

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTICULO 79 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE QUIROPRÁCTICA.

Los suscritos **ARTURO ROBERTO HERNÁNDEZ TAPIA** y **MARCELA MICHEL LÓPEZ**, Diputados Federales integrantes del Grupo Parlamentario de MORENA en la LXVI Legislatura de la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en el artículo 71, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 6, numeral 1, fracción I, 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, sometemos a la consideración de este Honorable Pleno la presente **INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 79 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE QUIROPRÁCTICA.**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La norma jurídica no es un instrumento estático, si no por el contrario, debe permanecer en un proceso de cambio, de perfeccionamiento, para resolver, por una parte, las probables deficiencias y lagunas que contenga y para que su contenido se mantenga acorde a la realidad que le corresponda regular.

Planteamiento del problema:

La respuesta social al proceso salud - enfermedad genera que interactúen diversos componentes, cada uno con modos de actuación y retroalimentación; se aplican políticas estatales, intervienen las instituciones y la población se apropia, asume y ejecuta las acciones propuestas. La respuesta social ante un problema de salud necesita una visión

integral del fenómeno, entendido este como un proceso donde se relacionan y construyen subjetividades y formas de interpretar la realidad.

De acuerdo a los datos obtenidos por INEGI (2025), se registraron en México las tres principales enfermedades crónico-degenerativas, además se logró establecer de las dos primeras una asociación con malos hábitos alimenticios y conductas sedentarias, que, a su vez, en ciertos contextos, se explican por ausencia de seguridad alimentaria, espacios y tiempos de recreación y otros determinantes sociales. Es decir, el perfil de salud es un problema mucho más complejo que atañe a diferentes niveles de la Salud Pública y la Atención Primaria de la Salud mediante estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Es importante destacar que la mayoría de las causas de muerte y de enfermedad en México son prevenibles. Además de esas enfermedades, existen otras causas que implican un riesgo alto para la salud y la vida de grupos específicos de la población y que es necesario atender de manera adecuada y oportuna en el primer nivel de atención. De acuerdo con la Secretaría de Salud, *“el 68% de las consultas médicas, que se realizaron en 2013 correspondieron al primer nivel de atención médica y el resto se distribuyó en consulta especializada, urgencias y consulta odontológica. Si bien esta es una cifra elevada, la meta es lograr que 80% de las consultas sean atendidas en el primer nivel.”*¹ De ahí la importancia de disponer en el corto plazo de un mayor número de profesionales en el área de salud altamente capacitados en la atención de las enfermedades más frecuentes.

La UNESCO (Conferencia Mundial sobre la Educación Superior), en el año 2009 “realizó una evaluación y supervisión de la educación de un país son esenciales como garantía de calidad en la formación de los Recursos Humanos de la Salud y lo establece como uno de

¹ Unknown. (2019). PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA GENERAL y COMUNITARIA.
<https://unisa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Plan%20de%20Estudios/PLAN%20DE%20ESTUDIOS-TOMO%20I MEDICINA.pdf>

sus desafíos fundamentales”², de esta manera crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de salud, para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad, que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Por ello la secretaria de salud conforme la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), coadyuva en el establecimiento de requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación, capacitación y actualización de recursos humanos para la salud. En ese sentido, la calidad de la enseñanza de los recursos en formación se vuelve fundamental, al ser la piedra angular para hacer frente a la problemática de salud de la población y contar con profesionales capacitados y especializados.

Bajo esta premisa y dando respuesta a “la labor de evaluar los Planes y Programas de Estudio como requisito para la obtención del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) emitido por la SEP dentro del Acuerdo Secretarial 17-11-17, el Comité de Evaluación (COEVA) de la CIFRHS elaboró los Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio para la Apertura de Carreras de la Salud (CEEPPACS). Estos Criterios tienen como finalidad apoyar en el funcionamiento de los Comités Estatales Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud en la revisión, análisis y dictamen de la pertinencia, viabilidad y calidad de ofertas educativas en el área de la salud, con fines de otorgamiento de la Opinión Técnico Académica (OTA). Los CEEPPACS contemplan 9 Criterios de Evaluación, que se consideran esenciales para el buen funcionamiento de un plan de estudios y hacen énfasis en las competencias del perfil profesional y en las características de los campos clínicos.”³

² Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud de las Américas, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care, Toronto, Canadá, octubre de 2005.

³ Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, Comité de Evaluación. (s. f.). *Criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio para la apertura de la Licenciatura en Quiropráctica* (p. 8).

De esta manera, la **COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD**, emitió los **CRITERIOS ESENCIALES PARA EVALUAR PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIO PARA LA APERTURA DE LA LICENCIATURA EN QUIROPRÁCTICA**, a fin de que tal disciplina profesional de la salud contara con los criterios esenciales de evaluación para el buen funcionamiento del plan de estudios, competencias del perfil profesional y características de los campos clínicos.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud definió la quiropráctica como "una profesión sanitaria que se ocupa del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos del sistema neuromusculoesquelético y de los efectos de dichos trastornos sobre la salud en general"⁴, cuya filosofía está basada en conceptos y principios que difieren de los de otras profesiones sanitarias como son la terapia física o fisioterapia que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en 1858 la definió como:

*"El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. 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"*⁵

La diferencia entre la quiropráctica y la fisioterapia sería que la quiropráctica trabaja con la columna y el sistema nervioso mientras que la fisioterapia trabaja sobre músculos, ligamentos, con ejercicios y con la rehabilitación, aunque es una disciplina muy amplia.

