



ISAPEG

INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO

DEL PROGRAMA SOCIAL QC0060

MI HOSPITAL CERCANO



EJERCICIO FISCAL 2025

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAE: Agenda Anual de Evaluación del Sistema de Evaluación del Estado de Guanajuato

CETRA: Centro Estatal de Trasplantes

CONAC: Consejo Nacional de Armonización Contable

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CGAyF: Coordinación General de Administración y Finanzas

DGA: Dirección General de administración

DGP: Dirección General de Planeación

INSABI: Instituto de Salud para el bienestar

ISAPEG: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

IPLANEG: Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados

MML: Metodología del Marco Lógico

ROP: Reglas de Operación del Programa

SENCO: Secretaría del Nuevo Comienzo

SED: Sistema de Evaluación del Desempeño

LCF: Ley de Coordinación Fiscal

LGDS: Ley General de Desarrollo Social

LGDSyH: Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato

PAE: Programa Anual de Evaluación

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PSE: Programa Social Estatal

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SF: Secretaría de Finanzas

SH: Secretaría de la Honestidad

TdR: Términos de Referencia



Resumen ejecutivo

El presente documento sintetiza los principales hallazgos y fundamentos del diagnóstico del Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano”, implementado por el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG). Este programa constituye una estrategia gubernamental orientada a garantizar la atención médica y/o quirúrgica gratuita y de calidad para la población guanajuatense que carece de afiliación a instituciones de seguridad social, contribuyendo con ello al cumplimiento efectivo del derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El programa surge como respuesta a una problemática estructural de desigualdad en el acceso a los servicios de salud. En Guanajuato, el 33.2% de la población no cuenta con afiliación médica, lo que equivale a más de 3.7 millones de personas sin protección sanitaria formal. Este fenómeno se ha acentuado tras la desaparición del Seguro Popular y las limitaciones operativas del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), lo que ha generado brechas financieras, geográficas y sociales en el acceso a la atención médica. En este contexto, “Mi Hospital Cercano” representa una política pública compensatoria que busca corregir los efectos de la exclusión sanitaria mediante un esquema estatal de cobertura gratuita y focalizada.

El programa tiene sus antecedentes en el proyecto “Cirugías Extramuros”, creado en 2013 y formalizado en 2016, el cual fue concebido para acercar servicios quirúrgicos especializados a la población vulnerable. A partir de 2019 adoptó su denominación actual y amplió sus alcances operativos mediante la incorporación del tamiz metabólico neonatal semiampliado, que permite detectar enfermedades congénitas en etapas tempranas. Su cobertura se extiende a los 46 municipios del estado a través de una red integrada por 568 unidades de consulta externa, 42 hospitales y 20 unidades de especialidad. Los resultados recientes reflejan su impacto positivo: en 2023 se registraron 26,749 apoyos concluidos, mientras que en 2024 se alcanzaron 27,003, de los cuales la mayoría correspondieron a pruebas de tamiz y cirugías correctivas.

El diagnóstico metodológico del programa se realizó con base en los Términos de



Referencia emitidos por la Dirección General de Planeación del ISAPEG y bajo la supervisión del Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato (IPLANEG). La investigación adoptó un enfoque mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas que permitieron comprender de manera holística el problema público. Las etapas de trabajo incluyeron la revisión documental y normativa, el análisis estadístico descriptivo, la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, así como la construcción de una Teoría del Cambio que explica la lógica causal de la intervención. Dicha teoría articula los supuestos, riesgos y mecanismos que vinculan las acciones del programa con los resultados esperados en términos de equidad sanitaria y bienestar social.

Desde el punto de vista normativo, el programa se encuentra sustentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado de Guanajuato y la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el ejercicio fiscal 2025. Asimismo, sus Reglas de Operación se apegan a los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y rendición de cuentas establecidos por el artículo 134 constitucional. La Dirección General de Atención Médica (DGAM) del ISAPEG funge como unidad responsable de su ejecución, garantizando la congruencia con el marco legal vigente.

El problema público identificado se centra en la insuficiente accesibilidad y limitada cobertura efectiva de los servicios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico para la población sin seguridad social. Esta situación deriva en un rezago en la atención de enfermedades crónicas, en un incremento del gasto de bolsillo y en una mayor vulnerabilidad de los hogares de bajos ingresos. Las causas estructurales incluyen el insuficiente financiamiento federal, la carencia de esquemas de protección financiera adecuados y las desigualdades territoriales en la distribución de servicios especializados. En consecuencia, el programa actúa como un instrumento de justicia social y redistribución del ingreso, al ofrecer servicios médicos y quirúrgicos gratuitos a quienes no pueden costearlos.

El objetivo general del programa es garantizar la atención médica y/o quirúrgica



para resolver o minimizar el daño de los padecimientos o discapacidades que afectan a la población sin afiliación médica. Entre sus objetivos específicos destacan fortalecer la capacidad resolutive de las unidades médicas del ISAPEG, diagnosticar oportunamente enfermedades metabólicas congénitas y asegurar la eficiencia y transparencia en el uso del recurso público. Para lograrlo, el programa se estructura en tres componentes: atención médica individual, jornadas médicas extramuros y diagnósticos por tamiz metabólico neonatal.

En términos teóricos, la justificación del programa se apoya en un modelo integrador que combina fundamentos éticos, económicos y sociopolíticos. Desde la perspectiva de la justicia distributiva, John Rawls (1971) plantea que las desigualdades solo son aceptables si benefician a los menos favorecidos, principio que el programa materializa al dirigir recursos a la población vulnerable. Amartya Sen (1999) y Martha Nussbaum (2011) sostienen que la salud es una capacidad fundamental que posibilita la libertad y la dignidad humana, mientras que economistas como Kenneth Arrow y Joseph Stiglitz demuestran que el mercado de la salud presenta fallas estructurales que justifican la intervención del Estado. En el mismo sentido, Richard Musgrave (1959) define la salud como un bien meritorio cuya provisión pública corrige las inequidades distributivas, y T. H. Marshall (1950) considera los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, como pilares de la ciudadanía plena.

Bajo este sustento teórico, el programa QC0060 se entiende como una política pública ética, eficiente y necesaria que responde a fallas de mercado y a desigualdades estructurales, garantizando el acceso equitativo a servicios médicos de calidad. Su operación cumple con las funciones de asignación y distribución del gasto público, reduciendo el gasto catastrófico en salud y fortaleciendo la cohesión social.

Durante el periodo 2023-2025, el programa ha mostrado resultados consistentes. En 2025 cuenta con un presupuesto de 30 millones de pesos, distribuidos en servicios médicos, insumos quirúrgicos y medicamentos. La población objetivo asciende a 3,762,750 personas, y aunque la cobertura actual representa alrededor del 0.7% de este universo, el impacto cualitativo del programa en la vida de los beneficiarios es



significativo.

A manera de conclusión, el Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano” constituye una intervención gubernamental integral y estratégica que busca garantizar el derecho a la salud, reducir la inequidad territorial y fortalecer el bienestar social de la población guanajuatense. Su diseño y operación reflejan coherencia con los marcos normativos, los instrumentos de planeación estatal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si bien su cobertura aún puede considerarse limitada en relación con la magnitud del problema, su relevancia social, eficacia operativa y fundamento teórico lo posicionan como una política pública ejemplar en materia de equidad y justicia sanitaria.



Contenido

Introducción	11
1. Metodología para la Investigación Diagnostica	13
1.2. Objetivo general de la Investigación de Diagnóstico	13
1.2.1. Objetivos Específicos.....	13
1.3. Alcances de la Investigación de Diagnóstico	14
1.3.1. Productos esperados	14
1.4. Diseño metodológico.....	15
1.4.1. Trabajo de Gabinete	15
1.4.2. Análisis Cualitativo	16
1.4.3. Análisis Cualitativo y Trabajo de Campo.....	17
1.4.4. Construcción de la Teoría del Cambio	18
1.5. Análisis de alineación con los instrumentos de planeación.....	21
1.6. Consideraciones relevantes	21
2. Antecedentes del Problema Público.....	22
2.1. Antecedentes históricos del Programa.....	22
2.2. Marco normativo y regulatorio del Programa	24
2.3. Características del Programa y Alineación.....	25
2.4. Identificación, definición y descripción del Problema	29
3. Marco Teórico.....	32
3.1. Justificación del tipo de intervención	33
3.2. Conceptos Fundamentales en la Intersección de Salud y Política Social	34
3.2.1. La Salud como Derecho Humano y Bien Primario	34
3.2.1. Equidad Sanitaria vs. Igualdad: un enfoque para la Justicia.....	35



3.3. Salud: ¿Bien Público, Privado o Meritorio?	36
3.4. Teorías de la justicia distributiva como fundamento ético de la intervención ...	37
3.4.1. John Rawls y la Justicia como Equidad	38
3.5. Amartya Sen y el Enfoque de las Capacidades	38
3.6. Martha Nussbaum y las Capacidades Humanas Centrales	40
3.7. Perspectivas económicas sobre la intervención del estado en el sector salud .	41
3.8. Richard Musgrave y las funciones del sector público.....	42
3.9. El enfoque sociológico y político: la salud como pilar de la ciudadanía	43
3.9. Marco teórico y relación entre conceptos.....	46
3.9.1. Aplicación del Modelo al Diagnóstico del Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano	47
4. Planteamiento del Problema	49
4.1. Análisis del Problema.....	52
4.2. Evolución del Problema.....	53
4.3. Estado actual del problema	55
4.4. Experiencias de atención	58
5. Objetivos de la intervención estatal	60
5.1. Definición de los objetivos.....	60
5.2. Árbol de objetivos.....	63
5.3. Análisis correlaciona entre la lógica vertical y horizontal de los arboles de problemas y objetivos.	63
5.4. Análisis de las alternativas	65
5.5. Justificación de los Objetivos de la intervención	68
6. Cobertura	70
6.1. Metodología para la cuantificación de las poblaciones	72



6.2. Identificación y caracterización de la población de referencia.....	72
6.3. Identificación y caracterización de la población potencial	72
6.4. Identificación y caracterización de la población objetivo	73
6.5. Identificación y caracterización de la población atendida.....	74
7. Análisis del trabajo de campo.....	77
7.1. Descripción de las categorías de análisis	81
7.2. Descripción de los resultados	84
7.3. Análisis de los Resultados	89
7.4. Apreciación cuantitativa	93
8. Teoría del Cambio del Programa QC0060 “Mi Hospital Cercano”	97
8.1. Introducción.....	97
8.2. Problema público.....	97
8.3. Impacto de largo plazo	99
8.4. Resultados de mediano plazo (Efectos / Outcomes)	99
8.5. Productos (Outputs)	100
8.6. Actividades e intervenciones.....	101
8.7. Insumos.....	101
8.8. Supuestos críticos	102
8.9. Narrativa de la Teoría del Cambio.....	102
8.10. Diagrama de la Teoría del Cambio del Programa QC0060 Mi Hospital Cercano	104
9. Principales Hallazgos de la investigación.....	105
10. Análisis de la Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y amenazas.	105
11. conclusiones.....	107



12. Referencias bibliográficas	110
Anexos	116
Anexo 1. Matriz de investigación.....	116
Anexo 2.- Ficha “Difusión de los resultados de la Investigación de Diagnóstico”....	131



Introducción

El presente informe preliminar corresponde al Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano”, una iniciativa impulsada por el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) que busca acercar servicios médicos y quirúrgicos gratuitos a las personas que no cuentan con seguridad social. El documento tiene como propósito ofrecer una visión clara y fundamentada sobre el origen, el funcionamiento y la justificación del programa, partiendo de un análisis integral del problema público que le da sentido.

El documento se organiza en siete apartados, cada uno con una función específica dentro del diagnóstico general. En apartado metodológico, se explicó el enfoque que guio el estudio y las herramientas utilizadas para obtener la información. Se aplicó una metodología mixta, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, lo que permitió analizar tanto los datos numéricos como las percepciones y experiencias de los actores involucrados. En este apartado se detallan las fases del trabajo de gabinete, las estrategias de análisis estadístico, el desarrollo del trabajo de campo y la construcción de la Teoría del Cambio, la cual sirve como base para comprender la lógica y los resultados esperados del programa.

El segundo apartado, antecedentes del problema público, presenta el contexto histórico y social que dio origen al programa. Aquí se muestra cómo el incremento de enfermedades crónicas, la desaparición del Seguro Popular y las limitaciones del sistema federal de salud generaron una brecha de atención médica que afectó a miles de guanajuatenses. También se incluye el marco jurídico que legitima la intervención estatal, destacando las leyes y disposiciones que respaldan su operación.

El tercer apartado, marco teórico, reúne las ideas y enfoques conceptuales que sustentan el programa. Desde la filosofía política y la economía del bienestar,



se abordan las aportaciones de autores como John Rawls, Amartya Sen, Martha Nussbaum, Kenneth Arrow, Richard Musgrave y T. H. Marshall, quienes permiten comprender la salud no solo como un servicio, sino como un derecho humano y un bien social indispensable. Este apartado ofrece una lectura ética, económica y sociopolítica del programa, mostrando que su existencia responde a una necesidad real de justicia distributiva y de equidad social.

El cuarto apartado, el planteamiento del problema, delimita de manera precisa cuál es el problema que el programa busca resolver. Se identifican sus causas, efectos y magnitud, evidenciando que el acceso limitado a la atención médica y quirúrgica constituye una desigualdad estructural. También, se demuestra la urgencia de fortalecer la atención médica para la población sin seguridad social, la cual enfrenta un alto riesgo económico ante enfermedades graves o procedimientos quirúrgicos de alto costo.

El quinto apartado, de los objetivos de la intervención estatal, explica los propósitos y la lógica interna del programa. Se articuló mediante el árbol de objetivos, una herramienta que traduce los problemas detectados en resultados alcanzables. También se analizan las alternativas de acción y se justifica la pertinencia del programa como respuesta gubernamental ante la falta de equidad sanitaria.

El sexto apartado, Cobertura, detalla el alcance real del programa en el territorio guanajuatense. Aquí se describen las características de la población potencial, objetivo y atendida, así como los mecanismos de focalización utilizados para garantizar que los apoyos lleguen a quienes más los necesitan. Este apartado también presenta los datos presupuestales de los últimos ejercicios y los indicadores de desempeño que permiten evaluar la eficacia del programa.

En conjunto, el informe ofrece una mirada completa y reflexiva sobre el Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano”. No se trata únicamente de



evaluar un mecanismo administrativo, sino de comprender su papel en la reducción de las desigualdades sanitarias y en la construcción de un sistema de salud más justo e inclusivo. A lo largo de los apartados se busca demostrar que el programa representa una política pública necesaria, coherente y sustentada, capaz de incidir de manera positiva en la calidad de vida y el bienestar de las personas más vulnerables del estado de Guanajuato.

1. Metodología para la Investigación Diagnóstica

La presente propuesta metodológica se realizó con base en los Términos de Referencia emitidos por la Dirección General de Planeación del ISAPEG, bajo la supervisión del Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del estado de Guanajuato y de la Secretaría del Nuevo Comienzo. En este sentido, la lógica y el desenvolvimiento de la investigación diagnóstica se realiza mediante un enfoque mixto, combinando herramientas cuantitativas y cualitativas para permitir una comprensión profunda y holística del problema público que atiende el Programa.

1.2. Objetivo general de la Investigación de Diagnóstico

Diseñar una propuesta metodológica para la elaboración de un diagnóstico integral del Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano orientado a identificar el problema público, sus causas, consecuencias y contexto, con base en la Teoría del Cambio, para contribuir a una mejor gestión, planeación y articulación del programa hacia el horizonte 2030.

1.2.1. Objetivos Específicos

1. Establecer un marco conceptual y metodológico robusto que oriente la investigación diagnóstica.
2. Analizar cuantitativa y cualitativamente las causas y efectos del problema público.
3. Construir una Teoría del Cambio que fundamente las acciones del programa y



sus resultados esperado.

4. Identificar la coherencia del programa con los instrumentos de planeación estatal y nacional.
5. Formular recomendaciones basadas en evidencia para la mejora del programa.

1.3. Alcances de la Investigación de Diagnóstico

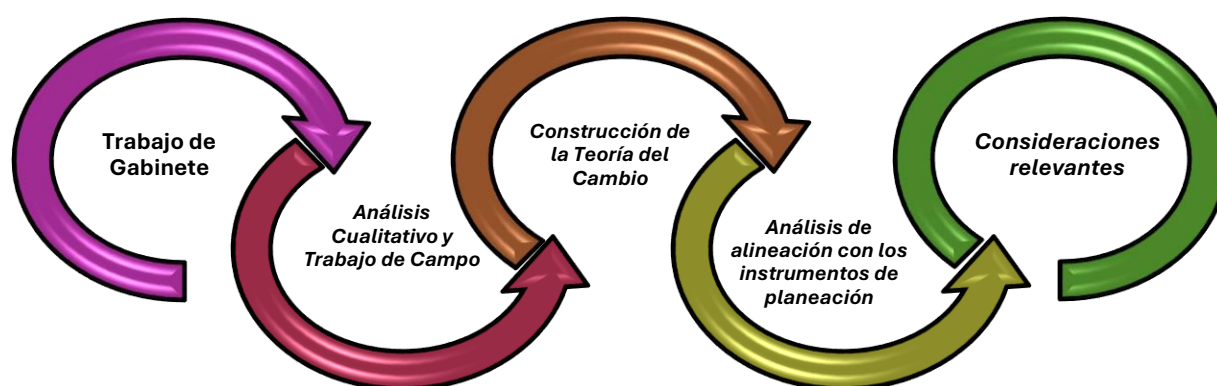
Contar con una investigación de diagnóstico del Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano proporcione un análisis integral del problema público, su contexto y sus factores causales, utilizando la Teoría del Cambio para mejorar la gestión del programa, y en apego la estructura definida en el anexo A.

1.3.1. Productos esperados



1.4. Diseño metodológico

Las técnicas de investigación son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento. Se utilizan de acuerdo con los protocolos establecidos en una metodología de investigación determinada. Métodos y técnicas de investigación son fundamentales e indispensables para el desarrollo de un estudio de cualquier índole. Los métodos indican el camino que se seguirá y son flexibles, mientras que las técnicas muestran cómo se recorrerá ese camino y son rígidas. Por lo anterior, la Investigación de Diagnóstico se desarrolló bajo una metodología mixta, la cual se llevó a cabo en las siguientes etapas:



1.4.1. Trabajo de Gabinete

Es un tipo de investigación documental que se caracteriza por hacerse desde el escritorio, es decir, solo se procesa información recopilada o entregada para hacerse análisis, valoraciones y los hallazgos propios de la Investigación de Diagnóstico. En este sentido, para el desarrollo de la Investigación de Diagnóstico de procesos requerirá de una revisión del contexto en el que los Fondos se ejecutan, y un análisis del marco normativo que los rige. Llevar a cabo este análisis incluye una provisión, organización, sistematización y valoración de información contenida en registros administrativos, evaluaciones externas, documentos oficiales, documentos normativos, sistemas de información, diagramas de flujo,



manuales de procedimientos y documentos relacionados con el programa. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

- Levantamiento de información documental: Revisión de normativas aplicables (Reglas de Operación, planes estatales y nacionales), informes técnicos, evaluaciones previas, reportes financieros y operativos del programa.
- Revisión bibliográfica especializada en políticas de salud, acceso a servicios médicos, pobreza y exclusión en salud.
- Revisión comparada con programas similares en otras entidades federativas o países.

Para llevar a cabo el análisis de gabinete, se consideraron como mínimo los siguientes documentos proporcionados por la Unidad Responsable del Programa:

- La normatividad aplicable (leyes, reglamentos, reglas de operación, lineamientos, manuales de procedimientos, entre otros);
- Diagnóstico y estudios de la problemática que el programa pretende atender;
- Sistemas de información;
- Informes de Evaluaciones previas;
- Documentos de trabajo, institucionales e informes de avances de los Aspectos Susceptibles de Mejora; y
- Documentos asociados al diseño.

1.4.2. Análisis Cualitativo

La investigación cualitativa “abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos –estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entrevista, textos– que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos” (Vasilachis, 2006). Este tipo de estudio



tiene una base epistemológica en la hermenéutica y la fenomenología. Bajo estas perspectivas los actores sociales no son meros objetos de estudio como si fuesen cosas, sino que también significan, hablan, son reflexivos” (Monje, 2011).

En este sentido, para la investigación diagnóstica se emplearon las siguientes técnicas y herramientas:

- Uso de herramientas estadísticas descriptivas y comparativas para analizar los datos de cobertura, número de atenciones, presupuesto asignado y ejercido.
- Análisis de tendencias temporales (series de tiempo) que permitan observar la evolución de la cobertura y desempeño del programa desde 2016.
- Uso de herramientas como Excel, SPSS o R para la sistematización y análisis.
- Fuentes primarias y secundarias: Registros administrativos del programa, bases de datos del INEGI, CONEVAL, SINAIS, ENIGH, Encuestas de Salud.

1.4.3. Análisis Cualitativo y Trabajo de Campo

Para llevar a cabo la investigación y el trabajo de campo se definió una muestra analítica. Esta se construyó a partir de una matriz que permitió establecer los criterios de selección y sus vínculos, brindando sustento y coherencia a la elección de las unidades de análisis consideradas como actores clave. La selección de las variables empleadas para conformar la muestra se fundamentó en su relevancia para los objetivos y el desarrollo del estudio.

Para la definición de la muestra se recurrió a información derivada de un enfoque analítico, a los hallazgos de estudios, investigaciones y evaluaciones previas, así como a los insumos obtenidos mediante entrevistas con actores clave a nivel central y a la revisión de informes y registros administrativos del programa. Todo ello permitió contar con elementos sólidos para establecer criterios de selección que aseguraran la variabilidad de la muestra. Con base en lo anterior, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

A. Aplicación de entrevistas semiestructuradas a:



- Coordinadores del programa a nivel estatal y municipal.
- Personal médico y administrativo involucrado.
- Beneficiarios del programa (muestreo intencionado).

B. Realización de grupos focales en las unidades médicas representativas en las que opera el Programa.

- Uso de software de análisis cualitativo como ATLAS.ti o Excel para codificación temática.
- Triangulación de fuentes para aumentar la validez de los hallazgos.

1.4.4. Construcción de la Teoría del Cambio

La elaboración de teorías del cambio es un proceso metódico que inicia con la definición de los objetivos de cambio (resultados) y la planificación de las acciones necesarias (actividades). Aunque la experiencia de profesionales e investigadores es valiosa, la solidez de estas teorías radica en su fundamentación en la evidencia. Esto implica no solo la participación de la comunidad y los involucrados, sino también un análisis riguroso de informes de proyectos, marcos teóricos y, sobre todo, los resultados de investigaciones que demuestren las relaciones de causa y efecto que se incorporan en la teoría del cambio (Taplin y Clark, 2012).

De acuerdo con Pacheco y Archila (2020), la creación de una Teoría del Cambio efectiva requiere seguir una serie de etapas bien definidas, las cuales son:

- El primer paso para construir la teoría del cambio es definir con precisión el problema que se busca resolver, ciñéndose a lo establecido en las Reglas de Operación (ROP) del programa, ya que estas constituyen el punto de inicio de este proceso.
- El segundo paso implica la formación de un equipo de diseño multidisciplinario. Este equipo debe incluir profesionales e investigadores con



experiencia en el tema central del programa y en la metodología para construir teorías del cambio, así como miembros del equipo responsable de la implementación del programa.

- El siguiente paso es delimitar el territorio de intervención, basándose en las capacidades operativas del programa. Esta delimitación geográfica tiene como objetivo permitir un diagnóstico integral y enfocado, que analice las principales actividades productivas, la infraestructura relevante, los actores clave y su influencia, las problemáticas y conflictos existentes, así como el conocimiento y las percepciones de las comunidades. Durante esta etapa, se podría iniciar un análisis de los interesados para identificar y caracterizar a aquellos con intereses en el tema, distinguiendo entre posibles aliados y potenciales opositores de futuras iniciativas.
- Delimitación de la población a la que se dirige el programa. Para ello, es necesario llevar a cabo una caracterización de las personas beneficiarias, abarcando aspectos como su origen étnico, edad, lugar de residencia y nivel de instrucción. Se deben considerar aquellos factores que tienen un impacto significativo en la formulación de los cambios y las actividades de la teoría del cambio.
- Estructurar la situación problemática, es decir, se creará una secuencia lineal causa efecto. La identificación y análisis de problemas se puede abordar con diversas herramientas, tales como:
 - a. Árboles de problema
 - b. Análisis estructurado o multicausal
 - c. Análisis de determinantes o cuellos de botella



Para estructurar la situación problemática, la información de base debe provenir de los diagnósticos existentes en los planes de desarrollo territorial y sectoriales, así como de los estudios previos realizados.

- El siguiente paso es definir los cambios que se esperan lograr. Tras analizar el problema de manera estructurada, se puede establecer una secuencia de cambios, identificando cuál será el objetivo principal a largo plazo. Esta elección dependerá de las prioridades establecidas, el tiempo estimado para resolver los problemas y las capacidades operativas del programa.
- Se diseñaron actividades necesarias para lograr los cambios definidos, con un enfoque particular en los resultados a corto plazo. Al hacerlo, es crucial tener en cuenta la escala o el alcance de la secuencia de cambios planificada. Es crucial garantizar que las actividades no solo generen los cambios esperados, sino que también cumplan con los siguientes estándares mínimos de calidad: a) Adaptación, b) Eficiencia, c) Cobertura, d) Coherencia y, e) Acción sin daño ((Buchanan-Smith, Cosgrave, y Warner, 2016; De Sebastian, 1999; citado en Pacheco y Archila, 2020, p. 22).
- De acuerdo con la UNICEF (2017), el proceso de identificar supuestos y riesgos implica reconocer dos categorías de supuestos: los internos, que son controlables por el programa y se vinculan con las actividades dentro de la cadena de resultados, y los externos, que se refieren a factores fuera del control del programa y que impactan en el desarrollo de las actividades.
- Finalmente, se debe redactar la teoría del cambio en un documento unificado y coherente que compile y presente de forma clara, organizada y lógica la información más importante surgida durante su proceso de elaboración. Este documento debe iniciar con la explicación del contexto y los beneficiarios, para luego enfocarse en la descripción de la cadena de resultados, detallando las actividades y los cambios definidos, y citando las evidencias



que sustentan la propuesta. Asimismo, se deben incluir los supuestos y riesgos identificados. Se busca que la teoría del cambio sea clara y concisa para asegurar una comprensión unificada al ser comunicada a los equipos de trabajo, los socios y la comunidad.

- La investigación y las evaluaciones de los programas y proyectos van generando los conocimientos necesarios para mejorar progresivamente las teorías del cambio.

Dado lo anterior, para construir la teoría del cambio se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Identificación y validación de supuestos críticos.
- Elaboración de narrativa de la teoría del cambio con énfasis en los mecanismos causales y condiciones contextuales.
- Representación gráfica de la teoría del cambio (árbol de problemas, árbol de objetivos, matriz de indicadores para resultados).

1.5. Análisis de alineación con los instrumentos de planeación

Se revisará la congruencia del del programa con el Plan Estatal de Desarrollo (PED) Guanajuato, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Programa Sectorial de Salud, y otras políticas públicas relevantes. Asimismo, se identificarán sinergias, superposiciones o vacíos entre programas concurrentes.

1.6. Consideraciones relevantes

Finalmente, se observará la ética de la investigación social: consentimiento informado, anonimato, confidencialidad. Se empleará un lenguaje incluyente y enfoque de derechos humanos. Además, se propondrá una participación de los actores institucionales del programa durante el proceso, así como la articulación con la Unidad Coordinadora y la Unidad Responsable para validación de hallazgos.



