Volumen **100** **e202611099** Recepción: **6/7/2026** Aceptación: **23/9/2026** Publicación: **20/11/2026**
ORIGINAL 17 páginas **doi: 10.67113/resp.v100i1.1908** **VERSIÓN EN LÍNEA**

Perspectivas de profesionales de Atención Primaria sobre la atención a la multimorbilidad: estudio cualitativo

Professional perspectives on the care of multimorbidity in Primary Care

AUTORES

(1,2,3,4) Laia Llubes-Arrià [ORCID: 0000-0002-7847-4252]
(2,3,5) Erica Briones-Vozmediano [ORCID: 0000-0001-8437-2781]
(2,3,5,6) Esther Rubinat-Arnaldo [ORCID: 0000-0003-0232-9777]
(2,3,5,7) José Tomás Mateos [ORCID: 0000-0002-1419-1093]
(2,3,5,8) Montserrat Gea-Sánchez [ORCID: 0000-0001-5143-3314]

FILIACIONES

(1) Institut Català de la Salut. Atención Primaria. Unidad de Apoyo a la Investigación de Lleida (USR). Fundació Institut Universitari per a la Recerca en Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP JGol). LLEIDA. ESPAÑA.

(2) Grupo de Investigación en Cuidados de la Salud (GRECS). Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida). LLEIDA. ESPAÑA.

(3) Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. LLEIDA. ESPAÑA.

(4) Escuela de Doctorado. Programa de Doctorado Cuidados Integrales y Servicios de Salud. Universidad de Lleida. LLEIDA. ESPAÑA.

(5) Grupo de Investigación Sociedad, Salud, Educación y Cultura del Cuidado (GESEC). Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. LLEIDA. ESPAÑA.

(6) Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Instituto de Salud Carlos III. BARCELONA. ESPAÑA.

(7) Departamento de Ciencias del Comportamiento y la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche. SAN JUAN DE ALICANTE. ESPAÑA.

(8) Centro de Investigación Biomédica en Red de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES). Instituto de Salud Carlos III. MADRID. ESPAÑA.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS FORMAL, ADQUISICIÓN DE FINANCIACIÓN, REDACCIÓN DEL BORRADOR ORIGINAL: L Llubes-Arrià.

CONCEPTUALIZACIÓN, INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS FORMAL, ADQUISICIÓN DE FINANCIACIÓN, REDACCIÓN DEL BORRADOR ORIGINAL: L Llubes-Arrià, J Tomás Mateos.

METODOLOGÍA: L Llubes-Arrià, E Briones-Vozmediano, E Rubinat-Arnaldo, J Tomás Mateos.

SUPERVISIÓN: E Briones-Vozmediano, J Tomás Mateos, M Gea-Sánchez.

REDACCIÓN-REVISIÓN Y EDICIÓN: E Briones-Vozmediano, E Rubinat-Arnaldo, J Tomás Mateos, M Gea-Sánchez.

VALIDACIÓN: E Rubinat-Arnaldo.

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO: J Tomás Mateos.

Todos los autores contribuyeron de forma sustancial al estudio, revisaron críticamente el contenido intelectual del manuscrito y aprobaron la versión final para su publicación.

CORRESPONDENCIA

José Tomás Mateos **josetomas.mateos@udl.cat**
Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. Calle Montserrat Roig, 2. CP 25198. Lleida. España.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo fue financiado por una beca de investigación del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Lleida, concedida en la convocatoria de 2022 de la XII Beca COILL al Mejor Proyecto de Investigación Enfermera, y por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en el marco del *Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud 2022-2027* (número de subvención SLT0035/24/000028).

CITA SUGERIDA

Llubes-Arrià L, Briones-Vozmediano E, Rubinat-Arnaldo E, Tomás Mateos J, Gea-Sánchez M. Perspectivas de profesionales de Atención Primaria sobre la atención a la multimorbilidad: estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 20 de noviembre e202611099.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La multimorbilidad representa un reto creciente para los sistemas de salud, especialmente en Atención Primaria, donde confluyen factores clínicos, organizativos y comunitarios que condicionan la atención. En este trabajo se exploraron las percepciones de profesionales de Atención Primaria acerca de los factores comunitarios, organizativos y de recursos que influyen en la atención y el bienestar de las personas con multimorbilidad.

MÉTODOS // Se realizó un estudio cualitativo descriptivo-interpretativo mediante grupos de discusión entre febrero y mayo de 2025 en Atención Primaria del Sistema de Salud de Cataluña. Participaron diecinueve profesionales (cinco enfermeras/os, seis fisioterapeutas, cuatro dietistas-nutricionistas y cuatro referentes de bienestar emocional y comunitario), seleccionados mediante muestreo intencional. Se llevaron a cabo cuatro grupos de discusión, que fueron grabados, transcritos literalmente y analizados mediante análisis de contenido dirigido con enfoque deductivo. Dada la naturaleza cualitativa del estudio, no se realizó tratamiento estadístico de los datos.

RESULTADOS // Participaron diecinueve profesionales distribuidos en cuatro grupos de discusión. Se identificaron barreras organizativas, limitaciones de recursos y desigualdades comunitarias que dificultaban la atención integral a las personas con multimorbilidad. Entre las principales propuestas de mejora destacaron el fortalecimiento de la coordinación intersectorial, la estabilidad de los equipos y la disponibilidad de tiempo protegido para actividades comunitarias.

CONCLUSIONES // La atención a la multimorbilidad está condicionada por factores organizativos, sociales y comunitarios que limitan una atención integral. Fortalecer la coordinación, la estabilidad de los equipos y la dimensión comunitaria de la Atención Primaria emerge como una prioridad para mejorar la atención a esta población.

PALABRAS CLAVE // Atención Primaria de salud; Multimorbilidad; Necesidades y demandas de servicios de salud; Promoción de la salud; Servicios de salud comunitarios; Personal de Salud; Organización y administración; Recursos en salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

BACKGROUND // Multimorbidity represents a growing challenge for health systems, particularly in Primary Care, where clinical, organizational, and community factors converge to shape care delivery. Primary Care professionals' perceptions of community, organizational, and resource-related factors influencing the care and well-being of people with multimorbidity were explored in this paper.

METHODS // A descriptive-interpretative qualitative study was conducted using focus groups between February and May 2025 in Primary Care settings of the Catalan Health System. Nineteen professionals participated (five nurses, six physiotherapists, four dietitians-nutritionists, and four community and emotional well-being referents), selected through purposive sampling. Four focus groups were carried out, audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using directed content analysis with a deductive approach. Given the qualitative nature of the study, no statistical analysis of the data was performed.

RESULTS // Nineteen healthcare professionals participated in four focus groups. Organizational barriers, resource limitations, and community inequalities were identified as factors hindering comprehensive care for people with multimorbidity. Key improvement proposals included strengthening intersectoral coordination, ensuring team stability, and providing protected time for community activities.

