

“Baixem al carrer”: deu anys treballant per millorar la salut de les persones aïllades per barreres arquitectòniques

Pilar Ramos¹, Ferran Daban¹, Irene García¹,
Olga Juárez¹, Elia Díez¹, Esther Andrés², Pilar Solanes²
i Victoria Porthé³

Paraules clau: persones grans, aïllament, barreres
arquitectòniques, salut comunitària



El programa “Baixem al carrer” pretén reduir la soledat i l’aïllament i millorar la qualitat de vida, la salut mental i l’estat de salut física de les persones grans amb dificultats per sortir de casa degut a barreres arquitectòniques. Ofereix a aquestes persones la possibilitat de sortir de casa i recuperar la vida social mitjançant l’ajuda del voluntariat i d’una cadira pujaescales i, a escala comunitària, d’incrementar la xarxa social, la relació veïnal i la participació ciutadana. La intervenció es va dissenyar comunitàriament l’any 2009 en el marc del programa “Barcelona, salut als barris” al Poble Sec, i en els últims anys s’ha estès a tota la ciutat. Aquest article presenta, en primer lloc, el desenvolupament i l’avaluació del programa en el període 2009-2015, i a continuació la situació l’any 2019. Els resultats del primer període mostren la millora de l’estat de salut i la qualitat de vida de les persones usuàries després de sis mesos de participació en el programa. Després d’una extensió progressiva, el 2019 “Baixem al carrer” s’implementa a tota la ciutat amb finançament municipal mitjançant tres proveïdors. L’any 2019, s’han atès 279 persones de 38 barris de la ciutat, que han fet un total de 4.031 sortides al carrer. Els reptes actuals són consolidar l’extensió, garantir l’atenció a totes les persones que ho necessitin i aprofundir en la qualitat de la prestació.

1. Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
2. Departament de Salut de l’Ajuntament de Barcelona.
3. CIBERESP.

Introducció

L'aïllament social i la soledat, definida com l'experiència subjectiva de l'absència o la pèrdua involuntària de companyia (Dickens, 2011), empitjoren la qualitat de vida i augmenten la mortalitat en les persones grans (Hand, 2017; Singh, 2009). Moltes persones grans se senten soles perquè han perdut la parella o altres persones estimades (Dahlberg, 2014), i la seva soledat s'agreuja quan experimenten dificultats pel que fa a la mobilitat, perquè topen amb barreres arquitectòniques que els impedeixen sortir de casa i relacionar-se amb l'entorn (Gené-Badia, 2019). Està ben documentat l'efecte positiu de la participació i el suport social en la salut, en el benestar i l'esperança de vida de les persones grans (Wilkins, 2006). La participació en activitats socials o de lleure i la interacció amb familiars i amats millora la funció de raonament i és una font de suport emocional (Hsu, 2007; Gleib, et al. 2005). Les persones que mantenen relacions socials i s'impliquen activament en la vida són més felices, tenen millor estat de salut físic i mental i més capacitat per afrontar els canvis i les transicions vitals (Pool, 2017, Niedzwiedz, 2016, Cattán, 2005).

“Barcelona, salut als barris” (BSaB) és un programa de salut comunitària iniciat el 2007 per l'Agència de Salut Pública de Barcelona en col·laboració amb el Consorci Sanitari de Barcelona i dels districtes, amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut entre barris (Fuertes, 2012; Díez, 2012). En aquests dotze anys, una necessitat prioritzada amb freqüència pel que fa a la població en els barris intervinguts ha estat combatre la soledat i l'aïllament social de les persones grans associats a les barreres arquitectòniques. Les dades mostren que a Barcelona, l'any 2018, el 21,6% de la ciutadania tenia més de 65 anys,

i el 25,6% d'aquestes persones vivien soles. El mateix any, un 31,6% dels edificis de Barcelona no tenien ascensor, i el percentatge era superior en els barris amb pitjors indicadors econòmics i socials.

