

A PROBLEMÁTICA DO MODERNO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: FATORES ORGANIZACIONAIS NAS CRISES DOS HOSPITAIS DE CLÍNICAS¹

Humberto de Moraes Novaes²

Novas postulações teóricas permitem hoje encarar os problemas de administração de hospitais de ensino à luz de aspectos organizacionais peculiares a essas instituições.

Introdução

Nos últimos anos, vêm ocorrendo nos hospitais de ensino, ou universitários, conhecidos no Brasil como *hospitais de clínicas*, crises institucionais cíclicas decorrentes dos mais diferentes problemas. Os mais freqüentes motivos de ordem acadêmica levantados são, entre outros, orientação mais voltada para a assistência médica do que para o ensino médico, superespecialização médica e tecnológica, falta de sintonia com os demais serviços de saúde pública e pouca ou nenhuma preocupação com a formação universitária de outros profissionais não médicos da saúde.

Cada um dos grupos que defendem ou condenam essas posições tem suas baterias sempre carregadas de razões para contra-argumentar em defesa de seus pontos de vista. Inegável é, porém, o fato de que esses hospitais se transformaram ao correr do tempo em centros de alta es-

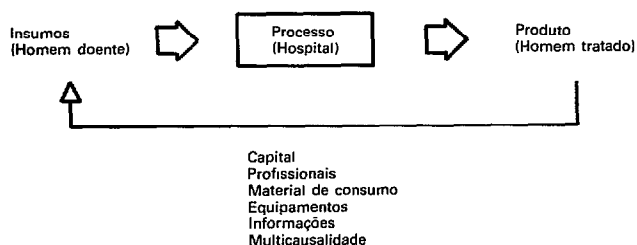
pecialização ou diferenciação não só de médicos como também dos demais profissionais universitários que neles trabalham, situando-se hoje entre as mais complexas organizações conhecidas pelos teóricos da administração.

Além dos fatores acadêmicos citados, ocorrem crises devidas a conflitos inter-institucionais, intergrupais ou interpessoais, como, por exemplo, a falta de uma carreira funcional para os médicos que trabalham nessas instituições e, embora possuam títulos universitários, não pertencem aos quadros docentes da própria universidade; a falta de representação das vozes e votos dos responsáveis por outros cursos das ciências da saúde nos órgãos normativos do hospital; o completo desconhecimento dos perfis profissionais das diversas funções hospitalares, gerando um aproveitamento diminuto dos diferentes potenciais de cada profissão e assim impedindo o desenvolvimento de uma ação integrada; a multiplicidade de comandos sem uma ordenação definida; e assim por diante.

Pretendemos neste artigo focalizar aspectos exclusivamente organizacionais, ângulo que tem sido pouco explorado em nosso meio.

¹ Adaptado de um trabalho preparado para o Seminário sobre Organização e Funcionamento do Centro de Ciências da Saúde, realizado em Recife, Brasil, em setembro de 1978.

² Da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) da Fundação Getúlio Vargas, e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

FIGURA 1—Sistema hospitalar.^a

^a Simplificação da teoria de sistemas aplicada a hospitais. Pode-se perceber que o doente a ser hospitalizado passa a ser "objeto" da ação de saúde (pois não foi propósito deste artigo caracterizá-lo como "sujeito" da ação, isto é, participante do seu próprio processo de cura). Na multicausalidade do tratamento intra-hospitalar entram fatores como capital investido, recursos humanos e materiais, informações, etc.

O hospital como sistema

Os hospitais, e principalmente os mais tradicionais de ensino médico, são *sistemas* dotados de fronteiras que os separam do meio ambiente, dividindo-se a maioria em subunidades também separadas umas das outras. Teoricamente esses *sistemas* recebem indivíduos doentes, *insumos*, os quais passam por um *processo* de transformação, a atenção médica, antes de serem devolvidos, tratado, à comunidade.

Esse processo aparentemente simples envolve as mais variadas tarefas, executadas por centenas e às vezes milhares de indivíduos. É levado a cabo por organizações que selecionam, admitem e treinam servidores para seus próprios quadros e para outras instituições (devido à alta rotatividade de seu pessoal), adquirem equipamentos, mantêm milhares de itens de consumo em estoque e ainda analisam, com dificuldade, a qualidade e o custo do serviço que prestam.

