

2023



## Ayuda a la implantación del cribado del cáncer de pulmón: **enfoque en la elegibilidad y el reclutamiento**

Orientación política



LUNG CANCER  
POLICY NETWORK

Esta orientación política ha sido redactada por la secretaría de la Lung Cancer Policy Network y la han elaborado los siguientes miembros de dicha red.

Para ver la lista completa de miembros de la Red, consulte: <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/members/>.

Queremos dar las gracias a los siguientes expertos por compartir con nosotros sus conocimientos en las entrevistas:

- ▶ Profesor Mariusz Adamek, Universidad médica de Silesia, Universidad médica de Gdańsk
- ▶ Profesor David Baldwin, Universidad de Nottingham
- ▶ Dra. Joanna Bidzińska, Universidad médica de Gdańsk
- ▶ Profesora Kate Brain, Universidad de Cardiff
- ▶ Angela Criswell, GO2 Foundation
- ▶ Dra. Joelle Fathi, GO2 Foundation
- ▶ Profesor Sam Janes, Lungs for Living Centre, Colegio universitario de Londres
- ▶ Profesora Ella Kazerooni, Universidad de Michigan
- ▶ Profesor Stephen Lam, Universidad de British Columbia
- ▶ Dra. Andrea McKee, Hospital y Centro Médico Lahey y Facultad de Medicina de la Universidad Tufts
- ▶ Dra. Samantha Quaife, Universidad Queen Mary de Londres
- ▶ Profesor Witold Rzyman, Universidad médica de Gdańsk
- ▶ Dra. Edyta Szurowska, Universidad médica de Gdańsk
- ▶ Profesor emérito Martin Tammemägi, Universidad de Brock
- ▶ Dr. Carey Thomson, Hospital Monte Auburn/Salud Beth Israel Lahey, Facultad de Medicina de Harvard
- ▶ Douglas E. Wood, MD, Universidad de Washington

Este informe se debe citar como: Lung Cancer Policy Network. 2023. *Ayuda a la implantación del cribado del cáncer de pulmón: enfoque en la elegibilidad y el reclutamiento. Orientación política*. Londres: The Health Policy Partnership.

© 2023 The Health Policy Partnership Ltd. Este informe solo puede utilizarse con fines personales, de investigación o formativos, y no puede usarse con fines comerciales. Queda prohibida cualquier adaptación o modificación del contenido de este informe, salvo autorización expresa de The Health Policy Partnership.

# INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha acelerado el ritmo de implantación de programas de cribado selectivo del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (TCBD), por lo que se ha de analizar en profundidad cómo se pueden optimizar la viabilidad y el impacto en la salud pública de estos programas. La elaboración de un programa de cribado del cáncer de pulmón es compleja, pero la inmensa investigación sobre su implantación y el creciente número de programas a gran escala continúan ofreciendo una valiosa información sobre cómo optimizar su diseño y ejecución.<sup>1</sup>

La Lung Cancer Policy Network ha desarrollado un conjunto de herramientas de implantación, que incluye un marco de acción para respaldar a los implicados en la planificación y ejecución de los programas de cribado del cáncer de pulmón. Este marco sigue un enfoque en los sistemas de salud y está estructurado en seis dominios, cada uno con su propia serie de parámetros. Los parámetros ayudan a los usuarios a evaluar si se cumplen los requisitos clave para el cribado y a identificar las lagunas que posiblemente se tengan que abordar (*Figura 1*).

**Figura 1.** Seis dominios para evaluar en qué medida el sistema sanitario está preparado para implantar el cribado del cáncer de pulmón



Esta serie de orientaciones políticas explora los seis dominios elementales que forman la base del marco de implantación, y esta orientación en particular se centra en la elegibilidad y el reclutamiento. Este informe ofrece claves sobre la elegibilidad y el reclutamiento presentando estudios de casos de países en los que ya se están implantando programas. También ofrece recomendaciones sobre cómo los implicados y los responsables políticos pueden respaldar el éxito de la implantación.

