

MÁS ALLÁ DE LA FISIOLOGÍA: APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA A LA COMPRENSIÓN DEL CÁNCER EN CHILE

More than Physiology: Medical Anthropology's Contribution to the Understanding of Cancer in Chile

SOFÍA BOWEN* & LORETO WATKINS**

Fecha de recepción: 6 de diciembre de 2024 – Fecha de aceptación: 30 de abril de 2025

Resumen:

La antropología médica comprende el cáncer como un complejo fenómeno multidimensional que involucra elementos subjetivos, sociales, políticos, económicos y culturales. En Chile, el cáncer se reconoce como un desafío sanitario y poblacional prioritario que requiere un enfoque interdisciplinario e integral. Sin embargo, las dimensiones socioculturales de la enfermedad han recibido escasa atención en la investigación y las políticas públicas del país. A partir de una revisión de literatura internacional y de la incipiente investigación cualitativa y etnográfica sobre cáncer en Chile, este artículo explora los aportes de la antropología al estudio del cáncer identificando tres líneas analíticas clave para el desarrollo de la investigación social en este ámbito. El planteamiento analítico propuesto busca contribuir tanto a la articulación y el posicionamiento del debate académico local como a la mejora de las políticas y la atención de la salud oncológica en el país.

Palabras clave: cáncer, antropología médica, atención de la salud, Chile.

Abstract:

Medical anthropology understands cancer as a complex multidimensional phenomenon that involves subjective, social, political, economic and cultural factors. In Chile, cancer is recognised as a priority health and population challenge that requires an interdisciplinary and comprehensive approach. However, the sociocultural dimensions of the disease have received little attention in research and public policy in the country. Based on a review of international literature and the incipient qualitative and ethnographic research on cancer in Chile, this article explores the contributions of anthropology to the study of cancer, identifying three key analytical lines for the development of social research in this field. This analytical approach seeks to contribute both to the articulation and positioning of local academic debate and to the improvement of oncological health policies and care in the country.

Keywords: cancer, medical anthropology, health care, Chile.

* Dra. en Antropología. Escuela de Antropología, Pontificia Universidad Católica de Chile / Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN), Santiago, Chile. Artículo realizado en el marco del CECAN (ANID FONDAP-152220002). ORCID: 0009-0008-5700-675X. Correo-e: sbowen@uc.cl

** Mtra. en Antropología Médica. Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile / Escuela de Antropología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. ORCID: 0000-0001-9343-1552. Correo-e: loreto.watkins@mail.udp.cl

Introducción

El cáncer constituye un complejo desafío de salud a nivel global. Desde una perspectiva epidemiológica, esta enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo y contribuye significativamente a la mortalidad global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en el año 2020 se reportaron 20 millones de nuevos casos de cáncer y 10 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad. Las proyecciones indican que la carga global de cáncer aumentará en 60 % en las próximas décadas y que afectará especialmente a países de ingresos bajos y medios (Cabieses, 2023; OMS, 2023).

En Chile, el cáncer se consolidó en 2019 como la primera causa de muerte, desplazando a las enfermedades del sistema circulatorio y cardiovascular que lideraron las tasas de mortalidad durante décadas¹ (Cabieses, 2023; INE, 2021). La relación entre mortalidad e incidencia en Chile (0.53) supera el promedio reportado para América del Sur (0.48) (Piñeros et al., 2022), con un aumento de la tasa de incidencia de 109 % entre 1986 y 2016 (Parra-Soto et al., 2020), lo que anticipa que la mortalidad seguirá aumentando (Piñeros et al., 2022).

A nivel internacional, la OMS ha subrayado la relevancia de mejorar la prevención, la detección temprana, el acceso a tratamientos y la calidad de vida de las personas diagnosticadas de cáncer, sus familias y la comunidad. Este reconocimiento no solo se limita a abordar los aspectos biomédicos, sino que también abarca dimensiones psicológicas, sociales, económicas, políticas y culturales que influyen a lo largo de la trayectoria del cáncer en distintos contextos (OMS, 2017). En Chile, a nivel de políticas públicas locales, ha existido una progresiva respuesta a las deman-

das asociadas al cáncer, que ha evolucionado desde programas específicos hacia una política integral y legalmente respaldada.

