



Título: Política de asistencia financiera para pacientes hospitalizados de Banner Health	
Número: 770 Versión: 5	Fecha original: 06/10/2019
Fecha de entrada en vigencia: 07/06/2023	Fecha de la última revisión/corrección: 07/06/2023
Fecha de la próxima revisión: 07/06/2026	Autores: Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
Aprobado por: Comité de políticas administrativas, Banner Health - Junta directiva, administradores de PolicyTech	
Unidad/Instalación operativa independiente: hospitales Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner-University Medical Center Phoenix Banner-University Medical Center South Banner-University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center	Banner Corporate Banner Medical Group Banner—University Medical Group

I. Propósito/Población:

- A. Propósito: esta política y el Programa de asistencia financiera que se describe en el presente documento tienen por objeto establecer una metodología no discriminatoria y coherente para la prestación de atención de emergencia gratuita o con descuento y otros cuidados necesarios desde el punto de vista médico (noelectivos) en los hospitales de Banner Health (BH). Esta política también establece las políticas de facturación y cobros de todos los servicios hospitalarios facturados a los pacientes.
- B. Población: todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB): el monto que un hospital generalmente factura a los pacientes asegurados por un servicio cubierto, determinado mediante el "método de retrospectiva" según lo establecido en el título 26 del CFR 1.501 (r) - 5(b)(3). Los porcentajes de AGB para cada hospital se pueden encontrar en línea en: <https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients-visitors/billing/financial-assistance/agb-summary.ashx>
- B. Saldo después del seguro (Balance After Insurance, BAI): cualquier monto adeudado por el paciente después de que se hayan finalizado los pagos del seguro (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguro). El BAI no incluye la parte del costo del paciente para Medicaid por servicios cubiertos (según lo determinado por el estado como una cantidad que el paciente debe pagar para ser elegible para Medicaid, y BH no está autorizado a proporcionar asistencia financiera para financiar o cancelar dicho monto.
- C. Atención caritativa: servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales no se espera que el paciente pague ninguna cantidad.
- D. Servicios cubiertos: servicios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados por un hospital.
- E. Atención con descuento: servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales se espera que el paciente pague un monto con descuento.
- F. Afección de emergencia: una afección médica de un paciente que ha resultado de la aparición repentina de una afección de salud con síntomas agudos que, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que ponga en serio peligro la salud del paciente, resulte en un serio deterioro de las funciones corporales del paciente o resulte en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- G. Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL): el nivel de ingresos anuales para los distintos tamaños de hogares, según lo establecido por el gobierno federal.
- H. Programa de asistencia financiera: es el programa de BH que rige la prestación de atención caritativa y atención con descuento.

- I. Hospital: cada hospital propiedad o arrendado por BH (excepto los ubicados en California).
- J. Proveedores hospitalarios: médicos y otro personal médico que proporciona servicios de atención médica de emergencia u otros servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico dentro de un hospital, según se enumeran en el Anexo A, por grupo o departamento.
- K. Medicaid: todos los programas estatales de seguro público que incluyen, entre otros, Medicaid, AHCCCS, CICP y FES.
- L. Hogar médicamente indigente: un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores en que la parte de la que el hogar es responsable supera el 50 % de los ingresos totales del hogar para ese año. A los fines de determinar si un hogar es un hogar médicamente indigente, todos los gastos médicos están incluidos, así como los gastos médicos que no son de BH.
- M. Necesario desde el punto de vista médico: servicios proporcionados por un hospital que cumplen todos los criterios mencionados a continuación:
 - 1. Se exigen para tratar una enfermedad o lesión;
 - 2. Son congruentes con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del paciente;
 - 3. Se proporcionan de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas médicas;
 - 4. No se proporcionan para la conveniencia del paciente o del médico del paciente; y
 - 5. Son del nivel de atención más apropiado para el paciente según lo determina la afección médica del paciente y no la situación financiera o familiar del paciente.

Los servicios prestados por un hospital para tratar una afección de emergencia se consideran necesarios desde el punto de vista médico.
- N. Gestión del saldo del paciente (Patient Balance Management, PBM): la unidad operativa de BH responsable de facturar y cobrar las cuentas de autopago por los servicios del hospital, incluidos los copagos y los deducibles.
- O. Tarifa de autopago: 125 % del AGB aplicable por un servicio cubierto.
- P. Seguro de terceros: una entidad (corporación, plan de salud de la compañía o fideicomiso, compañía de atención médica del mercado de seguros de salud, beneficio de pago médico de automóvil, compensación de los trabajadores, etc.) que no sea el paciente (o garante) que pagará la totalidad o una parte de las facturas médicas del paciente.
- Q. Paciente con seguro insuficiente: un paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones financieras o corresponsabilidad, incluidos deducibles, copagos y coseguro. Tiene gastos de bolsillo que exceden su capacidad financiera
- R. Paciente sin seguro: un paciente sin seguro de terceros y que no está inscrito en un programa de seguro del gobierno. A los pacientes sin seguro se les cobra inicialmente la tarifa de autopago por los servicios cubiertos.

