



CONSEJO COLEF

POR UNA EDUCACIÓN FÍSICA Y
DEPORTIVA PARA TODA LA VIDA



Consejo COLEF RS16220261304

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS A 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

REGISTRO DE SALIDA: RS162/2026

FECHA: 13 DE ABRIL DE 2026

El Consejo General de Colegios Oficiales de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (Consejo COLEF) es una corporación de derecho público que representa a la organización colegial creada en 1978. El Consejo COLEF integra 17 Colegios Oficiales autonómicos en los que se adscriben las educadoras y educadores físico deportivos (denominación proyectiva de la profesión titulada y colegiada actualmente denominada 'Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte' según el segundo párrafo de la disposición final sexta de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte), es decir, profesionales colegiadas y colegiados con titulación universitaria en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (actualmente, en España hay más de 70.000 personas con esta titulación o equivalente).

Entre los fines del Consejo COLEF destacan: la ordenación y representación en el Estado español de las personas educadoras físico deportivas, la defensa de los derechos e intereses profesionales de la colegiación y velar por la protección de la salud y la seguridad de las personas que reciben cualquier tipo de servicio relacionado con la Educación Física y Deportiva.

Habiendo sometido el Ministerio de Sanidad a Consulta Pública Previa el *Anteproyecto de Ley de modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*, el Consejo COLEF realiza las siguientes consideraciones.

Atentamente,

D. Vicente Gambau i Pinasa
Presidente | Nº Col. 8.916
presidencia@consejo-colef.es
CONSEJO COLEF



SUMARIO

- 0. RESUMEN EJECUTIVO.**
- 1.** Un sistema en evolución que plantea nuevas necesidades de ordenación.
- 2.** Una realidad ya incorporada en el sistema, con distintos niveles de integración y aún sin delimitación suficiente.
- 3.** Una integración operativa sin una ordenación equivalente: la paradoja del sistema.
- 4.** Un marco normativo concebido en un contexto distinto: la evolución del conocimiento y del sistema como origen del desajuste.
- 5.** La clave de la ordenación: la delimitación técnica del ejercicio físico:
 - 5.1. *La necesidad de una delimitación técnica previa.*
 - 5.2. *El objeto de la intervención: la condición física como núcleo.*
 - 5.3. *Consecuencias de la delimitación técnica del ejercicio físico.*
 - 5.4. *Criterio de delimitación: el contenido técnico como regla operativa.*
 - 5.5. *Diferenciación funcional en el sistema sanitario: de la delimitación técnica a la articulación eficiente de intervenciones.*
 - 5.6. *Coherencia interna del sistema: una lógica ya presente en la propia LOPS.*
 - 5.7. *Implicaciones para la ordenación profesional.*
- 6.** El sistema ya lo está haciendo: evidencia de implantación, reconocimiento y base estructural:
 - 6.1. *Desarrollo real y extensión de las intervenciones en el sistema.*
 - 6.2. *Reconocimiento implícito en la ordenación profesional.*
 - 6.3. *Trayectoria institucional en el ámbito sanitario.*
 - 6.4. *Referencias comparadas: convergencia internacional en la ordenación del ejercicio físico en salud.*
 - 6.5. *Existencia de una base universitaria especializada y de un perfil profesional ya identificado como punto de partida para el sistema sanitario.*
 - 6.6. *Base científica y liderazgo investigador en ejercicio físico y salud.*
- 7.** Consecuencias de la falta de ordenación: el sistema ya está operando sin un marco definido:
 - 7.1. *Inseguridad jurídica y ambigüedad operativa.*
 - 7.2. *Bloqueos en la implantación de servicios y en el desarrollo de políticas públicas.*
 - 7.3. *Ineficiencia del sistema y desaprovechamiento de recursos disponibles.*
- 8.** El espacio donde ocurre: una interfaz ya operativa sin ordenación jurídica.
- 9.** La pieza estructural: el perfil profesional y su articulación en el sistema sanitario.
- 10.** Un encaje preciso del ejercicio físico en el sistema sanitario.
- 11.** Una oportunidad de ordenación para el propio sistema.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento se presenta en el marco de la reforma de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), en un contexto en el que el sistema sanitario ha evolucionado de forma significativa sin una adaptación equivalente de su ordenación profesional.

UN SISTEMA QUE YA HA CAMBIADO

En los últimos años, la atención a la salud ha incorporado nuevas formas de intervención orientadas a la cronicidad, la prevención y la mejora de la capacidad funcional. En este proceso, **el EJERCICIO FÍSICO ha pasado de recomendación a herramienta operativa**, integrándose ya en tres planos reconocibles:

- como servicio dentro de dispositivos asistenciales (centros de salud, hospitales),
- en entornos sociosanitarios como centros de día y residencias,
- y en modelos de continuidad asistencial mediante derivación a recursos comunitarios.

UNA REALIDAD SIN ENCAJE SUFICIENTE

Esta integración se ha producido más rápido en la práctica que en la norma. El resultado es un desajuste creciente entre lo que el sistema ya hace y cómo está jurídicamente ordenado: existe un espacio de intervención real, relevante y en expansión, sin delimitación técnica ni articulación profesional clara.

UN PROBLEMA QUE YA ESTÁ TENIENDO EFECTOS

La falta de ordenación no es neutra. Está generando:

- inseguridad jurídica,
- dificultades para estructurar servicios,
- tensiones entre perfiles profesionales,
- y bloqueos en el desarrollo de políticas públicas.

ORDENAR SIN EXPANDIR: UNA CONDICIÓN PARA LA COHERENCIA DEL SISTEMA

La cuestión no es extender el ámbito sanitario sobre el conjunto del ejercicio físico, sino **delimitar con precisión cuándo y cómo forma parte de los procesos de salud**.

Una ordenación adecuada debe evitar dos riesgos simultáneos:

- la medicalización de intervenciones que pertenecen a otros ámbitos,
- y la falta de encaje de actuaciones que ya están integradas en la práctica asistencial.

Desde esta perspectiva, el ejercicio físico adquiere relevancia sanitaria cuando se integra en procesos asistenciales, responde a objetivos específicos de salud y se desarrolla en coordinación con el sistema sanitario. Este enfoque no amplía el sistema, sino que **refuerza su coherencia interna y su capacidad de actuación**.

UNA CLAVE PARA ORDENAR: EL CONTENIDO TÉCNICO

El documento parte de una premisa central: las intervenciones deben analizarse por su contenido técnico, no por su contexto, finalidad o destinatarios. Desde esta base, se define el ejercicio físico como intervención sobre la **CONDICIÓN FÍSICA** mediante procesos de adaptación fisiológica, lo que permite diferenciarlo de otras actuaciones basadas en el movimiento y situarlo con precisión dentro de los procesos de salud.

UNA BASE YA EXISTENTE

El análisis muestra que no se parte de cero. El sistema ya dispone de:

- implantación real en múltiples contextos,
- reconocimiento normativo e institucional,
- base universitaria especializada,
- y referencias internacionales consolidadas.

UNA OPORTUNIDAD DE ORDENACIÓN

La reforma de la LOPS permite abordar este desajuste desde una lógica de coherencia: no se trata de introducir una nueva realidad, sino de **ordenar adecuadamente una realidad ya existente**, mejorando la seguridad jurídica, la eficiencia del sistema y la integración de estas intervenciones en los procesos de salud.



1. UN SISTEMA EN EVOLUCIÓN QUE PLANTEA NUEVAS NECESIDADES DE ORDENACIÓN

La reforma de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) se produce en un momento en que el sistema sanitario ya viene incorporando, de forma progresiva, nuevas formas de intervención orientadas a la cronicidad, la prevención y la continuidad asistencial. Se trata de un proceso ampliamente reconocido en la práctica institucional, en el que la atención a la salud trasciende cada vez más el acto clínico puntual y se proyecta hacia intervenciones sostenidas en el tiempo, muchas de ellas desarrolladas en conexión con el entorno comunitario.

En este contexto, **el propio sistema ha comenzado a integrar de facto nuevas herramientas y enfoques de intervención** que no formaban parte del diseño original sobre el que se construyó la LOPS. Esta evolución no responde a una transformación meramente teórica, sino a una adaptación práctica a las necesidades actuales de salud de la población, especialmente en ámbitos como las enfermedades crónicas, la dependencia y la promoción de estilos de vida saludables.

Ahora bien, precisamente porque este proceso se ha desarrollado de forma progresiva y en gran medida desde la práctica, **no todas las piezas incorporadas han encontrado todavía un encaje plenamente definido en el marco de ordenación profesional vigente**. Este desajuste no se manifiesta necesariamente como una disfunción inmediata, pero sí, como una tensión creciente entre la realidad operativa del sistema y las categorías jurídicas a través de las cuales se articula su organización.

La presente consulta pública se sitúa, en consecuencia, en un momento particularmente relevante, en el que la evolución del sistema sanitario abre la oportunidad de revisar no solo las profesiones ya consolidadas, sino también los mecanismos de integración de aquellas intervenciones que han ido adquiriendo un papel significativo sin disponer aún de una ordenación específica suficiente. La identificación y abordaje de estos espacios de indefinición resulta clave para reforzar la coherencia del sistema y facilitar su desarrollo futuro en un marco de mayor seguridad jurídica y operativa.

2. UNA REALIDAD YA INCORPORADA EN EL SISTEMA, CON DISTINTOS NIVELES DE INTEGRACIÓN Y AÚN SIN DELIMITACIÓN SUFICIENTE

Entre las transformaciones que vienen marcando la evolución reciente del sistema sanitario, destaca una que ha dejado de situarse en el ámbito de la recomendación para convertirse en una práctica operativa reconocible: la incorporación del ejercicio físico en los procesos de atención a la salud.



Este cambio no se proyecta únicamente en el plano teórico. En los últimos años, **el ejercicio físico ha comenzado a integrarse en la práctica del sistema sanitario** mediante decisiones organizativas concretas, sustentadas por la evidencia científica, que ya forman parte del funcionamiento ordinario de múltiples servicios de salud. Su presencia responde a una evolución coherente con la orientación actual del sistema hacia intervenciones sostenidas en el tiempo, especialmente en ámbitos como la cronicidad o la prevención de la dependencia.

Esta integración no adopta una única forma, sino que **se está produciendo en distintos niveles dentro del propio sistema de salud**, lo que permite identificar una arquitectura de intervención cada vez más definida, aunque todavía no plenamente ordenada desde la perspectiva de la ordenación profesional vigente.

De forma sintética, esta realidad puede observarse en tres niveles principales de intervención:

- a. **En el ámbito estrictamente sanitario**, mediante la incorporación del ejercicio físico como un servicio integrado en la propia organización asistencial de centros de salud, hospitales y otros dispositivos. En estos casos se trata de una decisión organizativa orientada a mejorar la adherencia, reforzar la coordinación interdisciplinar y optimizar los procesos asistenciales, especialmente cuando el ejercicio físico actúa como intervención coadyuvante a tratamientos sanitarios —como ocurre, por ejemplo, en el ámbito oncológico— o cuando se integra directamente en el propio acto asistencial, como en programas de ejercicio intradiálisis. En este sentido, determinadas gerencias están incorporando estos servicios dentro de su cartera, evitando que su desarrollo quede supeditado a intervenciones externas que requieren mecanismos adicionales de coordinación.
- b. **En entornos de carácter sociosanitario**, como residencias, centros de día o servicios dirigidos a personas mayores o con discapacidad, donde la intervención basada en ejercicio físico ha experimentado una evolución significativa en su consideración funcional. Se ha pasado de una lógica predominantemente recreativa a la configuración de servicios estructurados, orientados a la mejora de la autonomía personal y la capacidad funcional. Esta transformación no solo impacta en la salud de las personas usuarias, sino que también contribuye a una utilización más eficiente de los recursos asistenciales, a favorecer mayores niveles de autonomía y, por tanto, permitir una mejor atención a las situaciones de mayor dependencia.
- c. **En modelos de continuidad asistencial**, en los que la intervención se articula a través de circuitos estructurados de derivación desde el sistema sanitario. Estos modelos pueden incluir fases intermedias dentro del propio centro de salud, en las que se realiza una labor de valoración, orientación o acompañamiento, antes de la derivación a otros recursos. A partir de ahí, la intervención se desarrolla en entornos vinculados al proceso de atención (como puede ser mediante la utilización de recursos y espacios deportivos municipales), garantizando un continuum asistencial. En este ámbito se enmarcan iniciativas como el desarrollo del Plan estatal de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico (PAEF).

Este conjunto de actuaciones no responde a experiencias aisladas, sino a una convergencia de factores ampliamente reconocidos, entre los que destacan el avance de la evidencia científica sobre los efectos del ejercicio físico en la salud y la necesidad de incorporar intervenciones que actúen de forma sostenida sobre la funcionalidad y la calidad de vida de la población.



En consecuencia, el sistema sanitario no solo ha reconocido el valor del ejercicio físico, sino que ha comenzado a integrarlo operativamente en sus procesos de atención, configurando un ámbito de intervención específico que se despliega en distintos niveles, pero que responde a una misma lógica de salud.

Ahora bien, esta evolución presenta una característica relevante: **se ha producido con mayor rapidez en la práctica que en su ordenación formal o normativa.**

En la actualidad, el ejercicio físico se utiliza, se prescribe, se integra en procesos asistenciales y se articula en continuidad con otros niveles de intervención, pero **no existe una delimitación suficientemente clara de:**

- qué tipo de intervención se está desarrollando en cada caso,
- qué perfil profesional debe asumirla,
- y bajo qué marco operativo se integra dentro del sistema sanitario.

Como consecuencia, esta integración se articula a través de fórmulas organizativas diversas que permiten su desarrollo, pero que no siempre garantizan estabilidad, homogeneidad ni una clara delimitación en la asignación de roles profesionales.

El resultado es la consolidación de **un espacio de intervención real dentro del sistema sanitario**, presente en distintos niveles de actuación y cada vez más relevante en la práctica, pero que **carece todavía de una ordenación profesional precisa.**

3. UNA INTEGRACIÓN OPERATIVA SIN UNA ORDENACIÓN EQUIVALENTE: LA PARADOJA DEL SISTEMA

La evolución descrita pone de manifiesto una situación que resulta, en sí misma, paradójica: el sistema sanitario ha incorporado de forma efectiva el ejercicio físico en sus procesos de atención, pero no ha desarrollado una ordenación equivalente que permita integrar esta realidad de manera coherente, estable y jurídicamente segura.

En términos prácticos, existe ya una **realidad operativa consolidada**, en la que el ejercicio físico forma parte de intervenciones en salud en distintos niveles del sistema. Sin embargo, esta consolidación no ha ido acompañada de una ordenación jurídica suficiente, capaz de definir con precisión su encaje dentro del marco de ordenación de las profesiones sanitarias.

Esta falta de correspondencia entre práctica y ordenación no constituye una cuestión menor. Al contrario, está generando **efectos estructurales claramente identificables**, que afectan tanto a la organización del sistema como a la implementación de políticas públicas en materia de salud.

