



Quan tenir cura permet obrir la porta

**Espai de Deliberació
Compartida**

Relat núm 2

**col·lectiu
minerva**

col·lectiu minerva

Quan tenir cura permet obrir la porta

Espai de Deliberació Compartida, Relat núm. 2

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

@ de la present edició: Colectivo Minerva, 2026

Edita: Colectivo Minerva www.colectivominerva.cat
minervaeticadelcuidado@gmail.com

Barcelona, abril de 2026

ISSN 3137-7009



Aquesta obra està sota una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



L'elaboració d'aquests continguts ha estat possible gràcies a la col.laboració de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Autores d'aquest relat:

Roser Font Canals

Íngrid Bullich Marín

Montserrat García Lucas

Cristina Borruell Mateus

Montserrat Busquets Surribas

Núria Cuxart Ainaud

Col·labora:

Carmen Domínguez-Alcón

Introducció als relats

Aquests Relats que es presenten són l'expressió d'un dels resultats dels treballs realitzats en el marc de l'Espai de Deliberació Compartida (EDC) organitzat pel Col·lectiu Minerva amb la col·laboració de la Fundació Víctor Grífols i Lucas en el context del projecte «Ètica i valors de la cura».

Des del mes de febrer de 2024, un grup d'infermeres vinculades a la pràctica clínica reflexionen, de manera compartida amb la resta de les persones que integren el grup, sobre l'abast ètic dels valors de la cura i de les seves expressions en cada una de les situacions de cura treballades a partir de situacions reals viscudes en primera persona per alguna de les participants. En l'EDC s'escolta a qui cuida i es comparteixen experiències viscudes en la pràctica infermera i que tenen com a propòsit la reflexió en profunditat i el debat obert i lliure sobre la cura i l'ètica de la cura en un context de confiança i col·laboració.

En aquesta reflexió conjunta, treballada de forma participativa i inclusiva, el grup delibera al voltant de la pràctica de la cura i se serveix de l'ètica de la cura com a base teòrica i enfocament metodològic que l'ajudi a orientar la reflexió i l'argumentació. En coherència amb el respecte a la pluralitat de valors i interessos sobre la cura que expressen les infermeres participants en l'experiència, no es pretén cap pronunciament sobre com s'ha desenvolupat la situació ni la resolució d'aquesta, si fos el cas.

Com s'estructura cada Relat? La redacció dels Relats parteix de la versió original que ha elaborat la infermera participant que presenta una situació viscuda: **La infermera relata**. A peu de pàgina s'inclouen algunes aportacions sobre les quals la resta del grup participant proposa preguntar-se, reflexionar-hi, emfatitzar o aclarir per posar en valor la cura. L'apartat **Reflexió des de l'ètica de la cura** conté aquells aspectes que les participants en l'EDC volen ressaltar com a nuclears. En ser molts els temes que sorgeixen durant la reflexió de cada situació, s'escullen aquells on, fruit de la consideració conjunta i compartida, el grup participant ha fixat l'interès.

En aquest segon Relat, a través d'una breu reflexió de la situació des de l'ètica de la cura, se'n destaquen quatre: l'autonomia, el valor de l'escolta, la resposta del CEA i una proposta de gestió.

Els Relats, que ara es publiquen de manera oberta, recullen situacions de cura reals. La voluntat no és extrapolar ni protocol·litzar activitats, sinó deliberar sobre aspectes de la cura i de l'ètica de la cura a partir de la singularitat d'una situació. No es tracta d'una realitat pensada, objectivada, sinó d'una realitat executada, on s'intenta aportar tot allò que ajudi a la reflexió i posterior raonament de cadascú per comprendre, argumentar i visibilitzar la cura.

Els Relats són històries reals, properes, experiències d'altres, però que podrien ser pròpies. Són la conseqüència tangible de parlar, aturar-se, donar temps per pensar, pensar en grup, fixar-se en el llenguatge utilitzat, allò que no es diu o de fer aflorar aspectes de la cura que, moltes vegades, ni les mateixes protagonistes som capaces d'identificar.

Des de la perspectiva deliberativa que acompanya els Relats sempre caldrà considerar-los oberts i inacabats de manera que generin contextos per a un diàleg on, de forma participativa i inclusiva, es visualitzi el poder transformador de la cura.

