

The background features a white canvas with various abstract elements. At the top, there are clusters of small orange crosses and plus signs. On the left, a group of black curved dashes is arranged in a semi-circle. On the right, a semi-circle of orange dashes is visible. The bottom half of the page is dominated by thick, expressive brushstrokes in shades of orange, blue, and green, creating a sense of movement and depth.

Capítulo II

El derecho a la salud: la quiropráctica como coadyuvante en México

Capítulo II

El derecho a la salud: la quiropráctica como coadyuvante en México

María Estela Juárez Soto*

Raquel Alemán Morales**

Rosa María Cuellar Gutiérrez***

SUMARIO: Introducción; I. Derecho a la salud; II. La quiropráctica en México; III. La quiropráctica como coadyuvante en el derecho a la salud; IV. Conclusiones; V. Lista de referencias.

Introducción

A lo largo de la historia, en materia de salubridad hemos observado la interrelación de la población y la Iglesia. El principio de brindar auxilio y asistencia a los necesitados era un desinterés desbordado del bien común. Posteriormente, el Estado, a través de los decretos del gobierno y la evolución de leyes a favor de los Derechos Humanos, pasó a ser el órgano responsable de brindar atenciones en materia de derechos a la salud. Fue también gracias a las reformas constitucionales y a los cambios en varios artículos de manera específica— que se han logrado conciliar derechos

* Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, correo personal: juarezsotome@gmail.com

** Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, correo personal: alemanmr96@gmail.com

*** Miembro del Núcleo Académico Básico de la Maestría en Derechos Humanos y Justicia Constitucional sede Xalapa de la Universidad Veracruzana, correo institucional rcuellar@uv.mx

universales, cambiando del derecho a la protección de la salud al Derecho Humano que da acceso a una salud de calidad.

En la actualidad, la salud es uno de los temas más abordados en el panorama global: ha cobrado suma importancia desde la llegada de la pandemia que sacudió al mundo en 2019; además, de los estragos que este fenómeno ha dejado a su paso no les será posible a las naciones recuperarse en un corto plazo. Si bien la salud siempre ha sido un tema de relevancia global, en México no lo fue sino hasta 1983. Según la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (2021), la protección a la salud se añadió al Artículo 4º constitucional, pues antes de esa fecha la salud se consideraba como un servicio al cual sólo podrían acceder los ciudadanos que contaran con seguridad social y sus familiares.

Al haber sido incorporado el derecho a la salud en la Constitución, de manera inexcusable el Estado debe proteger el acceso igualitario a los servicios de salud. Por esta razón fueron decretados en 1984, en la Ley General de Salud (LGS), los fundamentos y maneras en las que se podría acceder a los servicios de salud. Como ejemplo de un servicio de salud nos referimos a la atención quiropráctica, pues al ser una opción de primer contacto ayuda a prevenir enfermedades cuyo tratamiento a largo plazo repercute en las finanzas del país: así lo refleja el presupuesto asignado al área de salud. Sin duda, al ser de primer contacto, esta atención reduce los costos del servicio gubernamental. Muestra clara de la reducción de los gastos anuales es la que exponen Harwood et al. (2022): los autores explican que el costo anual de un paciente que cuenta con un seguro en Estados Unidos disminuye si su atención inicia con un quiropráctico, profesional de la salud de primer nivel. En términos financieros, se trata de \$5,093 dólares al iniciar un tratamiento con un profesional de la quiropráctica, frente a \$5,660, cuando se inicia con un médico general. Estas cantidades

se ven aún menores en contraste con el costo de tratamiento anual si se recurre a un ortopedista: \$9,434 dólares.

Lo anterior obedece a un presupuesto de naturaleza conservadora de las intervenciones quiroprácticas, pues tampoco se recetan medicamentos que aumentan el costo total que percibe el paciente. Cabe señalar que los principales motivos de atención al paciente en un consultorio quiropráctico, según la American Chiropractic Association (s.f.), son la lumbalgia, la cervicalgia, el dolor de cabeza tensional y atención a adultos mayores.

Actualmente, debido a la pandemia que se vive, el sector salud ha visto un crecimiento en su inversión, pues como Fundar (2022) explica, la salud representó un gasto público total de 10.6% en el 2021, en comparación con el 10.4% del 2020. Esta cifra sólo aumentaría en el 2022, con un 11.2%. Es Ortega (2021) quien menciona que se estimó una cifra aproximada de 800,000 millones de pesos para el fortalecimiento del sector salud, cifra en la que se puede observar el crecimiento en la inversión en la mayoría de los programas de salud del 2021 al 2022.

