

## CERTIFICACIÓN

La infrascrita Jefe de la Unidad de Normas y Seguimiento y Delegada de la Comisión Interventora del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS), certifica la **RESOLUCIÓN CI IHSS-RSAS No.1003/27-09-2019** aprobada en Sesión Ordinaria No.431 de fecha 27 de septiembre de 2019, que literalmente dice: "**RESOLUCIÓN CI IHSS-RSAS No.1003/27-09-2019.-** La Comisión Interventora del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), **CONSIDERANDO (1):** Que mediante Decretos Ejecutivos PCM-011-2014; PCM-012-2014, PCM-025-2014 y PCM-049-2014 de fechas 15 de enero, 10 de abril, 30 de mayo y 4 de agosto de 2014 respectivamente, publicados en el Diario Oficial La Gaceta, el Presidente de la República en Consejo de Ministros decretó, entre otros: Intervenir al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) por razones de interés público, nombrando para este efecto, una Comisión Interventora con amplios poderes conforme a lo establecido en el Artículo 100 de la Ley General de la Administración Pública. **CONSIDERANDO (2):** Que el Artículo 100 de la Ley de Administración Pública reformado en Decreto No. 266-2013 contentivo de la Ley para optimizar la Administración Pública, mejorar los Servicios a la Ciudadanía y Fortalecimiento de la Transparencia en el Gobierno, establece que la Comisión Interventora tiene las facultades que les corresponden a los Administradores de las mismas, ejerciendo su representación legal. **CONSIDERANDO (3):** Que la Ley del Seguro Social en su Artículo 2 establece que el Instituto Hondureño de Seguridad Social cubrirá las contingencias y servicios del Régimen del Seguro de Atención de la Salud, Régimen del Seguro de Previsión Social, Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales, las que están sujetas a la reglamentación especial vigente. **CONSIDERANDO (4):** Que el Instituto Hondureño de Seguridad Social tiene la responsabilidad proporcionar atención médica a los derechohabientes que cotizan al Régimen del Seguro de Atención de la Salud, con el fin que se les brinde un servicio en forma oportuna. **CONSIDERANDO (5):** Que en Resolución CI IHSS No.566/09-08-2016 se autorizó el Estudio Electrofisiológico Mapeo Electro Anatómico Tridimensional Ablación por Radiofrecuencia requerido en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, efectuado en el Centro Médico Sampedrano S.A. "CEMESA" por presentar diagnóstico de Sincope Asociado a Taquicardia Supra Ventricular. **CONSIDERANDO (6):** Que en Memorando No. SCAR-2019-07-01 de fecha 23 de julio de 2019, el doctor Gustavo Moncada, Coordinador del Servicio de Radiología del Hospital de Especialidades solicitó al doctor Hugo Alonzo Borjas, Gerente de Gestión Hospitalaria lo siguiente: a) La justificación por parte del doctor Lenin R. Bulnes en su condición de médico tratante cardiólogo del paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, en relación al procedimiento indicado, en virtud de que ya se ha realizado el mismo con anterioridad. b) Solicitar al equipo de especialista exponer los criterios de selección que apoyen la ablación como la mejor estrategia de manejo del paciente según las Guías Clínicas de la Sociedad Europea de Cardiología vigente. c) Informe de los resultados del procedimiento a realizar al señor JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214. d) La validación por parte de Dirección Médica Nacional para determinar la conveniencia de someter nuevamente al señor CANACA CHAPAS al procedimiento prescrito. **CONSIDERANDO (7):** Que en Memorando No. SCAR-219-07-01 de fecha 23 de julio de 2019, el doctor Gustavo Moncada, Coordinador del Servicio de Radiología del Hospital de Especialidades solicitó al doctor Hugo Alonzo Borjas, Gerente de Gestión Hospitalaria, se justificase porque el doctor Lenin R. Bulnes en su condición de médico tratante cardiólogo del paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, nuevamente escogió el procedimiento de Ablación