III. Política:

- a. No discriminación. BH proporciona atención médica de calidad a todos los pacientes independientemente de su raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano y/o capacidad de pago.
- b. Alcance.
 - i. Servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico. Esta Política se aplica solo a los servicios cubiertos en hospitales de BH, sujeto a las exclusiones establecidas a continuación.
 - ii. Proveedores hospitalarios. No todos los proveedores hospitalarios están sujetos a esta Política. En el Anexo A se especifica qué proveedores hospitalarios, por departamento o grupo, están cubiertos por esta Política y cuáles no.
 - iii. Hospital de California. Banner Lassen Medical Center, ubicado en Susanville, California, se encuentra excluido de esta Política. Dicho centro se rige por la Política de asistencia financiera para pacientes hospitalizados de Banner Lassen Medical Center (N.º 3658).
 - iv. Centros no hospitalarios. Esta Política no se aplica a los centros de BH no hospitalarios (por ejemplo, a los centros Banner Imaging, Banner Urgent Care) ni a los proveedores no hospitalarios (por ejemplo, ciertos médicos y proveedores de práctica avanzada). La Política de asistencia financiera para consultorios médicos/clínicas/atención médica en el hogar de Banner Health (N.º 1455) rige dichos centros no hospitalarios y proveedores no hospitalarios de BH.
- c. Programa de asistencia financiera. Esta Política establece un Programa de asistencia financiera de BH que, con base en el ingreso familiar del paciente y el monto de los gastos médicos, determina que un paciente califica para la atención caritativa o la atención con descuento. Se proporcionará asistencia financiera para servicios cubiertos a: (1) pacientes sin seguro o pacientes con seguro insuficiente y que cumplen con las pautas de ingresos del hogar según se describe en esta Política, y/o (2) que son miembros de un hogar médicamente indigente.
 - i. Asistencia financiera basada en los ingresos del hogar. Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente calificarán para asistencia financiera en función de los ingresos del hogar si: (1) los ingresos de su hogar son iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza; y (2) completan una solicitud de ayuda financiera o se determina que son presuntamente elegibles (ver Sección III.D.iv de esta Política). El monto de la asistencia financiera que BH proporciona a los pacientes sin seguro y a los pacientes con seguro insuficiente aprobados se determina de acuerdo con las siguientes tablas:

Hospitales en estados		distintos a Colorado
Ingreso del hogar	Descuento aplicado - Sin seguro	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del nivel federal de pobreza	100 % de descuento en AGB	100 % de descuento en BAI
200 % - 300 % del nivel federal de pobreza	75 % de descuento en AGB	75 % de descuento en BAI
> 300 % - 400 % del nivel federal de pobreza	50 % de descuento en AGB	50 % de descuento en BAI

Los pacientes de Colorado que reciban atención en un hospital de Colorado pueden calificar para mayores descuentos en virtud del Proyecto de Ley HB 21-1198 de Colorado (Requisitos de facturación de atención médica para pacientes indigentes).

Hospitales de Colorado		
Ingreso del hogar	Descuento aplicado - Sin seguro	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del nivel federal de pobreza	100 % de descuento	100 % de descuento en BAI
200 % - 250 % del nivel federal de pobreza	Precios de Atención con descuento de Colorado (Colorado Discounted Care Pricing, CDCP) si se aprueban. Si no recibe aprobación para CDCP, 75 % de descuento en AGB.	Precios de Atención con descuento de Colorado (Colorado Discounted Care Pricing, CDCP) si se aprueban. Si no recibe aprobación para CDCP, 75 % de descuento en BAI.
> 250 % - 300 % del nivel federal de pobreza	75 % de descuento en AGB	75 % de descuento en BAI
> 300 % - 400 % del nivel federal de pobreza	50 % de descuento en AGB	50 % de descuento en BAI

- ii. Asistencia financiera basada en la condición de hogar médicamente indigente.
Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente pueden calificar para asistencia financiera en función de la condición de hogar médicamente indigente si: (1) el paciente es miembro de un hogar médicamente indigente, y

(2) el paciente presenta una solicitud completa para ese tipo de asistencia financiera.