I. Derecho a la salud

A lo largo de la historia se ha podido observar el surgimiento de los Derechos Humanos. Su auge, como menciona el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2017: 2), se remonta muchos años atrás, cuando, en su etapa más primordial, Ciro el Grande conquistó Babilonia en 536 a. C., dejando a los esclavos libres. Este hecho convirtió a este personaje en el primer precursor de los Derechos Humanos. Sin embargo, no fue sino dos mil años después, en 1945, cuando apareció por primera vez este término en la Carta de las Naciones Unidas.

Por su parte, el Derecho, al ser un conjunto de normas que establecen las bases de convivencia social mediante la adjudicación de deberes y la conferencia de facultades, con el

objetivo de otorgar a los actores sociales seguridad, igualdad, libertad y justicia (Cano, 2013), puede abarcar el campo de la salud. Los alcances del Derecho buscan brindar una atención digna, sin excepciones, *gratuita* y completa para el derechohabiente.

El derecho a la salud entonces nació de la misma necesidad de proveer herramientas para el cumplimiento de éste. Debido a ello, las Naciones Unidas establecieron que esta prerrogativa era primordial. Asimismo, con este principio se dio lugar a la Organización Mundial de la Salud (s.f.), con un alcance global, y a la Organización Panamericana de la Salud (s.f.), institución que atiende asuntos de salud en América Latina y el Caribe.

Por otro lado, el término *salud* se refiere al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, s.f.: 1). Si tomamos esto en cuenta y lo relacionamos con la adjudicación de los derechos a los actores sociales y el apuro de subsanar las necesidades básicas de los habitantes, aparece la intersección de los derechos como materia teórica, pues son empleados para la formación e implementación de la conciencia social en materia de Derechos Humanos.

Analizados estos dos términos, podemos entender que los Derechos Humanos son un conjunto de prerrogativas que tienen sustento en la dignidad del ser humano; igualmente, son inherentes y están establecidos dentro del orden jurídico nacional, en la Constitución Política, los tratados internacionales y las leyes (CNDH, s.f.).

Con todo lo anterior, estamos en posibilidad de señalar que la *Declaración Nacional de los Derechos Humanos* (2015) establece en su Artículo vigésimo quinto, primer párrafo, que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en

especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) contempla el derecho a la salud en su Artículo 4º, párrafo tercero, cuya última reforma fue el 08 de mayo de 2020; a la letra dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

De esta manera se salvaguarda el Derecho Humano a la salud para toda aquella persona. De la Carta Magna se desglosa la Ley General de Salud, cuyo empleo es la *gestión* de este derecho y de los recursos de los cuales se dispone. Esta norma hace responsable al Estado de la provisión de estas facultades; a los prestadores de servicio, de atenerse a la legalidad de sus acciones; y a los derechohabientes, a exigir su derecho a la salud.

Ahora bien, la salud y el bienestar son el tercer tema de importancia en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Con ellos se desea asegurar una vida sana y fomentar el bienestar para todos, para que, en un escenario ideal, un estilo de vida digno se encuentre al alcance de cualquier grupo etario y de esta manera se logre “la cobertura sanitaria universal, en particular la

protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Naciones Unidas, s.f.: 3). Esto también se menciona en el punto 3.8 de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas

México se ha involucrado en la creación de diversos programas e instituciones en respuesta a las necesidades tanto globales como nacionales. La Secretaría de Gobernación (2019: 15), por ejemplo, estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en su apartado segundo, cuyo título es “Política Social en el tema Salud para toda la población”, que parte importante de los fenómenos que afectan el tema de la salud se debe al estrechamiento presupuestario del Seguro Popular. Asimismo, se cuenta entre los motivos la no afiliación de la población de escasos recursos a alguna institución de seguridad social, creando un plano desigual para el acceso y obtención de estos servicios.

Desde entonces, el gobierno de México dio respuesta a esta situación con la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), que, como menciona la Secretaría de Gobernación (2019: 15), tiene el expreso objetivo de dar servicio en todo el territorio nacional a todas las personas que no se encuentren afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El programa establece que esta oferta combatirá la corrupción en el sector salud, identificará a los hospitales públicos, dará prioridad a la prevención de enfermedades, proporcionará información y realizará acciones sanitarias para garantizar que todos los habitantes puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita.