# GARANTIZAR CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y MÉTODOS DE RECLUTAMIENTO ESPECÍFICOS PARA LOS PROGRAMAS DE CRIBADO CON TCBD:

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Para que tengan el impacto óptimo en la salud pública, los programas de cribado específicos del cáncer de pulmón deben garantizar la participación de las personas con alto riesgo de padecerlo y a las que más beneficiaría el cribado. Para garantizar la participación de las personas con mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón, es fundamental contar con los criterios de elegibilidad adecuados y con estrategias de participación y reclutamiento eficaces y que persigan la equidad. La implicación de los profesionales sanitarios también es esencial para garantizar el éxito del programa, ya que desempeñan un papel clave en el reclutamiento y en la derivación de las personas que cumplen los requisitos para someterse al cribado.

En todo el programa de cribado deben incorporarse estrategias específicas que ayuden a mitigar las desigualdades en el cáncer de pulmón y a eliminar las barreras que obstaculizan la participación. Muchas de las personas con alto riesgo de padecer cáncer de pulmón también están desatendidas por los sistemas sanitarios y los programas de salud pública. Para evitar exacerbar las desigualdades existentes, las estrategias de selección de participantes deben utilizar métodos de divulgación que aborden las posibles barreras que obstaculizan la participación. Esta orientación política destaca algunos de los aspectos clave que deben tener en cuenta los responsables de los sistemas sanitarios en relación con la elegibilidad y el reclutamiento para garantizar la implantación eficaz, equitativa y sostenible de un programa de cribado del cáncer de pulmón.

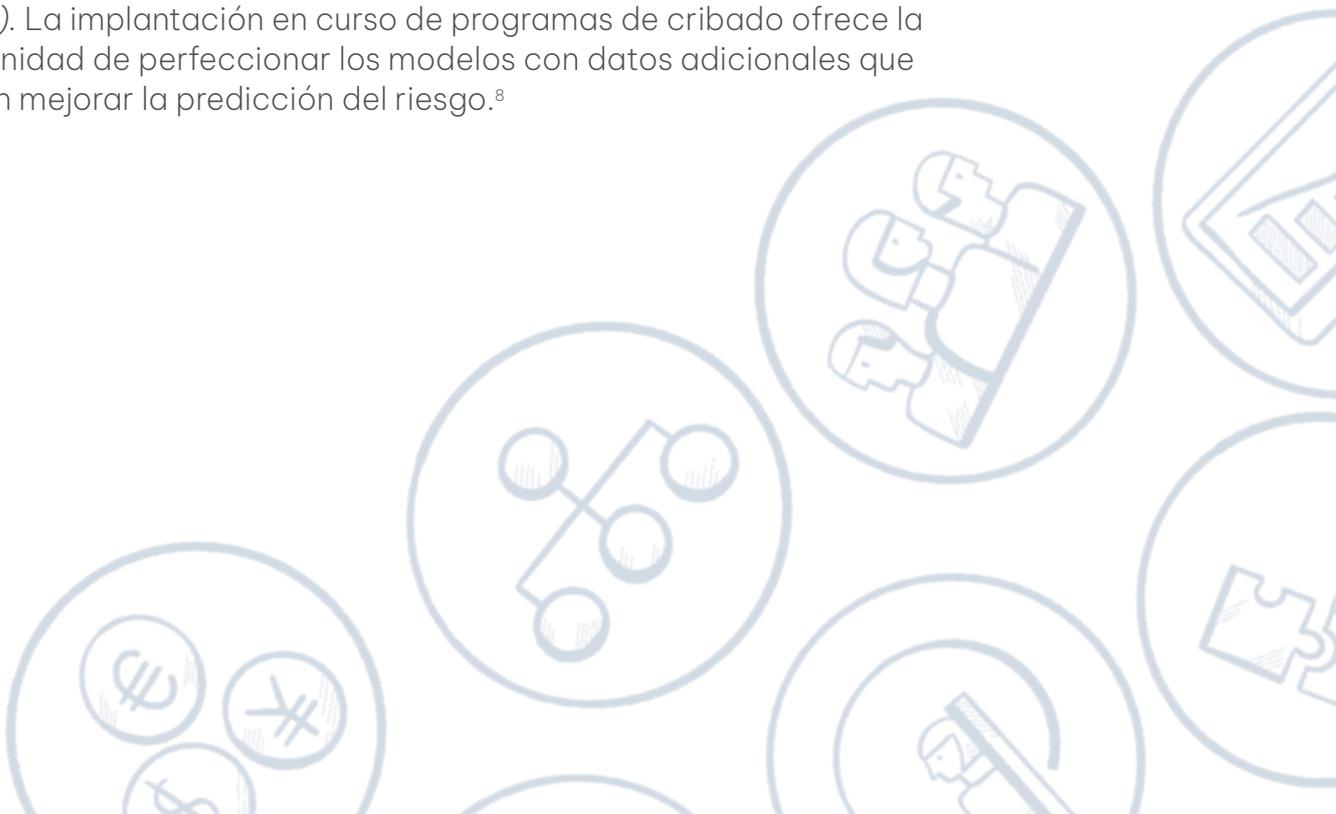
Los responsables de los sistemas sanitarios deben:

- 1 **definir cómo se evaluará la elegibilidad para el cribado** de cara a ofrecer programas dirigidos a las personas con mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón
- 2 **implicar a los profesionales sanitarios en el programa de cribado** con objeto de facilitar una elevada aceptación del cribado
- 3 **diseñar conjuntamente programas de cribado con comunidades de alto riesgo** que ofrezcan estrategias adaptadas al reclutamiento que ayuden a abordar las desigualdades en el cáncer de pulmón.

## › Definir cómo se evaluará la elegibilidad para el cribado

Para definir la población elegible, se necesitan datos epidemiológicos locales a la hora de determinar quién tiene un alto riesgo de padecer cáncer de pulmón y se puede beneficiar más del cribado. El cáncer de pulmón está asociado a muchos factores de riesgo, por ejemplo, antecedentes de fumador, exposición a la contaminación atmosférica, exposición profesional (por ejemplo, al amianto) y factores genéticos.<sup>2-4</sup> Las tendencias de los factores de riesgo en la población deben tenerse oportunamente en cuenta y utilizarse para definir criterios de elegibilidad adecuados a cada contexto local, ya que influirán en la rentabilidad del programa.<sup>5</sup> Esta información también puede utilizarse para estimar el número de personas que es probable que acudan al cribado y prever los requisitos prácticos para su implantación.<sup>6</sup>

**Los modelos de predicción del riesgo son una herramienta estadística importante que puede ayudar a determinar la población elegible, pero deben detectarse las limitaciones.** Estos modelos deben validarse y aplicarse correctamente para garantizar que solo se invita a participar a las personas que más beneficiaría el cribado (*Estudio de caso 1*).<sup>7</sup> Estos modelos también deberían ayudar a abordar las disparidades ya conocidas en la incidencia y el desenlace del cáncer de pulmón, en lugar de exacerbarlas. Por tanto, es importante seleccionar el modelo más adecuado en función de los datos demográficos de la población (*Estudio de caso 2*). La implantación en curso de programas de cribado ofrece la oportunidad de perfeccionar los modelos con datos adicionales que pueden mejorar la predicción del riesgo.<sup>8</sup>



## Estudio de caso 1

### Programa de revisión de salud pulmonar (Targeted Lung Health Check)<sup>9</sup>



**Inglaterra**

Como parte del programa de revisión de salud pulmonar dirigida (Targeted Lung Health Check, TLHC), el NHS de Inglaterra (NHS England) clasifica qué personas se consideran elegibles para el cribado del cáncer de pulmón mediante el uso de dos modelos de predicción del riesgo: PLCO<sub>m2012</sub> y Liverpool Lung Project, versión 2 (LLPv2).<sup>7-10</sup> El programa TLHC se implantó al principio en lugares con una alta incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón, haciendo uso de datos locales como la incidencia y las tasas de consumo de tabaco, que también se asocian a situaciones socioeconómicas desfavorecidas en Inglaterra.<sup>11</sup> Estos datos se utilizaron para determinar en qué lugares debían establecerse los programas durante las fases piloto y de despliegue iniciales de manera que se garantizase que las barreras al cribado – incluidos los gastos de transporte o la ausencia del trabajo – se mitigaran mediante estrategias como las unidades móviles de TC.<sup>10-12-13</sup>

