



Cáncer de Pulmón en Argentina

Pacientes, ciencia y futuro

Sobre la creación del documento

Este informe, patrocinado por Bristol Myers Squibb, fue realizado con la participación de los principales actores relacionados con el cáncer de pulmón. Para ello, se ha contado con el aporte de las siguientes personas:

- **Dr. Claudio Martín** (MN 82958), presidente de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) y jefe de Oncología Torácica del Instituto Alexander Fleming.
- **Dra. Mara Bonet** (MN 134714), miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) y médica oncóloga de la Unidad Funcional de Torax del Instituto Ángel H. Roffo.
- **Dr. Nicolás Castagneris** (MP 33180/9), miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), jefe de la Unidad de Tumores Torácicos y Tumores de Cabeza y Cuello de la Clínica Universitaria Reina Fabiola y del Sanatorio Allende Cerro en Córdoba y docente de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba y del Posgrado de Oncología Clínica.
- **Dr. Carlos Silva** (MN 62549), oncólogo y director médico de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).
- **Lic. Fernanda Montaña** (MN 33687), licenciada en Psicología y psicooncóloga del Programa de Acompañamiento y Humanización de la Salud de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).
- **Peter Czanyo**, fundador y presidente de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón.
- **Ignacio Zervino**, coordinador de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón.

“Cáncer de Pulmón en Argentina: pacientes, ciencia y futuro” es una iniciativa financiada por Bristol Myers Squibb. Este documento no tiene carácter promocional. Nada de lo aquí planteado pretende constituir, ni debe interpretarse que constituye, promoción alguna de Bristol Myers Squibb y/o de cualquiera de sus productos y/o agentes.

Noviembre 2025.

ONC-AR-2500103.

Cáncer de Pulmón en Argentina

Pacientes, ciencia y futuro



Índice

1. Sobre este documento	5
2. Introducción: entender el presente del cáncer de pulmón en Argentina, ¿dónde estamos hoy?	6
a. Datos clave para entender la enfermedad en el país	6
b. Factores de riesgo	8
c. Diagnóstico y tratamientos: ¿de dónde venimos y cómo llegamos hasta acá?	9
d. Terapias transformadoras que ya están cambiando vidas	10
e. La mirada de sus protagonistas: testimonios de pacientes y asociaciones	10
f. El abordaje integral del paciente y su familia	12
2. La importancia de la detección temprana	13
a. Tecnología y ciencia no solo para tratar, sino para diagnosticar precozmente: nuevos métodos y su incidencia	13
b. El impacto del screening en datos	14
3. Diseñar el futuro: ciencia al servicio de los pacientes	15
a. El rol de la investigación clínica	15
b. Argentina como polo de innovación científica	15
c. Las terapias que se vienen y el horizonte que nos permiten imaginar	16
4. Crear el puente entre tiempos: desafíos actuales y venideros para el sistema de salud	17
a. Desafíos en la concientización y la prevención	17
b. Desafíos en el screening y la detección temprana	18
c. Desafíos clínicos, tecnológicos y en investigación	19
d. Desafíos en el acceso	20
e. Llamado a la acción: políticas públicas y trabajo multisectorial	21
5. Agradecimientos	23
6. Referencias	24

Sobre este documento

El **cáncer de pulmón** es uno de los que presenta mayores desafíos. No solo para los pacientes, sino para todo el sistema de salud. Es **el cáncer con mayor tasa de mortalidad**, tanto para hombres como para mujeres. Asociado a **factores de riesgo evitables**, aun así, tiene una **muy alta incidencia** en la Argentina.

Recibir un diagnóstico de cáncer de pulmón puede ser devastador para los pacientes y su entorno, justamente por los **estigmas** con los que se asocia a esta enfermedad y también por **mitos** que permanecen arraigados en el tiempo.

Sin embargo, el paradigma de la enfermedad **cambió radicalmente en los últimos 15 años** gracias al avance de la investigación científica en nuevos fármacos y testeos genéticos que posibilitaron **mejorar la sobrevida a tasas impensadas** y comenzar a hablar de la **cronicificación** del cáncer de pulmón.

La validación de un **método de screening** para la población de mayor riesgo también abre una oportunidad inédita de detectar este cáncer en esta-

dios tempranos y mejorar aún más el pronóstico de los pacientes.

Pero en un sistema de salud tensionado, tanto las mejoras diagnósticas como terapéuticas plantean **desafíos en cuanto al acceso**, al tiempo que los avances que traen la inteligencia artificial y el uso de datos refuerzan la necesidad de **seguir apostando a la innovación** para construir un escenario futuro en el que menos personas sufran cáncer de pulmón y que quienes reciban ese diagnóstico obtengan un tratamiento acorde y una medicina más humanizada que contemple también los **aspectos socioemocionales**.

El objetivo de este documento es trazar –a partir de información estadística y el aporte de referentes médicos, de organizaciones y de pacientes– un **recorrido histórico** de cómo cambió el abordaje del cáncer de pulmón, entender las implicancias de esta patología en la Argentina hoy y poner en valor el **aporte de la ciencia** para pensar, de cara al mañana, en **estrategias centradas en el paciente** que transformen definitivamente el curso de esta enfermedad.

Introducción: entender el presente del cáncer de pulmón en Argentina, ¿dónde estamos hoy?

Datos clave para entender la enfermedad en el país

El cáncer de pulmón es uno de los más frecuentes en el mundo, y a pesar de los significativos avances en su tratamiento sigue provocando **más muertes que cualquier otro**. A nivel global, duplica el nú-

mero de muertes causadas por cáncer colorrectal y de hígado y provoca más muertes anuales que los cánceres de mama, páncreas y próstata combinados¹.

Los 5 cánceres más frecuentes

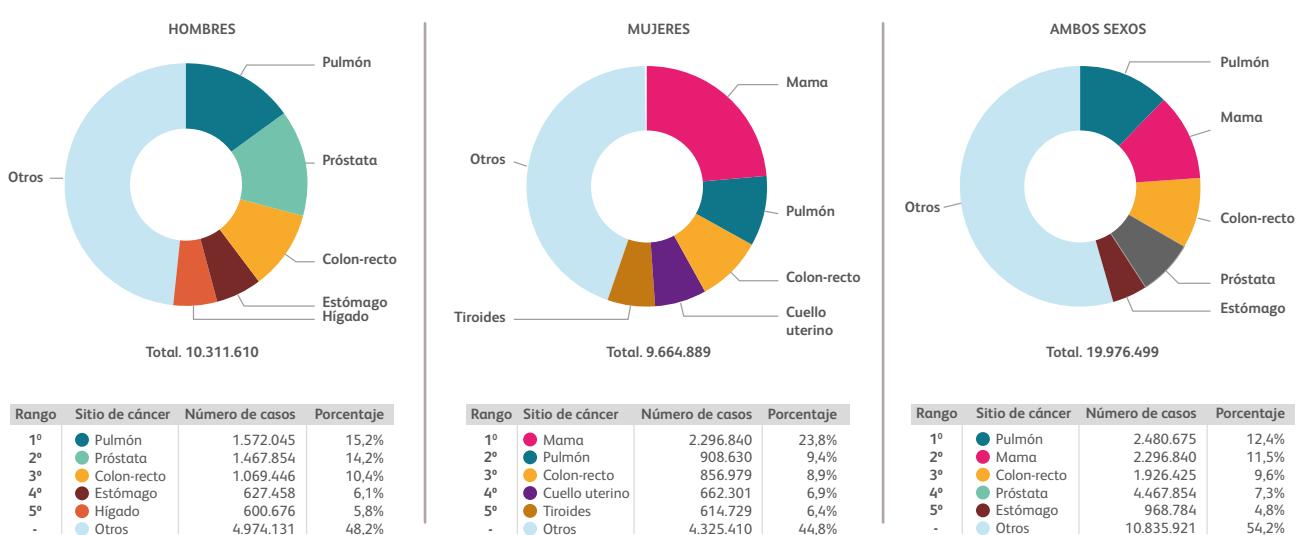


Figura 1. Incidencia por sexo de los 5 tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial.

Fuente: [IARC \(2022\)](#).

En Argentina, es el tercer cáncer más diagnosticado en varones después de próstata (18,7%) y colorrectal (13,6%), con 7.738 nuevos casos cada año (12,4%). En las mujeres, ocupa el cuarto lugar en

incidencia: 4.372 casos (6,4%), después del cáncer de mama (32,1%), colorrectal (10,8%) y cervicouterino (6,7%)².

Tabla 1. Incidencia distribuida por sexo de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel nacional.

