

Conceptos sobre copagos y cuotas moderadoras en el Régimen Contributivo

William Javier Vega Vargas*
Ómar Guzmán Bravo**

Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según lo definido en el numeral 3 del artículo 160 y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, y el Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una EPS o EPSS deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

De conformidad con el numeral 3 del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, y el parágrafo del artículo 3° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, **es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.**

Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. **En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud, y en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse**

en barreras de acceso para los más pobres.

Las cuotas moderadoras son aplicables únicamente a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios en el Régimen Contributivo, mientras que los copagos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del Régimen Contributivo y los afiliados al Régimen Subsidiado, según lo establecido en el artículo 3° y 11 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

De esta manera, el afiliado cotizante, tan solo tendrá obligación de cancelar cuotas moderadoras, por los servicios sujetos a estas, y no copagos, los cuales solo se cobrarán al cotizante por la atención de sus beneficiarios.

Todas las EPS o EPSS estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. **Equidad.** Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
2. **Información al usuario.** Las EPS o EPSS deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de

cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deben publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

Conforme al numeral 2 del artículo 5°, y el parágrafo 1° del artículo 13 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, todas las EPS o EPSS deben establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

3. **Aplicación general.** Las EPS o EPSS aplican sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo en mención.
4. **No simultaneidad.** En ningún caso pueden aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las EPS o EPSS pueden organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, **sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.**

No obstante, todas las EPS y EPSS deben establecer y hacer público en un medio masivo de informa-

* Abogado. Especialista en Derecho Laboral y Relaciones Industriales. Máster en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social en Salud. Jefe Oficina Asesora Jurídica. Superintendencia Nacional de Salud.

** Abogado Especialista en Derecho Administrativo. Asesor Externo. Oficina Asesora Jurídica. Superintendencia Nacional de Salud.

ción, por lo menos una vez al año, su plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

Igualmente pueden establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con los prestadores de servicios de salud en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS o EPSS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado, tal y como lo dispone el inciso 3° del artículo 13 de la norma en comento.

Las EPS o las EPSS deben aplicar sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidas.

Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

Si una EPS o EPSS o prestador de servicios de salud contratado procede a exigir como pago de cuota moderadora, o como copago, valores que excedan lo definido por la norma o lo definido por el contrato de prestación de servicios de salud, en sus montos máximos por evento, o en sus montos máximos por año calendario, se entenderá que se encuentra llevando a cabo un *proceso de cobro de valores no autorizado*, que implicará el adelanto de las investigaciones a que haya lugar, y las denuncias pertinentes a las autoridades competentes, sin perjuicio de la asunción de la responsabilidad por parte de la EPS o EPSS o prestador, que se derive del caso, de la aplicación de las sanciones a que haya lugar, del orden contractual, administrativo, disciplinario, pecuniario y pe-

Cuotas moderadoras en el régimen contributivo	
Salario base cotización (en smmlv*)	Cuota moderadora (en sdmlv**) %
Menos 2	11,7
De 2 a 5	46,1
Más de 5	121,5

* Smmlv = salario mínimo mensual legal vigente
 ** Sdmlv = salario diario mínimo legal vigente.

nal, entre otros, y de la devolución de los recursos que en exceso se haya cobrado.

Cuotas moderadoras

De conformidad con lo definido por el artículo 1° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo **en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS en el Régimen Contributivo**; se crean con el fin de que los usuarios del Régimen Contributivo, no desborden los servicios de salud y moderen la utilización de estos.

Así, las cosas, **tendrán cuota moderadora la consulta externa, general, médica, paramédica y especializada, los servicios de odontología, laboratorios, medicamentos, imágenes diagnósticas por imagenología y urgencia no vitales**, según el ingreso o salario base de cotización del afiliado cotizante, de conformidad con lo descrito en los artículos 6° y 8° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, de la siguiente manera: para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente; para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente; y

para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Cuotas moderadoras en el régimen contributivo

Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior tal y como lo establece el parágrafo del artículo 8° de la norma en comento.