Tras varios proyectos piloto, el TLHC se está ampliando progresivamente. En el programa se han alcanzado las tasas previstas de detección precoz del cáncer de pulmón según los resultados de los ensayos clínicos.<sup>14-15</sup>

## Estudio de caso 2

### Evolución de las directrices para reflejar las nuevas evidencias y los modelos de riesgo actualizados



**EE.UU.**

Las directrices de 2013 del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) aplicaron criterios de elegibilidad para el cribado del cáncer de pulmón con TCBD que se basaban en los criterios de inclusión del Ensayo nacional de cribado pulmonar de EE.UU. (US National Lung Screening Trial, NLST).<sup>16</sup> Sin embargo, esto suscitó algunas críticas, ya que se descubrió que estos criterios provocaban disparidades por sexo y raza en la población elegible.

La USPSTF respondió con la elaboración de directrices actualizadas en 2021 en las que se ampliaban algunos de los criterios de elegibilidad relacionados con la edad y los antecedentes de fumador.<sup>17-18</sup>

Los criterios actualizados de 2021 «ayudaron a mitigar parcialmente las disparidades por raza en la elegibilidad para el cribado».<sup>18</sup> La población elegible para el cribado con TCBD del cáncer de pulmón aproximadamente se duplicó tras esta ampliación de los criterios de elegibilidad.<sup>19-21</sup>

Todavía hay margen para ampliar o sustituir los modelos de predicción del riesgo de cara a abordar las desigualdades persistentes. Sin embargo, existen evidencias dispares sobre la eficacia de estos modelos para reducir las disparidades, por ejemplo, por sexo y raza.<sup>22-24</sup> Aunque los modelos deben validarse sólidamente antes de incorporarse a las directrices y a la práctica, estos resultados destacan la importancia de evaluar periódicamente las mejores evidencias disponibles sobre cómo evaluar la elegibilidad de manera que se optimice la identificación de las poblaciones de alto riesgo.

## ➤ **Implicar a los profesionales sanitarios en el programa de cribado**

Es necesario implicar a los profesionales sanitarios de atención primaria y secundaria para garantizar que reclutan o derivan al cribado a las personas que reúnen los requisitos. Los canales específicos de reclutamiento y derivación deben adaptarse a cada sistema sanitario y al modelo de cribado elegido (centralizado, descentralizado o híbrido).<sup>25-28</sup> Existen muchos tipos de profesionales sanitarios que pueden desempeñar un papel importante en la captación de posibles participantes, de manera que se optimice el alcance y el impacto del programa (*Figura 2*).

**Si se desea que los médicos de cabecera y otros profesionales de atención primaria jueguen un papel clave en el reclutamiento, es necesario asignar el tiempo y los recursos necesarios y ofrecer la formación pertinente.** Una de las inquietudes habituales entre los profesionales de atención primaria en relación con la implantación de programas de cribado es la posible carga de trabajo adicional.<sup>34</sup> Por ello, se han de aplicar estrategias para abordar este problema en el programa de cribado. Por ejemplo, en Croacia se incentiva económicamente a los médicos de cabecera remunerando su implicación en las derivaciones al programa.<sup>35-36</sup> En otros programas, se ha comprobado que los formularios electrónicos reducen la carga administrativa que supone evaluar la elegibilidad.<sup>37</sup> También se puede mejorar la implicación proporcionando recursos, directrices y formación a los profesionales sanitarios implicados en el programa de cribado.