L'any 2009, en el marc del programa BSaB al barri del Poble Sec, el diagnòstic comunitari va assenyalar l'existència de persones sense contacte amb l'entorn perquè vivien en edificis sense ascensor. Aquest fet, junt amb el coneixement del risc de deteriorament psíquic i físic de les persones aïllades i de la millora de la salut que produeix la interacció social, van motivar que el Pla de desenvolupament comunitari del barri i l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), juntament amb el CAP i altres agents del grup motor de salut del barri, desenvolupessin i pilotessin la intervenció “Baixem al carrer” (abans anomenada “Puja'm, baixa'm”). La intervenció va ajudar a enfortir la xarxa comunitària del barri perquè va respondre a una necessitat identificada per professionals, agents comunitaris i veïns i veïnes. I dos anys després es va estendre de forma pilot al barri de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera i als tres barris de la Zona Nord: Ciutat Meridiana, Torre Baró i Vallbona. L'avaluació de la prova pilot va mostrar una millora en diversos indicadors de salut de les persones participants (Díez, et al. 2014), i va donar peu, a partir del 2013, a l'extensió gradual del programa a altres zones.

Els objectius d'aquest article són, de primer, descriure el programa i els seus resultats pel que fa a la salut en la primera fase d'implementació (2009-2015) i, en segon lloc, descriure la situació actual en la fase d'extensió a tota la ciutat, fent una breu descripció del perfil de les persones participants i dels reptes de futur.

Desenvolupament i avaluació del programa “Baixem al carrer” (2009-2015)

En aquest apartat es presenta el programa i els seus objectius, criteris d'inclusió, activitats i resultats de l'avaluació del període 2009-2015. L'objectiu del programa “Baixem al carrer” era reduir la soledat i l'aïllament i millorar la qualitat de vida, la salut mental i l'estat de salut general de les persones grans amb dificultats per sortir de casa per les barreres arquitectòniques, i oferir-los la possibilitat de recuperar la vida social. També s'adreçava a les persones que, tot i que poden sortir de casa perquè viuen en una planta baixa, viuen una situació d'aïllament social per dificultats de mobilitat al carrer. Com objectius específics, “Baixem al carrer” pretenia incrementar la xarxa social i la relació veïnal de les persones grans aïllades i fomentar el voluntariat i la participació ciutadana.

El programa s'adreçava a les persones més grans de 65 anys que es trobaven en una situació d'aïllament social i soledat no volguda, tant per barreres arquitectòniques, com escales o esglaons a l'edifici que els impedeixen sortir al carrer, com per dificultats de mobilitat. Els criteris d'inclusió en aquest període eren el fet d'estar tres o més mesos sense sortir de casa i no patir una patologia aguda. Els criteris d'exclusió eren: a) viure en un edifici amb escales que no permetessin l'ús de la cadira pujaescales i en els que no es podia fer servir una cadira d'ambulància (per l'escala, obesitat, etc.), b) patir un dèficit cognitiu o demència severa amb dificultats per relacionar-se, c) l'equip sanitari desaconsellava la sortida per motius de salut i d) persones enllitades. La detecció de les persones participants la duïen a terme els equips d'atenció primària, els equips de serveis socials i els agents comunitaris que formaven part de les

taules comunitàries del barri. Una vegada detectades, l'equip proveïdor estudiava la viabilitat de la solució i oferia, si era factible, les sortides. Les persones usuàries feien sortides periòdiques per fer activitats acompanyades de voluntariat. Les sortides podien ser de diferents tipus:

- Sortides setmanals o quinzenals, en què les persones participants pactaven amb la persona voluntària el tipus de sortida a fer, com passejar pel carrer, visitar persones conegudes o anar a fer un cafè. Tenien una durada de dues a quatre hores.
- Sortides per participar en activitats de les entitats proveïdores de serveis relacionades amb dates significatives (Sant Jordi, Nadal, etc.) o activitats culturals com teatre o fer visites guiades.
- Sortides per participar en activitats organitzades per les entitats dels barris, com activitats amb escoles o sortides de grup amb altres programes del barri, como ara les Escoles de Salut.
- Sortides en grup, tant en grups pel barri com també sortides amb participants de totes les zones de Barcelona en les quals se seguia el programa. Solien ser semestrals i es visitaven espais d'interès del barri o la ciutat.

Aquestes sortides es podien agrupar en tres tipus:

- Acompanyament oferint la mà per proporcionar estabilitat i confiança a la persona a l'hora d'accedir al carrer pel seu propi peu, però amb la deguda supervisió.