CONCLUSIONS // Care for multimorbidity is influenced by organizational, social, and community factors that limit comprehensive care. Strengthening coordination, team stability, and the community dimension of Primary Care emerges as a priority to improve care for this population.

KEYWORDS // Primary Health care; Multimorbidity; Health services needs and demand; Health promotion; Community health services; Health personnel; Organization and administration; Health resources; Health services accessibility; Qualitative research.

RESP

INTRODUCCIÓN

La multimorbilidad se ha convertido en uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios debido a su elevada prevalencia, la complejidad clínica que implica y la carga asistencial que conlleva, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria (AP) **(1,2)**. Aunque los términos comorbilidad, pluripatología y multimorbilidad suelen utilizarse indistintamente, corresponden a conceptos distintos. Mientras que la comorbilidad se define en relación con una enfermedad índice y la pluripatología se refiere a situaciones de elevada complejidad clínica, la multimorbilidad describe la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas sin una condición predominante. Dado su enfoque centrado en la persona y su amplio uso en la literatura internacional, este estudio adopta esta última perspectiva.

La atención a las personas con multimorbilidad requiere cuidados longitudinales, coordinados y centrados en la persona, lo que ha situado el abordaje de la cronicidad como una prioridad estratégica en numerosos países **(3)**. Pese a los avances realizados, persisten importantes limitaciones en los modelos tradicionales, caracterizados por una fragmentación de los servicios y dificultades de coordinación entre niveles, así como por una orientación insuficiente hacia la comunidad, lo que repercute negativamente en la experiencia y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas **(2,4)**. A ello se suma que, en el caso de la multimorbilidad, los pacientes reciben una atención centrada en patologías individuales, lo que implica múltiples prescripciones y dificultad en el abordaje realmente integral **(5)**.

Diversas revisiones sistemáticas señalan que las intervenciones actuales para el manejo de la multimorbilidad solo ofrecen mejoras parciales tanto clínicas como organizativas y con resultados heterogéneos, insuficientes para abordar la complejidad del fenómeno **(6,7)**. Aunque la literatura destaca el valor de la orientación comunitaria y de las intervenciones participativas para mejorar los resultados y reducir las desigualdades, su implementación en la práctica sigue siendo limitada **(6,7)**. Persisten importantes barreras estructurales, como la precariedad, la falta de recursos, la ausencia de apoyo institucional sostenido y la dependencia del voluntarismo profesional, que dificultan la continuidad y la sostenibilidad de la acción comunitaria en AP, así como la consolidación de enfoques participativos y contextualizados **(8,9,10)**.

La evidencia muestra que el éxito de las iniciativas comunitarias en AP depende tanto de los contextos socioeconómicos, las dinámicas de poder y los

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a todos/as los/las profesionales por su tiempo y colaboración. Sus contribuciones fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación.

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

modelos de gobernanza como de la capacidad organizativa para sostener estrategias colaborativas en el tiempo **(10,11)**. Investigaciones recientes subrayan que la estabilidad laboral de los equipos, la existencia de agendas con tiempo protegido para actividades comunitarias, el reconocimiento institucional y la coordinación intersectorial son determinantes para una orientación comunitaria efectiva **(9)**. No obstante, estos elementos siguen siendo poco frecuentes, a lo que se suman barreras como la falta de recursos, la ausencia de evaluación sistemática y la dificultad para llegar a grupos vulnerables, lo que refuerza la necesidad de comprender cómo los profesionales interpretan estos desafíos en el manejo cotidiano de la cronicidad **(12,13)**.

En España, el abordaje de la multimorbilidad y la cronicidad se ha consolidado como una prioridad estratégica a través de iniciativas impulsadas por el Ministerio de Sanidad, como la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* **(14)** y el *Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025-2027* **(15)**, que promueven modelos de atención integrados, centrados en la persona, orientados a la coordinación asistencial y al fortalecimiento de la orientación comunitaria. Asimismo, diversas comunidades autónomas han desarrollado estrategias específicas para la atención a la cronicidad y la complejidad clínica, incluyendo modelos organizativos dirigidos a mejorar la coordinación y continuidad asistencial de las personas con múltiples enfermedades crónicas.

En este contexto, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya incorporó desde 2021 nuevos perfiles profesionales en los equipos de AP y Comunitaria, entre ellos dietistas-nutricionistas, referentes de bienestar emocional y comunitario (RBEC) y fisioterapeutas, con el objetivo de ampliar la capacidad resolutiva de los equipos y reforzar ámbitos tradicionalmente menos desarrollados, como la promoción de la salud, la prevención, la atención a los determinantes sociales y el trabajo comunitario. Esta medida forma parte del *Plan de fortalecimiento y transformación de la AP*, que apuesta por modelos de atención más integrales, multidisciplinares y orientados a las necesidades de la población **(16)**.

En consecuencia, comprender cómo los profesionales perciben la interacción entre multimorbilidad, recursos comunitarios y organización de los servicios resulta fundamental para avanzar hacia modelos integrados, equitativos y sostenibles. El presente estudio se sitúa en esta necesidad, con el objetivo de explorar en profundidad las percepciones profesionales sobre los factores comunitarios, organizativos y estructurales que condicionan el manejo cotidiano de la multimorbilidad en AP.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo-interpretativo mediante grupos de discusión con el objetivo de explorar, desde la perspectiva de profesionales de distintas disciplinas de AP, los factores comunitarios, organizativos y de recursos que influyen en la atención y el bienestar de las personas con múltiples enfermedades crónicas, así como identificar propuestas de mejora para optimizar su manejo integral. La recolección de datos se realizó entre febrero y mayo de 2025 mediante cuatro grupos de discusión, con una duración aproximada de entre noventa y ciento veinte ▶

minutos por grupo. Los participantes fueron profesionales de diferentes disciplinas de AP del Sistema de Salud de Cataluña, procedentes de la provincia de Lleida, que atendían a personas con multimorbilidad. Para la conducción de los grupos de discusión se elaboraron guiones específicos que estructuraban los temas a tratar y permitían profundizar en los factores comunitarios y organizativos vinculados a la atención de la multimorbilidad **[Anexo I]**. Estos guiones se desarrollaron a partir de literatura previa y fueron revisados previamente por las personas coordinadoras de los distintos grupos profesionales para asegurar la claridad y adecuación de las preguntas. Asimismo, se ajustaron de forma iterativa a medida que se realizaban los grupos. Los grupos fueron moderados por la investigadora principal, con experiencia previa en investigación cualitativa. Durante las sesiones participó además un segundo investigador como observador, encargado de registrar aspectos relevantes de la dinámica grupal y tomar notas de campo. Los grupos se realizaron en aulas universitarias, espacios diseñados para favorecer la interacción y el intercambio de ideas entre los profesionales. Las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas literalmente para su posterior análisis.

