

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ARTÍCULO ESPECIAL

## Debemos eliminar al taxista del comité de tumores<sup>☆</sup>

J. Prades<sup>a,b,\*</sup> y J.M. Borràs<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Pla Director d'oncologia de Catalunya, España

<sup>b</sup> Departament de Ciències clíniques, UB, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, España

Recibido el 5 de julio de 2011; aceptado el 30 de agosto de 2011

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Cáncer;  
Atención  
multidisciplinar;  
Modelos de  
cooperación

### KEYWORDS

Cancer;  
Multidisciplinary  
care;  
Models of  
co-operation

**Resumen** La creciente complejidad clínica sitúa a las estructuras y procesos de toma de decisiones entre los elementos clave de la atención al cáncer. El gran número de profesionales involucrados en tal patología abona un terreno con un enorme potencial para que prosperen problemas de coordinación y comunicación. La perspectiva de una atención multidisciplinar organizada destaca por su capacidad de lograr que la atención no sea tanto una secuencia lineal como un proceso global liderado por un equipo. Esta es una propuesta basada en la evidencia y que ha mostrado su capacidad para contribuir a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes oncológicos. En un contexto de gestión de patologías oncológicas marcadamente frecuentes, costosas y clínicamente complejas, es prioritario desarrollar un enfoque distinto, basado en la especialización de los profesionales y equipos por ámbito tumoral. La organización y la gestión de muchos hospitales, sin embargo, no suele reflejar esta dimensión por basar los procesos de atención en servicios hospitalarios muy rígidos que limitan la comunicación transversal y, por tanto, una redistribución de responsabilidades en torno a los profesionales con mayor potencial de logro de la efectividad clínica. El presente artículo expone la dificultad de lograr un modelo de cooperación profesional más integrado e identifica los diferentes modelos de implantación de la atención multidisciplinar, usando el cáncer como ejemplo, en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### We must remove the taxi driver from the tumour committee

**Abstract** The increasing complexity of cancer care makes organisation of clinical decision-making one of the key elements in high-quality cancer care. The great number of professionals involved in this disease means that communication and co-ordination among such professionals is of pivotal importance. The prospect of an organised multidisciplinary care is highlighted for its ability to move from a sequential model of care to progress towards an inclusive process led by a multidisciplinary team. Scientific evidence shows that such a perspective contributes to improved survival and quality of life of cancer patients. In the context of highly frequent,

<sup>☆</sup> Este trabajo ha sido posible con la financiación parcial de la Red de Investigación Cooperativa del Cáncer, ISCIII (RD 06/0020/0089) y del proyecto FIS (PI 08/1315).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlprades@iconcologia.net](mailto:jlprades@iconcologia.net) (J. Prades).

costly and clinically complex cancer diseases, the priority is to develop a different approach to its management, based on the expertise of professionals and teams by tumour location. The organisation and management of many hospitals, however, does not generally reflect this dimension. The process of care is based on very rigid hospital services which restrict cross-communication. This hinders a redistribution of responsibilities of the professionals with the greatest potential to improve clinical effectiveness. The present paper shows the difficulty in developing a model of integrated professional cooperation and identifies the different models of implementation of multidisciplinary care, using cancer as an example, in the context of the Spanish National Health System.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Años noventa. Una mujer con sospecha de cáncer de mama se dirige a un hospital público de nuestro país. Opta por coger un taxi. El taxista, en un movimiento arbitrario, la deja cerca de uno de los dos edificios (A, B) que reciben derivaciones de dicho perfil de pacientes. A y B albergan servicios capaces de tratar quirúrgicamente. A la mujer se le realiza una mastectomía radical en A cuando en B quizás se hubiera explorado la posibilidad de administrar un tratamiento más conservador. Estas opciones terapéuticas pueden tener consecuencias sobre la calidad de vida y el pronóstico de su enfermedad.

