

Investigación de Diagnóstico del Programa QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”



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

En México, miles de personas viven con un órgano trasplantado gracias a un sistema de salud que, en sus mejores momentos, ha logrado hazañas técnicas admirables. Sin embargo, en la otra cara del mismo sistema, encontramos rostros concretos: mujeres y hombres que, tras recibir un trasplante que les devolvió la vida, enfrentan el riesgo silencioso de perderlo todo; por una razón tan elemental como es el acceso a medicamentos inmunosupresores.

El presente programa social, denominado QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, nace del reconocimiento ético, clínico y político. Su objetivo es claro y profundo a la vez: “garantizar el acceso gratuito y continuo a los inmunosupresores durante el primer año postrasplante a personas que carecen de seguridad social en el Estado de Guanajuato”. Pero su alcance va más allá de lo farmacéutico, ya que, en realidad, lo que se busca es proteger el derecho a vivir con dignidad después del trasplante.

La Teoría del Cambio que sustenta postrasplante esta intervención parte de una premisa elemental pero poderosa, es decir, si dotamos a los pacientes trasplantados sin derechohabencia de los medicamentos que necesitan para mantener vivo su injerto, y si los acompañamos en ese tránsito vital con un sistema hospitalario empático y funcional, entonces no sólo evitaremos el rechazo del órgano, sino que abriremos la puerta a procesos más amplios de recuperación social, económica y emocional.

Este planteamiento reconoce que la salud no es un estado, sino un proceso de reconstrucción cotidiana. Desde esta perspectiva, los medicamentos no son simplemente insumos médicos; son herramientas de equidad. Son condiciones mínimas para que una persona pueda proyectarse hacia el futuro sin el peso de la incertidumbre clínica y económica.

En términos operativos, el programa destina \$5,000,000.00 en 2025, priorizando la compra de inmunosupresores y la incorporación de una evaluación externa que



permita generar evidencia pública sobre su impacto. La población objetivo se compone de 90 personas trasplantadas sin afiliación institucional, mientras que la población potencial que incluye personas en lista de espera asciende a 196.

La intervención se apoya en modelos teóricos robustos; por ejemplo, el modelo de Andersen nos recuerda que el uso de los servicios de salud depende no sólo de la necesidad médica, sino también de factores predisponentes y facilitadores. El Chronic Care Model ofrece un marco para construir sistemas de atención centrados en el paciente, no en la enfermedad; y el modelo de Donabedian permite mirar con detalle si la estructura, el proceso y los resultados del programa están alineados con su promesa transformadora.

La dimensión más valiosa de esta propuesta es, sin duda, su vocación de justicia; es decir, en un sistema donde los trasplantes son posibles pero la continuidad terapéutica depende de la capacidad de pago, intervenir con enfoque redistributivo es, más que un acto de política pública, una forma de reparar desigualdades históricas. La medicina, en este sentido, no sólo cura cuerpos: puede también, (cuando se organiza desde el compromiso público) restaurar trayectorias de vida interrumpidas por la exclusión.

En su fundamento más profundo, el programa “Cuidando mi Trasplante” no se limita a preservar la funcionalidad biológica del injerto renal; constituye una intervención pública orientada a la protección integral de trayectorias biográficas vulnerabilizadas por enfermedades crónicas y por barreras estructurales de acceso a la atención sanitaria. La lógica que articula su Teoría del Cambio trasciende el enfoque clásico de gestión por resultados: se configura como una estrategia normativa de justicia redistributiva (Rawls, 1971; Daniels, 2008), sustentada en la garantía efectiva del derecho a la salud para poblaciones excluidas del sistema de protección social.

Desde esta perspectiva, el programa se inscribe en un modelo de política pública



que prioriza la transformación estructural de las condiciones de acceso a terapias de alta especialidad, mediante esquemas de cobertura progresiva y protección financiera. Esta lógica responde a los postulados de la teoría de capacidades (Sen, 1999), que reconoce la salud como un componente esencial para la expansión de las libertades humanas y el ejercicio pleno de la ciudadanía. Asimismo, la intervención se alinea con el enfoque AAAQ (Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad) establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CESCR, 2000) como marco interpretativo para el derecho a la salud.

La adherencia terapéutica no debe concebirse como una responsabilidad individualizada, sino como una función compartida entre el paciente y el Estado, en el marco de un sistema sanitario que debe garantizar condiciones materiales mínimas para el sostenimiento del tratamiento. Como han señalado Frenk y Gómez-Dantés (2018), los sistemas de salud no sólo deben ser eficientes, sino también equitativos y éticamente sostenibles, especialmente cuando se trata de enfermedades de alto costo y baja prevalencia, donde el mercado por sí solo no genera soluciones justas.

En consecuencia, el Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante” se rige como una política institucional orientada a garantizar continuidad terapéutica en el contexto del trasplante renal. Esta acción pública va más allá de la lógica asistencialista, ya que, representa el cumplimiento sustantivo de las obligaciones positivas del Estado en materia de derechos humanos, en congruencia con el artículo 4º constitucional y con los compromisos asumidos por México ante organismos internacionales como la OMS y los ODS.

Así, el programa no sólo responde a criterios de eficiencia y costo-efectividad (Sachs, 2012; WHO, 2010), sino que también encarna una apuesta ética y política por un sistema de salud que no abandona cuando más se le necesita. En este sentido, vivir con un órgano trasplantado no debe ser un privilegio condicionado por



la capacidad de pago, sino una prerrogativa respaldada por un orden institucional que reconoce el valor intrínseco de cada vida humana y su derecho a ser cuidada.



Contenido

Introducción.....	12
1. Metodología para la Investigación Diagnostica	14
1.2. Objetivo general de la evaluación	14
1.2.1. Objetivos Específicos	14
1.3. Alcances de la Investigación de Diagnóstico	14
1.3.1. Productos esperados	15
1.4. Diseño metodológico.....	15
1.4.1. Trabajo de Gabinete	16
1.4.2. Análisis Cualitativo.....	17
1.4.3. Análisis Cualitativo y Trabajo de Campo	18
1.4.4. Construcción de la Teoría del Cambio	19
1.5. Análisis de alineación con los instrumentos de planeación.....	22
1.6. Consideraciones relevantes.....	22
2. Antecedentes del Problema Público.....	23
2.1. Antecedentes históricos del Programa.....	23
2.2. Marco normativo y regulatorio del Programa	25
2.3. Características del Programa y Alineación	25
2.4. Identificación, definición y descripción del Problema	29
3. Marco Teórico	29
3.1. Definición de conceptos fundamentales: enfermedad Renal Crónica (ERC)	30
3.2. Terapias de Reemplazo Renal (TRR).....	33



3.3. Trasplante Renal.....	33
3.4. Terapias Inmunosupresoras	34
3.5. Adherencia Terapéutica	34
3.6. Inequidad en Salud	34
3.7. Teorías y modelos relevantes: Modelo de Andersen de uso de servicios de salud.....	35
3.8. Chronic Care Model (CCM).....	36
3.9. Modelo de Donabedian	37
3.10. Perspectiva de la economía de la salud y costo-efectividad	37
3.11. Enfoque de derechos humanos en salud	38
3.12. Prevalencia estimada de la Enfermedad Renal Crónica en México.....	39
3.13. Prevalencia estimada de la Enfermedad Renal Crónica en Guanajuato.	40
4. Planteamiento del Problema	43
4.1. Análisis del Problema.....	45
4.2. Evolución del Problema	46
4.3. Estado actual del problema.....	47
4.4. Experiencias de atención	49
5. Objetivos de la intervención estatal.....	54
5.1. Definición de los objetivos.....	54
5.2. Árbol de objetivos	56
5.3. Análisis correlaciona entre la lógica vertical y horizontal de los arboles de problemas y objetivos.....	57
5.4. Análisis de las alternativas.....	59



5.5. Justificación de los Objetivos de la intervención	62
6. Cobertura	64
6.1. Identificación y caracterización de la población potencial	64
6.2. Identificación y caracterización de la población objetivo	65
6.3. Identificación y caracterización de la población atendida.....	66
6.4. Identificación y metodología de cuantificación de la población	66
7. Análisis del trabajo de campo	69
7.1. Descripción de las categorías de análisis	71
7.2. Descripción de los resultados	75
7.3. Análisis de los Resultados	82
7.4. Apreciación cuantitativa	87
8. Teoría del Cambio del Programa QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”	90
8.1. Introducción	90
8.2. Problema público	91
8.3. Visión de éxito.....	91
8.4. Resultados de mediano plazo (Efectos/ Outcomes)	92
8.5. Productos (Outcomes/ Precondiciones necesarias)	92
8.6. Actividades.....	93
8.7. Ruta de cambio	93
Ruta causal principal	93
8.8. Supuestos críticos.....	94
8.9. Evidencia que respalda la Teoría del Cambio.....	94
8.10. Narrativa de la Teoría del Cambio	95



8.12. Diagrama de la Teoría del Cambio del Programa QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”	96
9. Principales Hallazgos de la investigación.....	97
10. Análisis de la Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y amenazas.	98
11. conclusiones	100
12. Referencias bibliográficas	104
Anexos	112
Anexo 1. Matriz de investigación	112
Anexo 2.- Ficha “Difusión de los resultados de la Investigación de Diagnóstico”	122



Introducción

El presente documento constituye la evaluación diagnóstica del Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, diseñado por el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) con el propósito de garantizar el acceso gratuito a medicamentos inmunosupresores durante el primer año postrasplante a personas sin seguridad social. A lo largo de sus secciones, se desarrolla una propuesta metodológica integral que articula elementos teóricos, normativos y operativos para la mejora continua del programa, enmarcada en el enfoque de derechos humanos y los principios de equidad en salud.

En el apartado 1, se presenta la metodología de la investigación diagnóstica, sustentada en un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), con actividades que van desde el trabajo de gabinete hasta la construcción participativa de una Teoría del Cambio. Se detalla el diseño metodológico, las herramientas utilizadas, las fuentes de información y el análisis de alineación con los instrumentos de planeación estatal, nacional e internacional.

El apartado 2 expone los antecedentes del problema público y se contextualiza históricamente la evolución de los trasplantes en Guanajuato, se analiza el marco normativo del programa y se revisan evaluaciones previas. Además, se desarrolla un extenso marco teórico que aborda temas como la enfermedad renal crónica, terapias de reemplazo renal, adherencia terapéutica, inequidad en salud, y modelos teóricos aplicados como el de Andersen, el Chronic Care Model y el modelo de Donabedian. También se incluye un análisis económico y de derechos humanos, así como datos de prevalencia a nivel nacional y estatal.

El apartado 3 define los objetivos de la intervención, transformando el problema público en un árbol de objetivos con lógica vertical y horizontal. Se identifican los efectos finales, intermedios, causas directas e indirectas, y se establece como propósito central garantizar el acceso continuo a medicamentos inmunosupresores



para mejorar la supervivencia del injerto y la calidad de vida del paciente.

Finalmente, en el apartado 4, se identifican experiencias internacionales y nacionales sobre la atención a personas trasplantadas, permitiendo una comparación con otros modelos exitosos de intervención. Esto refuerza la pertinencia y viabilidad del programa, aportando evidencia para su mejora estructural y su alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030.

En conjunto, este diagnóstico no sólo ofrece una radiografía detallada del contexto y desafíos del programa QC1241, sino que propone una ruta clara para fortalecer su diseño, implementación y evaluación, con base en evidencia científica, perspectiva de género, enfoque interseccional y compromiso con la justicia sanitaria.



1. Metodología para la Investigación Diagnostica

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 diagnostica 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 evaluación

Diseñar una propuesta metodológica para la elaboración de un diagnóstico integral del Programa Social QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”, 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.

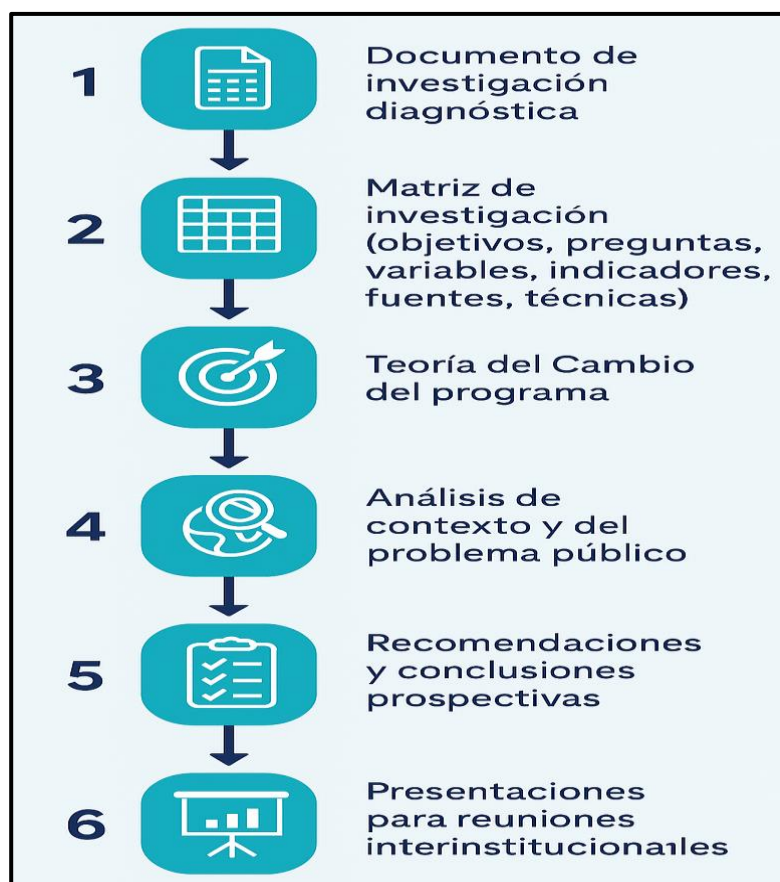
1.3. Alcances de la Investigación de Diagnóstico

Contar con una investigación de diagnóstico del Programa Social QC1241 Cuidando



Mi Trasplante 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

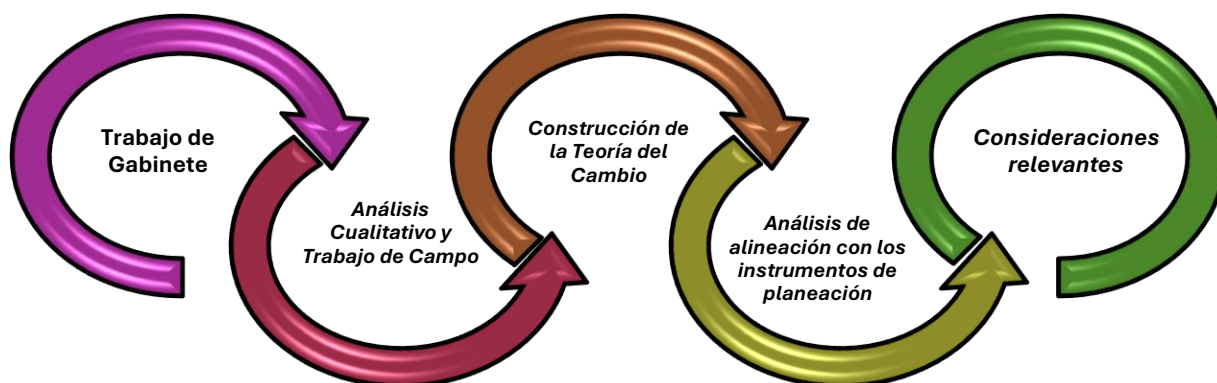


1.4. Diseño metodológico

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 evaluación se desarrollará bajo una metodología mixta, la cual se llevará 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 evaluación. En este sentido, para el desarrollo de la evaluación 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 realizarán 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 deberá considerar 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 (ej., 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 deberán emplear 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 el desarrollo de la evaluación y del trabajo de campo, se deberá establecer una muestra analítica. Dicha muestra deberá estar apoyada en una matriz analítica en la que se establezcan los criterios de selección y sus interacciones, que justifiquen y den solidez a la selección de las unidades de análisis (actores claves). La selección de variables utilizadas para la selección de la muestra debe justificarse a partir de la importancia para el desarrollo de la evaluación.

Para definir la muestra, podrá utilizarse información proveniente de un enfoque analítico; de los hallazgos de estudios, investigaciones y evaluaciones previas; así como de aquella obtenida de entrevistas con actores clave a nivel central, así como de los informes y registros administrativos del programa, de tal manera que cuente con elementos que le permitan elaborar criterios de selección que garanticen la variabilidad de la muestra seleccionada. Por lo anterior, se realizarán 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 & 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, & 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

La actividad de trasplantes en Guanajuato tiene sus inicios hace aproximadamente 37 años, con la realización del primer trasplante de córnea. Este procedimiento fue llevado a cabo por los doctores José Guadalupe Ángel Plascencia, J. Jesús Malacara Hernández y Marco Antonio Aranda Torres en el Hospital General Regional de León. Ese mismo año, el 19 de septiembre de 1985, fue inaugurado el primer Banco de Ojos del estado en dicha institución.

Posteriormente, el 29 de mayo de 1989, el Dr. Armando Flores Guerrero realizó el primer trasplante renal en el Centro Médico Nacional del Bajío del Instituto Mexicano del Seguro Social, marcando así el comienzo de la era de trasplantes de órganos en Guanajuato. Casi una década más tarde, gracias a la creación del primer comité interno de procuración de órganos y tejidos en el Centro Médico Nacional del Bajío (dirigido por el Dr. Enrique M. Olivares Durán), en 1999 se efectuó el primer trasplante renal de donador cadavérico en el estado.

En septiembre de 2000, el Hospital General Regional de León comenzó su actividad de trasplante renal, liderada por el Dr. José Trejo Bellido, y un año después se concretó la primera donación cadavérica en esa institución. El 10 de marzo de 2000 fue publicado en el Periódico Oficial del Estado el Acuerdo Gubernativo número 186, que estableció la creación del Consejo Estatal de Trasplantes, integrándose formalmente en abril de ese mismo año (Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, 2000^a). A partir de entonces, la actividad de trasplantes fue creciendo: para 2002 ya se habían realizado 80 procedimientos, y en los años posteriores el promedio anual se elevó a 140 trasplantes hasta 2005.

El 19 de mayo de 2006, mediante el Decreto Gubernativo número 268, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, se creó el Centro Estatal de Trasplantes. Este organismo asumió responsabilidades como operar el sistema



estatal de trasplantes, fortalecer las unidades hospitalarias en materia de donación y trasplante, y coordinarse estrechamente con el Consejo Estatal de Trasplantes. Desde ese momento se observó un salto en la actividad: en 2006 se realizaron 175 trasplantes, y hacia 2012 el promedio anual alcanzó los 240 procedimientos (Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, 2006).

En 2008 se formalizó la colaboración entre el programa federal y la infraestructura estatal de donación y trasplantes, logrando instaurar un sistema de donación que, a partir de 2012, posicionó a Guanajuato en el primer lugar nacional en donación de órganos entre los estados, así como uno de los programas federales de trasplante con mayor productividad (Secretaría de Salud de Guanajuato, 2012). En el año 2014 se implementó el programa de trasplante de córnea en el Hospital General de Irapuato; en febrero de 2015, ese mismo hospital registró su primer trasplante renal.

En 2017 se aprobó una reforma a la Ley Estatal de Salud que incorporó al Título Tercero un “Capítulo IX: Del Centro Estatal de Trasplantes y de la actividad en materia de donación, extracción y trasplante de órganos y tejidos”. En él se incluyeron los artículos 76 sexies, 76 septies, 76 ócties, 76 nonies, 76 decies, 76 undecies, 76 duodecies, 76 terdecies, 76 quaterdecies, 76 quindecies y 76 sexiesdecies, mediante los cuales se determinó el funcionamiento del Centro Estatal de Trasplantes y regulaciones precisas sobre donación, extracción y trasplante (Congreso del Estado de Guanajuato, 2017).

En noviembre de 2018 tuvo lugar el primer trasplante pediátrico en el Hospital Pediátrico de Especialidades de León. En octubre de 2021 el Nuevo Hospital General de León obtuvo la licencia para realizar actividades de procuración y trasplante. Finalmente, en octubre de 2023 se firmaron y publicaron los “Lineamientos Generales de Actuación para Autoridades de Salud y de la Institución del Ministerio Público para la atención de solicitudes de intervención ministerial en el marco del Procedimiento de Donación y Extracción de Órganos, Tejidos y Células



con fines de trasplante”, por parte de la Secretaría de Salud de Guanajuato y la fiscalía general del Estado (Secretaría de Salud de Guanajuato, 2025).

2.2. Marco normativo y regulatorio del Programa

Marco Normativo	Relación con el Programa Social QC1241
Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ¹	El Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante” se fundamenta en el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en tanto que implica el ejercicio de recursos públicos orientados a un objetivo social prioritario: garantizar la continuidad terapéutica postrasplante para personas sin seguridad social. Su operación se rige por principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, ya que cuenta con reglas de operación, criterios de elegibilidad, padrones de beneficiarios, y mecanismos de evaluación del desempeño.
Artículo 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato ² .	El Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante” se encuentra jurídicamente respaldado por el Artículo 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato, el cual 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.
Artículos 29 y Segundo Transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2025 ³	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 QC1241 “Cuidando mi Trasplante” 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 evaluación, 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 ⁴	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.”

