

# Estado actual y evolución de la procura de órganos y tejidos en EsSalud: gestión funcional versus gestión por procesos

## Current status and evolution of organ and tissue procurement at EsSalud: functional management versus process-based management

Yazcitz Miguel Sandoval-Guevara<sup>1,2,a,b</sup>, Roxana Sánchez-Fernández<sup>1,c,d</sup>, Rolando Segama-Fabián<sup>1,c,e</sup>, Pedro Martín Padilla-Machaca<sup>1,3,f,g</sup>

<sup>1</sup> Gerencia de Procura y Trasplantes EsSalud, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico intensivista, <sup>b</sup> Magíster en salud pública, <sup>c</sup> Médico cirujano, <sup>d</sup> Magíster en gerencia de servicios de salud, <sup>e</sup> Magíster en salud ocupacional y medio ambiente, <sup>f</sup> Médico gastroenterólogo subespecialista en hepatología y Trasplantes, <sup>g</sup> Doctor en salud pública.

**Recibido:** 14/08/2026

**Arbitrado por pares**

**Aprobado:** 14/09/2026

**En línea:** 24/09/2026

### Contribución de los autores

YMSG, PMPM: Concepción, diseño, ejecución, análisis y redacción del manuscrito. RSF, RSF: ejecución, análisis y redacción del manuscrito.

### Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflictos de interés

### Financiamiento

Declaramos ausencia de financiamiento externo.

### Citar como

Sandoval-Guevara YM, Sánchez-Fernández R, Segama-Fabián R, Padilla-Machaca PM. Estado actual y evolución de la procura de órganos y tejidos en EsSalud: gestión funcional versus gestión por procesos. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(3):296-306. doi: 10.47892/rgp.2026.463.2358.

## RESUMEN

El trasplante de órganos y tejidos constituye la mejor alternativa terapéutica para la insuficiencia orgánica terminal, pero su desarrollo depende de la disponibilidad de donantes. Esta revisión narrativa institucional, de carácter histórico y crítico, analiza la evolución de la procura de órganos y tejidos en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) desde la creación de la Gerencia de Procura y Trasplante en 2011 hasta el primer semestre de 2026. La revisión describe cinco etapas de desarrollo institucional: la organización inicial, la expansión de unidades y coordinadores, el fortalecimiento operativo, la gestión basada en información y la transición hacia una gestión por procesos. Esta transformación se expresa en la cadena de procura de cinco eslabones, la ampliación de la red de once a veinticinco Unidades de Procura, la implementación del Centro de Operaciones de Procura y la formulación de la estrategia Hospital Amigo de la Donación. Se presenta la producción histórica de los procesos de procura en EsSalud desde el 2011-2026 y se incluyen los indicadores del primer semestre de 2026, manteniendo una negativa familiar que se mantiene como principal barrera de 85% en el DNI. Los beneficios de las intervenciones descritas mostrarán resultados en los próximos meses y será necesario una evaluación posterior para valorar el impacto en la mejora de la donación de órganos y tejidos en nuestro país.

**Palabras clave:** Obtención de Tejidos y Órganos; Donación de Órganos; Trasplante de Órganos; Gestión en Salud; Perú (fuente: DeCS Bireme).

## ABSTRACT

Organ and tissue transplantation represents the best therapeutic alternative for end-stage organ failure, yet its development relies on the availability of donors. This institutional narrative review—historical and critical in nature—analyzes the evolution of organ and tissue procurement within Peru's Social Health Insurance system (EsSalud) from the establishment of the Procurement and Transplantation Directorate in 2011 through the first half of 2026. The review outlines five stages of institutional development: initial organization, expansion of units and coordinators, operational strengthening, data-driven management, and the transition toward process-based management. This transformation is reflected in the five-link procurement chain, the expansion of the network from eleven to twenty-five Procurement Units, the implementation of the Procurement Operations Center, and the formulation of the "Donation-Friendly Hospital" strategy. Historical data on EsSalud's procurement processes from 2011 to 2026 are presented, including indicators from the first half of 2026; notably, family refusal remains the primary barrier, persisting at a rate of 85% among those with a donation declaration on their National ID (DNI). The benefits of the described interventions are expected to yield results in the coming months, and a subsequent evaluation will be necessary to assess their impact on improving organ and tissue donation in the country.

**Keywords:** Tissue and Organ Procurement; Organ Donation; Organ Transplantation; Health Management; Peru (source: MeSH NLM).

### Correspondencia:

Pedro Martín Padilla-Machaca.

E-mail: pmartinpadilla@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos y tejidos representa una de las intervenciones sanitarias de mayor impacto sobre la sobrevivencia y la calidad de vida en los pacientes con enfermedades terminales de órganos y tejidos y, en numerosos casos, constituye la única alternativa terapéutica capaz de modificar el curso de la enfermedad <sup>(1)</sup>. Su desarrollo, no solo depende de la capacidad quirúrgica de los equipos trasplantadores, sino de un proceso previo, complejo y multidimensional: la Procura de órganos y tejidos.

A escala mundial, la actividad de trasplante ha crecido de manera sostenida y alcanzó cifras sin precedentes en los años recientes; no obstante, persiste una brecha entre la necesidad y la disponibilidad de órganos, así como marcadas desigualdades geográficas en el acceso al trasplante. Los reportes del Observatorio Global de Donación y Trasplante, iniciativa de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes de España, muestran que la donación de personas fallecidas sigue siendo insuficiente para cubrir la demanda global; se estima que solo se satisface alrededor del 10% de la necesidad mundial de trasplantes <sup>(2)</sup>.

La procura constituye, un proceso clínico, organizativo, logístico, ético y comunicacional. Comprende la identificación oportuna del posible donante, el diagnóstico y la certificación de la muerte encefálica, el mantenimiento del donante, la entrevista con la familia, la ablación y preservación del órgano o tejido del donante, la distribución de los órganos y tejidos y la disposición final del cadáver. Cada una de estas fases concentra oportunidades de donación que pueden perderse cuando la organización hospitalaria no las gestiona de manera sistemática. La identificación temprana de los posibles donantes en las áreas críticas y el papel de los coordinadores hospitalarios de procura han sido reconocidos internacionalmente como factores determinantes del desempeño de los sistemas de donación <sup>(2,3)</sup>.

