

Unificación del pos: una tardía solución que afecta la equidad en salud y ahonda la problemática del SGSSS *

Pos unification: a solution delayed who affected health equity and problem SGSSS deepens *

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa ¹
Fredy Guillermo Rodríguez Páez ²

ABSTRACT

The article describes the tortuous path that led to regulatory comply with the provisions of Law 100 of 1993, regarding the unification of the contents of the health benefit plans of the contributory and subsidized regimens. The late unification favored health inequity, difficult real access to services and deteriorated public health indicators, leading to citizens Guardianship used as a means to guarantee this fundamental right, which was an increase from the attentions of high cost recovered the Solidarity and Guarantee Fund (FOSYGA). Faced with this problem, the Constitutional Court judgment T-760/2008, impels the national government to unify the contents of the plans, as a way to achieve equity in the health system. However, this delay became a factor in causing the crisis of the system.

KEY WORDS

Health, fundamental rights, equity, benefit plans, public health, recoveries.

RESUMEN

El artículo describe el tortuoso recorrido normativo que se dio para cumplir con lo establecido en la ley 100 de 1993, en lo referente a la unificación de los contenidos de los planes de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado. La tardía unificación favoreció la inequidad en salud, dificultó el acceso real a los servicios y deterioró algunos indicadores de salud pública, conllevando, a que los ciudadanos utilizaran la Tutela como medio para garantizar este derecho fundamental; lo que produjo un incremento de las atenciones de alto costo recobradas al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Ante esta problemática, la Corte Constitucional mediante la sentencia T-760/2008, impele al gobierno nacional a unificar los contenidos de los planes, como un camino para lograr la equidad en el sistema de salud. Sin embargo, esta tardanza se constituyó en un factor causante de la crisis del sistema.

PALABRAS CLAVE

Salud, derechos fundamentales, equidad, planes de beneficios, salud pública, recobros.

* Reflexión académica entorno a las políticas públicas en salud realizada por los docentes del área de Postgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.

¹ Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Sede Bogotá. Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia; Magíster en Administración, Universidad de La Salle; Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales-CINDE. Docente del Área de Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. giovijimenez@yahoo.com Calle 23 No. 3-19, modulo 16 (posgrados) oficina 301, código postal 110010. Teléfono (571) 2427030 ext: 3688 Bogotá, D.C. Colombia.

² Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Sede Bogotá. Médico, Universidad Nacional de Colombia; Especialista en Evaluación Social de Proyectos, Universidad de los Andes; Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador Académico del Área de Postgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. fredyg.rodriguezp@utadeo.edu.co Fredyrodz@yahoo.com Calle 23 No. 3-19, modulo 16 (posgrados) oficina 301. código postal 110010. Teléfono (571) 2427030 ext: 3688 Bogotá, D.C. Colombia.

INTRODUCCIÓN

La unificación de los contenidos de los planes de beneficios recibidos por los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, según lo establecido por la ley 100 de 1993, debió haberse realizado al finalizar el año 2000. Sin embargo, esta meta fue incumplida por los gobiernos que tuvieron dicha responsabilidad.

La unificación de los planes ha resultado un proceso dilatado y tortuoso, que solo vino a consolidarse en julio de 2012, no por una iniciativa autónoma de parte del ejecutivo, sino por una exigencia jurisprudencial emitida por la Honorable Corte Constitucional, la cual en su sentencia T-760 de 2008, le definió al gobierno nacional un plan de acción y las bases para la elaboración de un cronograma, que permitiera a los afiliados al régimen subsidiado, gozar en el menor tiempo posible de los beneficios que ya recibían los afiliados al contributivo.

Sin embargo, esta tardanza generó inequidades en el acceso a los servicios de salud, afectando, principalmente, a las personas más pobres y vulnerables del país, lo que ahondó problemáticas en salud pública que se reflejaron en el deterioro de algunos sus indicadores.

En paralelo, los afiliados encontraron que la mejor forma para solventar estas inequidades y por ende, hacer efectivo el goce del derecho a la salud, era el empleo del instrumento constitucionalmente definido para el amparo de los derechos fundamentales, denominado tutela. Como resultado, se produjo un incremento sostenido de esta acción legal, que derivó en un aumento de los recobros efectuados al FOSYGA, convirtiéndose en uno de los factores que han llevado al sistema a una crisis estructural.

El artículo se desarrolla en cuatro acápites. En el primero, se realiza una reflexión en torno al papel que el Estado debe tener como garante de la equidad en salud y el bienestar de la población. En el segundo, se describe cronológicamente las principales normas que guiaron el camino hacia la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes establecidos en la ley 100 de 1993. Ya en el tercero, con base en datos financieros y epidemiológicos, se discute la problemática derivada de la tardanza que tuvo el proceso de unificación de los planes. Finalmente, en el último acápite, se presentan las reflexiones y conclusiones a las que llegan los autores.