2.3. Características del Programa y Alineación

Características del Programa	
Nombre	Cuidando Mi Trasplante
Clave	QC1241
Modalidad	Proyecto de inversión – Sujeto a Reglas de Operación
Dependencia	Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato – Centro Estatal de

¹ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

² <https://mexico.justia.com/estatales/guanajuato/constitucion-politica-del-estado-de-guanajuato/titulo-quinto/capitulo-tercero/seccion-segunda/#:~:text=Para%20el%20despacho%20de%20los,y%20facultades%20de%20sus%20Titulares.>

³ https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/3604/LPGE_2025.pdf

⁴ https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/3620/LOPEEG_REF_25Junio2025.pdf



Coordinadora	Trasplantes	
Año de inicio	2019	
Justificación de la creación del programa		
Problema o necesidad que atiende	Las personas (hombres y mujeres) trasplantados de un órgano sólido del estado de Guanajuato sin derechohabiencia cuentan con acceso limitado a terapia inmunosupresora.	
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 ⁵		
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 2.7.5. 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 ⁶		
Objetivo 3. Garantizar la entrega oportuna de medicamentos e insumos para la salud de toda la población	Estrategia 3.3 Establecer mecanismos de acercamiento de los medicamentos e insumos para la salud a las personas usuarias de forma oportuna y gratuita, con lo que se disminuirá el gasto de bolsillo, favoreciendo asimismo la satisfacción del usuario.	Línea de acción 3.3.3. Hay que asegurar que los usuarios de servicios públicos de salud reciban de forma gratuita los medicamentos y demás insumos para la salud de forma oportuna y de acuerdo con lo que requieren bajo el esquema de prescripción razonada por el personal profesional de la salud.
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		

⁵ https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND_2025-2030_v250226_14.pdf

⁶ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5767240&fecha=04/09/2025&print=true



Eje 2. Guanajuato es Igualdad	Objetivo 2.6. Facilitar el acceso a servicios de salud de calidad para todas las personas, con énfasis en la población en situación de vulnerabilidad.	Estrategia 2.6.4. Potenciar las estrategias de aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
Programa Sectorial Desarrollo Humano y Social ⁷		
Línea estratégica 2.6. Acceso a la atención médica de calidad	Objetivo 2.6.4. Consolidar la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud en las unidades médicas.	Línea de acción 2.6.3.4 Fortalecer los programas intra-hospitalarios de donación de órganos y unidades de sangre captadas.
Objetivos y servicios que ofrece el programa		
Objetivo del programa	“Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas trasplantadas”.	
Objetivos específicos	1. Contribuir a la disminución del rechazo del órgano trasplantado en los pacientes atendidos por el ISAPEG, mediante la entrega de medicamento inmunosupresor.	
Servicios y/o apoyos	1. Tacrolimus 1mg; 2. Ácido micofenólico de 360mg; 3. Ciclosporina de 100mg/ml; y, o 4. Valganciclovir comprimidos de 450 mg.	
Identificación de la Población potencial, objetivo y atendida		
Población Potencial:	Población del estado de Guanajuato que se encuentra en lista de espera para un trasplante de un órgano sólido y sea trasplantado en el estado de Guanajuato sin derechohabiencia en los sistemas de salud e inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes. Actualmente se encuentran registrados en lista de espera un total de 196 personas.	
Población Objetivo:	Población trasplantada de órgano sólido del estado de Guanajuato específicamente en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, de cualquier sexo y edad, que no cuenten con alguna derechohabiencia social. Se estiman 90 personas.	
Cobertura y mecanismos de focalización		
Cobertura	46 municipios del estado de Guanajuato.	
Principales metas de Fin, Propósito y Componentes		
Nivel	Objetivo	Indicador
	Contribuir a mejorar la calidad de vida y salud integral de los guanajuatenses mediante el acceso a	Esperanza de vida al nacer en Guanajuato.

⁷ Aún no se actualiza, en cuanto salga la publicación de la nueva administración se cambiará la alineación.



Fin	terapia inmunosupresora para pacientes trasplantados de órgano sólido.		
Propósito	Los pacientes (mujeres – hombres) sin derechohabiencia trasplantados de órgano sólido del estado de Guanajuato cuentan con acceso suficiente a terapia inmunosupresora.	Porcentaje de pacientes trasplantados con acceso a medicamento inmunosupresor.	
Componente	Medicamentos inmunosupresores entregados.	Porcentaje de medicamentos inmunosupresores entregados.	Meta Programada: 40
Presupuesto			
Ejercicio	Aprobado	Modificado	Ejercido
2023	\$7,700,000.00	\$7,656,612.54	\$ 7,638,552.54
2024	\$7,000,000.00	\$ 9,748,977.	\$9,674,243.00
2025	\$5,000,000.00	\$5,000,000.00	-

Fuente. Elaboración propia con base en (Gobierno de México, 2025; IPLANEG, 2018; ONU, 2016;)



2.4. Identificación, definición y descripción del Problema

En este apartado se buscó plasmar de forma concreta cuál es el problema público que se busca atender con la intervención del programa social, para lo cual en un primer momento se construyó el marco teórico donde se explicó los conceptos centrales relacionados con el problema público. En un segundo momento, se indagó sobre los principales enfoques teóricos que ayudan a analizar la problemática y por último se realizó una interconexión entre los diferentes conceptos para dar cuenta de la problemática del programa.

3. Marco Teórico

El trasplante de órganos, y particularmente el trasplante renal, representa uno de los mayores avances de la medicina moderna, no sólo por su impacto en la recuperación funcional del paciente, sino por la significativa mejoría en su calidad y expectativa de vida. En el contexto de enfermedades crónicas y terminales por falla orgánica, el trasplante constituye una alternativa terapéutica de alta eficacia que ofrece beneficios clínicos, psicosociales y económicos superiores en comparación con otras formas de tratamiento sustitutivo, como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal (Tonelli et al., 2011; Wolfe et al., 1999).

Sin embargo, el éxito del trasplante renal depende no solo del acto quirúrgico, sino también del acceso oportuno y continuo a medicamentos inmunosupresores, que evitan el rechazo del injerto y aseguran la viabilidad del órgano trasplantado. La literatura médica señala que la falta de adherencia a esta terapia incrementa el riesgo de rechazo agudo, pérdida del injerto y complicaciones clínicas graves, con repercusiones directas en la sobrevida del paciente (Butler et al., 2004; Dew et al., 2007).

Diversos estudios han demostrado que el trasplante renal reduce la mortalidad, mejora la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) y permite una mayor reintegración social y laboral de los pacientes (Riley et al., 2020). El éxito de esta



intervención médica no depende únicamente del procedimiento quirúrgico, sino del adecuado seguimiento postoperatorio, particularmente de la administración de terapia inmunosupresora, cuyo objetivo es prevenir el rechazo inmunológico del órgano trasplantado, prolongar la viabilidad del injerto y preservar la vida del paciente (Lindholm et al., 2019).

3.1. Definición de conceptos fundamentales: enfermedad Renal Crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología progresiva e irreversible que implica una disminución persistente de la función renal durante al menos tres meses, expresada por una tasa de filtración glomerular reducida o evidencia de daño estructural y funcional renal (KDIGO, 2022). A nivel global, se estima que afecta aproximadamente al 10 % de la población adulta, lo que la convierte en un problema de salud pública de alto impacto (Lv, J.-C., y Zhang, L.-X, 2019).

Además del componente clínico, la ERC impone una carga social y económica considerable. Las personas afectadas suelen experimentar disminución en la calidad de vida, pérdida de ingresos, gastos catastróficos en salud y exclusión laboral (González y Díaz-Fernández, 2023; Mercado-Martínez et al., 2014). La situación es más grave en poblaciones en pobreza multidimensional, que en México afectan a más de 40 millones de personas (INEGI, 2025).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) subraya que la cobertura sanitaria universal debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales como el tratamiento de la ERC, alineándose con el principio de derecho a la salud consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, s.f.) y en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados, 2025).



Tabla 1. Defunciones por enfermedad renal en México según sexo y año (2022–2024)

Año	Mujeres	Hombres	Total
2022	6,265	7,907	14,172
2023	7,059	8,870	15,929
2024	7,691	9,705	17,396

Fuente: INEGI (2025). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

Los datos anteriores muestran un aumento sostenido en la mortalidad por enfermedad renal crónica entre 2022 y 2024. Por lo que, una intervención gubernamental es indispensable. Por lo tanto, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una complicación derivada de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal, limitando la capacidad de los riñones para filtrar la sangre y eliminar los desechos.

La importancia de esta enfermedad no solo radica en sus implicaciones clínicas, sino también en su impacto en la salud pública, pues se encuentra entre las causas principales de muerte. Por ejemplo, en el año 2019, las enfermedades renales constituyeron una de las principales causas de mortalidad en la Región de las Américas, con un impacto significativo tanto en términos de defunciones como de carga de enfermedad medida a través de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD).

Se registraron 254,028 defunciones atribuibles a enfermedades renales, de las cuales 131,008 correspondieron a hombres y 123,020 a mujeres (OPS, 2021). La tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 15.6 defunciones por cada 100,000 habitantes, con una notable variación entre países: desde 73.9 defunciones por cada 100,000 habitantes en Nicaragua hasta 5.0 en Canadá (OPS, 2021). En la mayoría de los países, la mortalidad resultó consistentemente mayor en hombres que en mujeres.

Los países que en 2019 presentaron las tasas de mortalidad más elevadas fueron: Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Guatemala, Surinam, Honduras y Ecuador. Estos datos reflejan que la carga de enfermedad renal se concentra en naciones



con sistemas de salud frágiles y con una menor cobertura de terapias de reemplazo renal, lo que refuerza la inequidad estructural en el acceso a la salud.

En términos de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), las enfermedades renales fueron responsables de 5.2 millones de AVP, equivalentes a 518.1 años por cada 100,000 habitantes. Este número representa un incremento del 73% respecto al año 2000, cuando la cifra ascendía a 3 millones. La tasa ajustada por edad pasó de 373.4 en el 2000 a 418.7 en el 2019 (GBD, 2020).

Los países con las tasas más altas fueron: el Salvador, Nicaragua, Guatemala, Surinam, Bolivia, Honduras y Haití. Respecto a los años de vida vividos con discapacidad (AVD), en 2019 se reportaron 1.7 millones de AVD, equivalentes a 168 AVD por cada 100,000 habitantes. La tasa cruda de AVD aumentó de 124.7 en el año 2000 a 168.0 en 2019, mientras que la tasa ajustada por edad pasó de 128.6 a 144.1 en el mismo periodo. Los países con las tasas más altas de AVD fueron: México, Nicaragua, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana y Belice (OPS, 2021).

En conjunto, estos indicadores muestran que las enfermedades renales no sólo representan un reto clínico, sino también un problema de salud pública con repercusiones sociales y económicas profundas, al generar pérdida de productividad laboral, costos familiares catastróficos y limitaciones severas en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 2. Resumen de mortalidad, AVP y AVD por enfermedades renales en la Región de las Américas (2019)⁸

País	Mortalidad ajustada (15.6 defunciones por cada 100,000 hab.)	AVP ajustados (518.1 años por cada 100,000 hab.)	AVD ajustados (144.1 años por cada 100,000 hab.)
Nicaragua	Muy alta	Muy alta	Alta
El Salvador	Alta	Muy alta	Alta

⁸ OPS. (2021). Carga de enfermedad renal en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>



Bolivia	Alta	Alta	Media
Guatemala	Alta	Alta	Alta
Surinam	Alta	Alta	Media
Honduras	Alta	Alta	Media
Ecuador	Alta	Media	Media
México	Media	Media	Alta
Belice	Media	Media	Alta

3.2. Terapias de Reemplazo Renal (TRR)

Las TRR son intervenciones clínicas que reemplazan la función renal cuando los riñones dejan de funcionar adecuadamente. Las modalidades más comunes incluyen hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. En México, la hemodiálisis es la opción más común, aunque con altos costos recurrentes (Arredondo et al., 1998).

Estudios recientes demuestran que, a largo plazo, el trasplante renal no solo mejora la supervivencia del paciente, sino que también es más costo-efectivo (Tonelli et al., 2011; Ayala-García et al., 2024). Sin embargo, en América Latina persisten fuertes desigualdades en el acceso a estas terapias, debido a diferencias en inversión pública, disponibilidad de servicios y cobertura de medicamentos inmunosupresores (Luxardo et al., 2022).

3.3. Trasplante Renal

El trasplante renal es la transferencia quirúrgica de un riñón sano a un paciente con insuficiencia renal terminal. Puede provenir de un donante vivo o fallecido. Esta modalidad terapéutica representa el estándar de oro en términos de restauración de la función renal y calidad de vida (Martín y Errasti, 2006).

En México, el primer trasplante se realizó en 1963 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Carlos Peña, 2005). Desde entonces, el país ha logrado avances significativos. Guanajuato, por ejemplo, lidera a nivel nacional en donación por muerte encefálica (Heraldo León, 2025). No obstante, más de 1,900 pacientes continúan en espera de un trasplante solo en este estado, la mayoría en edad productiva. Las investigaciones también destacan una



transición hacia técnicas quirúrgicas menos invasivas, lo cual reduce tiempos de recuperación y mejora los resultados posoperatorios (Vizcarra-Mata et al., 2024; Torres-Sierra et al., 2024).

3.4. Terapias Inmunosupresoras

Las terapias inmunosupresoras son esenciales para evitar el rechazo del injerto renal tras un trasplante. Fármacos como el tacrólimus, micofenolato y prednisona son los más empleados. La OMS destaca su inclusión en el listado de medicamentos esenciales. La falta de adherencia terapéutica incrementa drásticamente el riesgo de rechazo agudo o crónico del injerto, con consecuencias clínicas, económicas y éticas graves. Además, los pacientes sin seguridad social enfrentan serias barreras de acceso a estos medicamentos, lo que vulnera su derecho a la salud (Cardona et al., 2013; Mercado-Martínez et al., 2014).

3.5. Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica se refiere al cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en cuanto a medicación, dieta y conductas saludables. En trasplante renal, la adherencia a la inmunosupresión es clave para la supervivencia del injerto (Denhaerynck et al., 2005). Diversos estudios muestran que hasta un 30 % de los fracasos de injertos son atribuibles a una adherencia inadecuada, especialmente entre jóvenes o pacientes con baja escolaridad o sin cobertura médica (Obrador et al., 2024).

3.6. Inequidad en Salud

La inequidad en salud implica diferencias evitables y sistemáticas en el acceso a servicios sanitarios de calidad. En América Latina, estas inequidades se manifiestan en la falta de acceso a TRR, medicamentos, y especialistas en nefrología, especialmente en áreas rurales y entre poblaciones marginadas (Cardona et al., 2013; García-García et al., 2012).



México tiene una de las tasas más bajas de trasplantes por millón de habitantes entre los países de la región, a pesar de contar con infraestructura creciente (García-García et al., 2021). Además, los pacientes sin seguridad social deben costear inmunosupresores por cuenta propia, lo que compromete la continuidad del tratamiento y perpetúa la exclusión (Martínez Bernal, 2015; Kierans, 2019).

3.7. Teorías y modelos relevantes: Modelo de Andersen de uso de servicios de salud.

El modelo conductual de Andersen, formulado inicialmente en la década de 1960 y revisado posteriormente (Andersen, 1995), constituye uno de los marcos teóricos más influyentes en el análisis del acceso a servicios sanitarios. Este modelo propone que el uso de servicios de salud no solo depende de la necesidad clínica, sino también de un conjunto de factores interrelacionados:

- **Factores predisponentes**, que incluyen variables demográficas y sociales como edad, género, nivel educativo o cultura;
- **Factores facilitadores**, que abarcan los recursos disponibles para acceder a servicios, tanto a nivel individual (ingresos, seguro médico) como comunitario (infraestructura, políticas públicas);
- **Necesidad percibida o evaluada**, que considera tanto la percepción del paciente sobre su salud como la evaluación médica objetiva.

En el contexto del programa QC1241, este modelo resulta altamente pertinente, ya que la mayoría de los beneficiarios carecen de los factores facilitadores necesarios como cobertura institucional o capacidad económica para acceder de manera continua a medicamentos inmunosupresores. La aplicación del modelo permite entender cómo estas barreras estructurales afectan negativamente la adherencia y los resultados del tratamiento postrasplante.



Investigaciones contemporáneas han actualizado este modelo integrando determinantes sociales de la salud y factores estructurales como la pobreza, la marginación o la informalidad laboral, factores que son altamente prevalentes en los receptores de trasplante sin seguridad social en América Latina (Campo Manco y Falon Guardia, 2022; Cortés Sanabria et al., 2024).

3.8. Chronic Care Model (CCM)

El Modelo de Atención Crónica (Chronic Care Model), desarrollado por Wagner y colaboradores (2001), fue diseñado para enfrentar los desafíos crecientes de las enfermedades crónicas en sistemas de salud que tradicionalmente han estado centrados en la atención aguda. Este modelo propone un enfoque multidimensional que articula seis componentes clave:

1. Organización del sistema de salud
2. Soporte a la toma de decisiones clínicas
3. Diseño del sistema de atención (incluyendo seguimiento y continuidad)
4. Sistemas de información clínica efectivos
5. Vínculos con la comunidad y recursos sociales
6. Empoderamiento del paciente para el autocuidado informado

El programa QC1241 puede ser interpretado desde este marco como una iniciativa que intenta ofrecer continuidad médica y farmacológica a pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Diversas investigaciones han adaptado el CCM al contexto latinoamericano, mostrando mejoras en la adherencia terapéutica, reducción en hospitalizaciones, y mejor calidad de vida cuando se implementan todos los elementos del modelo de manera coordinada (Sánchez Beltrán, 2025; Glasgow et al., 2001).



3.9. Modelo de Donabedian

El modelo de Donabedian representa uno de los principales enfoques para la evaluación de la calidad en la atención sanitaria. Este modelo descompone la calidad en tres dimensiones fundamentales:

- Estructura: Se refiere a los recursos físicos, humanos y organizativos disponibles en el sistema de salud (hospitales, personal, equipamiento, disponibilidad de medicamentos).
- Proceso: Describe cómo se brinda la atención médica (diagnóstico, seguimiento, adherencia al tratamiento).
- Resultados: Incluye los efectos sobre el estado de salud, la funcionalidad del paciente, la satisfacción y la eficiencia del sistema.

Aplicado al programa QC1241, este modelo permite evaluar sistemáticamente su eficacia. Por ejemplo, en términos de estructura, el programa enfrenta desafíos en la disponibilidad sostenida de medicamentos inmunosupresores, así como en la cobertura territorial. En el proceso, se pueden analizar la calidad del seguimiento clínico, la comunicación médico-paciente y el monitoreo de la adherencia. Finalmente, los resultados pueden medirse en términos de supervivencia del injerto, reintegración social del paciente y reducción de hospitalizaciones. Este modelo ha sido ampliamente utilizado por agencias de evaluación en salud pública para optimizar programas crónicos y evaluar estrategias costo-efectivas en contextos limitados (Godínez Pérez, 2021).

3.10. Perspectiva de la economía de la salud y costo-efectividad

Desde la perspectiva de la economía de la salud, el análisis de costo-efectividad es crucial para la asignación racional de recursos, especialmente en contextos donde estos son escasos. Numerosos estudios han documentado que el trasplante renal, aunque más costoso al inicio, resulta más económico a mediano y largo plazo que



la hemodiálisis continua, dado que reduce hospitalizaciones, mejora la calidad de vida, y permite la reincorporación laboral de los pacientes (Arredondo et al., 1998; Sennfält et al., 2002).

Programas como QC1241 representan una estrategia de política pública eficiente, en tanto reducen la carga financiera del sistema de salud mediante la inversión en tecnologías de alta efectividad clínica. No obstante, su viabilidad a largo plazo requiere mecanismos de financiamiento sostenibles, control de costos de medicamentos y políticas regulatorias que prioricen el acceso equitativo. Estudios en América Latina han comenzado a modelar los beneficios macroeconómicos de los trasplantes, considerando el retorno en productividad y la reducción de discapacidad a nivel nacional (Cortés Sanabria et al., 2024; Mejía Macías, 2024).

3.11. Enfoque de derechos humanos en salud

El enfoque de derechos humanos en salud postula que el acceso a los servicios de salud no debe estar determinado por la capacidad de pago o el estatus socioeconómico, sino constituirse como un derecho fundamental. Este principio está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25), así como en múltiples instrumentos internacionales ratificados por México.

A nivel nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 4º) reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud. Este enfoque, impulsado por la Organización Mundial de la Salud, propone además el principio AAAQ: los servicios deben ser Disponibles, Accesibles, Aceptables y de Calidad (OMS, 2025).

El programa QC1241 se alinea a este enfoque al garantizar medicamentos de alto costo a población no derechohabiente. Sin embargo, la cobertura limitada, la inestabilidad presupuestaria y la falta de reconocimiento legal como un derecho protegido en el marco normativo secundario, limitan su potencial transformador.



Organismos como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y ONGs como Médicos del Mundo han enfatizado que el trasplante y la terapia inmunosupresora deben incluirse en el paquete esencial de salud universal en países de renta media como México (Cardona et al., 2013; González-Terrón, 2023).

