



# **Cuando cuidar permite abrir la puerta**

**Espacio de Deliberación  
Compartida**

Relato núm 2

**col·lectiu  
minerva**

# col·lectiu minerva

## *Cuando cuidar permite abrir la puerta*

Espacio de Deliberación Compartida, Relato núm. 2

@ de los textos: Roser Font Canals, Íngrid Bullich Marín, Montserrat García Lucas, Cristina Borruell Mateus, Montserrat Busquets Surribas y Núria Cuxart Ainaud, 2025

@ de la presente edición: Colectivo Minerva, 2026

Edita: Colectivo Minerva [www.colectivominerva.cat](http://www.colectivominerva.cat)  
[minervaeticadelcuidado@gmail.com](mailto:minervaeticadelcuidado@gmail.com)

Barcelona, abril de 2026

ISSN 3137-7009



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



La elaboración de estos contenidos ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

**Autoras de este relato**

Roser Font Canals

Íngrid Bullich Marín

Montserrat García Lucas

Cristina Borruell Mateus

Montserrat Busquets Surribas

Núria Cuxart Ainaud

**Colabora:**

Carmen Domínguez-Alcón



## Introducción a los relatos

Estos Relatos que se presentan son la expresión de uno de los resultados de los trabajos realizados en el marco del Espacio de Deliberación Compartida (EDC) organizado por el Colectivo Minerva con la colaboración de la Fundación Víctor Grífols y Lucas en el contexto del proyecto «Ética y valores del cuidado».

Desde el mes de febrero de 2024, un grupo de enfermeras vinculadas a la práctica clínica reflexionan, sobre el alcance ético de los valores del cuidado y de sus expresiones en cada una de las situaciones de cuidado trabajadas a partir de situaciones reales vividas en primera persona por alguna de las participantes. En los EDC se escucha a quién cuida y se comparten experiencias vividas en la práctica enfermera y que tienen como propósito la reflexión en profundidad y el debate abierto y libre sobre el cuidado y la ética del cuidado en un contexto de confianza y colaboración.

En esta reflexión conjunta, trabajada de forma participativa e inclusiva, el grupo delibera alrededor de la práctica del cuidado y se sirve de la ética del cuidado como base teórica y enfoque metodológico que le ayude a orientar la reflexión y la argumentación. En coherencia con el respeto a la pluralidad de valores e intereses sobre el cuidado que expresan las enfermeras participantes en la experiencia, no se pretende ningún pronunciamiento sobre cómo se ha desarrollado la situación ni la resolución de ésta, si fuera el caso.

**¿Cómo se estructura cada Relato?** La redacción de los Relatos parte de la versión original que ha elaborado la enfermera participante que presenta una situación vivida: **La enfermera relata**. A pie de página se incluyen algunas aportaciones sobre las cuales el resto del grupo participante propone preguntarse, reflexionar, enfatizar o aclarar para poner en valor el cuidado. El apartado **Reflexión desde la ética del cuidado** contiene aquellos aspectos que las participantes en los EDC quieren resaltar como nucleares. Al ser muchos los temas que surgen durante la reflexión de cada situación, se escogen aquellos donde, fruto de la consideración conjunta y compartida, el grupo participante ha fijado el interés.

**En este segundo Relato se subrayan cuatro, a través de una breve reflexión desde la ética del cuidado, destacando en esta situación la autonomía, el valor de la escucha, la respuesta del CEA y una propuesta de gestión.**

Los Relatos, que ahora se publican de manera abierta, recogen situaciones de cuidado reales. La voluntad no es extrapolar ni protocolizar actividades sino deliberar sobre aspectos del cuidado y de la ética del cuidado, a partir de la singularidad de una situación. No se trata de una realidad pensada, objetivada, sino de una realidad ejecutada, donde se intenta aportar todo aquello que ayude a la reflexión y posterior razonamiento de cada cual para comprender, argumentar y visibilizar el cuidado.

