



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de Postgrado

**“GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE
PROGRAMAS DE ARTES ESCÉNICAS EN CENTROS DE SALUD”**

Actividad de formación equivalente (AFE)

Para optar al grado de Magíster en Gestión Cultural

Profesor guía: Fabián Retamal

Aspirantes a grado de Magíster: Paulina Gómez Escobar y Martina Valladares Fischer

Marzo de 2017, Santiago de Chile.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro profesor guía, que ha tenido la dedicación para orientarnos en nuestros primeros pasos como Gestoras Culturales.

A nuestras familias y amigos, que nos han apoyado en nuestro camino profesional y personal.

A todas las organizaciones, programas, proyectos y personas que trabajan incansablemente por el bienestar de los pacientes a través de las artes escénicas y a quienes hicieron posible esta investigación.

ÍNDICE AFE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO	9
1.1. ASPECTOS TERRITORIALES	9
1.2. ASPECTOS HISTÓRICOS	12
1.3. ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS	13
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	16
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	23
3.1. OBJETIVOS	23
3.2. METODOLOGÍA	23
TABLA 1: VARIABLES	25
3.3. UNIVERSO, MUESTRA Y SUJETOS SEGÚN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	27
TABLA 2: INFORMANTES CLAVE	28
TABLA 3: INFORMACIÓN RECOLECTADAS A TRAVÉS DE ENTREVISTAS	35
3.4. RECOPIACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ANTECEDENTES GENERALES	48
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	49
ÍNDICE GUÍA	50
INTRODUCCIÓN	51
PROPÓSITOS DE LA GUÍA	54
ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO	55
ASPECTOS TERRITORIALES	56
ASPECTOS HISTÓRICOS	57
ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS	59
1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA	61
1.1. FORMULACIÓN	62
TABLA 4: PREGUNTAS PARA LA FORMULACIÓN	62
1.2. SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN	74
2. FINANCIAMIENTO	79
2.1. PRESUPUESTO	79
2.2. CONSOLIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIA	80

TABLA 5: FONDOS CONCURSABLES	82
3. MODO DE EJECUTAR LAS INTERVENCIONES	84
3.1.VISITA TÉCNICA	84
3.2. ÁREAS	87
3.3.INTERVENCIÓN	89
4. DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA	94
4.1 COMUNICACIONES	95
5. ASOCIATIVIDAD	97
6. RELACIONES INTERPERSONALES	98
6.1. PACIENTES	98
6.2. FUNCIONARIOS	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
CAPÍTULO 5: PROYECCIONES Y CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	107

RESUMEN

En respuesta a la realidad de muchos pacientes que se encuentran internados de manera prolongada en hospitales, viviendo experiencias muchas veces traumáticas y, por otro lado, atendiendo a las numerosas iniciativas artísticas y culturales que se realizan en espacios de salud, es que se elabora la **“Guía para la implementación de artes escénicas en centros de salud”** para los agentes culturales involucrados.

El efecto del teatro fuera de los espacios convencionales donde la audiencia, muchas veces, es una que no acostumbra a presenciar puestas en escena, genera un impacto que beneficia de manera directa al espectador. Esta idea proveniente del concepto “Teatro Aplicado” -concepto abordado con mayor profundidad en el capítulo 2, que tiene por objetivo utilizar el teatro como herramienta de cambio social, fuera de las salas de espectáculo, llevándolo a la cotidianeidad: aulas, cárceles, hospitales, etcétera. El intercambio entre realidad y ficción como elementos que se retroalimentan, permiten aplicar las herramientas teatrales de forma concreta en los distintos grupos humanos de la sociedad.

La **“Guía para la implementación de artes escénicas en centros de salud”**, fundamenta sus bases en la contribución de las artes escénicas en la recuperación de la salud de los pacientes, independientemente del foco del programa. Los programas pueden dirigirse específicamente a los funcionarios de la salud, a las familias de los pacientes o a los pacientes mismos. Independientemente de la modalidad específica de intervención, éstas serán igualmente de beneficio para estos últimos. En esta guía, se abordan herramientas de producción y gestión cultural, para implementar productos perdurables en el tiempo, de las artes escénicas en los hospitales.

En esta investigación se dará a conocer el proceso mediante el cual se identificó, clasificó y analizó una amplia gama de instancias, proyectos y programas de artes escénicas chilenos e internacionales. El propósito final de esta guía es aportar a la sanación de pacientes de todas las edades. A través de la información reunida en esta investigación, se buscará otorgar herramientas concretas para gestores culturales, trabajadores de las artes escénicas, clown hospitalarios y funcionarios de la salud, con el fin de implementar programas de artes escénicas en estos contextos.

INTRODUCCIÓN

Los artistas escénicos, han situado los centros de salud, como un espacio próspero para el ejercicio del teatro, la danza y otras disciplinas asociadas a la cultura. Desde la gestión cultural, dicha realidad ha implicado la generación de programas de artes escénicas implementados en centros hospitalarios.

La información proporcionada por el Ministerio de Educación, reflejada en el estudio “El escenario del trabajador cultural en Chile” del Proyecto Trama, revela que el 71,1% de los trabajadores de las artes, manifiestan un alto nivel de dificultad para encontrar espacios para ejercer el oficio, teniendo mayor dificultad los trabajadores pertenecientes a las artes escénicas y a la música (Brodsky, Negrón, Pösse, 2014). Ésta es una de las razones por la que el creciente número de actores y actrices¹, han ido generando una búsqueda y diversificación de los espacios para la realización de instancias teatrales, que a su vez se configuren como un empleo seguro. Como indica el Ministerio de Educación, la empleabilidad de artistas escénicos al primer año, sólo alcanza el 40,9% (<http://www.mifuturo.cl>). Considerando que ambas autoras son actrices y en relación a la situación previamente descrita, surge la inquietud de desarrollar iniciativas teatrales en espacios no convencionales.

Con el fin de contextualizar el origen de la presente AFE², se remitirá al año 2013 con la creación de la empresa ‘Teatrosano’, proyecto ganador del ‘Capital Semilla para Emprendedores’ de Sercotec, Chile, en el que ambas autoras de esta guía participaron. Este emprendimiento tenía por objetivo implementar programas teatrales en hospitales de la Región Metropolitana. Durante el proceso de elaboración y puesta en marcha de ‘Teatrosano’, se identificaron diferentes carencias y limitantes en relación a la gestión, que hicieron compleja la ejecución de cada nuevo proyecto de la empresa. En este proceso, se dilucidó la existencia de poca información respecto a la implementación de iniciativas de artes escénicas en hospitales. Por otra lado, la mayor parte de lo que se ha hecho, no cuenta con un registro suficiente o definitivamente no está registrado. La poca disponibilidad de información, entre otros motivos, derivó en la finalización de ‘Teatrosano’.

¹ El número de matriculados en carreras relacionadas a teatro y actuación a nivel nacional en el año 2014, asciende a 705 alumnos.

² Actividad de formación equivalente.

La temática teatro y salud es de interés de las autoras del presente documento. Es por esto, que luego del transcurso del Magíster en Gestión Cultural durante los años 2014 y 2015, se decide realizar una AFE e investigar en esta temática desde la perspectiva de la gestión cultural como trabajo de finalización de estudios.

Para comenzar, se amplía el espectro a investigar considerando que la AFE abarcará no sólo teatro, sino que artes escénicas en general, para luego seguir con la recolección de información sobre iniciativas, proyectos y programas de artes escénicas desarrollados en centros de salud a nivel local e internacional.

Este tipo de programas, se han llevado a cabo por una larga data y han tenido un aumento en la última década en el ámbito profesional, como comenta Constanza Alvarado, magíster en artes, actriz e investigadora teatral, una de las entrevistadas. Según relata la Magíster en Historia, Josefina Araos, encargada de “La historia del cuenta cuento en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Dr. Roberto del Río”, es posible observar tres situaciones paradigmáticas; la primera es que varios de éstos programas tienen un carácter temporal y no han sido registrados. La segunda de las observaciones, tiene relación con la fuerte tradición de voluntariado que existe en los hospitales chilenos. Por último, de éste tipo de proyectos y programas, no se han hecho registros sistemáticos que pudiesen servir como precedente para programas futuros.

La carencia en el acceso a la información y metodologías para generar este tipo de proyectos, se configura entonces como el motor para la realización de esta AFE. En base a estas observaciones, surgen las siguientes preguntas:

¿Existen programas de artes escénicas que se hayan consolidado en el tiempo o la mayoría de estos tiene un carácter temporal?

¿Cómo generar programas de artes escénicas en hospitales que perduren en el tiempo, si no existe un registro de los pasos utilizados por referentes locales a los que recurrir?

¿Qué herramientas de la gestión cultural pueden aportar a la generación de programas de artes escénicas en centros de salud?

La presente AFE, indaga en estas preguntas, investigando a través de técnicas de recolección de información para luego identificar, clasificar y analizar una amplia gama de iniciativas, proyectos y programas de artes escénicas, que pudiesen servir como precedente para futuros programas. Su análisis, permitirá visibilizar las fortalezas y dificultades para llevar a cabo estas iniciativas. Es en base a esta información, que se genera la **“Guía para la implementación de programas de artes escénicas en centros de salud”**. En ésta se aúnan criterios que permiten a gestores culturales y trabajadores de las artes escénicas, implementar este tipo de actividades, en base a la experiencia de los casos previamente identificados. Esta ‘Guía’ se encuentra incluida en el capítulo “Resultados”. Ha sido creada como un cuerpo independiente, ya que tiene por finalidad ser publicada y puesta a disposición, como herramienta que oriente la elaboración de programas de artes escénicas en centros de salud.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

En base al planteamiento del problema mencionado en la introducción, se decide realizar el diagnóstico, que es el punto de partida de la presente investigación. Para ello se generó un sondeo de casos desde diferentes perspectivas y contextos, para lograr tener un visión holística de la temática a tratar.

Así, se generó una documentación desde tres perspectivas principales: mirada internacional, mirada nacional y entrevistas de casos a gestores de experiencias nacionales. De este modo, las fuentes para la recolección de información, se configuran en dos líneas generales:

Fuente 1: Agentes informantes, que abordan experiencias de artes escénicas y salud a nivel nacional, con el fin de conocer en detalle las metodologías de trabajo.

Fuente 2: Revisión bibliográfica, que recoge iniciativas de artes escénicas internacionales en contextos de salud, con el fin de tener referentes y puntos de comparación con lo que ocurre a nivel nacional.

A continuación se describirán los aspectos relevantes de la investigación.

1.1. ASPECTOS TERRITORIALES

Como resultado de la revisión de casos a nivel internacional, se han encontrado múltiples experiencias en diferentes países. Vale la pena resaltar, que existen referentes interesantes, tanto por sus modelos de gestión, como por su permanencia en el tiempo, generando alto impacto sociocultural en contextos de salud.

Un punto importante a aclarar, es el hecho de que la mayor cantidad de casos encontrados sobre la vinculación de artes escénicas con espacios de salud, se remiten al

clown hospitalario³, siendo esta técnica la más utilizada como herramienta terapéutica y de implementación en hospitales a nivel mundial. Resulta importante hacer hincapié en este punto, ya que los lineamientos del clown hospitalario son pertinentes en este contexto, tanto en sus beneficios directos en la mejora de los pacientes, como en el ambiente laboral. Ésta es una técnica despojada de elementos escénicos, que resulta efectiva y eficiente, ya que no invade espacios, se amolda fácilmente a diversos contextos y también por su fuerte base en la improvisación.

A nivel nacional, se observa de igual forma, que en el ámbito internacional, que el clown hospitalario es la herramienta más utilizada en la vinculación de las artes escénicas y la salud.

En el caso de Chile, existen experiencias consolidadas, sin embargo en el transcurso de la investigación, no se ha podido encontrar una que haya sistematizado los pasos para que estas experiencias puedan ser replicadas con mayor facilidad por otras organizaciones, por lo que aún, la intuición es una de las herramientas más usadas. Es por esto que se decide generar un sondeo de experiencias, proyectos y programas atingentes, en base a los siguientes criterios: relevancia del programa, disposición del agente informante a participar en la investigación y que la compañía o grupo que desempeña la instancia, tenga un carácter profesional.

ESQUEMA 1

Elaboración propia



³El clown hospitalario, utiliza herramientas propias del clown, aplicando algunas de éstas en contextos de salud. Las principales son improvisación, empatía, juego físico y verbal, el utilizar una 'nariz' y la comunicación directa con el público. En estos contextos, las herramientas se ponen al servicio de pacientes con el fin de apoyar los tratamientos médicos y disminuir el estrés de pacientes, acompañantes y funcionarios.

Los programas analizados a nivel nacional, se han llevado a cabo en los siguientes centros de salud: Hospital de niños Von Buren, Hospital San Juan de Dios, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital de Chillán, Hospital de Temuco, Hospital de Carabineros, Hospital San José, Hospital El Carmen, Instituto de Neurocirugía, Hospital Sótero del Río, Hospital Roberto del Río, Casa Abierta de Coaniquem, Hospital Clínico de la Universidad Católica, Hospital Exequiel González Cortés, Coanil, Teletón, Clínica Las Condes y Clínica Santa María.

Cada uno de estos centros de salud está subdividido en áreas en relación a diversos criterios, entre los que se encuentran: edad, enfermedad y nivel de contagio de ésta misma. Los centros de salud, utilizan nomenclaturas y organizaciones propias, sin embargo, para efectos de la presente investigación se resumirá en: Oncología adultos y pediátrica, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) adultos y pediátrica, UCI cardiológica pediátrica, UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo), Urgencias, Cuidados paliativos adultos y pediátrica, Neonatología, Neurocirugía, salas de espera, Ginecología, pabellón quirúrgico, escuelas intrahospitalarias y pasillos.

Por otra parte, de las entrevistas en profundidad realizadas, se desprendieron variados métodos para generar las iniciativas. A pesar de estas diferencias, se identificaron variables comunes a todos los casos en cuestión. Algunas de éstas variables son: financiamiento, comunicaciones, modo de ejecutar las intervenciones al interior de los espacios de salud, administración, público y asociatividad.

ESQUEMA 2

Elaboración propia



1.2. ASPECTOS HISTÓRICOS

Para efecto de esta AFE, se investigaron diez y nueve casos internacionales. Como referente más antiguo, se ha encontrado el programa Clown Care Unit, en Nueva York, Estados Unidos desde el año 1986. Este programa continúa vigente y está enfocado en pacientes pediátricos. Clown Care Unit nace desde Big Apple Circus, circo Neoyorquino que decide trasladar su quehacer profesional, desde el 'espacio-escenario' al 'espacio-cama'⁴. Éste, ha sido un referente en la vinculación de las áreas de salud y artes escénicas, ya que su modelo ha sido replicado en diferentes partes del mundo. Algunos ejemplos de ello son las agrupaciones Die Clown Doktoren E.V. (Alemania) y Le Rire Medecin (Francia). En ambos casos, los programas se generaron cuando un integrante de Clown Care Unit, decide implementar programas similares en cada uno de estos países. En el caso de Francia, esto dio origen a una ONG (organización no gubernamental), que funciona en más de quince hospitales y trabaja solo con actores profesionales, que tengan experiencia en la técnica del clown. Por otro lado, en Alemania el enfoque es el trabajo con pacientes pediátricos y de tercera edad.

Un último referente importante de destacar en esta búsqueda de antecedentes, es el programa realizado en París, llamado Programa *Art et Hôpital* del Centre d'Art la Panera. Éste tiene como punto de partida el programa *Culture à l'Hôpital*, que funciona desde el año 2000 y que es fruto de un convenio interministerial entre Cultura y Sanidad del Estado francés. *Art et Hôpital*, tiene como objetivo desarrollar una serie de talleres, conducidos por artistas procedentes de diferentes ámbitos de la creación contemporánea. Éste tiene el propósito de acercar el arte contemporáneo y las prácticas artísticas actuales, a los usuarios en contextos hospitalarios. Así, permite que la cultura artística encuentre un lugar en centros de salud y genere nexos e intercambios entre los hospitales y la sociedad.

Se hace necesario resaltar este programa, ya que es parte de la políticas públicas en Francia. En el año 2000, pasó a ser un programa interministerial, con la firma del primer convenio nacional entre el Ministerio de Cultura y los Ministerio de Justicia y de Sanidad del Estado francés. Así se establecieron acuerdos y convenios con otros ministerios, con

⁴ <http://www.bigapplecircus.org/community-programs>

el fin de promover el acceso a la cultura de personas que se encuentran alejadas de ésta o bien, no podían acceder por sus circunstancias de salud.

Aunque el foco de esta AFE, es abordar casos donde la profesionalización esté presente, es necesario hacer una revisión de los orígenes del vínculo entre las artes escénicas y la salud en Chile. Se hace imposible pasar por alto la fuerte tradición de trabajo artístico voluntario, que en gran parte ha permitido perpetuar este vínculo. A pesar de que el trabajo voluntario y su innegable legado no es el foco de la guía a la que ésta AFE pretende dar origen, es indispensable conocer sus métodos y formas de implementación de trabajo.

Luego de realizar dos entrevistas a equipos de voluntarios (Payamédicos Chile, en el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco y Giracuentos en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Sótero del Río), se hace evidente el hecho de que el área profesional, se ha ido nutriendo del camino recorrido por los artistas voluntarios. Actualmente hay una coexistencia entre organizaciones voluntarias y profesionales, generando un trabajo complementario y pertinente⁵.

1.3. ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS

Para entender el contexto socioeconómico de los centros de salud analizados a nivel nacional, es necesario precisar datos demográficos generales. El tamaño de la población de las 346 comunas existentes en Chile es muy diverso, pues fluctúa entre 734,4 mil habitantes en Puente Alto y menos de 1.000 habitantes en nueve de ellas (INE, 2011).

Respecto del sistema de salud que rige en Chile, éste se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, siendo el encargado de sus servicios, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Según menciona el Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), el sistema de salud en Chile desde el año 1952 presentó un crecimiento de infraestructura y recursos en el sistema asistencial público. Luego en el período dictatorial comprendido entre 1973 y 1990, hubo una reducción del gasto público en el área salud y se hizo

⁵ "Gestión cultural pertinente: es aquella que oportunamente atiende las necesidades y aspiraciones reales de los habitantes de un determinado territorio (físico o mental), respetando su matriz, tradiciones (patrimonio) y dinámica cultural, en base a un trabajo interactivo y creativo, basado en relaciones horizontales de comunicación y participación, con planes y proyectos articulados entre sí, dentro de procesos que se desarrollan con metas de corto, mediano y largo plazo" (Matthey, 2011).

énfasis en la privatización del sistema. Además, la situación del sistema de salud público se complejizó por el aumento de la población de adultos mayores y las enfermedades crónicas asociadas.

“Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún es insuficiente para recuperar al sistema público con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial”.

(OCHISAP, 2013)

Por otra parte, el área privada de servicios de salud ha logrado posicionarse fuertemente con clínicas, centros médicos y otros. Esto ha derivado en la migración de profesionales de la salud desde el sector público al privado y en la incapacidad del sistema público para satisfacer las demandas de sus usuarios, entre otras.

Según menciona OCHISAP, respecto del financiamiento y organización, actualmente los centros de salud están abocados a auto gestionarse (2013).

Tomando en cuenta el aspecto socioeconómico antes descrito y en relación a los casos analizados a nivel nacional, se observó que la variable financiamiento es fundamental para poder comenzar una iniciativa, teniendo presente los diferentes “modus operandis”. Se encontraron casos en el sector privado, como lo es *Clown Bagó*, presente tanto en clínicas como hospitales y otros solo en el sector público, donde el financiamiento es a través de municipalidades, como es el caso de *Sonrisólogos*. También se observó la presencia de financiamiento mixto a través de postulación directa a proyectos de Fondart y/o fundaciones, como es la organización *Clown Célula Roja*.

