

# Enfermar allá, morir acá.

## Representaciones y prácticas terapéuticas vinculadas a padecimientos en inmigrantes ucranianos víctimas de Chernobyl.

Autor:  
Silberman Pagliaro, Mariana

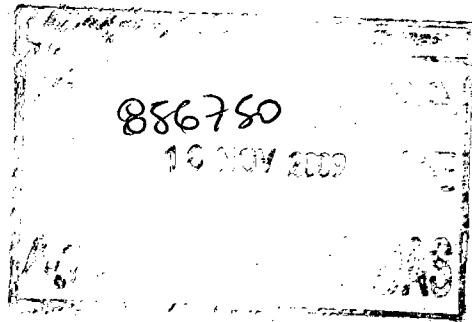
Tutor:  
Goldberg, Alejandro

2009

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado

Universidad Nacional de Buenos Aires  
Facultad de Filosofía y Letras  
Departamento de Ciencias Antropológicas



**“Enfermar allá, morir acá: Representaciones y  
prácticas terapéuticas vinculadas a padecimientos en  
inmigrantes ucranianos víctimas de Chernobyl”**

Noviembre 2009

*Tesis*

*14.3.24*

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
Dirección de Bibliotecas

**Tesista:** Mariana Silberman Pagliario  
**Libreta:** 27535923  
**Director:** Dr. Alejandro Goldberg

## **Agradecimientos**

A mi hijo Augusto porque su sólo “estar en el mundo” motoriza todos mis proyectos.

A mi director, Dr. Alejandro Goldberg, por el incentivo permanente, las observaciones certeras y, fundamentalmente, por la confianza que depositó en mi y el afecto que transmite en todo lo que hace. Infinitas gracias...

A Lauri, amiga incondicional, que apoya todos mis procesos, entre tantos, la escritura de este trabajo.

A todos los inmigrantes ucranianos, por su tiempo, por abrirme las puertas de sus trabajos, sus hogares, “su mundo”. Sin ellos esta tesis no hubiera sido posible.

## Introducción

A partir del siglo XIX el proyecto de construcción del Estado Nacional argentino estuvo vinculado con la idea de progreso y con el fomento de una inmigración “blanca y europea” (Wolf y Patriarca, 1991). La corriente migratoria de ucranianos que llegó a nuestro país durante aquel período, de alguna manera, respondió a ese ideal de Nación logrando una inserción socioeconómica “exitosa” en la sociedad receptora.

Sin embargo, distinta es la historia de los “nuevos inmigrantes”: con una herencia de 74 años de régimen soviético, inexperiencia migratoria y carentes de “redes” de la colectividad que facilitaran desarrollar una organización social como la del anterior proceso migratorio (Martínez Veiga, 1997), llegaron a la Argentina a fines de la década de los noventa “favorecidos” por un convenio firmado entre ambos países, que se ha cumplido solo parcialmente. Pero lo más significativo es que han sido protagonistas y sobrevivientes de una de las catástrofes más terribles del siglo XX: la explosión del reactor nuclear en la planta de Chernobyl, en Ucrania. Aunque, “*Chernobyl esparció más de 500 toneladas de material radiactivo que Hiroshima y Nagasaki*” (Laura, 47 años)<sup>1</sup>, la tragedia ha quedado en el olvido y silenciada.

Desde un punto de vista epistemológico, la investigación tuvo como objetivo principal - dentro del campo temático de las migraciones- contribuir al conocimiento de un proceso concreto: el de salud/enfermedad/atención en un conjunto social específico, el de los inmigrantes ucranianos arribados a la Argentina a fines de los años noventa. Adopté un enfoque holístico incorporando variables geográficas, políticas, económicas y sociales, con eje en la perspectiva de los propios actores, para revelar los sentidos que le otorgan a sus condiciones de vida y a sus padecimientos.

A través del análisis de trayectorias migratorias y trayectorias terapéuticas, me aproximé a dar respuesta a los siguientes interrogantes:

¿Cómo construyen las nociones de salud/enfermedad los sujetos de estudio? ¿Cómo hacen frente a los padecimientos?, ¿Cómo se vinculan con el sistema sanitario argentino?, ¿Qué respuestas se dan a nivel individual y grupal?, ¿Resuelven problemas

---

<sup>1</sup> Se cambiaron los nombres de todos lo entrevistados para preservar su identidad.

por medio de la autoatención?, ¿Qué representaciones tienen acerca de la biomedicina?

¿Cómo consensúan y ponen en acción proyectos de salud? ¿Cómo ejercen sus derechos vinculados a la salud? ¿Cómo sienten y/o experimentan el dolor? ¿Qué representa para cada uno de ellos la tragedia de Chernobyl? ¿Cómo vinculan sus padecimientos con esta tragedia?

Por la invisibilidad de la que fueron objeto asumí la responsabilidad de cederles la palabra, siempre considerándolos como agentes sociales conocedores de su situación en el mundo (Guiddens, 1982).

Escuché atentamente sus historias personales impregnadas de experiencias, de vivencias, de dolor.

Me surgió un dilema ético: ¿Qué posición tomar frente a historias con tanto sufrimiento? ¿Es posible hacer una devolución como si se tratase de un espacio terapéutico? ¿Es suficiente con escuchar? ¿Cómo quedan nuestros "sujetos de estudios" luego de recordar hechos trágicos frente a nosotros?

La elección no fue sencilla. En el "campo" siempre se presentan situaciones críticas en las cuales tenemos que tomar decisiones y hacernos responsables por ellas.

En tal sentido, elegí escuchar siempre desde mi propia situación biográfica. En alguna oportunidad los silencios fueron elocuentes, otras veces intenté brindar alguna cuota de esperanza y, en otras ocasiones, volví a mi hogar con mucha angustia. Estos sentimientos, emociones, sensaciones atraviesan permanentemente la investigación. En palabras de Rockwell (1987) es necesario incluir conscientemente en lugar de eliminar -en los registros- la subjetividad afectiva de uno en el proceso de campo.

Por último, quiero explicitar que todo lo que procede a continuación, es siempre mi propia interpretación desde mi situación biográfica sobre la problemática a abordar, en tal sentido, asumo la responsabilidad por todo lo escrito en esta investigación.

# **Capítulo I**

## **Marco teórico-metodológico**

El siguiente trabajo de investigación implica considerar dos niveles conceptuales: por un lado, la **antropología de las migraciones** para abordar a la inmigración ucraniana en su especificidad y, por el otro, la **antropología médica** para ahondar en el proceso de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio.

En relación con el objetivo propuesto -indagar acerca de las representaciones y prácticas terapéuticas vinculadas a padecimientos en inmigrantes ucranianos víctimas de Chernobyl- adopto un enfoque cualitativo guiado por las siguientes perspectivas teóricas:

### **1.1 Teoría de las migraciones**

A través de un recorrido bibliográfico sobre las “teorías” de las migraciones hallé que las principales contribuciones centraban su atención en los procesos causales de la migración. Por medio de una breve síntesis, se exponen los supuestos teóricos de cada uno de los modelos conceptuales que -debido a sus limitaciones epistemológicas- no llegan a configurar principios de una teoría (Arango, 2000).

#### **A- Teoría Económica Clásica (Lewis, 1954; Todaro, 1976)**

##### **Supuestos**

Desde el punto de vista macroeconómico: la migración de trabajadores como consecuencia de las diferencias de salarios entre países.

Desde el punto de vista microeconómico (Todaro, 1969): los flujos migratorios entre países son simples sumas de movimientos individuales basados en cálculos individuales de costo-beneficio. La decisión de migrar es vinculada exclusivamente a los desequilibrios en los mercados de trabajo donde el sujeto- voluntariamente- a través de una decisión racional, se traslada a un lugar donde puede maximizar su beneficio.

##### **Críticas/Aportes**

**Críticas:** Si las corrientes migratorias entre los países se produjeran según las prescripciones de esta teoría el número de migrantes internacionales habría de ser mucho más elevado que el real.

Por otra parte, las desigualdades económicas son importantes pero no son razón suficiente para que se generen los flujos migratorios. Además, en la actualidad, los factores políticos son mucho más influyentes que los diferenciales salariales al momento de determinar la movilidad o inmovilidad. Supone que los mercados son completos y en perfecto funcionamiento.

Otras observaciones a la teoría han sido: la omisión de factores culturales y sociales; la visión estática y el tratamiento homogéneo que realizan sobre actores y sociedades (Arango, 2000).

## **B- Teoría de la Dependencia (1960-1970)**

### **Supuestos**

La evolución del capitalismo habría dado lugar a un orden internacional compuesto por un eje de países industrializados y una periferia de países agrícolas unidos por relaciones desequilibradas y asimétricas donde los primeros dependerían de la explotación sobre los segundos.

### **Críticas/Aportes**

Esta teoría dedicó sus esfuerzos al éxodo rural-urbano sin centrarse en las migraciones internacionales.

## **C- Nueva economía de la migración de mano de obra (Stark, 1991)**

### **Supuestos**

Comparte con la teoría neoclásica la creencia en la elección racional como



desencadenante de los flujos migratorios pero, argumentado que la decisión de migrar no era tomada de forma individual y aislada por los sujetos sino por unidades más grandes como las familias y hogares en las cuales la gente actúa colectivamente para optimizar los ingresos, minimizar los riesgos y reducir las limitaciones asociadas al mercado.

### **Críticas/Aportes**

**Críticas:** Omisión de factores culturales y sociales, visión estática y tratamiento homogéneo sobre actores y sociedades.

**Aportes:** Integración de la toma de decisión para migrar con la conducta de envío de remesas de los migrantes y el uso que hacen los hogares de las mismas.

A diferencia de la teoría neoclásica relaciona la migración no sólo con las condiciones del mercado laboral sino también con las fallas en los mercados de capital.

## **D- Teoría del mercado dual de trabajo (Piore, 1979)**

### **Supuestos**

La migración internacional proviene de las demandas de trabajo estructural intrínsecas a las sociedades industriales modernas. La migración se centra en la demanda y se inicia por el reclutamiento de mano de obra en las sociedades desarrolladas.

Este modelo teórico explica que el sector variable de la producción necesita emplear trabajadores extranjeros porque aceptan salarios inferiores que la población nativa, empleos relacionados -en la sociedad receptora- a un bajo status social y además la mano de obra extranjera es prescindible en circunstancias donde decrece la demanda laboral. Así se conforma por un lado,

un mercado laboral y una fuerza de trabajo estable, permanente y bien remunerada y; por el otro, un mercado precario e inestable donde se insertan los inmigrantes.

### **Críticas/Aportes**

**Críticas:** Omisión de factores culturales y sociales, visión estática y tratamiento homogéneo que realizan sobre actores y sociedades.

Ignora procesos de decisión a nivel microsocial.

## **E- Teoría de los sistemas Mundiales (Wallerstein, 1974)**

### **Supuestos**

Centra su interés en los procesos macrosociales como la idea de que las economías altamente desarrolladas necesitan que la mano de obra extranjera trabaje en determinados sectores por salarios reducidos.

Incluye la noción de un "sistema mundial moderno" de hegemonía europea que viene formándose desde el siglo XVI compuesto por tres esferas concéntricas: estados núcleo, zonas semiperiféricas y zonas periféricas.

En esta teoría, la penetración de las relaciones económicas capitalistas en las sociedades periféricas no capitalistas crea una población móvil dispuesta a migrar. El flujo internacional del trabajo sigue los flujos internacionales de bienes y capital pero en dirección contraria. Las inversiones extranjeras incentivan cambios que promueven la conformación de una población desarraigada y disponible -en los países periféricos próximos- mientras que, paralelamente, forja lazos materiales y culturales con los países centrales guiándola hacia un movimiento transnacional.

### **Críticas/Aportes**

**Críticas:** Ignora proceso de decisión a nivel microsocial.

**Aportes:** La concepción de la migración entre naciones a través de un vínculo histórico colonial por los lazos culturales, lingüísticos, de transporte que fueron establecidos en tiempos pasados.

Lejos de la exigencia de abarcar la totalidad de perspectivas teóricas y conceptos que han intentado explicar las migraciones, he pretendido desarrollar algunas de las principales tendencias en su seno. En expresiones generales, el común denominador de estas "teorías" ha sido la preocupación por desentrañar las causas de las migraciones centrándose exclusivamente en aspectos económicos y laborales, omitiendo factores culturales, históricos políticos y sociales, visualizando así a las migraciones como un proceso individual o familiar, lineal y unidireccionado.

En la actualidad, nos encontramos con un escenario mundial más complejo, con flujos migratorios más pequeños de componente diverso y de temporalidad no definida (Bertoncello, 1993 cit. en Novick, 1997) y, fundamentalmente, con la necesidad de incorporar múltiples variables y dimensiones para comprender a las migraciones en su totalidad, en palabras de Urzúa: "Encontrar formas de romper barreras disciplinarias y desarrollar esfuerzos conjuntos para el desarrollo de enfoques más comprensivos pero al mismo tiempo empíricamente verificables es un desafío principal que le plantea a las Ciencias Sociales la migración internacional" (2000:179).

## **1.2 Enfoque teórico adoptado**

Existe consenso entre los científicos sociales en que las migraciones internacionales han sido históricamente objeto de estudio de disciplinas tales como la Demografía, la Sociología, el Derecho y la Ciencia Política. En este sentido, el estudio desde un enfoque antropológico es escaso e incipiente (Gavazzo y Nardones, 2006) sin una fuerte identidad académica (Domenach, 2006).

Es ineludible, entonces, el planteo en un futuro de nuevas herramientas analíticas para comprender el fenómeno migratorio en su totalidad. Conuerdo con los investigadores

que visibilizan el potencial teórico-metodológico de nuestra disciplina –principalmente- para vincular los factores macrosociales con los microgrupales y comunales y, con el aporte del enfoque etnográfico, para estrechar la interacción entre la academia y las demandas de las poblaciones de inmigrantes (Gavazzo y Nardones, 2006).

Con respecto a las migraciones actuales, considero que constituyen un problema de investigación – y por lo tanto social- porque son visualizadas como amenazadoras por una parte de las sociedades receptoras y responden al desequilibrio creciente entre un mundo “desarrollado” y un mundo “en desarrollo”. Lejos del aporte significativo que representaban los antiguos inmigrantes, los nuevos son estigmatizados como invasores culturales y competidores laborales (Mármora, 1997).

Por tanto, se entiende por migración a un fenómeno político mayor que pone al descubierto los límites de nuestro orden social, económico, político, jurídico y cultural dejando en evidencia las fronteras de la exclusión de la democracia liberal imperante (Balibar, 1992:51).

Para abordar el proceso migratorio ucraniano parto de la premisa que los movimientos migratorios no responden a una realidad lógico-empírica, por tanto son difícilmente predecibles y prevenibles (Kaplan, 1996). Por otra parte, como ya he mencionado, no existe una teoría general de las migraciones que pueda comprender el fenómeno migratorio en su totalidad (Arango, 2000).

Como punto de partida teórico adopto el enfoque de la perspectiva transnacionalista que intenta superar las limitaciones de los enfoques clásicos que visualizan las migraciones desde un proceso unidireccionado para analizar un fenómeno más complejo. Basch, Shiller y Blanc-Szantton (1992, cit en Benencia, 2006) acuñaron el concepto de migración transnacional, vinculándola con las condiciones cambiantes del capitalismo global y por este motivo, debe ser analizada en el contexto de las relaciones globales entre capital y trabajo (Benencia, 2006). Las migraciones son entonces elementos sistémicos de la “globalización neoliberal que sustenta nuevas formas de acumulación flexible del capital, reorganiza la fuerza de trabajo y la dirige hacia donde la necesita” (Goldberg, 2007:32).

El libre flujo de capitales, bienes y servicios que sustenta la globalización permite por un lado, la difusión de información en los medios masivos de comunicación, el

abaratamiento del transporte y por otro, la necesidad de mano de obra barata que constituye un mercado de trabajo fragmentado y precarizado donde mayoritariamente se insertan los inmigrantes (Goldberg, 2000).

Desde esta óptica transnacionalista es valioso el aporte de Kaplan (1998) que concibe a las migraciones como instituciones en sí mismas, donde los determinantes individuales y los factores estructurales se mezclan con elementos de orden individual, familiar y comunitario.

Del mismo modo, Sassen (1996) sostiene que cuando se abordan las migraciones internacionales es fundamental considerar sus causas estructurales, vinculando los fenómenos migratorios con las políticas que los provocan. En tanto, es a partir de las políticas neoliberales implementadas desde la década de 1990 en adelante que se constata un incremento de los movimientos migratorios especialmente desde los países periféricos hacia los países capitalistas centrales (García Canclini, 1999).

Entre los factores que impulsan los movimientos migratorios -en líneas generales- se puede determinar el rápido crecimiento demográfico, el deterioro del medio ambiente, el descenso del nivel económico y social y la explosión de conflictos expulsivos. Y como consecuencia, en los países receptores se da un impacto negativo en los mercados de trabajo, en la seguridad y en los servicios (Mármora, 1997). Los factores de atracción generalmente están relacionados con la necesidad de mano de obra en la población receptora o con alguna política concreta de inmigración.

En base a esto, el modelo *push and pull* que ha sido planteado por Ravenstein en 1885 es también retomado por la óptica transnacionalista para explicar que en todo proceso migratorio se produce siempre, en mayor o menor medida, un movimiento centrípeta o de atracción (*pull*) y otro centrífugo o de expulsión (*push*), de un sitio a otro (Goldberg, 2007).

Algunos autores de esta corriente caracterizan a los movimientos poblacionales actuales dentro de un espacio migratorio "extenso, continuo y complejo que trasciende fronteras formales, sean políticas, geográficas, lingüísticas, coloniales, religiosas o residenciales" (Kaplan, 1996). En este contexto los inmigrantes al atravesar continuamente fronteras geográficas, políticas, étnicas y económicas, desarrollan múltiples relaciones sociales creando nuevos campos transnacionales entre las

comunidades de origen y de destino. Estos espacios dejan atrás los viejos conceptos que explicaban los fenómenos migratorios.

Siguiendo la perspectiva teórica de Kaplan (1996), para analizar las condiciones de vida de los inmigrantes en Argentina, los conceptos de integración/exclusión social son claves porque permiten definir condiciones desiguales en contextos desiguales, que producirán distintos accesos y disfrutes de bienes y servicios. En palabras de Martínez Veiga: "cuando se habla de exclusión, el referente no es sólo la falta de acceso a bienes y servicios que sirven para satisfacer las necesidades básicas y que sería la base que subyace al concepto de pobreza, sino que también se trata de justicia, de los derechos sociales y todos los derechos de ciudadanía. Por lo tanto, hablar de exclusión implica referirse a aquellos que están fuera del mercado de trabajo, de los derechos sociales e incluso de la cultura" (1997:281).

Otro concepto que resignifica el transnacionalismo es el de "redes sociales" que permite superar las consideraciones macroestructurales, incorporar a los sujetos e identificar como se desarrolla la organización social del proceso migratorio (Martínez Veiga, 1997). Las redes sociales son conjuntos de lazos interpersonales que conectan a los inmigrantes y no-inmigrantes en la sociedad de destino bajando los costos del traslado y minimizando los riesgos del movimiento. En este sentido, las redes configuran una forma de capital social en la medida en que se trata de relaciones sociales que permiten el acceso a otros bienes de importancia económica, como el empleo o salarios más elevados (Massey, 1987).

### **1.3 Los aportes de la antropología médica**

Frente a la escasa bibliografía académica sobre la relación entre los procesos migratorios y el campo de la salud, me he servido de los aportes de la Antropología Médica para analizar el padecimiento de los inmigrantes ucranianos, sujetos de la investigación. Se han considerado, especialmente, los enfoques de la epidemiología sociocultural propuestos por Menéndez (2003) y las contribuciones de Breilh (2003) sobre los indicadores de morbimortalidad basados tanto en los padecimientos/enfermedades reconocidos por el sistema biomédico como en los

determinados por los propios sujetos.

En este sentido, el proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son parte de un proceso social dentro del cual se construye de forma colectiva la subjetividad. El sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir de este proceso (Goldberg, 2007). En consecuencia, padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y conjunto social (Menéndez, 1994). Los conjuntos sociales "...no sólo generarán representaciones y prácticas sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos" (Menéndez, 1994:71). De la misma forma se recupera la propuesta de Menéndez (1994) sobre la dialéctica relacional entre el nivel micro con el nivel macro articulando la estructura social y los significados en el proceso de salud/enfermedad/atención.

Desde una perspectiva similar, Grimberg concibe a la salud y la enfermedad: "como una multiplicidad de fenómenos que incluyen molestias, desgastes, daños, o sea, padecimientos de distinto tipo, diferentes modos de enfermar o morir y a los problemas de salud y enfermedad como emergentes de las condiciones históricas de las diferentes sociedades" (Grimberg, 1998:24).

Haciendo una revisión bibliográfica a nivel internacional sobre padecimiento y enfermedad, hallé que ambos fueron formulados en la década de los setenta (Fábrega, 1972) sin incluir al sujeto. Posteriormente algunos autores focalizaron en la articulación entre sujeto y cultura (Good y otros, 1981, Hahn y otros, 1983).

El concepto de experiencia se aplicó esencialmente al estudio de las enfermedades crónicas como el trabajo de Cousins (1981) sobre su propio cáncer a través del desarrollo de estrategias de autoatención y la propuesta de Conrad (1987) de incluir la enfermedad como parte de la vida cotidiana del individuo.

Es interesante la recuperación de la subjetividad para comprender los procesos de salud/enfermedad que impulsó el inicio de diversas metodologías como las narrativas del padecer (Kleinman, 1988; Good, 1994) que permiten advertir como el paciente y el curador construyen sus saberes y cómo se articulan la experiencia del padecimiento, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención de la enfermedad.

En Argentina, los trabajos abocados a la experiencia del padecimiento se han orientado principalmente a la investigación del VIH-Sida (Grimberg, 1998, 2000; Margulies, 1998, 2006; Recorder, 2006), realizando un aporte significativo en cuanto a las incorporación de los modos, las condiciones y trayectorias de vida de los sujetos, concibiendo a la experiencia: "como un proceso variable, situado en una trama de relaciones intersubjetivas, construido y reconstruido histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas, etc.)" (Grimberg, 2003:81).

Es desde el concepto de experiencia así definido desde el cual se piensa la investigación, por tanto, cada vez que se evoque este concepto se puede remitir a esta definición.

Para indagar los distintos modelos de atención a los padecimientos utilizados por los inmigrantes, fueron fundamentales las contribuciones de Menéndez (1994, 1996) sobre los tres modelos de atención y sus rasgos estructurales:

**Modelo Médico Hegemónico (MMH):** Conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica que ha tenido primacía sobre otros saberes desde fines del siglo VIII cuyos rasgos estructurales son los siguientes (Menéndez y otros, 1996: 60):

- Biologismo.
- Concepción metodológica positivista.
- Dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista-cartesiano.
- Ahistoricidad.
- Asociabilidad.
- Individualismo.
- La salud y enfermedad como mercancías.
- Eficacia pragmática.
- Dominio de una orientación curativo-asistencial.
- Concepción de la enfermedad como ruptura, diferencia.
- Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma.
- Relación asimétrica médico-paciente.
- Subordinación técnica y social del paciente.



- Concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado.
- El paciente como responsable de su enfermedad.
- El paciente como consumidor pasivo.
- Exclusión del paciente del saber médico.
- Escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural.
- No legitimación científica de otros saberes.
- Profesión formalizada.
- Identificación ideológica con la racionalidad científica.
- Tendencia a la escisión teórica-práctica.

Además de los rasgos estructurales, Menéndez, distingue distintas funciones del Modelo Médico Hegemónico:

- Curativas, preventivas y de mantenimiento.
- Control normalización-medicalización-legitimación.
- Económico ocupacionales.

**Modelo de Autoatención:** Modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevado cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios.

La autoatención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada pero encaminadas a la cura hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad. La autoatención permea la estructura de toda la sociedad y constituye un primer nivel real de atención. Sus caracteres básicos son:

- Eficacia pragmática.
- Concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía.
- Estructuración de una participación simétrica y homogeneizante.

- Legitimidad grupal y comunal.
- Concepción basada en la experiencia.
- Tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas médicas: tendencia sintetizadora.
- Tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

La autoatención se funda en dos hechos básicos:

- La frecuencia, la recurrencia y la continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afecten a los miembros del grupo.
- La necesidad de los grupos de establecer acciones inmediatas para dar respuesta, por lo menos provisoria, a dichos episodios (que son parte constitutiva de la vida cotidiana).

**Modelo Alternativo Subordinado:** En este modelo se integran prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales” que, muchas veces, son derivaciones o emergentes de MMH. Las características primordiales son:

- Tendencia al pragmatismo.
- Ahistoricidad.
- Asimetría en la relación curador-paciente.
- Participación subordinada de los consumidores.
- Legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas.
- Identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica.
- Tendencia a la exclusión del “saber y prácticas curativas” de los otros.
- Tendencia reciente a la mercantilización.

Desde la Antropología médica, Grimberg, define los conceptos de representaciones sociales y prácticas como: “la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar (dar sentido). Estas abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales.

En estos saberes y prácticas se integran, no sin tensiones, componentes teórico-técnicos y normativo-valorativos que en cada momento histórico responden a la 'normatividad imperante', es decir, a los modos dominantes de concebir el 'orden social' y desde el que se define 'lo normal' de 'lo anormal' en las múltiples dimensiones de la vida social" Grimberg (1998:25).

El problema de la salud/enfermedad/atención desde la óptica de las representaciones permitió captar los sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diferentes maneras sobre el proceso de salud/enfermedad/atención.

Por último, el concepto de vulnerabilidad social (Grimberg, 2003) articula el nivel macro de análisis de los procesos de desigualdad social con el nivel micro subjetivo de los inmigrantes. En este caso, supuso indagar acerca de los factores socioeconómicos, políticos y culturales que impactan en forma negativa sobre los sujetos de estudio (Goldberg, 2007).

#### **1.4 Estudios sobre migraciones y salud**

A nivel internacional los estudios sobre migraciones y salud han cobrado gran dinamismo centrando su atención en la transmisión de enfermedades como consecuencia del proceso migratorio (Atxotegui, 2000); los problemas de salud de los inmigrantes surgidos a partir del propio proceso migratorio y sus condiciones de vida en la sociedad receptora (Atxotegui, 2000; Goldberg, 2007).

En Argentina las publicaciones que vinculan los procesos migratorios con la salud son todavía recientes. Mayormente las investigaciones se han orientando a los inmigrantes de países limítrofes focalizando la mirada en el acceso a los sistemas sanitarios (Mombello, y otros, 2006), cuidados preventivos de los migrantes (Cerrutti, 2006) y desde la perspectiva sociocultural las dimensiones antropológicas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre inmigrantes bolivianos (Goldberg, 2008).

Con respecto al impacto de Chernobyl en la salud, se consultaron estudios realizados por la Organización Mundial de la salud (OMS), el Foro de las Naciones Unidas, Greenpeace Internacional y Turch. Se abordó el material bibliográfico de manera de visualizar de cada uno de los informes los principales supuestos y conclusiones sobre el

impacto de Chernobyl en la salud de la población afectada.

## **1.5 Metodología**

### **1.5.1 Acerca de la construcción de la relación entre los sujetos de estudio (inmigrantes ucranianos) y la investigadora**

Me gustaría explicitar en estas breves líneas como fui conociendo a los inmigrantes ucranianos y formulando un problema de investigación.

En primer lugar soy descendiente de ucranianos; por supuesto que de una corriente migratoria anterior. Mis abuelos huyeron de Ucrania perseguidos por su condición de judíos. Casi un siglo después, los nuevos inmigrantes huyen de la tragedia de Chernobyl y de las nuevas condiciones de vida en la época postsoviética.

Tal como me lo expresó uno de los inmigrantes entrevistados para este trabajo: *“cuando llegaron tus abuelos las leyes eran distintas, eran mejores para los inmigrantes”*. Sin duda, la legislación del momento amparaba y fomentaba la migración europea y el contexto socioeconómico de nuestro país era -por cierto- muy diferente.

Como enunciara en la introducción, distinta es la historia de estos nuevos inmigrantes. Y, es por eso, que elegí trabajar con ellos, conocer sus historias y si se quiere, tomar partido también.

Creo que cuando un investigador realiza un estudio de tal envergadura, lo hace con “toda la historia a cuestas” y se posiciona de alguna manera frente a esa investigación. En tal sentido, elegí tomar partido por estos inmigrantes. Lejos de victimarlos, intenté en primer lugar visibilizarlos y cederles la palabra.

Por otra parte quiero mencionar que comparto con ellos muchos códigos en común que me facilitaron no sólo el acceso al campo sino la permanencia en el mismo. Tal como plantean Hammersley y Atkinson (1984) la experiencia anterior puede favorecer el acceso (o no) al campo.

