

LATINOAMERICANOS EN BARCELONA: PERFILES Y DEMANDAS DE SERVICIOS*

Graciela Sarribe
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Resumen:

El incremento de los diferentes colectivos de inmigrantes por origen ha sido desigual en la década de los noventa, tanto en Barcelona, como en la región a la que pertenece, Cataluña. Se ha considerado necesario analizar las demandas de servicios sociales, tanto públicos como privados, de estos colectivos, en la ciudad de Barcelona, en la década de los noventa. En un trabajo anterior, se han estudiado a los inmigrantes por continentes, perfilando una demanda desigual, según las personas provengan de África, América Latina o Asia. En esta segunda parte de la investigación, se va a identificar a los latinoamericanos de acuerdo con su nacionalidad y perfilar así diferencias al interior de un grupo tan heterogéneo. Destacar el diferente peso, la evolución y la relación de las distintas comunidades con los servicios locales, públicos como privados, constituye el objetivo de esta parte de la investigación. Se trata de servicios sociales, información, salud y Cáritas. Más personas no tienen por qué representar necesariamente más demandas.

Palabras claves: inmigrantes latinoamericanos, Barcelona-España, demanda, servicios públicos, Cáritas.

I.- INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de migraciones, sobre todo en los países de inmigración reciente como son los del sur de Europa, se piensa enseguida en personas provenientes de África, sobre todo del Magreb. Las asociaciones, las políticas, los comentarios, las medidas, la mayor parte de las veces están encaminados a dialogar, pactar o mejorar las relaciones con esas comunidades de origen.

Es cierto que por razones étnicas (aspecto, vestimenta, cultura) ciertos inmigrantes resultan más visibles que otros (Sarribe, 2000). Los primeros latinoamericanos que llegaron a España en la década de los setenta, no sólo fueron bien recibidos, sino que además fueron tratados, en muchos pero no todos los casos, como las personas que venían de aquellos sitios donde habían ido sus parientes. La reciprocidad constituyó un sentimiento inicial que luego se perdió.

* Esta ponencia fue presentada en la mesa de Cambio Demográfico del XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS) que tuvo lugar en Antigua, Guatemala, los días 29-10 al 2-11 de 2001.

No es cierto que el número condicione las reacciones de racismo de manera directa o proporcional. Pero el mayor número de inmigrantes de ciertas comunidades y orígenes diferentes a los recibidos históricamente por esa sociedad provocan desconcierto, un cierto recelo y a veces rechazo. En este sentido, los latinoamericanos tienen mejor imagen que otros inmigrantes que provienen de otros continentes (Observatorio..., 1991-1997); pero también hay que admitir que conforme han ido incrementando su número, pierden puntos; o sea, su imagen se vuelve más negativa.

También hay que admitir que el conocimiento mutuo entre españoles y latinoamericanos favorece la confianza. La lengua constituye una forma de relación entre todas las comunidades. Durante mucho tiempo, tanto en Francia como en otros países de Europa, así como en España, las personas llegaban de los sitios que históricamente habían mantenido relaciones con el país europeo y su perfil era diferente de otras comunidades que iniciaron migraciones más tardías (Sarrille, 1998) y no tenían lazos culturales con la sociedad de acogida.

Estas reacciones de buscar elementos culturales comunes no son exclusivas de España. En Italia, algunos trabajos han admitido que se prefiere a las mujeres filipinas para las labores del hogar porque son católicas (Taccoli, 1999). Más allá de cualquier juicio de valor, se puede entender, primero, que existan preferencias y segundo, que se elija a la persona más parecida a la familia con la cual se tiene que convivir. Las relaciones se presuponen más fluidas entre personas que comparten una serie de valores inscritos en el mismo contexto cultural o en uno similar. Cuando la convivencia es necesaria, todo lo que se puede compartir favorece la elección de la persona que tiene que integrarse en ese hogar.

Los latinoamericanos en España resultan inmigrantes de larga data, pero muy recientes si se considera el sentido inverso de los españoles que vuelven de América Latina. Sin embargo, es ahora, en el momento en que se plantea la política migratoria para los contingentes de personas venidas de fuera de la Unión Europea, cuando su situación se hace más visible y cuando se cuestiona su llegada tanto o más que sus derechos.

Hasta que los ecuatorianos no fueron tan numerosos, sobre todo en el trabajo agrícola de ciertas provincias del Levante, en España, no se pensó en comunidades latinoamericanas. No es que no hubiera personas de esos orígenes, pero lo *políticamente correcto* era iniciar conversaciones con las personas distintas y esas personas, los otros, provenían de sitios con los que España no había tenido casi relación o no habían sido colonias o no hablaban ya el español o no eran cristianos, en una palabra: eran diferentes.

El incremento de la llegada de peruanos, dominicanos y ecuatorianos ha abierto un nuevo campo, dentro de las migraciones extra-europeas y sobre todo extra-comunitarias. Los latinoamericanos, que evidentemente tienen un perfil diferente, se han empezado a notar en la sociedad de acogida. Antes no eran tantos y además pasaban desapercibidos. No creaban conflictos, no tenían portavoces que los defendieran ante las autoridades, ni interlocutores reconocidos. Eran vistos y sentidos más como individuos que como comunidades, que a veces vivían con las familias donde trabajaban y que, por ello, no formaban guetos ni ocupaban espacios de otros grupos.

El resultado de un trabajo realizado a partir de los datos del Ayuntamiento de Barcelona pudo probar que las personas recurrían a los diferentes servicios en forma independiente al número, si se tienen en cuenta todos los orígenes continentales. Las personas provenientes de Asia eran las que menos recurrían tanto a servicios sociales como de información y esto resultaba independiente de su presencia creciente. En cambio, los latinoamericanos sí crecían en la demanda, pero solicitaban más información que otras comunidades. En cambio, las personas que provenían de África constituían el primer grupo de demandantes extranjeros durante años en el servicio de *Cáritas*, pero fue cambiando en la década de los noventa (Sarrible y Pont, 2001). Una hipótesis previa al trabajo, diferenciaba a las comunidades en la demanda de servicios sociales, salud e información, de acuerdo con sus orígenes. Es cierto que existen diferencias, pero resulta difícil llegar a conclusiones a partir de servicios tan diferentes como salud, información o los de carácter económico.

No hay nada concluyente, sobre todo a partir de los datos oficiales (únicos disponibles sobre esta cuestión), pero es evidente que los latinoamericanos demandan de forma creciente, respecto de colectivos de otros orígenes continentales, tanto servicios sociales (ayudas económicas), como de información o de salud. Este incremento se debe tanto a su mayor presencia como a su mayor demanda. Son más y piden más. Es cuestión de tiempo y de acceso a la información. Pero también se trata de la confianza que depositan en esos servicios, algunos como el de información mixto, público y privado, donde participan administración, abogados y Cruz Roja, entre otros.

Entre las diferentes comunidades de inmigrantes internacionales que residen en las diferentes regiones de España, los latinoamericanos se distinguen de los asiáticos y de los africanos. Los latinoamericanos han crecido en la última década y se han habituado a demandar información y otros servicios. Comparten dificultades con otras comunidades de fuera de Europa, como por ejemplo, para conseguir alojamientos, los requisitos para su regularización o ciertas condiciones en el empleo. Sin embargo, tienen su propio perfil, una imagen diferente y son conscientes de ello.

En otros estudios se ha resaltado el hecho de que las comunidades bien valoradas, o al menos mejor que otras, tienden a diferenciarse del resto de grupos de extranjeros, resaltando no sólo su pertenencia sino también sus valores y aquellos aspectos que comparten con la sociedad de acogida (Rocha Reis y Sales, 1999). Es lógico que ayuda a la convivencia el hecho de ser bien visto por los demás. La pertenencia a ciertas comunidades contribuye a la formación de estereotipos tanto positivos como negativos.

El objetivo de este trabajo es analizar las demandas de personas latinoamericanas residentes en Barcelona, en los últimos años, de servicios tanto públicos como de ayuda de una ONG: *Caritas Diocesana*, por nacionalidad de origen. Así como en un anterior trabajo se los caracterizó y se los distinguió de las comunidades de otros orígenes continentales, en éste se trata de visualizar a los distintos colectivos que provienen de Latinoamérica y de percibir las diferencias por nacionalidad.