Muestra y participantes. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional en base a los cuatro perfiles profesionales implicados en atención comunitaria en la región sanitaria (Enfermería Comunitaria, Fisioterapia, Dietistas-nutricionistas y RBEC). Los potenciales participantes fueron identificados y contactados por correo electrónico a través de las coordinadoras de cada grupo profesional de AP. No se registraron rechazos entre las personas finalmente invitadas a participar en el estudio. Los RBEC son profesionales de la Psicología incorporados recientemente a los equipos de AP de Cataluña en el marco del *Plan de fortalecimiento y transformación de la AP*. Entre sus funciones se incluyen la promoción del bienestar emocional, el apoyo a las actividades grupales y comunitarias, la detección precoz del malestar emocional y la colaboración con otros profesionales en intervenciones de prevención y promoción de la salud mental en la comunidad. Se establecieron criterios que permitieran recoger la heterogeneidad de experiencias y perspectivas, asegurando una visión amplia de los factores comunitarios y organizativos que afectan a la gestión de la multimorbilidad. La selección de estos perfiles respondió al interés por explorar la perspectiva de profesionales incorporados recientemente al modelo de fortalecimiento de la AP en Cataluña, especialmente vinculados a la promoción de la salud, el trabajo comunitario y la atención integral de la cronicidad. No se incluyeron médicos de familia ni trabajadores sociales, ya que el estudio se centró específicamente en estos perfiles emergentes. Los participantes trabajaban en centros de AP de la provincia de Lleida y desarrollaban su actividad asistencial en estrecha vinculación con la comunidad a través de programas comunitarios, iniciativas de promoción de la salud o intervenciones grupales dirigidas a adultos con multimorbilidad. Procedían de distintas áreas básicas de salud e incluían profesionales de centros urbanos, semiurbanos y rurales, lo que permitió incorporar experiencias desarrolladas en contextos asistenciales y comunitarios diversos.

Como criterios de inclusión, se consideró que los profesionales contaran con experiencia en el abordaje comunitario, participación activa en actividades de salud comunitaria y una trayectoria mínima de cinco años en el sistema sanitario. Se excluyeron aquellos profesionales que no desarrollaban actividad comunitaria en el momento del estudio o que no cumplían alguno de los criterios de inclusión establecidos. El número final de participantes no se estableció previamente y se determinó mediante el criterio de saturación temática, alcanzado cuando los grupos de discusión dejaron de aportar nuevas categorías o temas relevantes para los objetivos del estudio y se observó una reiteración de los discursos.

Para organizar los grupos de discusión, se decidió reunir a los profesionales en función de su perfil disciplinar. Esta distribución se realizó para evitar posibles desigualdades en la dinámica grupal, dado que las distintas disciplinas pueden tener roles, experiencias y posicionamientos diferentes respecto a la organización del trabajo comunitario y la atención a la multimorbilidad. Cada grupo incluyó profesionales de una disciplina específica, con edades comprendidas entre los veintiocho y cincuenta años y representación de ambos sexos **[Tabla 1]**. Con el fin de preservar el anonimato, la edad de los participantes se categorizó en dos grupos: menores de cuarenta años y cuarenta años o más. Todos ellos fueron informados previamente sobre los objetivos de la investigación, y se aseguró la confidencialidad y el anonimato de sus aportaciones.

Análisis. Se llevó a cabo a partir de las transcripciones literales de los grupos de discusión. Para organizar y procesar el material se utilizó el *software Atlas.ti* (v.23). Las categorías analíticas iniciales se definieron a partir del marco analítico propuesto por la Comisión Lancet para la financiación de la AP de salud **(17)**. Además, se complementó el análisis apoyado en el modelo biopsicosocial propuesto por Engel **(18)** y en la literatura sobre la organización del sistema sanitario y la percepción de los profesionales en el abordaje de la cronicidad compleja **(5)**. En una primera etapa, dos investigadores revisaron de forma independiente todas las transcripciones con el objetivo de familiarizarse con el contenido y asegurar la exhaustividad del proceso. En esta fase se emplearon como referencia las categorías predefinidas del guion, basadas en dichos marcos, que funcionaron como estructura analítica inicial para desarrollar los primeros códigos y subcódigos. Este procedimiento se inscribe en un enfoque deductivo, en el que la codificación se guía por categorías teóricas o conceptuales previamente establecidas, siguiendo los principios del análisis de contenido dirigido descritos por Elo y Kyngäs **(19)**. Posteriormente, la primera autora desarrolló la codificación inicial y las primeras agrupaciones temáticas, bajo la supervisión metodológica continua de otro investigador. Las categorías y agrupaciones temáticas fueron contrastadas mediante triangulación entre investigadores. Las discrepancias en la codificación e interpretación se resolvieron por consenso, y las decisiones analíticas fueron posteriormente revisadas por todo el equipo investigador para garantizar la coherencia interna del análisis, siguiendo las recomendaciones de Miles, Huberman y Saldaña **(20)** sobre el uso riguroso de marcos analíticos predefinidos. No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la codificación ni en el ▶

Tabla 1
Perfiles profesionales de las personas participantes en los grupos de discusión.

GD/Profesión	Participante	Perfil
GD1 Enfermería (ENF)	ENF1	Hombre, enfermero, referente salud comunitaria, <40 años, centro urbano
	ENF2	Mujer, enfermera, referente salud comunitaria, ≥40 años, centro urbano
	ENF3	Mujer, enfermera, referente salud comunitaria, ≥40 años, centro urbano
	ENF4	Mujer, enfermera, referente salud comunitaria, <40 años, centro urbano
	ENF5	Mujer, enfermera, referente salud comunitaria, <40 años, centro urbano
GD2 Fisioterapia (FIS)	FIS1	Mujer, fisioterapeuta, ≥40 años, centro urbano
	FIS2	Hombre, fisioterapeuta, <40 años, centro semiurbano
	FIS3	Mujer, fisioterapeuta, ≥40 años, centro urbano
	FIS4	Mujer, fisioterapeuta, <40 años, centro rural
	FIS5	Mujer, fisioterapeuta, <40 años, centro rural
	FIS6	Mujer, fisioterapeuta, ≥40 años, centro urbano
GD3 Dietista-Nutrición (NUT)	NUT1	Mujer, dietista-nutricionista, <40 años, centro urbano
	NUT2	Mujer, dietista-nutricionista, ≥40 años, centro urbano
	NUT3	Mujer, dietista-nutricionista, ≥40 años, centro urbano
	NUT4	Mujer, dietista-nutricionista, <40 años, centro semiurbano y rural
GD4 Referentes de bienestar emocional comunitario (RBEC)	RBEC1	Hombre, psicólogo, <40 años, centro urbano
	RBEC2	Mujer, psicóloga, <40 años, centro rural
	RBEC3	Mujer, psicóloga, <40 años, centro urbano
	RBEC4	Hombre, psicólogo, <40 años, centro urbano

GD: grupo de discusión.

análisis de los datos. El *software Atlas.ti* se empleó únicamente para la organización y recuperación de la información cualitativa. No se realizaron análisis estadísticos, ya que los datos fueron de naturaleza cualitativa.