En la actualidad varias universidades como lo es la Universidad del Valle de Toluca Ecatepec, La Universidad Estatal del Valle de Toluca y la Universidad Veracruzana

http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/planes-programas/docs/quiropactca_criterios.pdf

⁴ <https://www.quiropacticacatalunya.com/es/la-quiropactica>

⁵ *Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla-La Mancha*. (n.d.). COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE CASTILLA-LA MANCHA. <https://www.coficam.org/ciudadanos/fisioterapia>

imparten la carrera Licenciatura en Quiropráctica, la cual tiene una duración de 8 semestres y un año de servicio social, con un promedio de 64 materias en dicha disciplina.

Es importante mencionar que en los próximos años se sumarán dos nuevas instituciones educativas que contarán con el programa educativos de la Licenciatura en Quiropráctica, el Instituto Politécnico Nacional, en la facultad de medicina y la Universidad Nacional Comunitaria.

Dichas instituciones cuentan con el reconocimiento de la Secretaria de Educación Pública y forman profesionistas quiroprácticos con conocimientos científicos, académicos y tecnológicos, capaces de brindar atención a la comunidad a nivel preventivo y rehabilitatorio, restableciendo el sistema neuromusculoesquelético para lograr la homeostasis en el individuo por medio de ajustes quiroprácticos.

Lo anterior forma parte de los avances referentes al Proyecto de Ley Marco en Materia de Medicinas Complementarias, del Parlamento Latinoamericano celebradas en Sao Paulo, Brasil en marzo de 2007 y en la República Dominicana en marzo de 2009, México presentó el documento *Hacia la construcción de una Ley Marco para medicinas tradicionales y complementarias para América Latina*. En el último evento, México a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, se comprometió ante la Comisión de Salud de Parlatino a Integrar un anteproyecto de Ley Marco en materia de medicina tradicional y medicinas complementarias.

Cabe señalar que la Quiropráctica como actividad profesional además de ya ser reconocida por la Secretaria de Educación Pública y la Secretaria de Salud, instancias que le brindan reconocimiento para el registro de los programas educativos antes la Dirección General de Profesiones, lo que permite la emisión de títulos y cédulas profesionales para llevar a cabo sus actividades laborales.

En ese mismo sentido la COFEPRIS, ha logrado que los quiroprácticos cuenten con un código para otorgar el aviso de funcionamiento de las clínicas o consultorios donde laboran sus egresados.

Además, los *“...modelos clínico terapéuticos que han sido validados a través de los criterios de eficacia comprobada, seguridad, costo – efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social, propuestos por la Organización Mundial de la Salud, de manera que esta organización decidió en el año 2002, proponer un programa para aprovechar sus aportes y limitar los riesgos...”*⁶

No menos importante es señalar que en la 56a asamblea mundial de la salud de la OMS del día 28 de mayo de 2003, en su punto 14.10 se resolvió:

“...Instar a los Estados Miembros a que, de conformidad con la legislación y los mecanismos nacionales establecidos: adapten, adopten y apliquen, cuando proceda, la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa como fundamento de los programas nacionales o programas de trabajo sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa; cuando proceda, formulen y apliquen políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional, complementaria y alternativa, para respaldar el buen uso de la medicina tradicional, complementaria y alternativa y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países; establezcan sistemas de vigilancia de la seguridad de los medicamentos para vigilar las medicinas herbarias y otras prácticas tradicionales, o amplíen y fortalezcan los sistemas existentes; proporcionen información fiable sobre la medicina tradicional, complementaria y alternativa a los consumidores y dispensadores con el fin de promover su uso idóneo; cuando proceda, velen por la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos

⁶ Parlamento Latinoamericano. (2009, 3 de diciembre). *Resolución No. 14: Ley Marco en Materia de Medicinas Complementarias para América Latina y el Caribe*. XXV Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano, Panamá.

herbarios fijando patrones nacionales relativos a las materias primas herbarias y las preparaciones de la medicina tradicional, o publicando monografías al respecto; alienten, cuando proceda, la inclusión de los medicamentos herbarios en la lista nacional de medicamentos esenciales, centrándose en las necesidades demostradas de la salud pública del país y en la seguridad, calidad y eficacia verificadas de esos medicamentos; promuevan, cuando proceda, la enseñanza de la medicina complementaria en las escuelas de medicina..⁷

Como es de su conocimiento el Parlamento Latinoamericano es un organismo regional, que tiene como principio inalterable la integración latinoamericana y entre sus objetivos esta el estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales de la comunidad latinoamericana, así se impulsa la Ley Marco en Materia de Medicinas Complementarias siendo este uno de los propósitos estratégicos, necesarios e integrales en el marco del derecho cultural, la salud intercultural y la promoción y desarrollo de nuevos modelos de atención a la Salud, a fin de orientar las actividades legislativas de cada país en la región.

La quiropráctica es “considerada la tercera profesión sanitaria en el mundo, con presencia legal en 48 países (y otros 31 en que está avanzado legalmente)”⁸, siendo México líder en este rubro respecto a Hispanoamérica. Además, México junto con Dinamarca son los únicos países en el mundo donde la quiropráctica es enseñada en universidades públicas y también donde se imparte a la par en una Facultad de Medicina.

