



Ana Ruiz Casado

El enfermero gestor de casos: ¿un nuevo elemento dentro del Plan de Cáncer del Hospital Universitario de Fuenlabrada?

Ruiz Casado A, Ortega Solano MJ, Martín Moreno J, Soria Verdugo A, García Vega E, Ortiz Otero M
Comisión de Cáncer. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
Dirección para correspondencia: aruiz.hflr@salud.madrid.org

Resumen

La figura del gestor de casos está cobrando mayor importancia en la asistencia oncológica. La Estrategia en Cáncer del SNS propone la figura del enfermero gestor de casos. Los gestores de casos o navegadores podrían jugar un papel esencial en ayudar a los pacientes para coordinar los tratamientos por los diferentes servicios a lo largo de su asistencia. En nuestro hospital los principales la figura del gestor de casos se centrará en: integración en los comités de tumores, coordinación de cuidados y citas por los diferentes servicios, soporte emocional y refuerzo de la información proporcionada. Consideramos imprescindible la investigación continuada en este campo.

Palabras clave: Gestor de casos, Navegador de pacientes, Calidad asistencial oncológica, Comisión de cáncer.

The nurse manager, a potential new element for the Plan of Cancer of the Hospital Universitario de Fuenlabrada

Abstract

Patient navigation is an emerging trend in cancer care. This tool has been proposed in the Spanish Strategy for Cancer Care as a nurse manager. Patient navigators can play a significant role in assisting patients with coordinating services across the continuum of care. Integration of HUF nurses in multidisciplinary teams, coordination of care and services, emotional support and education are the main focus of our plan for nurse managers. Continued research is essential.

Key words: Case Manager, Patient Navigator, Quality Cancer Care, Commission of Cancer.

Introducción

La gestión de la calidad de la atención al cáncer en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) pivota sobre cuatro elementos fundamentales: Plan de Cáncer, Comisión de Cáncer, Comités de Tumores y Registro Hospitalario de Tumores. Todos ellos se interrelacionan y se imbrican profundamente.

La Comisión de Cáncer (CC) del hospital se constituyó como comisión independiente en 2005 y desde entonces, trabaja en las líneas antes mencionadas. El Plan de Cáncer incluye la regulación de los comités de tumores y establece un plan de mejora de la calidad. La CC ha puesto de manifiesto en sus reuniones su preocupación ante la significativa ausencia de personal de enfermería entre los asistentes a los comités de tumores, así como de la ausencia en el hospital de una figura que señala la estrategia en cáncer del SNS, que es la figura del referente para los pacientes con cáncer¹.

Este documento pretende reflejar la trayectoria que ha conducido a la Comisión de Cáncer a analizar el impacto que podría tener la presencia de un enfermero gestor de casos para solucionar esos aspectos que se han considerado hasta ahora deficientes.

Método

Se revisa la actividad de la Comisión de Cáncer en relación con aspectos referidos a estrategia hospitalaria de cáncer concretamente: Plan de Cáncer y Comités de Tumores. Se revisa la figura del enfermero gestor de casos en la literatura.

Plan de cáncer del HUF

La Comisión de Cáncer del HUF recibe en el año 2007 la encomienda de

diseñar el Plan de Cáncer. Para ello, revisa la literatura más relevante correspondiente a aspectos referidos a la calidad asistencial en oncología: (I) *Ensuring Quality Cancer Care of Institute of Medicine*², (II) *Calman-Hine Report*³ y (III) *Cancer Program Standards* vigente elaborado por la *Commission on Cancer del American College of Surgeons*⁴. El Plan de Cáncer del HUF define los cuatro elementos estructurales sobre los que va a pivotar la asistencia oncológica en el hospital: Registro Hospitalario de Tumores (RHT), Comisión de Cáncer (CC), Comités de Tumores (CT) y el propio Plan de Cáncer (PC).

El **Registro Hospitalario de Tumores** responde a los requerimientos del Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer en la Comunidad de Madrid de acuerdo a la normativa vigente⁵. Un elemento clave en la calidad asistencial y en el control de dicha calidad es disponer de los sistemas de información que permitan la estimación de la carga asistencial así como la evaluación de resultados en términos clásicos de supervivencia, pero también de aspectos referidos a calidad asistencial. El plan de cáncer define que el RHT depende de la CC.