Consideraciones éticas. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del IDIAP Jordi Gol (código 22/141-P). Todas las personas participantes proporcionaron su consentimiento informado de manera previa a su participación. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el uso exclusivo de la información con fines de investigación. La participación fue completamente voluntaria y no se ofreció ningún tipo de compensación económica o material.

RESULTADOS

Los resultados del análisis de contenido se agruparon en categorías temáticas que reflejaron las percepciones de los profesionales sobre los factores que condicionan la atención a la multimorbilidad. La **Tabla 2** presenta citas representativas de cada categoría.

a) **Obstáculos en la atención a adultos con multimorbilidad.** Los profesionales identificaron la sobrecarga asistencial, la falta de tiempo clínico y la fragmentación organizativa como principales barreras para la atención integral de la multimorbilidad. La rotación entre centros y las limitaciones temporales dificultaban la continuidad asistencial y las relaciones terapéuticas, mientras que las restricciones de la cartera de servicios reducían las posibilidades de intervención. Asimismo, describieron un sistema jerárquico y predominantemente biomédico que relegaba la actividad comunitaria y que, junto con la saturación de los servicios y las dificultades de acceso asociadas a la dependencia, el aislamiento social o la movilidad reducida, limitaba la respuesta a las necesidades complejas de esta población.

b) **Influencia del entorno comunitario en la atención: desafíos y desigualdades.** En el discurso de los profesionales, el entorno comunitario emergió como un determinante clave del autocuidado y la participación de las personas con multimorbilidad. Factores socioeconómicos, geográficos, culturales y lingüísticos, junto con las desigualdades territoriales en la disponibilidad de recursos, limitaban el acceso a las intervenciones. Estas barreras se veían reforzadas por la escasa coordinación institucional, las dificultades de desplazamiento y la dependencia funcional o la falta de apoyo cuidador.

c) **Bienestar, autocuidado y apoyo social a adultos con multimorbilidad.** Desde la perspectiva de los profesionales, el bienestar y la capacidad de autocuidado de las personas con multimorbilidad estaban condicionados por limitaciones funcionales, dolor crónico, dificultades emocionales y redes de apoyo social frágiles. El apoyo familiar se percibía como variable y, en ocasiones, insuficiente, mientras que el acceso a recursos sociales y de salud mental presentaba dificultades, especialmente en determinadas áreas geográficas. La aceptación de la multimorbilidad emergió como un factor clave para favorecer la implicación en el autocuidado. Asimismo, las intervenciones grupales ▶

Tabla 2
Perspectivas profesionales sobre la atención a la multimorbilidad, agrupadas por categorías analíticas y tipo de profesional.

Categoría	Dietistas-nutricionistas (NUT)	Enfermeras/os (ENF)	Referentes bienestar emocional y comunitario (RBEC)	Fisioterapeutas (FIS)
Obstáculos en la atención	"Cada día es como empezar de cero; no estoy en un solo centro y esto dificulta mucho." (NUT4) "No podemos intervenir en algunas patologías crónicas porque no están incluidas en la cartera de servicios." (NUT2)	"El sistema es muy vertical, parece que esté por encima del paciente." (ENF1) "La falta de tiempo impide realizar entrevistas en profundidad y escuchar de verdad." (ENF2)	"No podemos hacer domicilios y muchos pacientes no salen de casa." (RBEC1) "Tenemos tanta carga asistencial que lo comunitario queda en la cola." (RBEC4)	"La lista de espera y la carga asistencial hacen que no tengamos tiempo para hacer comunitaria." (FIS1) "A veces tenemos la sensación de que llegamos tarde a las necesidades del paciente." (FIS3)
Entorno comunitario	"Depende del centro; a veces la comunitaria queda anulada porque no tenemos tiempo." (NUT2) "En población inmigrante hay una barrera cultural... no entienden nuestra gastronomía y tampoco el idioma." (NUT3)	"Hay municipios donde la comunicación con el ayuntamiento prácticamente no existe." (ENF3) "Los recursos comunitarios desaparecen rápido o no están bien conectados." (ENF4)	"Hay barrios donde no hay nada o no hay transporte para acceder a los recursos." (RBEC1) "Muchos pacientes no acuden porque su cuidador no puede o no quiere." (RBEC3)	"Los centros cívicos están saturados, no hay plazas." (FIS2) "Realizar actividades fuera del centro de salud puede ayudar a desmedicalizar la enfermedad." (FIS5) "Hay actividades que cuestan 5€, pero para según quién eso es mucho." (FIS3)
Bienestar y autocuidado	"La gente come muy mal, hay muchos mitos arraigados." (NUT1) "La falta de educación nutricional es enorme." (NUT2)	"El concepto de enfermedad no siempre está asumido; cuesta mucho que se impliquen." (ENF1) "Si no escuchamos lo que es importante para la persona, no participará." (ENF2)	"La aceptación de una nueva identidad crónica es difícil y requiere tiempo." (RBEC1) "Los grupos generan vínculo, y eso facilita cambios que en consulta individual son difíciles." (RBEC4)	"El apoyo familiar es desigual y que los recursos de salud mental o sociales no siempre son accesibles." (FIS2) "Si no hay continuidad fuera del grupo, el trabajo queda limitado." (FIS1
Recursos y limitaciones	"Si solo estoy un día, no se crea vínculo y tampoco derivan." (NUT2) "No hay pausas entre grupos para procesar o planificar lo que requieren los participantes." (NUT4)	"No tenemos suficiente tiempo ni recursos para realizar actividades comunitarias." (ENF2) "Nos falta un circuito claro: quién deriva, quién acompaña, quién hace seguimiento." (ENF3)	"No tenemos una plataforma común actualizada para saber qué recursos hay en el territorio." (RBEC1)	"La falta de espacios en los centros de salud es un problema real." (FIS3) "No siempre sabemos si un recurso sigue activo." (FIS1)
Políticas y organización	"Nos piden números, y eso es lo peor que puede pasar." (NUT1) "Tenemos que programar actividades con meses de antelación y no siempre es posible." (NUT2)	"Las decisiones se toman desde arriba y muchas veces no tienen en cuenta la realidad de los equipos" (ENF3) "Todo está muy parcelado; no hay visión global." (ENF2)	"Todo funciona por intuición o buena voluntad, pero no existe una estructura clara." (RBEC1) "Muchas veces priorizamos lo que creemos importante nosotros, no la persona." (RBEC2)	"Nos han limitado mucho; quieren que hagamos asistencia, no comunitaria." (FIS1) "Los objetivos de la organización nos restringen mucho." (FIS2)
Experiencia profesional	"Los grupos ayudan mucho, pero la adherencia es baja." (NUT3) "Rompemos mitos e intentamos adaptarnos a cada paciente, pero falta tiempo." (NUT1)	"La comunicación con educación, servicios sociales y ayuntamientos es muy mejorable." (ENF2) "Habría que implicar a la comunidad desde el principio, no al final." (ENF4)	"Acompañar emocionalmente requiere tiempo y continuidad." (RBEC2) "A veces hablamos lenguajes diferentes: el del sistema y el de la persona." (RBEC3)	"Intentamos introducir la prescripción antes de terminar el grupo para que piensen qué harán después." (FIS3) "Derivamos en función de lo que detectamos en el grupo, pero falta más coordinación." (FIS5)
Propuestas de mejora	"Estar en un solo centro, como los fisios o los psicólogos, facilitaría el trabajo." (NUT3) "Talleres de cocina para hombres mayores que no saben cocinar." (NUT4)	"Es necesario mapear los activos y mantenerlos actualizados." (ENF3) "La comunitaria necesita tiempo, constancia y otra manera de evaluarla". (ENF4)	"Necesitamos saber quién hace qué y tener circuitos definidos". (RBEC1) "Los grupos fuera del centro de salud hacen que se sientan más protegidos y menos etiquetados". (RBEC2)	"Para trabajar en comunidad necesitamos más tiempo y estabilidad." (FIS1) "Hace falta más coordinación para dar continuidad a los grupos." (FIS4)