La Dirección General de Donaciones de Órganos, Tejidos y Banco de Sangre (DIGDOT-MINSA, antes denominada ONDT: Organización Nacional de Donación y Trasplantes); actúa como central de soporte técnico-normativo para la red de hospitales del sistema de servicios de salud, que cuentan con hospitales donadores-trasplantadores; regulando los procesos de asignación de órganos, el transporte, la gestión de las listas de espera, los registros de los procesos de procura y trasplantes, las estadísticas y la comunicación transparente con la población. Esta última función es determinante, dado que la donación es un asunto sensible que suele abordarse en un momento difícil para las familias, cargado de temores y concepciones erróneas <sup>(3)</sup>.

En el Perú, la donación y el trasplante se desarrollan en un contexto de baja actividad, ubicándose en penúltimo lugar en tasa de donación de la región con 1,5-1,8 donantes por millón de población y teniendo a la donación presunta como una estrategia para revertir esta

situación con el reglamento de la Ley N.º 31756 del 14 de julio de 2025, <sup>(4,5)</sup>. En este escenario, el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), a través de la Gerencia de Procura y Trasplante (GPYT) desde su creación hasta la fecha; participa como protagonista en el sistema nacional de donación y trasplante para atender a una población de doce millones de asegurados y tener una producción de más de 10,500 trasplantes de órganos y tejidos en sus diferentes hospitales donadores-trasplantadores en las diferentes regiones del Perú <sup>(6)</sup>.

El objetivo general de esta revisión es analizar críticamente la evolución histórica, organizacional y operativa de la procura de órganos y tejidos en EsSalud durante los últimos 15 años.

## Metodología de la revisión

Se presenta una revisión narrativa institucional, de carácter histórico y crítico, sobre la evolución de la procura de órganos y tejidos en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), desde la creación de la GPYT en el año 2011 hasta el 30 de junio de 2026. El propósito fue integrar y sintetizar críticamente la evidencia científica, la normativa vigente y la experiencia institucional documentada.

Se consultaron fuentes científicas indexadas en PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO y LILACS, complementadas con Google Scholar, fuentes institucionales oficiales, documentos de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, el Global Observatory on Donation and Transplantation, la Organización Nacional de Trasplantes de España y las autoridades nacionales de donación y trasplante de América Latina, así como la normativa peruana, las resoluciones y documentos técnicos de EsSalud.

Se incluyeron artículos revisados por pares, revisiones narrativas o sistemáticas, estudios observacionales, informes oficiales, normas legales e institucionales y documentos sobre modelos organizacionales e indicadores de calidad de la procura, publicados en español, inglés o portugués, referidos al Perú o a modelos internacionales comparables. Se excluyeron documentos sin fuente verificable, publicaciones duplicadas, opiniones sin sustento documental, fuentes comerciales, información periodística empleada como evidencia científica y referencias con datos bibliográficos incompletos.

Las fuentes se organizaron en nueve ejes temáticos: antecedentes y evolución histórica; organización institucional; cadena de procura; indicadores y resultados; gestión por procesos; Centro de Operaciones de Procura; Hospital Amigo de la Donación; modelos internacionales; y brechas y oportunidades.

## Contexto internacional de la procura de órganos y tejidos

La cooperación internacional ha permitido difundir los principios en América Latina, a través de programas

conjuntos con la Organización Panamericana de la Salud, profesionales de la región han recibido formación bajo la tutoría de coordinadores experimentados. Estos elementos comunes -detección activa, coordinación hospitalaria, auditoría de muertes, garantía de calidad, sistemas de información y una cultura institucional favorable- constituyen el marco de referencia con el cual puede contrastarse la experiencia de EsSalud <sup>(7)</sup>.

El modelo español, conducido por la Organización Nacional de Trasplantes desde 1989, es la referencia más citada. Su rasgo distintivo es una red de coordinadores hospitalarios de trasplante, en su mayoría médicos intensivistas con dedicación parcial, designados por la dirección del hospital y no por los equipos de trasplante, y articulados con coordinadores autonómicos y nacionales en una estructura de tres niveles <sup>(7,8)</sup>. Esta configuración permite designar coordinadores incluso en hospitales con bajo potencial de donación y facilita que estos profesionales conozcan a los pacientes, a los equipos asistenciales y a las familias.

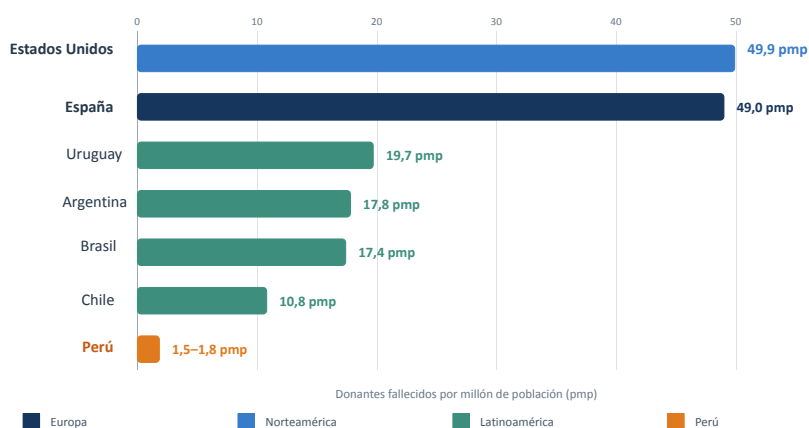
Un componente central de este modelo, es la auditoría continua de la muerte encefálica, mediante registros prospectivos de muerte encefálica, complementados con la revisión retrospectiva de historias clínicas, evitando la sobreestimación y la subestimación del pool de donantes potenciales. Cuando se identifica un déficit de detección en un hospital o área determinada, se inicia un programa específico de detección. Este proceso de autoevaluación permanente se enmarca en el Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación, sustentado en la metodología de mejora continua Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (ciclo PHVA), que define la capacidad teórica de donación de cada hospital, las áreas de mejora en la detección y los factores hospitalarios de mayor impacto <sup>(8)</sup>.

