

CULTURA ORGANIZATIVA ACTUAL E IDÓNEA DEL SISTEMA VASCO DE SALUD. OPINIÓN DEL NIVEL DIRECTIVO

Salvador García¹/ Jesús M^a Fernández Díaz²/ Enrique Gutiérrez Fraile²/ Begoña Gómez Bravo²/
Rafael Bengoa Rentería²

¹Universidad de Barcelona. ²Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

Resumen

En la Comunidad Autónoma del País Vasco se está produciendo un proceso de cambio planificado de su sistema de asistencia sanitaria denominado «Osasuna Zainduz» (cuidando la salud).

Mediante la aplicación y análisis estadístico de un cuestionario de discriminación de opuestos sobre el conjunto de directivos del Servicio Vasco de Salud, se pretende conocer su opinión sobre la cultura organizativa actual e idónea.

Se buscaron las diferencias de medias significativas entre el perfil actual y el percibido como idóneo. Todas las diferencias entre las medias resultaron altamente significativas ($P < 0,00001$) destacando como perfiles más alejados del idóneo la recompensa según rendimiento (6,19) y la identificación con la organización (5,82).

Mediante un análisis de regresión múltiple se destaca la importancia de nuevos estilos de gestión para explicar los criterios clave de éxito de nuestra organización. Estos estilos se han de basar en la comunicación e información, la tolerancia de conflictos y riesgos y en el apoyo explícito de la dirección.

Palabras clave: Cultura organizativa. Cultura Corporativa. Cambio organizativo. Organización y Administración. Servicios Sanitarios.

PRESENT AND SUITABLE ORGANIZATIONAL CULTURE OF THE BASQUE HEALTH SERVICE. OPINION OF THE MANAGING LEVEL

Summary

Osasuna Zainduz (caring our health), a planned change for the public health care services, is being implemented in the Basque Country.

A questionnaire of discriminant terms passed to all the managers of the Basque Health Service is analysed to assess its actual and optimum organizational culture.

We looked at significant differences between means, comparing actual and optimum profiles. All the differences of means were highly significant ($P < 0.00001$); performance based salaries (6.19) and identification with the organization (5.82) were the highest.

New management styles based on information and communication, tolerance with conflicts and risks, as well as support from managers were identified through regression analysis as key success criteria for such our organization.

Key words: Organizational Culture. Corporate Culture. Organizational Change. Organization and Administration. Health Services.

Introducción

Basándonos en Shein^{1,2}, podemos definir la cultura organizativa como la forma de pensar y hacer las cosas que una organización ha ido aprendiendo a lo largo del tiempo en sus esfuerzos de adaptación a los cambios del entorno y a sus tensiones de integración internas. Estos «significados compartidos» son los conside-

rados como diferenciadores y válidos a la hora de transmitir pautas de socialización a nuevos miembros de la organización en un momento dado.

La cultura organizativa es un proceso de aprendizaje dinámico, que puede detenerse o acelerarse en función de múltiples variables, entre las que destaca la existencia de un liderazgo transformador^{2,3} y la aplicación de intervenciones de cambio planificado^{4,5}.

Correspondencia: Jesús M. Fernández Díaz. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. c/ Álava, 5; 01006 - Vitoria.

Este artículo fue recibido el 6 de octubre de 1993 y fue aceptado tras revisión el 30 de noviembre de 1994.

Tabla 1. Cambio de paradigma en gestión sanitaria

De:	A:
- Gestión de estructuras asistenciales basada en el control	- Gestión de procesos asistenciales basada en el aprendizaje colectivo
- Tratar enfermedades	- Promocionar conductas saludables
- Pacientes/usuarios poco educados	- Pacientes/clientes con criterio
- Modelo bioclínico	- Modelo biopsicosocial
- Pirámide jerárquica de control	- Consenso de valores, compromiso, autonomía, responsabilización
- Burocracias	- Empresas
- Control centralizado del presupuesto	- Asignación descentralizada de recursos y conciencia de costo
- Imagen genérica	- Posicionamiento estratégico
- Ambiente frío, clínic	- Ambiente familiar, cálido
- Funcionarios o laborales	- Profesionales
- Cambio como amenaza	- Cambio como reto
- Todo para todo el mundo	- Centros asistenciales excelentes
- Corto plazo	- Largo plazo
- Dirección por instrucciones	- Dirección por objetivos
- Dirección por objetivos	- Dirección por aprendizaje
- Sistemas de información de control de gestión	- Sistemas de información basados en las decisiones clínicas
- Integración financiación-provisión	- Separación financiación-provisión
- Desconfianza entre gestores y profesionales sanitarios	- Confianza entre gestores y profesionales sanitarios

Hoy en día, la mayoría de países desarrollados, tanto en Europa como en Estados Unidos, se están planteando cambios esenciales de sus sistemas sanitarios^{6,7,12}. Los motivos básicos son mucho más comunes de lo que a primera vista pudiera parecer, y todos ellos giran alrededor de la relativa insatisfacción de todas las partes implicadas: pacientes, profesionales sanitarios, políticos y gestores.

