

Documento:

"Compendio de la Asignatura

Educación para la Salud"

Asignatura: Educación para la Salud

Curso: 3o de Educación Social

(2º cuatrimestre)**INDICE**

TEMA 1

TEMA 1

ALGUNOS CONCEPTOS CLAVES

TEMA DE EXPOSICIÓN DEL EQUIPO ANTE LA CLASE

1.1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

I. ELABORACIÓN PROPIA DEL EQUIPO

1.1.1. El concepto de salud.

1.1.2. Los determinantes de la salud.

1.1.3. Una propuesta de concepto operativo de salud.

II.– EXPOSICIÓN ANTE EL GRUPO – CLASE.

E.1.– Objetivos.

E.2.– Metodología.

E.3.– Programación

E.3.1.– Juego de roles.

E.3.2.– Foro de discusión en torno a dos posturas contrapuestas.

E.3.3.– Resumen – conclusión del tema.

E.4.– Dinámicas alternativas.

E.5.– Comentarios surgidos desde el grupo – clase.

III.– SÍNTESIS – CONCLUSIÓN.

IV.- ANEXOS (Transparencias).

A.1.- Evolución histórica del concepto de salud.

A.2.- Determinantes de la salud

A.3.- Concepto operativo de salud.

1.1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

I. ELABORACIÓN PROPIA DEL EQUIPO (Tema 1.1.)

RAYNALD, P. y GAROLE, D. : 1990: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias.* Barcelona, Masson, (2º Ed.).

SALLEDAS, L. : 1990: *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones.* Madrid, Díaz de Santos.

1.1.1. El concepto de salud

Con el paso del tiempo el concepto de salud ha variado mucho, es decir, de una concepción en términos negativos se ha llegado a una definición operativa.

¿Cómo ha ocurrido esto?

Se sabe que las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales, por lo que el concepto clásico de salud queda anudado. "**Ausencia de enfermedad**".

Llega entonces el concepto de la O.M.S., en el que ya se analiza en términos positivos la salud e incluye áreas que hasta entonces no se tenían en cuenta como son la mental y la social. "**Bienestar físico, mental y social**".

Pero esto no queda aquí. Esta definición es una declaración es criticada ya que equipara bienestar a salud, esto no siempre es así. Se plantea que es más una declaración de principios y objetivos, por lo tanto es más un deseo que una realidad. Se la considera estática y subjetiva. Aparece entonces una definición más completa como es la de Terris que ya se acerca al concepto dinámico.

Lo que hace Terris es añadir un nuevo término a la definición anterior. Este nuevo término es "la capacidad de funcionar", por lo que la nueva definición queda de la siguiente manera : **Salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento.**

Para finalizar el concepto dinámico de salud no es más que la introducción de los factores sociales en la anterior, por lo que quedaría de la siguiente manera: **Salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viva inmerso el individuo y la colectividad.**

Se puede decir, por tanto, que el concepto de salud engloba o hace referencia a tres enfoques:

– Enfoque **perceptual** (percepción de bienestar)

– Enfoque **funcional** (capacidad de funcionar de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para las que ha sido preparado).

- Enfoque "**adaptación**". (Salud como adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno).

Finalmente, podemos considerar que la salud es un concepto **relativo, multidimensional y multifactorial**.

1.1.2. Los determinantes de la salud

Los determinantes de la salud se engloban en torno a cuatro variables:

- Biología humana
- Medio ambiente
- Estilo de vida
- Sistema de asistencia sanitaria.

Todos muy influenciadas por factores sociales.

Sin el cambio y promoción social y el control de los factores sociales negativos será muy difícil que el sistema de salud pública de un país pueda modificar de forma positiva el nivel de salud de la comunidad. ¿Y si no se realzan los factores sociales positivos?.

Distribución de recursos sesgada a favor de la asistencia sanitaria.

Los logros posibles más importantes provienen de los cambios de estilo de vida, sin embargo el tanto por ciento más alto en gastos de salud lo absorbe el sistema sanitario. La definición de salud debe considerar los elementos culturales y sociales que caracterizan al medio sobre el que queramos intervenir.

1.1.3. Una propuesta de concepto operativo de salud

Se puede entender la salud como el bienestar máximo entendiendo este como la combinación positiva de los factores físicos, mentales y sociales del individuo, en sus vertientes subjetiva y objetiva, así como la capacidad de funcionamiento y adaptación, enmarcados en el contexto sociocultural en que vive de forma que le faciliten llegar a una óptima calidad de vida.

(*Gráfica transparencia*).

II. EXPOSICIÓN ANTE EL GRUPO – CLASE

("El concepto de salud – La salud y sus determinantes")

E.1. Objetivos

- Presentar los diferentes conceptos de salud
- Debatar sobre la preponderancia de los diferentes determinantes que inciden sobre el concepto de salud.
- Concluir con una definición de salud que recoja todas las aportaciones

E.2. Metodología

- Juego de roles con visiones diferentes de salud.

– Foro de discusión en torno a las dos posturas características.

– Resumen – conclusión del tema.

E.3. Programación

1. Juego de roles

Los integrantes del grupo compondremos una "mesa de expertos en temas sanitarios" que debatirán durante 15' su concepto de salud. La mesa estará compuesta por:

– **Director General de Planificación Sanitaria** de una mancomunidad de municipios. El perfil corresponde a un economista especializado en recursos económicos aplicados al campo sanitario. Coordina las inversiones que se realizan tanto en hospitales como en ambulatorios y centros de salud.

– **Médico cirujano** de un gran hospital. Se trata de un doctor en medicina que compatibiliza su dedicación a la cirugía especializada del corazón con la docencia y la investigación universitarias en el campo de las enfermedades cardiovasculares.

– **Representante de una Plataforma Ecologista** integrado en un movimiento ciudadano de defensa de un medio ambiente saludable. Pensamos en un sociólogo que ha realizado un profundo análisis de los factores sociales que influyen en la salud de la población (industrialización, demografía,...)