II.- SOBRE LOS DATOS

En este trabajo se presentan los Datos del Observatorio Permanente de la Migración del Ayuntamiento de Barcelona, publicados por la misma administración. Incluyen los correspondientes al Hospital Clínico, como servicio de salud, del SAIER, punto de información tanto para inmigrantes como refugiados y *Cáritas*, como ONG. Existen otros datos, que se pueden aportar a título indicativo, pero que no poseen la periodicidad de los anteriores, como un servicio ambulatorio de salud y sólo un año de registro de los servicios sociales del Ayuntamiento. Todos estos servicios se prestan a las personas extranjeras, sin ninguna demanda especial de pago o identificación.

El problema de la población de referencia o del alcance de estos datos se plantea al abarcar a todos los extranjeros que utilizan estos servicios, independientemente que residan o no. Eso implica que en el Hospital se atenderán a los turistas que lo requieran. Toda persona, tenga o no dinero para pagarlo, será atendida. Tampoco se les exige identificarse, de tal manera que quienes residen ilegalmente en el país también son atendidas. En este sentido, un número creciente se niega a dar los datos básicos, por lo que las personas que no contestan crecen en algunos servicios.

La población de los denominadores de las tasas plantea iguales problemas o más graves. Por una parte, existe el derecho de inscribirse en los registros del Ayuntamiento, independientemente de la situación; o sea, se disponga o no del permiso para residir. Por otra, resulta lógico que la mayoría de las personas que no tienen permiso no se inscriban, en primer lugar, porque desconocen sus de-

rechos y en otro sentido, porque no pueden declarar una vivienda donde puedan localizarlos.

Por las razones apuntadas, los datos y los análisis deben ser tomados con mucha precaución. Ni todas las demandas corresponden a personas que residen, porque pueden incluir turistas en los servicios de salud, ni los denominados incluyen a todas las personas que están residiendo sin permiso, sino sólo a algunas de ellas. Ello contribuye a una cierta imprecisión en la interpretación de los indicadores. De ahí que se calculen dos para todos los servicios. Por una parte, una distribución de todas las demandas para conocer el crecimiento relativo respecto a otros orígenes de cada una de las nacionalidades consideradas. Por la otra, tasas respecto a la población de referencia que el Ayuntamiento ha estimado para cada año.

Las nacionalidades también pueden plantear ciertos problemas. No son todas, sino las que la administración ha decidido en función del número de personas presentes en la ciudad. Eso lleva a la suma de ciertos grupos que son relativamente reducidos, en un primer momento, pero no al final del período. Las comunidades más numerosas cuentan con su categoría. Las disparidades se presentan porque los datos presentan categorías diferentes según los servicios, o sea; la nacionalidad depende de la distribución de las personas que se presentan en cada servicio. En todos los casos, se ha elegido la opción de la desagregación y de presentar la mayor información disponible.

Todos los datos se refieren a la primera visita o el primer contacto de la persona con ese servicio. Eso significa que no se computan servicios, sino únicamente personas que han acudido la primera vez. En el caso de la salud, queda claro, porque múltiples visitas de una misma persona (un tratamiento o incluso una internación) no generan más que una sola entrada, la primera. Esto es una ventaja porque se puede contar a quienes se acercan o acuden a un servicio, independientemente de las veces que lo utilicen. Como nos interesan las personas y su confianza en los servicios, el hecho de que acudan múltiples veces representa otro aspecto a medir, de carácter secundario, respecto de lo que se desea analizar en este trabajo.

Otro problema, no por resuelto menor, se refiere a las poblaciones de referencia estimadas por el Ayuntamiento. En un primer momento y ante la falta de datos para algunos años, la autora había estimado las poblaciones intermedias por interpolación. Eso permitió cálculos que dieran como resultados poblaciones que evolucionaban según una tendencia y de manera parecida año tras año. Al contrario, las estimaciones publicadas posteriormente por el Ayuntamiento van dando saltos en los números y cantidades de personas de cada grupo.

La razón es bien sencilla: se parte de una cifra estimada y luego se rectifica, otro año, con las inscripciones de las personas. Las migraciones pueden ser tan regulares como crecientes o decrecientes. En cambio, las inscripciones en el registro del Ayuntamiento obedecen a la información recibida y a otras disponibilidades, como los papeles (permisos) o procesos de regularización que pueden producirse puntualmente. El resultado produce saltos en la población que provoca alteraciones en las tasas o en cualquier otro indicador que se calcule a partir de esta población de referencia.

A pesar de ello, se ha optado por las cifras oficiales. Tienen la ventaja de constituir la misma referencia para todos, para éste como para cualquier otro trabajo. Tienen el inconveniente de ser muy irregulares en el tiempo, aunque respetan las tendencias generales de la población, al alza o a la baja. Los indicadores, en ese sentido, deben ser interpretados solamente en los períodos, sin tener en cuenta cambios muy bruscos, que pueden ser debido más a una alteración del denominador que a un verdadero cambio en la demanda de la población.

De ahí que los dos indicadores que se han elegido son necesarios para solventar este problema. Por una parte, se han calculado distribuciones, para conocer qué grupo o nacionalidad va demandando más en el tiempo y respecto a las otras. Por la otra, se han calculado tasas, teniendo en cuenta las demandas respecto de la misma comunidad como población de referencia, para saber si crecen en relación a la misma población que las genera.

III.- DESARROLLO: LOS INDICADORES DE LAS DEMANDAS SOCIALES

Los datos oficiales, publicados por el Ayuntamiento, conciernen a varios servicios que se prestan a los inmigrantes extranjeros. Se manejan los datos para todos los años disponibles. Hay temas, como el servicio social y un servicio de salud ambulatorio que sólo disponen de datos para un año. Para todos los demás, las series son completas. Existen servicios de salud, el Hospital Clínico; servicios de información, el centro SAIER y el servicio que presta *Caritas Diocesana*, que podría calificarse con el genérico *social*, aunque el hecho más destacado para este estudio es que posea carácter privado y se trata de una ONG. En el primer caso, el servicio de salud tiene carácter público y gratuito para aquellos que carecen de recursos para pagarlo, en el segundo, de información, participan el Ayuntamiento, varias ONGs, el Colegio de Abogados y dos sindicatos. El último, se refiere a la ONG de la Iglesia Católica que ayuda a las personas con necesidad que se lo demandan personalmente.

Se elaborarán los dos tipos de indicadores mencionados precedentemente para poder analizar lo sucedido para cada nacionalidad. En primer lugar, se de-

desea conocer el incremento de demandas de cada nacionalidad respecto del conjunto de latinoamericanos (distribución porcentual). En segundo lugar, se considerará el incremento relativo a las personas del propio grupo (tasa).

Los inmigrantes extranjeros en Cataluña, acuden de manera diferencial a los servicios de salud, información y sociales, se traten tanto de públicos, privados o de carácter mixto. En la medida en que los problemas de salud no pueden postergarse, no hay elección posible y todos los que lo necesitan acuden al servicio público de salud, que es gratuito y confidencial. Sin embargo, tanto la información, que es un servicio coparticipado por varios sectores, como los servicios sociales públicos o la ayuda que presta una ONG de la Iglesia, son utilizados de manera diferente por los colectivos de inmigrantes.

Los residentes latinoamericanos saben que pueden acudir a estos servicios en cualquier condición en que se encuentren. Si no tienen los papeles en regla, no serán ni identificados ni expulsados por ello. Ello significa que su experiencia y la de otras personas de su entorno no sólo les permite conocer los servicios que pueden demandar, sino también tener confianza en ellos.

Los indicadores y los cuadros se presentarán siguiendo un cierto orden. En primer lugar, los servicios públicos y el mixto; por último la ONG *Cáritas*. El primer servicio que se considerará es el social público, ya que sólo se dispone de un año, 1996, pero se pueden calcular además de la distribución absoluta, otra por sexo, la tasa y la estructura de edades. Después se presentarán los servicios de información y salud. Por último, el servicio social de *Cáritas*.