El relat que es planteja està extret de la publicació Font Roser, Macarro, Manuela (2020). «Resultados del cuidado y comités de bioética asistencial». En: Domínguez-Alcón, C. Busquets, M., Cuxart, N., Ramió, A. *Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial*. Pàgs. 205-206. Col·legi oficial d'infermeres i infermers de Barcelona. Disponible a: https://issuu.com/coib/docs/livre_tica_del_cuidado_innovacion_inclusiva_y_c

La infermera relata:

Es tracta d'una dona de 39 anys, conscient i orientada. Pateix una malalta autoimmune severa corticodepenent i asma greu, que li ha comportat diverses aturades cardiorespiratòries, Diabetis Mellitus, Síndrome Cushing i osteoporosi. Presenta dèficit de visió i és totalment dependent, requerint cadira de rodes. Porta oxigen domiciliari i nebulitzacions. És mare de 3 fills (14 i 15 anys d'una primera parella, que viuen amb el pare), i un fill de sis anys d'una segona parella, que és qui la cuida actualment. El fill petit també és dependent, va néixer a les 34 setmanes per cesària, és autista,¹ encara pren biberons i no camina. La família viu ocupant un pis.

Ha fet múltiples infeccions, abscessos intraabdominals, micosi sistèmica, infeccions del tracte urinari (ITU's) febrils. Des del darrer ingrés hospitalari presenta una lesió per pressió al trocànter, motiu pel qual actualment està ingressada en règim d'hospitalització domiciliària (HAD). Aquest equip la visita cada dia i també fa la cura amb teràpia de pressió negativa cada dos o tres dies.

Fa 6 dies, va començar amb clínica d'infecció del tracte urinari. Va iniciar tractament antibiòtic. Però a les 24 hores va empitjorar i davant la sospita d'un nou abscess abdominal se li va proposar anar a l'hospital per a fer estudi d'imatge, ja que la situació clínica podria ser greu. En aquest moment la pacient es nega anar a urgències al·legant que no vol sortir de casa i que no vol ingressar de nou a l'hospital.^{2 3} Se li proposa anar a urgències un diumenge, quan la metgessa del HAD està de guàrdia, i poder fer-ho tot ràpidament i es contacta amb l'equip de cirurgia d'urgències per si s'ha de fer alguna intervenció per la seva part i no demorar la seva estada. Però la pacient es torna a negar. Fins i tot se li envia una ambulància, però la refusa.⁴

A patir d'aquest moment la dona no respon a les trucades telefòniques ni obre la porta de casa. Davant la sospita que potser ha pogut passar alguna cosa greu, s'activen els mossos d'esquadra, que entren al domicili i confirmen que tant la pacient com el marit són a casa i reiteren que no

¹ Cal fer notar la denominació «és **autista**» per referir-se al fill petit és una expressió molt utilitzada i convé reflexionar sobre si caldria substituir-la per «persona amb autisme» o «persona amb TEA / trastorn de l'espectre de l'autisme».

² Aquest cas és un exemple de **manca de dades de les necessitats** de la persona atesa. Les dades disponibles estan relacionades amb les malalties i els tractaments rebuts, però no hi ha menció de la satisfacció, preferències i voluntats en relació amb les necessitats per a la vida diària. És especialment palès donada la situació d'alta vulnerabilitat i/o dependència de la dona, de la parella i del fill. Tampoc no hi ha dades relatives a com es desenvolupa la relació de confiança ni amb quins professionals ella se sent millor.

³ El fet no voler anar a l'hospital pot tenir relació amb hospitalitzacions anteriors o amb la cura del fill al domicili, de nou manquen dades en aquest sentit.

⁴ El refús continuat de la dona a qualsevol proposta professional mostra una **negativa a rebre atenció** o també pot ser causa d'altres motius en què caldria poder aprofundir.

volen anar a urgències. Des d'aquest moment l'equip del HAD no pot contactar telefònicament ni amb la pacient ni amb la parella, i tampoc no contesten al WhatsApp.⁵

En aquest moment l'equip realitza la consulta al Comitè d'Ètica Assistencial (CEA), donat que es troba amb una pacient sèptica⁶ que no accepta l'oferta professional que li han fet, no vol anar a urgències i, a més a més, les cures de la nafra no se li estan realitzant com han estat prescrites fins ara i tampoc no poden ser assumides pel Centre d'Atenció Primària (CAP).⁷ Es plantegen fer signar el document de negativa a la proposta i donar-li l'alta de l'hospitalització a domicili.

