico como para saber si necesitan o no un tratamiento o un medicamento, ni tampoco pueden escoger entre alternativas de medios de diagnósticos o de medicamentos.

CUARTA. Las decisiones sobre el consumo de estos bienes o servicios las decide el médico, no el consumidor final. La calidad de las decisiones deberá ser evaluada, teniendo presente, la actual globalización de la información, la explosión de la tecnología y la existencia de usuarios más y mejor informados. Al igual que la calidad asistencial y tecnológica en la medida en que puede contribuir a la práctica clínica. Así, parece lícito asumir que la participación de los pacientes en la toma de decisiones tendrá una influencia positiva sobre sus resultados en la asistencia.

QUINTA. Una correcta decisión estará en consonancia con la expectativa media que produce un resultado satisfactorio para el paciente.

Las decisiones deberán ser tomadas en base a la búsqueda sistemática y la utilización rutinaria de los procedimientos e intervenciones que hayan demostrado ser más eficientes y al uso más racional de los recursos existentes, poniendo en práctica la máxima de conseguir más por menos con una calidad similar o mejor.

Así, la mejor decisión sanitaria será aquella en que se han eliminado las intervenciones ineficaces, ofrece las intervenciones más efectivas a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse y todos los servicios se prestan con la mayor calidad posible.

SEXTA. Es necesario dar herramientas a usuarios e instituciones sanitarias para avanzar en el camino que se ha marcado la sociedad de la Nueva Era, para ello consideramos imprescindible realizar las siguientes acciones:

1.- Fomentar la inclusión de la Osteopatía en el sistema de Salud español.

2.- Implementar un modelo de atención en Osteopatía para el tratamiento de diversas dolencias.

3.- Diseñar el modelo de atención en Osteopatía en los diferentes ámbitos de acción de la misma.

4.- Contemplar a la Osteopatía como una herramienta de gran utilidad para el sistema de Salud, que debería ser acogida e implementada sin pérdida de tiempo en toda la sanidad, tanto pública como privada.

5.- Es necesario evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir el dolor crónico. El uso de medidas de evaluación del dolor debe ser generalizado, sólo así se puede conocer el grado de control

de los pacientes. Así, la investigación de resultados en salud emplea toda una serie de herramientas que pueden ayudar a conocer y evaluar los aspectos del dolor crónico relacionados con la efectividad clínica, el paciente y la economía.

6.- Para que el abordaje del proceso doloroso fuera correcto, es relevante que éste fuera multidisciplinario. Lo más importante no es recortar el gasto, sino tomar medidas para mejorar los procesos sanitarios.

7.- Es prioritaria la formación de profesionales sanitarios en el abordaje, evaluación y tratamiento del dolor.

8.- Es necesaria la existencia de Protocolos y guías de práctica clínica y la educación sanitaria de pacientes y familiares, coordinación asistencial, unidades de primer nivel y de tratamiento del dolor y rehabilitación precoz. Igual de relevante que la planificación: programas de salud.

9.- Para lograr un equilibrio entre los beneficios para la salud y los costos asociados al dolor, es necesario someter las nuevas tecnologías a una rigurosa evaluación económica y clínica antes de su adaptación y difusión dentro de los sistemas de salud.

Se tiene que implicar al médico general en los temas de farmacoeconomía para que se conviertan en un hábito diario, al considerar los costes de las diferentes alternativas terapéuticas para mejorar la eficiencia clínica, ofreciendo lo mejor para el paciente al precio que la sociedad pueda soportar.

SEPTIMA. La Osteopatía se presenta como una herramienta útil en nuestra sociedad y en el ajuste de costes generales sanitarios de nuestro país. Su eficacia y la diversidad de estudios científicos que cada vez toman más relevancia en la comunidad científica española ponen en progreso ascendente dicha práctica.

Del presente estudio se desprende que el ahorro económico de un tratamiento asociado al dolor con técnicas de Osteopatía, supone un ahorro medio por paciente/proceso de dolor de 459,22 euros

Si extrapolamos a la población de Cataluña entre una franja de usuarios entre los 30 y 70 años que son 4.297.675 posibles pacientes, el ahorro en costes puede ascender a la cantidad de $4.297.675 * 459,22 = 1.973.357.831,50$ euros por año.

