

# Consciencia-Verdad

viernes, 25 de enero de 2013

## *Los tratamientos médicos son la primera causa de muerte*

La primera causa de muerte en el mundo no son ya las enfermedades cardiovasculares ni la segunda el cáncer. Han sido desplazadas de lugar por ¡los tratamientos médicos!

El hecho es de tal gravedad que resulta increíble que no se haya abierto urgentemente un debate público para analizar la situación. Y eso que el estudio que lo demuestra es impecable y no ha sido cuestionado. Según éste, publicado con el nombre de *Death by Medicine (8-35)*, en Estados Unidos mueren no menos de 780.000 personas al año a causa de errores médicos, efectos yatrogénicos de los medicamentos, problemas relacionados con la cirugía, infecciones hospitalarias, procedimientos innecesarios, úlceras mal tratadas y malnutrición. Es decir, por tratamientos médicos. Y no están contabilizadas siquiera las muertes causadas por las exposiciones radiológicas, el uso excesivo de antibióticos, los medicamentos carcinógenos, el uso de la quimioterapia, la cirugía innecesaria, las terapias insuficientemente probadas y otras causas habituales lo que hace indicar que la cifra real es notablemente superior. De hecho, las cifras se basan sólo en los actos yatrogénicos reportados y se calcula que éstos no llegan al 20% de los ocurridos realmente. No puede extrañar, pues, que los propios autores del estudio afirmen: "Es evidente que el sistema médico americano es la causa principal de muerte y lesión en Estados Unidos" Y ofrecen el dato de que el coste de la yatrogenia para el sistema sanitario norteamericano es de ¡282.000 millones de dólares anuales!

"Cuando la causa número uno de muerte en una sociedad es el sistema de protección de la salud -se llega a decir en las Conclusiones del estudio- entonces tal sistema no tiene excusa alguna para abordar sus propias limitaciones urgentes. Es un sistema fallido que precisa de atención inmediata. Lo que nosotros hemos perfilado en este documento refleja aspectos insostenibles de nuestro sistema médico contemporáneo que necesita ser reformado desde sus mismos cimientos".

Obviamente, estas cifras son extrapolables a cualquier estado occidental desarrollado porque el sistema sanitario es muy similar en todos ellos. Y eso supone, teniendo en cuenta que en España somos hoy 43 millones de habitantes, que en nuestro país mueren por las razones inicialmente apuntadas -sin contar otras- no menos de 130.000 personas al año a causa de los tratamientos médicos. Evidentemente la cifra es muy superior ya que a ella habría que añadir, por ejemplo, los 100.000 españoles que fallecen de cáncer anualmente sólo en hospitales (sin contar a quienes mueren en sus casas).

¿Hasta cuándo vamos a consentir este disparate? ¿Hasta cuándo vamos a aceptar que un sistema completamente fracasado e inútil acabe cada año con la vida de decenas de millones de personas en el mundo sin que se haga nada? ¿Es entendible que se cree en España una comisión de investigación parlamentaria para averiguar qué llevó a la muerte a 192 personas en marzo pasado en un acto vil y cobarde pero no se quiera debatir el genocidio que se perpetra legalmente desde el

sistema sanitario? El único debate que se desarrolla en nuestro ámbito político es el de cómo financiar ese sistema. ¡Vaya estupidez! Eso se resuelve fácil y rápidamente: basta con que los estados se nieguen a sufragar los medicamentos que no curan, aquellos que tienen mero carácter paliativo o se limitan a aminorar los síntomas sin afrontar la enfermedad... y que además provocan efectos secundarios negativos (es decir, yatrogénicos). Porque eso supondría dejar de costear ¡el 98% de los fármacos! Y es que la inmensa mayoría de los medicamentos ¡no curan nada! ¿Hasta cuándo se va a amparar, pues, tamaño dislate? ¿Es que la corrupción y la falta de ética han podido hasta tal punto los pilares de nuestra sociedad que ésta carece ya de capacidad de reacción ante lo que está sucediendo?

## [Dsalud](#)

Después de leer lo anterior puede contrastarse el diferente tratamiento que se le da a las muertes causadas por las farmacéuticas y a las supuestas muertes que podrían causar otro tipo de tratamientos.

Se ha producido recientemente un caso escandaloso con Andreas Kalcker, quien fue detenido mientras impartía una conferencia donde se hablaba del MMS. Andreas ha sido imputado y se enfrenta a serios cargos.

El 8 de Diciembre de 2012 tuvo lugar en Balaguer ( Lleida ) un acto de Apoyo a [Andreas Kalcker](#) organizado por la [Asociación Dolça Revolució](#).



[2:14:28 SALUD PROHIBIDA, Acto de Apoyo a Andreas Kalcker con testimonios del uso de MMS de LA CAJA DE PANDORA](#) Hace 2 años

La incidencia de reacciones secundarias-adversas, producidas por medicamentos recetados, es el problema de salud más criticado en los Estados Unidos.

Desafortunadamente al analizar los efectos de los medicamentos químicos en el organismo, podemos señalar que las enfermedades que causan, son peores que la enfermedad que se suponían curarían.

Las estadísticas indican que millones de personas son admitidas en los hospitales de los Estados Unidos cada año, debido a las enfermedades producidas por las medicinas. Y el número de fatalidades por esta causa sigue en aumento.

El negocio médico-farmacéutico produce cientos de miles de millones de beneficio a costa de millones de enfermos y muertes. Todo se reviste con el engañoso poder del conocimiento y la ciencia, del prestigio de la profesión médica, de los miles de millones invertidos en tecnología. **Se trata de denigrar las medicinas naturales y terapias no convencionales, acusándolas de**

## **ineficaces, estafas y hasta fanatismos.**

Anualmente se le ofrece al médico alrededor de 400 nuevas drogas, y encontramos que los fabricantes de las mismas se enfocan en exagerar sus beneficios e ignorar los efectos secundarios.

Por otro lado la sociedad actual señala el error como castigable y culpabilizable, por eso fácilmente se cae en la tentación de ocultar u omitir un error. Evidentemente, esta forma de actuar oculta datos y dificulta la actuación para evitar errores reiterados.

Ya en 1994 el médico Lucian L. Leape denunció los hechos en un artículo titulado “El error en Medicina”, donde llegaba a la conclusión de que en Estados Unidos morían al año 180.000 personas por iatrogenia (acto médico dañino); años más tarde el propio Leape duplicaría la cifra. En 1999, otro estudio convertía a la Iatrogenia en la tercera causa de muerte en Estados Unidos y cuatro años después, la cifra de 250.000 pasa a 783.936, convirtiéndose en la primera causa de muerte.

A continuación le relacionamos el daño que pueden provocar algunas de las medicinas más comunes que consumimos, y las estadísticas que existen hasta el momento:

- **ASPIRINA.** Produce náuseas, vómitos, hemorragias gastrointestinales, diarreas, úlceras, acidosis, ruido en los oídos, sordera, exceso de sudor, fiebre, sed, visión nublada, erupciones en la piel, palpitaciones del corazón, alucinaciones, delirio, funcionamiento anormal de los riñones, muerte del feto, estupor, coma, convulsiones, colapso circulatorio, reducción del azúcar en la sangre, retardación mental y la muerte. A los diabéticos les provoca irritación, dolores, vómitos y hasta sangrado en el estómago. Los alérgicos al ácido acetilsalicílico deben tener mucho cuidado también, porque les afecta el hígado, y pueden llegar a desarrollar una enfermedad hepática bastante grave. Además el consumo repetido de la aspirina puede llegar a provocar que su efecto cada vez sea menos potente y menos útil.

- **ANTIBIOTICOS.** De acuerdo con el Dr. Hobart Reiman, del Colegio Médico Habheman, del 15 al 30 % de todas las personas que toman o se inyectan antibióticos sufren de alguna reacción dañina a la salud y varios centenares de ellas mueren anualmente. Pueden causar los siguientes efectos secundarios: anemia aplásica, leucopenia, palpitaciones excesivas del corazón, alta presión, dolores de cabeza, escalofríos, náuseas, vómitos, diarreas, dermatitis, mareos, afecciones de los oídos, inflamación de los nervios, dolores de las coyunturas, irritación de los riñones, vista nublada, adormecimiento y sensación de alfilerazos en las manos y piernas, desórdenes de la sangre, asma, alergias, debilidad, sudor en exceso, hemorragias, daño a los nervios, dificultad al tragar, inflamación del intestino, efectos tóxicos a los riñones, al bazo, al hígado y la muerte.

- **MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL COLESTEROL.** Pueden producir hemorragias, tromboflebitis, accidentes al cerebro vasculares, cambios emocionales, afecciones en la vista, fatiga, inflamación, mareos, ruidos en los oídos, carraspera, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, indigestión, picazón en la piel, irregularidad de la menstruación, aumentos en condiciones del corazón ya existentes, frecuencia excesiva de orinación, estreñimiento, o diarreas, pérdida del pelo, reducción de peso, temblores, nerviosidad e insomnio.

- DROGAS PARA LA ALTA PRESION. Congestión de la nariz, sequedad de la garganta, alteraciones del ritmo cardíaco, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómito, mal funcionamiento del hígado, debilidad muscular, hemorragias, erupciones de la piel, aumento excesivo de peso, dolor abdominal, insomnio, pesadillas, somnolencia, fatiga, inflamaciones, dificultad al respirar, exceso de gases, depresión, ansiedad, síntomas de artritis, lupus, leucopenia, mareos, nerviosismo, escalofríos, dolor en el pecho y en el brazo izquierdo (angina), adormecimiento de las manos y piernas, daño en el cerebro, a los riñones y otros órganos, e impotencia sexual en los hombres.

- PILDORAS ANTICONCEPTIVAS. No deben de ser usadas por personas que sufren de alta presión. Puede causar dolores de cabeza, migraña, epilepsia, daño al sistema nervioso, caída del pelo, daño al hígado, apoplejías, tromboflebitis, embolia pulmonar, afecciones a los ojos, anemia, picor en la piel, complicaciones de condiciones ya existentes en el corazón, tumores cancerosos, frialdad sexual, diabetes, esterilidad, aumento de la tensión arterial, aumento de peso, del volumen plasmático y debilitamiento cardíaco, también causa un efecto directo sobre la reabsorción tubular del sodio y agua, alteración de los mecanismos de la coagulación, aumento de los triglicéridos, formación de cálculos biliares, tumores del hígado benignos y malignos.

- PILDORAS TRANQUILIZANTES. Producen degeneración en los músculos del corazón y de las venas y arterias, destrucción de los glóbulos rojos, aumento en el tamaño del hígado y del bazo, depósito de grasa en el hígado, en los riñones, en los pulmones, en el corazón. Cataratas, falta de coordinación y debilidad muscular, adormecimiento, inseguridad al caminar, temblores, desórdenes de la sangre, miopía, aumento de apetito y de peso, menstruación irregular, náuseas, vómitos, baja presión, mareos convulsiones, vista borrosa, dolor de cabeza, reseca de la boca, palpitaciones excesivas del corazón, calambres, fogajes, disturbios mentales, temblores, alergias, fiebre, inflamación de las venas, parálisis de los músculos, mal funcionamiento del corazón, formación de dependencia psicológica, lleva al suicidio y la muerte.

- HORMONAS INTRAVENOSA Y PILDORAS PARA LA MENOPAUSIA. Incrementa el riesgo de cáncer endometrial, cáncer cervical y vaginal, problemas congénitos, induce a los neoplasmas malignos, administrada por mucho tiempo aumenta la frecuencia de carcinomas del seno, endometrio, cerviz, vagina, hígado, vejiga, riesgo de tromboembolia vascular, adenoma hepático, presión sanguínea alta, hipercalcemia, retención de líquidos, depresión mental, problemas genitourinarios, cambios en el período menstrual, dismenorrea, síndrome premenstrual, candidiasis vaginal, problemas gastrointestinales, náuseas, vómito, melanoma, eritema, erupción de la piel, endurecimiento de la cornea, dolores de cabeza, migraña, aumento o disminución de peso, reduce la tolerancia a los hidratos de carbono, edemas, cambio en el libido, riesgo a infarto del miocardio, embolia pulmonar, tromboflebitis, intolerancia a los lentes de contacto, mareos y la muerte.

De acuerdo con las conservadoras estimaciones publicadas en Journal of the American Medical Association, más de 120.000 personas mueren cada año a causa de los efectos adversos de los medicamentos (Starfield, 2000. Cita del autor). No obstante, un estudio más reciente basado en los resultados de un seguimiento de diez años de las estadísticas gubernamentales revela que las cifras

son aún más descorazonadoras (Null, et al., 2003. Cita del autor). Este estudio concluye que las enfermedades iatrogénicas son la primera causa de muerte en Estados Unidos y que las reacciones adversas a los fármacos recetados son responsables de más de 300.000 muertes al año. Si a los cercanos 400.000 muertos por iatrogenia en los Estados Unidos sumamos las muertes producidas por la misma causa en Europa, más las de los países avanzados, más las del llamado tercer mundo, estamos hablando de millones de muertes al año por ingestión de medicamentos.

**Estos datos estadísticos son abrumadores, en especial para una profesión cuyo objetivo es curar y que ha desdeñado con arrogancia los tres mil años de la medicina oriental y los suplementos nutricionales naturales.**

Está claro que las multinacionales farmacéuticas sacan un enorme beneficio de esta situación, ejerciendo un control sobre la población, gobiernos, profesión médica y su ejercicio. Los médicos no pueden alegar ignorancia, pues datos y estadísticas son públicos y el día a día de su ejercicio profesional les muestra con claridad la realidad.

El juramento hipocrático que dice que "lo primero es no hacer daño al paciente" se incumple porque se les enseñan a depender de protocolos y de fármacos. Los descubrimientos de la biología celular, de la física cuántica y otras ciencias de vanguardia que cambian diametralmente la visión de lo que es un ser humano, no se han integrado con certeza a la nueva visión científica, avanzada y real que debe prevalecer.

Aquí le aportamos otros datos de interés:

- Según un informe sobre los ingresos hospitalarios provocados por las intoxicaciones con fármacos en Estados Unidos, dirigido por Jeffrey H. Coben, de la Universidad de West Virginia, en Estados Unidos las muertes por intoxicaciones de medicamentos entre personas de más de 35 años superan a las muertes de accidentes de tráfico.

- En un estudio publicado en Estados Unidos a finales del año 2010, por una organización no lucrativa bajo el título "Death by Medicine", se llegó a la conclusión de que la medicina causa más daño que beneficio. En el año 2001, de 278 millones de personas, 8,9 millones fueron hospitalizados innecesariamente y 2,2 millones de esos hospitalizados sufrieron reacciones adversas causadas por los medicamentos administrados en los hospitales. En 2003, según fuentes hospitalarias, se llevaron a cabo 7,5 millones de intervenciones médicas y quirúrgicas innecesarias. En Estados Unidos, durante un año murieron 783.936 personas, todas ellas causadas como reacción a medicamentos en hospital o fuera del hospital, malnutrición, errores médicos, infecciones, procedimientos innecesarios, problemas en cirugías, etc.

- Según el gobierno de Estados Unidos, después de la marihuana, las drogas recetadas son los narcóticos de mayor uso en Estados Unidos, y la epidemia de sobredosis ya supera las epidemias del pasado de cocaína, crack y heroína black tar. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) señala que más de 27 mil personas murieron por este tipo de sobredosis en 2007, un incremento de más de 5 veces desde 1990 para llegar a su nivel más alto.

- El Dr. Dale Console - anterior Director Médico de los laboratorios Squibb dijo: "Los médicos y el público están continuamente sujetos a una enormidad de nuevas medicinas, algunas sin valor y otras con gran potencial para hacer más daño que bien".

- El Dr. D.G. Fried - de la Universidad de Harvard dice: "De más de 8,000 medicinas disponibles para el médico, es casi imposible tener información para seleccionar las que debe de usar con sus pacientes".

- El Dr. Wolff - Director de Investigaciones del Washington Hospital Center, ha reportado que "la mayoría de las medicinas que recetan los médicos hacen más daño que bien".

Es imperativa la necesidad de cambiar el sistema que impide a la comunidad médica informar de estos incidentes, ya que en la información también reside el problema.

Todos los estudios mencionados sobre estas reacciones adversas, ya sea hospitalarias, o a medicamentos, coinciden en dos cosas importantes: la importancia del problema y la necesidad de cambiar la "cultura médica" al respecto. Diversos estudios exponen la reticencia de la profesión médica a informar de esos errores y, si ellos no dan el paso, las profesiones del ámbito circundante tampoco lo harán.

Lo sabemos todos. Lo sabe la industria farmacéutica, lo saben los médicos, lo sabe el estado y lo saben las propias víctimas: los enfermos. Cuide usted mismo su salud.

Publicado por [Chema Martinez](#)

## Entradas populares



### [Los múltiples usos del bicarbonato de sodio, incluso para curar enfermedades](#)

Hace un siglo, el bicarbonato comenzó a hacerse popular por sus asombrosos poderes curativos. Sin embargo, con el paso de los años se...



### [La sal marina y el bicarbonato de sodio como agentes alcalinos \(y por tanto fuentes de salud\)](#)

Como alternativa a beber agua de mar puede utilizarse sal marina sin refinar en nuestra cocina, y de vez en cuando bicarbonato sódico. ...



### [El asesinato del Dr. Gerson y la cura del cáncer](#)

El Dr. Max Gerson murió asesinado en 1959 antes de publicar su libro "A Cancer Therapy" (Una

Terapia Para el Cáncer), resultado de 50 caso...



### [Las profecías de Albert Pike, Masón y Satanista](#)

Hace más de cien años, un conocido satanista y líder masón pudo haber anticipado los sucesos de Londres. El plan de Albert Pike consistía ...



### [“El agua de mar cura todos los males del hombre” Eurípides. Rene Quinton olvidado](#)

Del blog elproyectomatrix René Quinton, un científico que sólo se preocupaba por la salud de las personas, descubrió las grandes propieda...

### [Alberto Martí Bosch. Afrontar el cáncer de forma holística](#)

Tras haber hablado en otros artículos sobre el Dr. Alberto Martí Bosch, sus terapias para el cáncer y el enfoque holístico que él utiliza pa...