Nessa atividade de conversão de recursos financeiros, materiais e humanos em serviços, os hospitais observam, segundo Sheldon, dois tipos de processo: o de *manutenção*, essencial para sua viabilização através da seleção do corpo clínico, da

área física, etc.; e o de *desempenho*, que visa a transformação dos recursos em produtos finais (Figura 1).

À medida que cresce a organização e conseqüentemente se diferencia o processo, a procura da eficácia concorre para a divisão de tarefas, ou especializações, criando invariavelmente subsistemas. Eficiente como seja, essa divisão do trabalho, ou o próprio fracionamento do organismo humano em especialidades ou subespecialidades médicas, acarreta difíceis problemas de coordenação e/ou integração.

Dão-nos uma idéia desse fenômeno alguns dados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP): de 94 residentes médicos de segundo ano, ou R.2 (formados há dois anos), e 149 de primeiro ano, ou R.1, em 1972, seu quadro havia crescido em 1977 para 275 R.1 e 263 R.2, distribuídos por 22 especialidades, incluindo-se entre as mais recentes: medicina preventiva, bioengenharia, medicina nuclear e administração hospitalar. No curto período de cinco anos, crescera naquela instituição a demanda de novas especialidades, com pronunciada diferenciação tecnológica do hospital e de seus profissionais, mas sem aumento corres-

pondente de todo o processo a que acima nos referimos, uma vez que não houve, no mesmo período, alterações significativas no número de novas consultas médicas ou no número de leitos.

Modelos de organização

Tem-se mostrado inadequado o método tradicional de controle e coordenação formal de organizações dessa natureza, que obedece à concepção clássica da administração a que McGregor denomina teoria "X", na qual teriam preferência medidas de esperança tais como estabilidade empregatícia, maiores salários e melhores condições de trabalho, pressupondo que o servidor é indiferente e até hostil à organização. A essa concepção se contrapõe a teoria "Y", que se baseia nos interesses intrínsecos do indivíduo e no seu desejo de autocontrole, caracterizado por forte potencial para assumir maiores responsabilidades e desenvolver por si mesmo suas atividades, sem necessidade de controle coercitivo e hierarquizado para atingir as metas propostas pela organização.

Esas duas concepções vêm à baila em recente estado comparativo realizado por Morse e Lorsch sobre duas organizações: uma delas, dedicada a linhas de produção era altamente estruturada, com manuais de procedimento, regulamentos e normas uniformes e abrangentes; a outra, consagrada a investigações de laboratório, tinha estrutura organizacional muito tênue e bastante flexível, e regras e regulamentos quase inexistentes; ambas, no entanto, mantinham elevado grau de eficiência e eficácia.

Já na administração hospitalar, a grande dificuldade reside na situação *sui generis* de se reunirem, ao mesmo tempo e espontaneamente, os dois modelos organizacionais. Separando os componentes médico e não médico num estudo de 30

hospitais de Chicago, EUA, Neuhauser observou que ofereciam melhor qualidade de atenção médica as instituições em cuja administração havia maior participação de médicos. Com relação ao componente não médico—isto é, cozinheiros, copeiros, pessoal de manutenção, lavanderia, laboratórios, técnicos de raios X, etc.—, verificou que sua eficiência era maior na medida em que aumentava seu grau de hierarquização.

No Brasil, além de sofrerem os mesmos problemas de suas congêneres norteamericanas, as organizações hospitalares apresentam conflitos peculiares. Enquanto os hospitais oficiais obedecem à rigidez hierárquica das respectivas estruturas estatais, carregando consigo seus problemas específicos e os inerentes à burocracia governamental, os hospitais privados—cujas 3753 unidades perfaziam 80,3% do total do país em 1973, segundo dados do IBGE—vêm-se a braços com aqueles mesmos problemas, agravados pelo fato de terem—quando muito—apenas um arremedo de estrutura. Alguns—e não são muitos—acompanham de um ou de outro modo a organização das instituições oficiais.