Llegar a las entrevistas a la hora pautada y “tener cara de ucraniana” fueron algunas de las variables que me abrieron las puertas en el campo. Mi condición genérica y el hecho de ser madre también fueron factores que me favorecieron, especialmente en la

asociación Oranta<sup>2</sup>, espacio por cierto femeneizado.

Lo que me resultó un obstáculo permanente y difícil de atravesar durante el transcurso de esta investigación fue “romper con el sentido común”, es decir “... con representaciones compartidas por todos, trátase de simples lugares comunes de la existencia ordinaria o de representaciones oficiales, a menudo inscriptas en instituciones y, por ende, tanto en la objetividad de las organizaciones sociales como en los cerebros” (Bourdieu y Wacquant, 1995: 177). En este sentido, ser parte del mundo social del cual estoy estudiando y compartir tantos códigos, valores y cosmovisiones con los sujetos de estudio implicó un ejercicio permanente de desnaturalización y deconstrucción de cada una de las categorías sociales que los ucranianos utilizaban para poder complejizarlas y analizarlas. Del mismo modo, tuve que poner en cuestión concepciones teóricas aprendidas durante estos largos años de formación académica, dejar a un lado la intención de “encajarlas” en el campo.

Si bien Gouldner (1979) sostiene que todo científico parte de “supuestos básicos subyacentes” llegué al “campo” a comienzos de 2007 con el objetivo de realizar una investigación para un seminario sobre migraciones sin una idea o hipótesis formulada, sólo con el fin de conocer las condiciones de vida de los inmigrantes. Disponía de un solo dato: el conocimiento de una costurera que vivía cerca de mi casa. A partir de la primera conversación informal con ella, en la que relató su trayectoria migratoria y comentó sus problemas de salud y prácticas vinculadas a la medicina naturista se fueron despertando preguntas, interrogantes, que fueron tomando forma y orientándose hacia la temática de la salud. Volví a las fuentes secundarias, releí bibliografía del seminario de Antropología médica y fui formulando un “problema de investigación” encauzado al campo de la salud. Fue así como surgió mi primer trabajo con dicho colectivo de inmigrantes: el acceso y utilización de los servicios públicos de salud. Indagando acerca de ello me encontré con algunas personas enfermas que vinculaban sus padecimientos con la tragedia de Chernobyl. Sin embargo, disponía de pocas entrevistas por lo cual me propuse encontrar más ucranianos para poder ahondar

---

<sup>2</sup> La asociación civil Oranta se fundó en el año 2003 y su objetivo principal es fomentar la integración de los inmigrantes de Europa Oriental llegados a la Argentina a partir de 1995 en virtud del *tratamiento migratorio especial* y del acuerdo bilateral celebrado entre Argentina y Ucrania.

en el tema. Rastreeé por Internet asociaciones de inmigrantes pero siempre encontraba información relacionada con los antiguos inmigrantes. Fue así como llegué a la Casa Ucrania de Cultura Prosvita, espacio de pertenencia de los antiguos inmigrantes y sus descendientes, un lugar donde los nuevos ucranianos no han tenido lugar. A partir de ahí pensaba recurrentemente que iba a ser muy difícil trabajar con un grupo tan poco numeroso e “invisible”. ¿Están aún en Argentina o quedó sólo una costurera y unos conocidos de ella? Pensaba. En vez de bajar los brazos, empecé a asistir a distintos eventos, congresos, charlas sobre la temática de la migración. Fue durante ese proceso que casi azarosamente conocí a las “chicas de Oranta”, miembros de una asociación de “nuevos” inmigrantes de Europa Oriental. Conocí a su presidenta, un pilar fundamental para mi investigación. Me comentó que *“algunos no quieren hablar porque piensan que ustedes escriben y se van”*. Le dije que yo no pensaba irme, que podía contar conmigo. Y fue así como la presidenta me fue presentando a los integrantes de Oranta y cada uno de ellos a su vez me presentaba a otros.

No sabía cómo abordar la investigación, entonces decidí realizar una primera aproximación: indagar acerca de las trayectorias migratorias, las condiciones de vida y de trabajo en Ucrania y en Argentina. A partir de los primeros encuentros con cada uno de los inmigrantes se fue **revelando un denominador común: la tragedia de Chernobyl y su vinculación con diferentes enfermedades** que los inmigrantes manifestaban tener. Comencé a realizar, nuevamente, un recorrido bibliográfico, hallando información acerca de la tragedia y de las consecuencias en la salud. Reformulé el problema de investigación en vistas a la tesis de licenciatura.

Escuché historias de mucho dolor que no me fueron indiferentes. En el transcurso de la investigación hice cosas que probablemente no se enmarcan dentro de “la tarea tradicional del antropólogo” como acudir a Cáritas<sup>3</sup>, (institución por cierto de carácter asistencialista y cuyos principios no comparto del todo) para conseguir medicamentos y pañales para el papá de una de las inmigrantes, entre otras cosas.

Queda abierta la pregunta sobre cuál es el rol del antropólogo frente a un panorama tan complejo, si más allá de producir conocimiento podemos aportar herramientas, soluciones viables para facilitar la erradicación de por los menos algunos problemas de

---

<sup>3</sup> Cáritas Argentina lleva adelante la pastoral caritativa de la Iglesia Católica.

los sujetos con los que interactuamos en un estudio.

### 1.5.2 El enfoque etnográfico

El conocimiento antropológico se caracteriza por ser un conocimiento social que busca dar cuenta de la diversidad y de los distintos sistemas de conocimiento de los seres humanos. Por tanto, no es una ciencia que busca postular leyes generales ni observar/analizar a los sujetos como “objetos” desde una posición distante y cosificada. En consonancia con esta concepción adopté el enfoque cualitativo que permite acercarse a los “otros” desde otra perspectiva. De esta forma es la **etnografía** el enfoque cualitativo por excelencia, es el proceso de documentar lo no documentado que incluye inmiscuirse en el trabajo de campo con el fin de interactuar con los sujetos de estudio (Rockwell, 1987).

Con respecto al trabajo de campo quiero explicitar que el mismo se fue estructurando desde los inicios de nuestra disciplina como la presencia directa del investigador en el lugar donde se encuentran los sujetos de la unidad sociocultural que se pretende estudiar (Guber, 1991). En este sentido si bien elegimos un referente empírico, un lugar físico (que también elegí) donde interactuar con los sujetos, consideré al campo principalmente como un concepto **relacional** de la producción de conocimiento en tanto el campo comprende un entramado de relaciones sociales, de fuerzas en tensión de los distintos sujetos/instituciones en lucha por formas específicas de poder. Pensé al campo no como referente empírico sino como una construcción conceptual del investigador: “que habrá de regir -u orientar- todas las decisiones prácticas de la investigación” (Bourdieu, 1995:170). Alejándome de una visión estática, naturalizada y cosificada del campo me propuse interactuar con los inmigrantes comprendiendo el carácter relacional e histórico de la otredad. Por tanto, el conocimiento aquí plasmado lo construí con los sujetos de estudio, ya que el mismo es el producto de un proceso dialógico (Tedlock, 1991) entre ambos y; la investigación social es ante todo una relación vincular (Rabey y Kalinsky, 1991) que supone una real participación de los sujetos implicados en el proceso: el investigador y los miembros de la comunidad de estudio.

Como mencioné, el trabajo de campo se acompañó de un trabajo teórico previo y constante e incluyó, en términos metodológicos, principalmente la observación participante y las entrevistas en profundidad.

La observación participante es un permanente movimiento de aproximación y distanciamiento y en esa continua oscilación entre el “adentro” y “afuera” de los sucesos podemos “atrapar empáticamente el sentido de los eventos y gestos específicos y (...) dar un paso atrás para situar esos significados en contextos más amplios” (Clifford, 1995:53).

Es entonces a partir de este método que pude vivenciar y experimentar el mundo de significados de los sujetos.

Por otra parte “la entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores [...] Entendida como relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones, es además una instancia de observación; al material discursivo debe agregarse la información acerca del contexto del entrevistado...” (Guber, 1991:172).

En este sentido, utilicé fundamentalmente la entrevista etnográfica conocida como entrevista informal o no directiva (Guber, 1991) para introducirme en el universo cultural de los sujetos de estudio. Para el análisis de las mismas tuve presente que la textualidad no es del todo posible ya que interpretamos -de algún modo- lo dicho por el interlocutor (Rockwell, 1987). De la misma forma entendí al registro como: “(...) uno de los miembros del eterno diálogo que el investigador lleva a cabo consigo para conocer a sus informantes al tiempo que se conoce a sí mismo. Por consiguiente, el registro no es una fotocopia de la realidad sino una buena radiografía del proceso cognitivo. Un buen registro es, a la vez, una ventana hacia fuera y otra hacia adentro” (Guber, 1991:264).

A lo largo de la investigación, perseguí el lineamiento interpretativo de la etnografía intentando describir e interpretar lo que subyace en los discursos, el significado de las acciones de los sujetos de estudio, el significado de las palabras y el sentido en que se dicen (Rockwell, 1987). Hacer etnografía es tratar de captar y luego explicar complejas e implícitas estructuras conceptuales de esos “otros” (en este caso los inmigrantes ucranianos) y elaborar interpretaciones de segundo grado, puesto que una de las tareas más importantes del investigador es atender a las interpretaciones que hacen de su



experiencia los miembros del grupo en cuestión articuladamente con la observación de sus prácticas.

Por último, como remarca Rockwell (1987) se ha hecho análisis etnográfico cuando se modifica la conceptualización inicial del objeto de estudio, cuando se puede dar cuenta del orden particular, local y complejo del fenómeno estudiado, cuando la descripción final es más rica y densa. Creo haberlo logrado.

## **1.6 Diseño de la investigación**

### **Objetivo general**

- Identificar las representaciones y prácticas terapéuticas en torno a padecimientos en inmigrantes ucranianos víctimas de Chernobyl.

### **Objetivos específicos**

- Describir las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes ucranianos y su vinculación con sus procesos de salud/enfermedad/atención.
- Analizar el conjunto de representaciones y prácticas que poseen los inmigrantes ucranianos en torno a los padecimientos y enfermedades que estos vinculan con la explosión del reactor nuclear en la planta de Chernobyl.

### **1- Universo de observación y unidades de análisis**

a) **Universo de observación:** inmigrantes ucranianos, arribados a la Argentina después de 1994, momento que se hace efectiva la resolución dictaminada por el gobierno nacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Área Metropolitana.

b) **Unidades de análisis:** Hombres y mujeres de nacionalidad ucraniana, de amplio espectro en cuanto a la edad, al género, la formación académica, experiencia laboral y la situación afectiva-familiar.

Para su selección combiné la estrategia de trabajo “con informantes claves” con la “técnica de trabajo en redes” (a partir del seguimiento de las redes sociales de los inmigrantes). En la mayoría de los casos pude trabajar con familias completas, en otros sólo pude obtener la voz de uno/a de los miembros. Se realizaron un total de diez entrevistas en profundidad sumadas a conversaciones informales con más de cincuenta ucranianos.

## **2- Ámbitos, instancias e indicadores para el registro y análisis de los datos**

El trabajo de campo con los inmigrantes transcurrió en diversos ámbitos donde combiné la técnica de observación participante con las entrevistas en profundidad:

- **Ámbito laboral:** situación administrativa-migratoria; condiciones de trabajo y contratación.
- **Ámbito asociativo:** principalmente en la Asociación Oranta de refugiados y migrantes de Europa Oriental (única asociación conformada por inmigrantes provenientes de la última corriente migratoria). Reuniones semanales de la comisión directiva en la sede institucional de la Asociación; reuniones periódicas que incluyen a todos los miembros de Oranta: para vislumbrar relaciones, jerarquías, tensiones, roles de género, reproducción y transmisión de valores y hábitos.
- **Ámbito de reclamo:** seminarios y charlas a las que concurren como expositores u oyentes para reclamar, socializar y visibilizar sus problemas.
- **Ámbito de la salud:** centros públicos y privados de salud, sanatorios, clínicas, hospitales, visitas e interacción con médicos de la colectividad.

- **Ámbito Religioso:** Iglesia Católica Ucrania.
- **Unidad doméstica:** ubicación, tipo y condiciones de vivienda; composición del grupo familiar, prácticas de higiene y salud.

### **3- Técnicas de investigación**

A través de la técnica de historias de vida (“trayectorias migratorias” y “trayectorias terapéuticas”) me propuse profundizar sobre los siguientes ejes:

#### **- Trayectorias migratorias**

##### **a) Condiciones generales de vida bajo el régimen soviético-post soviético:**

- Lugar de nacimiento.
- Composición del grupo familiar.
- Nivel educativo alcanzado en el país de origen.
- Tipo de vivienda.
- Trayectorias laborales.
- Motivos de expulsión del país de origen.
- Motivos de elección de Argentina como lugar de destino.
- Conocimiento sobre el acuerdo celebrado entre Argentina y Ucrania.

##### **b) Condiciones generales de trabajo y de vida en Argentina:**

- Trayectorias habitacionales.
- Trayectorias laborales.
- Variables de Discriminación.
- Reconocimiento de los problemas en Argentina.
- Soporte de redes sociales en Argentina.

- **Trayectorias terapéuticas:**

- Conocimientos de sus derechos sobre salud.
- Enfermedades como consecuencia de la explosión de Chernobyl.
- Relatos sobre sus experiencias con el sistema sanitario argentino.
- Motivos de consulta en Argentina.
- Tratamientos que conocen y utilizan.
- Conocimiento y utilización de la medicina natural.

**Entrevistas a Asociaciones/ Iglesias/ Club ucraniano**

Se realizaron aproximaciones, relevamiento de datos y algunas entrevistas privilegiando las asociaciones, ámbitos e instituciones más aludidas y concurridas por los sujetos de estudio: la Asociación Ucrania de Cultura "Prosvita", la Unión de Mujeres Ucranias, la iglesia Católica Ucrania y la Embajada de Ucrania.

El cuestionario estándar estuvo guiado por los siguientes ejes:

- Año de creación de la institución.
- Objetivos.
- Actividades que realizan.
- Modo de acercamiento de los inmigrantes.
- Asistencia social y sanitaria que brinda a los inmigrantes.

Para los datos primarios se utilizaron:

- entrevistas,
- observación participante,
- datos estadísticos oficiales,
- datos extraídos de la embajada de Ucrania y la Asociación Oranta,
- material bibliográfico de carácter histórico (para abordar las migraciones

ucranianas hacia la Argentina),

- material bibliográfico de carácter sociológico (para abordar a los inmigrantes arribados a fines de los años noventa),
- bibliografía antropológica: desde la perspectiva trasnacionalista de las migraciones (para el desarrollo teórico de las migraciones internacionales) y desde la antropología médica (para el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención y la experiencia del padecimiento).

Para la obtención de fuentes secundarias se reunió material bibliográfico, artículos de libros, de medios gráficos y electrónicos relacionados con la inmigración ucraniana y la explosión de Chernobyl.

## **Capítulo II**

# **La inmigración Ucraniana**

## **2.1 Estado de la cuestión sobre la inmigración ucraniana en Argentina**

Para esta investigación, la referencia bibliográfica estuvo relacionada a la migración de "Europa del Este", universo amplio que incluyó a la colectividad de inmigrantes ucranianos que arribó a la Argentina en la última década.

Estos estudios se han centrado en la inserción sociolaboral de los migrantes en la sociedad receptora (Marcogliese, 2003), el rol de la colectividad y las instituciones en el proceso de inserción (Correa, 2002) y el papel de la memoria en los relatos sobre la experiencia migratoria (Masseroni y Ponisio, 2005).

Desde la Antropología, Valerio (2006) examinó -desde una perspectiva sociocultural- las estrategias habitacionales, laborales e identitarias de los ucranianos y los aspectos relacionados al tratamiento especial migratorio (2007). Por otro lado, Pacceca (2000) estudió las trayectorias sociolaborales y las modalidades de inserción de los inmigrantes de Europa del Este.

Pero, podría objetarse que esta bibliografía sólo ha tenido en cuenta la tragedia de Chernobyl como un factor más de expulsión, sin atender, en profundidad, a las consecuencias de ésta y su relación con las migraciones.

Considero, que las particularidades de los inmigrantes ucranianos, en su carácter de sobrevivientes de la explosión de Chernobyl, con las ineludibles consecuencias en su salud ameritan un estudio específico que contribuya a visibilizar los padecimientos y aportar conocimiento sobre los procesos de salud/enfermedad/atención de este colectivo de inmigrantes.

## **2.2 Breve historia de Ucrania y sus movimientos migratorios**

Tras la invasión tártara, en 1240, Ucrania cayó bajo el dominio lituano y polaco. En el siglo XVII, bajo el dominio de Polonia, los cosacos iniciaron la lucha por la independencia de su país que concluyó con la creación del Estado Cosaco-Ucraniano independiente. Debido a las constantes invasiones de Polonia, Ucrania promueve una alianza militar con Moscovia (actualmente Rusia), pero los moscovitas comienzan a intervenir cada vez más en los asuntos de Ucrania y el gobierno ucraniano decide

romper los lazos con Moscovia y aliarse con Suecia (gobernada por Carlos XII y en guerra con Moscovia). Estas hostilidades fueron un pretexto para los zares para incorporar a Ucrania al Imperio Ruso. Finalmente, en el siglo XVIII, el Estado Cosaco Ucraniano fue abolido y Ucrania anexada al Imperio Ruso.

Ocupada por el ejército Rojo en 1919, luego de la guerra polaco soviética en 1920, Ucrania empezó a formar parte de la Unión Soviética a partir de 1922.

Por diversos acontecimientos políticos, el territorio y la población de Ucrania quedaron divididos en dos imperios: el Imperio Zarista Ruso y el Imperio Astro Húngaro, que retuvo a Ucrania occidental.

Los ucranianos intentaron lograr la independencia en tres oportunidades durante el siglo XX pero el objetivo sólo pudo concretarse el 24 de agosto de 1991 cuando se disolvió la Unión Soviética.

La compleja historia de este país provocó, en diversos períodos históricos, frecuentes éxodos de poblaciones hacia otros lugares.

La primera emigración comenzó en el siglo XVII como consecuencia de las prolongadas guerras con Polonia y con los tártaros. Se asentaron en las regiones limítrofes de Ucrania.

En el siglo XVII se produjo la emigración llamada Mazepina (seguidores del gobernante Iván Mazepa) que por razones políticas se dirigió hacia Europa occidental.

A principios del siglo XIX, en Ucrania imperaba el antiguo régimen señorial con la consecuente división de la sociedad en castas. La abolición de este sistema (1848) en Astro Hungría y en Rusia (1861) liberó a los campesinos pero no los eximió de la pobreza, razón por la cual se vieron obligados a emigrar nuevamente.

Bajo la ocupación rusa, la emigración de ucraniana empezó a extenderse hacia el bajo Volga y luego hacia Siberia. Esto fue reforzado por las deportaciones en masa de los ucranianos implementadas por el gobierno ruso y continuadas por el régimen soviético.

Como consecuencia de estas corrientes migratorias surgió -en el mundo- una fuerte diáspora formada por deportados y refugiados que, según el lugar de residencia de sus integrantes, se divide en la diáspora oriental (que incluye a todos los ucranianos que viven en la Federación Rusa y en las restantes ex-Repúblicas Soviéticas) y la diáspora occidental (que incluye a quienes se radicaron en países occidentales).



En cuanto a la Argentina, la inmigración ucraniana ha sido sumamente heterogénea, producto de una multiplicidad de factores tales como el lugar de procedencia, las preferencias religiosas, las causas y motivos de la inmigración, niveles socioeconómicos y educacionales, etcétera.

Los primeros flujos migratorios, entre 1897-1914, estaban compuestos -en su mayoría- por agricultores "tentados" por las facilidades que ofrecía el gobernador Lanusse para poblar la provincia de Misiones. Estos primeros inmigrantes complementaban la agricultura con oficios como mecánica, carpintería y zapatería, aprendidos en su país natal.

Si bien no existe información fidedigna sobre el lugar concreto de procedencia de estos inmigrantes, algunos autores consideraron -a partir de elementos preponderantes como el idioma y el rito religioso- que algunos provenían del antiguo Imperio Astro-Húngaro y otros de Polonia. Los primeros profesaban el rito greco católico y los segundos el rito latino romano (Vasylyk, 2000).

En una segunda oleada de inmigrantes comprendida entre los años 1922-1939, llegaron principalmente técnicos, obreros, algunos campesinos y ex combatientes. Sus principales motivos para migrar fueron la persecución política y religiosa. Durante estos años se asentaron -principalmente- en las provincias de Chaco, Formosa, Mendoza y Río Negro.

En el transcurso de los años 1946-1955 arribaron obreros, pintores, científicos y profesionales universitarios. Eran, en su mayoría, -refugiados políticos provenientes de un contexto internacional europeo de posguerra. Se establecieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus alrededores.

Luego, como consecuencia del desmoronamiento del bloque soviético en 1991 y la explosión de Chernobyl surgió la última corriente migratoria conformada por personas con un alto nivel de instrucción que también se asentaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y alrededores. Esta última corriente ha sido el objeto de estudio de la presente investigación.

### 2.3 Condiciones del país expulsor y del país receptor

Acerca de las causas estructurales que operaron sobre esta última inmigración, se puede pensar -siguiendo el modelo de Push and Pull de Ravenstein (1885)- que aún tiene vigencia en un mundo globalizado (Goldberg, 2007) que los elementos concluyentes que han llevado a algunos ucranianos a emigrar han sido fundamentalmente la disolución de la Unión Soviética y la explosión de Chernobyl (Marcogliese, 2003).

Luego de la II Guerra Mundial, los desplazamientos transfronterizos eran muy escasos en toda Europa del Este pero, con el colapso de los gobiernos comunistas y la posterior apertura de las fronteras, se produjo un régimen de intensas migraciones (Okólski, 2000). Los principales motivos de este cambio se debieron a la crisis política, económica y social que se desencadenó por la disolución del bloque soviético.

Desde el punto de vista económico, la primera consecuencia tangible fue el estancamiento de la producción que incrementó los niveles de desempleo y subocupación. A esto se sumaron una serie de medidas de corte neoliberal adoptadas por el primer gobierno ucraniano que incentivó un proceso inflacionario generando más desempleo y pobreza.

Desde una perspectiva política, la independencia de Ucrania en 1991 involucró la reorganización de todas las instituciones de una nueva nación autónoma.

Desde el punto de vista social, saqueos, robos y un caos generalizado fueron parte del escenario postsoviético. En palabras de los propios sujetos inmigrantes:

*“Todo era un caos, la gente que tenía trabajo no cobraba los sueldos y tampoco había trabajo, estaba todo mal, pero fundamentalmente no había trabajo y si tenías más de 36 años no podías conseguir nada. Además, todo aumentaba... El primer gobierno ucraniano lo primero que hizo fue privatizar empresas, eso trajo más inflación y más desempleo. En realidad, logramos la independencia pero todo fue para peor.”* (Orina, 55 años)

Otro factor preponderante de expulsión –previa a la independencia de Ucrania-había

sido la explosión del reactor nuclear en la planta de Chernobyl en 1986 que esparció alrededor de 200 toneladas de material radiactivo. Como consecuencia de la catástrofe, la zona fue caratulada como “franja de riesgo” obligando a la evacuación y traslado de los habitantes. La preocupación por el impacto de la tragedia en la salud motivó a muchos inmigrantes a buscar un lugar donde sus hijos “pudieran crecer sanos”.

En Argentina, desde el punto de vista histórico, los flujos migratorios de ucranianos datan desde 1897. Aproximadamente, en el año 1955 se genera un corte abrupto, registrándose nuevas corrientes migratorias en los años noventa.

Desde el punto de vista socioeconómico, la década de los noventa se caracterizó por el afianzamiento de la política neoliberal que sustentaba al libre mercado, las privatizaciones y la desregulación de las capacidades del Estado en desmedro de las condiciones de vida de los habitantes. Desempleo, pobreza, precarización y “flexibilización” laboral, desmantelamiento del sistema educativo y sanitario fueron parte de la “herencia menemista”<sup>4</sup>.

Bajo este escenario podría resultar paradójica la elección, por parte de los inmigrantes, de la Argentina como país de destino. No obstante, nuestro país se constituyó como factor de “pull” debido a la resolución del Ministerio del Interior (4632/94)<sup>5</sup> que dictaminaba la incorporación de los migrantes de Europa Oriental brindándoles un “tratamiento especial” que consistía en el otorgamiento de la visa por un año para el ingreso al país como residentes temporarios. Esta resolución pretendía abrir las puertas a más de 300.000 inmigrantes con un alto nivel educativo, con el fin de lograr un aporte significativo para el país.

Esta resolución obtiene mayor vigor durante el año 2001 cuando se celebra el acuerdo bilateral entre Argentina y Ucrania<sup>6</sup> cuyos puntos claves constituyen, en la actualidad, un campo de conflicto.

---

<sup>4</sup> Me refiero a las consecuencias socioeconómicas adoptadas por el gobierno democrático del presidente Carlos Menem (1989-1999).

<sup>5</sup> Esta resolución abarcaba a las naciones de las repúblicas de Polonia, Checa, Eslovaca, Hungría, Croacia, Yugoslavia, Eslovenia, Bosnia-Herzegovina, Albania, Rusia, Armenia, Georgia, Letonia, Estonia, Lituania, Belarus, Bulgaria, Moldova, Macedonia, Ucrania y Rumania.

<sup>6</sup> Ver anexo, Convenio de Migración entre la Republica Argentina y Ucrania.

Entre los antecedentes del acuerdo se distingue un interjuego de factores:

- Relaciones diplomáticas - comerciales con Ucrania: durante la gestión del presidente Carlos Menem (1989-1999), Argentina fue uno de los primeros países en reconocer la independencia de Ucrania. En 1998 se firmaron más de 15 acuerdos interestatales e intergubernamentales y convenios de colaboración económica y comercial entre Ucrania y Argentina (Vasylyk, 2000). Dentro de ese marco colaborativo entre ambos países, se “negoció” la llegada de estos inmigrantes.

- Afianzamiento de políticas neoliberales: en un marco de implementación de políticas neoliberales, lo que se pretendía con el acuerdo era un impacto político para promover la participación de empresas europeas en el proceso de las privatizaciones. Sin embargo, la resolución y el acuerdo que consentía el ingreso de ucranianos respondía a una **medida coyuntural** que no estaba avalada por una política migratoria concreta (Valerio, 2007).

Del mismo modo, el gobierno argentino, consecuente con la política exterior de alineación y -subordinación a las potencias dominantes- admitió el ingreso de estos inmigrantes “soviéticos” para evitar que “invadan” Occidente.

Esto coincide con el siguiente relato:

*“Hasta que cayó el comunismo no podíamos viajar y, además, en ningún país nos recibían. Los que vinimos acá por el convenio fue porque no teníamos otra opción, por ejemplo, Canadá recibía personas con título, con idioma inglés hasta 40 años, los pocos que cumplían requisitos se fueron allá.” (Liliana, 45 años)*

## **2.4 Perfil sociodemográfico de la población de estudio**

Es de destacar, que existen dificultades en relación a la información sociodemográfica debido a la inexistencia de fuentes sistemáticas confiables y datos estadísticos actualizados con respecto a la inmigración ucraniana en Argentina. Este problema se extiende desde la primera oleada migratoria ya que los primeros ucranianos que

ingresaban a la Argentina lo hacían con pasaportes astro húngaro o rusos y era sumamente complicado identificar su nacionalidad (Vasylyk, 2000).

Según las cifras de la Dirección Nacional de Migraciones -entre 1994 y 1999- 14.723 personas provenientes de Europa del Este arribaron a la Argentina, de las cuales, el **71.8 % era de origen ucraniano** (Fuente: Masseroni, Mykietiw y Ponisio, 2005).

De estos datos, se pueden inferir dos obstáculos: el último relevamiento está desactualizado y no se consideró que la crisis socioeconómica del año 2001<sup>7</sup> ha sido un punto de inflexión para muchos ucranianos que probaron suerte en otros destinos.

Sin embargo, la asociación Oranta estimó que hay aproximadamente 3.000 ucranianos dispersos por todo el país provenientes de la última corriente migratoria, información que coincide con la aportada por la socióloga Marcogliese (2003).

Por su parte, la Embajada de Ucrania lleva registrado aproximadamente 900 inmigrantes.<sup>8</sup>

En **términos cualitativos**, el universo poblacional estuvo comprendido por hombres y mujeres que recorren un amplio espectro en cuanto a la edad, al género, experiencia laboral y la situación afectiva-familiar. La mayoría proceden de contextos urbanos, con formación técnica-universitaria (ingenieros, expertos en siderurgia, minería, transporte, etc.) referida a las actividades industriales que se desenvolvían en la ex Unión Soviética. En Ucrania tenían ocupaciones relacionadas con su calificación profesional, algo que no tuvo continuidad en Argentina debido a la imposibilidad para revalidar los títulos y el desconocimiento del idioma.

Gran parte de los inmigrantes se radicó en la ciudad de Buenos Aires y alrededores. La mayoría inmigró junto a su grupo familiar nuclear, manteniendo vínculos -desde aquí- con la familia extensa que continuaba viviendo en Ucrania.

