Bullets evento: Foro "Cáncer de pulmón en Colombia: avances y oportunidades"

Fecha/hora: miércoles 19 de noviembre, 9:00 am a 11:00 a.m.
Lugar: Presencial EL TIEMPO – Dirección: Diagonal 44 #68B-65, Bogotá
Organizadores: EL TIEMPO Casa Editorial

Nombre y cargo de los otros panelistas:

Ponencia: Panorama del cáncer de pulmón en Colombia

Dra. Lucía Carolina Viola
Neumóloga Intervencionista Fundación Neumológica Colombiana y CTIC (Centro de Tratamiento e Investigación Luis Carlos Sarmiento Ángulo)

Panel 1: Detección temprana del cáncer de pulmón

- **Dra. Lucía Carolina Viola**
  Neumóloga Intervencionista Fundación Neumológica Colombiana y CTIC (Centro de Tratamiento e Investigación Luis Carlos Sarmiento Ángulo)
- **Dr. John Sandoval**
  Cirujano de Tórax Hospital Universitario del Valle y Clínica Sebastián de Belalcázar
- **Dr. Ricardo Elías Bruges**
  Oncólogo del Instituto Nacional de Cancerología y Hospital Universitario San Ignacio

Panel 2: Cáncer de Pulmón desde la mirada de Salud Pública

- **Nadia Blel**
  Senadora de la República
- **Martha Herrera**
  Directora Ejecutiva de la Fundación INSPIRAT (Fundación colombiana para Cáncer de Pulmón, Asma, Epoc y otras Enfermedades Respiratorias)
- **Gerson Bermont**
  Secretario Distrital de Salud

Contexto epidemiológico del cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón continúa siendo una de las neoplasias con más relevancia para la salud pública en Colombia y particularmente para Bogotá, no solo por su letalidad sino por la complejidad de interpretar sus tendencias en un entorno urbano con alta capacidad diagnóstica, transición demográfica acelerada y exposiciones ambientales diferenciadas por territorio. Según Globocan (IARC) 2022, en Colombia se registraron:

- 7.196 casos nuevos de cáncer de pulmón, con una incidencia ajustada de 10,1 por 100.000 habitantes.
- 6.124 muertes, con una mortalidad ajustada de 8,5 por 100.000 habitantes.

Estas cifras reflejan la alta letalidad de la enfermedad, con un número de muertes cercano al número de diagnósticos.

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo - CAC, corte 2024, se reportó:

	Colombia	Bogotá
Prevalencia	6.469 casos (12,39 por 100.000)	1.263 casos, con una tasa de 15,97 por 100.000 la más alta del país.
Incidencia PCNR*	1.433 casos (2,74 por 100.000)	223 casos nuevos (2,82 por 100.000).
Mortalidad	1.735 fallecidos (3,32 por 100.000)	279 fallecidos (3,53 por 100.000).

* Proporción de Casos Nuevos Reportados

Estas tasas crudas confirman que, aunque el cáncer de pulmón no es de las neoplasias más frecuentes en el país, sí es una de las más graves por su marcada mortalidad.

El Instituto Nacional de Cancerología (2017–2021) muestra diferencias marcadas por sexo:

	Colombia	Bogotá
Hombres (incidencia)	10,9 por 100.000	8,4 por 100.000
Hombres (mortalidad)	9,5 por 100.000	7,7 por 100.000
Mujeres (incidencia)	7,3 por 100.000	6,4 por 100.000
Mujeres (mortalidad)	5,9 por 100.000	5,5 por 100.000

