

PROPUESTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE RECURSOS HUMANOS A PARTIR DE IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS DE COMPETENCIAS EL CASO DEL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA - CHILE

Marcela Ziede Bize¹

ABSTRACT

El artículo propone una metodología para estimar las brechas de competencias que pueden existir en un servicio público de salud. Dicha metodología fue aplicada en el Servicio de Salud de Antofagasta - Chile, siguiendo una estrategia participativa a partir de la observación, autoevaluación y entrevista con cuestionario estructurado a la alta gerencia, directivos, trabajadores y a asociaciones gremiales del Servicio de Salud de Antofagasta.

Los resultados de la evaluación muestran la existencia de brechas negativas en las competencias centrales de comunicación, compromiso, cuidado humanitario, calidad de atención, en todos los funcionarios de la institución, transversales a las áreas de trabajo, geografía o jerarquía que permiten sustentar orientaciones en las políticas públicas de recursos humanos generales y específicas al sector como mejoramiento de los procesos de capacitación y selección de personal, posición en la estructura organizacional y gestión de prácticas en los campos clínicos.

Palabras claves:

Competencias, brechas, estrategia participativa, políticas públicas de recursos humanos.

INTRODUCCIÓN

La literatura sobre competencias en el ámbito de formación universitaria profesional o ámbito laboral es extensa y representa la primera barrera para que ejecutivos de empresas e instituciones comprendan, diseñen e implementen sistemas de gestión por competencias en sus propias organizaciones.

Ante la abundancia de discusiones teóricas sobre las virtudes, diferencias, objetivos de los modelos existentes de competencias, no es de extrañar la desorientación de los ejecutivos responsables de gestionar recursos en términos amplios, tomando decisiones en el presente para obtener resultados en el mediano y largo plazo, debido a que son impostergables las exigencias de los stakeholders, siendo estos accionistas, la comunidad, los clientes, los usuarios o trabajadores entre otros.

Por otra parte, los manuales de competencias o sistemas de diseño suelen focalizarse principalmente en los métodos para definir competencias, los sistemas de acreditación o metodologías o escalas de evaluación entre otros. Se privilegian entonces, los aspectos esencialmente técnicos siendo escaso el análisis de cómo realizar la gestión de la gestión por competencias. Antes de desarrollar las técnicas mismas, se impone

¹ marcelaziede@yahoo.es

disponer de una metodología que integre la citada etapa técnica como la etapa final de una secuencia. Si una organización se propone implementar un sistema de gestión por competencias que se inicie con el producto tangible de la determinación de brechas de competencias, no puede limitarse a la experticia de las técnicas.

El objetivo general del artículo es proponer una metodología para estimar las brechas de competencias laborales del personal y mostrar los resultados de su aplicación en un servicio público de salud chileno, el Servicio de Salud de Antofagasta para sustentar propuestas de políticas públicas en la gestión de recursos humanos.

El artículo se organiza en cuatro partes. La primera aborda los principales avances teóricos sobre competencias laborales especialmente en el sector salud, el modelo de gestión de recursos humanos en el sector público chileno y la importancia que tienen las competencias en un modelo de comportamiento organizacional. En una segunda parte, se resume el contexto en que se inserta el Servicio de Salud Antofagasta integrado a un sistema mayor, una red asistencial, en proceso de transformación. En una tercera parte, se ofrece el desarrollo del modelo metodológico para estimar las brechas de competencias con sus factores críticos de éxito para luego continuar con la cuarta parte con los resultados estadísticos de las brechas de competencias del personal de dicha repartición pública. Al finalizar las cuatro partes, se recogen las principales conclusiones sobre la aplicación de la metodología propuesta y limitaciones para su replicabilidad.

1. Consideraciones teóricas

Las consideraciones teóricas que se expondrán en el ámbito de competencias laborales en salud son tres. La primera revisión dice relación con los avances en la adopción de modelos de competencias en el sistema chileno de salud desde instituciones internacionales o locales. En segundo lugar, se impone conocer la propuesta de modelo de gestión de las áreas funcionales de Recursos Humanos en que se inserta una iniciativa de competencias laborales en el ámbito público. Finalmente, se resalta la relación entre una gestión por competencias en el ámbito laboral y la efectividad organizativa por medio de un modelo de comportamiento organizacional.

1.1. Competencias laborales en salud

Se reconocen dos fuentes principales que inspiran la gestión por competencias en el sector salud en Chile, primero las fuentes internacionales y luego las nacionales. Si bien es recomendable una revisión en extenso de los fundamentos de dichas fuentes, se privilegia en esta parte la síntesis de las propuestas finales.

Existen esfuerzos desde la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) por ofrecer tanto a los gestores de servicios de salud como a las instituciones formadoras de técnicos y profesionales del sector salud, orientaciones teórico prácticas sobre el enfoque de competencias laborales. A su vez estos esfuerzos descansan en una rigurosa revisión de la literatura que contiene diversos modelos. En este sentido, la OIT a través del Centro Latinoamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR) desarrolla una metodología sobre aplicación de competencias laborales en el sector salud que define las competencias laborales como "la combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para un