La presencia de estos inmigrantes no es visible en el espacio urbano ni en rubros ocupacionales específicos, a excepción de casos puntuales (Pacceca, 2000).

---

<sup>7</sup> Se hace referencia a la crisis de Diciembre de 2001 donde un conjunto de protestas sociales contra la situación económica argentina generada en años anteriores desencadenaron la renuncia del presidente Fernando De la Rúa.

<sup>8</sup> Según la embajada de Ucrania, solamente cuentan con registros de quienes salen y entran del país con cierta frecuencia.

Con respecto a cuestiones formales-administrativas, todos presentan regularidad migratoria como residentes permanentes con su respectivo Documento Nacional de Identidad para extranjeros.

## **2.5 Trayectorias migratorias. Condiciones de vida y de trabajo en la sociedad de destino**

A partir de las entrevistas realizadas, en el presente apartado propongo describir y analizar las trayectorias migratorias de los sujetos, así como las condiciones generales de existencia en la que se desenvolvían en el país de origen y aquellas que han marcado su vida en nuestra sociedad como inmigrantes. Dentro de éstas últimas, se privilegian las de trabajo y vivienda.

Quiero mencionar que la mayoría de los entrevistados tienen más de diez años como residentes en Argentina y, algunos han podido superar las condiciones de marginalidad extrema en la que se encontraron durante los primeros tiempos. Sin embargo, es incorrecto generalizar puesto que hay posiciones intermedias y otras muy extremas.

*Luis, 56 años.*

Su narración fue prolija, y detallada. Su voz firme, por momentos cansada, quebrada. La historia de *Luis* estuvo marcada por una rica experiencia de vida, con una carrera profesional prestigiosa ocupando el rango de "Mayor" en el Instituto Militar que le permitía viajar por la Unión Soviética y diseñar proyectos trascendentes. Su mirada denotó cierta melancolía especialmente cuando recuerda las tareas que realizaba:

*"(...) fui a universidad militar, soy ex militar, mayor, por esto conozco muchas cosas, no una punta, muchas, también 25 años ejercicio en militar marcó mucho pero no militar de guerra por esto también yo fui como ingeniero mecánico toda mi vida y trabajaba como ingeniero mecánico (...) En tarea militar, estaba como apoyo de militar, construimos vías de carril, todas cosas que está en este carril para mandar, para traer cosas, armas,*

*gentes, entonces, la guía, estaciones, trenes, yo construir, no construí, armé en mi vida (la voz se quiebra) yo trabajaba construyendo cosas, yo construye (construí) 20,30 kilómetros, cloacas para un pueblos (pueblo) que tenía un mil gente (mil personas), también yo hice una estación para sacar agua, también yo hice una estación para limpiar agua, kilómetros de líneas telefónicas, después cuando Unión Soviética se partió y tenían problemas todas repúblicas (todas las repúblicas)."*

Con respecto a la decisión de emigrar, refiere:

*"Ecología es primero y Chernobyl es primero. Segundo, cuando se cayó Unión Soviética pasó problema grave con la economía y también me mató, perdí mucha plata, gente perdió mucha plata (...) como acá pasó lo mismo en el año 2000 (...) Hay alguien que roba plata, sistema, se llama sistema (...) Por salud y por economía, yo tenía que dejar todo y empezar acá de cero (...) Yo buscaba como ir y adonde puedo ir, también yo tenía mano atada por mi trabajo, tenía que terminar y cuando me jubilo, yo estaba libre, yo puedo elegir, y puedo hacer lo que quiero." (El destacado es mío)*

A la Argentina llegó junto a tres amigos profesionales, con pocos ahorros, un manejo del idioma auto-enseñado y ciertos conocimientos de "manual" sobre nuestro país: industrias, clima, etc.

Sus primeras acciones estuvieron encauzadas en tramitar su documento de identidad y obtener un empleo. Es así como *Luis* salió a "comercializar" sus conocimientos ante un mercado de trabajo que desconocía. Su primera ocupación fue en un taller mecánico, empleo que consiguió a través de un aviso clasificado. Desde entonces, ha tenido distintas ocupaciones desarrollándose -en la actualidad- como jefe en una fábrica de iluminación.

*"Ingenieros ganas (ganan) muy bien pero extranjeros no tanto, no tanto (...) yo estoy trabajando como ingeniero pero por ahora tengo mensual como un alto oficial o un buen técnico no tengo 5.000, no tengo 5.000 yo tengo mitad, yo tengo mitad (risas) y bueno... y también hay mucho trámites y trampas para legalizar diploma, esta trampa está hecha*

*a propósito, yo veo que está hecha a propósito, realmente yo no legalicé mi diploma y cuando yo buscaba laburo (trabajo), yo fui a un garage de colectivo por aviso, quería empezar trabajar como mecánico, electro mecánico, yo tengo título mecánico y conozco bien profundo parte eléctrica, de máquinas hasta tren, casi avión (risas) y me preguntó si tengo diploma y yo digo: bueno yo tengo diploma pero no es clave tener diploma o no tener diploma yo puedo mostrar (...) yo acá hice de todo, trabajé como carpintero de aberturas, aluminio, después de forma independiente, en casa, por todos lados, hice de todo, electricidad, todo.”*

Luis ejemplifica lo difícil que es la validación del título, un punto álgido de conflicto que vivenció también a través de su hijo:

*“(...) y tiene otro título de informática pero no tiene título profesor, tiene título como terminó un curso pero tiene derecho para dar clase, tampoco no como, no tiene diplomas legalizado ¿Cuál problema? gente tiene diplomas, mi hijo tiene diploma legalizado internacional, ya está legalizado,(...) tiene diploma ucraniano como yo, alguien que tiene legalizado internacional, acá no sirve, ¡locura! (hace el gesto con la mano en la cabeza) y el tenía que pasar primario, secundario y pasar prueba en UBA.”*

En cuanto a las diferencias entre el modo de producción capitalista y comunista, los aportes de Luis fueron valiosos:

*“Antes, antes en régimen soviético (...) tenía muy distinta política de economía, acá política economía es bazar, bazar (mercado, venta) conduce, venta conduce, allá antes tenía otro programa, cálculo, programación, programábamos demasiado, realmente ni uno ni otro no es correcto, no sirve ni uno ni otro, ¿por qué? allá antes fabricamos cosas para stock, hay que hacer 3 millones para stock y tenemos en stock 30 años y no sirve para nada y rinde producidad (productividad) pero no rinde fuerza que ponemos y después por fin quemamos, tiramos todo lo que hicimos, acá conduce mercado, bazar si alguien pide empieza a fabricar, fabricar por poco, fabricar por poco no rinde ni maquinaria ni rinde producidad (productividad) nada.”*



Otro de los problemas que surgió durante las entrevistas es reagrupar a sus familias. En el caso de *Luis*, su esposa e hija (ambas ingenieras), residen en Ucrania.

En el párrafo que precede, *Luis* utilizó la palabra “perros” como metáfora de los obstáculos a sortear:

*“Tenía derecho por venir familia, entrar a Argentina para unir familia, mi hija no porque ya pasó los 21 años, ya no tiene edad para unir familia y tratamos que ella va a venir como turista o algo así, porque ya pasó, 5, no más, un 7 años (unos 7 años) que convenio está corregido y ya no tiene la visa como trabajadores que nosotros tenía (teníamos) ahora no puede venir ucraniano y tener visa como trabajador, ya no tiene derecho venir a Argentina y trabajar (...) Como turista fácil o si tiene su negocio acá, fácil, todas fronteras está abierta para todos pero hay no... un perro, hay muchos perros (...) realmente todos convenios, está abierto casi todos, por lo menos básico, algunas cosa que explica detalle está cubierto, eso primero, primera trampa (...) un ley (una ley) un párrafo, un documento que explica todo básico, detalles puede encontrar allá, en otro documento que conjunta con este, explica algunos detalles pero no puedes encontrar pero no puedes abrir este documento, cualquier persona no puede abrir, está protegido, no protegido, está medio cerrado, medio cerrado.”*

En cuanto a la trayectoria habitacional, *Luis* recorrió muchos hoteles y pensiones hasta poder alquilar un departamento, en el barrio de Once, para vivir con su hijo de 32 años. Asegura estar relativamente cómodo pero pronto deberá irse por el sobreprecio en el alquiler:

*“Estoy alquilando, pero yo tengo contrato para 2 años, a noviembre ya termina. Yo encontré por aviso y yo arreglé por inmobiliaria, bueno que, es muchacho bueno y conoce algunos muchachos rusos y ucranianos y sabe que cumple, o cumple si dice voy a matar, puede matar, y bueno, hablamos con él, me dice ¿tenés contrato? ¿tenés trabajo blanco?, si, ¿puedes mostrar recibos? si, ¿cuánto cobras? tanto, ¿hijo también está trabajando? bien, ¿cuánto cobra? menos pero cobra, (...) “laburo (trabajo) en*

blanco<sup>9</sup>”, tiene familia, tenés todo (...) Yo digo yo viví en hotel, puedo mostrar todos recibos, no tenía deuda, también conozco mucha gente que puede decir algo sobre mi porque me conoce bien, de argentinos, de porteños, gente con nivel pero no pude dar garantía de su propiedad porque no tiene o ya fallado, ya quemó un vez (una vez), cuando quema leche, otra vez, (...) Ahora estoy esperando o debo cambiar vivienda, no por lo menos yo tengo adelantado 2 mes (dos meses), termina 2 mes (dos meses), y puedo salir o debo pagar que pide y prolargar (prolongar) por ahora no hablemos con dueño, no me conforma esa plata, no puedo pagar más de 30 porcentaje.”

La situación de vulnerabilidad extrema durante los primeros tiempos afectó profundamente a Luis. Del relato sobre esa circunstancia, se traslucen las concepciones sobre la amistad y las valoraciones no mercantilistas de la misma.

“Estuve muy deprimido, no sabía que hacer, y él vino (se refiere a su amigo) en el año 2000, por ahí, no, el 2002 por ahí, estaba muy deprimido, ya empezó a trabajar con él, ya conocemos bien, vino un día, otro día, él vino a encontrarme, sabía una sola cosa que vivo en tal calle, en Hotel Coreano donde yo vivía, Rivadavia (...) él buscaba encontrarme, charlamos y él me puso en rumbo correcto, ese es amigo, yo no digo que él es amigo porque con él trato y él me pagó, ganamos tanto, sacamos eh...plata para materiales, herramientas, cosas que usamos y que quedó repartimos mitad yo no digo por esto, es buen compañero.”

Luis manifestó estar conforme en la actualidad viviendo en la Argentina. Después de muchos años de residencia ha podido construir una red social amplia:

“Acá viene todos extranjeros y este país está formado de extranjeros, es una ventaja para país, porque acá acumula y junta todas experiencias de todos mundos (todo el mundo), un poco Argentina está atrasada de todos mundo (del resto del mundo) pero ventaja que une todas experiencias y hace una sopa de todas.”

---

<sup>9</sup> Hace referencia al empleo en relación de dependencia.

No obstante, dijo extrañar a su mujer y su hija expresando sentimientos contradictorios hacia su país:

*"Me gusta estar con mi familia pero no tiene mucha ganas de ver mis amigos que quedó allá... (parece dolerle la pregunta, respira, piensa), no tengo nostalgia, ni por país, uno solo tengo un poco de nostalgia y me duele de corazón porque naturaleza está muy linda realmente, muy linda, y que pasó allá, por esto me duele, **mataron, realmente mataron naturaleza.**" (El destacado es mío)*

Sofía, 25 años.

Sofía nació en la ciudad de Odessa y vino a la Argentina por una decisión que partió de sus padres pero, tuvo el consenso de ella y su hermana:

*"Porque no les gustaba nuestro país pero no sabían como ir y...como salir del país, porque no nos dejaban salir del país, entonces un día mi mamá conoce a una señora en un bazar y la señora cuenta que su hijo vive en Argentina y que le gusta y está bien, entonces mis padres en un año hicieron todos los documentos necesarios y vino primero mi padre para ver como estaban las cosas y en dos meses dijo vengan."*

Según su relato, los principales motivos para migrar han sido la crisis económica post soviética:

*"No me gustaba que el gobierno no se preocupaba por la gente de su país, que no les interesaba la gente, que no trataban de mejorar las cosas, por eso nosotros vivíamos con falta de dinero, que no podríamos alimentarnos bien, por ejemplo, último medio año, yo no comía la carne porque no teníamos dinero para comprar la carne, solamente comprábamos pescado barato, el más barato que existía en el bazar y fruta ni te hablo, en invierno no es como acá que esta al lado Brasil y te traen fruta, allá no, entonces la fruta en invierno es mucho más cara, entonces en invierno fruta, nosotros no podríamos comprar por falta de dinero, si mi mamá compraba una manzana me avisaba: en la*

*heladera compré una manzana y esto es para tu hermana que tiene 3 años, ella necesita más que vos, entonces yo no comía y mi hermana sí."*

Soffa y su familia habitaban, en Ucrania, un departamento bonito y amplio (también poseían una casa de campo) que vendieron a un valor diez veces inferior de lo real para solventar los gastos del viaje y los primeros tiempos en el país. Los conocimientos sobre Argentina eran limitados y la información que disponían era que:

*"Argentina necesitaba gente para trabajar, era un contrato entre Argentina y Ucrania... que de Ucrania vayan gente a Argentina para trabajar y la gente que iban, iban para quedarse no para trabajar solamente."*

Su papá es técnico "como albañil", se ocupó de su oficio durante muchos años:

*"Trabajó de ir a fábrica, comprar por mayor cosas, traerlos a nuestra ciudad y venderlas más caro."*

En Ucrania, la madre estudió costura e hizo una tecnicatura en electricidad. Pudo emplearse en institutos y fábricas hasta el último tiempo que, afectada por la falta de trabajo, comerciaba en un bazar la mercadería que traía su marido.

El padre de Soffa llegó junto a un amigo en el año 2000 y, en un corto período, se pudo insertar como electricista (empleo que abandonó debido al incumplimiento de los pagos). A los 9 meses, llegó Soffa, su madre y su hermana. Los padres pensaron instalar un comercio, y, gracias a la ayuda de un "conocido polaco o ucraniano" que les cedió una garantía, pudieron concretar su proyecto.

*"Empezaron a pensar que negocio poner, querían verdulería, querían kiosco, no sabían qué, entonces se quedaron en poner, ah, mi mamá conoce una persona que tiene un taller de costura, entonces ella va a este taller de costura para trabajar un mes, para ver como funcionan las cosas y pensar que quiere hacer esto o no, y trabajando se da cuenta que es buen negocio y empiezan ellos a buscar un negocio, un alquiler en la*

*calle para poner un taller de costura.”*

En cuanto a las trayectorias habitacionales, la familia deambuló durante un año por diversos hoteles en la zona de Congreso y Once hasta poder residir en un departamento en el barrio de Palermo -cercano al negocio- que alquilaron a través de un cliente argentino.

Actualmente, *Sofía* trabaja en el taller de costura de la familia, ocupación que le demanda tiempo y esfuerzo razón por la cual ve frustrado sus sueños de estudiar y bailar en el Ballet Prosvita<sup>10</sup>:

*“En la UBA primero estudié administración de empresas, después dejé y ahora estoy estudiando nutrición (...) Tengo que trabajar, quiero estudiar y no voy a tener tiempo para ir a bailar.”*

La primera barrera de *Sofía* fue la idiomática lo que la llevó, entre otras cosas, a repetir dos veces de año en la escuela secundaria:

*“Yo cuando llegué todos los días estaba con un diccionario castellano, español, ruso, español, con libro de aprender español donde habían diálogos, después de diálogos, las palabras desconocidas con traducción, con las reglas de pronunciación, con las reglas estas otras, todo el día, durante el verano porque yo llegué en diciembre (...) Y todo el verano hasta marzo, durante todo el día hacia eso, igual no entendía nada (...) No entendía nada de lo que me decían, ni siquiera entendía, no podía entender donde empieza y termina la palabra, para mí era todo lo mismo, esto me pasaba durante medio año, yo en marzo fui al colegio, el secundario y durante tres meses me pasaba eso, yo miraba a la profesora tratando de entender que dice y no podía separar una palabra de la otra.”*

---

<sup>10</sup> El ballet Prosvita es el cuerpo de baile más importante de la Asociación Ucrania de Cultura Prosvita. *Sofía* es una de las pocas inmigrantes que conserva vínculos con la misma. El acercamiento a la asociación se concretó a través de unas amigas a las que conoció azarosamente: *“yo los conocí porque el padre hace masajes y yo necesitaba masajes entonces, fui a casa de él y después de hacer masaje conocí a Carmen y a Laura y así me invitaron un par de veces a sus casas y así después de un año, empecé a ir a Prosvita a bailar, bailé un año y dejé porque me resulta lejos de mi casa.”*

Otra de las situaciones críticas, referidas por *Soffa*, era la convivencia con los compañeros y las prácticas de los jóvenes en Argentina, donde circulan hábitos de consumo de alcohol y drogas:

*"(...) no me gustan porque salen toda la noche, salen para tomar y para bailar nada más, se emborrachan, se quedan en la calle durmiendo, eso para mi es raro, yo, no me gusta (...) Yo no salgo a la noche, hasta 22 años yo salía a la noche, caminaba por la calle, no tenía miedo, salía sola, podía caminar por la calle sola, a la noche no tenía miedo pero ahora a veces salgo a la noche y miro a esa juventud y digo Nooo, no puede ser yo antes hacia eso, no estaba re mal de la cabeza (risas)."*

*Soffa* manifestó padecer algunos problemas psicológicos como el miedo a los exámenes y otras inseguridades. Lo que resultó significativo, durante las entrevistas, es que la única persona que refiere puede ayudarlo está en Ucrania, circunstancia que la lleva a pensar en el retorno:

*"(...) yo conozco realmente que pueden ayudarme pero viven en mi país (risas) si, yo conozco que hay una persona que puede ayudarme pero necesito ir hasta allá y quedarme allá con él un mes para que él me enseña como hacerlo y yo sé que puede enseñarme y que puedo aprenderlo y que puedo aplicarme no solamente para mi sino también para ayudar a otra gente, que es lo que quiero hacer (...), es raro el psicólogo, él hizo su método, investigó, experimentó en él mismo, en sus pacientes, en sus parientes, hizo libros sobre eso y yo tengo video y yo quiero ir para charlar con él pero primero necesito dinero, dinero se puede conseguir."*

*Milagros*, 60 años.

*Milagros* vivía feliz en la ciudad de Ternopill junto a su marido (que fabricaba artesanías) y su hija; gozaba de un "cargo alto en el Ministerio de Transporte" y no pensaba en emigrar hasta que ocurrió la tragedia de Chernobyl.

Para ella, educación y trabajo eran los pilares fundamentales del régimen soviético y, si

bien la disolución del mismo trajo aparejado cierto caos e incertidumbre, la realidad socioeconómica de Ucrania no era un motivo para alejarse del país.

*“Yo me vine acá por Chernobyl... ¿Vos sabés que en 1994 se firmó un convenio para que podamos venir? (...) bueno yo averiguo, me gestionaron los papeles y en 96 me vine acá con mi marido.”*

Milagros desconocía por completo nuestro país y el idioma. En Kiev -a partir de la información brindada por la embajada Argentina- pensaba que, de acuerdo al pacto celebrado entre ambos países, le iban a brindar clases de idioma, trabajo y vivienda. Sin embargo, cuando arribó la realidad no era el destino soñado:

*“Yo vine sola con mi marido y, en el aeropuerto, estaba una mujer armenia con un cartel en ruso, recibía a los compatriotas (...) nos llevaba al hotel Sarmiento, en Once, nos cobraban 300 dólares por una pieza (...) si, y para nosotros era mucho pero bueno esa señora armenia no era tan mala, ella vivía en el hotel y tenía un arreglo con el hotel por traernos a nosotros pero no era tan mala porque nos daba datos de cómo movernos en Argentina, donde estaban las asociaciones, porque no sabíamos nada (...) Nosotros no conocíamos hoteles, nadie de nuestra migración conocía hoteles porque allá no había hoteles cada familia tenía su casa.”*

La familia de Milagros proliferó por diversas pensiones, incluida la vivienda provisoria que facilitaba la Iglesia Ucraniana hasta poder comprar su vivienda. En el transcurso del único viaje de retorno hacia Ucrania, Milagros pudo vender su propiedad y adquirir aquí una residencia en Berazategui que no posee las mismas comodidades ni dimensiones que su casa de origen. En el retorno, viajaron su madre y su hija pues ella no quería que se quedaran en “un país contaminado por Chernobyl”.

Con respecto a las trayectorias laborales, los obstáculos para conseguir un empleo fueron: las obligaciones maternas, el manejo rudimentario del idioma y la imposibilidad de revalidar su título. Su marido ejerció el rol proveedor y tuvo que adaptarse a un amplio espectro de trabajos transitorios y mal pagos. Recientemente,

han podido adquirir cierta estabilidad laboral:

*“Acá ahora trabaja en fábrica de muebles, en blanco, una fábrica muy importante (...) Cuando llegamos hizo de todo, prefiero ni acordarme, él no se acostumbraba a trabajar un tiempo si otro no, que no sabía cuando le pagaban, allá todos teníamos trabajo, sabías cuando cobrabas, para que te alcanzaba.”*

Ana, 19 años.

Ana fue la “interlocutora” de una familia compuesta por 5 integrantes ya que sus padres -todavía- no platican el idioma fluidamente. Llegaron a la Argentina en 1997, fundamentalmente, debido al contexto económico postsoviético:

*“Porque a mi papá le pagaban en el trabajo con azúcar y harina, mi mamá hizo primario y secundario allá..., trabajaba en sanatorios y durante 20 años trabajó repartiendo diarios. Mi papá no estudió, sólo primario hizo y trabajaba en minería. Vinimos acá porque mi abuelo nos prestó dinero para venir, viste, después se lo fuimos devolviendo.”*

También para ella, Argentina se constituyó en un factor de atracción por el acuerdo firmado entre ambos países:

*“Nos dijeron que esto era tipo Estados Unidos, viste, y nada que ver..., si, si, vinimos por eso, yo tenía 8 años, viste, cuando vine. Yo allá iba a la escuela y acá sólo terminé el primario, viste.”*

Actualmente, la familia vive en una casa modesta en Ciudadela y no pueden superar la situación de marginalidad en la que se encuentran que, los lleva -entre otras cosas- a deambular por el circuito asistencial:

*“Papá trabajaba en un cementerio acá, hasta hace un año y medio, limpiando el pasto y*



eso, viste..., y después tuvo un derrame cerebral y ya no pudo trabajar más. Ahora me dicen que no diga, viste, pero yo te digo la verdad: él junta cartón, si, "cartonea"<sup>11</sup>..., yo hago changas, viste, pero es difícil. Yo tengo otro hermano más, más grande que trabaja, hace changas también y él nos ayuda (...) Me dan mercadería, viste... pero sólo por 6 meses porque después no se qué cosa, que van a cambiar el plan, te dicen y le quieren dar a más gente, entonces me lo sacan. Antes me daban una canasta y ahora me dan media canasta de mercadería, viste."

En relación a las dificultades que tienen en Argentina, además de la situación de vulnerabilidad socioeconómica, Ana narró sobre su experiencia en la escuela:

*"En la escuela sí hay discriminación por ser extranjera, no me trataban bien, más que nada las maestras, viste. Me desaparecían las hojas; si yo preguntaba algo, la maestra me decía que ya había explicado..., me mandó a diciembre porque sí y, en diciembre, una vez le cerré la boca porque estudié, viste... y si me pongo las pilas puedo... No es que soy re estudiosa pero, cuando quiero... y bueno, a esa maestra Dios le va a devolver lo que hizo, viste... ya está, ya pasó..."*

En la actualidad, Ana se ocupa de cuidar y atender a toda su familia, incluido un hermano discapacitado.

*"No tengo tiempo para nada, cuido a mi hermano, lo llevo, lo traigo, tengo que hacer la comida porque además mamá también está enferma, viste, papá también, me ocupo de todo pero bueno, esto es lo que Dios me puso en el camino, ellos son todo lo que tengo."*

Teresa, 37 años.

A diferencia de otros inmigrantes más arraigados en el pasado, Teresa denotó cierto

---

<sup>11</sup> Hace referencia a la tarea de recolectar de las bolsas de residuos antes que sean recogidas, deshechos reciclables (cartones, papeles) para venderlos como medio de subsistencia.

optimismo. Aunque ha pasado períodos difíciles en Argentina ha podido reestructurar su vida afectiva, laboral y económica.

Teresa arribó a Buenos Aires en 1995 acompañada por su hija pequeña y su ex marido principalmente porque las condiciones de vida en la Ucrania Postsoviética no eran óptimas:

*“Bueno yo allá estudiaba veterinaria y acá dejé todo porque era empezar de nuevo (...) Cambió todo mucho por el capitalismo, hay más empresas, cambió bastante, y allá si no tenés mucha plata no vivís bien, igual hay pobres pero como pobre allá vivís, yo pienso que cuando se estaba por caer la Unión Soviética muchos que tenían dinero se prepararon para invertir ahora y esos, ahora que tienen plata invierten... pueden vivir bien. Igualmente, como te decía, allá los pobres viven; a mi me llamó mucho la atención las villas, eso no lo podía creer que la gente viva así. ¿Cómo no hay vivienda? Si hay mucha tierra, la gente acá con una chapa y comida ya están bien. Viven todos juntos en espacios chicos. No sé, no entiendo, este es un país que tirás una semilla y crecen papas es más, una planta de papas (...) Yo vine con mi hija que tenía dos años y con mi marido pero, mi marido no aguantó y se fue (sonríe) y yo me quedé acá, tengo una tía que vive acá hace mucho tiempo y ya me acostumbré. Al principio vivíamos con ella en Lanús ya ahora me casé con un argentino.”*

Las valoraciones en torno al espacio, la arquitectura y los contrastes entre ambos países se reflejan en el párrafo siguiente:

*“Ahora estoy bien pero cuando llegué, fui a la casa de mi tía y estuve una semana sin salir llorando, después dije: tengo que salir adelante porque sino nadie lo va a hacer por mi, veía todo gris, los edificios, todo era distinto, después me acostumbré (...) allá no está delimitado como acá, no hay manzanas de tanto por tanto como acá, hay zonas de casa con jardines, mucho verde, todo es grande, mucho espacio. Por ejemplo, los jardines de infantes, ¡lo que sufrí con mi hija porque los jardines, son chicos, todo sucio, nunca limpian! Allá, yo iba a un colegio que tenía jardín, primario y secundaria, todo en un edificio grande pero separado. Y teníamos de todo. Todos los colegios tienen su*

*campo de deportes, canchas de basket, todo; y todo sin pagar nada. Teníamos comedor, acá en los colegios del Estado no se puede mandarlos y encima con los paros, no tienen clases nunca.”*

Nuevamente, conseguir empleo sin manejar el idioma fue un obstáculo difícil que atravesar:

*“Si uno quiere salir adelante lo hace, yo acá hice de todo, ahora que me acuerdo me da vergüenza porque yo iba a las entrevistas de trabajo con mi tía porque no hablaba el idioma... sólo sabía decir: sí, no, gracias, iba a todo tipo de trabajos, primero hice limpieza en la casa de una ucraniana mayor, después como moza, hice de todo, lo bueno es que nosotros sabemos hacer de todo. Las mujeres en la escuela teníamos costura y los hombres carpintería, nos enseñaban a coser a bordar, hacíamos de todo, por eso podemos hacer cualquier trabajo acá (...) Allá yo tenía un trabajo fijo no era como acá que no sabés cuanto tiempo vas a estar en un trabajo, te echan cuando quieren si ya no le servís.”*

En base a lo anterior, Teresa explicitó algunas tensiones y diferencias entre los ucranianos y los argentinos:

*“Somos diferentes nosotros. Nosotros todos teníamos nuestra casa, queremos siempre más, no nos conformamos pero eso es educación.”*

## **2.6 Reflexiones**

Como mencioné con anterioridad, los inmigrantes entrevistados conformaban un universo heterogéneo en cuanto edad, sexo, situación sociolaboral y afectiva. Esto se reflejó categóricamente en las cosmovisiones que surgen en los relatos. Nos encontramos con historias como la de *Teresa* que rearmó su vida y, en contraposición está la historia de *Ana* que -con muy corta edad- es el sostén de toda su familia.

A pesar de la heterogeneidad de las historias se puede advertir que la decisión de

emigrar no es tomada racionalmente por un único sujeto o familia sino que se conjugan una multiplicidad de elementos, donde los factores estructurales se mezclan con elementos de orden individual, familiar y comunitario (Kaplan, 1996).

Se mostraron, en los relatos, dos momentos claves: por un lado, cierta organización y bienestar social (salud, trabajo, educación) bajo el régimen soviético y, luego, un momento de ruptura en la época postsoviética caracterizada por la precarización de las condiciones de vida.