Fuente: IARC (2022)

CÁNCER	VARONES		CÁNCER	MUJERES		CÁNCER	AMBOS SEXOS	
	Incidencia	%		Incidencia	%		Incidencia	%
Próstata	12.836	57,2	Mama	21.631	91,8	Mama	21.631	91,8
Colon-recto	8.633	38,4	Colon-recto	7.230	30,7	Colon-recto	15.863	34,5
Pulmón	8.587	38,2	Cervicouterino	4.696	19,9	Pulmón	13.016	28,3
Riñón	3.409	15,2	Pulmón	4.429	18,8	Próstata	12.836	57,2
Estómago	2.870	12,8	Tiroides	3.584	15,2	Páncreas	5.554	12,1

Sin embargo, esas posiciones cambian en el ranking de la mortalidad: en números absolutos, mueren 10.673 personas al año por cáncer de pulmón³. Representa la primera causa de muer-

te en los varones, con una tasa de 23,2 por cada 100.000 habitantes, y ocupa el tercer lugar en las mujeres: 15,5 por cada 100.000, luego de cáncer de mama (27,3 por cada 100.000 mujeres)⁴.

Tabla 2. Mortalidad distribuida por sexo de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel nacional.

Fuente: IARC (2022).

CÁNCER	VARONES		CÁNCER	MUJERES		CÁNCER	AMBOS SEXOS	
	Fallecimientos	%		Fallecimientos	%		Fallecimientos	%
Pulmón	7.032	31,3	Mama	6.346	27,3	Pulmón	10.673	23,2
Colon-recto	4.698	20,9	Colon-recto	4.102	17,4	Colon-recto	8.800	19,1
Próstata	4.364	19,4	Pulmón	3.641	15,5	Mama	6.436	27,3
Páncreas	2.475	11	Tiroides	2.662	11,1	Páncreas	5.097	11,1
Estómago	2.169	9,7	Cervicouterino	2.559	10,9	Próstata	4.364	19,4

Comparativamente con el resto de la región, Argentina se encuentra entre los países con mayor incidencia de cáncer de pulmón, asociado probablemente a que el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo, es aún aquí bastante más frecuente que en otros países⁵.

Si bien por la falta de estadísticas oficiales es difícil trazar un análisis de cómo evolucionó la enfermedad en los últimos años, especialistas en el tema apuntan algunos cambios a los que prestar atención.

Uno de ellos es que esta enfermedad, históricamente asociada a los varones, se está volviendo más “femenina” en la medida en que el consumo de tabaco aumentó en esta población. También lo advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS), que estima que entre 2012 y 2030 se duplicarán los casos de cáncer de pulmón entre las mu-

jer es en América Latina y el Caribe, en tanto que en los varones el crecimiento será del 50%⁶.



Otro dato relevante es que hay más pacientes jóvenes y no fumadores. “En nuestro país estamos diagnosticando más casos de cáncer de pulmón a edades más tempranas, y si bien el tabaquismo sigue siendo el principal factor asociado, estamos viendo otros factores como la contaminación ambiental, ocupacional y estrés, con incremento del diagnóstico en el género femenino. Y estamos viendo más pacientes con esta patología que no son tabaquistas, siendo este el subgrupo de menor rango etario (10-20%)”, describe la Dra. Mara Bonet (MN 134714), oncóloga de planta de la Unidad Funcional de Tórax del Instituto Ángel H. Roffo, miembro de AAOC.

Factores de riesgo

A la hora de determinar los factores de riesgo del cáncer de pulmón, el tabaquismo sigue siendo el principal: según datos observacionales, el 85% de los pacientes son fumadores o ex fumadores.

La última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, publicada en 2019, mostraba un descenso en el consumo de tabaco tanto en adultos como en adolescentes⁷. Sin embargo, el informe Epidemia Global de Tabaco 2025 de la Organización Mundial de la Salud advierte que la prevalencia del tabaquismo en la población adulta es **la más alta de América Latina**, el 17%, al igual que en Chile⁸.

Además, este reporte no tuvo en cuenta una de las señales de alarma que más preocupa a los especialistas hoy: **el vapeo**. Como los cigarrillos electrónicos están **prohibidos** en nuestro país, no hay datos oficiales de su uso, aunque este existe y es cada vez más extendido, con distintos dispositivos que utilizan esencias y saborizantes que los hacen más atractivos.

Así, por un lado, los cigarrillos electrónicos o vapeadores son utilizados por fumadores con la falsa ilusión de dejar el hábito. Por el otro, son también elegidos por los adolescentes y jóvenes: para ellos, los vapeadores terminan convirtiéndose en **la puerta de entrada al consumo**, como advirtió recientemente la Sociedad Argentina de Pediatría⁹.



Además, hay creencias erróneas respecto de que los cigarrillos que se arman artesanalmente tienen menos riesgo de cáncer de pulmón, lo mismo que los de marihuana, advierte **Ignacio Zervino**, coordinador de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón. “Provoca una combustión que se está absorbiendo y metiendo en los pulmones. La marihuana tiene menos químicos que los cigarrillos, pero también provoca cáncer de pulmón. Se habla de un montón de riesgos de la marihuana, pero **el del cáncer es el que los jóvenes menos tienen registrado**”, resalta.

Y si bien el tabaquismo es el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón y el más fácilmente evitable, también se deben tener en cuenta otros¹⁰:

- Tabaquismo pasivo (respirar el humo del cigarrillo que fuman otras personas).
- Exposición al radón (un gas que se origina naturalmente en el suelo).
- Exposición al asbesto (un material que se utilizaba en productos industriales y comerciales).
- Agentes cancerígenos en el ámbito laboral.
- Contaminación ambiental.
- Antecedentes familiares.



Figura 2. Factores de riesgo más frecuentes del cáncer de pulmón
[American Cancer Society \(2024\)](#).

Diagnóstico y tratamientos: ¿de dónde venimos y cómo llegamos hasta acá?

El descubrimiento de la asociación con el tabaquismo, en la década del 50, fue el primer gran hito en el abordaje del cáncer de pulmón, una enfermedad que tiene **dos tipos principales**¹¹:

- El cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) representa entre el 80-85% de los diagnósticos y se compone principalmente de dos subtipos: carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma.
- El cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) es mucho menos frecuente, pero en el 100% de los casos está relacionado con el tabaquismo y tiende a diseminarse tempranamente a los ganglios y a distancia.

En cuanto al diagnóstico, la **radiografía de tórax** fue la primera técnica de imagen para determinar un posible tumor, pero como método tamizaje no demostró ser eficaz en la reducción de la mortalidad. En la década del 90, las mejoras en la tomografía computada permitieron un salto de calidad notable en las imágenes y avanzar hacia un screening confiable y costo-efectivo para la población en mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón¹².

En los pacientes con CPCNP detectados en estadios tempranos, la **cirugía** es una opción con buenas probabilidades de cura, a menudo asociada con otros tratamientos. Durante años, estos fueron la **quimioterapia** (fármacos que se administran por vía endovenosa u oral y entran al torrente sanguíneo para destruir las células cancerosas) y la **radioterapia** (que utiliza rayos de alta energía y altas dosis de radiación o partículas con el mismo objetivo)¹³.

Posteriormente un **hallazgo clave en el tratamiento del cáncer** fueron los anticuerpos monoclonales que descubrieron en la década del 70 el argentino César Milstein y el alemán George Kohler y que les valió el Nobel de Medicina en 1984¹⁴.

Estos anticuerpos, que pueden diseñarse con el objetivo de unirse a un antígeno específico, permitieron

desarrollar varias estrategias en oncología y posibilitaron la gran revolución en el tratamiento del cáncer de pulmón, junto con las nuevas técnicas anatomo-patológicas para diagnosticar alteraciones moleculares: **la medicina de precisión o personalizada**.

La investigación científica posibilitó entonces entender estos distintos mecanismos celulares que promueven un crecimiento exponencial y desordenado de las células tumorales, lo que hace que tengan mayor capacidad de invasión y de diseminación a distancia. Estos mecanismos surgen de alteraciones estructurales o funcionales de diversas proteínas causadas por cambios en el ADN tumoral (oncogenes).

Este mayor conocimiento permitió desarrollar las **terapias dirigidas**, también llamadas terapias target o fármacos selectivos, que actúan justamente donde se encuentra la proteína anómala. Las terapias dirigidas pueden tener diferentes objetivos. Por ejemplo, evitar el crecimiento de los vasos sanguíneos del tumor, atacar al receptor de crecimiento epidérmico de células tumorales (EGFR) o atacar células tumorales que presentan cambios en el gen ALK.