como método más conveniente para su manejo, considerando que ya fue sometido previamente a este proceso, por lo que una vez suministrada la información deberá ser revisado por la Dirección Médica Nacional para determinar la conveniencia de someter otra vez al señor CANACA CHAPAS a dicho procedimiento. **CONSIDERANDO (8):** Que en Memorando No.831-GUHMI-HE/IHSS-2019 de fecha 30 de julio de 2019, el doctor Hugo Alonzo Borjas, Gerente de Gestión Hospitalaria solicitó al doctor Lenin R. Bulnes en su condición de médico tratante cardiólogo del paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, expusiera los motivos para someter al paciente a un procedimiento de Ablación ante las consultas vertidas por parte del Coordinador de Cardiología del Hospital de Especialidades. **CONSIDERANDO (9):** Que ante la solicitud realizada, el doctor Lenin el R. Bulnes en su condición de médico tratante cardiólogo del paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, expuso mediante nota de fecha de 9 de agosto de 2019 a la doctora Dinna Rojas, Gerente General; Oscar Barahona, Director de Unidades Médicas y el doctor Hugo Alonso Borjas, Gerente de Gestión del Hospital de Especialidades que la decisión de someter al paciente a un Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares es la siguiente: "...el paciente viene evolucionado con arritmia cardiaca desde antes de 2012, en sus inicios solo hacia paroxismos de taquicardia supra ventricular que en varios trazados eléctricos impresionada taquicardia de Reentrada Intranodal y se documentó también flutter auricular, posteriormente eventos aislados de fibrilación auricular paroxística. Al inicio solo sintomático durante las crisis siempre tuvo mala respuesta al tratamiento medicamentoso. El paciente fue llevado a estudio electrofisiológico y ablación al Hospital Cemesa, donde viene un electrofisiólogo Salvadoreño hacer procedimiento. En esa ocasión lo que le realizaron fue una ablación del itsmo cavo tricúspideo, ablación que cura las arritmias de tipo flutter auricular común istmos dependientes cosa que él no tiene. Por eso el paciente continuó con sus arritmias. Lamentablemente el paciente tiene mala respuesta al tratamiento medicamentoso y desde el 2012 hasta la fecha ha ido evolucionando haciendo la historia natural de la fibrilación auricular, siendo los eventos arrítmicos mucho más frecuentes y sintomáticos. La alternativa terapéutica que requiere el paciente según las guías clínicas actuales con un nivel de evidencia 1-A es llevarlo a ablación con radiofrecuencia de las venas pulmonares y mapeo electro atómico de la taquicardia auricular izquierda que tiene documentada en el último holter. Estos estudios tienen una dependencia de resultados en base a la tecnología que se use, es decir tipo sensor de contacto. El paciente no es tributario de realizar Crio Ablación de Venas Pulmonares, porque está documentada una taquicardia auricular izquierda que no quedaría solventada de utilizar esta técnica. Por lo que para garantizar adecuados resultados, estudio electrofisiológico y ablación de las venas pulmonares y mapeo de Aurícula, son sistema de Carto 3 o Ensite Presition. Y aun la tasa de éxito es de un 65% a un 85% requiriendo hasta dos ablaciones en ocasiones. ID: Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociada. Requiere Estudio Electrofisiológico con Ablación de Venas Pulmonares con tecnología de sensor de contacto con un nivel de evidencia basado en las guías clínicas más alto, Clase I A." **CONSDERANDO (10):** Que con base en las justificaciones descritas en el considerando precedente, la Dirección Médica Nacional procedió a solicitar cotizaciones a las siguientes empresas de acuerdo al procedimiento requerido en el paciente, resultando lo siguiente:

| EMPRESA                                | VALOR EN LEMPIRAS |
|--|-------------------|
| Hospital Honduras Medical Center (HMC) | L216,483.00       |
| Droguería Promesa S.A.                 | L550,000.00       |
| Hospital DIME                          | L125,000.00       |




**CONSIDERANDO (11):** Que por medio de Memorando DMHDE-999-17-9-2019 de fecha 17 de septiembre de 2019, la doctora Dinna Rojas, Gerente General del Hospital de Especialidades remite solicitud a la doctora Bessy Alvarado, Directora Médica Nacional Interina para que se realice en el Hospital Honduras Medical Center (HMC) el Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS, con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, quien presenta diagnóstico de Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociada, y para lo cual su médico tratante, el doctor Lenin el R. Bulnes ha recomendado ampliamente la realización de dicho procedimiento. **CONSIDERANDO (12):** Que la solicitud de realizar el estudio en el Hospital Honduras Medical Center (HMC) es por los siguientes motivos: **a)** Las cotizaciones muestran que el Hospital DIME presenta una menor cotización por monto de L125,000.00 pero este no incluye honorarios profesionales, insumos y medicamentos, exámenes de imágenes ni laboratorio, complicaciones quirúrgicas, postquirúrgicas ni Unidad de Cuidados Intensivos y el pago es de contado. **b)** La cotización del Hospital de Honduras Medical Center incluye lo siguiente:

| COTIZACIÓN                                 | MONTO LEMPIRAS     |
|--|--------------------|
| Materiales                                 | L46,910.00         |
| Medicamento                                | 6,000.00           |
| Alquiler de equipo                         | 44,691.00          |
| Honorarios de 2 médicos electro fisiólogos | 65,000.00          |
| Personal circulante                        | 4,000.00           |
| Enfermera                                  | 3,000.00           |
| Uso de sala y angiografo (1 a 2h)          | 46,882.00          |
| <b>Total</b>                               | <b>L216,483.00</b> |