En la década de 1980, se estableció la primera Comisión Nacional del Cáncer y otros programas para asegurar el acceso a medicamentos antineoplásicos tanto para adultos como para niños. Entre las décadas de 1980 y 1990, se crearon los primeros protocolos clínicos para cáncer de mama y cérvicouterino, así como programas para el alivio de dolor y cuidados paliativos. En 2005, con la promulgación de la Ley AUGE (Nº 19.966)², se garantizó el acceso, el financiamiento y la calidad de atención para diversos problemas vinculados al cáncer y otras enfermedades. Posteriormente, durante la década de 2010, se establecieron programas y modelos de gestión para fortalecer la red asistencial oncológica. En 2018 se lanzó el primer Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 (Ministerio de Salud, 2019), con el fin de modernizar la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y el sistema de registro (Ríos Leal et al., 2021). Finalmente, en 2020, gracias a un esfuerzo coordinado entre asociaciones de pacientes y familiares, investigadores, políticos y profesionales de la salud, se promulgó la Ley Nacional del Cáncer (Nº 21.258)³ (Jiménez de la Jara, 2022). En un contexto marcado por la segmentación y la desigualdad en el sistema de salud chileno (Labra, 2002), esta ley busca fortalecer la atención integral y de calidad, abordando los factores psicosociales que determinan la experiencia del cáncer, incluyendo las inequidades en el acceso al tratamiento oportuno y de calidad⁴ (Cea et al., 2021; Goic, 2022; Jiménez de la Jara, 2022).

La historia de la política pública del cáncer, tanto a nivel global como en Chile, muestra un progresivo reconocimiento de la importancia

de factores sociales y multidimensionales para abordar la enfermedad y proveer una mejor calidad de vida a los pacientes. Sin embargo, la investigación que respalda una política pública dirigida a abarcar el cáncer desde una perspectiva social y cultural aún es limitada en el contexto chileno. Desde la epidemiología, se muestran ciertos avances con algunos estudios que evidencian que tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer en Chile están particularmente influenciadas por diferencias socioeconómicas y educacionales (Herrera Riquelme et al., 2015), con disparidades adicionales al comparar por género (Cook et al., 2017). En particular, los estudios muestran que la mortalidad es especialmente alta en mujeres con niveles socioeconómicos y educacionales bajos (Cook et al., 2017), y que existen variaciones significativas en los tipos de cáncer y las tasas de mortalidad según región geográfica, lo que sugiere la influencia de factores medioambientales y desigualdades territoriales en el acceso a salud oncológica (Villalobos et al., 2023). Además, Oyarte et al. (2018) demuestran que existen desigualdades en acceso a atención oncológica que parecen afectar de forma particular a la población migrante, la cual presenta menores tasas de egreso hospitalario, más días de hospitalización y un acceso reducido a intervenciones médicas.

En diálogo con la evidencia proporcionada por la investigación epidemiológica, equipos multidisciplinarios liderados por investigadores de la salud pública han abordado diversas áreas temáticas, tales como los cuidados paliativos (Arriaza et al., 2009; Bernalles et al., 2019; Caro et al., 2017; Muñoz Cordal, 2022), la prevención oncológica en atención primaria (Püschel et al., 2010; Püschel et al., 2024) y el acompañamiento brindado por enfermeras y enfermeros

a lo largo de la trayectoria de pacientes y sus familias (Meza-Valladares et al., 2022; Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado, 2020; Vega-Vega et al., 2013; Palma-Rivadeneira et al., 2022). Aunque estos estudios han sido claves para iluminar aspectos relevantes del sistema sanitario chileno y mejorar la respuesta oncológica, las dimensiones culturales, sociales y estructurales del cáncer y su inscripción en la experiencia de pacientes y profesionales de la salud continúan siendo escasamente consideradas, lo que dificulta una comprensión más situada y compleja del fenómeno.