De forma sintética, esta situación se traduce en:

- **Indefinición de atribuciones profesionales**, al no existir criterios claros que permitan delimitar qué tipo de intervención se está desarrollando en cada caso ni qué perfiles profesionales deben asumirla.
- **Tensión interprofesional**, derivada de la ausencia de un marco que articule la colaboración entre perfiles desde una base de seguridad jurídica suficiente, lo que



favorece dinámicas de conflicto o de apropiación competencial no sustentadas en el contenido técnico de la intervención.

- **Ambigüedad operativa**, que dificulta la integración efectiva de estas intervenciones en los equipos, la continuidad de la atención y la toma de decisiones organizativas por parte de las administraciones.

A estos elementos se añaden consecuencias que inciden directamente en la gestión del sistema:

- **Inseguridad jurídica**, que limita la capacidad de las administraciones para consolidar servicios, incorporar estas intervenciones a la cartera de servicios asistenciales o establecer modelos estables de prestación.
- **Bloqueos en la implantación de iniciativas**, tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria, incluso cuando éstas cuentan con respaldo técnico y evidencia científica suficiente.
- **Asignación inadecuada de estas intervenciones**, que en algunos casos son asumidas por perfiles cuya formación no está específicamente orientada al ejercicio físico, o bien quedan infrutilizadas por falta de claridad en su encaje organizativo y funcional.
- **Dependencia de fórmulas organizativas inestables**, como proyectos temporales, convenios o estructuras híbridas, que dificultan la consolidación de modelos sostenibles en el tiempo.

En este contexto, **la ausencia de ordenación** no solo introduce ineficiencias, sino que **condiciona activamente el desarrollo de estas intervenciones**, limita su potencial impacto en salud y genera incertidumbre tanto para las administraciones como para las y los propios profesionales implicados.

Es importante subrayar que esta situación no responde a un conflicto de carácter corporativo, sino a un **desajuste estructural entre la realidad del sistema sanitario y su marco de ordenación profesional**. La LOPS fue concebida para un modelo organizativo basado en lógicas clínicas tradicionales, que no contemplaban el desarrollo de intervenciones como las basadas en ejercicio físico, hoy plenamente integradas en los procesos de salud.

La consecuencia es una incoherencia de fondo: el sistema sanitario ha avanzado en la incorporación de estas intervenciones, pero no ha resuelto las condiciones de su integración, lo que genera una tensión creciente a medida que su relevancia en la práctica asistencial se incrementa.

En este sentido, la cuestión que se plantea no es la necesidad de introducir nuevas realidades en el sistema, sino la de ordenar adecuadamente una realidad ya existente, evitando que la falta de definición continúe limitando su desarrollo y su contribución efectiva a la mejora de la salud de la población.



4. UN MARCO NORMATIVO CONCEBIDO EN UN CONTEXTO DISTINTO: LA EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DEL SISTEMA COMO ORIGEN DEL DESAJUSTE

La situación descrita no puede entenderse sin atender al contexto en el que se configuró la Ley 44/2003. La LOPS respondió a una necesidad clara en su momento: ordenar el ejercicio de las profesiones sanitarias en un sistema estructurado en torno a una lógica asistencial centrada en el acto clínico.

Sin embargo, resulta fundamental tener en cuenta que **este marco normativo se construyó en un contexto en el que tanto la concepción del sistema sanitario como el conocimiento sobre determinadas herramientas de intervención en salud eran sustancialmente distintos de los actuales.**

El modelo que subyace a la LOPS se articula sobre elementos que respondían plenamente a la realidad de su momento:

- Una organización centrada en el acto asistencial, en la que la intervención se producía en momentos concretos del proceso de atención.
- Una delimitación de profesiones basada en ámbitos de actuación relativamente cerrados, definidos en función de su objeto tradicional de intervención.
- Una concepción de la intervención en salud predominantemente vinculada a lógicas clínicas, en las que el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación constituían los ejes principales.

Este enfoque permitió dotar de seguridad jurídica al sistema y ordenar de forma eficaz las profesiones sanitarias durante años. No se trata, por tanto, de un modelo erróneo, sino de un modelo plenamente adecuado a la realidad existente en el momento de su aprobación.

Ahora bien, junto a la evolución organizativa del sistema sanitario, se ha producido otra transformación igualmente relevante: **la consolidación de una evidencia científica amplia, consistente y acumulativa sobre los efectos del ejercicio físico en la salud**, que ha modificado sustancialmente su consideración dentro de los procesos asistenciales.

En el momento de aprobación de la LOPS, el ejercicio físico no se concebía en los términos actuales como **una herramienta con capacidad para intervenir de forma sistemática y estructurada en la mejora de la salud**, ni existía el grado de evidencia hoy disponible sobre su utilidad como intervención coadyuvante en un amplio abanico de patologías.

En la actualidad, por el contrario, **el ejercicio físico ha pasado a ser reconocido no solo como un elemento de promoción de la salud, sino como una herramienta con impacto directo en procesos clínicos**, integrada en estrategias no solo de prevención y mejora de la funcionalidad en múltiples contextos, sino también como herramienta coadyuvante a los tratamientos sanitarios.



BREVE APUNTE DE EVIDENCIA CIENTÍFICA:

Pedersen B. K. (2019). **The Physiology of Optimizing Health with a Focus on Exercise as Medicine**. Annual review of physiology, 81, 607–627. <https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-020518-114339>

«Numerosas evidencias epidemiológicas y clínicas demuestran que el ejercicio reduce el riesgo de más de 35 trastornos diferentes y que debería prescribirse como tratamiento para muchas enfermedades crónicas. La fisiología y la biología molecular del ejercicio sugieren que este activa múltiples vías de señalización de gran importancia para la salud. Cada sesión de ejercicio genera un entorno antiinflamatorio, y los efectos antiinflamatorios a largo plazo se median a través de su influencia en la adiposidad abdominal. Sin embargo, es necesario cerrar la brecha entre el conocimiento y la práctica, y asegurar que la investigación básica se traduzca, implemente y arraigue en la sociedad, impulsando así un cambio en la práctica clínica y en las declaraciones políticas. Para fomentar la actividad física, necesitamos una perspectiva verdaderamente traslacional del ejercicio como medicina, desde los procesos moleculares y fisiológicos hasta la infraestructura y la arquitectura, con implicaciones directas para la práctica clínica y la salud pública».

Esta doble evolución —del sistema sanitario y del conocimiento científico— permite comprender que **la incorporación del ejercicio físico en los procesos de salud no responde a una expansión artificial del sistema, sino a una adaptación coherente con la evidencia disponible y con las necesidades actuales de atención.**

Sin embargo, esta transformación se ha producido sin una adaptación equivalente del marco de ordenación profesional, lo que explica directamente el desajuste identificado anteriormente.

El resultado no es tanto un vacío normativo en sentido estricto, como **un desfase entre las categorías jurídicas existentes y una realidad asistencial que ha incorporado nuevas formas de intervención no previstas en el momento de aprobación de la norma.**

Este matiz resulta esencial. No se trata de cuestionar el modelo establecido por la LOPS, sino de reconocer que la realidad sobre la que se proyecta ha evolucionado de forma significativa, tanto desde el punto de vista organizativo como científico.

Desde esta perspectiva, la cuestión que se plantea no es la de introducir elementos ajenos al sistema sanitario, sino la de **adaptar su marco de ordenación a una realidad ya existente**, que el propio sistema ha ido incorporando de forma progresiva, con apoyo en la evidencia científica disponible y cuya falta de encaje normativo está en el origen de las disfunciones descritas.

5. LA CLAVE DE LA ORDENACIÓN: LA DELIMITACIÓN TÉCNICA DEL EJERCICIO FÍSICO

Tras haber constatado en los apartados anteriores que el sistema sanitario ya ha incorporado progresivamente intervenciones basadas en ejercicio físico, y que esa incorporación se ha producido sin una adaptación equivalente del marco de ordenación profesional, el análisis alcanza aquí su punto decisivo. **La cuestión ya no es si esta realidad existe, ni si el sistema la está utilizando, sino cómo debe ser comprendida para poder ordenarse de forma coherente.**

Buena parte de las dificultades descritas hasta ahora —ambigüedad competencial, tensiones interpretativas, cautelas normativas o dificultades de integración— tienen un origen común: la



ausencia de una delimitación suficientemente clara de qué debe entenderse, desde un punto de vista técnico, por intervención basada en ejercicio físico.

Mientras esa delimitación no se construya sobre criterios materiales y estables, cualquier intento de encaje normativo o profesional corre el riesgo de apoyarse en elementos externos a la propia intervención, como el contexto en el que se desarrolla, la finalidad que persigue o las características clínicas de la persona destinataria. Y eso conduce, inevitablemente, a clasificaciones inestables, solapamientos competenciales y respuestas organizativas inconsistentes.

Por ello, antes de plantear cualquier solución de ordenación, resulta imprescindible identificar con precisión la naturaleza técnica del ejercicio físico, su objeto propio de intervención y el criterio que permite distinguirlo de otras actuaciones que también utilizan el movimiento, pero responden a lógicas de intervención distintas.

Solo a partir de esa delimitación será posible determinar, con base suficiente, cómo deben articularse estas intervenciones en el sistema sanitario, cómo concurren con otras profesiones y en qué supuestos requieren un encaje específico dentro del marco de ordenación de la LOPS.

Este apartado no introduce una discusión accesoria, sino la clave que permite interpretar correctamente todo lo anterior y sostener, con fundamento, lo que vendrá después.

5.1. LA NECESIDAD DE UNA DELIMITACIÓN TÉCNICA PREVIA

La adecuada ordenación de las intervenciones basadas en ejercicio físico en el sistema sanitario requiere, con carácter previo, una delimitación clara de su naturaleza desde un punto de vista técnico. Sin esta precisión, cualquier intento de encaje normativo o profesional corre el riesgo de apoyarse en criterios insuficientes o inconsistentes.

En la práctica, gran parte de las dificultades descritas en los apartados anteriores tienen su origen en un enfoque implícito que trata de delimitar estas intervenciones en relación con el contexto en el que se desarrollan, de la finalidad que persiguen o de las características clínicas de las personas destinatarias. Así, se tiende a considerar que una misma actuación puede adquirir naturaleza distinta en función de si se realiza en un entorno sanitario o no sanitario, de si se orienta a objetivos terapéuticos, preventivos o de mejora de la calidad de vida, o de si se aplica a personas con patología o sin ella.

Sin embargo, este enfoque resulta problemático desde el punto de vista técnico, ya que desplaza el criterio de delimitación desde el contenido de la intervención hacia elementos externos a la misma. Como consecuencia, se generan situaciones en las que actuaciones con elementos externos diferentes, pero que requieren una misma lógica técnica de intervención, son interpretadas de forma distinta en función de su encuadre organizativo, de su finalidad declarada o de la situación clínica de la persona destinataria, sin atender a la lógica de intervención aplicada en cada caso.

Esta forma de aproximación no solo dificulta la coherencia en la ordenación, sino que favorece la aparición de ambigüedades, solapamientos y conflictos en la asignación de atribuciones, al no existir un criterio técnico estable que permita identificar con claridad la naturaleza de la intervención en cada caso.



Por ello, la delimitación de las intervenciones basadas en ejercicio físico no puede construirse a partir del contexto, la finalidad o, por sí sola, de la existencia de una patología en la persona destinataria, sino que debe apoyarse en un criterio previo y más sólido: la identificación de su contenido técnico, del tipo de adaptación fisiológica que la intervención persigue, así como de las consecuencias funcionales derivadas de dicha adaptación como elemento delimitador de la intervención.

Las características de la persona destinataria son, sin duda, relevantes para la adecuación, dosificación, supervisión y seguridad de la intervención. Pero condicionan su adaptación, no determinan por sí mismas su naturaleza técnica. Confundir ambos planos conduce a una delimitación inestable, dependiente de factores contingentes, y compromete la seguridad jurídica en la ordenación de estas actuaciones.

Solo a partir de esta delimitación es posible establecer una ordenación coherente, que permita integrar estas intervenciones en el sistema sanitario de forma consistente, evitando interpretaciones divergentes y garantizando una adecuada articulación con el resto de profesiones.

5.2. EL OBJETO DE LA INTERVENCIÓN: LA CONDICIÓN FÍSICA COMO NÚCLEO

La delimitación técnica apuntada en el apartado anterior requiere concretarse en la identificación del objeto sobre el que actúan las intervenciones basadas en ejercicio físico. Solo a partir de esta precisión es posible establecer criterios coherentes para su ordenación.

En este sentido, el ejercicio físico se configura como una forma específica de actividad física planificada, estructurada y repetitiva, orientada a la mejora, mantenimiento o desarrollo de la condición física y de las capacidades físicas de la persona. Esta actuación sobre la condición física constituye el núcleo de su naturaleza técnica y permite diferenciarlo de otras intervenciones que, aun utilizando el movimiento como medio, responden a una lógica distinta.

Desde esta perspectiva, la intervención basada en ejercicio físico se caracteriza por la utilización sistemática de estímulos físicos orientados a generar adaptaciones fisiológicas. Estas adaptaciones pueden expresarse en variables como la fuerza, la resistencia, la capacidad cardiorrespiratoria, la movilidad funcional, el equilibrio o la funcionalidad general, y son precisamente las que definen el sentido técnico de la intervención.



EL NÚCLEO TÉCNICO: LA CONDICIÓN FÍSICA

El elemento definitorio del ejercicio físico no es el movimiento en sí mismo, sino el hecho de que dicho movimiento se organiza como **estímulo orientado a modificar la condición física**.

La intervención basada en ejercicio físico actúa sobre las capacidades físicas mediante la aplicación sistemática de estímulos que generan **adaptaciones fisiológicas**.

LA LÓGICA DE INTERVENCIÓN: ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA

Desde esta perspectiva, el ejercicio físico se caracteriza por una lógica específica:

- **Aplicación de estímulos físicos organizados.**
- **Dosificación de cargas (intensidad, volumen, frecuencia, recuperación).**
- **Generación de adaptaciones fisiológicas progresivas y evaluables.**

Estas adaptaciones pueden traducirse en:

- mejora de la capacidad funcional,
- aumento de la tolerancia al esfuerzo,
- mejora de la autonomía,
- optimización del funcionamiento sistémico del organismo.

💡 CLAVE CONCEPTUAL

El ejercicio físico se define por *sobre qué actúa* (condición física), no por *dónde se aplica* ni por *a quién se dirige*.

Este proceso adaptativo constituye el núcleo técnico de la intervención.

Ahora bien, esta lógica común **admite distintos niveles de desarrollo y complejidad**. Dentro del ejercicio físico caben desde intervenciones más estandarizadas o grupales, con menor grado de individualización, hasta intervenciones altamente ajustadas a las características, necesidades o condiciones de la persona. **La diferencia entre estos niveles no altera la naturaleza del ejercicio físico, sino el grado de complejidad técnica con el que se diseña, supervisa y adapta su aplicación. Y esta complejidad resulta determinante para definir el nivel de cualificación profesional requerido, pero no para redefinir que se trate de intervenciones basadas en ejercicio físico.**

En este punto conviene introducir una precisión adicional. La complejidad técnica de la intervención basada en ejercicio físico no se distribuye de forma homogénea, sino que se incrementa de manera significativa cuando concurren determinados factores, tales como la necesidad de individualización del programa, la presencia de condiciones de salud que requieren adaptación específica, o la exigencia de control preciso sobre las variables de carga y la respuesta fisiológica de la persona.