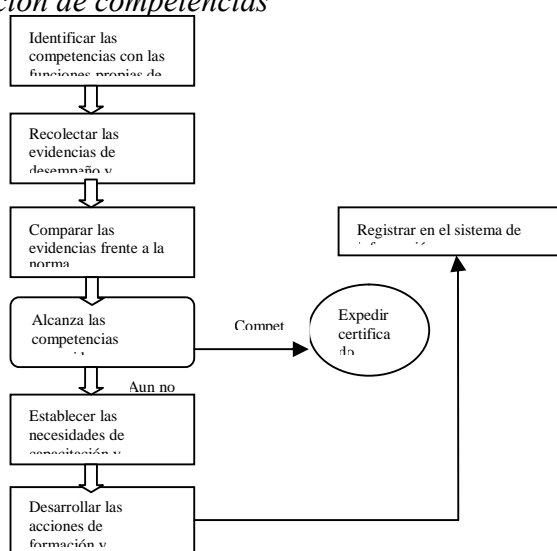
desempeño adecuado en un contexto dado (...) la combinación integrada de un saber, un saber hacer y un saber ser con los demás" (Irigoyen y Vargas 2002, p. 47).

En otro orden, la misma organización reconoce la presencia de diversas tipologías de competencias, donde recoge el sistema mexicano (competencias básicas, genéricas/transversales y específicas); el sistema propuesto por Bunk de los cuatro tipos de competencias (especializada, metodológica, social y participativa); el sistema aplicado en Estados Unidos (competencias centrales o de núcleo llamadas "core competencias" y competencias auxiliares) y finalmente el sistema francés (competencias profesionales y sociales vinculadas al saber ser o aprender a ser).

Interesante resulta la propuesta de los procesos para aplicar el enfoque de competencias que distingue subprocesos: Identificación de competencias; Normalización de competencias; Evaluación de competencias; Formación basada en competencias y la Certificación de competencias.

Por Identificación de competencias se entiende "el método o proceso que se sigue para establecer, a partir de una actividad de trabajo, las competencias que se ponen en juego con el fin de desempeñar tal actividad, satisfactoriamente" (Irigoyen y Vargas, 2002, p. 65). A su vez, la Normalización de competencias tiene relación con la definición de estándares que se constituyen en verdaderos referentes para un grupo determinado. Luego, destaca la Evaluación de competencias como un proceso en que se emiten juicios sobre la existencia o no de una competencia, continuando así con la Certificación de competencias como el reconocimiento de las capacidades demostrables. Por último, la Formación por competencias está vinculada a los procesos de diseño de currículos, procesos pedagógicos, material didáctico entre otros para desarrollar personas y a su vez ciudadanos. De esta manera se resume en la Figura 1 el proceso de evaluación de competencias:

Figura 1
Proceso de Evaluación de competencias



Fuente: Irigoyen y Vargas, 2002.

Complementariamente a este planteamiento de organismos internacionales, en Chile existe el organismo público ChileCalifica, y el Servicio Nacional de Empleo y Capacitación (SENCE). El primero es "un programa que pretende contribuir al desarrollo productivo del país y al mejoramiento de las oportunidades de progreso de las personas, mediante la creación de un Sistema de Educación y Capacitación Permanente" (ChileCalifica, 2009) y tiene a cargo el Sistema Nacional de Certificación de Competencias laborales que "define estándares de referencia para medir habilidades, conocimientos y aptitudes. De esta manera las personas pueden certificar sus destrezas en el trabajo, no importando dónde y cómo las haya adquirido." Pero cuyas experiencias están focalizadas en sectores productivos (Turismo, Gas/Electricidad, Agrícola Exportador, Vitivinícola, Alimentos, Metalmecánica, Logística y Transporte, Pesca/ Acuicultura y Minería. Los métodos de evaluación a su vez pueden ser diversos, como por ejemplo inventarios; cuestionarios; entrevistas; análisis de la experiencia; pruebas de grupo; balance de competencias; portafolios; análisis ocupacional entre otras (Rodríguez, 2006).

1.2. Modelo de gestión de recursos humanos público en Chile

Un sistema de gestión por competencias en el ámbito público chileno tiene o tiene como referente el modelo de gestión de Recursos Humanos desarrollado por el Servicio Civil el 2007, en el marco de la Modernización del Estado. Este modelo considera tres aspectos fundamentales que interactúan entre sí: Recursos de las unidades funcionales; Subsistemas de Recursos Humanos y Posición e influencia de la unidad funcional.

Dentro de los Recursos de las unidades funcionales de Recursos Humanos, se ubican las dotaciones de personal, el desarrollo de recursos tecnológicos, infraestructura, presupuesto propio. En los subsistemas de Recursos Humanos, es posible reconocer desde planificación de recursos humanos, el ciclo de vida laboral, hasta las áreas funcionales clásicas como sueldos y formación entre otras, cruzadas a su vez por la administración de personal, gestión del desempeño y comunicaciones internas. El tercer componente de Posición e Influencia dice relación con la posición jerárquica de la unidad de Recursos Humanos, el perfil del Directivo del área, el acceso a la toma de decisiones, en especial a la máxima autoridad y en especial su influencia en la organización.