En este artículo proponemos visibilizar, problematizar y delinear de manera preliminar las dimensiones socioculturales del cáncer en Chile, destacando la importancia de la investigación antropológica para una comprensión profunda de los elementos culturales, sociales, políticos y económicos que configuran esta enfermedad en el país. La antropología médica estudia los significados, prácticas y representaciones de la salud, la enfermedad y el cuidado, así como también las relaciones de poder implicadas en la atención médica y las causas estructurales del sufrimiento (Farmer, 2003; Good, 1993; Kleinman, 1988; Martínez-Hernández, 2008; Menéndez, 1997). En este marco, desde la década de 1990 se ha desarrollado una destacada línea de investigación etnográfica y cualitativa sobre el cáncer. Su aporte ha consistido en conceptualizar e investigar el cáncer más allá de los procesos fisiológicos implicados, abordando su multidimensionalidad, incluidos los aspectos subjetivos, sociales, culturales, económicos, políticos y medioambientales que condicionan el desarrollo, la configuración y la trayectoria de la enfermedad. Desde una aproximación comprehensiva, la investigación antropológica analiza la experiencia y la subje-

tividad del paciente oncológico, así como las relaciones sociales que se articulan alrededor de la enfermedad, estableciendo conexiones entre la vivencia individual de la enfermedad, significados y narrativas sociales, así como con redes familiares, comunitarias, profesionales e institucionales (Bhangu & Caduff, 2022; Bennett & Manderson, 2023; McMullin, 2016; Surawy-Stepney & Cadduf, 2020).

Desde la antropología médica y de la salud chilena, el cáncer es aún un campo naciente y abordado de manera limitada (Carreño et al., 2023). Existen aportes incipientes provenientes de investigaciones de pregrado y posgrado que han analizado los itinerarios terapéuticos de pacientes diagnosticados con cáncer desde un enfoque antropológico centrado en el cuerpo, el género y el dolor (Aliaga Armijo, 2010; Baeza Correa, 2013; Carreño Balboa, 2007; Carstens, 2012; Urrutia, 2015; Vezzani, 2024; Watkins, 2019). Además, destacan estudios cualitativos e interdisciplinarios que analizan experiencias y trayectorias de pacientes oncológicos y paliativos en el sistema de salud chileno (Arriaza et al., 2009; Bravo et al., 2023; Cabieses et al., 2022; Cabieses et al., 2023; Campaña et al., 2023; Concha Méndez et al., 2023; Lamadrid Álvarez, 1998; Palma-Rivadeneira et al., 2022; Torres Saavedra et al., 2024; Vega-Vega et al., 2013; Vega Vega et al., 2020). Estas investigaciones otorgan un diagnóstico inicial sobre las experiencias de los pacientes oncológicos en el espacio hospitalario, posicionándose como una base clave para visibilizar y profundizar en elementos fundamentales para futuras investigaciones.

Este artículo revisa la literatura antropológica sobre el cáncer con el objetivo de esclarecer marcos conceptuales, hallazgos empíricos y líneas analíticas pertinentes. La revisión incluyó

la bibliografía anteriormente mencionada de estudios cualitativos y/o etnográficos en Chile, que incorpora investigaciones de pregrado, posgrado y estudios centrados en trayectorias y experiencias de pacientes y profesionales de la salud, así como literatura antropológica sobre el cáncer producida en otros países de América Latina y en contextos internacionales. Esta estrategia permitió enriquecer la comprensión del fenómeno en Chile, incorporando perspectivas comparativas y enfoques teóricos desarrollados en otros escenarios.

A partir de esta revisión, se proponen tres dimensiones analíticas para el estudio del cáncer en Chile desde una perspectiva socio-cultural. La primera dimensión analiza las experiencias subjetivas y corporales del cáncer, con énfasis en las narrativas, significados y vivencias encarnadas. La segunda refiere a las expectativas y las relaciones sociales que se configuran en base al cáncer, incluyendo las prácticas asociativas y de cuidado entre pacientes, sus familias y comunidades. Por último, la tercera dimensión analiza las desigualdades en salud e interacción con instituciones médicas que configuran la experiencia del cáncer.