Tabla 3. Modelos y teorías aplicadas al Programa Social QC1241

Modelo/Teoría	Componentes Clave	Aplicación en salud renal
Modelo de Andersen	Factores predisponentes, facilitadores y necesidad percibida/evaluada	Permite identificar barreras de acceso como la falta de seguridad social para trasplante renal
Chronic Care Model (CCM)	Organización del sistema, apoyo comunitario, diseño del cuidado, empoderamiento del paciente	Favorece diseño de programas con seguimiento integral a pacientes con ERC, como QC1241
Modelo de Donabedian	Estructura, proceso, resultados	Evalúa la calidad del programa QC1241 en disponibilidad de fármacos, adherencia y resultados clínicos
Economía de la salud	Análisis costo-efectividad entre tratamientos, impacto económico a largo plazo	Mide viabilidad del trasplante frente a diálisis; optimiza recursos públicos
Derechos Humanos en Salud	Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad (AAAQ); marco jurídico nacional e internacional	Reconoce el trasplante como derecho básico, combate inequidades estructurales

3.12. Prevalencia estimada de la Enfermedad Renal Crónica en México

La publicación de la Gaceta UNAM reporta que aproximadamente el 12 % de la población mexicana padece Enfermedad Renal Crónica (ERC), lo que equivaldría a unos 13 millones de personas (Romero Mireles, 2025). Este dato es particularmente relevante porque sugiere que una proporción sustancial de la población vive con daño renal no diagnosticado o en etapas tempranas que podrían ser susceptibles de intervención oportuna. Según las académicas Norma Araceli Bobadilla Sandoval y Elizabeth Hernández Castro, es probable que esta cifra subestime la prevalencia real, debido a que muchos casos de ERC no son detectados en fases tempranas.

Bobadilla y Hernández han desarrollado investigaciones experimentales en el



Instituto de Investigaciones Biomédicas (IIBO) de la UNAM, donde identificaron un biomarcador urinario; la Serpina A3, que aumenta conforme progresa el daño renal, lo cual podría servir para un diagnóstico más temprano (Romero Mireles, 2025). Desde una perspectiva de salud pública, esta información adquiere importancia estratégica: si existe esa magnitud de población con ERC no diagnosticada, la demanda futura de terapias de reemplazo renal (diálisis o trasplante) podría elevarse significativamente. Este riesgo es más agudo en contextos de inequidad, donde los recursos para diagnóstico temprano y tratamiento son limitados.

Romero Mireles (2025) también señala que la ERC en México está estrechamente vinculada con factores de riesgo prevalentes como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambos padecimientos de alta frecuencia en la población general. El deterioro renal puede desarrollarse de forma silente, pasando inadvertido hasta que se alcance un daño irreversible, lo que dificulta la intervención oportuna y eleva la probabilidad de requerir tratamientos sustitutivos. Asimismo, se advierte que el uso indiscriminado de fármacos nefrotóxicos (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos como diclofenaco, naproxeno, etc.) y antibióticos nefrotóxicos (como gentamicina) puede agravar este riesgo, especialmente en personas con condiciones predisponentes.

Este nivel de prevalencia estimada constituye una llamada de atención para los sistemas de salud estatales y federales: asumir que 12 % de los mexicanos podrían requerir vigilancia prolongada, estrategias de diagnóstico temprano y políticas de prevención. Estos datos proporcionan un sustento empírico para la necesidad de políticas como el Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante” que no solo atiendan a pacientes ya trasplantados, sino que también sería importante que también se anticipen para manejar la progresión de la ERC en población vulnerable.

3.13. Prevalencia estimada de la Enfermedad Renal Crónica en Guanajuato

En el Estado de Guanajuato, se identifica una brecha crítica en el acceso a



medicamentos inmunosupresores en pacientes trasplantados que no cuentan con afiliación a algún sistema de seguridad social. Los pacientes atendidos por el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) grupo poblacional vulnerable y objeto del programacarecen de cobertura para esta terapia indispensable, lo que representa una amenaza significativa a la sostenibilidad de los injertos renales y a la vida misma de los beneficiarios (ISAPEG, 2025).

La falta de acceso oportuno a inmunosupresores eleva el riesgo de episodios de rechazo agudo, el cual puede derivar en la pérdida del injerto, complicaciones clínicas graves y la necesidad de un nuevo trasplante o reinicio de terapia sustitutiva. Esta situación no sólo incrementa los costos para el sistema de salud con un aumento estimado del 30% en gastos médicos (García-García & Hernández, 2020), sino que impacta negativamente la calidad de vida del paciente y la economía familiar.

El tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados es vital mientras dure la función del injerto. La literatura médica ha documentado que la falta de adherencia a esta terapia se asocia con una reducción en la sobrevida del injerto, que puede descender del 86% a cinco años hasta el 65%, y con una disminución en la sobrevida del paciente de 95% a 88% en el mismo periodo (Butler et al., 2004; Dew et al., 2007). La no adherencia, además, ha sido identificada como una de las principales causas prevenibles de fracaso del trasplante (Denhaerynck et al., 2005).

El acceso garantizado a medicamentos inmunosupresores de calidad y el acompañamiento médico son elementos clave para fortalecer la adherencia terapéutica. Esto no sólo preserva la funcionalidad del injerto, sino que facilita la reintegración del paciente a su entorno social y laboral, reduciendo la carga económica y emocional de la enfermedad (Griva et al., 2012).

En respuesta a esta problemática, la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato ha establecido el programa QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, con una



asignación presupuestal de \$5,000,000.00 para el ejercicio fiscal 2025. Este programa contempla \$4,800,000.00 para la adquisición de medicamentos inmunosupresores y \$200,000.00 para la contratación de un evaluador externo que contribuya al diagnóstico del problema público y al fortalecimiento de la gestión del programa.

Este esfuerzo programático se inserta dentro de la infraestructura estatal de trasplantes renales que se lleva a cabo en hospitales estratégicos como el Hospital General de Irapuato, el Hospital de Especialidades Pediátrico de León y el Hospital General de León, en coordinación con el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Esta red hospitalaria representa una oportunidad estratégica para escalar el impacto del programa y asegurar que más pacientes accedan a un tratamiento integral y continuo (SSA Guanajuato, 2024).

Entre los principales resultados esperados se encuentran:

- Aumento de la tasa de supervivencia del injerto y del paciente a cinco años.
- Reducción en la incidencia de rechazo agudo y complicaciones postoperatorias.
- Disminución en el gasto de bolsillo de los hogares beneficiarios.
- Incremento en la tasa de reintegración laboral y escolar de los pacientes trasplantados.
- Generación de evidencia evaluativa mediante un componente externo que retroalimente la mejora continua del programa.

El diseño del programa incluye un enfoque preventivo orientado al primer año postoperatorio (i.e., periodo crítico para el rechazo), mediante la entrega oportuna de inmunosupresores y acompañamiento en salud. Asimismo, busca empoderar al paciente para transitar hacia un esquema de cobertura mediante seguridad social, favoreciendo la sostenibilidad del tratamiento a largo plazo.



Desde una perspectiva de política pública, el QC1241 representa una intervención focalizada que responde a un problema estructural de acceso a terapias de alto costo para población sin derechohabiencia. Su diseño y justificación se alinean con los principios de equidad en salud y cobertura universal establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).

Garantizar el acceso a terapias postrasplante en este grupo poblacional no sólo representa un acto de justicia sanitaria, sino una inversión costo-efectiva que previene complicaciones mayores y fortalece la resiliencia del sistema de salud (Matas y Smith, 2011). A través de una política pública bien diseñada y evaluada, es posible reducir las brechas de acceso y contribuir a una sociedad más equitativa.

4. Planteamiento del Problema

Con base en todo lo anterior y tomando en consideración la información del marco teórico, la problemática hace referencia a que el trasplante renal constituye la terapia de elección para pacientes con enfermedad renal crónica terminal, pues no solo mejora la función orgánica sino también la calidad de vida y la reintegración social de las personas. Sin embargo, el éxito de esta intervención depende del acceso continuo a medicamentos inmunosupresores, indispensables para garantizar la viabilidad del injerto y la supervivencia del paciente.

En el Estado de Guanajuato, las personas trasplantadas sin afiliación a algún sistema de seguridad social presentan acceso limitado a terapia inmunosupresora, lo cual compromete los resultados clínicos del trasplante y genera efectos negativos en el ámbito social y económico. Este constituye el problema central que atiende el programa QC1241 “Cuidando mi Trasplante”.

Aunado a lo anterior, los principales factores estructurales, económicos y sociales que se pueden derivar del problema pueden orientarse en una limitada cobertura institucional, es decir, los medicamentos inmunosupresores no están garantizados para pacientes sin derechohabiencia, lo que perpetúa desigualdades



en salud. Asimismo, las restricciones presupuestarias y los precios elevados de los medicamentos dificultan su adquisición por parte de las familias en situación de vulnerabilidad económica. De igual forma, los factores sociales y el autocuidado pueden incidir de forma negativa en el tratamiento y la presencia de comorbilidades y la falta de acompañamiento dificultan la adherencia.

Por último, las desigualdades de género e interseccionalidad, también tiene incidencia en la prevalencia de la problemática. Por ejemplo, las mujeres enfrentan barreras adicionales vinculadas con la sobrecarga del trabajo doméstico y de cuidados, la menor inserción laboral formal y la falta de autonomía económica, limita su capacidad para sostener el tratamiento. Por su parte, los hombres, pueden experimentar mayor riesgo por diagnósticos más tardíos y mayor exposición a factores laborales que afectan la salud renal. La situación se agrava en contextos de pobreza, marginación rural, baja escolaridad o pertenencia a grupos indígenas, configurando un escenario interseccional de vulnerabilidad.

Lo anterior, podría provocar mayor incidencia de rechazo agudo del injerto, complicaciones clínicas y hospitalizaciones frecuentes. Lo cual se ve reflejado en una disminución en la supervivencia del injerto y del paciente, incremento en los costos médicos (estimados en un 30% adicionales en caso de rechazo), retorno a terapias sustitutivas más invasivas y costosas. Con base en lo anterior, la problemática se podría sintetizar en: los hombres y las mujeres trasplantadas de un órgano sólido en el Estado de Guanajuato sin derechohabencia tienen acceso limitado a medicamentos inmunosupresores, lo que incrementa el riesgo de rechazo del injerto, reduce la supervivencia del paciente y genera impactos negativos en salud, economía y bienestar social (ISAPEG, 2025).



4.1. Análisis del Problema.



4.2. Evolución del Problema

Entre 2020 y 2022, Guanajuato logró reducir el porcentaje de su población en situación de pobreza del 42.7% al 33%, superando la mejora observada a nivel nacional, donde el indicador bajó del 43.9% al 36.3%. Esta evolución positiva refleja avances importantes en materia de política social. Sin embargo, persisten desigualdades relevantes que limitan el desarrollo social pleno. Las mujeres, por ejemplo, siguen presentando mayores niveles de pobreza en comparación con los hombres, lo que evidencia brechas estructurales en el acceso a derechos sociales. Asimismo, las zonas rurales y las áreas urbanas marginadas enfrentan condiciones que obstaculizan su inclusión y bienestar (ISAPEG, 2025).

Conscientes de estos desafíos, el Gobierno del Estado de Guanajuato ha reafirmado su compromiso de destinar recursos para garantizar una mejor calidad de vida para todas las personas, sin importar su lugar de residencia. Este esfuerzo se enmarca en los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2050 y en los compromisos internacionales asumidos a través de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En ese contexto, la política social del estado tiene como finalidad erradicar la pobreza, reducir la desigualdad, impulsar el desarrollo humano, fortalecer la cohesión social y garantizar igualdad de oportunidades para todas las personas.

Uno de los ámbitos prioritarios en este esfuerzo es la salud. En particular, se busca consolidar el acceso universal a servicios de salud de calidad, ampliar la atención especializada para enfermedades crónicas y fortalecer el acompañamiento a personas con discapacidad, personas mayores y quienes enfrentan problemas de adicciones. Esta estrategia se articula con el objetivo 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que plantea lograr la cobertura sanitaria universal, garantizando acceso a servicios esenciales, medicamentos y vacunas seguras y asequibles.



En este marco, se impulsa el programa “Cuidando mi Trasplante”, dirigido a personas que han recibido un trasplante de órgano sólido, no cuentan con afiliación a un sistema de salud y viven en zonas prioritarias. El propósito del programa es acompañar a las y los pacientes durante el primer año posterior a la cirugía, garantizando el acceso continuo a medicamentos inmunosupresores, esenciales para evitar el rechazo del órgano trasplantado.

Actualmente, aunque el sistema de salud pública ha comenzado a suministrar estos medicamentos, la cobertura es incompleta y no responde a los esquemas completos requeridos por cada paciente. Esto obliga a las personas a cubrir el resto del tratamiento por su cuenta, lo que representa un gasto promedio de 87,968 pesos anuales. Este monto es inalcanzable para muchas familias, que ya han enfrentado elevados costos relacionados con tratamientos previos como la diálisis o la hemodiálisis. En consecuencia, muchos pacientes ponen en riesgo su salud y su estabilidad económica, recurren a la venta de su patrimonio, solicitan ayuda a instancias asistenciales o incluso acceden al mercado ilegal para conseguir sus medicamentos (ISAPEG, 2025).

El programa “Cuidando mi Trasplante” busca revertir esta situación, protegiendo el derecho a la salud y evitando que el acceso al tratamiento sea una causa de exclusión social o empobrecimiento. A través de este esfuerzo, el Gobierno del Estado de Guanajuato contribuye de manera directa a fortalecer la equidad en salud, reducir el impacto económico de las enfermedades crónicas y avanzar hacia un modelo de desarrollo centrado en el bienestar de las personas.

4.3. Estado actual del problema

En Guanajuato, el trasplante de órganos y tejidos representa una de las alternativas médicas más efectivas para salvar vidas y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas o fallas orgánicas irreversibles. Sin embargo, a pesar de su eficacia, la escasez de órganos y tejidos



disponibles continúa siendo uno de los principales desafíos del sistema de salud, tanto a nivel nacional como estatal.

Actualmente, en 2024, el estado cuenta con 1,855 personas en espera de un trasplante renal, lo que representa un incremento respecto a los años anteriores: en 2023 se registraron 1,702 personas en lista de espera, y en 2022 la cifra fue de 1,625. Esta tendencia al alza refleja tanto el crecimiento de la demanda como las limitaciones existentes en materia de donación y disponibilidad de órganos.

En cuanto a los procedimientos realizados, en lo que va del año 2024 se han llevado a cabo 214 trasplantes de riñón y 104 de tejidos en Guanajuato, de los 1,892 trasplantes reportados en total en el Registro Nacional de Trasplantes. En 2023, se realizaron 187 trasplantes renales y 142 de tejidos corneales; mientras que, en 2022, se practicaron 164 trasplantes de riñón, 1 de hígado y 141 de tejido corneal. Aunque estas cifras muestran un esfuerzo sostenido por atender la demanda, el número de procedimientos continúa siendo menor al número de personas que esperan un órgano.

En relación con lo anterior, el trasplante consiste en transferir un órgano, tejido o células de una persona a otra con el fin de sustituir la función de un órgano que ha dejado de funcionar. Se trata de un tratamiento altamente efectivo para miles de pacientes que, sin esta opción, enfrentarían la muerte como consecuencia de una falla orgánica. No obstante, la disponibilidad de órganos y tejidos depende directamente de la voluntad de donar, así como de las condiciones médicas y legales que lo permitan.

La Ley General de Salud, en su título décimo cuarto, establece que una persona puede ser considerada donadora si ha manifestado expresa o tácitamente su consentimiento. A través de esta disposición legal, se regulan los procesos de donación y trasplante, incluyendo las condiciones en las que pueden obtenerse órganos y tejidos.



Cuando una persona fallece por paro cardiorrespiratorio dentro de un hospital, sólo es posible donar tejidos como hueso, piel, córneas, tendones, cartílago y vasos sanguíneos. En cambio, si el fallecimiento ocurre por muerte encefálica, es posible donar también órganos vitales como corazón, pulmones, hígado, riñones y páncreas. Esto amplía las posibilidades de salvar vidas mediante la donación, siempre y cuando se cumplan los criterios médicos y legales establecidos.

En los últimos tres años, los hospitales con licencia para donación en el estado de Guanajuato han incrementado sus esfuerzos. En 2024 se han generado 127 donaciones, en comparación con 86 en 2023 y 63 en 2022. Gracias a estas donaciones, se obtuvieron 107 riñones en 2024, 86 en 2023 y 85 en 2022. Estas cifras muestran una tendencia positiva, aunque aún insuficiente frente a la alta demanda de trasplantes.

Cabe mencionar que el impacto de la pandemia por COVID-19, provocada por el virus SARS-CoV-2, afectó directamente a los programas de donación y trasplantes. La enfermedad no sólo descartó a numerosos posibles donantes, sino que también limitó las posibilidades de trasplante en pacientes que, por razones médicas, no podían ser intervenidos mientras existía riesgo de contagio o complicaciones graves asociadas al virus.

A pesar de estos desafíos, Guanajuato continúa trabajando para fortalecer sus programas de salud, promover la cultura de la donación y aumentar la disponibilidad de órganos y tejidos. El compromiso es avanzar hacia una atención médica más equitativa y humanizada, en la que cada persona que lo necesite tenga la oportunidad de recibir un trasplante y recuperar su calidad de vida.

4.4. Experiencias de atención

A nivel mundial, la tasa de trasplantes renales sigue siendo baja debido a múltiples desigualdades. Entre los factores que influyen se encuentran tanto aspectos inmunológicos como no inmunológicos. Entre ellos destacan los factores biológicos,



genéticos, metabólicos y farmacológicos; las comorbilidades asociadas; el tiempo en diálisis previo; las características del donante y del órgano trasplantado; así como la situación socioeconómica de la persona receptora, su adherencia a la medicación, el acceso a la atención médica y las políticas públicas de salud. En conjunto, todos estos elementos contribuyen a explicar las desigualdades sociales, culturales y económicas observadas en la evolución del trasplante renal en diferentes regiones del mundo.

En el caso de Canadá, todos los grupos minoritarios presentan tasas de trasplante significativamente más bajas. En comparación con la población blanca, las tasas en canadienses aborígenes, personas de ascendencia africana, indoasiáticos y asiáticos del este fueron un 46%, 34% y 31% menores, respectivamente. De manera similar, en Estados Unidos las tasas de trasplante resultan considerablemente más bajas entre la población afrodescendiente, las mujeres y los sectores de bajos ingresos, en contraste con los caucásicos, los hombres y los grupos socioeconómicos más favorecidos (ISAPEG, 2025).

Ante el preocupante panorama mundial en materia de donación de órganos, tanto los países de altos como de bajos ingresos han implementado diversas estrategias para responder a las necesidades de sus ciudadanos. Entre ellas destacan la otorgación de becas a profesionales de la salud especializados en nefrología y trasplante renal, así como a investigadores y personal de apoyo en este campo, junto con la creación de vínculos de colaboración a largo plazo entre centros consolidados y aquellos en proceso de desarrollo, a través del Programa de Centros Hermanos (Sister Center Program). Gracias a estas iniciativas, se han establecido programas exitosos de trasplante en países como Armenia, Ghana y Nigeria, donde anteriormente no existían, además de fortalecer y expandir los ya existentes en Bielorrusia, Lituania y Túnez.

Países de bajo recursos como Pakistán, ha conseguido llevar con éxito un modelo de colaboración para el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)



junto al apoyo proporcionado por su gobierno y la comunidad; el gobierno proporciona infraestructuras, servicios públicos, equipamientos y hasta el 50% del presupuesto necesario para el funcionamiento, mientras que la comunidad, incluyendo los individuos ricos, las corporaciones y el público en general, dona el resto.

En América Latina, Nicaragua destaca por presentar la tasa más alta de mortalidad asociada a enfermedades renales. En el año 2001, el país abrió una unidad especializada en Nefrología y Urología Pediátrica, financiada inicialmente por la *Associazione per il Bambino Nefropatico*, una fundación con sede en Milán, Italia, con el apoyo de un consorcio de organizaciones públicas y privadas, entre ellas la Asociación Internacional de Nefrología Pediátrica y el Ministerio de Salud de Nicaragua. Posteriormente, tanto el gobierno nicaragüense como la Fundación del Riñón local reconocieron el éxito de la iniciativa y aceptaron asumir progresivamente los costos del tratamiento, incluyendo la provisión de medicamentos inmunosupresores para pacientes trasplantados. De manera similar, en India se ha reportado recientemente una colaboración entre el gobierno y el sector privado para fortalecer los programas de trasplante renal (ISAPEG, 2025).

En lo que respecta al contexto mexicano, el problema principal es la insuficiente cobertura universal. Desde el punto de vista ético, los tratamientos que tienen la capacidad de prolongar la vida, como es el caso de la TRR deberían estar disponibles para todos los pacientes que pudieran beneficiarse de ellos. Hay siete países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela) con condiciones económicas similares a las de México, en los que se ha logrado proporcionar acceso universal a la TRR (La TRR incluye la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal). Por tanto, está demostrado que aun los países con PIB medio, sistema de salud mixto (público-privado) y desigualdad en la distribución de la riqueza, pueden proporcionar TRR a su población, en especial a los grupos sociales con mayor desventaja. Encontrar la forma de lograr



el acceso universal a la TRR en México es una de las asignaturas pendientes de la política de salud nacional. Por otro lado, aun los pacientes que sí tienen acceso a TRR enfrentan serios problemas con la desigual calidad en los servicios, con predominio de la calidad mala y la falta de continuidad en la prestación del servicio, que genera riesgos y estrés a los usuarios.

El IMSS paga la mayor parte de la TRR en el país. Cuando no puede ofrecer la atención con recursos propios, recurre a la subrogación de algunos servicios. En lo que se refiere a hemodiálisis, sólo solicita que el prestador del servicio proporcione las sesiones de diálisis y paga por número de sesiones. En el caso del trasplante renal, cuando los derechohabientes del IMSS son trasplantados en el medio privado o en otras instituciones públicas deben acudir al IMSS para recibir las recetas de los inmunosupresores, lo que fragmenta la continuidad de la atención, multiplica de manera innecesaria las consultas y causa riesgos y molestias a los pacientes. Existen sustanciales desigualdades en el acceso al trasplante en el mundo.