1.- Servicios sociales municipales

Los indicadores acerca de los servicios sociales municipales están presentados en tres tablas. En la primera, la Tabla No.1, aparece la distribución de la demanda de los servicios sociales de acuerdo con el total que corresponde al año 1996. La parte que corresponde a todas las personas que han demandado estos servicios y han declarado tener una nacionalidad de un país americano alcanza a un poco más de 4 de cada 10 demandas realizadas. Pero si en vez de considerar el total, se analiza la distribución por sexo, se observa que casi la mitad de las mujeres que han pedido ayuda son latinoamericanas, mientras que entre los hombres la proporción apenas supera un tercio.

Tabla No. 1
Distribución porcentual de las demandas de servicios sociales municipales
CMSS para el año 1996 por nacionalidad, sólo América

<i>Distribución por país, continente y sexo</i>				
Nacionalidad	Total %	Hombre %	Mujer %	tx96 x mil
Norte	0,5	0,3	0,6	13,4
R. Dominicana	10,8	6,9	13,3	137,1
México/Amé. Cen.	8,1	6,2	9,2	126,07
Argentina	11,2	12,9	10,1	156,86
Perú	28,4	30,3	27,2	167,69
Brasil/Guyana	3,5	2,4	4,3	117,89
Resto Sudamérica	24,6	27,1	23,0	100,47
América sin país	12,9	13,9	12,3	
América	41,4	37,3	47,8	143,95

Fuente: Ayuntamiento de Barcelona, 1997.

* La población de América es la suma de las nacionalidades¹

Si se consideran las nacionalidades, América del Norte (sólo EEUU y Canadá, para las autoridades)², representa una proporción escasa, la menor de todas y lo mismo si se considera el sexo. Perú y el resto de América del Sur suman la mitad de todas las peticiones. En la mitad de esa proporción, se encuentran Argentina y la República Dominicana. Tanto en los hombres como en las mujeres, los países que más han solicitado ayuda son los mismos que el total y también representan alrededor de la mitad de las demandas de ese año. Las diferencias son relativas, pero hay más hombres que mujeres de Argentina y Perú que lo solicitan y lo contrario para América del Norte, la República Dominicana o América Central. En términos generales, hubo mayor proporción de mujeres americanas que solicitaron esta ayuda que los hombres del mismo origen³.

1 Esta suma es de 11400, mientras que la población de referencia respecto de otros continentes (en otro trabajo) fue de 9861.

2 Imposible cambiar las categorías por la forma de agregación: México está junto con los países de América Central, en este caso. La otra posibilidad, ponerlos todos juntos, representa una pérdida de información importante.

3 Las categorías cajón de sastre son dos: resto de Sudamérica (países no mencionados) y América sin país, que significa que se han identificado como americanos, pero no han especificado la nacionalidad.

En cambio, si se analizan las tasas, se puede decir que las demandas de las personas de América del Norte son diez veces menores a las realizadas por las personas de la República Dominicana. Por orden decreciente, las tasas más altas corresponden al Perú, luego a la Argentina, República Dominicana, México y América Central, Brasil y Guyana y el resto. La ventaja de las tasas no reside sólo en la población de referencia, con todos los límites que tiene, sino también en que tiende a homogeneizar el nivel de las demandas. Respecto de la media de América, sólo se encuentran por encima Argentina y Perú, que suman casi cuatro de cada diez demandas. El resto presenta tasas menores que la media.

Tabla No. 2
Distribución por grupos de edad de las demandas de servicios sociales municipales CMSS, para el año 1996 por país de origen, sólo Latinoamérica

<i>Estructura de edades (por grupos) de los latinoamericanos⁴</i>						
Pais	-20	20-29	30-39	40-49	50-64	65 Y +
R. Dominicana	23,7%	18,6%	31,1%	14,7%	1,7%	1,7%
Méx/Ame. Cen	22,0%	15,2%	22,0%	15,2%	5,3%	17,4%
Argentina	17,4%	10,9%	14,7%	20,7%	14,7%	14,7%
Perú	25,8%	15,2%	28,5%	15,9%	5,4%	0,9%
Brasil/Guyana	19,0%	19,0%	25,9%	13,8%	5,2%	3,4%
Resto Suda.	20,5%	13,4%	24,8%	20,0%	10,4%	6,4%
Amé. sin país	13,7%	14,6%	27,4%	20,8%	8,5%	6,6%
Latinoamérica	21,19%	14,70%	25,54%	17,82%	7,65%	6,06%

Fuente: Ajuntament de Barcelona, 1997.

Los grandes grupos por edad son decenales, salvo el primero y el último que son abiertos y el anteúltimo de quince años que llega hasta la edad de jubilación (Tabla No.2). En esta tabla sólo se han considerado las demandas de personas provenientes de Latinoamérica. La República Dominicana y el Perú, son los países con mayores proporciones en el grupo de menos edad, los que tienen menos de 20 años. Le siguen México y América Central junto con el resto de Sudamérica, todos por encima del 20% y superiores o próximos a la distribución media. Al mismo tiempo que tiene un máximo de jóvenes, la categoría de México y América Central, junto con Argentina, presentan las mayores proporciones de personas con 65 años y más, lo que constituye una relativamente extraña distribución con demandas en los grupos de edad extremos.

4 El escaso número de casos de personas provenientes de EEUU y Canadá no permitía una distribución regular, por lo que se ha eliminado de este cuadro. De ahí, el título.

La República Dominicana tiene la mayor proporción de personas, casi un tercio, en el grupo central de 30-39 años, mientras que los demás oscilan en torno a un cuarto en ese grupo de edad, excepto Argentina, que presenta una proporción muy baja. En términos generales, la estructura de edades puede darnos pistas sobre la antigüedad de la migración o, en otros casos, sobre quién migra. La Argentina es una de las comunidades con residencia más antigua y la República Dominicana de las últimas en llegar.

La media de América resume la situación: casi la mitad de las demandas se sitúa en dos grupos de edad, el de menores de 20 años y el de personas de edad media, de 30 a 39 años. El escaso número en las edades elevadas se debe a que la estructura de edad de estas migraciones y de los residentes, en la analizada década de los noventa, resulta relativamente joven y hay pocas personas de esas edades. La Argentina tiene una distribución muy diferente al resto, al tener proporciones relativamente mayores en edades superiores. Los otros colectivos, salvo la categoría que engloba México y América Central, no tienen casi demandas en el último grupo abierto de edad. Las demandas entre un cuarto y un poco menos de un tercio, se sitúan en el grupo de 30 a 39 años. A partir de los 50 años, hay muy pocas demandas, salvo en el caso de Argentina, que prácticamente duplica la media.

2.- Información inmigrantes y refugiados

Los datos sobre el punto de información SAIER aparecen publicados desde el año 1994, para un período de seis años. En este lapso de tiempo, se puede observar la evolución de las demandas para cada nacionalidad (Tabla No. 3) respecto de las otras y respecto de la propia población (Tabla No. 4). Esto nos permitirá considerar la confianza que ha generado este servicio, que no es económico sino sólo orientativo. Se supone que por la información y el asesoramiento que ofrece, la cantidad de personas que no tienen su situación regularizada y acuden a él, puede ser importante.

Se ha considerado pertinente no realizar un análisis contrastado entre inmigrantes y refugiados, para los datos del centro de información SAIER, donde sí se hace una distinción entre ambos (Tabla No. 3). Las razones son varias. En primer lugar, si no se piden identificaciones, la distinción entre cada categoría depende de la declaración. En segundo lugar, la condición de refugiado puede basarse sólo en una solicitud y no en una concesión, por lo que expresa un deseo y no una realidad. En tercer lugar, la cantidad de refugiados es bastante reducida, por lo que se pueden sumar ambas. En último lugar, la suma de ambas categorías se puede referir a la población residente, no así si las separamos.

Si al principio las consultas más importantes (Tabla No. 3), cuatro de cada diez, corresponden a personas que provienen del Perú, al final el máximo, de sólo tres de cada diez, se ubica en la categoría residual, lo que apunta a migraciones de países que antes tenían comunidades pequeñas y por eso no fueron considerados como categorías independientes. Es de destacar, que las consultas de latinoamericanos suben hasta casi la mitad del total de consultas realizadas en 1996 y descienden posteriormente.