Si bien lo anterior parece ser la solución idílica para las áreas de oportunidad del país en cuanto a la garantía de atención de la salud a sus habitantes. La propuesta ha sido recibida con

críticas contundentes respecto a su capacidad de ejecución, pues, como bien establecen Illán y Hernández (2021), para considerar adecuada una situación de fácil acceso a los servicios se debe garantizar la disponibilidad en establecimientos, insumos y personal; la accesibilidad, que se entiende como la capacidad de los habitantes de acceder a las instalaciones y que también engloba la no discriminación; la aceptabilidad, de los servicios que ofrecen tomando en cuenta las sensibilidades de los pacientes; y la calidad del servicio que se ofrece.

Es entonces cuando Illán y Hernández (2021) argumentan que, siguiendo estos criterios, la atención, aunque sea por esta nueva vía, sigue sin cumplir con todos los requisitos, principalmente de los mencionados por la CNDH (s. f.: ²), donde se comprende a la salud como parte de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA). Este grupo de prerrogativas son aquellos derechos relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas; el Estado es responsable de ellos al optar por medidas que los salvaguarden hasta el máximo de los recursos de los cuales disponga.

Sin embargo, es precisamente este punto el que discuten los autores cuando describen al factor pobreza como el motivo principal de la escasez de recursos y servicios, tanto en las instituciones como en la capacidad de la población a acceder a los mismos (Illán y Hernández, 2021). Esta situación se acentuó con la pandemia de Covid-19, como lo hace notar el gobierno de México (2022) cuando reporta una contracción de 8.2% del PIB real anual en el año 2020, debido a la situación sanitaria.

Hablando del concepto crematístico referente al país, el factor monetario no solamente considera la facilidad de acceso que tiene el usuario de los servicios de salud, sino también su nivel social o estado económico. Demás, toma en cuenta que la adquisición de insumos hospitalarios, herramientas y equipo necesario para el personal de salud dependerían de la capacidad

pecuniaria del Estado. Lo anterior está establecido en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios (2020:3). De acuerdo al *Campo de Aplicación* de la norma, se afirma que el material utilizado es detallado y específico para la atención de primer contacto, así como obligatorio para todos aquellos consultorios médicos donde se brinda tal atención en la República Mexicana. No obstante, los precios de estos insumos llegan a superar las cinco cifras.

Al realizar una comparación somera del material básico solicitado en las leyes de salud, podemos encontrar una amplia diferencia económica entre el consultorio público de atención general de salud y un consultorio privado de quiropráctica. Esta diferencia existe a pesar de que se trata de una suma grande en ambas instancias: en el caso del consultorio médico, se requiere la adquisición continua de material; por el contrario, el consultorio quiropráctico cuenta con un recurso humano que efectúa las terapias manuales, pues debido a que se trata de una práctica conservadora que no siempre requiere de personal auxiliar, los costos adicionales son mínimos e incluso llega a ser una atención autosustentable.

Por lo tanto, es evidente la conveniencia de la consulta quiropráctica para una atención de primer contacto. Además, la quiropráctica serviría para el diagnóstico y la derivación oportuna con otros especialistas en el sistema de salud, pues se trata de una carrera multidisciplinaria.

II. La quiropráctica en México

La quiropráctica, de acuerdo con la World Federation of Chiropractic (WFC) (2001: 1), es la profesión sanitaria que se dedica al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de trastornos mecánicos del sistema musculoesquelético. Esta

disciplina se ayuda de terapias manuales y otras manipulaciones articulares y de tejido blando. Por su parte, la OMS (2005) la define como la profesión sanitaria que se ocupa del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos del sistema neuromusculoesquelético y de los efectos que tienen dichos trastornos sobre la salud en general. Además, agrega que esta práctica “concede una particular importancia a las técnicas manuales, como la manipulación o el ajuste de las articulaciones y se centra especialmente en las subluxaciones” OMS (2005:10).

La quiropráctica arribó a México, según relatos de Weiant (1921), en el siglo pasado, en los años veinte. Fue traída por profesionales estudiados en Estados Unidos, en donde se creó la profesión como la conocemos en 1895, de la mano de David Daniel Palmer, a quien la American Chiropractic Association (2021) menciona como el padre de la quiropráctica.