- Mitjançant una cadira pujaescales motoritzada amb capacitat per pujar i baixar escales, indicada en els casos en els quals el deteriorament físic no permetia a la persona accedir al carrer. Una vegada la persona era al carrer podia passejar acompanyada o amb cadira de rodes.
- Mitjançant una cadira d'evacuació d'emergències, utilitzada en casos excepcionals en els quals la persona no podia col·laborar per a la seva pròpia mobilització i en què l'escala no complia els requisits tècnics per a l'ús de la cadira pujaescales.

Avaluació

L'Agència de Salut Pública de Barcelona va fer una avaluació pilot que va mostrar resultats molt favorables en la salut de les persones usuàries (Díez, et al. 2014). Més endavant es van analitzar els resultats del període 2010-2015, amb una mostra més gran, que comprenia l'actuació als barris del Poble Sec; Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera; el Raval; el Besòs i el Maresme; Ciutat Meridiana; Torre Baró, i Vallbona. Es va utilitzar un disseny no experimental per avaluar-ne l'abans i el després. Les dades les van recollir per entrevistadores que van lliurar un qüestionari a les persones participants abans d'ingressar al programa i després dels primers sis mesos de participació i un mínim de quatre sortides.

Es van analitzar les variables explicatives següents: a) característiques sociodemogràfiques: sexe, edat, mesos sense sortir de casa, barri de residència i nivell educatiu; i b) característiques de la intervenció rebuda: nombre i tipus de sortides. Les variables dependents van ser la

salut percebuda, la salut mental i la qualitat de vida. Les respostes de salut percebuda es van dicotomitjar com a bones (regulars, bones i molt bones) o dolentes (dolentes o molt dolentes). La salut mental es va mesurar amb el qüestionari de salut general (GHQ-12) i es va analitzar com una variable categòrica en què les persones amb tres o més respostes positives es consideraven en risc de tenir una salut mental deficient (Goldberg, 1978) i també com una variable contínua de 0 a 36, que aplica una puntuació de tipus Likert a cada resposta. La qualitat de vida relacionada amb la salut es va avaluar utilitzant l'escala EuroQol (EuroQol, 1990), que mesura cinc dimensions: la mobilitat, la cura personal, les activitats diàries, el dolor o la incomoditat, i finalment l'ansietat. L'escala EuroQol EQ-5D-3L té tres nivells de severitat en cada ítem, que es van dicotomitjar com "sense problemes" o "alguns problemes" i "problemes greus" (Janssen, 2015). També es va estudiar la satisfacció general de les persones usuàries amb el programa respecte a la freqüència, la durada, el temps, el lloc i la puntualitat del serveis, i finalment, si recomanarien el programa a altres persones.

Les característiques sociodemogràfiques de les persones participants en el període 2009-2015 (n=135) es descriuen a la taula 1. Les persones usuàries eren majoritàriament dones (58,5%), de 85 o més anys (44,8%) que no havien sortit de les seves llars en els últims quatre mesos o més (55,9%). No es van observar diferències per sexe, edat i temps sense sortir de casa entre les persones perdudes al llarg del seguiment i les que van romandre dins l'estudi, però el nivell d'estudis era més baix en les persones perdudes. Les persones participants van fer una mitjana de divuit sortides (mitjana de vuit sortides) durant els sis

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de les persones participants (n=135) i de la intervenció. Barcelona, 2010-2015