- Si bien los hombres mantienen una mayor carga, Bogotá evidencia un acercamiento progresivo entre las tasas masculinas y femeninas, consistente con:
- Cambios en patrones históricos de tabaquismo y el auge de dispositivos electrónicos.
- Mayor frecuencia de estudios diagnósticos en mujeres.
- Una esperanza de vida más alta, que incrementa la población femenina en edades de mayor riesgo, junto con una mayor exposición acumulada a contaminación del aire en la vida urbana.
- En 2024p se registraron 394 muertes por cáncer de pulmón en Bogotá, con una tasa global de 7,3 por 100.000 habitantes. De ellas, 204 ocurrieron en mujeres (tasa 7,3 por 100.000 mujeres) y 190 en hombres (tasa 10,5 por 100.000 hombres).
- Bogotá presenta la mejor supervivencia a 5 años del país (21,94 %), superando ampliamente el promedio nacional (15,85 %) y duplicando los resultados de regiones como Amazonía–Orinoquía.
- La supervivencia en Bogotá es consistentemente superior a la de las regiones Caribe (14,80 %), Central (13,98 %), Oriental (16,68 %) y Pacífica (14,65 %), lo cual sugiere ventajas estructurales en oportunidad diagnóstica, acceso a terapias avanzadas y capacidad resolutiva en los servicios oncológicos del Distrito.
- Este desempeño superior refleja la mayor disponibilidad de tecnologías diagnósticas avanzadas, redes oncológicas integradas y un acceso más oportuno a inmunoterapias, terapias dirigidas y pruebas moleculares que permiten tratamientos personalizados.
- Estos mejores resultados también podrían estar influenciados por una mayor detección de tumores en etapas tempranas, lo que incrementa la supervivencia. Este elemento obliga a interpretar los datos con prudencia frente a la posibilidad de sobrediagnóstico, especialmente en entornos con alta capacidad diagnóstica (población con medicina prepagada o pólizas de salud).
- La brecha entre Bogotá y el resto de las regiones evidencia inequidades territoriales, que afectan especialmente a poblaciones de la Amazonía–Orinoquía y zonas rurales, donde la supervivencia es marcadamente menor por barreras de acceso, oportunidad diagnóstica y disponibilidad limitada de tratamientos avanzados.
- Para Bogotá, los datos respaldan la importancia de sostener la capacidad diagnóstica y terapéutica, pero también de avanzar hacia estrategias que reduzcan las barreras territoriales y sociales que aún condicionan el diagnóstico tardío.
- La mejor supervivencia de Bogotá no implica menor riesgo. Exige consolidar acciones preventivas, fortalecer el diagnóstico oportuno y mantener una vigilancia con enfoque de género, para evitar que el avance terapéutico o el sobrediagnóstico distorsionen la lectura del riesgo real.
- Bogotá presenta una carga superior al promedio nacional; sin embargo, esta lectura debe hacerse con prudencia epidemiológica. La mayor capacidad diagnóstica, la completitud del registro, la mayor supervivencia y una estructura poblacional más envejecida incrementan la detección, no necesariamente la enfermedad real.

Apuesta Distrital frente al Cáncer énfasis Cáncer de Pulmón

- La apuesta distrital en cáncer se desarrolla desde la Atención Primaria Social en el marco del Modelo MAS Bienestar, articulan la gestión territorial de los determinantes sociales de las condiciones crónicas, favoreciendo un abordaje integral del riesgo individual y colectivo a lo largo del curso de vida.
- En este marco, se priorizan acciones entorno a temáticas como seguridad alimentaria y nutricional, consumo nocivo de sustancias psicoactivas, tabaco y vapeadores, actividad física y movilidad, exposiciones ambientales y salud laboral. De esta forma, se actúa simultáneamente sobre los principales determinantes que aumentan el riesgo de cáncer de pulmón: tabaquismo y vapeo, exposiciones ocupacionales, comportamientos sedentarios, contaminación del aire y patrones alimentarios que incrementan vulnerabilidades metabólicas.