En estos supuestos, la intervención deja de situarse en un plano general o estandarizado y pasa a requerir una capacidad de análisis, planificación, dosificación y ajuste continuo que eleva sustancialmente el nivel de exigencia técnica. No se trata de una diferencia meramente cuantitativa, sino cualitativa, en la medida en que la intervención exige integrar conocimiento sobre adaptación fisiológica, control de riesgos, evolución funcional y coordinación con otros procesos de atención a la salud.

Este incremento de complejidad no altera la naturaleza del ejercicio físico como intervención, pero sí condiciona de forma directa las competencias necesarias para su adecuada implementación. A medida que aumenta la complejidad técnica, se reduce el margen para la aplicación de soluciones genéricas y se hace imprescindible un mayor dominio del objeto propio de la intervención.

Este punto resulta especialmente importante, porque evita identificar el ejercicio físico únicamente con sus formas más complejas o individualizadas, y permite reconocer que **su**



unidad técnica no desaparece por el hecho de adoptar formatos diversos. Lo que permanece constante es su actuación sobre la condición física a través de estímulos orientados a generar adaptaciones fisiológicas y sus consecuencias funcionales; lo que cambia es el nivel de especificidad, complejidad o ajuste con el que se aplica.

Precisamente por ello, no puede aceptarse que la naturaleza del ejercicio físico quede redefinida por el solo hecho de desarrollarse en un contexto de salud o de dirigirse a personas con patología. Cuando la intervención actúa sobre la condición física mediante estímulos planificados orientados a generar adaptaciones fisiológicas, las correspondientes consecuencias sobre la funcionalidad o la capacidad física, sigue tratándose de ejercicio físico, aunque su programación deba extremar cautelas, incrementar el nivel de control y requerir una mayor precisión técnica en su diseño y seguimiento, coordinación o supervisión en función de las circunstancias del caso.

Esta precisión exige, a su vez, aclarar qué queda fuera de este concepto. **No toda utilización del movimiento constituye ejercicio físico en sentido técnico.** Existen intervenciones que emplean el movimiento como medio, pero cuyo objeto inmediato no es la mejora o mantenimiento de la condición física, sino la recuperación de una función alterada, la restauración de la movilidad de un segmento corporal o la actuación sobre disfunciones motoras. En estos casos, el movimiento se integra en una lógica clínica específica y no en la lógica propia del ejercicio físico.

La diferencia, por tanto, no reside en el movimiento como medio, sino en el objeto técnico de la intervención. Cuando se actúa sobre la condición física y las capacidades físicas mediante estímulos planificados, nos encontramos en la lógica del ejercicio físico. Cuando se actúa clínicamente sobre una disfunción motora concreta mediante técnicas orientadas a su recuperación, la lógica es distinta. Ambas intervenciones pueden concurrir en determinados procesos de salud, pero no por ello se convierten en equivalentes ni intercambiables.

QUÉ **NO** ES EJERCICIO FÍSICO

La identificación del objeto técnico exige evitar una confusión frecuente:
no toda intervención que utiliza el movimiento es ejercicio físico.

El uso del movimiento no determina la naturaleza de la intervención.

Existen actuaciones que emplean el movimiento como medio, pero cuya lógica es distinta.

Un ejemplo claro es la cinesiterapia, que se caracteriza por:

- intervenir sobre disfunciones motoras,
- orientarse a la recuperación de movilidad o funcionalidad concreta,
- integrarse en una lógica clínica de tratamiento.

El movimiento es un instrumento común, pero no un criterio suficiente de delimitación.

No puede identificarse automáticamente el ejercicio físico con cualquier intervención que emplee movimiento, ni viceversa.

La distinción fundamental no se sitúa en el medio empleado (movimiento), sino en el objeto técnico:



TIPO DE INTERVENCIÓN	OBJETO TÉCNICO	LÓGICA
Ejercicio físico	Condición física y capacidades físicas	Adaptación fisiológica
Intervenciones clínicas con movimiento	Disfunciones motoras	Rehabilitación / tratamiento

En consecuencia, **el criterio de delimitación no puede construirse sobre la mera apariencia externa de la actividad ni sobre el uso compartido del movimiento, sino sobre el objeto material de la intervención y el tipo de adaptación o efecto funcional que se persigue.** Ese es el punto de partida necesario para cualquier ordenación coherente.

La correcta ordenación del ejercicio físico en el sistema sanitario requiere asumir que su naturaleza viene determinada por su actuación sobre la condición física mediante procesos de adaptación fisiológica, con independencia de sus múltiples formas de aplicación.

Este criterio permite:

- evitar interpretaciones expansivas basadas en el contexto,
- reducir conflictos derivados de la ambigüedad,
- y establecer una base sólida para su integración en el sistema.

5.3. CONSECUENCIAS DE LA DELIMITACIÓN TÉCNICA DEL EJERCICIO FÍSICO

La definición del ejercicio físico en los términos expuestos en el apartado anterior no constituye únicamente una precisión conceptual, sino que tiene implicaciones directas para su ordenación en el sistema sanitario.

Si la naturaleza de la intervención viene determinada por su actuación sobre la condición física mediante la generación de adaptaciones fisiológicas, se derivan una serie de consecuencias que resultan relevantes a efectos de delimitación, y que ya hemos ido adelantando previamente.

1. En primer lugar, **la naturaleza del ejercicio físico no depende del contexto en el que se desarrolla.** El hecho de que una intervención tenga lugar en un entorno sanitario o en un entorno comunitario no altera, por sí mismo, su contenido técnico. Una misma intervención basada en ejercicio físico mantiene su naturaleza con independencia del marco organizativo en el que se integre, sin perjuicio de las exigencias adicionales que puedan derivarse de dicho contexto en términos de coordinación, supervisión o seguridad.
2. En segundo lugar, **la finalidad de la intervención no determina su naturaleza técnica.** El ejercicio físico puede orientarse a objetivos de promoción de la salud, prevención, mejora funcional o apoyo en procesos clínicos. Sin embargo, la diversidad de finalidades no modifica el hecho de que la intervención siga actuando sobre la condición física mediante estímulos dirigidos a generar adaptaciones fisiológicas. En consecuencia, la calificación de la intervención no puede depender de la finalidad que se le atribuya en cada caso.
3. En tercer lugar, **la existencia de una patología o condición clínica en la persona destinataria no transforma, por sí sola, la naturaleza del ejercicio físico.** Como se ha



señalado, las características clínicas de la persona condicionan la forma en que la intervención debe ser diseñada, dosificada o supervisada, pero no alteran el objeto técnico sobre el que actúa. La intervención sigue dirigida a la mejora o mantenimiento de la condición física, aunque deba adaptarse a circunstancias específicas.

Es decir, la existencia de una patología o condición clínica en la persona destinataria no convierte por sí misma una intervención en otra distinta desde el punto de vista técnico. Cuando la actuación sigue orientada a la mejora o mantenimiento de la condición física mediante estímulos planificados, sigue tratándose de ejercicio físico. No obstante, la patología puede exigir mayor control y supervisión, puede requerir adaptación específica y puede implicar coordinación con otros profesionales. En definitiva, **condiciona la aplicación, no redefine la naturaleza de la intervención.**

De lo anterior se deriva una conclusión adicional: **la naturaleza del ejercicio físico no puede construirse a partir de criterios externos o contingentes**, tales como el entorno, la finalidad o el perfil de la persona destinataria. La utilización de estos criterios como base de delimitación conduce a una clasificación inestable, dependiente de factores variables y difícilmente compatible con las exigencias de seguridad jurídica.

En definitiva, la correcta comprensión de la naturaleza del ejercicio físico impide su redefinición en función de variables externas y obliga a situar su delimitación en el plano técnico, como condición necesaria para una ordenación coherente dentro del sistema sanitario.

5.4. CRITERIO DE DELIMITACIÓN: EL CONTENIDO TÉCNICO COMO REGLA OPERATIVA

A la luz de lo expuesto, la delimitación de las intervenciones debe articularse conforme a un criterio material y estable: el objeto técnico de la intervención y el tipo de adaptación que se persigue. Este criterio permite identificar de forma coherente cuándo nos encontramos ante una intervención basada en ejercicio físico, con independencia de las circunstancias en las que se aplique.

UNA INTERVENCIÓN	
<p>✗ No puede delimitarse por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el contexto (sanitario / no sanitario), - la finalidad (terapéutica / preventiva), - la persona (con o sin patología). 	<p>✓ Debe delimitarse por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el objeto técnico de la intervención, - el tipo de adaptación que se persigue.

Este criterio permite establecer una regla operativa de identificación:

- cuando la intervención se dirige a la **modificación de la condición física mediante la aplicación sistemática de estímulos que generan adaptaciones fisiológicas de carácter global o sistémico**, nos encontramos ante una intervención basada en ejercicio físico;
- cuando la intervención se orienta a la **actuación específica sobre disfunciones motoras, mediante técnicas dirigidas a su recuperación o normalización funcional**, responde a una lógica distinta.



La diferencia, por tanto, no radica en la presencia de patología, ni en el uso del movimiento, ni en la finalidad terapéutica, sino en el objeto inmediato de la intervención y en el tipo de efecto que se persigue.

La utilización de criterios como el contexto (sanitario o no sanitario), la finalidad (terapéutica, preventiva o de mejora funcional) o la situación clínica de la persona destinataria como elementos de delimitación introduce un alto grado de variabilidad e inseguridad, al depender de factores externos que no permiten identificar de forma estable la naturaleza de la intervención.

Por el contrario, el recurso al contenido técnico como criterio de delimitación proporciona coherencia, estabilidad y seguridad jurídica, al basarse en un elemento objetivo, verificable y directamente vinculado a la propia intervención.

5.5. DIFERENCIACIÓN FUNCIONAL EN EL SISTEMA SANITARIO: DE LA DELIMITACIÓN TÉCNICA A LA ARTICULACIÓN EFICIENTE DE INTERVENCIONES

A partir de la delimitación técnica establecida en los apartados anteriores, resulta posible comprender con mayor precisión la relación entre intervenciones que, aun compartiendo el uso del movimiento como medio, responden a lógicas distintas.

En efecto, tanto determinadas intervenciones clínicas como las basadas en ejercicio físico utilizan el movimiento humano como herramienta de actuación. Sin embargo, **la coincidencia en el medio no implica identidad en la intervención**, en la medida en que cada una opera sobre objetos técnicos diferentes y persigue efectos fisiológicos de distinta naturaleza.

No se trata, por tanto, de intervenciones equivalentes que compiten entre sí, sino de intervenciones diferenciadas que pueden concurrir sobre una misma persona desde planos distintos. Esta delimitación permite comprender que, en la práctica, la coexistencia de ambas intervenciones no solo es posible, sino que su adecuada articulación resulta más eficiente en determinados procesos.

Un ejemplo ilustrativo puede observarse en el caso de una mujer intervenida quirúrgicamente por cáncer de mama:

- a. En este supuesto, puede haber una intervención, mediante cinesiterapia, orientada a la recuperación de la movilidad de la región escapular y del hombro afectado por la cirugía, actuando sobre las limitaciones funcionales específicas derivadas del procedimiento.
- b. De forma concurrente, puede implementarse otra intervención mediante un programa de ejercicio físico dirigido a la mejora de la condición física general, la recuperación de la capacidad funcional global y la reducción de la fatiga asociada a tratamientos como la quimioterapia.

Para que este ejemplo sea aún más tangible, puede visualizarse con la siguiente explicación simplificada:

- a. mediante cinesiterapia se movilizará el hombro, por ejemplo, con pautas de repeticiones de abducción;



- b. mediante ejercicio físico se pautarán, por ejemplo, sentadillas o bloques de caminatas a un porcentaje determinado de la frecuencia cardíaca de reserva.

Ambas intervenciones comparten el uso del movimiento, pero no el objeto técnico sobre el que actúan ni el tipo de adaptación que persiguen de forma inmediata. Mientras que la primera se dirige a la recuperación de una función alterada concreta, la segunda actúa sobre la condición física mediante la generación de adaptaciones fisiológicas de carácter global o sistémico.

Este ejemplo permite visualizar cómo **la delimitación técnica no conduce a la exclusión, sino a la articulación de intervenciones concurrentes**, en las que cada actuación mantiene su lógica propia y contribuye de forma diferenciada al proceso global de recuperación.

Esta lógica no es ajena a otros ámbitos de alta exigencia técnica. En el deporte de alto nivel, la convivencia entre intervenciones orientadas a la rehabilitación de una lesión junto con la readaptación físico-deportiva constituye una práctica consolidada, en la que la coordinación entre ambas permite optimizar los tiempos de recuperación y mejorar los resultados.

La intervención concurrente sobre planos distintos del funcionamiento de la persona permite, en estos contextos, una mayor eficiencia del proceso global. La práctica profesional existente confirma esta lógica de intervención concurrente, que se articula mediante coordinación técnica y bajo la dirección clínica correspondiente, sin solapamiento de funciones ni invasión de ámbitos competenciales.

Por el contrario, los modelos rígidos de carácter secuencial o excluyente, en los que una intervención sustituye a otra o se pospone su incorporación, no responden a la realidad de la práctica ni a criterios de eficiencia, pudiendo generar retrasos en la recuperación, limitar el impacto de determinadas actuaciones y desaprovechar recursos profesionales cualificados.

En consecuencia, la diferenciación entre intervenciones no debe interpretarse como un mecanismo de separación, sino como una condición necesaria para su correcta articulación dentro de procesos asistenciales complejos, en coherencia con los principios de atención integral, continuidad asistencial y trabajo interdisciplinar.

5.6. COHERENCIA INTERNA DEL SISTEMA: UNA LÓGICA YA PRESENTE EN LA PROPIA LOPS

La delimitación expuesta en los apartados anteriores no introduce una lógica ajena al sistema sanitario ni exige una ruptura con el modelo de ordenación vigente. Por el contrario, encuentra un punto de apoyo dentro de la propia arquitectura de la LOPS, que ya **reconoce profesiones e intervenciones cuya lógica no se agota en el acto clínico puntual ni en la actuación exclusiva sobre una disfunción concreta.**

En este sentido, resulta especialmente ilustrativo el caso de la **nutrición humana y dietética**, cuya incorporación al sistema sanitario responde a una lógica de intervención que no se define por la realización de actos clínicos en sentido estricto, sino por la aplicación continuada de conocimientos especializados sobre un **determinante estructural de la salud.**

La relevancia de esta referencia no reside en una supuesta equivalencia entre ámbitos profesionales, que no existe ni se pretende afirmar, sino en algo más preciso: **el propio sistema**



ya admite intervenciones que actúan de forma sostenida sobre variables funcionales o determinantes de salud, integrándose en procesos asistenciales sin quedar reducidas al esquema clásico de diagnóstico–tratamiento–rehabilitación.

