



Quan tenir cura és teixir una xarxa que ganteix el respecte a la singularitat

**Espai de Deliberació
Compartida**

Relat núm 3

**col·lectiu
minerva**

col·lectiu minerva

Quan tenir cura és teixir una xarxa que garanteix el respecte a la singularitat

Espai de Deliberació Compartida, Relat núm. 3

@ dels textos: Íngrid Bullich Marín, Roser Font Canals, Cristina Borruell Mateus,
Montserrat García Lucas, Montserrat Busquets Surribas i Núria Cuxart Ainaud, 2026

@ de la present edició: Colectivo Minerva, 2026

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

Barcelona, maig 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:

Íngrid Bullich Marín

Roser Font Canals

Cristina Borruell Mateus

Montserrat García Lucas

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 tercer Relat, a través d'una breu reflexió de la situació des de l'ètica de la cura, se'n destaquen tres: la cura de la treballadora familiar, el respecte per la voluntat de la persona atesa i el treball en equip.

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.

La infermera relata:

El Sr. Manel és un senyor de 97 anys amb pluripatologia i fragilitat que va patir una caiguda fa unes tres setmanes. Des de llavors presenta dolor dorsolumbar de difícil control. Amb una davallada lentament progressiva, agreujada arran de la caiguda, l'equip d'atenció primària (EAP) activa l'equip de suport d'atenció domiciliària (PADES) per seguiment conjunt amb l'objectiu d'aconseguir el màxim confort i control simptomàtic a casa, ja que no vol trasllats a l'hospital. El Sr. Manel està identificat com a persona amb malaltia crònica avançada (MACA) i disposa d'un pla individualitzat compartit (PIIC) a la història clínica on està reflectida la seva preferència per ser atès a domicili fins al final de la seva vida.

El Sr. Manel és vidu des de fa un any. Té sis fills amb qui té molt bona relació. A casa viu amb el Jordi, un fill amb una discapacitat intel·lectual. Just a la casa del costat hi viu una filla, la Teresa, molt pendent d'ells. Des que va morir la muller, disposen de cuidadora privada 24 h, la Carme, que té cura del Sr. Manel i del seu fill Jordi. La filla Teresa, per proximitat, és la referent.

El Sr. Manel manté les funcions superiors conservades.¹ És una persona col·laboradora i no té dificultats per a la comunicació, ni d'expressió ni de comprensió. Es mostra tranquil, serè, amb sentit de l'humor. Conducta adequada,² afable i bona relació amb tots els membres del seu entorn.

Pel que fa a la simptomatologia i síndromes geriàtriques presenta: dolor des del maluc fins a genoll, dispnea d'esforç, astènia, tos crònica, restrenyiment, risc de caigudes i dependència funcional.

El dolor, la debilitat, la dispnea i l'astènia interfereixen en l'activitat diària. Principalment, és la Carme qui controla la medicació i l'ajuda o supleix les activitats bàsiques i instrumentals que el Sr. Manel no pot realitzar de manera autònoma o segura. Actualment, el Sr. Manel fa vida llit-butaca. En aquest trajecte intradomiciliari no hi ha barreres arquitectòniques i disposa de caminador, butaca elèctrica i llit articulat que li faciliten transferències i trasllats, que realitza amb ajuda d'una persona. No surt al carrer actualment, des de fa un mes aproximadament, però es relaciona amb els membres de la família que el venen a veure sovint.

La Carme li fa el que li ve de gust per menjar, ja que està desganat, i respecta els moments de major apetència, sense tenir en compte l'hora dels àpats. A causa de la disfàgia, el Sr. Manel pren dieta tova o triturada. Tenen espessidor que no vol utilitzar habitualment. Així i tot, per garantir una ingesta segura i respectant la seva voluntat, la treballadora familiar li fa aliments amb textures homogènies on hi inclou els líquids per garantir una bona hidratació.³ Intenten que la dieta sigui rica en fibra per afavorir el ritme deposicional i, alhora, li donen laxant.

¹ Quan es parla de **funcions superiors** es fa referència a: pensar, raonar, planificar, resoldre problemes, presa de decisions i connexió amb l'entorn.

