

# EDUCACIÓN, EMPLEO Y COBERTURA MÉDICA EN ARGENTINA

EDUCATION, EMPLOYMENT AND MEDICAL CARE IN ARGENTINA

## Roberto Tafani

(Ph.D - Msc Economics).  
Escuela Salud Publica  
FCM.UNC. y Facultad  
Ciencias Económicas .  
UNRC

[rtafani@arnet.com.ar](mailto:rtafani@arnet.com.ar)

Rita Maldonado  
(Esp. en Estadística)  
Facultad de Ciencias  
Económicas - UNRC y  
Escuela Salud Publica  
FCM. UNC.  
[rmaldonado@eco.unrc.edu.ar](mailto:rmaldonado@eco.unrc.edu.ar)

## Resumen

Este trabajo analiza la asociación entre disponibilidad de cobertura médica, empleo y educación. La interdependencia robusta de esas variables es el supuesto central de la estrategia de cobertura con fondos de enfermedad laborales para el acceso a la oferta privada de servicios. Los resultados indican que la relación no es significativa entre educación y disponibilidad de cobertura médica ni entre educación y empleo. En el análisis bivariado se percibe que el empleo comienza a relacionarse con la educación cuando se termina un ciclo educativo, ya sea secundario o universitario. El análisis factorial muestra dos dimensiones determinadas. La primera agrupa al empleo con la disponibilidad de cobertura Médica y la segunda la educación. La debilidad de la asociación sugiere la necesidad de orientar la estrategia de acceso a los servicios mediante el fortalecimiento del sector público.

**Palabras claves:** educación, empleo, cobertura medica.

## Abstract

This work analyzes the relationship between availability of medical care, employment and education. Strong interdependence of these variables is the central assumption of care strategies with funds originated in labor for access to private medical care offer. Results indicate that there is no significant

Trabajo recibido:  
febrero 2008  
Aprobado : abril 2008

dependence between education and medical care availability or between education and employment. Bivariate analysis indicates that employment and education are significantly related in those cases of completion of educational cycles, whether high school or university. Factorial analysis yields two definite dimensions. The first groups employment and the availability of medical care, and the second employment and education. The weakness of the relationship suggests the convenience of directing the strategy of access to medical care by strengthening the public sector.

**Key words:** education, employment, medical care

## El problema

Este trabajo examina desde un enfoque interdependiente el grado de asociación que tienen entre sí la educación el empleo y la Cobertura Médica en Argentina. Determinar cual es la magnitud de esa relación es relevante porque en Argentina la cobertura de salud estuvo basada en gran medida en el empleo y las obras sociales. Por otro lado, la educación fue asociada a una mayor probabilidad de conseguir empleo y por ende de facilitar la cobertura de atención médica. Esta perspectiva, en un contexto global favorable a la privatización de la actividad productiva y de los servicios de salud, generó la ilusión de que el acceso a la atención médica se podría lograr fortaleciendo la educación en un contexto de empleo creciente. Ese objetivo se pensó, podría ser logrado, aún con el des-financiamiento relativo de los hospitales que pasaron a ser percibidos como una red de contención de los sectores más desfavorecidos de la sociedad como ocurrió en la última década del siglo XX.

El esquema de generalizar fondos de enfermedad no mercantiles (obras sociales) junto a la proliferación de empresas comerciales de medicina prepaga para los estratos medios y altos de la sociedad fueron esquemas que promovieron el acceso de la atención médica al sector privado mediante un sistema de bandas múltiples de atención que intentó ser homogeneizado en su piso mediante la imposición de un programa médico de atención obligatoria. En relación a los sectores más pobres de la sociedad, el discurso (no concretado) enfatizó la creación de seguros de salud centrados sobre las obras sociales provinciales, con aportes desde rentas generales. El resultado, en todo caso, sería la universalización del subsidio de demanda que vendría gradualmente a reemplazar al subsidio de oferta. Por otro lado los hospitales, deberían competir por la captura de recursos de cada beneficiario, facturando en un régimen de autogestión. La competencia en un contexto de sub-cobertura y privatización de los servicios potenció la inequidad.<sup>1</sup>

Lo expuesto implica que la orientación política en relación al acceso de la atención médica definió el criterio de pertenencia para su implementación como económico (ser trabajador) y no político (ser ciudadano). El resultado de esta perspectiva, condujo a un deterioro del sector público y a pretender financiar los hospitales desde las obras sociales instaurando inclusive un sistema de débito automático para el caso de demoras en el reembolso del pago de las prestaciones hechas por el propio hospital.

