

## **El cuidado de la salud en los sectores populares: algunos aportes y desafíos de la investigación cualitativa con grupos focalizados**

Betina Freidin<sup>1</sup>; Matías Ballesteros<sup>1</sup>; Mercedes Krause<sup>1</sup>; Pablo Borda<sup>2</sup>; Agustín Wilner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - IIGG-UBA, CONICET

<sup>2</sup> - IIGG-UBA.

### **Resumen**

En esta presentación describimos nuestra experiencia con la realización de grupos focalizados en un estudio sobre el cuidado de la salud que estamos finalizando en un barrio de clase popular en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina<sup>1</sup>. La literatura metodológica destaca las dificultades que enfrentan los investigadores sociales para realizar grupos focalizados con sectores populares, en particular, en lo que respecta a la convocatoria de los participantes y la generación de confianza para la participación dada la distancia social que suele existir con el equipo de investigación. Estos aspectos del trabajo de campo afectan la dinámica interactiva de los grupos, el contenido y la calidad de los datos obtenidos. Sobre la base de los seis grupos que realizamos con mujeres durante los años 2015 y 2016, en esta ponencia damos cuenta de la potencialidad de los grupos focalizados para indagar diversas temáticas vinculadas con las desigualdades sociales en el cuidado de la salud. El estudio sigue una metodología cualitativa orientada a recuperar las construcciones de sentido y las experiencias vividas de los sujetos en la esfera del cuidado de la salud. Reflexionamos en esta ponencia sobre las estrategias implementadas para convocar a las participantes y en la elaboración de la guía de pautas para indagar las diversas dimensiones sobre el cuidado de la salud. Asimismo identificamos algunas dificultades para la implementación de los grupos focalizados por tratarse de grupos “reales” y cómo impactaron en la dinámica grupal y el contenido de las conversaciones, así como las dificultades que encontramos para convocar a varones de clase trabajadora para entrevistas grupales sobre temáticas de salud. Finalmente, reflexionamos sobre la potencialidad y limitaciones del método a partir de nuestra experiencia de investigación.

### **Introducción: los grupos focalizados en la investigación social**

Un grupo focalizado es una conversación colectiva alrededor de un tema que es guiada por un moderador o moderadora (Morgan y Krueger, 1993). Si bien se trata de una variante de entrevista cualitativa su dinámica difiere sustancialmente de la entrevista individual, tanto por el rol que desempeña el investigador/a al conducir el grupo como

---

<sup>1</sup> El estudio es parte de la Programación UBACyT 2014-2017, Proyecto “Desigualdad social, cultura y salud: recursos y prácticas cotidianas frente al imperativo del cuidado”.

del de las personas que se convocan para participar del mismo. El término “moderador/a” o “facilitador/a” indica justamente que dicho papel consiste en guiar y promover la conversación para favorecer el intercambio de puntos de vista y experiencias de los participantes. La interacción promovida facilita a los participantes explorar y clarificar puntos de vista a través de formas de comunicación que se emplean en la vida cotidiana, sea por complementariedad al compartir visiones, experiencias, o dudas, o por medio del debate cuando no existe consenso sobre determinados temas. Mediante el “efecto del grupo” se busca alcanzar una comprensión más rica de la que podría lograrse mediante entrevistas personales (Johnson, 1996).

La moderación se apoya en una guía de pautas que varía en cuanto a su mayor o menor estructuración temática. La guía se modifica a lo largo del trabajo de campo atendiendo a la emergencia de temas no anticipados, y se aplica de manera flexible en cada encuentro (Krueger, 1998). La tarea de moderación a su vez se complementa con la de uno o más asistentes que toman notas de la dinámica grupal, los contenidos de la conversación y otros aspectos que permiten reconstruir aspectos contextuales que escapan a la grabación de audio. Ellos y ellas también pueden intervenir retomando temas y planteando preguntas para complementar la tarea de moderación.