Eso significa que el servicio de información es una referencia para este colectivo, más que para las personas que provienen de otros continentes y que los latinoamericanos lo usan con asiduidad. De un poco más de uno de cada tres que consultaba el punto de información en 1994, se ha pasado a más de cuatro de cada diez, al final del período, para las personas provenientes de América. Sin embargo, la tendencia no es uniforme, ya que en los años intermedios, 1996 y 1998, han podido presentar proporciones superiores que en el último, 1999.

Tabla No. 3
Distribución porcentual de las consultas al centro de Información SAIER
1994-1999, por nacionalidad, sólo América

<i>Distribución porcentual de consultas informativas SAIER (inmigrantes+refugiados) 1994-99</i>						
Nación/ año	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Norte	2,90%	2,74%	3,28%	1,62%	1,71%	1,21%
R. Dominicana	6,76%	4,26%	4,74%	4,12%	5,43%	3,06%
México	1,79%	3,20%	1,22%	2,65%	2,41%	1,64%
Cuba	5,38%	10,05%	8,76%	8,54%	6,33%	5,96%
Resto Amé/Central	2,21%	1,98%	1,95%	1,91%	3,02%	2,69%
Argentinos	7,17%	7,00%	8,88%	8,54%	7,64%	6,59%
Perú	41,79%	34,09%	34,55%	24,89%	22,61%	16,24%
Brasil	8,28%	8,07%	7,18%	10,01%	10,45%	6,86%
Colombia	6,48%	9,74%	10,10%	12,08%	12,46%	20,68%
Uruguay	4,69%	2,74%	4,14%	5,45%	3,62%	1,79%
Chile	5,24%	5,78%	4,38%	5,01%	5,03%	4,22%
Resto Sudamérica	7,31%	10,35%	10,83%	15,17%	19,30%	29,06%
Total América	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Ame/Total %	37,12	38,06	46,00	40,71	43,99	41,87

Fuente: Estadísticas del Ayuntamiento de Barcelona, varios años.

El incremento de las personas que provienen de Colombia es lo más notable de todo el período y de esta distribución, en contraste con el descenso relativo

del Perú. También se podría destacar el incremento en los años intermedios de las personas que provienen de Cuba, pero ha sido puntual y más tarde ha descendido, hasta situarse en los niveles del inicio. Se puede observar un relativo descenso en las consultas informativas de las personas provenientes de la República Dominicana y oscilaciones en otros colectivos, como el de Uruguay o México.

Las tasas establecen otro orden jerárquico en la demanda de información y una evolución muy diferente al considerar las poblaciones de referencia. Los cubanos aparecen en primer lugar, muy lejos de los otros colectivos y con tasas cuatro veces superiores el primer año, respecto de la media de consultas de todos los americanos. La cantidad de cubanos en la población de referencia hace que la intensidad de las tasas disminuya con el tiempo, hasta prácticamente la mitad, mientras que las proporciones de la Tabla No. 3 eran similares el primer y el último año.

Con el resto de América Central (separada en este caso de México), ocurre lo contrario. Si en la Tabla anterior, No. 3, al final las proporciones eran similares al inicio, cuando se mide la frecuencia a través de las tasas, el incremento es notable, puesto que es de 3,7 veces, de 1995 a 1999. La interpretación, dentro del marco de la hipótesis propuesta, apunta a que este servicio merece confianza de estas personas y que la información que circula entre ellos ha favorecido que acudan a él. También hay que considerar que la situación de América Central puede favorecer estas consultas.

Con Colombia ocurre lo mismo que con América Central, en lo que respecta a las tasas, al incrementarse más de tres veces la frecuencia en estos años; pero en la Tabla No. 3, ya se percibía el incremento de consultas respecto a otros colectivos provenientes de América. Los colombianos han triplicado la frecuencia de las consultas, respecto del inicio, pero sólo en el último año. En los años anteriores, las tasas son crecientes, pero de manera paulatina. El caso límite lo constituye la categoría residual de resto de Sudamérica, que ha cuadruplicado las consultas en el mismo período, situándose próxima a los incrementos de otra categoría agregada, la de América Central.

Uruguay y Chile prácticamente duplican la intensidad de las consultas en esos seis años. El crecimiento de las consultas de las personas que provienen de Argentina resulta próximo al de América Central. México es uno de los pocos países relativamente estable durante el período, al igual que Norteamérica. Brasil presenta un crecimiento moderado y es el origen con menores alternaciones durante estos seis años.

Tabla No. 4
Tasas por mil de las consultas al centro de Información SAIER
1994-1999, por nacionalidad, sólo América

<i>Tasas por mil consultas informativas SAIER (inmigrantes+refugiados) 1995-99</i>					
Nación/ año	1995	1996	1997	1998	1999
Norte	22,76	32,77	16,11	21,85	25,81
R. Dominicana	36,79	36,59	18,30	25,68	20,89
México	82,35	36,76	65,93	72,73	85,87
Cuba	289,47	251,75	132,42	115,81	157,16
Resto Amé/Central	26,53	32,72	31,33	70,42	98,27
Argentinos	23,70	39,02	46,25	58,28	83,95
Perú	138,87	135,63	55,50	59,89	67,20
Brasil	124,41	119,92	125,93	155,46	159,71
Colombia	101,59	118,07	115,98	142,37	354,43
Uruguay	29,41	55,28	71,57	65,69	58,62
Chile	47,32	43,96	48,92	70,62	98,77
Resto Sudamérica	104,78	130,50	144,87	204,26	416,48
Total América	71,42	80,49	62,82	76,67	118,71

Fuente: Ajuntament de Barcelona, varios años y datos del padrón de habitantes.

En sentido contrario a todos los incrementos descritos, se sitúan Perú, Cuba y la República Dominicana, aunque por muy diferentes razones. En el caso de Cuba, ya mencionado debido a sus elevados niveles iniciales, aún cuando se dividen prácticamente por dos del inicio al final, sigue teniendo el último año intensidades superiores a la media para toda América. Con Perú, sucede algo similar. Los elevados niveles iniciales, de casi el doble que la media, caen y se sitúan en la mitad que el conjunto; o sea que la evolución de Perú es la inversa que el conjunto. En el caso de la República Dominicana, coincide la evolución de las proporciones (Tabla No. 3) y de las tasas: ambas se sitúan en torno a la mitad que al inicio y son, en todos los casos, muy reducidas respecto a cualquier otro colectivo, incluso a las de América del Norte, el último año, que normalmente es la más baja (excepto resto de América Central en 1996).

Resumiendo: 1. En términos generales, la proporción de consultas del conjunto de los países de América ha crecido durante el período. 2. Se estima que no sólo la situación del país de origen puede originar consultas, sino también la situación en que se encuentren esas personas en la sociedad de acogida. 3. También la información de la existencia del servicio, la ayuda que presta y la comunicación dentro de la comunidad, pueden contribuir a un incremento de las consultas en un período de tiempo, no prolongado.

3.- Salud

La salud no sólo es un derecho, sino también una necesidad. En esa medida, no se puede postergar y la necesidad obliga a acudir a los servicios sanitarios. Al principio, durante la primera mitad de la década de los noventa, los inmigrantes extranjeros, tuvieran o no su situación regularizada, fueron atendidos en un dispensario especialmente preparado para ello. De ahí surgen los datos para los años 1994 y 1995.

En un servicio ambulatorio, mera consulta, no pueden ser atendidos los casos graves, ni los que necesitan internación o intervenciones. En la medida en que los inmigrantes se dieron cuenta (por experiencia propia o próxima; o sea, por información a través de sus propias redes) de que el Hospital Clínico los atendía, no les cobraba y no los denunciaba, las consultas se hicieron más frecuentes, todo el mundo acudía sin problemas y el dispensario perdió su interés.

Sin embargo, los datos del Hospital Clínico tienen un inconveniente y es que se refieren a extranjeros, sin distinción si residen o no. Entre esos extranjeros que se atienden en el Clínico también están todos los turistas que pueden sufrir molestias durante su estancia en la ciudad. No son pocos, vistos los datos de las consultas que puede reflejar un panorama de las personas que visitan España y no solamente de las que residen. A pesar de todo, se considera útil tratar estos datos y observar qué contienen.

