

CAPÍTULO 3. CÓMO AFECTA LA VIVIENDA EN SITUACIONES DE TRASPLANTE. CUANDO EL CÓDIGO POSTAL INFLUYE TANTO COMO EL CÓDIGO GENÉTICO.

Laura Esteban Romaní

Universidad de València Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Lucía Vazquez Gómez

Federación Española de Fibrosis Quística.

M^a Victoria Ochando Ramirez

Universidad Internacional de la Rioja

1. LA SALUD Y LA INCLUSIÓN RESIDENCIAL

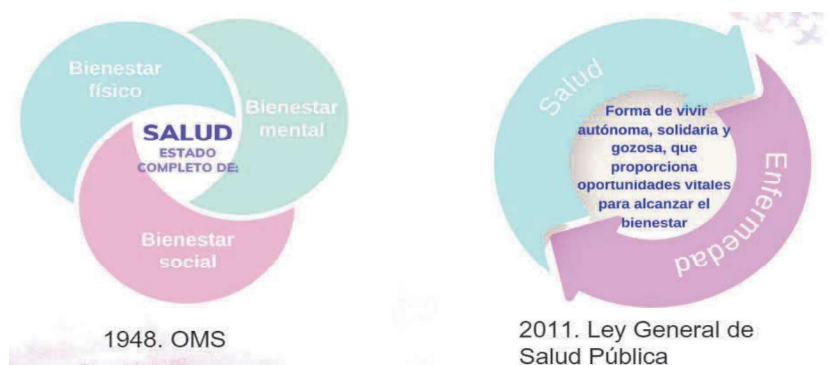
Anteriormente, el trasplante estaba relacionado directamente con lo biológico, sin tener en cuenta otras áreas. El concepto de salud ha evolucionado y ya no solo se entiende la salud como ausencia de enfermedad, sino que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un “estado completo de bienestar físico, psíquico y mental”. De hecho, ya hay definiciones que van más allá y entienden la salud como un continuo. Además de este carácter no estático y progresivo, Terris (1980) la define como un “estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez”.

Esta evolución del concepto, ha posibilitado nuevos enfoques más amplios, los cuales se han plasmado en las políticas públicas de todos los niveles. Destaca la Conferencia de Alma-Ata, de la OMS (1978), que conceptualiza la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.

Cobra especial interés el concepto de la salud establecido por en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), donde se establece como derecho humano fundamental y se señalan los prerequisites para la salud: 1) La paz; 2) adecuados recursos económicos y alimenticios; 3) la vivienda, y 4) Ecosistema estable y uso sostenible de los recursos. Esta comprensión holística de la salud, permite considerar el acceso a sistemas sanitarios y a recursos que favorecen la atención y mantenimiento de la salud, como es el caso de la inclusión residencial.

En la actualidad, el concepto de salud engloba elementos subjetivos y objetivos, así como aspectos sociales (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020). Se puede decir que la salud ha pasado de un enfoque biomédico, centrado en la enfermedad, hacia un modelo biopsicosocial que integra diversos factores biológicos, psicológicos y sociales (Figura 1).

Figura 1. Evolución del concepto de salud.



Fuente: elaboración propia.

Y a partir de aquí es importante hablar de los determinantes sociales en la salud. Estos son ejes en torno a los cuales se articulan las desigualdades. Estos factores y circunstancias, condicionan la salud. En este sentido, varios han sido los autores que han profundizado y establecido marcos conceptuales (Lalonde, 1974; Tarlov, 1999; Whitehead y Dahlgren, 2006). Para la OMS (2007), existen determinantes sociales de la salud estructurales, que afectan al contexto socioeconómico y político, junto con otros basados en las circunstancias materiales, factores conductuales, biológicos y psicosociales.

Figura 2. Determinantes sociales de la salud



Fuente: Buldón Olalla, A. (2022). Adaptado de Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret, 1991. “Policies and strategies to promote social equity in health”.