ESTADO Y EQUIDAD EN SALUD

La razón de ser de cualquier Estado moderno es garantizar el máximo nivel de bienestar posible para todos sus habitantes, ya que "cuando una sociedad no puede satisfacer unas condiciones de bienestar aceptables vinculadas a los intereses de los ciudadanos, pone en peligro su estabilidad política a lo largo del tiempo" (1).

Por tanto, la garantía de una serie de beneficios sociales, se convierte en un asunto de legitimidad del Estado frente a sus ciudadanos y en consonancia con ello, todas sus acciones deberán encaminarse al logro de este fin.

La seguridad social se convirtió en la estrategia elegida por algunos estados capitalistas para alcanzar tal meta; iniciando desde el modelo planteado por Bismarck, según el cual, citando a González, la financiación de los beneficios que recibiría un trabajador, provendrían

de tres fuentes: patrono, trabajador y empleador; hasta llegar a una concepción universal de la seguridad social basada en los postulados de Beveridge, sobre los cuales se cimentó el Estado de bienestar (2), el cual se resume en la máxima buscada por las naciones europeas a partir del período postsegunda guerra mundial, según el cual, el Estado es responsable de sus ciudadanos desde la cuna hasta la tumba.

Las raíces de este enfoque encuentran una impactante similitud con el segundo imperativo Kantiano, el cual expresa que: "Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio" (3). Este postulado hace ya más de dos siglos, debería ser la guía para la elaboración e implementación de las políticas públicas que se orienten a consolidar un sistema de salud y por tanto, de todos los modelos de gestión y atención que de ellas se desprendan.

Bajo ésta égida, cualquier habitante de un Estado, debería sentir el pleno respaldo frente al riesgo de enfermar; y para ello, las directrices dadas por los gobiernos deberían priorizar las necesidades de los seres humanos, por encima de cualquier condicionamiento de orden económico.

Esto no significa, una posición de irresponsabilidad frente a las limitantes económicas que puede enfrentar una Nación, sino por el contrario, un mejor ordenamiento del gasto que debe hacer la sociedad en pro del logro del bienestar de quienes la integran.

En tal sentido, según Banguero, "las inversiones sociales son recursos que se utilizan con el propósito de generar algún producto en el futuro, y no solamente satisfacer una necesidad en el momento actual" (4).

Estos enfoques, al parecer fueron los grandes ausentes cuando en Diciembre de 1993 fue promulgada la ley 100, la cual, a pesar de que en su preámbulo expresa que:

"El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad" (5).

Sin embargo, esta redacción en pro de la calidad de vida de la persona y de la comunidad, se ve diluida en los planteamientos contenidos en el libro segundo de la misma ley, en el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que su objeto contiene una intencionalidad netamente de orden administrativo y financiero, como se lee a continuación:

"ARTICULO. 152.-Objeto. La presente ley establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención (...)”.

Este objeto, reduce la concepción de salud a un asunto netamente prestacional de servicios, descontextualizándola de los demás componentes que inciden sobre la situación de salud de las personas. Esto favoreció la idea de que la salud se reduce a la garantía de acceso a un número limitado de servicios expresados en un paquete, el cual debe ser garantizado por unos agentes que intermedian la relación entre el Estado y el ciudadano; además de desconocer tácitamente la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud, la cual expresa que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (6).

Definición que fue acogida por el gobierno colombiano y la cual toma como base la Corte Constitucional para el análisis integral que hace del derecho a la salud en la sentencia T-760 de 2008 (7).

Adicionalmente, al considerar la salud como un elemento constitutivo de la justicia social, resulta fundamental la búsqueda del principio de equidad en su garantía, por ello Sen considera:

“Al contrario de lo que a veces se piensa, abogar por la equidad en salud no puede consistir simplemente en demandas relacionadas con la distribución de la atención sanitaria en particular. Los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen muchas influencias muy distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo” (8).

Sin embargo, cuando la salud se reduce a la provisión de un paquete de servicios, la función redistributiva se limita a entregar a los individuos unos recursos de tipo económico, sin tener en cuenta sus contextos, con lo que se pierde el objetivo de mantener o recuperar la salud, fin último de cualquier sistema sanitario. Con ello, la salud se fragmenta, convirtiéndola en una mercancía que conduce al Estado a eludir un compromiso de orden superior, como lo es el generar en sus habitantes capacidades humanas que les permitan ampliar el espacio de sus libertades.

Por lo expuesto hasta aquí, considerar la equidad en salud como la unificación de un paquete de beneficios, si bien constituye un avance, no es la piedra angular que garantice el logro del máximo bienestar de la población.

EL TORTUOSO CAMINO DE LA UNIFICACIÓN DE LOS PLANES DE BENEFICIOS

La Constitución Nacional de 1991 en su artículo 49, estableció la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual podría ser provisto tanto por instituciones públicas como privadas, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Sin embargo, el enfoque con el cual fue escrito el artículo en mención, reduce la salud a la garantía de un acceso a los servicios y no como una concepción integral en la cual el Estado responda por brindar condiciones orientadas a la dignificación del ser humanos.

"ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley" (9).

Además de limitar la acción del Estado a una función netamente de reglamentación y regulación, lo cual se corresponde con las propuestas del modelo de Estado neoliberal, impulsado en los años finales de la década de los ochenta, por los organismos de financiamiento multilaterales y la reserva Federal Norteamericana al imponer a los gobiernos latinoamericanos los contenidos del consenso de Washington, los cuales se orientaban a: "la reducción del gasto público en servicios sociales tales como salud, educación, vivienda y trabajo, para permitir a los gobiernos de los países receptores de créditos lograr equilibrios fiscales que les posibilitara el cumplimiento de los pagos a la deuda, en detrimento de las condiciones de calidad de vida de sus poblaciones" (10).

La función de garantía de acceso y prestación, debería cumplirse según la Carta Magna, bajo tres principios: eficiencia, universalidad y solidaridad. El desarrollo conceptual de dichos principios se efectuó en el artículo segundo de la ley 100 de 1993, la cual expresa que:

"EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil" (5).

Con base en estos conceptos, la misma ley en su artículo 162 definió un plan de beneficios cuyo acceso debe ser provisto a todos los beneficiarios del sistema:

"ARTÍCULO 162. PLAN DE SALUD OBLIGATORIO. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad

general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan....

... Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables" (5).

Como se observa, en él se ratifica el enfoque prestacional y solamente limitado al acceso a los servicios. Pero adicionalmente, se instaura una violación al principio de equidad, ya que se establece un diferencial en cuanto a los contenidos del plan obligatorio de salud (POS) del régimen contributivo con el del subsidiado, siendo este último menor, lo que resulta gravoso para las poblaciones más pobres y vulnerables, quienes normalmente son las que tienen mayor riesgo de enfermar y a su vez, dadas sus condiciones económicas, tienen menor posibilidad de pagar por una atención, trayendo como consecuencia un mayor riesgo de agravar sus condiciones de pobreza.

Si bien la norma expresó que dicha situación debería ser transitoria, dándose por culminada a 31 de diciembre de 2000; esta condición no fue cumplida en dicha fecha y por el contrario, el legislativo buscó ampliar tal inequidad a través del literal d del artículo 14 de la ley 1122 de 2007, el cual expresa que: "El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S" (11).

De esta forma, quedaban establecidos tres POS: el del contributivo, el del subsidiado y los subsidios parciales; con el agravante que estos últimos, su valor correspondía a la mitad de la Unidad de Pago por Capiación (UPC) del régimen subsidiado.

La posibilidad de unificación de estos tres paquetes, la misma ley, la diluía en una fecha indeterminada en el tiempo, al afirmar en el literal e del mismo artículo que: "*La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo" (11).*

Como se observa, la norma no establece cuando se realizaría dicha unificación, convirtiendo a este literal, en un vulnerador de los principios de Universalidad y Equidad, establecidos, el primero de ellos, constitucionalmente, y el segundo, en la ley 100 de 1993.

Por tanto, se puede afirmar que la reforma al SGSSS, adelantada mediante la ley 1122 de 2007, más que avanzar en la garantía del derecho a la salud, se constituyó en una medida altamente regresiva, que puso de manifiesto nuevamente, que los intereses económicos han

prevalecido por encima del beneficio colectivo de los seres humanos que integran la sociedad colombiana.

Como consecuencia a esta diferencia en las coberturas, los ciudadanos no encontraron otro camino para restablecer su derecho fundamental a la salud, que interponer acciones de tutela, lo que llevó a que este derecho se convirtiera en una de las principales causas del uso de este tipo de amparo constitucional. De acuerdo con esto "La acción de tutela continúa siendo el mecanismo más efectivo utilizado por los colombianos para hacer valer sus derechos. El derecho a la salud se constituyó como el más invocado en las tutelas y más de la tercera parte de estas lo contienen" (12).

Como un camino, para evitar este incremento, la Corte Constitucional mediante la sentencia C-463 de 2008, buscó fortalecer un mecanismo ya existente en la normatividad del SGSSS, denominado Comité Técnico Científico (CTC), el cual, le da la autonomía, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de cualquiera de los regímenes, para decidir si un procedimiento, medicamento o tecnología, que requiriera uno de sus afiliados y que no hiciera parte del POS, le sea suministrado, siendo su valor recobrado al FOSYGA o a las entidades territoriales según sea el caso; so pena de ser multadas con el 50% del total del valor de dicha intervención, si el usuario recurre a interponer una acción de tutela al no haber sido acogida su necesidad de atención en forma oportuna por el CTC de su EPS. Lo anterior quedó expresado de la siguiente forma en dicha sentencia:

"Declarar EXEQUIBLE el literal j del artículo 14 de la Ley 1222 de 2007, en el aparte que dispone "En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga", en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes" (13).