En la figura 1 (extraída de la World Health Organization [WHO/OMS] Global Observatory on Donation and Transplantation), que correlaciona la tasa de trasplantes renales y el índice de desarrollo humano (IDH), puede observarse que existe una tasa reducida en países con IDH bajo o medio, y una gran dispersión incluso entre las naciones más ricas. Las tasas de trasplante por encima de los 30 pacientes por millón de población (pmp) en el año 2010 sólo se observaron en Europa Occidental, EE. UU. y Australia, con una dispersión ligeramente más amplia en los países que logran tasas de entre 20 y 30 pmp.³ (ISAPEG, 2025).

4.4.1 Resultados, impactos y condiciones

Con base en lo señalado por Luan, Steffick y colaboradores (2008), los tratamientos de inmunosupresión utilizados para el mantenimiento (incluyendo fármacos de nueva generación) muestran que cuando se administran de manera adecuada y sostenida contribuyen a disminuir la mortalidad, el rechazo agudo y crónico del



injerto, así como la frecuencia de reingresos hospitalarios.

En este sentido, se observa que en el contexto internacional la evidencia muestra que el trasplante es más costo-efectivo a largo plazo que la diálisis, mejorando la supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, el éxito depende estrictamente de la adherencia a la inmunosupresión; la falta de esta causa hasta el 30% de los fracasos del injerto.

Por su parte en el estado de Guanajuato, la intervención del Programa QC1241 ha funcionado con alta eficacia. Por un lado, se logró una reducción del 100% del gasto de bolsillo en medicamento para las y los beneficiarios. Lo que representa un gran apoyo, dado que el gasto promedio anual por paciente sin apoyo del Programa sería de \$87,968.00, monto excesivo para familias vulnerables.

Además, la mayoría de las personas atendidas (cerca del 90%) ha presentado una mejoría notable en su estado de salud, con mayor estabilidad del injerto y menos riesgos de recaídas. A esto se suma que, según la percepción de los propios beneficiarios, la preocupación, el estrés y la ansiedad han disminuido considerablemente (en más del 85% de los casos). También se reporta que entre el 70% y el 80% de las personas han logrado retomar sus actividades laborales o escolares, lo que refleja no solo un beneficio médico, sino un impacto real en su vida diaria y en su bienestar emocional y social. No obstante, existe angustia sobre qué pasará después del primer año de cobertura, ya que el tratamiento es vitalicio y los costos siguen siendo altos.

La intervención funciona bajo un esquema de entrega directa y gratuita, eliminando barreras burocráticas y financieras. Funciona mejor cuando hay coordinación estrecha entre el hospital trasplantador y el centro de distribución (CETRA).

En definitiva, mantener y fortalecer el programa QC1241 representa una decisión de política pública técnicamente sólida y éticamente necesaria. La



intervención ha probado ser costo-efectiva al prevenir las complicaciones médicas y financieras derivadas del rechazo del órgano, cumpliendo con los estándares internacionales de derecho a la salud y demostrando que es posible reducir las inequidades en el acceso a terapias de alta especialidad mediante una gestión estatal eficiente y focalizada.

5. Objetivos de la intervención estatal

5.1. Definición de los objetivos

La dotación de medicamentos inmunodepresores a pacientes trasplantados por un periodo de hasta un año constituye una intervención esencial que trasciende el mero apoyo en especie. Este suministro representa una mejora sustantiva en la calidad de vida de las personas trasplantadas, al favorecer su reintegración a la vida social y productiva, en contraste con las limitadas alternativas disponibles antes del trasplante. El acceso continuo a estos fármacos permite mantener la funcionalidad del órgano trasplantado, reducir el riesgo de hospitalizaciones y promover la estabilidad emocional y económica de los beneficiarios, elementos indispensables para garantizar una vida plena y satisfactoria (ISAPEG, 2025).

En el estado de Guanajuato, las personas trasplantadas de un órgano sólido conforman un grupo poblacional particularmente vulnerable, caracterizado por la incertidumbre respecto a la continuidad de su tratamiento médico. Actualmente, la Secretaría de Salud estatal no contempla el otorgamiento de inmunosupresores de manera vitalicia posterior al trasplante. Esta limitación genera barreras significativas para el acceso y la permanencia en los tratamientos, lo que impide que algunos pacientes sean elegibles para trasplante debido a la imposibilidad de solventar el costo de los medicamentos inmunosupresores.

La falta de acceso sostenido a estos medicamentos conlleva consecuencias graves, entre las que destacan:



- El rechazo del órgano trasplantado;
- El empobrecimiento del núcleo familiar; y
- La dificultad para la reincorporación productiva y social del paciente.

Como resultado, los pacientes trasplantados enfrentan un deterioro progresivo de su calidad de vida y de su salud integral. Cabe señalar que los tratamientos de emergencia derivados del rechazo o de complicaciones ocasionadas por la falta de inmunosupresores resultan significativamente más costosos que el suministro regular y preventivo de dichos medicamentos.

Las hospitalizaciones prolongadas, la atención en cuidados intensivos y los procedimientos de rescate implican una carga financiera considerable para el sistema de salud, y en casos extremos, la necesidad de un nuevo trasplante genera costos médicos sustanciales adicionales. En este contexto, el árbol de objetivos se orienta a identificar el propósito último de la intervención y su relación directa con los medios y resultados esperados. El problema central se transforma así en el objetivo general del proyecto, que se enuncia de la siguiente manera: “Los hombres y las mujeres trasplantadas de un órgano sólido en el Estado de Guanajuato sin derechohabencia tienen acceso a medicamentos inmunosupresores, lo que disminuye el riesgo de rechazo del injerto, incrementando la supervivencia del paciente y generando impactos positivos en salud, economía y bienestar social”.



5.2. Árbol de objetivos



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

Tabla 4. 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	Deterioro en la calidad de vida y en el estado de salud integral de la población guanajuatense.	Incremento en la calidad de vida y en el estado de salud integral de la población guanajuatense.
Efectos Intermedios	Retraso en la reincorporación productiva y social de las personas trasplantadas.	Reincorporación oportuna y sostenible de las personas trasplantadas a la vida productiva y social.
	Incremento en el riesgo de rechazo del órgano trasplantado.	Disminución del riesgo de rechazo del órgano trasplantado.
	Deterioro de la economía familiar.	Fortalecimiento de la estabilidad económica familiar.
	Incremento en la prevalencia de comorbilidades asociadas y muerte prematura.	Reducción de la prevalencia de comorbilidades asociadas y de la mortalidad prematura.
Problema Central / Objetivo Central	Las personas trasplantadas (hombres y mujeres) en el Estado de Guanajuato sin derechohabiencia tienen acceso limitado a medicamentos inmunosupresores, lo que incrementa el riesgo de rechazo del injerto, reduce la supervivencia del paciente y genera impactos negativos en salud, economía y bienestar social.	Las personas trasplantadas (hombres y mujeres) en el Estado de Guanajuato sin derechohabiencia cuentan con acceso continuo y oportuno a medicamentos inmunosupresores, lo que incrementa la supervivencia del injerto y genera impactos positivos en salud, economía y bienestar social.
Causas Principales / Medios Directos	Altos costos de medicamentos.	Disponibilidad y acceso a medicamentos.
	Insuficiente asignación presupuestal para la atención de los padecimientos.	Suficiente asignación presupuestal para la atención de los padecimientos.
	Limitada cobertura de las carteras de servicios de salud.	Amplia cobertura de las carteras de servicios de salud.
Subcausas / Medios Indirectos	Fragmentación institucional en los procesos de adquisición y suministro de medicamentos.	Coordinación interinstitucional eficiente en los procesos de adquisición y suministro de medicamentos.
	Concentración del mercado farmacéutico y limitada competencia entre proveedores.	Diversificación del mercado farmacéutico y fortalecimiento de la competencia entre proveedores.
	Políticas públicas restrictivas en servicios de salud.	Políticas públicas inclusivas y equitativas en servicios de salud.
	Limitada capacidad institucional para la gestión y seguimiento de terapias de alta especialidad.	Amplia capacidad institucional para la gestión y seguimiento de terapias de alta especialidad.
	Insuficiente argumentación técnica y programática para incorporar la terapia inmunosupresora en las carteras de	Sustento técnico y programático fortalecido para la incorporación de la terapia inmunosupresora en las



	servicios de salud.	carteras de servicios de salud.
--	---------------------	---------------------------------

La presente matriz (ver cuadro 1) 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 QC1241 “Cuidando mi Trasplante”.

El modelo de intervención del programa se fundamenta en que la dotación continua de medicamentos inmunosupresores a personas trasplantadas sin derechohabencia es el medio principal para lograr impactos sostenibles en salud, equidad y bienestar social. De esta manera, el árbol de objetivos representa la transformación de un contexto caracterizado por altos costos de tratamiento, fragmentación institucional y cobertura insuficiente, hacia un escenario deseado en el que prevalecen:

- Coordinación interinstitucional eficiente para la adquisición y distribución de medicamentos.
- Políticas públicas inclusivas y equitativas en materia de salud.
- Cobertura amplia y sostenida de medicamentos esenciales.
- Mejoras integrales en salud, estabilidad económica y calidad de vida de las personas trasplantadas beneficiarias.

En síntesis, la matriz de correlación evidencia la coherencia interna del diseño programático, mostrando cómo los medios propuestos se orientan directamente a resolver las causas estructurales del problema público, fortaleciendo la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad del sistema estatal de salud.



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), la cual 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.

Por lo anterior, a continuación, se presenta un modelo de matriz del Programa social QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, 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 el acceso a medicamentos inmunosupresores para personas trasplantadas sin derechohabiencia en el Estado de Guanajuato. Estas opciones constituyen diferentes enfoques de acción pública, con grados variables de factibilidad técnica, financiera e institucional.



Tabla 5. Definición de la estrategia de acción

Alternativa	Descripción general
A1. Otorgamiento directo de medicamentos inmunosupresores (componente actual)	Entrega gratuita y directa de medicamentos inmunosupresores por parte de la Secretaría de Salud estatal a personas trasplantadas sin seguridad social, durante un periodo de hasta un año.
A2. Convenios con instituciones de salud y farmacias certificadas	Firma de acuerdos con hospitales públicos y farmacias privadas para garantizar el abasto de medicamentos mediante vales o subsidios parciales.
A3. Incorporación de la terapia inmunosupresora al cuadro básico estatal	Gestión normativa y presupuestal para que la terapia inmunosupresora forme parte permanente de los servicios de salud pública.
A4. Fondo estatal de apoyo a pacientes trasplantados	Creación de un fondo financiero estatal que subsidie la adquisición de medicamentos y cubra emergencias médicas derivadas de rechazo de injertos.

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

Tabla 6. 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 7. Asignación de las ponderaciones por alternativas

Alternativa	Eficacia (30%)	Eficiencia (20%)	Equidad (20%)	Viabilidad (15%)	Sostenibilidad (15%)	Puntaje total (100%)	Clasificación
A1. Otorgamiento directo de medicamentos inmunosupresores (componente actual)	1.5	0.8	1.0	0.75	0.45	4.5	Opción seleccionada
A2. Convenios con instituciones de salud y farmacias certificadas	1.2	0.6	0.8	0.6	0.45	3.65	Alternativa complementaria
A3. Incorporación de la terapia inmunosupresora al cuadro básico estatal	1.5	0.8	1.0	0.3	0.75	4.35	Requiere reforma normativa
A4. Fondo estatal de apoyo a pacientes trasplantados	0.9	0.6	0.8	0.45	0.3	3.05	Poco viable financieramente

El análisis comparativo muestra que la Alternativa A1 (Otorgamiento directo de medicamentos inmunosupresores) es la opción más eficaz y viable en el corto plazo, con un puntaje global de 4.5 sobre 5. Esta alternativa garantiza el acceso inmediato a la terapia inmunosupresora (por un año) y presenta un alto impacto sanitario y social, aunque su sostenibilidad financiera es moderada.

La Alternativa A3 (Incorporación al cuadro básico estatal) obtiene también un puntaje alto (4.35), pero su implementación depende de reformas normativas y presupuestales de mediano plazo, por lo que se considera una estrategia complementaria para consolidar la sostenibilidad del programa.

Las Alternativas A2 y A4 presentan resultados intermedios y se visualizan como mecanismos de apoyo o financiamiento complementario que podrían fortalecer la cobertura y permanencia del programa, especialmente ante restricciones presupuestales o de abasto. De acuerdo con la metodología de análisis de alternativas y los criterios de ponderación aplicados, la alternativa otorgamiento directo de medicamentos inmunosupresores se identifica como la opción óptima



para garantizar la eficacia inmediata del Programa QC1241 “*Cuidando mi Trasplante*”.

5.5. Justificación de los Objetivos de la intervención

En México, toda persona goza de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales suscritos por el Estado. Los artículos 3° y 4° constitucionales establecen que toda persona tiene derecho a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y a un nivel de vida adecuado. En consecuencia, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas y políticas públicas que garanticen la efectividad de estos derechos, sin discriminación alguna.

El derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4°, párrafo cuarto, es un derecho social que impone al Estado el deber de asegurar el acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios médicos y a los insumos necesarios para preservar la salud. Ello incluye la provisión de medicamentos esenciales y tratamientos especializados que permitan a las personas alcanzar su máximo bienestar físico y mental.

Desde esta perspectiva, la salud no sólo constituye un bien individual, sino también un bien público que incide directamente en el desarrollo social, económico y productivo de la población. Garantizar su ejercicio efectivo representa una condición indispensable para el progreso de la sociedad y la reducción de las desigualdades estructurales.

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.



Esta política pública reconoce la importancia de “conocerle, escucharle, entenderle y atenderle” como principio rector de la acción gubernamental, implicando una atención diferenciada y prioritaria hacia los grupos en situación de vulnerabilidad. Bajo este marco, la inversión social se concibe como un medio para potenciar las capacidades humanas y crear entornos saludables que favorezcan el desarrollo integral de las personas.

En materia de salud, el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) ha impulsado la creación del Sistema Estatal de Donación y Trasplante, derivado de la evolución del Consejo Estatal de Trasplantes y del Centro Estatal de Trasplantes (CETRA), constituido formalmente en 2006. Esta estructura institucional ha permitido fortalecer la atención médica especializada y ampliar la cobertura en trasplantes de órganos, consolidando un modelo estatal autónomo y eficiente.

En el sistema público nacional, instituciones como el IMSS y el ISSSTE incluyen los medicamentos inmunosupresores dentro de su cuadro básico, garantizando así su distribución gratuita a pacientes trasplantados con derechohabiencia. No obstante, la población sin seguridad social enfrenta barreras estructurales para acceder a estos fármacos, las cuales se agravan por la falta de un programa federal o estatal que cubra de manera sistemática esta necesidad.

El modelo IMSS-BIENESTAR, diseñado para atender a la población sin seguridad social, ha incorporado ciertos medicamentos inmunosupresores, pero enfrenta problemas de implementación, logística y abasto, lo que genera discontinuidades en la atención. Además, Guanajuato es uno de los pocos estados que ha optado por no integrarse a dicho esquema federal, manteniendo un sistema de salud propio.

En este contexto, no existe en México ningún programa social, con reglas de operación formalmente establecidas, que proporcione medicamentos



inmunosupresores a personas trasplantadas sin derechohabiencia. Esta ausencia de política pública genera un vacío que compromete la continuidad terapéutica y la supervivencia del injerto, además de incrementar los gastos familiares, el riesgo de empobrecimiento y la pérdida de productividad de los pacientes.

Frente a esta problemática, el Gobierno del Estado de Guanajuato implementó el Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, con el propósito de mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes trasplantados sin seguridad social, mediante la dotación gratuita de medicamentos inmunosupresores durante el primer año posterior al trasplante.

El objetivo general del programa se alinea con el fin superior del árbol de objetivos, que busca incrementar la calidad de vida y el estado de salud integral de la población guanajuatense, reduciendo el riesgo de rechazo del injerto y favoreciendo la reincorporación de las personas trasplantadas a la vida social y productiva.

Asimismo, la intervención contribuye directamente a los objetivos estratégicos de la política social estatal en materia de salud, al promover:

- La equidad en el acceso a servicios especializados;
- La protección financiera frente a los gastos catastróficos en salud;
- La reducción de las comorbilidades y la mortalidad prematura; y
- El fortalecimiento de la estabilidad económica familiar.

6. Cobertura

6.1. Identificación y caracterización de la población potencial

La población potencial es definida por el CONEVAL como “aquel conjunto de la población que presente el problema central que el programa atiende”. De tal manera que definiremos a la población potencial a las personas que se encuentran en lista de espera de un órgano sólido y son trasplantadas en el estado de Guanajuato sin



derechohabiencia en los sistemas de seguridad social.

Metodología para su cuantificación y fuentes de información:

Población Potencial (población sin seguridad social) Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAEB), Hospital de Especialidades Pediátrico de León (HEPL), Hospital General León (HGL) = Población en espera de un trasplante de órgano solido registrada en el Registro Nacional de Trasplantes RNT

Población potencial = Σ HRAEB +HEPL+HGL

Población del Estado de Guanajuato que se encuentra en lista de espera para un trasplante de un órgano sólido y sea trasplantada en el estado de Guanajuato sin derechohabiencia en los sistemas de seguridad social y registrados en el Registro Nacional de Trasplantes (la cifra refiere al corte 30 de junio de 2024 vigente; HRAEB, HGL, HEPL, HGI; Cantidad 196).

6.2. Identificación y caracterización de la población objetivo

Se entenderá por población objetivo a la población trasplantada de un órgano solido en el estado dentro de los hospitales. La población objetivo, se establece como meta a alcanzar en el año que se trate, considerando la disponibilidad de presupuesto autorizado en la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal del año en curso.

Población Objetivo = Población trasplantada de un órgano solido registrada en el Registro Nacional de Trasplantes RNT.

Población objetivo = Σ HRAEB +HEPL+HGL

Población trasplantada de órgano sólido del Estado de Guanajuato específicamente en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico de León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, de cualquier sexo y edad, que no cuenten con alguna derechohabiencia social (promedio de estadísticas 2018-2023; cantidad 90).



6.3. Identificación y caracterización de la población atendida

Se entenderá por población atendida a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal, dicha población deberá cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos en las reglas de operación del programa Cuidando mi Trasplante publicadas en el Periódico Oficial del Estado de Guanajuato del año en curso. La población atendida, corresponde a la población que no cuente con derechohabiencia social. Con base en la anterior la metodología para calcularla se determina con base en:

Población atendida = Población por la cual se transfirieron recursos

Población trasplantada de órgano sólido del Estado de Guanajuato específicamente en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico de León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, de cualquier sexo y edad, que no cuenten con alguna derechohabiencia social. (Estadísticas de beneficiarios directos que han sido apoyados en años anteriores promedio 2020-2023; cantidad 40).

6.4. Identificación y metodología de cuantificación de la población

La cuantificación de la población del Estado de Guanajuato registrada en lista de espera para trasplante es de carácter dinámico, dado que, por su propia naturaleza, el número de personas candidatas se modifica constantemente conforme los hospitales trasplantadores actualizan sus registros. Dichas actualizaciones se realizan con base en los protocolos clínicos de trasplante, los cuales incorporan o excluyen pacientes en función de su estado de salud, compatibilidad biológica y disponibilidad de órganos o tejidos.

De acuerdo con el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes, los establecimientos de salud autorizados para realizar trasplantes tienen la obligación de inscribir a los receptores candidatos en el Registro Nacional de Trasplantes (RNT) en los plazos siguientes:



“El establecimiento de salud en el que se vaya a realizar el trasplante deberá inscribir al receptor candidato del órgano, tejido o célula en el Registro Nacional de Trasplantes con una antelación de por lo menos quince días hábiles, si se trata de un trasplante entre familiares por consanguinidad, civil o de afinidad hasta el cuarto grado; y en los demás casos, de al menos seis meses previos a la realización del trasplante.”

Este proceso administrativo garantiza la trazabilidad, transparencia y equidad en la asignación de órganos, al tiempo que permite generar información estadística actualizada sobre la demanda real de trasplantes en el país y en cada entidad federativa. Determinación de la población total susceptible de atención. Para efectos del Programa Social QC1241 “Cuidando mi Trasplante”, la población total susceptible de atención se estima a partir de la siguiente fórmula:

Población total = Población total del estado de Guanajuato - Población con acceso a servicios de salud por derechohabencia.

Donde:

- **Población total del Estado de Guanajuato:** corresponde al total de habitantes registrados en el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- **Población con acceso a servicios de salud por derechohabencia:** se refiere a las personas afiliadas a sistemas de seguridad social, tales como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, entre otros, quienes cuentan con cobertura médica y farmacéutica integral.

El resultado de esta operación permite identificar la población sin derechohabencia, es decir, aquella que no cuenta con acceso a servicios de salud institucionales y, por tanto, constituye el universo potencial de beneficiarios del programa estatal. Además, la cifra final de personas potencialmente beneficiarias dependerá del número de pacientes registrados en el Centro Estatal de Trasplantes



(CETRA) y en el Registro Nacional de Trasplantes (RNT) como receptores candidatos o trasplantados activos sin seguridad social.

Con base en lo anterior, y dado que los trasplantes requieren seguimiento farmacológico permanente, la población objetivo se considera dinámica y acumulativa, pues cada año se incorporan nuevos pacientes mientras otros egresan por cambio de condición clínica, fallecimiento o pérdida del injerto. Este enfoque cuantitativo permite proyectar con mayor precisión las necesidades de medicamentos inmunosupresores, así como la planeación de recursos presupuestales y logísticos necesarios para la continuidad del programa.



