



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**MECANISMOS DE CONTROL Y EL ACCESO DE TRABAJADORES DEL HOGAR
AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN ESSALUD**

Línea de investigación:

Gobernabilidad, Derechos Humanos e inclusión social

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión Pública

Autor

Mariños Quispe, Maria Elena

Asesor

Cáceres López, Roslem

Código ORCID: 0000-0001-8619-3306

Jurado

Salazar Vargas, Lucy María

Gonzales Loli, Martha Roció

Vigil Farías, José

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A_MARIÑOS QUISPE MARIA ELENA_Maestria-2021-docx.docx
Fecha del Análisis:	29/11/2021
Analizado por:	Astete Llerena, Johnny Tomas
Correo del analista:	jastete@unfv.edu.pe
Porcentaje:	11 %
Título:	“MECANISMOS DE CONTROL Y EL ACCESO DE TRABAJADORES DEL HOGAR AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN ESSALUD”
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/114899285-662798-296532#BcExDoAgEATAv1y9MbfAweFXjIUhaiikoTT+3ZIXninrpiDBAEYwgQZmsIAOVgRFRIltkNnv0a/ejtFOWXXRWrJn0oN7sljs+wE=



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

MECANISMOS DE CONTROL Y EL ACCESO DE TRABAJADORES DEL
HOGAR AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN ESSALUD

Línea de investigación:

Gobernabilidad, Derechos Humanos e inclusión social

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión Pública

Autor:

Mariños Quispe, Maria Elena

Asesor:

Cáceres López, Roslem

(ORCID: 0000-0001-8619-3306)

Jurado

Salazar Vargas, Lucy María

Gonzales Loli, Martha Roció

Vigil Farías, José

Lima-Perú

2023

Dedicatoria

A mi abuela, que fue el motor que impulso la persistencia y el deseo de superación, y a mi madre para que sintiera que su esfuerzo no fue en vano.

Agradecimiento

A mis compañeros de trabajo del CNSR- OSC, que me brindaron el apoyo incondicional para llevar a cabo la presente investigación.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Descripción del problema	10
1.3 Formulación del problema.....	13
1.4 Antecedentes.....	14
1.4.1 Antecedentes internacionales	14
1.4.2 Antecedentes nacionales.....	15
1.5 Justificación	19
1.6 Limitaciones	21
1.7 Objetivos.....	21
1.7.1 Objetivo general	21
1.7.2 Objetivo específico	21
1.8 Hipótesis	22
1.8.1 Hipótesis general	22

1.8.2	Hipótesis Especifica	22
II.	MARCO TEÓRICO	23
2.1	Control.....	23
2.1.1	Origen de la palabra control.....	23
2.1.2	Principios básicos del control.....	24
2.1.3	Aplicación del control en el sistema administrativo	25
2.2	Hemodiálisis.....	27
2.3	Marco conceptual	28
2.3.1	Organización Internacional del Trabajo –OIT	28
2.3.2	Seguro Social de Salud – EsSalud.....	31
2.3.3	Trabajador del hogar	34
2.3.4	Enfermedad Renal	38
III.	MÉTODO	40
3.1	Tipo de investigación Población	40
3.2	Población y muestra	40
3.2.1	Población.....	40
3.2.2	Muestra.....	40
3.3	Operacionalización de variables.....	41
3.4	Instrumentos	41
3.5	Procedimientos	43
3.6	Análisis de datos.....	44

3.7	Consideraciones éticas.....	45
IV.	RESULTADOS.....	46
4.1	Selección y validación de los instrumentos.....	46
4.1.1	Validez.....	46
4.1.2	Confiabilidad del instrumento.....	47
4.2	Tratamiento estadístico e interpretación de datos.....	50
4.3	Prueba de contrastación de hipótesis.....	60
4.3.1	Prueba de hipótesis general.....	62
4.3.2	Pruebas hipótesis específicas.....	64
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
VI.	CONCLUSIONES.....	72
VII.	RECOMENDACIONES.....	73
VIII.	REFERENCIAS.....	75
IX.	ANEXOS.....	79
	Consentimiento Informado.....	79
	Cuestionario de Preguntas.....	80
	Matriz de Consistencia.....	82

Índice de tablas

Tabla 1 - Número de asegurados según tipo de seguros	34
Tabla 2 - Calificación por juicio de expertos	46
Tabla 3 - Índice de validez en contenido.....	47
Tabla 4 - Interpretación del coeficiente de KR 20	48
Tabla 5 - Estadísticos de fiabilidad del primer instrumento.....	48
Tabla 6 - Estadísticos de fiabilidad del segundo instrumento	49
Tabla 7 - Coeficiente de correlación Rho de Spearman.....	62

Indice de figuras

Figura 1 - Resultados de pregunta de encuesta 1	50
Figura 2 - Resultados de pregunta de encuesta 2	51
Figura 3 - Resultados de pregunta de encuesta 3	52
Figura 4 - Resultados de pregunta de encuesta 4	53
Figura 5 - Resultados de pregunta de encuesta 5	54
Figura 6 - Resultados de pregunta de encuesta 6	55
Figura 7 - Resultados de pregunta de encuesta 7	56
Figura 8 - Resultados de pregunta encuesta 8	57
Figura 9 - Resultados de pregunta encuesta 9	58
Figura 10 - Resultados de pregunta encuesta 10	59

Resumen

Esta investigación busca dar a conocer las falencias en los mecanismos de control en EsSalud, pacientes que se acogen a la figura de trabajador del hogar el cual les permita acceder a los servicios de salud, en especial al tratamiento de hemodiálisis para pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica en estadio V, procedimiento muy costoso y de por vida. Esta disparidad estaría ocasionando la sobrecarga en la atención de pacientes; y permitiendo que otras instituciones no cumplan con su función de velar por la salud; incumpliendo uno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud. **El objetivo:** conocer si son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar, y lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud. **Método:** para esta investigación la metodología utilizada fue de investigación correlacional y no experimental por cuanto se buscó la asociación de dos variables de estudio. **Resultados:** el 100% de encuestados considera que es necesario un control oportuno para identificar a pacientes que acrediten como trabajador del hogar, el 90% considera que se debe sancionar a las personas que se acogen a la figura de trabajador del hogar, el 65% considera que la Ley N° 31047, Ley del trabajador del hogar, es una puerta abierta para afiliarse con facilidad. **Conclusiones:** El 55% de los encuestados considera que no son idóneos lo mecanismo de control, en cuanto a las hipótesis específicas concluye que la ausencia de fiscalización, la falta de filtros y el control oportuno influyen negativamente en el control.

Palabras claves: mecanismos de control, hemodiálisis, Essalud, trabajador del hogar

Abstract

This research seeks to publicize the shortcomings in the control mechanisms in EsSalud, patients who take advantage of the figure of domestic worker which allows them to access health services, especially hemodialysis treatment for patients suffering from insufficiency. chronic kidney disease in stage V, a very expensive and lifelong procedure. This disparity would be causing the overload in patient care; and allowing other institutions not to fulfill their role of ensuring health; breaching one of the precepts established in the General Health Law. **The objective:** to know if the control mechanisms are suitable for access to insured status as a domestic worker, and to achieve hemodialysis treatment at EsSalud. **Method:** for this research, the methodology used was correlational research and not experimental, since the association of two study variables was sought. **Results:** 100% of the respondents consider that an opportune control is necessary to identify patients who accredit as a domestic worker, 90% consider that people who use the figure of domestic worker should be sanctioned, 65% considers that Law No. 31047, the Domestic Worker Law, is an open door to join easily. **Conclusions:** 55% of those surveyed consider that the control mechanism is not suitable, regarding the specific hypotheses, it concludes that the absence of control, the lack of filters and timely control negatively influence control.

Keywords: control mechanisms, hemodialysis, EsSalud, domestic worker.

I. INTRODUCCIÓN

En la presente tesis se aborda el acceso de pacientes en condición de trabajadores del hogar al tratamiento de hemodiálisis, bajo los mecanismos de control previstos por EsSalud, considerando que la Organización Mundial de la Salud ha considerado la Enfermedad Renal Crónica como una enfermedad que va en aumento en todo el mundo, que en su estadio V requiere de tratamiento que implica: trasplante de órgano (riñón) y/o terapia de sustitución renal, es decir diálisis renal (hemodiálisis y/o diálisis peritoneal) terapias que permitirán seguir manteniendo la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Las causas, consecuencias y los costos de las insuficiencias renales tienen implicancias en las Políticas de Salud Públicas en todos los países; nuestro país no escapa de esta realidad con una población que no tiene fácil acceso a los servicios de salud y la poca inversión en infraestructuras modernas, así como una cartera de servicios con escasas especialidades accesible a las oportunidades de esperanza de vida la población, situación que se manifiesta en los hospitales nacionales, en especial los hospitales bajo la rectoría del Minsa.

Considerando que la población económicamente activa en nuestro país¹ es de 17' 830, 481 de los cuales solo 10' 467,514 son asegurados regulares (titular y derecho habiente) es decir cuenta con un seguro en EsSalud, lo cual le permiten acceder a todos los servicios que brinda; el resto de nuestra población en muchos casos no cuentan con un seguro y los que sí cuentan están afiliados al Seguro Integral de Salud – SIS, lo cual les permite tener acceso a los servicios de salud en postas médicas, hospitales; los cuales se encuentran bajo la rectoría del Minsa, donde es conocido que es casi nula el desarrollo de trasplantes de órganos, en especial el renal. En cuanto al tratamiento de hemodiálisis, para el presente año 2020 se empezó con la

¹ INEI – Instituto Nacional de Estadística e Informática – Población económicamente activa 2019 <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economically-active-population/>

contratación de centros de hemodiálisis a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), tratando de imitar el modelo impuesto por EsSalud, pero que en la práctica no cubre las expectativas de quienes asisten a dicho servicio.

Esta situación de desigualdad obliga a pacientes que padece de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) a buscar la oportunidad de tratamiento que le permita acceder a trasplante de órgano y acceder a un servicio más completo que los ayude a paliar o atenuar el tratamiento a lo largo de su vida, en este contexto con el fin de acceder a los servicios de salud en EsSalud, muchos pacientes recurren a la figura de asegurado como Trabajador del Hogar y de esta manera estar inmersos en las atenciones médicas y tratamiento que requieren.

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Internacional del Trabajo –OIT es el organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas –ONU, que tiene como objetivo la promoción de la justicia social y el reconocimiento de las normas fundamentales del trabajo, esta señala que:

Los sistemas de seguridad social se han constituido en un elemento central de la protección social: se trata de sistemas integrales que proporcionan garantía de ingresos económicos ante contingencias y garantía de acceso a la atención de la salud, cuya necesidad fue reconocida internacionalmente de forma tripartita consensuada en 1952 a través del Convenio 102 de la OIT sobre normas mínimas de seguridad social. (Bastidas, 2012, p. 16)

Así mismo es necesario señalar que existen diferencias de seguridad social en la región como lo refiere la cita del artículo:

Que cada país en sus normas constitucionales que son de creación del siglo XX tiene la libre disposición de adoptar y elegir el esquema ideal de la Seguridad Social más apropiado y conforme a la idiosincrasia de su pueblo, así como también atendiendo a las circunstancias

culturales, históricas, tradicionales, políticas, económicas, entre otras. Es por esto, que no existe ningún país que tenga una estructuración de la Seguridad Social totalmente idéntica al de otro, y aun así que existiera, por las características propias de cada país. (Rodríguez & Ramos, 2010, p. 98)

Que cada país en sus normas constitucionales que son de creación del siglo XX tiene la libre disposición de adoptar y elegir el esquema ideal de la Seguridad Social más apropiado y conforme a la idiosincrasia de su pueblo, así como también atendiendo a las circunstancias culturales, históricas, tradicionales, políticas, económicas, entre otras. Es por esto, que no existe ningún país que tenga una estructuración de la Seguridad Social totalmente idéntica al de otro, y aun así que existiera, por las características propias de cada país. (Rodríguez & Ramos, 2010, p. 98).

Así tenemos que para el caso de Chile el sistema de salud según el autor que hace referencia el mismo que señala que:

En lo relativo a seguros, se organiza en dos modalidades obligatorias: uno público y otro privado, debiendo las personas optar por uno de los dos. La oferta de servicios de atención en salud también presenta una red pública de atención y una amplia oferta de servicios privados cuyo costo (copago) para los usuarios varía en función del tipo de seguro de que dispone y del tipo de servicio al cual se accede. El seguro público FONASA (Fondo Nacional de Salud) es responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos para la atención sanitaria de sus usuarios.

Existen dos modalidades: el servicio público de atención a la salud (modalidad institucional) o la modalidad de libre elección, que permite al usuario elegir entre proveedores públicos o privados, sobre la base de aranceles previamente establecidos. Este sistema se financia por la cotización obligatoria (7% del salario), más el copago

del usuario por atención (montos variables) y recursos provenientes del Estado. El seguro posee un carácter solidario, por lo cual la población sin recursos económicos puede recibir atención médica, pero sólo en la modalidad institucional (servicio público). El seguro privado o Isapre (Instituciones de Salud Previsional) es gestionado por compañías de seguros con fines de lucro, responsables de otorgar directa o indirectamente la atención médica. Esta modalidad se financia con el aporte del trabajador, que no puede ser inferior a 7% de su remuneración, pero cuyo costo mensual varía de acuerdo con el programa de aseguramiento que el usuario contrata, siendo además un seguro individual que no aporta al fondo solidario de salud. (Vera & Budowski, 2017, p. 111).

Otro modelo por señalar es el de Costa Rica, cuyo sistema de salud, lo refiere el autor se organiza:

Mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad, que cubre las prestaciones de atención integral, otorgando cobertura al asegurado y su grupo familiar. El seguro opera como un fondo solidario, financiado con cotizaciones tripartitas aportadas por el empleador (9.25%), el trabajador (5.50%) y el Estado (0.25%), del total del salario. Las personas que no cuentan con seguro de salud, como los menores de 18 años, las embarazadas no aseguradas, los pensionados del sistema no contributivo y los indigentes están cubiertos con cargo al Estado. La oferta de atención sanitaria es brindada principalmente por el sistema público a través de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y las cooperativas y universidades privadas en convenio con el CCSS. La oferta de servicios privados de salud muestra un reciente desarrollo, al ofrecer atención ambulatoria y especialidades médicas con fines lucrativos, financiados fundamentalmente con pagos directos de los usuarios o mediante un sistema de primas

a través de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros (INS) es responsable de las coberturas de riesgos laborales y de tránsito, brindando servicios de atención hospitalaria y rehabilitación traumatológica para los trabajadores del sector público y privado. (Vera & Budowski, 2017, p. 112).

Como se puede apreciar los sistemas de seguros de la región difieren de acuerdo con su realidad y el contexto social. El Estado Peruano a través de la Constitución Política del Perú (1993) indica que: “El estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la Ley y para la elevación de su calidad de vida”. (p. 21).

En este ámbito la seguridad social en nuestro país ha sido enfocado desde el régimen contributivo, dirigido a dar cobertura a una población asegurada, y sus derechos habientes, y que tengan una relación de dependencia laboral para el otorgamiento de sus beneficios, de acuerdo con las modalidades y condiciones de trabajo. Por otro lado, la Constitución (1993) en su Art 7° señala que “todos tienen derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y de la de la comunidad, así como al deber de contribuir a su promoción y defensa”; (pág. 20).

El Estado Peruano para poder cumplir con este objetivo, cuenta con el Ministerio de Salud, entidad estatal encargada de conducir los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con los sectores públicos y los actores sociales, la misma que es plasmada en las políticas públicas de salud; manifiesta a través de la Ley General de Salud, la cual establece que la protección de la salud es de interés público, que debe regularla, vigilarla y promoverla. Estas políticas públicas deben implicar el acceso oportuno de todos los sectores de la población tanto a la Seguridad Social (cobertura a asegurados con aportes) y al Seguro Integral de Salud -SIS (aseguramiento universal), y que estas instituciones brinden en igualdad de condiciones los servicios que requiere todo paciente con oportunidad y accesibilidad.

Considerando según lo señalado por la Ley vigente que es “responsabilidad del Estado promover condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud, con seguridad oportunidad y calidad, así como la irrenunciabilidad de la responsabilidad del Estado en la provisión de los servicios de salud” (Ley general de salud, 1997).

