



OBSERVACIONES DEL CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA EN LA CONSULTA PÚBLICA PREVIA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE MODIFICACIÓN DE LA LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Esta corporación, que agrupa a los cuatro colegios de médicos de Cataluña, en ejercicio de sus funciones de ordenación profesional y de representación institucional de la profesión médica, y de defensa de la calidad asistencial y de seguridad del paciente, formula las presentes **OBSERVACIONES** en el trámite de consulta pública previa relativa a la modificación de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Las observaciones se dirigen a promover que la futura reforma se ajuste a los principios de buena regulación, seguridad jurídica y coherencia del sistema sanitario, atendiendo a la evolución científica, tecnológica y organizativa de los últimos años. Así:

Primera.- Reforma material de la LOPS “por arrastre” desde el Estatuto Marco. Coherencia entre norma estatutaria y norma de ordenación profesional.

La primera observación es de carácter metodológico y jurídico: si la LOPS va a reformarse en aspectos nucleares —clasificación de profesiones, funciones, formación especializada y desarrollo profesional—, dicha reforma no debería venir condicionada ni anticipada, de hecho, por la Disposición final tercera del Anteproyecto de Estatuto Marco, sino tramitarse —como acertadamente se pretende ahora— con autonomía sustantiva, memoria específica y participación propia de las corporaciones profesionales, sociedades científicas y organizaciones colegiales. La propia consulta previa reconoce que la reforma de la LOPS tiene entidad propia y pretende revisar elementos estructurales del sistema profesional sanitario.

Desde una perspectiva constitucional, el ordenamiento distingue claramente entre:

- el **derecho al trabajo y a la libre elección de profesión u oficio (art. 35 CE)**, que se proyecta en la regulación de las condiciones de empleo y en el estatuto jurídico del personal al servicio de las administraciones públicas, y
- la **ordenación de las profesiones tituladas (art. 36 CE)**, que legitima una regulación específica de carácter profesional, orientada a garantizar la competencia técnica, la responsabilidad y la protección de los intereses generales, singularmente la seguridad de los pacientes en el ámbito sanitario.



Esta diferenciación constitucional no es meramente formal, sino que responde a una distinta naturaleza y finalidad de ambas regulaciones: el Estatuto Marco -en el caso que nos ocupa- disciplina la relación de empleo público sanitario (condiciones de trabajo, clasificación administrativa, régimen retributivo y organizativo), mientras que la LOPS ordena el ejercicio profesional sanitario en sentido material, definiendo funciones, formación y relaciones interprofesionales, con proyección tanto en el sector público como en el privado.

El borrador de Anteproyecto del Estatuto Marco insiste en la “unidad del régimen estatutario” y en una clasificación administrativa vinculada al MECU, pero a la vez indica que dicha clasificación “en ningún caso altera la jerarquía funcional ni las relaciones interprofesionales”, que se rigen por el artículo 9 de la LOPS. Esta precisión es esencial y debe no solo mantenerse, sino enfatizarse expresamente en la reforma de la LOPS, evitando cualquier ambigüedad que pueda trasladar al ámbito de la negociación laboral cuestiones que son propias de la ordenación profesional, y que en realidad afectan a la regulación de todos los ámbitos de ejercicio (laboral o autónomo).

En efecto, permitir que una norma de carácter estatutario incida, directa o indirectamente, en la definición de funciones profesionales supondría desdibujar el marco constitucional de distribución normativa entre los artículos 35 y 36 CE, con el consiguiente riesgo de desnaturalizar la función de la LOPS como ley de ordenación profesional, introducir modificaciones competenciales sin el debido debate técnico y sectorial, y generar inseguridad jurídica en aspectos tan sensibles como la delimitación de funciones, la responsabilidad profesional o la seguridad clínica.

En definitiva, la LOPS y el Estatuto Marco deben ser **coherentes**, pero no puede quedar la primera subordinada a la lógica del segundo. El Estatuto Marco sirve para ordenar el empleo público sanitario; la LOPS sirve para ordenar las profesiones sanitarias en su conjunto. Si existe tensión entre homogeneización laboral y seguridad clínica, debe prevalecer esta última.

