

INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS ECONÓMICO DE LOS ESTILOS DE VIDA: EXTERNALIDADES Y COSTE SOCIAL.

Francisco-Javier Braña
Departamento de Economía Aplicada IV
Universidad Complutense de Madrid

1. Introducción.

Las que convencionalmente llamamos sociedades desarrolladas de nuestro tiempo están experimentando en los últimos años un contradictorio proceso en lo que respecta al papel del Estado. Por una parte, una mayor demanda de salud, pues por diversos motivos interrelacionados las personas viven y quieren vivir más y mejor, intentando prevenir todos los riesgos de la vida diaria, hasta el punto de que la salud se está convirtiendo en una nueva religión. Una de las consecuencias de esta mayor demanda de salud y cuidados médicos es la exigencia de su cobertura por parte del Estado, en particular en aquellos países donde se han creado sistemas nacionales de salud. Junto a ello y al amparo de los desarrollos de una rama de la investigación médica, la epidemiología, crece día a día el número de enfermedades para las que se cree haber encontrado la causa. Y ante esa creciente demanda de salud, la omnipresencia de los medios de comunicación da lugar a la publicación inmediata de los resultados de las investigaciones, a veces incluso cuando el ejemplar de la revista científica ni siquiera está disponible para los suscriptores, retro-alimentando de esta forma la demanda de salud.

Pero por otro lado, cada vez son más las voces que piden una reducción del papel del Estado, en particular en aquellos países donde se ha desarrollado lo que ha venido en llamarse el Estado del Bienestar. Además, en estas sociedades puede observarse la aparición de grupos minoritarios que practican actividades de alto riesgo, quizás como reacción a formas de vida muy reguladas y estandarizadas.

Basándose en los resultados de la investigación epidemiológica ⁽¹⁾, los partidarios de una mayor intervención del Estado han extendido sus demandas a los estilos de vida. Por un lado, para que se incentiven hábitos de vida considerados saludables o se impongan normas que protejan a las personas contra determinados riesgos, con el objetivo de alargar la esperanza de vida y, en algunos casos, mejorar su calidad, como pueden ser los ejemplos de la “dieta mediterránea” o la obligatoriedad de cinturones, cascos y demás protecciones para usuarios de automóviles, motocicletas y bicicletas. Por otro lado, se demanda que se desincentiven, cuando no se pide simplemente su

(*) Este trabajo es una nueva versión, actualizada y revisada, de la “Introducción” a Braña (1997). Madrid. Agradezco los comentarios de Fernando Antoñanzas, aunque por supuesto las opiniones expresadas son de mi exclusiva responsabilidad.

¹ Cuyas conclusiones y recomendaciones han venido cambiando a lo largo del tiempo, a veces de forma sorprendentemente radical, recuérdese el caso del consumo de aceite de oliva.

erradicación, hábitos considerados insanos como el fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas o la obesidad ⁽²⁾.

Sin embargo, el argumento más utilizado no es tanto de tipo sanitario, como de naturaleza económica. Se nos dice que fomentar hábitos de vida saludables y desincentivar los insanos, evitando riesgos, es rentable en términos económicos. En particular, toda referencia a la necesidad de impedir o desalentar tal o cual mal hábito de vida o una conducta determinada va acompañada de una cifra sobre los costes que esos hábitos o conductas se dice causan a la sociedad. En definitiva, se argumenta que los fumadores, los obesos, los bebedores, los que no hacen ejercicio físico, etc. no sólo son enfermos, sino que imponen además una carga sobre el resto de ciudadanos no fumadores, delgados, abstemios, deportistas, prudentes. etc. que se resume en esa cifra siempre multimillonaria.

En este trabajo se trata de recoger la evidencia empírica sobre el argumento de naturaleza económica en el que se apoyan esas demandas de intervención del Estado en los hábitos de vida. Si damos por supuesto que los estudios epidemiológicos son fiables y sus conclusiones incontrovertibles al proporcionar una cifra de enfermedades y muertes atribuibles a los hábitos considerados no saludables -algo que no está tan claro, como ha puesto de relieve el trabajo de González, Barber y Rodríguez (1997)-, el paso siguiente es calcular, con la metodología del análisis económico, cuáles son los costes atribuibles al tratamiento de esas enfermedades. De la multiplicación de esos dos factores, podremos obtener un "coste" para la sociedad o, quizás, pues tampoco está muy claro, para los que mantienen tales hábitos o conductas no saludables o arriesgadas.

Pero, de nuevo, no son tan obvias las conclusiones de la rama del análisis económico que se ocupa de estas cuestiones. Tal como pone de relieve el trabajo de Antoñanzas, Salgado y Rovira (1997), en primer lugar, no hay un concepto unívoco de coste en el análisis económico. Y en segundo lugar, tampoco existe acuerdo sobre la forma de calcular los costes que hay que tener en cuenta para saber cuánto deberían pagar las personas que tienen hábitos o conductas consideradas no saludables, en el supuesto de que tuvieran que pagar algo, o en cuánto tendríamos que subvencionar si acaso a los que tienen hábitos de vida que llamamos saludables.

Dos son pues los objetivos de este trabajo. En primer lugar, realizar un repaso a las justificaciones teóricas que el análisis económico dominante, fundamentalmente de raíz neoclásica, proporciona para la intervención del Estado en los hábitos de vida. Y en segundo lugar, presentar los resultados de un conjunto de investigaciones sobre el tema. Con ello se ha tratado de llenar un hueco en la bibliografía económica, bastante escasa y que da pie a algunos lugares comunes en los libros de texto de economía y hacienda.

Como advertirá el lector, el trabajo va a estar dominado por las referencias al hábito de fumar. Este sesgo no es intencionado, proviniendo del

² Vid. al respecto el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo (1992), basado en los resultados de una encuesta a la población española mayor de 15 años.

hecho de que tanto a nivel epidemiológico, como en el propio análisis económico de la salud, se trata del hábito más estudiado, con referencias bibliográficas que pueden contarse por cientos. Pero aunque la búsqueda de referencias sea algo más costosa, tanto la epidemiología como el análisis económico empiezan a extenderse a otros hábitos de vida o conductas consideradas no saludables, y se extienden de forma rápida.

Confío en que este trabajo sirva de referencia sobre un tema que cada día tiene mayor relevancia para la opinión publicada y para nuestros gobernantes. Esto es, si hay justificación teórica para la intervención del Estado en los hábitos de vida, y la principal parecería descansar en el concepto de que se impone un coste a la sociedad, habrá que estudiar cómo se calcula ese coste, para posteriormente cuantificarlo.

2. Las bases teóricas para la intervención del Estado en los estilos de vida.

En el campo del análisis económico del sector público, son bien conocidas las razones que se dan para la intervención del Estado en la provisión y la regulación de la asistencia sanitaria. Desde el punto de vista de la eficiencia, se habla de fallos en la competencia - al no existir competencia perfecta entre los oferentes -, de información imperfecta y de la presencia de externalidades. Y se dan también poderosas razones desde el punto de vista de la equidad. Por último, aunque no suele mencionarse de forma explícita, podemos encontrar otra justificación a partir de la teoría de los *bienes de mérito* elaborada por Musgrave ⁽³⁾.

Si nuestro interés es explicar la intervención del Estado en cuestiones relativas a los estilos de vida y sus implicaciones en términos de salud, parece existir acuerdo sobre que las justificaciones teóricas pueden reducirse a tres: efectos externos, información imperfecta y bienes de mérito *versus* teoría de la adicción racional.

2.1. Efectos externos

Por lo que respecta a las *externalidades*, se definen como aquellas acciones de una persona o una empresa que imponen un coste a otras personas o empresas por el que éstas no reciben compensación o, alternativamente, cuando una persona o una empresa beneficia a terceros pero no recoge una recompensa por proporcionar ese beneficio. La existencia de externalidades, o efectos externos, tiene como consecuencia que la asignación de recursos proporcionada por el sistema de mercado puede no ser eficiente. Si las externalidades son positivas, puede existir una producción o un consumo insuficiente, al no tenerse en cuenta los beneficios (sociales) que se generan a terceros. Y si son negativas puede que la producción o el consumo sean excesivos, al no tenerse en cuenta los costes (sociales) que se producen a terceros.

³ Vid. por todos Stiglitz (1995; Cap. 3).

Dentro de las externalidades y en particular por lo que se refiere a las negativas, parece admitida la distinción entre externalidades directas e indirectas. Empezando por las externalidades *indirectas*, se habla de dos clases ⁽⁴⁾. Por un lado externalidades indirectas *financieras*, que serían producidas por el hecho de que los fumadores, los bebedores, los obesos, etc. impondrían al sistema sanitario unos mayores costes que las personas consideradas sanas, costes que no vendrían reflejados en las primas pagadas, calculadas sobre riesgos medios. Por otro lado estarían las *derivadas de los cuidados médicos*, en la medida en que haya personas que se sientan afectadas por la salud de los demás.

Las externalidades *directas* serían los efectos perjudiciales sobre terceras personas. En el caso del consumo de alcohol, los daños producidos a terceros en los accidentes de tráfico entran en ésta categoría. Por lo que respecta a los fumadores, se pone como ejemplo los riesgos a la salud de los no fumadores debidos al humo de tabaco en el ambiente, lo que se ha venido en llamar “fumadores pasivos”.

Un aspecto de capital importancia en la valoración de las externalidades, ya sean directas o indirectas, es la medición de los costes sociales. Dos trabajos recientes, el de González, Barber y Rodríguez (1997) y el de Antoñanzas, Salgado y Rovira (1997) abordan esta cuestión desde una perspectiva complementaria, pudiendo extraer las siguientes conclusiones:

- La falta de un modelo teórico generalmente aceptado para la evaluación, debido en parte a la ausencia de una reflexión profunda sobre el modelo de teoría de la demanda, lo que hace que los resultados de los diversos estudios sean difícilmente contrastables.
- En particular, y como ya se ha señalado, no hay en el análisis económico un concepto de coste con un significado único, preciso y bien definido, que se refiera a una entidad objetiva ⁽⁵⁾.

⁴ Aunque centrado en el caso de los fumadores, vid. por todos Pekurinen (1992).

