

Ucranianos en Argentina: Acceso a los servicios públicos de salud.

Mariana Silberman.

Cita:

Mariana Silberman (2008). *Ucranianos en Argentina: Acceso a los servicios públicos de salud. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/399>

Ucranianos en Argentina: Acceso a los servicios públicos de salud

Mariana Silberman
(UBA)
marianasilberman@yahoo.com.ar

Resumen

Este trabajo expone los resultados preliminares de una investigación en curso sobre la inmigración ucraniana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, desde 1994 hasta la actualidad.

El objetivo es describir el acceso y la utilización de los servicios públicos de salud por parte de los ucranianos indagando sobre la función que cumplieron las instituciones y la colectividad ucraniana en dicho proceso.

El punto de partida teórico es la perspectiva transnacional de las migraciones considerando como preponderantes los conceptos de integración y exclusión social que permiten ahondar en el proceso de inserción de dicha población en la sociedad de destino, específicamente en el ámbito sociosanitario (Goldberg, 2007).

Por medio de los aportes de la antropología médica se recuperaron algunas de las representaciones y prácticas de los sujetos de estudio en torno a la salud/enfermedad/atención, focalizando en la articulación existente entre la medicina “natural” y la medicina “científica”.

Los resultados preliminares del trabajo evidencian que la frágil integración en la sociedad de destino junto a las condiciones de marginación agudizaron los padecimientos de los ucranianos. Ante estas dificultades, los inmigrantes adoptaron múltiples estrategias complementando medidas de autoatención y medicina naturista con la utilización de los servicios públicos de salud para brindar respuestas a sus múltiples padecimientos.

En cuanto a la metodología se utilizaron diversas técnicas y procedimientos etnográficos, principalmente entrevistas en profundidad y la observación participante.

Palabras clave: Inmigración -salud/enfermedad/atención Integración/exclusión social representaciones /prácticas.

Presentación

En contraposición a los numerosos estudios sobre aspectos laborales, sociales, demográficos y culturales existe un déficit académico de investigaciones sobre salud e inmigración siendo mayoritarios aquellos que toman como objeto de estudio a los migrantes provenientes de países limítrofes. Subrayamos la importancia de hacer extensivo estos trabajos a otros colectivos de inmigrantes. En tal sentido el siguiente estudio está marcado por el interés en profundizar el conocimiento sobre la inmigración ucraniana en la Argentina tomando como eje temático el campo de la salud.

Enfatizamos que este grupo de inmigrantes es portador de características propias que lo distinguen: a la distancia geográfica y la diferencia idiomática, podemos sumarle el alto nivel educativo de los migrantes, una herencia de setenta y cuatro años de régimen soviético y la falta de experiencia inmigratoria previa que constituye un dato revelador entre estas personas, ya que bajo el régimen soviético trasladarse a otro país no era una opción posible.

Adoptamos el marco teórico de la perspectiva transnacionalista que considera a esta última como una institución en si misma, donde los determinantes individuales y los factores estructurales se mezclan con elementos de orden individual, familiar, comunitario. (Goldberg, 2007).

Asimismo, recalcamos la importancia de situarla en el contexto histórico mundial de la “globalización neoliberal” donde el libre flujo de capitales, bienes y servicios permite por una parte, la difusión de información en los medios masivos de comunicación, el abaratamiento del transporte y, por otra, la necesidad de mano de obra barata que constituye un mercado de trabajo fragmentado y precarizado donde mayoritariamente se insertan los inmigrantes (Goldberg, 2007).

De acuerdo a lo anterior, creemos que la inmigración ucraniana debe ser comprendida considerando los cambios estructurales que actúan sobre ella incorporando las múltiples dimensiones histórico-políticas-geográficas del país expulsor y del contexto local.

Cabe recordar que en el marco de implementación de políticas neoliberales el gobierno de Carlos Menem (1989-1999) firmó una resolución que permitía la residencia temporaria de los inmigrantes de los países pertenecientes a Europa del Este, entre ellos, Ucrania.

A partir de la llegada de estos inmigrantes reflexionaremos acerca de su inserción en el país de destino incorporando sus trayectorias laborales y habitacionales para luego inmiscuirnos en el ámbito sociosanitario. Sostenemos hipotéticamente que la débil integración en Argentina junto a determinadas condiciones de marginación incrementaron sus padecimientos. Ante estas dificultades, los inmigrantes adoptaron múltiples estrategias complementando medidas de autoatención y medicina naturista con la utilización de los servicios públicos de salud para brindar respuestas a sus múltiples padecimientos. En este sentido interesa recuperar las iniciativas individuales de los sujetos de estudio, subrayando la importancia de considerar a los migrantes ucranianos como “agentes de cambio” (Goldberg, 2007) es decir de su propia identidad y de su entorno inmediato.

De la misma forma, indagamos acerca del rol de las instituciones y la colectividad ucraniana en el proceso de inserción de los ucranianos en nuestro país entendiéndolas como redes sociales (Gurak y Caces, 1998), es decir, como un conjunto de relaciones personales entre conocidos, amigos, parientes que sirven como canales de circulación de la información. Partiendo de la imposibilidad de “abarlo todo” recuperamos sólo algunas voces de diversas asociaciones que directa o indirectamente se relacionaron con los sujetos de estudio.

Resulta imprescindible distinguir claramente distintos niveles de análisis interrelacionados entre sí:

1-Ahondar en el acceso a los servicios públicos de salud implica considerar que los procesos de atención constituyen no sólo un espacio profesional sino jurídico político y sociocultural. Por ello es necesario para el estudio de los servicios de salud partir de la relacionalidad de todas las instancias del proceso asistencial (Menéndez, 1994).