**El desarrollo de funciones específicas, como la de los orientadores de pacientes,\* puede facilitar la implicación y la inscripción en el programa y ayudar a abordar las desigualdades sanitarias.**

En Ontario (Canadá) existen orientadores de pacientes para el cribado del cáncer de pulmón que colaboran estrechamente con los profesionales sanitarios en la aplicación de modelos de riesgo a las personas derivadas al servicio.<sup>33</sup> Los orientadores pueden promover la participación en los programas de cribado, ya que continúan participando en la atención a los participantes a lo largo de todo el canal, incluso si es necesario derivarlos a otros servicios.<sup>33-38</sup>

---

\* Los orientadores son representantes que apoyan y guían a las personas a lo largo de su recorrido por el sistema sanitario. Pueden ayudar a las personas a asistir a las pruebas de cribado y a las citas de seguimiento que resulten necesarias. Los orientadores también pueden facilitar la comunicación con otros profesionales sanitarios de manera que las personas obtengan la información que necesitan para tomar decisiones sobre su atención.<sup>39-40</sup>

**Figura 2.** Ejemplos de cómo los profesionales sanitarios implican a la población candidata al cribado

Función	Ejemplos específicos de países de implicación en el reclutamiento y derivación de pacientes
 <p data-bbox="215 618 470 683">Equipos de atención secundaria</p>	<p data-bbox="550 533 1433 645">En el <b>Reino Unido</b> los equipos de atención primaria o secundaria pueden llevar a cabo la evaluación inicial de la idoneidad para el cribado con TCBD.<sup>10</sup></p>
 <p data-bbox="207 891 470 925">Médicos de cabecera</p>	<p data-bbox="550 757 1433 907">En <b>Croacia</b> y <b>Polonia</b>, los médicos de cabecera juegan un papel activo en la derivación al programa de cribado, proporcionando información a las personas de alto riesgo para fomentar la participación en el cribado.<sup>29,30</sup></p>
 <p data-bbox="231 1115 438 1182">Profesionales de enfermería</p>	<p data-bbox="550 1048 1433 1115">En Ontario (<b>Canadá</b>), los profesionales de enfermería reclutaron al 6 % de los participantes en un proyecto piloto de cribado en 2018.<sup>31</sup></p>
 <p data-bbox="247 1366 430 1433">Farmacéuticos comunitarios</p>	<p data-bbox="550 1261 1433 1411">El <b>Reino Unido</b> tiene previsto implantar un servicio piloto en el que los farmacéuticos comunitarios comenzarán a derivar directamente a las personas con posibles síntomas de cáncer para que se sometan a exámenes. Está previsto que comience en 2023.<sup>32</sup></p>
 <p data-bbox="175 1680 502 1713">Orientadores de pacientes</p>	<p data-bbox="550 1507 1433 1697">En Ontario (<b>Canadá</b>), los orientadores de pacientes desempeñan un papel clave en el triaje, ya que usan los datos la edad y los antecedentes de fumador para identificar a las poblaciones elegibles y posteriormente aplican el modelo de riesgo PLCO<sub>m2012</sub> para confirmar la elegibilidad para el cribado.<sup>33</sup></p>
 <p data-bbox="231 1971 438 2004">Administradores</p>	<p data-bbox="550 1809 1433 1960">En el <b>Reino Unido</b> el personal administrativo con la formación pertinente puede rellenar los datos de la calculadora de riesgos. Para decidir si se realiza una TCBD se requiere la revisión por parte de un médico o enfermero con experiencia en pruebas de salud pulmonar.<sup>10</sup></p>



### Estudio de caso 3

#### Elaboración conjunta de estrategias de selección de participantes mediante la investigación por comunidades



#### Aotearoa (Nueva Zelanda)

En Aotearoa (Nueva Zelanda), los maoríes presentan índices más altos de cáncer de pulmón con peor desenlace. También existe una desigualdad sustancial, ya que los maoríes sufren cáncer de pulmón, de media, unos ocho años antes que la población general.<sup>42 43</sup> Los datos de otros programas de cribado del cáncer también sugieren una participación inferior de esta población.<sup>44</sup> Para ayudar a reducir estas desigualdades, es esencial colaborar con las comunidades maoríes de cara a respaldar su compromiso con el cribado del cáncer de pulmón.