⁵ Por lo general, los costes se clasifican en *directos* e *indirectos*. En el caso de los efectos externos relacionados con la salud, los costes *directos* corresponden a los gastos médicos, farmacéuticos y de hospitalización, y los *indirectos* a la pérdida de productividad. Los costes indirectos se estiman utilizando el enfoque de la teoría del capital humano, si bien se ha propuesto un enfoque alternativo, más realista, basado en el método de la “fricción”, que tiene en cuenta que los trabajadores enfermos pueden ser reemplazados en algunas circunstancias. Aunque se trata de una cuestión bastante polémica, hay quien hace referencia a una tercera categoría de costes llamados *intangibles*, causados por el sufrimiento mental y físico de los pacientes y su familia. Estos costes sólo pueden estimarse a través de encuestas, utilizando el método de evaluación contingente, y la mayoría de los autores los consideran como costes privados. La inclusión de los costes indirectos y de los intangibles no es inocente, ni meramente técnica, pues eleva sustancialmente los costes totales, como se puede comprobar en estimaciones realizadas para Canadá (Single *et.al.*, 1998), Estados Unidos (U.S. Treasury Department, 1998) y Suiza (Vitale, Priez y Jeanrenaud, 1998). La polémica sobre los costes indirectos y los intangibles fue tratada en la conferencia internacional “The social cost of smoking”, organizada por el IRER de la Universidad de Neuchâtel y el IDHEAP de la Universidad de Lausanne, que tuvo lugar en Lausanne los días 21 y 22 de Agosto de 1998.

- Los límites de los estudios epidemiológicos que sirven de base a las estimaciones de riesgos y mortalidad atribuible. En el caso del tabaco, es especialmente preocupante que se presenten cifras sobre mortalidad atribuible, derivadas de estimaciones estadísticas, como datos ciertos que se comparan con muertes producidas por accidentes de tráfico o por consumo de drogas o el SIDA ⁽⁶⁾.
- El hecho de que no se suele separar la parte de cada efecto negativo que recae sobre el propio individuo de la que recae sobre otros sujetos.
- La ignorancia de que la propia intervención genera costes. Por ejemplo, la doctrina médica considera repetidamente que una política anti-tabaco que tenga éxito reducirá los costes sanitarios. Pero como han mostrado recientemente Barendregt, Bonneux y van der Maas (1997) para el caso de Holanda, lo que puede ser cierto a corto plazo no lo es a largo plazo, por la simple razón de que la mayor esperanza de vida de los no fumadores más que compensa su menor tasa de utilización de los servicios de salud.

Estas dificultades son especialmente sobresalientes en el caso de las externalidades directas atribuidas al consumo de tabaco, procedentes de los costes que supuestamente se causan a los no fumadores, y que han pasado a convertirse en una de las principales justificaciones para la intervención del Estado ⁽⁷⁾. Se trata de un tema del que me he ocupado ya en otro lugar ⁽⁸⁾, por lo que sólo resumiré los argumentos. Me refiero al hecho de que como economistas, incluso como ciudadanos, estamos dando por buenos los resultados de una serie de estudios epidemiológicos, basados en una metodología que no está exenta de limitaciones ⁽⁹⁾ y que han sido fuertemente criticados no sólo por epidemiólogos, también desde el análisis económico ⁽¹⁰⁾.

Pero aunque aceptáramos que la base metodológica es plenamente válida, es preocupante que por tratarse del tabaco se considere que riesgos que en otro caso no merecerían atención, incluso puede que los estudios no llegaran siquiera a publicarse, suponen un grave riesgo para la salud.

Así, el riesgo relativo global del principal, aunque polémico, estudio sobre el cáncer de pulmón en no fumadoras que conviven con fumadores, en

⁶ Como ejemplo, podemos encontrarnos con declaraciones como las del presidente del Comité Nacional de Prevención contra el Tabaquismo, el cardiólogo Víctor López García-Aranda que, citando un reciente estudio sobre mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, no tiene empacho en afirmar : "Los datos de que disponemos arrojan una cifra exacta de 46.223" *El País*, lunes 16 de diciembre de 1996.

⁷ Vid. por ejemplo la argumentación al respecto en el trabajo de Warner. et al., (1995).

⁸ Braña (1995).

⁹ Vid. por ejemplo los comentarios metodológicos sobre causalidad de Susser (1991)

¹⁰ Dentro de la epidemiología la polémica es enorme, por lo que sólo citaré dos trabajos desde el análisis económico, uno el realizado por Gravelle y Zimmerman (1994a), del Servicio de Investigación del Congreso de los Estados Unidos, del que puede encontrarse un resumen en Gravelle y Zimmerman (1994b), el otro realizado por Viscusi (1995) para la Oficina Nacional de Investigación Económica de los Estados Unidos.

comparación con las que viven con no fumadores, es de 1,19 (utilizando un infrecuente nivel de confianza del 90%) (¹¹). Y en el trabajo original del tipo caso-control realizado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC en siglas en inglés) (¹²), realizado durante 9 años en siete países europeos incluyendo España y específicamente diseñado para tratar de encontrar una relación entre cáncer de pulmón y exposición al humo de tabaco en el ambiente, se concluye que el riesgo relativo es de 1.16 (con un intervalo de confianza al 95% de 0,94 a 1.45, es decir un resultado estadísticamente no significativo). Es más, el estudio de IARC no ha encontrado un incremento del riesgo por la exposición durante la niñez, y el riesgo relativo por la exposición en el lugar del trabajo es de 1.17 (de nuevo estadísticamente no significativo). A la vista de estos datos no parece aventurado afirmar que no es posible demostrar una asociación entre cáncer de pulmón y humo de tabaco en el ambiente, pero dejo al lector que saque sus propias conclusiones.

Y en el caso de las enfermedades coronarias, el último trabajo de revisión publicado (¹³) obtiene un riesgo relativo de 1,3, pero si se tiene en cuenta la dieta de los no fumadores el riesgo relativo es de 1,23. Como referencia, los riesgos relativos medios de los fumadores para enfermedades del corazón considerados por González, Barber y Rodríguez (1997) oscilan entre 1,48 y 1,5.

Ahora bien, dado que las poblaciones de referencia son muy grandes, riesgos pequeños permiten obtener cifras absolutas aparentemente altas en términos de titulares de prensa, que se trasladan sin problemas de un país a otro, por diferentes que sean los estilos de vida o los propios sistemas sanitarios. Y se deja a un lado que la propia epidemiología considera que con riesgos relativos inferiores a 2,0 se debe ser escéptico respecto a los resultados, o en autores muy exigentes se les califica de riesgos “débiles”, en todo caso difíciles de interpretar. Por no mencionar que muchos de los resultados no cumplen con los estándares de la significación estadística, lo que no es óbice para que reciban un alta cobertura informativa en los medios de comunicación.

La existencia de externalidades, en particular las financieras, proporciona un argumento generalmente aceptado para la intervención del Estado. Su corrección puede realizarse a través de la regulación, del establecimiento de multas o impuestos y de la concesión de subvenciones. Pero como puso de relieve en su día Ronald Coase, en ciertos casos la

¹¹ Se trata del estudio de la Environmental Protection Agency (EPA) de los Estados Unidos, que utiliza la técnica del “meta-análisis”, por lo que no aporta investigación original al basarse en una selección de estudios publicados previamente. Además, a mediados de Septiembre de 1998 se dio a conocer una sentencia de un juez de los Estados Unidos en la que se establece que la EPA usó indebidamente la autorización legal de la Ley de 1986 sobre investigación de la calidad del aire para tratar de determinar que el humo del tabaco en el ambiente supone un riesgo, y que la EPA no demostró una asociación significativa entre el humo de tabaco en el ambiente y el cáncer de pulmón.

¹² Buffeta et al. (1998).

¹³ Law, Morris y Wald (1997).

corrección de las externalidades puede realizarse también a través de soluciones privadas (¹⁴).

Centrándose en el caso de la intervención a través del sistema fiscal, se considera que es la vía teóricamente óptima para la corrección del fallo en el mercado, aunque de difícil instrumentación (¹⁵). De los diversos factores a tener en cuenta para fijar el nivel óptimo, el más relevante es la cuantificación de los efectos externos. La impracticidad de aplicar el enfoque neoclásico basado en el cálculo de los costes marginales externos asociados al consumo de bienes a los que se les atribuyen efectos externos ha llevado a la utilización del enfoque “actuarial”, según el cual el grupo que realiza la actividad o consume el bien debe pagar como tal grupo los costes que se les atribuyen a través del establecimiento de un impuesto sobre el consumo.

Se han publicado numerosos trabajos al respecto, pudiendo encontrar un amplio resumen en Muizer y van Dijk (1997) para el caso del consumo del tabaco, y en Antoñanzas, Salgado y Rovira (1997) para otros comportamientos.

El estudio de Muizer y van Dijk pone de relieve que en los doce estudios seleccionados, referidos a distintos países incluida España y de los que se ofrece una ficha descriptiva individual, los costes externos netos derivados del consumo de tabaco son negativos, pero los ingresos fiscales exceden a dichos costes, por lo que se produce un impacto neto positivo sobre el gasto público, de forma que la intervención del Estado va más allá de lo que estaría justificado desde el análisis económico.

De los trabajos citados por Muizer y van Dijk me parece de particular relevancia el realizado por las profesoras de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria González, Barber y Rodríguez (1997) para España, actualización de un trabajo anterior de Beatriz González, en el que también se estudió el caso del alcohol.

La conclusión del estudio de González, Barber y Rodríguez es que los fumadores españoles parecen pagar su factura. Incluso su comparación de ingresos y gastos en el horizonte 1993-2025, con una tasa de descuento del 3%, muestra que los recursos públicos que consumirán los fumadores son inferiores a lo que pagarán en impuestos especiales sobre el tabaco. Conviene sin embargo realizar algunas precisiones. En primer lugar, los datos de recaudación se refieren a 1993, pero desde entonces la fiscalidad sobre los productos del tabaco y la recaudación consiguientes no han dejado de aumentar (del 66,48% sobre la categoría de precios más vendida en 1993, se ha pasado al 73,06% en 1997, con una recaudación de 687.335 millones de pesetas en 1996 frente a los 346.891 millones de 1993) El estudio proporciona por tanto un cálculo riguroso, que contrasta con las cifras que constantemente aparecen en los medios de comunicación, algunas parece que incluso

¹⁴ Vid. Coase (1960) Me he ocupado del tema en Braña (1995) estudiando su aplicación a cuestiones de salud.