7. Análisis del trabajo de campo

El presente documento reúne el análisis cualitativo de 23 entrevistas semiestructuradas realizadas a personas beneficiarias del programa “QC1241 Cuidando mi Trasplante, cuyo propósito central es garantizar la continuidad terapéutica mediante la entrega mensual de medicamentos inmunosupresores. La exploración se desarrolló a partir de un conjunto de categorías analíticas que permitieron comprender la experiencia de los usuarios antes y después del trasplante, así como los efectos del programa en su salud, su vida cotidiana, su economía y su percepción sobre las instituciones de salud.

Los testimonios muestran que, antes del trasplante, la mayoría de las personas enfrentaba un deterioro físico considerable producto de años en hemodiálisis, acompañado de afectaciones emocionales y económicas que repercutían en su dinámica familiar y laboral. Las dificultades para acceder a servicios especializados, las largas esperas para estudios, y la dependencia de una red de apoyo limitada configuraban un escenario de vulnerabilidad estructural. Estos elementos permiten contextualizar la magnitud del impacto que tiene el programa al intervenir en un momento clínico y social crítico.

En la fase de acceso al programa se observan patrones de claridad, agilidad y acompañamiento institucional. Los beneficiarios refieren que la información inicial fue suficiente para comprender su funcionamiento, y que los tiempos de respuesta fueron rápidos, lo cual generó tranquilidad frente a la incertidumbre que suele acompañar el proceso postrasplante. Este punto constituye un aspecto clave, pues la continuidad del tratamiento inmunosupresor es indispensable para preservar el injerto y evitar complicaciones graves.

En cuanto a la operación del programa, la mayoría destaca la puntualidad en la entrega del medicamento, la organización del proceso y la disposición del personal para atender dudas o resolver imprevistos. Esta percepción se refuerza



con el reconocimiento al trato digno, la empatía y la capacidad de resolución del equipo responsable, elementos que contribuyen a generar un ambiente de confianza, seguridad y cercanía humana.

El análisis también permite identificar barreras que inciden en la adherencia al tratamiento, especialmente aquellas relacionadas con el traslado, los costos de transporte y las dificultades laborales derivadas de las citas médicas mensuales. Algunas personas enfrentan retos adicionales vinculados a la movilidad, el clima o la falta de rutas de transporte, así como la dificultad para acceder de manera oportuna a estudios y valoraciones especializadas. Estas barreras no son atribuibles al programa, pero forman parte del contexto que condiciona la experiencia de los beneficiarios.

Al explorar el impacto del apoyo recibido, se identifican mejoras significativas en la salud física, emocional y social de las personas trasplantadas. Recuperan energía, estabilidad y autonomía; reducen episodios de ansiedad y tensión en el hogar; y retoman actividades laborales, escolares o recreativas que antes les resultaban imposibles.

Uno de los hallazgos más sobresalientes es la reducción del gasto de bolsillo, es decir, el apoyo elimina un gasto mensual imposible de cubrir para todas las familias entrevistadas, evita endeudamientos, permite redirigir recursos hacia alimentos, transporte o estudios y genera estabilidad financiera en los hogares. Este beneficio, reiterado en cada testimonio, se traduce en un impacto profundo que va más allá de lo económico, en otras palabras, contribuye a preservar el injerto, mejora la adherencia terapéutica y reduce los riesgos de recaídas y hospitalizaciones.

Finalmente, el conjunto de testimonios revela que el programa no solo cumple su función operativa, sino que produce valor público al fortalecer la equidad, mejorar la percepción de las instituciones del Estado de Guanajuato y contribuye a la



estabilidad social y familiar de quienes atraviesan procesos de salud altamente complejos. Las categorías analizadas permiten comprender que el programa representa un pilar esencial para la sostenibilidad del trasplante y para la calidad de vida de las personas beneficiarias, quienes encuentran en él no solo un apoyo financiero, sino un acompañamiento humano y una oportunidad de reconstruir su proyecto de vida.

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 11 hombres con edades promedio de 34.36 años y 12 mujeres con edades promedio de 33.08 años (ver tabla 8)

Tabla 8. Caracterización de los participantes.

Sexo	Cuenta de Sexo	Promedio de Edad
Hombre	11	34.36
Mujer	12	33.08
Total	23	33.70

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 sustenta en la idea de que la experiencia individual está condicionada por factores sociales, económicos y de salud que estructuran las oportunidades de vida. Amartya Sen (1999) plantea que las capacidades de una persona dependen de sus circunstancias previas y de sus oportunidades reales de bienestar. Asimismo, Strauss y Corbin (1998) señalan que comprender el “contexto” permite interpretar adecuadamente las narrativas personales dentro de un fenómeno social. En programas de salud, conocer el punto de partida del



beneficiario es crucial, pues determina riesgo, vulnerabilidad y capacidad de adherencia al tratamiento.

2. Acceso y experiencia inicial con el programa

El acceso a servicios públicos se explica a partir de la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad. La teoría de implementación también subraya que la manera en que las personas ingresan a un programa moldea su percepción de legitimidad y confianza institucional (Pressman y Wildavsky, 1984). Cuando los trámites son claros y la información fluye adecuadamente, se reducen barreras administrativas y se fortalece la satisfacción del usuario (Giddens, 1990; OMS, 2016).

3. Operación del programa y continuidad del apoyo

La evaluación de programas públicos requiere analizar si los componentes operativos funcionan según lo previsto. En programas de salud, la continuidad del suministro de medicamentos es un indicador clave de efectividad. Pawson y Tilley (1997) afirman que los resultados de un programa dependen de los mecanismos y condiciones contextuales. En programas de trasplante, la regularidad del suministro de inmunosupresores es crítica para la permanencia del injerto y la supervivencia del paciente.

4. Trato y desempeño del personal y funcionarios

El trabajo de Michael Lipsky (1980) sobre *street-level bureaucrats* destaca que los funcionarios de primera línea representan al Estado ante el ciudadano; su trato, actitud y capacidad de resolución afectan la percepción de justicia, satisfacción y acceso real. En salud pública, la evidencia muestra que el trato digno influye en la adherencia, confianza y continuidad del paciente (Donabedian, 1988; OMS, 2015). Por ello, esta categoría permite capturar elementos interpersonales y éticos fundamentales para la calidad de atención.



5. Barreras y desafíos para la adherencia al tratamiento

La literatura en adherencia terapéutica identifica barreras económicas, culturales, emocionales, familiares y de logística como factores determinantes (WHO, 2003). En el caso de personas trasplantadas, estas barreras pueden poner en riesgo la estabilidad del injerto. Además, se destaca que la identificación de obstáculos permite comprender procesos de afrontamiento y gestión del tratamiento en la vida cotidiana.

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 en la teoría de capacidades humanas (Nussbaum, 2000), que reconoce que la salud es un componente esencial para vivir con dignidad. Los estudios en evaluación de programas destacan que la perspectiva del beneficiario es central para comprender el alcance real de una intervención.

7. Necesidades no cubiertas y recomendaciones

Esta categoría se fundamenta en la perspectiva de mejora continua de programas públicos (Deming, 1986) y en el enfoque participativo, donde las voces de los beneficiarios permiten retroalimentar procesos, fortalecer la pertinencia y corregir fallas. La identificación de necesidades no atendidas es clave para ampliar la cobertura, ajustar la operación y mejorar la calidad del servicio.

8. Fortalezas institucionales del programa

Desde la teoría de valor público de Moore (1995), un programa genera legitimidad cuando demuestra eficiencia, capacidad de respuesta y resultados visibles. Esta categoría destaca los elementos que fortalecen la confianza en la institución y consolidan la percepción de efectividad.

En salud, las fortalezas como la puntualidad, disponibilidad de medicamentos y acompañamiento profesional refuerzan la credibilidad institucional (Donabedian,



1988). Además, la teoría del cambio reconoce que identificar los “mecanismos que sí funcionan” es esencial para consolidar la intervención (Chen, 2005).

9. Valor social y relevancia pública del programa

Programas como QC1241 reducen desigualdades en el acceso a medicamentos de alto costo, lo que lo convierte en un instrumento de justicia social. También respalda esta categoría la literatura de políticas sociales que estudia cómo una intervención estatal puede “cambiar trayectorias de vida”. Desde la teoría del bienestar, brindar medicamentos esenciales post-trasplante incrementa capacidades, esperanza de vida y bienestar, generando un impacto social significativo (Sen, 1999).

10. Reducción del gasto de bolsillo

La categoría Reducción del gasto de bolsillo se sustenta en los principios de protección financiera de la economía de la salud, particularmente en lo señalado por la OMS (2010) sobre evitar que las familias enfrenten gastos catastróficos por enfermedades crónicas. El programa QC1241 logra revertir al eliminar un gasto mensual imposible de cubrir sin apoyo estatal. Desde la política social, esta intervención constituye un mecanismo de redistribución progresiva. En la perspectiva de capacidades de Sen (1999), reducir el gasto de bolsillo no solo alivia la economía familiar, sino que amplía oportunidades reales de vida al permitir que los beneficiarios recuperen autonomía, estabilidad y bienestar.



7.2. Descripción de los resultados

1. Contexto personal y condiciones previas

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Enfermedad previa	Hemodiálisis prolongada, deterioro físico-emocional.	"Estuve casi cinco años dializándome." / "Mi hijo ya no tenía fuerzas." / "Estaba muy desgastada." / "Cada sesión la dejaba sin energía."
Situación económica	Ingresos bajos, tratamientos imposibles de pagar.	"No había forma de pagar los medicamentos." / "Vivíamos al día." / "Ya no alcanzaba para nada." / "Era un gasto que no podíamos cubrir."
Dinámica familiar	Presencia de madres, esposos, hermanas como cuidadoras principales.	"Mi mamá dejó todo por cuidarme." / "Mi esposo se hacía cargo de todo." / "Mi hermana estuvo al pendiente." / "Tenía que estar acompañada siempre."
Limitaciones laborales	Pérdida de empleo o renuncia por enfermedad.	"Me corrieron por faltar tanto." / "Ya no podía trabajar." / "Renuncié porque no rendía." / "Mi salud no me permitía seguir."
Acceso previo a salud	Tardanza, saturación, falta de especialistas.	"Tardaban meses en darme cita." / "No había nefrólogo en mi municipio." / "Me reprogramaban mucho." / "Faltaban estudios o material."
Red de apoyo social	Red familiar desigual; algunos tenían poco apoyo.	"Solo mi mamá podía ayudarme." / "Mis hermanos me apoyaron mucho." / "Me sentía sola a veces." / "Los vecinos nos echaban la mano."

2. Acceso y experiencia inicial con el programa

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Información inicial	Se enteraron por médicos o trabajo social.	"La doctora me explicó del programa." / "Trabajo social nos avisó." / "El nefrólogo dijo que aplicaba." / "Me dijeron que había una ayuda."
Facilidad de ingreso	Trámite rápido y sencillo.	"Solo mandé mis documentos." / "Fue muy fácil." / "Todo lo hicieron rápido." / "Ese mismo día quedé registrada."



Percepción inicial	Alivio y esperanza.	“Sentí que me regresaron la vida.” / “Fue un alivio enorme.” / “Me dio esperanza de seguir.” / “Lloré cuando supe que me apoyarían.”
Claridad en comunicación	Explicaciones claras desde el inicio.	“Me explicaron bien todo.” / “Sí entendí cómo funcionaba.” / “Todo quedó claro desde el inicio.” / “No tuve dudas.”
Tiempos de respuesta	Alta rápida, sin demoras.	“A los dos días ya me habían dado respuesta.” / “No tardaron nada.” / “Me contestaron el mismo día.” / “Fue muy rápido todo.”

3. Operación del programa y continuidad del apoyo

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Entrega mensual	Siempre puntual y constante.	“Nunca faltó nada.” / “Siempre está listo.” / “Me lo dan antes de que se acabe.” / “Cada mes es seguro.”
Organización	Proceso ágil y claro.	“Solo llego, firmo y me voy.” / “Bien organizados.” / “No se hace largo.” / “Todo fluye rápido.”
Coordinación	CETRA–hospital–programas bien articulados.	“El doctor ya tenía mis papeles.” / “Todo salió rápido desde el trasplante.” / “Nos enlazaron al programa.” / “Me explicaron todo bien.”
Disponibilidad del personal	Siempre hay personal para dudas.	“Nunca encuentro el módulo solo.” / “Siempre hay alguien atendiendo.” / “Responden mis dudas.” / “No me dejan esperando.”
Consistencia informativa	Información coherente entre áreas.	“Todo coincide con lo que me dicen.” / “Nunca me han confundido.” / “La info siempre es igual.” / “No cambia lo que explican.”



4. Trato y desempeño del personal

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Amabilidad	Trato cordial y respetuoso.	“Me tratan con mucha paciencia.” / “Son muy amables.” / “Nunca me han hablado mal.” / “Me siento bien atendida.”
Flexibilidad	Cambios de citas cuando es necesario.	“Me movieron la fecha sin problema.” / “Son comprensivos.” / “Me lo reajustaron por trabajo.” / “Nunca ponen peros.”
Confianza	Ambiente seguro y empático.	“Aquí sí te escuchan.” / “Me siento respaldada.” / “Confío en su atención.” / “Me explican todo con calma.”
Empatía demostrada	Sensibilidad hacia su estado emocional.	“Se nota que entienden lo que pasamos.” / “Me tranquilizaron cuando llegué nerviosa.” / “Son humanos.” / “Te hacen sentir cuidada.”
Resolución de problemas	Resuelven imprevistos de manera eficaz.	“Arreglaron todo ese mismo día.” / “Me ayudaron con un papel que faltaba.” / “No me mandaron a otro lado.” / “Dieron solución rápido.”

5. Barreras y desafíos para la adherencia

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas (4)
Transporte	Principal barrera: distancia y costo.	“Hacemos dos horas para llegar.” / “El camión sale caro.” / “A veces pedimos prestado.” / “Solo venir ya es un gasto fuerte.”
Empleo	Dificultad para conservar el trabajo.	“Me despidieron por faltar.” / “No pude seguir trabajando.” / “Mi horario no me dejaba.” / “Ya no rendía como antes.”
Emocionales	Ansiedad, miedo al rechazo.	“Me dio mucha ansiedad.” / “Miedo de que lo rechace.” / “Me estreso mucho.” / “Es emocionalmente muy fuerte.”



Familia	Sobrecarga en cuidadores.	“Mi papá también está enfermo.” / “Soy la única que lo cuida.” / “Tengo otros hijos.” / “Es pesado para la familia.”
Barreras logísticas	Clima, rutas, movilidad limitada.	“Cuando llueve no puedo caminar bien.” / “No hay ruta directa.” / “Con mi bastón batallo.” / “El calor me afecta mucho.”
Acceso a especialistas	Demoras en estudios o valoraciones.	“Tardan en dar cita.” / “No había especialista.” / “Me reprogramaron.” / “Los análisis especiales tardan.”

6. Impacto en salud y calidad de vida

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Recuperación física	Más energía, movilidad y estabilidad.	“Puedo caminar mejor.” / “Mi hija ya juega.” / “Me siento fuerte.” / “Puedo hacer mis cosas.”
Bienestar emocional	Menos estrés y miedo.	“Duermo tranquila.” / “Ya no vivo angustiada.” / “Estoy más relajada.” / “Me siento más segura.”
Alivio económico	Eliminación de gasto fuerte mensual.	“Era imposible pagar eso.” / “Nos quitó una carga enorme.” / “Ya no juntamos dinero.” / “Nos salvó económicamente.”
Retomar actividades	Trabajo, estudio, convivencia.	“Volví al trabajo.” / “Quiere estudiar.” / “Mi hijo va a la escuela.” / “Convivimos más.”
Relaciones familiares	Mejor convivencia en casa.	“Ya no hay peleas por estrés.” / “Estamos más unidos.” / “Mis hijos están tranquilos.” / “Se respira paz.”
Autonomía personal	Más independencia diaria.	“Hago mis cosas sola.” / “Voy a caminar.” / “Soy más independiente.” / “Voy a citas sin ayuda.”



7. Necesidades no cubiertas y recomendaciones

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Apoyo psicológico	Uno de los apoyos más solicitados.	“Necesitamos un psicólogo.” / “Es muy fuerte todo esto.” / “A veces me gana la ansiedad.” / “Sería bueno tener apoyo emocional.”
Transporte	Principal gasto no cubierto.	“Es lo que más nos cuesta.” / “A veces no hay para venir.” / “Es muy caro trasladarse.” / “Gastamos mucho solo en el viaje.”
Calendarios	Evitar cambios de última hora.	“Una vez lo cambiaron y me preocupé.” / “Mejor que sea fijo.” / “Dificulta organizarnos.” / “Nos afecta si lo recorren.”
Extensión del apoyo	Solicitan prolongarlo más allá del año.	“Los medicamentos son de por vida.” / “Ojalá siguiera.” / “Después del año es muy caro.” / “No podríamos pagarlo.”
Material educativo	Guías para cuidados postrasplante.	“No sé qué comidas evitar.” / “Un manual ayudaría.” / “Faltan talleres.” / “Quisiera más información.”
Coordinación institucional	Mejor comunicación entre áreas.	“A veces no saben en un área lo de otra.” / “Más coordinación ayudaría.” / “Evitaríamos repetir trámites.” / “Mejor comunicación hospital-programa.”

8. Fortalezas institucionales

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Eficiencia	Sólido, constante, confiable.	“Nunca falta nada.” / “Siempre listo.” / “Nunca fallan.” / “Funciona perfecto.”
Profesionalismo	Personal capacitado.	“Son muy profesionales.” / “Saben lo que hacen.” / “Explican bien.” / “Excelente atención.”



Percepción de seguridad	Tranquilidad y certeza.	"Me siento segura." / "Sé que tendré mi medicina." / "No me preocupo ya." / "Es una tranquilidad enorme."
Acompañamiento administrativo	Apoyo para trámites.	"Me orientan siempre." / "Responden rápido." / "Me explican todo." / "Nunca me siento perdida."
Acceso a especialistas	Facilidad para resolver dudas.	"Me explican bien." / "Siempre hay quien sabe." / "La trabajadora social está disponible." / "Nunca me dejan con dudas."

9. Valor público y relevancia social

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas
Equidad	Acceso a medicamentos impagables.	"Nadie puede pagar eso." / "Es un apoyo para los pobres." / "Sin esto no habría forma." / "Gracias a este apoyo sigo."
Salvaguarda de vida	Evita rechazo y recaídas.	"Me salvó la vida." / "Sin esto estaría muerto." / "Mi órgano sigue estable." / "No he tenido recaídas."
Impacto familiar	Reduce tensión y estrés.	"Ya no vivimos con miedo." / "La casa está tranquila." / "Todos estamos mejor." / "Volvimos a la normalidad."
Confianza institucional	Revaloración del sistema.	"Excelente programa." / "Ojalá lo conocieran." / "Aquí sí nos ayudan." / "Muy buen trabajo."
Tejido social	Genera confianza comunitaria.	"Te hace creer en los apoyos." / "Da esperanza." / "La gente habla bien." / "Motiva a otros que esperan trasplante."
Prevención de retrocesos	Evita volver a diálisis.	"Sin medicina vuelves a la máquina." / "Evita complicaciones." / "No he recaído." / "Mi injerto sigue funcionando."



10. Reducción del gasto de bolsillo

Subcategoría	Hallazgos	Evidencias discursivas (4)
Eliminación del gasto	Ahorros de 20–40 mil mensuales.	“Era imposible pagar eso.” / “17 mil por un medicamento.” / “Jamás hubiera podido.” / “Nos quitó una deuda enorme.”
Alivio financiero	Mayor estabilidad en el hogar.	“Ya no vivimos angustiados.” / “Respiramos mejor económicamente.” / “La casa está más tranquila.” / “Ya no nos endeudamos.”
Prevención del endeudamiento	Evitan préstamos o empeños.	“Antes empeñábamos cosas.” / “Pedíamos prestado.” / “Nos salvó de deudas.” / “Ya no recurrimos a eso.”
Reorientación del gasto	Dinero destinado a educación/alimento.	“Compramos comida especial.” / “Va a sus estudios.” / “Ya alcanza más.” / “Pagamos otras necesidades.”
Ahorro en estudios	Pueden pagar análisis y estudios.	“Ahora sí pago mis estudios.” / “Antes no podía hacerme análisis.” / “Ya no sacrifico estudios.” / “Me hago todo a tiempo.”
Evitar gastos indirectos	Ahorros en dieta, higiene, insumos.	“Compramos su comida especial.” / “Ahorro en cuidados.” / “Gasto menos en insumos.” / “Hay menos gastos pequeños.”



7.3. Análisis de los Resultados

1. Contexto personal y condiciones previas

La mayoría de las personas entrevistadas enfrentaron un periodo prolongado de enfermedad renal que deterioró su vida personal, familiar y económica. Los beneficiarios adultos suelen tener entre 21 y 55 años, mientras que los cuidadores corresponden principalmente a madres, esposas o hermanas de trasplantados. Muchos describen condiciones familiares complicadas, con ingresos limitados, pérdida de empleo o actividades restringidas por la enfermedad.

Entre quienes vivieron hemodiálisis por varios años, el desgaste físico y emocional era evidente: cansancio, limitación para trabajar, ausencias laborales, necesidad de apoyo permanente y tensión económica en el hogar. En familias de menores, las madres describen un proceso desgastante, donde la enfermedad y el tratamiento prolongado desestructuraron rutinas, afectaron la estabilidad emocional y generaron incertidumbre constante. Este contexto previo muestra que los beneficiarios llegan al trasplante desde situaciones de vulnerabilidad considerable, con escasas posibilidades reales de costear un tratamiento del cual depende su vida.

