



*La Legislatura de la Provincia del Neuquén  
Sanciona con Fuerza de  
Ley:*

CAPÍTULO I

PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 1º **Ámbito de aplicación.** La presente Ley tiene por objeto enunciar los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud públicos y privados de la Provincia, especialmente en materia de información, documentación clínica y autonomía.

Artículo 2º **Autoridad de aplicación.** La autoridad de aplicación de la presente Ley será la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Seguridad Social.

Artículo 3º **Definiciones legales.** A los efectos de esta Ley se entiende por:

- Usuario: es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.
- Profesional responsable: es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- Paciente: es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- Servicio sanitario: es la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.
- Centro sanitario: es el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- Certificado médico: es la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
- Consentimiento informado: es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- Documentación clínica: es el respaldo de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
- Historia clínica: es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

- Información clínica: es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
- Información epidemiológica: es todo dato referente a problemas sanitarios que afecten a una comunidad y que impliquen un mayor o menor riesgo para la salud pública o individual.
- Informe de alta médica o epicrisis: es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- Intervención en el ámbito de la sanidad: es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.
- Libre elección: es la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos (2) o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de Salud competentes, en cada caso.
- Capacidad: es la aptitud que tiene una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones. Ésta puede referirse al goce de los derechos, entendiéndose por tal, capacidad de derecho; o bien, al ejercicio de su derecho, siendo ésta la capacidad de hecho.

**Artículo 4º Principios básicos.** A los efectos de la presente Ley, se tendrán en cuenta los siguientes principios básicos:

- a) Derecho a recibir atención médica de buena calidad. Toda persona tiene derecho a una atención médica apropiada a su problema de salud. Los pacientes tienen derecho a ser asistidos con todos los recursos técnicos y humanos disponibles, capaces de aliviar su dolor físico y/o sufrimiento psíquico, y a evitar procedimientos o terapias que impliquen aislamiento innecesario de su medio familiar y social. A tal fin, la habilitación de dichos servicios estará sujeta al control del Estado sobre las características de infraestructura, equipamiento, salubridad, bioseguridad, confortabilidad, recursos humanos y materiales que sean adecuados para las prestaciones ofrecidas.
- b) Derecho a resguardar la dignidad de la persona sana o enferma. El respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad debe orientar toda la actividad dirigida a mantener y restablecer su salud, o bien, a hacer tolerable su dolor, sea dicha actividad de orden profesional, técnico o administrativo, incluyendo la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
- c) Toda actuación en el ámbito de la atención sanitaria requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la presente Ley.
- d) El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, luego de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- e) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la presente Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- f) Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
- g) El paciente y sus acompañantes deben al servidor de Salud un trato respetuoso y solidario, el cual ha de extenderse a todo miembro de las instituciones de servicio y a los restantes pacientes.