² Per evitar caure en judicis de valors, cal aclarir que **conducta adequada** fa referència a una conducta que s'ajusta a les normes socials, culturals i ètiques esperades per la seva edat i context, que no causa un malestar ni interfereix en la seva vida ni en el seu entorn.

³ Cal destacar la importància de prendre les decisions sobre aspectes quotidians de la vida diària de manera **compartida** entre la persona cuidada i la persona que cuida.

En general, dorm bé a les nits. De dia presenta tendència a la somnolència si no està estimulat. Intenten donar-li conversa, que miri la televisió... per tal que no dormi massa durant el dia.

Tant ell com la família coneixen les seves patologies cròniques i són conscients de la condició de fragilitat global i que qualsevol descompensació podria agreujar i precipitar les coses.

Es mostra tranquil envers la situació i reforça que no vol ingressar a l'hospital encara que les coses no vagin bé. Explica amb serenor que va haver-hi un dia que se sentia tan malament que va cridar tota la família per acomiadar-se un per un. És molt creient i parla amb serenitat sobre la mort.

En la primera visita del PADES, s'acorda amb el Sr. Manel tractar causes reversibles d'astènia, com ara l'anèmia, així que es planifica fer una analítica i tractament en règim ambulatori, tornant a casa (ja que no vol ingrés hospitalari). Poques hores després de la visita, la filla via telefònica informa l'equip del PADES que el Sr. Manel, pensant en el context i la situació de malaltia en què es troba, prefereix no realitzar analítica perquè no vol trasllats a l'hospital ni transfusions o altres tractaments.

En seguiments telefònics posteriors, la Teresa, filla del Sr. Manel, reforça la preferència del pare de no fer més proves i que ja n'hi ha prou. Actualment, no té dolor intens, que és el que més li preocupa, i prefereix no bellugar més proves i mantenir una actitud totalment pal·liativa i de control de símptomes.⁴ Es respecta la decisió, se'n deixa constància a la seva història clínica i es contacta amb equip d'atenció primària (EAP) y la Gestora del cas (GCAS) per coordinar nous seguiments.⁵

Tant els professionals de l'EAP com els del PADES mantenen trucades de seguiment i visites en què el Sr. Manel es mostra animat, sense dolor ni dispnea, i encara manifesta la voluntat de tractament simptomàtic i de confort a casa. Cuidat per la Carme, rep visites per part dels fills, filles, nets i netes diàriament.

A la setmana, en una trucada de seguiment, la filla Teresa, explica que el Sr. Manel ha estat amb malestar per restrenyiment i morenes. Han aplicat pomada rectal antiinflamatòria, que li ha anat bé. Troben que presenta fluctuacions en l'estat general. Els matins té més energia i a mesura que evoluciona el dia presenta molt cansament. Intenten adaptar les visites a aquests moments en què està més animat.

Al cap d'uns dies, la filla Teresa contacta perquè la situació del Sr. Manel ha empitjorat. Refereix que ha presentat febre a la nit i té tos i mucositat. S'ajusta la pauta antipirètica i es donen consells de mesures no farmacològiques per a la febre. Es coordina seguiment a domicili amb GCAS i metgessa de l'EAP, que fan visita a domicili i observen cops de tos importants. El Sr. Manel explica tenir dispnea i sensació de mort imminent. Presenta tos productiva, que no li ha permès descans nocturn i que el deixa esgotat. A més, presenta algun vòmit associat a la tos. El Sr. Manel

⁴ L'enfocament pal·liatiu i control de símptomes s'orienta al confort de la persona amb l'objectiu d'alleujar el patiment i millorar la qualitat de vida.

⁵ El model d'atenció pal·liativa indica que els casos amb major complexitat requereixen la intervenció d'equips específics de cures pal·liatives. En l'àmbit domiciliari l'atenció s'ofereix de manera coordinada entre l'EAP i el PADES.

manifesta que pateix molt. S'afegeix tractament antibiòtic via oral i es parla amb la filla dels canvis que presenta, de les fluctuacions i la incertesa de la situació. Els fills estan molt units quan han de fer front a processos com el del pare. Hi han anat la majoria dels membres de la família i s'ha acomiadat novament d'ells i elles.