Se está llevando a cabo un programa de investigación para determinar el impacto de los diferentes métodos de invitación al cribado en la participación de los maoríes. El programa se está realizando con comunidades maoríes y se compararán los resultados de las invitaciones que realizan los profesionales de atención primaria con las de los centros de cribado centralizados.<sup>45 46</sup>

Se espera que los resultados de esta investigación sirvan de base para implantar futuros programas de cribado del cáncer de pulmón en el país.

### Estudio de caso 4

#### Garantizar la participación en los cribados de los grupos de población con mayor riesgo de infracribado



#### Canadá

En las tres provincias canadienses en las que se están llevando a cabo programas piloto (Columbia Británica, Ontario y Quebec), se han adoptado diversas estrategias para aumentar la divulgación entre la población con alto riesgo de padecer cáncer de pulmón. Entre los grupos destinatarios figuran las primeras naciones, los inuit y los métis, las poblaciones desatendidas y las poblaciones rurales o remotas.<sup>47</sup>

- Entre las estrategias para aumentar la participación en el cribado de las primeras naciones, los inuit y los métis figuran la participación en la toma de decisiones, la creación conjunta de estrategias culturalmente adecuadas para el cribado, la elaboración de material culturalmente adecuado y la cobertura del transporte al centro sanitario.<sup>47</sup>
- Un proyecto piloto en Ontario probó varias estrategias, como el uso de orientadores de pacientes, identificadores indígenas y un modelo de red radial para que el Hospital de Ottawa pudiera realizar los cribados más cerca de casa. Los investigadores también adoptaron estrategias de reclutamiento multicomponente. Los principales métodos de reclutamiento fueron las recomendaciones de médicos (81 %), los anuncios en prensa (11 %), el boca a boca (6 %) y el personal de enfermería especializado (6 %).<sup>31</sup>



## ASPECTOS CLAVE

**para garantizar criterios de elegibilidad específicos y métodos de reclutamiento para la implantación del cribado**

### **Definir cómo se evaluará la elegibilidad para el cribado**

- Integrar los mejores datos locales disponibles y tener en cuenta los modelos de riesgo más apropiados en función de los datos demográficos de la población para reducir el riesgo de exacerbar las disparidades.

### **Implicar a los profesionales sanitarios en el programa de cribado**

- Establecer funciones claras sobre cómo participarán los profesionales sanitarios en la selección de la población elegible y plantear el uso de orientadores de pacientes para fomentar una prestación equitativa.
- Respaldar a los profesionales sanitarios con la formación adecuada y plantear el uso de incentivos.