1.3. Competencias en un modelo de comportamiento organizacional

La importancia de las competencias laborales y la gestión de éstas, han sido abordadas en los modelos de comportamiento organizacional (Robbins, 2004; Rodríguez 1995, Quijano, 1999). Estos tienen como objetivo entender los fenómenos relativos a las personas en las organizaciones, su influencia, sus relaciones como medio para intervenir, alterar los resultados de efectividad organizativa, que constituyen la variable dependiente del modelo. Esta puede encontrarse en una dimensión global para la organización hasta el nivel individual. Como indicadores globales de efectividad y como indicadores individuales: productividad, ausentismo, rotación y accidentabilidad. Fenómenos estructurales impactan en procesos psicosociales, psicológicos, y estos a su vez en la calidad de las personas (donde se

ubica la variable de competencia) para luego impactar en la efectividad. Es así, que las decisiones estructurales de formación, selección o política de remuneraciones por ejemplo, no dejarán indiferente los procesos globales como liderazgo, conflicto, participación. Estos a su vez influirán en la calidad de recursos humanos a través del clima, motivación, compromiso y finalmente en los referidos indicadores. Estos modelos de comportamiento organizacional, establecen una relación directa positiva entre competencias y efectividad a nivel individual.

2. Contexto del Servicio de Salud Antofagasta

El Servicio de Salud Antofagasta se inserta dentro de una red nacional de servicios de salud públicos dependientes del Ministerio de Salud. Cada servicio posee un área geográfica o población usuaria a cargo. Este Servicio está a cargo de una población en la región del norte del país, denominada Región de Antofagasta. Para el 2002 esta población ascendía a 492.846 y las proyecciones para el 2011 son de 577.232. La población se distribuye por comuna, como se muestra en Tabla 1. En las localidades de mayor población, existen hospitales, siendo la capital regional, Antofagasta, la que concentra el 60,5 % del total.

Tabla 1
Población Total II Región de Antofagasta

Comunas	2001	2002	2011
Antofagasta	290.706	298.153	369.809
Calama	135.350	136.739	148.512
María Elena	7.950	7.475	5.347
Mejillones	8.170	8.394	10.498
Ollague	327	316	254
San Pedro de Atacama	4.630	4.883	6.872
Sierra Gorda	2.172	2.273	3.087
Taltal	10.921	10.912	10.733
Tocopilla	23.858	23.700	22.120
<i>Total</i>	<i>484.084</i>	<i>492.846</i>	<i>577.232</i>

Fuente: en base de datos población Ministerio de Salud.

En el sistema de salud chileno existen dos tipos de redes: la electiva y la de urgencia. La electiva está orientada a pacientes cuyos problemas de salud no requieren atención en el corto plazo. En cambio, la red de urgencia está ideada para atender problemas de salud impostergables y que requieren soluciones inmediatas.

El sistema de salud público funciona bajo un modelo de gestión en red, nacido de la Reforma de la Salud en Chile, Ley de Autoridad Sanitaria, que entró en vigencia el año 2005. El modelo se basa en las interrelaciones entre diversos nodos o establecimientos de salud, que poseen niveles de complejidad, ubicación geográfica, modelos de gestión y administración distintos, donde interactúan establecimientos asistenciales dependientes de las municipalidades, Servicio de Salud o empresa privada. Esta alternativa de modelo de gestión en redes de salud fue considerada la

mejor alternativa, en función de evidencia internacional para dar la cobertura de atención y optimizar los flujos de los pacientes.

En paralelo a la Reforma de la Salud, se ha puesto en marcha una Reforma de Modernización del Estado de Chile que se basa en los principios de transparencia, eficiencia, equidad y participación, buscando construir un sector público que responda a los requerimientos que plantea la sociedad civil, debiendo contar para ello con un Estado al servicio de la ciudadanía, que tenga una estructura flexible, una gestión eficiente, participativa y transparente.

En este sentido, el mejoramiento de la gestión pública es uno de los medios para potenciar este proceso de modernización, siendo los servicios de salud los que concentran en promedio el 50% de la contratación estatal. Así, a través de la mencionada Reforma de la Salud se busca mejorar la gestión tanto sanitaria como administrativa, con el fin de darle una atención de mejor calidad, oportuna, eficiente e integral a los usuarios del sistema.

Expuestos los aportes teóricos sobre competencias laborales en el ámbito de salud pública de Chile, el modelo de gestión de las áreas funcionales de Recursos Humanos público y la importancia de comprender que las competencias influyen en la efectividad organizativa con una mirada de modelo de comportamiento organizacional, corresponde en la siguiente parte desarrollar la propuesta metodológica.

3. Propuesta de la metodología

La metodología que a continuación se propone, apoya los objetivos que el Servicio de Salud se trazó con la puesta en marcha de un sistema de gestión por competencias, alineado con la misión de la institución, las orientaciones estratégicas del Ministerio de Salud chileno y las prioridades o metas sanitarias. Se esperaba estimar las brechas de competencias, no como una finalidad sino como un medio para reforzar la gestión en diversas áreas, donde destacaban de manera inmediata tres: formación; reclutamiento/selección y ascensos.

Estas competencias, no se encontraban definidas ni en un ámbito genérico ni transversal a todos los trabajadores o en niveles jerárquicos o establecimientos geográficos pertenecientes al Servicio de Salud Antofagasta. Tampoco los análisis y descriptores de cargo o reclutamiento de las plantas de personal incluían este tipo de información. Se pretendía en primer lugar, hacer uso de los resultados de las brechas para optimizar la gestión del área funcional de la formación/capacitación, en cuanto a la asignación de recursos escasos. Es decir, asegurar que los fondos asignados a capacitación, que representan el 1% del valor total de las remuneraciones de todos los funcionarios, se invirtieran en las necesidades reales de la institución, en función de los requerimientos de los usuarios, privilegiando los intereses de la comunidad ante los intereses personales y disponer de una herramienta que respaldara de manera fundada el direccionamiento de los recursos de capacitación, manteniendo y respetando los sistemas de participación local, de directivos y gremial en dicha instancia.