Los antecedentes previamente mencionados, dan cuenta de un contexto a nivel país, donde no existen conductos establecidos para poner en marcha programas vinculantes entre artes escénicas y centros de salud. Esta situación, impide que los actores del sector cultural logren configurar programas donde se pueda ejercer el oficio de manera profesional, es decir, de forma remunerada, con garantías mínimas, contrato, días de descanso, entre otros. Si bien existen excepciones, como es el caso de los programas mencionados, que establecen la base de la presente investigación, éstos no constituyen

la generalidad del sector cultural en este tipo de espacios. Por esto, se hace necesario identificar y crear metodologías para llevar a cabo programas de este tipo y en estos contextos, donde la precariedad del trabajo en el sector cultural, se puede tomar como una oportunidad para que trabajadores culturales identifiquen los espacios de salud, como un campo de acción próspero en ámbitos laborales⁶.

⁶Como conclusiones del estudio **“El Escenario del Trabajador Cultural en Chile Publicación Proyecto Trama”**, (2014) en los resultados del Catastro de Trabajadores de la Cultura, *“se pudo constatar la situación de precariedad en la que se desarrolla el trabajo artístico-cultural en nuestro país, con una fuerte desprotección social y laboral de los trabajadores, primando un trabajo de tipo informal. Abunda el trabajo independiente, sin contrato, sin previsión social. La labor artística debe combinarse con otras actividades no culturales, diversificándose el tiempo y los ingresos para poder subsistir. Muchos de quienes se desempeñan en el sector, no reciben remuneración alguna por el servicio o bien realizado. La valoración de la actividad artística y cultural como un trabajo, por tanto remunerado, como cualquier otro, es un tema pendiente aún en Chile y es una causa importante de la pauperización de las condiciones sociales principalmente de los artistas, que en regiones se vuelve aún más compleja. Pese a ello, se hacen notorios los niveles de preparación, la dedicación y el esfuerzo de estos trabajadores, que extienden sus jornadas laborales y llevan a cabo sus proyectos a pesar de las dificultades, la precariedad y el pluriempleo”*.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

Para la realización del marco conceptual, se aludirá a la siguiente *pregunta de investigación*:

Desde la Gestión Cultural, ¿Cuáles son las etapas necesarias para la consolidación de programas de artes escénicas aplicadas, en centros de salud?

A continuación y en base a esta pregunta de investigación, se definirán los conceptos relevantes que delimitarán los márgenes de la presente AFE.

2.1. TEATRO APLICADO

El concepto de Teatro Aplicado o Applied Theatre, es el sistema medular en el que se construirá esta AFE. La necesidad de llevar el teatro a lugares no convencionales, es un fenómeno que ha tenido lugar al menos, hace tres décadas en Chile.

“Teatro aplicado’ y ‘drama aplicado’ son prácticas híbridas e interdisciplinarias. Practicantes del drama han estado trabajando en escenarios educacionales, terapéuticos y comunitarios por muchos años, pero la emergencia de los términos ‘drama aplicado’, ‘teatro aplicado’ y a veces ‘performance aplicada’ es signo de un interés renovado por la profesionalización de este campo y la revisión común de políticas y teorías que conciernen y acompañan dichas prácticas variadas”.

(Nicholson, 2005)

El hecho de usar espacios donde el oficio se puede profesionalizar, además de generar un aporte a la comunidad, resulta atractivo y motivante. El rol que cumple el teatro en comunidades y espacios no convencionales, como agente de cambio es uno de los motivos por el que se han ido asentando estos nichos para los artistas escénicos.

El rol de la audiencia es una de las claves del Applied Theatre, caracterizado como un rol activo y participativo, no sólo desde la expectación a posteriori de las performances, sino

en su conformación creativa. Se busca revitalizar el rol de los espectadores y sacarlos de la alienación acontecida especialmente en el teatro del siglo XIX, donde las audiencias eran más bien pasivas y se encontraban sometidas a reglas teatrales inquebrantables (Predergast y Saxton, 2009).

Tal como señala Philip Taylor (2003), el teatro aplicado comparte mucho con otras ramas del teatro, donde la forma artística fundamental de realización, está orientada a la narración, la curación, la enseñanza y el aprendizaje. Se entiende al teatro aplicado no como una presentación o discusión que se realiza en un 'lugar de teatro' convencionalmente entendido, sino como un teatro que tiene lugar en escenarios no teatrales, centros comunitarios, parques, calles, cárceles, centros de rehabilitación, terapia, centros de salud, proyectos de vivienda, servicios de apoyo y otras locaciones al servicio de la audiencia y los participantes.

2.2. ARTES ESCÉNICAS APLICADAS

La presente guía busca integrar las artes escénicas de manera global, por lo que se homologará el concepto de 'Teatro Aplicado', a 'Artes Escénicas Aplicadas'. Esta decisión ha sido tomada, considerando como base una de las características principales del teatro, que es la puesta en escena, elemento compartido con las siguientes disciplinas: danza, clown y circo, entre otras. Se postula, además, a que cualquier disciplina artística al igual que el teatro, puede ser una herramienta de cambio social, fuera de su espacio convencional de presentación. Como menciona el teórico teatral Patrice Pavis (1987):

No podríamos limitar este arte a un conjunto de técnicas; y la práctica se encarga de extender sin cesar el horizonte de la escena: proyección de diapositivas o de películas (PISCATOR. SVOBODA), presencia de la escultura en el teatro (Bread and Puppet), el baile y el mimo, la acción política (agit-prop) o el acontecimiento (happening). En consecuencia, el estudio del arte teatral se ramifica en campos infinitos de estudio y el programa es desmesurado; el de SOURIAU aparece casi como demasiado tímido: 'Un tratado sobre teatro debería al menos examinar sucesivamente todos estos factores: el autor, el universo teatral, los personajes, el lugar, el espacio escénico, el decorado, la exposición del asunto, la acción, las situaciones, el desenlace, el arte del actor, el espectador, las categorías teatrales: trágico,*

dramático, cómico; finalmente las síntesis: teatro-y-poesía, teatro-y-música, teatro-y-baile, para terminar con los subproductos del teatro: espectáculos diversos, juego de circo, marionetas, etc. Sin olvidar la interferencia con otras artes, en particular con el nuevo arte cinematográfico.

(SOURIAU, citado por ASLAN, 1963:17)

2.3. GUÍA

Generar una metodología y/o protocolo para llevar a cabo y desarrollar determinada práctica, muchas veces puede tener una mirada unívoca, sesgada o muy personal. Es por esto que se decide realizar una *guía* y no un *manual*.

Al ir perfilando la presente AFE, surgieron preguntas como *¿Porqué esta metodología servirá a todos lo que quieran hacer artes escénicas en hospitales? ¿Bajo qué perspectivas será efectiva?*. Una *guía*, es una herramienta que acompaña en determinado proceso, abre caminos y propone posibilidades. Por el contrario un manual, es una estructura más rígida que indica cómo, cuándo y dónde llevar a cabo determinado proceso. A continuación, las definiciones de ambos conceptos dictados por la Real Academia Española:

Guía⁷ (De *guiar*).

1. *f.* Aquello que dirige o encamina.
3. *f.* Tratado en que se dan preceptos para encaminar o dirigir en cosas, ya espirituales o abstractas, ya puramente mecánicas.

Manual⁸

1. *adj.* Que se ejecuta con las manos.
2. *adj.* Fácil de manejar.
3. *adj.* Que exige más habilidad de manos que inteligencia.
9. *m.* Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia.

⁷ <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=qbeNxNWDmDXX2By1Nq9T>

⁸ <http://dle.rae.es/?w=manual&o=h>

En base a estas definiciones, el formato guía, convoca de manera más coherente a la realización del producto de la presente AFE. No existe la intención de generar un producto incuestionable, de cómo llevar a cabo instancias de artes escénicas en centros de salud. Más bien, es del interés de las autoras crear un documento sugerente sobre cómo proceder. Es por esto que una guía, resulta más cercana y amable, ya que en este caso se desea proponer posibilidades viables para llegar al objetivo de crear un programa.

Otro documento que se tomó como base para llevar a cabo esta elección es el Pre Informe, facilitado por María Paulina Soto Labbé: “Servicio de elaboración de manual de buenas prácticas en base a la cultura Aymara, Rapa Nui y Mapuche”. Aunque el contenido del documento recién mencionado no se vincula con este estudio, se hará hincapié en dos citas consideradas relevantes.

“Un primer punto está relacionado con la noción de Manual. Éste sugiere al lector que en él encontrará protocolos de buenas prácticas” (...) a diferencia de “una guía de temas que orienten el diálogo intercultural (...) La propia noción de Manual sugiere la idea de normas y la creación de las mismas, supondría realizar un proceso participativo y que involucrará a las instancias de decisión (...)”

2.4. ACTIVIDADES DE ARTES ESCÉNICAS

Se considerarán en esta categoría: talleres, danza, obras teatrales, monólogos, cuenta cuentos, títeres, clown y lambe lambe. En base a la información proporcionada por la investigación, todas estas instancias han tenido cabida en diversos centros de salud. Es por esto que han sido agrupadas, ya que para su realización en centros de salud, presentan requerimientos y necesidades similares.

A continuación se consideraron definiciones de diversos autores, para cada una de las disciplinas mencionadas.

·Clown: *“Al hablar de clown o payaso como tal, nos referimos a un personaje que conlleva determinadas características que hacen único su rol dentro de variados contextos, entre ellos el hospital. Jara (2000) afirma: El clown es alguien que vive, siente y reacciona de todas las maneras que una persona puede registrar en cualquiera de sus fases vitales: infancia, adolescencia, madurez, vejez (...) Se podría decir que en el clown*

encontramos nuestro mejor otro yo, aquel que es más sincero, primario, apasionado y transparente". (Faúndez y Moena 2014)

·**Cuenta cuento:** Escenificación de historias transmitidas a través de la narración. Es un formato que minimiza a lo esencial la cantidad de 'elementos' anexos al cuerpo del o los narradores, ya que pone énfasis en la voz de los ejecutantes.⁹

·**Danza:** *"La danza es un arte que utiliza el cuerpo en movimiento como lenguaje expresivo"*. (Willem, 1985)

·**Lambe lambe:** Resulta compleja una definición académica por lo reciente de la disciplina. La siguiente, es entonces una definición de elaboración propia. Lambe lambe es una rama de las artes escénicas en pequeño formato, diseñado para un espectador y ejecutado por un solo actor. Por pequeño que sea el espectáculo, éste igualmente puede considerar iluminación, música y escenografía. Generalmente tiene corta duración. El espectador mira desde una pequeña obertura, hacia dentro de una caja, donde ocurre la función.¹⁰

·**Monólogo:** *"Discurso de un personaje que no está dirigido directamente a un interlocutor con el propósito de obtener una respuesta (soliloquio). El monólogo se distingue del diálogo por la ausencia de intercambio verbal y por la importante extensión de un parlamento separable del contexto conflictual y dialógico. El contexto es el mismo del principio al fin, y los cambios de dirección semántica (propios del diálogo) están limitados a un mínimo, que asegure la unidad del sujeto de la enunciación"*. (Pavis, 1987)

·**Taller:** *"Realidad integradora, compleja, reflexiva, en que se unen la teoría y la práctica como fuerza motriz del proceso pedagógico, orientado a una comunicación constante con la realidad social y como un equipo de trabajo altamente dialógico formado por docentes y estudiantes, en el cual cada uno es un miembro más del equipo y hace sus aportes específicos"*. (Reyes, 1977)

·**Teatro:** *"Rama de las artes escénicas que considera elementos tales como autor, el universo teatral, los personajes, el lugar, el espacio escénico, el decorado, la exposición*

⁹ Información elaborada en base a la experiencia formativa y laboral de las autoras en el área de artes escénicas.

¹⁰ Información elaborada en base a la experiencia formativa y laboral de las autoras en el área de artes escénicas, en conjunto con la información obtenida en la entrevista realizada para efectos de esta investigación, a Carmen Gloria Sánchez.

del asunto, la acción, las situaciones, el desenlace, actor y espectador". (SOURIAU, citado por ASLAN, 1963)

·**Títeres:** *"También llamado de marionetas o de muñecos, es el espectáculo mudo o sonoro realizado con títeres o muñecos para manipular, ya sean de guante, de varilla, de sombra o marionetas (títere articulado movido por hilos)"*. (Gómez, 1997)

2.5. CONSOLIDACIÓN DE PROGRAMAS DE ARTES ESCÉNICAS

Se entenderá por programa consolidado, uno que sea perdurable y que se ejecute por al menos seis meses, como una actividad profesional remunerada. A continuación, la definición dictada por la Real Academia Española:

Consolidar¹¹

Del lat. *consolidāre*.

1. *tr.* Dar firmeza y solidez a algo.
2. *tr.* Convertir algo en definitivo y estable.

2.6. CENTRO DE SALUD

Se entenderá por centros de salud lugares que brindan cuidados para la salud, incluyendo hospitales, clínicas, centros de atención primaria, consultorios y sus áreas de atención a pacientes, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizados. En el ámbito de la salud pública chilena se pueden encontrar: Postas, Estaciones médicas, Centro Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Centros de Salud Urbano (CSU), Centros de Salud Rural (CSR), Consultorio General Urbano (CGU), Consultorio General Rural (CGR), Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), CAE (Consultorios Adosados de Especialidades), Hospitales Tipo 1 y 2 (alta complejidad) Hospitales Tipo 2 y 3 (mediana y baja complejidad).

¹¹<http://dle.rae.es/?id=AQYuJQa>

2.7. PARTICIPACIÓN CULTURAL

Este concepto tiene relación con el hecho de que cada agente que es partícipe de una actividad cultural, no sea un mero espectador, sino que tenga un rol activo. El generar actividades de artes escénicas en espacios de salud, posibilitará el acceso cultural a personas que muchas veces no tienen contacto con salas de espectáculo y que a su vez por las condiciones circunstanciales de la enfermedad que padecen, no pueden realizar sus actividades de manera normal.

En el caso particular de los centros de salud, los agentes culturales en contexto hospitalario son: pacientes, familiares y funcionarios. Bajo este concepto, la perspectiva está puesta en que cada agente se convierta en un productor de aquello que consume. Esto modificará la mirada social que existe sobre “pacientes pasivos”, aportando a transformarlos en “pacientes activos”, conscientes y sujetos partícipes de su proceso de recuperación.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

3.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Poner a disposición de artistas y gestores culturales una guía de gestión cultural que facilite la implementación de programas y proyectos de artes escénicas en centros de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar y analizar iniciativas de artes escénicas en centros de salud a nivel nacional e internacional, a través de una búsqueda bibliográfica en prensa y medios digitales.
2. Recolectar información mediante entrevistas en profundidad a informantes claves para identificar la metodología de implementación de diferentes programas de artes escénicas en centros de salud chilenos y clasificarla en una tabla de información.
3. Elaborar la guía, en base a la información recopilada y organizar de manera correlativa los pasos a seguir para el diseño y puesta en marcha de programas de artes escénicas en centros de salud.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

ENFOQUE

El enfoque metodológico de la presente AFE combina herramientas de investigación cualitativas y cuantitativas. Producto de la investigación y análisis, se generará la “Guía para la implementación de programas de artes escénicas en centros de salud”, para la obtención del grado de Magíster en Gestión Cultural de la Universidad de Chile.

TIPO DE ESTUDIO NO EXPERIMENTAL

Se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, sin manipular las variables. *“Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa sobre la variación simultánea de las variables independiente y dependiente”* (Kerlinger y Lee, 2002).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN EXPLORATORIO

La investigación tiene como foco el análisis de iniciativas, proyectos y programas de artes escénicas que se realicen en contextos de salud como hospitales, clínicas, centros de atención primaria y consultorios. Se estudiaron los mecanismos y gestiones realizadas para la puesta en marcha y desarrollo de dichas instancias.

En primer lugar, se recopilaron antecedentes generales, efectuando una búsqueda de diversas experiencias de artes escénicas desarrolladas en contextos de salud a nivel nacional e internacional. Esta recopilación bibliográfica involucra textos, prensa escrita y medios digitales.

En segundo lugar, se seleccionaron informantes claves. A cada uno de éstos, se les realizó una entrevista en profundidad para la recolección de información, respecto de la metodología de implementación que cada una de las iniciativas utiliza en los centros de salud.

En tercer lugar, se analizaron los resultados de dichas entrevistas en profundidad. Esto dio origen al índice y desarrollo de la ‘guía’. Ésta como soporte, pretende ser una orientación de los pasos a seguir para la implementación de programas de artes escénicas en centros de salud.

Para finalizar se elaboraron las proyecciones y conclusiones obtenidas de acuerdo al análisis de los programas indagados, las entrevistas en profundidad y la guía realizada.

3.2.2. VARIABLES

A continuación se detallarán las variables consideradas para la realización de la guía. Éstas fueron escogidas de manera posterior a la realización de las entrevistas en profundidad. Se tomaron en cuenta aquellos aspectos considerados indispensables en la elaboración y ejecución de iniciativas de artes escénicas en centros de salud.

TABLA 1: VARIABLES

VARIABLE	RELEVANCIA DE LA VARIABLE Y SUBVARIABLES
1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA	Esta variable permitirá construir un programa a partir de una idea. En este proceso se describirán, planificarán y organizarán los recursos y actividades necesarias para llevar a cabo el programa. En esta variable, se incluyen las sub variables: <i>(1.1) Formulación.</i> <i>(1.2) Sistematización y evaluación.</i>
2. FINANCIAMIENTO	Esta variable considera los métodos utilizados para el levantamiento de recursos en pos de los programas. Se relaciona con la capacidad de dimensionar el proyecto cuantitativamente, generando mecanismos de obtención de recursos para su óptima realización. En esta variable, se incluyen las sub variables: <i>(2.1) Presupuesto.</i> <i>(2.2) Consolidación de una estrategia.</i>

<p>3. MODO DE EJECUTAR LAS INTERVENCIONES</p>	<p>Esta variable condiciona directamente la puesta en escena, debido a los cuidados específicos que se deben tener en consideración al momento de escenificar la iniciativa. Ésta incide en la manera de ejecutar cada una de las actividades, dependiendo del área del hospital en la que se realice y por ende, al público al que está orientada.</p> <p>En esta variable, se incluyen las sub variables:</p> <p><i>(3.1) Visita técnica.</i></p> <p><i>(3.2) Áreas.</i></p> <p><i>(3.3) Intervención.</i></p>
<p>4. DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA</p>	<p>Esta variable permite identificar los elementos utilizados para dar a conocer el contenido, desarrollo, resultados del programa y los mecanismos para convocar espectadores, en el caso de ser necesario.</p> <p>En esta variable se incluye la sub variable:</p> <p><i>(4.1) Comunicaciones.</i></p>
<p>5. ASOCIATIVIDAD</p>	<p>Esta variable permitirá identificar quiénes o cuáles son los socios claves que generarán aportes a las iniciativas, ya sea a través de recursos financieros, humanos, materiales. A su vez, se podrán establecer las posibles redes de apoyo que beneficien la ejecución de las actividades.</p>
<p>6. RELACIONES INTERPERSONALES</p>	<p>Esta variable permitirá identificar la incidencia de las relaciones interpersonales en la forma de llevar a cabo el programa. Ésta abarcará la relación del equipo con los</p>

	<p>pacientes y funcionarios.</p> <p>En esta variable se incluye las sub variables:</p> <p>(6.1) <i>Pacientes.</i></p> <p>(6.2) <i>Funcionarios.</i></p>
--	---

3.3. UNIVERSO, MUESTRA Y SUJETOS SEGÚN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.3.1. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Las entrevistas permitirán profundizar en las temáticas y variables que cada entrevistado consideró indispensables para la creación, aplicación y continuidad de su iniciativa. Las entrevistas, como principal método de recolección de información en esta investigación, pertenecen a la metodología cualitativa.

El universo lo componen catorce informantes clave, que dan origen a trece entrevistas en profundidad, ya que una de las entrevistas se realizó con dos informantes clave al mismo tiempo.

El criterio para la elección de los sujetos, consideró la relevancia del programa del que forman parte o bien, los trabajos de investigación realizados en torno a la temática. También se consideró la disposición del agente informante a participar en la presente investigación y el carácter profesional de la compañía. Se realizaron trece entrevistas en profundidad a investigadores, ejecutores y creadores de instancias, proyectos y programas en hospitales.

