

InDret

El pleito del tabaco en los EE.UU. y la responsabilidad civil

I

Presupuestos económicos, epidemiológicos, culturales y legales

Juan Antonio Ruiz García
Facultad de Derecho
Universitat Pompeu Fabra

Pablo Salvador Coderch
Facultad de Derecho
Universitat Pompeu Fabra

Barcelona, julio 2002

www.indret.com

Sumario

1. La industria tabaquera en los Estados Unidos de América

2. Epidemiología

3. Consumo, morbilidad, gastos sanitarios e impuestos en los EE.UU

3.1 Consumo

3.2 Morbilidad y gasto sanitario

3.3 Impuestos

1. La industria tabaquera en los Estados Unidos de América

En Occidente el tabaco era conocido desde el Siglo XVI –Jean Nicot de Villemain (1530-1600), embajador francés en Portugal, introdujo el tabaco en Francia en 1556, y cuatro años más tarde enseñó a fumar a Catalina de Medicis (1519 – 1589)-, pero hasta finales del XIX su fabricación era artesanal y su consumo, laborioso, caro o ambas cosas a la vez: el tabaco se masticaba, se inhalaba (en polvo) o se fumaba en pipa, en puros o en unos cigarrillos liados a mano. Durante siglos el hábito del tabaco dependía de una cultura artesanal.

Pero en 1880, un joven virginiano, James Albert Bonsack (1859-1942), patentó una máquina¹ que fabricaba cigarrillos. No obstante, la máquina tenía muchos problemas técnicos y era muy molesta, por lo que las grandes empresas de cigarrillos rechazaron su compra. Pero tres años después, [James Buchanan Duke](#) (1856-1925), hijo de un granjero y cultivador de tabaco de Durham (North Carolina) y que hasta entonces fabricaba cigarrillos a mano con la ayuda de 125 emigrantes (judíos rusos) en la pequeña empresa familiar fundada por su padre, contactó con James A. Bonsack y contrató los derechos de exclusiva sobre la máquina inventada, y trabajaron juntos durante cuatro años en su perfeccionamiento. En 1887 las mejoras introducidas permitían que la máquina fabricase cigarrillos a una velocidad 40 veces superior a su fabricación manual. La mecanización del proceso productivo permitió aumentar de forma espectacular la producción (en 1887 la máquina producía 12.000 cigarrillos por hora) y reducir sus costes en un 84%². La fábrica de James B. Duke producía más cigarrillos ella sola que todos los demás fabricantes juntos, y para aumentar el mercado de consumidores de tabaco, inició una guerra de precios contra las cinco primeras empresas tabaqueras del país, acompañada de una inversión de 800.000\$ en publicidad a nivel nacional. En 1889 Duke absorbió a sus mayores competidoras y fundó *American Tobacco Company*.

El 19 de julio de 1907 el Departamento de Justicia del Gobierno de los Estados Unidos demandó a American Tobacco por violación de las normas de la competencia ([Sherman Anti-Trust Act, 1890](#)). El caso llegó al Tribunal Supremo que, el 29 de mayo de 1911 falló a favor del Gobierno y resolvió dividir *American Tobacco Company* en varias empresas (American Tobacco Company -una nueva empresa-, Liggett & Myers Tobacco Company, y P. Lorillard). ([U.S. v. American Tobacco Co., 221 U.S. 106 \(1911\)](#)).

Inmediatamente antes de su disolución, el cártel controlaba el 92% del mercado mundial del tabaco, había comprado o absorbido 250 compañías, producía 10.000.000.000 de cigarrillos al año y era la tercera empresa norteamericana (por detrás de *U.S. Steel* y *Standard Oil* –ésta última también dividida en aplicación de la misma norma, [Standard Oil Co. of New Jersey v. United States, 221 U.S. 1, 31 S. Ct. 502, 55 L. Ed. 619](#)). Tras la división, James B. Duke se dedicó a la industria de la electricidad, se hizo con el Trinity College –una institución de enseñanza superior de North

¹ Patentada el 8.3.1881 con el nº 238640. Poco después, el 4.10.1881, patentó un nuevo modelo con el nº 247795, ambos en la Oficina de patentes de los Estados Unidos (*United States Patent Office*).

² CHANDLER AD Jr., *The Visible Hand: The Managerial Revolution in American Business*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1977.

Carolina- y, a través de generosas donaciones, lo convirtió en *Duke University*, hoy una de las mejores universidades de los EE.UU.

Desde la Primera Guerra Mundial hasta 1964, el consumo de cigarrillos experimentó un crecimiento espectacular³. Según varios informes de la Oficina de Tabaco y Salud del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (dependiente del Departamento Federal de Sanidad Estadounidense), el consumo de tabaco era considerado como un hábito más que los americanos adoptaron con entusiasmo. El abaratamiento espectacular del producto, sus propiedades, las dos guerras mundiales, la incorporación de la mujer al mercado de consumidores de tabaco⁴, el cine⁵ y la idea de que fumar señalizaba socialmente el tránsito de la infancia y la adolescencia a la edad adulta, fueron las principales causas de este incremento.

Así, durante la dos Guerras Mundiales, los cigarrillos formaban parte de las raciones diarias que se entregaban a los soldados estadounidenses⁶, lo que provocó que miles de soldados volvieran a sus casas siendo fumadores y que el resto de la población, que los consideraban héroes, imitasen sus costumbres. Igualmente, fumar fue visto como un símbolo de la liberación de la mujer y como una nueva forma de notoriedad e igualdad, lo que impulsó a miles de mujeres a iniciarse en el hábito de fumar. Por último, películas como *Marruecos* (1930), *Casablanca* (1942), *Sólo ante el peligro* (1952) o *Gigante* (1956) mostraban a sus protagonistas, Marlene Dietrich (1901-1992), Humphrey Bogart (1899-1957), Gary Cooper (1901-1961) y James Dean (1931-1955), respectivamente, fumando con encantadora naturalidad.



³ *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, 2000*. Atlanta, U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease, Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Pág. 33 y ss.

http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_tobacco_use.htm

⁴ *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General, 2001*. CDC's Office on Smoking and Health, 2001. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm

⁵ *How the tobacco industry built its relationship with Hollywood*. Tobacco Control 2002; 11 [Suppl]: i81-91. http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/11/suppl_1/i81.pdf

⁶ Durante la Primera Guerra Mundial, se le atribuye al general John Joseph Persing la siguiente cita: "Me pregunta que necesitamos para ganar esta guerra. Le contesto que tabaco, tanto como balas (*You ask me what we need to win this war. I answer tobacco, as much as bullets*). Sobel, R. *They Satisfy: The Cigarette in American Life*. Garden City (NY): Anchor Press/Double Day, 1978, p. 84.