Durant la deliberació del CEA es va tractar:

Es tracta d'una pacient, que tot i la seva fragilitat (situació física, socioeconòmica), es considera competent per prendre decisions. En conseqüència, s'hauria de respectar la seva decisió a rebutjar l'ingrés hospitalari. Tot i que la dona no ha verbalitzat el rebuig al tractament, el fet de no agafar el telèfon, ni respondre a les trucades, ens indica un rebuig a la proposta de ser atesa per aquest equip. Sense la seva col·laboració, ni de la parella, és impossible accedir al domicili, ni continuar proporcionant-li les cures.⁸ Ens consta que la treballadora social coneix el cas, però no tenim informació al respecte.⁹

En tractar-se d'una situació d'extrema fragilitat, i que un dels motius pel no ingrés pot ser la cura del fill dependent i les experiències d'altres ingressos, ens hauríem d'assegurar molt que la pacient té tota la informació necessària i pertinent sobre els riscos que pot comportar no tractar-se. L'equip considera que l'elecció no és coherent amb la seva fràgil situació de salut i que té un alt risc de nous abscessos abdominals i fins i tot d'un xoc sèptic amb risc vital. És per aquest motiu que s'ha intentat facilitar-li l'accés a l'hospital i contactar-hi moltes vegades.¹⁰

Com a professionals ens toca a vegades qüestionar-nos que, tot i que pensem que els nostres actes són un bé, podem oblidar que les circumstàncies personals de les persones

⁵ La visita dels mossos d'esquadra, tot i buscar la seva seguretat, pot haver sigut viscuda com una greu intromissió. Caldria saber si se li ha pogut explicar el motiu i com ha estat l'experiència.

⁶ Cal fer notar la denominació «**pacient sèptica**» per referir-se a la noia. És una manera habitual d'expressar-se a l'hospital sobre la qual cal reflexionar.

⁷ Ja que la dona està en règim d'hospitalització a domicili no és seguida per l'equip del CAP.

⁸ No es disposa de dades per aprofundir en les causes reals del fet de **no voler anar a urgències**: deixar el fill sol, males experiències prèvies, etc. Tot i la proposta d'estar-hi el mínim temps possible, ella no ho accepta. Tampoc no se sap si se li ha preguntat a la noia com ho voldria fer ella ni si compta amb el suport des de Treball Social per a l'ajuda al fill. Conèixer les possibles causes del rebuig a l'ingrés i/o proves diagnòstiques ens pot permetre readaptar l'atenció i facilitar-li algun tipus de suport. Es desconeix si es nega a l'atenció o bé mostra rebuig a un ingrés que la separarà del seu fill.

⁹ Desconeixem quin enfocament té la treballadora social que hi intervé, ni quin és el treball que està duent a terme en aquesta situació.

¹⁰ Notem que, tot i la situació tan fràgil, es continua deliberant des del **principi d'autonomia** obviant la reflexió de la **beneficència** o no **maleficència**.

ateses marquen les seves decisions i que les nostres actuacions poden no ser acceptades.¹¹

Actualment, aquesta dona consta com a ingressada al HAD.¹² Quan una persona ingressa al HAD, firma un contracte acceptant que els professionals vagin a casa seva. Aquest contracte, en aquest cas, s'ha trencat tàcitament amb la negativa a l'accés al domicili i no donar resposta als oferiments d'assistència.

A causa de la fràgil situació de salut és possible que ella mateixa o el marit s'hagin de posar en contacte amb el CAP, amb el mateix equip HAD o amb el servei d'urgències. El CEA proposa que, donat que l'actuació dels professionals és limitada, s'ha de respectar la decisió presa per la pacient, pressuposant que és una decisió autònoma. I també recomana assegurar l'atenció quan ella ho demani, fent-li saber que, tot i haver estat donada d'alta del HAD,¹³ pot contactar amb l'equip quan ho necessiti.

S'hauria d'aprofitar aquest esdeveniment per poder parlar i pactar un pla anticipat de cures. En aquest cas un document de voluntats anticipades seria una bona eina, facilitant així la presa de decisions.

El CEA recomana que es deixi constància a la història clínica de totes les actuacions fetes per l'equip i de l'alta del servei HAD.

