

I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

2. AUTORIDADES Y PERSONAL

Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital

1131 Orden de 13 de marzo de 2026 de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital, por la que se modifica la Orden de 13 de febrero de 2026, de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital, sobre garantías de prestación de servicios mínimos en la Administración Pública de la Región de Murcia durante la huelga de personal médico y facultativo del Servicio Murciano de Salud.

Mediante Orden de 13 de febrero de 2026, de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital, sobre garantías de prestación de servicios mínimos en la Administración Pública de la Región de Murcia durante la huelga de personal médico y facultativo del Servicio Murciano de Salud (BORM n.º 37, de 14 de febrero), se establecieron las medidas encaminadas a asegurar el mantenimiento de los servicios esenciales de la comunidad durante las jornadas de huelga convocadas para los días siguientes: del 16 al 20 de febrero, del 16 al 20 de marzo, del 27 al 30 de abril, del 18 al 22 de mayo y del 15 al 19 de junio de 2026, que afectan a facultativos sanitarios del subgrupo A1 del Servicio Murciano de Salud. Contra la citada Orden se presentó por los convocantes escrito de interposición de procedimiento para la protección jurisdiccional de los derechos fundamentales de la persona, solicitando la suspensión cautelar urgente de algunos puntos de la misma. Con fecha 16 de febrero de 2026, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, acordó la suspensión cautelar provisional de diversos puntos de la mencionada Orden, medida que fue posteriormente revocada por el propio Tribunal.

El establecimiento de servicios mínimos en una convocatoria de huelga sanitaria, se fundamenta en la obligación de la Administración Pública de garantizar la protección del derecho a la vida y a la integridad física de la ciudadanía de la Región de Murcia, incluyendo el acceso a la atención sanitaria urgente. A la vista de la reiterada litigiosidad que presenta el establecimiento de los servicios mínimos sanitarios y con el fin de ajustarlos al mínimo imprescindible para proteger los citados derechos que la Constitución reconoce y garantiza, dando la máxima transparencia a los motivos que los justifican, el Servicio Murciano de Salud ha realizado una revisión exhaustiva de los servicios mínimos fijados en la precitada Orden, realizando una nueva propuesta detallada por servicios sanitarios y adecuadamente motivada, que se aplicaría a las jornadas restantes de la convocatoria.

La duración de las distintas convocatorias programadas supone un desafío adicional en la planificación de los servicios mínimos, ya que al tratarse de intervalos sucesivos de varios días, resulta imprescindible garantizar la adecuada cobertura de los servicios esenciales sin comprometer la continuidad de la

atención. Todo ello debe valorarse teniendo en cuenta el efecto acumulativo que supone una pérdida de la actividad asistencial, con el consiguiente riesgo para la salud de las personas.

En la revisión de los servicios mínimos establecidos se han ponderado el derecho de los trabajadores a ejercer su derecho constitucional a la huelga, así como la protección de la salud y la vida de las personas, cuya garantía compete a los poderes públicos a través de medidas preventivas y de aseguramiento de la prestación de los servicios esenciales. De acuerdo con dichas premisas, se ha realizado una revisión 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 indica a continuación, añadiéndose a la justificación contemplada en la parte expositiva de la precitada Orden de 13 de febrero de 2026.

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 15 h), los domingos y festivos no tienen actividad.

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, estos 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. Se han tenido presentes, además, las concretas circunstancias concretas de la convocatoria de huelga; por un lado, su duración, que es de 5 días laborables, de lunes a viernes, lo cual, sumado a los dos fines de semana anterior y posterior, implica un posible funcionamiento anormal de 9 días; y por otro lado, los efectos de las jornadas anteriores de 5 días de huelga en el pasado mes de febrero, que han supuesto una pérdida de actividad asistencial en Atención Primaria con carácter global, afectando a 25.350 consultas, anuladas en esos 5 días.

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 estos. 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.

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 reiteración de los periodos de huelga durante cinco meses consecutivos, con una duración de varios días cada uno de ellos, 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 reiteración de periodos de 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 24 h) 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 propuestos 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 solo 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 y 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 solo 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 transfusión 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. También existe literatura científica que avala el riesgo de anular el pase de planta y realizar la asistencia solo 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 media con más riesgo de infecciones nosocomiales.