En una revisión exploratoria sobre la literatura sobre los determinantes sociales de salud en España (2010-2021) (Ruíz et al., 2022) se exponía que una vivienda en malas condiciones, una infravivienda y especialmente la situación de sinhogarismo se asoció con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria. La vivienda o la falta de ella, puede afectar a la salud física, psicológica y mental, así como al bienestar de las personas, sobre todo de aquellas que presentan mayor vulnerabilidad (Ubrich, 2019). Willian Osler (1849-1919) ya promulgaba en sus conferencias la frase: “es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que qué clase de enfermedad tiene un paciente”. Además, representa una cuestión clave en cuanto al acceso a la salud, por lo que constituye un determinante central de la salud.

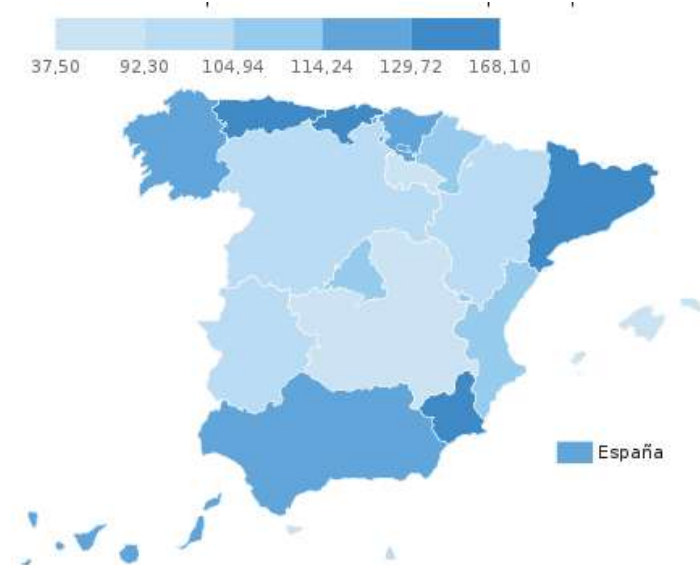
2. LA INCLUSIÓN RESIDENCIAL FACTOR CLAVE EN EL PROCESO DE TRASPLANTE

La Organización Nacional de Trasplantes (1993) define el trasplante como la sustitución de “un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente”. Sin embargo, cabe destacar los diferentes tipos de trasplante que existen: órganos, tejidos, médula ósea y sangre de cordón umbilical.

Entre los primeros, se encuentran los riñones, el hígado, el corazón, el páncreas, el estómago, el intestino y los pulmones. Por otro lado, los tejidos que se pueden trasplantar son hueso, tendón, ligamentos, cartílago, córneas, piel, válvulas cardíacas, arterias, venas, placenta, membrana amniótica, y cultivos celulares, de condrocitos, queratinocitos o mioblastos.

En 2023, España logró un récord histórico en trasplantes de órganos, con un total de 5.861 intervenciones. Este notable logro se debe en gran parte a la generosidad de 2.346 donantes fallecidos y 437 donantes vivos, lo que mantiene a España como líder mundial en este ámbito desde hace 32 años (ONT, 2023)

Figura 3. Tasa anual de procedimientos de trasplante por Comunidad Autónoma de residencia por millón de habitantes.



Fuente: ONT (2023)

No existe un perfil social general de las personas que necesitan un trasplante, ya que cada caso debe ser evaluado individualmente, considerando las características personales y las del entorno. No obstante, la población diana la constituyen pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada o aguda irreversible, los cuales presentan los criterios clínicos para iniciar el protocolo de estudio de pretrasplante hepático (Junta de Extremadura, 2020). Se puede afirmar que estos/as pacientes requieren unos cuidados específicos debido a la diversidad de síntomas y consecuencias derivadas de su enfermedad. Después del trasplante, la existencia de una residencia se vuelve crucial, ya que los/as pacientes pierden gran parte de su autonomía de forma temporal y necesitan un lugar en el que recuperarse gradualmente.

En la recuperación del trasplante ya se “pauta como tratamiento” la preparación de lo que se denomina un hogar seguro. Algunas de las recomendaciones para la vivienda pasan por una higiene en profundidad en las estancias y su mobiliario, un tratamiento de desinfección de hongos, moho, filtros de aires acondicionados y calefacción y un tratamiento especial en caso de tener mascotas (BMT, 2024). Por tanto se puede afirmar que la situación de sinhogarismo, o incluso de infravivienda es un factor excluyente.

