Región de Murcia

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, HACIENDA, PORTAVOCÍA FONDOS EUROPEOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Orden de la Consejería de Economía, Hacienda, Portavocía, Fondos Europeos y Transformación Digital, sobre garantías de prestación de servicios mínimos en la Administración Pública de la Región de Murcia.

Habiéndose anunciado una convocatoria de huelga que afecta al personal Médico del Sistema Nacional de Salud para diferentes jornadas, prevista inicialmente desde el día 16 de noviembre de 2026 hasta el día 28 de noviembre de 2026, indicando en la convocatoria su carácter de indefinida y que las siguientes convocatorias serán preavisadas de conformidad con lo dispuesto legalmente, se hace necesario dictar medidas encaminadas a asegurar el mantenimiento de los servicios esenciales de la comunidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28 y 37 de la Constitución, de manera que se concilien el ejercicio del derecho constitucional de huelga con el resto de derechos de carácter fundamental de la ciudadanía procurando que no quede vacío de contenido ninguno de los derechos fundamentales en conflicto.

El artículo 15.c) del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre («BOE» núm. 261, de 31 de octubre de 2015), reconoce al personal al servicio de la Administración Pública "el derecho al ejercicio de la huelga con la garantía del mantenimiento de los servicios esenciales de la comunidad". Por tanto, el ejercicio del derecho de huelga debe ser conjugado con la garantía de que se atiendan los intereses generales que representa la prestación de servicios públicos esenciales, debiendo adoptar medidas orientadas a velar por dichos servicios esenciales, efectuando una restricción ponderada, justificada y proporcional del derecho de huelga.

La convocatoria de huelga afecta al servicio sanitario prestado por la Administración Pública Regional, un servicio esencial para la comunidad cuya paralización puede afectar a la salud y a la vida de las personas, por ello es necesario garantizar el mismo mediante la fijación de servicios mínimos, por cuanto que su falta de prestación colisiona con los derechos a la vida y a la salud proclamados en los artículos 15 y 43 de la Constitución Española. Por tanto, es necesario establecer los servicios mínimos destinados a garantizar la protección del derecho a la vida y a la integridad física de las personas mediante la protección de su salud a través de la asistencia sanitaria, con especial atención a los servicios de urgencias, tanto hospitalarias como extra-hospitalarias, las Unidades de Cuidados Intensivos y las plantas de hospitalización.

La duración de la convocatoria supone un desafío adicional en la planificación de los servicios mínimos al tratarse de una huelga indefinida inicialmente prevista para varios días sucesivos, resulta imprescindible garantizar la adecuada cobertura de los servicios esenciales sin comprometer la continuidad de la atención por el efecto acumulativo que supone una pérdida de la actividad asistencial, con el consiguiente riesgo para la salud de las personas. Por ello se han tenido presentes las concretas circunstancias de la convocatoria que, en su primera fase comprende un periodo continuado de doce días naturales, durante el cual la interrupción de la actividad ordinaria puede ocasionar una acumulación de necesidades asistenciales no resueltas y en el supuesto de prolongarse dada la previsión de carácter indefinido hacen necesario garantizar la atención urgente y no demorable, la continuidad de

los tratamientos imprescindibles y la adecuada respuesta a las necesidades sanitarias de la población, sin que ello suponga el mantenimiento generalizado de la actividad ordinaria.

De acuerdo con lo expuesto y teniendo en cuenta las circunstancias particulares de la convocatoria, se establecen los servicios mínimos ajustados a las necesidades de las unidades y servicios que deben permanecer operativos durante la huelga. El objetivo es, por un lado, permitir que los profesionales ejerzan su derecho a la huelga, y por otro, asegurar que la actividad sanitaria imprescindible reciba la cobertura mínima de recursos humanos y materiales necesarios para proteger la salud y la vida de las personas. En base a dichas premisas se ha realizado una previsión exhaustiva de los servicios mínimos que se incluyen en anexo a la presente Orden por servicios/unidades sanitarias y una detallada motivación que de forma sintética se indican a continuación:

Atención Primaria

El Servicio Murciano de Salud cuenta con 85 Equipos de Atención Primaria distribuidos en 9 áreas de salud. Los Equipos de Atención Primaria, como regla general, prestan asistencia los días laborales en horario diurno (en turno matutino y, en algunos casos, además, en turno vespertino). Los sábados tienen un régimen horario en jornada complementaria (de 8 a 15h), los domingos y festivos no tienen actividad.

Desde una perspectiva estrictamente asistencial a la ciudadanía, Atención Primaria es el primer nivel asistencial y puerta de entrada al sistema de salud. Esta condición obliga a garantizar la asistencia a la población ante consultas que requieran un abordaje urgente por parte de un facultativo, sea personal médico de familia o pediatra, tanto para discriminar las patologías realmente urgentes de las que no lo sean como para en las primeras prestar una primera asistencia para resolver la urgencia o para preparar la evacuación a un centro hospitalario. Asimismo, en Atención Primaria se realiza la prescripción de medicamentos para enfermos crónicos que, en ciertos momentos, es indemorable sin riesgo grave para la salud de éstos. Y también se emiten los partes de baja de incapacidad temporal que amparan la ausencia del trabajador afectado a su puesto de trabajo y son también indemorables.

Para establecer el personal facultativo que debe prestar los servicios mínimos, se ha atendido al número existente en cada Equipo de Atención Primaria, tanto de Medicina de Familia como de Pediatría, en relación con la población de la zona del Equipo de Atención Primaria a atender. Resulta necesaria una proporción entre población/Facultativos en servicios mínimos porque, de no respetarse y fijarse un número excesivamente bajo de servicios mínimos, éstos no cumplirán su propósito de garantizar el mantenimiento de los servicios esenciales sanitarios para los que se fijan y dificultaría gravemente la accesibilidad, en su mínima expresión, de la población al primer nivel asistencial.

Asimismo los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUAP/ME/PAC/PEA/CCU), constituyen un recurso asistencial esencial dentro del sistema sanitario, destinado a la atención inmediata de situaciones clínicas graves o potencialmente graves que requieren valoración y tratamiento sin demora. La interrupción o reducción significativa de estos servicios podría generar riesgos graves para la salud pública, al impedir la atención oportuna de patologías tiempo-dependientes como eventos cardiovasculares, accidentes, insuficiencias respiratorias agudas u otras urgencias vitales así como el traslado urgente a hospitales en caso de ser preciso. Asimismo, estos dispositivos desempeñan un papel fundamental en la descongestión de los servicios de urgencias hospitalarios y en la cobertura sanitaria de áreas rurales o de difícil acceso, donde pueden constituir el único recurso sanitario disponible fuera del horario ordinario.

Atención Hospitalaria

En cuanto a Atención Hospitalaria y, especialmente teniendo en cuenta la duración de la huelga, esta Administración se ve obligada a efectuar una rigurosa ponderación entre el derecho fundamental de huelga y los derechos a la vida y a la protección de la salud, ya que, tal y como ha determinado la jurisprudencia y la doctrina sanitaria el "servicio esencial" no se limita a la atención de la urgencia vital inmediata, sino que abarca aquellos procesos cuya

interrupción o demora genera un daño irreparable o una pérdida de oportunidad terapéutica. En un contexto de prolongación de la duración de la huelga, la acumulación de demoras se traduce matemáticamente en un incremento de la morbimortalidad. Como criterio basal, para todos los servicios del hospital se establece una cobertura equivalente a la de un día festivo (guardia 24h) para garantizar la atención urgente. Sin embargo, dada la evidencia científica actual, este mínimo resulta insuficiente en áreas críticas, motivándose a continuación los refuerzos específicos.

1. Hospitalización (plantas de ingreso).

En el caso de la hospitalización, se debe garantizar el pase de planta, entendiendo por tal la revisión de los pacientes ingresados por los profesionales de las distintas especialidades de conformidad con la programación funcional existente en cada centro. A su vez, se debe garantizar que a los pacientes ingresados se les realicen las pruebas que se deriven del pase de planta (analíticas, estudios microbiológicos, estudios de imagen, pruebas funcionales,..) así como las intervenciones diagnósticas y terapéuticas no invasivas o invasivas que se indiquen durante el pase de planta de los pacientes hospitalizados. Los pacientes hospitalizados se encuentran, por definición, en una situación en la que precisan ingreso hospitalario porque su patología no puede resolverse óptimamente de forma ambulatoria. Los criterios de ingreso se establecen siguiendo los criterios de las diferentes sociedades científicas en función del diagnóstico de sospecha o de certeza que se establece por el facultativo que valora al paciente en el servicio de urgencias (ingresos urgentes) o en consulta hospitalaria (ingresos programados). Estos criterios atienden a criterios de pronóstico e incluso de mortalidad que indican que el paciente debe ingresar por las necesidades diagnósticas o terapéuticas no demorables para ser atendidas ambulatoriamente.