- h) Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
- i) El paciente tiene derecho a recibir de parte del servidor de Salud una hospitalidad acorde a su dignidad de persona, sin discriminación alguna. Trato que ha de expresarse en el respeto a su palabra, a su cuerpo, a la confidencialidad de su estado, a los requerimientos de su medicación, higiene, alimento y cuidados, y en un ejercicio de la Medicina y de los servicios a ella conexos científicamente probos que no dejen de lado ni la unicidad de su dolencia, ni el juicio prudencial dictado por lo mejor del saber y de la experiencia profesional y humana del servidor de Salud.
- j) Todos los pacientes tienen derecho a que, en la instrumentación de su asistencia, se respeten su identidad cultural, sus creencias y costumbres. Las actitudes de desconsideración o menosprecio y todo género de violencia o coacción sobre los pacientes serán consideradas faltas gravísimas y habilitarán los procedimientos que las normas establezcan para disponer la responsabilidad de sus autores y las medidas disciplinarias que correspondan.
- k) Los pacientes tienen derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos. En correspondencia con este derecho el servidor público debe indefectiblemente guardar y preservar el secreto profesional.
- l) Todos los pacientes tienen derecho a recibir y rechazar asistencia religiosa, moral y espiritual, inclusive la de un representante de su religión, mientras recibe atención sanitaria.
- m) Siendo la familia para el paciente una instancia de necesario soporte para el mantenimiento de la salud y más aún un apoyo afectivo y moral en la enfermedad y el dolor, corresponde al servidor público no permanecer ajeno a tal relación e integrarla a la atención.
- n) En toda circunstancia, y más aún en la situación terminal, el paciente ha de recibir alivio a su sufrimiento dentro de las posibilidades de los actuales conocimientos médicos y una atención humana, digna y solidaria procurando en ésta el menor padecimiento posible.
- o) Considerando que al respeto por la vida corresponde el respeto por la muerte, los pacientes tienen derecho a decidir en forma previa, libre y fehaciente la voluntad de no prolongar artificialmente su vida a través de medios extraordinarios y/o desproporcionados y a que se reduzca progresiva y/o irremediablemente su nivel de conciencia . De acuerdo con ello los establecimientos asistenciales se ajustarán a lo establecido en el artículo 13 -De las instrucciones previas- de esta Ley.
- p) Se debe respetar el ejercicio de la autonomía de su voluntad dentro del marco ético, jurídico y convivencial de las instituciones y servicios de Salud que lo alberga y/o atiende.
- q) Todos los pacientes tienen derecho a comprender y ejercer sus derechos como tales, así como a tomar conocimiento cabal del alcance de su estado. Para ello tienen derecho a ser provistos, según corresponda en cada caso, de las explicaciones que los ayuden a alcanzar las condiciones que les permitan disponer de la mayor libertad en el ejercicio de su voluntad de recobrar. Todos los establecimientos que ofrecen servicios de atención y asistencia a las personas que sufren deben informar adecuadamente de las normas, reglamentos y condiciones de las prestaciones que ofrecen.

## CAPÍTULO II

### EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA

**Artículo 5º Derecho a la información asistencial.** Todo paciente tiene derecho a recibir información asistencial, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- a) Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma -salvando los supuestos exceptuados por la presente Ley- en términos claros, comprensibles, adecuados y acordes a su nivel de formación. La información que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprende, como mínimo, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y sus alternativas, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y las consecuencias posibles de las antedichas intervenciones. Dicha información lo responsabiliza sobre su comportamiento al respecto.
- b) Los pacientes tienen derecho a que se respete su explícita voluntad de no ser informado, sin que esta opción los exima de las responsabilidades de las consecuencias implicadas.
- c) La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales; será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
- d) El profesional responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de brindarle toda otra información que sea necesaria, en forma especial para los procedimientos que impliquen riesgos adicionales para su salud.
- e) Todos los pacientes tienen derecho a conocer el nombre y apellido de los profesionales o asistentes que los tratan en cada una de las prestaciones que se les brindan.

**Artículo 6° Titular del derecho a la información asistencial.** A los efectos de la titularidad del derecho a la información asistencial, se tendrán en cuenta los siguientes enunciados:

- a) El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
- b) El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
- c) Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- d) El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.  
Llegado ese caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

**Artículo 7° Derecho a la información epidemiológica.** Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la presente Ley.

### CAPÍTULO III

#### EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD Y A LA INTIMIDAD

**Artículo 8º** **El derecho a la confidencialidad y a la intimidad.** Los pacientes tendrán derecho a la confidencialidad y a la intimidad , de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Toda persona tiene 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 amparada por la presente Ley.
- b) Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter íntimo que tienen determinados datos y por lo tanto el acceso a los mismos debe restringirse al número indispensable de personas relacionadas con su atención.
- c) Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán -cuando proceda- las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

### CAPÍTULO IV

#### EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

**Artículo 9º** **Consentimiento informado.** El consentimiento informado se producirá de acuerdo a las siguientes disposiciones:

- a) Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 5º, haya valorado las opciones propias del caso.
- b) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- c) El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anexos y otros datos de carácter general, con información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
- d) Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
- e) El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

**Artículo 10º** **Límites del consentimiento informado.** El consentimiento informado tendrá las siguientes limitaciones:

- a) La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
- b) Los profesionales podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- 1) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la presente Ley. En todos los casos, una vez adoptadas las medidas pertinentes, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro (24) horas, siempre que se disponga la internación obligatoria de personas.
- 2) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

**Artículo 11 Consentimiento por representación.** Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no tenga la capacidad necesaria para tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente sea incapaz de hecho, en cuanto a no tener capacidad para tomar decisiones.