En relación a esto último es pertinente explicitar que si bien se plantearon desde una mirada crítica aspectos vinculados con el modelo biomédico hegemónico y la construcción médica de la enfermedad, el propósito de la investigación no estuvo exclusivamente orientado a la focalización en las instituciones médicas, en sus jerarquías, en las relaciones de poder sino en explorar, rescatar relatos, concepciones, experiencias, padecimientos, pautas de comportamiento relacionadas con el proceso de salud/enfermedad/atención para indagar como afectan de forma individual o colectiva, comprometen y/o modifican la subjetividad de los sujetos.

2. Realizar una aproximación a las representaciones y prácticas de los sujetos de estudio vinculadas con la salud/enfermedad/ atención implica suponer que los padecimientos, las formas de sanar o morir se relacionan de forma compleja con procesos económicos, políticos

y sociales. Los sujetos perciben y se representan lo social y a través de estas representaciones actúan y transforman la realidad a través de sus prácticas (Grimberg, 1997, 1998).

3. Aproximarme al rol de la comunidad ucraniana supone reconocer la heterogeneidad de las colectividades y la multiplicidad de significaciones existentes con respecto a los atributos que definen el “ser ucraniano”. En tal sentido resulta imprescindible el concepto de identidad como relación social concreta construida en un proceso que dará cuenta de su dinamismo y permitirá concebir la experiencia de los sujetos como actores activos en dicho proceso. (Atxotegui, 2000)

4. Incluir las múltiples dimensiones: sociales, de clase, de género, étnicas permitirá también dar cuenta de la complejidad del fenómeno. En este sentido veremos más adelante la manera en que estas variables actúan como determinantes al momento de conseguir mejores condiciones de vida, por ejemplo, no tener hijos pequeños permite la posibilidad de encontrar empleo más rápido, etc.

5. Tomar como unidad de análisis a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implica considerar que en nuestra ciudad, como toda gran aglomeración urbana, existen cinturones de pobreza, marginación y lugares de segregación espacial, laboral donde se inserta una buena parte de los inmigrantes. Lo anterior influye en la construcción de prejuicios y expresiones concretas de discriminación y marginación. Esta segregación espacial, laboral expresa los contrastes sociales y reactualiza la discriminación hacia algunos colectivos de inmigrantes.

Aclaraciones metodológicas

Realizamos un estudio etnográfico que combina entrevistas en profundidad con la observación participante. Esta metodología tuvo como objetivo recuperar las experiencias de un heterogéneo universo de ucranianos con el eje puesto en la perspectiva de los propios actores.

A partir de trayectorias terapéuticas se recuperaron algunas de sus representaciones y prácticas en torno a la salud /enfermedad/atención, focalizando en la articulación existente entre la medicina “natural” y la medicina “científica”.

Se realizaron entrevistas a mujeres y hombres mayores de edad de nacionalidad ucraniana que llegaron a nuestro país después de 1994, momento en que se hizo efectiva la resolución firmada por el gobierno nacional. Las mismas se efectuaron en lugares públicos y de trabajo.

También se realizaron algunas entrevistas en profundidad en diversas asociaciones privilegiando a aquellas mencionadas más recurrentemente por los sujetos de estudio: la asociación Oranta, la asociación Ucrania de cultura “Prosvita”, el Arzobispado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Iglesia Ortodoxa Rusa y el Caref, servicio ecuménico de apoyo y orientación a migrantes y refugiados.

Entrevistamos a médicos de dos hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La inmigración ucraniana

La compleja historia de Ucrania 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 y se asentó en las regiones limítrofes de Ucrania.

En el siglo XVII se produjo la emigración llamada mazepina que por razones políticas se dirigió hacia Europa occidental.

Al principio del siglo XIX en Ucrania imperaba el antiguo régimen señorial con la consecuente división de la sociedad en castas. La abolición de este sistema en 1848 en Astro

Hungría y en 1861 en Rusia, 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 Liberia. Esto fue reforzado por las deportaciones en masa de los ucranianos implementados por el gobierno ruso y continuado por el régimen soviético.

Como consecuencia de todas 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 nuestro país, desde la conformación del estado nacional en el siglo XIX, la inmigración ha sido un tema central para los gobernantes que buscaban transformar la sociedad argentina basándose en los modelos europeos. (Wolf y Patriarca, 1991).

La inmigración ucraniana¹ que se radicó en Argentina 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, etc.

La primera oleada inmigratoria se remonta al período 1897-1914 y estaba compuesta mayoritariamente por agricultores que fueron “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, zapatería que habían aprendido en su país natal.

Si bien no existe información fidedigna sobre el lugar concreto de procedencia de estos inmigrantes, algunos autores consideran como elementos preponderantes el idioma y el rito religioso. Por ello se cree 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 el segundo período que comprende 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. Se trató principalmente de refugiados políticos en un contexto internacional europeo de posguerra que se establecieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Buenos Aires y sus alrededores.

Como consecuencia del desmoronamiento del bloque soviético en 1991 surge la última corriente migratoria conformada por personas con un alto nivel de instrucción que se circunscribieron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta es la inmigración que analizaremos en profundidad en este trabajo.

Condiciones del país expulsor y del país de destino

El modelo de *push and pull* que ha sido planteado por Ravenstein en 1885 y aún tiene vigencia en un mundo globalizado (Goldberg, 2007) establece que en los desplazamientos poblacionales siempre existe un factor que expulsa (push) a una población a trasladarse a otro

¹ Según las cifras de la Dirección Nacional de Migraciones desde 1994 hasta junio del 2001 12.596 personas provenientes de Europa del Este arribaron a la Argentina, de los cuales, el **71.8 % era de origen ucraniano** (Fuente: Indec). Este dato resulta poco significativo especialmente si los comparamos con los datos de las anteriores corrientes inmigratorias: en la primera oleada inmigratoria (1897-1914): arribaron 172.000 personas; en la segunda (1922-1939): 121.000; la tercera (1946-1955): 9000 personas. (Fuente: Vasylyk, 2000).

país y un factor que atrae (pull) a los inmigrantes hacia un determinado país. En tal sentido, los elementos concluyentes que han llevado a algunos ucranianos a migrar han sido fundamentalmente la disolución de la Unión Soviética y la explosión de Chernobyl (Marcogliese, 2003).