En este marco se pone énfasis a los pacientes crónicos, cuyo deterioro de su salud va afectándose de manera continua y es de larga duración y de progresión lenta, dentro de ellas tenemos: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, Parkinson, Alzheimer, esclerosis, diabetes e hipertensión, estas dos últimas están considerados como responsables de causar la enfermedad renal, que es la afección de los riñones, que al estar dañados no pueden mantener la salud corporal, no pueden filtrar la sangre suficientemente, si la enfermedad continua empeorando el paciente debe buscar el reemplazo renal a través del tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón;

A través del boletín del Minsa (2018), considera la enfermedad renal crónica;

Es considerada un problema de salud pública en el mundo. En el estudio Global “Burden of Disease 2015”, la enfermedad renal fue la 12^a causa de muerte, con 1,1 millones de muertes en todo el mundo. La mortalidad general por ERC se ha incrementado en un 31,7 % en los últimos 10 años, lo que la convierte en una de las mayores causas de muerte junto con la diabetes y la demencia.

Los datos del análisis de situación de salud 2015, reporta estimaciones y en base a los datos de la encuesta NHANES de los EEUU, se estima que, en el Perú, 2 507 121 personas tendrían ERC en estadio pre-diálisis, 19 197 personas tendrían ERC terminal (ERC-t) con requerimiento de terapia de reemplazo renal (TRR) (Diálisis y Trasplante) y la brecha no atendida en el Seguro Integral de Salud (SIS) para estos pacientes sería de 7 778 pacientes. (Minsa, 2018, p. 291).

La enfermedad renal crónica (ERC), en nuestro país también es considerado como un problema de salud pública, debido a que en los últimos años ha venido en aumento los casos de personas que padecen esta enfermedad. Urge plantear una política nacional en salud, referida a esta problemática, considerando que, en nuestro país, las instituciones a cargo de la atención en salud: EsSalud, Minsa (a través del SIS) y las Fuerzas Armadas la demanda de pacientes va en aumento y que las coberturas que ofrezcan permitan acceder a todos los servicios que implica ser un paciente con insuficiencia renal crónica por el deterioro permanente que implica esta enfermedad. Considerando que muchos pacientes con expectativas de vida buscan acceder no solo al tratamiento renal si no a lograr el ansiado trasplante renal que son altamente invasivas y costosas.

Como lo señala la Sociedad Peruana de Nefrología, a través del análisis presentando por el Ministerio de Salud [Minsa], (2015,) “EsSalud es la institución que tradicionalmente ha efectuado trasplantes renales desde el año 1995” (p. 65). En este contexto se evidencia que la población que padece de esta enfermedad busca obtener la atención médica de manera oportuna y de calidad con la finalidad de lograr mejorar sus expectativas de vida, por lo que buscan acceder a la atención médica a través de un seguro en salud.

La seguridad social es tal vez la única institución en salud en nuestro país que, pese a las dificultades de carencia de personal asistencial, cuenta con profesionales médicos de diferentes especialidades, así como una infraestructura hospitalaria compleja y capaz de atender de manera resolutiva el tratamiento de la enfermedad renal en sus tres hospitales nacionales de alta complejidad. Es estas circunstancias que los pacientes que empiezan a padecer de la insuficiencia renal crónica (IRC), busquen acceder a sus servicios, ingeniándose bajo una relación de dependencia laboral y buscando cumplir con los aportes contributivos que fija la seguridad social para tener acceso a la cobertura en salud.

Con la reciente promulgación de la Ley N° 31047², Ley de las trabajadoras y trabajadores del hogar, donde regulan las relaciones laborales, incidiendo en el derecho a la seguridad social y ser reconocidos como asegurados obligatorios, el cual implica todo tipo de prestaciones de salud, si bien la presente ley señala como ámbito de aplicación a aquella que;

Esta referido a aquellas personas que realicen labores propias del desenvolvimiento de la vida de un hogar y conservación de un hogar y conservación de una casa habitación, siempre que no importen negocio o lucro económico directo para la persona empleadora o sus familiares. Dichas labores incluyen tareas domésticas, tales como la limpieza, cocina, ayudante de cocina, lavado, planchado, asistencia, mantenimiento, cuidado de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas enfermas, personas con discapacidad u otras personas dependientes del hogar, cuidado de mascotas domésticas, cuidado del hogar, entre otras” (Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del Hogar, 2020, art.3)

Es el caso de los pacientes renales en estadio V, que asisten al Centro Nacional de Salud Renal-EsSalud, para acceder a un cupo para su tratamiento de hemodiálisis en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) contratadas; durante la entrevista que se realiza al paciente y/o familiar en muchos de los casos manifiestan que el paciente no realiza algún tipo de las labores que señala la Ley N° 31047, así mismo observándose el deterioro avanzado de su salud (como amputaciones de miembros inferiores, discapacitados, o edad avanzada) y/o manifestar que realizan el aporte respectivo de manera personal (lo cual evidencia no contar con un empleador), manifiestan que se ven obligados a asegurar al paciente para la atención de su salud, por los altos costos que implica el realizar el tratamiento de hemodiálisis en entidades privadas buscando para ello a un familiar que los asegure como trabajador del hogar, y así

² Ley N° 31047, Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del Hogar; publicado en el Diario Oficial El Peruano 01/10/2020, la misma que deroga la Ley N° 27986, Ley de los Trabajadores del Hogar, sus normas modificatorias y reglamentarias, así como toda norma que se oponga a la presente Ley

acceder a los servicios de salud que ofrece EsSalud. Asimismo, pacientes más jóvenes buscan acceder a un trasplante renal, que les permitiría mejorar su calidad y expectativa de vida.

Por lo que urge que EsSalud mejore sus mecanismos de control y verificación a fin de sincerar la cobertura de sus reales pacientes, ya que de no hacerlo se estaría perpetuando un alto nivel de pacientes a una sola institución, buscando maniobras y vacíos legales que le permitan acceder a la seguridad social, a fin de acceder a sus servicios, en vista que las otras instituciones no les permiten acceder a todos los servicios que implican el tratamiento de un paciente renal.

Considerando que EsSalud como institución está en la obligación de hacer uso adecuado de los aportes de sus asegurados y que estos recursos deben ser destinados a una adecuada atención y de este modo mejorar las percepciones tal como lo evidencia la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (Enssa), realizada en 2015, indica que:

El 49% de los asegurados desconfiaba del seguro social. Las mayores causas de la desconfianza eran el tiempo de espera (82%), el maltrato (46%), la negligencia (27%) y la corrupción (14%). EsSalud considera la confianza como un elemento fundamental en la relación con los asegurados, que inclusive impacta en la efectividad de la atención y en la propia salud de la persona. Por ello, pondrá énfasis en las acciones para generar mayor confianza. (Essalud, 2019, p. 66).

Por lo que urge que sus mecanismos de control sean revisados a fin de asegurar que solo accedan a sus servicios sus verdaderos asegurados, lo cual obligaría a que Minsa se vea en la obligación de invertir en Hospitales modernos y con una gama de servicio accesible a poblaciones que no cuenta con ningún tipo de seguro, y se de este modo se estaría cumpliendo

con una de las finalidades que indica que es de interés público la provisión de servicios de salud.

1.2 Descripción del problema

Nuestro actual sistema de salud resulta poco eficaz para atender la demanda de pacientes en diálisis, siendo el Ministerio de Salud la institución estatal que poco o nada hace para satisfacer la demanda de estos pacientes, considerando desde la infraestructura hospitalaria, hasta la atención multidisciplinaria que necesita un paciente en diálisis en estadio V; obligando a esta población a buscar las formas de encontrar una institución que le brinde estos servicios en busca de una buena atención en salud, con calidad y oportunidad; recayendo todo esta población en EsSalud, debido a que esta institución cuenta con la infraestructura moderna y equipada, así como haber asumido el liderazgo en trasplantes de órganos, como lo ratifica el artículo:

EsSalud realiza el 90% de los trasplantes de órganos del país y es la única institución en el país que efectúa trasplantes de corazón, hígado, pulmón y páncreas. Además, efectúa trasplantes de riñón, córnea y médula ósea. También, trasplantes combinados de páncreas-riñón, corazón-riñón e hígado riñón. Los centros asistenciales de EsSalud en los que se realizan trasplantes son los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen de Lima; Alberto Sabogal Sologuren, del Callao; Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, Lambayeque; Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa; Adolfo Guevara Velasco del Cusco; Ramiro Prialé Prialé de Huancayo; así como el Instituto Nacional Cardiovascular INCOR e Instituto Peruano de Oftalmología, IPO de Piura (Essalud, 2018).

El hecho de contar con profesionales capacitados y medicinas al alcance de su población asegurada; para el caso de los pacientes con insuficiencia renal en estadio V, contrata

con IPRESS (Instituciones prestadoras de servicios de salud), para la atención de estos pacientes, los mismos que son supervisadas por el Centro Nacional de Salud Renal-EsSalud, para asegurar la atención y buen servicio que las IPRESS deben brindar a esta población, siendo el caso solo para Lima, que brinda la atención para 4,000 pacientes en hemodiálisis.

Considerando que EsSalud, desde su creación (1936) fue concebida como una institución prestadora de salud, dirigida a una población trabajadora, cuyo funcionamiento se sustenta a través de los aportes del empleador para la atención en salud de sus trabajadores. Actualmente a través del seguro regular (aporte 9%) da cobertura a: trabajadores activos, trabajador del hogar, trabajador de construcción civil, trabajador portuario, trabajador pesquero, pesqueros (reincorporados por una Ley especial) beneficiarios de la Ley N° 30425³(que retiraron el 95.5 % de sus fondos de sus CIC de la AFP), pensionistas (aporte 4%).

Para el caso de los trabajadores del hogar; EsSalud como institución prestadora de salud cuenta con la Subgerencia de verificación de la condición del asegurado (Essalud, 2014, p. 67,68), la misma que tiene dentro de sus funciones “identificar presuntas irregularidades en la afiliación del asegurado que generen prestaciones de salud o prestaciones económicas otorgadas en forma indebida, realizar seguimientos y adoptar medidas correctivas”, considerando que esta subgerencia realiza labor normativa y de nivel central. Recayendo la responsabilidad en las Subgerencias de gestión de las OSPE (oficina de seguros y prestaciones económicas) que se encuentran a nivel nacional, pero considerando que dentro de sus funciones (Essalud, 2014, p. 66,67) se “encuentra de supervisar y evaluar la aplicación de los procesos y procedimientos de registro y derecho de cobertura que se brindan a los asegurados”. Evidenciándose en los dos casos que no cumplen labor de fiscalización a nivel de campo, debido a que esa fiscalización es posterior a la inscripción como asegurado, no

³ Ley N° 30425 – Ley que modifica el Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones, aprobado por D. S N° 054-97-EF, y que amplía la vigencia del Régimen Especial de Jubilación Anticipada

habiendo establecido parámetros de control oportuno o requisitos de veracidad que impliquen sanciones penales por falsedad genérica.

Si bien abordar la problemática en salud en el Perú, es muy complejo, corresponde a las autoridades frenar y sincerar la verdadera población que deber ser atendida en las instituciones que correspondan, el Estado no debe desatender la responsabilidad que le compete buscando impulsar leyes que busquen la atención de todos los ciudadanos en los tres sistemas de salud (Minsa, EsSalud, FFAA), sabiendo de antemano que los ciudadanos buscaran elegir atenderse en EsSalud por las razones ya expuestas y con el riesgo de desatender a su verdadera población asegurada.

El Estado en su afán de protección de salud, esta arrinconando a una Institución que cuenta con recursos de los aportes (privado), para la atención de todos los ciudadanos, cargando una responsabilidad que le compete corregir a través de repotenciar los hospitales nacionales que están a su cargo; de este modo la ciudadanía tendría donde acudir para la atención de su salud; sobre todo aquellos que no cuentan con algún seguro ⁴. Es el caso del régimen laboral del trabajo del hogar que, al encontrar un mecanismo fácil y accesible de acceder, se inscriben como tal para acceder a los servicios de salud; teniendo en cuenta que al mes un paciente recibe 13 sesiones de hemodiálisis considerando que el “costo por hemodiálisis es de S/. 252.14 soles” (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado [OSCE], 2018).

Estos costos son asumidos por EsSalud, para la atención de manera continua y permanente de todos los pacientes que necesitan de este tratamiento al ser la enfermedad renal crónica (ERC) irreversible su tratamiento. Considerando que EsSalud es la institución pionera

⁴ INEI - Perú: Indicadores de Empleo o ingreso por Departamento 2007-2017 “Los resultados de la encuesta registran que el 72,6% (11 millones 985 mil personas) de la población ocupada, tiene algún seguro de salud, de ellos el 25,7% cuenta con el Seguro Social de Salud (EsSalud), el 42,0% se encuentra afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) y un 4,9% cuenta con Otro seguro (Seguro Privado de Salud, Entidad Prestadora de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas/ Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado, Otros); mientras que el 27,4% carece de este beneficio

en trasplantes renales, marcando una gran distancia con los esfuerzos que viene realizando el Seguro Integral de Salud – SIS que para “Diciembre del 2017 a la fecha, FISSAL ha financiado el trasplante renal de 24 afiliados al SIS, tanto niños como adultos, quienes ahora están gozando de buena salud y han vuelto a llevar una vida normal” (Andina Agencia Peruana de Noticias, 2019).

Al observar esta brecha, se puede entender que el Estado, a través del Ministerio de Salud, no cumple con lo establecido en la Ley General de Salud, de regularla y promoverla en bienestar de los pacientes que no cuentan con recursos económicos, vulnerando los mecanismos de control de EsSalud, y acogerse a la figura de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento renal y/o trasplante renal en aras de buscar mejorar su calidad de vida.

1.3 Formulación del problema

Problema general

¿Son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar para lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud?

Problemas específicos

- ¿Conocer cómo es la fiscalización en campo para confirmar la condición de asegurado como trabajador del hogar, a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud?
- ¿Cuáles son los filtros que existen en la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis?
- ¿De qué manera el control oportuno, permite identificar a asegurados en condición de trabajador del hogar, en las características establecidas por la Ley N° 31047?

1.4 Antecedentes

1.4.1 *Antecedentes internacionales*

Para los autores (Góngora & Gonzales, 2017) a través de sus estudio titulado “Desigualdades sociales en salud y enfermedad renal crónica estadio 5” donde dan énfasis a que las enfermedades crónicas explican la principal carga de enfermedad en los países en desarrollo, con un costo aproximado de \$84 billones de dólares en el 2015 y Colombia no es ajena a esa situación; en el año 2014 las enfermedades crónicas no transmisibles fueron las responsables del 83% de la carga de enfermedad y por lo cual es catalogada como una patología de alto costo por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estudios confirman que el manejo de la ERC en los últimos años ha comprometido aproximadamente 2% del gasto en salud del país y 4% del gasto en seguridad social en salud (15 %). Los autores nos brindan información de los costos de las enfermedades crónicas, como lo explican;

En el año 2004 en Colombia 11.239 personas del régimen contributivo recibieron tratamiento de diálisis como consecuencia de la progresión de la ERC y los costos de atención de los programas de diálisis fueron de 450 mil millones de pesos. Los costos de mayor impacto para los sistemas de salud son los procesos de hospitalización según un reporte del United States Renal Data System (USRDS) son responsables del 30 y el 40% del total de los costos de la atención de los pacientes en diálisis (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Situación de la Enfermedad) (15). Es relevante mencionar que es notoria la ausencia de la producción de conocimiento acerca de la enfermedad renal crónica terminal y los patrones de desigualdad social en salud en Colombia, por lo cual esta investigación aporta elementos de juicio para determinar la presencia de inequidades territoriales económicas y de salud relacionadas con la enfermedad.

La atención de la Enfermedad Renal Crónica se produce de manera diferencial entre los diferentes grupos sociales, implicando no sólo las condiciones de vulnerabilidad, sino las conductas de inequidad en la prestación de los servicios y el acceso a los tratamientos en virtud de las zonas geográficas, las condiciones sociales y económicas.

Entre el 2009 y 2014 la cobertura en aseguramiento salud es mayor en el régimen subsidiado (51.2%) comparado con el contributivo (48.8%), con las reformas al sistema de salud progresivamente ha mejorado la cobertura de aseguramiento, la cual no está íntimamente relacionada con el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud por la disponibilidad de estos. La prevalencia de la enfermedad renal crónica es predominante en el régimen contributivo con 76,01 casos por 100.000 afiliados comparado con el régimen subsidiado 48,27 casos por 100.000 afiliados.