La **Comisión de Cáncer** es un órgano consultivo para la dirección médica. En el HUF se creó inicialmente una Comisión de Tejidos, Tumores y Mortalidad y en 2005 se constituyó como comisión independiente cambiando su nombre a Comisión de Cáncer por razones estratégicas. La dirección médica participa en la CC pero no la preside.

Los **Comités de Tumores**, entendidos como comités multidisciplinares, surgieron de forma espontánea por iniciativa de los profesionales del hospital durante los años 2004-2005. No hubo ningún tipo de directriz al res-

pecto por parte de la dirección. Los grupos de profesionales, eligieron las fechas para reunirse de acuerdo a su conveniencia y el modo de presentar los pacientes y de discutir los casos surgió también de forma natural y fue diferente para cada uno de los comités. El Plan de Cáncer los sitúa en una posición central en la atención al cáncer en el hospital y los vincula con la CC designando un vocal de la CC como responsable de la comunicación con cada uno de los comités.

Para describir y entender la situación de la asistencia oncológica en el hospital, la CC propuso inicialmente tres aproximaciones a esa realidad:

1. Conocer aspectos básicos de calidad asistencial de la atención oncológica a través de la revisión de historias clínicas.
2. Conocer la percepción de los profesionales que trabajan en el hospital, sobre la asistencia a pacientes con cáncer.
3. Conocer la percepción y expectativas de pacientes y familiares.

1. Revisión de historias clínicas por parte de los miembros de la Comisión de Cáncer

La CC propuso realizar una revisión de algunos aspectos de la historia clínica clásicamente relacionados con la calidad asistencial oncológica con el fin de estimar el punto de partida de un modo aproximado. Se decidió eva-

luar la demora diagnóstica, la demora terapéutica (definiciones en la tabla 1), la documentación de la estadificación en la historia clínica, la presentación del caso en comité de tumores y la posible inclusión del paciente en ensayo clínico. En enero de 2008, se realizó una revisión de 49 historias, generadas de forma aleatoria entre los 400 pacientes que se habían incluido en el RHT correspondientes al año 2007. La mediana de la demora diagnóstica fue de 15 días (2-210) y la demora terapéutica de 28 días (0-90). El 73% de los casos tenía documentado el estadio de forma explícita en la historia. El 40% de los casos habían sido discutidos en comité y ninguno de los casos revisados se había incluido en ensayo clínico.

Desde la CC se insistió en el hecho de que reducir los retrasos, no repercute necesariamente en la supervivencia, pero sin ninguna duda alivia el nivel de ansiedad de quien tiene una sospecha diagnóstica o un diagnóstico de cáncer. Y por supuesto la reducción en las demoras, mejora la calidad percibida del proceso asistencial⁶.

2. Encuesta de satisfacción de profesionales

La Comisión de Cáncer lanza en 2007 una encuesta a profesionales que pretende conocer la percepción de estos sobre la asistencia oncológica en el hospital. La encuesta incluyó preguntas abiertas y cerradas e incluyó además aspectos referidos a la documentación en la historia clínica electrónica

Tabla 1. Definición de tiempos de demora (para la revisión de historias del año 2008)

Tiempo al diagnóstico	Tiempo al tratamiento
Tiempo transcurrido desde el primer contacto con el centro y el diagnóstico definitivo que permita el tratamiento	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico definitivo y el tratamiento

que no vamos a revisar aquí. En las preguntas cerradas, los profesionales consideraron en su mayor parte, que el tiempo percibido de demora para la atención del cáncer en el hospital les parecía adecuado, el grado de actualización de los tratamientos también y no se consideró que los tratamientos fueran excesivos (se quería valorar el riesgo de encarnizamiento terapéutico). Resultaron de mucho más interés las preguntas abiertas, que revelaron un alto nivel de frustración en la enfermería implicada en la asistencia oncológica de pacientes ingresados, manifestando la necesidad de integración en el hospital de áreas de psicooncología y cuidados paliativos. Además, los profesionales de enfermería demandaban mayor formación a nivel científico y a nivel de soporte (aunque obviamente la encuesta se respondía de forma anónima, en las preguntas abiertas los profesionales revelaban con frecuencia su condición para explicar esos problemas). Como respuesta a ese hallazgo, la CC asumió la necesidad de considerar también en sus planes de trabajo el problema de la falta de expectativas profesionales para los enfermeros oncológicos. Se trata de personal altamente especializado, familiarizado con el uso de tratamientos quimioterápicos y biológicos –cuyo manejo requiere un conocimiento y entrenamiento previo–, así como con las técnicas habituales en los hospitales de día oncológicos. Esto le convierte en un grupo extremadamente valioso, ya que su presencia y su estabilidad laboral se consideran crucial en las políticas hospitalarias de seguridad del paciente.