Incidencia y prevalencia de alteraciones biomecánicas:

En 2015, “los trastornos musculoesqueléticos se incrementaron con respecto a la discapacidad motriz a nivel mundial, la cual oscila entre 16.4% y el 20.9%. Aproximadamente la mitad (49.6%) de las alteraciones biomecánicas provienen de la parte

⁷ 56a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS del día 28 de mayo de 2003, punto 14.10

⁸ https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=138&lang=es

inferior de la espalda”⁹. La prevalencia del dolor de espalda baja “se estima en casi el 20%, y el tiempo que prevalece durante la vida es de aproximadamente el 85% en la población general”¹⁰. Haldeman y cols. (2008) reportan “una variedad de tratamientos o intervenciones clínicas para manejar el dolor lumbar, sin embargo, se ha observado un aumento en la prevalencia de dolor lumbar crónico”¹¹

El dolor de espalda “ha afectado a más de 630 millones de personas en todo el mundo, lo que resulta en una carga física, psicológica y social, así como un alto costo para la sociedad”¹² Schofield et. al (2015) reporta que “las personas con dolor de espalda tienden a experimentar una mayor proporción de discapacidad en las siguientes áreas: funcional; relaciones familiares; depresión; aislamiento social; laboral; disminución en la productividad laboral”¹³.

Balague et. al. (2012) menciona que “cuentan con nivel socioeconómico más bajo y una calidad de vida inferior, pero tienden a ser usuarios más activos de los servicios de atención médica”.¹⁴ Actualmente “el dolor de espalda baja crónico se encuentra clasificada con las patologías crónico-degenerativas como: diabetes, enfermedad coronaria y depresión”.¹⁵

⁹ Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388 (10053):1545-1602.

Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):968-974.

¹⁰ Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012; 64(6):2028-2037.

¹¹ Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *Spine J*. 2008;8(1):1-7.

¹² Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859): 2163-2196.

Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*. 2008;8(1):8-20.

¹³ Schofield DJ, Callander EJ, Shrestha RN, Passey ME, Kelly SJ, Percival R. Back problems, comorbidities, and their association with wealth. *Spine J*. 2015;15(1):34-41.

¹⁴ Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482-491.

¹⁵ Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37(11):E668-E677.

Fernandez M, Ordoñana JR, Hartvigsen J, et al. Is chronic low back pain associated with the prevalence of coronary heart disease when genetic susceptibility is considered? A co-twin control study of Spanish twins. *PLoS One*. 2016;11 (5):e0155194.

Bletzer J, Gantz S, Voigt T, Neubauer E, Schiltenswolf M. Chronische untere Rückenschmerzen und psychische Komorbidität. *Schmerz*. 2017;31(2):93-101.

Wenig et.al (2009) reporta que “Alemania presenta una carga económica a causa del dolor de espalda, lo cual es muy significativo en nuestros días.”¹⁶. Katz et. al. (2006) menciona que “en los Estados Unidos de Norteamérica, se estima que los costos directos e indirectos del dolor de espalda exceden los 100 mil millones de dólares por año”¹⁷. En ese mismo sentido, Church et. al (2002) describe “la estimación de costos del dolor de espalda en Canadá, la cual oscila entre 6 y 12 mil millones de dólares anualmente”¹⁸.

En el Reino Unido “el ausentismo está asociado a enfermedades musculoesqueléticas en un 13% y presenta un costo quirúrgico por paciente de 6,668 dólares; el abordaje intensivo mediante rehabilitación de 4,889 dólares, con respecto a la Unión Americana presenta una prevalencia del 33% y se atribuye a las consultas médicas, radiografías y medicamentos, en cada evento agudo de lumbalgia un costo en promedio de 253 dólares.”¹⁹

En México se ha realizado diferentes estudios epidemiológicos y de salud pública que reportan los siguientes datos: “Se calcula que México cuenta con un índice de prevalencia de aproximadamente 30% de lumbalgia, los cuales requieren incapacidad según lo mencionado por Alfredo Covarrubias (2010)”²⁰. En el 2002 Guevara et al., “informó un 52% de las consultas a personas entre los 20 y 59 años en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 25% acudió por dolor de espalda baja”²¹.

¹⁶ Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Pain*. 2009;13(3):280-286.

¹⁷ Katz J. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeco- nomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(suppl 2):21-24.

¹⁸ Church J, Saunders D, Wanke M, Pong R, Spooner C, Dorgan M. Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *J Public Health Policy*. 2002;23(1):12-32.

¹⁹ Speed C. Low back pain. *BMJ* 2004;328:1119-1121

Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003;12:149-165.

Crow WT, Willis DR. Estimating cost of care with acute low back pain: A retrospective review of patient records. *J Am Osteopath Assoc* 2009;109:229-233.

Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilization of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:1239.

²⁰ Alfredo Covarrubias, CLÍNICA DEL DOLOR Vol. 33. Supl. 1, Abril-Junio 2010 pp S106-S109

²¹ Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Elías-Dib J, Reyes-Sánchez A, Rodríguez-Reyna TS. Parámetros de práctica para el manejo del dolor de espalda baja. *Cir Cir*. 2011;79:286-302.