La segunda intención para el uso de los resultados de brechas, era vincularlos inmediatamente a los procesos de reclutamiento/selección del personal tanto por canales internos como externos a la institución. De esta manera, se sumaron a la

información de requisitos del ocupante del cargo contenidos en decretos de ley, variables de carácter cualitativo que permitieran discriminar los candidatos para minimizar las brechas desde la entrada y socialización de los nuevos contratados. Los antecedentes relativos a los candidatos a estudiar por parte de las comisiones de selección, no se circunscribían únicamente a las declaraciones de sus propios curriculums y certificaciones, sino que podían complementarse con los informes de psicólogos sobre la determinación de la distancia de las competencias ideales del ocupante del cargo con las competencias demostrables reales, estimadas a través de diversas metodologías.

Finalmente, los procesos de ascensos también se verían beneficiados al contar con diccionario de competencias globales y específicas al disponer de información valiosa y validada para efectos de discriminar entre candidatos, tomando en cuenta la cultura organizacional y al sistema de evaluación de desempeño deficitario.

Con la presente metodología se podrán obtener las brechas de competencias genéricas o transversales, llamadas en este servicio público, competencias centrales para continuar con las brechas de competencias específicas.

Indudablemente, al introducir los conceptos de competencias centrales y específicas se da cuenta de una decisión del equipo ejecutor que se funda en la adopción de un modelo de competencias. En este caso, se definió competencias como la mezcla de saber (conocimientos), saber hacer y querer (ser o actitud) que se ponen en acción en el ejercicio de una función, definición adaptada a partir de diversos autores como Le Boterf (2001) y propuestas de OIT/OMS (Irigoyen y Vargas, 2002).

Las competencias centrales fueron definidas como aquellas compartidas por todo funcionario de la institución, independiente de su familia de cargo (directivo, médico, supervisor, profesional, técnico, administrativo, auxiliar), independiente de su establecimiento de trabajo (Servicio de Salud, Hospitales de Antofagasta, Calama, Tocopilla, Taltal o Mejillones) de su área de trabajo (clínica o de apoyo al área clínica), de su tipo de contrato (planta, contrata, honorarios), nivel jerárquico u otros criterios como género, edad, antigüedad.

Las competencias específicas fueron a su vez asociadas a aquellas que son comunes a los funcionarios pertenecientes a familias de cargos, es decir están condicionadas al tipo de función y responsabilidades en el ejercicio de las tareas. Es decir que se distinguen para las siete familias de cargos competencias específicas a cada una, sin perjuicio que pudieran compartir entre familias una o varias competencias específicas.

La metodología por su parte, contempla dos aspectos, el primero tiene relación con un conjunto de siete etapas secuenciales y en segundo con factores críticos transversales a las etapas. A continuación se muestra en Tabla 2 el resumen de las etapas donde cada una tiene asociado un objetivo, método(s) y se evidencia a través de determinados productos que se explican a continuación.

Tabla 2:
Metodología en Siete Etapas

Etapas	Nombre	Objetivo	Método	Producto
Etapa 1	Alianza estratégica	Construir una red de apoyo en los actores relevantes o grupos de poder	Presentaciones audiovisuales diferenciadas a los grupos en función de intereses y probables resistencias.	Actas de acuerdo con cada grupo
Etapa 2	Construcción de competencias centrales	Determinar las competencias centrales del servicio	Plenaria con todos los directivos y trabajo grupal. Desde las emociones.	Documento de las 4 competencias centrales
Etapa 3	Validación competencias centrales y desarrollo de niveles.	Aprobar el producto de etapa 2 y construcción de diccionario	Grupo de discusión.	Actas de acuerdo y diccionario
Etapa 4	Planificación de de la muestra	Construir el plan de acciones para dirigir, organizar, monitorear	Reunión de trabajo	Carta Gantt Cartas invitación
Etapa 5	Competencias específicas y validación	Definir las competencias específicas a las familias de cargos. Validarlas.	Grupo de discusión de construcción y validación por separado.	Actas de acuerdo
Etapa 6	Nivel de desarrollo de competencias específicas y validación	Aprobación del producto y construcción de diccionario de competencias específicas	Grupo de discusión y validación por separado.	Actas de acuerdo y Diccionario competencias específicas.
Etapa 7	Evaluación	Determinar las brechas	Entrevistas, Cuestionarios de: Autoevaluación, 180°, 360°. Observación Externo	Cuadros de brechas estimadas

Fuente: Elaboración propia

Etapa 1: **Alianza estratégica**

Al no nacer esta iniciativa de estimación de brechas de competencias laborales desde la autoridad centralizada del Ministerio de Salud, en la capital del país, su ejecución está condicionada a obtener un compromiso de los actores directivos,

gremios, comités (capacitación y selección/ascenso) o asociaciones de funcionarios, ya que en las creencias del personal está la convicción que si la máxima autoridad no instruye, no tiene sentido ejecutar. Este compromiso de los grupos de poder y de presión se transforma en una estrategia de construcción de alianzas, donde los intereses de cada uno son distintos, también ofrecen diferencias en cuanto a ritmos, grados de preparación académica, representatividad, capacidad de convocación, relaciones con partidos políticos entre otros.