2. Antecedentes del Problema Público

2.1. Antecedentes históricos del Programa

En la década reciente, Guanajuato ha transitado hacia un perfil epidemiológico dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, hipertensión, cáncer e insuficiencia renal, lo que ha generado una creciente demanda de intervenciones médicas y quirúrgicas especializadas. En paralelo, el acceso desigual a los servicios de salud y el incremento de la población sin seguridad social, que alcanzó el 33.2% en 2022 de acuerdo con datos del CONEVAL, han evidenciado la necesidad de mecanismos de protección financiera y atención médica oportuna. Estas condiciones afectan la calidad de vida, causan muertes prematuras y generan un efecto económico significativo en la familia y la sociedad.

Entre 2008 y 2018, el estado de Guanajuato logró reducir el porcentaje de población con carencia por acceso a servicios de salud del 36.2% al 13.7%. Sin embargo, a partir de 2020, los sistemas de salud se vieron impactados por la pandemia, revirtiendo el avance e incrementando la carencia. Este dato subraya la necesidad de intervenciones públicas como las del programa QC0060 para atender a la población sin derechohabiencia.

Desde una perspectiva de salud pública y desarrollo social, la mejora en la mortalidad y la atención de patologías específicas, como los defectos al nacimiento, constituyen un eje central para el estado de Guanajuato. El diagnóstico y manejo oportuno de los defectos al nacimiento se considera un factor determinante para garantizar la calidad de la atención a la madre al momento de la resolución obstétrica y, consecuentemente, para otorgar al neonato mejores posibilidades de vida. Esta prioridad se ve reflejada en los avances sustanciales observados en los indicadores sanitarios de la entidad:



- El indicador de mortalidad materna en Guanajuato mejoró significativamente, pasando del lugar 22 a nivel nacional en 1992 al lugar 10 en 2022.
- Dicho progreso posiciona a Guanajuato como una de las entidades federativas que ha logrado la mayor reducción en este indicador a lo largo del tiempo.

Bajo este contexto, el Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano” tiene su origen en las estrategias de fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud del Estado de Guanajuato, concebido como un mecanismo para garantizar el acceso equitativo, gratuito y de calidad a servicios médicos, quirúrgicos y diagnósticos a la población sin afiliación a instituciones de seguridad social. Su antecedente directo es el proyecto “Cirugías Extramuros”, implementado en el año 2013 con financiamiento estatal y formalizado como programa en 2016, cuando se establecieron por primera vez sus Reglas de Operación. En 2019, con el cambio de administración estatal, el programa adoptó su denominación actual, “Mi Hospital Cercano”, consolidándose como una política pública de atención médica integral con enfoque de derechos humanos y equidad (ISAPEG, 2025). Desde su creación, el programa ha evolucionado en respuesta a los retos epidemiológicos y sociales del estado.

El programa responde también a la desaparición del Seguro Popular en 2019 y a la creación del Sistema de Salud para el Bienestar (IMSS-Bienestar) mediante la reforma a la Ley General de Salud publicada el 29 de mayo de 2023. En este contexto, el Gobierno del Estado de Guanajuato, a través del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), asumió la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de las personas sin cobertura federal, implementando un esquema complementario de atención médica, diagnóstica y quirúrgica con financiamiento estatal (ISAPEG, 2025).

En sus primeras etapas, el programa se enfocó en la realización de jornadas



quirúrgicas y apoyos individuales para procedimientos de alto costo o no cubiertos por los fondos federales. Entre 2015 y 2024 se registran importantes resultados:

- 2015: 16,579 procedimientos quirúrgicos.
- 2016: 1,536 cirugías y apoyos particulares.
- 2018: 1,075 beneficiarios en siete jornadas quirúrgicas.
- 2019: 6 jornadas con 530 beneficiarios y 228 apoyos individuales.
- 2023: 26,749 apoyos concluidos (24,134 pruebas de tamiz metabólico y 2,615 intervenciones quirúrgicas).
- 2024: 27,003 apoyos concluidos, con 24,136 tamizajes y 2,867 atenciones quirúrgicas (ISAPEG, 2025a).

A partir de 2020, el programa incorporó la detección oportuna de enfermedades congénitas metabólicas mediante el tamiz metabólico neonatal semiampliado, fortaleciendo la atención preventiva en la primera infancia. Asimismo, amplió su cobertura mediante 16 redes de atención médica, integradas por 568 unidades de consulta externa, 42 hospitales y 20 unidades de especialidad, con presencia en los 46 municipios del estado.

La política social de salud de Guanajuato, plasmada en el Plan Estatal de Desarrollo 2050, establece como prioridad garantizar servicios médicos oportunos, de calidad y con enfoque de equidad territorial, alineados al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar) de la Agenda 2030. En este marco, “Mi Hospital Cercano” representa una acción estratégica del eje Humano y Social, orientada a reducir las brechas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud y a mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad.

2.2. Marco normativo y regulatorio del Programa

Marco Normativo	Relación con el Programa Social QC0060
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículos 4º y 134	El Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano” se fundamenta en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en tanto que reconoce el derecho a la protección de la salud y la concurrencia Federación-Estados en salubridad general. Así como en el Artículo 134, dado que, las Reglas de Operación del programa buscan normar la ejecución de



	los recursos bajo los principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez en la administración de los recursos públicos.
Ley General de Salud (LGS)	El programa opera redes integradas estatales y cubre patologías/procedimientos e insumos complementarios, coherente con la lógica de gratuidad y articulación de servicios para población sin seguridad social.
Compendio Nacional de Insumos para la Salud (CSG)	Orienta la elegibilidad técnica de insumos/terapias que el programa puede financiar/subrogar.
Artículo 6 y 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato	El Programa Social se encuentra jurídicamente respaldado por el Artículo 6to de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato, ya que establece el derecho a la salud y a la igualdad entre mujeres y hombres. Asimismo, el artículo 80 otorga al Poder Ejecutivo la facultad de organizar y conducir la administración pública estatal, incluyendo la implementación de programas sociales a través de sus órganos centralizados y paraestatales.
Ley de Salud del Estado de Guanajuato	El programa se fundamenta en dicha ley, dado que reconoce la prestación de servicios integrales, preventivos y de rehabilitación, así como la obligación de incorporar perspectiva de género.
Artículos 29 y Segundo Transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2025	En cumplimiento con lo dispuesto en los Artículos 29 y Segundo Transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2025, el Programa Social QC0060 cuenta con Reglas de Operación debidamente estructuradas, publicadas y alineadas con las disposiciones normativas vigentes. Estas reglas establecen los criterios de elegibilidad, metas, procedimientos operativos y mecanismos de Investigación de Diagnóstico, garantizando así la legalidad, transparencia y eficiencia en el ejercicio de los recursos públicos asignados.
Artículo 13, fracción VI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato	El Artículo 13 establece las atribuciones de las dependencias del Ejecutivo Estatal. La fracción VI otorga a la Secretaría de Salud la facultad de: “Establecer, conducir y evaluar las políticas públicas en materia de salud pública, servicios médicos, medicamentos, prevención, atención y control de enfermedades, entre otras competencias.”
Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)	Otorga facultades a las autoridades del ISAPEG, como la Dirección General de Atención Médica (DGAM), para operar y resolver situaciones no previstas en las Reglas de Operación. La DGAM es la Unidad Administrativa responsable de la ejecución del programa.

Fuente. Elaboración propia con base en (Cámara de Diputados, 2024; Congreso del Estado de Guanajuato, 2020, 2020^a, 2024, 2025; Gobierno del Estado de Guanajuato, 2023; Gobierno de México, 2015 y Secretaría de Gobernación 2025;).

2.3. Características del Programa y Alineación

Características del Programa	
Nombre	Mi Hospital Cercano
Clave	QC0060
Modalidad	Proyecto de inversión – Sujeto a Reglas de Operación



Dependencia Coordinadora	Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato – Dirección General de Atención Médica	
Año de inicio	2016 bajo el nombre “Cirugías Extramuros”	
Justificación de la creación del programa		
Problema o necesidad que atiende	La población del estado de Guanajuato presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.	
Contribución a las metas y objetivos estatales		
Objetivos de Desarrollo Sostenible		
Objetivo	3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	Meta 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
Plan Nacional de Desarrollo 2025 - 2030		
Eje 2: Desarrollo con bienestar y humanismo	Objetivo 2.7: Garantizar el derecho a la protección de la salud para toda la población mexicana mediante la consolidación y modernización del sistema de salud, con un enfoque de acceso universal que cierre las brechas de calidad y oportunidad, protegiendo el bienestar físico, mental y social de la población.	Estrategia 2.7.6. Garantizar la entrega oportuna de insumos de salud en los tres niveles de atención, acorde a las necesidades de la población.
Programa Sectorial de Salud 2025 - 2030		
Objetivo 2. Incrementar la capacidad resolutiva y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria.	Estrategia 2.1 Fortalecer la disponibilidad y continuidad de servicios médicos de calidad en las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, garantizando los 365 días del año, atención efectiva a toda la población en territorio mexicano.	Línea de acción 2.1.1. Garantizar la accesibilidad completa a la cartera de servicios en las unidades de salud, para reducir el gasto de bolsillo de todas las personas en territorio mexicano.
Plan Estatal de Desarrollo Guanajuato 2050		
Pilar 1. Sociedad incluyente, resiliente y humanitaria	Objetivo 1.2. Mejorar la salud y resiliencia de la población guanajuatense	Estrategia 1.2.1. Consolidación del acceso universal y cobertura de los servicios de salud.
Programa de Gobierno 2024 - 2030		
Eje 2. Guanajuato es Igualdad	Objetivo 2.6. Facilitar el acceso a servicios de salud de calidad para todas las personas, con énfasis en	Estrategia 2.6.4. Potenciar las estrategias de aseguramiento de la



	la población en situación de vulnerabilidad.	calidad en la prestación de los servicios de salud.
Programa Sectorial Desarrollo Humano y Social¹		
Línea estratégica 2.7. Prevención a la salud	Objetivo 2.7.4. Mantener la promoción y prevención de la salud pública y control epidemiológico.	Línea de acción 2.7.4.2. Fortalecer las capacidades en diagnóstico y monitoreo de las personas atendidas, procurando la accesibilidad y atención cercana.
Objetivos y servicios que ofrece el programa		
Objetivo del programa	“Garantizar a la población la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento o discapacidad”.	
Objetivos específicos	1. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica en los servicios de salud para los pacientes que ingresen su solicitud a las unidades médicas del ISAPEG y así contribuir a resolver o minimizar el daño de sus padecimientos y/o discapacidad. 2. Diagnosticar oportunamente enfermedades congénitas metabólicas con tamiz metabólico semi ampliado de seis elementos; y 3. Asegurar que el recurso público se ejerza, eficiente y transparente.	
Servicios y/o apoyos	1. Atenciones médicas, integrales y/o quirúrgicas individuales que requieren los recursos del Programa, a personas residentes del Estado que no cuenta con afiliación a instituciones de salud; 2. Atenciones médicas y/o quirúrgicas en jornadas médicas que requieren los recursos del programa, a personas residentes del Estado que no cuenten con afiliación a instituciones de salud; y, 3. Diagnósticos de detección oportuna por tamiz metabólico pagados con los recursos del programa.	
Identificación de la Población potencial, objetivo y atendida		
Población Potencial:	Población en el estado de Guanajuato: 6,331,142	
Población Objetivo:	3,762,750 personas sin afiliación a instituciones de salud.	
Cobertura y mecanismos de focalización		
Cobertura	46 municipios del estado de Guanajuato.	
Principales metas de Fin, Propósito y Componentes		
Nivel	Objetivo	Indicador
Fin	Contribuir a aumentar la esperanza de vida en la población del estado de Guanajuato sin afiliación a instituciones de salud residentes del Estado, mediante la atención médica, integral y/o quirúrgica	Esperanza de vida al nacer
Propósito	La población guanajuatense sin afiliación a instituciones de salud cuya atención requiere de los recursos del Programa, presenta un amplio acceso a la atención	Porcentaje de población guanajuatense sin afiliación a instituciones de salud beneficiada con

¹ Aún no se actualizan, en cuanto salga la publicación de la nueva administración se cambiará la alineación.



	médica, quirúrgica y/o complementación diagnóstica terapéutica.	el financiamiento del Programa en la atención médica y/o quirúrgica	
Componente 1	Atenciones médicas, integrales y/o quirúrgicas individuales que requieren los recursos del programa brindadas	Porcentaje de atenciones médicas, integrales y/o quirúrgicas brindadas	
Componente 2	A tenciones médicas, y/o quirúrgicas en jornadas médicas que requieren los recursos del programa brindadas	Promedio de atenciones médicas, integrales y/o quirúrgicas brindadas	
Componente 3	Diagnósticos de detección oportuna por tamiz metabólico pagados con los recursos del programa	Porcentaje de tamices metabólicos pagados	
Metas del Programa en las Reglas de Operación			
Metas	1. Otorgar atención médico – quirúrgica en las Unidades Médicas y/o Hospitalarias de responsabilidad del ISAPEG a pacientes, qué su o sus padecimientos requieren de una atención médica y/o quirúrgica. Unidad de medida: Setecientos noventa y seis (796) solicitudes de atención médico-quirúrgica concluidas. 2. Realizar investigación del diagnóstico del problema público con el propósito de mejorar la gestión del Programa. Unidad de medida: Una (1) investigación realizada. 3. Realizar tamizaje metabólico a recién nacidos en las unidades médicas del ISAPEG para fortalecer el diagnóstico oportuno de enfermedades (hiperplasia, hipotiroidismo congénito, galactosemia, fibrosos quística, fenilcetonuria y deficiencia de glucosa seis fosfato deshidrogenasa). Unidad de medida: Veintiséis mil trescientos cinco (23,305) tamizajes realizados.		
Presupuesto			
Ejercicio	Aprobado	Modificado	Ejercicio
2023	\$51,640,680.00	\$75,161,270.16	\$75,161,270.16
2024	\$46,000,000.00	\$49,334,612.5	\$49,334,612.5
2025	\$30,000,000.00	\$75,719,030.75	\$75,719,030.75 ²

Fuente. Fuente. Elaboración propia con base en (Gobierno de México, 2024; Gobierno del Estado de Guanajuato, 2023, 2024; Periódico Oficial del Estado de Guanajuato, 2024; Secretaría de Finanzas del Estado de Guanajuato, 2023, 2024, 2025; Secretaría de Salud, 2024; SDSH, 2024 y ONU, 2015).

² Corte al 30 de septiembre del año 2025.



2.4. Identificación, definición y descripción del Problema

a) Identificación del problema público

Desde una óptica analítica, el problema público que fundamenta el Programa QC0060 "Mi Hospital Cercano" reside en la insuficiente accesibilidad y la limitada cobertura efectiva de servicios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico de alta calidad para el segmento poblacional del Estado de Guanajuato que carece de afiliación a esquemas de seguridad social. Esta situación se configura como una brecha estructural dentro del sistema de salud estatal, afectando a aproximadamente 3.7 millones de individuos. La principal manifestación de esta carencia es la ausencia de mecanismos de protección financiera adecuados, lo que impide a este amplio sector acceder de manera oportuna a servicios médicos integrales.

El problema trasciende la mera inexistencia de servicios, evidenciando una inequidad funcional en su distribución y aprovechamiento:

- **Rezago y Gasto de Bolsillo:** La falta de acceso oportuno se traduce directamente en un rezago en la atención de enfermedades crónicas, una falta de resolución quirúrgica en tiempo y forma, y un incremento desproporcionado del gasto de bolsillo en los hogares en situación de vulnerabilidad.
- **Barreras de Acceso:** Mientras que la población con derechohabiencia (IMSS, ISSSTE o esquemas privados) posee una atención institucionalizada, los grupos con mayores barreras (especialmente aquellos en zonas rurales, mujeres, adultos mayores y población en pobreza) enfrentan obstáculos económicos, geográficos y administrativos que impiden el ejercicio efectivo de su derecho a la salud.

Bajo la óptica de la teoría de políticas públicas, este escenario constituye una "brecha entre el estado actual y el estado deseado". El estado deseado está definido por el mandato constitucional del derecho a la protección de la salud (Artículo 4º de



la CPEUM), que impone al Estado la obligación ineludible de garantizar el acceso a la salud de forma universal, gratuita y de calidad. Por lo tanto, el Programa QC0060 es la respuesta institucional diseñada para cerrar activamente esta disparidad y avanzar hacia el cumplimiento del principio de universalidad.

b) Delimitación de la magnitud del problema

Por su parte, la magnitud del problema se cuantifica y define a partir de indicadores de cobertura, carencias, y los resultados sanitarios y socioeconómicos observados en la población de Guanajuato:

- Insuficiente Cobertura Sanitaria: según CONEVAL e INEGI, el 33.2% de la población guanajuatense presentó carencia por acceso a servicios de salud en 2022, equivalente a más de 2 millones de personas sin acceso formal a atención médica (ISAPEG, 2025).
- El perfil epidemiológico estatal muestra un incremento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer, insuficiencia renal crónica), que generan muertes prematuras y altos costos familiares y sociales.
- Rezago en atención quirúrgica: Históricamente, numerosos pacientes con padecimientos quirúrgicos y de alta especialidad permanecían sin una resolución médica efectiva. Esto se debe a la falta de cobertura presupuestal o a que sus tratamientos no estaban contemplados en los fondos federales (como FASSA o el Catálogo Universal de Servicios de Salud - CAUSES).
- Impacto económico en hogares: la falta de cobertura integral produce gastos catastróficos en salud, particularmente en tratamientos de alto costo o cirugías especializadas (neurocirugía, oncocirugía, retinología, bariatría, entre otros).
- Cobertura parcial y progresiva del programa: aunque el programa “Mi Hospital Cercano” ha demostrado ser una intervención efectiva, beneficiando



a más de 26,000 personas anualmente, la población objetivo-estimada es de 3.7 millones. Esto implica que la cobertura actual atiende aproximadamente al 0.7% del universo potencial que requiere los recursos del programa, lo que pone en evidencia la necesidad de incrementar significativamente su escala operativa y su capacidad de respuesta

En consecuencia, la magnitud del problema trasciende el ámbito individual de atención médica, manifestándose como un problema estructural de equidad territorial y financiera, que limita la materialización del derecho constitucional a la salud y compromete el bienestar integral de las familias guanajuatenses.

c) Alcance de la intervención pública

El alcance de la intervención pública a través del Programa QC0060 “Mi Hospital Cercano” se orienta a mitigar los efectos directos de la desigualdad en el acceso a servicios médicos y quirúrgicos, garantizando atención gratuita, de calidad y sin discriminación a personas sin seguridad social. En términos de la Metodología de Marco Lógico, el programa actúa sobre las causas inmediatas y subyacentes del problema público mediante tres componentes estratégicos:

1. Atención médica y quirúrgica individual: financiamiento estatal para procedimientos de segundo y tercer nivel no cubiertos por fondos federales, priorizando padecimientos de alto costo o de resolución urgente.
2. Jornadas médicas especializadas: acciones extramuros para reducir listas de espera y ampliar cobertura territorial en municipios con baja oferta hospitalaria.
3. Tamiz metabólico neonatal: detección oportuna de enfermedades congénitas para reducir la discapacidad infantil y las secuelas a largo plazo.

El alcance del programa, por tanto, es complementario y compensatorio: no sustituye las funciones federales en materia de salud, sino que las amplía y refuerza



desde la competencia estatal, en cumplimiento de los principios de concurrencia establecidos en el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución y en la Ley de Salud del Estado de Guanajuato.

El problema público que atiende el Programa QC0060 es una brecha de justicia social en el acceso efectivo a la salud, producto de la insuficiente cobertura institucional y la limitada capacidad financiera de la población vulnerable.

Su magnitud es amplia, su impacto multidimensional y su atención prioritaria; de ahí que la intervención estatal mediante “Mi Hospital Cercano” represente una acción correctiva estratégica y necesaria para el cumplimiento progresivo del derecho a la salud en Guanajuato.

En este apartado se buscó plasmar de forma concreta cuál es el problema público que se busca atender con la intervención del programa social. En el siguiente apartado, se aborda el marco teórico donde se explican los conceptos centrales relacionados con el problema público.

3. Marco Teórico

El acceso a servicios de salud oportunos y de calidad es reconocido universalmente como un pilar del desarrollo humano y un derecho fundamental. Sin embargo, persisten profundas desigualdades que impiden su materialización para vastos sectores de la población. El estado de Guanajuato, a pesar de sus avances en la reducción de la pobreza, enfrenta un desafío crítico delineado en el Diagnóstico del Programa Social QC0060 "Mi Hospital Cercano", la población sin afiliación a instituciones de seguridad social presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica (ISAPEG, 2025).

Esta limitación no es trivial; se manifiesta en la incapacidad de cubrir los costos de padecimientos complejos, tratamientos de alto costo, y cirugías de subespecialidades como neurocirugía, oncocirugía, retinología, maxilofacial, que no



son consideradas por los esquemas de financiamiento federal. El resultado es un incremento en las complicaciones de padecimientos, un retraso en la atención y, en última instancia, una potencial "disminución de la esperanza de vida en la población del estado". El problema se agudiza por un "insuficiente financiamiento Federal centralizado" y un compendio de insumos para la salud que se percibe como limitado y no actualizado (ISAPEG, 2025).

En respuesta a esta problemática, el Gobierno del Estado de Guanajuato implementa el Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano; este programa, que evolucionó del proyecto Cirugías Extramuros en 2019, tiene como objetivo explícito que la población guanajuatense en situación de vulnerabilidad presente un amplio acceso a la atención médica, integral, quirúrgica y/o complementación diagnóstico-terapéutica.

3.1. Justificación del tipo de intervención

La existencia y operación del programa "Mi Hospital Cercano" demanda una justificación que trascienda la mera descripción administrativa. Requiere un marco teórico robusto que lo ancle en los principios fundamentales de la justicia social, la economía del bienestar, la teoría política y teoría del cambio. El objetivo del presente marco teórico consiste en articular, desde múltiples perspectivas, las razones fundamentales que legitiman y dan sentido a intervenciones del Programa Social QC0060. Para ello, será importante considerar los conceptos clave que estructuran el siguiente análisis (ej., el derecho a la salud, la equidad sanitaria, la vulnerabilidad y la naturaleza de la salud como un bien meritorio):

- Explorar las teorías de la justicia distributiva de John Rawls, Amartya Sen y Martha Nussbaum, argumentando que el programa es un imperativo ético para garantizar la equidad y expandir las capacidades humanas.
- Abordar las justificaciones desde la economía pública, utilizando las teorías de fallas de mercado de Arrow y Stiglitz, y la teoría de las finanzas públicas de



Musgrave, para posicionar al programa como una intervención necesaria y eficiente.

- Presenta la perspectiva sociopolítica, basada en T.H. Marshall y Esping-Andersen, para enmarcar el programa como un mecanismo de construcción de ciudadanía social.
- Sintetizar estas perspectivas en un modelo integrador, demostrando cómo se interrelacionan para ofrecer una justificación multidimensional y coherente, aplicada directamente a los datos y objetivos del diagnóstico del programa QC0060.

Finalmente, este documento busca no solo justificar una política pública específica, sino también ofrecer un andamiaje analítico aplicable a otras intervenciones sociales que buscan corregir desigualdades profundas en el acceso a derechos fundamentales.

3.2. Conceptos Fundamentales en la Intersección de Salud y Política Social

Antes de analizar el marco teórico, es indispensable definir con precisión los conceptos que estructuran el debate sobre la salud pública y la intervención gubernamental. Estos conceptos no son meras etiquetas, sino constructos cargados de significado normativo que moldean la forma en que entendemos el problema y diseñamos las soluciones.

3.2.1. La Salud como Derecho Humano y Bien Primario

El punto de partida de cualquier justificación para la intervención del Estado en la salud es su reconocimiento como un derecho humano fundamental. El diagnóstico del programa QC0060 se ancla en este principio, citando el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reconoce el "derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud". Este enfoque basado en derechos transforma la provisión de servicios médicos de un acto de benevolencia a una obligación del Estado. El Estado, según el Artículo 77 bis 1 de



la Ley General de Salud³, debe garantizar este derecho bajo los principios de universalidad, igualdad y gratuidad, asegurando el acceso a servicios que satisfagan integralmente las necesidades de salud.

Desde una perspectiva filosófica, John Rawls (1971) conceptualizaría la salud como un "bien primario". Los bienes primarios son aquellas "cosas que se presume que un hombre racional quiere, sin importar qué más quiera". Aunque Rawls no incluye explícitamente la salud en su lista inicial, teóricos posteriores como Norman Daniels (1985) han argumentado convincentemente que la salud es un prerrequisito para la "igualdad equitativa de oportunidades". Sin un nivel adecuado de funcionamiento físico y mental, la capacidad de un individuo para perseguir su plan de vida y competir por posiciones sociales se ve severamente mermada. Por lo tanto, proteger la salud es una condición necesaria para que los demás principios de la justicia operen de manera efectiva.

3.2.1. Equidad Sanitaria vs. Igualdad: un enfoque para la Justicia

El discurso de las políticas públicas a menudo utiliza los términos "igualdad", "equidad" y más hoy en día desde una perspectiva de género e interseccionalidad de manera intercambiable, pero en el ámbito de la salud, su distinción es crucial.

- **Igualdad en salud** implicaría que todos los individuos reciban la misma cantidad y tipo de recursos sanitarios (por ejemplo, el mismo presupuesto per cápita).
- **Equidad sanitaria**, por otro lado, es un concepto de justicia. Significa que los recursos se distribuyen de acuerdo con la necesidad, con el objetivo de que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud. La equidad no busca dar a todos lo mismo, sino dar más a quienes más lo necesitan para reducir las disparidades injustas y evitables.

³ Ley General de salud. Consultado en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3bis.htm>



El programa "Mi Hospital Cercano" es un claro ejemplo de una política orientada a la equidad. No ofrece cirugías de alta especialidad a toda la población de Guanajuato, sino que focaliza sus recursos en la población guanajuatense que se encuentre en situación de vulnerabilidad y sin acceso a otros esquemas de seguridad social. Al hacerlo, el programa reconoce que ciertos grupos enfrentan barreras desproporcionadas (económicas, geográficas, institucionales) y busca nivelar el campo de juego, asegurando que una condición médica catastrófica no se traduzca en una condena financiera o vital.

El concepto de vulnerabilidad es central para el diseño del programa QC0060. En política social, la vulnerabilidad se refiere a la condición de un individuo o grupo que, debido a una combinación de factores (socioeconómicos, de salud, demográficos), tiene una capacidad reducida para anticipar, enfrentar y recuperarse de los choques o adversidades.

La población objetivo del programa son personas vulnerables no solo por su condición médica, sino por una carencia estructural: la falta de afiliación a una institución de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE. Esta carencia los expone a lo que se llama "incremento en el Gasto de bolsillo", que es uno de los mecanismos más regresivos de financiamiento de la salud, empujando a las familias a la pobreza. El programa identifica esta vulnerabilidad y actúa como un mecanismo de protección social, es decir, un escudo contra el impacto financiero devastador de una enfermedad de alto costo.

3.3. Salud: ¿Bien Público, Privado o Meritorio?

En la teoría económica, la clasificación de un bien determina el rol apropiado del gobierno en su provisión.

- Un bien privado es rival y excluible: el mercado lo provee eficientemente.
- Un bien público puro: el mercado no lo provee, por lo que el Estado debe hacerlo.



La salud es un bien complejo que no encaja perfectamente en ninguna de estas categorías, es decir, ciertos aspectos, como una consulta médica, pueden ser privados (rivales y excluibles); sin embargo, muchas intervenciones de salud tienen características de bien público, como las vacunas, que generan externalidades positivas (protegen a toda la comunidad).