A continuación se detallan los motivos que justifican los servicios mínimos propuestas mediante la explicación de en qué consiste el pase de planta y por qué con los facultativos que están los fines de semana que son sólo los de guardia se hace imposible llevarlo a cabo y máxime durante un periodo tan largo de duración de la huelga ya que la suspensión del pase de planta durante una semana entera pone en gran riesgo la seguridad del paciente.

El pase de planta, en un hospital la atención a pacientes ingresados no consiste únicamente en actuar ante urgencias vitales. La hospitalización requiere, por definición, actividades clínicas continuas que implican, entre otras:

- Valoración médica periódica y seguimiento evolutivo
- Reevaluación Diagnóstica ante evolución o falta de respuesta.
- Ajuste y conciliación terapéutica (fármacos con posibles interacciones entre ellos, fluidos, oxigenoterapia, antibióticos, anticoagulación, analgesia, dosis precisas de insulina).
- Solicitud e interpretación de pruebas complementarias necesarias para confirmar/descartar Diagnósticos y guiar así los tratamientos.
- Prevención de eventos adversos (tromboembolismo por inmovilización prolongada, sepsis por mala evolución de la patología infecciosa, deterioro respiratorio, delirium ante ingresos prolongados, úlceras por presión, caídas, reacciones adversas a fármacos, infecciones nosocomiales).
- Decisiones de alta, derivación, cambio de nivel asistencial, limitación del esfuerzo terapéutico y planificación de cuidados.
- Coordinación con enfermería, farmacia, rehabilitación, trabajo social y continuidad de cuidados.
- Información clínica al paciente/familia y registro en historia clínica, imprescindible para la trazabilidad y la seguridad jurídica.

Todas estas acciones se encuentran dentro del pase de planta, que incluye a todos los pacientes ingresados, a los pacientes ingresados “nuevos” que aún no han sido valorados por la especialidad a cargo de la que ingresan así como a los pacientes que ya han sido valorados por dichos especialistas en los días previos. El pase de planta está ampliamente justificado por la literatura médica, por citar algunas referencias bibliográficas encontramos

entre otras, el Royal College of Physicians y el Royal College of Nursing del Reino Unido, en sus guías Ward Rounds in Medicine: Principles for Best Practice (2012) y Modern Ward Rounds: Good Practice for Multidisciplinary Inpatient Review (2021), establecen que el pase de planta DÍArio constituye el pilar fundamental de la asistencia al paciente hospitalizado y que debe incluir: revisión del estado actual, respuesta a tratamiento, resultados de pruebas, medicación, planificación del día y planificación del alta.

El pase de planta no puede ser asumido por el personal facultativo de guardia destinado a atender las urgencias, ya que se podría obstaculizar la atención a las urgencias y poner en riesgo la vida de los pacientes, además y por razones de ratios número de pacientes/ médico es imposible que el pase de planta pueda ser asumido por los médicos de guardia y ello en base a la siguiente justificación: Los pacientes ingresados en planta de hospitalización son valorados Diariamente por los médicos responsables del área de hospitalización de cada una de las especialidades. Por ejemplo, en las secciones de Medicina Interna la ratio de médico/pacientes suele ser 1 facultativo /7-10 pacientes, así puede realizar la anamnesis, exploración física, valorar las exploraciones complementarias, solicitar las exploraciones que puedan hacer que cambie el curso de la enfermedad y mejorar el pronóstico e incluso la mortalidad del paciente. Y finalmente realizar una aproximación Diagnóstica y terapéutica. Posteriormente informar al paciente de la situación de la evolución de la patología, así como solicitar interconsultas a otras especialidades y finalmente valorar el alta hospitalaria. Estos pacientes, siguiendo con el ejemplo de Medicina Interna fuera de la jornada ordinaria (tardes, noches y festivos- fines de semana) son atendidos por los facultativos de guardia cuando precisan una atención urgente. Esto justifica que los mínimos de fin de semana (guardia) no puedan realizar el pase de planta de los pacientes hospitalizados, ya que la ratio habitual de pacientes por facultativo en guardia no es suficiente para asumir el pase de planta de todos los pacientes hospitalizados por sólo los facultativos de guardia.

En cuanto a la justificación para que el pase de planta debe ser garantizado a todos los pacientes ingresados, viene justificado por la misma causa que originó su ingreso hospitalario. La indicación de ingreso del paciente se realiza por facultativos de los servicios de urgencias o facultativos de guardias de las diferentes especialidades (ingresos urgentes) o por los facultativos que valoran al paciente de forma ambulatoria en general en las consultas hospitalarias (ingresos programados); siguiendo los criterios de ingreso de las guías de manejo de las diferentes sociedades científicas de cada una de las especialidades. Los criterios de ingreso atienden a criterios de riesgo de mortalidad y también a criterios de cambios en el pronóstico de la vida del paciente si no se realiza dicho ingreso. Las diferentes patologías que hacen que el paciente deba ingresar también precisan que el paciente sea valorado con continuidad asistencial ya que múltiples patologías precisan una valoración por el médico para evitar eventos nefastos vitales, que no tienen clínica que les anteceda por la que pueda la enfermera avisar al médico de guardia. Apoyando más esta justificación debemos recordar que en periodos festivos prolongados se organizan pases de planta, asociados a la realización de exploraciones complementarias para evitar que estén varios días sin ser valorados de forma reglada los pacientes hospitalizados. Muchos deterioros graves no aparecen de forma súbita se pueden detectar por signos de alarma progresivos que valora el médico en el pase de planta como tendencia de constantes a hipotensión o hipertensión, cambios en la diuresis, dolor, disnea, confusión, febrícula, empeoramiento analítico. Si no existe valoración médica ordinaria y pruebas complementarias oportunas, se puede producir:

- Sepsis: puede ocurrir por el retraso en identificación de foco de la infección, ausencia de hemocultivos, no recibir antibiótico precoz, fluidoterapia guiada, control del foco con medidas quirúrgicas si se precisa...
- Arritmia grave: paciente que ingrese con insuficiencia cardíaca puede presentar una alteración iónica importante a causa del tratamiento diurético (asintomática) dando lugar a una hiperpotasemia y finalmente una arritmia mortal.
- Deterioro neurológico: ante la ausencia de visita médica puede ocurrir un retraso en identificar déficit progresivo

- Descompensaciones metabólicas (Diabetes, hiponatremia/hiperpotasemia, insuficiencia renal): sin ajuste precoz, aumenta riesgo de arritmias, coma, convulsiones.
- Tromboembolismo venoso: puede ocurrir sin revisión de la profilaxis ante inmovilidad y riesgo aumentado por patologías que han ocasionado el ingreso.
- Hemorragias y anemia: sin control evolutivo puede conllevar que no se indique el tratamiento oportuno y derivar en angor hemodinámica o en un sangrado grave. Incluso que no se indique una trasfusión que era necesaria.
- Ingreso por insuficiencia respiratoria: sin valoración médica ni realización de gasometría puede llevar al coma del paciente.
- Errores de medicación con el aumento de mortalidad en consecuencia
- Delirium y agitación no tratados a tiempo que conlleva más caídas, autolesiones,…
- Progresión de dolor no controlado (cuando puede ser un sufrimiento evitable).
- Infecciones relacionadas con catéteres y sondas ante la falta de indicación de retirada por parte del facultativo

Limitar la actividad a "solo urgencias" significa, en la práctica, que la mayor parte de estas funciones desaparecen, sustituyéndose por una asistencia reactiva y tardía ("solo si se inestabiliza"), lo cual incrementa la probabilidad de daño a los pacientes. En cuanto a referencias bibliográficas que avalan los efectos negativos por la suspensión del pase de planta queremos hacer referencia a que puede contribuir a un 10-20% de las muertes hospitalarias, al igual que los errores de medicación que aumentan ante la ausencia del pase de planta que pueden aumentar la mortalidad en un 2-6%. Encontramos una correlación con la mortalidad por la ausencia del pase de planta de forma continuada, la literatura científica confirma que la ausencia de rondas médicas estructuradas y con la interrupción de la continuidad asistencial se incrementa la mortalidad intrahospitalaria. Estudios recientes (Castaño-Pérez et al., 2023) demuestran una relación entre el retraso en la valoración médica y la mortalidad. Asimismo, la falta de supervisión diaria y los fallos en la transición de cuidados (Denson et al., 2016) se asocian a un aumento de eventos adversos graves. En cuanto a la seguridad del paciente, la evidencia (Cavalcanti et al., 2016) respalda que los pases de planta estructurados reducen la mortalidad en pacientes críticos y agudos.