### [Disolución de piedras del riñón con terapias naturales](#)

Hoy en día existen varios métodos para eliminar piedras del riñón de una manera efectiva e indolora. Antes de someterse a las farmacéutica...



### [Sobre gigantes, hombres y dinosaurios](#)

Gigantes Fotografía publicada en la revista British Strand en diciembre de 1895, vuelta a publicar en el libro de W. G. Wood-Martin, T...



### [Experto ruso explica la demolición por medios nucleares de las torres el 11 S](#)

Interesante teoría de un ex miembro de la inteligencia rusa publicada en la página de Daniel Estulin , también ex agente del KGB soviético. ...

# Death by Medicine

By Gary [Null, Ph.D.](#), PhD; [Carolyn Dean MD, ND](#); Martin Feldman, MD; Debora Rasio, MD; and Dorothy Smith, PhD

## ABSTRACT

A definitive review and close reading of medical peer-review journals, and government health statistics shows that American medicine frequently causes more harm than good. The number of people having in-hospital, adverse drug reactions (ADR) to prescribed medicine is 2.2 million.<sup>1</sup> Dr. Richard Besser, of the CDC, in 1995, said the number of unnecessary antibiotics prescribed annually for viral infections was 20 million. Dr. Besser, in 2003, now refers to tens of millions of unnecessary antibiotics.<sup>2, 2a</sup>

The number of unnecessary medical and surgical procedures performed annually is 7.5 million.<sup>3</sup> The number of people exposed to unnecessary hospitalization annually is 8.9 million.<sup>4</sup> The total number of iatrogenic deaths shown in the following table is 783,936. It is evident that the American medical system is the leading cause of death and injury in the United States. The 2001 heart disease annual death rate is 699,697; the annual cancer death rate, 553,251.<sup>5</sup>

**Table 1: Estimated Annual Mortality and Economic Cost of Medical Intervention**

Condition	Deaths	Cost	Author
Adverse Drug Reactions	106,000	\$12 billion	Lazarou(1), Suh (49)
Medical error	98,000	\$2 billion	IOM(6)
Bedsore	115,000	\$55 billion	Xakellis(7), Barczak (8)
Infection	88,000	\$5 billion	Weinstein(9), MMWR (10)
Malnutrition	108,800	-----	Nurses Coalition(11)
Outpatients	199,000	\$77 billion	Starfield(12), Weingart(112)
Unnecessary Procedures	37,136	\$122 billion	HCUP(3,13)
Surgery-Related	32,000	\$9 billion	AHRQ(85)
<b>Total</b>	<b>783,936</b>	<b>\$282 billion</b>	

Using Leape's 1997 medical and drug error rate of 3 million(14) multiplied by the 14% fatality rate he used in 1994(16) produces an annual death rate of 420,000 for drug errors and medical errors combined. Using this number instead of Lazarou's 106,000 drug errors and the Institute of Medicine's (IOM) estimated 98,000 annual medical errors would add another 216,000 deaths, for a total of 999,936 deaths annually.

**Table 2: Estimated Annual Mortality and Economic Cost of Medical Intervention**

Condition	Deaths	Cost	Author
ADR/med error	420,000	\$200 billion	Leape(14)



Bedsore	115,000	\$55 billion	Xakellis(7), Barczak (8)
Infection	88,000	\$5 billion	Weinstein(9), MMWR (10)
Malnutrition	108,800	-----	Nurses Coalition(11)
Outpatients	199,000	\$77 billion	Starfield(12), Weingart(112)
Unnecessary Procedures	37,136	\$122 billion	HCUP(3,13)
Surgery-Related	32,000	\$9 billion	AHRQ(85)
<b>Total</b>	<b>999,936</b>		

The enumerating of unnecessary medical events is very important in our analysis. Any invasive, unnecessary medical procedure must be considered as part of the larger iatrogenic picture. Unfortunately, cause and effect go unmonitored. The figures on unnecessary events represent people who are thrust into a dangerous health care system. Each of these 16.4 million lives is being affected in ways that could have fatal consequences. Simply entering a hospital could result in the following:

- In 16.4 million people, a 2.1% chance (affecting 186,000) of a serious adverse drug reaction(1)
- In 16.4 million people, a 5-6% chance (affecting 489,500) of acquiring a nosocomial infection(9)
- In 16.4 million people, a 4-36% chance (affecting 1.78 million) of having an iatrogenic injury (medical error and adverse drug reactions).(16)
- In 16.4 million people, a 17% chance (affecting 1.3 million) of a procedure error.(40)

These statistics represent a one-year time span. Working with the most conservative figures from our statistics, we project the following 10-year death rates.

**Table 3: Estimated 10-Year Death Rates from Medical Intervention**

<b>Condition</b>	<b>10-Year Deaths</b>	<b>Author</b>
Adverse Drug Reaction	1.06 million	(1)
Medical error	0.98 million	(6)
Bedsore	1.15 million	(7,8)
Nosocomial Infection	0.88 million	(9,10)
Malnutrition	1.09 million	(11)
Outpatients	1.99 million	(12, 112)
Unnecessary Procedures	371,360	(3,13)
Surgery-related	320,000	(85)
<b>Total</b>	<b>7,841,360</b>	

Our estimated 10-year total of 7.8 million iatrogenic deaths is more than all the casualties from all the wars fought by the US throughout its entire history.

Our projected figures for unnecessary medical events occurring over a 10-year period also are dramatic.

**Table 4: Estimated 10-Year Unnecessary Medical Events**

<b>Unnecessary Events</b>	<b>10-year Number</b>	<b>Iatrogenic Events</b>
Hospitalization	89 million(4)	17 million
Procedures	75 million(3)	15 million
<b>Total</b>	<b>164 million</b>	

These figures show that an estimated 164 million people—more than half of the total US population—receive unneeded medical treatment over the course of a decade.

## **INTRODUCTION**

Never before have the complete statistics on the multiple causes of iatrogenesis been combined in one article. Medical science amasses tens of thousands of papers annually, each representing a tiny fragment of the whole picture. To look at only one piece and try to understand the benefits and risks is like standing an inch away from an elephant and trying to describe everything about it. You have to step back to see the big picture, as we have done here. Each specialty, each division of medicine keeps its own records and data on morbidity and mortality. We have now completed the painstaking work of reviewing thousands of studies and putting pieces of the puzzle together.

### **Is American Medicine Working?**

US health care spending reached \$1.6 trillion in 2003, representing 14% of the nation's gross national product.(15) Considering this enormous expenditure, we should have the best medicine in the world. We should be preventing and reversing disease, and doing minimal harm. Careful and objective review, however, shows we are doing the opposite. Because of the extraordinarily narrow, technologically driven context in which contemporary medicine examines the human condition, we are completely missing the larger picture.

Medicine is not taking into consideration the following critically important aspects of a healthy human organism: (a) stress and how it adversely affects the immune system and life processes; (b) insufficient exercise; (c) excessive caloric intake; (d) highly processed and denatured foods grown in denatured and chemically damaged soil; and (e) exposure to tens of thousands of environmental toxins. Instead of minimizing these disease-causing factors, we cause more illness through medical technology, diagnostic testing, overuse of medical and surgical procedures, and overuse of pharmaceutical drugs. The huge disservice of this therapeutic strategy is the result of little effort or money being spent on preventing disease.

### **Underreporting of Iatrogenic Events**

As few as 5% and no more than 20% of iatrogenic acts are ever reported.(16,24,25,33,34) This implies that if medical errors were completely and accurately reported, we would have an annual iatrogenic death toll much higher than 783,936. In 1994, Leape said his figure of 180,000 medical mistakes resulting in death annually was equivalent to three jumbo-jet crashes every two days.(16) Our considerably higher figure is equivalent to six jumbo jets are falling out of the sky each day.

What we must deduce from this report is that medicine is in need of complete and total reform—

from the curriculum in medical schools to protecting patients from excessive medical intervention. It is obvious that we cannot change anything if we are not honest about what needs to be changed. This report simply shows the degree to which change is required.

We are fully aware of what stands in the way of change: powerful pharmaceutical and medical technology companies, along with other powerful groups with enormous vested interests in the business of medicine. They fund medical research, support medical schools and hospitals, and advertise in medical journals. With deep pockets, they entice scientists and academics to support their efforts. Such funding can sway the balance of opinion from professional caution to uncritical acceptance of new therapies and drugs. You have only to look at the people who make up the hospital, medical, and government health advisory boards to see conflicts of interest. The public is mostly unaware of these interlocking interests.

For example, a 2003 study found that nearly half of medical school faculty who serve on institutional review boards (IRB) to advise on clinical trial research also serve as consultants to the pharmaceutical industry.<sup>(17)</sup> The study authors were concerned that such representation could cause potential conflicts of interest. A news release by Dr. Erik Campbell, the lead author, said, "Our previous research with faculty has shown us that ties to industry can affect scientific behavior, leading to such things as trade secrecy and delays in publishing research. It's possible that similar relationships with companies could affect IRB members' activities and attitudes."<sup>(18)</sup>

### **Medical Ethics and Conflict of Interest in Scientific Medicine**

Jonathan Quick, director of essential drugs and medicines policy for the World Health Organization (WHO), wrote in a recent WHO bulletin: "If clinical trials become a commercial venture in which self-interest overrules public interest and desire overrules science, then the social contract which allows research on human subjects in return for medical advances is broken."<sup>(19)</sup>

As former editor of the *New England Journal of Medicine*, Dr. Marcia Angell struggled to bring greater attention to the problem of commercializing scientific research. In her outgoing editorial entitled "Is Academic Medicine for Sale?" Angell said that growing conflicts of interest are tainting science and called for stronger restrictions on pharmaceutical stock ownership and other financial incentives for researchers:<sup>(20)</sup> "When the boundaries between industry and academic medicine become as blurred as they are now, the business goals of industry influence the mission of medical schools in multiple ways." She did not discount the benefits of research but said a Faustian bargain now existed between medical schools and the pharmaceutical industry.

Angell left the *New England Journal* in June 2000. In June 2002, the *New England Journal of Medicine* announced that it would accept journalists who accept money from drug companies because it was too difficult to find ones who have no ties. Another former editor of the journal, Dr. Jerome Kassirer, said that was not the case and that plenty of researchers are available who do not work for drug companies.<sup>(21)</sup> According to an ABC news report, pharmaceutical companies spend over \$2 billion a year on over 314,000 events attended by doctors.

The ABC news report also noted that a survey of clinical trials revealed that when a drug company funds a study, there is a 90% chance that the drug will be perceived as effective whereas a non-drug-company-funded study will show favorable results only 50% of the time. It appears that money can't buy you love but it can buy any "scientific" result desired.

Cynthia Crossen, a staffer for the Wall Street Journal, in 1996 published *Tainted Truth : The Manipulation of Fact in America*, a book about the widespread practice of lying with statistics.<sup>(22)</sup> Commenting on the state of scientific research, she wrote: "The road to hell was paved with the

flood of corporate research dollars that eagerly filled gaps left by slashed government research funding.” Her data on financial involvement showed that in 1981 the drug industry “gave” \$292 million to colleges and universities for research. By 1991, this figure had risen to \$2.1 billion.

## THE FIRST IATROGENIC STUDY

Dr. Lucian L. Leape opened medicine's Pandora's box in his 1994 paper, “Error in Medicine,” which appeared in the *Journal of the American Medical Association* (JAMA).<sup>(16)</sup> He found that Schimmel reported in 1964 that 20% of hospital patients suffered iatrogenic injury, with a 20% fatality rate. In 1981 Steel reported that 36% of hospitalized patients experienced iatrogenesis with a 25% fatality rate, and adverse drug reactions were involved in 50% of the injuries. In 1991, Bedell reported that 64% of acute heart attacks in one hospital were preventable and were mostly due to adverse drug reactions.

Leape focused on the “Harvard Medical Practice Study” published in 1991, <sup>(16a)</sup> which found a 4% iatrogenic injury rate for patients, with a 14% fatality rate, in 1984 in New York State. From the 98,609 patients injured and the 14% fatality rate, he estimated that in the entire U.S. 180,000 people die each year partly as a result of iatrogenic injury.

Why Leape chose to use the much lower figure of 4% injury for his analysis remains in question. Using instead the average of the rates found in the three studies he cites (36%, 20%, and 4%) would have produced a 20% medical error rate. The number of iatrogenic deaths using an average rate of injury and his 14% fatality rate would be 1,189,576.

Leape acknowledged that the literature on medical errors is sparse and represents only the tip of the iceberg, noting that when errors are specifically sought out, reported rates are “distressingly high.” He cited several autopsy studies with rates as high as 35-40% of missed diagnoses causing death. He also noted that an intensive care unit reported an average of 1.7 errors per day per patient, and 29% of those errors were potentially serious or fatal.

Leape calculated the error rate in the intensive care unit study. First, he found that each patient had an average of 178 “activities” (staff/procedure/medical interactions) a day, of which 1.7 were errors, which means a 1% failure rate. This may not seem like much, but Leape cited industry standards showing that in aviation, a 0.1% failure rate would mean two unsafe plane landings per day at Chicago's O'Hare International Airport; in the US Postal Service, a 0.1% failure rate would mean 16,000 pieces of lost mail every hour; and in the banking industry, a 0.1% failure rate would mean 32,000 bank checks deducted from the wrong bank account.

In trying to determine why there are so many medical errors, Leape acknowledged the lack of reporting of medical errors. Medical errors occur in thousands of different locations and are perceived as isolated and unusual events. But the most important reason that the problem of medical errors is unrecognized and growing, according to Leape, is that doctors and nurses are unequipped to deal with human error because of the culture of medical training and practice. Doctors are taught that mistakes are unacceptable. Medical mistakes are therefore viewed as a failure of character and any error equals negligence. No one is taught what to do when medical errors do occur. Leape cites McIntyre and Popper, who said the “infallibility model” of medicine leads to intellectual dishonesty with a need to cover up mistakes rather than admit them. There are no Grand Rounds on medical errors, no sharing of failures among doctors, and no one to support them emotionally when their error harms a patient.

Leape hoped his paper would encourage medical practitioners “to fundamentally change the way they think about errors and why they occur.” It has been almost a decade since this groundbreaking

work, but the mistakes continue to soar.

In 1995, a *JAMA* report noted, "Over a million patients are injured in US hospitals each year, and approximately 280,000 die annually as a result of these injuries. Therefore, the iatrogenic death rate dwarfs the annual automobile accident mortality rate of 45,000 and accounts for more deaths than all other accidents combined."[\(23\)](#)

At a 1997 press conference, Leape released a nationwide poll on patient iatrogenesis conducted by the National Patient Safety Foundation (NPSF), which is sponsored by the American Medical Association (AMA). Leape is a founding member of NPSF. The survey found that more than 100 million Americans have been affected directly or indirectly by a medical mistake. Forty-two percent were affected directly and 84% personally knew of someone who had experienced a medical mistake.[\(14\)](#)

At this press conference, Leape updated his 1994 statistics, noting that as of 1997, medical errors in inpatient hospital settings nationwide could be as high as 3 million and could cost as much as \$200 billion. Leape used a 14% fatality rate to determine a medical error death rate of 180,000 in 1994. [\(16\)](#) In 1997, using Leape's base number of 3 million errors, the annual death rate could be as high as 420,000 for hospital inpatients alone.

## **ONLY A FRACTION OF MEDICAL ERRORS ARE REPORTED**

In 1994, Leape said he was well aware that medical errors were not being reported.[\(16\)](#) A study conducted in two obstetrical units in the UK found that only about one-quarter of adverse incidents were ever reported, to protect staff, preserve reputations, or for fear of reprisals, including lawsuits. [\(24\)](#) An analysis by Wald and Shojania found that only 1.5% of all adverse events result in an incident report, and only 6% of adverse drug events are identified properly. The authors learned that the American College of Surgeons estimates that surgical incident reports routinely capture only 5-30% of adverse events. In one study, only 20% of surgical complications resulted in discussion at morbidity and mortality rounds.[\(25\)](#) From these studies, it appears that all the statistics gathered on medical errors may substantially underestimate the number of adverse drug and medical therapy incidents. They also suggest that our statistics concerning mortality resulting from medical errors may be in fact be conservative figures.

An article in *Psychiatric Times* (April 2000) outlines the stakes involved in reporting medical errors.[\(26\)](#) The authors found that the public is fearful of suffering a fatal medical error, and doctors are afraid they will be sued if they report an error. This brings up the obvious question: who is reporting medical errors? Usually it is the patient or the patient's surviving family. If no one notices the error, it is never reported. Janet Heinrich, an associate director at the U.S. General Accounting Office responsible for health financing and public health issues, testified before a House subcommittee hearing on medical errors that "the full magnitude of their threat to the American public is unknown" and "gathering valid and useful information about adverse events is extremely difficult." She acknowledged that the fear of being blamed, and the potential for legal liability, played key roles in the underreporting of errors. The *Psychiatric Times* noted that the AMA strongly opposes mandatory reporting of medical errors.[\(26\)](#) If doctors are not reporting, what about nurses? A survey of nurses found that they also fail to report medical mistakes for fear of retaliation.[\(27\)](#)

Standard medical pharmacology texts admit that relatively few doctors ever report adverse drug reactions to the FDA.[\(28\)](#) The reasons range from not knowing such a reporting system exists to fear of being sued.[\(29\)](#) Yet the public depends on this tremendously flawed system of voluntary reporting by doctors to know whether a drug or a medical intervention is harmful.