Comenzamos por recordar que bajo el régimen soviético el papel central de todo el sistema era asumido por el Estado que a través de una planificación centralizada dirigía la producción y repartía el producto entre la población. El desmoronamiento del bloque soviético en 1991 provocó por un lado, una profunda crisis política, económica y social y por el otro, el nacimiento de Ucrania como país independiente.

“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, de 55 años)²

Por otra parte, otro factor preponderante de expulsión fue la explosión en el reactor nuclear de la planta de Chernobyl en 1986 que esparció alrededor de doscientas 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.

“Yo huí por Chernobyl... tenía mucho miedo de las consecuencias en la salud y no me equivoqué” (Lucía, 45 años)

En Argentina, la gestión de Carlos Menem (1989-1999) intentaba consolidar las relaciones internacionales difundiendo en el mundo una imagen de la Argentina como país “moderno” para captar inversiones extranjeras.

En este contexto entró en vigor la resolución del Ministerio del Interior (4632/94) que dictaminaba la incorporación de los migrantes de Europa Oriental en el decreto de Migraciones vigente brindando un “tratamiento especial” que consistía en el otorgamiento de la visa por un año permitiéndole el ingreso al país como residentes temporarios. En ese período se firmaron acuerdos bilaterales entre ambos países. Solo para ejemplificar, en el año 1998 se firmaron más de 15 acuerdos interestatales e intergubernamentales y convenios de colaboración económica y comercial entre Ucrania y Argentina (Vasylyk, 2000).

Como enuncia Valerio (2007) lo que se pretendía a través de la resolución era un impacto político para promover la participación de empresas europeas en el proceso de las privatizaciones. Sin embargo, la resolución que consentía el ingreso de los ucranianos respondía a una medida coyuntural que no estaba avalada por una política migratoria concreta.

“Nosotros creíamos que América era toda igual, pensábamos que Argentina era como Estados Unidos... pero nos dimos cuenta que no apenas llegamos, empezamos a ver la gente pidiendo en la calle, las villas, todo fue una decepción...En Ucrania nos habían dicho que allá (por Argentina) íbamos a tener casa y trabajo pero no fue así... Nos dejaron a la deriva”. (Elena, 57 años)

² Se han cambiado los nombres de los sujetos de estudio para preservar su identidad.

En tal sentido, a la hora de evaluar los destinos posibles parece ser fundamental esta “regularidad migratoria” y las expectativas relacionadas con una política concreta migratoria que teóricamente incluía cursos de idioma español, vivienda y trabajo. Como muestran los testimonios, el desconocimiento sobre la realidad específica de nuestro país produjo en los ucranianos expectativas que no se ajustaban a la realidad.

Características de la población de estudio

El universo poblacional está comprendido por hombres y mujeres que tienen entre 45 y 60 años de edad con hijos que poseen actualmente entre 11 y 25 años, provienen de contextos urbanos y reconocen haber completado una carrera terciaria y/o universitaria en su país de origen. En Ucrania tenían ocupaciones relacionadas con su formación profesional, algo que no tuvo continuidad en Argentina debido a la dificultad que presenta el trámite para revalidar los títulos y el desconocimiento del idioma. Sumado a ello, la mayoría tiene una formación científico técnica (ingenieros, expertos en siderurgia, minería, etc.) referida a las actividades industriales que se desarrollaban en la ex Unión Soviética.³

La modalidad migratoria que prima es el traslado del grupo familiar nuclear manteniendo los vínculos en Ucrania con la familia extensa a través de diversos medios de comunicación.

A través de los relatos surgen recuerdos acerca de las “buenas condiciones de vida” que poseían bajo el régimen soviético primordialmente en relación al acceso y disfrute de bienes y servicios.

Otro elemento destacable es la inexistente conexión con oleadas migratorias anteriores, la inexperiencia migratoria y la información parcializada sobre Argentina que obtuvieron a través del consulado argentino en Kiev y algunos “gestores” que se ofrecían a realizar los trámites pertinentes para emigrar a cambio de dinero.

Ahora bien nos preguntamos ¿Cómo se insertaron en Argentina?

Como establece Martínez Veiga (1997:281) los conceptos de integración/exclusión social nos sirven para definir condiciones desiguales en contextos desiguales, que producirá distinto acceso y disfrute de bienes y servicios. En este sentido cobra peculiar importancia el conocimiento sobre las condiciones de vida de los ucranianos en Argentina, que tuvieron que rearmar su forma de vida y de pensar estableciendo nuevas redes de sostén utilizando múltiples habilidades para sobrevivir.

Según evidencian los testimonios, al momento de la búsqueda de empleo la calificación educacional y laboral parecen no ser preponderantes ya que la condición de inmigrante devalúa la experiencia laboral y el nivel socioeducativo alcanzado en el país de origen.

Por lo tanto, el capital cultural (Bourdieu, 1995) que se adquiere a través de la escuela y el que legitima el acceso a más recursos parece no operar cuando los sujetos en cuestión son inmigrantes.

No sorprende que los ucranianos hayan realizado trabajos esporádicos e informales pasando por los más variados rubros de la escasa oferta laboral. 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 referencia al acceso al trabajo:

³ Bajo el régimen soviético se había desarrollado la industria pesada con producciones de hierro, plomo, acero, cemento, etc. Además, la población económicamente activa estaba ocupada principalmente en la construcción e industria (37%), agricultura y silvicultura (21%); transporte, comunicación y comercio (14%) y el resto en la administración pública, bancos y salud. (Vasylyk, 2000).