Con esta medida, la Corte Constitucional esperaba lograr, en primer término, establecer una vía más expedita para que los ciudadanos pudiesen ver garantizado su derecho a la salud, y en segundo término, y como consecuencia del anterior, descongestionar los juzgados al verse reducido el número de tutelas por dicha causa.

Sin embargo, al revisar el informe de la Defensoría del Pueblo acerca de la Tutela y el derecho a la salud, se observa que si bien entre los años 2009 y 2010, se presentó una disminución en el número de tutelas interpuestas por causas explícitamente relacionadas con el derecho a la salud, éstas continuaron representando el 23.4% del total, siendo superadas únicamente por la violación al derecho de petición (14) (Tabla 1).

En la búsqueda de dar una solución de fondo a esta problemática y ante el reiterativo incumplimiento de la meta de unificar los contenidos de los POS la Corte Constitucional, en su sentencia T-760 de 2008, abordó en forma integral la problemática relacionada con el derecho fundamental a la salud. Dentro este análisis amplio, la corte considera de vital importancia el lograr la cobertura universal del aseguramiento, como la unificación de los contenidos del plan de beneficios del régimen subsidiado con el del contributivo (7).

La corte expresó al respecto en el numeral 6.1.2 de dicha sentencia, que “No existen actualmente programas ni cronogramas que muestren un esfuerzo para avanzar en la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado”, lo que a su juicio representa que:

“...existe una violación de la obligación constitucional de cumplimiento progresivo a cargo del Estado consistente en unificar los planes obligatorios de beneficios, para garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad. Si bien se trata de una obligación de cumplimiento progresivo, actualmente el Estado desconoce el mínimo grado de cumplimiento de la misma puesto que no ha adoptado un programa, con su respectivo cronograma, para avanzar en la unificación de los planes de beneficios. Lo anterior, a pesar de que la política pública se encontraba delineada en términos generales por la ley, fijándose allí también el plazo para el cumplimiento de la meta de unificación de los planes de beneficios. El Estado incumplió las obligaciones y plazos trazados y, posteriormente, no fijó un nuevo plazo ni cronograma alguno”.

Lo que ha dado como resultado que:

“Esta decisión de carácter regresivo, además de contribuir a la confusión en los usuarios sobre cuáles son las prestaciones de salud a las que tienen derecho –asunto que se ha venido resolviendo caso por caso mediante acción de tutela– ha implicado en la práctica la prolongación de las privaciones y limitaciones al derecho a la salud de las personas más necesitadas en el sistema (los beneficiarios del régimen subsidiado), y ha implicado mantener las barreras para el acceso a algunos de los servicios de salud requeridos a parte de la población más necesitada” (7).

TABLA 1. DERECHOS INVOCADOS EN LAS TUTELAS DURANTE EL PERÍODO 2009 – 2010

	2009		2010		Variación porcentual
	Nº tutelas	Participación Porcentual de las Tutelas	Nº tutelas	Participación Porcentual de las Tutelas	
Petición	136.645	36,9	162.983	40,4	19,3
Salud	100.490	27,1	94.502	23,4	-6
Otros derechos económicos, sociales y culturales.	95.431	25,7	89.277	22,1	-6,5

Fuente: Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud. Bogotá D.C. 2010 (14). >



TABLA 1. DERECHOS INVOCADOS EN LAS TUTELAS DURANTE EL PERÍODO 2009 – 2010

	2009		2010		Variación porcentual
	Nº tutelas	Participación Porcentual de las Tutelas	Nº tutelas	Participación Porcentual de las Tutelas	
Vida digna y dignidad humana	53.798	14,5	65.184	16,2	21,2
Debido proceso y defensa	45.082	12,2	51.480	12,8	14,2
Vida	65.240	17,6	41.421	10,3	-36,5
Igualdad	21.006	5,7	20.261	5	-3,5
Trabajo	9.685	2,6	10.843	2,7	12
Libertad de enseñanza, educación, investigación	6.537	1,8	5.022	1,2	-23,2
Intimidación, buen nombre y honra	3.744	1	4.053	1	8,3
Integridad física	3.674	1	3.016	0,8	-9,7
Personalidad jurídica	2.513	0,7	2.809	0,7	11,8
Protección al menor y mujer embarazada	3.886	1	2.361	0,6	-39,2
Reparación e indemnización	-	0	1.471	0,4	-
Libertad individual	933	0,3	885	0,2	-5,1
Libre desarrollo de la personalidad	697	0,2	574	0,1	-17,6
Libertad de asociación	604	0,2	347	0,1	-42,5
Derechos políticos	110	0	306	0,1	178,2
Derechos colectivos y de medio ambiente	256	0,1	289	0,1	12,9
Libertad de expresión y comunicación	200	0,1	245	0,1	22,5
Libertad de locomoción	177	0	130	0	-26,6
Libertad de escoger profesión u oficio	38	0	38	0	0
Libertad de conciencia	12	0	28	0	133,3
Libertad de culto	21	0	27	0	28,6
Otros	979	0,3	65	0	-93,4
Total tutelas interpuestas	370.640	403.380	8,8		

Fuente: Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud. Bogotá D.C. 2010 (14).