Si extrapolamos este cálculo al resto de población del territorio español, el ahorro que puede obtenerse es de $26.505.277 * 459,22 = 12.171.753.304$ € por año, TODO UN DESCUBRIMIENTO DE EQUILIBRIO DEL PRESUPUESTO SANITARIO DEL PAIS Y DE LAS ECONOMIAS FAMILIARES.

Teniendo en cuenta esta tabla:

Valor Actual Medicina Tradicional	13.489,60
Valor Actual Medicina con Osteopatía	8.894,38
Tasa de descuento aplicada	4%
Diferencia entre Métodos	4.595,21

Cogemos este número 4.595,21 que supone el ahorro total en favor del método con Osteopatía y lo dividimos entre el número de períodos: 10, $4.595,21/10 = 459,22$ € por paciente y proceso de dolor.

Para extrapolarlo a la población de Cataluña, he buscado en el instituto de estadística de Catalunya (www.idescat.cat) el número de personas entre 30 y 70 años, y he obtenido que hay 4.297.675 personas entre 30 y 70 años. Para calcular el ahorro multiplico este número por el 459,22 que es el ahorro por paciente

Para hacerlo al territorio español hago lo mismo pero con la pagina (www.ine.es) instituto nacional de estadística y obtengo que hay 26.505.277 personas entre 30 y 70 años. Lo mismo para calcular el ahorro multiplico este número por el 459,22 que es el ahorro por paciente.

4.2 Anexos

Encuesta sobre Osteopatía

Ficha técnica

Ámbito: Usuarios de servicios médicos
Universo: Población de los dos sexos de más de 18 años
Tamaño de la muestra de individuos: 401 encuestas
Procedimiento de muestreo: Polietápico, estratificado por provincia y dimensión de municipio, con selección de municipios de forma aleatoria proporcional y de los individuos aleatoriamente por cuotas de sexo y edad.
Método de la recogida de información: El cuestionario se ha realizado mediante entrevista
Error muestral: Por un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P = Q$, el error es de $\pm 5\%$ para el conjunto de la muestra y con el supuesto de muestreo aleatorio simple.

I. Sobre el perfil del encuestado

Sexo: H M

Provincia del domicilio _____

Tipo de vivienda: Rural Urbana

Número de hijos/as: _____

Estado civil:

Soltero/a Casado/a

Separado/a Viudo/a

Situación económica:

Baja Media Alta

Edad:

Menores de 25 años De 25 a 40 años

De 40 a 65 años Más de 65 años

Nivel de estudios

Sin estudios Primarios Secundarios

Estudios universitarios de grado medio

Estudios universitarios de grado superior

Profesión:

Estudiante Profesional Liberal Asalariado

Ama de casa Empresario Funcionario

Parado Jubilado

II. Sobre conocimiento o utilización de la Osteopatía

1.- Año de inicio de patologías:

2.- Visita previa medicina convencional: Si No

3.- Padece problemas articulares, tensionales, contracturas:

Si No

4.- Conoce la Osteopatía: SI No

Si ha contestado que SI, cuál ha sido la razón que le ha derivado a un profesional

Familia y/o amigos Revista Iniciativa propia

5.- ¿Ha probado alguna vez algún osteopata? Si No

Si ha respondido que SI, valoración cualitativa de los resultados:

¿Qué le ha parecido la sesión en relación al tratamiento convencional?

Valore de 0 a 5, donde 0 es mala y 5 es muy buena.

0	1	2	3	4	5

6.- Valoración del coste económico en relación a la asistencia y a los resultados obtenidos en relación al tratamiento convencional

Valore de 0 a 5 donde 0 es muy económico y 5 es muy caro

0	1	2	3	4	5

7.- Valoración del tiempo de resolución de la patología: en comparación al tratamiento convencional.

Valore de 0 a 5 donde 0 es muy lento y 5 es muy rápido

0	1	2	3	4	5

8.- Valoración de calidad asistencial y precio.

Valore de 0 a 5 donde 0 es muy mala y 5 es muy buena.

0	1	2	3	4	5

III. Dirigida al sector médico (para obtener información sobre costes)

Ficha técnica

Ámbito: Médicos
Universo: Medicina General y Traumatólogos
Tamaño de la muestra de individuos: 401 encuestas
Procedimiento de muestreo: Polietapico, estratificado por provincia y dimensión de municipio, con selección de municipios de forma aleatoria proporcional y de los individuos aleatoriamente por cuotas de sexo y edad.
Método de la recogida de información: El cuestionario se ha realizado mediante entrevista telefónica
Error muestral: Por un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P = Q$, el error es de $\pm 5\%$ para el conjunto de la muestra y con el supuesto de muestreo aleatorio simple.

