

¿Será obligatoria la cobertura de las inmunizaciones de los niños y los adolescentes para los planes de seguros en 2006? Lecciones aprendidas de la Newborns' and Mothers' Health Protection Act de 1996

Más de 8 de cada 10 niños en Estados Unidos han recibido sus vacunaciones recomendadas a los 3 años de edad¹. Sin embargo, a medida que aumentan los costes de las inmunizaciones², es menos probable que los planes de seguros sanitarios incluyan la cobertura de todas las vacunaciones recomendadas para los niños y los adolescentes³. Estas variaciones en la cobertura pueden desanimar a los médicos para administrar vacunas comparativamente caras como la vacuna conjugada neumocócica⁴ y además amenazan el éxito de los esfuerzos vacunales respecto a la nueva vacuna conjugada meningocócica tetravalente⁵ y las vacunas combinadas de tétanos-difteria-tos ferina acelular⁶, además de las vacunas que pueden recomendarse en el futuro inmediato (por ejemplo, vacuna del papilomavirus humano)⁷.

Estas barreras económicas para la vacunación infantil obstaculizan los esfuerzos de salud pública para salvaguardar el bienestar de los niños. Además, la evidencia reciente sobre las vacunas de la varicela y el neumococo indica que los programas de vacunación infantil no sólo protegen la salud de los niños, sino que tienen efectos positivos espectaculares en la salud de los adultos y reducen también los costes de la atención sanitaria⁸⁻¹³.

Por estos motivos, la cobertura en los seguros de las vacunaciones infantiles es el objetivo de una atención legislativa creciente. Las obligaciones de los seguros respecto a las inmunizaciones en muchos estados requieren planes de salud para incluir los beneficios de la vacunación de los niños, pero los planes financiados por los propios empresarios (planes de "autoseguro") están exentos de estas obligaciones según la Employee Retirement Income Security Act¹⁴ (ERISA) federal y pueden dejar a los niños "infraasegurados" para las vacunas recomendadas. Los niños no asegurados (recientemente se ha estimado que comprenden aproximadamente el 10% de todos los niños) tienen menos probabilidades de recibir las vacunas recomendadas que sus compañeros asegurados de forma más amplia¹⁵. Otros desafíos de las inmunizaciones infantiles, como la escasez recurrente de vacunas y un número decreciente de fabricantes de vacunas durante las últimas décadas¹⁶, también han contribuido en parte a la cobertura incompleta de las vacunas infantiles en los planes de seguro privados, que reducen las ganancias del sector privado de los fabricantes de vacunas.

En 2003, un grupo de expertos del Institute of Medicine (IOM) abogó por un nuevo estatuto federal que sustituyera a la ERISA y obligara a la cobertura de todas las

vacunas infantiles recomendadas en todos los planes de seguros en todo el país¹⁵. Al considerar su recomendación central para una obligación federal de cobertura, el grupo del IOM estudió diversas formas de financiación e implementación de este programa, incluyendo un subsidio federal para compensar a los empresarios y los asegurados por la cobertura de las vacunas de los niños, a niveles de valoración que reflejaran los beneficios para la sociedad y un sistema de cupón federal para los niños no asegurados para recibir las vacunas en sustitución del actual programa Vaccines for Children (VFC). Estas posibilidades diferentes de financiación tendrían implicaciones marcadamente diferentes para las cargas económicas generadas por los sectores público y privado.

Las propuestas de obligar a la cobertura de la inmunización infantil en los planes de seguros se introdujeron en la US House of Representatives y el US Senate en las sesiones del Congreso de 2001-2002 y nunca salieron del comité legislativo^{17,18}. Sin embargo, el Congreso tiene una historia de anulación constitutiva de la ley federal ERISA perteneciente a la salud de los niños, denominada la Newborns and Mothers Health Protection Act (NMHPA) de 1996 que estableció una cobertura mínima de los seguros para las estancias tras el parto¹⁹ (es decir, 48 horas de cobertura de estancia hospitalaria después de un parto vaginal no complicado). La aprobación de la NMHPA se ha atribuido principalmente a anécdotas políticamente poderosas de madres y proveedores de atención sanitaria, que permitieron a los miembros del Congreso destacar sus buenas intenciones en contraste con "su demonio común [de la época], las compañías de atención dirigida"²⁰.