El colapso del drenaje asistencial ante la ausencia de pase de planta durante una semana; con una media de más de 500 ingresos diarios y aproximadamente 540 altas en el Servicio Murciano de Salud (SMS), la paralización de las altas bloquearía las camas de hospitalización y la salida de pacientes de UCI a plantas de hospitalización generando una ausencia de camas de UCI para nuevos ingresos en la región. También el bloqueo de altas de hospitalización impediría el ingreso de pacientes desde los Servicios de Urgencias, generando un aumento de morbimortalidad en estos pacientes. También existe literatura científica que abala el riesgo de anular el pase de planta y realizar la asistencia sólo ante urgencias, “solo cuando se inestabiliza”, implica que el paciente llega peor y más tarde al punto de intervención. El resultado esperable es: mayor número de códigos de emergencia internos, mayor necesidad de derivaciones urgentes o UCI, mayor mortalidad y secuelas, mayor estancia medía con más riesgo de infecciones nosocomiales. Por todo ello, la supresión continuada del pase de planta durante la primera fase de la huelga y, en su caso, en fases posteriores puede producir una alteración sustancial de los procesos asistenciales esenciales del hospital, con riesgos previsibles y potencialmente evitables para los pacientes, así como dificultades en los circuitos críticos de Urgencias, hospitalización y UCI. La dotación de servicios mínimos deberá guardar proporción con las necesidades asistenciales concretas de cada unidad.

En cuanto a la justificación del porcentaje de facultativos que deben estar establecido en los mínimos con respecto al total habitual que atienden las áreas de hospitalización (no al total de facultativos de la especialidad); teniendo en cuenta que la duración de la huelga, se estima que debe haber el 50% de los facultativos habituales en planta de hospitalización. Este porcentaje se ha calculado valorando que en periodos de vacaciones la plantilla se divide, intentando ser la mitad en cada uno de los periodos de vacaciones atendiendo a las plantas

de hospitalización, pruebas de pacientes hospitalizados y guardias en las diferentes especialidades. En los periodos de vacaciones se disminuye la actividad programada en consultas, pruebas y quirófanos junto con la contratación de nuevos profesionales para mantener un porcentaje de plantilla adecuado en las plantas de hospitalización para atender a los pacientes ingresados y también se prioriza la realización de las exploraciones complementarias de los pacientes hospitalizados frente a los pacientes ambulatorios por razones de cambio en los pronósticos, morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados. Actualmente ya nos encontramos fuera del periodo de epidemia de infecciones respiratorias por lo que el número de pacientes ingresados en menor que en los meses previos, lo que nos permite disminuir el porcentaje de facultativos como servicios mínimos con respecto a otras convocatorias. Aunque cabe señalar que existen camas de sobreocupación en muchos de los hospitales todavía habilitadas, sobre todo los días posteriores a los fines de semana.

En cuanto a los hospitales de la Región, el Servicio Murciano de Salud (SMS) dispone de 10 hospitales distribuidos en 9 áreas sanitarias. En cada hospital las camas de hospitalización se distribuyen por especialidades (mapa de camas), en las que se realizan los ingresos de los pacientes que lo precisan. En este momento el SMS tiene aproximadamente 2.500 pacientes ingresados en global entre plantas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos. Manteniendo áreas de sobre capacidad abiertas sobre todo los primeros días de la semana. El número de altas de hospitalización se sitúa en el SMS, en total considerando en todos los hospitales, en torno a 540 altas diarias en un día laboral. El número de ingresos diarios que se realizan en el total del SMS se sitúa en torno a 500 ingresos/ día aproximadamente. Los criterios de ingreso para todos los pacientes hospitalizados en la región son similares ya que siguen las guías nacionales e internacionales de las sociedades científicas. Las ratios de número de pacientes por facultativo de una misma especialidad son parecidas en todos los hospitales, con variaciones atendiendo sobre todo a la complejidad de los pacientes ingresados en cada una de las áreas. Las ratios de número de pacientes /facultativo para el pase de planta y también para atender a la actividad urgente de la guardia es diferente según la especialidad, siendo algo inherente a la patología que se atiende en cada especialidad.

En lo que se refiere a la distribución de la jornada de los facultativos que atienden las áreas de hospitalización, indicar que la jornada ordinaria es de 8 a 15 h, que incluye la actividad de pase de planta, la cual se distribuye entre los profesionales de esa especialidad que son asignados para dicha actividad de planta de hospitalización, de tal forma que en términos generales cada profesional, por ejemplo en planta de hospitalización de Medicina Interna puede atender una media de 7 a 10 pacientes ingresados. Así como atender los pacientes de otras especialidades que solicitan su valoración por interconsulta no urgente. Los hospitales de segundo nivel (Hospital Morales Meseguer, Hospital Reina Sofía,…) y primer nivel (comarcales) el servicio de Medicina interna dispone de facultativos de guardia que atienden a los pacientes de todas las secciones Médicas (Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Neumología,…). A partir de las 15 h los pacientes ingresados son atendidos por los profesionales de guardia existentes en cada servicio y el número de facultativos de guardia varía en cada hospital según la cartera de servicios y las camas existentes a las que deben atender. La atención durante la guardia consiste en actuar ante las urgencias vitales de los pacientes ingresados a su cargo que se descompensan por su proceso clínico, y las interconsultas urgentes (llamadas al buscar de otros especialistas de guardia) de los pacientes ingresados en otros servicios, y que precisan de esta valoración sin demora. La actividad de los facultativos de guardia no incluye el pase de planta reglado, ya que no es una actividad urgente y no debe interferir en la atención a las urgencias, y en la mayoría de las especialidades, es imposible por las ratios pacientes /facultativo pueda garantizar el pase de planta reglado y a la vez atender a las urgencias que van ocurriendo a los pacientes hospitalizados. En hospitales de tercer nivel (HCUVA y Hospital Santa Lucía), existen otras guardias de especialidades médicas diferentes a la guardia de Medicina Interna. Como ocurre con Cardiología y Neurología. En HCUVA existe un cardiólogo de guardia para 54 pacientes ingresados, además atiende las interconsultas urgentes que puedan surgir de otras

especialidades, y acude al servicio de urgencias cuando son avisados por este servicio ante pacientes por problemas cardiológicos. En neurología de este mismo hospital, hay un facultativo de guardia para la atención de las urgencias de los pacientes ingresados, 32 pacientes, las interconsultas urgentes de otras especialidades y las llamadas desde el servicio de urgencias. En M. Interna del HCUVA hay 3 facultativos de guardia para la atención de 95 pacientes ingresados y para atender a las interconsultas urgentes por problemas médicos que puedan surgir en el total de las plantas de hospitalización. En el Complejo Hospitalario de Cartagena hay una media de 200 pacientes ingresados en el servicio de medicina interna (no incluye otras especialidades médicas), con 150 pacientes aproximadamente en HSL con 19 facultativos en jornada ordinaria y con 3 internistas de guardia.

Reforzando la exposición anterior y desde el punto de vista de la seguridad de los pacientes, incidir en que es imposible mantener durante el periodo de duración de la huelga la atención hospitalaria reducida a la mera resolución de urgencias (como en fines de semana) sin valoración médica ordinaria de pacientes ingresados, y con limitación de pruebas complementarias y decisiones clínicas solo ante “inestabilización”. Limitar la actividad a “solo urgencias” significa, en la práctica, que la mayor parte de estas funciones del pase planta desaparecen, sustituyéndose por una asistencia reactiva y tardía lo cual incrementa la probabilidad de daño, incluso daño irreparable para los pacientes.