El 11 de enero de 1964, [Luther L. Terry](#) (1911-1985), Médico Jefe del Servicio Público [Federal] de Salud de los Estados Unidos de América⁷, publicó un informe oficial titulado “Fumar y Salud: un informe del comité asesor del Médico Jefe del Servicio Público de Salud” (*Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. US Department of Health, Education and Welfare, 1964. Public Health Service Publication No. 1103), en el que relacionaba el hábito de fumar con el cáncer de pulmón (“*Cigarette smoking is causally related to lung cancer in men*”), que contribuyó a iniciar el punto de inflexión en el consumo de tabaco, descenso que todavía hoy persiste.

Hasta la publicación del Informe, el movimiento opositor al tabaco era muy débil y se basaba exclusivamente en convicciones morales, higiénicas y religiosas dirigidas por grupos tales como los “Adventistas del Séptimo día”, los “Mormones” o los “Millerites”. No se asociaba el tabaco con ninguna enfermedad, sino con vicios morales y pérdida de autocontrol. La exclusión era sociocultural y no médico-sanitaria. A partir de la década de los sesenta del pasado siglo, a la exclusión sociocultural –que se ha incrementado– se ha sumado el consenso creciente de epidemiólogos, primero, médicos, después, y políticas sanitarias, finalmente.

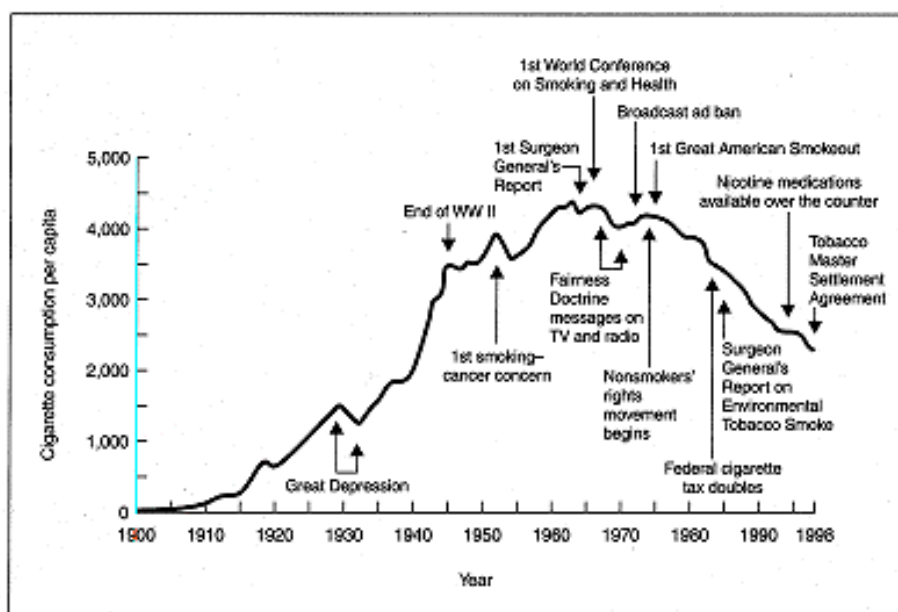


Figure 1: Annual Adult per Capita Cigarette Consumption and Major Smoking and Health Events—United States, 1900-1998—Source of data: US Department of Agriculture, 1986 Surgeon General's Report.

Este descenso se observa también en el reciente estudio sobre el consumo de tabaco entre estudiantes norteamericanos de *High School* (*Trends in Cigarette Smoking Among High School Students ---United States, 1991—2001*) realizado por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades del Departamento Federal de Sanidad Estadounidense y publicado el pasado 17 de mayo de 2002:

⁷ Catedrático de la Johns Hopkins Medical School (1944-1961) y de la University of Pennsylvania (1965-1975) y nombrado Médico Jefe en 1961 por el Presidente Kennedy.

TABLE 1. Percentage of high school students who reported lifetime smoking,* current smoking,† and current frequent smoking‡ — Youth Risk Behavior Survey, United States, 1991–2001[§]

Behavior	1991	1993	1995	1997	1999	2001
	% (95% CI ^{**})	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Lifetime	70.1 (±2.2)	69.5 (±1.4)	71.3 (±1.7)	70.2 (±1.9)	70.4 (±2.9)	63.9 (±2.1) ^{††}
Current	27.5 (±2.7)	30.5 (±1.9)	34.8 (±2.3)	36.4 (±2.3)	34.8 (±2.5)	28.5 (±2.0) ^{††}
Current frequent	12.7 (±2.3)	13.8 (±1.7)	16.1 (±2.7)	16.7 (±1.9)	16.8 (±2.6)	13.8 (±1.6) ^{††}

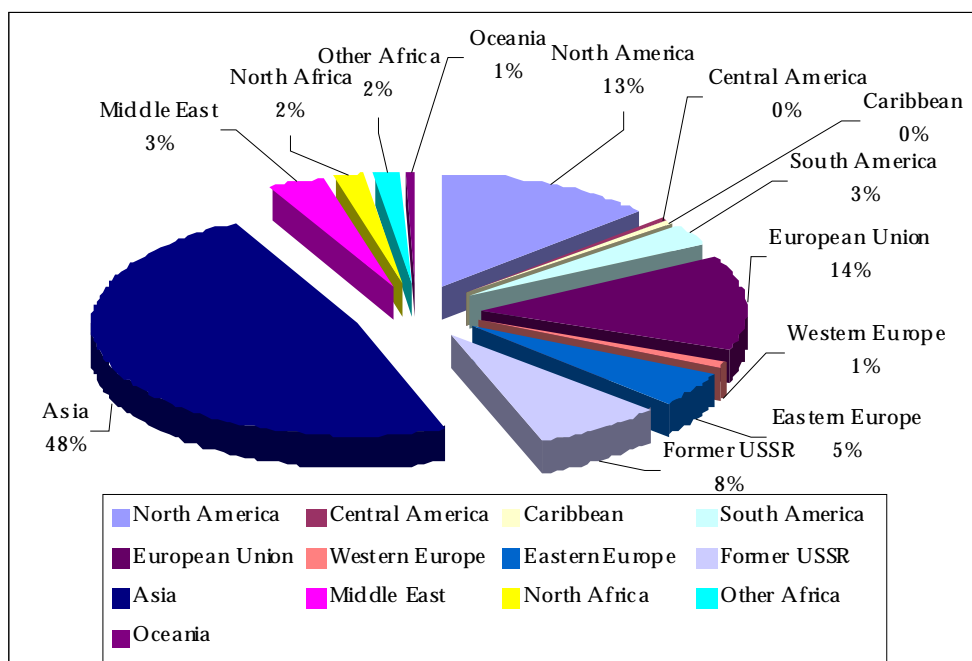
* Ever smoked cigarettes, even one or two puffs.
 † Smoked cigarettes on ≥1 of the 30 days preceding the survey.
 ‡ Smoked cigarettes on ≥20 of the 30 days preceding the survey.
 § Linear and quadratic trend analyses were conducted by using a logistic regression model controlling for sex, race/ethnicity, and grade. Prevalence estimates shown here were not standardized by demographic variables.
 ** Confidence interval.
 †† Significant linear effect (p<0.05) and significant quadratic effect (p<0.05).