La influencia de la inclusión residencial en diferentes órganos podemos decir que sería:

Trasplante de Pulmón

La inclusión residencial es especialmente relevante en los trasplantes pulmonares debido a la necesidad de un entorno libre de contaminantes y adecuado para la rehabilitación. Los pacientes requieren un espacio donde puedan seguir su tratamiento respiratorio y evitar infecciones, lo cual es crítico para el éxito del trasplante

“Yo llegué a Valencia un 22 de junio desde mi pueblo en Cantabria. Veníamos muertas de miedo. Si no hubiera sido porque nos pudimos quedar en un piso de acogida y nos ayudaron con el alojamiento nada hubiera ido bien. Ahora llevo 5 años trasplantada y estoy muy agradecida”. (Clara)

Trasplante de Riñón

En 2023, se realizaron 3.688 trasplantes de riñón en España. Para estos pacientes, la estabilidad residencial también es vital. Una vivienda adecuada permite a los pacientes mantener una higiene estricta y acceder

fácilmente a las revisiones médicas periódicas. La falta de un entorno adecuado puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento y el seguimiento médico postoperatorio, lo cual es crucial para la función del nuevo órgano.

“La recuperación no fue mala, pero necesitaba descansar. Me recomendaron unas condiciones mínimas en casa, pues como que estuviera todo limpio, evitar el contacto con muchas personas, descansar mucho, buena alimentación, buen descanso... Y menos mal que lo cumplí todo, no hubo ninguna complicación. No puedo ser más feliz desde el trasplante”.
(María)

Trasplante de Hígado

Los trasplantes de hígado también alcanzaron cifras significativas. Los pacientes trasplantados de hígado requieren un entorno domiciliario que les permita una adecuada nutrición y seguimiento médico. La estabilidad residencial asegura que puedan cumplir con los requerimientos dietéticos y las revisiones médicas necesarias para prevenir el rechazo del órgano y otras complicaciones.

“Todo fue muy bien. Tras la operación, subí a la UCI y al día siguiente, a planta. Después de una semana, me fui para mi casa. Desde allí, sigo las indicaciones que me dieron. Si salgo con mi familia, no puedo saltarme la dieta. Ahora, gracias a los donantes y su generosidad, puedo llevar una vida plena”. (Julio)

El número de personas que necesitan un trasplante supera al de donantes de órganos, lo que plantea la necesidad de decidir quiénes se beneficiarán más de un nuevo órgano. Esta tarea no recae únicamente en el/la médico/a, sino que involucra a diversas áreas profesionales: cirugía, hepatología, psiquiatría y enfermería (Clinic Barcelona, 2016). Además, en diversos hospitales del territorio español se ha incluido la figura del/la trabajador/a social sanitario/a en los equipos de trasplante para realizar la valoración psicosocial (Noda, Le Maitre, Medina y Afonso, 2009).

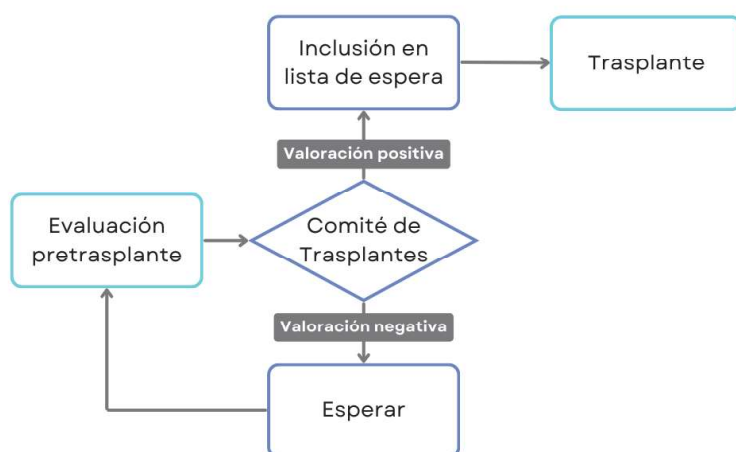
Se precisa de la coordinación del equipo de trasplantes en las distintas fases que implica la donación y la extracción. Dentro de los recursos humanos, se encuentran los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as, quienes se ocupan de poder ofrecer los apoyos necesarios (Arricibita, 2014). Cuando se detectan factores de riesgo social, es función del/la trabajador/a social intervenir para mitigarlos. Asimismo, se debe evaluar desde la perspectiva social si la persona es idónea para recibir un trasplante de órgano.