**c)** Si bien, la diferencia entre la cotización del Hospital Honduras Medical Center y del Hospital DIME es de L91,483.00, la cotización de éste último aumentaría su valor al incluir los servicios necesarios para la atención del paciente y que si los incluye en su cotización el HMC. **CONSIDERANDO (13):** Que la solicitud se acompaña con la siguiente información: 1) Memorando de solicitud, 2) Nota médica firmada por médico tratante 3) Copia de identidad y 4) tres (3) cotizaciones. **CONSIDERANDO (14):** Que en Memorando No.2972-SGP/IHSS-2019 de fecha 18 de septiembre de 2019, la Sub Gerencia de Presupuesto, consignó disponibilidad presupuestaria por un monto de DOSCIENTOS DIECISÉIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES LEMPIRAS EXACTOS (L216,483.00), según la siguiente estructura:

| POS PRE | CE. GE.    | DESCRIPCIÓN       | VALOR       |
|---------|------------|-------------------|-------------|
| 24130   | 4246110009 | Servicios Médicos | L216,483.00 |

**CONSIDERANDO (15):** Que en Memorando No.6880-DMN-2019 de fecha 25 de septiembre de 2019, la doctora Bessy Alvarado, Directora Médica Nacional Interina solicita a la Comisión Interventora, autorización para que se realice en el Hospital Honduras Medical Center (HMC) el Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS, con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, quien presenta diagnóstico de Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociada, ya que este tipo de estudios no se realizan en el IHSS y el proveedor seleccionado cubre la atención necesaria para el paciente, procedimiento que ha sido solicitado por el doctor Lenin el R. Bulnes con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. **CONSIDERANDO (16):** Que la Ley del Seguro Social en su Artículo 35 establece que en casos especiales el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), podrá suscribir contratos y acuerdos con centros sanitarios públicos o privados para prestar servicios de atención médica de acuerdo a las posibilidades, intereses del IHSS y con el reglamento que se emita al efecto. **CONSIDERANDO (17):** Que los servicios subrogados tienen como objetivo brindar asistencia médica quirúrgica general y especializada y asistencia hospitalaria en los lugares donde



el IHSS no cuenta con servicios propios. **CONSIDERANDO (18):** Que se considera procedente la solicitud presentada por la Dirección Médica Nacional para realizar en Hospital Honduras Medical Center (HMC) el Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, quien presenta diagnóstico de Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociada, basado en las justificaciones emitidas por esa Dirección, permitiendo con esto facilitar los medios necesarios para el acceso a la salud. **POR TANTO:** En uso de las atribuciones otorgadas en Decreto Ejecutivo No.PCM-011-2014 de fecha 15 de enero de 2014, Decreto No. PCM-012-2014 de fecha 10 de abril de 2014; Decreto No. PCM-025-2014 de fecha 30 de mayo de 2014; PCM-049-2014, de fecha 9 de agosto de 2014 publicados en el Diario Oficial La Gaceta en fechas el 17 de enero, 3 y 30 de mayo y 9 de agosto de 2014 respectivamente; Artículo 63 de la Ley de Contratación del Estado, Artículo 35 de la Ley del Seguro Social; en sesión del 27 de septiembre de 2019, **RESUELVE: 1.** Dar por recibida la solicitud presentada por la Dirección Médica Nacional en Memorando No.6860-DMN-2019 de fecha 25 de septiembre de 2019, para la subrogación de servicio con el Hospital Honduras Medical Center (HMC) para realizar el Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS, con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, quien presenta diagnóstico de Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociada, lo anterior ya que este tipo de estudios no se realizan en el IHSS; asimismo, para tal solicitud se ha considerado lo siguiente: **a)** Las cotizaciones muestran que el Hospital DIME presenta una menor cotización por monto de L125,000.00 pero ésta no incluye los honorarios profesionales, insumos y medicamentos, exámenes de imágenes ni laboratorio, complicaciones quirúrgicas, postquirúrgicas, ni Unidad de Cuidados Intensivos y el pago es de contado. **b)** La cotización del Hospital de Honduras Medical Center incluye lo siguiente:

| Cotización                                 | Monto Lempiras     |
|--|--------------------|
| Materiales                                 | 46,910.00          |
| Medicamento                                | 6,000.00           |
| Alquiler de equipo                         | 44,691.00          |
| Honorarios de 2 médicos electro fisiólogos | 65,000.00          |
| Personal circulante                        | 4,000.00           |
| Enfermera                                  | 3,000.00           |
| Uso de sala y angiografo (1 a 2h)          | 46,882.00          |
| <b>Total</b>                               | <b>L216,483.00</b> |