Con relación a la fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, la cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

Respecto a exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, la cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

Mientras que, con relación a exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico

tratante, la cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras, de conformidad con lo definido por el párrafo 2° del artículo 13 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

No obstante, **las EPS, en todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio de los aquí previstos, con excepción de la consulta externa médica conforme a lo estipulado por el inciso 1° del artículo 13 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.**

Así mismo, y de conformidad con el inciso 2° del artículo 13 de la norma en cuestión, las EPS, se encuentran en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas tales como los programas de hipertensión o club de hipertensos, el programa de diabéticos, el programa de epilépticos, el control prenatal y el control de crecimiento y desarrollo, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de activi-

dades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios, como lo establece el párrafo 2° del artículo 6° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

De esta manera, no existirá cobro de cuotas moderadoras para inscritos en programas con guías de atención integral.

En ningún caso, de acuerdo con lo definido por el párrafo 1° del artículo 6° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias, en todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar la cuota moderadora correspondiente.

Tampoco habrá cobro de cuotas moderadoras en los siguientes casos:

- Para los niños, niñas y adolescentes de nivel Sisbén 1 y 2 con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas certificadas por el médico tratante, conforme a lo establecido por el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011.
- Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato que estén certificadas por la autoridad competente, según el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011.
- Para las mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificados por la autoridad competente. La prestación del servicio médico incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional, en los términos de la Ley 1258 de 2007, de acuerdo con lo definido por el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.

Copagos

De otra parte, los copagos, a que están obligados los beneficiarios en el régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado, **son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema**, de conformidad con el artículo 2° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS. Estos, según artículo 7° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, se aplican a:

1. Los servicios y procedimientos no quirúrgicos del POS que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno-infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias, consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada, consulta externa por médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamiento ambulatorio, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, y exámenes de diagnóstico por imagenología ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
2. Los servicios del POS de atención hospitalaria y los procedimientos de cirugía que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno-infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastrófi-

cas o de alto costo, la atención inicial de urgencias.

3. Los procedimientos no quirúrgicos necesarios para rehabilitación, como las terapias (física, respiratoria, ocupacional, de lenguaje, entre otras).
4. Las imágenes diagnósticas invasivas tales como el procedimiento de endoscopia, rectoscopia y medios de contraste.
5. Los procedimientos de odontología diferente a consulta, tales como la obturación y la endodoncia.

Por lo que deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, con excepción de:

1. Los servicios de promoción y prevención.
2. Los programas de control en atención materno-infantil.
3. Los programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Las enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios sujetos a cuotas moderadoras, enunciados en el artículo 6º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, esto es a:
 - (i) La consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
 - (ii) La consulta externa por médico especialista.
 - (iii) La fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la

orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

- (iv) Los exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
 - (v) Los exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La atención en el servicio de urgencias que no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.
 7. Para los niños, niñas y adolescentes de nivel Sisbén 1 y 2 con enfermedades catastróficas certificadas por el médico tratante, conforme a lo establecido por el artículo 18 de la Ley 1438 de 2011.
 8. Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato que estén certificadas por la autoridad competente, según el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011.
 9. Para las mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificados por la autoridad competente. La prestación del servicio médico incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional, en los términos de la Ley 1258 de 2007, de acuerdo con lo definido por el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.
- El monto de copagos se encuentra limitado por dos toques, no

puede ser ilimitado, esto es, el máximo a cobrar por la atención de un mismo evento y el máximo a cobrar por año calendario, según lo establecido por los artículos 9º y 10 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, entendiéndose para el efecto "por la atención de un mismo evento", "el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario" (parágrafo, artículo 9º Acuerdo 260 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS).

Las terapias físicas, respiratorias, ocupacionales, de lenguaje, serán objeto del cobro de copagos y no de cotas moderadoras, ya que se trata de procedimientos no quirúrgicos distintos a los sujetos a cuotas moderadoras, esto es, distintos a consultas, a laboratorios, o a imagenología.