Esta insatisfacción relativa se manifiesta en los pacientes, que ven limitadas sus expectativas de un trato personalizado; en los profesionales sanitarios, cada vez más ajenos a un sistema que perciben como que les pide, pero no les apoya suficientemente; en los políticos, preocupados por la insatisfacción ciudadana, pese al creciente gasto sanitario, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población, al elevado consumo de fármacos y al rápido recambio y sofisticación de las tecnologías sanitarias; y en los mismos gestores sanitarios, que no pueden llegar a desarrollar una verdadera gestión debido a trabas burocráticas y limitaciones técnicas a su trabajo.

La tabla 1 refleja una tendencia de cambio de paradigma en gestión sanitaria que se está observando en la mayoría de países desarrollados. Este cambio puede calificarse como necesario o como utópico, dependiendo del mapa mental transformador o conservador de quien lo califique.

Así pues, la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), consciente de su inmersión en estas

tendencias internacionales, está poniendo en práctica un proceso de cambio planificado de su sistema de asistencia sanitaria denominado «Osasuna Zainduz» («cuidando la salud»)⁸, uno de cuyos rasgos distintivos de otros procesos similares, puestos en marcha en otras comunidades autónomas, es el importante esfuerzo destinado a la comunicación y la participación dentro del modelo conceptual de «organización que aprende»⁹⁻¹³.

Tal como señala Beckhard¹⁴, la adecuada gestión de las transiciones organizativas requiere el establecimiento de una visión del estado futuro deseado lo más clara posible. Por ello, se presentan aquí los resultados de una de las intervenciones de análisis de la cultura organizativa actual e idónea del Sistema Vasco de Salud en función de la opinión de sus propios directivos.

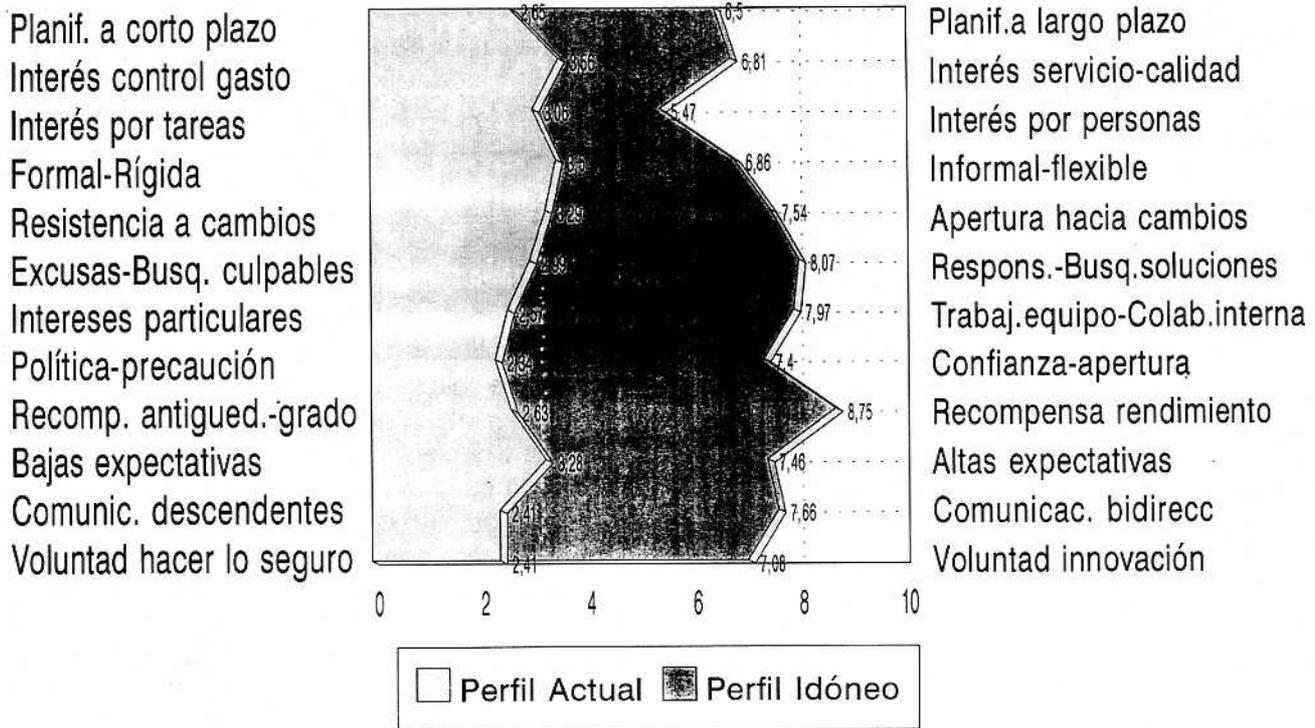
En este sentido, el objetivo de este estudio es conocer la opinión del nivel directivo del Servicio Vasco de Salud acerca de su cultura organizativa actual e idónea, estimulando el consenso sobre la necesidad y la orientación de las transformaciones culturales necesarias en nuestras organizaciones sanitarias.