¹⁵ Vid. al respecto López Casanovas, Martínez García y Durán Sindreu (1995).

recogidas en su día en un borrador de real Decreto sobre publicidad de los productos del tabaco (¹⁶).

En segundo lugar, los datos epidemiológicos que sirven de base a los cálculos para España se obtienen de una variedad de estudios, ofreciendo unos valores máximos, medios y mínimos que permiten realizar un análisis de sensibilidad de las estimaciones de muertes atribuibles. La cifra media total es de 34.273 muertes atribuibles, con un valor máximo de 43.894 y uno mínimo de 28.363. En cualquiera de las tres alternativas los costes estimados son inferiores a la recaudación por impuestos. Sin embargo, las cifras que proporcionan las autoras en su valor máximo no coinciden con las obtenidas en un reciente trabajo (¹⁷), según el cual las muertes atribuibles en 1992 serían 46.226. Ello se debe a que el trabajo de González Enríquez et al. parte de los riesgos relativos obtenidos en el *Cancer Prevention Study II* para los Estados Unidos, en muchos casos más altos que los que sirven de base a los cálculos de González, Barber y Rodríguez, lo que lleva a tomar con gran precaución cualquier resultado basado exclusivamente en los mismos, dado el sesgo de la muestra, en particular al extrapolarlos al caso español, hecho reconocido tanto en el trabajo de González Enríquez et al. como en el de González, Barber y Rodríguez.

En tercer lugar, en el trabajo de González, Barber y Rodríguez no se han incluido los costes que se atribuyen al humo de tabaco en el ambiente y sus supuestos efectos sobre los no fumadores, al faltar según las autoras mucho por saber al respecto. En este sentido, es muy significativo que en el estudio de González Enríquez et al. (1997) no se haya incluido ninguna estimación al respecto, según parece por las mismas razones señaladas por González, Barber y Rodríguez. Sin embargo, hace algún tiempo pudimos desayunarnos con los titulares de algunos periódicos en los que se afirmaba que 600 no fumadores “mueren cada año en España a causa del humo del tabaco” de los que 240 serían bebés (¹⁸). Esta cifra se elevó posteriormente hasta 6.000 (¹⁹). De nuevo, en ninguno de los casos se aporta la menor prueba o estudio que avale tal aseveración, es más, en su respuesta a una pregunta parlamentaria, “el Gobierno señala que no hay un procedimiento que permita conocer con exactitud el número de fumadores pasivos existentes, ni en España ni en

¹⁶ Noticia parecida en el diario *Cinco Días* del 21 de junio de 1997. Una de las cuestiones que llaman la atención es la referencia que se hace al denominado coste industrial por absentismo laboral, que el borrador estima en un 10-20% en el caso de los fumadores. Desconociendo de dónde se ha sacado esa cifra, el estudio más reciente y completo que conozco, realizado para los Estados Unidos llega a la conclusión de que las diferencias en absentismo entre fumadores y no fumadores son muy pequeñas, un 1,05% para los hombres y entre un 0,13 y un 0,29% para las mujeres, por lo que la prohibición de fumar eventualmente supondría un ahorro mucho menor de lo que generalmente se cree. Vid. Leigh (1995) Una fundada crítica de los argumentos que sostienen que permitir fumar supone un coste para las empresas se puede encontrar en Tollison y Wagner (1992; Cap. 7).

¹⁷ González Enríquez et al. (1997).

¹⁸ Declaraciones realizadas por el presidente del Comité Nacional de Prevención contra el Tabaquismo, Víctor López García-Aranda, al diario *El Mundo*, 19 de abril de 1997. Se trata de la misma persona citada en la nota 4.

¹⁹ La cifra la proporciona el catedrático de farmacia Lorenzo Fernández en declaraciones al diario *El Mundo*, 21 de mayo de 1997 y la cita el Gobierno en una respuesta parlamentaria a la diputada Celinda Sánchez, según la información aparecida en la prensa.

ningún otro país, ni determinar tampoco el índice de mortalidad que causa”⁽²⁰⁾, pero parecería que tratándose del tabaco no es necesario. Cualquiera que fuera la hipotética cifra, los cálculos realizados para Estados Unidos por Viscusi (1995) permitirían aventurar que su impacto sobre los costes no llegaría a inclinar la balanza, dadas las actuales cifras de recaudación por impuestos sobre el tabaco en España.

Todo ello no quita un ápice de validez al trabajo de González, Barber y Rodríguez, que espero que se convierta en la referencia obligada a la hora de hablar de los costes sociales atribuidos al tabaco en España y que permite concluir que la intervención del Estado, hoy por hoy y frente a lo que generalmente se afirma, supera ampliamente esos costes.

Por lo que respecta a las estimaciones de costes de otros comportamientos no saludables, en la revisión de Antoñanzas, Salgado y Rovira (1997) se da cuenta de 41 trabajos, ofreciendo un análisis detallado de los resultados de 18 de ellos, con una metodología similar a la utilizada por Muizer y van Dijk. 11 de los estudios se refieren a los efectos del consumo de alcohol, 5 a drogas y 2 a la obesidad. Todos menos uno parten del supuesto de un comportamiento miope de los consumidores (no son conscientes del riesgo), por lo que no distinguen entre costes privados y externos y en ninguno de ellos se considera el efecto neto.

En el caso particular del consumo de alcohol, los medios de comunicación han recogido las principales conclusiones de un estudio sobre los costes del alcoholismo en España, realizado por encargo de los laboratorios farmacéuticos Merck Farma y Química, al que no me ha sido posible tener acceso⁽²¹⁾. Según los resultados, en 1994 los costes totales ascenderían a 611.416 millones de pesetas, mientras que la recaudación del Impuesto Especial sobre bebidas alcohólicas en dicho año fue de 118.003 millones de pesetas. Aún desconociendo el detalle de los cálculos, parece que no se incluyen en las cifras de recaudación la parte correspondiente a los impuestos sobre los automóviles pagados por los conductores accidentados, distintos del impuesto especial sobre hidrocarburos. En 1993 la recaudación total por dicho concepto fue de 1.379 miles de millones de pesetas, una parte de los cuales creo que habría que tener en cuenta. En el estudio de Beatriz González (González, 1990), con datos de 1987, el que hubiera externalidades financieras o no dependía de las hipótesis utilizadas, si bien el coste estaría causado por un 3 por ciento de bebedores de alto consumo.

Una parte importante de los accidentes de tráfico se atribuyen a los efectos del alcohol. El trabajo de Menéndez (1997) es el más reciente de los dedicados al problema de los accidentes de tráfico y su coste en España. En

²⁰ Noticia de la agencia EFE que apareció publicada en diversos medios de comunicación. Cita tomada de *El Progreso*. Lugo, 12 de agosto de 1997. Por ello, sorprende enormemente que dos de los autores del estudio sobre mortalidad atribuible al consumo de tabaco (Banegas y González, 1998) hayan publicado en un libro de divulgación, financiado por un laboratorio farmacéutico, lo que parece no se atrevieron a publicar en una revista científica. Basándose en un estudio para Canadá, estiman entre 586 y 616 las muertes atribuibles al aire contaminado por el humo de tabaco en 1992.

²¹ *Medida del impacto económico del alcoholismo*. Bossard. 1997.

1994 se contabilizaron en España 78.474 accidentes de tráfico, que produjeron 119.331 víctimas, de las cuales 5.615 son muertes. Las cifras ofrecidas por Menéndez se basan en datos de la Dirección General de Tráfico, y son menores que las que proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INE), dado que entre otras diferencias el INE contabiliza las muertes producidas hasta un año después del accidente, si bien en ambos casos vienen descendiendo desde 1989 y ello a pesar del sustancial incremento en el índice de motorización y en el número de viajes que se realizan ⁽²²⁾. El coste estimado por Menéndez, dependiendo de las hipótesis utilizadas, oscila entre 20.837 y 49.952 millones de pesetas. Se trata de muertes ciertas, con cifras por tanto reales, a diferencia de las estimaciones basadas en datos epidemiológicos. Es por ello que no parece lícita la comparación entre ambos, tal como se destacado más arriba.

En el caso de la obesidad, empieza a considerarse por los médicos como “la epidemia del siglo XXI”, en particular en Estados Unidos, donde se dice que el 22,5 por ciento de la población se encuentra en una situación de obesidad clínica, pero también en España, al estimarse que padece obesidad alrededor del 13 por cien de la población. De nuevo a través de la prensa se han hecho públicos los resultados de un estudio realizado por varias sociedades médicas en el que se afirma que el impacto económico anual de la obesidad en España puede estimarse en 119.318 millones de pesetas, un 2,4 por ciento del coste sanitario total, de los que 80.600 serían costes directos, 39.000 costes indirectos (pérdidas de productividad, mortalidad prematura, incapacidad temporal o permanente, etc.), y 7.000 millones en gastos de farmacia ⁽²³⁾.

La política sanitaria para tratar de corregir las externalidades atribuidas a los comportamientos no saludables se basa en la utilización de la fiscalidad, con el doble objetivo de obtener recursos con los que cubrir los gastos atribuidos a esos comportamientos y al tiempo hacer subir el precio de los productos para tratar de reducir su consumo.

En lo que respecta a la recaudación de los impuestos sobre “el pecado”, la evidencia abrumadora es que en el caso de los productos del tabaco los ingresos fiscales superan a los gastos atribuidos, no siendo tan clara la conclusión en el caso del alcohol. El segundo objetivo, la reducción del consumo, es más problemático. Por una parte, cabe plantearse si es aceptable desde un punto de vista ético este tipo de intervención del Estado, aportándose como razones la protección de los menores y los posibles efectos adictivos. Por otro lado, esta la cuestión de su eficacia. En el caso del tabaco, la evidencia empírica no parece encontrar un impacto significativo del precio en las decisiones de fumar de los adolescentes, y en el caso del alcohol, las características de su consumo limitan enormemente su aplicabilidad ⁽²⁴⁾.