Copagos en el régimen contributivo

Los copagos en el régimen contributivo se pagarán según el ingreso base de cotización del afiliado cotizante teniendo en cuenta el valor de las tarifas pactadas por la EPS con los PSS, de esta manera, el valor por concepto de copagos para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes será el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, y para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS.

Por lo que, los copagos que cobren las EPS por los servicios que no están exentos de estos, en el mismo año calendario por una patología específica, sin importar

el número de servicios que se realicen por la patología específica, ni su cuantía, no podrán exceder del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente, del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, ni del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según el ingreso base de cotización del afiliado cotizante.

Así mismo, los copagos que cobren las EPS por los servicios que no están exentos de estos, en un año calendario por las diferentes patologías, sin importar el número de servicios que se realicen por estas patologías, ni su cuantía, no podrán exceder del 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente; del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, del 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según el ingreso base de cotización del afiliado cotizante.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la EPS o EPSS, estas están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios, conforme a lo estipulado por el inciso 1º y 4º del artículo 13 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud.

Procedimientos de recaudo de las cuotas moderadoras y de los copagos

Las EPS podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los térmi-

Copagos en el régimen contributivo

Salario base cotización (en smmlv*)	Copago (sobre tarifas**) %	Copago máximo por evento (en smmlv*) %	Copago máximo anual (en smmlv*) %
Menos 2	11,5	28,7	57,5
De 2 a 5	17,3	115	230
Más de 5	23	230	460

* Smmlv = salario mínimo mensual legal vigente

** Tarifas = las pactadas por la EPS con los Prestadores de Servicios de Salud o las del Manual Tarifario si el contrato es por capitación.

nos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

No obstante, en materia de pago de cuotas moderadoras y copagos, es necesario tener en cuenta que la Ley 1438 de 2011 enmarca en su artículo 139 los deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre los cuales se establece en su numeral 6, el de realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definen dentro del Sistema.

Así las cosas, el pago de las cuotas moderadoras y los copagos, se constituye hoy, en un deber y una obligación legal de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Parafiscalidad de las Cuotas Moderadoras y de los Copagos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

La Honorable Corte Constitucional le ha dado la connotación a las cuotas moderadoras y los copagos de recursos parafiscales.

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 establece:

“Artículo 187. De los pagos moderadores. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.*

<Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE> En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre. Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el Sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS <4>.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las

Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS”.

Es así como la Corte Constitucional, respecto de las cuotas moderadoras y los copagos como ingresos de las EPS, manifestó en sentencia C-542 de 1998, Magistrado Ponente Hernando Herrera Vergara, lo siguiente:

“... En cuanto se refiere al inciso 3° del artículo 187 demandado, cabe advertir que los recursos que allí se tratan, tienen el carácter de parafiscales y siempre deben ser destinados al servicio, por cuanto son contribuciones ordenadas por la ley, no en forma voluntaria, sino con la finalidad de financiar el Plan Obligatorio de Salud (POS), para atender los costos que demande el servicio, sin que puedan entrar a participar íntegramente a Fondos Comunes. (Resaltado fuera del texto original).

Por ello, **en tratándose de recursos parafiscales, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS puede destinar parte de ellos a la subcuenta de promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía**, a fin de

que las Entidades Promotoras de Salud puedan atender los costos que se ocasionen con la prestación del servicio.

Ahora bien, el parágrafo 1° del artículo 182 de la Ley 100 de 1993 establece que *“Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad”*, por tratarse de recursos parafiscales...

Así las cosas, deberá hacerse unidad normativa entre el inciso 3° del artículo 187 de la Ley 100 de 1993 y el parágrafo 1° del artículo 182 de la misma normatividad, en el sentido de declarar exequibles dichas disposiciones, **siempre que se entienda que parte de los recursos de las Entidades Promotoras de Salud son para la atención del servicio de salud...**” Corte Constitucional, sentencia C-542 de 1998, Magistrado ponente Hernando Herrera Vergara. (Resaltado y subrayado fuera del texto original).