Las dimensiones propuestas están alineadas con las tres perspectivas para pensar el cuerpo y la enfermedad identificadas por las antropólogas Scheper-Hughes y Lock (1987). En su emblemático artículo, las autoras examinaron las diferentes epistemologías que han dominado la comprensión del cuerpo en la antropología y el pensamiento occidental. La primera perspectiva conceptualiza el cuerpo individual como experiencia vivida o cuerpo-yo, haciendo énfasis en la experiencia fenomenológica. La segunda concibe al cuerpo como un producto social y simbólico, y su análisis permite pensar las rela-

ciones entre sociedad, naturaleza y cultura. La tercera emerge desde una perspectiva crítica y postestructuralista, y entiende el cuerpo político como campo de poder y control social.

Tal como sugieren Scheper-Hughes y Lock (1987), para comprender los fenómenos complejos y multidimensionales de la salud y la enfermedad es necesario considerar estas tres concepciones del cuerpo como entrelazadas e interdependientes. De esta forma, en este artículo se propone comprender el fenómeno del cáncer desde una perspectiva holística, en donde las experiencias individual, social e institucional se retroalimentan y constituyen mutuamente. Así, las áreas clave de estudio que se desarrollan a continuación no pretenden delimitar la totalidad de las problemáticas culturales y sociales asociadas al cáncer, ni sugerir una aproximación limitada que fragmente la experiencia oncológica. Más bien, su objetivo es fomentar articulaciones teóricas y empíricas entre la investigación global y local, al mismo tiempo que busca señalar posibles líneas y campos de investigación futura y debates relevantes para el contexto nacional, con el fin de aportar tanto al conocimiento académico como al diseño de políticas públicas más sensibles y contextualizadas.

Antropología médica y cáncer: antecedentes y áreas de investigación

Desde la década de 1950, la antropología médica ha explorado cómo la vida social y la cultural configuran profundamente las experiencias de salud, enfermedad, curación y atención (Helman, 2007; Langdon & Wiik, 2010; Menéndez, 1997). La investigación antropológica sobre cáncer, en particular, toma importancia en la década de 1990, un período marcado

por el aumento de la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad en diversas regiones del mundo, así como por avances científicos significativos en su prevención y tratamiento. Desde este período a la actualidad, la antropología médica ha analizado la experiencia vivida del cáncer y cómo esta releva diversidades históricas, regionales y del contexto social particular (Surawy-Stepney & Caduff, 2020). En estos estudios, el cáncer se conceptualiza como un complejo y multifacético fenómeno sociobiológico que se configura entrelazado a creencias y prácticas culturales, discursos y narrativas, organización social e institucional, disputas políticas y espacios de poder, recursos económicos, avances y expectativas de la investigación científica, y experiencias a nivel individual, familiar y comunitario (Jain, 2013; Livingston, 2012; McMullin & Weiner, 2009; McMullin, 2016; Naidu, 2015; Suárez et al., 2004; Surawy-Stepney & Caduff, 2020).

Para la antropología médica, el cáncer no es un fenómeno exclusivamente fisiológico ni una experiencia universal. La investigación antropológica ha demostrado la gran variabilidad del cáncer en términos biosociales, es decir, en las formas en que se configura a través de su interacción con factores biológicos, sociales, culturales, estructurales y ambientales (Manderson, 2022; McMullin, 2016; Surawy-Stepney & Caduff, 2020). Desde la investigación etnográfica, el cáncer refleja elementos determinantes de las comunidades y sociedades en donde se manifiesta (Jain, 2013), lo que hace de él una puerta de entrada para analizar problemas de poder y conocimiento, ciencia y medicina, sistemas de salud, nociones morales y políticas de identidad, inequidades sociales, modernidad y capitalismo, entre otros (Stepney-Surawy & Caduff, 2020). Por ejemplo, Jain (2013) señala

que el cáncer forma parte fundamental de la cultura y sociedad estadounidense, no solo porque es un problema de salud pública relevante, sino porque se establece como una fuerza que moviliza la investigación científica, la industria farmacéutica, las aseguradoras, la ley, la cultura popular, la ciudadanía, la emocionalidad y la subjetividad de las personas y familias.

