



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
Año de la Grandeza Argentina

Resolución

Número:

Referencia: EX-2026-01768808- -INSSJP-GM#INSSJP | Proyecto de Resolución | Texto ordenado criterios de acceso, procedimientos y reglas de cantidad para la cobertura de medicamentos al cien por ciento (100%) por razones sociales

VISTO el Expediente N° EX-2026-01768808- -INSSJP-GM#INSSJP, las Leyes N° 19.032 y N° 25.615, el Decreto N° 02/2004-PEN, las Resoluciones N° 337/DE/2005, N° 167/DE/2010, N° 631/DE/2010, Disposición N° 1741/GPM/2010, Disposición Conjunta N° 107/GPSYC-GPM/2014, Disposición N° 2903/2015, RESOL-2024-2431-INSSJP-DE#INSSJP, RESOL-2024-2537-INSSJP-DE#INSSJP, la Disposición N° 59/GM/2016, Resolución N° 1304/DE/16, Resolución N° 2214/2025 (MSAL), y la Disposición Conjunta N° 5/SGPSyC-SGTM/2017; Disposición Conjunta N° 20/SGPSyC-SGTM/2017 y

CONSIDERANDO:

Que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) fue creado por la Ley N° 19.032, modificada por su similar N° 25.615, como una persona jurídica de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa, encargada de otorgar a las personas jubiladas y pensionadas y a su grupo familiar primario prestaciones médicas y sociales integrales, en base a los principios de solidaridad, eficacia y equidad.

Que el artículo 6° de la citada ley y el artículo 3° del Decreto N° 02/2004-PEN confieren al Director Ejecutivo del Instituto facultades plenas para dictar las normas necesarias para la adecuada administración y funcionamiento del organismo, en el marco de su autonomía institucional y presupuestaria.

Que mediante la Resolución N° 337/DE/2005 se implementó el régimen institucional de provisión extraordinaria de medicamentos, estableciendo los lineamientos generales para la gestión de solicitudes que se apartan del circuito ordinario de provisión.

Que dicha resolución diferenció expresamente entre: (i) la vía de excepción; (ii) el subsidio social; y (iii) las prestaciones incluidas en la Ley N° 24.901 para personas con discapacidad.

Que mediante las Resoluciones N° 167/DE/2010, N° 631/DE/2010 y la Disposición N° 1741/GPM/2010, se

modificaron y complementaron ciertos aspectos sobre la mencionada Resolución N° 337/DE/2005.

Que mediante la Disposición Conjunta N° 107/2014 de las Gerencias de Promoción Social y Comunitaria y la de Prestaciones Médicas, se aprobaron los criterios de inclusión, las normas de procedimiento y el formulario de declaración jurada, para el acceso al subsidio de cobertura total de medicamentos por razones sociales.

Que mediante la Disposición N° 2903/2015 de la Gerencia de Prestaciones Médicas se derogó la Disposición N° 1741/GPM/2010 y se aprobaron las normas y procedimientos específicos para la cobertura al 100% de medicamentos.

Que dicha disposición, entre otros supuestos, reguló el procedimiento para la provisión motivada por intimaciones judiciales y las distintas vías extraordinarias previstas en la Resolución N° 337/2005 —vía de excepción, subsidio social y prestaciones comprendidas en la Ley N° 24.901—.

Que la Disposición N° 59/GM/2016 de la Gerencia de Medicamentos modificó parcialmente la Disposición N° 2903/2015 en lo que respecta a la provisión de medicamentos por razones sociales, con el fin de prevenir riesgos asociados a polifarmacia en adultos mayores y asegurar un uso racional de los recursos. Para eso se aplicó un nuevo procedimiento según cantidad de medicamentos solicitados, generando una mayor celeridad y efectividad en su tramitación.

Que la evidencia científica y guías clínicas internacionales coinciden en considerar la polifarmacia a partir de los cinco (5) medicamentos utilizados en forma simultánea, toda vez que ello incrementa reacciones adversas y compromete resultados de salud, motivo por el cual se estima pertinente mantener dicho umbral.