fueron valoradas por su capacidad para generar apoyo mutuo, intercambio de experiencias y sentimiento de pertenencia. También se identificaron déficits de alfabetización en salud, especialmente en relación con la alimentación y el manejo de la enfermedad, así como una menor participación cuando las intervenciones no incorporaban las prioridades y necesidades percibidas por las personas participantes.

d) **Recursos y limitaciones en la atención sanitaria.** Los discursos de los profesionales pusieron de manifiesto una insuficiencia de recursos humanos, espacios físicos y estabilidad organizativa que dificultaba la continuidad asistencial, la coordinación entre profesionales y el mantenimiento de actividades grupales y comunitarias. La falta de espacios adecuados emergió como una barrera para el desarrollo de intervenciones comunitarias, mientras que la elevada carga asistencial y la ausencia de tiempo protegido limitaron la planificación y coordinación de actividades. Además, se identificaron dificultades relacionadas con la continuidad de los programas, la inexistencia de circuitos claros de derivación y seguimiento, y la falta de información actualizada sobre los recursos disponibles en el territorio.

e) **Políticas y organización del sistema sanitario.** Los profesionales describieron que las prioridades institucionales y la organización del sistema sanitario condicionaban la atención a la multimorbilidad. La presión asistencial, la priorización de la reducción de listas de espera y el cumplimiento de indicadores cuantitativos fueron percibidos como factores que limitaban la flexibilidad de la práctica profesional. Los participantes también señalaron que la burocracia y la orientación a resultados numéricos favorecían una atención fragmentada y reducían las oportunidades para desarrollar actividades comunitarias. Asimismo, identificaron la ausencia de estrategias estructuradas de prescripción social, así como la falta de información actualizada sobre recursos comunitarios, como obstáculos para la continuidad de las intervenciones más allá del ámbito sanitario.

f) **Experiencia profesional en el abordaje de la multimorbilidad.** Los discursos describieron distintas estrategias dirigidas a promover el autocuidado y el bienestar, entre ellas la educación grupal, el acompañamiento emocional, la detección de necesidades psicosociales y la derivación a recursos comunitarios. La educación grupal fue considerada útil para facilitar el aprendizaje y el apoyo entre iguales, aunque se señalaron dificultades relacionadas con la adherencia y la continuidad de la participación. Los participantes destacaron la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades individuales, así como de trabajar sobre creencias, expectativas y capacidades de autocuidado. También subrayaron el valor del acompañamiento emocional, especialmente en personas con situaciones complejas o dependencia funcional. En relación con el ámbito comunitario, los profesionales describieron experiencias de derivación a recursos del entorno, aunque identificaron limitaciones importantes en la coordinación intersectorial y en la continuidad de las acciones.

g) **Propuestas de mejora para un modelo integral.** Las propuestas de mejora se centraron en reforzar la estructura organizativa para facilitar una atención más integral a la multimorbilidad. Entre las prioridades identificadas destacaron la disponibilidad de tiempo protegido para la coordinación, la estabilidad de los equipos y la continuidad asistencial. Los participantes también plantearon la necesidad de mejorar el conocimiento y actualización de los recursos comunitarios, desarrollar sistemas de mapeo de activos y establecer circuitos claros para la prescripción social y el seguimiento de las personas derivadas. La coordinación intersectorial, el fortalecimiento de la dimensión comunitaria y la incorporación de formas de evaluación más adaptadas a este tipo de intervenciones fueron igualmente señaladas como áreas prioritarias de mejora.

Aunque existió un amplio consenso entre los distintos perfiles profesionales respecto a las principales barreras y necesidades asociadas a la atención de la multimorbilidad, se observaron algunos matices. Las enfermeras incidieron especialmente en los problemas de coordinación asistencial, la continuidad de los cuidados y la fragmentación organizativa. Las dietistas-nutricionistas destacaron con mayor frecuencia las limitaciones derivadas de la movilidad entre centros, las restricciones de la cartera de servicios y las necesidades de alfabetización alimentaria. Los RBEC pusieron un mayor énfasis en las dificultades emocionales asociadas a la multimorbilidad, el acompañamiento emocional y el valor de las intervenciones grupales. Por su parte, los fisioterapeutas resaltaron las limitaciones funcionales, los problemas de accesibilidad vinculados a la movilidad y la necesidad de fortalecer los recursos comunitarios para favorecer la continuidad de las intervenciones. No obstante, todos los perfiles coincidieron en señalar la sobrecarga asistencial, la insuficiencia de recursos y las dificultades de coordinación como los principales condicionantes de una atención integral a la multimorbilidad.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la atención a las personas adultas con multimorbilidad en AP está condicionada por la interacción de factores organizativos, sociales y comunitarios que dificultan el desarrollo de una atención integral centrada en la persona. Los profesionales participantes identifican como principales barreras la sobrecarga asistencial, la falta de tiempo clínico, la fragmentación organizativa y las limitaciones para desarrollar intervenciones comunitarias sostenidas. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia internacional que señala que los sistemas sanitarios continúan organizándose mayoritariamente en torno a enfermedades individuales y objetivos biomédicos, lo que dificulta la coordinación de los cuidados y la atención adaptada a la complejidad que caracteriza la multimorbilidad **(21,22)**.

