CONICET

I I E S S

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

Jornadas de Difusión de la Investigación

ISSN: 2250-8333

COMPILADORAS

Agostina Costantino
Lisana B. Martinez

2 de Diciembre de 2025.
San Andres 800, Campus de Palihue.

INTRODUCCIÓN **3**

SESIÓN 1: Líneas o grupos de investigación **4**

ENTRE ANÁLISIS EPISTEMOLÓGICOS, MODELOS FORMALES Y EVIDENCIA EMPÍRICA: LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ACTUALES 4

FLUJOS FINANCIEROS DEL SECTOR CORPORATIVO NO FINANCIERO EN AMÉRICA LATINA. UN ANÁLISIS A NIVEL FIRMA DE SUS IMPLICANCIAS REALES Y FINANCIERAS 7

CRECIMIENTO ECONÓMICO Y APERTURA FINANCIERA 29

DESAFIANDO EL DETERMINISMO: ESCUELAS RESILIENTES EN SISTEMAS SEGMENTADOS 36

ENERGÍAS RENOVABLES Y PROCESOS DE INNOVACIÓN EN ARGENTINA. MERCADO, INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES 41

SESIÓN 2: Resúmenes de trabajo **47**

ANÁLISIS DE LA CADENA DE VALOR DEL GAS NATURAL PARA LA LOCALIDAD DE BAHÍA BLANCA: ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES 47

PUNTOS FOCALES MEDIANTE MINIMIZACIÓN DE SORPRESA: UN MARCO COHERENTE DE PLAUSIBILIDAD Y DISTANCIA 53

DESEMPEÑO EMPRESARIAL Y ADOPCIÓN DE TECNOLOGÍAS 4.0 EN MIPYMES ARGENTINAS 57

EXPERIENCIA DE TRANSFERENCIA: “FORTALECIMIENTO DEL FINANCIAMIENTO EDUCATIVO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD, EQUIDAD Y EFICIENCIA EN COLABORACIÓN CON UNICEF” 62

SESIÓN 3: Resúmenes de trabajo **67**

CICLOS ECONÓMICOS Y ARQUITECTURA INSTITUCIONAL EN LA INTEGRACIÓN REGIONAL LATINOAMERICANA: EFECTOS DIFERENCIADOS SOBRE EL COMERCIO BILATERAL 67

EL DESAFÍO DEL CÁRTAMO EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE MÁRGENES INTENSIVO Y EXTENSIVO DE 73

LAS EXPORTACIONES. PERÍODO 2002-2022. 73

EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE SOBRE EL COMERCIO INTRARREGIONAL: EVIDENCIA GEO-REFERENCIADA PARA LA CAN+CHILE (2018–2023) 79

IGUALANDO LAS CONDICIONES: VIABILIDAD Y ALCANCE DEL INGRESO BÁSICO GARANTIZADO PARA SUPERAR LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN UNA CIUDAD INTERMEDIA 82

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS E-MARKETPLACES EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA DURANTE EL PERÍODO 2019-2023 88

EL ENDEUDAMIENTO EN HOGARES DE BAHÍA BLANCA BAJO ESTUDIO 94

LAS OLIMPÍADAS DE ECONOMÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR DESDE LAS PERCEPCIONES DE SUS PARTICIPANTES 98

DESPLAZAMIENTO FORZOSO, GUERRAS CONTEMPORÁNEAS Y DISPUTAS POR LA GOBERNANZA MIGRATORIA EN ARGENTINA (2004-2024) 104

CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES, DE VIVIENDA Y DE HOGARES EN EL SUDOESTE BONAERENSE SEGÚN DATOS CENSALES ¿HOMOGENEIDADES REGIONALES? 107

SESIÓN 4: Resúmenes de trabajo 114

DIAGNÓSTICO ECONÓMICO PRODUCTIVO DEL SECTOR DE SOFTWARE Y SERVICIOS INFORMÁTICOS DE LA LOCALIDAD DE BAHÍA BLANCA 114

NORMATIVA MIGRATORIA BRITÁNICA Y LIBRE DETERMINACIÓN EN LAS ISLAS MALVINAS: 119

LA CONSTRUCCIÓN NORMATIVA DEL 'PUEBLO' Y SUS LÍMITES EN EL DERECHO INTERNACIONAL 119

EFECTOS DE UN DESASTRE NATURAL SOBRE LA CREENCIA RELIGIOSA: ESTUDIO COMPARATIVO ANTES Y DESPUÉS DE LA INUNDACIÓN DEL 7 DE MARZO EN BAHÍA BLANCA 124