Que, asimismo, por Resolución N° 1304/DE/16 se estableció con carácter obligatorio para todos los agentes médicos que trabajen en las dependencias del Instituto o en Efectores Sanitarios Propios, médicos de cabecera en relación de dependencia y prestadores médicos con convenio, la utilización del Sistema de Receta Electrónica, de acuerdo a las pautas técnicas vigentes y aquellas que oportunamente se establezcan.

Que el Sistema de Receta Electrónica oportunamente desarrollado por el Instituto ha procurado mitigar los errores de comunicación, asegurando la legibilidad de las prescripciones y el monitoreo de los tratamientos prescritos, así como el conocimiento inequívoco de la existencia del acto médico que le dio origen.

Que, al respecto y recientemente, la Resolución N° 2214/2025 del Ministerio de Salud de la Nación estableció el marco regulatorio definitivo para la plena vigencia de la prescripción digital como estándar de calidad y seguridad sanitaria, directriz a la que el Instituto ajusta sus procedimientos de dispensa por razones sociales para garantizar el total seguimiento de los tratamientos

Que, ahora bien, oportunamente mediante las Disposiciones Conjuntas N° 5/SGPSyC-SGTM/2017 y 20/SGPSyC-SGTM/2017 de la Secretaría General de Promoción Social y la Secretaría General Técnico Médica reglamentaron los criterios socioeconómicos de acceso a la cobertura del 100% en medicamentos por razones sociales, incorporando indicadores objetivos vinculados al nivel de ingresos, propiedad de bienes registrables, entre otros.

Que, en virtud de lo anterior, las Resoluciones N° RESOL-2024-2431-INSSJP-DE#INSSJP y RESOL-2024-2537-INSSJP-DE#INSSJP introdujeron actualizaciones en los parámetros socioeconómicos establecidos originalmente por las ya mencionadas Disposiciones Conjuntas N° 5/2017 y 20/2017, manteniendo la misma estructura y espíritu de aquel régimen, el cual —a su vez— reproducía lineamientos ya presentes en la Disposición Conjunta N° 107/2014, vigente en aquel entonces.

Que los recursos del Instituto se encuentran definidos en su ley de creación, no pudiendo crear tributos ni incrementar unilateralmente sus ingresos, por lo que toda ampliación de cobertura debe evaluarse bajo criterios de sustentabilidad financiera y sanitaria.

Que, atento la finitud de los recursos, una innovación o ampliación de alguna prestación —sin que haya un aumento sostenido en el tiempo de los ingresos del Instituto—, implicará una restricción de otras prestaciones. De esa forma, una cobertura irrestricta y universal del ciento por ciento (100%) para todos de los medicamentos a los afiliados del Instituto implicaría un grave desfinanciamiento, comprometiendo otras prestaciones esenciales destinadas a la totalidad de los beneficiarios; circunstancia ésta la cual afectaría especialmente a los beneficiarios que se encuentran una situación de mayor vulnerabilidad y cuya única cobertura es la que brinda el Instituto.

Que a la fecha el Instituto mantiene un plan de acceso a medicamentos vasto, solidario y competitivo, con una amplia gama de descuentos que lo posiciona como uno de los sistemas de provisión farmacológica más extensos y equitativos del país.

Que a fin de garantizar que ningún beneficiario quede sin el tratamiento médico que necesite, el Instituto prevé la existencia de un subsidio social destinado a cubrir el costo total de los medicamentos de los beneficiarios que no pueden acceder a ellos.

Que, por otra parte, la coexistencia de todas las normas citadas relacionadas al subsidio social en cuestión —dictadas en distintos momentos y por distintas áreas del Instituto— ha derivado en una dispersión normativa que dificulta la correcta interpretación y aplicación del régimen, afectando su transparencia, seguridad jurídica y eficacia administrativa.

Que, además, varias de las normas mencionadas introdujeron derogaciones genéricas (“toda norma que se oponga”), lo que ha generado incertidumbre respecto de la vigencia efectiva de algunas disposiciones, tornando imprescindible un proceso de ordenamiento normativo integral.