Una falla mayor de esta perspectiva sin embargo, fue su a-historicidad, al no contemplar la evolución dinámica morfológica de los sistemas de salud y el rol de los hospitales dentro de ellos. En plena segunda era de la medicina, donde el rápido avance tecnológico fue unido a la mercantilización de la lógica de atención cuatro cosas quedaron claras: Primero que al sector privado no le interesaba la atención primaria de la salud, lo cual pasó a ser de responsabilidad casi exclusivamente pública. Segundo que la altísima complejidad con sus costos creciente excedía la capacidad financiera del sector privado provocando una fuerte concentración de instituciones por un lado y restricciones severas en el acceso por el otro, quedando limitado este, a los sectores de mayores ingresos.

<sup>1</sup> Tafani Roberto  
"Privatización,  
Subcobertura y Reforma  
Competitiva en Salud"  
U.N.R.C. 1996. Argentina

De esta manera el sector público debía hacerse cargo no sólo de la atención primaria de la salud sino también del tercer nivel y de la alta complejidad en la atención médica.

Tercero El hospital público altamente tecnificado y de excelencia en su gestión clínica se constituía en el núcleo de la educación médica. Las torres académicas empiezan a montarse en distintas ciudades del mundo sobre los propios hospitales y el acceso a la educación médica aparece enmarcado en la capacidad de tener centros de atención con escala y sofisticación suficiente para trabajar la teoría en el contexto de la práctica asistencial. En Argentina en cambio la educación médica de acceso irrestricto y separada de la capacidad asistencial para brindar la enseñanza generó no sólo una desvinculación entre la teoría y la práctica, sino que incluso empieza a aparecer la percepción que los hospitales escuelas dependientes de las Facultades de Medicina des-financiados se transforman en un lastre estructural. Cuarto, estos hospitales públicos, operan en un contexto donde se limita la internación mediante la atención primaria por un lado, y donde la transición epidemiológica hacia la enfermedad crónica potencia la atención domiciliaria (atención socio-sanitaria) por el otro. El impacto fue en la experiencia comparada (Londres, París, Nueva York, Madrid)<sup>2</sup> que se produjo una menor cantidad de internaciones con menores días de estada, llevando a una reducción de los ingresos por venta de esos servicios con lo cual el financiamiento queda crecientemente vinculado a rentas generales de los países. En un contexto como el descrito, va de suyo que la idea de financiar los hospitales mediante la autogestión es inadecuada por la evolución morfológica del sector.

En todo caso, la perspectiva referida a los sistemas sanitarios y su evolución no fue la única equivocada. El modelo de acceso supuso también una perspectiva de ciencia económica nomotética, esto es basada en la creencia de leyes regulares, a-historicidad, equilibrio y reversibilidad de los sucesos.<sup>3</sup> En un mundo donde la física enseñaba que el cambio es hacia paradigmas de desequilibrio, no reversibilidad, orden probabilístico caótico y evolución abierta e indeterminada de los acontecimientos<sup>4</sup> la perspectiva económica implícita en los modelos que fomentan la cobertura mediante el empleo y los fondos de enfermedad laborales se basa en el supuesto de equilibrio estable macroeconómico del crecimiento de la renta y el empleo.

Con la crisis del 2001, sin embargo, el desajuste de la teoría con la práctica repentinamente resurgió. La destrucción masiva de puestos de trabajo volvió al centro de la escena al sector público que fue congestionado y colocado como núcleo de la estrategia de contención del daño colateral producido por una dinámica económica desequilibrada y con crisis recurrentes. El inicio del nuevo siglo en consecuencia vino a destacar la relevancia de dar cobertura desde el sector público, ya que la marginalidad que produce la fase recesiva de economías que funcionan con desajustes estructurales, al eliminar empleos y el acceso a la atención médica, apareció con toda su crudeza.

Con la superación de una de las mayores crisis de la historia económica Argentina, la dinámica vuelve a cambiar. Desde el año 2003 Argentina enfrenta un escenario diferente al de finales de siglo. La demanda sostenida de productos primarios a precios elevados dado el ingreso de China e India al mercado mundial, ha generado un escenario de alto crecimiento con superávit fiscal y en la balanza comercial. Basta pensar para remarcar el contraste que en el siglo XX sólo hubo cuatro años de superávit fiscal, mientras que en la actualidad vamos hacia el quinto consecutivo en esa condición.