- Desde la Atención Primaria Social, se facilitan acciones poblacionales y diferenciales para prevenir el consumo de tabaco y vapeadores, promover espacios 100% libres de humo y aerosoles, reducir exposición a contaminantes, promover actividad física, fortalecer el bienestar y la salud mental, mejorar alimentación y fortalecer la vigilancia comunitaria de riesgos ambientales y laborales.
- La implementación del plan estratégico y operativo de condiciones crónicas incorpora acciones orientadas a reducir el riesgo de cáncer de pulmón mediante la intervención anticipada de factores precursores, comportamientos nocivos y exposiciones estructurales; al tiempo que fortalece las capacidades institucionales y comunitarias para reconocer signos de alarma, gestionar el riesgo y activar rutas oportunas de diagnóstico y tratamiento integral.
- La prescripción social se consolida como una herramienta central de la Atención Primaria Social, al conectar a las personas con activos comunitarios e institucionales que fortalecen su autonomía para la toma de decisiones frente al tabaquismo y el vapeo, promueven capacidades para reconocer factores de riesgo y favorecen la búsqueda oportuna de servicios de salud cuando se identifican signos de alarma asociados al cáncer de pulmón.
- Un avance fundamental del Distrito es la construcción del capítulo Salud para las Mujeres del Modelo +MAS Bienestar, que reconoce cómo las desigualdades de género, el trabajo de cuidado no remunerado y los determinantes sociales afectan de forma diferenciada la salud en el curso de vida.
- Por ejemplo, entre los 29 y los 59 años, las mujeres enfrentan una triple carga (trabajo remunerado, cuidado y tareas domésticas) junto con un incremento de ECNT, enfermedades respiratorias crónicas, incluyendo el cáncer de pulmón y, barreras para el acceso temprano a tamizajes y servicios especializados. En la vejez, estas desigualdades se profundizan: las mujeres llegan sin redes de protección económica, con mayores niveles de dependencia funcional, soledad no deseada y exposición acumulada a riesgos ambientales y ocupacionales que afectan su salud respiratoria, lo cual tiene implicaciones directas para eventos como el cáncer de pulmón.
- Desde esta perspectiva, el Distrito impulsa acciones estratégicas que se articulan con la prevención y detección temprana del cáncer: un modelo predictivo que identifica eventos prioritarios y permite focalizar riesgo en mujeres adultas y mayores; el fortalecimiento de rutas integrales de promoción y mantenimiento de la salud, incluyendo acceso oportuno a tamizajes, diagnóstico y seguimiento; y la consolidación de consultorios amigables y servicios de respiro para mujeres cuidadoras, que reducen barreras históricas de acceso.
- Complementariamente, el Sistema Distrital del Cuidado y su mecanismo de gobernanza intersectorial le apuestan por abordar determinantes como vivienda, ambiente, movilidad, participación social y trabajo, condiciones que inciden directamente en la exposición a factores de riesgo para enfermedades respiratorias y cáncer.

Preguntas panel:

¿Qué brechas existen actualmente en la política pública frente al cáncer de pulmón?

Prioridad insuficiente y ausencia de una agenda específica para cáncer de pulmón

- Aunque el cáncer es una de las principales causas de muerte por cáncer en Colombia y Bogotá, el cáncer de pulmón sigue sin una política concreta: no tiene líneas programáticas dedicadas, metas operativas propias, presupuesto diferenciado ni una estrategia nacional robusta.
- Su abordaje se diluye dentro de las ECNT y los planes generales de cáncer, lo que impide intervenciones focalizadas y articuladas.
- La baja visibilidad política reduce la capacidad del sistema para actuar sobre los factores de riesgo, la detección temprana y la gestión del riesgo.

Brechas en prevención primaria: control insuficiente del tabaco y vapeo, y fallas en la gestión de exposiciones ambientales y ocupacionales

- A pesar de la Ley 1335/2009 (prevención del consumo del tabaco), persisten fallas en el control fiscal, baja cobertura de programas de cesación, estrategias débiles para mujeres y jóvenes, y una regulación limitada del vapeo en plena expansión entre adolescentes.
- La implementación de la Ley 1968/2019 (asbesto) y la Resolución 1786/2025 (ruta de atención asbesto) enfrenta barreras operativas en eliminación, vigilancia y seguimiento.
- No existe una red nacional financiada de cesación tabáquica, lo que reduce efectividad preventiva.
- La exposición a contaminantes como el PM2,5 o el carbono negro, humo de segunda mano y riesgos laborales (sílice, radón, asbesto, metales pesados) continúa siendo alta, con capacidades de vigilancia ambiental y ocupacional desiguales.