Fuente: *Trends in Cigarette Smoking Among High School Students --United States, 1991–2001*. Office of Smoking and Health and Div of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.

En la actualidad, el mercado del tabaco sigue siendo un producto con un volumen de negocio muy importante:

1. En el año 2001 se produjeron en el mundo 5.678.753 Tms. de tabaco. El mayor productor fue la República Popular China (2.199.532 Tms.), seguido de la India (530.000 Tms.) y Brasil (454.900 Tms.).

World Cigarette Production by Region 2000



Fuente: *Tobacco: World Markets and Trade*. United States Department of Agriculture, Foreign Agricultural Service, Circular Series FT 09-00, September 2000.

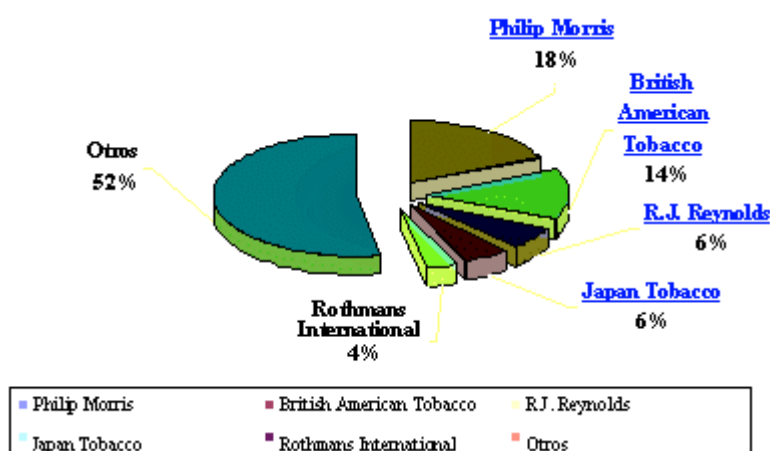
2. En cuanto al consumo, en 1997 se consumieron en el mundo 5,3 billones de cigarrillos⁸, y en el año 2001 las tres mayores compañías tabaqueras (*Philip Morris*, *Japan Tobacco* y *British American Tobacco*) obtuvieron unos ingresos brutos (gross revenues) conjuntos de más de 141.200 millones de euros.

⁸ Edward KNIGHT, Patricia AYERS and Gerald MAYER, *The U.S Tobacco Industry in Domestic and World Markets* (Washington, Congressional Research Service, 1998).

Al cambio de 31.12.2001, según el Banco Central Europeo, [Philip Morris](#) 58.288.861.562 euros, [BAT](#) 42.225.094.563 euros y [Japan Tobacco](#) 40.458.482.083 euros. Annual Reports, 2001 (excepto JT, datos para el año 2000).

De los 90.643.392.000 euros (89.924.000.000 \$, al cambio de 1.7.2002) que facturó el grupo Philip Morris en 2001, 51.780.960.000 euros (51.370.000.000 \$) procedían de tabaco. El grupo, propietario de Kraft y Nabisco, entre otras, está estudiando cambiar su nombre por el de "Altria Inc. Group" y tratar así de eliminar la asociación de su nombre con el sector de tabaco, ya que –entre otros motivos- la incertidumbre creada por las reclamaciones judiciales frena las inversiones particulares de capital. La rama de tabaco mantendría el nombre de Philip Morris.

Major Tobacco Company Global Cigarette Market Shares, 1997



Source: Market Trading International Ltd. The state tobacco monopoly in China is not included in these figures since it is not an individual company.

2. Epidemiología

Aunque la mayoría de estudios de historia de la ciencia afirma que científicos británicos y estadounidenses fueron los primeros en advertir una relación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y algunas formas de cáncer en la década de los cincuenta, lo cierto es que habían sido científicos de la Alemania de Weimar quienes originariamente habían mostrado esta posible relación⁹: a finales de los años 20 Alemania ya disponía de información estadística y epidemiológica sobre los efectos que el consumo de tabaco producía en los fumadores¹⁰. Así:

⁹ Si bien en 1912 el médico británico Isaac Adler ya había sugerido que el tabaco podría jugar algún papel en el aumento de casos de cáncer de pulmón (*Primary Malignant Growths of the Lungs and Bronchi: A Pathological and Clinical Study* (London: Longmans, Green and Co., 1912).

¹⁰ Robert N. PROCTOR, "The Nazi War on Cancer", Princeton University Press, 1999. Pág. 173.

- En 1929 Fritz Lickint, investigador de la Universidad de Dresden (Alemania), publicó “*Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Factor des Carcinoms*”¹¹ (“El tabaco y el humo del tabaco como factores etiológicos del carcinoma”), uno de los primeros artículos científicos que sugerían una relación estadística entre el consumo de cigarrillos y el cáncer de pulmón, pues experimentó una clara preponderancia de fumadores entre los pacientes de cáncer de pulmón que había tratado en el hospital.

- Diez años después, en 1939, Franz Hermann Müller, médico de la Universidad de Colonia (Alemania), publicó “*Tabakmissbrauch und Lungencarcinom*”¹² (“Abuso del tabaco y cáncer de pulmón”), un artículo con un análisis estadístico más detallado que el de Lickint, en el que hipotizó una relación entre el hábito de fumar y el cáncer estadísticamente fundada. El trabajo de Müller es considerado como el primer estudio epidemiológico serio sobre el tema. En él, concluyó que:

“[T]he extraordinary rise in tobacco use [is] the single most important cause of the rising incidence of lung cancer” (p. 78).