La información obtenida dará origen a:

- a. Tabla de datos, con las variables identificadas en el análisis como relevantes en cada iniciativa, para la implementación y desarrollo de cada programa.
- b. Análisis descriptivo de la información obtenida, expresado en la guía a modo de datos y recomendaciones.

Los informantes entrevistados y sus características en relación a las iniciativas, proyectos y programas de artes escénicas en centros de salud, fueron organizados en la tabla que se presenta a continuación.

TABLA 2: INFORMANTES CLAVE

NOMBRE	INICIATIVA-CENTRO DE SALUD	ROL-RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Ó INVESTIGACIÓN
Informante 1: Agurto, Diego	Colegio Hospitalario Con Todo el Corazón, Hospital Luis Calvo Mackenna.	<ul style="list-style-type: none"> -Actor de Pontificia Universidad Católica de Chile. -Profesor de teatro de escuela intra-hospitalaria. -Profesor de teatro de Preuniversitario Teatral La Comuna. 	Colegio Hospitalario Con Todo el Corazón, es un colegio que utiliza adaptaciones curriculares, metodologías flexibles y personalizadas para la atención pedagógica de sus estudiantes. Su objetivo es lograr una mejora en el bienestar personal del niño y de su contexto familiar.
Informante 2: Alegría, Susana	Organización Sonrisólogos de Chile.	<ul style="list-style-type: none"> -Cofundadora de la organización. -Psicóloga de la Universidad del País Vasco, especializada en el área de Intervención Social y Comunitaria. -Arte terapeuta. -Clown hospitalario. -Facilitadora de talleres y grupos de contención para una sanación más efec- 	Organización profesional de clown hospitalario y comunitario compuesta por un equipo de profesionales provenientes del área artística, social y psicológica, que trabaja principalmente en el Hospital Sótero del Río, Puente Alto en Santiago de Chile. Pretende entregar alegría y abrir un espacio para la expresión de las emociones; promover y desarrollar el trabajo de clown (payaso) como técnica complementaria para el bienestar del ser

		tiva y eficiente.	humano, en donde el área emocional adquiere un valor fundamental.
Informante 3: Alvarado, Constanza	Medicina Teatro, Pequeño espectáculo de marionetas para la salud.	-Actriz de Pontificia Universidad Católica de Chile. -Magíster en Artes de Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Estética y Filosofía UC. -Su tesis de pregrado aborda la temática de simulación de pacientes. -Investigadora de teatro aplicado específicamente del vínculo de teatro y salud. -Gestora en el proyecto Medicina Teatro.	El proyecto “Medicina teatro”, presentaba una obra teatral de corta duración dirigida por Jaime Lorca. Ésta, se basó en un poema de Claudio Bertoni. La dirección del proyecto y su interpretación fue realizada por Leonel Arregui, actor y dibujante gráfico. Se presentaron doscientas ochenta y ocho funciones para un solo espectador y su acompañante. Estas se llevaron a cabo en aulas hospitalarias y en las piezas de los pacientes, ya que se trabajó con el soporte de un teatro en miniatura.
Informante 4: Araos, Josefina	<i>“La Historia del cuentacuentos en el Hospital Luis Calvo Mackenna y Dr. Roberto del Río”</i>	-Historiadora de Pontificia Universidad Católica de Chile. -Investigadora y realizadora de <i>“La Historia del cuentacuentos en el Hospital Luis Calvo</i>	La investigación realizada, se aborda desde la perspectiva del voluntariado. En esta se genera un análisis desde una perspectiva histórica de la Compañía Giracuentos, dando a conocer la fuerte presencia del voluntariado en Chile y cómo este puede influir en la actuales compañías de

		<i>Mackenna y Dr. Roberto del Río</i> .	teatro y clown que se han profesionalizado en el vínculo del teatro con la salud.
Informante 5: Arregui, Leonel	Medicina Teatro, Pequeño espectáculo de marionetas para la salud.	-Actor de Pontificia Universidad Católica de Chile. -Director/gestor del proyecto Medicina teatro. -Actor de Pontificia Universidad Católica de Chile. -Dibujante gráfico.	El proyecto “Medicina teatro”, presentaba una obra teatral de corta duración dirigida por Jaime Lorca. Ésta, se basó en un poema de Claudio Bertoni. La dirección del proyecto y su interpretación fue realizada por Leonel Arregui, actor y dibujante gráfico. Se presentaron doscientas ochenta y ocho funciones para un solo espectador y su acompañante. Estas se llevaron a cabo en aulas hospitalarias y en las piezas de los pacientes, ya que se trabajó con el soporte de un teatro en miniatura.
Informante 6: Benavente María José.	ONG Paya-médicos Chile	-Actriz, de Universidad ARCIS. -Psicóloga de Universidad Autónoma de Temuco. -Clown, coordinadora y representante en Chile de la ONG.	Asociación Civil Argentino-Chilena sin fines de lucro compuesta por médicos, psicólogos, estudiantes de diversas áreas y artistas que trabajan de forma voluntaria. Su misión es contribuir a la salud emocional del paciente hospitalizado a través de recursos psicológicos y artísticos relacionados principalmente con la técnica de clown, juegos, música, teatro, magia y el arte humorístico en general. En Chile se desarrolla principalmente en

			Temuco.
Informante 7: Cifuentes, Carolina.	Clown Bagó	-Gestora del programa. -Sub Gerente de Administración de Marketing en Laboratorios Bagó de Chile S.A.	Programa profesional de Clown Hospitalarios para niños, cuyo objetivo es contribuir a la mejoría de los pacientes: asistir en procedimientos, trabajar con los papás, cambiar la experiencia y mejorar el clima laboral en la institución. El programa es llevado a cabo en Chile en: Clínica las Condes, Clínica Santa María, Hospital Van Buren y Hospital San Juan de Dios.
Informante 8: Cristinich, Susana.	Clown Bagó	-Coordinadora del equipo de trabajo y clown. -Actriz de Pontificia Universidad Católica de Chile.	Programa profesional de Clown Hospitalarios para niños, cuyo objetivo es contribuir a la mejoría de los pacientes: asistir en procedimientos, trabajar con los papás, cambiar la experiencia y mejorar el clima laboral en la institución. El programa es llevado a cabo en Chile en: Clínica las Condes, Clínica Santa María, Hospital Van Buren y Hospital San Juan de Dios.
Informante 9: Garabano, Carola.	Organización Sonrisólogos de Chile.	-Trabajadora Social. -Cofundadora de la organización. -Clown hospitalario. -Facilitadora de talleres y grupos de contención para una	Organización profesional de clown hospitalario y comunitario compuesta por un equipo de profesionales provenientes del área artística, social y psicológica, que trabaja principalmente en el Hospital Sótero del Río, Puente

		sanación más efectiva y eficiente.	Alto en Santiago de Chile. Pretende entregar alegría y abrir un espacio para la expresión de las emociones; promover y desarrollar el trabajo de clown (payaso) como técnica complementaria para el bienestar del ser humano, en donde el área emocional adquiere un valor fundamental.
Informantes 10 y 11: Jauregui-berry, María José y Valiente, Nicolás.	Clown Célula Roja.	-Actores de escuela internacional del gesto y la imagen "La Mancha". -Clown hospitalario de la organización.	Programa de clown hospitalario, donde los integrantes son actores profesionales. Sus intervenciones son llevadas a cabo en el Hospital El Carmen, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital de Carabineros, Instituto de Neurocirugía y Hospital San José.
Informante 12: Moro, Andrea.	TROI, Centro de Trasplante y Oncología Integral del Hospital Luis Calvo Mackenna.	-Actriz de Universidad Finis Terrae. -Drama terapeuta de la NYU (Universidad de Nueva York). -Docente del Magíster de Arte Terapia en la Universidad del Desarrollo.	TROI, nace el 2012. Es una organización dependiente de la Fundación Vivir+Feliz y que recibe respaldo del hospital St. Jude Children's Research de Memphis, Estados Unidos. Este es un centro de atención ambulatoria para niños y adolescentes con cáncer o que requieran ser trasplantados de médula ósea. Aquí se trabaja en paralelo con terapias complementarias: risoterapia, arteterapia y música-terapia.

Informante 13: Sánchez, Carmen Gloria.	Compañía Perro Bufo	-Directora de la compañía. -Actriz y docente de Universidad Finis Terrae.	Compañía de Teatro especializada en teatro familiar, callejero, comedia del arte y marionetas. En los últimos años se han dedicado fuertemente al trabajo teatral en contextos de salud, realizando una variada gama de obras para pacientes, en diferentes formatos.
Informante 14: Claudia Santelices.	Payayas	-Actriz. -Líder de Payayas. -Clown en la organización.	Agrupación de seis clown hospitalarias que se desempeñan en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Las Payayas, se encuentran anexadas a la ONG 'Arte y cultura'.

3.3.2. PROCEDIMIENTO

Durante el año 2016, se procede a realizar trece entrevistas en profundidad en la ciudad de Santiago de Chile. Una de las cuales es hecha con dos informantes a la vez, ya que pertenecen al mismo proyecto. El contacto se genera previamente vía telefónica, tras conocer su trabajo a través de páginas web o transmisión oral de otros entrevistados. A continuación, se describe el orden en que se fue conociendo a los informantes clave y concretando las entrevistas.

A través del contacto personal de años con Leonel Arregui, director del proyecto Fondart Medicina Teatro, se consiguió el contacto de Carmen Gloria Sánchez directora de la Compañía Perro Bufo, quienes realizan proyectos de teatro en hospitales chilenos. También a través de Leonel, se llega al contacto de Constanza Alvarado, actriz e investigadora teatral de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quién se ha desarrollado en el área de teatro aplicado, específicamente teatro y salud y cooperó en la formulación del proyecto Medicina Teatro. En la entrevista que se le realizó, comparte los contactos de Josefina Araos, Historiadora de la Pontificia Universidad Católica de Chile e investigadora de *“La Historia del cuentacuentos en el Hospital Luis Calvo Mackenna y Dr. Roberto del Río”* y de Susana Cristinich, actriz, clown y coordinadora del programa de

Laboratorios Bagó de Chile S.A. A través de ésta última, se llega a concertar una entrevista con la gestora del programa y Sub Gerente de Administración de Marketing del mismo laboratorio, Carolina Cifuentes.

Por otra parte, mediante la búsqueda vía internet, se conoció la ONG Payamédicos, presente en Argentina y Chile. El primer contacto fue realizado con los fundadores de la provincia de Buenos Aires, quienes facilitaron el contacto con su representante en Chile, María José Benavente.

Por otra parte en Junio del 2016, para efectos de la presente investigación, se decidió asistir al seminario “El teatro como herramienta de formación y transformación”, realizado en el Centro Cultural Gabriela Mistral en Santiago de Chile, en el marco del festival FamFest. En esta ocasión, se consiguió el contacto de Nicolás Valiente, actor de la organización Clown Célula Roja, con quién se concretó una entrevista junto a la actriz de la misma organización, María José Jaureguiberry. En este mismo seminario, Carola Garabano y Susana Alegría, fundadoras de la Organización Sonrisólogos de Chile impartieron una charla. Su panel se denominaba: “Iniciativas y prácticas teatrales inclusivas”. Es en ese contexto, que se genera el nexo para coordinar las entrevistas posteriores, con cada una de ellas.

Con Diego Agurto, actor y profesor de la escuela intrahospitalaria del Hospital Luis Calvo Mackenna, se concretó la entrevista debido al contacto personal desde hace años, por ser colegas en el rubro teatral.

Luego, se genera un encuentro con Claudia Santelices de Payayas, proyecto que se lleva a cabo en Hospital Luis Calvo Mackenna. Parte complementaria de su trabajo con pacientes es el generar actividades con funcionarios del hospital, con el fin de crear un mejor ambiente laboral. Esta iniciativa es contactada luego de realizar la entrevista a Célula Roja, quienes comentan la existencia de este proyecto.

Como última entrevista y a través del contacto con Constanza Alvarado, se realiza el encuentro con Andrea Moro, actriz, docente y arte terapeuta. Luego de su práctica profesional como arte terapeuta en un Hospital psiquiátrico de Nueva York, vuelve a Chile y se incorpora como Docente en el magíster de Arte Terapia de la Universidad del Desarrollo. Al momento de la entrevista se encuentra preparando un proyecto para

incorporarse como arte terapeuta en TROI, el Centro de Trasplante y Oncología Integral del Hospital Luis Calvo Mackenna.

La presente Guía, se construye en gran medida a partir de la información proporcionada por los informantes clave, la que ha sido organizada en torno a variables consideradas relevantes por las investigadoras y no responden al orden cronológico en el que fueron realizadas. La sistematización de la información recolectada a través de las entrevistas realizadas, se organizó en la tabla que se expone continuación.

TABLA 3: INFORMACIÓN RECOLECTADA A TRAVÉS DE ENTREVISTAS

1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
1.1. FORMULACIÓN	<p>Informantes 5 y 13: Necesidad de generar proyectos interdisciplinarios.</p> <p>Informante 9: Realizar proyectos integrales (huertos, clown como herramienta terapéutica, grupos de psicología, talleres complementarios).</p> <p>Informante 9: Necesidad de hacer planificación anual.</p> <p>Informante 9: Generar políticas públicas sanitarias en vinculación con las artes.</p> <p>Informante 9: Necesidad de capacitaciones para el equipo artístico.</p> <p>Informantes 2, 5, 6, 9, 13: Importancia del trabajo de la estética de las puestas en escena.</p>

	<p>Informante 7: Tener reuniones semanales con el equipo artístico.</p> <p>Informante 7: Una vez al mes, tener sesiones de 'cuidado del equipo artístico' con una psicóloga.</p> <p>Informantes 8 y 9: Es importante la contención del equipo.</p> <p>Informante 9: Preparación físico-emocional antes de empezar las intervenciones.</p> <p>Informantes 10 y 11: Generar talleres o instancias de contención del equipo, cada quince días.</p> <p>Informantes 2, 6, 8, 9, 10 y 11: Saber aceptar el rechazo y trabajar con eso.</p>
<p>1.2. SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN</p>	<p>Informante 9: Necesidad de sistematizar los pasos a seguir.</p> <p>Informante 9: Generar informes de evaluación.</p> <p>Informante 9: Hacer reportes y registros de lo ocurrido con los pacientes.</p> <p>Informante 9: Registrar y llenar en la ficha de cada paciente, lo que ocurre en cada actividad.</p> <p>Informante 9: Si se es ONG, necesidad de hacer reportes al Ministerio de Hacienda.</p>

	<p>Informante 9: Hacer constantes reportes al director(a) del hospital.</p> <p>Informantes 10 y 11: Generar formularios cualitativos y cuantitativos. En los cualitativos seleccionar casos puntuales y registrarlos en la ficha. En los cuantitativos registrar cantidad de intervenciones, para poder hacer seguimiento al paciente.</p> <p>Informantes 10 y 11: Llevar registro en formularios con el fin de generar estrategias para las futuras intervenciones.</p> <p>Informantes 10 y 11: Presentar los registros a las autoridades, con el fin de dar a conocer lo sucedido al interior de las intervenciones.</p> <p>Informantes 10 y 11: Antes de cada intervención, leer la ficha de pacientes. Esta se ha generado a través del registro sistemático realizado por los integrantes de la organización.</p>
--	---

2. FINANCIAMIENTO

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
2.1. PRESUPUESTO	<p>Informante 5: Proyecto financiado mediante Fondart y Chile Crece Contigo.</p> <p>Informante 6: Un año de realización del proyecto fue financiado mediante Fondart.</p> <p>Informantes 10 y 11: Financiamiento variado,</p>

	<p>dependiendo del hospital. Fondart, Fundación Crecer más feliz y Chile crece contigo.</p> <p>Informante 13: Financiamiento mediante Fondart.</p> <p>Informante 6: Financiamiento variado. Levantamiento de fondos universitarios en Universidad de la Frontera, UFRO y talleres de 'formación de clown'.</p>
<p>2.2. CONSOLIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIAS</p>	<p>Informantes 9 y 2: Al ser ONG, existe la posibilidad de recibir donaciones y postular a fondos concursables.</p> <p>Informante 7: Importancia de tener conocidos y aliados para levantar recursos.</p> <p>Informantes 7 y 8: Laboratorio Bagó S.A. financia programa de clown hospitalario, para ser implementado en dos clínicas y un hospital.</p> <p>Informantes 9 y 2: Financiamiento directo de la Municipalidad de Puente Alto. Ésta contrata a los clown como personas naturales.</p>

3. MODO DE EJECUTAR INTERVENCIONES

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
<p>3.1. VISITA TÉCNICA</p>	<p>Informante 5: Necesario hacer 'breve' investigación previa en el espacio (piezas y pasillos).</p> <p>Informante 8: Como primer acercamiento a los pacientes se realizó una visita técnica.</p>

<p>3.2. ÁREAS</p>	<p>Informante 13: Importante considerar el área del hospital y el espacio físico donde se ejecuta la obra.</p> <p>Informante 13: Urgencias como lugar complejo para realizar puestas en escena. Pasan muchas cosas complejas y es difícil que los niños se concentren en una obra de teatro.</p> <p>Informante 8: Preferible evitar intervenciones en las salas de espera.</p> <p>Informantes 13 y 1: Importancia de trabajar contenidos curriculares en las escuelas hospitalarias.</p> <p>Informante 11: En TMO (trasplante de médula ósea), están todos separados cada uno en su pieza. Esta área tiene protocolos de higiene más exigentes.</p>
<p>3.3. LA INTERVENCIÓN</p>	<p>Informante 5: Estar sano y en buenas condiciones de salud, para trabajar en contextos intrahospitalarios.</p> <p>Informante 5: Nunca fueron exigidas vacunas para realizar las intervenciones.</p> <p>Informante 5: Hacer intervenciones poco invasivas. Simplificar las obras y usar poco espacio, menos es más.</p> <p>Informantes 5 y 13: Hacer obras no necesariamente felices pero si, liberadoras.</p> <p>Informantes 2, 5, 9 y 13: Muerte y trascendencia como tema complejo pero necesario de poner en escena.</p>

	<p>Informante 9: Tema muerte y cómo vivir la enfermedad, sería importante de abordar.</p> <p>Informante 6: Antes de entrar a cada pieza, es necesario saber la enfermedad del paciente.</p> <p>Informante 6: No apoyar objetos en el suelo. Todo tiene que ser lavable, no lanas, no plumas. Vestuario siempre lavado o desinfectado con desinfectante en aerosol y ventilado.</p> <p>Informante 6: Reutilizar elementos hospitalarios como objetos útiles para la intervención. Así los niños generan familiaridad con estos (suero como sonajero, guantes como globo).</p> <p>Informante 6: Necesario el uso de mascarillas para la interacción con pacientes con enfermedades respiratorias.</p> <p>Informante 6: Considerar siempre cuál es la enfermedad del paciente, adaptarse.</p> <p>Informantes 10 y 11: En Neonatología, considerar trabajo de estímulos musicales principalmente. El trabajo en esta área muchas veces es solo con los padres.</p> <p>Informante 11: En TMO (Trasplante de Médula Ósea) entrar con bata, mascarilla, gorro y solo nariz de payaso. No juguetes, ni nada que pueda tener ácaros. Al igual que en pabellones de operaciones.</p> <p>Informante 8: Quienes ejecutan la intervención, no</p>
--	---

	<p>deben utilizar anillos. Utilizar uñas cortas, limpias y sin esmalte de ningún tipo.</p> <p>Informantes 2 y 8: Poco uso de maquillaje en el rostro.</p> <p>Informante 8: Nunca estar solo con un niño, siempre con su acompañante o un profesional del hospital o clínica (como una Técnico en enfermería).</p> <p>Informante 8: Diferentes tipos de aislamiento: Por “gotitas” o por “contacto”. Utilizar mascarilla, guantes y pechera.</p> <p>Informante 8: Desinfección de los juguetes que entran y salen de una pieza con aislamiento. Se desinfectan con alcohol y algodón.</p> <p>Informantes 10 y 11: Al comenzar el día, antes de la intervención y al terminarla, es necesario desinfectar los objetos con alcohol gel. En caso de pacientes con aislamiento, hacerlo antes y después de cada pieza.</p> <p>Informantes 6 y 8: Prohibición de entrar instrumentos musicales (como guitarras), por su complejidad para limpiarlos.</p> <p>Informante 8: La duración ideal no debe superar diez a quince minutos por niño, en caso de ser una pieza individual.</p> <p>Informantes 10 y 11: La duración ideal es de tres a cinco minutos por intervención. Nunca más de diez minutos.</p>
--	--