“Yo soy licenciada en economía. Acá hice de todo, trabajé como mucama, empleada de comercio. Después hice cursos de peluquería y trabajé en centros de belleza. Nunca me hicieron aportes de jubilación siempre todo en negro...además los sueldos no alcanzaban para nada...” (Lucia)

La búsqueda de empleo la efectuaron todos los miembros de la familia a excepción de los más pequeños. La condición genérica impidió a algunas mujeres con niños a cargo emplearse debido a la imposibilidad de conseguir una guardería municipal y mucho menos solventar un jardín maternal privado.

Las familias con hijos mayores y de sexo masculino pudieron procurarse un ingreso adicional y, en algunos casos, estos jóvenes se transformaron en los principales proveedores de la familia.

“Mi hijo tenía 15 años cuando llegamos y sabía mucho de computación... Enseguida empezó a trabajar en una casa de reparación de computadores...En muchos momentos, el sueldo de él fue lo único que tuvimos...Mi marido conseguía trabajos en fábricas (él es ingeniero) por temporadas... trabajaba dos meses y cuatro meses no...” (Orina)

Además, esta vulnerabilidad laboral atentó contra la capacidad de ahorro y con el posible retorno a su país de origen u otros destinos posibles tales como Estados Unidos o Canadá.

Del mismo modo obstaculizó el acceso a viviendas dignas, ya que los requisitos para acceder a ella como recibo de sueldo y/o garantía de un familiar son inalcanzables para los inmigrantes.

“Yo siglo viviendo en la iglesia ucraniana, no me puedo quejar porque tengo un techo pero no es lo ideal. Cada familia tiene una habitación muy chiquita...pero la mayoría de nosotros no tiene recibo de sueldo y ahora ¿Quién te da garantía de su casa para alquilar?” (Lucia)

Por otra parte, si bien los rasgos fenotípicos “europeos” de los sujetos de estudio, el alto nivel educativo y la regularidad migratoria responden al ideal “sarmientista”, muchos ucranianos reconocen ser víctimas de prácticas discriminatorias que afectan áreas críticas de la vida cotidiana:

“A mi me costó mucho encontrar un departamento, no me querían alquilar por ser extranjero... una propietaria una vez me dijo: no sé si después te vas a tu país y me dejas todo sin pagar” (Vladimir, 48 años)

*“A mi en el trabajo cada vez que hago alguna sugerencia me dicen que yo no soy argentina y que me tengo que callar la boca, que no tengo derecho a opinar... así, directamente y yo les contesto que me pienso quedar acá, que pago mis impuestos pero no les interesa, **siempre me ven como una extranjera**” (Maria, 53 años)*

Ahora bien, en el marco de la implementación de “estrategias de “supervivencia” fue fundamental reconstruir la cotidianeidad estableciendo vínculos de mediana predictibilidad.

A continuación detallamos algunas instituciones y organismos que, aunque improvisadamente, organizaron el proceso migratorio.

El rol de las instituciones y la colectividad ucraniana en el proceso de inmigración

En lo que concierne a la integración en las diferentes esferas de la nueva sociedad es primordial la vinculación con “redes” de la colectividad que permiten desarrollar la organización social del proceso migratorio (Gurak y Caces, 1998). Como hemos visto, la inexistencia de una red intracomunitaria obligó a los ucranianos a acudir a diversas instituciones y organismos.

A partir de los relatos de los entrevistados, surgen las primeras críticas hacia la ineficaz política migratoria del Estado argentino y la escasa participación del consulado y la embajada de Ucrania:

“La mayoría de nosotros fuimos a reclamar al consulado, a la embajada de Ucrania pero nadie nos llevaba el apunte... En argentina nos decían que la responsabilidad era de Ucrania y en Ucrania de la Argentina pero ninguno nos ayudó en nada. Ni casa ni trabajo, nada nos dieron. Cuando llegamos a Argentina ni un hotel nos recomendaron...” (Lucia)

Ante estas adversidades, algunas asociaciones como parroquias, iglesias étnicas y casas culturales actuaron improvisamente como “redes sociales” facilitando el acceso a ciertos recursos. La prevalencia de proyectos de carácter asistencialista (a excepción de Oranta) dificultó la emergencia de planes de transformación social a largo plazo aunque permitió zanjar problemas inmediatos relacionados con el idioma, el trabajo y la vivienda.

El dictado de cursos de idioma y capacitación fue hábilmente aprovechado por algunos ucranianos y a través de ello pudieron obtener empleos más calificados y con una concerniente continuidad laboral.

“Nosotros acá dábamos cursos de castellano en los años 90... Tratamos de brindar esa ayuda para que estos nuevos inmigrantes se pudiesen insertar...” (Natalia, colaboradora de la Asociación Ucrania de cultura “Prosvita”) ⁴

“Yo fui al arzobispado⁵, ese que está en el sur... hice unos cursos gratis...de estética y con eso pude conseguir trabajo más rápido. Mi marido hizo de computación para actualizarse...” (Sofía, 51 años)

Algunos estereotipos que operan fuertemente relacionados con la “mentalidad soviética” y ciertas rivalidades y tensiones interconectados con aspectos históricos, políticos, impidieron articular estrategias entre las asociaciones y los “nuevos ucranianos”.