Pharmacology texts also will tell doctors how hard it is to separate drug side effects from disease symptoms. Treatment failure is most often attributed to the disease and not the drug or doctor. Doctors are warned, “Probably nowhere else in professional life are mistakes so easily hidden, even from ourselves.”(30) It may be hard to accept, but it is not difficult to understand why only 1 in 20 side effects is reported to either hospital administrators or the FDA.(31, 31a)

If hospitals admitted to the actual number of errors for which they are responsible, which is about 20 times what is reported, they would come under intense scrutiny.(32) Jerry Phillips, associate director of the FDA's Office of Post Marketing Drug Risk Assessment, confirms this number. “In the broader area of adverse drug reaction data, the 250,000 reports received annually probably represent only 5% of the actual reactions that occur.”(33) Dr. Jay Cohen, who has extensively researched adverse drug reactions, notes that because only 5% of adverse drug reactions are reported, there are in fact 5 million medication reactions each year.(34)

A 2003 survey is all the more distressing because there seems to be no improvement in error reporting, even with all the attention given to this topic. Dr. Dorothea Wild surveyed medical residents at a community hospital in Connecticut and found that only half were aware that the hospital had a medical error-reporting system, and that the vast majority did not use it at all. Dr. Wild says this does not bode well for the future. If doctors don't learn error reporting in their training, they will never use it. Wild adds that error reporting is the first step in locating the gaps in the medical system and fixing them. Not even that first step has been taken to date.(35)

## **PUBLIC SUGGESTIONS ON IATROGENESIS**

In a telephone survey, 1,207 adults ranked the effectiveness of the following measures in reducing preventable medical errors that result in serious harm.(36) (Following each measure is the percentage of respondents who ranked the measure as “very effective.”)

- giving doctors more time to spend with patients (78%)
- requiring hospitals to develop systems to avoid medical errors (74%)
- better training of health professionals (73%)
- using only doctors specially trained in intensive care medicine on intensive care units (73%)
- requiring hospitals to report all serious medical errors to a state agency (71%)
- increasing the number of hospital nurses (69%)
- reducing the work hours of doctors in training to avoid fatigue (66%)
- encouraging hospitals to voluntarily report serious medical errors to a state agency (62%).

## **DRUG IATROGENESIS**

Prescription drugs constitute the major treatment modality of scientific medicine. With the discovery of the “germ theory,” medical scientists convinced the public that infectious organisms were the cause of illness. Finding the “cure” for these infections proved much harder than anyone imagined. From the beginning, chemical drugs promised much more than they delivered. But far beyond not working, the drugs also caused incalculable side effects. The drugs themselves, even when properly prescribed, have side effects that can be fatal, as Lazarou's study(1) showed. But human error can make the situation even worse.

### **Medication Errors**

A survey of a 1992 national pharmacy database found a total of 429,827 medication errors from 1,081 hospitals. Medication errors occurred in 5.22% of patients admitted to these hospitals each



year. The authors concluded that at least 90,895 patients annually were harmed by medication errors in the US as a whole.(37)

A 2002 study shows that 20% of hospital medications for patients had dosage errors. Nearly 40% of these errors were considered potentially harmful to the patient. In a typical 300-patient hospital, the number of errors per day was 40.(38)

Problems involving patients' medications were even higher the following year. The error rate intercepted by pharmacists in this study was 24%, making the potential minimum number of patients harmed by prescription drugs 417,908.(39)

### **Recent Adverse Drug Reactions**

More-recent studies on adverse drug reactions show that the figures from 1994 published in Lazarou's 1998 *JAMA* article may be increasing. A 2003 study followed 400 patients after discharge from a tertiary care hospital setting (requiring highly specialized skills, technology, or support services). Seventy-six patients (19%) had adverse events. Adverse drug events were the most common, at 66% of all events. The next most common event was procedure-related injuries, at 17%.(40)

In a *New England Journal of Medicine* study, an alarming one in four patients suffered observable side effects from the more than 3.34 billion prescription drugs filled in 2002.(41) One of the doctors who produced the study was interviewed by Reuters and commented, "With these 10-minute appointments, it's hard for the doctor to get into whether the symptoms are bothering the patients."(42) William Tierney, who editorialized on the *New England Journal* study, said "... given the increasing number of powerful drugs available to care for the aging population, the problem will only get worse." The drugs with the worst record of side effects were selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and calcium-channel blockers. Reuters also reported that prior research has suggested that nearly 5% of hospital admissions (over 1 million per year) are the result of drug side effects. But most of the cases are not documented as such. The study found that one of the reasons for this failure is that in nearly two-thirds of the cases, doctors could not diagnose drug side effects or the side effects persisted because the doctor failed to heed the warning signs.

### **Medicating Our Feelings**

Patients seeking a more joyful existence and relief from worry, stress, and anxiety often fall victim to the messages endlessly displayed on TV and billboards. Often, instead of gaining relief, they fall victim to the myriad iatrogenic side effects of antidepressant medication.

Moreover, a whole generation of antidepressant users has been created from young people growing up on Ritalin. Medicating youth and modifying their emotions must have some impact on how they learn to deal with their feelings. They learn to equate coping with drugs rather than with their inner resources. As adults, these medicated youth reach for alcohol, drugs, or even street drugs to cope. According to *JAMA*, "Ritalin acts much like cocaine."(43) Today's marketing of mood-modifying drugs such as Prozac and Zoloft® makes them not only socially acceptable but almost a necessity in today's stressful world.

### **Television Diagnosis**

To reach the widest audience possible, drug companies are no longer just targeting medical doctors with their marketing of antidepressants. By 1995, drug companies had tripled the amount of money

allotted to direct advertising of prescription drugs to consumers. The majority of this money is spent on seductive television ads. From 1996 to 2000, spending rose from \$791 million to nearly \$2.5 billion.(44) This \$2.5 billion represents only 15% of the total pharmaceutical advertising budget. While the drug companies maintain that direct-to-consumer advertising is educational, Dr. Sidney M. Wolfe of the Public Citizen Health Research Group in Washington, DC, argues that the public often is misinformed about these ads.(45) People want what they see on television and are told to go to their doctors for a prescription. Doctors in private practice either acquiesce to their patients' demands for these drugs or spend valuable time trying to talk patients out of unnecessary drugs. Dr. Wolfe remarks that one important study found that people mistakenly believe that the "FDA reviews all ads before they are released and allows only the safest and most effective drugs to be promoted directly to the public."(46)

### **How Do We Know Drugs Are Safe?**

Another aspect of scientific medicine that the public takes for granted is the testing of new drugs. Drugs generally are tested on individuals who are fairly healthy and not on other medications that could interfere with findings. But when these new drugs are declared "safe" and enter the drug prescription books, they are naturally going to be used by people who are on a variety of other medications and have a lot of other health problems. Then a new phase of drug testing called "post-approval" comes into play, which is the documentation of side effects once drugs hit the market. In one very telling report, the federal government's General Accounting Office "found that of the 198 drugs approved by the FDA between 1976 and 1985... 102 (or 51.5%) had serious post-approval risks... the serious post-approval risks (included) heart failure, myocardial infarction, anaphylaxis, respiratory depression and arrest, seizures, kidney and liver failure, severe blood disorders, birth defects and fetal toxicity, and blindness."(47)

NBC Television's investigative show "Dateline" wondered if your doctor is moonlighting as a drug company representative. After a yearlong investigation, NBC reported that because doctors can legally prescribe any drug to any patient for any condition, drug companies heavily promote "off label" and frequently inappropriate and untested uses of these medications, even though these drugs are approved only for the specific indications for which they have been tested.(48)

The leading causes of adverse drug reactions are antibiotics (17%), cardiovascular drugs (17%), chemotherapy (15%), and analgesics and anti-inflammatory agents (15%).(49)

### **Specific Drug Iatrogenesis: Antibiotics**

According to William Agger, MD, director of microbiology and chief of infectious disease at Gundersen Lutheran Medical Center in La Crosse, WI, 30 million pounds of antibiotics are used in America each year.(50) Of this amount, 25 million pounds are used in animal husbandry, and 23 million pounds are used to try to prevent disease and the stress of shipping, as well as to promote growth. Only 2 million pounds are given for specific animal infections. Dr. Agger reminds us that low concentrations of antibiotics are measurable in many of our foods and in various waterways around the world, much of it seeping in from animal farms.

Agger contends that overuse of antibiotics results in food-borne infections resistant to antibiotics. Salmonella is found in 20% of ground meat, but the constant exposure of cattle to antibiotics has made 84% of salmonella resistant to at least one anti-salmonella antibiotic. Diseased animal food accounts for 80% of salmonellosis in humans, or 1.4 million cases per year. The conventional approach to countering this epidemic is to radiate food to try to kill all organisms while continuing to use the antibiotics that created the problem in the first place. Approximately 20% of chickens are contaminated with *Campylobacter jejuni*, an organism that causes 2.4 million cases of illness



annually. Fifty-four percent of these organisms are resistant to at least one anti-campylobacter antimicrobial agent.

Denmark banned growth-promoting antibiotics beginning in 1999, which cut their use by more than half within a year, from 453,200 to 195,800 pounds. A report from Scandinavia found that removing antibiotic growth promoters had no or minimal effect on food production costs. Agger warns that the current crowded, unsanitary methods of animal farming in the US support constant stress and infection, and are geared toward high antibiotic use.

In the US, over 3 million pounds of antibiotics are used every year on humans. With a population of 284 million Americans, this amount is enough to give every man, woman, and child 10 teaspoons of pure antibiotics per year. Agger says that exposure to a steady stream of antibiotics has altered pathogens such as *Streptococcus pneumoniae*, *Staplococcus aureus*, and *enterococci*, to name a few.

Almost half of patients with upper respiratory tract infections in the U.S. still receive antibiotics from their doctor.(51) According to the CDC, 90% of upper respiratory infections are viral and should not be treated with antibiotics. In Germany, the prevalence of systemic antibiotic use in children aged 0-6 years was 42.9%.(52)

Data obtained from nine US health insurers on antibiotic use in 25,000 children from 1996 to 2000 found that rates of antibiotic use decreased. Antibiotic use in children aged three months to under 3 years decreased 24%, from 2.46 to 1.89 antibiotic prescriptions per patient per year. For children aged 3 to under 6 years, there was a 25% reduction from 1.47 to 1.09 antibiotic prescriptions per patient per year. And for children aged 6 to under 18 years, there was a 16% reduction from 0.85 to 0.69 antibiotic prescriptions per patient per year.(53) Despite these reductions, the data indicate that on average every child in America receives 1.22 antibiotic prescriptions annually.

Group A beta-hemolytic streptococci is the only common cause of sore throat that requires antibiotics, with penicillin and erythromycin the only recommended treatment. Ninety percent of sore-throat cases, however, are viral. Antibiotics were used in 73% of the estimated 6.7 million adult annual visits for sore throat in the US between 1989 and 1999. Furthermore, patients treated with antibiotics were prescribed non-recommended broad-spectrum antibiotics in 68% of visits. This period saw a significant increase in the use of newer, more expensive broad-spectrum antibiotics and a decrease in use of the recommended antibiotics penicillin and erythromycin.(54) Antibiotics being prescribed in 73% of sore-throat cases instead of the recommended 10% resulted in a total of 4.2 million unnecessary antibiotic prescriptions from 1989 to 1999.

### **The Problem with Antibiotics**

In September 2003, the CDC re-launched a program started in 1995 called “Get Smart: Know When Antibiotics Work.”(55) This \$1.6 million campaign is designed to educate patients about the overuse and inappropriate use of antibiotics. Most people involved with alternative medicine have known about the dangers of antibiotic overuse for decades. Finally the government is focusing on the problem, yet it is spending only a miniscule amount of money on an iatrogenic epidemic that is costing billions of dollars and thousands of lives. The CDC warns that 90% of upper respiratory infections, including children's ear infections, are viral and that antibiotics do not treat viral infection. More than 40% of about 50 million prescriptions for antibiotics written each year in physicians' offices are inappropriate.(2) Using antibiotics when not needed can lead to the development of deadly strains of bacteria that are resistant to drugs and cause more than 88,000 deaths due to hospital-acquired infections.(9) The CDC, however, seems to be blaming patients for misusing antibiotics even though they are available only by prescription from physicians. According to Dr. Richard Besser, head of “Get Smart”: “Programs that have just targeted physicians have not

worked. Direct-to-consumer advertising of drugs is to blame in some cases.” Besser says the program “teaches patients and the general public that antibiotics are precious resources that must be used correctly if we want to have them around when we need them. Hopefully, as a result of this campaign, patients will feel more comfortable asking their doctors for the best care for their illnesses, rather than asking for antibiotics.”(56)

## **Cesarean Section**

In 1983, 809,000 cesarean sections (21% of live births) were performed in the US, making it the nation's most common obstetric-gynecologic (OB/GYN) surgical procedure. The second most common OB/GYN operation was hysterectomy (673,000), followed by diagnostic dilation and curettage of the uterus (632,000). In 1983, OB/GYN procedures represented 23% of all surgery completed in the US.(104)

In 2001, cesarean section is still the most common OB/GYN surgical procedure. Approximately 4 million births occur annually, with 24% (960,000) delivered by cesarean section. In the Netherlands, only 8% of births are delivered by cesarean section. This suggests 640,000 unnecessary cesarean sections—entailing three to four times higher mortality and 20 times greater morbidity than vaginal delivery(105)—are performed annually in the US.

The US cesarean rate rose from just 4.5% in 1965 to 24.1% in 1986. Sakala contends that an “uncontrolled pandemic of medically unnecessary cesarean births is occurring.”(106) VanHam reported a cesarean section postpartum hemorrhage rate of 7%, a hematoma formation rate of 3.5%, a urinary tract infection rate of 3%, and a combined postoperative morbidity rate of 35.7% in a high-risk population undergoing cesarean section.(107)

## **NEVER ENOUGH STUDIES**

Scientists claimed there were never enough studies revealing the dangers of DDT and other dangerous pesticides to ban them. They also used this argument for tobacco, claiming that more studies were needed before they could be certain that tobacco really caused lung cancer. Even the American Medical Association (AMA) was complicit in suppressing the results of tobacco research. In 1964, when the Surgeon General's report condemned smoking, the AMA refused to endorse it, claiming a need for more research. What they really wanted was more money, which they received from a consortium of tobacco companies that paid the AMA \$18 million over the next nine years during which the AMA said nothing about the dangers of smoking.(108)

The *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, "after careful consideration of the extent to which cigarettes were used by physicians in practice," began accepting tobacco advertisements and money in 1933. State journals such as the *New York State Journal of Medicine* also began to run advertisements for Chesterfield cigarettes that claimed cigarettes are "Just as pure as the water you drink... and practically untouched by human hands." In 1948, *JAMA* argued "more can be said in behalf of smoking as a form of escape from tension than against it... there does not seem to be any preponderance of evidence that would indicate the abolition of the use of tobacco as a substance contrary to the public health."(109) Today, scientists continue to use the excuse that more studies are needed before they will support restricting the inordinate use of drugs.

## **ADVERSE DRUG REACTIONS**

The Lazarou study(1) analyzed records for prescribed medications for 33 million US hospital admissions in 1994. It discovered 2.2 million serious injuries due to prescribed drugs; 2.1% of inpatients experienced a serious adverse drug reaction, 4.7% of all hospital admissions were due to

a serious adverse drug reaction, and fatal adverse drug reactions occurred in 0.19% of inpatients and 0.13% of admissions. The authors estimated that 106,000 deaths occur annually due to adverse drug reactions.

Using a cost analysis from a 2000 study in which the increase in hospitalization costs per patient suffering an adverse drug reaction was \$5,483, costs for the Lazarou study's 2.2 million patients with serious drug reactions amounted to \$12 billion.(1,49)

Serious adverse drug reactions commonly emerge after FDA approval of the drugs involved. The safety of new agents cannot be known with certainty until a drug has been on the market for many years.(110)

## **BEDSORES**

Over one million people develop bedsores in U.S. hospitals every year. It's a tremendous burden to patients and family, and a \$55 billion dollar healthcare burden. (7) Bedsores are preventable with proper nursing care. It is true that 50% of those affected are in a vulnerable age group of over 70. In the elderly bedsores carry a fourfold increase in the rate of death. The mortality rate in hospitals for patients with bedsores is between 23% and 37%. (8) Even if we just take the 50% of people over 70 with bedsores and the lowest mortality at 23%, that gives us a death rate due to bedsores of 115,000. Critics will say that it was the disease or advanced age that killed the patient, not the bedsore, but our argument is that an early death, by denying proper care, deserves to be counted. It is only after counting these unnecessary deaths that we can then turn our attention to fixing the problem.

## **MALNUTRITION IN NURSING HOMES**

The General Accounting Office (GAO), a special investigative branch of Congress, cited 20% of the nation's 17,000 nursing homes for violations between July 2000 and January 2002. Many violations involved serious physical injury and death.(111)

A report from the Coalition for Nursing Home Reform states that at least one-third of the nation's 1.6 million nursing home residents may suffer from malnutrition and dehydration, which hastens their death. The report calls for adequate nursing staff to help feed patients who are not able to manage a food tray by themselves.(11) It is difficult to place a mortality rate on malnutrition and dehydration. The Coalition report states that malnourished residents, compared with well-nourished hospitalized nursing home residents, have a fivefold increase in mortality when they are admitted to a hospital. Multiplying the one-third of 1.6 million nursing home residents who are malnourished by a mortality rate of 20%(8,14) results in 108,800 premature deaths due to malnutrition in nursing homes.

## **Nosocomial Infections**

The rate of nosocomial infections per 1,000 patient days rose from 7.2 in 1975 to 9.8 in 1995, a 36% jump in 20 years. Reports from more than 270 US hospitals showed that the nosocomial infection rate itself had remained stable over the previous 20 years, with approximately five to six hospital-acquired infections occurring per 100 admissions, a rate of 5-6%. Due to progressively shorter inpatient stays and the increasing number of admissions, however, the number of infections increased. It is estimated that in 1995, nosocomial infections cost \$4.5 billion and contributed to more than 88,000 deaths, or one death every 6 minutes.(9) The 2003 incidence of nosocomial mortality is quite probably higher than in 1995 because of the tremendous increase in antibiotic-resistant organisms. Morbidity and Mortality Report found that nosocomial infections cost \$5 billion annually in 1999,(10) representing a \$0.5 billion increase in just four years. At this rate of

increase, the current cost of nosocomial infections would be around \$5.5 billion.

## **Outpatient Iatrogenesis**

In a 2000 *JAMA* article, Dr. Barbara Starfield presents well-documented facts that are both shocking and unassailable.(12) The U.S. ranks 12th of 13 industrialized countries when judged by 16 health status indicators. Japan, Sweden, and Canada were first, second, and third, respectively. More than 40 million people in the US have no health insurance, and 20-30% of patients receive contraindicated care.