Nos últimos anos, foram introduzidos em hospitais métodos novos de administração que haviam sido formulados para melhorar a produção de empresas. São eles a "administração por objetivos" e o "desenvolvimento organizacional".

Levinson, criticando o método de "administração por objetivos" em artigo na *Harvard Business Review*, pergunta: "Administração de quais objetivos?" Afirma o autor que, por não levar na devida conta os componentes emocionais mais profundos da motivação individual, esse método perpetua e intensifica a hostilidade e o ressentimento entre superior e subordinado, através de um mecanismo de aplauso *versus* punição, constituindo assim "uma enorme decepção administrativa".

Transportando-nos à área hospitalar, encontramos um agrupamento de profissionais universitários encabeçados pelos médicos—seguidos de perto por enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e outros—e fortemente motivados por um componente emocional, que é a próprio homem doente. De fato, mostra nossa própria experiência que, sempre que estabelecemos um programa cujo resultado esperado deve ser a melhoria da qualidade da atenção da atenção médica, a equipe multiprofissional se mobiliza, procurando desenvolver suas habilidades grupais e individuais independentemente da fixação prévia dos objetivos da própria unidade hospitalar. Isso parece indicar que é impraticável no meio hospitalar o método típico de administração por objetivos, que se fundamenta numa perspectiva egocêntrica de curto prazo e num relacionamento psicológico à base de prêmios ou penalidades (Levinson).

Já quanto ao método do “desenvolvimento organizacional”, de origem industrial, Weisbord, discutindo sua aplicação em centros médicos, considera-o nada mais que um placebo. . .

A variável “médico”

Para compreender as inúmeras dificuldades da administração de hospitais de ensino é preciso que nos reportemos à própria profissão médica. Historicamente, o desenvolvimento intelectual dos profissionais da medicina sempre esteve sujeito a dois tipos de pressão. A primeira se manifesta sob a forma de aplausos—títulos e distinções que recebem de seus próprios colegas, através de academias ou associações médicas—, os quais consagram aqueles que mais se distinguiram por seus trabalhos científicos, voltados, em sua grande maioria, para a medicina dita curativa, ou, noutras palavras, para a atividade curativa

de tal ou qual órgão específico. A outra é a pressão exercida pela própria comunidade, a qual prestigia os profissionais de maior reputação, os que realizaram tratamentos mais espetaculares e são, por isso mesmo, tidos como “os mais competentes”.

Ora, à medida que a população mais se diferencia, passa a exigir também mais médicos especializados, fechando-se assim o círculo vicioso da superespecialização ou da diferenciação profissional. E o médico especialista, elemento importante do complexo hospitalar, passa a ter objetivos cada vez mais voltados para sua área particular de atuação, distanciando-se ou desconhecendo os objetivos da instituição a que pertence ou em que passa grande parte de seu tempo, isto é, o centro médico.

Ao passo, porém, que, nas organizações industriais mais eficientes, são sempre concretas as metas a atingir, claras as autoridades formais, nítida a interdependência funcional entre setores e precisas as medidas de avaliação dos resultados, nas instituições hospitalares, e especialmente nos “hospitais de clínicas”, são abstratas as metas, difusa a autoridade, pouca ou nenhuma a interdependência funcional e escassas e imprecisas as medidas de avaliação de seus resultados (Weisbord). Assim é que as chefias dos departamentos médicos, preenchidas por indicação da Congregação da Faculdade de Medicina, comumente com vinculação só afetiva com a direção administrativa do hospital, assumem a coordenação da assistência, do ensino médico e da pesquisa, cada qual com indissociáveis dependências em relação aos demais departamentos hospitalares; e, ao mobilizar seus recursos humanos e materiais e alterar sua dinâmica de trabalho para a realização dos programas próprios de cada um, geram consideráveis áreas de atrito inter-grupal e repercussões no orçamento anual do hospital.

Tudo isso—e cabe aqui lembrar que o fenômeno é universal e não se encontra

apenas nos hospitais escolas do Brasil—conduz a uma situação à qual não estão afeitos os administradores com experiência exclusivamente empresarial.