Si bien los grupos focalizados han sido empleados fundamentalmente en estudios de mercado, en los últimos años los científicos sociales se han interesado cada vez más en su utilización. Así de ser considerados un método de bajo costo para generar datos cualitativos en poco tiempo –si se lo compara con entrevistas en profundidad individuales--los grupos han pasado a ser objeto de revisión crítica acerca de su potencial. Como lo señalamos en un trabajo previo (Freidin, 2016), la revisión del método se enmarca en debates epistemológicos y políticos más amplios que atraviesan el campo de la investigación cualitativa que han priorizado enfoques críticos, y prácticas dialógicas y participativas. Se los ha considerado, por ejemplo, como espacios comunicativos de empoderamiento vinculados con proyectos de cambio social y cultural para intervenir en relaciones sociales opresivas, desde distintas perspectivas tales como el feminismo, los estudios étnicos o la radicalización democrática. También desde una revisión crítica del uso convencional de los grupos focalizados, se propone emplearlos desde perspectivas interpretativistas, fenomenológicas y post-estructuralistas (Freidin, 2016). Dado que actualmente hay múltiples formas de hacer grupos focalizados, los investigadores tienen que ajustar el método a los propósitos del estudio. Estas decisiones también afectan aspectos más concretos del diseño, en particular, la modalidad de convocatoria de los participantes y los criterios para constituir los grupos.

## **Haciendo grupos focalizados sobre temas de salud con sectores populares**<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> - La perspectiva teórica de la investigación articuló los enfoques de la salud colectiva y la epidemiología social crítica sobre los determinantes de la salud, y de la sociología médica anglosajona sobre desigualdades en salud. Una vez focalizada en las mujeres, el objetivo general de la investigación consistió en analizar cómo mujeres adultas de clase popular de un barrio del conurbano norte de Buenos Aires interpretan las recomendaciones de los expertos y qué prácticas de cuidado implementan en el marco de sus condiciones de vida; con qué capacidad de acción individual y colectiva se perciben y qué limitaciones enfrentan para mejorar o mantener su salud en función de los riesgos que visualizan, sus concepciones de cuidado apropiado, y los recursos a los que tienen acceso.

La realización de grupos con sectores populares, al igual que con minorías étnicas y raciales, requiere de un posicionamiento epistemológico y político por parte de los investigadores, así como evaluar las posibilidades de acceso a dichos sectores para realizar el trabajo de campo atendiendo a la distancia social que generalmente media entre el equipo de investigación y los/as participantes (Madriz, 1988; Jarret, 1993; Liamputtong, 2011). Nosotros hemos enfrentado estos desafíos para llevar cabo un estudio cualitativo sobre el cuidado de la salud que se ha propuesto que sus hallazgos sean insumos para mejorar el acceso a la salud y la atención en un barrio de clase popular del norte del conurbano bonaerense.

Según estudios de terreno y de encuesta con muestras probabilísticas realizados en los últimos años en el lugar seleccionado, se trata de un barrio de clase popular con heterogeneidad interna en términos socioterritoriales. Se distinguen distintas áreas según el tipo de viviendas (algunas de gran precariedad), el trazado urbano (algunas calles aun no están asfaltadas, hay áreas sin trazado de manzanas ni numeración postal de las viviendas), y algunos terrenos son inundables. Las zonas del barrio también se diferencian por el acceso diferencial a la red de gas natural de las viviendas, aunque comparten el hecho de no tener acceso a la red cloacal (con excepción de un área de viviendas sociales nuevas). Los residentes varían en términos sociodemográficos (en cuanto a educación formal, inserción en el mercado de trabajo, acceso a cobertura de salud, beneficiarios de planes sociales y condición migratoria). También se trata de un barrio con una importante historia de movilización y organización comunitaria en torno a diversas problemáticas locales y demandas de salud para mejorar la calidad de vida de los vecinos, como ha sido la creación de Postas Sanitarias ubicadas en las zonas de mayor vulnerabilidad sociosanitaria, y el desarrollo de actividades de salud comunitaria “extramurales” desde el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Para realizar el trabajo de campo nos contactamos con el CAPS del barrio, cuyo equipo de salud desde hacía más de 10 años trabajaba con una concepción integral de la salud y una orientación de medicina comunitaria con un fuerte anclaje territorial. El contacto fue azaroso, y sucedió a través de médicos que conocíamos personalmente y que estaban haciendo su residencia en medicina general allí. Estos médicos se mostraron interesados en la temática del proyecto y en el abordaje cualitativo de la investigación. Fueron ellos quienes nos contactaron con la dirección y los restantes integrantes del equipo de salud del CAPS, incluyendo a promotoras de salud y agentes territoriales. Debido a la buena recepción de nuestro estudio, y tras varias reuniones iniciales para interiorizarnos de la problemática sociosanitaria del barrio y del trabajo del CAPS y las Postas, la directora y los médicos residentes nos “abrieron las puertas” del barrio para realizar allí las entrevistas grupales.