Material y método

Se convocó en tres reuniones, una en cada uno de los Territorios Históricos, a un total de 149 directivos del Servicio Vasco de Salud, todos ellos directores ejecutivos de los tres primeros niveles organizativos, con dedicación completa a labores de gestión: directores de servicios centrales y territoriales, subdirectores funcionales, directores de comarca de atención primaria, gerentes de hospitales, directores médicos, de enfermería, de personal y de gestión y delegados territoriales de Salud Pública.

En dichas reuniones, tras una presentación de las líneas estratégicas generales de Osasuna Zainduz, se solicitó a los asistentes que cumplimentaran el cuestionario de cultura organizativa actual e idónea denominado PCO-AI. Este cuestionario se basa en un instrumento inicialmente desarrollado por Senn¹⁵ para prever los conflictos de choque cultural en procesos de fusión/adquisición de empresas y ha resultado de demostrada utilidad en otros colectivos sanitarios¹⁶ para visualizar y motivar la necesidad de cambio, lo que es de especial interés para el programa «Osasuna Zainduz». Tiene un total de 34 ítems, 24 en forma de discriminación de opuestos y 10 en forma de escala continua de 0 a 10 reforzada cualitativamente de «nada» a «muchísimo». Su contenido explora aspectos relacionados

Figura 1. Perfil organizativo actual e idóneo. Valores medios. Grupo de variables I



con los valores culturales de la organización, grado de autonomía y responsabilidad otorgados, reconocimiento y recompensa, y otros factores constitutivos de la calidad de vida laboral (Figuras 1-3).

Tras una primera respuesta definiendo «la opinión con respecto a la actual forma de pensar y hacer las cosas en la organización», se solicitó a los participantes que volvieran a responder el mismo cuestionario señalando «el nivel que debería tener cada una de las anteriores dimensiones para aumentar la eficacia de la empresa». Las respuestas tuvieron total garantía de anonimato y se iban efectuando tras un enunciado en público de cada una de las variables, permitiendo los comentarios oportunos para resolver dudas o aclarar aspectos semánticos.

El análisis, aunque adopta el enfoque metodológico positivista propio de la estadística, se incluye como un elemento más dentro de una perspectiva metodológica iterativa más amplia y adecuada para las intervenciones de aprendizaje y cambio organizativo. La complejidad y existencia de intereses contrapuestos en estas intervenciones obliga a adoptar básicamente dispositivos epistemológicos y metodológicos propios del constructivismo¹⁷, en el que los hechos registrados como datos de la «realidad» sólo adquieren su significado concreto y operativo en un contexto social en el que se llegue a

construir un consenso interpretativo¹⁸ entre sus diferentes «stakeholders»¹⁹ o grupos de interés.

Los resultados fueron tratados estadísticamente mediante el paquete informático SSPS/PC+, siendo cada cuestionario la unidad de estudio. Se buscaron las diferencias de medias significativas entre el perfil actual y el percibido como idóneo mediante prueba *t* de Student para datos apareados. Además, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método «STEPWISE», utilizando como criterio de selección una probabilidad *F* de entrar $P \leq 0,005$ y una probabilidad máxima de *F* para salir $P > 0,10$. Partiendo del conjunto total de variables estudiadas por el cuestionario se seleccionaron cuatro dependientes consideradas más representativas -«proxy»- de aspectos organizativos esenciales para el proceso de cambio pretendido: a) orientación hacia el cliente, b) identificación del personal con la organización, c) calidad de vida profesional y d) resistencia al cambio.