La **inmunoterapia**, en tanto, es el uso de medicamentos para estimular el propio sistema inmunitario del paciente para que reconozca y destruya las células cancerosas, también a través de diferentes mecanismos: puede utilizarse tanto antes de una cirugía de un tumor potencialmente curable como en una enfermedad avanzada.

Este enfoque terapéutico tiene su origen en los descubrimientos de James Allison y Tasuku Honjo, galardonados con el Premio Nobel de Medicina en 2018 por demostrar el potencial real de la regulación del sistema inmunitario como tratamiento contra el cáncer, lo que marcó un punto de inflexión en la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias clínicas en oncología.

Actualmente, ambas terapias se utilizan de manera independiente, pero ya hay en curso diversos ensayos clínicos que están probando su uso combinado.

Terapias transformadoras que ya están cambiando vidas

En los últimos 15 años, estos avances terapéuticos relacionados con un mayor conocimiento de la biología tumoral **cambiaron radicalmente las perspectivas** de los pacientes con cáncer de pulmón.

Entre los **avances a nivel molecular**, con una biopsia líquida o una biopsia tisular hoy es posible delinear el “genoma tumoral” y ofrecerle a cada persona en particular el mejor tratamiento disponible para ella. Los testeos genéticos son, entonces, una parte fundamental del abordaje del cáncer: se podría comparar con **una llave y una cerradura**. Al identificar la cerradura (la mutación genética), se puede buscar la llave adecuada (la terapia target) para bloquear esa puerta.



“Junto con el cáncer de mama y el melanoma, el cáncer de pulmón fue el **pionero en incorporar las terapias dirigidas**. Una ecuación significativamente más favorable en términos de mayor eficacia y menor toxicidad, con posibilidad de mantener una calidad de vida muy superior a la que tienen los pacientes bajo quimioterapia”, explica el **Dr. Nicolás Castagneris** (MP 33180/9), miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) y jefe de la Unidad de Tumores Torácicos y Tumores de Cabeza y Cuello de la Clínica Universitaria Reina Fabiola y del Sanatorio Allende Cerro en Córdoba.

La mirada de sus protagonistas: testimonios de pacientes y asociaciones

Oncólogos, psicooncólogos, integrantes de ONG's y los propios pacientes coinciden en su mirada: el horizonte de un paciente que recibe un diagnóstico de cáncer de pulmón dio un giro radical en los últimos 10 o 15 años.

Peter Czanyo es el fundador y presidente de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón. Su historia es poderosa, porque demuestra que, cuando todos los eslabones del sistema funcionan, **la vida gana**.



Hace 22 años y preocupado por el colesterol alto, fue a un clínico por un control. En el interrogatorio, el médico detectó que era fumador y lo mandó a hacerse una placa de tórax. Tras un resultado sospechoso, le ordenó una to-

mografía y lo derivó directamente al neumólogo. Rápidamente se confirmó el tumor: Peter pudo operarse y recuperarse, sin necesidad de recibir otro tratamiento.

“No sentí culpa por haber fumado porque **el cigarrillo es una adicción**. Pero sí sentí de los demás esa cosa de la sentencia de muerte del cáncer de pulmón. El estigma del pobre tipo, sin escapatoria”, grafica.

Los propios médicos tuvieron que redefinir su narrativa en el consultorio para explicarles a sus pacientes que el escenario es muy diferente y que existen tratamientos efectivos y seguros. Hace 20 años, sólo el 4% de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado estaban vivos a los cinco años y **hoy se estima que son casi un 40%**.

“Un cambio trascendental”, sintetiza la Dra. Bonet, y lo ejemplifica con el caso de una de sus pacientes. De 30 años, llegó a su consultorio en silla de ruedas, con bajo peso, tos, disnea y metástasis cerebrales, expectoraba sangre y requería altas dosis de morfina por el dolor. “Me dijo: ‘Tengo un hijo de cuatro y uno de dos, no me puedo morir’. Actualmente trabaja de niñera y sus hijos están en la primaria. Cada vez que la veo y me cuenta las anécdotas de ellos, es una alegría enorme”, comparte.



Los pacientes bajo terapias target pueden continuar trabajando, con una vida social activa y practicando deportes.

“Las terapias más transformadoras **modificaron la calidad de vida** porque tienen toxicidades mucho más manejables que las del pasado. Eso hace que el paciente pueda llevar una vida prácticamente normal, contribuir a la sociedad trabajando y vivir con buena calidad el tiempo que le quede de vida, que pueden ser muchos años en muchos casos”, resalta el **Dr. Carlos Silva (MN 62549)**, oncólogo y director médico de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).

La práctica médica, con esta multiplicidad de alternativas, “se volvió más compleja pero a la vez más desafiante e interesante desde el punto de vista científico”, concede el Dr. Castagneris. Hoy, el médico necesita contar con información para decidir la mejor opción para cada paciente. Y el resultado es que se están empezando a ver los denominados pacientes largos **sobrevividores o curaciones funcionales**.



Para el Dr. **Claudio Martín (MN 82958)**, presidente de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) y jefe de Oncología Torácica del Instituto Alexander Fleming, los médicos también se encuentran muy atravesados desde lo emocional por estos resultados.

“Cuando empecé a tratar cáncer de pulmón hace muchos años, nadie se dedicaba exclusivamente a esto porque las opciones eran muy pocas o casi nulas. Hoy, el hecho de tener tantas posibilidades y ver cómo nuestras intervenciones modifican realmente la vida **cambia muy positivamente la relación médico-paciente**. El principal beneficiario es el paciente, pero la satisfacción que genera en el médico es mucho mayor”, confiesa.



El abordaje integral del paciente y su familia

A pesar de que recibir un diagnóstico de cáncer de pulmón no equivale a una sentencia de muerte, esta enfermedad sigue siendo un **tabú**. Esta patología está muy estigmatizada porque erróneamente se cree que el tabaquismo es su única causa. “Y si bien el tabaco es el principal factor de riesgo, la incidencia de cáncer de pulmón en pacientes no fumadores es la misma que la del cáncer de ovario”, expresa el **Dr. Claudio Martín**.

Socialmente se “acus” al paciente de ser el responsable de su enfermedad, lo que se puede de asociar a mayores dificultades para aceptarla y aceptar los tratamientos, y generar una carga adicional a la ya difícil situación que le toca atravesar. Existe evidencia científica que demuestra que **este estigma social es más fuerte que en otras localizaciones y afecta la salud mental¹⁵**.

Por esto, al margen de la indicación estrictamente terapéutica, el **acompañamiento psicológico y emocional del paciente y de su entorno** resultan fundamentales para ayudarlo a transitar un camino que siempre es complejo. Por eso, es recomendable que el médico derive al paciente a un psicooncólogo en caso de que lo requiera, para que tenga habilidades de apoyo psicosocial para estar a la altura de abordar la crisis existencial que puede significar recibir un diagnóstico de cáncer.

“Al momento del diagnóstico, la principal preocupación es morir y sufrir. Luego aparecen temores vinculados con la pérdida de lo construido, como el rol social, laboral, familiar, los proyectos y logros conseguidos.

Las mujeres reportan más ansiedad y preocupación por los cambios en la imagen corporal. A más temprana edad los adultos expresan mayor impacto emocional y en la edad media, mayor toxicidad financiera, con preocupación vinculadas con el sostén del hogar o familiar”, enumera **Fernanda Montaña** (MN 33687), licenciada en Psicología y psicooncóloga del Programa de Acompañamiento y Humanización de la Salud de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).

La especialista explica que el abordaje del paciente debe evitar culpabilizarlo y, en cambio, identificar barreras, validar sus dificultades y acompañarlo en el acceso a algún programa de cesación tabáquica. El shock inicial, enfatiza, se acompaña con empatía y una actitud compasiva, sin dar recomendaciones sino ofreciendo disponibilidad para sostener la angustia. Es siempre importante que la persona pueda tener **un espacio para expresar sus temores**, ya que el acompañamiento psicológico reduce el impacto emocional del diagnóstico y favorece la adaptación, lo que también impacta positivamente en la calidad de vida.

A los familiares, la Lic. Montaña también les recomienda identificar sus propias necesidades, angustias y dificultades, y pedir ayuda porque tendrán que cuidarse ellos para poder cuidar al otro. Y al sistema de salud le recuerda “la **regla de platino** del psiquiatra canadiense Harvey Chochinov: debemos preguntarnos cómo quisiera esta persona ser tratada en este momento de su vida”.