Por estos motivos, la corte impulsó la búsqueda de la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes, como un camino conducente a la búsqueda de la equidad en el SGSSS, gracias a que en su parte resolutive ordenó las siguientes acciones a ser cumplidas por el entonces denominado Ministerio de la Protección Social (Hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y por la Comisión de Regulación en Salud (CRES):

“Vigésimo primero.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud unificar los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado, medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura(...)”. Vigésimo segundo.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (...)” (7).

En cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional, la CRES tomó las siguientes decisiones:

El 30 de Septiembre de 2009, la CRES expidió el acuerdo 4, a través del cual igualó los contenidos del POS de los menores de doce años afiliados al régimen subsidiado a partir del 1 de Octubre de dicho año (15). Sin embargo, dicha medida fue objeto de demanda ante la Corte Constitucional, la cual mediante el Auto 342 de 2009, aclaró que con base en los artículos 44 y 45 de la Constitución, así como también por lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño del año 1989, la cual fue acogida por Colombia; la niñez comprende a todo menor de 18 años (16). Por ello, definió que el Acuerdo 4 de la CRES solo daba un cumplimiento parcial a lo establecido en la sentencia T-760, y por tanto impelió a la CRES a ampliar la unificación a toda la población afiliada al régimen subsidiado menor de 18 años.

Como resultado, la CRES expidió el Acuerdo 11 de Enero de 2010, con el cual dio cumplimiento a las órdenes contenidas en el Auto 342 de 2009, y además estableció los valores de las UPC a ser reconocidas a las EPS para que garantizar la cobertura a esta población (17). Luego, mediante los Acuerdos 12 de Enero de 2010 y 13 de Marzo del mismo año, la CRES autorizó el desarrollo de dos pruebas piloto de unificación del POS en las ciudades de Barranquilla y Cartagena. Estas experiencias se realizaron con el fin de establecer con mayor certeza cuando se podría cumplir con la unificación del POS para todos los afiliados al subsidiado (18,19).

Como un paso adicional, en Octubre de 2011, la CRES mediante el Acuerdo 27, avanzó en el cumplimiento de lo ordenado por la sentencia T-760 de 2008, al unificar los contenidos del POS de las personas afiliadas al régimen subsidiado mayores de 60 años, a partir del 1 de Noviembre de dicho año (20). Finalmente, la CRES en Mayo de 2012, mediante el Acuerdo 32, estableció que desde el 1 de julio se unificaría el POS del régimen subsidiado con el del contributivo, para las poblaciones que aún no se les había dado esta cobertura. Adicionalmente,

definió que el valor de la UPC anual que se le reconocería a las EPS subsidiadas para garantizar el POS sería de \$433.666.80 (21).

CONSECUENCIAS DE LA UNIFICACIÓN TARDÍA

Si bien, esta serie de medidas son plausibles al estar orientadas a la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios de salud, como una forma de garantizar este derecho fundamental, resulta tardía, ya que a lo largo de estos casi 19 años, los males que aquejan al sistema lo han colocado en crisis que se refleja en la decadencia de algunos indicadores de salud pública y, financiera asociada al incremento en los gastos relacionados con la patologías de alto costo y crónicas degenerativas.

Una prueba de esta afirmación, la entregó el gobierno nacional, cuando mediante comunicado enviado al Congreso de la República, presentó los argumentos que justificaban la declaratoria del Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional, el cual había sido ordenado a través del Decreto 4975 de 2009.

En dicho informe, el entonces denominado Ministerio de la Protección Social, presentó una secuencia histórica del aumento de los casos y valores de recobros al FOSYGA por concepto de prestación de servicios No POS. En él, se puede observar que para el año 2000 el valor recobrado fue de \$4,243 millones, monto que se incrementó exponencialmente, alcanzando en el año 2009 la cifra de \$2.050 billones, lo que representó un crecimiento del 48312% en nueve años, según se aprecia en la Tabla 2 (22).

TABLA 2. NÚMERO Y VALOR DE RECOBROS ANTE EL FOSYGA 2000-2009

Año	Número	Valor
2000*	1088	4.243.707.788
2001	638	5.312.065.336
2002	68.986	56.741.403.512
2003	133.070	113.708.143.232
2004	156.788	170.154.746.532
2005	257.309	265.184.808.391
2006	555.055	570.020.905.611
2007	835.541	1.018.762.350.922
2008	1.657.461	1.759.402.261.989
2009**	2.089.597	2.050.216.972.289

*Incluye radicados de 1997, 1998, 1999 y 2000

**Corresponde a radicados hasta Diciembre 15

Fuente: Ministerio de la Protección social. Modificado con fines de diagramación (22).