El/la trabajador/a social sanitario/a tiene como objetivo fundamental conectar a pacientes y familiares con los recursos sociales y sanitarios disponibles para resolver sus problemas de la mejor manera posible y asegurar una adecuada ubicación tras el alta hospitalaria. Según la Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la Comunidad Valenciana (2012, p. 6), el Trabajo Social Sanitario ofrece apoyo a pacientes y familias con escasos recursos y problemas sociosanitarios, incluyendo ayudas sociales relacionadas con la sanidad y la gestión de trámites, como la solicitud de plazas en residencias públicas, entre otros. En concreto, el/la trabajador/a social sanitario en el proceso de estudio pretrasplante, tiene como objetivo:

“Valorar y tratar los factores psicosociales de pacientes y familias que puedan dificultar la evolución favorable del proceso de enfermedad, con el fin de paliarlos o eliminarlos, asegurando los soportes de apoyo precisos para un desarrollo óptimo de la continuidad asistencial” (Junta de Extremadura, 2020, p.88)

De esta forma, la decisión de inclusión en lista de espera para trasplante implica una colaboración fundamental entre trabajadores/as sociales sanitarios/as, equipo médico, familiares, otros profesionales y el/la paciente. Es esencial esta coordinación para optimizar recursos, planificar intervenciones alternativas y asegurar un entorno de apoyo que prevenga la exclusión social y promueva el bienestar del/la paciente.

Figura 4. Proceso de inclusión en lista de espera



Fuente: Elaboración propia (2024).

Aquí es donde empieza el papel del/la trabajador/a social en los trasplantes, generalmente se accede a la intervención social por petición del paciente o su familia, o a partir de la indicación de otro profesional del equipo de trasplante (Clinic Barcelona, 2016). Según Burgos Varos et al. (2017), estos/as profesionales evalúan la situación biopsicosocial de cada paciente para identificar factores de riesgo social y mejorar las circunstancias que podrían afectar al éxito del trasplante y a la calidad de vida de la persona. Esta evaluación comienza antes de que el/la paciente se incluya en la lista de espera y continúa después de la intervención, si es necesario, para garantizar el adecuado funcionamiento del órgano trasplantado. Arricivita (2017) apunta que esta entrevista pretrasplante, permite analizar los factores psicosociales, con información obtenida del propio paciente y de sus familiares.

En dicha evaluación social se consideran diversos aspectos de la vida del/la paciente, incluyendo su núcleo de convivencia y familiar, situación socioeconómica, adecuación del entorno de vida, condiciones de la vivienda, hábitos de vida y adherencia al tratamiento, entre otros. La normalización de estos aspectos son esenciales para la toma de decisiones del comité de trasplantes, unido a los criterios médicos. Es necesario que el/la paciente cuente con apoyos suficientes y que cumplan unos requisitos de higiene, así como de vivienda para afianzar que el trasplante resulte con éxito. Con toda la información obtenida, podrá realizar el diagnóstico social sanitario.

La dimensión que se evalúa en primer lugar en una persona candidata a trasplante desde el punto de vista social son las condiciones de vida y el apoyo socio-familiar disponible durante todo el proceso. Actualmente, un problema significativo es la creciente falta de apoyo socio-familiar debido a una mayor individualización en el entorno. Esto puede ser determinante para contraindicar la realización del trasplante, desde el punto de vista social, si no se aborda adecuadamente y se subsana dicho problema.