	<p>Informante 13: La duración ideal es tres minutos y siete como máximo. Con obras largas el público de hospitales se dispersa. La gente no va a ver teatro al hospital.</p> <p>Informantes 5 y 13: El trabajo individuo a individuo resulta particular y profundo.</p> <p>Informante 5: Factibilidad de hacer obra con varios actores, pero hay que tener conciencia de ocupar el menor espacio posible.</p> <p>Informante 13: Obras siempre en formato pequeño, poco invasivo, no escenografía. Formato de obras uno a uno, en el caso de las piezas comunes, permite hacer funciones en paralelo.</p> <p>Informante 13: Tener criterio y flexibilidad si los pacientes se repiten. Suele pasar esto con pacientes crónicos.</p> <p>Informantes 8 y 13: Siempre hay que preguntar antes de entrar a una pieza y presentarse antes de iniciar la intervención.</p> <p>Informantes 10 y 11: Nunca hacer las intervenciones si el paciente no quiere.</p> <p>Informantes 2, 9 y 13: Autonomía del paciente, entregarle el poder. Trabajar con el rechazo.</p> <p>Informante 8: Para hacer reír, en primera infancia, funcionan bien las luces y burbujas. Con niños un poco más grandes funcionan las equivocaciones,</p>
--	---

	<p>pegarse, los globos que vuelan. Con adolescentes preguntarles si pololean.</p> <p>Informantes 7, 10 y 11: Importancia de la frecuencia de la visitas. Los pacientes y el equipo esperan la intervención. Importante definir horarios de asistencia.</p> <p>Informante 7: Las clínicas y hospitales contribuyen con capacitaciones de “lavado de manos”. Generalmente realizado por enfermera jefe.</p> <p>Informantes 2 y 8: Información respecto de cuidados con pacientes con contagio por gotitas, se encuentra fuera de la habitación. Por ejemplo, lavado de manos y uso de mascarilla.</p> <p>Informante 9: Formato lambe lambe, solo se puede ocupar en pacientes que no contagien.</p> <p>Informante 13: Trabajo con formato en miniatura, es eficiente.</p> <p>Informante 10 y 11: Volumen de ruido que se puede hacer en un centro de salud, depende del área en el que se esté.</p> <p>Informantes 10 y 11: Protocolo antes de comenzar intervenciones: (1) Saludar a enfermera jefe. (2) Pedir el “indicativo médico” y/o “historial familiar” a ella o a la psicóloga (para saber el estado del paciente). (3) Hacer higienización.</p> <p>Informantes 10 y 11: Auditorios de hospitales y aulas hospitalarias, como espacio próspero para hacer</p>
--	--

	<p>obras.</p> <p>Informantes 10 y 11: Para Funciones en auditorios, tener conciencia de que los pacientes se cansan rápido y tienen menos energía.</p> <p>Informantes 10 y 11: Siempre tener 'plan b' con recurso artístico, en caso de miedo de los niños o papás (por ejemplo cambio de nariz de payaso por nariz de chancho).</p>
--	--

4. DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
4.1. COMUNICACIONES	<p>Informante 7: Las clínicas se encargan de la difusión interna. Ellos hacen su propia difusión y publicidad si lo consideran necesario.</p> <p>Informante 9: Las clínicas Santa María y Las Condes publican la iniciativa en sus propias revistas.</p> <p>Informante 13: Es necesario un teaser para ocuparlo como video promocional.</p> <p>Informante 7: Necesidad de incluir fotografías en dossier.</p> <p>Informante 7: Enviar teaser a los directores de hospitales vía correo electrónico.</p> <p>Informante 13: Dejar registro del trabajo realizado en un teaser.</p>

	<p>Informante 7: El laboratorio Bagó, difunde la iniciativa en su propia página web y también en la Fanpage de Clown Bagó.</p> <p>Informante 7: Se publican fotos, información y afiches en diarios murales de los hospitales y clínicas.</p> <p>Informante 9: Se publican las actividades en la Fanpage de Facebook. Sería ideal tener un gestor de redes sociales.</p> <p>Informante 13: Utilización de Instagram.</p> <p>Informante 5: Utilización Fanpage.</p>
--	---

5. ASOCIATIVIDAD

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
	<p>Informante 6: Asociación con Universidad de La Frontera.</p> <p>Informantes 7, 5 y 13: Importancia de tener aliados y gente conocida.</p> <p>Informante 7: Laboratorios como posibles socios claves. Clínica Las Condes y Embajada de Israel socios clave de Laboratorio Bagó.</p> <p>Informante 7: Importancia de asociatividad con enfermeras jefe. En los Hospitales los asociados clave son los Directores de éstos. En las clínicas, los asociados clave son los Jefes del Área pediátrica.</p>

	<p>Informantes 5 y 13: Para poder entrar a los hospitales, primero contactarse con Aulas Hospitalarias.</p> <p>Informante 5: En Hospital Exequiel González Cortés, el área de extensión o innovación, es un asociado clave.</p> <p>Informante 9: Importancia de que las autoridades crean en el proyecto. Vínculo cercano con autoridades del municipio de Puente Alto.</p> <p>Informante 9: Asociación con Municipalidad de Puente Alto y clown comunitario como forma de visibilizar el trabajo.</p> <p>Informante 9: Clown hospitalario y Clown comunitario trabajos que se realizan en paralelo. Encargados a nivel municipal son el Área de desarrollo comunitario.</p> <p>Informante 9: Asociación con otras organizaciones de clown hospitalario en pos de los pacientes. Se genera cuando pacientes pediátricos tienen que ser trasladados de un hospital a otro.</p> <p>Informantes 2 y 9: Funcionarios del hospital como socios estratégicos (por ejemplo conductores de ambulancias y jardineros fueron capacitados en clown hospitalario).</p> <p>Informantes 2 y 9: Comunidad como socio estratégico.</p> <p>Informante 13: Directores de escuelas pediátricas</p>
--	--

	<p>como asociados claves.</p> <p>Informantes 2 y 9: Ministerio de salud y Red de Salud Metropolitana Sur y Oriente como asociados claves. Apoyo en campañas de invierno y de buenas prácticas.</p>
--	---

6. RELACIONES INTERPERSONALES

SUB VARIABLE	INFORMANTE/CONCEPTO RESCATADO
6.1. PACIENTES	<p>Informante 8: Tener en cuenta que en invierno hay mayor cantidad de público.</p> <p>Informante 9: Pacientes importan más que el resultado artístico. No pueden haber egos en este trabajo. El objetivo es que los pacientes tengan un recuerdo positivo de su hospitalización.</p> <p>Informantes 10 y 11: Se hacen reuniones con el equipo cada quince días, para el bienestar del paciente.</p> <p>Informantes 10 y 11: Recordar que el trabajo no es solo con los pacientes. Es necesarios incluir a los familiares y acompañantes.</p> <p>Informante 2: Muy importante el vínculo con los pacientes.</p>
6.2. FUNCIONARIOS	Informante 7: Colaborar con el equipo médico.

	<p>Informantes 10 y 11: Apoyo al equipo médico en punción lumbar (PL) y en Trasplante de médula ósea (TMO).</p> <p>Informante 8: Complementar el trabajo médico con humildad.</p> <p>Informante 9: Capacitación a los funcionarios de la salud. Entregarles herramientas escénicas (conductores de las ambulancias y jardineros).</p>
--	--

3.4. RECOPIACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ANTECEDENTES GENERALES

Se realizó un catastro vía web de proyectos y programas de artes escénicas que se desarrollan en centros de salud a nivel nacional e internacional. Se consideró como muestra veintiséis iniciativas, proyectos y programas de artes escénicas en centros de salud a nivel nacional e internacional. Esto dará origen al ‘Capítulo 1: Elaboración del programa’ y a la base de datos incluida en ‘Anexos’.

El criterio para la selección de estas iniciativas, proyectos y programas, consideró el carácter profesional de la compañía o el trabajo de investigación y la relevancia del programa del que forman parte.

3.4.1 PROCEDIMIENTO

Durante el año 2016 se procede a realizar una revisión y recolección de iniciativas de artes escénicas en centros de salud, a través de prensa escrita e internet.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

**“GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS TEATRALES
EN CENTROS DE SALUD”**

ÍNDICE GUÍA

INTRODUCCIÓN

PROPÓSITOS DE LA GUÍA

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. FORMULACIÓN

1.2. SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN

2. FINANCIAMIENTO

2.1. PRESUPUESTO

2.2. CONSOLIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIA

3. MODO DE EJECUTAR LAS INTERVENCIONES

3.1. VISITA TÉCNICA

3.2. ÁREAS

3.3. INTERVENCIÓN

4. DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA

4.1. COMUNICACIONES

5. ASOCIATIVIDAD

6. RELACIONES INTERPERSONALES

6.1. PACIENTES Y FAMILIARES

6.2. FUNCIONARIOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN¹²

Los artistas escénicos han situado los espacios no convencionales, como uno próspero para el ejercicio del teatro, la danza y otras disciplinas asociadas al espectáculo. Dentro de éste universo, los centros de salud, se han establecido como un espacio favorable para la realización de artes escénicas fuera de los circuitos habituales o establecidos. Desde la gestión cultural, dicha realidad ha implicado la generación de programas de artes escénicas en centros de salud. Este fenómeno ha implicado la visibilización de la necesidad en los centros de salud, de contar con programas de este tipo. Este intercambio, también surge desde la necesidad de innovar en la dinámicas habituales al interior de los centros de salud, ya que se genera una retroalimentación positiva entre ambos espacios. La situación recién descrita, sucede hace al menos cuatro décadas a nivel mundial y tiene que ver con la necesidad de romper con la estructura y rigidez hospitalaria.

“Consistentemente, la organización y la atención hospitalarias tienden cada vez más a burocratizarse y el trato con el enfermo se hace más y más impersonal” .

(Jiménez, 2005)

Por otro lado, se ha ido instalando la necesidad de generar cambios en la rutinas de los pacientes y también de los contextos laborales de los trabajadores de la salud. Talleres, obras e intervenciones vienen a modificar esas estructuras y a potenciar favorablemente las condiciones humanas al interior de los recintos hospitalarios. Al respecto, Jiménez también menciona:

“Lo cierto es que en todas partes, y no sólo en nuestro país, las encuestas de opinión revelan una profunda insatisfacción con los sistemas formales de salud. [...] Pareciera que en salud también se refleja el “malestar en la cultura” que puso en evidencia el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de 1998 sobre el Desarrollo Humano en Chile, subtítulo ‘Las paradojas de la modernización’”.

¹² Para efectos del presente capítulo, se utilizó material incluido en la AFE, capítulo INTRODUCCIÓN.

Las actividades abordadas a través de las artes escénicas, además de tener una repercusión directa en el contexto hospitalario, cooperan en la mejora de la calidad, eficiencia en la estadía y recuperación de la salud de los pacientes.

“La investigación reciente en psico-neuro-inmunología comienza a sentar bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad y asientan la influencia de la esperanza y las “ganas de vivir” sobre el estado de ánimo o, en sentido inverso, del desaliento, la pérdida de sentido y la soledad”.

(Jiménez, 2005)

Desde la perspectiva del campo laboral de los trabajadores de las artes escénicas, la información proporcionada por el proyecto TRAMA, revela que el 71,1% de los trabajadores de las artes, manifiestan un alto nivel de dificultad para encontrar espacios para ejercer el oficio, teniendo mayor dificultad los trabajadores pertenecientes a las artes escénicas y a la música (Brodsky, Negrón, Pösse, 2014). Esta es una de las razones por la que el creciente número de actores y actrices¹³, ha ido generando una búsqueda y diversificación de los espacios para la realización de instancias teatrales, que a su vez se configuren como un empleo seguro. Como indica el Ministerio de Educación, la empleabilidad de artistas escénicos al primer año, solo alcanza el 40,9%.

Luego de generar una investigación acabada en este campo, se identificaron diversas fortalezas y oportunidades, sin embargo las diferentes carencias y limitantes en relación a la gestión, hacen dificultosa la ejecución de nuevos programas a emprender. En este proceso, se hace evidente la existencia de poca información en relación a la implementación de iniciativas de artes escénicas en centros de salud, que considera las distintas etapas de gestión necesarias para llevarlas a cabo. Por otra lado, la mayor parte de los programas consolidados, no tienen registro suficiente o definitivamente no han hecho registro sistemático de sus metodologías. La poca disponibilidad de esta información, entre otros motivos, deriva muchas veces en que los nuevos programas no tengan referencias ni puntos de comparación con otros programas, por lo que la elaboración, desarrollo y sistematización de un nuevo programa, muchas veces se hace dificultosa y se termina abandonando.

¹³ El número de matriculados en carreras relacionadas al teatro y actuación a nivel nacional en el año 2014, asciende a 705 alumnos (<http://www.mifuturo.cl>)

La carencia en el acceso a la información y metodologías para generar este tipo de programas, se configura entonces como el motor para la realización de esta Guía. Es por esto que surgen las siguientes preguntas:

¿Existen programas de artes escénicas que se hayan consolidado en el tiempo o la mayoría de estos tiene un carácter temporal?

¿Cómo generar programas de artes escénicas en hospitales que perduren en el tiempo, si no existe un registro de los pasos utilizados por referentes locales a los que recurrir?

¿Qué herramientas de la gestión cultural pueden aportar a la generación de programas de artes escénicas en centros de salud?

La presente guía pretende dar respuestas a estas preguntas, investigando a través de herramientas claves que permitan identificar y clasificar aspectos fundamentales para la realización de proyectos o programas en este contexto. En ésta, se pretende aunar criterios que permitan a gestores culturales y trabajadores de las artes escénicas implementar este tipo de iniciativas, en base a la experiencia de los casos previamente identificados.

Para generar este tipo de programas, siempre debemos tener presente que los espacios de salud son contextos de alta vulnerabilidad, por lo que bajo ningún caso será similar a la realización de artes escénicas en los circuitos habituales. El criterio, la empatía y la comprensión, deberán ser características fundamentales de nuestro equipo a la hora de llevar a cabo las actividades.

Esta guía pretende orientar a la construcción de programas, sin embargo, todos los puntos son aplicables a la construcción de un proyecto. Un programa y un proyecto, tienen características similares, sin embargo, el programa está compuesto por un conjunto de proyectos en relación a determinado programa. Entonces, hablando de macro a micro sería un plan, un programa y por último un proyecto.

PROPÓSITOS DE LA GUÍA

El propósito primordial, es ser una herramienta desde la gestión cultural para artistas escénicos y gestores. Se pretende poner a disposición la información recopilada para que se puedan implementar más programas de esta índole. Esta guía fue gestada pensando en hacer más simples los procesos de generación, desarrollo y evaluación de dichos programas. Para esto la guía, ha sido subdividida en cinco capítulos, que contienen las temáticas consideradas más relevantes al momento de generar y llevar a cabo un programa de artes escénicas en centros de salud.

La “**Guía para la implementación de artes escénicas en centros de salud**”, fundamenta sus bases en la contribución de las artes escénicas a la recuperación en la salud de las personas y en la mejora del clima intrahospitalario. En ésta se abordan herramientas de gestión cultural, para poder implementar iniciativas perdurables en el tiempo. Si bien la guía contiene mayormente orientaciones para programas enfocados en los pacientes, es necesario mencionar que estos programas también serán beneficiosos y viables, si su foco son los funcionarios o los acompañantes. Es por esto que varias de las herramientas contenidas en la guía, se pueden homologar a programas con estos destinatarios.

En el **Capítulo 1** se abordará la elaboración del programa y los elementos que la componen. Esta etapa permitirá establecer los cimientos del programa. Todos estos elementos se encuentran ordenados y descritos de manera que sean fácilmente reconocibles y accesibles para aplicar.

En el **Capítulo 2** se abordará el financiamiento, los mecanismos para su estructuración y obtención de recursos. En base a la experiencia de los programas investigados, se definirán los medios factibles para la obtención de los recursos necesarios para llevar a cabo el programa.

En el **Capítulo 3** se abordará el modo de ejecutar las intervenciones y se entregarán consejos específicos respecto de cómo llevarlas a cabo, desde consideraciones de salud que se deben tener con los pacientes, hasta qué objetos pueden o no entrar a una habitación.

En el **Capítulo 4** se abordará la difusión, convocatoria y sus características específicas para estos contextos, entendiendo que ésta tiene un carácter no tradicional.

En el **Capítulo 5** se abordará la asociatividad, para comprender quiénes serán nuestros asociados clave.

En el **Capítulo 6** se abordarán las relaciones interpersonales del equipo de trabajo con dos grandes áreas de enfoque: pacientes y funcionarios.

La pretensión de esta guía, es fomentar la generación continua de programas de artes escénicas en centros de salud. A medida que los programas se logren establecer como una necesidad en estos contextos, se verá beneficiada toda la comunidad con la realización de nuevos programas. De este modo, se pretende ser un aporte tanto para la sanación de pacientes, como para gestores culturales, trabajadores de las artes escénicas, clown hospitalarios y funcionarios de la salud, mediante la otorgación de herramientas propias de la gestión cultural, para implementar sus programas.

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO¹⁴

El efecto que generan las artes escénicas, fuera de los espacios convencionales donde la audiencia muchas veces es una que no acostumbra a presenciar espectáculos, genera un impacto que beneficia de manera directa al espectador. Esta idea proveniente del concepto “Teatro aplicado”, que tiene por objetivo utilizar el teatro como herramienta de cambio social fuera de las salas de espectáculo, llevándolo a la cotidianeidad: aulas, cárceles, hospitales, etcétera. Este intercambio entre realidad y ficción como elementos que se retroalimentan, permiten aplicar las herramientas teatrales de forma concreta en la sociedad misma.

Para abordar esta temática de manera práctica, se generó una documentación desde tres perspectivas principales: mirada internacional, mirada nacional y entrevistas de casos a gestores de experiencias nacionales. De este modo, las fuentes para la recolección de información, se configuran en dos líneas generales:

¹⁴ Para efectos del presente capítulo, se utilizó material incluido en la AFE, ‘Capítulo 1: Antecedentes y diagnóstico’.

Fuente 1: Agentes informantes, que abordan experiencias de artes escénicas y salud a nivel nacional, con el fin de conocer en detalle las metodologías de trabajo.

Fuente 2: Revisión bibliográfica, que recoge iniciativas de artes escénicas en contextos de salud, con el fin de tener referentes y puntos de comparación con lo que ocurre a nivel nacional.

A continuación se describirán los aspectos relevantes a la investigación.

ASPECTOS TERRITORIALES

Generando la revisión de casos a nivel internacional, se han encontrado múltiples experiencias en diferentes países. Sin embargo existen referentes que resultan interesantes de resaltar, tanto por sus modelos de gestión, como por su permanencia en el tiempo, generando alto impacto sociocultural en contextos de salud.

Un punto importante a aclarar, es el hecho de que la mayor cantidad de casos encontrados sobre la vinculación de artes escénicas con espacios de salud, se remiten al clown hospitalario, siendo ésta técnica la más utilizada como herramienta terapéutica y de implementación en hospitales a nivel mundial. Resulta importante hacer hincapié en este punto, ya que los lineamientos del clown hospitalario son pertinentes en este contexto, tanto por sus beneficios directos en la mejora de los pacientes, como en el ambiente laboral. Esta es una técnica despojada de elementos escénicos, que resulta efectiva y eficiente, ya que no invade espacios y se amolda fácilmente al contexto que sea necesario, por su fuerte base en la improvisación. A nivel nacional, se observa de igual forma que en el ámbito internacional, que el clown hospitalario es la herramienta más utilizada en la vinculación de estas dos áreas.