## Contexto nacional de la donación y trasplante

El Perú, pese a los múltiples y sucesivos esfuerzos normativos, mantiene una de las tasas de donación más bajas de la región que fluctúa entre 1,5 - 1,8 donantes por millón de población (pmp), situándose en posiciones rezagadas en los registros internacionales España 49 pmp, Uruguay 19,7, Argentina 17,8 pmp, Brasil 17,4 pmp Chile 10,8 pmp, contando con más de 7,000 pacientes en lista de espera a nivel nacional <sup>(2,4)</sup>. Esta situación contrasta marcadamente con la de los sistemas de referencia internacional que se muestra en la Figura 1.

El sistema peruano articula a diversas instituciones prestadoras y aseguradoras, entre ellas EsSalud, el Ministerio de Salud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, y el sector privado. Entre las principales dificultades del sistema figuran la limitada detección hospitalaria de posibles donantes, la elevada negativa familiar (85%), la heterogeneidad organizacional entre establecimientos y la necesidad de fortalecer la articulación interinstitucional <sup>(4)</sup>.

La conducción del sistema nacional recae en la Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre (DIGDOT) del Ministerio de Salud. El marco normativo peruano de la donación y el trasplante se estructura sobre la Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 014-2005-SA. Este marco fue actualizado con la Ley N.º 31756, que promueve la donación de órganos y tejidos humanos para trasplante con fines terapéuticos, cuyo reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 009-2025-SA, entró en vigencia a mediados de 2025 e introdujo el modelo de consentimiento presunto, según el cual todo peruano mayor de 18 años es considerada donante salvo manifestación expresa en contrario en el DNI <sup>(5,9-11)</sup>.



España y Estados Unidos registran tasas muy superiores a los países latinoamericanos

Fuente: tasas proporcionadas para la comparación; EE. UU.: HRSA/OPTN, 2024. Lista de espera del Perú: MINSA, 2025.

**Figura 1.** Tasas internacionales de donación de órganos.

La reglamentación de la Ley N.º 31756 amplió, además, la definición operativa de posible donante, incorporando a los pacientes con puntuación en la Escala de Coma de Glasgow  $\leq 7$  asociada a daño neurológico grave o catastrófico, lo que modificó los denominadores de los indicadores y amplió el universo de vigilancia <sup>(11,12)</sup>.

### Creación de la gerencia de procura y trasplante de Essalud

Antes de 2011, la actividad de procura y trasplante en EsSalud se desarrollaba sin una estructura orgánica especializada que la condujera de manera integral a nivel nacional. La creciente demanda de trasplantes y la necesidad de institucionalizar el proceso motivaron su creación.

Mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 184-PE-ESSALUD-2011, del 1 de marzo de 2011, se aprobó la creación de la Gerencia de Procura y Trasplante y su estructura orgánica, con dependencia jerárquica y funcional de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en calidad de órgano desconcentrado. Posteriormente, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 291-PE-ESSALUD-2011, del 14 de abril de 2011, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia. En el mismo año, la Directiva N.º 003-GG-ESSALUD-2011 estableció la Norma Técnica para los Procesos de Trasplante del Seguro Social de Salud <sup>(6,13)</sup>.

La creación de la Gerencia significó la institucionalización de la procura como función especializada dentro de EsSalud, dotándola de una estructura responsable de planificar, organizar, dirigir y evaluar los procesos de donación, procura y trasplante en los establecimientos de la institución a nivel nacional. La estructura orgánica fue posteriormente actualizada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 659-PE-ESSALUD-2015, que aprobó una nueva organización y la actualización del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia <sup>(14)</sup>.

### Evolución histórica

La evolución de la procura en EsSalud desde 2011 puede organizarse en cinco etapas sucesivas y parcialmente superpuestas; se presentan para facilitar la comprensión de la trayectoria institucional:

#### Etapas 1. Organización inicial

Tras la creación de la Gerencia, el esfuerzo institucional se concentró en establecer la estructura especializada, definir sus funciones, identificar los centros trasplantadores y coordinar los primeros operativos. Esta etapa sentó las bases normativas y organizativas del proceso.

#### Etapas 2. Desarrollo de unidades y coordinadores

Progresivamente se fueron contratando profesionales dependientes de la Gerencia de Procura y Trasplante, quienes fueron designados como coordinadores de procura y designados a algunos hospitales a nivel nacional, ampliando la capacidad de detección y desarrollando

actividades de capacitación del personal. La expansión de la capacidad instalada fue gradual y desigual entre establecimientos.

#### Etapas 3. Fortalecimiento operativo

Se avanzó en la estandarización de actividades, la articulación entre establecimientos, el desarrollo de mecanismos de comunicación, el seguimiento de operativos y la incorporación de indicadores. Esta etapa se vio afectada por la pandemia por COVID-19, que interrumpió seriamente la actividad asistencial y de procura.

#### Etapas 4. Gestión basada en información

La consolidación de registros, el monitoreo de posibles y potenciales donantes, la evaluación de la actividad por unidad y la identificación de causas de pérdida marcaron una orientación creciente hacia la toma de decisiones sustentada en datos. Tras la pandemia, el proceso mostró una recuperación progresiva en el número de posibles donantes, potenciales donantes y entrevistas familiares; sin embargo, dicha recuperación no se tradujo en un incremento sostenido de donantes efectivos: durante 2023, 2024 y 2025 se registraron 55, 53 y 55 donantes efectivos respectivamente, lo que evidenció que la recuperación de la actividad y la entrada en vigencia de la nueva ley no bastaban, por sí solas, para incrementar la disponibilidad de órganos <sup>(15)</sup>.

#### Etapas 5. Transformación hacia la gestión por procesos

Cada etapa presenta logros y limitaciones. Entre los logros transversales destacan la institucionalización de la función, la formación de coordinadores de procura y el desarrollo de indicadores. Entre las limitaciones persistentes figuran la variabilidad en la detección, la rotación de coordinadores, la heterogeneidad organizacional y la dependencia de la notificación espontánea, que solo recientemente comenzó a complementarse con la vigilancia activa; la Tabla 1, sintetiza los principales hitos de esta trayectoria.

