

CONGRESO DE LA NACIÓN

República Argentina

LEY 153

LEY 153

48 artículos

Texto actualizado al 19 de noviembre de 2026

ÍNDICE

Ley 153

TÍTULO I - Disposiciones generales 4

Capítulo 1 · - Objeto, alcances y principios 5

Capítulo 2 · - Derechos y obligaciones de las personas. 5

Capítulo 3 · - Autoridad de Aplicación y Consejo General de salud 6

TÍTULO II - Sistema de salud de la Ciudad de Buenos airescapitulo unico 8

TÍTULO III - Subsector estatal de salud 11

Capítulo 1 · - Definición y objetivos 12

Capítulo 2 · - Organización 13

Capítulo 3 · - Financiación 16

Capítulo 4 · - Organización del personal 17

Capítulo 5 · - Docencia e investigación 17

TÍTULO IV - Regulación y fiscalización 19

Capítulo único 20

LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



TÍTULO I

- DISPOSICIONES GENERALES

Artículos 1º a 9º

CAPÍTULO 1

- Objeto, alcances y principios

ARTÍCULO 1°. Objeto- La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

ARTÍCULO 2°. Alcances- Las disposiciones de la presente Ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

ARTÍCULO 3°. Definición- La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios: a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. b. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad. c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo. d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud. e. La cobertura universal de la población; f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria; g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades. i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales; k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual. l. La fiscalización y control por la Autoridad de Aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

CAPÍTULO 2

- Derechos y obligaciones de las personas.

ARTÍCULO 4°. *Derechos.*
Enumeración- Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención: a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual

y cultural; b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otroorden; c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud- enfermedad; d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso; e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba; f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad; g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud; h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos; i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas. j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación; k. Internación conjunta madre-niño; l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento; m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores; n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen; o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores;

ARTÍCULO 5°. Garantía de derechos- La Autoridad de Aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

ARTÍCULO 6°. Obligaciones- Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con elsistema de salud y con los servicios de atención: a. Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición; b. Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas; c. Prestar información veraz sobre sus datos personales.

ARTÍCULO 7°. Información de derechos y obligaciones- Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

CAPÍTULO 3
- Autoridad de Aplicación y Consejo General de salud

ARTÍCULO 8°. Autoridad de Aplicación- La Autoridad de Aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

ARTÍCULO 9°. Consejo General de Salud- El Consejo General de Salud es el organismo de debate y propuesta de los grandes lineamientos en políticas de salud. Tiene carácter consultivo, no vinculante, honorario, de asesoramiento y referencia para el Gobierno de la Ciudad. Arbitra los mecanismos para la interacción de los tres subsectores integrantes del sistema de salud, y para la consulta y participación de las organizaciones vinculadas a la problemática sanitaria.



TÍTULO II

- SISTEMA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRESCAPITULO UNICO

Artículos 10 a 12

ARTÍCULO 10. *Sistema de Salud.*
Integración- El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

ARTÍCULO 11. Recursos de Salud- Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

ARTÍCULO 12. *Autoridad de Aplicación.*
Funciones- La Autoridad de Aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones: a. La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley y en la Constitución de la Ciudad; b. El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores; c. La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención; d. La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios; e. La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores; f. La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de latotalidad del personal de los tres subsectores; g. La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles; h. La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social; i. La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud; j. La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores; k. La regulación y control de la tecnología sanitaria; l. La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y decuración, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zooterápicos, productos de higiene y cosméticos; m. La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud; n. La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente; o. La prevención y control de las zoonosis; p. La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos; q. La promoción y prevención de la salud bucal; r. La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población; s. El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales; t. El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia

clínica única; u. La promoción e impulso de la participación de la comunidad; v. La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante; w. El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad; x. La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud; y. La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.



TÍTULO III

- SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD

Artículos 13 a 40

CAPÍTULO I

- Definición y objetivos

ARTÍCULO 13. *Subsector estatal.*
Definición- El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control.