Poner al protagonista en el centro de la escena es también lo que remarca Czanyo. Desde su propia experiencia, cree que es clave lo que el paciente pone de sí mismo. Pero que se requiere que la atención oncológica en Argentina hoy “sea más humana”, que entienda que ahí hay una persona con muchísimo miedo y que pueda mirarla a los ojos. También recomienda buscar apoyo en las asociaciones de pacientes. “La sala de espera de los médicos del sanatorio fueron las primeras ONG’s”, compara, y suma que hoy las redes sociales pueden ser también un gran espacio de contención y orientación.

La importancia de la detección temprana

Tecnología y ciencia no solo para tratar, sino para diagnosticar precozmente: nuevos métodos y su incidencia

Los avances en el abordaje del cáncer de pulmón en las últimas décadas no se limitaron al desarrollo de nuevos fármacos y metodologías de testeo genéticos que permiten optimizar estrategias terapéuticas.

Uno de los hitos más significativos ha sido la definición de la **tomografía computarizada de baja dosis (TCBD)** como método de diagnóstico temprano, superando en tasas de supervivencia en cáncer de pulmón a la radiografía de tórax y la citología de esputo.

Este estudio se realiza con una máquina de rayos X que emite una dosis muy baja de radiación y permite obtener imágenes detalladas del tórax desde diferentes ángulos que, al combinarse, crean imágenes tridimensionales de los órganos y tejidos y posibilita identificar la presencia de nódulos o lesiones sospechosas de cáncer de pulmón¹⁶, además de otros beneficios. La TCBD analiza no sólo los pulmones sino también el corazón y las principales arterias, con lo cual también puede identificar lesiones cardíacas.

La **TCBD como método de cribado o tamizaje para el cáncer de pulmón** está indicada anualmente para un target específico: hombres y mujeres de entre 55 y 74 años que hayan fumado más de 30

paquetes por año o ex fumadores que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años¹⁷.

Al igual que en la mamografía, existen los llamados *lung rads*, una escala que, ante la sospecha de un nódulo, determina el **seguimiento posterior que debe tener el paciente**. Según esa escala, puede indicarse un nuevo estudio en los meses siguientes; también debe evaluarse el riesgo cardiovascular y, en caso de que continúe fumando, ofrecerle un programa de cesación tabáquica.

Entre los países que indican la cobertura de la TCBD como método de screening del cáncer de pulmón se cuentan Estados Unidos, Alemania, Australia y el Reino Unido.

En Argentina, no está incluida en el Plan Médico Obligatorio (PMO) aunque obtuvo en 2023 una **recomendación positiva de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC)** en el marco de un plan integral de seguimiento de pacientes, que incluya la protocolización de los procesos y la construcción de datos locales¹⁸. También fue avalada por un consenso de expertos de la **Asociación Argentina de Medicina Respiratoria**¹⁹, el primero sobre programas de tamizaje de cáncer de pulmón en toda la región.

El impacto del screening en datos

En los países en los que el cribado de cáncer de pulmón se viene implementando como política de salud pública, la detección temprana **ha logrado disminuir la mortalidad de cáncer de pulmón**. En Estados Unidos, donde fue recomendado por la US Preventive Services Task Force y la American Cancer Society en 2013²⁰, las tasas de diagnóstico precoz aumentaron un 11% en cinco años²¹.

“Donde el screening está más difundido, los casos de cáncer de pulmón que se detectan en un estadio IV son 4 de cada 10: en Argentina, esa tasa es de 7 de cada 10, con el consecuente peor pronóstico para el paciente y una mayor sobrecarga a los sistemas sanitarios. Estadísticamente, la TCBD como práctica de prevención secundaria baja la mortalidad y en la medida en que se haga el seguimiento a la población de riesgo es **costo-efectiva**”, afirma Ignacio Zervino.

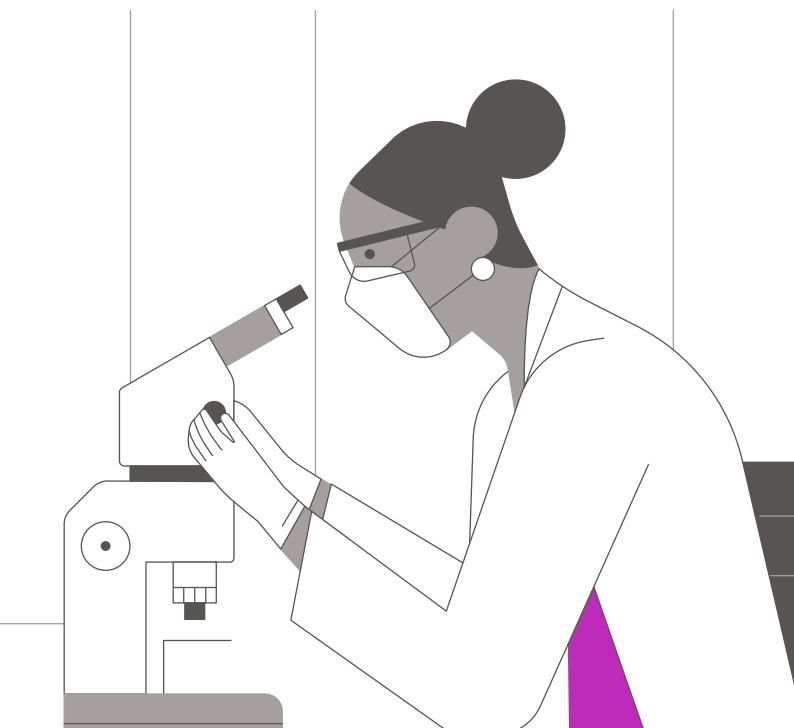
Uno de los principales estudios internacionales que demostraron su eficacia fue el Nelson, realizado en los Países Bajos y Bélgica con una población de 7.557 participantes, que a 10 años tuvieron una reducción de al menos el 25% en el riesgo de morir de cáncer de pulmón que el grupo control²². Y el masivo NLST liderado por el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos confirmó esos beneficios. Participaron más de 50.000 pacientes y sus primeros resultados, publicados en 2011, mostraron una reducción de entre el 15% y 20% en el riesgo de morir de cáncer de pulmón en los pacientes que recibieron TCBD versus radiografía de tórax²³.

Desde entonces la estrategia se fue refinando y el consenso en los especialistas ubica su efectividad **en una reducción del 20% en la mortalidad por cáncer de pulmón y del 6% en la mortalidad general**²⁴.

En la Argentina, se están llevando adelante **experiencias piloto** de screening con TCBD con una población controlada en centros de salud privados como el CEMIC y el Instituto Alexander Fleming, que tienen actualmente unos 300 pacientes en seguimiento, comparte Zervino: “Están haciendo

difusión del screening y van haciendo camino en validar la evidencia en Argentina”. También el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata cuenta con un programa similar²⁵ y el Hospital de Clínicas dependiente de la UBA ha realizado campañas de búsqueda activa en el Barrio 31 de Retiro²⁶.

No obstante, para la implementación de un programa nacional de screening hay una **variable crítica** que es la disponibilidad de tomógrafos, que es escasa y se suele reservar para fracturas, cirugías y seguimiento de otras patologías. “El sistema de salud está fragmentado y aquel que tiene que invertir en atención primaria, en formar a los médicos para hacer preguntas específicas, derivar y tener disponible el tomógrafo, no está mirando cuánto cuesta una droga para una persona que se detectó en un estadio avanzado. No lo compara con eso, sino con el resto de los gastos. Pero si vos mirás la película completa, es **infinitamente más barato**”, marca Zervino el contrapunto entre la inversión y el gasto.



Diseñar el futuro: ciencia al servicio de los pacientes

El rol de la investigación clínica

Como se expuso anteriormente, en las últimas dos décadas las nuevas terapias transformaron el horizonte de los pacientes con cáncer de pulmón. Eso fue posible gracias a años de **investigación científica**, tanto en ciencia básica como en farmacología clínica, el camino para identificar blancos terapéuticos, desarrollar mecanismos de acción y probar su eficacia en las personas.

Con rigurosos protocolos, la investigación clínica es la ciencia puesta al servicio de los pacientes y del avance de la sociedad, con el aporte de conocimiento e innovaciones que día a día **diseñan un futuro con menos carga de la enfermedad** tanto a nivel individual como social.

Las proyecciones de aumento de casos de cáncer (para 2050 la Organización Mundial de la Salud estima un crecimiento del 77%

respecto de 2022²⁷) y los altos índices de mortalidad que esta enfermedad aún presenta a nivel global, explican por qué hoy **la oncología lidera la investigación clínica** (3 de cada 10 ensayos iniciados en 2023 estaban enfocados en cáncer).

El **cáncer de pulmón de células no pequeñas** es una de las patologías en las que más se está investigando: un 8% de los ensayos de fases I-III, detrás de tumores sólidos avanzados (16%)²⁸.