La etapa más reciente se caracteriza por la construcción del mapa de procesos, la definición de la cadena de procura, la estandarización de actividades, la definición de responsables, el seguimiento por indicadores, la gestión de riesgos y la mejora continua. En este marco se inscriben tres desarrollos institucionales convergentes: la ampliación de la red de Unidades de Procura, la implementación del Centro de Operaciones de Procura en mayo de 2025 y la formulación de la estrategia Hospital Amigo de la Donación en el año 2026. Esta etapa constituye el núcleo de la transformación institucional que documenta la presente revisión <sup>(16,17)</sup>, ver Figura 2.

### Producción histórica del proceso de procura en Essalud

La Figura 3 muestra la evolución de la producción anual de los posibles y potenciales donantes, entrevista familiar, negativa familiar y donantes reales, donde ocurre una gran

Tabla 1. Principales hitos de la evolución de la procura de órganos y tejidos en EsSalud, 2011- 2026.

| Periodo / Año          | Hito institucional                                                                        | Instrumento normativo                    | Estado del dato                                    |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 2011                   | Creación de la Gerencia de Procura y Trasplante como órgano desconcentrado                | RPE N.º 184-PE-ESSALUD-2011 (01/03/2011) | Verificado                                         |
| 2011                   | Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia                      | RPE N.º 291-PE-ESSALUD-2011 (14/04/2011) | Verificado                                         |
| 2011                   | Norma Técnica para los Procesos de Trasplante                                             | Directiva N.º 003-GG-ESSALUD-2011        | Doc. institucional                                 |
| 2015                   | Nueva estructura orgánica y actualización del ROF de la Gerencia                          | RPE N.º 659-PE-ESSALUD-2015              | Doc. institucional                                 |
| Etapas 1 (2011--2014)  | Organización inicial: definición de funciones e identificación de centros trasplantadores | —                                        | [VALIDAR periodo]                                  |
| Etapas 2 (~2015–2019)  | Desarrollo de unidades y coordinadores hospitalarios; capacitación                        | —                                        | [VALIDAR fechas]                                   |
| Etapas 3–4 (2020–2024) | Fortalecimiento operativo y gestión basada en información; recuperación pos-COVID-19      | —                                        | Verificado (55/53/55 donantes efectivos 2023–2025) |
| 2025 (mayo)            | Ampliación de la red de Unidades de Procura de 11 a 25                                    | —                                        | Verificado                                         |
| 2025 (23 mayo)         | Implementación del Centro de Operaciones de Procura (COP)                                 | —                                        | Verificado                                         |
| 2025 (junio)           | Vigencia del Reglamento de la Ley N.º 31756 (consentimiento presunto)                     | DS N.º 009-2025-SA                       | Verificado                                         |
| 2026 (I semestre)      | Cadena de Procura como modelo de gestión por procesos                                     | Informe institucional 000116-SGP-GPYT    | Doc. institucional                                 |
| 2026 (julio)           | Formalización del COP como Unidad Funcional                                               | RGG N.º 001491-GG-ESSALUD-2026           | Doc. institucional                                 |
| 2026–2027              | Estrategia Hospital Amigo de la Donación (plan de implementación)                         | Plan institucional                       | Doc. institucional                                 |

RPE: Resolución de Presidencia Ejecutiva. RGG: Resolución de Gerencia General. ROF: Reglamento de Organización y Funciones. DS: Decreto Supremo. COVID-19: enfermedad por coronavirus 2019. Los periodos de las etapas tienen carácter orientador. Los datos de 2026 corresponden a información preliminar con fecha de corte al 30 de junio de 2026.

disminución en el año 2020 con motivo de las severas restricciones por la Pandemia COVID-19.

Organización actual de la procura en Essalud

La organización actual de la procura en EsSalud, se articula en varios niveles: La Gerencia de Procura y Trasplante, conduce el sistema institucional de donación, procura y trasplante. La Subgerencia de Procura conduce la cadena de procura, propone y evalúa indicadores y supervisa el Centro de Operaciones de Procura. Este último, conformado como Unidad Funcional, ejerce la coordinación nacional de manera continua.

La red operativa está constituida por veinticinco Unidades de Procura distribuidas a nivel nacional, de las cuales once cuentan con personal propio de la Gerencia y catorce fueron incorporadas como unidades funcionales en establecimientos estratégicos. Los coordinadores hospitalarios de procura, los servicios de emergencia, las unidades de cuidados intensivos, los servicios de neurología y neurocirugía, los equipos de ablación y trasplante, los laboratorios de patología clínica e histocompatibilidad, la anatomía patológica, el diagnóstico por imágenes, la logística, el transporte y las comunicaciones completan el conjunto de componentes que intervienen en el proceso.

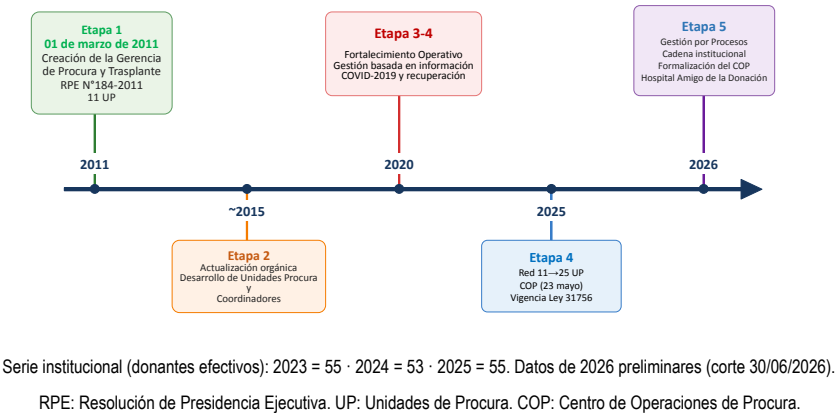
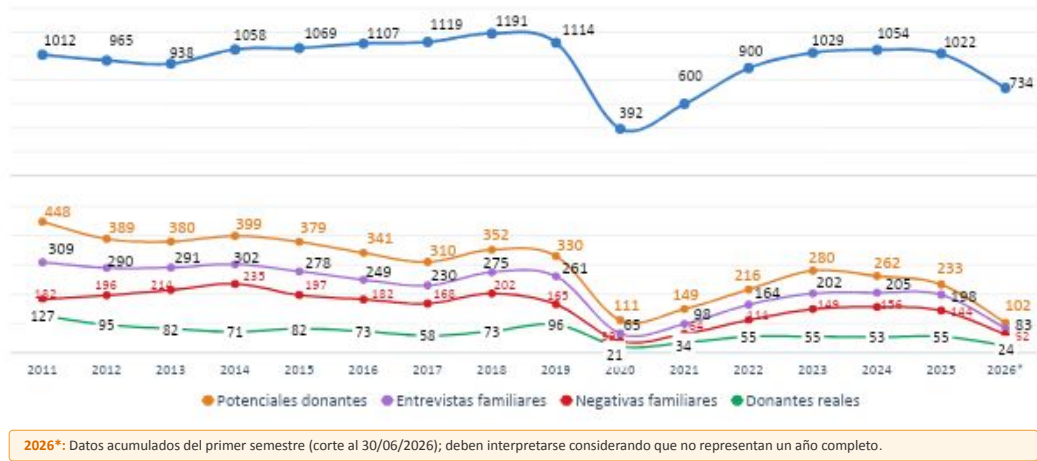