2. Pruebas diagnósticas.

Los servicios mínimos están destinados a la realización de los estudios urgentes (solicitados desde los servicios de urgencias o desde el ámbito de hospitalización en planta, UCI, REA,…); estudios de pacientes ingresados y estudios de pacientes con patologías oncológicas no demorables. Los estudios en estos grupos de pacientes incluyen los servicios centrales de análisis clínicos, microbiología, pruebas funcionales (cardiología, neumología, digestivo,...), neurofisiología, anatomía patológica, radiología. Se ha estimado que en los servicios centrales, tales como Radiología se precisan un porcentaje de facultativos entre el 25-30% del total de facultativos para realizar dichos estudios Diagnósticos o terapéuticos en estos grupos de pacientes. Asimismo, es necesario contemplar la realización de ecografías del primer trimestre y del segundo trimestre, así como otros estudios no demorables relacionadas con el embarazo.

Los estudios complementarios en los pacientes hospitalizados forman parte de la valoración del paciente ingresado. La sinergia es precisa junto con la valoración del médico. Sin dichas exploraciones es imposible dirigirse al diagnóstico y al tratamiento más adecuado, así como evitar desenlaces nefastos en muchas patologías. Recordemos que los pacientes están ingresados porque se modifica la morbimortalidad de los mismos con el seguimiento hospitalario vinculado a los estudios que se precisen durante el ingreso. Los servicios de diagnóstico (Análisis Clínicos, Microbiología, Radiología, Endoscopias, Colonoscopias, Broncoscopias, Hemodinámica…) son vitales para patologías tiempo-dependientes. Sirva de ejemplo la Evidencia en patologías cardiológicas isquémicas: En pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (NSTE-ACS), no se incluye en el código infarto por lo que no se incluye en los estudios urgentes. La literatura actual (Sorajja et al., 2010; Jobs et al., 2017) demuestra que retrasar la coronariografía y revascularización más allá de 24 horas aumenta significativamente la mortalidad y los eventos adversos, especialmente en pacientes de alto riesgo (GRACE score elevado, biomarcadores positivos). Los retrasos se vinculan directamente con el deterioro de la función miocárdica (Grenne et al., 2010). Por ello si un paciente ingresa con dicha patología y no se le puede realizar una coronariografía implicaría un riesgo para el paciente aumentado de sufrir un Infarto Agudo de Miocardio. Otro ejemplo sería la realización de endoscopia para estudio de pacientes que ingresa con una anemia severa, implicaría que el paciente presente un sagrado grave y que el paciente en consecuencia precise una transfusión masiva con el riesgo que implica o angina hemodinámica. En los casos de pacientes ingresados con una crisis convulsiva y que no se puedan realizar estudios de neurofisiología ni de imagen, podría dar lugar a un estatus epiléptico.

En el caso de pacientes con patologías oncológicas no demorables las exploraciones complementarias pueden cambiar drásticamente el pronóstico de dicha patología y es irreparable el daño ocasionado al paciente por este retraso.

En cuanto a la justificación de los servicios mínimos en el caso de estudios en el seguimiento del embarazo hay que tener en cuenta que las ecografías obstétricas correspondientes al primer trimestre (en torno a la semana 12 de gestación) y al segundo trimestre (en torno a la semana 20 de gestación) constituyen actuaciones sanitarias esenciales, no diferibles y temporalmente condicionadas, cuya prestación resulta inderogable por encontrarse directamente vinculada a plazos legales preclusivos. Dichas exploraciones diagnósticas deben realizarse dentro de ventanas gestacionales concretas, fuera de las cuales pierden su eficacia clínica y jurídica, sin que exista posibilidad de reprogramación posterior que permita restituir los efectos derivados de su realización en plazo. En cuanto al carácter no diferible por razón de plazo legal, la ecografía del primer trimestre permite la obtención de información clínica imprescindible para la correcta datación de la gestación, la detección precoz de anomalías estructurales relevantes y la evaluación inicial de riesgos fetales, información que resulta determinante para la adopción de decisiones sanitarias y personales dentro de los plazos legalmente establecidos. Por su parte, la ecografía morfológica del segundo trimestre constituye el acto diagnóstico fundamental para la identificación de malformaciones fetales mayores que, por su naturaleza evolutiva, solo son objetivables con fiabilidad en ese momento gestacional, teniendo asimismo relevancia directa en la aplicación de plazos legales tasados. La no realización de estas exploraciones dentro de su periodo temporal específico puede conllevar la caducidad irreversible de dichos plazos, generando una situación de pérdida efectiva de derechos que no admite reparación posterior, incluso mediante una prestación sanitaria ulterior. La omisión o retraso en la prestación de estas ecografías supone una limitación material del derecho de la gestante a recibir información sanitaria adecuada, veraz y en tiempo oportuno, con impacto directo sobre su capacidad de adoptar decisiones con conocimiento suficiente dentro del marco legal vigente. Dado que la superación de los umbrales gestacionales legalmente establecidos impide de forma definitiva el ejercicio de determinadas opciones reconocidas por el ordenamiento jurídico, la falta de prestación del servicio en plazo constituye un perjuicio irreversible, no imputable a la persona usuaria del sistema sanitario. En atención a lo expuesto, las ecografías obstétricas correspondientes a las semanas 12 y 20 de gestación reúnen los requisitos de acto sanitario esencial e inderogable por concurrencia de plazos legales, cuya no prestación comporta una pérdida definitiva de derechos y una afectación directa a intereses jurídicamente protegidos.

3. Urgencias hospitalarias.

La dotación actual de médicos en el Servicio de Urgencias está calculada para absorber la demanda asistencial basal, la cual es impredecible y no programable. La demanda en urgencias es, por definición, no programable y, en un alto porcentaje, vital. Las patologías tiempo-dependientes (ictus, infarto agudo de miocardio, sepsis, politraumatismos) requieren intervención médica inmediata. La frecuentación de pacientes al servicio de urgencias no va a disminuir en los días de huelga, posiblemente aumente ante la inasistencia a pacientes en atención primaria y ámbitos de consultas externas hospitalarias.

Los servicios mínimos están destinados a garantizar la seguridad clínica de los pacientes y evitar consecuencias irreversibles en la salud de la población atendida, y ello en base a las evidencias científicas y a la naturaleza impostergable de la atención urgente ya que en Urgencias el tiempo es un factor biológico crítico. El servicio de urgencias depende de la rapidez para el diagnóstico y de la precisión. La reducción de efectivos de forma mantenida durante varios días consecutivos obliga a los facultativos a asumir una carga cognitiva superior con mayor probabilidad de errores, por tanto no se pueden establecer los mismos servicios que un fin de semana ante la previsión de que, por la duración de la huelga, los pacientes puedan no ser atendidos en consultas hospitalarias o en otros ámbitos como en atención primaria, porque supondría aumentar la frecuentación a los servicios de urgencias siendo

imposible mantener la atención con seguridad para el paciente con los facultativos que atienden los festivos.

4. Unidades de cuidados intensivos (uci).

Los pacientes atendidos en las unidades de cuidados intensivos son pacientes con inestabilidad hemodinámica y fallo orgánico cuya supervivencia depende de soporte vital minuto a minuto.

Además, una eventual demora acumulada de las altas de hospitalización durante la primera fase de la huelga puede dificultar el traslado de pacientes desde las UCI a planta y aumentar la presión asistencial sobre las unidades de críticos. Por ello, la dotación mínima de estas unidades deberá tener en cuenta su ocupación, la complejidad de los pacientes y la necesidad de garantizar una atención segura.

5. Área quirúrgica.

Los servicios mínimos están destinados a garantizar las urgencias quirúrgicas, intervenciones de pacientes ingresados, trasplantes, intervenciones quirúrgicas de la patología oncológica, fracturas no intervenidas durante las guardias por razones clínicas (urgencias diferidas). Las urgencias diferidas hacen mención especialmente a los pacientes con fracturas de cadera que presenta razones clínicas que impiden la cirugía urgente como tratamiento anticoagulante, insuficiencia cardíaca, fiebre,.. Implican que estos pacientes con urgencias quirúrgicas se tengan que operar de forma diferida. Pero la mortalidad aumenta cuando se prolonga la demora a >48h hasta en un 26%. La demora de las cirugías oncológicas impacta en el pronóstico de estas patologías en morbilidad y en mortalidad, sin capacidad de poder recuperar esta pérdida ocasionada en el paciente. Por ello consideramos que debemos mantener las cirugías de pacientes con patologías oncológicas.