En el caso de Chile, existen experiencias consolidadas, sin embargo en el transcurso de la investigación no se ha podido encontrar una que haya sistematizado los pasos para que estas experiencias puedan ser replicadas con mayor facilidad por otras organizaciones, por lo que aún, la intuición es uno de los mecanismos más usados.

Se generó un sondeo de experiencias utilizando el método de entrevistas en profundidad, lo que permitió sistematizar la información en base a ciertos criterios que resultan

trascendentales a la hora de seleccionar proyectos o programas atingentes. Los criterios son: relevancia del programa, disposición del agente informante a participar en la investigación y que la compañía o agrupación que desempeña la instancia, tenga un carácter profesional.

Los programas analizados a nivel nacional, son llevados a cabo en los siguientes centros de salud: Hospital de niños Von Buren, Hospital San Juan de Dios, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital de Chillán, Hospital de Temuco, Hospital de Carabineros, Hospital San José, Hospital El Carmen, Instituto de Neurocirugía, Hospital Sótero del Río, Hospital Roberto del Río, Casa Abierta de Coaniquem, Hospital Clínico de la Universidad Católica, Hospital Exequiel González Cortés, Coanil, Teletón, Clínica Las Condes y Clínica Santa María.

Cada uno de estos centros de salud está subdividido en áreas en relación a diversos criterios, entre los que se encuentran: edad, enfermedad y nivel de contagio de ésta misma. Los centros de salud, tienen nomenclaturas y organizaciones propias. Las unidades consideradas fueron escogidas debido a que son las más utilizadas para la implementación de programas de este tipo: Oncología adultos y pediátrica, UCI adultos y pediátrica, UCI cardiológica pediátrica, UTI, Urgencia, Cuidados paliativos adultos y pediátrica, Neonatología, Neurocirugía, salas de espera, Ginecología, Pabellón, escuelas intrahospitalarias y pasillos.

De las entrevistas en profundidad realizadas, se desprendieron diversos métodos para generar los programas. A pesar de estas diferencias, se identificó variables comunes a todos los casos en cuestión. Algunas de éstas variables son: formas de financiarse, comunicaciones, modo de ejecutar las intervenciones al interior de los espacios de salud, administración, público y asociatividad.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Para efecto de esta 'guía', se investigaron diez y nueve casos internacionales. Como referente más antiguo, se ha encontrado el programa Clown Care Unit, en Nueva York, Estados Unidos desde el año 1986. Este programa continúa vigente y está enfocado en pacientes pediátricos. Clown Care Unit nace desde Big Apple Circus, circo Neoyorquino que decide generar la instancia de trasladar su quehacer profesional desde el "espacio-

escenario” al “espacio-cama”¹⁵. Éste, ha sido un referente en la vinculación de las áreas de salud y artes escénicas, ya que su modelo ha sido replicado en diferentes partes del mundo. Algunos ejemplos de ello son las agrupaciones Die Clown Doktoren E.V. (Alemania) y Le Rire Medecin (Francia). En ambos casos los programas se generaron ya que un integrante de Clown Care Unit, decidió implementar programas similares en cada país respectivamente. En el caso de Francia, esto dio origen a una ONG, que funciona con más de quince hospitales y trabaja solo con actores profesionales, que tengan experiencia en la técnica del clown. Por otro lado, en Alemania el enfoque es el trabajo con pacientes pediátricos y de tercera edad.

Un último referente importante de destacar en esta búsqueda de antecedentes, es el programa realizado en París, llamado Programa *Art et Hôpital* del Centre d'Art la Panera. Éste tiene como punto de partida el programa *Culture à l'Hôpital*, que funciona desde el año 2000 y que es fruto de un convenio interministerial entre Cultura y Sanidad del Estado francés. *Art et Hôpital*, tiene como objetivo desarrollar una serie de talleres, conducidos por artistas procedentes de diferentes ámbitos de la creación contemporánea. Éste tiene el fin de acercar el arte contemporáneo y las prácticas artísticas actuales a los usuarios en contextos hospitalarios. Así, permite que la cultura artística encuentre un lugar en centros de salud y genere nexos e intercambio entre los hospitales y la sociedad.

Se hace necesario resaltar este programa, ya que es parte de las políticas públicas en Francia. En el año 2000, pasó a ser un programa interministerial, con la firma del primer convenio nacional entre el Ministerio de Cultura y los Ministerios de Justicia y de Sanidad del Estado francés. Así se establecieron acuerdos y convenios con otros ministerios con el fin de promover el acceso de la cultura a personas que se encuentran alejadas de ésta o bien no podían acceder por sus circunstancias.

Aunque esta ‘guía’, aborda casos donde la profesionalización está presente, es necesario hacer una revisión a los orígenes del vínculo entre las artes escénicas y la salud en Chile. Se hace imposible pasar por alto la fuerte tradición del voluntariado, que en gran parte ha permitido perpetuar este vínculo. A pesar de que el trabajo voluntario y su innegable legado, no ha sido el foco de la guía, es indispensable conocer sus métodos y formas de implementación de trabajo.

¹⁵ <http://www.bigapplecircus.org/community-programs>

Luego de realizar dos entrevistas a equipos de voluntarios (Payamédicos Chile, en el Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena, de Temuco y Giracuentos en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Sótero del Río), se torna explícito el hecho de que el área profesional, se ha ido nutriendo del camino recorrido por el voluntariado. Actualmente hay una coexistencia entre organizaciones voluntarias y profesionales, generando un trabajo complementario y pertinente.¹⁶

ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS

Para entender el contexto socioeconómico de los centros de salud analizados a nivel nacional, es necesario precisar datos generales. El tamaño de la población de las 346 comunas existentes en Chile es muy diverso, pues fluctúa entre 734,4 mil habitantes en Puente Alto y menos de 1.000 habitantes en nueve de ellas (INE, 2011).

Respecto del sistema de salud que rige en Chile, este se encuentra a cargo del Ministerio de Salud, siendo el encargado de sus servicios, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Según menciona el Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), el sistema de salud desde el año 1952 presentó un crecimiento de infraestructura y recursos en el sistema asistencial público hasta el período dictatorial, comprendido entre 1973 y 1990, donde además de haber una reducción del gasto público en salud, se hizo énfasis en la privatización del sistema. “Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún es insuficiente para recuperar al sistema público con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial” (OCHISAP, 2013). Situación acrecentada por el aumento de la población de adultos mayores y las enfermedades crónicas asociadas.

¹⁶ “Gestión cultural pertinente: es aquella que oportunamente atiende las necesidades y aspiraciones reales de los habitantes de un determinado territorio (físico o mental), respetando su matriz, tradiciones (patrimonio) y dinámica cultural, en base a un trabajo interactivo y creativo, basado en relaciones horizontales de comunicación y participación, con planes y proyectos articulados entre sí, dentro de procesos que se desarrollan con metas de corto, mediano y largo plazo”. (Matthey, 2011)

“Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún es insuficiente para recuperar al sistema público con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial” .

(OCHISAP, 2013)

Por otra parte, el área privada de servicios de salud ha logrado posicionarse fuertemente con clínicas, centros médicos y otros. Esto ha derivado en la migración de profesionales de la salud desde el sector público al privado y en la incapacidad del sistema público para satisfacer las demandas de sus usuarios, entre otras.

Respecto del financiamiento y organización, actualmente los centros de salud están abocados a auto gestionarse.

Tomando en cuenta el aspecto socioeconómico antes descrito y en relación a los casos analizados a nivel nacional, se observa que la variable financiamiento es fundamental para poder comenzar una iniciativa, teniendo presente los diferentes “modus operandis”. Se encontraron casos en el sector privado, como lo es *Clown Bagó*, presente tanto en clínicas como hospitales y otros sólo en el sector público, donde el financiamiento es a través de municipalidades, como es el caso de *Sonrisólogos*. También se observó la presencia de financiamiento mixto a través de postulación directa a proyectos de Fondart y/o fundaciones, como es la organización *Clown Célula Roja*.

Los antecedentes previamente mencionados, son la base de la investigación que da origen a la ‘Guía’. Por otra parte y antes de comenzar con el desarrollo de la guía, es preciso mencionar que un programa cultural está compuesto por un conjunto de proyectos, que se generarán bajo el alero de un programa. Si bien, la guía lleva por nombre ‘Guía para la implementación de programas de Artes Escénicas en centros de salud’, también aplica para la creación e implementación de proyectos de este tipo.

La presente guía, es entonces una herramienta que ha aunado criterios para la implementación de actividades de artes escénicas en centros de salud chilenos, considerando los diferentes aspectos de los casos investigados, que se han llegado a consolidar.

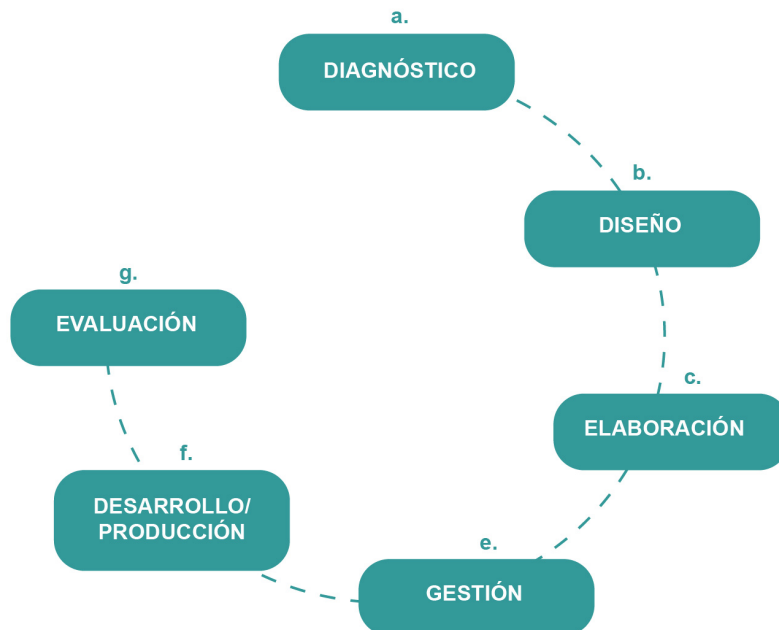
1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

La importancia de esta etapa, radica en que ésta sienta las bases para lo que será un programa sólido y que perdure en el tiempo. El programa que crearemos se construirá en base a una idea central y a una serie de proyectos que respondan al programa, es decir, que sean agrupables, coherentes y que respondan a los objetivos de este. Si bien en la mayoría de los casos, la elaboración de un programa consta de las mismas etapas, la especificidad de cada área y de cada programa marcarán la diferencia. Es por esto que en este punto, se abordarán herramientas propias de la formulación, como mecanismos específicos para nuestro programa de artes escénicas en contextos intrahospitalarios.

Por otra parte, para que un programa tenga continuidad, su estructura debiese tener la siguiente forma:

ESQUEMA 3

Elaboración propia



1.1. FORMULACIÓN ¹⁷

En esta etapa daremos forma a la idea original del programa. Su realización nos orientará, ya que definiremos las bases y los pasos a seguir. La formulación contempla el diseño del programa en cuestión, que considera los ítems de la tabla 4 que se desarrollarán a continuación.

TABLA 4, PREGUNTAS PARA LA FORMULACIÓN

ÍTEM	PREGUNTA
A. Nombre del programa	¿Qué?
B. Diagnóstico	¿Cuáles son los antecedentes?
C. Objetivos	¿Para qué?
D. Metas y resultados esperados	¿Qué se espera lograr?
E. Fundamentación	¿Por qué?
F. Descripción	¿Cómo?
G. Beneficiarios	¿Para quienes?
H. Equipo del proyecto	¿Quienes?
I. Cronograma	¿Cuándo?

A. NOMBRE DEL PROGRAMA

Es el enunciado que identificará el programa, por lo que no debe existir con anterioridad. Este tiene la pretensión de sintetizar la identidad de lo que se quiere ofrecer. Para definirlo, debemos tener claro:

¹⁷ Información elaborada en base a la experiencia formativa y laboral de las autoras del presente documento, basándose en el ramo Elaboración de proyectos, impartido por Fabián Retamal en Magíster de Gestión Cultural Universidad de Chile, año 2014.

- a. Proceso: ¿Qué se hará?
- b. Objeto: ¿Sobre qué?
- c. Localización: ¿Dónde?

El nombre del programa puede ser un título comercial o explicativo.

Nombre comercial: Este es creativo y debiese sonar bien en voz alta.
Evitemos usar nombres genéricos.

Nombre explicativo: Este es un título técnico o estructurado que da a conocer a grandes rasgos en qué consiste el proyecto. Ejemplo: *“Medicina Teatro, pequeño espectáculo de marionetas para la salud”*.

B. DIAGNÓSTICO

Es el proceso mediante el cual se reconoce un contexto, generando una investigación que identifique las características y el estado actual de una situación específica. Este debe contener información actualizada y certera de los aspectos más relevantes relacionados con el programa. El estudio deberá abarcar de lo general a lo específico, es decir aspectos internacionales, nacionales, regionales, comunales, hasta llegar al centro de salud y específicamente a la(s) unidad(es) que abordaremos. Un buen diagnóstico nos permitirá tomar decisiones y guiar el trabajo en base a antecedentes concretos y respaldados. Para su elaboración debemos tener en cuenta cuatro áreas:

·ASPECTOS TERRITORIALES

Características propias del lugar donde se llevará a cabo el programa. Algunas preguntas a realizarse: *¿Cómo es el centro de salud? ¿Cómo es la infraestructura? ¿Cuántas camas hay por habitación? ¿Cuentan con sala multiuso para realizar actividades?*

·ASPECTOS HISTÓRICOS

Antecedentes históricos relacionados con el tipo de programa y su lugar de ejecución. Algunas preguntas a realizarse: *¿Qué vínculo histórico existe entre la salud y la cultura? ¿Qué vínculo histórico existe entre este centro de salud y programas de artes escénicas?*

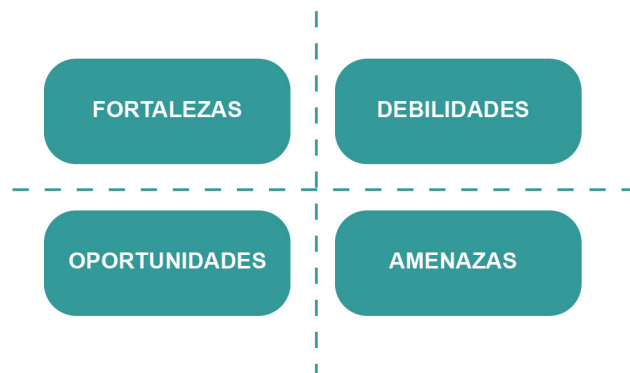
·CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR CULTURAL

Características del sector cultural del contexto donde se llevará a cabo el programa. Algunas preguntas a realizarse: *¿Cuánto acceso cultural existe en contextos de salud? ¿Cuántos artistas escénicos realizan programas y proyectos en centros de salud? ¿Cuánto acceso cultural tienen los beneficiarios del programa? ¿Qué tipo de intervenciones se están haciendo en este centro de salud?.*

· CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

Características socioeconómicas del lugar, beneficiarios directos e indirectos y público objetivo del programa. Algunas preguntas a realizarse: *¿En qué comuna se encuentra el centro de salud? ¿De qué comuna provienen principalmente los beneficiarios? ¿Cuáles son las edades de los beneficiarios? ¿Cuál es el tiempo de estadía promedio de los pacientes con quienes se llevará a cabo el programa?.*

Complementar con un análisis FODA, hará el diagnóstico más claro. Éste expone de manera gráfica las características internas (debilidades y fortalezas) y la situación externa (amenazas y oportunidades) del programa a realizar. Así se podrá potenciar las fortalezas, aprovechar las oportunidades, trabajar las debilidades y manejar las amenazas.



Habiendo realizado el diagnóstico, podremos identificar el **problema** que se pretende resolver. El paso siguiente consistirá en generar una **hipótesis**, que será la suposición base que sustenta el programa.

Ejemplo:

- *Hipótesis: A través de este programa los pacientes pediátricos se verán favorecidos con el acceso a ver obras de teatro, lo que a su vez contribuirá en la mejora del clima intrahospitalario y quienes lo habitan.*

C. OBJETIVOS

Nos indicarán la situación que deseamos mejorar mediante la realización del programa y hacia donde apuntamos con su ejecución. Los objetivos deben ser claros y pertinentes, con un lenguaje cercano e identificable. Nunca debemos perderlos de vista, ya que a medida que avanza el programa, recurriremos a ellos como una guía fundamental. Para su construcción, es necesario elaborarlos desde lo más general a lo más específico. Se recomienda redactar un **objetivo general** y al menos tres **objetivos específicos**.

OBJETIVO GENERAL

Es la meta final a la que se desea llegar. Es un enunciado global que contendrá a los objetivos específicos. Debe responder a las preguntas:

¿Qué deseamos cambiar? ¿Para quién será? ¿Dónde se hará? ¿Cuándo?

Ejemplo:

- *Generar instancias de teatro-educativo para niñas y niños de enseñanza básica en la unidad de "Cirugía" del Hospital Exequiel González Cortés, durante marzo de 2017.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Son objetivos acotados que contribuyen al logro del objetivo general.

Ejemplo:

- **O.E.1** *Realizar durante el año 2017 funciones de teatro para pacientes pediátricos en la unidad de Cirugía de HEGC, contribuyendo a la educación formal en el área de Historia, Geografía y Ciencias Sociales mediante la presentación de las obras teatrales "Violeta y su guitarra" y "Koy y Cormorán".*

- **O.E.2** *Generar instancias de conversación guiadas para niños y sus acompañantes, al finalizar las obras de teatro.*
- **O.E.3** *Evaluar la aceptación del proyecto por parte del público asistente a cada sesión.*
- **O.E.4** *Evaluación final del proyecto*

Recomendaciones:

- **Verbos que pueden ayudarnos a redactar los objetivos**
Analizar, desarrollar, evaluar, establecer, formular, generar, identificar, presentar, producir.
- **Debemos considerar la factibilidad de los objetivos, es decir:**
Los recursos que manejamos.
Estrategias que aplicaremos.
Plazos considerados.
Unidades de los centros de salud en las que trabajaremos.
Enfermedades específicas de estas unidades.
Edades de los beneficiarios.
Tiempos de las intervenciones.

D. METAS Y RESULTADOS ESPERADOS

METAS

Las metas, están directamente asociadas con los objetivos específicos. Indican de forma concreta el logro al que se desea llegar.

Ejemplo:

- **Metas del objetivo específico 1**
M.1 *Realizar treinta funciones de las obras teatrales “Violeta y su guitarra” y Koy y Cormorán”, durante el primer semestre de 2017.*

M.2 Lograr que al menos el 50% de los acompañantes de los pacientes pediátricos, sean espectadores de las funciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Pueden ser cualitativos o cuantitativos y están directamente asociados a las metas. Estos deberán ser comprobables.

Ejemplo:

- **Resultados esperados de la meta 1**

R.1 La mayor parte de los niños comprende la obra teatral presenciada y maneja los contenidos de Historia, Geografía y Ciencias Sociales asociados.

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Son las herramientas mediante las cuales se comprueba el logro de los resultados esperados.

Ejemplo:

- **Medio de verificación del resultado esperado 1**

M.V.1 Cuestionario al finalizar las funciones.

E. FUNDAMENTACIÓN

Es un texto de carácter argumentativo, donde se justifican los motivos y la importancia de la realización del programa. Aquí explicaremos cuál es la urgencia por realizar este programa y no otro, para la mejora de la situación detectada en el diagnóstico. Resulta necesario aclarar que la fundamentación es diferente a la descripción del proyecto, ítem que se desarrollará más adelante. En la fundamentación debemos tomar en cuenta:

- El diagnóstico.
- Carencias a solucionar.
- Posibles soluciones.

En el amplio espectro de posibles soluciones, se encuentra nuestro programa, por lo que debemos justificar por qué la solución escogida para lograr nuestros objetivos es la más pertinente y viable de las alternativas existentes, desarrollando por qué a través de su realización daremos solución a la carencia detectada.