Estudios etnográficos han abordado la configuración social del cáncer en contextos de inequidad y vulnerabilidad estructural (Banerjee, 2020; Livingston, 2012; Mika, 2022; Mulemi, 2010; Van Hollen, 2022). Livingston (2012), por ejemplo, realiza una aproximación etnográfica al cáncer desde un pabellón oncológico en Botswana en un contexto caracterizado por la escasez de recursos para la detección temprana de la enfermedad. La autora señala que, en este pabellón, el cáncer se presenta en etapas avanzadas, con tumores visibles que implican sangrado y heridas. En estas circunstancias, las experiencias corporales, emocionales, simbólicas y relacionales, así como la práctica médica, se orienta hacia el cuidado del dolor y del fin de la vida —a diferencia de contextos de mayores recursos, donde el enfoque está en la prevención y curación—. Esto demuestra cómo las condiciones de inequidad y la falta de recursos influyen en la forma en que el cáncer se desarrolla en determinados contextos, lo cual condiciona tanto las decisiones clínicas de los equipos médicos como las interacciones de los pacientes con la enfermedad, y las estrategias que desarrollan en su relación con el sistema de salud.

Como se ha señalado anteriormente, a partir de la investigación antropológica sobre el cáncer, y mediante una aplicación crítica de la propuesta analítica de los tres cuerpos —el

cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político desarrollada por Scheper-Hughes y Lock (1987)—, este artículo identifica tres áreas analíticas fundamentales para una comprensión sociocultural de la enfermedad oncológica. La primera se enfoca en la enfermedad como una experiencia corporal y subjetiva, en la que se resalta la relevancia de las narrativas y los significados sobre el cáncer, sus mitos y metáforas, que circulan en la cultura popular y la experiencia de la enfermedad (e.g. Faughnan, 2021; Greco, 2022; Markovic et al., 2004; Mander-son, 2010; Naidu, 2015; Offersen et al., 2018; Saillant, 1990).

Estas investigaciones también analizan la experiencia del cáncer más allá del “*continuum* linear” que plantea la salud pública, que va desde la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y termina con la curación o la muerte (Burke et al., 2019). La experiencia vivida del cáncer, estudiada desde la antropología, incluye los dinamismos e incertidumbres ligados a la enfermedad, los movimientos de ida y venida entre instituciones, diagnósticos y tratamientos, así como procesos intrínsecamente ligados a las posiciones socioestructurales de las personas que padecen cáncer o se ven afectadas por él (Burke et al., 2019). Desde una aproximación etnográfica, se analiza el cáncer como una experiencia que abarca lo emocional y en la que las prácticas y decisiones asociadas a la enfermedad son moldeadas por circunstancias sociales y cotidianas de la vida (Bennett & Manderson, 2023; Suárez-Rienda & López Sánchez, 2019).

Una segunda área en la antropología del cáncer se enfoca en analizar las redes sociales que se constituyen en torno a esta enfermedad. Livingston (2012) teoriza sobre el cáncer como

un fenómeno que ocurre *entre* personas. La autora sostiene que, aunque el cáncer produce momentos y estados de profunda soledad en los pacientes, la enfermedad, el dolor e incluso la muerte son experiencias profundamente sociales (Livingston, 2012). La antropología ha contribuido al estudio de diversos tipos de sociabilidades del cáncer al abarcar el análisis de prácticas de cuidado entre familiares (Bright, 2015; Craddock Lee, 2019; Luxardo, 2015), asociaciones de pacientes y voluntarios (Bennett & Atisakari, 2023; Macdonald, 2015), y pacientes y profesionales de la salud (Burke, 2023; Varelaki, 2023).