6. Reanimación.

Los servicios mínimos está destinados a la asistencia a pacientes con patología quirúrgica urgente, pacientes hospitalizados que precisen ser intervenidos, pacientes con patología oncológica que sean intervenidos, trasplantes y fracturas no intervenidas durante las guardias por razones clínicas. Así como los facultativos precisos para poder atender a los pacientes críticos ingresados en las áreas de reanimación.

7. Consultas externas.

Los servicios mínimos se han ajustado para mantener las consultas imprescindibles para pacientes en los que el seguimiento de los mismos implica que no podrán recuperar el impacto en el pronóstico de su patología esencialmente en las consultas de pacientes oncológicos de las consultas de Oncología Médica, Hematología y Oncoradioterapia.

Asimismo la actividad obstétrica no puede considerarse asistencialmente diferible de forma global y se necesitan unos servicios mínimos que puedan dar asistencia médica necesaria tenido en cuenta la necesidad de realizar las consultas de seguimiento del embarazo en base a que la Obstetricia y Ginecología constituye un ámbito asistencial esencial por la naturaleza de los procesos que atiende al intervenir de forma directa en la atención de patología materna y fetal potencialmente grave, con repercusión inmediata sobre la salud de la gestante y del no nacido. Durante el curso del embarazo pueden aparecer complicaciones maternas de elevada relevancia clínica, como la preeclampsia o la Diabetes gestacional, cuyo diagnóstico y control inadecuados incrementan de manera significativa el riesgo de morbimortalidad materna y fetal. De forma paralela, existen situaciones de patología fetal en las que resulta imprescindible una valoración estrecha y periódica del bienestar fetal para determinar la conducta más segura, ya sea la finalización del embarazo o la continuación intrauterina bajo vigilancia intensiva. Este es el caso de la restricción del crecimiento fetal, polihidrámnios, oligoamnios, etc, entidades que en numerosos supuestos requiere controles semanales o incluso más frecuentes, dada la posibilidad de deterioro fetal agudo y muerte intrauterina. Asimismo, una vez alcanzadas las 40 semanas de gestación, se hace necesario un seguimiento continuo del bienestar fetal y la planificación de la finalización del embarazo,

ya que a partir de la semana 41 se objetiva un incremento significativo del riesgo de muerte fetal intrauterina. En este periodo, la actuación médica resulta determinante para prevenir eventos adversos graves y cuya seguridad depende de una asistencia obstétrica continuada y accesible. Finalmente, las consultas correspondientes al primer y segundo trimestre del embarazo, aunque se desarrollan sobre población general, presentan un carácter claramente no demorable, al incluir actividades de cribado poblacional con alto impacto clínico, ético y legal. Estas consultas permiten el diagnóstico precoz de malformaciones fetales y el cribado de aneuploidías, especialmente concentrados hasta la semana 14 de gestación, y condicionan decisiones clínicas de máxima trascendencia, incluida la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 y la interrupción legal dentro del marco temporal establecido hasta la semana 23+6. Superado dicho límite gestacional, la normativa vigente exige la valoración por un comité clínico, lo que refuerza la necesidad de una asistencia estructurada, continuada y sin interrupciones.

En cuanto a la atención a la patología oncológica (consulta, exploraciones complementarias, cirugías, tratamientos en hospital de día como quimioterapia ..) y radioterapia la reducción de las consultas de diagnóstico o revisión implica aumentar el riesgo en la progresión tumoral, tal y como consta en la evidencia científica irrefutable que demuestra que el cáncer es una patología tiempo-dependiente, donde cualquier retraso asistencial conlleva un aumento directo de la mortalidad y una "pérdida de oportunidad terapéutica" irreversible. Existe una correlación directa entre demora y aumento de mortalidad. El retraso en la atención oncológica no es una incomodidad, es un factor pronóstico letal. Según el metaanálisis publicado en British Medical Journal (BMJ) por Hanna et al., existe una asociación significativa entre el tiempo de espera y la muerte.

Hay que tener en cuenta que el cáncer es una enfermedad biológicamente dinámica por lo que reducir las consultas de diagnóstico o revisión implica permitir la progresión tumoral. Estudios poblacionales masivos demuestran que el "tiempo hasta el tratamiento" (TTI) es un predictor independiente de supervivencia global (Khorana AA, Tullio K, Elson P, et al. Time to initial cancer treatment in the United States and association with survival over time: An observational study. PLoS One. 2019;14(3):e0213209) . El retraso en la atención del médico facilita que tumores potencialmente curables (Estadios I-II) evolucionen a estadios localmente avanzados o metastásicos (Estadios III-IV) durante la espera. Esto constituye una pérdida de oportunidad: el paciente pierde la posibilidad de curación biológica debido a una limitación del recurso humano disponible. Finalmente destacar que, en el ámbito de la seguridad del paciente y manejo de toxicidades graves, los pacientes oncológicos en tratamiento activo presentan una fragilidad extrema y requieren supervisión continua según las guías de práctica clínica internacionales (ESMO/ASCO, ESMO Guidelines Committee. ESMO Clinical Practice Guidelines for supportive care and management of toxicities. Ann Oncol). Las terapias actuales (inmunoterapia, terapias dirigidas, quimioterapia) conllevan riesgos de toxicidad aguda potencialmente mortal (neutropenia febril, neumonitis inmunomeDÍAda, cardiotoxicidad). La reducción de la atención a los pacientes oncológicos impide la detección precoz de estas complicaciones en consulta, derivando en ingresos urgentes evitables y aumentando la morbilidad grave. Las consultas con el especialista en oncología se organizan atendiendo a primeras consultas y consultas sucesivas. Las revisiones de las consultas de oncología van estrechamente ligadas a la valoración del paciente para conocer si están en condiciones de continuar o no con el tratamiento. Establecer servicios mínimos inferiores a los propuestos en el caso de la patología Oncológica implica asumir institucionalmente un incremento del riesgo de muerte para los pacientes citados. Dado que el retraso en esta patología no es recuperable.

8. Tratamientos inaplazables y soporte clínico

Los servicios mínimos en el Hospital de Día Médico y Radioterapia están destinados a atender a tratamientos oncológicos y biológicos entre otros que no son aplazables por conllevar un aumento de la morbimortalidad de los pacientes.

En el caso de la Diálisis los servicios mínimos son esenciales para no comprometer la vida del paciente ya que la diálisis es un procedimiento de soporte vital extracorpóreo que

conlleva riesgos agudos letales si no cuenta con la supervisión facultativa presencial adecuada. Reducir la presencia médica durante las sesiones implica asumir riesgos inaceptables para la seguridad del paciente, basándonos en los siguientes puntos: 1. Evitar complicaciones. La supervisión del Nefrólogo es precisa para evitar las complicaciones que surgen durante la conexión al circuito extracorpóreo, como hipotensión que ocurre hasta en un 20-30% de las sesiones, requiere valoración médica inmediata para ajustar la ultrafiltración o administrar fluidoterapia. Un retraso en la atención puede derivar en pérdida de conciencia, isquemia miocárdica o ictus, así se refleja en la referencia bibliográfica siguiente, Reeves PB, Mc Causland FR. Mechanisms, Clinical Implications, and Treatment of IntradiaAlytic Hypotension. Clin J Am Soc Nephrol. 2018;13(8):1297-1303. Arritmias y Muerte Súbita: Los pacientes en diálisis tienen cambios rápidos de potasio y electrolitos. La presencia del médico es vital para detectar y tratar arritmias malignas in situ. Como se especifica en la siguiente referencia bibliográfica Genovesi S, et al. Sudden death and associated factors in a historical cohort of chronic haemodialysis patients. Nephrol dial Transplant. 2009;24(8):2529-2536. 2. Imposibilidad de diferir el tratamiento. A diferencia de otras especialidades, el tratamiento de diálisis no se puede posponer. Un paciente no dializado acumula toxinas urémicas y potasio. La hiperpotasemia es una urgencia vital que puede causar parada cardíaca si la sesión no es eficaz o si debe interrumpirse por complicaciones no resueltas por falta de personal médico. Cualquier reducción de plantilla que obligue a acortar tiempos o reducir la vigilancia compromete la eficacia de la diálisis, lo cual impacta directamente en la mortalidad a medio plazo. 3. El paciente pluripatológico y frágil. La población en diálisis presenta una comorbilidad extremadamente alta (cardiopatía, Diabetes, vasculopatía). La ratio médico/paciente establecida por la Sociedad Española de Nefrología en las unidades está ajustada (según guías de calidad) para permitir una vigilancia segura. Si se reduce la plantilla médica (ej. un solo médico para el doble de pacientes), se diluye la capacidad de respuesta ante eventos concurrentes rompiendo el estándar de seguridad clínica ya que el médico presente es el responsable último de la prescripción y modificación de parámetros durante la sesión.