En relación con lo anterior, la atención médica de alto costo, como la que provee el programa QC0060, se clasifica mejor como un bien meritorio (o preferente). Según Richard Musgrave (1959), un bien meritorio es aquel que la sociedad considera que todos los individuos deberían consumir, independientemente de su capacidad de pago; aunque el mercado podría proveerlo, se considera que la decisión de consumo individual puede ser subóptima (por falta de información o previsión).

En este sentido, el Estado interviene para asegurar un nivel de atención adecuado, ya sea a través de subsidios, provisión directa o regulación. El programa "Mi Hospital Cercano" es una manifestación de esta idea: la sociedad, a través del gobierno de Guanajuato, ha decidido que las cirugías reconstructivas, los cateterismos y los tratamientos oncológicos son tan importantes que su acceso no debe dejarse al azar de la capacidad económica individual.

3.4. Teorías de la justicia distributiva como fundamento ético de la intervención

La decisión de utilizar recursos públicos para financiar la atención médica de un grupo específico de la población es, en esencia, un acto de justicia distributiva. No es una decisión meramente técnica o administrativa, sino una que responde a la pregunta fundamental: ¿qué nos debemos los unos a los otros como miembros de una sociedad? Por lo que, el programa social QC0060 se puede sustentar de forma solida en tres de teóricos influyentes de la filosofía política contemporánea.



3.4.1. John Rawls y la Justicia como Equidad

La obra magna de John Rawls, "Una Teoría de la Justicia" (1971), ofrece un poderoso marco para evaluar la justicia de las instituciones sociales. Rawls propone que los principios de una sociedad justa son aquellos que serían elegidos por personas racionales en una situación hipotética de igualdad, a la que llama la "Posición Original".

En la Posición Original, los individuos se encuentran detrás de un "velo de la ignorancia". Esto significa que no conocen su lugar en la sociedad, su clase social, sus talentos naturales, su estado de salud, ni su concepción del bien. Desconocen si nacerán sanos o con una enfermedad congénita, si tendrán un accidente que requiera una neurocirugía, o si desarrollarán cáncer a lo largo de su vida.

Desde esta posición de incertidumbre radical, Rawls argumenta que los individuos elegirían principios que los protejan del peor escenario posible, no apostarían a que tendrán suerte y gozarán de buena salud y recursos; por el contrario, diseñarían un sistema social que les asegure una red de seguridad en caso de infortunio. Por lo tanto, detrás del velo de la ignorancia, sería irracional no elegir un principio que garantice el acceso a la atención médica necesaria, independientemente de la capacidad de pago. El programa QC0060, que atiende a la población vulnerable que sufre padecimientos catastróficos, puede ser visto como la materialización institucional de un acuerdo que se tomaría en la Posición Original.

Aunado a lo anterior, Rawls postula que de esta deliberación surgirían el principio de diferencia el cual es particularmente relevante, y sostiene que las desigualdades sociales y económicas solo son justas si redundan en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad.

3.5. Amartya Sen y el Enfoque de las Capacidades

Amartya Sen, critica los enfoques de justicia que se centran exclusivamente en la



distribución de recursos (como el ingreso) o en la utilidad (la felicidad). En su lugar, propone el Enfoque de las Capacidades (Sen, 1999), que concibe el desarrollo y el bienestar en términos de la libertad real que tienen las personas para vivir la vida que tienen razones para valorar. Sen introduce dos conceptos clave: "funcionamientos" y "capacidades" (capabilities).

- Los funcionamientos son los estados y acciones que una persona logra ser y hacer: estar bien nutrido, gozar de buena salud, participar en la comunidad, etc.
- La capacidad de una persona es el conjunto de combinaciones de funcionamientos que tiene a su alcance. Representa su libertad sustantiva para elegir entre diferentes tipos de vida.

El problema de centrarse solo en los recursos (como el dinero) es que diferentes personas necesitan distintas cantidades de recursos para alcanzar los mismos funcionamientos. Una persona con proceso de diálisis necesita muchos más recursos para alcanzar el funcionamiento de "estar sano" que una persona sin esa condición. Desde esta perspectiva, el programa "Mi Hospital Cercano" no está simplemente "dando cirugías". Lo que está haciendo es restaurar o expandiendo la capacidad fundamental de gozar de buena salud. La salud no es un fin en sí mismo, sino una "meta-capacidad" que habilita una amplia gama de otros funcionamientos valiosos. Sin salud, la capacidad de trabajar, de aprender, de cuidar a otros, de disfrutar del ocio y de participar en la vida política se ve drásticamente reducida.

El diagnóstico del programa se alinea con esta visión cuando menciona el objetivo de avanzar hacia una "vida plena, con mayor acceso a oportunidades de desarrollo". Al financiar un Tamiz Metabólico Neonatal, el programa interviene en el momento más temprano posible para prevenir discapacidades que limitarían severamente el conjunto de capacidades de un niño a lo largo de toda su vida. Al proveer una cirugía de reconstrucción mamaria, no solo trata una condición médica, sino que también puede restaurar la capacidad de una mujer para participar en la



vida social sin estigma y con autorrespeto. El programa, por lo tanto, es una política de expansión de la libertad.

3.6. Martha Nussbaum y las Capacidades Humanas Centrales

Martha Nussbaum (2011), en colaboración y diálogo con Sen, desarrolla una versión más específica del enfoque de las capacidades. Propone una lista de diez "Capacidades Humanas Centrales" que considera como el requisito mínimo para una vida con dignidad humana. Sostiene que el objetivo de una sociedad justa debe ser garantizar que todos sus ciudadanos superen un umbral mínimo en cada una de estas diez capacidades.

La lista de Nussbaum es universalista y busca establecer un piso de justicia social por debajo del cual ninguna persona debería caer. La intervención del Estado se justifica plenamente cuando se trata de llevar a los ciudadanos por encima de este umbral. En este sentido, el programa "Mi Hospital Cercano" es un instrumento directo para asegurar estas dos capacidades. Al atender a pacientes de cirugía traumática en columna o que requieren cateterismos", por dar ejemplos.

Bajo esta premisa, el programa interviene para que los individuos superen el umbral de la Salud Corporal, ya que, sin esta intervención, los pacientes caerían por debajo de un nivel mínimo de funcionamiento digno. De igual manera, al proveer atención quirúrgica de aneurisma o al atender emergencias obstétricas, el programa protege la Integridad Corporal, salvaguardando la vida misma y la capacidad de movimiento y funcionamiento físico.

Por todo lo anterior, desde la filosofía de la justicia distributiva, el programa QC0060 no es una opción política, sino un deber ético. Se justifica como un mecanismo para cumplir con el Principio de Diferencia de Rawls, como una política para expandir las capacidades y la libertad sustantiva de Sen, y como un instrumento para garantizar las capacidades humanas centrales que Nussbaum considera el fundamento de una vida digna.



3.7. Perspectivas económicas sobre la intervención del estado en el sector salud

Más allá de los fundamentos éticos, la intervención gubernamental en la salud encuentra una sólida justificación en la teoría económica. El mercado de la salud es notoriamente diferente a otros mercados, y su funcionamiento sin regulación ni intervención estatal tiende a producir resultados ineficientes e inequitativos. Bajo este tenor, se analiza el programa QC0060 desde la perspectiva de la economía del bienestar y las finanzas públicas.

El economista Kenneth Arrow, en su artículo seminal "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", demostró que el mercado de la salud no cumple con los supuestos de la competencia perfecta, lo que conduce a fallas de mercado sistémicas. Una de las fallas más pronunciadas es la asimetría de la información; donde el proveedor de servicios de salud (el médico, el hospital) sabe mucho más sobre la condición del paciente y la efectividad de los tratamientos que el propio paciente. Esto crea una relación de agencia en la que el paciente delega la toma de decisiones en el médico.

Dicha asimetría puede llevar a la demanda inducida por el proveedor, donde se prescriben más servicios de los necesarios, o a una calidad de atención subóptima. El programa QC0060, al operar dentro del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), sitúa la decisión sobre la necesidad de tratamientos de alto costo en un marco institucional público, no motivado por el lucro, lo que ayuda a mitigar el riesgo de demanda inducida y a alinear los incentivos con el bienestar del paciente.

Aunado a lo anterior, el mercado de la salud está plagado de otros problemas:

- **Externalidades:** Como se mencionó, el tratamiento de enfermedades contagiosas beneficia a toda la comunidad. Si bien las cirugías que cubre el programa (oncológicas, cardíacas, etc.) no tienen externalidades directas, la



salud de la fuerza laboral sí tiene un impacto positivo en la productividad y la economía en general.

- **Selección Adversa:** En los mercados de seguros privados, las aseguradoras tienen un incentivo para evitar a los clientes de alto riesgo (los más enfermos). Si no pueden discriminar por precio, solo los más enfermos comprarán el seguro, haciendo que las primas suban y el mercado colapse. Esto deja a la población con enfermedades preexistentes o de alto costo sin cobertura, precisamente la población que atiende el programa QC0060.
- **Riesgo Moral:** Una vez que una persona está asegurada, puede tener menos incentivos para cuidarse o puede consumir más servicios de salud de los que consumiría si pagara de su bolsillo.

Por lo anterior, el programa Mi Hospital Cercano actúa como una corrección directa a la falla del mercado de seguros para cubrir a la población de mayor riesgo y con necesidades más costosas. El diagnóstico es claro al señalar que el programa cubre padecimientos y medicamentos no cubiertos por las carteras FPGC, SMSXXI o que no están considerados por la federación; es decir, interviene precisamente donde el mercado (incluidos otros esquemas públicos que funcionan con una lógica de cartera definida) falla en proveer cobertura.

3.8. Richard Musgrave y las funciones del sector público

Richard Musgrave, en su obra "The Theory of Public Finance" (1959), sistematizó el rol económico del gobierno en tres grandes funciones: asignación, distribución y estabilización; en este sentido, el programa QC0060 se puede analizar a través de las dos primeras.

La función de asignación se ocupa de la provisión de bienes y servicios que el mercado no provee de manera eficiente, la atención médica de alto costo es un bien meritorio. La sociedad considera que su consumo es deseable para todos, independientemente de su capacidad de pago. El programa QC0060 es el brazo



ejecutor de esta función de asignación: el Estado identifica un bien meritorio (cirugías y tratamientos complejos) que el mercado no provee adecuadamente a la población vulnerable y lo asigna directamente, utilizando los recursos del programa social QC0060 para ello.

Por su parte, la función de distribución busca corregir la distribución de la renta y la riqueza que resulta del mercado para asegurar una mayor equidad. Uno de los indicadores más claros de inequidad en un sistema de salud es el gasto de bolsillo, que es la proporción del gasto en salud que las familias pagan directamente, sin intermediación de un seguro. Un alto gasto de bolsillo es altamente regresivo, ya que representa una carga mucho mayor para los hogares de bajos ingresos.

El Árbol de Problema del diagnóstico identifica el "Incremento en el Gasto de bolsillo" como un efecto directo del insuficiente acceso a la atención. A su vez, el Árbol de Objetivo plantea la "Disminución en el gasto de bolsillo en salud" como uno de los fines deseados. El programa QC0060 es una poderosa herramienta de la función distributiva del Estado, ya que, busca prevenir lo que se conoce como gasto de bolsillo en salud, que ocurre cuando una familia debe destinar una parte significativa de su ingreso o vender sus activos para pagar por atención médica.

En conclusión, el análisis económico justifica plenamente la existencia del programa "Mi Hospital Cercano", dado que no es una intervención que distorsiona un mercado eficiente, sino una que corrige fallas inherentes al sector salud y que cumple con la función distributiva esencial del Estado, protegiendo a los ciudadanos más vulnerables del riesgo financiero asociado a la enfermedad.

3.9. El enfoque sociológico y político: la salud como pilar de la ciudadanía

La justificación de una política pública como el programa QC0060 no se agota en los argumentos éticos y económicos. También posee una profunda dimensión sociológica y política. La forma en que una sociedad organiza y distribuye el acceso a la salud dice mucho sobre su concepción de la comunidad política y de lo que



significa ser un ciudadano. Este capítulo analiza el programa como un mecanismo de construcción de ciudadanía y una función clave del Estado de Bienestar.

El sociólogo británico T.H. Marshall, en su influyente ensayo "Ciudadanía y Clase Social" (1950), propuso una teoría sobre la expansión gradual de los derechos de ciudadanía en las sociedades modernas, dividiéndola en tres etapas o componentes:

- i. Derechos Civiles: Desarrollados en el siglo XVIII, son los derechos necesarios para la libertad individual (libertad de expresión, derecho a la propiedad, derecho a la justicia).
- ii. Derechos Políticos: Consolidados en el siglo XIX, se refieren al derecho a participar en el ejercicio del poder político (derecho al voto y a ocupar cargos públicos).
- iii. Derechos Sociales: Expandidos principalmente en el siglo XX, garantizan el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad, y a vivir la vida de un ser civilizado según los estándares prevalecientes en la sociedad. Incluyen el derecho a la educación y, crucialmente, a la salud.

Para Marshall, la ciudadanía plena solo se alcanza cuando los tres conjuntos de derechos están garantizados. Sin derechos sociales, la posesión de derechos civiles y políticos puede ser una formalidad vacía. ¿De qué sirve el derecho al voto o a la libertad de expresión para una persona cuya existencia está dominada por la enfermedad y la incapacidad de acceder a tratamiento? Los derechos sociales son, por tanto, el cimiento material que permite el ejercicio efectivo de las demás libertades.

Por lo anterior, el programa "Mi Hospital Cercano" puede interpretarse como un instrumento del estado de Guanajuato para hacer realidad los derechos sociales de una parte de su población. Los beneficiarios del programa, al carecer de afiliación a instituciones de seguridad social, se encuentran en una posición de ciudadanía



social incompleta. Tienen derechos civiles y políticos, pero su acceso al derecho social a la salud es precario.

La intervención del programa es un acto de integración social.

Al garantizar el acceso a una cirugía que salva la vida o previene una discapacidad, el Estado está afirmando que el valor de estas personas como ciudadanos no depende de su estatus laboral o su capacidad de pago; está reconociendo que la pertenencia a la comunidad política de Guanajuato conlleva el derecho a ser protegido contra las peores vicisitudes de la vida. La introducción del diagnóstico, que habla de contribuir a que "todas las personas, sin distinción alguna, fortalezcan sus capacidades en educación, salud e ingresos, en un contexto de mayor desarrollo e integración familiar y social", refleja este ideal de ciudadanía social.

Con base en lo anterior, el sistema de bienestar mexicano es un modelo híbrido, ya que posee un fuerte componente corporativista, donde los derechos a la salud y la pensión están históricamente ligados al empleo formal (IMSS, ISSSTE). Sin embargo, una gran parte de la población trabaja en el sector informal y queda excluida de este modelo.

En este contexto, programas como "Mi Hospital Cercano" desempeñan un rol crucial. Son programas de asistencia social focalizada que actúan como un complemento al pilar contributivo del Estado de Bienestar. Su existencia es un reconocimiento de las limitaciones del modelo corporativista y un intento de extender la protección social a los grupos excluidos. El programa desmercantiliza parcialmente la salud de alto costo para sus beneficiarios; por ejemplo, para ellos, una cirugía de columna no es una mercancía que deban comprar en el mercado, sino un derecho que el Estado les provee.

El programa QC0060, por tanto, no es una anomalía, sino una pieza lógica dentro de la arquitectura del Estado de Bienestar mexicano y latinoamericano. Es una respuesta pragmática y necesaria a la segmentación del sistema de protección



social, que busca extender los derechos de ciudadanía social a aquellos que han quedado fuera del modelo tradicional de seguridad social basado en el empleo.

3.9. Marco teórico y relación entre conceptos

El análisis anterior presentó, de forma individual, las justificaciones éticas, económicas y sociopolíticas para una intervención gubernamental como el programa QC0060 "Mi Hospital Cercano". Sin embargo, el poder de este marco teórico reside en la **interconexión y el refuerzo mutuo** de estas perspectivas. Dicho esto, no son argumentos aislados, sino facetas de una misma lógica comprensiva que legitima y da sentido a la acción pública. En el apartado se busca sintetizar estas ideas en un modelo integrador y lo aplica directamente a la lógica del programa.

La relación entre los conceptos puede visualizarse como una cadena causal y normativa que fluye desde el diagnóstico del problema hasta la formulación de la solución. Por lo que, se presenta la siguiente discusión teórica y conceptual:

1. Falla de Mercado y Exclusión Estructural (Arrow, Stiglitz, Esping-Andersen): el punto de partida es una falla del mercado (el mercado de seguros privados no cubre a los más necesitados) y una falla del sistema de bienestar (el modelo corporativista excluye a la población sin empleo formal). Esto crea una población vulnerable, sin acceso a atención médica de alto costo.

2. Violación de Principios de Justicia (Rawls, Nussbaum): esta exclusión no es un simple problema técnico; es una injusticia. Viola el Principio de Diferencia de Rawls, ya que la estructura social perjudica a los menos aventajados. Además, provoca que los individuos caigan por debajo del umbral mínimo de Capacidades Centrales (Salud e Integridad Corporal) de Nussbaum, negándoles una vida digna.

3. Deprivación de Capacidades y Ciudadanía (Sen, Marshall): la consecuencia directa de esta injusticia es una severa deprivación de capacidades. La enfermedad no tratada reduce drásticamente la libertad sustantiva de las



personas para vivir la vida que valoran (Sen). Esto, a su vez, conduce a una forma de ciudadanía de segunda clase, donde los derechos sociales no están garantizados, erosionando la integración y la cohesión social (Marshall).

4. La Intervención Gubernamental como Solución Multidimensional (Musgrave): La política pública, en este caso el programa QC0060, emerge como la solución lógica y necesaria a esta cadena de problemas. Actúa simultáneamente en varios niveles:

- Corrige la falla del mercado proveyendo un bien meritorio (función de asignación de Musgrave).
- Cumple con un imperativo de justicia al redistribuir recursos hacia los más necesitados y protegerlos del gasto catastrófico (Función de Distribución de Musgrave).
- Restaura las capacidades humanas y la libertad sustantiva.
- Materializa los derechos sociales y fortalece la ciudadanía.

Este modelo muestra que la justificación del programa es robusta precisamente porque responde a múltiples lógicas. Para el economista, es una corrección eficiente. Para el filósofo, es un acto de justicia. Para el sociólogo, es un pilar de la ciudadanía.

3.9.1. Aplicación del Modelo al Diagnóstico del Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano

El diagnóstico del programa QC0060 refleja implícitamente esta lógica integrada. Por ejemplo; el planteamiento del problema "limitado acceso a la atención médica" y el Árbol de Problemas (con causas como "Insuficiente financiamiento Federal" y "Deficiente cobertura de tratamientos") describen la falla estructural y de mercado.

Las consecuencias en el Árbol de Problema "Incremento en el Gasto de bolsillo", son la manifestación empírica de la violación de la justicia y la privación de capacidades. Por otra parte, el Objetivo del Programa "La población... presenta



un amplio acceso a la atención médica" y el Árbol de Objetivo con fines como "Atención médica... oportuna" y "Aumento de la esperanza de vida" representan la intervención gubernamental diseñada para revertir esta cadena de problemas.

El programa no se limita a "dar medicinas y cirugías". Su alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Meta 3: Salud y bienestar) y el Plan Estatal de Desarrollo 2050 (Línea estratégica 1.1: Bienestar social) demuestra que se concibe como parte de una estrategia más amplia de desarrollo humano y social. Por lo anterior, el Programa Social Estatal QC0060 "Mi Hospital Cercano" revela que esta intervención del gobierno de Guanajuato está lejos de ser una simple medida asistencialista. Por el contrario, se erige sobre un fundamento sólido y multidimensional que entrelaza imperativos de la ética, la economía y la teoría sociopolítica.

Primero, desde la perspectiva de la justicia distributiva, el programa es un imperativo ético. Responde al Principio de Diferencia de John Rawls al canalizar recursos hacia los miembros menos aventajados de la sociedad, aquellos sin seguridad social que enfrentan enfermedades catastróficas. Va más allá de la mera provisión de servicios para convertirse en una política de expansión de la libertad, restaurando la capacidad fundamental de la salud, tal como la conciben Amartya Sen y Martha Nussbaum, permitiendo así que los individuos persigan una vida digna.

En síntesis, el programa "Mi Hospital Cercano" se justifica como una intervención coherente y robusta. Es una manifestación de un Estado que asume su responsabilidad de corregir las desigualdades, garantizar un umbral mínimo de bienestar y asegurar que el derecho a la salud sea una realidad tangible y no solo una aspiración constitucional. Este marco teórico no solo legitima al programa QC0060, sino que también proporciona un andamiaje analítico para el diseño y la Investigación de Diagnóstico de futuras políticas sociales que busquen enfrentar los desafíos de la equidad en el siglo XXI.



4. Planteamiento del Problema

El acceso a servicios de salud oportunos, integrales y de calidad es un derecho humano fundamental y un pilar esencial del desarrollo humano y la justicia social. En el ordenamiento jurídico mexicano, este derecho se encuentra consagrado en el Artículo 4° de la Constitución Política, que establece la protección de la salud para toda persona. No obstante, la materialización efectiva de este mandato constitucional en el Estado de Guanajuato se ve comprometida por una desigualdad estructural. La insuficiencia de los mecanismos de protección social para la población que carece de afiliación a esquemas contributivos (IMSS o ISSSTE) ha generado una zona crítica de exclusión.

El problema central que articula este planteamiento del problema se define de manera precisa en el diagnóstico del programa: “La población del estado de Guanajuato presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad”

Este acceso limitado no es un problema de calidad marginal, sino una falla estructural de mercado y de política pública con consecuencias que comprometen la vida y la dignidad, lo cual justifica plenamente la intervención del Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano. La limitación en el acceso a la atención médica y/o quirúrgica afecta directamente a la población vulnerable del estado. El Diagnóstico del Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano” 2025 identifica una población objetivo de 3,762,750 personas sin afiliación a instituciones de salud, lo que subraya la magnitud del sector al que el sistema tradicional no logra proteger financieramente (ISAPEG, 2025).

La exclusión se manifiesta en la incapacidad de la población para acceder a servicios que teóricamente son un bien meritorio (Musgrave, 1959) y que el Estado está obligado a proveer bajo los principios de universalidad e igualdad:



- Insuficiencia en la Cobertura de Servicios: el porcentaje de la población con carencia por acceso a servicios de salud en Guanajuato se disparó de 13.7% en 2018 a 33.2% en 2022, evidenciando un deterioro significativo.
- Exclusión de Procedimientos de Alto Nivel: la población carece de cobertura para enfermedades catastróficas y procedimientos especializados como neurocirugía, oncocirugía, retinología, maxilofacial entre otras, que no son consideradas por la federación.
- Costos Inaccesibles: los costos de atención pueden oscilar entre \$21,000.00 y \$350,000.00 pesos para el ejercicio 2025, lo que evidencia el carácter catastrófico del gasto que el programa busca absorber.

Con base en lo anterior, el problema de acceso limitado es la consecuencia directa de fallas sistémicas que actúan como sus raíces causales (véase el Árbol de Problemas). La causa raíz principal es el "Insuficiente financiamiento Federal centralizado", esta insuficiencia deriva de la desaparición de esquemas anteriores (Seguro Popular) y las deficiencias de los nuevos modelos (INSABI, y el actual Sistema de Salud para el Bienestar) que iniciaron "sin contar con reglas de operación o algún proceso que cubriera o sustituyera al Seguro Popular y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos". Esta inestabilidad crea la necesidad de que el Estado de Guanajuato aporte recursos para la atención.

Por lo anterior, el estado de Guanajuato asignó un presupuesto al Programa QC0060 para el ejercicio 2025 de \$30,000,000.00 se destina a cubrir directamente estas carencias, con \$20,540,680.00 para Servicios Integrales, \$7,000,000.00 para insumos médicos y/o quirúrgicos, y \$2,259,320.00 para medicamentos.

La intervención del Programa Social QC0060 no es meramente asistencialista, sino un deber ético, económico y político que busca la equidad. Su



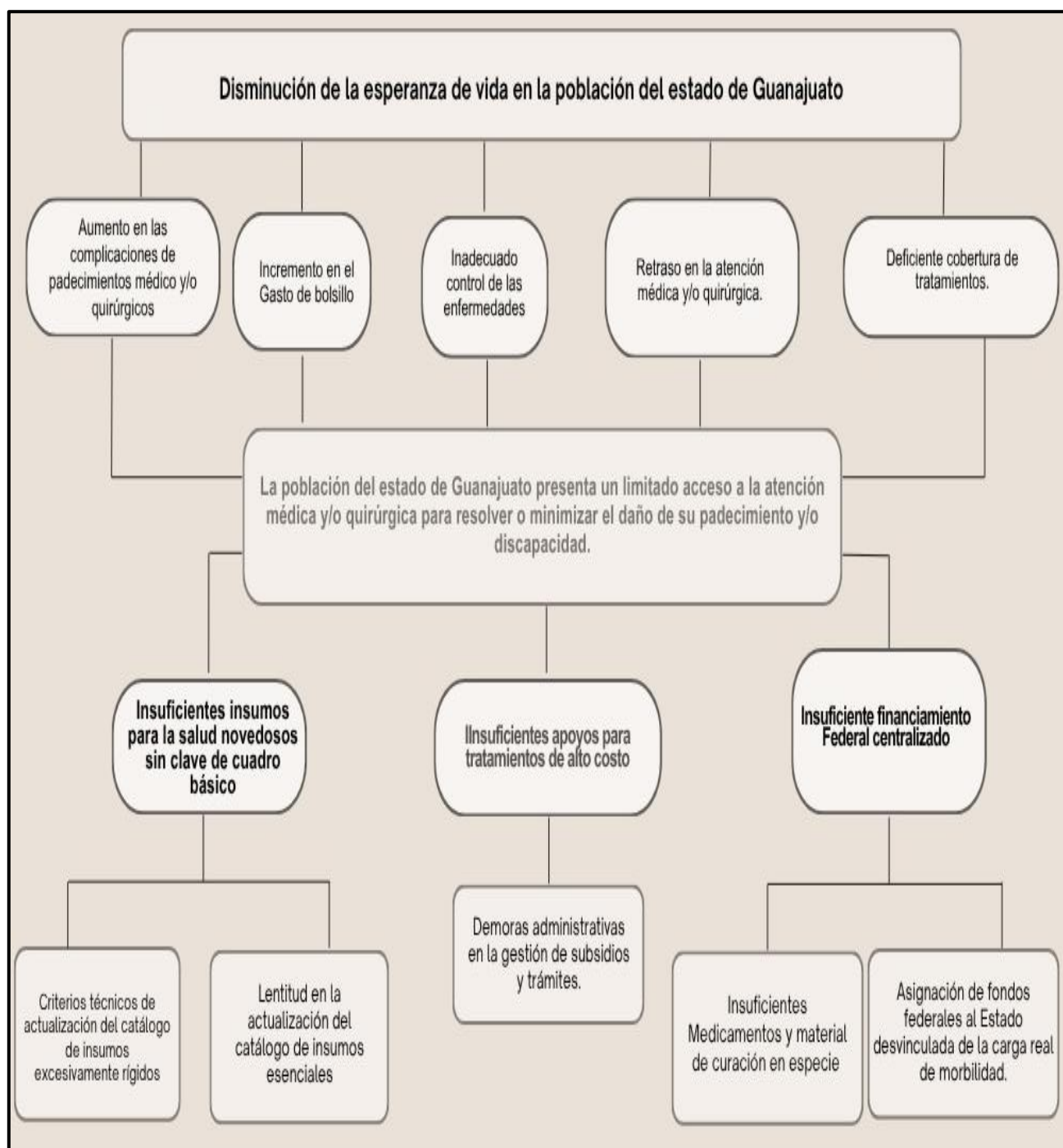
objetivo es garantizar a la población la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad. Por lo que, el programa es un instrumento de Justicia Distributiva al canalizar recursos a los menos aventajados, el programa busca restaurar la capacidad de salud (Sen, 1999; Nussbaum, 2011), fundamental para que los individuos alcancen una "vida plena, con mayor acceso a oportunidades de desarrollo". Así como, una corrección de Fallas de Mercado, donde el programa corrige la incapacidad del mercado para cubrir a la población de alto riesgo y cumple con la función de distribución del Estado (Musgrave, 1959) al buscar la disminución del gasto de bolsillo en salud. El programa busca otorgar atención a 26,935 personas (pacientes) a través de atenciones médicas y/o quirúrgicas individuales, jornadas médicas y la realización de tamizajes metabólicos neonatales, demostrando un enfoque en la prevención y la alta especialidad.