A esto se une 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. De conformidad con lo expuesto, se justifica que la supresión del pase de planta durante cinco-nueve días consecutivos supone una alteración sustancial de los procesos asistenciales esenciales del hospital y genera riesgos graves, previsibles

y evitables para los pacientes, además de comprometer el funcionamiento de los circuitos críticos (Urgencias, hospitalización, UCI...). Genera un riesgo cierto para la vida e integridad de los pacientes.

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 las huelgas es de 1 semana al mes hasta el mes de junio inclusive, 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 es 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 busca 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 los ratios pacientes/facultativo 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 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 (NSTEMI-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 ingresan con una anemia severa, implicaría que el paciente presente un sangrado 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 5 días (incluso 9 días con ambos fines de semana), 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 una semana entera de huelga en la que los pacientes pueden 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 durante 5 días o incluso 9 días consecutivos, si tenemos en cuenta ambos fines de semana que rodean a la convocatoria de huelga.

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, es necesario prever, ante una posible disminución de las altas médicas durante los 5 días de huelga en áreas de hospitalización por los múltiples días consecutivos de huelga, que las UCIs sufran una sobreocupación, pudiendo comprometer de forma drástica la seguridad de los pacientes ingresados en las áreas de críticos.

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 presentan 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 están 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, teniendo en cuenta la necesidad de realizar las consultas de seguimiento del embarazo en base a que la Obstetricia y Ginecología constituyen un ámbito asistencial esencial por la naturaleza de los procesos que atienden, 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, polihidramnios, 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. Otra cuestión para tener en cuenta es que el cáncer es una enfermedad biológicamente dinámica. 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 IntraDÍalytic 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 haemoDÍAllysis patients. Nephrol DÍAl 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 DÍAlizado 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.

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.

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, resulta imprescindible la designación de tres médicos generales. Asimismo la presencia de dos 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.

La reiteración de varias jornadas seguidas de huelga en distintos meses justifica la necesidad de ajustar, e incluso reforzar cuando proceda, determinados servicios mínimos respecto de los establecidos para huelgas de menor duración o de carácter aislado, con el fin de evitar cualquier descompensación en la prestación sanitaria a lo largo de estos periodos. Asimismo, se ha considerado que las interrupciones asistenciales distribuidas en varios intervalos temporales y de varios días cada uno pueden generar una mayor presión sobre los recursos disponibles y sobre la capacidad de respuesta del sistema sanitario, lo que hace necesario reforzar la planificación y adaptarla a las circunstancias específicas de cada servicio.

De acuerdo con lo expuesto y teniendo en cuenta las circunstancias particulares de la convocatoria, se establecen los servicios mínimos que se detallan en el Anexo, 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 los ciudadanos.

En virtud de lo expuesto, en aplicación de lo previsto en el artículo 10, párrafo 2, del Real Decreto-Ley 17/1977, 4 de marzo, sobre Relaciones de Trabajo, de acuerdo con lo establecido 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 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 negociación con el Comité de Huelga el día 10 de marzo de 2026,

Dispongo

Artículo único.

Se modifica la Orden de 13 de febrero de 2026, de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital, sobre garantías de prestación de servicios mínimos en la Administración Pública de la Región de Murcia durante la huelga de personal médico y facultativo del Servicio Murciano de Salud (BORM n.º 37, de 14 de febrero), en el sentido de sustituir el Anexo de la misma por el Anexo de esta Orden.

Disposición final única.

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

Murcia, a 13 de marzo de 2026.—El Consejero de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Transformación Digital, Luis Alberto Marín González.

ANEXO
SERVICIO MURCIANO DE SALUD
Servicios Mínimos

ATENCIÓN PRIMARIA

Equipo de Atención Primaria	Personal médico de familia		Pediatras	
	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Mañana	Turno Tarde
EAP Alcantarilla Casco	3		1	
EAP Alcantarilla Sangonera	3	1	2	
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	1	2	
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	1	2	
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
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 /Santa María de Gracia	3		1	
EAP Murcia/Vista Alegre	3	1	2	
EAP Molina/Sur	3	1	2	
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	
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	1	2	
EAP San Javier	3	1	2	

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.