ARTÍCULO 14. *Subsector estatal.*
Objetivos- Son objetivos del subsector estatal de salud: a. Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles; b. Desarrollar políticas sanitarias centradas en la familia para la promoción comunitaria de herramientas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses de edad y continuada hasta el primer año de vida, con el agregado de alimentos complementarios, adecuados, oportunos y seguros, y generar condiciones adecuadas de nutrición; c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria; d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores; e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud; f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones; g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios; h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel; i. Establecer la extensión horaria de los servicios y programas, y el desarrollo de la organización por cuidados progresivos, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria y los hospitales de día, la internación prolongada sin necesidad de tecnología asistencial y demás modalidades requeridas por el avance de la tecnología de atención; j. Garantizar el desarrollo de la salud laboral, y de los comités de bioseguridad hospitalarios; k. Establecer la creación de comités de ética en los efectores; l. Descentralizar la gestión en los niveles locales del subsector, aportando los recursos necesarios para su funcionamiento; m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios; n. Desarrollar el presupuesto por programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población; o. Desarrollar una política de

medicamentos, basada en la utilización de genéricos, y en el uso racional que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura; p. Instituir la historia clínica única para todos los efectores; q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación; r. Garantizar la atención integral de las personas con necesidades especiales y proveer las acciones necesarias para su rehabilitación funcional y reinserción social; s. Contribuir a mejorar y preservar las condiciones sanitarias del medio ambiente; t. Contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud; u. Garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las personas a través de la información, educación, métodos y prestaciones de servicios; v. Eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud; w. Desarrollar en coordinación con la Provincia de Buenos Aires y los municipios del Conurbano Bonaerense la integración de una red metropolitana de servicios de salud.

CAPÍTULO 2
- Organización

ARTÍCULO 15. *Subsector Estatal.*
Organización General- El subsector estatal de salud se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales, bajo la conducción político-técnica de la Autoridad de Aplicación.

ARTÍCULO 16. *Subsector estatal.*
Organización por niveles de atención- La Autoridad de Aplicación debe contemplar la organización y control de las prestaciones y servicios del subsector estatal sobre la base de tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución.

ARTÍCULO 17. Articulación de niveles- La Autoridad de Aplicación garantiza la articulación de los tres niveles de atención del subsector estatal mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia con desarrollo de redes de servicios, que permita la atención integrada y de óptima calidad de todas las personas.

ARTÍCULO 18. *Primer nivel.*
Definición- El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

ARTÍCULO 19. *Primer nivel.*
Organización- Son criterios de organización del primer nivel de atención: a. Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención; b. Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria; c. Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales; d. Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquéllas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector; e. Promover la participación comunitaria; f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades deatención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrarreferencia; g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades; h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 20. *Segundo nivel.*
Definición- El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

ARTÍCULO 21. *Segundo nivel.*
Organización- Son criterios de organización del segundo nivel de atención: a. Constituir el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención; b. Garantizar la atención a través de equipos multidisciplinarios; c. Participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria; d. Realizar las acciones de atención de especialidades, de internación de baja y mediana complejidad, de diagnóstico y tratamiento oportuno, de rehabilitación, y todas aquéllas comprendidas en el nivel y según la capacidad de resolución establecida para cada efector; e. Desarrollar nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, la internación domiciliaria y el hospital de día; f. Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades deatención, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia; g. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades; h. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 22. *Tercer nivel.*
Definición- El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial.

ARTÍCULO 23. *Tercer nivel.*
Organización- Son criterios de organización del tercer nivel de atención: a. Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados; b. Participar en la implementación y

funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria; c. Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extrajurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención; d. Elaborar el anteproyecto de presupuesto basado en la programación de actividades; e. Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

ARTÍCULO 24. *Efectores.*
Definición- Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud.

ARTÍCULO 25. *Efectores.*
Organización general- Los efectores deben adecuar la capacidad de resolución de sus servicios a los niveles requeridos por las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales.

ARTÍCULO 26. *Efectores.*
Descentralización- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes.

ARTÍCULO 27. *Subsector estatal. Integración.*
El subsector estatal se compone de redes integradas de servicios de salud con eje en el primer nivel de atención, conformando una red de cuidados progresivos y coordinados, con regionalización preferente, para servicios ambulatorios y de mayor complejidad, hasta la internación compleja.

ARTÍCULO 28. Red integrada de cuidados progresivos y coordinados de regionalización preferente. Organización. - Los niveles funcionales en los cuales se organizará la red integrada de servicios incluyen: atención primaria de la salud con base en el primer nivel de atención, atención ambulatoria con base en centros de atención ambulatoria y atención ambulatoria hospitalaria e internación.

ARTÍCULO 29. Red integrada de cuidados progresivos y coordinados de regionalización preferente. Objetivos. - Son objetivos de la conformación de la Red de cuidados progresivos y coordinados de regionalización preferente: a. Integración de los cuidados b. Incremento de la accesibilidad c. Fortalecimiento de la atención primaria de la salud d. Fortalecimiento de la atención programada y continua e. Incrementar la articulación de recursos y dispositivos disponibles f. Incrementar la coordinación intersectorial con conforme a indicadores determinantes sociales de la salud; g. Aumentar la gobernabilidad, coordinación, seguimiento del nivel real de servicios y la calidad de atención.