Reflexió des de l'ètica de la cura

En aquest apartat s'inclou una breu reflexió de la situació des de l'ètica de la cura destacant: l'autonomia, el valor de l'escolta, la resposta del CEA i una proposta de gestió.

Autonomia

L'autonomia rau en la competència de la persona per decidir i necessita informació i comunicació suficient per comprendre l'abast d'allò que s'accepta o rebutja. El relat ens porta a preguntar-nos com la vulnerabilitat pot afectar l'autonomia i, en conseqüència, les decisions que es prenen. Ens planteja la importància dels condicionants sociofamiliars de la salut. I ens planteja també que centrar l'atenció exclusivament en les malalties i tractaments pot portar a anàlisis errònies i/o equívocues que limiten l'acció professional al voltant del tractament mèdic,

¹¹ La proposta dels professionals està centrada en el **tractament curatiu** de la infecció.

¹² L'**hospitalització domiciliària** és una modalitat assistencial en què els professionals sanitaris proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria una atenció hospitalària aguda a l'hospital.

¹³ Cal tenir en compte que potser no es tracta d'una situació d'**alta voluntària**, i potser tampoc de rebuig al tractament, donat que no s'ha pogut parlar amb la dona. Tan sols sabem que la dona no contesta al telèfon ni obre la porta. No acceptar l'ajuda que se li proposa des dels equips de salut pot ser quelcom congruent en funció de la **situació familiar** i de les **responsabilitats** que té la dona vers el fill.

quan aquest és rebutjat. Pressuposar l'autonomia de la dona per decidir acceptar o no els tractaments i les cures implica pressuposar que també ho és per viure sense ajuda i que, si cal, ja la demanarà quan ho torni a necessitar. Per tant, es pot argumentar la decisió de posar fi a l'atenció des de l'HAD. El relat també mostra com els/les professionals es troben sense opció per intentar atendre la persona, tot respectant el rebuig manifestat. És per això que la reflexió ètica del grup ha anat enfocada a analitzar l'autonomia des de l'ètica de la cura, focalitzant l'atenció en les relacions i el context en què té lloc la situació.

L'experiència relatada posa de manifest algunes qüestions nuclears de l'ètica de la cura —la influència del context de vida i la rellevància de les relacions de confiança i de la satisfacció de necessitats— plantejant una crítica a l'enfocament fet, exclusivament, des de la mirada i anàlisi bioètica. Plantejar la preocupació ètica en la vulnerabilitat de la situació de vida de la dona i família i en les necessitats que se'n generen requereix una nova aportació que ajudi a entendre la dimensió humana de la situació, més enllà del compliment dels principis bioètics. La qüestió és, doncs, com aproximar-nos per ajudar a la vida quotidiana més que preocupar-nos de si la dona és o no autònoma. Hi ha la possibilitat que les responsabilitats de cures vers el fill siguin l'argument de la dona per no acceptar anar a l'hospital, com també hi ha possibilitat que les experiències d'hospitalitzacions anteriors justifiquin la negativa. Però, sigui quina sigui la raó, la necessitat de cures continua.

L'aportació de l'ètica de la cura centrada en les relacions, el context i la inclusió de tots els protagonistes aporta una visió necessària per poder ajudar realment; pensar en com establir la relació de confiança, treballar el context conjuntament amb els/les professionals del treball social i acollir tots els protagonistes per definir responsabilitats de cadascú pot ajudar a una aproximació relacional i contextual.

En definitiva, quins són els elements que ajuden aquesta noia a ser autònoma en un context tan complicat. Per exemple, podríem pensar en comprendre realment el que la dona manifesta: Es nega a tota relació i tractament o només a alguns aspectes concrets del tractament proposat? Quines són les motivacions subjacents? Hi ha pors que puguem ajudar a abordar? Què pot ajudar aquesta noia a ser autònoma en un context tan complicat? Ella pensa que la decisió que pren és la millor per a la seva família i per a ella mateixa? Sabem que quan una persona en situació de cronicitat complexa és cuidadora/referent d'una altra persona amb dependència, com ho és aquesta dona del seu fill, pot posar per davant el rol cuidador.¹⁴ Les seves prioritats podrien tenir un ordre diferent.

És una qüestió d'enfocament. Des de la bioètica ens preguntariem: té la informació suficient?, la hi hem donada les vegades suficients?, hem sigut prou persuasius?, li hem ofert tot el que podíem?... Aquí les preguntes i les respostes són dicotòmiques; comprèn o no la informació, és o no autònoma.