Por lo anterior, es importante plantearse la siguiente interrogativa ¿De qué manera el Programa Social Estatal QC0060 "Mi Hospital Cercano", como política de equidad y expansión de capacidades, mitiga las fallas estructurales de financiamiento y las fallas de mercado en el acceso a la atención médico-quirúrgica de alta complejidad para la población sin seguridad social en Guanajuato, ¿y cuál es su impacto medido en la reducción del gasto de bolsillo y la justicia distributiva?

Dicha pregunta, se responde a partir de la pertinencia, coherencia y los resultados del Programa Social QC0060 "Mi Hospital Cercano" en la corrección de las desigualdades de acceso a la salud, contrastando su marco de operación con los principios de la justicia distributiva y la teoría de las capacidades.



4.1. Análisis del Problema.



4.2. Evolución del Problema

La problemática central definida como el limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para la población sin seguridad social en Guanajuato hunde sus raíces en la necesidad histórica de complementar los servicios de salud básica y especializada. En su fase inicial, el problema se enfocaba en la logística de la provisión.

El programa estatal que hoy conocemos como QC0060 tiene sus antecedentes en el Proyecto de Inversión Q0060 “Cirugías Extramuros”, cuyo ejercicio fiscal 2018 fue objeto de la Evaluación de Consistencia y Resultados (ISAPEG, 2019). En ese momento, la justificación principal del proyecto se centraba en resolver deficiencias operativas y geográficas, buscando la accesibilidad de intervenciones quirúrgicas de baja y mediana complejidad a comunidades lejanas, lo que se traducía en el propósito de abatir la morbilidad quirúrgica que era desatendida por el sistema regular (ISAPEG, 2019).

En el marco nacional, esta población vulnerable aún estaba formalmente protegida por el Seguro Popular y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). A pesar de las deficiencias, existía una arquitectura financiera federal que teóricamente cubría los eventos de alto costo. Los indicadores de la época reflejaban un problema de acceso menos severo: el Diagnóstico del Derecho a la Salud de 2018 del CONEVAL situaba la carencia por acceso a servicios de salud en Guanajuato en un 13.7% (ISAPEG, 2025). En esta fase, el limitado acceso era un problema de oportunidad y proximidad, pero no una crisis de protección financiera.

La evolución del problema central experimentó una exacerbación estructural crítica a partir de finales de 2019, coincidiendo con la transición regulatoria en el nivel federal. La disolución del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) actuaron como un shock sistémico que transformó la



naturaleza del problema de acceso limitado.

El Diagnóstico QC0060 de 2025 y la Evaluación de Procesos 2021 confirman que la principal causa del problema evolucionó, migrando de ser una limitación operativa a una falla estructural de financiamiento. El Árbol de Problemas (ISAPEG, 2025) identifica como causa raíz el "Insuficiente financiamiento Federal centralizado".

Este problema se agudizó porque el cambio de modelo federal se realizó "sin contar con reglas de operación o algún proceso que cubriera o sustituyera al Seguro Popular y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos" (ISAPEG, 2025). La consecuencia directa fue:

1. Desprotección Financiera: La población perdió el mecanismo que cubría los padecimientos adversos, de alto costo y las cirugías de subespecialidades (neurocirugía, oncocirugía, retinología, maxilofacial).
2. Exclusión Programática: El nuevo esquema federal dejó de contemplar "medicamentos o material de curación de nueva generación" necesarios, agravando la falla de provisión de insumos (ISAPEG, 2025).

Como resultado, la causa del limitado acceso se trasladó al déficit de liquidez y la exclusión programática, obligando al gobierno estatal a reorientar y renombrar el proyecto (pasando a ser el Programa Social QC0060 "Mi Hospital Cercano" en 2020) para fungir como un mecanismo compensatorio frente al vacío federal (Evaluación Desempeño 2020; Evaluación Procesos 2021).

El efecto de este limitado acceso se ha traducido en la materialización del riesgo adverso. Las evaluaciones confirman que la consecuencia directa es el "Incremento en el Gasto de bolsillo". Los ciudadanos deben asumir costos de hasta \$350,000.00 pesos, lo que convierte a la enfermedad en un detonante de pobreza. La evolución del problema ha obligado al programa estatal a enfocarse en la mitigación de estos efectos, tal como se plantea en sus Metas para 2025:



- **Atenuación del Deterioro Clínico:** Se busca un "amplio acceso a la atención médica, integral, quirúrgica y/o complementación diagnóstico-terapéutica", lo cual intenta corregir el Retraso en la atención y el Aumento en las complicaciones (Reglas de Operación 2025).
- **Protección Financiera:** La asignación de \$30,000,000.00 busca cubrir directamente los rubros excluidos por el esquema federal (Medicamentos, Insumos médicos y/o quirúrgicos, Servicios Integrales), confirmando el rol compensatorio del programa (Diagnóstico QC0060, 2025).

En conclusión, el problema central evolucionó de ser una deficiencia focal de provisión a una crisis de financiamiento estructural (2019-2020), resultando en un deterioro exponencial de la cobertura sanitaria (2022) que hoy amenaza la esperanza de vida de la población más vulnerable al exponerla al riesgo de gasto catastrófico.

4.3. Estado actual del problema

El problema central de limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad se mantiene vigente para el ejercicio fiscal 2025 y se caracteriza por su magnitud crítica y su profunda imbricación con las fallas estructurales del sistema nacional de salud.

La magnitud del problema se cuantifica directamente en la población objetivo del Programa Social Estatal QC0060 "Mi Hospital Cercano". El Diagnóstico del Programa Social Estatal QC0060 "Mi Hospital Cercano" 2025 (ISAPEG, 2025) identifica una Población Potencial de 6,331,142 personas en Guanajuato sin afiliación a servicios de salud contributivos. Dentro de este universo, la Población Objetivo del programa asciende a 3,762,750 personas (pacientes) que residen en los 46 municipios del Estado y cuya atención requiere específicamente de los recursos del Programa (ISAPEG, 2025). Esta cifra, que constituye una parte significativa de la población total del estado, evidencia la persistencia de una gran



brecha de cobertura social y financiera que el Estado debe compensar.

La intensidad del problema se refleja en el indicador de carencia social: el porcentaje de la población con carencia por acceso a servicios de salud en Guanajuato se triplicó en términos relativos, pasando de 13.7% en 2018 a un 33.2% en 2022 (ISAPEG, 2025). Este dato, el más reciente en el diagnóstico de la carencia, subraya que, para el presente ejercicio fiscal, una tercera parte de la población carece de la protección adecuada. El estado actual del problema se define por la permanencia de la causa raíz identificada: el Insuficiente financiamiento Federal centralizado (ISAPEG, 2025).

El limitado acceso se manifiesta en el estado actual del problema a través de consecuencias clínicas y económicas que amenazan la estabilidad y la vida de la población más vulnerable. Por lo tanto, la consecuencia económica más grave y vigente es el Incremento en el Gasto de bolsillo, donde se estima que los costos de atención de los tratamientos de alto nivel que la población no puede cubrir, oscilando entre \$21,000.00 y \$350,000.00 pesos. Este rango de costos, que no está cubierto por el sistema federal, constituye una barrera infranqueable y un factor de empobrecimiento para las familias (ISAPEG, 2025).

Bajo la premisa anterior, el Programa QC0060 actúa directamente para interceptar esta consecuencia, asignando recursos específicos que impactarán de manera directa en las personas beneficiarias:

- Servicios Integrales: \$20,540,680.00
- Insumos médicos y/o quirúrgicos: \$7,000,000.00
- Medicamentos: \$2,259,320.00

Estos montos confirman que el estado actual del problema requiere una intervención directa de provisión de bienes y servicios para sustituir la protección financiera fallida.

Clínicamente, el problema se mantiene en la fase de retraso en la atención



médica y/o quirúrgica, lo que inevitablemente lleva al Aumento en las complicaciones de padecimientos (ISAPEG, 2025). El efecto final de esta cadena causal (i, e., la disminución de la esperanza de vida en la población del estado de Guanajuato) se mantiene como la preocupación principal de la política sanitaria estatal para 2025. El acceso limitado a la salud se traduce directamente en la negación de la capacidad fundamental de gozar de buena salud y vivir una vida digna. El estado actual del problema exige que el Programa Social QC0060 opere como un mecanismo de contención y corrección de la desigualdad. La estrategia central para 2025, según las Reglas de Operación (ISAPEG, 2024), se centra en lograr que: La población guanajuatense sin afiliación a instituciones de salud cuya atención requiere de los recursos del Programa, presenta un amplio acceso a la atención médica, quirúrgica y/o complementación diagnóstico-terapéutica. Este propósito busca revertir el limitado acceso por medio de una ampliación de la provisión y la mejora de la oportunidad.

Con base en lo anterior, el programa ha establecido metas operativas claras (ISAPEG, 2025):

- Atención Directa y Provisión de Insumos: Se busca beneficiar directamente a 26,935 personas (pacientes) mediante atenciones médicas, integrales y/o quirúrgicas individuales, y jornadas médicas.
- Detección Oportuna: El programa enfatiza la prevención y la detección temprana, con la meta de realizar 26,305 tamizajes metabólicos neonatales a recién nacidos en unidades médicas del ISAPEG.

En conclusión, el estado actual del problema de limitado acceso en Guanajuato para 2025 es de crisis estructural y financiera marcada por el abandono o insuficiencia de la protección federal. El problema no solo persiste en su magnitud (33.2% de la población carente de acceso), sino que se agudiza en sus consecuencias, obligando al Estado a invertir recursos sustanciales para prevenir el gasto catastrófico y la disminución de la esperanza de vida.



4.4. Experiencias de atención

El desafío del limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica de alto costo que enfrenta una parte de la población en México se aborda en el contexto global y nacional a través de modelos que buscan compensar las fallas de financiamiento y de provisión. De manera global, se abordan estrategias de Cobertura Universal de Salud y Protección Financiera. En este sentido, las políticas de salud pública a nivel mundial se han centrado en la Cobertura Universal de Salud como meta para garantizar que el acceso a la atención no dependa de la capacidad de pago.

Asimismo, se busca mitigar el gasto catastrófico, ya que desde la experiencia internacional ha demostrado que los sistemas deficientes exponen a los hogares a pagos catastróficos y empobrecedores. La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial consideran que el gasto de bolsillo es catastrófico cuando supera un umbral del ingreso del hogar, actuando como una barrera para el acceso y la equidad. Las estrategias de Cobertura Universal de Salud, por lo tanto, tienen como objetivo fundamental consolidar fondos de riesgo mancomunados para que los individuos no dependan de sus propios recursos.

En lo que respecta a los países de ingresos bajos y medios a menudo invierten insuficientemente en servicios de salud esenciales, lo cual perpetúa la brecha de acceso a servicios y medicamentos de calidad, por lo que, la lección global es que la inversión pública sostenida, cercana al 6% del Producto Interno Bruto (PIB), es crucial para asegurar la cobertura y calidad.

Aunado a lo anterior, el problema de proveer medicamentos y tecnologías de alto costo se aborda globalmente con estrategias que buscan garantizar la disponibilidad de fármacos biológicos, oncológicos y para enfermedades raras. Esto incluye la promoción de políticas sanitarias sobre la lógica de mercado y mecanismos de compra conjunta y centralizada en regiones como las Américas.

En lo que respecta a México, se buscan implementar estrategias



compensatorias Subnacionales, que se han centrado en compensar la histórica segmentación del sistema de salud, que dejaba a la población sin seguridad social vulnerable ante los gastos de alto impacto. Por lo tanto, el Modelo de "Cirugías Extramuros" (Provisión Operativa y de Alcance) fue una estrategia nacional implementada en diversos estados, diseñada para la provisión directa y la ampliación de la cobertura quirúrgica. El propósito de este modelo es contribuir a elevar el bienestar mediante la ampliación de la cobertura de atención quirúrgica de bajo costo y alta efectividad en poblaciones dispersas y marginadas.

Este modelo se ha implementado en estados como Coahuila y otros a lo largo del país, con foco en procedimientos como cataratas, cirugía de mano, hernias y ortopedia, para complementar los servicios que el extinto Seguro Popular no alcanzaba a cubrir eficientemente. Tras la disolución del Seguro Popular el foco nacional se ha movido a la protección financiera subnacional y la provisión de medicamentos. Por ejemplo, en Ciudad de México el programa Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (2025) en la CDMX es una intervención subnacional explícita que busca garantizar la atención médica y los medicamentos gratuitos a su población no asegurada, asumiendo un rol de provisión de servicios sin costo similar a los programas estatales compensatorios.

Estrategias Federales de Provisión: El IMSS-BIENESTAR se ha establecido como el nuevo mecanismo federal para garantizar la atención médica y medicamentos gratuitos a toda la población sin seguridad social. Sin embargo, la existencia de programas estatales compensatorios subraya que la estrategia federal aún no ha logrado la cobertura y el financiamiento suficientes para eliminar el riesgo de gasto catastrófico.



5. Objetivos de la intervención estatal

5.1. Definición de los objetivos

La instrumentación del Programa QC0060 "Mi Hospital Cercano" para el Ejercicio Fiscal 2025 se fundamenta como una acción estratégica prioritaria orientada a la materialización del derecho fundamental a la protección de la salud en el estado de Guanajuato. Esta intervención se justifica académicamente por su contribución directa a la reducción de la brecha de acceso a servicios sanitarios en la entidad, particularmente entre la población vulnerable que carece de afiliación a sistemas de seguridad social (población sin derechohabiencia), abordando así una carencia social crucial y promoviendo la cobertura universal efectiva (ISAPEG, 2025).

El programa responde al problema central de que la población del estado de Guanajuato presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad. La falta de un acceso continuo y oportuno a la atención médica y/o quirúrgica genera una cascada de consecuencias adversas a nivel individual, social y económico. Entre las más destacadas se encuentran:

a. Deterioro Progresivo de la Salud y Mayor Morbimortalidad:

- Complicaciones de enfermedades: Padecimientos agudos o crónicos no tratados o con tratamiento tardío (ej. diabetes, hipertensión, cáncer) evolucionan a estadios más graves, volviéndose más difíciles, costosos y, a veces, imposibles de curar.
- Discapacidad y pérdida de calidad de vida: La postergación de una cirugía o un tratamiento médico esencial puede resultar en daño irreversible, limitando la capacidad funcional y la autonomía de la persona.
- Aumento de la mortalidad evitable: Muchas muertes que podrían haberse prevenido con una intervención médica o quirúrgica oportuna ocurren debido



a la barrera de acceso.

b. Impacto Socioeconómico y Empobrecimiento:

- Gastos de bolsillo catastróficos: Al no contar con un sistema de protección social, las personas y familias deben asumir el costo total de los tratamientos (algunos muy especializados y caros), lo que puede llevar al empobrecimiento y, en casos extremos, a la indigencia.
- Pérdida de capital humano y productividad: La enfermedad no tratada o la discapacidad disminuyen la capacidad de la persona para trabajar, reduciendo el ingreso familiar y la productividad económica a nivel estatal y nacional.
- Carga para los sistemas de salud: A largo plazo, los casos que llegan a los hospitales en etapas avanzadas requieren atenciones más complejas, prolongadas y costosas (hospitalización, cuidados intensivos, cirugías mayores), saturando los recursos de las instituciones públicas.

c. Aumento de las Inequidades Sociales:

- Amplificación de la desigualdad: La falta de acceso afecta de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables (población sin seguridad social, zonas rurales, bajos ingresos), perpetuando el ciclo de pobreza y mala salud. El lugar de residencia o la situación socioeconómica se convierten en determinantes de la supervivencia y el bienestar.
- Violación del Derecho Humano a la Salud: Implica el incumplimiento del compromiso estatal de garantizar la salud como un derecho fundamental, creando una falla en el tejido de protección social.

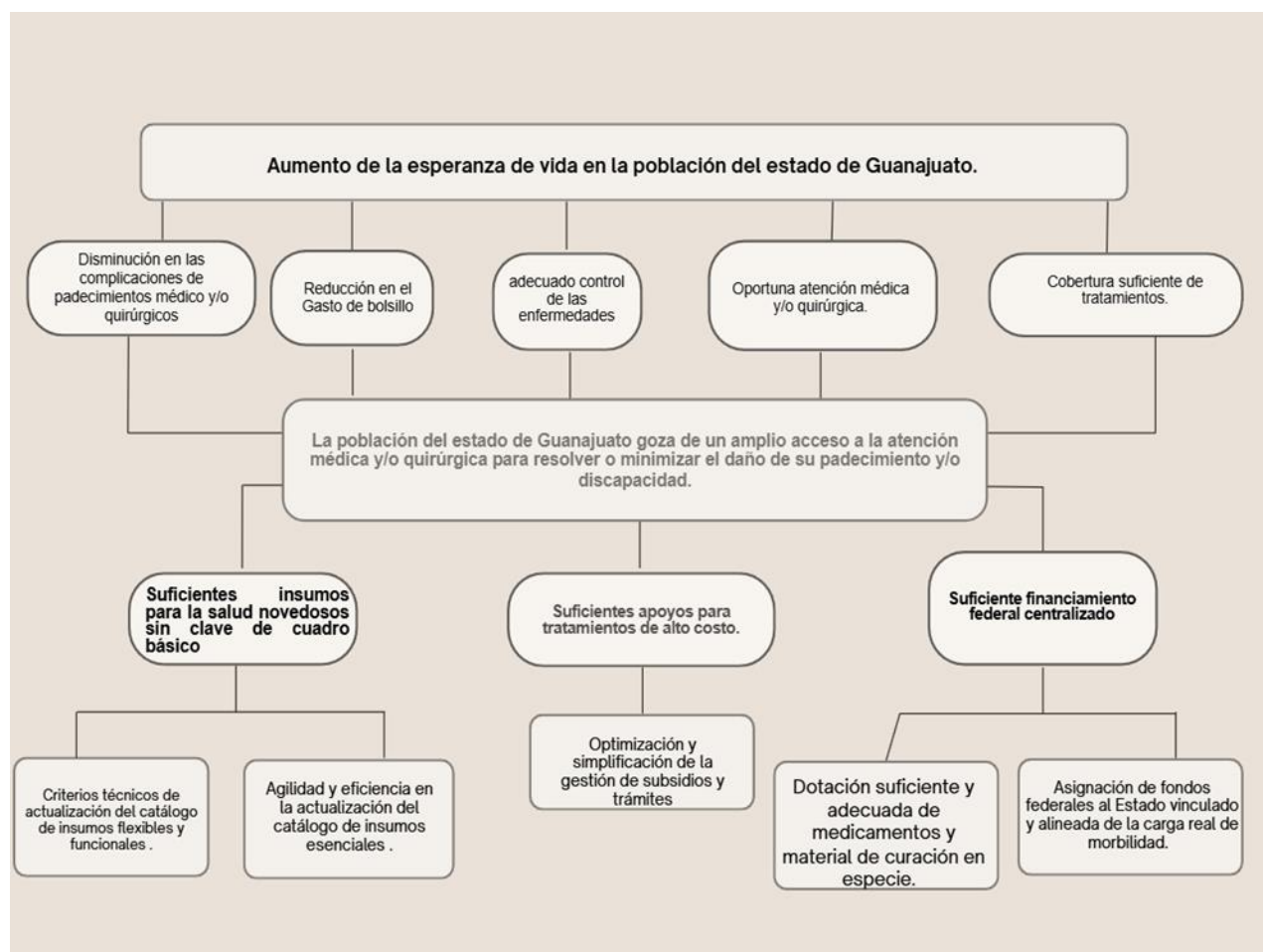
En síntesis, la inaccesibilidad a la atención médica y quirúrgica convierte problemas de salud tratables en tragedias personales y en una pesada carga para la sociedad, evidenciando una falla crítica en la cobertura sanitaria universal. Es por



ello por lo que, el Programa QC0060 "Mi Hospital Cercano" es una respuesta directa y necesaria a la insuficiencia en la cobertura de salud para la población más vulnerable, utilizando el financiamiento estatal para asegurar el acceso a servicios y tratamientos médicos de alto costo que, de otra forma, estarían fuera del alcance de las familias guanajuatenses.



5.2. Árbol de objetivos



5.3. Análisis correlaciona entre la lógica vertical y horizontal de los árboles de problemas y objetivos.

Tabla 2. Matriz de lógica vertical y horizontal de los árboles de problemas y objetivos

Nivel del árbol	Árbol de Problemas (situación negativa)	Árbol de Objetivos (situación positiva)
Efecto Final	Disminución de la esperanza de vida en la población del estado de Guanajuato	Aumento de la esperanza de vida en la población del estado de Guanajuato
Efectos Intermedios	Aumento en las complicaciones de padecimientos médico y/o quirúrgicos	Disminución en las complicaciones de padecimientos médico y/o quirúrgicos
	Incremento en el gasto de bolsillo	Reducción en el gasto de bolsillo
	Control inadecuado de las enfermedades	Control adecuado de las enfermedades



	Retraso en la atención médica y/o quirúrgica	Oportuna atención médica y/o quirúrgica
	Deficiente cobertura de tratamientos	Suficiente cobertura de tratamientos
Problema Central / Objetivo Central	La población del estado de Guanajuato presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.	La población del estado de Guanajuato goza de un amplio acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.
Causas Principales / Medios Directos	Insuficientes insumos para la salud novedosos sin clave de cuadro básico	Suficientes insumos para la salud novedosos sin clave de cuadro básico
	Insuficientes apoyos para tratamientos de alto costo	Suficientes apoyos para tratamientos de alto costo
	Insuficiente financiamiento Federal centralizado	Suficiente financiamiento Federal centralizado
Subcausas / Medios Indirectos	Criterios técnicos de actualización del catálogo de insumos excesivamente rígidos	Criterios técnicos de actualización del catálogo de insumos flexibles y funcionales
	Lentitud en la actualización del catálogo de insumos esenciales	Agilidad y eficiencia en la actualización del catálogo de insumos esenciales
	Demoras administrativas en la gestión de subsidios y trámites.	Optimización y simplificación de la gestión de subsidios y trámites.
	Insuficientes Medicamentos y material de curación en especie	Suficiente y oportuna dotación de Medicamentos y material de curación en especie
	Asignación de fondos federales al Estado desvinculada de la carga real de morbilidad.	Asignación de fondos federales al Estado vinculada y alineada a la carga real de morbilidad.

La presente matriz (ver tabla 3) de correlación permite identificar la correspondencia directa entre los problemas detectados en el diagnóstico y los objetivos definidos en el diseño del programa. Cada situación negativa planteada en el árbol de problemas se transforma en una condición positiva y alcanzable dentro del árbol de objetivos, formulada en términos de resultados esperados o mejoras verificables. La estructura del análisis mantiene una coherencia vertical (de causa a medio) y horizontal (de problema a objetivo), lo que garantiza la congruencia lógica entre los componentes del diseño del Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano”. A continuación, se muestra dicha relación:



Tabla 3. Matriz de lógica vertical y horizontal de los árboles de problemas y objetivos

Nivel	Lógica Vertical (Problema-Causa/Efecto)	Lógica Horizontal (Problema-Objetivo)	Coherencia
Fin/Efecto Final	La acumulación de efectos intermedios lleva a la Disminución de la esperanza de vida.	Invertir el Fin negativo produce el Fin positivo: Aumento de la esperanza de vida.	Coherente: El objetivo final es la imagen espejo de la situación problemática terminal.
Propósito/Problema Central	Es la causa principal de la Disminución de la esperanza de vida.	Invertir el Problema Central produce el Objetivo Central (Propósito): El limitado acceso se revierte a amplio acceso a la atención médica y/o quirúrgica.	Coherente: El propósito soluciona directamente el problema central.
Componentes/Causas Principales	Las causas son las raíces del problema central (ej., Insuficientes insumos novedosos, Insuficiente financiamiento).	Invertir las causas principales produce los Medios Directos (Componentes): Suficientes insumos novedosos, Suficiente financiamiento.	Coherente: Los medios directos eliminan las causas principales.

Fuente. Elaboración propia.

5.4. Análisis de las alternativas

El análisis de alternativas tiene como finalidad valorar, comparar y seleccionar las posibles opciones de intervención pública derivadas del *Árbol de objetivos*. En otras palabras, una vez identificadas las causas del problema y definidos los medios y fines que permitirían solucionarlo, se deben evaluar las distintas rutas de acción para determinar cuál representa la estrategia más viable, eficiente y coherente con las capacidades institucionales.

Esta etapa transforma el diagnóstico y la planeación conceptual en una propuesta operativa de intervención, es decir, en el diseño concreto del programa público que será plasmado en la MIR. El proceso comienza con la identificación de las diferentes opciones de solución al problema central. Estas alternativas surgen directamente del *Árbol de objetivos*, donde cada combinación de medios-fines representa una posibilidad de acción.



Con base en lo anterior, la Matriz de Análisis de Alternativas) es una herramienta clave dentro de la Metodología del Marco Lógico (MML). Sirve para evaluar diferentes opciones de intervención (alternativas de solución al problema central) mediante criterios técnicos, económicos, sociales y de viabilidad institucional, con el fin de justificar la elección de la estrategia más adecuada. A continuación, se presenta un modelo de matriz del Programa social QC0060 “Mi Hospital Cercano”, estructurado según las principales estrategias de los operadores del programa. Con base en el análisis del problema público y el árbol de objetivos, se identificaron cuatro posibles alternativas de intervención orientadas a garantizar la atención médica y/o quirúrgica de las personas sin derechohabencia en el estado de Guanajuato. Estas opciones constituyen diferentes enfoques de acción pública, con grados variables de factibilidad técnica, financiera e institucional.

Tabla 4. Definición de la estrategia de acción

Alternativa	Descripción general
A1. Fortalecimiento del modelo de atención directa (individual y Jornada)	Se enfoca en la ejecución inmediata del programa, asegurando la provisión de los servicios requeridos mediante los recursos y procesos administrativos actuales.
A2. Optimización Administrativa y Adquisición.	Se concentra en mejorar la eficiencia interna para la adquisición de insumos novedosos y el flujo de los tratamientos de alto costo.
A3. Sostenibilidad y Reforma Estructural	Busca asegurar la base financiera del programa a largo plazo a través de reformas normativas y alineación presupuestal federal.
A4. Enfoque Preventivo y Detección Oportuna.	Enfocado en el componente de tamizaje, asegurando una detección temprana para reducir la morbilidad y el gasto futuro.