1.- Especialidad médica que ejerce como facultativo:

2.- Ante un paciente con dolor (espalda, caderas, etc.) y/o contracturas que acostumbra a recetar:

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| antiinflamatorios | <input type="checkbox"/> | relajantes musculares | <input type="checkbox"/> |
| pomadas | <input type="checkbox"/> | recuperación funcional | <input type="checkbox"/> |
| Osteopatía | <input type="checkbox"/> | ansiolíticos tipo Valium o diazepam | <input type="checkbox"/> |

3.- Ante un paciente con dolor articular derivado de dolor y/o contracturas que prescribe reposo:

- nunca emite una baja médica
- acostumbra a estar de baja entre 7 y 15 días
- bajas de 15 a 30 días
- bajas de más de 30 días
- bajas de más de 60 días

4.- Deriva a sus pacientes hacia las técnicas osteopáticas

De 0 a 5, donde 0 es nunca y donde 5 es siempre

0	1	2	3	4	5

PREGUNTA ESCRITA E-2932/98

de Joaquim Miranda (GUE/NGL) a la Comisión:

(2 de octubre de 1998)

Asunto: Reconocimiento de un estatuto de medicina alternativa

Habida cuenta de que la Comunidad Europea reconoce la existencia de estatutos de medicina alternativa en algunos países comunitarios, según informaciones de la Asociación de Medicina Natural y Bioterapias de Portugal, asociación afiliada a la Open University, ¿puede informar la Comisión sobre las situaciones reconocidas por la Comunidad Europea en el ámbito de la medicina natural y sobre la posible existencia de ayuda financiera específica o de cursos de formación superior promovidos o reconocidos de manera especial por las instituciones comunitarias?

Respuesta del Sr. Monti en nombre de la Comisión

(16 de noviembre de 1998)

No existe, a escala comunitaria, ningún texto de carácter obligatorio que reconozca y reglamente las actividades en el ámbito de las medicinas alternativas. El reconocimiento de una actividad y su eventual reglamentación son, ante todo, competencia de cada Estado miembro en lo que se refiere a sus condiciones de formación, acceso y ejercicio, cuando no existe una armonización comunitaria. Además, el artículo 129 del Tratado CE sobre la salud pública establece que el tratamiento y los cuidados son competencia de los Estados miembros.

En lo que se refiere a la situación de las medicinas naturales en los Estados miembros, ésta refleja una gran diversidad, pues las actividades relacionadas con estos tipos de medicina pueden estar o no reconocidas según los Estados miembros, ser ejercidas exclusivamente por un médico o por otros profesionales de forma alternativa o complementaria en relación con la medicina tradicional. Su Señoría puede remitirse, a este respecto, a la resolución sobre el régimen de las medicinas no convencionales aprobada por el Parlamento el 29 de mayo de 1997 (A4-0075/97), que describe la

situación de estas medicinas en los diferentes Estados miembros en la fecha de aprobación de dicho texto.

Debe mencionarse la cuestión del reconocimiento de títulos. Cuando en un Estado miembro la actividad no está reservada a un médico, el sistema general de reconocimiento de títulos y formaciones profesionales (Directivas 89/48/CEE y 92/51/CEE)

(1) debe aplicarse al profesional cualificado que desee ejercer en un Estado miembro la misma actividad para la que está cualificado en su Estado miembro de origen. A este respecto, Su Señoría tendrá a bien remitirse a la respuesta dada por la Comisión a la pregunta escrita E-317/94

(2) del Sr. Kostopoulos sobre la quiropráctica, cuyo contenido es aplicable mutatis mutandis al conjunto de las medicinas naturales.

En lo que se refiere al apoyo financiero de la Comisión a cursos de formación superior en este ámbito, el programa Socrates, y sobre todo su capítulo Erasmus, apoyó en 1996/1997 el desarrollo común de un curso avanzado (MA) en formación paramédica. Este programa está coordinado por la University of Kent at Canterbury y cuenta con la participación del Universitaire Instelling Antwerpen y de la Université du droit et de la santé de Lille II.