Al relacionar la infraestructura para prestar los servicios de salud, se encuentra vinculada con las mismas características del sistema de salud en Colombia, al tener en cuenta que en el año 2014 se encuentran 48.572 instituciones habilitadas, sin embargo solo el 2,48% son de carácter público y el 97,45% son de carácter privado, están concentradas en los departamentos más grandes como Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Santander (89), además el 50% de los departamentos del país presentan una densidad de 10 médicos por habitantes inferior al estándar nacional.

1.4.2 Antecedentes nacionales

Para el autor (Loza, 2007) que realizó el “Estudio de costo utilidad comparando hemodiálisis y trasplante en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara I”, considera que de forma general se puede decir que el tratamiento de; Trasplante de riñón es considerado más costo efectivo y más deseable desde el punto de vista de la calidad de vida que el tratamiento con diálisis. Arredondo et al, en un análisis mixto de

costo efectividad y de costo utilidad de las diferentes alternativas de las terapias de sustitución renal, midiendo el costo medio de cada tratamiento y la efectividad mediante probabilidad de supervivencia y AVAcS demostraron que el trasplante es mejor que la diálisis. Así mismo el autor hace un análisis con respecto a las alternativas para de tratamiento para los pacientes que padecen de esta enfermedad crónica, señalando que;

El trasplante de órganos en el momento actual es la mejor alternativa de tratamiento y en muchos casos la única, para un grupo de enfermedades terminales como IRCT. Actualmente países como los Estados Unidos, cada seis minutos fallece una persona en espera de un órgano y cada año un 20% de los pacientes en lista de espera para el trasplante fallecen sin haber podido conseguir el órgano requerido. En la mayor parte de los países europeos, en Estados Unidos y en muchos países de América Latina, la tasa de donantes se mantiene estable a lo largo de los años y sin embargo la cantidad de pacientes en espera de un órgano vital aumenta progresivamente, al igual que el tiempo de permanencia en la lista de espera y la mortalidad.

Ante el gran déficit de donantes la dirección de EsSalud y al Estado no le queda otra opción de mejorar la disponibilidad de donantes cadavéricos y a la par impulsar sus programas de diálisis, llegando incluso a contratar servicios de diálisis por terceros. Es aquí donde entra a tallar los estudios de economía de la salud y la farmacoeconomía.

En relación con los costos, los trasplantes renales practicados durante el año 2000 y 2001 en el HNGAI, son relativamente más baratos incluso que los trasplantes renales practicados en los países del primer mundo como los Estados Unidos y Bélgica Estos resultados han diferido tanto de lo reportado en la literatura y por qué, durante el periodo de estudio, los trasplantes renales le costaron al seguro social mucho más de lo que se esperaba. Probablemente, más por el hecho de que los trasplantes renales se encarecen

más de lo esperado, debido a las altas tasas de fracasos, complicaciones y tratamientos irregulares. Cada paciente que fracasa eventualmente regresa al programa de hemodiálisis, generándole un doble gasto a la institución.

Las mejoras en calidad de vida del paciente trasplantado con respecto al dializado pueden explicarse por una serie de factores, una mayor movilidad, menor tensión del paciente. Un mayor grado de independencia del individuo y la recuperación de capacidad productiva. Los pacientes trasplantados tienen mayores posibilidades de realizar un trabajo remunerado puesto que no interrumpen sus actividades cotidianas para dializarse. Por otro lado, los pacientes trasplantados sufren de menos tensión ya que reportan estar menos deprimidos, preocupados, ansiosos y/o insatisfechos que los pacientes en diálisis.

Por otro lado, el autor (Eyzaguirre, 2015) busca establecer las brechas de los costos del tratamiento de hemodiálisis, el mismo que considera que;

La ERC se puede prevenir, pero no tiene cura, al no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, las soluciones actuales serían; la diálisis y el trasplante de riñón, que son procedimientos invasivos y costosos. Muchos países carecen de recursos para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para toda la población mundial. Además de la carencia de factor humano especializado disponibles por la centralización de las ofertas de servicios de salud.

En las regiones y/o poblaciones con menor accesibilidad a los servicios de salud de calidad es donde se evidencia gran inequidad en el acceso al tratamiento para la enfermedad renal crónica, con una clara desventaja en las regiones alejadas y/o de menor desarrollo.

En los años 70 las atenciones de terapia de reemplazo renal (TRR) era financiada por el sistema de Seguro Social del Perú para los trabajadores formales activo, los cesantes y jubilados; esto excluía al resto de la población, que representaban aproximadamente el 78% de la población general quienes solos podrían esperar el final de sus días. Por lo que el estado de programas de subsidio en 1997 y el 2007: como el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), se fusiono ambos programas creándose el Seguro Integral de Salud (SIS).

En el año 2012 el SIS fue calificado como Organismo Público Ejecutor, con el objetivo de financiar los servicios de salud a los peruanos de poblaciones vulnerables que no contaran con algún seguro, resolviendo su acceso a los servicios de salud independientemente de barreras económicas, culturales y geográficas. En ese mismo año se crea el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) como para complementar las funciones del SIS en el financiamiento de las prestaciones de salud, especialmente las de alto costo como los tipos de cáncer más comunes, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y las enfermedades raras y huérfanas, pero su real financiamiento se establece desde el 2012.

En el 2010, la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud ⁵ estableció que todo residente del Perú debiera disponer de una oferta de servicios de salud en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, quedó también establecido que el SIS debería implementar la normativa para incorporar progresivamente la totalidad de la población peruana hacia un sistema de atención a los servicios de salud.

En el 2012 mediante decreto supremo se autoriza al SIS la sustitución del listado priorizado de las intervenciones sanitarias (LPIS) por el plan esencial de aseguramiento en

⁵ Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada el 9 de abril 2009, marco normativo que garantiza el acceso al seguro social en salud.

salud (PEAS), dispones que el SIS en su calidad de Institución Administrador de Fondos de Aseguramiento en Salud –IAFAS, establecería las tarifas y mecanismo de pagos en el marco de convenios en común acuerdo suscritos con las instituciones prestadores de servicio de salud (IPRESS).

Mediante la presente investigación, el autor trata de determinar los costos de procedimientos para la atención de un paciente en hemodiálisis, el cual para el caso del SIS considera debería realizar el ajuste costo de los procedimientos a nivel nacional, utilizando el índice de dispersión poblacional distrital para disminuir la brecha de costo generada por el gasto de adquisición de insumos.

En los últimos años se han publicados en diferentes países, estudios sobre los costos que ocasionan los diferentes tratamientos para el manejo de la enfermedad renal crónica terminal, como la diálisis, la hemodiálisis y el trasplante renal; concluyendo en la mayoría que el tratamiento de hemodiálisis es el más costoso; ya sea en una entidad pública o privada.

1.5 Justificación

La investigación es importante porque permitirá identificar la idoneidad de los mecanismos de control que ha establecido EsSalud para el control de las filiaciones al régimen contributivo de la Seguridad Social, habiendo encargado para ello la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas como órgano de línea la función de:

Elaborar y evaluar las normas y procedimientos para el otorgamiento, evaluación y auditoría de las prestaciones económicas a los asegurados, determinar y proponer el presupuesto para dichas prestaciones, así como ejecutar acciones de auditoría y fiscalización posterior y disponer las medidas correctivas (Essalud, 2014).

Al haberse derogado recientemente la Ley N° 27986 (promulgado en el año 2003) y su reglamento, D.S 015-2003 TR y la entrada en vigor de la Ley N° 31047 – Ley de las

trabajadoras y trabajadores del hogar, la misma que establece que dichos trabajadores adquieren la condición de asegurados obligatorios, pudiendo acceder a todos los servicios que EsSalud proporciona. Es este marco que se ha vuelto vulnerable el acceso a las prestaciones que brinda EsSalud en pacientes que adoptan la figura de trabajador del hogar para acceder a las prestaciones, sobre todo en salud. Es el caso de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Estadio V, que necesitan el tratamiento de diálisis o de trasplante al ser diagnosticados con insuficiencia renal terminal.

Pacientes que, en busca de una adecuada atención de calidad, oportunidad e infraestructura que les permita asegurar la atención en salud, ante esta grave enfermedad como es la insuficiencia renal terminal de este modo asegurar su existencia y calidad de vida, siendo costoso y permanente el tratamiento, se recurre a vulnerar los mecanismos de control para acceder a la atención en salud, accediendo a la figura de trabajador del hogar para acreditar a la condición de asegurado obligatorio. Evidenciándose que los Hospitales del Minsa no han sabido recapitalizar a estos pacientes a través del Seguro Integral de Salud, conllevando con ello que EsSalud tenga una sobrecarga de pacientes en busca del tratamiento renal, lo que ha conllevado a cubrir brechas que no le corresponderían, por lo que urge;

- Disminuir los sobrecostos del tratamiento en hemodiálisis.
- Sincerar la población de trabajador del hogar que acrediten como tal y que correspondan al régimen contributivo de la seguridad social.
- Que los falsos empleadores asuman la responsabilidad penal, por falsedad genérica, al asumir una condición que no les correspondan, generando sobredemanda en atención de salud a una sola institución.
- El ente rector en salud (MINSA), elabore los criterios y modelos de atención para los pacientes en hemodiálisis en todos los hospitales nacionales bajo los mismos parámetros de infraestructura y cartera de servicios que ofrece EsSalud.

Por lo que se hace necesario replantear la actual Política de Salud, que permita que todas las instituciones que brinden servicios de salud tengan el mismo modelo de atención en todos sus niveles, evitando de esta manera la sobrecarga de pacientes que migren a EsSalud.

1.6 Limitaciones

Los alcances que se tendrán en la presente investigación se basan específicamente sobre el tema tratado, la problemática en si se sustenta en la información recabada, no existiendo limitaciones para llevar a cabo la investigación. Tampoco existirían limitaciones en el plano económico.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Conocer si son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar, para lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.

1.7.2 Objetivo específico

- Conocer si la fiscalización en campo está permitiendo el acceso de pacientes en condición de trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud
- Identificar si existen los filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar en EsSalud.
- Analizar si el control oportuno permite identificar la condición de trabajador del hogar según la definición fijada en la Ley N° 31047, a fin de acceder a la condición de asegurado en EsSalud.

1.8 Hipótesis

1.8.1 Hipótesis general

Los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.

1.8.2 Hipótesis Especifica

- La ausencia de fiscalización en campo viene permitiendo el ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.
- No existen filtros oportunos que permitan la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud
- La falta de control oportuno viene permitiendo el ingreso de pacientes en las características establecidas por la Ley N° 31047.

II. MARCO TEÓRICO

Sobre el problema planteado no existen estudios, que busquen explicar o justificar las razones por el cual los pacientes en tratamiento de hemodiálisis renal, burlen los mecanismos de acceso al régimen contributivo de EsSalud, para acreditar como trabajador del hogar, a fin de acceder a la prestación en salud, considerando que el tratamiento en hemodiálisis es un procedimiento costoso y de larga duración (permanente hasta el final de sus días); asimismo el anhelo de acceder a trasplante renal.

2.1 Control

Es una fase del proceso administrativo que se ocupa de la instauración de cualquier medida que tomen la dirección general, los responsables del gobierno y otro personal de la entidad, para administrar los riesgos e incrementar la posibilidad de que se alcancen los objetivos y metas esperado, a través de vigilar que las actividades se desarrollen conforme a lo establecido, y se corrijan las desviaciones entre lo planeado y lo logrado tendiendo a evitar que se repitan (Santillana, 2015, p. 48).

2.1.1 *Origen de la palabra control*

El origen de la palabra control se arraiga ya desde épocas pasadas, como lo señala el siguiente texto:

Los contadores medievales recurrían al método de contrarotulus para revisar las cuentas mediante un doble registro. En la época en que los mercaderes venecianos crearon el sistema de contabilidad por partida doble (con sus registros de “debe y haber”, “activo y pasivo”, y “pérdidas y ganancias”) que perdura hasta el día de hoy en día, solían utilizar dos rollos de papel: el deudor, que en latín vulgar de la época llamaban rotulus (rollo de papel o de papiro), y el acreedor que llamaban contrarotulus (rollo de verificación). El termino contrarotulus pasó al idioma francés como contrerolle, que

más tarde daría lugar a controle. De ahí nació la palabra control, que pronto evolucionaría hacia su actual interpretación de “comprobación”, “inspección” o “vigilancia”, para adoptar más adelante el significado de “dominio” o “mando”; mejor conocida actualmente como Control, de contrerolle se derivó también la acepción controleur, nombre del oficial encargado de llevar la cuenta de los gastos en el arma de artillería, que llegó al idioma español como contralor (controller, en idioma inglés), utilizado para denominar al ejecutivo responsable de los asuntos contable- financieros de una entidad económica. En algunos países es el nombre asignado al funcionario o a la oficina (contraloría) que se encarga principalmente de controlar los gastos, entre otras tareas y responsabilidades que la teoría administrativa moderna le ha conferido (Santillana, 2015, pp. 52,53)

2.1.2 Principios básicos del control

De acuerdo con Santillana (2015) existen varios principios básicos del control, como son:

- a) Principio de equilibrio. A cada grupo de delegación conferido debe proporcionársele el grado de control correspondiente. De la misma manera, la autoridad se delega y la responsabilidad se comparte; al delegar autoridad es necesario establecer los mecanismos suficientes para verificar que se está cumpliendo con la responsabilidad conferida, y que la autoridad delegada está siendo debidamente ejercida.
- b) Principio de los objetivos. Ningún control será válido si no se fundamenta en los objetivos y, si a través de él no se evalúa el logro de los mismos; por lo tanto, es imprescindible establecer medidas específicas o estándares que sirvan de patrón para la evaluación de lo establecido.

- c) Principio de la oportunidad. El control, para que sea eficaz, debe ser oportuno, es decir, debe aplicarse antes de que se produzca el error; de tal manera que sea posible tomar medidas correctivas con anticipación.
- d) Principio de las desviaciones. Todas las variaciones o desviaciones que se presenten en relación con los planes deben ser analizadas cuidadosamente, de tal manera que sea posible conocer las causas que las originaron a fin de tomar las medidas necesarias para evitarlas en el futuro.
- e) Principio de excepción. A fin de reducir costos y tiempo, el control debe aplicarse de preferencia a las actividades excepcionales o representativas, delimitando de manera adecuada cuales funciones estratégicas requieren control.
- f) Principio de la función controlada. La persona o función que realiza el control no debe estar involucrada con la actividad a controlar (p. 50)

2.1.3 Aplicación del control en el sistema administrativo

Para el autor Santillana (2015) considera que “Una de las opciones más representativas para el tratamiento de los tipos y características relativas al control es contemplándolo bajo la óptica del proceso administrativo y las fases o elementos que lo componen, con sus respectivos objetivos”. Considera por ello que;

El proceso administrativo es una corriente que estudia y sitúa a la administración desagregándola a través de las fases o elementos que la componen. Existen muchas posturas, opiniones y pronunciamientos (tanto institucionales como académicos o personales) sobre cuáles son esas fases o elementos. Se recurrirá a la más comúnmente aceptada y utilizada, sin menoscabo y respeto a otras tantas más: planeación, organización, integración, dirección y control; con un enfoque hacia el objetivo de cada uno de ellos.

- a) **Objetivo de la planeación.** Es llevar a cabo los estudios y toma de decisiones consecuentes relativas a qué es lo que quiere la entidad, divididos en etapas o periodos futuros. El objetivo total de la planeación parte desde los más altos niveles de decisión, así como la determinación de las principales metas y objetivos desagregados, hasta las estrategias menores y políticas de soporte; más aún, llega hasta el nivel de métodos y procedimientos para su implementación e implantación operativa.
- b) **Objetivo de la organización.** El objetivo de la organización, visto como un elemento del proceso administrativo, no como entidad, está relacionado con la división del trabajo dentro de la entidad y como esta división, a su vez, viene a conformarse en un todo para cumplir con los objetivos propios de la entidad. La organización le dice a cada individuo qué tiene que hacer dentro de la entidad, como lo tiene que hacer, y como lo puede dirigir y ayudar. El desarrollo de todas estas interrelaciones e interacciones es, en sí mismo, una especie de planeación que se construye sobre la planeación inicial o básica.
- c) **Objetivo de la integración.** Paralelamente a los objetivos de la planeación y de la organización está el de reunir todos los recursos necesarios. Incluye el procurarse del personal idóneo que se requiera para las tareas y responsabilidades que se le van a asignar, y desarrollarlo; hacerse de los recursos naturales (previos a los procesos de transformación, en su caso) y materiales, como planta, equipo y todo tipo de insumos y suministros; y contar con el capital necesario para operar.
- d) **Objetivo de la dirección.** El objetivo de dirección (dirigir), que bien debiera llamarse de administración (administrar) en virtud de que una entidad más bien se administra, y no se dirige, aparece una vez que se han dado efecto los objetivos anteriormente mencionados; incluye tres diferentes tipos de acciones de soporte y

que son básicas para la ejecución de las tareas asignadas. La primera de estas es la administración o dirección que tiene como función primaria emitir instrucciones y comunicarlas a los subordinados; la segunda es la coordinación que se refiere a proveer la información necesaria a todos los trabajadores; y la tercera, el liderazgo, que en esencia es la motivación a los trabajadores por medio del ejemplo que proyectan los supervisores y niveles de alto mando y, como ellos, en calidad de líderes, trabajan con sus subordinados.