Dentro de su política de culto al cuerpo y a la salud (*Gesundheit über Alles* –la salud por encima de todo-), el régimen nazi organizó una dura campaña anti-tabaco, restringió el consumo en espacios públicos, educó a la población con propaganda y fundó instituciones públicas de investigación y lucha contra el tabaco (*Reichsstelle für Rauschgiftbekämpfung*, -Instituto para la lucha contra las drogas adictivas- (1939), *Wissenschaftliches Institut zur Erforschung der Tabakgefahren* –Instituto para la investigación de los peligros del tabaco (1941)- fundado y presidido por Karl Astel, rector de la universidad de Jena y notorio dirigente de las SS quien se suicidó en abril de 1945).

A principios de los años 50 comienzan a sucederse en el mundo anglosajón artículos científicos que sugerían conclusiones similares a las acabadas de indicar. Así, en 1950:

- Ernest Wynder y Evarts Graham, profesores de la Universidad de Washington, publicaron *Tobacco Smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: A study of six hundred and eighty-four proved cases*. (JAMA 1950, 143: 329-336), un artículo en el que sostuvieron que el 96’5% de los pacientes de cáncer de pulmón eran fumadores habituales¹³:

“Among 605 men with bronchiogenic carcinoma, other than adenocarcinoma, 96.5 per cent were moderately heavy to chain smokers for many years”.

- Morton Levin y Nyman Goldstein, profesores en New York, aunque llegaron a una conclusión parecida en *Cancer and Tobacco Smoking. A Preliminary Report* (JAMA 1950, 143: 336-337), mostraron bastantes dudas:

¹¹ Zeitschrift für Krebsforschung, 30 (1929): 349-365

¹² Zeitschrift für Krebsforschung, 1939, 49, 57-85. Un breve abstract fue publicado como “Tobacco misuse and lung carcinoma”, en The Journal of the American Medical Association (JAMA), Sept. 30, 1939.

¹³ Tres años después se reafirmaron en. WYNDER, GRAHAM Y CRONINGER. *Experimental production of carcinoma with cigarette tar*. Cancer Res 1953, 13: 855-864.

“The report is based on a study of 1.045 male cancer patients and 605 male noncancer patients. (...) Over 80 per cent of all patients were smokers”. “The data suggest, although they do not establish, a causal relation between cigarette and pipe smoking and cancer of the lung and lip, respectively. The statistical association may, of course, be due to some other unidentified common factor between these types of smoking and lung and lip cancer. Cancer is now generally considered a disease attributable to multiple causative factors”.

- Richard Doll y Austin Bradford Hill, investigadores londinenses, en su artículo titulado *Smoking and carcinoma of the Lung: Preliminary Report* (*British Medical Journal*. London, September 30, 1950), y realizado sobre una muestra de 1732 pacientes, concluyeron – también con dudas- que el consumo de tabaco era un importante factor en la producción del cáncer de pulmón:

“[I]t must be concluded that there is a real association between carcinoma of the lung and smoking. (...) This is not necessarily to say that smoking causes carcinoma of the lung (...). We therefore conclude that smoking is a factor, and an important factor, in the production of carcinoma of the lung”. (p. 746).

El 11 de enero de 1964, [Luther L. Terry](#), Médico Jefe del Servicio Público [Federal] de Salud de los Estados Unidos de América, publicó un informe titulado “*Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*”¹⁴, en el que sostuvo que:

“Cigarette smoking is causally related to lung cancer in men; the magnitude of the effect of cigarette smoking far outweighs all other factors... Cigarette smoking is much more important than occupational exposures in the causation of lung cancer in the general population ... Cigarette smoking is the most important of the causes of chronic bronchitis in the United States, and increases the risk of dying from chronic bronchitis and emphysema ... Although the causative role of cigarette smoking in deaths from coronary disease is not proven the Committee considers it more prudent from the public health viewpoint to assume that the established association has causative meaning than to suspend judgment until no uncertainty remains”.

Desde entonces, se han publicado más de 70.000 artículos científicos, algunos de ellos referenciados por las instituciones más prestigiosas (Organización Mundial de la Salud – *World Health Organization, WHO*-, Departamento Federal de Sanidad de los EE.UU.), que sostienen sin lugar a dudas que fumar perjudica gravemente a la salud, relacionan el consumo de tabaco con algún tipo de cáncer, afirman que es un factor importante de incremento del riesgo de padecer determinadas enfermedades y que acorta la vida esperada de los fumadores entre 10 y 15 años. También sugieren que los fumadores pasivos

¹⁴ US Department of Health, Education and Welfare, 1964. Public Health Service Publication No. 1103.

sufren enfermedades derivadas de respirar “humo ambiente” o el aire “contaminado” por el tabaco¹⁵ (*Environmental Tobacco Smoke*). Estas conclusiones son aceptadas de forma pacífica por la mayoría de la doctrina científica.

Así, la [Organización Mundial de la Salud](#), en su informe World Health Report 1999, sostiene que:

“Tobacco’s negative effects on health are many and well-described, including increased risks of heart disease and many cancers”. (...) “The health impacts of tobacco are among the most often described in the biomedical literature. Much of the stress has been placed on the increased risks of [cancer](#) and [heart disease](#) initially described over 50 years ago. Recent research has reported a host of other health impacts, strengthening the arguments in favour of [treatment for tobacco dependence](#) and comprehensive tobacco control. In addition to an increasing range of harmful effects of tobacco use, research has also highlighted harmful effects on the health of [women](#) and [youth](#). For children, much of the health impact of tobacco comes from smoking by adults in the environments where children live, study, play and work, because children breath air contaminated by [secondhand smoke or environmental tobacco smoke \(ETS\)](#).”

En el mismo sentido, el Departamento Federal de Sanidad de los EE.UU., en un informe presentado a principios del 2002 ([Targeting Tobacco Use: The Nation’s Leading Cause of Death. At A Glance, 2002](#)), sostenía que:

“An estimated 46.5 million adults in the United States smoke cigarettes even though this single behavior will result in death or disability for half of all regular users. Cigarette smoking is responsible for more than 400,000 deaths each year, or one in every five deaths. Additionally, if current patterns of smoking persist, over 5 million people currently younger than 18 will die prematurely from a tobacco-related disease. Paralleling this enormous health toll is the economic burden of tobacco use: more than \$75 billion in medical expenditures and another \$80 billion in indirect costs. Since the release in 1964 of the first Surgeon General’s report on smoking and health, scientific knowledge about the health consequences of tobacco use has greatly increased. Smoking is known to cause chronic lung disease, heart disease, and stroke, as well as cancer of the lungs, larynx, esophagus, mouth, and bladder. In addition, smoking contributes to cancer of the cervix, pancreas, and kidneys. Researchers have identified more than 250 chemicals in tobacco smoke that are toxic or cause cancer in humans and animals. Smokeless tobacco and cigars also have deadly consequences, including lung, larynx, esophageal, and mouth cancer. Moreover, novel tobacco products such as bidis and clove cigarettes should not be considered safe alternatives to smoking or using smokeless tobacco.