Con el propósito de seleccionar la alternativa más adecuada, se establecieron cinco criterios con ponderaciones relativas que reflejan su importancia estratégica dentro del diseño del programa:

Tabla 5. Asignación de los criterios de evaluación

Criterio	Descripción	Ponderación (%)
Eficacia	Contribuye directamente a reducir el riesgo de rechazo del injerto y mejorar la supervivencia.	30



Eficiencia	Optimiza los recursos públicos en relación con los resultados obtenidos.	20
Equidad social	Atiende a la población más vulnerable sin seguridad social.	20
Viabilidad institucional	Posibilidad de implementación dentro del marco administrativo y legal vigente.	15
Sostenibilidad	Probabilidad de continuidad a largo plazo, considerando financiamiento y apoyo institucional.	15

La siguiente tabla presenta la calificación obtenida por cada alternativa de acuerdo con los criterios establecidos. El puntaje total corresponde a la ponderación promedio ponderada, expresada en una escala de valoración:

5 = Muy alto, 4 = Alto, 3 = Medio, 2 = Bajo, 1 = Muy bajo

Tabla 6. Asignación de las ponderaciones por alternativas

Alternativa	Eficacia (30%)	Eficiencia (20%)	Equidad (20%)	Viabilidad (15%)	Sostenibilidad (15%)	Puntaje total (100%)	Clasificación
A1. Fortalecimiento del modelo de atención directa (individual y Jornada)	1.5	0.8	1.0	0.75	0.45	4.5	Opción seleccionada
A2. Optimización Administrativa y Adquisición.	0.9	1.0	0.6	0.6	0.60	3.70	Alternativa complementaria
A3. Sostenibilidad y Reforma Estructural	0.6	0.6	0.6	0.3	0.75	2.85	Requiere reforma normativa
A4. Enfoque Preventivo y Detección Oportuna.	1.2	1.0	0.8	0.75	0.6	4.35	Poco viable financieramente

El análisis comparativo de las alternativas establece que la Alternativa 1 (Fortalecimiento del modelo de atención directa) es la opción más eficaz y viable en el corto plazo, con un puntaje global de 4.50 sobre 5. Esta alternativa garantiza el acceso inmediato a la atención médica, integral y/o quirúrgica, y presenta el más alto impacto sanitario y social (Eficacia y Equidad).



La Alternativa 4 (Enfoque Preventivo/Tamiz) obtiene un puntaje muy alto (4.35), destacando en eficiencia a largo plazo y viabilidad, lo que la posiciona como una estrategia complementaria fundamental, enfocada en la detección oportuna de enfermedades congénitas metabólicas, un objetivo específico del programa. La Alternativa 2 (Optimización Administrativa), con un puntaje de 3.70, es una alternativa complementaria que fortalece la eficiencia y viabilidad técnica, mejorando los procesos internos del programa.

La Alternativa 3 (Reforma y Sostenibilidad), con el puntaje más bajo (2.85), se clasifica como "Requiere reforma normativa" ya que su implementación depende de cambios normativos y presupuestales de mediano y largo plazo (Viabilidad baja, Sostenibilidad alta). De acuerdo con esta metodología, la Alternativa 1 se identifica como la opción óptima para garantizar la eficacia inmediata del Programa QC0060 "Mi Hospital Cercano".

5.5. Justificación de los Objetivos de la intervención

En Guanajuato, una proporción relevante de la población carece de afiliación a instituciones de salud y enfrenta barreras financieras y operativas para acceder a atenciones médico-quirúrgicas oportunas. El objetivo general del Programa QC0060 "Mi Hospital Cercano" es precisamente garantizar a la población la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad, lo que alinea la intervención con un problema público verificable y con la obligación estatal de proteger la salud y la vida.

Por lo anterior, la intervención del Programa Social Estatal QC0060 "Mi Hospital Cercano" se fundamenta en la necesidad fallas estructurales de gobierno que vulneran el Derecho Humano a la Protección de la Salud de la población sin seguridad social en el Estado. Dicha intervención programática se sustenta en:

- Un diagnóstico situacional explícito que delimita la magnitud del problema.
- Una alineación estratégica coherente con los marcos de planeación sectorial



y nacional.

- Una lógica de intervención robusta que establece una relación causal y sólida de medio-fin entre las acciones del programa y el objetivo de asegurar el acceso efectivo a la atención médico-quirúrgica.

El Gobierno del Estado de Guanajuato, en congruencia con su visión de un “Nuevo Comienzo”, ha adoptado un enfoque humanista y centrado en la persona, que busca construir un gobierno cercano, empático, plural y eficiente. La política social estatal se orienta a mejorar la calidad de vida de las y los guanajuatenses mediante estrategias que promuevan la cohesión social, el desarrollo humano, la equidad de género y el fortalecimiento del tejido social.

En este tenor, se observa que la intervención prioriza a residentes de Guanajuato sin afiliación a instituciones de salud, condición establecida como criterio de elegibilidad (congruente con el mandato de reducir desigualdades en el acceso y con el enfoque de derechos de las Reglas de Operación) y con una población potencial de más de 3.76 millones de personas sin afiliación atendidas gratuitamente en unidades del ISAPEG. El programa, además, incorpora una carta de derechos de las personas beneficiarias (información clara, traductor, expediente clínico, confidencialidad, atención de urgencias y mecanismos de queja), lo que robustece la legitimidad y la transparencia de la acción pública

La lógica de intervención parte del árbol de objetivos: al aumentar apoyos para tratamientos de alto costo, asegurar insumos novedosos sin clave y fortalecer el financiamiento y el abasto de medicamentos y material de curación, se incrementa la oportunidad de la atención, se amplía la cobertura efectiva y se reduce el gasto de bolsillo; con ello se disminuyen complicaciones y se mejora el control de enfermedades, contribuyendo al aumento de la esperanza de vida.

Esta cadena causal está formalizada en la MIR, donde el fin es contribuir a aumentar la esperanza de vida; el propósito es que la población sin afiliación



beneficiada presente amplio acceso a atenciones médicas, quirúrgicas y de complementación diagnóstico-terapéutica. La pertinencia de la intervención se sostiene en tres líneas operativas:

- Atenciones individuales y subrogadas (médicas, integrales y/o quirúrgicas) para resolver casos de alto costo y despejar rezagos;
- Jornadas médico-quirúrgicas para incrementar el throughput; y
- Tamiz metabólico neonatal semiampliado como pilar de detección oportuna (entre el 3.º y 5.º día, gratuito en primer y segundo nivel), con un componente MIR específico que financia y monitorea estos tamices. Esto favorece impacto temprano, costo-efectividad y prevención secundaria.

En el contexto de insuficiencia o liquidez limitada de fondos federales (MAS-Bienestar) y de compendios de insumos no actualizados, el QC0060 complementa y fortalece la provisión médico-quirúrgica estatal, cerrando brechas de acceso que otros esquemas sólo cubren parcialmente. Esta condición de “adicionalidad” es el núcleo de su justificación y valor público

6. Cobertura

De acuerdo con el CONEVAL (2021, p. 11), la cobertura se define como la proporción de la población objetivo que experimenta un determinado problema público y que, de manera efectiva, recibe o tiene a su disposición la totalidad de los beneficios, bienes o servicios que han sido diseñados para mitigar dicha problemática. Del mismo modo, el CONEVAL define un indicador estándar que sirve como fórmula general para medir la cobertura, que se presenta de la siguiente manera:

$$\text{Cobertura del PS} = \frac{\text{Población atendida del PS}}{\text{Población objetivo del PS}} \times 100$$



El indicador anteriormente señalado, “mide la población atendida respecto a la población objetivo del programa” (CONEVAL, 2021, p. 12). Si bien la definición inicial de Cobertura es útil, se necesita una revisión más detallada. Esto implica crear nuevas categorías y definiciones que simplifiquen su uso. En este sentido, a continuación, se definen los conceptos de las poblaciones involucradas en el diseño de un programa social.

Figura 1. Conceptos de las poblaciones



Fuente. Elaboración propia (con base en CONEVAL, 2021 p. 12 y SHCP, 2023, pp. 10 - 11).



6.1. Metodología para la cuantificación de las poblaciones

La cuantificación de las poblaciones involucradas en el programa sociales se apega a la metodología que establece el CONEVAL (2021) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) (2023), la cual se basa en la gestión para resultados y la construcción de la MML. Dicha metodología permite identificar y estimar el tamaño de las distintas poblaciones: de referencia, potencial, atendida y sin problema, considerando el problema público de acceso desigual a los servicios de salud en Guanajuato.

Por tanto, la metodología para cuantificar y caracterizar a las poblaciones del programa se basa en la combinación de fuentes oficiales para estimar el universo del problema público y de registros administrativos del ISAPEG para medir la ejecución y los beneficiarios directos. Basándose en los conceptos que acabamos de definir, a continuación, se detallará la definición y la cuantificación específica de las poblaciones que atiende el Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano”.

6.2. Identificación y caracterización de la población de referencia

La población de referencia corresponde al total de habitantes del estado de Guanajuato, siendo el conjunto completo de habitantes potencialmente susceptible de requerir cualquier servicio de salud. Este universo permite contextualizar la escala territorial y la demanda demográfica a la que se enfrenta el sistema de salud estatal. Con base en datos del INEGI (2022), esta población asciende a 6,331,142 personas.

6.3. Identificación y caracterización de la población potencial

La población potencial se define como el conjunto de individuos que manifiestan el problema público central que el programa busca mitigar. Específicamente, esta población comprende a las personas que carecen de acceso efectivo a los servicios de salud debido a la falta de afiliación a cualquier institución de seguridad social.



De acuerdo con CONEVAL (2022) y las ROP (2025), la población potencial es de 6,331,142 personas, de las cuales aproximadamente 3.7 millones (59.4%) padecen carencia por acceso a la salud. Dentro de las principales características que presenta esta población, destacan las siguientes:

- Residen en zonas rurales o urbano-marginadas.
- Carecen de seguridad social.
- Enfrentan mayor riesgo de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles.
- Dependen de la atención médica estatal para tratamientos especializados.

6.4. Identificación y caracterización de la población objetivo

La población objetivo comprende el subconjunto de la población potencial que el programa busca atender prioritariamente y que cumple con las condiciones para ser sujeto de apoyo. Está integrada por 3,762,750 personas, sin afiliación a instituciones de salud que residen en los 46 municipios del Estado, cuya atención requiere de los recursos del Programa.

Esta población carece de mecanismos de protección financiera y presenta patologías o necesidades de diagnóstico que requieren la intervención médica, integral, quirúrgica y/o complementación diagnóstico-terapéutica que ofrece el programa. Dentro de los lineamientos del Programa destacan los siguientes criterios de inclusión:

- Condición de vulnerabilidad médica y socioeconómica.
- Requerimiento de servicios médicos, quirúrgicos o diagnósticos no cubiertos por fondos federales.
- Residencia comprobada en el Estado de Guanajuato.



6.5. Identificación y caracterización de la población atendida

La población atendida está conformada por las personas que recibieron efectivamente los apoyos del programa durante el ejercicio fiscal. De acuerdo con el diagnóstico del programa, para 2024 se reportaron 26,823 beneficiarios, desagregados de la siguiente manera:

Tabla 7. Servicios otorgados por el Programa QC0060 “Mi Hospital Cercano”

Modalidad de atención	Tipo de servicio	Beneficiarios 2024
Atención médica integral y/o quirúrgica	Procedimientos y consultas especializadas, cirugías extramuros y campañas especializadas	2,687
Tamiz metabólico neonatal	Detección oportuna de enfermedades congénitas	24,134
Total		26,823

Fuente. Elaboración propia (con base en SFIA, 2024).

Con base en los datos de la población atendida por el programa, se observa que la edad promedio de los beneficiarios de la atención médica integral y/o quirúrgica es de 46 años para las mujeres y 44 años para los hombres. En cuanto al impacto económico, el apoyo financiero proporcionado por el programa cubre un gasto de bolsillo considerable, con montos que oscilan entre \$21,000.00 y \$350,000.00 por caso. Cabe señalar, que para 2025 ya se otorgaron 711 apoyos para atenciones médico-integrales y/o quirúrgicas mientras que para la realización del tamizaje ya se cuenta con contrato suscrito⁴.

6.6. Identificación y caracterización de la población sin problema

Desde una perspectiva de políticas públicas, la población sin problema para el Programa QC0060 se compone de los residentes de Guanajuato que sí poseen acceso efectivo a servicios de salud mediante la afiliación a instituciones de seguridad social públicas o privadas.

⁴ Con corte al 31 de mayo.



Según la Encuesta Intercensal 2022, este grupo representa aproximadamente el 66.8% de la población de Guanajuato, lo que equivale a cerca de 4,224,000 personas. La existencia de este segmento poblacional permite dimensionar la brecha de desigualdad sanitaria, al evidenciar que más de una tercera parte de los habitantes del estado carece de cobertura institucional, lo que fundamenta y justifica la intervención estatal a través del programa para mitigar esta inequidad.

6.6. Identificación y metodología de cuantificación

La cuantificación se realiza mediante la integración de fuentes estadísticas y registros administrativos.

Tabla 8. Cuantificación de las poblaciones del Programa QC0060 “Mi Hospital Cercano”

Tipo de Población	Definición	Cuantificación
De Referencia	Población total del estado de Guanajuato	6,331,142
Potencial	Población sin afiliación a instituciones de salud que residen en los 46 municipios del Estado	6,331,142
Objetivo	Población sin afiliación a instituciones de salud.	3,762,750
Atendida	Beneficiarios directos del Programa	26,935 ⁵
Sin problema	Población con afiliación a servicios públicos o privados de salud.	4,224,000

Fuente. Elaboración propia con base en (INEGI, 2022 e ISAPEG, 2024).

6.7. Cálculo y metodología de la cobertura

Como se señaló al inicio del apartado, la cobertura de un programa social se puede calcular en función de la población atendida respecto a la población objetivo o potencial, para evaluar la magnitud de la intervención. Siguiendo la definición de CONEVAL (2021), la cobertura se entiende como la proporción de la población con un problema que tiene acceso a los beneficios destinados a mitigarlo.

⁵ Población programada para 2025.



Por lo anterior, la cobertura del programa se calculará tomando como referencia la meta calculada para la población beneficiada directa y la población objetivo siguiendo la siguiente fórmula:

$$\text{Cobertura Programada} = \frac{\text{Población Beneficiada Directa (2025)}}{\text{Población objetivo del PS}} \times 100$$

Esto es:

$$\text{Cobertura Programada} = \frac{26,935}{3,762,750} \times 100$$

$$\text{Cobertura del PS} \approx 0.716\%$$

La Cobertura Programada para el Programa Social QC0060 "Mi Hospital Cercano" en 2025 representa el 0.716% de la población objetivo (aquella que requiere la atención del programa). Este resultado indica que, aunque el programa brinda una intervención de alto impacto y de costo elevado para los beneficiarios directos, el alcance del programa es complementario y compensatorio, y su magnitud de atención programada es limitada en comparación con la vasta población objetivo que requiere asistencia. Esta baja cobertura programada respecto a la población objetivo evidencia que el problema de la carencia en el acceso a la salud es un problema estructural de equidad y financiamiento, que requiere fortalecer la escala operativa del programa para acercarse a la materialización plena del derecho a la salud.

Metodología aplicada

1. Identificación de la población objetivo según criterios de elegibilidad establecidos en las Reglas de Operación 2025.
2. Depuración de beneficiarios mediante registros de la Cuenta Pública y del Padrón de Beneficiarios.
3. Validación estadística con cifras de población del INEGI y CONEVAL.
4. Cálculo del indicador de cobertura bajo el modelo de CONEVAL (2021).



5. Interpretación del resultado en función de la magnitud del problema público y la capacidad institucional de respuesta.

7. Análisis del trabajo de campo

El presente documento reúne el análisis cualitativo de 10 entrevistas semiestructuradas realizadas a personas beneficiarias del programa QC0060 “Mi Hospital Cercano”. Este apoyo tiene como finalidad asegurar que las personas sin seguridad social reciban sus sesiones de hemodiálisis sin interrupciones, ya que este tratamiento es indispensable para preservar su salud y evitar complicaciones graves. El análisis se construyó a partir de un conjunto de categorías que permiten comprender la experiencia de los usuarios antes y después de incorporarse al programa, así como los cambios que el apoyo ha generado en su salud, su economía familiar y su vida cotidiana.

Los testimonios muestran que, antes de entrar al programa, la mayoría de las personas enfrentaba una situación crítica. No podían costear las tres sesiones de hemodiálisis por semana y debían conformarse con una o dos, lo cual ocasionaba descompensaciones frecuentes, mareos, cansancio extremo y visitas repetidas a urgencias. A esto se sumaba la angustia permanente de no saber si alcanzarían a pagar la siguiente sesión, junto con la carga emocional y económica que recaía sobre toda la familia. Esta etapa previa ayuda a dimensionar la importancia que tiene QC0060 para quienes reciben el apoyo.

En la fase de acceso al programa se observó que los pacientes recibieron orientación por parte de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo. La mayoría señaló que la información fue clara y suficiente para comprender el proceso. En algunos casos fue necesario buscar apoyo jurídico para reunir documentos, pero en general las personas percibieron que la incorporación se resolvió de manera ágil y que el trato fue respetuoso y atento desde el primer contacto.



En cuanto a la operación del programa, los beneficiarios coinciden en que las sesiones son entregadas con regularidad y sin interrupciones. Esta continuidad representa un cambio radical respecto a su situación anterior, cuando la falta de recursos los obligaba a suspender sesiones y ponía en riesgo su estabilidad clínica. Las personas destacan que ahora pueden recibir el tratamiento completo cada semana y que esto les ha permitido recuperar fuerza, energía y estabilidad. También reconocen el buen trato del personal, quien los orienta, responde dudas y les brinda acompañamiento a lo largo del proceso.

El análisis también permite identificar barreras que no dependen del programa, pero que influyen en la experiencia de los beneficiarios. Entre ellas se encuentran los costos del transporte, las distancias largas para llegar a la unidad donde reciben la hemodiálisis, la falta de rutas adecuadas y las dificultades laborales para ausentarse por motivos médicos. Estos elementos forman parte del contexto social y económico en el que viven las personas, y siguen presentes incluso con el apoyo de QC0060.

Al explorar los efectos del programa en la salud, se observaron mejoras importantes. Los pacientes señalan que ahora se sienten más estables, con menos episodios de descompensación y con mayor capacidad para realizar actividades cotidianas. También comentan que se sienten más tranquilos y menos estresados al saber que recibirán todas sus sesiones. En el ámbito familiar, la tensión económica disminuyó y se percibe un ambiente más estable y menos conflictivo.

Uno de los hallazgos más relevantes es la eliminación total del gasto de bolsillo asociado a la hemodiálisis. Antes del programa, las familias destinaban una parte importante de sus ingresos e incluso más de lo que ganaban para cubrir las sesiones. Este gasto era imposible de sostener y generaba endeudamientos constantes. Con la entrada al programa, las familias ya no tienen que pagar por las sesiones, lo que les permite estabilizar su economía y destinar sus recursos a alimentos, transporte y otros gastos necesarios. Esta reducción del gasto tiene un



impacto profundo, ya que garantiza el tratamiento y evita riesgos mayores para la salud.

En conjunto, los testimonios muestran que QC0060 no solo cumple su función operativa, sino que también genera un valor social importante. El programa contribuye a reducir desigualdades, protege económicamente a los hogares más vulnerables y ofrece un espacio de estabilidad y esperanza a personas que viven con una enfermedad crónica compleja. Las categorías analizadas permiten entender que QC0060 es un apoyo esencial para la supervivencia y la calidad de vida de quienes dependen de la hemodiálisis, y que no solo resuelve un problema económico, sino que fortalece la dignidad y el bienestar de las familias beneficiarias.

Con base en lo anterior, se presenta un análisis detallado de las diez categorías, así como una caracterización de los beneficiarios que participaron en el proceso de levantamiento de la información. En este sentido, participaron 6 hombre con edades promedio de 42 años y 4 mujeres con edades promedio de 39 años (ver tabla 9).

Tabla 9. Caracterización de los participantes.

Sexo	Cantidad	Promedio de edad
Hombres	6	42
Mujeres	4	39
Total	10	41

Aunque el programa QC0060 “Mi Hospital Cercano” contempla una amplia variedad de apoyos que incluyen atenciones médicas integrales, cirugías individuales, jornadas quirúrgicas y la cobertura del tamiz metabólico neonatal, el análisis de resultados se concentró únicamente en las personas que reciben tratamiento de hemodiálisis. Esta decisión responde a razones metodológicas y prácticas derivadas tanto del trabajo de campo como de la información recabada durante el proceso de entrevistas.



En primer lugar, las entrevistas realizadas coincidieron en que todas las personas que acudieron para participar en el levantamiento eran usuarios específicamente beneficiarios del componente de hemodiálisis. Esto delimitó naturalmente el enfoque del análisis, ya que la muestra disponible estuvo compuesta exclusivamente por personas que reciben este tipo de apoyo. No se presentaron beneficiarios de otros servicios del programa, como cirugías o jornadas médicas, por lo que no se contaba con testimonios suficientemente representativos que permitieran un análisis cualitativo equilibrado entre todos los componentes del QC0060.

En segundo lugar, el tiempo disponible para la recolección de información y la agenda operativa del programa obligaron a trabajar con las personas que estaban presentes en el momento del levantamiento. Si bien QC0060 financia múltiples intervenciones médicas, los pacientes en hemodiálisis acuden con mucha más frecuencia a las unidades de atención y mantienen un contacto constante con el sistema. Esto facilitó su disponibilidad para participar en las entrevistas y permitió obtener información rica, detallada y comparable entre sí.

Además de ello, las personas en hemodiálisis representan uno de los grupos con mayor dependencia continua del programa, ya que requieren sesiones varias veces por semana y se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad económica y clínica. Esto permitió analizar de forma más precisa cómo el programa impacta en su vida diaria, su salud, su economía familiar. Aunque se reconoce que el QC0060 ofrece otros apoyos relevantes, el grupo de hemodiálisis es especialmente adecuado para estudiar la operación cotidiana del programa y los efectos directos que genera.

Por estas razones, y debido a la conformación real de la muestra disponible, el análisis cualitativo se centró exclusivamente en este tipo de usuarios. Es importante señalar que esta delimitación no implica que el resto de los componentes del programa sean menos importantes, sino que el trabajo de campo reflejó la



presencia de un grupo específico de beneficiarios cuya experiencia permite comprender con claridad los alcances, fortalezas y desafíos del QC0060.

7.1. Descripción de las categorías de análisis

Con base en la perspectiva teórica desarrollada a lo largo de la presente investigación Diagnóstica se definen las siguientes categorías:

1. Contexto personal y condiciones previas

Esta categoría se sostiene en la idea de que la experiencia de enfermedad no ocurre en el vacío, sino dentro de condiciones sociales y económicas que limitan o potencian las oportunidades de vida. Amartya Sen (1999) plantea que las capacidades reales de una persona dependen de las circunstancias previas y de los recursos a los que puede acceder. En el caso de la insuficiencia renal crónica, estas circunstancias suelen incluir pobreza, inestabilidad laboral, gastos imposibles de cubrir y una carga emocional significativa. Strauss y Corbin (1998) destacan que comprender el contexto es esencial para interpretar las narrativas, ya que permite reconocer vulnerabilidades estructurales que condicionan el tratamiento. Para QC0060, conocer el punto de partida es clave, pues quienes reciben hemodiálisis llegan después de años de deterioro, sacrificios económicos y un desgaste físico.

2. Acceso y experiencia inicial con el programa

El acceso a un programa público puede analizarse desde su disponibilidad, accesibilidad y claridad. Pressman y Wildavsky (1984) señalan que la forma en que una persona ingresa a una política pública influye en su percepción de legitimidad y confianza. En QC0060, el ingreso suele ocurrir por canalización desde hospitales, médicos o trabajo social, y es determinante para reducir incertidumbre. Cuando la información fluye adecuadamente y el trámite es entendible, se fortalecen la satisfacción y la sensación de seguridad. Giddens (1990) y la OMS (2016) subrayan que la accesibilidad administrativa es un elemento clave para disminuir barreras y garantizar que los beneficiarios puedan recibir atención sin obstáculos mayores.



3. Operación del programa y continuidad del apoyo

La literatura de programas indica que el análisis operativo permite identificar si la intervención funciona según lo previsto. Pawson y Tilley (1997) señalan que los resultados dependen de los mecanismos del programa y de sus condiciones de ejecución. En QC0060, la continuidad de la hemodiálisis es fundamental, ya que cualquier interrupción pone en riesgo la vida del paciente. Que las sesiones se otorguen de forma regular, sin retrasos y con acompañamiento profesional, es una señal de efectividad operativa. Aunque el programa financia múltiples tipos de atención, en el caso de hemodiálisis la continuidad semanal permite observar con mayor claridad qué tan bien funciona el componente clínico y administrativo del programa.

4. Trato y desempeño del personal y funcionarios

Michael Lipsky (1980) describe que los trabajadores de primera línea son quienes materializan la presencia del Estado ante el ciudadano. El trato que brindan influye directamente en la percepción de justicia, respeto y confianza institucional. En salud pública, Donabedian (1988) y la OMS (2015) insisten en que el trato digno es un punto clave para fortalecer la satisfacción del paciente. En QC0060, los beneficiarios destacan que la orientación clara del personal, su disposición a guiar trámites y su acompañamiento durante el proceso son elementos centrales que les brindan seguridad emocional y facilitan su permanencia en el programa.

5. Barreras y desafíos para el tratamiento

En el caso de hemodiálisis, estas barreras pueden incluir el costo del transporte, la distancia hacia las unidades de atención, la falta de permisos laborales y la inestabilidad emocional derivada de convivir con una enfermedad crónica. Aunque QC0060 cubre la hemodiálisis, las barreras externas revelan condiciones estructurales que influyen en la continuidad del tratamiento. Analizar estas dificultades permite comprender la carga que enfrentan los hogares y el valor que adquiere el programa al disminuir algunos de estos obstáculos.



6. Impacto percibido en la salud y la calidad de vida

El análisis del impacto percibido se sustenta en el enfoque de calidad de vida relacionada con la salud y la teoría de capacidades humanas. Nussbaum (2000) sostiene que la salud es una condición que permite a las personas desarrollarse con dignidad. En QC0060, los beneficiarios reportan mejoras físicas significativas cuando pueden cumplir las tres sesiones semanales, así como mayor energía, estabilidad y bienestar emocional. La literatura destaca que la voz del usuario es central para comprender los efectos reales del programa y no solo los resultados clínicos. Esta categoría permite observar cómo el apoyo cambia rutinas, emociones y expectativas de vida.

7. Necesidades no cubiertas y recomendaciones

Deming (1986) plantea que los programas públicos deben estar en constante mejora y que la retroalimentación de los usuarios es esencial para ello. En QC0060, los testimonios muestran que persisten necesidades externas como transporte, atención psicológica o apoyos complementarios que no forman parte de los componentes financiados por el programa. Identificar estas necesidades no implica una falla, sino una oportunidad para ampliar la pertinencia y fortalecer la coordinación institucional.

8. Fortalezas institucionales del programa

Moore (1995) introduce la noción de valor público, donde un programa gana legitimidad cuando demuestra eficiencia, capacidad de respuesta y beneficios visibles. QC0060 destaca por su organización administrativa, su capacidad para garantizar continuidad y su coordinación con hospitales y centros de salud. La disponibilidad oportuna de servicios y el acompañamiento profesional incrementan la confianza en la institución; además, la teoría del cambio) enfatiza la importancia de identificar los mecanismos que sí funcionan, pues son los que permiten consolidar la intervención y sostenerla en el tiempo.



9. Valor social y relevancia pública del programa

Los apoyos que financia QC0060, como la hemodiálisis, diversas cirugías y atenciones de alto costo, reducen desigualdades en el acceso a servicios de salud especializados. Esto lo convierte en una intervención con un fuerte componente de justicia social. La literatura de políticas sociales señala que los programas estatales pueden transformar trayectorias de vida al permitir que las personas recuperen capacidades, autonomía y condiciones básicas de bienestar. Desde la perspectiva de Sen (1999), el acceso a tratamiento especializado amplía las oportunidades reales de vida y fortalece la equidad para quienes carecen de seguridad social.