²² “Mortalidad por accidentes de tráfico en España, 1962-1992. I y II” *Boletín Epidemiológico Semanal*. 1996/vol. 4/nº 35 y 36.. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.

²³ Noticia aparecida en varios periódicos. Cito según *La Gaceta de los Negocios*. Viernes 16 de Octubre de 1998.

²⁴ Vid. los comentarios de López Casanovas, Martínez y Durán (1995), tanto para el tabaco como para el alcohol.

Un aspecto tangencial, pero no menos relevante, es la estructura de los impuestos especiales orientados a la corrección de externalidades. Si las sustancias a las que se atribuyen efectos perjudiciales son el alcohol, la nicotina, el alquitrán, etc. parecería adecuado que los tipos de los impuestos fueran fundamentalmente específicos o unitarios, en vez de proporcionales o *ad valorem*. Sin embargo, en muchos países, entre ellos España, el componente *ad valorem* es muy importante (en la Unión Europea puede llegar a representar el 95% de la carga fiscal), lo que confirmaría el predominio del objetivo recaudatorio, y en algunos casos proteccionista, de estos impuestos, por encima de las supuestas intenciones sanitarias. Es más, podría argumentarse que a menores contenidos de alcohol, nicotina, alquitrán, etc., el impuesto debería ser menor.

Tampoco hay que olvidar que existen límites a la imposición sobre estos bienes, pudiendo ocurrir que aumentos en los tipos impositivos conduzcan a un descenso de la recaudación ⁽²⁵⁾, sin que en algunos casos se consiga siquiera reducir el consumo al provocar un aumento del mercado de contrabando ⁽²⁶⁾. Si los impuestos especiales son también un medio, sino el principal, de obtener ingresos, en un marco como el del actual proceso de construcción de la Unión Económica y Monetaria en Europa, nuevas subidas pondrían en peligro los intentos de reducción del déficit público, uno de los principales criterios para formar parte de la misma. De esta forma, podría empezar a agotarse el filón que han proporcionado los llamados impuestos sobre el pecado, basados en la explotación fiscal de las minorías no privilegiadas y los más pobres aún en el marco de un sistema de democracia representativa ⁽²⁷⁾.

2.2. Información imperfecta.

La *información imperfecta* se refiere a que el mercado no proporciona, por sí mismo, suficiente información. Además, la información puede considerarse en muchos casos como un bien público: proporcionar información pública a una persona más no reduce la cantidad de información que tiene el resto (no hay rivalidad en el consumo), y una vez que se ha proporcionado la información no hay forma de impedir que la obtengan los demás (no se puede aplicar la exclusión). El Estado puede corregir este fallo del mercado suministrando la información u obligando a los productores a suministrarla.

Existen dos tipos de investigaciones sobre el conocimiento de los riesgos asociados a hábitos que se consideran no saludables, de nuevo referentes al consumo de tabaco. El primer grupo trata de averiguar las creencias de fumadores y no fumadores sobre la importancia de no fumar para la salud, comprobándose que la conciencia sobre la relación entre fumar y el cáncer de pulmón y las enfermedades coronarias es uniformemente alta, tanto

²⁵ Vid. para el caso de los Estados Unidos, las estimaciones realizadas a partir del modelo de adicción racional de Becker, Grossman y Murphy, por Jackson y Saba (1997).

²⁶ Vid. la evidencia para España e Italia proporcionada por González de Aguilar (1997).

²⁷ Vid. el análisis de Hunter y Nelson (1990).

en Europa como en los Estados Unidos ⁽²⁸⁾. Para el caso de España, en una reciente encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo ⁽²⁹⁾ la mayoría de los ciudadanos, incluidos los jóvenes mayores de 16 años, afirma que tiene conciencia de que el tabaco es un producto nocivo para la salud, bien sea directa o indirectamente, siendo alto el conocimiento de la población sobre la asociación entre el consumo de tabaco y la incidencia de ciertas patologías.

El segundo tipo de investigación trata de cuantificar las percepciones de los riesgos asociados al hábito de fumar, para compararlas con los niveles de riesgo aportados por la literatura científica. Los resultados para los Estados Unidos permiten afirmar que no sólo las personas no son miopes, como se generalmente se cree, sino que hay una sobrevaloración de los riesgos, en especial en el caso del cáncer de pulmón. En particular, los jóvenes es más probable que tengan percepciones más altas que los mayores ⁽³⁰⁾. Estos resultados se confirman también para España, en un estudio que incluyó, además del cáncer de pulmón, las percepciones sobre los riesgos de padecer enfermedades del corazón, otras enfermedades pulmonares, la probabilidad de bajo peso al nacer en los hijos de madres fumadoras y la esperanza de vida ⁽³¹⁾.

No cabe duda de que estos resultados son el producto de la gran cantidad de información que fumadores y no fumadores llevan recibiendo sobre los riesgos asociados a fumar, desde los primeros trabajos publicados en los años 50 y posteriormente con las advertencias sanitarias incluidas en las cajetillas y en la publicidad de los productos del tabaco. Y probablemente los resultados no sean muy diferentes para el caso del abuso del alcohol.

Puede considerarse por tanto que la intervención del Estado a través de la regulación es eficiente, en particular obligando a incluir advertencias sanitarias y realizando campañas publicitarias ⁽³²⁾. A pesar de lo anterior, la prohibición de la publicidad se ha convertido en el objetivo fundamental de los activistas de la salud y de las autoridades sanitarias. Recientemente se ha aprobado una Directiva de la Unión Europea prohibiendo la publicidad de los productos del tabaco, y se propone una medida similar para el alcohol. Dejando a un lado la discutible base jurídica de la Directiva, que ha obligado al gobierno de Alemania, junto con algunos fabricantes de productos no tabaqueros que utilizan nombres de marcas de tabaco, a denunciarla ante el Tribunal de Justicia, desde el análisis económico la evidencia empírica no parece apoyar la tesis de que la publicidad induce a los menores a fumar y a los fumadores a fumar más, como tampoco permite demostrar que su prohibición se traducirá automáticamente en una reducción del consumo.

Como creo que se trata de un tema de gran relevancia, para analizar el efecto de la publicidad en el consumo de los productos del tabaco me voy a

²⁸ Steptoe et al. (1995) y Schoenbaum (1997).

²⁹ Nota de prensa "El Gobierno informa" Madrid 7 de enero de 1997.

³⁰ Viscusi (1992).

³¹ Rovira y Hart (1994) para el estudio piloto, cuyos resultados se confirman plenamente en el estudio realizado por Rovira, Hart y Antoñanzas (1998) con una muestra de 2.550 personas.

³² En algunos casos con la colaboración de los fabricantes, a través de códigos de autorregulación de la publicidad y la promoción, como en el caso de España.

basar en los resultados de algunos trabajos recientes, bien procedentes del campo contrario al de la industria del tabaco, por estar financiados por autoridades sanitarias, bien procedentes de otras instituciones gubernamentales.

Siguiendo un reciente trabajo realizado por Massimo Motta y financiado por la Comisión Europea y el Ministerio de Educación español (Motta, 1997), empezaré por lo que nos dice el análisis económico sobre los diversos tipos de publicidad. Pueden distinguirse dos tipos de publicidad, según sea informativa o persuasiva.

a) La publicidad es informativa cuando los consumidores conocen gracias a ella la existencia de las empresas y sus productos o los precios que establecen. Su efecto principal es fomentar la competencia y, como resultado, tenderá a que disminuyan los precios pudiendo atraer a nuevos consumidores anteriormente no conocedores de los bienes.

b) La publicidad es persuasiva cuando se centra en las imágenes asociadas con ciertos nombres o marcas comerciales, mencionando raramente los precios. Este tipo de publicidad incrementa el reconocimiento de la marca, aumenta la lealtad hacia los productos de la empresa y, por tanto, incrementa la diferenciación de productos y permite a las empresas disfrutar de más poder de mercado. Por ello, eleva los precios de equilibrio, reduciendo el consumo, a no ser que se consiga desplazar hacia arriba la función de demanda agregada, en cuyo caso el efecto es ambiguo.

A su vez, la publicidad tiene dos efectos principales sobre la demanda del mercado: un efecto directo o de expansión y otro indirecto o sobre el precio.

a) El efecto expansión (o directo) determina la medida en la cual la publicidad atrae nuevos consumidores o expande la demanda de los consumidores ya existentes, para unos precios dados.

b) El efecto precio (o indirecto) mide cómo la publicidad influye sobre los precios para cualquier nivel dado de la demanda. Por el contrario, un cambio en los precios afectará a la demanda.

En un marco teórico estrictamente neoclásico, el hoy dominante en el análisis económico y el que fundamenta las recomendaciones y medidas de política económica de nuestros gobiernos, los siguientes resultados de Motta resumen magistralmente el estado actual del conocimiento sobre los efectos de la publicidad.

1º. Cuando la publicidad hace disminuir los precios y por tanto se puede asimilar a la publicidad “informativa”, el efecto expansión y el efecto precio tienen el mismo signo. En este caso la prohibición de la publicidad hace descender sin ambigüedad el consumo agregado.

2º. Cuando la publicidad eleva los precios, como cabe esperar en el caso de la publicidad “persuasiva”, el efecto neto sobre el consumo es *a priori* ambiguo. El efecto expansión es no-negativo, pero el efecto precio trabaja en la dirección opuesta. La prohibición de la publicidad aumentará el consumo cuando el efecto expansión sea pequeño (no atrae a nuevos consumidores) y el efecto precio es fuerte (por ejemplo, cuando incrementa el grado percibido de diferenciación del producto entre consumidores).

3º. *Ceteris paribus*, es menos probable que el consumo agregado disminuya con la publicidad (esto es, es menos probable que una prohibición eleve la demanda total) cuando los productos se venden por un monopolista que cuando se venden por empresas oligopolistas. Un monopolista podrá desear que se prohíba la publicidad para establecer una barrera de entrada a competidores que supone más eficientes en sus estrategias publicitarias y que, a mayor homogeneidad del producto, tienen un mayor incentivo a hacer publicidad.