En Ciudad Madero, Tamaulipas, se realizó un estudio para determinar la prevalencia y los factores asociados con lumbalgia en trabajadores activos; “entre los 2,566 pacientes considerados, se encontró una prevalencia de lumbalgia del 42%; 63.2% de los pacientes fueron de sexo masculino y más del 70% con edad menor a 40 años” ²². Otro estudio realizado por el departamento de salud pública, relacionado con el panorama epidemiológico de la población económicamente activa, detectó que la prevalencia en las patologías musculoesqueléticas es mayor en los grupos centrales, es decir, empieza a ascender bruscamente a partir de los 35 años.

Las tasas más altas las tienen los grupos de 45 a 49 años y de 55 a 59 con 7.79 y 7.89 por cada 10,000 trabajadores respectivamente, donde este tipo de patología tiene su origen en la exposición a factores de riesgo principalmente ergonómicos y que, por lo tanto, gran cantidad de ellos son de origen ocupacional, pero no han sido diagnosticados como enfermedades de trabajo sino como enfermedad general.

De acuerdo con las conclusiones establecidas en los estudios descritos anteriormente mencionan:

“...En México la cobertura de los servicios de salud ha sido rebasada por la demanda y la explosión demográfica lo que genera un desequilibrio que afecta el desarrollo socioeconómico...”. “...Los cambios en los últimos tiempos han transformado la realidad social que modifican los esquemas de atención a la salud en relación con su entorno, lo cual implica el reto de enfrentar contextos que promuevan el desarrollo de otros esquemas y proyectos de salud que incorpore nuevas opciones y profesionistas...”²³

Evidencia científica de la eficacia y efectividad de tratamiento quiropráctico

²² Atenógenes H, González S, Cruz TDL, Serviere ZL, Vazquez NF, Joffre VMV. Lumbalgia en trabajadores. Rev Med IMSS. 2003;41:203- 209.

²³ Atenógenes H, González S, Cruz TDL, Serviere ZL, Vazquez NF, Joffre VMV. Lumbalgia en trabajadores. Rev Med IMSS. 2003;41:203- 209.

El tratamiento quiropráctico ha tenido que demostrar su efectividad y seguridad sometiéndose a estudios clínicos y ha llevado a cabo investigaciones en el campo de las afecciones de la columna vertebral, por lo que posee evidencias científicas al igual que otros tratamientos. Dada la creciente importancia de los problemas musculoesqueléticos de la columna en la sociedad, la investigación en este campo está creciendo año tras año consolidando cada vez más el papel de la quiropráctica. En el año 1993 la Asociación Médica Británica (BMA) citaba a la profesión quiropráctica como “el mejor ejemplo de nueva profesión que realizaba investigación de buena calidad clínica para establecer su seguridad y efectividad” ²⁴.

La teoría de la Técnica Quiropráctica Activador Métodos (AMCT) incluye la disfunción articular que se relaciona con un rango amplio de problemas de salud. Estas disfunciones son llamadas complejo de subluxación, “un componente del síndrome de subluxación. El análisis de AMCT está basado en la asunción de que la biomecánica alterada de articulaciones se refleja en cambios en la diferencia de la longitud de las piernas. El protocolo de exploración prescrito de observación de longitud en pronación y pruebas provocativas para evaluar la función de las articulaciones del pie progresivamente superior a la columna cervical. Inicialmente derivado por los conceptos del chequeo longitud de las piernas de Van Rumpft, Derifield y otras pruebas de aislamiento, pruebas de presión y estrés han evolucionado la experiencia clínica de practicantes de Activador”²⁵.

Mark W Morningstar et al “realizó un estudio de un paciente que presentaba escoliosis toracolumbar de 35° con convexidad izquierda, dicho paciente fue analizado con la marcación radiológica de Cobb Risser, se utilizó como tratamiento el sistema Pettibon, la intervención se llevó a cabo durante seis semanas, y se realizó nuevamente la marcación obteniendo 20° de convexidad izquierda toracolumbar, por lo que autor concluye que el

²⁴ Complementary Medicine: New Approaches to good practice. Oxford, England: British Medical Association, Oxford University Press. 1993; 138.

²⁵ Activator Methods relative leg-length evaluation in the prone, extended position. J Manipulative Physiol Ther 1999; 22:565-9

tratamiento quiroprácticos fue efectivo para paciente con escoliosis y se logró la reducción 15° después del tratamiento”²⁶.

Según Cho et al. 2014, “los ajustes quiroprácticos con la técnica Gonstead tiene efectos inmediatos en una marcha balanceada, además de mejorar la postura corporal y de la pelvis, reducir la diferencia del largo de piernas, reduce las diferencias en las variables de la marcha, mejora el balance y reduce las diferencias en las presiones plantares.”²⁷

Los resultados obtenidos por Khamis y Yizhar, “sugieren que la alineación de las extremidades inferiores a nivel de la cintura pélvica, se ven alterados por fuerzas actuando a nivel del pie. Ocurren interacciones tipo cadena cinemática entre la cadera y pie, por lo que la hiper-pronación de estos últimos puede provocar un mal alineamiento de las extremidades inferiores, que frecuentemente llevan a déficits estructurales y funcionales durante la marcha y la bipedestación.”²⁸ Cambios en el plano sagital de entre 2° – 3° en la alineación pélvica normal (inclinación anterior) produce cambios de 20%-30% en bipedestación y de 50%-75% durante la marcha, lo suficiente para provocar cambios funcionales, síntomas y limitaciones en la cadera, pelvis y espalda baja.