Resultados

El porcentaje de asistencia a las reuniones fue del 81,2%, del total de 149 directivos convocados. La tasa de respuesta por ítem tuvo un rango entre el 93

Figura 2. Perfil organizativo actual e idóneo. Valores medios. Grupo de variables II

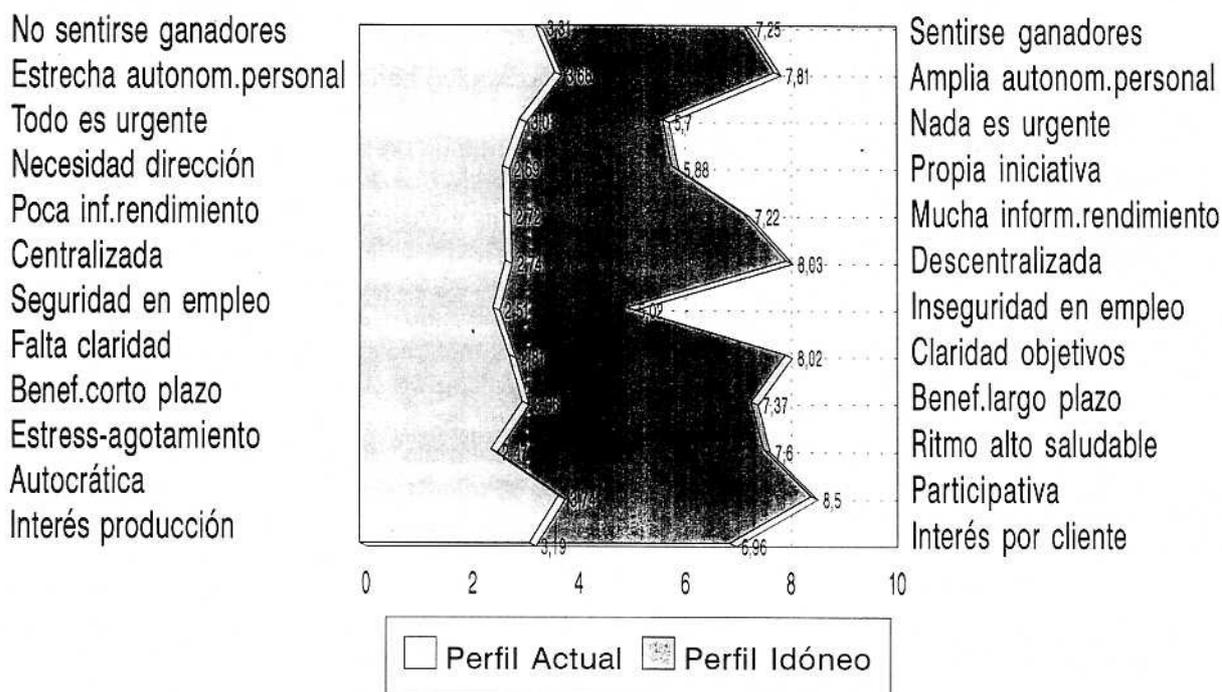
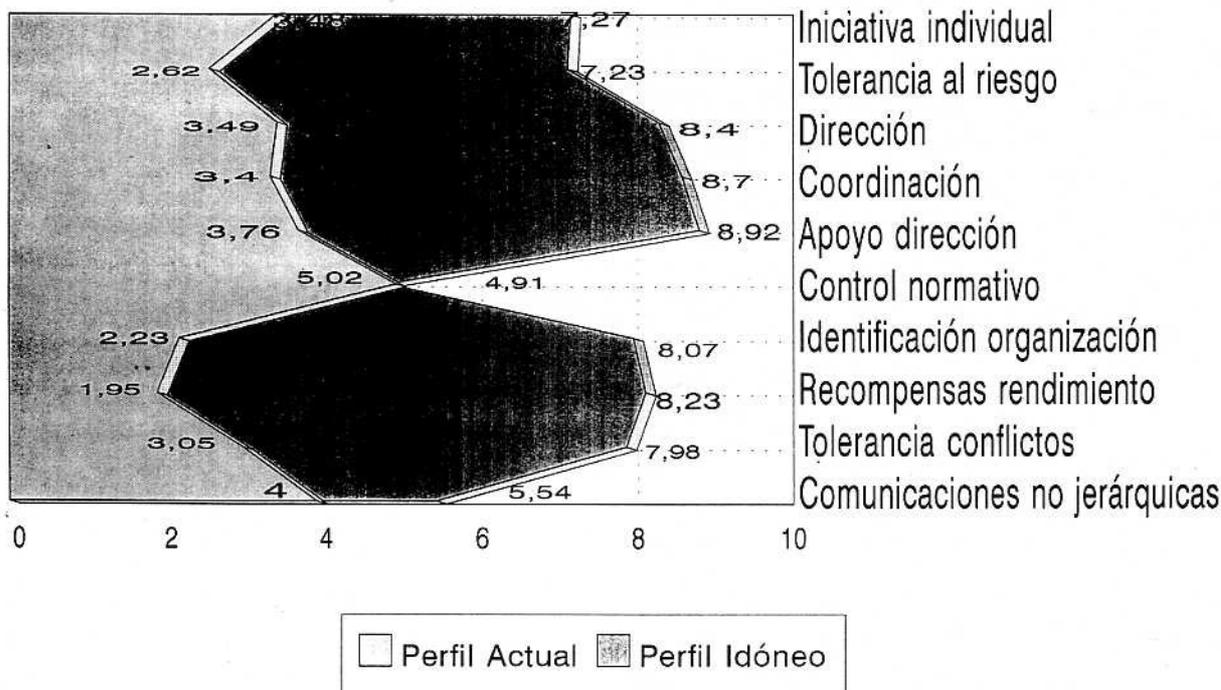


