

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.

requieran la protección inmediata con servicios de salud.

7. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.
8. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato que estén certificadas por la autoridad competente.
9. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual que esté certificada por la autoridad competente.

Es de anotar que para efectos de copagos en el Régimen Subsidiado, el artículo 66 del Acuerdo 029 de la Comisión de Regulación en Salud estipuló lo siguiente:

“Artículo 66. Alto costo. Para efectos de los copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos corresponden a:

1. Casos de pacientes con enfermedad cardiovascular según lo descrito en el artículo 58.
2. Casos de pacientes con afecciones del sistema nervioso según lo definido en el artículo 59.
3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las com-

plicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

4. Casos de pacientes clasificados como Gran Quemado según lo definido en el artículo 60.
5. Casos de pacientes infectados por VIH.
6. Casos de pacientes con cáncer.
7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla.
8. Internación en la Unidad de Cuidados Intensivos”. (Resaltado fuera del texto).

El objetivo del copago no es el de racionalizar el adecuado uso del servicio de salud, este fin lo busca solamente la cuota moderadora. ¿Pero cómo racionalizar la utilización de los servicios por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud?, este objetivo deberá realizarlo la EPS-S a través de las acciones de promoción, educación en salud y de prevención de la enfermedad, y a través de la información que de los deberes y derechos haga la EPS-S a sus afiliados, con los que se deberá buscar que haya un adecuado manejo y acceso a los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad y de urgencias.

Los copagos en el régimen subsidiado se pagarán según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado, tenien-

do en cuenta el valor de las tarifas pactadas por la EPS-S con los Prestadores de Servicios de Salud; de esta manera, el valor por concepto máximo de copagos para afiliados de los niveles 2 y 3 del Sisbén es del 10% del valor de la cuenta.

Por lo que, los copagos que cobren las EPS-S por los servicios que no están exentos de estos, en el mismo año calendario por una patología específica incluida en el POSS, sin importar el número de servicios que se realicen por la patología específica, ni su cuantía, no podrán exceder de medio salario mínimo legal mensual vigente, según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado.

Así mismo, los copagos que cobren las EPS-S por los servicios que no están exentos de estos, en un año calendario por las diferentes patologías incluidas en el POS-S, sin importar el número de servicios que se realicen por estas patologías, ni su cuantía, no podrán exceder de medio un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado.

1. Copago en el régimen subsidiado

Es importante aclarar que no hay norma alguna que establezca el valor de los copagos del nivel 3 del Sisbén afiliado a subsidios parciales, tan solo pronunciamientos mediante concepto del Ministerio de la Protec-

Copagos en el régimen subsidiado

Instrumento de focalización Sisbén/listado censal	Copago (sobre tarifas**)	Copago máximo por evento (en SMMLV*)	Copago máximo anual (en SMMLV*)
Sisbén 2	10%	½	1
Sisbén 3	10%	½	1

* 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.

ción Social, esto es, existe un vacío normativo que puede llevar a determinar que el nivel 3 del Sisbén, afiliado a subsidios parciales, no tuviera obligación alguna de pago al sistema regulado por la normatividad.

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 el numeral 3 del artículo 11 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, entendiendo 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).

No habrá copagos para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo reemplace (inciso 3º, literal g), artículo 14º, Ley 1122 de 2007; Circular Externa No. 020 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y Ley 1438 de 2011, artículos 18, 19 y 54).

En las normas mencionadas, tan solo se estableció que no habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo reemplace; esto quiere decir que las cuotas de recuperación establecidas por el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 se mantienen intactas en su cobro sobre los servicios no cubiertos por el POS-S que requiera el afiliado al régimen subsidiado.

Por ello no serán objeto del cobro de copagos las poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al Sisbén, tales como listados censales u otros utilizados para su identificación por parte de las entidades responsables

de las poblaciones de que trata el artículo 6º del Acuerdo 415, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel I del Sisbén (inciso 1º, artículo 1º, Acuerdo 365 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS).

Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos (numeral 1º, artículo 11, Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS).

Sin olvidar que en el régimen subsidiado, según lo establece el artículo 12 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS, se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y la atención del niño durante el primer año de vida.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos pertenecen a la EPS-S, 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 los incisos 1 y 4 del artículo 13 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

La responsabilidad del recaudo de los copagos es de las entidades responsables del pago de servicios de salud (artículo 26, Decreto 4747 de 2007).

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 términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS-S deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado (inciso 3, artículo 13, Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS).

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 (artículo 26, Decreto 4747 de 2007).

Si una EPS-S o prestador de servicios de salud contratado procede a exigir como pago de 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 que se derive del caso por parte de la EPS-S o prestador; de la aplicación de las sanciones a que haya lugar, del orden contractual, administrativo, disciplinario, pecuniario y penal, entre otros, y de la devolución de los recursos que en exceso se hayan cobrado.

De esta manera, en caso de existencia de tutelas o de requerimientos de la Defensoría del Pueblo, si la decisión es la de no cobrar a la usuaria el copago correspondiente, se solicita que en esta decisión se aclare quién lo debe asumir, ya que de lo contrario quien perdería dicho valor sería el prestador de servicios de salud contratado o la propia entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado a la que se encuentra afiliado el usuario del servicio. Esto genera un detrimento patrimonial del prestador de servicios de salud o de la propia EPS-S a costa del fallo, teniendo en cuenta que el responsable de la atención de esta población y del pago de sus servicios es la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, debido a que el copago no tiene otra finalidad más

que la de ayudar a financiar el Sistema, y a que su no cobro, desfinanciaría no solo al sistema, sino la cadena de actores de este, en el suministro de los servicios de salud.

Así mismo, en materia de pago de 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 los copagos se constituye hoy en un deber y una obligación legal de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

1.1. Parafiscalidad de los Copagos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

La honorable Corte Constitucional le ha dado la connotación de recursos parafiscales a los copagos.

Por su parte, 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 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 de mandado, 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 integralmente 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 párrafo 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 párrafo 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 transcrita surge una gran contradicción, la cual radica en que, por un lado, la honorable Corte Constitucional le da 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; por otro lado, exonera a los usuarios del pago de estos, sin tener en cuenta que al ser considerados recursos parafiscales deben ser obligatorios, necesarios para el sistema y, por ende, no puede exonerarse de su cobro y pago, ya que perderían su connotación de recursos parafiscales con destinación específica al sector salud y se estaría desfinanciando el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Cuotas de recuperación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las cuotas de recuperación son los dineros que debe pagar directamente el usuario pobre no asegurado a los Prestadores de Servicios de Salud y el afiliado al régimen subsidiado cuando requiera de un servicio no cubierto por el régimen subsidiado, como en este caso (inciso 1, artículo 18, Decreto 2357 de 1995).

De esta manera, la atención de la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda estarán sujetas a cuotas de recuperación y deducibles. En ningún caso las cuotas de recuperación podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres (numerales 2 y 4, inciso 1, artículo 18, Decreto 2357 de 1995).

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas establecidas en los contratos de prestación de servicios que para el evento se establezcan (inciso 2, artículo 18, Decreto 2357 de 1995).

El monto de cuotas de recuperación se encuentra limitado por un tope, no puede ser ilimitado, esto es, el máximo a cobrar por la atención de un mismo evento, según lo establecido por los numerales 2 y 3 del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, entendiéndose "por la atención de un mismo evento", "el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario" (parágrafo, artículo 9° Acuerdo 260 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS), así:

1. *La población identificada en el nivel uno (1) del Sisbén o incluida en los listados censales pagarán el 5% del valor de los servicios.*
2. *La población identificada en el nivel dos (2) del Sisbén pagarán el 10% del valor de los servicios.*
3. *La población identificada en el nivel tres (3) del Sisbén pagarán hasta un máximo del 30% del valor de los servicios. Se ha entendido que la cuota de recuperación del nivel 3 del Sisbén es del 30% para todos los efectos, sin considerar que*

la norma es muy clara en decir hasta el 30%, no el 30% del valor total de la atención.