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

**Artículo 12 Condiciones de la información y consentimiento por escrito.** El profesional proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más detallada deberá ser la explicación, previo consentimiento por escrito del paciente.

**Artículo 13 De las instrucciones previas.** El paciente tendrá derecho a manifestar sus instrucciones previamente, las que serán observadas por el servicio de Salud de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con el objeto que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que -llegado el caso- sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
- b) Cada servicio de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.



- c) No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “*lex artis*”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
- d) El paciente podrá revocar libremente y en cualquier momento las instrucciones previas dejando constancia por escrito.

## CAPÍTULO V

### LA HISTORIA CLÍNICA

**Artículo 14 Definición y archivo de la historia clínica.** La historia clínica se confeccionará y archivará de acuerdo a las siguientes pautas:

- a) La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro asistencial.
- b) Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte -papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten- de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
- c) Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
- d) El Sistema Público de Salud y los diferentes centros sanitarios privados aprobarán explícitamente las disposiciones necesarias para que los mismos puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

**Artículo 15 Contenido de la historia clínica de cada paciente.** La historia clínica del paciente contendrá:

- a) La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de Salud tanto en el ámbito ambulatorio como en la internación.
- b) La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.  
El contenido mínimo de la historia clínica será diferente para la atención ambulatoria y la internación y para las diversas circunstancias del ciclo vital de los pacientes y usuarios, según establezca en la reglamentación la autoridad de aplicación de la presente Ley.
- c) La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los profesionales de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.
- d) La confección de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

**Artículo 16 Usos de la historia clínica.** El acceso a la historia clínica se enmarcará en las siguientes pautas:

- a) La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
- b) Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que lo asisten.
- c) El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en las leyes vigentes de protección de datos de carácter personal, secreto estadístico, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.
- d) El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- e) El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia administración sanitaria.
- f) El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

**Artículo 17 La conservación de la historia clínica.** A los efectos de la conservación de la historia clínica se observarán las siguientes disposiciones:

- a) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y por el mínimo de años que establezcan las leyes vigentes.
- b) La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente, y se conservará cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y se hará de tal forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.
- c) Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.
- d) La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de Salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.
- e) Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.



**Artículo 18 Derechos de acceso a la historia clínica.** Los pacientes tendrán acceso a la historia clínica en las siguientes condiciones:

- a) El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, con las reservas señaladas en el apartado c) de este artículo. Los centros sanitarios son responsables de regular el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
- b) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
- c) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente.
- d) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

**Artículo 19 Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.** El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recopilación, integración, recuperación y comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

## CAPÍTULO VI

### INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

**Artículo 20 Informe de alta -epicrisis-.** Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos detallados en el artículo 3º -Definiciones legales: Informe de alta médica o epicrisis- de la presente Ley.

**Artículo 21 El alta del paciente en situaciones excepcionales.** Cuando se produjeran situaciones excepcionales relacionadas con el alta del paciente se procederá de conformidad a las siguientes pautas:

- a) En caso de no aceptar el tratamiento prescripto, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la presente Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescripto no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario en su misma sede o a través de instituciones dependientes, y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas. En estos casos deberán extremarse las recomendaciones sobre la información, contenidas en la presente Ley y la intervención de las personas allegadas al paciente.
- b) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro de salud, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente, y si persiste en su negativa lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

**Artículo 22 Emisión de certificados médicos.** Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

**Artículo 23 Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.**

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de Salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

**CAPÍTULO VII**

**DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 24** Todos los servicios de Salud de la Provincia del Neuquén deberán implementar las disposiciones emanadas de la presente Ley y la reglamentación que al efecto se dicte.

**Artículo 25** La autoridad de aplicación reglamentará la presente Ley en el término de ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

**Artículo 26** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura Provincial del Neuquén, a los veinticinco días de septiembre de dos mil ocho.- -----

***Lic. María Inés Zingoni***  
Secretaria  
H. Legislatura del Neuquén

***Dra. Ana María Pechen***  
Presidenta  
H. Legislatura del Neuquén