Figura 2. Evolución institucional de la procura de órganos y tejidos en EsSalud, 2011-2026.



Fuente: serie histórica de la Gerencia de Procura y Trasplante (2011–2025); SIPROT 2026 cifras preliminares.

Figura 3. Producción histórica del proceso de procura en EsSalud, 2011–2026.

El flujo institucional comprende la notificación de casos, su evaluación, la activación de operativos, la comunicación entre establecimientos, la supervisión, la asistencia técnica y la retroalimentación. La Tabla 2 resume la organización, las funciones y las responsabilidades de los componentes del sistema. La Figura 4 muestra las unidades de procura a nivel nacional.

Gestión por procesos aplicada a la procura

La transición desde una gestión funcional, organizada por áreas y responsabilidades aisladas, hacia una gestión por procesos, orientada al valor generado para el usuario final, constituye el eje conceptual de la transformación reciente. La gestión por procesos convierte una serie de actividades clínicas, administrativas y logísticas complejas

Tabla 2. Organización, funciones y responsabilidades de los componentes del sistema de procura de EsSalud.

| Componente                                                       | Nivel                        | Función principal                                                                               |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gerencia de Procura y Trasplante                                 | Nacional / conducción        | Planifica, organiza, dirige y evalúa el sistema institucional de donación, procura y trasplante |
| Subgerencia de Procura                                           | Nacional / operativo         | Conduce la cadena de procura, propone y evalúa indicadores y supervisa el COP                   |
| Centro de Operaciones de Procura (COP)                           | Nacional / coordinación 24/7 | Vigilancia activa mediante ESSI y SIPROT, recepción de alertas y coordinación de operativos     |
| Unidades de Procura (25)                                         | Local / ejecución            | Detección, evaluación, seguimiento y ejecución operativa de los procesos de donación            |
| Coordinador hospitalario de procura                              | Hospitalario                 | Detección temprana y notificación oportuna en áreas críticas                                    |
| Servicios de Emergencia y UCI                                    | Hospitalario / proveedor     | Identificación y notificación del posible donante                                               |
| Neurología y Neurocirugía                                        | Hospitalario                 | Diagnóstico y certificación de la muerte encefálica                                             |
| Equipos de ablación y trasplante                                 | Hospitalario / especializado | Procura quirúrgica, preservación e implante                                                     |
| Laboratorio, histocompatibilidad, anatomía patológica e imágenes | Soporte                      | Evaluación de viabilidad, compatibilidad y seguridad                                            |
| Logística, transporte y comunicaciones                           | Soporte                      | Traslado oportuno, articulación y trazabilidad del proceso                                      |

COP: Centro de Operaciones de Procura. ESSI: EsSalud Servicio de Salud Inteligente. SIPROT: Sistema Informático de Procura y Trasplante de Órganos y Tejidos. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

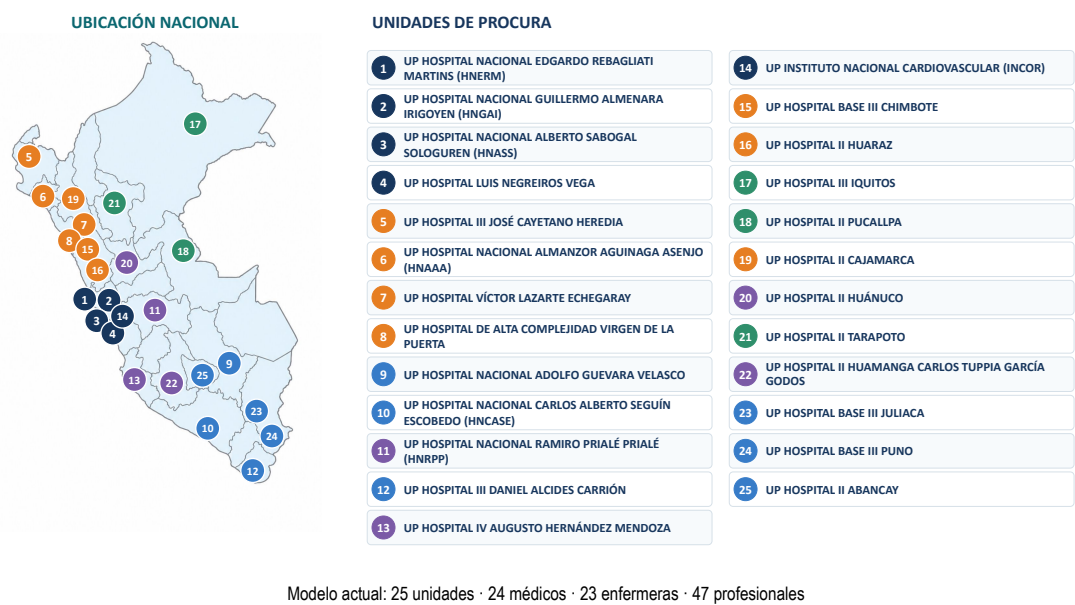


Figura 4. 25 Unidades de Procura con cobertura nacional en EsSalud.

en una cadena organizada de oportunidades para la donación.

Los procesos de soporte -gobierno clínico, gestión de la calidad, capacitación permanente, sistemas de información, gestión logística y transporte, bioseguridad y comunicación institucional- fortalecen simultáneamente todos los eslabones.