Finalmente en cuanto a la Farmacia Hospitalaria los servicios mínimos están destinados a la preparación de citostáticos, validación y dispensación a ingresados, y a pacientes del hospital de día entre otros. El servicio de Farmacia es imprescindible para garantizar la seguridad del paciente ya que los pacientes hospitalizados precisan la validación de los tratamientos prescritos por los médicos y la supervisión de la preparación de los fármacos que reciben los pacientes en el hospital de día así como validar dicha prescripción, entre otros están los fármacos quimioterápicos y biológicos. La supervisión del personal de farmacia es crucial también en los tratamientos prescritos en las áreas de críticos para poder mantener la seguridad del paciente, pudiendo ser requeridos por los servicios de urgencias, ya que los errores que podrían ocurrir sin la supervisión de Farmacia podrían tener una enorme repercusión.

Salud Mental

Con relación a la Red Regional de Salud Mental Ambulatoria es esencial mantener la atención urgente y prioritaria, garantizando la seguridad clínica de los pacientes y la continuidad mínima del tratamiento en situaciones excepcionales. Los diversos Centros de Salud Mental (CSM) desarrollan los tres programas fundamentales de atención: Adultos, Infancia y Adolescencia, y Adicciones. Asimismo, algunos centros disponen de una cartera de servicios específica y se dedican exclusivamente a uno de estos programas, lo que configura una red asistencial diversa que requiere una respuesta organizada ante situaciones que puedan comprometer la salud de las personas siendo esencial asegurar una presencia mínima de personal facultativo psiquiatra para la atención a urgencias psiquiátricas, así como para preservar la continuidad asistencial de casos preferentes para asegurar una atención adecuada y segura para la población usuari.

En todos los CSM se ofrece atención tanto programada como preferente. La atención preferente abarca la valoración de personas recientemente dadas de alta de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, las derivaciones desde Atención Primaria que requieren una intervención no demorable y los casos remitidos desde los servicios de urgencias

hospitalarias, especialmente aquellos clasificados como graves, entre los que se incluye el Código Riesgo Suicida. Estas consultas deben ser atendidas en un plazo máximo de siete días, garantizando así la continuidad asistencial y reduciendo los riesgos clínicos asociados a la demora. La atención programada se refiere a primeras visitas no preferentes y revisiones periódicas dentro del seguimiento habitual de los pacientes.

Existen determinados centros de mayor complejidad asistencial, en concreto, los CSM de Cartagena, Lorca y San Andrés cuentan con los tres programas diferenciados y ofrecen además dispositivos de atención específicos como los Servicios de Rehabilitación, los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario y Hospitales de Día. En estos centros, debido a la amplitud de servicios y a la necesidad de atender simultáneamente las demandas urgentes en las diferentes áreas, resulta imprescindible asegurar la presencia de un número suficiente de facultativos especialistas en psiquiatría que permita cubrir las necesidades mínimas de funcionamiento y la respuesta a situaciones clínicas urgentes.

Centro Regional de Hemodonación

El Centro Regional de Hemodonación es el órgano responsable de la planificación, promoción, obtención, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes sanguíneos en el ámbito del sistema sanitario de la Región de Murcia, integrándose como un servicio estructural del sistema público de salud. Las actividades desarrolladas por el Centro Regional de Hemodonación resultan esenciales para el funcionamiento ordinario de los centros hospitalarios de la Región, al constituir la sangre y sus componentes productos terapéuticos no sustituibles, de disponibilidad limitada y con un periodo de conservación reducido, lo que exige una obtención, procesamiento y distribución continuados y planificados. Los servicios de hemodonación y transfusión gestionados en el ámbito del Servicio Murciano de Salud constituyen un servicio público esencial, en tanto que resultan indispensables para garantizar la atención sanitaria urgente, programada y continuada de la población. La interrupción total o la disminución significativa de la actividad del Centro Regional de Hemodonación podrían ocasionar de forma inmediata un desabastecimiento de componentes sanguíneos, comprometiendo gravemente la atención a situaciones de urgencia vital y emergencias sanitarias, la realización de intervenciones quirúrgicas inaplazables y la continuidad de tratamientos transfusionales en pacientes oncológicos, hematológicos y otros pacientes transfusión-dependientes. Todo ello supone un riesgo directo para la seguridad de los pacientes y para la protección de la salud pública.

Los servicios mínimos propuestos tienen como finalidad asegurar la realización de las extracciones estrictamente imprescindibles para el mantenimiento del stock mínimo de seguridad de componentes sanguíneos, el procesamiento, conservación y distribución de los componentes sanguíneos conforme a la normativa sanitaria vigente, la atención de donaciones previamente programadas cuando su cancelación pueda comprometer el abastecimiento y la respuesta ante incidencias clínicas o técnicas que afecten a la seguridad transfusional. La presencia de personal de medicina general es necesaria para garantizar la valoración médica previa de los donantes, incluyendo la detección de criterios de exclusión, asegurar la atención inmediata de posibles incidencias clínicas durante el proceso de donación y mantener una capacidad operativa mínima que permita el desarrollo de la actividad esencial. Asimismo, la presencia de los especialistas en Hematología se justifica por la necesidad de realizar la validación médica de los componentes sanguíneos, supervisar técnica y clínicamente los procesos críticos de procesamiento y distribución, y resolver de forma inmediata incidencias que puedan afectar a la seguridad transfusional.

Por todo ello y teniendo en cuenta que la Administración Pública de la Región de Murcia, amparada en la Constitución y en el Estatuto de Autonomía, presta servicios de carácter esencial que hay que garantizar en la presente convocatoria de huelga, es necesario el establecimiento de los servicios mínimos que se incluyen en la presente Orden, una vez ponderada la extensión, duración y las demás circunstancias concurrentes en la convocatoria dado que afecta a servicios esenciales.

De conformidad con lo expuesto, previa propuesta del Servicio Murciano de Salud de fecha 11 de noviembre de 2026, en aplicación de lo previsto en el artículo 10, párrafo 2 del Real Decreto-Ley 17/1977, 4 de marzo, sobre Relaciones de Trabajo, en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 11.2.m) del texto refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia, aprobado por Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, y en virtud de lo dispuesto en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de diciembre de 2022 (BORM n.º 7, de 11 de enero de 2023), de delegación de competencias en materia de servicios mínimos, previa comunicación al Comité de Huelga.

DISPONGO:

Artículo 1.

1. Con fecha 5 de noviembre de 2026, se ha presentado preaviso de una convocatoria de huelga que afecta al personal médico del Sistema Nacional de Salud cuyo ejercicio está condicionado al mantenimiento de la prestación de los servicios mínimos esenciales.

2. De conformidad con el citado preaviso la huelga tendrá carácter indefinida, si bien inicialmente está prevista desde las 8:00 horas del día 16 de noviembre de 2026 hasta las 8:00 horas del día 28 de noviembre de 2026, quedando pendientes de comunicar, en su caso las siguientes jornadas de huelga en cumplimiento de los plazos legalmente establecidos.

Artículo 2.

1. La prestación de los servicios esenciales en los centros sanitarios de la Administración Pública de la Región de Murcia pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, deberá quedar garantizada mediante el establecimiento de los servicios mínimos que se indican en el Anexo de esta Orden.