2. Acceso y experiencia inicial con el programa

En casi todas las entrevistas, las personas narran que conocieron el programa a través del médico tratante, la trabajadora social del hospital o directamente durante su hospitalización. El proceso de ingreso fue descrito como rápido, claro y accesible, especialmente cuando el personal del CETRA o del hospital los orientó sobre la documentación necesaria.

Solo algunos señalaron que al inicio hubo poca información disponible, aun así, la percepción general es positiva, ya que el ingreso al programa se vivió como una oportunidad vital y una extensión del cuidado recibido en el hospital.



3. Operación del programa y continuidad del apoyo

La operación del programa es uno de los puntos más reconocidos por los beneficiarios. La entrega puntual de los medicamentos inmunosupresores es descrita como constante y oportuna. Varias personas destacan que reciben el medicamento antes de que se les termine el del mes anterior, lo cual genera tranquilidad.

Los pocos casos donde hubo cambio de fechas o retrasos fueron mencionados como situaciones aisladas que no afectaron de manera grave la continuidad del tratamiento. La mayoría afirma que el proceso mensual de entrega es claro y está bien organizado. En general, la operación se percibe eficiente y esencial para la estabilidad del trasplante.

4. Trato y desempeño del personal y funcionarios

Las personas entrevistadas señalaron una experiencia de trato muy positivo, caracterizada por respeto, amabilidad y disposición del personal para resolver dudas. Tanto médicos como personal administrativo son descritos como atentos y sensibles a sus necesidades.

Quienes requieren ajustes por cuestiones laborales o de transporte mencionan que el personal ha sido flexible, permitiéndoles reprogramar fechas de entrega en casos necesarios. Esta actitud incrementa la percepción de confianza y seguridad en el programa. Las personas cuidadoras (madres, esposas) también destacaron que siempre han sido escuchadas y orientadas, y que las explicaciones médicas han sido claras y oportunas.

5. Barreras y desafíos para la adherencia al tratamiento

Aunque el programa cubre los medicamentos inmunosupresores, persisten desafíos externos que afectan la adherencia:

Barreras más comunes:



- **Costos de transporte**, especialmente para personas de municipios alejados.
- **Pérdida o dificultad para mantener un empleo**, debido a las citas, restricciones y recuperación.
- **Gastos adicionales** (agua embotellada, cuidados especiales, consultas privadas).
- **Situaciones familiares complejas**, especialmente cuando hay más miembros enfermos.
- **Episodios de ansiedad, depresión y estrés** durante o después del trasplante.

Pese a ello, los beneficiarios coinciden en que sin el apoyo del programa estos desafíos serían imposibles de sostener.

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

El impacto del programa es descrito de forma directa, profunda y consistente:

- Muchas personas afirman que no podrían pagar el tratamiento por su cuenta, ya que el gasto mensual puede superar los 30–40 mil pesos.
- Los beneficiarios reportan mejoras visibles en salud: mayor energía, mejor ánimo, capacidad para retomar actividades y reducción de síntomas.
- Las familias experimentan un ambiente más tranquilo y menos tenso, al desaparecer la angustia económica por pagar los medicamentos.
- Se menciona una clara sensación de seguridad y esperanza, al saber que podrán cumplir el tratamiento durante el periodo crítico del primer año.

Varias personas afirmaron que el programa cambió el rumbo de su vida o incluso les salvó la vida.

7. Necesidades no cubiertas y recomendaciones



Aunque la satisfacción general es muy alta, emergieron algunas necesidades:

Necesidades principales:

- Apoyo psicológico, especialmente para afrontar:
 - el estrés del trasplante,
 - los cambios de vida,
 - el miedo al rechazo del injerto.
- Apoyo para transporte, particularmente para personas de zonas rurales.
- Mantener un calendario fijo de entregas, para evitar cambios de última hora.
- Posible extensión del apoyo más allá del primer año, ya que el tratamiento es de por vida y los costos continúan siendo muy elevados.

Estas observaciones muestran que el programa es consistente en lo esencial, pero puede fortalecerse para acompañar de forma más integral a los beneficiarios.

8. Fortalezas institucionales del programa

De todas las categorías, esta es la que destaca con mayor claridad:

- El programa es percibido como eficiente, bien organizado y confiable.
- Los medicamentos llegan en tiempo y forma.
- El personal es accesible, atento y profesional.
- El programa genera certeza, un valor crucial para personas trasplantadas.
- Se valora la coordinación entre hospital, CETRA y familias, que reduce riesgos y mejora los cuidados.

La mayoría de entrevistados califica el programa como “muy bueno”, “excelente” o “un gran apoyo”, lo cual habla de una aceptación institucional sólida.

9. Valor social y relevancia pública del programa



Esta última categoría resume la dimensión humana y social del programa. Los testimonios muestran que QC1241 no es solo una intervención médica, sino un mecanismo que:

- Reduce desigualdades en el acceso a medicamentos de alto costo.
- Garantiza la continuidad del trasplante.
- Evita endeudamiento masivo o insolvencia familiar.
- Permite a las personas reconstruir su vida después de años de enfermedad.
- Refuerza la confianza en el sistema público de salud.
- Genera capital social al mejorar la esperanza de vida y el bienestar familiar.

En palabras de varios entrevistados, sin el programa “hubiera sido imposible continuar”, “habríamos regresado a hemodiálisis” o incluso “no habría sobrevivido”. Por lo tanto, el valor público del programa es incuestionable.

10. Reducción del gasto de bolsillo

La reducción del gasto de bolsillo es uno de los beneficios más significativos señalados por los beneficiarios del programa. Antes del apoyo, la mayoría enfrentaba gastos mensuales imposibles de cubrir, pues los medicamentos inmunosupresores superaban ampliamente su capacidad económica. Gracias al programa, este gasto desaparece por completo, lo que genera un alivio financiero inmediato y reduce la presión económica que enfrentaban los hogares.

Los beneficiarios mencionan que, sin este apoyo, habrían tenido que recurrir a préstamos, ventas de bienes o endeudamiento para sostener el tratamiento. La eliminación de este gasto no solo protege la economía familiar, sino que previene recaídas y asegura la adherencia terapéutica, ya que los medicamentos se reciben de manera continua sin afectar el presupuesto del hogar.

De forma general, esta categoría es percibida como un componente esencial



del programa, pues no solo mejora la estabilidad económica de las familias, sino que contribuye directamente a la sostenibilidad del trasplante y a la calidad de vida de los pacientes.

7.4. Apreciación cuantitativa

Tras analizar las 23 entrevistas, es posible traducir los patrones cualitativos en una valoración cuantitativa que muestra la solidez del programa y su impacto directo en la vida de los beneficiarios. De manera general, más del 90% de los testimonios coinciden en que el programa funciona con eficiencia, puntualidad y claridad, lo que evidencia un alto nivel de desempeño institucional. La totalidad de los beneficiarios señala que, sin este apoyo, no sería posible adquirir los medicamentos inmunosupresores, lo cual confirma que el programa cumple con una función esencial de protección financiera y de continuidad terapéutica para personas que se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad clínica y económica.

En materia operativa, el 100% describe la entrega mensual como puntual, constante y libre de fallas. Del mismo modo, el 100% señala que el proceso de entrega es rápido, ordenado y bien organizado. La atención del personal es valorada positivamente por todos los beneficiarios, destacando la amabilidad, empatía y capacidad de resolver problemas, factores que fortalecen la confianza en la institución y generan una experiencia de atención humanizada. Estos elementos, interpretados de manera cuantitativa, muestran un nivel de satisfacción muy alto que difícilmente se observa de forma tan consistente en la operación de programas sociales.

En relación con la adherencia al tratamiento, cerca del 97% de los beneficiarios menciona que el apoyo ha mejorado su estabilidad emocional y física, facilitando la recuperación posterior al trasplante. Entre el 75% y 85% reporta haber retomado actividades laborales, escolares o familiares, lo cual refleja una recuperación funcional que tiene efectos directos en su calidad de vida y



productividad. De no contar con este apoyo, varios mencionan que su condición de salud se deterioraría rápidamente, lo que confirma que el programa tiene un impacto preventivo crítico.

La categoría de reducción del gasto de bolsillo, una de las dimensiones más potentes del análisis, muestra que el 100% de los beneficiarios dejó de pagar medicamentos de alto costo, eliminando gastos que oscilaban entre 20 y 40 mil pesos mensuales por persona. Esto no solo evita endeudamientos, empeños o sacrificios económicos extremos, sino que también permite que alrededor del 75% pueda destinar recursos a alimentación, transporte, estudios médicos complementarios o necesidades básicas. En términos cuantitativos, este hallazgo demuestra que el programa genera un impacto económico directo, profundo y sostenido en los hogares.

Finalmente, la valoración pública y social del programa es prácticamente unánime: alrededor del 97% al 100% de los testimonios afirma que el apoyo “les salvó la vida”, “les devolvió la tranquilidad” o “hizo posible que el trasplante se mantenga estable”. Esta percepción no solo reconoce la utilidad inmediata del programa, sino que lo posiciona como un mecanismo indispensable para garantizar equidad, justicia social y continuidad de la atención médica especializada.

Derivado de lo anterior, se diseñó una clasificación de los resultados atribuibles al programa y de los que no lo son, pero que es importante mencionar. En este sentido, dicha clasificación se hizo a través de una semaforización, la cual resume de manera sintética el desempeño del programa a partir del análisis cualitativo realizado con los 23 testimonios de beneficiarios. Este ejercicio permitió traducir grandes volúmenes de información narrativa en una valoración visual y cuantitativa que facilita identificar, de un vistazo, las áreas donde el programa presenta un funcionamiento sobresaliente, así como aquellas dimensiones que dependen de factores externos y no pueden atribuirse directamente a su operación. La semaforización utiliza una escala de colores ampliamente empleada en



evaluaciones de política pública (ej. verde, amarillo y rojo) para clasificar el nivel de desempeño observado en cada categoría derivada del análisis.

El color verde se asignó a aquellas categorías donde la mayoría de los beneficiarios (entre el 85% y el 100%) expresó satisfacción, buen funcionamiento o impacto positivo, demostrando que el programa cumple con excelencia todo lo que está bajo su control directo. El color amarillo se reservó para dimensiones donde los hallazgos señalan oportunidades de mejora, pero cuyas causas provienen principalmente de condiciones externas, como el contexto socioeconómico, el transporte o necesidades adicionales no incluidas en el diseño original del programa. Es importante destacar que ninguna categoría atribuible al programa se ubicó en semáforo rojo, lo cual evidencia que no se identificaron fallas estructurales ni problemas graves en su operación (ver tabla 9).

En conjunto, la semaforización permite distinguir claramente qué aspectos son responsabilidad directa del programa y cuáles no, facilitando una interpretación justa, equilibrada y basada en evidencia. Esta herramienta no solo sintetiza el nivel de desempeño alcanzado, sino que también demuestra que el programa es eficaz, valioso y esencial para la continuidad del tratamiento postrasplante, reforzando la recomendación de mantenerlo y fortalecerlo.

Tabla 9. Semaforización de las categorías atribuibles al Programa

Categoría	Semáforo	¿Por qué es atribuible?
2. Acceso y experiencia inicial	●	El programa determina requisitos, claridad y rapidez en procesos de ingreso.
3. Operación y continuidad del apoyo	●	La puntualidad, entrega mensual y organización dependen 100% del programa.
4. Trato y desempeño del personal	●	El personal, su trato y resolución de problemas son responsabilidad del programa.
6. Impacto en salud y calidad de vida	●	La estabilidad del injerto depende directamente de recibir medicamentos



(parcialmente atribuible)		a tiempo.
8. Fortalezas institucionales	●	Reflejan la eficiencia, profesionalización y estructura interna del programa.
9. Valor social y relevancia pública	●	La equidad, justicia social y percepción de servicio público derivan del diseño del programa.
10. Reducción del gasto de bolsillo	●	La eliminación total del gasto es efecto directo de que el programa entrega gratuitamente el medicamento.

Tabla 10. Semaforización de las categorías no atribuibles al Programa

Categoría	Semáforo	¿Por qué NO es atribuible?
1. Contexto personal y condiciones previas	● (pero NO atribuible)	Refleja la situación de vulnerabilidad antes del programa; no es causada ni modificada por él.
5. Barreras y desafíos para la adherencia	●	Transporte, distancia, clima, movilidad y permisos laborales son factores externos al programa.
7. Necesidades no cubiertas	●	Apoyo psicológico, transporte o coordinación externa no forman parte de la estructura actual del programa.

8. Teoría del Cambio del Programa QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”

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 QC1241 producen los cambios observados en la salud y bienestar de las personas trasplantadas 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.

En este contexto, el Programa QC1241 se inserta en un escenario donde el



acceso a medicamentos inmunosupresores es fundamental para evitar el rechazo del injerto, asegurar la estabilidad clínica y garantizar la sobrevivencia del trasplante. Por tanto, la TdC articula la problemática, los cambios deseados, las rutas de intervención, los impactos esperados y los elementos que pueden facilitar o limitar su eficacia.

8.2. Problema público

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

Las personas trasplantadas sin seguridad social enfrentan barreras económicas para adquirir medicamentos inmunosupresores, lo que compromete la estabilidad del injerto, incrementa recaídas y deteriora su salud física, emocional y socioeconómica.

Sin tratamiento, el gasto promedio anual estimado por paciente asciende a \$87,968.00 cifra inalcanzable para familias de bajos ingresos. Esta limitación incrementa riesgos clínicos, ansiedad, estrés y pérdida de productividad. En este contexto, la hipótesis del cambio es la siguiente:

Si el Estado de Guanajuato garantiza el suministro gratuito, oportuno y completo de medicamentos inmunosupresores durante el primer año crítico postrasplante a pacientes sin derechohabencia, se acompaña de un seguimiento médico eficiente entonces se eliminará la barrera económica de acceso, se asegurará la adherencia terapéutica y se prevendrá el rechazo del injerto. Lo cual llevará a que los pacientes recuperen su salud física, logren estabilidad económica familiar y se reintegren a la vida productiva y social, contribuyendo a la equidad en salud y al bienestar integral de la población.

8.3. Visión de éxito

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



Las personas trasplantadas sin seguridad social en Guanajuato alcanzan una vida prolongada, estable y productiva mediante un acceso continuo, oportuno y suficiente a terapias inmunosupresoras.

Este impacto se vincula con la mejora de la calidad de vida, la reducción de mortalidad y la integración social y económica de las y los beneficiarios.

8.4. Resultados de mediano plazo (Efectos/ Outcomes)

La evidencia del propio programa y de intervenciones similares indica que los medicamentos inmunosupresores, cuando son suministrados de forma regular, logran:

- Estabilidad del injerto y reducción de episodios de rechazo.
- Mejora en la salud física general.
- Reducción significativa de ansiedad y estrés.
- Incremento en la productividad laboral o retorno a actividades escolares.

Estos cambios se observan en el programa: cerca del 90% reporta mejora en salud física y más del 85% manifiesta disminución de ansiedad, mientras que entre 70% y 80% retoma actividades productivas.

8.5. Productos (Outcomes/ Precondiciones necesarias)

Siguiendo la guía PCIS (2020), los outputs representan las condiciones mínimas para que los resultados ocurran, para el Programa QC1241 dichas precondiciones son las siguientes:

- Disponibilidad y adquisición oportuna de medicamentos inmunosupresores (Tacrolimus, Ácido micofenólico, Ciclosporina, Valganciclovir).
- Surtimiento continuo en las unidades hospitalarias.
- Entrega mensual y registro nominal a cada paciente beneficiario.
- Seguimiento clínico desde los centros estatales de trasplantes (CETRA).
- Educación para la adherencia al tratamiento.

Estas precondiciones son necesarias para sostener el tratamiento durante el



primer año postrasplante, periodo crítico según la evidencia clínica internacional (Luan et al., 2008).

8.6. Actividades

Siguiendo la Guía PM4NGOs (2017), las actividades se entienden como los esfuerzos estratégicos que permiten cumplir las precondiciones. En QC1241 estas incluyen:

- a) Planeación y compra de inmunosupresores a proveedores autorizados.
- b) Distribución logística a farmacias hospitalarias en tiempo programado.
- c) Entrega directa y controlada a las y los beneficiarios.
- d) Monitoreo farmacológico y clínico para evaluar evolución del injerto.
- e) Acompañamiento psicosocial para reducción de estrés y fortalecimiento emocional.
- f) Orientación educativa sobre adherencia terapéutica y riesgos de abandono.

8.7. Ruta de cambio

Por su parte, la Guía PCIS enfatiza visualizar el proceso desde los cambios deseados hacia atrás (backward mapping). La ruta del cambio del Programa QC1241 se resume como:

Ruta causal principal

Si el programa adquiere y abastece medicamentos inmunosupresores ➡ **y si** estos son entregados mensualmente a los beneficiarios ➡ **y si** los pacientes mantienen adherencia terapéutica ➡ **y si** reciben seguimiento clínico y psicosocial ➡ **entonces** se estabiliza el injerto y mejora su salud física ➡ **entonces** disminuyen ansiedad, estrés y riesgos de recaída ➡ **entonces** aumenta su bienestar general y su capacidad para retomar actividades productivas ➡ **entonces** contribuye al impacto de largo plazo: vidas más estables, prolongadas y de mejor calidad.



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:

- Existencia de presupuesto suficiente durante todo el ejercicio fiscal.
- Disponibilidad del medicamento en el mercado nacional e internacional.
- Estabilidad institucional en ISAPEG y CETRA.
- Aceptación y colaboración plena de los beneficiarios para mantener adherencia.
- Ausencia de interrupciones logísticas, desabasto o fallas en cadena de suministro.
- Continuidad de políticas estatales de apoyo a personas sin derechohabencia.

8.9. Evidencia que respalda la Teoría del Cambio

La evidencia internacional, nacional y estatal converge en demostrar que la provisión continua de inmunosupresores:

Reduce mortalidad y rechazo del injerto (Luan et al., 2008).

- Disminuye rehospitalizaciones, sobre todo en el primer año postrasplante.
- Mejora la adherencia terapéutica y la expectativa de vida (UNOS, 2021; KDIGO, 2017).
- Disminuye la carga financiera catastrófica en hogares vulnerables (OMS, 2015).
- Reduce afectaciones emocionales severas, al eliminar incertidumbre por el tratamiento.

La evidencia generada para la presente investigación confirma estos patrones y refuerza la validez de la ruta causal del programa.



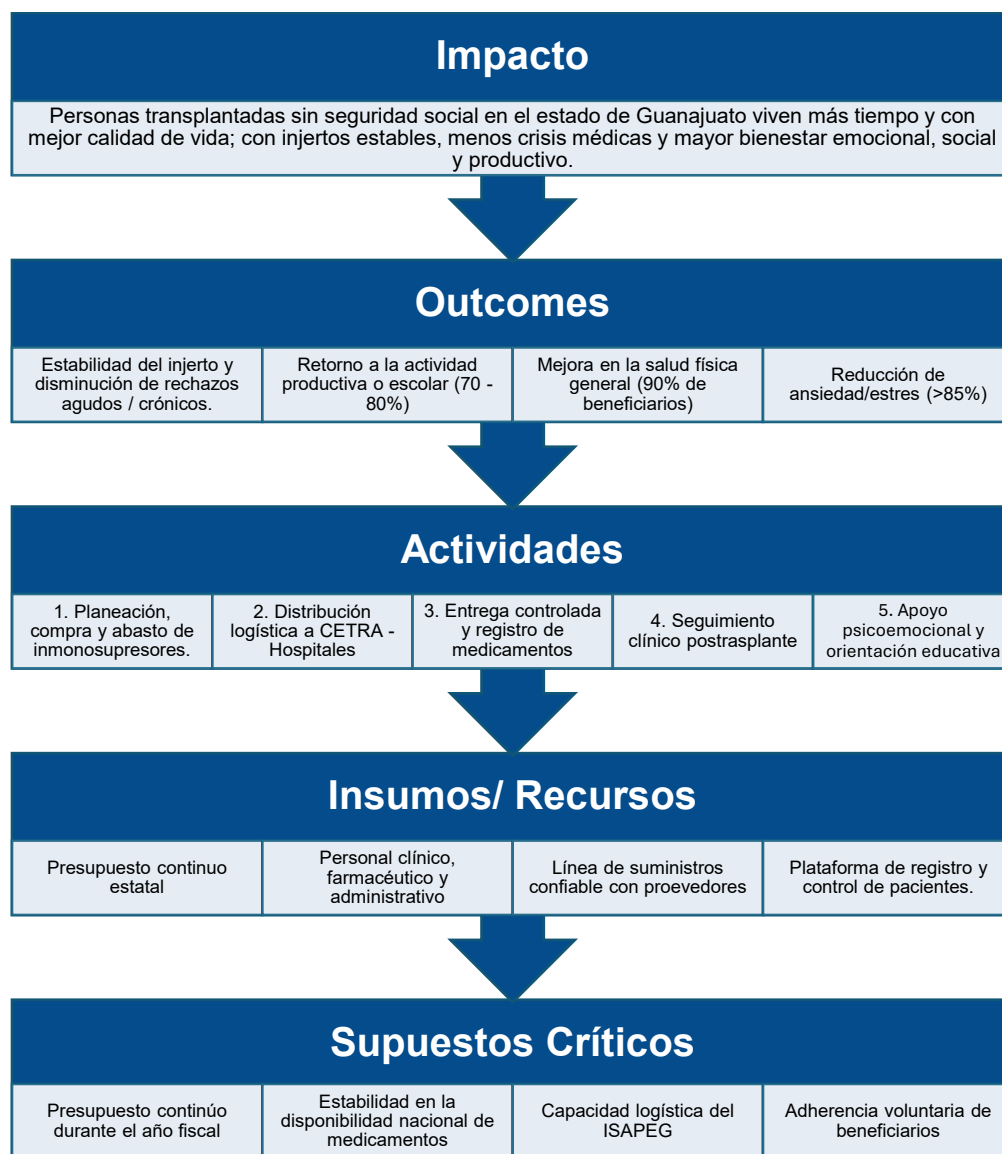
8.10. Narrativa de la Teoría del Cambio

La Teoría del Cambio del Programa QC1241 sostiene que proporcionar medicamentos inmunosupresores de manera continua a personas trasplantadas sin seguridad social es una condición indispensable para mantener la integridad del injerto y preservar su vida. La intervención, articulada con seguimiento clínico y acompañamiento psicosocial, crea un entorno donde los beneficiarios pueden recuperarse, reducir su estrés, retomar actividades y mejorar su calidad de vida.