Por último, una tercera línea de investigación se centra en las adversidades estructurales e institucionales que configuran la experiencia del cáncer (Armin et al., 2019; Bennett et al., 2023). Estas adversidades incluyen el estudio de los modelos o cultura biomédica, y su burocracia, y la relación médico-paciente en el contexto institucional médico (Armin, 2019; Arteaga Pérez, 2022; Bernstein Iriart & Gibbon, 2023; Sanz, 2017). Desde la antropología, los modelos biomédicos se visualizan como en constante construcción y negociados por diversos actores, incluidos los científicos, los médicos, la industria, las aseguradoras, los políticos, los activistas, los pacientes, entre otros (McMullin & Weiner, 2009). Mediante la categorización de los diversos tipos de cáncer, la definición de factores y poblaciones de riesgo, y la invención de nuevas tecnologías, la oncología moldea los parámetros de la trayectoria de la enfermedad y la identidad como “paciente oncológico” (Armin, 2019).

Entre los principales aportes de esta área de investigación se encuentra el análisis crítico de los discursos oncológicos que hacen énfasis en el comportamiento individual para explicar las causas y el transcurso del cáncer, e invisibilizar

factores ambientales y sociales que determinan la exposición y la experiencia de la enfermedad (Bhangu et al., 2024; Quesada, 2019). En contraste, la investigación antropológica y de la medicina social y la salud colectiva en América Latina destaca, por ejemplo, la inextricabilidad entre incidencia y experiencias de cáncer, vulnerabilidad estructural y entornos del capitalismo agroindustrial (Caisso, 2023; Landeira, 2024; Lucero, 2022; Luxardo & Sasseti, 2021).

A continuación, se desarrollan las tres líneas analíticas mencionadas, con un enfoque centrado en el contexto chileno, destacando los escasos pero significativos estudios emergentes desde la antropología y la investigación cualitativa local. Este análisis tiene como objetivo problematizar los hallazgos nacionales estableciendo conexiones teóricas y críticas con la literatura internacional. A través de ello, se busca profundizar en la comprensión de las condiciones locales, ofrecer fundamentos teóricos y empíricos, y fomentar la emergencia de nuevas preguntas de investigación, además de contribuir a la mejora de las políticas públicas y la atención oncológica.

Experiencias del cáncer: concepciones, explicaciones y vivencias de la enfermedad

En la literatura internacional, una importante parte de las investigaciones etnográficas en torno al cáncer se han desarrollado a partir de la experiencia vivida de académicos que fueron diagnosticados con la enfermedad (Frank, 1991; Jain, 2013; Stacey, 1997; Stoller, 2005). Estas reflexiones han dado lugar a una línea de investigación que entiende el cáncer como una experiencia profundamente corporal y subjetiva, donde se encarnan valores, normas y expectativas sociales. De este modo, el cáncer no es una

experiencia universal; su definición, significado, tratamiento, diagnóstico, recepción y formas de afrontarlo son diversas y varían en diferentes contextos socioculturales y según cada trayectoria personal (Livingston, 2012; Surawy-Stepney & Caduff, 2020). Enfrentarse al cáncer es una experiencia que desencadena una serie de respuestas que afectan profundamente las biografías individuales, y que incluyen cambios corporales, la participación en nuevos tratamientos, alteraciones en las interacciones sociales y nuevas relaciones con instituciones. En definitiva, el cáncer conlleva un cambio significativo en la trayectoria vital de las personas y una profunda reconfiguración de la subjetividad y de las percepciones de la realidad social (Luxardo, 2009; Stacey, 1997).