¹⁵ World Health Organization, [The World Health Report 1999 -Making a difference, Chapter 5, Combating the Tobacco Epidemic](#).

The harmful effects of smoking do not end with the smoker. Women who smoke during pregnancy are more likely to have babies with low birth weight, which is linked with an increased risk of infant death and with a variety of infant health disorders. In addition, secondhand smoke has harmful effects on nonsmokers. Each year, an estimated 3,000 nonsmoking Americans die of lung cancer and up to 300,000 children suffer from respiratory tract infections because of exposure to secondhand smoke. Evidence also indicates that exposure to secondhand smoke causes heart disease”.

Se han llevado a cabo numerosos estudios para evaluar los riesgos del ETS, pero los resultados no son concluyentes. En su mayor parte concluyen que este humo puede ser causa y fuente de agravación de determinadas patologías (entre ellas, cáncer de pulmón), principalmente en sujetos hipersensibles (niños, sujetos con deficiencias respiratorias, etc...)¹⁶.

Así, un estudio reciente dirigido por la Dra. Kimberly Yolton, investigadora del Hospital de niños de Cincinnati (uno de los tres mejores hospitales en investigación de enfermedades infantiles de EE.UU.), realizado sobre una muestra de 4.400 niños, concluye que los menores expuestos al humo del tabaco obtienen peores resultados en tests de matemáticas, razonamiento y lógica, y les cuesta más aprender a leer, que aquellos que no lo están. Mientras más cotinina se detecta en la sangre de los menores, peores son sus resultados (*Environmental Tobacco Smoke Linked to Decreases in Cognitive Skills: Reading, Math, Logic and Reasoning Skills Decline in Children*. Kimberly Yolton, Cincinnati, 2002).

En el más reciente y completo, realizado este mismo mes de junio de 2002 en Lyon (*IARC Monographs*, que será publicado a finales de 2002), bajo los auspicios de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer -*International Agency for Research on Cancer*-, dependiente de la Organización Mundial de la Salud, y llevado a cabo por un grupo de 29 expertos de 12 países presididos por el Dr. Jonathan Samet (jefe de epidemiología de la Johns Hopkins School of Public Health), ha concluido que:

“Nonsmokers are exposed to the same carcinogens as active smokers. Even the typical levels of passive exposure have been shown to cause lung cancer among never smokers. Second-hand tobacco smoke IS carcinogenic to humans”.

“The evidence for increased cancer risks in later life among children exposed to parental and other passive exposures is uncertain at this time”.

Pero hay también artículos científicos en sentido contrario y que ponen en duda las conclusiones tan rotundas acabadas de mencionar:

El Dr. Paolo Boffetta, Jefe de la Unidad de epidemiología de cáncer de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer -*International Agency for Research on Cancer*-, y

¹⁶ *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Environmental Protection Agency Washington, 1992. <http://www.epa.gov/iaq/ets/healthrisks.html>

su equipo de investigadores concluyeron en 1998 que no hay asociación alguna entre la exposición de los menores al humo del tabaco y el riesgo de cáncer de pulmón.

“Our results indicate no association between childhood exposure to ETS and lung cancer risk. We did find weak evidences of a dose-response relationship between risk of lung cancer and exposure to spousal and workplace ETS. There was no detectable risk after cessation of exposure”¹⁷.

Robert A. Levy, investigador de *CATO Institute* (un think tank conservador y libertario) y profesor de Georgetown University, y Rosalind B. Marimont, matemática y científica del *National Institute of Standards and Technology* y del *National Institute of Health*, afirman que no es cierto que todas las muertes que se atribuyen al tabaco lo sean por esta causa, y critican con severidad los datos proporcionados por entidades públicas –como la WHO o la EPA– por estar muy sesgados en contra de la industria tabaquera¹⁸:

“Truth was an early victim in the battle against tobacco. (...) WHO researchers found “an estimated 16 percent increased risk of lung cancer among nonsmoking spouses of smokers. For workplace exposure the estimated increase in risk was 17 percent”. Remarkably, the very next line warned: “Due to small sample size, neither increased risk was statistically significant”. Contrast that conclusion with the hype in the headline: “Passive Smoking does Cause Lung Cancer”. (...)

“Another example of anti-tobacco misinformation is the landmark 1993 report in which the Environmental Protection Agency declared that environmental tobacco smoke (ETS) is a dangerous carcinogen that kills three thousand Americans yearly. Five years later, in July 1998, federal Judge William L. Osteen lambasted that EPA for “cherry picking” the data, excluding studies that “demonstrated no association between ETS and cancer”, and withholding “significant portions of its findings and reasoning in striving to confirm it’s a priori hypothesis”. (...) EPA could not produce statistically significant results”.

“Even if actual deaths were compared against an appropriate baseline for nonsmokers, the excess deaths could not properly be attributed to smoking alone. It cannot be assumed that the only difference between smokers and nonsmokers is that the former smoke. The two groups are dissimilar in many other respects (...). Most important, the government should stop lying and stop pretending that smoking-related deaths are anything but a statistical artifact”.

¹⁷ Paolo BOFFETTA et al., *Multicenter Case-Control Study of Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Lung Cancer in Europe*. *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 90, No. 19, October 7, 1998.

¹⁸ Robert A. LEVY y Rosalind B. MARIMONT, *Lies, Damned Lies & 400,000 Smoking-Related Deaths*. *Regulation*, Vol. 21 nº 4, 1998.

“In debunking the notion that smoking causes more than 400,000 deaths each year, Ms. Marimont and I were critical of studies that failed to control for confounding variables like alcohol consumption, exercise, diet, occupation and income”¹⁹.

El Dr. James P. Siepmann, editor del *Journal of Theoretics*, es aún más rotundo al afirmar que el tabaco no causa cáncer de pulmón, sino que es una causa más, de entre otras:

“[S]moking does not cause lung cancer. It is only one of many risk factors for lung cancer. (...) The risk of a smoker getting lung cancer is much less than anyone would suspect. (...) If they would say that smoking increases the incidence of lung cancer or that smoking is a risk factor in the development of lung cancer, then I would agree. (...) Everything in life has risk; just going to work each day has risk. (...) We must weigh the risk and benefits of the behavior both as society and as an individual based on unbiased information”²⁰.