“A partir de 1994 tuvimos que brindarles asistencia de todo tipo...Nosotros les dimos cursos de idioma y hasta vivienda pero a ellos no les interesa la Argentina... Vinieron por dos razones: por la dolarización y como nexos para irse a los Estados Unidos... Además ellos están impregnados de la mentalidad soviética, vienen acá para que les demos todo” (Mario, colaborador de La iglesia ortodoxo Rusa⁶)

⁴La Asociación Ucrania de cultura “Prosvita” se fundó en 1924 con el objetivo de “preservar la cultura originaria de los inmigrantes”. Las actividades que se despliegan son más bien “culturales” como el baile, canto, celebración de fiestas de la colectividad y cursos de idioma ucraniano.

⁵ Este departamento eclesiástico tiene como principal preocupación “la atención pastoral de los migrantes” y sus actividades están supeditadas a la contención religiosa, a la capacitación a partir del dictado de talleres de oficios y actividades festivas como la celebración del día del inmigrante

⁶ La iglesia Ortodoxa Rusa reconoce su fundación a inicios del siglo XX. Además de cumplir una función religiosa ha brindado asistencia social (alimentos y bolsa de trabajo) a diversos colectivos de migrantes.

Como muestra el siguiente testimonio, algunas variables como el idioma son determinantes e identificables para algunas organizaciones:

*“Ellos **no hablan ucraniano**, hablan ruso y además no comprenden que hay que pagar las cuentas de teléfono, de gas, luz...”* (Ernesto, colaborador de la Asociación Ucrania de cultura “Prosvita”)

De este modo, esas “diferencias” son concebidas por algunas organizaciones como “barreras culturales” que obstaculizan el desarrollo y deben ser superadas por los nuevos ucranianos.

La concepción esencialista de la cultura y de la identidad conformadas por atributos fijos e inmutables como el idioma adquiere trascendencia en la Asociación Ucrania de cultura “Prosvita” excluyendo de este modo a los nuevos migrantes.

De lo anterior surge que la identidad se refuerza, se mantiene, pero no se construye, o por lo menos no se construye con los nuevos inmigrantes. Estos prejuicios hacia los “nuevos ucranianos” están en parte relacionados con el dominio histórico ruso y con su herencia soviética.

Recordemos que Ucrania fue anexada al imperio ruso, e históricamente los “rusos” han tenido un rol hegemónico en toda Europa del Este. Bajo el régimen soviético esta primacía se amplificó, ya que el idioma ruso era el oficial y las persecuciones a las minorías religiosas y étnicas eran frecuentes.

Por otra parte, las diferencias entre los viejos y nuevos ucranianos están atravesadas por diferencia en cuanto a la clase social: los “viejos ucranianos” se consideran superiores en términos económicos; los “nuevos ucranianos” en cambio, tienen problemáticas específicas: idioma, vivienda, trabajo, aspectos que los “viejos ucranianos” ya tienen resuelto y por lo tanto, pueden dedicarse a otras actividades.

“Nosotros no estamos para bailar ni cantar. Tenemos problemas concretos, todavía la mayoría de los compatriotas viven en iglesias, en hoteles, tenemos problemas de trabajo... por eso no tenemos lugar en las casas de cultura...”
(Sergio, 50 años)

En otras instituciones como la iglesia ucraniana⁷ 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 a precios muy altos y desalojó a familias que no podían pagar. Quieren hacer un geriátrico ahí porque eso es más rentable...” (Maria, ex habitante de la iglesia ucraniana)

Además de cobrar un alquiler por la vivienda la iglesia utiliza la fuerza de trabajo de los ucranianos para realizar el mantenimiento de la misma. Esto implica una suerte de “arancelamiento encubierto” vulnerando los derechos de los ucranianos y los principios fundamentales de la religión.

⁷La iglesia ucraniana es la única que actualmente sigue albergando a familias ucranianas. Durante la década de los 90 se dictaron cursos de español y se puso en marcha un proyecto de educación no formal en idioma ucraniano

Frente a estos obstáculos, surgió la asociación Oranta ⁸ que planteando una relación más equitativa entre sus miembros propone gestionar proyectos a largo plazo. Por sus problemáticas, se identifican más con asociaciones que nuclean a migrantes de países limítrofes.

“Esta asociación la fundamos ante las dificultades que teníamos acá. Como nadie nos daba respuestas, decidimos unirnos y hacer esta asociación para relacionarnos con compatriotas y plantear proyectos. Como la asociaciones ucranianas que ya estaban no nos escuchaban porque están en otra cosa, nosotros estamos más identificados con ellos (inmigrantes limítrofes) porque tenemos los mismos problemas...” (Lucia)

Representaciones alrededor de la salud/enfermedad/atención. Acceso y utilización de los servicios públicos de salud

En primer término, definimos a la salud y 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. Los padecimientos, las formas de sanar o morir se relacionan de forma compleja con procesos económicos, políticos y sociales. (Grimberg, 1998:24). En este sentido las representaciones que los sujetos de estudio tienen sobre la salud/ enfermedad/ atención, es decir, los modos de percibir, categorizar, dar sentido a sus saberes y prácticas, están vinculadas con su historia, con un legado de setenta y cuatro años de régimen soviético y con la transmisión de conocimientos a través de las generaciones. De este modo, los patrones de conducta relacionados con la salud y la enfermedad son adquiridos como resultado del proceso de socialización que comienza en la infancia y que configuran hábitos que se resignifican en Argentina por situaciones desiguales ante las cuales los ucranianos tienden a elaborar sus propias estrategias.

Cabe señalar el lugar preponderante que los sujetos de estudio le otorgan a la salud y el acceso “igualitario” del que gozaron bajo el régimen soviético, especialmente en el ámbito sociosanitario.