A y B ya no conforman un problema en ese hospital, pero el fondo azaroso de la anécdota se reproduce efectivamente mediante otras fórmulas en muchos centros de nuestro sistema sanitario. A y B (o incluso C) podrían ser, siempre en un mismo hospital y bajo una misma dirección: dos cátedras o servicios de cirugía tratando pacientes de cáncer colorrectal; ginecología y cirugía tratando pacientes de cáncer de mama (unas mujeres, por ejemplo, provenientes de cribado); o, urología y oncología radioterápica tratando pacientes de cáncer de próstata. En cualquier escenario, el/la paciente de cáncer (siempre singular) ve condicionado su diagnóstico y tratamiento y, con algún grado de probabilidad, uno u otro resultado clínico a causa de la puerta de entrada al hospital que el azar, su médico de cabecera o un servicio diagnóstico le han deparado. En este juego de suma cero (si te corresponde uno, pierdes el otro) reconocemos una de las dimensiones que explican la brecha entre eficacia y efectividad en la provisión de servicios sanitarios, la distancia entre lo que se podría hacerse y lo que de hecho se hace<sup>1</sup>.

La variabilidad en la práctica médica está razonablemente justificada ante discusiones de carácter clínico basadas en la evidencia, e incluso debe ser considerada positivamente en la medida en que los tratamientos se adecuan a circunstancias específicas de los pacientes. Por el contrario, no parece razonable que la estructura de servicios hospitalarios —encarnada en profesionales reacios a compartir pacientes— o la inoperancia administrativa alimenten la arbitrariedad con la que a menudo se produce la gestión de pacientes. Un paciente de cáncer de recto en estadio III que requiere radioquimioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante, no puede ser gestionado bajo la presunción de efectividad de un solo clínico que enarbola la *mejor evidencia* y que solo realizará una parte de la compleja estrategia terapéutica que requiere este paciente. Pero, ¿acaso puede serlo una paciente de cáncer de mama con buen pronóstico, aunque, sujeta a

una determinada comorbilidad y con preferencias de tratamiento? Resulta difícil trazar fronteras en el ámbito de la gestión clínica cuando impera la perspectiva de la *mejor atención* que puedo dar a *mis pacientes*. Los pacientes oncológicos no deben verse perjudicados por servicios hospitalarios que conservan derechos residuales de control sobre flujos de pacientes que involucran potencialmente variabilidad en la práctica médica.

El presente artículo expone la dificultad de lograr una atención más integrada a partir de procesos clínicos cada vez más participados e interdependientes que son regidos por departamentos estancos, impermeables. Es amplio el muestrario de modelos hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud que no reflejan ni permiten dar salida a alternativas de gestión coordinada de patologías marcadamente prevalentes, costosas y clínicamente complejas. Siguen el precepto hegeliano —«Todo lo real es racional»— los clínicos y gestores que conciben una atención centrada y dirigida por servicios hospitalarios como algo que obedece a un orden lógico. En sentido opuesto, la evidencia señala la organización multidisciplinar —complementaria a estos— como el mejor camino para transitar hacia la efectividad clínica y otros dominios intermedios como la coordinación de la investigación clínica o la integración asistencial, sin compromiso alguno para el secular taxista.

## Del consenso voluntario a una atención multidisciplinar organizada

El cáncer es una patología grave que a la vez tiene una presencia muy grande en el sistema sanitario: implica varios niveles de atención, agrupa a muchas especialidades y profesionales y moviliza una gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos, por lo que su buena o mala gestión tiene un gran impacto asistencial. En cáncer no hay *mejor evidencia* sin *mejor organización*.