Lo cierto es que para tener una perspectiva completa de los riesgos asociados al consumo de tabaco también deben tenerse en cuenta, entre otros aspectos, los comportamientos individuales de cada fumador, la cantidad y frecuencia de tabaco consumido, su dieta, el ejercicio físico que realiza o sus antecedentes genéticos, y el estilo general de vida de las personas que, entre otras actividades de riesgo, fuman.

En un reciente libro publicado en mayo de 2002, W. Kip Viscusi²¹ afirma que habitualmente los fumadores asumen mayores riesgos que los no fumadores: utilizan con menor frecuencia el cinturón de seguridad, controlan menos su presión sanguínea, tienen menos higiene bucal o trabajan en puestos más arriesgados y tienen más accidentes laborales o en el hogar.

La disparidad de conclusiones entre los propios científicos trata de ser explicada por Deborah E. Barnes, de la University of California, Berkeley, y por Lisa A. Bero, de la University of California, San Francisco, en un artículo publicado en 1998 en la *Journal of American Medical Association (JAMA)*:

“The conclusions of review articles are strongly associated with the affiliations of their authors. Authors of review articles should disclose potential financial conflicts of interest, and readers of review articles should consider author’s affiliations when deciding how to judge an article’s conclusions”²².

¹⁹ [Estimating the Numbers of Smoking-Related Deaths](#). JAMA, Vol. 284 No. 18. November 8, 2000

²⁰ James P. SIEPMANN, *Smoking Does Not Cause Lung Cancer (According to WHO/CDC Data)*. Journal of Theoretics, Vol. 1-4. Oct/Nov 1999.

²¹ W. KIP VISCUSI, *Smoke-Filled Rooms, A Postmortem on the Tobacco Deal*. The University of Chicago Press, 2002, p. 168 y ss.

²² Deborah E. BARNES Y Lisa A. BERO. *Why Review Articles on the Health effects of Passive Smoking reach Different Conclusios*. JAMA 1998, 279: 1566-1570.

Joan R. Villalbí, profesor del Institut Municipal de Salut Pública (Barcelona) y del Comité Nacional de Prevención del tabaquismo, en su informe titulado “[El tabaco como problema de salud pública](#)” (Noviembre 2001, para el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria –SESPAS- 2002), sostiene que:

“Desde una perspectiva esencialmente epidemiológica, se han identificado cuatro fases en la epidemia tabáquica”:

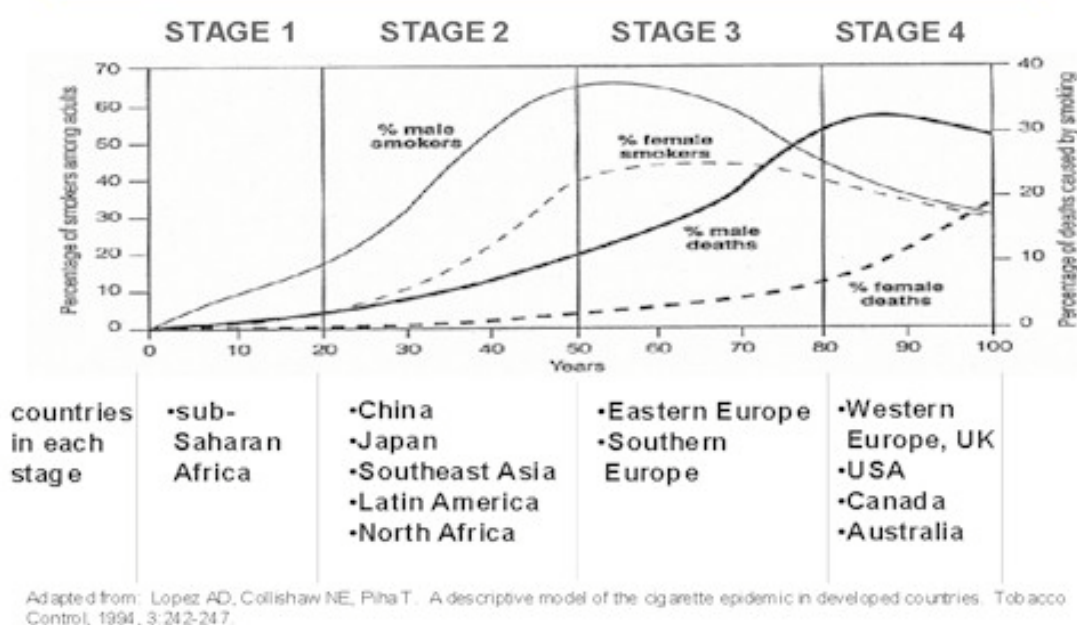
“1ª. En la inicial o Fase I, se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos. Los datos de mortalidad no permiten apreciar las muertes atribuibles al tabaco. Esta fase puede durar una o dos décadas”.

“2ª. En la fase II, la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay ex-fumadores. No se aprecia gradiente por clase social, estando el hábito de fumar generalizado entre todas las capas sociales. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones. El consumo anual por adulto alcanza los 1000-3000 cigarrillos (2000-4000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Apenas se registran los primeros y tímidos intentos de prevención. Esta fase puede durar dos-tres décadas”.

“3ª. En la fase III se inicia un descenso en la prevalencia entre los varones hasta el 40%, y los ex-fumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro gradiente social en los varones, que más tarde se extenderá a las mujeres. Entre las mujeres se da una larga estabilización del hábito, sin alcanzar los niveles que tuvo en los varones. Esta larga meseta termina con un proceso de declive también en las mujeres. El consumo anual por adulto es sin embargo el mayor en esta fase, de 3000 a 4000 cigarrillos. En esta fase la mortalidad asociada al tabaco llega a ser un 25-30% del total en los varones, y un 5% en las mujeres. Durante ella se desarrollan programas de control, cada vez más integrados y coordinados. Su duración puede estimarse en tres décadas”.

“4ª. En la fase IV, la prevalencia por sexos tiende a igualarse: en los varones baja al 35%, mientras que en las mujeres llega al 30%. La mortalidad atribuible al tabaquismo, reflejando el consumo de la etapa anterior, alcanza las mayores cifras y sigue subiendo, llegando al 30-35% en los varones y al 20-25% en las mujeres. Se aprecia un fuerte gradiente por clases en el consumo del tabaco, al haberlo abandonado masivamente los segmentos de mayor nivel económico y de instrucción”.

4 Stages of the Tobacco Epidemic



“Es probable que [en España] estemos ahora entre las fases III y IV. Sin embargo, nuestro proceso ha tenido algunas peculiaridades que no pueden obviarse, económicas, políticas y culturales. Por un lado, condicionantes económicos llevaron a enlentecer el proceso durante la fase II: durante años, España tuvo una prevalencia alta con un consumo medio relativamente bajo, debido a que una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. No es hasta los años sesenta que el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara. Por otra parte, la existencia del Monopolio ha dificultado la regulación. La privatización de tabacalera es muy reciente y hasta entonces consideraciones ajenas a la salud han pesado de forma directa en la política del gobierno”.