Los Relatos son historias reales, próximas, experiencias de otros, pero que podrían ser propias. Son la consecuencia tangible de hablar, pararse, dar-se tiempo para pensar, pensar en grupo, fijarse en el lenguaje utilizado, en aquello que no se nombra o de hacer aflorar aspectos del cuidado que, muchas veces, ni las mismas protagonistas somos capaces de identificar.

Desde la perspectiva deliberativa que acompaña los Relatos siempre habrá que considerarlos abiertos e inacabados de forma que generen contextos para un diálogo donde, de forma participativa e inclusiva, se visualice el poder transformador del cuidado.



El relato que se desarrolla a continuación está extraído de la publicación: Font Roser, Macarro, Manuela (2020). «Resultados del cuidado y comités de bioética asistencial». En: Domínguez-Alcón, C. Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A., A. *Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial*. Págs. 205-206. Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona. Disponible en: [https://issuu.com/coib/docs/livre\\_tica\\_del\\_cuidado\\_innovaci\\_n\\_inclusiva\\_y\\_c](https://issuu.com/coib/docs/livre_tica_del_cuidado_innovaci_n_inclusiva_y_c)

## La enfermera relata:

Se trata de una mujer de 39 años, consciente y orientada. Sufre una enfermedad autoinmune severa corticodependiente y asma grave, que le ha llevado a sufrir varias paradas cardio respiratorias, Diabetes Mellitus, Síndrome de Cushing y osteoporosis. Presenta déficit visual y es totalmente dependiente, requiriendo silla de ruedas. Portadora de oxígeno y nebulizador domiciliario. Convive con su segunda pareja, que es su cuidador principal, y su hijo de 6 años. Es madre, además, de 2 hijos (14 y 15 años) de una primera pareja, que viven con el padre. El hijo pequeño también es dependiente, nació a las 34 semanas por cesárea, es autista,<sup>1</sup> todavía toma biberones y no anda. La familia vive ocupando un piso.

Ha hecho múltiples infecciones, abscesos intraabdominales, micosis sistémica, infecciones del tracto urinario (ITU's) febriles. Desde el último ingreso hospitalario presenta una lesión por presión en un trocánter, motivo por el que actualmente está ingresada en régimen de hospitalización domiciliaria (HAD). Este equipo la visita cada día y realiza la cura con terapia de presión negativa cada dos o tres días.

Hace 6 días, empezó con clínica de infección del tracto urinario iniciando tratamiento antibiótico. A las 24 horas empeora y ante la sospecha de un nuevo absceso abdominal se le propone ir al hospital para hacer estudio de imagen, puesto que la situación clínica podría ser grave. En este momento la paciente se niega a ir a urgencias alegando que no quiere salir de casa y que no quiere ingresar de nuevo en el hospital.<sup>2-3</sup> Se le propone ir a urgencias un domingo,

<sup>1</sup> Hay que hacer mención de la denominación «es **autista**» para referirse al hijo pequeño. Es una expresión muy utilizada conviene reflexionar sobre si habría que sustituirla por «persona con autismo» o «persona con TEA / trastorno del espectro autista».

<sup>2</sup> Este caso es un ejemplo de **falta de datos sobre las necesidades** de la persona atendida. Los datos disponibles están relacionados con las enfermedades y los tratamientos recibidos, pero no se menciona la satisfacción, preferencias y voluntades en relación con las necesidades de la vida diaria. Es especialmente importante dada la situación de alta vulnerabilidad y/o dependencia de la mujer, de la pareja y del hijo. Tampoco hay datos relativos a cómo se desarrolla la relación de confianza ni con qué profesionales ella se siente mejor.