Esta constatación resulta importante porque permite situar la intervención basada en ejercicio físico dentro de una lógica que el sistema ya conoce. Al igual que ocurre en otros ámbitos, la actuación no se define aquí por un acto clínico aislado, sino por la aplicación sistemática de una intervención especializada orientada a producir adaptaciones funcionales y fisiológicas con impacto en la salud a lo largo del tiempo.

Desde esta perspectiva, **la eventual ordenación de las intervenciones basadas en ejercicio físico no supondría una anomalía dentro de la LOPS**, sino el desarrollo coherente de una lógica que el propio sistema ya reconoce en otros planos de intervención.

La analogía, por tanto, no opera como argumento de identidad, sino como prueba de coherencia interna: si el sistema sanitario ya integra intervenciones especializadas cuyo valor radica en su capacidad de modificar de forma continuada factores relevantes para la salud, no existe obstáculo conceptual para reconocer y ordenar, con sus propios contornos, aquellas intervenciones basadas en ejercicio físico que responden a una lógica equivalente de continuidad, adaptación y mejora funcional.

5.7. IMPLICACIONES PARA LA ORDENACIÓN PROFESIONAL

La delimitación técnica desarrollada en los apartados anteriores no constituye únicamente un ejercicio conceptual, sino que proyecta consecuencias directas sobre la forma en que deben ordenarse las intervenciones en el ámbito de la salud.

Si la naturaleza de las intervenciones basadas en ejercicio físico viene determinada por su actuación sobre la condición física mediante procesos de adaptación fisiológica, y si dichas intervenciones pueden concurrir de forma complementaria con otras actuaciones dentro de un mismo proceso asistencial, resulta necesario que el sistema disponga de criterios claros para su identificación, articulación e integración.

Desde esta perspectiva, la cuestión que se plantea no es la incorporación de un elemento ajeno al sistema sanitario, sino la ordenación coherente de una realidad que el propio sistema ha ido integrando de forma progresiva, en respuesta tanto a la evolución del conocimiento científico como a las necesidades actuales de atención.

La ausencia de esta ordenación no es neutra. Como se ha señalado, genera:

- inseguridad jurídica en la identificación de funciones,
- dificultades organizativas para su integración en estructuras asistenciales,
- tensiones interprofesionales derivadas de interpretaciones expansivas o imprecisas,
- y limitaciones en el desarrollo efectivo de políticas públicas, especialmente en ámbitos como la cronicidad o la dependencia.

En este sentido, **la no intervención normativa no supone mantener el *statu quo*, sino consolidar un escenario de desajuste entre realidad asistencial y marco jurídico.**



Ahora bien, la ordenación que se derive de esta delimitación debe interpretarse en sus justos términos. La lógica expuesta no conduce a considerar el ejercicio físico como una intervención sanitaria en todos sus contextos de aplicación, ni implica una extensión indiscriminada del ámbito sanitario sobre el conjunto de sus manifestaciones.

Por el contrario, la propia definición técnica del ejercicio físico y su vinculación a procesos de salud permiten identificar de forma natural los supuestos en los que adquiere **relevancia en el ámbito sanitario**, esto es, aquellos en los que:

- se integra en un **proceso de atención a la salud**,
- responde a un **objetivo específico vinculado a dicho proceso**,
- y se desarrolla en condiciones de **coordinación, seguimiento o supervisión acordes al contexto asistencial**.

Fuera de estos supuestos, el ejercicio físico mantiene su naturaleza y desarrollo en otros ámbitos —como el deportivo, educativo o recreativo— sin necesidad de ser reconducido al sistema sanitario.

Este matiz resulta esencial, ya que permite situar la propuesta en un plano de ordenación y no de expansión competencial, evitando tanto la fagocitación de otros sectores como la medicalización de prácticas que responden a lógicas distintas.

Desde esta perspectiva, la reforma de la LOPS se presenta como una oportunidad para cerrar una incoherencia del sistema, dotando de encaje a intervenciones que ya forman parte de la práctica y que, correctamente ordenadas, pueden contribuir de manera significativa a la mejora de los resultados en salud.

6. EL SISTEMA YA LO ESTÁ HACIENDO: EVIDENCIA DE IMPLANTACIÓN, RECONOCIMIENTO Y BASE ESTRUCTURAL

Los apartados anteriores han permitido delimitar con precisión la naturaleza técnica del ejercicio físico y su encaje dentro de los procesos de salud, así como los criterios que permiten diferenciarlo de otras intervenciones basadas en el movimiento. A partir de ese marco conceptual, la cuestión ya no es teórica. La cuestión es si esa lógica de intervención se está trasladando efectivamente al funcionamiento del sistema.

En este sentido, el análisis de la realidad muestra que la incorporación del ejercicio físico al ámbito de la salud no constituye una hipótesis ni una propuesta en construcción, sino un proceso ya en marcha, que se manifiesta en distintos planos del sistema.

En particular, puede observarse:

- su **implantación operativa** en dispositivos asistenciales, entornos sociosanitarios y modelos de continuidad asistencial,
- su **reconocimiento normativo** en la ordenación profesional desarrollada por las comunidades autónomas,



- su **presencia institucional** en estructuras del propio sistema sanitario, tanto público como privado,
- y la existencia de una **base universitaria especializada**, junto con un perfil profesional hacia el que han comenzado a apuntar distintos desarrollos normativos e institucionales.

No se trata, por tanto, de una realidad emergente, sino de un proceso de incorporación progresiva que ya ha generado manifestaciones concretas en el funcionamiento del sistema.

Este conjunto de evidencias permite afirmar que el ejercicio físico ha dejado de ser un elemento periférico para convertirse, en determinados contextos, en una herramienta estructural de intervención en salud, aun cuando su integración no haya sido todavía objeto de una ordenación completa y homogénea.

Desde esta perspectiva, el análisis que se desarrolla a continuación no tiene por objeto introducir una innovación, sino poner de manifiesto hasta qué punto el propio sistema ha ido construyendo, de forma progresiva y en distintos niveles, un espacio que todavía carece de una ordenación coherente en su conjunto.

6.1. DESARROLLO REAL Y EXTENSIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN EL SISTEMA

La presencia del ejercicio físico en el ámbito de la salud no se limita a su reconocimiento conceptual o a su inclusión en estrategias generales, sino que ha dado lugar, en la práctica, a la adopción de decisiones organizativas concretas en distintos niveles del sistema. En diversos contextos, el ejercicio físico ha dejado de configurarse como una actividad complementaria para pasar a estructurarse como una prestación integrada en la atención a la salud.

Este cambio se manifiesta en la aparición de iniciativas en las que:

- se incorporan intervenciones basadas en ejercicio físico dentro de dispositivos asistenciales,
- se organizan recursos específicos para su prestación,
- y se establecen mecanismos de coordinación con otros profesionales implicados en el proceso de atención.

Lo relevante no es la existencia de casos aislados, sino la repetición de una misma lógica organizativa en contextos distintos. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:



C Corporación de Derecho Público constituida por el Real Decreto 2353/1981, de 13 de julio. N.I.F. Q-2878048D. NOTA - Educación Física y Deportiva (profesión) y Educadoras y Educadores Físico Deportivos (profesionales), denominación proyectiva de la profesión titulada y colegiada aprobada por acuerdo del Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de España (Consejo COLEF) a fecha 17 de noviembre de 2016, tramitada ante el Ministerio de adscripción, recogida en el segundo párrafo de la disposición final sexta de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte, y pendiente de aprobación por el Consejo de Ministros.

ENTIDAD	CENTRO SANITARIO	DESTINATARIOS
Fundación Aladina	Hospital Universitario Niño Jesús (C. de Madrid). Hospital Gregorio Marañón. Hospital 12 de Octubre (C. de Madrid). Hospital Virgen de la Arrixaca (R. Murcia).	Menores con cáncer
Fundación Unoentrecienmil, La Aceleradora	Hospital de La Paz (C. de Madrid)	Menores con cáncer.
Fundación de la Universidad Europea, Programa VEnCE	Hospital Severo Ochoa (C. de Madrid).	Personas con cáncer.
Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo	En seis de sus centros, cuatro de la C. de Madrid (Santa Engracia en Madrid, Los Llanos I en Móstoles, Los Llanos II en Getafe, y Los Lauros en Majadahonda), y en dos en Galicia (Os Carballos I en Vigo y Os Carballos II en O Porriño).	Pacientes en diálisis.
Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.	Personas mayores frágiles.
Universidad de Castilla-La Mancha, Grupo GENUD Toledo	Hospital Virgen del Valle (Toledo).	Personas mayores frágiles.
Ludens	Hospital San Juan de Dios (León), Unidad de Ejercicio Físico.	Personas con patologías y poblaciones especiales (mujeres embarazadas, post-parto, personas mayores).
Hospital Vithas Sevilla	Hospital Vithas Sevilla, Servicio de Ejercicio Terapéutico de la Unidad de Salud Deportiva.	Personas con diferentes patologías.
Fundación Siel Bleu	En centros sanitarios de todo tipo, residencias de mayores, centros de día y otros espacios comunitarios de toda España.	Personas mayores y personas con patologías.

Esta misma dinámica se reproduce en entornos sociosanitarios, donde la intervención mediante ejercicio físico se integra de forma estable en la atención a personas con necesidades de apoyo continuado, pasando de una lógica recreativa a una lógica funcional vinculada a la salud. La transformación no se produce en un único ámbito, sino que afecta a distintos niveles del sistema, lo que refuerza su carácter transversal.

Por otra parte, el desarrollo de modelos de continuidad asistencial ha permitido articular estas intervenciones más allá de los límites físicos de los centros sanitarios, mediante circuitos que conectan la prescripción sanitaria con la implementación de programas de ejercicio físico.

APUNTE JURÍDICO DE INTERÉS

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización ([BOE:núm. 222, de 16/09/2006, pp. 32650 a 32679](#)), describe:

«b.1. Programas intersectoriales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud.



b.2. Programas transversales, en los que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública se agrupan en programas y actividades en las distintas etapas de la vida, programas y actuaciones sobre enfermedades transmisibles, no transmisibles, lesiones y accidentes, o programas para grupos de población con especiales necesidades.»

En el anexo 2, introduce que las actividades incluidas en la misma se prestan por equipos interdisciplinares, «entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados», insistiendo en dicha coordinación y en la prestación comunitaria, tanto en actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria (anexo 2, apartado 3), como en atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos (anexo 2, apartado 6).

En el último caso, se indica que «Comprende, además de lo ya indicado con carácter general, las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se realizan en el nivel de atención primaria, en aplicación de los protocolos y programas de atención específicos de los distintos grupos de edad, sexo y grupos de riesgo». Además, se especifica que «Las actividades dirigidas a grupos de riesgo se prestan tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud, en relación con las necesidades de salud de la población a la que atienden». De forma concreta, en relación con la atención a las personas mayores (apartado 6.5) se alude al ejercicio físico como una actividad de prevención y promoción de la salud.

En este contexto, el impulso reciente del Plan de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico (véase la Resolución de 4 de julio de 2022, de la Presidencia del CSD, [BOE:núm. 171, de 18/07/2022](#)) debe interpretarse como un elemento de sistematización y refuerzo de dinámicas previas. Aunque se debe precisar que el PAEF no constituye el origen de esta realidad, sino su impulso y su extensión a nuevos territorios.

CCAA	Planes, programas o estrategias de prescripción de ejercicio físico	Año de inicio
Andalucía	Plan Andaluz de Prescripción de Ejercicio Físico (PAPEF) https://redpapef.com/	2023
Aragón	Proyecto Actividad Física y Recomendación de Activos para la Salud http://www.rapafis.com/	2022
Asturias	Plan de Prescripción de la Actividad y Ejercicio Físico del Principado de Asturias [Sin acceso público]	2025
Canarias	Estrategia Canaria de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico	2024
Cantabria	Plan de Prescripción de Actividad Física y Ejercicio Físico de la Comunidad Autónoma de Cantabria	2023
Castilla-La Mancha	Plan de Prescripción de la Actividad y Ejercicio Físico en Castilla-La Mancha	2023
Catalunya	Programa de Prescripció Esportiva	2006: impulso de la prescripción a través del PAFS , 2025: mejora para explicitar el programa de prescripción (Acuerdo GOV/47/2025)
Extremadura	Plan Extremeño de Indicación y Prescripción de Ejercicio Físico (PEIPEF) [Pendiente de publicación] El Ejercicio Te Cuida , programa autonómico coordinado con el SES y el SEPAD, es la base en la que se articula el PEIPEF	2006: nace El Ejercicio Te Cuida 2026: transformación hacia el PEIPEF
Galicia	Plan autonómico de Prescripción de Actividad Física y Ejercicio Físico orientado a la Salud "Adestra a túa saúde" https://adestraatuasaude.gal/home/	2022

C Corporación de Derecho Público constituida por el Real Decreto 2353/1981, de 13 de julio. N.I.F. Q-2878048D. NOTA - Educación Física y Deportiva (profesión) y Educadoras y Educadores Físicos Deportivos (profesionales), denominación proyectiva de la profesión titulada y colegiada aprobada por acuerdo del Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de España (Consejo COLEF) a fecha 17 de noviembre de 2018, tramitada ante el Ministerio de Adscripción, recogida en el segundo párrafo de la disposición final sexta de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte, y pendiente de aprobación por el Consejo de Ministros.



<i>Illes Balears</i>	Pla de Promoció de l'Activitat Física i Prescripció d'Exercici Físic de les Illes Balears (Plan B@les)	2023
<i>Madrid, C. de</i>	Programa de Prescripción de Actividad Física y Ejercicio Físico https://www.comunidad.madrid/cultura/deportes/programa-prescripcion-actividad-fisica-ejercicio-fisico	2023
<i>Murcia, R. de</i>	https://activamurcia.com/ Desde el Plan de Salud 2010–2015 , articulado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS), dependiente de la Consejería de Sanidad	2010
<i>Navarra</i>	Plan de Prescripción de la Actividad y Ejercicio Físico para la Salud en Navarra	2023
<i>País Vasco</i>	Plan de Prescripción de Actividad Física de la CAPV https://mugiment.euskadi.eus/servicios-de-orientacion-de-actividad-fisica/webmug00-content/es/	2014
<i>Valenciana, C.</i>	Plan autonómico de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico orientado a la Salud «En Moviment» https://presidencia.gva.es/es/web/deporte/en-moviment	2016: inicio de actuaciones articuladas entre municipios y Consejería de Sanidad (programa Viu Actiu) 2023: conversión a plan autonómico

La existencia de programas autonómicos y locales desarrollados con anterioridad pone de manifiesto que esta forma de intervención ya se encontraba implantada en la práctica, con distintos niveles de desarrollo y formalización.