Tabla No. 5
Distribución porcentual de las primeras consultas de salud en 1994 y 1995 de carácter ambulatorio y tasa por mil 1995 de latinoamericanos⁵

<i>Distribución de pacientes 94 y 95 y tx 95 por mil</i>			
Nacionalidad	94%	95%	tx 95 x mil
R. Dominicana	15,59	5,94	51,25
México y Amé/Central	0	6,09	20,11
Argentina	0	3,96	13,4
Perú	57,79	56,01	228,15
Colombia	5,24	9,89	103,17
Ecuador	4,97	5,02	-
Chile	3,31	0	0
Resto	13,1	13,09	-
Total América	58,56%	60,16%	71,42%

Fuente: Ajuntament de Barcelona, varios años.

5 No hay datos padronales para confeccionar las tasas correspondientes a 1994.

En la Tabla No. 5 aparecen las primeras consultas realizadas en 1994 y 1995, en el consultorio del Ayuntamiento específico para extranjeros, se entiende que sin recursos y sin papeles o que no necesitaran ninguna identificación. Respecto del anterior servicio analizado, puede sorprender que seis de cada diez consultas fueran de personas provenientes de América. Eso no sólo apunta a una necesidad, sino también a la facilidad con el idioma y por lo tanto a la comunicación en la consulta. Si se considera la distribución de los americanos, se observa la primacía de Perú, en los dos años considerados.

Eso significa que las personas se fueron informando y fueron acudiendo a este centro porque les daba un buen servicio o porque era accesible a ellos o porque les merecía confianza. La tasa, la más alta respecto a los otros continentes, puede deberse a la relativamente reducida cantidad de personas en el denominador (empadronadas o registradas en el Ayuntamiento) en 1995. Las personas provenientes de Colombia, si bien no son tantas en la proporción de las consultas (columnas de porcentajes), sí lo son en cuanto a la frecuencia (tasa), aunque representa la mitad que la del Perú. Todas las otras son más reducidas.

Tabla No. 6
Distribución porcentual de pacientes entre 1996 y 1999
por nacionalidad, sólo América, Hospital Clínico

<i>Distribución porcentual de pacientes, Hospital Clínico 96-99</i>				
Nación/ año	1996	1997	1998	1999
Norte	10,95%	13,49%	15,34%	16,11%
R. Dominicana	13,92%	11,80%	12,83%	11,65%
México	2,43%	2,57%	2,99%	2,67%
Cuba	3,72%	3,67%	4,41%	3,50%
resto América/Central	3,18%	3,23%	4,07%	3,29%
Argentina	9,93%	10,92%	8,62%	7,75%
Perú	26,76%	24,34%	24,44%	21,66%
Brasil	6,62%	7,26%	5,97%	7,75%
Colombia	6,35%	6,89%	5,63%	7,27%
Uruguay	3,78%	3,74%	3,26%	2,60%
Chile	7,43%	6,45%	5,36%	3,29%
Resto América	4,93%	5,65%	7,06%	12,47%
Total América	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Ajuntament de Barcelona, varios años.

En la Tabla No. 6 se han calculado las distribuciones de pacientes, de acuerdo con su nacionalidad, todos americanos, en el Hospital Clínico de Barcelona, para los cuatro años siguientes a los de la tabla anterior. Aquí se observa bien lo apuntado anteriormente. En primer lugar, se trata de un servicio para extranjeros, todos sin distinción, residan o no en la ciudad. En segundo lugar, no se sabe ni quién paga, ni quién está dentro del sistema de salud pública, ni quién carece de recursos. Al ser un derecho garantizado a todos, sin excepción, las personas que concurren representan a todas las que en algún momento necesitaron este servicio, independientemente de su situación económica y de que residieran o no en la ciudad.

Respecto a las consultas de salud ambulatorias de la Tabla No. 5, que corresponde a los años anteriores a los analizados para el Hospital Clínico, se observa que la proporción de pacientes peruanos y dominicanos sigue siendo importante, aunque descendiente en ambos casos. No deja de ser notable que tres de cada diez consultas de extranjeros provenientes de América en el Hospital Clínico, en 1999, correspondan a la suma de estas dos nacionalidades y más en los años anteriores.

La cantidad de pacientes de Norteamérica no tiene que sorprender, si consideramos que es un servicio reconocido y que se presta de forma inmediata. Ahí tienen que estar confundidos residentes y muchos turistas. En el caso de otras nacionalidades, la evolución no es clara y se espera a relacionarlos con la población residente para plantear la posibilidad de una interpretación del indicador. Lo que sí crece, y mucho, es la categoría de resto de América, lo que apuntaría a la diversidad de las personas que acuden.

Referir estas consultas a los residentes tiene el inconveniente señalado de la inclusión de turistas en algunos colectivos más que en otros. Puede ser el caso no sólo de las personas provenientes de Norteamérica, sino también de Argentina o Brasil, u otros países cuyo turismo resulta frecuente en esta ciudad. Teniendo en cuenta esta cuestión, se puede entender que la tasa de Norteamérica sea una de las más elevadas en 1996, junto con la de Brasil, República Dominicana, Cuba y Perú.

Sin embargo, es obvio que se trata de realidades distintas. Las tasas de consultas de las personas, anualmente, no pueden ser tan altas, por lo que para todos los casos planteados de tasas elevadas, resulta evidente que no todas las personas que han realizado consultas están en el denominador (principio de referencia para la construcción de este indicador). En los casos de Norteamérica, Argentina o Brasil, debe de incluir una gran cantidad de turistas. En los de la República Dominicana, Cuba y Perú, las consultas en 1996 deben de haber sido realizadas en una proporción significativa por personas que no figuran en el de-

nominador; o sea, residentes que todavía no han sido registrados en el Ayuntamiento y que contribuyen, con sus consultas, a subir la tasa de manera inusual.

Tabla No. 7
Tasas por mil de pacientes entre 1996 y 1999
por nacionalidad, sólo América, Hospital Clínico

<i>Tasas por mil de pacientes, Hospital Clínico, 96-99</i>				
Nación/ año	1996	1997	1998	1999
Norte	196,60	269,40	290,49	263,75
R. Dominicana	193,25	105,23	89,87	61,22
México	132,35	128,21	133,33	108,03
Cuba	192,31	114,16	119,49	70,93
Resto América Central	96,11	106,02	140,85	92,49
Argentina	78,57	118,82	97,39	75,89
Perú	189,11	109,03	95,82	68,95
Brasil	199,19	183,33	131,54	138,82
Colombia	133,71	132,96	95,29	95,84
Uruguay	91,06	98,65	87,59	65,52
Chile	134,31	126,62	111,58	59,26
Resto América	107,04	108,30	110,64	137,57
Total América	144,91	126,20	113,50	91,35

Fuente: Ajuntament de Barcelona y datos del Padrón de habitantes.

Resulta evidente que no puede haber dos personas de cada diez, de algunas comunidades, que cada año necesiten visitar el Hospital Clínico, ya sean consultas, intervenciones, tratamientos o internaciones, con tal alta frecuencia. En los años siguientes, las cosas cambian, pero no por las mismas razones. Las consultas de las personas de Norteamérica son las que tienen tasas más altas, y además crecen, por lo que muchas no deben vivir en la ciudad. Los dominicanos aumentan en número como residentes y consecuentemente, la fracción tiende a disminuir. Puede ser el caso de Perú y sólo en alguna proporción el de Brasil. Conforme las personas se van registrando en el Ayuntamiento y quedan declaradas como residentes, las frecuencias de consulta en el Clínico van remitiendo y situándose en niveles normales⁶.

Lo que resulta obvio es que tan elevada intensidad en los pacientes no puede responder a ninguna situación de enfermedad ni de falta de salud, sino a las per-

6 No hay que olvidar que se trata sólo de personas y no de números de consultas que realizan cada una.

sonas que no tenemos en el denominador por diferentes razones. En cualquier caso, no todas las personas que han sido pacientes del Hospital Clínico (numerador) están en el denominador y de ahí, la distorsión. En el caso de países ricos y con clases que pueden permitirse el lujo de viajes por Europa, tienen, en consecuencia, muchos turistas en las consultas. En otros casos, debido a que la migración reciente, con o sin documentos, no ha permitido realizar aún el registro en el Padrón del Ayuntamiento, los denominadores también resultan subestimados.