Desde que se constituyó en España la primera fábrica de tabacos en 1620 en Sevilla y hasta 1998, la explotación y comercialización del tabaco ha sido gestionada directamente por la Administración pública. En 1636, las Cortes Españolas establecieron el monopolio de la producción y venta del tabaco en los Reinos de Castilla y León. El 30 de junio de 1887 se creó la Compañía Arrendataria de Tabacos (CAT) como sociedad anónima de crédito para la gestión de las rentas de Tabacos y Timbre, compañía estatal que explotó las rentas del tabaco hasta que en 1945 se creó Tabacalera (Ley de bases de 18 de marzo de 1944 la calificó como un servicio público patrimonializado, cuya explotación se realizará por la empresa adjudicataria del concurso con la colaboración e intervención del Estado con subordinación al interés público) atribuyéndosele la administración y explotación del monopolio, renovado en 1970 por otro período de veinte años, por la Ley de 30 de marzo de 1971, realizándose la venta al público mediante expendedorías (“estancos”) controladas por un Patronato dependiente del Ministerio de Hacienda, quién determinaba los precios y cobraba la denominada “renta de tabacos”, absorbida luego por el IVA.

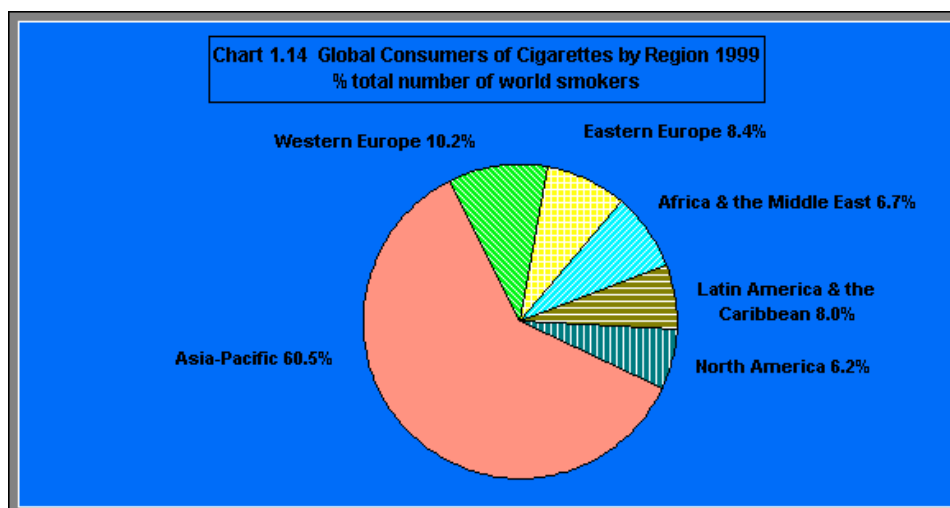
El monopolio del Estado en la importación y distribución al por mayor de tabaco concluyó para el tabaco comunitario el 1 de enero de 1986, a raíz de la entrada de España en la entonces Comunidad Económica Europea, dictándose al efecto la Ley 38/1985, de 22 de noviembre, de modificación de la regulación del Monopolio de Tabacos. En esa fecha, sin embargo, el Estado seguía manteniendo el monopolio de fabricación de tabaco en España, el de importación y distribución al por mayor de tabaco procedente de estados no miembros de la CEE y, en todo caso el de comercio al por menor.

Con la Ley 13/1998, de 4 de mayo, de Ordenación del Mercado de Tabacos y Normativa Tributaria, se produce la liberalización del monopolio de fabricación, así como el de importación y distribución al por mayor del tabaco no comunitario. Ahora bien, incluso en la actualidad, el Estado sigue manteniendo el monopolio estatal del comercio al por menor a través de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre.

El 28 de abril de 1998 se hace efectiva la privatización de Tabacalera, que en diciembre de 1999 se fusionó con la empresa francesa “Seita”, fusión de la que surgió “Altadis”.

3. Consumo, morbilidad, gastos sanitarios e impuestos en los EE.UU

Según el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud²³, en la actualidad hay más de 1.250 millones de fumadores en todo el mundo, y cerca de 4 millones de personas murieron el pasado año 2000 por causas directamente relacionadas con el consumo de tabaco.



Source: Market Tracking International Ltd.. *The World Tobacco File: 4th Edition, July 2001.*

3.1 Consumo

El [Informe sobre consumo de tabaco entre población adulta](#) emitido el 12 de octubre de 2001 por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades del Departamento

²³ World Health Organization, World Health Report 1999, [Chapter 5](#); The World Bank, *Curbing the Epidemics, Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, 1999.

Federal de Sanidad Estadounidense (*Morbidity and Mortality Weekly Report October 12, 2001, Vol. 50, N. 40*. Centers for Disease Control and Prevention, U.S Department of Health and Human Services), afirma que, en EE.UU. y en 1999, había un total del 46'5 millones de adultos fumadores, un 23'5% de la población.

Y según el Departamento Federal de Agricultura de los EE.UU. (*United States Department of Agriculture, USDA*), en el año 2001 se consumieron 422.000 millones de cigarrillos (un 2% menos que el año anterior), con un consumo *per capita* de 2.037 cigarrillos (frente a los 2.092 del año anterior). (*Tobacco Outlook, United States Department of Agriculture, April 26, 2002*).

3.2 Morbilidad y gasto sanitario

El [Informe sobre morbilidad y mortalidad anual atribuida al tabaco](#), emitido el 12 de abril de 2002 también por el CDC (*Morbidity and Mortality Weekly Report April 12, 2002, Vol. 51, N. 14*. Centers for Disease Control and Prevention, U.S Department of Health and Human Services), sostiene que:

Entre 1995 y 1999, murieron prematuramente en EE.UU. por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco una media de 442.398 personas por año (124.813 de cáncer de pulmón, 81.976 de cardiopatía isquémica y 64.735 por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre las enfermedades más relacionadas con el consumo de tabaco).

Cada año las enfermedades atribuibles al tabaco son responsables de una pérdida de 3.332.272 años potenciales de vida entre los hombres, y de 3.284.113 entre las mujeres. Los adultos fumadores pierden una media de 13.2 años de vida, y las adultas fumadoras, de 14.5.