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN FINANCIERA: EVIDENCIA PARA BAHÍA BLANCA, ARGENTINA (2024) 130

LAS REPRESENTACIONES CIUDADANAS SOBRE LA PARTICIPACIÓN: UN ANÁLISIS TEXTUAL APLICADO AL CASO DE BAHÍA BLANCA 135

SESIÓN 5: Proyectos de investigación y extensión 141

PARQUE NOROESTE: EXTENSIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN UN ESPACIO PÚBLICO EN CONSTRUCCIÓN 141

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (UNS): DINÁMICAS DEL DESARROLLO 146

TECNOLOGÍAS, SALUD Y SOCIEDAD: DEBATES, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA ARGENTINA POSPANDEMIA 150

POBREZA MULTIDIMENSIONAL, SEGURIDAD ALIMENTARIA E INFANCIA: MEDICIONES, INCIDENCIA E IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS 153

GOBIERNO CORPORATIVO EN EL MARCO DE FINANZAS SOSTENIBLES 161

La Nueva. (2025a, March). Aunque ésta fue la peor de todas, las inundaciones son una marca en la historia de la ciudad. https://www.lanueva.com/nota/2025-3-15-5-0-28-aunque-esta-fue-la-peor-de-todas-las-inundaciones-son-una-marca-en-la-historia-de-la-ciudad

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1–36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

StataCorp. (2021). *Stata 17 Base Reference Manual*. Stata Press.

Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale: Revised. In Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD (pp. 219–238). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN FINANCIERA: EVIDENCIA PARA BAHÍA BLANCA, ARGENTINA (2024)

Gimena Ramos, María Eugenia Elorza, María Florencia Arnaudo

Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS); Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS UNS-CONICET)
Correo electrónico: gimena.ramos@uns.edu.ar

Palabras clave: acceso a la salud, equidad en salud, gasto de bolsillo, determinantes sociales de la salud, Argentina

Keywords: access to health care, health equity, out-of-pocket expenditure, social determinants of health, Argentina

1. Introducción

La Cobertura Universal de Salud (CUS) se ha consolidado como un principio fundamental en la agenda global de salud, constituyéndose en la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (2024), la CUS implica que todas las personas, sin distinción, deben tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad, sin que su financiamiento represente una barrera económica. Sin embargo, la implementación efectiva de este principio enfrenta desafíos particulares en los sistemas de salud fragmentados, donde la coexistencia de múltiples subsistemas puede exacerbar las desigualdades preexistentes en el acceso a la atención.

La complejidad del concepto de acceso a la salud trasciende la mera disponibilidad de servicios. Se trata de un proceso dinámico y multietápico que incluye la percepción de necesidad, búsqueda de atención, utilización efectiva y consecuencias del proceso asistencial. Esta concepción resulta pertinente para identificar barreras al acceso específicas que afectan diferencialmente a diversos grupos poblacionales a lo largo de todo el continuo de atención de la salud. La equidad en el acceso, desde la perspectiva de Whitehead (1992), exige que las variaciones en la utilización de servicios respondan exclusivamente a diferencias en las necesidades de salud y no a determinantes sociales como la condición socioeconómica, el género o la ubicación geográfica.

El sistema de salud argentino se caracteriza por su segmentación estructural en tres subsectores -público, de seguridad social (que incluye a las obras sociales) y privado (que incluye a las empresas de medicina prepaga)- que configura un escenario particularmente

desafiante para alcanzar la CUS. Esta fragmentación genera notorias disparidades en la calidad, oportunidad y eficiencia de la atención, estableciendo circuitos diferenciales que reflejan y reproducen las desigualdades sociales más amplias. La movilidad entre subsistemas está predominantemente determinada por la situación laboral y el nivel de ingresos, creando barreras estructurales al acceso equitativo (Marín, 2021).

En este contexto, el estudio de casos adquiere relevancia como metodología para la comprensión de cómo opera la fragmentación del sistema de salud en los niveles locales. La ciudad de Bahía Blanca, principal centro urbano del sudoeste bonaerense, con una población estimada de 336.574 habitantes según los resultados definitivos del Censo Nacional de Hogares y Viviendas 2022 del INDEC, presenta un complejo sistema de salud que la convierte en un caso de estudio de interés para el análisis de las desigualdades en el acceso. Su perfil heterogéneo, que combina actividad portuaria, industrial, universitaria y de servicios, junto con una distribución poblacional que incluye tanto barrios consolidados como vulnerables, permite examinar el vínculo entre segmentación del sistema de salud y determinantes sociales de la salud.