Además de las situaciones de personas privilegiadas, las proporciones del Hospital Clínico pueden permitir esbozar un panorama de la llegada de las personas. En primer lugar, si las personas están y no tienen documentos, las consultas pueden ser relativamente elevadas en intensidad (tasas), ya que no figuran en el registro (denominador). En segundo lugar, las comunidades que tienen derecho a la salud pública, están registradas por necesidad y sus tasas son relativamente "normales". En tercer lugar, conforme las personas se van informando y saben que se pueden registrar aún sin tener los documentos en regla lo van haciendo, aunque ello implica necesariamente tiempo que ha transcurrido, además de redes de información dentro de la comunidad que crece.

En otras palabras, los datos de consultas de extranjeros del Hospital Clínico, pueden no ser considerados estrictamente como datos de salud. En realidad muestran la evolución de ciertas comunidades de extranjeros, aunque sólo sea de manera genérica y de forma muy indirecta. Las personas se acercan y solicitan esos servicios y van experimentando el acceso, la información y la garantía, sobre todo, de que son gratuitos, universales y de que no tiene ninguna consecuencia negativa el acudir a ellos.

4.- *Cáritas Diocesana (Ong)*

El servicio de la ONG de la Iglesia Católica se presta a todos los que lo necesitan⁷. Ahí acuden los extranjeros, sin necesidad de profesar la misma fe y de hecho muchos no la comparten. Al igual que el servicio de salud, no tiene restricciones, ni pide información y la garantía total de confidencialidad lleva a las personas a solicitar la ayuda de esta ONG para colmar sus necesidades insatisfechas más perentorias.

Tanto esta serie de *Cáritas* como la de información de SAIER, contienen datos sobre los períodos más largos, ya que alcanzan los seis años. El hecho de que puedan acudir todas las personas, nos recuerda que la pobreza no tiene

7 Extranjeros o no, aunque aquí sólo se considerarán a los primeros.

fronteras y que igual hay ciudadanos de países ricos, ya sean europeos o de otros continentes. En este sentido, su presencia tiene un significado bien distinto que las consultas de salud o las de información.

En general, las demandas de las personas provenientes de América crecen alrededor de un 50%, en términos relativos, en estos pocos años, respecto del conjunto de personas extranjeras. Los habitantes de Perú, que representaban 4 de cada 10 demandas el primer año, pierden importancia, mientras va creciendo la categoría residual de otros países de Sudamérica. Eso tiene que ver con cualquier proceso migratorio donde se diversifican los orígenes, frente a una cierta concentración inicial de pocos.

Respecto del primer año, 1994, tanto la Argentina como Chile pierden importancia. También es notoria la reducción de la proporción de solicitantes que provienen de Uruguay. Colombia, al contrario, crece. La mayoría de los países, con ciertas oscilaciones, no varía mucho su posición relativa. Un hecho a destacar es la aparición de personas solicitantes de Norteamérica y de México, que antes no había, pero su peso es muy reducido. En resumen, el incremento de demandas del conjunto de América puede deberse sobre todo a los nuevos orígenes de países del sur del continente, frente a la reducción *relativa* de los que llegaron primero.

Tabla No. 8
Distribución porcentual de demandas a *Cáritas* diocesana 1994-1999
por nacionalidad, sólo América

<i>Servicios prestados por Cáritas Diocesana, distribución porcentual, 1994-1999</i>						
Nación/Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Norte	0,00%	0,91%	0,76%	0,42%	0,38%	0,40%
R. Dominicana	5,74%	5,71%	5,73%	6,28%	3,40%	5,12%
México	0,00%	0,00%	0,00%	1,05%	0,57%	0,32%
Cuba	3,55%	6,16%	6,49%	3,97%	3,97%	2,88%
Resto Amé/Central	3,01%	2,05%	4,20%	1,88%	2,65%	4,16%
Argentina	9,56%	8,45%	5,73%	5,65%	5,29%	2,80%
Perú	40,71%	45,43%	40,46%	32,43%	28,36%	15,52%
Brasil	2,73%	1,14%	3,44%	2,09%	3,02%	0,96%
Colombia	5,74%	7,53%	7,25%	10,88%	10,78%	8,96%
Uruguay	6,28%	3,65%	1,91%	2,51%	1,70%	1,36%
Chile	12,30%	6,16%	6,49%	3,14%	5,10%	3,36%
Resto Sudamérica	4,64%	7,08%	17,56%	29,71%	34,78%	54,16%
Otros países América	5,74%	5,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total América	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
América/Total %	29,59%	39,82%	31,12%	35,99%	35,55%	44,36%

Fuente: Ajuntament de Barcelona, varios años

Tabla No. 9
Tasas por mil de demandas a *Cáritas* Diocesana 1994-1999
por nacionalidad, sólo América

<i>Servicios prestados por Cáritas Diocesana, tx por mil, 1995-99</i>					
Nacionalidad	1995	1996	1997	1998	1999
Norte	5,06	2,43	2,93	2,57	5,61
R. Dominicana	32,85	14,07	19,61	8,56	23,05
México	0,00	0,00	18,32	9,09	11,08
Cuba	118,42	59,44	43,38	38,60	50,07
Resto Amé/Central	18,37	22,49	21,69	32,86	100,19
Argentina	19,06	8,02	21,53	21,47	23,51
Perú	123,37	50,62	50,90	39,93	42,33
Brasil	11,74	18,29	18,52	23,92	14,74
Colombia	52,38	27,03	73,55	65,44	101,27
Uruguay	26,14	8,13	23,21	16,42	29,31
Chile	33,62	20,76	21,58	38,14	51,85
Resto Sudamérica	47,77	67,45	199,72	195,74	511,72
Otros países Amé.	2,72	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	47,61	25,65	44,23	40,76	78,26

Fuente: Ajuntament de Barcelona, varios años⁸

La Tabla No. 9 comprende solamente cinco años, a partir de 1995 y hasta 1999. Las tasas muestran la relación con la población residente y registrada. La tasa media no alcanza a duplicarse, pero crece considerablemente sólo el último año, frente a una reducción en los años intermedios. Como en las proporciones, las categorías residuales, tanto de América Central como de Sudamérica, representan las de mayor crecimiento, aspecto que no sobresalía para el resto de América Central en la Tabla No. 4, debido a sus reducidas proporciones en el conjunto de demandas del continente. Cuba y Perú tienen tasas elevadas sólo el primer año y Colombia el último.

Ello indicaría que las personas que más solicitan los servicios de *Cáritas* son recién llegadas y no están registradas en la ciudad. Posiblemente, también su comunidad de origen no es muy grande y no pueden acudir a otras personas conocidas para que las ayuden. En cuanto la comunidad crece y teje sus redes, las ayudas se deben de prestar, en mayor medida, dentro, dado que se solicitan en menor proporción a la ONG de la Iglesia. Todos pueden necesitar ayuda en

⁸ Ver Nota 6.

determinados momentos, pero siempre es más fácil pedirlo a una persona amiga o conocida que a un servicio, a pesar de su confidencialidad, su seguridad y sus garantías.

IV. SOBRE EL ALCANCE DE LOS DATOS Y SU SIGNIFICADO

El análisis de los datos de los servicios prestados por el sector público, una ONG y un servicio mixto a las personas extranjeras en Barcelona de nacionalidad de un país de América, puede orientarnos en una serie de características que deberán ser tenidas en cuenta al considerar las políticas públicas, sobre todo en lo que respecta a las migraciones internacionales extracomunitarias y los residentes extranjeros en esta ciudad, tanto como a las peculiaridades de estos grupos.

La primera característica que destacaríamos es que el Gobierno de la Ciudad: Ayuntamiento de Barcelona, en colaboración con entidades privadas como Colegio de Abogados, Cruz Roja o *Cáritas*, han implementado una serie de servicios para las personas que vienen de fuera de la Unión Europea, independientemente de su situación frente a la administración. Esto implica un reconocimiento de las necesidades, más allá de los procesos de regularización, de los "papeles en regla", que deben ser cubiertas de forma inmediata.

Una segunda cuestión, que surge del análisis de los datos, es que se haría necesario diferenciar entre tipos de servicios, porque las personas y los grupos no acuden a ellos de la misma manera, en términos de indicadores, con la misma frecuencia. Los de salud, constituyen una necesidad insoslayable. Los de información representan un derecho y una posibilidad de mejorar su situación. Los económicos pueden ser una salida temporal a una situación de apuro.