Brechas en detección temprana y tamizaje: baja adopción de TAC-LD, ausencia de modelos de riesgo y desigualdad territorial

- Colombia no cuenta con un programa poblacional de tamizaje, y aunque la Resolución 3280/2018 recomienda TAC de baja dosis para poblaciones de alto riesgo, existen limitaciones técnicas, financieras y operativas para su implementación.
- El país no utiliza modelos predictivos (PLCOm2012 o similares) que permitan focalizar a los grupos prioritarios y aumentar eficiencia.
- Persisten desigualdades territoriales en disponibilidad de TAC-LD y capacidad diagnóstica.
- En 2024, solo 13,61% de los casos fueron diagnosticados en estadios IA–IIB (Bogotá: 19,05%). Significando que, más del 80% de los casos continúan siendo detectados en estadios III–IV, con mayor letalidad, tratamientos más costosos y menor supervivencia.
- El tiempo entre la sospecha clínica y el inicio del tratamiento supera los 50 días, revelando fallas en referencia, contrarreferencia y gestión de trámites.
- Persiste acceso desigual a pruebas moleculares esenciales (EGFR, ALK, ROS1, PD-L1), necesarias para terapias dirigidas y medicina de precisión.
- La fragmentación entre EPS, IPS y servicios de oncología limita la continuidad del cuidado y genera duplicidad de procedimientos significando que, más pacientes inician tratamiento en etapas tardías, con menor probabilidad de supervivencia y mayor gasto en tratamientos tardíos y trámites administrativos.
- Los registros (poblacionales, CAC, Observatorio Nacional de Cáncer) presentan subregistro, retrasos y heterogeneidad territorial que dificultan análisis oportunos.
- La investigación en cáncer de pulmón es limitada por baja financiación, poco talento humano especializado y ausencia de plataformas colaborativas, además, de datos centrados principalmente en mortalidad.
- No existen modelos predictivos para identificar población de alto riesgo en contexto colombiano lo que implica decisiones menos precisas, menor capacidad para priorizar recursos y ausencia de pilotos basados en riesgo.

Brechas en comunicación, educación en salud y percepción social del riesgo

- La población subestima los riesgos del tabaco, vapeo y contaminación ambiental, lo cual reduce la adopción de comportamientos protectores y la demanda de servicios preventivos.
- Persiste una tensión estructural con la industria tabacalera y la industria de dispositivos de nicotina, que buscan posicionar el vapeo como alternativa "más segura", influir en la opinión pública, desacreditar medidas regulatorias y debilitar políticas fiscales, de control de publicidad y de ambientes libres de humo/aerosol.

¿Cómo fortalecer la capacidad del sistema de salud para detectar el cáncer de pulmón en etapas tempranas?

Fortalecer capacidades clínicas, comunitarias y educativas desde la APSocial para la identificación temprana

- Consolidar programas continuos de capacitación para médicos generales, neumólogos, oncólogos, radiólogos y talento humano en formación, centrados en factores protectores, signos de alarma respiratorios y rutas de referencia temprana.
- Integrar de manera obligatoria contenidos sobre tabaquismo, vapeo, contaminación atmosférica y exposiciones ocupacionales en currículos de pregrado y posgrado en salud.

- Implementar la prescripción social como medio de la APSocial para derivar a programas de cesación, vincular a activos comunitarios, sociales e institucionales y activar redes de apoyo psicosocial que permitan abordar tempranamente a jóvenes con consumo experimental.
- Articular acciones intersectoriales para actuar sobre determinantes estructurales: calidad del aire (movilidad/ambiente), prevención del vapeo en adolescentes (educación), vigilancia ocupacional de carcinógenos (trabajo) y control de emisiones (ambiente).

Implementar estrategias basadas en riesgo: modelos predictivos, tamizaje focalizado y vigilancia territorial

- Viabilizar la incorporación de modelos predictivos validados como PLCOm2012, Bach, Liverpool Lung Project para estimar riesgo individual a 5–10 años con variables demográficas, conductuales, ambientales, ocupacionales, médicas y genéticas.
- Utilizar estos modelos para:
  - Priorizar TAC de baja dosis (TAC-LD) en población de alto riesgo.
  - Dirigir intervenciones preventivas (cesación, reducción de exposiciones laborales, vigilancia ambiental).
  - Optimizar recursos evitando tamizaje innecesario y aumentando la sensibilidad diagnóstica.
- Robustecer la vigilancia de exposiciones ambientales y ocupacionales: monitoreo continuo de PM2.5, radón y contaminantes en zonas industriales, viviendas y entornos escolares.
- Desarrollar mapas territoriales de riesgo respiratorio para priorizar zonas de alta vulnerabilidad en programas de educación, tamizaje y vigilancia comunitaria.