El proyecto UBACyT interceptaba intereses del equipo de salud en cuanto a conocer con mayor profundidad las demandas de los vecinos y sus realidades cotidianas que condicionan tanto la posibilidad de seguir determinadas recomendaciones de cuidado para factores de riesgo o condiciones crónicas de salud, como la propia interacción médico-paciente y la participación en actividades de salud comunitaria. El estudio también era de interés para varias de las organizaciones territoriales que han participado de actividades coordinadas por el CAPS, por ejemplo, para sensibilizar y empoderar a las vecinas y vecinos sobre cuestiones de salud ambiental, alimentación saludable y soberanía alimentaria, y violencia de género.

El trabajo colaborativo con el equipo de salud del CAPS fue indispensable para planificar y llevar adelante el trabajo de campo. Ellos aportaron el conocimiento clave acerca de la red de organizaciones del barrio, establecieron la logística y los contactos con los principales referentes. También estuvieron presentes en las entrevistas con éstos

últimos, incorporando asimismo un conocimiento específico acerca del saber popular de la población del barrio en el cuidado de su salud. También con ellos los sociólogos revisamos la guía de temas a tratar en los grupos y el material visual con el que trabajaríamos. Finalmente, los residentes con los que trabajamos participaron de varias reuniones post-grupos en las que intercambiamos impresiones sobre la dinámica grupal y los contenidos temáticos a través de un diálogo interdisciplinario. Además de estos intercambios, los sociólogos dimos charlas en el marco de la residencia en medicina general y trabajo social sobre el sistema de salud y la investigación cualitativa en salud. Y una médica residente, cuando ya estábamos concluyendo el trabajo de campo, participó en varias reuniones del equipo e hizo una pasantía con nosotros para elaborar un proyecto sobre la percepción de los vecinos de una de las zonas más postergadas sobre la responsabilidad individual, colectiva y estatal con relación al medioambiente y los espacios de uso compartidos. Estas experiencias de trabajo colaborativo y de intercambio disciplinario hicieron viable el trabajo de campo y enriquecieron enormemente el proyecto de investigación.

### **La convocatoria de los participantes de los grupos**

La convocatoria de los participantes es uno de los desafíos que hay que enfrentar para realizar grupos focalizados con sectores populares y minorías étnicas (Jarret, 1993; Madriz, 1998). La estrategia habitual que se implementa es recurrir a organizaciones existentes, lo que implica en la mayoría de los casos trabajar con grupos “reales”, a diferencia de la composición más convencional de grupos de personas que no se conocen previamente, tanto en estudios de mercado como académicos. Por la posibilidad de trabajar de manera colaborativa con el equipo de salud del CAPS para la organización del trabajo de campo, fueron la directora y los médicos residentes quienes mediaron y orientaron la convocatoria activando sus vínculos personales e institucionales con los referentes de distintas organizaciones barriales (comedores comunitarios, bachillerato popular, postas de salud, talleres de oficios y centro de estimulación temprana nucleados por una ONG religiosa, etc.). El CAPS tiene una larga trayectoria de trabajo en conjunto con las distintas organizaciones y participa de la red comunitaria que las aglutina. Debido a estos vínculos forjados institucionalmente y personalmente a través de lazos de confianza y reciprocidad, es que los referentes nos facilitaron ingresar a las organizaciones barriales para realizar los grupos, y aceptaron actuar como “reclutadoras/es” de los participantes. En una de nuestras primeras visitas al CAPS, una de las médicas nos comentaba que el trabajo en medicina comunitaria en el barrio había estado facilitado por la propia auto-organización de los vecinos, destacando especialmente el papel de las referentes barriales que trabajan en las Postas de Salud de manera voluntaria y que están comprometidas con la labor solidaria en la comunidad. “*Nos colgamos de su éxito*” --enfaticó la médica en ese encuentro; los sociólogos podríamos decir algo similar respecto del capital comunitario previo que nos posibilitó el acceso al barrio para hacer el trabajo de campo.