En Argentina, durante los primeros tiempos, la barrera idiomática obstaculizó la interacción en la vida cotidiana y la comprensión de significados compartidos; sumado a esto, ninguno contaba con un "Know How" acerca de cómo funciona la dinámica del país. Por tanto, "sobrevivir" en Argentina implicó un esfuerzo físico, psíquico y emocional cuyos resultados no son inmediatos (Pacceca, 1999, cit en Pacceca, 2000). Como hemos visto, para algunos el idioma aún sigue siendo un obstáculo a superar.

Durante las épocas iniciales, los ucranianos tuvieron una inserción inestable como ocupados precarios (Pok, 1992), con empleos muy por debajo de su calificación profesional y, por lo general sin contar con los derechos mínimos de un trabajador. Esta situación de informalidad constituyó un factor de sobreexplotación de la mano de obra, excluyéndolos de los derechos básicos de todo trabajador: seguro de desempleo, seguridad social, etc. En palabras de Pacceca: "el contraste entre su calificación educacional, su experiencia laboral y los empleos a los que acceden en Argentina obliga a revisar la dinámica entre mercado laboral, calificación educacional y redes sociales cuando el destino (Buenos Aires) está fuertemente marcado por el desempleo" (2000:2). Del mismo modo y tal como ocurre con otros inmigrantes "es la sobrecalificación para los cargos lo que le permite a algunos migrantes obtener su puesto ya que el trabajo de los extranjeros no está tan ligado a su calificación educacional y laboral cómo a su condición de extranjero y los 'nichos ocupacionales' que tiene disponibles en tanto tales" (Pacceca; 2000:15).

En la actualidad determinados ucranianos han podido insertarse de una manera más estable que durante los primeros tiempos, sin embargo, el conjunto de inmigrantes se caracteriza por poseer puestos no acordes con su formación. Se vislumbra la tensión existente entre extranjería y el acceso a derechos, de este modo, la imposibilidad de

revalidar los títulos devalúa el capital cultural de los inmigrantes y los convierte en meros productores de mercancías.

Por otro lado, es destacable el esfuerzo de readaptación al nuevo mercado de trabajo que tuvieron que realizar estos inmigrantes socializados bajo el régimen comunista que marcaba un determinado modo de producción muy diferente al de Argentina en los años noventa. Es interesante como los ucranianos remarcaron recurrentemente que “no estaban acostumbrados” a los trabajos temporarios, flexibles y precarios.

De la misma manera, fueron notorios los contrastes que subrayaron en cuanto a la diferencia arquitectónica de la ciudad, el panorama de las “villas de emergencia” y la configuración de las calles.

En nuestro país, el acceso a la vivienda constituye un problema social estructural para todos los habitantes (incluidos los inmigrantes) donde resulta clave la red social de el/ los migrante(s) para facilitar el ingreso y flexibilizar los requisitos. Reflejo de ello son los relatos de los ucranianos cuando, al arribar al país debieron pulular por un sinfín de lugares con comodidades restringidas y, algunos lograron con el tiempo establecerse en un espacio más confortable. Esto, además, impactó profundamente en la subjetividad de los inmigrantes que no conocían espacios habitacionales como los hoteles.

Advertimos, también, como el proceso migratorio tiene un impacto diferencial en jóvenes y adultos. En los primeros, la preocupación principal estaba orientada hacia la socialización en la escuela y otros espacios de recreación como la noche porteña. En cambio, en los adultos la preocupación radicaba en conseguir una estabilidad económica e igualdad de derechos.

En términos generales, a nivel socioeconómico en Argentina no han conseguido condiciones de vida equivalentes a las que tenían en su país de origen.

En tal sentido, subrayo la doble ruptura que implicó el proceso migratorio para estos sujetos: (1) con el sistema económico, político y social (que implicaba determinado modo de vida) y (2) con el país de origen, el idioma, las tradiciones y, los efectos producto de la migración (Masseroni, Mykietiw y Ponisio, 2005).

## 2.7 Las redes sociales

En lo que concierne a la integración en las diferentes esferas de la nueva sociedad es primordial la articulación con “redes” de la colectividad que permiten desarrollar la organización social del proceso migratorio (Martínez Veiga, 1997) entendiéndola como una forma de capital social en la medida en que se trata de relaciones sociales que permiten el acceso a otros bienes de importancia económica, como el empleo o los salarios más elevados (Massey y otros, 2000).

Como lo reflejan las entrevistas efectuadas, las condiciones de vida de los inmigrantes ucranianos en Argentina han estado libradas a las estrategias estrictamente personales que cada uno de ellos ha podido desplegar (Pacceca, 2000). Sin embargo, quise destacar el rol de algunas entidades que prestaron asistencia relacionada a cursos de idioma español y trabajo.

Asimismo, privilegié aquellos espacios más recurrentes enunciados por los inmigrantes como La Iglesia Católica Ucrania y la Asociación Ucrania de Cultura Prosvita que actuaron -improvisadamente- como “redes sociales”, desarrollando proyectos de carácter asistencialista que postergaron la emergencia de planes de transformación social a largo plazo.

**La iglesia Católica Ucrania** alojó a más de 70 familias durante los primeros tiempos y, actualmente, sigue operando como refugio de ucranianos. En principio brindaba cursos de idioma español y operaba como “bolsa de trabajo” recomendando a los inmigrantes para diferentes empleos (generalmente temporarios e inestables). Por ahora, se yuxtaponen criterios meramente asistencialistas e ideas mercantilistas acerca del servicio social.

*“En la iglesia hay un predio donde siguen alojando a familias ucranianas. A principio se pagaba un monto chico por una habitación. A fin de los 90 llegó un nuevo sacerdote y otras autoridades y todo se convirtió en negocio (...) Aumentó las cuotas y desalojó a familias que no podían pagar. Quieren hacer un geriátrico ahí porque eso es más rentable.”* (Liliana, 45 años, ex habitante de la iglesia ucraniana)

Resulta bastante significativo que los nuevos inmigrantes sean utilizados como mano de obra en distintas actividades que se desenvuelven en la iglesia. Al respecto, una entrevistada comenta:

*"(...) eventos no para nosotros, eso si después hay que limpiar ahí vamos nosotros, ahí nos llaman a nosotros. Sí, todo muy lindo pero para fiestas, para eventos, nada para nosotros, nosotros estamos sólo para limpiar, servir."* (Laura, 47 años)

No obstante, la iglesia sigue siendo un espacio de contención y seguridad, especialmente para las mujeres que trabajan fuera del hogar:

*"Acá los chicos juegan, es un lugar seguro, se los puede dejar ahí y están bien cuidados."* (Laura, 47 años)

Otro espacio muy mencionado por los inmigrantes fue **La Asociación Ucrania de Cultura Prosvita** que se fundó hace 85 años con el objetivo de "preservar la cultura originaria de los inmigrantes"<sup>12</sup>. Es un lugar que está socialmente reconocido y legitimado por el grupo de descendientes de corrientes migratorias anteriores donde se dictan cursos de idioma ucraniano, clases de danzas e instrumentos "tradicionales". Cuenta con numerosas sedes y con un club social donde se celebran fiestas significativas, como el día de la independencia de Ucrania. Ser socio implica abonar mensualmente una cuota elevada y ser presentado por otro miembro para "conservar la herencia ucraniana".

La Asociación Ucrania es abiertamente anticomunista desde 1928, en una asamblea de la comisión directiva se decidió la **expulsión de los asociados de orientación izquierdista comunista** (Vasylyk, 2000). Esto se encuentra reflejado en el material bibliográfico de su biblioteca, en el libro titulado "Por la libertad de Ucrania" (Martovych, 1952) cuyo prólogo explicita: "... el peligro que significa el comunismo ateo para la civilización cristiana..." (1952:5).

---

<sup>12</sup> Así lo refieren los integrantes de la Asociación. Esto coincide con el material bibliográfico aportado por las sedes (folletos, etc.).

Es interesante señalar cómo estas cuestiones de tinte histórico político se resignifican en la actualidad y **refuerzan la construcción de estereotipos** que operan fuertemente en la Asociación Ucrania vinculada con la **herencia soviética** de estos nuevos inmigrantes.

*“Ellos no hablan ucraniano, hablan ruso y además no comprenden que hay que pagar las cuentas de teléfono, de gas, luz (...) No es la inmigración que nosotros queríamos.”* (Ernesto, 58 años colaborador de la Asociación Ucrania de Cultura Prosvita)

*“Nos echan la culpa porque nos quedamos allá y sus padres y abuelos se vinieron pero nosotros no nos podíamos ir, era todo cerrado uno no podía irse, no era decisión de nosotros, hay que saber, pasar por lo que nosotros pasamos para entender.”* (Milagros, 60 años, “nueva inmigrante”)

Entre los “viejos inmigrantes” (o sus descendientes) está fuertemente arraigada una definición naturalizada de la cultura. En tal sentido, cada grupo (los viejos versus los nuevos) es portador de características determinadas que los diferencian de los otros. Es así que atributos como el idioma (los viejos hablan sólo ucraniano y los nuevos hablan también ruso) son variables que identifican y diferencian a unos de otros.

Durante los primeros tiempos la Asociación Ucrania dictaba en sus sedes cursos de idioma español:

*“Igualmente acá dictábamos cursos de castellano cuando recién llegaron para ayudarlos a insertarse.”* (Sergio, 46 años colaborador de la Asociación Ucrania)

Pero, parecería que a esta actitud benevolente de la asociación subyace un negocio encubierto que da cuenta de la situación de vulnerabilidad y subalternidad en la que se encuentran los nuevos inmigrantes en relación con los viejos.

*“Prosvita y otras asociaciones tienen financiamiento del Banco Mundial que supuestamente se los dieron para integrarnos a nosotros y no lo hicieron, te voy a traer*



*el documento que conseguir donde dice que ellos reciben dinero para ayudarnos, es increíble.” (Laura, 47 años)*

Debido al proceso de exclusión que opera sobre los nuevos inmigrantes y los problemas en Argentina, los nuevos ucranianos crearon la asociación Oranta:

## **2.8 Asociación Oranta**

Oranta, primera y única asociación de inmigrantes y refugiados de Europa Oriental fue fundada en el año 2003. Su creación fue propiciada por movimientos sociales heterogéneos en un contexto social de lucha frente a la necesidad de organizarse para potenciar acciones colectivas, ser escuchados y atendidos en sus pedidos y reclamos. El objetivo principal fue **reclamar por los acuerdos bilaterales que no se habían cumplido visibilizando su condición de sobrevivientes de Chernobyl.**

*“La asociación la fundamos en el 2003 por los problemas que teníamos acá de trabajo, salud y vivienda (...) Hay muchos convenios que se hicieron entre Ucrania y Argentina que no se cumplieron y nosotros decidimos juntarnos para reclamar por nuestros derechos.” (Laura, 47 años)*

En Oranta he podido vislumbrar diversos ejes que me gustaría discernir:

- **El acuerdo bilateral:** Uno de los ejes centrales de la asociación es reclamar por los acuerdos entre Argentina y Ucrania que no se han cumplido.

A modo de breve síntesis, el acuerdo manifestaba la obligación y el compromiso de ambos países para facilitar la integración de los nuevos inmigrantes viabilizando, entre otras cosas, la posibilidad de revalidar sus títulos universitarios. Es interesante, el rol protagónico del Estado en materia migratoria y al acuerdo, pensado desde un doble proceso: como eje de conflicto, en la medida en que todavía hay puntos de acuerdo que no se han cumplido y; como eje de liberación porque ha sido el motor que les ha permitido organizarse. Inmiscuirse en el conflicto implicó dilucidar un complejo

entramado que incluye al gobierno argentino, al gobierno de Ucrania y a los miembros de Oranta (cuyas voces tienen un lugar disímil en el conflicto por su posición de subalternidad). Y, si bien excede los límites de este trabajo ahondar en profundidad en el marco legislativo, es interesante visibilizar al derecho como práctica social específica que expresa históricamente los conflictos y las desigualdades.

Las actividades colectivas con respecto a este nudo problemático incluyeron reclamos al INADI<sup>13</sup>; a la Defensoría de la Ciudad de Buenos Aires y hasta un acercamiento fallido con la defensora de Ucrania, que he podido presenciar. Todas estas opciones han tenido exiguu éxito.

Requerir la presencia del Estado es, presumiblemente, parte de la historia soviética de estos inmigrantes, ya que el Estado garantizaba y aseguraba soluciones eficientes frente a los inconvenientes. En Argentina, los inmigrantes se encuentran con un Estado muy distinto especialmente por las tradiciones burocráticas y las prácticas administrativas que componen un eje de conflicto y requiere de un proceso de resignificación permanente.

*“Es difícil porque recién ahora aprendimos el funcionamiento del sistema (intuyo que se refiere al Estado), acá cambian los gobiernos y cambian las personas, trasladan al personal todo el tiempo, entonces a veces vos haces un trámite en un área del Gobierno de la Ciudad, después vas otro día y ya no está la misma persona y la nueva persona no sabe nada porque venía de otro sector, hay un recambio permanente.”*  
(Laura, 47 años)

El acuerdo bilateral funciona –además– como elemento diferenciador de otros inmigrantes:

*“Nosotros somos distintos a la otra migración, la migración de la segunda guerra mundial (...) ellos huyeron del régimen soviético, entraron acá como polacos, nosotros no, nosotros no huimos vinimos acá por un acuerdo”. (Milagros, 60 años)*

---

<sup>13</sup> Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

- **Espacio de participación, pertenencia, y sociabilidad:** En la asociación el universo poblacional está conformado por integrantes ucranianos y rusos, representando los primeros una significativa mayoría. En este espacio, los miembros practican el idioma ucranio, no sin tensión se establecen relaciones solidarias, se vinculan afectivamente y, fundamentalmente, es un espacio para compartir experiencias, recuerdos y problemas en común.

- **Espacio identitario:** Como remarca Grimson (1999) frente al contexto hostil, las dinámicas de exclusión y la imposibilidad de articular identidades sociales más amplias, la tendencia en algunos grupos migratorios es producir reagrupamientos en función de sus identidades étnicas (Proceso de etnicización). En este marco, la pertenencia nacional (ser Europeo del Este) conforma parte de un eje identitario.

Además, sus miembros comparten un background social, económico y cultural común; condiciones de vida similares en Argentina (Caggiano, 2006) y también ciertos valores hegemónicos compartidos que fueron aprehendidos durante el régimen soviético (por ejemplo: la cultura del trabajo, la responsabilidad, la valoración de la educación, la no conflictividad, la valoración de la familia y el cuidado de los hijos). Estas concepciones y valores, de alguna manera, confrontan con el "ser argentino" definido -por algunos de ellos- como incumplidores, irresponsables, desordenados, transgresores y consumistas. En Argentina frente al contexto hostil estos atributos se universalizan quedando así relativizadas las diferencias. En palabras de Grimson (1999), se "fabrica" un pasado que se vincula con la situación presente.

Igualmente, esos caracteres permiten diferenciarse de otros inmigrantes como los provenientes de países limítrofes y de otros europeos del este como los rumanos. Esas diferencias de "clase" son interpretadas como diferencias culturales:

*"Ellos tienen otra cultura (por los limítrofes), tienen otros problemas, a ellos los discriminan mucho por los rasgos a nosotros no pero igual no podemos acceder a nada."* (Laura, 47 años)

*"¡Esos son rumanos! No son nuestra gente, nuestra gente no pide, no pide nada..."*

(Milagros, 60 años, responde ante la pregunta sobre cómo se lleva con los inmigrantes de Europa del Este que no son ucranianos)

- **Presentación de proyectos:** Oranta se caracteriza por la presentación de proyectos de transformación a largo plazo:

*“Tenemos muchos proyectos, presentamos un proyecto de salud que le dimos al Gobierno de la Ciudad para usar los centros de salud que existen y poder atender allí a nuestra gente que tiene problemas de salud por chernobyl; tenemos un proyecto para tratamiento y prevención sobre reactores nucleares ya que a cualquier país le puede pasar lo mismo (...) Queremos que se tome conciencia (...) Queremos saber también cuantos Europeos del Este hay para hacerles chequeos médicos y planes de prevención (...) También tenemos proyectos de cultura y vivienda.”* (Laura, 47 años)

Se destaca la concepción crítica que tienen sus miembros sobre el asistencialismo. No obstante, se comienza a transitar por éste a través del pedido de planes sociales para las personas más vulnerables. Esto da cuenta de la imposibilidad de muchas familias para producir sus propios medios de vida y de las prácticas sociales vinculadas con el clientelismo político estructural.

- **Atención de casos puntuales:** Gran parte de los miembros tienen una inserción socioeconómica, laboral y habitacional inestable. Por ello, muchas de las actividades de Oranta están concernidas a paliar -de alguna manera- la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentran. Algunas de las actividades que realizan son: charlas sobre derechos en Argentina, cursos de idioma español, asesoramiento y gestión de trámites migratorios/DNI, etcétera.

- **“Blanquitud étnica”** (Pacceca, 1999, cit en Pacceca, 2000): Los ucranianos comparten con los antiguos inmigrantes de ultramar el origen europeo y el cutis blanco, esa “blanquitud étnica” que es percibida y valorada en la sociedad receptora y que conforma parte de un eje identitario. En muchos contextos esa “blanquitud” es percibida

como un obstáculo.

Es así como *Laura*, durante una ponencia, explica que en Argentina piensan que *“nosotros no tenemos problemas porque somos blancos de ojos azules, estamos bien vestidos”*. De esa forma explicita que, en reiteradas oportunidades, cuando tienen que realizar algún pedido relacionado con la ayuda social les dicen que *“ustedes no lo necesitan”*.

- **Acceso a derechos:** Berger y Luckmann (1979) plantean la existencia de esquemas tipificadores en cuyos términos los sujetos son aprehendidos y tratados, donde la situación de interacción con el otro esta influenciada por estas caracterizaciones. En tal sentido, los inmigrantes ucranianos son tipificados como *“extranjeros”* a partir de la primera **marca diferenciadora: el idioma.**

En base a ello, *Juan* (42 años) relató que cuando realiza compras junto a su familia, quien monopoliza la palabra para averiguar sobre precios es su mujer (argentina) para evitar los abusos en los mismos: *“piensan que soy extranjero, hablo pero con acento”*. Por otra parte, *Juan* relata que en su trabajo le dicen *“ruso”*, por sus rasgos fenotípicos, expresión que no le agrada porque *“yo no soy ruso soy ucraniano, “¿a vos te gusta que te digan boliviana o brasilera si sos argentina?”*

Ser extranjero o portar el DNI para extranjeros significa –además- quedar excluido de la posibilidad de acceder a planes de vivienda, ejercer sus profesiones, tramitar pensiones y jubilaciones.

*“Gobierno tiene proyectos para viviendas pero nosotros nos quedamos afuera porque somos extranjeros (...) No podemos ejercer nuestras profesiones porque nuestra embajada nos dice que es competencia del gobierno argentino (...) Personas que allá trabajaron muchos años, porque allá todos trabajábamos no pueden jubilarse porque no reconocen los aportes”*. (*Laura*, 47 años)

## **Capítulo III**

# **Chernobyl: Muerte y enfermedad**

### 3.1 El “accidente” de Chernobyl

La acepción de la palabra Chernobyl significa negro, oscuro (Cherno) y noche (Byl). Estos vocablos conforman el nombre de la ciudad en la que ocurrió uno de los más trágicos accidentes de la historia de la humanidad. Tal vez, la denominación presagiaba una catástrofe.

La central nuclear Chernobyl está situada en una región conocida como las tierras boscosas de Bielorrusia-Ucrania, a 100 Km. al norte de Kiev. Comenzó a proporcionar electricidad en 1977, convirtiéndose en la más potente de las instaladas de la ex Unión Soviética.

El 26 de abril de 1986, al tiempo de realizarse una prueba, en la cuarta unidad de la central nuclear una serie de errores humanos y violaciones de reglas operacionales provocaron dos explosiones que desencadenaron la liberación de grandes cantidades de material radiactivo (alrededor de 200 toneladas) que se esparcieron por el ambiente provocando una cadena de incendios (Quihillait, 1986).

Algunas de las tremendas consecuencias del accidente fueron: (Fuente: Greenpeace<sup>14</sup>)

- realojamiento de poblaciones,
- pérdida de los terrenos agrícolas,
- contaminación de los alimentos,
- crisis económica,
- incremento del gasto sanitario a causa de los problemas generados por el accidente, problemas políticos,
- mano de obra debilitada,
- enormes costos estatales para la recuperación de la normalidad en las zonas afectadas,
- etcétera.

Para adentrarnos en el impacto sobre la salud, expongo información facilitada por

---

<sup>14</sup> Greenpeace (2006), Reporte sobre las consecuencias de Chernobyl en la salud, en: [www.greenpeace.org/chernobyl/healthconsequencesreport.pdf](http://www.greenpeace.org/chernobyl/healthconsequencesreport.pdf), consultado el 12/5/2009.

principales comités científicos que han aportado investigación al respecto.

## **1- Informe del Forum de Chernobyl editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS- 2006)**

### **Efectos inmediatos de la tragedia**

- Unidad de análisis: Bielorrusia, Rusia Y Ucrania.
- 30 muertos entre empleados y bomberos (solamente 28 murieron producto de la radiación) de un total de 600.000 personas que participaron.
- Evacuación 116.000.
- Reubicación 220.000.
- De 1987 a 2004 murieron 19 trabajadores más por causas no determinadas.

### **Efectos en la salud**

- Aumento de cáncer de tiroides en niños y adolescentes porque recibieron las mayores exposiciones al yodo radiactivo.
- No aumentaron las tasas de leucemia infantil.
- Estudios oculares entre los niños y liquidadores sugieren una asociación entre la exposición a la radiación y la aparición de cataratas.
- Es probable que los liquidadores posean mayor riesgo de padecer trastornos cardiovasculares pero hasta la fecha no hay comprobaciones empíricas que demuestren tal incremento.
- No se encuentra un incremento relacionado con la radicación en malformaciones o mortalidad infantil.

### **Conclusiones**

Se han llevado a cabo pocos estudios implementado diseños relativamente insensibles. Por lo tanto es necesario realizar investigaciones a largo plazo.



Fundamentalmente el impacto de la tragedia tuvo repercusión en la salud mental de la población afectada.

**2- Torch** <sup>15</sup> (2006)

### **Efectos inmediatos de la tragedia**

Superficie afectada por la contaminación:

- Moldavia 80%
- Bielorrusia 22 %
- Austria 13 %
- Ucrania 5%
- Finlandia 5%
- Suecia 5%

### **Efectos en la salud**

- Acentuación de cáncer de pecho premenopáusico en mujeres menores de 45 años.
- Más de la mitad del yodo-131 de Chernobyl que incrementó el riesgo de cáncer de tiroides se depositó fuera de la ex Unión Soviética.
- Predice de 30 a 60 mil muertes por cáncer debido al accidente.

### **Conclusiones**

Muchas enfermedades tienen períodos de incubación grandes que no se puede establecer a tan solo 20 años del accidente.

Sin embargo hay evidencias empíricas que demuestran que el cáncer, la inducción de

---

<sup>15</sup> Este estudio (en inglés The Other Report on Chernobyl, "El Otro informe sobre Chernobyl") se realizó en 2006 a propuesta del Partido Verde alemán europeo.

cataratas y las enfermedades cardiovasculares están conectados con el accidente de Chernobyl.

### **3.- Greenpeace (2006)**

Denuncia las mentiras de:

- El Organismo Internacional de Energía Atómica (OIA)
- La Organización Mundial de la Salud (OMS)

#### **Efectos inmediatos de la tragedia**

- Unas 200.000 víctimas mortales a causa de Chernobyl en Bielorrusia, Rusia y Ucrania.
- La catástrofe afectó a un total de 2 mil millones de personas (2.000.000).

#### **Efectos en la salud**

- Se producirán 270.000 cánceres más de los cuales 93.000 serán mortales.
- Son cánceres muy agresivos con períodos de latencia breve, elevada tendencia a formar metástasis.
- Aumento considerable de leucemia en poblaciones expuestas 5 años después del accidente.
- Aumento de cáncer de estómago, pulmones, mama, recto, colon, médula ósea, sistema linfático, de piel.
- La incidencia del cáncer en Bielorrusia, Rusia y Ucrania entre 1990 y 2000 tuvo un incremento del 40%.
- Daños al sistema inmunológico y endocrino.
- Aceleración del envejecimiento.
- Trastornos cardiovasculares y del aparato circulatorio.
- Trastornos psicológicos.

- Aberraciones cromosómicas.
- Aumento de las deformaciones en fetos y en niños.
- Trastornos en el aparato reproductor de hombres (principalmente impotencia) y mujeres (trastorno del ciclo menstrual, anemia durante y después del parto, anomalías en el parto, trastornos ginecológicos).
- Retardo de desarrollo sexual en niños.

## **Conclusiones**

El accidente de Chernobyl trastocó el equilibrio de toda la sociedad bielorrusa, ucraniana y rusa.

Hay evidencias que permiten sostener que los efectos en la salud han sido y serán tremendos.

Criticaron que la OIEA omitió los impactos no oncológicos.

## **4.- Informe del Foro de las Naciones Unidas (2005)**

Integrado por:

- Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).
- Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH-NU).
- Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas (UNSCEAR).
- Programa Mundial, los gobiernos de Bielorrusia, Ucrania y Rusia.

## **Efectos inmediatos de la tragedia**

- Unas 1.000 personas entre los empleados del reactor y los trabajadores de servicios de emergencia sufrieron una exposición intensa a la radiación.
- De un total de 200.000 trabajadores sólo 2.200 morirán por la exposición
- 116.000 evacuados de las zonas afectadas.
- Por causas inherentes a la explosión sólo morirán de cánceres espontáneos en un futuro 4.000 personas sobre un total de 600.000 personas que incluyen 200.000 trabajadores de emergencia, 116.000 evacuados y 270.000 residentes en zonas de alta contaminación.

### **Efectos en la salud**

- La contaminación causó 4.000 casos de cáncer de tiroides en niños y adolescentes y solamente 9 de ellos murieron.
- Hay aumento del cáncer de tiroides espontáneo a medida que la población estudiada envejece.
- No se hallaron pruebas de una disminución de la fecundidad en la población afectada.
- Tampoco se encontraron aumentos de malformaciones congénitas.
- No hubo incidencia de la leucemia.
- La población estuvo expuesta a exposiciones de radiación muy bajas (a excepción de los agentes de los servicios de emergencia).
- Ligeramente aumento de cánceres sólidos y enfermedades del sistema circulatorio que pueden ser influencia de factores como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el stress.

### **Conclusiones**

La catástrofe afectó principalmente a los trabajadores de servicios de emergencia.

La pobreza y las enfermedades asociadas con el modo de vida que actualmente proliferan en la ex Unión Soviética y los problemas de salud mental representan para la

población una amenaza mayor que la exposición a la radiación.

Los problemas de salud mental son atribuidos por la falta de información fidedigna de la población, en evaluaciones negativas de la propia salud, en la convicción de tener una esperanza de vida menor.

Gran parte de la población ha muerto pero por causas naturales.

Se recomienda crear programas que eliminen la dependencia y la mentalidad victimista de la población.

Como se puede valorar, la información suministrada por los diversos organismos es claramente disímil. Se encuentran diferencias notorias principalmente entre los informes integrados, El Foro de las Naciones Unidas y la OMS y los de orientación ecologista como Greenpeace y Torch. No obstante, todos los reportes presentados basan sus fundamentos en estudios "científicos" suministrados por equipos de "expertos" de diversos campos disciplinares.

Cabría plantearse a qué intereses gubernamentales, políticos y económicos responden cada uno de los organismos involucrados en la presentación de los informes.

Ahora bien, el interrogante que guió este apartado fue conocer qué piensan los ucranianos, protagonistas obligados de la tragedia, partiendo de la hipótesis de que **Chernobyl continúa presente en el imaginario de los inmigrantes y que de alguna manera resignifica los sentidos de la salud, la enfermedad y las prácticas en torno a ellas.**

1- En primer término, indagué acerca de las **representaciones de los sujetos de estudio en torno a Chernobyl para saber los sentidos que le otorgan a la misma:**

- **El recuerdo, la invisibilización:** ha operado y opera una suerte de invisibilización de la tragedia ya que el accidente fue un tema "tabú", no informado a los pobladores y olvidado muchos años después.