4º. En un mercado cuyos productos o marcas son difícilmente distinguibles en ausencia del etiquetado y fidelidad al nombre de marca (caso de las colas y los cigarrillos), es más probable que una prohibición de la publicidad se asocie a un aumento del consumo que en aquellos mercados donde los productos están diferenciados *ex-ante*.

5º. Sólo en un modelo en el que se suponga que la publicidad eleva la capacidad de pago de los consumidores sin afectar al grado de diferenciación del producto entre los bienes, una prohibición hace siempre descender el consumo, en mayor o menor grado dependiendo de la magnitud que tenga el efecto expansión sobre la demanda. En este sentido, se supone que las empresas tendrán mayor interés en hacer publicidad cuanto mayor sea la diferenciación *ex-ante* entre sus productos.

En línea con lo que exponen Calfee y Ringold (1992), en este análisis por supuesto se considera que el consumidor se comporta de manera inteligente, esto es, utiliza la publicidad para obtener información si es valiosa, siendo escéptico al mismo tiempo y no dejando utilizarse por la publicidad. Existe sin embargo otra interpretación de la publicidad, que no se compadece bien con el análisis económico, según la cual el consumidor es estúpido, en el sentido de que sucumbe a los mensajes publicitarios, ante los que se mostraría pasivo.

Dando un paso hacia la concreción, ¿cómo podemos describir el mercado de productos del tabaco, en términos de la teoría de la organización industrial? Si nos centramos en el producto más vendido, los cigarrillos, sus características principales son:

- * Un producto poco diferenciado para un mismo nivel de precios, con una existencia en el mercado desde hace muchísimos años.
- * En muchos países, una estructura de mercado monopolista, y en muchos otros oligopolista pero con una fuerte competencia.

- * Una elevada regulación, en particular normalizando las características del producto (los contenidos) y restringiendo los lugares de consumo.
- * Un precio intervenido debido a la fuerte carga fiscal.
- * La publicidad incluye en muchos países advertencias de las autoridades sanitarias, sea por mandato legal o por autorregulación de los fabricantes.
- * Un mercado en la fase de madurez del ciclo de producto.

El paso siguiente es tratar de resumir cuáles son los resultados de los estudios empíricos que tratan de saber dos cosas: ¿Cuáles son los determinantes de que la gente empiece a fumar? y ¿cuál es el efecto que tiene la publicidad sobre el consumo de tabaco? Para responder a estas dos preguntas voy a utilizar un reciente estudio realizado para y financiado por el Ministerio de Sanidad de Canadá (Lavack, 1997). Sus conclusiones son claras y meridianas y, en su caso, las cito textualmente:

1ª. “Se admite que el estado actual de la bibliografía falla al tratar de establecer un vínculo de causalidad entre la publicidad de los cigarrillos y el empezar a fumar”. El único estudio disponible para España, realizado con apoyo del Ministerio de Sanidad (Valdés, 1993) concluyó. “Nuestros resultados muestran que la elasticidad de la publicidad respecto a la demanda de cigarrillos es muy baja. Esto proporciona evidencia apoyando la tesis de que la publicidad es un arma para dividir el mercado pero tiene poco valor para expandir las ventas de la industria”

2ª. “La bibliografía no ha establecido claramente que una prohibición de la publicidad podría tener un efecto benéfico sobre el consumo de los menores o sobre el consumo en su conjunto”. Los activistas anti-tabaco suelen citar los casos de Noruega, Finlandia, Nueva Zelanda y Francia como ejemplos de que la prohibición ha reducido el consumo. Pero lo que nos encontramos difiere bastante de esa interpretación forzada, sino puramente manipulada, de las cifras.

En el caso de Noruega, donde la publicidad se prohibió en 1975, un estudio de la Oficina Central Sueca de Estadística (1993), el equivalente a nuestro Instituto Nacional de Estadística, muestra sin lugar a dudas que el consumo se incrementó en un 8% comparando los años 1970-72 con los años 1990-92. En Finlandia, los datos muestran que el consumo empezó a descender dos años antes de la prohibición de 1976, pero empezó a crecer a mediados de los años 80 sin que parezca que desde entonces se haya invertido la tendencia. Y en el caso de Francia, es bien sabido que el descenso comenzó dos años antes de la prohibición y se explica por los fuertísimos aumentos de la fiscalidad, tal como pone de manifiesto un reciente informe del INSEE.

Lo preocupante es que se olvide mencionar los casos de Italia y Portugal, donde a pesar de la prohibición casi absoluta de la publicidad el consumo ha pasado por periodos de descenso y de aumento, si bien en ambos países está creciendo ligeramente en el último quinquenio. Y no se mencione tampoco lo ocurrido en los países del Este de Europa, en los que nunca ha existido publicidad, lo que no impidió el crecimiento del consumo en los años 80, mientras que la penetración de los cigarrillos con filtro era aproximadamente y como media la mitad que en los países de la Unión Europea. Y por supuesto, se olvida mencionar la experiencia de los países con acuerdos voluntarios, caso de Gran Bretaña, Alemania, y Holanda, para los que el Secretario de Estado para la Salud británico tuvo que reconocer que ofrecían las mejores marcas en la reducción del consumo de cigarrillos. Y finalmente, que en España la industria firmó un acuerdo de autorregulación de la publicidad con el Ministerio de Sanidad en 1988, y cuando se procedió a su revisión en 1995, para endurecerlo y ampliarlo substancialmente, adhiriéndose a Autocontrol y a las decisiones de su Jurado, el entonces Ministro declinó firmarlo. Hay que destacar que, desde la firma del acuerdo, el consumo está descendiendo en España.

3ª. “La bibliografía ha dado cuenta de forma extensa de muchos otros factores que están asociados a que los menores fumen, en particular la influencia de los padres, los hermanos y los amigos. Es claro que la influencia de los amigos y la familia son factores fuertemente asociados al consumo de cigarrillos y juegan el papel principal en su inicio. Está igualmente claro que el papel causal de la publicidad del tabaco es, en el mejor de los casos, débil cuando se compara con los otros factores”

4ª. “La cuestión respecto a si la publicidad de los cigarrillos tiene efectos sobre la preferencia de marca de los niños está firmemente establecida”. Ahora bien, esto no significa que la publicidad influya en el consumo de los menores, sino sólo que es más probable que fumen aquellas marcas que hacen publicidad. Trayendo a colación la famosa polémica sobre el personaje publicitario de Joe Camel y su supuesta influencia en el consumo de cigarrillos entre los menores, frente a todo lo que se dice y se escribe, cito literalmente el trabajo de Lavack cuando resume las investigaciones realizadas: “El reconocimiento del personaje de Joe Camel no resultó necesariamente en la afición por los cigarrillos; de hecho, la afición por los cigarrillos declinó con la edad y estaba inversamente correlacionada con el conocimiento del personaje de dibujos de Joe Camel”.

Por último, tal como han destacado Leeflang y Reuyl (1995) en su crítica al Informe Smee (Smee, 1992), parece como si las medidas reguladoras no tuvieran coste alguno para la sociedad, tal como ya se ha señalado anteriormente, y todo fueran beneficios. Cabe citar los costes económicos que se causarían a la industria de la publicidad y a los medios de comunicación, pero también los costes en términos de reducción de libertades, tal como lo expresó el juez que dictó sentencia de inconstitucionalidad sobre la ley que pretendió prohibir la publicidad en Canadá, al considerar dicha ley “como una

forma de censura e ingeniería social que es incompatible con la pura esencia de una sociedad libre y democrática” (³³).

En resumen, parece bastante claro que, frente a lo que aparece todos los días en los medios de comunicación y sostienen todo tipo de organizaciones involucradas en luchar contra el consumo de tabaco, no existe evidencia científica que permita afirmar que la publicidad de los productos del tabaco tiene por objeto hacer que los no fumadores empiecen a fumar o que los fumadores fumen más, como tampoco es posible demostrar que su prohibición se traducirá automáticamente en una reducción del consumo.

De hecho, ha llegado a afirmarse que la prohibición de la publicidad de estos productos sería una medida ineficiente e incluso contraproducente desde el punto de vista de la salud, puesto que privaría a los consumidores de la información sobre los riesgos (³⁴). A este respecto, un estudio para el caso de Holanda llega a la conclusión de que la prohibición de la publicidad de los productos del tabaco podría llevar a una reducción de los precios y, con ello, *ceteris paribus*, a un aumento del consumo (³⁵). Unos sencillos números para el caso de España muestran que incluso podría disminuir la recaudación fiscal por el efecto de la bajada de precios (³⁶).

2.3. *Bienes de mérito y teoría de la adicción racional*

La tercera justificación parte de considerar determinados estilos de vida como *bienes de mérito* - los comportamientos saludables - o *de demérito* - los comportamientos no saludables -. Mientras que en los casos anteriores la intervención del Estado se justifica en términos de eficiencia, respetando las preferencias de los individuos, en este caso se parte de considerar que el individuo puede no actuar en su mejor interés, por lo que el Estado debe asumir un papel paternalista, es decir, no se admite el principio de soberanía del consumidor, al considerarle como irracional.

Musgrave (1959) introdujo este concepto en su obra al hacer referencia a las necesidades preferentes e indeseables, diferenciándolas de las necesidades sociales, que serían satisfechas a través de la provisión de bienes públicos. La justificación para la interferencia en la soberanía del consumidor en el caso de las necesidades preferentes e indeseables la basa Musgrave en dos argumentos. Por una parte, “pueden surgir situaciones, dentro de una comunidad democrática, en las que un grupo bien informado tenga derecho a imponer su decisión sobre los demás” (Musgrave, 1968; pg. 14). Por otra parte y en línea con la tesis de Galbraith (1956), la propaganda, “cuyo fin es influir sobre la elección más que ofrecer una información completa”, hace según Musgrave que pueda surgir cierta distorsión en la estructura de preferencias

³³ La sentencia está recogida en Luik (1991).

³⁴ Duffy (1995).

³⁵ The Netherlands Economic Institute (1995).