Figura 3. Perfil organizativo actual e idóneo. Valores medios. Grupo de variables III



y el 100%. Todas las diferencias entre las medias de los valores actuales e idóneos resultaron altamente

significativas ($P < 0,00001$), no existiendo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en

Tabla 2. Diez rasgos del perfil cultural percibido como idóneo que se diferencian en más de un 50% del perfil cultural actual del Servicio Vasco de Salud

	Diferencia actual idóneo (0-10)
1. Recompensas basadas en el rendimiento más que en la antigüedad-grado	6,19
2. Identificación con la organización en su conjunto más que con grupos particulares	5,82
3. Trabajo en equipo/apoyo mutuo/colaboración interna (vs intereses particulares/ «mi área»)	5,31
4. Coordinación de las diferentes unidades	5,25
5. Descentralización	5,21
6. Claridad de objetivos y dirección (visión común)	5,20
7. Comunicaciones bidireccionales (ascendentes y descendentes)	5,15
8. Responsabilidad personal/búsqueda de soluciones (vs excusas/búsqueda de culpables)	5,12
9. Apoyo de la dirección (comunicación, ayuda y apoyo de la dirección a los subordinados)	5,12
10. Ritmo alto saludable (vs estrés y agotamiento)	5,09

cada uno de los tres Territorios Históricos de la CAPV (Álava, Gipuzkoa y Bizkaia). Las figuras 1-3 muestran los resultados globales agrupados en tres subgrupos de ítems. El tercero corresponde a las variables exploradas en escala continua.

La tabla 2 muestra de forma ordenada de mayor a menor los ítems del perfil cultural percibido como idóneo que se diferencian en más de un 50% del perfil cultural actual, destacándose las «recompensas basadas en el rendimiento más que en la antigüedad-grado», la «identificación con la organización en su conjunto más que con grupos particulares» y el «trabajo en equipo/apoyo mutuo/colabora-

ción interna vs intereses particulares/mi área», con unas diferencias respectivas de 6,19 5,82 y 5,31 puntos sobre 10 respectivamente. La menor diferencia, y la única en sentido inverso (-1,1), aun siendo también significativa, fue la relacionada con el control normativo actual e idóneo.

La tabla 3 refleja los resultados del estudio de regresión múltiple realizado. En el modelo centrado en el cliente destacan las variables orientadas a la mayor iniciativa en el puesto de trabajo, a una mejor comunicación bidireccional y a un cierto cambio de los objetivos de la organización, menos centrados en el control del gasto.

La identificación de los objetivos personales y organizativos se asocia a una actitud de la dirección de mayor apoyo, mayor tolerancia de conflictos, mayor estímulo de expectativas individuales y menor comunicación jerárquica descendente.

La ecuación que estudia la calidad de vida profesional, «ritmo alto saludable», destaca la necesidad de clarificar y comunicar los objetivos organizativos y de la dirección, aumentando las expectativas de la labor de los profesionales.

La apertura hacia cambios aparece relacionada con una mayor tolerancia a los conflictos y al riesgo de fracaso, una mayor confianza en las personas, así como con una organización más ágil y menos formal.