La creación de alianzas estratégicas con los grupos de interés es requisito sine qua non para dar inicio y dar continuidad a las etapas. Si uno de los grupos de interés no hubiese estado dispuesto a participar, colaborar, sentirse constructor, hubiese sido motivo suficiente para tomar la decisión de abortar esta iniciativa. No sólo por la inversión de tiempo y el costo de oportunidad de éste, sino que principalmente por lo perjudicial que pudiera haber resultado el incumplimiento de expectativas.

El objetivo de la alianza es construir una red de apoyo, o socios de la iniciativa de tal manera que los grupos de poder pasan a ser miembros constructores y no meros espectadores. Para alcanzar este objetivo, se diseñaron reuniones de presentación audiovisuales diferenciadas por grupo, que recojían los intereses, las necesidades que esta iniciativa podía ofrecer por separado a cada uno de ellos. Los acuerdos alcanzados se consignaron en actas, una práctica habitual de registro en las instituciones públicas.

Etapas 2: Construcción de competencias centrales

Asegurada la alianza estratégica precedente, se reunieron en una jornada a todos los directivos del Servicio de Salud Antofagasta, aproximadamente 50 personas, con el propósito que en esta segunda etapa definieran cuáles eran las competencias centrales que debía poseer todo funcionario de la institución, siendo estas competencias el producto esperado del encuentro.

A través de una secuencia de plenaria, trabajos grupales y nuevamente plenaria, se avanzó desde consensos metodológicos y conceptuales (en plenaria) al trabajo grupal (10 grupos) de consenso de un número reducido de competencias centrales, aprovechando técnicas simples de solución de problemas como la espina de pescado, o de relaciones causales. Cada grupo presentó sus resultados en plenaria, y de manera organizada, en conjunto todos los directivos consensuaron las competencias centrales, el producto esperado de la etapa.

Sin embargo, la mirada de las competencias necesarias de los funcionarios corría el peligro de ser autocomplaciente puesto que en parte el sujeto cumpliría el rol de observador observado. La situación ideal era llevar a los clientes a la Jornada para conocer de fuente primaria las insatisfacciones, necesidades y expectativas.

El cliente estuvo entonces presente en la jornada pero de una manera virtual. Para ello, se trabajó durante toda la jornada con una carta reciente de reclamo de una ciudadana. Esta carta estaba dirigida al Presidente de la República, quien la había remitido a la máxima autoridad de Salud, el Ministro y luego al Director de Servicio, en este caso Antofagasta. La carta de dos páginas, relataba una sucesión de errores, mala atención, omisiones, y largas esperas de su esposo quien finalmente falleció antes de conseguir un diagnóstico clínico en el Servicio de Salud Antofagasta. Esta

carta permitió tomar contacto con la realidad pero desde la mirada del demandante, del usuario, y conectó a los asistentes con el padecimiento de una viuda, y la impotencia del desenlace fatal, pero donde los asistentes se sintieron responsables por las acciones presentes y futuras. La pregunta quía durante la jornada fue entonces "¿qué competencias debe tener todo funcionario del Servicio de Salud Antofagasta para evitar que aquello suceda nuevamente?"

Etapá 3: Validación competencias centrales y desarrollo de niveles

La validación de las competencias centrales consistió en mostrar a diversos grupos de funcionarios los resultados de la etapa precedente con el objeto de no sólo dar retroalimentación del avance, sino que permitir y facilitar la discusión sobre la base de una construcción colectiva, siendo finalmente los ajustes marginales.

Los grupos que participaron en la discusión fueron en primer lugar los mismos con los cuales se obtuvo apoyo en la primera etapa (aliados) y se incorporaron grupos en función de las familias de cargo. Es decir que se conformaron grupos de discusión homogéneos a las plantas. Destaca también que el producto obtenido de esta etapa, fue el acta de acuerdo de las definiciones de cada una de las competencias centrales de la Etapa 2. Posteriormente, se redactaron cinco niveles de desarrollo de las competencias centrales, que al sumarse constituyeron el diccionario de competencias centrales del Servicio de Salud, que contenía por lo tanto una definición global de cada una de las competencias centrales y la rúbrica de los cinco niveles para cada una, expresados en palabras, con un número de nivel asociado, siendo el nivel 1 el máximo y el 5 el mínimo. Se asoció así a cada familia de cargo un nivel ideal de desarrollo de la competencia central.

Etapá 4: Planificación de la muestra

Como el Servicio de Salud emplea a más de 2.200 personas, repartidas en áreas geográficas diferentes, se tomó la decisión de realizar una muestra no probabilística intencional tanto para levantar las competencias específicas como también validarlas, y posteriormente evaluarlas (Etapas 5 a 7).

Fue así, que se estimó que sería representativo de toda la región, el establecimiento de salud de mayor complejidad (Hospital Leonardo Guzmán, Antofagasta) y que en términos relativos agrupaba a más del 50% de todo el personal pero que presentaba la ventaja de operar con especialidades médicas.

De esta manera, la muestra del personal debía cumplir con las exigencias de contener a todos los estamentos o familias de cargos representativa de los cuatro servicios clínicos básicos (Pediatria, Ginecología, Cirugía, Medicina Interna) y finalmente un aspecto de carácter cualitativo, incorporando personas cuyos desempeños fueran destacados (por sobre el promedio) en opinión de sus jefaturas.

La muestra intencionada fue de 86 personas, distribuidas en 38 para la etapa de identificación de competencias específicas, 34 para la validación, luego 7 para la identificación de los niveles e igual número para la validación. Luego de obtener el tamaño de muestra intencionada, se requirió que cada uno de los cuatro servicios clínicos se encontrara proporcionalmente representado, al igual que cada uno de los estamentos o familias de cargos.