El cambio en el escenario global y de la política cambiaria que busca proteger la industria nacional, vuelve a mostrar la consolidación del crecimiento del empleo y de los ingresos de las obras sociales. La pregunta entonces, es si el país volverá a privilegiar la cobertura mediante subsidio de demanda, antes

<sup>2</sup> Recasens Mateu Huguet y Juárez Raimon Belenes "El Hospital Moderno: Crisis y Reinención de la Organización del Futuro. Pp 219. En Gimeno Juan, Repullo José y Rubio Santiago "Gestión Clínica y Gobierno Clínico. Oteo Luis Angel Editor. Ediciones Díaz de Santos. 2006 España

<sup>3</sup> Wallerstein Immanuel "Las Incertidumbres del Saber. Gedisa Editorial. 2004. Barcelona

<sup>4</sup> Wallerstein Immanuel La Decadencia del Poder Estadounidense. Capital Intelectual S.A. Le Monde Diplomatique. Edición Cono Sur. 2006 Bs As. Argentina

que el fortalecimiento del sector público, a partir de una concepción de aumentar el presupuesto educativo y con ello, el acceso laboral y la atención de la salud. Dicho en otras palabras, ¿habrá Argentina aprendido la lección sobre la necesidad de cambiar el criterio de pertenencia para el acceso a la salud y la atención médica hacia la ciudadanía y la política antes que al mercado y la condición de ser trabajador? Alternativamente, se podría pensar si las nuevas condiciones de una economía basada en la exportación de productos primarios con una baja elasticidad empleo del ingreso, no lleva en todo caso, a que el supuesto de que a mayor educación, mayor empleo y mayor cobertura de obra social, se haya debilitado por las nuevas condiciones estructurales socioeconómicas existentes.

Este es el problema que se aborda en este trabajo. Se utilizarán técnicas de interdependencia (análisis factorial) para analizar la interacción de las dimensiones subyacentes mencionadas (educación, empleo y disponibilidad de cobertura médica) de la estructura social actual, y su significatividad estadística. La hipótesis nula de invariabilidad, sostiene que la relación entre esas variables no ha cambiado y que educación, empleo y cobertura médica tienen una fuerte asociación. La hipótesis alternativa negará esta situación con la implicancia de que aún en situaciones de alto crecimiento del empleo, con educación priorizada, nada garantiza en forma automática el acceso a la atención médica y la salud.

## Objetivo, alcance y diseño

El presente estudio es, en su alcance, descriptivo y correlacional (Samperi y Otros 1998). Ha sido diseñado en forma retrospectiva y transversal. Tiene por **objetivo**, mediante técnicas estadísticas univariadas, bivariadas y multivariantes, verificar y describir la existencia y magnitud de relaciones de interdependencia de las variables disponibilidad de cobertura médica, empleo y educación.

## Métodos, fuente de datos y variables

En relación a la metodología utilizada, primero se realiza un análisis univariado, a los efectos de observar el comportamiento individual de cada uno de los indicadores considerados y la homogeneidad o no, implícita en cada uno de ellos. Posteriormente se realiza un análisis bivariado para establecer asociaciones entre los indicadores correspondientes a disponibilidad de cobertura médica, empleo y educación. Finalmente se elabora un análisis factorial, con la finalidad de establecer nuevas dimensiones en el agrupamiento de los indicadores.

Los datos surgen de la información estadística publicada por el INDEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Continua, para el segundo semestre del año 2006. La EPH presenta sus datos en dos etapas diferentes: Continua y Puntual. La EPH Puntual presenta información desde el año 1974 hasta el primer semestre del año 2003. Sólo proporciona información semestral. Luego, se hace una reformulación de la encuesta dando lugar a la EPH Continua, que abarca desde el segundo semestre del año 2003 en adelante y proporciona además información trimestral<sup>5</sup>.

No se incluyen los aglomerados de San Nicolás y Villa Constitución, Rawson y Trelew y Viedma y Carmen de Patagones, por formar parte de la EPH Puntual.

Las variables consideradas, corresponden a tres tipos de indicadores agrupados respectivamente como: **Indicadores de Cobertura Médica** (Población con Cobertura y sin cobertura), **Educación** (Nivel de educación alcanzado), **Indicadores de**

<sup>5</sup> La EPH continua toma en cuenta los siguientes tres aspectos: Temáticos, en función de la adecuación de las definiciones, los instrumentos de captación, las dimensiones de análisis y de presentación de resultados. Muestrales, tendientes a adecuar el diseño a cambios más frecuentes en los fenómenos medidos; Organizativos, ajustando la modalidad de trabajo a los diseños temáticos y muestrales establecidos. Esto incluye también aspectos informáticos.

**Empleo** (tasas de empleo y desempleo). La totalidad de las variables de los grupos mencionados se describen a renglón seguido.