*"Nosotros, gente civil no tenían (teníamos), información nada, cuando explotó Chernobyl pasó una semana, nada a nadie, también nos pasó antes de primero de*

mayo, gente (...) fue a festejar ese día (...) Chernobyl tenía una prueba y falló algo y lo culparon a un ingeniero joven que no tenía mucha experiencia pero realmente... ¿Cómo yo veo toda esa información?, es mentira. Puede culpar cualquier persona también yo puedo culpar o jefe puede culpar si falla algo pero todos depende de situación y cuando (...) forma como pieza ya no puedes parar, esa pieza ya camina (...) E: ¿Cree que Chernobyl también fue armando? L: armado a propósito, no. Pero armado por todas fallas (...) una cadena de fallas, una cadena de fallas, una, otra, otra, también esta cadena de fallas no esta hecha a propósito, como situación, ¿porqué cae una manzana?, por una situación, por lluvia, sol manzana, gusano, o viento o lluvia y se cayó, lo mismo pasó en Chernobyl, pasó, pasó y pasó y accidente.” (Luis, 56 años)

“(...) no nos dijeron nada, durante dos días, cuando hubo explosión no nos dijeron nada, la gente no avisaron nada eh... nuestro país estaba callado, el gobierno, recién nos enteramos cuando los países alrededores (de alrededor) en sus aparatos vieron que la radiactividad está muy alta, entonces empezaron a descubrir que eso viene de Ucrania, nosotros nos dimos cuenta los otros países que están alrededor empezaron a poner alarma (risas).” (Sofía, 25 años)

“Eso todo está contaminado, yo justamente cuando explotó estaba en Kiev, en casa de mi tía y sentíamos el humo, es algo como para decirte, como gusto feo en la boca, alguien fuma y ese humo es continuo, yo no sé nunca estuve drogada pero parecía como cuando estas drogada (risas) como en la nube (risas) yo estaba cerca con dolor de cabeza, a partir de ahí siempre estuve con dolor de cabeza siempre, ese día me desmayé.” (Nadia, 35 años)

“El día de la catástrofe nuestra radio tenía la información paralizada. Mi marido escuchaba una emisora de Estados Unidos que traducía al ruso lo que pasaba y él me comentó que decía que algo terrible había pasado. Mi marido me dijo: esto significa Kaputt. Días después del estallido, salí a la vereda, pensé que era feriado, no había nadie en la calle (...) En esos días pasaba el coche bomba tirando agua hasta el segundo piso de las casas, recomendaba usar pañuelos en la cabeza, bañarse varias

veces al día.” (Laura, 47 años)

- **Demonización/culpabilización/magnificación:** En Argentina la tragedia se magnifica, operando un proceso de demonización/culpabilización sobre la misma que desencadena sentimientos contradictorios de impotencia, tristeza, bronca y/o dolor. Del mismo modo, Chernobyl constituye para muchos el primer motivo para migrar:

*“Todos nosotros estamos acá por Chernobyl, ¿Qué sentimientos tengo decís? yo estoy triste acá, enojada porque nadie se hace responsable de lo que pasó, a nadie le importa Chernobyl, pensamos en hacer llevar esto a la justicia pero es mucho tiempo, ya no podemos más, ya está, ya pasó piensan los gobiernos, la gente, si no fuera porque está todo contaminado estamos todos de vuelta allá.”* (Orina, 55 años)

2- A partir del seguimiento de **trayectorias terapéuticas** he vislumbrado que los inmigrantes presentan una variedad de problemas de distinta índole: problemas de piel, alergias, problemas ginecológicos (mayormente fibromas), de tiroides, de columna, distintos tipos de cáncer y discapacidades que algunos vinculan con la **exposición directa** a la radiación producto de la explosión del reactor nuclear en Chernobyl.

En base a ello, fui reconstruyendo algunas **trayectorias terapéuticas paradigmáticas** que reflejan concepciones sobre la salud, la enfermedad y las prácticas en torno a ellas.

### **3.2 Chernobyl, la salud y la enfermedad en la voz de los protagonistas**

*Luis, 56 años.*

*Luis* dijo “llevar a flor de piel” el recuerdo de la tragedia. En el momento del accidente estuvo asignado en la tercera zona por el Instituto Militar para organizar las tareas de emergencia. Ha perdido amigos y gran parte de su familia y él sufrió las consecuencias del accidente:

*“Yo trabajaba para liquidar cosas que pasó por Chernobyl ¿qué te parece?, yo*

*trabajaba en tercera zona, no en ciudades, lejos (...) Yo no trabajaba para limpiar, yo trabajaba en zona tercera, mi amigo trabajaba en zona primera, jóvenes trabajaban en zona primera y esta estación atómica, con equipo militar limpiamos todo, primero empezamos limpiar a mano con pala y jóvenes de 20 años obligaron, tenía obligación dos años de ir a Chernobyl y limpiar allá pero tenía ropa para protegerse, tenía todo, todo, todo pero con todo (...) podían trabajar por 15 minutos, trabajaban duro, trabajaban duro, rápido, regresa rápido, saca la ropa, quema la ropa, hace lo que debe hacer, toma algo que debe tomar, todos estaban protegidos pero igual sufrieron mucho y esta gente que debe formar familia, debe crecer (criar) hijos.”*

Para Luis la salud tiene un valor supremo que se vincula principalmente con el agua.

*“El tema salud muy importante y toca a todos parte de vida, eh, empezamos del agua (toma la botellita de agua), agua es salud es como yo mecánico y veo esta agua que tomamos como tomar buen aceite para motor (...) Lo mismo si tomás buena agua, esa agua, células tiene como fronteras (...) y todos ingredientes, proceso eléctrico, proceso químico debe transmitirse de una célula a otra célula y pasar energía, cuerpo tienen 70 porcentaje de agua, depende de edad y, eso muy importante, agua muy importante para salud.”*

La relación salud-agua parece tener sus orígenes en la tragedia de Chernobyl:

*“El pueblo hace pozos, 20, 30 metros y saca el agua, tiene 3 niveles agua, primero nivel 12, agua sucia, de lluvia, después 20, 30 metros otro nivel de agua, esa agua es posible usar, para lavar para cocinar pero sin calentar sin hervir no puedes tomar y otro nivel, nivel eh...estratégico, **después de Chernobyl agua está todo contaminada**, mi hija, mi esposa no podía bañarse por Chernobyl, por el agua (...)” (El destacado es mío)*

También la salud esta íntimamente vinculada con las prácticas alimentarias:

*“202 forma cáncer, está en latas de tomates, hay muchos productos que hacen mal (...)”*



*Mundos tiene demasiadas gentes, hay que matar para tener equilibrio (...) Salchichas por ejemplo, no tienen carne, yo prefiero comprar una manzana de 5 pesos pero no el jugo envasado (...) Tomates con cambio de forma genética ya no es natural, leche natural busco ¿dónde buscar leche natural?, una vez compré miel en un negocio chico pero no era miel natural (...) Como comida china, peruana, prefiero cocinar, pescado, sacar espina, poner limón, cebolla, panceta, tomate y al horno veinte minutos sino como huevo duro, **todo natural.**" (El destacado es mío)*

Con respecto a sus problemas de salud, *Luis* explicitó que los mismos comenzaron al poco tiempo del accidente en su país natal. Como todos los años, realizaba chequeos médicos obligatorios en el Hospital Militar. En los informes posteriores a la tragedia le informaron que había **perdido el 25 por ciento de la movilidad de su columna:**

***"Yo tenía problema con columna, yo perdí 25 porcentaje de movimiento, dicen que no pasó nada pero mi hijo, mi hija y mi esposa sufrió mucho, 0.18 la radiación cuando fue accidente, más o menos en año 90 mi amigo militar jefe de parte química, él trabajaba en Chernobyl, trabajaba, volvía a trabajar varias vez (varias veces), él tenía aparato y para nosotros siempre avisaba como estaba nivel de radiación, mundo, gobierno no dijo nada, nosotros también tenía esta información medio cubierta para no poner pánico (...) Pasó 4, 5 años, y tenía 0.25, 7 más, 30 porcentaje más ¿porqué? Es suficiente para decir que yo tomé rayos, tomé radiación, es suficiente."** (El destacado es mío)*

Para resolver su problema *Luis* acudió a un médico especialista, kinesiólogo del Hospital Militar que le realizó masajes y le enseñó a practicarlos. **En Argentina los realiza sistemáticamente para aliviar el dolor:**

*"Me acuesto al piso, mejor que piso, esto de madera para no sufrir frío y para no perder energía, también puede servir cartón algo así pero no, no colchón, no sirve debe estar derecho y bien firme y... isotérmica, algo así y hago movimiento torcido (giratorio) algo así para aliviar sin poder fuerza ah, también recuerdo cosas de naturaleza, como hacen*

*gatos, perros, pájaros, yo hago.”*

Esta práctica de ejercicios que ejecuta *Luis* es consecuente con otras concepciones que tiene sobre la enfermedad y la curación de la misma. Al respecto ante la alarma de un síntoma, realiza un análisis introspectivo “como un mecánico” para determinar el diagnóstico:

*“¿Qué hace médico?, ¿cura?, no, no es un proceso terminado, ayuda y puede ayudar y debe ayudar pero no es un proceso terminado, (...) No tengo una línea tengo varias líneas, por ejemplo, si duele cuerpo, duele huesos, duele, codos, columna, (va tocándose las partes de su cuerpo que nombra) **gente está acostumbrada a tomar medicina, tomar remedio, tomar masaje algo así, yo arreglo esa cosa, trato de arreglar sin medicamento, primero, primero todos va del pensamiento, primero, yo debo como volver y ver que tengo, debo mirar adentro, debo analizar, como mecánico.”***  
(El destacado es mío)

Una vez que *Luis* “detecta” la señal del dolor, intenta “curarse solo” basándose en la utilización de distintas “recetas naturales” que le enseñó su abuela, en sus conocimientos que adquirió en un curso básico sobre medicina (científica) en el Instituto Militar.

*“(...) la miel para reemplazar el azúcar, vinagre para colocar en paños fríos, bajar la fiebre (...) Pero siempre primero pensar ¿por qué duele cabeza?, realmente todo pasa porque no circula bien sangre, acá tenemos un canal (se toca la cabeza) donde pasa sangre, circula sangre y también líquido que tiene cabeza, esa caja de cabeza, cerebro está en agua, no agua como esta (toma la botellita), está en líquido y cuando no circula ya sentís descompuesto, si, distintas cosas para distintas formas, antes yo usaba otros productos (...) Siempre sal gruesa de piedras, hay sal común, hay sal piedras, no sal de mar, también otra posibilidad sal de mar, primero, cuando abuelas probaban usaban siempre tenían una piedra de sal, si corta puede poner (...) y para, no pierdes sangre, ajo, tiene vitamina, tiene muchas cosas, buenas, y tiene algunas cosas malas, en*

frontera el años pasado o este año, pasó medio año con Brasilia tenía esto no sé amarillo (se refiere a la fiebre amarilla), enfermedad bastante grave, ajo cura **pero mundo ya olvidó, sabés, ya usa otras cosas química, médica para curar, hace un proceso eh (...)** Repollo, cuando sube la presión puedes poner una hoja y normaliza presión, también cuando estás nervioso, cuando debes pasar examen, te ayuda un limón, todos productos naturales, si tenés algo malo en estómago, para lavar realmente cuerpo.” (El destacado es mío)

Otros problemas de salud de Luis estuvieron concernidos a la **pérdida de varias piezas dentarias** que también vinculó con el episodio de Chernobyl. En Argentina consultó a un odontólogo de su obra social:

“También yo fui a centro, muy buen centro y ya conozco este doctor, muy buen doctor, atiende a todos perfecto, quiero arreglarme y poner dientes, quiero implantar (...) dicen todo bien pero debes pagar 3.000 para hacer tres perno, para hacer estos dientes, 3.000 (acentúa el número), yo digo tengo obra social, él me responde ya sé, tenemos contrato con esta obra social y tenemos este precio, de otra persona tenemos otro precio pero para arreglar esta cosa, 3.000, **médico solo cubre si alguien muere se quema gratis** (risas) o si alguien va a morir puede ayudar gratis y nada más **¿Qué hace gratis médico? ¿Qué hace por seguro gratis? ¿Dime una cosa que puede hacer gratis? para argentinos (...)** También puede dar un consejo, nada más, si va a curarte bueno, si no debes pagar directamente a este hospital a este médico, **debes pagar comprando remedios, sí o sí.**” (El destacado es mío)

Como se ha podido apreciar Luis no utiliza medicamentos, sólo unos “productos naturales” que le envía su esposa desde Ucrania.

“Se llama productos Coral, hay productos para todo, mujeres embarazadas, para limpiar organismo (va mostrando las distintas hojas), yo recomendé a mi jefe que sentía mal y ahora bien... (saca de su bolsillo un sobrecito que contiene una bolsita tipo saquito de té y lo coloca dentro de la botella de agua) yo lo uso para todo, me siento bien, no tengo

*panza, yo no necesito venderlos pero querer que gente abra ojos, gente sentirse bien, limpiar su organismo... ¿quiere probar? (coloca agua en mi vaso), volvemos al agua donde empezamos, esta agua limpia organismo, hay para mujeres embarazadas, para el colesterol, para todo."*

Según su relato, en Ucrania la marca **Coral Products** cuenta con un laboratorio propio donde a través de un programa computarizado se efectúa a los pacientes un análisis completo y personalizado. La comercialización de los productos se fundamenta en la venta directa por medio de un "asesor" (a **Luis no le gusta la palabra vendedor para esto**) que se basa en su propia experiencia para recomendar al "paciente" un determinado producto.

En Argentina la utilización de estos productos tiene usos múltiples: lo utiliza para levantar las defensas, para aliviar los dolores de columna y como cicatrizante en el caso de heridas.

*"Es como una tabla especial, un polvo blanco, funciona también para dar defensa, para dar energía, como antibiótico, yo digo funciona como antibiótico, justo ahora tenía, yo uso esa palabra porque funciona como antibiótico porque funciona para matar bichos, para matar enfermedad."*

**Luis** conoció estos productos a través de su **esposa, operada de tiroides, enfermedad que adjudica a la tragedia.**

*"Operaron a mi esposa de tiroides, nosotros no sabía (sabíamos) sobre estos productos, sobre este Coral y realmente puede ayudar con tiroides, y ayuda y como tenemos, teníamos práctica, como tenemos resultado mucha gente hizo tratamiento, sin operaron (operación) y todo pasó, tiroides forma algo que es necesario para organismo pero ahora quedó un poco y debe tomar remedios, debe tomar química, también cuando no funciona tiroides organismo pierde equilibrio, no puede regular, eso es una cosa que se regula, tenemos 5, como tiroides que regulan balance acá, acá, (se va tocando partes del cuerpo) acá, acá (se va tocando distintas partes del cuerpo), dicen si*

*tiene problema cortamos y listo, pero no es tan simple como dice.”*

Como expresa en el párrafo anterior, lamentó no haber conocido los productos con antelación porque está convencido que los mismos podían haber ayudado a su esposa y evitado la intervención quirúrgica.

En la actualidad, la esposa los usa *“para limpiar el organismo, para tener altas las defensas”*

Pero los problemas de salud de la mujer de *Luis* no fueron los únicos en la familia. En el párrafo siguiente, comenta sobre la salud de su hermano y sus hijos:

*“Cáncer es una cosa muy grave como radiarse, ¿qué pasa? cuando crece organismo tiene código ADN y va cambiando, y es como Chernobyl mató algo en ADN y todos empezó a mutarse. **Mi hermano tumor, esposa tenía cáncer y murió, tenía problema hijo y hija con otra forma, no cáncer pero tiene algo** y quedó con este problema pero gracias a Dios quedó bien, por ahora vive, bien (...) **Todos problemas por Chernobyl. Mi hijo alergia, asta, mi hija no puede bañar** (bañarse) **como cualquier persona, mi hijo también** (tampoco) **no puede comer cualquier cosa, no puede tomar cualquier cosa.**”* (El destacado es mío)

*Nadia*, 35 años.

*Nadia* llegó a la Argentina en 1996 desde *Lviv* debido a la crisis postsoviética y por sus deseos de conocer otro país. Vivió durante los primeros años con una tía en la provincia de Buenos Aires hasta que conoció en el año 2000 a su actual marido y juntos compraron una vivienda modesta en la zona oeste del Gran Buenos, por la que al presente tienen deudas con algunos familiares.

Con respecto a sus trayectorias laborales, recorrió como otros compatriotas, un amplio espectro de trabajos temporales como empleada doméstica, cuidadora de niños, y peluquera hasta poder instalar su propio almacén que cerró a causa de “los robos” y para ocuparse de los problemas de salud de su familia.

En la actualidad y durante nuestros encuentros *Nadia* denotó una angustia muy

acentuada y cierta "ansiedad" que se transmitió en sus expresiones nerviosas, en la yuxtaposición de tramas que relató y, por momentos, en las contradicciones en las que incurrió. Es indudable que ha sufrido mucho y que sufre. Fueron recurrentes en sus narraciones frases tales como "estoy muy cansada", "estoy muy nerviosa", "noto que estoy envejeciendo", "me estoy desgastando cada día". El cansancio que expresó lo atribuye a una multiplicidad de factores:

*"Tengo mucho **gasto en salud por la enfermedad de papá** y que eso me trae problemas con mi marido y mi suegra. Especialmente por la **cuestión económica**, que por ejemplo tengo que comprar jugo carioca de manzana porque le hace bien pero todo lo que necesita es caro: pañales, adermicina, pastillas, agua oxigenada etc. (...) además acá no me siento bien, el lugar donde estamos ahora es feo y a contramano, solo vienen a visitar a papá las hermanas de la iglesia (...) es todo villerío, enfrente venden droga, en la esquina venden droga, tengo una villa a una cuadra y media, vecinos que venden droga, ponen cumbia a todo lo que da."* (El destacado es mío)

Con respecto a **su salud**, recordó que apenas llegó a la Argentina, surgieron distintos síntomas vinculados a enfermedades que **ella relaciona con Chernobyl** "*tenía una farmacia en casa (risas) en los primeros años acá me agarró de todo.*"

En primer lugar, el **dolor crónico de cabeza**, malestar que comenzó el mismo día del accidente cuando se encontraba en casa de una tía e inhaló el humo nauseabundo que contaminada toda la ciudad. Dolencia que todavía no ha podido resolver.

Luego, le empezaron a **sangrar las manos** en el momento en que trabajaba como empleada doméstica en una casa de familia dificultándole las tareas por lo cual "*tenía que ponerme guantes de algodón*" y soportar el dolor para preservar su única fuente laboral.

A partir de ahí, los itinerarios terapéuticos de *Nadia* incluyeron visitas continuas en distintos centros asistenciales públicos y privados en la zona oeste del gran Buenos Aires como Adrogué y Claypole. Sin embargo, ningún médico daba con el diagnóstico correcto lo que le generaba mayor incertidumbre y desazón. **Nadia no estaba acostumbrada a la deambulación por distintos circuitos asistenciales:**

*"Allá uno va a hospital, hacen todos los estudios y ya está, todo está como decir, organizado,<sup>16</sup> acá me tenían de aquí para allá, eso me cansaba mucho y yo no tenía obra social porque ahora tengo pero antes no y tenía que dejar de trabajar, hacer esas filas para turnos y encima nadie sabía nada, tampoco me preguntaban nada, porque vas un día hay un médico, después ese médico no está más, hay otro."*

Afirmó que llegaron a aplicarle inyecciones en la espalda y a hacerle exámenes de diversos tipos, además de prescribirle medicamentos que sólo aliviaban el dolor transitoriamente.

*"Todos me recetaban algo distinto, me decían cosas distintas que ya ni me acuerdo, mirá, que una placa, que hacía esto, que hacía aquello, después radiografía, me cambiaban los remedios pero yo seguía igual con las manos todas así, todas como cortadas llenas de sangre."*

Un buen día, en un Hospital público **una médica con estudios de formación en Cuba** pudo "curarla":

*"Una doctora me dijo tirá todo los remedios esos porque me sangraba todo, me sangraban las manos, tenía que usar guantes de algodón y ella me aplicó una vacunas para alergia y me curó, ella trabaja en Hospital de Clínicas, trabaja en cuba, Dra. C..., yo había perdido contacto pero fui al Clínicas y me enteré que trabaja ahí. Ella fue la única que me dijo es alergia, no sé como explicarte las vacunas pero me las puso y nunca más me pasó eso."*

Pero esas dolencias no fueron las únicas, tiempo después, **Nadia** empezó a perder la vista:

---

<sup>16</sup> *Nadia* se refiere a la estricta organización de la salud bajo el sistema socialista donde la unidad principal era el complejo policlínico-hospitalario, epicentro que realizaba todo el trabajo ambulatorio (curaciones, tratamientos, etc.), clasificaba a los enfermos para la hospitalización en base de consultas especializadas y disponía en sus archivos todas las fichas de los habitantes de su región y llevaba el control de la Salubridad en general (vacunaciones, exámenes generales, etc.). Como unidades aparte en cada barrio había Dispensarios Oncológicos, Tisiológicos, Gineco-Obstétricos y Pediátricos (Cálix, 1971).

*“Me agarró en el ojo trombosis<sup>17</sup>, me quedé como ciega y me dijeron ahí (en un centro de salud) que estaba relacionado con Chernobyl, yo no veía nada, me querían operar pero salía 2.000 dólares, yo ganaba acá 400, si porque era uno a uno.”* (El destacado es mío)

Frente a la situación de no poder solventar los gastos de la operación, se contactó con un primo que a través de su propia red social le facilitó el acceso y el tratamiento en el Hospital público de Ezeiza.

Por los problemas de salud que tuvo, expresa haberse vuelto **evangelista**, y por tanto, adjudica al poder de Dios el éxito de la intervención quirúrgica: *“y Dios me salvó, Dios me operó”*.

Luego de la operación, realizó diversas consultas con oftalmólogos donde encontró un:

*“Oculista en Claypole y él me dijo que eso es por Chernobyl que tu sangre y tu cuerpo se habían acostumbrado a ese aire sucio y empezó organismo a revolucionarse.”* (El destacado es mío)

Nadia reconoció ser “una experta” en materia de salud por todos los caminos recorridos en el transcurso de los distintos padecimientos. Como mencionara con antelación no sólo carga a sus espaldas los problemas de salud propios sino también los de su entorno familiar: la de su padre (diagnosticado con embolia cerebral) y los problemas respiratorios de su hija:

*“(…) si Carolina (la hija) que hace dos años que está con fiebre, con moco, con alergia, cada dos semanas levanta fiebre, me dijo una doctora que yo estaba inventando la enfermedad, eso fue en Lomas no se porqué, falta doctores y me atendió otro (se*

---

<sup>17</sup> La trombosis retiniana o trombosis venosas de de la vena central de la retina, es una obstrucción en la misma que afecta el transporte de la sangre que llega a las venas que irrigan la retina. El síntoma más común de esta afección es la pérdida de la visión. (Definición elaborada a partir de la información aportada por profesionales médicos en entrevistas realizadas en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).



*refiere a un médico de guardia), un lió bárbaro (...) Le hicieron estudio de alergia, seguimos con otorrino y ahora vamos a hacer audiometría y placa..."*

La enfermedad de su hija le implica a *Nadia* un alto costo emocional y un desgaste físico que involucra recorrer nuevamente distintos centros de salud y consultas con médicos de diversas especialidades. En una de las oportunidades en la que estuve con ellas, me mostró los resultados de una audiometría para "ver si yo entendía algo" en un intento desesperado por encontrar el diagnóstico y así obtener un tratamiento exitoso.

Con respecto a la salud de su padre, la preocupación es aún mayor porque el mismo **no cuenta con obra social ni jubilación** que conlleva un gasto monetario muy alto que perjudica la economía del hogar y la relación con su marido y suegra.

El padre de *Nadia* está postrado en una cama desde hace 4 años cuando le diagnosticaron una **embolia cerebral**<sup>18</sup>:

*"En terapia intensiva me decían que iba a vivir cuatro días, preparate para el velatorio me decían y yo le dije que cuando lo vea muerto me voy a preparar, eso me decían, y lo pasaron a sala común, pasé las mil y una, cucaracha había, de todo yo iba con raid, con lavandina, en el Hospital de Calzada, un hombre murió a lado de papá y no sé cuánto estuvieron para sacarlo (...) Y él necesita pañales, medicamento, no sabe ni hablar. Cuando pasó esto con mi papá la nena tenía un año y medio y justo se quebró la mano derecha y mamá la muñeca... sólo Dios me estaba ayudando"*

Mover al padre requiere de un energía física enorme (pesa más de 80 kilos y "es peso muerto") que le acarreó serios problemas en su columna, además de demandar cuidados especiales y productos específicos que incluyen pañales, adermicina, pastillas, agua oxigenada.

Ella se ocupa de movilizarlo y **hacerle curaciones** en la pierna porque *"está lleno se llagas y tengo una mezcla de sentimientos, asco, tristeza, cansancio, impotencia"*

La salud de su padre condiciona también su vida social porque no tiene autonomía: "no

---

<sup>18</sup> Accidente cerebro vascular provocado por un coágulo, que viaja por todo el torrente sanguíneo y se aloja en alguna parte del cerebro. (Enciclopedia online de Medicina [http://www.es.mimi.hu/medicina/embolia\\_cerebral.html](http://www.es.mimi.hu/medicina/embolia_cerebral.html), consultado en Octubre de 2009).

*puedo dejarlo solo salvo por una emergencia, un rato me voy y le dejo la mamadera y el papagayo”.*

**Nadia** dijo que ella “cura” a su padre basándose en lo que le dijeron alguna vez los médicos, brindándole los medicamentos que -a su entender- son los más importantes pero prescindiendo de la supervisión médica. Para adquirirlos sin receta, se dirige a una farmacia “de confianza”, en Claypole:

*“Ahí me dan todos los remedios sin receta como Rivotril<sup>19</sup> y una pastilla vecardim porque el mi papá tiene corazón muy grande.”*

Ante mi extrañamiento acerca de cómo conoce las propiedades del Rivotril explicó que:

*“Rivotril se lo recetó una médica cuando estaba embarazada de la nena, estaba pasando un momento difícil porque estaba tramitando la jubilación de los padres eso que te conté antes, estaba tan nerviosa, pasó todo junto que por eso ella nació sietemesina.”*

**Rivotril se ha constituido en un medicamento clave** en la familia de Natalia: lo toma el marido para descansar porque trabaja de noche y ella lo consume debido a su nerviosismo.

Como se pudo apreciar, **Nadia** sólo relaciona sus propios padecimientos con la tragedia de Chernobyl pero no los de su padre y su hija. Sin embargo, las enfermedades de su familia estuvieron presentes en su discurso tanto como su **duda sobre el posible vínculo entre estos y Chernobyl.**

*Elena, 54 años.*

*Elena* llegó a la Argentina en 1999 junto a su marido y sus hijas. En el párrafo que procede introduzco su relato en cuanto a detalles sobre su vida en Ucrania y los

---

<sup>19</sup> Rivotril es la marca de un ansiolítico recetado para personas que sufren de pánico, cualquier tipo de fobias o como anticonvulsionante.

motivos que la impulsaron a migrar:

*“Yo allá era enfermera, trabajaba en hospital, mi marido ingeniero en minería, allá tenía buen trabajo, teníamos todo allá, trabajo, casa grande y vacaciones pero todo cambió en los 90, todo cambió con Gorbachov por Perestroika, aceleró todo proceso para que cayera Unión Soviética y Muro de Berlín, **y también por Chernobyl** porque después que pasó accidente, después de muchos años empezó a correr voces de lo que pasaba en la salud y se sumó todo. Vinimos porque decían que acá puedes conseguir (...) tener todo, casa, trabajo. Creímos que Argentina igual que Estados Unidos, que toda América igual, todas gente miraban a Estados Unidos, y con tema de visa, acá desde Argentina era más fácil para irse a Estados Unidos (...) Cuando llegamos no conocíamos a nadie, pero **yo siempre mirar para adelante, siempre agradecer porque tenemos salud y trabajo.**”* (El destacado es mío)

Uno de los momentos de mayor angustia e incertidumbre se remontó a los recuerdos de los primeros tiempos:

*“Estábamos solos, no conocíamos a nadie, no sabíamos una palabra de idioma, llegamos y con poca plata y ya nos robaron (...) el taxista cobró mucha plata por viaje y preguntas (le preguntamos) a él y nos llevó a un hotel en once (...) un hotel que tenía cucarachas y me desmayé cuando vi eso. Allá no había hoteles, no existían, todo mundo tenía casa, casa muy grande, no estábamos acostumbrados a vivir todos junto en pieza chica, compartir baño con familias.”<sup>20</sup>*

Con respecto a las trayectorias laborales, *Elena* comentó:

*“Cuando llegamos teníamos un poco de plata pero se terminó y había que trabajar, mi marido salió a vender cosas, a limpiar, hacer de todo porque yo no poder (no podía)*

---

<sup>20</sup> Es pertinente mencionar que en la U.R.S.S. no existía el “hacinamiento”; ningún ciudadano podía tener un metraje menor de 9 metros cúbicos per cápita, cantidad de vivienda que respondía a las reglamentaciones vigentes (Cáliz, 1971).

*porque hijas chicas, iban a escuela, yo cocía en hotel, ahí empecé a arreglar ropa, gente traía y yo no cobraba caro y trabajaba bien hasta que hace unos años por conocido de marido pudimos poner negocio en otra galería por acá y hacer buena clientas (...) Fue difícil poner negocio porque pedían garantía que no teníamos, ahora marido trabaja como vigilador, 12 horas, está muy deprimido acá.”*

Con respecto a la **salud**, Elena remarcó sistemáticamente que lo *“más importante es tener salud porque si estás mal de salud no se puede hacer nada”*.