Starfield warns that one cause of medical mistakes is overuse of technology, which may create a "cascade effect" leading to still more treatment. She urges the use of ICD (International Classification of Diseases) codes that have designations such as "Drugs, Medicinal, and Biological Substances Causing Adverse Effects in Therapeutic Use" and "Complications of Surgical and Medical Care" to help doctors quantify and recognize the magnitude of the medical error problem. Starfield notes that many deaths attributable to medical error today are likely to be coded to indicate some other cause of death. She concludes that against the backdrop of our poor health report card compared to other Westernized countries, we should recognize that the harmful effects of health care interventions account for a substantial proportion of our excess deaths.

Starfield cites Weingart's 2000 article, "Epidemiology of Medical Error," as well as other authors to suggest that between 4% and 18% of consecutive patients in outpatient settings suffer an iatrogenic event leading to:

1. 116 million extra physician visits
2. 77 million extra prescriptions filled
3. 17 million emergency department visits
4. 8 million hospitalizations
5. 3 million long-term admissions
6. 199,000 additional deaths
7. \$77 billion in extra costs(112)

## **Unnecessary Surgeries**

While some 12,000 deaths occur each year from unnecessary surgeries, results from the few studies that have measured unnecessary surgery directly indicate that for some highly controversial operations, the proportion of unwarranted surgeries could be as high as 30%.(74)

## **MEDICAL ERRORS: A GLOBAL ISSUE**

A five-country survey published in the *Journal of Health Affairs* found that 18-28% of people who were recently ill had suffered from a medical or drug error in the previous two years. The study surveyed 750 recently ill adults. The breakdown by country showed the percentages of those suffering a medical or drug error were 18% in Britain, 23% in Australia and in New Zealand, 25% in Canada, and 28% in the US.(113)

## **HEALTH INSURANCE**

The Institute of Medicine recently found that the 41 million Americans with no health insurance have consistently worse clinical outcomes than those who are insured, and are at increased risk for dying prematurely (114).

When doctors bill for services they do not render, advise unnecessary tests, or screen everyone for a rare condition, they are committing insurance fraud. The US GAO estimated that \$12 billion dollars was lost to fraudulent or unnecessary claims in 1998, and reclaimed \$480 million in judgments in that year. In 2001, the federal government won or negotiated more than \$1.7 billion in judgments, settlements, and administrative impositions in health care fraud cases and proceedings.(115)

## **WAREHOUSING OUR ELDERERS**

One way to measure the moral and ethical fiber of a society is by how it treats its weakest and most vulnerable members. In some cultures, elderly people live out their lives in extended family settings that enable them to continue participating in family and community affairs. American nursing homes, where millions of our elders go to live out their final days, represent the pinnacle of social isolation and medical abuse.

- In America, approximately 1.6 million elderly are confined to nursing homes. By 2050, that number could be 6.6 million.(11,116)
- Twenty percent of all deaths from all causes occur in nursing homes.(117)
- Hip fractures are the single greatest reason for nursing home admissions.(118)
- Nursing homes represent a reservoir for drug-resistant organisms due to overuse of antibiotics.(119)

Presenting a report he sponsored entitled "Abuse of Residents is a Major Problem in U.S. Nursing Homes" on July 30, 2001, Rep. Henry Waxman (D-CA) noted that "as a society we will be judged by how we treat the elderly." The report found one-third of the nation's approximately 17,000 nursing homes were cited for an abuse violation in a two-year period from January 1999 to January 2001.(116) According to Waxman, "the people who cared for us deserve better." The report suggests that this known abuse represents only the "tip of the iceberg" and that much more abuse occurs that we are aware of or ignore.(116a) The report found:

- Over 30% of US nursing homes were cited for abuses, totaling more than 9,000 violations.
- 10% of nursing homes had violations that caused actual physical harm to residents or worse.
- Over 40% (3,800) of the abuse violations followed the filing of a formal complaint, usually by concerned family members.
- Many verbal abuse violations were found.
- Occasions of sexual abuse.
- Incidents of physical abuse causing numerous injuries such as fractured femur, hip, elbow, wrist, and other injuries.

Dangerously understaffed nursing homes lead to neglect, abuse, overuse of medications, and physical restraints. In 1990, Congress mandated an exhaustive study of nurse-to-patient ratios in nursing homes. The study was finally begun in 1998 and took four years to complete.(120) A spokesperson for The National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform commented on the study: "They compiled two reports of three volumes each thoroughly documenting the number of hours of care residents must receive from nurses and nursing assistants to avoid painful, even dangerous, conditions such as bedsores and infections. Yet it took the Department of Health and Human Services and Secretary Tommy Thompson only four months to dismiss the report as 'insufficient.'"(121) Although preventable with proper nursing care, bedsores occur three times more commonly in nursing homes than in acute care or veterans hospitals.(122).

Because many nursing home patients suffer from chronic debilitating conditions, their assumed cause of death often is unquestioned by physicians. Some studies show that as many as 50% of

deaths due to restraints, falls, suicide, homicide, and choking in nursing homes may be covered up. (123,124) It is possible that many nursing home deaths are instead attributed to heart disease. In fact, researchers have found that heart disease may be over-represented in the general population as a cause of death on death certificates by 8-24%. In the elderly, the overreporting of heart disease as a cause of death is as much as twofold.(125)

That very few statistics exist concerning malnutrition in acute-care hospitals and nursing homes demonstrates the lack of concern in this area. While a survey of the literature turns up few US studies, one revealing US study evaluated the nutritional status of 837 patients in a 100-bed subacute-care hospital over a 14-month period. The study found only 8% of the patients were well nourished, while 29% were malnourished and 63% were at risk of malnutrition. As a result, 25% of the malnourished patients required readmission to an acute-care hospital, compared to 11% of the well-nourished patients. The authors concluded that malnutrition reached epidemic proportions in patients admitted to this subacute-care facility.(126)

Many studies conclude that physical restraints are an underreported and preventable cause of death. Studies show that compared to no restraints, the use of restraints carries a higher mortality rate and economic burden.(127-129) Studies have found that physical restraints, including bedrails, are the cause of at least 1 in every 1,000 nursing-home deaths.(130-132)

Deaths caused by malnutrition, dehydration, and physical restraints, however, are rarely recorded on death certificates. Several studies reveal that nearly half of the listed causes of death on death certificates for elderly people with chronic or multi-system disease are inaccurate.(133) Even though 1 in 5 people die in nursing homes, an autopsy is performed in less than 1% of these deaths. (134).

### **Overmedicating Seniors**

Dr. Robert Epstein, chief medical officer of Medco Health Solutions Inc. (a unit of Merck & Co.), conducted a study in 2003 of drug trends among the elderly.(135) He found that seniors are going to multiple physicians, getting multiple prescriptions, and using multiple pharmacies. Medco oversees drug-benefit plans for more than 60 million Americans, including 6.3 million seniors who received more than 160 million prescriptions. According to the study, the average senior receives 25 prescriptions each year. Among those 6.3 million seniors, a total of 7.9 million medication alerts were triggered: less than one-half that number, 3.4 million, were detected in 1999. About 2.2 million of those alerts indicated excessive dosages unsuitable for seniors, and about 2.4 million alerts indicated clinically inappropriate drugs for the elderly. Reuters interviewed Kasey Thompson, director of the Center on Patient Safety at the American Society of Health System Pharmacists, who noted: "There are serious and systemic problems with poor continuity of care in the United States ." He says this study represents only "the tip of the iceberg" of a national problem.

According to *Drug Benefit Trends* , the average number of prescriptions dispensed per non-Medicare HMO member per year rose 5.6% from 1999 to 2000, - from 7.1 to 7.5 prescriptions. The average number dispensed for Medicare members increased 5.5%, from 18.1 to 19.1 prescriptions. (136) The total number of prescriptions written in the US in 2000 was 2.98 billion, or 10.4 prescriptions for every man, woman, and child.(137)

In a study of 818 residents of residential care facilities for the elderly, 94% were receiving at least one medication at the time of the interview. The average intake of medications was five per resident; the authors noted that many of these drugs were given without a documented diagnosis justifying their use.(138)



Seniors and groups like the American Association for Retired Persons (AARP) are demanding that prescription drug coverage be a basic right.(139) They have accepted allopathic medicine's overriding assumption that aging and dying in America must be accompanied by drugs in nursing homes and eventual hospitalization. Seniors are given the choice of either high-cost patented drugs or low-cost generic drugs. Drug companies attempt to keep the most expensive drugs on the shelves and suppress access to generic drugs, despite facing stiff fines of hundreds of millions of dollars levied by the federal government.(140,141) In 2001, some of the world's largest drug companies were fined a record \$871 million for conspiring to increase the price of vitamins.(142)

Current AARP recommendations for diet and nutrition assume that seniors are getting all the nutrition they need in an average diet. At most, AARP suggests adding extra calcium and a multivitamin and mineral supplement.(143)

Ironically, studies also indicate underuse of proper pain medication for patients who need it. One study evaluated pain management in a group of 13,625 cancer patients, aged 65 and over, living in nursing homes. While almost 30% of the patients reported pain, more than 25% received no pain relief medication, 16% received a mild analgesic drug, 32% received a moderate analgesic drug, and 26% received adequate pain-relieving morphine. The authors concluded that older patients and minority patients were more likely to have their pain untreated.(144)

## **WHAT REMAINS TO BE UNCOVERED**

Our ongoing research will continue to quantify the morbidity, mortality, and financial loss due to:

1. X-ray exposures (mammography, fluoroscopy, CT scans).
2. Overuse of antibiotics for all conditions.
3. Carcinogenic drugs (hormone replacement therapy,\* immunosuppressive and prescription drugs).
4. Cancer chemotherapy(70)
5. Surgery and unnecessary surgery (cesarean section, radical mastectomy, preventive mastectomy, radical hysterectomy, prostatectomy, cholecystectomies, cosmetic surgery, arthroscopy, etc.).
6. Discredited medical procedures and therapies.
7. Unproven medical therapies.
8. Outpatient surgery.
9. Doctors themselves.

\* Part of our ongoing research will be to quantify the mortality and morbidity caused by hormone replacement therapy (HRT) since the 1940s. In December 2000, a government scientific advisory panel recommended that synthetic estrogen be added to the nation's list of cancer-causing agents. HRT, either synthetic estrogen alone or combined with synthetic progesterone, is used by an estimated 13.5 to 16 million women in the US.(145) The aborted Women's Health Initiative Study (WHI) of 2002 showed that women taking synthetic estrogen combined with synthetic progesterone have a higher incidence of ovarian cancer, breast cancer, stroke, and heart disease, with little evidence of osteoporosis reduction or dementia prevention. WHI researchers, who usually never make recommendations except to suggest more studies, advised doctors to be very cautious about prescribing HRT to their patients.(100,146-150)

Results of the "Million Women Study" on HRT and breast cancer in the UK were published in medical journal *The Lancet* in August 2003. According to lead author Prof. Valerie Beral, director of the Cancer Research UK Epidemiology Unit: "We estimate that over the past decade, use of HRT by UK women aged 50-64 has resulted in an extra 20,000 breast cancers, estrogen-progestagen

(combination) therapy accounting for 15,000 of these.”(151) We were unable to find statistics on breast cancer, stroke, uterine cancer, or heart disease caused by HRT used by American women. Because the US population is roughly six times that of the UK, it is possible that 120,000 cases of breast cancer have been caused by HRT in the past decade.

## **OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (OTA)**

Health Care Technology and Its Assessment in Eight Countries, 1995.

### **General Facts**

1. In 1990, US life expectancy was 71.8 years for men and 78.8 years for women, among the lowest rates in the developed countries.
2. The 1990 US infant mortality rate in the US was 9.2 per 1,000 live births, in the bottom half of the distribution among all developed countries.
3. Health status is correlated with socioeconomic status.
4. Health care is not universal.
5. Health care is based on the free market system with no fixed budget or limitations on expansion.
6. Health care accounts for 14% of the US GNP (\$800 billion in 1993).
7. The federal government does no central planning, though it is the major purchaser of health care for older people and some poor people.
8. Americans are less satisfied with their health care system than people in other developed countries.
9. US medicine specializes in expensive medical technology; some large US cities have more magnetic resonance image (MRI) scanners than most countries.
10. Huge public and private investments in medical research and pharmaceutical development drive this “technological arms race.”
11. Any efforts to restrain technological developments in health care are opposed by policymakers concerned about negative impacts on medical-technology industries.

### **Hospitals**

1. In 1990, the US had 5,480 acute-care hospitals, 880 specialty (psychiatric, long-term care, and rehabilitation) hospitals, and 340 federal (military, veterans, and Native American) hospitals, or 2.7 hospitals per 100,000 population.
2. In 1990, the average length of stay for 33 million admissions was 9.2 days. The bed occupancy rate was 66%. Lengths of stay were shorter and admission rates lower than other countries.
3. In 1990, the US had 615,000 physicians, or 2.4 per 1,000 population; 33% were primary care (family medicine, internal medicine, and pediatrics) and 67% were specialists.
4. In 1991, government-run health care spending totaled \$81 billion.
5. Total US health care spending rose to \$752 billion in 1991 from \$70 billion in 1950. Spending grew five-fold per capita.
6. Reasons for increased healthcare spending include:
  1. The high cost of defensive medicine, with an escalation in services solely to avoid malpractice litigation.
  2. US health care based on defensive medicine costs nearly \$45 billion per year, or about 5% of total health care spending, according to one source.
  3. The availability and use of new medical technologies have contributed the most to increased health care spending, argue many analysts. These costs are impossible to quantify.



7. The reasons government attempts to control health care costs have failed include:
  1. Market incentive and profit-motive involvement in the financing and organization of health care, including private insurers, hospital systems, physicians, and the drug and medical-device industries.
  2. Expansion is the goal of free enterprise.

### **Health-Related Research and Development**

1. The US spends more than any other country on health-related R&D.
2. In 1989, the federal government spent \$9.2 billion on R&D, while private industry spent an additional \$9.4 billion.
3. Total US R&D expenditures rose 50% from 1983 to 1992.
4. NIH receives about half of US government R&D funding.
5. NIH spent more on basic research (\$4.1 billion in 1989) than for clinical trials of medical treatments on humans (\$519 million in 1989).
6. Most of the clinical trials evaluate new treatment protocols for cancer and complications of AIDS, and do not study existing treatments, even though their effectiveness is in many cases unknown and questionable.
7. In 1990, the NIH had just begun to do meta-analysis and cost-effectiveness analysis.

### **Pharmaceutical and Medical-Device Industries**

1. About two-thirds of the industry's \$9.4 billion budget went to drug research; device manufacturers spent the remaining one-third.
2. In addition to R&D, the medical industry spent 24% of total sales on promoting their products and 15% of total sales on development.
3. Total marketing expenses in 1990 were over \$5 billion.
4. Many products provide no benefit over existing products.
5. Public and private health care consumers buy these products.
6. If health care spending is perceived as a problem, a highly profitable drug industry exacerbates the problem.

### **Controlling Health Care Technology**

1. The FDA ensures the safety and efficacy of drugs, biologics, and medical devices.
2. The FDA does not consider costs of therapy.
3. The FDA does not consider the effectiveness of a therapy.
4. The FDA does not compare a product to currently marketed products
5. The FDA does not consider nondrug alternatives for a given clinical problem.
6. It costs \$200 million in development costs to bring a new drug to market. AIDS-drug interest groups forced new regulations that speed up the approval process.
7. Such drugs should be subject to greater post-marketing surveillance requirements. As of 1995, these provisions had not yet come into play.
8. Many argue that reductions in the pre-approval testing of drugs open the possibility of significant undiscovered toxicities.

### **Health Care Technology Assessment**

1. Failure to evaluate technology was a focus of a 1978 report from OTA with examples of many common medical practices supported by limited published data (10-20%).
2. In 1978, Congress created the National Center for Health Care Technology (NCHCT) to advise Medicare and Medicaid.

3. With an annual budget of \$4 million, NCHCT published three broad assessments of high-priority technologies and made about 75 coverage recommendations to Medicare.
4. Congress disbanded NCHCT in 1981. The medical profession opposed it from the beginning. The AMA testified before Congress in 1981 that “clinical policy analysis and judgments are better made—and are being responsibly made—within the medical profession. Assessing risks and costs, as well as benefits, has been central to the exercise of good medical judgment for decades.”
5. The medical device lobby also opposed government oversight by NCHCT.

## **Examples of Lack of Proper Management of HealthCare**

### **Treatments for Coronary Artery Disease**

1. Since the early 1970s, the number of coronary artery bypass surgeries (CABGS) has risen rapidly without government regulation or clinical trials.
2. Angioplasty for single vessel disease was introduced in 1978. The first published trial of angioplasty versus medical treatment was done in 1992.
3. Angioplasty did not reduce the number of CABGS, as was promoted.
4. Both procedures increase in number every year as the patient population grows older and sicker.
5. Rates of use are higher in white patients and private insurance patients, and vary greatly by geographic region, suggesting that use of these procedures is based on non-clinical factors.
6. As of 1995, the NIH consensus program had not assessed CABGS since 1980 and had never assessed angioplasty.
7. RAND researchers evaluated CABGS in New York in 1990. They reviewed 1,300 procedures and found 2% were inappropriate, 90% were appropriate, and 7% were uncertain. For 1,300 angioplasties, 4% were inappropriate and 38% uncertain. Using RAND methodologies, a panel of British physicians rated twice as many procedures “inappropriate” as did a US panel rating the same clinical cases. The New York numbers are in question because New York State limits the number of surgery centers, and the per-capita supply of cardiac surgeons in New York is about one-half of the national average.
8. The estimated five-year cost is \$33,000 for angioplasty and \$40,000 for CABGS. Angioplasty did not lower costs, due to its high failure rates.

### **Computed Tomography (CT)**

1. The first CT scanner in the US was installed at the Mayo Clinic in 1973. By 1992, the number of operational CT scanners in the US had grown to 6,060. By comparison, in 1993 there were 216 CT units in Canada .
2. There is little information available on how CT scans improve or affect patient outcomes
3. In some institutions, up to 90% of scans performed were negative.
4. Approval by the FDA was not required for CT scanners, nor was any evidence of safety or efficacy.

