



## INSTRUCCIONES QUE DICTA EL DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA I DE SALUD (MURCIA-OESTE) PARA LA AUTORIZACIÓN Y DESARROLLO, EN LA CITADA AREA, DE TRABAJOS DE FIN DE GRADO (TFG) Y FIN DE MASTER (TFM) Y OTROS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La realización de Trabajos Fin de Grado (TFG) y Trabajos Fin de Master (TFM), así como otros trabajos de investigación forma parte de los planes de estudio universitarios o de tercer ciclo, y posee un carácter integrador que moviliza el conjunto de competencias que el estudiante ha desarrollado a lo largo de su proceso formativo, conjugando los intereses personales, los estudios realizados y las experiencias alcanzadas.

El Área I de Salud, y específicamente, el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca", como entorno de trabajo que comparte aspectos científicos, docentes y asistenciales, es calificado como ideal por numerosos estudiantes y profesionales para el desarrollo de trabajos de este tipo.

La falta de regulación en el proceso de autorización y desarrollo de estos trabajos, así como la conveniencia del establecimiento de unos criterios mínimos de calidad en la ejecución de los mismos, exige la adopción de unas instrucciones, por parte de esta Dirección Gerencia, que beneficiarán, sin duda alguna, el resultado final de los citados trabajos.

La Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud (BOE de 6 de febrero) establece además, medidas adicionales que se destinan tanto al control del personal en formación e investigador de las Instituciones sanitarias, como a la adquisición por este colectivo de competencias y hábitos que garanticen un futuro profesional en el que el respeto a la intimidad, dignidad y confidencialidad de los datos de salud, estén integrados e internalizados en el quehacer diario de todos los profesionales que actúan en ámbitos vinculados con el sector sanitario.

En consecuencia con lo expuesto, esta Dirección Gerencia, emite las siguientes

### INSTRUCCIONES

**Primera.-** Se crea la **COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD (Murcia-Oeste)**, que tendrá por objeto el control en el Área de Salud y propuesta de autorización de todos los trabajos de investigación, Trabajos Fin de Grado y Trabajos Fin de Master, Tesis doctorales y otros trabajos de investigación que se desarrollen, en todo o en parte, en alguno de los centros dependientes del Área I de Salud, salvo los ensayos clínicos y aquéllos otros que,





por sus características sean competencia del Comité Ético de Investigación (CEI) o del Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm).

**Segunda.-** La citada Comisión estará compuesta por 2 representantes del área de Calidad (1 médico, 1 de enfermería), al menos 2 del área de Investigación (de los cuales 1 será médico, 1 de enfermería) y 2 de Docencia (1 médico, 1 de enfermería), asistidos por un secretario (Servicio Jurídico del Área), con voz pero sin voto, que levantará acta de las reuniones que se celebren. Dichos miembros serán designados por la Dirección Gerencia del Área I.

**Tercera.-** La Comisión se reunirá, ordinariamente, con carácter bimestral y extraordinariamente, cuando las circunstancias lo demanden.

**Cuarta.-** Procedimiento:

- a) El interesado dirigirá su solicitud a la Dirección Gerencia del Área I (Comité de Evaluación de Trabajos de Investigación), adjuntando la siguiente documentación:
  - a. Carta de presentación del Director o tutor del trabajo
  - b. Designación de un tutor responsable (médico o enfermería) en el centro
  - c. Autorización del Jefe del Servicio y del Supervisor de Área/Unidad donde se pretenda realizar la investigación (Anexo I).
  - d. Memoria científica o protocolo de investigación, que contendrá, al menos, una justificación del mismo, objetivos, hipótesis, metodología, criterios de exclusión e inclusión (si proceden), y bibliografía.
  - e. Hoja de información al paciente, en su caso.
  - f. Consentimiento Informado, en su caso.
  - g. Modelo de encuesta, si precisa.
  - h. Compromiso de confidencialidad (Anexo II)
- b) La presentación de la documentación se realizará al menos, 1 mes antes de la fecha de inicio prevista.
- c) La Comisión realizará una base de datos con todos los trabajos presentados a evaluación donde constará, al menos: fecha de presentación, solicitante, tipo de trabajo, plazo de duración previsto y terminación.
- d) Una vez obtenido el visto bueno de la Comisión, se formulará propuesta de autorización a la Dirección Gerencia, que resolverá oportunamente.

**Quinta.-** El desarrollo de los trabajos no podrá alterar, entorpecer o modificar la actuación de los profesionales médicos o de enfermería, debiendo el interesado ajustarse estrictamente a las instrucciones o recomendaciones emitidas por aquéllos. En el caso de estudios que suponga acceder a datos de los Servicios de Archivo y Documentación Clínica, Codificación o Unidad de Evaluación, se someterán a los plazos e instrucciones concretas emitidas por los responsables de cada Servicio.





**Sexta.-** La falta de alguno de los anteriores documentos o apartados, podrá ser causa, a juicio de la Comisión de denegación de la correspondiente autorización temporal, o definitiva. En ningún caso, podrá iniciarse el trabajo en el Área sin la obtención de la correspondiente autorización.