El incremento de los recobros en el sistema evidencia su inequidad, la cual se da en varios niveles, de los cuales uno de ellos es el aumento de las atenciones de patologías No POS, ya que este es la "punta del iceberg" de una cadena de inequidades sociales.

Dicha cadena inicia con las condiciones sociales en que discurre el diario vivir de los colombianos y que afectan su salud; tales como, la concentración de la riqueza en una pocas

manos, como lo evidencia el indicador Gini de 0,548, siendo uno de los peores de Latinoamérica ; los altos índices de pobreza, ya sea esta medida por ingreso, la cual se ubicó en 34.1% o multidimensionalmente cuyo resultado fue de 29.4%, según datos reportados por el DANE a diciembre de 2011 (23); y las condiciones del empleo en el país, donde de un total de 20.807.000 personas ocupadas, 2.984.000 se ubican en la condición de subempleo objetivo y 7.922.000 en subempleo subjetivo, para un total de 10.906.000 Colombianos que se encuentran en condición de subempleo. Esto significa que más del 52% de los trabajadores del país están insatisfechos con su condición laboral, lo que puede afectar sus condiciones de salud, tanto personal como familiar (24).

Lo anterior se suma a fragmentación que el SGSSS produjo en el sector salud del país, al dividir las atenciones individuales de las acciones colectivas, perdiéndose el enfoque de salud pública al diluirlo en un modelo de aseguramiento preponderantemente privado y a su vez también fragmentado en dos regímenes y un número plural de aseguradores públicos y privados denominados EPS.

Lo que produjo como resultado, que algunos indicadores de salud pública, muestran que problemas de enfermedades transmitidas por vectores como el Dengue y la Malaria mantienen un elevado riesgo poblacional. Al respecto se halla que:

"El Dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores de más rápida expansión geográfica. En Colombia la tendencia de los casos de dengue ha sido estable durante los últimos años, excepto para el 2010 cuando se reportaron 157.152 casos presentando un aumento de aproximadamente 183% respecto a los casos reportados en el 2009, de los cuales 94% corresponden a dengue clásico y 9.482 casos fueron dengue severo (antiguamente denominado dengue hemorrágico)"(25).

La Malaria... es causada por parásitos que son transmitidos por la picadura de mosquitos. A pesar de que la malaria no se encuentra dentro de las principales causas de muerte en Colombia ni genera el mayor número de años perdidos debido a discapacidad, la importancia de su monitorización y control radica en que es una entidad completamente prevenible y de fácil tratamiento y que es una de las enfermedades transmitidas por vectores que pueden incrementarse por los cambios climáticos. Para el año 2010, con información disponible en el SIVIGILA, se reportan 117637 casos definitivos de malaria para IPA de 11.58, el más alto en la última década" (26).

Esto evidencia que se perdió la responsabilidad del Estado en sus diferentes niveles territoriales respecto a los resultados en salud de su población, lo que generó, que a pesar de que el número de atenciones y sus costos se incrementaban, la efectividad de las mismas era baja, dada la falta de articulación entre las necesidades contextuales de los seres humanos y las de salud, con los diferentes actores del sistema.

A causa de lo anterior, algunos indicadores de resultado de la adecuada organización del sistema muestran un deterioro o un estancamiento en su mejoramiento, es así que:

"La Sífilis Congénita se debió eliminar en el año 2000 pero sigue en aumento. Para el año 2007 se presenta una tasa de 2,1 casos de sífilis congénita por

1.000 nacidos vivos en Colombia, en tanto que la meta internacional es estar por debajo de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos” (27).

“En el año 2000, 7.5 de cada 100.000 mujeres morían a causa de esta enfermedad (Cáncer de Seno), mientras que en el 2008 esta cifra aumentó a 9.19 muertes por cada 100.000 mujeres. Dicha mortalidad está ligada a las deficiencias en el diagnóstico precoz, el cual permite tomar acciones de tratamiento en estadios tempranos de la enfermedad previniendo así la diseminación a otros órganos, que es una de las principales causas de mortalidad por cáncer” (28).

“Las intervenciones de mayor impacto para reducir el bajo peso al nacer antes de la concepción son: el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en edad reproductiva, la educación y el acceso a métodos de planificación familiar para las poblaciones de alto riesgo (adolescentes, mujeres con enfermedades crónicas o mayores de 40 años). Para el 2009 se encontraba en 9.02 por cada 100 RNV, con un incremento sostenido” (29).

“Para el caso de Colombia la meta es reducir a 45 las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos Los resultados muestran que se ha mantenido superior a 70 MM por cada 100.000 RNV en el período 2003-2009” (30).