Os três poderes

Nos hospitais universitários, as prioridades são levantadas com a mesma intensidade por seus três poderes: a direção da Faculdade de Medicina, para a qual tem primazia o ensino médico; o médico docente, que considera primariamente sua especialidade e seu projeto de pesquisa; e a administração, que valoriza principalmente a assistência médica e sua integração com as demais instituições de saúde (Figura 2). Grande parte das constantes crises de nossos hospitais de ensino pode ser atribuída a esses fatores, cujo entrelaçamento, dada a inexistência de uma teoria de apoio, deixa a administração hospitalar na dependência de sua habilidade em manejar situações organizacionais difíceis, decorrentes de conflitos interpessoais ou intergrupais. Entretanto, algumas recomendações podem ser feitas aos responsáveis pela direção dessas complexas instituições:

- Solicitar maior participação da equipe multiprofissional, especialmente os médicos, nas discussões orçamentárias;
- proporcionar sessões com a finalidade de doutrinar os profissionais em questões organizacionais e relacionamento intergrupais;
- insistir no estabelecimento de metas institucionais e divulgá-las freqüentemente;
- estimular a elaboração e discussão de programas multiprofissionais com a finalidade de proporcionar maior integração intergrupais e consciência coletiva do custo do projeto; e
- orientar grupos multiprofissionais na elaboração de seus próprios manuais de organização e procedimentos.

A teoria da contingência

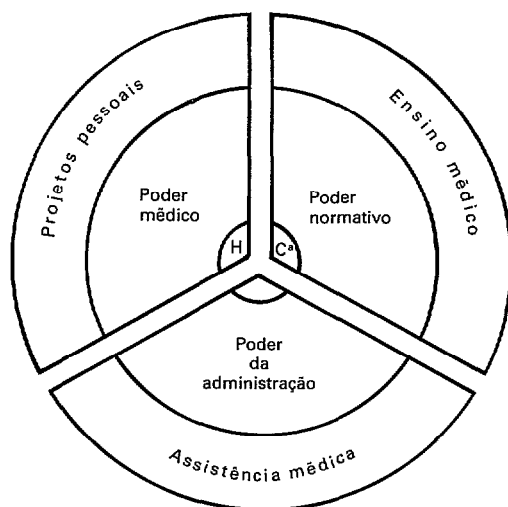
Recentes estudos de administração (Lorsch) vêm sugerindo que não existe

uma única e ótima abordagem organizacional, pois esta dependeria da própria natureza do trabalho que se pretende realizar. Enquanto que atividades com elevado grau de rotinas operacionais semelhantes e procedimentos formalizados ajustam-se melhor a uma estrutura hierárquica clássica, tarefas com resultados duvidosos ou incertos requerem uma estrutura organizacional menos formal, dando ênfase à co-participação e ao autocontrole decisório. Assim, caberia aos administradores desenhar a organização de maneira a que esta se ajuste à natureza da atividade a ser desenvolvida. Tal é a chamada *teoria da contingência*, proposição teórica segundo a qual uma organização se molda em função da natureza do trabalho a ser realizado e de acordo com o padrão específico de necessidades do pessoal nela envolvido.

É possível que a teoria da contingência explique uma série de fenômenos administrativos de interpretação até agora difícil, que ocorrem em situações organizacionais típicas dos hospitais de ensino, onde a autoridade está dividida em três subsistemas formais: o subsistema normativo, formado pelas congregações, conselhos, comissões, etc.; o subsistema autônomo, representado pelos elementos que compõem o corpo clínico; e o subsistema administrativo, representado pela direção executiva do hospital (Figura 2).

Nas relações entre esses subsistemas, entram em jogo dois princípios identificados pela teoria da contingência: o da *diferenciação* e o da *integração*. Define-se o primeiro pelas diferenças afetivas, psicomotoras e cognitivas entre os chefes dos departamentos funcionais (clínica, cirurgia, ortopedia, nutrição, enfermagem, serviço social, etc.) e os dos departamentos administrativos (pessoal, finanças, almoxarifado, etc.), bem como pelas diferenças de estrutura interna daqueles mesmos departamentos. O segundo princípio é o da *integração*, definido como a qualidade do estado de colaboração que existe entre departamentos, para

FIGURA 2—Os tres poderes dos hospitais de clínicas.