- e) Objetivo del control. El ejercicio del trabajo diario inevitablemente se ve afectado por las condiciones cambiantes y por la variedad de capacidades humanas. En consecuencia, se requiere identificar aquellas desviaciones a los planes y rutinas establecidas, y darles atención de una manera efectiva. El control es una fase del proceso administrativo, que tiene como objetivo el coadyuvar en el logro de los objetivos de las otras cuatro fases o etapas del proceso referido. Por tal razón, no se deberá ver como una fase aislada, sino formando parte fundamental de las otras cuatro: no se puede planear sin control, ni organizarse sin control, ni obtener recursos sin control ni, por supuesto, administrar sin control. (pp. 48,50,52,53)

2.2 Hemodiálisis

Para el médico y pionero en nefrología considera que la hemodiálisis es:

Es un procedimiento que permite hacer pasar la sangre anticoagulada por tubos rodeados de una solución salvadora que circula en sentido contrario. En esta forma es posible extraer de la sangre una serie de solutos y catabólicos, que se acumulan en la sangre cuando hay insuficiencia renal. Es posible también extraer sustancias que puedan haber sido ingeridas o inyectadas al torrente circulatorio.

En ningún momento hay contacto directo de la sangre con la solución lavadora, ambos líquidos están separados por una membrana semipermeable muy delgada que permite el paso del agua, electrolitos y moléculas pequeñas, no así las moléculas mayores como son las proteínas y los elementos figurados, es decir los hematíes, leucocitos, plaquetas de la sangre. Igualmente impide que gérmenes contenidos en la solución dialítica puedan pasar a la sangre (Piazza, 2002, p. 1).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Organización Internacional del Trabajo –OIT

Según la Organización Internacional del Trabajo;

La protección social, o seguridad social, es un derecho humano definido como un conjunto de políticas y programas diseñados para reducir y prevenir la pobreza y la vulnerabilidad en todo el ciclo de vida. Abarca los beneficios familiares y por niños, las prestaciones de maternidad, desempleo, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes, y la protección de la salud. Los sistemas de protección social abordan todas estas ramas mediante una combinación de regímenes contributivos (seguro social) y de prestaciones no contributivas financiadas con impuestos, en particular la asistencia social.

La protección social desempeña un papel decisivo en el logro del desarrollo sostenible, la justicia social y el derecho humano a la seguridad social para todos. Las políticas de protección social constituyen elementos esenciales de las estrategias nacionales de desarrollo para reducir la pobreza y la vulnerabilidad en todo el ciclo de vida, y respaldar el crecimiento inclusivo y sostenible. Las políticas de protección social aumentan los ingresos de los hogares, impulsan la productividad y el desarrollo

humano, aumentan la demanda interna, facilitan la transformación estructural de la economía y promueven el trabajo decente.

Las estimaciones de la OIT también indican que solo el 29% de la población mundial está protegida por un sistema de seguridad social integral que abarca toda la gama de prestaciones, desde beneficios familiares hasta pensiones de vejez, y que la amplia mayoría de la población mundial, el 71%, o 520 millones de personas, tiene solo una cobertura parcial o ninguna.

En el marco de la Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), todos los gobiernos del mundo acordaron que en 2030 se debería lograr un avance significativo hacia la meta de implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, universales, incluidos los pisos de protección social. El convenio 102 sobre Seguridad Social, fue ratificado por el Perú mediante Resolución Legislativa 13284, del 15 de diciembre de 1959 (Organización Internacional del Trabajo- [OIT], 2017-2019, pp. 1,6)

Otros autores nos hacen mención a la necesidad de la creación del seguro con el sentido único de la atención en salud, como lo señala:

Así mismo en el Perú la seguridad social fue creada por primera vez en 1936, en beneficio de los trabajadores obreros, a quienes les otorgaba las prestaciones de salud, más las pensiones de invalidez y vejez. Para tal efecto se creó la Caja Nacional del Seguro Social, en la que deberían incorporarse, posteriormente los empleados. Pero a mediados de las décadas de los cincuentas, antes de la ratificación del convenio N° 102-OIT. Se decidió que los empleados no se reincorporaran en la Caja Nacional del Seguro Social, sino por el contrario, se creó el seguro social del empleado para brindar prestaciones de salud. Todo esto se hizo antes de la ratificación del Convenio 102, en

razón de que el Perú había ratificado convenios anteriores como el 24,25,25,37 y 38, que también tienen que ver con la seguridad social. La única contingencia sobre la cual no se legislo fue la del seguro del desempleo.

Posteriormente, en 1973 se promulgo el Decreto –Ley 19990, por el que se unifican en una sola Caja de Pensiones tanto a los obreros como a los empleados, estableciéndose los mismos derechos y obligaciones para ambos. Situación similar se logró en cuanto a las prestaciones de salud en 1978 (Romero, 2009, p. 296).

El acceso a un seguro de salud y de pensiones constituye un elemento constitutivo de la noción de trabajo decente. En el Perú, el sistema de seguridad social está integrado por tres regímenes principales:

- El sistema de pensiones.
- El sistema de seguridad social en salud.
- El régimen de riesgos de trabajo.

2.3.1.1 Sistema de protección en materia de salud. El acceso a un seguro de salud es un elemento constitutivo de la noción de trabajo decente. En el Perú, entre los años 2005-2010, la cobertura en materia de salud ha aumentado primordialmente, por la extensión del Seguro Integral de Salud (SIS), cuyo esquema es fundamentalmente no contributivo, pues la modalidad semi contributiva está dirigida a la población trabajadora de las microempresas.

El autor Bastidas (2012) nos brinda información de cómo la fuerza de trabajo adscrita a un régimen laboral de trabajo accedía a un sistema de salud tal como lo indica:

La PEA ocupada registrada con un seguro de salud entre el 2005 y 2010 aumentó alrededor de 5 millones, a razón de un millón de nuevas personas afiliadas a EsSalud, 3,6 millones al SIS 66 y 200 mil a otros seguros (el Seguro Privado de

Salud, Entidad Prestadora de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas/Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado, entre otros). La disminución de los trabajadores y las trabajadoras afiliados/as a EsSalud como proveedor de seguro de salud se debe al mayornúmero de afiliación al SIS a partir del año 2009 para adelante. (p.38).

2.3.2 Seguro Social de Salud – EsSalud.

Contexto histórico según Essalud, (2019);

La creación del seguro social obrero, creada el 12 de agosto de 1936, promulgada por Ley N° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción); así como pensiones de invalidez y vejez. Esta ley estableció sus cotizaciones.

Creación del seguro social obligatorio del empleado, creado el 19 de noviembre de 1948, se promulgo el Decreto Ley N° 10902, con la misma cobertura de prestaciones que el seguro obrero, mediante Decreto Ley N° 10941 que estableció el porcentaje de aportaciones.

Con la llegada del gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia el proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 6 de noviembre de 1973 mediante Decreto Ley N° 20212 se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex seguros sociales obrero y del empleado, en un único organismo administrativo.

El régimen de prestaciones de salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de marzo de 1979, por Decreto Ley N° 22482, el cual estableció una tasa de aporte para

los asegurados obligatorios de 7.5%. La segunda disposición transitoria del Decreto Ley N° 22482 estableció la necesidad de un estudio matemático actuarial, que se realizó con el apoyo de la OIT, el cual elevó la tasa de aportación al 9% y permitió el saneamiento económico del Seguro Social.

El Instituto Peruano de Seguridad Social, fue promulgada por Ley 24786, el 29 de diciembre de 1987 como Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social, esta norma estableció que el IPSS (Essalud, 2018) “es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable”.

El Seguro Social de Salud, fue creado el 15 de mayo de 1997, mediante Ley N° 27056 como un organismo público descentralizado, adscrito al Sector de Trabajo y Promoción del Empleo, es la institución encargada de dar cobertura a los asegurados y sus derechos habientes, a través de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales, las cuales corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud.

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados en prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación.

Según un estudio de la Organización Internacional de Trabajo, destaca entre sus conclusiones que;

EsSalud brinda tratamientos de alto costos a sus asegurados, que se han incrementado durante los últimos años. Los cinco procedimientos más significativos por los montos

involucrados durante 2014 fueron. Tratamiento para VIH/Sida, tratamiento de quimioterapia, soporte nutricional artificial, tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica, e inmunoterapia para trasplante.

El tratamiento (2014) para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, los tratamientos disminuyeron levemente en el último año, de 94 mil a 92 mil (solo 82 mil en 2012), con un costo de S/. 26 millones o 0.5% del total. Entre los tratamientos especializados realizado en el 2014 cabe mencionar 1.2. millones de sesiones de hemodiálisis (5% más que en 2013 y 10% más que en 2012). El costo estimado fue de S/. 238 millones, que representan 4.2. % del total consolidados de prestaciones. Además de los tratamientos, en 2014 se realizaron 282 trasplantes de órganos (renal y cornea los más numerosos), con un costo estimado de S/. 15 millones o 1.3% del total.

El total de consultas médicas brindadas por EsSalud, en el año 2014 fue de 18.6 millones (19.7 millones según registros administrativos de la BDGCA y el costo estimado fue de S/. 535 millones, con un costo medio de S/. 34.2. Del cual se registraron 1.2. millones de sesiones de hemodiálisis (0.9 millones según BDGCA, donde no se incluyen las realizadas en hospitales provinciales); el costo estimado fue de S/. 238 millones, con un costo de S/ 191. 1. Estas cinco prestaciones tomadas en conjunto (consulta médica, 11.2%; hospitalización, 11.1%; emergencias, 9.4%; intervenciones quirúrgicas, 7.5% y hemodiálisis, 4.2%) representan el 43.7% del gasto específico en prestaciones (dejando afuera, entre otros al traslado de pacientes, zona de menor desarrollo y administración) o el 27.7% del gasto total.

Atención en hemodiálisis, durante el 2014, la probación acreditada promedio 0.011 hemodiálisis (11 sesiones cada mil acreditados), con un patrón similar por género y significativamente creciente con la edad hasta los 70 años, y levemente decreciente a

continuación. Los hombres recurren en mayor proporción a hemodiálisis a partir de los 55 años y su promedio es 16% superior al de mujeres (OIT, 2015, pp. 13,87,101)

Según el último reporte de EsSalud (marzo 2019) el total de trabajadores del hogar llegan 71,243 afiliados a este tipo de seguro (Seguro Social de Salud - EsSalud, 2019).

Tabla 1

Número de asegurados según tipos de seguros

N°	TIPO DE SEGURO	POBLACION	TITULAR	DERECHOHABIENTE
01	ASEGURADOS REGULARES	10,467,514	5,940,700	4,526,814
1	Trabajador Activo	8,632,967	4,643,365	3,989,602
2	Pensionista	1,266,841	958,187	308,654
3	Trabajador del Hogar	106,146	71,423	34,723
4	Pescador Artesanal	6,219	2,770	3,449
5	Contra. Administ. Serv	455,341	264,955	190,386

Fuente: EsSalud (Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas)- marzo 2019

2.3.3 Trabajador del hogar

La presente Ley 31047, Ley de las Trabajadoras y de Trabajadores de Hogar de reciente promulgación a la fecha no cuenta con su Reglamento; pero a diferencia de la Ley N° 27986 derogada, no cuenta con una definición conceptual del Trabajador del Hogar ; tan solo señala el ámbito de aplicación: está referido a aquellas personas que realicen labores propias del desenvolvimiento de la vida de un hogar y conservación de una casa habitación, siempre que no importen negocio o lucro económico directo para la persona empleadora o sus familiares. Dichas labores incluyen tareas domésticas, tales como la limpieza, cocina, ayudante de cocina,

lavado, planchado, asistencia, mantenimiento, cuidado de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas enfermas, personas con discapacidad u otras personas dependientes del hogar, cuidado de mascotas domésticas, cuidado del hogar, entre otras. La presente Ley otorga mayores beneficios laborales y otorgar mejores condiciones de trabajo.

Así mismo la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza del INEI, señala que;

El número de trabajadoras y trabajadores de hogar en el Perú en el año 2014 fue de 357,141165. Si se toma como referencia esta cifra, notaremos que sólo el 29.67% de trabajadoras y trabajadores del hogar se encuentran inscritas/os en el registro, lo que compromete el derecho a la seguridad social en salud y pensiones del 70.33% restante (Defensoría del pueblo Perú [DP], 2016, p. 70).

2.3.3.1 Las implicancias del trabajo doméstico en la seguridad social. Para la Organización Internacional del Trabajo en la investigación sobre realizada a las organizaciones sindicales señala que;

El derecho a la seguridad social se encuentra reconocido en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Protocolo de San Salvador, que determinan que toda persona tiene derecho a la seguridad social como sistema que lo proteja “contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa”. Para las personas que se encuentren trabajando, el sistema de seguridad social “cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto”. Asimismo, el Protocolo dispone que se debe garantizar que los beneficios contra riesgos de largo plazo (vejez e incapacidad) serán

aplicados a sus dependientes en caso de muerte del beneficiario. El Convenio N° 189 de la OIT establece la obligación estatal de tomar medidas dirigidas a ofrecer progresivamente una protección mínima en relación a la seguridad social, incluyendo los beneficios de maternidad, en condiciones no menos favorables que las aplicables a las otras categorías de trabajadores (Artículo N° 17). La Ley N° 31047, prescribe que los/as trabajadores/as al servicio del hogar bajo relación de dependencia están comprendidos/as en las disposiciones relativas a la seguridad social, como asegurados obligatorios, en cuanto concierne a todo tipo de prestaciones de salud. Respecto al tema previsional, se les da la opción de elegir entre el Sistema Nacional de Pensiones o el Sistema Privado de Pensiones. En consecuencia, la protección en salud es obligatoria, en tanto la previsional es opcional (Artículo N° 19). Los derechos y obligaciones tanto del trabajador/a como del empleador derivan del Contrato de Trabajo, al constituirse en una de las principales herramientas que regulan la relación laboral entre quienes ofertan el empleo y quienes desarrollan el trabajo. En el contrato consta el acuerdo de voluntades y las obligaciones de las partes, resumiéndose las condiciones a las que el empleador y el trabajador/a se comprometen. Así, en el contrato de trabajo doméstico se establecerán los derechos a la seguridad social que le corresponde al trabajador/a y el reconocimiento legal de sus derechos tales como: derecho a la asistencia médica, a protecciones y prestaciones por maternidad, a asignaciones familiares y coberturas por contingencias a largo plazo, es decir, jubilación ordinaria, por invalidez, por accidente de trabajo o por enfermedad profesional.

Por otro lado, en lo que se refiere a las modalidades de contrato en nuestro país, señala con mucha certeza qué;

En el Perú no se especifica con claridad que el contrato de trabajo doméstico deba ser

realizado de manera escrita y tampoco se señala si debe ser registrado ante una autoridad, situación que dificulta el control del cumplimiento de las obligaciones laborales y la posibilidad de probar la existencia del contrato. La definición del contrato de trabajo en el régimen general laboral establece que este puede ser verbal o escrito con las formalidades del mismo muy bien establecidas, salvo para algunas modalidades especiales de contrato.