**Modelo a desarrollar: cadena de procura de órganos y tejidos**

La cadena de procura, concebida como modelo institucional de gestión por procesos, organiza el recorrido desde la identificación del posible donante hasta el destino final de los órganos y tejidos en cinco eslabones. En la Tabla 3 se muestran las definiciones operativas de la cadena de procura y su correspondencia normativa

Tabla 3. Definiciones operativas de la cadena de procura y su correspondencia normativa e internacional.

| Categoría                            | Definición institucional (EsSalud)                                                                          | Definición normativa peruana (DS 009-2025-SA / NTS 176)                                 | Referencia internacional                  | Aplicación en los indicadores de EsSalud                                        |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Posible donante                      | Paciente neuro crítico con lesión catastrófica bajo vigilancia por su posible evolución a muerte encefálica | Escala de Coma de Glasgow ≤ 7 con daño neurológico grave/ catastrófico y mal pronóstico | Possible donor (marco OMS/ONT)            | Denominador de detección (734)                                                  |
| Posible donante sin contraindicación | Posible donante sin contraindicaciones absolutas identificadas inicialmente                                 | [VALIDAR si la norma define esta subcategoría]                                          | Pool de donantes depurado                 | Base de cálculo de tasas (510)                                                  |
| Potencial donante                    | Persona con muerte encefálica certificada y ≥ 1 órgano potencialmente apto                                  | Certificado en muerte encefálica con ≥ 1 órgano trasplantable                           | Potential donor (muerte encefálica / DBD) | Numerador de conversión (102)                                                   |
| Entrevista familiar                  | Proceso planificado de comunicación y abordaje de la donación con la familia                                | Consentimiento familiar / verificación de la voluntad (DNI)                             | Family approach / consentimiento          | Cobertura de entrevista (83)                                                    |
| Donante real                         | Aquel del cual se obtiene ≥ 1 órgano o tejido con finalidad de trasplante                                   | Donación efectiva: se extrae ≥ 1 órgano                                                 | Actual donor                              | Tasa Neta de Donantes Reales = donantes reales / potenciales (24/102 = 23,5 %)  |
| Donante efectivo o utilizado         | Aquel en que ≥ 1 órgano procurado es implantado exitosamente en un receptor                                 | Donación con implante exitoso                                                           | Utilized donor                            | Tasa de Donante Efectivo (indicador propuesto en Hospital Amigo; aún no medido) |

DS: Decreto Supremo. NTS: Norma Técnica de Salud. OMS: Organización Mundial de la Salud. ONT: Organización Nacional de Trasplantes (España). DBD: donación tras muerte encefálica (donation after brain death). DNI: Documento Nacional de Identidad. Cifras entre paréntesis: primer semestre de 2026, con fecha de corte al 30 de junio de 2026, sujetas a validación.



Figura 5. Cadena Institucional de Procura de órganos y tejidos.

e internacional. La Figura 5 representa esta cadena y su embudo de conversión, ver Figura 6 <sup>(17)</sup>.

#### **Eslabón 1. Identificación, detección y notificación del posible donante**

Su objetivo es detectar de forma temprana y sistemática a los pacientes con criterios de posible donación para evitar la pérdida de oportunidades. Los proveedores del proceso son los servicios de emergencia, las unidades de cuidados intensivos, las salas de recuperación anestésica y los servicios donde se atienden pacientes con lesión neurológica devastadora. El producto es un posible donante notificado oportunamente.

#### **Eslabón 2. Diagnóstico de muerte encefálica y mantenimiento del potencial donante**

Su objetivo es garantizar un diagnóstico oportuno y preservar la viabilidad de los órganos. Comprende el diagnóstico clínico, los estudios auxiliares, el mantenimiento hemodinámico, la corrección metabólica y la evaluación de órganos. El producto es un potencial donante.

#### **Eslabón 3. Acompañamiento y entrevista familiar**

Su objetivo es brindar apoyo integral a la familia y facilitar una decisión informada. Comprende la

comunicación del diagnóstico, la contención emocional, la entrevista familiar y la gestión documental. Su producto es el acta de autorización para la donación cuando corresponde, o la información a la familia sobre el proceso de donación.

#### **Eslabón 4. Proceso de donación**

Su objetivo es coordinar todas las actividades necesarias para la obtención segura de órganos y tejidos, incluyendo la activación de equipos, la asignación de receptores, la logística, el transporte, la ablación, la preservación y la distribución. Su producto son los órganos y tejidos obtenidos, preservados y asignados.

#### **Eslabón 5. Destino final del donante cadavérico**

Dependiente del tipo de muerte, se realizará la entrega del cadáver a los familiares o a la morgue para la necropsia de ley correspondiente. Su producto es el cadáver entregado a la familia o a la morgue y el cierre integral del proceso con trazabilidad.

Cada eslabón cuenta con indicadores de estructura, proceso y resultado, alineados con la Norma Técnica de Salud N.º 176-MINSA/2021/DIGDOT <sup>(12)</sup>, y con procesos estratégicos y de soporte que atraviesan toda la cadena.



Figura 6. Embudo de conversión institucional — I semestre 2026 (corte 30/06/2026).



ESSI: EsSalud Servicio de Salud Inteligente. SIPROT: Sistema Informático de Procura y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Figura 7. Modelo conceptual integrado para fortalecer la procura de órgano y tejido en EsSalud.

### Indicadores y resultados institucionales

Los indicadores del primer semestre al 30 de junio de 2026 y obtenidos del Sistema Informático de Procura y Trasplante de Órganos y Tejidos (SIPROT), se presentan como evolución institucional <sup>(15)</sup>, ver Figura 6.

### Centro de operaciones procura

El Centro de Operaciones de Procura (COP) constituye el mecanismo de coordinación centralizada de la detección y gestión de donantes a nivel nacional. Implementado el 23 de mayo de 2025 y formalizado como Unidad Funcional mediante Resolución de Gerencia General N.º 001491-GG-ESSALUD-2026 el 06 de julio del 2026, opera de manera continua las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana <sup>(16)</sup>.