Este modelo se fundamenta en literatura internacional sobre manejo postrasplante y en los resultados observados en Guanajuato, los cuales confirman que el acceso universal y gratuito a inmunosupresores elimina riesgos asociados al abandono del tratamiento y mejora resultados en salud física, emocional y social. Bajo este enfoque, la TdC articula insumos, actividades, precondiciones y efectos, enmarcados en supuestos realistas y medibles, para orientar el programa hacia impactos sostenibles en la vida de los beneficiarios.



8.11. Diagrama de la Teoría del Cambio del Programa QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”



9. Principales Hallazgos de la investigación

1. El programa garantiza continuidad terapéutica y reduce el riesgo de rechazo en el primer año postrasplante
2. El programa cumple eficazmente su objetivo central: asegurar que personas sin seguridad social reciban inmunosupresores completos y continuos. Esto coincide con la Teoría del Cambio y con evidencia internacional sobre terapias postrasplante.
3. Reducción significativa del gasto de bolsillo y de la presión financiera de las familias
4. Alta satisfacción de los usuarios con la operación del programa (entrega puntual, claridad y trato humano)
5. El personal operativo trabaja con alto compromiso, pero con limitaciones críticas de recursos humanos y espacio físico
6. El equipo es reducido, trabaja bajo alta demanda y no cuenta con un área suficiente para archivo, estandarización o análisis de datos.
7. El programa tiene alto valor social y contribuye a restaurar trayectorias de vida.
8. Alta alineación con instrumentos de planeación estatal, nacional e internacional.
9. Se identificó una fuerte necesidad no cubierta de apoyo psicológico para manejar el estrés postrasplante y el miedo al rechazo, lo cual no está actualmente medido ni atendido por el programa.



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

Fortalezas

- ✚ Continuidad terapéutica garantizada
- ✚ Reducción total del gasto de bolsillo
- ✚ Trato humano, empático y resolutivo del personal
- ✚ Alineación normativa y coherencia con objetivos de salud
- ✚ Impacto integral en salud y calidad de vida
- ✚ Valor público y legitimidad social
- ✚ Procesos administrativos estandarizados y transparentes
- ✚ Compromiso técnico del personal operativo

Oportunidades

- ✚ Disponibilidad creciente de alianzas interinstitucionales
- ✚ Avances tecnológicos en sistemas digitales de salud
- ✚ Interés creciente en políticas de reintegración laboral y no discriminación
- ✚ Mayor visibilidad nacional de problemáticas relacionadas con desabasto.
- ✚ Potencial de financiamiento federal y de organismos internacionales
- ✚ Creciente evidencia internacional sobre el valor de programas postrasplante
- ✚ Sensibilización social creciente sobre la donación de órganos
- ✚ Programas externos de apoyo a la movilidad y transporte

Debilidades

- ✚ Escasez de personal dedicado al programa
- ✚ Infraestructura física insuficiente
- ✚ Cargas administrativas excesivas
- ✚ Limitado margen de maniobra para compras y adquisiciones

Amenazas

- ✚ Desabasto nacional e inestabilidad del mercado farmacéutico
- ✚ Procesos de compra y adquisiciones altamente regulados



- ✚ Condiciones socioeconómicas de los beneficiarios
- ✚ Limitaciones externas de transporte y movilidad
- ✚ Dependencia del presupuesto anual estatal
- ✚ Incremento en la demanda de trasplantes a nivel estatal
- ✚ Posibles cambios en políticas federales de salud
- ✚ Persistencia de estigmas sociales hacia personas trasplantadas



11. conclusiones

El presente análisis sobre el programa QC1241 “Cuidando mi Trasplante” permite llegar a conclusiones sólidas y ampliamente fundamentadas que retoman de manera articulada el marco teórico, el contexto institucional, la metodología cualitativa aplicada y los hallazgos obtenidos a partir de 23 entrevistas con beneficiarios y del análisis de dos entrevistas con personal operativo. A lo largo del documento, el programa se examinó no únicamente como un mecanismo de entrega de medicamentos, sino como una política pública integral que combina elementos clínicos, administrativos, financieros y sociales, alineados a enfoques contemporáneos de salud pública, justicia social y valor público.

Desde el marco teórico, la intervención se sustenta en los principios del derecho a la salud, los determinantes sociales, el enfoque de capacidades humanas y la economía de la salud. La literatura señala que los tratamientos postrasplantes requieren continuidad estricta, ya que cualquier interrupción puede traducirse en rechazo del injerto, daño permanente o pérdida de la vida. El programa, al garantizar inmunosupresores gratuitos para personas sin seguridad social, actúa como un mecanismo de protección social en un campo clínico donde la inequidad suele ser extrema. La teoría del valor público (Moore, 1995) indica que un programa adquiere legitimidad cuando genera beneficios sociales amplios, sostenibles y perceptibles; este principio se confirma plenamente en QC1241, ya que los testimonios muestran mejoras sustanciales en salud, bienestar y estabilidad económica.

El enfoque de capacidades de Sen complementa esta comprensión al señalar que una política es justa cuando amplía las oportunidades reales de las personas para vivir una vida que valoran. En ese sentido, ofrecer medicamentos inaccesibles para hogares con ingresos limitados no solo resuelve un problema clínico, sino que expande las libertades de quienes, antes del trasplante, vivían restringidos por hemodiálisis, deterioro físico y limitaciones económicas. Asimismo,



la teoría de los determinantes sociales de la salud demuestra que la pobreza, la falta de empleo y el acceso limitado al cuidado especializado influyen en la desigualdad sanitaria; el programa, al intervenir de manera directa en estos determinantes, reduce brechas y promueve equidad.

La metodología empleada en este estudio permitió capturar las percepciones y experiencias reales de los beneficiarios y del personal encargado de su operación. El análisis cualitativo de 23 entrevistas semiestructuradas permitió identificar categorías como acceso al programa, operación, trato del personal, barreras externas, impacto en salud, reducción del gasto de bolsillo y valor social. Paralelamente, las entrevistas al personal operativo ofrecieron una mirada interna que permitió comprender las condiciones institucionales, las limitaciones administrativas y la complejidad del proceso de abasto y entrega.

De forma consistente, los hallazgos muestran un desempeño sobresaliente en todos los componentes que están bajo control directo del programa. La claridad en el acceso, la puntualidad de la entrega mensual, la transparencia administrativa, el trato respetuoso y el acompañamiento del personal fueron reconocidos por más del 90% de los entrevistados. La semaforización elaborada confirma este panorama, ya que las categorías atribuibles al programa se ubican en color verde, mientras que las categorías relacionadas con barreras externas aparecen en amarillo sin representar fallas estructurales.

Uno de los hallazgos más significativos es la reducción absoluta del gasto de bolsillo. El 100% de los beneficiarios afirmó que, sin el programa, no podrían sostener el tratamiento, ya que los costos mensuales de los inmunosupresores van desde los 20 hasta los 40 mil pesos. Este hallazgo es particularmente relevante desde el enfoque de economía de la salud, pues demuestra que el programa actúa como un mecanismo de protección financiera que previene pobreza, endeudamiento y gastos catastróficos, situaciones comúnmente asociadas al tratamiento postrasplante en sistemas fragmentados. En consecuencia, el programa



no solo cumple una función sanitaria sino también una función económica y social de gran magnitud.

En términos de impacto clínico y emocional, la evidencia es igualmente contundente. Cerca del 90% de los beneficiarios reporta mejoría física significativa: aumento de energía, movilidad, estabilidad del injerto y reducción de síntomas relacionados con hemodiálisis. A nivel emocional, más del 85% muestra reducción del miedo, ansiedad y estrés. Además, entre el 70% y el 80% señaló que ha retomado actividades laborales, educativas o familiares, confirmando que el programa contribuye a la reintegración social. Estos resultados coinciden con estudios internacionales que muestran que la continuidad del tratamiento inmunosupresor es un factor determinante para la calidad de vida posterior al trasplante.

El análisis del personal operativo aporta un valor añadido importante. Los trabajadores reconocen la eficacia del programa, su pertinencia y su impacto en la vida de los beneficiarios. También señalan retos estructurales: falta de personal, altas cargas laborales, limitaciones de espacio físico y dependencia de procesos de compra regulados por normativas externas. A pesar de ello, sostienen que el programa opera con eficiencia y que sus resultados son visibles desde el primer mes posterior al trasplante. Esta coincidencia entre la percepción de beneficiarios y personal operativo refuerza la conclusión de que el programa funciona con consistencia, profesionalismo y claridad procedimental.

En cuanto a las áreas de oportunidad, las conclusiones muestran que las barreras para la adherencia no son imputables al programa. Aspectos como distancia, costo de transporte, clima o dificultades laborales responden a determinantes sociales y no a fallas en el diseño o implementación. La recomendación, por lo tanto, no es modificar el programa, sino establecer alianzas interinstitucionales que permitan acompañar a los beneficiarios en estas áreas externas.



Finalmente, desde una perspectiva de política pública, el programa QC1241 debe considerarse una intervención estratégica y sostenible. El análisis integral confirma que cumple con los principios del derecho a la salud, genera valor público, reduce desigualdades, protege financieramente a los hogares y contribuye a la estabilidad clínica del trasplante. La evidencia es unánime, es decir, el programa transforma vidas, reduce inequidades y cumple con eficiencia operativa. Por estas razones, su continuidad y fortalecimiento son indispensables.

Por último, el programa QC1241 es un modelo de política social y sanitaria que debe mantenerse, ampliarse y reconocerse como un componente fundamental del sistema estatal de salud. Su pertinencia, impacto y valor público están plenamente demostrados, y su papel en la protección de la salud y la vida de las personas trasplantadas es insustituible.



12. Referencias bibliográficas

Alarcón, I., et al. (2009). Factores que influyen en la calidad de vida en TRR.

Recuperado de: <https://scholar.google.com>

Arredondo, A., Rangel, R., & De Icaza, E. (1998). Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Saúde Pública, 32(6), 556–565. <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1998.v32n6/556-565>

Ayala-García, M. A., et al. (2024). Revisión de los programas de trasplante renal en México. Cirugía y Cirujanos, 92(1), 96–103. <https://doi.org/10.24875/ciru.23000147>

Butler, J. A., Roderick, P., Mullee, M., Mason, J. C., & Peveler, R. C. (2004). Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation, 77(5), 769-776. <https://doi.org/10.1097/01.TP.0000110408.83084.BE>

Cámara de Diputados. (2025). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Campo Manco, J. A., & Falon Guardia, M. A. (2022). Relación entre acceso y adherencia en sistemas de salud en Latinoamérica. Recuperado de: <https://scholar.google.com>

Carlos Peña, J. (2005). Historia del trasplante renal en el INCMNSZ. Revista de Investigación Clínica, 57(2), 120–123. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200002

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (s.f.). Mandato y funciones.

Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/funciones.asp>



Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). (2000).
Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible
de salud (artículo 12 del PIDESC). Naciones Unidas.
Recuperado de:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0872.pdf>

Congreso del Estado de Guanajuato. (2017). Proyecto de dictamen que adiciona el
Capítulo IX del Centro Estatal de Trasplantes a la Ley de Salud del Estado
de Guanajuato. Congreso del Estado de Guanajuato.

https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/dictamen_comision/dictamen_pdf/905/Proyecto_dictamen_LS_Donacion_y_Trasplante_6_octubre.pdf

Congreso del Estado de Guanajuato. (2020). Ley de Salud del Estado de
Guanajuato (reforma publicada el 30 de junio de 2020). Congreso del Estado
de Guanajuato.

<https://congreso-gto.s3.amazonaws.com/uploads/reforma/pdf/2177/20200630.pdf>

Cortés Sanabria, L., et al. (2024). Disparidad e inequidad en el acceso a las terapias
de reemplazo renal en Latinoamérica.
Recuperado de: <https://scholar.google.com>

Daniels, N. (2008). Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge University
Press.

Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/books/just-health/54E1420DD3AD28DE27D53FC268F2B1F3>

Denhaerynck, K., Dobbels, F., Cleemput, I., et al. (2005). Prevalence and
consequences of nonadherence to immunosuppressive medication in kidney
transplant patients. American Journal of Transplantation, 5(3), 573–580.

Dew, M. A., DiMartini, A. F., De Vito Dabbs, A., et al. (2007). Adherence to the



- medical regimen during the first two years after lung transplantation. Transplantation, 83(7), 839-849.
<https://doi.org/10.1097/01.tp.0000258629.14443.0c>
- Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2018). Health systems in Latin America: The search for universal health coverage. The Lancet, 385(9974), 1359–1365.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62042-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62042-6)
- Fuentes-González, N., & Díaz-Fernández, J. K. (2023). Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. Enfermería Nefrológica, 26(1), 41–47. [https://dx.doi.org/10.37551/s2254-2884\(2023\)00005](https://dx.doi.org/10.37551/s2254-2884(2023)00005)
- Gaceta UNAM. (s. f.). Casi 12 % de la población sufre enfermedad renal crónica en México. <https://www.gaceta.unam.mx/casi-12-de-la-poblacion-sufre-enfermedad-renal-cronica-en-mexico>
- García-García, G., & Hernández, M. (2020). Equidad y acceso a medicamentos en México: una revisión crítica. Salud Pública de México, 62(1), 34-42.
- García-García, G., Harden, P., & Chapman, J. (2012). El papel global del trasplante renal. Nefrología (Madrid), 32(1), 1–6.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000100001
- Gobierno de México / CENATRA. (s. f.). Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Guanajuato (CETRAEG). Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/cenatra/documentos/centro-estatal-de-trasplantes-del-estado-de-guanajuato>
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (2000). Acuerdo Gubernativo número 186, por el que se crea el Consejo Estatal de Trasplantes. Periódico Oficial del Estado de Guanajuato.



https://transparencia.guanajuato.gob.mx/biblioteca_digital/docart10/201108101627570.Consejo%20Estatel%20de%20Trasplantes.pdf

Godínez Pérez, J. D. (2021). Modelo de adaptación en insuficiencia renal crónica. Recuperado de: <https://scholar.google.com>

González-Terrón, I. D. (2023). Acceso y disponibilidad como determinantes de inequidad en salud. Recuperado de: <https://scholar.google.com>

Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., Newman, S. P. (2012). Non-adherence to immunosuppressive medication in kidney transplantation: Intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 85–93.

Heraldo León. (s. f.). Guanajuato, líder en donación por muerte encefálica. <https://www.heraldoleon.mx/guanajuato-lider-nacional-en-donacion-de-organos-por-muerte-encefalica>

INEGI (2022). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). <https://www.inegi.org.mx/>

INEGI. (2025). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2024. https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/edr/EDR2024_CP_ene-dic.pdf

INEGI. (2025). Pobreza multidimensional. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_08.pdf

IPLANEG. (s. f.). Día Mundial de la Salud: Cobertura Sanitaria Universal. https://iplaneg.guanajuato.gob.mx/seieg/wp-content/uploads/2022/07/Dia_Mundial_de_Salud_iatr_290319_1554501586.pdf



- KDIGO. (2022). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management>
- Lindholm, A., et al. (2019). Immunosuppressive therapy in kidney transplantation. *Transplant International*, 32(6), 547–558.
- Luxardo, R., et al. (2022). Latin American dialysis and renal transplantation registry. *Clinical Kidney Journal*, 15(3), 425. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfab188>
- Lv, J.-C., & Zhang, L.-X. (2019). Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1165, 3–15. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1
- Martín, P., & Errasti, P. (s. f.). Trasplante renal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 2), 103–113. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original7.pdf>
- Martínez Bernal, B. L. (2015). Planteamientos sobre la pobreza: una aproximación conceptual. *Apuntes del Cenes*, 34(60), 15–40. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-30532015000200002
- Matas, A. J., & Smith, J. M. (2011). Long-term outcomes of kidney transplantation. *New England Journal of Medicine*, 365(4), 351–362. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1004291>
- Mejía Macías, M. (2024). Insuficiencia renal tras abandono de tratamiento. Recuperado de: <https://scholar.google.com>
- Mercado-Martínez, F. J., et al. (2014). Viviendo con trasplante renal sin protección social en salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2092–2100. <https://scielo.br/j/csp/a/PzwGJKFvgTQdNXJhttY93CM/?lang=es&format=pdf>
- OMS. (2025). Cobertura sanitaria universal. <https://www.who.int/es/news-room/fact->



[sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29](#)

ONU. (s. f.). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

OPS. (s. f.). Carga de enfermedades renales en la región de las Américas.

<https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Global report on health expenditures.

Pacheco, J. F., & Archila, S. (2020). Guía para construir teorías del cambio en programas y proyectos sociales. PCIS.

PM4NGOs. (2017). Teoría de Cambio: Una guía para gerentes de programas.

Ramírez, J. (2025). Enfermedad renal avanza en Guanajuato. Publimetro.

<https://www.publimetro.com.mx/guanajuato/2025/06/02/enfermedad-renal-avanza-en-guanajuato-casi-2-mil-personas-esperan-un-trasplante-la-mayoria-en-edad-productiva>

Rawls, J. (1971). A Theory of Justice. Harvard University Press.

Recuperado de:

<https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674000780>

Riley, B. B., et al. (2020). Health-related quality of life among renal transplant recipients. Clinical Transplantation, 34(1), e13732.

Romero Mireles, L. L. (2025, 13 de marzo). Casi 12 % de la población sufre enfermedad renal crónica en México. Gaceta UNAM.

<https://www.gaceta.unam.mx/casi-12-de-la-poblacion-sufre-enfermedad-renal-cronica-en-mexico/>

Sachs, J. D. (2012). The Price of Civilization. Random House.

Recuperado de: <https://www.penguinrandomhouse.com/books/166408/the-price-of-civilization-by-jeffrey-d-sachs/>

Sánchez Beltrán, M. (2025). Impacto de un manual de adherencia en pacientes con



ERC.

Recuperado de: <https://scholar.google.com>

Secretaría de Salud de Guanajuato & fiscalía general del Estado de Guanajuato. (2023). Lineamientos generales de actuación para autoridades de salud y de la institución del Ministerio Público en materia de donación y extracción de órganos, tejidos y células con fines de trasplante. Secretaría de Salud de Guanajuato.

Sen, A. (1999). Development as Freedom. Oxford University Press. Recuperado de: <https://global.oup.com/academic/product/development-as-freedom-9780192893307>

SSA Guanajuato (2023). Programa Estatal de Salud. Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

SSA. (s. f.). Enfermedad renal crónica: estudios especiales. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/ERC_AMTSM.pdf

Tonelli, M., et al. (2011). Systematic review: Kidney transplantation compared with dialysis. Am J Transplant, 11(10), 2093–2109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03686.x>

Tonelli, M., Wiebe, N., Knoll, G., Bello, A., et al. (2011). Systematic review: Kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. American Journal of Transplantation, 11(10), 2093–2109.

Torres-Sierra, A., et al. (2024). Evolución histórica del trasplante renal en el IMSS. Revista Mexicana de Trasplantes, 13(4).

Vizcarra-Mata, G., et al. (2024). Trasplante renal en México: de cirugía convencional a mínima invasión. Revista Mexicana de Trasplantes, 4. <https://www.medigraphic.com/cgi->



bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=119296

Wolfe, R. A., Ashby, V. B., Milford, E. L., et al. (1999). Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *New England Journal of Medicine*, 341(23), 1725–1730.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199912023412303>

World Health Organization (WHO). (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*.

Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

World Health Organization (2010). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>



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 QC1241 Cuidando Mi Trasplante 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: a) Limitada cobertura de las carteras de servicios de salud b) Insuficiente asignación presupuestal para la atención de los padecimientos c) Altos costos de medicamentos	Problemática y análisis de esta	<p>Diseño de investigación</p> <p>Enfoque mixto con predominio cualitativo. Se emplea análisis documental, revisión normativa y exploración de percepciones desde una perspectiva diagnóstica.</p> <p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión de Reglas de Operación, informes institucionales, registros administrativos, literatura especializada, entrevistas semiestructuradas con personal operativo e implementadores y análisis del árbol de problemas.</p>	Diagnóstico y Reglas de Operación



	<p>¿Cuál ha sido la evolución del programa desde su creación y cuáles han sido sus principales cambios y adaptaciones?</p>	<p>Desde su creación en 2019, el Programa Social QC1241 "Cuidando mi Trasplante" ha experimentado un proceso de transformación gradual que refleja ajustes normativos, operativos, presupuestales y estratégicos orientados a fortalecer la continuidad terapéutica de personas trasplantadas de órgano sólido sin seguridad social en el estado de Guanajuato.</p> <p>🌟 2019–2020 – Inicio del programa: Se estableció como proyecto de inversión con Reglas de Operación y con la entrega inicial de medicamentos inmunosupresores como componente central.</p> <p>🌟 2021–2023 – Ajustes operativos y expansión: Se amplió la población atendida, se integraron más hospitales, se fortaleció la distribución de medicamentos y se modificaron metas e indicadores.</p> <p>🌟 2024– Reforzamiento presupuestal: Se incrementó el presupuesto ante la creciente demanda de pacientes</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 y documentos del programa.</p>
--	---	---	---	--	---



		<p>trasplantados y mayor presión farmacológica.</p> <p>🌟 2025– Consolidación estratégica:</p> <p>Se incorporó la evaluación externa, la Teoría del Cambio y la alineación con los ODS, el PED y el Programa Sectorial de Salud.</p> <p>🌟 Transformación del enfoque:</p> <p>Pasó de ser un apoyo farmacológico operativo para configurarse como una política pública estratégica orientada a garantizar continuidad terapéutica y equidad en salud.</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>Modelo de Andersen (uso de servicios de salud)</p> <p>Explica que el acceso a la terapia inmunosupresora depende de factores predisponentes, condiciones sociales y recursos disponibles. El programa atiende las barreras estructurales y económicas que impiden la continuidad del tratamiento.</p> <p>Chronic Care Model (Atención Crónica)</p> <p>Fundamenta la necesidad de un sistema que garantice seguimiento, continuidad terapéutica y acompañamiento</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>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión bibliográfica, análisis de artículos científicos, consulta de documentos de organismos internacionales y</p>	<p>Bibliografía revisada</p>



	<p>integral para enfermedades crónicas como la ERC. El programa contribuye a organizar el cuidado postrasplante de forma continua y coordinada.</p> <p>Modelo de Donabedian (Estructura-Proceso-Resultado) Justifica la intervención al mostrar cómo la disponibilidad de medicamentos (estructura) y su entrega oportuna (proceso) impactan en la supervivencia del injerto y del paciente (resultado).</p> <p>Economía de la salud y análisis costo-efectividad Demuestra que sostener la terapia inmunosupresora es más eficiente que enfrentar los costos del rechazo del injerto o el retorno a diálisis, lo que justifica la intervención como una inversión pública costo-efectiva.</p> <p>Enfoque de derechos humanos en salud (AAAQ) Reconoce que el acceso a medicamentos esenciales forma parte del derecho a la salud. El programa responde al principio de disponibilidad, accesibilidad,</p>		<p>sistematización de los modelos utilizados (Andersen, Donabedian, Chronic Care Model, derechos humanos y economía de la salud).</p>	
--	---	--	---	--



		<p>aceptabilidad y calidad para personas sin seguridad social.</p> <p>Teoría de capacidades (Sen) La terapia inmunosupresora permite a la persona mantener su proyecto de vida, reintegrarse social y laboralmente, y ejercer su libertad funcional. El programa amplía capacidades básicas para vivir con dignidad.</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</p> <ul style="list-style-type: none"> •Presupuesto asignado para adquisición de medicamentos inmunosupresores. •Personal operativo y médico de la red estatal de trasplantes (coordinadores, nefrología, trabajo social). •Infraestructura hospitalaria donde se realiza seguimiento postrasplante. •Registros administrativos, padrones de beneficiarios y sistema estatal de trasplantes. •Lineamientos, Reglas de Operación y normativa aplicable. <p>2. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> •Adquisición y distribución de los esquemas de inmunosupresión •Integración y validación del padrón de pacientes trasplantados sin seguridad social. •Seguimiento clínico durante el primer año postrasplante. •Registro, control y monitoreo del tratamiento por parte de las unidades médicas. •Evaluación externa para fortalecer la gestión y la Teoría del Cambio del programa. <p>3. Resultados (corto plazo)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Esquemas de inmunosupresión entregados de manera suficiente y oportuna. •Pacientes postrasplantes que reciben su tratamiento completo durante el primer año. •Mejora inmediata en la estabilidad clínica del injerto. •Mayor adherencia terapéutica y reducción de episodios de rechazo. <p>4. Resultados intermedios (mediano plazo)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Reducción de hospitalizaciones por 	<p>Análisis de la Teoría del Cambio.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>Enfoque de análisis causal a partir del Modelo de Teoría del Cambio y del Marco Lógico.</p> <p>Técnicas de recolección</p> <p>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>Diagnóstico del programa, entrevistas y documentos del programa.</p>
--	--	---	--	--	---



		<p>complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor presión financiera para las familias ante medicamentos de alto costo. • Mayor continuidad en el acompañamiento clínico del paciente trasplantado. <p>5. Efectos esperados (largo plazo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento en la supervivencia del injerto y del paciente. • Mejora sostenible en la calidad de vida y bienestar social. • Reintegración laboral, escolar y social de las personas trasplantadas. • Contribución al fortalecimiento del sistema estatal de trasplantes. • Avance hacia un modelo de equidad sanitaria y cobertura efectiva para población sin seguridad social. 			
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?	<p>Se alinea correctamente con todos los instrumentos de planeación a nivel internacional, nacional y estatal revisar tabla Características del Programa y Alineación (pág. 24)</p>	<p>Coherencia con la planeación gubernamental.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>Diseño documental—analítico con enfoque de alineación estratégica.</p> <p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión del Plan Estatal de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud, Programa de Gobierno, ODS y normativa aplicable.</p> <p>Elaboración de matrices de alineación y contraste entre objetivos del programa y políticas vigentes.</p>	



<p>Revisar las principales políticas, programas e intervenciones que abordan la misma temática a nivel federal, estatal y municipal.</p>	<p>¿Qué otras iniciativas atienden a población sin derechohabiencia en Guanajuato y cuáles son sus diferencias ?</p>	<p>En Guanajuato existen otras acciones y programas que brindan servicios a personas que no cuentan con seguridad social. Entre ellos se encuentran los servicios de atención médica que ofrece la Secretaría de Salud del Estado a través de sus unidades y hospitales, donde se otorga consulta general, atención de urgencias y seguimiento básico para población abierta. También se identifica la presencia de programas federales como IMSS-Bienestar, orientado a comunidades rurales y zonas con rezago social, que proporciona consulta, medicamentos y algunos servicios hospitalarios a personas sin afiliación.</p> <p>A diferencia de estos esfuerzos, Cuidando Mi Trasplante opera como un programa social estatal con reglas de operación claras, un padrón de beneficiarios definido y un presupuesto específico. Su propósito es asegurar que las personas sin derechohabiencia reciban atención oportuna en servicios especializados, estudios diagnósticos y procedimientos que difícilmente podrían cubrir por cuenta propia. Esto le da un carácter más estructurado y con mayor precisión en la gestión, mientras que otras iniciativas funcionan como servicios generales de salud y no necesariamente como programas formales con metas, procesos y seguimiento específico.</p>	<p>Comparación de intervenciones similares.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>Diseño descriptivo–comparativo.</p> <p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión documental de programas estatales y federales, análisis de características operativas, revisión de informes y entrevistas con personal de áreas hospitalarias que atienden población sin seguridad social.</p>	
<p>Ofrecer conclusiones y prospectiva del programa hacia 2030.</p>	<p>¿Cuáles son los principales retos y oportunidades para el futuro del programa?</p>	<p>Retos</p> <p>El programa enfrenta una demanda creciente de pacientes trasplantados que necesitan un suministro</p>	<p>Sostenibilidad y mejoras del programa.</p>	<p>Técnicas de recolección</p> <p>Revisión de proyecciones institucionales, análisis de desempeño</p>	



		<p>continuo de inmunosupresores, lo que presiona el presupuesto y la capacidad operativa de las unidades donde se lleva el seguimiento clínico.</p> <p>La distribución oportuna de los medicamentos requiere una coordinación constante entre hospitales, áreas administrativas y el Centro Estatal de Trasplantes, por lo que cualquier irregularidad puede afectar la estabilidad del tratamiento.</p> <p>Muchos beneficiarios viven en condiciones económicas complejas y con comorbilidades que dificultan la adherencia al tratamiento, por lo que se requiere un acompañamiento más cercano para evitar complicaciones o rechazo del injerto.</p> <p>La sostenibilidad financiera dependerá de que el programa mantenga un presupuesto estable y de que se incorporen mecanismos de evaluación que permitan justificar su continuidad a mediano y largo plazo.</p> <p>Oportunidades</p> <p>La evaluación externa integrada en 2025 abre la posibilidad de fortalecer el diseño y ofrecer evidencia para mejorar la gestión, la focalización y la planificación del programa hacia los próximos años.</p> <p>La red estatal de hospitales con experiencia en trasplante es un activo estratégico para consolidar un modelo de seguimiento</p>		<p>reciente, entrevistas con personal clave y revisión de recomendaciones de evaluaciones previas.</p>	
--	--	---	--	--	--



		<p>clínico más sólido y homogéneo.</p> <p>El programa está alineado con políticas estatales y federales de acceso universal a servicios de salud, lo que facilita su permanencia dentro de las prioridades gubernamentales.</p> <p>La experiencia acumulada en la entrega de inmunosupresores durante el primer año postrasplante puede evolucionar hacia un modelo más integral que incluya educación al paciente, monitoreo sistemático y acciones de prevención de riesgos.</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 “QC1241 Cuidando Mi Trasplante” 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 evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece:	
Nombre: Dra. Giovanna Leticia Cabrera	Unidad administrativa: directora 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 QC1241 “Cuidando Mi Trasplante”, 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: 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. Por lo anterior, se abordó: El trabajo de gabinete, el cual consiste en la revisión y organización de información documental que permita comprender el contexto en el que opera el programa. Incluye analizar la normativa vigente, los diagnósticos existentes, los registros administrativos, los informes técnicos y las evaluaciones previas. Este proceso se complementa con una revisión bibliográfica especializada y con el contraste frente a programas similares en otros estados o países. Con ello se busca construir una base sólida para interpretar el funcionamiento del programa y el problema público que atiende. El análisis cuantitativo y cualitativo aporta una lectura más profunda de la operación del programa. En el aspecto cuantitativo se emplean herramientas estadísticas para examinar la evolución de la cobertura, el presupuesto y el desempeño a lo largo del tiempo, utilizando fuentes primarias y secundarias como INEGI, SINAIS y bases administrativas. En el componente cualitativo se recurre a entrevistas semiestructuradas,	



grupos focales y revisión de registros institucionales para comprender las percepciones de actores clave y obtener información que no aparece en los documentos.

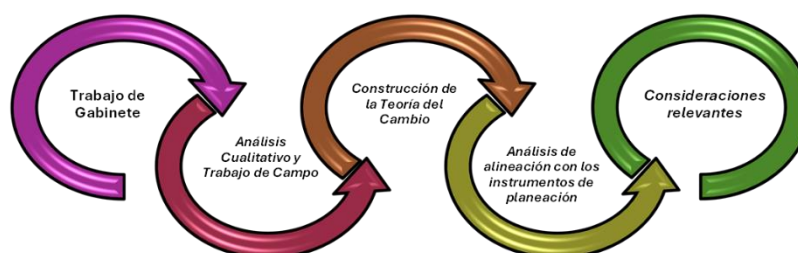
La construcción de la Teoría del Cambio integra los hallazgos documentales, cuantitativos y cualitativos. Este proceso implica definir el problema con claridad, delimitar el territorio y la población objetivo, identificar causas y efectos con herramientas como el árbol de problemas y establecer la secuencia de cambios que se busca lograr. También se diseñan actividades vinculadas con los resultados esperados y se reconocen los supuestos y riesgos que influyen en la intervención. Finalmente, se revisa la alineación del programa con los instrumentos de planeación estatal y nacional, cuidando principios éticos como el consentimiento informado, la confidencialidad y el enfoque de derechos humanos.

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. 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 evaluación se desarrollará bajo una metodología mixta, la cual se llevará 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 garantiza continuidad terapéutica y reduce el riesgo de rechazo en el primer año postrasplante
2. El programa cumple eficazmente su objetivo central: asegurar que personas sin seguridad social reciban inmunosupresores completos y continuos. Esto coincide con la Teoría del Cambio y con evidencia internacional sobre terapias postrasplante.
3. Reducción significativa del gasto de bolsillo y de la presión financiera de las familias
4. Alta satisfacción de los usuarios con la operación del programa (entrega puntual, claridad y trato humano)



5. El personal operativo trabaja con alto compromiso, pero con limitaciones críticas de recursos humanos y espacio físico
6. El equipo es reducido, trabaja bajo alta demanda y no cuenta con un área suficiente para archivo, estandarización o análisis de datos.
7. El programa tiene alto valor social y contribuye a restaurar trayectorias de vida.
8. Alta alineación con instrumentos de planeación estatal, nacional e internacional.
9. Se identificó una fuerte necesidad no cubierta de apoyo psicológico para manejar el estrés postrasplante y el miedo al rechazo, lo cual no está actualmente medido ni atendido por el programa.

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:

- ✚ Continuidad terapéutica garantizada
- ✚ Reducción total del gasto de bolsillo
- ✚ Trato humano, empático y resolutivo del personal
- ✚ Alineación normativa y coherencia con objetivos de salud
- ✚ Impacto integral en salud y calidad de vida
- ✚ Valor público y legitimidad social
- ✚ Procesos administrativos estandarizados y transparentes
- ✚ Compromiso técnico del personal operativo

2.2.2 Oportunidades:

- ✚ Disponibilidad creciente de alianzas interinstitucionales
- ✚ Avances tecnológicos en sistemas digitales de salud
- ✚ Interés creciente en políticas de reintegración laboral y no discriminación
- ✚ Mayor visibilidad nacional de problemáticas relacionadas con desabasto.
- ✚ Potencial de financiamiento federal y de organismos internacionales
- ✚ Creciente evidencia internacional sobre el valor de programas postrasplante
- ✚ Sensibilización social creciente sobre la donación de órganos
- ✚ Programas externos de apoyo a la movilidad y transporte

2.2.3 Debilidades:

- ✚ Escasez de personal dedicado al programa
- ✚ Infraestructura física insuficiente
- ✚ Cargas administrativas excesivas
- ✚ Limitado margen de maniobra para compras y adquisiciones

2.2.4 Amenazas:

- ✚ Desabasto nacional e inestabilidad del mercado farmacéutico
- ✚ Procesos de compra y adquisiciones altamente regulados
- ✚ Condiciones socioeconómicas de los beneficiarios
- ✚ Limitaciones externas de transporte y movilidad
- ✚ Dependencia del presupuesto anual estatal
- ✚ Incremento en la demanda de trasplantes a nivel estatal
- ✚ Posibles cambios en políticas federales de salud
- ✚ Persistencia de estigmas sociales hacia personas trasplantadas



3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO

3.1 Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

El presente análisis sobre el programa QC1241 “Cuidando mi Trasplante” permite llegar a conclusiones sólidas y ampliamente fundamentadas que retoman de manera articulada el marco teórico, el contexto institucional, la metodología cualitativa aplicada y los hallazgos obtenidos a partir de 23 entrevistas con beneficiarios y del análisis de dos entrevistas con personal operativo. A lo largo del documento, el programa se examinó no únicamente como un mecanismo de entrega de medicamentos, sino como una política pública integral que combina elementos clínicos, administrativos, financieros y sociales, alineados a enfoques contemporáneos de salud pública, justicia social y valor público.

Desde el marco teórico, la intervención se sustenta en los principios del derecho a la salud, los determinantes sociales, el enfoque de capacidades humanas y la economía de la salud. La literatura señala que los tratamientos postrasplantes requieren continuidad estricta, ya que cualquier interrupción puede traducirse en rechazo del injerto, daño permanente o pérdida de la vida. El programa, al garantizar inmunosupresores gratuitos para personas sin seguridad social, actúa como un mecanismo de protección social en un campo clínico donde la inequidad suele ser extrema. La teoría del valor público (Moore, 1995) indica que un programa adquiere legitimidad cuando genera beneficios sociales amplios, sostenibles y perceptibles; este principio se confirma plenamente en QC1241, ya que los testimonios muestran mejoras sustanciales en salud, bienestar y estabilidad económica.

El enfoque de capacidades de Sen complementa esta comprensión al señalar que una política es justa cuando amplía las oportunidades reales de las personas para vivir una vida que valoran. En ese sentido, ofrecer medicamentos inaccesibles para hogares con ingresos limitados no solo resuelve un problema clínico, sino que expande las libertades de quienes, antes del trasplante, vivían restringidos por hemodiálisis, deterioro físico y limitaciones económicas. Asimismo, la teoría de los determinantes sociales de la salud demuestra que la pobreza, la falta de empleo y el acceso limitado al cuidado especializado influyen en la desigualdad sanitaria; el programa, al intervenir de manera directa en estos determinantes, reduce brechas y promueve equidad.

La metodología empleada en este estudio permitió capturar las percepciones y experiencias reales de los beneficiarios y del personal encargado de su operación. El análisis cualitativo de 23 entrevistas semiestructuradas permitió identificar categorías como acceso al programa, operación, trato del personal, barreras externas, impacto en salud, reducción del gasto de bolsillo y valor social. Paralelamente, las entrevistas al personal operativo ofrecieron una mirada interna que permitió comprender las condiciones institucionales, las limitaciones administrativas y la complejidad del proceso de abasto y entrega.

De forma consistente, los hallazgos muestran un desempeño sobresaliente en todos los componentes que están bajo control directo del programa. La claridad en el acceso, la puntualidad de la entrega mensual, la transparencia administrativa, el trato respetuoso y el acompañamiento del personal fueron reconocidos por más del 90% de los entrevistados. La semaforización elaborada confirma este panorama, ya que las categorías atribuibles al programa se ubican en color verde, mientras que las categorías



relacionadas con barreras externas aparecen en amarillo sin representar fallas estructurales.

Uno de los hallazgos más significativos es la reducción absoluta del gasto de bolsillo. El 100% de los beneficiarios afirmó que, sin el programa, no podrían sostener el tratamiento, ya que los costos mensuales de los inmunosupresores van desde los 20 hasta los 40 mil pesos. Este hallazgo es particularmente relevante desde el enfoque de economía de la salud, pues demuestra que el programa actúa como un mecanismo de protección financiera que previene pobreza, endeudamiento y gastos catastróficos, situaciones comúnmente asociadas al tratamiento postrasplante en sistemas fragmentados. En consecuencia, el programa no solo cumple una función sanitaria sino también una función económica y social de gran magnitud.

En términos de impacto clínico y emocional, la evidencia es igualmente contundente. Cerca del 90% de los beneficiarios reporta mejoría física significativa: aumento de energía, movilidad, estabilidad del injerto y reducción de síntomas relacionados con hemodiálisis. A nivel emocional, más del 85% muestra reducción del miedo, ansiedad y estrés. Además, entre el 70% y el 80% señaló que ha retomado actividades laborales, educativas o familiares, confirmando que el programa contribuye a la reintegración social. Estos resultados coinciden con estudios internacionales que muestran que la continuidad del tratamiento inmunosupresor es un factor determinante para la calidad de vida posterior al trasplante.

El análisis del personal operativo aporta un valor añadido importante. Los trabajadores reconocen la eficacia del programa, su pertinencia y su impacto en la vida de los beneficiarios. También señalan retos estructurales: falta de personal, altas cargas laborales, limitaciones de espacio físico y dependencia de procesos de compra regulados por normativas externas. A pesar de ello, sostienen que el programa opera con eficiencia y que sus resultados son visibles desde el primer mes posterior al trasplante. Esta coincidencia entre la percepción de beneficiarios y personal operativo refuerza la conclusión de que el programa funciona con consistencia, profesionalismo y claridad procedimental.

En cuanto a las áreas de oportunidad, las conclusiones muestran que las barreras para la adherencia no son imputables al programa. Aspectos como distancia, costo de transporte, clima o dificultades laborales responden a determinantes sociales y no a fallas en el diseño o implementación. La recomendación, por lo tanto, no es modificar el programa, sino establecer alianzas interinstitucionales que permitan acompañar a los beneficiarios en estas áreas externas.

Finalmente, desde una perspectiva de política pública, el programa QC1241 debe considerarse una intervención estratégica y sostenible. El análisis integral confirma que cumple con los principios del derecho a la salud, genera valor público, reduce desigualdades, protege financieramente a los hogares y contribuye a la estabilidad clínica del trasplante. La evidencia es unánime, es decir, el programa transforma vidas, reduce inequidades y cumple con eficiencia operativa. Por estas razones, su continuidad y fortalecimiento son indispensables.

Por último, el programa QC1241 es un modelo de política social y sanitaria que debe mantenerse, ampliarse y reconocerse como un componente fundamental del sistema estatal de salud. Su pertinencia, impacto y valor público están plenamente demostrados,



y su papel en la protección de la salud y la vida de las personas trasplantadas es insustituible.	
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 CONTRATADA	
4.1 Nombre del coordinador de la Investigación de Diagnóstico: Dr. Alejandro Castillo Esparza	
4.2 Cargo: Representante Legal / Coordinador de la Evaluación	
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 evaluación: redsolut.sas@gmail.com	
4.6 Teléfono (con clave lada): 481 391 1649	
5. IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA:	
5.1 Nombre del programa evaluado: Cuidando Mi Trasplante	
5.2 Siglas: QC1241	
5.3 Ente público coordinador del programa:	
5.4 Poder público al que pertenece el programa:	
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: Centro Estatal de Trasplantes 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: Dr. Rodrigo López Falcony cuidandomitrasplante@guanajuato.gob.mx 477 7133766	Unidad administrativa: Centro Estatal de Trasplantes del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
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: Estatal	
7. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO	
7.1 Difusión en internet de la Investigación de Diagnóstico: Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato – 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	