Por lo anterior, los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, los copagos y las cuotas moderadoras, son rentas parafiscales, las cuales son contribuciones que tienen como sujeto pasivo un sector específico de la población y se destinan para su beneficio, y conforme al principio de solidaridad, se establecen para atender los costos que demande la prestación del servicio de salud. El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud define en forma específica los destinatarios, los beneficiarios y los servicios que cubre el Plan Obligatorio de Salud, todos elementos constitutivos de la renta parafiscal.

De la jurisprudencia trascrita surge una gran contradicción, la cual radica en que por un lado la Honorable Corte Constitucional les da el estatus de recursos parafiscales a los copagos de destinación específica al sector salud, con el agravante de que estos recursos no pertenecen a la EPS sino por el contrario al SGSSS, y por otro lado, exonere del pago de los mismos a los usuarios, sin tener en cuenta que al ser considerados como recursos parafiscales deben ser obligatorios, necesarios para el sistema y por ende no puede exonerarse del cobro y pago de estos, ya que de ser exonerados en su cobro y pago, perderían su connotación de recursos parafiscales con destinación específica al sector salud y, por el contrario, se estaría desfinanciando el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De esta manera queda claro que las cuotas moderadoras y los copagos se aplican para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud y que están definidos los servicios a los cuales deben ser aplicados **pero no se pueden constituir en una barrera de acceso**.

No obstante lo anterior, si el usuario está inscrito o se somete a prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas tales como los programas de hipertensión o club de hipertensos, el programa de diabéticos, el programa de epilépticos, el control prenatal y el control de crecimiento y desarrollo, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios, tal y como lo establece el parágrafo 2° del artículo 6° del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El anterior concepto se expide bajo los parámetros y lineamientos consagrados en el artículo 25 del Código Contencioso Administrativo.

Conceptos sobre copagos en el Régimen Subsidiado

William Javier Vega Vargas*
Ómar Guzmán Bravo**

Los copagos, a que están obligados los afiliados al régimen subsidiado, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el artículo 2º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS. Estos, según artículo 7º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, se aplican a:

1. *Los servicios y procedimientos no quirúrgicos del Plan Obligatorio de Salud subsidiado - POSS que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno-infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias, consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada, consulta externa por médico especialista, fórmula de medicamentos para tratamiento ambulatorio, exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante, y exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.*
 2. *Los servicios del POSS de atención hospitalaria y los procedimientos de cirugía que no tengan que ver con acciones de promoción y prevención, programas de atención materno-infantil, programas de control de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias.*
 3. *Los procedimientos no quirúrgicos necesarios para rehabilitación como las terapias (física, respiratoria, ocupacional, de lenguaje), entre otras.*
 4. *Las imágenes diagnósticas invasivas tales como el procedimiento de endoscopia, rectoscopia y medios de contraste.*
 5. *Los procedimientos de Odontología, diferente a consulta, tales como la obturación y la endodoncia.*
- Por esto, deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, con excepción de los estipulados en los artículos 18, 19 y 54 de la Ley 1438 de 2011, y 7º, Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.
1. Los servicios de promoción y prevención.
 2. Los programas de control en atención materno-infantil.
 3. Los programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
 4. Las enfermedades catastróficas o de alto costo.
 5. La atención inicial de urgencias.
 6. Los servicios sujetos a cuotas moderadoras, enunciados en el artículo 6º del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, esto es a:
 - (i) *La consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.*
 - (ii) *La consulta externa por médico especialista.*
 - (iii) *La fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.*
 - (iv) *Los exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.*
 - (v) *Los exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La atención en el servicio de urgencias que no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que*

* Abogado. Especialista en Derecho Laboral y Relaciones Industriales. Máster en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social en Salud. Jefe Oficina Asesora Jurídica. Superintendencia Nacional de Salud.

** Abogado Especialista en Derecho Administrativo. Asesor Externo. Oficina Asesora Jurídica. Superintendencia Nacional de Salud.