ARTÍCULO 30. Red integrada de cuidados progresivos y coordinados de regionalización preferente. Conducción y Consejo de la red. - La red estará coordinada por la autoridad sanitaria a nivel central del Ministerio de Salud. Se establece un Consejo de la Red integrado por un miembro de cada una de las Juntas Comunales, representantes de los efectores y, de las áreas de salud, de los trabajadores profesionales y no profesionales, y de la comunidad.

ARTÍCULO 31. Red integrada de cuidados progresivos y coordinados de regionalización preferente. Lineamientos. - La red de cuidados progresivos y coordinados se desarrolla en base a los siguientes lineamientos: a. Responde a una planificación territorial de áreas programáticas de Atención Primaria de la Salud y se articularán con las comunas, las iniciativas intersectoriales, los hospitales y la comunidad; b. Son conducidas y coordinadas por un funcionario del Ministerio de Salud; c. Analizar las características socio-epidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y perfil de los servicios de atención.

CAPÍTULO 3
- Financiación

ARTÍCULO 32. Presupuesto de Salud- El funcionamiento y desarrollo del subsector estatal, y la regulación y control del conjunto del sistema de salud, se garantizan mediante la asignación y ejecución de los recursos correspondientes al presupuesto de salud.

ARTÍCULO 33. Recursos- Los recursos del presupuesto de salud son: a. Los créditos presupuestarios asignados para cada ejercicio que deben garantizar el mantenimiento y desarrollo de los servicios y programas; b. Los ingresos correspondientes a la recaudación por prestación de servicios y venta de productos a terceros por parte del subsector estatal. Todo incremento de estos recursos constituye un aumento de los recursos para la jurisdicción; c. Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación; d. Los aportes provenientes del Gobierno Nacional para ser destinados a programas y acciones de salud; e. Los préstamos o aportes nacionales e internacionales; f. Los provenientes de disposiciones testamentarias y donaciones.

ARTÍCULO 34. Fondo de redistribución- Los ingresos señalados en los incisos b) y c) del artículo anterior corresponden al efector que realiza la prestación, excepto un porcentaje que integra un fondo de redistribución presupuestaria destinado a equilibrar y compensar las situaciones dedesigualdad de las diferentes áreas y regiones.

ARTÍCULO 35. *Presupuesto.*
Lineamientos- La Autoridad de Aplicación elabora, ejecuta y evalúa el presupuesto de salud en el marco de los siguientes lineamientos: a. La jerarquización del primer nivel de atención, con individualización de las asignaciones presupuestarias y su ejecución; b. La identificación

y priorización de acciones de impacto epidemiológico y de adecuada relación costo/efectividad; c. La incorporación de la programación local y del presupuesto por programa como base del proyecto presupuestario; d. La descentralización de la ejecución presupuestaria; e. La definición de políticas de incorporación tecnológica; f. El desarrollo de la planificación plurianual de inversiones; g. La participación de la población en la definición de las prioridades presupuestarias en los diversos programas.

CAPÍTULO 4
- Organización del personal

ARTÍCULO 36. Estatuto Sanitario- El personal del subsector estatal de salud se encuentra bajo el régimen de un estatuto sanitario en el marco de lo establecido por el artículo 43 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

ARTÍCULO 37. *Estatuto Sanitario.*
Lineamientos- El estatuto sanitario debe basarse en los siguientes lineamientos: a. Comprende a la totalidad del personal del subsector estatal de salud, y contempla las cuestiones específicas de cada agrupamiento; b. Garantiza igualdad de posibilidades para el ingreso, promoción y acceso a los cargos de conducción, reconoce la antigüedad e idoneidad, y asegura un nivel salarial adecuado; c. Los ingresos y ascensos son exclusivamente por concurso; d. Establece la periodicidad de los cargos de conducción; e. El retiro está reglado por el régimen de jubilaciones correspondiente; f. Reconoce la necesidad y el derecho a la capacitación permanente, y fija los mecanismos; g. Contempla prioritariamente la protección de la salud en el ámbito laboral; h. Establece la obligatoriedad del examen de salud anual y los mecanismos para su realización.

CAPÍTULO 5
- Docencia e investigación

ARTÍCULO 38. *Consejo de investigación de salud.*
Creación- El Poder Ejecutivo debe remitir a la Legislatura, un proyecto de creación de un consejo de investigación de salud, como organismo de conducción y coordinación de la actividad de investigación en el sistema de salud.