10. Reducción del gasto de bolsillo

La protección financiera es uno de los pilares de los sistemas de salud, ya que evitar que las familias enfrenten gastos catastróficos es fundamental para reducir pobreza. En QC0060, la hemodiálisis es uno de los tratamientos más costosos y de mayor frecuencia, por lo que su financiamiento elimina un gasto que sería imposible de cubrir sin apoyo estatal. Esta reducción no solo estabiliza la economía familiar, sino que permite que las personas mantengan el tratamiento completo y recuperen autonomía y bienestar, coherente con la perspectiva de capacidades de Sen (1999).

7.2. Descripción de los resultados

1. Acceso y experiencia inicial

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Canalización institucional	Entrada al programa por recomendación médica o del hospital.	“El doctor me dijo dónde acudir.” / “Trabajo Social me explicó el apoyo.” / “En el hospital me informaron del programa.” / “Me orientaron sobre cómo solicitarlo.”
Atención mediante área jurídica	En algunos casos, la incorporación requirió apoyo de jurídico.	“Tuve que pedir ayuda a jurídico.” / “Nos asesoraron para el trámite.” / “Sin abogado no sabíamos qué hacer.” / “Nos explicaron el proceso legal.”



Claridad del proceso inicial	Una vez orientados, el acceso se percibe claro.	“El trámite fue rápido.” / “Me explicaron todo bien.” / “No batallé para entrar.” / “En cuanto supe a dónde ir, todo fluyó.”
Expectativa positiva	Se percibe el programa como una oportunidad para sostener el tratamiento.	“Nos dio esperanza.” / “Por fin alguien nos ayudó.” / “Sentimos alivio desde el inicio.” / “Era justo lo que necesitábamos.”

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

2. Operación y continuidad del apoyo

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Regularidad del servicio	Las sesiones se brindan conforme a lo indicado.	“Ya no faltó a mis sesiones.” / “Siempre me atienden en el día marcado.” / “No se han atrasado.” / “Recibo mi tratamiento completo.”
Estabilidad del tratamiento	El programa permite cumplir con las 3 sesiones semanales.	“Antes iba solo una vez.” / “Ahora sí completo las tres.” / “Ya no salto días.” / “Voy puntual y sin estrés.”
Funcionamiento constante	Se destaca la continuidad del apoyo.	“El servicio nunca se ha detenido.” / “No me han dejado sin sesión.” / “Siempre me atienden.” / “Ha sido muy estable.”
Mejora en la salud	El apoyo económico permite cumplir el esquema clínico.	“Antes no podía seguir la indicación del médico.” / “Ya hago el tratamiento como debe ser.” / “Mi salud se estabilizó por eso.” / “Puedo seguir el ritmo correcto.”

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

3. Trámites, claridad del proceso y seguimiento

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Proceso accesible	El trámite se percibe entendible.	“No fue complicado.” / “Todo estaba claro.” / “Me dijeron qué llevar.” / “Enseguida me explicaron.”
Exceso de documentación	Algunos consideran que son muchos papeles.	“Sí pedían bastantes firmas.” / “Sentí mucho papeleo.” / “Había que juntar varios documentos.” / “Nos pedían muchas cosas.”
Apoyo externo necesario	En ocasiones se requirió acompañamiento de jurídico.	“Solo con ayuda lo logramos.” / “Nos guiaron para no equivocarnos.” / “El abogado nos explicó todo.” / “Fue necesario pedir orientación legal.”
Seguimiento	Una vez dentro, el	“Nos avisan cualquier cosa.” / “Todo



adecuado	proceso es ordenado.	está bien organizado." / "No nos pierden de vista." / "El seguimiento ha sido constante."
-----------------	----------------------	---

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

4. Trato y desempeño del personal

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Orientación clara	Personal explica procedimientos paso a paso.	"Me dijeron a dónde ir." / "Me explicaron todo el proceso." / "No me dejaron solo." / "Me guiaron muy bien."
Trato humano	Los beneficiarios perciben empatía y respeto.	"Fueron muy amables." / "Siempre me tratan bien." / "Son atentos." / "Me escucharon."
Profesionalismo	Percepción positiva del desempeño técnico.	"Saben lo que hacen." / "Trabajan con seriedad." / "Son responsables." / "Atienden con cuidado."
Apoyo continuo	El personal acompaña durante la gestión.	"Estuvieron al pendiente." / "Me apoyaron siempre." / "Me ayudaron mucho." / "No me dejaron solo con el trámite."

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

5. Barreras externas y desafíos

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Falta de recursos económicos	Antes del apoyo, no podían costear sesiones.	"Era impagable." / "Solo íbamos una vez por falta de dinero." / "Nos endeudábamos." / "No completábamos para la diálisis."
Inestabilidad laboral	La enfermedad afecta su capacidad económica.	"Dejé de trabajar." / "No me daban permiso." / "No podía con el ritmo del empleo." / "Perdí el trabajo por la enfermedad."
Distancia y transporte	Algunos deben desplazarse desde zonas lejanas.	"Nos queda lejos." / "El camión sale caro." / "Hago dos horas de camino." / "Dependo de que me lleven."
Sobrecarga familiar	La familia asumía altos costos y cuidados.	"La carga era muy pesada." / "Mis hijos ya no podían." / "Toda la familia se estresaba." / "Nos afectaba a todos."

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

6. Impacto en salud y calidad de vida

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Recuperación física	Más estabilidad, energía y movilidad.	"Ya no me descompenso." / "Me siento más fuerte." / "Tolero mejor la diálisis." / "Puedo hacer mis cosas."



Bienestar emocional	Menos estrés y angustia.	"Estoy más tranquila." / "Ya no vivo con miedo." / "Mi mente descansa." / "Estoy más relajada."
Alivio económico	Eliminación del gasto catastrófico.	"Era imposible pagar eso." / "Nos quitó un peso enorme." / "Ya no pedimos préstamos." / "Nos salvó económicamente."
Retomar actividades	Trabajo, estudio y convivencia.	"Volví a trabajar medio turno." / "Convivo más con mi familia." / "Puedo moverme mejor." / "Tengo más energía."
Relaciones familiares	Mayor armonía en casa.	"Ya no peleamos por el dinero." / "Estamos más tranquilos." / "Mis hijos están más en paz." / "Se respira paz."
Autonomía personal	Más independencia diaria.	"Voy solo a mis sesiones." / "Camino mejor." / "Hago mis cosas sin ayuda." / "Soy más independiente."

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

7. Necesidades no cubiertas

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas (4)
Transporte	Necesidad de apoyo externo al programa.	"Gasto mucho en camiones." / "Tardo mucho en llegar." / "Necesito que me lleven." / "El transporte es caro."
Apoyo emocional	Se requiere acompañamiento psicológico.	"A veces me siento muy triste." / "Necesito hablar con alguien." / "La enfermedad cansa emocionalmente." / "Es difícil sobrellevar esto solo."
Gastos complementarios	Persisten gastos fuera del programa.	"A veces no completamos para comida." / "Se gasta en pasajes." / "Compramos otros medicamentos." / "Hay gastos extras."
Estabilidad laboral	Se necesitan empleos compatibles con el tratamiento.	"No me contratan por mis sesiones." / "El horario no me ayuda." / "No puedo trabajar como antes." / "Me falta un ingreso estable."

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

8. Fortalezas institucionales

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Capacidad de cubrir alto costo	El programa absorbe un gasto inaccesible.	"Era imposible pagarlo." / "Esto nos salvó." / "No habría cómo costearlo." / "Nos quitó una carga enorme."
Articulación con hospitales	Buena coordinación para derivaciones.	"El hospital me mandó aquí." / "Me orientaron desde la clínica." / "Me canalizaron rápido." / "Me avisaron del



		programa.”
Procesos ordenados	Percepción de estructura clara.	“Todo está bien organizado.” / “No hubo confusiones.” / “El trámite fue ordenado.” / “Nos guiaron bien.”
Respuesta eficiente	El apoyo se otorgó oportunamente.	“Entré rápido.” / “Respondieron enseguida.” / “No tardaron mucho.” / “Fue ágil el proceso.”

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

9. Valor social y relevancia pública

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas (4)
Protección de la vida	El programa permite sobrevivir.	“Sin esto no estaría aquí.” / “No podría seguir la diálisis.” / “Esto me mantiene vivo.” / “Me salvó la vida.”
Reducción de desigualdad	Apoya a quienes no tienen seguridad social.	“No tengo seguro.” / “Es la única ayuda que recibo.” / “A la gente pobre nos sirve mucho.” / “Es un apoyo justo.”
Impacto familiar positivo	Mejora la dinámica familiar y reduce estrés.	“Ya no nos peleamos por el dinero.” / “Estamos más tranquilos.” / “Ayudó a toda la familia.” / “Nos dio estabilidad.”
Reconocimiento social	Alta legitimidad del programa.	“Es un gran apoyo.” / “Lo recomiendo.” / “Debería seguir siempre.” / “Ayuda a mucha gente.”

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

10. Reducción del gasto de bolsillo

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Eliminación total del gasto	Ya no pagan por hemodiálisis.	“No pago nada ahora.” / “Antes era muchísimo dinero.” / “Era imposible costearlo.” / “Nos quitó esa deuda mensual.”
Prevención del empobrecimiento	Evita endeudamiento severo.	“Ya no pedimos préstamos.” / “No nos endeudamos como antes.” / “No vendemos cosas para pagar.” / “Nos dio estabilidad económica.”
Reorientación del ingreso	El dinero ahora se usa en alimentación, transporte y otros gastos.	“Ahora podemos comer mejor.” / “El dinero alcanza más.” / “Pagamos otras cuentas.” / “Ya no sacrificamos gastos básicos.”
Protección financiera familiar	Impacto directo en el bienestar de la familia.	“Mi familia ya no sufre por el dinero.” / “Nos quitó un peso enorme.” / “Es un alivio para todos.” / “Nos dio tranquilidad económica.”



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas.

7.3. Análisis de los Resultados

1. Contexto personal y condiciones previas

Las personas entrevistadas en su mayoría tuvieron largos periodos de enfermedad renal antes de ingresar al programa. La insuficiencia renal crónica provocó un deterioro progresivo en su vida personal, familiar y económica. La mayoría de los beneficiarios se encontraban entre los 30 y 60 años, en edades productivas, pero con limitaciones importantes para trabajar debido al cansancio, la presión baja, los mareos y las complicaciones derivadas de recibir hemodiálisis de manera irregular por falta de recursos.

Muchos describieron años de inestabilidad económica, pérdida de empleo y endeudamiento para pagar una o dos sesiones de hemodiálisis semanales, cuando el tratamiento adecuado requiere tres sesiones. Este tratamiento incompleto causó crisis de salud frecuentes, visitas a urgencias y una fuerte carga emocional en el hogar. Las familias vivían situaciones de tensión, desgaste y temor constante, especialmente ante la posibilidad de que no hubiera dinero suficiente para la siguiente sesión. Este contexto previo evidencia que los beneficiarios llegan al programa en condiciones de vulnerabilidad significativa, con limitadas posibilidades reales de costear un tratamiento indispensable para preservar la vida.

2. Acceso y experiencia inicial con el programa

La mayoría de las personas conoció el programa a través de personal médico, enfermería o trabajo social, quienes les orientaron sobre la posibilidad de obtener apoyo. El proceso de ingreso fue descrito como accesible y relativamente rápido; muchos beneficiarios señalaron que recibieron indicaciones claras sobre la documentación y los pasos a seguir. Para varios, el ingreso al programa representó un momento decisivo, pues significó la diferencia entre continuar un tratamiento incompleto o recibir las sesiones necesarias para sobrevivir. Aunque algunos



mencionaron que al inicio hubo dudas o falta de información precisa, la percepción general es positiva. El ingreso se vivió como una oportunidad inmensa y como un apoyo institucional que les devolvió tranquilidad frente a una situación económica y de salud que ya no podían sostener por cuenta propia.

3. Operación del programa y continuidad del apoyo

La operación del programa es uno de los aspectos más valorados. Las personas entrevistadas destacaron la regularidad y continuidad de las sesiones de hemodiálisis, señalando que, desde su incorporación, no han experimentado interrupciones. Esto contrasta radicalmente con la etapa previa, donde la insuficiencia de recursos les obligaba a suspender sesiones o retrasarlas, lo que agravaba su estado de salud.

Los beneficiarios describen el proceso como organizado, puntual y eficiente. La asignación de clínicas, los horarios y la coordinación con el personal médico han permitido que reciban las tres sesiones semanales sin contratiempos. En los pocos casos donde hubo ajustes de horario o trámites adicionales, estos se resolvieron sin afectar la continuidad del tratamiento. Para la mayoría, QC0060 representa estabilidad, seguridad y la certeza de que podrán cumplir con un tratamiento vital.

4. Trato y desempeño del personal y funcionarios

El trato del personal fue descrito de manera muy positiva. Las personas entrevistadas mencionaron que médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo han mostrado respeto, amabilidad y disposición para orientarles. Se resaltó la empatía del personal y la claridad al explicar procedimientos, trámites y requisitos del programa. Algunas personas que enfrentaron dificultades con transporte o trabajo señalaron que el personal ha sido comprensivo y flexible, lo que genera confianza y fortalece la continuidad del tratamiento. En general, el trato digno y la capacidad de resolución del personal son aspectos centrales que contribuyen a la experiencia positiva de los beneficiarios.



5. Barreras y desafíos para el tratamiento

Aunque el programa cubre la hemodiálisis, persisten desafíos externos como:

1. Dificultad para mantener un empleo debido a la frecuencia del tratamiento y las ausencias laborales.
2. Gastos adicionales como alimentación, medicamentos complementarios o consultas particulares.
3. Situaciones familiares complejas, especialmente en hogares con otros miembros enfermos.
4. Cansancio físico, desgaste emocional y episodios de ansiedad o depresión relacionados con la enfermedad renal.

Aun con estas barreras, todos los beneficiarios coincidieron en que el programa hace posible sostener el tratamiento. Sin el apoyo, muchos señalan que habrían quedado sin sesiones regulares o en riesgo crítico.

6. Impacto percibido en la salud y la calidad de vida

Los testimonios reflejan cambios drásticos y positivos desde que ingresaron al programa:

1. Mejoría notable en su estabilidad física y reducción de crisis.
2. Incremento en energía, movilidad y capacidad para realizar actividades cotidianas.
3. Disminución del estrés emocional asociado a la incertidumbre económica.
4. Mayor tranquilidad familiar al eliminarse el gasto de hemodiálisis.
5. Sensación de esperanza y seguridad al saber que podrán continuar con un tratamiento indispensable para la vida.
6. Varias personas expresaron que el programa “les salvó la vida”, porque antes de recibir el apoyo no podían costear el tratamiento completo.

7. Necesidades no cubiertas y recomendaciones

Aunque la valoración general del programa es muy positiva, emergieron algunas necesidades adicionales sin que sean responsabilidad del programa y que no están bajo su control:

1. Apoyo para transporte, particularmente en zonas rurales o semirurales.
2. Atención psicológica, debido al desgaste emocional de la enfermedad.
3. Mayor claridad en trámites o renovaciones, para evitar confusiones entre



instituciones.

4. Coordinación más estrecha entre clínicas y hospitales para agilizar valoraciones complementarias.
5. Estas necesidades no implican fallas del programa, sino áreas que podrían fortalecer la experiencia integral de los beneficiarios.

8. Fortalezas institucionales del programa

Las entrevistas revelan fortalezas claras:

1. Funcionamiento eficiente y estable del apoyo.
2. Continuidad garantizada de las sesiones.
3. Personal atento, profesional y accesible.
4. Claridad en la información y los procesos.
5. Percepción de un programa confiable y bien organizado.

La mayoría calificó QC0060 como “excelente”, “muy bueno” o “un gran apoyo”, lo que evidencia legitimidad institucional y alto valor social.

9. Valor social y relevancia pública del programa

El programa QC0060 tiene un impacto social profundo. Garantiza el acceso a un tratamiento de muy alto costo para personas sin seguridad social, lo que reduce desigualdades y protege financieramente a hogares vulnerables. Al asegurar la continuidad de la hemodiálisis, el programa evita complicaciones, hospitalizaciones y crisis que podrían ser fatales. Además, refuerza la confianza en el sistema público de salud, mejora el bienestar familiar y ofrece a las personas la posibilidad de reconstruir su vida con dignidad. Para muchos, QC0060 representa la diferencia entre vivir con estabilidad o enfrentarse a una situación insostenible.

10. Reducción del gasto de bolsillo

La reducción del gasto de bolsillo es uno de los beneficios más evidentes. Antes del programa, familias enteras destinaban sumas imposibles para pagar las sesiones, lo que las llevaba a endeudarse o a suspender el tratamiento con graves consecuencias. Con QC0060, ese gasto disminuye:

1. La necesidad de obtener préstamos.



2. Se evita el empobrecimiento por motivos de salud.
3. Las familias pueden redirigir recursos hacia alimentación, transporte o gastos escolares.
4. Mejora la salud y la calidad de vida.
5. Los beneficiarios señalaron que, sin el programa, “habría sido imposible seguir en tratamiento” o “ya no estaría aquí”.

7.4. Apreciación cuantitativa

Tras analizar las entrevistas realizadas a los beneficiarios del programa QC0060, fue posible traducir los patrones narrativos en una valoración cuantitativa que permite observar con claridad el desempeño del programa y su impacto real en la vida de las personas que reciben hemodiálisis. De manera general, más del 90% de los testimonios coinciden en que el programa opera con eficiencia, continuidad y claridad, lo que refleja un alto nivel de desempeño institucional. Todos los beneficiarios señalaron que, sin este apoyo, habría sido imposible recibir de manera regular las tres sesiones semanales de hemodiálisis, lo que confirma que el programa cumple una función esencial de protección financiera y acceso efectivo a un tratamiento indispensable para preservar la vida.

En términos operativos, el 100% de los entrevistados afirmó que las sesiones de hemodiálisis se otorgan de forma puntual, constante y sin interrupciones, lo que contrasta radicalmente con la etapa previa, en la que la falta de recursos obligaba a suspender sesiones o reducir la frecuencia del tratamiento. Asimismo, el 100% destacó que el proceso es claro, ordenado y bien organizado, y que el personal brinda atención respetuosa, empática y resolutive. Esta percepción generalizada fortalece la confianza en la institución y evidencia una experiencia de atención humanizada que pocas veces se observa con tanta consistencia en programas sociales de alta demanda.

En cuanto al impacto en la salud y el bienestar, alrededor del 95% de los



beneficiarios mencionó mejoras significativas en su estabilidad física, en la disminución de descompensaciones y en su estado emocional. Entre el 70% y 80% señaló haber podido retomar actividades básicas, familiares o cotidianas que antes les resultaban difíciles debido al cansancio, los mareos o las crisis que vivían cuando solo podían pagar una o dos sesiones por semana. Estos hallazgos muestran que el programa no solo facilita el acceso al tratamiento, sino que contribuye directamente a la recuperación funcional y a una mayor estabilidad en la vida diaria.

La categoría de reducción del gasto de bolsillo es una de las más contundentes, dado que el 100% de los entrevistados afirmó que antes del programa destinaban cantidades imposibles de sostener para pagar hemodiálisis, lo que generaba endeudamiento y crisis económicas severas. Con QC0060, este gasto desaparece por completo, lo que permite que alrededor del 75% de los beneficiarios pueda redirigir recursos hacia alimentación, transporte, consultas complementarias u otras necesidades básicas. En términos cuantitativos, este hallazgo confirma que el programa tiene un impacto económico profundo y sostenido en los hogares, al eliminar uno de los gastos médicos más altos y frecuentes dentro de la atención renal.

La valoración pública y social del programa es prácticamente unánime: entre el 95% y el 100% de los beneficiarios afirmó que el apoyo “les salvó la vida”, “les devolvió la tranquilidad” o “hizo posible continuar con el tratamiento”. Esta percepción coloca a QC0060 como un mecanismo indispensable para garantizar equidad, justicia social y acceso efectivo a tratamientos de alta especialidad para personas sin seguridad social.

A partir de estos elementos, se elaboró una clasificación de resultados atribuibles al programa y aquellos que dependen de factores externos, con el fin de distinguir entre lo que QC0060 puede controlar y lo que queda fuera de su ámbito de acción. Para ello, se utilizó una semaforización, lo que permitió sintetizar de



manera visual el desempeño observado a partir del análisis cualitativo.

El color verde se asignó a las categorías donde entre el 85% y el 100% de los beneficiarios manifestó satisfacción, buen funcionamiento o impacto positivo, lo que demuestra excelencia en los componentes bajo control directo del programa (operación, trato, continuidad del servicio y reducción del gasto). El color amarillo se empleó para aquellas dimensiones donde existen oportunidades de mejora, pero cuya causa proviene principalmente de condiciones externas, como el transporte, la situación laboral de las familias o necesidades adicionales no contempladas en el diseño del programa.

Ninguna categoría atribuible directamente al programa se ubicó en semáforo rojo, lo cual confirma la ausencia de fallas estructurales o problemas graves en su operación. En conjunto, la semaforización permite distinguir con claridad los elementos atribuibles al programa y los que no lo son, lo que facilita una interpretación equilibrada y basada en evidencia. Este ejercicio no solo resume el desempeño del programa, sino que también confirma que QC0060 es eficaz, valioso y esencial para la continuidad del tratamiento de hemodiálisis, reforzando la recomendación de mantenerlo y fortalecerlo.

Tabla 10. Semaforización de las categorías atribuibles al Programa

Categoría	Semáforo	¿Por qué es atribuible?
2. Acceso y experiencia inicial	●	El programa define procesos, requisitos y orientación inicial. La claridad en el ingreso depende directamente del diseño y de la intervención del personal.
3. Operación y continuidad del apoyo	●	La puntualidad, frecuencia (3 sesiones semanales) y ausencia de interrupciones dependen totalmente de la gestión del programa y de sus proveedores conveniados.
4. Trato y desempeño del personal	●	La calidad del trato, la empatía y la resolución de problemas corresponden al personal operativo del programa y de las unidades que brindan el servicio.
6. Impacto en salud y estabilidad física	●	La estabilidad clínica mejora porque el programa garantiza la frecuencia y



(parcialmente atribuible)		continuidad del tratamiento; aunque el estado de salud incluye factores propios de la condición renal.
8. Fortalezas institucionales	●	Reflejan la capacidad organizativa, la coordinación interinstitucional y la eficiencia operativa del programa.
9. Valor social y relevancia pública	●	La protección financiera, la equidad en acceso y el impacto positivo percibido derivan directamente del diseño y la finalidad del programa.
10. Reducción del gasto de bolsillo	●	La eliminación total del costo de la hemodiálisis es un efecto directo del financiamiento completo que otorga el programa.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas

Tabla 11. Semaforización de las categorías NO atribuibles al Programa QC0060

Categoría	Semáforo	¿Por qué NO es atribuible?
1. Contexto personal y condiciones previas	● (pero NO atribuible)	Refleja la vulnerabilidad previa de los beneficiarios: años de enfermedad renal, endeudamiento, desgaste físico y emocional. Estas condiciones anteceden al programa y no son causadas por él.
5. Barreras y desafíos externos	●	El transporte, la distancia, el clima, las limitaciones laborales y los costos indirectos no dependen del programa y no forman parte de su estructura operativa.
7. Necesidades no cubiertas	●	Apoyos como psicología, transporte o asistencia social complementaria requieren coordinación externa y no están incluidos en el diseño actual del programa.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas

Tabla 12. Descripción del color de la semaforización

●	Todas las categorías atribuibles a QC0060 se encuentran en verde, lo que indica funcionamiento óptimo.
●	Las categorías en amarillo corresponden a factores externos, no atribuibles a fallas operativas del programa.
●	El contexto previo se marca en verde únicamente como indicador descriptivo, pero no atribuible al desempeño del programa.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas



8. Teoría del Cambio del Programa QC0060 “Mi Hospital Cercano”

8.1. Introducción

La elaboración de una Teoría del Cambio (TdC) permite comprender, de manera ordenada y explícita, cómo y por qué las actividades del Programa QC0060 producen los cambios observados en la salud y bienestar de las personas sin seguridad social. Este enfoque metodológico, tal como señalan Pacheco y Archila (2020), busca identificar las rutas causales, los supuestos críticos y las precondiciones necesarias para alcanzar los resultados esperados, fundamentándose en un análisis realista del contexto, en la evidencia disponible y en principios de gestión orientada a resultados.

El trabajo de campo hace posible contrastar, precisar y profundizar los supuestos de la Teoría del Cambio a partir de la voz de las y los beneficiarios, quienes relatan de manera directa cómo viven el acceso, la operación y los resultados del programa. La incorporación de esta evidencia enriquece la lógica del programa, pues confirma su relevancia y permite comprender los mecanismos concretos a través de los cuales produce efectos en la población.

8.2. Problema público

En el estado de Guanajuato persiste un déficit profundo en la protección sanitaria, dado que aproximadamente de 3.7 millones de personas (33.2% de la población) carece de seguridad social. La eliminación del Seguro Popular y las limitaciones de los modelos federales posteriores (INSABI/IMSS-Bienestar) dejaron a este sector sin respaldo financiero ante enfermedades de alto costo y procedimientos altamente especializados, como intervenciones neuroquirúrgicas, oncológicas o de traumatología. Frente a esta ausencia de cobertura, muchas familias se ven obligadas a asumir gastos que rebasan su capacidad económica o a posponer la



atención médica, con consecuencias que frecuentemente se traducen en discapacidad o en fallecimientos prematuro.

Del análisis realizado a través de esta investigación, se identifica como problema central:

“La población del estado de Guanajuato presenta un limitado acceso a la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de sus padecimientos y/o discapacidad”

El trabajo de campo permitió constatar esta situación desde la experiencia directa de las personas beneficiarias. Antes de incorporarse al programa, muchas no podían cubrir el costo de las tres sesiones semanales de hemodiálisis indicadas por el personal médico. Esta limitación las llevaba a reducir el tratamiento a una o dos sesiones, lo que generaba descompensaciones graves, episodios críticos de salud y un uso recurrente de los servicios de urgencias.

Además, las familias se veían inmersas en deudas, altos niveles de estrés y un desgaste emocional constante derivado de la incertidumbre económica que enfrentaban. Estos testimonios confirman que la población objetivo vive una vulnerabilidad clínica, financiera y social de gran magnitud, y que el programa QC0060 cubre un vacío fundamental en materia de protección económica y acceso oportuno al tratamiento.

En este contexto, la hipótesis del cambio es la siguiente:

Si el Gobierno del Estado destina recursos específicos para cubrir procedimientos quirúrgicos, insumos de alta especialidad y tamizajes que no forman parte del financiamiento federal, y si además se aprovecha la infraestructura y la capacidad operativa del ISAPEG para llevar a cabo jornadas extramuros y atenciones individualizadas, entonces se podrán eliminar las barreras económicas y territoriales que enfrenta la población en situación de vulnerabilidad, facilitando la atención oportuna de padecimientos complejos.

Lo anterior permitirá prevenir el deterioro económico de las familias derivado



de gastos en salud, incrementar la esperanza de vida y hacer efectivo el derecho a la atención sanitaria más allá de los servicios básicos.

8.3. Impacto de largo plazo

De acuerdo con la metodología de PM4NGOs (2017), la TdC inicia definiendo el cambio más significativo al cual se desea contribuir:

La población del Estado dispone de servicios de salud de primer nivel que se brindan con calidad, en tiempo adecuado y con capacidad resolutive, lo que contribuye a elevar su bienestar y a disminuir la probabilidad de enfermar o presentar complicaciones.

Este impacto responde directamente a las carencias estructurales documentadas y propone su superación mediante inversiones, dotación de recursos y fortalecimiento operativo. Los testimonios muestran cómo este impacto se materializa en la vida cotidiana:

- Las personas afirman que el programa les salvó la vida.
- Reducción radical del estrés, miedo y desgaste emocional.
- Recuperación de actividades laborales y familiares.
- Mayor autonomía.