El propio Ministerio justifica la reforma de la LOPS por la necesidad de adecuarla al sistema sanitario, académico y organizativo actual; y ello exige un debate autónomo, con técnica normativa adecuada y con un nivel de precisión que no puede alcanzarse mediante una Disposición final inserta en una iniciativa legislativa distinta, por conexa que esta pueda parecer.

Segunda.- Singularidad jurídica y funcional de la profesión médica.

La LOPS no puede reformarse como si todas las profesiones sanitarias fueran intercambiables. Las competencias se definen en los programas académicos de cada grado, pero la delimitación funcional no deriva solo de la formación, sino del nivel de responsabilidad clínica asumida.



Y la medicina presenta singularidades objetivas: acceso vía grado y colegiación habilitante y especialización, responsabilidad diagnóstica y terapéutica, capacidad de indicación clínica, prescripción, decisiones invasivas o irreversibles, asunción de liderazgo clínico en procesos complejos y régimen reforzado de responsabilidad deontológica, civil, penal y patrimonial. Por ello, actualmente ya se reconoce una **diferenciación funcional legítima** allí donde la seguridad clínica lo exige.

Por su parte, la consulta previa abre precisamente la revisión de “determinados aspectos relativos a las funciones profesionales”, rompiendo el deliberado equilibrio de la LOPS, que determina – de manera escueta y suficiente- las funciones de cada profesión, con el objetivo de anudarlas con las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo a que se refiere su artículo 9 y asertivamente el apartado II de su Exposición de Motivos.

Sin embargo, las propuestas de redactado que han trascendido a través de la Disposición final tercera del borrador de Anteproyecto de Ley de Estatuto Marco (en su versión de enero de 2026) van en sentido contrario, al menos respecto a las profesiones de Enfermería y Fisioterapia. En ambos casos, se matizan y amplían sus funciones, sin una justificación específica diferencial con el resto de profesiones sanitarias.

Así pues, la supuesta nueva redacción no es neutra, sino que introduce una expansión semántica y potencialmente competencial de las funciones de esas dos profesiones que no está presente en la LOPS vigente; y que si se justificara su improbable necesidad, requeriría, en su caso, de un amplio esfuerzo de clarificación y delimitación, en el marco y con el espíritu que impulsó la redacción original.

Podemos convenir de forma pacífica que no puede pretenderse una referencia, por ejemplo, al “**diagnóstico**”, sin entrar en conflictos competenciales.

En particular, la ambigüedad en la atribución de funciones que se apunta a la profesión de enfermería —mediante la incorporación de conceptos como el “diagnóstico”— puede entrar en conflicto con las competencias propias de la profesión médica en materia de diagnóstico clínico y toma de decisiones terapéuticas. Del mismo modo, la ampliación funcional propuesta de la fisioterapia, en términos de valoración o eventual indicación terapéutica, puede solaparse con las funciones de los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, especialmente en la definición del plan terapéutico y en la dirección de procesos de recuperación funcional.

Sin una técnica legislativa clara, por tanto, no pueden desdibujarse los ámbitos nucleares del acto médico: diagnóstico, indicación terapéutica, definición del plan de tratamiento, prescripción en el sentido propio de la decisión clínica, y realización y/o dirección de actos de especial complejidad, riesgo o irreversibilidad.

El objetivo es, pues, mantener la cooperación interprofesional, pero debe impedirse que la reforma termine generando **zonas grises competenciales** con riesgo para el paciente y para la responsabilidad profesional. En nuestra opinión, lo más conveniente y eficiente es mantener el dibujo funcional tal y como está hoy trazado y consensuado en la ley.



Tercera.- Participación preceptiva y efectiva de la profesión médica organizada.

Si la reforma pretende incidir precisamente en funciones, y en formación especializada y desarrollo profesional, entendemos que no basta con la participación en la presente consulta previa ni con el trámite de audiencia general, debiéndose aplicar ampliamente el principio de buena regulación.