ARTÍCULO 39. *Consejo de investigación de salud.*
Lineamientos- El consejo de investigación de salud debe organizarse bajo los siguientes lineamientos: a. Propicia la investigación científica en el sistema de salud y su integración con la actividad asistencial, y promueve la orientación al abordaje de los problemas de salud prioritarios; b. Autoriza y fiscaliza todo plan de investigación en el subsector estatal, tomando en consideración lo dispuesto en los incisos b) y c) del artículo 33. Los convenios

de investigación con instituciones públicas o privadas deberán asegurar al subsector estatal una participación en los resultados científicos y económicos; c. Favorece el intercambio científico, nacional e internacional; d. Otorga becas de investigación y perfeccionamiento, en el país o en el extranjero, para el desarrollo de proyectos; e. Realiza convenios con organismos similares, tanto en el orden nacional como en el internacional; f. Propone la creación de la carrera de investigador en salud; g. Constituye una instancia de normatización y evaluación ética en investigación: h. Institucionaliza la cooperación técnica con Universidades nacionales y entidades académicas y científicas; i. Promueve la creación y coordina el funcionamiento de comités de investigación en los efectores.

ARTÍCULO 40. *Docencia.*

Lineamientos- La Autoridad de Aplicación adoptará las medidas necesarias para posibilitar y priorizar la actividad docente de grado y posgrado en todas las disciplinas relacionadas en el ámbito del subsector estatal de salud, bajo los siguientes lineamientos: a. La promoción de la capacitación permanente y en servicio; b. La inclusión de todos los integrantes del equipo de salud; c. El enfoque interdisciplinario; d. La calidad del proceso enseñanza-aprendizaje; e. La articulación mediante convenio con los entes formadores; f. La jerarquización de la residencia como sistema formativo de postgrado; g. El desarrollo de becas de capacitación y perfeccionamiento; h. La promoción de la capacitación en salud pública, acorde con las prioridades sanitarias.



TÍTULO IV

- REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

Artículos 41 a 48

Capítulo único

ARTÍCULO 41. *Regulación y fiscalización.*
Funciones generales- La Autoridad de Aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privado, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud.

ARTÍCULO 42. *Subsector privado.*
Fiscalización- Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la Autoridad de Aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientossanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

ARTÍCULO 43. *Subsector privado.*
Entes financiadores- Los entes privados de financiación de salud, ya sean empresas de medicina prepaga, de seguros, aseguradoras de riesgos del trabajo, de medicina laboral, mutuales y entidades análogas, deben abonar las prestaciones brindadas a sus adherentes por el subsector estatal de salud; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

ARTÍCULO 44. *Seguridad social.*
Fiscalización- Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la Autoridad de Aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

ARTÍCULO 45. *Seguridad social.*
Prestaciones estatales- La seguridad social debe abonar por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios por el subsector estatal de salud sin necesidad de autorización previa; por los mecanismos y en los plazos que establezca la reglamentación. Dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia.

ARTÍCULO 46. *Seguridad social.*
Reclamos por prestaciones estatales- Los efectores del subsector estatal de salud están facultados para reclamar ante el organismo nacional correspondiente, el pago de las facturas originadas en prestaciones brindadas a los beneficiarios de las obras sociales, cumplidos los plazos y por los mecanismos que establezca la reglamentación.

ARTÍCULO 47. Padrones de beneficiarios- La Autoridad de Aplicación debe arbitrar todos los medios que permitan mantener actualizados los padrones de beneficiarios y adherentes

de los entes financiadores de salud de cualquier naturaleza.

ARTÍCULO 48. Legislación específica- La presente Ley se complementa con legislación específica en los siguientes temas: a. Consejo General de Salud; b. Ejercicio profesional; c. Salud mental, que contempla los siguientes lineamientos: 1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas; 2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios; 3. La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día; d. Régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios; e. Medicamentos y tecnología sanitaria; que garantice la calidad, eficacia, seguridad y acceso del medicamento, la promoción del suministro gratuito de medicamentos básicos a los pacientes sin cobertura, y el uso de genéricos; f. Trasplante de órganos y material anatómico, que contempla la creación del organismo competente jurisdiccional, la promoción de la donación y el desarrollo de los servicios estatales; g. Régimen regulatorio de sangre, sus componentes y hemoderivados asegurando el abastecimiento y la seguridad transfusional; h. Régimen regulatorio integral de alimentos en su relación con la salud; i. Régimen integral de prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo los mecanismos de provisión de medicamentos específicos; j. Régimen de atención integral para las personas con necesidades especiales; k. Salud reproductiva y procreación responsable; l. Salud escolar; m. Salud laboral; n. Telemática en salud; o. Identificación del recién nacido;



VEREDICTA LEYES

Ley 153. Texto actualizado al 19 de noviembre de 2026.

Datos: Base InfoLEG de Normativa Nacional, Ministerio de Justicia de la Nación (CC BY 4.0).