El impacto no es solo clínico, sino social y humano, al fortalecer capacidades, estabilidad familiar y calidad de vida.

8.4. Resultados de mediano plazo (Efectos / Outcomes)

Cambios directos en la población beneficiaria. Además, el trabajo de campo permite desglosar los efectos en cambios tangibles reportados por las y los beneficiarios:

- Efecto Clínico: Resolución o minimización del daño por padecimientos graves y discapacidades. Esto se refleja también en la percepción de las y los pacientes, quienes señalan que, gracias al tratamiento oportuno, han pasado de estados de postración o dependencia total a recuperar la capacidad para



realizar actividades diarias, retomar sus estudios o incorporarse a trabajos de baja demanda física.

- Efecto Económico (Protección Financiera): Eliminación del gasto de bolsillo catastrófico para las familias (ahorros estimados entre \$21,000 y \$350,000 pesos por evento). Por tanto, se genera una redistribución del ingreso familiar, dado que, los recursos ahorrados se destinan a cubrir los servicios básicos y la alimentación, lo que genera un bienestar en general.
- Efecto de Oportunidad: Reducción del tiempo de espera y del rezago quirúrgico mediante la atención extramuros y subrogada.

8.5. Productos (Outputs)

Bienes y servicios entregados (Metas 2025).

- a) Producto 1 (Atención Individual): Pacientes beneficiados con insumos de alta especialidad (material de osteosíntesis, lentes intraoculares, marcapasos) y cirugías complejas.
- b) Producto 2 (Jornadas): Realización de jornadas médicas extramuros para acercar la especialidad a zonas con baja oferta hospitalaria.
- c) Producto 3 (Prevención): Tamices metabólicos neonatales semiampliados realizados y procesados oportunamente para la detección de enfermedades congénitas.

El trabajo de campo permitió corroborar que estos apoyos efectivamente llegan a las personas beneficiarias y producen efectos inmediatos y claramente perceptibles.

- Las personas reciben todas las sesiones de hemodiálisis prescritas, sin retrasos.
- Se elimina la incertidumbre financiera y operativa.
- La atención se mantiene aún ante dificultades externas.



Esto evidencia que la línea de producción del programa está funcionando de acuerdo con su diseño.

8.6. Actividades e intervenciones

Siguiendo la Guía PM4NGOs (2017), las actividades se entienden como los esfuerzos estratégicos que permiten cumplir las precondiciones. En el caso del Programa QC0060 los procesos operativos clave son:

- Gestión de Recursos: Adquisición de insumos "novedosos sin clave" o no disponibles en el cuadro básico federal.
- Focalización: Validación de pacientes sin derechohabiencia y con vulnerabilidad socioeconómica mediante trabajo social.
- Operación Médica: Programación quirúrgica en la red de 42 hospitales y 20 unidades de especialidad del ISAPEG

El trabajo de campo muestra el valor práctico de estas actividades:

- Los procesos de ingreso son percibidos como ágiles y claros.
- El personal guía paso a paso y asegura que el beneficiario comprenda el proceso.
- La programación semanal se cumple sin interrupciones, lo cual es crucial para la estabilidad clínica.

8.7. Insumos

Los recursos con los que cuenta el programa son:

- Presupuesto Estatal: \$ 73,719,030.75 MXN para el ejercicio 2025 (SFIA, 2025).
- Infraestructura: Red hospitalaria del ISAPEG.
- Capital Humano: Médicos especialistas y personal de enfermería.



El trabajo de campo confirma que estos insumos se traducen en certeza, acceso continuo y profesionalismo:

- El personal médico y administrativo orienta con claridad y acompaña el trámite.
- Los hospitales y clínicas operan con procesos estables y bien organizados.
- Los pacientes reportan atención “responsable, humana y profesional”.

8.8. Supuestos críticos

La Teoría de Cambio, conforme a PM4NGOs (2017), requiere identificar condiciones externas que deben mantenerse estables para que la ruta funcione. Entre los supuestos clave se encuentran los siguientes:

- Disponibilidad de recursos presupuestales suficientes.
- Capacidad de ejecución oportuna de obras y adquisiciones.
- Personal capacitado y estable.
- Coordinación efectiva entre jurisdicciones sanitarias.
- Disponibilidad en mercado de medicamentos e insumos.
- Continuidad del programa más allá de un ejercicio fiscal.

En este sentido, resulta indispensable que el ISAPEG preserve su capacidad operativa y mantenga en funcionamiento los quirófanos necesarios para atender la demanda adicional que generan las jornadas. Del mismo modo, se requiere contar con proveedores que aseguren el abasto de insumos de alta especialidad a precios estables, considerando que el programa financia aquellos elementos que no forman parte del catálogo federal.

8.9. Narrativa de la Teoría del Cambio

La Teoría del Cambio plantea que, al invertir en la rehabilitación de los espacios físicos, actualizar el equipamiento, garantizar un abastecimiento continuo de medicamentos e insumos y reforzar las plantillas operativas, las unidades de



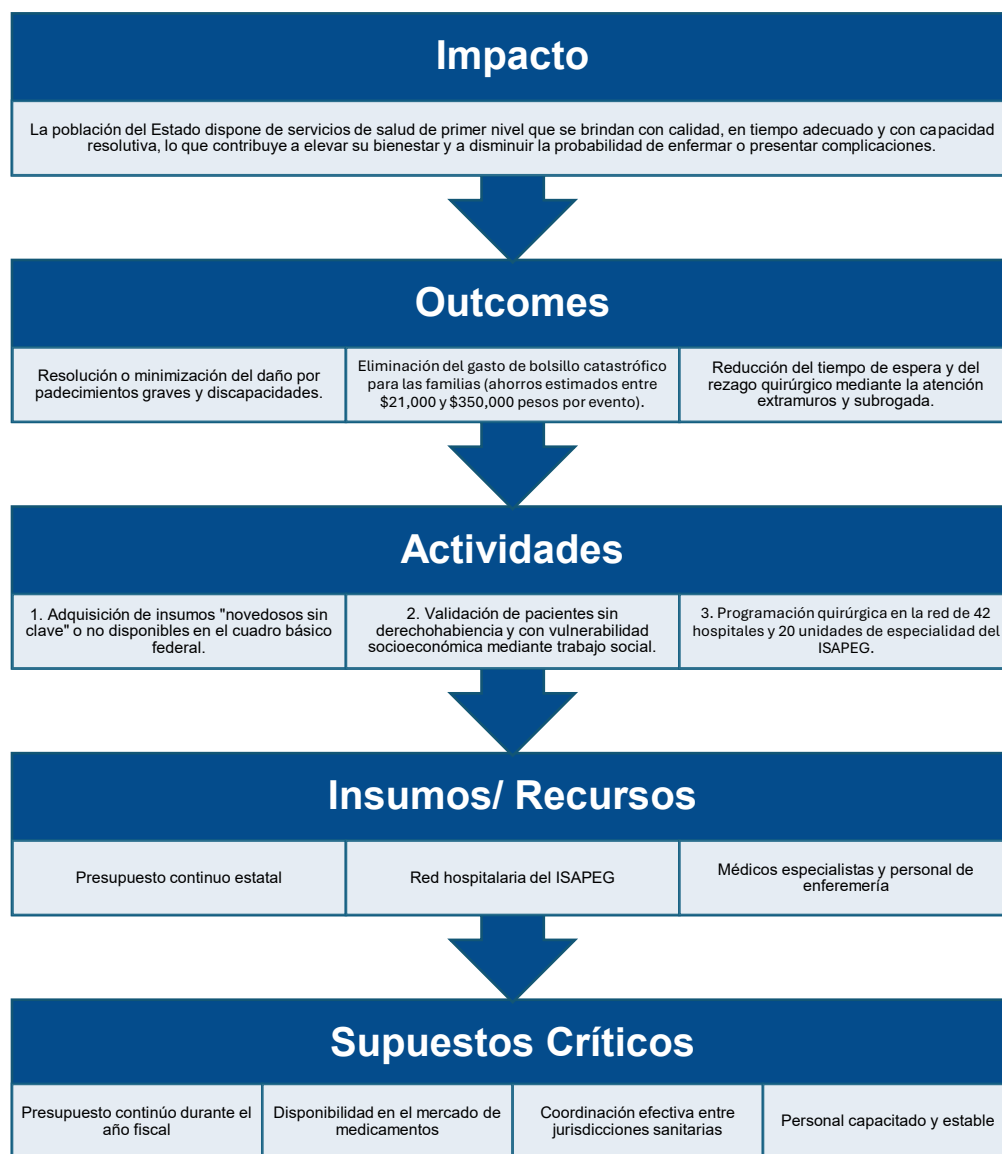
atención primaria podrán incrementar su capacidad de resolución, reducir los tiempos de espera y ofrecer una mejor experiencia al usuario. Estos avances favorecerán la calidad y continuidad de la atención y, con el tiempo, contribuirán a hacer efectivo el derecho a la salud mediante servicios dignos, oportunos y eficientes para la población del estado de Guanajuato.

La incorporación del trabajo de campo al modelo causal posibilita entender el programa no solo a partir de su diseño formal, sino también desde la experiencia real de quienes lo viven, lo que permite identificar:

- El Programa QC0060 es altamente efectivo en lograr los resultados que sí controla.
- Sus mecanismos de impacto están bien alineados con las necesidades reales de los beneficiarios.
- La protección financiera y la continuidad del servicio son los dos pilares que explican su éxito.
- Las limitaciones se localizan fuera del programa, en determinantes sociales más amplios.



8.10. Diagrama de la Teoría del Cambio del Programa QC0060 Mi Hospital Cercano



9. Principales Hallazgos de la investigación

1. El programa asegura la continuidad de un tratamiento esencial y previene riesgos graves de salud
2. Disminución del gasto de bolsillo asociado a la hemodiálisis
3. Alto nivel de satisfacción con la operación del programa: puntualidad, claridad y organización
4. El personal operativo brinda trato respetuoso, empático y resolutivo
5. Existen limitaciones externas que afectan la experiencia, pero no son atribuibles al programa
6. El programa genera alto valor social y es percibido como una intervención indispensable

10. Análisis de la Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y amenazas.

FORTALEZAS

- ✚ Garantía de continuidad del tratamiento de hemodiálisis
- ✚ Disminución del gasto de bolsillo
- ✚ Trato humano, claro y resolutivo del personal
- ✚ Organización operativa sólida y percepción positiva del servicio

OPORTUNIDADES

- ✚ Fortalecer alianzas interinstitucionales para transporte y acompañamiento social
- ✚ Servicios complementarios podrían mejorar accesibilidad y continuidad.
- ✚ Programas externos de apoyo psicológico y emocional



- ✚ Creciente interés en políticas de salud para enfermedades crónicas

DEBILIDADES

- ✚ Carga operativa elevada para el personal disponible
- ✚ Dependencia de unidades externas para realizar el servicio
- ✚ Limitada capacidad para atender necesidades complementarias no clínicas
- ✚ Restricciones administrativas para ampliar cobertura o incorporar nuevos apoyos

AMENAZAS

- ✚ Condiciones socioeconómicas adversas de los beneficiarios
- ✚ Incremento sostenido en la demanda de hemodiálisis
- ✚ Limitaciones externas de transporte y movilidad
- ✚ Dependencia del presupuesto estatal anual



11. conclusiones

El análisis realizado sobre el programa QC0060 “Mi Hospital Cercano” permite establecer conclusiones sólidas que integran el marco teórico, el contexto institucional, la metodología aplicada y los hallazgos derivados del estudio cualitativo realizado con beneficiarios del programa. Aunque el programa incluye una amplia gama de apoyos médicos, diagnósticos y quirúrgicos, el presente análisis se centró en las personas que reciben hemodiálisis debido a que fueron quienes acudieron al levantamiento de información y representan uno de los grupos con mayor dependencia continua del apoyo. Esta aproximación metodológica permitió comprender el funcionamiento del programa desde la perspectiva de quienes viven un tratamiento frecuente, complejo y vital para su supervivencia.

Desde los referentes teóricos, el programa puede interpretarse a la luz del derecho a la salud, los determinantes sociales, el enfoque de capacidades humanas y la economía de la salud. La literatura muestra que la insuficiencia renal crónica expone a las personas a condiciones de vulnerabilidad extrema, pues la hemodiálisis es un tratamiento de alto costo, frecuente y difícil de sostener para las familias sin seguridad social. El enfoque de capacidades de Sen subraya que la justicia implica ampliar las oportunidades reales de las personas para vivir una vida digna; en este sentido, garantizar un tratamiento que preserva la vida no solo tiene efectos clínicos, sino también sociales y económicos. Asimismo, los determinantes sociales de la salud permiten entender que la pobreza, la pérdida del empleo, la distancia a los servicios médicos y las crisis familiares influyen profundamente en las desigualdades sanitarias. El QC0060 actúa directamente sobre estos determinantes al eliminar el gasto de bolsillo y asegurar el acceso continuo al tratamiento.

La metodología cualitativa permitió captar la experiencia humana detrás del programa. El análisis de las entrevistas identificó categorías esenciales como el



acceso al apoyo, la operación, la continuidad del tratamiento, el trato del personal, las barreras externas, el impacto en salud y bienestar, la reducción del gasto de bolsillo y el valor social del programa. Esta aproximación permitió comprender la dimensión clínica, administrativa y emocional que viven las personas que dependen de la hemodiálisis para sobrevivir, así como la percepción que tienen sobre la institución y su funcionamiento.

Los resultados del análisis son consistentes y contundentes. Las personas entrevistadas reportaron altos niveles de satisfacción en todas las dimensiones atribuibles directamente al programa. El acceso fue calificado como claro y oportuno, la operación como puntual y organizada, y el trato del personal como empático, respetuoso y resolutivo. La totalidad de los beneficiarios señaló que, desde su entrada al programa, el tratamiento se ha realizado sin interrupciones y en condiciones adecuadas, lo cual es fundamental para evitar crisis de salud, hospitalizaciones o complicaciones graves. La semaforización reafirma estos hallazgos, ya que todas las categorías bajo control del programa se ubican en color verde, lo que indica excelencia operativa.

Entre los hallazgos más importantes se encuentra la eliminación total del gasto de bolsillo, un resultado especialmente relevante desde la perspectiva de la economía de la salud. Antes del programa, las familias destinaban sumas imposibles para cubrir una o dos sesiones a la semana, lo que las obligaba a endeudarse y enfrentar crisis financieras severas. El QC0060 absorbe el costo completo de la hemodiálisis, lo que genera protección financiera, estabilidad económica y bienestar emocional. Este impacto, señalado por el 100% de los entrevistados, posiciona al programa como un mecanismo de protección social indispensable.

A nivel clínico y emocional, el programa también muestra resultados significativos. La mayoría de los beneficiarios reportó mejoras físicas: mayor energía, reducción de descompensaciones, disminución de síntomas y mayor



estabilidad general. En lo emocional, se observaron reducciones importantes en estrés y ansiedad, pues desapareció la preocupación constante de no saber si podrían costear la próxima sesión. Además, entre el 70% y el 80% indicó que ha podido retomar actividades cotidianas o familiares, lo que demuestra una recuperación funcional que fortalece su autonomía y calidad de vida.

El análisis también incorporó la perspectiva del contexto externo, reconociendo que las barreras que no son atribuibles al programa. Las dificultades de transporte, la distancia hacia las unidades de atención, la pérdida del empleo o el desgaste emocional responden a condiciones estructurales que exceden el alcance del diseño institucional. En este sentido, las recomendaciones no implican modificar la esencia del programa, sino fortalecer alianzas interinstitucionales para mejorar transporte, apoyo psicológico y acompañamiento social.

Finalmente, desde una perspectiva de política pública, el programa QC0060 debe ser considerado una intervención estratégica, efectiva y socialmente indispensable. Sus resultados coinciden plenamente con los principios del derecho a la salud, la equidad y la protección financiera. El análisis demuestra que el programa opera con eficiencia, elimina barreras económicas críticas, genera valor público, reduce desigualdades y contribuye directamente al bienestar y la supervivencia de las personas beneficiarias. Estas conclusiones respaldan la necesidad de mantener, fortalecer y dar continuidad al programa como parte esencial del sistema estatal de salud.

En suma, el QC0060 es un modelo de política social y sanitaria de alto valor, cuyos impactos se traducen en estabilidad clínica, bienestar emocional, protección económica y equidad. Su pertinencia, efectividad y legitimidad social están plenamente justificadas por la evidencia, convirtiéndolo en un pilar indispensable para la atención de personas con enfermedad renal crónica en Guanajuato.



12. Referencias bibliográficas

- Anon (2009). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31319>.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53(5), 941-973.
- Cámara de Diputados. (2024). Ley General de Salud (Última Reforma DOF 07-06-2024). Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- CONEVAL (2021). Análisis exploratorio de los indicadores de cobertura de los programas y acciones sociales. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Analisis_exploratorio_cobertura.pdf
- CONEVAL. (2022). Medición de la Pobreza en México. Carencias Sociales y Bienestar 2020–2022. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx
- Congreso del Estado de Guanajuato. (2020). Constitución Política para el Estado de Guanajuato (Última reforma: P.O. Núm. 179, Segunda Parte, 07-09-2020). Recuperado de: <https://transparencia.guanajuato.gob.mx/bibliotecadigital/normatividad/CONSTITUCION POLITICA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO.pdf>
- Congreso del Estado de Guanajuato. (2020a). Ley de Salud del Estado de Guanajuato (Última reforma: P.O. Núm. 220, Segunda Parte, 03-11-2020). Recuperado de: <https://poderjudicial-gto.gob.mx/pdfs/Ley%20de%20Salud%20del%20Estado%20de%20Guanajuato%2003%20nov%2020.pdf>



- Congreso del Estado de Guanajuato. (2024). Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato, para el Ejercicio Fiscal de 2025. Recuperado de: https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/3604/LPGE_2025.pdf
- Congreso del Estado de Guanajuato. (2025). Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato. Recuperado de: https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/3620/LOPEEG_REF_25Junio2025.pdf
- Daniels, N. (1985). Just Health Care. Cambridge University Press. Consultado en: <https://www.cambridge.org/core/books/just-health-care/635925A932E4166286728085B2883398>
- Diagnóstico QC0060 (2025). Diagnóstico del Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano” 2025. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press. Consultado en: <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691028576/the-three-worlds-of-welfare-capitalism>
- Fundacion-Carlosslim (2019): Cirugías extramuros, programa de intervención en salud de Fundación Carlos Slim. Consultado en: <https://www.fundacioncarlosslim.org/cirugias-extramuros-programa-de-intervencion-en-salud-de-fundacion-carlos-slim/>
- Gobierno de México. (2015). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4/?utm>
- Gobierno de México. (2024). Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND_2025-2030_v250226_14.pdf



- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2021). Programa sectorial de desarrollo humano y social 2019-2024. https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/sites/default/files/documentos/2021_SEDES_HU_Programa_sectorial_desarrollo_humano_social_2019-2024_actualizacion_20210927_0.pdf
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2023). Plan Estatal de Desarrollo Guanajuato 2050. Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2023). Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato. Periódico Oficial. Recuperado de: <https://salud.guanajuato.gob.mx/download/transparencia/RIISAPEG-GTO-ISPG.pdf>
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2024). Programa de Gobierno 2024-2030. Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (s.f.). Mi Hospital cercano (Padrón de beneficiarios). Portal de Evaluación de Programas (PEB). Recuperado de <https://peb.guanajuato.gob.mx/Busquedas/Programas>
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (s.f.). Portal de la Dirección General de Información (DGI). Cuenta Pública 2024. Recuperado de <https://portaldgi.guanajuato.gob.mx/CuentaPublica/public/main>
- IMSS (2025): Consulta médica IMSS-BIENESTAR. Consultado en: <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>
- Instituto de Planeación del Estado de Guanajuato (IPLANEG). (2025). Plan Estatal de Desarrollo Guanajuato 2050. https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/sites/default/files/documentos/2024_GOBIE_RNO_GTO_Plan_estatal_desarrollo_2050_20240711.pdf
- Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG). (2025). Diagnóstico del Programa Social Mi Hospital Cercano 2025 (QC0060). Guanajuato, México.



- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). Censo de Población y Vivienda y Encuesta Intercensal 2022.
- ISAPEG (2019). Evaluación de Consistencia y Resultados para el Proyecto de Inversión Q0060 “Cirugías Extramuros” Ejercicio Fiscal 2018. ISAPEG.
- ISAPEG (2020). Evaluación Específica de Desempeño Proyecto de Inversión Q0060 “Mi Hospital Cercano” Ejercicios Fiscales 2019-2020. ISAPEG.
- ISAPEG (2021). Evaluación de Procesos del Programa Social Q0060 “Mi Hospital Cercano” Ejercicio Fiscal 2020 y 2021. ISAPEG.
- ISAPEG (2022). Evaluación Complementaria al Diseño y Desempeño del Programa Social Q0060 Mi Hospital Cercano de los Ejercicios Fiscales 2021-2022. ISAPEG.
- ISAPEG (2023). Evaluación de Indicadores de los Ejercicios Fiscales 2022-2023 Programa Social QC0060 Mi Hospital Cercano. ISAPEG.
- ISAPEG (2024). Evaluación Específica de Desempeño Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano” Ejercicio Fiscal 2024. ISAPEG.
- Knaul, Felicia Marie, González-Pier, Eduardo, Gómez-Dantés, Octavio, García-Junco, David, Arreola-Ornelas, Héctor, Barraza-Lloréns, Mariana, Sandoval, Rosa, Caballero, Francisco, Hernández-Ávila, Mauricio, Juan, Mercedes, Kershenobich, David, Nigenda, Gustavo, Ruelas, Enrique, Sepúlveda, Jaime, Tapia, Roberto, Soberón, Guillermo, Chertorivski, Salomón, & Frenk, Julio. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 207-235. Recuperado en 14 de octubre de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&tlng=es.
- Marshall, T. H. (1950). *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge University Press. Consultado en: <https://archive.org/details/citizenshipsocia0000mars>



- Molina, C. (2020). 5 acciones para implementar una cobertura universal de salud eficiente. Blogs del Banco Mundial: América Latina y el Caribe. Consultado en: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/5-acciones-para-implementar-una-cobertura-universal-de-salud-eficiente>
- Musgrave, R. A. (1959). The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy. McGraw-Hill. Consultado en: https://archive.org/details/theoryofpublicfi0000musg_a2o9
- Nussbaum, M. C. (2011). Creating Capabilities: The Human Development Approach. Belknap Press: An Imprint of Harvard University Press. Consultado en: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674050549>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Naciones Unidas.
- Pinto, D. M., Tejerina, L., Guanais, F. C., Regalia, F., Perez-Cuevas, R., Anaya, M., Marín, T., Vladislavovna Doubova, S., Rocha, M., Schantz, K., Moreno, R., Sánchez, M. D., Harris, D. O., & Pinzón, L. (2018). Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. <https://doi.org/10.18235/0001255>
- Rawls, J. (1971). A Theory of Justice. Belknap Press: An Imprint of Harvard University Press. Consultado en: <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674000780>
- Reglas de Operación QC0060 (2024). Reglas de Operación del Programa Social Estatal QC0060 “Mi Hospital Cercano” para el Ejercicio Fiscal 2025. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Secretaría de Desarrollo Social y Humano de Guanajuato. (2024). Programa Sectorial de Desarrollo Humano y Social 2024-2030. Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Secretaría de Gobernación. (2025). Acuerdo por el que se actualiza el Compendio Nacional de Insumos para la Salud versión 2025. Recuperado de:



<https://www.gob.mx/csg/articulos/medicamentos-compendio-nacional-de-insumos-para-la-salud-2025>

Secretaría de Salud (2020): Programa atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral. Consultado en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/536597/Criterios_3_de_enero_de_2020.pdf

Secretaría de Salud e Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG). (2024, 31 de diciembre). Lineamientos del Programa QC0060: Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2025. Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato.

Secretaría de Salud. (2024). Programa Sectorial de Salud 2025-2030. Gobierno de México.

Sen, A. (1999). Development as Freedom. Oxford University Press. Consultado en: <https://global.oup.com/academic/product/development-as-freedom-9780198297581>

Stiglitz, J. E. (2000). Economics of the Public Sector (3rd ed.). W. W. Norton & Company. Consultado en: <https://wnorton.com/books/9780393966510>



Anexos

Anexo 1. Matriz de investigación

Estructurar y articular de forma visual la relación entre los objetivos, preguntas, variables, indicadores, fuentes de información y métodos de recolección de datos.