Por otra parte, la encuesta puso de manifiesto una elevada inquietud entre los profesionales sanitarios ante lo que ellos describían como una mala información a pacientes y familiares. Sea que los profesionales no

informamos suficientemente, sea que no somos capaces de transmitir lo que pretendemos, parece que los pacientes y familiares no están bien informados acerca del curso esperable de la enfermedad y de las expectativas reales.

3. Expectativas de pacientes y familiares

La CC ha entendido que con independencia de los resultados reales que se obtengan referidos a calidad científico-técnica en el hospital en relación con la atención oncológica y de la calidad percibida por los profesionales, la percepción de los pacientes y familiares (que en este contexto son si no igualmente relevantes, sí necesariamente considerables en la evaluación) podría ser diferente. La CC considera que el estudio de percepción y expectativas de pacientes y familiares es de alta prioridad. Se propone su exploración a través de un estudio de investigación cualitativa. Se han realizado estudios similares en España cuyos resultados deberemos tener en cuenta antes de abordar nuestro propio estudio, habiendo sido los principales hallazgos: la demanda de información más comprensible y ajustada a las necesidades y preferencias de los pacientes, la limitación real para ejercer una mayor participación en las decisiones clínicas, un cambio en la relación médico-paciente más participativo y de forma especial se ha reclamado la presencia de un profesional que pueda orientar y coordinar todo el proceso de atención y que sea accesible. Los pacientes y familiares identifican como barreras la sensación de falta de tiempo de los profesionales y la complejidad que presentan la organización y estructura de los centros hospitalarios⁷. La CC pretende conocer cuáles son las demandas y expectativas de pacientes y familiares en el HUF, que se prevé

que sean similares a las encontradas en otras localizaciones en España, pero que con seguridad presentará peculiaridades en relación con la condición propia de este hospital y del entorno socio-económico. Actualmente se está trabajando en la formación del grupo de investigación y diseño de este estudio.

La atención multidisciplinar en el hospital: comités de tumores

La atención multidisciplinar es una forma de organización que promueve una atención integrada a la persona a partir de una participación efectiva y coordinada de las especialidades y profesionales involucrados. Cabe reconocer el cáncer como el paradigma del trabajo multidisciplinar, pues es una patología que obtiene los mejores resultados clínicos cuando se utilizan armas terapéuticas diferentes de forma combinada. Hay que recordar que en este contexto, el primer tratamiento es el único que proporciona al paciente posibilidades de curación por lo que hay que garantizar que se ponen todos los medios para evitar una decisión incorrecta que por la naturaleza de la enfermedad y los tratamientos será una decisión no susceptible de reparación posterior.

Los comités de tumores en el HUF, entendidos como reuniones multidisciplinarias, periódicas y con carácter prospectivo, tienen como función garantizar que se realizan las pruebas necesarias, que se revisan todas las opciones terapéuticas y todas las recomendaciones. Forman parte de la actividad asistencial ordinaria y por ello evalúan todos los casos del hospital y no los casos "interesantes" o difíciles, únicamente. Se sabe que los comités de tumores son un elemento fundamental en la calidad de la asistencia oncológica hospitalaria porque representan una oportunidad para

mejorar la comunicación entre profesionales, facilitan la planificación de tratamiento, mejoran la toma de decisiones y favorecen la adherencia a directrices. La presentación prospectiva de los casos en comités de tumores evita que las decisiones sobre el paciente dependan de la puerta de entrada de este al hospital y con ello contribuye a evitar desigualdades. Es fácil intuir que la presentación y discusión efectiva de los casos evita errores sobre diagnóstico y estadificación. En este sentido, cabe reseñar que el impacto clínico positivo ocurre cuando la atención multidisciplinar es vista como una plataforma para la deliberación real y no como un mero punto de encuentro en que unos profesionales derivan pacientes a otros. Por último, consideramos esencial destacar que la discusión y acuerdo de la estrategia terapéutica en comités proporciona una imagen de consenso frente al paciente que nos parece muy valiosa ya que los pacientes son muy sensibles a la variabilidad del discurso entre los profesionales del mismo equipo. También de forma no dirigida, los comités en el HUF se han convertido en el escenario de discusión de ensayos clínicos y se propone en los mismos la aceptación de ensayos o la inclusión de pacientes en un ensayo determinado.