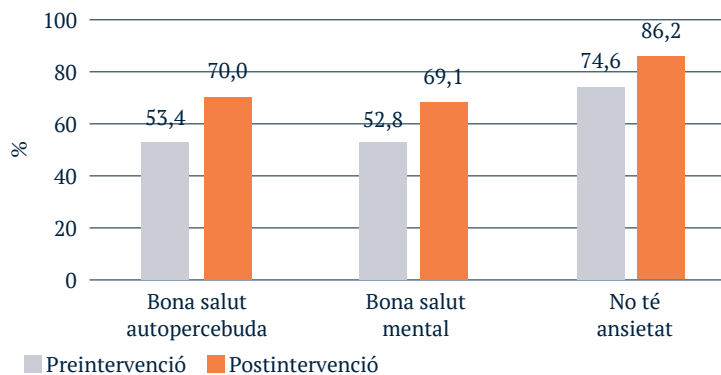
Característiques individuals	% (n)
Sexe	
Dona	58,5 (86)
Home	41,5 (61)
Edat	
59-74	14,0 (20)
75-84	41,2 (59)
≥ 85	44,8 (64)
Barri de residència	
El Poble Sec	27,7 (36)
Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	28,8 (42)
Ciutat Meridiana, Torre Baró i Vallbona	27,4 (40)
El Raval	15,1 (22)
El Besòs i el Maresme	4,1 (6)
Temps sense sortir de casa	
< 4 mesos	44,1 (60)
≥ 4 mesos	55,9 (76)
Nivell d'estudis aconseguits	
Sense estudis	21,6 (27)
Primaris	55,2 (69)
Secundaris	19,2 (24)
Universitaris	4,0 (5)
Característiques de la intervenció	
Nombre de sortides	
4-8	53,4 (71)
9-24	24,1 (32)
≥ 25	22,0 (29)
Mitjana (DE)	18,0 (21,3)
Mediana (rang interquartílic)	8 (7-18)
Tipus de sortides	
Ajuda per caminar	40,5 (51)
Cadira pujaescales	34,9 (44)
Altres	24,6 (31)

mesos estudiats. El 40% dels participants van necessitar anar de bracet per baixar les escales i fer la sortida, i en el 35% va caldre utilitzar la cadira pujaescales, atesa la seva mobilitat limitada, amb la supervisió d'una persona voluntària.

Després de la intervenció, la salut percebuda, la salut mental i l'ansietat van millorar de forma estadísticament significativa. La percepció de bona salut va augmentar del 53,4% a 70%; la bona salut mental va passar de 52,8% a 69,1% i el percentatge de participants sense ansietat va passar del 74,6% a 86,2% (gràfic 1). No van aparèixer canvis significatius en altres aspectes de la qualitat de vida (mobilitat, cura personal, activitats diàries, dolor o molèsties).

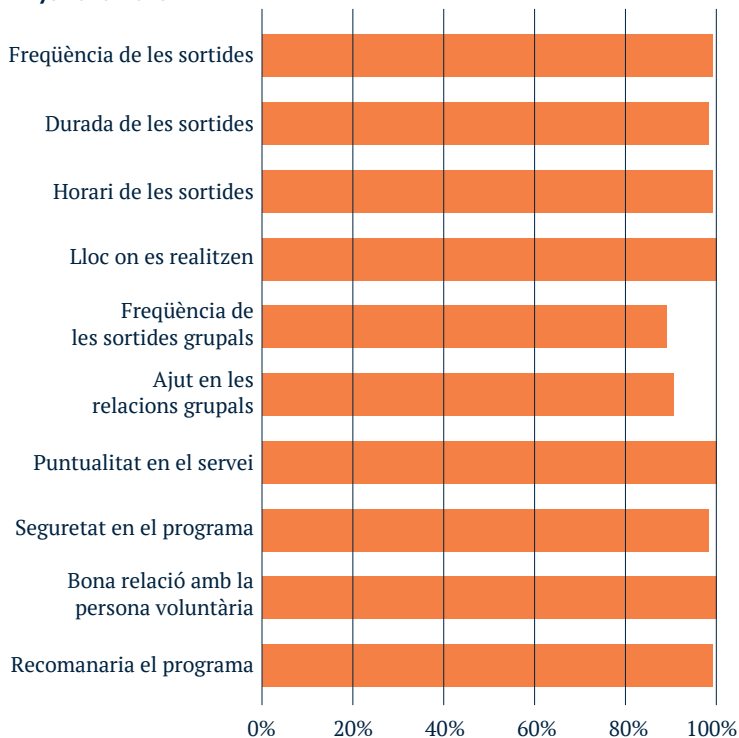
Les persones participants van estar molt satisfetes amb el programa (mitjana de 9,3 punts sobre 10). El 99% va declarar que recomanaria el programa a altres persones. Totes les dimensions de satisfacció (freqüència de les

Gràfic 1. Salut percebuda, salut mental i ansietat abans i sis mesos després de la intervenció (n=135). Barcelona, 2010-2015



sortides, la durada, el temps, el lloc i la puntualitat) es van qualificar com a adequades per gairebé el 100% de les persones participants, i la freqüència de les sortides grupals va ser l'ítem considerat menys satisfactori (gràfic 2).

