

Papel del Sistema Público de Salud y el de la Atención Primaria dentro del mismo en la próxima década

Martín García, M.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Seixo (Marín).
Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 74-81

En los próximos años es previsible la aparición de nuevos problemas y necesidades de salud, asociados al *incremento de las desigualdades sociales* (crecimiento de la inmigración, desmantelamiento del Estado del bienestar amortiguador de la pobreza, crecimiento del paro por la huida de empresas a los países con menor protección social); *al envejecimiento de la población*: (aumento de las enfermedades crónicas, minusvalías y discapacidades); *al cambio en la estructura familiar* (que hasta ahora ha hecho cargo del cuidado de los mayores y discapacitados); *al incremento de los riesgos medioambientales*; o a una mayor demanda de información y de cuidados sanitarios de una población cada vez más instruida todos estos cambios van a exigir un mayor protagonismo del nivel de Atención Primaria que es el más adecuado y preparado para atender y cuidar a los enfermos crónicos y discapacitados; prestar atención a domicilio; coordinar los esfuerzos entre el sistema sanitario y el de asistencia social; actuar sobre los principales factores de riesgo ambiental; garantizar la cobertura universal y la atención longitudinal de la población.

Para que esto sea posible hace falta que la AP tenga acceso a las nuevas tecnologías; eleve su nivel científico (asociado a posibilidades de formación); pueda coordinar la actuación de los servicios hospitalarios y sociales; trabaje en equipo con otros profesionales no sanitarios a nivel local; y reciba e apoyo y la colaboración de la población.

DOS MODELOS ENFRENTADOS:

El principal obstáculo para que la Atención Primaria alcance este objetivo es la marcha atrás en la reforma sanitaria promovida por la OMS en su Estrategia Salud Para Todos, que pretendía colocar a la AP en el eje de un sistema sanitario, orientado a la promoción de la salud y la participación comunitaria. Este retroceso tiene que ver con la correlación de fuerzas resultante del enfrentamiento de los dos modelos sanitarios que pugnan desde hace años por hacerse con el control de la sanidad en el mundo: el *Modelo Sanitario de Mercado* y el *de Salud Comunitaria*.

En el **Modelo de Mercado** la salud es una mercancía más. El sistema sanitario se centra en la curación del individuo

enfermo; en el uso intensivo de la tecnología hospitalaria; en la figura del médico individual; en la competencia como mecanismo de relación entre niveles asistenciales; y en los incentivos económicos como motor de la eficacia y la eficiencia del sistema. En este modelo el eje del sistema es el Hospital.

En el de **Medicina Comunitaria** la salud es un derecho; las actuaciones integrales abarcan la promoción, prevención y políticas salud pública; el trabajo en equipo basado en la cooperación e integración de los elementos del sistema; en la planificación de acuerdo a las necesidades de salud de la población; y en los incentivos profesionales. En este modelo el eje del sistema es la Atención Primaria, única capaz de garantizar la continuidad asistencial.

EL RESULTADO FINAL DE ESTA CONFRONTACIÓN ES INCERTO, PUDIÉNDOSE DAR DOS POSIBLES SITUACIONES:

a) *Primera hipótesis: Triunfan las propuestas neoliberales*: El mercado pasaría a ser el regulador de las relaciones sanitarias. En un escenario de compra-venta de servicios de salud ganaría el más eficiente, es decir, el que pueda dar más por menos, cosa muy difícil y peligrosa en el caso de la asistencia sanitaria. El objeto de transacción no puede ser otro que la enfermedad, dado que la promoción, prevención, salud pública no son productos comercializables. La ventaja sería para la atención hospitalaria/especializada que concentraría y hegemonizaría la utilización de las tecnologías más sofisticadas como la RNM, el TAC,..etc., de gran atractivo como objeto de consumo social.

Existen algunas experiencias piloto en el desarrollo de este modelo en España, (cooperativas, sociedades laborales, entidades privadas, grupos de profesionales con participación empresarial, etc.). El patrón común de todas ellas es la transformación de los centros de Atención Primaria en empresas con presupuesto propio para poder comprar y vender en competencia con el resto de los servicios. En las mismas el paciente-ciudadano ha pasado a tener la consideración de cliente-consumidor.

Pese a los apoyos institucionales de que gozan estas experiencias la realidad es que presentan los problemas tradi-

cionales del mercado aplicado a la Sanidad: Dificultad/imposibilidad para definir e identificar el producto objeto de transacción; gran variabilidad de la práctica clínica que dificulta conocer la verdadera calidad de las intervenciones y poner precio a las mismas; necesidad de un gran aparato burocrático-administrativo para poder acreditar los servicios y las actividades realizadas y garantizar el control económico de la compras y ventas, etc. En un escenario de competencia los servicios/empresas practican la selección de riesgos en perjuicio de los pacientes con problemas y enfermedades más costosas, cuya atención que exige más tiempo y recursos.

La aplicación de modelo de mercado necesita ir acompañada de la privatización (parcial o total) del sistema sanitario, cosa que ya está siendo puesta parcialmente en práctica: Separación de la financiación de la provisión (poder comprar y vender servicios), modelos de gestión acogidos a la legislación privada (fundaciones, cooperativas, consorcios, sociedades anónimas, empresas, etc. que emulan /simulan funcionamientos empresariales y contratos privados); ruptura de la red pública en múltiples empresas independientes entre sí con autonomía de compra.

Los problemas derivados de estas políticas son previsibles y evidentes: En las relaciones de mercado se busca eficiencia (en detrimento de la equidad); se estimula la demanda innecesaria y el consumo de recursos por motivos económicos a instancias del proveedor y no de las necesidades de la población; la asimetría de conocimientos e información coloca al paciente/cliente en situación de inferioridad respecto del médico empresario; se utilizan de manera intensiva y desproporcionada las tecnologías; la competencia dificulta o impide la integración de los niveles asistenciales primario y especializado. En resumen, en un escenario competitivo el pez grande se come al chico, por lo que la atención primaria, muy debilitada desde hace años, tiene pocas oportunidades para prosperar.

b) *La segunda hipótesis sería que la atención comunitaria ganara la confrontación.* En este caso el sistema profundizaría su orientación a las necesidades de salud (de acuerdo a Planes Integrados); desaparecerían parte de los obstáculos para la coordinación entre los niveles del sistema; la atención estaría orientada a mejorar la salud mediante la actuaciones de promoción y prevención. En este caso la Atención Primaria pasaría, por fin, a ser el eje del sistema como puerta de entrada y coordinadora de las actuaciones del resto de los niveles sobre los procesos de salud dirigidos a enfermos, sanos y medio ambiente.

¿COMO VA EL PARTIDO: QUIEN VA GANANDO Y PERDIENDO?

A finales de los años 70 la AP aparecía como la gran ganadora, la OMS aprobó la *Estrategia Salud Para Todos* como formula para afrontar la crisis que afectaba a los sistemas sanitarios de todo el mundo (dominados por la superespecialización y el hospitalocentrismo, que generaban un crecimiento exponencial del gasto sanitario sin que mejoraran los principales indicadores sanitarios o disminuyeran las desigualdades de salud). Esta estrategia se basaba en tres pilares: la promoción de la salud, la potenciación de la Atención Primaria y la participación social. El colocar a la AP como centro y eje del sistema debería facilitar el abordar de manera integral los problemas salud, integrar las actividades de los diferentes niveles asistenciales y de salud pública y dar un enfoque epidemiológico y medioambiental a los problemas.

EN ESPAÑA LA APLICACIÓN DE ESTA ESTRATEGIA MEJORÓ E IMPULSÓ A LA AP:

- El Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud amplió la jornada laboral de los profesionales de dos horas y media a siete; se dieron pasos en dirección a la atención integral e integrada mediante programas dirigidos a los principales grupos de riesgo (niño, mujer, adulto, anciano) y a las enfermedades más prevalentes (HTA; diabetes, EPOC); se planteó descentralizar el sistema de acuerdo a un modelo territorial y poblacional (Comunidades Autónomas, áreas sanitarias y zonas básicas de salud) y se acabó con la práctica aislada e individual creando los equipos de salud multidisciplinarios.

- Posteriormente la **Ley General de Sanidad** consolidó el Modelo Salud Comunitaria que daba un mayor protagonismo a la Atención Primaria.

El desarrollo y aplicación de estas leyes (pese a la falta recursos y de voluntad para aplicarlas), supuso un importante avance para la AP que cuenta con más recursos y mejores infraestructuras sanitarias, ha reducido el enorme desequilibrio entre el medio urbano y el rural, ha mejorado (parcialmente) las condiciones laborales de los profesionales (poniendo fin a su aislamiento o reduciendo los cupos de cartillas); ha facilitado (parcialmente también) el acceso a los recursos diagnósticos; ha incrementado el tiempo por paciente y la capacidad resolutoria de los centros de salud (utilización historia clínica, registros, protocolos, programas, especialización...). La enfermería tiene un mayor protagonismo, la organización en equipos multidisciplinarios

ha permitido algunos avances en la atención integral, se ha mejorado la calidad asistencial, y se han puesto en marcha algunas experiencias docentes e investigadoras en los centros. El flujo de pacientes al nivel especializado se ha hecho más ordenado y ha disminuido la prescripción farmacológica. Por último se han iniciado algunas experiencias de colaboración de la comunidad. Todo lo cual ha supuesto un incremento de satisfacción de la población.

Problemas en su desarrollo práctico.

Sin embargo los objetivos de la reforma están aún muy lejos de alcanzarse: la Atención Especializada sigue ignorando a la AP, persisten restos del modelo ambulatorio y de la Asistencia Pública Domiciliaria (APD), se permite la doble dedicación y la parasitación de las consultas por el sistema privado, hay una gran inestabilidad laboral (interinidad, contratos basura), la autonomía de los centros es muy limitada y escasa (la administración desconfió de sus profesionales y teme ceder una parte de su poder), la inversión económica es insuficiente (los presupuestos de AP llevan años estancados en el torno al 15% del total sanitario), la AP está muy lejos de ocupar el eje del sistema, persisten importantes diferencias de recursos entre áreas y CCAA, existen problemas de accesibilidad a los recursos diagnósticos, la enfermería no acaba de integrarse en los equipos, existen enfrentamientos entre los estamentos médicos y de enfermería, apenas hay rehabilitación y reinserción social en el nivel, la promoción de salud queda restringida a la consulta individual, la participación ciudadana es algo excepcional, persiste la descoordinación AP-AE, se mantienen importantes bolsas de baja calidad asistencial, y el médico de AP no acaba de asumir el papel de agente del usuario.

Marcha atrás de la AP (La contrarreforma).

En los años 90 aparecen en algunas comunidades autónomas (Cataluña, Valencia,..), experiencias de gestión empresarial en AP, que contrariamente a lo que anuncian, pretenden controlar la autonomía de decisión y asignar recursos de los facultativos (por parte de los gerentes), con la finalidad de reducir gasto racionando recursos y regulando la demanda mediante barreras que dificulten el acceso a los servicios (como es el caso de las listas de espera que aparecen en las centros de AP acogidos a las nuevas formas de gestión). Esta nueva gestión, pese a su nombre, no es ninguna novedad ya que ha sido puesta en práctica, desde hace muchos años, en las HMO norteamericanas, con malos resultados para la población.

Algunas evaluaciones de los resultados de estas fórmulas muestran que incrementan los costes de transacción (burocracia administrativa, facturación, etc.); hacen más énfasis en la productividad que en los resultados de salud (calidad, acceso, equidad..); suponen una pérdida poder de los médicos (hacia los gestores); en muchos casos incrementan la dependencia de los centros de AP de los hospitales (como en los Consorcios en Cataluña o en Alzira en Valencia); incrementan las desigualdades; no mejoran los hábitos de prescripción de los facultativos; no promueven la participación de la población (se limitan a realizar encuestas de satisfacción); y no hay evidencia de que mejoren la salud de la población ni la calidad de la asistencia respecto de las de gestión pública.

TABLA 1

Costes sanitarios per. capita ajustados en PPC y Orientación de la atención de salud a la comunidad		
Estados Unidos	3.708	Mala
Alemania	2.222	Mala
Canadá	2.002	Variable
Francia	1.978	Mala
Australia	1.776	Mala
Países Bajos	1.756	Mala
Bélgica	1.693	Mala
Dinamarca	1.430	Moderada
Suecia	1.405	Alta
Finlandia	1.389	Alta
Reino Unido	1.304	Alta
España	1.131	Según centro

Fuente: Atención Primaria. Barbara Starfield

En el caso de la experiencia de los "funholders" (médicos con presupuesto para comprar servicios a los hospitales) en el Reino Unido, los resultados de la evaluación realizada por la Consultants Health Service Association muestra: Un aumento de la burocracia (más de 100 autoridades sanitarias, 3.500 "funholders" y 400 consorcios) que dificulta o impide planificación; un incremento de los costes burocráticos (el dinero se desvía de la atención al paciente a los gastos administrativos); un escaso interés por la integración con los servicios sociales; problemas para los pacientes que deben ir de un lado a otro en función de los intereses de los médicos; un incremento de las desigualdades en función del nivel económico del área donde estén ubicados y de la competencia; una moral competitiva que entra en contradicción con la ética profesional; enfrentamientos entre los profesionales clínicos hospitalarios y de AP por el

control de los pacientes. En resumen los hospitales funcionan como negocios orientados a conseguir buenas cuentas de resultados compitiendo por contratos a corto plazo, mientras que los "funholders" deciden la compra de servicios importantes en función de sus intereses sin consultar con la comunidad

La contrarreforma de la AP avanza pese a que existe una abundante evidencia empírica sobre las ventajas de los modelos de salud pública y comunitaria orientados a la AP.

Aunque los resultados, en términos de salud y eficiencia, muestran que son más racionales los modelos sanitarios basados en la Salud Comunitaria, desde importantes grupos de poder económico y político (Organización Mundial del Comercio-OMC, Fondo Monetario Internacional-FMI o el Banco Mundial-BM) se pretende imponer el modelo neoliberal:

TABLA 2

Costes sanitarios per. capita ajustados en PPC y grado de integralidad de la atención de salud

Estados Unidos	3.708	Variable
Alemania	2.222	Mala
Canadá	2.002	Buena
Francia	1.978	Mala
Australia	1.776	Muy amplia
Países Bajos	1.756	Mala no AP
Bélgica	1.693	Mala
Dinamarca	1.430	Alta
Suecia	1.405	Empeora
Finlandia	1.389	Amplia
Reino Unido	1.304	Buena
España	1.131	Moderada

Fuente: Atención Primaria. Barbara Starfield

- El **Banco Mundial**, en 1987, planteó en su **Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios** la necesidad de trasladar a los usuarios los gastos por el uso de las prestaciones que reciban; ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo en detrimento de la atención universal; utilizar de forma eficaz los recursos privados; y privatizar los Servicios Sanitarios Públicos.
- En 1993, el **Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo en el Mundo**, propuso dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad: Introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario; mejorar la

asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental; y promover intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

Por otro lado las principales aseguradoras y multinacionales sanitarias presionan para que los acuerdos entre la Organización Mundial del Comercio y la Unión Europea eliminen las barreras para su implantación en el sector sanitario; abran la sanidad a la libre competencia; faciliten la circulación de capitales y empresas por los sistemas sanitarios de los países de la Unión. Estas amenazas hay que tenerlas muy en cuenta dado el enorme poder de la OMC, que se ocupa de toda actividad susceptible de ser comercializada o transformada en mercancía; tiene autoridad para resolver conflictos entre naciones; sus decisiones son de obligado cumplimiento por todos los países y tienen preeminencia sobre las legislaciones nacionales.

La OMC ve en los monopolios del sector público europeo una barrera a la expansión del comercio de servicios por lo que el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) pretende liberalizar (privatizar) progresivamente diferentes sectores de servicios incluido los sanitarios; dismantlar los monopolios nacionales o públicos (sistemas de salud); eliminar las regulaciones que supongan barreras para el libre comercio. Las transacciones económicas del sector servicios supusieron un volumen de negocio superior a los 8.700 millones de dólares el año pasado.

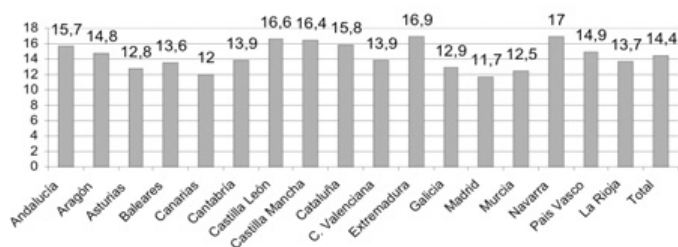
La **Unión Europea** reconoce que esta presión para liberalizar (dismantelar) los servicios públicos es un "hecho natural". *Pascal Lamy*, comisario responsable de Comercio, propuso en el *European Services Forum* que los presidentes de las entidades financieras privadas especificaran sus prioridades para desarrollar mercados de servicios en construcción, educación, salud, servicios sociales, medioambiente y medios audiovisuales. *Michel Servoz*, principal negociador de la UE en la comisión para los Servicios, declaró en el *Simposium "GATS 2000: New Directions in Services Trade Liberalization"* que la salud, la educación y el medio ambiente estaban maduros para la liberalización en Europa. Un producto de esta presión es la **Directiva Bolkestein sobre Servicios en el Mercado Interior** que pretende introducir el libre mercado en el sector servicios mediante la libre circulación de empresas y servicios sanitarios, que estas empresas no tengan que acatar las directrices de los sistemas sanitarios de los países donde se instalen o que los Estados no puedan adoptar decisiones unilaterales en políticas de salud.

LAS POLÍTICAS DE LOS ESTADOS EUROPEOS FAVORECEN LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

La mayor parte de los países europeos están adoptando decisiones para reducir sus gastos sanitarios públicos despidiendo personal sanitario, cerrando camas, fragmentando los sistemas, etc., todo ello con el objetivo de privatizar la financiación, gestión y provisión de los servicios. Este escenario no es el más favorable para la atención primaria, que parte de una posición de debilidad estructural y cuya oferta de servicios es menos atractiva y competitiva que la hospitalaria. No parece previsible, si las cosas siguen así, que la AP pase a ocupar su papel de eje del sistema

FIGURA 1:

% de gasto sanitario público destinado a AP



Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad

TABLA 3

Evolución gasto AP y gasto farmacia en España 1991-2001

	1991	1993	1995	1998	2001	Dif. 1991/2001
Gasto AP	389.750	465.180	505.232	523.921	669.911	+ 71%
Gasto farmacia extrahosp.	118.241	166.582	189.958	231.081	296.616	+ 150%

Fuente: El Medico. Anuario 1997 y " Gasto Farmacéutico: Análisis de las Causas y evolución en España 2001" en El Medicamento en el Mundo Europa y Estados Unidos

TABLA 4

Proporción médicos AP y AE en España y Europa 1985-1997

	1985		Dif E/UE	1997		Dif E/UE
	España	U. E.		España	U. E.	
% médicos A. E	82,6	66,1	20%	76,2	60,9	20%
% médicos A. P.	17,4	33,9	20%	23,8	39,1	20%

Fuente: Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios año 2000

Faltan médicos AP: Las diferencias entre médicos de AE y AP entre España y la UE-15 se mantienen

Estas carencias, se dan en todos los Servicios de Salud CCAA pese a las diferencias entre ellos

LAS PROPUESTAS PARA GESTIONAR LAS ÁREAS SANITARIAS MARGINAN A LA AP (ANÁLISIS DEL MODELO DE GERENCIA ÚNICA DE FERROL)

1.- Establece una estructura organizativa muy centralizada, controlada directamente por el Director del Área desig-

nado por la Consellería, que acumula un poder de decisión absoluto, y que controla todas las decisiones sobre la estructura, planificación, proceso asistencial, y evaluación de los resultados.

2.- No contempla una participación profesional y ciudadana real: La participación profesional se limita a la función de asesoría en temas asistenciales ignorando el resto de las actividades sanitarias. La Comisión de Participación Ciudadana tiene un carácter meramente consultivo, sin ningún papel en la Planificación Sanitaria. En la Comisión de Dirección no están los representantes de las entidades municipales a pesar de lo establecido por la LGS.

Una estructura de gestión tan vertical y burocrática, impedirá la participación social y profesional en la planificación, gestión de recursos y control de resultados, lo que vulnera el principio de gestión descentralizada que justificó la creación de las áreas sanitarias.

3.- Olvida la atención integral: La estructura organizativa y funcional del área se concentra esencialmente en la gestión de procesos asistenciales (gestión clínica), olvidando la promoción, prevención, salud pública y atención sociosanitaria, a la que se menciona en la introducción pero

que no se concreta al final en nada.

4.- Margina a la Atención Primaria.

- No aparece como entidad específica en el organigrama de dirección: ni en

los denominados Órganos Unipersonales de gestión (acaparados por la atención especializada de Procesos Médicos, Quirúrgicos y Urgencias), ni en los Órganos de gestión Colegiados.

- Queda subsumida en el área de Urgencias Hospitalarias (no parece muy lógico), bajo la denominación de Procesos Ambulatorios. El retorno a una concepción superada de la Atención Primaria se plasma en la denominación de atención ambulatoria para definirla.

TABLA 5

Profesionales sanitarios por mil habitantes según CCAA 1999.,

	Médicos AP	Enfermeras AP	Médicos Total	Enfermeras Total
Estado	0,6	0,6	1,6	2,4
INSALUD	0,5	0,6	1,6	2,5
Andalucía	0,6	0,5	1,8	2,6
País Vasco	0,5	0,6	1,5	2,2
Islas Canarias	0,5	0,5	1,5	2,1
Cataluña	0,6	0,6	1,3	1,5
Galicia	0,6	0,5	1,8	2,5
Navarra	0,7	0,8	2,3	3,1
Valencia	0,6	0,6	1,7	2,6

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 1999 (referidos a profesionales por mil habitantes)

- Tiene una escasa presencia en los Órganos Técnicos de asesoramiento a la Dirección (Comisiones de Calidad y Asistencial) con el 33% de la representación de los jefes de servicio; el 25% de los supervisores de enfermería; y el 33% de los representantes elegidos por los facultativos. Únicamente en el caso de la representación del personal de enfermería la presencia de la AP alcanza el 50%.

En resumen el modelo de gestión única de área definido para Ferrol:

- 1.- Mantiene la fragmentación de los recursos no incluyendo la salud pública, la atención sociosanitaria, la salud laboral y la salud medioambiental.
- 2.- Margina los servicios de Atención Primaria.
- 3.- Incrementa, aún más, la burocratización y la rigidez del sistema no incorporando a los órganos de decisión a los profesionales sanitarios y a los representantes de la población.
- 4.- Potencia el hospitalocentrismo, en detrimento de la atención integral y la participación social. Se perpetúa así el alejamiento y la incomunicación de los hospitales con el resto del sistema, el medio ambiente y las políticas sociales, que tanta influencia tienen sobre los mismos.
- 5.- Apuesta por una política orientada esencialmente al control férreo del sistema y la contención de costes.

Sin resolver previamente estos problemas, la integración

de recursos y niveles en la gerencia única de área:

- Impedirá que la Atención Primaria desarrolle la función de coordinación de los recursos para atender la salud individual, colectiva de la población y el medio ambiente
- Nunca podrá ocupar el papel de eje del sistema que le asigna la Ley General de Sanidad y los organismos internacionales (OMS), y se verá relegada a ser un mero apéndice de la atención hospitalaria,

poniendo fin definitivo al actual modelo sanitario.

La actual propuesta de Gerencia Única de Área de Ferrol supone en la práctica un cambio de modelo sanitario, ya que se abandona la concepción de atención descentralizada e integral de salud, coordinada por la Atención Primaria, para pasar a otro modelo basado en la gestión clínica de la enfermedad y el control de la capacidad de asignación de recursos desde las gerencias hospitalarias.

QUIENES GANAN EN ESTE ESCENARIO

- Atención Hospitalaria (Alzira, Consorcios Catalanes que controlan y gerencian la AP).
- Aseguradoras (Adeslas Valencia).
- Empresas privadas (participan como socios).
- Multinacionales (DKV gestionará AP, especializada y sociosanitaria en Denia).
- Habitantes áreas de mayor nivel económico más atractivas como negocio.

QUIENES GANARÍAN CON EL MODELO ORIENTADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Ciudadanos en general.
- Grupos sociales de menor nivel económico o que viven en el medio rural.
- Personas mayores, enfermos crónicos, discapacitados
- Profesionales Atención Primaria.
- El sistema sanitario y la economía general del país (ahorro recursos económicos).