### **Magnetic Resonance Imaging (MRI)**

1. MRIs were introduced in Great Britain in 1978 and in the US in 1980. By 1988, there were 1,230 units and by 1992 between 2,800 and 3,000.
2. A definitive review published in 1994 found less than 30 studies of 5,000 that were prospective comparisons of diagnostic accuracy or therapeutic choice.
3. The American College of Physicians assessed MRI studies and rated 13 of 17 trials as “weak,” i.e., lacking data concerning therapeutic impact or patient outcomes.

4. The OTA concluded: "It is evident that hospitals, physician-entrepreneurs, and medical device manufacturers have approached MRI and CT as commodities with high-profit potential, and decision-making on the acquisition and use of these procedures has been highly influenced by this approach. Clinical evaluation, appropriate patient selection, and matching supply to legitimate demand might be viewed as secondary forces."

### **Laparoscopic Surgery**

1. Laparoscopic cholecystectomy was introduced at a professional surgical society meeting in late 1989. By 1992, 85% of all cholecystectomies were performed laparoscopically.
2. There was an associated increase of 30% in the number of cholecystectomies performed.
3. Because of the increased volume of gall bladder operations, their total cost increased 11.4% between 1988 and 1992, despite a 25.1% drop in the average cost per surgery.
4. The mortality rate for gall bladder surgeries did not decline as a result of the lower risk because so many more were performed.
5. When studies were finally done on completed cases, the results showed that laparoscopic cholecystectomy was associated with reduced inpatient duration, decreased pain, and a shorter period of restricted activity. But rates of bile duct and major vessel injury increased and it was suggested that these rates were worse for people with acute cholecystitis. No clinical trials had been done to clarify this issue.
6. Patient demand, fueled by substantial media attention, was a major force in promoting rapid adoption of these procedures.
7. The major manufacturer of laparoscopic equipment produced the video that introduced the procedure in 1989.
8. Doctors were given two-day training seminars before performing the surgery on patients.

### **Infant Mortality**

1. In 1990, the US ranked 24th in infant mortality of 38 developed countries with a rate of 9.2 deaths per 1,000 live births.
2. US black infant mortality is 18.6 per 1,000 live births, compared to 8.8 for whites.

### **Screening for Breast Cancer**

1. Mammography screening in women under 50 has always been a subject of debate.
2. In 1992, the Canadian National Breast Cancer Study of 50,000 women showed that mammography had no effect on mortality for women aged 40-50.
3. The National Cancer Institute (NCI) refused to change its recommendations on mammography.
4. The American Cancer Society decided to wait for more studies on mammography.
5. In December 1993, NCI announced that women over 50 should have routine screenings every one to two years but that younger women would derive no benefit from mammography.

### **Summary**

1. The OTA concluded: "There are no mechanisms in place to limit dissemination of technologies regardless of their clinical value."  
Shortly after the release of this report, the OTA was disbanded.

### **References**

1. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized

- patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* . 1998 Apr 15;279(15):1200-5.
2. Rabin R. Caution about overuse of antibiotics. *Newsday* . September 18, 2003 .
    - 2a. Centers for Disease Control and Prevention. CDC antimicrobial resistance and antibiotic resistance—general information. Available at: <http://www.cdc.gov/drugresistance/community/>. Accessed December 13, 2003 .
  3. For calculations detail, see “Unnecessary Surgery.” Sources: HCUPnet, Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville , MD. Available at: <http://www.ahrq.gov/data/hcup/hcupnet.htm> . Accessed December 18, 2003 . US Congressional House Subcommittee Oversight Investigation. *Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery* . Washington , DC : Government Printing Office;1976. Cited in: McClelland GB, Foundation for Chiropractic Education and Research. Testimony to the Department of Veterans Affairs' Chiropractic Advisory Committee. March 25, 2003 .
  4. For calculations detail, see “Unnecessary Hospitalization.” Sources: HCUPnet, Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville , MD. Available at: <http://www.ahrq.gov/data/hcup/hcupnet.htm> . Accessed December 18, 2003 .  
Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* . 1986 Nov 13;315(20):1259-66. Siu AL, Manning WG, Benjamin B. Patient, provider and hospital characteristics associated with inappropriate hospitalization. *Am J Public Health* . 1990 Oct;80(10):1253-6. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E, et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. *J Intern Med* . 1999 Oct;246(4):379-87.
  5. U.S. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Report, vol. 51, no. 5, March 14, 2003 .
  6. Thomas, EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000 Mar;38(3):261-71. Thomas, EJ, Studdert DM, Newhouse JP, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado . *Inquiry* . 1999 Fall;36(3):255-64. [Two references.]
  7. Xakellis GC, Frantz R, Lewis A. Cost of pressure ulcer prevention in long-term care. *Am Geriatr Soc* . 1995 May;43(5):496-501.
  8. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* . 1997 Jul-Aug;10(4):18-26.
  9. Weinstein RA. Nosocomial Infection Update. *Emerg Infect Dis* . 1998 Jul-Sep;4(3):416-20.
  10. Fourth Decennial International Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections. Morbidity and Mortality Weekly Report. February 25, 2000 , Vol. 49, No. 7, p.138.
  11. Burger SG, Kayser-Jones J, Bell JP. Malnutrition and dehydration in nursing homes: key issues in prevention and treatment. National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform. June 2000. Available at: [http://www.cmwf.org/programs/elders/burger\\_mal\\_386.asp](http://www.cmwf.org/programs/elders/burger_mal_386.asp). Accessed December 13, 2003 .
  12. [Starfield B. Is US health really the best in the world? \*JAMA\* . 2000 Jul 26;284\(4\):483-5.](#)  
[Starfield B. Deficiencies in US medical care. \*JAMA\* . 2000 Nov 1;284\(17\):2184-5.](#)
  13. HCUPnet, Healthcare Cost and Utilization Project. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville , MD. Available at: <http://www.ahrq.gov/data/hcup/hcupnet.htm> . Accessed December 18, 2003 .
  14. Nationwide poll on patient safety: 100 million Americans see medical mistakes directly touching them [press release]. McLean , VA : National Patient Safety Foundation; October 9, 1997 .
  15. The Society of Actuaries Health Benefit Systems Practice Advancement Committee. *The Troubled Healthcare System in the US* . September 13, 2003 . Available at: [http://www.soa.org/sections/troubled\\_healthcare.pdf](http://www.soa.org/sections/troubled_healthcare.pdf) . Accessed December 18, 2003 .
  16. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* . 1994 Dec 21;272(23):1851-7.

- 17.a.Brennan TA, Leape LL, Laird NM , et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* . 1991 Feb 7;324(6):370-6.
- 18.Campbell EG, Weissman JS, Clarridge B, Yucel R, Causino N, Blumenthal D. Characteristics of medical school faculty members serving on institutional review boards: results of a national survey. *Acad Med* . 2003 Aug;78(8):831-6.
- 19.Possible conflict of interest within medical profession. HealthDayNews. August 15, 2003 .
- 20.World Health Organization. Press Release Bulletin #9. December 17, 2001 .
- 21.Angell M. Is academic medicine for sale? *N Engl J Med* . 2000 May 18;342(20):1516-8.
- 22.McKenzie J. Conflict of interest? Medical journal changes policy of finding independent doctors [transcript]. ABC News. June 12, 2002 .
- 23.Crossen C. *Tainted Truth: The Manipulation of Fact in America* . New York , NY : Simon & Schuster; 1994.
- 24.Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* . 1995 Jul 5;274(1):29-34.
- 25.Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* . 1999 Feb;5(1):13-21.
- 26.Wald H, Shojania KG. Incident reporting. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al, eds. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* . Rockville , MD : Agency for Healthcare Research and Quality; 2001:chap 4. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. AHRQ publication 01-E058.
- 27.Grinfeld MJ. The debate over medical error reporting. *Psychiatric Times* . April 2000.
- 28.King G III, Hermodson A. Peer reporting of coworker wrongdoing: A qualitative analysis of observer attitudes in the decision to report versus not report unethical behavior. *Journal of Applied Communication Research* . 2000;(28), 309-29.
- 29.Gilman AG, Rall TW, Nies AS , Taylor P. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York , NY : Pergamon Press; 1996.
- 30.Kolata G. New York Times News Service. Who cares when our drugs fail? *San Diego Union-Tribune* . October 15, 1997 :E-1,5.
- 31.Melmon KL, Morrelli HF, Hoffman BB, Nierenberg DW, eds. *Melmon and Morrelli's Clinical Pharmacology: Basic Principles in Therapeutics* . 3rd ed. New York , NY : McGraw-Hill, Inc., 1992.
- 32.Moore TJ, Psaty BM, Furberg CD. Time to act on drug safety . *JAMA* . 1998 May 20, 279 (19):1571-3.
- 32 a.Cullen DJ, Bates DW, Small SD, Cooper JB, Nemeskal AR , Leape LL. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* . 1995 Oct;21(10):541-8.
- 33.Bates DW. Drugs and adverse drug reactions: how worried should we be? *JAMA* . 1998 Apr 15;279(15):1216-7.
- 34.Dickinson, JG. FDA seeks to double effort on confusing drug names. *Dickinson 's FDA Review* . 2000 Mar;7(3):13-4.
- 35.Cohen JS. *Overdose: The Case Against the Drug Companies* . New York , NY : Tarcher-Putnum; 2001.
- 36.Stenson J. Few residents report medical errors, survey finds. Reuters Health. February 21, 2003 .
- 37.Survey by Henry J. Kaiser Family Foundation, Harvard School of Public Health. Methodology: Fieldwork conducted by ICR - International Communications Research, April 11- June 11, 2002
- 38.Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing, and medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy* . 2002 Feb;22(2):134-47.
- 39.Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36

- health care facilities. *Arch Intern Med* . 2002 Sep 9;162(16):1897-903.
40. LaPointe NM , Jollis JG. Medication errors in hospitalized cardiovascular patients. *Arch Intern Med* . 2003 Jun 23;163(12):1461-6.
  41. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* . 2003 Feb 4;138(3):161-7.
  42. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* . 2003 Apr 17;348(16):1556-64.
  43. Medication side effects strike 1 in 4. Reuters. April 17, 2003 .
  44. Vastag B. Pay attention: ritalin acts much like cocaine. *JAMA* . 2001 Aug 22-29;286(8):905-6.
  45. Rosenthal MB, Berndt ER, Donohue JM, Frank RG, Epstein AM. Promotion of prescription drugs to consumers. *N Engl J Med* . 2002 Feb 14;346(7):498-505.
  46. Wolfe SM. Direct-to-consumer advertising—education or emotion promotion? *N Engl J Med* . 2002 Feb 14;346(7):524-6.
  47. Ibid.
  48. US General Accounting Office. *Report to the Chairman, Subcommittee on Human Resources and Intergovernmental Relations, Committee on Government Operations, House of Representatives: FDA Drug Review Postapproval Risks 1976-85* . Washington , DC : US General Accounting Office; 1990:3.
  49. Drug giant accused of false claims. MSNBC News. July 11, 2003 . Available at: <http://msnbc.com/news/937302.asp?0sl=-42&cp1=1>. Accessed December 17, 2003 .
  50. Suh DC , Woodall BS, Shin SK , Hermes-De Santis ER. Clinical and economic impact of adverse drug reactions in hospitalized patients. *Ann Pharmacother* . 2000 Dec;34(12):1373-9.
  51. Agger WA. Antibiotic resistance: unnatural selection in the office and on the farm. *Wisconsin Medical Journal* . August 2002.
  52. Nash DR, Harman J, Wald ER, Kelleher KJ. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med* . 2002 Nov;156(11):1114-9.
  53. Schindler C, Krappweis J, Morgenstern I, Kirch W. Prescriptions of systemic antibiotics for children in Germany aged between 0 and 6 years. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* . 2003 Mar;12(2):113-20.
  54. Finkelstein JA, Stille C, Nordin J, et al. Reduction in antibiotic use among US children, 1996-2000. *Pediatrics* . 2003 Sep;112(3 Pt 1):620-7.
  55. Linder JA, Stafford RS. Antibiotic treatment of adults with sore throat by community primary care physicians: a national survey, 1989-1999. *JAMA* . 2001 Sep 12;286(10):1181-6.
  56. Drug resistance page. Centers for Disease Control and Prevention website. Available at: <http://www.cdc.gov/drugresistance/community/> . Accessed December 17, 2003 .
  57. Available at: <http://www.health.state.ok.us/program/cdd/ar/>. Accessed December 17, 2003 .
  58. Available at: [http://www.librainitiative.com/life/en/libra\\_initiative.html](http://www.librainitiative.com/life/en/libra_initiative.html). Accessed December 17, 2003 .
  59. Ohlsen K, Ternes T, Werner G, et al. Impact of antibiotics on conjugational resistance gene transfer in *Staphylococcus aureus* in sewage. *Environ Microbiol* . 2003 Aug;5(8):711-6.
  60. Pawlowski S, Ternes T, Bonerz M, et al. Combined in situ and in vitro assessment of the estrogenic activity of sewage and surface water samples. *Toxicol Sci* . 2003 Sep;75(1):57-65. Epub 2003 Jun 12.
  61. Ternes TA, Stuber J, Herrmann N, et al. Ozonation: a tool for removal of pharmaceuticals, contrast media and musk fragrances from wastewater? *Water Res* . 2003 Apr;37(8):1976-82.
  62. Ternes TA, Meisenheimer M, McDowell D, et al. Removal of pharmaceuticals during drinking water treatment. *Environ Sci Technol* . 2002 Sep 1;36(17):3855-63.
  63. Ternes T, Bonerz M, Schmidt T. Determination of neutral pharmaceuticals in wastewater

- and rivers by liquid chromatography-electrospray tandem mass spectrometry. *J Chromatogr A* . 2001 Dec 14;938(1-2):175-85.
64. Golet EM, Alder AC, Hartmann A, Ternes TA, Giger W. Trace determination of fluoroquinolone antibacterial agents in urban wastewater by solid-phase extraction and liquid chromatography with fluorescence detection. *Anal Chem* . 2001 Aug 1;73(15):3632-8.
  65. Daughton CG, Ternes TA. Pharmaceuticals and personal care products in the environment: agents of subtle change? *Environ Health Perspect* . 1999 Dec;107 Suppl 6:907-38.
  66. Hirsch R, Ternes T, Haberer K, Kratz KL. Occurrence of antibiotics in the aquatic environment. *Sci Total Environ* . 1999 Jan 12;225(1-2):109-18.
  67. Ternes TA, Stumpf M, Mueller J, Haberer K, Wilken RD, Servos M. Behavior and occurrence of estrogens in municipal sewage treatment plants—I. Investigations in Germany, Canada and Brazil. *Sci Total Environ* . 1999 Jan 12;225(1-2):81-90.
  68. Hirsch R, Ternes TA, Haberer K, Mehlich A, Ballwanz F, Kratz KL. Determination of antibiotics in different water compartments via liquid chromatography-electrospray tandem mass spectrometry. *J Chromatogr A* . 1998 Jul 31;815(2):213-23.
  69. Coste J, Hanotin C, Leutenegger E. Prescription of non-steroidal anti-inflammatory agents and risk of iatrogenic adverse effects: a survey of 1072 French general practitioners. *Therapie* . 1995 May-Jun;50(3):265-70.
  70. Kouyanou K, Pither CE, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med* . 1997 Nov-Dec;59(6):597-604.
  71. Abel U. Chemotherapy of advanced epithelial cancer—a critical review. *Biomed Pharmacother* . 1992;46(10):439-52.
  72. Schulman KA, Stadtmauer EA, Reed SD, et al. Economic analysis of conventional-dose chemotherapy compared with high-dose chemotherapy plus autologous hematopoietic stem-cell transplantation for metastatic breast cancer. *Bone Marrow Transplant* . 2003 Feb;31(3):205-10.
  73. Kaufman, M. Drugmaker to pay FDA \$500 million. Manufacturing problems found at Schering-Plough. *The Washington Post* . May 18, 2002 :A01.
  74. US Congressional House Subcommittee Oversight Investigation. *Cost and Quality of Health Care: Unnecessary Surgery* . Washington, DC : Government Printing Office;1976. Cited in: McClelland GB, Foundation for Chiropractic Education and Research. Testimony to the Department of Veterans Affairs' Chiropractic Advisory Committee. March 25, 2003 .
  75. Leape LL. Unnecessary surgery. *Health Serv Res* . 1989 Aug;24(3):351-407.
  76. McClelland GB, Foundation for Chiropractic Education and Research. Testimony to the Department of Veterans Affairs' Chiropractic Advisory Committee. March 25, 2003 .
  77. Coile RC Jr. Internet-driven surgery. *Russ Coiles Health Trends* . 2003 Jun;15(8):2-4.
  78. Guarner V. Unnecessary operations in the exercise of surgery. A topic of our times with serious implications in medical ethics. *Gac Med Mex* . 2000 Mar-Apr;136(2):183-8.
  79. Rutkow IM. Surgical operations in the United States : 1979 to 1984. *Surgery* . 1987 Feb;101(2):192-200.
  80. Rutkow IM. Surgical operations in the United States . Then (1983) and now (1994). *Arch Surg* . 1997 Sep;132(9):983-90.
  81. Linnemann MU, Bulow HH. Infections after insertion of epidural catheters. *Ugeskr Laeger* . 1993 Jul 26;155(30):2350-2
  82. Seres JL, Newman RI . Perspectives on surgical indications. Implications for controls. *Clin J Pain* . 1989 Jun;5(2):131-6.
  83. Chassin MR, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA*. 1987 Nov 13;258(18):2533-7.
  84. Office of Technology Assessment, US Congress. *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*. Washington DC : Office of Technology Assessment, US Congress; 1978.