(2004/C 65 E/262) **PREGUNTA ESCRITA E-2920/03**

de Miquel Mayol i Raynal (Verts/ALE) a la Comisión

(2 de octubre de 2003)

Asunto: Medicinas alternativas y complementarias

Desde hace un tiempo están proliferando asociaciones y profesionales en el ámbito de las medicinas no convencionales que piden una clarificación y una armonización del marco regulador de sus actividades y servicios en la UE.

Visto que están proliferando los «charlatanes», es decir, personas que se hacen pasar por profesionales del sector, cuando no tienen una formación adecuada, ¿qué acciones tiene previsto la Comisión para garantizar la seguridad sanitaria de los consumidores de estos servicios?

Visto que existe una gran disparidad legislativa, ¿tiene previsto la Comisión armonizar a nivel comunitario la disparidad legislativa? ¿Cómo garantiza el mercado único en dicho sector, así como el derecho a la libertad de servicios y la libertad de establecimiento?

¿Qué partida presupuestaria se dedica, a nivel europeo, para las medicinas alternativas?

¿Qué peticiones de la resolución A4-0075/97 (1) del Parlamento Europeo ha llevado a cabo hasta la fecha la Comisión?

(1) DO C 182 de 16.6.1997, p. 67.

Respuesta del Sr. Byrne en nombre de la Comisión

(17 de noviembre de 2003)

Su Señoría ha planteado varios asuntos. La primera pregunta se refiere a los requisitos de cualificación y formación que tienen que cumplir los profesionales de la medicina alternativa y complementaria dentro de la Unión. Según el Tratado CE, los requisitos de cualificación y formación continúan siendo responsabilidad primordial de los Estados miembros. Aunque se han adoptado algunos requisitos mínimos de formación coordinados a nivel comunitario para

las principales profesiones sanitarias, la mayoría de las profesiones, entre las que se encuentran muchas del sector sanitario, no están sujetas a ninguno de estos requisitos. Las disposiciones adoptadas por la Unión tienen como principal objetivo garantizar las condiciones necesarias para el reconocimiento de las cualificaciones de las profesiones reguladas. Para la adopción de nueva legislación en este ámbito, es necesario un gran apoyo por parte de las profesiones implicadas y los Estados miembros. A la Comisión no le consta que se cuente con un apoyo fuerte y generalizado para la adopción de nuevas medidas relativas a la medicina alternativa y complementaria.

Respecto del reconocimiento profesional, la Directiva 89/48/CEE del Consejo, de 21 de diciembre de 1988, relativa a un sistema general de reconocimiento de los títulos de enseñanza superior que sancionan formaciones profesionales de una duración mínima de tres años (1) y la Directiva 92/51/CEE del Consejo, de 18 de junio de 1992, relativa a un segundo sistema general de reconocimiento de formaciones profesionales (2) se aplican a todo nacional de un Estado miembro que desee ejercer una profesión regulada en otro Estado miembro. En este contexto, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ha corroborado con su decisión de 3 de octubre de 1990 (C-61/89, Bouchoucha) que el Artículo 43 del Tratado CE no se opone a que un Estado miembro reserve únicamente a las personas que posean el título de médico el ejercicio de una actividad paramédica.

Además, para garantizar la protección de la salud, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas resolvió en su sentencia de 11 de julio de 2002 (C-294/00, Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilverfahren GmbH) que hay que recordar que la protección de la salud pública figura entre las razones que, en virtud del apartado 1 del artículo 46 del Tratado CE, pueden justificar restricciones a la libertad de establecimiento y prestación de servicios.

La segunda cuestión se refiere a la legislación comunitaria sobre medicinas alternativas. En su Resolución de 29 de mayo de 1997, el Parlamento Europeo pidió que se trabajara para velar por la seguridad y eficacia de los productos de medicina alternativa. En este sentido, la Comisión adoptó una propuesta de una Directiva relativa a medicamentos tradicionales a base de plantas, de enero de 2002 (3). La votación del Parlamento en primera lectura se llevó a cabo en

noviembre de 2002. Según la propuesta modificada (4) adoptada por la Comisión el 9 de abril de 2003 y el acuerdo político del Consejo alcanzado en septiembre de 2003, el texto podría adoptarse antes de finales de 2003

Respecto del gasto en medicinas alternativas, el programa de salud pública no cubre estos productos. En lo que se refiere a la financiación comunitaria destinada a la investigación, la prioridad 1 «Ciencias biológicas, genómica y biotecnología aplicadas a la salud» y la sección de investigación para la adopción de políticas del sexto programa marco para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración para el período 2002-2006, no prevé este tipo de investigación. Sin embargo, la sección del sexto programa marco sobre financiación para la coordinación de actividades nacionales incluye, dentro del apartado de salud, la medicina alternativa o no convencional.