Para organizar el trabajo de campo el primer paso sugerido por los médicos fue tener un encuentro con cada referente. El propósito era explicarles en qué consistía nuestro estudio y para qué lo hacíamos, y la forma colaborativa de trabajo con el equipo de salud. En todos los casos al menos uno de los médicos residentes estuvo presente en estas charlas (no así en los grupos focalizados, en esta instancia mantuvimos el trabajo de campo lo más “aislado” posible del sesgo que la presencia de los médicos podría generar en cómo las participantes podrían contar sus experiencias de cuidado y atención de la salud). En los encuentros con los referentes les transmitimos que estábamos interesados en escuchar sobre la vida cotidiana y los problemas para cuidar la salud de

la gente del barrio en sus propios términos (Jarret, 1993; Freidin, 2000). Pusimos mucho énfasis en que no se trataba de Talleres de Salud como los que organiza el CAPS sino de entrevistas grupales y lo que esto implicaba. En este punto, sobre el que luego insistimos al inicio de cada grupo, tuvimos en cuenta que la presencia de “extraños”, particularmente de investigadoras e investigadores de clase media con formación universitaria, puede generar una presión para presentar una versión idealizada de la vida de los participantes con una posición socioeconómica más baja (Jarret, 1993). La versión idealizada podría potenciarse aun más por tratarse de temas de salud, y al estar trabajando de manera colaborativa con el CAPS del cual la mayoría eran pacientes. Por ello les explicamos que no se trataba una actividad para “bajar línea” de lo que tenían que hacer para cuidar su salud y la de su familia, sino que estábamos interesados en sus propias experiencias, puntos de vista y demandas. Siguiendo a Madriz (1998) buscamos comunicar la idea que los grupos iban a funcionar como “testimonios colectivos” para recuperar y hacer uso de su conocimiento experiencial<sup>3</sup>.

En cuanto a quiénes convocar, si bien sabíamos de la dificultad de realizar grupos focalizados con varones de clase popular por nuestra experiencia previa de investigación y la de colegas (Freidin, 2000; Otamendi y Otero, 2007), intentamos de todos modos planificar grupos con varones. Pero tras los encuentros iniciales con el equipo de salud decidimos comenzar con mujeres, ya que ellos reforzaron nuestra idea de la dificultad logística de convocar a varones, habida cuenta de su muy baja participación en talleres organizados sobre temas de salud desde el CAPS. Iniciado el trabajo de campo desistimos de la posibilidad de hacer grupos con los varones.

Cuando realizamos los encuentros con los referentes de las distintas organizaciones les explicamos los criterios para convocar a las participantes: que fueran mujeres de edades similares y que vivieran en el barrio, y que el encuentro se realizaría en un día y horario conveniente para ellas ya que todas tendrían que coincidir en el horario de comienzo y finalización del encuentro. Les dejamos una nota de invitación para que la distribuyeran entre las invitadas donde se aclaraban todas estas cuestiones.

Les planteamos asimismo la cuestión de cómo agradecerles a las mujeres su participación en los grupos. Cuando se realizan grupos focalizados con sectores populares se suele ofrecer dinero (Gogna, 1988), regalos personales (Freidin, 2000), el pago del traslado hacia el lugar y el cuidado de los niños, o servicios profesionales que el investigador pueda brindarles que sean de su utilidad (Madriz, 1998; Jarret, 1993). En nuestro caso, los sociólogos pensábamos hacerle un pequeño regalo individual a cada mujer, pero los médicos pensaban que no era lo más conveniente en el contexto local caracterizado por una alta participación vecinal en actividades organizadas colectivamente. Los regalos individuales además podían ser interpretados desde una lógica clientelista. Nos sugerían entonces realizar gestos de reciprocidad que resonaran con las formas de intercambio propias del barrio, como devoluciones colectivas a la organización que tuvieran un carácter participativo (pintar un mural de manera conjunta como recuerdo de la actividad). Sin embargo, al consultar las distintas opciones con los referentes todos prefirieron una devolución de tipo individual. Eso hicimos, entregamos un pequeño presente al final de cada grupo y tuvo muy buena recepción.