85. Tunis SR, Gelband H. Health care technology in the United States . *Health Policy* . 1994 Oct-Dec;30(1-3):335-96.
86. Zhan C, Miller M. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA* . 2003;290:1868-1874.
87. Injuries in hospitals pose a significant threat to patients and a substantial increase in health care charges [press release]. Rockville , MD : Agency for Healthcare Research and Quality. October 7, 2003 . <http://www.ahrq.gov/news/ress/pr2003/injurypr.htm>.
88. Weingart SN, Iezzoni LI. Looking for medical injuries where the light is bright. *JAMA* . 2003 Oct 8 ;290(14):1917-9.
89. MacMahon B. Prenatal x-ray exposure and childhood cancer. *J Natl Cancer Inst* . 1962 May;28:1173-91.
90. Health Physics Society. Available at: <http://hps.org/publicinformation/ate/q1084.html>. Accessed December 17, 2003 .
91. Gofman JW. *Radiation from Medical Procedures in the Pathogenesis of Cancer and Ischemic Heart Disease: Dose-Response Studies with Physicians per 100,000 Population*. San Francisco , CA : CNR Books; 1999.
92. Gofman J W. *Preventing Breast Cancer: The Story of a Major, Proven, Preventable Cause of This Disease* . 2nd ed. San Francisco , CA : CNR Books; 1996.
93. Sarno JE. *Healing Back Pain: The Mind-Body Connection* . Warner Books; 1991.
94. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* . 1986 Nov 13;315(20):1259-66.
95. Siu AL, Manning WG, Benjamin B. Patient, provider and hospital characteristics associated with inappropriate hospitalization. *Am J Public Health* . 1990 Oct;80(10):1253-6.
96. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E, et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. *J Intern Med* . 1999 Oct;246(4):379-87.
97. Showalter E. *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media* . New York , NY : Columbia University Press; 1997.
98. Fugh-Berman A. Alternative healing. In: Smith B, Steinem G, Mink G, Navarro M, and Mankiller W, eds. *The Reader's Companion to U.S. Women's History*. New York , NY : Houghton Mifflin; 1998. Available at: [http://college.hmco.com/history/readerscomp/women/html/wh\\_001200\\_alternativeh.htm](http://college.hmco.com/history/readerscomp/women/html/wh_001200_alternativeh.htm) .
99. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 1, 2003. Oxford : Update Software.
100. Cole C. Admission electronic fetal monitoring does not improve neonatal outcomes . *J Fam Pract* . 2003 Jun;52(6):443-4.
101. Nelson HD, Humphrey LI, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD. Postmenopausal hormone replacement therapy: scientific review. *JAMA* . 2002 Aug 21;288(7):872-81.
102. Nelson HD. Assessing benefits and harms of hormone replacement therapy: clinical applications. *JAMA* . 2002 Aug 21;288(7):882-4
103. Fletcher SW, Colditz GA. Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention. *JAMA* . 2002 Jul 17;288(3):366-8.
104. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* . 2002 Jul 17;288(3):321-33.
105. Rutkow IM. Obstetric and gynecologic operations in the United States , 1979 to 1984. *Obstet Gynecol* . 1986 Jun;67(6):755-9.
106. *Family Practice News* . February 15, 1995 : 29.
107. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Soc Sci Med* . 1993 Nov;37(10):1177-98.



108. VanHam MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Reprod Biol* . 1997 Jul;74(1):1-6.
109. Weiner J. Smoking and cancer: the cigarette papers: how the industry is trying to smoke us all . *The Nation* . January 1, 1996 :11-18.
110. Tobacco.org. Tobacco timeline. Available at: [http://www.tobacco.org/resources/history/tobacco\\_history.html](http://www.tobacco.org/resources/history/tobacco_history.html). Accessed December 16, 2003 .
111. Lasser KE, Allen PD, Woolhandler SJ, Himmelstein DU, Wolfe SM, Bor DH. 2002. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. *JAMA* . 2002 May 1;287(17):2215-20.
112. Injuryboard.com. General Accounting Office study sheds light on nursing home abuse. July 17, 2003 . Available at: <http://www.injuryboard.com/view.cfm/Article=3005>. Accessed December 17, 2003 .
113. Weingart SN, McL Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *West J Med* . 2000 Jun;172(6):390-3.
114. Blendon R, Schoen C, et al. Five nation survey exposes flaws in the U.S. health care system. *Health Affairs* . May/June 2002.
115. Institute of Medicine . *Care Without Coverage: Too Little, Too Late* . May 21, 2002 . *A Shared Destiny: Community Effects of Uninsurance* . March 6, 2003 .
116. US Department of Health and Human Services and US Department of Justice. Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for FY 1998. April 1999. Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for FY 2001. April 2002.
117. Abuse of residents is a major problem in U.S. nursing homes [transcript]. CNN television. July 30, 2001  
117 a. Available at: <http://www.house.gov/waxman>. Accessed December 17, 2003 .
118. Mitka M. Unacceptable nursing home deaths unautopsied. *JAMA* . 1998 Sep 23-30;280(12):1038-9
119. New data is in on North Carolina 's nursing home residents. Medical Review of North Carolina, Inc. July 21, 2003 .
120. Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerg Infect Dis* . 1998 Jul-Sep;4(3):416-20.
121. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios In Nursing Homes: Phase II Final Report* . December 24, 2001 .
122. Consumer group criticizes Thompson letter dismissing report on dangerous staffing levels in nursing homes [news release]. Washington , DC : National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform. March 22, 2002 .
123. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses and prescription of preventive interventions . *J Am Geriatr Soc* . 1996 Jan;44(1):22-30.
124. Miles SH. Concealing accidental nursing home deaths. *HEC Forum* . 2002 Sep;14(3):224-34.
125. Corey TS, Weakley-Jones B, Nichols GR 2nd, Theuer HH. Unnatural deaths in nursing home patients. *J Forensic Sci* . 1992 Jan;37(1):222-7.
126. Lloyd-Jones DM, Martin DO, Larson MG, Levy D. Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death. *Ann Intern Med* . 1998 Dec 15;129(12):1020-6.
127. Thomas DR , Zdrowski CD, Wilson MM, et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* . 2002 Feb;75(2):308-13.
128. Robinson BE. Death by destruction of will. Lest we forget. *Arch Intern Med* . 1995 Nov 13;155(20):2250-1.

129. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998 Jan;53(1):M47-52.
130. Phillips CD, Hawes C, Fries BE. Reducing the use of physical restraints in nursing homes: will it increase costs? *Am J Public Health*. 1993 Mar;83(3):342-8.
131. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992 Dec;32(6):762-6.
132. Annas GJ. The last resort—the use of physical restraints in medical emergencies. *N Engl J Med*. 1999 Oct 28;341(18):1408-12.
133. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc*. 1997 Jul;45(7):797-802.
134. Miles SH. Concealing accidental nursing home deaths. *HEC Forum*. 2002 Sep;14(3):224-34.
135. Katz PR, Seidel G. Nursing home autopsies. Survey of physician attitudes and practice patterns. *Arch Pathol Lab Med*. 1990 Feb;114(2):145-7.
136. Overmedication of U.S. seniors. Reuters Health. May 21, 2003.
137. Average number of prescriptions by HMOs increases. *Drug Benefit Trends*. 2002 Sep 12;14(8).
138. Kaiser Family Foundation. *Prescription Drug Trends*. November 2001.
139. Williams BR, Nichol MB, Lowe B, Yoon PS, McCombs JS, Margolies J. Medication use in residential care facilities for the elderly. *Ann Pharmacother*. 1999 Feb;33(2):149-55.
140. AARP. Medicare and prescription drugs. Available at: <http://www.aarp.org/prescriptiondrugs>. Accessed December 16, 2003.
141. California reaches \$100 million multi-state settlement with drug giant Mylan over alleged price-fixing scheme [press release]. Sacramento, CA: Office of the Attorney General, Department of Justice, State of California; July 12, 2000.
142. [Attorney general reaches settlement with drug giant. WRAL News. March 7, 2003. Available at: . http://www.wral.com/money/2026364/detail.html . Accessed December 16, 2003 .](http://www.wral.com/money/2026364/detail.html)
143. Blowing the final whistle. The Observer. November 25, 2001. Available at: <http://education.guardian.co.uk/businessofresearch/comment/0,9976,606260,00.html>. Accessed December 16, 2003.
144. AARP. Are food supplements for me. Available at: <http://www.aarp.org/Articles/a2003-03-07-supplements.html>. Accessed December 16, 2003.
145. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE study group. Systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology. *JAMA*. 1998 Jun 17;279(23):1877-82.
146. Associated Press. Panel names estrogen as carcinogen. *The Washington Post*. December 16, 2000:A05.
147. Estrogen hikes ovarian cancer risk. MSNBC staff and wire reports. July 16, 2002. Grady D. Study recommends NOT using hormone therapy for bone loss. *New York Times*. October 1, 2003.
148. Anderson GL, Judd HL, Kaunitz AM, et al. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancers and associated diagnostic procedures: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA*. 2003 Oct 1;290(13):1739-48.
149. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA*. 2003 Jun 25;289(24):3243-53.
150. Wassertheil-Smoller S, Hendrix SL, Limacher M, et al. Effect of estrogen plus progestin on stroke in postmenopausal women: the Women's Health Initiative: a randomized trial. *JAMA*. 2003 May 28;289(20):2673-84.
151. Shumaker SA, Legault C, Rapp SR, et al. Estrogen plus progestin and the incidence of

dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative memory study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2651-62 .

152.Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* . 2003 Aug 9;362(9382):419-27.

## NOTICIAS

22/07/2011

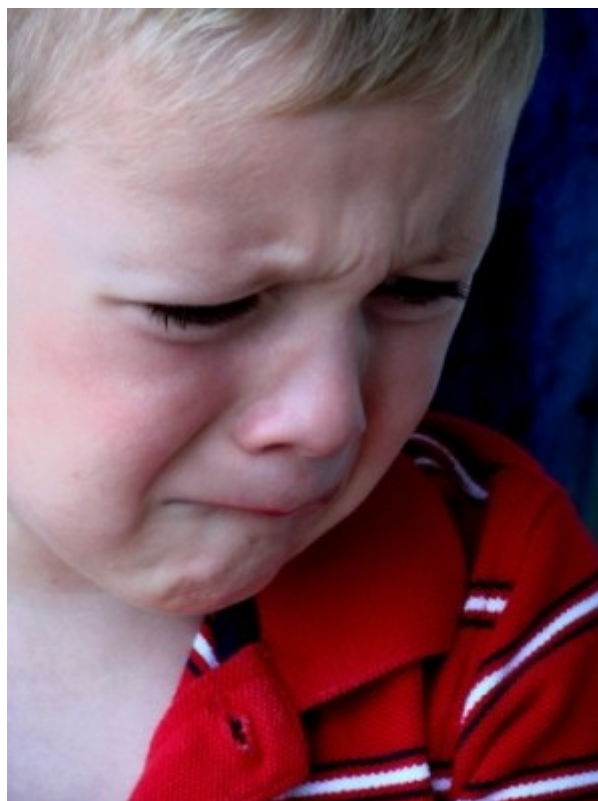
# Los tratamientos médicos constituyen ya la primera causa de muerte

*En un artículo publicado en el periódico digital independiente [DictaduraGolbal.es](http://DictaduraGolbal.es) en enero de 2011 se afirma que en Estados Unidos mueren 780 mil personas al año por errores médicos: cirugías innecesarias, efectos dañinos de medicamentos e infecciones adquiridas en los propios hospitales. El número de efectos dañinos o perjudiciales de los medicamentos está aumentando en todo el mundo año tras año, llegando, en ocasiones, a causar la muerte.*

En España no es posible conocer en qué punto nos encontramos, puesto que no existe organismo alguno que contabilice el número de casos de este tipo, tal vez porque no interesa a la profesión médica y hospitalaria en general, como tampoco interesa a la industria farmacéutica. Para acercarnos un poco podemos tomar como referencia los datos de países con una dependencia de la medicina basada en la tecnología y en el medicamento similar a la que posee nuestro país. En un estudio publicado en Estados Unidos a finales del año 2010, por una organización no lucrativa bajo el título "**Death by Medicine**" (Muerte por la Medicina), se llegó a la conclusión de que la medicina causa más daño que beneficio. Esta conclusión se extrajo tras el exhaustivo análisis de investigaciones, diarios médicos y estadísticas. En el año 2001, de 278 millones de personas, 8'9 millones fueron hospitalizados innecesariamente y 2'2 millones de esos hospitalizados sufrieron reacciones adversas causadas por los medicamentos administrados en los hospitales. En 2003, según fuentes hospitalarias, se llevaron a cabo 7'5 millones de intervenciones médicas y quirúrgicas innecesarias. Evidentemente, son cifras muy elevadas, pero aún resulta más llamativo el número de muertes causadas por el deficiente funcionamiento del sistema sanitario, ya que según este informe, en Estados Unidos, durante un año murieron 783.936 personas; todas ellas por causas como reacción a medicamentos en hospital o fuera del hospital, malnutrición, errores médicos, infecciones, procedimientos innecesarios, problemas en cirugías, etc. Los autores de este estudio ("Death by Medicine") afirman, según fuentes de [DictaduraGlobal.es](http://DictaduraGlobal.es), que el sistema médico en Estados Unidos es el principal causante de muerte y lesión. Aunque esta denuncia pueda parecer innovadora, ya en 1994 el médico Lucian L. Leape denunció los hechos en un artículo titulado "El error en Medicina", donde llegaba a la conclusión de que en Estados Unidos morían al año 180.000 personas por iatrogenia (acto médico dañino); años más tarde el propio Leape duplicaría la cifra. En 1999, otro estudio convertía a la Iatrogenia en la tercera causa de muerte en Estados Unidos y cuatro años después, la cifra de 250.000 pasa a 783.936, convirtiéndose en la primera causa de muerte ¿Sucedo esto en el resto de países de Occidente? En Inglaterra en 2001, un estudio realizado por el University College de Londres, situó la cifra en 700.000 muertos al año por causas médicas adversas en hospitales, sin contar todas las otras variantes tenidas en cuenta por "Death by Medicine". En el año 2000 también en Canadá se realizó un estudio similar, supervisado por la Universidad de Calgary en el que constaba que durante el año 2000 se podrían haber evitado entre 9.250 y 23.750 muertes hospitalarias. Una de cada 13 personas ingresadas en un hospital tuvo algún tipo de "incidente adverso" y, una vez más, se reiteró la necesidad de cambiar el "hábito" que

impide a la comunidad médica informar de estos incidentes, ya que en gran parte, es en la información en donde reside el problema. Todos los estudios mencionados sobre estas reacciones adversas, bien hospitalarias, bien a medicamentos, coinciden en dos cosas importantes: la importancia del problema y la necesidad de cambiar la "cultura médica" al respecto. Diversos estudios exponen la reticencia de la profesión médica a informar de esos errores y, si ellos no dan el paso, las profesiones del ámbito envolvente tampoco lo harán, en la mayoría de los casos por miedo a las represalias y porque la información nunca es del todo completa. El desconocimiento de las interacciones negativas de los medicamentos haría que las consecuencias iatrogénicas permaneciesen ocultas a los propios médicos, añadido al miedo a ser demandado. La solución sería la despenalización de ese tipo de errores, según el cirujano y expresidentes del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Ramón Trias Rubiés. La sociedad actual señala el error como castigable y culpabilizable, por eso fácilmente se cae en la tentación de ocultar u omitir un error. Evidentemente, esta forma de actuar oculta datos y dificulta la actuación para evitar errores reiterados. Cuando se garantiza el anonimato a la profesión médica la percepción del error cambia, tal y como queda demostrado en el mencionado informe, donde se comprueban los efectos iatrogénicos reales. Aún en la actualidad resulta posible consultar en la mencionada revista casos concretos donde, a pesar del respeto al anonimato de sus protagonistas, se analizan detalladamente los errores cometidos. Es posible que la profesión médica crea verdaderamente que apenas existen errores e incluso es posible que los laboratorios no estén interesados en llegar al fondo de la cuestión e incluso resulta posible que las gerencias de los hospitales tengan sus dudas por no enfrentarse a los médicos, pero ¿y la administración pública? En España, todo este panorama es diferente ya que el problema no ha sido analizado con la atención que se le ha dedicado en el exterior, ni parece que vaya a hacerse a corto plazo a pesar de que la Agencia Nacional de Medicamentos ha afirmado que entre un 4% y un 6% de los ingresos en hospitales se producen por errores de medicación. A pesar de la escasez de datos, existen estudios parciales como puede ser el de la Evolución de Nosocomiales en los hospitales españoles (EPINE) en el que consta que el 6'8% de los pacientes ha sufrido alguna infección intrahospitalaria. El problema es que estas estadísticas son incompletas, que no profundizan en la gravedad del tema ni lo cuantifican en vidas ni a nivel económico. La transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas hace que cada cual vaya en una dirección y que al usuario le resulte cada vez más difícil reclamar, siempre y cuando sea consciente de haber sido damnificado. La confianza ciega en el médico propicia el limbo ideal que todos parecen querer mantener hasta que a uno le toca y ahí sólo queda recurrir a alguna asociación dedicada a ayudar a pacientes víctimas de errores médicos, como puede ser la Asociación del Defensor del Paciente. Actualmente, la búsqueda de justicia en el ámbito sanitario suele ser un asunto lleno de dolor y desesperación y, la mayoría de las veces, casi inútil. Solamente tras la infección en un hospital del Alcorcón con hepatitis C, la Comunidad de Madrid se ha comprometido a crear un Observatorio para registrar los incidentes adversos que tengan lugar en la sanidad de la comunidad. Sólo queda esperar a ver si realmente funciona y se ponen en marcha mecanismos de seguimiento de estos errores. La Asociación de Víctimas de Negligencias Médicas (AVINESA) reclama la creación de un Observatorio a nivel estatal similar al que se está creando a nivel europeo que permita tener conocimiento del número de casos adversos que tienen lugar en España cada año y qué se hace para evitarlos. Tal vez convendría tener en cuenta el estudio realizado por la Universidad de Salamanca sobre los ingresos hospitalarios motivados por medicamentos, a ver si en algún momento tenemos datos serios en nuestro país. En Estados Unidos se consideraron las siguientes medidas muy eficaces, según una

encuesta realizada a adultos: - Dar a los médicos tiempo para estar con los pacientes; - Solicitar a los hospitales el desarrollo de sistemas para evitar errores médicos; - Mejor preparación de los profesionales de la salud; - Exigir que las unidades de cuidados intensivos cuenten sólo con especialistas; - Que los hospitales informen de los errores serios a alguna agencia estatal; - Aumentar el número de enfermeras; - Reducir horas de trabajo a médicos en prácticas para evitar la fatiga. En resumen, debería empezar a controlarse el gasto sanitario evitando el despilfarro en tratamientos médicos paliativos o sintomáticos y frecuentemente iatrogénicos. Fuente: [Ver DictaduraGolbal.es](http://VerDictaduraGolbal.es)



# **BIOETHOSOPHOS**

BioEthoSophos pretende contribuir al estudio de la moralidad de la conducta humana en el Area de las llamadas "Ciencias de la Vida". Nuestras expectativas en este territorio Biológico-Etico-Filosófico son las de continuar Formándonos y Preparándonos Profesionalmente e innovar mediante el Análisis Humanista, Racional, Axiológico, Crítico e Investigador en torno a los avances Científicos y Tecnológicos que hacen relación con los Universos de la Salud y la Vida en este planeta

**Thursday, July 29, 2010**

**"MUERTE POR MEDICINA" - IATROGENIA...**

## **Innecesario Procedimientos Quirúrgicos**

### **Resumen:**

1974: 2,4 millones de cirugías innecesarias se practican anualmente 11.900 muertes que resulta en un costo anual de \$ 3,9 mil millones. (73,74)

2001: 7,5 millones de procedimientos quirúrgicos innecesarios resultando en 37.136 muertes a un costo de \$ 122 000 000 000 (con 1974 dólares). (3)

Es muy difícil obtener estadísticas precisas al estudiar una cirugía innecesaria. Dr. Leape en 1989 escribió que tal vez 30% de las cirugías controvertidas no son necesarias. Controversial cirugías incluyen el nacimiento por cesárea, amigdalectomía, apendicectomía, histerectomía, la gastrectomía para la obesidad, los implantes mamarios, y los implantes de mama electiva. (74)

Hace casi treinta años, en 1974, el Comité del Congreso sobre el comercio interestatal y de Relaciones Exteriores celebró audiencias sobre una cirugía innecesaria. Ellos encontraron que el 17,6% de las recomendaciones de la cirugía no fueron confirmadas por una segunda opinión. El Subcomité de Supervisión e Investigaciones extrapolar estas cifras y estima que, a escala nacional, había 2,4 millones de cirugías innecesarias se practican anualmente, resultando en 11.900 muertes, a un costo anual de \$ 3,9 mil millones. (73)

En 2001, los 50 procedimientos médicos y quirúrgicos han ascendido aproximadamente a 41,8 millones. Estas cifras fueron tomadas del costo de la salud y del Proyecto de Utilización dentro de la Agencia para la Investigación y la Calidad. (13) Uso de 17,6% con respecto al 1974 del Congreso de EE.UU. Casa Subcomité de Supervisión de Investigación como el porcentaje de intervenciones quirúrgicas innecesarias, y la extrapolación de la tasa de mortalidad en 1974, nos encontramos con un número de procedimiento innecesarios de 7,5 millones (7.489.718) y una tasa de mortalidad de

37.136, a un costo de \$ 122 000 000 000 (con 1974 dólares).