La presión asistencial y la escasa disponibilidad de tiempo emergen de forma recurrente en los discursos de los participantes. Estas condiciones limitan la capacidad de los profesionales para desarrollar procesos de toma de decisiones compartida, explorar necesidades psicosociales y mantener una atención centrada en los objetivos y prefe-

rencias de cada persona. Del mismo modo, la rotación profesional, la falta de continuidad asistencial y la insuficiente estabilidad de los equipos dificultan la creación de vínculos terapéuticos y la consolidación de estrategias de seguimiento longitudinal. Estos resultados coinciden con estudios previos que describen cómo los modelos asistenciales orientados a la productividad y al cumplimiento de indicadores dificultan la incorporación de enfoques centrados en la persona y reducen las posibilidades de intervención sobre los factores sociales que influyen en la salud **(23)**.

Otro hallazgo relevante fue el peso que los profesionales atribuyen a los determinantes sociales y territoriales en la gestión de la multimorbilidad. Las dificultades económicas, la falta de transporte, la dispersión geográfica, la dependencia funcional y la desigual disponibilidad de recursos comunitarios fueron descritos como obstáculos importantes para la participación en actividades de autocuidado y en intervenciones comunitarias. Estos resultados refuerzan la literatura que destaca la influencia de las condiciones sociales sobre la evolución de las enfermedades crónicas y la capacidad de las personas para mantener conductas saludables y adherirse a las recomendaciones terapéuticas **(24)**. Asimismo, los participantes señalan que incluso costes aparentemente reducidos pueden constituir barreras significativas para personas en situación de vulnerabilidad, lo que coincide con investigaciones que muestran que gran parte de las dificultades de adherencia están relacionadas con limitaciones estructurales más que con una falta de motivación individual **(25)**.

Los discursos también evidencian desigualdades territoriales importantes en el acceso y disponibilidad de los recursos comunitarios. La ausencia o saturación de determinados servicios, la falta de coordinación institucional y las dificultades para conocer qué recursos permanecen activos generan incertidumbre en los procesos de derivación y limitan la continuidad de las intervenciones. Estas observaciones sugieren que la efectividad de las actuaciones comunitarias depende no solo de la motivación de las personas participantes o del compromiso profesional, sino también de la existencia de entornos comunitarios suficientemente dotados, accesibles y coordinados **(26,27)**.

En relación con el bienestar y el autocuidado, los participantes destacan que las personas con multimorbilidad afrontan con frecuencia situaciones de dolor crónico, limitaciones funcionales, dificultades emocionales y redes de apoyo social insuficientes. La aceptación de la multimorbilidad es identificada como un elemento clave para favorecer la implicación en el autocuidado y sostener cambios conductuales a largo plazo. Estos resultados son coherentes con estudios previos que sitúan el apoyo social, la alfabetización en salud, el bienestar emocional y la comprensión de la enfermedad entre los principales determinantes del manejo efectivo de la multimorbilidad. En este sentido, los profesionales señalan que la participación resulta más probable cuando las intervenciones incorporan los valores, prioridades y significados que las personas atribuyen a sus problemas de salud, reforzando la necesidad de enfoques más participativos y centrados en la experiencia individual **(28,29,30)**.

Las intervenciones grupales fueron valoradas especialmente por su capacidad para generar apoyo mutuo, faci- ▶

litar el intercambio de experiencias y reducir el aislamiento social. Aunque la adherencia y la continuidad siguen representando desafíos relevantes, estos resultados apoyan el potencial de las estrategias grupales y comunitarias como complemento a la atención clínica tradicional en personas con multimorbilidad.

Asimismo, se identifican limitaciones estructurales relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos, espacios físicos y tiempo para la coordinación. Estos hallazgos coinciden con la evidencia que señala que la precariedad organizativa, la escasez de recursos y la falta de apoyo institucional afectan negativamente a la coordinación entre profesionales y limitan la consolidación de modelos integrados de atención **(24,25)**.

En cuanto a la organización del sistema sanitario, los participantes describen una estructura fuertemente orientada al cumplimiento de objetivos cuantitativos, la reducción de listas de espera y el control de indicadores biomédicos Esta orientación es percibida como una barrera para incorporar dimensiones sociales y comunitarias en la práctica asistencial. Dichos resultados son congruentes con trabajos previos que han señalado cómo determinadas formas de gobernanza sanitaria pueden invisibilizar aspectos esenciales para la atención a personas con multimorbilidad, especialmente aquellos relacionados con la complejidad social y la coordinación interdisciplinar **(28)**. Del mismo modo, la ausencia de estructuras formales de prescripción social y de mecanismos estables de colaboración entre sectores dificulta la continuidad de las intervenciones más allá del ámbito estrictamente sanitario **(29,31)**.

Las propuestas formuladas por los profesionales ofrecen orientaciones relevantes para el desarrollo de modelos más integrados de atención. Entre las principales recomendaciones destacan la disponibilidad de tiempo protegido para la coordinación, una mayor estabilidad de los equipos, la creación de circuitos claros de prescripción social, la actualización sistemática de los recursos comunitarios y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial. Estas prioridades coinciden con las recomendaciones internacionales para la gestión integrada de la multimorbilidad, que subrayan la necesidad de promover una atención centrada en la persona, mejorar la coordinación entre servicios y reforzar la participación comunitaria como componente estructural de la AP **(29,32,33)**. A diferencia de estudios previos centrados principalmente en profesionales médicos y de Enfermería, esta investigación incorpora la perspectiva de perfiles de reciente incorporación a la AP catalana, como dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas y RBEC. Esta aproximación interprofesional permite identificar desafíos relacionados con la promoción de la salud, el acompañamiento emocional, el trabajo comunitario y la coordinación entre profesionales, aspectos todavía escasamente explorados en la literatura sobre multimorbilidad.

Implicaciones para la práctica, la gestión y las políticas sanitarias. Los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de fortalecer la capacidad organizativa de la AP para responder a la compleji-

dad asociada a la multimorbilidad, promoviendo una mayor estabilidad de los equipos, más tiempo protegido para la coordinación y circuitos estructurados de prescripción social. Asimismo, ponen de manifiesto la importancia de reforzar la colaboración entre los sectores sanitario, social y comunitario, incorporando los determinantes sociales de la salud en las estrategias de atención a la multimorbilidad y favoreciendo enfoques alineados con la perspectiva de *Salud en Todas las Políticas*. Además, la inclusión de perfiles profesionales de reciente incorporación a la AP catalana, como dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas y RBEC, aporta una visión interprofesional poco explorada sobre los desafíos vinculados al trabajo comunitario, la promoción de la salud, el acompañamiento emocional y la coordinación asistencial, ofreciendo información útil para el desarrollo y evaluación de las estrategias de fortalecimiento de la AP y de atención a la cronicidad.