Según Bottaro, et al., 2008; “la información sensorial junto con las fuerzas de contacto son las razones esenciales para la estabilización postural. El balanceo del cuerpo en una postura erguida provoca cierto balanceo y el cuerpo requiere principalmente de señales propioceptivas originadas en el tobillo, los músculos del tobillo y la planta del pie, para hacer

²⁶ MarkWMorningstar, MeganNStrauchman, GregGilmour. Adolescent Idiopathic Scoliosis Treatment Using Pettibon Corrective Procedures: A Case Report. Journal of Chiropractic Medicine 2004; 3:96-103

²⁷ Cho M, Jun I. Effects of pelvic adjustment on female university students' gait variables. J Phys Ther Sci [Internet]. 2014 May [cited 2018 Oct 26]; 26(5):p. 759-62. Available from: <https://bit.ly/2V2dMTp>

Cho M. Effects of pelvic adjustment on pelvic posture and angles of the lower limb joints during walking in female university students. J Phys Ther Sci [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 Oct 30]; 28(4): p. 1284-8. Available from: <https://bit.ly/2Vdc5as>

²⁸ Khamisa S, Yizhar Z. Effect of feet hyperpronation on pelvic alignment in a standing position. Gait Posture [Internet]. 2007 Jan [cited 2018 Nov 27]; 25(1): p. 127-34

una estimación de los vectores del balanceo y corregirlo a través de la estabilización postural.”²⁹

Kirk Eiksen et al menciona que “la deficiencia o basculación pélvica, se comenzó a documentar desde la década de los 1970’s, en estudios radiográficos, controles de magnificación y distorsión en la imagen y en 1980 las mediciones para la radiografía en bipedestación habían sido establecidas por Friberg como: Anisomelia o pierna corta anatómica.”³⁰

El 90% de la población adulta “presenta una desigualdad de 5.2 milímetros en promedio (5). Sin embargo para algunos autores no tiene significado clínico, hasta que no alcance los 20 mm según los reportes de Manello (2005), Gurney (1992) y Cooperstein (2002).”³¹

Knutson Gary A (2005) menciona que “un mínimo de milímetros son relacionados con condiciones anormales.”³²

J, Clay Thompson (1983) menciona que “el desequilibrio neuromuscular se consideran la principal causa del acortamiento de una pierna, las extremidades inferiores pueden presentar deformidades óseas, patologías o traumatismos como puede ser una fractura de tibia y alterar la longitud de las extremidades.”³³

²⁹ Bottaro A, Yasutake Y, Nomura T, Casadio M, Morasso P. Bounded stability of the quiet standing posture: an intermittent control model. *Hum Mov Sci* [Internet]. 2008 Jun [cited 2019 Jan 22]; 27(3): p. 473-95.

³⁰ Kirk Eiksen, Roderic P. Rochester. *Orthospinology Procedures. An Evidence-Based Approach to Spinal Care*, 2005.

³¹ Mannello DM. Leg Length Inequality. *J Manipulative Physiol Ther*. 1992; 15:576–590.

Gurney B: Leg length discrepancy. *Gait Posture* 2002, 15:195-206.

Cooperstein R, Lisi A. Pelvic torsion: anatomic considerations, construct validity, and chiropractic examination procedures. *Top Clin Chiro* 2000, 7(3):38-49

Gurney B: Leg length discrepancy. *Gait Posture* 2002, 15:195-206.

Cooperstein R, Lisi A. Pelvic torsion: anatomic considerations, construct validity, and chiropractic examination procedures. *Top Clin Chiro* 2000, 7(3):38-49

³² Knutson Gary A. Anatomic and functional leg-length inequality: A review and recommendation for clinical decision-making. Part I, anatomic leg-length inequality: prevalence, magnitude, effects and clinical significance. *Chiropractic & Osteopathy* 2005, 13:11

³³ J, Clay Thompson D.C. The Short Leg, *The Garden State Chiropractic Society Journal* Spring 1983

Indahl et al encontró que la estimulación a la capsula sacroiliaca (en cerdos) causaba respuestas en reflejos musculares, dependiendo en el área de la articulación (dorsal/ventral) que se estimula. Ellos notaron que "Irritación en la terminación inferior del nervio en el tejido de la articulación sacroiliaca activa un reflejo en el glúteo y músculos para espinales que se vuelven hiperestésicos con el tiempo. La estimulación del ara ventral de la articulación sacroiliaca produce reflejos en la contracción del cuadrado lumbar. Una curva de retroalimentación positiva donde la hipertoncicidad del cuadrado lumbar lleva a la curvatura lumbar, produciendo una deficiencia pélvica que es estimulada con la articulación sacroiliaca, a mayor hipertoncicidad del cuadrado lumbar, mayor curva lumbar y deficiencia pélvica." ³⁴

Friberg O et al en un estudio de 47 casos reporto "que el 16.3 % ciática unilateral, el dolor radicular se presentaba del lado de la pierna larga en 26 de los casos (72.25), y en el lado de la pierna corta en 10 casos (27.8) cuando la desigualdad de la longitud de las piernas era 5 mm o más." ³⁵