^a Apresentam-se de maneira esquemática os três sub-sistemas de governo dos hospitais de ensino: o poder normativo é representado pelas Congregações das Faculdades, Conselhos e Comissões; o poder médico se caracteriza pela relativa autonomia de juízos e decisões de seus profissionais, pouco sujeitos às normas e procedimentos definidos pela organização; e o poder da administração, representado pelo diretor do hospital. As prioridades levantadas são respectivamente: o ensino das ciências da saúde, os projetos de pesquisa e a assistência médica.

permitir (ou não) que seja atingida uma união de esforços solicitada pelo próprio meio.

É nesse contexto que surge a figura do *integrador* como elemento de ligação entre diferentes funções ou departamentos. Frequentemente desempenhado pelo enfermeiro, nos hospitais, esse papel pode ser também representado por outros mecanismos integradores, como as comissões, forças-tarefas, equipes multiprofissionais, etc. Em hospitais dos Estados Unidos, essa função é por vezes desempenhada pelo chamado "gerente de unidade" (*"unit manager"*), administrador de nível médio, com tarefas específicas, teoricamente capaz de resolver todos os problemas administrativos das unidades de internação, retirando esse papel do enfermeiro, que assim teria mais tempo para se dedicar à atenção direta ao doente.

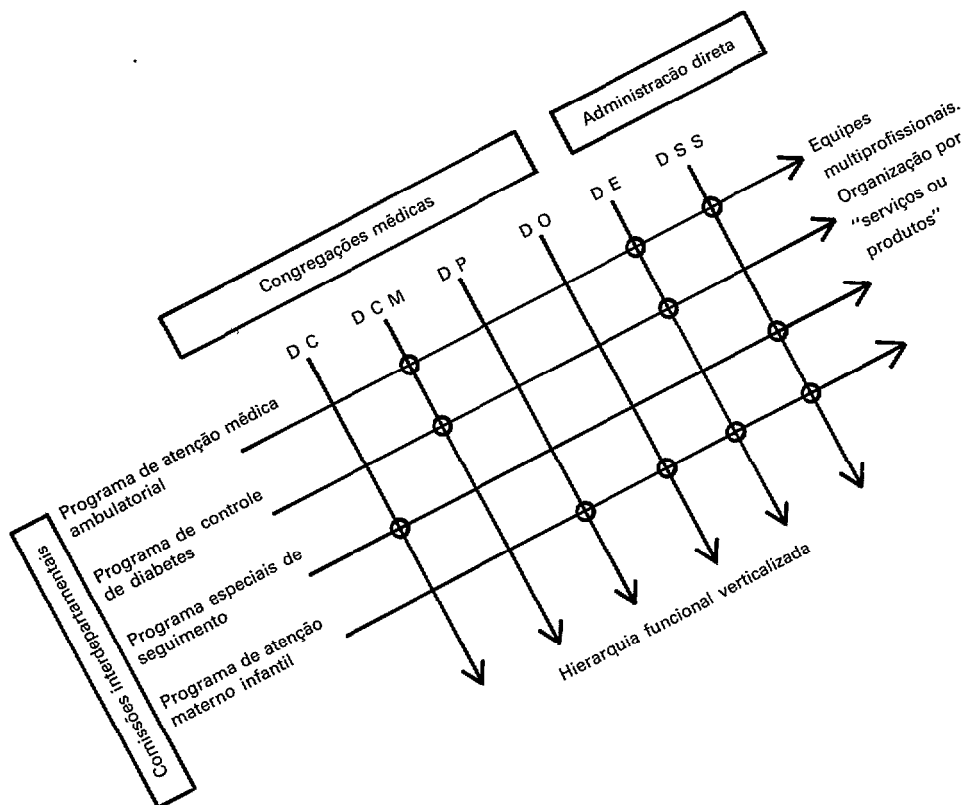
Embora seja pequena nossa experiência pessoal com esse novo agente, cuja introdução no HCFMUSP defendemos durante muito tempo, temos sérias dúvidas de que o administrador de unidades possuiria de fato as habilidades necessárias para ser um integrador. Isso porque, além de suas atividades típicas de administrador, teria ele a responsabilidade de promover unidade de ação entre as diversas especialidades, resolver conflitos inter-departamentais e assim facilitar o processo decisório. Para isso seriam necessárias qualidades e habilidades dificilmente encontradas em nosso meio num profissional com formação pré-universitária.