**T\_CONCOB:** Tasa de Disponibilidad de Cobertura Médica.

**T\_SINCOB:** Tasa de Falta de Disponibilidad de Cobertura Médica.

**T\_PRIINC:** Tasa de Escolaridad Primaria Incompleta.

**T\_PRICOM:** Tasa de Escolaridad Primaria Completa.

**T\_SECINC:** Tasa de Escolaridad Secundaria Incompleta.

**T\_SECCOM:** Tasa de Escolaridad Secundaria Completa.

**T\_UNIINC:** Tasa de Escolaridad Universitaria Incompleta.

**T\_UNICOM:** Tasa de Escolaridad Universitaria Completa.

**T\_SININS:** Tasa de Falta de Instrucción.

**T\_EMPLEO:** Tasa de Empleo, calculada como porcentaje entre la población ocupada<sup>6</sup> y la población total.

**T\_DESEMP:** Tasa de Desempleo calculada como porcentaje entre la población desocupada<sup>7</sup> y la Población Económicamente Activa<sup>8</sup>.

Las siguientes variables fueron construidas, y no surgen de la EPH.

**T\_PRIMAR:** Tasa de escolaridad primario incompleto y completo.

**T\_SECUND:** Tasa de escolaridad secundario incompleto y completo.

**T\_UNIVER:** Tasa de escolaridad universitario incompleto y completo.

**T\_MAYSEC:** Tasa de escolaridad secundario completo, universitario incompleto y universitario completo.

**T\_SINSPI:** Tasa de escolaridad primario incompleto y sin instrucción.

**T\_PCOSIN:** Tasa de escolaridad primario completo y secundario incompleto.

Estos **indicadores** están distribuidos por regiones y aglomerados y expresados como tasas, con lo cual, la comparación entre ellos se realiza de manera directa.

Las regiones se encuentran divididas políticamente de la siguiente manera:

**Gran Buenos Aires:** Ciudad de Buenos Aires y Partidos Bonaerenses.

**Región Cuyo:** Gran Mendoza, Gran San Juan y San Luis y el Chorrillo.

**Región Nordeste:** Corrientes, Gran Resistencia, Formosa, Posadas.

**Región Noroeste:** Gran Catamarca, S.M. de Tucumán y Tafí Viejo, San Salvador de Jujuy y Palpalá, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y La Banda.

**Región Pampeana:** Bahía Blanca, Concordia, Gran Córdoba, Gran La Plata, Gran Rosario, Paraná, Santa Fe y Santo Tomé, Mar del Plata y Batán, Río Cuarto, Santa Rosa y Toay, San Nicolás y Villa Constitución.

**Región Patagónica:** Comodoro Rivadavia, Neuquén y Plottier, Río Gallegos, Ushuaia y Río Grande, Rawson y Trelew, Viedma y Carmen de Patagones.

<sup>6</sup> Población ocupada: es la que tiene al menos una ocupación, sin importar la cantidad de horas que trabaja, es decir que se incluye a los subocupados.

<sup>7</sup> Población desocupada: se refiere a personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo.

<sup>8</sup> Población económicamente activa: la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente.

Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada.

En el Anexo A, se puede observar la tabla de datos considerada en este trabajo.

## Resultados

### 1. Análisis Univariado y Bivariado

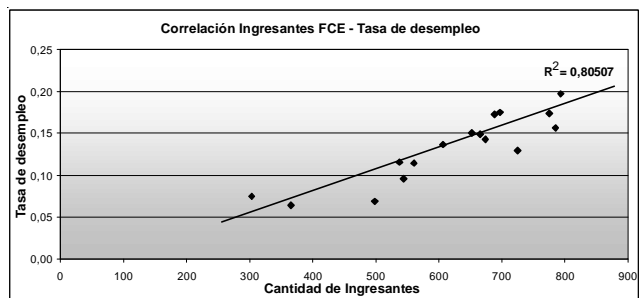
La búsqueda de semejanzas y diferencias entre Aglomerados, para centrar el análisis de las variables con mayor variabilidad, arroja los siguientes resultados:

Tabla 1. Estadística Descriptiva

VARIABLES	Media	Mínimo	Máximo	Dev.Est.	CV
T_CONCOB	63,59%	46,99%	93,10%	12,08%	19,00%
T_SINCOB	36,19%	6,80%	53,01%	12,02%	33,20%
T_PRIINC	20,17%	10,62%	25,50%	3,00%	14,86%
T_PRICOM	15,13%	10,87%	20,34%	2,69%	17,79%
T_SECINC	19,43%	15,39%	24,87%	2,31%	11,90%
T_SECCOM	13,90%	10,46%	18,04%	1,93%	13,85%
T_UNIINC	10,87%	5,41%	17,26%	3,00%	27,60%
T_UNICOM	9,03%	6,40%	20,93%	2,80%	30,99%
T_SININS	11,48%	7,44%	14,09%	1,56%	13,56%
T_EMPLEO	40,23%	34,16%	49,91%	3,36%	8,34%
T_DESEMP	7,46%	1,70%	11,74%	2,72%	36,49%