6.2. RECONOCIMIENTO IMPLÍCITO EN LA ORDENACIÓN PROFESIONAL

La realidad descrita en el apartado anterior encuentra también un reflejo significativo en la normativa autonómica de ordenación del ejercicio profesional en el ámbito del deporte. En la actualidad, diez comunidades autónomas —Catalunya ([BOE:núm. 131, de 30/05/2008](#)), La Rioja ([BOE:núm. 90, de 15/04/2015](#)), Extremadura ([BOE:núm. 119, de 19/05/2015](#)), Andalucía ([BOE:núm. 188, de 05/08/2016](#)), Comunidad de Madrid ([BOE:núm. 69, de 22/03/2017](#)), Región de Murcia ([BOE:núm. 156, de 28/06/2018](#)), Castilla y León ([BOE:núm. 74, de 27/03/2019](#)), Navarra ([BOE:núm. 110, de 08/05/2019](#)), País Vasco ([BOE:núm. 204, de 25/08/2022](#)) y Comunitat Valenciana ([BOE:núm. 195, de 15/08/2022](#))— han aprobado leyes que regulan de forma específica el ejercicio profesional en este ámbito y que, con formulaciones diversas, **identifican a las personas tituladas en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte como las profesionales del ejercicio físico cuando la intervención se desarrolla en contextos vinculados a la salud.**



Servicios de ejercicio físico en contextos de salud regulados en las CCAA y la profesión en la que se integran:

Readaptación físico-deportiva	2	2	1	-	1	1	1	1	1	1
Ejercicio físico en personas con patologías o poblaciones especiales	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1

Código:

- 1 = si son de prestación exclusiva por parte de personas con titulación en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFyD);
- 2 = si la prestación es compartida con personas con otras titulaciones o cualificaciones diferentes a CAFyD;
- 3 = si la prestación bajo determinadas circunstancias es exclusiva por parte de personas con titulación CAFyD, y bajo otras circunstancias compartida.

Este dato tiene un valor especial porque no se trata de una mención lateral o accesorio. Estas normas atribuyen a dichas personas funciones como la planificación, diseño, desarrollo y evaluación técnico-científica del ejercicio físico orientado a la mejora de la salud, la intervención con personas con patologías o problemas de salud y la readaptación o reeducación físico-deportiva tras lesiones.

Este reconocimiento no distingue entre distintos “tipos” de ejercicio físico en función del contexto en el que se aplica, sino que identifica al profesional cualificado para intervenir mediante ejercicio físico cuando dicha intervención se proyecta sobre situaciones relacionadas con la salud.

Desde esta perspectiva, el núcleo de estas leyes resulta coherente con lo argumentado en los apartados anteriores: si la naturaleza de la intervención viene determinada por su objeto técnico —la condición física y las capacidades físicas—, y no por el contexto, la finalidad o el diagnóstico, entonces lo jurídicamente relevante es determinar quién es el profesional cualificado para intervenir mediante ejercicio físico en cada caso. Y precisamente eso es lo que, con mayor o menor claridad, vienen reconociendo estas normas autonómicas.

Ahora bien, junto a ese reconocimiento, estas leyes incorporan de forma reiterada cláusulas del tipo “sin perjuicio de las atribuciones de las profesiones sanitarias” o fórmulas equivalentes. Esa reiteración no debe interpretarse como si el propio legislador autonómico estuviera afirmando la existencia de una categoría distinta de ejercicio físico, de naturaleza sanitaria, ajena al profesional del ejercicio físico. Esa lectura sería incompatible con la lógica técnica expuesta en el apartado 5 y vaciaría de contenido el propio reconocimiento profesional que la norma realiza.

La presencia de estas cláusulas refleja, más bien, una disfunción jurídica e interpretativa. Por un lado, las comunidades autónomas reconocen que la intervención mediante ejercicio físico en personas con patologías o problemas de salud forma parte del ámbito de actuación de quienes poseen la Licenciatura o el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Pero, por otro, se ven obligadas a introducir cautelas genéricas para evitar fricciones con determinadas profesiones sanitarias —especialmente con la fisioterapia— en un contexto en el que no existe todavía una ordenación estatal suficientemente clara del espacio profesional vinculado a estas intervenciones.



Desde la lógica de delimitación basada en el objeto técnico de la intervención —y no en el contexto en el que se aplica—, este tipo de cláusulas carece de capacidad real para establecer una frontera competencial coherente.

Dicho de otro modo, estas fórmulas no describen una solución técnica ni una delimitación jurídicamente satisfactoria. Lo que evidencian es que el legislador autonómico intenta reconocer una realidad que ya existe, pero al mismo tiempo procura evitar la confrontación interpretativa en ausencia de un marco más claro. Por ello, no identifican con precisión el criterio de delimitación ni determinan cómo debe articularse la concurrencia entre intervenciones distintas.

Desde el punto de vista jurídico, su utilidad delimitadora es necesariamente limitada. Una cláusula genérica de salvaguarda puede cumplir una función prudencial, pero no puede sustituir a una ordenación completa, en la medida en que deja intacto el problema interpretativo: si las intervenciones deben distinguirse por su contenido técnico, no resulta coherente que la delimitación quede desplazada a una fórmula abierta que no especifica los criterios sobre los que debe construirse esa distinción.

En este sentido, las leyes autonómicas muestran simultáneamente dos elementos relevantes. Por un lado, evidencian que ya existe reconocimiento jurídico del profesional del ejercicio físico que interviene en contextos de salud. Por otro, ponen de manifiesto que ese reconocimiento aparece acompañado de cautelas que revelan los límites del marco actual para ordenar de forma plenamente coherente este ámbito.

La consecuencia es clara. No estamos ante un vacío absoluto, pero tampoco ante una realidad plenamente ordenada. Nos encontramos ante un reconocimiento autonómico parcial de una actividad profesional ya existente, acompañado de mecanismos normativos de contención que no pueden resolver de forma definitiva las cuestiones de delimitación.

Precisamente por ello, **esta situación no cierra el debate, sino que evidencia la necesidad de una ordenación más clara y coherente en el conjunto del sistema**, que permita superar las limitaciones inherentes al actual nivel de regulación.

6.3. TRAYECTORIA INSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

La intervención profesional mediante ejercicio físico en contextos vinculados a la salud no solo cuenta con base operativa y normativa, sino que dispone también de **reconocimiento institucional en el propio ámbito sanitario**, tanto en el plano administrativo como en el organizativo.

En este sentido, resulta especialmente relevante la posición mantenida por la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, órgano competente en la materia. En distintas consultas formuladas a lo largo de los últimos años, este centro directivo ha considerado factible la intervención de personas tituladas en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en determinados actos vinculados a la salud, siempre que no se invada el ámbito propio del diagnóstico, tratamiento o seguimiento clínico. Así, se ha reconocido su capacidad para realizar pruebas de esfuerzo en personas sanas con fines no diagnósticos, participar en estudios biomecánicos o realizar punciones corporales de carácter no clínico (Subdirección Gral. de Ordenación Profesional, nº reg. 5526, de 07/05/2015 y Subdirección Gral. de Ordenación



Profesional, nº reg. 13420, de 01/12/2015; ver en [Comunicado de 14/12/2015 del Consejo COLEF](#) y en [Comunicado de 08/03/2016 del Consejo COLEF](#)).

Pero, más allá de estos pronunciamientos específicos, reviste especial importancia el criterio expresado en 2019, en el que se afirma que las educadoras y educadores físico deportivos pueden dirigir, supervisar y evaluar la práctica de ejercicio físico adaptado en personas con problemas de salud, contribuyendo a la adherencia a las prescripciones sanitarias y al mantenimiento de la actividad física regular, en el marco de sus competencias profesionales (Subdirección Gral. de Ordenación Profesional, de 28/10/2019; ver en [Comunicado de 29/10/2019 del Consejo COLEF](#)). Este posicionamiento no configura un nuevo espacio de intervención, sino que reconoce institucionalmente una actividad ya existente en la práctica.

Este reconocimiento actual se inserta, además, en una **trayectoria institucional de largo recorrido dentro del sistema sanitario público**. Ya en 1976, la Ordenanza laboral para el personal que presta sus servicios en establecimientos sanitarios ([BOE:núm. 300, de 15/12/1976](#)) incluía expresamente la figura del “Profesor de Educación Física” (así se denominaba la profesión entonces) dentro del personal técnico no sanitario. A esta integración se suma su adscripción al Ministerio de Sanidad y Consumo en 1984 ([BOE:núm. 307, de 24/12/1984](#)). Después, la figura del ‘Profesor de Educación Física’ siguió apareciendo en Resoluciones sobre la determinación de los niveles de los complementos de destino y específicos del personal del Instituto Nacional de Salud (1988: [BOE:núm. 103, de 29/04/1988](#); 1989: [BOE:núm. 13, de 16/01/1989](#); 1990: [BOE:núm. 180, de 28/07/1990](#); 2001: [BOE:núm. 37, de 12/02/2002](#)).

En la normativa sanitaria apareció la denominación de ‘Profesor de Educación Física’ asociada a la categoría incluso después de que se cambiase la denominación de la profesión (actualmente ‘Licenciado en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte’, por [RD 1641/1999](#)). De hecho, esta denominación es la que sigue empleando el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en sus resoluciones sobre las cuantías retributivas, donde indican que se trata de ‘personal no sanitario’ del grupo A2.

Más recientemente, algunas comunidades autónomas han comenzado a actualizar y formalizar esta trayectoria en el marco de sus propios servicios de salud. El caso de Illes Balears resulta especialmente significativo, al crear en 2023 la categoría estatutaria de *técnico/técnica en educación física*, accesible con el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, y atribuirle funciones directamente vinculadas a la planificación, implementación y evaluación técnico-científica del ejercicio físico como herramienta complementaria e integradora de los tratamientos sanitarios ([BOIB:núm. 59, de 09/05/2023, pp. 24950 a 24959](#)).

A esta trayectoria en el ámbito público se suma, además, una **proyección sostenida en el sistema sanitario privado**, a través de la negociación colectiva. Diversos convenios colectivos del sector sanitario —de ámbito estatal, autonómico, provincial y de empresa— han venido reconociendo de forma expresa este perfil en la prestación de servicios de ejercicio físico en contextos de salud. Así ocurre, entre otros, en el convenio estatal de entidades de seguros, reaseguros y mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, en el de Clínica Madrid, S.A., y en distintos convenios del sector sanitario de A Coruña, Burgos, Illes Balears, Granada, Comunidad de Madrid y Región de Murcia, incluyendo también el del Hospital del Perpetuo Socorro, S.A.



CONVENIOS COLECTIVOS en los que se integra el perfil profesional, bien con la denominación histórica de “Profesor de Educación Física”, bien como profesional de las “Ciencias de la Actividad Física y del Deporte”:

- ESTATAL | Entidades de seguros, reaseguros y mutuas colaboradoras con la Seguridad Social:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-21486>
- ESTATAL | Clínica Madrid, SA: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-11441>
- A CORUÑA | Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Asistencia, Consulta e Laboratorios de Análisis Clínicas: https://bop.dicoruna.es/bopportal/publicado/2024/10/22/2024_0000007366.html
- BURGOS | Hospitalización y asistencia privada:
<http://bopbur.diputaciondeburgos.es/sites/default/files/private/publicado/bopbur-2021-108/bopbur-2021-108-anuncio-202103514.pdf>
- ILLES BALEARS | Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Consulta y Asistencia:
<https://intranet.caib.es/eboibfront/ca/2024/11925/686854/resolucio-del-conseller-d-empresa-ocupacio-i-energ>
- GRANADA | Establecimientos Sanitarios y Clínicas Privadas:
<https://sanidad.ccoo.es/62f8904de6a9687e341ce8d4645f3d3b000058.pdf>
- C. DE MADRID | Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Asistencia Sanitaria, Consultas y Laboratorios de Análisis Clínicos:
https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2023/11/23/BOCM-20231123-25.PDF
- R. DE MURCIA | Establecimientos Sanitarios de Hospitalización y Asistencia:
<https://www.borm.es/services/anuncio/ano/2010/numero/13076/pdf>
- R. DE MURCIA | Hospital del Perpetuo Socorro, S.A.:
<https://www.borm.es/services/anuncio/ano/2016/numero/4609/pdf>

Especialmente significativo resulta el caso de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, cuyos convenios colectivos han incorporado de forma continuada la figura del “Profesor de Educación Física” desde hace décadas. Ya en el convenio de 1997 se establecía que «su misión será la de dirigir los ejercicios de educación física que los médicos rehabilitadores prescriban a los pacientes en tratamiento para favorecer su más rápida recuperación», previsión que se ha mantenido en convenios sucesivos hasta la actualidad.

Este reconocimiento convencional, desplegado en una pluralidad de ámbitos y territorios, confirma que la utilización del ejercicio físico en procesos vinculados a la salud ha tenido una traducción organizativa efectiva y continuada dentro del sistema sanitario.

No estamos, por tanto, ante una realidad nueva o ajena al sistema, sino ante una actividad que ha formado parte —de manera persistente, aunque no plenamente ordenada— de la evolución del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, la cuestión no es la incorporación de una nueva actividad, sino la ordenación coherente de una realidad existente que ya dispone de base institucional suficiente y es reconocida en distintos niveles del sistema.

6.4. REFERENCIAS COMPARADAS: CONVERGENCIA INTERNACIONAL EN LA ORDENACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN SALUD

La incorporación del ejercicio físico como herramienta de intervención en los procesos de salud no constituye una singularidad del sistema español, sino que forma parte de una tendencia consolidada en múltiples países.



Distintos sistemas sanitarios han desarrollado modelos de prescripción de ejercicio físico, articulados mediante la colaboración entre el ámbito sanitario y estructuras profesionales vinculadas al ejercicio y la actividad física.

Más allá de las diferencias organizativas, estos modelos presentan un patrón común:

- reconocimiento del ejercicio físico como herramienta de salud,
- integración en procesos de atención mediante prescripción y derivación,
- y participación de profesionales con formación específica en ejercicio físico, diferenciados de otras profesiones sanitarias.

En el ámbito europeo, el caso de Francia resulta especialmente ilustrativo. A partir de la reforma de su sistema sanitario en 2016 ([Decreto nº 2016-1990 de 30 de diciembre de 2016](#)), se reconoce la posibilidad de prescripción médica de actividad física en personas con patologías, desarrollándose posteriormente una estrategia nacional en la que el ejercicio físico se integra como herramienta de promoción de la salud y de apoyo a los tratamientos. En este modelo, las personas tituladas en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) desempeñan un papel central en la implementación de estas intervenciones, diferenciándose expresamente de los actos de rehabilitación reservados a profesiones sanitarias.







Una lógica similar puede observarse en Italia, donde el ordenamiento jurídico ha reconocido la figura del kinesiólogo de motricidad preventiva y adaptada, con funciones específicas en la planificación y ejecución de programas de ejercicio físico orientados a la salud, incluyendo la intervención en personas con condiciones clínicas estabilizadas y la colaboración con profesionales sanitarios en entornos como los denominados “gimnasios de la salud” ([Decreto Legislativo de 28 febrero de 2021, n. 36](#)).

Fuera del ámbito europeo, esta convergencia se refuerza en países anglosajones, donde las titulaciones vinculadas a las ciencias del ejercicio —bajo denominaciones como *exercise physiology* o *kinesiology*— constituyen la base formativa para perfiles profesionales especializados en la prescripción de ejercicio físico en personas con patologías, mediante sistemas de acreditación o formación de posgrado.