El Dr. Silva explica las razones: “**Es el cáncer más desafiante**, es la primera causa de muerte por cáncer porque tiene una alta incidencia y una alta mortalidad, y sin duda eso para el sistema de salud es mucho más costoso que promover la investigación clínica. No me cabe duda de que la investigación clínica debe ser promovida y financiada no sólo desde la industria farmacéutica sino también desde lo público”.

Argentina como polo de innovación científica

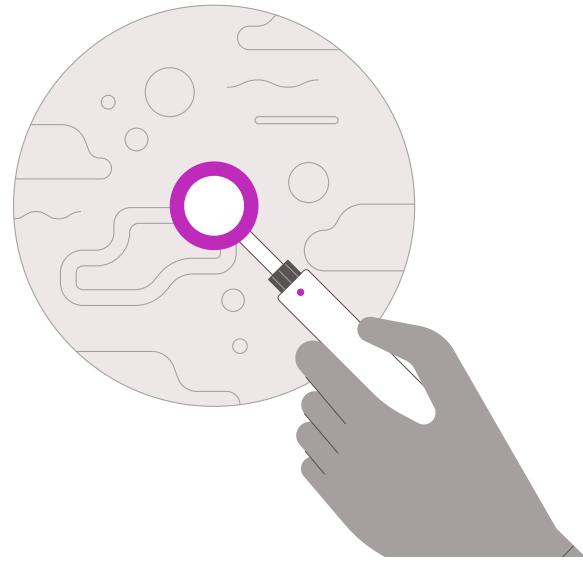
En Argentina, la investigación clínica está muy avanzada por la **calidad de sus centros y de sus profesionales, y el prestigio de su agencia regulatoria**.

Al año, la industria biofarmacéutica de capitales extranjeros invierte USD 700 millones, liderando la inversión privada en I+D (Investigación y Desarrollo) y agregando valor en la economía del conocimiento. Según los últimos datos de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), hay en marcha en el país más de 1.000 ensayos clínicos con más de 50.000 participantes. También aquí, la oncología es el área con más estudios en curso.²⁹

Para cada uno de los pacientes que participa de esos ensayos, la investigación clínica representa un halo de esperanza para enfrentar sus necesidades médicas, e incluso la perspectiva de poder acceder a dichas terapias en forma más rápida.

La apuesta por la innovación permite descubrir nuevas formas de abordaje de la enfermedad, lo que se traduce en la mejora de la calidad de vida y sobrevida de quienes padecen cáncer de pulmón. En este escenario, no es menor que el país ya se erija como un bastión de la ciencia en Latinoamérica, con potencial de expandir su capacidad para posicionarse entre los líderes mundiales.

De hecho, Argentina ya es considerada un país prioritario a la hora de definir sedes para ensayos clínicos. Es importante destacar que esto representa beneficios significativos no solo para los pacientes, sino **para todo el sistema de salud en su conjunto**. Fomentar un ecosistema propicio para el desarrollo de la actividad científica genera mayores posibilidades de crecimiento para esta industria, nuevas oportunidades de formación para profesionales de la salud y la creación de empleo calificado en instituciones tanto públicas como privadas, fortaleciendo el tejido científico del país.



Las terapias que se vienen y el horizonte que nos permiten imaginar

La adopción de la **inteligencia artificial** en la investigación clínica –siempre y cuando se trabaje con un marco regulatorio robusto que resuelva las implicancias éticas– representa, como lo califica un reciente artículo de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), “una **oportunidad estratégica** para mejorar la eficiencia, precisión y equidad en el desarrollo de nuevos tratamientos oncológicos”³⁰.

Por otra parte, el gran volumen de datos que hoy se obtiene de distintas fuentes permitirá **construir evidencia del mundo real** que posibilitará analizar la eficacia de los tratamientos más allá del entorno controlado del ensayo clínico y así afinar y mejorar la práctica asistencial y la toma de decisiones estratégicas.

En este **horizonte de innovación** que abre perspectivas inimaginables décadas atrás, todos estos avances permitirán identificar nuevos blancos génicos accionables y desarrollar terapias que mejoren la perspectiva de sobrevida libre de progresión sin aumentar la toxicidad”.

Respecto de los **nuevos tratamientos para el cáncer de pulmón** que se verán en los próximos años, la Dra. Bonet enumera la conjugación de drogas,

inmunoterapias combinadas, anticuerpos biespecíficos (cuando un mismo fármaco se une a dos receptores distintos en la misma célula) y vacunas. “Los anticuerpos biconjugados son lo nuevo que próximamente va a venir a revolucionar, y también los inhibidores de TKI de 4° y 5° generación”, resalta.

La experta también destaca que en la próxima década veremos avances en la implementación de células madre con capacidad regenerativa, terapia TIL (linfocitos infiltrantes de tumor), nanomedicina, radioterapia de alta precisión, cirugías con técnicas mínimamente invasivas o robóticas y diagnósticos en estadios más tempranos.

Todo este escenario hace pensar que la **cronificación del cáncer de pulmón no es una utopía**. “En los próximos años la multiplicidad de opciones terapéuticas va a ser muy grande. Pasamos de tratar hace 25 años apenas con cuidados paliativos o una línea de quimioterapia, a que ahora los pacientes con cáncer de pulmón pueden recibir 8, 9 o 10 distintos tratamientos. Estoy convencido de que la mayor parte de ellos va a poder cronificar su enfermedad con una buena calidad de vida”, confía el Dr. Martín.

Crear el puente entre tiempos: desafíos actuales y venideros para el sistema de salud

Desafíos en la concientización y la prevención

Son múltiples los tabúes que siguen existiendo alrededor del cáncer de pulmón. En este sentido, en la concientización de la población en general e incluso en los equipos de salud queda trabajo por hacer para poder desterrar ideas como que sólo los fumadores pueden contraer la enfermedad o que es una patología eminentemente masculina.

- Hay que **enfatizar mensajes** que puedan llegar de manera directa y concreta a la población respecto del riesgo del cigarrillo u otros dispositivos, para reconocer el fumar como una adicción y que esto pueda complementarse con una oferta de programas de cesación tabáquica. La escucha activa y empática de los médicos de atención primaria puede hacer una gran diferencia en **detectar conductas de riesgo e indicar estudios diagnósticos** que detecten un posible tumor de manera temprana.
- La extensión territorial, la fragmentación del sistema de salud y las condiciones socioeconómicas diversas de la población hacen que la situación del cáncer de pulmón **no sea homogénea** a lo largo y ancho de todo el país. Por ello, uno de los grandes desafíos del abordaje de esta enfermedad está en favorecer el acceso tanto a las pruebas diagnósticas como a los estudios moleculares y las diversas opciones de tratamiento más allá de la condición socioeconómica y del lugar de residencia.
- En la Argentina **fuman más las personas de bajos ingresos** que las de altos ingresos (26%

contra 21%). En las poblaciones más vulnerables, el tabaquismo genera un 15% más de casos de enfermedad y un 7% más de muertes³¹. Los sectores de menores recursos, también con menor educación respecto a su salud, son los que consultan más tarde. Es imprescindible que tanto las campañas de concientización como de detección precoz contemplen este contexto en su diseño. Actualmente, las organizaciones no gubernamentales como LALCEC, que tiene más de 100 filiales en todo el país, atiende mayoritariamente a estos pacientes sin recursos.

- El cáncer implica tanto un replanteo de su vida para el paciente como un cambio dramático en el núcleo familiar. Se requiere de los profesionales médicos un **abordaje integral y multidisciplinario**, que incluya la derivación a un psicooncólogo en caso de ser necesaria. La contención social, emocional y espiritual es importante para ayudar al paciente y a su entorno a afrontar el diagnóstico y el tratamiento, e implica una humanización de la medicina que acompañe al paciente desde el momento del diagnóstico hasta el que es un sobreviviente, y también en los adecuados cuidados paliativos a quienes no logran una mejoría en su condición. Para acompañar el proceso individual de cada uno de los pacientes se requiere tanto del sistema de salud en general como de sus actores **una mirada más humana** que acompañe al paciente y a su entorno también desde la perspectiva psicoemocional.

Desafíos en el screening y la detección precoz

Un **desafío inmediato** para el cáncer de pulmón en Argentina es el **tamizaje**. Los resultados de los países que han impulsado el screening en cáncer de pulmón han demostrado su efectividad. Más allá de programas piloto que se desarrollen a nivel local o institucional, se requiere **una estrategia nacional** que garantice la inversión en equipamiento y en personal para la realización de tomografías de baja dosis y el posterior seguimiento a los pacientes de mayor riesgo en todo el país, como lo recomendó la CONETEC.