SALUD MENTAL

Con carácter general 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.**

ATENCIÓN 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 personal de medicina general, 2 personal hematología de mañana y 1 guardia localizada.
- **Centro Regional de Bioquímica y Genética Clínica**
 - Funcionamiento como fin de semana.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

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

- **Hospitalización (Plantas de ingreso)**
 - 50% de los facultativos habituales en planta de hospitalización
 - Se debe garantizar el pase de planta de todos los pacientes ingresados, entendiéndose 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% de facultativos habituales 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% de facultativos habituales
- **Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**
 - 80% de facultativos habituales
- **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%
- **Servicios mínimos por Área de Salud/ Hospital (Atención hospitalaria):**

Área de Salud 1

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	16
REA/CMA/ URPA	8
OTROS	6
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
CARDIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HEMODINAMICA	4
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
QUIRÓFANO	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	6
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIRÓFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA PLÁSTICA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA TORACICA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
ENDOCRINOLOGÍA	



CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HOSPITAL DE DÍA	1
HEMATOLOGÍA	
CONSULTAS EXTERNAS	2
HOSPITAL DE DÍA	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
MEDICINA INTENSIVA	22
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	7
MEDICINA NUCLEAR	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	10
NEFROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
DIÁLISIS	3
HOSPITAL DE DÍA	1
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS/FUNCIONALES	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROCIRUGÍA	
QUIRÓFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
HOSPITAL DE DÍA/URG./CODIGO ICTUS	2
OFTALMOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SEGUIMIENTO EMBARAZO	12
QUIRÓFANOS	2
PARITORIOS. (URGENCIAS MATERNAL)	5
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
ONCOLOGÍA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS/HOSPITAL DÍA	18
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
URAIPI	1
PSIQUIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS	4
ANATOMIA PATOLOGICA	4
INMUNOLOGÍA	4
MICROBIOLOGÍA	4
FARMACIA	10
RADIODIAGNÓSTICO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	9
RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA	4
NEURORADIOLOGÍA	2

RADIOFARMACIA 3

Área 2

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	10
REA/CMA/ URPA	1
ANGIOLOGÍA	
HOSPITALIZACION	1
QUIRÓFANO	1 M y MX
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HEMODINAMICA	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIRÓFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA PLÁSTICA	
QUIRÓFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
GERIATRÍA	
CAMAS DE HOSPITALIZACION	2
HEMATOLOGÍA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
HOSPITAL DE DÍA	4
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
MEDICINA INTENSIVA	21
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN H. SANTA LUCÍA	6
CAMS HOSPITALIZACIÓN H. N. SRA. DEL ROSELL	2
MEDICINA NUCLEAR	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	5
NEFROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DIÁLISIS	4
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DÍAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
OFTALMOLOGÍA	
QUIRÓFANO	2 M y V
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SEGUIMIENTO EMBARAZO	4
QUIRÓFANOS	2
PARITORIOS (URGENCIAS MATERNAL)	2



CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
ONCOLOGÍA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS	5
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	
CONSULTAS EXTERNAS	4
TRATAMIENTOS	4
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
PEDIATRÍA	
NEONATOLOGÍA	3
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
PSIQUIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	3
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS	2
ANATOMÍA PATOLÓGICA	2
MICROBIOLOGÍA	2
FARMACIA	7
RADIODIAGNÓSTICO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	6
RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA	1
RADIOFARMACIA	2

Área de Salud 3

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	5 L y M; 5 MX y 1 V
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2 L, MX y V; 4 M
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1 MX
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
HOSPITAL DE DÍA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
LABORATORIO/BANCO	1
MEDICINA INTENSIVA	7
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	6
NEFROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1



DIÁLISIS	2
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OFTALMOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 MX
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SEGUIMIENTOS EMBARAZOS	5
QUIRÓFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /PRUEBAS DÍAGNOSTICOS	2
PEDIÁTRIA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /NEONATOS	2
PSIQUIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L y M
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /PRUEBAS DÍAGNÓSTICAS	2
SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS MINIMOS
ANÁLISIS CLÍNICOS	4
ANATOMÍA PATOLÓGICA	2
MICROBIOLOGÍA	2
FARMACIA	4
RADIODIAGNÓSTICO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	3
RADIOLOGÍA NO VASCULAR INTERVENCIONISTA	1