En algunos casos, como Brasil ([Resolução nº 218, de 06 de março de 1997](#); [Ley nº 9.696, de 1 de septiembre](#)) o Sudáfrica, estos perfiles han sido incluso reconocidos como profesiones sanitarias, con atribuciones que abarcan desde la promoción y prevención hasta la intervención en procesos de recuperación funcional mediante ejercicio físico.

El análisis comparado permite identificar un elemento especialmente relevante: la ordenación del ejercicio físico en salud en estos sistemas no se ha producido mediante su absorción por profesiones sanitarias preexistentes, sino a través del reconocimiento y articulación de perfiles profesionales específicos, con base en una formación especializada en el ámbito del ejercicio físico.



PAÍS	DENOMINACIÓN DE FIGURA PROFESIONAL	REGULACIÓN
 FRANCIA	STAPS-APA (profesional de las <i>Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives</i> especialista en Actividad Física Adaptada)	Decreto nº 2016-1990 de 30 de diciembre de 2016
 ITALIA	Kinesiólogo/a de motricidad preventiva y adaptada	Decreto Legislativo de 28 febrero de 2021, n. 36
 BRASIL	Profesional de Educación Física	Resolución nº 2018, de 6 de marzo de 1997 Ley nº 9.696, de 1 de septiembre de 1998
 SUDÁFRICA	Biocinetista	Resumen normativo en el informe de la historia de esta profesión de la The Biokinetics Association of SA .
 AUSTRALIA	Fisiólogo/a del ejercicio	Regulación indirecta a través de las leyes que regulan el financiamiento y la seguridad social (Medicare, NDIS, GST Act). Obligan a obtener la acreditación de la Exercise & Sports Science Australia (ESSA)
 CANADÁ	Kinesiólogo/a	Normativa diferenciada según la provincia. En su Clasificación Nacional de Ocupaciones se describe la profesión y los requisitos de acceso. Más información en la Canadian Kinesiology Alliance o en el College of Kinesiologist of Ontario .

Esta convergencia internacional refuerza la idea de que la cuestión que se plantea no es si el ejercicio físico puede integrarse en los sistemas de salud —lo cual ya ha sido ampliamente resuelto en otros contextos—, sino cómo articular de forma coherente su encaje a partir de perfiles profesionales adecuados y de criterios técnicos claros.

6.5. EXISTENCIA DE UNA BASE UNIVERSITARIA ESPECIALIZADA Y DE UN PERFIL PROFESIONAL YA IDENTIFICADO COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL SISTEMA SANITARIO

Si el sistema sanitario ha comenzado a incorporar el ejercicio físico como herramienta de intervención en los procesos de salud, la cuestión que se plantea de forma inmediata no es solo sobre qué base técnica puede sostener ese desarrollo, sino también **a través de qué perfil profesional resulta más coherente articularlo**.

Este punto es decisivo. La integración de un ámbito de intervención en el sistema sanitario no depende únicamente de reconocer su utilidad, sino de identificar si el sistema cuenta ya con una base universitaria específica y con un perfil profesional suficientemente definido para asumirlo de forma ordenada. Y, en el caso del ejercicio físico, ambas piezas ya existen.

El sistema universitario español dispone de una titulación cuyo objeto central es el ejercicio físico: el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. A diferencia de otras titulaciones que abordan aspectos parciales o complementarios, ésta se configura en torno al análisis, la planificación, la dosificación y el control del ejercicio físico en todas sus dimensiones. **No existe**



otra titulación universitaria que tome el ejercicio físico como núcleo propio de conocimiento e intervención con ese grado de especialización.

Esta característica no responde a una configuración reciente. La actual definición competencial del título no introduce una novedad sustancial, sino que sistematiza una orientación formativa que ha estado presente de forma continuada en su evolución histórica. Incluso en sus antecedentes más remotos, como la Escuela Central de Profesores y Profesoras de Gimnástica del siglo XIX, ya se encontraba presente esta conexión entre ejercicio físico, desarrollo corporal y mejora de la salud. No estamos, por tanto, ante una ampliación coyuntural del título, sino ante la continuidad de un ámbito de conocimiento históricamente definido.

PARA AMPLIAR INFORMACIÓN VÉASE:

Consejo COLEF (2021). **INFORME II - Breve aproximación histórica sobre la profesión de la EFD y su titulación de acceso en relación con el ámbito de la salud.** <https://www.plataformacolef.es/es/0/1880/223-RS589-2021.html>

En su configuración actual, esta base formativa incluye competencias vinculadas a la evaluación de la condición física, la planificación del ejercicio, el control de las adaptaciones fisiológicas y la intervención en poblaciones con necesidades específicas, incluyendo personas con patologías. La Resolución de 2018 del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte ([BOE:núm. 228, de 20/09/2018, pp. 91209 a 91217](#)) no hace aquí más que recoger y ordenar una línea formativa ya consolidada.

Ahora bien, la cuestión no es solo que exista una base universitaria especializada, sino que, cuando distintos poderes públicos han tenido que concretar qué perfil profesional debe asumir la intervención mediante ejercicio físico en contextos de salud, la respuesta ha apuntado ya de forma reiterada hacia las personas tituladas en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Así ocurre, por ejemplo, en las leyes autonómicas de ordenación del ejercicio profesional en el deporte, que identifican a las personas con Licenciatura o Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte como las profesionales del ejercicio físico cuando la intervención se desarrolla con personas con patologías, problemas de salud o poblaciones especiales.

Lo mismo sucede en el Plan de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico (PAEF), así como en sus desarrollos territoriales, donde se prevé que las derivaciones realizadas desde el sistema sanitario hacia intervenciones basadas en ejercicio físico sean implementadas por educadoras y educadores físico deportivos, definidos expresamente como profesionales colegiados con titulación universitaria en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (véase su reconocimiento en la [disposición final sexta de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte](#)).

Es decir, **cuando el sistema ha tenido que concretar quién debe asumir este espacio profesional, ya ha comenzado a señalar un perfil profesional determinado.** Este dato es especialmente relevante porque evita plantear el problema como si el Ministerio tuviera que elegir en el vacío. No se parte de cero ni de una pura disputa entre colectivos, sino de una realidad en la que el propio ordenamiento y las políticas públicas recientes ya han ido perfilando una respuesta.

Desde esta perspectiva, la cuestión no es si existe un perfil profesional potencialmente utilizable, sino si resulta razonable ignorar que el propio sistema ya ha ido apuntando hacia uno que reúne tres características decisivas:



- una formación universitaria específicamente centrada en el ejercicio físico,
- una implantación territorial amplia en el sistema universitario (71 centros universitarios),
- y un reconocimiento progresivo por parte de normas y políticas públicas vinculadas a salud.

En este sentido, el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte no debe entenderse como una solución cerrada ni como una respuesta autosuficiente, sino como **el punto de partida más claro del que dispone actualmente el sistema para ordenar este ámbito de intervención.**

El sistema sanitario no necesita crear una base ni construir *ex novo* un perfil para integrar el ejercicio físico: dispone ya de una titulación específica y de un perfil profesional hacia el que, de hecho, han ido apuntando sus propios desarrollos normativos e institucionales.

A partir de aquí, cabría sostener como alternativa que este ámbito podría ser absorbido por perfiles profesionales ya existentes dentro del sistema sanitario. Sin embargo, esa opción presenta límites desde la propia lógica técnica. La integración de un ámbito de conocimiento no depende únicamente de su posible adscripción formal a una profesión existente, sino de la coherencia entre el objeto de conocimiento de dicha profesión y la naturaleza de la intervención a desarrollar.

El ejercicio físico constituye un campo específico, centrado en la gestión de cargas, la adaptación fisiológica y la mejora de la condición física. Este núcleo técnico no forma parte estructural del objeto principal de otras profesiones sanitarias, cuyo eje se sitúa en el diagnóstico, tratamiento o recuperación clínica.

La cuestión no es, por tanto, si el ejercicio físico puede ser formalmente absorbido por otros perfiles, sino si esa sería la forma más coherente de articular un ámbito de conocimiento que ya cuenta con una base propia y con un perfil profesional progresivamente identificado por el propio sistema.

Este mismo criterio puede observarse en otros ámbitos ya integrados en el sistema sanitario. La nutrición, por ejemplo, no fue absorbida por otras profesiones sanitarias, sino que ha dado lugar a un desarrollo propio, precisamente por la especificidad de su objeto de conocimiento. La existencia de un campo técnico claramente delimitado no conduce necesariamente a su absorción, sino a su adecuada articulación.

Conviene añadir, finalmente, que esta base formativa y este perfil profesional no invaden las atribuciones propias de las profesiones sanitarias actualmente reconocidas. En particular, la delimitación ha sido objeto de análisis judicial, concluyéndose que la previsión competencial del título no supone invasión de las actuales profesiones sanitarias.

SENTENCIA núm. 277 de 7 de mayo de 2021, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

- La Sala en ningún caso aprecia que lo que se refleja en dicha Resolución infrinja o invada las competencias de profesión sanitaria alguna. En concreto, indica que las competencias que se detallan en **la Resolución del Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte no tienen como objeto la arrogación de competencias del personal sanitario, «sino la adquisición de conocimientos técnicos en relación con la protección a la salud, en la que indudablemente tiene afectación la educación y actividad física y el deporte».**



- Cabe diferenciar el ejercicio físico (coadyuvante a los tratamientos de carácter sanitario y que contribuye a la salud de las personas, con y sin patologías) de la cinesiterapia (o, como insisten en denominarlo desde las organizaciones de la Fisioterapia, ejercicio terapéutico). En concreto, *«ha de partirse de la necesaria diferencia entre la cinesiterapia (es decir, la técnica fisioterapéutica a través de la cual se analiza, programa y aplica el movimiento como medida terapéutica, promoviendo la participación del paciente en su proceso) y el ejercicio físico en cuanto herramienta que permite la recuperación o mejora en la condición física de las personas, lo que lleva a distinguir asimismo entre la readaptación físico-deportiva (entrenamiento coadyuvante a tratamientos sanitarios para mantener la condición física y la eficacia de la terapia post-lesión) y la rehabilitación, que es lo que lleva a cabo el fisioterapeuta, a lo que responden los planes de estudios de ambas titulaciones»*. Y es que, como señala la Sentencia, *«la metodología, la técnica, la práctica, los instrumentos y en general la forma de incidencia en el ámbito de la mejora de la salud difiere entre dichas profesiones tituladas, lo que debe impedir su solapamiento»*.
- Las y los magistrados insisten en que la Subdirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad se pronunció el 28 de octubre de 2019 señalando que las y los profesionales con titulación universitaria en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (educadoras y educadores físico deportivos) pueden intervenir en la práctica de ejercicio físico, adaptado a las características, necesidades y preferencias de personas de cualquier edad que tengan algún problema de salud, aquellas con diversidad funcional o con capacidades diferentes.

La existencia de una titulación especializada y de un perfil profesional ya identificado no entra, por tanto, en contradicción con el sistema vigente, sino que ofrece al sistema sanitario una base ya construida desde la que puede ordenar este ámbito de intervención.

6.6. BASE CIENTÍFICA Y LIDERAZGO INVESTIGADOR EN EJERCICIO FÍSICO Y SALUD

La consolidación del ejercicio físico como herramienta de intervención en los procesos de salud no se apoya únicamente en su desarrollo operativo o en su reconocimiento normativo, sino también en una base científica sólida, generada de forma continuada por la comunidad investigadora en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

En este sentido, distintos análisis del posicionamiento científico en el ámbito del ejercicio físico y la salud ponen de manifiesto una presencia muy significativa de personas investigadoras con formación en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en la producción científica vinculada a descriptores como *exercise, exercise therapy, physical fitness o human physical conditioning*. En estos ámbitos, este colectivo constituye uno de los principales grupos generadores de conocimiento en España, con una representación predominante en relación con otras titulaciones en aquellos campos específicamente vinculados al ejercicio físico.



Investigadoras e investigadores mejor valorados 2013-2023 (*ranking Expertscape*)

	CAFyD	Fisioterapia	Medicina	Enfermería	Nutrición	Otros	Desconocido
<i>Exercise</i>	45 68,18%	6 9,09%	12 18,18%	4 6,06%	1 1,52%	11 16,67%	0 0,00%
<i>Exercise Therapy</i>	44 66,67%	12* 18,18%	6 9,09%	4 6,06%	1 1,52%	9 13,64%	2 3,03%
<i>Physical Fitness</i>	47 71,21%	7 10,61%	5 7,58%	5 7,58%	4 6,06%	10 15,15%	1 1,52%
<i>Human Physical Conditioning</i>	57 86,36%	4* 6,06%	5 7,58%	2 3,03%	1 1,52%	12 18,18%	2 3,03%
<i>Physical Education and Training</i>	52 78,79%	5* 7,58%	1 1,52%	2 3,03%	1 1,52%	22 33,33%	5 7,58%
<i>Exercise Test</i>	39 59,09%	8 12,12%	16 24,24%	1 1,52%	0 0,00%	10 15,15%	1 1,52%

*Personas tituladas en Fisioterapia y en CAFyD: *Exercise Therapy* = 2 de 12; *Human Physical Conditioning* = 3 de 4; *Physical Education and Training* = 3 de 5.

Este dato no debe interpretarse como una afirmación cerrada basada en una única fuente, sino como un indicio coherente con una realidad más amplia: el desarrollo del conocimiento científico sobre el ejercicio físico orientado a la salud ha sido impulsado de forma predominante desde este campo académico.

Este liderazgo investigador no responde a un elemento puntual, sino a la propia configuración del ámbito de conocimiento, en el que el ejercicio físico constituye el objeto central de estudio. Ello ha favorecido un desarrollo acumulativo y especializado de la investigación en torno a la adaptación fisiológica, la mejora de la condición física y su impacto en la salud, tanto en población general como en personas con patologías.

Esta capacidad investigadora se materializa, además, en estructuras consolidadas de generación de conocimiento. Entre ellas destaca la Red de Investigación en Ejercicio Físico y Salud ([EXERNET](#)), que integra grupos punteros españoles, así como la participación activa de educadoras y educadores físico deportivos en redes del Instituto de Salud Carlos III, como el **CIBERFES**, el **CIBEROBN** o el **CIBERESP**, en áreas clave como la fragilidad, el envejecimiento saludable, la obesidad o la epidemiología.

A esta integración en estructuras estatales de investigación se suma también la participación de profesionales formados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en procesos internacionales de generación de conocimiento y elaboración de recomendaciones en salud. En este sentido, resulta especialmente significativo el caso de D. Francisco Ortega Porcel (col. 10.336), quien [participó en la elaboración de las Directrices de actividad física y comportamiento sedentario](#) de la Organización Mundial de la Salud (2020). Este proceso contó con la participación de un grupo reducido de 25 personas expertas a nivel internacional, encargadas de revisar y sintetizar la evidencia científica disponible para establecer



recomendaciones dirigidas a distintos grupos de población, incluyendo personas con enfermedades crónicas, discapacidad o condiciones específicas de salud.