L'evolució del Sr. Manel no es favorable malgrat el tractament. A la següent visita del PADES es valora que està en situació de final de vida, amb via oral compromesa, broncoplegia, febre, davallada important de l'estat general. S'inicia tractament subcutani per control de símptomes i es contacta amb GCAS⁶ per informar de la situació i coordinar visites de seguiment.

En el seguiment telefònic de l'endemà, la filla, Teresa, comenta que el Sr. Manel ha estat tranquil. Ahir al vespre referia que «sort que ja estic tranquil». Es fa visita de seguiment al domicili tot i la millora que refereix. L'equip troba el Sr. Manel conscient i despert. La nit l'ha passat molt tranquil i al matí s'ha aixecat dient que es trobava millor i volia esmorzar. Està tranquil, subjectivament bé, sense dolor ni dispnea. Es manté allitat, amb pal·lidesa cutània, broncoplegia i taquipnea al parlar. Les professionals del PADES parlen amb la família de la situació actual, atès que es mostren sorpresos i sense entendre en quin punt està el Sr. Manel.⁷ Conscients de la gravetat, volen respectar no derivar a l'hospital (el pare es reafirma en el fet que no vol marxar de casa, tot i que les coses no vagin bé). Ja s'ha acomiadat de la família i ell el que vol és no patir. S'explica a la família que el Sr. Manel es troba en situació de final de vida, en el que les fluctuacions són intenses, ràpides i canviants i que cal aprofitar aquest moment en què ell es percep millor. Es manté el tractament subcutani simptomàtic i es fa educació sanitària a les filles i cuidadora de medicació de rescat per si presenta descontrol simptomàtic.

L'endemà, el Sr. Manel està tranquil, sense dolor ni molèsties. No necessita medicació de rescat, està allitat, majoritàriament endormiscat, però a estones obre els ulls i respon de manera coherent. Fa petits glops i ha menjat alguna cullerada (flams i natilles). L'infusor elastomèric segueix el curs sense incidències. L'equip torna a explicar motius de re-consulta en el moment actual.⁸

La nit següent el Sr. Manel presenta febre, tos i expectoració abundant molt espessa associada a crisi d'ofec. No li han administrat cap dosi de medicació de rescat, només l'antitèrmic via oral que li ha permès descansar la resta de nit. En repassar la medicació de rescat, l'equip i la família tenen la impressió que la cuidadora té reticència/por d'administrar-la. S'acorda que a nivell familiar hi haurà algun membre que administri la medicació si la necessita.

El Sr. Manel requereix algunes dosis de rescat per les crisis de tos i ofec durant el dia, les quals li són efectives. A estones queda tranquil i descansa. Acompanyat per familiars contínuament, li

⁶ A manera d'aclariment general, fer notar que la gestora de casos (GCAS), desenvolupa la funció «d'enllaç» o facilitador entre els equips d'atenció primària i els de suport a domicili. En cas d'ingrés hospitalari, també informa de l'alta al domicili, on s'iniciarà l'atenció pel PADES i l'equip assistencial de l'EAP.

⁷ En el transcurs de **final de vida** de les persones poden ser freqüents les fluctuacions de l'estat general que poden suposar reaccions de sorpresa de la família i persones de l'entorn cuidador. Esdevé cabdal l'acompanyament psicoemocional per part de l'equip en aquesta etapa i situació.

⁸ En situacions properes al final de la vida i de situació de darrers dies, és habitual el seguiment estret via telefònica i presencial. De manera proactiva s'explica a familiars i persones cuidadores possibles situacions que podrien requerir una revaloració per part de l'equip assistencial.

posen música, li parlen, l'acaricien. Expressió facial plàcida. Està molt somnolent, però amb resposta a estímuls verbals, gesticula i reconeix entorn i els seus familiars.