Esta situación ha influido en los modelos de atención producidos en la última década, proyectándose como referencia aquellas prácticas que fomentan una redistribución de responsabilidades en torno a los profesionales con mayor potencial de logro de la efectividad clínica<sup>2</sup>. En cáncer, los equipos de atención multidisciplinar han cobrado protagonismo a medida que la toma de decisiones que involucran los pacientes oncológicos lo es en calidad de su perfil clínico. Más que por innovaciones procedentes de la oferta, la atención multidisciplinar en oncología adquiere relevancia en la medida en que debe responderse a una

rápida expansión de la variedad de tratamientos potencialmente eficaces que implica dilemas sobre las opciones terapéuticas y sobre cómo deben ser presentadas a los pacientes<sup>3</sup>. Es principalmente la complejidad de las diferentes enfermedades oncológicas, junto al volumen de casos, el elemento que espolea el cambio. Específicamente, la consideración global de los procesos de atención debe entenderse como una reacción a cuatro mecanismos (*drivers*):

- elevada incidencia/volumen de nuevos casos de cáncer
- redistribución de competencias (los radiólogos realizando biopsias que antes hacían cirujanos, administración de fármacos orales)
- innovación terapéutica en radioterapia y quimioterapia, lo que ha permitido hacer operable a más neoplasias (cáncer colorrectal)
- mayor combinación de estrategias terapéuticas (multimodalidad)

El desarrollo de estructuras multidisciplinarias produce un organigrama más complejo que el conjunto de pirámides al que reducíamos la medicina hospitalaria: se trata de una estructura matricial en la medida en que ciertos profesionales ejercen su tarea en el marco de un equipo toda vez que dependen orgánicamente de su servicio. Es un escenario asistencial que ofrece, según la evidencia, una mejor disposición para incrementar la efectividad clínica para los diferentes tumores. Los hallazgos relativos a la supervivencia de los pacientes muestran cómo el desarrollo de la atención multidisciplinar incide positivamente en los casos de cáncer de mama<sup>4</sup>, ovárico<sup>5</sup>, cabeza y cuello<sup>6,7</sup> y cerebral<sup>8</sup>. Un estudio para el cáncer ginecológico muestra cómo, para un 5% de los pacientes, la organización multidisciplinar produce cambios mayores en la gestión de procesos, es decir, se incrementa el pronóstico de vida como consecuencia de variaciones en la estrategia terapéutica<sup>9</sup>. Otro estudio indica cómo la aproximación multidisciplinar cambia las recomendaciones de tratamiento a pacientes en más de un 40% de los casos (cáncer de mama), lo que además profiere valiosas segundas opiniones para los mismos<sup>10</sup>. También cabe resaltar el aspecto de mejora de la calidad de vida, del cual tenemos evidencia reciente para el cáncer de pulmón<sup>11</sup>. La mayor integración de los procesos, asimismo, se deja sentir en variables intermedias como *el grado de conocimiento que los miembros del equipo tienen de los pacientes*. Un estudio británico muestra cómo ese grado, en el contexto de un equipo multidisciplinar, influye en el proceso de decisión diagnóstico-terapéutico<sup>12</sup>. El conocimiento de los pacientes, entendemos, esconde un sustrato de empatía y motivación que condiciona el interés por estos.

En general, no podemos reducir el comportamiento de los profesionales a una dimensión puramente instrumental. Conscientes de ello o no, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada<sup>13</sup> se ha implementado un «acceso temprano» del paciente al equipo. Situar el conocimiento del paciente en el diagnóstico histológico les ha permitido comprender sus características y proyectar conjuntamente el estudio de extensión y la planificación del tratamiento, lo que, además de aportar seguridad clínica al equipo, ha mejorado sobremedida la calidad percibida por los pacientes,

testimonio del conocimiento cercano de ellos por parte de todos los especialistas y profesionales.

En cuanto al proceso de cambio, debe destacarse que la cristalización de equipos multidisciplinarios por patología tensiona la estructura en el sentido de descentralizarla. El motivo es que la autonomía de las nuevas agrupaciones transversales implica una cierta redistribución del poder dentro de las organizaciones. El proceso de descentralización se produce de la siguiente manera:

Desde la perspectiva del conocimiento:

- Se centralizan los procesos de atención, produciéndose una atención multidisciplinar bajo nuevas formas organizativas: comités de tumores por patología situados en el diagnóstico, unidades clínicas, enfermera gestora de casos, consultas de seguimiento multidisciplinarias, etc.