Será necesaria, pues, la búsqueda de consensos, tal y como se concibió la elaboración de la LOPS, mediante una participación institucional explícita de los Consejos Generales de todas las profesiones sanitarias, de los colegios, de las organizaciones científicas y, en su caso, del Foro Profesional, para legitimar y dotar a la norma de calidad técnica suficiente.

Incluso el propio borrador del Estatuto Marco prevé que el Foro Marco solicite informe al Foro Profesional en los asuntos que afecten al ejercicio profesional en el SNS; ese criterio debería trasladarse a la reforma de la LOPS.

Cuarta.- Crítica a una reclasificación basada casi exclusivamente en el MECU si produce efectos materiales no justificados.

La actualización de la LOPS al Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECU) puede resultar razonable desde el punto de vista de la sistemática normativa y de la adaptación al actual sistema universitario. No obstante, debe advertirse que una clasificación de las profesiones sanitarias basada exclusivamente en niveles de cualificación académica no puede traducirse automáticamente en efectos materiales que alteren el equilibrio funcional del sistema.

En particular, debe evitarse que dicha reclasificación pueda comportar, directa o indirectamente: (i) redistribución de funciones profesionales, (ii) equiparaciones impropias entre profesiones con distinta formación y desigual responsabilidad, (iii) alteración de responsabilidades asistenciales, o (iv) consecuencias retributivas y organizativas no evaluadas, que puedan incidir en el trabajo en equipo y, en consecuencia, en la atención a las personas.

Debe subrayarse, en este sentido, que la homologación o aproximación académica entre titulaciones no equivale, en modo alguno, a una equivalencia funcional o competencial entre profesiones sanitarias, cuya delimitación -como se ha señalado en una Observación anterior- responde a criterios más complejos vinculados a la formación específica, la responsabilidad asumida y la naturaleza de las decisiones clínicas.

A estos efectos, resulta necesario poner en valor la singularidad del itinerario formativo y profesional de la medicina. En primer lugar, los estudios de grado en medicina presentan una mayor carga formativa (360 créditos ECTS frente a los 300 del resto de titulaciones del mismo Nivel), así como una mayor complejidad estructural, especialmente en lo relativo a la adquisición de competencias clínicas.



Pero, además, y de forma decisiva, el ejercicio efectivo y pleno de la profesión médica exige, en la gran mayoría de los casos, la obtención previa de un título oficial de especialista, mediante el sistema de formación sanitaria especializada (MIR) o mediante la credencial de homologación de un título extranjero. Esta exigencia no constituye un elemento accesorio, sino estructural, en la medida en que condiciona el acceso real al ejercicio clínico en condiciones de autonomía y responsabilidad.

Ello configura un itinerario formativo y profesional significativamente más largo, complejo y exigente que el de otras profesiones sanitarias, y que debe ser necesariamente tenido en cuenta por el legislador a la hora de establecer sistemas de clasificación académica o profesional.

En consecuencia, la mera adscripción formal de la titulación de medicina al mismo nivel MECU que otras titulaciones no refleja adecuadamente la realidad formativa, funcional y de responsabilidad de la profesión médica.

Por ello, la norma debería contemplar mecanismos que permitan un reconocimiento específico de dicha singularidad, ya sea mediante una consideración diferenciada dentro del Nivel 7 del MECU o mediante fórmulas de reconocimiento explícito en el ámbito profesional o laboral, evitando así equiparaciones impropias y garantizando una adecuada correspondencia entre formación, competencias y responsabilidad profesional.

Quinta.- Formación sanitaria especializada: reserva de calidad y no mera simplificación administrativa.

La consulta previa señala expresamente que se pretende revisar el régimen de la formación sanitaria especializada. En este punto, y en consonancia con los principios generales que señala la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (art. 34), consideramos que la revisión normativa debería reforzar, al menos:

- la preservación del modelo de excelencia de la especialización médica.
- las garantías sobre mantenimiento de los estándares de calidad docente, supervisión y evaluación.
- La promoción del aprendizaje de nuevas competencias en salud digital, inteligencia artificial, o de seguridad del paciente...
- La necesidad de revisar los programas formativos de las especialidades, mediante una actualización obligatoria cada determinado periodo de tiempo (v.gr. 5 años).
- Un compromiso de planificación estratégica de plazas basada en necesidades reales, así como de acreditación de plazas acorde a las actuales necesidades de las CC.AA.