Por otra parte, se estima que la afluencia a los servicios se relaciona no directamente con la cantidad de personas presentes de cada comunidad, sino con el tiempo que llevan en la ciudad y con su situación respecto a las autoridades. Sin embargo, esta interpretación no puede ser contrastada por carecer de datos sobre el particular. Sí se dispone de las poblaciones de referencia (en Anexo I y II) que pueden dar una idea de la presencia y del registro en cada comunidad de origen.

Sí se percibe la coincidencia en el tiempo de las personas que provienen de países con migraciones más recientes, que tienden a acudir con más intensidad, al menos durante un tiempo, a ciertos servicios. Esta situación cambia constantemente. La situación de falta de documentos no impide acceder a ninguno de los servicios que se han analizado en este trabajo pero podría influir, cosa que

tampoco puede ser contrastada con estos datos, en la información necesaria para acceder a ellos.

La cantidad de personas que acuden, salvo al servicio de salud, presentan una serie de condiciones, como las mencionadas de su situación con o sin documentos, más que necesidades específicas de cada una de las comunidades. Se deben tener en cuenta las características de cada servicio para poder trazar un panorama de lo que significa esta demanda para las comunidades de personas provenientes de Latinoamérica que residen en la ciudad de Barcelona.

Las personas atendidas en el servicio ambulatorio, lo han sido de dolencias leves (así consta en el conjunto de diagnósticos) y los latinoamericanos han acudido a este servicio de manera frecuente en los dos años que existe registro (94 y 95). Sin embargo, al igual que las personas extranjeras de otros orígenes, han dejado de acudir y se han trasladado masivamente al Hospital Clínico cuando han comprobado que la atención estaba garantizada, era gratuita y no implicaba ningún riesgo para una situación de irregularidad respecto de las autoridades.

Las altas frecuencias del Hospital Clínico reflejan la afluencia de turistas de los países que visitan en gran número Barcelona. Las comunidades con antigüedad en la ciudad y derechos, como argentinos y uruguayos, entre otros, tienen tasas bajas debido a que están registrados en el Ayuntamiento y los que se atienden también aparecen en el denominador. Las comunidades que llegan en los últimos tiempos, seguramente, tienen una proporción mayor de personas sin documentos y por eso, las personas atendidas no están en el denominador y las frecuencias son inusualmente elevadas, al igual que cuando se atiende a turistas. Esta situación tiende a cambiar en un espacio de tiempo tan corto, como los cuatro años de la Tabla que recoge los datos.

Se puede afirmar que los individuos provenientes de América son consumidores destacados de los servicios de información, respecto de otros orígenes continentales. Esto puede implicar una acción después (alquilar un piso, regularizar su situación, reclamaciones laborales). También parece que aumenta la diversidad de orígenes, ya que las categorías residuales, resto de América Central y resto de América del Sur, presentan mayores frecuencias. Las demandas de toda América crecen, tanto en términos relativos como en las tasas, donde resulta más clara la relación con la población que se va registrando en el Ayuntamiento.

En las tasas de los servicios sociales públicos se encuentran muy cerca, pero ligeramente por debajo, respecto a las personas de origen africano, pero sólo se cuenta con un año. Más interesante resulta la distribución por edades, porque constituye un reflejo de la correspondiente a los residentes. Demandan servicios

sociales más allá de los 50 años, comunidades como la de argentinos que tienen personas mayores viviendo en la ciudad. Al contrario, los más jóvenes en las demandas son los últimos recién llegados, como las personas de Perú, República Dominicana o América Central.

En el caso de los servicios de *Cáritas*, la primera lectura apunta a una confianza en este servicio y a una demanda creciente. El propio servicio ha apuntado que la información para quienes se acercan por primera vez, justamente las que registran los datos analizados, proviene de personas de su entorno, normalmente de su misma comunidad de origen. De ahí las fluctuaciones en pocos años. Puede crecer con la llegada de muchos, pero aparentemente, son los últimos recién llegados los que acuden en demanda de ayuda. Las tasas reflejan estos cambios, no solamente la regularización de las personas, sino también el hecho de que estas demandas no perduran, sino que van cambiando, al menos en términos relativos. El temido fantasma de la perennidad en el uso de los servicios sociales no parece ocurrir con quienes vienen a trabajar y que intentan salir de situaciones de falta de recursos de la manera más rápida posible.

A modo de conclusión, destacaría una serie de observaciones respecto de la utilización de servicios por parte de las personas provenientes de América, en la ciudad de Barcelona, en la década de los noventa; a saber:

Descubrir que un servicio tiene garantía de confidencialidad resulta fundamental para acceder a él, sobre todo si la situación de la persona extranjera es irregular. El acceso a la información resulta clave para el acceso.

La confianza en el servicio y la información que circula en las comunidades de un mismo origen puede contribuir al incremento, en los años sucesivos.

Las tendencias al alza no se mantienen largo tiempo, ya que la situación de las personas cambia. Su regularización permite no sólo quedar registrado sino también una mejora de la situación general (la regularización conlleva, en general, trabajo) que resuelve cuestiones básicas, por lo que se puede prescindir de la ayuda de estos servicios.

Las personas parecen acudir más cuando llegan, sobre todo en busca de información, pero sobre todo, cuando la comunidad no ofrece lo mismo. Las comunidades que se han constituido hace tiempo ofrecerían estos servicios a las personas del mismo origen, por lo que no haría falta acudir a otros sitios.

Una comunidad mayor presta más servicios globalmente o resulta un mejor refugio para quienes acaban de llegar (la propuesta teórica de *las redes*).

El panorama general es de una mayor diversidad de orígenes y de un incremento notable en los últimos años de los latinoamericanos en Barcelona, incremento que sólo registran parcialmente los datos del Ayuntamiento de este período.

Las demandas de los latinoamericanos de servicios en Barcelona, en la década de los noventa, no responde a ningún patrón de participación establecido y fijo. No acuden más a los servicios que ofrece el Estado del Bienestar o a las ONG porque se sientan con más o menos derecho a ello. Van cuando existe necesidad, como con la salud, pero sólo si hay garantías en las prestaciones, sobre todo cuando su situación no está reconocida por las autoridades. La confidencialidad representa un requisito indispensable. A los puntos de información acuden cuando la comunidad todavía no le brinda estos servicios, porque es reciente o no tiene un número elevado. A los servicios de Cáritas también acuden al inicio, de manera creciente respecto a usuarios de otros continentes, pero el mayor incremento de los latinoamericanos en Barcelona en el último año no implica ninguna avalancha en la solicitud de servicios, prestaciones o ayudas. La comunidad de origen les brindará las pautas o la información para que acudan a estos servicios o no los necesiten.

Estas reflexiones constituyen un marco de interpretación entre otros. Proviene de la información vertida en las entrevistas por los responsables de algunos de los servicios. Sin embargo, para poder confirmarlas, otra investigación debería ser puesta en marcha. Las redes que se tejen en cada comunidad pueden contribuir al conocimiento de los procesos migratorios, sobre todo de la vida en la sociedad de acogida. Estos datos sólo han proporcionado las pistas suficientes para plantear por dónde se debe ir en el futuro. Wright Mills sostenía que las investigaciones deben dejar planteadas nuevas preguntas para poder seguir avanzando, y aquí hay muchas que esperan respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuntament de Barcelona (1996), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Obervatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Cáritas Diocesana de Barcelona II, dades de 1995, Barcelona.
- (1996), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Obervatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades del Dispensari d'Estrangers de l'IMAS, Barcelona.
- (1996), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Obervatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades del Punt Informatiu del SAIER, Barcelona.