Desde la perspectiva del proceso de atención:

- Se descentralizan en un nuevo marco de referencia los profesionales y el conocimiento de que disponen, hasta el momento dándose en compartimentos estancos (los servicios); la continuidad asistencial puede ser abordada, así, de un modo mucho más funcional.

La especialización por patología tumoral, en todo caso, no conlleva por defecto la descentralización interna, sino que cabe una acción directiva para que la «cesión de profesionales» y la estabilidad de los servicios se alineen debidamente. El resultado deben ser estructuras completas y funcionales que superen una concepción secuencial del proceso asistencial en el que unas decisiones se superponen a otras —un modelo todavía preeminente—. Actualmente se observan importantes diferencias cualitativas por equipo en relación con este proceso (la figura 1 lo refleja en su conjunto). Tres son los escenarios de organización que cabe identificar. Primeramente encontramos un modelo marcado por la *reciprocidad informal* entre clínicos, los cuales presentan casos en comité de un modo discrecional con el fin de obtener recomendaciones y derivar a pacientes para la continuación del tratamiento. La aproximación generalista al cáncer, notoria en este modelo, genera un marcado salto comunicativo entre especialistas que se evita en el segundo como consecuencia de la subespecialización por ámbito tumoral, una situación que permite desarrollar una atención oncológica basada en perfiles de pacientes. Este modelo, de *adaptación mutua*, no solo se expresa en el nivel de competencia profesional sino que también organizativamente: el comité de tumores especializado se configura como mecanismo de coordinación explícito del equipo. Dicha disposición reclama la presencia de las especialidades diagnósticas, además de las terapéuticas, y el consenso en una toma de decisiones que puede involucrar objetivos asistenciales más amplios como son la coordinación de la investigación clínica o la planificación de la atención de los supervivientes de cáncer.

La extensión de la especialización por ámbito tumoral mediante comités de tumores conlleva una situación de gran potencial de mejora de la efectividad clínica y, asimismo, crítica desde la perspectiva de las necesidades de coordinación de profesionales marcadamente expertos en un entorno fragmentado en servicios. Son escasas aunque reseñables las

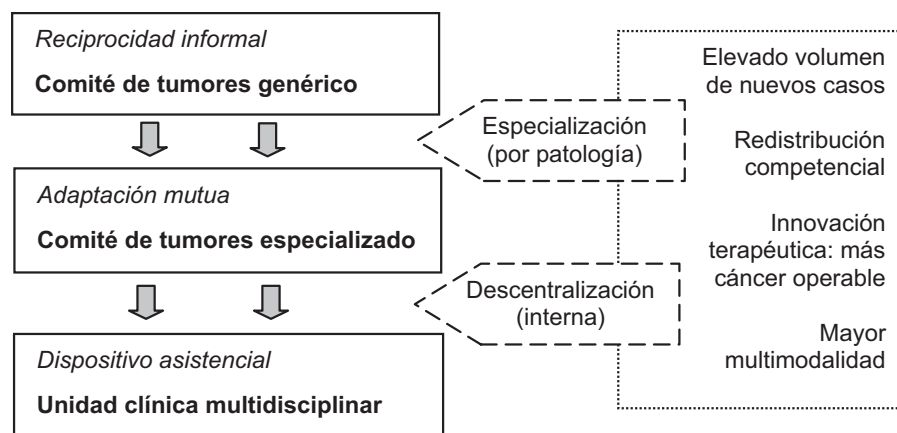


Figura 1 Proceso de innovación en el cambio del modelo de coordinación de servicios oncológicos.

experiencias de equipos (o centros) que han dado un paso más en términos de comunicación y coordinación y han apostado por una descentralización hospitalaria (interna) a partir de identificar un *dispositivo asistencial* específico que comprende el proceso asistencial en su conjunto. Desplegar este tercer modelo implica un espacio físico que es puerta de entrada de un perfil específico de pacientes para todo el hospital, además de lugar de referencia para la atención primaria de la zona, servicios hospitalarios y pacientes.