Para lograrlo, deberemos incluir antecedentes cualitativos o cuantitativos consistentes que la respalden. Para esto podremos recurrir a criterios desarrollados por especialistas en el área específica.

Ejemplos:

- *La importancia de las artes en los procesos de recuperación de pacientes.*
- *Beneficios en la disminución del estrés del paciente.*
- *Beneficios de la risa en procesos de sanación.*
- *Beneficios de las artes escénicas en procesos de recuperación.*
- *Disminución del estrés en los familiares y acompañantes.*
- *Herramientas para funcionarios de los hospitales y su beneficio para los pacientes.*

F. DESCRIPCIÓN

Describe en detalle en qué consistirá el programa, cuales son los pasos a seguir, qué proyectos involucrará, qué actividades se realizarán y cuáles serán sus contenidos. Es muy importante dar a conocer la programación: plazos previstos, fechas y horarios. Deberemos realizar una identificación tanto de los integrantes y de la organización creadora del programa. La descripción, debe ser breve y de fácil comprensión, logrando transmitir al lector la esencia del programa.

Ejemplo:

- *Teatrosano es un programa de teatro hospitalario que contempla la realización de dos grandes proyectos a realizarse durante el año 2017.*
- *1.- “Violeta y su Guitarra”: Presentación semanal de la obra de teatro en pequeño formato “Violeta y su guitarra” en la unidad Oncología Pediátrica del Hospital Luis Calvo Mackenna. Estas funciones destinadas a niños y niñas de dicha unidad, serán llevadas a cabo durante el primer semestre de 2017. Cada una de estas funciones, tendrá una duración de 4 minutos y se realizará de forma individual*

para el paciente en su camilla y su acompañante. La breve función se presentará cuantas veces se alcance, en media jornada laboral del día de la semana escogido.

- *2.- “Clown y funcionarios”: Talleres mensuales de Introducción de técnicas del Clown para funcionarios de la salud (paramédicos, auxiliares, enfermeras y técnicos en enfermería). Cada una de estas sesiones se llevará a cabo en las dependencias del hospital Luis Calvo Mackenna, las que tendrán una duración de una hora. La asistencia de los funcionarios será de carácter voluntario.*

- *Dentro de las actividades asociadas al proyecto se encuentran consideradas: las reuniones de coordinación para las sesiones, la notificación del proyecto a los médicos de la unidad, registro fotográfico y audiovisual de las sesiones. Como actividad complementaria están consideradas: regalo de libretitas con el logo del proyecto.*

Recomendaciones:

- Un plus para el programa será generar proyectos interdisciplinarios e integrales, como pueden serlo huertos, grupos de terapia y talleres complementarios.

- Considerar capacitaciones para el equipo artístico, ayudará a la continuidad del programa.

- La estética de las puestas en escena, debe ser considerada parte importante del programa. No olvidar que se está trabajando con personas que se encuentran privadas de su cotidianeidad, muchas veces cansadas por la presente enfermedad, por lo que la vestimenta o los objetos a utilizar y su estética, puede ser una puerta de entrada para la captación de la atención de los pacientes.

- Es un plus para el centro de salud llevar a cabo este tipo de instancias. Resulta una ventaja competitiva para este tipo de programas.

G. BENEFICIARIOS

Señala de forma concreta para quienes está destinado el programa de forma directa e indirecta. El público beneficiado en estos contextos, estará compuesto por más de un sector (pacientes, familiares, acompañantes, trabajadores de la salud, otros trabajadores del centro de salud y directivos). Ser beneficiario directo o indirecto, dependerá principalmente del enfoque que se le otorgue al programa. A modo de ejemplo, si el foco está en los pacientes, ellos serán el grupo de beneficiados directos y el equipo de salud los indirectos, ya que los pacientes tendrán mejoras en sus estados anímicos. Por otro lado, si el programa está enfocado en generar talleres para que funcionarios de la salud hagan un trabajo sobre sus emociones, los beneficiados directos serán el equipo de salud, lo que tendrá repercusiones indirectas en su trabajo con pacientes hospitalizados.

BENEFICIARIOS DIRECTOS

Son aquellas personas a las que el programa está dedicado directamente y con las cuales se trabajará de manera estrecha. Esta población será la que satisfaga la carencia detectada en el diagnóstico. Es en estos beneficiarios donde se pretenden ver plasmadas las mejoras que se desean alcanzar con los objetivos específicos. También entenderemos por beneficiarios directos el público objetivo ó destinatarios finales.

Ejemplo¹⁸:

- *Niños hospitalizados en el HEGC de la unidad de oncología pediátrica, padres o familiares acompañantes, funcionarios de la salud (paramédicos, auxiliares, enfermeras y técnicos en enfermería).*

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Es el grupo de personas que no obtienen el producto directo de los proyectos, sin embargo su ejecución tendrá repercusiones benéficas tanto en lo personal como en lo laboral. Dentro de este grupo existen los destinatarios de opinión y los destinatarios de decisión.

¹⁸ Basado en ejemplo del ítem "F. DESCRIPCIÓN"

Ejemplo¹⁹:

- **Destinatarios de decisión:** Son aquellos destinatarios que pueden incidir en las decisiones respecto del pro-grama, en este caso, autoridades de salud como: *Director del hospital, médicos je-fes, enfermeras jefe, autoridades de cultura, privados que pudiesen financiar la iniciativa.*
- **Destinatarios de opinión:** Son aquellos destinatarios que no inciden directamente en las decisiones, sin embargo, su opinión, cooperará en que el programa se siga perpetuando. *Algunos de éstos son: médicos, enfermeras, auxiliares, padres o tutores.*

Recomendaciones:

- El destinatario de decisión “Director del hospital” tendrá su símil en una clínica como Médico Jefe de determinada unidad. Además en el caso de las clínicas, otros destinatarios de decisión serán: área de Recursos Humanos, auspiciadores y patrocinadores de la misma clínica y/o específicamente del programa.

H. EQUIPO DEL PROYECTO

La elección del equipo humano, es un punto esencial en cómo se llevará a cabo el programa. Como en cualquier programa, será necesario identificar las cualidades y habilidades de las personas con las que se va a trabajar en cada área y potenciarlas. Sin embargo, este tipo de programas, requiere de especial atención ya que nos encontramos en un territorio complejo con pacientes hospitalizados buscando sanación. Es fundamental que el equipo que interactúe con los beneficiarios, sean personas carismáticas, sensibles, empáticas y fuertes, por lo impactante que puede resultar trabajar en estos contextos. Será necesario estar dispuestos a dejar el ego de lado, ya que muchas veces se recibirán negativas de los mismos pacientes y funcionarios para realizar las actividades programadas. Puede que muchas veces las personas hospitalizadas tengan una baja tolerancia a la frustración, sumado a la sensación de vulnerabilidad, lo que podría conllevar a que no quieran participar de las actividades o simplemente no sentirse bien físicamente como para hacerlo. Será de suma importancia

¹⁹ Basado en ejemplo del ítem “F. DESCRIPCIÓN”

que el ejecutor no se sume a esa frustración, logrando generar algo positivo en el paciente, aunque exista una negativa.

El foco debe estar siempre en el beneficiario, más que en el buen desempeño de la obra o actividad previamente programada. Hay que estar permeable a las modificaciones que propone el contexto hospitalario. A veces las actividades programadas no podrán finalizarse en su totalidad, como estaban planificadas.

El buen criterio de los integrantes juega un rol fundamental, ya que si durante de las actividades ocurre una emergencia de salud ó antes de comenzar, un paciente se siente mal, deberemos entender que no es el momento para realizar la actividad y ésta deberá ser reprogramada.

ROLES DEL EQUIPO

Por otra parte, el trabajo será más eficiente, si se definen previamente los roles de cada uno de los integrantes del equipo. Esto permitirá que cada cual tenga identificadas sus tareas y responsabilidades con claridad, pudiendo asignar plazos para cumplir cada una de éstas. Los roles necesarios, pueden tener diversas denominaciones, sin embargo, e independiente del nombre, es necesario que el rol exista.

Los roles indispensables en nuestro equipo:

- Director
- Productor
- Ejecutantes (artistas escénicos, actores, clown)
- Encargado de comunicaciones.

Recomendaciones:

- Es indispensable contemplar sesiones de cuidado o autocuidado para el equipo, al menos una vez al mes. Serán más provechosas si en éstas pudiese participar un psicólogo(a).
- Generar reuniones semanales o quincenales con el equipo artístico, como talleres servirá como forma de contención para el equipo.
- Realizar preparación físico-emocional antes de empezar las intervenciones.
- El equipo ha de saber aceptar el rechazo de los pacientes y trabajar con eso.

I. CRONOGRAMA

Realizar un cronograma permitirá organizar y optimizar los tiempos. A medida que avanza el programa, el cronograma nos ayudará a identificar las tareas realizadas de las pendientes. Esta planificación contribuirá a la proyección a largo plazo de nuestro programa.

Recomendación:

- Organizarse mediante una Carta Gantt resultará eficiente. Ver en el ejemplo a continuación.
- Generar planificaciones anuales, teniendo consciencia de que podrán ser sometidas a modificaciones

Ejemplo²⁰:

ETAPA	ACTIVIDAD	MES 1					MES 2					MES X					RESPONSABLE	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5			
PRE PRODUCCIÓN	Elaboración del programa	■																Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Elaboración listado de centros de salud viables para el programa		■															Salvador C. / Encargado de finanzas
	Búsqueda de financiamiento			■	■	■												Salvador C. / Encargado de finanzas
	Obtención del financiamiento					■												Salvador C. / Encargado de finanzas
	Presentación del programa al centro salud						■											Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Ensayos y otras capacitaciones							■	■	■	■							Paulina G. / Directora de actores
	Coordinación fechas de las intervenciones																	Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Visita al espacio físico de la intervención								■	■								Martina V. / Productora
	Registro fotográfico del espacio									■	■							Martina V. / Productora
	Confección/compra vestuario										■	■						Martina V. / Productora
	Capacitación lavado de manos y enfermedades contagiosas											■	■					Martina V. / Productora
	INTERVENCIÓN	Coordinación de espacio "camarín"															■	■
Llegada de actores y actrices																■	■	Paulina G. / Directora de actores
Conversación con Enfermera Jefe																■	■	Paulina G. / Directora de actores
Intervención de Artes escénicas																■	■	Paulina G. / Directora de actores
Registro fotográfico de la intervención																	■	Paulina G. / Directora de actores
SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN	Registro en la ficha: pacientes y actividades																	Martina V. / Productora
	Recopilación de fichas																	Paulina G. / Directora de actores
	Análisis de fichas																	Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Evaluación de avances del programa																	Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Evaluación de nuevas estrategias																	Consuelo A. / Coordinadora del Programa
POST PRODUCCIÓN	Entrega de resumen de intervenciones al director del centro de salud																	Consuelo A. / Coordinadora del Programa
	Realización de Teaser																	Martina V. / Productora
	Sesiones de cuidado del equipo																	Martina V. / Productora
	Publicación de imágenes y videos en redes sociales																	Martina V. / Productora

²⁰ Se seleccionaron algunas de las actividades a realizarse en un programa 'X'. Deberá considerarse al menos un año de proyección. Las etapas de "Sistematización y evaluación" y "Post producción" debieran desarrollar sus actividades a continuación de las dos etapas anteriores, sin embargo, por efectos prácticos de espacio, estos no se anotaron.

1.2. SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN

Estos dos procesos, resultan sumamente importantes ya que tienen por objetivo elaborar, generar metodología y así mejorar el trabajo realizado.

Por una parte, el sistematizar las actividades, mediante un registro ordenado y consciente en cada intervención realizada, dará paso a la visualización de los aspectos fuertes y débiles del programa. Esto permitirá profundizar en la comprensión de las etapas del programa, mejorando aquellas actividades que pudiesen tener falencias. Así, eventualmente, se podrán generar nuevos proyectos para el programa, considerando las mejoras.

Gracias a la información generada mediante el registro de las actividades, se podrán establecer precedentes que servirán para los nuevos integrantes que conformen el equipo del programa y a su vez para otros programas que quieran iniciarse en el contexto de artes escénicas en vinculación con salud. Esto se aconseja hacer posteriormente a cada intervención de manera regular.

Sistematizar la información, también será beneficioso para el contexto hospitalario en el que se está, para poder generar retroalimentación en base a las intervenciones realizadas. Este, será un método que permitirá generar nuevos indicadores del impacto del programa y así, hacerlo visible para las autoridades. Este impacto, será una forma de ratificar la necesidad de seguir llevando a cabo el programa. Eventualmente este pudiese ser un método para acercarnos a generar Políticas Públicas respecto de la vinculación de las artes escénicas y la salud.

Por otra parte, la evaluación se hace necesaria con el fin de obtener resultados medibles en el tiempo. Considerar la evaluación como parte indispensable del programa, permitirá generar mejoras comprobables en los procesos y por ende, en el resultado final. La implementación y ajuste de las instancias de artes escénicas, tendrá su base en los resultados obtenidos previamente. Es decir, debemos ser capaces de modificar las actividades de nuestro programa, en base a los resultados obtenidos de nuestra evaluación.

El hecho de generar evaluaciones y presentarlas a las directivas de los centros de salud y a quienes nos están financiando, fomentará la transparencia y la cercanía para con la institución y con la comunidad, lo que contribuirá en la generación de un mayor bienestar social en el contexto intervenido.

FORMAS DE SISTEMATIZACIÓN

1. Generar una ficha con una tabla cualitativa con los pacientes visitados donde se responda: Nombre, edad y enfermedad del paciente, ¿Qué se hizo? ¿Cómo reaccionó el paciente? ¿Qué imprevistos surgieron?
2. Identificación de ejercicios / improvisaciones / gags / obras, etcétera, que fueron los puntos fuertes o débiles de la intervención propiamente tal.
3. Generar una tabla cuantitativa donde se especifique cantidad de pacientes visitados y cantidad de intervenciones hechas en la jornada.
4. Antes de cada intervención leer la ficha de los pacientes visitados, generada a través del registro sistemático. Así cada vez que nos enfrentemos a pacientes con enfermedades crónicas, que pasan por hospitalizaciones prolongadas, tendremos el antecedente de la última visita, para que sea una base de inicio para la siguiente intervención.

*Véase el ejemplo en la página siguiente.

Ejemplo:

*Ficha realizada en base a la ficha facilitada por la organización Clown Célula Roja.

FICHA

FICHA DE REGISTRO / SISTEMATIZACIÓN	
--	--

CENTRO DE SALUD	
FECHA	
PUESTA EN ESCENA/ ACTIVIDAD/ INTERACCIÓN	
REALIZADORES DE LA INTERVENCIÓN	
ÁREA DONDE SE REALIZA LA INTERVENCIÓN	

CANTIDAD DE PACIENTES	CANTIDAD DE ACOMPAÑANTES	CANTIDAD DE PERSONAL	TOTAL

OBSERVACIONES	
----------------------	--

FORMAS DE EVALUACIÓN

- EVALUACIÓN EX ANTES

Será una evaluación hecha antes de dar inicio al programa. El objetivo es dimensionar los costos, beneficios y generar un diagnóstico sobre el contexto al que nos enfrentamos. Esta etapa, perteneciente a la elaboración del programa, permitirá tomar la decisión de llevar a cabo o no el programa, considerando las condiciones iniciales evaluadas. De llevarse a cabo, será en esta etapa donde identifiquemos las mejores alternativas para lograr los objetivos planteados.

- EVALUACIÓN DURANTE

Esta será la etapa donde se lleve a cabo la sistematización anteriormente descrita. Será la forma de evaluar día a día las actividades, dando cuenta los pasos a seguir y así generado estrategias para el futuro. Aquí generamos reportes y registros de lo ocurrido con los pacientes. Es importante llenar fichas de cada paciente visitado y realizar una descripción de lo ocurrido en la actividad.

- EVALUACIÓN EX POST

Periódicamente, a medida que se finalizan etapas (semestres, años) o una vez terminado algunos de los proyectos del programa, es muy importante realizar un evaluación, ya que se tendrá una perspectiva del camino recorrido.

ASPECTOS A EVALUAR

Todas esta instancias tienen por objetivo, lograr que los proyectos tengan continuidad y desarrollo en el tiempo, para que así se encuentren las mejores estrategias para seguir desarrollando y profesionalizando las artes escénicas en contexto de salud.

- **FINANCIAMIENTO**

¿Los recursos fueron suficientes? ¿Se lograron cubrir todas las áreas que requerían aspectos económicos?

- **RECURSOS HUMANOS**

¿Los integrantes que fueron parte del programa eran los pertinentes? ¿Se hace necesario integrar más personas o no?

- **ACTIVIDADES**

¿Las actividades que estoy realizando, son óptimas para el cumplimiento de nuestros objetivos? ¿Como se pueden mejorar?

- **REVISIÓN GENERAL DEL PROGRAMA**

Revisar si se cumplieron los objetivos. ¿Está siendo eficaz y eficiente? ¿Se está llegando a las personas deseadas? ¿Se está cumpliendo el cronograma?

Recomendaciones:

- Sí la organización está conformada como una ONG, se deberán hacer reportes sobre el trabajo realizado al Ministerio de Hacienda.
- Se deben generar reportes periódicos al director del hospital o Médico jefe de las unidades en caso de las Clínicas, informando sobre los avances del trabajo realizado.
- Además presentar resumen de registro a las autoridades para dar a conocer lo ocurrido en las intervenciones.

2. FINANCIAMIENTO

2.1. PRESUPUESTO

Este permite evaluar anticipadamente los gastos en que incurrirá el programa en un tiempo determinado, estableciendo prioridades y evaluando nuestras acciones. El presupuesto es importante ya que nos ayudará a definir límites en cuanto a gastos y la correcta utilización de los recursos disponibles. En base a este cálculo, que debe ser lo más preciso posible, deberemos considerar cuales serán los ingresos que se pretenden obtener. A continuación se detallarán los tipos de egresos en los que deberemos incurrir en nuestro programa.

- HONORARIOS

Son asignaciones económicas para los trabajadores del programa. El pago por el trabajo realizado.

- GASTOS DE OPERACIÓN

Son todos aquellos gastos en los que debemos incurrir para la puesta en marcha y realización y del programa. Ejemplo: bodegaje.

- GASTOS EN DIFUSIÓN

Son todos aquellos gastos en los que debemos incurrir para difundir nuestro programa.

- GASTOS DE INVERSIÓN

Son todos aquellos gastos que nos permitirán la obtención de bienes perdurables y que podremos volver a usar, es decir, no se extinguen en el uso. Estos mismos, más adelante, nos permitirán generar otros ingresos. Ejemplo: Instrumentos musicales.

Recomendación:

- Nuestro presupuesto debe hacerse pensando en al menos un año.
- El presupuesto será necesario al momento de gestionar recursos.

2.2. CONSOLIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIA

Nuestro programa puede ser financiado de diversas formas. Es por esto que la estrategia que adoptemos es fundamental, ya que definirá los medios que utilizaremos para lograr nuestros objetivos. Es importante recalcar que no existe una sola forma exitosa para la obtención de recursos. Todo dependerá de la creatividad para obtenerlos. Puede ser sumamente provechoso recurrir a diversas fuentes de financiamiento, ya que esto hará a nuestro programa menos susceptible de quedar sin sustento económico.

Resultará productivo definir, entre los mismos integrantes del equipo, encargados para la búsqueda de financiamiento. Ésta, deberá hacerse de forma ordenada, para manejar correctamente los plazos de los concursos e identificar los perfiles de los privados que pudiesen interesarse en nuestro programa.

AGRUPACIÓN DEL EQUIPO

Primero, deberemos tener claro quienes participarán en el programa. Sabiendo esto, lo siguiente será definir los roles de cada integrante. Por último, deberemos determinar bajo qué figura sería conveniente que estemos agrupados:

- **COMPAÑÍA O COLECTIVO:** Agrupación de trabajadores de las artes escénicas, en pos de una puesta en escena.
- **PERSONA JURÍDICA:** Es una persona ficticia creada por personas naturales. Esta tiene una finalidad, derechos y obligaciones. Existen personas jurídicas con y sin fines de lucro. Estas pueden ayudar, por ejemplo, al momento generar facturas o al postular a fondos de concurso público, sin embargo, no es indispensable crear una ONG para un proyecto.