– **Profesor del Centro de Orientación** del profesorado de un distrito escolar encargado de la gestión y dinamización de la Educación para la Salud Escolar. Sería una persona con formación universitaria que trabaja en coordinación con el profesorado de centros de Enseñanza Secundaria para el desarrollo de los contenidos transversales de Educación para la Salud.

– Otro componente del grupo ejercerá la labor de moderador, dando paso a cada uno de los "expertos" . En general no se entrará en debate de las distintas posturas pero si se podrán clarificar los argumentos que se presenten.

2. Foro de discusión en torno a dos posturas contrapuestas.

Planteamos al conjunto de la clase que se posicionen ante uno de estos dos criterios de distribución de los recursos económicos (limitados):

a) a favor de la inversión en investigación y desarrollo de nuevos conocimientos en el campo de la salud y de la biología humana, así como para el diseño y la creación de una adecuada red de asistencia sanitaria pública y gratuita.

b) a favor de la implementación de políticas de bienestar social fundadas en una mayor equidad y en el reparto de los recursos en educación, servicios sociales,...; así como en una mejora de la calidad de vida (viviendas dignas, reciclaje y lucha contra la contaminación, concienciación ciudadana contra las drogas y el alcohol, erradicación de la delincuencia, reparto del trabajo, seguridad vial, etc.).

Se formarán dos grupos que deberán defender con argumentos el porqué de su posicionamiento en una postura u otra a la hora de destinar los recursos económicos de la comunidad. La duración del foro será de unos 15' a 20'. El moderador de la "mesa de expertos" coordinará las intervenciones que se realicen.

3. Resumen – conclusión del tema

Dos miembros del equipo resumirán en unos 10' los elementos fundamentales del tema objeto de exposición y, por último, propondrán una definición de salud que intente resumir lo que se ha debatido en el grupo. (*Proyección de transparencias*).

E.4. Dinámicas alternativas para proponer al gran grupo

*** FRASES – DEBATE:**

- "Uno está sano cuando se siente bien"
- "La salud es ante todo un componente individual"
- "Una persona con tensión alta es un enfermo"
- "Las características individuales no influyen en la salud tanto como las sociales."
- "O hay salud o no la hay. No puede ser un término relativo."
- "En nuestra sociedad es el sistema sanitario el determinante de la salud".

*** PUNTOS DE INTERES QUE SE PUEDEN PROPONER :**

- Tema de la prevención
- Importancia de la comunidad
- Fomentar las capacidades

E.5. Comentarios del grupo grande *

La gente de la clase se ha posicionado, sorprendentemente, alrededor del bloque "entorno–estilo de vida". Se comenta la distancia que existe entre este posicionamiento y las actitudes que dirigen nuestra vida diaria.

El médico es educador en salud también. No hay que echar por tierra la figura de este agente social sin más.

Es muy poco rentable invertir en "utopía".

Reducir las listas de espera, pero...¿cómo?. La clave está en dedicar más a la prevención de tal manera que se ganaría en atención por parte de los profesionales de la salud médica/clínica a los usuarios por la reducción indirecta del número total de personas que acudirán a solicitar sus servicios.

Sobre el fumar...Se dice que hay campañas a favor del no fumar, pero hay muchas más y más atractivas a favor del fumar. Ante esta realidad el consumidor está desprotegido.

En una sociedad, no sólo tiene el individuo la responsabilidad de su acción, sino que la misma colectividad también posee parte de esa responsabilidad a la hora de "cuidar" por la salud de sus individuos. Esto lo hace a través de la prevención.

Hay que cuidar las necesidades reales de salud que nacen de la enfermedad y no soñar tanto con filosofías preventivas.

III. RESUMEN DE LA PROFESORA

El concepto de salud es *problemático y relativo*.

Problemático por ser visto o abordado desde múltiples puntos de vista.

Relativo al modo de intervención planteada.

Para la intervención en salud nos hace falta un concepto concreto y operativo.

Con "concreto" se quiere decir que es necesario establecer claramente las variables que determinan la presencia o ausencia de salud. Y "operativo" a la hora de buscar realmente la funcionalidad de la persona.

Esta concreción y operativización nos llevaría a afrontar la intervención desde unos parámetros claros desde donde poder medir y valorar correcta y concretamente los resultados obtenidos.

El objetivo es intervenir sobre todas las variables que provocan las enfermedades. Para ello, *no debemos olvidar la concepción negativa de salud* ya que es un modo de afrontar el problema de morbilidad y mortalidad.

Los esfuerzos han de encaminarse igualmente a cubrir todas aquellas áreas o variables que inciden en nuestro nivel de salud sin olvidar aquellas de carácter cultural o colectivo.

En definitiva, dependiendo del concepto de salud que optemos se generará un modelo u otro de intervención.

TEMA 2

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

I. ELABORACIÓN PROPIA DEL EQUIPO (Tema 2.1.)

2.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1.1. DISTINTOS MODELOS DE EpS

SERRANO GONZÁLEZ, I., *Educación para la salud y participación comunitaria*, Ed. Días de Santos, Madrid, 1989

A) LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ENFOQUES MÚLTIPLES

La evaluación de los modelos descriptiva e interpretativamente en base a unos indicadores que lo hagan funcional, coherente y que permitan el control.

Indicadores:

A.1. Los objetivos: En cualquier modelo de EpS hay objetivos implícitos y explícitos.

A.2. Análisis de la realidad

La EpS es una intervención que sucede a partir de un ANÁLISIS DE LA REALIDAD. (En lenguaje sanitista, un diagnóstico de la situación.)

Todo proyecto educativo parte de:

a) un análisis de los elementos socio culturales;

b) unas necesidades y de unas demandas.

A.3. Orientación metodológica y praxis educativa.

La praxis educativa da la clave del modelo con el que se trabaja y descubre si los objetivos son realmente el motor del trabajo. En la metodología subyace un posicionamiento antropológico, social y de sistema de valores con su jerarquización.