### **Diseñar conjuntamente programas de cribado con comunidades de alto riesgo**

- Diseñar conjuntamente estrategias de reclutamiento con las comunidades menos implicadas con los servicios sanitarios.
- Adaptar la información de los participantes a las comunidades con riesgo de menor participación del cribado, respondiendo adecuadamente a las necesidades informativas expresadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lung Cancer Policy Network. 2022. *Lung cancer screening: learning from implementation*. London: The Health Policy Partnership
2. Barta JA, Powell CA, Wisnivesky JP. 2019. Global epidemiology of lung cancer. *Ann Glob Health* 85(1): 8
3. Corrales L, Rosell R, Cardona AF, et al. 2020. Lung cancer in never smokers: the role of different risk factors other than tobacco smoking. *Crit Rev Oncol Hematol* 148: 102895
4. International Agency for Research on Cancer. 2020. *World cancer report: Cancer research for cancer prevention*. Lyon: IARC
5. Baldwin DR, Brain K, Quaife S. 2021. Participation in lung cancer screening. *Transl Lung Cancer Res* 10(2): 1091-98
6. World Health Organization. 2020. *Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
7. Robbins HA, Alcalá K, Swerdlow AJ, et al. 2021. Comparative performance of lung cancer risk models to define lung screening eligibility in the United Kingdom. *Br J Cancer* 124(12): 2026-34
8. Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, et al. 2013. Selection criteria for lung-cancer screening. *N Engl J Med* 368(8): 728-36
9. Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, et al. 2016. The UK Lung Cancer Screening Trial: a pilot randomised controlled trial of low-dose computed tomography screening for the early detection of lung cancer. *Health Technol Assess* 20(40): 177
10. NHS England. 2019. *Targeted screening for lung cancer with low radiation dose computed tomography: Standard protocol prepared for the Targeted Lung Health Check programme*. London: NHS England
11. Department of Health & Social Care. 10-Year Cancer Plan: Call for Evidence. [Actualizado el 31/03/22]. Disponible desde: <https://www.gov.uk/government/consultations/10-year-cancer-plan-call-for-evidence/10-year-cancer-plan-call-for-evidence> [Consultado el 15/12/22]
12. NHS Cancer Alliance. 2023. Locations in England for Targeted Lung Health Checks. Disponible desde: <https://www.nclcanceralliance.nhs.uk/our-work/prevention-awareness-and-screening/targeted-lung-health-checks/england-locations/> [Consultado el 25/05/23]
13. NHS England. 2023. Lung health checks. Disponible desde: <https://www.nhs.uk/conditions/lung-health-checks/> [Consultado el 25/05/23]
14. Crosbie PA, Balata H, Evison M, et al. 2019. Second round results from the Manchester 'Lung Health Check' community-based targeted lung cancer screening pilot. *Thorax* 74(7): 700-04
15. Crosbie PA, Balata H, Evison M, et al. 2018. Implementing lung cancer screening: baseline results from a community-based 'Lung Health Check' pilot in deprived areas of Manchester. *Thorax* 74(4): 405-09
16. Moyer VA. 2014. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 160(5): 330-8
17. Centers for Medicare & Medicaid Services. 2022. *Screening for lung cancer with low dose computed tomography (LDCT). Decision memo CAG-00439R - 10 February 2022*. Baltimore: CMS.gov
18. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. 2021. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *J Am Med Assoc* 325(10): 962-70
19. National Cancer Institute. 2022. Lung Cancer Screening. Disponible desde: [https://progressreport.cancer.gov/detection/lung\\_cancer](https://progressreport.cancer.gov/detection/lung_cancer) [Consultado el 02/02/23]
20. American Lung Association. 2022. *State of Lung Cancer 2022 Report*. Chicago: American Lung Association
21. Landy R, Young CD, Skarzynski M, et al. 2021. Using prediction-models to reduce persistent racial/ethnic disparities in draft 2020 USPSTF lung cancer screening guidelines. *J Natl Cancer Inst*: 10.1093/jnci/djaa211