El COP transformó un modelo predominantemente reactivo, dependiente de la notificación espontánea, en un sistema de vigilancia activa y permanente de pacientes neuro críticos, mediante la utilización integrada de los sistemas institucionales de información: el Servicio de Salud Inteligente (ESSI) y el Sistema Informático de Procura y Trasplante.

Sus funciones pueden clasificarse en estratégicas, operativas, de soporte, de información y de monitoreo y mejora continua. Comprenden la recepción de alertas, el registro centralizado, la evaluación inicial, la asesoría técnica, el seguimiento de posibles donantes, el apoyo para el diagnóstico de muerte encefálica, la coordinación de pruebas auxiliares y logística, la articulación con los equipos de ablación, el monitoreo de operativos, la trazabilidad, el registro de incidencias y el seguimiento de indicadores.

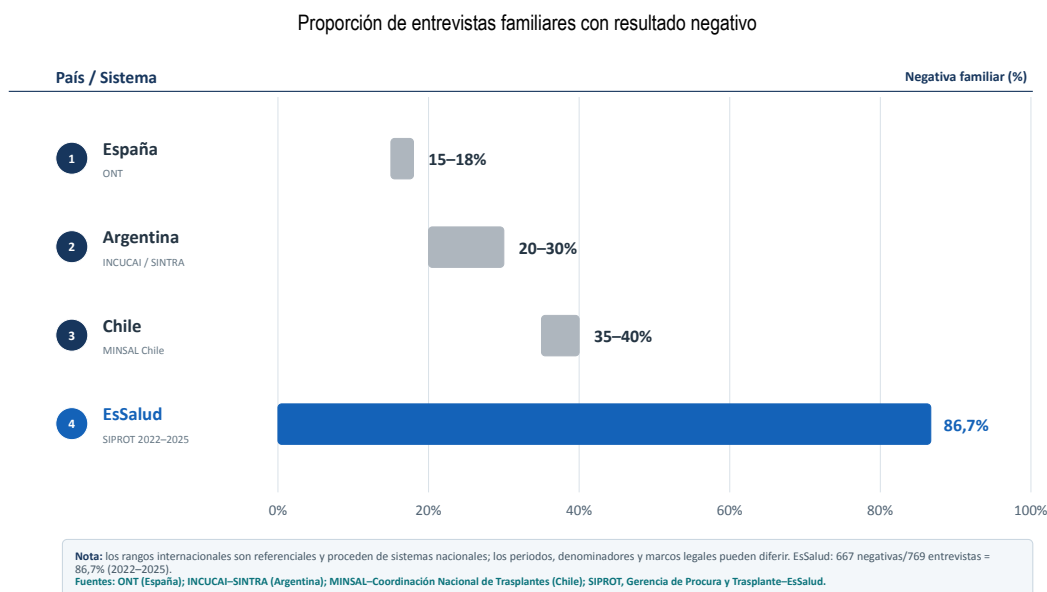
### Hospital amigo de la donación

La estrategia Hospital Amigo de la Donación se plantea como un modelo institucional para fortalecer la cultura y la capacidad hospitalaria para la donación, formulado para el periodo 2026-2027. La estrategia propone un esquema de reconocimiento institucional con niveles de desarrollo progresivo -Hospital Amigo, Hospital Comprometido y Hospital Donante de Excelencia-, sustentados en el grado de cumplimiento del indicador de donante efectivo y en la implementación de los procesos previstos. La Figura 7 integra conceptualmente la gestión por procesos, el Centro de Operaciones de Procura y el Hospital Amigo de la Donación <sup>(17)</sup>.

### Comparación con modelos internacionales

La negativa familiar registrado en EsSalud, superior al 80% en el periodo reciente, contrasta con la de sistemas de referencia como España 15-18% y Argentina 20-30%. Los modelos de Argentina, Uruguay, Brasil, Chile y Colombia aportan referencias regionales adicionales en materia de coordinación nacional, sistemas de información y cultura hospitalaria <sup>(4)</sup>, ver Figura 8.

La lección más consistente de la comparación es que ningún componente aislado explica el desempeño de los sistemas exitosos: la detección activa, la coordinación, la auditoría de muertes, la capacitación, los centros de operaciones, los indicadores y la cultura hospitalaria operan de manera articulada. Esta constatación respalda el enfoque integrado que EsSalud ha comenzado a adoptar, a la vez que advierte contra la expectativa de que un modelo extranjero pueda reproducirse directamente en el contexto peruano <sup>(7)</sup>.



**Figura 8.** Negativa familiar a la donación de órganos.

El modelo español ofrece el modelo y comparte con la orientación reciente de la GPYT- EsSalud el énfasis en la coordinación hospitalaria, la detección activa y la garantía de calidad; sin embargo, se distingue por la consolidación de coordinadores hospitalarios con dependencia de la dirección del establecimiento, una auditoría sistemática de la muerte encefálica plenamente institucionalizada, y décadas de desarrollo sostenido <sup>(7,8)</sup>.

### Logros de la evolución institucional

La evolución institucional descrita permite reconocer un conjunto de logros iniciales. Se creó una estructura especializada y se desarrollaron las Unidades de Procura, ampliándose la red de once a veinticinco unidades. Se formaron coordinadores y se desarrollaron actividades de capacitación y asistencia técnica. Se implementó la cadena de procura como modelo de gestión por procesos, se creó el Centro de Operaciones de Procura y se formuló la estrategia Hospital Amigo de la Donación. Se desarrollaron indicadores y se fortaleció el seguimiento de casos, y se incorporó el reconocimiento a equipos y familias donantes.

### Brechas y desafíos

Persisten brechas y desafíos que condicionan la sostenibilidad del modelo. En el plano de la detección y la conversión, persiste la subnotificación, la variabilidad entre establecimientos, las demoras en el diagnóstico de muerte encefálica, la disponibilidad limitada de pruebas auxiliares y las dificultades de mantenimiento del donante. En el plano del recurso humano, destacan la escasez de personal dedicado especializado y entrenado, la mayoría de las nuevas unidades operan con dedicación parcial y las brechas de capacitación.