### Tratar en ausencia de consenso clínico (y otros ímpetus gestionables)

En el análisis del contexto organizativo en el que tiene lugar la toma de decisiones clínicas hemos hablado de estructuras, de modelos de coordinación. En efecto, la gestión no puede ignorar en la persecución de la calidad asistencial el funcionamiento de los equipos clínicos y su propio contexto (los dispositivos de enlace específicos y las condiciones de deliberación), pues estos determinan el acto de articular la atención y el mismo tratamiento<sup>14</sup>, un aspecto clave en oncología si tenemos en cuenta que la aplicación efectiva de la combinación terapéutica inicial tiene valor pronóstico en la supervivencia del paciente<sup>15,16</sup>. Al lado de las estructuras, sin embargo, debe prestarse atención a la cultura, es decir, al conjunto de creencias y costumbres (ímpetus incluidos) que en los niveles profesionales, de servicio y de centro, inciden en el comportamiento de los diferentes miembros de un equipo.

Para empezar, cabe señalar el vértice organizativo fundamental cuyo liderazgo actúa como llave de paso hacia una actitud multidisciplinar más o menos abierta: los jefes de servicio. Los hospitales, burocracias de tipo profesional, se estructuran otorgando una posición muy relevante a los responsables del conocimiento clínico, que deben ser entendidos por ello como directivos. Una parte significativa de estos en el Sistema Nacional de Salud se sostiene en jerarquías clásicas que fomentan una cultura piramidal, reacia a la comunicación horizontal (entre servicios)<sup>17</sup>. La relación profesional (intraservicio) se explica, bajo este orden, por la posición que ocupan las personas en la jerarquía (jefe de servicio, de sección, médico adjunto, etc.), más que por

las habilidades adquiridas y la disposición de conocimiento experto. De este modo, la integración (extraservicio) de uno de sus miembros en una estructura multidisciplinar puede equivaler a «perder el control» sobre el mismo o directamente «desmembrar el servicio». Esta perspectiva debe ser entendida en el contexto de un esquema de gestión hospitalario marcado por «pocos escalones en la escala retributiva y unas relaciones de puestos de trabajo muy limitadas en jerarquía [...]»<sup>18</sup>.

La práctica multidisciplinar organizada (el segundo y tercer escenario de la figura 1) exige una estructura interna de roles clara (coordinador clínico, enfermera clínica gestora de casos, secretario) en el desarrollo de mayores capacidades de control y gestión de todos los aspectos del proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer (desde limitar los tratamientos que se producen por inercia en el marco de los servicios hasta reservar directamente espacios de quirófano o mantener la interlocución con la dirección). Servicios hospitalarios y unidades clínicas conforman una estructura propiamente matricial cuando las diferentes llaves de paso se abren y tiene lugar una cooperación profesional efectiva.

En la valoración de la atención multidisciplinar tampoco podemos eludir la gestión hospitalaria. La aceptación y gestión activa de la creciente complejidad clínica comporta que los gestores sanitarios deban afrontar la transición de un modelo basado en macroservicios que resuelven procesos delimitados a otro que fomenta el trabajo multidisciplinar basado en grupos transversales y permite proyectar procesos integrados. La diacronía existente entre ambas situaciones confiere tintes poliárquicos al gobierno de muchos centros en la medida en que no se asegura la coherencia de las decisiones con una meta colectiva. El problema arriba descrito sobre la fragmentación de las puertas de entrada (servicios o unidad diagnóstica que recibe derivaciones) para un mismo perfil de pacientes plasma bien esta cuestión: disponer de una fuente «propia» de pacientes constituye un elemento de control clave para entender el estatus de algunos servicios en los hospitales, toda vez que resulta la base material de su resistencia al cambio.