A la nit torna a presentar empitjorament, amb gran inquietud, tos, ofec i malestar generalitzat. Ha requerit diverses dosis de rescat subcutànies, que no han estat efectives. S'acorda fer visita domiciliària per part de PADES. A la valoració, obre els ulls i fa un lleu somriure quan veu l'equip. Pacient estuporós, però amb neguit i desconfort a la mínima manipulació, broncoplegia, secrecions respiratòries audibles i taquipnea. Manté tos i nàusees associades.

Es parla amb la família i se'ls explica que el Sr. Manel es troba en situació d'últims dies (SUD). Conscients de la situació de final de vida, estan d'acord que l'objectiu és disminuir el patiment. L'equip fa escolta activa⁹ i acompanyament a la família, els ofereix un espai de ventilació emocional¹⁰ i d'expressar records vitals del Sr. Manel.

S'inicia sedació pal·liativa davant de descontrol simptomàtic refractari i s'explica a la família i cuidadora quines són les cures a la persona en SUD. La família es mostra adaptada a la situació, s'organitzen entre ells/es per acompanyar-lo.

El Sr. Manel mor acompanyat per la seva família al domicili. Des del CAP es trasllada la metgessa per certificar la defunció, moment en què mostra el condol als familiars. La família mostra agraïment per l'atenció rebuda tant per ella com per la GECAS i l'equip PADES.

Al cap d'uns deu dies, la infermera del PADES fa trucada de dol i tancament amb la filla Teresa. Explica que la família està serena, el germà que vivia amb el pare s'ha traslladat a casa d'una altra germana. La cuidadora encara està al domicili, pendent de veure què farà ara. Mostren de nou agraïment per com ha anat el procés, respectant la voluntat del Sr. Manel d'estar a casa fins al final.

Reflexió des de l'ètica de la cura

Aquest apartat inclou una breu reflexió des de l'ètica de la cura que en aquesta situació destaca la cura de la treballadora familiar, el respecte per la voluntat de la persona atesa i el treball en equip.

La cura de la treballadora familiar

Sabem que la cura ha d'incloure no només la persona atesa, sinó també tots els que participen en el procés assistencial. En aquest sentit, cal **analitzar l'oblit** que sovint pateixen les

⁹ **Fer escolta activa** és una expressió habitual en el context assistencial que implica escoltar de manera conscient, completa i amb la intenció real d'entendre el que diu tant el missatge verbal com el no verbal abans de donar una resposta. Implica posar atenció, interpretar, validar i mostrar interès d'alleugerir el patiment.

¹⁰ Oferir un **espai de ventilació emocional** s'utilitza com expressió de crear un entorn segur i respectuós perquè una persona pugui expressar lliurement el que sent —frustració, tristesa, por, ràbia, confusió, etc.— sense ser jutjada ni interrompuda.

treballadores familiars,¹¹ que poden veure's immerses en la responsabilitat de l'atenció diària, sense rebre el suport i el reconeixement necessaris.

Els requeriments de la cura al final de la vida impliquen un treball de col·laboració i corresponsabilitat que va més enllà dels aspectes formals d'un pla d'atenció i que comporta parlar obertament de la responsabilitat de cadascú —familiars, treballadores familiars i professionals— buscant respostes que puguin ser acceptades per tots.

Un dels aspectes clau de l'ètica de la cura és **definir les necessitats** que sorgeixen en una situació i **repartir responsabilitats** de forma inclusiva entre tots els implicats. Aquesta **inclusió** abasta tots els protagonistes, també els cuidadors familiars, que poden tenir sobrecàrrega psicoemocional i física, no sempre visible. És essencial incloure'ls en el pla d'atenció. Pot ser que no sàpiguen com dur a terme accions de cura, per exemple en la mobilització o realització de la higiene, però també pot passar que no estiguin d'acord amb el que es fa o que tinguin por de fer-ho. En aquest cas, pot ser que la treballadora familiar no entengui el perquè de la medicació de rescat o que les seves creences personals respecte a l'ajuda al final de la vida li impedeixin administrar-la. Cal tenir-ho en compte, sobretot quan hi ha diferències culturals, atès que, a més de dificultar el confort de la persona atesa, la situació pot incrementar el patiment de la treballadora familiar.