A teoria da contingência, no que se refere à compatibilização das atividades departamentais com os recursos humanos que a organização possui, supõe também um nível de diferenciação ou integração típico de cada uma em determinado meio. No âmbito dos hospitais de ensino, a observação desses princípios mostra-nos a ocorrência normal de duas situações: os departamentos das Faculdades de Medicina, estruturados por "função" e integrados, em sua grande maioria, por médicos altamente especializados, subordinados aos respectivos chefes de departamento; e os departamentos do hospital propriamente dito, distribuídos por "serviços" e formados de médicos, pertencentes ou não ao quadro docente, enfermeiros, assistentes sociais e outros membros da numerosa "família hospitalar", subordinada à administração do hospital.

Quando múltiplas especialidades altamente diferenciadas têm de trabalhar de forma integrada para prestar um serviço ou realizar uma tarefa, ocorre muitas vezes um impasse, cuja solução pode ser encontrada na chamada *organização matricial*.

Organização matricial aplicada a hospitais

Embora nunca aceitas conscientemente pela administração hospitalar ou pela

FIGURA 3—Estrutura matricial.^a

^a Organização matricial em que estão representados, como exemplo, os departamentos hospitalares funcionais: D.C., departamento de cirurgia; D.C.M., departamento de clínica médica; D.P. departamento de pediatria; D.O., departamento de obstetrícia; D.E., departamento de enfermagem; D.S.S., departamento de serviço social, etc. Lateralmente, alguns dos inúmeros programas interdepartamentais e multiprofissionais que são desenvolvidos em um hospital universitário. A coordenação destes programas está a cargo de comissões multiprofissionais.

chefia do corpo clínico, ocorrem espontaneamente nos hospitais de ensino—e isso vem sendo recentemente aceito como viável em organizações não hospitalares—situações em que a equipe multiprofissional, simultânea e temporariamente, pertence a um grupo de serviços (controle pré-natal, seguimento de diabetes, etc.) e a um grupo funcional (departamento de obstetrícia, de clínica médica, etc.), subordinando-se assim, ao mesmo tempo, a um chefe de departamento e a um coordenador de programa.

Não é novo o conceito de dualidade de chefias, com suas situações potenciais de

conflito, mas somente agora temos subsídios teóricos que nos permitam aceitar essa posição e dela extrair conhecimentos para melhor aproveitar a capacidade dos profissionais envolvidos nas unidades hospitalares e conseqüentemente melhorar a qualidade da atenção médica oferecida, da educação de estudantes das ciências da saúde e da investigação clínica pura ou aplicada.

Nisso se resume a *organização matricial*, que pressupõe uma coordenação formal e hierárquica vertical, através da própria departamentalização, juntamente com uma coordenação horizontal, referente ao grupo humano responsável por

determinado programa. Em instituições universitárias de saúde, essa forma organizacional é um modelo estrutural misto no qual coexistem a chefia do departamento e o responsável pelo programa a ser executado pela equipe hospitalar (Figura 3). Nas enfermarias ou unidades de internação de doentes, por exemplo, o enfermeiro é diretamente subordinado à chefia de seu departamento, mas, no que se refere aos cuidados diretos ao paciente, subordina-se ao médico chefe do serviço.