Se destacan por los coeficientes de variación altos, la Tasa Sin Cobertura Médica, Tasa de Estudios Universitarios y la Tasa de Desempleo. En este sentido, vale destacar aquí, la fuerte asociación estadística directa encontrada por Diego Cambria en su tesis de Licenciatura de Economía (en elaboración) entre desempleo y matrícula universitaria, donde comprueba que cuando sube el desempleo hay un incremento en la matrícula Universitaria. Esto sugiere que los ingresantes consideran el alto costo de oportunidad de los estudios y que acuden a la universidad como un mecanismo sustituto a la falta de empleo en el mercado. Por otro lado, como han señalado N. Abello, A. Morán Abba y J. Borgarello, esto ocurre en un sistema donde el 70 % de asistentes al sistema público pertenece a los dos quintiles más altos de la población, mientras sólo el 5 % corresponde al quintil más pobre. Al decir de los autores " Esto refleja claramente, que si bien la universidad pública facilita a que personas de estratos más bajos puedan acceder a la educación y con esto poder aumentar sus potencialidades de ingresos futuros más altos, existen factores ajenos al sistema educativo que imposibilitan a estos individuos formar parte de este ámbito académico" <sup>9</sup> Dada la perspectiva de ser la universidad un "Second Best" antes que una opción óptima para los ingresantes no debe sorprender la gran deserción estudiantil en los años iniciales de su carrera.

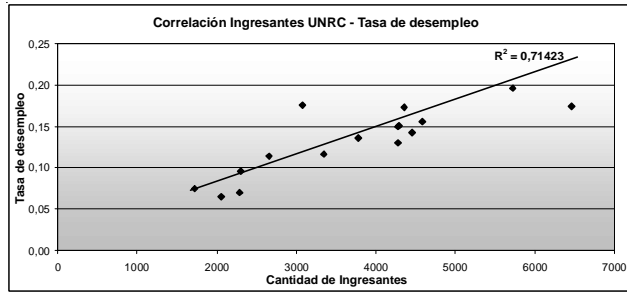
Gráfico 1. Período 1991 – 2006 (FCE)



<sup>9</sup> Abello Mauricio, Moran Abba, Borgarello Juan. "Es la educación un instrumento de movilidad social ascendente?. Ensayo no publicado para la cátedra Economía Estado y Sociedad. Junio 2007. UNRC Pgs 34 y 35

Fuente: DIEGO JOSÉ CAMBRÍA TESIS DE GRADO DE LIC. EN ECONOMÍA: "Ingreso, identificación y deserción en el período 1991-2007, caso Facultad de Ciencias Económicas (U.N.R.C)". La tasa de desempleo de la correlación está rezagada un período.

Gráfico 2. Período 1991 – 2006 (UNRC)



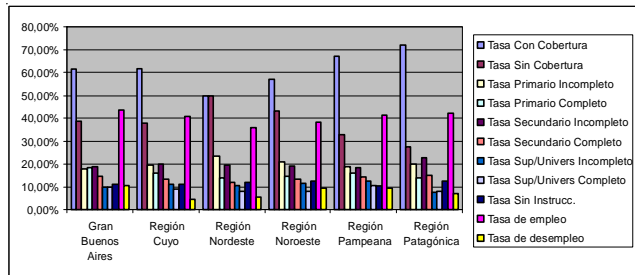
Fuente: DIEGO JOSÉ CAMBRÍA TESIS DE GRADO DE LIC. EN ECONOMÍA: "Ingreso, lentificación y deserción en el período 1991-2007, caso Facultad de Ciencias Económicas (U.N.R.C.)". La tasa de desempleo de la correlación está rezagada un período

Al tomar en cuenta la situación regional, y dadas las desigualdades existentes<sup>10</sup>, surge que tanto en la Región Patagónica como en el Gran Bs As, no existe prácticamente diferencia entre la tasa de estudios universitarios completos e incompletos, pese a que en ambos casos, el empleo y la cobertura médica parecen similares.