Detrás de las distintas metodologías está de fondo la toma de postura ante estos dos binomios:
SALUD–SOCIEDAD Y MÉDIC–ENFERM.

A.4. ¿Qué Salud?: Este surgirá a partir de los datos que descubramos en la metodología, objetivos propuestos, etc.

B. Grandes modelos de educación para la salud: ¿responden a los retos de la medicina comunitaria?

B.1. Modelo A. Información

La información es un elemento imprescindible del proceso educativo, pero se le ha dado excesiva importancia ignorando el proceso de formación necesario para que exista una correcta recepción.

La iniciativa es la del médico–educador

Concepto higienista. La Salud se conseguiría aprendiendo unas normas de higiene y de comportamiento.

Sus contenidos normativos legitiman un orden social vigente.

La información modifica los hábitos.

Conciben la Salud como algo individual heterónimo y que se consigue a través del cumplimiento de normas o consultando a los técnicos.

Crítica:

a) La salud no está sólo en función de la información objetiva;

b) Desconoce el ambiente, la cultura, la estructura social centrándose en el individuo dando una fuerte importancia a las instituciones

B.1.1. La orientación metodológica y su praxis. Énfasis en los contenidos.

Pedagogía tradicional y autoritaria. Comunicación unidireccional. Las metas y objetivos son fijados unilateralmente. El objetivo es el deber ser; que se aprenda conocimientos y valores. No estimula el razonamiento ni la toma de conciencia de la problemática de la Salud en el individuo o en comunidad.

La praxis educativa es de tipo proteccionista buscando la eliminación de riesgos de Enfermedad desde su individualidad. El problema fundamental es que carece de proceso formativo.

Crítica:

- a) El concepto de Salud que subyace es el de ausencia de Enfermedad;
- b) No tiene un significado global de Salud;
- c) La Salud es un concepto abstracto que subraya tener una vida saludable, tener dientes sanos, etc., olvidando los condicionamientos;
- d) Es individualista con poca consideración a lo que toca a la comunidad. No valora la autoresponsabilidad; importa la obediencia. Premisa mayor: Vivir la vida con hábitos saludables.

B.2. Modelo B. Persuasión motivacional.

El objetivo: El cambio de comportamiento cuando los hábitos o costumbres son insanos o peligrosos para la Salud.

La morbilidad se atribuye a los estilos de vida y a determinadas conductas.

B.2.1. Descripción del modelo

B.2.1.1. El objetivo. El cambio de comportamiento (Psicología del Comportamiento). Adoptar conductas deseables por el experto–prescriptor.

Acentúa la importancia del educador o la institución social que es la que define qué comportamientos son saludables.

Crítica:

- a) La vida no es sólo comportamientos. También hay tradiciones, valores, ideales, trabajo, tiempo libre, etc.;
- b) Los individuos son plenamente libres para elegir su comportamiento;
- c) Es un enfoque heterónomo; se explica en función de la Enfermedad;
- d) Punto más conflictivo: el objetivo Salud se coloca en función del comportamiento. La comunidad podrían solamente adquirir instrumentos y habilidades olvidando la reflexión y la acción sobre las estructuras sociales.

B.2.1.2. Análisis de la realidad.

Presupuesto:

- a) los individuos mayoritariamente tiene unos estilos de vida no compatibles con la Salud;
- b) deterministas; acentuando el poder del medio ambiente y en relación al esquema estímulo–respuesta.

Crítica:

- a) Olvidan la parte volitiva de la persona; es decir, ella misma es fuente de las acciones;
- b) Da importancia a la cultura y sus valores pero para hacerlos instrumentos de manipulación;
- c) Subraya la dimensión tecnocrática de la sociedad. Tiene mucha importancia los recursos.

B.2.1.3. Orientación metodológica y praxis educativa.

Pedagogía que pone énfasis en los efectos. Filosofía neopositivista y método funcionalista.

El objetivo: aprender conductas que otros dictan a través de la persuasión y los mensajes motivacionales. La imitación.

Acentúan las metas individuales y la adaptación social en función de los criterios del grupo dominante. No responsabiliza sino que da muletas. Unidireccional. Sólo existe feed back para medir los efectos de la intervención.

B.2.1.4. Su concepto de Salud.

La Salud es un fin en sí misma. Concepción mecanicista.

Los comportamientos pueden ser sometidos a verificación operativa mediante la medición, estudio, experimentación y evaluación conforme a normas.

Crítica:

a) La concepción antropológica y su validación como modelo educativo. Proveer de las capacidades casi ilimitadas del modelo de competencias amenaza con destruir las condiciones necesarias para que la gente viva una vida autónoma y saludable;

b) La Salud como artículo de consumo. Margina el sufrimiento y no lo afronta;

La imposición de los valores desde fuera pueden por un lado, hacerlos inamovibles, y por otro, negar la capacidad crítica con el fin de que cada individuo construya su propio sistema y jerarquía de valores.

B.3. Modelo C. Político-Económico-Ecológico.

Se concibe la Salud dentro de la vida humana y no la separa de la estructura social.

El enfoque señala que la estructura socioeconómica dará más o menos Enfermedad dependiendo de la importancia que esa estructura económica dé al desarrollo social.

B.3.1. El objetivo: Reducir las desigualdades ante la Salud

La falta de Salud se vincula a la estructura económico-social, no a los comportamientos.

La estilo de vida es determinante para estar sanos y/o enfermos.

La pobreza influye y determina la Enfermedad

EL CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD (HORWICZ)

El actuar sobre el ambiente y modificarlo no es un añadido ecológico sino una necesidad metodológica.

El objetivo: intervenir sobre los individuos, ayudándoles a comprender sus necesidades que le llevan a adoptar o cambiar su conducta de Salud.

Para ello hay que investigar con la comunidad y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan

el medio ambiente social.

B.3.2. Análisis de la realidad: La Epidemiología Social base de su enfoque.