En otro estudio llevado a cabo por Gibson PH et al buscó una relación entre las facetas lumbosacras articulares y la desigualdad de la longitud de las piernas, se encontró que, "50 pacientes tenían una LLI con una media de 13.9 mm, los ángulos de las facetas lumbosacras del lado de la pierna corta con una media de 64.7° (+8.4°) El ángulo de las facetas lumbosacras del lado de la pierna larga con una media de 70.8° (+8.7°) La diferencia entre los ángulos de las facetas lumbosacras del lado de la pierna larga y la pierna corta era de 7.1° (+4.4°). 50 pacientes no tenían LLI (0-3 mm) La diferencia entre el ángulo de las facetas lumbosacras del lado derecho o izquierdo en el grupo sin LLI fue de 1.8° (+1.6°)." ³⁶

³⁴ Indahl A, Kaigle A, Reikeras O, Holm S. Sacroiliac joint involvement in activation of the porcine spinal and gluteal musculature. J Spinal Disord. 1999; 12:325-30.

³⁵ Friberg O. Clinical Symptoms and Biomechanics of Lumbar Spine and Hipo Joint in Leg Lenght Inequality. Spine, 1983; 8(6): 643-651

³⁶ Gibson PH, Papaioannou T, Kenwright J. The Influence of the Spine of Leg-Length Discrepancy After Femoral Fracture. J Bone Joint Surg (Br), 1983;65(5):584-587.

Papaicoannou T et al relaciono “la pierna corta funcional, secundaria a una rotación pélvica causa contracturas y/o desalineación axial incluyendo una escoliosis. La basculación pélvica puede causar estrés desigual sobre rodillas resultando la disminución del espacio articular afectando el cartílago y hueso, aumentando la posibilidad de osteoartritis. LLI ha sido relacionado con fracturas de estrés en extremidades inferiores, dolor de espalda baja, dolor de cadera y problema de discos intervertebrales. Alteraciones en la estructura de las articulaciones y en los patrones de tensión muscular.”³⁷

Specht DL et al menciona que “el sistema de la Técnica Gonstead, observa que una inclinación y rotación aumentará o disminuirá la longitud de las piernas hasta un 40%. Una inclinación posterior del iliaco acompañado de una rotación externa aparecerá un acortamiento, mientras que la rotación anterior y la rotación interna aparecerá un alargamiento. Para compensar el rango de error que esto produce, para determinar la pierna corta anatómica verdadera, el iliaco y la rotación en milímetros, es combinada y multiplicada por 0.4.”³⁸

Se han desarrollado modelos experimentales que permiten el estudio de las respuestas de las fibras aferentes a la manipulación espinal (Pickar 1999). Algunos hallazgos utilizando este modelo experimental “demuestran que la manipulación espinal modifica la descarga de los aferentes del Grupo I y II, los autores de este trabajo registraron la actividad de una sola unidad del huso muscular y de aferentes de órganos del tendón de Golgi que tienen campos receptivos en los músculos lumbares multifidus y longissimus mientras aplicaban una carga similar a la manipulación espinal en una vértebra lumbar (Pickar y Wheeler,

³⁷ Papaicoannou T, Strokes i, Kenwright J. Scoliosis Associated With Limb-Length Inequality. J Bone Joint Surg (Am), 1982; 64:59-62.

³⁸ Specht DL, DeBoer KF. Anatomical Leg Length Inequality, Scoliosis and Lordotic Curve in Unselected Clinical Patients. J Manipulative Physiol Ther, 1991, 14:368-375

2001). Encontraron que las fibras aferentes la que inervan a husos musculares se hicieron silentes durante 1.3 segundos después de la manipulación espinal.”³⁹

Los cambios biomecánicos generados por la manipulación espinal “pueden tener consecuencias fisiológicas a través de efectos sobre el flujo de entrada de la información sensorial en el sistema nervioso central, fibras aferentes del huso muscular y fibras aferentes de órganos tendinosos de Golgi” (Pikard, 2002).”⁴⁰

También se ha propuesto que, “la terapia de manipulación espinal puede producir un cambio sostenido en la eficacia sináptica de las neuronas centrales al evocar una descarga de alta frecuencia y ráfagas de varios tipos de neuronas aferentes primarias paraespinales dinámicamente sensibles (Pickar y Bolton, 2012).”⁴¹

En un estudio reciente realizado por Türker y su equipo (Niazi et al., 2015) encontraron tres interesantes hallazgos: “en primer lugar, las vías del reflejo H pueden verse significativamente afectadas por la manipulación de la columna vertebral se observó que el umbral para reclutar α -motoneuronas de bajo umbral se vio disminuido, es decir, con menores intensidades de estimulación se lograba reclutar las mismas unidades de motoras de bajo umbral. En el mismo estudio, se analizó la participación de las vías descendentes midiendo la amplitud de la onda V (la cual se obtiene por estímulos supraumbrales después de colisionar el reflejo H por activación de la Max y ejerciendo en esas condiciones una contracción voluntaria), los autores de este artículo encontraron que después de la manipulación se potenciaba la onda V, esto significa que a nivel central las conexiones sinápticas en la médula espinal que provienen de vías descendentes se ven modificadas de manera plástica, la potenciación de la onda V se correlacionaba con un aumento de la

³⁹ Pickar JG. (1999) An in vivo preparation for investigating neural responses to controlled loading of a lumbar vertebra in the anesthetized cat. *J Neurosci Methods*;89:87–96.