Con el fin de examinar la posibilidad de que una obligación federal de inmunización infantil se convierta en ley en el entorno político y de atención sanitaria de hoy, comparamos la NMHPA con la legislación obligatoria de inmunización completa recomendada por el IOM¹⁵, que combina una obligación de seguro con el subsidio del gobierno y un plan de cupones. Aplicamos los criterios de evaluación empleados habitualmente para evaluar la viabilidad política, la posibilidad económica y financiera, y la factibilidad técnica/operatividad administrativa de una obligación federal de inmunización infantil, con o sin programas acompañantes de subsidio y cupones²¹. Sugerimos las condiciones clave que deberían cumplirse para facilitar la consideración y la aprobación de una obligación federal de inmunización infantil.

COMPARACIÓN DE LA NMHPA Y LA RECOMMENDED IMMUNIZATION MANDATE

Viabilidad política

La NMHPA superó fácilmente las dos cámaras del Congreso en un momento en que los legisladores estaban interesados en poner los intereses de los niños y las madres por delante de las prioridades y los beneficios de las organizaciones de mantenimiento de la salud que habían disminuido con éxito la duración de la estancia tras el parto¹⁹. En un testimonio emocionalmente cargado, madres, médicos y senadores ofrecieron una mezcla de evidencia y anécdotas respecto a las estancias posparto más cortas y sus consecuencias. El senador Edward Kennedy afirmó antes del Committee on Labor and Human Resources que la investigación en Massachusetts había demostrado que los recién nacidos dados de alta menos de un día después de nacer tenían una tasa 25 veces mayor de no haber sido cribados para enfermedades congénitas tratables, en comparación con los recién nacidos que permanecían más tiempo ingresados¹⁹. De acuerdo con el testimonio del American College of Obstetricians and Gynecologists antes del mismo comité, “la imposición rutinaria de un límite de tiempo corto y arbitrario de la estancia hospitalaria [...] podría ser equivalente a un experimento grande, no controlado y no informado que podría afectar a la salud de las mujeres americanas y sus hijos”¹⁹. Como comentó la senadora Nancy Kassebaum, “nosotros no deberíamos permitir que nuestro celo por controlar el gasto sanitario supere la necesidad de atención de los más vulnerables y frágiles de nuestra sociedad”¹⁹.

En otro testimonio, las madres presentaron historias de ictericia neonatal y de meningitis neonatal no diagnosticadas porque fueron dadas de alta prematuramente sin una atención de seguimiento adecuada. Otra madre compartió su historia de haber sido dada de alta a las 72 horas, aunque su hijo había tenido un problema cardíaco y ella estaba débil por una cesárea y por la falta de sueño; menos de dos semanas más tarde, su hijo murió¹⁹. Aunque no están basadas en la evidencia, estas anécdotas ayudaron a crear un apoyo amplio en el Congreso del proyecto de ley de la NMHPA, mayor del que habían tenido otras cuestiones de política pública^{22,23}.

La legislación de la obligación de la inmunización tiene un potencial atractivo amplio porque trata problemas de los no asegurados y ayuda a crear un mercado reforzado y más estable para las vacunas con beneficios e incentivos añadidos para los fabricantes de vacunas. Para apoyar la obligación, el comité del IOM afirmó que este programa podría garantizar reducciones en los costes médicos de las enfermedades prevenidas, reforzar la calidad de vida y mejorar la productividad y las contribuciones sociales de las familias que de otra forma estarían sobrecargadas por la enfermedad¹⁵.

Sin embargo, la historia de la NMHPA sugiere que la legislación de la obligación de la inmunización puede no recibir mucha atención en ninguna de las cámaras del Congreso, a menos que los individuos que pueden ganar de forma más inmediata (los no asegurados) se junten para exponer su caso. ¿Cuáles son sus anécdotas? ¿Cuáles son las consecuencias de su situación (no asegurados)? Para tener éxito, quienes proponen esta legislación necesitarán probablemente argumentar que no se trata

sólo de los no asegurados, sino que además reducirá la fragilidad del sistema de inmunización infantil que se basa en fabricantes privados, que a su vez serán capaces de funcionar de una forma más activa y creativa en un mercado más estable para sus productos.