Palmer fue también quien estableció la primera universidad quiropráctica en el mundo, de la cual egresaron los quiroprácticos que llegaron a México en la primera oleada de profesionales que buscaban nuevos horizontes para un trabajo digno, existía una persecución profesional de los quiroprácticos porque eran percibidos por los médicos como no aptos. Estos profesionales contaban en esos momentos con el monopolio de atención al paciente (Agocs, 2011).

Menciona Weiant (1921) que la implantación de la profesión en México no encontró tanta resistencia debido a dos circunstancias particulares: una, la forma de otorgar los permisos laborales en aquella época, pues éstos eran aprobados por el Director de la entonces Universidad Nacional (ahora UNAM), José Vasconcelos Calderón; la segunda, debido a que esta figura no contaba con el contexto sociocultural que informaba el sentir para con los quiroprácticos.

Al respecto, la Federación Latino Americana de Quiropráctica (s.f.) afirma que en esa primera oleada llegó el quiropráctico al que le sería otorgada la primera cédula profesional en México, en 1955: Francisco Montaña Luna D.C. Entre su amplia cartera de pacientes estaban Pascual Ortiz Rubio, quien sería Presidente de la República, y Ángel Cenicero, Secretario de Educación.

Fue entonces que la profesión se encontró en un campo amplio y desierto donde la atención quiropráctica era imprescindible y donde la educación se convirtió en una latente necesidad, debido a las oportunidades abiertas por los quiroprácticos en México. Uno de ellos, Enrique Benet Canut D.C., miembro fundador y primer Presidente de la Sociedad Científico Quiropráctica de México, tuvo la visión de implementar la formación de esta profesión en el país.

Como menciona el Centro Quiropráctico Benet (s.f.: 4), el mismo doctor Benet fue promotor, fundador y primer Director de la Licenciatura en Quiropráctica de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (2001-2004). Esta carrera fue creada bajo decreto estatal, con apoyo del gobierno del Estado de México. Otro respaldo fue el convenio suscrito con la Secretaría de Educación Pública el 22 de diciembre del 2000, estableciendo un “Organismo Público Descentralizado de carácter estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio”. Las labores académicas oficialmente fueron inauguradas un año después de su creación. De esta forma, la Licenciatura en Quiropráctica marcó un precedente innovador y oportuno para la sociedad (UNEVE, s.f.: 1).

Para el año 2009, la Licenciatura en Quiropráctica empezó a ser impartida en la Universidad Estatal del Valle de Toluca, cuyas funciones escolares vieron la luz en septiembre del mismo año en que se fundó el Periódico Oficial “Gaceta de Gobierno” (UNEVT, s.f.: 1).

Es en 2013 cuando el plan de estudios para la Licenciatura en Quiropráctica, tercero en su clase a nivel nacional, llega a la Universidad Veracruzana. Se trata del primer programa educativo que se anida en una Facultad de Medicina. Fue creado con la colaboración del Colegio de Profesionistas Científico-Quiroprácticos de México A.C. y de la North Western of Health Sciences University (Universidad Veracruzana, s.f.: 1). Se tomaron entonces bases clínicas de la formación médica, cuya influencia se vería reflejada en la duración de la carrera, pues, a diferencia de la formación en las universidades previamente mencionadas, que es de ocho semestres más un año de servicio social, la Universidad Veracruzana decidió establecer una duración de seis años en total (ocho semestres de formación académica, un año de prácticas clínicas y un año de servicio social). La finalidad de esta duración es que el perfil del egresado sea completo y desarrolle una visión basada en tres pilares: pensamiento científico, pensamiento artístico y pensamiento filosófico, de manera que la atención brindada al paciente sea acertada y contribuya a una recuperación de salud plena.

Todos estos programas educativos han creado oportunidades para desempeñarse de manera legal en el ámbito de la quiropráctica en México, no sólo respaldando a las personas que decidan recibir atención quiropráctica, sino también a todos aquellos individuos que pretendan hacer de ésta un medio de vida. Al respecto, señalamos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 123, primer párrafo (adicionado el 19 de diciembre de 1978 y reformado el 18 de junio de 2008), que:

Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.