Esto sugeriría que el empleo no depende del nivel de logro en la educación superior en dos zonas tan distintas como las comparadas. Así el comportamiento de la matrícula universitaria detectada por Diego Cambría es ratificado por la realidad en el mercado del trabajo.

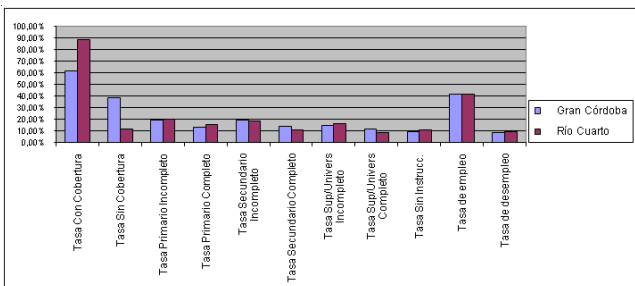
El segundo resultado del análisis univariado, refleja que en la Región Nordeste hay tanta población con Cobertura Médica como Sin Cobertura Médica, mostrando la gravedad de su situación relativa.

Gráfico 3. Indicadores regionales con importante variabilidad



Para la Región del Gran Córdoba y Río Cuarto, la diferencia notoria viene dada por las Tasas de Cobertura Médica, donde Río Cuarto presenta una tasa mayor.

Gráfico 4. Gran Córdoba y Río Cuarto



<sup>10</sup> TAFANI R, GASPIO N. y MALDONADO R. "Servicios de Atención Médica y Eficiencia Asignativa en Argentina" (2005). Revista de Salud Pública número 1. ISSN 0327-3711. En este trabajo, se tuvieron en cuenta indicadores económicos, de educación y cobertura médica, entre otros, se observó que Argentina se divide en un grupo único de provincias constituido por las de la región NOA y NEA, es decir el norte argentino, excepto Tucumán, y otro grupo producido por la convergencia de 2 subgrupos, uno integrado por Capital Federal y Tierra del Fuego, que se une al resto de las provincias de las regiones Centro, Cuyo y Patagonia.

### Relación entre Tasas de empleo, cobertura médica y educación

La cobertura médica tiene alguna relación con el empleo, pero esa relación no se mantiene si se analiza la falta de cobertura médica y el desempleo, tal como lo muestran los gráficos que se presentan a continuación:

Gráfico 5. Empleo y Cobertura Médica

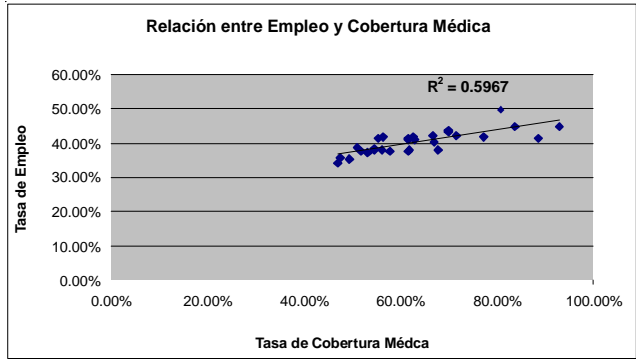
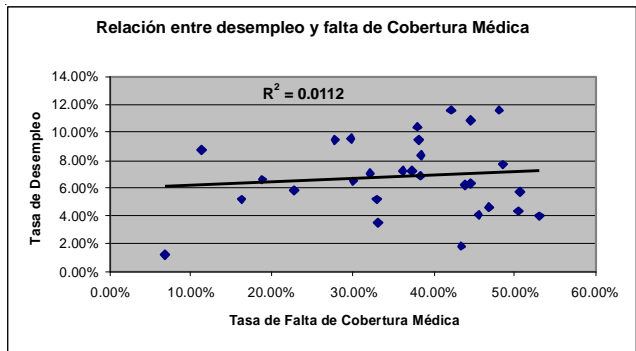


Gráfico 6. Desempleo y Falta de Cobertura Médica



Los gráficos anteriores arrojan dudas sobre la vinculación entre la dinámica económica, el criterio de pertenencia como trabajador utilizado para estimular la cobertura en salud, la efectividad de una política sanitaria basada en obras sociales y el acceso a la atención médica.