Posibilidad económica y financiera

La NMHPA se centró en un objetivo político tangible: la cobertura por el seguro de la duración claramente definida de la estancia hospitalaria tras el parto, lo cual se esperaba que se tradujera en una atención sanitaria apropiada para las madres y sus recién nacidos. En ese momento, había pocos intentos por estimar el coste de ofrecer hospitalizaciones más largas para los recién nacidos, porque el coste de no hacerlo parecía estar más allá de una medida económica. Como una madre cuya hija murió dos días después de nacer, debido a una meningitis estreptocócica no diagnosticada, declaró ante el Senado, “la vida debe ser lo que hay que tener en cuenta, no el signo del dólar que nuestros portadores del HMO han puesto por delante de todo. Esta pequeña vida, todavía no criada, debe tener la oportunidad de marcar la diferencia”¹⁹. Se asumió que este proyecto de ley aumentaría los costes nacionales de atención sanitaria de los partos, que es la causa más frecuente de hospitalización anualmente en Estados Unidos²⁴.

Los opositores a la NMHPA argumentaron que, si el Congreso realmente quería proteger el bienestar de las mujeres y los niños, debían aprobar una legislación que garantizara los servicios de atención sanitaria básica para todos los niños y sus madres y requiere que todos los planes de salud ofrezcan el mismo paquete mínimo de beneficios a todos los suscriptores, en lugar de centrarse exclusivamente en la duración de la estancia hospitalaria tras el parto. Este plan garantizaría una atención mínima a todos sus pacientes y que favoreciera la competición entre los planes de salud sobre la base de la atención de calidad y la respuesta a las necesidades de los pacientes¹⁹. En los procedimientos del Senado, el Kaiser Permanente Medical Group of Northern California presentó datos que indicaban que la evolución óptima de las madres y los recién nacidos dependen de todo el rango de servicios de calidad ofrecidos durante el embarazo y después del alta, y no de la duración de la estancia hospitalaria tras el parto. Antes del Comité, el Kaiser Group afirmó que creer que la legislación de estándares arbitrarios sobre la duración de la estancia hospitalaria no cumpliría los objetivos deseados¹⁹.

Esperaríamos ecos del mismo debate sobre un proyecto de ley federal de obligación de la inmunización. Los beneficios generales de la vacunación para los individuos y sus comunidades tienen un acuerdo amplio, incluso hasta el punto de que las tasas de vacunación (más que las tasas de incidencia de las enfermedades infecciosas que previenen) se consideran los principales resultados de los programas cuando de hecho sólo son medidas del proceso de atención sanitaria (de forma semejante a la duración de la estancia para las hospitalizaciones tras el parto). Es crítico un objetivo en las tasas de vacunación, porque los resultados a más largo plazo de la vacunación –es decir, las reducciones en las tasas de incidencia de las enfermedades previamente más frecuentes– pueden ser algo menos tangibles para el público.

TABLA 1. Claves para la consideración y la aprobación de una Federal Childhood Immunization Mandate

Claves	Puntos para que tengan en cuenta y destaque quienes lo proponen
El Congreso debe percibir la falta de seguro como un problema urgente con una solución evidente	Aproximadamente 5 millones de niños con seguros privados en EE.UU. no tienen cobertura por el seguro de todas las vacunas recomendadas (es decir, "no están asegurados"). Sin legislación federal, esta cifra puede aumentar ya que el número de vacunas se incrementa y sus precios lo hacen también La falta de cobertura por el seguro se traduce en la pérdida de oportunidades para los niños y sus comunidades para beneficiarse de las vacunas, especialmente respecto a las vacunas recientemente recomendadas que ofrecen nuevas oportunidades de prevención pero que tienden a ser más caras para que las familias las paguen de su bolsillo La experiencia reciente del programa Vaccines for Children (VFC) sugiere que reducir las barreras económicas para la inmunización de los niños no asegurados tiene un efecto positivo sobre las tasas de vacunación
La solución actual de la falta de seguro se ha probado y ha fracasado	El programa VFC paga las vacunaciones de los niños no asegurados, pero sólo en los centros de salud federales acreditados y en los centros de salud rural que no son lugares de atención habitual de los niños con seguros privados. Se requiere otro planteamiento
Los líderes del Congreso deben recibir apoyo de agentes implicados clave para una solución política factible	Los agentes implicados que apoyan la legislación incluirán probablemente a: (a) padres de niños no asegurados y quizás sus anécdotas pueden ilustrar los problemas de la falta de seguro que dan lugar al fracaso en la recepción de una vacuna, seguido de una enfermedad prevenible con vacuna; y (b) proveedores de atención sanitaria para los que la legislación representa una simplificación del sistema actual de múltiples mecanismos diferentes de reembolso por la administración de las vacunas infantiles Los agentes implicados que probablemente se opondrán a la legislación incluirán a los empresarios y los asegurados, que generalmente se oponen a los seguros obligatorios. Pueden ser asegurados de nuevo por la idea del subsidio federal, diseñado para compensar el aumento de los costes del plan de salud atribuibles a la obligatoriedad Los fabricantes de vacunas pueden estar a favor de la legislación ya que estabiliza el mercado de las vacunas infantiles, pero pueden objetar que sin seguros las tasas de pago del gobierno por las vacunas estarán cerca de las tasas del mercado privado Los defensores de la legislación necesitarán tener una estrategia sobre cómo proponer mejor la obligatoriedad, es decir, con o sin el subsidio federal y los documentos justificativos, dadas las limitaciones actuales del entorno fiscal federal