⁴⁰ Pickar JG. (2002) Neurophysiological effects of spinal manipulation. *The Spine Journal*.; 2:357–71.

⁴¹ Pickar JG, Bolton PS. (2012) Spinal manipulative therapy and somatosensory activation. *J Electromyogr Kinesiol*. 22(5):785-94. doi: 10.1016/j.jelekin.2012.01.015.

fuerza durante una contracción máxima voluntaria. Finalmente, la manipulación espinal parece haber evitado que se produjera fatiga en el soleo, ya que se presentó una disminución significativa en la frecuencia media en el espectro de potencia de los electromiogramas de superficie en los sujetos de control (Niazi et al., 2015).⁴²

Los cambios plásticos también se dan a nivel del cerebelo y corteza motora. El cerebelo procesa las entradas de dolor y es importante para el aprendizaje motor. La conectividad funcional entre el cerebelo y la corteza motora se puede medir mediante una técnica de estimulación magnética transcraneal en la cual la estimulación se aplica al cerebelo antes de la estimulación sobre la corteza motora, que inhibe los potenciales evocados motores (MEP) producidos solo por la estimulación de la corteza motora, llamada inhibición cerebelosa (CBI). Se ha demostrado que los individuos sanos sin dolor demuestran una reducción del CBI después de la adquisición de una habilidad motora.

La hipótesis de trabajo fue que la CBI no se reduciría en la misma medida en las personas con dolor de cuello leve recurrente después de aprender la tarea motora. Y se planteó la posibilidad que un tratamiento común para el dolor de cuello (manipulación de la columna vertebral) restablecería la CBI reducida después de la adquisición de la habilidad motora. El resultado fue que los pacientes no tratados permanecieron inhibidos mientras que los pacientes con tratamiento el MEP se vio potenciado al $146 \pm 95\%$.

El cambio en la facilitación “sugiere que la manipulación espinal puede revertir los efectos inhibidores del dolor de cuello (Baarbé et al., 2018).⁴³ Hay evidencias adicionales “que

⁴² Niazi IK, Türker KS, Flavel S, Kinget M, Duehr J, Haavik H. (2015) Changes in H-reflex and V-waves following spinal manipulation. *Exp Brain Res*. 233(4):1165-73. doi: 10.1007/s00221-014-4193-5.

⁴³ Baarbé JK, Yelder P, Haavik H, Holmes MWR, Murphy BA. (2018) Subclinical recurrent neck pain and its treatment impacts motor training-induced plasticity of the cerebellum and motor cortex. *PLoS One*. 28;13(2):e0193413. doi:10.1371/journal.pone.0193413.

indican que la manipulación espinal modifica para mejorar la neurofisiología de encéfalo en sujetos sanos y en pacientes (Haavik y Murphy, 2012; Holt et al., 2019)".⁴⁴

En referente a las publicaciones que ha realizado la universidad en trabajos o proyectos de investigación describo algunos de los resultados obtenidos en el programa de investigación 2019:

La Ley de Salud para el Distrito Federal en su artículo 24 fracción XXVI, reconoce a la quiropráctica como parte de la medicina integrativa o complementaria, ya que como lo hemos expuesto en el presente documento dicha disciplina ha cumplido con los criterios de evaluación para **ser considerada una actividad profesional en el campo de la medicina.**

Con lo anterior posiciona a la quiropráctica como una nueva actividad profesional en el campo de la medicina. Dichas actividades profesionales son regidas por el artículo 79 de la Ley General de Salud, el cual establece que se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización **hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.**

Lo anterior ya sucede con la actividad profesional de la Quiropráctica, ya que como lo mencionamos en líneas anteriores, ya diversas universidades con reconocimiento oficial están impartiendo y emitiendo títulos como **Licenciado en Quiropráctica.**

Al día de hoy, hay cada día más hospitales públicos, tales como **ISSEMYM e ISSSTE**, que acogen a pasantes de servicio social, egresados de alguna de las tres universidades que ofertan la carrera en México esto debido al costo-beneficio que representa el ejercicio quiropráctico.

⁴⁴ Haavik H and Murphy, B (2012) The role of spinal manipulation in addressing disordered sensorimotor integration and altered motor control. Journal of Electromyography and Kinesiology, 22(5):768–776.

México es hoy el país de hispano américa “con el mayor progreso en educación y ejercicio profesional de la quiropráctica. Lo que lo convierte en el referente de Latino América y líder regional”⁴⁵.

Sin embargo, aunque el presente es halagador, estas mismas circunstancias generan las siguientes problemáticas:

- Proliferan cursos apócrifos de quiropráctica, los cuales no gozan de regulación y ostentan engañosamente validez por instituciones públicas variadas, con contenidos distantes al ejercicio profesional de la quiropráctica.
- Personas que usurpan la profesión sin haber obtenido una cédula profesional y con ejercicio indebido de la profesión.
- Incidentes clínicos adversos derivados de un mal ejercicio profesional en perjuicio de la población. Dado que no existe una regulación en cómo debe ser la práctica profesional quiropráctica.
- Dificultades para conseguir un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.
- Tampoco, debido a la falta de que la quiropráctica este dentro de la ley general de salud, nuestros colegas pueden tener acceso a las instituciones públicas de salud, debido a que no puede haber un código en el catálogo de servicios de salud y esto provoca que las personas tengan que hacer uso del cuidado quiropráctico mediante el servicio privado.
- Tributación fiscal no homogénea, debido a que es considerada una consulta médica y a la vez un servicio distinto, existen discrepancias en la retención o no, del Impuesto al Valor Agregado.