Gràfic 2. Satisfacció de les persones usuàries segons diverses dimensions. Anys 2010-2015



“Baixem al carrer” deu anys després

A la llum dels resultats positius de la participació en el programa en diversos aspectes de la salut, l'any 2013 es va signar un conveni entre l'Ajuntament de Barcelona, la Creu Roja, i posteriorment amb la Coordinadora d'Entitats

del Poble Sec, amb la col·laboració de l'ASPB per fer créixer la intervenció i fer-la esdevenir un programa de ciutat, posteriorment amb la participació de Pla de barris de l'Ajuntament de Barcelona es va anar estenent als barris de la ciutat més vulnerables. En els darrers dos anys, d'acord amb alguns indicadors, com la proporció d'habitatges sense ascensor i segons les demandes, el programa es va estendre als barris amb més persones en risc de patir aïllament social o soledat no volguda. L'any 2019 “Baixem al carrer” es porta a terme a 46 dels 73 barris de Barcelona, amb una periodicitat de sortides setmanal, i a la resta de la ciutat com resposta a demandes puntuals amb una periodicitat quinzenal. El servei actualment el proveeixen tres entitats: la Coordinadora d'Entitats del Poble Sec, la Creu Roja de Barcelona i Airun SL, coordinades per la Direcció de Salut de l'Ajuntament de Barcelona amb la col·laboració de l'ASPB i Pla de barris.

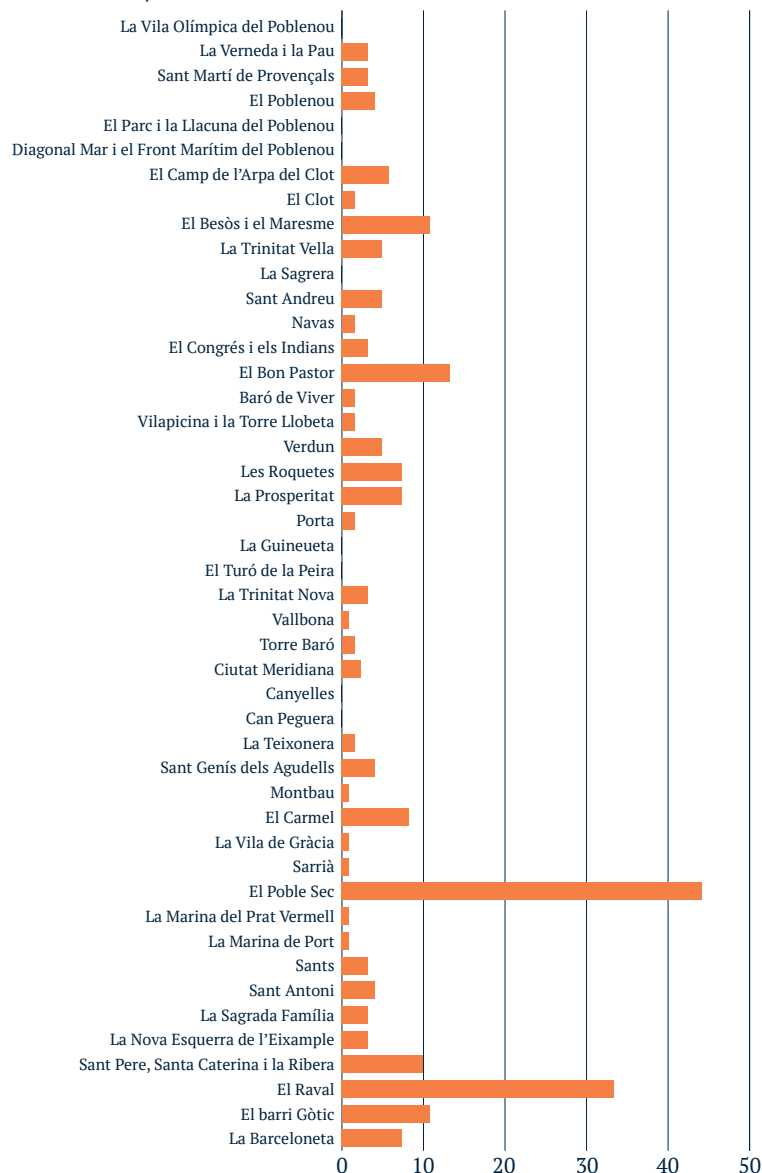
El programa es desenvolupa, en línies generals, de forma similar al període anterior (2009-2015). Es presenta als grups motors o taules de salut comunitària que poden fer el seguiment del programa, analitzant les dades mensuals en les seves reunions periòdiques. Els casos els detecten els equips d'atenció primària de salut i de serveis socials, i altres agents comunitaris (serveis i entitats en contacte amb la població a la qual va destinat). Quan es detecta una persona que potencialment seria usuària se'n comuniquen les dades a l'equip de treball social d'atenció primària de salut del barri, que el valora en quant a aspectes de salut i el deriva a l'entitat. El personal tècnic de l'entitat fa una nova valoració social i de l'entorn en una visita per assegurar l'adequació del servei, a més d'una valoració tècnica de la forma més adient de facilitar la baixada (amb