Discusión

El diseño del cuestionario trata de minimizar, en su redacción y en el posicionamiento de las afirma-

Tabla 3. Ecuaciones de regresión múltiple explicativas de los aspectos claves del cambio cultural en el Servicio Vasco de Salud

Variables dependientes	Cte.	Variables independientes	Coef.	Sign.
Interés por el cliente	2.79380	propia iniciativa	+ 0,31509	0,0034
		(no necesidad de dirección)	+ 0,22363	0,0229
		comunicaciones bidireccionales	- 0,23032	0,0245
		interés por el control del gasto		
Identificación con la organización	2.43429	tolerancia de conflicto	+ 0,49583	0,0000
		apoyo de la dirección	+ 0,29739	0,0034
		altas expectativas	+ 0,21910	0,0162
		comunicación jerárquica	- 0,11281	0,0251
Apertura hacia cambios	2.85068	intolerancia de riesgos	- 0,31012	0,0003
		confianza y apertura	+ 0,32486	0,0006
		formalidad y rigidez	- 0,25263	0,0019
		tolerancia de conflicto	+ 0,28382	0,0030
Ritmo alto saludable	3.02070	claridad de objetivos	+ 0,29671	0,0007
		altas expectativas	+ 0,32423	0,0045
		dirección clara	+ 0,31933	0,0022

ciones dicotómicas, los sesgos del entrevistado tendientes a las respuestas socialmente aceptables o estereotipadas, o a responder con valores similares a lo largo del cuestionario -«response set»^{20,21}. En la explicación oral de las preguntas se fue estricto para no influir la opinión de los encuestados.

En nuestro estudio es difícil deslindar el sesgo de responder con estereotipos del objetivo principal de la investigación: identificar la cultura, o valores compartidos, de la población de directivos del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, nuestra población objetivo.

La validez de este análisis para los directivos del conjunto del Sistema Nacional de Salud es, a nuestro juicio, aceptable teniendo en cuenta: i) la similitud de las normas y reglas de gestión; ii) la similitud de sus «backgrounds» profesionales y; iii) el intercambio frecuente de directivos entre comunidades autónomas. De hecho, como ya se ha mencionado, el mismo cuestionario ya fue utilizado en otros contextos sanitarios obteniéndose resultados globalmente similares.

Los directivos sanitarios de la CAPV opinan que es necesario un cambio en la forma de pensar y hacer las cosas para aumentar la eficacia de sus organismos administrativos y centros asistenciales. El gráfico de las figuras 1, 2 y 3, representa visualmente las características de este perfil del «debe ser» o del «hacia dónde deberíamos ir», consistiendo fundamentalmente en la transformación de una cultura burocrática-normativa a una cultura que podríamos llamar personalizada-colaboradora. Este cambio cultural forma parte esencial de la estrategia de cambio de la sanidad vasca denominada Osasuna Zainduz. Es precisamente en las situaciones de transición organizativa donde el reconocimiento del esfuerzo de adaptación a las nuevas circunstancias es especialmente crítico para el éxito de este tipo de procesos^{14,22}.

No es de extrañar que la mayor diferencia entre cultura actual e idónea corresponda a las recompensas organizativas en función del rendimiento (Tabla 2 y Figura 3). De hecho, la falta de adecuación entre esfuerzo, rendimiento y recompensa es el problema crítico de la satisfacción y productividad en el trabajo²³. Tal como señalaba Taylor²⁴ a principios de siglo: «cuando un hombre naturalmente enérgico trabaja varios días junto a otro perezoso, la lógica de la situación es indiscutible: ¿por qué tengo yo que trabajar arduamente cuando este perezoso obtiene la misma paga que yo, y no hace más que la mitad de trabajo?».

En la actualidad, muchos profesionales de la medicina y la enfermería tienen hoy en día la impresión de que, a lo largo de su vida han dado a sus

respectivas organizaciones sanitarias mucho más de lo que han recibido de las mismas, por lo que su «contrato psicológico»² y su compromiso se encuentran francamente deteriorados, llegando a «auto compensar»²⁵ mediante un bajo nivel de implicación y sentido de propiedad del centro sanitario. Este bajo nivel de compromiso y copropiedad tiende a reflejarse tanto en el cumplimiento deficitario de horarios profesionales como en una falta de interés por la comunicación con el paciente o una falta de preocupación por el coste de los materiales y medios utilizados, lo cual constituye la esencia del elevado coste sanitario y de la verdadera reforma sanitaria pendiente²⁶.