Sexta.- Desarrollo profesional continuo y recertificación con participación colegial y científica.

La consulta también menciona la formación continuada y el desarrollo profesional. Por ello, debe postularse que cualquier nuevo marco sea común en sus bases, respete las competencias autonómicas de desarrollo, y que tenga entre sus objetivos un modelo basado en competencias frente a un modelo meramente acreditativo.

A la vez, debería reconocerse el **papel de colegios y sociedades científicas** en la acreditación y recertificación (periódica), como garantía de la competencia profesional. Sin esa participación cooperativa, el desarrollo profesional puede quedar reducido a un instrumento burocrático o de mera gestión de personal, al margen de lo que pretendió la Ley de Cohesión y Calidad del SNS e inmediatamente después la LOPS.

Séptima.- Organización sanitaria y gestión clínica.

Si nos atenemos a la redacción que avanza la Disposición final tercera del Anteproyecto de Ley del Estatuto Marco, la ampliación del art. 10 de la LOPS podría considerarse positiva, mientras no se desplace la toma de decisiones clínicas hacia estructuras administrativas, y se contemple, en este caso, la preservación del liderazgo clínico, la efectiva participación de los profesionales en la gestión, y se promuevan medidas para lograr minimizar la excesiva burocratización, y promover la gobernanza clínica basada también en los resultados en salud.

Octava.- Nuevos perfiles profesionales vinculados a la actividad sanitaria.

El artículo 9.2 de la LOPS establece que “El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales **y demás personal de las organizaciones asistenciales** para realizar efectiva y eficientemente los servicios que le son requeridos”.

Es lógico y coherente que el legislador dejara un espacio para la participación de personal no sanitario, que hoy se torna en claramente aplicable con la consolidación de:

- Perfiles **profesionales tecnológicos** que inciden de manera relevante en la seguridad del paciente y son soporte crítico en el funcionamiento del sistema (graduados en ingenierías, análisis de datos, bioinformáticos,...).
- perfiles provenientes del área social, como los **Trabajadores Sociales** (hoy profesión titulada, regulada y colegiada) que desarrollan sus funciones en el sector sanitario, procurando la ayuda e integración social a la persona enferma y a su entorno familiar.



- perfiles de **nivel administrativo**, trabajadores de los centros de salud – principalmente de Atención Primaria- que colaboran en el marco de un modelo de trabajo colaborativo en la unidad básica de atención formada por medicina y enfermería, desarrollando tareas burocráticas que puedan ayudar a una mayor eficiencia de la actividad estrictamente asistencial a la que deben abocarse los profesionales sanitarios.

Consideramos que la modificación normativa debería incorporar un reconocimiento explícito de esas actividades, cuyo rol es hoy esencial o muy relevante para la mejora de la calidad asistencial, social u organizativa.

No obstante, dado que no constituyen –hoy por hoy- profesiones sanitarias en sentido estricto, sería oportuna la creación de una categoría específica en la LOPS, sin alterar el concepto de profesión sanitaria.

Y dado que las profesiones sanitarias no son *numerus clausus* (art. 2.3), la referencia a esas actividades podría apoyar al impulso y promoción de algunas de ellas para ser declaradas por ley como profesión sanitaria, titulada y regulada, con las particularidades propias referidas al ámbito de salud en los estudios oficiales habilitantes que se podrían instaurar, en los que concurren formación sanitaria específica y participación directa o indirecta en el acto asistencial.

Sugerimos, en fin, que en relación a los perfiles tecnológicos y sociales, se impulse por parte del Ministerio un análisis pormenorizado de los estudios universitarios no sanitarios más frecuentes en puestos de trabajo del sector salud que inciden de forma estructural o crítica en el sistema sanitario, a fin de ordenar en la medida posible la implicación de esos profesionales bajo el marco de los principios generales -que les fueren aplicables- que rigen la LOPS.