Limitaciones. Los resultados de este estudio deben interpretarse en el contexto de la provincia de Lleida y del Sistema de Salud de Cataluña, si bien ofrecen elementos de interés para la comprensión de la atención a la multimorbilidad en otros entornos de AP. Los hallazgos reflejan la perspectiva de los perfiles profesionales incluidos en la investigación, sin incorporar la visión de otros actores relevantes, como médicos de familia, trabajadores sociales, pacientes o cuidadores. Asimismo, al tratarse de un estudio basado en grupos de discusión, los resultados se fundamentan en las experiencias y percepciones expresadas por los participantes, que pueden estar influidas por las dinámicas propias de este tipo de metodología. Además, el estudio no incorporó observación directa de la práctica asistencial.

Conclusiones. Los profesionales de AP identifican factores organizativos, comunitarios y estructurales que condicionan la atención a las personas con multimorbilidad. La sobrecarga asistencial, la fragmentación organizativa y las desigualdades territoriales emergen como las principales barreras, mientras que la coordinación interdisciplinar, el trabajo comunitario y el acompañamiento emocional son señalados como elementos facilitadores. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más integrados, coordinados y centrados en la persona.

RESP

BIBLIOGRAFÍA

1. Essig S, Pati S. *Editorial: Multimorbidity in primary care.* Front Med (Lausanne). 2024 Mar 25;11. *doi: https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1401711*

2. Barrio-Cortes J, Castaño-Reguillo A, Benito-Sánchez B, Beca-Martínez MT, Ruiz-Zaldibar C. *Utilization of Primary Healthcare Services in Patients with Multimorbidity According to Their Risk Level by Adjusted Morbidity Groups: A Cross-Sectional Study in Chamartín District (Madrid).* Healthcare. 2024;12(2):270. *doi: https://doi.org/10.3390/healthcare12020270*

3. Damarell RA, Morgan DD, Tieman JJ. *General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research.* BMC Fam Pract. 2020;21(1):131. *doi: https://doi.org/10.1186/s12875-020-01197-8*

4. Bisak A, Stafström M. *Unleashing the potential of Health Promotion in primary care-a scoping literature review.* Health Promot Int. 2024;39(3). *doi: https://doi.org/10.1093/heapro/daae044*

5. Tambo-Lizalde E, Febrel Bordejé M, Urpí-Fernández AM, Abad-Díez JM. *La atención sanitaria a pacientes con multimorbilidad. La percepción de los profesionales.* Aten Primaria. 2021;53(1):51-59. *doi: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.013*

6. Álvarez-Gálvez J, Ortega-Martín E, Carretero-Bravo J, Pérez-Muñoz C, Suárez-Lledó V, Ramos-Fiol B. *Social determinants of multimorbidity patterns: A systematic review.* Front Public Health. 2023;11. *doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1081518*

7. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. *Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence.* BMJ Open. 2017;7(4):e013384. *doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384*

8. Cabezas MF, Nazar G, Ranchor A V, Annema C. *The Effect of Health Literacy Interventions on Self-management in Chronic Diseases: A Systematic Review.* Annals of Behavioral Medicine. 2025;59(1). *doi: https://doi.org/10.1093/abm/kaaf073*

9. Calvo Álvarez de Arkaia A, Benedé Azagra CB, Gandarias Jaio M, Cardo Miota A, Hernán García M. *¿Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria.* Gac Sanit. 2024;38:102403. *doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102403*

10. Cassetti V, López-Ruiz MV, Egea-Ronda A, Juan Ulpiano DA, Benedé Azagra CB. *Facilitators and barriers to implement community engagement approaches in health promotion projects: A qualitative study in 13 projects in Spain.* Public Health in Practice. 2025;9:100595. *doi: https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100595*

11. Erku D, Khatri R, Endalamaw A, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A *et al. Community engagement initiatives in primary health care to achieve universal health coverage: A realist synthesis of scoping review.* PLoS One. 2023;18(5):e0285222. *doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285222*

12. Brito LC, Carnut L, Guerra LDS. *Meanings and challenges of care coordination in primary health care: scoping review.* Discover Public Health. 2026;23(1):88. *doi: https://doi.org/10.1186/s12982-026-01359-6*

13. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S *et al. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study.* J Health Organ Manag. 2021;35(9):349-367. *doi: https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512*

14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

15. Ministerio de Sanidad. *Plan de acción de atención primaria y comunitaria 2025-2027.* Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

16. Espallargues M, Castell C, Salvador G. *Nous perfils professionals a l'atenció primària.* Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021.

17. Hanson K. *Introducing The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre.* Lancet Glob Health. 2022 Jan;10(1):e20-21. *doi: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00510-6*

18. Engel GL. *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine.* Psychodyn Psychiatry. 2012 Sep;40(3):377-396. *doi: https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377*

19. Elo S, Kyngäs H. *The qualitative content analysis process.* J Adv Nurs. 2008 Apr 18;62(1):107-115. doi: *https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x*

20. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: A methods sourcebook.* 3rd edition. SAGE Publications, editor. 2014.

21. Jakabaa M, Dedeuaa T, Cerezo-Cerezoaa J. *Towards a resilient and high-performing Primary Health Care: case study on Primary Health Care in Spain.* Revista Clínica de Medicina de Familia. 2024;17(1). *doi: https://doi.org/10.55783/rcmf.17102*

22. Lim YW, Al-Busaidi IS, Caya R, Bricca A, Mangin D, Wilson R *et al. Effectiveness of interventions for the management of multimorbidity in primary care and community settings: systematic review and meta-analysis.* Fam Pract. 2025;42(6). *doi: https://doi.org/10.1093/fampra/cmaf085*

23. Niclos-Esteve M, Ocaña Ortiz A, Egea-Ronda A, Paredes-Carbonell JJ. *Cómo avanzar en la orientación comunitaria en Atención Primaria: de la acción puntual al proceso de acción comunitaria.* Rev Esp Salud Publica. 2025;99(1):1-10. *Disponibleen: https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/950*

24. Nogueira González P, Gil González D, Álvarez-Dardet Díaz C. *Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud.* Gac Sanit. 2024;38:102387. *doi: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102387*

25. Raaijmakers LHA, Schermer TR, Wijnen M, van Bommel HE, Michielsen L, Boone F *et al. Development of a Person-Centred Integrated Care Approach for Chronic Disease Management in Dutch Primary Care: A Mixed-Method Study.* Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):3824. *doi: https://doi.org/10.3390/ijerph20053824*

26. Sánchez-Marco M, Esteve-Ríos A, Escribano S. *Communication as a strategic tool for person-centered care.* An Sist Sanit Navar. 2024 Dec 27;47(3). *doi: https://doi.org/10.23938/ASSN.1106*