La presencia de perfiles formados en este ámbito en procesos de este nivel no debe interpretarse como un elemento anecdótico, sino como un indicio de su integración en la generación de conocimiento científico de referencia a escala global.

A esta base estructural de generación de conocimiento se suma, además, un elemento adicional de validación externa especialmente relevante: el reconocimiento reiterado de investigaciones lideradas por profesionales de las Ciencias de la Actividad Física y del Deporte en los principales premios científicos del ámbito.

En este sentido, los **Premios Nacionales de Investigación en Medicina del Deporte**, convocados por la Universidad de Oviedo —considerados uno de los reconocimientos más prestigiosos en este campo en España—, han venido reflejando de forma sostenida el protagonismo de este colectivo en la investigación aplicada al ejercicio físico y la salud.

De forma reiterada en distintas ediciones, los trabajos galardonados —incluyendo primeros, segundos y terceros premios— han sido liderados o han contado con una participación destacada de educadoras y educadores físico deportivos, abordando ámbitos de alta relevancia como el ejercicio físico en personas con enfermedades crónicas, el cáncer, el envejecimiento o la prevención de lesiones.

Este patrón no responde a una circunstancia puntual, sino que evidencia la consolidación de un liderazgo científico en la aplicación del ejercicio físico a contextos complejos de salud, reconocido por jurados independientes en procesos competitivos de evaluación.

Desde esta perspectiva, la relevancia de estos reconocimientos no reside únicamente en el prestigio del galardón, sino en lo que reflejan: que la investigación de mayor impacto en el ámbito del ejercicio físico aplicado a la salud se está generando, de forma consistente, desde este campo académico y profesional.

Asimismo, este liderazgo científico encuentra reflejo en el posicionamiento internacional de las universidades españolas en el ámbito de las Ciencias del Deporte. En rankings globales de referencia, como el *Academic Ranking of World Universities*, las universidades españolas presentan una presencia destacada en este campo ([un total de 22 en el año 2025](#)), con múltiples instituciones situadas entre las mejor posicionadas a nivel internacional, lo que evidencia el alto nivel de desarrollo académico e investigador alcanzado.

En conjunto, estos elementos permiten afirmar que el ejercicio físico orientado a la salud no solo constituye una realidad operativa y normativa en desarrollo, sino también un campo de conocimiento científicamente consolidado, cuya base investigadora se encuentra plenamente estructurada, validada y alineada con los objetivos actuales del sistema sanitario.



7. CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ORDENACIÓN: EL SISTEMA YA ESTÁ OPERANDO SIN UN MARCO DEFINIDO

Tras haber constatado que el ejercicio físico se ha incorporado progresivamente a los procesos de salud, que existe una base universitaria específica para sostener su desarrollo y que, además, distintos instrumentos normativos e institucionales han comenzado a identificar el perfil profesional que puede asumir este ámbito de intervención, la ausencia de una ordenación clara deja de ser una cuestión teórica o conceptual. Se convierte en un problema de funcionamiento del propio sistema.

El sistema sanitario está utilizando ya el ejercicio físico como herramienta de intervención, pero lo está haciendo sin haber definido de forma precisa su encaje ni los criterios que deben regir su integración. Esta situación genera una **desalineación entre la práctica asistencial y su ordenación jurídica y organizativa**, que no resulta neutra desde el punto de vista operativo.

No se trata de una reivindicación sectorial, sino de una incoherencia estructural: **el sistema ha incorporado una herramienta sin haber terminado de ordenar su uso**. A partir de este punto, las consecuencias no se limitan al plano conceptual, sino que se proyectan directamente sobre la seguridad jurídica, la organización de los servicios, la coordinación interprofesional y la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles.

7.1. INSEGURIDAD JURÍDICA Y AMBIGÜEDAD OPERATIVA

La ausencia de una ordenación clara del ejercicio físico en el ámbito de la salud se traduce, en primer lugar, en un escenario de **inseguridad jurídica y ambigüedad operativa** que afecta tanto a las organizaciones como a las y los profesionales implicados.

En la medida en que no se han definido de forma precisa los criterios de delimitación basados en el contenido técnico de las intervenciones —tal y como se ha argumentado en los apartados anteriores—, la integración del ejercicio físico queda sujeta a interpretaciones variables. Estas interpretaciones no responden necesariamente a diferencias en la naturaleza de las actuaciones, sino a la ausencia de un marco común que permita ordenarlas. **La misma intervención puede recibir valoraciones distintas en función del contexto organizativo, del territorio o del criterio del órgano que la analiza.**

Esta situación genera un efecto especialmente relevante: la toma de decisiones deja de apoyarse en parámetros técnicos estables y pasa a depender, en gran medida, de interpretaciones prudentiales o defensivas. Ante la falta de una delimitación clara, las organizaciones tienden a optar por soluciones que minimicen el riesgo de conflicto, incluso cuando ello implica limitar o desnaturalizar la propia intervención.

El sistema no carece de conocimiento sobre qué hacer, pero sí de seguridad sobre cómo hacerlo y en qué condiciones. Desde el punto de vista operativo, esta ambigüedad se traduce en dificultades para estructurar servicios, definir roles profesionales o establecer circuitos de actuación estables. La ausencia de criterios claros impide consolidar modelos organizativos coherentes y dificulta la integración efectiva del ejercicio físico en los procesos de salud.



Al mismo tiempo, esta inseguridad afecta directamente a las y los profesionales que intervienen en este ámbito. La falta de delimitación genera incertidumbre sobre el alcance de sus funciones, condiciona su práctica y puede limitar el desarrollo de intervenciones que, desde el punto de vista técnico, resultarían adecuadas.

La consecuencia es un sistema que opera, pero lo hace sin reglas claras, lo que introduce fricción, ralentiza la toma de decisiones y reduce la calidad de su funcionamiento. Este escenario no responde a la inexistencia de una base técnica o formativa —que, como se ha expuesto, sí existe—, sino a la falta de una ordenación que permita trasladar ese conocimiento a un marco operativo seguro y estable.

7.2. BLOQUEOS EN LA IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS Y EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

La ausencia de una ordenación clara no solo genera incertidumbre, sino que está teniendo ya una consecuencia más directa: **la paralización, ralentización o distorsión de iniciativas concretas vinculadas al ejercicio físico en salud.**

Cuando el sistema no define con claridad el encaje de una intervención, su desarrollo queda expuesto a dinámicas de bloqueo que no responden a su viabilidad técnica, sino a la falta de un marco que proporcione seguridad a los distintos actores implicados. **El problema deja de ser interpretativo y pasa a ser operativo: las iniciativas no se despliegan, o lo hacen de forma limitada.**

Esta situación puede observarse en distintos niveles del sistema. En el ámbito asistencial, se han producido paralizaciones en la implantación de servicios de ejercicio físico vinculados a unidades hospitalarias concretas, pese a contar con base técnica y evidencia suficiente para su desarrollo.

En el plano de las políticas públicas, la falta de definición ha condicionado el desarrollo de planes de prescripción de ejercicio físico en distintos territorios. En algunos casos, estos planes no han llegado a desplegarse; en otros, su implantación se ha visto ralentizada o limitada, no por ausencia de diseño o de recursos, sino por la dificultad de articular su encaje profesional sin generar conflicto. No se trata de una falta de voluntad del sistema, si no de la ausencia de un marco claro que le permita avanzar con seguridad.

Esta dinámica no se limita al ámbito autonómico. Incluso en iniciativas de carácter estatal, concebidas desde una lógica multidisciplinar y orientadas a impulsar el ejercicio físico como herramienta de salud, se han producido bloqueos que están impidiendo su desarrollo efectivo.

Cuando no existe una delimitación funcional clara, cualquier intento de avance queda expuesto a la contestación o a la paralización. El resultado es especialmente significativo: el sistema dispone de evidencia científica, de experiencias previas, de base formativa y de instrumentos de política pública, pero encuentra dificultades para trasladar todo ello a una implantación real y sostenida. **La falta de ordenación no solo genera conflicto potencial, sino que se traduce en una pérdida efectiva de capacidad de acción del sistema.**

Desde esta perspectiva, los bloqueos observados no deben interpretarse como incidencias puntuales o como conflictos aislados, sino como la manifestación de un problema estructural: la ausencia de un marco que permita integrar el ejercicio físico en el sistema sanitario con



seguridad jurídica y operativa. Mientras ese marco no exista, el desarrollo de este ámbito seguirá dependiendo de equilibrios inestables, con el consiguiente riesgo de paralización o de desarrollo desigual.

7.3. INEFICIENCIA DEL SISTEMA Y DESAPROVECHAMIENTO DE RECURSOS DISPONIBLES

Más allá de la inseguridad jurídica y de los bloqueos operativos descritos, la ausencia de una ordenación clara del ejercicio físico en el ámbito de la salud tiene una consecuencia adicional de especial relevancia: **impide al sistema sanitario aprovechar de forma plena los recursos y capacidades de los que ya dispone.**

Tal y como se ha expuesto en los apartados anteriores, el sistema cuenta actualmente con elementos que, en su conjunto, permitirían articular este ámbito de intervención de forma coherente: una base universitaria especializada, un perfil profesional progresivamente identificado, experiencias operativas en distintos niveles y un respaldo creciente desde la evidencia científica y las políticas públicas.

Sin embargo, la falta de un marco de ordenación que integre estos elementos provoca que no funcionen de manera coordinada. **El resultado no es la ausencia de recursos, sino su utilización fragmentada y subóptima.**

Esta situación se traduce en una pérdida de eficiencia en varios planos. Por un lado, iniciativas que podrían desarrollarse de forma sistemática quedan limitadas a experiencias puntuales o dependientes de contextos concretos. Por otro, la falta de definición dificulta la consolidación de servicios estables, lo que impide generar continuidad en las intervenciones y limita su impacto real sobre la salud de la población.

A ello se añade un elemento especialmente relevante desde la perspectiva de la gestión pública: la existencia de inversiones y esfuerzos institucionales orientados a impulsar el ejercicio físico en salud —como los vinculados a planes de prescripción o a estrategias de promoción de la actividad física— que no alcanzan todo su potencial debido a la ausencia de una integración estructurada. Es decir, el sistema no está aprovechando plenamente herramientas que ya ha incorporado y cuya utilidad ha reconocido. Por tanto, **la falta de ordenación implica, en la práctica, reducir el retorno de las políticas públicas ya puestas en marcha.**

Esta ineficiencia no se manifiesta necesariamente en términos visibles a corto plazo, pero sí en forma de oportunidades perdidas: menor capacidad para mejorar la adherencia a las intervenciones, dificultades para abordar de manera efectiva la cronicidad o limitaciones en el desarrollo de estrategias preventivas sostenidas en el tiempo. **El coste no es solo organizativo, sino también en términos de salud pública y de eficiencia en la utilización de recursos sanitarios.**

Desde esta perspectiva, la falta de ordenación no puede interpretarse como una situación neutra o transitoria. Supone, en la práctica, mantener un modelo en el que el sistema dispone de los elementos necesarios para avanzar, pero no logra articularlos de forma eficiente. **El sistema no falla por falta de conocimiento ni de recursos, sino por no haber ordenado adecuadamente un ámbito de intervención que ya forma parte de su realidad.**



8. EL ESPACIO DONDE OCURRE: UNA INTERFAZ YA OPERATIVA SIN ORDENACIÓN JURÍDICA

A la luz de lo expuesto en los apartados anteriores, el problema ya no puede formularse únicamente en términos de falta de delimitación conceptual o de insuficiencia normativa. La realidad es más precisa. El sistema sanitario está operando en un espacio funcional que no ha sido plenamente identificado ni ordenado.

Este espacio no coincide con el ámbito clínico tradicional, ni puede asimilarse sin más a los contextos deportivos, educativos o recreativos en los que también se desarrolla el ejercicio físico. Se sitúa, más bien, en una zona intermedia en la que confluyen procesos asistenciales, intervenciones comunitarias y actuaciones orientadas a la mejora de la capacidad funcional y de la salud de las personas. **Nos encontramos ante una interfaz entre el sistema sanitario y el entorno comunitario que ya está siendo utilizada, pero que carece de una arquitectura jurídica definida.**

En esta interfaz, el ejercicio físico adquiere una relevancia específica. No se trata de una actividad ajena al sistema sanitario, en la medida en que se integra en procesos de salud, responde a objetivos vinculados a dichos procesos y se articula a partir de mecanismos de derivación o coordinación con profesionales sanitarios.

Pero tampoco se trata de una intervención clínica en sentido estricto, ya que su lógica no se sitúa en el diagnóstico, el tratamiento o la recuperación de disfunciones específicas, sino en la mejora de la condición física mediante procesos de adaptación fisiológica, tal y como se ha delimitado en el apartado 5.

Este carácter intermedio explica, en gran medida, las dificultades observadas: el sistema actúa en este espacio, pero no dispone de categorías plenamente ajustadas para ordenarlo.

La consecuencia es que esta interfaz funciona actualmente mediante soluciones parciales, adaptaciones organizativas y fórmulas de coordinación que, aunque operativas en determinados contextos, carecen de un encaje homogéneo en el conjunto del sistema.

Así, las intervenciones basadas en ejercicio físico pueden integrarse en circuitos asistenciales, desarrollarse en entornos comunitarios tras derivación sanitaria o articularse a través de dispositivos sociosanitarios, sin que exista un marco común que defina con precisión su posición en cada uno de estos supuestos. **El sistema no está actuando fuera de su ámbito, pero tampoco dentro de un espacio claramente ordenado.**

Desde esta perspectiva, la cuestión no es si este espacio debe existir —porque de hecho ya existe y está siendo utilizado—, sino cómo debe ser identificado y estructurado para permitir una integración coherente de las intervenciones que en él se desarrollan.

Nombrar y delimitar esta interfaz constituye, por tanto, un paso necesario en esta propuesta de ordenación. Solo a partir de su reconocimiento como espacio propio de intervención será posible determinar con claridad qué actuaciones tienen cabida en él, cómo deben articularse con el resto de intervenciones del sistema sanitario y qué perfil profesional resulta adecuado para su desarrollo.



9. LA PIEZA ESTRUCTURAL: EL PERFIL PROFESIONAL Y SU ARTICULACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Una vez identificado el espacio en el que se sitúan las intervenciones basadas en ejercicio físico —esa interfaz entre el sistema sanitario y el entorno comunitario que ya está siendo utilizada, pero que carece de una ordenación completa—, la cuestión que se plantea no es únicamente estructural. Se trata de definir **qué tipo de intervención se desarrolla en ese espacio y a través de qué perfil profesional se está articulando en la práctica.**

En este punto, resulta esencial partir de la realidad ya descrita y evitar planteamientos abstractos o meramente teóricos. **El sistema no está ante un vacío, sino ante una actividad que ya se está desarrollando, aunque no haya sido plenamente ordenada.**

Esta actividad presenta rasgos relativamente definidos. Se trata de intervenciones basadas en el ejercicio físico que:

- se integran en procesos de salud o se vinculan a ellos,
- actúan sobre la condición física mediante la generación de adaptaciones fisiológicas,
- se desarrollan en coordinación con el sistema sanitario o a partir de derivaciones desde éste,
- y, en muchos casos, se despliegan en entornos no estrictamente clínicos, pero conectados con el proceso asistencial.