Los investigadores realizaron un análisis muy similar, la utilización del porcentaje de 1974 "una cirugía innecesaria" de 17,6, en cirugía de la espalda. En 1995, los investigadores testificar ante el Departamento de Asuntos de los Veteranos estima que de 250.000 cirugías de espalda en los EE.UU. a un costo hospitalario de 11.000 dólares por paciente, el número total de innecesarias cirugías de espalda cada año en los EE.UU. podría acercarse a 44.000, un costo de hasta \$ 484 millones de dólares. (75)

Las cifras van en aumento cirugía innecesaria al igual que los medicamentos recetados impulsado por la publicidad televisiva. Media impulsado por la cirugía de bypass gástrico, como la obesidad "modelo" por personalidades de Hollywood seduce a la gente obesa a pensar que esta ruta es segura y sexy. Incluso hay un problema de cirugía que se anuncian en Internet. (76) Un estudio realizado en España declara que entre el 20 y el 25% del total representa la práctica quirúrgica operaciones innecesarias. (77)

Según datos del Centro Nacional para Estadísticas de Salud desde 1979 hasta 1984, hubo un aumento del 9% en el número total de procedimientos quirúrgicos, y el número de cirujanos creció un 20%. El autor señala que no ha habido un aumento paralelo en el número de cirugías a pesar de un reciente aumento considerable en el número de cirujanos. Existe la preocupación de que no habría demasiados cirujanos para compartir un número de casos quirúrgicos pequeños. (78)

El mismo autor habla demasiado pronto - no había motivos para preocuparse por un número de casos quirúrgicos pequeños. En 1994, hubo un aumento del 38% para un total de 7.929.000 casos de la parte superior diez procedimientos quirúrgicos. En 1983, ascendió a 5.731.000 casos quirúrgicos. En 1994, la cirugía de catarata fue número uno con más de dos millones de operaciones, y el segundo fue por cesárea (858,000 procedimientos). las operaciones de hernia inguinal fueron tercio (689.000 procedimientos), y la artroscopia de rodilla, en el séptimo lugar, creció un 153% (632.000 procedimientos), mientras que la cirugía de próstata se redujo un 29% (229,000 procedimientos). (79)

La lista de enfermedades iatrogénicas de la cirugía es tan larga como la lista de procedimientos en sí mismos. En un estudio se insertaron catéteres epidurales para entregar anestésico en el espacio epidural alrededor de los nervios espinales para bloquearlos de menor cesárea, cirugía abdominal o la cirugía de próstata. En algunos casos, la técnica no estéril, durante la inserción del catéter, dio lugar a infecciones graves, incluso llevando a la parálisis de las extremidades. (80)

En una revisión de la literatura, los autores demostraron "una importante tasa de uso excesivo de la angiografía coronaria, cirugía de la arteria coronaria, implantación de marcapasos cardiaco, endoscopia digestiva alta, endarterectomía carotídea, cirugía de la espalda, para aliviar el dolor y los procedimientos." (81)

Un estudio de 1987 de JAMA encontró los siguientes niveles significativos de la cirugía inapropiado: 17% de los casos para la angiografía coronaria, el 32% para la endarterectomía



carotídea, y 17% para la endoscopia del tracto gastrointestinal superior. (82) Con el costo de la salud y la Utilización del Proyecto (HCUP) estadísticas proporcionadas por el gobierno para el año 2001, el número de personas que reciben la endoscopia digestiva alta, que generalmente implica la biopsia, fue 697.675, el número conseguir endarterectomía fue 142.401, y el número con coronarias La angiografía fue 719.949. (13) Por lo tanto, según el estudio de JAMA del 17%, o 118.604 personas tuvieron un procedimiento de endoscopia innecesarios. La endarterectomía se produjo en 142.401 pacientes, potencialmente 32% o 45.568 no era necesario este procedimiento. Y el 17% de 719.949 o 122.391 personas que reciben la angiografía coronaria fueron sometidos a este procedimiento altamente invasivos innecesariamente. Estas son todas las formas de iatrogenia médica.



## **Procedimientos médicos y quirúrgicos**

Es instructivo conocer la tasa de mortalidad asociadas a diversos procedimientos médicos y quirúrgicos. A pesar de que deben firmar los formularios de autorización, cuando sufrimos cualquier procedimiento, muchos de nosotros están en negación acerca de los verdaderos riesgos involucrados. Parece que tienen un imaginario colectivo la impresión de que ya que los procedimientos médicos y quirúrgicos son tan comunes, que son a la vez necesario y seguro. Por desgracia, participando en la medicina alopática es en sí misma una de las mayores causas de muerte, así como la forma más cara de morir.

¿No debería la tasa de mortalidad diaria de iatrogenia en los hospitales, de los hospitales, en asilos, psiquiátricos y residencias de ser reportado como el polen o el índice de smog? Vamos a dejar de ocultar la verdad de nosotros mismos. Es sólo cuando nos centramos en el problema y hacer las preguntas adecuadas podemos aspirar a encontrar soluciones.

Tal vez la palabra "salud" nos da la ilusión de que la medicina es la salud. La medicina alopática no es un proveedor de salud sino de enfermedad-atención. El estudio de las cifras de mortalidad en el costo de la salud y la Utilización del Proyecto (HCUP) dentro de la Agencia del gobierno de EE.UU. para la Investigación y Calidad, encontramos muchos puntos de interés. (13) El programa de computadora que calcula HCUP las estadísticas de mortalidad anual de todos los egresos hospitalarios EE.UU. es tan bueno como los códigos que se introducen en el sistema. En un correo electrónico con la correspondencia HCUP, se nos dijo que las tasas de mortalidad que se indica en los cuadros y gráficos para cada procedimiento no estén en relación con el procedimiento, pero se limitó a señalar que una persona que recibió dicho procedimiento muerto ya sea de su enfermedad de base o del procedimiento .

Por lo tanto no hay manera de saber con exactitud cuántas personas murieron a causa de un procedimiento en particular. Asimismo, no hay códigos de efectos adversos secundarios de los medicamentos, ninguno de accidente quirúrgico, y ninguno de los errores médicos. Hasta que no son los códigos de error médico, las estadísticas de las personas que están muriendo de diversos tipos de error médico será enterrado en las estadísticas generales. Hay un código para "intoxicación y efectos tóxicos de las drogas" y un código para "complicaciones del tratamiento." Sin embargo, la mortalidad cifras registradas en estas categorías son muy bajas y no son comparables con lo que sabemos por estudios como el JAMA estudio de 1998 (1) que dijo que había un promedio de 106.000 muertes prescripción de medicamentos por año.

## **¿Por qué no son estudiados médicos y procedimientos quirúrgicos?...**

En 1978, los EE.UU. Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA) informó que, "Sólo el 10% -20% de todos los procedimientos actualmente en uso en la práctica médica han demostrado que son eficaces por un ensayo controlado." (83) En 1995, la OTA en comparación tecnología médica en ocho países (Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos) y volvió a señalar que son pocos los procedimientos médicos en los EE.UU. había sido sometido a ensayos clínicos. También informó que la mortalidad infantil fue de alta y la esperanza de vida era baja en comparación con otros países desarrollados (84). A pesar de casi diez años de edad, gran parte de lo que se dijo en este informe válido hoy en día. En el informe se establece la responsabilidad por el alto costo de la medicina de lleno a los pies de la sistema médico de libre empresa y el hecho de que no existe una política nacional de salud. En él se describe el fracaso de los intentos del gobierno para controlar costos de atención médica debido al incentivo de mercado y de afán de lucro en la financiación y organización de la atención de salud, incluidos los seguros privados, sistema hospitalario , servicios médicos y medicamentos y las industrias de dispositivos médicos. Considerando que es posible que queramos ampliar atención de la salud, la expansión de la enfermedad de cuidado es el objetivo de la libre empresa. "Cuidado de la Salud Tecnología y su evaluación en ocho países" es también el último informe elaborado por la OTA, que fue cerrado en 1995. Es también, quizás, el último honesto, buscar a fondo en la medicina moderna. Debido a la importancia de este informe de 60 páginas, adjuntamos un resumen en el Apéndice.

## Por último comunicadas por errores quirúrgicos

Apenas unas horas antes de la terminación de este trabajo, las estadísticas sobre las muertes relacionadas con la cirugía se puso a disposición. Un 08 de octubre 2003 de estudio de JAMA Agencia del gobierno de EE.UU. para la Investigación y Calidad (AHRQ) documentó 32 mil muertes en su mayoría relacionadas con la cirugía que cuesta \$ 9 mil millones y que representan 2.400.000 días adicionales en el hospital en 2000. (85) En un comunicado de prensa que acompañaba el estudio de JAMA, la directora de la AHRQ, Carolyn M. Clancy, MD, admitió: "Este estudio nos da la primera evidencia directa de que las lesiones médicos plantean una amenaza real para el público estadounidense y aumentar los costes de cuidado de la salud." (86) Hospital de datos administrativos del 20% de los hospitales del país fueron analizadas para dieciocho diferentes complicaciones quirúrgicas, incluyendo las infecciones postoperatorias, objetos extraños olvidados en las heridas, las heridas quirúrgicas reapertura, y el sangrado post-operatorio. En el mismo comunicado de prensa los autores del estudio, dijo que, "Los resultados subestiman el problema, ya que muchas otras complicaciones suceder que no figuran en el hospital de datos administrativos." También consideró que, "El mensaje aquí es que las lesiones médica puede tener un efectos devastadores en el sistema de salud. Necesitamos más investigación para identificar por qué estas lesiones ocurren y encontrar formas de evitar que sucedan. " Uno de los autores, el doctor Zhan dijo que la mejora de las prácticas médicas, incluyendo un énfasis en una mejor lavarse las manos, podría ayudar a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad. Un editorial que acompaña a JAMA, el investigador de la salud riesgo Dr. Saul Weingart de Beth Israel Deaconess de Harvard Medical Center, dijo, "Dada su magnitud asombrosa, estas estimaciones son claramente preocupante." (87)



## Rayos X innecesarios

Cuando los rayos X fueron descubiertos, nadie sabía los efectos a largo plazo de la radiación ionizante. En la publicación mensual de 1950 los exámenes de fluoroscopia a la consulta del médico fueron de rutina. Usted podría incluso entrar en la mayoría de tiendas de zapatos y ver los huesos del pie, mirando a los huesos era una novedad divertida. Todavía no conocemos el resultado final de

nuestra aventura inicial con rayos-X.

Era práctica común de utilizar los rayos X en mujeres embarazadas para medir el tamaño de la pelvis, y hacer un diagnóstico de gemelos. Por último, un estudio de 700.000 niños nacidos entre 1947 y 1964 se llevó a cabo en treinta y siete hospitales de maternidad más importantes. Los hijos de madres que habían recibido la pelvis rayos X durante el embarazo fueron comparados con los hijos de madres que no habían sido radiografiados. La mortalidad por cáncer fue 40% mayor entre los niños con madres radiografiar. (88)

En la medicina actual, la angiografía coronaria combina un procedimiento quirúrgico invasivo de un tubo que serpentea a través de un vaso sanguíneo en la ingle hasta el corazón. Para obtener cualquier información útil durante la angiografía procedimiento de rayos X se toman de manera casi continua con rangos de dosis mínima entre 460 - 1.580 mrem. La radiación mínima a un tórax de rutina de rayos X es 2 mrem. radiación de rayos X se acumula en el cuerpo y es bien sabido que la radiación ionizante utilizados en los procedimientos de rayos X causas mutación genética. Podemos obtenerla solamente cálculos aproximados en cuanto a su impacto en la salud de este alto nivel de radiación. Expertos logran ocultar los efectos reales en la jerga estadística, tales como, "El riesgo de cáncer mortal de por vida debido a la exposición de radiación se estima en 4 en un millón por cada 1.000 mrem." (89)

Sin embargo, el Dr. John Gofman, quien ha estado estudiando los efectos de la radiación sobre la salud humana durante 45 años, está dispuesto a decirnos exactamente lo que los Rayos-X están haciendo para nuestra salud. El Dr. Gofman tiene un doctorado en química nuclear y físico y es un doctor en medicina. Trabajó en el proyecto Manhattan nuclear, descubrió el uranio-2323, fue el primero en aislar el plutonio, y desde 1960, ha estado estudiando los efectos de la radiación sobre la salud humana. Con cinco libros científicamente documentado un total de más de 2800 páginas, el Dr. Gofman proporciona una fuerte evidencia que la tecnología médica, específicamente los rayos X, tomografía computarizada, mamografía, y fluoroscopia, son un factor que contribuye al 75% de nuevos casos de cáncer. En su informe 699 páginas, actualizado en 2000, "La radiación de los procedimientos médicos en la patogénesis de cáncer y cardiopatía isquémica: Estudios de dosis-respuesta con los médicos por 100.000 habitantes" (90), muestra que a medida que el número de médicos aumenta en un geográfica área con un aumento en el número de X-ray pruebas de diagnóstico, hay un aumento asociado en la tasa de cáncer y la cardiopatía isquémica. El Dr. Gofman explica que no es solo los rayos X que causan el daño, sino una combinación de factores de riesgo para la salud que incluyen: la mala alimentación, el tabaco, los abortos y el uso de píldoras anticonceptivas. El Dr. Gofman predice que 100 millones de muertes prematuras en la próxima década será el resultado de las radiaciones ionizantes.

En su libro, "Prevención del Cáncer de Mama", el Dr. Gofman dice que el cáncer de mama es la causa principal de muerte entre las mujeres estadounidenses entre las edades de cuarenta y cuatro y cincuenta y cinco. Dado que el tejido del seno es altamente sensible a la radiación, las mamografías pueden causar cáncer. El peligro puede ser mayor por la conformación genética de una mujer, las enfermedades previas benignas de la mama, la menopausia artificial, la obesidad, y el desequilibrio hormonal. (91)

Incluso los rayos X para el dolor de espalda puede inducir a la cirugía paralizante. El Dr. Sarno, un conocido cirujano de Nueva York ortopédicos, encontró que los rayos X no siempre dicen la verdad. En sus libros cita estudios sobre personas normales, sin un rastro de dolor de espalda que presentan anomalías en la columna vertebral de rayos-X. Otros estudios han demostrado que algunas personas con dolor de espalda tienen espaldas normales en la radiografía. Así, el Dr. Sarno dice que no hay necesariamente ninguna relación entre el dolor de espalda y la anomalía radiográfica de la columna. (92) Sin embargo, si una persona pasa a tener dolor de espalda y una anomalía incidental en la radiografía, pueden ser tratadas quirúrgicamente, a veces sin ningún cambio en el dolor de espalda, o empeoramiento del dolor de espalda, o incluso incapacidad permanente.

Además, los médicos suelen hacer una radiografía como la protección contra demandas por negligencia para dar la impresión de que están dejando ninguna piedra sin remover. Parece que los médicos están poniendo sus propios miedos ante los intereses de sus pacientes.