<sup>3</sup> El hecho no querer ir al hospital puede tener relación con experiencias vividas en hospitalizaciones anteriores o con el cuidado del hijo en el domicilio, de nuevo faltan datos en este sentido.

cuando la médica del HAD está de guardia, y poder hacerlo todo rápidamente y se contacta con el equipo de cirugía de urgencias por si se tiene que hacer alguna intervención por su parte y no demorar su estancia. Sin embargo, la paciente vuelve a negarse. Incluso se le envía una ambulancia, pero la rechaza.<sup>4</sup>

A partir de este momento la mujer no contesta las llamadas telefónicas ni abre la puerta de casa. Ante la sospecha de que quizás ha podido pasar algo grave, se activa alerta a los mossos d'esquadra, que entran en el domicilio y confirman que tanto ella como el marido están en casa y reiteran que no quieren ir a urgencias. Desde este momento el equipo del HAD no puede contactar con la paciente ni con su pareja por teléfono ni mediante mensaje vía WhatsApp.<sup>5</sup>

En este momento el equipo realiza la consulta al Comité de Ética Asistencial (CEA), dado que es una paciente séptica<sup>6</sup> que no acepta la oferta profesional, no quiere ir a urgencias y, además, las curas de la lesión por presión no se están realizando y tampoco pueden ser asumidas por el Centro de Atención Primaria (CAP).<sup>7</sup> El equipo plantea hacer firmar el documento de negativa al tratamiento y darle el alta de la hospitalización a domicilio.

#### **Durante la deliberación del CEA se trató:**

Se trata de una paciente, que a pesar de su fragilidad (física, socioeconómica), se considera competente para tomar decisiones. En consecuencia, se tendría que respetar su decisión de rechazo al ingreso hospitalario. A pesar de que la mujer no ha verbalizado su rechazo al tratamiento, el hecho de no contestar al teléfono, ni responder a los mensajes, nos indica un rechazo a la propuesta de ser atendida por este equipo. Sin su colaboración, ni la de su pareja, es imposible acceder al domicilio, ni seguir proporcionándole las curas.<sup>8</sup> Nos consta que la trabajadora social conoce el caso, pero no tenemos información al respecto.<sup>9</sup>

<sup>4</sup> El rechazo continuado de la mujer a cualquier propuesta profesional muestra **una negativa a recibir atención** que puede ser a causa de motivos que deberían estudiarse en profundidad.

<sup>5</sup> La entrada en el domicilio, sin previo aviso, de los mossos d'esquadra, puede haber sido vivida como una grave intromisión. Habría que averiguar si se le ha podido explicar el motivo y cómo ha sido la experiencia.

<sup>6</sup> Hay que hacer mención de la denominación «**paciente séptica**» para referirse a la chica. Es una manera habitual de expresarse en el ámbito hospitalario sobre la que hay que reflexionar.

<sup>7</sup> Puesto que la mujer está en régimen de hospitalización a domicilio no es seguida por el equipo del CAP (Centro de Atención Primaria).

<sup>8</sup> No se dispone de los datos para profundizar en las causas reales del hecho de **no querer ir a urgencias**: dejar al hijo solo, malas experiencias previas, etc. Aún ante la propuesta de estar el mínimo tiempo posible, ella no lo acepta. Tampoco se sabe si se le ha preguntado cómo quisiera ser atendida ni si cuenta con el apoyo desde Trabajo social para la ayuda a su hijo. Conocer las posibles causas del rechazo al ingreso y /o pruebas diagnósticas puede permitir readaptar la atención y facilitarle algún tipo de apoyo. Se desconoce si se niega a la atención o bien muestra rechazo a un ingreso que la separará de su hijo.

<sup>9</sup> Desconocemos qué enfoque tiene la trabajadora social que interviene, ni cuál es el trabajo que está llevando a cabo en esta situación.