**Séptima.-** Finalizado el trabajo, se deberá entregar una copia del mismo a la **COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD.**

**Octava.-** No podrán publicarse los resultados y conclusiones de los trabajos en ningún medio de comunicación, página web, revista científica, congresos, jornadas, o cursos de formación sin autorización previa de la Comisión.

**Novena.-** De conformidad a la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud (BOE de 6 de febrero), en el ámbito de la docencia los alumnos podrán acceder a la historia clínica con datos personales disociados o historias clínicas simuladas por el responsable de docencia a fin de garantizar que el aprendizaje derivado de las mismas se realiza respetando la intimidad y confidencialidad de los datos de salud.

Cuando sean preciso, la dirección del Centro autorizará el acceso al registro de la historia clínica. La autorización se tramitará por el responsable del registro requiriendo para ello el informe previo y motivado del tutor o los responsables de la investigación/master/título propio/doctorado que se someterá a dictamen previo de la Comisión. Dicha autorización tendrá los límites temporales que se adecuen a la finalidad concreta para la que se autoriza el acceso.

Sólo se podrán utilizar aquellos datos de la historia clínica relacionados con los fines de la investigación sin revelar características, hechos o circunstancias que permitan identificar a los pacientes que participen en el estudio/investigación de que se trate.

Cuando sea necesaria la publicación o exhibición de imágenes médicas o cualquier otro soporte audiovisual que muestren partes del cuerpo de las que pueda deducirse la identidad del paciente, se requerirá el consentimiento escrito de éste.

**Décima.-** Las presentes instrucciones se aplicarán a todas las solicitudes de autorización que se reciban a partir del día de su fecha.

**EL DIRECTOR GERENTE**

Juan Antonio Marqués Espí





**ANEXO I**

**Designación de tutor responsable en el centro:**

**Apellidos y Nombre:**

**Autorización del Jefe de Servicio**

D./Dña. ....

Jefe del Servicio de .....

**Expone:**

Haber sido informado de la intención de realizar en mi servicio el trabajo denominado

.....  
.....

que tiene como investigador principal a D.....

cuya realización es factible en el citado Servicio y en los términos planteados en su protocolo, y así se hará constar en la Memoria Anual de Investigación del Servicio.

Murcia, a 22 de mayo de 2017

(firma)

**Autorización del Supervisor de Área(Unidad)**

D./Dña. ....

Supervisor de .....

**Expone:**

Haber sido informado de la intención de realizar en el servicio el trabajo denominado

.....  
.....

que tiene como investigador principal a D.....

cuya realización es factible en el citado Servicio y en los términos planteados en su protocolo, y así se hará constar en la Memoria Anual de Investigación del Servicio.

Murcia, a 22 de mayo de 2017

(firma)

Firmante: MARQUES ESPIL JUAN ANTONIO  
01/06/2017 13:45:07  
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) 637953e-aa03-74bd-977f4384147





Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



ANEXO II

Firmante: MARQUES ESP. JUAN ANTONIO

01/06/2017 13:45:07

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) 63795e3a-aad3-74bd-97974386417



**ANEXO I****Protocolo***Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos*

D. ....  
 con DNI/NIF/NIE ..... tiene la condición de personal en formación en régimen de  
 alumnado en el Centro Sanitario ..... como:

- Alumno universitario de Grado:

- |  |   |   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina          | <input type="checkbox"/> Farmacia               | <input type="checkbox"/> Odontología                    | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional    | <input type="checkbox"/> Logopedia                      | <input type="checkbox"/> Podología  |
| <input type="checkbox"/> Óptica-optometría | <input type="checkbox"/> Dietista-nutricionista | <input type="checkbox"/> Otros titulados universitarios |                                     |

- Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

- |                                 |                                    |  |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Master | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> Investigador |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|

- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Técnico de grado medio en: .....    |
| <input type="checkbox"/> Técnico de grado superior en: ..... |

## Declaro que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejemplar interesado | <input type="checkbox"/> Ejemplar Centro Sanitario |
|--|--|



## ANEXO II

## Protocolo

*Compromiso de confidencialidad destinado a residentes*

D. ....  
 con DNI/NIF/NIE ..... tiene la condición de personal en formación en régimen de  
 residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario ..... como:

- Residentes de la Especialidad de ..... relacionada en el  
 Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de ..... (Médico,  
 Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.).
- Residente de la especialidad de ..... en rotación procedente de Centro  
 Sanitario ..... (especificar centro de origen).
- Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios  
 Sociales e Igualdad (art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero) en la especialidad de .....
- Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del  
 RD 183/2008 de 8 de febrero) en la especialidad de .....
- Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo  
 complementario de formación (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de .....

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, por lo que su acceso estará justificado por razones asistenciales, de urgencia o de salud pública, comprometiéndose a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.:

01/06/2017 13:45:07

Firmante: MÁRQUEZ ESP. JUAN ANTONIO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificadores e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) 637953a-003-74bd-979743864147



Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia

cve: BOE-A-2017-1200  
Verificable en http://www.boe.es

- Defences

- Counter Defences