Este trabajo se propone analizar el acceso a servicios de salud y protección financiera frente al riesgo de enfermar en Bahía Blanca, con los siguientes objetivos específicos:

(1) Caracterizar los patrones de cobertura de salud en la población;
(2) Identificar barreras en el acceso a la atención de la salud;
(3) Evaluar los mecanismos de protección financiera; y
(4) Examinar las desigualdades en estos indicadores según variables sociodemográficas y socioeconómicas.

El análisis de Bahía Blanca como caso de estudio permitirá no solo comprender las dinámicas locales del acceso a la salud, sino también ofrecer evidencia para el diseño de estrategias locales para la reducción de inequidades aplicables a otros sistemas de salud segmentados, contribuyendo al desafío global de alcanzar la CUS en escenarios de desigualdad estructural.

2. Material y métodos

2.1 Diseño del estudio y fuente de datos

Se realizó un estudio transversal analítico basado en la Encuesta de Inclusión Social Sostenible (EISS 2024), ejecutada en junio de 2024 en el marco de un Servicio Técnico de Alta Tecnología prestado por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS UNS-CONICET) a la Municipalidad de Bahía Blanca. La encuesta alcanzó 1.411 hogares (3.851 personas), siendo el operativo de recolección de información socioeconómica más comprehensivo realizado en la ciudad. La misma se basó en un diseño muestral probabilístico que utilizó 70 puntos muestrales definidos a partir de radios censales. La muestra fue ponderada según la población de cada punto muestral según el Censo 2022, representando a 331.061 personas.

2.2 Variables

Las variables analizadas incluyeron:

- Cobertura de salud del individuo: categorizada como "con seguro de salud" (obra social, prepaga y/o servicio de emergencia) vs "cobertura pública exclusiva" (plan estatal o sin seguro de salud).

- Utilización de servicios de salud por parte del hogar: lugar de atención frecuente (hospital público/privado, sala médica, consultorio, farmacia).
- Barreras de acceso: frecuencia de búsqueda de atención del hogar ante necesidad ("siempre", "a veces", "nunca") y motivos de no búsqueda.
- Protección financiera del hogar: gasto de bolsillo por la atención recibida y acceso a medicamentos recetados.
- Variables sociodemográficas: sexo, edad, condición de pobreza monetaria, vulnerabilidad del barrio de residencia.

2.3 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés para el total de la población y por subgrupos sociodemográficos. Las diferencias entre proporciones se evaluaron mediante pruebas de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%, con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Los análisis se realizaron con el *software* Stata 16.0.

3. Resultados

3.1 Cobertura de salud

El 76,83% (250.330 personas) contaba con cobertura mediante seguro de salud, mientras que el 23,17% (75.501 personas) tenía cobertura pública exclusiva. Se identificaron desigualdades significativas en la distribución de la cobertura ($p<0,001$):

- Por pobreza monetaria del hogar: 51,6% de cobertura con seguro en hogares pobres vs 88,5% en hogares no pobres.
- Por vulnerabilidad del barrio: 67,5% en barrios vulnerables vs 78,7% en no vulnerables.
- Por edad: 96,8% en adultos mayores vs 73,2% en adultos de entre 18 y 64 años.

Entre las personas con seguro, el 72,19% tenía exclusivamente obra social, 21,97% solo prepaga y 5,68% tenían doble cobertura. La tenencia de múltiples seguros fue significativamente mayor en adultos de entre 18 y 64 años y en hogares no pobres ($p<0,001$).

3.2 Utilización de servicios y patrones de atención

Los hospitales privados (45,4%) y públicos (39,1%) constituyeron los lugares de atención más frecuentes, seguidos por consultorios médicos (24,4%) y unidades sanitarias (15,7%). Se observaron patrones diferenciales significativos según condición socioeconómica ($p<0,001$):

- Individuos que viven en hogares con pobreza monetaria: 57,7% utilizan hospital público vs 29,5% en no hogares sin pobreza monetaria.
- Individuos que viven en hogares sin pobreza monetaria: 55,3% utilizan hospital privado vs 26,7% en hogares con pobreza monetaria.
- Individuos que viven en hogares en barrios vulnerables: 24,4% utilizan unidad sanitaria vs 13,9 % en hogares de barrios no vulnerables.