2. Dado el carácter de la convocatoria, los servicios mínimos establecidos se aplicarán tanto a los días inicialmente previstos en el preaviso, como al resto de jornadas en el caso de que se produzcan.

3. La Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud procederá a dictar las instrucciones oportunas para la designación y notificación a las personas que deban atender los servicios esenciales durante los días de la convocatoria.

Artículo 3.

El personal designado para realizar los servicios mínimos que incumpla la obligación de atenderlos, incurrirá en falta tipificada como muy grave, en los términos establecidos en los artículos 95.2.m) del texto refundido del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre; 86.l), del texto refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia, aprobado por Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, y 56.2.c)14) del Convenio Colectivo de Trabajo para el personal laboral al servicio de la Administración Pública de la Región de Murcia, pudiendo ser determinante de la extinción de la vinculación jurídica con esta Administración de quienes lleven a cabo los citados comportamientos.

Artículo 4.

Los artículos anteriores no supondrán limitación alguna de los derechos que la normativa reguladora de la huelga reconoce al personal en dicha situación, ni tampoco respecto de la tramitación y efectos de las peticiones que la motivan.

Artículo 5.

El personal que ejercite el derecho de huelga no devengará ni percibirá las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga, en ningún caso, carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen respectivo de sus prestaciones sociales.

Disposición final única.

La presente Orden surtirá efectos el mismo día de su publicación en el “Boletín Oficial de la Región de Murcia”.

Murcia, La Consejera de Economía, Hacienda, Portavocía, Fondos Europeos y Transformación Digital. - María Isabel López Aragón.

ANEXO
SERVICIO MURCIANO DE SALUD
Servicios Mínimos: Personal Médico

ANEXO I

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Servicios Mínimos: Personal médico

ATENCION PRIMARIA (Medicina de Familia y Pediatría)

Equipo de Atención Primaria	M. Familia Turno Mañana	Pediatría Turno Mañana	M. Familia Turno Tarde	Pediatría Turno Tarde
EAP Alcantarilla Casco	3	1		
EAP Alcantarilla Sangonera	3	2	1	
EAP Alhama de Murcia	3	2		
EAP Mula	3	1		
EAP Murcia/San Andrés	3	1		
EAP Murcia/Espinardo	3	2		
EAP Murcia/La Ñora	2	1		
EAP Murcia/Nonduermas	2	1		
EAP Murcia/La Alberca	3	1	1	
EAP Murcia/Algezares	2	1		
EAP Murcia/El Palmar	3	2	1	
EAP Campo de Cartagena	2	1		
EAP Murcia/Sangonera la Verde	2	1		
EAP Murcia/Aljucer	2	1		
EAP Cartagena/ Molinos Marfagones	3	1		
EAP Cartagena/Casco antiguo	3	1		
EAP Cartagena/Este	3	1	1	
EAP Cartagena/Isaac Peral	3	1	1	1
EAP Cartagena/Los Barreros	2	1		
EAP Cartagena/Los Dolores	3	2	1	
EAP Cartagena/Oeste	3	1	1	
EAP Mar Menor	2	1		
EAP Fuente Álamo	3	1		
EAP La Unión	3	1		
EAP Mazarrón	3	1		
EAP Cartagena/Pozo Estrecho	3	1		
EAP Cartagena/San Antón	3	1		
EAP Cartagena Santa Lucía	2	1		
EAP La Manga	2	1		
EAP Puerto de Mazarrón	2	1		
EAP Aguilas Sur	2	1		
EAP Lorca/San José	2	1	1	1

Equipo de Atención Primaria	M. Familia Turno Mañana	Pediatría Turno Mañana	M. Familia Turno Tarde	Pediatría Turno Tarde
EAP Lorca Centro	3	1		
EAP Puerto Lumbreras	3	1		
EAP Lorca/San Diego	2	1	1	1
EAP Totana Norte	3	1		
EAP Lorca /La Paca	1			
EAP Aguilas Norte	3	1		
EAP Totana Sur	3	1		
EAP Lorca Sutullena	2	1		
EAP Bullas	2	1		
EAP Calasparra	2	1		
EAP Caravaca	3	1	1	
EAP Cehegín	3	1		
EAP Moratalla	2	1		
EAP Caravaca/Barranda	1	1		
EAP Jumilla	3	1	1	
EAP Yecla/Este	3	1	1	
EAP Yecla/Este Oeste	2	1		
EAP Abanilla	2	1		
EAP Alguazas	2	1		
EAP Archena	3	1	1	
EAP Murcia/Cabezo de Torres	3	1	1	
EAP Fortuna	2	1		
EAP Las Torres de Cotillas	3	1	1	
EAP Molina/Norte	2	1		
EAP Murcia/Centro	3	1		
EAP Murcia /Sª Mª de Gracia	3	1		
EAP Murcia/Vista Alegre	3	2	1	
EAP Molina/Sur	3	2	1	
EAP Ceutí	2	1	1	
EAP Molina Este	3	1		
EAP Lorquí	2	1		
EAP Murcia/Zarandona	2	1		
EAP Murcia/El Ranero	2	1	1	
EAP Murcia/Alquerías	3	1		
EAP Murcia/Barrio del Carmen	3	1		
EAP Murcia/Beniaján	3	2		
EAP Beniel	2	1		
EAP Murcia/Monteagudo	2	1		
EAP Murcia Infante	3	1		
EAP Murcia /Puente Tocinos	2	1	1	
EAP Santomera	2	1	1	

Equipo de Atención Primaria	M. Familia Turno Mañana	Pediatría Turno Mañana	M. Familia Turno Tarde	Pediatría Turno Tarde
EAP Murcia/Vistabella	3	1		
EAP Murcia/Llano de Brujas	2	1		
EAP Murcia/Floridablanca	2	1		
EAP Murcia/Sur	3	1		
EAP San Pedro del Pinatar	3	2	1	
EAP San Javier	3	2	1	
EAP Torre Pacheco/Este	3	1		
EAP Los Alcázares	3	1		
EAP Torre Pacheco/Oeste	3	1		
EAP Abarán	2	1		
EAP Cieza/Este	3	1		
EAP Blanca	1	1		
EAP Cieza/Oeste	3	1		

Cuidados Paliativos: 1 personal facultativo por área.

ATENCIÓN HOSPITALARIA (véase Anexo II)

En lo no incluido en los epígrafes siguientes, se funcionará como un festivo.

- **Hospitalización (Plantas de ingreso)**
  - 50% del personal facultativo habitual en planta de hospitalización
  - Se debe garantizar el pase de planta de todos los pacientes ingresados, entendiendo por tal la revisión de los pacientes ingresados por los profesionales de las distintas especialidades de conformidad con la programación funcional existente en cada centro. A su vez, se debe garantizar que a estos pacientes se les realicen las exploraciones complementarias (analíticas, estudios de imagen, endoscopias,…) así como las intervenciones terapéuticas que sean precisas.
- **Pruebas Diagnósticas**
  - El 25-30% del personal facultativo habitual en servicios centrales que realizan estas pruebas
  - Atender pacientes urgentes, pacientes ingresados, pacientes con patologías oncológicas no demorables, pacientes en diálisis y seguimiento del embarazo.
- **Urgencias Hospitalarias (S. Urgencias Generales, Maternales y Pediátricos)**
  - 100% del personal facultativo habitual
- **Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**
  - 80% del personal facultativo habitual
- **Área Quirúrgica**
  - Pacientes con intervenciones urgentes, cirugías de pacientes hospitalizados, urgencias diferidas por motivos clínicos, cirugías oncológicas y cirugías por motivos de gestación.
  - **Reanimación**: atención a pacientes ingresados en áreas de críticos, pacientes intervenidos por motivos urgentes o urgencias diferidas, pacientes hospitalizados intervenidos, pacientes intervenidos por patología oncológica.
- **Consultas Externas**
  - Seguimiento del embarazo.
  - Pacientes con patología oncológica en consultas de Oncología Médica, Hematología y Oncología Radioterápica
- **Tratamientos Inaplazables y Soporte Clínico**
  - Hospital de Día Médico y Radioterapia: 100%
  - Diálisis: 100%
  - Farmacia hospitalaria: 60%

SALUD MENTAL

En los Centros de Salud Mental:

- **Atención a Drogodependientes:** 1 personal facultativo.
- **Centros de Salud Mental:** 1 personal facultativo por centro.