¹⁴ **Prendre responsabilitat** és tercera fase del procés de cures definit per Joan Tronto. Implica que, tot i que les accions de cures es poden delegar, no és així amb la responsabilitat. Parlar amb la dona de com es podrien satisfer les necessitats del fill, si ella no hi és present, i ajudar-la a posar les mesures necessàries, podria ser un element clau de la seva presa de decisió relativa a acceptar o no les propostes de tractaments.

Des de l'ètica de la cura ens preguntem: què li ha passat?, com ho ha viscut?, quines experiències prèvies té?, quines pors té? Com viu la situació actual? Quins suports té per a les activitats de la vida diària (AVD)? Quin és el paper de parella? Quines habilitats/capacitats té la parella per afrontar aquesta situació? Quina afectació hi ha en la família? Quines necessitats hi ha i com se satisfan? Com és el seu dia a dia? Quina és la situació del fill i com en té cura? Ens preguntariem què podem fer des de la promoció de la salut malgrat la vulnerabilitat?, quins són els riscos que es poden prevenir? Quins recursos socials s'han activat o es poden activar? I també, què podem aprendre d'aquesta situació que ens serveixi per situacions futures? Aquestes preguntes ens permeten acompanyar-la des del respecte considerant la posició de la dona tal com ella l'expressa i no de manera idèntica a la nostra.

El valor de l'escolta

El relat reflecteix la gran importància d'establir la relació amb la dona atesa i el seu entorn significatiu que, tot i les estratègies d'apropament emprades, no s'aconsegueix. Es desconeix si, fins i tot, la insistència per anar a l'hospital i en més mesura la presència de la policia al domicili, possiblement justificades, poden haver fet l'efecte contrari. La gran dificultat és poder apreciar la singularitat de la situació considerant que tant la dona com la parella donen un significat personal a la situació a partir de les seves creences, vivències, històries afectives particulars, i que tot plegat forma part inherent de les seves decisions i accions. Per això és un bon exemple per pensar com aproximar-nos a comprendre la dimensió ètica del patiment d'aquesta família. Com podem escoltar-la i fer que formi part de la resposta professional?

L'enorme vulnerabilitat de la dona i família requereix una relació de reciprocitat que ajudi a anivellar la dissimetria inicial on el/la professional proposa i la persona rep. L'escolta és una eina per canviar els escenaris de les relacions entre professionals i persones ateses ajudant a donar pas a la conversa i al diàleg, en comptes de comprendre'ls com entrevistes. El fet d'escoltar transmet en si mateix un senyal de respecte i d'atenció. Ser escoltat i saber que el teu punt de vista és considerat és fonamental per l'experiència de ser tingut en compte seriosament.

I molt més quan les situacions tenen un significat personal. Quan es practica, la persona escoltada se sent reconeguda, inclosa, encoratjada a expressar-se i estimulada a escoltar recíprocament. És una escolta que fomenta un vincle positiu entre individus i és la principal eina per fugir de comportaments paternalistes o maternalistes.

Carol Gilligan reformula el concepte d'empatia de la següent manera: «En comptes de posar-nos en el lloc de l'altre, més ens convindria posar-nos en el nostre propi lloc i dirigir-nos a l'altre perquè ens ensenyi el seu».¹⁵ Això vol dir aprofundir en la competència per escoltar. Aquesta definició alerta del perill de l'empatia, ja que condueix a una identificació personal que pot ser causa de conductes paternalistes o maternalistes i pot silenciar la veu de la persona atesa. Per

¹⁵ Aquesta definició des de l'atenció pal·liativa es relaciona amb el terme **compassió**, entesa com l'habilitat d'identificar el patiment aliè i/o propi, unida a la motivació sincera de fer alguna cosa per alleugerir-lo.

poder arribar a la millor decisió possible, en el context particular tan complex que s'exposa en el cas relatat, cal considerar que la millor decisió serà la que tingui en compte els protagonistes en tant que subjectes portadors d'una història afectiva particular. L'escolta es posiciona en l'esfera de les necessitats més que des de la raó, i en la recerca d'una resposta apropiada a la persona i situació concreta. Escoltar el que l'altre diu, com ho expressa, quin significat li dona... és part essencial de la relació de cures promovent la presa de decisió autònoma i compartida.