Al tratarse de una situación de extrema fragilidad, y que uno de los motivos para no aceptar el ingreso puede ser el cuidado del hijo dependiente y las experiencias en ingresos previos, deberíamos estar seguros de que la paciente dispone de toda la información necesaria y pertinente sobre los riesgos que puede comportar no tratarse. El equipo considera que la elección no es coherente con su frágil situación de salud, y que tiene un alto riesgo de nuevos abscesos abdominales e incluso de un choque séptico. Es por este motivo que se ha intentado facilitarle el acceso al hospital y contactar con ella muchas veces.<sup>10</sup>

Como profesionales a veces debemos cuestionarnos que, aun pensando que nuestros actos son beneficiosos, podemos olvidar que las circunstancias personales de las personas atendidas marcan sus decisiones y que nuestras actuaciones pueden no ser aceptadas.<sup>11</sup>

Actualmente, esta mujer consta como ingresada en régimen HAD.<sup>12</sup> Cuando una persona ingresa en este servicio, firma un contrato aceptando que los profesionales vayan a su casa. En este caso, el contrato se ha roto tácitamente con la negativa al acceso al domicilio y no dar respuesta al ofrecimiento de asistencia.

A causa de la frágil situación de salud es posible que ella misma o el marido se tengan que poner en contacto con el CAP, con el mismo equipo HAD o con el servicio de urgencias. El CEA propone que, dado que la actuación de los profesionales es limitada, se tiene que respetar la decisión tomada por la paciente, presuponiendo que es una decisión autónoma. Y también recomienda asegurar la atención cuando ella lo pida, haciéndole saber que, a pesar de haber sido dada de alta del HAD,<sup>13</sup> puede contactar con el equipo cuando lo necesite.

Se tendría que aprovechar este acontecimiento para poder hablar y pactar un plan anticipado de cuidados. En este caso, un documento de voluntades anticipadas sería una buena herramienta, facilitando así la toma de decisiones.

El CEA recomienda que se deje constancia en la historia clínica de todas las actuaciones hechas por el equipo y del alta del servicio HAD.

<sup>10</sup> Hay que hacer hincapié en que, aún ante la situación de fragilidad elevada, se continúa deliberando desde el **principio de autonomía**, obviando la reflexión de la **beneficencia** o no **maleficencia**.

<sup>11</sup> La propuesta de los profesionales está centrada en el **tratamiento curativo** de la infección.

<sup>12</sup> La **hospitalización domiciliaria** es una modalidad asistencial en la que los profesionales proporcionan un tratamiento activo al paciente en su casa, para una circunstancia/proceso que, de otra manera, requeriría de una atención hospitalaria aguda.

<sup>13</sup> Hay que tener en cuenta que quizás no se trata de una situación de **alta voluntaria**, y quizás tampoco de rechazo al tratamiento, dado que no se ha podido hablar con la mujer. Tan solo sabemos que ella no contesta al teléfono ni abre la puerta. No aceptar la ayuda que se le propone desde los equipos de salud puede ser algo congruente en función de la **situación familiar** y de las **responsabilidades** que tiene hacia el hijo.

## Reflexión desde la ética del cuidado

**Este apartado incluye una breve reflexión desde la ética del cuidado destacando en esta situación la autonomía, el valor de la escucha, la respuesta del CEA y una propuesta de gestión.**

### Autonomía

La autonomía se basa en la competencia de la persona para decidir y, para ello, precisa información y comunicación suficiente para comprender el alcance de aquello que acepta o rechaza. El relato nos lleva a preguntarnos cómo la vulnerabilidad puede afectar a la autonomía y, en consecuencia, a las decisiones que se toman. Nos plantea la importancia de los condicionantes sociales y familiares y de salud. Y nos plantea también, que centrar la atención exclusivamente en las enfermedades y tratamientos puede llevar a análisis erróneos y/o equívocos que limitan la acción profesional alrededor del tratamiento médico, más cuando éste es rechazado. Presuponer la autonomía de la mujer para decidir aceptar o no los tratamientos y los cuidados implica presuponer que también lo es para vivir sin ayuda y que, si hace falta, ya la pedirá cuándo la necesite. Por lo tanto, se puede argumentar la decisión de poner fin a la atención del equipo HAD. El relato también muestra como los/las profesionales a veces se encuentran sin opción para intentar atender a la persona, respetando el rechazo manifestado. Es por eso que la reflexión ética del grupo ha ido enfocada a analizar la autonomía desde la ética del cuidado, focalizando la atención en las relaciones y el contexto donde tiene lugar la situación.