Que, en consecuencia, corresponde dictar una única norma consolidada que integre en un cuerpo sistemático y claro los criterios de acceso, los procedimientos de tramitación y las reglas sobre cantidad de medicamentos referido a los medicamentos cubiertos en un cien por ciento (100%) por razones sociales. A la vez, dejar sin efecto en forma expresa las disposiciones anteriores, sin introducir modificaciones sustantivas en el régimen vigente.

Que la presente medida tiene por objeto dotar de mayor claridad, coherencia y accesibilidad al régimen de provisión de medicamentos por razones sociales, garantizando la sustentabilidad y transparencia del sistema.

Que el plexo normativo que regula la cobertura del ciento por ciento (100%) en medicamentos por razones sociales ha sido objeto de análisis por parte de los tribunales competentes, los cuales evaluaron de manera integral su adecuación a los principios constitucionales y normas que rigen el derecho a la salud y la protección de las personas mayores.

Que dicho control jurisdiccional examinó tanto los criterios de admisión como los procedimientos administrativos y las reglas técnicas vinculadas a la prescripción y provisión de medicamentos, concluyendo que el régimen vigente —en la medida en que conjuga parámetros de acceso objetivos, mecanismos de verificación socioeconómica y salvaguardas sanitarias— resulta razonable, proporcional y compatible con el deber estatal de garantizar el acceso efectivo a las prestaciones de salud.

Que los pronunciamientos judiciales dictados en ese marco adquirieron firmeza y revisten autoridad de cosa juzgada

material, consolidando la validez jurídica del régimen y despejando toda controversia sobre su adecuación a las garantías constitucionales.

Que resulta necesario autorizar a la Gerencia de Medicamentos y a la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria (o las áreas que las reemplacen en el futuro) para que, de forma indistinta o conjunta en el marco de sus competencias técnicas, dicten los actos administrativos que complementan, actualicen o reglamenten la normativa aprobada en esta resolución.

Que la Gerencia Económico Financiera, la Gerencia de Medicamentos, la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, Gerencia de Tecnología de Información, la Unidad de Gestión Técnico Operativa, la Unidad Técnico Médica, las Coordinaciones Técnica Legal y Técnica Económico de la Sindicatura General y la Subdirección Ejecutiva de este Instituto han intervenido en el ámbito de su competencia.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la debida intervención en el marco de su competencia.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por el artículo 6° de la Ley 19.032 y sus modificatorias, por los artículos 2° y 3° del Decreto PEN N° 02/04 y el artículo 1° del Decreto DECTO-2023-63-APN-PTE,

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES
PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS**

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Derogar expresamente las siguientes normas: Disposición N° 59/GM/2016 Disposición Conjunta N° 5/SGPSyC-SGTM/2017; Disposición Conjunta N° 20/SGPSyC-SGTM/2017; Resolución N° RESOL-2024-2431-INSSJP-DE#INSSJP; y Resolución N° RESOL-2024-2537-INSSJP-DE#INSSJP.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar los parámetros para la cobertura del cien por ciento (100%) en medicamentos por razones sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que como Anexo I (IF-2026-06752343-INSSJP-DE#INSSJP) forma parte integrante de la presente medida.

ARTÍCULO 3°.- Autorizar a la Gerencia de Medicamentos y a la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria (o las áreas que las reemplacen en el futuro) para que de forma indistinta o conjunta, conforme los parámetros establecidos en esta resolución y en el marco de sus competencias técnicas, dicten los actos administrativos que complementen, actualicen o reglamenten la normativa aprobada en esta resolución.

ARTÍCULO 4°.- Registrar, comunicar, publicar en el Boletín del Instituto y archivar.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Anexo

Número:

Referencia: EX-2026-01768808- -INSSJP-GM#INSSJP | Anexo | Parámetros para la cobertura del 100% en medicamentos por razones sociales

Parámetros para la cobertura del 100% en medicamentos por razones sociales

CAPÍTULO I — Objeto, alcance y definiciones

Artículo 1° — Los siguientes parámetros establecen las condiciones, procedimientos y responsabilidades para el otorgamiento de la cobertura del ciento por ciento (100%) en medicamentos por razones sociales a los afiliados del Instituto, conforme principios de equidad, solidaridad y protección integral de la salud.