El modelo asume y acepta los fenómenos que caracterizan la cultura de la Salud actual, rechazando alguno de sus aspectos:

- * La prevención tiene un carácter marginador. Su carácter desplaza, en parte, la responsabilidad del individuo.
- * Crítica a la concepción biologista de la epidemiología.
- * La promoción de la Salud tiene una dimensión social.

B.3.3. La participación: La salud, tarea comunitaria.

Generar la consciencia pública respecto a la colaboración y participación.

B.3.4. Orientación metodológica y praxis educativa.

Objeto de la intervención: la estructura social. Es importante la experiencia histórica con su problemática. El eje de acción y reflexión se encuentra en la estructura social y no es los comportamientos.

- * Se preocupa de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, desarrollo de habilidades y conciencia social.
- * Los mensajes se convierten en respuestas a las preguntas concretas de los sujetos.
- * Son críticos no sólo con los otros modelos, sino que frente al dato de los hechos mantienen una relación dialéctica con el entorno.
- * Son muy críticos con el desarrollo tecnológico indeterminado.

B.3.5. ¿Qué Salud?

Salud para todos desde el cambio de las estructuras socio-económicas para facilitar el acceso de todos a la Salud. Concepto ecológico de Salud.

La experiencia del desarrollo comunitario como uno de los quicios de este modelo.

El nuevo paso que propone el autor es la PARTICIPACIÓN y el COMPROMISO.

2.1.2. CONCEPTO DE EpS SEGÚN DISTINTOS AUTORES Y ELABORACIÓN DE UN CONCEPTO DE EpS

SALLERAS SANMARTI, L., *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones.*, Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1990

A. Introducción

Objeto común en todas las definiciones: la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectivos.

El objeto último son los comportamientos.

Existe diferencia entre las definiciones en la forma de conseguir el cambio de comportamiento y de las conductas a modificar.

Dos momentos en la evolución del concepto y contenido de la educación sanitaria:

a) Periodo clásico. Sólo se incluía las acciones educativas dirigidas al individuo que tendían a responsabilizarle de su propia salud.

Su objeto era las conductas relacionadas con el fomento y la protección de la salud. Mejora de conductas insanas.

b) Periodo actual. Objetivo: modificación de los factores externos.

Se debe incidir en los individuos en el ambiente y en la sociedad.

Se incluye también la capacitación de los individuos, grupos y colectivos para que puedan participar activamente en la planificación, administración y evaluación.

B. Concepto clásico

Primeras definiciones sobre la educación sanitaria	
Autores	Definiciones
Wood (1926).	Es la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad.
Derryberry	Es un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población.
Grout	Es el procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamientos adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación.
Gilbert	Consiste en instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud.
Seppilli	Es una intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la Salud. Ello presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la focalización de sus intereses subjetivos y requiere la remoción de las resistencias que el grupo opone a la intervención.

Elemento común: modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención y el fomento de la salud a través de acciones educativas y persuasivas dirigidas hacia el individuo.

La O.M.S. tenía unos objetivos generales sobre la educación sanitaria:

1. Hacer de la salud patrimonio de la colectividad.
2. Capacitar a las personas para que alcancen el estado de salud tal como la define la constitución de las O.M.S.
3. Fomentar el establecimiento y utilización apropiados de los servicios de salud.

La O.M.S. afirmó que la educación sanitaria representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se busca la adquisición y conservación de hábitos de salud sanos, el aprendizaje juicioso de los servicios de salud y la capacitación de toma de decisiones en busca de un mejor salud y el saneamiento del medio.

Uno de los objetivos fundamentales de la educación sanitaria es:

- a) el sentido de la responsabilidad por su propia salud y por la de la colectividad;
- b) sus aptitudes para participar de manera constructiva en la vida de la colectividad.

Definición de la Asamblea Mundial de la Salud: Asegurar la educación sanitaria de la población en la aplicación de todos los programas de salud pública, para remarcar así la responsabilidad personal y colectiva de todos los miembros de la sociedad en la protección de la salud humana.

C. Concepto Actual

Los comportamientos y la conducta está determinada por factores internos del individuo y por factores ambientales externos.

La definición del IV Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine (USA, 1975). El término educación Sanitaria del Consumidor incluye una serie de actividades conducentes a informar, motivar hacia el cambio, ayudar a la adquisición de conocimientos y capacidades para adoptar unos hábitos saludables, promover la enseñanza, formación y capacitación de los docentes, investigación y evaluación.

La educación sanitaria del consumidor es un proceso que informa, motiva y ayuda a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

Elementos a destacar de esta definición:

- a) mención de los factores externos al individuo;
- b) inclusión de la educación de pacientes;
- c) la capacitación del individuo para que pueda participar activamente.

2.1.3. OBJETIVOS DE EpS

SALLERAS SANMARTI, L., *Educación sanitaria: Principios, métodos, aplicaciones*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1990

A. Objetivos de la educación sanitaria.

A.1. Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.

Objetivo: hacer de la salud un patrimonio de la colectividad. Que la colectividad asuma la salud como valor básico.

A.2. Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.

Objetivo: eliminar los hábitos insanos ya establecidos en los individuos y colectividades.

A.3. Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud.

Objetivo: lograr que los avances en los conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos o nuevas conductas de salud a la vida diaria de los individuos, grupos y colectividades.

A.4. Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.

Objetivo: incidir sobre los individuos, grupos y sobre el medio ambiente físico, psicológico y sociocultural. Esto es responsabilidad de la administración.

A.5. Capacitar a los individuos para que pueda participar activamente en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

La educación sanitaria debe modificar las conductas insanas y fomentar la participación dando capacidad de decidir y evaluar.

COSTA, M., y LÓPEZ, E., *Salud comunitaria*. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1987

B. Objetivos de la Educación para la Salud

Objetivo genérico: enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y propiciar conductas o comportamientos facilitadores de salud.