---

<sup>3</sup> Consideramos que logramos en gran parte esta meta. Las participantes dieron cuenta, por ejemplo, de las dificultades para seguir las recomendaciones de los médicos, conseguir turnos programados y acceder a la demanda espontánea en el CAPS y las Postas, especialmente para consultas preventivas, y de algunos problemas en la interacción con los médicos (ver Freidin, Ballesteros y Wilner, 2017).

Tras realizar el primer grupo focalizado en el que la referente fue una de las participantes y su presencia produjo numerosos inconvenientes, nos dimos cuenta de que ese primer encuentro previo bien podría constituirse en una entrevista personal sobre los temas que después trataríamos en el grupo. De este modo los referentes/reclutadores podían participar del trabajo de campo no sólo intermediando en la convocatoria sino como informantes de la problemática de salud de su comunidad, y charlar sobre sus propias experiencias en cuestiones de salud y visiones, si así lo querían. Para ello planificamos sobre la marcha entrevistas de carácter muy abierto con cada referente. En dos casos funcionaron de este modo. En otro, el encuentro no tuvo el carácter de entrevista personal sino de una charla breve sobre las características del lugar donde realizaríamos el encuentro y de las personas a convocar. Para la realización de uno de los grupos no fue necesario este encuentro previo, ya que los médicos arreglaron directamente la convocatoria con la referente de la organización.

Como dijimos, la decisión de que los referentes no integraran los grupos la tomamos tras la experiencia con el primer grupo compuesto por cinco mujeres. En él la referente monopolizó gran parte de la conversación al ser la primera en contestar a las preguntas de la moderadora, lo que fue acompañada de una actitud retraída y de baja participación de las restantes participantes, en particular de las más jóvenes. Pese a los intentos de la moderadora para modificar esta dinámica, la poca fluidez en la interacción entre las participantes se mantuvo a lo largo del encuentro. Si bien la menor fluidez en las conversaciones grupales con sectores populares es esperable debido a distancia social que suele existir con él o la moderadora (Krueger, 1995, Freidin 2000), entendimos que fue principalmente la relación jerárquica y de liderazgo preexistente lo que mayormente influyó en la dinámica de ese grupo compuesto por voluntarias de un comedor comunitario y su coordinadora. Como Bloor et al. 2001 (citado en Otamendi y Otero, 2007: 336) lo sostienen, cuando se trabaja con grupos reales y la convocatoria está mediada por el líder de una organización, las personas convocadas pueden verse limitadas a negarse a participar; la baja participación durante el encuentro puede interpretarse como una forma de resistencia “desde abajo” a la presión para que asistan.

Sólo en un grupo posterior una de las referentes participó del encuentro –pese a nuestra insistencia para que no lo hiciera —pero su presencia no fue perturbadora de la dinámica grupal, todo lo contrario. Es probable que su actitud personal de no asumir un rol protagónico y la propia estructura del grupo hayan ayudado para que fuera exitoso. Se trató de un grupo de ocho mujeres con una variedad de vínculos preexistentes por su participación en distintas organizaciones del barrio, y en algunos casos por haber compartido como alumnas cursos de capacitación laboral. La dinámica grupal dejó ver que la referente mantenía con ellas una relación de mayor horizontalidad. Cuando se trabaja con grupos reales es importante atender a las relaciones preexistentes entre los participantes ya que ellas constituyen un contexto asociativo y de estatus (Hollander, 2006). La estructura de vínculos y posiciones sociales jerárquicas o simétricas condicionan los roles asumidos por los participantes en un grupo focalizado, y también pueden incidir sobre los contenidos de las conversaciones.