No obstante lo anterior dicha actividad profesional de la salud corre el riesgo de entrar en lagunas jurídicas por no contemplarse dentro de las actividades profesionales

⁴⁵ <http://flaq.org/quiropactica/>

reconocidas por el artículo 79 de la Ley General de Salud. **Ante esta omisión la quiropráctica no cuenta con normas claras y que les den certeza jurídica a sus profesionales, como a sus pacientes a la hora de realizar dicha actividad profesional de la medicina.**

De igual manera dichas actividades profesionales deberán sujetarse a las **Normas Oficiales Mexicanas**, como son las del expediente clínico, entre otras, por lo que es importante incluir a la Quiropráctica entre estas actividades reconocidas en la Ley General de Salud, a fin de que se sujete a la normativa aplicable.

Con esto se busca Conseguir el más alto grado de regulación y reconocimiento de la profesión quiropráctica, en beneficio de la población en general, para que pueda recibir la máxima calidad de atención en condiciones de inocuidad y seguridad.

De igual manera pueda ser una actividad profesional de la medicina reconocida en las instituciones públicas de salud, para que cualquier persona tenga acceso a los servicios quiroprácticos y evitar prácticas negligentes.

Hagamos hincapié en que “cuando los profesionales, técnicos y auxiliares de los servicios de atención médica no cumplen con las obligaciones que regulan el acto médico incurren en una responsabilidad. Todos los actos que el médico ejecuta no solo van revestidos de derechos, sino llevan implícitos un conjunto de obligaciones. La conducta del profesional de la salud que en un momento determinado no esté de acuerdo a la *lex artis*, da lugar a lo que comúnmente se denomina mala praxis.”⁴⁶

⁴⁶ https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/69560/eval_legal_pect_med.pdf (Evaluación legal de la practica Medica)

El artículo 51 de la Ley General de Salud establece:

*Artículo 51 "...Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares..."*⁴⁷

En este orden de ideas es que es necesario **reconocer en la Ley General de Salud a la Quiropráctica como actividad profesional en el campo de la medicina**, a fin de que su práctica médica se sujete a la normativa aplicable.

Para ello incorporo en el siguiente cuadro mi propuesta de decreto a fin de ser analizada:

LEY GENERAL DE SALUD

TEXTO VIGENTE LEY GENERAL DE SALUD	PROPUESTA
Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.	Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, quiropática, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. ...

⁴⁷ Art. 51 Ley General de Salud

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la atención médica prehospitalaria, medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, optometría, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.	
--	--

Es por ello que propongo el siguiente:

Decreto por el que **se reforma el párrafo primero del artículo 79 de la Ley General del Salud.**

ARTÍCULO UNICO. - Se **reforma el párrafo primero** del artículo **79** de la **Ley General de Salud**, para quedar en los siguientes términos:

Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, **quiropática**, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

...

TRANSITORIO

Artículo Único. El presente Decreto entrara en vigencia el día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial de la Federación.

Dado en el salón de sesiones del Palacio Legislativo de San Lázaro, a miércoles 15 de octubre de 2025

ATENTAMENTE



Diputado Arturo Roberto
Hernández Tapia



Diputada Marcela Michel
López

Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXVI Legislatura**Junta de Coordinación Política**

Diputados: Ricardo Monreal Ávila, presidente; José Elías Lixa Abimerhi, PAN; Carlos Alberto Puente Salas, PVEM; Reginaldo Sandoval Flores, PT; Rubén Ignacio Moreira Valdez, PRI; Ivonne Aracely Ortega Pacheco, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Mesa Directiva

Diputados: Kenia López Rabadán, presidenta; vicepresidentes, Sergio Carlos Gutiérrez Luna, MORENA; Paulina Rubio Fernández, PAN; Raúl Bolaños-Cacho Cué, PVEM; secretarios, Julieta Villalpando Riquelme, MORENA; Alan Sahir Márquez Becerra, PAN; Nayeli Arlen Fernández Cruz, PVEM; Magdalena del Socorro Núñez Monreal, PT; Fuensanta Guadalupe Guerrero Esquivel, PRI; Laura Irais Ballesteros Mancilla, MOVIMIENTO CIUDADANO.

Secretaría General**Secretaría de Servicios Parlamentarios****Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados**

Director: Juan Luis Concheiro Bórquez, **Edición:** Casimiro Femat Saldívar, Ricardo Águila Sánchez, Antonio Mariscal Pioquinto.

Apoyo Documental: Dirección General de Proceso Legislativo. **Domicilio:** Avenida Congreso de la Unión, número 66, edificio E, cuarto nivel, Palacio Legislativo de San Lázaro, colonia El Parque, CP 15969. Teléfono: 5036 0000, extensión 54046. **Dirección electrónica:** <http://gaceta.diputados.gob.mx/>