La naturaleza ecológica de la conducta humana y los poderosos intereses de la economía apuntan a la insuficiencia de los métodos y estrategias actuales. Por lo tanto, cuando se habla de Educación para la Salud hay que atender también a:

- a) Desarrollo de hábitos y costumbres sanas;
- b) Modificar hábitos y comportamientos peligrosos
- c) Modificar los factores externos al individuo que influyen de manera negativa;
- d) Inculcar el valor salud como fundamental a los individuos y grupos.

El tejido social de una comunidad ha de asumir el control de su salud. Para ello hace falta una tarea política y cultural.

SAN MARTÍN, H., y PASTOR, V., *Salud comunitaria: Teoría y Práctica*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1988

La educación para la salud y la participación son indispensables para:

- * la promoción de la salud.
- * la prevención de la enfermedad y de los riesgos sociales.

La salud de la comunidad está en relación directa con la participación global de la población local en la vida social comunitaria.

Hay que tener en cuenta que el ser humano se socializa, forma su personalidad y sus comportamientos en las

colectividades. Por lo tanto, el riesgo siempre lo crea la sociedad; el individuo lo escoge o lo evita. Lo que hay que cambiar son los comportamientos del sistema económico-social (El comportamiento humano es consecuencia, no causa). Cualquier reflexión sobre la salud debe comenzar por un análisis sobre las estructuras sociales y sobre la cultura.

La educación para la salud será

- a) La preparación sistemática y permanente del individuo y de la comunidad a conocer su organismo y de su estructura;
- b) Un conjunto de conceptos, conocimientos y prácticas transmitibles para facilitar la modificación voluntaria y consciente de los comportamientos sociales e individuales;
- c) La impregnación de la salud pública y comunitaria de las claves de la intervención educativa y preventiva. Esto facilitaría el análisis y modificación, consciente y voluntariamente, de los comportamientos.

El objetivo es obtener un desarrollo de una cultura de la salud a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje para lograr saber, saber ser y practicar lo que se sabe.

La prevención y la participación...

- a) ...aun pareciendo las mejores soluciones, tienen su limitación en la estructura social ya que ésta producen riesgos sin control;
- b) ...entendida de manera amplia, incluye la protección y promoción individual y socio-cultural-ambiental;
- c) ...para que sea útil, debe de estar inserta en un proyecto político más amplio. La responsabilidad de la salud es compartida por la sociedad, el individuo y los servicios de salud.

C. Definición de Educación para la Salud del grupo

Aquella que busca informar, motivar y adquirir estilos de vida sanos en el seno de una comunidad en la que se trabaja por lograr unas condiciones adecuadas para ello: justicia social, reparto equitativo, participación, etc.

E. EXPOSICIÓN EN CLASE

E.1. Proyección de diapositivas con música.

El objetivo sería mostrar el contexto en el que nos desenvolvemos.

E.2. Juego de los roles

Presenta a través del juego de roles los tres modelos de intervención: informativo, motivacional y ecológico, económico y político.

E.3. Responder a la pregunta: ¿que consecuencias tendría una intervención desde cada modelo expuesto?

- a) El modelo información y el de motivación /persuasión enfoca el problema a nivel individual, de manera aislada, las intervenciones son parciales. Se centra en el individuo como único responsable de su problema;
- b) El modelo E.-E.-P. hace tomar conciencia al individuo de su realidad personal en relación al contexto.

Potencia la prevención en la medida que potencia el contexto en donde se genera los problemas.

E.4. Presentación de un cuadro (anexo Tema 2 (1))

R. RESUMEN DE LA PROFESORA

La EpS no es:

- prescriptiva, unidireccional, modelo de relación autoritario
- información
- una acción puntual u ocasional
- una acción centrada exclusivamente en el individuo

la EpS es:

- un conjunto de acciones dirigidas al individuo y al medio ambiente físico/social.
- un proceso de intervención social y educativo; intencionado

1. Objetivos, contenidos, actividades.
2. Estructurar las intervenciones en base a una metodología.
3. Recursos personales/materiales.

Un proceso participativo (modelo de relación colaborativo):

1. Conocer y analizar las necesidades de la población.
2. Reconocer la competencia del individuo y la colectividad y potenciar su participación.

Concepto de EpS.

La EpS es un proceso de intervención social, educativa y participativo dirigido tanto al individuo como a la comunidad y orientado a conseguir la modificación consciente y voluntaria del comportamiento en beneficio de la salud, y la autoresponsabilidad de las personas en relación a la salud.

I. ELABORACIÓN PROPIA DEL EQUIPO (Temas 2.2. y 2.3.)

2. 2. LOS AGENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Objetivos del tema

- Presentar los diferentes elementos o agentes de un Sistema Sanitario y las funciones propias de cada uno de ellos.
- Resaltar la necesidad de una acción coordinada y global entre los mismos.

FERNANDEZ, C. y FORNES, J. : 1991: *Educación y Salud*. Palma de Mallorca, Universidad de las

SALLERAS, L. : 1990: *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos.

GOBIERNO VASCO : 1990: *Política de salud para Euskadi 2000*. Vitoria–Gazteiz, Departamento de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Gobierno Vasco.

Introducción

Los autores de los documentos nos presentan una posible clasificación de los componentes de un sistema sanitario basado en una filosofía de Educación para la Salud.

En este sentido los elementos de dicho sistema se dividen en *agentes formales e informales* pero teniendo en cuenta que la actuación de ambos no se reduce exclusivamente al individuo sino que se dirige igualmente hacia la comunidad así como al medio ambiente en la que esta y aquel se desarrollan.

El objetivo es común a todos ellos : hacer de la salud un patrimonio de la colectividad. Para ello los diferentes sectores deberán participar de forma global y coordinada a través de los órganos de salud con el fin de encontrar soluciones, decididas entre todos, de carácter educativo – saludable para toda la comunidad.

2.2.1. Los agentes o elementos del Sistema Sanitario

Elementos Formales

Son aquellos agentes *Personales e Institucionales* cuya responsabilidad y función prioritaria es velar para que el patrón de salud sea alcanzado de la forma más eficaz posible con los medios disponibles así como intervenir en acciones conjuntas como profesionales de apoyo a otros sectores ligados específicamente con la salud.

Este grupo lo forman personas con diferente bagaje formativo como maestros, médicos de diferentes ámbitos, psicólogos, terapeutas,... e instituciones que desarrollan su actuación en la comunidad.

Agentes Personales

–SANITARIOS ---> Médicos, enfermeras, psicólogos...que dirigen su acción a la atención integral del sujeto, de los grupos de la comunidad abarcando los niveles de promoción, prevención y asistencia del sistema sanitario. Investigan factores ambientales, patológicos, etc., que atentan contra la salud promoviendo su corrección.

– EDUCATIVOS ---> Su función básica es educar, pero de forma especial educar para la salud en, con, y para la comunidad. Su acción va dirigida a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la compensación y la recuperación. Este grupo lo forman maestros, pedagogos, psicólogos....

– SOCIALES ---> Su principal acción se encamina a resolver o paliar situaciones de privación, carencias y necesidades de los miembros de una comunidad prestando especial atención a los individuos y colectivos marginados. Son un grupo de apoyo a nivel educativo y de acción a nivel sanitario. Lo forman juristas, religiosos, trabajadores sociales,...

Elementos personales e institucionales que intervienen en el proceso salud/enfermedad

Agentes Institucionales

Son los que posibilitan o limitan ciertas condiciones de vida ligadas a la salud, al trabajo, al medio ambiente... y la existencia de una serie de recursos para satisfacer estas necesidades.

En este grupo encontramos las instituciones públicas y privadas de una comunidad en relación a ámbitos diferentes: educativo, sanitario, medioambiental...Se dirigen a la totalidad de los ciudadanos. Su acción favorece o dificulta la consecución de un determinado nivel de salud.

Elementos Informales

Lo constituyen aquellos *agentes personales* que pueden incidir de manera formal e informal sobre otros individuo y sobre la comunidad. Su actuación puede llevarse a cabo a través del asesoramiento, sirviendo como modelos a imitar, potenciando actitudes positivas hacia la salud,...Hablamos de amigos, familiares, compañeros de trabajo,...cuando intervienen en acciones de salud.

Se incluyen también *agentes mediacionales* (T.V, prensa, radio, cine...) cuando intentan cambiar actitudes y comportamientos. Es preciso que sus mensajes sean informativos, motivadores y persuasivos; que lleguen a todo el público y que sean persuasivos. La información que presentan en relación a la salud debe ser elaborada por profesionales de la educación y la sanidad. También deberán velar por la información implícita y explícita que encierra la publicidad con el fin de evitar la propaganda de valores que difundan hábitos de vida insanos. SANVISENS nos advierte de la necesidad de educar hacia la captación de imágenes con el fin de promover la reflexión, la iniciativa y el criterio propio hacia los hábitos saludables.

2.2.2. Necesidad de una actuación global y coordinada

Vemos cómo los diferentes agentes dentro de sus correspondientes ámbitos de actuación, instituciones, niveles y áreas específicas pueden encontrarse realizando acciones de apoyo o específicas, según las circunstancias. sí por ejemplo el docente ejerce su función específica dentro de las instituciones (sean públicas o privadas) al efecto en cualquiera de sus niveles sin descartar sus funciones de apoyo a otros profesionales o instituciones sean sanitarias, sociales, como un hospital, museo, etc.

Pero, a su vez, los agentes específicamente sanitarios y que actúan primordialmente en este campo deberán igualmente prestar su apoyo profesional (es decir, dentro de sus funciones profesionales) a otros elementos o sectores de la organización social y sanitaria como son la planificación y realización de programas de salud a nivel escolar y comunitario.

Hemos resaltado ya la importancia de los medios de comunicación en el fomento de hábitos posibilitadores de salud personal y comunitaria. Estos medios no son ajenos a la intervención de profesionales de la educación y la salud que presten su apoyo y asesoramiento en el diseño y presentación de programas dirigidos a la comunidad. Los medios de comunicación se han convertido en verdaderas instituciones en nuestras sociedades por lo que han de ser abiertos al resto de agentes que componen el sistema.

Todos juntos, elementos formales e informales forman un único sistema, con sus lógicas subdivisiones y ámbitos diferentes. Pero estas divisiones, necesarias para una organización, diseño y ejecución eficaz de programas y consecución de objetivos, no deben confundirse con planificaciones sectorizadas, cerradas e individualizadas en sus respectivos ámbitos. La única forma de organización, diseño y ejecución que se adapta al sistema es aquella que se concibe en globalidad y con un objetivo común : la salud para todos entendiendo esta como un equilibrio entre las capacidades del individuo y las respuestas efectivas a los retos del ambiente.

Este objetivo de conseguir una comunidad sana en continuo desarrollo, y una mejora de su ambiente físico y social se trazará potenciando todos los recursos comunitarios que le permitan desarrollarse la máximo desde una perspectiva de apoyo mutuo, y a su vez, hacerla protagonista de un papel más activo en el establecimiento de prioridades y el mantenimiento de los servicios públicos de salud configurando redes de apoyo social

viabiles para ayudar a la gente a superar momentos críticos puntuales que pueden afectar a su salud integral.

Estrategia participativa de los distintos agentes de salud

2.3. NIVELES, ÁMBITOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Objetivos del tema

- Descubrir los diferentes niveles de intervención de Educación para la Salud.
- Diseñar los ámbitos de educación para la salud en base a programas de actuación.
- Presentar las áreas preferentes de actuación diseñadas por el Gobierno Vasco en su política sanitaria de cara a un futuro inmediato.

Introducción

Partimos de la base de que para conseguir el patrón de salud será necesario que las intervenciones tengan lugar en todo momento, a distintos niveles y en diferentes ámbitos, sin olvidar las diversas áreas de actuación.

COSTA Y LÓPEZ nos recuerdan que para conseguir la optimización de estos y de los sistemas y organizaciones que los sustentan los resultados deberán repercutir en :

- En la identificación y cambio de contextos de alto riesgo.
- En la optimización de redes de apoyo social
- En la promoción y desarrollo comunitario

2.3.1. Los Niveles de Intervención

Vamos a jerarquizar los niveles en el campo de la intervención a fin de poder diferenciar dos tipos de intervención muy concretos : la preventiva y la asistencial.

Ambos tipos distinguen el estado de Salud – Enfermedad, el objeto de la acción o tipo de intervención y el tipo de profesionales o institución responsable.

Nivel de actuación Primaria

Las actividades pretenden aumentar el estado de salud e impedir la aparición de la enfermedad así como suprimir los factores causantes de la enfermedad antes de que esta se inicie. Estos factores pueden ser de índole social, psíquica, comportamental, educativos,...Su intervención requiere técnicas profesionales que no siempre están en el campo de la medicina.

Es donde tiene lugar preferente la educación sanitaria y su papel debe extenderse al ámbito comunitario y no limitarse a la escuela. También abarca el campo medioambiental.

Este modelo precisa de personas que coordinen las acciones y sectores que intervienen siendo ideal la figura del pedagogo para la organización y planificación de programas obtenidos con la colaboración activa de todos los sectores de la sociedad.

Las actividades curativas y rehabilitadoras se establecen para prestar servicios generales e iniciales a la

población y se imparten en centros o en los domicilios de los afectados.

Es la atención que requiere menor grado de especialización.

Nivel de actuación Secundaria

Se dirige a detener el proceso patológico después de su aparición. Su objetivo es la aplicación precoz de los tratamientos para restablecer el estado de salud. Su actuación sale de los límites biomédicos para centrarse en el ámbito escolar y comunitario atribuyendo al maestro y a la familia un papel relevante en la promoción de la educación sanitaria específica e inespecífica.

A este nivel se requiere una atención especializada no permanente, y se integra en centros comarcales .

Nivel de actuación Terciaria

Se intenta evitar secuelas y repercusiones sociales así como obtener el mayor rendimiento residual posible de las capacidades del individuo afectado. Algunos la llaman rehabilitación y puede ser física, social, psíquica, intelectual,...

Hay una atención y apoyo centrada en el sujeto discapacitado y requiere servicios especializados y superespecializados. Los sujetos acuden tras pasar por los niveles anteriores con la finalidad de lograr la integración en la comunidad.

2.3.2. Los Ámbitos de intervención de la Educación para la Salud

Podemos basar una primera distinción en el "status de salud" con lo que obtenemos dos categorías de sujetos : aquellos considerados "sanos" por la comunidad y aquellos a los que esta categoriza como "enfermos". Se trata de una diferenciación puramente sociológica y no clínica.

Pero no todos los individuos sanos gozan de un mismo status por lo que es necesario otra división de estos en : escolares, laborales y comunidad en general. A esto hay que añadir todos aquellos factores externos que inciden sobre el estado de salud de los individuos y grupos por lo que hablaremos de otros programa de carácter coordinador y general.

Educación dirigida a las personas "sanas"

Es fundamental que los conceptos impartidos en los diferentes ámbitos sean coincidentes.

– EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA

Destinada a crear hábitos positivos de salud. Es el más eficaz y preventivo de todos. Últimamente va adquiriendo mayor implantación e importancia en nuestro país.

– EDUCACION SANITARIA EN EL MEDIO LABORAL

Para evitar que se desencadenen enfermedades profesionales, evitar riesgos ambientales, promover hábitos de trabajo sanos y seguros, etc. También pueden establecer programas de información y formación para la salud ajenos al mundo laboral.

Se dirigen tanto al trabajador como a los comités de seguridad e higiene de las empresas.

– EDUCACION SANITARIA EN LA COMUNIDAD

Para fomentar y proteger la salud de las personas "sanas", mediante la acción educativa, haciendo que la salud alcance un primer lugar en su escala de valores, erradicando actitudes insanas y promoviendo prácticas saludables. Se implementa en los centros sanitarios de asistencia primaria, en los grupos organizados de la comunidad y a través de los medios de comunicación.

Educación dirigida a personas "enfermas"

Se hace necesaria la participación activa del enfermo, sobre todo en las enfermedades crónicas. En estos casos la actuación del médico debe incluir la información y educación del paciente sobre la enfermedad y las medidas de control sobre las que su participación es fundamental. Teóricamente las personas enfermas son muy receptivas a la educación sanitaria.

Esta educación se puede realizar en el domicilio del paciente, en el centro de asistencia primaria o en el hospital.

Programa general (o nacional) de coordinación de la educación sanitaria.

La principal misión del programa nacional es el descubrimiento de los factores externos que atentan contra la salud y la promoción de su corrección a través de presiones e influencias sobre los órganos políticos y de gobierno de un país, bien directamente incidiendo sobre los representantes legalmente elegidos, o bien indirectamente, concienciando a la población sobre el problema a través de los medios de comunicación de masas.

También le corresponde la ejecución de programas educativos sanitarios cuyo alcance cubre todo el país. Hoy, en España este alcance es de dimensión autonómica debido a la organización política, administrativa y territorial del país.

Hay que resaltar la necesidad de acciones coordinadas para evitar la superposición de actividades y la posibilidad de que en los diferentes campos se impartan conceptos de salud diferentes o incompatibles.

2.3.3. Áreas de intervención preferente

Criterios de selección

Para el establecimiento de estas áreas se ha seguido todo un conjunto de criterios ya que ninguno de ellos aisladamente utilizado aporta un juicio suficiente sobre la relevancia de los problemas. Estos criterios son:

- Enfermedad y muertes que producen
- Importancia que la comunidad les otorga a estas enfermedades o áreas
- Incapacidades temporal o permanentes que originan
- Servicios y costes que requieren
- etc.