- (1997), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Càritas Diocesana de Barcelona III, Barcelona.
 - (1997), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades de l'Hospital Clínic de Barcelona II, Barcelona.
 - (1997), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, Barcelona.
 - (1997), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades del Punt Informatiu del SAIER, Barcelona.
 - (1999), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Càritas Diocesana de Barcelona V, Barcelona.
 - (1999), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades de l'Hospital Clínic de Barcelona IV, Barcelona.
 - (1999), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, La Salut dels immigrants, Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1993-1997, Barcelona.
 - (1999), *Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa del Drets Civils, Observatori Permanent de la Inmigració a Barcelona*, Dades del Punt Informatiu del SAIER, Barcelona.
- Bonifaci, Corrado y Ferruzza, Angela (1999), "Mujeres Latinoamericanos en Italia: una nueva realidad del sistema de migraciones internacionales", *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, CEMLA, Buenos Aires.
- Càritas (1995), *Aproximació als immigrants estrangers atesos des de les diòcesis catalanes* (no publicado), Barcelona.
- Observatorio permanente de la migración (1991-1997), *Actitudes de los españoles hacia los Inmigrantes*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cdrom.
- Pont Vidal, J. (1994), "Políticas municipales de extranjería y multiculturalidad en Alemania", *Revista de Sociología*.
- Rocha Reis, Rosanna y Sales, Teresa (1999), *Cenas do Brasil Migrante*, Boitemp, Sao Paulo.
- Sarrible, G. D (1997), "The Feminization of International Migration in Southern Europe: The Case of Spain", *ponencia presentada en el Congreso de la International Sociologi-*

cal Association, Recherche Group, and New School of Social Reserach, New York.

- (1997b), "The Feminization of Migrant Labour Force", *ponencia presentada en el Institute of International Economic Relations and Regional Netwok on Southern Eureopean Societies*, 1997, Santorini.
 - (1998), "Sobre las migraciones comunitarias y extracomunitarias: contra la exclusión como calificativo genérico", (artículo revista) *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Buenos Aires.
 - (2000), "Argentinos en Europa: una experiencia positiva", *Seminario de Buenos Aires: La migración internacional en América Latina en el nuevo Milenio*, Research Group on Migration 33, ISA, noviembre 2000, 19, Buenos Aires.
 - (2001), "Propuesta de cambios en el concepto de migración internacional", *III Coloquio Internacional de Geocrítica Migración y Cambio social*, 28-31 de mayo, Barcelona.
- Sarrible, Graciela y Pont, Joseph (2001), *International Migration in Catalonia in the 90th: foreigners residents asking for social services –publics and privates (NGO)*.
- Reunión Internacional del Recherche Group 19, Oviedo, Spain, 6-9 septiembre 2001.
- Solé, Carlota y Herrera, Encarna (1991), *Trabajadores extranjeros en Cataluña. ¿Integración o racismo?*, CIS, Madrid.
- Solé, Carlota (1994), *La mujer inmigrante*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Taccoli, Cecilia (1999), "International Migration and the Rectructuring of Gender Asymetrics: Continuity and change Among Filipinos Labor Migrants in Rome", *International Migration Review*, New York.

ANEXOS

Tabla Anexo 1
Poblaciones de referencia Estimadas por el Ayuntamiento
de Barcelona en el 2000

<i>Índices con base 1995=100 para cada nacionalidad</i>						
Nacionalidad	mar-95	mar-96	mar-97	mar-9	mar-99	mar-00
Norte	100,00	104,17	86,35	98,3	112,64	130,34
R. Dominicana	100,00	140,08	201,05	276,3	364,91	440,08
México	100,00	106,67	107,06	129,4	141,57	187,45
Cuba	100,00	125,44	192,11	238,6	315,35	437,28
Resto Amé/Central	100,00	99,80	84,69	86,9	105,92	131,84
Argentina	100,00	96,39	64,61	67,1	76,71	90,16
Perú	100,00	129,82	188,78	232,9	284,13	351,46
Brasil	100,00	115,49	126,76	157,0	191,08	242,72
Colombia	100,00	111,59	112,22	138,2	175,56	363,17
Uruguay	100,00	100,49	84,48	89,5	94,77	103,43
Chile	100,00	101,99	86,55	88,1	100,87	126,40
Resto Sudamérica	100,00	105,08	109,55	144,8	203,85	554,39
América	100,00	111,02	117,49	141,0	173,63	244,46

Fuente: Dades del Padrón d'habitants a 31-3-2000, Ajuntament de Barcelona.

Se han calculado los números índices correspondientes al período 1995-2000, tomando como base el primer año disponible. El incremento de la población de toda América es constante, pero sólo notable en los dos últimos años, sobre todo el 2000. Excepto la categoría de resto de Sudamérica, las poblaciones de Cuba y la República Dominicana crecen más de cuatro veces en estos años. Por encima de tres veces la cantidad inicial, se sitúan Perú y Colombia. El resto de los crecimientos no son tan altos. El caso de Argentina podría ser también el de Uruguay en los años intermedios, salvo el último. La estancia más larga en España puede haber permitido cumplir con todos los requisitos para obtener la nacionalidad. Además del hecho de que las poblaciones se renuevan, entran y salen, la adquisición de la nacionalidad española es una forma de "salir" de la categoría de extranjeros, sin tener que regresar. Pero el índice más bajo se sitúa en la mitad el período. Para Argentina, Uruguay, Chile y resto de América Central, la participación mínima en el total corresponde en todos los casos a 1997. Nuevas entradas vuelven a superar las partidas o el cambio de nacionalidad, en todos estos casos. Para América del Norte, puede tratarse de migraciones, estrictamente. Coincide el mínimo en 1997, al igual que los otros países, pero no es seguro que existan cambios de nacionalidad. En síntesis, salvo el

caso de Argentina, todos los otros orígenes cuentan con más personas en Barcelona al final que en el primer año. Los incrementos pueden superar cuatro veces la cifra inicial, aunque la media sólo supera dos.

Tabla Anexo 2
Distribución porcentual del conjunto de la población residente de América

<i>Denominadores según estimaciones del Padrón, 1995-2000</i>						
Nacional. y Cont.	mar-95	mar-96	mar-97	mar-98	mar-99	mar-00
Norte	8,60%	8,07%	6,32%	5,99	5,58%	4,58%
R. Dominicana	8,27%	10,44%	14,16%	16,20	17,39%	14,89%
México	2,77%	2,66%	2,53%	2,54	2,26%	2,13%
Cuba	2,48%	2,80%	4,05%	4,19	4,50%	4,43%
Resto Amé/Central	5,33%	4,79%	3,84%	3,28	3,25%	2,87%
Argentina	21,10%	18,32%	11,60%	10,05	9,32%	7,78%
Perú	17,53%	20,50%	28,17%	28,95	28,69%	25,21%
Brasil	4,63%	4,82%	5,00%	5,15	5,10%	4,60%
Colombia	6,85%	6,88%	6,54%	6,71	6,92%	10,17%
Uruguay	6,65%	6,02%	4,78%	4,22	3,63%	2,81%
Chile	8,73%	8,02%	6,43%	5,46	5,07%	4,51%
Resto Sudamérica	7,06%	6,68%	6,58%	7,24	8,28%	16,00%
América	100,00%	100,00%	100,00%	100,00	100,00%	100,00%

Fuente: Dades del Padrón d'habitants a 31-3-2000, Ajuntament de Barcelona.

Esta segunda Tabla presenta las distribuciones anuales de la población proveniente de América por nacionalidad respecto del total. Aquí se observa la pérdida de peso de algunas nacionalidades que migraron temprano en el tiempo y el incremento de otras. Entre la primeras, destaca sobre todo el caso de Argentina que de ser uno de cada cinco americanos, en 1995, al final representa sólo la tercera parte del inicio. También es el caso de Uruguay y Chile, aunque son comunidades más pequeñas. Los incrementos más notorios son los del Perú, la República Dominicana y de la categoría residual correspondiente a Sudamérica. Pero el caso de Perú resulta premonitorio de otros cambios en la medida en que el último año pierde peso relativo respecto del total, si consideramos que su situación fue relativamente estable en los tres años anteriores. El incremento de Colombia se deja notar sólo el último año, pero pasa a ser la tercera nacionalidad por importancia de sus efectivos en la ciudad. Todo esto confirma con cifras y nuevos indicadores lo apuntado antes: la periodización de las migraciones puede coincidir con la intensidad de las demandas. Piden más, cuando recién comienza porque hay menos gentes de su origen para solicitarles los mismos servicios. Además, nuevos orígenes de latinoamericanos se perfilan para el futuro. La composición por nacionalidad resulta cambiante, siempre.