Por otro lado, no se establecen relaciones significativas entre empleo y educación, lo que vuelve a ratificar lo sugerido anteriormente por Cambria Diego y el análisis precedente. Esta situación se refleja en la escasa significatividad estadística de los gráficos siguientes:

Gráfico 7. Empleo y Educación

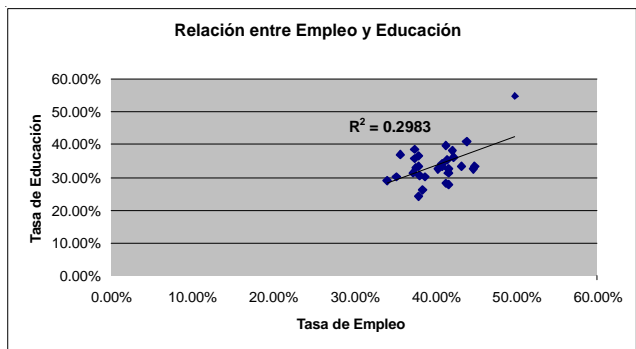
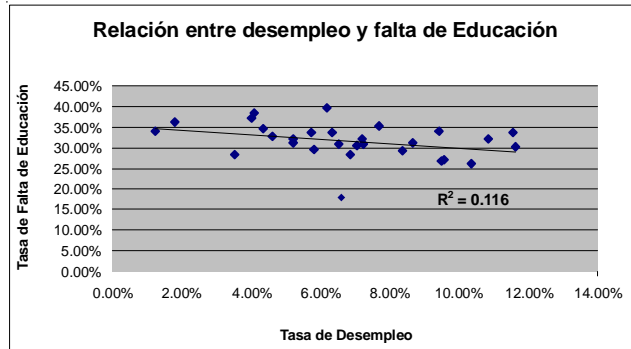




Gráfico 8. Desempleo y Falta de Educación



Tampoco se establecen relaciones significativas entre Cobertura Médica y Educación.

Gráfico 9. Cobertura Médica y Educación

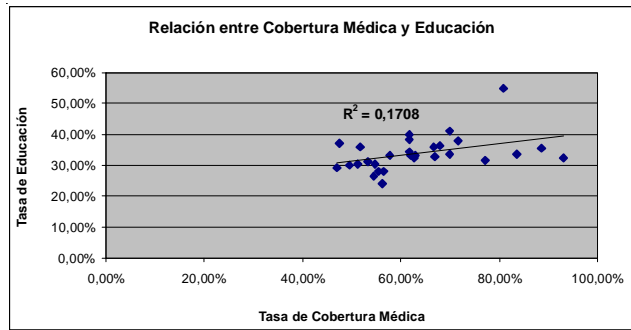
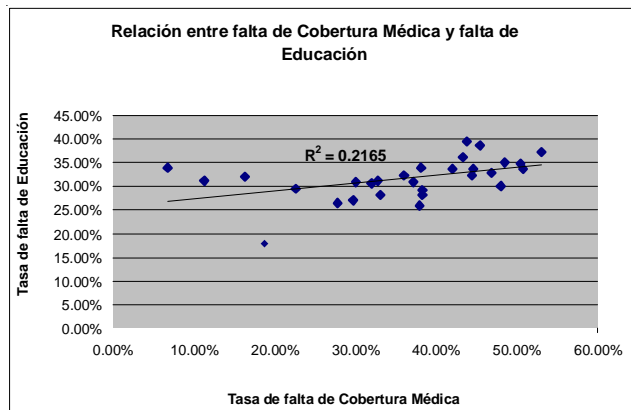


Gráfico 10. Falta de Cobertura Médica y Falta de Educación



En Anexo B, se presenta la Matriz de Correlaciones. De su observación se desprende que:

- No existen relaciones entre la tasa de desempleo y los restantes indicadores.
- La tasa de empleo, como se dijo, presenta sólo una cierta correlación positiva con la cobertura médica, aunque un tanto más débil con la tasa de escolaridad universitaria completa.
- Los coeficientes de correlación referidos a la Tasa de Empleo con las Tasas de Escolaridad Secundaria y Universitaria completas e incompleta, reflejan que el aumento del empleo se da al completar tanto el ciclo secundario como universitario. Por lo tanto, el completar un ciclo educativo, es lo que hace la diferencia.

## 2. Análisis Factorial

En este análisis se han considerado, como indicadores de educación, las tasas que agrupan a la educación en tres grupos: Tasa de escolaridad secundario completo, universitario incompleto y universitario completo, la Tasa de escolaridad primario incompleto y sin instrucción y la Tasa de escolaridad primario completo y secundario incompleto, además de los indicadores de cobertura y empleo.