A pesar de que el apoyo socio-familiar es la dimensión más importante en la evaluación pre-trasplante, se examinan otros aspectos que también tienen gran relevancia. En este sentido, cabe destacar la adecuación del entorno de vida y del espacio. En esta dimensión se incluye la existencia de una vivienda, la presencia de barreras arquitectónicas que puedan limitar la autonomía del/la paciente y la higiene del domicilio para evitar riesgos de contagio de otras enfermedades. Noda, Le Maitre, Medina y Afonso (2009), incluyen además el régimen de ocupación (propiedad, alquiler, otra), el tipo de saneamiento del que disponen, si hay animales de compañía o de producción, las características de la vivienda (número de habitaciones, número de personas, ventilación, humedad, deficiencias estructurales, etc), así como la accesibilidad a la vivienda y a los recursos sociales.

3. INFORMES SOCIALES, APARTADO VIVIENDA Y EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Una vez se ha realizado la evaluación de las diferentes dimensiones que rodean la vida del/la paciente, el/la trabajador/a social sanitario/a elabora un informe social en el que interpreta de forma cualitativa dicha evaluación y se presenta junto al resto de pruebas clínicas en el Comité de Trasplante.

En este sentido, Castillo y Gutiérrez (2017) han tratado de unificar la herramienta de evaluación y la interpretación de dicha evaluación en el proceso de trasplante. En el informe social, dentro del diagnóstico, se delimitan las prioridades de la intervención y la interpretación diagnóstica que realiza el trabajador/a social. Concretamente, en la dimensión relacionada con la vivienda, proponen se puede reflejar la situación residencial, en base a estos parámetros:

- Situación excelente. El/la paciente tiene una vivienda estable, cuenta con servicios básicos y las condiciones de habitabilidad son adecuadas.
- Situación buena. El/la paciente tiene una vivienda estable, cuenta con servicios básicos, pero las condiciones no son totalmente óptimas.
- Situación limitada. La vivienda es solo temporal, las condiciones de habitabilidad no son totalmente óptimas o existe una falta de servicios básicos.
- Situación pobre. El/la paciente carece de vivienda y vive en la calle.

Estas mismas autoras, destacar que la suma de las situaciones en diferentes dimensiones puede tener como resultado que la persona candidata a trasplante se valore en el informe social como:

- Excelente.
- Buena.
- Mínimamente aceptable. Se ha detectado algún factor de riesgo, por lo que es necesario eliminarlo o minimizarlo.
- Con importantes riesgos identificados. Se sugiere el aplazamiento del trasplante mientras se interviene en los riesgos identificados.
- No recomendable para trasplante. Existen contraindicaciones de alto riesgo.

4. CONCLUSIONES

El abordaje integral de la salud y su evolución conceptual ha permitido un enfoque más amplio y comprensivo en el ámbito del trasplante de órganos.

El concepto de salud, entendido ahora como un continuo y no un estado estático, permite la incorporación de determinantes sociales de la salud en la valoración de las personas candidatas a trasplante. Estos determinantes incluyen condiciones socioeconómicas, ambientales y de vivienda, las cuales juegan un papel muy importante en el éxito del trasplante y en la recuperación postoperatoria. Estudios recientes evidencian que la falta de una vivienda con las condiciones adecuadas puede aumentar las probabilidades de complicaciones y mortalidad, destacando la importancia de la estabilidad residencial en la salud general del paciente.

La inclusión residencial emerge como un factor clave en el proceso de trasplante. La estabilidad y condiciones de la vivienda no solo facilitan la adherencia al tratamiento y la recuperación, sino que también contribuyen al bienestar psicológico y social de las personas en situación de trasplante. La adecuada coordinación entre el equipo médico y los y las trabajadores sociales sanitarios es esencial para evaluar y mitigar los factores de riesgo social que puedan afectar la evolución favorable del trasplante. Esta coordinación debe asegurar que los y las pacientes cuenten con un entorno domiciliario adecuado, que incluya condiciones de higiene, accesibilidad y soporte socio-familiar.