Ella y su familia reconocieron **llevar una vida “sana”** que incluye ciertas prácticas alimentarias:

*“**Nosotros, ucranianos, tenemos vida sana**, mi familia y yo no tomamos café, no alcohol, no comemos toda esa comida envasada, hamburguesas..., allá se comía bien, todo más natural, sin conservante, acá todo en latas, gente fuma, toma café, toman cerveza, chicos jóvenes toman y toman cerveza. Eso es malo, malo para salud (...)”* (El destacado es mío)

Elena explicitó la tensión entre algunas prácticas tradicionales y los nuevos hábitos de consumo:

*“Acá cuesta mucho comer bien. Primero por la plata, porque verdura, cosas sanas es caro y plata no alcanza, después por hijas porque ellas ya quieren coca cola, quieren todas esas cosas como hamburguesas, papas fritas, todo eso que venden en quioscos y con mi marido decimos que eso es basura, que eso no sirve, nosotros antes de dormir **tomamos té de hierbas** y ellas toman coca cola que es malo para digestión, es malo para dormir, (...) La gente más grande sigue comiendo como allá más sano no igual que allá porque allá más frío y se hacía comida más fuerte con mas energía como sopas, **pero jóvenes ya están un poco perdidos por esto del consumo quieren pizza, esas salchichas (...)**”* (El destacado es mío)

Con respecto a sus problemas de salud, comentó que unos años después de haber llegado a nuestro país empezó a tener **hemorragias** entre los períodos menstruales

**dolores intensos e hinchazón abdominal.** Como es enfermera, no dudó en recurrir a un centro de atención pública cerca de la zona de Flores, donde habitaba en aquellos tiempos. **Su experiencia en los hospitales públicos no fue satisfactoria.** En la guardia no quisieron atenderla, pues consideraron que su consulta no era urgente. Ese mismo día, se fue a su casa decepcionada, tomó unos **analgésicos de venta libre y se preparó un té de hierbas para aliviar el dolor.** Volvió al día siguiente para sacar un turno con ginecología. Esperó largas horas en la fila hasta conseguir una cita con una médica a tres meses. **El tiempo perdido en el hospital implicó desatender su negocio de costura, principal sostén de toda su familia y quedar mal con las clientas** (“porque no entregás trabajo a tiempo”).

Cuando llegó a la consulta, la médica la atendió en una pequeña sala, con ineficientes condiciones de higiene y “casi no la dejó hablar”. Sólo pudo relatarle los síntomas brevemente porque la charla estuvo siempre interrumpida por la presencia de enfermeros que entraban y salían permanentemente del lugar. La médica hizo pocas preguntas: ¿Cuándo comenzó con los dolores? ¿Dónde le duele? y confeccionó dos recetas para realizarse una biopsia y una ecografía. Elena salió confundida del lugar. Describe la situación como **un momento de quiebre: todo le parecía extraño, desde la arquitectura del hospital hasta la calidad de la atención. Estaba acostumbrada a un trato más “humano” y personalizado como el que existía en Ucrania:**

***“Allá médico trabaja conjunto con enfermera, escucha a paciente, conoce historia de cada uno, es responsable por gente que atiende. Acá nadie le importa porque total, no pasa nada”.*** (El destacado es mío)

Al respecto cabe mencionar algunas especificidades de la **medicina bajo el régimen soviético:**

La concepción de la medicina estaba en sintonía con los conceptos y categorías ideológicos-morales del sistema soviético. En este sentido la medicina era “socialista”, caracterizada por ser **preventiva, popular, gratuita y calificada** (Cálix, 1971).

El carácter **preventivo** descansaba en la tesis de que es mejor para el organismo humano prevenir que curar una enfermedad. Si la enfermedad surge se trata no sólo de

frenarla momentáneamente, sino de prevenirla para evitarla en el futuro. Ejemplos de ellos: Los enfermos con deficiencias cardíacas tenían derecho a vivir en los tres primeros pisos de los edificios, para evitar las subidas y la manipulación en el elevador; los centros laborales contaban con condiciones higiénicas óptimas; los médicos sanitarios vigilaban constantemente que en los centros laborales no se sobrepasen los índices o normas que puedan afectar la salud; la urbanización de las grandes metrópolis soviéticas jugaba un gran papel en la profilaxis porque nadie construye donde quiere sino de acuerdo a un plan (Cálix, 1971).

El carácter **popular y calificado** estaba relacionado con el control de la salud de la población, organizado sobre el principio de la **territorialidad**: los complejos policlínicos-hospitalarios tienen a su cargo un número determinado de habitantes de su respectiva región. Estos no tenían derecho, excepto en caso de emergencia, a tratarse en otro hospital que no sea en el que está inscrito. Si el paciente necesitaba ayuda médica más calificada se remitía al centro adecuado. Este sistema evitaba la aglomeración de enfermos en unos pocos centros permitiendo un mayor control y una atención más efectiva.

Por otra parte, existía un sistema de protección general y total hacia las personas de la tercera edad y los inválidos.

“Después de los 60 años (o de los 55 para las profesiones pesadas) todo ciudadano recibe una pensión hasta el fin de sus días, el monto de la cual es proporcional al sueldo devengado (...). Para los inválidos existen leyes especiales de evaluación de las pensiones. En los últimos años se ha instituido que aquellos inválidos que han perdido sus dos extremidades inferiores se les hace entrega de un automóvil con mecanismos automáticos para ser guiados sólo con las manos. Aunque la U.R.S.S. es un país que tiene 22 millones de kilómetros cuadrados, con inmensas zonas inhóspitas (como la tundra donde el frío llega 70° bajo cero o las regiones esteparias o desérticas) aún en estas últimas regiones sus habitantes gozan de una atención médica calificada gracias, en primer lugar, a un servicio eficiente de emergencia, como lo es la aviación sanitaria que transporta los pacientes a los grandes centros hospitalarios en pocas horas. La aviación sanitaria tiene a su disposición centenares de helicópteros, avionetas e,

incluso, aviones de retropropulsión para las regiones polares. En segundo lugar, existen los Médicos Rurales o *felshers* que se encuentran hasta en las aldeas más alejadas (...). La existencia de todos estos factores ha permitido, en gran parte, que la U.R.S.S. haya erradicado muchas enfermedades y que en el pueblo se haya creado una alta cultura sanitaria, que de por sí es un poderoso factor profiláctico” (Cálix, 1971:3).

Con respecto a la **gratuidad** del sistema se puede decir que, bajo la Unión soviética, la medicina era gratuita en todos los niveles para toda la población. Esto incluía la consulta y atención médica, los medicamentos, los viajes, la permanencia y curación en sanatorios y balnearios; los asilos para los ancianos con enfermedades crónicas que no tuvieran familiares o que no quisieran vivir con ellos. También los ciudadanos conservaban durante su enfermedad la totalidad de su sueldo, independientemente de las causas de ésta (Cálix, 1971).

Continuando con el relato de *Elena*, ella tuvo la paciencia suficiente para regresar al hospital y pedir nuevos turnos y realizarse los estudios, aunque en un lapso prolongado. Cuando retornó con los estudios a la consulta médica, la Doctora le diagnosticó un **fibroma**<sup>21</sup> y le pidió que consiguiera un turno para realizarse una cirugía lo antes posible comentándole que había “lista de espera para ese tipo de operaciones”. *Elena* trató de explicarle -con ciertas dificultades idiomáticas- que era enfermera y deseaba saber el motivo de la cirugía ya que algunos fibromas son benignos. La médica le explicó que la intervención quirúrgica era lo más beneficioso para erradicar el problema, al ser una cirugía menor no tendría mayores complicaciones.

*Elena* salió angustiada de la consulta, se sintió incomprendida y maltratada. Le llevó los estudios a un amigo médico ucraniano porque la opción de la cirugía no le inspiraba confianza.

***“Mi amigo explicó que acá en Argentina siempre operan, todo es cirugía porque médicos tienen dinero, ganan dinero por operación, entonces si tenés bebé, operan,***

---

<sup>21</sup> Tumor constituido por tejido fibroso o conjuntivo y vasos. Puede convertirse en benigno o canceroso. Frecuente en el aparato genital femenino. (Gran diccionario Salvat, 1992)

*tenés fibroma operan, es un negocio.*” (El destacado es mío)

El amigo de *Elena* le dijo que necesita controlar el fibroma pero que -por lo pronto- no había necesidad de realizar una intervención quirúrgica a menos que, los dolores se incrementaran.

*Elena* siguió realizándose los controles en el hospital público pero los chequeos los realizaba su médico amigo.

*“Tengo confianza. Estudió allá, tiene formación médico de allá, trata bien paciente, controla, no pide mucha plata, no piensa que salud es negocio (...) Allá médicos no medican primero..., primero se hacen todos los estudios y después, al último si hay que tomar remedio se toma pero no está esto de medicar, medicar, hacer recetas, eso negocio para laboratorio, para médico<sup>22</sup>. ”* (El destacado es mío)

El médico ucraniano le comentó que los fibromas son patologías frecuentes en las mujeres y que a partir de la tragedia de Chernobyl muchos de estos problemas se habían acrecentado. Sin embargo, “no tiene forma de afirmar que fibroma es por causa de Chernobyl”. Pero Elena tuvo dudas al respecto:

*“Porque todo nuestro país está contaminado y todos los que estamos (vinimos) de allá tenemos algo malo, comimos comida contaminada, tomamos el agua contaminada, yo te voy a contar, ahora se me pasó, pero antes tenía ¿cómo se dice? obsesión con las cosas, las mesas, las sillas porque cuando pasó lo de Chernobyl, gente abandonó casas y se vendían en mercado negro las cosas de la gente, muy barato pero mucha gente como yo tenía miedo porque todas esas cosas tenían rayos y si alguien, mi mamá o papá compraban así eso muebles en mercado negro, yo les decía que no, que*

---

<sup>22</sup> Un ejemplo sobre la a la actitud de los médicos soviéticos respecto al empleo de antibióticos: “en la U.R.S.S. las dosis masivas de antibióticos se emplean en casos excepcionales, como una peritonitis generalizada o una septicemia; se trata de sustituir el antibiótico por otros fármacos o procedimientos médicos cuyo empleo sea menos peligroso ya que para el médicos acrecientan dos problemas enormes, como son los pacientes alergizados y las floras resistentes. Si la enfermedad surge se trata, no sólo de cortarla momentáneamente, sino de prevenirla para el futuro utilizando los medios más diversos...” (Cálix, 1971:3).



*eso está todo contaminado.*" (El destacado es mío)

Pero *Elena* no es la única de su familia que ha padecido las consecuencias del impacto en la salud a causa de Chernobyl:

*"Mi mamá, yo la traigo en el 2000, porque allá estaba sola, había vendido casa, allá vivía en Kiev y a dos años de estar acá empezó con dolores en pecho, yo la llevo al Fernández, hacen estudios, imaginate con mamá a las cuatro de la mañana para turno, encima tenía que acompañar porque no habla nada, le hacen estudios, todo, resulta que tiene **cáncer de mama**, en familia no había nadie con cáncer, eso enfermedad por herencia o por rayos (...) Problema es que mamá acá no tiene nada, no tiene pensión ni ayuda ni obra social, apenas podemos con marido mantener a hijas. **Nadie hace cargo de Chernobyl, nuestro país no se hace responsable de nosotros, de personas mayores como mi mamá que están enfermos y no tiene plata para tratamiento.**"*  
(El destacado es mío)

Es interesante el párrafo que procede donde destaco algunas cuestiones vinculadas con los extranjeros y el acceso a los derechos que enuncia *Elena*:

*"¿Yo qué veo?, veo que en Argentina si hospital público gratis para todos pero atención mala, limpieza mala, entonces la gente que puede pagar paga privado que tampoco es bueno porque acá salud es negocio, eso básico, entonces muchos remedios pero no hay buena atención, con mamá pasa que es extranjera, entonces voy a pedir remedios porque para cáncer no se puede otra cosa, pero hay que llevar papeles, todo acá es papeles, la residencia, documento, todo, entonces **gente de acá pobre es pobre vive mal pero tiene remedios, nosotros no, ni plan ni remedios.**"*  
(El destacado es mío)

A partir del planteamiento de *Elena*, cabe mencionar que el sistema sanitario argentino está conformado por el sector público que se rige por los principios de universalidad y equidad en la atención; el sector de las obras sociales que encuadra a los

trabajadores en relación de dependencia y el **sector privado** que se sustenta a través de la contratación de sistemas prepagos o pagos directos de los usuarios (Jelin, 2006). Como explicita Jelin: “en la última década, la afiliación al sistema de obras sociales y al privado ha descendido notablemente como consecuencia de la desocupación, la subocupación, la precarización laboral y el empobrecimiento de grandes franjas de la clase media. Esta situación redundó en un significativo aumento de la demanda en el sector público que, atravesado por una profunda crisis y con períodos de desabastecimiento de medicamentos e insumos básicos, llevó al Ministerio de Salud de la Nación a declarar la emergencia sanitaria a principios del año 2002” (2006:8).

El acceso y el uso de los servicios públicos de salud presentan dificultades “inherentes a un sistema sobresaturado, con problemas presupuestarios y muchas veces, mal administrados” (Jelin, 2006:9). Estas dificultades se presentan para todos los ciudadanos, aún más para los inmigrantes, -como los ucranianos- que significan la salud y la asistencia de otra manera.

Si bien excede los lineamientos de este trabajo analizar comparativamente el sistema privado y de obras sociales con el sistema público, es apropiado mencionar que -en Argentina- tal como remarcó *Elena*, el sistema de obras sociales y privado no garantizan la excelencia en la atención. Se podría pensar, entonces, que en el sistema sanitario argentino existe la concepción de la salud como mercancía, el afán de lucro.<sup>23</sup> Y confronta de alguna manera con la concepción de la salud y el sistema sanitario que tienen los inmigrantes ucranianos que mencioné con antelación.

***Elena* también reconoció el surgimiento de diversos padecimientos que “allá no existían”:**

*“Allá uno muere de viejo<sup>24</sup>, no había problemas todos muy organizado, vida tranquila, y si no fuera por Chernobyl juntamos dinero y nos vamos todos, acá stress, nervios, me*

---

<sup>23</sup>Cabe mencionar que es de uso frecuente en el sistema público el cobro de “bonos contribución” para acceder a la prestación de diferentes servicios. (Margulies, S. y otros, 2003).

<sup>24</sup> Bajo el régimen soviético el promedio de vida era uno de los más altos el mundo. Enfermedades como la tuberculosis, el paludismo, la poliomiélitis, enfermedades parasitarias, enfermedades venéreas se habían erradicado completamente (Cálix, 1971).

***muero de nervios por todo, porque no sabés si te va a alcanzar plata a fin de mes, por robos, todo es caos, no veo futuro para hijas para que puedan vivir mejor no, estoy bien pero igual sigo para adelante, por lo menos tengo salud, mi familia tiene salud, a pesar de todo.*** (El destacado es mío)

*Milagros, 60 años.*

El relato de *Milagros* fue escueto pero interesante ya que hizo hincapié en su propio padecimiento y el de sus compatriotas.

Ella siente angustia al ver frustradas sus expectativas ya que se encontró con una realidad muy distinta a la esperada, sumada a una realidad socioeconómica que le obstaculizó la concreción de las mismas. Además, comenzaron a sumarse los **problemas de salud**. Al año de estar en Argentina, empezó a sentir intensos dolores **en la parte baja abdominal** y se acercó a un hospital cerca de donde habitaba.

*"Es terrible recordar, pero te cuento. Nosotros estábamos mal, no hablábamos el idioma y me dolía acá abajo, (se toca la parte baja del cuerpo, cerca de los ovarios) Y voy a Evita Pueblo, un hospital (público) de Berazategui. La chica de recepción me mira y sólo le digo "turno, ginecología", no podía decir más nada, no sabía nada de idioma (...) Me pregunta la chica con que médico quiero atenderme y le digo que cualquiera, le hago gestos. Y ahí conozco a mi ángel, al doctor C..., él es un hombre bueno, sensible, él me ayudó en todo, me acompañó a sacarme las radiografías, le decía a todos que me cuidaran, me hacía todos los trámites pero yo no entendía nada y él me operó."* (El destacado es mío)

Expresó que muchas mujeres inmigrantes han sido operadas de fibroma como ella a causa de Chernobyl porque:

*"Todo quedó contaminado y la radiación se expandió por todos lados (...) Yo lo que te puedo decir es que hay compatriotas que están muy mal, la defensora de Ucrania dice que acá hay 14.000 y bueno yo puedo decir que hay 4.000 por lo menos que están*

***postrados en una cama.***” (El destacado es mío)

Lo que resultó peculiar en la narración de *Milagros* fue el buen concepto que tiene sobre la salud pública en Argentina. Reconoció haber sido bien atendida y en sus expresiones no surgió el permanente contraste entre “aquí” (Argentina) y “allá” (Ucrania bajo el régimen soviético) como sucede con la mayoría de los inmigrantes.

*“Yo siempre me centro en lo positivo, acá me atendieron siempre bien en hospitales (...) Yo vengo de familia de médicos, creo en los médicos.”*

Este aspecto “positivo” de *Milagros* se enlaza fuertemente con sus creencias religiosas. Aunque excede el objetivo de este estudio indagar acerca de ello, resulta interesante mencionar que para los dolores físicos utiliza la medicina científica y para “los dolores del alma, la iglesia”.<sup>25</sup>

### **3.3 Desde Oranta**

*“Desde hace 20 años, los ucranianos, bielorrusos y rusos arrastramos un grave problema. Cargamos a nuestras espaldas una tragedia: preservar la salud de nuestros hijos, de nuestras familias y la supervivencia misma a partir de la explosión de la planta nuclear en Chernobyl, que marcó un antes y un después en la historia de cada familia y también en la historia de la energía nuclear la cual, al no estar bien controlada, se transforma en un peligro mortal, silencioso e invisible.”* (Folleto de la asociación Oranta, ver anexo)

La asociación Oranta por medio de un folleto –escrito en ucraniano y en español– brinda información sobre la tragedia de Chernobyl. Dado que la entidad nuclea alrededor de 100 familias de la colectividad ucraniana me pareció oportuno dar a conocer la reflexión y las voces de los miembros más representativos como es el caso de *Liliana y Laura*, entre otros.

---

<sup>25</sup> Si bien excede a los objetivos de este trabajo las cuestiones vinculadas con la religión, ha llamado mi atención la “conversión” hacia el evangelismo que han realizado muchos inmigrantes en Argentina.

*Liliana* es médica toxicóloga e integrante de la comisión directiva de Oranta. Encargada de asesorar y elaborar los proyectos de salud en la asociación, además es un referente de salud para muchos inmigrantes dentro de la comunidad quienes le llevan sus estudios médicos para examinarlos y aconsejarlos. Dicha relación no está mediatizada por el dinero porque *Liliana* cree que es parte de su deber profesional y humanitario ayudar a “su gente”<sup>26</sup>.

Ella calificó al accidente como una **tragedia irreparable, invisibilizada por el gobierno de turno y minimizada por los estudios científicos** que han evaluado el impacto la tragedia. Según ella, el país es aún incierto en materia sociosanitaria principalmente porque el **sarcófago que se construyó luego del accidente “tenía fallas”**, no estaba bien cimentado y, por tanto contribuyó a liberar mayor cantidad de material radiactivo.

*“Primero el sarcófago no quedó bien sellado, entonces respira, todavía, ahora trata colocar otro sarcófago de hierro, no sé que hierro, de cuál medida, no sé, como va a hacer, van a gastar mucha, mucha plata para este sarcófago gobierno de Ucrania busca plata de todo el mundo (...) Las fallas en el sarcófago liberó, liberó rayos, ya sabés 350 años mínimo, esa ceniza seguirá enfermando.”*

En la asociación no cuentan con registros estadísticos sobre la cantidad de afectados que padecen enfermedades o han fallecido producto del impacto de Chernobyl pero, aseguran que abundan los casos de compatriotas que murieron –principalmente- por distintos tipos de cáncer.

*“(...) hay que gente que vino en los 90 y recién ahora se desencadenó el cáncer. Cuando vivía en la iglesia murieron muchas personas (...) Fue terrible, me acuerdo un señor que se había quedado solo, vivía en la iglesia, con un bebé porque la esposa*

---

<sup>26</sup> La concepción socialista que *Liliana* tiene de la medicina se ha dejado traslucir en todos los encuentros que tuvimos. Su preocupación recurrente por la desnutrición infantil y la pobreza en nuestro país la ha llevado a presentar proyectos ante distintas dependencias del Estado. Un ejemplo de ello es un proyecto para erradicar el hambre a través de la elaboración y distribución de *quesiro*, una especie de yogur que se realiza con sobrantes de leche, con altas propiedades nutritivas, de bajo costo que fue desestimado por distintos actores políticos.

*murió de cáncer, nosotros juntamos la plata para que volviera a Ucrania y después la embajada de Ucrania por un tema de papeles le hizo perder el vuelo, terrible... hace un tiempo había una señora que también tenía cáncer y trabaja por horas, tenía que bajarse del colectivo para vomitar, sola con una hija y no podía dejar de trabajar, sin obra social sin ayuda social, otros dos chiquitos quedaron solos porque murieron los dos padres (tiene los ojos llorosos)."* (Liliana, 45 años)

Liliana explicó que científicamente está demostrado que la exposición a la radiación es un factor que estimula el surgimiento del cáncer. No obstante, dicha enfermedad se desarrolla muchos años después por lo cual no se puede asegurar con firmeza que el desencadenante haya sido la explosión de Chernobyl.

*"Nadie tiene la certeza que sea por Chernobyl pero todos los que vinimos de ahí estamos teniendo problemas de salud y como te decía, la exposición a la radiación puede desencadenar enfermedades muchos años después (...) Puede permanecer años en lugar el material radiactivo por eso las consecuencias en la salud son terribles."* (El destacado es mío)

De los casos que han recibido en la asociación, los mayores padecimientos de los inmigrantes están concernidos a **diversos tipos de cáncer: de mama, cuello de útero, de tiroides, leucemia; discapacidades visuales y motoras; muchos niños con síndrome de down; derrames cerebrales, problemas ginecológicos y trastornos mentales.**

Milagros, integrante de la comisión, también explicita:

*"Primer problema que tenemos es que hay muchos compatriotas discapacitados por el tema de Chernobyl, y otros con graves problemas de salud glaucoma, hipertensión, problemas psiquiátricos y algo con el azúcar, ¿cómo es? Diabéticos."* (El destacado es mío)

Pero lo más problemático es que en su mayoría, **los inmigrantes no cuentan con**

**cobertura social ni pueden acceder a pensiones por invalidez y, muchos menos, a una jubilación “por ser extranjeros”.**

*“El tema es así: para recibir **ayuda del estado por discapacidad hay que tener 20 años de residencia** en Argentina; por otro lado, la gente mayor que está enferma y que trabajó allá no puede recibir su jubilación porque no reconocen los aportes.”* (Laura, 47 años) (El destacado es mío)

Ante la pregunta sobre la posibilidad de atender a los inmigrantes en hospitales públicos, *Laura* explicitó que muchos no dominan el idioma por tanto no pueden entablar un vínculo confiable con el personal médico.

*“... **La Constitución dice que todos tenemos derechos a salud pero parece un chiste** y no lo digo por los ucranianos, veo que **funciona mal para todos**, (se refiere a los hospitales públicos) a nadie le importa si vos te estás muriendo y necesitás una atención o hacerte algún estudio... hay que esperar meses para conseguir turnos y cuando lo conseguís, hay que esperar desde las cinco de la mañana.”* (Liliana, 45 años) (El destacado es mío)

Bajo estas circunstancias y considerando que la asociación no dispone de subsidios estatales sino que se sustenta con el aporte de los pocos miembros que pueden colaborar para resolver parte de los padecimientos de los inmigrantes, Oranta presentó un **proyecto de salud** durante el gobierno de Jorge Telerman en la Ciudad de Buenos Aires. El propósito es canalizar las consultas de salud de los inmigrantes utilizando los centros de salud que están –actualmente- en funcionamiento en la ciudad considerando la situación biográfica de las personas a través del asesoramiento y capacitación al personal profesional sobre la tragedia de Chernobyl y las consecuencias en la salud.

*“Le presentamos a Cerruti<sup>27</sup> un proyecto para atender a nuestra gente en los centros de salud que hay, por Chernobyl, de las personas que están muy enfermas, ella estaba interesada, nos atendió bien y después la echaron, hay que empezar otra vez (...) ya intentamos por todos lados, ahora otra vez cambia gobierno y empezar de cero.”*  
(Liliana, 45 años)

Por su parte, *Laura* sostiene que todos los proyectos dependen -de alguna manera- de la intervención Estatal:

*“Nos presentamos a concursos, convocatorias que se hacen a nivel ciudad o a nivel nacional, nosotros **necesitamos financiamiento para hacer cosas.**”* (El destacado es mío)

Desde el gobierno de la ciudad les han ofrecido el **Plan Médicos de Cabecera**,<sup>28</sup> que desde sus inicios ha sido implementado con gran ineficacia. Sin embargo, nadie les han informado como funciona el plan, sus requisitos y su articulación práctica.

---

<sup>27</sup> Gabriela Cerruti estuvo al frente del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre el 28 de marzo de 2006 y el 26 de junio de 2007, durante la gestión de Jorge Telerman (Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre el 13 de marzo de 2006 y el 10 de diciembre de 2007, precedido por Anibal Ibarra, sucedido por el actual Jefe de gobierno, Mauricio Macri).

<sup>28</sup> “El Plan Médicos de Cabecera fue puesto en vigencia en enero de 1997 para brindar atención con prioridad a los habitantes de la ciudad sin cobertura de salud, con el objeto de revertir la desigualdad en el acceso a la atención integral de la salud. El plan proponía ciertas ventajas: solucionar el problema de la falta de turnos de los consultorios externos de hospitales generales a través de la descentralización, proveer de medicamentos e insumos a la población en situación de riesgo (menores de 15 años, mayores de 65 años y mujeres embarazadas). Sin embargo, los datos estadísticos y las denuncias de los vecinos expresan otra realidad: la ineficacia del plan y su desigualdad intrínseca. Para el año 2001 el Plan contaba con un total de tan sólo 153.364 inscriptos y un total de consultas realizadas ese año de 122.628, lo que deja como resultado un promedio de menos de una consulta por paciente por año.(...) La entrega de medicación según el Plan Médicos de Cabecera resulta restrictiva en dos aspectos: 1) al estar destinada exclusivamente a pacientes inscriptos en dicho programa se excluye al resto de los pacientes, que son la amplia mayoría, y que se atienden en el primer nivel de atención (centros de salud y consultorios externos de los hospitales), provocando una discriminación inaceptable; 2) la limitación de la entrega a los menores de 15, mayores de 65, mujeres embarazadas y por programas especiales excluye al resto de la población cadenciada que no cumple con esos requisitos.(...) Por lo tanto, la implementación del Plan Médicos de cabecera no ha significado una mejora en la atención de los usuarios de los servicios de salud públicos: actualmente no responde a las necesidades de medicamentos e insumos, y tampoco ha producido cambios en el sistema de turnos de consultorios externos donde se ha implementado” (Margulies y otros, 2003:105).



Ante estos problemas Oranta firmó un convenio de cooperación con la **Asociación Argentina de Protección Familiar**<sup>29</sup> para que todas las familias de inmigrantes orientales puedan atenderse con descuento. Aunque este beneficio constituye para Oranta un avance, los servicios de la Asociación Argentina de Protección Familiar son limitados dado que es un centro orientado a la mujer y el niño por tanto, no puede abordar los múltiples padecimientos de los inmigrantes. Y aunque las consultas son de bajo costo, las mismas implican el pago de un arancel que muchos migrantes no están en condiciones de afrontar.

En la actualidad, Oranta está luchando -no sin dificultades- por conseguir **pensiones por invalidez y discapacidad o algún plan social que pueda paliar las necesidades de los inmigrantes.**

*“Tenemos el caso de una señora que **tiene cáncer** y **le estamos tramitando el subsidio por enfermedad pero la evaluó una junta médica y le dijeron que no está tan mal (...)** Hay muchos casos de mujeres mayores, **les hacemos los trámites, hacemos lo que podemos.**” (Sonia, 50 años miembro de la asociación) (El destacado es mío)*

### **3.4 Reflexiones**

#### **3.4.1 La medicina socialista – El sistema de salud argentino.**

A través de los relatos se pudo percibir la **concepción “socialista”** que los inmigrantes tienen de la medicina. Estas ideas se relacionan con el sistema social imperante durante el régimen soviético y que contrastan abruptamente con el escenario sanitario argentino.

---

<sup>29</sup> La asociación Argentina de Protección familiar (A.A.P.F.) brinda servicios de atención ginecológica, psicológica, asesoramiento legal para la mujer y la familia, con aranceles institucionales accesibles para las poblaciones de menores recursos. Además del acuerdo de cooperación con Oranta en materia de atención médica, la A.A.P.F. les cede a la asociación un espacio físico tres veces por semana para canalizar las consultas de los inmigrantes y desarrollar diversas actividades.