En la Ley de Trabajadores/as del Hogar se dispone que el contrato doméstico puede ser escrito o verbal, aunque no contempla dónde y cómo se realiza la inscripción o formalización del mismo, a diferencia de lo que se dispone respecto a los contratos del régimen general donde sí se contemplan formalidades específicas. El trabajo doméstico a diferencia de otras clases de trabajo, implica una íntima y continuada convivencia del empleador y el empleado, en parte porque el trabajo está limitado al espacio del hogar familiar (especialmente cuando el servicio supone una jornada sin retiro, es decir, cuando la empleada pernocta en el hogar del empleador). Esta característica de convivencia a la par del vínculo laboral es lo que ha respaldado el establecimiento de una distinción legislativa para el trabajo doméstico como un elemento subjetivo que no necesariamente está presente en todas las relaciones laborales desarrolladas en torno al ámbito del hogar como son los chóferes, jardineros, planchadoras y limpiadoras por día. Este vínculo subjetivo no se plantea de forma clara en la norma positiva, se plasma de forma amplia e imprecisa constituyendo un manifiesto contrasentido.

En el trabajo doméstico existe una diferencia entre la jornada con y sin retiro, que radica en que ambas no implican los mismos deberes ni obligaciones para empleadores y empleados, ni suponen las mismas restricciones, de modo que pueden incorporarse a una misma valoración jurídica (Bastidas, 2012, pp. 37,38)

2.3.4 Enfermedad Renal

Para el Ministerio de Salud, la preocupación de la enfermedad renal y sus implicaciones en las políticas públicas se evidencian en el presente análisis, señalando que:

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública por su carga de enfermedad, su tendencia ascendente y por los elevados costos de su tratamiento. Dentro de las razones que explican el incremento de su prevalencia en la población peruana se tiene a las transiciones demográfica y epidemiológica y a determinantes sociales como la pobreza, desempleo, etnia/raza y cobertura por un seguro de salud los cuales modifican el acceso a los servicios de salud y a terapias de reemplazo renal (TRR) como la hemodiálisis. También son importantes determinantes ambientales como la contaminación ambiental por metales pesados y metaloides en zonas mineras e industriales, principalmente por cadmio. A nivel individual, los principales factores de riesgo para ERC son la diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), edad avanzada, historia familiar de la enfermedad, obesidad y dislipidemia.

Dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú en 2012, la insuficiencia renal constituyó que una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones a nivel nacional. La tendencia de la tasa ajustada de mortalidad a nivel nacional fue descendente pasando de 13,4 por cien mil habitantes el año 2000 a 11,5 por cien mil habitantes el año 2012.

La ERC en estadio V constituye un problema de salud pública global por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.

Desde un punto de vista técnico, se puede considerar que la hemodiálisis crónica (HDC), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR) constituyen técnicas

efectivas y seguras para proporcionar un tratamiento a pacientes en estadios terminales. Mientras no existan contraindicaciones evidentes, el tratamiento de reemplazo renal debe ser elegida libremente por el paciente, después de recibir información adecuada y completa sobre las ventajas y los inconvenientes de los métodos existentes (Minsa, 2015, pp. 11,12,53).

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación Población

La presente investigación es tanto correlacional y no experimental, por cuanto se buscará la asociación de las dos variables de estudio. Para el autor Martínez (2018) señala que: “Para la investigación no experimental no existen condiciones o estímulos provocados por el investigador a los cuales sean expuestos los sujetos de estudio que son observados tal cual se desenvuelven en el entorno social” (p. 57).

A través de esta investigación se buscará la relación estadística entre las mismas (correlación), sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes.

Sin embargo, la característica más importante del diseño correlacional es que las dos variables tratadas son medidas (sin ser manipuladas) y los resultados son ciertos independientemente del tipo de variable (cuantitativa o categórica). Para Martínez (2018) “Es decir se aplican para medir el grado de relación entre dos o más variables, lo que puede representarse como variable (s) independiente (s) (X) y variable (s) dependiente (s) Y (p. 57).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Para el presente trabajo se ha considerado a todos los trabajadores de la Oficina de Servicios Contratados y de la Oficina de Admisión del Centro Nacional de Salud Renal de Essalud.

3.2.2 Muestra

Para el presente trabajo no se tomará en cuenta la muestra, por ser una población pequeña, será aplicado a todos los trabajadores que laboran en la Oficina de Servicios Contratados y la Oficina de Admisión del Centro Nacional de Salud Renal de EsSalud,

3.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala medición
<i>Var. Independiente</i>	mecanismos internos de control,	Idoneidad	Ordinal
Mecanismos de control y el acceso de trabajadores del hogar	autoevaluación, auditorías	Verificación de	Ordinal
	internas, oficina control interno,	filtros de control	
	evaluación y seguimiento	Criterios de Ley del Trabajador del hogar	Ordinal
<i>Var. Dependiente</i>	Uno de los tratamientos para la falla renal se llama hemodiálisis, o "hemo" para abreviar. En este tipo de tratamiento se utiliza una máquina para limpiar su sangre. La hemodiálisis hace algo del trabajo que sus riñones hacían cuando estaban sanos.	Identificar pacientes para hemodiálisis	Ordinal

3.4 Instrumentos

La técnica que se aplicó al presente estudio de investigación es el cuestionario, elección que se sustenta en lo señalado por el autor Arbaiza (2014) señala:

Como indica Kothari (2004), un cuestionario presenta un número determinado de preguntas impresas, formuladas en función de los propósitos de la investigación y en un orden o formato específico. El cuestionario se entrega personalmente o se envía por correo postal o electrónico a los participantes, se guarda a que ellos analicen las preguntas y contesten por escrito sus respuestas.

Mediante un cuestionario objetivo se minimiza el riesgo de sesgo en las respuestas (La fuente & Marin, 2008). Al contestar por escrito, los sujetos son libres de exponer y construir sus ideas con mayor tiempo y con menor ansiedad que en el caso de una entrevista. Sin embargo, si el cuestionario es enviado por correo electrónico, también se corre el riesgo de no obtener respuesta. Es posible, además, de que no se capte el interés de los encuestados, de que estos eviten contestar algunas preguntas o de que brinden respuestas vagas. Como sugiere Kothari (2004), se debería hacer un estudio piloto para poner a prueba los cuestionarios y, así, cambiar las preguntas difíciles de comprender (p. 209).

Para ello se ha diseñado un cuestionario estructurado, el cual se ha elaborado en relación a las variables dependientes e independientes. Donde se han planteado preguntas cerradas o dicotómicas.

- Validez. - Comprende como la medición de los elementos utilizados, nos permitirán obtener información que hizo posible la investigación. Este instrumento nos va a permitir obtener el grado de veracidad, elementos que nos permitirán medir lo que buscamos de la investigación.

Para esta investigación se ha considerado la validez del constructo porque trata de establecer en qué medida la prueba tiene en cuenta aspectos que se hallan implícitos en la definición teórica del tema a ser medido y se determina en base al juicio de expertos.

Para la aplicación de este instrumento de investigación se ha tomado en cuenta la confiabilidad y validez del instrumento a aplicar. Como lo señala el autor Carrasco (2017) que “en términos más concretos podemos decir que un instrumento es válido cuando mide lo que debe medir, cuando nos permite extraer datos que preconcebidamente necesitamos conocer” (p. 336).

Así mismo para el concepto de confiabilidad, encontramos que el autor Carrasco

(2017) lo define:

- **Confiabilidad.** – es la cualidad o propiedad de un instrumento de medición, que le permite obtener los mismos resultados, a aplicarse una o más veces a la misma persona o grupo de personas en diferentes periodos de tiempo.

Sin duda la confiabilidad es un atributo muy importante en los instrumentos de medición, ya que de ello depende la veracidad y objetividad de los datos obtenidos, siendo obvio suponer que la ausencia de ella conducirá a resultados ambiguos y sesgados. (p. 338).

3.5 Procedimientos

Consideramos los siguientes instrumentos:

- **Aplicación de encuestas**

Proceso computarizado en Excel 2016. - se aplicará para determinar diversos procesos y cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad, esta aplicación distribuida por Microsoft office para hojas de cálculo. Este programa es desarrollado y distribuido por Microsoft, y es utilizado normalmente en tareas financieras y contables.

Excel ofrece una interfaz de usuario ajustada a las principales características de las hojas de cálculo, en esencia manteniendo ciertas premisas que pueden encontrarse en la hoja de cálculo original.

- **Aplicación del paquete estadístico SPSS – Versión.** Se aplicará para digitar, procesar y analizar datos y determinar las variables. es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado. Originalmente SPSS fue creado como el acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences aunque, sin embargo, en la actualidad la parte SPSS del nombre completo del software (IBM SPSS) no es

acrónimo de nada. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un sencillo interface para la mayoría de los análisis. En la versión 25 de SPSS se pueden realizar análisis con más de 2 millones de registros y 250.000 variables. El programa consiste en un módulo base y módulos anexos que han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos. Cada uno de estos módulos se compra por separado. Por ejemplo, SPSS puede ser utilizado para evaluar cuestiones educativas.

- Registro manual. - se aplicará para digitar la información de los diferentes resultados que se obtengan de la aplicación del cuestionario.

3.6 Análisis de datos

Los datos obtenidos del presente estudio nos permitirán conocer si son idóneos los mecanismos de control para acceder a la condición de asegurado como trabajador del hogar para lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud; de validarse la hipótesis propuesta se evidenciaría que no existiría filtros de verificación y por ende los costos de este tratamiento no serían objetivos, lo cual implicaría que se está sobrecargando un tratamiento a una institución una responsabilidad que le compete al Estado, lo cual obligaría a la evaluación de las políticas públicas en salud, que permitan el acceso oportuno y en las mismas condiciones al tratamiento de hemodiálisis, así como la revisión de la una Ley que al ser muy abierta y de fácil acceso a acogerse a ella.

Los datos obtenidos del presente estudio han llegado a determinar que el 55% de los encuestados considera que no son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar, en cuanto a las hipótesis específicas se concluye que la ausencia de fiscalización, la falta de filtros y el control oportuno influyen negativamente en el control, esta ausencia viene permitiendo el acceso en la condición de

asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis. Por otro lado el 100% de los encuestados coincidieron en que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de Salud, considerando que el alto costo del tratamiento en hemodiálisis obliga a trabajadores a acogerse a la figura de trabajador del hogar teniendo en cuenta lo vulnerable y de fácil acceso la aplicación de la Ley N° 27056 – Ley del Trabajador del hogar. Así como la necesidad de aplicar sanciones a quienes se acogen con información falsa a la figura de Trabajador del hogar, que representa el 90% de los encuestados, recargando en una sola institución de salud la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio V.

3.7 Consideraciones éticas

Para la presente investigación se elaboró el documento de consentimiento informado para la autorización de los que aplicaron la encuesta (Anexo N° 01), mediante el cual acepta la aplicación del cuestionario.

El cuestionario de recolección de datos constará de diez ítems (Anexo N° 02)

IV. RESULTADOS

4.1 Selección y validación de los instrumentos

4.1.1 Validez

La técnica de opinión de expertos y su instrumento el informe de juicio de expertos se realizó con el apoyo de 02 doctores en 88% para validar las pruebas. Es decir, determinar la validez del instrumento implicó someterlo a evaluación por un panel de expertos, antes de su aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y se verificara si la construcción y el contenido del instrumento, se ajustan al estudio planteado.

Tabla 2

Calificación por juicio de expertos

N°	Opinión de expertos	Valoración
1	Experto 1	88 %
2	Experto 2	88 %
	Valor de validez	88%

Fuente: Instrumentos de opinión de expertos

La valoración por juicio de expertos fue 88% se concluye que según Cabanillas el nivel de validez es muy bueno, se refiere al grado en que la medición representa al concepto medido.

Tabla 3*Índice de validez en contenido***VALORES DE LOS NIVELES DE VALIDEZ**

Nivel de validez	Valores
Excelente	91 – 100
Muy bueno	81 – 90
Bueno	71 – 80
Regular	61 – 70
Deficiente	51 - 60

Fuente: Cabanillas Alvarado, Gualberto (2004:76)

El análisis cuantitativo de la validez de contenido de jueces presentado en la tabla N°1 presenta un promedio de 88% y de acuerdo a la tabla de rangos y/o niveles de validez indica que los criterios evaluados de los instrumentos son muy buenos, por lo tanto, son instrumentos aplicables para la muestra

4.1.2 Confiabilidad del instrumento

Para establecer la confiabilidad se aplicó el cuestionario denominado: Mecanismos de Control y el Acceso de trabajadores del hogar a tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud a una muestra de 20 trabajadores del Centro Nacional de Salud Renal. Los datos fueron sometidos al estadístico de confiabilidad de Kuder Richardson (Kr20).

$$kr20 = \frac{k}{k-1} \left[\frac{s_T^2 - \sum p^* q}{s_T^2} \right]$$

Donde:

n: Numero de items del instrumento

p: % de personas que responden correctamente cada ítem

q: % de personas que responden incorrectamente cada ítem

V_t : Varianza total del instrumento

Tabla 4

Interpretación del coeficiente de KR 20

Estadísticas de fiabilidad

Rangos Magnitud	Confiabilidad
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Tabla 5

Estadísticos de fiabilidad del primer instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,632	10

Se tomó una prueba para la variable independiente de los Mecanismos de control y el acceso de trabajadores del hogar. Según los resultados obtenidos con el paquete SPSS, el instrumento obtuvo un KR (20) DE 0,632, a cuál según los criterios de confiabilidad fue

evaluado de *confiabilidad aceptable*.

Para determinar la confiabilidad de la variable dependiente Tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud, se aplicó el estadístico KR (20), obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 6

Estadísticos de fiabilidad del segundo instrumento

Estadísticas de fiabilidad	
KR 20	N de elementos
,602	20

En la variable independiente Tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud. Según los resultados obtenidos con el paquete SPSS, el instrumento obtuvo un KR (20) de 0,602, a cuál según los criterios de confiabilidad fue evaluado de *confiabilidad aceptable*.

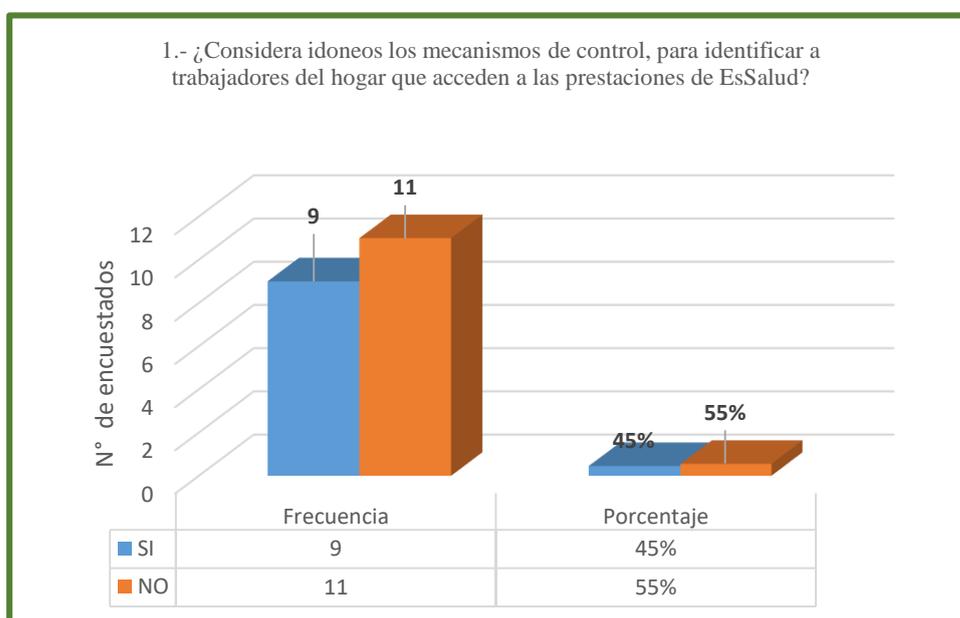
4.2 Tratamiento estadístico e interpretación de datos

1. *¿Considera idóneos los mecanismos de control, para identificar a trabajadores del hogar que acceden a las prestaciones de EsSalud?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	9	45,0	45,0	45,0
	NO	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Figura 1

Resultados de pregunta de encuesta 1



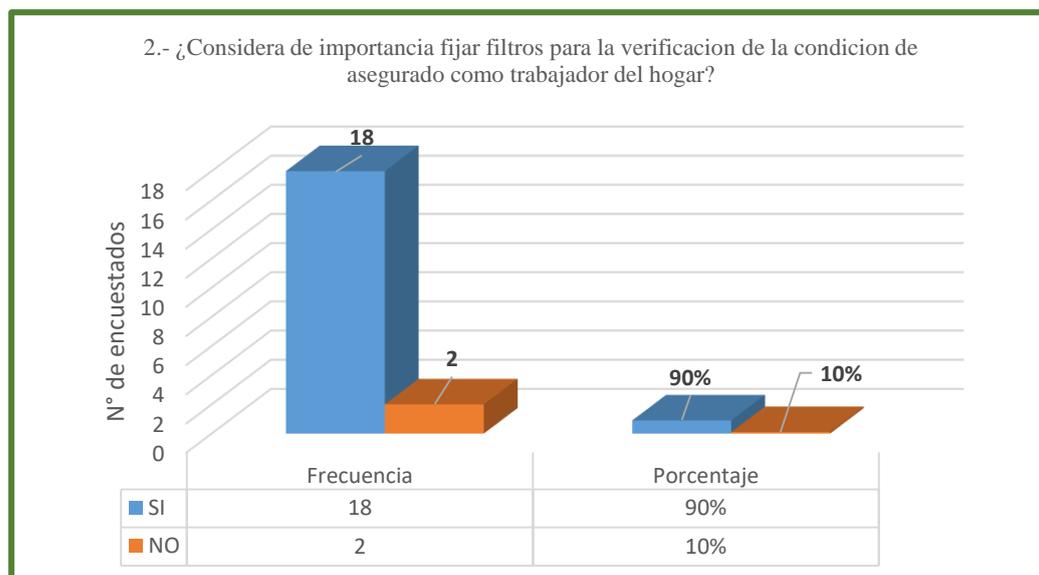
En el gráfico se puede observar que el 55 % de los trabajadores considera que no son idóneos los mecanismos de control, para identificar a trabajadores del hogar que acceden a las prestaciones de EsSalud.