Acelerar la ruta diagnóstica, modernizar infraestructura y desplegar herramientas digitales de apoyo clínico

- Establecer un estándar nacional con tiempo máximo de ≤30 días desde la sospecha clínica → imagen diagnóstica → biopsia → caracterización molecular → inicio de tratamiento y seguimiento.
- Garantizar que los laboratorios cuenten con paneles moleculares estandarizados (EGFR, ALK, ROS1, PD-L1) y tiempos de entrega competitivos.
- Integrar herramientas digitales avanzadas:
  - Sistemas de IA y analítica predictiva para identificar personas con riesgo elevado mediante análisis automático de historias clínicas (fumadores, EPOC, fibrosis pulmonar, tuberculosis previa, exposiciones ocupacionales).
  - Alertas automatizadas en la APS para priorizar evaluación y seguimiento de poblaciones en riesgo.
- Articular esta ruta con servicios de neumología, oncología, radiología e intersectoriales para asegurar continuidad y evitar fragmentación.

¿Qué retos enfrenta Colombia frente al aumento de vapeadores y cigarrillos electrónicos en la política antitabaco?

Contener una epidemia juvenil en rápida expansión y con alta subregulación

- El vapeo crece aceleradamente entre adolescentes, según el *III Estudio Distrital de Consumo de Sustancias Psicoactivas* realizado en Bogotá en el año 2022 el distrito tiene prevalencias del 7% en jóvenes y más de 139.000 usuarios activos en Bogotá; es la tercera sustancia más notificada por el Sistema de Alertas de Secretaría de Educación (14,18% en 2023), posterior a la notificación por de marihuana (41,22%) y alcohol (14,27%)
- La evidencia internacional muestra que el vapeo triplica el riesgo de iniciar cigarrillo tradicional y aumenta la dependencia nicotínica (Berry et al., 2019; Gotts et al., 2019).
- La nicotina en adolescentes agrava ansiedad, depresión y vulnerabilidad emocional (Hammond et al., 2020), lo que requiere integrar salud mental y habilidades socioemocionales en los programas de prevención.
- Se necesita que estrategias que incluyan educación sobre riesgos del vapeo, prescripción social para cesación y entornos protectores.

Regular un mercado altamente dinámico, diseñado para atraer menores y evadir controles

- Los dispositivos contienen formaldehído, diacetilo y metales pesados, tóxicos asociados a bronquiolitis obliterante, daño pulmonar y riesgo carcinogénico (RCPCH, 2023; Gotts et al., 2019).
- La industria posiciona los vapeadores como "seguros" mediante sabores, colores llamativos, influencers, publicidad digital y venta en línea, violando el espíritu de la Ley 1335 y normalizando el consumo juvenil.
- Es necesario fortalecer la regulación y el control de comercialización, especialmente en plataformas digitales, puntos de rumba y de ventas informales.

Implementar plenamente la Ley 2354 de 2024 con vigilancia activa y capacidad real de sanción

- Aunque la Ley 2354 regula Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y Productos de Nicotina Oral (PNO), su efectividad depende de la capacidad territorial para inspección, vigilancia y control.
- Se requiere articulación intersectorial entre salud, educación, justicia y el sector privado, con recursos específicos para IVC.
- Es imprescindible garantizar ambientes 100% libres de humo y aerosol en escuelas, universidades, parques y entornos laborales, actualizando reglamentos internos y reforzando mecanismos de inspección y denuncia.