En el caso de los Centros de San Andrés, Cartagena y Lorca, 3 personal facultativo para atender las urgencias.

ATENCION DE URGENCIAS

Las guardias programadas en sus distintas especialidades, así como los Servicios de Urgencias hospitalarias y los dispositivos de urgencias extrahospitalarias (UME, SUAP, CCU, PAC y PEAS) se atenderán en su integridad.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- **Centro Regional de Hemodonación:** 3 Medicina General, 2 M Hematología de mañana y 1 guardia localizada.

ANEXO II
Atención hospitalaria servicios mínimos: Personal médico

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	16
REA/CMA/ URPA	8
OTROS	6
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
CARDIOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HEMODINAMICA	4
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
QUIROFANO	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	6
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIROFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA PEDIATRICA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA PLASTICA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA TORACICA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	2
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HOSPITAL DE DIA	1
HEMATOLOGIA	
CONSULTAS EXTERNAS	2
HOSPITAL DE DIA	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
MEDICINA INTENSIVA	22
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	7
MEDICINA NUCLEAR	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	10
NEFROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
DIALISIS	3
HOSPITAL DE DIA	1
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS/FUNCIONALES	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROCIRUGÍA	
QUIROFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	SERVICIOS MINIMOS
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
HOSPITAL DE DIA/URG./CODIGO ICTUS	2
OFTALMOLOGÍA.	
QUIROFANOS	2
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
SEGUIMIENTO EMBARAZO	12
QUIROFANOS	2
PARITORIOS. (URGENCIAS MATERNAL)	5
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
ONCOLOGIA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS/HOSPITAL DIA	18
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
URAIPI	1
PSIQUIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	4
ANATOMIA PATOLOGICA	4
INMUNOLOGIA	4
MICROBIOLOGIA	4
FARMACIA	10
RADIODIAGNOSTICO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	9
RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA	4
NEURORADIOLOGIA	2
RADIOFARMACIA	1

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	10
REA/CMA/ URPA	1
ANGIOLOGIA	
HOSPITALIZACION	1
QUIROFANO	1 M y MX
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGIA	

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA	SERVICIOS MINIMOS
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HEMODINAMICA	1
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIROFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA PEDIATRICA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA PLASTICA	
QUIROFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	1
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
GERIATRIA	
CAMAS DE HOSPITALIZACION	2
HEMATOLOGIA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
HOSPITAL DE DIA	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
MEDICINA INTENSIVA	21
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN H. SANTA LUCIA	6
CAMAS HOSPITALIZACIÓN H. N.SRA. ROSELL	2
MEDICINA NUCLEAR	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	5
NEFROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DIALISIS	4
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
OFTALMOLOGÍA	
QUIROFANO	2 M y V
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
SEGUIMIENTO EMBARAZO	4
QUIROFANOS	2
PARITORIOS (URGENCIAS MATERNAL)	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
ONCOLOGIA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS	5
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	
CONSULTAS EXTERNAS	4
TRATAMIENTOS	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2
PEDIATRIA	
NEONATOLOGIA	3
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
PSIQUIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA	SERVICIOS MINIMOS
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	3
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	2
ANATOMIA PATOLOGICA	2
MICROBIOLOGIA	2
FARMACIA	7
RADIODIAGNOSTICO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	6
RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA	1
RADIOFARMACIA	2

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	5 L y M; 5 MX y 1 V
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2 L, MX y V; 4 M
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	1 MX
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
HOSPITAL DE DIA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
LABORATORIO/BANCO	1
MEDICINA INTENSIVA	7
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	6
NEFROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DIALISIS	2
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OFTALMOLOGÍA	

HOSPITAL RAFAEL MENDEZ	SERVICIOS MINIMOS
QUIROFANOS	2 MX
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
SEGUIMIENTOS EMBARAZOS	5
QUIROFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /PRUEBAS DIAGNOSTICOS	2
PEDIATRIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /NEONATOS	2
PSIQUIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2 L y M
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	2
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	4
ANATOMIA PATOLOGICA	2
MICROBIOLOGIA	2
FARMACIA	4
RADIODIAGNOSTICO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	3
RADIOLOGIA NO VASCULAR INTERVENCIONISTA	1

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	3
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CARDIOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	1 M
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	
HOSPITAL DE DIA/CONSULTAS EXTERNAS	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
MEDICINA INTENSIVA	7
NEUMOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE	SERVICIOS MINIMOS
SEGUIMIENTO EMBARAZO	1
QUIROFANOS	2 V
PARITORIOS (URGENCIAS MATERNAL)	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	1 L y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2 M; J y V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PRUEBAS DIAGNOSTICAS/FUNCIONALES	1 V
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	2
ANATOMIA PATOLOGICA	1
MICROBIOLOGIA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNOSTICO	2

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	2
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	1
CARDIOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
NEUMOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS HOSPITALIZADOS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO	1
QUIROFANOS	1 MARTES
PARITORIOS / CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	1 LU
PEDIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2 L, MX y V

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO	SERVICIOS MINIMOS
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS /MICROBIOLOGIA	1
ANATOMIA PATOLOGICA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNOSTICO	2

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	6 L y M; 5 MX y 4 V
REA/CMA/ URPA	1
ANGIOLOGIA	
QUIROFANOS	2 MARTES
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	2 LUNES
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	
CONSULTAS EXTERNAS	4
HOSPITAL DE DIA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y BANCO DE SANGRE	3
MEDICINA INTENSIVA	11
MEDICINA INTERNA-GENERAL	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	7
MEDICINA INTERNA-INFECCIOSAS	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
MEDICINA INTERNA-PALIATIVOS	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEFROLOGIA	
HOSPITALIZACIÓN/INTERCONSULTAS	1
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OFTALMOLOGÍA	
QUIROFANOS URGENCIAS DIFERIDAS	1 L y V
ONCOLOGIA MEDICA	

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER	SERVICIOS MINIMOS
CONSULTAS EXTERNAS	8
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HOSPITAL DE DIA	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PSIQUIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2 L, MX y V y 4 LOS MARTES
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
UROLOGIA	
QUIROFANOS	4 L y 2 M, MX y V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS/BIOQUIMICA	4
ANATOMIA PATOLOGICA	5
MICROBIOLOGIA	3
FARMACIA	7
RADIODIAGNOSTICO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	7
INTERVENCIONISMO NO VASCULAR	1

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIOS MÍNIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	8 L,M, MX y 4 V
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	3 L; 5 M; 2MX y 3 V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIROFANOS	1 M y MX
DERMATOLOGÍA	
QUIROFANOS	1L; 3M y 1MX
ENDOCRINOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	1
MEDICINA INTENSIVA	10 L, M y V 11 MX
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	8 (incluye infecciosas)
NEFROLOGIA	

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIOS MÍNIMOS
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DIALISIS	2
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
GINECOLOGIA	
QUIROFANOS	2 L; 2M y 3MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OFTALMOLOGÍA	
QUIROFANOS URGENCIAS DIFERIDAS	1 L, M y MX
ONCOLOGIA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2 L y 2V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PSIQUIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2L; 1M; 1MX y 1V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2L, 2M y 4MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS (PRUEBAS)	3
ANATOMIA PATOLOGICA ()	3
MICROBIOLOGIA (PRUEBAS)	1
FARMACIA	5
RADIODIAGNOSTICO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	8L; M;MX y 5V
INTERVENCIONISMO VASCULAR	1

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR	SERVICIOS MINIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	5
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CARDIOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	
HOSPITAL DE DIA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR	SERVICIOS MINIMOS
MEDICINA INTENSIVA	**7**
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
NEUMOLOGIA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
QUIROFANOS	2
SEGUIMIENTO EMBARAZO	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	2
ANATOMÍA PATOLOGICA	1
MICROBIOLOGIA	1
FARMACIA	3
RADIODIAGNOSTICO	4

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO	SERVICIOS MÍNIMOS
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
ANESTESIA	
QUIROFANOS	3
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS DIAGNOSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CARDIOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS D.HOSPITALIZADOS	1
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGIA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
NEUMOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO	SERVICIOS MÍNIMOS
TRAUMATOLOGIA	
QUIROFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGIA	
QUIROFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANALISIS CLINICOS	2
ANATOMIA PATOLOGICA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNOSTICO	2