La experiencia relatada pone de manifiesto algunas cuestiones nucleares de la ética del cuidado —la influencia del contexto de vida y la relevancia de las relaciones de confianza y de la satisfacción de necesidades— planteando una crítica al enfoque hecho, exclusivamente, desde la mirada y análisis bioético. Plantear la preocupación ética desde la vulnerabilidad de la situación de vida de la mujer y su familia y desde las necesidades que se generan requiere una nueva aportación que ayude a entender la dimensión humana de la situación, más allá del cumplimiento de los principios bioéticos. La cuestión, pues, es cómo aproximarnos para ayudar en la vida cotidiana más que preocuparnos de si la mujer es o no autónoma. Existe la posibilidad de que las responsabilidades en relación al cuidado de su hijo sean el argumento de la mujer para no aceptar ir al hospital, como también hay posibilidad de que las experiencias de hospitalizaciones anteriores justifiquen la negativa. Pero, sea cual sea la razón, la necesidad de atención y cuidados continúa.

La aportación de la ética del cuidado centrada en las relaciones, el contexto y la inclusión de todos los protagonistas, aporta una visión necesaria para poder ayudar realmente; pensar en cómo establecer la relación de confianza, trabajar el contexto de forma conjunta con los/las profesionales de trabajo social, y tener en cuenta a todos los protagonistas para definir las responsabilidades de cada cual puede ayudar a una aproximación relacional y contextual.

En definitiva, cuáles son los elementos que ayudan a esta mujer a ser autónoma en un contexto tan complicado. Por ejemplo, podríamos tratar de comprender realmente lo que manifiesta: ¿Se niega a toda relación y tratamiento o sólo a algunos aspectos concretos del tratamiento propuesto? ¿Cuáles son las motivaciones subyacentes? ¿Hay miedos que podamos ayudar a abordar? ¿Qué es lo que puede ayudarle a ser autónoma en un contexto tan complicado?

¿Piensa ella que la decisión que toma es la mejor para su familia y para sí misma? Sabemos que, si una persona en situación de cronicidad compleja es cuidadora/referente de otra persona con dependencia, como lo es esta mujer de su hijo, puede poner por delante el rol cuidador.<sup>14</sup> Sus prioridades podrían tener un orden diferente.

Es una cuestión de enfoque. Desde la bioética nos preguntaríamos: ¿tiene la información suficiente?, ¿se la hemos dado las veces necesarias?, ¿hemos sido lo suficientemente persuasivos?, ¿le hemos ofrecido todo el apoyo que podíamos?... Aquí las preguntas y las respuestas son dicotómicas; comprende o no la información, es o no autónoma.

Desde la ética del cuidado nos preguntamos: ¿qué le ha ocurrido?, ¿cómo lo ha vivido?, ¿qué experiencias previas tiene?, ¿cuáles son sus miedos? ¿cómo vive la situación actual? ¿qué red de apoyo tiene para las actividades de la vida diaria (AVD)? ¿cuál es el papel de pareja? ¿qué habilidades/capacidades tiene la pareja para afrontar esta situación? ¿qué afectación hay en la familia? ¿qué necesidades hay y cómo son satisfechas? ¿cómo es su día a día? ¿cuál es la situación del hijo y cómo lleva a cabo su cuidado? Nos preguntaríamos ¿qué podemos hacer desde la promoción de la salud a pesar de su vulnerabilidad?, ¿cuáles son los riesgos que se pueden prevenir y qué recursos sociales se han activado o se pueden activar? Y también, ¿qué podemos aprender de esta situación que nos sirva para el futuro? Estas preguntas nos permiten acompañarla desde el respeto, teniendo en consideración la posición de la mujer, tal y como ella la expresa y no de manera idéntica a la nuestra.