Enfrentar la narrativa engañosa de "reducción de daño" y blindar la política frente a la interferencia de la industria

- La industria de nicotina promueve los vapeadores como alternativas "más seguras", pese a evidencia de que NO reducen daño en jóvenes, generan adicción, favorecen consumo dual y aumentan riesgo de transición al cigarrillo (Breland et al., 2022; WHO, 2023).
- El Artículo 5.3 del 3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco alerta sobre la interferencia sistemática de la industria en decisiones regulatorias, la presión sobre autoridades sanitarias y la manipulación de la evidencia.
- Blindar la política implica fortalecer la independencia técnica, evitar conflictos de interés y asegurar que las decisiones se basen en evidencia científica libre de influencia comercial y pensando en el bienestar de la población.

Consolidar una apuesta integral de salud pública que conecte prevención, educación, salud mental y vigilancia epidemiológica

- La respuesta debe superar el enfoque tradicional de control únicamente del tabaco y reconocer el vapeo como una amenaza compleja, que afecta el neurodesarrollo adolescente, la salud mental y la transición hacia adicciones más severas.
- Se requiere vigilancia epidemiológica del consumo, mapeo territorial de patrones juveniles, programas de cesación basados en evidencia y estrategias comunitarias para desnaturalizar el uso del vapeo.
- Es crucial integrar acciones de prevención del consumo en entornos educativos, comunitarios y digitales, alineadas con el Modelo MAS Bienestar.

¿Cómo garantizar que el cáncer de pulmón tenga mayor prioridad en el nuevo Plan Decenal de Cáncer 2025–2034?

Asegurar su inclusión prioritaria mediante un enfoque integral que combine evidencia epidemiológica, prevención efectiva, detección temprana basada en riesgo, gobernanza sólida e intervención intersectorial

- El cáncer de pulmón debe ser reconocido explícitamente como tumor prioritario en el Plan Decenal debido a su alta mortalidad, diagnóstico tardío (más del 80% en estadios III–IV) y creciente carga epidemiológica documentada por la Cuenta de Alto Costo 2024, con un impacto particularmente alto en Bogotá.
- Esta evidencia epidemiológica y económica debe traducirse en una línea programática específica, con metas claras, financiamiento asignado y seguimiento anual.
- La priorización exige fortalecer la prevención primaria mediante acciones contundentes sobre tabaquismo, vapeo, contaminación del aire y exposiciones laborales (asbesto, sílice, radón), integrando las obligaciones del CMCT, la Ley 1335/2009 y la Ley 2354/2024.

- La irrupción del vapeo en adolescentes requiere medidas diferenciadas y sostenidas, con enfoque territorial y de curso de vida, que eviten una nueva epidemia de dependencia nicotínica.
- La política debe incorporar detección temprana basada en riesgo, articulando modelos predictivos (PLCOm2012, Bach, LLP), criterios clínicos y acceso progresivo a TAC de baja dosis (LDCT) para población priorizada. La actualización del modelo nacional de control de cáncer liderada por el Ministerio e INC debe traducirse en mecanismos operativos, rutas claras, estándares de oportunidad y financiamiento obligatorio, evitando que se quede en lineamientos sin ejecución.
- Es imprescindible fortalecer la gobernanza, información y vigilancia. Esto permitirá identificar desigualdades territoriales, medir impacto y orientar inversiones. La intersectorialidad debe ser vinculante, articulando decisiones con movilidad (calidad del aire), ambiente (emisiones industriales), trabajo (riesgos ocupacionales), educación (prevención escolar) y hacienda (política fiscal del vapeo).
- Se requiere un componente robusto de comunicación, percepción de riesgo y participación social, que contrarreste la subestimación del daño asociado al cigarrillo electrónico, tabaco y exposiciones ambientales. Esto implica estrategias sostenidas basadas en evidencia, alianzas con academia y organizaciones sociales.

¿Qué se requiere para que la atención integral del cáncer de pulmón sea prioritaria en los planes de salud pública?