2. *¿Considera de importancia fijar filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
válido	SI	18	15,0	90,0	90,0
	NO	2	1,7	10,0	100,0
	Total	20	16,7	100,0	
	Total	20	100,0		

Figura 2

Resultados de pregunta de encuesta 2



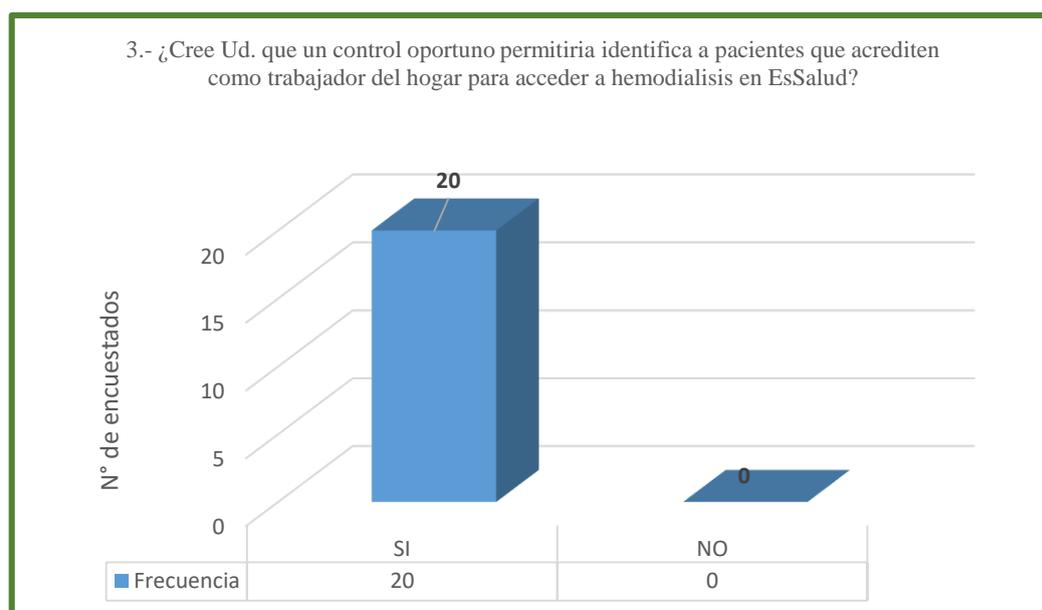
Del grafico se puede observar que el 90% de los trabajadores considera la importancia fijar filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar.

3. *¿Cree Ud., que un control oportuno permitiría identificar a pacientes que acreditan como trabajadores del hogar para acceder a hemodiálisis en EsSalud?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	20	16,7	100,0	100,0
Total		20	100,0		

Figura 3

Resultados de pregunta de encuesta 3



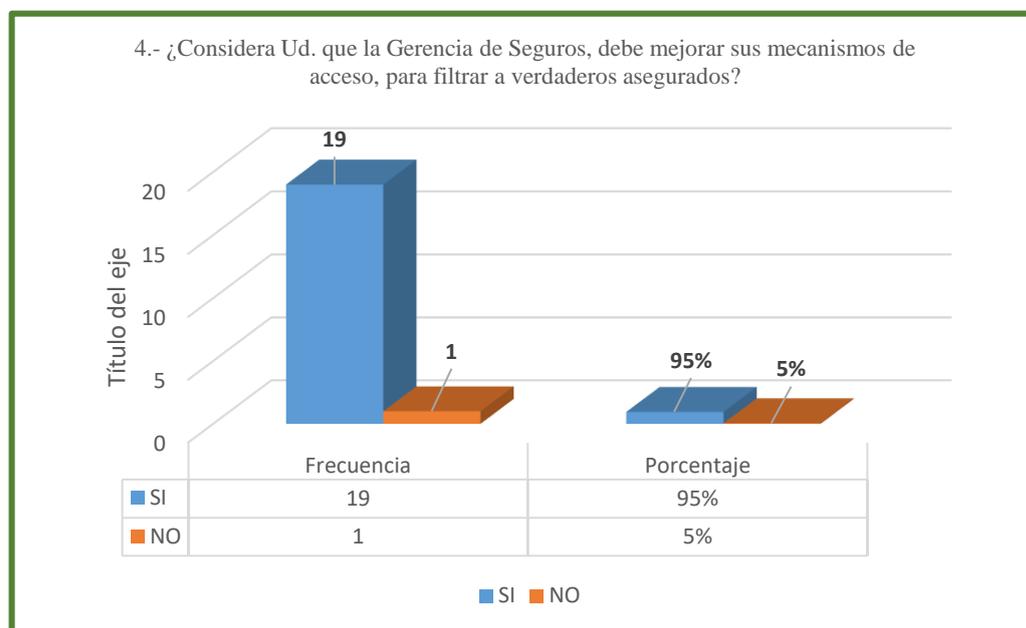
En el grafico se puede observar que el 100% de los trabajadores considera que un control oportuno permitiría identificar a pacientes que acrediten como trabajadores del hogar para acceder a hemodiálisis en EsSalud.

4. *¿Considera Ud., que la Gerencia de Seguros, debe mejorar sus mecanismos de acceso, para filtrar a verdaderos asegurados?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	19	15,8	95,0	95,0
	NO	1	,8	5,0	100,0
	Total	20	16,7	100,0	
Total		20	100,0		

Figura 4

Resultados de pregunta de encuesta 4



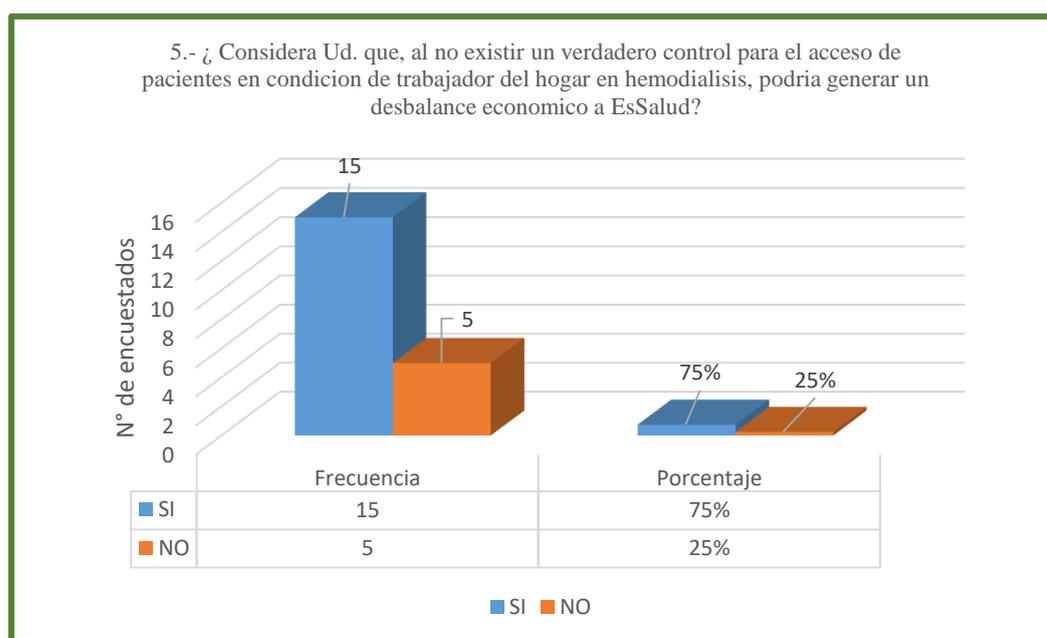
En el grafico se puede observar que el 95% de los trabajadores considera que la Gerencia de Seguros, debe mejorar sus mecanismos de acceso, para filtrar a verdaderos asegurados.

5. *¿Considera Ud. que, al no existir un verdadero control para el acceso de pacientes en condición de trabajadores del hogar en hemodiálisis, podrían generar un desbalance económico a EsSalud?*

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	15	75,0	75,0
	NO	5	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

Figura 5

Resultados de pregunta de encuesta 5



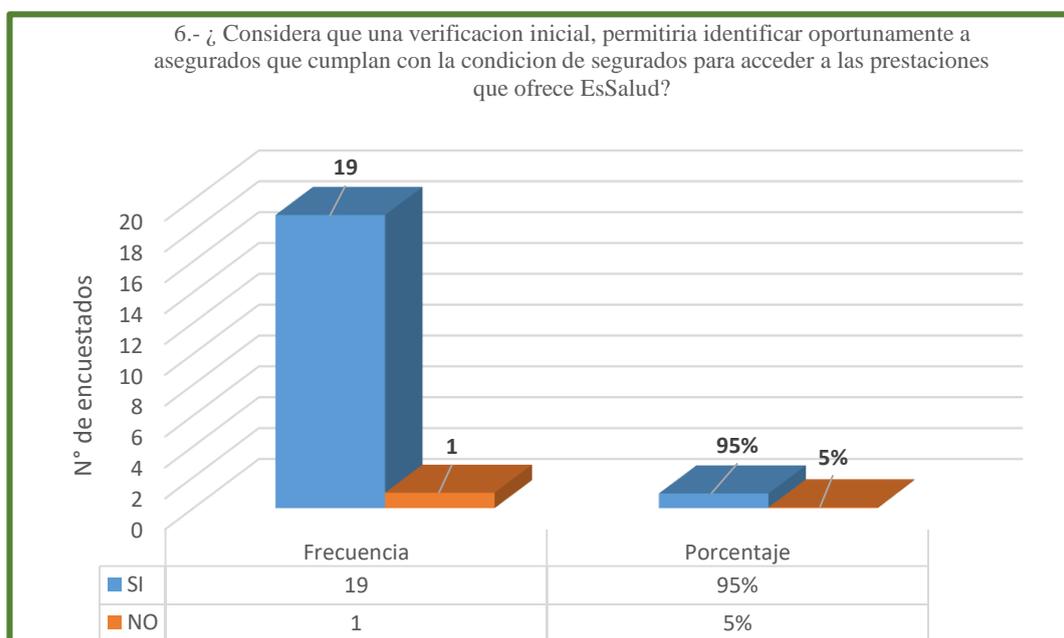
En el grafico observamos que el 75% de los trabajadores considera que, al no existir un verdadero control para el acceso de pacientes en condición de trabajadores del hogar en hemodiálisis, podrían generar un desbalance económico a EsSalud.

6. *¿Considera que una verificación inicial, permitiría identificar oportunamente a asegurados que cumplan con la condición de asegurados para acceder a las prestaciones que ofrece EsSalud?*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	19	95,0	95,0	95,0
	NO	1	5,0	5,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Figura 6

Resultados de pregunta de encuesta 6



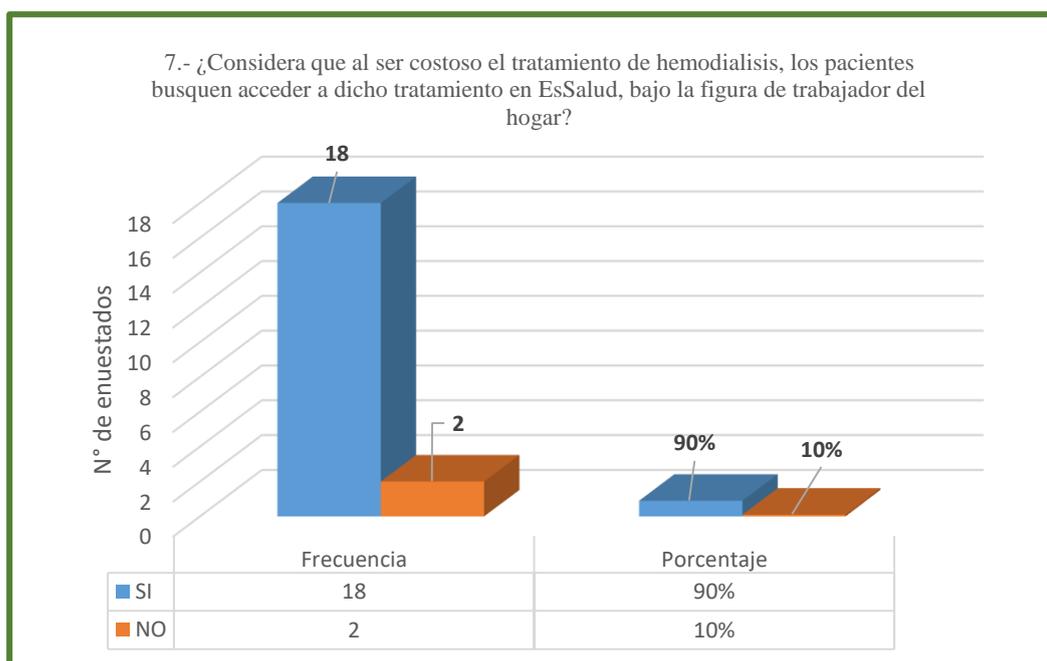
El grafico nos muestra que el 95% de los trabajadores considera que una verificación inicial, permitiría identificar oportunamente a asegurados que cumplan con la condición de asegurados para acceder a las prestaciones que ofrece EsSalud.

7. ¿Considera que al ser costoso el tratamiento de hemodiálisis, los pacientes busquen acceder a dicho tratamiento en Essalud bajo la figura de trabajador del hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	18	90,0	90,0	90,0
	NO	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Figura 7

Resultados de pregunta de encuesta 7



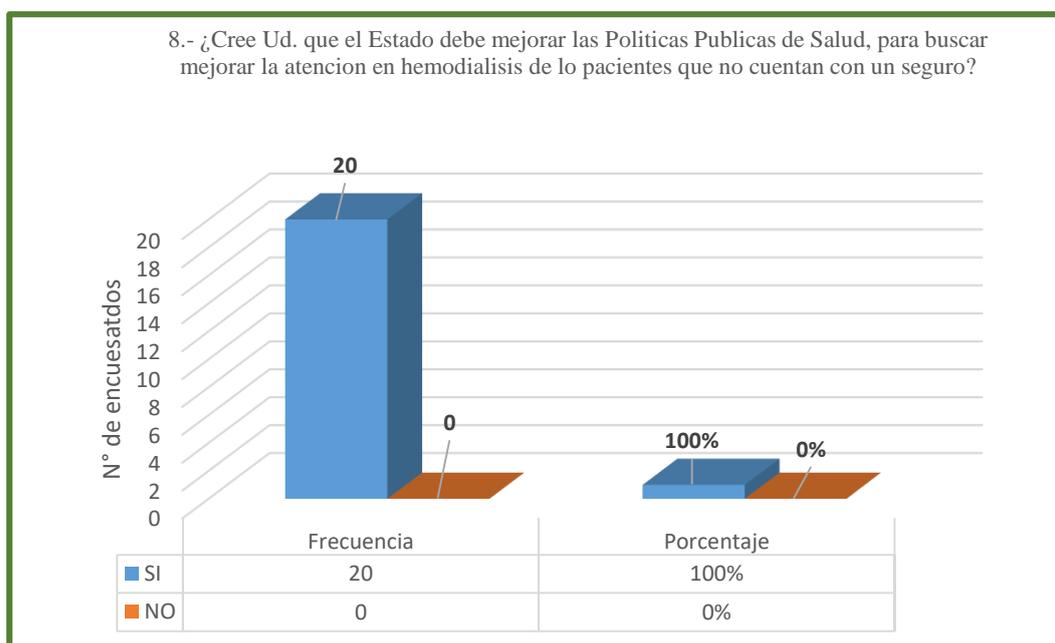
El grafico nos muestra que el 90% de los trabajadores considera que al ser costoso el tratamiento de hemodiálisis, los pacientes busquen acceder a dicho tratamiento en EsSalud, bajo la figura de trabajador del hogar.