Con base en lo anterior, la promoción de una práctica guiada en el deber ser y en el correcto actuar de la profesión,

instruida también por las NOM y la LGS, es vital para la correcta ejecución de la labor quiropráctica y de todas las profesiones de salud en México.

III. La quiropráctica como coadyuvante en el derecho a la salud

En México existen actualmente tres niveles de atención a la salud. El primero corresponde a la atención de primer contacto, es decir, aquella atención a la cual la población está más cercana. Como ejemplo podemos tomar a las clínicas rurales, los centros de salud o de medicina familiar. Este primer nivel es el más importante y cuenta con tres funciones primordiales: llevar a cabo el registro del paciente en el sistema, consolidar la integración y simplificar la información del historial de cada derechohabiente.

En el segundo nivel se integran aquellos hospitales de referencia. Se trata de aquellos adonde son enlazados los pacientes, en caso de que sea necesaria alguna intervención que requiera mayor supervisión médica, como lo son los hospitales regionales de salubridad, los hospitales generales o bien aquellas clínicas de atención privada. El tercer nivel, por último, se refiere a la red formada por hospitales de alta tecnología e institutos especializados en donde la atención es ya más focalizada en un solo padecimiento (Van der Stuyft y De Vos, 2008).

Como podemos comprender, el sistema de atención a la salud va de lo general a lo particular. Este hecho se muestra idóneo para poder facilitar el uso de recursos y de personal, en relación con lo que demanda el usuario. Sin embargo, en el país ha sido creciente la ola de negligencia y olvido que han tenido tanto la atención médica como los cuidados en el hogar por parte del paciente. Igualmente ha sido necesario remodelar e implementar nuevas herramientas y tratamientos a los niveles de atención.

Existen diversos tratamientos que se integran para la atención holística del paciente. En México, el IMSS ofrece una serie de servicios: se abarcan el primer nivel, en donde se encuentran la atención ambulatoria y prevención educativa y la medicina preventiva; y el segundo nivel, es decir, el nivel hospitalario (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.). Como menciona Mijangos-Fuentes (2014), la atención holística al cuidado engloba varios aspectos que involucran al paciente, como lo son su biología, su psicología, su vida social, espiritual y cultural, así como la interacción que tiene con lo que lo rodea. La finalidad es afirmar que lo que se trata no es una enfermedad, sino un individuo que piensa, siente y necesita de una atención plena para su bienestar.

Las enfermedades mayormente atendidas en el sistema de salud en México estos últimos años, de acuerdo con Statista Research Department (2022), han sido infecciones respiratorias agudas, con un total estimado de 14 millones de casos en el 2020; infecciones intestinales, en tercer lugar; y el COVID-19, en cuarto sitio, con 1.5 millones de casos.

En el mismo sentido, la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (2019) menciona que en México prevalece la desatención de enfermedades. Se trata de padecimientos frecuentemente ignorados debido a que afectan a la población menos favorecida: tuberculosis, rotavirus, lepra, enfermedad de Chagas, entre otros.

De igual manera el Instituto Mexicano del Seguro Social (2020) señaló una lista de enfermedades que afectan la longevidad de los pacientes. Las principales son cardiovasculares y circulatorias. Dentro de la lista se encuentran también las enfermedades musculoesqueléticas, las cuales tienen la particularidad de que no disminuyen en gran medida la vida del paciente, sino que se quedan presentes y afectan al individuo en diferentes formas a lo largo de los años.

Acerca de este tema, la OMS (2021) menciona que los trastornos musculoesqueléticos comprenden más de 150 afecciones del sistema locomotor. Tienen manifestaciones variadas y su ocurrencia depende del individuo. También se señalan datos relativos a la carga mundial de morbilidad: aproximadamente 1,710 millones de personas en todo el mundo las padecen, mientras que el dolor lumbar es el principal factor de los trastornos musculoesqueléticos.

Es aquí donde la quiropráctica adquiere importancia. Como mencionan Gevers-Montoro et al. (2021), el dolor de columna es una condición prevalente en más del 11% de la población del mundo. En varios casos, el tratamiento puede llegar a requerir del uso de fármacos y tratamientos invasivos que representen riesgo y gastos para el paciente. Al mismo tiempo, los autores argumentan que en tiempos más recientes el tratamiento conservador ha tenido auge en cuanto a la manipulación espinal como terapia, pues ha sido la alternativa más utilizada y la herramienta principal del quiropráctico.