Muchos clínicos viven este tipo de situaciones como aceptables, arguyendo que emplean un protocolo compartido o sufren una elevada presión asistencial y no disponen de

tiempo para participar en los comités (los mismos argumentos, paradójicamente, que sirven a otros para modificar el modelo). Por otro lado y para comprender mejor las cosas, es frecuente encontrar gestores de centros que consideran las reuniones de comités de tumores poco menos que pérdidas de tiempo y a los clínicos participantes, gente poco productiva. En expresión de Meneu, opinamos, algunos parecen más atentos a las corrientes subterráneas antes que a la calidad de lo que fluye<sup>19</sup>.

En el camino hacia la efectividad de los servicios sanitarios y una rendición de cuentas más sistemática caben algunas acciones directivas en la línea de favorecer los sistemas y procesos que apoyan la toma de decisiones clínicas. Las diferencias observables (organizativas, de alcance asistencial) entre equipos, dentro de un mismo hospital, invitan a las direcciones a homogeneizar los avances producidos en aras de la equidad. Dada la «libre» organización de los equipos multidisciplinarios, se presenta la necesidad de desarrollar mecanismos que aseguren la transferencia de las mejores prácticas (nuevos roles, bases de datos y sistemas de evaluación, apoyo de secretaría, uso de componentes informáticos, etc.). La Comisión central de tumores, presente en todos los hospitales, parece el organismo adecuado para armonizar los cambios y hacer de correa de transmisión entre equipos/patologías.

Por último, la principal razón de ser de los equipos es incrementar la efectividad en el diagnóstico y el tratamiento de neoplasias con la transformación de los procesos de toma de decisiones, a veces, a partir de situaciones asistenciales nuevas. En este sentido, es la evaluación de resultados clínicos y de proceso lo que mejor puede justificar, guiar y legitimar el cambio hacia la homogeneización de criterios clínicos y procesos de atención, además de fomentar la conciencia de equipo que hoy no suelen tener un conjunto de expertos reunidos en comité para comentar casos. La posibilidad de reflejar los resultados del propio trabajo debe actuar como *driver* en el sentido de desactivar la competencia entre servicios y favorecer la identidad de equipo en base a una cultura evaluadora. Cabe definir indicadores mínimos y armonizar bases de datos, recoger y analizar sistemáticamente los resultados y evaluar críticamente las decisiones clínicas que se emprenden.

## Un mínimo común para afrontar el futuro

El ámbito de la organización hospitalaria no es el del conocimiento clínico experto; los centros sanitarios se gobiernan con un buen gobierno. Debido a que los equipos multidisciplinarios no disfrutan *per se* de un ecosistema normativo, factores como elevadas cargas de trabajo, mecanismos de coordinación pobres o jefes de servicio alérgicos a formas de integración transversales fácilmente limitan su implantación. La integración clínica no sobrevendrá bajo un régimen de *expertócratas* o directivos que no dirigen; la siempre contingente gestión sanitaria debe asumir la responsabilidad de mover las fronteras organizativas (y favorecer una cultura cooperativa) para evitar que los mismos escenarios de atención tributen inercias clínicas injustificables.

Este primer (reciente) reto para la coordinación oncológica debe ser atendido imperativamente, pues asoman otras prioridades que, asimismo, piden más integración. Del lado

de la demanda, cabe reconocer un potente *driver* en la atención a los supervivientes de cáncer (agreguese al cuadro de la figura 1). El cáncer se cronifica y se cuela en la lista de enfermedades que deben ser abordadas a partir de modelos de atención que pivotan en atención primaria, una maniobra plausible cuando los servicios hospitalarios dan muestras de suficiencia en integración y armonización en la línea descrita. A día de hoy sorprende el contraste entre el colapso de las consultas hospitalarias de seguimiento con la desatención de la salud global de los pacientes<sup>20</sup>. Del lado de la oferta, la insoportable levedad de la atención multidisciplinar y la necesidad de una mayor integración entre niveles ha sido abordada en diferentes países europeos de un modo sistemático con la creación de redes de cáncer orientadas a partir de diferentes interfases (nivel hospitalario; hospital/primaria/residencias; sistema sanitario/comunidad, etc.)<sup>21</sup>.