Deben efectuarse importantes esfuerzos para introducir sistemas de evaluación del rendimiento equitativos y adecuar las recompensas económicas y otras al rendimiento, tanto cuantitativo como cualitativo, de los profesionales sanitarios. Todo esto será imposible sin dos condiciones básicas: el desarrollo de recursos explícitos para recompensar el rendimiento (planes de carrera, reconocimiento y favorecimiento del impulso científico, bonos salariales por cumplimiento de objetivos, etc.), y la existencia de planes de formación y desarrollo directivo, dirigidos tanto a gestores como a responsables de las unidades asistenciales y de servicios, que hagan hincapié en la importancia crítica de dar información del resultado del esfuerzo y de recompensar adecuadamente en función de dicho resultado.

Por otra parte, llama la atención que la media del nivel idóneo de la variable «apoyo de la dirección» es la que obtiene mayor puntuación absoluta del conjunto de 34 variables analizadas (8,91). Es decir, que los mismos directivos son conscientes de la gran necesidad de que «los mandos proporcionen claramente comunicación, ayuda y apoyo a sus subordinados», lo cual se refiere supuestamente tanto a lo que ellos esperan de sus superiores jerárquicos (políticos) como lo que ellos creen que deben dar a sus subordinados.

Es de destacar que el único rasgo cultural de la segunda parte del cuestionario que, en opinión de los directivos sanitarios vascos, mantiene el nivel actual por encima del idóneo sea el control normativo. Este hallazgo coincide con la opinión de los responsables de formación del Instituto Catalán de la Salud al responder al mismo cuestionario PCO-AI¹⁶. Este «control normativo», definido en el cuestionario como «grado de existencia de reglas, regulaciones y supervisión directa que se utiliza para controlar la conducta de los empleados» define la filosofía de los principios de dirección de mediados de siglo inspirados por Fayol²⁷. Sin embargo, los hospitales y centros de salud son organizaciones

cuyos miembros tienen un elevado nivel medio de escolarización. A medida que aumenta el nivel educativo de una población más difícil se hace la gestión basada en estilos burocráticos y escasamente potenciadores de la creatividad e implicación de las personas. Es en este sentido en el que Adair²⁸ habla de la necesidad de existencia de «líderes» más que de «jefes».

Con respecto a los resultados de las ecuaciones de regresión múltiple efectuadas (Tabla 3), es de destacar que la variable «interés por el cliente», cuyo desarrollo constituye el eje fundamental de Osasuna Zainduz, esté en función de la potenciación de la propia iniciativa, de la posibilidad de comunicaciones bidireccionales, no exclusivamente descendentes, y del cambio cultural hacia un mayor interés por el servicio y la calidad con respecto al interés exclusivo por el control del gasto.

En cuanto al incremento de la «identificación con la organización», cuya necesidad percibida de desarrollo ocupa el segundo lugar, por detrás inmediatamente de las recompensas según rendimiento, la ecuación resultante sugiere que se deben desarrollar los siguientes aspectos:

- a) Legitimar la expresión de conflictos y crítica como mecanismo de aprendizaje.
- b) Conseguir que se produzca una mayor percepción de apoyo de forma descendente a lo largo de la organización.
- c) Generar expectativas elevadas con respecto a los objetivos de la organización.
- d) Ampliar las comunicaciones organizativas fuera de los canales jerárquicos formales.

Si se desea que se trabaje a un ritmo alto saludable, el modelo estadístico resultante nos sugiere fundamentalmente que se deben plantear objetivos bien definidos, consensuados y de dificultad relativamente elevada, lo cual es perfectamente compatible con los postulados clásicos de la Dirección por Objetivos²⁹.

Por otra parte, conseguir que la organización esté abierta a cambios dependerá fundamentalmente de que se tolere el riesgo de estimular a los profesionales a ser innovadores, de que se aumente el clima de confianza/apertura en contra del de política/precaución, se flexibilicen y desformalicen los procedimientos y se aumente la tolerancia del conflicto como posibilidad de aprendizaje.

El poder de la información y la comunicación como instrumento de cambio, encontrado en el análisis efectuado, es corroborado desde un punto de vista teórico por otros autores³⁰. La introducción de cauces e instrumentos comunicativos legitimados entre los diferentes «stakeholders»¹⁹ del sistema: responsables políticos, gestores, profesionales clínicos y pacientes debe favorecer el consenso de visión de futuro entre todos ellos.