Artículo 2° — Quedan comprendidos los afiliados que, cumpliendo los criterios de acceso del Capítulo II, requieran medicamentos cubiertos a través de subsidio social.

Artículo 3° — A efectos de los siguientes parámetros se entiende por:

- a) Cobertura al 100% por razones sociales: asistencia farmacológica con financiamiento íntegro del Instituto, otorgada sobre base socioeconómica o por razones de vulnerabilidad sociosanitaria.
- b) Grupo conviviente: personas afiliadas que compartan el mismo domicilio y gastos del hogar, conforme cruces de sistemas oficiales.
- c) Evaluación médica: evaluación técnica destinada a verificar la pertinencia terapéutica, según protocolos y guías vigentes.
- e) Vía de reconsideración: Procedimiento dentro del régimen de subsidio social aplicable cuando el afiliado no cumple con los criterios previstos en los puntos 1 y 2 del artículo 5°, pero acredita que el gasto de su tratamiento farmacológico representa igual o más del porcentaje establecido en el artículo 7° (15%). Se fundamenta en criterios socioeconómicos y vulnerabilidad sociosanitaria.

Artículo 4° — Todo trámite se instrumentará mediante el Sistema Online de Medicamentos sin Cargo o el que en el futuro lo reemplace, dejando constancia digital de las actuaciones y validez legal equivalente al soporte físico.

CAPÍTULO II — Criterios para el otorgamiento

Artículo 5° — Para acceder al régimen de subsidio social se deberá verificar:

1. Ingresos mensuales menores a uno coma cinco (1,5) del haber mínimo previsional. En hogares donde el afiliado o un miembro del grupo conviviente sea titular de Certificado Único de Discapacidad (CUD) deberán ser menores a tres (3) haberes mínimos previsionales.
2. No estar afiliado a medicina prepaga.
3. No poseer más de un (1) inmueble.
4. No poseer aeronaves ni embarcaciones de lujo.
5. No poseer vehículo con menos de diez (10) años de antigüedad, salvo hogares donde el afiliado o un miembro del grupo conviviente es titular de Certificado Único de Discapacidad (CUD).
6. No ser titular de activos societarios que evidencien capacidad económica plena.

Artículo 6° — Los Afiliados Veteranos de Guerra del Atlántico Sur (AGAS) quedan exceptuados del cumplimiento de los criterios del artículo anterior.

Artículo 7° — De no cumplir con los puntos 1 y 2 del artículo 5° y en el caso que el gasto de los medicamentos para el tratamiento médico prescripto iguale o supere el quince por ciento (15%) del ingreso previsional mensual, el afiliado podrá solicitar la cobertura al ciento por ciento (100%) en medicamentos por razones sociales a través de la vía de reconsideración. Para ello el Instituto requerirá y realizará un informe social y la escala de vulnerabilidad sociosanitaria, o los instrumentos análogos que a futuro los reemplacen.

A los fines del presente artículo, cuando el afiliado perciba más de un beneficio previsional, se tomará exclusivamente el monto correspondiente a la jubilación, aun cuando perciba además una pensión, bono u otro beneficio compatible. Solo en caso de no poseer jubilación se considerará el monto de la pensión.

Artículo 8° — La acreditación de los criterios precedentes se efectuará mediante cruces automáticos con sistemas oficiales, pudiendo en caso de considerarse necesario requerirse información complementaria.

Artículo 9° — La evaluación socioeconómica deberá constar en soporte digital, registrándose toda documentación presentada.

CAPÍTULO III — Procedimiento según cantidad de medicamentos

Artículo 10° — La cantidad de medicamentos solicitados determinará el procedimiento y la intervención técnica, conforme los siguientes incisos.

Inciso I — Solicitudes de hasta cuatro (4) medicamentos

Inciso I.A — Cuando la solicitud comprenda hasta cuatro (4) medicamentos, la tramitación estará a cargo de la UGL o agencia interviniente, la cual verificará la documentación exigida, actuará dentro de sus competencias y procederá a la autorización mediante el Sistema Online de Medicamentos sin Cargo o el que en el futuro lo reemplace. La autorización del medicamento se realizará de manera inmediata luego de la carga completa del tratamiento en el sistema mencionado, siempre que cumpla con los criterios establecidos en el capítulo II de la

presente.