- Pacientes sin seguro y pacientes con seguro insuficiente con un ingreso familiar igual o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza. Los pacientes sin seguro y los pacientes con seguro insuficiente que reciben asistencia financiera basada en los ingresos familiares en virtud de la Sección III.C.i de esta Política también pueden calificar para asistencia financiera basada en la condición de hogar médicamente indigente si, *después de la aplicación del descuento de conformidad con la Sección III.C.i*, el hogar aún cumple con la definición de hogar médicamente indigente. Si se aprueba, BH proporcionará a dichos pacientes un descuento del 75 % sobre el saldo restante del paciente.
 - Pacientes sin seguro con un ingreso familiar superior al 400 % del nivel federal de pobreza. A los pacientes sin seguro con un ingreso familiar superior al 400 % del nivel federal de pobreza se les cobrará inicialmente la tarifa de autopago por los servicios cubiertos. BH proporcionará a los pacientes sin seguro que califiquen como miembros de un hogar médicamente indigente un descuento del 75 % en la tarifa de autopago por los servicios cubiertos.
 - Pacientes con seguro insuficiente y un ingreso familiar superior al 400 % del nivel federal de pobreza. BH proporcionará a los pacientes con seguro insuficiente que sean aprobados para recibir asistencia financiera por ser miembros de un hogar médicamente indigente un descuento del 75 % en el BAI del paciente.
- iii. Cargo máximo para los pacientes que califican. A los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que califiquen para recibir asistencia financiera en virtud de esta política no se les puede cobrar un monto mayor que el AGB por los servicios cubiertos. En el caso de que la aplicación de las tablas del apartado III.C.i a los servicios cubiertos produzca un resultado superior al AGB, el cargo por dichos servicios cubiertos se reducirá al AGB.
- iv. Solicitud de la asistencia financiera. A menos que se determine que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera según lo dispuesto en la Sección III.D.iv a continuación, los pacientes deben solicitar la asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera en forma personal en un hospital o acceder a la solicitud desde el sitio web de BH. Los pacientes también pueden solicitar que se les envíe una solicitud por correo llamando al 1-888-264-2127. Todas las solicitudes de asistencia financiera deben entregarse físicamente en el hospital, enviarse por correo a la dirección indicada en el formulario de solicitud o presentarse siguiendo las instrucciones que figuran en el sitio web de BH.

- v. Verificación de ingresos/capacidad de pago
 - Los ingresos del paciente se verificarán utilizando los siguientes elementos, que el paciente debe proporcionar:
 - Declaraciones de impuestos sobre la renta del año anterior,
 - 3 recibos de sueldo más recientes; y/o
 - 3 estados de cuenta de ahorros y cuenta corriente más recientes.
 - Si un paciente no tiene ingresos documentados y/o no está obligado a declarar impuestos sobre la renta en los Estados Unidos (por ejemplo, un paciente jubilado), BH puede evaluar la capacidad de pago del paciente comparando la deuda del paciente con el patrimonio del paciente. La deuda incluye todos los gastos mensuales, como vivienda, automóvil, atención médica, etc. El patrimonio incluye activos líquidos (efectivo, acciones, bonos y otros activos que se pueden liquidar en un plazo de 7 días) para cubrir las facturas pendientes. BH aplicará a los pacientes con un coeficiente de relación deuda/capital superior al 50 % el mismo descuento que a los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera basada en la condición de hogar médicamente indigente.
- vi. Notificación de determinación de elegibilidad. Una vez determinada la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera, ya sea que el paciente sea considerado elegible o no elegible para recibir asistencia financiera, BH enviará una notificación por escrito de su determinación a la última dirección conocida del paciente.
- vii. Aplicación de descuentos de asistencia financiera.
 - A los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera se les aplicará el descuento correspondiente a todos los servicios cubiertos recibidos por el paciente: (i) dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de calificación; y (2) dentro de los 180 días posteriores a la fecha de calificación.
 - A los pacientes que lo soliciten y se les apruebe la asistencia financiera, pero que ya hayan pagado al menos \$5 más que el precio con descuento por el servicio cubierto, se les reembolsará el importe del pago en exceso.
- d. Facturación y cobros. BH podrá emprender cualquier acción legal, incluidas las Acciones extraordinarias de cobro (Extraordinary Collections Actions, ECA), para obtener el pago de los servicios prestados cuando no se haya efectuado el pago transcurridos 120 días desde la fecha del primer estado de cuenta de facturación de dichos servicios (el "Periodo de notificación"). Las ECA incluyen, entre otras la presentación de una demanda judicial, la presentación de un embargo y la notificación de dichas deudas a las agencias de crédito.
 - i. Depósitos. Un hospital puede exigir un depósito a un paciente sin seguro antes

de prestar cualquier servicio, excepto en el caso de los servicios de emergencia, en los que no se exigirá ningún depósito. Todos los pacientes sin seguro deben ser informados de la disponibilidad de asistencia financiera y recibir un formulario de solicitud si lo piden.