cadira pujaescales o a peu), els elements de suport (cadira de rodes, bastó o caminador) i l'acompanyament. En els casos en què la persona no compleixi els criteris d'inclusió, es fa un seguiment dels motius pels quals no se l'ha inclòs i es recomana derivar-la a altres serveis d'acompanyament més pertinents.

Per a les sortides cal que una persona tècnica maniobri la cadira pujaescales, i també de cadires de rodes, bastons i caminadors. També calen una o més persones per acompanyar la persona usuària per fer l'activitat una vegada que és al carrer. Les entitats proveïdores compten habitualment amb voluntariat per fer els acompanyaments i, en els casos en què no ha estat possible disposar de voluntariat, s'ha fet una col·laboració amb persones vinculades a plans d'ocupació de Barcelona Activa. La durada mitjana de cada sortida és de dues hores i mitja, incloent-hi el temps utilitzat per baixar i pujar l'escala del domicili i el temps en què la persona usuària fa l'activitat. El temps total varia en funció de la capacitat de mobilització de la persona, l'orografia del barri i les condicions meteorològiques. Les sortides es fan de dilluns a divendres, preferentment durant l'horari del matí i a primera hora de la tarda, depenent de l'estació de l'any. La periodicitat de les sortides és setmanal en els barris més desfavorits i quinzenals en la resta de barris.

Durant l'any 2019 hi han participat 279 persones que han fet 4.031 sortides. Un 68 % són dones, un 72 % tenen 85 anys o més, un 62 % viuen soles o en parella i un 30% viuen amb altres familiars. El gràfic 3 mostra el nombre de persones usuàries durant l'any 2019 segons el barri de residència. El programa recull cada sis mesos la satisfacció

**Gràfic 3. Persones usuàries segons el barri de residència (n=279).
Barcelona, 2019**



de les persones usuàries. Com en anys anteriors, la satisfacció és elevada.

Fortaleses, limitacions, conclusions i reptes

D'acord amb els resultats de l'avaluació, "Baixem al carrer" contribueix a millorar la salut de les persones participants. Es van observar millores significatives en la salut percebuda i en la salut mental, així com una reducció de l'ansietat, principalment entre les persones que prèviament no havien sortit de casa durant molt de temps, aquelles amb un nivell d'educació més baix i les que havien fet més de nou sortides durant el període analitzat. La satisfacció amb la participació va ser elevada.

La principal fortalesa de l'estudi d'avaluació és el fet d'haver estat una de les primeres intervencions comunitàries contra la solitud de les persones grans aïllades que mesura els resultats de salut amb escales validades. La principal limitació de l'avaluació és l'absència d'un grup de comparació. Se'n va prescindir perquè un disseny experimental, amb un grup de control o un grup de comparació no era recomanable per motius ètics i també pel nombre limitat de participants elegibles. Una altra limitació podria haver estat la causalitat inversa entre el nombre de sortides i la salut percebuda, és a dir, que les persones participants amb millor salut podrien haver tingut més probabilitats de fer més sortides que les que tenien pitjor salut. Tanmateix, alguns elements reforcen els resultats: a) una prova pilot de la intervenció va mostrar resultats similars en l'autovaloració de la salut, la salut mental i la reducció de l'ansietat (Díez, 2014); b) les millores en les variables superen el biaix de maduració, ja que tant l'autovaloració de la salut com la salut mental de

les persones grans tendeixen a empitjorar amb el temps, c) la gran satisfacció descrita per gairebé totes les persones participants. Quant a les fortaleses del programa, "Baixem al carrer" ha comptat amb el treball en xarxa de diferents institucions i agents comunitaris, com la Direcció de Salut de l'Ajuntament de Barcelona, Pla de barris de l'Ajuntament de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, el Consorci Sanitari de Barcelona amb els equips d'atenció primària de salut, l'Institut Municipal de Serveis Socials amb els equips d'atenció primària de serveis socials, i les xarxes d'associacions i altres agents comunitaris de la ciutat.