“El Estado se hacía cargo de todo... Te hacían todos los chequeos, te atendían bien, te daban todos los remedios, todo estaba limpio, perfecto, nunca faltaba ni un algodón, nada y todo sin pagar nada. La salud era muy importante, sin salud no se puede hacer nada... ¿Cómo vas a trabajar si estás enfermo?” (Lucia)

“Allá nadie espera...te hacían todos los estudios y estabas afuera...Además tardaban el tiempo necesario según lo que uno tenía... A mi mujer allá la operaron de fibroma, estuvo muchos días internada, recién cuando estuvo perfecta la hicieron salir... Además le pagaban el sueldo... Acá hay que esperar y esperar y cuando llega tu turno... te sacan rápido... todo rapidito...” (Vladimir)

Sin embargo, también de aquel régimen soviético añorado heredaron las consecuencias de

⁸La Asociación Oranta de refugiados y migrantes de Europa oriental se creó en el año 2003 y su presidenta es ucraniana. El objetivo de la misma es peticionar y reclamar sobre los acuerdos entre países que no se han cumplido. Actualmente las mayores preocupaciones están supeditadas a la posibilidad de acceder a viviendas, crear cooperativas, establecer una escuela bilingüe, un proyecto de salud y los trámites para revalidar los títulos.

la explosión del reactor nuclear en Chernobyl⁹. La asociación directa entre la radiación y el cáncer forman parte del imaginario colectivo de algunos ucranianos. Muchos de ellos llegaron enfermos, otros padecen en la actualidad los síntomas del cáncer y algunos compatriotas agonizaron en Argentina.

“Mi mamá se enfermó de tiroides y suponemos que tuvo que ver con Chernobyl...El tema con esa explosión es que recién ahora se saben las consecuencias...” (Orina)

“Muchos compatriotas murieron acá de cáncer. En la iglesia ucraniana vivía una familia, murieron los dos padres de cáncer y los niños quedaron solos. Mi hijo tiene problemas de crecimiento, intuimos que es por Chernobyl, nosotros estábamos bastante cerca. El tema en Argentina es que no hay tratamientos especiales...nosotros llegamos acá, nadie nos hizo estudios... veníamos de una zona de riesgo... pero acá no hay prevención...” (Sonia, 49 años)

Virando la atención hacia el sistema público de salud en la ciudad de Buenos Aires, recordamos que el mismo se basa en los principios de universalidad y gratuidad contemplados en el artículo 20 de la Constitución de la Ciudad. Esto incluye la obligación por parte del Estado de garantizar gratuitamente las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención, rehabilitación con criterios de accesibilidad, equidad, integridad, solidaridad, universalidad y oportunidad. (Margulis, Barber, Adaszko, Recorder, 2003:107)

Siguiendo la perspectiva teórica de Menéndez (1994) consideramos que ahondar en el acceso a los servicios públicos de salud implica considerar que los procesos de atención constituyen no solo un espacio profesional sino jurídico político y sociocultural. Por ello es necesario para el estudio de los servicios de salud partir de la relacionalidad de todas las instancias del proceso asistencial.

Cabe señalar que las políticas neoliberales que se vienen afianzando desde la década de 1990 han afectado áreas claves de la vida social como la salud. En este sentido, el acceso y la utilización de los servicios públicos de salud presentan dificultades que perturban a toda la población inherente a un sistema sobredimensionado con problemas de escasez de insumos, recursos humanos insuficientes, demoras prolongadas, etc.

En tal sentido, los procesos de salud/enfermedad /atención se insertan en Argentina en un contexto complejo que involucra la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social relacionados con la explotación económica y bajo relaciones de hegemonía/subalteridad en términos ideológicos y culturales que opera a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales. (Margulis, Barber, Adaszko, Recorder, 2003:11)

Al respecto, aseveramos que los ucranianos presentan las menores posibilidades para alcanzar un trabajo formal, para adquirir una vivienda digna, para conseguir ayuda social.

⁹ Algunas de las consecuencias de la explosión de Chernobyl fueron: el realojamiento de poblaciones muy numerosas, la pérdida de los terrenos agrícolas, la 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, entre otros. En lo pertinente al impacto sobre la salud, podemos tipificar ciertas patologías que se han incrementado notoriamente: incidencia del cáncer de estómago, pulmones, mama, recto, colon, tiroides, médula ósea y del sistema linfático; trastornos cardiovasculares; impactos de la radiación sobre el aparato reproductor. La acumulación de radionucleidos en el cuerpo de la mujer lleva a un aumento de la producción de la hormona masculina testosterona, que causa la aparición de atributos masculinos. En cambio, se hizo mucho más frecuente la impotencia entre los hombres de entre 25 y 30 años que viven en las regiones contaminadas por radiactividad; retardo del desarrollo sexual en los niños de los territorios contaminados; etc.

Como dijimos inicialmente, la mayoría se insertó en la economía informal y por lo tanto, carecían de cobertura médica.¹⁰ De tal modo, utilizaron diversos hospitales públicos, especialmente durante el primer período de la inmigración, según la localización geográfica donde residían utilizando criterios de selección variados como la gravedad del motivo a consultar, las redes sociales (recomendación de conocidos) y la propia experiencia como pacientes.

“Yo iba al Fernández porque me había dicho que era bueno y realmente lo era. También me atendía en el hospital Argerich... mi hijo se operó de apendicitis ahí porque estaba cerca de casa y era buena la atención...” (Orina)

Según los testimonios, todos los integrantes de las familias acuden a controles periódicos y realizan tratamientos según la patología.

Destacamos el pleno conocimiento que los sujetos de estudio tienen sobre los criterios de universalidad y gratuidad de salud que rigen en la Argentina aunque la mayoría piensa que estos principios no se practican como corresponde:

“Yo me río... 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... 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...” (Lucia)

Los motivos de consulta más recurrentes están orientados al sector de pediatría ya que siempre los niños son quienes necesitan mayor control médico y además, como asimilan rápidamente el idioma, en la mayoría de los casos operan como interlocutores para mediar entre los padres y el profesional médico.