Inciso II — Solicitudes de cinco (5) o seis (6) medicamentos

Inciso II.A — En los supuestos contemplados en este inciso, se realizará una evaluación médica por profesional médico habilitado en la UGL o agencia, debiendo registrarse dictamen fundado en el Sistema Online de Medicamentos sin Cargo o el que en el futuro lo reemplace.

Inciso II.B — Cuando el afiliado requiera la modificación de un tratamiento ya autorizado dentro de este régimen, manteniendo la cantidad total de medicamentos dentro del rango de cinco (5) a seis (6), podrá gestionarse la sustitución de un medicamento previamente autorizado mediante la presentación de la orden médica correspondiente.

Inciso II.C — Si la modificación mencionada implica la incorporación de un medicamento adicional, se deberá presentar junto con la prescripción:

- a. formulario específico de solicitud para más de cuatro (4) medicamentos, (conforme Anexo IF-2026-06751533-INSSJP-DE#INSSJP),
- b. documentación clínica complementaria que respalde la indicación, y
- c. constancia de los medicamentos ya autorizados, cuando la información no esté disponible en los sistemas del Instituto.

Inciso III — Solicitudes de más de seis (6) medicamentos

Inciso III.A — En solicitudes de acceso al de subsidio social que superen los seis (6) medicamentos, la evaluación médica será de intervención obligatoria de la Gerencia de Medicamentos. Para estos supuestos se deberán adjuntar:

- a. formulario específico emitido por el Instituto (conforme Anexo IF-2026-06751533-INSSJP-DE#INSSJP),
- b. resumen de historia clínica que justifique la indicación
- c. estudios complementarios pertinentes, y
- d. prescripción con diagnóstico codificado según CIE-10.

Disposiciones comunes

Artículo 11° — En toda solicitud que involucre más de cuatro (4) medicamentos deberá efectuarse una evaluación médica del esquema terapéutico, debidamente fundada, que considere riesgos de polifarmacia, interacciones, duplicaciones medicamentosas y criterios de seguridad clínica.

Artículo 12° — Toda la información y documentación que respalde el trámite deberá constar en formato digital dentro del Sistema Online de Medicamentos sin Cargo o el que en el futuro lo reemplace, sin perjuicio de la eventual necesidad de exhibición de originales cuando el Instituto así lo requiera.

Artículo 13° — Cuando la autoridad técnica requiera documentación adicional para la prosecución del trámite, la unidad de origen deberá gestionar su obtención y carga en el sistema, con deber de comunicación al afiliado respecto de la solicitud pendiente.

Artículo 14° — El resultado de la evaluación médica será debidamente registrada en el sistema y notificada conforme lo previsto en el Capítulo V, habilitando en su caso la gestión inmediata de la provisión del medicamento.

Artículo 15° — Los medicamentos cubiertos por razones sociales para los afiliados del Instituto deben prescribirse y dispensarse en receta electrónica exclusivamente, no pudiendo hacerse en receta manual.

Artículo 16° — Toda la información que los afiliados carguen o declaren en el Sistema Online de Medicamentos sin Cargo o el que en el futuro lo reemplace, tendrá carácter de declaración jurada.

CAPÍTULO IV — Auditoría técnica y control

Artículo 18° — La Gerencia de Medicamentos podrá realizar el seguimiento y control concurrentes o posterior de las autorizaciones, pudiendo disponer medidas correctivas con fundamento técnico-sanitario.

Artículo 19° — La revisión no afectará prestaciones ya ejecutadas, salvo riesgos para la seguridad del afiliado.

CAPÍTULO V — Notificaciones y registro

Artículo 20° — Toda decisión recaída en el trámite deberá ser notificada fehacientemente al afiliado o tercero interviniente, por los mecanismos que se establezcan, por el área que corresponda según lo previsto en el Capítulo II.