Durant l'últim període, el programa "Baixem al carrer" ha assolit la fase de consolidació, en la qual s'han treballat diversos aspectes: a) ampliar i consensuar els criteris d'inclusió i exclusió, b) millorar la difusió del programa a les treballadores i treballadors socials del CSB, c) fer un seguiment dels motius pels quals no s'hi inclouen les persones usuàries i les derivacions a altres programes, d) sistematitzar la recollida de dades personals, de salut i de satisfacció de les persones usuàries. Els reptes pel futur són consolidar el programa com un recurs de ciutat, enfortir la qualitat tècnica i comunitària del projecte, i incloure'l entre les estratègies socials, com ara les illes socials de cura.

Bibliografia

AGÈNCIA SALUT PÚBLICA DE BARCELONA. (2018) *Infobarris BCN. Barcelona Salut als Barris. Memòria 2018*. Disponible en línia: http://www.aspb.cat/documents/informes/*/promocio-entorns/barris/*/

CATTAN, M.; WHITE, M.; BOND, J., i LEARMOUTH, A. "Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions". *Ageing and Society*, 2005, 25(1), 41-67.

DAHLBERG, L. i MCKEE, K. J. "Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study". *Aging Ment Heal*, 2014, 18(4), 504-514.

DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J., i CAMPBELL, J. L. "Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review". *BMC Public Health*, 2011, 11. Disponible a: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-647>

DÍEZ, E.; PASARÍN, M.; DABAN, F.; CALZADA, N.; FUERTES, C.; ARTAZCOZ, L., i BORRELL, C. "« Salut als barris » en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud". *Comunidad*, 2012, 4(2), 121-126.

EUROQOL GROUP. "EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life". *Heal Policy*, 1990, 16(3), 199-208.

FUERTES, C.; PASARÍN, M. I.; BORRELL, C., i ARTAZCOZ, L. "Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health". *Health Policy*, 2012, 107: 289-295.

GENÉ-BADIA, J.; COMICE, P.; BELCHÍN, A.; ERDOZAIN, M. A.; CÁLIZ, L.; TORRES, S., i RODRÍGUEZ, R. "Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana" *Atención Primaria*, 2019. Disponible a: www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-perfiles-soledad-aislamiento-social-poblacion-S0212656718303810.

GLEI, D. et al. "Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly". *International journal of epidemiology*, 2005, 34(4): 864-871.

GOLDBERG, D. *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research, 1978.

HAND, C.; Retrum, J.; WARE, G.; IWASAKI, P.; MOAALII, G., i MAIN, D. S. "Understanding social isolation among urban aging adults: Informing occupation-based approaches". *OTJR Occup Particip Heal*, 2017, 37(4), 188-198.

HSU, H. (2007) "Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment?". *Aging & Mental health*, 2007, 11(6), 699-707.

JANSSEN, B. i OPPE, M. *EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*, Rotterdam: EuroQol Research Foundation, 2015.

NIEDZWIEDZ, C. L.; RICHARDSON, E. A.; TUNSTALL, H.; SHORTT, N. K.; MITCHELL, R., i PEARCE, J. R. "The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?". *Prev Med*, 2016, 91, 24-31.

POOL, M. S.; AGYEMANG, C. O., i SMALBRUGGE, M. "Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: A review". *European Journal of Public Health*, 2017, 27, 1048-1054.

SINGH, A. i MISRA, N. "Loneliness, depression and sociability in old age". *Industrial Psychiatry Journal*, 2009, 18(1), 51. Disponible a: www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2009/18/1/51/57861

WILKINS, K. "Predictors of death in seniors. Health reports". Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information, 2006, 16 Suppl, 57-67.