La frustración que nos produjo a los sociólogos el primer grupo, que falló en su composición y dinámica conversacional, nos llevó a buscar un segundo grupo contrastante. La estrategia la sugirieron los médicos. La idea propuesta era buscar un grupo real acostumbrado a charlar, debatir y reflexionar y que operara en una organización que promoviera relaciones horizontales. Así surgió la idea de hacerlo en un centro cultural donde funciona un bachillerato popular. Presupusimos que tal vez este sería un grupo muy diferente a todos los restantes por realizar, pero seguimos este camino de manera pragmática y para levantar la moral del grupo de investigación. El

grupo fue muy “exitoso” en términos de la participación de las mujeres en la conversación con una mínima intervención de la moderadora y los asistentes para guiarla (Johnson, 1996), y por el interés que mostraron para hablar de temas de salud y la riqueza de los contenidos que emergieron. Incluso al finalizar el grupo varias de las participantes nos propusieron que volviéramos en otra oportunidad para seguir charlando. Meses más tarde volvimos a convocarlas para un nuevo encuentro, pero sólo tres pudieron asistir. Se trató del último grupo que realizamos en el barrio y que estuvo integrado por estas tres participantes más otras siete mujeres que también estaban cursando el bachillerato popular.

### **Las dificultades para “homogenizar” los grupos**

Un aspecto clave a tener en cuenta cuando la convocatoria está intermediada por miembros de organizaciones y referentes barriales es que puedan cumplirse los criterios que los investigadores consideran más convenientes para componer los grupos. En la investigación social se busca que los grupos sean homogéneos internamente en cuanto a características estructurales como la edad y la educación formal. Se espera que de este modo que los participantes se sientan cómodos para expresar sus ideas y comentar experiencias al compartir contextos socioculturales comunes. En nuestro caso buscábamos además que todas las participantes vivieran en el barrio. En casi ninguno de los grupos estos tres requisitos pudieron cumplirse, y en algunos casos nos enteramos de esta circunstancia recién cuando llegamos al lugar para hacer el grupo. Ahora bien, aunque no se trataba de una situación ideal, el hecho que fueran grupos reales en este caso jugó a favor, ya que eran grupos que se habían constituido como tales a partir de la diversidad, sobre todo etaria. En el caso de las mujeres que se conocían por participar de un taller de costura, la propia perspectiva de género de la organización donde recibían la capacitación favoreció la dinámica conversacional. Aunque con las limitaciones propias del método en cuanto a recrear situaciones naturales de interacción de la vida cotidiana (Freidin, 2016; 2000), la metodología por nosotros propuesta resonaba con la del taller de oficios orientada a empoderar a las mujeres del barrio a través del *self-disclosure* y la empatía para escuchar los testimonios de otras mujeres (Madriz, 1998). Una dinámica dialógica similar la observamos con los grupos que realizamos con estudiantes del bachillerato popular.

Lo que sí marcó diferencias en la participación fue el hecho que algunas de las mujeres más jóvenes aún no habían tenido hijos, mientras otras ya habían sido madres y algunas de las participantes más grandes incluso ya eran abuelas (las edades de las mujeres oscilaron entre los 18 y los 60 años). Esta circunstancia biográfica retrajo a las más jóvenes de intervenir en partes de las conversaciones que giraban en torno al cuidado de la salud de los niños y adolescentes. En cuanto al hecho que no todas vivían en el mismo barrio, esta diversidad nos permitió observar tanto condiciones de vida y problemáticas propias de la comunidad seleccionada, como otras que eran comunes en distintas localidades cercanas. Asimismo, tratándose de un barrio heterogéneo en cuanto a las condiciones materiales de vida de los vecinos, la exposición a riesgos ambientales y a formas más o menos abiertas de discriminación social y violencia simbólica (por ejemplo, con zonas más y menos inundables, con calles donde la ausencia de recolección diaria de residuos se compensa con quemadas de basura de los vecinos, con viviendas nuevas que aun no están numeradas, con sectores donde las ambulancias y los remises prefieren no entrar por problemas de inseguridad), la heterogeneidad residencial de las participantes ayudó a que estas problemáticas emergieran en los encuentros.