En términos generales, las mayores dificultades que refirieron los inmigrantes en nuestro país están enlazadas con la propia **organización** (¿desorganización?) y **condiciones** del sistema sanitario argentino (público y privado). Es decir, la falta de un hospital núcleo establecido bajo el principio de la territorialidad que permita canalizar todas las consultas y atención médica de los habitantes y evitar así la deambulación continua por distintos centros asistenciales.

Con respecto al **sector público**, los ucranianos se vieron y se ven afectados como muchos argentinos por las consecuencias de la desmantelación de la capacidad reguladora del Estado y la implementación de políticas neoliberales que han deteriorado áreas claves como en este caso, el ámbito sanitario. **La escasez de insumos, la falta de higiene, las prácticas administrativas burocráticas para la obtención de turnos** son parte de la situación actual de la mayoría de los hospitales de nuestro país. Tal vez, muchos de nosotros hemos naturalizado este cuadro de situación deplorable, algo que (por suerte), no sucede con los ucranianos quienes se **sorprenden permanentemente de que en la práctica el Estado no garantice la atención de la salud de sus habitantes.**

En la actualidad, algunos inmigrantes son monotributistas o trabajan en relación de dependencia, por tanto cuentan con un **servicio de obra social**. Y, aunque reconocen **ciertas mejoras en la atención privada** (en lo que concierne a turnos e higiene), existe un común denominador que orienta las críticas hacia ambos sectores (el público y el privado): **la concepción de la salud como una mercancía**. Este rasgo característico del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1994) es un **eje central**, que aflora en el discurso de los ucranianos. Si se parte de la definición de Menéndez (1994) sobre el Modelo Médico Hegemónico como un conjunto de saberes de la medicina científica que ha tenido primacía sobre otros saberes desde el siglo XVIII, estamos en condición de establecer que bajo el régimen soviético también el sistema biomédico era el hegemónico. **Sin embargo, para los inmigrantes ucranianos el sistema sanitario soviético no concebía a la salud como mercancía**. Esto puede pensarse desde esta concepción socialista de la medicina que existía durante aquel período.

Si partimos, entonces, de considerar como Menéndez (1990,1994) que el Modelo Médico Hegemónico es una construcción social y que cada sociedad define y redefine

de diversas maneras las formas de concebir a la salud, la enfermedad y la atención podemos decir -a modo de conclusión- **que los inmigrantes ucranianos no critican per se al Modelo Médico Hegemónico sino algunos rasgos del mismo que SOLO perciben en el sistema sanitario argentino.** Por supuesto que no estamos en condiciones de abrir un debate en torno a la medicina bajo el régimen soviético y la medicina en Argentina. Sin embargo, queda abierto el interrogante: ¿Era verdaderamente tan eficiente la medicina bajo el comunismo? o, ¿en Argentina, los inmigrantes, añoran aquel régimen dado el contexto posmigratorio y las nuevas y desconocidas condiciones de vida en nuestro país?

### **3.4.2 Chernobyl y la salud**

La tragedia de Chernobyl abarca múltiples dimensiones, entre ellas la de **salud y enfermedad**, que he intentado desplegar en este estudio. Lo que me atrevo a sugerir es que, a partir de la tragedia, **la concepción de la salud se torna aún más como un valor supremo que representa la vida en oposición a Chernobyl que simboliza la enfermedad y la muerte.**

Por otra parte, la **salud** se cuida y se protege utilizando medicina naturista para la prevención de enfermedades como en el caso de *Luis y/o* con buenos hábitos alimentarios como remarcan *Luis y Elena*. Estas prácticas **menos invasivas**, orientadas a la **prevención**, están en concordancia con el sistema social ideológico imperante bajo el régimen soviético que -como he explicitado- se basada en una concepción "socialista" de la medicina donde la prevención era uno de los pilares fundamentales. En Argentina estas representaciones y prácticas adquieren otro sentido por la situación **desigualitaria** en la que se encuentran. Con esto quiero decir que, por ejemplo, ante la imposibilidad de perder un día de trabajo para ir a un centro de salud los ucranianos tienden a **cuidar la salud para evitar -o que se agudice- la enfermedad.**

Con respecto a **Chernobyl**, se puede decir que la tragedia continua presente en el imaginario de los ucranianos: en el recuerdo como tragedia y en los padecimientos que -de alguna manera- resignifica los sentidos de la salud, la

**enfermedad y las prácticas en torno a ellas.**

### **3.4.3 Chernobyl y la enfermedad**

“La enfermedad remite al sujeto a su propia historia, pero la acción médica separa al sujeto de su historia y de su dolor” (Cortés, 1997: 92).

Los inmigrantes ucranianos reconocieron una amplia gama de padecimientos (desde los problemas de columna de *Luis* hasta el cáncer de mama de la madre de *Elena*) que vincularon con la **tragedia de Chernobyl**. Estos padecimientos que los propios sujetos de estudio reconocieron (Breilh, 2003, Menéndez, 2003) son naturalizados por el sistema biomédico que prioriza en indicadores biológicos, separándolos de su situación biográfica. En palabras de Menéndez: “Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico, y no un hecho social, histórico; la enfermedad evoluciona y no tiene historia” (1990:97).

En concordancia con el planteamiento del autor subrayo que las enfermedades o los padecimientos se derivan de las condiciones sociales y las relaciones en las que vive el ser humano, por tanto, son fenómenos sociales que sólo pueden ser entendidos en su totalidad en un **contexto histórico y sociocultural**. Al respecto, podría plantearse que la relación **chernobyl - enfermedad** es el resultado de una **construcción colectiva ligada a la historia sociopolítica, económica y sanitaria de Ucrania bajo el régimen soviético (el tratamiento y dimensión que se dió a la tragedia, la invisibilización, etc.) que adquiere múltiples significados en Argentinas**: orienta la organización, la elaboración de proyectos colectivos como en el caso de la asociación Oranta; se demoniza en el caso de *Luis*; etc.

### **3.4.4 La experiencia del padecimiento a través de la relación médico-paciente**

Si se parte de que la **experiencia del padecimiento** “supone la existencia, por lo menos potencial, de un curador, cuyo papel organizante es considerado fundamental mas allá de cómo sea ejercido” (Cortés, 1997: 98) esto presume la existencia de una

**relación médico-paciente** que se “va constituyendo en parte decisiva de la experiencia del padecimientos; como la enfermedad, alteración inicial que irrumpe en la vida de un sujeto, se resignifica a partir de sucesivos encuentros médicos en la carrera del paciente; y como el saber médico opera como una expectativa de reorganización (...)” (Cortés, 1997:99).

Considerando lo anterior y teniendo en cuenta que se trata de inmigrantes **socializados bajos valores socialistas**, me preguntaba al inicio de esta investigación, cómo se conformaba esta **relación médico-paciente en Argentina**.

Como emergió de los relatos, existe una gran heterogeneidad en las respuestas. “Padecer” en Argentina implica **resignificar esta relación médico-paciente**; por ejemplo en cuanto al **vínculo de confianza**, aspecto considerado central en esta relación (Cortés, 1997) que se debilitó, en el caso de *Elena*, ante la desconfianza de médicos no socializados bajo el régimen soviético y por eso prefirió consultar con médicos “de su comunidad” porque supuso que conservan esas prácticas socialistas. Lo mismo le ocurrió a *Nadia* que, en su largo recorrido terapéutico, encontró una médica con formación en Cuba que le facilitó el único diagnóstico y tratamiento certero. Se “sobredimensionó” en el caso de *Milagros*, que le atribuyó a su médico cualidades inconmensurables.

Según Cortés, “el médico colocado por el sistema social, en el lugar de un sujeto que supuestamente sabe sobre la enfermedad, podrá o no responder a esta demanda, ya que su respuesta no depende solamente de su saber técnico, sino de saber que está ante un sujeto que padece y espera ser escuchado” (1997: 91). Por tanto, se podría pensar que cuando se **trata de sujetos inmigrantes que están enfermos y atribuyen esas enfermedad a un hecho lejano y tienen otras representaciones acerca de la medicina, esta relación se torna más compleja**. No sorprende, entonces, que *Elena* no se haya sentido escuchada en su consulta médica y se haya sentido a gusto con un médico ucraniano.

Por otra parte, la creencia generalizada sobre los médicos argentinos en cuanto portadores de una **concepción mercantilista de la salud** afectó fuertemente la relación médico-paciente. En este sentido, los relatos fueron elocuentes en lo que respecta a las críticas en torno a esto, especialmente las observaciones sobre la

medicalización excesiva, las intervenciones quirúrgicas, etc.

### 3.4.5 Modelos de atención

“Padecer” conlleva —entonces— adoptar distintos **modelos asistenciales**<sup>30</sup> para intentar dar respuesta a parte de estos padecimientos. Es así como *Luis* utilizó fundamentalmente la autoatención (ejercicios de rehabilitación para calmar sus dolores de columna) y productos naturales (los productos “Coral” de usos múltiples) que se enmarcarían dentro del Modelo Alternativo Subordinado propuesto por Menéndez (1994).

En el caso de *Nadia* se observó la utilización de medidas de autoatención más orientadas a paliar los problemas socioeconómicos que tiene en Argentina, como por ejemplo: ante la imposibilidad de obtener una atención médica para su padre, se vio obligada a seguir el camino de la ruta informal como la compra de medicamentos sin receta poniendo en riesgo la salud de su familia automedicándolos. También realizó curaciones a su padre, tarea que consumió tiempo desgastándola física y psicológicamente.

*Elena*, enfermera profesional con amplia trayectoria laboral en Ucrania, reconoció utilizar medidas de autoatención (curaciones, consumo de hierbas, etc.) como mecanismo de evitación del circuito formal de atención médica.

*Milagros*, tal vez por su historia familiar, utilizó solamente la biomedicina.

Igualmente, hemos visto que todos los inmigrantes hicieron uso también del sistema biomédico.

### 3.4.6 Desde Oranta

Chernobyl ha motorizado, de alguna manera, la fundación de esta asociación de

---

<sup>30</sup> Siempre me refiero a modelos de atención en sentido teórico que nos permiten interpretar como estos sujetos erradican sus padecimientos (ver Menéndez, 1994).

nuevos inmigrantes. Por tanto, **Chernobyl es un eje central en Oranta**<sup>31</sup>.

A través de la gestación de **proyectos de salud y de convenios** con otras asociaciones en Oranta se trata de brindar respuestas a muchos problemas existentes en Argentina, entre ellos, a los múltiples padecimientos de salud de los inmigrantes.

La situación de **vulnerabilidad** de sus miembros contrasta notoriamente con algunos de los inmigrantes entrevistados que -en la actualidad- cuentan con alguna cobertura de obra social.

Desde la asociación se intenta **visibilizar la tragedia en el ámbito público** y de crear conciencia en cuanto a la energía nuclear y sus riesgos. En Oranta, **Chernobyl deja de conformarse como un tema tabú**<sup>32</sup> para erigirse en reclamo, en lucha por derechos (derecho a atender los padecimientos producto de la tragedia).

### 3.4.7 Nuevos padecimientos

Se puede decir que los padecimientos que los ucranianos vinculan con la tragedia de Chernobyl se agudizan en Argentina por una multiplicidad de factores nuevos, antes desconocidos.

La inestabilidad laboral y económica que impide planificar el futuro conforma un panorama generador de **estrés y nerviosismo** para estos inmigrantes socializados bajo un régimen que organizaba la vida de las personas y aseguraba cierto bienestar social.

A este escenario se suman la incomodidad que representa vivir en espacios más precarios y reducidos o compartidos por varias personas, como en el caso de hoteles e iglesias.

De esta manera y tal como plantea Singer: "La enfermedad no es solamente consecuencia de un agente infeccioso o una perturbación fisiopatológica sino el

---

<sup>31</sup> He participado en muchas conferencias y jornadas donde los "nuevos inmigrantes" se presentan como expositores. En todas las ocasiones han visibilizado su condición de sobrevivientes de Chernobyl.

<sup>32</sup> Chernobyl no sólo fue invisibilizado en el momento de la tragedia y minimizado por los distintos gobiernos e informes científicos. Es también un tema tabú en múltiples ámbitos. Muestra de ello es la actitud que han tenido en la Embajada de Ucrania en Argentina. Jamás contestaron mis reiterados llamados telefónicos ni cartas protocolares solicitando una entrevista con el embajador o algún representante. La única información que facilitó un empleado administrativo, ha sido que *"los nuevos inmigrantes mienten, que no han venido a la Argentina por Chernobyl, que Chernobyl no fue para tanto."*

resultado de una multiplicidad de problemas que incluyen la inseguridad económica, las malas viviendas, los riesgos laborales que crean una predisposición para la enfermedad y la muerte" (1990:185).

Asimismo, el hecho de estar en un escenario distinto, extrañar a familiares, amigos y los lazos afectivos que organizaban su vida cotidiana, generan cuadros de depresión, tal como manifiestan algunos ucranianos.

### 3.4.8 Chernobyl: símbolo de la pérdida de todo

Como acontecimiento de vida (life event), la emigración es una situación de cambio: con sus ganancias y beneficios, sus tensiones y pérdidas, constituyendo el llamado "duelo psicológico" (Atxotegui, 2001). A este duelo propio de todo proceso migratorio, se suma la experiencia traumática de la tragedia de Chernobyl que constituye, para muchos migrantes, el primer motivo para emigrar y **refuerza aún más la representación de "perderlo todo"**: las redes sociales y afectivas, el trabajo, la estabilidad económica, en conclusión: la "pérdida de un mundo conocido".

Esta idea de pérdida conlleva una carga emocional muy importante para los ucranianos y de alguna manera los posiciona en el lugar de **víctimas**. En el título de este trabajo utilicé la palabra víctima porque refiere a "una persona (...) que sufre daño por culpa ajena o causa fortuita"<sup>33</sup>. En este sentido, los ucranianos no han tenido responsabilidad en la tragedia de Chernobyl.

Los padecimientos de los inmigrantes son múltiples, muchos de ellos los enlazan con la tragedia de Chernobyl. Y, aunque no podemos asumir el compromiso de evidenciar empíricamente si estos padecimientos responden a una relación causal con el accidente, creo que es imprescindible conocer **el sentido que los propios sujetos le dan a su enfermedad**. Lejos de intentar aportar explicaciones que atañen a otras disciplinas, me parece significativo que tantos ucranianos estén enfermos de cáncer, entre otras cosas.

---

<sup>33</sup> Gran diccionario Salvat (1992); Barcelona: Salvat Editores.



# Conclusiones

A partir de un estudio de caso -el de los “nuevos” inmigrantes ucranianos en la Ciudad de Buenos Aires- me propuse mostrar las líneas de intersección entre lo individual y lo social; visibilizando un conjunto de inmigrantes **históricamente postergado y olvidado**.

El enfoque **etnográfico** me permitió conocer a los inmigrantes en todas sus facetas: en el plano familiar, laboral, festivo y sanitario. Esta interacción en múltiples espacios sustentó y enriqueció esta investigación.

Los ucranianos gozaron bajo el régimen soviético de cierto bienestar social (trabajo, salud, educación) que se vio interrumpido por la caída del comunismo y el fantasma de Chernobyl.

Carentes de redes sociales y sin experiencia migratoria previa, arribaron a un país devastado por la implementación sistemática de políticas neoliberales, siendo estas políticas las que les permitieron el ingreso dejándolos a la deriva.

A pesar del alto nivel educativo de sus miembros, en Argentina no pudieron ni pueden obtener empleos acordes a su calificación. La imposibilidad de revalidar sus títulos deja al descubierto la situación de **vulnerabilidad** en la que se encuentran los inmigrantes en cuanto **al acceso a los derechos**.

En este sentido y como otros colectivos de inmigrantes, en el caso de los ucranianos operan distintos **procesos de exclusión**:

- Al interior de la colectividad por su origen étnico: son estigmatizados y rechazados por los ucranianos de corrientes migratorias anteriores primordialmente por algunos estereotipos fuertemente arraigados relacionados con la “mentalidad soviética” de los nuevos inmigrantes.
- En la sociedad de destino por ser extranjeros: no pueden acceder a proyectos para la vivienda, a planes sociales, ni trabajar de sus profesiones.
- Por su condición de clase subalterna: son inmigrantes sin capital económico.

Las **representaciones sociales** constituyen una forma de conocimiento social que le da sentido a la realidad, definen y orientan el comportamiento. Es decir, es una clase de conocimiento que los individuos van elaborando a partir de su **experiencia** mediada por

la cultura. Por lo tanto, se consideraron fundamentales a la hora de investigar, en el caso de los inmigrantes; aquellas representaciones sociales relacionadas a la construcción y reconstrucción de las explicaciones en torno a **sus propios procesos de salud/enfermedad/atención.**

Tal como plantea Menéndez (1990,1994) el **proceso de salud/enfermedad/atención** es un todo, un universal, que opera en toda la vida humana y social. Los daños a la salud y las enfermedades son eventos recurrentes e inevitables que forman parte de la producción y reproducción de la vida social. Constituyen, por tanto, un campo rico en producción de **significados.** Desde la óptica del autor, el proceso de salud/enfermedad/atención debe ser analizado en procesos **históricos-sociales** desde una perspectiva relacional en términos de **hegemonía/subalternidad.**

Hago alusión al término hegemonía como proceso social activo, complejo, como mecanismo de control impuesto por coerción y consenso que implica prácticas conscientes e inconscientes, como un proceso de tensión constante donde hay disputas, negociación, resistencia y aceptación (Grimberg, 1998; Menéndez, 1990, 1994).

Asimismo, a través de las **trayectorias terapéuticas** vimos cómo los significados actúan en la organización del padecimiento, cómo se producen **sentidos** acerca del accidente de Chernobyl y del propio padecimiento.

Con el término "**padecimientos**" intenté dar prioridad al sujeto, a su propia subjetividad, a la dimensión del sufrimiento, alejándome de la construcción biomédica de la enfermedad que prioriza indicadores biológicos separando a los sujetos de su situación biográfica. Acuerdo con Good (1994) en que los padecimientos, las experiencias que tienen los pacientes de sus enfermedades, no son un conocimiento de sentido común irrelevante sino que son fundamentales para analizar los procesos de salud/enfermedad/atención.

A modo de conclusión (sólo como intento de cierre ya que nunca un problema de investigación está "finalizado") explicitaré, de modo general, cuestiones relacionadas al **proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ucranianos.**

Como todos los conjuntos sociales, los inmigrantes ucranianos generan y construyen representaciones y prácticas acerca del proceso de salud/enfermedad/atención. Destaco ciertas concepciones y prácticas vigentes en los ucranianos vinculados con la

medicina socialista (el énfasis en la prevención, por ejemplo) fuertemente relacionadas con el orden social imperante bajo el régimen soviético. Sabemos que estas representaciones y prácticas se configuran a través de un proceso dialéctico y se redefinen de alguna manera ante un contexto diferente. Sin embargo, subrayo la tensión constante entre las concepciones que tienen sobre la medicina, el sistema sanitario de Ucrania y lo que significan éstos en nuestro país.

En base a esto, Argentina parece constituirse como portador de un sistema de salud mercantilizado caracterizado por la relación distante entre médico-paciente, donde se medica en exceso, y donde, por ejemplo, la higiene es casi desconocida, entre otras cosas.

Cuando hablan de Ucrania, se refieren a su país natal en un determinado momento histórico: **bajo el régimen soviético**, en el cual la medicina socialista se caracterizaba –de acuerdo a sus propias representaciones– por: una relación cercana y confiable entre médico-paciente, en la que la prevención era uno de los pilares fundamentales, todos los habitantes gozaban de un sistema de salud eficiente, de excelencia y gratuito. Lo que se pretende destacar es la añoranza, la idealización de aquel régimen que ya no existe y que Elena (57 años) sintetiza de la siguiente manera:

*“¿Pensar en volver, me decís?, no, nada es como antes, comunismo cayó, mundo ya es otra cosa, es consumo, es otra cosa, ya pasó mi buenos tiempos, teníamos todo, ya pasó, nada va a ser como antes.”*

Por otra parte, esta visión sobre los médicos argentinos, sobre el sistema sanitario argentino en su conjunto como un **todo homogéneo** obstaculiza la relación entre los inmigrantes y el sistema de salud y, **refuerza la idea de que sólo bajo el régimen soviético la medicina era eficiente.**

A pesar de interpretaciones personales que desde cada situación biográfica los inmigrantes realizaron sobre su propio padecimiento, podemos decir que **Chernobyl representa una experiencia compartida, dolorosa, olvidada, invisibilizada. Tal vez por ello tengan tantos deseos de visibilizarla, de contarla, de compartir el sufrimiento, de ponerle palabras, de reconstruir la historia, de otorgarle nuevos**

## **significados.**

La explosión de Chernobyl sucedió en Europa del Este y, si hablamos de relaciones de hegemonía/subalternidad, es necesario recordar que el Este ha sido históricamente subordinado en relación a Occidente; específicamente Ucrania ha tenido también un rol dependiente en toda su historia, en especial después de 1922 cuando empezó a formar parte de la Unión Soviética.

Europa del Este, comunismo, Chernobyl. Queda la pregunta abierta acerca de la invisibilización y minimización de esta tragedia. De modo que la **relación Chernobyl/Enfermedad** aparece como una **construcción colectiva** que en Argentina adquiere nuevas significaciones: Chernobyl se erige en reclamo, en lucha por el acceso a derechos a través de la asociación Oranta, se demoniza en los casos de *Luis y Elena*; permite revalorizar la vida cotidiana y "centrarse en lo positivo" en el caso de *Milagros*. Estos **nuevos sentidos** de la tragedia se redefinen, se construyen en el marco de un proceso social del cual los ucranianos son parte.

Considerando como Good que: "el acto de narrar es un proceso de localización del sufrimiento en la historia, de ubicación de los sucesos en un orden temporal significativo (...) que también tiene el objetivo de abrir el futuro a un final positivo que le permita al sufriente imaginar los medios para sobreponerse a su adversidad" (1994:11), puedo decir que los inmigrantes ucranianos -cada uno a su manera- desde su situación biográfica han intentado **vincular sus padecimientos dentro de una historia significativa.**

Como común denominador sugiero que **Chernobyl se configura como un factor clave en las narrativas que permite describir los orígenes del sufrimiento** (Good, 1994); un sufrimiento que es individual pero también colectivo.

Chernobyl, la decisión de migrar y los padecimientos se conjugan en las narrativas de los inmigrantes intentando darle un sentido a la propia enfermedad y a la tragedia compartida.

En Oranta, a través de las narrativas, se pretende interpretar la invisibilización de los padecimientos de los compatriotas, el "olvido" de los inmigrantes enfermos por parte de los gobiernos (de Ucrania y Argentina), relacionándola con la invisibilización de la tragedia de Chernobyl.

Como plantean algunos autores (Good, 1994; Grimberg, 1998,) las narrativas no sólo permiten interpretar lo acontecido sino que son incorporadas a la vida cotidiana del enfermo.

El proceso migratorio de los ucranianos ha implicado una doble ruptura: con el sistema económico, político y social que ha marcado determinado modo de vida y; con el país de origen, el idioma, las tradiciones y los efectos producto de la migración (Masseroni y otros, 2005). Partiendo de esto, podemos incorporar una variable más y plantear una **triple ruptura: con el recuerdo, con el fantasma de Chernobyl y con los padecimientos.**

## Bibliografía

Abel, L. y Caggiano, S. (2006), Enfermedades de estados (s). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera, en Jelin, E. (comp.) *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*, Buenos Aires: IDES, págs.57-90.

Arango, J. (2000) "Enfoques conceptuales y teóricos para explicar la migración" *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (Septiembre del 2000), N°. 165, UNESCO.

Atxotegui, J. (2000) "Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial", en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (comps.): *Medicina y cultura*, Barcelona: Bellaterra.

Balibar, E. (1992) *Les Frontières de la démocratie*, Paris: La découverte.

Benencia, R. (2006) "Bolivianización de la horticultura en la Argentina. Procesos de migración internacional y construcción de territorios productivos", en Grimson, A. y Jelin, E. (comps.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, Desigualdad y Derechos*, Buenos Aires: Editorial: Prometeo.

Berger, P. y Luckmann, T. (1979) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu editores.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995) *Respuestas: Por una antropología reflexiva*, México: Grijalbo.

Breilh, j. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Caggiano, S. (2006) "Fronteras de la ciudadanía. Inmigración y conflictos por derechos en Jujuy", En Grimson, A. y Jelin, E. (comps.), *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, Desigualdad y Derechos*, Buenos Aires: Prometeo.

Caggiano, S. (2006) Fronteras múltiples: Reconfiguración de ejes identitarios en migraciones contemporáneas a la Argentina. En publicación: Cuadernos del IDES N° 1, Buenos Aires: IDES.

Caggiano, S. y Abel, L. (2006) "Enfermedades de Estado(s). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera", en Jelin, E. (dir.) *et al.*, *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires: IDES, págs. 57-90.

Cálix, R. (1971) "La medicina socializada", charla dictada en la cátedra Cívica de la Facultad de Ciencias Médicas, U:N:A:H, en *Revista Médica Hondureña*, vol 39.

Cerruti, M. (2006) "Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina", en: *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, Discriminación y Comunicación Intercultural*, Buenos Aires: IDES, págs.15-32.

Clifford, J. (1995) Sobre la autoridad etnográfica. 39/77. En: J. Clifford. *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*, España: Gedisa.

Conrad, P. (1987) "The experience of illness: recent and new directions" en Roth y Conrad Edits):1-32.

Convenio de Migración entre la República Argentina y la República de Ucrania. Suscripto en Buenos Aires, el 29 de abril de 1999 y aprobado por Ley 25496, sancionada el 24 de octubre de 2001 y promulgada el 19 de noviembre de 2001.



Correa, V. (2002) *Los migrantes de Europa del Este y Central en el área Metropolitana, desde el este hacia el sur: historia de un largo camino*, Buenos Aires: Caref-OIM.

Cortés, B. (1997) "Experiencia de enfermedad y narración: El malentendido de la cura". *Nueva Antropología Revista de Ciencias Sociales*, nº 52, págs. 89-115.

Cousins, N. (1981) *La voluntad de curarse*, Buenos Aires: Emecé Edits.

Domenach, H. (2006) "¿Hay Teoría de las Migraciones?", en *Congreso Argentino de Estudios sobre Migraciones Internacionales, Políticas Migratorias y de Asilo*. Maestría en Políticas Migratorias, Universidad de Buenos Aires-Consejo de Profesionales en Sociología, 25 al 27 de abril de 2006. Actas del Congreso.

El informe del Chernóbil Forum de la OIEA: <http://www.iaea.org/NewsCenter/Focus/Chernobyl/index.html>, consultada en Mayo de 2009.

Enciclopedia online de Medicina, [http://www.es.mimi.hu/medicina/embolia\\_cerebral.html](http://www.es.mimi.hu/medicina/embolia_cerebral.html), consultado en Octubre de 2009.

Fairlie, L., Uk, P., Summer, D. y Uk, D. (2006) "The other report of Chernobyl, (Torch)", Berlin, Brussel, Kiev, abril de 2006: <http://cricket.biol.sc.edu/chernobyl/papers/TORCH.pdf>, consultado en junio de 2009.

Frabega, H. (1972) "Medical Anthropology" en *Bienal Rev. Of anthrop.*, págs.167-229.

García Canclini, N. (1999) *La globalización imaginada*, Buenos Aires: Paidós.

Gavazzo, N. y Nardones, P. (2006) "Migraciones, cultura y política en Argentina: aportes de la antropología en el análisis interdisciplinario", en *Congreso Argentino de Estudios sobre Migraciones Internacionales, Políticas Migratorias y de Asilo*. Maestría

en Políticas Migratorias, Universidad de Buenos Aires-Consejo de Profesionales en Sociología, 25 al 27 de abril de 2006. Actas del Congreso.

Geertz, C. (1989) *El antropólogo como autor*, Barcelona: Paidós.

Goldberg, A. (2008A) "Antropología, procesos migratorios y el abordaje de la salud/enfermedad/atención entre inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires" en Quintas Jornadas de Investigación en Antropología Social, Buenos Aires 19, 20 y 21 de noviembre de 2008.

Goldberg, A. (2008b) "Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en *Jornadas Buenos Aires Boliviana. Migración, construcciones identitarias y memoria*. Subsecretaría de Patrimonio Cultural, Dirección General de Patrimonio del Instituto Histórico, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2-4 de julio de 2008.

Goldberg, A. (2007a) *Tú sudaca, las dimensiones histórico-geográficas, sociopolíticas y culturales alrededor del significado de ser inmigrante extranjero (y argentino) en España*. Buenos Aires: Prometeo libros.

Goldberg, A. (2007b) Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. Departamento de Antropología, filosofía y trabajo social. Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili.

Goldberg, A. (2006a) "Las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes en la sociedad de destino: su impacto en la salud/enfermedad (vida/muerte)", en *8 Congreso Argentino de Antropología Social*, Salta, 18 al 22 de septiembre de 2006.