- ii. Cuenta única de paciente. Cuando un paciente tiene más de una factura pendiente, BH puede agregar las facturas pendientes en un único estado de facturación. Sin embargo, no se iniciará ninguna ECA para ningún servicio hasta que finalice el periodo de notificación para ese servicio en particular.
- iii. Notificación de factura pendiente. Durante el periodo de notificación, BH enviará por correo los extractos de facturación a los pacientes (y garantes, si corresponde) a la última dirección conocida. Un estado de facturación incluirá:
 - Un resumen de los servicios cubiertos por el estado;
 - Los cargos reales por cada servicio (incluidos los montos cobrados a un proveedor de seguros externos);
 - El monto que debe pagar el paciente (o el garante) por cada servicio; y
 - Un aviso por escrito en el que se le informe al beneficiario de la disponibilidad de asistencia financiera en el marco del Programa de asistencia financiera, acompañado de un resumen en lenguaje sencillo del Programa de asistencia financiera e información sobre cómo solicitar la asistencia financiera (el "Documento resumen en lenguaje sencillo").

BH también puede enviar a los pacientes (y garantes) correos electrónicos y mensajes de texto notificándoles su saldo pendiente y ofreciéndoles la oportunidad de revisar los estados de cuenta digitalmente.

- iv. Elegibilidad presunta para la asistencia financiera. Antes de iniciar cualquier ECA, BH, ya sea directamente o a través de un proveedor externo, determinará si el paciente/garante es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera basada en los ingresos del hogar. Dicha determinación se realizará de conformidad con el Procedimiento de presunta elegibilidad para la asistencia financiera mejorada para pacientes sin seguro. Si se determina que un paciente/garante es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera en función de los ingresos del hogar, el paciente/garante no está obligado a completar una solicitud y los descuentos de la Sección III.C.i se aplicarán automáticamente a la cuenta de acuerdo con la Sección III.C.vii de esta Política. Sin embargo, si el paciente/garante ya ha pagado por alguno de los servicios cubiertos para los que se aplicaría el descuento, el paciente/garante debe presentar una solicitud y recibir aprobación para el Programa de asistencia financiera a fin de que el descuento se aplique a esos servicios cubiertos.
- v. Esfuerzos finales de cobro previos a la ECA. Antes de iniciar cualquier ECA, BH enviará una factura a la última dirección conocida del paciente (y/o garante) en la que se informará al destinatario de las ECA específicas que BH tiene intención de tomar si, para el último día del periodo de notificación, el paciente/garante no: (1) solicita asistencia financiera en virtud del Programa de asistencia financiera; (2) paga el

monto total adeudado; o (3) establece un acuerdo de pago con BH. Este extracto de facturación incluirá el documento de resumen en lenguaje sencillo y se enviará al menos 30 días antes de que finalice el periodo de notificación. El BH también debe hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre el Programa de asistencia financiera y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud del Programa de asistencia financiera.

- Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de asistencia financiera en virtud del Programa de asistencia financiera, BH no iniciará ninguna ECA mientras la solicitud esté pendiente.
- Si el paciente/garante presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera en el marco del Programa de asistencia financiera, BH dará al paciente/garante un plazo razonable para proporcionar la información necesaria para completar la solicitud. Si el paciente/garante no proporciona la información solicitada dentro del plazo otorgado, BH puede iniciar una ACE.
- Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de asistencia financiera en virtud del Programa de asistencia financiera después de que se haya iniciado una ECA, dicha ECA se suspenderá hasta que BH haya tomado una decisión definitiva con respecto a la elegibilidad del paciente/garante para el Programa de asistencia financiera.
- Si el paciente/garante establece un acuerdo de pago con BH, BH puede iniciar una ECA después de tres incumplimientos de pago consecutivos.

e. Eximiciones y ajustes.