## **La hospitalización innecesaria**

### **Resumen:**

8,9 millones (8.925.033) personas fueron hospitalizadas innecesariamente en 2001. (4)

En un estudio de inadecuado de la hospitalización 1.132 expedientes médicos fueron revisados por dos médicos. El veintitrés por ciento de todos los ingresos no eran adecuadas, y un adicional del 17% podría haber sido manejado en ambulatorios ambulatorios. Treinta y cuatro por ciento de todos los días de hospitalización también se realiza adecuadamente y puede haberse evitado. (93) La tasa de ingresos inadecuados en 1990 fue del 23,5%. (94) En 1999, otro estudio confirmó la cifra de 24% ingresos inadecuados lo que indica un cuadro persistente desde 1986 hasta 1999 (95), que muestra la presentación de informes constante de aproximadamente 24% cada año ingresos inadecuados. Poniendo estas cifras en términos actuales usando la base de datos HCUP, el número total de altas de pacientes de hospitales en los EE.UU. en 2001 fue de 37.187.641. (13) Los datos anteriores indican que el 24% de las hospitalizaciones se han producido nunca necesitan. Además, significa que 8.925.033 personas estuvieron expuestas a la intervención médica innecesarias en los hospitales y por lo tanto representan casi 9 millones de episodios yatrogénica. (4)



## La experiencia de la Mujer en Medicina

En pocas palabras, vamos a ver en la iatrogenia médica de las mujeres en particular. El Dr. Martin Charcot (1825-1893) fue mundialmente conocido, el médico más célebre de su tiempo. Él practicó en el hospital parisino La Salpetriere. Se convirtió en un experto en el diagnóstico de histeria una media de diez mujeres histéricas cada día, transformándolos en ... "monstruos iatrogénica", transformando simples "neurosis" en la histeria. (96) El número de mujeres diagnosticadas con histeria y hospitalizados pasó de 1% en 1841 al 17% en 1883. La histeria se deriva del latín "hystera", que significa útero. Dra. Adriane Fugh-Berman declaró muy claramente en su documento que no existe una tradición en la medicina de EE.UU. excesiva intervención médica y quirúrgica en las mujeres. Sólo cien años atrás decidió que médicos varones desequilibrio psicológico femenino se originó en el útero. Cuando la cirugía para extirpar el útero se perfeccionó se convirtió en la "cura" para la inestabilidad mental, la orden de una castración física y psicológica. Dr. Fugh-Berman señaló que los médicos EE.UU. eventualmente se desengañó de esa idea, pero han seguido tratando a las mujeres de manera muy diferente de lo que tratar a los hombres. (97) Ella cita el texto siguiente:

1. Miles de mastectomías profilácticas se realizan anualmente.
2. Un tercio de las mujeres de EE.UU. han tenido una histerectomía antes de la menopausia.
3. Las mujeres se les prescriben fármacos más frecuentemente que los hombres.
4. Las mujeres reciben medicamentos potentes para la prevención de enfermedades, que se traduce

en la sustitución de la enfermedad debido a efectos secundarios.

5. El monitoreo fetal no está respaldada por estudios y no recomendados por el CDC. (98) las mujeres se limita a una cama de hospital y puede aumentar la incidencia de parto por cesárea. (99)

6. Los procesos normales como la menopausia y el parto han sido fuertemente medicalizada.

7. la hormona sintética de terapia de sustitución (THS) no impide que la enfermedad cardíaca o demencia. Lo hace aumentar el riesgo de cáncer de mama, enfermedad cardiaca, accidente cerebrovascular y ataque de la vesícula biliar. (100)

Nosotros añadimos que hasta un tercio de las mujeres posmenopáusicas el uso de TRH. (101.102) Estos números son importantes a la luz del estudio de la salud gracias al muy publicitado Women's Health Initiative, que se vio obligado a parar antes de su conclusión debido a una mayor tasa de mortalidad en el estrógeno-progestina sintética (HRT) del grupo. (103)

## Cesárea

En 1983, 809.000 cesáreas (21% de nacidos vivos) se realizaron, por lo que es el más común de obstetricia y ginecología (OB / GYN) procedimiento quirúrgico. La segunda causa más frecuente de OB / GYN operación fue histerectomía (673.000), y la dilatación y el legrado diagnóstico del útero (632.000) fue tercero. En 1983, OB / GYN operaciones representaron el 23% del total de la cirugía efectuada en este país. (104)

En 2001, el nacimiento por cesárea sigue siendo la más común de OB / GYN procedimiento quirúrgico. Aproximadamente 4 millones de nacimientos se producen anualmente, con una tasa de 24% por cesárea, es decir, 960.000 operaciones. En los Países Bajos sólo el 8% de los bebés nacen por cesárea. Suponiendo que los bebés humanos son similares en los EE.UU. y en los Países Bajos, estamos llevando a cabo 640.000 cesáreas innecesarias en los EE.UU. con sus tres o cuatro veces mayor mortalidad y morbilidad 20 veces mayor que el parto vaginal. (105)

La tasa de cesárea fue de un 4,5% en los EE.UU. en 1965. En 1986 esta cifra había aumentado al 24,1%. El autor afirma que, obviamente, una pandemia "no controlada de los nacimientos por cesárea médicamente innecesarios que está ocurriendo." (106) VanHam reportó una tasa de parto por cesárea hemorragia del 7%, una tasa de formación de un hematoma de 3,5%, una tasa de infección del tracto urinario del 3%, y una tasa de morbilidad postoperatoria combinada del 35,7% en una población de alto riesgo sometidos a cesárea. (107)

## Estudios Never Enough

Los científicos utilizaron la excusa de que nunca hubo estudios suficientes que revela los peligros del DDT y otros pesticidas peligrosos para su prohibición. También utilizaron esta excusa en torno al tema del tabaco, alegando que eran necesarios más estudios antes de que pudieran tener la certeza de que el tabaco causaba cáncer de pulmón en realidad. Incluso la Asociación Médica Americana (AMA) fue cómplice de la represión de los resultados de la investigación del tabaco. En 1964, el



informe del Cirujano General condenó fumar, sin embargo, la AMA se negó a apoyarlo. ¿Cuál fue su razón? Se necesita más investigación. En realidad lo que realmente quería era más dinero y lo obtuvo de un consorcio de compañías de tabaco que pagó la AMA 18 millones dólares en los próximos nueve años, durante el cual la AMA no dijo nada sobre los peligros de fumar. (108)

El Diario de la Asociación Médica Americana (JAMA), "después de una cuidadosa consideración de la medida en que los cigarrillos eran utilizados por los médicos en la práctica," comenzó a aceptar anuncios de tabaco y dinero en 1933. revistas del Estado, como el New York State Journal of Medicine también comenzó a publicar anuncios de Chesterfield alegando que los cigarrillos son: "Así como pura como el agua que bebes ... y prácticamente sin tocar por manos humanas." En 1948, la revista JAMA argumentaba que "más se puede decir en favor del consumo de tabaco como una forma de escapar de la tensión que en su contra ... no parece haber ninguna preponderancia de pruebas que indiquen la supresión del uso del tabaco como una sustancia contraria a la salud pública ". (109) Hoy, los científicos siguen utilizando la excusa de que necesitan más estudios antes de que presten su apoyo para restringir el uso desmedido de drogas.

## **VEA MÁS EN:**

[http://www4.dr-rath-foundation.org/features/death\\_by\\_medicine4.html](http://www4.dr-rath-foundation.org/features/death_by_medicine4.html)



Posted by [ORLANDO POLITANO GARCES](#)



[Home](#) > Actualidad

Viernes 19 de junio de 2015

19/07/2012

## Los fallecidos en España por efectos adversos de los fármacos triplican a las víctimas de tráfico

Los expertos abogan por la incorporación de la farmacogenética a la práctica clínica para individualizar las terapias y optimizar los resultados.

Se estima que al menos uno de cada tres enfermos no responde adecuadamente a los fármacos; sin embargo, muchos de ellos podrían beneficiarse de la farmacogenética. Así se ha puesto de manifiesto en el transcurso de una mesa redonda, con el patrocinio de Roche, celebrada en el marco del 6º Congreso Europeo de Farmacología, que se está llevando a cabo en Granada.

Para Julio Benítez, catedrático de Farmacología la Universidad de Extremadura, “resulta inaceptable en estos momentos que al menos 10 de cada 30 pacientes que acuden a las consultas y que están siendo tratados con terapias teóricamente correctas no vayan a responder adecuadamente a las mismas y, es más, muchos de ellos incluso desarrollarán efectos adversos evitables”. De ese tercio de pacientes que no responden adecuadamente a la terapia prescrita, subraya Benítez, “al menos la mitad podrían beneficiarse significativamente con la incorporación en su manejo clínico de estudios farmacogenéticos”.

Desde el punto de vista de la tolerabilidad y seguridad farmacológica, las aportaciones de la Farmacogenética son también halagüeñas. Extrapolando datos de Estados Unidos, se ha estimado que en España mueren anualmente el triple de personas por efectos adversos de los fármacos que por accidentes de tráfico. “Esto no quiere decir que tengamos unos fármacos malos; el problema es que se usan mal, en dosis incorrectas, en el paciente no adecuado...”, indica Benítez, quien asegura que, “en estos casos, la Farmacogenética resulta imprescindible, puesto que puede ayudarnos a detectar qué personas están predispuestas genéticamente a responder mal o a desarrollar algún evento adverso frente a un determinado medicamento”.

Para este experto, el hecho de que se esté relegando a la farmacogenética en la práctica clínica está suponiendo que, por ejemplo en Estados Unidos, empiece a haber reclamaciones legales por parte de los pacientes. Según concluye, “cada año que se retrasa la incorporación y generalización de la farmacogenética a la práctica clínica se está produciendo un grave perjuicio a muchos pacientes, algunos de los cuales se quedarán por el camino y otros, simplemente, están perdiendo calidad de vida”. Como solución, propone “la estrecha y urgente colaboración de las autoridades sanitarias, los sistemas de salud, las agencias reguladoras, las empresas farmacéuticas, los investigadores, los médicos y los pacientes”.

## **De la investigación a la práctica clínica**


Lejos de la creencia generalizada, la exigencia de incluir los conocimientos farmacogenéticos en la práctica clínica no implica necesariamente la realización de pruebas inicialmente costosas y complejas a todos los pacientes (como la genotipación del ADN), sino que en muchos casos supone únicamente la aplicación de unos principios farmacogenéticos/farmacogenómicos básicos, y de sentido común, que permitan adaptar los protocolos terapéuticos a cada caso en particular. “La farmacogenética no es sólo genotipación y secuenciación del ADN, sino que también tiene un claro componente traslacional y aplicable a la práctica clínica diaria”, recuerda Benítez, que desarrolla su trabajo clínico en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Y es que, a pesar de su aparente innovación y revolución, y tal como ilustra este especialista, “la farmacogenética viene a avalar algo que ya se dijo hace más de un siglo: no hay enfermedades sino enfermos”. Partiendo de esta premisa, apunta, “la farmacogenética individualiza las decisiones terapéuticas en un determinado enfermo, para maximizar la eficacia y minimizar los efectos adversos”.

► [Instituto Roche](#)

Jan 12

## Cifras anuales, mundiales, de muertes. Causas. Datos de OMS



El 1º lugar lo ocupan:  
los **ERRORES MÉDICOS**

Blog del Dr. Miguel Angel Golia  
por los Derechos del Paciente

### **MUERTES POR ERRORES MÉDICOS - OMS**

Link OMS: [dice esto](#)

La OMS estima que, cada año, a escala mundial, **decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia directa de prácticas médicas peligrosas.** En Europa solamente, como promedio, uno de cada 10 pacientes hospitalizados ha resultado víctima de alguna forma de daño prevenible. Sin embargo, se necesitan más investigaciones a fin de conocer más a fondo el impacto total de la escasa seguridad del paciente.

*Yo hago mi acotación del tema*

**DECENAS DE MILLONES** *¿cuántas decenas?*

*No sabemos. No lo dice el informe. Comencemos con la decena más baja*

*¿10? ¿verdad? Entonces ... estimativamente ... 10 MILLONES DE PACIENTES SON VÍCTIMAS DE ERRORES MEDICOS CADA AÑO*

---

## **CAUSAS - cifras de MUERTES - ANUALES - MUNDIALES - OMS**

- \* **MUERTES POR ERRORES MÉDICOS: 10 MILLONES** (Octubre año 2007)
  - \* **Cardiopatía isquémica: 7.2 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Afección cerebrovascular: 5.5 MILLONES** (año 2004)
  - \* **TABACO: 5 MILLONES** (año 2009)
  - \* **EPOC: 3 MILLONES** (año 2008)
  - \* **MORDEDURAS (perro / víboras) 4 MILLONES** (año 2007)
  - \* **Infecciones de las vías respiratorias inferiores: 3.9 MILLONES** (año 2004)
  - \* **VIH/SIDA: 2.8 MILLONES** (año 2009)
    - \* **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 2.7 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Afecciones perinatales: 2.5 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Enfermedades diarreicas: 1.8 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Tuberculosis: 1.6 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Malaria: 1,3 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Cánceres de traquea, bronquios o pulmón: 1.2 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Traumatismos por accidentes de tráfico: 1.2 MILLONES** (año 2004)
  - \* **Diabetes mellitus: 1 MILLÓN** (año 2004)
  - \* **CANCER: (datos año 2007)**
    - **Pulmón** (1.4 millones de defunciones)
    - **Estómago** (866.000 defunciones)
    - **Hígado** (653.000 defunciones)
    - **Colon** (677.000 defunciones)
    - **Mama** (548.999 defunciones)
  - \* **ACCIDENTES DE TRÁNSITO: 400.000 muertes** (12 de noviembre de 2009)
- 

**AQUI ESTÁN LOS LINKS, no son cifras inventadas:**

**MUERTES POR ERRORES MÉDICOS - OMS (Octubre 2007)**

Link OMS: [dice esto](#)

La OMS estima que, cada año, a escala mundial, **decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o mueren como**

**consecuencia directa de prácticas médicas peligrosas.** En Europa solamente, como promedio, uno de cada 10 pacientes hospitalizados ha resultado víctima de alguna forma de daño prevenible. Sin embargo, se necesitan más investigaciones a fin de conocer más a fondo el impacto total de la escasa seguridad del paciente.

### **ACCIDENTES DE TRÁNSITO - OMS (Noviembre 2009)**

Link OMS: [dice esto](#)

A nivel mundial, los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años. **Cada año mueren unos 400 000 jóvenes menores de 25 años en las carreteras de todo el mundo: un promedio de 1049 al día.** La mayoría de esas muertes se producen en países de ingresos bajos y medianos, y entre los usuarios más vulnerables de la red vial: los peatones, los ciclistas, los motociclistas y los usuarios del transporte público.

### **MUERTES POR TABACO - OMS: (año 2009)**

Link OMS: [dice esto](#)

El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y **se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo.** La mayor parte de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

### **MUERTES POR RABIA - OMS: (año 2007)**

Link OMS: [dice esto](#)

La rabia es la décima causa más común de muerte por infección entre las personas. Es letal en el 100% de los casos, pero un 100% evitable si se puede administrar inmediatamente el tratamiento postexposición con antisueros.

**Se calcula que cada año unos 8 millones de personas necesitan recibir suero antirrábico por haber estado expuestas a animales posiblemente portadores de la rabia.**

**Casi la mitad de las personas que necesitan recibir antisueros, y de los que mueren por causa de la rabia, son niños menores de 15 años. Más del 99% del total de muertes humanas por rabia ocurren en África y Asia.**

### **MUERTES POR CÁNCER - OMS: (año 2007)**

Link OMS: [dice esto](#)

#### **DATOS SOBRE EL CÁNCER**

El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. **Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007.** Los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son

los siguientes:

- \* **pulmón** (1,4 millones de defunciones)
- \* **estómago** (866 000 defunciones)
- \* **hígado** (653 000 defunciones)
- \* **colon** (677 000 defunciones)
- \* **mama** (548 999 defunciones)

Aproximadamente el 72% de **las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos.**

Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y **llegará a unos 12 millones en 2030.**

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

- \* **Entre hombres:** de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata
- \* **Entre mujeres:** de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

## **ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES**

**MUERTES POR:** (El link [OMS](#)) (año 2004)

Según las estimaciones del Informe sobre la salud en el mundo 2004, en 2002 murieron 57 millones de personas en todo el mundo: 33,5 millones por las causas agrupadas en categoría general «todas las enfermedades no transmisibles»; 18,3 por enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y trastornos nutricionales, y 5,2 millones por lesiones de causa externa.

Desglosando estas categorías generales, las principales causas de muerte fueron las siguientes:

- \* **Cardiopatía isquémica:** 7.2 MILLONES
- \* **Afección cerebrovascular:** 5.5 MILLONES
- \* **Infecciones de las vías respiratorias inferiores:** 3.9 MILLONES
- \* **VIH/SIDA:** 2.8 MILLONES
- \* **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:** 2.7 MILLONES
- \* **Afecciones perinatales:** 2.5 MILLONES
- \* **Enfermedades diarreicas:** 1.8 MILLONES
- \* **Tuberculosis:** 1.6 MILLONES
- \* **Malaria:** 1,3 MILLONES
- \* **Cánceres de traquea, bronquios o pulmón:** 1.2 MILLONES
- \* **Traumatismos por accidentes de tráfico:** 1.2 MILLONES



\* **Diabetes mellitus: 1 MILLÓN**

### **MUERTES POR VIH/SIDA - OMS: (año 2009)**

Link OMS: [dice esto](#)

¿Cuántas personas hay infectadas por el VIH?

Según las estimaciones de la OMS y el ONUSIDA, a  **finales de 2008 había 33,4 millones de infectados por el VIH**. Ese mismo año se infectaron 2,5 millones de personas y **2,1 millones murieron de SIDA**, entre ellos 280.000 niños. Dos tercios de las infecciones por VIH se producen en el África subsahariana.

### **MUERTES POR EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)- OMS**

Link OMS: [dice esto](#) (año 2005 - 2008)

Según las estimaciones de la OMS, hay 210 millones de personas con EPOC, y **en 2005 fallecieron 3 millones de pacientes por esta causa**. Se prevé que las muertes por EPOC aumenten en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa mundial de muerte, a no ser que se reduzcan sus factores de riesgo, y en particular el consumo de tabaco y la contaminación atmosférica.

---

Para contactarse con ADEPACI (Asociación Civil Argentina en Defensa del Paciente) complete el formulario de CONSULTA en nuestro

♦ website <http://www.adepaci.org/espanol/consultas.html>

♦ o envíe sus datos a: [info@adepaci.org](mailto:info@adepaci.org)

♦ [www.adepaci.org](http://www.adepaci.org)

♦ <https://twitter.com/Adepaci>

♦ Tucuman 843, Piso 5º, Of. "I", C.A.B.A. (Argentina)

Tel: (54) (011) 4322-5522

---