Conclusão

A teoria da contingência explica a paulatina e inevitável delegação de cada vez maiores atribuições do médico a outros profissionais especializados e a própria viabilidade de convivência de um agrupamento profissional mais liberal, como as congregações médicas, com estruturas mais formais, verticalmente hierarquizadas, integradas por profissionais paramédicos e não universitários. O enfoque matricial, por sua vez, possibilita a estruturação do hospital em departamentos funcionalmente especializados, em rede com atividades multiprofissionais laterais cuja ação é orientada conforme os serviços ou tarefas a realizar em determinado momento, por certo período de tempo. Embora concorra para resolver inúmeros conflitos, a estrutura matricial ainda está longe de ser uma solução ideal em face do complexo desafio representado pela administração dos hospitais de clínicas. Em face do enorme poder político e social que seus departamentos clínicos detêm e de sua inegável importância no desenvolvimento e na manutenção da competência do médico, encontra sério óbice a implantação da organização matricial, que, ao introduzir a figura do chefe ou coordenador de programas multiprofissionais, acaba, de uma forma ou de outra, por diminuir a autoridade dos chefes de departamento.

Daí a necessidade de que os diretores administrativos de tais instituições possuam conhecimentos teóricos, habilidades e sensibilidades especiais para lidar com diferentes estilos administrativos, que se apóiam seja na grande participação intergrupar, seja no comando hierarquizado vertical. Tal situação torna-se ainda mais difícil em virtude da controvérsia que ainda separa, no que se refere à medição qualitativa dos resultados, os que se preocupam mais com métodos de avaliação do desempenho hospitalar em geral e os que dão primazia à qualidade da atenção médica prestada aos doentes internados em particular.

Ante toda essa gama de inovações, é necessário que surjam em nosso meio administradores hospitalares cada vez mais numerosos e melhor adestrados. Isso porque, nos próximos anos, não poderão mais essas instituições ser gerenciadas por leigos ou empiristas, e exigirão administradores com formação profissional, bem preparados para pesquisar novas alternativas organizacionais e pôr em prática as já existentes.

Resumo

A ocorrência cíclica de crises institucionais nos hospitais de ensino, em virtude de fatores tanto acadêmicos como estruturais, levou o autor a examinar neste artigo vários aspectos peculiares a essas instituições universitárias à luz de postulações teóricas oriundas do estudo da administração de empresas.

Entre essas postulações, são destacadas a teoria da contingência, pela qual a situação hospitalar força o médico a delegar cada vez maiores atribuições a outros profissionais especializados; e a chamada organização matricial, em que o hospital admitiria a dualidade de chefias em coordenação tanto vertical, através de sua departamentalização, quanto horizontal, através do

grupo humano responsável por determinada tarefa hospitalar, em dado momento.

São postos em evidência vários problemas de integração e/ou coordenação não só entre os diversos departamentos do hospital-escola como entre este e a Faculdade de Medicina, tais como: a superespecialização profissional e o conseqüente fracionamento do paciente internado em especialidades médicas; a inexistência, ao contrário do que ocorre nas organizações

industriais mais eficientes, de metas organizacionais, autoridade formal, interdependência funcional e medidas de avaliação de resultados nitidamente definidas; e o conflito de prioridades entre a direção da Faculdade, que dá primazia ao ensino médico, o médico docente, que considera primariamente seu campo especializado de atuação, e a administração hospitalar, que valoriza principalmente a assistência médica. □

REFERÊNCIAS

- (1) Sheldon, A. Organizational Issues in Health Management. *Spectrum*, Nova Yorke, 1975. Págs. 67-70.
- (2) Morse, J. J. e J. W. Lorsch. Beyond Theory Y. *Harvard Business Review*, maio-junho de 1970. Pág. 95.
- (3) Neuhauser, D. The Hospital as a Matrix Organization. *Hosp Admin* 1972: Págs. 8-25.
- (4) Levinson, H. Management by Whose Objectives? *Harvard Business Review*, julho-agosto de 1970. Pág. 124.
- (5) Weisbord, M. R. Why Organization Development Hasn't Worked (So Far) in Medical Centers. *Health Care Manag Rev* 1(2)17-28, 1976.

Problemática del hospital universitario moderno. Factores organizativos en la crisis de los hospitales clínicos (Resumen)

La aparición cíclica de crisis institucionales en los hospitales de enseñanza, en virtud de factores tanto académicos como estructurales, impulsó al autor a examinar en este artículo varios aspectos peculiares de esas instituciones universitarias a la luz de principios teóricos derivados del estudio de la administración de empresas.