- i. Elegibilidad. Independientemente de si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa de asistencia financiera, BH proporcionará a los pacientes sin seguro un descuento del 100 % en el servicio cubierto y eximirá del BAI a cualquier paciente con seguro insuficiente si:
 - El paciente se inscribe en Medicaid dentro de los 12 meses posteriores a la prestación del Servicio cubierto; o
 - El paciente se inscribe en Medicaid en el momento de la prestación del servicio cubierto, pero los fondos de Medicaid no están disponibles para pagar el servicio cubierto o Medicaid deniega la cobertura del servicio cubierto.
- ii. Autoridad de aprobación de eximiciones. Todas las eximiciones y ajustes deben aprobarse de acuerdo con lo siguiente:
 - Eximiciones/Ajustes hasta \$5,000: deben ser aprobados por el gerente de PBM.
 - Eximiciones/Ajustes de \$5,000 o superiores: deben ser aprobados por el director de PBM. El director de PBM puede delegar esta autoridad en el director financiero del Hospital.

- f. Reserva del derecho a solicitar el reembolso de los cargos de terceros. Si cualquier tercero pagador es responsable de cualquier parte de la factura de BH de un paciente, BH buscará el reembolso total de todos los cargos incurridos por el paciente a la tarifa contractual o gubernamental aplicable a dicho pagador o, si no hay una tarifa contractual o gubernamental aplicable, la tarifa de autopago, independientemente de si se proporcionó asistencia financiera al paciente bajo el Programa de asistencia financiera.
- g. Servicios fuera de la red y denegados. A los pacientes fuera de la red y a los pacientes cuyas solicitudes hayan sido denegadas por su compañía de seguros privada se les cobrará inicialmente la tarifa de autopago para todos los servicios cubiertos.

IV. Procedimientos/Intervenciones:

- A. N/A

V. Documentación procesal:

- A. N/A

VI. Información adicional:

- A. N/A

VII. Referencias:

- A. Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible, Sección 9007
- B. Código de Rentas Internas, Sección 501(r)
- C. Programa de atención a indigentes de Colorado, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 hasta §1.501(r)-7
- E. Notificación 2015-46, Boletín de Rentas Internas 2015-28 (13 de julio de 2015)
- F. 79 Reg Fed 78954-79016

VIII. Otras políticas/procedimientos relacionados:

- A. Política de asistencia financiera para pacientes hospitalizados de Banner Lassen Medical Center (N.º 3658)
- B. Política de asistencia financiera para centros no hospitalarios de Banner Health (n.º 1455)

IX. Palabras clave y frases clave:

- A. Programa de asistencia financiera
- B. Programa de asistencia al paciente
- C. Pacientes sin seguro
- D. Facturación

- E. Cobros
- F. Atención caritativa
- G. Descuento por autopago

X. Apéndice:

- A. Lista de proveedores hospitalarios

APÉNDICE A

Lista de proveedores hospitalarios

La siguiente lista contiene los proveedores hospitalarios, por departamento o grupo, que prestan servicios de atención de salud necesarios desde el punto de vista médico dentro de los hospitales BH y cuáles de esos proveedores hospitalarios están cubiertos por esta Política.

Departamento o Grupo	Cubierto	No cubierto
Banner Medical Group - Hospitalistas	X	
Banner University Medical Group - Hospitalistas	X	
No empleado por Banner ¹ - Hospitalistas		X
Banner Medical Group - Intensivistas	X	
Banner University Medical Group - Intensivistas	X	
No empleado por Banner ¹ - Intensivistas		X
Banner Medical Group - Especialistas ²	X	
Banner University Medical Group - Especialistas ²	X	
Banner MD Anderson - Especialistas ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Especialistas ²	X	
No empleado de Banner - Especialistas ²		X
Banner University Medical Group - Anestesiólogos	X	
No empleado por Banner ¹ - Anestesiólogos		X
Banner Medical Group - Telemedicina	X	
Banner University Medical Group - Telemedicina	X	
Banner MD Anderson - Especialistas ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Especialistas ²	X	
No empleado por Banner ¹ - Telemedicina		X
Proveedores de salud conductual de Banner	X	
Servicios de ambulancia terrestre de Banner Health	X	
Servicios de ambulancia terrestre que no pertenecen a Banner Health		X

Este apéndice se revisará trimestralmente y se actualizará, si fuera necesario. Las revisiones de la Lista de proveedores hospitalarios contenida en este apéndice no requieren la aprobación de la Junta Directiva de BH.

¹ Los proveedores no pertenecientes a Banner que contratan con Banner que prestan servicios de facturación son tratados como entidades cubiertas.

² Especialistas incluye, entre otros: sala de emergencias, cirujanos, radiólogos, proveedores de trabajo de parto y parto y traumatología.