La TCBD (tomografía computarizada de baja dosis) es **una oportunidad para cambiar el paradigma del cáncer**, pero al mismo tiempo enfrenta en nuestro país importantes desafíos en su implementación.

- No es un estudio de screening de indicación masiva como la mamografía para cáncer de mama o la videocolonoscopia para cáncerorrectal, sino que está dirigido a una población específica (fumadores pesados) lo que **acota su impacto económico**, además de que ya ha sido demostrada su costo-efectividad.
- La **falta de conocimiento** en la población en general e incluso en los médicos complejizan el acceso a la TCBD. Los médicos de atención primaria no están aún convencidos de sus ventajas y creen que los únicos que pueden solicitar el tamizaje son los neumonólogos, cuando cualquier profesional puede indicarla, lo que lleva a **demoras en la derivación** que son evitables. Las universidades y las sociedades médicas tienen un rol fundamental en formar a los médicos sobre la utilidad de esta herramienta, en tanto las asociaciones pueden contribuir en ampliar la educación en la población.
- Es esencial la **formación de todos los profesionales de la salud**, no sólo oncólogos y neumonólogos sino muy especialmente médicos de atención primaria, para que detecten factores de riesgo en la consulta e indiquen la TCBD. Y robustecer la capacidad en cirugía torácica y en la realización de biopsias de pulmón, más complejas que en otros tumores.

- Es imprescindible, como lo establecen los consensos y recomendaciones, que el cribado se realice dentro de **un plan integral** que garantice el seguimiento necesario para el paciente. El centro médico tiene que tener la posibilidad de asegurarle un turno a los seis meses o al año según se requiera, y citarlo para que lo cumpla. Un caso modelo es el del programa de cribado de Estonia, que con una búsqueda activa de los pacientes logró una tasa de captación del 80%³².
- La tomografía es un estudio operador dependiente, de manera que las imágenes no solo deben ser informadas, sino que es también recomendable tener **un grupo de médicos de distintas especialidades** que puedan en ateneo analizar sus resultados e indiquen conductas a tomar tanto si se detecta un nódulo pulmonar como cualquier otra situación anómala.
- No existen en el país datos de cuántos tomógrafos hay y, de estos, cuántos están efectivamente operativos. Se requieren aparatos que puedan calibrarse también en baja dosis, una programación sencilla que realizan sus propios operadores. Es probable que si se implementaran programas de screening en toda la población candidata no habría suficiente disponibilidad, con lo cual es necesario invertir en equipamiento y en personal capacitado para poder llevar adelante esta estrategia de salud pública.
- Las organizaciones de pacientes tienen una gran oportunidad para convertirse en verdaderas **embajadoras del screening**, y de hecho hoy intervienen activamente en el trabajo de concientización con los médicos para capitalizar las ventajas del diagnóstico precoz. Un posible modelo a seguir es el que recorrió la mamografía, una práctica resistida al principio que hoy indicada como rutina por los médicos y reconocida por la mayoría de las mujeres como método de detección del cáncer de mama³⁴.

- Más allá de todos estos desafíos que pueden abordarse anticipadamente, entre los médicos y las ONG's hay un consenso en **la necesidad de que la Argentina implemente un programa nacional de cribado de cáncer de pulmón** que, al permitir tener mayor proporción

de estadios tempranos (I-II) al momento del diagnóstico y por ende mayor acceso a resecciones curativas, lograría una disminución significativa de la mortalidad por estos tumores y también un **impacto económico positivo** en la salud pública.

Desafíos clínicos, tecnológicos y en investigación

Los resultados obtenidos por las terapias aprobadas en las últimas décadas prometen un futuro esperanzador. El mayor conocimiento y los recursos tecnológicos disponibles hoy pueden convertirse en el catalizador que impulse la investigación científica para obtener más y mejores terapias en menor tiempo. Capitalizar los aprendizajes es fundamental para que ese puente entre el presente y el mañana pueda cruzarse aún más rápido, sin perder nunca la escala humana que demanda la atención de esta enfermedad.

- Para la Argentina, constituirse en un **hub de investigación clínica** representa múltiples oportunidades, no sólo como beneficio directo para los pacientes sino a nivel de generación de divisas y empleo de alta calificación. Esta es otra razón para que desde el Estado se considere la I+D en salud como **un sector estratégico** para el futuro del país.
- La investigación y desarrollo de un nuevo medicamento es un proceso largo y costoso, financiado en la mayoría de los casos íntegramente por el sector privado. El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC/TRIPS) resguarda esa gran inversión a través de la concesión de una patente por un plazo de 20 años, pero en los últimos tiempos ese tiempo efectivo se redujo significativamente. **Proteger e impulsar la innovación y el desarrollo de nuevas terapias** es uno de los grandes desafíos para garantizar la llegada al mercado local de nuevos medicamentos, por lo que en varios países se están aplicando reformas para avanzar hacia un modelo basado en el valor que contempla el acceso, la inversión y la sustentabilidad³⁵.

- Impulsar la participación de argentinos en los ensayos clínicos trae un beneficio directo e inmediato a los pacientes, al agilizar el acceso a un tratamiento innovador de calidad, científicamente serio y altamente vigilado por normativas locales e internacionales. E incluso para quienes forman parte del grupo control, ser parte de un estudio les permite acceder al mejor estándar de tratamiento autorizado, que muchas veces es complejo conseguir por trabas burocráticas. Para que esto sea posible se deben derribar los mitos que aún puedan persistir sobre su seguridad y **reforzar la oportunidad que brindan** de acceder al mejor estándar de tratamiento además de un exhaustivo seguimiento médico dentro del protocolo de investigación.
- Estados Unidos, Japón y Europa son algunos de los países con mayor cantidad de ensayos clínicos³⁶. Pero la estandarización de los estudios multicéntricos –que se hacen en simultáneo en distintos lugares– **abre una oportunidad a los países emergentes** con gran calidad de investigación, como el nuestro, para recibir más ensayos. Uno de los desafíos es trabajar conjuntamente entre el sector público y el privado para convenir la realización de más estudios clínicos en Argentina y ampliar los cupos de voluntarios en los reclutamientos.
- Es importante que los oncólogos puedan estar actualizados sobre los estudios en curso, para **favorecer la inclusión de sus pacientes** en los mismos. También, que se entrene a las nuevas generaciones de profesionales para que sepan manejar todas las herramientas que ofrece la investigación clínica.

- La mayor parte de los ensayos clínicos que se realizan en la Argentina están concentrados en los centros de salud de referencia de las grandes ciudades. Es fundamental invertir en capacidad instalada y capacitación para poder **adaptar la infraestructura de los centros periféricos** a las exigencias de los sponsors y así lograr que más pacientes puedan beneficiarse. Esto permitirá, además, fortalecer a la Argentina en su posición de hub de I+D.
- La falta de estadísticas es un problema estructural en la Argentina. La carencia de relevamientos comparativos realizados a lo largo del tiempo dificulta tener una foto más precisa de la incidencia del cáncer de pulmón tanto en términos de edad como del impacto de la aplicación de la Ley Antitabaco. Se requieren **estudios epidemiológicos consistentes y continuos** en grandes masas poblacionales, hechos de forma seria, para poder contar con información sólida y bases de datos robustas que posibiliten refinar y evaluar políticas públicas en el abordaje del cáncer.
- Profundizar el conocimiento molecular permitirá identificar nuevas dianas para diseñar terapias más eficientes. Los nuevos modelos de procesamiento de datos y la construcción de evidencia del mundo real pueden allanar el camino en este sentido, y se requiere que los marcos regulatorios acompañen estas innovaciones para acelerar los tiempos de aprobación sin poner en riesgo la seguridad de los pacientes. El uso de algoritmos también podría permitir explorar métodos alternativos de diagnóstico por imágenes, como la utilización de inteligencia artificial para analizar lesiones sospechosas en placas de tórax.

La ciencia ha logrado avances impensables en los últimos años que requieren un compromiso multisectorial para poner al paciente en el centro y lograr que la medicina personalizada, esto es, el mejor tratamiento para cada persona, pueda ser una realidad para todos, más aún de cara a las innovaciones que seguramente en los próximos años aportarán nuevas opciones terapéuticas para mejorar la sobrevida y la calidad de vida.

Desafíos en el acceso

Una terapia sólo es efectiva cuando llega al paciente que la necesita. Y para que eso ocurra, es prioritario tener antes el diagnóstico, para poder contar con una mayor disponibilidad de líneas terapéuticas para esa persona. En un sistema estresado como el argentino, el acceso **implica importantes desafíos** tanto en la detección como en la realización de estudios genéticos y en la entrega de los tratamientos.