Sin fines de lucro: Tener personalidad jurídica sin fines de lucro, nos permitirá postular a algunos fondos concursables que lo exigen como requisito, aunque en

algunos de estos concursos públicos, también se podrá postular como persona natural. Algunas de las organizaciones de las que se hace mención son: Corporaciones, fundaciones, organizaciones comunitarias funcionales y uniones comunales. Previo a alguna postulación hemos de revisar acuciosamente las bases del concurso, para saber con claridad quiénes podrán adjudicarse dichos fondos.

Con fines de lucro: Este tipo de organizaciones son lo que llamamos empresas. Existen diferentes tipos de ellas, según las necesidades del equipo que la conforma. Existen empresas de responsabilidad limitada, sociedades anónimas y empresario individual de responsabilidad limitada (EIRL). Si bien, este tipo de organizaciones se encuentran imposibilitadas de acceder a algunos fondos de concurso público, también existen fondos enfocados al fortalecimiento de empresas, a los que podremos acceder.

ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO

Respecto de estas opciones, es necesario recordar que no existen fórmulas, hay tantas alternativas como ideas. A continuación, se presentan algunas.

- **FONDOS CONCURSABLES:** Es necesario manejar una base de datos con: los fondos concursables disponibles, fechas de postulación y requisitos. Algunos de estos, se presentan en la tabla a continuación. Véase la Tabla de fondos concursables en la página siguiente.

TABLA 5, FONDOS CONCURSABLES

FONDO	POSTULANTES	LINK
FONDART (Fondo Nacional para el Desarrollo Cultural y las Artes)	Personas naturales o personas jurídicas.	http://www.fondosdecultura.gob.cl/
BID (Banco Interamericano de Desarrollo)	Organizaciones de la sociedad civil, sin fines de lucro.	http://www.iadb.org/es
Ministerio Secretaría General de Gobierno	Organizaciones sociales, ONGs, Fundaciones, Corporaciones.	http://www.msgg.gob.cl/fondos-concursables
Ministerio de Desarrollo Social	Organizaciones comunitarias, Fundaciones, Corporaciones y universidades.	http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/
Fondos Concursables de Embajadas	Variados, dependiendo de la embajada y concurso.	
Fondos Concursables de Municipalidades	Variados, dependiendo de la municipalidad y concurso.	

- **DONACIONES:** Para recibir donaciones mediante la Ley de Donaciones Culturales se deberá presentar el proyecto a un comité calificador. Los beneficiarios, es decir, quienes pueden hacerlo son: juntas de vecinos, organizaciones comunitarias funcionales, corporaciones y fundaciones, además de Universidades e institutos profesionales, DIBAM, bibliotecas, Museos estatales o municipales y propietarios de inmuebles patrimoniales. Más información en <http://donacionesculturales.gob.cl/>

- **FINANCIAMIENTO DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS:** Se podría recibir financiamiento de un laboratorio o bien, formar parte de éste como programa del propio laboratorio.

- **ASOCIACIÓN CON PROGRAMAS SOCIALES:** Existe un amplio espectro de programas sociales a los que podemos recurrir. Barajar la mayor cantidad de alternativas, nos permitirá tener más posibilidades de dar con un programa social que quiera apoyarnos.
- **LEVANTAMIENTO DE FONDOS UNIVERSITARIOS** Muchas universidades cuentan con fondos concursables para la realización de proyectos de sus alumnos. Debemos informarnos de los requisitos específicos de cada uno de estos fondos.
- **FINANCIAMIENTO MUNICIPAL:** Sería importante que las autoridades crean en el proyecto. El área de desarrollo comunitario podría estar interesada en nuestro programa.
- **TALLERES DE FORMACIÓN COMO MÉTODO PARA FINANCIAR EL PROGRAMA:** Se puede ofrecer otros servicios de forma paralela a un proyecto específico, como talleres de formación. Esto permitiría financiar parcialmente el programa.
- **FINANCIAMIENTO EN MASA:** Práctica para financiar un proyecto mediante numerosas y pequeñas cantidades de dinero. Este método es conocido como Crowdfunding, donde el financiamiento y la cooperación colectiva, es la herramienta para llegar al objetivo final. Cada persona que aporta se convierte en un 'Micro Mecenaz', revalorizando el aporte particular y pequeño. Es necesario tener claro: una idea, un mensaje atractivo para atraer a las personas que realizarán los aportes y una plataforma Crowdfunding (Por ejemplo Idéame).

Recomendaciones:

- Al ser ONG sin fines de lucro, existe la posibilidad de recibir donaciones y postular a fondos concursables.
- Recordar la importancia de tener redes, aliados y conocidos para levantamiento de recursos.
- Para un programa que perdure más de un año, resultaría inviable contemplar la

adjudicación de fondos concursables como financiamiento base de su programa. Se recomiendan las alianzas, patrocinios y auspicios.

3. MODO DE EJECUTAR LAS INTERVENCIONES

3.1.VISITA TÉCNICA

El propósito de realizar la visita técnica, se relaciona con la necesidad de revisar el espacio donde se llevará a cabo la actividad. Puede ser de gran ayuda realizar estas visitas en el proceso de elaboración del programa, para generar una familiarización con el contexto. En general, los recintos hospitalarios tienen posibilidades de movimiento restringido y a su vez un flujo constante del personal y pacientes, por lo que resulta fundamental conocer el lugar donde se trabajará. Por otro lado, servirá para dar a conocer el contenido de la actividad a realizar.

De manera paralela a la planificación del programa, es importante poner atención al espacio físico de la unidad de salud en la que se realizarán los proyectos. Ya que estamos en un contexto hospitalario, las áreas que podremos abordar son tres:

1. Unidad de salud específica (pediatría, oncología, sala común, neonatología, etc.)
2. Salas de espera
3. Auditorio del centro de salud.

Es necesario poner el foco en que las condiciones técnicas de la obra, intervención o taller, tengan la capacidad de adaptarse a las condiciones existentes en el espacio de salud donde llevaremos a cabo el proyecto.

En las puestas en escena en salas de teatro (fuera de los centros de salud) para tomar la decisión sobre dónde llevarlas a cabo, tendríamos que considerar la ubicación geográfica, la capacidad del recinto y si este tiene las condiciones necesarias para recibir el espectáculo.

En el caso de hacer intervenciones en espacios de salud, sea cual sea la naturaleza de éstas, tendrán que tener características maleables, permeables y con capacidad de modificación, ya que el foco siempre estará puesto en el contexto que se habita por sobre

el logro eficiente de la obra. De igual modo para poder tener una idea sobre cuál será el terreno en el que nos presentaremos, se torna indispensable efectuar las visitas a terreno.

Es importante no saturar el espacio con personas externas, por lo que a la visita técnica sería ideal que solo vayan el encargado del programa y técnico de la obra, en el caso de que la puesta en escena lo requiera.

El contexto hospitalario demanda una atención circular, por lo que se torna muy importante tener familiaridad con el entorno antes de ejecutar las actividades.

ASPECTOS A REVISAR EN LA VISITA TÉCNICA:

- **ACCESO AL RECINTO:** Es importante poner atención en las condiciones externas para el ingreso de utilería. Saber con anterioridad cuál será el espacio para instalarse y luego salir a hacer la intervención.

- **FUNCIONALIDAD DEL LUGAR:** Es recomendable poner atención en la logística de funcionamiento del espacio de salud. Aquí encontraremos diferencias radicales con el modus operandis de un espacio teatral convencional. Una vez más ,debemos recordar que la prioridad del centro de salud es la recuperación psicofísica de los pacientes, por lo que la realización de nuestro programa no es prioritaria, ni fundamental, para ese objetivo. El espacio sólo logrará ser funcional para nosotros, dependiendo de nuestra capacidad de adaptabilidad de la actividad.

- **PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD:** Un centro de salud es un espacio donde sus funcionarios se relacionan de forma jerárquica dependiendo de los cargos y responsabilidades de cada uno. Por ejemplo, cada área, cuenta con un jefe (enfermera jefe, médico jefe) este responsable, deberá ser nuestro contacto al momento de intentar vincularnos con el centro de salud. En la mayoría de los casos, esta persona será la enfermera jefe. Ella será quien nos indique las necesidades a cubrir en el recinto hospitalario, con ella deberemos coordinar los tiempos y acatar observaciones que pueda hacernos respecto del estado de salud de pacientes en específico. Con ella o su similar, será con quién nos comunicaremos al momento previo de cada intervención. En ésta visita resultaría

oportuno comprender los diferentes roles del equipo de salud, para comprender la orgánica de trabajo interno.

- **PERSONAL TÉCNICO:** Primeramente, será importante hacernos la pregunta: ¿Es absolutamente necesario tener un técnico para nuestra actividad? Si la respuesta es sí, será importante que también esté interiorizado en la orgánica del espacio. Será importante que tenga conocimiento de las tomas de energía del lugar a realizarse la actividad y de cómo se ejecutará la implementación técnica general del lugar. En ambos casos, teniendo o no una persona que se encargue del área técnica propiamente tal, será importante tener en cuenta que el montaje debe ser sencillo y poco invasivo. Habrá que pensar y considerar implementos autónomos que no requieran de muchos recursos técnicos para llevarse a cabo.

- **ESPACIO ESCÉNICO:** Es necesario realizar una revisión del espacio donde se montará y se llevará a cabo nuestra puesta en escena o actividad, teniendo noción de la Unidad en la que estamos llevando a cabo la iniciativa y a su vez, las Unidades próximas, físicamente, a la unidad en la que se llevará a cabo las actividades.

- **'CAMARINES' O ESPACIO DE TRABAJO:** Será propicio hacer la búsqueda de un lugar donde las actividades a realizar se puedan preparar. Un lugar donde los ejecutantes de las intervenciones puedan concentrarse, antes de salir al contexto hospitalario propiamente tal. Será importante que evaluemos la distancia de éste espacio con respecto al lugar donde se realizará la intervención, tomando en cuenta cuáles son las vías de acceso. A pesar de que estemos en un centro de salud, tendremos que propiciar las condiciones óptimas dentro de este espacio y hacernos las siguientes preguntas: ¿Qué capacidad tiene el 'camarín'? ¿Tiene espejos? ¿Debemos gestionarlos? ¿Es un lugar de acceso público? ¿Se puede cerrar con llave, para dejar nuestras pertenencias o parte de la utilería de un día para otro?

Ésta instancia puede servir para conocer a algunos pacientes y de ese modo al momento de hacer el taller, función o intervención, ellos ya estarán más familiarizados. Siempre hay mucho movimiento en las salas de hospitalización, pero sin duda esta visita previa, será de utilidad para generar un vínculo o lazo más fuerte con aquéllos pacientes que tienen

enfermedades crónicas y que serán espectadores de las actividades por un tiempo más largo.

Por la rotativa constante que existe en estos contextos, resulta muy importante generar instancia abiertas, flexibles y que no dependan de la cantidad de personas que lo estén viendo.

Recomendaciones:

- Es importante acotar, que el representante del centro de salud, puede variar dependiendo del área en la que se ejecute el proyecto. Si el proyecto se ejecuta en el sector público, el contacto inicial será el director del hospital y luego se derivará al encargado de área en específico. En el caso de clínicas, por lo general se contacta al jefe de unidad. Por ejemplo, si el objetivo es realizar obras para niños, la persona indicada será el o la Jefe de Pediatría.
- Quienes hagan la visita técnica, podrán realizar un registro fotográfico del espacio para poder transmitirle al resto del equipo la espacialidad del lugar donde se llevará a cabo la intervención.

3.2. ÁREAS

Corresponden a las distintas unidades que componen los Hospitales o Clínicas. Los centros de salud, dependiendo cuál sea, cuentan con diferentes áreas, por lo que al generar un programa de esta índole, es propicio tener presente el sector que se desea abordar, para luego realizar la elección del centro de salud.

Es sumamente importante en el momento de ejecutar las intervenciones, tomar en consideración el espacio físico del centro de salud donde se llevará a cabo. La unidad donde se ejecutará, determinará radicalmente las condiciones con las que contaremos para la realización de nuestra actividad.

Es importante tener en consideración la época del año en la que llevaremos a cabo nuestro programa, ya que dependiendo en qué estación o contexto nos encontremos, determinadas unidades estarán con mayor demanda y movimiento que otras. En estos casos, debemos ser capaces de visualizar en conjunto con los equipos médicos, sí

nuestras actividades serán un aporte para descongestionar o un obstáculo para el trabajo del personal de salud. Sea cual sea la decisión, ésta deberá ser tomada en conjunto como equipo interdisciplinario.

Ejemplo:

- Unidad de urgencia en invierno o la alta demanda en centros de salud cuando ocurren pandemias como fue el caso de la Gripe A (H1N1), en el años 2009, Chile.

A continuación se expondrá un listado de unidades médicas donde se han realizado actividades de artes escénicas, identificadas previamente. En este se procederá a describir el foco de cada unidad y a qué sector de pacientes se dedican.

- **Oncología**

Rama de la medicina que investiga y busca tratamiento a pacientes con cáncer o tumores malignos.

- **UCI**

Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidado de pacientes críticos inestables que requieren continua monitorización por parte de todo el personal de salud.

- **UTI**

Unidad de tratamientos Intensivos. Cuidados de pacientes críticos . Luego esta la UCI ,unidad de cuidados intermedios y las habitaciones o salas para los pacientes estables.

- **Urgencia**

Área de la medicina que se enfoca en cualquier enfermedad, suceso o accidente que requiera de atención médica inmediata.

- **Cardiología**

Rama de la medicina encargada de las patologías del corazón.

- **Cuidados paliativos**

Rama de la medicina encargada del cuidado activo e integral del paciente que padece una enfermedad que no responde a tratamiento curativo.

- **Neonatología**
Rama de la pediatría especializada en patologías y cuidados de los recién nacidos.
- **Neurocirugía**
Especialidad quirúrgica relativa al sistema nervioso.
- **Salas de espera**
Lugar de alto tránsito donde se espera por atención médica.
- **Ginecología**
Especialidad dedicada a la mujer, con enfoque en el aparato reproductor femenino.
- **Pabellón**
Lugar físico provisto de todas las herramientas para la realización de cirugías.
- **Escuelas intrahospitalarias**
Organizaciones educacionales encargadas de apoyar el desarrollo escolar de niños con enfermedades o síndromes que impidan su asistencia regular a sus centros educacionales.

3.3.INTERVENCIÓN

Hay que tener en cuenta que en un recinto de salud, siempre existe la posibilidad de encontrarnos con situaciones extremas. El estar sanos y en buenas condiciones de salud para trabajar en contexto intrahospitalario, es requisito fundamental.

A continuación abordaremos consideraciones importantes a las cuales poner atención al momento de ejecutar las actividades, desde ámbitos generales a nivel hospitalario hasta diversas especificaciones a considerar dependiendo de cada unidad médica.

MODO DE EJECUTAR POR ÁREA

Aquí podremos encontrar diferentes consejos importantes de considerar en el momento de “cómo llevar a cabo nuestra intervención”. Se abordarán desde aspectos transversales a los espacios de salud, hasta necesidades particulares por unidad.

- Es importante generar una frecuencia en las visitas. Ser constante con la asistencia. Los pacientes y el equipo médico esperan la intervención. Es importante definir fechas y horarios en los que asistiremos.
- Es indispensable manejar el “lavado de manos”. Las clínicas y hospitales pudiesen contribuir con estas capacitaciones, las que generalmente son realizadas por la enfermera jefe.
- Los decibeles máximos señalados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) al interior de salas en hospitales es de 30 dB en el día a día. Para eventos ruidosos aislados dentro del hospital, 40 dB como máximo. Es decir, nuestras intervenciones debieran ser en un volumen más bien bajo.
- Protocolo antes de comenzar las intervenciones: (1) Saludar a enfermera jefe. (2) Pedir el “indicativo médico” y/o “historial familiar” a ella o a la psicóloga (para saber el estado del paciente). (3) Hacer higienización.
- Siempre tener un ‘plan b’ para el caso de que los niños o padres tengan miedo. Esto es frecuente en el caso de los clown. Ejemplo: *Si es un intervención de Clown y el niño dice que le dan susto los payasos, se puede tener una nariz de chancho y amablemente preguntar si lo “chanchitos le dan miedo”. Si la propuesta es bien recibida, realizar el cambio y continuar con otra improvisación.*
- Siempre hay que preguntar antes de entrar a una pieza y presentarse de manera personal antes de iniciar la intervención.

- Nunca hacer las intervenciones si el paciente no quiere. Hay que respetar su autonomía y entregarle el poder de decisión. Trabajar con el rechazo como motor de creación.
- Clown: para hacer reír, en primera infancia, funcionan bien las luces y burbujas. Con niños un poco más grandes funcionan las equivocaciones, pegarse y los globos que vuelan. Con adolescentes y adultos, hacer una breve indagación en su vida personal y utilizar ese material si es que existe una improvisación de por medio.
- El trabajo individuo a individuo resulta particular, profundo y conlleva a resultados positivos.
- La duración ideal transita en el rango entre 3 a 10 minutos por niño, en caso de ser una pieza individual. Será oportuno tener consciencia de que el “público” al que accederemos no es uno que va con el objetivo o disposición de ver una puesta en escena o realizar un taller, por lo que hay que ser capaz de digerir las diferentes reacciones que puedan haber. Puestas en escena largas no funcionan en este contexto.
- Es importante considerar el área del hospital y el espacio físico en dónde se ejecuta la obra. Será necesario elaborar estrategias de puesta en escena y creación en base a la visita técnica.
- Es factible hacer obras con más de dos actores, pero será importante tener conciencia de ocupar el menor espacio posible. Es ideal que las intervenciones sean en un formato pequeño, poco invasivo y ojalá sin escenografía. Simplificar las puesta en escena lo más posible, utilizando un espacio prudente en cualquier unidad al interior del hospital.
- El formato de obras uno a uno, en el caso de las piezas comunes, permite hacer funciones en paralelo por cada cama. El trabajo con formato en miniatura, es eficiente.
- Antes de entrar a cada pieza, es necesario saber la enfermedad del paciente.

- Considerar siempre cuál es la enfermedad del paciente para generar posibles adaptaciones en la intervención, si se torna necesario.
- Nunca estar solo con un niño, siempre con su acompañante o un profesional del hospital o clínica.
- Tener criterio y flexibilidad si los pacientes se repiten. Suele pasar esto con pacientes crónicos.
- Auditorios de hospitales y aulas hospitalarias, como espacios prósperos para hacer obras en formatos más grandes. Para funciones en auditorios, se necesitará traslado de pacientes desde sus habitaciones al espacio a realizar la intervención, lo que generará desgaste extra al cansancio y poca energía de los pacientes. Será importante, gestar actividades de una extensión no muy prolongada.
- Urgencia como lugar poco propicio para intervenciones de artes escénicas, ya que hay un flujo constante de población con necesidades a resolver de manera inmediata.
- En Neonatología, considerar trabajo de estímulos musicales principalmente. El trabajo en esta área, muchas veces, es solo con los padres.
- Cuando se da asistencia desde las artes escénicas en un TMO (Trasplante de Médula Ósea), se debe entrar con bata, mascarilla, gorro y sólo nariz (en el caso de ser Clown). No juguetes, nada que pueda tener ácaros. Al interior del pabellón, se demandan los mismo protocolos de higiene que al equipo médico.

MODO DE EJECUTAR POR CONTENIDO

- Las temáticas a abordar no necesariamente deben ser “felices” o “positivas” pero si, liberadoras. Puede ser interesante de abordar tópicos sobre la “muerte”, la “trascendencia” o el cómo vivir y enfrentar determinada enfermedad. Son temas complejos, pero necesarios de poner en escena, especialmente en este contexto.

- En aulas hospitalarias, será positivo trabajar contenidos curriculares en concordancia con los contenidos del Ministerio de Educación y el contexto pedagógico en el que se está.