Área de Salud 4

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	3
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CARDIOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1 M
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
HOSPITAL DE DÍA/CONSULTAS EXTERNAS	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
MEDICINA INTENSIVA	7



NEUMOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS DÍAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SEGUIMIENTO EMBARAZO	1
QUIRÓFANOS	2 V
PARITORIOS (URGENCIAS MATERNAL)	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1 L y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 M; J y V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS/FUNCIONALES	1 V
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS	2
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1
MICROBIOLOGÍA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNÓSTICO	2

Área de Salud 5

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	2
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS HOSPITALIZADOS	1
CARDIOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	4
NEUMOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS HOSPITALIZADOS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO	1
QUIRÓFANOS	1 M
PARITORIOS / CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1 L
PEDIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
TRAUMATOLOGÍA	



QUIRÓFANOS	2 L, MX y V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS /MICROBIOLOGÍA	1
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNÓSTICO	2

Área de Salud 6**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER**

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	6 L y M; 5 MX y 4 V
REA/CMA/ URPA	1
ANGIOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 M
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
PRUEBAS DÍAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
CONSULTAS EXTERNAS	4
HOSPITAL DE DÍA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS 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
NEFROLOGÍA	
HOSPITALIZACIÓN/INTERCONSULTAS	1
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
OFTALMOLOGÍA	
QUIRÓFANOS URGENCIAS DIFERIDAS	1 L y V
ONCOLOGÍA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS	8
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
HOSPITAL DE DÍA	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	



QUIRÓFANOS	2 M y MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PSIQUIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L, MX y V y 4 M
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	4 L y 2 M, MX y V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS/BIOQUÍMICA	4
ANATOMÍA PATOLÓGICA	5
MICROBIOLOGÍA	3
FARMACIA	7
RADIODIAGNÓSTICO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	7
INTERVENCIONISMO NO VASCULAR	1

Área de Salud 7**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA**

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	8 L,M, MX y 4 V
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CARDIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	3 L; 5 M; 2MX y 3 V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
QUIRÓFANOS	1 M y MX
DERMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1L; 3M y 1MX
ENDOCRINOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
MEDICINA INTENSIVA	10 L, M, y V, 11 MX
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN (incluye infecciosas)	8
NEFROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
DIÁLISIS	2
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
NEUROFISIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	2
GINECOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L; 2M y 3MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OFTALMOLOGÍA	
QUIRÓFANOS URGENCIAS DIFERIDAS	1 L, M y MX



ONCOLOGÍA MEDICA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L y 2V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PSIQUIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2L; 1M; 1MX y 1V
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2L, 2M y 4MX
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS (PRUEBAS)	3
ANATOMÍA PATOLÓGICA ()	3
MICROBIOLOGÍA (PRUEBAS)	1
FARMACIA	5
RADIODIAGNÓSTICO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	8L; M;MX y 5V
INTERVENCIONISMO VASCULAR	1

Área de Salud 8

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	5
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CARDIOLOGÍA	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
HOSPITAL DE DÍA	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
MEDICINA INTENSIVA	
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	5
NEUMOLOGÍA	
PRUEBAS DÍAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
SEGUIMIENTO EMBARAZO	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PEDIATRÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS HOSPITALIZADOS	1

REUMATOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	1
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS	2
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1
MICROBIOLOGÍA	1
FARMACIA	3
RADIODIAGNÓSTICO	4

Área de Salud 9

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO

SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIOS MINIMOS
ANESTESIA	
QUIRÓFANOS	3
REA/CMA/ URPA	1
APARATO DIGESTIVO	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN /PRUEBAS HOSPITALIZADOS	1
CARDIOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN/PRUEBAS HOSPITALIZADOS	1
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
HEMATOLOGÍA	
CONSULTAS EXTERNAS	1
MEDICINA INTERNA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	3
NEUMOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
NEUROLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
TRAUMATOLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
UROLOGÍA	
QUIRÓFANOS	2 L
CAMAS HOSPITALIZACIÓN	1
SERVICIOS CENTRALES	
ANÁLISIS CLÍNICOS	2
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1
FARMACIA	2
RADIODIAGNÓSTICO	2