Por último, si bien no hay información reciente sobre la manipulación espinal, si existen estudios donde se evalúa la satisfacción de los pacientes. Por ejemplo, Mallar et al. (2022) mencionan que los sujetos de estudio mostraron satisfacción con el cuidado quiropráctico, en conjunto con la atención de su médico de cabecera. Se deja así un precedente para incluir el cuidado quiropráctico en el primer nivel de atención, pues gracias a la pronta rehabilitación se discute la utilidad del tratamiento quiropráctico en el manejo clínico del paciente.

IV. Conclusiones

Como hemos explorado, la quiropráctica es una profesión sanitaria enfocada en el tratamiento de enfermedades musculoesqueléticas mediante terapias manuales mejor conocidas como ajustes, los cuales se dirigen a un segmento

articular específico y se ayudan de un impulso de alta velocidad y poca amplitud. Los tratamientos siguen una línea de dirección adecuada para la articulación tratada, y dichos ajustes son poco invasivos e idealmente indoloros, aunque sí aptos para todas las edades, con algunas excepciones si la clínica lo indica.

Al ser una disciplina basada en la interacción primaria de los pacientes, debería entonces ser parte del catálogo de servicios de primer contacto. Si bien la profesión, hasta cierto punto, es parte de la oferta nacional de profesiones de salud en el ámbito privado, a ésta se le niega la inclusión en el sistema público. Con este hecho se restringe a la población la posibilidad de acceder a este servicio y, al mismo tiempo, se le priva al gobierno de economizar el presupuesto. La razón de esta situación es la falta de inclusión del término *quiopráctica* en el Artículo 79 de la Ley General de Salud. Durante varios años se ha buscado esta inclusión, pues si bien esta actividad es considerada por la Secretaría de Educación como una profesión capaz de ser ejercida y entendida por la Secretaría de Hacienda como un servicio mediante el cual se puede obtener ganancias de manera lícita, persiste una falta de cobertura legal a nivel salud. Esto se traduce en un impedimento al profesional de la quiopráctica para ingresar a instituciones gubernamentales y ejercer su profesión.

Con este artículo, nuestro objetivo fue difundir que, a pesar de ser una profesión relativamente nueva en México, de ser manejada correctamente podría mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres mexicanos. Por si fuera poco, de ser aprobada, México se uniría a los pocos países que incluyen a la quiopráctica en una atención pública y se mantendría a la vanguardia en materia de salud, cimentando la atención primaria y preventiva como un concepto clave para la mejora continua de los servicios.

V. Lista de referencias

- AGOCs, S. (2011). Chiropractic's fight for survival. *AMA Journal of Ethics*, 13(6), 384–388. Recuperado de: <https://doi.org/10.1001/VIRTUALMENTOR.2011.13.6.MHST1-1106>
- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS (2017). *Relato histórico de los Derechos Humanos*. ACNUR. Recuperado de: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/historia-de-los-derechos-humanos-un-relato-por-terminar>
- AMERICAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION (s. f.). *What Research Shows*. ACA. Recuperado de: <https://www.acatoday.org/research/what-research-shows/>
- AMERICAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION (2021). *History of Chiropractic*. Recuperado de: <https://www.acatoday.org/About/History-of-Chiropractic>
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INDUSTRIAS DE INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA (2019). *Presencia de enfermedades desatendidas en México: cuáles son y cómo participa la industria biofarmacéutica*. AMIIF. Recuperado de: <https://amiif.org/presencia-de-enfermedades-desatendidas-en-mexico-cuales-son-y-como-participa-la-industria-biofarmaceutica/>
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INDUSTRIAS DE INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA (2021). *Breve historia del artículo constitucional que protege a la salud*. AMIIF. Recuperado de: <https://amiif.org/breve-historia-del-derecho-que-protege-la-salud/#:~:text=El%207%20de%20febrero%20de,en%20materia%20de%20salubridad%20general>
- CANO, M. (2013). *Conceptos Jurídicos Fundamentales*. Recuperado de: https://www.poderjudicial-gto.gob.mx/pdfs/ifsp_conceptosjuridicosfundamentales-1.pdf
- CENTRO QUIROPRÁCTICO BENET (s.f.). *Dr. Enrique Benet*. Centro Quiropráctico Benet. Recuperado de:

<https://centroquiropacticobenet.com.mx/index.php/dr-enrique-benet/>

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (s. f.). *Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales*. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/programa/39/derechos-economicos-sociales-culturales-y-ambientales>

CONGRESO DE LA UNIÓN (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2020). *NOM-005-SSA3-2018 Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios*. Recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020#gsc.tab=0

FEDERACIÓN LATINO AMERICANA DE QUIROPRÁCTICA (s.f.). *Francisco Montaña Luna D.C, Ph.C. FLAQ*. Recuperado de: <https://flaq.org/francisco-montano-luna-d-c-ph-c/>

GEVERS-MONTORO, C., PROVENCHER, B., DESCARREAU, M., ORTEGA, M., Y PICHE, M. (2021). Clinical Effectiveness and Efficacy of Chiropractic Spinal Manipulation for Spine Pain. *Frontiers in Pain Research*, 0, 77. Recuperado de: <https://doi.org/10.3389/FPAIN.2021.765921>

GOBIERNO DE MÉXICO (2022). *La economía mexicana creció 4.8% en 2021*. Gaceta Económica. Recuperado de: <https://www.gob.mx/shcp/gacetaeconomica/articulos/la-economia-mexicana-crecio-4-8-en-2021>

HARWOOD, KJ., PINES, JM., ANDRILLA, CHA., Y FROGNER, BK. (2022). Where to start? A two stage residual inclusion approach to estimating influence of the initial provider on health care utilization and costs for low back pain in the US. *BMC Health*

- Services Research*, 22(1), 694. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1186/S12913-022-08092-1>
- ILLÁN, E., Y HERNÁNDEZ, C. (2021). *El derecho a la salud es un Derecho Humano*. *Revista CONAMED*, 26(2), 89–94. Recuperado de:
<https://doi.org/10.35366/100351>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (s.f.). *Acercando el IMSS al ciudadano*. IMSS. Recuperado de:
<http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/atencion-salud>
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2020). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2019-2020*. Recuperado de:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20192020/09-Cap05.pdf>
- MALLAR, F., LEMEUNIER, N., MIOR, S., PECOURNEAU, V., Y COTE, P. (2022). Characteristics, expectations, experiences of care, and satisfaction of patients receiving chiropractic care in a French University Hospital in Toulouse (France) over one year: a case study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1), 229. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1186/S12891-022-05147-6>
- MIJANGOS-FUENTES, K. I. (2014). El Paradigma Holístico de la Enfermería. *Salud y Administración*, 1, 17–22. Recuperado de:
http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (s.f.). *Salud - Desarrollo Sostenible*. Recuperado de:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de:
https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s.f.). *Historia*. Organización Mundial de La Salud. Retrieved April 28, 2022, from <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s.f.). *Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). *Directrices sobre Formación Básica e Inocuidad en Quiropráctica*. Recuperado de: https://www.wfc.org/website/images/wfc/who_guidelines/who_guidelines_spanish.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021). *Trastornos musculoesqueléticos*. OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (s.f.). *Historia de la OPS*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>
- SECRETARIA DE GOBERNACIÓN (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- STATISTA RESEARCH DEPARTMENT (2022). *Enfermedades más comunes en México*. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/1149318/principales-causas-enfermedad-mexico/>
- UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE ECATEPEC, U. (s.f.). *Universidad Estatal del Valle de Ecatepec*. Recuperado de: https://www.uneve.edu.mx/acercas_uneves/antecedentes.php
- UNIVERSIDAD ESTATAL DEL VALLE DE TOLUCA, U. (s.f.). *Antecedentes y Simbología*. Recuperado de: <https://unevt.edomex.gob.mx/antecedentes-simbologia>

UNIVERSIDAD VERACRUZANA, U. (s.f.). *Licenciatura en Quiropráctica*. UV. Recuperado de: <https://www.uv.mx/veracruz/medicina/licenciatura-en-quiropRACTICA/>

VAN DER STUYFT, P., Y DE VOS, P. (2008). *La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es&tlng=es

WEIANT, C. (1921). *The Chiropractor and Chiropractic in Mexico*. The Chiropractor y Clinical Journal. Recuperado de: http://www.institutechiro.com/wp-content/uploads/2013/02/Mexico_Chiro-in-chrono.pdf

WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC, W. (2001). *Definición de Quiropráctica*. World Federation of Chiropractic. Recuperado de: https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=es