Se sabe que el nivel tecnológico de los centros no guarda relación con el desarrollo de los equipos multidisciplinarios. La eficacia de un equipo se relaciona directamente con su buen funcionamiento, que finalmente depende de los objetivos, estructura y tipo de organización. Las diferencias de supervivencia observadas entre los diferentes países europeos de acuerdo al estudio EURO CARE se consideran atribuibles a factores organizativos. De ahí la importancia que concede la CC al buen desarrollo de estas estructuras en el hospital⁸.

La composición del comité, pacientes presentados (casos complejos *versus* todos los pacientes), roles en los equipos (líder del grupo, rol de enfermero), el soporte administrativo y el apoyo de la dirección (reconocimiento de las reuniones para las agendas del trabajo asistencial) son muy variados dentro de los hospitales y entre los diferentes hospitales de nuestro país. La CC es consciente de la ausencia en nuestros comités del rol de enfermería y de psicooncología. Sin ninguna duda, estas ausencias reflejan una limitación a la supuesta multidisciplinaridad (que solo lo es con respecto a las especialidades médicas), ya que tampoco participa el nutricionista, enfermero especializado en ostomías, personal de paliativos, etc.

El proceso de decisión terapéutica combina el conocimiento experto a través de un equipo multidisciplinar y la evidencia científica disponible de acuerdo a las características, necesidades y preferencias individuales del paciente concreto. Ello requiere una organización específica que agilice la comunicación interprofesional de forma efectiva y un espacio de aprendizaje para la discusión cualitativa. La aplicación de la estrategia terapéutica incluye diversos tratamientos, servicios y requiere coordinación específica y proximidad a las necesidades del paciente. Por esto, se necesita un profesional dentro del equipo multidisciplinar que se haga responsable de la gestión del caso y sirva como conexión para el equipo y el paciente en relación con el plan terapéutico.

El enfermero gestor de casos: una propuesta de la comisión de cáncer para mejorar las deficiencias encontradas

La figura del gestor de casos, que también podemos encontrar en la literatura anglosajona como *nurse*

navigator, engloba experiencias muy diversas. Como aproximación general podemos decir que es una herramienta que se desarrolla hace unos 20 años, para mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios en situaciones complejas (concretamente se propone por vez primera en Harlem para mejorar el acceso a servicios sanitarios de personas con escasos recursos). Esa complejidad a la que nos referimos puede venir dada por la situación de salud (enfermedades crónicas o pluripatologías) o por la participación de gran diversidad o alta intensidad de dispositivos sanitarios para atender una situación concreta. Es evidente que el cáncer tanto por su complejidad como problema de salud, como por sus requerimientos de dispositivos sanitarios, cumple los requisitos teóricos para ser mejorado a través de la gestión de casos.

El gestor de casos es una persona identificable y accesible que ofrece asistencia individualizada a pacientes, familiares y cuidadores, facilita el acceso a la atención médica y psicosocial, coordina las diferentes citas y tratamientos, garantiza que se realiza el tratamiento previsto y que no haya contratiempos evitables. Estas figuras, pueden ahorrar tiempo sin duda, pero su fortaleza estriba en evitar problemas y en garantizar que se reciben las atenciones en el momento adecuado. Los navegadores o gestores de casos contribuyen a que la información que el equipo médico les ha transmitido a los pacientes cobre sentido y del mismo modo puede hacer de portavoz del paciente frente al personal que le atiende. Está en una posición desde la que pueden ayudar al paciente a reevaluar los objetivos de su tratamiento, facilitar o mejorar los procesos de toma de decisiones, solución de problemas e identificación de necesidades psicosociales⁹.