Entre 1995 y 1999, las pérdidas económicas relacionadas con el consumo de tabaco ascendieron aproximadamente a 157.000 millones de dólares anuales. En 1999, por cada uno de los 46 millones y medio de adultos fumadores se gastaron 1.623 dólares en atención médica y se perdieron 1.760\$ en productividad.

En 1999, por cada uno de los 22.000 millones de paquetes de tabaco vendidos, se gastaron 3'45 dólares en gastos médicos atribuibles al consumo de tabaco, y se perdieron 3'73 dólares en productividad, con un coste económico total de 7'18 dólares por paquete de tabaco vendido.

TABLE 1. Annual deaths, smoking-attributable mortality (SAM), and years of potential life lost (YPLL), by cause of death and sex — United States, 1995–1999

Disease category (ICD-9 code)*	Male			Female		
	Total	SAM	YPLL	Total	SAM	YPLL
Neoplasms						
Lip, oral cavity, pharynx (140–149)	5,180	3,873	64,022	2,645	1,264	21,499
Esophagus (150)	8,627	6,280	94,359	2,778	1,613	25,686
Pancreas (157)	13,429	3,065	46,112	14,339	3,415	52,481
Larynx (161)	3,031	2,525	37,823	816	602	10,793
Trachea, lung, bronchus (162)	91,295	80,571	1,106,117	61,593	44,242	763,669
Cervix uteri (180)	—	—	—	4,138	552	13,606
Urinary bladder (188)	7,778	3,699	40,208	3,772	1,053	13,290
Kidney, other urinary (189)	7,066	2,799	41,867	4,537	236	4,172
Total	136,406	102,812	1,430,507	94,618	52,949	905,194
Cardiovascular diseases						
Hypertension (401–404)	17,575	3,320	51,291	25,182	2,740	36,286
Ischemic heart disease (410–414)						
Aged 35–64 years	52,977	22,059	514,926	19,381	7,069	185,580
Aged ≥65 years	191,172	29,312	252,380	217,962	23,536	219,813
Other heart diseases†	98,088	18,822	243,327	117,645	10,546	127,756
Cerebrovascular disease (430–438)						
Aged 35–64 years	9,726	3,898	93,903	8,103	3,586	101,493
Aged ≥65 years	51,369	4,697	37,751	88,452	5,264	47,581
Atherosclerosis (440)	6,008	1,644	14,877	10,050	883	7,925
Aortic aneurysm (441)	9,971	6,489	76,568	6,201	3,135	39,655
Other arterial disease (442–448)	4,716	665	8,535	6,183	940	12,359
Total	441,602	90,906	1,293,559	499,159	57,699	778,447
Respiratory diseases						
Pneumonia, influenza (480–487)	38,295	8,802	84,878	47,420	6,774	71,255
Bronchitis, emphysema (490–492)	10,935	9,944	109,011	9,585	7,752	107,365
Chronic airways obstruction (496)	42,765	34,919	353,137	39,727	29,816	379,052
Total	91,996	53,665	547,026	96,731	44,342	557,672
Perinatal conditions						
Short gestation/low birthweight (765)	2,198	227	16,685	1,768	175	13,871
Respiratory distress syndrome (769)	931	85	6,273	639	24	1,925
Other respiratory-newborn (770)	912	84	6,147	645	33	2,646
Sudden infant death syndrome (798.0)	1,766	202	14,805	1,197	175	13,872
Total	5,808	599	43,910	4,249	408	32,314
Burn deaths‡	—	589	17,270	—	377	10,486
Secondhand smoke deaths§						
Lung cancer	—	1,110	—	—	1,890	—
Ischemic heart disease	—	14,407	—	—	20,646	—
Overall Total		264,087	3,332,272		178,311	2,284,113

* *International Classification of Diseases, Ninth Revision.*

† Other heart diseases include ICD-9 codes 390–398, 415–417, and 420–429. Totals may not equal sums because of rounding.

‡ Reference 6.

§ Reference 7.

Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report April 12, 2002, Vol. 51, N. 14*. Centers for Disease Control and Prevention, U.S Department of Health and Human Services.

TABLE 2. Annual smoking-attributable economic costs for adults and infants — United States, 1995–1999

Cost component	Total (in millions)	Per smoker*
Adult costs		
Annual smoking-attributable productivity costs, 1995–1999		
Men	\$55,389	\$2,278
Women	\$26,483	\$1,193
Total	\$81,872	\$1,760
Smoking-attributable medical expenditures, 1998†		
Ambulatory care	\$27,182	\$584
Hospital care	\$17,140	\$368
Prescription drugs	\$6,364	\$137
Nursing home	\$19,383	\$417
Other care	\$5,419	\$116
Total	\$75,488	\$1,623
Total adult costs	\$157,360	\$3,383
Infant costs		
Smoking-attributable neonatal medical expenditures, 1996	\$366	\$704
Total costs	\$157,726	\$3,391

* Approximately 46.5 million U.S. residents aged ≥ 18 years smoked in 1999 (24,316,033 men and 22,199,233 women), based on the civilian noninstitutional population and respondents from the 1999 National Health Interview Survey. Smoking-attributable neonatal expenditures are per maternal smoker; average costs per adult smoker were approximately \$8. Total productivity costs are weighted averages for men and women. Totals may not equal sum because of rounding.

† Data sources: Expenditure smoking-attributable fractions cited in reference 8 and 1998 personal health-care expenditure data obtained from the Centers for Medicare and Medicaid Services.

Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report April 12, 2002, Vol. 51, N. 14*. Centers for Disease Control and Prevention, U.S Department of Health and Human Services

Smoking-attributable mortality (SAM).

Years of potential life lost (YPLL).

Smoking-attributable medical expenditures (SAEs).

El impacto del consumo de tabaco en la salud es difícil de medir. Los datos anteriores resultan de la aplicación de una metodología denominada *SAMMEC (Adult and Maternal and Child Health Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs)*, que se describe en los siguiente links:

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5114.pdf>

<http://www.cdc.gov/tobacco/sammec>

3.3 Impuestos

Según el informe presentado el 26 de abril de 2002 por el Departamento Federal de Agricultura de los EE.UU., en el año fiscal 2001 (Octubre 2000-Septiembre 2001), la recaudación del impuesto sobre el tabaco fue, a nivel federal, de 7.400 millones de dólares, y a nivel estatal, de 2.900 millones, esto es, un total de 10.300 millones de dólares (*Tobacco Outlook, United States Department of Agriculture, April 26, 2002*). El porcentaje total de

impuestos (federal, estatal y local) sobre el precio de venta de la cajetilla de 20 cigarrillos varía en cada Estado, entre el 20% de Kentucky y el 40% de New York.