Por otra parte, la validación se realizó de manera doble. Los funcionarios pertenecientes a una familia de cargo validaron la construcción que realizaron sus pares, seguido de una segunda validación efectuada por los superiores.

Etapa 5: Competencias específicas y validación

Las competencias específicas se construyeron con cada uno de los estamentos de los servicios clínicos y se validaron con los pares y posteriormente con superiores.

Etapa 6: Nivel de desarrollo de competencias específicas y validación

Al igual que en la Etapa 5 precedente, se construyeron los niveles de desarrollo de las competencias específicas, determinando el nivel óptimo en cada familia de cargo y se validaron con superiores de tal manera a generar un diccionario de competencias específicas.

Etapa 7: Evaluación de brechas

En esta etapa, correspondió aplicar herramientas orientadas a obtener información sobre la distancia entre lo ideal y lo real en cada una de las competencias centrales para cada familia de cargos.

Las técnicas aplicadas fueron de Entrevistas, Simulación de trabajo en equipo, Autoevaluación, Evaluación 180° y 360°. Estas fueron aplicadas a personas distintas a las que participaron del proceso de construcción y validación, tomando una muestra intencionada proporcional de los cuatro servicios clínicos básicos.

Como se mencionó al inicio de este apartado, la metodología contemplaba dos aspectos, los siete pasos descritos y un conjunto de factores que se explican a continuación.

En tal sentido, estos factores se refieren a la necesidad de cuidar aspectos relativos a: Compromisos de la autoridad máxima; liderazgo de equipo ejecutor; participación; relevancia y feedback. Estos cinco elementos constituyen verdaderas condiciones de éxito que son transversales a las etapas y se desarrollan a continuación.

Es esencial que la máxima autoridad de la institución posea claridad sobre los beneficios de estimar las brechas de competencias y barreras organizativas que pueda enfrentar. Su compromiso debe ser permanente y apoyar al equipo ejecutor a través de sus declaraciones y acciones. Se suma a este primer factor, la necesidad de contar con un equipo ejecutor que lidere el proceso y la gestión de las alianzas. Posee responsabilidad técnica, pero su mayor complejidad es la articulación y gestión de los actores. También la participación del personal es indispensable en la medida que las alianzas ofrecen beneficios mutuos, el proyecto mismo se construye desde dentro. En la medida que exista participación, la construcción será valorada y los resultados no serán percibidos como ajenos o amenazantes. También en las instancias de participación, se recojen y se insiste en la utilidad de los resultados, en su aplicación en el corto y mediano plazo, aclarando dudas, y gestionando las expectativas. Esta participación favorece reforzar que el contenido de lo abordado en las sesiones de trabajo y está alineado con el quehacer cotidiano por lo que tiene relevancia para sus

actores. En cuanto al feedback, este fue parte del acuerdo en las alianzas, se dispuso en la página web del Servicio de Salud informe de avance semanal del proceso, donde de manera didáctica se fuera dando cuenta del porcentaje de avance de las etapas y resultados de los contenidos. Adicionalmente, se recomienda dar reconocimiento por la participación a los integrantes de los espacios de discusión en especial aquello que intervienen desde la etapa 3, lo que puede hacerse por medio de una carta simple de agradecimiento de la máxima autoridad de la institución.

Resumiendo, la propuesta de la metodología para estimar las brechas de competencias contiene una secuencia de siete pasos y factores que deben ser gestionados para mejorar las probabilidades de consecución de los objetivos. Estos factores no estiman por sí solos las brechas de competencias, pero en caso de ausencia ni con la mejor experticia técnica podrían alcanzarlas. Finalmente, se ofrece en la siguiente Tabla 3 una síntesis de la propuesta.

Tabla 3
Resumen de la Metodología de Estimación de Brechas de Competencias

Etapa	Nombre Etapa	Condiciones de éxito transversales a las etapas				
Etapa 1	Alianza estratégica					
Etapa 2	Construcción de competencias centrales					
Etapa 3	Validación competencias centrales y niveles					
Etapa 4	Planificación de muestra	Compromiso máxima autoridad	Equipo liderando ejecución	Participación	Relevancia	Feedback
Etapa 5	Competencias específicas y validación					
Etapa 6	Niveles de competencias específicas y validación					
Etapa 7	Evaluación					

Fuente: Elaboración propia

4. Principales Resultados

Las competencias centrales consensuadas fueron las de Comunicación, Compromiso, Cuidado Humanitario y Calidad de atención, las "4C" y son atribuibles a cualquier funcionario de la institución, que trabaje en área clínica o área administrativa e independiente del establecimiento o familia de cargos. Sin embargo, el nivel ideal de desarrollo de cada una de las familias es distinto y se estima la distancia entre lo real e ideal, lo que se resume en la Tabla 4. Los porcentajes representan la proporción del personal de una familia de cargos que tiene desarrollada la competencia en el nivel 1 al 5, y se indica qué porcentaje está en el nivel ideal.