Como producto de lo anteriormente expuesto, se generó una inequidad financiera de orden superior, al concentrarse un alto porcentaje de los recursos del sistema de salud en dar solución a un grupo de patologías de alto costo, requeridas por un grupo minoritario de población, cuya situación pudo haber sido prevenida en algunos casos, con lo que se hubiera reducido tanto el dolor humano como el costo de sus atenciones, como se evidencia en los informes de la Defensoría del Pueblo y del Ministerio de la Protección Social, los cuales expresaron respectivamente así:

“Una muestra de la afectación del principio de equidad se cuenta en la revisión de las tutelas en salud, realizada por la Defensoría del Pueblo, en la que encontró que éstas se concentran en un grupo pequeño de personas, 126.000 en el periodo 1999 a 2003” (31).

“Estos hallazgos los confirma el Ministerio de la Protección Social cuando encuentra que se pagaron recobros por 1,2 billones de pesos en el 2008 por servicios entregados a 285.000 personas, lo que equivaldría a un pago per cápita de 4.230.000 pesos, frente a una UPC en el Régimen Contributivo de 485.000 pesos” (32).

Esto traducido, quiere decir que patologías cuyo tratamiento no se dio en su fase inicial, vienen a ser atendidas en fases tardías con la consecuente elevación de su costo de atención y la muy grave vulneración del derecho a la salud y la dignidad humana de quienes las padecen.

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

En esta tramitología, encontraron una oportunidad de desangre al sistema de salud las empresas farmacéuticas y de tecnologías de salud, las cuales auparon a algunos profesionales de salud a emplear sus productos como único camino de tratamiento en especial de pacientes con enfermedades de alto costo, mediante la entrega de incentivos económicos o en especie, lo que presionó aún más las finanzas del sistema en forma injustificada.

Dentro de este mismo caos, la red pública hospitalaria era golpeada en su financiación, ya que la atención definida como no POS que brindaba a la población subsidiada, en muchos casos, su pago no le era reconocido por la entidad territorial, generándose amplios déficits que fueron poco a poco mellando la capacidad de pago a sus trabajadores y proveedores, lo que terminó reflejándose en la calidad de la atención brindada a los usuarios.

De otra parte, el papel jugado por algunas EPS-S en este tiempo, fue el de ser un negador de servicios y un agente dispuesto a facturar, en no pocos casos con sobrecostos, la atención de los servicios No POS que hubiesen sido prestados por orden de una tutela o de un comité técnico científico. En pocos casos, cumplieron una labor facilitadora en pro del usuario, sino que su comportamiento fue de oportunismo, al entender cada actividad No POS como una opción de elevar sus ganancias.

Paradójicamente, hoy estas EPS-S, son las reales ganadoras con la unificación del POS, ya que verán aumentados sus ingresos; ya que, la decisión de unificación del Plan de Beneficios implica, que a partir del 1 de Julio, como lo expresa el Ministerio de Salud, 11.444.937 personas recibirán el POS unificado; el valor de la UPC que recibirán las EPS-S pasará, según lo definido por la Comisión de Regulación en Salud en los Acuerdos 30 y 32, de \$352.339, a un valor de \$433.666, es decir un diferencial de \$81.327. Lo que representa un aumento anual en los ingresos de las EPS-S de más de \$930 mil millones de pesos (33,34).

Estos recursos, en buena medida provendrán de reducir los ingresos de los Hospitales públicos, lo que aumentará su crisis. Además, se incorporarán al modelo de mercado regulado y al ánimo de lucro, bajo el cual se rigen las EPS- S, es decir, la unificación del POS quizás, más que ser una solución a la problemática del sistema de salud, terminara ahondando su padecimiento.

Definitivamente, no se puede continuar dando cuidados paliativos a este enfermo terminal denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se requiere con urgencia una recomposición del modelo establecido hace 19 años por la ley 100, ya que los servicios sociales no pueden ser prestados por el mercado, dado que en él, el lucro es el interés de los actores que interactúan, dejando de lado el verdadero fin de un sistema de salud, que no es otro que garantizar la equidad en salud para aumentar el nivel de bienestar y de calidad de vida de toda la población.