Finalmente, la reforma normativa deberá tener en cuenta la creación de nuevos grados propios del área de la salud, como es el caso de la **Audiología** (con estudios oficiales en la UE y al menos en dos universidades españolas), a fin de potenciar y reforzar una futura inclusión como profesión sanitaria.

Novena.- Acceso a la documentación clínica.-

No cabe duda que algunas de las tareas que deben encomendarse a profesionales como los citados en la observación anterior, requieren del acceso a determinados datos de la documentación clínica del paciente.

Entendemos que la modificación normativa que se pretende, debería llamar a la modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Y en este sentido, prever el acceso de esos profesionales (incluidos los administrativos), pero también de los **estudiantes de medicina** en el marco de sus prácticas, y ello mediante unos accesos limitados y justificados (cuando la necesidad funcional lo precise), auditables, y conforme a los principios de necesidad, proporcionalidad y minimización de datos.

Algunas comunidades autónomas han desarrollado modelos organizativos en el ámbito de la atención integrada que pueden servir de referencia. Cataluña ha regulado, por ejemplo, el acceso de profesionales de trabajo social a la historia clínica, en el marco de la Atención Integrada Social y Sanitaria implantada recientemente.

Décima.- Reconocimiento de títulos extracomunitarios (art. 18.1)

Sin perjuicio de la necesidad de mantener los estándares de calidad asistencial, el sistema actual de reconocimiento de títulos no comunitarios de especialista es excesivamente formalista, además de padecer de una gran dilación en la resolución de las peticiones.

No es ya discutido que España y la mayoría de Estados del entorno UE conviven con un acusado déficit de médicos especialistas, tanto en el sector público como en el privado. Causas al margen, lo cierto es que hace tiempo que debían haberse tomado medidas –ni que fueran coyunturales– para paliar el déficit, que sigue en crecimiento, lo que exige adoptar medidas regulatorias que permitan una captación e integración más eficiente del talento sanitario internacional.

En este contexto, a finales de 2024 este Ministerio ya abrió una consulta previa sobre el proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de títulos de especialista no comunitarios (hoy regulado en el Real Decreto 459/2010).

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña presentó en fecha 3 de diciembre de 2024 su informe a la consulta abierta, que damos por íntegramente reproducido, y cuyo contenido y peticiones siguen vigentes hoy.

La posición mantenida por esa corporación se alineaba con la Recomendación (UE) 2023/2611, de 15 de noviembre de 2023, relativa al reconocimiento de las cualificaciones de los nacionales de los terceros países, aprobada en un esfuerzo por tratar que los Estados implanten medidas para captar y retener el talento, con acento en profesiones “sensibles” como las sanitarias. Y para ello, se recomienda, además de reducir drásticamente los tiempos de tramitación, que los Estados puedan tener un modelo basado en competencias, con evaluación práctica, periodos supervisados y procedimientos ágiles, siguiendo ejemplos europeos (Francia, Alemania, Reino Unido).

La Recomendación comunitaria no se ha reflejado en España en regulación o acción alguna, salvo con unos tímidos intentos de *soft law* del Ministerio de Universidades (de febrero de 2024 y septiembre de 2025), y entretanto sigue pendiente de modificación el Real Decreto 459/2010 que pretende novarse con la consulta previa antes indicada.



Por ello, consideramos que el artículo 18 de la LOPS debería incorporar un mandato a las Administraciones competentes consistente en: (i) exigir una planificación ordenada de las necesidades de especialistas, y de regular el flujo de homologaciones en España de títulos de grado y de especialidad no UE de profesiones sanitarias en función de la realidad social, demográfica y asistencial, y (ii) incorporar a los procedimientos de reconocimiento de títulos de especialista no UE las medidas compensatorias oportunas, incluyendo criterios de flexibilización que ofrezcan a los interesados mayores posibilidades para que puedan ser objetivamente evaluadas sus competencias y habilidades clínicas, en línea con las orientaciones de la Unión Europea.

Barcelona, 15 de abril de 2026.

Dra. Elvira Bisbe Vives
Vicepresidenta del Consell de Col·legis
de Metges de Catalunya