Tabla 4

Resultados de estimación de brechas de competencias centrales Servicio de Salud Antofagasta

Distribución porcentual del personal por Niveles					
Familias de cargos/	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Competencias centrales					
Auxiliares					
Comunicación	13%	47%	40%	0%	0%
Compromiso	0%	47%	53%	0%	0%
Cuidado Humanitario	7%	53%	33%	7%	0%
Calidad de atención	0%	53%	47%	0%	0%
Administrativos					
Comunicación	0%	67%	33%	0%	0%
Compromiso	0%	100%	0%	0%	0%
Cuidado Humanitario	0%	33%	67%	0%	0%
Calidad de atención	0%	67%	33%	0%	0%
Técnicos					
Comunicación	4%	46%	50%	0%	0%
Compromiso	0%	46%	50%	4%	0%
Cuidado Humanitario	0%	42%	54%	4%	0%
Calidad de atención	0%	21%	79%	0%	0%
Profesionales					
Comunicación	0%	37%	52%	11%	0%
Compromiso	0%	42%	47%	11%	0%
Cuidado Humanitario	0%	16%	58%	26%	0%
Calidad de atención	0%	11%	84%	5%	0%
Supervisores					
Comunicación	0%	0%	100%	0%	0%
Compromiso	0%	0%	67%	33%	0%
Cuidado Humanitario	0%	0%	100%	0%	0%
Calidad de atención	0%	33%	33%	34%	0%

Nota. El rectángulo sombreado muestra el nivel ideal de desarrollo de la competencia central y el porcentaje del personal de la familia de cargo que lo alcanza.

Fuente: Elaboración propia

Con la información de brechas en las "4C" es posible evidenciar que la mayoría del personal en todas las familias de cargos se encuentra por debajo del estándar o ideal, es decir posee brechas negativas en las competencias de Comunicación, Compromiso, Calidad de la atención y Cuidado Humanitario. Existe una sola excepción, el caso de la familia de cargos de administrativos en donde el 67% de estos alcanza el nivel óptimo. Es posible además, reconocer mayores brechas relativas al tratarse de familias de cargos como profesionales y supervisores, es decir que en su mayoría están proporcionalmente más alejados del ideal en cualquiera de las cuatro competencias centrales en comparación a las otras familias de cargos.

Estas estimaciones permiten orientar las decisiones de manera inmediata en la distribución de recursos financieros en la formación del personal, alimentar los perfiles de cargo para los procesos de selección internos o externos y disponer de estándares para los procesos de ascensos.

Respecto de las competencias específicas consensuadas (Tabla 5) estas suman un total de 10 que en algunos casos son coincidentes en varias familias.

Tabla 5
Competencias Específicas a las Familias de Cargo

Competencias específicas	Familias de cargos						
	Auxiliares	Administrativos	Técnicos	Profesionales	Supervisor	Médico	Jefatura
Iniciativa	●	●	●		●	●	
Trabajo en Equipo	●	●	●	●	●	●	●
Adaptabilidad	●	●	●	●	●	●	
Tolerancia al Estrés	●	●	●	●		●	●
Solución de Problemas			●	●	●		
Liderazgo				●	●	●	●
Manejo de Conflicto				●			●
Autonomía			●				
Planificación y Organización					●	●	
Espíritu Docente							●

Nota. ● Representa la presencia de la competencia en la familia de cargo

Fuente: Elaboración propia

A partir de la aplicación de la metodología de estimación de las brechas de competencias centrales es posible formular ciertas políticas públicas entorno a la gestión de recursos humanos y que son de competencia del propio Servicio Civil y otras que trascienden al conjunto de la administración.

En primer lugar, esta situación que es crítica en las competencias que el propio servicio definió debiera contribuir al fortalecimiento de las políticas de capacitación. En la actualidad, los comités de capacitación suelen decidir la distribución del presupuesto equivalente al 1% de las remuneraciones totales. Se propone que el proceso de asignación de recursos no sólo siga con el actual cumplimiento formal del proceso sino que incorpore indicadores de calidad. En tal sentido, debiera de orientarse en un plan piloto la asignación en función del foco en competencias y asociarlo con sistemas de certificación de competencias o de normalización además de la incorporación paulatina de medición de rentabilidad de la inversión en capacitación.

Si bien los decretos de plantas y normativas afines a los procesos de concursos públicos para cargos no sujetos al proceso conducido por el Servicio Civil, están más bien circunscritos a los perfiles de saberes y saberes haceres, debiera de imponerse la incorporación del perfil de actitudes para cada cargo que en la actualidad es más bien voluntario o de iniciativas locales de tal manera de minimizar los tiempos de adaptación de los que se incorporan por primera vez o aquellos funcionarios que pasan de un sistema de contrata a un sistema de planta por medio de un concurso.

También, se propone revisar el sentido del nivel jerárquico, por lo menos en los servicios de salud del cargo de jefe de departamento de recursos humanos, por cuanto si bien es de tercer nivel jerárquico su provisión se debe realizar agotando las instancias internas al sistema público de selección para cubrir la vacante. Este tercer nivel jerárquico asignado para dicho cargo no da cuenta del rol estratégico del gestor de capital humano y tampoco está alineado con el modelo de gestión de recursos

humanos del Servicio Civil. Se propone relevar a un nivel superior dicho cargo y que sea sometido a concurso público abierto a través del referido organismo.

Finalmente, la cuarta propuesta dice relación con los servicios de salud que son prestadores de servicios y además campos clínicos de universidades públicas o privadas que hayan firmado convenio. Los jóvenes que aspiran a diplomas técnicos o universitarios del ámbito de la salud convivirán con el personal que en las competencias centrales presentan serias deficiencias. Se debe tener especial cuidado en el ámbito de las universidades públicas a lo menos, en cuanto a la gestión de prácticas y pasantías puesto que los funcionarios son a la vez modelos de imitación tanto en sus competencias e incompetencias.