En el rubro de la información y la logística, existe fragmentación de los registros, la calidad heterogénea de los datos, la ausencia de indicadores uniformes y las limitaciones de transporte y de disponibilidad de equipos de ablación. En el plano social y cultural, la negativa familiar, sustentada en buena parte en la preservación de la integridad corporal y en mitos sobre la donación, constituye la principal barrera. Finalmente, en el plano institucional, la débil institucionalización en algunos hospitales, las limitaciones presupuestarias y la necesidad de un compromiso directivo sostenido son condiciones críticas para la continuidad del modelo.

### Discusión y conclusiones

A pesar de que se cuenta con la Ley N.º 31756, que promueve la donación de órganos y tejidos humanos para trasplante con fines terapéuticos, los facilitadores: política de salud, soporte político, legislación, madurez institucional y confianza pública; se comportan en el Perú de manera disociada: el eje normativo ha madurado, mientras los ejes que traducen la norma en resultados (soporte presupuestal, capacidad institucional efectiva, confianza social) permanecen rezagados. Esta disociación es la clave para interpretar por qué después de 40 años de avances legales no incrementado la tasa de donación.

El Perú ha construido un marco legal maduro sobre una base operativa frágil. La realidad muestra que ninguno de los problemas centrales: baja tasa de donación, listas de espera en crecimiento sin oferta, inequidad territorial y entre los subsectores. Además, se suman, la falta de infraestructura, y una procura hospitalaria no especializada y una gobernanza sin capacidad vinculante.

La trayectoria de EsSalud desde 2011 ilustra un tránsito desde la institucionalización inicial de la procura hacia el 2026, con un nuevo modelo de gestión por procesos, coherente con la evidencia internacional sobre los factores asociados al desempeño de los sistemas de donación. La creación de una estructura especializada, el desarrollo de coordinadores hospitalarios y la incorporación de la vigilancia activa mediante el Centro de Operaciones de Procura reproducen, en lo esencial, principios que han demostrado utilidad en los sistemas de referencia.

El presente análisis identifica los puntos críticos del proceso: la caída más pronunciada se produce entre la detección y la certificación de la muerte encefálica, y entre la entrevista familiar y la donación efectiva, esta última determinada por la elevada negativa familiar. Eso permite establecer intervenciones: el fortalecimiento del diagnóstico de muerte encefálica y del mantenimiento del donante, por un lado, y la mejora de la comunicación y el por otro lado el acompañamiento familiar.

El potencial del "Centro de Operaciones de Procura" y de la "Estrategia Hospital Amigo de la Donación", radica en su capacidad para articular la detección, la coordinación y la cultura hospitalaria en un modelo integrado.

La experiencia de EsSalud mostrada en el presente documento, constituye un caso valioso de transformación institucional de la procura, coherente con la evidencia internacional. Por otro, la consolidación de esta experiencia exige un esfuerzo sostenido de producción de evidencia científica institucional y de evaluación continua, que permita distinguir los impactos demostrados de los resultados esperados y sustentar las decisiones de política sanitaria en información verificable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zambeli-Ljepović A, Tungsanga S, Ghimire A, Bello AK, Okpechi IG, Siyoum MT, *et al.* The potential of kidney transplantation to reduce mortality from chronic kidney disease: a global, cross-sectional, modelling study. *Lancet Glob Health*. 2025;13(10):e1691-e1700. doi: 10.1016/S2214-109X(25)00222-0.
2. Martin F, Carmona M, Mahillo B, Alvarez M, Luengo A, Chatziros E, *et al.* Organ donation and transplantation worldwide: the GODT 2024 report. *Transplantation*. 2026;110(3):e655-e669. doi: 10.1097/TP.0000000000005657.
3. The Lancet. Organ donation: lessons from the Spanish model. *Lancet*. 2024;404(10459):1171. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02128-7.
4. Seguro Social de Salud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 1126-PE-ESSALUD-2026 [Internet]. Lima: EsSalud; 2026 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/normas-legales/8573016-1126-pe-essalud-2026>
5. Seguro Social de Salud. Informe N.º 000121-SGP-GPYT-ESSALUD-2026. Lima: EsSalud; 2026.
6. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N.º 009-2025-SA [Internet]. Lima: Minsa; 2025 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6869110-009-2025-sa>
7. Cosavalente Vidarte O. Análisis situacional de la estrategia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, incluyendo la gestión de listas de espera y de asignación en el Perú. Washington: OPS; 2025.
8. Neciosup Santa Cruz VH. Donación de órganos y tejidos en el Perú - Informe de Investigación N.º 12, Legislatura 2018-2019 [Internet]. Lima: Congreso de la República del Perú; 2018 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.docsiy.com/es/docs/donacion-de-organos-y-tejidos-en-peru/5756516/>
9. Streit S, Johnston-Webber C, Mah J, Prionas A, Wharton G, Casanova D, *et al.* Ten lessons from the Spanish model of organ donation and transplantation. *Transpl Int*. 2023; 36:11009. doi: 10.3389/ti.2023.11009.
10. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. How Spain Reached 40 Deceased Organ Donors per Million Population. *Am J Transplant*. 2017;17(6):1447-1454. doi: 10.1111/ajt.14104.
11. Congreso de la República. Ley N.º 28189 [Internet]. Lima: Congreso de la República; 2004 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/3681367-28189>
12. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N.º 014-2005-SA [Internet]. Lima: Minsa; 2005 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/252436-014-2005-sa>
13. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 783-2021-MINSA [Internet]. Lima: Minsa; 2021 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1983791-783-2021-minsa>
14. Seguro Social de Salud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 532-PE-ESSALUD-2011 [Internet]. Lima: EsSalud; 2011. Disponible en: [https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/ROF\\_OCPD\\_2011\\_julio.pdf](https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/ROF_OCPD_2011_julio.pdf)
15. Seguro Social de Salud. Resolución de Gerencia General N.º 001491-GG-ESSALUD-2026 [Internet]. Lima: EsSalud; 2026 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/normas-legales/8338230-1491-gg-essalud-2026>
16. Seguro Social de Salud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 656-PE-ESSALUD-2011 [Internet]. Lima: EsSalud; 2011. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/resol\\_656\\_rof\\_dic\\_2014.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/resol_656_rof_dic_2014.pdf)
17. Seguro Social de Salud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 659-PE-ESSALUD-2015 [Internet]. Lima: EsSalud; 2015 [citado el 13 de febrero del 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/normas-legales/4625035-659-2015-pe-essalud>