- Todavía falta en la Argentina una **articulación entre la atención primaria, la atención secundaria y la de alta complejidad**. Se requiere mejorar la comunicación entre los distintos niveles para que el viaje del paciente pueda ser más fluido y eficiente.
- Los médicos reconocen hoy que la **principal**

barrera para poder indicar drogas innovadoras es el acceso, en particular en el sistema público, considerando entre distintos aspectos a la burocracia que tienen que atravesar los pacientes y los propios profesionales. Simplificar procesos y trámites alivia esta carga extra con la que el paciente debe lidiar mientras transita el impacto de su diagnóstico.

- Los profesionales que trabajan en el sistema público y para obras sociales y prepagas marcan las **diferencias en el acceso** a los testeos moleculares y a la innovación farmacológica.
- Desde las asociaciones de pacientes señalan que la complejidad que ha adquirido la **atención privada** en la Argentina en los últimos años, con una sobredemanda para este subsis-

tema, también está repercutiendo en dificultades o en requerimientos de trámites complejos incluso para quienes cuentan con los planes de cobertura más elevados. Se requieren estudios estadísticos del acceso de la población a estas terapias, medido en tiempo desde el primer síntoma hasta el inicio del tratamiento.

- La **disponibilidad de nuevas tecnologías diagnósticas**, como testeos moleculares con paneles de última generación, está muy restringida por la escasez de recursos y acotada a pocas ciudades. Mejorar la accesibilidad es imprescindible, como así también fortalecer el trabajo interdisciplinario con patólogos y biólogos moleculares que se requiere para la inter-

pretación de sus resultados. No contar hoy con el resultado del status de los drivers moleculares limita la posibilidad de tratamiento y efectividad del mismo. La industria farmacéutica está contribuyendo a mejorar esta necesidad gracias al aporte de los programas de testeo de las diferentes compañías.

- La **interacción fluida** entre el sector público, obras sociales y prepagas, la industria farmacéutica y las asociaciones de pacientes es un camino que requiere transitarse, para mejorar el acceso a las medicaciones y apostar a modelos basados en el valor y promover el desarrollo tecnológico nacional dentro de un marco de protección de la innovación.

Llamado a la acción: políticas públicas y trabajo multisectorial

Entre los participantes que brindaron testimonio para la elaboración de este documento existe un consenso respecto de que los desafíos que el cáncer de pulmón plantea a todo nivel no pueden ser abordados por un solo actor. Las políticas públicas de prevención y detección temprana, así como también los programas que favorezcan el acceso, requieren de un **trabajo multisectorial encolumnado por políticas públicas consensuadas y consistentes en el tiempo** que estimulen el compromiso de las distintas partes y puedan tener una llegada eficiente a la población objetivo.

- Uno de los mayores desafíos de esta patología se enfrenta en la **prevención primaria** y fundamentalmente en las poblaciones más vulnerables. El primer paso para prevenir el cáncer de pulmón es evitar que la población fume, y para eso es necesario invertir fuertemente en educación, desde la escolaridad primaria hasta las universidades. No sólo la escuela tiene un rol central: todos los espacios de reunión, como clubes, sociedades o centros recreativos,

pueden ser ámbitos en los que se trabaje en la psicoeducación.

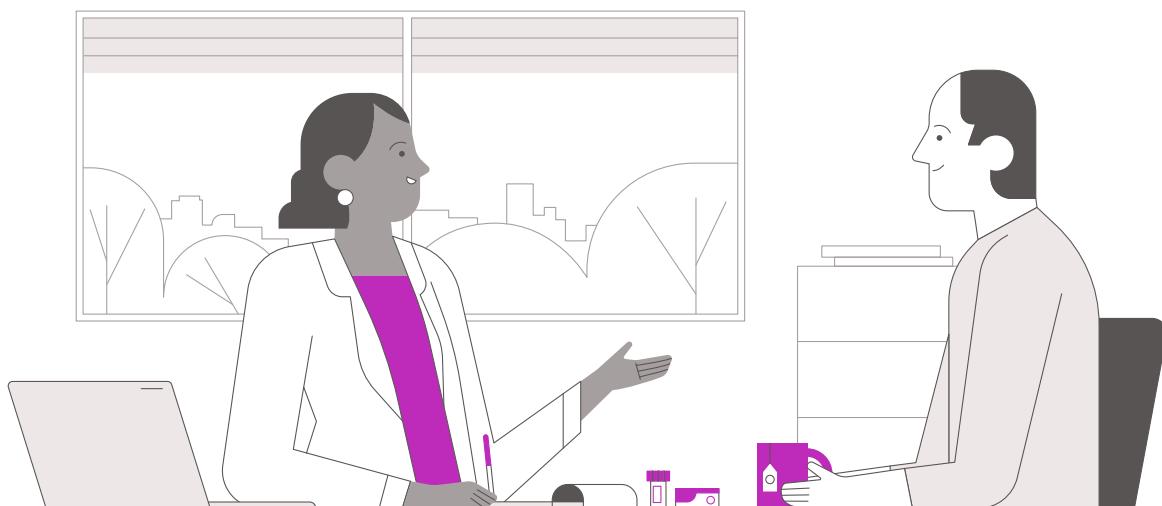
- En este sentido, el Estado debería legislar y disponer con respecto a la educación general y también el financiamiento de **programas de cesación tabáquica**, que son mucho más económicos en el largo plazo que el costo de las diversas enfermedades asociadas al consumo de tabaco (cáncer, EPOC, trastornos cardiovasculares).
- Los **medios de comunicación** tienen también un rol importante por su amplio alcance. Las campañas de concientización dirigidas al público en general deberían cambiar su enfoque para hablar no sólo en los riesgos del tabaco, que suelen ser desdeñados por las audiencias, sino principalmente de los beneficios de no fumar. Una estrategia es mostrar testimonios de la población que ha fumado para exponer cuáles son sus limitaciones en la vida cotidiana y otra, apuntada a los más jóvenes, exhibir los valores relacionados con la vida saludable.

- Las campañas educativas no deben perder de vista la disponibilidad para los adolescentes de **métodos alternativos como el vapeo**. Aunque en la Argentina están prohibidos, son muy utilizados por los jóvenes y se requiere concientizar sobre sus riesgos, así como también del vínculo entre la marihuana y el cáncer de pulmón.
- Las **políticas públicas** para la reducción del riesgo del cáncer de pulmón deberían incluir además acciones para disminuir la contaminación ambiental y para proteger a los trabajadores que estén en contacto con agentes carcinógenos que generalmente ingresan por la vía respiratoria, aunque no de manera excluyente.
- Las **organizaciones no gubernamentales** tienen un rol clave no sólo en la difusión respecto al tabaquismo, sino también para garantizar el acceso a programas de quite tabáquico y al tamizaje en poblaciones de riesgo, además de estar operando en la práctica como orientadores y facilitadores a los pacientes en los trámites para acceder a la medicación y al acompañamiento psicológico y social. Reconocer estas

funciones vitales debería ser un punto de partida para **articular una estrategia compartida público-privada** en el marco de convenios entre el Estado y las entidades.

- Las **universidades** son otro actor fundamental en distintos aspectos. Uno de los más importantes es que se involucren activamente en la concientización sobre la detección precoz, formando futuros profesionales con amplio conocimiento de las estrategias de cribado. Pero también pueden colaborar en campañas de salud pública sobre detección precoz y, si bien aquí los recursos son limitados, en los países desarrollados las casas de estudios y sus unidades hospitalarias participan en la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías.

Entender la **oportunidad única** que tenemos hoy de cambiar definitivamente el paradigma del cáncer de pulmón es el primer paso para avanzar en estrategias conjuntas que permitan no sólo reducir su incidencia sino llegar a la **cronificación del cáncer** que hoy causa la mayor cantidad de muertes en Argentina: **más de una por hora³⁷**.



Agradecimientos

Agradecemos la participación y los aportes de los siguientes profesionales y referentes entrevistados, fundamentales para la generación de este documento:



Dr. Claudio Martín (MN 82958)
Presidente de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC) y jefe de Oncología Torácica del Instituto Alexander Fleming.



Dra. Mara Bonet (MN 134714)
Miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica y médica oncóloga de planta de la Unidad Funcional de Tórax del Instituto Ángel H. Roffo.



Dr. Carlos Silva (MN 62549)
Oncólogo y director médico de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).



Lic. Fernanda Montaña (MN 33687)
Licenciada en Psicología y psicooncóloga del Programa de Acompañamiento y Humanización de la Salud de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC).