Consolidar una prioridad nacional que articule evidencia epidemiológica, liderazgo técnico, acción intersectorial y movilización social para transformar la atención integral del cáncer de pulmón

- Garantizar la priorización exige partir de una base epidemiológica sólida, que reconozca el cáncer de pulmón como causa de mortalidad con alto costo social y una fuerte brecha en prevención. Para ello se debe consolidar evidencia nacional y distrital sobre incidencia, mortalidad, AVISAs, desigualdades y factores de riesgo.
- Se requiere activar un liderazgo técnico especializado, con mesas permanentes entre el Ministerio de Salud, el INC, sociedades científicas (Neumología, Cirugía de Tórax, Liga Colombiana contra el Cáncer), EPS, IPS y academia. Estas mesas permiten desarrollar consensos técnicos sobre gestión del riesgo, guías clínicas, tamizaje, TAC-LD, modelos predictivos, cesación, vigilancia ambiental y ocupacional, alineando la respuesta institucional en todos los niveles del sistema.
- Para lograr impacto real, el cáncer de pulmón debe integrarse en una apuesta intersectorial obligatoria, entendiendo que su control excede el ámbito clínico. Esto implica articular políticas con ambiente (calidad del aire, emisiones industriales), movilidad (contaminación por tránsito), trabajo (riesgos ocupacionales), educación (prevención escolar y vapeo adolescente) y desarrollo social. El Distrito ya cuenta con el Plan Estratégico y Operativo 2020–2030 (SDS–OPS) y con los nodos intersectoriales de MAS Bienestar.
- Garantizar la priorización requiere movilizar apoyo social, mediático y político que visibilice la magnitud del problema. Esto incluye campañas sostenidas en medios y espacios comunitarios (especialmente en noviembre), testimonios de pacientes y familias que humanicen el impacto, y alianzas con ONGs, academia y organizaciones de pacientes para generar incidencia pública estable.

¿Qué papel deben jugar las alianzas entre el Estado, la academia, asociaciones de pacientes y el sector privado?

El Estado: liderazgo, gobernanza y garantía de derechos

- El Estado debe ejercer el liderazgo rector, coordinando la articulación intersectorial, definiendo prioridades, asignando financiamiento y garantizando el acceso equitativo a prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Debe establecer mesas técnicas permanentes con el INC, sociedades científicas, EPS, IPS y actores territoriales para unificar criterios sobre gestión del riesgo, tamizaje, TAC-LD, modelos predictivos, cesación y vigilancia ambiental/ocupacional.
- Le corresponde integrar el cáncer de pulmón en políticas de ambiente, movilidad, trabajo y educación, y fortalecer los sistemas de información, vigilancia y registro, asegurando que las decisiones se basen en evidencia.

La academia: evidencia, innovación y formación del talento humano

- La academia debe aportar evidencia científica rigurosa, desarrollar estudios epidemiológicos, validar modelos predictivos locales y evaluar costo-efectividad de tamizaje (TAC-LD) e intervenciones preventivas.
- También debe liderar la formación del talento humano, integrando en los currículos temas clave como tabaquismo y vapeo, contaminación del aire, exposiciones ocupacionales, signos de alarma respiratorios y rutas de detección temprana.
- Aporta innovación tecnológica y analítica, mediante IA, analítica predictiva y vigilancia digital, fortaleciendo la capacidad del sistema para identificar riesgo temprano.

Asociaciones de pacientes: voz social, incidencia y vigilancia ciudadana

- Son esenciales para visibilizar necesidades reales, documentar barreras en acceso a diagnóstico, pruebas moleculares y tratamientos, y ejercer veeduría social sobre tiempos, rutas y calidad de la atención.
- Humanizan la política pública mediante testimonios, acompañamiento comunitario y campañas que elevan la sensibilidad social frente al cáncer de pulmón y sus factores de riesgo.
- Pueden impulsar incidencia política, articulándose con ONGs, medios, academia y entes territoriales para posicionar el cáncer de pulmón como una causa prioritaria y sostenida.

Sector privado: innovación, tecnología y responsabilidad social

- Debe aportar tecnologías diagnósticas (TAC-LD, paneles moleculares), plataformas digitales, analítica, terapias innovadoras y modelos de atención que disminuyan tiempos diagnósticos y mejoren continuidad del cuidado.
- Puede liderar programas de responsabilidad social para cesación tabáquica, reducción de exposición ocupacional, promoción de entornos laborales saludables y campañas de prevención.
- Su participación debe ser transparente y libre de conflicto de interés, especialmente frente a la interferencia de la industria de nicotina, garantizando coherencia con las obligaciones del CMCT (artículo 5.3).