³⁶ Tomando como base una elasticidad precio global de -0,5 y suponiendo que los gastos en publicidad, estimados en 12.762 millones de pesetas en 1996, se empleasen en una reducción del precio, siendo 4,5 el valor del multiplicador, el consumo aumentaría en un 3,9% y la recaudación fiscal disminuiría en un 3,6%

que necesite ser contrarrestada. Musgrave reconoce que “la interferencia en la soberanía del consumidor puede tener lugar, simplemente, porque el grupo dominante considere que su conjunto particular de hábitos es superior y desee imponerlo a los demás”. Por ello, hace una llamada a que la satisfacción de las necesidades preferentes se ajuste a las reglas de votación en un sistema democrático, en particular a la regla de la mayoría, puesto que como economista no puede ir más allá, al no ser cuestión suya decir si la interferencia en la soberanía del consumidor es ineficaz desde el punto de vista de los valores sociales. Esto es, nada puede decirse desde el análisis económico cuando llegamos a hablar de gustos (u opciones sociales).

La polémica sobre los bienes de mérito no se abrió hasta unos años después, iniciada por un artículo de Head publicado en 1966 (“On merit goods” Finanzarchiv, 25. pp. 1-29), en el que trató de clarificar el concepto, destacando que en esencia correspondía a una situación de información imperfecta. Las críticas surgieron de inmediato, destacando el sector que podríamos llamar “liberal” que el énfasis había que ponerlo en la violación de la soberanía del consumidor, sobre la que nada puede decir el análisis económico basado en la premisa de las preferencias individuales en una sociedad democrática, y que en el resto de los casos se trataba de externalidades ⁽³⁷⁾.

En medio de esta discusión surgió una nueva vía, la de la *teoría de la adicción racional*. En 1977 George Stigler y Gary Becker publicaron un trabajo ⁽³⁸⁾ donde defendían que el economista puede explicar las diferencias y los cambios en los gustos y comportamientos por medio de las diferencias en los precios o las rentas. Mientras que el punto de partida de Musgrave es que en ciertos casos los gustos de algunas personas son fundamentalmente diferentes (erróneos) y la sociedad considera necesario intervenir para corregirlos, Stigler y Becker sostienen que los gustos son estables en el tiempo y similares entre la gente, y ponen como ejemplo el caso de los bienes que crean adicción, donde se dice que hay una diferencia en los gustos. Sostienen que tampoco es necesario ni útil atribuir a la publicidad la función de cambiar los gustos.

La explicación de Stigler y Becker, desarrollada diez años después en un trabajo de Becker y Murphy, parte de una reformulación de la teoría neoclásica del consumidor que, en vez de considerarle como un maximizador pasivo de la utilidad que obtiene en la compra de bienes, le enmarca en el ámbito de la familia como un activo maximizador que realiza también actividades de producción extensiva y de inversión. Los gustos pueden ser constantes, lo que cambia es el consumo de capital de los diferentes bienes. La utilidad de un bien es una función que depende del tiempo asignado a su consumo - el consumo corriente - y de la formación y otro capital humano empleado en el mismo - el consumo realizado en períodos anteriores -, de forma que un bien se considera potencialmente adictivo si un aumento en el consumo pasado eleva el consumo corriente. En consecuencia, las personas que descuentan mucho el futuro se dice que serían más proclives a ser adictas, sin que por ello sean irracionales, puesto que maximizarían su utilidad de forma consistente en el tiempo. Las

³⁷ Un relato exhaustivo de la polémica, hasta 1979, se puede encontrar en los artículos de Fernández Cainzos (1979a y 1979b).

³⁸ Stigler y Becker (1977) Cito por la versión recogida en Becker (1996).

personas adictas tenderían a ser relativamente insensibles a cambios temporales en el precio, y mucho más sensibles a los cambios permanentes.⁽³⁹⁾.

Una versión diferente del modelo de adicción racional es la propuesta por Barthold y Hochman, según la cual habría que diferenciar dos grupos entre las personas adictas: los que se adaptan continuamente (continuous adjusters) y los buscadores extremos (extreme seekers). Los primeros se dice que responden a cambios en los precios y su comportamiento se podría explicar según Hochman en términos del modelo de adicción racional. Los segundos no, al tener preferencias "estructuralmente inconsistentes, en un cierto rango, con los axiomas convencionales de la teoría de la demanda" ⁽⁴⁰⁾.

La teoría de la adicción racional parecería haber sido contrastada empíricamente, mostrando su superioridad sobre la teoría de las necesidades preferentes, al menos en los bienes de mérito, como puede ser la educación ⁽⁴¹⁾, pero no tanto con los bienes de demérito, como sería el caso del consumo de cigarrillos. Cuando se revisa la bibliografía y al igual que está ocurriendo en muchas áreas del análisis económico neoclásico, los intentos de contrastación empírica terminan convirtiéndose en discusiones, cada vez más difíciles de seguir para un economista de nivel medio, sobre la bondad de los modelos econométricos y las formas de estimación de los parámetros, con resultados inconcluyentes. En el caso del consumo de cigarrillos, frente a estimaciones que confirmarían el modelo de adicción racional ⁽⁴²⁾, podemos encontrar otras que lo rechazan ⁽⁴³⁾, o que no concuerdan con las predicciones ⁽⁴⁴⁾.

En lo que respecta a la explicación propuesta por Hochman, la distinción parecería contrastada para el caso del consumo de alcohol en Estados Unidos, pero caben serias dudas de que pueda calificarse a 45 millones de fumadores norteamericanos de todas las edades como "buscadores extremos", puesto que a diferencia del consumo de alcohol, no se hace distinción alguna en su trabajo según el nivel de consumo.

Pero la cuestión no es sólo empírica, puesto que la teoría de la adicción racional tiene muchos flancos débiles, en particular en el caso de las adicciones consideradas perjudiciales. Así, para el caso del consumo de cigarrillos, las elasticidades estimadas son similares a las de la demanda de bienes como la leche, los huevos o la gasolina, algo inferiores a las de la demanda de automóviles y algo superiores a las de la demanda de electricidad de los hogares. Puede decirse que los fumadores de cigarrillos "responden a

³⁹ Becker y Murphy (1988). Algunos autores cambian esta definición, al hablar de que una persona es potencialmente adictiva a un bien si un aumento en el consumo corriente conlleva un aumento en el consumo futuro, un cambio que no es en absoluto inocuo, tal es el caso de Escribano (1993).

⁴⁰ Cito a partir del trabajo de Averett y Hochman (1994).

⁴¹ Vid. West y McKee (1983).

⁴² Entre otros, el artículo de Chaloupka (1991) y el artículo de Becker, Grossman, y Murphy (1994) también recogido en libro de Becker (1996).

⁴³ Vid. Conniffe (1995) para Irlanda, Duffy (1995) para el Reino Unido y Cameron (1997) para Grecia.

⁴⁴ Este sería el caso de España, vid. Labeaga (1993).

los cambios de precios de la misma forma que los consumidores racionales responden a cambios en los precios” (45). Además, puede argumentarse que si un bien tiene propiedades adictivas, y el consumidor así lo espera, excepto en condiciones de oferta monopolística, el coste de cesar normalmente estará reflejado totalmente en su precio. Por último, “incluso si la adicción es un problema serio no hay un fallo de mercado si las personas son conscientes de ello cuando toman la decisión inicial de fumar” (46), tal como hemos visto que ocurre al hacer referencia al fallo en la información.

Frente a la tesis del modelo de adicción racional, en el caso del tabaco, los fumadores no necesitan aumentar su consumo, ni hay un incremento en el nivel de tolerancia, puesto que parece comprobado que “el consumo típico diario permanece estable a lo largo de los años y las personas que llevan muchos años con la costumbre de fumar la dejan más fácilmente que los recién iniciados” (47). Por supuesto, no existen comportamientos delictivos asociados al consumo de tabaco, como ocurre con la cocaína o la heroína, con las que se compara, para decir que los efectos de la nicotina son muchos peores. Está por ver si tales comparaciones entre el tabaco y la heroína o la cocaína no tendrán efectos negativos a medio y largo plazo sobre el consumo de estas últimas sustancias.

Por otra parte, está la definición legal de lo que puede considerarse como drogas. En España, varias Comunidades Autónomas han aprobado leyes que incluyen una definición muy amplia de droga y de adicción (48). En algunos casos se distingue entre drogas institucionalizadas, que serían el tabaco y las bebidas alcohólicas, y las no institucionalizadas. Por lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas, sorprende que no se hace la menor distinción entre el alcoholismo crónico y el placer de beber por ejemplo una copa de Rioja, incluidos los efectos beneficiosos a los que hace referencia el trabajo de Antoñanzas, Salgado y Rovira (1997), efectos sobre los que un sector de la medicina ha llamado la atención, abriendo una polémica que sin embargo no se ha producido en el caso del consumo de tabaco, donde se ha impuesto una interpretación que, a estos efectos, no admite la existencia de fumadores ocasionales y moderados.

A la vista de que el número de sustancias y actividades incluidas en tales definiciones legales es enorme, y que consideran que las drogodependencias y otros trastornos calificados como adictivos son enfermedades comunes, a tratar por los sistemas públicos de salud, desde el punto de vista del análisis económico habría que preguntar a sus autores si han evaluado en algún momento los costes económicos asociados, en particular cuando el sistema de salud pública atraviesa una crisis financiera.

⁴⁵ Tollison y Wagner (1992; pp. 159-162).

⁴⁶ Gravelle y Zimmerman (1994b; pg. 584).

⁴⁷ Tal como destaca Amando de Miguel en su presentación de un estudio de Tabula V realizado para la Universidad Complutense de Madrid: “Un placer arriesgado” ABC, 12 de mayo de 1996.

⁴⁸ Como ejemplo, la Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana.

Junto a ello, puede que se haya llegado a una banalización del concepto. De hecho la palabra adicción se ha extendido en el lenguaje coloquial, hasta abarcar cualquier cosa que hacemos de forma repetitiva y nos cuesta dejar porque nos proporciona algún tipo de placer (⁴⁹). En el caso del tabaco, una mayoría de fumadores reconocen que quieren dejar de fumar, pero por otra parte el número de los que lo dejan voluntariamente y sin ayuda es muy grande (⁵⁰).