3.3 Barreras en el acceso a la atención

El 73,53% de los individuos viven en hogares que buscaron atención siempre que fue necesario, mientras que el 26,47% enfrentó barreras en la búsqueda ("a veces" o

"nunca" buscaron atención). La ausencia de búsqueda de atención fue significativamente mayor en:

- Individuos que viven en hogares pobres (7,4%) vs no pobres (4,2%) ($p<0,001$).
- Individuos que viven en hogares cuyo sostén económico tiene cobertura pública exclusiva (7,4%) vs con seguro de salud (4,2%) ($p<0,001$).

Los principales motivos de no búsqueda expresados fueron: "no era un problema serio" (69%), dificultades administrativas (5,5%) y barreras económicas (3,6%).

3.4 Protección financiera

El 68,25% de los individuos que viven en hogares que buscaron atención incurrieron en gasto de bolsillo, esto quiere decir, pagaron en el momento de recibir la atención. Esta proporción fue significativamente mayor para aquellas personas que viven en hogares sin pobreza (76,6% vs 47,3%, $p<0,001$) y con seguro de salud (75,6% vs 38,9%, $p<0,001$).

Respecto al acceso a medicamentos, el 93,38% vive en hogares cuyos miembros pudieron obtener los fármacos recetados, mientras que 2,78% en hogares que no pudieron hacerlo por falta de dinero y 3,84% por problemas de stock.

4. Discusión

Los resultados de este estudio revelan patrones complejos de acceso y protección financiera en salud que reflejan la segmentación del sistema de salud argentino. En este sentido, pese a los avances en la cobertura formal, con un aumento de 2,5 puntos porcentuales en la población con seguro de salud entre 2021 y 2024 (Elorza et al., 2022), Bahía Blanca parece enfrentar importantes desafíos para alcanzar la Cobertura Universal de Salud.

Por un lado, si bien existe una alta cobertura de seguros de salud (76,83%) se observan gradientes sociales marcados, siendo significativamente menor en hogares pobres y en hogares de barrios vulnerables. Estas disparidades coinciden con lo documentado por Arcaya et al. (2015) sobre la producción espacial de inequidades en salud, donde las características del lugar de residencia se convierten en determinantes del acceso a servicios de calidad.

Por otro lado, el análisis de los patrones de utilización de servicios revela la existencia de circuitos de atención claramente segmentados según condición socioeconómica. Mientras los individuos que viven en hogares no pobres acceden predominantemente a hospitales privados y consultorios médicos, los que viven en hogares en situación de pobreza monetaria dependen mayoritariamente del hospital público y las unidades sanitarias. Esta segmentación reproduce lo documentado por Lago (2021) en otros contextos latinoamericanos, donde la fragmentación institucional genera "sistemas de salud paralelos".

En particular, las barreras económicas, aunque menos frecuentes en términos declarados, operan de manera más intensa en poblaciones vulnerables. El hecho de que el 7,4% de los individuos que viven en hogares pobres nunca buscara atención cuando la necesitaba, comparado con el 4,2% de los que viven en hogares no pobres, sugiere la existencia de un umbral de capacidad de pago que determina el acceso a servicios de salud esenciales.

Por último, el alto porcentaje de individuos que incurrieron en gastos de bolsillo (68,25%) representa una falla crítica en la protección financiera, particularmente preocupante en aquellos sistemas que formalmente aspiran a la CUS.

Estos resultados tienen algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables. En segundo lugar, la dependencia de autorreportes puede introducir sesgos. Finalmente, aunque la encuesta tiene un tamaño muestral adecuado para estimaciones poblacionales, algunas subpoblaciones específicas pueden estar subrepresentadas. A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona evidencia sobre las desigualdades en el acceso a la salud en Bahía Blanca e identifica aspectos claves a fortalecer para avanzar hacia la CUS. En este sentido, se recomienda realizar un monitoreo continuo de la equidad en el acceso a la salud, dentro del cual la Encuesta de Inclusión Social Sostenible del IIESS, adquiere especial relevancia, como instrumento de medición de desigualdades en salud.

Referencias Bibliográficas

Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action, 8*(1), 27106. https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106

Elorza, M. E., Arnaudo, M. F., Moscoso, N., Lago, F., & Geri, M. (2022). Informe de desigualdad en el acceso a los servicios de salud en Bahía Blanca - II Semestre 2021. IIESS CONICET. Documento de trabajo EPUE N°6.

Lago, M. (2021). La situación de la Sanidad pública en América Latina. Les Études du CERI, 252-253, 85 - 99

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*.

Marin (2021). El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(11), 5453-5462. https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.06152021

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución A/RES/70/1. https://docs.un.org/es/A/RES/70/1

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Cobertura sanitaria universal*. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429-445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRR