UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR

DR. LUIS ALONSO APARICIO

DIRECCIÓN DE POSGRADOS Y EXTENSIÓN

LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015

GESTIÓN ESCOLAR VINCULADA A LAS ALTERACIONES DE LA SALUD ORAL EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CENTROS ESCOLARES, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015

TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN

PRESENTADO POR:

JOEL ISAÍ GALDÁMEZ MARTÍNEZ

MIGUEL ÁNGEL SANDOVAL LOPE

ASESORA:

M.Sc. ARACELY AGUIRRE

ENERO DE 2016

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DR. LUIS ALONSO APARICIO

INGENIERO LUIS MARIO APARICIO GUZMÁN
RECTOR

MAESTRA CATALINA MACHUCA DE MERINO
VICERRECTORA ACADÉMICA

LICENCIADA FIANA LIGIA CORPEÑO RIVERA
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

MAESTRO JORGE ALBERTO ESCOBAR
DECANO FACULTAD DE EDUCACIÓN

LICENCIADA ROXANA MARGARITA RUANO CASTILLO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA

MAESTRA REBECA RAMOS DE CAPRILE
DIRECTORA DE POSGRADOS Y EXTENSIÓN

SAN SALVADOR, ENERO DE 2016

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR

DR. LUIS ALONSO APARICIO

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR

MAESTRA REBECA RAMOS DE CAPRILE

PRESIDENTA

DOCTORA MIRNA DEL CÁRMEN MORÁN DE BARRERA

PRIMER VOCAL

DOCTOR MILTON FRANCISCO HERRADOR VARGAS

SEGUNDO VOCAL

DOCTOR FERNANDO VÁSQUEZ

SUPLENTE

MAESTRA ARACELY AGUIRRE.

ASESORA.

ACTA DE APROBACIÓN DEL JURADO

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA DE EL SALVADOR
"Dr. Luis Alonso Aparicio"
Facultad de Educación

Mes: ABRIL Año: DOS MIL DIECISÉIS

En la Universidad Pedagógica de El Salvador, "Dr. Luis Alonso Aparicio", a las diez horas del día veintitrés de abril del año dos mil dieciséis, siendo éstos el día y la hora señalados para la defensa del trabajo de graduación titulado: "GESTIÓN ESCOLAR VINCULADA A LAS ALTERACIONES DE SALUD ORAL DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CENTROS ESCOLARES, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015", presentado por: DR. MIGUEL ÁNGEL SANDOVAL LOPE Y DR. JOEL ISAÍ GALDÁMEZ MARTÍNEZ, para optar al grado de MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN. El tribunal estando presente los interesados, después de haber deliberado sobre la defensa de su trabajo de graduación, ACUERDA aprobar

MTRA. REBECA RAMOS DE CAPRILE
Presidente

MTRA. MIRNA MORÁN DE BARRERA
1er. Vocal

DR. MILTON FRANCISCO HERRADOR
2do. Vocal

DR. MIGUEL ÁNGEL SANDOVAL LOPE
Sustentante

DR. JOEL ISAÍ GALDÁMEZ MARTÍNEZ
Sustentante

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por ser mi principio y mi fin, por brindarme sabiduría, salud y fortaleza para tomar las mejores decisiones en mi vida y por ser mi luz de esperanza en mí desarrollo profesional.

A mis padres Eusebio Galdámez (de grata recordación) y Sara Luz Martínez de Galdámez, quienes con su amor y enseñanza me inculcaron valores espíritu de responsabilidad y superación.

A mi esposa Jessica Johanna por convertirse en mi apoyo incondicional y que con su amor y comprensión me ha fortalecido en cada una de las facetas de mi vida.

A mis hermanos por su amor fraterno y estar siempre al pendiente de mí.

A mi gran amigo y compañero de tesis Miguel Ángel Sandoval Lope, con quien he compartido momentos alegres y difíciles, siempre lo recordaré con estima y respeto.

A nuestra asesora, Aracely Aguirre por ser nuestra amiga y guía profesional en este proyecto.

A la Universidad Autónoma de Santa Ana por su valioso apoyo y por creer en nuestra capacidad profesional.

A nuestros compañeros de clases y docentes de la Maestría en Administración de la Educación por habernos ofrecido su amistad, compartido sus vivencias y conocimientos. Siempre estarán en mis buenos recuerdos.

Joel Galdámez

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por darme la inteligencia, la sabiduría, la entereza y la gracia y por ser luz en mi camino y permitirme este nuevo triunfo académico.

A mis padres Miguel A. Sandoval Bolaños y Ruth Victoria Lope de Sandoval, con una plegaria, quienes con su amor, enseñanza y ejemplo me inculcaron valores, que me han ayudado a ser un hombre de bien.

A mi esposa Ana Elizabeth por convertirse en mi apoyo, en mi ayuda idónea, y que, con sus palabras de aliento, su amor y comprensión me ha fortalecido en cada momento de mi vida.

A mis hijos, Miguel, Andrea, Ceci y Marcela por ser el motor, el dinamo de mi vida, con infinito amor.
A mis hermanos con amor fraternal.

A mi gran amigo y compañero de tesis Joel Isaí Galdámez, con quien he compartido grandes experiencias de estudio y quien me dio ejemplo de mucha perseverancia y mucho apoyo en la ejecución de la presente tesis, siempre lo recordaré con estima y respeto, abrazos fraternales.

A nuestra asesora, Aracely Aguirre por ser nuestra amiga y guía profesional en este proyecto.
A la Universidad Autónoma de Santa Ana por su valioso apoyo y por creer en nuestra capacidad profesional.

A nuestros compañeros de clases y docentes de la Maestría en Administración de la Educación por habernos ofrecido su amistad, compartido sus vivencias y conocimientos. Siempre estarán en mis buenos recuerdos.

Miguel Ángel Sandoval

RESUMEN

La presente investigación hace un análisis de la problemática estudiada, la cual se basa en “La gestión escolar y salud en los estudiantes de educación básica de la zona occidental”, mediante la “ Gestión escolar vinculada a la salud oral en estudiantes de educación básica”, trabajo realizado a nivel de los tres departamentos de la zona occidental, obteniendo resultados que ha sido de mucha relevancia a través de la interpretación de los datos obtenidos mediante el levantamiento de encuestas realizadas en los centros educativos, las cuales estuvieron dirigidas a los directores, docentes y estudiantes.

En el estudio se investigaron los factores de salud y situación social, de igual manera correlacionándolos con los resultados obtenidos con la salud oral.
Tales resultados dieron la pauta para evidenciar en qué medida hay debilidad en la gestión que tendrían que hacer los directores de los centros escolares con las diferentes organizaciones gubernamentales (MINSAL), como no gubernamentales (ADESCOS U ONG´S), para la atención oportuna de los estudiantes con problemas de salud oral.

La investigación se le dio la importancia principalmente a la gestión en salud realizada por los directores y a la identificación de los problemas en la salud oral de los estudiantes, resultados que se espera sirvan de base para futuras investigaciones. El presente proyecto permitió efectuar un análisis de la visión vinculante que tienen los directores de los centros educativos, en relación a la atención básica en salud oral al que tienen derecho los estudiantes de educación básica.

ABSTRAC

The research is a quantitative study conducted in three departments of El Salvador, located in the West area: Santa Ana, Sonsonate and Ahuachapán, with a population of 1843 students, twenty directors and twenty teachers from twenty schools from the basic level in the afternoon-term. This study was performed in order to know the state of health of students and school management by the principals responsible for the administration of the school. The research aims to contribute to the school population and parents of children with health problems, with emphasis on oral diseases; raising awareness and sensitizing non-self-medication and early treatment to avoid complications, reaching oral dysfunction.

This research will be offered to the Ministry of Education, the Ministry of Health and the “Universidad Pedagógica de El Salvador” as a support material for new researches, considering the conclusions, recommendations and the improvement plan to strengthen the components of oral health through healthy schools avoiding the damage of the students’ health, poor academic performance, dropout and non-attendance by the changes in their health.

This project also addresses the type of management related to schools’ health. It is evident that the capabilities of the schools’ managers are shown; it was also evident listlessness, lack of interest and motivation for executing their role. These issues are due to many social factors that prevail in our country.

Índice

Contenido

PRESENTACIÓN……..i

INTRODUCCIÓN……..……ii

Capítulo 1 Marco Contextual..... 1

1.1 Determinación del objeto de estudio 1

1.2 Estado histórico del fenómeno de estudio. 2

1.2.1 Gestión Escolar..... 2

1.2.2 Programa EDUCO 5

1.2.3 Programa de Alimentación Escolar..... 6

1.2.4 El programa de Educación de Adultos 7

1.2.5 Mejoramiento de Calidad Curricular 7

1.2.6 Programa de atención integral al niño de 0 a 6 años, con participación de la comunidad en el área rural (PAIN)..... 9

1.2.7 Situación de Salud..... 11

1.2.8 Situación de salud desde el punto de vista geográfico de El Salvador 13

1.3 Antecedentes Teóricos..... 15

1.3.1 El Salvador. Modelo de atención de salud oral 15

1.4 Justificación del estudio..... 20

1.5 Alcances y limitaciones 22

Capítulo 2 Marco Teórico. 24

2.1 Gestión Escolar 24

2.2 Programa EDUCO 28

2.3 Situación de Salud..... 31

2.4 El Salvador. Modelo de atención de salud oral 33

2.4.1 Salud Bucodental..... 35

2.4.2 Enfermedades Bucodentales más frecuentes 35

2.4.3 Enfermedades bucodentales prevalentes en El Salvador 37

2.4.4 Factores Condicionantes de las Enfermedades Bucales. 38

2.4.5 Relación de las Enfermedades Bucales con Enfermedades Sistémicas.... 39

2.4.6 Organización del sector salud para la provisión de servicios 41

2.5 Servicios de Salud Bucal de los prestadores de Salud 42
2.5.1 Enfoque del MINSAL con respecto a la Salud Bucal. 42
2.5.2 Atención odontológica en los centros escolares 43
2.5.3 Programa Escuela Saludable: 44
Capítulo 3. Marco Metodológico 47
3.1 Objetivos de la investigación: 47
Objetivo general: 47
Objetivos específicos: 47
3.2 Establecimiento de hipótesis y especificación de variables. 48
Hipótesis: 48
3.3 Tipo de investigación. 48
3.4 Población, muestra y muestreo. 49
3.5 Instrumentos de recogida de datos. 51
3.6 Determinación del enfoque y tipo de investigación. 52
3.6.1 Criterios de participación Directores, Subdirectores y docentes: 53
3.6.2 Criterios de participación estudiantes: 53
3.6.3 Criterios de exclusión: 53
3.6.5 Manejo y análisis estadístico de los datos. 53
Capítulo 4. Análisis e interpretación de resultados. 55
4.1 Descripción e interpretación de resultados. 56
1.- Datos directores de los centros escolares 59
4.2. CONCLUSIONES 101
4.3. RECOMENDACIONES 107
A- Al MINED 107
B- A los centros escolares 108
1. Socializar de manera efectiva las herramientas de trabajo y cada una de las estrategias entre el director y los docentes. 108
BIBLIOGRAFÍA 115
ANEXOS 121

PRESENTACIÓN

La gestión como tal en el ámbito de educación es entendida como un conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en todas las acciones de carácter pedagógico, personal, político y administrativo, permitiendo de esta manera mantener la dinámica necesaria entre los centros escolares con la invaluable participación activa de los maestros, padres de familia, estudiantes y el director. La gestión educativa necesita ligarse de manera especial con la salud de uno de los actores principales del proceso “los estudiantes”.

Es importante denotar la relación directa que existe entre la salud y el rendimiento académico, por lo tanto, una alteración de la salud por mínima que esta sea, necesita ser tratada de forma integral iniciando con la detección temprana de la patología. La gestión escolar debe ser integral desde el punto de vista que debe impulsar programas y proyectos que permitan la ampliación de la cobertura en todos los ámbitos educativos.

Las evidencias por medio de la investigación permiten conocer y describir las características con las que la gestión se desarrolla en el sistema educativo del país; al dar a conocer estos aspectos se lograría mejorar el sistema nacional educativo permitiendo implementar programas y proyectos que logren una visión integral para los estudiantes sin descuidar el aspecto de la salud bucal ya que esta se relaciona con el estado nutricional, la concentración (rendimiento escolar) autoestima, infecciones intestinales, problemas sistémicos en general, entre otros, de igual manera se lograría disminuir los índices de repitencia, deserción escolar y el ausentismo, permitiendo el desarrollo educativo del país cumpliendo el derecho a la salud de los niños y niñas. Como profesional de la salud se lograría la concientización del rol que corresponde de manera personal y profesional. La línea investigativa que se utilizará es cuantitativa, por su enfoque dirigido a recabar datos de indicadores de gestión escolar territorial.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son uno de los principales problemas de salud en la niñez, aun cuando este no es tratado de forma preventiva ni curativa, siendo los padres el primer referente para lograr la salud integral iniciando con la salud bucal desde la edad de recién nacidos.

El ausentismo escolar se relaciona en gran medida con enfermedades prevalentes de la infancia y problemas de salud oral, con esta se manifiestan molestias como el dolor, inflamación, dificultad para alimentarse, incomodidad, entre otras que repercuten directamente en la atención que el niño en la etapa escolar, requiere para lograr el aprendizaje básico en su proceso de enseñanza.

Es conocido que en otras sociedades las enfermedades bucales son la primera causa de ausentismo escolar y que presentan mayor demanda de atención en el sistema de salud. (Arturo Díaz Saldaña, 2013), este problema también es evidente en El Salvador, la demanda de atención odontológica aumenta en las personas mayores, sin embargo, en los niños de educación básica se deja de lado el control subsecuente por morbilidad o con enfoque preventivo permitiendo el incremento del índice carioso y otras patologías orales que debilita el mantenimiento de las funciones vitales como la alimentación, la comunicación y la autoestima entre otros.

El propósito fundamental de este estudio es determinar de manera observacional el estado de la salud bucal en los niños de 7 a 9 años y la relación de estos con el ausentismo escolar con lo que se buscara determinar las posibles acciones que se podrían implementar para solventar las necesidades de tratamiento de forma preventiva y curativa en base al contexto de la población estudiada evitando el ausentismo escolar por deficiencias en la salud bucal y como efecto secundario bajo rendimiento escolar que puede llevar a la repitencia.

El documento está estructurado por capítulos que comprende: Capitulo I Marco contextual en el que se detallan las determinantes del objeto de estudio, el estado histórico del fenómeno de estudio, antecedentes históricos, justificación del estudio, alcances y limitaciones del mismo.

Capitulo II Marco Teórico que se relaciona con los objetivos, las metas o hipótesis propuestos.

Capítulo III comprende el marco metodológico detallando los objetivos de la investigación, hipótesis y especificación de variables, población, muestra y muestreo, instrumentos de recogida de datos, determinación del enfoque.

Capítulo IV Análisis e interpretación de resultados, descripción e interpretación de resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones o propuestas de mejora en relación a lo encontrado.

Capítulo 1 Marco Contextual.

1.1 Determinación del objeto de estudio

Las dolencias bucodentales en general comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades sistémicas crónicas más importantes: Enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, pues al igual que las enfermedades bucodentales, estas se ven favorecidas por las dietas malsanas y la higiene bucodental deficiente, por lo que esta situación puede poner en una seria desventaja a los niños en la escuela afectando su rendimiento escolar en relación al ausentismo constante lo que determina deficiencias en el proceso de aprendizaje.

Los científicos de la Escuela de Odontología de Ostrow en la Universidad del Sur de California llegaron a esta conclusión después de examinar casi 1.500 niños de primaria y secundaria desfavorecidos socioeconómicamente y su relación entre su estado de salud bucal con los logros académicos y los registros de asistencia.

La mala salud oral no sólo parece estar relacionada con los grados académicos más bajos sino también con hábitos, asistencia periódica a la evaluación odontológica (Dr. Roseann Mulligan, presidente de la División de Salud Pública Dental y Odontología Pediátrica). Los problemas dentales también parecen causar más ausencias en las escuelas para los niños y por consiguiente ausencias laborales para los padres. Los niños que tienen afecciones dentales pueden tener mayor probabilidad de tener bajo promedio en las calificaciones.

El propósito principal de la investigación es conocer la gestión educativa actual que se desarrolla en el sistema nacional educativo relacionado con las alteraciones de la salud oral, se ha observado que en las instituciones educativas del país poco o nada se hace de forma planificada por medio de programas o

proyectos en relación a la atención preventiva o curativa de las patologías orales de los niños y niñas, si bien es cierto existe el programa de escuela saludable del Ministerio de Salud, que se desarrolla en coordinación con los centros escolares no se conoce con exactitud las gestiones que hace el centro escolar para las acciones que este programa contiene, ya que es la institución prestadora de servicios de salud ahora conocidas como Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) quien cumple las acciones establecidas para proporcionar salud a los estudiantes cumpliendo de esta manera con sus coberturas, pero no existe documentación que revele la gestión propia del centro escolar a cargo del director del mismo, por lo tanto se demostrara la importancia que tiene la gestión educativa en relación a la salud oral de los niños y niñas. El objeto de estudio lo componen los niños y niñas de educación básica de los grados de 7°, 8° y 9° de los centros escolares de la zona occidental de El Salvador.

1.2 Estado histórico del fenómeno de estudio.

1.2.1 Gestión Escolar

La escuela del tipo actual llegó a América Latina con la conquista, aunque es bien conocido que desde la época prehispánica la educación era un pilar importante y poseía una estructura muy bien definida. Durante los tres siglos de la época colonial se consolidó a través de las órdenes religiosas encargadas de la evangelización y castellanización de los indígenas. En los años posteriores se dio el movimiento de independencia, situación por la cual la intención educativa pasó a segundo plano de manera oficial. Después se retomó el tema en los años de Reforma, separando los asuntos eclesiásticos de los gubernamentales. (García, Falcón, La Gestión Escolar Como Medio Para Lograr la Calidad en Instituciones Públicas, 2009).

A pesar de que existen diagnósticos sobre la situación de la convivencia escolar en El Salvador, es clara la falta de estudios sistemáticos, rigurosos y actualizados sobre el tema, que permitan lograr mayores grados de eficiencia a las intervenciones que buscan un mejor clima social en las instituciones educativas.

En las últimas décadas, las escuelas primarias, al igual que la mayoría de las organizaciones, han entrado en un proceso de trabajo arduo en busca de la calidad (Cervantes, 1998), con el fin de cumplir con los propósitos establecidos en el plan de estudios vigente y satisfacer la demanda social educativa de manera equitativa, eficaz y eficiente.

La gestión escolar se puede definir como “Conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en las acciones pedagógicas, personales, políticas y administrativas que se producen en la dinámica escolar” (Martínez Y, Hernández F, Quevedo I. 2007, 14). Es decir, se refiere al que hacer de la dinámica institucional de los centros escolares, la cual se fundamenta en la participación (cuerpo docente, padres, estudiantes y director) para desarrollar nuevas posibilidades dentro de la institución.

Dentro del marco del plan 2021, se maneja la siguiente definición: Como el conjunto de acciones pedagógicas administrativas, financieras y de evaluación orientadas al logro de los aprendizajes de los estudiantes con la participación de la comunidad educativa, que se compromete a implementarlas. (Gestión Escolar Efectiva al Servicio del Aprendizaje. Documento 1, Ministerio de Educación El Salvador, 2008).

Son prácticas de la gestión consideradas sustanciales para asegurar que los estudiantes aprendan; los compromisos se expresan en indicadores que son de fácil verificación y sobre los cuales la institución educativa (IE) tiene capacidad de reflexionar e intervenir para la toma de decisiones orientadas a la mejora de los aprendizajes. El accionar de las instituciones educativas se centra en estos compromisos, que tienen como objetivo asegurar el progreso en los aprendizajes, la permanencia y la culminación del año escolar (conclusión) a través de una planificación consensuada, un clima favorable y un proceso de acompañamiento a la práctica pedagógica. El Marco del buen desempeño directivo reconoce el liderazgo pedagógico del director o directora de la IE, como pilar para la mejora de los aprendizajes, centrando los objetivos y acciones de la IE en lo pedagógico. (Manual de Gestión Escolar, Ministerio de Educación, Perú, 2015).

Desde la perspectiva teórica, Sander (1990), presenta una clasificación muy clara de los tipos de gestión, una centrada en la corriente funcionalista que comprende tres perspectivas: la burocrática, la ideosincrática y la integradora. La administración burocrática, considera a la escuela como un sistema cerrado de funciones o papeles a los cuales corresponden derechos y deberes institucionales; la administración ideosincrática, es aquella en donde el comportamiento organizacional enfatiza la subjetividad y las relaciones humanas para la satisfacción y actualización personal de los participantes; y finalmente, la administración integradora, que propone que la acción integrada del grupo de trabajo facilita la mediación entre las expectativas burocráticas y las motivaciones personales.

Por su parte, la corriente interaccionista de igual manera concentra tres tipos de administración; presenta a la administración estructuralista que concibe a la organización como una totalidad estructural con distintas dimensiones o prácticas que reflejan una realidad caracterizada por un sinnúmero de contradicciones; la administración interpretativa que propone la conciencia individual, el significado subjetivo y la acción humana, enfatizando la intencionalidad y la libertad en la educación y la sociedad como opuesta al determinismo económico; y, por último, la administración dialógica, la cual promueve la mediación concreta y sustantiva entre el sistema y la sociedad.

En El Salvador la gestión educativa para el quinquenio 1989-1994 desarrolló e impulsó programas y proyectos tendientes a la ampliación de la cobertura, focalizando los primeros años de Educación Básica y otorgando especial énfasis a las zonas más desprotegidas, zonas rurales y urbano-marginales. Las políticas educativas sectoriales previstas para este período han sido coincidentes con la firma de la Convención de los Derechos de la Niñez y con la firma de la Declaración Mundial de Educación para Todos. (Sistemas Educativos Nacionales, El Salvador-OEI- Cap. 2 págs. 5,6 y 7)

En este período se trató de dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Reorientar la asignación de recursos para la atención prioritaria de la educación inicial, parvularia y básica, en las áreas de población más pobres del país.
- Desarrollar la educación integral no formal y permanente del adulto, con énfasis en la población rural y urbano-marginal.
- Mejorar la calidad del currículo del sistema cultural-educativo nacional.
- Descentralizar los servicios administrativos para optimizar la utilización de los recursos del Sector.
- Actualizar el Marco Institucional del Ministerio de Educación.

Participación del Sector no gubernamental, en la ejecución de programas y proyectos culturales y educativos. (Sistemas Educativos Nacionales, El Salvador-OEI- Cap. 2 págs. 5,6 y 7).

1.2.2 Programa EDUCO

El Programa EDUCO, Educación con Participación de la Comunidad, tuvo su nacimiento en una investigación inicial realizada en 1990. Esta tenía como objetivo "Identificar mediante un proceso participativo los sistemas existentes de suministro de educación básica y parvularia y las demandas reales de servicio de niñas y niños salvadoreños pobres de 0-15 años."

La principal recomendación estuvo basada en la ampliación de los servicios a través de sistemas no convencionales de entrega de educación. Esta recomendación se basó a partir de la comprobación de la existencia de un modelo asociativo creado por los padres y madres campesinos. Durante la investigación, se constató que desde hacía una década los padres de familia se asociaban, daban recursos económicos y contrataban a personas de la comunidad para que cumplieran tareas docentes.

EDUCO es un programa que consiste en la provisión de servicios educativos a niñas y niños rurales en el nivel de parvularia y básica a través de una estrategia de cogestión entre el Estado y la Comunidad. El Ministerio de Educación tomó el

modelo encontrado en la investigación inicial y lo oficializó. (Educación con Participación de la Comunidad, El Salvador-OIT-UNESCO, 2006).

El Ministerio promueve la organización comunal. Contribuye en la conformación legal de Asociaciones Comunales para la Educación, (ACE) que son grupos comunales conformados por padres y madres de familia.

Las ACE son las responsables de la gestión educativa en el nivel local. De manera descentralizada, contratan educador y material gastable, mientras el Ministerio capacita, orienta y transfiere fondos.

1.2.3 Programa de Alimentación Escolar

El abordaje a la causal de la repetición (como factor de deserción) y acceso al Sistema Educativo establece que, entre otros, la desnutrición y mala alimentación repercute directamente en este fenómeno; por tanto, se ha implementado el Programa de Alimentación Escolar con participación de los padres de familia y la comunidad educativa. El Ministerio de Educación en coordinación con la Secretaría Nacional de la Familia, entrega en las Escuelas Rurales alimentos en especie. A la vez coordinó esfuerzos con la comunidad para la construcción de cocinas, centros de acopio, huertos escolares y cocción de los alimentos. (FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN LA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Lima Perú 19 de mayo de 2014).

La participación activa de la comunidad ha permitido que el niño en edad escolar acceda la educación, se mantenga en el sistema y mejore su alimentación redundando en mejoría de la capacidad de aprendizaje.

Dentro de este campo se ha ejecutado también el Proyecto de Galleta Escolar Nutricionalmente Mejorada, brindando al educando un refuerzo alimentario que le permita mejorar las condiciones mínimas alimentarias para el aprendizaje. El financiamiento de estos proyectos ha sido apoyado por el Programa Mundial de

Alimentos (PMA), Comunidad Económica Europea (CEE), Fondo de Inversión Social (FIS) y el apoyo logístico del MINED.

1.2.4 El programa de Educación de Adultos

Con este programa se han impulsado otras metodologías o modalidades de enseñanza que han permitido a buena parte de la población (niños con responsabilidades de trabajo, amas de casa, trabajadoras de servicio doméstico, etc.) acceder la educación, sin descuidar sus tareas cotidianas. Así se ejecutan los siguientes:

- Sistema de Educación a Distancia (SED) en dos modalidades de atención:
  a) Programa de Educación Básica a Distancia para 7º, 8º y 9º grado (PREBAD) y b) Instituto Nacional de Educación a Distancia que ofrece estudios de Bachillerato Académico y Comercial (INED).
  b) Programa de Alfabetización (ALFA), focalizado en zonas rurales y urbano-marginales en dos modalidades i) Inicial y ii) Neolectura, que permitiendo al educando acceder las modalidades de Educación Formal.
- Programa Habilitación para el Trabajo (HATRA), Acción integrada de la educación y el trabajo potenciando la incorporación de los beneficiados al ámbito productivo del país.
- La Escuela Nocturna de Adultos (ENA), Modalidad de enseñanza de los primeros seis grados de la Educación Básica para adultos con clases presenciales que han permitido atender un importante número de personas.

1.2.5 Mejoramiento de Calidad Curricular

El Programa de Mejoramiento Curricular diseñado para ejecutarlo en la década de los años 1990-2001, tomó como indicadores cuatro problemas advertidos en el Plan de Desarrollo Económico y Social 1989-1994: 1) Alta tasa de analfabetismo y baja

escolaridad de la población con edad escolar; 2) Alta tasa de analfabetismo y baja escolaridad de la población de 15 años y más; 3) Baja calidad y cobertura del sistema educativo; 4) Ausencia de la educación formativa que fomente valores morales y cívicos.

El Programa de Mejoramiento Curricular tomó como base el cuadro de problemas nacionales que han estado presentes en la vida nacional: 1) Deterioro del medio ambiente; 2) La estructura y dinámica poblacional; 3) La desnutrición infantil; 4) Crisis de interacción social por la desorganización social, por la crisis política y la guerra interna; 5) Crisis en la estructura y funciones de la familia; 6) El alto índice de analfabetismo; 7) El narcotráfico y consumo de drogas y 7) El Sida.

En este programa se ha definido un nuevo rol a los actores del currículo, al niño como una unidad biopsicosocial y por ello persona que emerge en un medio sociocultural concreto. Al educador como asistente del proceso de aprendizaje del niño. La escuela como la comunidad. La comunidad como el medio y fuente recursos para la socialización y personalización del niño.

Durante los años de 1991-1994, se han diseñado Programas de Educación Parvularia de 4, 5 y 6 años, así como los de primero, segundo, tercero, cuarto y quinto grado de Educación Básica.

El Plan de Estudios de primero y segundo ciclo se ha rediseñado en un cuerpo de 6 asignaturas: Lenguaje, Matemática, Ciencias, Salud y Medio Ambiente, Estudios Sociales, Educación Artística y Educación Física.

En el Tercer Ciclo de Educación Básica se ha rediseñado solamente el Programa de Inglés de los tres grados.

En Educación Media se ha iniciado un proceso de mejoramiento curricular. Como la evaluación es un elemento muy importante en el currículo, se diseñó un Manual de Evaluación de Educación Parvularia y otro de Educación Básica.

1.2.6 Programa de atención integral al niño de 0 a 6 años, con participación de la comunidad en el área rural (PAIN)

Este programa se desarrolló con el propósito de buscar estrategias de atención a niños de 0 a 6 años en el período 1989-1994 como una alternativa educativa no escolarizada, con acciones interinstitucionales en que participan el Ministerio de Educación, Salud Pública y Asistencia Social, Consejo Salvadoreño de Menores, hoy Instituto Salvadoreño de Protección al Menor y el Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria.

En este Programa se brinda atención en salud, nutrición y educación, por medio de dos modalidades: Atención indirecta al niño de 0 a 3 años por medio de controles de crecimiento y desarrollo psicomotor, complemento alimentario y estimulación temprana; Educación Parvularia a niños de 4 a 6 años en Centros de Educación Básica Inicial, CEBI.

Luego de los proyectos enfocados en la gestión escolar en el periodo de 1989-1994 se observa una línea estratégica en el marco del Plan Nacional de Educación 2021 para mejorar la calidad de educación ya que es imprescindible que se cuente con una gestión escolar efectiva, se le delegó el liderazgo de la gestión al director /a del centro escolar. (Plan Nacional de Educación 2021, Metas y Políticas, MINED, El Salvador 2004).

Se habla de efectividad en la gestión escolar, cuando el centro educativo logra que su estudiante aprenda lo que deben aprender, en el tiempo que lo deben hacer y utilizando adecuadamente los recursos disponibles.

El plan 2021 enumera ciertas características concernientes a la gestión escolar entre ellas: democrática, integradora, sistemática, inclusiva, comunitaria, eficiente y eficaz y además engloba cuatro componentes principales como lo son el planeamiento institucional, la dirección escolar efectiva, organización escolar efectiva y las normativas del funcionamiento escolar.

En el 2009, El Nuevo Gobierno y el MINED promueve una nueva Política Educativa denominada, Plan Social Educativo 2009-2014, el cual se basa en nuevos programas de inclusión al entorno del estudiante dejando a este como principal autor del rol educativo con el apoyo de la administración de los centros escolares y los nuevos programas que apuntan a crear identidad cultural y promover en los estudiantes una mente reflexiva capaz de desarrollar nuevas habilidades o potenciarlas. En este plan se encuentran inmersos diversos programas, que, entre sus fines y objetivos, pretenden: Prevenir el fracaso escolar e incidir en la calidad educativa, superar vacíos y necesidades educativas que todavía persisten y que siguen siendo un obstáculo para una educación con calidad. Con esta nueva política educativa pretenden romper el esquema de la escuela tradicional y pasar a una escuela integradora, de docentes, alumnos, padres de familia y comunidad y que el estudiante aparte de adquirir conocimientos en el aula, pueda desarrollar otras habilidades y destrezas que le van a permitir mejorar, ampliar el aprendizaje y desarrollar conocimientos actualizados y así poder responder a sus necesidades y desarrollo en los ámbitos Económicos, Social, Cultural y Político del país. Dentro del Plan Social, se proponen, las Escuelas Inclusivas de Tiempo Pleno las cuales ofrecen a sus estudiantes variadas opciones Educativas, para el fortalecimiento de Aprendizajes Significativos y pertinentes en los ámbitos académico, formativo y cultural, satisfaciendo a la vez las necesidades e intereses de la comunidad local y trabajando de forma flexible, organizada, armoniosa y participativa. (Aguilera J.A. Crespín, K. Orellana L. 2011-2012, 4,5).

El MINED con este plan se enfoca en la nueva escuela y el rediseño de esta, basándose en la escuela de tiempo pleno que constituye un modelo capaz de integrar, en una propuesta curricular homogénea, una misma calidad formativa para todos. La dimensión relativa a la organización flexible del tiempo pleno, (en la escuela tradicional, clase-merienda-clase), obliga a una programación de una jornada mucho más prolongada, en la cual se combinan metódica y orgánicamente los espacios de trabajo de grupo, las pausas, los espacios reservados al desarrollo y a la iniciativa personal, el tiempo de la recreación y el juego.

La escuela a tiempo pleno exige una precisa relación con la familia y la comunidad. Es una especie de alianza escuela-territorio, escuela-cultura. Esta relación es fundamental, bajo el perfil estructural y cultural. Bajo el concepto se van gestando las bases para la futura integración escuela-comunidad, en la cual esta no sólo proporciona servicios de soporte sino también alimenta nuevos recursos para la educación. (MINED, 2009, 9-11).

1.2.7 Situación de Salud.

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. La situación de salud es fundamental en cualquier sociedad y no solo por razones humanitarias. En múltiples ocasiones se ha señalado que en países en vía desarrollo, el mejor factor de desarrollo es el recurso humano, que para su adecuado funcionamiento en el proceso productivo requiere ciertas condiciones físicas y de salud que les permitan potenciar sus capacidades. La salud de los niños depende fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas en las cuales nacen, crecen y viven; a su vez, estas condiciones dependen de la distribución del poder y los recursos. Más de la mitad de la población mundial, incluidos más de 1.000 millones de niños y niñas viven actualmente en grandes y pequeñas ciudades. (Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003).

Muchos niños disfrutan de las ventajas que ofrece la vida urbana, como la educación, los servicios médicos y las instalaciones recreativas. Sin embargo, son innumerables los que carecen de servicios esenciales como electricidad, agua salubre y atención de la salud, a pesar de tenerlos cerca. En lugar de asistir a la escuela, un inmenso número de niños y niñas se ven obligados a trabajar en condiciones de peligro y explotación. Y muchísimos afrontan constantemente la amenaza del desalojo, pese a vivir en condiciones verdaderamente deplorables: en viviendas destartaladas y en asentamientos superpoblados altamente vulnerables a los desastres. Esos niños son vulnerables a peligros que van desde la violencia y

la explotación hasta las lesiones, las enfermedades y la muerte como consecuencia de vivir en condiciones de hacinamiento en asentamientos construidos sobre basureros o al lado de líneas ferroviarias. El Estado Mundial de la Infancia 2010, publicado en enero de 2011, examina la realidad mundial de la supervivencia infantil y la probabilidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las metas fijadas en 2020 por la comunidad mundial, orientadas a erradicar la pobreza, reducir la mortalidad materna e infantil, combatir la enfermedad, garantizar la sostenibilidad medioambiental y facilitar educación.

En los últimos años a nivel mundial, aproximadamente 308.000 niños y niñas de América Latina y el Caribe murieron antes de cumplir los cinco años, en su mayoría por causas que habrían podido evitarse mediante la ampliación de las intervenciones de atención sanitaria primaria a las provincias y comunidades que actualmente están excluidas de dichos servicios. (Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003).

Aproximadamente el 42% de estas muertes acaecieron durante el período neonatal esto es, en el primer mes de vida por causas como el bajo peso al nacer, la asfixia y septicemias. (Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003). Un número considerable de muertes y de morbilidad de menores de cinco años son resultado de enfermedades infecciosas, desnutrición y de afecciones prevenibles como la neumonía y las infecciones por rotavirus. Según los datos disponibles, la violencia doméstica y los accidentes en el hogar son la causa de aproximadamente el 50% de las muertes de menores de 15 años debidas a factores externos que acaecen en la región. Estas muertes, que casi siempre resultan de una atención inadecuada y del maltrato, son un doloroso reflejo de las deficiencias que existen en materia de atención infantil; y lo que es peor aún, especialmente en el caso de las víctimas más jóvenes, la probabilidad de que el causante de la muerte sea un miembro de la familia. Vivir en las ciudades también puede tener un costo sobre la salud mental de los niños y los adolescentes, sobre todo los que residen en los barrios pobres y están expuestos a la violencia y el uso indebido de drogas. Los niños y las niñas

que viven en condiciones de pobreza en las ciudades experimentan niveles de depresión y angustia más altos que el promedio de la población urbana.

Invertir en la educación, la salud y la subsistencia de las niñas adolescentes a fin de consolidar sus derechos y su potencial contribuiría enormemente a abordar este problema. Varios gobiernos de distintas naciones de la región han adoptado medidas concretas a tal fin. En la Argentina y Cuba, por ejemplo, se han implantado programas patrocinados por el Gobierno consistentes en impartir educación y ofrecer servicios de asesoramiento. (Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina, OPS, CEPAL, PNUD. 2011).

1.2.8 Situación de salud desde el punto de vista geográfico de El Salvador

De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2006, la esperanza de vida en El Salvador fue de 74.5 años para las mujeres y 68.3 para los hombres, con una tasa de analfabetismo del 14.6%. Según la misma encuesta, el ingreso promedio mensual de los hogares es de $ 442.38.

Para atender los problemas de salud, solo un 55.1% de la población total acude a consultas en la red nacional de salud, en tanto que un 44.9 no lo hace; lo que compromete los datos reales de los resultados epidemiológicos de la población total de El Salvador.

Según la OPS, en el 2013 se registró las siguientes tasas de incidencia por 100,000 habitantes, en orden descendente: Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica, Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama. Durante el año 2012, el MINSAL atendió 12,518, 443 consultas ambulatorias de las cuales el 15.8% son preventivas y el 84.2% curativas; estas últimas se representan en los cinco diagnósticos de morbilidad más frecuentes de la consulta externa: 1) Infecciones agudas de vías respiratorias superiores 2) Enfermedades del sistema urinario 3) Enfermedades del sistema circulatorio 4) Enfermedades del tejido subcutáneo 5) Enfermedades del

sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (OPS/OMS informe de la salud El Salvador 2013).

El MINSAL reportó 31,594 muertes hospitalarias durante el año 2013, siendo las primeras cinco causas traumatismos heridas y fracturas (12.97%), tumores malignos (7.64%), neumonía y bronconeumonía (6.92%), enfermedades del sistema circulatorio (6.7%) y enfermedades cerebrovasculares (6.28%); siendo la tasa de mortalidad según la DIGESTYC a nivel país de 515.8 por cada 100,000 habitantes, indicando que la mortalidad ha impactado en el crecimiento poblacional.

Por su ubicación geográfica, El salvador es susceptible a ser afectado por una variedad de fenómenos naturales y de origen humano que generan frecuentemente situaciones de desastre, afectando el territorio y la población. A nivel global, El Salvador se destaca por presentar el 88.7% de su territorio como área de riesgo y por tener la tasa más alta porcentual de población bajo riesgo (95.4%), (OCHA-UNDAC. Evaluación de la Capacidad Nacional para la Respuesta a Emergencias. El Salvador 2012). Estas condiciones permiten la aparición de diferentes afecciones de salud, entre ellas destacan aquellas relacionadas a la salud en general, afecciones que se convierten en las primeras causas de morbimortalidad. (Ver tabla No.1)

TABLA No. 1

Principales patologías de interés epidemiológico en El Salvador, 2012.

PATOLOGÍA	ZONA CENTRAL Y P.	ZONA OCCIDENTAL	ZONA ORIENTAL
IRAS	610,731	310,289	282,573
Diarreas	43,863	22,622	19,978
Neumonías	12,217	5,272	4,276
Sospecha de Dengue	9,396	4,597	3,980
Dengue Confirmado	5,087	2,066	2,023

PATOLOGÍA	ZONA CENTRAL Y P.	ZONA OCCIDENTAL	ZONA ORIENTAL
Enfermedad febril eruptiva	711	189	235
Intoxicaciones con plaguicidas	11,019	570	614
Mordidos por animal transmisor de la rabia	5,239	2,789	3,056
Conjuntivitis bacteriana	17,235	11,148	10,963
Tuberculosis pulmonar	468	258	211
Tuberculosis extra pulmonar	237	76	59

FUENTE: Programa de fortalecimiento de capacidades para la gestión de la política de salud, MINSAL 2013.

1.3 Antecedentes Teóricos

1.3.1 El Salvador. Gestión Escolar y Modelo de Atención de Salud Oral

La gestión escolar se puede definir como el "Conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en las acciones pedagógicas, personales, políticas y administrativas que se producen en la dinámica escolar" (Martínez Y, Hernández F, Quevedo I. 2007, 14). Es decir, se refiere al que hacer de la dinámica institucional de los centros escolares, la cual se fundamenta en la participación (cuerpo docente, padres, estudiantes y director) para desarrollar nuevas posibilidades dentro de la institución.

La gestión educativa, se presenta como una línea de investigación reciente, pues fue a partir de los años 80's que se conceptualiza como una "herramienta indispensable en el logro de la mejora educativa" (Castelán, 2003b: 39).

Esta afirmación se sustenta en lo establecido en la Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje,

publicada en Jomtien, Tailandia, en 1990, que señala que el verdadero cambio educativo debe empezar siendo un cambio institucional, no sólo de planes y programas de estudio, sino de la organización del sistema en su conjunto.

García-Leyva (2000) plantea que la gestión educativa debe tender hacia el logro de los objetivos y metas educacionales, tomando como base los principios de la reingeniería y la reinvención del gobierno, pero realizados desde un enfoque humanista, con un soporte en principios del desarrollo humano.

En este sentido, Sañudo (2001) señala las diferencias entre la gestión administrativa y la educativa, siendo esta última en donde no pueden darse las condiciones de precisión y exactitud mecánica que la reingeniería pretende, ya que se trabaja con y para personas. En este mismo artículo, explica cómo se percibe el poder y cómo debe orientarse para que la gestión conduzca a la calidad, rescatando el papel del director como mediador del conflicto, que puede y debe ser un medio para la mejora escolar.

Humberto Serna Gómez en su obra Gerencia Estratégica: (Serna Gómez, 2003), traza algunos proyectos estratégicos para el logro efectivo de la gestión escolar: Modernización tecnológica, reingeniería organizacional, plan global de mercadeo, calidad total, servicio al cliente y plan estratégico de talento humano.

En El Salvador la gestión educativa para el quinquenio 1989-1994 desarrolló e impulsó programas y proyectos tendientes a la ampliación de la cobertura, focalizando los primeros años de Educación Básica y otorgando especial énfasis a las zonas más desprotegidas, zonas rurales y urbano-marginales. Las políticas educativas sectoriales previstas para este período han sido coincidentes con la firma de la Convención de los Derechos de la Niñez con la firma de la Declaración Mundial de Educación para Todos.

En este período se trató de dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Reorientar la asignación de recursos para la atención prioritaria de la educación inicial, parvularia y básica, en las áreas de población más pobres del país.
- Desarrollar la educación integral no formal y permanente del adulto, con énfasis en la población rural y urbano-marginal.
- Mejorar la calidad del currículo del sistema cultural-educativo nacional.
- Descentralizar los servicios administrativos para optimizar la utilización de los recursos del Sector.
- Actualizar el Marco Institucional del Ministerio de Educación.
- Participación del Sector no gubernamental, en la ejecución de programas y proyectos culturales y educativos.

Tales acciones, requirieron de una reorganización en todos los niveles educativos, dando como resultado un mejor sistema de educación, la modernización institucional y la capacitación del talento humano, haciendo un giro en la organización política, administrativa, pedagógica, docente, infraestructura e incluso en el alumnado mismo. (Política Nacional de Educación, MINED 2003).

La Salud Bucal de la población salvadoreña se caracteriza por una alta prevalencia de patologías bucales, siendo las más frecuentes, según datos de las consultas odontológicas registradas en los diferentes prestadores de salud, la caries dental y las enfermedades periodontales. (Política Nacional de Salud Bucal, Diario Oficial, San Salvador, septiembre del 2012).

Consciente de ello el Ministerio de Salud (MINSAL) en el marco de la Reforma, impulsa profundas transformaciones al Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo central es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña con énfasis en la Atención Primaria en Salud Integral, a lo largo del ciclo de vida. Es así, como la Política Nacional de Salud 2009-2014, en su estrategia número dieciséis define: "Establecer en el marco de la atención primaria de salud integral (APSI), un sistema participativo que integre programas y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal, así como la prevención

y la atención dela morbilidad estomatológica a escala nacional". (Política Nacional de Salud Bucal, Diario Oficial, San Salvador, septiembre del 2012).

La salud bucodental infantil y en adolescentes es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública. La Educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables. (Salleras L, Fuentes M, Prat Marín A, Garrido P. Educación Sanitaria. Conceptos y métodos. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008).

La información disponible en salud oral para el caso de El Salvador es limitada, sin embargo, algunos datos parciales indican que en general toda la población tiene mala higiene oral; la prevalencia de caries dental para la dentición decidua es de 70.5% en niños de 5 a 6 años y de 81.3% en niños de 7 a 8 años. En relación a la dentición permanente, la prevalencia en niños de 7 a 8 años es del 16.6%, en niños de 12 años es del 47.3% y en adolescentes de 15 años es del 65.1%. La prevalencia de caries dental en ambas denticiones es del 70.85%. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, MINSAL 2012).

La morbilidad en salud oral presenta un sub registro importante debido en parte a que la ficha del paciente recoge datos exclusivamente de patologías mencionadas, de manera que no registra problemas de salud oral comunes en la práctica diaria como abscesos periodontales, caries rampante, malformación y mal posición dentaria. El modelo de salud oral estaba desfasado y no correspondía al perfil epidemiológico y demográfico del país. Algunas de las enfermedades bucondentales que más afectan a la población salvadoreña son:

Caries Dental

En El Salvador, la prevalencia de caries dental para la dentición decidua es de 70.5% en niños de 5 a 6 años y de 81.3% en niños de 7 a 8 años. En relación a la dentición permanente, la prevalencia en niños de a 7 a 8 años es del 16.6%, en niños de 12 años es del 47.3% y en adolescentes de 15 años es del 65.1%. La prevalencia de caries dental en ambas denticiones es del 70.85%. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, MINSAL 2012).

Enfermedad Periodontal

Un Comité de expertos de Higiene Dental de la OMS, a afirmado que "las enfermedades periodontales figuran entre las más comunes del género humano" y que "no hay en el mundo país ni territorio que esté libre de ellas". (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, MINSAL 2012. OMS. Nuevos métodos en educación sanitaria en la atención primaria de salud: Informe de un comité de Expertos, Ginebra: OMS; 1983. Informe técnico:690).

Según esos estudios, las periodontopatías ocupan el segundo lugar en los problemas de salud bucal mundial y son la mayor causa de pérdida de dientes después de los 35 años edad a partir de la cual los dientes que se pierden por dicha afección son más que los que se pierden por caries dental. La enfermedad periodontal puede involucrar solamente la encía, afección que se denomina gingivitis, o puede invadir las estructuras más profundas incluso el hueso, y denominarse periodontitis.

Cáncer Bucal.

Es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. Datos de la OMS, señalan que su incidencia es de entre 1 y 10

casos por 100, 000 habitantes en la mayoría de los países. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, MINSAL 2012).

De manera tal que se propuso un modelo integral con énfasis en promoción y prevención que incluía un equilibrio de los componentes curativo y restaurativo. Estos programas estaban dirigidos a impactar a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables y con discapacidades. El énfasis estaba puesto en acciones educativas en salud oral integral y de apoyo a controlar la morbilidad más común y promoción nutricional e higiene.

Se pretendía la implementación de un modelo de cobertura creciente con activa participación con un modelo descentralizado y de responsabilidad compartida, los recursos humanos del modelo comprenden personal académico alto y medio con personal comunal profesional y voluntario. Los insumos responden a planificación y normas de calidad y bioseguridad.

Los profesionales, personal comunitario, servicios e insumos del modelo son sujetos de adecuada regulación y control de calidad por parte del mismo personal como por la población.

El programa integral de salud oral familiar está dividido en 5 subprogramas de alcance nacional:

- Subprograma de atención en salud oral infantil y a la niñez.
- Subprograma de atención en salud oral al adolescente.
- Subprograma de atención en salud oral a la mujer y a la madre.
- Subprograma de atención en salud oral al adulto mayor.
- Subprograma de atención en salud oral a discapacitados.

1.4 Justificación del estudio

En la actualidad, la caries dental representa un problema sanitario de carga mundial: se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental u otra patología bucal siendo las poblaciones más pobres y desfavorecidas, las que

soportan una mayor afectación por morbilidad bucodental. Las enfermedades bucodentales se sitúan en cuarto lugar considerando los costos de su tratamiento.

Los servicios de salud destinados a la atención de la niñez incluyen actualmente atención médica y odontológica integral, con lo que se busca disminuir los índices de morbilidad de aquellos problemas de salud que afectan actualmente. Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud, por su alta prevalencia e impacto sobre el desarrollo de las personas. Existen factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades y generalmente están relacionadas a un inadecuado estilo de vida que incluyen malos hábitos de higiene bucal adquiridos a lo largo del tiempo. Entre los problemas más frecuentes de la cavidad bucal se mencionan: lesiones cariosas, gingivitis, periodontitis, halitosis entre otras, mismas que repercuten en el estado nutricional de los niños provocando la aparición de padecimientos respiratorios, hematológicos, de crecimiento y desarrollo, gastrointestinales entre otras, debido a la dificultad que se origina para el procesamiento de los alimentos y la formación adecuada del bolo alimenticio con el proceso de masticación, que se ve afectado por la falta de piezas dentales que se pierden antes del tiempo, con el agravante de sensibilidad, dolor y baja autoestima por la mala apariencia estética y afectando su proceso de aprendizaje permitiendo el ausentismo escolar por afecciones bucales.

Determinar la relación existente de las afecciones bucales y el ausentismo escolar permitirá establecer las acciones necesarias para disminuir en primer lugar los problemas de salud bucal y por consiguiente evitar de manera directa el ausentismo escolar lo que se resumirá en la disminución de los índices de repitencia. Es importante que los padres de familia conozcan de manera clara los efectos que tienen los problemas bucales por pequeños que parezcan para que hagan un hábito la consulta preventiva y que interesen en la consulta de tratamiento cuando sea necesario logrando de esta manera asegurar que una de las causas de ausentismo escolar esta siento notablemente disminuida, por lo tanto se contribuirá a que los niños no presente incomodidad durante sus clases, no pierdan la concentración y

participen activamente en las actividades de enseñanza y aquellas programadas por el sector educativo para completar su desarrollo integral.

Los resultados obtenidos permitirán establecer la relación directa de las patologías bucales y el ausentismo escolar ya que en el país no existen o por lo menos no son conocidos estudios actuales que establezcan los factores que influyen en la salud bucal y la influencia de estos en el ausentismo escolar. Una investigación de este tipo lograría integrar a los profesionales de la educación con una rama de la medicina ya que les dejaría el conocimiento básico de identificar una afección bucal en los niños que tienen a su cargo, logrando la pronta atención por los padres para evitar complicaciones que lleven al ausentismo escolar prolongado o repetitivo cuando estos problemas de salud no son tratados correctamente.

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento que incluye información sobre hábitos de higiene oral, permitiendo implementar una metodología clara y acorde a la edad de los estudiantes para identificar factores socioculturales y determinar el riesgo de padecimiento de una afección bucal, este instrumento puede ser utilizada por una persona no profesional en el área de odontología y logrará por medio de ella identificar problemas de forma fácil.

1.5 Alcances y Limitaciones

Los alcances de la investigación radican en la importancia de analizar las medidas de gestión que actualmente existen en las instituciones educativas ante la situación de salud oral en los escolares de educación básica, además de identificar los factores que determinan la salud oral y la relación de esta en el ausentismo. De igual manera se logrará identificar las medidas administrativas que aplican los centros escolares para solucionar los problemas de salud oral, determinar la efectividad de esta gestión en el cumplimiento de las medidas o lineamientos establecidos a nivel país, así como determinar el estado actual de la salud oral de los estudiantes de la zona occidental del país.

Por otra parte, las limitantes que se encontraron en el proceso investigativo radican en la poca información en cuanto a antecedentes históricos de la problemática, la evidencia de la gestión entre el sector salud y el sector educación, es limitada, de igual manera no se encontraron estudios de programas o proyectos que proporcionen resultados de experiencias anteriores.

En cuanto a los integrantes de la comunidad educativa, entre ellos los directores, maestros y estudiantes, la limitante se relaciona con la desinformación de las actividades que se realizan en las instituciones educativas en conjunto con las instituciones de salud, de igual manera la poca participación en la gestión escolar por parte de los maestros aun cuando son miembros del comité de salud que existe en el centro escolar.

Durante el proceso investigativo no hubo renuencia de los centros escolares a la participación ni de los miembros de la comunidad educativa. Los padres de familia no fueron incluidos ya que existía la limitante de la coordinación para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Un factor determinante y una limitante grave para poder llegar a algunos de los centros escolares fue la delincuencia callejera, en donde hubo algunos centros escolares programados que no pudieron ser abordados por este preciso factor, en donde incluso algunos miembros del equipo investigador fueron abordados regresados por los delincuentes y despojados de sus pertenencias.

Si bien es cierto los miembros del equipo investigador son docentes universitarios en sus respectivas especialidades, estos no fueron formados universitariamente ni con bases magisteriales para trabajar en aulas, ni con técnicas didácticas ni pedagógicas, desconociendo en alguna medida la organización administrativa y funcional del MINED.

Capítulo 2 Marco Teórico.

2.1 Gestión Escolar

La gestión escolar se puede definir como el “Conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en las acciones pedagógicas, personales, políticas y administrativas que se producen en la dinámica escolar” (Martínez Y, Hernández F, Quevedo I. 2007, 14). Es decir, se refiere al que hacer de la dinámica institucional de los centros escolares, la cual se fundamenta en la participación (cuerpo docente, padres, estudiantes y director) para desarrollar nuevas posibilidades dentro de la institución.

En las últimas décadas, las escuelas primarias, al igual que la mayoría de las organizaciones, han entrado en un proceso de trabajo arduo en busca de la calidad (Cervantes, 1998), con el fin de cumplir con los propósitos establecidos en el plan de estudios vigente y satisfacer la demanda social educativa de manera equitativa, eficaz y eficiente.

Es por esto que se considera de suma importancia el analizar la influencia que la gestión escolar tiene en las escuelas primarias de la localidad, pues a través de ella es posible encontrar rutas de acción que posibiliten el cumplimiento de las metas educativas en mejores condiciones (Martínez, 2006).

En acuerdo con Casassus (1997), el modelo de gestión que se utilice conlleva de manera implícita un marco conceptual, el cual determinará las características del sistema y las funciones de cada miembro de la organización.

Desde la perspectiva teórica, Sander (1990), presenta una clasificación muy clara de los tipos de gestión, una centrada en la corriente funcionalista que comprende tres perspectivas: la burocrática, la ideosincrática y la integradora. La administración burocrática, considera a la escuela como un sistema cerrado de funciones o papeles a los cuales corresponden derechos y deberes institucionales; la administración ideosincrática, es aquella en donde el comportamiento organizacional enfatiza la subjetividad y las relaciones humanas para la satisfacción

y actualización personal de los participantes; y finalmente, la administración integradora, que propone que la acción integrada del grupo de trabajo facilita la mediación entre las expectativas burocráticas y las motivaciones personales.

Por su parte, la corriente interaccionista de igual manera concentra tres tipos de administración; presenta a la administración estructuralista que concibe a la organización como una totalidad estructural con distintas dimensiones o prácticas que reflejan una realidad caracterizada por un sinnúmero de contradicciones; la administración interpretativa que propone la conciencia individual, el significado subjetivo y la acción humana, enfatizando la intencionalidad y la libertad en la educación y la sociedad como opuesta al determinismo económico; y, por último, la administración dialógica, la cual promueve la mediación concreta y sustantiva entre el sistema y la sociedad.

La gestión educativa, se presenta como una línea de investigación reciente, pues fue a partir de los años 80's que se conceptualiza como una "herramienta indispensable en el logro de la mejora educativa" (Castelán, 2003b: 39).

Esta afirmación se sustenta en lo establecido en la Declaración Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje, publicada en Jomtien, Tailandia, en 1990, que señala que el verdadero cambio educativo debe empezar siendo un cambio institucional, no sólo de planes y programas de estudio, sino de la organización del sistema en su conjunto.

García-Leyva (2000) plantea que la gestión educativa debe tender hacia el logro de los objetivos y metas educacionales, tomando como base los principios de la reingeniería y la reinvención del gobierno, pero realizados desde un enfoque humanista, con un soporte en principios del desarrollo humano.

En este sentido, Sañudo (2001) señala las diferencias entre la gestión administrativa y la educativa, siendo esta última en donde no pueden darse las condiciones de precisión y exactitud mecánica que la reingeniería pretende, ya que se trabaja con y para personas. En este mismo artículo, explica cómo se percibe el poder y cómo debe orientarse para que la gestión conduzca a la calidad, rescatando el papel del

director como mediador del conflicto, que puede y debe ser un medio para la mejora escolar.

Humberto Serna Gómez en su obra Gerencia Estratégica: (Serna Gómez, 2003), traza algunos proyectos estratégicos para el logro efectivo de la gestión escolar: Modernización tecnológica, reingeniería organizacional, plan global de mercadeo, calidad total, servicio al cliente y plan estratégico de talento humano.

Hay que hacer notar que en la caracterización de las estrategias Serna Gómez, afirma que los proyectos estratégicos deben ser: Explícitos, consistentes, pocos y vitales y dinámicos.

La gestión educativa como tal, armoniza, dinamiza y optimiza todo el quehacer educativo, no importando el nivel al cual se le aplique; sin embargo, la gestión educativa también aporta beneficios para la buena convivencia escolar (Casassus, Juan, 2003).

La experiencia nos hace reflexionar y llegar a pensar que debe existir una estrecha relación entre la gestión educativa y las relaciones interpersonales que en una institución se debe llevar. Esta relación es directamente proporcional: Una gestión educativa dinámica y positiva, mejora la convivencia escolar y fortalece los lazos de trabajo en equipo, más una gestión estática y no planeada deteriora la convivencia, dañando canales de comunicación en el clima laboral. (Casassus, 2003).

El tipo de gestión escolar basado en la autorregulación institucional sistémica, se presenta a través del Modelo de desarrollo institucional integrado, MDII, con énfasis neosistémico. Este énfasis en el PEI se configura a partir de nuevas competencias, por los directivos y el profesorado, en materia de liderazgo académico-administrativo del centro escolar para contribuir con el desarrollo educativo regional. (Tapiero y Quiroga, 2005).

El MDII resulta de la comprensión de la complejidad que aportan los siguientes sistemas:

- La organización escolar precedente con desarrollos dispersos, atomizados y unilineales.

- Los requerimientos de adecuación de las políticas que provienen del MINED.

- La configuración del desarrollo institucional integrado con énfasis neosistémico.

El énfasis neosistémico para producir la autorregulación institucional, potencia la gestión del centro escolar como organización inteligente. En el MDII, la organización escolar inteligente asume la gestión académico-administrativa en el aprendizaje institucional generativo con base en la autorreferencialidad, la interpenetración y la autopoiesis. La autorreferencialidad requiere de la capacidad de autodescripción de los procesos para la coevolución institucional; la interpenetración posibilita el manejo de la complejidad de los tres sistemas antes mencionados para el manejo de la complejidad; y la autopoiesis proporciona la capacidad creativa de la institución. (Tapiero y Quiroga, 2005).

En El Salvador la gestión educativa para el quinquenio 1989-1994 desarrolló e impulsó programas y proyectos tendientes a la ampliación de la cobertura, focalizando los primeros años de Educación Básica y otorgando especial énfasis a las zonas más desprotegidas, zonas rurales y urbano-marginales. Las políticas educativas sectoriales previstas para este período han sido coincidentes con la firma de la Convención de los Derechos de la Niñez con la firma de la Declaración Mundial de Educación para Todos.

En este período se trató de dar cumplimiento a los siguientes objetivos:

- Reorientar la asignación de recursos para la atención prioritaria de la educación inicial, parvularia y básica, en las áreas de población más pobres del país.
- Desarrollar la educación integral no formal y permanente del adulto, con énfasis en la población rural y urbano-marginal.
- Mejorar la calidad del currículo del sistema cultural-educativo nacional.
- Descentralizar los servicios administrativos para optimizar la utilización de los recursos del Sector.

- Actualizar el Marco Institucional del Ministerio de Educación.
- Participación del Sector no gubernamental, en la ejecución de programas y proyectos culturales y educativos.

Tales acciones, requirieron de una reorganización en todos los niveles educativos, dando como resultado un mejor sistema de educación, la modernización institucional y la capacitación del talento humano, haciendo un giro en la organización política, administrativa, pedagógica, docente, infraestructura e incluso en el alumnado mismo. (Política Nacional de Educación, MINED 2003).

De esta manera en El Salvador surgieron algunos programas que fortalecieron el sistema educativo, tendientes a la descentralización del mismo, tales como el programa EDUCO, dentro del cual se contempla el Programa de Alimentación Escolar, el cual su objetivo principal fue la nutrición adecuada de la población estudiantil comprendida desde parvularia hasta sexto grado.

2.2 Programa EDUCO

El Programa de Educación con Participación de la Comunidad (EDUCO) en El Salvador se inició en 1991 en respuesta a las iniciativas del Estado y las comunidades locales que buscaban crear servicios de educación preescolar y básica en las áreas rurales. EDUCO se convirtió en parte fundamental de la estrategia para superar la crisis y los desafíos en el campo de la educación generados por 12 años de guerra civil. Durante los años 1980, el conflicto generó violencia, polarización ideológica, daños graves a la infraestructura y una enorme migración demográfica tanto al interior como fuera del país. Entre 1978 y 1988, el ingreso real promedio disminuyó en 37%, pero esta cifra llegaba hasta 67% entre el 20% más pobre de la población (Reimers, 1995).

Mucho antes de los Acuerdos de Paz de 1992, el Gobierno de El Salvador tomó conciencia de la importancia de ampliar la educación básica, en especial en las

áreas rurales, descentralizar los servicios educacionales y encarar la ineficiencia de la educación pública (MINED, 1994). En un contexto de creciente consenso social y recuperación económica, la inversión pública en educación creció de 1,5%del PIB en 1992 a 3,0% en 2000 y novedosas iniciativas dieron origen a un Proceso de Reforma Educativa en toda la nación (MINED, 1995).

EDUCO se basa en la creación, legalización y entrega de apoyo a organizaciones locales que involucren a los padres (Asociaciones Comunales para la Educación – ACE) y que ayuden a desarrollar nuevos servicios de educación en sus comunidades. (Meza, Guzmán De Varela, EDUCO: Un Programa de Educación Administrado por la Comunidad en las Zonas Rurales de El Salvador [1991-2003], 2004).

El MINED transfiere recursos a las Asociaciones Comunales para la Educación para que contraten profesores y adquieran bienes y servicios para sus escuelas. En 1991 participaron 263 de estas asociaciones, cada una de ellas contrató a un profesor y fueron 8.416 los estudiantes que resultaron beneficiados. En 2003, el programa abarcó a más de 2.000 Asociaciones Comunales para la Educación y escuelas rurales, 7.000 profesores y 362.000 estudiantes y las mencionadas asociaciones administraron alrededor de US$50 millones de dólares (aproximadamente un 12% del presupuesto nacional para la educación).

Son tres los aspectos principales de la eficiencia de EDUCO que se tuvieron en cuenta: (Meza, Guzmán De Varela, EDUCO: Un Programa de Educación Administrado por la Comunidad en las Zonas Rurales de El Salvador (1991-2003), 2004).

El programa EDUCO es rápido y ágil en la creación de servicios de educación. Uno de los desafíos más importantes de las autoridades de educación era ampliar los servicios educacionales preescolares y básicos en las áreas rurales. En la apertura de nuevas escuelas públicas, la ineficiente estrategia tradicional tardaba 3 a 4 años en buscar y asegurar un terreno, construir la escuela, designar profesores de manera centralizada y finalmente matricular a los niños.

2. EDUCO transformó las funciones burocráticas de la oficina central del MINED en tareas normativas, como asegurar los recursos financieros, entregar asistencia y apoyo técnicos y supervisar el uso de los recursos a través de auditorías selectivas. Tanto la responsabilidad como los recursos públicos se transfirieron a las comunidades para que éstas contrataran, adquirieran y consiguieran los servicios profesionales y materiales y pagaran los servicios básicos.

3. EDUCO ha reducido la inasistencia habitual de los profesores y ha aumentado el tiempo dedicado al aprendizaje. Históricamente, los profesores rurales en promedio asistían a la escuela tres días a la semana o menos. La supervisión de las Asociaciones Comunales para la Educación prácticamente eliminó esa inasistencia y los padres han sido muy hábiles en vincular la contratación de los profesores con el rendimiento, esto es, estar en la escuela y concentrarse en la enseñanza y el aprendizaje.

La médula de la eficacia del programa es su capacidad de promover la participación de la comunidad e influenciar los resultados educacionales y el desarrollo social.

Entre otros, los factores que explican los logros de EDUCO son el liderazgo y compromiso de las autoridades gubernamentales y las comunidades, las innovaciones legales, administrativas y curriculares, la flexibilidad para efectuar ajustes durante la implementación y superar así los obstáculos que se presenten y el apoyo técnico y financiero que prestaron los organismos internacionales, en particular los préstamos del Banco Mundial.

- **Programa de Alimentación Escolar**

El abordaje a la causal de la repetición (como factor de deserción) y acceso al Sistema Educativo establece que, entre otros, la desnutrición y mala alimentación repercute directamente en este fenómeno; por tanto, se ha implementado el Programa de Alimentación Escolar con participación de los padres de familia y la comunidad educativa. El Ministerio de Educación en coordinación con la Secretaría Nacional de la Familia, entrega en las Escuelas Rurales alimentos en especie. A la vez coordinó esfuerzos con la comunidad para la construcción de cocinas, Centros

de acopio, huertos escolares y cocción de los alimentos. La participación activa de la comunidad ha permitido que el niño en edad escolar acceda la educación, se mantenga en el sistema y mejore su alimentación redundando en mejoría de la capacidad de aprendizaje. (FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN LA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Lima Perú 19 de mayo de 2014).

Dentro de este campo se ha ejecutado también el Proyecto de Galleta Escolar Nutricionalmente Mejorada, brindando al educando un refuerzo alimentario que le permita mejorar las condiciones mínimas alimentarias para el aprendizaje. El financiamiento de estos proyectos ha sido apoyado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), Comunidad Económica Europea (CEE), Fondo de Inversión Social (FIS) y el apoyo logístico del MINED.

2.3 Situación de Salud.

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. La situación de salud es fundamental en cualquier sociedad y no solo por razones humanitarias. En múltiples ocasiones se ha señalado que en países en vía desarrollo, el mejor factor de desarrollo es el recurso humano, que para su adecuado funcionamiento en el proceso productivo requiere ciertas condiciones físicas y de salud que les permitan potenciar sus capacidades. La salud de los niños depende fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas en las cuales nacen, crecen y viven; a su vez, estas condiciones dependen de la distribución del poder y los recursos. Más de la mitad de la población mundial, incluidos más de 1.000 millones de niños y niñas viven actualmente en grandes y pequeñas ciudades. Muchos niños disfrutan de las ventajas que ofrece la vida urbana, como la educación, los servicios médicos y las instalaciones recreativas. Sin embargo, son innumerables los que carecen de servicios esenciales como electricidad, agua salubre y atención de la salud, a pesar de tenerlos cerca. En lugar de asistir a la escuela, un inmenso número

de niños y niñas se ven obligados a trabajar en condiciones de peligro y explotación. Y muchísimos afrontan constantemente la amenaza del desalojo, pese a vivir en condiciones verdaderamente deplorables: en viviendas destartaladas y en asentamientos superpoblados altamente vulnerables a los desastres. Esos niños son vulnerables a peligros que van desde la violencia y la explotación hasta las lesiones, las enfermedades y la muerte como consecuencia de vivir en condiciones de hacinamiento en asentamientos construidos sobre basureros o al lado de líneas ferroviarias. El Estado Mundial de la Infancia 2010, publicado en enero de 2011, examina la realidad mundial de la supervivencia infantil y la probabilidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las metas fijadas en 2020 por la comunidad mundial, orientadas a erradicar la pobreza, reducir la mortalidad materna e infantil, combatir la enfermedad, garantizar la sostenibilidad medioambiental y facilitar educación. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, El Salvador 2012).

En los últimos años a nivel mundial, aproximadamente 308.000 niños y niñas de América Latina y el Caribe murieron antes de cumplir los cinco años, en su mayoría por causas que habrían podido evitarse mediante la ampliación de las intervenciones de atención sanitaria primaria a las provincias y comunidades que actualmente están excluidas de dichos servicios. Aproximadamente el 42% de estas muertes acaecieron durante el período neonatal esto es, en el primer mes de vida por causas como el bajo peso al nacer, la asfixia y septicemias. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, El Salvador 2012).

Un número considerable de muertes y de morbilidad de menores de cinco años son resultado de enfermedades infecciosas, desnutrición y de afecciones prevenibles como la neumonía y las infecciones por rotavirus. Según los datos disponibles en el Informe del Boletín Epidemiológico- MINSAL, sem.28, del 6 al 12 de julio del 2014- El Salvador; la violencia doméstica y los accidentes en el hogar son la causa de aproximadamente el 50% de las muertes de menores de 15 años debidas a factores externos que acaecen en la región. Estas muertes, que casi siempre resultan de una atención inadecuada y del maltrato, son un doloroso reflejo de las deficiencias que existen en materia de atención infantil; y lo que es peor aún, especialmente en

el caso de las víctimas más jóvenes, la probabilidad de que el causante de la muerte sea un miembro de la familia. Vivir en las ciudades también puede tener un costo sobre la salud mental de los niños y los adolescentes, sobre todo los que residen en los barrios pobres y están expuestos a la violencia y el uso indebido de drogas. Los niños y las niñas que viven en condiciones de pobreza en las ciudades experimentan niveles de depresión y angustia más altos que el promedio de la población urbana. Otro problema de salud que afecta el desempeño académico en niños es La incidencia de las alteraciones posturales en la población infantil es cada vez mayor, debido a factores medio ambientales como también a influencias hereditarias y culturales, hechos que implican complicaciones a nivel muscular, esquelético y articular, entre otras, tales como hiperlordosis, cifosis, cifolordosis y escoliosis en columna; genu varo, genu recurvatum y genu valgo en rodilla; alteraciones en los arcos del pie, entre otros, que conllevan al niño a mecanizar actitudes de tipo compensatorio con relación a posiciones estáticas y dinámicas, que ocasiona limitaciones en su motricidad y desequilibrios que se incrementan día a día, y con la edad adulta se pueden llegar a convertir en una molestia que repercute en la salud física y psicológica.

Invertir en la educación, la salud y la subsistencia de las niñas adolescentes a fin de consolidar sus derechos y su potencial contribuiría enormemente a abordar este problema. Varios gobiernos de distintas naciones de la región han adoptado medidas concretas a tal fin. En la Argentina y Cuba, por ejemplo, se han implantado programas patrocinados por el Gobierno consistentes en impartir educación y ofrecer servicios de asesoramiento.

2.4. El Salvador. Modelo de atención de salud oral

La información disponible en salud oral para el caso de El Salvador, es limitada, sin embargo, algunos datos parciales indican que toda la población tiene mala higiene oral y la prevalencia de caries dental para la dentición decidua es de 70.5% en niños de 5 a 6 años y de 81.3% en niños de 7 a 8 años. En relación a la dentición permanente, la prevalencia en niños de 7 a 8 años es del 16.6%, en niños de 12

años es del 47.3% y en adolescentes de 15 años es del 65.1%. La prevalencia de caries dental en ambas denticiones es del 70.85% (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal. MINSAL 2012).

La morbilidad en salud oral presenta un subregistro importante debido en parte a que la ficha del paciente recoge datos exclusivamente de patologías mencionada, de manera que no registra problemas de salud oral comunes en la práctica diaria como abscesos periodontales, caries rampante, malformación y mal posición dentaria. El modelo de salud oral estaba desfasado y no correspondía al perfil epidemiológico y demográfico del país. De manera tal que se propuso un modelo integral con énfasis en promoción y prevención que incluía un equilibrio de los componentes curativo y restaurativo. Estos programas estaban dirigidos a impactar a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables y con discapacidades. El énfasis estaba puesto en acciones educativas en salud oral integral y de apoyo a controlar la morbilidad más común y promoción nutricional e higiene. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal. MINSAL 2012).

Se pretendía la implementación de un modelo de cobertura creciente con activa participación con un modelo descentralizado y de responsabilidad compartida, los recursos humanos del modelo comprenden personal académico alto y medio con personal comunal profesional y voluntario. Los insumos responden a planificación y normas de calidad y bioseguridad.

Los profesionales, personal comunitario, servicios e insumos del modelo son sujetos de adecuada regulación y control de calidad por parte del mismo personal como por la población.

El programa integral de salud oral familiar está dividido en 5 subprogramas de alcance nacional:

- Subprograma de atención en salud oral infantil y a la niñez.
- Subprograma de atención en salud oral al adolescente.
- Subprograma de atención en salud oral a la mujer y a la madre.
- Subprograma de atención en salud oral al adulto mayor.
- Subprograma de atención en salud oral a discapacitados.

2.4.1 Salud Bucodental

La OMS, define la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Complementa esta definición afirmando que la Salud es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad. Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la salud bucodental, como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (OMS. Nota Informativa No. 318 febrero. 2007)

De acuerdo a estas definiciones, la salud bucal debe ser vista como un componente importante debido a su relación directa con el estado de salud general de las personas, lo que significa que ningún individuo puede considerarse sano si no tiene salud bucal, esta condición está fuertemente relacionada a factores sociales, económicos, educativos y culturales, éste último a su vez lleva implícitas las creencias de las personas en cuanto a diferentes aspectos que tienen que ver con su dentadura. Así también la condición urbano-rural influye, ya que los que residen en las zonas rurales generalmente tienen menos acceso a los servicios de salud.

2.4.2 Enfermedades Bucodentales más frecuentes

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucodentales más frecuentes son:

Caries dental y las periodontopatías, las maloclusiones dentales, ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. Agrega

que el 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental. (OMS. Nota Informativa No. 318 febrero. 2007).

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desencadenar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.

La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100, 000 habitantes en la mayoría de los países. Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimientos varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas. Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. (OMS. Nota Informativa No. 318 febrero. 2007).
A escala mundial el cáncer de la boca es el 8° en frecuencia entre la población masculina. Según datos disponibles ha habido un pronunciado aumento de cáncer de boca y de faringe en varios países y regiones como Alemania, Dinamarca, Escocia, Europa Central y Oriental y en menor grado en Austria, EE. U.U., Japón y Nueva Zelanda. (OMS Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Febrero 2004).

Se estima que en toda América Latina el 60% de los niños desde edades muy tempranas tienen caries y el 98% o más de los adultos la padecen o presentan secuelas de la misma.

La OPS reconoce en su Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental 2005-2015, la relación e importancia que existe entre la salud bucal y el estado general de salud: “Según pruebas científicas fehacientes, la salud bucal y la

salud general están interrelacionadas, en particular las infecciones bucodentales, la diabetes, la neumonía por aspiración y los resultados adversos del embarazo. También existen factores de riesgo comunes en las enfermedades bucodentales y las crónicas, como la diabetes sacarina, las cardiopatías y los accidentes cardiovasculares". (OPS/OMS Renovación de la APS en las Américas. Pág.1 agosto 2005).

Dentro de los factores sociales, se mencionan el nivel de pobreza, el nivel educativo y los estilos de vida, como factores determinantes del aprendizaje y desarrollo de hábitos higiénicos y alimentarios. La práctica de estos hábitos en relación a la salud bucal, tiene un gran impacto en las personas, que puede ser favorable o desfavorable según sean los hábitos adoptados.

2.4.3 Enfermedades bucodentales prevalentes en El Salvador

Caries Dental: En El Salvador, la prevalencia de caries dental para la dentición decidua es de 70.5% en niños de 5 a 6 años y de 81.3% en niños de 7 a 8 años. En relación a la dentición permanente, la prevalencia en niños de 7 a 8 años es del 16.6%, en niños de 12 años es del 47.3% y en adolescentes de 15 años es del 65.1%. (Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, junio 2012).

La prevalencia de caries dental en ambas denticiones es del 70.85%8. *Enfermedad Periodontal:* Un Comité de expertos de Higiene Dental de la OMS ha afirmado que "las enfermedades periodontales figuran entre las más comunes del género humano" y que "no hay en el mundo país ni territorio que esté libre de ellas. (OMS. Nuevos métodos en educación sanitaria en la atención primaria de salud: Informe de un comité Expertos. Ginebra: OMS; 1983. Informe técnico: 690)
Según esos estudios, las periodontopatías ocupan el segundo lugar en los problemas de salud bucal mundial y son la mayor causa de pérdida de dientes después de los 35 años edad a partir de la cual los dientes que se pierden por dicha afección son más que los que se pierden por caries dental.

La enfermedad periodontal puede involucrar solamente la encía, afección que se denomina gingivitis, o puede invadir las estructuras más profundas incluso el hueso, y denominarse periodontitis.

Cáncer Bucal: Es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. Datos de la OMS, señalan que su incidencia es de entre 1 y 10 casos por 100, 000 habitantes en la mayoría de los países.

2.4.4 Factores Condicionantes de las Enfermedades Bucales.

1. Determinantes Sociales. En estas podemos mencionar la desnutrición, mal nutrición, la pobreza, bajo nivel de escolaridad.
2. Estilos de Vida o Conductas que favorecen las enfermedades bucales

Los estilos de vida de los individuos están fuertemente asociados con la Salud Bucal de los mismos, sin embargo, estos se ven muy influenciados por factores sociales (económicos y culturales), ya que los hábitos (de higiene oral y alimentarios) se aprenden en la familia, la escuela y la comunidad, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano rural. Acceso a fuentes de trabajo digno, a servicios de salud con calidad y oportunidad, educación, alimentación saludable, entre otros.

Para establecer estilos de vida saludables en la población, es más eficiente intervenir en etapas tempranas de la vida de los niños. Existe evidencia que los programas de promoción para reducir el riesgo de caries temprana en la niñez deben iniciarse antes de los 3 años de edad. (Fluorización del agua de consumo, de la sal, colutorios fluorados, aplicación de fluoruros por profesionales, sellantes de fosas y fisuras entre otros), (Ortega Velásquez, Ana Vilma. Programa Preventivo Odontológico Escolar de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. 2006).

3. Hereditarios.
4. Enfermedades sistémicas crónicas degenerativas.
5. Biológicos: huésped +dieta+ Microorganismos +saliva + tiempo.
6. Otros Factores.
   a) Limpieza bucal deficiente o inexistente
   b) Estrés
   c) Bruxismo.
   d) Respiración oral.
   e) Imunodeficiencia
   f) Automedicaciones.
   g) Ausencia de dientes.
   h) VIH/SIDA.
   i) Mal posición dentaria o maloclusiones.
   j) Embarazo.
   k) Uso de Anticonceptivos orales.
   l) Prótesis dentales desadaptadas.
   m) Medicamentos de uso crónico (anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, otros).
   n) Alcohol.
   o) Tabaquismo.
   p) Discapacidad física (miembros superiores) o mental

2.4.5 Relación de las Enfermedades Bucales con Enfermedades Sistémicas.

Aunque en El Salvador no se cuenta con estudios propios, existen múltiples estudios en otros países que en los últimos años han relacionado la enfermedad periodontal y otras infecciones bucales como factores de riesgo con enfermedades sistémicas, entre ellas: alteraciones cerebro vasculares, endocarditis bacteriana, infarto del miocardio, cardiopatía isquémica, trombosis, insuficiencia coronaria, venas varicosas, respiratorias (neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, abscesos pulmonares), diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades renales y enfermedades digestivas.

En cuanto a la relación con enfermedades cardiovasculares se plantea que los microorganismos y productos bacterianos de la enfermedad periodontal, pasan al torrente sanguíneo y se alojan en válvulas anómalas del corazón y en tejidos cardíacos previamente dañados, causando la inflamación del endocardio.

Otro mecanismo por el cual puede actuar la enfermedad periodontal es a través de la invasión directa de los microorganismos al epitelio coronario y carotideo provocando várices e insuficiencia coronaria. Una explicación más detallada merece la aterosclerosis, que es conocida como el estrechamiento de las arterias debido a la formación de una placa sobre la superficie interna de su pared. Una placa de ateroma contiene todos los patógenos periodontales reconocidos.

Las enfermedades periodontales constituyen un factor de riesgo en la diabetes mellitus por las microangiopatía de los vasos sanguíneos, que disminuyen el flujo sanguíneo, disminuye los nutrientes, oxígeno y defensa de la encía, caracterizándose por manifestaciones periodontales como abscesos a repetición, bolsas, movilidad, agrandamientos, pérdida ósea y retraso en la cicatrización. Ambas patologías tienen factores genéticos y alteraciones microbiológicas e inmunológicas en común. La evidencia es que la glucemia se estabiliza después del tratamiento periodontal y la enfermedad periodontal produce desestabilización de la glicemia.

En los pacientes con diabetes la periodontitis puede afectar el control glucémico. Esta enfermedad puede ser más severa en pacientes diabéticos que los que no lo son, y el tratamiento puede ser menos favorable en un paciente con diabetes.
La relación de las enfermedades periodontales y las enfermedades respiratorias se establece siempre que exista fallo en los mecanismos de defensa. La aspiración de bacterias ocurre fundamentalmente del área orofaríngea cuando bacterias

gramnegativas de las bolsas periodontales y otros patógenos respiratorios penetran y se extienden por el tracto respiratorio bajo hasta llegar al pulmón.
También las enfermedades periodontales pueden ocasionar trastornos gastrointestinales por dos mecanismos: liberación de mediadores químicos comunes a los que se presentan en la colitis ulcerativa y la necrosis hepática. Y además, el principal agente causal de la mayoría de los trastornos gastrointestinales como úlceras pépticas, gastritis crónicas y neoplasias es el Helicobacter pylori. El reservorio pudiera ser la cavidad bucal y más específicamente las bolsas periodontales. (La enfermedad periodontal como factor de riesgo de enfermedades sistémicas. bvs.sld.cu/revistas/est/Vol. 45_1_08/esto6108.htm). 12-10-15. 09:35 p.m.

2.4.6 Organización del sector salud para la provisión de servicios

En El Salvador el sector salud, se organiza atendiendo un decreto legislativo que integra a los diferentes actores que se encargan de proveer servicios de salud a la población en general sin distingos de sexo, raza, religión u opción política de su agrado.

Las instituciones que prestan el servicio de acuerdo a la fuente de su financiamiento se pueden clasificar en:
a) PÚBLICAS, con financiamiento estatal como el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y la red de servicios del Ministerio de Salud (MINSAL). El Ministerio de Salud tiene asignado 80% del total de los habitantes del país, aunque en la realidad la cobertura es menor a la asignada.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), proporciona cobertura a los trabajadores de empresas privadas y empleados del Estado, con sus beneficiarios respectivos, alcanzando una cobertura del 17% de la población. El ISSS brinda atención preventiva y curativa.

Tienen también carácter público la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), Bienestar Magisterial que cubre las atenciones en salud de los maestros y Sanidad Militar. Estas instituciones cubren a los trabajadores o afiliados correspondientes y a sus familiares; en conjunto proporcionan servicios de salud a 2,3 % de la población. Los servicios sanitarios de Sanidad Militar, CEL, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral y el Sistema de Seguridad Magisterial (cuyos miembros tienen la opción a ser cubiertos o no por el ISSS) operan como un bloque mixto con financiamiento público, venta de servicios y provisión de servicios por entidades privadas.

b) PRIVADAS, estas últimas de carácter lucrativas y no lucrativas (ONGs, Iglesias y otras). El sistema privado cuenta con hospitales y clínicas del segundo y tercer nivel asistencial, concentradas en los tres principales departamentos de la República.

c) LAS INSTITUCIONES FORMADORAS, que incluye la Universidad Pública, las Universidades Privadas y otros centros formadores de recursos humanos en salud, distribuidas en todo el país, pero con una mayor concentración en las grandes ciudades, especialmente la capital.

2.5 Servicios de Salud Bucal de los prestadores de Salud

2.5.1 Enfoque del MINSAL con respecto a la Salud Bucal.

Bajo este panorama general en torno a las enfermedades bucales, su alta incidencia y prevalencia, relación existente con muchas enfermedades sistémicas, su alto costo económico por lo curativo y las implicaciones sociales que generan, no cabe duda que estas enfermedades son un problema de salud pública. En El Salvador, el Ministerio de Salud ha venido haciendo algunos esfuerzos a través del Programa de Atención a la Salud Bucal, para contrarrestar estas situaciones.

En tal sentido, se ha visto la necesidad de impulsar y fortalecer iniciativas e intervenciones de Salud Bucal, orientadas a la promoción y prevención de la salud

bucal, que generen impacto en la población y que se traduzcan en cambios de comportamiento en las personas.

Consciente de esta situación el MINSAL consideró importante este componente en la Política Nacional de Salud 2009-2014, que se plantea en la estrategia Nº 16 que literalmente dice: “Establecer en el marco de la atención primaria de salud integral, un sistema participativo que integre programas y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal, así como la prevención y la atención de la morbilidad estomatológica a escala nacional”. (Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2009-2014. 2ª edición 2009. Editorial Ministerio de Salud. p 33-34.).

Entre las recomendaciones planteadas en dicha estrategia se mencionan el realizar un diagnóstico nacional de salud bucal, integrando a los sectores involucrados, así como el desarrollo de una Política Nacional de Salud Bucal, participativa e intersectorial, basada en la Atención Primaria de Salud Integral, que procure el acceso equitativo, gratuito y universal a la población salvadoreña.

Con la finalidad de dar respuesta a dichas recomendaciones el MINSAL, a través de la Unidad de Atención a la Salud Bucal, ha conformado y oficializado el Comité Interinstitucional de Salud Bucal, el cual está integrado por 26 instituciones relacionadas al tema de salud bucal. El Comité, es una instancia de carácter permanente, de apoyo técnico a los esfuerzos institucionales públicos y privados para la promoción de la salud bucal, la prevención y control de las enfermedades bucales prevalentes de la población salvadoreña.

2.5.2 Atención odontológica en los centros escolares

Su enfoque es altamente preventivo y de identificación de riesgos, está dirigida a escolares desde parvularia a sexto grado y funciona bajo el nombre de *Escuela*

Saludable, en donde se brinda atención a escolares tanto en los establecimientos de salud, como visitas programadas a los centros educativos.

2.5.3 Programa Escuela Saludable:

El programa Escuela Saludable se inició en El Salvador en el año 1995 bajo la administración del Dr. Armando Calderón Sol y coordinado por la Secretaría Nacional de la Familia, con el propósito de brindar atención en salud masiva en la población estudiantil del país. El programa está dirigido a parvularia, primero y segundo ciclo de educación básica de centros escolares rurales y urbano-marginales de El salvador.

El programa necesita para su funcionamiento de la participación de padres de familia, directores, maestros, instituciones y personal de salud, estudiantes y otros involucrados en el proceso. (Sistema Estadístico de Producción de Servicios, SEPS, MINSAL. 2010). Con el cambio de gobierno se retomó algunos aspectos de Escuela Saludable y se le cambió el nombre a Programa de Alimentación y Salud Escolar (PASE), brindándole un vaso de leche fluida a más de un millón y medio de niños de todo el territorio.
El proyecto fue instaurado como Ley del Programa de Vaso de Leche Escolar, a través del decreto 304 y publicado en el Diario Oficial el 8 de febrero de 2013. (Diario Oficial el 8 de febrero de 2013).

Instituciones involucradas: En un inicio se contó con la participación del Ministerio de Salud, Educación, Secretaría Nacional de Reconstrucción, Fondo de Inversión Social, coordinados por la Secretaría Nacional de la Familia. Luego se sumaron, Ministerio de Gobernación, Relaciones Exteriores, Agricultura, ANDA, MARN, entre otros. (Programa Escuela Saludable y Desarrollo Personal en Niños y Niñas de Educación Parvularia, UFG, 2004).

Nivel Rector o Normador: Ministro de Salud, Ministro de Educación y titulares de las organizaciones mencionadas con anterioridad.
Nivel Técnico Nacional: Representado por cada uno de las doce carteras de estado del nivel rector, encargado de la elaboración de propuestas y de la ejecución y control de las acciones.

Nivel Ejecutor: Formado por 14 comités operativos departamentales, representados por cada una de las instituciones que apoyan el programa y otras entidades involucradas.

Líneas de Acción: Investigación, mejoramiento de las condiciones de salud, mejoramiento de la calidad de los servicios (Pedagógica, personal y social), alimentación escolar, infraestructura física y provisión de servicios.

Otras organizaciones promotoras de la salud:

Fundación Privada Intervida: Es una Organización no Gubernamental internacional, de cooperación para el desarrollo que trabaja con las comunidades para contribuir a que las personas que están en desventaja social, especialmente de las niñas y los niños, ejerzan sus derechos humanos.

En El Salvador, Intervida trabaja con 428 comunidades dentro de 46 Municipios en los 5 departamentos que tiene como ámbito de acción: La Libertad, San Vicente, La Paz, Usulután y Morazán, priorizándose el trabajo en aquellas comunidades que, por su lejanía en acceso geográfico, así como condiciones de pobreza no logran ser cubiertas por los establecimientos de salud del Estado.

El Sector Salud se desarrolla tres de sus Proyectos: Promoción de la Salud Escolar, Atención Integral Materno Infantil y Salud en la Niñez y su entorno con una participación directa en el área de Salud Bucal. En los departamentos de La

Libertad, San Vicente, La Paz y Usulután se ejecutan los proyectos de Promoción de la Salud Escolar y Atención Integral Materno Infantil.

Proyecto Promoción de la Salud Escolar: Este proyecto tiene como propósito promover y fortalecer a la comunidad educativa en la promoción y prevención de la salud, buscando potenciar acciones de salud que influya en los centros escolares.

Dentro de este Proyecto se desarrollan las actividades: Desarrollo de Jornadas Itinerantes de Salud y Generación de Ambientes Escolares Saludables en las cuales se trabaja el área de Salud Bucal.

Actividad: Desarrollo de Jornadas Itinerantes de Salud

Con esta actividad se busca garantizar a la población de las comunidades del ámbito de acción, el acceso a servicios médico, odontológico, atención especializada, con eficiencia, eficacia, calidad y calidez. Se implementan además procesos educativos de salud preventiva, buscando fortalecer la promoción de estilos de vidas saludables por medio de charlas educativas sobre higiene básica, prevención de enfermedades, salud bucal y nutrición adecuada.

La actividad se desarrolla en puntos estratégicos en el cual se atiende a cinco o seis comunidades de un Municipio para recibir la atención médica u odontológica requerida por la población. Como acciones complementarias se imparten charlas sobre salud bucal a los asistentes a las jornadas para concientizarles sobre la importancia de la misma, las temáticas impartidas incluyen: Hábitos de higiene bucal, Principales, enfermedades en la cavidad oral, diferentes tipos de denticiones.

Actividad: Generación de ambientes escolares saludables

Esta actividad pone en marcha estrategias que fomentan y apoyan la promoción de la salud y la atención primaria, organizando y capacitando a comités de salud escolar conformados por la comunidad educativa (docentes, padres, madres, alumnos y alumnas) los cuales son apoyados por actores locales: Asociaciones de Desarrollo Comunal (ADESCOS), Unidades de salud (a través de los promotores),

Municipalidades, a fin de crear sinergias y tomar decisiones en la ejecución de intervenciones para la promoción del aprendizaje, fomentos de estilos de vida sana y realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
Como acciones complementarias se imparten charlas sobre salud bucal a los asistentes a las jornadas para concientizarles sobre la importancia de la misma, las temáticas impartidas incluyen: Hábitos de higiene bucal, principales enfermedades en la cavidad oral, diferentes tipos de denticiones.

En ese sentido, durante el año 2010 y según el Sistema de Información de Servicios de Salud, del total de atenciones odontológicas, un 29.51% fueron realizadas en adolescentes, de las cuales un 50.36% fueron de tipo preventivo.

En cuanto a las atenciones curativas, la que más demanda tuvo por parte de los usuarios y usuarias adolescentes fueron las obturaciones, de lo que puede deducirse que la caries dental sigue siendo una de las principales causas de consulta en los consultorios odontológicos de los establecimientos de salud de la RIISS (Redes Integrales e Integradas de Salud). (Sistema Estadístico de Producción de Servicios, SEPS, MINSAL. 2010).

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1 Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

Establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos del área básica.

Objetivos específicos:

1. Determinar las condiciones educativas y la salud oral de la población estudiantil en relación con su entorno social, familiar y geográfico.

2. Articular la gestión escolar y la promoción de la salud por medio del diseño, formulación y construcción teórica de un modelo multidisciplinario.

3.2 Establecimiento de hipótesis y especificación de variables.

Hipótesis:
"Cuanto más efectiva sea la gestión escolar en la salud oral de los estudiantes en los centros de educación básica de la zona occidental de El Salvador, mayor será la detección temprana de las alteraciones en la salud oral.

Especificación de variables:

Unidad de análisis: Directores, subdirectores, maestros y estudiantes

Variables: gestión escolar (independiente) y la detección temprana de alteraciones en la salud oral (dependiente).

3.3 Tipo de investigación.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo por cuanto está dirigida a recabar datos de indicadores de gestión escolar territorial.

El tipo de estudio fue observacional explicativo con diseño transversal, ya que recopila datos en un único momento, la fase de recolección de información se desarrolló durante los meses de abril a junio de 2015.

El alcance o nivel de la investigación es correlacional, ya que se indica la medición de las variables analizando la relación entre ellas, es decir el grado de asociación. Por lo tanto, su utilidad corresponde a saber la manera en cómo se comportan una o más variables partiendo del conocimiento y del comportamiento de otras. Se buscó establecer un modelo teórico que articule las dimensiones organizativas, administrativas y comunitarias de la gestión escolar con la situación de salud oral de los estudiantes, enmarcado en un entorno territorial específico.

3.4 Población, muestra y muestreo.

El muestreo se realizó por conveniencia y se incluyeron Centros Escolares Laicos de la zona urbana que contaban con matrícula activa de séptimo, octavo y noveno grado en jornada vespertina, pertenecientes al municipio de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán, cuyos Directores autorizaron la realización del estudio.

Se garantizó la potencia del estudio se estimó una muestra con un nivel de confianza del 95% un error máximo tolerable del 5% y una precisión del 3% y además se calculó un excedente de un 15% para ajustar los datos a pérdidas por deserción escolar (ver tabla 2).

TABLA 2.
Centros Escolares de enseñanza Laica pre identificados.

Departamento	Centros escolares de enseñanza laica	n real			n calculado	Muestra ajustada a pérdida
		7º	8º	9º		
Santa Ana	CENTRO ESCOLAR JOSE ANTONIO MARTINEZ	97	78	64	110	129
	CENTRO ESCOLAR INSA	347	369	378	171	201
	CENTRO ESCOLAR LICENCIADA CARMEN ELENA CALDERON DE ESCALON	73	72	42	98	115
	CENTRO ESCOLAR TOMAS MEDINA	160	148	136	139	164
	CENTRO ESCOLAR COLONIA SAN LUIS	32	38	25	65	76
	COMPLEJO EDUCATIVO REPÚBLICA DE GUATEMALA	20 nnn7	225	196	153	181
	CENTRO ESCOLAR SANTA ANA CALIFORNIA	76	72	82	108	127
	CENTRO ESCOLAR NAPOLEON RIOS	110	95	90	120	142
	CENTRO ESCOLAR JOSE MARTI	102	58	44	102	120
	COMPLEJO EDUCATIVO CAPITAN GENERAL GERARDO BARRIOS	221	157	174	148	175

Departamento	Centros escolares de enseñanza laica	n real			n calculado	Muestra ajustada a pérdida
		7º	8º	9º		
	CENTRO ESCOLAR DR. HUMBERTO QUINTERO	161	113	127	135	159
	CENTRO ESCOLAR SANTA LUCIA	45	28	24	66	77
	CENTRO ESCOLAR LEOPOLDO NUÑEZ	65	53	45	91	107
	CENTRO ESCOLAR JOSE MARIANO MENDEZ	91	75	79	111	131
	CENTRO ESCOLAR TOMAS MEDINA	76	84	76	109	129
	CENTRO ESCOLAR PROFESOR FELIX CANIZALEZ P.	15	23	12	40	47
	CENTRO ESCOLAR LEOPOLDO MAYEN TORRES	64	52	61	93	111
Sonsonate	CENTRO ESCOLAR RAFAEL CAMPOS	92	105	60	114	134
	COMPLEJO EDUCATIVO DOLORES DE BRITO	130	124	78	126	148
	CENTRO ESCOLAR DE LA COLONIA SANTA MARIA	59	46	43	86	101
	CENTRO ESCOLAR REPUBLICA DE HAITI	176	178	190	148	174
Ahuachapán	CENTRO ESCOLAR ISIDRO MENENDEZ	174	169	164	145	171
	CENTRO ESCOLAR ALFREDO ESPINO	103	90	57	112	132
	CENTRO ESCOLAR ALEJANDRO DE HUMBOLDT	195	170	155	146	172
	CENTRO ESCOLAR PRIMERO DE JULIO DE 1823	118	102	41	114	135
	CENTRO ESCOLAR RICARDO TRIGUEROS DE LEON	70	72	69	104	122

Departamento	Centros escolares de enseñanza laica	n real			n calculado	Muestra ajustada a pérdida
		7º	8º	9º		
	CENTRO ESCOLAR CARLOTA LEON VIUDA DE TRIGUEROS	66	39	36	83	98
	CENTRO ESCOLAR COLONIA SANTA MARIA	98	92	83	117	137
Total		3301	3024	2819	3154	
TOTAL DE MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS						3715

Fuente: Datos estadísticos MINED 2014.

3.5 Instrumentos de recogida de datos.

La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos fueron los cuestionarios aplicándose en 3 tipos:

1.- Dirigido a Directores o subdirectores sobre gestión escolar en el ámbito administrativo y comunitario y aspectos de salud oral. Constó de 22 preguntas cerradas.

2.- Dirigido a docentes que incluyó la gestión desde el punto de vista pedagógico y su relación con el ámbito comunitario y las afecciones de salud oral en los estudiantes. Constó de 22 preguntas cerradas. El instrumento que se aplicó a directores y docentes se organizó por partes que incluía: gestión organizativa, gestión comunitaria y gestión en los servicios de salud.

3.- Dirigido a estudiantes para evaluar la percepción de la gestión escolar de las autoridades educativas locales en relación a la salud oral actual. El apartado del instrumento constó de 10 preguntas cerradas, que incluyeron aspectos sobre: Salud y atención oral, seguimiento institucional de la salud oral, salud oral y proceso académico.

La validación de los instrumentos se realizó por medio de una prueba piloto desarrollada en un centro escolar público de educación básico que no se encontraba incluido en la muestra. El ajuste de los datos y la consistencia de la escala de

medición se basó en el Alpha de Cronbach, se estimó la fidelidad de constructo y la correlación interna para los diferentes apartados de los instrumentos por lo que se estimó aceptable un $\alpha \geq 0.7$. (Welch & Comer, Cuantitative Methods for Public Administration. Dorsey Press. 1998). Durante los meses de julio y agosto del año 2015 se realizó la fase de recolección de datos.

3.6 Determinación del enfoque y tipo de investigación.

La investigación tubo un enfoque cuantitativo, en este sentido se constituyó por etapas; partiendo de una idea, que una vez delimitada, se derivara en objetivos. Se revisó la literatura y se construyó un marco o una perspectiva teórica de las preguntas, se estableció una hipótesis y se determinaron las variables y luego se desarrolló un plan para probarlas.
Se midieron las variables utilizando métodos estadísticos y se establecieron las conclusiones pertinentes a la hipótesis.

Fue observacional porque se limitó a medir las variables que definen el estudio y explicativo porque se centró en aclarar un hecho de la realidad, estableciendo relación de causa y efecto entre las variables en estudio.

El diseño de esta investigación es transversal, esto significa que la recolección de datos se hizo en un solo momento en el tiempo. (Sampieri Hernández, Roberto. Metodología de la Investigación, 5ª Ed. 2010, México. 4,5,78,79,80,81,83).

El alcance es correlacional puesto que se asoció el comportamiento de las variables: gestión escolar y la situación de la salud oral de los estudiantes, enmarcando un territorio específico y así evaluar su relación. La hipótesis fue la guía en el proceso. (Molina de Núñez P. Guía Práctica para Elaborar el Trabajo de Grado en UNASA, 2ª Ed. El Salvador 2014).

3.6.1 Criterios de participación Directores, Subdirectores y docentes:

Poseer cargo de Director, Subdirector o docente del Centro Escolar que autoriza la inclusión del mismo en esta investigación, la cual constó en una carta de aceptación. Se retomó una sección por cada 7º, 8º, y 9º incluyendo al docente que imparte la asignatura de Ciencias.

3.6.2 Criterios de participación de estudiantes:

Ser estudiante activo de los centros escolares participantes y estar matriculado en la jornada vespertina de 7°, 8° ó 9° grado respectivamente, entre las edades de 13 a 15 años de edad y cuya participación conste en un asentimiento verbal. Para poder garantizar la potencia del estudio se estimó una muestra con un nivel de confianza del 95% un error máximo tolerable del 5% y una precisión del 3% y demás se calculó un excedente de un 15% para ajustar los datos a perdidas por deserción escolar (ver tabla 2)

3.6.3 Criterios de exclusión.

Se excluyó de participar aquellos centros escolares que no autoricen su participación vía firma de carta de aceptación, estudiantes que no estén debidamente matriculados en el centro de estudios correspondiente.

3.6.4 Manejo y análisis estadístico de los datos.

Se utilizó la prueba de Kolmogórov Smirrnov para probar la distribución normal de los datos, la prueba de Levene para probar la existencia de homocedasticidad o igualdad de varianzas.

La prueba Kolmogorov-Smirnov se aplica para contrastar la hipótesis de normalidad de la población, el estadístico de prueba es la máxima diferencia: $D = máx\,|F_n(x) - F_0(x)|$

Siendo Fn(x) la función de distribución muestral y Fo(x) la función teórica o correspondiente a la población normal especificada en la hipótesis nula. Si los datos poseen normalidad se escogen la prueba paramétrica t de Student, caso contrario, la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. (Henry B. Mann y D. R. Whitney 1947).

En los casos donde los datos no siguieron una distribución normal se utilizó la prueba U de Mann Whitney representada por la t de Student para comparar promedios en distribuciones normales, con una significancia estadística $p < 0.05$. Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. 2010).

El proceso de aceptación o rechazo de la hipótesis lleva implícito un riesgo que se cuantifica con el valor de la "p", que es la probabilidad de aceptar la hipótesis nula como cierta, cuando la cierta podría ser la hipótesis alternativa. El valor de "p" indica si la asociación es estadísticamente significativa, un término que invade la literatura científica y que se percibe como una etiqueta que supone una "garantía de calidad". Este valor ha sido arbitrariamente seleccionado y se fija en 0.05 ó 0.01. Una seguridad del 95% lleva implícita una p< de 0.05 y una seguridad del 99% lleva implícita una p< de 0.01.

También se realizó la prueba de r de Pearson entre variables independientes, para establecer aquellas con significancia estadística que se incluyó en el modelo estructural, que relacionó la gestión escolar con la situación de salud en las alteraciones orales, el cual está basado en la estimación del valor predictivo a partir de conteos.

El coeficiente de Pearson es una medida numérica que determina la intensidad de la relación entre dos variables, es decir un valor que se obtiene de los datos de la muestra. Es decir, una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Se simboliza por la r. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. 2010).

Este modelo permite el análisis multidimensional de datos para medir causas y efectos en estudios descriptivos, realizados con estudiantes, y en los cuales se utilizaron modelos similares para explicar y predecir alteraciones orales y otras variables asociadas como el entorno familiar, área geográfica y social en estudiantes del sector público del país.

Capítulo 4. Análisis e interpretación de resultados.

Se utilizó la prueba de Kolmogórov Smirrnov para probar la distribución normal de los datos, la prueba de Levene para probar la existencia de homocedasticidad o igualdad de varianzas.

La prueba Kolmogorov-Smirnov se aplica para contrastar la hipótesis de normalidad de la población, el estadístico de prueba es la máxima diferencia: Siendo Fn(x) la función de distribución muestral y Fo(x) la función teórica o correspondiente a la población normal especificada en la hipótesis nula. Si los datos poseen normalidad se escogen la prueba paramétrica t de Student, caso contrario, la prueba no paremétrica U de Mann Whitney. (Henry B. Mann y D. R. Whitney 1947).

En los casos donde los datos no siguieron una distribución normal se utilizó la prueba U de Mann Whitney representada por la t de Student para comparar promedios en distribuciones normales, con una significancia estadística $p < 0.05$. Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. 2010).

El proceso de aceptación o rechazo de la hipótesis lleva implícito un riesgo que se cuantifica con el valor de la "p", que es la probabilidad de aceptar la hipótesis nula como cierta, cuando la cierta podría ser la hipótesis alternativa. El valor de "p" indica si la asociación es estadísticamente significativa, un término que invade la literatura científica y que se percibe como una etiqueta que supone una "garantía de calidad". Este valor ha sido arbitrariamente seleccionado y se fija en 0.05 ó 0.01. Una seguridad del 95% lleva implícita una p< de 0.05 y una seguridad del 99% lleva implícita una p< de 0.01.

También se realizó la prueba de r de Pearson entre variables independientes, para establecer aquellas con significancia estadística que se incluyó en el modelo estructural, que relacionó la gestión escolar con la situación de salud en las alteraciones orales, el cual está basado en la estimación del valor predictivo a partir de conteos. El coeficiente de Pearson es una medida numérica que determina la intensidad de la relación entre dos variables, es decir un valor que se obtiene de los datos de la muestra. Es decir, una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Se simboliza por la r. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. 2010).

Este modelo permite el análisis multidimensional de datos para medir causas y efectos en estudios descriptivos, realizados con estudiantes, y en los cuales se utilizaron modelos similares para explicar y predecir alteraciones orales y otras variables asociadas como el entorno familiar, área geográfica y social en estudiantes del sector público del país.

4.1 Descripción e interpretación de resultados.

A continuación, se presenta el análisis de los datos de las encuestas aplicadas a directores, maestros y estudiantes de los Centros Educativos del occidente del país,

por medio de una investigación de forma transversal con enfoque cuantitativa, para recabar datos de indicadores de gestión escolar territorial; con el tipo de estudio observacional. Los datos se recolectaron en los meses de abril a junio del 2015. Al realizar un estudio de nivel correlacional se estableció un modelo teórico que articuló dimensiones: organizativas, administrativas y comunitarias de la gestión escolar entre la institución de salud y la educativa, lo que generó dificultad al momento de analizar los datos; pues los maestros no manejan la misma información que los directores en cuanto a lo planificado en el PEA y el PEI, al igual que con los estudiantes en relación al conocimiento de la gestión escolar en salud.

Se presentan los datos obtenidos por medio del diagrama de barras, por medio de ellos se logra representar de forma gráfica el conjunto de datos obtenidos, permitiendo comparar dos o más valores según su relación entre sí. El 85% de los centros escolares, sí cuentan con un comité en salud, mismo que tiene coordinación con el centro de salud más cercano. El 78.9% de los directores manifestaron contar con un plan de emergencia. Otro factor fue la inasistencia a clases siendo mayor en el departamento de Santa Ana, con un 59.9% detectando que lo hacen por alguna situación en salud. El 64% de los maestros consideran que los programas PEI y PEA no responden a las necesidades de los estudiantes. En el occidente del país solo el 85% de los centros escolares cuentan con un comité en salud. El 100% de los directores consideran importante agregar en la planificación actividades para mejorar la salud bucal.

Se detectó que el problema de salud bucal más frecuente son las lesiones cariosas presentes en el 49.3% de los estudiantes. Queda demostrado por medio de la investigación que si bien es cierto existe la planificación por medio del PEA y del PEI, en los centros escolares, la gestión en salud es deficiente partiendo que existe el desconocimiento de las acciones, actividades y coordinaciones planificadas entre maestros y estudiantes.

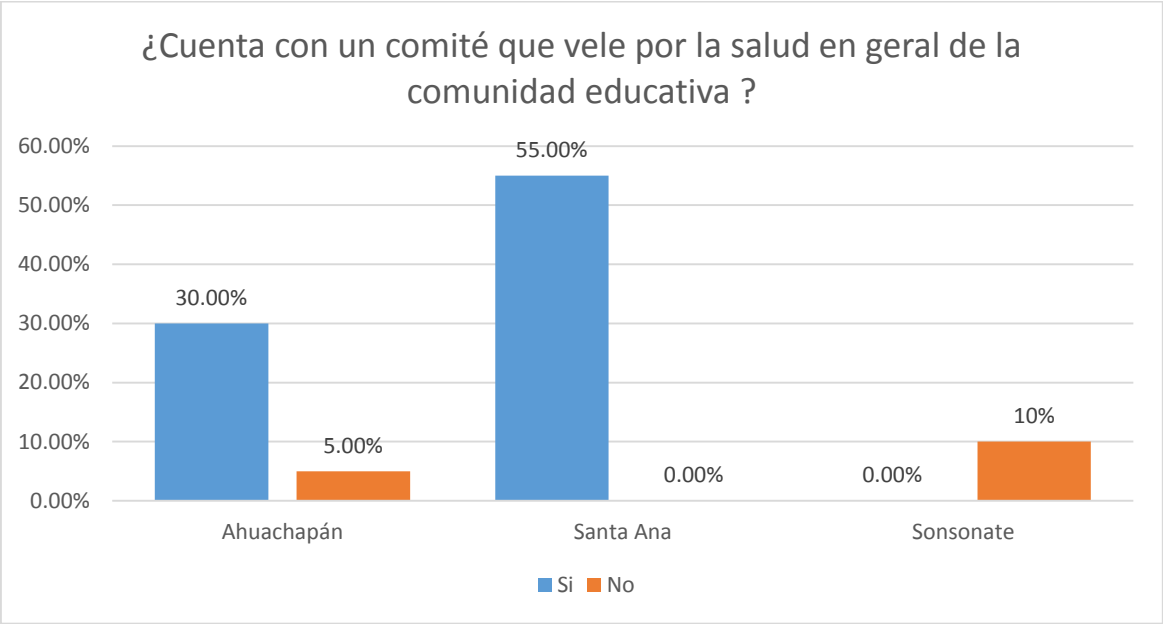
Fue necesario evidenciar la inasistencia a clases por problemas de salud oral para dar a conocer la importancia de tratar a tiempo estas afecciones por medio de acciones educativas con enfoque preventivo. Tomando como base los resultados,

también se pueden explorar temas mucho más amplios que vinculen las prácticas higiénicas con la salud oral y el rendimiento académico. La planificación en educación requiere el trabajo conjunto con el sector salud para mejorar la gestión escolar, por medio de esta sinergia se lograría establecer líneas claras para contribuir a mejorar el estado de salud oral de los estudiantes.

En relación a la hipótesis planteada para esta investigación “Cuanto más efectiva sea la gestión escolar en la salud oral de los estudiantes en los centros de educación básica de la zona occidental de El Salvador, mayor será la detección temprana de las alteraciones en la salud oral.” Queda demostrado que es verdadera, debido a que la gestión escolar aun cuando no es desarrollada como debería de ser permite la creación de comités de salud que tienen como objetivo mejorar el estado de salud de los estudiantes, existen actualmente estudiantes que han sido detectados con problemas bucales y referidos a las instituciones de salud para ser atendidos, por lo que podemos decir que si se logra ejercer la gestión escolar de forma efectiva se lograría detectar de manera adecuada las afecciones de la salud oral de los estudiantes, con lo que se contribuiría al bienestar físico y a el desarrollo de las actividades que requiere el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes.

1.- Resultados de las encuestas dirigidas a los Directores de los centros escolares de la zona occidental de El Salvador.

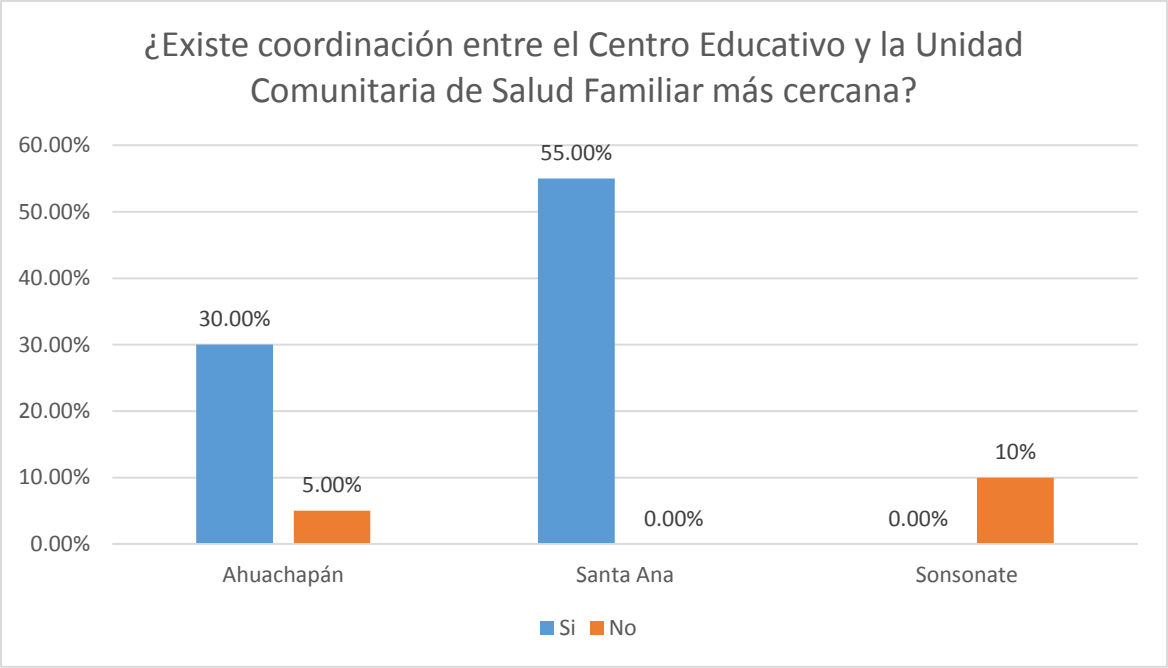
GRÁFICO No. 1



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 85% de los directores si cuentan con un comité dentro del centro educativo que vela por la salud en general de los estudiantes, está práctica de gestión escolar en relación a la salud es más frecuente en el departamento de Santa Ana, ya que el 55% de los centros escolares cuentan este tipo de comité. Las creaciones de comités de salud guiados por un objetivo claro contribuyen favorablemente en la salud de los estudiantes con acciones básicas de prevención y educación, logrando que la responsabilidad personal y la corresponsabilidad entre los actores del sistema educativo y de salud.

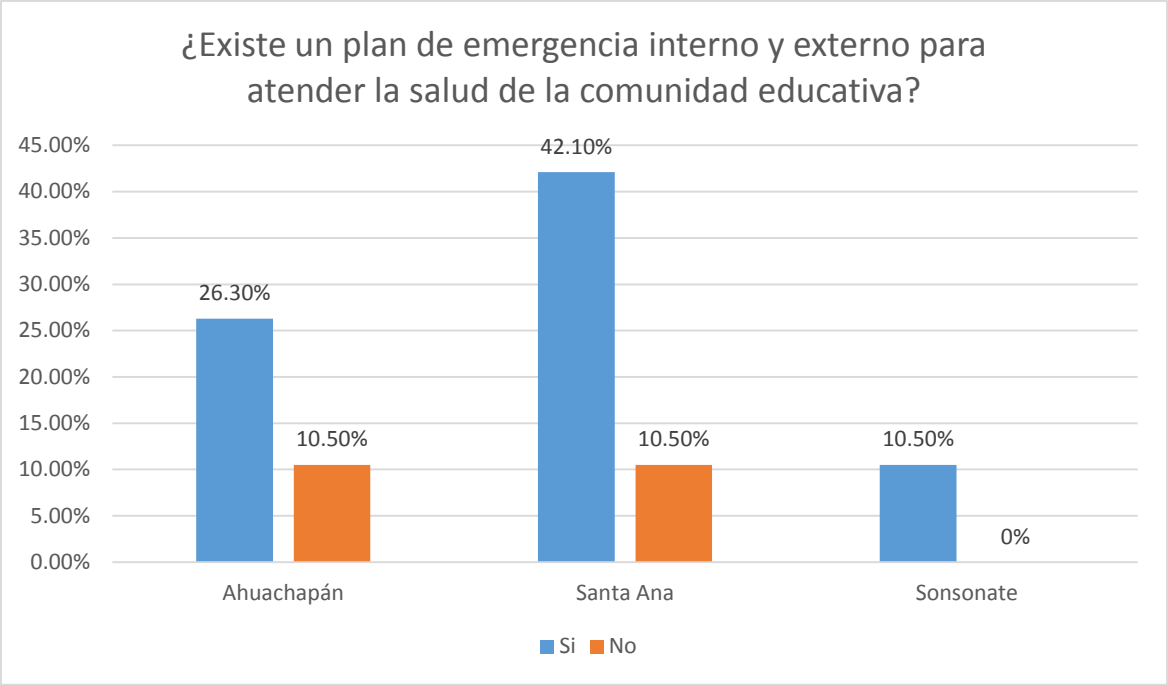
GRÁFICO No. 2



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 85% de los centros escolares que refirió contar un comité de salud, también refieren que existe coordinación del centro escolar con la institución en salud más cercana al centro escolar. Lo anterior demuestra que el 85% de los centros educativos trabajan en conjunto con la Unidad Comunitaria de Salud Familiar a la que pertenece el centro escolar según área geográfica de influencia, logrando de esta manera acciones concretas de manera constante y eficiente para mantener la salud integral de los estudiantes.

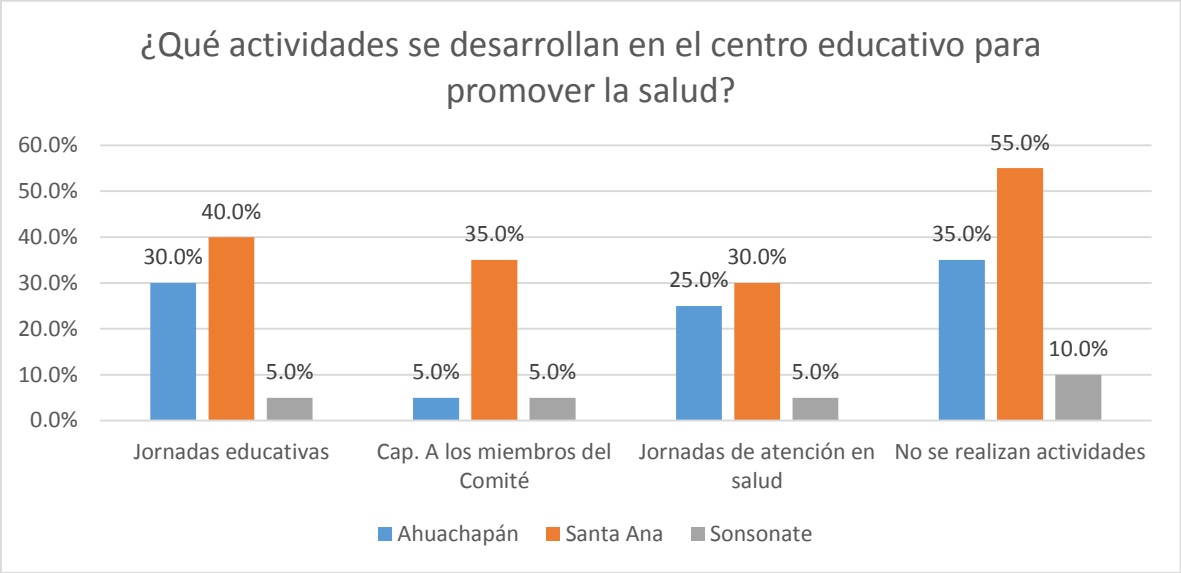
GRÁFICO No. 3



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 78.9% de los directores manifestó contar en su institución con un plan de emergencia interno y externo, que delimita las acciones a seguir para atender la salud de la comunidad educativa. El plan de emergencia se convierte en una fortaleza para la institución y demuestra la efectividad de la gestión en relación a los aspectos de salud integral para fortalecer el proceso educativo de los estudiantes. El 21% de los directores carecen de un plan de emergencia para la atención de la salud de los estudiantes, lo que demuestra la vulnerabilidad de la institución, no solo en la gestión educativa en relación a la salud de los estudiantes sino también en el estado de salud actual de los mismos lo que podría repercutir en el rendimiento académico de los estudiantes.

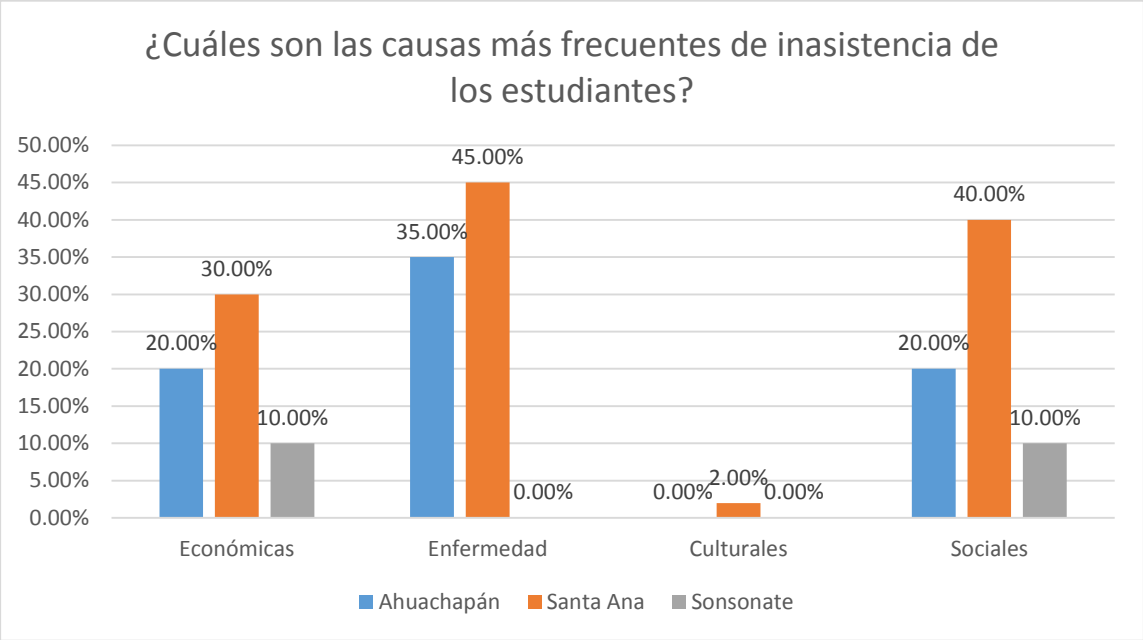
GRÁFICO No. 4



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: en relación a las actividades que realizan los comités de salud en los centros educativos el 55% de los centros educativos de Santa Ana, no realizan ninguna actividad, el 35% de Ahuachapán se encuentran en la misma situación. Por otra parte, el 75% de los comités de Santa Ana y Ahuachapán realizan jornadas educativas, El 45% de los centros educativos de Occidente realizan actividades encaminadas a la capacitación de los miembros del mismo y el 60% realiza jornadas de atención en salud. Lo anterior demuestra que los comités, aunque si realizan algunas actividades, con ellas no cubren todos los aspectos que se deben de fortalecer con la naturaleza que le compete al comité de salud en un centro escolar, por lo tanto, requiere del fortalecimiento de los comités para que logren integrar en su plan de trabajo o planificación anual, todas aquellas actividades que garanticen su fortalecimiento y el estado de salud de la comunidad educativa.

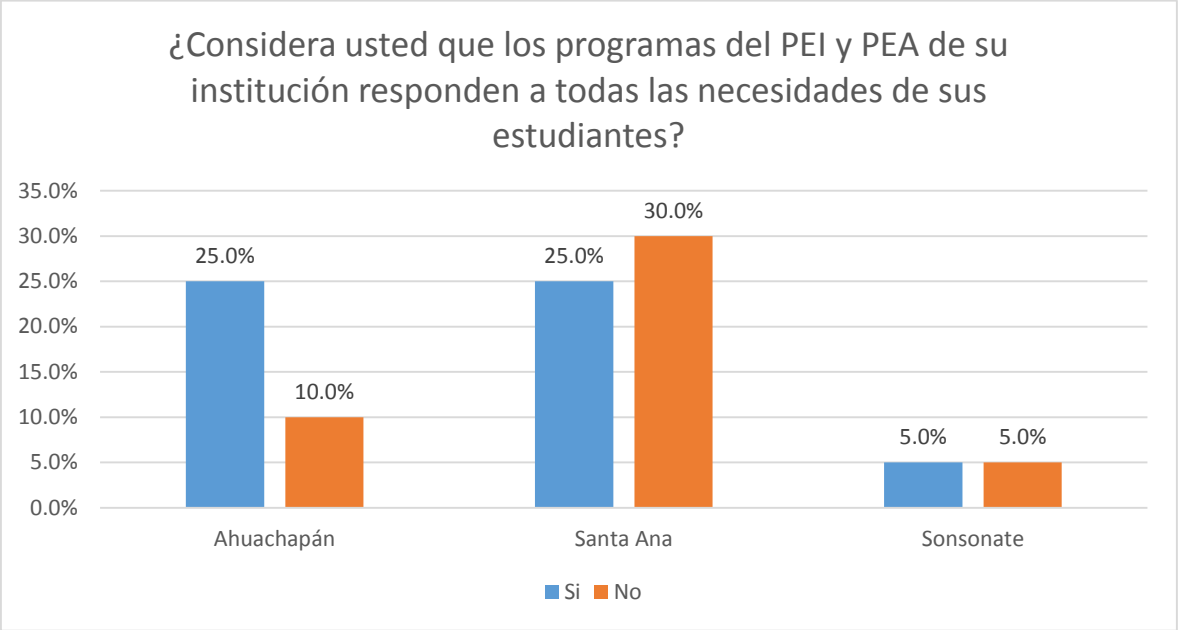
GRÁFICO No. 5



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 35% de los directores de los centros educativos de Ahuachapán refieren que una de las causas más frecuentes de la inasistencia es la enfermedad y el 45% de los directores de Santa Ana, comparten la misma opinión, en relación a las causas económicas el 30% de los directores de Santa Ana la consideran dentro de las causas más frecuentes, el 20% le corresponde a Ahuachapán y el 10% a Sonsonate. Queda demostrado que las causas culturales no son frecuentes para la inasistencia de los estudiantes en el occidente del país, las sociales representan en su totalidad el 70% en la zona occidental, con mayor influencia según respondieron los directores en el departamento de Santa Ana. La inasistencia a clases tiene factores multicausales, entre ellos el de mayor relevancia la enfermedad, por lo tanto, es de suma importancia que el centro educativo cuente con un comité de salud que sea guiado por un plan de trabajo que logre compensar las necesidades en salud de los estudiantes con enfoque preventivo y curativo, para disminuir en gran medida la inasistencia y lograr un mejor nivel de formación académica en los estudiantes.

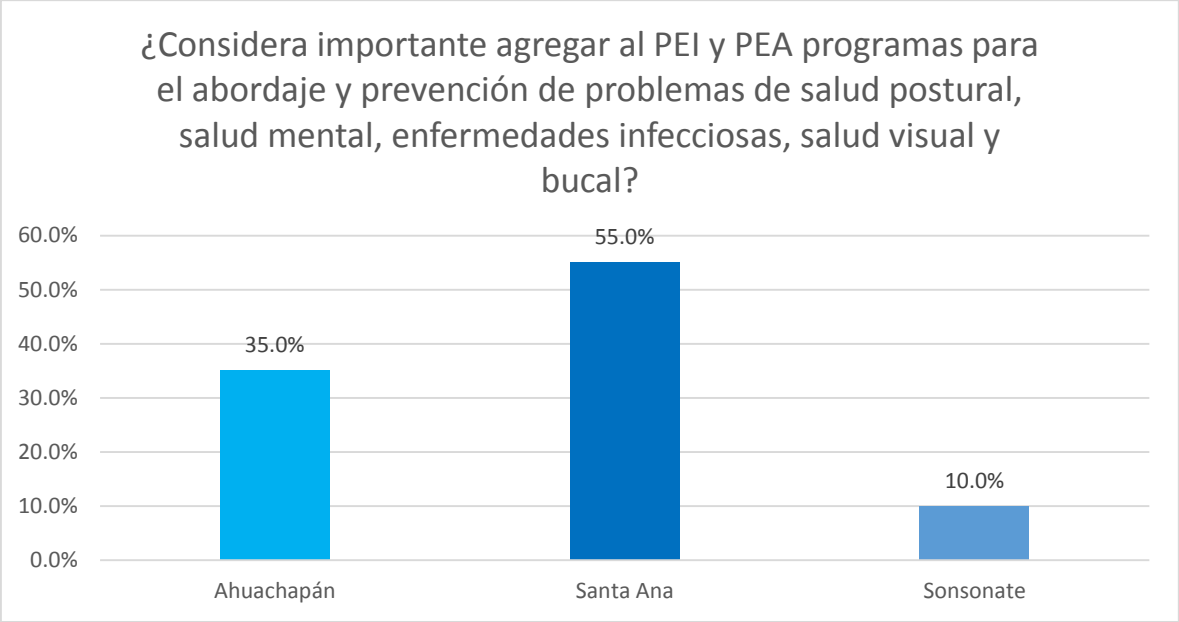
GRÁFICO No. 6



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: En cuanto a la relación existente entre el PEI y el PEA el 55% de los directores de los centros educativos del occidente del país, refieren que si queda evidenciada la relación entre ambos planes y el 45% de los directores en la misma zona manifestaron que no queda clara la relación entre ambas planificaciones. Por lo tanto, existe algún grado de vulnerabilidad en los planes y proyectos que se planifican para dar cumplimiento a las metas programadas, entre otras cosas el trabajo que realiza el comité de salud. La planificación es el primer paso para el logro de los objetivos en una institución, la congruencia entre los planes determina el grado de cumplimento al final del periodo de ejecución para luego implementar la evaluación en el logro de los objetivos con resultados reales. Esta congruencia lograría vitalizar los comités existentes o darle vida en aquellos centros educativos que carecen de este.

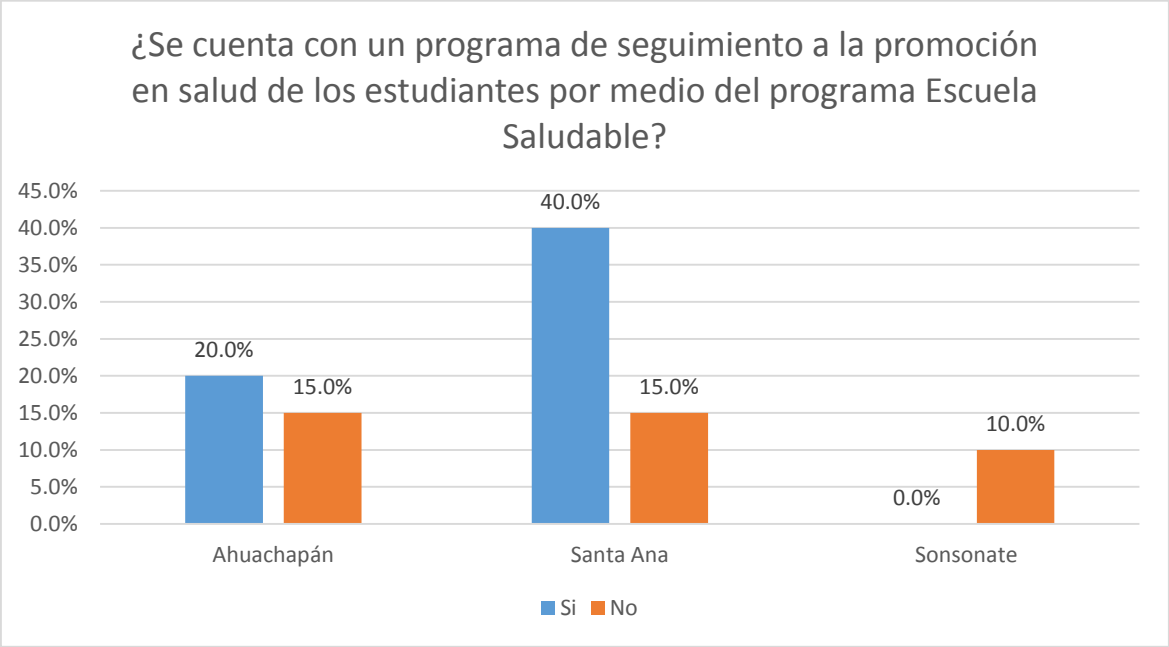
GRÁFICO No. 7



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 100% de los directores consideran importante agregar al PEI y PEA programas específicos que aborden de manera eficaz la prevención de diversos problemas de salud, entre ellos las afecciones de la salud bucal. La enfermedad como alteración del estado de bienestar en todos los aspectos que conforman a un ser humano se relaciona directamente con el desarrollo de actividades diarias, como la asistencia al centro de estudio, la salud oral no solo afecta el desarrollo de los estudiantes, interviene en la nutrición, en la autoestima y en el rendimiento académico.

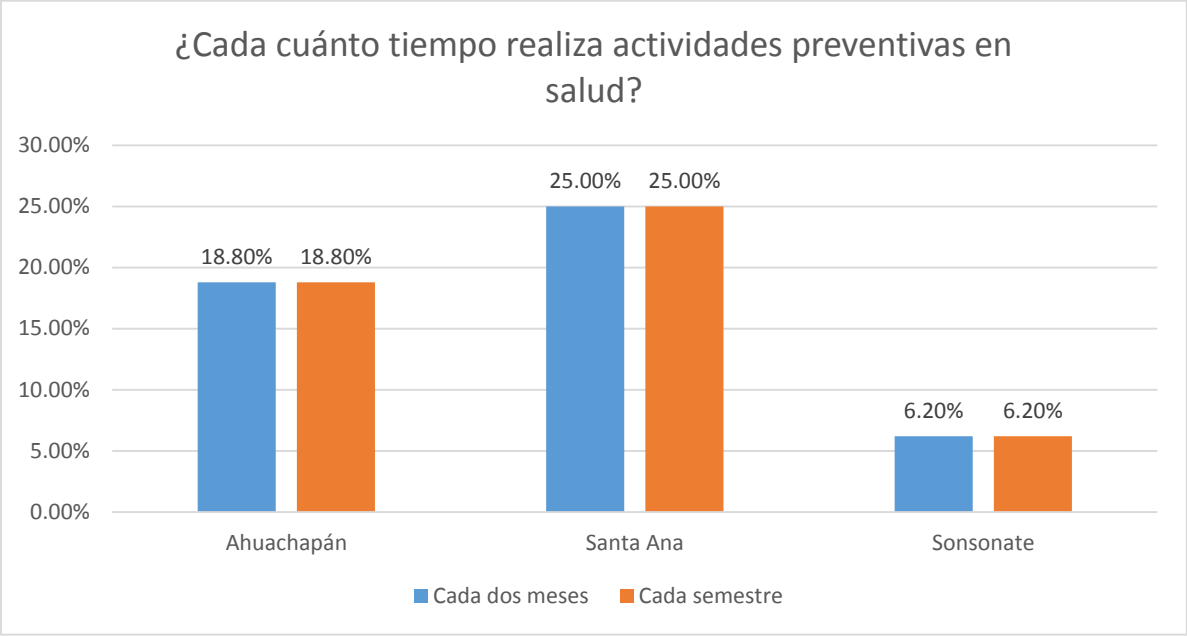
GRÁFICO No. 8



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 60% de los directores de los centros educativos de Ahuachapán y Santa Ana refieren que cuentan con un programa de seguimiento a las actividades realizadas para la promoción de la salud en los estudiantes, el 40% que incluye a los tres departamentos de la zona occidental refieren no contar con dicho plan de seguimiento. Posterior a la planificación y a la implementación de las actividades programadas es importante establecer el mecanismo con el cual se dará seguimiento continuo para evaluar los resultados de dichas acciones, en el caso de los centros educativos que no cuentan con un programa de esta naturaleza en sus planificaciones dejan de lado la oportunidad de conocer la efectividad de las acciones realizadas y los aspectos que se deben de mejorar, permitiendo la vulnerabilidad en el estado de salud de los estudiantes.

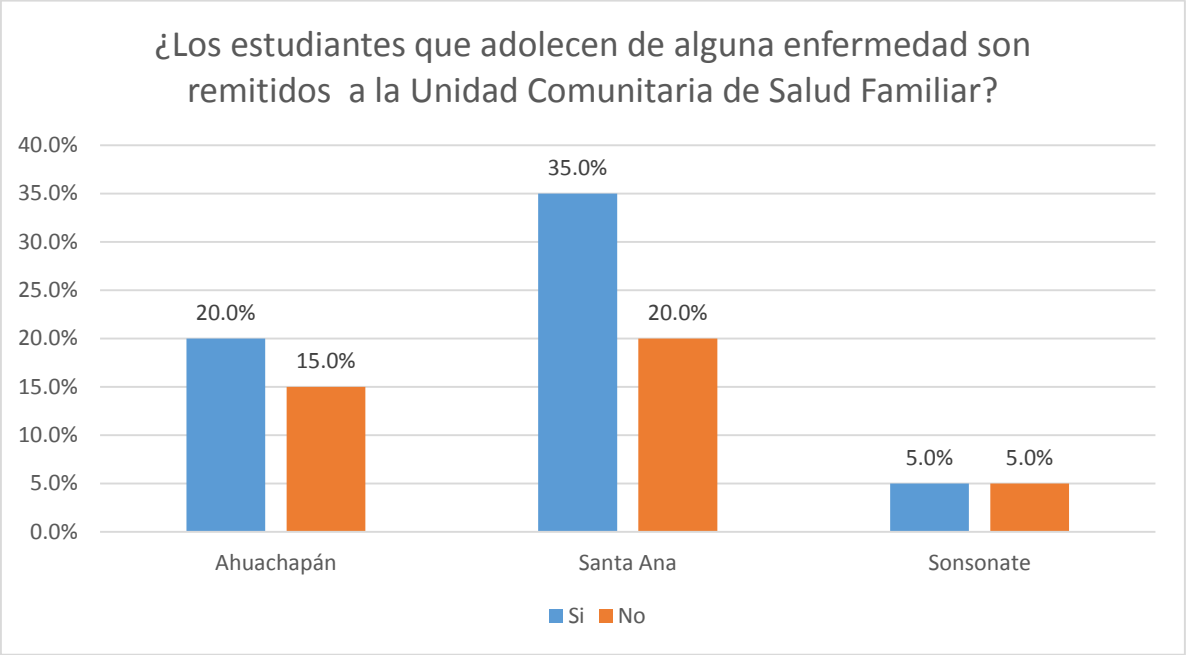
GRÁFICO No. 9



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 25% de los comités en Santa Ana realizan actividades preventivas en salud en dos modalidades de tiempo, cada dos meses y cada semestre, en igual frecuencia lo realiza el 18.80% de los centros escolares que pertenecen al departamento de Ahuachapán, en Sonsonate el 6.20% de las instituciones que poseen comité de salud lo hacen de igual manera cada dos meses y cada semestre. La frecuencia con la que se realizan las actividades educativas con enfoque preventivo permite lograr la aplicación de ellos.

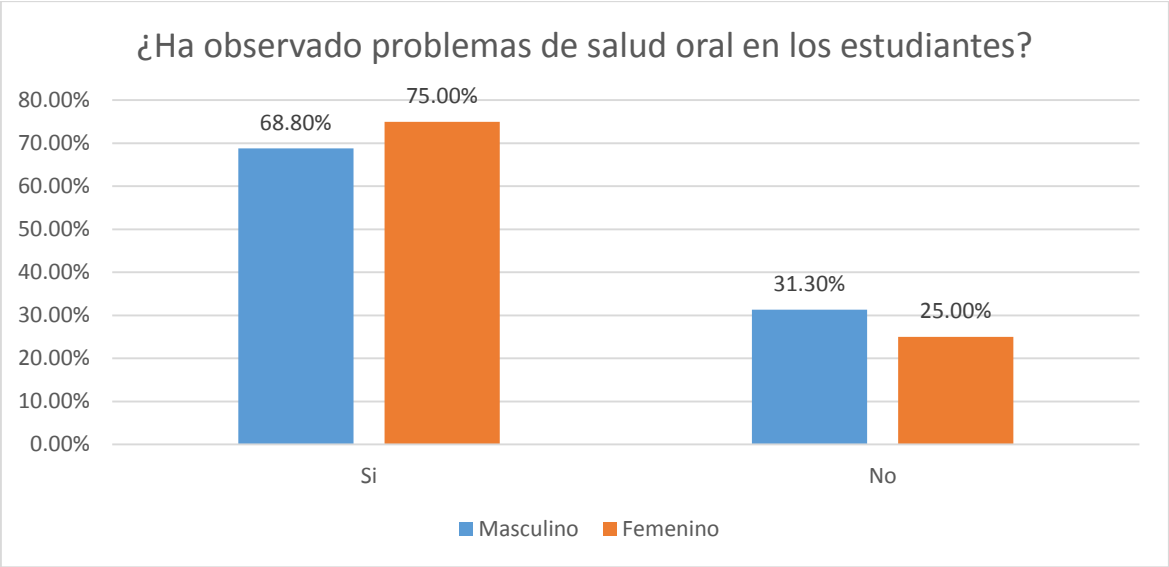
GRÁFICO No. 10



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 35.0% de los directores del departamento de Santa Ana, manifiestan si referir a los estudiantes al centro de atención de salud cuando detectan problemas de salud, en Ahuachapán solo el 20% de los estudiantes detectados son referidos y en Sonsonate únicamente el 5.0% de los estudiantes son referidos. Un total de 40.0% de los estudiantes del occidente del país no son referidos al centro asistencial cuando presentan afecciones de la salud. Esta situación contribuye a generar complicaciones con atención no adecuada de problemas de salud en ocasiones simples. Además, puede incrementar la inasistencia prolongada cuando una enfermedad pasa del periodo aguado al crónico.

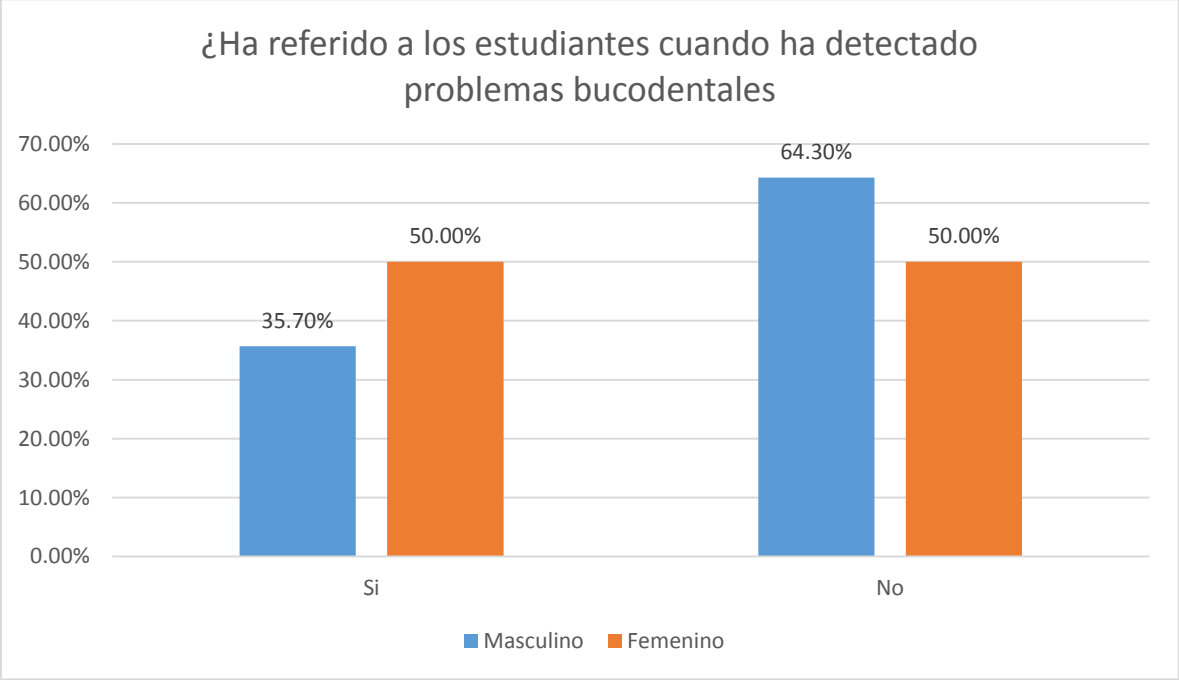
GRÁFICO No. 11



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 75% de los directores de las escuelas que formaron la muestra de la investigación corresponden al sexo femenino, mismo porcentaje manifestó si haber observado problemas de salud oral en los estudiantes. El 68.80% corresponde al sexo masculino y manifestaron también haber observado problemas de salud oral en los estudiantes. La atención prestada por los directores a la población estudiantil a su cargo para observar el estado de salud oral, es un aspecto importante que permite implementar alternativas de coordinación interinstitucional, implementación de medidas educativas con enfoque preventivo, establecimiento de un plan de intervención para dar respuesta a las necesidades detectadas, apertura para el desarrollo de actividades saludables por las instituciones dedicadas al cuidado de la salud oral en las etapas preventivas y curativas.

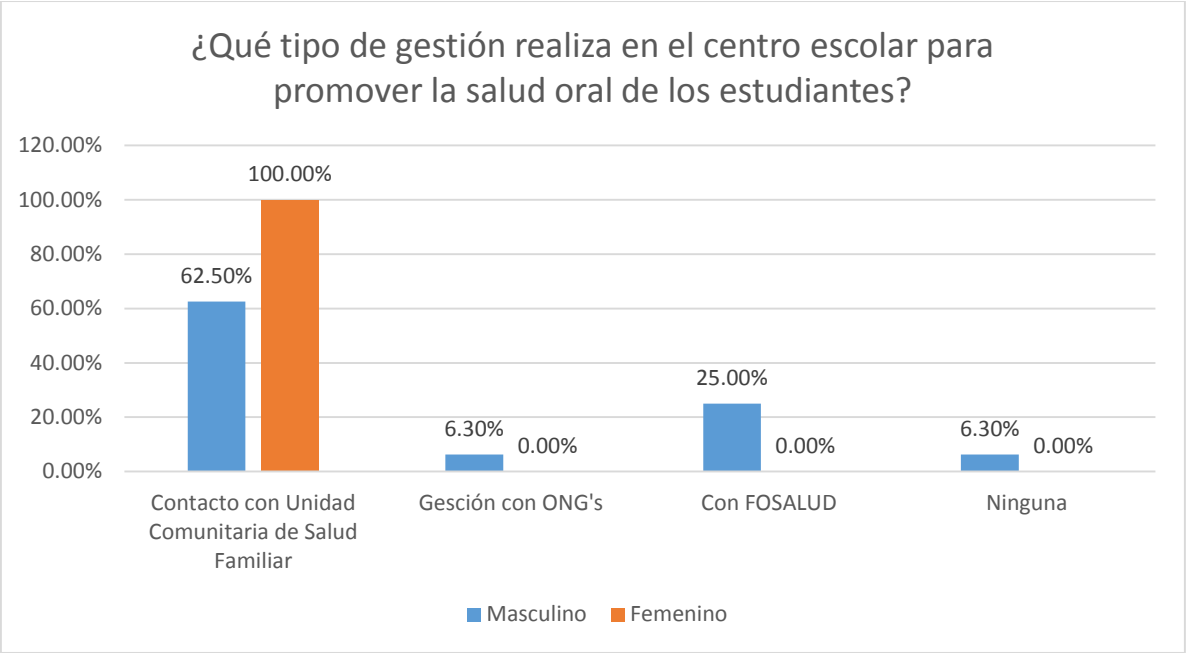
GRÁFICO No. 12



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Del total de los directores encuestados el 50% de ellos respondieron si haber referido al estudiante cuando han detectado problemas de salud oral el otro 50% de ellos no lo ha hecho, por el contrario, el 64.30% de los directores no han referido al estudiante ante un problema de salud oral, el 37.50% si ha hecho referencia de estudiante. Lo anterior demuestra que aún es necesario concientizar al personal docente sobre la importancia de la salud oral en el desarrollo integral de los estudiantes, ya que esta condición de salud al ser desfavorable repercute en alguna medida en su desempeño académico. Es necesario además socializar las alianzas, coordinaciones, programas, proyectos entre otros que el director de la escuela haga o conozca para que el maestro pueda referir con confianza a aquellos estudiantes con problemas de salud oral seguros que se harán las gestiones necesarias para solventar o dar seguimiento adecuado al problema detectado.

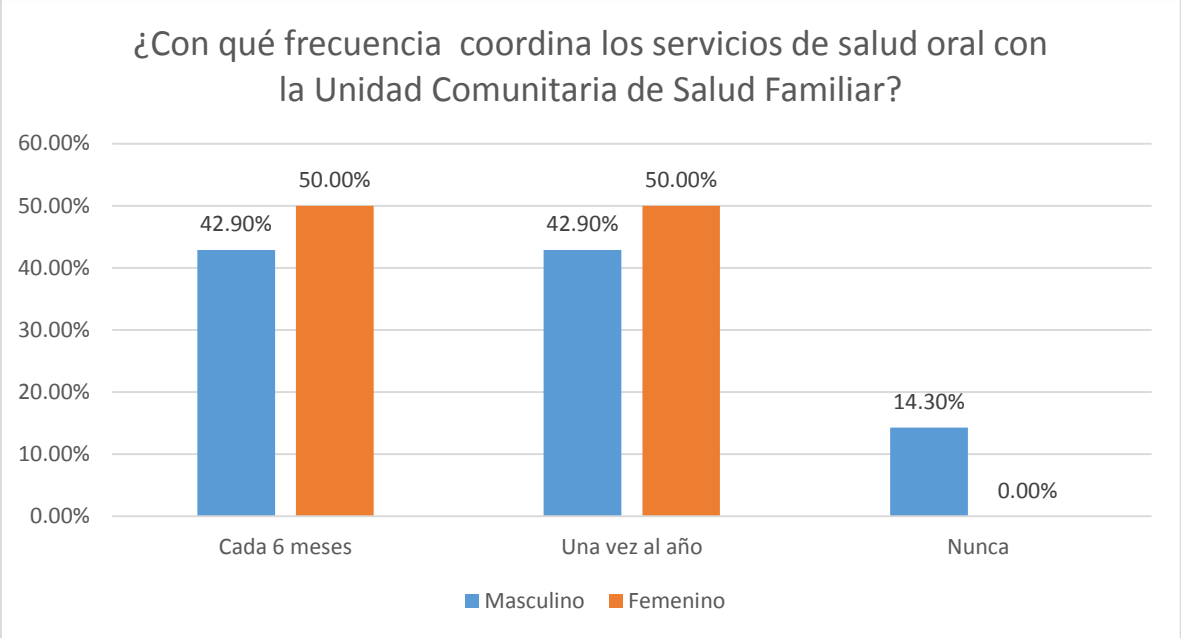
GRÁFICO No. 13



Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 100% de los encuestados del sexo femenino y el 62.50% del sexo masculino manifestaron que realiza el contacto con Unidad Comunitaria de Salud Familiar, como acción para dar atención a problemas bucodentales detectados en los estudiantes, el 25% gestiona con FOSALUD, el 6.30% con ONG´S y el mismo número corresponde a aquellos que manifiestan no realizar ninguna acción ante los problemas de salud oral. La gestión y coordinación interinstitucional permite dar atención oportuna y de calidad a los adolescentes que sufren afecciones de salud oral, es importante que el 100% del personal docente conozca el trabajo realizado en conjunto por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para hacer el uso adecuado de los recursos y evitar complicaciones por enfermedades bucodentales.

GRÁFICO No. 14

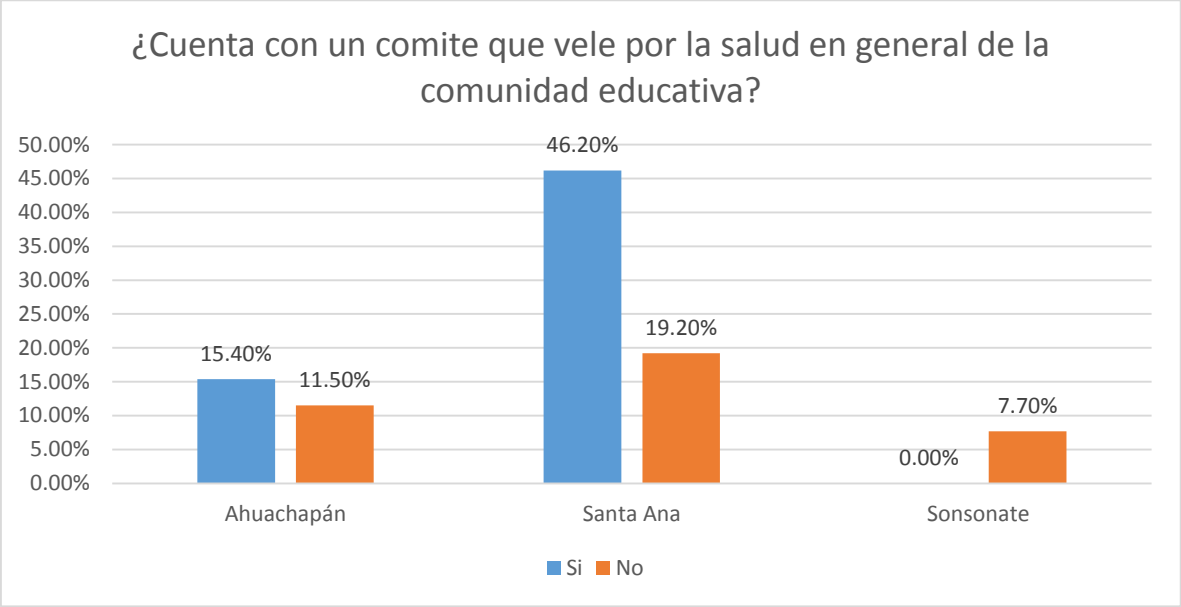


Fuente: Cuestionario dirigido a Directores de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 50% de las directoras coordina las actividades para proporcionar servicios de salud oral a los estudiantes cada 6 meses, el mismo porcentaje lo realiza cada año. El 42.90% de los directores lo hace cada 6 meses y un porcentaje igual lo hace cada año, pero el 14.30% de los directores manifestó nunca hacer coordinaciones con ninguna frecuencia para proporcionar servicios en salud oral a los estudiantes. Lo que refleja a las instituciones que dejan al descubierto el aspecto de la salud oral en los estudiantes, exponiéndolos a las complicaciones de los posibles problemas existentes o la presencia de nuevos padecimientos, además de evadir el derecho a la salud integral que incluye la salud oral preventiva y curativa.

2.- Resultados de las encuestas dirigidas a los Maestros de los centros escolares de la zona occidental de El Salvador.

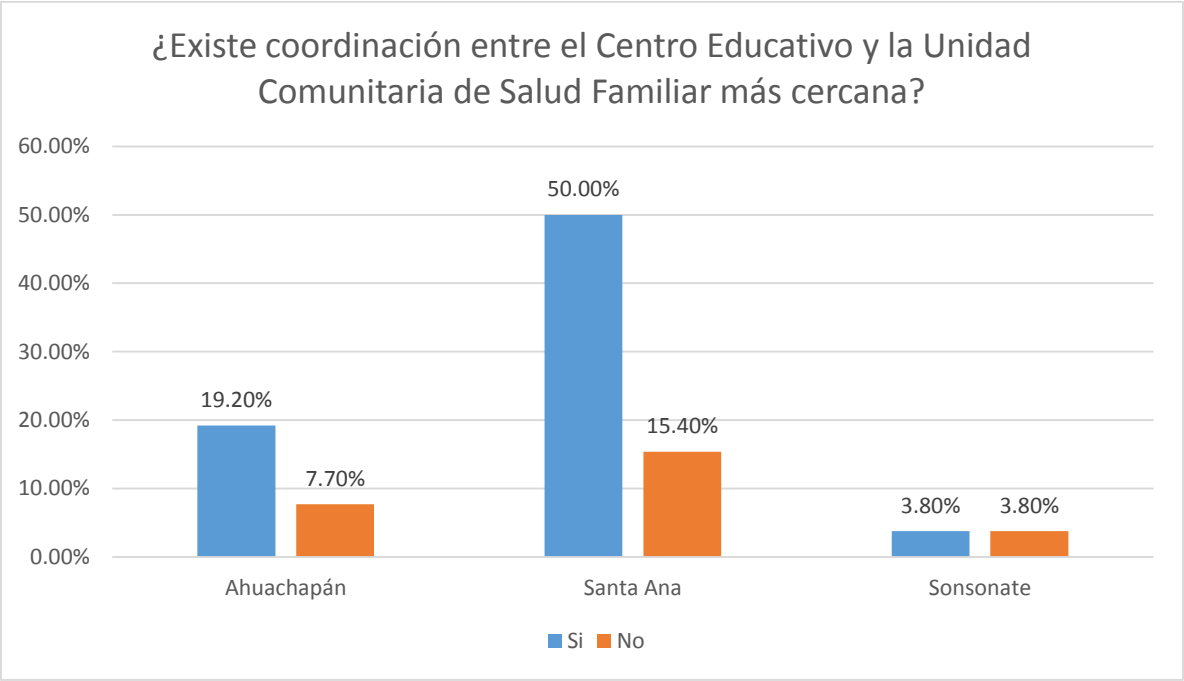
GRÁFICO No. 1



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 46.20% de los maestros que pertenecen a Santa Ana respondieron que en sus centros de estudio si cuentan con comité de salud, en Ahuachapán el 15.40% de los maestros contestaron de la misma manera, en Sonsonate ningún maestro conoce la existencia de comités de salud en los centros educativos, el 11.50% de los encuestados de Ahuachapán desconoce sobre esta entidad y un mayor número de maestros representado por el 19.20% de maestros de igual forma desconocen la existencia del comité. Es importante reconocer que, si se verifico la existencia de los comités en algunos de los centros escolares, sin embargo, no han sido socializados con el total de los maestros la existencia los mismo y la funciones que realiza en el centro escolar, por lo tanto, el desconocimiento causa poca participación y empoderamiento de las acciones que en él se realicen.

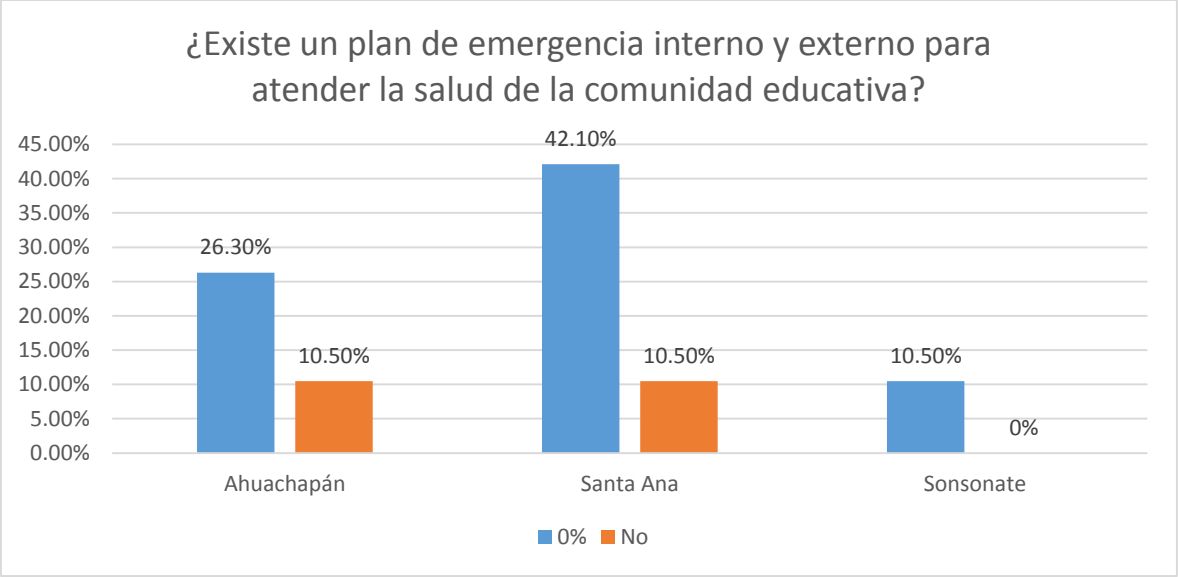
GRÁFICO No. 2



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 50.0% de los maestros en Santa Ana, si conocen de la coordinación existente entre el centro educativo y la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, un menor número de docentes conocen esta relación en los centros educativos de Ahuachapán representados por 19.20%, y en Sonsonate el 3.80% de los maestros si conocen de esta coordinación y el mismo porcentaje no conoce sobre esta coordinación para las actividades que realiza el comité en salud. La coordinación entre el sector salud y el sector educativo permite la realización de actividades educativas que logren mejorar el estado de salud de los estudiantes y prevenir el desarrollo de potenciales problemas de salud en especial sobre salud bucal.

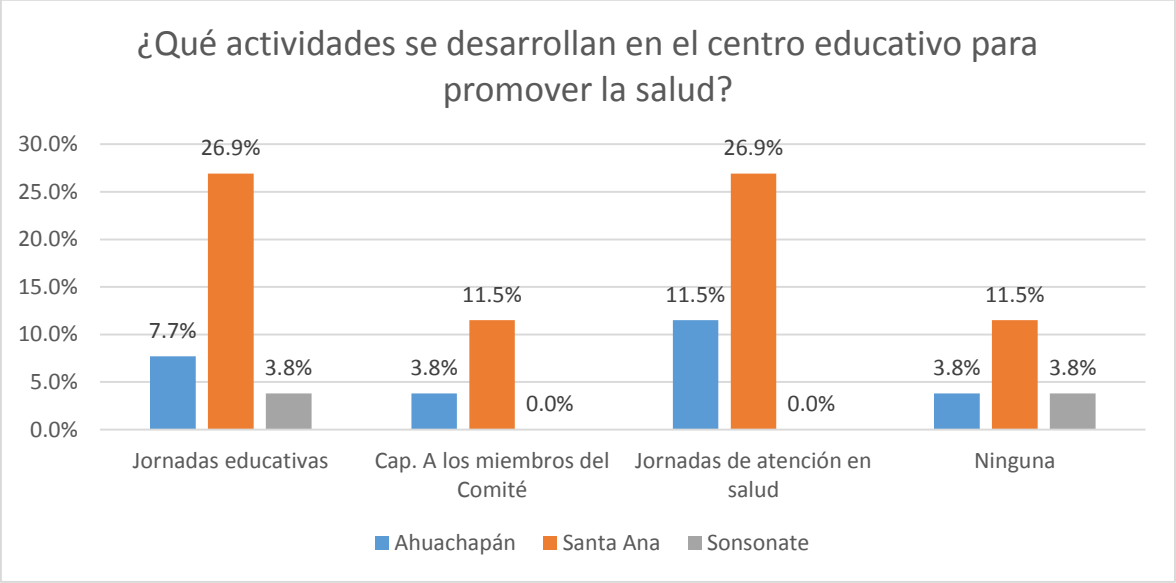
GRÁFICO No. 3



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 42.10% de los maestros de los centros educativos de Santa Ana, refieren si existe un plan de emergencia interno y externo para atender la salud de los miembros de la institución educativa, seguido del 26.30% del departamento de Ahuachapán que manifiestan si conocer de la existencia de este plan, y en Sonsonate solo el 10.50% de los maestros contestaron afirmativamente a la interrogante. Si bien es cierto el mayor número de los maestros conocen el plan interno y externo, se convierte en una fortaleza, pero aun es necesario que los maestros que no conocen su existencia sepa del mismo ya que se convierten en una amenaza para lograr lo establecido en el plan de trabajo del comité de salud. Es necesario que el 100% de los maestros pertenezcan o no al comité de salud conozcan la información que guía el desarrollo de actividades planificadas, para colaborar activamente.

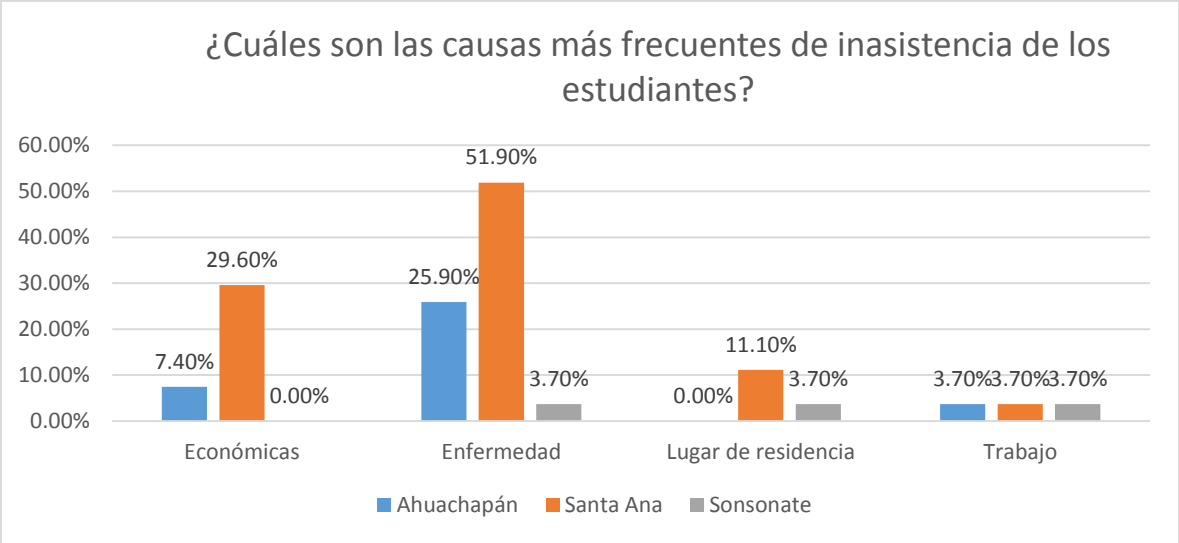
GRÁFICO No. 4



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Las actividades que con mayor frecuencia se realizan en el comité de salud de Santa Ana son en un 26.9% las jornadas educativas y las jornadas en atención en salud, 11.5% capacitaciones a los miembros del comité, en el departamento de Ahuachapán los maestros refieren con un 11.5% las jornadas en atención en salud, 7.7% jornadas educativas, 3.8% capacitación a los miembros del comité, el departamento que menor actividades reporta es siempre Sonsonate, pues no es todos los centros educativos existe el comité en salud. Los comités existentes no han diversificado las actividades programadas en sus planes de trabajo, se detectó que el departamento de Santa Ana es el que con mayor frecuencia realiza las actividades y lo más importante que su personal conoce el trabajo del mismo.

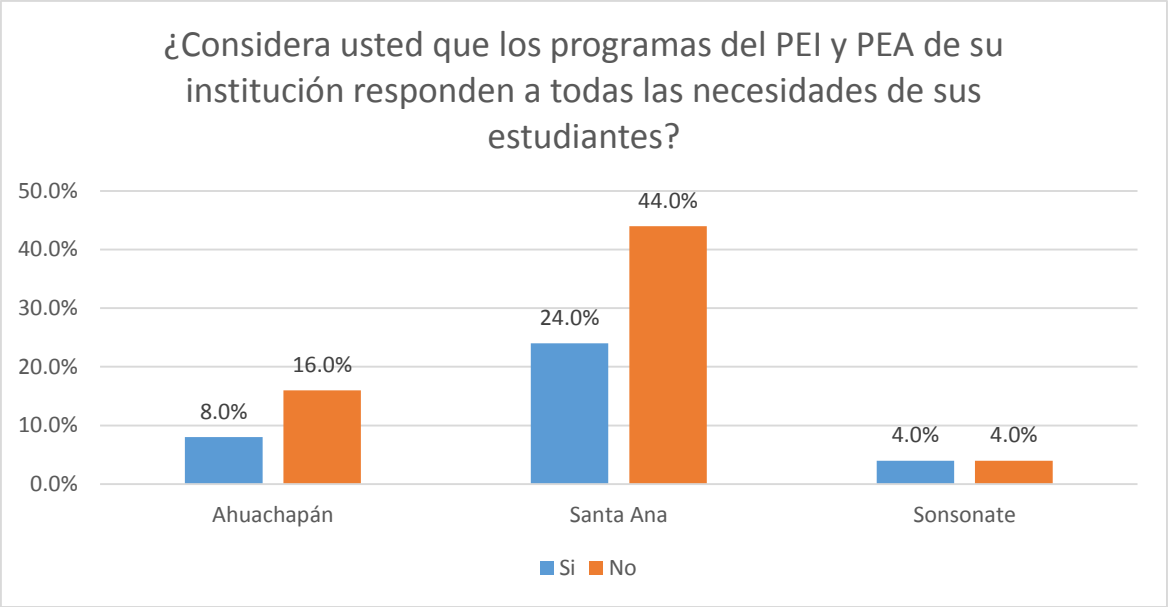
GRÁFICO No. 5



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: En la zona occidental las causas con mayor incidencia para la inasistencia de los estudiantes es la enfermedad, sin especificar cuál es la más frecuente, con un total del 81.50% de los maestros quienes han identificado esta situación como la primera causal. El 37% de los maestros identificaron en segundo lugar a las causas económicas, siendo más frecuentes en el departamento de Santa Ana. Únicamente en Santa Ana y Sonsonate se identificó el lugar de residencia como causal de inasistencia representados por el 11.10% y el 3.70% respectivamente. El 3.70% de los maestros en los tres departamentos en investigación refieren que el trabajo es uno de los factores que favorece la inasistencia, ya que algunos de los estudiantes dividen su tiempo en trabajo y estudio. La inasistencia recurrente suele causar en la mayoría de los casos deficiencia en el rendimiento académico y por lo tanto repitencia, además de comprometer la calidad de los conocimientos adquiridos y de las habilidades y destrezas desarrolladas por los estudiantes.

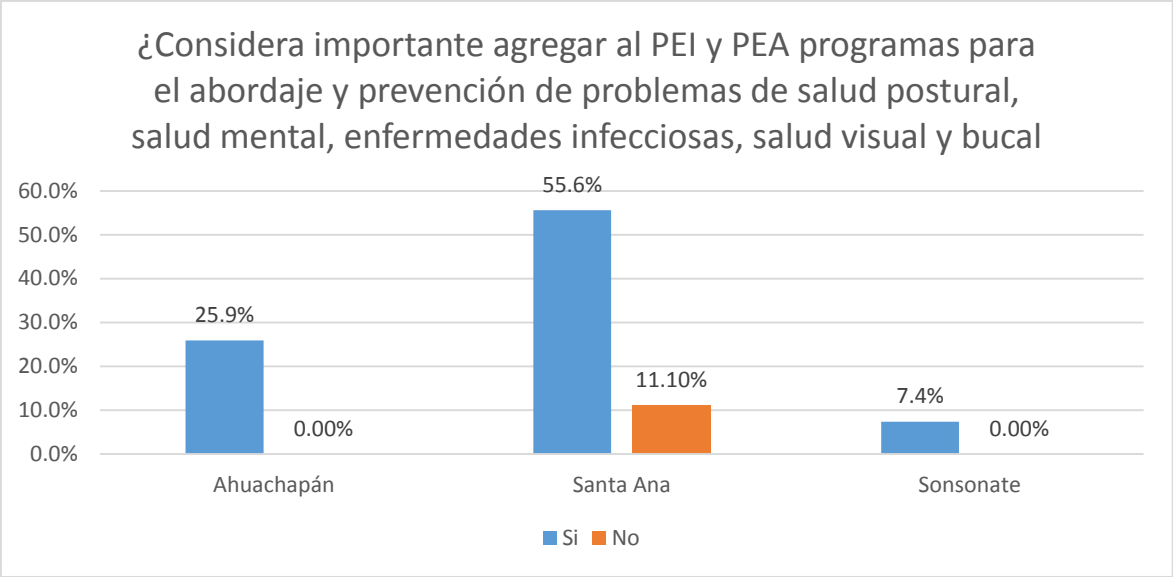
GRÁFICO No. 6



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 44.0% de los maestros de Santa Ana, el 16.0% de los de Ahuachapán y el 4.0% de maestros de Sonsonate, consideran que el PIE y el PEA, no responden a las necesidades de los estudiantes. Del total de maestros que consideran que estos dos programas si responden a las necesidades los estudiantes están representados de por el 24% en Santa Ana, el 8.0% en Ahuachapán y el 4.0% en Sonsonate. Es necesario que los maestros formen parte del proceso de planificación de ambos programas, pues son ellos los que están de cerca con los estudiantes y pueden aportan ideas y datos que reflejen las condiciones actuales de los estudiantes y por lo tanto proponer las intervenciones que logren satisfacer en mayor medida las necesidades reales y actuales de la población estudiantil.

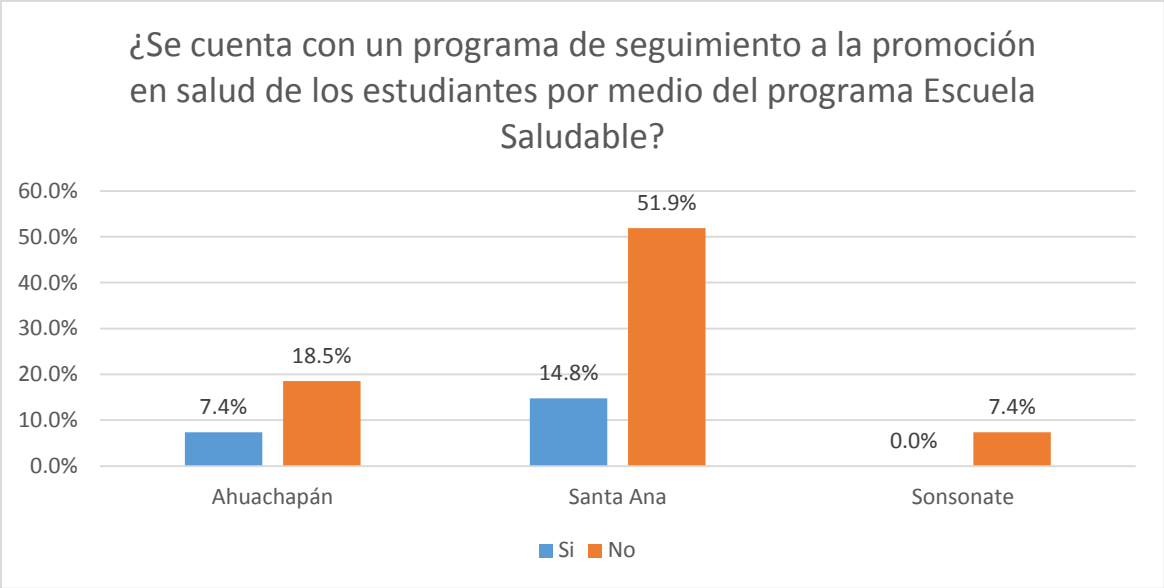
GRÁFICO No. 7



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: En el departamento de Santa Ana, el 55.6% de los maestros considera importante agregar al PEI y PEA programas dirigidos a la prevención de problemas de salud en diferentes áreas, el 11.10% del mismo departamento no lo considera importante. En Ahuachapán el 25.9% si lo considera importante y en Sonsonate el 7.4% también considera importante integrar este tipo de programas a las planificaciones institucionales. El establecimiento de programas o actividades encaminadas a la prevención y promoción en salud, lograrían abordar de manera integral la formación de los estudiantes.

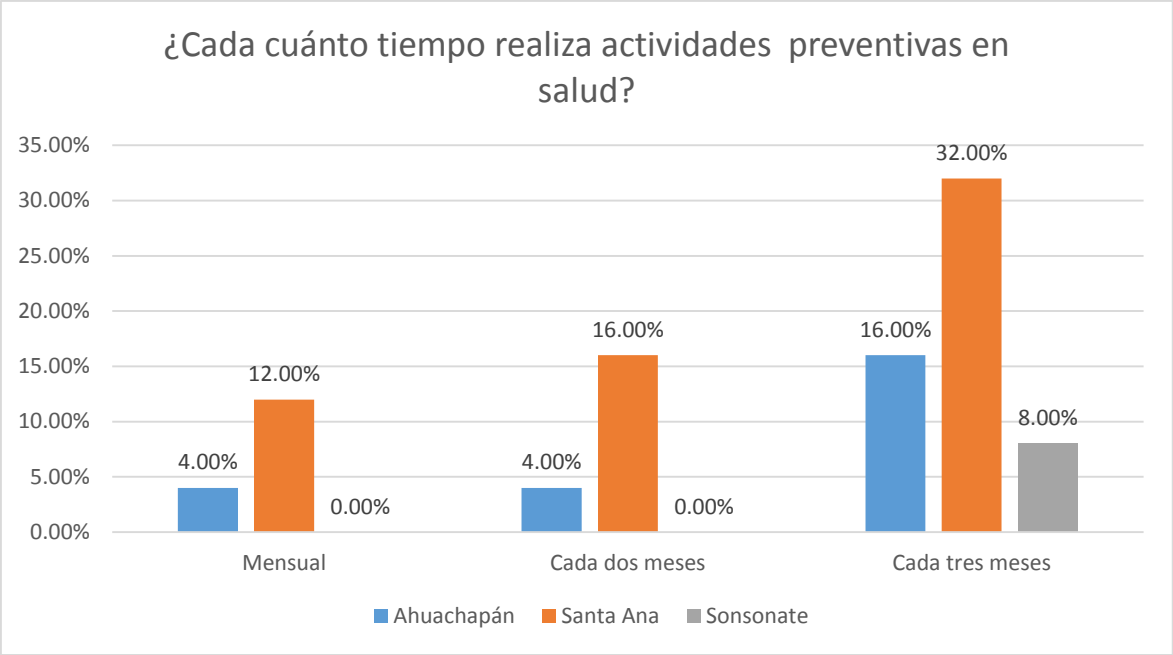
GRÁFICO No. 8



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El mayor número de instituciones que no dan seguimiento a la promoción en salud de los estudiantes por medio del programa nacional de escuela saludable está representado por Santa Ana con el 51.9%, seguido por Ahuachapán con el 18.5% y finalmente Sonsonate con el 7.4%. El 14.8% de instituciones de Santa Ana, si dan seguimiento por medio del programa de escuela saludable, el 18.5% de las instituciones de Ahuachapán lo hacen por el mismo medio y Sonsonate no reporta datos. El seguimiento es una estrategia que garantiza la innovación en los programas empleados y la calidad de los servicios que se ofrecen en este caso la promoción en salud para los estudiantes por medio de la coordinación y corresponsabilidad entre el sector salud y educación.

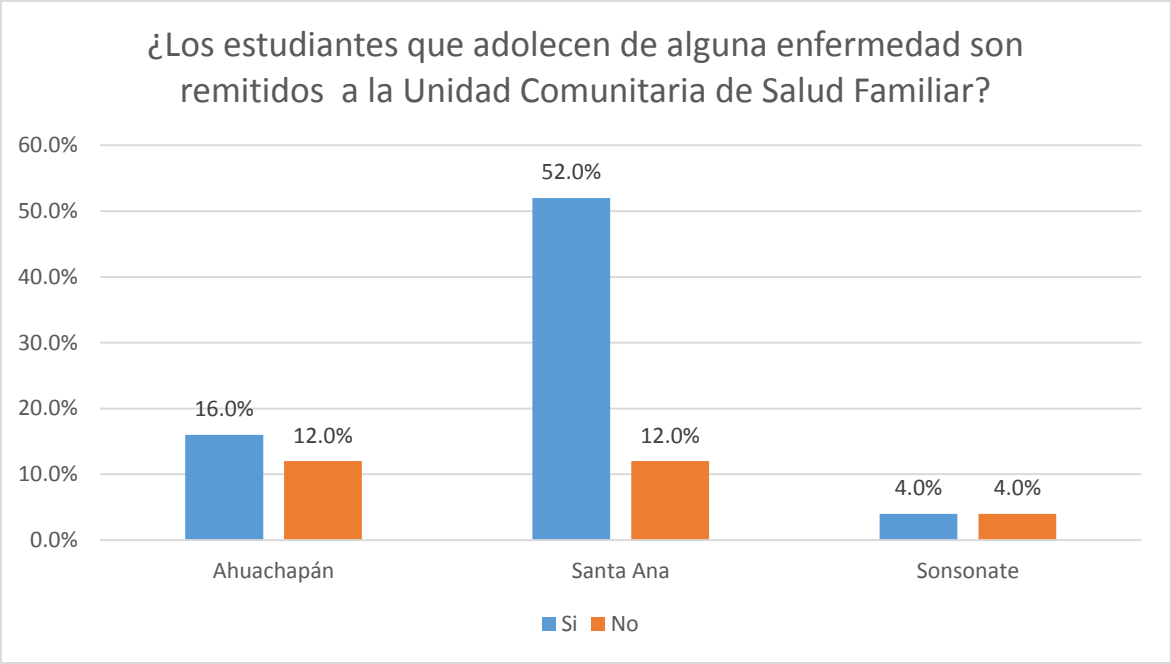
GRÁFICO No. 9



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 16% de los maestros de la zona occidental respondieron que las actividades en salud con enfoque preventivo son realizadas de forma mensual, el 20% cada dos meses y el 56% cada tres meses. La frecuencia de la realización de este tipo de actividades permite lograr el cambio de actitud en los estudiantes para el cuidado de su propia salud, sin embargo, el mayor número de instituciones el 56% las realiza con una frecuencia aceptable. La educación en salud con enfoque preventivo pretende enseñar a los estudiantes a ser responsable de su propio estado de salud-enfermedad aprendiendo a resolver sus problemas poniendo en práctica sus conocimientos.

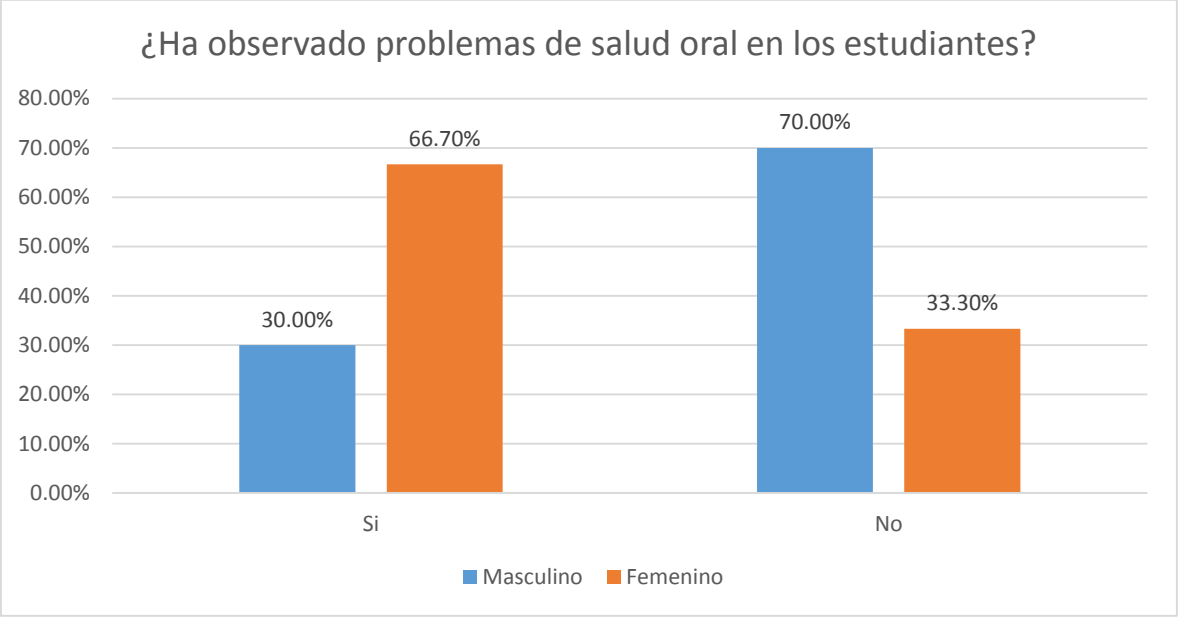
GRÁFICO No. 10



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 52% de los maestros de Santa Ana manifestaron que los estudiantes detectados con problemas de salud si son remitidos a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, seguido del 16% de los maestros de Ahuachapán y el 4.0% de Sonsonate que respondieron de la misma manera. Por otra parte, el 12.0% de los maestros que corresponden a Santa Ana y Ahuachapán en el mismo porcentaje y el 4% de Sonsonate, refieren que algunos de los estudiantes detectados con problemas de salud no son remitidos al centro de salud para su asistencia. La referencia oportuna del estudiante ante una situación de enfermedad garantiza la pronta recuperación de la salud, el rendimiento escolar y evita el estado crónico de la enfermedad.

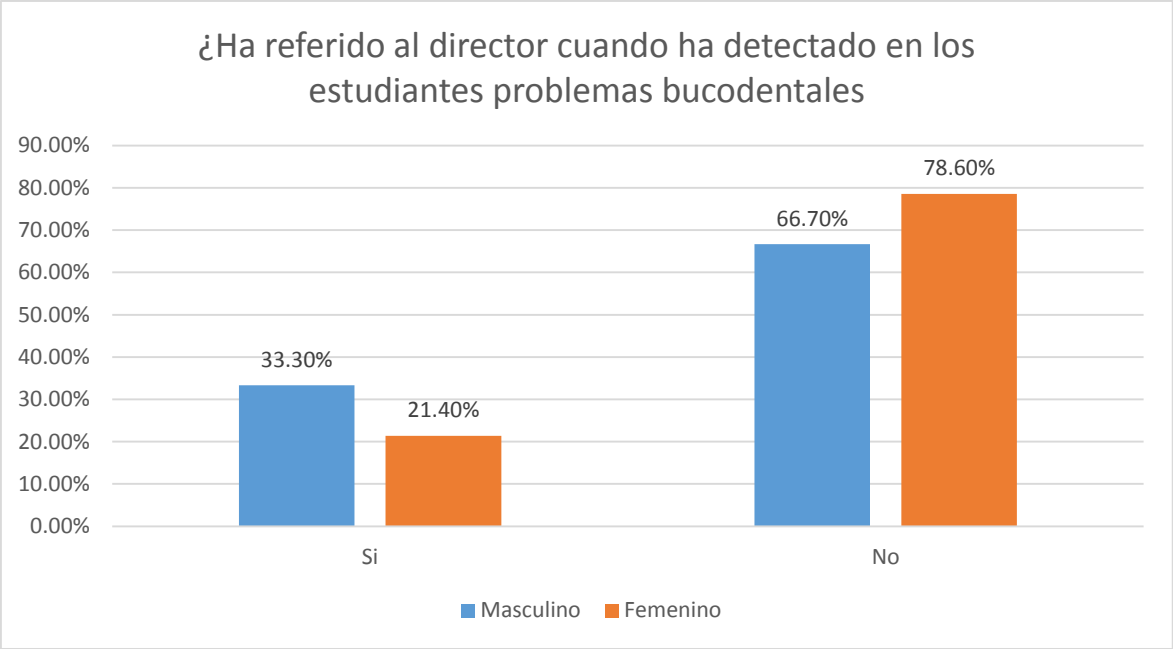
GRÁFICO No. 11



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Del 100% de los maestros encuestados el 52.0% manifiestan si haber observado algún problema de salud oral en sus estudiantes y el 48% no han observado problemas de salud oral en los estudiantes. Lo anterior refleja que el personal docente si tiene contacto con los estudiantes y de alguna manera se involucran en las afecciones de salud de los estudiantes detectando para este caso problemas de salud oral, sin embargo, cuando el docente no conoce las estrategias o coordinaciones que existen entre el centro escolar y las entidades de salud, se pierde la oportunidad de proporcionar atención oportuna y esto a su vez, propicia complicación de carácter académico en los estudiantes.

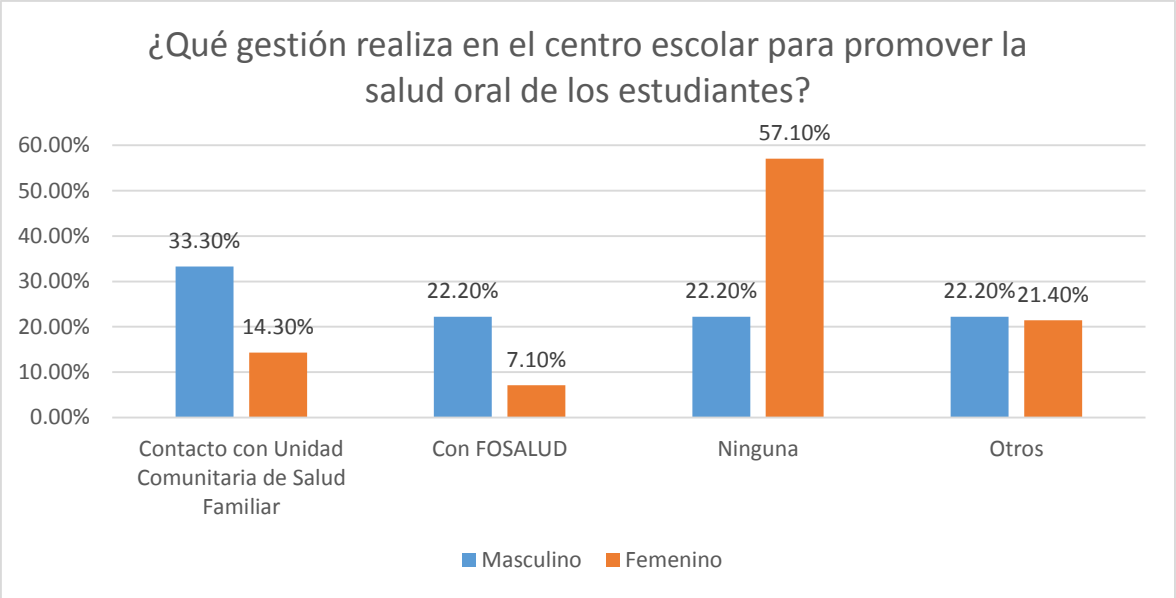
GRÁFICO No. 12



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El resultado demuestra que el 26.1% de los docentes si refieren con el director al estudiante detectado con problemas de salud oral, el mayor número de docentes representado por el 73.9%, no refiere con el director a los estudiantes. Lo anterior contribuye a la complicación de las afecciones actuales de salud oral en la población estudiantil, provocando problemas de rendimiento y asistencia escolar, además de reflejar la falta de interés por parte de los profesores para atender de manera integral el desarrollo de los estudiantes.

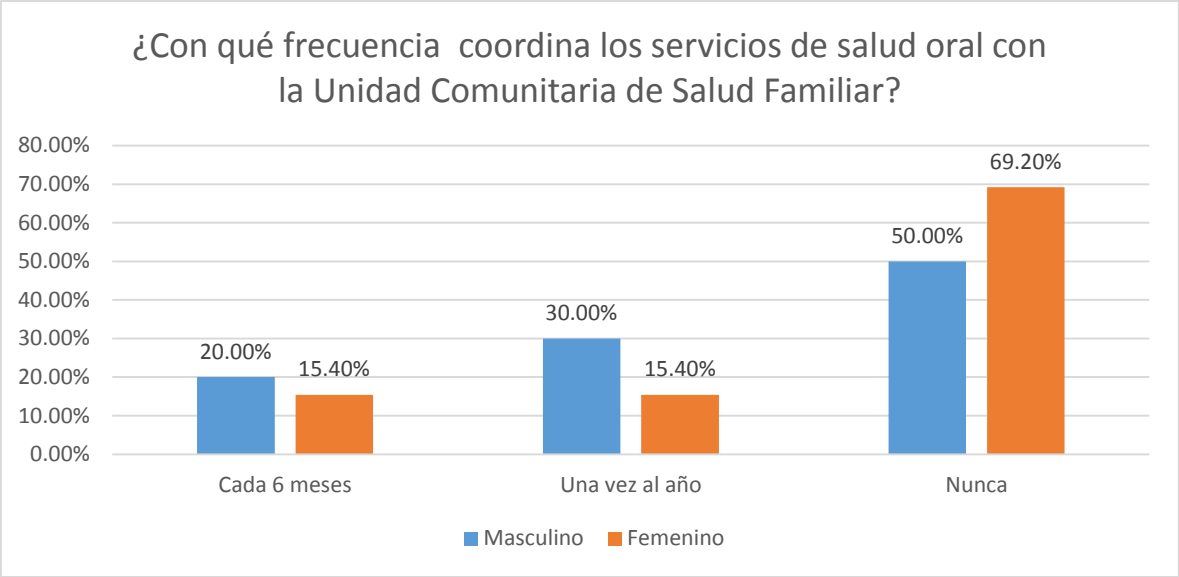
GRÁFICO No. 13



Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 21.7% de los docentes manifiestan que realizan gestión con las UCSF para promover la salud oral en el centro escolar, el 13% refiere las gestión con FOSALUD, el 43.5% expreso que no realiza gestión con ninguna institución, y el 21.7% gestionan con otras entidades ajenas al Ministerio de Salud o entidades del gobierno. La falta de coordinación con las instituciones que pueden apoyar con acciones sobre salud oral deja en evidencia la falta de gestión por el centro escolar y su personal para contribuir al mantenimiento de la salud integral de la población estudiantil.

GRÁFICO No. 14

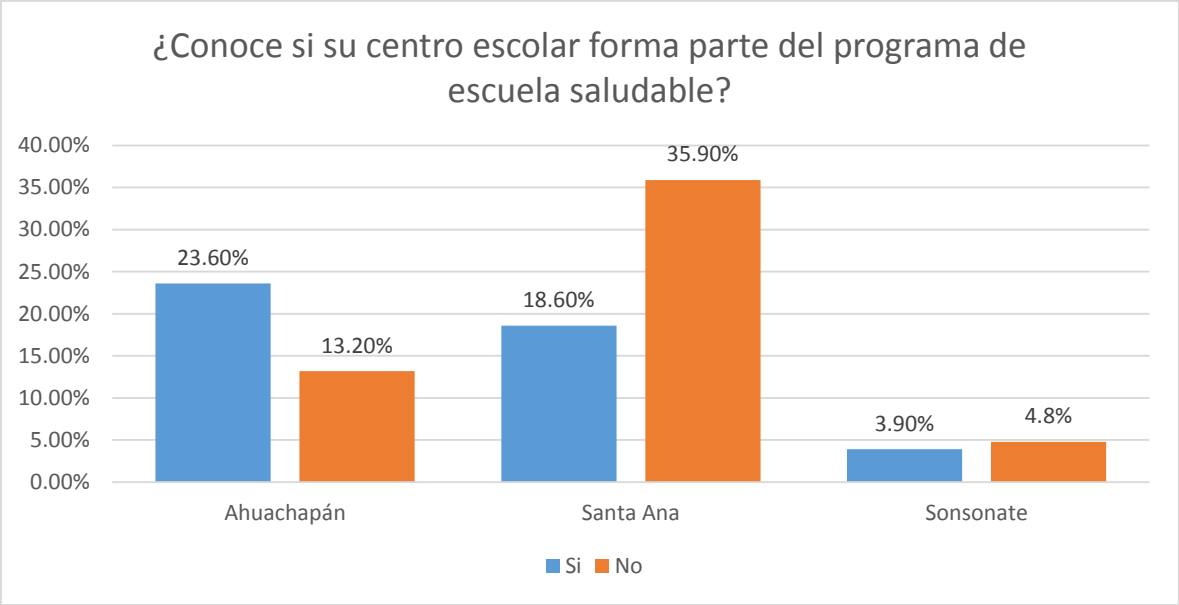


Fuente: Cuestionario dirigido a maestros de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 17.4% del personal docente expresó que la frecuencia con la que el director realiza gestiones de coordinación para la atención en salud oral para sus estudiantes, es cada 6 meses, el 21.7% refirió que era cada año y el 60.9% que representa a la mayoría de los docentes manifestó que los directores nunca realizan ninguna gestión para tal fin. Es necesario realizar la socialización adecuada de las actividades de gestión que se realizan por dos directores para el conocimiento del personal docente, además de implementar estas actividades en el plan de trabajo o planificación anual de las instituciones educativas para proporcionar opciones de atención en salud oral para los estudiantes, contribuyendo de esta manera la disminución de las enfermedades orales y el tratamiento oportuno de las existentes, además de establecer la prevención de las misma como estrategia permanente de intervención.

3.- Resultados de la encuesta dirigida a los estudiantes de los centros escolares de la zona occidental de El Salvador.

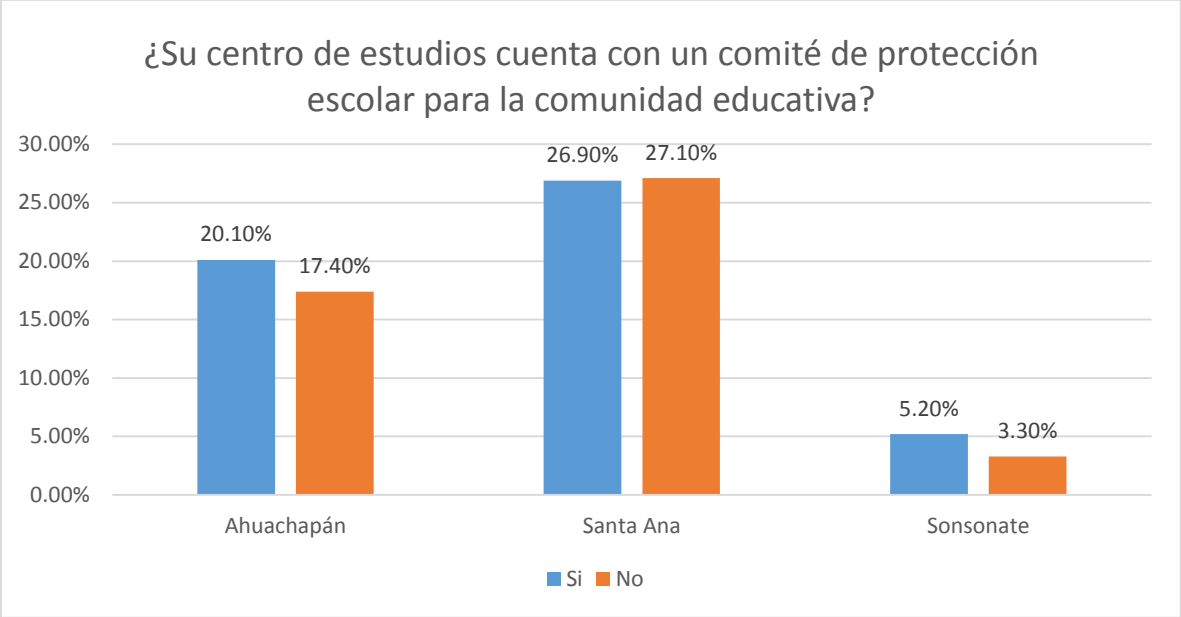
GRÁFICO No. 1



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 35.90% de los estudiantes de Santa Ana, respondieron que si tenían conocimiento que su centro escolar pertenece al programa de escuela saludable, en Ahuachapán el 13.20% y en Sonsonate el 4.8% manifestaron de igual manera tener el mismo conocimientos sobres u centro escolar. Mayor número de estudiantes que desconocen esta información se encuentra en los centros escolares de Ahuachapán representado por el 23.60% y el 18.60% pertenece a Santa Ana, en Sonsonate el 3.90% tampoco tiene conocimiento sobre este programa en su escuela. Es importante que el estudiante conozca la información básica de su centro escolar para que además conozca los beneficios que obtiene por medio de los programas o proyecto que realizan las autoridades de su escuela.

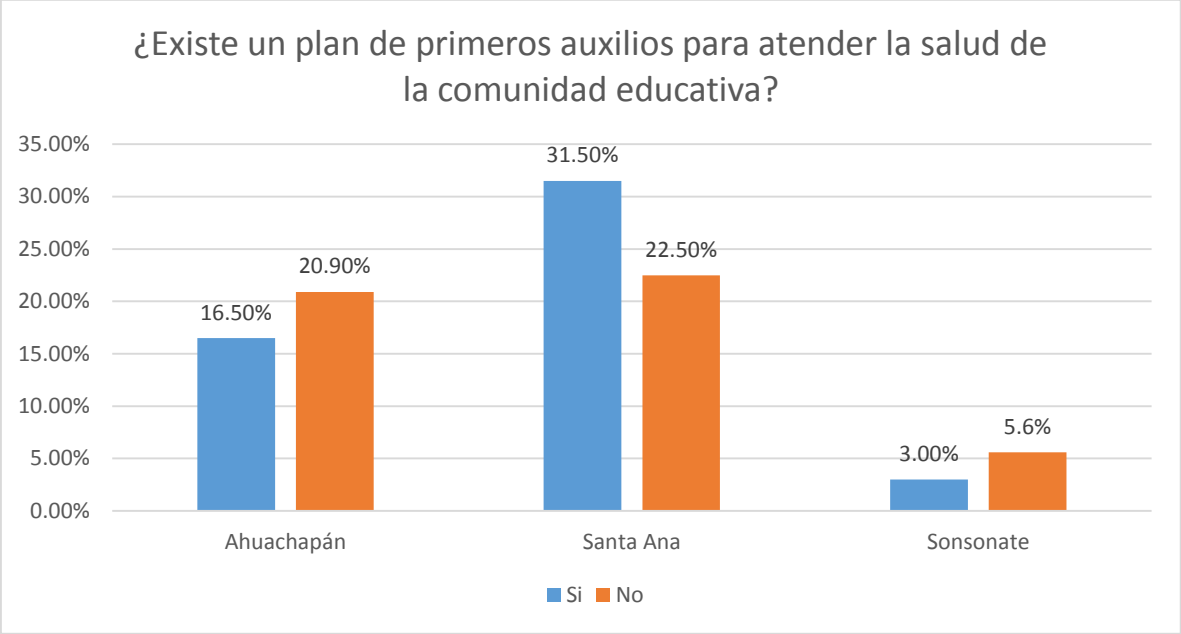
GRÁFICO No. 2



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: En el occidente del país el 52.20% de los estudiantes conocen que su centro escolar si cuenta con un comité de protección escolar, el 47.80% desconoce sobre la existencia de este comité, cabe mencionar que algunos de los estudiantes que respondieron no conocer sobre este comité, si existe en ese centro escolar, por lo tanto es necesario la socialización de las actividades que realiza y hacer partícipe a los estudiantes para que conozcan todo lo relacionado con la institución a la que pertenecen.

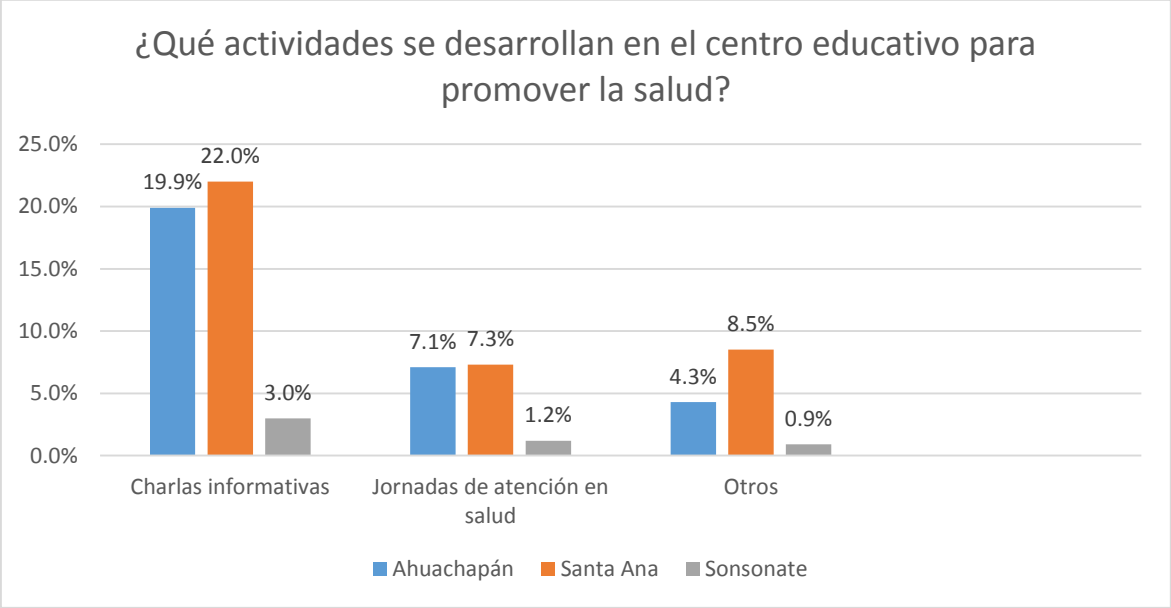
GRÁFICO No. 3



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 51.0% de los estudiantes del occidente, respondieron si conocer que el centro educativo si existe un plan de primeros auxilios para atender la salud de ellos. El 49% de los estudiantes respondieron no conocer la existencia del plan de primeros auxilios. La frecuencia de la realización de las actividades preventivas y de promoción en salud lograrán que la totalidad de la comunidad educativa conozca los servicios y beneficios que ofrece a su población educativa.

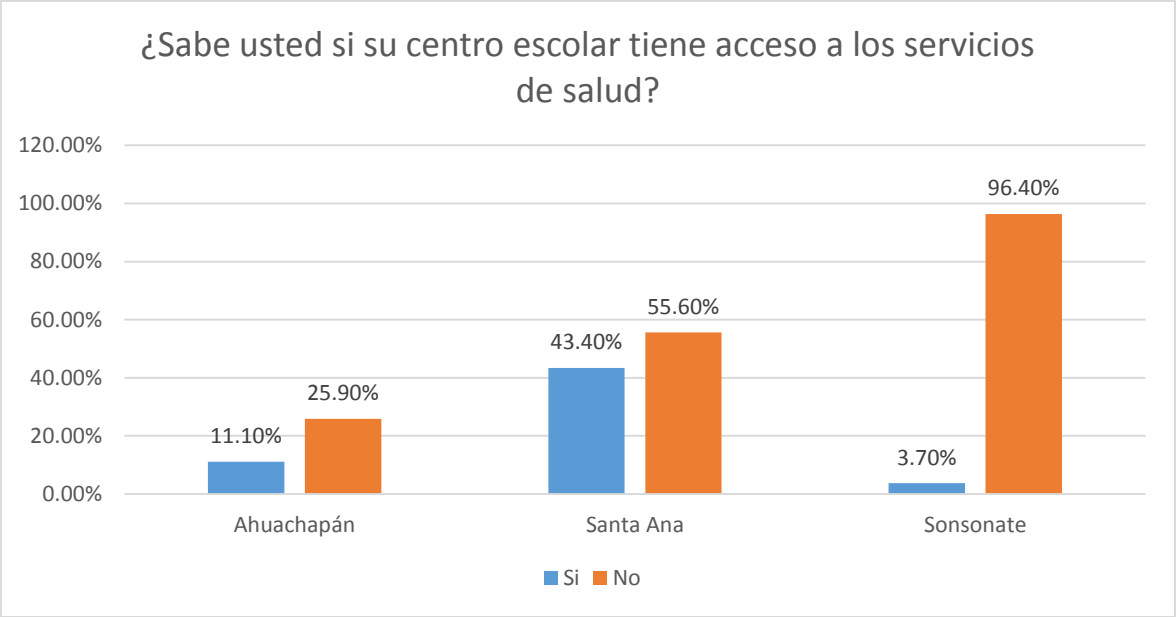
GRÁFICO No. 4



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: En relación a las actividades desarrolladas por el centro escolar para promover la salud el 22.0% de los estudiantes de Santa Ana identificaron en primer lugar las charlas educativas, seguido del 19.9% de estudiantes de Ahuachapán. En segundo lugar, el 7.3% de Santa Ana, el 7.1% de Ahuachapán y el 1.2% de Sonsonate identificaron las jornadas de atención en salud. Existen otro tipo de actividades que poco son identificadas por los estudiantes el 13.70% entre ellas charlas específicas a alguna temática.

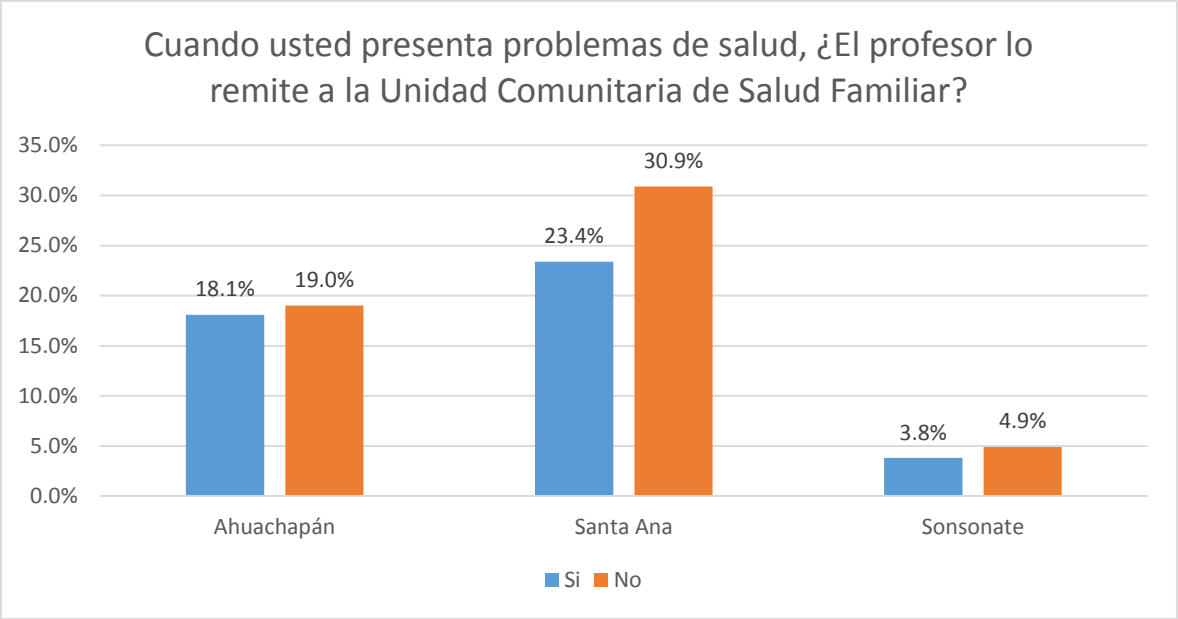
GRÁFICO No. 5



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El mayor número de estudiantes que desconocen el acceso a los servicios de salud pertenecen a Sonsonate con el 96.40%, en Santa Ana el 55.60% de los estudiantes tampoco conocen si el centro escolar tiene acceso a los servicios de salud, el 25.90% de Ahuachapán refirieron lo mismo. El 43.40% de los estudiantes de Santa Ana si conocer sobre la accesibilidad que tiene el centro escolar a los servicios de salud seguido del 11.10% de los estudiantes de Ahuachapán y el 3.70% de Sonsonate. Cuando los estudiantes no tienen conocimiento a la accesibilidad de los servicios de salud del centro escolar no buscan ayuda con algún docente cuando presentan alguna necesidad, dejando que la enfermedad o padecimiento ponga en riesgo su salud o su actividad educativa.

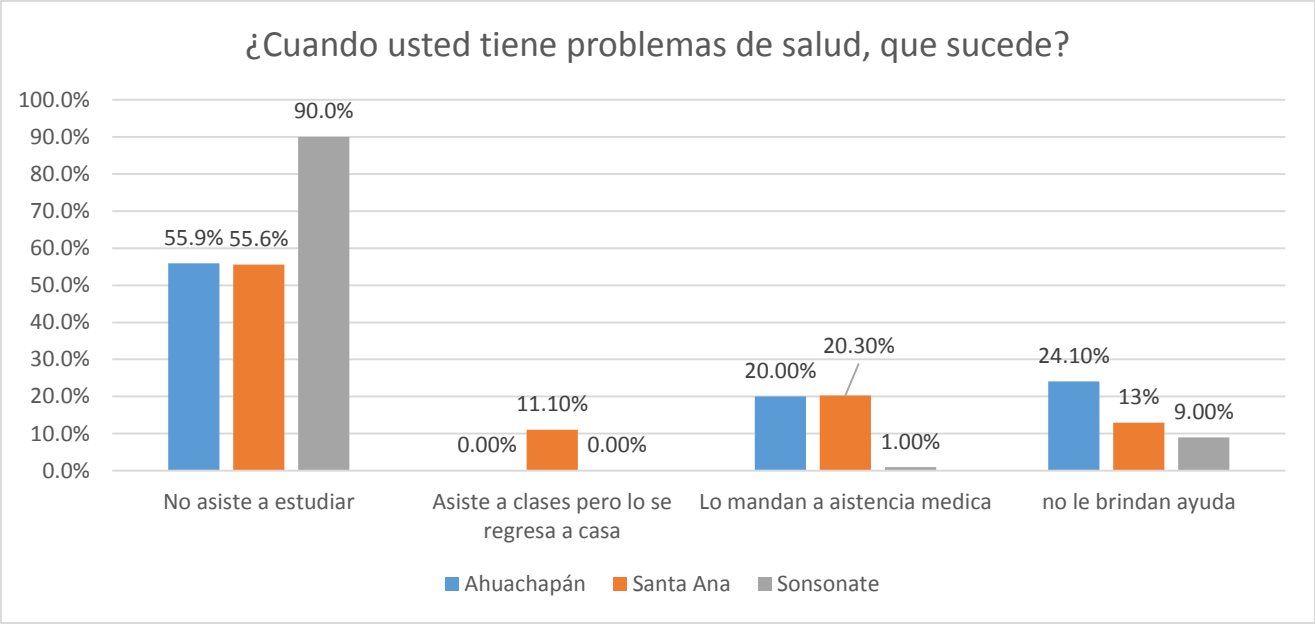
GRÁFICO No. 6



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 54.8% del total de los estudiantes encuestados del occidente del país refieren que el profesor no los remite a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar cuando ellos presentan algún problema de salud. El 45.2% refiere que es remitido al centro de salud por el maestro cuando es necesario. El maestro en coordinación con el director y este a su vez con coordinación con el centro asistencial deben dar respuesta a la necesidad detectada o referida por el estudiante logrando así garantizar el estado de salud del estudiante y evitando una de las primeras causas de inasistencia escolar.

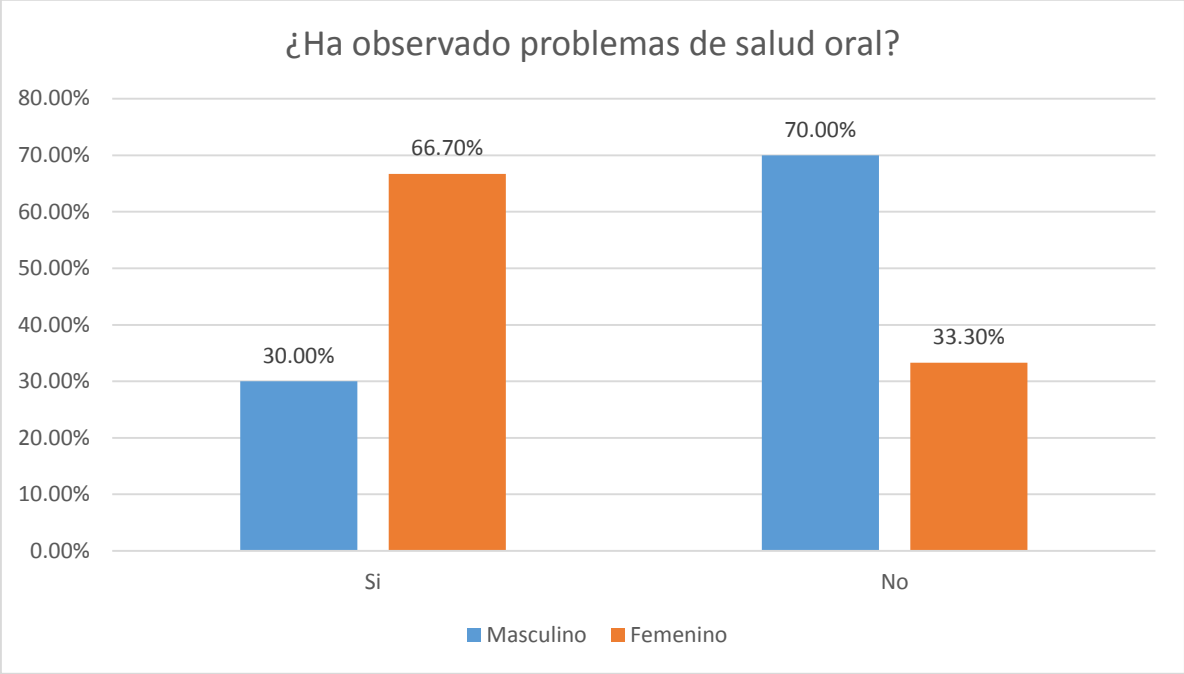
GRÁFICO No. 7



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 90% de los estudiantes de Sonsonate refieren que cuando presentan problemas de salud ellos no se presentan a clases, seguido del 55.9% de Ahuachapán y el 55.6% de Santa Ana en la misma situación. El 11.10% en Santa Ana asisten a clases, pero son regresado a sus casas. El 20.30% de Santa Ana, el 20.0% de Ahuachapán y el 1.0% de Sonsonate lo mandan por asistencia médica y el total de 46.1% de estudiantes refieren que no le brindar atención médica. Es evidente que la primera opción es la inasistencia lo que pone en riesgo el rendimiento escolar y el aumento de la repitencia.

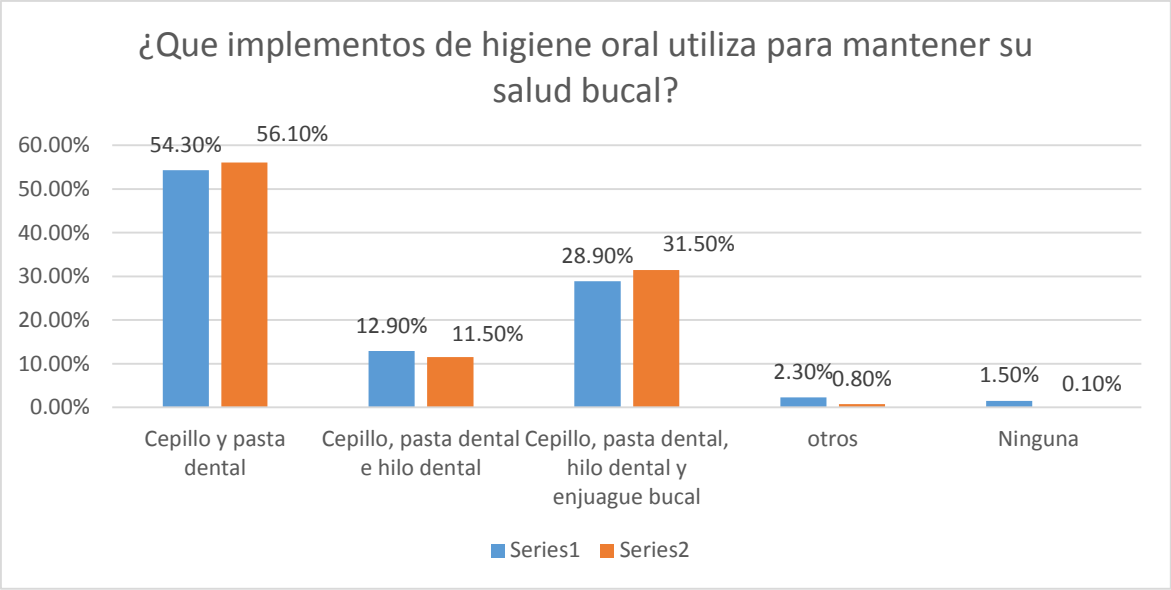
GRÁFICO No. 8



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Del 100% de los estudiantes encuestados el 52.0% manifiestan si haber observado algún problema de salud oral y el 48% no han observado problemas de salud oral. Lo anterior refleja que el personal docente si tiene contacto con los estudiantes y de alguna manera se involucran en las afecciones de salud de los estudiantes detectando para este caso problemas de salud oral, sin embargo, cuando el docente no conoce las estrategias o coordinaciones que existen entre el centro escolar y las entidades de salud, se pierde la oportunidad de proporcionar atención oportuna y esto a su vez, propicia complicación de carácter académico en los estudiantes.

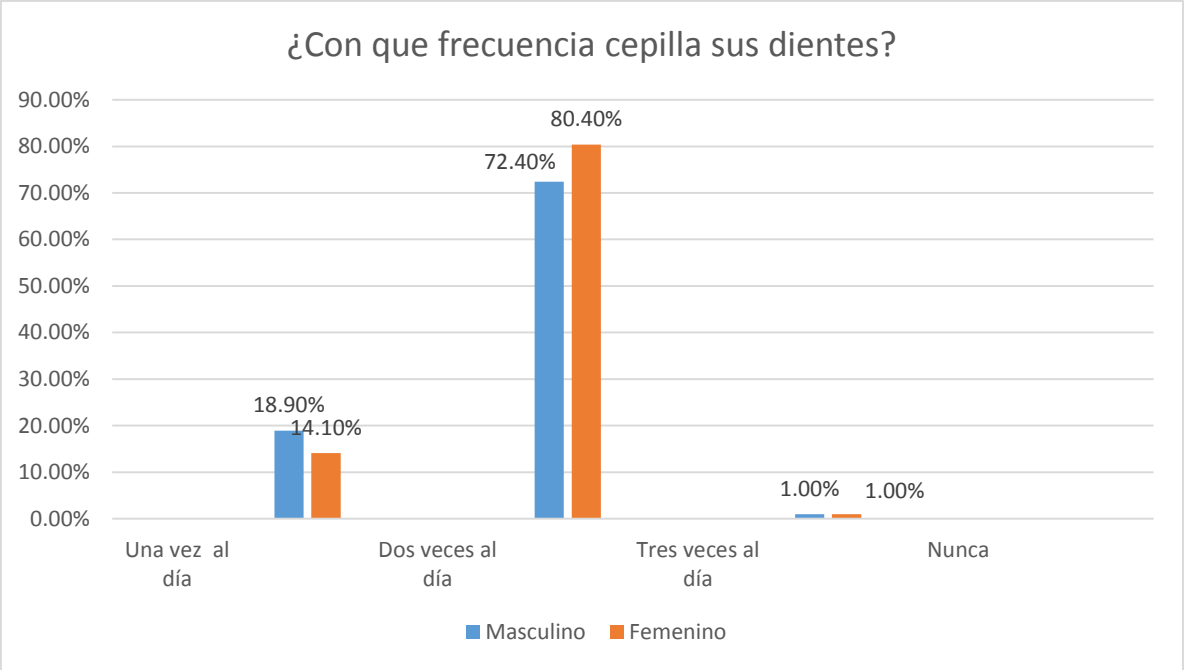
GRÁFICO No. 9



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Cuando se consultó a los estudiantes sobre que implementos de higiene oral utiliza regularmente, el 55.2% respondió solo utilizar cepillo y pasta, un 12.3% cepillo, pasta e hilo dental, un 30.2% además del cepillo, pasta e hilo, también utiliza algún enjuague oral y solo el 0.8%, manifestó no utilizar ningún implemento para su higiene oral. Los implementos que acompañan el cepillado contribuyen a la buena higiene oral y de alguna manera refleja los hábitos de los estudiantes para mantener su buena o mala higiene oral.

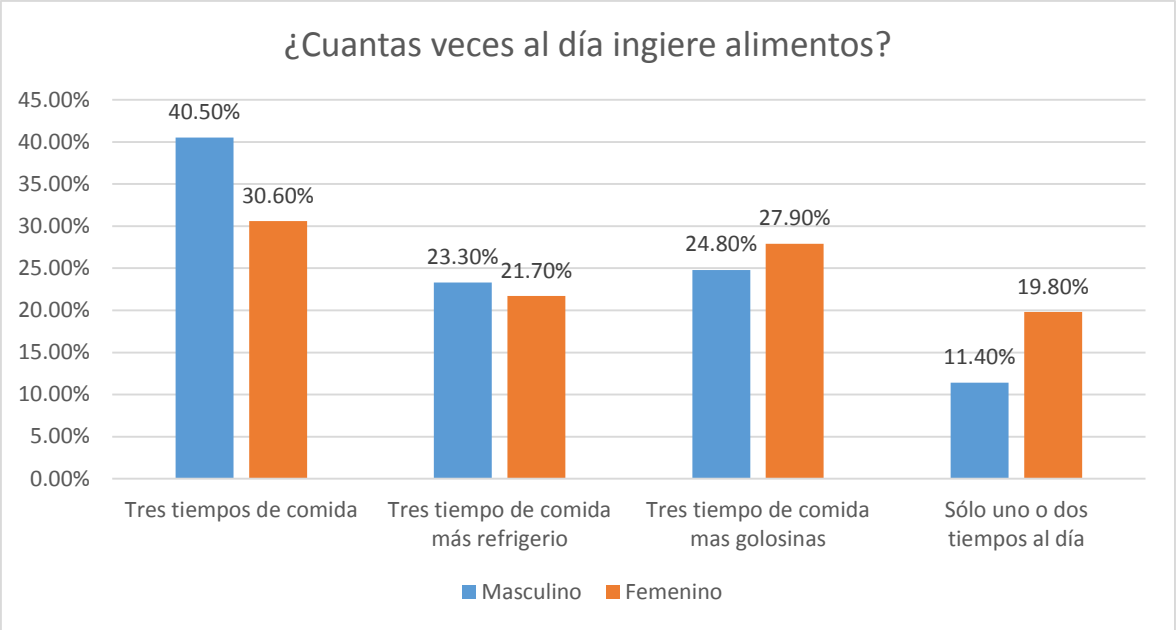
GRÁFICO No. 10



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Del 100% de los estudiantes el 76.3% cepilla sus dientes tres veces al día, el 16.6% lo hace dos veces al día, y el 6.1% únicamente una vez al día, el 1% refirió no cepillar sus dientes en ningún momento. El cepillado dental se considera un hábito higiénico básico para mantener el buen estado de salud oral, al evitar en su totalidad esta actividad se contribuye al aparecimiento de afecciones bucodentales, la frecuencia debe de acompañarse de una buena técnica para garantizar la efectividad del cepillado evitando así el deterioro de la salud oral.

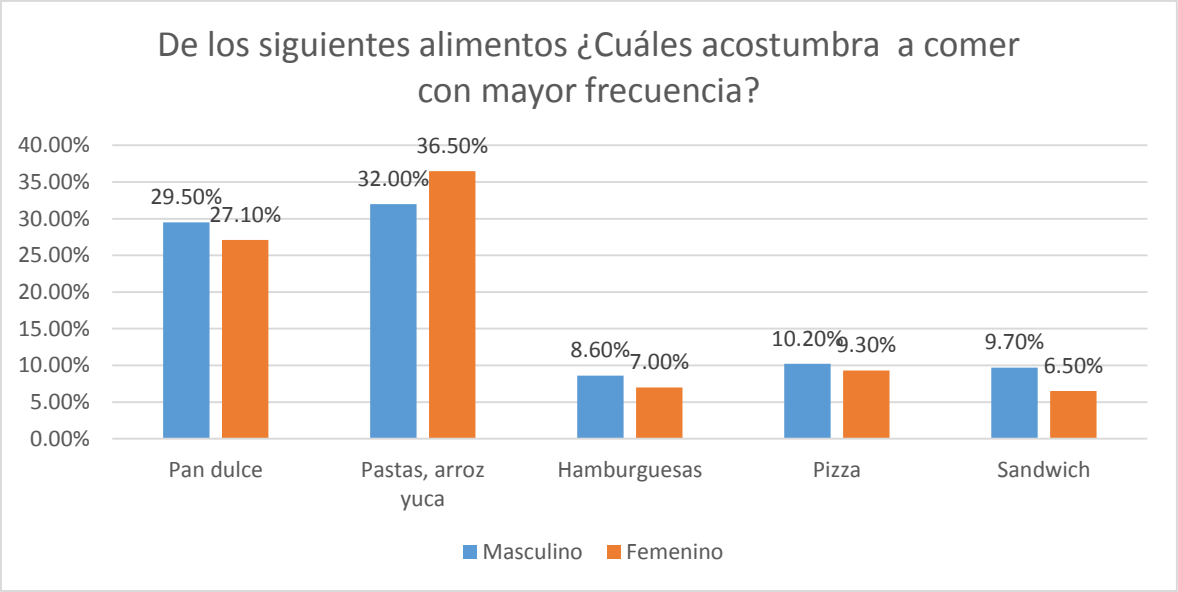
GRÁFICO No. 11



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 35.7% de los estudiantes ingieren tres tiempos de comida al día, el 26.3% agregan a este número de tiempos de comida refrigerios más golosinas, el 22.6% agrega únicamente refrigerio a la alimentación diaria, el 15.4% manifestó solo ingerir uno o dos tiempos de comida al día sin refrigerio ni golosinas. La frecuencia en la ingesta y tipo de alimentos determina la salud general bucodental, el tipo de alimentación proporciona grandes cantidades de azúcar, carbohidratos y otras sustancias que favorecen la acumulación de flora bacteriana y por ende ácidos nocivos para la salud bucodental, predisponiendo al padecimiento de enfermedades tales como la caries y periodontitis.

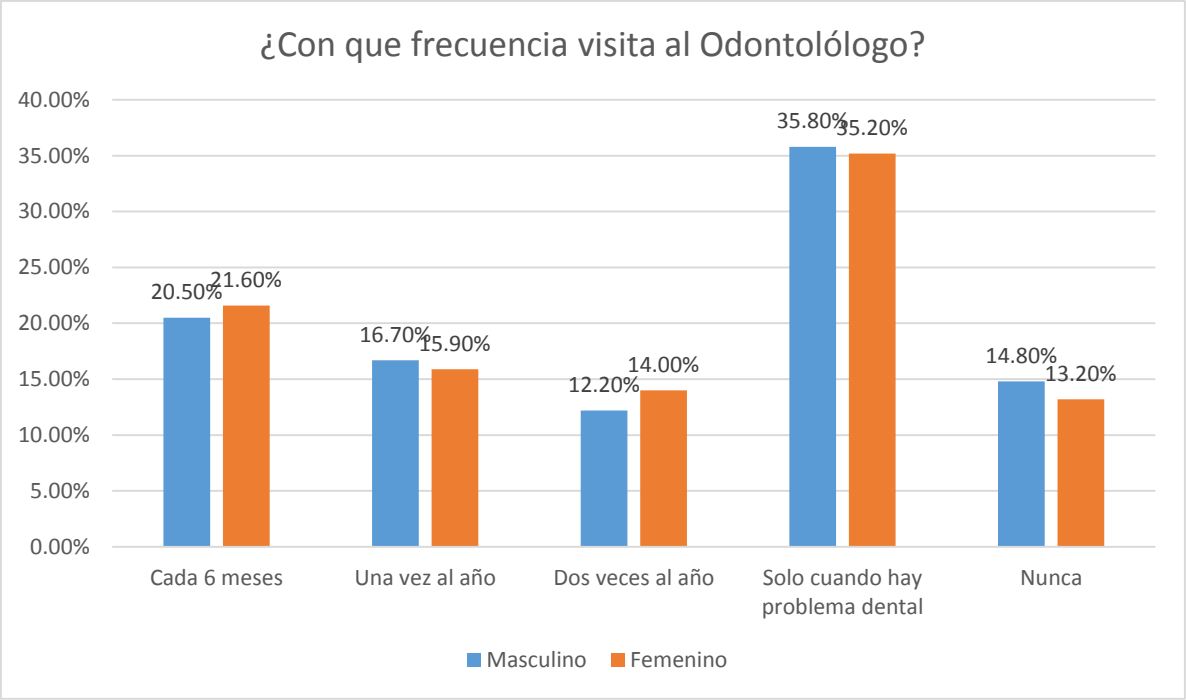
GRÁFICO No. 12



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: El 34.2% de los estudiantes refieren tener una dieta a base de harinas, el 28.3% consume con mayor frecuencia el pan dulce dentro de su alimentación diaria, el 11.8% consume dulces de forma regular, el 8.1 consume sándwich y el 7.8% consume hamburguesas acompañada generalmente con bebidas carbonatadas y azúcar, al igual que el 7.8% que consume pizza. Lo que refleja que la dieta de los estudiantes no es la adecuada y predispone para la aparición de enfermedades bucodentales, el tipo de alimentos determina el índice de placa bacteriana acumulada en las superficies dentarias, por lo que es importante conocer su ingesta en la proyección del progreso de lesiones cariosas.

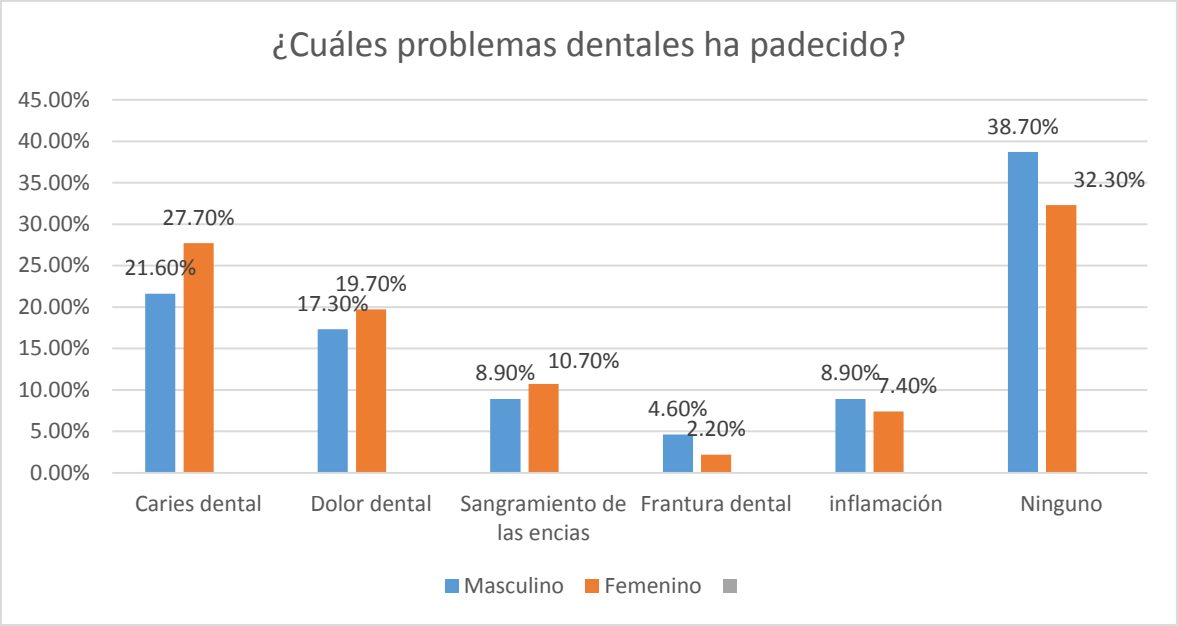
GRÁFICO No. 13



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Del 100% de los estudiantes el 35.5% visita al odontólogo solo cuando hay algún problema de salud dental, el 21.0% manifestó visitarlo una vez al año, el 16.3% dos veces al año, cumpliendo así la frecuencia recomendada por el profesional en odontología y el 14% refirió nunca visitar al odontólogo. Es importante implementar actividades educativas con enfoque preventivo para concientizar sobre la importancia de visitar al menos una vez al año al odontólogo para la detección de afecciones de manera preventiva y no interceptiva.

GRÁFICO No. 14



Fuente: Cuestionario dirigido a estudiantes de centros escolares de la zona occidental sobre la gestión escolar y de salud de los estudiantes de educación básica.

Análisis: Los estudiantes encuestados manifestaron que las enfermedades bucodentales más frecuentes son las lesiones cariosas 24.7%, seguido de dolor dental 18.5%. De igual forma el 9.8% manifestaron sangrado de encías y el 8.2% presenta inflamación de tejidos orales 8.2%. Más del 50% de la población estudiantil si ha presentado o presenta actualmente problemas de salud oral, por lo que es de suma importancia la realización oportuna y adecuada de la gestión por parte de las autoridades de los centros escolares para cubrir estas necesidades en los estudiantes.

4.2. CONCLUSIONES

Objetivo General:

Establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos del área básica.

Hipótesis:

"Cuanto más efectiva sea la gestión escolar en la salud oral de los estudiantes en los centros de educación básica de la zona occidental de El Salvador, mayor será la detección temprana de las alteraciones en la salud oral".

En cuanto al objetivo general relacionado directamente con la hipótesis que guía la investigación, se identifica la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud en los centros educativos de la zona occidental de El Salvador. Con base en los resultados obtenidos por medio del instrumento orientado a describir los aspectos básicos de la gestión escolar en relación al estado de salud de los estudiantes en los centros educativos del occidente del país, se determinó que el departamento que cuenta con mejores aspectos básicos de gestión en salud es Santa Ana, seguido de Ahuachapán y en último lugar los datos posicionaron a Sonsonate. Los aspectos relevantes en cuanto a la planificación se relacionan únicamente con actividades aisladas en coordinación con el Ministerio de Salud por medio de las acciones que realizan las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, entre ellas destacaron aquellas identificadas por maestros en su mayoría de Santa Ana: Jornadas de atención en salud y jornadas educativas, sin embargo no se realizan con mayor frecuencia actividades que logren y mejoren la capacitación de los miembros que forman parte de los diferentes comités.

Por lo tanto, es de suma importancia tener claro que cuanto mayor sea la calidad en la gestión escolar aplicada de manera efectiva, se logra mejorar las condiciones de salud de los estudiantes por medio de la detección temprana de las afecciones bucales, determinando de esta manera las acciones de carácter preventivos y

curativo cuando sea requerido. Queda de manifiesto que el concepto de gestión escolar aplicado de manera efectiva, y comprendiendo su magnitud, determinan en gran medida las condiciones de salud de los estudiantes.

La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables. (Salleras L, Fuentes M, Prat Marín A, Garrido P. Educación Sanitaria. Conceptos y métodos. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008). Los estilos de vida saludable son aprendidos en el hogar y en el centro educativo.

La gestión escolar se puede definir como "Conjunto de procesos para dirigir la acción educativa que desarrollan los actores involucrados en las acciones pedagógicas, personales, políticas y administrativas que se producen en la dinámica escolar".(Martínez Y, Hernández F, Quevedo I. 2007, 14) Es decir se refiere al que hacer de la dinámica institucional de los centros escolares, la cual se fundamenta en la participación (cuerpo docente, padres, estudiantes y director) para desarrollar nuevas posibilidades dentro de la institución.

En El Salvador la gestión educativa para el quinquenio 1989-1994 desarrolló e impulsó programas y proyectos tendientes a la ampliación de la cobertura, focalizando los primeros años de Educación Básica y otorgando especial énfasis a las zonas más desprotegidas, zonas rurales y urbano-marginales. Las políticas educativas sectoriales previstas para este período fueron coincidentes con la firma de la Convención de los Derechos de la Niñez con la firma de la Declaración Mundial de Educación para Todos.

Si bien es cierto que las instituciones investigadas cuentan con planificación estratégica, conteniendo objetivos y metas a cumplir; estos en la práctica en algunos centros no se reflejan como tal, puesto que aun impera la apatía de algunos actores de la comunidad educativa. En el departamento de Santa Ana, se evidenció mayor empoderamiento de esta planificación por parte del cuerpo docente. En cuanto al liderazgo demostrado por los directores es necesario hacer notar que la

planificación es detectada como una actividad que cumplir para presentar un documento que sustente lo requerido durante el año escolar, sin embargo, requiere de mayor aplicación de liderazgo por parte de los directores para lograr el trabajo conjunto con todos los actores del proceso educativo, mismo que darán vida a las actividades planificadas en base a la gestión escolar. La gestión escolar para que sea efectiva y de respuesta a las necesidades en salud de cada centro escolar, respetando el derecho a la salud y protegiendo a la niñez y la adolescencia requiere del compromiso personal moral y profesional de todos los que integran la comunidad educativa, del convencimiento y la concientización de la responsabilidad adquirida con el rol de directores o maestros de los centros escolares. Además, requiere del trabajo conjunto entre los involucrados, dar vida a lo escrito en el documento que respalda los planes, programas y proyectos que planifica el centro escolar durante el año lectivo.

Es imprescindible que el desarrollo de lo planificado sea objeto de seguimiento y de evaluación en todas sus facetas, además de mejorar las capacidades de planificación, organización y gestión de los maestros y directores, para lograr la comprensión de la magnitud y la responsabilidad que acompaña a la gestión escolar con énfasis en la protección de la salud de los estudiantes con enfoque, sobre todo, preventivo y curativo cuando sea necesario. La promoción, el empoderamiento del rol según las funciones y la profesión, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos por el MINSAL, garantizarán la efectividad y resultados exitosos de la gestión escolar. Es importante que el MINED, realice un rol con mayor protagonismo para verificar la planificación y el desarrollo de lo planificado, evitar únicamente detenerse a verificar documentos, el seguimiento y acompañamiento estratégico lograría grandes resultados en los centros escolares. Es importante, establecer un programa de gestión escolar en salud bucal que integre actividades educativas, preventivas, promoción, y atención directa a estudiantes de los centros educativos con la participación directa del personal de salud más cercano. Incluir en la planificación estrategias de divulgación sobre salud oral, haciendo uso de los diferentes medios internos del centro escolar, con énfasis en la prevención de las afecciones bucales además de incluir los servicios de salud con los que cuenta el

Sistema Nacional de Salud y las instituciones con las que coordina el centro escolar para la atención en salud oral.

Objetivos específicos:

1. Determinar las condiciones educativas y la salud oral de la población estudiantil en relación con su entorno social, familiar y geográfico.

En relación a las condiciones educativas actuales que se lograron determinar durante la investigación en los aspectos que forman el entorno social, familiar y geográfico se encontró que:

Las condiciones educativas actuales y las condiciones de salud oral están íntimamente relacionadas, debido a la influencia de la salud en el desarrollo de las actividades cotidianas, entre ella la asistencia al centro escolar, actualmente existe un alto porcentaje de estudiantes con inasistencia por diversos situaciones cabe citar: que en relación a la inasistencia de los estudiantes el mayor número se registra en Santa Ana con un 51.90% que no asiste a clases por alguna situación de salud, el 29.60% por razones económicas.

Una de las condiciones educativas que determina el apego entre gestión escolar y salud oral, es el conocimiento del personal docente de la necesidad de esta fusión ya que el 64% de los maestros consideran que los programas PEI y PEA no responden a las necesidades de los estudiantes, la mayor incidencia de esta perspectiva fue detectada en Santa Ana, pues es el departamento que tiene el mayor número de centros escolares que si cuentan con un comité de salud.

El entorno social definido en este caso como el centro educativo se determinó que, en relación a la existencia de los comités de salud en los centros escolares del occidente del país, solo el 85% de ellos cuenta con un comité de este tipo, en Sonsonate el 0.0% de los directores no refirió contar con ellos. El 100% de los directores considera importante agregar a sus programaciones anuales el abordaje y prevención de problemas de salud entre ellos destacan los problemas de salud

bucal. Aunque la mayoría de los centros escolares coordinan sus actividades en salud con las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, el 60% de estos centros de estudio no cuenta con un programa de seguimiento a la promoción de la salud por medio del programa de escuela saludable, lo que deja descubierto en gran parte las necesidades de los estudiantes.

Las condiciones de salud oral que actualmente caracterizan a la población estudiantil de los centros escolares de educación básica del país se reflejaron con un 38.4% de los estudiantes que no conocen la existencia de los comités de salud dentro de los centros educativos. Razón por la cual dejan de lado el beneficio de ser referidos oportunamente al centro de salud que les corresponde, cuando padecen afecciones orales. El 35.20% de los estudiantes visitan al odontólogo solo cuando tienen un problema de salud oral. El 49.3% de los estudiantes han presentado caries dental, y el 100% presenta una dieta que contribuye a la aparición de caries y un 32% cepilla por lo menos una vez al día sus dientes.

Los estudiantes encuestados manifestaron que las enfermedades bucodentales más frecuentes son las lesiones cariosas 24.7%, seguido de dolor dental 18.5%. De igual forma el 9.8% manifestaron sangrado de encías y el 8.2% presenta inflamación de tejidos orales 8.2%. Más del 50% de la población estudiantil si ha presentado o presenta actualmente problemas de salud oral, por lo que es de suma importancia la realización oportuna y adecuada de la gestión por parte de las autoridades de los centros escolares para cubrir estas necesidades en los estudiantes.

Socialmente las acciones que se desarrollan en un episodio de enfermedad se ve en gran medida influenciado por las costumbres familiares y los responsables los padres, la inasistencia a clases es la primera opción ante una dificultad, sin embargo, el 90% de los estudiantes de Sonsonate refieren que cuando presentan problemas de salud ellos no se presentan a clases, seguido del 55.9% de Ahuachapán y el 55.6% de Santa Ana en la misma situación. El 11.10% en Santa Ana asisten a clases, pero son regresado a sus casas. El 20.30% de Santa Ana, el 20.0% de Ahuachapán y el 1.0% de Sonsonate lo mandan por asistencia médica y

el total de 46.1% de estudiantes refieren que no le brindar atención médica. Es evidente que la primera opción es la inasistencia lo que pone en riesgo el rendimiento escolar y el aumento de la repitencia.

2. Articular la gestión escolar y la promoción de la salud por medio del diseño, formulación y construcción teórica de un modelo multidisciplinario.

Para articular la gestión escolar y la promoción en salud mediante el diseño, formulación y construcción teórica en un Modelo multidisciplinario, es necesario en primer lugar aplicar el concepto de gestión escolar, lo que requiere la vinculación de la planificación general anual basándose en el estado de salud actual de los estudiantes. Además, involucrar a cada uno los integrantes de la comunidad educativa permitirá logar el trabajo colaborativo entre los maestros, directores, padres de familia y estudiantes. Es sumamente importe integrar de manera efectiva la coordinación con el Ministerio de Salud por medio los centros asistenciales y hacer uso adecuado de los programas establecidos para la atención de salud de los estudiantes durante el periodo escolar, entre ellos el programa de escuela saludable, la coordinación y la planificación oportuna permite desarrollar la corresponsabilidad entre los integrantes del Ministerio de Salud y de Educación para fortalecer la educación de los estudiantes por medio del mantenimiento de la salud, garantizando los derechos de los estudiantes y permitiendo la calidad académica.

Algunos aspectos básicos que se deben de tomar en cuenta para lograr una coordinación efectiva y que actualmente se encuentran deficientes en los centros escolares como precursores de la gestión escolar se pueden mencionar: la planificación oportuna, la socialización de los planes y/o proyectos establecidos para el año escolar en curso, esta socialización debe de ser al inicio del año escolar e involucrar a los actores principales del proceso enseñanza aprendizaje, así como al director, jefatura de enfermería, promotor de salud que corresponde según el área geográfica de influencia, encargado del programa de escuela saludable, para asegurar el conocimientos de las actividades planificadas y la responsabilidad adquirida por el centro educativo y la necesidad de colaboración de los antes

mencionados que forman parte activa e importante del entro se salud con el que se coordina. Establecer de manera anticipada un calendario de actividades con sus respectivos responsables. Solicitar de forma escrita la intervención de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar que le corresponde al centro educativo. Enviar informe de manera oportuna al centro asistencial de las actividades realizadas. Permitir la colaboración activa de los maestros, estudiantes y directores de las escuelas en las actividades planificadas. Socializar resultados de las actividades realizadas. Determinar las acciones que corresponden al programa de escuela saludable para la intervención en los centros de salud.

4.3. RECOMENDACIONES

A- **Al MINED**

1. Valorar la importancia de estandarizar el PEI y el PEA con respecto a programas preventivos de salud en cada centro escolar. Solicitar una capacitación sobre el programa de escuela saludable, las implicaciones para el centro escolar, los beneficios y la participación por medio de la corresponsabilidad, con lo que se lograría el empoderamiento del personal educativo por medio del reconocimiento del valor agregado del programa escuela saludable y otros que logren mejorar las condiciones actuales en relación a la salud de los estudiantes.

2. Trabajar en conjunto con las instituciones de salud, aplicando la planificación oportuna en la gestión escolar y la comunicación efectiva con el sector salud para lograr la integración y la colaboración conjunta para el desarrollo del diagnóstico comunitario aplicado a la institución educativa, por medio del cual se lograría establecer el estado de salud actual de la población estudiantil y determinar de manera clara las acciones preventivas y curativas, necesarias para solucionar el problema detectado haciendo uso de la priorización de problemas.

3. Mejorar y planificar la relación entre el MINED y el MINSAL para favorecer la atención de estudiantes en las Unidades Comunitaria de Salud Familiar, verificando por medio de la supervisión el cumplimiento y trabajo conjunto en el desarrollo de las actividades que forman el programa de escuela saludable, de esta manera se podrían prevenir muchas complicaciones de salud en los estudiantes, realizando atenciones planificadas con anticipación.

B- **A los centros escolares**

1. Socializar de manera efectiva las herramientas de trabajo y cada una de las estrategias entre el director y los docentes. Permitir la participación del personal de salud en las jornadas de socialización.

2. Planificar y mejor la existencia de los comités que velen por la salud dentro del centro educativo, valorar la participación de toda la comunidad educativa. Integrar de manera activa a un miembro del personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar con la que se trabajara, permitiéndole un rol con autoridad dentro del comité para que en base a su experiencia pueda guiar al comité de salud interno del centro escolar.

3. Evaluar la participación y cumplimiento de las funciones de cada comité y de no cumplirlas, realizar los cambios necesarios para lograr el cumplimiento de las mismas. Para tal acción es necesario diseñar sino existe una lista de chequeo o evaluación para cada miembro según las funciones y asignaciones personales según el rol asignado.

4. Utilizar diversas estrategias para velar por la salud oral de los educandos, realizando alianzas con instituciones dedicadas a la salud para la capacitación de los docentes, miembros del comité de salud y padres de

familia quienes son los responsables del buen desarrollo y cuidado de sus hijos fuera de la escuela.

5. Elaborar un plan donde se incluyan capacitaciones sobre salud oral y velar por el cumplimiento de estas; crear una comisión evaluadora del cumplimiento de los planes de capacitación.

4.4. PLAN DE MEJORA

DIMENSION A FORTALECER	AREA DE MEJORA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
Gestión escolar y situación de salud.	1-Vinculación de las instituciones educativas con instituciones encargadas en la atención de salud (UCSF). 2-Acercamiento con el o los Odontólogos que sean necesarios para el abordaje integral de los problemas de salud oral de los estudiantes. 3-Fortalecimento del Comité en Salud. 4-Planificación estratégica de planes, programas y proyectos incluidos en la gestión escolar y la integración del sector salud en las actividades planteadas. 5-Involucrar a los padres de familia para participar desde casa y escuela para la vigilancia oportuna de la salud oral de sus hijos.	Establecer un programa de gestión escolar vinculada a la salud bucal que integre actividades educativas, preventivas, promoción, y atención directa a estudiantes de los centros educativos de zona occidental del país.	1-Visitas programadas a la UCSF más cercana 2-Programación de actividades tales como ferias anatómicas, festivales, concursos y otros para promover la salud oral en los estudiantes. 4-Promover la cultura del voluntariado odontológico apoyándose con los profesionales en servicio social. 5-Diseñar un programa de gestión escolar tomando de base las características propias de cada centro escolar. (población estudiantil, población educativa, aspectos de rendimiento escolar, ausentismo escolar, abandono, repitencia, esta de salud oral, instituciones colaboradoras, acciones preventivas, funciones de comité de salud, planificación de actividades, calendarización, coordinaciones, metas, objetivos)	**Humano:** Director Docentes, Odontólogo, Estudiantes, padres de familia, Autoridades del MINED, Autoridades del MINSAL. **Materiales** -Papelería -Equipo multimedia -Equipo de oficina - Documentos de MINSAL,

DIMENSION A FORTALECER	AREA DE MEJORA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
	6-Estrategias de divulgación sobre salud oral. 7-Desde el programa de Ciencia, Salud y Medio Ambiente para 7°, 8° y 9° grado se recomienda: 7° grado: En la unidad 6 se aborda la temática: Los virus como caso especial: formas de contagio y prevención. 8° grado: En la unidad 10 se aborda el tema: contaminación. 9° grado: En la unidad 8 se estudia origen de la vida, virus y bacterias.		6-Establecer un plan de coordinación intersectorial: MINED-MINSAL para el apoyo institucional 7-Reformular los comités de salud, por medio de un manual de funcionamiento, estableciendo de forma documental: funciones de los miembros, asignar, reglamento, actividades. 8-Establecer plan de seguimiento y evaluación para las actividades desarrolladas en los planes, programa y proyectos. 9-Formular el plan de educativo incluyendo estrategias de divulgación sobre salud oral, acciones preventivas y curativas, coordinación existente con las instituciones de salud. 10-Se propone el abordaje de las afecciones orales desde la asignatura de Ciencia, Salud y medio Ambiente, relacionándolo dinámicamente con bacterias y contaminación (se recomienda organizar a los estudiantes para	programa de escuela saludable, Diagnostico Nacional de Salud Oral.

DIMENSION A FORTALECER	AREA DE MEJORA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
			que ellos mismos bajo su creatividad, puedan elaborar dramatizaciones, periódicos murales, con el apoyo del Odontólogo de la Unidad más cercana.	
Alteraciones orales	1- Empoderamiento de la comunidad educativa sobre la importancia real de las alteraciones en salud oral de los estudiantes. 2-Abordaje correcto de los problemas de salud oral detectados en los estudiantes. 3-Efectividad de las estrategias utilizadas de manera preventiva a los problemas orales	Mejorar las acciones relacionadas con la salud oral de los estudiantes, por medio de las intervenciones de los autores involucrados en el proceso educativo y de salud.	1-Programar jornadas sobre cuidado oral y uso correcto del cepillo, pasta, hilo y enjuagues bucales en coordinación con la empresa Colgate Palmolive de El salvador. 2-Coordinar campañas de diagnóstico y detección temprana de caries dental en la semana de la salud bucal (septiembre), en coordinación con la empresa Colgate Palmolive de El Salvador. 3-Desarrollar capacitaciones para docentes y padres de familia, apoyándose del odontólogo de la UCSF, para dar a conocer tópicos sobre alteraciones o patologías orales y su relación directa con los problemas sistémicos.	**Humano:** Director Docentes, Estudiantes, escuela de padres de la comunidad educativa, Autoridades, representantes del MINED y del MINSAL. **Materiales** -Papelería

DIMENSION A FORTALECER	AREA DE MEJORA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
			4-Capacitar a padres de familia y docentes, para la identificación de problemas bucodentales más comunes y referir a los estudiantes a la UCSF que ameriten tratamiento. 5-Promover en los estudiantes por medio del programa educativo interno, hábitos de cuidado bucodental. 6-Que el comité en Salud promueva con los estudiantes obras o dramas relacionados con el cuidado oral. 7-Diseño y aplicación de instrumentos de evaluación para el cumplimiento de las funciones y asignaciones que corresponden a los responsables de la educación por medio del comité de salud. 8-Elaborar y cumplir el plan de capacitaciones sobres salud oral dirigido a docentes. 9-Promover concursos de “Cero Placa Bacteriana”, programados trimestralmente y dotar a los ganadores de kits completos de	-Equipo multimedia -Equipo de oficina -Rotafolios -Papelones

DIMENSION A FORTALECER	AREA DE MEJORA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS
			higiene oral (cepillos, pastas, hilos, enjuagues y otros). 10-Tocar puertas a Odontólogos privados para que se unan a la causa de “Cero Caries” en la población estudiantil, comprometiéndose con sus comunidades.	

BIBLIOGRAFÍA

Aguilera Meléndez, J A. Crespín, K.X. Orellana Martínez V.L. El plan social educativo en el marco del proceso enseñanza aprendizaje de los alumnos del tercer ciclo del centro escolar concepción de maría, del departamento de San Vicente, en el periodo comprendido septiembre 2011 a julio 2012 San Vicente, Universidad de El Salvador.

Diario Oficial, TOMO Nº 396 Núm. 169SAN SALVADOR, miércoles 12 De Sept. De 2012.

Díaz Saldaña, Arturo. Enfermedades bucales, primera causa de ausentismo escolar y laboral. http://www.tabasco.gob.mx/content/enfermedades-bucales-primera-causa-de-ausentismo-escolar-y-laboral. febrero 9, 2015 - 10:44.

Escuela de Odontología de Ostrow de la Universidad del Sur de California. http://dentistry.usc.edu/2015/10/13/major-gift-to-special-patients-clinic/

El Salvador, Sistemas Educativos Nacionales. Información OEI- Ministerio de Educación 1996, Evolución Histórica del Sistema Educativo. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/salvador/#sis (último acceso 30 abril 2015).

Educación Sanitaria, conceptos y métodos. http://aladino.webcindario.com/temas/tema27.pdf 19 de julio de 2015. 11:25 p.m.

FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR EN LA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Lima Perú 19 de mayo de 2014).

García Jihan Ruth; Falcón, Poyato. “La gestión escolar como medio para lograr la calidad en instituciones públicas de educación primaria en Ensenada, Baja California”. Feb. 2009.

Gestión Escolar Efectiva al Servicio del Aprendizaje, San Salvador, 2008. Disponible en: https://www.mined.gob.sv/jdownloads/Gestion%20Escolar%20Efectiva/gestion-escolar-efectiva_0_.pdf. Acceso 15 de mayo de 2015.

http://fundamentospedagogiaunam.weebly.com/uploads/1/3/3/2/13328678/glosario.pdf (Último acceso 27 abril 2015).

http://ri.ues.edu.sv/1601/1/tesis_de_el_plan_social_educativo.pdf (Último acceso el 2 de mayo de 2015.

https://licrubenpanameno.files.wordpress.com/2012/08/programa-social-educativo-vamos-a-la-escuela.pdf (Último acceso 4 de mayo de 2015)

Gillies John, Crouch Luis y Flórez Ana. Revisión Estratégica del Programa EDUCO Julio 2010.

Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. 2010.

Informe Sobre la Salud en el Mundo, FORJEMOS EL FUTURO. OMS 2003

Intervención Educativa en Escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Rev. Cubana Estomatol. v.44 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.

J. González de Dios, E. Monerris García, E. Ortega Pastor, C. Quesada de la Gala, R. Gómez Gómez, M.T. Calpena Vera, E. Ruiz Amoró, M. Moya Benavent. Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario San

Juan. Medicina. Departamento de Pediatría, Universidad de Alicante. Alicante, 1996.

JIMÉNEZ FRANCO, Valentina, VALLE GÓMEZ-TAGLE, Rosamaría. FACTORES DE SALUD ASOCIADOS AL DESEMPEÑO ESCOLAR: SEGUIMIENTO DE UNA GENERACIÓN DEL BACHILLERATO EN LA UNAM, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México – México. 2008.

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA EL. MINSAL, octubre 2012.

Lucero, Magdalena del Carmen, Ramírez, Carolina. Ministerio de Educación
Red Nacional de Escuelas Saludables, El Salvador 1995.

Martínez Y, Hernández F, Quevedo I, Glosario Pedagógico. Universidad Autónoma de México.

Meza Darlyn, Guzmán José L. y De Varela Lorena. EDUCO: UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ADMINISTRADO POR LA COMUNIDAD EN LAS ZONAS RURALES DE EL SALVADOR (1991-2003). Junio 2004.

Ministerio de Educación. Gestión Escolar Efectiva al servicio del aprendizaje. San Salvador: 1998.

Miriam Ortega-Maldonado, Vanesa Mota-Sanhua y Juan C. López-Vivanco. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (3), septiembre 2007.

Morelia Agreda, Yellin Medina, Yanet Simancas Pereira, María Eugenia Salas C. Liliana Ablan. CONDICIONES DE SALUD PERIODONTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. Venezuela, VOLUMEN 48 Nº 3 / 2010.

Molina de Núñez P. Guía práctica para elaborar el trabajo de grado en UNASA. 2ª ed. El Salvador: 2014.

Ministerio de Salud wwwsalud.gob.sv/institución/marco institucional/historia.

Mulligan, Roseann Oral Health Status of Children Attending a Mobile Dental Clinic--A Comparative Study. Salud Pública Pediátrica. Nov. 26, 2015

Organización de Estados Iberoamericanos (Internet) El Salvador citado (30 Abril 2015). Sistemas Educativos Nacionales. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/salvador/salva02.pdf

OMS, Nota informativa No 318, febrero 2007. Salud Bucodental. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/ 14 junio de 2015. 8:45 p.m.http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf

OMS, Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Febrero 2004. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/ 15 de junio de 2015. 2:40 p.m.

OPS/OMS, Informe de la Salud El Salvador 2013-2014. https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/MINSAL_Informe_de_Labores_2013_2014.pdf. 24 sept. 2015. 5.45 p.m.

OPS/OMS, Renovación de la APS en las Américas, pág. 1, agosto 2005. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176&layout=blog&Itemid=3536&lang=es

(Ortega Velásquez, Ana Vilma. Programa Preventivo Odontológico Escolar de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. 2006).

Paulina Muñoz Mújica Odontóloga, Cirujana Dentista, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Fátima del Carmen Aguilar Díaz, Odontóloga, Maestra en Ciencias Odontológicas, Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, Universidad Nacional Autónoma de México. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Primera edición, www.siicaslud.com: 30/10/2014, D.F. México.