## El valor de la escucha

El relato refleja la gran importancia de establecer la relación con la mujer atendida y su entorno significativo que, a pesar de las estrategias de acercamiento empleadas, no se consigue. Se desconoce si, incluso, la insistencia para ir al hospital y en más medida la presencia de la policía en el domicilio, posiblemente justificadas, pueden haber causado el efecto contrario. La gran dificultad es poder apreciar la singularidad de la situación considerando que tanto la mujer como la pareja dan un significado personal a la situación a partir de sus creencias, vivencias, historias afectivas particulares, y que todo ello forma parte inherente de sus decisiones y acciones. Por eso es un buen ejemplo para pensar cómo aproximarnos a comprender la dimensión ética del sufrimiento de esta familia. ¿Cómo podemos escucharla y hacer que forme parte de la respuesta profesional?

La enorme vulnerabilidad de la mujer y su familia requiere una relación de reciprocidad que ayude a nivelar la disimetría inicial donde el/la profesional propone y la persona recibe. La escucha es una herramienta para poder cambiar los escenarios de las relaciones entre profesionales y personas atendidas ayudando a dar paso a la conversación y al diálogo, en lugar

<sup>14</sup> **Tomar responsabilidad** es tercera fase del proceso del cuidado definido por Joan Tronto. Implica que, a pesar de que las acciones de cuidados se pueden delegar, no es así con la responsabilidad. Hablar con la mujer de cómo se podrían satisfacer las necesidades del hijo, cuando no está presente, y ayudarle a poner las medidas necesarias podría ser un elemento clave de su toma de decisión relativa a aceptar o no las propuestas de tratamientos.

de comprenderlos como entrevistas. El hecho de escuchar transmite en sí mismo una señal de respeto y de atención. Ser escuchado y saber que tu punto de vista es considerado es fundamental para poder percibir la vivencia de ser tenido en cuenta de forma seria.

Y mucho más cuando las situaciones tienen un significado personal. Cuando se practica, la persona escuchada se siente reconocida, incluida, alentada a expresarse y estimulada a escuchar recíprocamente. Es una escucha que fomenta un vínculo positivo entre individuos y es la principal herramienta para huir de comportamientos paternalistas o maternalistas.

Carol Gilligan reformula el concepto de empatía de la siguiente manera: «En vez de ponernos en el lugar del otro, más nos convendría ponernos en nuestro propio lugar y dirigirnos al otro para que nos enseñe el suyo».<sup>15</sup> Esto significa profundizar en la competencia para escuchar. Esta definición alerta del peligro de la empatía, puesto que conduce a una identificación personal que puede ser causa de conductas paternalistas o maternalistas y puede silenciar la voz de la persona atendida. Para poder llegar a la mejor decisión posible, en el contexto particular tan complejo que se expone en el caso relatado, hay que considerar que la mejor decisión será la que tenga en cuenta a los protagonistas en cuanto que sujetos portadores de una historia afectiva particular. La escucha se posiciona en la esfera de las necesidades más que desde la razón, y en la investigación de una respuesta apropiada a la persona y situación concretas. Escuchar lo que el otro dice, como lo expresa, qué significado le da... es parte esencial de la relación del cuidado promoviendo la toma de decisión autónoma y compartida.

## La respuesta del CEA: la orientación «cuidadora» de los CEAs

El segundo aspecto que destaca en este relato es el papel del CEA.<sup>16</sup> Los comités de ética asistencial tienen entre sus funciones ofrecer apoyo a los profesionales en la toma de decisiones complejas.<sup>17</sup> En este caso, los profesionales recurren al comité buscando apoyo y validación en su decisión de romper el pacto asistencial. La decisión, a pesar de ser considerada la más adecuada, les resulta difícil de asumir en solitario.