22. Pasquinelli MM, Tammemägi MC, Kovitz KL, *et al.* 2022. Addressing Sex Disparities in Lung Cancer Screening Eligibility: USPSTF vs PLCOm2012 Criteria. *Chest* 161(1): 248–56
23. Lozier JW, Fedewa SA, Smith RA, *et al.* 2021. Lung Cancer Screening Eligibility and Screening Patterns Among Black and White Adults in the United States. *JAMA Netw Open* 4(10): e2130350–e50
24. Manful AA, Murray MH, Mercaldo SF, *et al.* 2023. Abstract A106: Are we there yet? Performance of risk-model based eligibility for lung cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 32(1\_Supplement): A106–A06
25. American Thoracic Society, American Lung Association. 2019. *Lung cancer screening implementation guide*. New York: American Thoracic Society, American Lung Association
26. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. *Centralized Lung Cancer Screening Program*. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
27. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. *Decentralized Lung Cancer Screening Program*. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
28. GO2 Foundation for Lung Cancer. 2023. *Hybrid Lung Cancer Screening Program*. Washington DC: GO2 Foundation for Lung Cancer
29. Wait S, Alvarez-Rosete A, Osama T, *et al.* 2022. Implementing lung cancer screening in Europe: taking a systems approach. *JTO Clin Res Rep* 3(5): 100329
30. Rzyman W, Szurowska E, Adamek M, *et al.* 2023. Entrevista con Dani Bancroft en The Health Policy Partnership [Videoconferencia]. 10/01/23
31. Darling G, Sandhu N, Mora L. 2018. MS16.03 Recruitment Strategies for the Lung Cancer Screening. *J Thorac Oncol* 13(10): S273–S74
32. Wickware C. Community pharmacies to start directly referring patients for cancer screening from January 2023. [Actualizado el 03/01/23]. Disponible desde: <https://pharmaceutical-journal.com/article/news/community-pharmacies-to-start-directly-referring-patients-for-cancer-screening-from-january-2023> [Consultado el 05/01/23]
33. Tammemägi M. 2023. Entrevista con Helena Wilcox Antonia Nicholls y Jessica Hooper en The Health Policy Partnership [Videoconferencia]. 06/01/23
34. Margariti C, Kordowicz M, Selman G, *et al.* 2020. Healthcare professionals' perspectives on lung cancer screening in the UK: a qualitative study. *BJGP Open* 4(3): bjgpopen20X101035
35. Marušić A, Lung Cancer Policy Network. 2023. Expert perspective: Implementing a lung cancer screening programme. Disponible desde: <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/implementation-toolkit/workforce-capacity/#video> [Consultado el 24/05/23]
36. Marušić A. 2020. Experience with screening in Croatia. Central European Lung Cancer Conference; 27/11/20; Prague
37. O'Brien MA, Sullivan F, Carson A, *et al.* 2017. Piloting electronic screening forms in primary care: findings from a mixed methods study to identify patients eligible for low dose CT lung cancer screening. *BMC Fam Pract* 18(1): 95
38. Percac-Lima S, Ashburner JM, Rigotti NA, *et al.* 2018. Patient navigation for lung cancer screening among current smokers in community health centers a randomized controlled trial. *Cancer Med* 7(3): 894–902
39. Sayani A, Vahabi M, O'Brien MA, *et al.* 2021. Perspectives of family physicians towards access to lung cancer screening for individuals living with low income – a qualitative study. *BMC Fam Pract* 22(1): 10
40. Freeman HP. 2012. The Origin, Evolution, and Principles of Patient Navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 21(10): 1614–17

41. Brain K. 2023. Entrevista con Helena Wilcox y Jessica Hooper en The Health Policy Partnership [Videoconferencia]. 06/01/23
42. Bartholomew K, Parker K, Crengle S. 2022. *Lung cancer screening update: April 2021*. Auckland: Waitematā District Health Board
43. Ministry of Health. 2019. *New Zealand Cancer Action Plan 2019–2029 - Te Mahere mō te Mate Pukupuku o Aotearoa 2019–2029*. Wellington: Ministry of Health
44. Thomson R, Crengle S, Lawrenson R. 2009. Improving participation in breast screening in a rural general practice with a predominately Māori population. *N Z Med J* 122: 39–47
45. International Clinical Trials Registry Platform. 2022. Optimising lung cancer screening for Māori: A study of comparative invitation processes. [Actualizado el 04/10/21]. Disponible desde: <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12621001309875> [Consultado el 25/05/23]
46. hrcNZ. 2021. Māori-led trial of lung cancer screening a first for New Zealand. [Actualizado el 19/05/21]. Disponible desde: <https://hrc.govt.nz/news-and-events/maori-led-trial-lung-cancer-screening-first-new-zealand> [Consultado el 24/05/23]
47. Canadian Partnership Against Cancer. 2022. Lung Screening in Canada: 2021/2022 Environmental Scan. Disponible desde: <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/lung-cancer-screening-in-canada-2021-2022/summary/> [Consultado el 25/06/23]



## LUNG CANCER POLICY NETWORK

La Lung Cancer Policy Network es una iniciativa mundial de diversos intervinientes creada por la Lung Ambition Alliance. El documento normativo fue traducido en 2024 por Eurideas Language Experts y validado por Taylor Morris. La Red recibe financiación de AstraZeneca, Guardant Health, Johnson & Johnson, MSD y Siemens Healthineers. De las tareas administrativas se encarga The Health Policy Partnership, una consultora independiente de investigación y política sanitaria. Los resultados de la Red no tienen fines promocionales, se basan en evidencias y son elaborados por sus miembros, que prestan su tiempo de manera altruista.