La figura de la cuidadora en aquest cas és essencial, no pot passar desapercibuda, tenint en compte que les decisions es prenen amb la família i a ella, implícitament, se li pot suposar obediència. En considerar la cura com un procés i no solament com les accions concretes, sorgeix la importància d'adonar-se del possible patiment de la cuidadora i de les dificultats per dur a terme el que altres han decidit. L'ètica de la cura ens fa adonar de la importància d'incorporar la treballadora familiar de manera inclusiva en tot el procés, estant atents a les seves necessitats, prenent responsabilitat sobre el que fa, ajudant-la a desenvolupar les competències necessàries i reforçant la importància de respectar la voluntat del Sr. Manel, tot i que de vegades sigui difícil. Cal tenir en compte que sovint el **treball de cures** pot ser esgotador, tant físicament com emocionalment. Això fa que una de les responsabilitats dels professionals sigui parlar-ne i adoptar mesures o estratègies que responguin a les necessitats de les persones que duen a terme la cura, generant d'aquesta manera els contextos perquè les treballadores familiars puguin viure millor l'experiència, tant des de la vessant física com emocional.

El respecte per la voluntat de la persona atesa

Des de l'ètica de la cura, tenir cura és tractar de satisfer les necessitats de les persones en situació de dependència, fragilitat i vulnerabilitat, reconeixent-les com a subjectes autònoms. Això vol dir que, en la mesura del possible, les decisions les ha de prendre la persona atesa, si bé amb ajuda de la família, dels professionals o de qui ella mateixa consideri. Aquest és un aspecte cabdal en totes les situacions de cures, però potser pren més rellevància quan es tracta de situacions de fi de vida, donada la irreversibilitat. Tot i la gran dependència que es desenvolupa al final de vida, és possible mantenir l'autonomia personal mitjançant una relació

¹¹ El terme **treballadora familiar** inclou professionals tant dones com homes que cuiden un membre de la família.

de cures que implica un treball conjunt entre els familiars, les persones properes i els professionals.

Els professionals tenen la responsabilitat d'oferir suport a la família i cuidadores per a afrontar la situació de final de vida que viu la persona. És una etapa on professionals i entorn de la persona s'han de saber adaptar a les necessitats canviants de la persona de qui tenen cura, per tant, la planificació es farà d'acord amb el seu estat físic i emocional. Generar **condicions de bona cura** implica considerar que els resultats de les cures estan estretament vinculats a la seva planificació. Per aquest motiu, és rellevant destacar el treball en equip per a la planificació de l'atenció, establint els criteris de resultat de les cures conjuntament amb les persones ateses i la resta d'intervinents en les situacions de cura.

Les famílies, tot i entendre la situació, han d'adaptar-se progressivament, incorporant informacions, gestionant les emocions i ajustant les seves expectatives per tal d'acompanyar de manera respectuosa i coherent amb els **desitjos** de la persona atesa. La **relació de confiança i seguretat** amb els professionals és un dels aspectes imprescindibles per a una bona cura. La **presència cuidadora** —saber que estàs en bones mans, que pots confiar— i l'accessibilitat als professionals són clau per ajudar la família a estar en les millors condicions i anar acceptant la mort, en aquest cas la del pare, tal com ell la vol viure. El suport continuat, proporcionant orientació, informació i acompanyament, contribueix a construir un entorn de cura respectuós i coherent amb els valors i la voluntat de la persona atesa.

En el relat que treballem s'exposa l'experiència d'un senyor que no vol perllongar més la vida amb cap de les possibles mesures que es podrien prendre des del vessant assistencial. Ha acceptat que el seu temps s'ha acabat i així ho **transmet de forma clara i continuada**. Aquesta és la seva voluntat, que tant la família com els professionals han de respectar. És un exemple de la importància d'adequar el treball professional a la voluntat de la persona atesa amb un compromís inequívoc, en què tant la família com l'equip professional volen respectar en tot moment la **voluntat expressada**, no només en les decisions relatives a la vida quotidiana (menjar, no menjar...), sinó també en les decisions clíniques (no ingrés, no analítiques...).