CONCLUSIONES

La propuesta metodológica aplicada para estimar las brechas de competencias en el Servicio de Salud Antofagasta, recoge lo que se desarrolla de manera extensa en la literatura sobre competencias laborales, los aspectos técnicos del proceso y en especial los métodos de evaluación. Sin embargo, la experticia técnica no es suficiente para llevar a cabo una estimación de brechas en una institución de tipo pública. La técnica debe ser complementada por acciones estratégicas de participación, a través de alianzas e inclusión del personal. La metodología se compone de siete pasos y de cinco condiciones de éxito.

Estos pasos son: 1) Construir alianzas estratégicas con los grupos de poder; 2) Identificar competencias centrales; 3) Validarlas y definir niveles; 4) Planificar la muestra; 5) Identificar las competencias específicas y validarlas; 6) Definir los niveles de estas últimas y validarlos para llegar finalmente a la 7) Evaluación. Reforzando estas siete etapas, las cinco condiciones de éxito son: asegurar el compromiso y apoyo de la máxima autoridad de la institución; contar con un equipo ejecutor que lidere la iniciativa; participación del personal; relevancia y feedback. Destaca la primera etapa de creación de alianzas estratégicas que refleja el modelo de gestión de recursos humanos propuesto para el sector público por el Servicio Civil, donde el ámbito de posición y relación de poder están operacionalizados.

Dependiendo del tamaño de la organización, se deberá tomar una decisión si se trabaja con una muestra o con el universo. Otro aspecto de carácter técnico a considerar es el grado de alineamiento de la metodología de estimación de brechas de competencias con el modelo de gestión del área funcional de recursos humanos.

Si se deseara replicar la metodología propuesta, se recomienda tener en cuenta que no necesariamente la existencia de sindicatos o gremios es la única manifestación de grupos de poder. Esta detección requiere de ciertas habilidades y probablemente de una socialización de aquel que participa del equipo ejecutor. Además, el equipo ejecutor debe poseer competencias técnicas en este proceso pero además demostrar otras habilidades sociales y gozar de credibilidad en la organización. Es altamente recomendable que sea personal interno el que conforme este equipo por los riesgos de omitir señales de resistencias o barreras organizativas. Dependiendo de los estilos de dirección y la cultura organizacional, esta metodología con estrategias participativas no necesariamente podría resultar cómoda o provechosa, debe evaluarse su

consistencia con las prácticas de la organización, en caso contrario producirá disonancia. También, el mantener el apoyo de la máxima autoridad no es fácil por razones de rotación, por lo que sería aconsejable iniciar la aplicación de la metodología antes de que la máxima autoridad entre en su ciclo de madurez en el ejercicio del cargo. Evidentemente, subsiste la inquietud de qué tan probable es llegar a la estimación de brechas en caso que la máxima autoridad sea removida, impactando directamente en las alianzas con los grupos de poder y las confianzas.

Las cinco condiciones de éxito tienen una relación indirecta con los principios educativos, e invitan a reflexionar si la metodología sin pretenderlo ha sido medio de aprendizaje de segundo orden o un medio de gestión del conocimiento o también de un aprender haciendo en un ambiente participativo con objetivos inmediatos. Si bien la metodología fue aplicada como un medio para obtener la estimación de brechas nacen ciertas interrogantes ¿Podría ser ésta un medio para otras finalidades? ¿Serán los primeros dos pasos y las condiciones de éxito extrapolables a otras iniciativas de gestión de recursos humanos u otras transversales a una gestión de un directivo público?

Finalmente, las propuestas de políticas públicas que se derivan de la aplicación de la metodología de estimación de brechas de competencias se centran en el mejoramiento de la gestión de capacitación, mejoramiento de los sistemas de concursos sus aspectos formales de perfiles de cargos para que incorporen además de las competencias de conocimiento y experticia las actitudes. La tercera propuesta apunta a relevar a un nivel mayor el rol que le compete al gestor de recursos humanos en el servicio público de salud cambiando su nivel jerárquico en la organigrama y por último orientaciones en los procesos de enseñanza aprendizaje en las universidades públicas que imparten carreras de la salud y que recurren al campo clínico de los hospitales en sus etapas de pasantía o prácticas. Las dos primeras son de carácter general a la administración pública a diferencia de las otras dos que tienen una mirada más en el sector salud.

Referencias

- ChileCalifica. (s.f.). *Competencias Laborales*. Recuperado el 13 de febrero 2009, del sitio web del Chilecalifica: <http://www.chilecalifica.cl/califica/home.do>
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.
- Quijano, S., (1999). El ASH (Auditoría del Sistema Humanos), los modelos de calidad y la evaluación organizativa. *Revista de psicología general y aplicada*, 52 (2-3), 301-328.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional* (10° ed.). México: Prentice Hall.
- Irigoyen, M. y Vargas, F. (2002), *Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo: OIT /CINTERFOR.
- Ministerio de Salud. (2005). *Preinversionales de Antofagasta*. Material técnico de trabajo.
- Rodríguez, D. (1995). *Diagnóstico organizacional* (2° ed.). Santiago: PUC.
- Rodríguez, M. (2006). *Evaluación, Balance y Formación de competencias laborales transversales*. Barcelona: Laertes.
- Servicio Civil. (2007). *Diagnóstico de las Unidades de Recursos Humanos de los Servicios Públicos*. Material de trabajo.