REFERENCIAS

1. **MESA D.** Materiales para una crítica: John Rawls y Martha Nussbaum, los bienes primarios y el enfoque de las capacidades . [Consultado el: 5 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.saga.unal.edu.co/etexts/PDF/Ponencias2010/DavidMesa.pdf> .
2. **GONZÁLEZ J.** Salud y seguridad social: Entre la solidaridad y la equidad. *Rev Gerenc Polít Salud* 2002;1(002):18-24.
3. **KANT I.** Fundamentación de la metafísica de las costumbres. [Consultado el 5 de Jul de 2012]. Disponible en: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Kant/fundamentacion%20de%20la%20metafisica%20de%20las%20costumbres.pdf>.
4. **BANGUERO H.** Reflexiones sobre la razón de ser de la economía y de los economistas en el mundo de ayer y de hoy. [Consultado el 05 de 07 de 2012]. Disponible en <http://ingenieria.uao.edu.co/hombreymaquina/revistas/23%202004-2/articulo%20%20HyM%2023.pdf>.
5. **COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.** Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.*
6. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Preguntas frecuentes ¿Cómo define la OMS la salud? [Consultado el 5 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.
7. **CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA.** Sentencia No. T 760 del 31 de Julio de 2008. [Consultado el 5 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm#_ftn.
8. **SEN A.** ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública.* 2002; 11(5): 302-309.
9. **COLOMBIA.** Congreso de la República de Colombia. *Constitucion politica de colombia* (2a ed. Vol. 116). Bogotá: Gaceta Constitucional.
10. **JIMÉNEZ G.** El derecho a la salud. Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista-Escuela de Administración de Negocios.* 2009:107-120.
11. **COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.** Ley 1122. por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Bogotá: Diario oficial. 2007.
12. **DEFENSORÍA DEL PUEBLO.** La tutela y el derecho a la salud periodo 2006 – 2008. Bogotá D.C. 2009.
13. **COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL [INTENET].** Sentencia C – 463 del 14 de Mayo de 2008. [Consultado el 05 de Julio de 2012] Disponible en: <http://www.aesa.org.co/view.download/98/2041.html>.

14. DEFENSORÍA DEL PUEBLO COLOMBIA. La Tutela y el Derecho a la Salud. Bogotá, D.C. Defensoría del Pueblo, 2010.
15. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 4 de 2009. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2009/ACUERDO_04_09.pdf
16. COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL [INTERNET]. Auto 342 de 2009. [Consultado el 05 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a342a-09.htm>.
17. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 11 de 2010. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2010/ACUERDO_11_10.pdf.
18. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 12 de 2010. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2010/ACUERDO_12_10.pdf.
19. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 13 de 2010. Bogotá. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2010/ACUERDO_13_10.pdf.
20. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 27 de 2011. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: [http://www.cres.gov.co/Portals/0/_MACOSX/Acuerdos%202011/ACUERDO%20No%2027_11\[1\]%20-%20pdf.pdf](http://www.cres.gov.co/Portals/0/_MACOSX/Acuerdos%202011/ACUERDO%20No%2027_11[1]%20-%20pdf.pdf).
21. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. Acuerdo 32 de 2010. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerd32.pdf>.
22. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA. Informe al H. Congreso de la República sobre la declaratoria del Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional ordenado a través del Decreto 4975 de 2009. Bogotá, D.C. 2010.
23. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia. Bogotá D.C. 2012.
24. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. Principales resultados de mercado laboral. [Consultado el 12 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/pres__web_ech_may_larga12.pdf.
25. SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD [INTERNET]. Indicadores de estado de salud, Casos de Dengue clásico y severo. [Consultado el 12 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=315:casos-de-dengue-clasico-y-severo&catid=55:Indicadores&Itemid=74.

26. [SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD \[INTERNET\]](#). Indicadores de estado de salud, Índice parasitario anual de malaria. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=93:Índice%20parasitario%20anual%20de%20malaria&catid=55:Indicadores&Itemid=74. Consultado el 10 de Julio de 2012.
27. [SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD \[INTERNET\]](#). Indicadores de estado de salud. Incidencia de Sífilis Congénita. [Consultado el 10 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=195:incidencia-de-sifilis-cngenita&catid=55:Indicadores&Itemid=74.
28. [SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD \[INTERNET\]](#). Indicadores de estado de salud. Julio de 2012. Mortalidad por cáncer de seno. [Consultado el 11 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=99:mortalidad-por-cancer-de-seno&catid=55:Indicadores&Itemid=74
29. [SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD \[INTERNET\]](#). Indicadores de estado de salud. Prevalencia de bajo peso al nacer. [Consultado el 11 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=292:prevalencia-de-bajo-peso-al-nacer&catid=55:Indicadores&Itemid=74
30. [SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: ASÍ VAMOS EN SALUD \[INTERNET\]](#). Indicadores de estado de salud. Razón de Mortalidad Materna. [Consultado el 11 de Julio de 2012]. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=240:razon-mortalidad-materna&catid=55:Indicadores&Itemid=74
31. [DEFENSORÍA DEL PUEBLO, REPÚBLICA DE COLOMBIA](#). La tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud. Bogotá, D.C. 2006.
32. [MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL](#). Informe al Honorable Congreso de la República sobre la declaratoria del Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional ordenado a través del Decreto 4975 de 2009. Bogotá, D.C. 2010.
33. [COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA \[INTERNET\]](#). Acuerdo 30 de 2010. [Consultado el 03 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo30de2011.pdf>.
34. [COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD, REPÚBLICA DE COLOMBIA \[INTERNET\]](#). Acuerdo 32 de 2010. [Consultado el 02 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerd32.pdf>.