En el contexto español, el papel del trabajo social sanitario ha adquirido una relevancia significativa en el proceso de trasplante. Estos profesionales son responsables de evaluar las condiciones biopsicosociales de los pacientes, identificar factores de riesgo y proporcionar los apoyos necesarios para asegurar el éxito del

trasplante. La evaluación pretrasplante incluye un análisis exhaustivo de las condiciones de vida, la situación socioeconómica y el entorno familiar del paciente. La existencia de una vivienda adecuada va a ser determinante para la inclusión en la lista de espera y para el éxito postoperatorio.

Es evidente que la integración de los determinantes sociales en la evaluación y seguimiento de las personas trasplantadas permite un enfoque más holístico y efectivo. La estabilidad residencial y el apoyo socio-familiar no solo mejoran la calidad de vida de la persona y su familia, sino que también incrementan las probabilidades de éxito de la intervención del trasplante y la reducción de complicaciones postoperatorias. Este enfoque biopsicosocial debe ser promovido y fortalecido en las políticas de salud pública para asegurar una atención integral y humanizada a los pacientes trasplantados.

En resumen, la evolución del concepto de salud hacia un modelo biopsicosocial ha transformado el enfoque del trasplante de órganos, resaltando la importancia de los determinantes sociales de la salud. La inclusión residencial y el apoyo socio-familiar son factores críticos para el éxito del trasplante, subrayando la necesidad de una coordinación interdisciplinaria en el proceso de evaluación y seguimiento. La consolidación de este enfoque holístico es fundamental para mejorar los resultados de los trasplantes y la calidad de vida de los pacientes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arricivita Amo, A. L. (2017). El trabajo social en otros ámbitos. Universitat Oberta de Catalunya.

Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente A. H., Del Llano Señarís, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*, 96, 12 de mayo, e202205041.

De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. DOI: 10.19230/jonnpr.3215.

BMT. (2024). Preparación de un hogar seguro. <https://bmtinfonet.org/es/transplant-article/preparaci%C3%B3n-de-un-hogar-seguro>

Buldón Olalla, A. (2022). Determinantes de salud. *Lafisioterapia.net*. <https://lafisioterapia.net/determinantes-de-salud/>

Burgos Varo, M. L, Chico López, A., García Roldán, P., Gualda García, R., Gutiérrez Nieto, A. M., Hervás de la Torre, A., Martínez Gutiérrez, M. y Oliver Navarro, B. (2017). Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía: propuestas desde el Trabajo Social Sanitario. Consejo Andaluz de Trabajo Social. https://issuu.com/00424/docs/aportaciones_del_tss_al_sistema_san

Castillo Cejas, C. y Gutiérrez Morato, S. (2017). La valoración social del paciente candidato a trasplante hepático. *Trabajo social y salud*, 86, 43-50.

Clinic Barcelona. Hospital Universitari (2016). Guía del paciente en el proceso del trasplante hepático. Hospital Clinic. <https://www.clinicbarcelona.org/uploads/media/default/0001/47/9c42b8f824ecb86cd675cb6941ea1136f193e87d.pdf>

Conselleria de Sanitat (2012). Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat. https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/castellano_cartera_trabajo_social_sanitario_c_v_tr

Junta de Extremadura (2020). Trabajo Social Sanitario en Atención Hospitalaria Organización y Funcionamiento de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Services Canada. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/pers-pect-eng.pdf

Noda Morales, M. A., Le Maitre Noda, M. D., Medina Escuela, I. y Afonso Pérez, L. C. (2009). El Trabajador Social Sanitario en Trasplante: como técnico del Servicio de la Coordinación Autonómica de Trasplante de órganos y tejidos. Documentos de Trabajo Social, 45, 197- 207.

Organización Nacional de Trasplantes (1993). Organización Nacional de Trasplantes. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>

Organización Nacional de Trasplantes (2023). Actividad de donación y trasplante. <https://www.ont.es/https-www-ont-es-informacion-a-los-profesionales-4-actividad-de-donacion-y-trasplante-4-5/>

Tarlov, A. R. (1999). Public Policy Frameworks for Improving Population Health. Annals of the New York Academy of Sciences, 896(1), 281-293.