Otras consultas usuales son orientadas al sector oncológico.

“Yo tengo nódulos cancerígenos y tengo que hacerme estudios frecuentes, tuve malas experiencias en el hospital público, en el Álvarez y el de oncología, una vez me hicieron mal un diagnóstico y casi me muero...” (Maria)

En los relatos prevalecen, por un lado, las molestias por los tiempos de demora en la atención, la escasez de turnos, la falta de insumos e higiene en algunos hospitales públicos y por el otro, la añoranza por la calidad de la atención bajo el régimen soviético, especialmente en lo que respecta a la relación de confianza entre el médico y el paciente, la ponderación del tiempo y el respeto por el otro.

“Allá estaba todo bien organizado, por ejemplo, mi marido es pediatra y él tenía que controlar a una cantidad de chicos de por ejemplo, cinco cuadras de la ciudad. Una vez al mes tenía que ir casa por casa con una enfermera para hacer los controles a niños recién nacidos. Además a los chicos hasta el primer año se les daba la vianda que incluía leche y alimentos específicos para bebés... allá no había desnutrición infantil. Acá en Argentina es todo lo opuesto. Acá te atienden mal,... allá en a los hospitales, los médicos preguntaban todo, tenían paciencia, conocían a cada paciente.” (Maria)

¹⁰ Actualmente y ante la imperiosa necesidad de salir del circuito del sistema público, muchos inmigrantes están adheridos al sistema de monotributo obteniendo así una cobertura médica.

A menudo se yuxtaponen las críticas: se responsabiliza al el modelo biomédico hegemónico, al sistema capitalista en general y al gobierno argentino por la escasa participación en políticas de salud.

“La organización de la medicina es distinta porque acá ya esta afianzado el capitalismo, vos acá sos un número, te tienen que atender rápido, no te hacen los estudios pertinentes porque es costoso y después te recetan...y también es por los políticos que acá hacen poco. Este es un país rico y los políticos tendrían que organizar mejor todo, especialmente, los hospitales. (Sonia)

A pesar de los múltiples conflictos, la interacción entre médico–paciente parece no estar atravesada por representaciones estereotipas ni por prácticas discriminatrias.

“Nosotros no tenemos mayores problemas con los médicos, digo, no nos discriminan ni nada, nunca tuvimos problemas por ser extranjeros en los hospitales...los problemas que tenemos son los que tienen todos los argentinos: te atienden rápido, te recetan y listo.” (Vladimir)

Ante las deficiencias de la atención en los servicios públicos de salud y considerando que el sistema de salud tradicional que responde a un modelo etnocéntrico no permite conductas y practicas distintas a la norma, algunos ucranianos utilizan la autoatención (Menéndez, 1994) y la “medicina sana o natural” (tal como ellos la denominan).

En tal sentido, estas medidas orientadas al diagnóstico y la atención que realiza la propia persona o personas inmediatas del entorno familiar y las prácticas naturistas son utilizadas como paso previo a las consultas médicas o combinadas con la utilización de los servicios de salud.

“Yo tomo mucho té de hierbas porque me hace bien... Acá toman mucho café y no es bueno...Por ejemplo, yo seco las heridas al sol... si veo que la herida es grave ahí voy a la guardia...” (Sofía)

“Como yo soy enfermera siempre socorro a mi familia...sí, prefiero las cosas naturales... en Argentina tienen la costumbre de medicar mucho, especialmente a los niños... y a los niños no hay que medicarlos tanto... Mi hijo no dormía de noche yo hacia un preparado natural y nada más... nada de remedios para dormir a los bebés” (Elena)

“Nosotros tenemos mucha influencia de lo oriental, privilegiamos las cosas sanas, la no invasión al cuerpo... No sé si es una medicina de Ucrania, es más “natural” (Wladimir)

“Yo aprendí a “curarme” porque me lo enseñó mi mamá, a mi mamá se lo enseñó mi abuela... son cosas que se van pasando entre padres e hijos por ejemplo, curar el empacho, curarse las heridas, hacer preparados de te para tomar...” (Sonia)

“Que no seamos amigos de ir a la farmacia todos los días no quiere decir que no vayamos al médico... primero yo trato de resolverlo, si no puedo, voy a consultar... pero creo más en mí que en la medicina de acá... Prefiero las hierbas naturales, hacerme las curaciones yo que en los hospitales de acá” (Orina)

De este modo y como plantea Menéndez (1994:71) “Los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos”.

Otras dificultades en Argentina están concernidas al surgimiento de problemas que “allá no existían” como el stress y nerviosismo. La preocupación por la inestabilidad laboral, económica y la inseguridad en las calles repercute fuertemente en la salud.

“El ritmo de vida acá es para locos... nunca uno sabe que va a pasar mañana... allá vos sabías cuando ibas a cobrar y para que te alcanzaba el dinero... acá es la incertidumbre constante” (Elena)

“Yo acá me enfermo de nervios, de tensión... Pasan cosas que allá no pasaban: robos, el tránsito es un desastre, uno no sabe cuando te van a pagar el sueldo, que van a hacer los políticos, todo es caótico e inestable” (Sonia)

De esta manera y tal como plantea Singer (1990:185) la enfermedad no es solamente consecuencia de un agente infeccioso o una perturbación fisiopatológica sino el 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.