Es decir, **no es una actividad clínica en sentido estricto, pero tampoco es una actividad físico-deportiva general desvinculada de objetivos de salud.**

Cuando el sistema ha tenido que articular esta actividad —ya sea en normas autonómicas, en programas públicos o en desarrollos institucionales—, la respuesta ha comenzado a apuntar de forma consistente hacia un perfil profesional concreto: las personas tituladas en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Este hecho no responde a una decisión aislada, sino a una convergencia observable:

- las leyes autonómicas identifican a este perfil como el profesional del ejercicio físico también en contextos vinculados a la salud,
- las políticas públicas recientes, como el Plan de Prescripción de Actividad y Ejercicio Físico, prevén su intervención en la implementación de programas derivados desde el sistema sanitario,
- y la base universitaria existente se encuentra específicamente orientada al diseño, control y adaptación del ejercicio físico como herramienta de intervención.

En definitiva, cuando el sistema ha tenido que concretar quién opera en este espacio, ya ha empezado a señalar una respuesta.

Desde esta perspectiva, la cuestión no es determinar si este perfil debe incorporarse, sino reconocer que ya está operando, de forma directa o indirecta, cubriendo una actividad que el propio sistema ha generado.

Esta actividad puede identificarse en tres planos interrelacionados:



- interviniendo en procesos de salud, cuando el ejercicio físico se integra como herramienta coadyuvante dentro de itinerarios asistenciales;
- interviniendo en servicios comunitarios vinculados a derivación sanitaria, garantizando continuidad y adherencia;
- conectando el sistema sanitario con el sistema deportivo, mediante intervenciones de asesoramiento desde los propios centros de salud.

No son ámbitos distintos, sino manifestaciones de una misma actividad profesional a lo largo del continuo asistencial.

Identificar el perfil profesional que ya está cubriendo esta actividad no agota la cuestión. Surge, de forma natural, una preocupación recurrente en el ámbito institucional: **si dicho perfil dispone del encaje adecuado dentro del sistema sanitario.**

Desde el punto de vista técnico, la intervención mediante ejercicio físico ya cuenta con una base formativa específica y suficiente, estructurada en el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Así lo han reconocido, de hecho, tanto las normas autonómicas como los desarrollos institucionales recientes, que identifican a este perfil como el profesional del ejercicio físico en contextos vinculados a la salud. **Por tanto, la cuestión no es de suficiencia técnica, sino de articulación dentro del sistema sanitario.**

Desde esta perspectiva, caben distintas vías de ordenación. Una de ellas podría consistir en establecer mecanismos de adaptación al entorno sanitario —formativos, organizativos o de acreditación— que permitan facilitar la integración de este perfil en equipos asistenciales y en procesos de salud. Pero esta eventual adaptación no responde a una carencia en el objeto técnico de la intervención, sino a la necesidad de operar dentro de un sistema con lógicas propias.

En este punto, la experiencia de otros ámbitos resulta ilustrativa. El modelo adoptado para la psicología sanitaria, introducido por la Ley 33/2011, General de Salud Pública, no partió de la inexistencia de formación en el ámbito de la salud, sino de la conveniencia de articular un itinerario que facilitara la integración en el sistema sanitario sin desnaturalizar la disciplina ni desplazar su base de conocimiento. Este enfoque permite separar claramente dos planos: el conocimiento técnico propio de una disciplina, y su encaje en un sistema organizativo concreto.

Aplicado al ejercicio físico, esto implica una conclusión clara: si el sistema considera necesario reforzar el encaje sanitario del perfil, puede hacerlo mediante mecanismos de adaptación; **lo que no resulta coherente es resolver esa necesidad mediante la absorción de la intervención por perfiles cuyo objeto técnico no es el ejercicio físico.**

En este sentido, resulta relevante señalar que el propio sistema universitario, desde las Facultades de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, ya desarrolla vías de especialización vinculadas a la intervención mediante ejercicio físico en contextos de salud. Actualmente existen al menos **trece másteres oficiales vinculados al ejercicio físico en contextos de salud y cuatro más centrados en la readaptación físico-deportiva**, con denominaciones diversas pero con un núcleo formativo común.

Estos programas formativos no constituyen una propuesta nueva, sino una realidad ya existente en el sistema universitario, y podrían operar como mecanismos de adaptación al contexto sanitario, complementarios a la formación de base del Grado. Desde esta perspectiva, su relevancia reside en su disponibilidad como instrumento de ordenación: **el sistema no necesita**



crear una vía formativa complementaria *ex novo*, sino decidir cómo utilizar y, en su caso, estructurar una especialización que ya existe.

No se parte de cero, sino de una realidad ya construida. El sistema dispone ya de:

- una actividad operativa claramente identificable,
- un perfil profesional hacia el que han apuntado los desarrollos normativos e institucionales,
- y una base formativa universitaria, tanto de Grado como de Posgrado, capaz de sostener su desarrollo.

Desde esta perspectiva, la decisión pendiente no es si este ámbito debe existir —porque ya existe—, ni si hay perfiles potenciales —porque ya han sido identificados—, sino algo más preciso: cómo el sistema quiere ordenar de forma coherente un espacio profesional que ya está operando en su interior.

10. UN ENCAJE PRECISO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL SISTEMA SANITARIO

La delimitación desarrollada en los apartados anteriores permite abordar ahora una cuestión clave para la ordenación del sistema: determinar con precisión el ámbito en el que las intervenciones basadas en ejercicio físico adquieren relevancia sanitaria.

Este paso resulta especialmente importante, no solo desde el punto de vista técnico, sino también desde una perspectiva de coherencia institucional. **No toda intervención basada en ejercicio físico debe formar parte del ámbito sanitario.** Esta afirmación no responde a una limitación externa ni a una concesión, sino que se deriva de la propia naturaleza de la intervención y de su relación con los procesos de salud.

Tal y como se ha expuesto, el ejercicio físico se define por su actuación sobre la condición física mediante la generación de adaptaciones fisiológicas. Sin embargo, esta misma intervención puede desarrollarse en contextos muy distintos, con finalidades diversas y con grados variables de conexión con el sistema sanitario.

Lo que determina su encaje en el ámbito sanitario no es su naturaleza técnica, sino su integración en un proceso de salud. Desde esta perspectiva, el criterio de delimitación no se sitúa en el tipo de intervención —que sigue siendo ejercicio físico en todos los casos—, sino en el marco funcional en el que dicha intervención se inserta.

Así, el ejercicio físico adquiere relevancia en el ámbito sanitario cuando concurren, de forma conjunta o significativa, los siguientes elementos:

- integración en un proceso de atención a la salud**, ya sea de forma directa o como parte de un itinerario asistencial;
- orientación a un objetivo específico vinculado a la salud**, como la mejora funcional, la prevención de complicaciones o el apoyo a procesos clínicos;



- c. **existencia de mecanismos de coordinación con el sistema sanitario**, ya sea mediante derivación, seguimiento o supervisión;
- d. **conexión con estructuras asistenciales o sociosanitarias**, aunque la intervención se desarrolle fuera del entorno clínico estricto.

Es la concurrencia de estos elementos la que sitúa la intervención en el ámbito sanitario, no el mero hecho de utilizar ejercicio físico ni las características de la persona destinataria.

Este criterio permite resolver una cuestión especialmente sensible: evitar tanto la expansión indiscriminada del ámbito sanitario como la exclusión de intervenciones que forman ya parte de los procesos de salud.

En particular, permite establecer con claridad que:

- el ejercicio físico desarrollado en contextos deportivos, educativos o recreativos, sin vinculación funcional con procesos de salud, no forma parte del ámbito sanitario, aunque pueda tener efectos beneficiosos sobre la salud;
- el ejercicio físico orientado a la mejora general de la condición física, sin integración en itinerarios asistenciales ni objetivos específicos de salud, permanece en su ámbito propio, sin necesidad de ser reconducido al sistema sanitario;
- y, por el contrario, **el ejercicio físico que se integra en procesos de atención a la salud, en coordinación con el sistema sanitario, requiere un encaje claro dentro de éste, con las garantías organizativas y profesionales correspondientes.**

Para aportar aún más nitidez sobre el alcance que requiere la ordenación de las prestaciones de ejercicio físico en el marco sanitario, en la siguiente tabla se analizan diferentes servicios en los que puede integrarse el ejercicio físico. Este análisis pone especial atención a que sus beneficios para la salud, potenciales o indirectos, no se relacionan con una integración en circuitos asistenciales y, por tanto, no son susceptibles de ordenación sanitaria. Solo aquellos que efectivamente se integran en circuitos asistenciales, y que además sus beneficios para la salud son directos (en tanto en cuanto se diseñan vinculados con las condiciones de salud de la persona derivada mediante prescripción), materialmente cumplen con los requisitos de se regulen mediante la normativa sanitaria.



SISTEMA	OBJETIVO PRINCIPAL	EJEMPLOS	BENEFICIOS PARA LA SALUD	INTEGRACIÓN EN CIRCUITOS ASISTENCIALES
EDUCATIVO	Formación	Actividades deportivas extraescolares vinculadas al programa deportivo de centro.	POTENCIALES. Conicionados a la adecuada intervención profesional.	✗ No
DEPORTIVO	Competición	Escuelas deportivas, clubes deportivos, federaciones.	INDIRECTOS. Solo si se implementa bajo criterios de salud y seguridad, y se incluyen intervenciones preventivas.	✗ No
	Iniciación y formación deportiva		POTENCIALES. Conicionados a la adecuada intervención profesional.	✗ No
	Recreación	Actividades de turismo activo.	INDIRECTOS. Solo si se implementa bajo criterios de salud y seguridad.	✗ No
	Inclusión social	Actividades promovidas por asociaciones de personas con discapacidad o en riesgo de exclusión social	POTENCIALES. Conicionados a la adecuada intervención profesional.	✗ No
	Bienestar	Servicios habituales y genéricos de centros fitness y centros deportivos municipales.	POTENCIALES. Conicionados a la adecuada intervención profesional.	✗ No
	Salud	Servicios de ejercicio físico especializados a los que se deriva tras prescripción sanitaria. El ejemplo más habitual son los que se integran en los servicios deportivos municipales y están coordinados con los centros de salud.	DIRECTOS. Vinculados con las condiciones de salud de la persona derivada.	✓ Sí
SOCIAL	Recreación	Actividades ofrecidas en ludotecas, actividades de tiempo libre.	INDIRECTOS. Solo si se implementa bajo criterios de salud y seguridad.	✗ No
	Inclusión social	Actividades promovidas desde el sistema de servicios sociales dirigidas a personas vulnerables y/o en riesgo de exclusión social.	POTENCIALES. Conicionados a la adecuada intervención profesional.	✗ No
	Salud	Servicios de ejercicio físico en centros de día y residencias tanto de personas mayores como de personas con discapacidad.	DIRECTOS. Vinculados con las condiciones de salud de la persona derivada.	✓ Sí
SANITARIO	Salud	Servicios de ejercicio físico especializados, integrados en centros de salud, hospitales u otro tipo de clínicas.	DIRECTOS. Vinculados con las condiciones de salud de la persona derivada.	✓ Sí

La delimitación no reduce el alcance del ejercicio físico, sino que distingue los planos en los que opera. Este matiz resulta esencial, ya que permite evitar interpretaciones erróneas en dos direcciones:

Corporación de Derecho Público constituida por el Real Decreto 2353/1981, de 13 de julio. N.I.F. Q-2878048D. NOTA - Educación Física y Deportiva (profesión) y Educadoras y Educadores Físico Deportivos (profesionales), denominación proyectiva de la profesión titulada y colegiada aprobada por acuerdo del Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de España (Consejo COLEF) a fecha 17 de noviembre de 2016, tramitada ante el Ministerio de adscripción, recogida en el segundo párrafo de la disposición final sexta de la Ley 39/2022, de 30 de diciembre, del Deporte, y pendiente de aprobación por el Consejo de Ministros.



- por un lado, la idea de que se pretende extender el ámbito sanitario a cualquier práctica de ejercicio físico;
- por otro, la percepción de que la intervención basada en ejercicio físico en salud constituye un ámbito difuso o indefinido.

Desde esta perspectiva, la delimitación propuesta no implica:

- la medicalización del conjunto de las prácticas de actividad física y deporte,
- la absorción de ámbitos propios del sistema deportivo o educativo,
- ni la exclusión de otros perfiles profesionales en sus respectivos espacios de actuación.

Implica, exclusivamente, identificar y ordenar un espacio profesional concreto en el que el ejercicio físico ya está siendo utilizado como herramienta en procesos de salud.

Desde el punto de vista institucional, introduce un elemento de seguridad especialmente relevante:

- el sistema sanitario mantiene el control sobre el ámbito de las intervenciones vinculadas a procesos de salud,
- el sistema deportivo y comunitario conserva su espacio propio de desarrollo,
- y la articulación entre ambos puede realizarse de forma ordenada, sin solapamientos ni conflictos innecesarios.

11. UNA OPORTUNIDAD DE ORDENACIÓN PARA EL PROPIO SISTEMA

En coherencia con lo expuesto, la reforma en curso ofrece una base adecuada para avanzar en una ordenación de la intervención profesional mediante ejercicio físico vinculada a contextos de salud, en concreto mediante la incorporación de elementos que aporten claridad, estabilidad y coherencia al sistema.

En particular, representa una oportunidad para:

1. **reconocer expresamente la intervención mediante ejercicio físico como una actuación vinculada a procesos de salud**, cuando concurren las condiciones descritas en este documento;
2. **establecer criterios claros de delimitación** basados en el objeto técnico de la intervención y en su integración en procesos de atención a la salud, evitando interpretaciones basadas exclusivamente en el contexto o en la presencia de patología;
3. **facilitar la articulación de estas intervenciones dentro del sistema sanitario** mediante mecanismos de coordinación, derivación y seguimiento, en conexión con el ámbito comunitario;
4. y, como consecuencia de lo anterior, **incorporar en el marco de ordenación del sistema sanitario el reconocimiento de las educadoras y educadores físico deportivos** — personas colegiadas y tituladas en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte— como



el perfil profesional cualificado para la intervención mediante ejercicio físico en los supuestos en los que esta se integra en procesos de salud, de acuerdo con su objeto técnico y con la base formativa y normativa ya existente;

5. y **posibilitar, en su caso, el desarrollo de mecanismos de adaptación al entorno sanitario**, como por ejemplo formación complementaria, a partir de la base universitaria ya disponible, sin necesidad de alterar la naturaleza del perfil profesional ni de crear estructuras *ex novo*;
6. y **garantizar que esta ordenación se realice respetando el carácter transversal del ejercicio físico**, preservando su desarrollo en los ámbitos deportivo, educativo y comunitario.

En definitiva, la reforma de la LOPS ofrece la oportunidad de ordenar una realidad que el propio sistema ya ha incorporado, **reconociendo de forma coherente al perfil profesional que la hacen posible** y dotando a estas intervenciones del encaje que requieren para desplegar todo su potencial en la mejora de la salud de la población.