27. Seckler E, Regauer V, Rotter T, Bauer P, Müller M. *Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: a systematic review.* BMC Fam Pract. 2020;21(1):113. *doi: https://doi.org/10.1186/s12875-020-01179-w*

28. Simpson G, Morrison L, Santer M, Hijryana M, Farmer A, Dambha-Miller H. *Perceptions and experiences of living with and providing care for multimorbidity: A qualitative interview study.* Journal of Multimorbidity and Comorbidity. 2024;14. *doi: https://doi.org/10.1177/26335565241240820*

29. Spezia N, De Rosis S, Nuti S. *Sense of Community in the context of disease prevention and health promotion: A scoping review of the literature.* BMC Public Health. 2024;24(1):3090. *doi: https://doi.org/10.1186/s12889-024-20515-8*

30. Whitty CJM, MacEwen C, Goddard A, Alderson D, Marshall M, Calderwood C *et al. Rising to the challenge of multimorbidity.* BMJ. 2020;16964. *doi: https://doi.org/10.1136/bmj.l6964*

31. Wilson A, Noble H, Galway K, Doherty J. *Social prescribing for people living with long-term health conditions: a scoping review.* Syst Rev. 2025;14(1):114. *doi: https://doi.org/10.1186/s13643-025-02848-6*

32. Zezai D, van Rensburg AJ, Babatunde GB, Kathree T, Cornick R, Levitt N *et al. Barriers and facilitators for strengthening primary health systems for person-centred multimorbid care in low-income and middle-income countries: a scoping review.* BMJ Open. 2024;14(11):e087451. *doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087451*

33. Zhou Y, Dai X, Ni Y, Zeng Q, Cheng Y, Carrillo-Larco RM *et al. Interventions and management on multimorbidity: An overview of systematic reviews.* Ageing Res Rev. 2023;87:101901. *doi: https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101901*

RESP

Anexo I
Guion de los grupos de discusión.

Bloque temático	Preguntas
1. Obstáculos en la atención a adultos con multimorbilidad	- ¿Habéis identificado obstáculos en el sistema de salud para atender a adultos con múltiples enfermedades crónicas? - ¿Existen factores en el entorno de estos adultos con multimorbilidad que dificulten seguir tratamientos o mantener hábitos saludables? - ¿Habéis observado barreras sociales o sanitarias que impidan a los adultos con multimorbilidad cuidarse adecuadamente?
2. Influencia del entorno comunitario en la atención: desafíos y desigualdades	- ¿Qué cambios introduciríais en el entorno comunitario para favorecer el bienestar de los adultos con multimorbilidad? - ¿Qué intervenciones o apoyos consideráis más útiles para mejorar la gestión de la multimorbilidad? - ¿Qué modificaciones en el sistema podrían facilitar una atención más integral y efectiva a los adultos con múltiples condiciones crónicas?
3. Bienestar, autocuidado y apoyo social a adultos con multimorbilidad	- ¿Qué dificultades encuentran los adultos con multimorbilidad en su día a día para vivir según sus necesidades de salud? - ¿Cómo contribuye el apoyo familiar, social y sanitario al bienestar y manejo de la multimorbilidad? - ¿Cómo ayudáis a los adultos con multimorbilidad a gestionar sus condiciones en la vida cotidiana? - Si el bienestar fuera como preparar una comida, ¿qué recursos, habilidades y entorno tienen los adultos con multimorbilidad… y qué les falta?
4. Recursos y limitaciones en la atención a la multimorbilidad	- ¿Cómo afectan los recursos disponibles (personal, tecnología, tiempo) a la calidad de la atención que podéis ofrecer a los adultos con multimorbilidad? - ¿Habéis tenido dificultades para acceder a herramientas o recursos para gestionar a estos adultos? ¿Cuáles? - ¿Las limitaciones presupuestarias impiden ofrecer tratamientos innovadores o un seguimiento más cercano a los adultos con multimorbilidad?

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Anexo I (continuación)
Guion de los grupos de discusión.

Bloque temático	Preguntas
5. Políticas y organización de la atención a la multimorbilidad	- ¿Consideráis que las políticas del sistema o de la organización dificultan la integración de servicios para los adultos con multimorbilidad? - ¿Es suficiente el tiempo asignado por adulto para abordar casos complejos? - ¿La estructura organizativa limita la colaboración multidisciplinaria? - ¿La formación continua es adecuada para mantenerse al día en la atención a la multimorbilidad? - ¿Los protocolos son lo suficientemente flexibles para adaptarse a cada adulto? - ¿Existen barreras administrativas que retrasen el acceso a tratamientos? - ¿Los objetivos de la organización afectan la atención personalizada? - ¿La carga de trabajo y la Dirección por Objetivos influyen en la calidad asistencial dirigida a los adultos con multimorbilidad?
6. Experiencia profesional en el abordaje de la multimorbilidad	- ¿Cómo describiríais la salud reciente de los adultos con multimorbilidad y cómo suele ser un día típico en relación con el manejo de sus múltiples enfermedades? - ¿Cómo afecta la multimorbilidad a la vida diaria de estos adultos y a su capacidad para gestionar su salud? - ¿Qué actividades, tratamientos o estrategias utilizan los adultos con multimorbilidad y cómo influyen en su rutina diaria? - ¿Qué factores facilitan o dificultan el cuidado de su salud y cómo afrontan los síntomas? - ¿Qué aspectos del cuidado de su salud requieren más tiempo, energía o atención, y qué podría facilitar su manejo en días complejos? - ¿Qué tipo de apoyos reciben estos adultos y con qué frecuencia? ¿Existen dificultades para acceder a dicho apoyo? - ¿Cómo encaja la atención sanitaria en la vida laboral, social o cotidiana de los adultos con multimorbilidad? - ¿Qué tipo de apoyo proporcionan los profesionales sanitarios y qué recursos adicionales consideráis que podrían ser útiles? - ¿Participan estos adultos en asociaciones o grupos de apoyo? ¿Cómo contribuye esto a gestionar su salud?
7. Propuestas de mejora para optimizar el manejo integral	- ¿Qué cambios consideráis necesarios para mejorar el abordaje integral de los adultos con multimorbilidad en la Atención Primaria? - ¿Qué apoyos o recursos adicionales serían útiles para fortalecer vuestra labor comunitaria en relación con la multimorbilidad? - ¿Qué modificaciones organizativas facilitarían una atención más coordinada y efectiva? - ¿Qué mejoras propondríais para reforzar la autonomía y el autocuidado de los adultos con multimorbilidad? - ¿Qué acciones debería priorizar el sistema sanitario para optimizar el manejo integral desde una perspectiva comunitaria? - Desde vuestra experiencia, ¿qué iniciativas concretas podrían implementarse para mejorar la continuidad asistencial y el trabajo interdisciplinario?