Factores de riesgo

Son comunes a las áreas de atención preferentes y a otras enfermedades y requieren por ello una atención especial:

- Tabaquismo
- Dieta inadecuada
- Exceso de OH
- HTA
- Hipercolesterol
- Exposición ambiental y laboral
- Sedentarismo
- Estrés

Áreas de intervención preferente

Para la elaboración de la lista se parte de los estudios realizados en otros países europeos:

- Medio Ambiente saludable
- Salud ocupacional
- Prevención de accidentes
- Salud buco–dental
- Vacunas
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades de trans. sexual
- SIDA
- Prevención de incapacidades
- Salud materno–infantil
- Planificación familiar y diagnóstico precoz del cáncer femenino
- Salud Mental
- Enfermedades cardiovasculares
- Tabaco y salud
- Alcohol y drogas
- Alimentación y nutrición

– Ejercicio físico y salud

Se entiende que intervención preferente no significa exclusiva y que esta lista no constituye una relación cerrada. Pueden surgir problemas que hoy en día son infrecuentes o inexistentes y que en un futuro atenten de forma importante a nuestra sociedad.

II . EXPOSICIÓN EN CLASE.

E.1. Dinámicas que se llevan a cabo por los grupos que exponen:

La dinámica de este tema va a ser expuesta por dos grupos.

El primero de ellos propone en primer lugar una representación teatral con personajes marionetas de guiñol. Es la parte de la exposición dedicada a presentar los agentes de la educación para la salud.

Los diferentes agentes están encarnados en estas marionetas, apareciendo los agentes formales e informales y ellos mismos van explicando, como si miembros de su familia se tratara, los diversos tipos o elementos que configuran su grupo o "familia". Esta exposición de tipo teatral se complementa con cartulinas de dibujos, música y explicaciones por el altavoz que va realizando un miembro del equipo que hace las funciones de narrador – coordinador.

Todo ello se lleva a cabo en clave familiar, popular y de humor. Durante toda la exposición se mantiene proyectada una transparencia en la que se muestra un esquema de los agentes de la educación para la salud.

Hay que destacar que en la representación teatral se incide mucho en la necesidad de la coordinación entre los diferentes elementos, tanto los formales como los informales.

En la segunda parte se proyectan tres transparencias dedicadas a explicar el resto del tema, es decir, los niveles, ámbitos y áreas de intervención en Educación para la Salud. (*anexo*)

El segundo de los grupos va a exponer el tema a través de una charla teórica seguida de una dinámica para el gran grupo consistente en unas preguntas para responder entre los equipos de trabajo de la clase.

E.2. Actividad práctica dirigida al gran grupo

Fotocopia de anexo.

Se van a plantear al gran grupo una dinámica basada en un supuesto barrio de Bilbao. Se dan una serie de características que lo definen como la problemática social, la infraestructura social y cultural, etc. y se pide a los equipos de trabajo de la clase que respondan a unas preguntas :

1º ¿ Cuáles serían los niveles, ámbitos y áreas preferentes de intervención? ¿porqué?.

2º ¿ Quiénes serían los agentes de educación para la salud que deberían tomar parte en dicha intervención? ¿ Cómo deberían intervenir?.

E.3. Respuesta del equipo a la dinámica ofrecida

1º Haciendo un análisis del contexto que se nos presenta en este barrio nuestro equipo de trabajo considera que se debe priorizar ante todo y de forma inmediata el tercer nivel de actuación. El motivo es que nos encontramos con una situación no sólo de riesgo sino de auténtica problemática ya manifiesta.

En cuanto a los ámbitos pensamos en aprovechar los marcos de la comunidad enlazando con la filosofía de la educación para la salud y trabajar sobre todo la prevención primaria y secundaria.

Las áreas preferentes de intervención serían la salud comunitaria, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, alcoholismo y diversas drogodependencias con especial atención a los nuevos hábitos y formas de consumo, alimentación y nutrición... es decir, que en función de la zona y de sus características se priorizarán unas áreas u otras o se incluirán también otras aunque no estén contempladas en el listado del Gobierno Vasco. Para ello es necesario tener en cuenta las costumbres e idiosincrasia de los barrios y colectivos con peculiaridades culturales como es el caso de determinados asentamientos con población predominantemente inmigrante.

2º La recuperación de la salud de un contexto comunitario es una tarea que compete a todos. En primer lugar a los agentes formales, tanto a los especialistas en sanidad como a las instituciones con competencias en la materia. Pero en segundo lugar es tarea también de aquellos elementos informales que de una u otra forma tienen implicación en dicho contexto como es el caso de personas, colectivos, medios de comunicación... que tienen oportunidad, y por lo tanto el deber, de colaborar en la recuperación de un espacio compartido y de todos. Por último los agentes no formales que viven en este espacio, colectivos de tiempo libre, grupos de animación sociocultural, diversas asociaciones de barrio,... aportan su colaboración canalizando iniciativas ciudadanas, tanto individuales como colectivas, a fin de servir de representación de aquellos ciudadanos que sin ser técnicos ni representar a institución alguna se ven partícipes de una dinámica que les incumbe y afecta de manera directa.

R. RESUMEN DE LA PROFESORA

Para concluir el tema, el esquema propuesto por la profesora de la asignatura. Añadimos una copia íntegra del mismo al final del trabajo unido al resto de anexos de este tema.

BIBLIOGRAFIA

COSTA, M., y LÓPEZ, E. : 1987 : *Salud comunitaria*. Barcelona, Martínez Roca.

FERNANDEZ, C. y FORNES, J. : 1991: *Educación y Salud*. Palma de Mallorca. Universidad de las Islas Baleares, Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.

GOBIERNO VASCO, 1990: *Política de salud para Euskadi 2000*. Vitoria – Gasteiz, Departamento de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Gobierno Vasco.

RAYNALD, P. y GAROLE, D. : 1990: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona, Masson, (2º Ed.).

SALLEDAS, L. : 1990: *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos.

SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. : 1988 : *Salud comunitaria: Teoría y Práctica*. Madrid, Díaz de Santos.

SERRANO, I. :1989 : *Educación para la salud y participación comunitaria..* Madrid, Días de Santos.