### **A manera de conclusión: ¿Sólo grupos focalizados?**

Avanzado el trabajo de sistematización y análisis de los datos reunidos en los grupos focalizados, se hicieron evidentes para nosotros las potencialidades del método así como también algunos límites. Si bien en investigaciones previas que realizamos con esta estrategia de investigación la riqueza de los datos ameritó un análisis que no requirió complementar el trabajo de campo con otros métodos (Freidin, 2000; Freidin, 2017, coord.), en esta investigación sí lo consideramos necesario por diferentes razones (por cuestiones de espacio nos limitamos a desarrollar sólo tres):

1- El carácter local que asumió el estudio, al hacerlo en un barrio particular –y no en varios diferentes como inicialmente lo habíamos pensado—requirió para nosotros investigadores externos la necesidad de conocer el “terreno” con mayor profundidad a la hora de entender e interpretar qué nos habían dicho las mujeres en los grupos. Si bien las entrevistas informales previas y paralelas al trabajo de campo con miembros del equipo de salud y referentes nos fueron imprescindibles para avanzar en este sentido, en la instancia temporalmente posterior del análisis --concluido el trabajo de campo—la necesidad de hacer más trabajo de campo fue evidente. Necesitábamos más datos, que nos permitieran conocer con mayor detalle y certeza de algunas circunstancias que relataban las mujeres. Especialmente cuando se contradecían, expresaban dudas o tenían un conocimiento incompleto sobre algunas cuestiones fácticas. Un ejemplo fue la necesidad de tener mayor conocimiento sobre cómo funciona el servicio municipal de recolección de basura en las distintas partes del barrio, ya que algunas mujeres aseguraban que no pasaban por algunas cuadras, otras no lo sabían con certeza, y otras aseguraban que el servicio era regular en todo el barrio y que la responsabilidad por la falta de “higiene del barrio” era fundamentalmente de los vecinos. Para conocer más sobre este tema volvimos recientemente al barrio y tuvimos charlas informales con referentes barriales y promotoras de salud (está aún pendiente entrevistar a los delegados del barrio y a personal de la Delegación Municipal). Reunir todas estas voces nos permitirá triangular información y observar discrepancias, de haberlas. En estas nuevas visitas al barrio pudimos además ver, y sacar fotos de, las quemadas de basura, la acumulación de basura y animales muertos en las zonas a las que hacían referencia las mujeres en los grupos, y el basural a cielo abierto donde un camión supuestamente de la Municipalidad depositaba basura que recogía de los contenedores.

2- Por otro lado, la dimensión temporal del estudio –iniciamos el campo en el año 2015 y lo finalizamos en el 2016- implicó que algunos procesos analizados fueran cambiando. Por ejemplo, cuando en agosto de 2017 hicimos una devolución en el CAPS de parte de los resultados del estudio referido al acceso a los servicios de salud y las experiencias de atención de las mujeres y sus familias en efectores públicos del Municipio, nos informaron que algunos mecanismos para acceder a los turnos habían cambiado para mejor a través formas de derivación y contra-referencia más ágiles implementadas por el Municipio<sup>4</sup>. Si bien este aspecto de coordinación asistencial había mejorado, otros referidos a la oferta de atención habían empeorado, como lo era la internación pediátrica ya que por falta de personal el servicio había dejado de funcionar en el hospital materno-infantil (establecimiento que las mujeres de los grupos habían valorado muy positivamente). En una entrevista posterior con integrantes del equipo de salud pudimos preguntar más sobre estos cambios. Contar con esta información fue importante por dos cuestiones: primero, para situar temporalmente las experiencias relatadas por las mujeres advirtiendo en el análisis sobre cambios posteriores en el funcionamiento de los servicios; segundo, para en una instancia posterior (un nuevo proyecto UBACyT) poder ver desde la perspectiva de las vecinas y vecinos cómo se

---

4 -Cabe aclarar que en la presentación los datos fueron anonimizados.

implementaron estos cambios y sus consecuencias (positivas y negativas)<sup>5</sup>. Una tercera cuestión, no menor, tiene que ver con la transferencia. Si nuestro estudio busca ser de utilidad para el CAPS -- y otras organizaciones del barrio --el desfasaje temporal de algunos resultados respecto de la propia dinámica de funcionamiento de los servicios, nos lleva a replantearnos el alcance que pueda tener en la práctica esta meta de transferencia<sup>6</sup>.