co americano, que generalmente muestra más interés por las nuevas tecnologías sobre el tratamiento que por las innovaciones sobre prevención.

Además, la reacción contra la atención dirigida que dominó la consideración en el Congreso de la NMHPA a mitad de los años 90 y las preocupaciones en el clima actual de atención sanitaria se centran de forma más intensa en limitar rápidamente los costes crecientes que en la autonomía del paciente. Por lo tanto, una obligación de la inmunización que hace prever un aumento del gasto federal recibirá probablemente un examen adicional, en lugar de un soporte incansable, en las circunstancias fiscales actuales. Otros problemas fiscales mayores incluyen el déficit creciente del gasto federal y el gasto en defensa en la época posterior al 11-S. Por estos motivos, es plausible que el Congreso considerará la legislación de la obligación de la inmunización sin el subsidio federal y el programa de bonos, es decir, una obligación que se basa en el soporte fiscal del sector privado. Aunque ésta no sería la legislación óptima desde la perspectiva del comité de expertos del IOM debido en parte al rechazo probable del sector privado, se parecería más a la NMHPA en su confianza en los planes privados para cubrir los gastos adicionales de la atención sanitaria previstos como parte de la obligación.

Factibilidad técnica y operatividad administrativa

La NMHPA fue clara en su planteamiento técnico y administrativo para obligar a la cobertura de la estancia hospitalaria tras el parto para todos los planes de salud, independientemente de que estuvieran exentos de la ERISA.

Si una obligación federal fuera aprobada sin los programas de subsidio y bonos recomendados por el comité de expertos del IOM, el programa tendría signos técni-

cos y administrativos relativamente claros similares a la NMHPA. Por el contrario, el programa de combinación de obligación/subsidio/bono favorecido por el comité del IOM habría reconocido problemas técnicos y complejidades administrativas¹⁵ que pueden amenazar la aprobación de esta legislación. Cuando los miembros del Congreso que apoyarían un proyecto de ley de la obligación de la inmunización consideran su estrategia legislativa, necesitarán valorar los posibles inconvenientes de proponer un plan patrocinado federal administrativamente complicado contra las desventajas de proponer un plan simplificado con menos gasto federal que podría enfrentarse a una oposición mayor por parte de los empresarios y los asegurados.

CLAVES PARA LA CONSIDERACIÓN EN EL CONGRESO DE UNA OBLIGACIÓN FEDERAL DE LA INMUNIZACIÓN

Con las comparaciones con la NMHPA en mente, sugerimos que el futuro de una obligación federal de la inmunización dependerá de la identificación de los defensores legislativos que tratarán de tres cuestiones principales:

1) El Congreso debe percibir la falta de seguro como un problema urgente con una solución evidente.

2) La solución actual de la falta de seguro se ha probado y ha fracasado.

3) Los líderes ("defensores") del Congreso deben estar de acuerdo en un modelo estratégico, con apoyo de agentes implicados clave para una solución política que se pueda implementar de forma factible.

Estas cuestiones se describen con detalle a continuación y se resumen junto con los posibles puntos para que los destaque quienes lo proponen en la tabla 1.