2.1 Cuota de recuperación

De esta manera, las cuotas de recuperación que cobren los Prestadores de Servicios de Salud por la atención de una misma patología específica, en el mismo año calendario, sin importar el número de servicios que se realicen por la patología específica, ni su cuantía, no podrán exceder el equivalente de un salario mínimo legal mensual vigente, a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, en la población identificada en el nivel uno (1) del Sisbén o incluida en los listados censales, en la población identificada en el nivel dos (2) del Sisbén y en la población identificada en el nivel tres (3) del Sisbén, respectivamente.

Así mismo, corresponderá al prestador de servicios de salud contratado y al órgano máximo de dirección de salud de la entidad territorial competente el deber de informar la obligatoriedad de la identificación a la comunidad y a la respectiva alcaldía municipal, a través de la aplicación de la Encuesta del Sisbén o de su inclusión en el Listado Censal, esto garantiza el reconocimiento del nivel o condición de vida y la capacidad de pago, que permita su atención con el cobro de las Cuotas de

Copagos en el régimen subsidiado

Instrumento de focalización Sisbén/ listado censal	Cuota de recuperación (sobre tarifas**)	Cuota de recuperación por evento (en SMMLV*)
Listado Censal	5%	1
Sisbén 1	5%	1
Sisbén 2	10%	2
Sisbén 3	Hasta el 30%	3

* 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.

Recuperación según su clasificación por el Sisbén o su inclusión en el Listado Censal.

Una vez esta población sea identificada por el Sisbén o incluida en Listado Censal, pagarán cuotas de recuperación según su clasificación y los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el usuario.

La atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de cuotas de recuperación:

1. *Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, según el numeral 1 del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.*
2. *Para las madres gestantes y el niño menor de un año, según los artículos 43 y 50 de la Constitución Política.*
3. *Para las acciones de salud pública colectiva.*
4. *Para la atención inicial de urgencias, según lo definido por el artículo 168 Ley 100 de 1993, el artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud.*
5. *Para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, según el artículo 13 de la Resolución 412 de 2000 y los incisos 1 y 2 del artículo 9º de la Resolución 3384 de 2000, excepto en los procedimientos que se realicen bajo el contexto de la atención de condiciones excepcionales o complicaciones de la enfer-*

medades de interés en salud pública según el inciso 3 del artículo 9º de la Resolución 3384 de 2000.

6. *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 Ley 1438 de 2011.*
7. *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.*
8. *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.*

Si un ente territorial o prestador de servicios de salud contratado procede a exigir como pago de cuota de recuperación valores que excedan en sus montos máximos por evento lo definido por la norma, o lo definido por el contrato de prestación de servicios de salud, 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 del ente territorial o presta-

dor que se derive del caso, además la aplicación de las sanciones a que haya lugar del orden contractual, administrativo, disciplinario, pecuniario y penal, entre otros, y de la devolución de los recursos que en exceso se hayan cobrado.

De esta manera, en caso de existencia de tutelas o de requerimientos a la Defensoría del Pueblo, si la decisión es la de no cobrar al usuario la cuota de recuperación correspondiente, se solicita que en esta decisión **se aclare quién la debe asumir**, de lo contrario, quien perderá dicho valor será el prestador de servicios de salud contratado o el propio ente territorial competente, generándose por ello un detrimento patrimonial del prestador de servicios de salud o del propio ente territorial competente a costa del fallo, teniendo en cuenta que el responsable de la atención de los servicios no cubiertos por el POS subsidiado de esta población y del pago de estos servicios es la entidad territorial competente, y a que el no cobro de la cuota de recuperación, por este evento, desfinanciaría el suministro de los servicios de salud.

Así mismo, en materia de pago de cuotas de recuperación es necesario advertir 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 (numeral 6) 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 de recuperación se constituye hoy en un deber y una obligación legal de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).