Treballar des del punt de vista de la persona atesa implica que familiars, cuidadors i professionals adaptin les mesures en funció de la presència de dolor, del desconfort i/o del patiment que van sorgint en els darrers dies de vida. Així es mostra la importància que les estratègies de cures siguin dinàmiques i que es vagin adequant als requeriments de la situació, sempre des del punt de vista del Sr. Manel, és a dir, no dur cap mesura de tractament més enllà de les de confort.

És rellevant la intensitat de la relació d'ajuda, que es va incrementant a mesura que s'acosta la fi de vida. Tot i ser una situació d'incertesa, l'acompanyament continuat i la proximitat de les infermeres i metges dels equips que els atenen aconsegueix donar la seguretat i tranquil·litat que les coses s'estan fent tal com el Sr. Manel vol. Això vol dir que s'estan fent bé.

Les persones que accepten que es troben al final de la seva vida acostumen a viure-ho de manera més serena. Això permet un tipus de comunicació que fa possible que la seva presa de decisions sigui més ben compresa i, alhora, compartida amb familiars, persones properes i equip, focalitzant l'atenció en el confort i la qualitat de vida, d'acord amb els seus **valors i preferències**.

Situar la persona en el centre de l'atenció, reconeixent la complexitat que implica respectar la seva capacitat, és fonamental per determinar les seves pròpies necessitats, tenint en compte la perspectiva de la persona i el seu entorn afectiu, la pluralitat de formes i maneres de satisfer les necessitats de cura.

El treball de l'equip com a instrument ètic

El treball en equip des de l'ètica de la cura implica pensar en una xarxa en la qual tots els que en formen part es fan responsables. Una xarxa en què persones amb diferents posicions i competències s'uneixen per detectar necessitats, consensuar estratègies, repartir responsabilitats, dur a terme accions i avaluar resultats. Aquest model desenvolupa una **responsabilitat compartida**.

El relat presentat és un exemple de la **presència de l'ètica de la cura** en el treball en equip. Els professionals de tots els nivells assistencials, comparteixen les responsabilitats de cures amb una atenció coordinada i contínua que evita la fragmentació de l'atenció i dona seguretat a tots els participants. Posen en comú les valoracions afavorint les decisions compartides, la coherència al llarg del temps i optimitzant les transicions assistencials. A través d'una actitud empàtica, que busca comprendre a partir del que la persona expressa, els professionals adapten contínuament les accions de cures a l'evolució de la situació per tal de promoure el benestar de la persona atesa i el de l'entorn afectiu/cuidador, en aquest cas la família. Al final de la vida, un bon exemple de treball en equip és la readaptació de la medicació (des-prescripció) que implica el procés de revisió i avaluació del pla terapèutic, per substituir, modificar o suspendre tractaments d'acord amb l'evolució clínica i els desitjos de la persona.

Des de l'ètica de la cura, el treball en equip implica **mobilitzar** la manera de treballar, que de vegades és molt rígida i parcialitzada, considerant els equips com un conjunt de persones que, des de diferents llocs i competències i des de diverses mirades i sensibilitats, s'uneixen per comprendre l'atenció en termes de cures. La construcció d'un espai de diàleg interdisciplinari que aplega tots els professionals que hi intervenen, no com una suma de competències tècniques, sinó com un espai de diàleg, d'escolta i companyonia, és la clau per definir les necessitats de les persones ateses i famílies.

El treball en equip es dirigeix, des de les diverses mirades i sensibilitats, cap a una cura compartida, alhora que es promou la inclusió de la pròpia persona atesa i dels seus familiars i/o representants o persones properes.

Al mateix temps, la inclusió de tots els professionals, cadascú des de la seva competència, és la clau per aconseguir que la persona tingui la informació necessària per comprendre la situació, prendre decisions d'acord amb els seus valors i compartir-les amb la família. El treball en equip és un **instrument ètic** que facilita que la persona pugui decidir com vol ser atesa, fent possible que es respecti la seva voluntat, els seus valors i les seves prioritats i preferències.

Febrer, 2026