En nuestro hospital, la propuesta de valorar la inclusión del gestor de casos surge como respuesta a los problemas identificados en el desarrollo de la estrategia hospitalaria del cáncer. Por una parte, la necesidad de identificar una persona responsable para cada paciente con cáncer (de acuerdo al documento de la Estrategia en Cáncer¹) y que en el contexto de un sistema de abordaje multidisciplinar, la CC consideró que no debería ser uno de los médicos especialistas (¿cuál de entre todos ellos debería ser el referente?). Por otra parte, la inquietud generada acerca de problemas referidos a la falta de información con respecto sobre todo al pronóstico de los pacientes, podría mejorarse a través de esta figura. Una de las habilidades más necesarias para el gestor de casos es la de poder explicar la información discutida o facilitada al paciente por otras especialidades¹⁰. En tercer lugar, por el interés –y la necesidad– de integrar a los profesionales de enfermería en las estrategias multidisciplinarias de diagnóstico y tratamiento ya que su ausencia se hacía cada vez más relevante en unas estructuras que ya han cobrado gran importancia en el hospital. Y por último, podría ser un incentivo para los enfermeros profesionalizados, que quizás encontrarían un campo de trabajo y de mejora en la atención al paciente que compensara esas frustraciones reveladas en la encuesta (y por otra parte, bien conocidas por experiencias previas).

El enfermero con experiencia en oncología está en la posición ideal para ayudar al paciente en la “navegación” a lo largo de las diferentes especialidades: tienen amplios conocimientos de fisiopatología del cáncer, están familiarizados con las distintas modalidades de tratamiento, con la progresión de la enfermedad y manejo de síntomas, servicios de

soporte y acceso a los mismos. Sabemos que cuando un paciente escucha la frase “usted tiene cáncer” se enfrenta a una de las situaciones más difíciles de su vida. Que es una sentencia que le aterroriza y a veces le inmoviliza a él y a su familia. Y en esa atmósfera de incertidumbre y miedo muchas veces se enfrentan por primera vez en su vida a un sistema sanitario que en nuestros días se ha hecho complejo incluso para las personas que trabajan en él, pero que llega a ser incomprensible para los pacientes y familiares. Frente a ellos, tienen profesionales que abordan una consulta interminable que deben finalizar en un tiempo imposible, por lo que es inevitable que transmitan la sensación de prisa y el paciente apenas se atreve a preguntar sus dudas. Es sabido por las personas que han recorrido este camino, que los enfermeros les transmiten una mayor accesibilidad. A ellos es a quienes confiesan los temores y se atreven a preguntar lo que a veces no han preguntado en la consulta del médico. Los enfermeros conocen a la perfección el sistema hospitalario. Por eso el enfermero está en nuestro entorno en una situación idónea para intervenir en la gestión de casos.

Resultado

Plan propuesto por la comisión

La CC pretende saber si la presencia de un gestor de casos podría ser la respuesta a algunas de las demandas que generan los pacientes de nuestra área y a las áreas de mejora identificadas en las evaluaciones previas.

Con respecto a la posible **integración del enfermero en los comités de tumores** los objetivos de la etapa inicial incluyen:

- Conocer las formas organizativas de atención multidisciplinar.
- Identificar las diferencias en las formas organizativas de cada comité.
- Conocer y evaluar la toma de decisiones por parte de los profesionales.
- Conocer el contexto organizativo y los factores críticos que influyen en la actividad de la discusión y atención de tipo multidisciplinar.
- Formular opciones de futuro para el buen desarrollo de una atención multidisciplinar organizada.

En nuestro caso, la integración en equipos multidisciplinarios ha venido vehiculada a través de un proyecto financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social, como apoyo a la implementación a la estrategia de cáncer, que pretende evaluar si en el HUF el trabajo de los comités se adecua a los requerimientos de la Estrategia en Cáncer del SNS. Para ello, el proyecto proponía la asistencia a los comités de una persona ajena a los mismos con el fin de evaluar si las reuniones eran periódicas y multidisciplinarias. La CC consideró que esa persona debería ser precisamente un enfermero. Su posición como observador externo les va a permitir conocer en profundidad el funcionamiento de los comités e identificar cuáles pueden ser los aspectos que podrían ser mejorados desde esa función de gestión de casos. Esta asistencia de enfermería a los comités ha sido precedida por una labor de información y difusión del proyecto generalizada e individualizada especialmente dirigida a los líderes de los grupos, pidiéndoles su colaboración para una buena integración de los observadores y mejor aprovechamiento de la oportunidad.