Hay que tener en cuenta que el enfoque del cuidado (orientación «cuidadora») no implica necesariamente ser el cuidador directo. Cuidar no implica solo la atención directa; el comité

<sup>15</sup> Esta definición desde la atención paliativa se relaciona con el término **compasión**, entendida como la habilidad de identificar el sufrimiento ajeno y/o propio, unida a la motivación sincera de hacer algo para aligerarlo.

<sup>16</sup> Los CEAs son equipos multidisciplinares formados por profesionales de varios ámbitos, lo cual permite ofrecer una visión más amplia y completa del caso. Los comités pueden ofrecer recomendaciones o destacar la necesidad de coordinarse con otros equipos o servicios sociales, pero nunca pueden sustituirlos.

<sup>17</sup> La rutina asistencial puede dificultar la **participación** de todos los profesionales en la discusión de estos casos con la profundidad necesaria o en la preparación adecuada de las intervenciones. A menudo, los **dilemas éticos** que emergen en el ámbito de la atención sanitaria tienen una dimensión social muy relevante. Por este motivo, a pesar de que la responsabilidad principal de los comités se centra en las decisiones sanitarias (diagnóstico, tratamiento, consentimiento informado, final de vida, etc.), también hay que tener en cuenta cómo los aspectos sociales pueden influir en la toma de decisiones clínicas y en el bienestar de las personas atendidas. La responsabilidad de los comités, por lo tanto, no se limita a los aspectos sanitarios, sino que se extiende también a los psicosociales.

puede promover la relación de cuidados hacia la persona atendida sin realizar directamente las acciones de cuidados. En este sentido, los comités ofrecen recomendaciones para que los profesionales asistenciales puedan tomar decisiones alineadas con los valores éticos y el respecto a la autonomía. Un CEA puede expresar esta orientación «cuidadora» en sus valoraciones, siempre y cuando no se limiten a una aplicación estricta de principios bioéticos abstractos, sino que tengan en cuenta el contexto de la persona e incluya la valoración de las necesidades emocionales y sociales que rodean a la situación. En este caso, la dimensión relacional de las decisiones —la red de apoyo, el grado de confianza en el equipo— son aspectos fundamentales a considerar en la deliberación. El CEA debería recomendar a los/las profesionales que asuman una responsabilidad compartida en el cuidado, integrando también la parte relacional, que incluye una dimensión más humana y próxima.

## Propuesta de gestión

El relato lleva también a analizar cómo la organización de la atención y los recursos que se pueden poner al servicio de las personas atendidas definen la ayuda que los profesionales pueden ofrecer. Es esencial activar formas organizativas de trabajo en red que promuevan la coordinación y la comunicación efectiva entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales. No hacerlo lleva a la persona y su entorno a no saber cómo gestionar no solo la enfermedad sino su situación familiar. Es por eso que la propuesta de las unidades básicas de atención (UBA), que hacen el seguimiento en el domicilio de la persona, y el modelo de gestión de casos (que responde a la necesidad de mejorar la continuidad de los cuidados en diferentes contextos asistenciales a pacientes especialmente complejos o que requieren la aportación de diferentes profesionales) son estrategias para hacer una valoración y seguimiento del estado físico, emocional, afectivo y social de la persona que responda a sus necesidades de forma colegiada y organizada.

En situaciones de ingresos frecuentes, como la que nos ocupa, el canal de comunicación entre niveles asistenciales tiene que facilitar la información que se ha ido recopilando en la asistencia en el entorno habitual de la persona, garantizando la continuidad del cuidado en todos los niveles de intervención.<sup>18</sup> En el relato presentado habría permitido llevar a cabo una aproximación centrada en la persona atendida y su familia basada en sus prioridades y preferencias.

Septiembre, 2025

<sup>18</sup> En la actualidad, la **historia clínica electrónica compartida** facilita este flujo de información para que, ya desde el momento del ingreso en el hospital, se puedan identificar todos los componentes y trabajar garantizando la continuidad asistencial, ya sea pasando por un ingreso en una unidad de atención intermedia o regresando al domicilio habitual.