3- Con las limitaciones señaladas, los seis grupos focalizados que realizamos cumplieron su función de proveer una visión panorámica de cómo las mujeres veían la problemática de salud en el barrio (con sus coincidencias y diferencias), sus experiencias con los servicios de salud y el cuidado de la salud en el contexto de su vida cotidiana. Ahora bien, es sabido los límites del método, frente a las entrevistas cualitativas personales, para profundizar y reconstruir con mucho mayor detalle biográfico las experiencias personales, familiares y colectivas en la esfera del cuidado de la salud. Por este motivo, en el nuevo proyecto UBACyT (que esperamos sea acreditado y financiado) realizaremos trabajo de campo con esta aproximación metodológica, tomando como insumo para elaborar la guía de entrevista el análisis de las conversaciones grupales. En términos logísticos también consideramos que es más viable concretar encuentros individuales con varones acomodándonos a la disponibilidad de tiempo de cada entrevistado.

## **Bibliografía**

Freidin, B (Coord.) *Cuidar la salud: mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Imago Mundi

Freidin, B. (2016) "Revisando el uso de los grupos focalizados en la investigación social", *Revista Latinoamericana de Metodología*, 6 (1): 1-28.

Freidin, B. (2000). *Los límites de la solidaridad*. Buenos Aires: Lumiere.

Gogna, M (1998) Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, *Cad. Saúde Públ.*, 14(Supl. 1):81-85.

Hollander, J. (2004) The social contexts of focus groups, *Journal of Contemporary Ethnography*, 33(5): 602-637 (Documento de Cátedra R. Sautu, UBA, No. 83: Traducción resumida de B. Freidin).

Jarrett, R. L. (1993) Focus group interviewing with low-income minority populations: A research experience. En D. L. Morgan (Ed.) *Successful focus groups: Advancing the state of the art* Newbury Park: SAGE.

---

<sup>5</sup>La extensión del trabajo de campo nos permitió registrar aspectos más y menos dinámicos del barrio relativos al riesgo ambiental. Por ejemplo, algunas calles fueron pavimentada por las demandas de los vecinos, mientras que la obra para concluir el entubamiento del arroyo principal que lo atraviesa, y que constituye un foco de contaminación, sigue postergada.

<sup>6</sup> - En otro trabajo profundizamos en las diferencias temporales del trabajo académico cualitativo y del asistencial, y cómo la falta de correspondencia afecta el trabajo colaborativo interdisciplinario y la transferibilidad de los resultados de la investigación (Wilner et al., 2016).

Johnson, A. (1996) “‘It’s good to talk’: The focus group and the sociological imagination”. *The Sociological Review*, 44(3), 517-538.

Krueger, R. (1998) *Focus Group: A Practical Guide for Applied Research*, London: Sage.

Liamputtong, P. (2011). *Focus Group Methodology: Principles and Practice*. London: Sage.

Madriz, E. (1998) “Using Focus Groups with Lower Socioeconomic Status Latina Women” *Qualitative Inquiry*, 4(1):114-128.

Morgan, D.L. y R.A. Krueger (1993) When to use Focus Groups and Why?, en D.L. Morgan (Comp.) *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*, Newbery Park: Sage. Pp.3-19.

Padilla, R. (1993) Using Dialogical Research Methods in Group Interviews, *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*, Newbery Park: Sage. Pp. 153-166.

Otamendi, M. A. y M. P. Otero (2007) “Valoraciones sobre seguridad y tenencia de armas de fuego en Buenos Aires: un estudio con grupos focales”, en Sautu, R. (comp) *Práctica de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. La articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*, Buenos Aires: Lumiere.

Wilner, A., F. Pastene, J. M. Mampó, M. Krause, B. Freidin, P. Borda y M. Ballesteros "Los desafíos de realizar grupos focalizados con sectores populares: un ejemplo de un estudio interdisciplinario y participativo sobre cuidado de la salud", *XIII Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos*, CAS, IDES, Buenos Aires, 10-12 de agosto.