Una obligación federal de las inmunizaciones es una forma de garantizar el acceso a todas las vacunas reco-

mendadas para todos los niños. El 10% o más de los niños asegurados de forma privada en Estados Unidos (aproximadamente 5 millones) tienen seguros que no incluyen la cobertura de todas las vacunas recomendadas¹⁵, un problema que sirve como una barrera económica para la vacunación oportuna y que puede crecer a medida que los precios de las vacunas siguen aumentando². Aunque el gobierno federal gasta más de 10.000 millones de dólares anuales para comprar vacunas infantiles, incluyendo las dosis para los niños no asegurados mediante el programa Vaccines for Children, esta estrategia no ha conseguido garantizar que las barreras económicas para las inmunizaciones recomendadas hayan desaparecido para todos los niños¹⁵.

La creación de una sensación de urgencia acerca de este problema puede ser una tarea formidable, dado que las tasas de vacunación entre los niños pequeños están en un máximo histórico¹. Sin embargo, quienes la proponen pueden plantear un caso convincente ya que, sin la obligación, podemos fracasar colectivamente en la recogida de los beneficios de las nuevas vacunas recomendadas en el futuro inmediato (por ejemplo, vacunas conjugada meningocócica y combinada tétanos-difteria-toxina acelular). Quienes la proponen también tienen que argumentar que una obligación es la forma más segura de equilibrar desde el punto de vista fiscal la responsabilidad compartida pública y privada sobre la inmunización, y de garantizar que los beneficios para la salud de las nuevas vacunas recomendadas ahora y en el futuro alcanzarán a todos los niños, no sólo a aquellos con una cobertura del seguro para estas vacunas.

Para quienes proponen la obligación, la identificación de un líder en el Congreso para esta causa y crear el consenso sobre el líder para conseguir un paradigma de la implementación serán las etapas más críticas para desarrollar una estrategia legislativa para quienes proponen la obligación. Es más probable que un programa de obligación consiga el apoyo de los padres y los proveedores de atención sanitaria (por ejemplo, pediatras y centros de salud comunitaria) y que también reciban el soporte de los fabricantes de vacunas. Los padres apoyarán esta legislación porque garantiza que sus hijos recibirán las vacunaciones recomendadas, independientemente de su plan de seguro. De forma similar, los proveedores de atención sanitaria serían capaces de seguir las guías de inmunización recomendadas sin problemas respecto al reembolso por los servicios que ofrecen. Los fabricantes de vacunas pueden beneficiarse además de esta legislación porque tienen la garantía de una demanda considerable de sus productos¹⁵.

Por otro lado, los fabricantes de vacunas han expresado en el pasado su preocupación porque un único comprador gubernamental de todas las vacunas puede limitar sustancialmente sus incentivos de beneficios, a menos que se disminuyan los valores actuales de descuento del gobierno y que el precio por dosis se parezca más al precio en el sector privado. Una obligación federal de las vacunas también es improbable que reciba apoyo de los aseguradores y los empresarios con autoseguros. Los aseguradores generalmente resisten a las obligaciones como inefficientes y onerosas, y los empresarios cargan indirectamente la responsabilidad de garantizar que todos los niños tengan acceso a las vacunaciones recomendadas a través de los planes de salud que

ofrecen a los empleados. Aunque el proyecto de ley del modelo obligatorio también incluye provisiones para un subsidio federal para los empresarios para hacer frente a los costes adicionales relacionados con la obligación, el mecanismo para determinar el valor del subsidio y la logística de ofrecer el subsidio a los empresarios y los aseguradores presenta una mayor factibilidad sin obstáculos para desarrollar este programa, como se concibe actualmente.

CONCLUSIONES

Aunque nuestro análisis sugiere que una obligación federal sobre la cobertura de la inmunización infantil puede no funcionar tan bien hoy como lo hizo la NMH-PA hace cerca de una década, la igualdad en la consideración de cualquier legislación puede ser el soporte comprometido de uno o más legisladores en cada cámara del Congreso que defienden la causa y recogen el apoyo adecuado de sus compañeros en cada cámara. ¿Quiénes podrían ser estos defensores? ¿Qué circunstancias o anécdotas trágicas relacionadas con enfermedades prevenibles con vacunas podrían hacer que los aspirantes a defensores dieran un paso al frente?

Quienes proponen la legislación de la obligación de la inmunización probablemente necesitarán asegurar el apoyo de estos defensores para que tenga éxito una obligación federal. Además, quienes la proponen necesitarán tener en cuenta cuidadosamente cómo plantear el problema de falta de seguro para hacer que sea convincente al máximo y si hay que combinar la obligación con un subsidio federal para quienes pagan y un bono para los no asegurados. Lo primero es una cuestión de mensaje y lo segundo es una cuestión de dinero y mecánica. Los defensores deben corregir estos problemas para que la legislación federal de la obligación de la inmunización tenga éxito.