Dr. Nicolás Castagneris (MP 33180/9)
Miembro de la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC), jefe de la Unidad de Tumores Torácicos y Tumores de Cabeza y Cuello de la Clínica Universitaria Reina Fabiola y del Sanatorio Allende Cerro en Córdoba y docente de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba y del Posgrado de Oncología Clínica.



Peter Czanyo
Fundador y presidente de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón.



Ignacio Zervino
Coordinador de la Fundación Pacientes de Cáncer de Pulmón.



Referencias

- [1] IARC. (2022). Cancer Today: World. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
- [2] IARC. (2022). Cancer Today: Argentina. Incidence. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&group_populations=0&types=0&populations=32&multiple_populations=1&sexes=0
- [3] IARC. (2022). Cancer Today: Argentina. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheet.pdf>
- [4] IARC. (2022). Cancer Today: Argentina. Mortality https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&group_populations=0&types=1&populations=32&multiple_populations=1&sexes=0
- [5] Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2014). Cáncer de Pulmón en las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/OPS-Nota-Informativa-Epi-Cancer-Pulmon-2014.pdf>
- [6] Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2014). Cáncer de Pulmón en las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/OPS-Nota-Informativa-Epi-Cancer-Pulmon-2014.pdf>
- [7] Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_informe-definitivo.pdf
- [8] Organización Mundial de la Salud. (2025). WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>
- [9] Sociedad Argentina de Pediatría. (s.f.). Campaña Nacional: El Vapeo y Sus Riesgos - Vapeo en adolescentes. <https://www.sap.org.ar/publicaciones/noticias/noticia-detalle/campana-nacional-el-vapeo-y-sus-riesgos-vapeo-en-adolescentes>
- [10] American Cancer Society. (2024). Factores de riesgo para el cáncer de pulmón. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- [11] American Cancer Society. (2024). ¿Qué es el cáncer de pulmón? <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/acerca/que-es-cancer-de-pulmon.html>
- [12] Coolen, J., De Wever, W., & Verschakelen, J. (2011). Imaging techniques in lung cancer. Breathe. <https://publications.ersnet.org/content/breathe/7/4/338>
- [13] American Cancer Society. (s.f.). Tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico o de células no pequeñas. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/tratamiento-no-microcitico.html>
- [14] Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). (9 de septiembre de 2019). Anticuerpos monoclonales: el revolucionario descubrimiento de César Milstein. Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. <https://www.caeme.org.ar/anticuerpos-monoclonales-el-revolucionario-descubrimiento-de-cesar-milstein/>
- [15] Bezjak, A., Castonguay, M., Devins, G., Irish, J., Lebel, S., & Mackness, G. (2013). The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. Psychooncology. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21932417/>

- [16] Instituto Nacional del Cáncer EEUU. (s.f.). Tomografía computarizada de dosis baja. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tomografia-computarizada-de-dosis-baja>
- [17] Boyeras, I., Morero, J. L., Patané, A. K., Roberti, J., Seijo, M., Suárez, V., . . . Vujacich, P. (2023). Consenso sobre el tamizaje de cáncer de pulmón con tomografía de tórax de baja dosis en la Argentina. https://www.aamr.org.ar/secciones/oncologia/consenso_sobre_el_tamizaje_de_cancer_de_pulmon_con_tomografia_de_torax_de_baja_dosis_en_la_argentina.pdf
- [18] Alcaraz, A., Argento, F., Fernandez, S., Perelli, L., & Silvestrini, C. (2023). Tomografía computarizada de bajas dosis para el cribado de cáncer de pulmón. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/04/informe_ets_n27_conetec-tomografia_computarizada_de_bajas_dosis_para_el_cribado_de_cancer_de_pulmon.pdf
- [19] Boyeras, I., Morero, J. L., Patané, A. K., Roberti, J., Seijo, M., Suárez, V., . . . Vujacich, P. (2023). Consenso sobre el tamizaje de cáncer de pulmón con tomografía de tórax de baja dosis en la Argentina. https://www.aamr.org.ar/secciones/oncologia/consenso_sobre_el_tamizaje_de_cancer_de_pulmon_con_tomografia_de_torax_de_baja_dosis_en_la_argentina.pdf
- [20] Bandi, P., Choudhury, P. P., Freedman, N. D., Islami, F., Jemal, A., Liu, Q., Nargis, N., Siegel, R. L., & Warner, K. E. (2025). Averted lung cancer deaths due to reductions in cigarette smoking in the United States, 1970-2022. CA: a cancer journal for clinicians. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12061630/>
- [21] American Lung Association (2024). State of Lung Cancer. <https://www.lung.org/research/state-of-lung-cancer/key-findings>
- [22] De Koning, H. J., Mali, W. P., Oudkerk, M., Ru Zhao, Y., Vliegenthart, R., & Xie, X. (2011). NELSON lung cancer screening study. Cancer imaging: the official publication of the International Cancer Imaging Society. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3266562/>
- [23] National Cancer Institute. (2014). National Lung Screening Trial. <https://www.cancer.gov/types/lung/research/nlst>
- [24] Mediateca AAMR. (20 de junio de 2025). Actualizaciones y Avances en Cáncer de Pulmón. https://open.spotify.com/episode/1qTe5VOgIIKg1dK37NI335?si=0QkHv9CSTBSkL26ZD0m_SA
- [25] Hospital Privado de Comunidad. (s.f.). Programa de Detección Temprana de Cáncer de Pulmón. <https://www.hpc.org.ar/cuidate/programa-de-deteccion-temprana-de-cancer-de-pulmon/>
- [26] Cirugía Torácica Hospital de Clínicas [@cirugia_toracica_clinicas]. (29 de diciembre de 2023). Unas de las actividades que realizamos en noviembre de este año, fue la jornada de detección temprana de cáncer de pulmón en el centro comunitario del barrio “Padre Mugica”. https://www.instagram.com/reel/C1dFKX1ARSB/?utm_source=ig_web_copy_link
- [27] Naciones Unidas. (1 de febrero de 2024). En 2050, los casos de cáncer aumentarán un 77% hasta alcanzar los 35 millones. <https://news.un.org/es/story/2024/02/1527422>
- [28] IQVIA (Diciembre de 2024). 2024 Pipeline Review – Innovation for Unmet Need. <https://www.efpia.eu/media/hibdosn5/2024-pipeline-review.pdf>
- [29] Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. (s.f.). Investigación Clínica. https://www.caeme.org.ar/investigacion-clinica/?gad_source=1&gad_campaignid=23159037795&gbraid=0AAAAA_BBvwqtC5ktJvk3KI3NVbZDoVBdHtM&gclid=Cj0KCQjwsPzHBhDCARIIsALIWNG1ntoYt57I965c_d93hFMZAA9EkFIyWrhU-QA99WPgJoaIDxkwLkbLkaAkVQEALw_wcB
- [30] Díaz Cantón, E., Narvaez, D., & Waisberg, F. (Mayo-Agosto de 2025). Inteligencia artificial en investigación clínica: innovación, regulación y oportunidades para Argentina. Asociación Argentina de Oncología Clínica. <https://oncologiaclinica.aaoc.org.ar/index.php/oncologiaclinica/article/view/206/163>
- [31] Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (Mayo de 2025). Estudio en Argentina: el tabaquismo impacta más en las personas de menores ingresos y las medidas de control promueven la equidad. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. <https://iecs.org.ar/estudio-en-argentina-el-tabaquismo-impacta-mas-en-las-personas-de-menores-ingresos-y-las-medidas-de-control-promueven-la-equidad/>

[32] SOLACE. (16 de julio de 2025). Lessons from Estonia: making lung cancer screening work.

<https://europeanlung.org/solace/2025/07/16/lessons-from-estonia-making-lung-cancer-screening-work/>

[33] Editorial Dossier. (21 de octubre de 2025). Cuánto saben las mujeres en Argentina sobre el cáncer de mama.

<https://dossiernet.com/articulo/cuanto-saben-las-mujeres-en-argentina-sobre-el-cancer-de-mama/38364>

[34] Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. (6 de noviembre de 2019). Propiedad Intelectual: la normativa argentina comparada con otros países.

<https://www.caeme.org.ar/propiedad-intelectual-y-su-impacto-en-el-precio-de-los-medicamentos/>

[35] Un Ensayo para Mí. (20 de mayo de 2025). Ensayos clínicos en Latinoamérica: el rol clave de la región. <https://www.unensayoparami.org/es/noticias-medicinas/articulo/ensayos-clinicos-en-latinoamerica-el-rol-clave-de-la-region>

[36] IARC. (2022). Cancer Today: Argentina.

<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheet.pdf>

Cáncer de Pulmón en Argentina

Pacientes, ciencia y futuro

Una iniciativa de



con el apoyo de