8. ¿Cree Ud, que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de Salud, para buscar mejorar la atención en hemodiálisis de los pacientes que no cuentan con un seguro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	20	100,0	100,0	100,0

Figura 8

Resultados de pregunta de encuesta 8



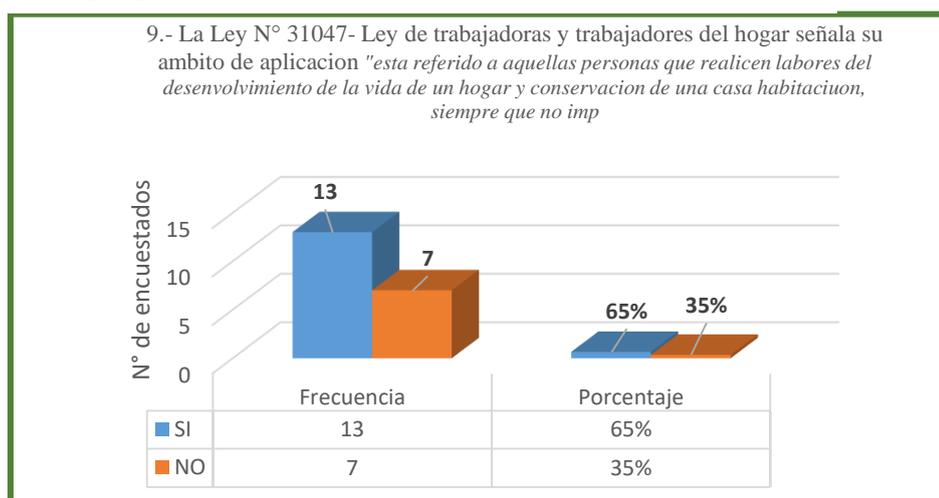
En el grafico se puede observar que el 100% de los trabajadores considera que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de salud, para buscar mejorar la atención en hemodiálisis de los pacientes que no cuentan con un seguro.

9. La Ley N° 31047 –Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del hogar señala su ámbito de aplicación “*está referido a aquellas personas que realicen labores propias del desenvolvimiento de la vida de un hogar y conservación de una casa habitación, siempre que no importen negocio o lucro económico directo para la persona empleadora o sus familiares. Dichas labores incluyen tareas domésticas, tales como la limpieza, cocina, ayudante de cocina, lavado, planchado, asistencia, mantenimiento, cuidado de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas enfermas, personas con discapacidad u otras personas dependientes del hogar, cuidado de mascotas domésticas, cuidado del hogar, entre otras*” ¿Desde su punto de vista, considera que debe contar con una definición o solo señalar el ámbito de aplicación? ¿O está muy abierta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	13	65,0	65,0	65,0
	NO	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Figura 9

Resultados de pregunta de encuesta 9



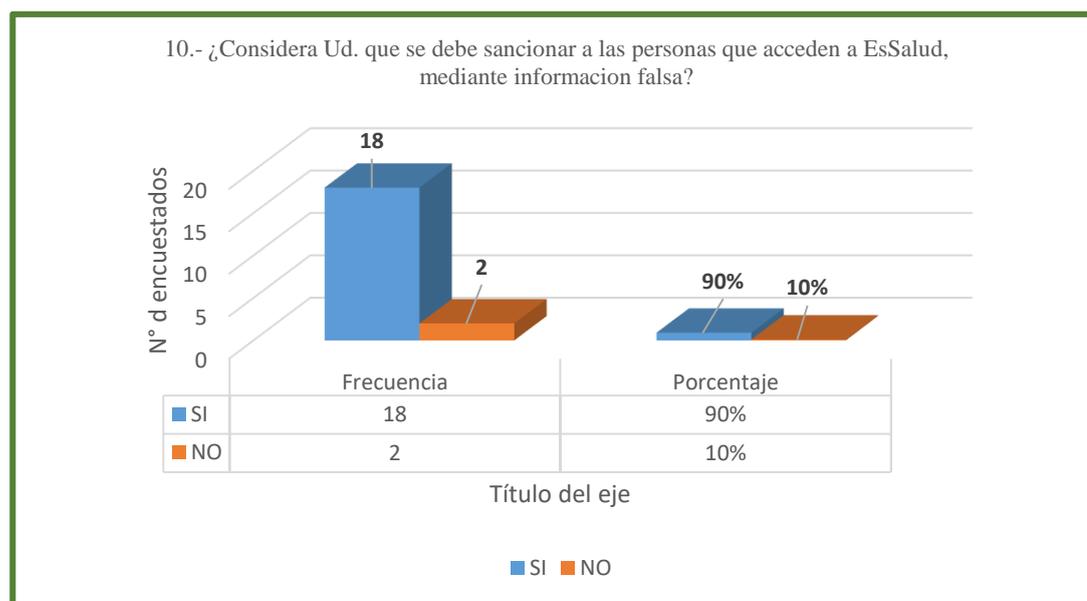
El gráfico nos muestra que el 65% de los trabajadores considera que según la Ley N° 31047 la ley de trabajadoras y trabajadores del hogar está muy abierta y que su definición no señala el ámbito de aplicación.

10. ¿Considera Ud, que se debe sancionar a las personas que acceden a EsSalud, mediante información falsa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	18	90,0	90,0	90,0
	NO	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Figura 10

Resultados de pregunta de encuesta 10



El grafico nos muestra que el 90% de los trabajadores considera que se debe sancionar a las personas que accedan a EsSalud, mediante información falsa.

4.3 Prueba de contrastación de hipótesis

Prueba de normalidad de Shapiro Wilk para la prueba de los Mecanismos de control y el Acceso de trabajadores del hogar a tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud

Para poder comparar medias, desviación estándar y poder aplicar pruebas paramétricas o no paramétricas, es necesario comprobar que las variables en estudio tienen o no una distribución normal.

Para realizar la prueba de normalidad se ha tomado un nivel de confianza del 95% para la cual se plantearon las siguientes hipótesis:

- H_0 : En conjunto de datos tienen una distribución normal
- H_1 : El conjunto de datos no tienen una distribución normal

El estadístico de prueba es:

$$W_c = \frac{b^2}{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}$$

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk, porque el número de datos es menor que 50, en los resultados obtenidos en el análisis con el SPSS, se observa que, en la variable independiente los Mecanismos de control el nivel de significancia observado es menor que 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0), es decir que los datos de la variable independiente no mantienen una distribución normal. En la variable del acceso de trabajadores del hogar el nivel de significancia observado es menor que 0,05 es decir que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, la variable dependiente no presenta una distribución normal.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	l	ig.
Mecanismos de Control	,366	20	,000	,731	0	,000
Acceso de trabajadores del hogar	,339	20	,000	,739	0	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Coefficiente de Correlación: para el autor Bernal (2010), señala que;

El análisis de correlación sirve para medir la “fuerza o el grado de correlación entre las variables objeto de estudio en el análisis de regresión y que el coeficiente de correlación se encontrara entre -1 y 1, indicando la dirección de la correlación y la fuerza de la relación (p. 218).

Para establecer la verificación de la hipótesis de investigación se aplicó la prueba de correlación de Spearman, para determinar el grado de asociación entre las variables a efectos de contrastar la hipótesis.

$$\rho = 1 - \frac{\partial \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Los coeficientes de correlación Rho de Spearman se interpretaron según la tabla siguiente:

Donde D es la diferencia entre los correspondientes estadísticos de orden de x y

N es el número de parejas

Tabla 7

Coefficiente de correlación Rho de Spearman

Rango	Relación
0 - 0,25	Escasa o nula
0,26 - 0,50	Débil
0,51 – 0,75	Entre moderada y fuerte
0,76 -1	Entre fuerte y perfecta

La contrastación de hipótesis se realizará mediante del valor p considerando un nivel de significación Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk, porque el número de datoses menor que 50, en los resultados obtenidos en el análisis con el SPSS, se observa que, en la variable independiente los Mecanismos de control el nivel de significancia observado es menor.

4.3.1 Prueba de hipótesis general

Hipótesis nula (H₀): Los mecanismos de control No carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.

Hipótesis alterna (H₁): Los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.

- **nivel de significación (α)** – al 5% que indica un nivel de confianza del 95%
- **estadístico de prueba:** Para establecer la verificación de la Hipótesis de investigación se aplicó la prueba de correlación de Spearman para determinar el grado de relación entre las variables a efectos de contrastar la hipótesis.

- **región crítica o de rechazo**

- Si p- valor es < 0.05 nivel de significancia, se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)**,

Si p-valor es >0.05 nivel de significancia, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se acepta Hipótesis alterna (H_1)

- **paquete estadístico:** Utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25, se obtuvo

los siguientes resultados.

Correlaciones

		Mecanismo de control y el acceso de trabajadores del hogar	Tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud
Mecanismo de control y el acceso de trabajadores del hogar	Correlación de Pearson	1	,075
	Sig. (bilateral)		,754
	N	20	20
Tratamiento de Hemodiálisis en EsSalud	Correlación de Pearson	,075	1
	Sig. (bilateral)	,754	
	N	20	20

regla de decisión: en la Hipótesis general, observamos que el p-valor es >0.05 nivel de significancia, por lo tanto, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)**, es decir, que “los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud”. Así mismo, se observa que el nivel de correlación esta entre moderada y fuerte, por

lo cual se puede decir que, a mayores mecanismos de control mayor, el acceso a la condición del asegurado comotrabajador del hogar serán controlados.

4.3.2 Pruebas hipótesis específicas

Para 1° hipótesis

H₀: La ausencia de fiscalización No viene permitiendo el ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud.

H₁: La ausencia de fiscalización viene permitiendo el ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud

- **nivel de significación (α)**- Al 5%, que indica nivel de confianza del 95%
- **estadístico de prueba:** Para establecer la verificación de la hipótesis de investigación se aplicó la prueba de correlación de Spearman para determinar el grado de relación entre las variables a efectos de contrastar la hipótesis.

- **región crítica o de rechazo**

Si p- valor es < 0.05 nivel de significancia, se rechaza la **Hipótesis nula (H₀)**,

Si p-valor es >0.05 nivel de significancia, no se rechaza la **Hipótesis nula (H₀)** y se **acepta Hipótesis alterna (H₁)**

- **paquete estadístico:** utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21, se obtuvo los siguientes resultados:

Correlaciones

		Ausencia de Fiscalización	Ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar
Ausencia de Fiscalización	Correlación de Pearson	1	,085
	Sig. (bilateral)		,554
	N	20	20
Ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar	Correlación de Pearson	,085	1
	Sig. (bilateral)	,554	
	N	20	20

En la Hipótesis específica N° 1, observamos que el p-valor es >0.05 nivel de significancia, por tanto, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)**, es decir, que la ausencia de fiscalización viene permitiendo el ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud. Así mismo, se observa que el nivel de correlación esta entre moderada y fuerte.

Para 2° hipótesis

H₀: Si existen filtros oportunos que permiten la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud

H₁: No existen filtros oportunos que permitan la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud

- **nivel de significación (α)**- Al 5%, que indica nivel de confianza del 95%
- **estadístico de prueba**: para establecer la verificación de la hipótesis de investigación se aplicó la prueba de correlación de Spearman para determinar el grado de relación entre las

variables a efectos de contrastar la hipótesis.

- **región crítica o de rechazo**

Si p- valor es < 0.05 nivel de significancia, se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)**,

Si p-valor es >0.05 nivel de significancia, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)**

- **paquete estadístico:** utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21, se obtuvo los siguientes resultados:

		Filtros oportunos	verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar
Filtros oportunos	Correlación de Pearson	1	,065
	Sig. (bilateral)		,544
	N	20	20
Verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar	Correlación de Pearson	,065	1
	Sig. (bilateral)	,544	
	N	20	20

En la Hipótesis específica N° 2, observamos que el p-valor es >0.05 nivel de significancia, por lo tanto, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)**, es decir, No existen filtros oportunos que permitan la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud. Así mismo, se observa que el nivel de correlación esta entre moderada y fuerte.

Para 3° hipótesis

H₀: La falta de control oportuno No viene permitiendo el ingreso de pacientes en las características fijadas por la Ley N° 31047.

H₁: La falta de control oportuno viene permitiendo el ingreso de pacientes en las características fijadas por la Ley N° 31047.

- **nivel de significación (α)-** Al 5%, que indica nivel de confianza del 95%
- **estadístico de prueba:** para establecer la verificación de la hipótesis de investigación se aplicó la prueba de correlación de Spearman para determinar el grado de relación entre las variables a efectos de contrastar la hipótesis.

- **región crítica o de rechazo**

Si p- valor es < 0.05 nivel de significancia, se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)**,

Si p-valor es >0.05 nivel de significancia, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se acepta **Hipótesis alterna (H_1)**

- **paquete estadístico:** utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21, se obtuvo los siguientes resultados:

Correlaciones

		Falta de control oportuno	Ingreso de pacientes en las características fijadas por la Ley N° 31047
Falta de control oportuno	Correlación de Pearson	1	,085
	Sig. (bilateral)		,514
	N	20	20
Ingreso de pacientes en las características fijadas por la Ley N° 31047	Correlación de Pearson	,085	1
	Sig. (bilateral)	,514	
	N	20	20

En la Hipótesis específica N° 3, observamos que el p-valor es >0.05 nivel de significancia, por lo tanto, no se rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)** es decir, La falta de control oportuno viene permitiendo el ingreso de pacientes en las características fijadas por la Ley N° 31047. Así mismo, se observa que el nivel de correlación esta entre moderada y fuerte.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El aspecto principal de nuestra investigación es establecer si los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud, aspecto que ha sido verificado mediante las técnicas de la inferencia estadística, encontrándose una correlación positiva moderada entre ambas variables, lo cual significa que los mecanismos de control que se vienen aplicando carecen de idoneidad el cual viene permitiendo el acceso en condición de asegurado como trabajador del hogar a personas, que acceden a esa condición a fin de obtener el tratamiento de hemodiálisis debido a la enfermedad de insuficiencia renal crónica en estadio V, considerando lo costoso que es este tratamiento.

Por otro lado, según los resultados obtenidos de los encuestados nos afirman que no existe mecanismos idóneos de control para identificar a trabajadores del hogar, que accedan a las prestaciones de EsSalud, siendo este porcentaje de 80%, que es un resultado de confiabilidad aceptable para el planteamiento de la variable independiente.

Para la pregunta N° 2, un 90% de los encuestados considera la importancia de fijar filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar, filtros que ayudaría a identificar a verdaderos asegurados como tal.

Para la pregunta N° 3, los encuestados en un 100% consideran que, si hubiera un control oportuno, esto permitiría identificar a los pacientes que acredite como trabajadores del hogar dentro del contexto de la Ley del Trabajador del Hogar.

Por otro lado, ante la pregunta N° 4, el 95% de los encuestados considera que se hace necesario que la Gerencia de Seguros de EsSalud debería mejorar sus mecanismos de acceso a fin de que permita filtrar a verdaderos asegurados y de este modo los verdaderos asegurados

puedan contar con un servicio de mayor calidad, tiempo y oportunidad.

Ante la pregunta N° 5, la respuesta en un 75% de los encuestados considera que al no existir un verdadero control se viene permitiendo el acceso de pacientes en condición de trabajador del hogar, que con el transcurrir del tiempo podría generar un desbalance económico a EsSalud, considerando los altos costos que implica el tratamiento de hemodiálisis, así como la atención médica, laboratorio, medicamentos y otros servicios que implica el tratamiento de un paciente en hemodiálisis.