**c)** Si bien, la diferencia entre la cotización del Hospital Honduras Medical Center y del Hospital DIME es de L91,483.00, la cotización de éste último aumentaría su valor al incluir los servicios necesarios para la atención del paciente y que sí los incluye en su cotización el HMC. **2.** Autorizar a la Dirección Médica Nacional para que a través de la Dirección de Unidades Médicas y la Gerencia General del Hospital de Especialidades, realice en el Hospital Honduras Medical Center (HMC) el Estudio Electrofisiológico Más Ablación de Venas Pulmonares en el paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de identidad número 0311-1970-00214, quien presenta diagnóstico de Fibrilación Auricular con Taquicardia Auricular Asociado de conformidad a la cotización presentada por el proveedor la cual asciende a un monto de DOSCIENTOS DIECISÉIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL LEMPIRAS EXACTOS (L216,483.00). **3.** Instruir a la Dirección de Unidades Médicas del Hospital de Especialidades para que dé seguimiento al tratamiento del paciente antes descrito de acuerdo al procedimiento que se le ha indicado. **4.** Instruir a la Gerencia Administrativa y Financiera para que a través de la Gerencia General y Administrativa del Hospital de Especialidades de Tegucigalpa realice el trámite que corresponda para honrar el pago al Hospital Honduras Medical Center (HMC) por el estudio realizado al paciente JULIO CESAR CANACA CHAPAS con tarjeta de



identidad número 0311-1970-00214, verificando la documentación completa requerida para las acciones de pago y de conformidad a lo autorizado en la presente Resolución. **5.** El costo que se erogue por lo autorizado en la presente Resolución será imputable a la estructura presupuestaria del Régimen del Seguro de Atención de la Salud. **6.** Comunicar lo resuelto al Director Ejecutivo Interino, Dirección Médica Nacional, Gerencia Administrativa y Financiera, Sub Gerencia de Presupuesto, Gerencia General y Gerencia Administrativa del Hospital de Especialidades, Sub Gerencia de Contabilidad, Departamento de Tesorería y al Tribunal Superior de Cuentas, para los fines legales correspondientes. **7.** La presente resolución es de ejecución inmediata. **F) VILMA C. MORALES M.,** Presidenta CI IHSS. **F) ROBERTO CARLOS SALINAS,** Miembro CI IHSS. **F) GERMAN EDGARDO LEITZELAR V.,** Miembro CI IHSS. **F) NINFA ROXANA MEDINA CASTRO,** Jefe de la Unidad de Normas y Seguimiento y Delegada Comisión Interventora en Resolución CI IHSS No.797/24-11-2015".

Y para los fines correspondientes se extiende la presente en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio Distrito Central, a los veintisiete días del mes de septiembre del año dos mil diecinueve.



**NINFA ROXANA MEDINA CASTRO**  
Jefe Unidad de Normas y Seguimiento IHSS y Delegada  
Comisión Interventora en Resolución CI IHSS No.797/24-11-2015

8/10/19  
*[Handwritten initials]*

**RECIBIDO**  
08 OCT 2019  
*[Handwritten signature]*  
8:50  
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**RECIBIDO**  
Par: *[Handwritten]*  
Fecha: 08/10/19  
Hora: 9:15 PM  
SUB GERENCIA DE PRESUPUESTO  
IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SUB GERENCIA DE CONTABILIDAD  
**RECIBIDO**  
FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_  
FIRMA: \_\_\_\_\_

**RECIBIDO**  
09 OCT 2019  
*[Handwritten signature]*  
DIRECCION MEDICA  
HOSPITAL ESPECIALIDADES

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SUB GERENCIA DE CONTABILIDAD  
**RECIBIDO**  
08 OCT 2019  
FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_  
FIRMA: *[Handwritten signature]*

**RECIBIDO:** *[Handwritten signature]*  
08 OCT 2019  
HORA: 9:10  
TESORERIA IHSS

HOSPITAL GRAL DE ESPECIALIDADES  
09 OCT 2019  
*[Handwritten signature]*  
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DIRECCION MEDICA NACIONAL  
**IHSS RECIBIDO**  
FECHA: 8/10/2019  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
Oct 10/2019  
08:45 am