OKEOMA MMEJE, BA^a, Y MATTHEW M. DAVIS, MD, MAPP^b

^aUniversity of Michigan Medical School, y ^bDivisions of General Pediatrics and General Internal Medicine and Gerald R. Ford School of Public Policy; University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention. National, state, and urban area vaccination coverage among children aged 19–35 months: United States, 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005;54:717-21.
2. Davis MM, Zimmerman JL, Wheeler JRC, Freed GL. The costs of childhood vaccine purchase in the public sector: past trends, future expectations. Am J Public Health. 2002;92:1982-7.
3. Davis MM, Andreae M, Freed GL. Physicians' early challenges related to the pneumococcal conjugate vaccine. Ambul Pediatr. 2001;1:302-5.
4. Davis MM, Ndiaye SM, Freed GL, Kim CS, Clark SJ. Influence of insurance status and vaccine cost on physicians' administration of pneumococcal conjugate vaccine. Pediatrics. 2003;112:521-6.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recom Rec. 2005;54(RR-7):1-21.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid, and acellular pertussis vaccines. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55:1-43.

7. Red Book Online. Status of licensure and recommendations for new vaccines [consultado 9/6/2005]. Disponible en: <http://aapredbook.aappublications.org/news/vaccstatus.shtml>
8. Seward JF, Watson BM, Peterson CL, et al. Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States, 1995-2000. *JAMA*. 2002;287:606-11.
9. Nguyen HQ, Jumaan AO, Seward JF. Decline in mortality due to varicella after implementation of varicella vaccination in the United States. *N Engl J Med*. 2005;352:450-8.
10. Davis MM, Patel MS, Gebremariam A. Decline in varicella-related hospitalizations and expenditures for children and adults after introduction of varicella vaccine in the United States. *Pediatrics*. 2004;114:786-92.
11. Zhou F, Harpaz R, Jumaan AO, Winston CA, Shefer A. Impact of varicella vaccination on health care utilization. *JAMA*. 2005;294:797-802.
12. Flannery B, Schrag S, Bennett NM, et al. Impact of childhood vaccination on racial disparities in invasive *Streptococcus pneumoniae* infections. *JAMA*. 2004;291:2197-203.
13. Flannery B, Heffernan RT, Harrison LH, et al. Changes in invasive pneumococcal disease among HIV-infected adults living in the era of childhood pneumococcal immunization. *Ann Intern Med*. 2006;144:1-9.
14. Institute of Medicine. Calling the shots: immunization finance policies and practices. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
15. Institute of Medicine. Financing vaccines for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
16. Abramson J, Pickering LK. US immunization policy. *JAMA*. 2002;287:505-9.
17. House Resolution 580: Comprehensive Insurance Coverage of Childhood Immunization Act of 2001 [presentado 13/2/2001; consultado 24/5/2006]. Disponible en: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c107:H.R.580.IH>
18. Senate 1297: Comprehensive Insurance Coverage of Childhood Immunization Act of 2001 [presentado 1/8/2001; consultado 24/5/2006]. Disponible: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c107:S.1297.IS>
19. Hearing of the Committee on Labor and Human Resources United States Senate 104 Congress on S. 969. Newborn's and Mothers' Health Protection Act of 1995. CIS-NO: 95-S541-75 [consultado 24/5/2006]. Disponible en: http://catalog.gpo.gov/F/EE3QARSMP53CYXXMJU9QNY973VBF7MU224M17N1U5C68454FB-12888?func_full-set-set&set_number_004013&set_entry_000003&format_999
20. Declercq E. Making US maternal and child health policy: from "early discharge" to "drive through deliveries" to a national law. *Matern Child Health J*. 1999;3:5-17.
21. Patton CV, Sawicki DS. Basic methods of policy analysis and planning. 2.^a ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1993.
22. McDonough JE. Using and misusing anecdote in policy making. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:207-12.
23. Sharf BF. Out of the closet and into the legislature: breast cancer stories. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:213-8.
24. US Department of Health and Human Services, HCUPnet. HCUP nationwide inpatient sample, 2003 national statistics [consultado 24/5/2006]. Disponible en: http://hcup.ahrq.gov/HcupNet.asp?Id_B5CC325D958F1D40&Form_MajDxPr&GoTo_MAINSEL&JS_