Objetivo de Investigación	Preguntas de Investigación		Temas de Análisis	Diseño de Investigación y Técnicas de Recolección	Fuentes de Información
Identificar, describir y Analizar el problema público abordado por el Programa Social Estatal QC0060 Mi Hospital Cercano desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.	¿Cuáles son las principales causas y efectos del problema público que ¿Atiende el programa?	Con base en la información del programa sus principales causas están en función de:	Problemática y análisis de esta	Diseño de investigación Enfoque mixto con predominio cualitativo. Se emplea análisis documental, revisión normativa y exploración de percepciones desde una perspectiva diagnóstica.	Diagnóstico del Programa, Reglas de Operación del Programa.
		a) Insuficiente financiamiento federal centralizado, b) Insuficientes apoyos para tratamientos de altos costo c) Insuficientes insumos para la salud novedosos sin clave de cuadro básico. Entre los principales efectos de no atender la problemática se encuentran: a) Deficiente cobertura de tratamientos b) Retraso de la atención médica y/o quirúrgica c) Inadecuado control de las enfermedades d) Incremento en el Gasto de bolsillo f) Aumento en las complicaciones de		Técnicas de recolección Revisión de Reglas de Operación, informes institucionales, registros administrativos, literatura especializada, entrevistas semiestructuradas con personal operativo e implementadores y análisis del árbol de problemas.	



		padecimientos médico y/o quirúrgico.			
	¿Cuál ha sido la evolución del programa desde su creación y cuáles han sido sus principales cambios y adaptaciones?	<p>2018-Antecedente: Proyecto Q0060 “Cirugías Extramuros”</p> <p>El estado opera un proyecto focalizado en acercar cirugías de baja y mediana complejidad a comunidades alejadas.</p> <p>El problema central era logístico y geográfico: faltaba oportunidad en la atención, pero existía protección financiera federal.</p> <p>Seguro Popular y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos aún cubrían intervenciones de alto costo.</p> <p>2019-Evaluación estatal y primer diagnóstico</p> <p>La Evaluación de Consistencia y Resultados confirma deficiencias operativas, no financieras.</p> <p>La carencia por acceso a la salud era de 13.7 por ciento; el problema aún no representaba</p>	<p>Historia y transformación del programa y Dimensión y evolución del problema.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>Diseño documental– histórico con énfasis en análisis comparativo entre versiones del programa, ajustes presupuestales y transformaciones operativas.</p> <p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión de documentos normativos desde 2019, informes financieros, reportes institucionales, modificaciones presupuestales, seguimientos anuales y entrevistas con personal administrativo del programa.</p>	<p>Diagnóstico del Programa, Reglas de Operación del Programa.</p>



		<p>riesgo económico severo.</p> <p>Finales de 2019- Cambio federal y “shock estructural”:</p> <p>Desaparece Seguro Popular y se crea INSABI sin reglas de operación.</p> <p>El sistema deja de cubrir medicamentos, insumos y cirugías de alta especialidad.</p> <p>El acceso limitado deja de ser un problema operativo y se convierte en una crisis de financiamiento.</p> <p>2020- Reconversión estatal: Nace el Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano</p> <p>El estado reestructura el proyecto para compensar la falta de cobertura federal.</p> <p>Inicia la atención de apoyos médicos individuales, cirugías y servicios diagnósticos que quedaron fuera del esquema nacional.</p> <p>El programa empieza a fungir como un mecanismo compensatorio frente al vacío federal.</p>			
--	--	---	--	--	--



		<p>2021-Evaluación de procesos y expansión de servicios:</p> <p>Se confirma que la causa raíz del problema es el insuficiente financiamiento federal.</p> <p>El programa crece en número de apoyos y amplía su alcance en cirugías, diagnósticos y tratamientos de continuidad.</p> <p>2023-Consolidación operativa</p> <p>Se robustecen convenios con hospitales y se ordenan los procesos administrativos.</p> <p>El programa se posiciona como pieza clave para mantener el acceso a servicios esenciales.</p> <p>2024-Reforzamiento presupuestal</p> <p>El estado incrementa los recursos del programa ante el crecimiento exponencial de solicitudes.</p> <p>Se destinan 30 millones de pesos para cubrir insumos, medicamentos, cirugías y servicios integrales</p>			
--	--	--	--	--	--



		<p>excluidos por el ámbito federal.</p> <p>2025-Madurez institucional y función estratégica</p> <p>QC0060 se consolida como una política pública estatal de alto impacto.</p> <p>Se alinea con el Plan Estatal de Desarrollo, los ODS y el Programa Sectorial de Salud.</p> <p>Sus metas buscan reducir complicaciones clínicas, avanzar en diagnósticos oportunos y proteger financieramente a los hogares.</p> <p>El diagnóstico 2025 confirma que el problema dejó de ser operativo y es ahora una falla estructural de financiamiento federal que obliga a la intervención estatal.</p>			
<p>Elaborar un marco conceptual y metodológico con base en datos y evidencia estadística y documental a nivel nacional y estatal.</p>	<p>¿Qué teorías y enfoques conceptuales explican la necesidad del programa y su impacto?</p>	<p>Enfoque del derecho a la salud</p> <p>Sostiene que el Estado debe garantizar acceso efectivo a servicios médicos esenciales. QC0060 surge porque la población quedó desprotegida tras la desaparición del Seguro Popular, y el programa actúa</p>	<p>Enfoques teóricos y modelos de atención médica para poblaciones vulnerables.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>Diseño teórico-conceptual basado en revisión de literatura, selección de modelos analíticos y vinculación de evidencia epidemiológica con fundamentos de política pública.</p>	<p>Literatura y referencias bibliográficas</p>



		<p>como garantía mínima de este derecho.</p> <p>Teoría de las capacidades humanas (Sen y Nussbaum) La falta de acceso a cirugías, estudios y tratamientos limita las capacidades reales de las personas para vivir una vida plena. El programa amplía estas capacidades al eliminar barreras económicas y brindar acceso a atención especializada.</p> <p>Determinantes sociales de la salud (OMS, Marmot) La vulnerabilidad económica, la distancia, la pobreza y la falta de seguridad social generan desigualdades en salud. QC0060 interviene directamente sobre estos determinantes al financiar procedimientos que el sistema federal no cubre.</p> <p>Economía de la salud y protección financiera Los hogares sin seguridad social enfrentan riesgos de gasto catastrófico cuando deben pagar cirugías, estudios o</p>		<p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión bibliográfica, análisis de artículos científicos, consulta de documentos de organismos internacionales y sistematización de los modelos utilizados</p>	
--	--	--	--	--	--



		<p>materiales quirúrgicos. QC0060 funciona como un mecanismo de protección financiera que previene endeudamiento, pobreza y pérdida de patrimonio.</p> <p>Fallas de mercado y fallas del Estado Los servicios médicos de alta especialidad no se distribuyen equitativamente a través del mercado, y tras la transición federal tampoco existía un esquema nacional de cobertura. El programa estatal compensa esta falla y asegura que servicios esenciales estén disponibles.</p> <p>Teoría del valor público (Moore) Una política pública genera valor cuando produce beneficios tangibles para la sociedad. QC0060 genera valor público al reducir rezagos quirúrgicos, evitar deterioro clínico, proteger económicamente a las familias y fortalecer la confianza en las instituciones de salud.</p> <p>Enfoque de equidad y compensación</p>			
--	--	---	--	--	--



		<p>social La equidad implica destinar más recursos a quienes están en mayor desventaja. El programa se centra en población sin seguridad social, compensando el vacío federal y corrigiendo desigualdades profundas entre quienes pueden pagar atención médica y quienes no.</p> <p>Acceso efectivo a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) La literatura establece que el acceso no se mide solo por tener servicios, sino por poder usarlos en tiempo y forma. QC0060 mejora disponibilidad de procedimientos, reduce tiempos de espera, acerca servicios y cubre atenciones que antes eran inaccesibles.</p>			
--	--	---	--	--	--



<p>Construir una Teoría del Cambio del programa, estableciendo relaciones causales entre sus acciones y los resultados esperados.</p>	<p>¿Cuáles son los insumos, actividades, resultados y efectos esperados del programa?</p>	<p>1. Insumos Los insumos son los recursos que permiten que el programa funcione día con día. Entre los principales se encuentran: a) Recursos financieros: Presupuesto estatal asignado anualmente (30 millones de pesos en 2025). Ampliaciones presupuestales para cubrir cirugías, insumos y estudios. b) Recursos humanos: Personal administrativo encargado de validación, gestión, archivo y seguimiento. Profesionales de salud de hospitales públicos y privados (médicos, cirujanos, especialistas en diagnóstico). Áreas de enlace y trabajo social de las unidades médicas. c) Infraestructura y convenios: Convenios con hospitales estatales, privados y unidades móviles. Infraestructura hospitalaria disponible para cirugías y estudios. Plataforma de registro, control documental y vales de servicio. d) Materiales y servicios médicos: Insumos quirúrgicos, material de curación y medicamentos excluidos del financiamiento federal. Estudios diagnósticos de alta especialidad. Servicios de hemodiálisis, cirugías y procedimientos integrales.</p> <p>2. Actividades Las actividades representan todo lo que el programa realiza para entregar los apoyos. Se agrupan en tres componentes establecidos</p>	<p>Análisis de la Teoría del Cambio.</p>	<p>Diseño de investigación Enfoque de análisis causal a partir del Modelo de Teoría del Cambio y del Marco Lógico.</p> <p>Técnicas de recolección Revisión del árbol de objetivos, matrices del programa, MIR, lineamientos internos, reuniones técnicas con el equipo responsable y análisis de registros clínicos y administrativos.</p>	
--	--	--	--	--	--



		<p>en las Reglas de Operación:</p> <p>a) Atenciones médicas individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validación de solicitudes y expedientes. • Autorización de apoyos médicos indispensables (p. ej., hemodiálisis). • Gestión de vales, programación de citas y seguimiento clínico. <p>b) Jornadas quirúrgicas extramuros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación logística con hospitales para reducir rezagos. • Realización de cirugías de baja, mediana y alta complejidad. • Traslados internos, preparación de quirófanos, gestión de insumos. <p>c) Tamiz metabólico neonatal semi ampliado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de muestra a recién nacidos. • Envío, procesamiento y análisis especializado. • Notificación, seguimiento y canalización de casos positivos. <p>d) Actividades transversales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control documental y administración de expedientes. • Seguimiento a beneficiarios y resolución de incidencias. • Registro de indicadores, monitoreo y cumplimiento normativo. <p>3. Resultados (corto plazo) Estos son los bienes y servicios que el programa entrega de forma cuantificable:</p> <p>a) Servicios otorgados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de cirugías realizadas en hospitales estatales y privados. • Estudios diagnósticos de alta especialidad financiados. 			
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con hemodiálisis cubierta total o parcialmente. • Recién nacidos tamizados y casos detectados. <p>b) Cobertura alcanzada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población sin seguridad social atendida. • Reducción de rezagos en procedimientos médicos y quirúrgicos. • Atención prioritaria a casos clínicos urgentes. <p>c) Gestión operativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedientes validados y autorizados. • Vales emitidos, procedimientos agendados y servicios comprobados. <p>4. Efectos esperados (impactos en la población) Los efectos esperados reflejan el propósito profundo del programa y su contribución al bienestar público. Se clasifican en efectos inmediatos, intermedios y de largo plazo.</p> <p>a) Efectos inmediatos</p> <p>Acceso oportuno a cirugías, estudios y tratamientos.</p> <p>Disminución del riesgo clínico por retraso en atención.</p> <p>Reducción del gasto de bolsillo en eventos de alto costo.</p> <p>b) Efectos intermedios</p> <p>Reducción de complicaciones médicas por atención tardía.</p> <p>Mejoría en la salud funcional y estabilidad clínica.</p> <p>Reducción de episodios de pobreza asociados a gasto médico.</p>			
--	--	---	--	--	--



		c) Efectos de largo plazo Incremento en la esperanza y calidad de vida de la población vulnerable. Disminución de brechas de desigualdad en salud en municipios alejados. Reforzamiento de la confianza en las instituciones estatales. Disminución de la carga hospitalaria por rezagos o urgencias.			
Evaluar la Alineación del Programa con instrumentos de planeación del desarrollo nacional y estatal.	¿Cómo se Relaciona el Programa con estrategias y políticas públicas de salud en los ámbitos estatal y federal?	Se alinea correctamente con todos los instrumentos de planeación a nivel internacional, nacional y estatal revisar tabla Características del Programa y Alineación.	Coherencia con la planeación gubernamental.	Diseño de investigación Diseño documental–analítico con enfoque de alineación estratégica. Técnicas de recolección Revisión del Plan Estatal de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud, Programa de Gobierno, ODS y normativa aplicable. Elaboración de matrices de alineación y contraste entre objetivos del programa y políticas vigentes.	Diagnóstico del programa y reglas de operación
Revisar las principales políticas, programas e intervenciones que abordan la misma temática a nivel federal, estatal y municipal.	¿Qué otras iniciativas atienden a población sin derechohabiencia en Guanajuato y cuáles son sus diferencias con ¿Mi Hospital Cercano?	Aunque existen iniciativas que brindan atención a población sin derechohabiencia en Guanajuato como los servicios del INSABI, las unidades de salud públicas, las brigadas médicas y algunas campañas municipales, su cobertura es limitada y suele centrarse en atención básica, prevención o consultas de primer nivel.	Comparación de intervenciones similares.	Diseño de investigación Diseño descriptivo–comparativo. Técnicas de recolección Revisión documental de programas estatales y federales, análisis	Diagnóstico del programa y reglas de operación



		<p>Estos mecanismos enfrentan restricciones de financiamiento, saturación hospitalaria y falta de insumos especializados, lo que los hace insuficientes para resolver problemas que requieren cirugías, tratamientos de continuidad, estudios de alta especialidad o procedimientos de alto costo. Con la desaparición del Seguro Popular y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la población vulnerable quedó sin protección financiera para enfermedades complejas, generando un aumento en el gasto de bolsillo y un riesgo elevado de empobrecimiento por motivos de salud.</p> <p>En contraste, el programa QC0060 “Mi Hospital Cercano” opera como un mecanismo compensatorio que cubre precisamente los servicios que el esquema federal dejó descubiertos. Su enfoque se centra en garantizar acceso a cirugías, tratamientos especializados, hemodiálisis, estudios diagnósticos y servicios integrales que requieren continuidad y alto costo. A diferencia de las iniciativas generales, QC0060 ofrece certidumbre operativa, protección financiera y capacidad resolutive mediante convenios hospitalarios, presupuesto estatal propio y procesos administrativos claros. Esto lo convierte en la política pública estatal más importante para asegurar que la población sin seguridad social reciba atención médica oportuna, efectiva y sin riesgo de gasto catastrófico.</p>		<p>de características operativas, revisión de informes y entrevistas con personal de áreas hospitalarias que atienden población sin seguridad social.</p>	
--	--	---	--	---	--

Ofrecer conclusiones y prospectiva del programa hacia 2030.	¿Cuáles son los principales retos y oportunidades para el futuro del programa?	<p>El futuro del programa presenta una combinación de desafíos estructurales y oportunidades estratégicas que pueden definir su rumbo en los próximos años. Entre los retos más importantes se encuentra la presión creciente sobre los recursos estatales. La transición federal que eliminó mecanismos de protección financiera dejó al estado como único responsable de cubrir cirugías, estudios y tratamientos de alto costo para población sin seguridad social. Esta situación genera una carga sostenida que pone en riesgo la capacidad operativa y financiera del programa si la demanda continúa en aumento. A ello se suman las limitaciones en recursos humanos, pues el personal operativo trabaja con equipos reducidos, altos volúmenes de trabajo, falta de espacio físico y escaso margen para estandarizar procesos, archivar expedientes o realizar análisis más profundos. También persisten barreras externas como los traslados, la pobreza, la distancia geográfica y la saturación hospitalaria, factores que afectan la experiencia del usuario, aunque no dependen del programa.</p> <p>Sin embargo, el programa también cuenta con oportunidades claras para fortalecerse y consolidarse como una política pública estratégica de largo plazo. Una de ellas es ampliar alianzas con hospitales estatales, privados y universidades para incrementar capacidad quirúrgica, diagnóstica y administrativa. El avance en</p>	Sostenibilidad y mejoras del programa.	Técnicas de recolección Revisión de proyecciones institucionales, análisis de desempeño reciente, entrevistas con personal clave y revisión de recomendaciones de evaluaciones previas.	Diagnóstico del programa y reglas de operación
--	---	--	--	---	---

		<p>sistemas digitales abre la posibilidad de mejorar registros, seguimiento clínico, trazabilidad y análisis de datos para optimizar decisiones. El programa también puede aprovechar la creciente visibilidad de los problemas de acceso a la salud en el país para posicionarse como un modelo estatal de protección financiera. Asimismo, la armonización con el Plan Estatal de Desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Programa Sectorial de Salud ofrece un marco sólido para integrar indicadores más robustos y justificar ampliaciones presupuestales futuras. En conjunto, estos elementos muestran que, con inversiones específicas y una estrategia de fortalecimiento institucional, QC0060 no solo puede mantenerse, sino consolidarse como el principal mecanismo de equidad en salud para las personas sin seguridad social en Guanajuato.</p>			
--	--	--	--	--	--



Anexo 2.- Ficha “Difusión de los resultados de la Investigación de Diagnóstico”

1. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO	
1.1 Nombre de la Investigación de Diagnóstico: Investigación de Diagnóstico del Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano” para el ejercicio fiscal 2025	
1.2 Fecha de inicio de la Investigación de Diagnóstico: 25 de agosto de 2025	
1.3 Fecha de término de la Investigación de Diagnóstico: 28 de noviembre de 2025	
1.4 Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la Investigación de Diagnóstico y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Dra. Giovanna Leticia Cabrera Contreras	Unidad administrativa: Dirección General de Planeación
1.5 Objetivo general de la Investigación de Diagnóstico: Diseñar una propuesta metodológica para la elaboración de un diagnóstico integral del Programa Social QC0060 “Mi Hospital Cercano”, orientado a identificar el problema público, sus causas, consecuencias y contexto, con base en la Teoría del Cambio, para contribuir a una mejor gestión, planeación y articulación del programa hacia el horizonte 2030.	
1.6 Objetivos específicos de la Investigación de Diagnóstico:	
1. Establecer un marco conceptual y metodológico robusto que oriente la investigación diagnóstica.	
2. Analizar cuantitativa y cualitativamente las causas y efectos del problema público.	
3. Construir una Teoría del Cambio que fundamente las acciones del programa y sus resultados esperado.	
4. Identificar la coherencia del programa con los instrumentos de planeación estatal y nacional.	
5. Formular recomendaciones basadas en evidencia para la mejora del programa.	
1.7 Metodología utilizada en la Investigación de Diagnóstico:	
Para comprender de manera integral la realidad del programa, se aplicó una metodología mixta que colocó en primer plano las experiencias y perspectivas de los actores involucrados, por encima del análisis exclusivamente documental. La estrategia se articuló en cinco ejes:	
1. Trabajo de Gabinete: Revisión exhaustiva de la normativa, reglas de operación, evidencia financiera y comparativas con modelos internacionales de salud.	
2. Análisis Cualitativo: Se realizaron 23 entrevistas a profundidad con personas beneficiarias; entrevistas semiestructuradas con coordinadores del programa y personal operativo; codificación temática mediante matrices analíticas.	
3. Trabajo cuantitativo: análisis de coberturas, presupuesto, tendencias históricas de trasplantes y prevalencia de enfermedad renal crónica.	



4. Construcción de la Teoría del Cambio: Se mapeó la ruta causal que conecta los insumos (presupuesto/medicinas) con el impacto final (vida prolongada y productiva).

5. Análisis de Alineación: Verificación de la congruencia con el Plan Estatal de Desarrollo y la Agenda 2030.

Este diseño metodológico permitió obtener una visión amplia del programa, tanto desde su estructura institucional como desde la experiencia real de las personas beneficiarias.

Instrumentos de recolección de información:

Entrevistas semiestructuradas. Aplicación de entrevistas semiestructuradas a:

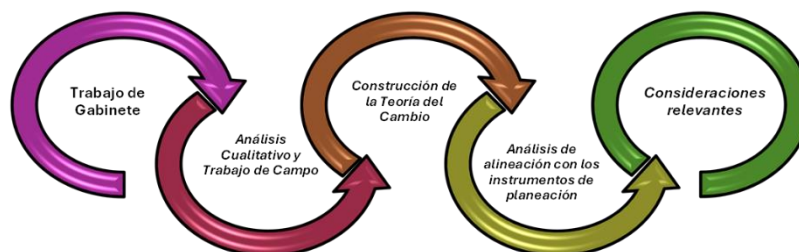
- Coordinadores del programa a nivel estatal y municipal.
- Personal médico y administrativo involucrado.
- Beneficiarios del programa (muestreo intencionado).

Cuestionarios_Entrevistas_Formatos_Otros_Especifique:

Entrevistas semiestructuradas

Descripción de las técnicas y modelos utilizados:

Las técnicas de investigación son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento. Los métodos y técnicas de investigación son fundamentales e indispensables para el desarrollo de un estudio de cualquier índole. Los métodos indican el camino que se seguirá y son flexibles, mientras que las técnicas muestran cómo se recorrerá ese camino y son rígidas. Por lo anterior, la Investigación de Diagnóstico se desarrolló bajo una metodología mixta, la cual se llevó a cabo en las siguientes etapas:



2. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO:

2.1 Describir los hallazgos más relevantes de la Investigación de Diagnóstico:

1. El programa asegura la continuidad de un tratamiento esencial y previene riesgos graves de salud
2. Disminución del gasto de bolsillo asociado a la hemodiálisis
3. Alto nivel de satisfacción con la operación del programa: puntualidad, claridad y organización
4. El personal operativo brinda trato respetuoso, empático y resolutivo
5. Existen limitaciones externas que afectan la experiencia, pero no son atribuibles al programa
6. El programa genera alto valor social y es percibido como una intervención



indispensable

2.2 Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del programa, estrategia o instituciones.

2.2.1 Fortalezas:

- ✚ Garantía de continuidad del tratamiento de hemodiálisis
- ✚ Disminución del gasto de bolsillo
- ✚ Trato humano, claro y resolutivo del personal
- ✚ Organización operativa sólida y percepción positiva del servicio

2.2.2 Oportunidades:

- ✚ Fortalecer alianzas interinstitucionales para transporte y acompañamiento social
- ✚ Servicios complementarios podrían mejorar accesibilidad y continuidad.
- ✚ Programas externos de apoyo psicológico y emocional
- ✚ Creciente interés en políticas de salud para enfermedades crónicas

2.2.3 Debilidades:

- ✚ Carga operativa elevada para el personal disponible
- ✚ Dependencia de unidades externas para realizar el servicio
- ✚ Limitada capacidad para atender necesidades complementarias no clínicas
- ✚ Restricciones administrativas para ampliar cobertura o incorporar nuevos apoyos

2.2.4 Amenazas:

- ✚ Condiciones socioeconómicas adversas de los beneficiarios
- ✚ Incremento sostenido en la demanda de hemodiálisis
- ✚ Limitaciones externas de transporte y movilidad
- ✚ Dependencia del presupuesto estatal anual

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la Investigación de Diagnóstico:
El análisis realizado sobre el programa QC0060 “Mi Hospital Cercano” permite establecer conclusiones sólidas que integran el marco teórico, el contexto institucional, la metodología aplicada y los hallazgos derivados del estudio cualitativo realizado con beneficiarios del programa. Aunque el programa incluye una amplia gama de apoyos médicos, diagnósticos y quirúrgicos, el presente análisis se centró en las personas que reciben hemodiálisis debido a que fueron quienes acudieron al levantamiento de información y representan uno de los grupos con mayor dependencia continua del apoyo. Esta aproximación metodológica permitió comprender el funcionamiento del programa desde la



perspectiva de quienes viven un tratamiento frecuente, complejo y vital para su supervivencia.

Desde los referentes teóricos, el programa puede interpretarse a la luz del derecho a la salud, los determinantes sociales, el enfoque de capacidades humanas y la economía de la salud. La literatura muestra que la insuficiencia renal crónica expone a las personas a condiciones de vulnerabilidad extrema, pues la hemodiálisis es un tratamiento de alto costo, frecuente y difícil de sostener para las familias sin seguridad social. El enfoque de capacidades de Sen subraya que la justicia implica ampliar las oportunidades reales de las personas para vivir una vida digna; en este sentido, garantizar un tratamiento que preserva la vida no solo tiene efectos clínicos, sino también sociales y económicos. Asimismo, los determinantes sociales de la salud permiten entender que la pobreza, la pérdida del empleo, la distancia a los servicios médicos y las crisis familiares influyen profundamente en las desigualdades sanitarias. El QC0060 actúa directamente sobre estos determinantes al eliminar el gasto de bolsillo y asegurar el acceso continuo al tratamiento.

La metodología cualitativa permitió captar la experiencia humana detrás del programa. El análisis de las entrevistas identificó categorías esenciales como el acceso al apoyo, la operación, la continuidad del tratamiento, el trato del personal, las barreras externas, el impacto en salud y bienestar, la reducción del gasto de bolsillo y el valor social del programa. Esta aproximación permitió comprender la dimensión clínica, administrativa y emocional que viven las personas que dependen de la hemodiálisis para sobrevivir, así como la percepción que tienen sobre la institución y su funcionamiento.

Los resultados del análisis son consistentes y contundentes. Las personas entrevistadas reportaron altos niveles de satisfacción en todas las dimensiones atribuibles directamente al programa. El acceso fue calificado como claro y oportuno, la operación como puntual y organizada, y el trato del personal como empático, respetuoso y resolutivo. La totalidad de los beneficiarios señaló que, desde su entrada al programa, el tratamiento se ha realizado sin interrupciones y en condiciones adecuadas, lo cual es fundamental para evitar crisis de salud, hospitalizaciones o complicaciones graves. La semaforización reafirma estos hallazgos, ya que todas las categorías bajo control del programa se ubican en color verde, lo que indica excelencia operativa.

Entre los hallazgos más importantes se encuentra la eliminación total del gasto de bolsillo, un resultado especialmente relevante desde la perspectiva de la economía de la salud. Antes del programa, las familias destinaban sumas imposibles para cubrir una o dos sesiones a la semana, lo que las obligaba a endeudarse y enfrentar crisis financieras severas. El QC0060 absorbe el costo completo de la hemodiálisis, lo que genera protección financiera, estabilidad económica y bienestar emocional. Este impacto, señalado por el 100% de los



entrevistados, posiciona al programa como un mecanismo de protección social indispensable.

A nivel clínico y emocional, el programa también muestra resultados significativos. La mayoría de los beneficiarios reportó mejoras físicas: mayor energía, reducción de descompensaciones, disminución de síntomas y mayor estabilidad general. En lo emocional, se observaron reducciones importantes en estrés y ansiedad, pues desapareció la preocupación constante de no saber si podrían costear la próxima sesión. Además, entre el 70% y el 80% indicó que ha podido retomar actividades cotidianas o familiares, lo que demuestra una recuperación funcional que fortalece su autonomía y calidad de vida.

El análisis también incorporó la perspectiva del contexto externo, reconociendo que las barreras que no son atribuibles al programa. Las dificultades de transporte, la distancia hacia las unidades de atención, la pérdida del empleo o el desgaste emocional responden a condiciones estructurales que exceden el alcance del diseño institucional. En este sentido, las recomendaciones no implican modificar la esencia del programa, sino fortalecer alianzas interinstitucionales para mejorar transporte, apoyo psicológico y acompañamiento social.

Finalmente, desde una perspectiva de política pública, el programa QC0060 debe ser considerado una intervención estratégica, efectiva y socialmente indispensable. Sus resultados coinciden plenamente con los principios del derecho a la salud, la equidad y la protección financiera. El análisis demuestra que el programa opera con eficiencia, elimina barreras económicas críticas, genera valor público, reduce desigualdades y contribuye directamente al bienestar y la supervivencia de las personas beneficiarias. Estas conclusiones respaldan la necesidad de mantener, fortalecer y dar continuidad al programa como parte esencial del sistema estatal de salud.

En suma, el QC0060 es un modelo de política social y sanitaria de alto valor, cuyos impactos se traducen en estabilidad clínica, bienestar emocional, protección económica y equidad. Su pertinencia, efectividad y legitimidad social están plenamente justificadas por la evidencia, convirtiéndolo en un pilar indispensable para la atención de personas con enfermedad renal crónica en Guanajuato.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo con su relevancia:

Dada la naturaleza del estudio, este apartado no resulta aplicable.

4. DATOS DE LA INSTANCIA QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO

4.1 Nombre del coordinador de la Investigación de Diagnóstico: Dr. Alejandro Castillo Esparza

4.2 Cargo: Representante Legal / Coordinador de la Investigación de Diagnóstico

4.3 Institución a la que pertenece: REDSOLUT S.A.S.

4.4 Principales colaboradores: Dra. Ariadna Crisantema Martínez Hernández, Lic. Christian Soto Carrillo



4.5 Correo electrónico del coordinador de la Investigación de Diagnóstico: redsolut.sas@gmail.com	
4.6 Teléfono (con clave lada): 481 391 1649	
5. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA:	
5.1 Nombre del programa: Mi Hospital Cercano	
5.2 Siglas: QC0060	
5.3 Ente público coordinador del programa:	
5.4 Poder público al que pertenece el programa: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.	
Poder Ejecutivo <input checked="" type="checkbox"/> Poder Legislativo <input type="checkbox"/> Poder Judicial <input type="checkbox"/> Ente Autónomo <input type="checkbox"/>	
5.5 Ámbito gubernamental al que pertenece el programa:	
Federal <input type="checkbox"/> Estatal <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>	
5.6 Nombre de la unidad administrativa y del titular a cargo del programa:	
5.6.1 Nombre de la unidad administrativa a cargo del programa: Dirección General de Atención Médica del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato	
5.6.2 Nombre del titular de la unidad administrativa a cargo del programa (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):	
Nombre: Dra. Leticia Zamora Ramos lzamora@guanajuato.gob.mx 473 735270	Unidad administrativa: Directora General de Atención Médica
6. DATOS DE CONTRATACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO	
6.1 Tipo de contratación:	
6.1.1 Adjudicación Directa <input type="checkbox"/> 6.1.2 Invitación a tres <input checked="" type="checkbox"/> 6.1.3 Licitación Pública Nacional <input type="checkbox"/> 6.1.4 Licitación Pública Internacional <input type="checkbox"/> 6.1.5 Otro: (Señalar) <input type="checkbox"/>	
6.2 Unidad administrativa responsable de contratar la Investigación de Diagnóstico: Dirección General de Planeación del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato	
6.3 Costo total de la Investigación de Diagnóstico: \$ 192,500.00 (ciento noventa y dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.).	
6.4 Fuente de Financiamiento: Recurso Estatal	
7. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO	
7.1 Difusión en internet de la Investigación de Diagnóstico: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato	
7.1 Difusión en internet del formato: https://salud.guanajuato.gob.mx/programas-sociales-estatales-y-proyectos-de-inversion	