PRECAUCIONES SANITARIAS Y RELACIÓN CON LOS OBJETOS

Es de gran importancia estar al tanto de los protocolos de higienización. Éstos, en la mayoría de los casos, pueden ser proporcionados por la Enfermera Jefe previo a la realización de la actividad.

- Considerar los diferentes tipos de aislamiento en los pacientes, para tomar precauciones que eviten el contagio. Existe aislamiento por “gotitas” o por “contacto”, es necesario utilizar mascarilla, guantes y pechera. El uso de mascarillas es indispensable para la interacción con pacientes con enfermedades respiratorias. La información respecto a los cuidados con pacientes contagiosos, se encuentra fuera de las habitaciones.
Ejemplo: Contagio por gotitas: *“Lavado de manos y uso de mascarilla”*.
- No apoyar objetos en el suelo. Todo tiene que ser lavable, no utilizar lanas ni plumas. El vestuario siempre debe estar lavado o desinfectado con Lisoform y ventilado. Hay que desinfectar los juguetes que entran y salen de una pieza con un paciente en aislamiento. Los objetos deben ser desinfectados con alcohol y algodón o con alcohol gel. Esto debe hacerse al comenzar el día, antes de la intervención y al terminarla. En caso de pacientes con aislamiento, hacerlo antes y después de cada pieza. Prohibición de entrar instrumentos musicales de madera (como guitarras), por su complejidad para limpiarlos.
- Con pacientes pediátricos, se recomienda reutilizar elementos hospitalarios como objetos para la intervención. Así los niños generan familiaridad con éstos.
Ejemplo: suero como sonajero ó guantes como globo.
- Poco uso de maquillaje en el rostro.
- Quienes ejecutan la intervención, no deben utilizar anillos. Utilizar uñas cortas, limpias y sin esmalte.

- Formato “Lambe lambe”, solo se puede ocupar en pacientes que no estén en aislamiento por contagio.

4. DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA

En este contexto, es necesario recalcar que la difusión y la convocatoria, tienen un carácter no tradicional. Las decisiones al respecto, deberán intentar posicionar el programa frente a la comunidad cultural y médica del propio centro de salud, más que intentar atraer audiencias. Convocar público, salvo en casos específicos, podría resultar contraproducente para los mismos pacientes y el equipo. Por la complejidad de los centros de salud en cuanto a los posibles contagios y estado de los pacientes, es necesario evaluar según nuestro programa, si se justifica convocar público. De ser así, deberemos definir con claridad a quienes queremos convocar y sus características.

La convocatoria de público, no aplicaría nunca en:

- UCI.
- UTI.
- Pacientes en aislamiento y pacientes contagiosos.
- Otros que determinen los profesionales de la salud.

Ejemplo:

- *Uno de los casos específicos en que se requeriría convocar público es para alguna fecha festiva en la que se requiera invitar a los familiares de niños oncológicos a una fiesta navideña. El público a convocar serían familiares de los pacientes.*

De este modo, el énfasis en la difusión debe estar puesto en darle visibilidad dentro del mismo centro de salud al trabajo realizado. De manera externa, el objetivo será generar levantamiento de recursos.

La difusión interna puede tener apoyo de los mismos centros de salud. Este es el caso de algunas clínicas que pudieran difundir la iniciativa, a través de sus propios medios. Estos son redes sociales y revistas digitales o impresas de la propia institución. En el caso de

los hospitales se difunde a través de las redes sociales y diarios murales. De todas formas, se recomienda definir un encargado al interior del equipo del programa, que pueda difundir de forma paralela.

Recomendación:

- Será necesario manejar una base de datos, que permita el rápido contacto con los encargados a quién enviarles “reportes” periódicos.
- Estar en contacto con los encargados de difusión de cada centro de salud, puede facilitar la tarea. Estos pudiesen ser el área de Recursos Humanos en el caso de una Clínica y periodistas de los centros de salud.
- Estar permeable a modificar las estrategias de difusión en pos de la obtención de recursos, será beneficioso.

4.1 COMUNICACIONES

Respecto de los medios de comunicación, los más utilizados en este tipo de programas son: correo electrónico, páginas web y redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter. Además de las redes sociales, otro medio de comunicación utilizado, son los diarios murales donde se publican fotos, información y afiches. Antes de difundir cualquier información deberemos preguntarnos qué publicaremos. El material gráfico que pueda ir dando cuenta del programa, será indispensable.

Un dossier y un teaser resultan una buena carta de presentación al momento de dar a conocer el trabajo hecho en nuestro programa y sus proyectos asociados. Esto ayudará a implementar nuestro programa en un centro de salud, a expandirlo a otros centros y a conseguir financiamiento.

Registrar de manera audiovisual el trabajo realizado y editarlo en formato teaser, será una forma eficaz de acercarnos a los centros de salud. Dependiendo del contacto generado con el centro de salud, este puede ser enviado por correo ó presentado de manera presencial en una reunión.

DOSSIER

Es una compilación ordenada de nuestro trabajo. Este será uno de los medios para darnos a conocer, por lo que deberá exponer de forma resumida, en qué consiste el programa y qué proyectos lo componen. Éste será de suma importancia para conseguir financiamiento, ya sea para postular a fondos concursables ó para conseguir que organizaciones se interesen en invertir en nosotros, ya sea a través de donaciones, patrocinio o auspicios. El dossier debe reflejar la imagen que nuestra organización quiere proyectar. Todo lo que incluyamos en el dossier jugará un rol importante, desde a información escogida y su orden, hasta el diseño que se le de a la carpeta.

Recomendaciones:

- La información debe estar expuesta de forma clara y coherente.
- La información debe estar resumida, para evitar confusiones.
- Utilizar la creatividad en su creación. Idealmente debiese estar hecho por un diseñador(a).
- El formato PDF, es uno útil.
- Incluir: índice, breve hoja de vida de los participantes y de la compañía o agrupación, enumeración de cada trabajo artístico realizado con imágenes, características y reseña técnica. Además será provechoso incluir publicaciones en la prensa, certificados y cursos que la compañía o agrupación posea.

TEASER

Es una trabajo audiovisual de breve duración que pretende dar visibilidad a un producto o servicio. Tiene como objetivo intrigar a los espectadores. Funciona como sinopsis. Aquí se puede dar a conocer el programa, sus integrantes, historia y los proyectos que los componen.

Recomendaciones:

- Enviar teaser mediante correo electrónico a los directores de los hospitales.
- Las imágenes audiovisuales pueden ser obtenidas en procesos de ensayos y creación, como durante la misma puesta en escena de las intervenciones.
- Mientras menor sea su duración, mayor posibilidad hay de que nuestros destinatarios de decisión y opinión puedan verlo.

5. ASOCIATIVIDAD

Identificar los asociados clave, nos permitirá saber con quienes debemos generar redes importantes, ya sea proveedores de algún producto-servicio ó bien patrocinadores y auspiciadores. También, nuestros propios contactos jugarán un rol clave, ya que deberemos desplegar todas nuestras herramientas para lograr nuestros objetivos. Respecto de este ítem, recalcamos la importancia de tener aliados y gente conocida. Puede ser provechoso hacer uso de los recursos personales de los integrantes del equipo, como el carisma y empatía.

Asociados clave

- Universidades.
- Laboratorios.
- Directores de hospitales. Su símil en clínicas es un Jefe de Área o Unidad.
- Funcionarios de la salud.
- Otros funcionarios.
- Escuelas o Aulas hospitalarias y sus Directores.
- Ministerio de salud y Redes de Salud.
- Municipalidades.
- Otras organizaciones de artes escénicas, que intervengan en centros de salud.

6. RELACIONES INTERPERSONALES

6.1. PACIENTES

Respecto de los pacientes hemos de saber que es un segmento en un evidente estado de vulnerabilidad. Estos se encuentran en aislamiento psicosocial marcado por su estadía en el hospital, presentan ruptura de las tramas vinculares familiares, ya que se encuentran fuera de su entorno cotidiano y todo esto sumado al padecimiento de la propia enfermedad.

Los motivos por los que los pacientes se encuentran en el centro de salud, son variados. Es por esto que deberemos tener en cuenta la individualidad de cada persona, su enfermedad y cómo la está viviendo.

Como artistas escénicos podemos potenciar el autocuidado de los pacientes y cooperar en el aumento de la satisfacción de los usuarios. En un estudio realizado por California Health Care Foundation (2007) se menciona que esto se podría ver reflejado de forma concreta en la reducción de días de hospitalización y costos asociados.

Resulta importante el vínculo emocional que se genera con los pacientes. El foco que ponemos en ellos, resulta más importante que el resultado artístico final. De esta forma, el ejecutante debe tener clara esta premisa, favoreciendo que los pacientes tengan un recuerdo positivo de su hospitalización.

Recomendaciones:

- Tener en cuenta que en invierno hay sobredemanda de algunos servicios y por ende mayor cantidad de pacientes.
- Hacer reuniones quincenales con el equipo, donde el foco sea el desarrollo y el estado de los pacientes, derivará en bienestar para ellos.
- Recordar que en el trabajo con los pacientes, se trabaja en paralelo con los familiares y acompañantes.

6.2. FUNCIONARIOS

El universo de funcionarios de la salud está compuesto por una amplia gama de profesiones y oficios. Para esto, deberemos tener noción de quiénes son y qué roles desempeñan. Algunas de estas se enumeran a continuación.

- Personal de administrativo.
- Médicos.
- Enfermeros(as).
- Kinesiólogos (as)
- Técnicos(as) en enfermería.
- Auxiliares.
- Paramédicos.
- Arsenaleras.
- Personal de limpieza.
- Camilleros(as).
- Porteros(as).
- Choferes de ambulancias.
- Recepcionistas.
- Guardias.
- Nutricionistas.
- Cocineros(as).

Aunque en nuestro programa los funcionarios no sean el foco principal, deberemos recordar que nuestra iniciativa no debe entorpecer su trabajo. Si las actividades del programa se realizan en colaboración con el equipo del centro de salud, tanto mejor. Debemos de ser conscientes para colaborar a un objetivo mayor, que es la recuperación del paciente. Intentemos complementar el trabajo médico con humildad, siempre respetando el territorio de las otros oficios y llegando a consensos respecto de cuáles son los momentos idóneos para intervenir.

Ejemplos:

- Apoyo al equipo médico en punción lumbar (PL) y en Trasplante de médula ósea (TMO).
- Apoyo a kinesiólogos al momento de sus visitas.

- Distracción de niños al momento de hacerles exámenes físicos.

Por otra parte, nuestro programa puede tener a los funcionarios como su beneficiario directo y que los beneficiarios indirectos sean los pacientes, a través de realizaciones de talleres de diferentes índoles.

Ejemplos:

- Taller de herramientas de habilidades comunicacionales y emocionales para auxiliares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Para efectos del presente documento, véase en el Capítulo 'Bibliografía' de la AFE.

CAPÍTULO 5

PROYECCIONES Y CONCLUSIONES

El desarrollo de la presente investigación nos permite afirmar que estamos ante una situación potencial de reciprocidad. Los dos elementos que la componen -el sector cultural por una parte (específicamente las artes escénicas), y el sector de la salud, por la otra- se necesitan mutuamente, y la posibilidad de profundizar la cooperación entre ellos supone la obtención de beneficios concretos en ambos sectores.

La salud necesita al arte.

La necesidad de generar cambios en las rutinas de los pacientes y en el contexto laboral de los trabajadores de la salud se está tornando fundamental. Esta necesidad vuelve la presencia de artistas, un aporte concreto en la contención y en la recuperación de los pacientes. Al respecto, Jiménez menciona:

“Una reciente editorial de la prestigiosa publicación inglesa, British Medical Journal, cita un informe de la Organización Mundial de la Salud donde se plantea que hasta hace muy poco, los profesionales de la salud han seguido largamente un modelo médico que busca tratar a los pacientes poniendo el foco en los medicamentos y en la cirugía, dando poca importancia a las creencias y a la fe en la curación, en el médico y en la relación médico-paciente. Esta visión reduccionista o mecanicista de los pacientes ya no es satisfactoria. Pacientes y médicos han empezado a darse cuenta del valor de elementos tales como fe, esperanza y compasión en el proceso de curación.”

(Jiménez, 2005)

El arte necesita a la salud.

La salud es cada vez más un espacio fértil para desarrollar programas artísticos en general y de artes escénicas en particular. El aumento de carreras de especialización en artes aplicadas, arte terapia a nivel local e internacional, el incremento de proyectos en el área de salud desarrollados por artistas escénicos y pedagogos dan cuenta de ello.

Una de las fortalezas que ofrece este nuevo espacio de desarrollo para las artes escénicas, consiste en la aproximación a nuevos públicos antes invisibilizados, incapaces

de convertirse en espectadores comunes por la situación particular en que se encuentran, pero igualmente ávidos de cultura. Estas instancias pueden servir para que compañías y/o talleristas, generen trabajos con proyección fuera de sus contextos habituales, e incrementen la participación sociocultural de un segmento de la población impedido de consumir productos de esta índole.

El soporte presentado pretende intervenir en esta situación potencial de reciprocidad sirviendo de mapa/apoyo para que programas y proyectos en estado inicial puedan resolver qué, cómo y dónde desarrollarse.

El uso de la guía permitirá a compañías y grupos interdisciplinarios de arte y/o educación, consolidar trabajos donde se vinculen las áreas de las artes y la salud. Se espera que a mayor número de iniciativas exitosas, mayor visibilidad de este tipo de experiencias y por lo tanto mayor cantidad de centros de salud demandarán actividades artísticas entre sus servicios.

Si los programas llegan a instalarse en profundidad en centros de salud, a lo largo del tiempo, se convertirán en una necesidad, estableciendo una comunidad empoderada capaz de autogenerar instancias de este tipo donde, por ejemplo, sean los propios funcionarios de los hospitales quienes utilicen herramientas de gestión cultural, en combinación con la especificidad de sus disciplinas, para generar los programas.

Así, el trabajo realizado sería uno inclusivo y alcanzaría mayor profundidad, ya que además abarcaría el ámbito de la participación comunitaria, como agente de cambio.

El escenario ideal lo podríamos sintetizar de la siguiente manera: *generar una apropiación tan profunda de los programas de tal manera que los propios funcionarios, la administración y todos los que trabajan día a día en un centro de salud, los incorporasen desde su propio desarrollo expresivo artístico, cultural, territorial e identitario.*

De ser así, se cumpliría una de las premisas que engendró la presente investigación: la intervención de agentes externos a ciertos contextos no puede ser un fin en sí mismo, sino un medio o una plataforma para generar cambios en un plano más general, interdisciplinario y social.

Por lo tanto el trabajo tendrá un cierre de ciclo, desde la perspectiva de la gestión cultural, cuando se logre que la comunidad se empodere, tenga las herramientas y a la vez se haga responsable de su propio desarrollo cultural, puesto que alcanzado ese punto, la presente investigación tendría efectivamente una repercusión social.

Ya no serían trabajadores de las artes entregando sus herramientas directamente a los pacientes, sino que gracias al trabajo realizado sobre los distintos agentes del contexto intrahospitalario, cada uno de ellos tendría las herramientas para poder generar sus propias iniciativas. Para lograr avanzar hacia esta meta, sería de utilidad incorporar el rol de un gestor cultural en los centros de salud, quien se encargaría de compartir las herramientas necesarias, para así poder generar que las comunidades intrahospitalarias tomen un rol activo, que desarrolle manifestaciones artísticas y culturales.

El futuro -incierto pero fértil- de la relación interdisciplinaria entre los sectores del arte y la salud nos obliga a ofrecer una final abierto, cuyo derrotero estará marcado por las respuestas a las siguientes preguntas:

¿Podrán las y los artistas escénicos conformar equipos de salud de manera permanente?

¿Podrán los equipos de salud abrir espacios para la incorporación de los artistas, entendiendo que esta participación contribuye significativamente a la recuperación de la salud integral?

Y finalmente... ¿Se generarán políticas públicas intersectoriales que promuevan programas interdisciplinarios cruzando salud, educación y cultura?

BIBLIOGRAFÍA

-Barros, Nidia A. y Gissi, Jorge,

"El taller, Integración de Teoría y Práctica". 1977

-Brodsky, Julieta - Negrón, Bárbara - Pösse, Antonia, Observatorio Políticas Culturales,
"El Escenario del Trabajador Cultural en Chile Publicación Proyecto Trama", 2014.

-California Health Care Foundation

"Improving Health Care Quality Reporting: Lessons from the California HealthCare Foundation", 2007

-CNCA, Área de danza, Departamento de Creación Artística,

"Danza Manual de Gestión", 2009.

-Gómez García, Manuel

"Diccionario del teatro". Madrid 1997

-Hernández Valcárcel, María del Carmen,

"Teatro, historia y sociedad: Seminario Internacional sobre Teatro del Siglo de Oro Español" Asociación Internacional de Teatro Español y Novohispano de los Siglos de Oro Español, 1994.

-INE -Instituto Nacional de Estadísticas

"Compendio Estadístico, Población y sociedad, aspectos demográficos", Chile, 2011.

-Jaureguiberry, María José

"El Clown: El rol social dentro del espacio-contexto Hospital". Tesina para la obtención del grado académico de Licenciada en Dirección de Arte.

-Jiménez, Juan Pablo,

"Ensayo: La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina". (Rev GU 2005; 1: 92-101)

-Kächele, Horst,

“Medicina psicosomática en Alemania: del psicoanálisis a la medicina bio-psico-social”, (Rev GU 2006; 2; 2: 158-163)

-Kerlinger, F. y Lee, H.

“Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales”. México: McGraw-Hill, 2002.

-Matthey Correa, Gabriel,

“Ponencia Gestión Cultural Pertinente - Versión 2.0 Un necesario desafío para el siglo XXI”, 2011.

-Nicholson, Helen,

“Applied Drama: The Gift of Theatre”, 2005.

-Organización Mundial de la Salud

“Guías para el ruido urbano”, Traducción de Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, OPS/CEPIS, 1999.

-Pavis, Patrice

“Diccionario del teatro”, 1987.

-Predergast, Mónica y Saxton, Juliana,

“Applied Theatre: international case studies and challenges for practice”, 2009.

-Reyes Gómez, Melba,

“El taller en el trabajo social. Taller de integración de teoría y práctica”, 1977.

-Soto Labbé, María Paulina,

“Servicio de elaboración de manual de buenas prácticas en base a la cultura Aymara, Rapa Nui y Mapuche”

-Taylor, Philip,

“Applied theatre : creating transformative encounters in the community”, 2003.

-UNESCO,

“Cómo administrar un museo: Manual práctico”, 2006.

- Valeria Faúndez León (Psicóloga) y Sabrina Moena Rivera (Psicóloga)

“Efectos de la intervención del payaso de hospital en salas de oncología infantil - Una mirada psicosocial-”, 2014.

-Willem, L.,

"La Danse dans L' Education-Une enrixissement ou une mode?" en LUDENS. ISEF. UTL. Vol. 9, no 4 jul-set. pp. 5-12, 1985.

Páginas Web

-Clown Célula Roja

<http://www.clowncelularoja.blogspot.cl/>

-Hospital Luis Calvo Mackenna

<http://www.calvomackenna.cl/colaboradores/voluntarios.php>

-Mi Futuro-Ministerio de Educación

<http://www.mifuturo.cl>

-Payamédicos

<http://www.payamedicos.org>

-Real Academia Española

<http://www.rae.es>

-Sonrisólogos

<http://www.sonrisologos.cl>

-OCHISAP

<http://www.ochisap.cl>

-Departamento de estadística e información de salud

<http://www.deis.cl/>

-Big Apple Circus

<http://www.bigapplecircus.org/community-programs>

ANEXOS

Base de datos y entrevistas en profundidad se encuentran completas en el CD entregado junto al documento de ésta AFE y también en los siguientes links:

Link Entrevistas en Profundidad:

<https://docs.google.com/document/d/1xo8lkzimsrhd-30NleFpRqOC32G0fEXh4zVJ3jg15Qc/edit?usp=sharing>

Link Base de Datos:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1lu0U6N-DEe-edLcAI7PnJ14Kh6la7MHkl5KBJH4jLFk/edit?usp=sharing>