Entre esos principios, sobresalen la teoría de la contingencia, por la cual la situación en el hospital obliga al médico a delegar cada vez mayores atribuciones a otros profesionales especializados, y la llamada organización matricial, según la cual el hospital aceptaría la dualidad de mando en coordinación tanto vertical, a través de su departamentalización, como horizontal, a través del grupo humano responsable de determinada tarea, en un momento dado.

Se destacan varios problemas de integración

y/o coordinación no solo entre los diversos departamentos del hospital-escola, sino entre este y la facultad de medicina, como por ejemplo: la superespecialización profesional y el consiguiente fraccionamiento del paciente internado en especialidades médicas; la inexistencia, al contrario de lo que sucede en las organizaciones industriales más eficientes, de metas organizativas, autoridad formal, interdependencia funcional y medidas de evaluación de resultados claramente definidos; y el conflicto de prioridades entre la dirección de la facultad, que da primacía a la enseñanza de la medicina, el médico docente, que considera sobre todo su campo especializado de actuación, y la administración del hospital, que valora principalmente la atención médica.

Problems of the modern university hospital. Organizational factors in the crisis of teaching hospitals (Summary)

The cyclical appearance of institutional crises in teaching hospitals, resulting from both academic and structural factors, induced the author to examine in this article several aspects peculiar to university institutions in the light of theoretical principles derived from the study of business administration.

Among these principles, two are foremost: the contingency theory whereby the hospital situation forces the physician to delegate ever-increasing attributes to other specialized professional persons, and the so-called matrix organization whereby the hospital would accept duality of command by coordination, both vertical, through departmentalization, and horizontal, through the personnel responsible for any particular task at any particular moment.

Several problems of integration and coordination are noteworthy, not only among the various departments of the teaching hospital but between it and the medical faculty, for example: the professional super-specialization and the resulting splitting up of the hospitalized patient among different medical specialities; the nonexistence, in contrast to what is found in more efficient industrial organizations, of organizational goals, formal authority, functional interdependency, and clearly-defined methods to evaluate results; and the priority conflicts between the faculty administration which gives priority to the teaching of medicine, the teaching physician who considers above all his own specialized field, and the hospital administration which principally values medical attention.

Problématique du centre hospitalier universitaire moderne. Facteurs organisationnels dans la crise des hôpitaux cliniques (Résumé)

Les crises institutionnelles cycliques qui se produisaient dans les centres hospitaliers universitaires sous l'effet de facteurs académiques et structurels ont donné à l'auteur l'idée d'analyser et exposer dans cet article certains aspects particuliers de ces institutions universitaires, à la lumière de principes théoriques issus de l'étude de l'administration d'entreprises.

Parmi ces principes figurent notamment, d'une part, la théorie de la contingence selon laquelle la situation dans l'hôpital même est telle que le médecin est contraint de donner des attributions de plus en plus larges à d'autres membres spécialisés du personnel hospitalier; et, d'autre part, l'organisation dite matricielle, qui fait que l'hôpital consentirait à un certain moment à une dualité administrative en coordination verticale, sous la forme de la comparatimentation des services, en même temps qu'horizontale, en faisant appel à un groupe

humain chargé d'accomplir certaines tâches.

Divers problèmes d'intégration et/ou de coordination se posent alors, non seulement entre les divers départements de l'hôpital-école, mais entre celui-ci et la faculté de médecine, tels, à titre d'exemple: la spécialisation professionnelle excessive qui donne lieu au déplacement continu du patient interné dans des services médicaux spécialisés; l'inexistence, contrairement à ce qu'il en est dans les organisations industrielles efficaces, de tâches administratives, d'autorité formelle, d'interdépendance fonctionnelle, et de mesure d'évaluation de résultats clairement définis; enfin, le conflit de priorités entre la direction de la faculté qui place au premier plan l'enseignement de la médecine, le médecin enseignant qui s'intéresse avant tout au domaine de sa spécialité, et l'administration de l'hôpital qui exige l'efficacité des services médicaux.