Asimismo, el hecho de estar en un escenario distinto, extrañar a familiares, amigos y los lazos afectivos que organizaban su vida cotidiana, género algunas tristezas que desencadenaron cuadros de depresión. En palabras de los entrevistados:

*“Yo estoy muy triste, mi hijo también, acá no quiere hacer nada, extraña mucho y piensa ¿para qué hacer esfuerzo? Si después tal vez hay que irse... y empezar de cero otra vez... Nosotros **lo perdimos todo**, casa, trabajo, amigos, parientes...”* (Lucía)

*“La vida de nuestra familia murió acá. Mi marido que era el sostén, el que siempre estaba alegre, está ahora deprimido, trabaja 12 horas como vigilador siendo ingeniero y no lo puede soportar, su angustia la compartimos todos... **no vemos futuro**”* (Elena)

Reflexiones finales

El propósito de este trabajo fue aproximarnos al fenómeno de la inmigración ucraniana de la década de 1990, visibilizarlo e intentar abrir una mirada antropológica hacia este colectivo de inmigrantes.

La investigación en curso nos revela que trasladarse a otro país sin conocer el idioma, sin poseer lazos sólidos en el país receptor, con la imposibilidad de conseguir un empleo y viviendo en condiciones insalubres y antes desconocidas, afectó y afecta la subjetividad de los ucranianos.

La ineficaz política migratoria que consintió la llegada de los ucranianos paradójicamente los dejó “a la deriva” razón por la cual tuvieron que enfrentar múltiples obstáculos para insertarse y “sobrevivir” en nuestro país.

En Argentina no lograron condiciones de vida equivalentes a las que poseían bajo el régimen soviético y las condiciones de marginación relacionados con vivienda y trabajo fueron insuficientemente sopesadas a través de múltiples estrategias laborales y habitacionales.

En este sentido asumieron un rol preponderante las asociaciones e iglesias que, actuando improvisadamente como “redes”, desempeñaron la función de mediar y orientar facilitando el acceso a ciertos recursos, principalmente durante los primeros años. La política asistencialista de estas asociaciones, las visiones estereotipadas, obstaculizaron la formulación de proyectos de transformación a largo plazo.

La mayoría establece como punto de inflexión la crisis el 2001. Como muchos argentinos, los ucranianos que lograron sobreponerse a la crisis pudieron optimizar sus condiciones de vida con mucho esfuerzo y sacrificio; otros continúan atravesando situaciones de relativa marginación.

Con respecto a los servicios públicos de salud, el acceso no estuvo restringido por obstáculos formales administrativos ya que todos reconocen tener una regularidad migratoria. Los mayores problemas están concernidos con la calidad y la efectividad de la atención.

Frente a estas adversidades, la población ucraniana utilizó la autoatención fundamentalmente a partir de terapias de la medicina natural con la científica. En este sentido, la mixtura de ambas terapias les permitió dar respuestas a sus múltiples padecimientos.

La ruptura de las redes sociales habituales, el acceso al trabajo informal y precario, las viviendas insalubres y el enorme trabajo de reconstrucción de la vida cotidiana impactó negativamente en la salud de muchos ucranianos. Esto se agudizó para quienes padecen patologías específicas como el cáncer producto de la explosión en Chernobyl. La carencia de planes de prevención y atención acentuó las patologías y en algunos casos, los aproximó a la muerte.

La mayoría, o los pocos que quedaron, piensan permanecer definitivamente en Argentina.

Actualmente la Asociación Oranta les confiere un sentido de pertenencia y les permite gestionar proyectos nuevos.

Bibliografía

- Atxotegui, J. 2000. “Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial”, en E Perdiguero y J. M. Comelles (comps): *Medicina y cultura*. Barcelona: Bellaterra.
- Boudieu, P. y Wacquant, L. 1995. *Respuestas: Por una antropología reflexiva*, México: Grijalbo.
- García Canclini, N. 1999. *La globalización imaginada*. Buenos Aires: Paidós.
- Goldberg, A. 2007. 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. ISSN: 978-84-690-7624-8
- Goldberg, A. 2007. *Tú sudaca, las dimensiones histórico-geográficas, sociopolíticas y culturales alrededor del significado de ser inmigrante extranjero (y argentino) en España*. Buenos Aires: Prometeo libros.
- Gurak, D. T. y F. Caces. 1998. “Redes migratorias y la formación de sistemas de migración”. En: G. C. Malgesini. *Cruzando fronteras. Migraciones en el Sistema Mundial*. Madrid: Icaria.
- Grimberg, M., Margulis, S., Wallance, S. 1997. “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. 1998. “VIH-SIDA y Proceso Salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía”. En: Seminario - taller de capacitación de formadores. Buenos Aires LUSIDA.
- Holloway, J. 2002. *Cambiar el mundo sin tomar el poder*. Buenos Aires: Herramienta
- Margulis, S, Barber, N, Adaszko, A, Recorder, L (2003): *Acceso al sistema público de salud*. Instituto de estudios e investigaciones, Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Sección de Antropología social, ICA, FFyL, UBA.
- Marcogliese, M. 2003. “La migración reciente de Europa central y Oriental a la Argentina”, en *Revista Argentina de sociología* año 1, Nº 1. ISSN: 1667-9261.
- Mármora, L. 2004. *Las políticas de migraciones internacionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, Veiga, U. 1997. *La integración social de los migrantes extranjeros en España* Madrid: Trotta.
- Martínez, Veiga, U. 2001. *El Ejido. Discriminación, Exclusión social y racismo*. Madrid: Libros de la Catarata.
- Menéndez, E. 1994. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” En: *Alteridades*. Año 4, Nº 7, México: UNAM. Pp 71-83
- Singer, M. 1990. “Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment”. En: *Social Science and Medicine*, volumen 30, Nº 12. Pp179-187
- 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. ISSN: 1981-7088
- Vasylyk, M. 2000. *Inmigración Ucrania en la República Argentina: Una comunidad por dentro*. Buenos Aires, Editorial Lumen.
- Wolf, E. y Patriarca, C. 1991. *La gran inmigración*. Buenos Aires: Sudamérica.