Para la pregunta N° 6, los encuestados en un 95% considera que se debe dar una verificación inicial, el mismo que permitiría identificar de manera oportuna a asegurados que cumplan con la condición de asegurados como tal, y que esta verificación permita acceder a las prestaciones que ofrece EsSalud a los asegurados dentro del marco de la Ley N° 27056.

En la pregunta N° 7, los encuestados en un 90% considera que al ser costoso el tratamiento de hemodiálisis, los pacientes buscan acceder a los servicios de EsSalud utilizando la figura de trabajador del hogar, considerando que este grupo de trabajadores en el marco de su ley han sido considerados como trabajadores regulares.

Para la pregunta N° 8, los encuestados en un 100% considera que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de Salud, el mismo que procuré mejorar la atención de pacientes en hemodiálisis que no cuenten con un seguro y les permite contar con atención oportuna y de calidad ante una enfermedad crónica.

La respuesta de los encuestados para la pregunta N° 9, en un 65% considera que la Ley N° 31047, Ley del Trabajador del hogar, es una ley que está mal conceptualizada y que no engloba la verdadera labor que realizan este tipo de trabajadores, y que su definición debe ser más clara, la misma que permita que solo ingresen reales trabajadores del hogar y así evitar que al estar muy abierta se permita que otros oficios y/o actividades encuentren una

puerta abierta para acogerse como trabajador del hogar.

En la respuesta a la pregunta N° 10, los encuestados en un 90% considera que se debería sancionar a las personas que se acogen a la figura de trabajador del hogar, Considerando esta respuesta se hace necesario establecer las sanciones, el mismo que ayudaría a evitar se sigan filtrando pacientes bajo la figura del trabajador del hogar. Al no existir sanción, viene permitiendo que muchos pacientes con dolencia de insuficiencia renal crónica en estadio V, accedan a esta figura de trabajador del hogar con información falsa.

VI. CONCLUSIONES

- El 55% de los encuestados considera que no son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar, el cual se evidencia con el nivel de significación >0.05 de la hipótesis planteada la cual rechaza la **Hipótesis nula (H_0)** y se **acepta Hipótesis alterna (H_1)**, es decir, que “los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud”

- En cuanto a las hipótesis específicas podemos concluir que la ausencia de fiscalización, la falta de filtros y el control oportuno influyen negativamente en el control, esta ausencia viene permitiendo el acceso en la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud. Para obtener este resultado se basó en el nivel de confianza de 95% a la prueba aplicada.

- El 100% de los encuestados coincidieron en que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de Salud, considerando que el alto costo del tratamiento en hemodiálisis obliga a trabajadores a acogerse a la figura de trabajador del hogar teniendo en cuenta lo vulnerable y de fácil acceso la aplicación de la Ley N° 27056 – Ley del Trabajador del hogar.

- La aplicación de una sanción a quienes se acogen con información falsa a la figura de Trabajador del hogar representa el 90% de los encuestados, considerando que se estaría recargando dicha atención a una sola institución.

VII. RECOMENDACIONES

- Se hace necesario implementar un eficiente sistema de control interno, estableciendo procedimientos de control previo y concurrente a fin de detectar de manera oportuna la filtración de asegurados que buscan acceder a las prestaciones de salud, bajo la figura de trabajador del hogar, de este modo centrar los recursos en la atención oportuna y de calidad a reales asegurados, impulsando que los Hospitales Nacionales inviertan en la atención de pacientes que no cuenta con un empleador y por ende un seguro en el marco del sistema de protección en materia de salud.

- El actual Manual de Organización y Funciones de EsSalud, debe ser mejorado a fin de que entre sus funciones se establezca mecanismos de control previo y concurrente al inicio de la inscripción de un trabajador bajo la condición de trabajador del hogar, considerando que actualmente dicho control lo realiza posterior, cuando ya el paciente viene recibiendo los servicios de EsSalud no existiendo parámetros de veracidad de la información, como propuesta se plantearía una declaración jurada simple, susceptible de verificación.

- Corresponde al Ministerio de Salud revisar y velar por el estricto cumplimiento permanente de las políticas públicas de salud vigentes, considerando que se vulneran las responsabilidades concernientes a la salud individual respecto a la prestación de salud con estándares de calidad, en especial a pacientes con enfermedades crónicas, como son los pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio V.

- Los actores sociales que concurren a implementar el 2º eje de oportunidades y acceso a los servicios de salud en el Plan Bicentenario, deben asumir el compromiso de brindar la participación de las entidades involucradas (Minsa, EsSalud, FF. AA), así como los afectados (representantes de pacientes crónicos, enfermedades raras, etc) a fin de que expongan su realidad problemática y las propuestas de mejora en los servicios de salud

y evitar concurrir en acogerse a figuras de aseguramiento que no les corresponde, vulnerando una Ley mal conceptualizada.

VIII. REFERENCIAS

- Andina Agencia Peruana de Noticias. (10 de setiembre de 2019). Andina agencia peruana de noticias. *Mas de 27 millones transfirio SIS para tratamientos contra insuficiencia renal*.
<https://andina.pe/agencia/noticia-mas-s-27-millones-transfirio-sis-para-tratamientos-contrainsuficiencia-renal-766218.aspx>
- Arbaiza, L. (2014). *Como elaborar una tesis de grado*. Lima: Esan.
- Bastidas, M. (DICIEMBRE de 2012). Proteccion social y trabajadores del hogar en el Peru, desde la vision de las protagonistas. *Centro Internacion de Formacion -OIT*, 16.
- Bernal, C. (2018). *Metodologia de la investigacion*. Colombia: Pearson.
- Carrasco, S. (2017). *Metodologia de la investigacion cientifica*. Lima: San marcos.
- Congreso de la Republica. (2020). *Ley de las trabajadoras y trabajadores del hogar - Art 3*.
 Lima: El peruano - normas legales.
- Congreso de la Republica del Peru. (1997,15 de julio). *Ley general de salud 26842*. Lima:
 Diario oficial el peruano. congreso.gob.pe
- Constitucion Politica del Peru [Const]. (1993). *Art.10 [Cap II]*. Lima: Congreso de la Republica.
- Defensoria del pueblo Peru [DP]. (2016). *Las trabajadoras del hogar en el Peru - Balance sobre el cumplimiento de las recomendaciones defensoriales*. Lima.
- Eyzaguirre, D. (2015). *Brecha de costos de la hemodialisis bajo la aplicacion del tarifario del seguro integral de salud Hospital regional de Loreto 2015 [Tesis de maestria]*.
 Repositorio instucional.

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2094/eyzaguirre_dm.pdf?sequence=3&isAllowed=

Gongora , D., & Gonzales, L.-a. (2017). *Desigualdades sociales en salud y enfermedad renal cronica estadio 5 Colombia 2012-2014 [Tesis de maestria]*. Repositorio institucional, Bogota.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4374/Congoradiana2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Loza , R. (2007). *Estudio de costo utilidad comparando hemodialisis y transplante en pacientes con insuficiencia renal cronica terminal Departamento de nefrologia Hospital Nacional Guillermo Almenara I. - Essalud [Tesis de maestria]*. Repositorio institucional, Peru. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2511>

Martinez, H. (2018). *Metodologia de la investigacion*. Toluca: Cengage.

Ministerio de Salud [Minsa]. (2015). Direccion general de epidemiologia. *Analisis de la situacion de la enfermedad renal cronica en el Peru, 2015*, 65. [pefile:///F:/GESTION%20PUBLICA/TESIS/DOCUM%20TESIS%202020/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](pefile:///F:/GESTION%20PUBLICA/TESIS/DOCUM%20TESIS%202020/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)

Ministerio de Salud [Minsa]. (15 de abril de 2018). *Centro Nacional de Epidemiologia, Prevencion y control de enfermedades*. Boletin epidemiologico del Peru: <http://www.dge.gob.pe>

Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado [OSCE]. (2018). *Organismo supervisor de las contrataciones del Estado*. Servicio de hemodialisis convencional sin reuso para Lima y Callao: <https://www.gob.pe/osce>

Organizacion Internacional del Trabajo [OIT]. (2015). *Estudio financiero actuarial de Essalud*.
Lima.

file:///F:/GESTION%20PUBLICA/TESIS/DOCUM%20TESIS%202020/ESTUDIO%
20FINANCIERO%20ESSALUD%202015.pdf

Organizacion Internacional del Trabajo- OIT. (2017-2019). *Informe Mundial sobre la
Proteccion Social*.

https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_605075/lang--es/index.htm

Piazza, A. (4 de julio de 2002). *Academia nacional de medicina Peru [ANM-Peru]*. Recuperado

el 26 de febrero de 2020, de
https://anmperu.org.pe/anales/2002/XII_LAHEMODIALISISENELPERU.pdf

Rodriguez, I., & Ramos, D. (8 de NOVIEMBRE de 2010). Un recorrido de rango constitucional

de la seguridad social Latinoamericana. *UNISIMON*, 98. Recuperado el 12 de
DICIEMBRE de 2019, de
<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/justicia/article/view/925/913>

Romero, F. (enero-junio de 2009). *Presente y futuro de la seguridad social en el Peru*.

Recuperado el 03 de julio de 2019, de Revista Latinoamericana de Derecho Social:
<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/article/view/9583/11613>

Santillana, J. (2015). *Sistemas de control interno*. Mexico: Pearson.

Seguro Social de Salud - EsSalud. (2019). *Hacia la modernizacion de la seguridad social en
el Peru*. EsSalud. Lima: EsSalud.

Seguro Social de Salud [Essalud]. (Diciembre de 2014). *essalud.gob.pe*. Recuperado el 28 de

noviembre de 2019, de
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/rof_dic_2015.pdf

Seguro Social de Salud [Essalud]. (Diciembre de 2014). *essalud.gob.pe*. Recuperado el 28 de noviembre de 2019, de Reglamento de organizacion y funciones del seguro social de salud: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/rof_dic_2015.pdf

Seguro Social de Salud [Essalud]. (23 de mayo de 2018). *Essalud*. Recuperado el 10 de diciembre de 2020, de Essalud ha realizado mas de 7 mil trasplantes de organos: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-ha-realizado-mas-de-7-mil-trasplantes-de-organos/>

Seguro Social de Salud [Essalud]. (2019). Hacia la modernizacion de la seguridad social en el Peru - Libro Blanco. Lima: Linx Sac. Recuperado el 27 de noviembre de 2019, de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_1.pdf

Vera, W., & Budowski, M. (Setiembre de 2017). Como se enfrentan los problemas de salud en Chile y Costa Rica: un estudio comparativo y cualitativo. *Revista mexicana de ciencias politicas y sociales*, 111. https://www.researchgate.net/publication/319990669_Como_se_enfrentan_los_problemas_de_salud_en_Chile_y_Costa_Rica_un_estudio_comparativo_y_cualitativo

IX. ANEXOS**Anexo N° 01****Consentimiento Informado**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ningún aspecto

Participante : _____

Firma del Participante : _____

Fecha : _____(Día/mes/año)

Anexo N° 02

Cuestionario de Preguntas

INSTRUCCIONES:

La presente investigación busca la implementación de mecanismos de control para el acceso al tratamiento de hemodiálisis de trabajadores del hogar, que se encuentra en los alcances de la ley N° 31047 – Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del hogar (2020), que son considerados como asegurados regulares obligatorios respecto al cual se ha venido presentando la problemática de buscar configurar bajo la condición de trabajador del hogar. Considerando que debido a la ausencia de mecanismos de control no ha permitido identificar oportunamente dichas afiliaciones para acceder a las prestaciones que ofrece EsSalud.

En ese sentido se le solicita luego de leer atentamente las premisas planteadas, responda con sinceridad las preguntas establecidas. Agradecida por su valioso apoyo.

SOBRE LOS MECANISMOS DE CONTROL PARA EL ACCESO A ESSALUD

1. ¿Considera idóneos los mecanismos de control, para identificar a trabajadores del hogar que acceden a las prestaciones de EsSalud?
 - a) Si ()
 - b) No ()

2. ¿Considera de importancia fijar filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar?
 - a) Si ()
 - b) No ()

3. ¿Cree Ud., que un control oportuno permitiría identificar a pacientes que acreditan como trabajadores del hogar para acceder a hemodiálisis en EsSalud?
 - a) Si ()
 - b) No ()

4. ¿Considera Ud, que la Gerencia de Seguros, debe mejorar sus mecanismos de acceso, para filtrar a verdaderos asegurados?
 - a) Si ()
 - b) No ()

5. ¿Considera Ud. que, al no existir un verdadero control para el acceso de pacientes en condición de trabajadores del hogar en hemodiálisis, podrían generar un desbalance económico a EsSalud?
 - a) Si ()
 - b) No ()

6. ¿Considera que una verificación inicial, permitiría identificar oportunamente a asegurados que cumplan con la condición de asegurados para acceder a las prestaciones que ofrece EsSalud?
 - a) Si ()
 - b) No ()

SOBRE EL SERVICIO DE HEMODIALISIS EN EL PAIS

7. ¿Considera que al ser costoso el tratamiento de hemodiálisis, los pacientes busquen acceder a dicho tratamiento en EsSalud, bajo la figura de trabajador del hogar?
 - a) Si ()
 - b) No ()

8. ¿Cree Ud, que el Estado debe mejorar las Políticas Públicas de Salud, para buscar mejorar la atención en hemodiálisis de los pacientes que no cuentan con un seguro?
- a) Si ()
- b) No ()

SOBRE ASEGURADOS REGULARES –TRABAJADOR DEL HOGAR

9. La Ley N° 31047 –Ley de las Trabajadoras y Trabajadores del hogar señala su ámbito de aplicación “está referido a aquellas personas que realicen labores propias del desenvolvimiento de la vida de un hogar y conservación de una casa habitación, siempre que no importen negocio o lucro económico directo para la persona empleadora o sus familiares. Dichas labores incluyen tareas domésticas, tales como la limpieza, cocina, ayudante de cocina, lavado, planchado, asistencia, mantenimiento, cuidado de niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas enfermas, personas con discapacidad u otras personas dependientes del hogar, cuidado de mascotas domésticas, cuidado del hogar, entre otras”.
- ¿Desde su punto de vista, considera que debe contar con una definición o solo señalar el ámbito de aplicación? ¿O está muy abierta?
- a) Si ()
- b) No ()
10. ¿Considera Ud, que se debe sancionar a las personas que acceden a EsSalud, mediante información falsa?
- a) Si ()
- b) No ()

FILIACION

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo _____ Estado civil _____

Anexo N° 03**Matriz de Consistencia****TITULO: “MECANISMOS DE CONTROL Y EL ACCESO DE TRABAJADORES DEL HOGAR A TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN ESSALUD”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>¿Son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar para lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Conocer cómo es la fiscalización en campo para confirmar la condición de asegurado como trabajador del hogar, a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud 2. ¿Cuáles son los filtros que existen en la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis? 3. ¿De qué manera el control oportuno, permite identificar a asegurados en condición de trabajador del hogar, en las características establecidas por la Ley N° 31047? 	<p>OBJETIVO GENERAL Conocer si son idóneos los mecanismos de control en el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar, para lograr el tratamiento de hemodiálisis en EsSalud</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer si la fiscalización en campo está permitiendo el acceso a pacientes en condición de trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud 2. Identificar si existen los filtros para la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar en EsSalud 3. Analizar si el control oportuno permite identificar la condición de trabajador del hogar según la definición que fija la Ley N° 31047 para acceder a la condición de asegurado en EsSalud 	<p>HIPOTESIS GENERAL Los mecanismos de control carecen de idoneidad para el acceso a la condición de asegurado como trabajador del hogar y acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La ausencia de fiscalización en campo viene permitiendo el ingreso de pacientes bajo la condición de trabajador del hogar a fin de acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud 2. No existen filtros oportunos que permitan la verificación de la condición de asegurado como trabajador del hogar para acceder al tratamiento de hemodiálisis en EsSalud 3. La falta de control oportuno viene permitiendo el ingreso de pacientes en las características fijada en la Ley N° 31047 	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Mecanismo de control y el acceso de trabajadores del hogar</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Tratamiento de hemodiálisis en EsSalud</p>	<p>-NIVEL DE INVESTIGACION Descriptivo - explicativo</p> <p>-TIPO DE INVESTIGACIÓN Correlacional y no experimental</p> <p>-DISEÑO DE INVESTIGACION Observación</p> <p>-POBLACIÓN Trabajadores de la OSC – CNSR – ESSALUD.</p>