El análisis factorial corrobora el análisis hecho

Factor Loadings (Varimax normalized) [incoedu1.sta]		
Extraction: Principal axis factoring (Marked loadings are > .700000)		
Variable	Factor 1	Factor 2
T_CONCOB	.991652	-.058923
T_SINCOB	-.989527	.068769
T_EMPLEO	.774378	-.299375
T_DESEMP	-.059591	-.328553
T_MAYSEC	.346791	-.973046
T_SINSPI	-.439627	.759313
T_PCOSIN	-.082269	.492313
Expl. Var	2.886054	1.971520
Prp. Totl	.412293	.281646

Se presentan aquí dos nuevos factores bien diferenciados: el primero haciendo referencia a la Disponibilidad de Cobertura Médica y Empleo, en contraposición con la Falta de Cobertura Médica y el segundo a los que poseen una educación secundaria completa o nivel universitario en contraposición al grupo de personas que no posee instrucción o posee un primario incompleto. Pasa desapercibido el grupo de personas que completó la escolaridad primaria y no completó la secundaria.

## Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo establecer la magnitud de la interrelación entre educación, empleo y cobertura médica por ser un componente central de la estrategia para lograr el aumento del acceso a los servicios de atención médica tal como se planteara en el modelo de la segunda mitad del siglo pasado en un contexto de des-financiamiento de la oferta pública de servicios.

Los resultados indican que si bien existe una relación entre empleo y cobertura médica esa relación no es robusta y no se sostiene cuando se asocian las variables desempleo y falta de cobertura médica. Tampoco se encuentran relaciones fuertes entre educación y empleo, siendo aparente el umbral del secundario completo para que dicha relación se manifieste. El análisis factorial separa la educación del empleo y la cobertura médica.

Estos resultados indican la necesidad de volver a una política que garantice el acceso a la atención médica a todos los ciudadanos fortaleciendo el sector público y no continuar privilegiando un criterio económico basado en tener empleo para lograr la cobertura desde los fondos de enfermedad no mercantiles. La dependencia del financiamiento de las obras sociales del nivel de empleo, y de este de los ciclos económicos y las crisis recurrentes contrasta con la permanencia estable de la prevalencia e incidencia de eventos epidemiológicos.

Adicionalmente, la complejidad de la gestión clínica, la rápida evolución tecnológica del sistema de salud en un contexto de transición epidemiológica hacen del sistema público la estructura central tanto en lo referido a la atención primaria, la alta complejidad como a la educación médica que no disocie la teoría de la práctica. En consecuencia, es imperativo el fortalecimiento de una estrategia centrada en una oferta pública integrada y de excelencia.

## Bibliografía

1. ABELLO NICOLÁS, MORÁN ABBA Y BORGARELLO JUAN. "¿Es la educación un instrumento de movilidad social ascendente?". Ensayo no publicado en el marco de la asignatura Economía, Estado y Sociedad. FCE UNRC Junio 2007
2. CAMBRÍA DIEGO. "Ingreso, identificación y deserción en el período 1991-2007, caso Facultad de Ciencias Económicas (U.N.R.C.)". Tesis de grado de Lic. en Economía.
3. DAWSON- SAUNDERS, B y R. TRAPP. (1997) "Bioestadística Médica". Manual Moderno. Segunda edición. México.
4. GIMENO JUAN, REPULLO JOSÉ Y RUBIO SANTIAGO. "Gestión Clínica y Gobierno Clínico. Oteo Luis Angel Editor. Ediciones Díaz de Santos. 2006 España.
5. HAIR J. R. ANDERSON, R TATHAM, W BLACK. (1999). "Análisis Multivariante". Prentice Hall Iberia Madrid.
6. JOHNSON D. "Métodos multivariados aplicados al análisis de datos" (2000) International editores Thomson.
7. NORTH DOUGLAS. "Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico". 1993. Fondo de Cultura Económica México.
8. SAMPIERI ROBERTO, COLLADO CARLOS Y LUCIO PILAR. "Metodología de la Investigación". Segunda Edición. Mc Graw Hill. 1998. Colombia.
9. SOLER E. (2004) "Métodos Estadísticos Multivariados aplicados al análisis de datos en la investigación" Apuntes de clase. Facultad de Agronomía y Veterinaria. Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina.
10. TAFANI ROBERTO. "Privatización, Subcobertura y Reforma Competitiva en Salud" Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. 1996. Argentina.
11. TAFANI R, GASPIO N. y MALDONADO R. "Servicios de Atención Médica y Eficiencia Asignativa en Argentina" (2005). Revista de Salud Pública número I. ISSN 0327-3711.
12. WALLERSTEIN IMMANUEL. "Las Incertidumbres del Saber. Gedisa Editorial. 2004. Barcelona.
13. WALLERSTEIN IMMANUEL. La Decadencia del Poder Estadounidense. Capital Intelectual S.A. Le Monde Diplomatique. Edición Cono Sur. 2006 Bs As. Argentina.