Piérola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier, Masson; Barcelona 2008. 11ª Ed. http://media.axon.es/pdf/68463.pdf 03 de agosto de 2015, 5:pm.

Programa Escuela Saludable, Módulo II, Presidencia de la República de Honduras, 2000.

Programa Escuela Saludable y Desarrollo Personal en Niños y Niñas de Educación Parvularia, UFG, 2004.

Programa Mundial de Alimentos, Comunidad Económica Europea. Séptimo informe anual del Comité Intergubernamental y examen del programa en preparación para la Cuarta Conferencia de Promesas de Contribuciones. Resolución No 3/52. 1971–72;

Programa PAIN (OEI, 2002). Proyecto de Atención Integral a niñas y niños menores de 6 años de la Sierra Rural, Lima, Perú. http://www.oei.es/quipu/peru/proyecto_pain.pdf

Programa Social Educativo, 2009-2014. “Vamos a la Escuela”, San Salvador, 2009.

Rentería, Luis Felipe. Quintero Néstor Gerardo. POLÍTICAS Y GESTIÓN DE SISTEMAS EDUCATIVOS, Bogotá, Colombia. Junio 2009.

Rodríguez, Miguel Navarro, Barraza Macías, Arturo. Dirección, Liderazgo, Modelos y Procesos de Gestión Claves Hacia la Transformación. Instituto Universitrario Angloespañol, 2013.

Salud Bucodental. OMS. 11:02 A.M. 10-11-15: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

Sistemas Educativos Nacionales, El Salvador- OEI- Cap. 2 págs. 5,6 y 7

Teresita de J. Tello de Hernández, Jorge Hernández-Pereyra, Nancy Gutiérrez-García. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares del estado de Yucatán, México. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México. Rev Biomed 1997; 8:65-79.

Vásquez, Elías Tapiero; De Parra Lillyam López. GESTIÓN ESCOLAR INTELIGENTE. Colombia 2006.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario dirigido a docentes.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DIRECCIÓN DE POSGRADOS Y EXTENSIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN

CUESTIONARIO DIRIGIDO A DOCENTES DE CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA OCCIDENTAL SOBRE LA GESTION ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA

OBJETIVO: Establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.
INDICACIÓN: Respetables Docentes, favor responder según la gestión escolar que realizan en relación con la salud de la comunidad educativa.

PARTE I: GENERALIDADES

CENTRO EDUCATIVO:_____AÑOS DE SER DOCENTE:_____
DEPARTAMENTO:_____MUNICIPIO:_____DISTRITO: _____PROFESIÓN:_____POSTGRADO:_____ _____

PARTE I: GESTIÓN ORGANIZATIVA

1. ¿La institución cuenta con un comité que vele por la salud en general de la comunidad educativa?
   Sí _____ No_____
2. Si su respuesta es sí ¿Cómo está conformado el comité?
   Docentes_____ Estudiantes_____ Ambos _____ Otros _____
3. Existe coordinación entre el Centro Educativo y la unidad comunitaria de salud familiar más cercano?
   Sí _____ No _____
4. ¿Conoce sobre la existencia de un plan de emergencia interno y externo para atender la salud de la comunidad educativa? Sí _____ No _____
5. ¿Qué actividades se desarrollan en el centro educativo para promover la salud?
   Jornadas educativas_____ Capacitación a los miembros del comité _____ Jornadas de atención en salud _____ Ninguno _____
6. ¿Cuáles son las causas de deserción estudiantil?
   Económicas_____ Culturales_____ Sociales_____ Enfermedad_____ Cambio de escuela_____ Otras_____
7. ¿Cuál es el número de estudiantes que han desertado en el año?
   5-10____ 10-15_____ 15-20_____ 20-25_____ Más_____
8. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de inasistencias de los estudiantes?
   Enfermedad_____ Económicas_____ Lugar de residencia _____ Trabajo_____
9. ¿Considera usted que los programas del PEI y PEA de su institución responden a todas las necesidades de sus estudiantes?
   Sí_____ No_____
10. ¿Considera importante agregar al PEI y PEA programas para el abordaje y prevención de problemas de salud postural, salud mental, enfermedades infecciosas, salud visual y bucal?

Sí_____ No_____

PARTE II: GESTIÓN COMUNITARIA.

11. ¿Existe trabajo conjunto con los comités de salud o Unidades comunitarias de Salud familiar, ADESCOS y el centro escolar?

Sí _____ No_____

12. ¿Se cuenta con un programa de seguimiento a la promoción en salud de los estudiantes por medio del programa Escuela Saludable?

Sí _____ No _____

PARTE III: GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

13. ¿Qué acciones preventivas de salud se desarrollan dentro del centro escolar?

Prevención de violencia _____ Salud Sexual y Reproductiva _____ Salud mental _____ Nutrición_____ Salud postural _____ Salud oral _____ Salud visual _____

14. ¿Cada cuánto tiempo se realizan actividades preventivas en salud?

Mensual ____ Cada dos meses _____ Cada tres meses _____ Nunca_____

15. ¿Cuál de los siguientes tipos de atención en salud reciben los estudiantes del centro escolar en la Unidad Comunitaria de Salud familiar más cercana?

Prevención de violencia _____ Salud Sexual y Reproductiva _____ Salud mental _____ Nutrición_____ Salud postural _____ Salud oral _____ Salud visual _____

16. Los estudiantes que adolecen alguna enfermedad son remitidos a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar:

Sí _____ No_____

PARTE IV: ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

17. ¿El suministro de agua potable es permanente en el centro escolar?

Siempre_____ A veces_____ Nunca_____

18. ¿La ventilación de los salones de clases es adecuado al número de estudiantes?

Sí_____ No_____

19. ¿El espacio físico de los salones de clases es adecuado al número de estudiantes?

Sí_____ No_____

20. ¿Cómo manejan los desechos sólidos en el centro escolar?

Depositándolos en basureros internos_____ Depositándolos en basurero externos_____
Dejándolos fuera de la escuela en bolsas plásticas_____ La recoge el tren de aseo _____

21. ¿Las cafeterías cuentan con certificaciones brindadas por el Ministerio de Salud?

Sí_____ No_____

22. ¿Señale que condiciones de riesgo de salud existen fuera del centro escolar?

Basurero a cielo abierto _____ Mal estado de drenajes _____ Acumulo de agua en los alrededores de la escuela_____ Mala higiene de ventas fuera del centro escolar_____

PARTE V: CONDICIONES POSTURALES.

23. ¿El Centro Escolar cuenta con pupitres confortables y adecuados para los estudiantes?

Sí_____ No_____

24. ¿Ha observado problemas de mala postura en los estudiantes?

Sí_____ No_____

25. Si su respuesta es sí, señale las más frecuentes:

Dolor en la espalda____ Dolor en extremidades_____ Camina mal____ Encorvamiento de espalda____

Se sientan mal_____ Uso de zapatos ortopédicos_____ Obesidad_____ Camina mal_____
Sedentarismo____ Desgasta los zapatos de un lado más que del otro____

26. ¿Conoce algún caso de estudiantes con problemas ortopédicos?
Sí_____ No_____
27. ¿A los estudiantes se les enseñan hábitos posturales saludables en el salón de clases?
Sí_____ No_____
28. ¿Existen áreas recreativas adecuadas para los estudiantes?
Sí_____ No_____

PARTE VI: SALUD MENTAL

29. ¿Conoce casos de estudiantes que presenten alteraciones de salud mental?
Sí_____ No_____
30. Si su respuesta es sí, señale las que ha detectado en los estudiantes:
Depresión_____ Tristeza sin razón aparente_____ Ideas suicidas_____ Bullying_____ No participa en actividades deportivas____ Baja autoestima_____ Sobreprotección de los padres: _____
31. ¿Cuando identifica algún problema de salud mental que actitud toma al respecto?
Remite a la Unidad Comunitaria de Salud_____ Expone el caso a los padres de familia_____
Remite con un psicólogo_____ Discute el problema con el director_____
No realiza ninguna acción_____
32. ¿Ha detectado estudiantes que estén involucrados en maras?
Sí _____ No_____

33. ¿Conoce la existencia de casos de extorsión en el centro escolar?
Sí____ No_____
34. ¿Conoce si existe vinculación de estudiantes con drogas y/o alcohol?
Sí_____ No_____

PARTE VII: SALUD VISUAL

35. ¿Tiene conocimiento de estudiantes con problemas visuales
Sí _____ No_____
36. ¿Qué tipo de gestión realiza el director, para la atención de los estudiantes con problemas visuales? Coordinación Intersectorial_____ Referencia a Unidad de Salud_____
37. ¿Qué actividades realiza el director, personal docente y padres de familia, para resolver los problemas detectados por agudeza visual.
Campañas visuales_____ Reuniones con padres de familia_____ Detección de estudiantes con problemas visuales_____
38. ¿Cuál es el seguimiento que se le hace al estudiante con problemas visuales?
Visitas al hogar_____ Se informa por otros medios____ Cita a persona responsable del estudiante____

PARTE VIII: SALUD ORAL

39. ¿Qué gestión realiza el director para promover la salud oral de los estudiantes?
Contacto con Unidad Comunitaria de Salud Familiar___ Gestión con ONG´S___ Con FOSALUD___ Ninguna
40. ¿Ha observado problemas de salud oral en los estudiantes?
Sí_____ No_____

41. ¿Con qué frecuencia el director coordina los servicios de salud con la Unidad Comunitaria de Salud Familiar? Cada 6 meses_____ Una vez al año_____ Nunca_____

42. ¿Ha referido al director cuando ha detectado en los estudiantes problemas bucodentales?

Sí_____ No_____

Anexo 2. Cuestionario dirigido a directores

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DIRECCIÓN DE POSGRADOS Y EXTENSIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN

CUESTIONARIO DIRIGIDO A DIRECTORES DE CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA OCCIDENTAL SOBRE LA GESTION ESCOLAR Y DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA

OBJETIVO: Establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

INDICACIÓN: Respetable Sr/a. Director/a, favor responder según su gestión escolar sobre aspectos relacionados con la salud de la comunidad educativa.

PARTE I: GENERALIDADES

CENTRO EDUCATIVO:_____AÑOS DE SER DIRECTOR:_____
DEPARTAMENTO:_____MUNICIPIO:_____DISTRITO: _____PROFESIÓN:_____POSTGRADO:_____ _____

PARTE I: GESTIÓN ORGANIZATIVA

1. ¿Cuenta con un comité que vele por la salud en general de la comunidad educativa?
   Sí _____ No_____
   Si la respuesta es No, pase a la pregunta N°. 3
2. ¿Cómo está conformado el comité?
   Docentes_____ Estudiantes_____ Ambos _____ Otros _____
3. ¿Existe coordinación entre el Centro Educativo y el Centro de Salud más cercano?
   Sí _____ No _____
4. ¿Existe un plan de emergencia interno y externo para atender la salud de la comunidad educativa? Sí _____ No _____
5. ¿Qué actividades se desarrollan en el centro educativo para promover la salud?
   Jornadas educativas_____ Capacitación a los miembros del comité _____ Jornadas de atención en salud _____ Ninguno _____
6. ¿Cuáles son las causas de deserción estudiantil?
   Económicas_____ Culturales_____ Sociales_____ Enfermedad_____
   Otras_____
7. ¿Cuál es el número de estudiantes que han desertado en el año?
   5-10____ 10-15_____ 15-20_____ 20-25_____ Más_____
8. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de inasistencias de los estudiantes?
   Enfermedad_____ Económicas_____ Lugar de residencia _____ Violencia social_____
9. ¿Considera usted que los programas del PEI y PEA de su institución responden a todas las necesidades de sus estudiantes?
   Sí_____ No_____

10. ¿Considera importante agregar al PEI y PEA programas para el abordaje y prevención de problemas de salud postural, salud mental, enfermedades infecciosas, salud visual y bucal?

Sí_____ No_____

PARTE II: GESTIÓN COMUNITARIA.

11. ¿Existe trabajo conjunto con los comités de salud o Unidades comunitarias de Salud familiar, ADESCOS y el centro escolar?

Sí _____ No_____

12. ¿Se cuenta con un programa de seguimiento a la promoción en salud de los estudiantes por medio del programa Escuela Saludable?

Sí _____ No _____

PARTE III: GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

13. ¿Qué acciones preventivas de salud se desarrollan dentro del centro escolar?

Prevención de violencia en todas sus formas _____ Salud Sexual y Reproductiva _____
Nutrición _____ Salud oral _____ Salud visual _____ Autocuidado _____ Otros _____

14. ¿Cada cuánto tiempo realiza actividades preventivas en salud?

Cada dos meses _____ Cada semestre _____ Nunca_____

15. ¿Qué tipo de atención en salud recibe el centro escolar de la Unidad Comunitaria de Salud familiar más cercana?

Prevención de violencia en todas sus formas _____ Salud Sexual y Reproductiva _____
Nutrición _____ Salud oral _____ Salud visual _____ Autocuidado _____
Inmunización_____

16. ¿Los estudiantes que adolecen alguna enfermedad son remitidos a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar?

Sí _____ No_____

PARTE IV: ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

17. ¿El suministro de agua potable es permanente en el centro escolar?

Siempre_____ A veces_____ Nunca_____

18. ¿La ventilación de los salones de clases es adecuado al número de estudiantes?

Sí_____ No_____

19. ¿El espacio físico de los salones de clases es adecuado al número de estudiantes

Sí_____ No_____

20. ¿Cómo manejan los desechos sólidos del centro escolar?

Depositándolos en basureros internos_____ Depositándolos en basurero externos_____
Dejándolos fuera de la escuela en bolsas plásticas_____ La recoge el tren de aseo _____

21. ¿Cuentan las cafeterías con certificaciones brindadas por el Ministerio de Salud?

Sí_____ No_____

22. ¿Señale que condiciones de riesgo existen fuera del centro escolar?

Basureros a cielo abierto _____ Mal estado de drenajes _____ Acumulo de agua en los alrededores de la escuela_____ Mala higiene de ventas fuera del centro escolar_____

PARTE V: CONDICIONES POSTURALES.

23. ¿Cuenta el Centro Escolar con pupitres confortables y adecuados para los estudiantes?

Sí_____ No_____

24. ¿Ha observado problemas de mala postura en los estudiantes?

Sí_____ No_____

Si su respuesta fue SÍ conteste la pregunta 25

25. De la siguiente lista señale las más frecuentes

Dolor en la espalda____ Dolor en extremidades____ Encorvamiento de espalda____ Sedentarismo____ Obesidad____ uso de zapatos ortopédicos_____ Se sientan mal_____ Camina mal_____

26. ¿Conoce algún caso de estudiantes con problemas ortopédicos?

Sí_____ No_____

27.¿A los estudiantes se les enseñan hábitos posturales saludables?

Sí_____ No_____

28.¿Existen áreas recreativas adecuadas para los estudiantes?

Sí_____ No_____

PARTE VI: SALUD MENTAL

29. ¿Conoce casos de estudiantes que presenten alteraciones de salud mental?

Sí_____ No_____

30. ¿De las siguientes alteraciones señale las que ha detectado en los estudiantes?

Depresión_____ Tristeza sin razón aparente_____ Ideas suicidas_____ Bullying_____ No participa en actividades deportivas____ Baja autoestima_____ Sobreprotección de los padres: _____

31. ¿Cuando identifica algún problema de salud mental que actitud toma al respecto?

Remite a la Unidad Comunitaria de Salud_____ Expone el caso a los padres de familia_____ Remite con un psicólogo_____ Discute el problema con los docentes_____ No realiza ninguna acción_____

32. ¿Ha detectado estudiantes que estén involucrados en maras?

Sí _____ No_____

33. ¿Conoce la existencia de casos de extorsión en el centro escolar por habitantes de comunidades cercanas?

Sí____ No_____

34. ¿Conoce si existe vinculación de estudiantes con drogas y/o alcohol?

Sí_____ No_____

PARTE VII: SALUD VISUAL

35. ¿Tiene conocimiento de estudiantes con problemas visuales?

Sí _____ No_____

36. ¿Qué tipo de gestión realiza, para la atención de los estudiantes con problemas visuales?

Coordinación Intersectorial_____ Referencia a Unidad de Salud_____

37. ¿Qué actividades realiza con el personal docente y padres de familia, para resolver los problemas detectados por agudeza visual.

Campañas visuales_____ Reuniones con padres de familia_____

38. ¿Cuál es el seguimiento que se le hace al estudiante con problemas visuales?

Visitas al hogar_____ Se informa por otros medios____ Cita a persona responsable del estudiante____

PARTE VIII: SALUD ORAL

39. ¿Qué gestión realiza para promover la salud oral de los estudiantes?

Contacto con Unidad Comunitaria de Salud Familiar___ Gestión con ONG´S___ Con FOSALUD___ Ninguna

40. ¿Ha observado problemas de salud oral en los estudiantes?

Sí_____ No_____

41. ¿Con qué frecuencia coordina los servicios de salud con la Unidad Comunitaria de Salud Familiar?

Cada 6 meses_____ Una vez al año_____ Nunca_____

42. ¿Ha gestionado atención odontológica cuando ha detectado problemas bucodentales?

Sí_____ No_____

43. ¿Existe algún programa de jornadas educativas sobre la prevención de salud oral?

Sí_____ No_____

Anexo 3. Cuestionario dirigido a estudiantes

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DIRECCIÓN DE POSGRADOS Y EXTENSIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN

CUESTIONARIO DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA OCCIDENTAL
DE SANTA ANA SOBRE SU ESTADO DE SALUD

OBJETIVO: *Establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.*

INDICACIÓN: Respetable estudiante, favor responder marcando con una X sobre aspectos relacionados con su salud.

PARTE I. GENERALIDADES
CENTRO EDUCATIVO:_____ **GRADO QUE ESTUDIA:**_____
DEPARTAMENTO: _____ **MUNICIPIO:** _____
EDAD:_____

PARTE I: GESTIÓN ESCOLAR

1. ¿Conoce si su centro escolar está incluido en el programa de escuela saludable? Sí _____ No _____
2. ¿Su centro de estudios cuenta con un comité de protección escolar general para la comunidad educativa?
   Sí _____ No_____
3. ¿Existe un plan de primeros auxilios para atender la salud de la comunidad educativa? Sí _____ No _____
4. ¿Qué actividades se desarrollan en el centro educativo para promover la salud? Charlas informativas_____ Jornadas de atención en salud _____ Ninguno _____
5. Cuando usted presenta problemas de salud ¿El profesor lo remite a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar?
   Sí ____ No____
6. Cuando usted tiene problemas de salud:
   No asiste a estudiar _____ Asiste a clases pero lo mandan de regreso para su casa____
   Ha asistido pero lo mandan a que le den atención odontológica __ Ha Asistido pero nadie le brinda ayuda __
7. ¿Sabe usted si su centro escolar tiene acceso a los servicios de salud? SÍ___ No____

PARTE II: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

8. ¿El suministro de agua potable es permanente en el centro escolar? Siempre_____ A veces_____ Nunca_____

9. ¿La ventilación y temperatura de los salones de clases es adecuado? Sí_____ No_____
10. ¿Cree que los salones son adecuados para recibir clases en ellos? Sí_____ No_____
11. ¿En los baños sanitarios se observan los siguientes aspectos?
    Los lavan frecuentemente_____ Están ubicados en un área adecuada_____
    El número de baños es adecuado para la población estudiantil_____
12. ¿Existen lavaderos exclusivos para lavar trapeadores u otros materiales de limpieza? Sí_____ No_____
13. ¿la ubicación de utensilios de limpieza es adecuado? Sí_____ No_____
14. ¿Existe acúmulo de agua o charcos dentro de la escuela que ponga en riesgo su salud? Sí_____ No_____
15. ¿Cómo manejan los desechos sólidos del centro escolar? Depositándolos en basureros internos _____ depositándolos en basureros externos_____ dejándolos fuera de la escuela en bolsas plásticas_____ Otros_____
16. ¿Las cafeterías de su centro escolar son higiénicas? Sí_____ No_____
17. ¿Señale que condiciones de riesgo existen fuera del centro escolar? Basureros a cielo abierto_____ Mal estado de drenajes_____ Acúmulo de agua en los alrededores_____ Mal higiene de las ventas_____

PARTE III: SALUD POSTURAL

18. ¿Existen enfermedades posturales en su familia? Sí_____ No____
19. ¿Consulta frecuentemente por dolores de espalda o de piernas o brazos? Sí____ No____
20. ¿Practica algún tipo de deporte? Sí____ No_____
21. ¿Considera que el deporte es adecuado para mantener la salud física? Sí____ No_____
22. ¿Tiene usted acceso a servicios de salud? Sí____ No____
23. ¿Sabe usted si su centro escolar tiene acceso a los servicios de salud? Sí____ No____
24. ¿Considera usted que la forma de transportarse hacia el centro escolar le ha ocasionado enfermedades posturales?
    Sí____ No____
25. Marque con una **X** cuál es la postura que usted adopta con más frecuencia en clase
    Sentarse encorvado_____ Sentarse recostado en el respaldo del pupitre_____ Recostado sobre la mesa del pupitre_____ sentado correctamente_____
26. Marque con una **X** cuál es la posición en la que usa su bolsón? Colgada en un hombro_____
    Colgada de ambos hombros_____ Cruzada_____
27. Los pupitres son confortables y adecuados para usted: Sí_____ No____
28. Los profesores le enseñan hábitos posturales saludables: Sí_____ No____

PARTE IV: HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

29. ¿Qué implementos de higiene oral utiliza para mantener su salud bucal? Cepillo y crema dental____
Cepillo, crema dental e hilo dental____ Cepillo, crema dental, hilo dental y enjuague bucal____ Ninguna____
30. ¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes? Una vez al día____ Dos veces al día___ Tres veces al día___ Nunca___
31. ¿Con qué frecuencia ingiere alimentos? Tres tiempos de comida_____ Tres tiempos de comida más refrigerio____ Tres tiempos de comida, refrigerios más golosinas____ Sólo uno o dos tiempos al día____
32. De los siguientes alimentos, ¿Cuáles acostumbra comer con mayor frecuencia?
Pan dulce____ Pastas, arroz, yuca____ Hamburguesas_____ Pizza___ Sándwich____ Dulces____
33. ¿Con que regularidad visita al Odontólogo? Una vez al año____ Dos veces al año____ Más de dos veces al año____ Solo cuando hay un problema dental_____ Nunca
34. ¿Cuáles problemas dentales ha padecido? Caries dental____ Dolor dental____ Sangramiento de las encías____ Fractura dental____ Inflamación____ Ninguno_____

PARTE V: SALUD VISUAL

35. ¿Tiene dificultades para leer su libro de texto? Sí_____ No_____
36. ¿Se le dificulta copiar del pizarrón? Sí_____ No_____
37. ¿Tiene dificultad para seguir las líneas en su cuaderno? Sí_____ No_____

38. ¿Presenta algún inconveniente para ver de lejos? Sí_____ No_____
39. ¿Se acerca a la cara el cuaderno o libreta para escribir? Sí_____ No_____
40. ¿Tiende a copiar del cuaderno de sus compañeros? Sí_____ No_____
41. ¿Escribe con letra grande en su cuaderno? Sí_____ No_____
42. ¿Tiene dificultad para distinguir los colores? Sí_____ No_____
43. Ha padecido alguna vez de lo siguiente: Ardor en los ojos___ Lagrimeo ___ Picazón en los ojos____ Ninguna_____
44. Al realizar sus tareas en casa, usted utiliza: Energía eléctrica____ Candil _____ Candela_____ Lámpara de Gas____

AREA VI: SALUD MENTAL:

45. Existe comunicación de confianza con sus padres o responsables? Sí ___ No___
46. ¿En su hogar ha habido actos o expresiones de violencia familiar? Sí ___ No___
47. ¿Mantiene buenas relaciones de amistad dentro del centro escolar? Sí ___ No___
48. ¿Los docentes le generan confianza para comunicarle los problemas que surgen en su centro escolar?
Sí ___ No___
49. ¿Se ha dado cuenta si en su centro escolar existe acoso por parte de los mismos estudiantes? Sí ___ No___

50. ¿Cómo percibe el ambiente que rodea a su centro escolar? Tranquilo_____ Peligroso____ Le es indiferente_____
51. ¿Ha sentido tristeza o depresión sin justificación aparente en los últimos 3 meses? Sí ___ No___
52. ¿Alguna vez ha tenido deseos de quitarse la vida? Sí ___ No___
53. Realiza algunas de las siguientes actividades? Deporte_____ Religión _____ Música ____ Lectura____ Pintura _____ Danza ____ Otros, especifique cual ____
54. ¿Cómo visualiza su futuro en el ambiente en que usted se desenvuelve? Incierto _____ Indiferente____ Inseguro ____ Seguro___ Tranquilo___ Confiado____ otro ____
55. ¿Cómo percibe el ambiente que rodea a su institución? Tranquilo___ Peligroso___ Le es indiferente____

Anexo 4. Cartas de autorización para visitas a centros escolares

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACIÓN

Santa Ana, 27 de julio de 2015

Sr (a)
Director(a) de Centro Escolar Santa Ana California
Santa Ana
Presente.

Respetable Director (a):
Reciba un cordial saludo, esperando se encuentre cosechando muchos éxitos en el desempeño de sus funciones profesionales.
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración y permiso para que usted, el docente de Ciencias y sus estudiantes puedan participar en la investigación denominada ***"LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015, en la que además se incluyen los siguientes subtemas***

- *Gestión escolar vinculada a la salud mental en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a la salud visual en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones de salud oral en estudiantes de educación básica centros educativos, la zona occidental de El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones posturales en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las enfermedades infecciosas en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*

Con el objetivo de establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

La investigación arriba mencionada será realizada por los profesionales egresados de la Maestría en administración de la educación de la Universidad Pedagógica de El Salvador

Lic. Jackeline Morales y Dr. Marcos Quintana.
Lic. Dina de Hidalgo y Lic. América de Alas
Lic. Evelyn Carballo y Lic. Reina Castillo
Lic. Diana Villacorta y Dra. Coralia Quintanilla
Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval

No omito manifestarle que la participación de los estudiantes será de vital importancia para llevar a cabo la investigación, hacemos de su conocimiento que la identidad de los estudiantes es confidencial.
Agradeciendo de antemano su colaboración y permiso, nos suscribimos.

Atentamente,

Recibido
Lunes. 27-07-2015

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACIÓN

Santa Ana, 20 de julio de 2015

Licda. Cecibel Lemus Galán
Directora de Centro Escolar Cantón el Portezuelo
Presente.

Respetable Directora:
Reciba un cordial saludo, esperando se encuentre cosechando muchos éxitos en el desempeño de sus funciones profesionales.
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración y autorización para que sus estudiantes de **7°, 8° y 9° grado, Docentes de ciencias y el Director** del centro escolar, puedan **participar en la validación de instrumentos** de la investigación denominada: ***"LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015, en la que además se incluyen los siguientes subtemas***

- *Gestión escolar vinculada a la salud mental en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a la salud visual en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones de salud oral en estudiantes de educación básica centros educativos, la zona occidental de El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones posturales en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las enfermedades infecciosas en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*

Con el objetivo de establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

La investigación arriba mencionada será realizada por los profesionales egresados de la Maestría en administración de la educación de la Universidad Pedagógica de El Salvador

Lic. Jackeline Morales y Dr. Marcos Quintana.
Lic. Dina de Hidalgo y Lic. América de Alas
Lic. Evelyn Carballo y Lic. Reina Castillo
Lic. Diana Villacorta y Dra. Coralia Quintanilla
Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval

No omito manifestarle que la participación de los estudiantes, docentes y el director será de vital importancia para llevar a cabo la investigación, hacemos de su conocimiento que la identidad de los participantes es confidencial.

Agradeciendo de antemano su colaboración y permiso, nos suscribimos.

Atentamente,

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
CENTRO ESCOLAR "CANTÓN EL PORTEZUELO"
Autopista Sur, Km 64
DIRECCIÓN
COD 10402
SANTA ANA, EL SALVADOR, C.A.

8 07 2015

77301344
24406453

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACIÓN

Santa Ana, 27 de julio de 2015

Sr (a)
Director(a) de Centro Escolar Profesor Félix Canizález
Santa Ana
Presente.

Respetable Director (a):
Reciba un cordial saludo, esperando se encuentre cosechando muchos éxitos en el desempeño de sus funciones profesionales.
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración y permiso para que usted, el docente de Ciencias y sus estudiantes puedan participar en la investigación denominada ***"LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015, en la que además se incluyen los siguientes subtemas***

- *Gestión escolar vinculada a la salud mental en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a la salud visual en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones de salud oral en estudiantes de educación básica centros educativos, la zona occidental de El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones posturales en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las enfermedades infecciosas en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*

Con el objetivo de establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

La investigación arriba mencionada será realizada por los profesionales egresados de la Maestría en administración de la educación de la Universidad Pedagógica de El Salvador

Lic. Jackeline Morales y Dr. Marcos Quintana.
Lic. Dina de Hidalgo y Lic. América de Alas
Lic. Evelyn Carballo y Lic. Reina Castillo
Lic. Diana Villacorta y Dra. Coralia Quintanilla
Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval

No omito manifestarle que la participación de los estudiantes será de vital importancia para llevar a cabo la investigación, hacemos de su conocimiento que la identidad de los estudiantes es confidencial.
Agradeciendo de antemano su colaboración y permiso, nos suscribimos.

Atentamente,

EL SALVADOR

Ministerio de Educación
Dirección Nacional de Gestión Departamental

2:03pm

Fecha: DNGD 101/04/2013

MEMORANDO

Para: Dr. Hector Samour
Viceministro de Educación

De: Licda. Sandra Alas Guidos
Directora Nacional de Gestión Departamental

Fecha: 01 de abril de 2014

Asunto: Solicitud de autorización

Estimado Sr. Viceministro: Por este medio atentamente hago de su apreciable conocimiento que la Universidad Pedagógica de El Salvador, con el objetivo de hacer aportes sustanciales a la calidad educativa esta realizando una investigación relacionada a los factores asociados al rendimiento educativo de educación media del país, el cual pretende definir las situaciones que inciden en el aprendizaje de los estudiantes de bachillerato.

Para ello necesitan hacer visitas de campo a los centros educativos de educación media que han identificado al azar por medio de criterios aleatorios de los investigadores con el objetivo de obtener una muestra por cada departamento, la cual está definida por diez estudiantes, dos profesores y un director por institución.

Por lo anterior, atentamente le remito para su consideración y autorización el listado de los centros escolares que planean visitar del 22 al 30 de abril de 2014.

Con atentos saludos,

MINISTERIO DE EDUCACION

SISTEMA DE CONTROL DE CORRESPONDENCIA - REPORTE DE INGRESO DE DOCUMENTOS

...OR **VICEMINISTRO EDUCACION - DR. HECTOR SAMOUR CANAN** RESOLVER EN (DIAS)

...a: ...9

...E INGRESO	*Wed 02/04/2014*
...OCUMENTO	*Wed 02/04/2014*
...POR	*DIRECCION NACIONAL DE GESTION DEPARTAMENTAL*
	LICDA. SANDRA ALAS GUIDOS

ASUNTO

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

...medio atentamente hago de su apreciable conocimiento que la Universidad Pedagógica de El Salvador , con el ...e hacer aportes sustanciales a la calidad educativa esta realizando una investigación relacionada a los factores ... al rendimiento educativo de educación media del país, el cual pretende definir las situaciones que inciden en el ...ie de los estudiantes de bachillerato.

...o a

Dagrio

Indicación Especial: 2

Prioridad: NORMAL

...NES GENERALES:

...icaciones de Titular

11:03

Santa Ana, 8 de julio de 2015.

Estudiantes Egresados de la Maestría en Administración de la Educación

Universidad Pedagógica de El Salvador

Reciban por medio de la presente un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de esta nota es para dar respuesta a solicitud recibida, para desarrollar una investigación en Centros Escolares del departamento de Santa Ana, denominada "La gestión Escolar en los Estudiantes de Educación Básica, Zona Occidental, El Salvador 2015".

Por lo cual autorizo el desarrollo de dicha investigación, para lo cual solicito coordinar con los Directores/as y Docentes de los Centros Escolares que han seleccionado para no interferir en el desarrollo normal de las clases.

Atentamente,

Lic. Martín Alarcón Zamora

Director Departamental de Educación

Santa Ana

Ministerio de Educación
Dirección Nacional de Gestión Departamental

Ahuachapán, 19 de mayo de 2014.

Señores Directores de Centros Educativos:
Isidro Menéndez
Alfredo Espino
Alejandro de Humboldt
1° de Julio de 1823
Ricardo Trigueros de León
Carlota León Vda. de Trigueros
Colonia Santa María
Ahuachapán

Sirva la presente para saludarles y desearles éxitos en sus labores profesionales.

Por este medio comunico a Usted, que a esta Dirección Departamental de Educación se han presentado los profesionales: **Lic. Jackeline Morales, Dr. Marcos Quintana, Lic. Dina de Hidalgo, Lic. América de Alas, Lic. Evelyn Carballo, Lic. Reina Castillo, Lic. Diana Villacorta, Dra. Coralia Quintanilla, Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval**, de la Universidad Pedagógica de El Salvador, a solicitar se les permita ingresar a sus Centros Educativos para la investigación denominada "La Gestión Escolar y Salud en los Estudiantes de Educación Básica, Zona Occidental, El Salvador 2015, por lo que les solicito favor brindarles esa oportunidad, siempre y cuando esto no interfiera con el normal funcionamiento de la labor educativa.

Hago oportuna la ocasión para reiterarles mis muestras de alta estima y consideración.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL AHUACHAPÁN EL SALVADOR

Héctor Donald Aquino
Director Departamental de Educación
Ahuachapán

Dirección Departamental de Educación de Ahuachapán
Teléfonos 2413-0487, 2443-1899 y Fax 2410-1411

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACIÓN

Santa Ana, 27 de julio de 2015

Sr (a)
Director(a) de Complejo Educativo Capitán General Gerardo Barrios
Santa Ana
Presente.

Respetable Director (a):
Reciba un cordial saludo, esperando se encuentre cosechando muchos éxitos en el desempeño de sus funciones profesionales.
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración y permiso para que usted, el docente de Ciencias y sus estudiantes puedan participar en la investigación denominada ***"LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015, en la que además se incluyen los siguientes subtemas***

- *Gestión escolar vinculada a la salud mental en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a la salud visual en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones de salud oral en estudiantes de educación básica centros educativos, la zona occidental de El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones posturales en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las enfermedades infecciosas en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*

Con el objetivo de establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

La investigación arriba mencionada será realizada por los profesionales egresados de la Maestría en administración de la educación de la Universidad Pedagógica de El Salvador

Lic. Jackeline Morales y Dr. Marcos Quintana.
Lic. Dina de Hidalgo y Lic. América de Alas
Lic. Evelyn Carballo y Lic. Reina Castillo
Lic. Diana Villacorta y Dra. Coralia Quintanilla
Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval

No omito manifestarle que la participación de los estudiantes será de vital importancia para llevar a cabo la investigación, hacemos de su conocimiento que la identidad de los estudiantes es confidencial.
Agradeciendo de antemano su colaboración y permiso, nos suscribimos.

Atentamente,
3- docentes de ciencias
1- Director
8° y 9° completos a encuestar

MINISTERIO DE EDUCACION
CONSEJO EDUCATIVO CAPITAN GENERAL GERARDO BARRIOS
JURISDICCIÓN DE SANTA ANA
DIRECCION
COD. 10491
SANTA ANA, EL SALVADOR, C.A.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA EDUCACIÓN

Santa Ana, 27 de julio de 2015

Sr (a)
Director(a) de Centro Escolar Leopoldo Mayén Torres
Santa Ana
Presente.

Respetable Director (a):
Reciba un cordial saludo, esperando se encuentre cosechando muchos éxitos en el desempeño de sus funciones profesionales.
El motivo de la presente es para solicitarle su colaboración y permiso para que usted, el docente de Ciencias y sus estudiantes puedan participar en la investigación denominada ***"LA GESTIÓN ESCOLAR Y SALUD EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA, ZONA OCCIDENTAL, EL SALVADOR, 2015, en la que además se incluyen los siguientes subtemas***

- *Gestión escolar vinculada a la salud mental en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a la salud visual en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones de salud oral en estudiantes de educación básica centros educativos, la zona occidental de El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las alteraciones posturales en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*
- *Gestión escolar vinculada a las enfermedades infecciosas en estudiantes de educación básica de centros escolares, zona occidental, El Salvador, 2015.*

Con el objetivo de establecer la articulación entre el concepto de gestión escolar y las condiciones actuales en el área de salud, en los centros educativos.

La investigación arriba mencionada será realizada por los profesionales egresados de la Maestría en administración de la educación de la Universidad Pedagógica de El Salvador

Lic. Jackeline Morales y Dr. Marcos Quintana.
Lic. Dina de Hidalgo y Lic. América de Alas
Lic. Evelyn Carballo y Lic. Reina Castillo
Lic. Diana Villacorta y Dra. Coralia Quintanilla
Dr. Joel Galdámez y Dr. Miguel Sandoval

No omito manifestarle que la participación de los estudiantes será de vital importancia para llevar a cabo la investigación, hacemos de su conocimiento que la identidad de los estudiantes es confidencial.
Agradeciendo de antemano su colaboración y permiso, nos suscribimos.

Atentamente,

24774515
Rafael Osvaldo Figueroa

Anexo 5. Foto registro

Planificación de la investigación

Visita de campo Centro Escolar Isidro Menéndez, Ahuachapán

Visita de campo Centro Escolar isidro Menéndez, Ahuachapán