2.4. *Equidad.*

Hasta aquí he intentado pasar revista a los argumentos que por razones de eficiencia justifican la intervención del Estado en los hábitos de vida considerados no saludables, con especial énfasis en el más estudiado, el consumo de tabaco. Faltaría por hacer referencia a la *equidad*, en particular cuando el instrumento de intervención más utilizado es la fiscalidad. Por lo que respecta a la equidad en la provisión de salud, Zubiri (1994) ha puesto de manifiesto la inaceptabilidad ética tanto de la discriminación de la cobertura médica en función de las elecciones individuales, como de los criterios de maximización de la salud de origen utilitarista que se basan en medidas del tipo QALYS (esperanza de vida ajustada por la calidad).

Y por el lado de la financiación, no puede olvidarse que los estudios disponibles indican que los impuestos especiales son regresivos, esto es, pagan más las personas de menor nivel de renta. Y que la carga fiscal en la mayoría de los países, en particular sobre los productos del tabaco en Europa, es muy elevada (⁵¹). Se plantean de este modo tanto cuestiones de equidad vertical como horizontal (⁵²).

3. **Reflexiones finales.**

Me parece pertinente traer a colación las reflexiones del director del Instituto de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, Diego Gracia sobre lo que entendemos por salud y la intervención del Estado en los hábitos de vida (⁵³). Como señalaba al principio del trabajo, en el mundo desarrollado se ha extendido un deseo “irracional” de vivir indefinidamente, negando la

⁴⁹ Desde el chocolate a la televisión y los video-juegos, pasando por la lencería entre las mujeres (¿y los hombres?) de más de 50 años según declaraciones recientes de un famoso personaje público.

⁵⁰ Con datos de la Encuesta Nacional de Salud, en 1989 había en España 3,3 millones de ex fumadores, un 12% de la población adulta, porcentaje que subió hasta el 14,5% en 1995, año en que un 24,8% de los fumadores declaraba que fumaba menos que hacía dos años. Con datos de la Encuesta de 1997, en diez años han dejado de fumar cerca de un millón de personas, según ha declarado a la prensa el Presidente del Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo (octubre de 1998).

⁵¹ Para el caso de la regresividad de la fiscalidad sobre el tabaco vid. Gimeno (1994) y para el alcohol Cruz Padiel (1997), estudio en el que se mide también el exceso de gravamen. Para la regresividad del conjunto de los impuestos especiales en España, vid. Calonge y Manresa (1997).

⁵² Vid. O'Hagan (1998)

⁵³ Declaraciones al periódico *El País*, 6 de junio de 1997

muerte, presionando al sistema sanitario con unas expectativas irrealizables. Ahora bien, ¿qué debemos entender por salud? Frente a las actuales definiciones biológicas, el profesor Gracia es partidario de una definición biográfica: una persona puede considerarse sana dependiendo de su profesión u actividad, no siendo lo mismo para un deportista, un piloto o para un docente. “Pero todos tendremos siempre hábitos insanos (...) Todos infringimos las normas, y eso es normal, porque la vida también es transgresión”

Por otro lado, la demonización de una serie de hábitos de vida en el mundo desarrollado oculta el problema número uno de la humanidad: las epidemias por enfermedades infecciosas clásicas como la tuberculosis o la malaria, que afectan a los países del Tercer Mundo y cada vez más difíciles de tratar por la resistencia a antibióticos y a insecticidas. No es de recibo comprobar que de los presupuestos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo un 3% se destina a países específicos para luchar contra las enfermedades infecciosas y las de declaración no obligatoria. De hecho, la OMS parece seguir la tendencia de la investigación a nivel mundial, puesto que menos del 5% del gasto en investigación y desarrollo a nivel mundial se destina a los problemas de salud que dominan en los países subdesarrollados, y se dedica menos del 0,2% a la tuberculosis, la neumonía y las enfermedades diarreicas ⁽⁵⁴⁾. Esta descompensación es fruto de un análisis de los determinantes de la salud que la OMS adoptó de Canadá y Estados Unidos, donde las conductas “insanas” se dice que explicarían el 43% de la mortalidad, de forma que se otorgó prioridad a las acciones dirigidas a modificar los estilos de vida, a lo que en los años 70 se dedicaba en Estados Unidos el 1,5% de los recursos sanitarios ⁽⁵⁵⁾. Incluso en lo que se refiere a los países desarrollados, poco o nada se dice de los problemas de salud que causa el desempleo o la precariedad en el empleo y sólo recientemente empiezan a publicarse estudios sobre los efectos de la contaminación ambiental. Dejo al lector que juzgue por sí mismo la bondad de esta asignación de recursos.

Me gustaría cerrar este trabajo destacando el peligroso camino por el que nos están llevando. Cuando mayores son las demandas de libertad individual y de reducción del papel paternalista del Estado, nos encontramos con que los abogados de la salud reclaman constantemente la prohibición de la publicidad y todavía mayores impuestos como forma de reducir los hábitos de vida que consideran no saludables. El fundamento económico de tales reclamaciones parece escaso. El más impactante es sin duda el que apela a los menores, tratando de que a través de las subidas de precios se reduzca su acceso a estos productos. Ahora bien, poniendo de nuevo como ejemplo los productos del tabaco, la evidencia empírica señala que no hay externalidades financieras, a lo que hay que añadir que está prohibida su venta a menores, la publicidad restringida y con advertencias sanitarias cuando no prohibida, los jóvenes conocen los riesgos asociados a su consumo, existiendo cada vez más campañas educativas en las escuelas, en algunos países financiadas incluso

⁵⁴ Datos extraídos del artículo de Dietrich y Ermakov (1997). En una línea parecida, una crítica de las políticas y los presupuestos de la OMS se encuentra en Tollison y Wagner (1993).

⁵⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social: *Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña*. Febrero de 1991 (pp. 40-42).

por los propios fabricantes, siendo los principales determinantes de la iniciación el entorno social y familiar.

Tal como ha puesto de manifiesto una reciente sentencia del Tribunal Supremo de los Estados Unidos, el interés por proteger a los niños no puede llevar a que el gobierno reduzca el acceso de la población adulta a aquello que sólo es adecuado para los niños, pues ¿dónde queda el papel de la familia? En palabras de un editorial del *Financial Times*: “Los padres que no pueden ser molestados con el cumplimiento de la disciplina de sus hijos no deberían esperar que sea el Estado quien la proporcione” ⁽⁵⁶⁾.

Además, si las campañas educativas y los consejos médicos sobre hábitos alimenticios parece que no son todo lo efectivos que quisieran sus promotores y puesto que los que practican deportes tienen muchos más accidentes que los sedentarios, y por lo tanto cuestan más a la sanidad, ¿por qué no ponerles un impuesto a los fabricantes de artículos deportivos? ¿Por qué no poner también un impuesto a los fabricantes de embutidos, prohibiendo la publicidad y obligando a incluir advertencias sanitarias? Si los perfumes se dice que causan alergias, ahí tenemos otro excelente candidato. En los dos últimos casos, dado que se trata de sectores minoritarios de la población, sin duda debería funcionar la teoría de la explotación fiscal.

Ante esta obsesión por la salud y una vida exenta de riesgos que se extiende por el mundo desarrollado ⁽⁵⁷⁾, habría que preguntarse ¿Hasta dónde queremos llegar con las políticas llamadas de “intervención” sobre los estilos de vida? ¿Por cuánto tiempo va a ser razonable que, como consecuencia de esas políticas, las mayorías exploten fiscalmente a las minorías no privilegiadas basándose en las diferencias de hábitos y estilos de vida? ¿Dónde se ha quedado el principio de equidad en el diseño de un sistema tributario? A este respecto, es significativa la desaparición práctica de la utilización de impuestos generales y base imponible amplia que todavía se sigue enseñando en muchos cursos como fundamento de un sistema tributario moderno, es decir, eficiente y equitativo. ¿Y dónde está el equilibrio entre la libertad individual para asumir riesgos, el derecho a un mínimo de salud como necesidad básica y el papel del Estado? ¿Es que hemos de recurrir siempre a la intervención del Estado, es decir, a la coacción, y no hay lugar para las soluciones cooperativas y el mutuo acuerdo entre las partes, fomentando la responsabilidad individual, el consenso y la tolerancia? Creo que el análisis económico no puede responder a estas preguntas, a las que sí deberíamos hacerlo como ciudadanos, aunque pueda apuntar las consecuencias de muchas de nuestras decisiones en su ámbito de estudio.

⁵⁶ “Net Law” *Financial Times*. Friday June 27 1997.

⁵⁷ Aunque en este Primer Mundo cada día surgen nuevos deportes y actividades para minorías que buscan altos niveles de riesgo, sea tirarse de un puente, bajar los rápidos de los ríos, atravesar barrancos, etc., a veces hasta con subvenciones públicas como ocurre en el País Vasco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Antoñanzas, Fernando; Salgado Vega, Jesús y Rovira Forns, Joan (1997): "Costes sociales de los comportamientos no saludables: Metodología y revisión de la práctica". Recogido en Braña (1997) (pp. 147-212).

Averett, Susan L. y Hochman, Harold M. (1994): "Addictive Behavior and Public Policy" recogido en *Public Finance and Irregular Activities*. Supplement to *Public Finance/Finances Publiques*, vol 49 (pp. 244-258).

Banegas, José Ramón y González Enríquez, Jesús (1998): "Impacto sanitario y mortalidad atribuible al consumo de tabaco" En Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo, *Libro Blanco Sobre el Tabaquismo en España*. Solvay Pharma, Glosa Ediciones. Barcelona (pp. 111-124)

Barendregt, Jan J., Bonneux, Luc y van der Maas, Paul J. (1997): "The Health Costs of Smoking". *The New England Journal of Medicine*. Vol.337-October,9 (pp-1052-1057)

Becker, G. S. y Murphy, K.M. (1988): "A Theory of Rational Adiction" *Journal of Political Economy*. 96, nº 4; 1988 (pp. 675-700).

Becker, Gary S., Grossman, Michael y Murphy, Kevin M. (1994): "An Empirical Analysis of Cigarette Addiction" *American Economic Review*, 84 nº3 (pp 396-418).

Becker, Gary S. (1996): *Accounting for Tastes*. Harvard University Press. USA; 1996.