(1) DO L 19 de 24.1.1989.

(2) DO L 209 de 24.7.1992.

(3) DO C 126 E de 28.5.2002.

(4) COM (2003) 161 final.

4.3 Bibliografía y fuentes

Gevitz N. Center or Periphery, The Future of Osteopathic and Practices. JAOA 2006, pag 121-129.

Emil P. Lesho. An overview of Osteopathic Medicine. Arch Fam Med. 1999; 8:477-484. Sacado de "La influencia de la osteopatía en la fisioterapia, nuevos tiempos". Alicia Muñoz Bono [Http://www.efisioterapia.net/articulos](http://www.efisioterapia.net/articulos)

http://search.who.int/search?q=definicion+de+salud&ie=utf8&site=who&client=_es_r&hl=lang_es&lr=lang_es&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8 (Verificado 31/05/2014).

Boris Lazzarini. Cátedra UNESCO de Sostenibilidad. Universidad Politécnica de Catalunya.

Roberti di Sarsina, P. *et al.* *Widening the paradigm in medicine and health: person centered medicine as the common ground of traditional, complementary, alternative and non-conventional medicine*. En: Health care overview: new perspectives, advances in predictive, preventive and personalized medicine. Dordrecht, Springer Netherlands, 2012, 1: 335–353.

Centro de Información Europeo sobre la Medicina Complementaria y Alternativa [sitio web]. (<http://www.eiccam.eu/home.php?il=2&l=es>)

Barnes, P. M. *et al.* *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Hyattsville, M. D., Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, 2008 (National health statistics reports, núm. 12).

Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud, 2013.

Roulier, Guy. La práctica de la osteopatía. Editorial. Edaf. 1995. P. 23.

A.T. Still. "La philosophie et les principes mécaniques de l'osteopathie" Ed. Frison-Roche. P. 1.

A.T. Still. "La philosophie et les principes mécaniques de l'osteopathie" Ed. Frison-Roche. P. 30.

A. T. Still and the birth of osteopathy. Baldwin, Kansas, USA, 1855. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639626>

Bouza, Suarez (2000), Reflexiones acerca del uso de los conceptos de Eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud, Escuela nacional de salud pública "Carlos J. Finlay", Cuba, 25 pp.

Diccionario de la Real Academia Española, Editorial Espasa 2001, pag 1638.

Alicia Muñoz Bono "La influencia de la osteopatía en la fisioterapia, nuevos tiempos" (<http://www.efisioterapia.net/articulos/>).

Ibídem. Páginas de la 4 a la 8.

Bienfait, Marcel Geronès, Carmen. Urritz , "Bases elementales técnicas de la terapia manual y de la osteopatía." Editorial Paidotribo, SL, 1996.

Fajardo, Francisco. "La osteopatía y el osteópata: la salud en sus manos. Masaje : revista de masaje, técnicas manuales y terapias naturales". 2002, págs. 6-7.

Andrew Vickers, Catherine Zollman. BMJ 1999; 319:1176-1170 y Adrew Vickers. Complementary medicine. BMJ. 2000; 321: 683-686.

Gilbert A, Carnot P. Biblioteca de terapéutica. Carnot P, Dagrón, Ducroquet, Nageottewilbouchewitch. En: Cautru, Bourcart. Quinesiterapia: masaje, movilización, gimnasia, 2.^a ed. Barcelona: P. Salvat; 1921.

OMS. Comité de expertos de la OMS en Rehabilitación Médica. Segundo informe (Serie de informes técnicos 419), Ginebra: OMS; 1969.

Fajardo, Darío M. (2002) "Situación y perspectivas del desarrollo rural en el contexto del conflicto colombiano". Documento presentado en el seminario "Situación y perspectivas para el desarrollo agrícola y rural en Colombia" FAO, Santiago de Chile, julio 17-19, 2002.