En los hospitales donde predomina una enfermería "no experta", incluir otros perfiles como puede serlo el del enfermero gestor de casos, constituye un verdadero cambio cultural. Por eso, esta integración debe basarse en

- Promover la integración en la gestión de casos de personal muy seleccionado, comprometido con la organización y con el manejo del cáncer, altamente formado, cualificado y respetado.
- Evitar situaciones conflictivas en las dinámicas de grupos establecidos.
- Ofrecer al grupo la posibilidad de resolver problemas.
- Respaldo implícito y explícito de la CC y de la dirección del hospital.

Hay una gran variabilidad sobre las **posibles funciones** que puede asumir el enfermero gestor de casos aunque en todos se requiere un conocimiento clínico experto:

- Coordinar y acelerar pruebas diagnósticas.
- Organizar y optimizar agendas.
- Velar por los intervalos de tiempo.
- Filtrar llamadas.
- Reforzar la comprensión de la información clínica en el paciente y adaptarla.
- Llevar a cabo la última visita después del tratamiento para explicar y planificar el seguimiento.

Discusión

El enfermero gestor de casos cumpliría con los objetivos de evitar la dis-

persión de recursos y servir de primera conexión del enfermo con el equipo promoviendo que los procesos tengan lugar eficaz y rápidamente. Asiste al comité de tumores cumpliendo un papel importante en la deliberación, ya que a menudo es el único profesional conocedor de todo el recorrido asistencial y clínico del paciente en detalle, así como de sus necesidades y preferencias. Sabemos que este contexto psicosocial recibe poca atención en la deliberación clínica.⁹ Consideramos especialmente importante su papel como facilitador de una mejor comunicación entre el equipo sanitario y el paciente. La presencia de un enfermero gestor de casos como persona accesible y fácilmente localizable para el paciente supondría el cumplimiento de uno de los objetivos señalados por la estrategia en cáncer y que en nuestro hospital es claramente deficitario.

La CC afronta esta propuesta de cambio cultural consciente del riesgo y dispuesta a asumir la posibilidad de que se trate de una figura innecesaria o redundante. Por ese motivo, se evaluará esta incorporación con afán crítico y siendo conscientes de que el momento actual no permite hacer más cambios que aquellos que sean verdaderamente rentables.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a los miembros de la Comisión de Cáncer que no aparecen como autores pero que han colaborado con sus valiosas aportaciones en las reuniones que han permitido generar toda esta información.

Nuestro agradecimiento a Dolores Arias, Pedro Artuñedo, Ángel Castaño, Rafael Flores, Victoria García, David González, Luis Llanes, C. G.

Nogueiras, Yolanda Pérez, Rosa M.^a Prados, Pablo Serrano y María Urbasos.

Parte de este trabajo ha sido posible gracias a los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social que fueron aprobados en el CISNS de fecha diez de febrero de 2010 como apoyo a la implementación a la estrategia de cáncer.

Bibliografía

1. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2010 [en línea] [consultado el 16/07/2011]. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
2. National cancer policy board. Institute of medicine and commission on life sciences, National Research Council, National Academy of Sciences, Apr 1999. Ensuring quality of cancer care. [en línea]. Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309064805/html/>
3. Calman-Hine report: a policy framework for commissioning cancer services: a report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales, 1995. [en línea] [consultado el 11/07/2011]. Disponible en http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071083
4. Cancer program standards. 2004. [en línea] [consultado en 2007]. Disponible en <http://www.facs.org/cancer/coc/programstandards.html>
5. Orden por la que se crea el sistema de información oncológica de

la comunidad de Madrid denominado sistema de intercambio de datos de cáncer en la Comunidad de Madrid. Orden 1607/2005.

6. Borrás JM, Espinàs JA, Ferro T. Cancer strategy in Catalonia, Spain. *Clinical & Translational Oncology* 2009;11.
7. Arrighi E, Novell A (eds.). El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. Barcelona: Publicaciones Universidad de los Pacientes: 2009 [en línea]. Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf>
8. Prades J, Borrás JM (eds.). La organización de la atención multidisciplinar en cáncer. Barcelona; Elsevier España; 2011.
9. Adler NE, Page EK (eds.). Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial needs. Washington: Institute of Medicine; 2008.
10. Wilcox B, Bruce SD. Patient navigation: a "win-win" for all involved. *Oncol Nurs Forum*; 2010; 37(1):21-5.