Braña, Francisco-Javier (1995): "Sobre la intervención del Estado en los hábitos de vida: el caso de fumar en lugares públicos" *XIV Jornadas de Economía de la Salud. Cambios en la regulación sanitaria*. Asociación de Economía de la Salud. Barcelona (pp. 299-318).

- (1997): *Análisis económico de los estilos de vida*. Editorial Cívitas. Madrid.

Buffeta *et al.* (1998): "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. (pp. 1440-1450).

Calfee, John E. and Ringold, Debra Jones: "The Cigarette Advertising Controversy: Assumptions About Consumers, Regulation and Scientific Debate" *Advances in Consumer Research*. Vol. 19. (pp. 557-562).

Calonge, Samuel y Manresa, Antonio (1997): "Quién paga los impuestos en España" *Cuadernos de Información Económica*. nº 123, junio (pp.43-51).

Cameron, S. (1997): "Are Greek smokers rational addicts?" *Applied Economic Letters*. Vol.4 (7) (pp. 401-412)

Chaloupka, F.J. (1991): "Rational Addictive Behaviour and Cigarette Smoking", *Journal of Political Economy*, 99 nº 4 (pp. 722-742).

Coase, Ronald H. (1960): "The Problem of Social Cost" *The Journal of Law and Economics*. III, October. (Existe traducción al español en la revista *Hacienda Pública Española* nº 68/1989).

Conniffe, Denis (1995): "Models of Irish Tobacco Consumption", *The Economic and Social Review*, 26, nº 4. July (pp. 331-347).

Cruz Padial, Ignacio (1997): "La imposición sobre las bebidas alcohólicas en España: aproximación a sus efectos económicos". *Hacienda Pública Española*. 141/142. (pp.135-163).

Dietrich, Paul y Ermakov, Voldemar (1997): "WHO is Wasting Your Money". *The Wall Street Journal Europe*, 7 de mayo.

Duffy, Martin (1995): "An Econometric Study of Advertising and Cigarette Demand in the United Kingdom" *International Journal of Advertising*. 15 (pp. 262-284).

Escribano, Manuela (1993): "Comportamiento individual y adicción" *Revista Española de Economía*. Vol. 10, nº 1. (pp. 73-91).

Fernández Cainzos, Juan J. (1979a): "Las necesidades preferentes y la teoría de los bienes públicos" *Hacienda Pública Española* 57/1979 (pp. 63-100).

- (1979b): "Las necesidades preferentes: consideraciones críticas" *Hacienda Pública Española*, 59/1979 (pp. 221-237).

Galbraith, John K. (1956): *La sociedad opulenta*. Ariel. Barcelona, 1987.

Gimeno, Juan A. (1994): *La fiscalidad del tabaco en la CE*. Cívitas, Madrid.

González, Beatriz (1990): "Equidad, super-equidad y externalidades financieras: los casos del tabaco y del alcohol" En *Salud y Equidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. (pp.483-500).

González, B; Barber, P. y Rodríguez, E. (1997): "El tabaco: ¿Un caso de externalidades financieras en España?". Recogido en Braña (1997) (pp. 107-146).

González de Aguilar, Carmen (1997): "Fiscalidade do tabaco e evasão fiscal. Algumas lições da experiência internacional" *Fisco*. Ano IX nº 80/81. Janeiro/Feveireiro (pp. 81-95).

González Enríquez, J. *et al.* (1997) "Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en quince años" *Medicina Clínica*. Vol. 109. (pp. 577-582).

Gravelle, Jane G. y Zimmerman, D. (1994a): "Cigarette Taxes to Fund Health Care Reform. An Economic Analysis" *Congressional Research Service Report* 94-214 E. Washington D.C. March 8.

- (1994b): "Cigarette Taxes to Fund Health Care Reform" *National Tax Journal* 47. (pp. 575-590).

Hunter, William J. y Nelson, Michael A. (1990): "Excise taxation and the theory of tax exploitation" *Public Finance/Finances Publiques* Vol. XXXV N°2. (pp. 268-282).

Jackson, John D. y Saba, Richard P. (1997): "Some Limits on Taxing Sin: Cigarette Taxation and Health Care Finance" *Southern Economic Journal*. 63, n° 3. January (pp. 761-775).

Labeaga, José M. (1993): "Individual Behaviour and Tobacco Consumption: a Panel Data Approach" *Health Economics*, 2, n° 2 (pp. 103-112).

Lavack, Anne M. (1997): *The Marketing of Tobacco Products: A Review of the Academic Literature 1993-1996*. Health Canada. March 26.

Law, M.R.; Morris, J.K. y Wald, N.J. (1997): "Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence". *British Medical Journal*. N° 7114. Vol. 315. (pp. 973-980).

Leeflang, Peter S.H. and Reuyl, Jan (1995): "Effects of tobacco advertising on tobacco consumption". *International Business Review*. Vol. 4. N° 1. (pp. 39-54).

Leigh, J. Paul (1995): "Smoking, Self-Selection and Absenteeism" *The Quarterly Review of Economics and Finance*, -5 n° 4. Winter (pp. 365-386).

López Casanovas, Martínez García y Durán Sindreu (1995): "Fiscalidad, gasto y salud. Tratamiento fiscal de la salud y propuestas de mejora". Recogido en *V Congreso Nacional de Economía, Economía de los Servicios*. Tomo 2. Economía de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria. (pp. 75-99).

Luik, John C. (Ed.) (1991): *Freedom of expression*. Gray Matters Press. Ontario, Canada.

Menéndez Fernández, Justo J. (1997): "El problema de los accidentes de tráfico y su coste en España". Recogido en Braña (1997) (pp. 213-229).

Ministerio de Sanidad y Consumo (1992): *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Dirección General de Salud Pública. Madrid.

Motta, Massimo (1997): *Advertising Bans*. Center for Economic Policy Research, London. Discussion Paper N° 1613. April.

Muizer, Arnold y van Dijk, Jaap J. (1997): "Las externalidades económicas del consumo de tabaco: un examen de la doctrina". Recogido en Braña (1997), (pp. 43-106).

Musgrave, Richard A. (1959): *Teoría de la Hacienda Pública*. Editorial Aguilar, Madrid, 1968.

O'Hagan, John (1998): "The Taxation of Tobacco" En *Further Key Issues in Tax Reform*. C. Sandford (Ed.). Fiscal Publications. Bath, U.K. (pp. 27-42).

Pekurinen, Markku (1992): *Economic Aspects of Smoking*. National Agency for Welfare and Health. Research Reports 16/1991. The Finish Government. Helsinki.

Rovira, Joan y Hart, Warren M. (1994): *La percepción por la población de los riesgos asociados al consumo de tabaco*. SOIKOS.E56/93. Barcelona. Un resumen fué presentado a las XIV Jornadas de Economía de la Salud. Santiago de Compostela, junio de 1994.

Rovira, Joan; Hart, Warren M. y Antoñanzas, Fernando (1998): *Estudio sobre la percepción por la población española de los riesgos asociados al consumo de tabaco*. SOIKOS. SKS/E133. Barcelona.

Schoenbaum, Michael (1997): "Do Smokers Understand the Mortality Effects of Smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey" *American Journal of Public Health*. 87 n°5, May (pp. 755-759).

Single, Eric *et.al.* (1998): "The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992". *Addiction*. Vol. 93(7) (pp.991-1006)

Smee, Clive (1992): *Effect of Tobacco Advertising on Tobacco Consumption: A Discussion Document Reviewing the Evidence..* U-K- Department of Health. (Reproducido, junto a un conjunto de trabajos sobre el informe, en John C. Luik, *Do Tobacco Advertising Bans Really Work?*. The Niagara Institute. Canada, 1993).

Statistics Sweden (1993): *Tobacco consumption 1970-1992*. 22 December.

Stephoe, Andrew et al. (1995): "Tobacco smoking in young adults from 21 European countries: association with attitudes and risk awareness" *Tobacco Control*. 90. (pp. 571-582).

Stigler, George J. y Becker, Gary S. (1977): "De Gustibus Non Est Disputandum" *American Economic Review*, 67, n°2. (pp. 76-90).

Stiglitz, Joseph E. (1995): *La Economía del Sector Público*. Antoni Bosch Editor. Barcelona. 2ª edición.

Susser, Mervyn (1991): "What is a Cause and How Do We Know One? A Grammar for Pragmatic Epidemiology" *American Journal of Epidemiology*. 133, nº 7; April (pp. 635-648) .

The Netherlands Economic Institute (1995): *The Effects of a Ban on Tobacco Advertising in The Netherlands*. August 1995.

Tollison, Robert D. y Wagner, Richard E. (1992): *The Economics of Smoking*. Kluwer Academic Publishers. Mass. USA.

- (1993): *Who Benefits from WHO?* The Social Affairs Unit. Research Report 18. London.

U.S. Treasury Department (1998): *The Economic Costs of Smoking in the United States and the Benefits of Comprehensive Tobacco Legislation*. 25 March. RR-2321.

Valdés, Benigno (1993): "The Demand for Cigarettes in Spain: Empirical Evidence and Implications for Public Health Policy". *Applied Economics*. Vol. 25. (pp. 149-156).

Viscusi, W. Kip (1992): *Smoking. Making the risky decision*. Oxford University Press. New York.

- (1995): "Cigarette Taxation and the Social Consequences of Smoking" *Tax Policy and the Economy*. James M. Poterba Ed. National Bureau of Economic Research. 9. (pp. 51-101).

Vitale, Sarino; Priez, France y Jeanrenaud, Claude (1998): *The social cost of smoking in Switzerland: estimation for 1995*. Institute de recherches économiques et régionales. University of Neuchâtel.

Warner, Keneth E. et al., (1995): "Criteria for determining an optimal cigarette tax: the economist's perspective" *Tobacco Control*. 4. (pp. 380-386).

West, Edwin G. y McKee, Michael (1983): "De Gustibus Est Disputandum: The Phenomenon of 'Merit Wants' Revisited" *American Economic Review*. Vol. 73, nº 5. (pp. 1110-1121).

Zubiri, Ignacio (1994): "La equidad y la intervención pública en los mercados de salud" *Análisis Económico de la Sanidad*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona (pp.119-143).