La resposta del CEA: l'orientació «cuidadora» dels CEAs

El segon aspecte que es destaca en aquest relat és el paper del CEA.¹⁶ Els comitès d'ètica assistencial tenen entre les seves funcions oferir suport als professionals en la presa de decisions complexes.¹⁷ En aquest cas, els professionals recorren al comitè buscant suport i validació en la seva decisió de trencar el pacte assistencial. La decisió, tot i ser considerada la més adequada, els resulta difícil d'assumir en solitari.

Cal tenir en compte que l'enfocament de tenir cura (orientació «cuidadora») no implica necessàriament ser cuidador directe. La cura no implica només l'atenció directa; es pot desenvolupar una relació de cures envers la persona atesa sense formar part de l'equip que dona l'atenció directa. En aquest sentit, els comitès ofereixen recomanacions perquè els professionals assistencials puguin prendre decisions alineades amb els valors ètics i el respecte a l'autonomia. Un CEA pot expressar aquesta orientació «cuidadora» en les seves valoracions, sempre que no es limitin a una aplicació estricta de principis bioètics abstractes, sinó que tinguin en compte el context de la persona i inclogui la valoració de les necessitats emocionals i socials que envolten la situació. En aquest cas, la dimensió relacional de les decisions —la xarxa de suport, el grau de confiança en l'equip— són aspectes fonamentals a considerar en la deliberació. El CEA hauria de recomanar que els/les professionals assumeixin una responsabilitat compartida en la cura, integrant també la part relacional, que inclou una dimensió més humana i propera.

Proposta de gestió

El relat també porta a analitzar com l'organització de l'atenció i els recursos que es poden posar al servei de les persones ateses defineixen l'ajuda que els professionals poden donar. És essencial activar formes organitzatives de treball en xarxa que promoguin la coordinació i la comunicació

¹⁶ Els CEAs són equips multidisciplinaris formats per professionals de diversos àmbits, la qual cosa permet oferir una visió més àmplia i completa del cas. Els comitès poden oferir recomanacions o destacar la necessitat de coordinar-se amb altres equips o serveis socials, però mai no poden substituir-los.

¹⁷ La rutina assistencial pot dificultar la **participació** de tots els professionals en la discussió d'aquests casos amb la profunditat necessària o en la preparació adequada de les intervencions. Sovint, els **dilemes ètics** que emergeixen en l'àmbit de l'atenció sanitària tenen una dimensió social molt rellevant. Per aquest motiu, tot i que la responsabilitat principal dels comitès se centra en les decisions sanitàries (diagnòstic, tractament, consentiment informat, final de vida, etc.), també cal tenir en compte com els aspectes socials poden influir en la presa de decisions clíniques i en el benestar de les persones ateses. La responsabilitat dels comitès, per tant, no es limita als aspectes sanitaris, sinó que s'estén també als psicosocials.

efectiva entre professionals dels diferents nivells assistencials. No fer-ho porta a la persona i el seu entorn a no saber com gestionar no només la malaltia sinó la seva situació familiar. És per això que la proposta de les unitats bàsiques d'atenció (UBA), que fan el seguiment al domicili de la persona, i el model de gestió de casos (l'equip d'atenció multidisciplinari: metge, infermera, gestora de casos i treballador social) són estratègies per fer una valoració i seguiment de l'estat físic, emocional, afectiu i social de la persona que respongui a les seves necessitats de forma col·legiada i organitzada.

En situacions d'ingressos freqüents, com la que ens ocupa, el canal de comunicació entre nivells assistencials ha de facilitar la informació que s'ha anat recopilant en l'assistència en l'entorn habitual de la persona, garantint la continuïtat assistencial en tots els nivells d'intervenció.¹⁸ En el relat presentat hauria permès dur a terme una aproximació centrada en la persona atesa i la seva família basada en les seves prioritats i preferències.

Setembre, 2025

¹⁸ Ara mateix la **història clínica electrònica compartida** facilita aquest flux d'informació fent que, en arribar a l'hospital, es puguin identificar tots els components a l'inici de l'ingrés i ja es comenci a treballar de bon principi per tal que en el moment de l'alta es garanteixi la continuïtat de l'atenció, ja sigui passant per una unitat d'atenció intermèdia o retornant al domicili habitual.