Vickers, A. Incorporating data from dissertations in systematic reviews. Int. J. Technol Assess Health Care 2000 16:2: 711-713.

A. T. Still and the birth of osteopathy. Baldwin, Kansas, USA, 1855. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639626>.

Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, Gevitz FO, Nash DB. Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. Diabetes Care. 2000;23:951-6.

Rull Bartomeu M. Introducción. Unidad de tratamiento del dolor. Servicio de Anestesiología y dolor. Hospital San Juan. Coordinador. Dolor agudo y crónico. Actitudes terapéuticas. Tarragona: Martgraf S.A.; 1990. p. 9

Rull Bartomeu M. Introducción. Unidad de tratamiento del dolor. Servicio de Anestesiología y dolor. Hospital San Juan. Coordinador. Dolor agudo y crónico. Actitudes terapéuticas. Tarragona: Martgraf S.A.; 1990. p. 9.

Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain. A critical look. Clin Orthop 279 (1992) 8-20.

Matheson, L., & Brophy, R. (1997). Aggressive early intervention after occupational back injury. Journal of Occupational Rehabilitation, 7(2), 107-117.

Rohling, M.L., Binder, L.M. and Langhinlichsen-Rohling, J., Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain, Health Psychol., 14 (1995) 537-547.

Wandell, P.E., Brorsson, B. and A b e r g, H., Psychic and socioeconomic consequences with diabetes compared to other chronic conditions, Scand. J. Soc. Med., 25 (1997) 39-43.

Goossens, M.E.J.B., Rutten-van Mólken, M.P.M.H., Leidl, R.M., Bos, S.G.P.M., Vlaeyen, J.W.S. and Teeken-Gruben, N.J.G., Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. II. Economic evaluation, J. Rheumatol., 23 (1996) 1246-1254.

Cutler, R.B., Fishbain, D. A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E, Khalil, T. M. And Rosomoff, R.S., Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work? A review and meta-analysis of the literature, Spine, 1994;19: 643-652.

Flor H., Fydrich, T and Turk. D.C., Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta- analitic review, Pain, 1992;49: 221-230.

Goossens, M.EJ.B. and Evers. S.M.A.A., Economic evaluation of back pain interventions, J. Occup. Rehab., 7 (1997) 15-32.

"Osteópatas Ley de 1993". 27 de mayo 2011. http://www.legislation.hmso.gov.uk/acts/acts1993/Ukpga_19930021_en_1.htm. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

Consejo General de Osteopatía. Disponible: <http://www.osteopathy.org.uk/practice/becoming-an-osteopath/training-courses>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

La osteopatía en el Reino Unido, Alianza Internacional de Osteopatía

"Glosario de Terminología de Osteopatía". Consejo para la Educación relativa a los principios osteopáticos (ECOP). Asociación Americana de Colegios de Medicina Osteopática (AACOM).

"Guía de Estilo de Osteopatía". Asociación Americana de Osteopatía.
http://www.do-online.org/index.cfm?PageID=mc_kitstyle

Comeaux, Zachary. "Organización Mundial de la Salud de Osteopatía".
<http://www.who.org/~V>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

"Bachelor of Science (Ciencias Clínicas) | Universidad de Victoria | Melbourne, Australia". Vu.edu.au. 04 de noviembre 2011.
<http://www.vu.edu.au/courses/bachelor-of-science-clinical-sciences-hbop>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

"Maestro de Ciencias de la Salud - Osteopatía". 08 de julio 2011.
<http://www.vu.edu.au/courses/master-of-health-science-osteopathy-hmos>. Consultado el 13 de noviembre de 2011.

Resolución 301, H229-A/05 osteópata y Osteopatía - Uso de las Condiciones, aprobado por la Cámara de Delegados de AOA, julio de 2010.

La Alianza Internacional de Osteopatía: La unificación de la profesión osteopática. Osteopatía de la Alianza del Comité Directivo Internacional.
http://www.oialliance.org/pdf/oia_article_triad0905.pdf. Consultado el 19 de septiembre de 2006.

Guic, E., Puga, I. & Robles, I. (2002). Estrategias de afrontamiento en pacientes con lumbago crónico. *Psykhé*, 1, 159-166.

Ohayon MM, Schatzberg AF. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry* 60(1):39-47.