La complejidad clínica que entraña el diagnóstico y el tratamiento de cáncer no permite desconectar las decisiones clínicas del propio modo (contexto, proceso) en que se toman. Un mínimo común para los pacientes oncológicos debe permitir alinear decisiones basadas en la evidencia con escenarios de atención asépticos (a saber, desprovistos de divisiones de las arriba mencionadas por parte de los servicios y de arbitrariedad administrativa). Cinco puntos básicos deben ayudar a transformar los procesos de decisión con el fin de evitar *trade-offs* asistenciales (situaciones en las cuales se debe perder cierta cualidad a cambio de otra cualidad. Implica decisiones en la que se comprende totalmente las ventajas y desventajas de cada elección) en el seno de los servicios oncológicos y proyectar la mejor atención posible:

- 1) Todos los pacientes de cáncer deben ser discutidos/presentados en un comité de tumores.
- 2) El acceso de los pacientes a comité debe tener lugar en la fase diagnóstica (sospecha o diagnóstico histológico).
- 3) Los acuerdos entre especialistas deben tomar la forma de decisiones consensuadas y vinculantes.
- 4) Los resultados clínicos de este proceso deben ser evaluados sistemáticamente.
- 5) Los gestores sanitarios deben proteger el tiempo de comité y promover un tipo de organización permeable al desarrollo de equipos multidisciplinarios, incidiendo en primer lugar en los roles transversales (coordinador, enfermera gestora de casos) que los representan.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ortún V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). Rev Esp Salud Publica. 2006;80:1-4.
2. Molleman E, Broekhuis M, Stoffels R, Jaspers F. How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. Health Care Anal. 2008;16:329-41.
3. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol. 2006;7:935-43.

4. Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence on clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*. 1995;345:1265-70.
5. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *Br J Cancer*. 1994;70:363-70.
6. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer*. 2011;104:1246-8.
7. Birchall M, Bailey D, King P. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer*. 2004;91:1477-81.
8. Lutterbach J, Pagenstecher A, Spreer J, Hetzel A, Velthoven V, Nikkah G, et al. The brain tumor board: lessons to be learned from an interdisciplinary conference. *Onkologie*. 2005;28:22-6.
9. Santoso JT, Schwertner B, Coleman RL, Hannigan EV. Tumor board in gynecologic oncology. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14:206-9.
10. Chang JH, Vines E, Bertsch H, Fraker DL, Czerniecki BJ, Rosato EF, et al. The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management. *Cancer*. 2001;91:1231-7.
11. Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, Duggan KJ. Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer? *Cancer*. 2011;117:5112-20.
12. Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs I. Influences on multidisciplinary team decision making. *Int J Gynecol Cancer*. 2008;18:215-22.
13. Guerra JA. Atención multidisciplinar como modelo de calidad asistencial: Experiencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada. En: Prades J, Borràs JM, editores. *La organización de la atención multidisciplinar en cáncer en España*. Barcelona: Elsevier; 2011.
14. Jennings B, Baily MA, Bottrell M, Lynn J, editores. *Health Care Quality Improvement: Ethical and Regulatory Issues*. New York: The Hastings Center; 2007.
15. Institute of Medicine. *Ensuring quality of cancer care*. Washington: National Academy Press; 1999.
16. Smith TJ, Hillner BE. Ensuring quality of cancer care by use of clinical practice guidelines and clinical pathways. *J Clin Oncol*. 2001;19:2886-97.
17. Prades J, Borràs JM. Multidisciplinary cancer care in Spain, or when de function creates the organ: qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2011;11:141-51.
18. López Casasnovas G. Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. *GCS*. 2000;2:79-81.
19. Meneu R. Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora. En: Ortún V, editor. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer; 2009.
20. Ferro T, Borràs JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit*. 2011;25:240-5.
21. Rico A. Gestión clínica y atención integrada al cáncer: tendencias internacionales. En: Prades J, Borràs JM, editores. *La organización de la atención multidisciplinar en cáncer*. Barcelona: Elsevier; 2011.