En conclusión, y recogiendo las aportaciones de Kaluzny³¹, el verdadero cambio necesario en los sistemas sanitarios es el cambio cultural a todos los niveles, el cual requiere un giro paradigmático que amplíe nuestra perspectiva conceptual de la gestión desde el enfoque económico-financiero tradicional a una perspectiva que considere sistemáticamente tanto la estructura organizativa como los procesos humanos, es decir, que analice y potencie los valores corporativos³², estilos directivos, sistemas de recompensa, procesos de comunicación, calidad de vida en el trabajo³³ etc., mediante los que se producen los rendimientos profesionales de alta calidad que necesitan los ciudadanos para promocionar y restablecer su salud. Éste es el objetivo primordial de las estrategias de cambio reflejadas en Osasuna Zainduz.

Agradecimientos

A José Antonio González, por su contribución a la realización del estudio estadístico.

Bibliografía

1. Shein EH. *Organizational Psychology*. Old Tappan, NJ: Prentice Hall, 1980.
2. Shein EH. *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza & Janes, 1988.
3. Tichey N, Devanna MA. *Transformational leader*. New York, NY: John Wiley, 1986.
4. Cummings TG, Huse EF. *Organizational development and change*. Eagan, MN: West Publishing, 1980.
5. Zaltman G, Duncan R. *Strategies for planned change*. New York, NY: John Wiley, 1977.
6. Culyer AJ, Mills A. *Perspectives on the future of health care in Europe*. Centre for Health Economics Consortium. York: University of York, 1989.
7. Bengoa R, Hunter DJ (dirs). *New directions in managing health care*. W.H.O. Leeds: Nuffield Institute for Health Service Studies, 1991.
8. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. *Osasuna Zainduz - Cuidando la Salud. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco, 1993.
9. Argyris C, Schön DA. *Organizational learning*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1978.
10. Garrat B. *Creating a learning organization*. Cambridge: Director Books, 1990.
11. Bouwen R, De Visch J, Steyaert C. Innovation projects in organizations: complementing the dominant logic by organizational learning. En: Hosking DM, Anderson N (dirs). *Organizational Change and Innovation*. London: Routledge, 1992.
12. Beckhard R. *Changing the essence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.

13. Boisot M. Preparing for turbulence: management development in the learning organization. *Papers ESADE* 1993:103.
14. Beckhard R. *Organizational transitions*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1987.
15. Senn L. Culture. En: Bibler RS. *The Arthur Young management guide to mergers and acquisitions*. New York, NY: John Wiley & Sons, 1989.
16. Instituto Catalán de la Salud. *PCO-AI de sus directivos*. Informe no publicado.
17. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Cal Sage, 1989
18. Blanch JM. *Proyecto Docente*. Universidad de Barcelona, 1991.
19. Stake RE. *Evaluating the arts in education*. Columbus, OH: Merrill, 1975
20. Bailey KE. *Methods of Social Research*. New York, NY: Free Press, 1897:133.
21. Frankfort-Nachmias C, Nachmias D. *Research Methods in the Social Sciences*. New York, NY: St Martin's Press. 1992: 253.
22. Bice M. Corporate culture must foster innovation. *Hospitals* 1990; 64: 58.
23. Wroom VH. *Work and motivation*. New York, NY: John Wiley, 1964.
24. Taylor FW. *Principles of scientific management*. New York, NY: Harper & Row, 1915.
25. Adams JS. Inequity in social exchanges. En: Berkowitz (dir). *Advances in Experimental Social Psychology*. Orlando, FL: Academic Press, 1965: 267-300.
26. García S. Más allá del informe Abril. *Todo Hospital* 1992; junio: 59-60.
27. Fayol H. *Administración industrial y general*. Barcelona: El Ateneo, 1972.
28. Adair J. *Not bosses but leaders*. Talbot Adair, 1990.
29. Druker PF. *The practice of management*. New York, NY: Harper & Row, 1954.
30. Obeso C, Sullá E. Reflexiones sobre la dinamización del nuevo modelo de la sanidad en Cataluña. La información como instrumento de cambio. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 1993: 17.
31. Kaluzny AD. Organizational change and innovation. En: Shortell S y Kaluzny A (dirs). *Health Care Management*. New York, NY: Wiley and Sons, 1988.
32. Deal TE, Kennedy AA. Values: the core of the culture. En: Deal TE, Kennedy AA (dirs). *Corporate culture. The rites and rituals of corporate life*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1982.
33. García S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat* 1993; 9: 4-9.