Goldberg, A. (2006b) "Antropología, Migraciones y Salud. El abordaje antropológico de los procesos de salud/enfermedad/atención en personas inmigrantes". *Congreso*

*Argentino de Estudios sobre Migraciones Internacionales, Políticas Migratorias y de Asilo*. Maestría en Políticas Migratorias, Universidad de Buenos Aires-Consejo de Profesionales en Sociología, 25 al 27 de abril de 2006. Actas del Congreso.

Goldberg, A. y Pedone, C. (2000) "Cadenas y redes migratorias internacionales. Aproximación a un análisis comparativo de dos casos: senegaleses en España y ecuatorianos en Murcia", IV congreso del CEALC. Tarragona.

Good, B. y Delvecchio, M. (1981) "Meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice" en Eisenberg, L. y Kleinman, A. (Edit): *the relevance of social science for medicine*. D. Reidel Co., Dordrecht:165-96.

Good, B. (1994) *Medicine, rationality and experience. An antropological perspective*. Cambridge Univ. Press. New York.

Gouldner, A. (1979) *La sociología actual: renovación y crítica*, Madrid, sp: Alianza.

Gran diccionario Salvat (1992), Barcelona: Salvat Editores.

Greenpeace (2006), Reporte sobre las consecuencias de Chernobyl en la salud: <http://www.greenpeace.org/chernobylhealthconsequencesreport.pdf>, consultado en Mayo 2009.

Grimberg, M. (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología social*, 17, 79-100.

Grimberg, M. (2000) Acción estatal y salud en los trabajadores en Argentina, en *Estado, Salud y educación. De la vulnerabilidad a la exclusión*, Buenos Aires: Paidós, págs. 17-54.

Grimberg, M. (1998) "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción

social y relaciones de hegemonía". Seminario - taller de capacitación de formadores, Buenos Aires: LUSIDA.

Grimberg, M., Margulis, S., Wallace, S. (1998). "Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el sida". Un abordaje antropológico. En: Kornblit, A. (comp.) *Sida y sociedad*, Buenos Aires: Editorial: Espacios.

Grimberg, M. (1995) "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud", En *Cultura, Salud y Medio Ambiente*. Instituto Nacional de Antropología y pensamiento Latinoamericano, SEC de Cultura de la Nación, Buenos Aires.

Grimson, A. (1999) *Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires*, Buenos Aires: Eudeba.

Guber, R. (1991) *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna*. Buenos Aires: Legasa.

Guiddens, A. (1982) "Hermenéutica y teoría social, en *Profiles and Critics in Social Theory*, UCP, Los Ángeles.

Hahn, R. y Kleinman, A. (1983) "Biomedical practice and anthropologist theory: frameworks and directions" en *Ann. Review Anthropol.* 12:305-33.

Hammersley, M y Atkinson, P. (1994) *Etnografía*, Barcelona: Paidós/Básica.

Informe del Fórum de Chernóbyl (2006) "Efectos en la salud del accidente de Chernóbil y programas de cuidados especiales", Ginebra: OMS.

Informe del Foro de las Naciones Unidas (2005) "El legado de Chernobyl: salud, medio ambiente e impactos socioeconómicos", Ginebra: OMS.

Jelin, E. (comp) (2006) *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires: IDES.

Kaplan, A. (coord) (1996) *Procesos migratorios y relaciones interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología Social, Instituto Aragonés de Antropología, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.

Kleinman, A. (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human conditions*. Basic Books.

Lewis, W. (1954) "Economic development with unlimited supplies of labor". *The Manchester School of Economic and Social Studies* 22: 139-191.

Marcogliese, M. (2003) "La migración reciente de Europa central y Oriental a la Argentina", en *Revista Argentina de sociología* año 1, págs. 44-58.

Margulies, S; Barber, N. y Recorder, M. (2006) "VIH-Sida y "adherencia" al tratamiento. Enfoque y perspectivas", *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología*, 3: 281-299, Bogotá, Colombia, julio-diciembre.

Margulies, S., Barber N., Adaszko A., Recorder, M., Niccolini, C. y Nino, M. (2003): *Acceso al sistema público de salud.*, Coedición Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires/Instituto de Estudios e Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Cuadernos de Trabajo del Instituto de Estudios e Investigaciones n° 5 (comp. Sofía Tiscornia).

Margulies, S; Barber, N. y Recorder, M. (1998) "Procesos de atención de personas que viven con VIH. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas", en: Grimberg, M. (comp.) *Narrativas y experiencias de padecimiento. Abordajes antropológicos*. Coedición Facultad de Filosofía y Letras UBA/ Santiago Alvarez Editor, Buenos Aires, en prensa.

Margulies, S. (1998) "Candidaturas y VIH-SIDA: tensiones en los procesos de atención", *Cuadernos Médicos Sociales* 74:53-60, Rosario.

Mármora, L. (1997) *Las políticas de migraciones internacionales*. Buenos Aires: Paidós.

Martínez, Veiga, U. (1997) *La integración social de los migrantes extranjeros en España* Madrid: Trotta.

Martóvych, O. (1952) *Por la libertad de Ucrania*. Instituto informativo, Buenos Aires: Editorial Ucrano.

Masseroni, S., Mykietiw, G. y Ponisio, N. (2005). *Más allá de la Unión Soviética. La experiencia migratoria de personas del ex bloque soviético en Argentina de los 90*. México. D. F, CIEAP-ALAS.

Massey, D., Arango, J., Graeme, H., Kouaouci, A., Pellegrino, A, y Taylor, E. (2000) "Teorías sobre la migración internacional: una reseña y una evaluación", en *Revista Internacional de Ciencias Sociales* (Enero del 2000) año 2, n°3, UNESCO, págs. 5-49.

Massey, D. (1987) "Understanding Mexican Migration to the United States," *American Journal of Sociology*, vol. 92, no. 6, pp. 1372-1403.

Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol*, México: CONACULTA.

Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud colectiva*, vol 8, nro.1. Río de Janeiro.

Menéndez, E. y Di Pardo, R. (1996) "Representaciones, prácticas e interrogantes". En: *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez, E. (1994) "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" En: *Alteridades*. Año 4, Número 7, México: UNAM, págs.71-83.

Mombello, L. (2003) Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad. La cercanía barrial y la acción institucional, en: Jelin, E. (comp) *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, Buenos Aires: IDES.

Myrdal, G. (1957) *Rich Lands and Poor*. New York: Harper and Row.

Novick, S. (1997) "Las políticas migratorias en la Argentina en: Oteiza, E; Novick, S. y Aruj, R. *Inmigración y Discriminación. Políticas y Discursos*, Buenos Aires: Ed: Grupo Editor Universitario.

Okólski, M. (2000) Últimas tendencias y principales temas de las migraciones internacionales, perspectivas de Europa Central y del Este en *Revista internacional de Ciencias Sociales* (septiembre del 2000) No. 165. UNESCO.

Pacceca, M. (2000) "De Europa del Este a Buenos Aires: Historias de emigrantes, migrantes e inmigrantes". *VII Jornadas sobre Colectividades*, IDES, CEMLA, Museo Roca, U.N. de Luján, Buenos Aires, 19 y 20 de Octubre de 2000.

Piore, M. (1979) *Bird of Passage: Migrant labor in Industrial societies*, Cambridge: Cambridge University Press.

Pock, C. (1992) "Precariedad laboral; personificaciones sociales en la frontera de la estructura de empleo". Ponencia presentada en el Seminario Interamericano sobre medición del sector informal, Lima.

Quihillalt, O. (1986) *El accidente de Chernobyl*, Buenos Aires: Separata de Anales de la academia nacional de Ciencias de Buenos Aires.

Rabey, M. y Kalinsky, B. (1991). El contrato cognoscitivo: los antropólogos también son seres humanos, *Epistemología de las Ciencias Sociales*, Cuaderno nº 1. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, págs.19-42.

Ravenstein, E. (1885) "The law of migration", *Journal of Statistical Society*, 48.

Recorder, M. (2006) "Vivir con VIH-Sida. Notas etnográficas sobre la experiencia de la enfermedad y sus cuidados", Tesis de Doctorado, Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil.

Rockwell, E. (1987) *Reflexiones sobre el proceso etnográfico*, México: Mimeo, Centro de Investigaciones y de estudios Avanzados del Politécnico Nacional.

Sassen, S. (1996A) *Losing Control? Sovereignty in an Age of Globalization*. The 1995 Columbia University Leonard Hastings Schoff Memorial Lectures, Nueva York: Columbia University Press.

Sassen, S. (1996B) "Toward a Feminist Analytics of the Global Economy", *Indiana Journal of Global Legal Studies*, IV, otoño, págs.7-41.

Singer, M. (1990) "Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment". En: *Social Science and Medicine*, volumen 30, nº 12, págs 179-187.

Stark, O. (1991) *The Migration of Labor*. Cambridge: Basil Blackwell.

Taylor, J. (Enero - junio de 2000) "Teorías sobre la migración internacional: una reseña y una evaluación" en *Revista TRABAJO*. Año 2, nº 3 (enero-junio del 2000). Segunda Época, México: UAM, UNAM y Plaza y Valdés Editores.

Tedlock, D. (1991) Preguntas concernientes a la antropología dialógica.275/296. En: Carlos Reynoso (comp.) *El surgimiento de la Antropología Posmoderna*, México:



Gedisa.

Todaro, M. (1976). *Internal Migration in Developing countries*, Geneva: International Labor Office.

Todaro, M. (1969) "A model of labor migration and urban unemployment in less-developed countries", *The American Economic Review* 59:138-148.

Urzúa, R. (2000) *Migración internacional*, Ciencias Sociales y Políticas Públicas en *Revista internacional de Ciencias Sociales* (septiembre del 2000) No. 165. UNESCO.

Valerio, P. (2006) *Una mirada hacia la última inmigración ucraniana a la Argentina: Paradojas del discurso estatal y estrategias de los migrantes*, ponencia presentada para la mesa de las Jornadas de antropología social, Buenos Aires, 2006.

Valerio, P. (2007) "Viniendo del Este, llegando al sur: Experiencias de organización de migrantes ucranianos que arribaron a la Argentina en la década de los 90". *VII Reunión de antropología del Mercosur (RAM)*. Porto Alegre. Brasil, 23 al 26 de julio de 2007.

Vasylyk, M. (2000) *Inmigración ucraniana en la república Argentina: Una comunidad por dentro*. Buenos Aires: Editorial Lumen.

Wallerstein, I. (1974) *The Modern World System. Capitalist Agriculture and Origins of the European World Economy in the Sixteenth Century*, New York: Academic Press.

Wolf, E. y Patriarca, C. (1991) *La gran inmigración*. Buenos Aires: Sudamérica.

## **Anexos**

### **CONVENIO DE MIGRACIÓN ENTRE LA REPÚBLICA ARGENTINA Y UCRANIA**

La República Argentina y Ucrania, en adelante denominadas "Las Partes", Con el deseo de fortalecer aún más las relaciones bilaterales y en especial alentar y facilitar los flujos migratorios entre las Partes, teniendo en cuenta los instrumentos en materia de protección de derechos humanos adoptados en el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas, particularmente la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 16 de diciembre de 1966,

Considerando las normas internacionales emanadas de la Organización internacional del Trabajo, observando que toda persona que se encuentra legalmente en el territorio de las Partes tiene el derecho de elegir libremente su lugar de residencia, entrar, transitar y salir del territorio nacional de acuerdo con la legislación vigente de las Partes; que sus derechos humanos y libertades fundamentales están protegidos y que sus características étnicas y opciones religiosas que favorecen el desarrollo de su personalidad están garantizados por Estados democráticos. Acuerdan lo siguiente:

#### **Capítulo I: Determinación y Aplicación**

Artículo 1: Los términos utilizados en este Convenio deben ser entendidos con el siguiente alcance: "inmigrante" es todo ciudadano de una de las Partes que, con la intención de fijar su residencia en el territorio de la otra, obtiene del Estado receptor un permiso de ingreso en carácter de residente temporario; "los miembros de la familia del inmigrante" son su cónyuge, los hijos solteros menores de 21 años o discapacitados y los padres; "país de recepción" es el país de la nueva residencia del inmigrante.

Artículo 2: Las disposiciones del presente convenio se aplican a los ciudadanos de la República Argentina que emigren a Ucrania y a los ciudadanos de Ucrania que

emigren a la República Argentina y que sean titulares de un permiso de ingreso otorgado por ese Estado de acuerdo con la legislación del país de recepción.

Los ciudadanos de las Partes mencionados en el párrafo anterior del presente Artículo obtendrán el permiso para ingresar al país de recepción en calidad de residentes temporarios con un plazo de permanencia autorizada de un año. El presente Convenio se aplicará a los ciudadanos de una de las Partes nacidos en su territorio y a aquellos ciudadanos de las Partes que prueben una efectiva residencia en su territorio durante los diez años anteriores a la recepción de permiso para emigrar.

Artículo 3: A fin de obtener un permiso de ingreso, los ciudadanos comprendidos en el artículo 2 del presente Convenio deberán presentar ante la autoridad consular de las Partes y sin perjuicio de mayores recaudos que pudiera establecer la autoridad de aplicación:

- a) permiso de salida;
- b) pasaporte de su nacionalidad;
- c) certificado judicial o policial de conducta o antecedentes penales y policiales;
- d) certificado médico sobre el estado de salud del peticionante;
- e) partida de nacimiento y aquéllas relativas al estado civil de las personas o prueba supletoria, en su defecto;
- f) toda aquella documentación expresamente requerida en el permiso de ingreso a acordar.

Las Partes se reservan el derecho de solicitar también a los ciudadanos comprendidos en la primera parte del presente Artículo los siguientes recaudos:

- a) certificado judicial o policial de conducta o antecedentes penales y policiales de los países donde haya residido durante los últimos cinco (5) años.
- b) declaración jurada de carencia de antecedentes policiales internacionales;
- c) certificado expedido por médico o autoridad sanitaria reconocida al efecto, del que surja la aptitud psicofísica del peticionante.

Artículo 4: La renovación de la residencia a los inmigrantes se otorgará conforme a la normativa migratoria vigente en el país de recepción.

## Capítulo II: Derechos y obligaciones de los inmigrantes y de los miembros de sus familias

Artículo 5: Los inmigrantes y los miembros de sus familias gozarán en el territorio de los países de recepción de los mismos derechos y libertades que los ciudadanos del país de recepción, incluso el derecho a la educación, al trabajo remunerado, a transitar libremente en el país de recepción, a tener seguridad social, asistencia jurídica y defensa judicial y tienen las mismas obligaciones civiles que los ciudadanos del país de recepción de acuerdo con la legislación vigente en ese país.

Los seguros sociales de los inmigrantes y los miembros de sus familias serán regulados por convenios específicos.

Artículo 6: Los inmigrantes y los miembros de sus familias gozarán en el territorio de las Partes de los mismos derechos y obligaciones que rigen para los ciudadanos del país de recepción en lo que concierne a la legislación laboral, especialmente en materia de remuneraciones, condiciones de trabajo y protección social.

Artículo 7: Los inmigrantes y los miembros de sus familias que estén en el territorio de las Partes gozarán de la protección de ese Estado contra cualquier acto de violencia, intimidación u otras formas de discriminación por raza, color de piel, posiciones o creencias políticas, religiosas y otras, sexo, origen étnico y social, lengua u otras características.

Artículo 8: Las personas que deseen emigrar al territorio de una de las Partes tienen el derecho de recibir, en cualquier momento, información veraz y gratuita que será suministrada por las oficinas de los servicios migratorios nacionales y las representaciones consulares del país de recepción sobre:

- a.- El texto y el contenido de este Convenio;
- b.- Los derechos y obligaciones que los inmigrantes poseen en el país de recepción, según la legislación vigente en ese país;
- c.- Las condiciones para obtener un trabajo remunerado, la posibilidad de estudiar o recibir entrenamiento profesional, así como las condiciones de vivienda en el país de recepción.

Artículo 9: Los inmigrantes tendrán derecho a disponer de los bienes muebles o inmuebles de su propiedad que hubiera dejado en el país de origen. Dichos bienes no podrán ser objeto de desapropiación por el Estado a causa de que su propietario no resida en el país de origen o por pérdida de la ciudadanía de su país de origen.

Artículo 10: Los inmigrantes y los miembros de sus familias estarán sometidos a las leyes y reglamentos del país de recepción.

### Capítulo III: Garantías y condiciones de la inmigración

Artículo 11: Dentro de los 90 días de la firma del presente Convenio las Partes establecerán la cuota inmigratoria según la cual los inmigrantes y los miembros de sus familias obtendrán el permiso de ingreso al amparo de este Convenio e intercambiarán modelos de permiso de ingreso.

La Subsecretaría de Población será el órgano competente para fijar el cupo de inmigrantes que recibirá la República Argentina. El cupo de inmigrantes que recibirá Ucrania será establecido por el Gabinete de Ministros de Ucrania.

Artículo 12: Las Partes procurarán el establecimiento de programas y acciones conjuntas tendientes a evitar las causas que provocan la inmigración ilegal.

Artículo 13: Con el objeto de facilitar la aplicación de las disposiciones del presente Convenio, se establecerá una Comisión Mixta Consultiva. Dicha Comisión estará integrada por seis miembros, de los cuales cada Parte nombrará tres, y sesionará alternadamente en Buenos Aires y en Kiev. Por la República Argentina, dicha Comisión estará integrada por un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, un representante de la Subsecretaría de Población y un representante de la Dirección Nacional de Migraciones, en su carácter de organismo de aplicación.

Por Ucrania, dicha Comisión estará integrada por un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores, un representante del Ministerio de Trabajo y Política Social y un representante del Comité Estatal de Ucrania para Nacionalidades y Migración.

Artículo 14: La Comisión Mixta Consultiva tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

- a) presentar propuestas para la interpretación de las cláusulas del presente Convenio;
- b) informar a las autoridades competentes, cuando éstas lo requieran o por propia iniciativa, sobre la aplicación del presente Convenio;
- c) proponer a los respectivos gobiernos, a través de las autoridades competentes, las eventuales modificaciones y ampliaciones del presente Convenio;
- d) evaluar anualmente los resultados logrados por el presente Convenio, lo que será tenido en cuenta para estudiar la posibilidad de prórrogas.

#### Capítulo IV: Reconocimiento de títulos

Artículo 15: Las Partes se comprometen a promover el reconocimiento recíproco de títulos y certificados de estudios. Las instituciones correspondientes de las Partes estudiarán la posibilidad de preparar un convenio sobre reconocimiento de títulos y certificados de estudios en todos los niveles.

#### Capítulo V: Integración

Artículo 16: Las Partes facilitarán que los inmigrantes reciban una preparación elemental en cuanto al idioma, la historia, la geografía y las condiciones sociales del país de recepción. La entrevista que realizarán las autoridades consulares respectivas deberá conducirse en el idioma oficial del país de recepción. Se evaluará especialmente el dominio de dicho idioma por el jefe del grupo familiar.

Artículo 17: Las Partes se comprometen a respetar la identidad cultural de los inmigrantes, así como a favorecer el mantenimiento de los vínculos con su país de origen.

#### Capítulo VI: Cláusulas finales

Artículo 18: El presente Convenio entrará en vigor en la fecha de la última notificación por la que las Partes se comuniquen el cumplimiento de sus respectivos procedimientos internos de aprobación.

Artículo 19: El presente Convenio tendrá una duración de DOS (2) años, y a su vencimiento se prorrogará automáticamente por idéntico lapso, salvo que noventa (90) días antes de su vencimiento una de las Partes comunique a la otra su deseo de no prorrogar el Convenio.

Artículo 20: El presente Convenio podrá ser denunciado por cualquiera de las Partes, por escrito por vía diplomática. La denuncia del Convenio surtirá efecto a los noventa (90) días de su notificación a la otra Parte.

Artículo 21: Las Partes podrán modificar de común acuerdo el presente Convenio.

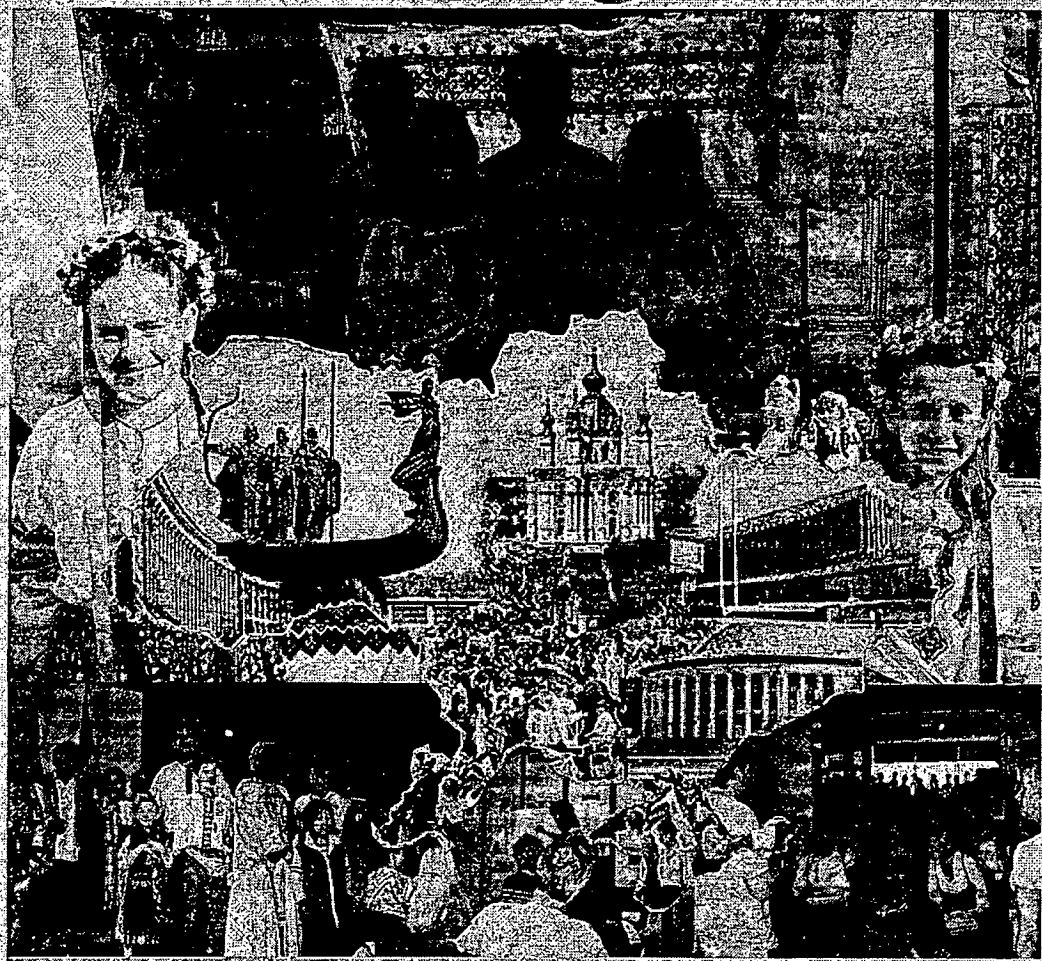
Hecho en Buenos Aires, a los 29 días del mes de abril de mil novecientos noventa y nueve, en dos originales, en castellano y ucranio, siendo ambos textos igualmente auténticos.

# ORANTA

Asociación Civil  
de Emigrantes  
de Europa Oriental



Agosto-Septiembre  
2009  
distribución  
gratuita



## *Indice*

EDITORIAL - PÁG. 2  
ORANTA - PÁG. 3  
EMIGRANTES DE EUROPA ORIENTAL - PÁG. 4  
INDEPENDENCIA DE UCRANIA - PÁGS. 5-6  
INFORMACIÓN ÚTIL - PÁG. 7



## **“Oranta”**

### **Asociación Civil de Emigrantes de Europa Oriental**

En el año 2003 un grupo de emigrantes de Ucrania y otros países de ex Unión Soviética decidieron desarrollar actividades sociales, comunitarias, culturales para que los inmigrantes de así llamada “nueva ola” se integraran mejor en la sociedad argentina, superaran su situación de vulnerabilidad social; ayudar a los inmigrantes aportar sus conocimientos y capacidades al país que los había recibido, participar activamente en el desarrollo de Argentina y bregar junto con los argentinos por un futuro mejor para todos los que habitan este suelo. Así se formó “Oranta”, entidad civil sin fines de lucro, cuya lema es - La Unión hace la Fuerza y cuyo objetivo principal es trabajar para el bien común.

Actualmente “Oranta” está compuesta por las comisiones de diáspora ucraniana, rusa y por la comisión “Jóvenes – nuestro futuro”.

Para lograr los objetivos de la organización elaboramos diferentes programas:

Atención a la tercera edad y discapacidad

Prevención y cuidado de la salud

Nuevas alternativas laborales

Capacitación y desarrollo personal

Jóvenes – nuestro futuro

Inmigrantes de “nueva ola” participan en la Feria de colectividades

En “Oranta” se dan diferentes talleres, entre otros, “Principios fundamentales del Derecho Laboral”, “Planeamiento Empresarial”, “Reflexión sobre roles sociales”, “Habilidades sociales e integración” y otros.

Taller “Ciudadanía plena”

También se dan clases del idioma castellano.

Participamos en diferentes programas de capacitación, talleres, ciclos de encuentros temáticos, Foro de Inmigrantes y Refugiados en la Argentina, grupos de trabajo “Plan estratégico” - es administración del Gobierno basada en el consenso y la participación colectiva”.

La presidenta de “Oranta” y sus colaboradores buscan dialogar con la Subsecretaría de Derechos Humanos de la CABA, INADI, Ministerio de Desarrollo Social, Instituto de la Vivienda, y otras instituciones para poder resolver todas las necesidades actuales de los inmigrantes europeos de la “nueva ola”.

“Oranta” participa en el Mes de los inmigrantes

## **Programa de salud para emigrantes**

Desde hace 20 años, los ucranianos, bielorrusos y rusos arrastramos un grave problema. Cargamos a nuestras espaldas una tragedia: preservar la salud de nuestros hijos, de nuestras familias y la supervivencia misma a partir de la explosión de la planta nuclear en **Chemobyl**, que marcó un antes y un después en la historia de nuestro pueblo, en la historia de cada familia y también en la historia de la energía nuclear la cual, al no estar bien controlada, se transforma en un peligro mortal, silencioso e invisible.

A raíz de eso todos tenemos la necesidad vital de poder realizar estudios médicos con frecuencia, con periodicidad para poder prevenir y controlar las consecuencias por los eventuales daños producidos por la explosión.

La Asociación firmo Convenio de Cooperación con la **Asociación Argentina de Protección Familiar** Para que toda familia de migrante asociado a "**Oranta**" tenga el beneficio de descuento de los servicios, una vez acreditada con su documento o pasaporte extranjero, en la sede de la ASOCIACIÓN ARGENTINA DE PROTECCIÓN FAMILIAR Agüero 1355, Cap.Fed. Tel 4826-1216

En los siguientes servicios:

- consultas clínica medica
- consultas pediatra
- consultas ginecológicas
- papanicolau, colcoscopia
- ecografía ( de todos tipos)
- análisis
- otras especialidades

Los turnos se reservan previa llamada telefónica como miembros de ORANTA y con su nombre, apellido y documento y un teléfono.

## Índice

Agradecimientos	1
Introducción	2

### Capítulo I Marco teórico-Metodológico

1.1	Teoría de las migraciones	5
1.2	Enfoque teórico adoptado	9
1.3	Los aportes de la antropología médica	12
1.4	Estudios sobre migraciones y salud	17
1.5	Metodología	18
1.5.1	Acerca de la construcción de la relación entre los sujetos de estudio (migrantes ucranianos) y la investigadora	18
1.5.2	El enfoque etnográfico	21
1.6	Diseño de la investigación	23

### Capítulo II La inmigración Ucraniana

2.1	Estado de la cuestión sobre la inmigración ucraniana en Argentina	29
2.2	Breve historia de Ucrania y sus movimientos migratorios	29
2.3	Condiciones del país expulsor y del país receptor	32
2.4	Perfil sociodemográfico de la población de estudio	34
2.5	Trayectorias migratorias. Condiciones de vida y de trabajo en la sociedad de destino	36
2.6	Reflexiones	49
2.7	Las redes sociales	52
2.8	Asociación Oranta	55

### Capítulo III- Chernobyl: Muerte y enfermedad.

3.1	El "accidente" de Chernobyl	61
3.2	Chenobyl, la salud y la enfermedad en la voz de los protagonistas	69
3.3	Desde Oranta	90
3.4	Reflexiones	95

3.4.1	La medicina socialista – El sistema de salud argentino	95
3.4.2	Chernobyl y la salud	97
3.4.3	Chernobyl y la enfermedad	98
3.4.4	La experiencia del padecimiento a través de la relación médico-paciente	98
3.4.5	Modelos de atención	100
3.4.6	Desde Oranta	100
3.4.7	Nuevos padecimientos	101
3.4.8	Chernobyl: símbolo de la pérdida de todo	102
	Conclusiones	104
	Bibliografía	109
	Anexos	120