Dichas transformaciones subjetivas y corporales están influenciadas por significados sociales atribuidos a la enfermedad oncológica. Si bien los diferentes tipos de cáncer cargan con significados distintos, en general perviven nociones, metáforas, opiniones y sentimientos generales sobre el cáncer como una sola categoría omnicomprendensiva (Van Hollen, 2022). En las sociedades occidentales, esta enfermedad se encuentra profundamente atravesada por el estigma y el temor (Sontag, 1988; Wenger & Oliffe, 2013). En tales contextos, el cáncer se asocia con imágenes de invasión, guerra, batalla y castigo, así como con ideas de corrupción, contagio, pérdida de control y desafío individual, médico y científico (McMullin & Weiner, 2009; Sontag, 1988; Weiss, 1997). En consecuencia, enfrentar el cáncer no solo implica lidiar con sus efectos fisiológicos, sino también con una serie de representaciones culturales estigmatizadas y condenatorias asociadas a valores morales y sociales negativos (Sontag, 1988).

Susan Sontag (1988), por ejemplo, analizó la metáfora bélica asociada al cáncer y cómo ésta representa la enfermedad como una invasión despiadada al cuerpo. La autora da cuenta de cómo en la terminología biomédica, las células cancerosas no solo se multiplican, sino que invaden y colonizan el cuerpo, sugiriendo una batalla inevitable contra la enfermedad. La metáfora de “agente invasor” implica que el cáncer gana fuerza a expensas de los órganos y que el tratamiento se ve como un combate. Así, términos como “bombardeo” en radioterapia y “matar células” en quimioterapia reflejan esta perspectiva bélica.

La investigación etnográfica y cualitativa ha dado cuenta que la metáfora bélica a menudo no refleja la complejidad de vivir con cáncer. Estudios que han analizado relatos de personas con cáncer han dado cuenta que los pacientes se han sentido juzgados por su entorno social y por el personal médico por estar desanimados y procesando su enfermedad, por no tener energía o no estar animosos para “dar la batalla contra el cáncer” (García Rodríguez et al., 2021; Jain, 2013). Estas metáforas pueden llevar a la represión emocional mediante frases como “no llores” o “sé fuerte”, lo que puede incrementar los sentimientos de soledad y angustia (Rojas, 2023). Al ser la metáfora de la guerra contra el cáncer altamente individualista, se fomentan nociones morales y responsabilizadoras en las que quienes ganan o pierden son las mismas personas con cáncer, no los tratamientos o el sistema de salud (Rojas, 2023). Además, estas expectativas morales suelen cobrar un sentido aún más extenuante para aquellos pacientes en condiciones de vulnerabilidad estructural, al tener menos recursos sociales y económicos para poder “ganar la batalla” (Banerjee, 2020; Quesada, 2019).

Sumado a esto, ciertos estudios han dado cuenta de cómo el lenguaje bélico relacionado con el cáncer puede fomentar una visión fatalista de la enfermedad que promueve el miedo y limita las motivaciones para su prevención o búsqueda de atención médica ante sospechas (Rojas, 2023). En el contexto chileno, Aliaga Armijo (2010) investigó a mujeres con lesiones precancerígenas en el cuello del útero y reveló que la falta de asistencia a controles de salud en el sistema público se debe, en parte, al miedo. Esto debido a que, para las mujeres de este estudio, el término “cáncer” conlleva una connotación negativa intensa, asociada con la muerte, el dolor, el desgaste y la imposibilidad de sanar.

Estas observaciones resaltan la relevancia de las experiencias y significados en el contexto de la enfermedad, un tema ampliamente debatido en antropología médica (Luxardo, 2009). Este campo ha demostrado que comprender las historias y narrativas de los pacientes es fundamental para entender sus experiencias de enfermedad (Kleinman, 1988; Mattingly, 1994). A partir del análisis de las narrativas de personas con cáncer, se ha podido estudiar en profundidad cómo se configura su experiencia y cómo el significado atribuido a la enfermedad impacta en su manejo.

La literatura sobre narrativas del cáncer muestra que los pacientes tienden a otorgarle un significado al diagnóstico dentro de sus trayectorias de vida en función de sus biografías y ciclos vitales (Stacey, 1997). Diversos estudios describen la experiencia del cáncer como una etapa de transición o liminalidad, marcada por la ambigüedad y la necesidad de entender las causas de la enfermedad (Kleinman, 1988; Stacey, 1997; Sontag, 1988). Dado que

el cáncer es concebido como una enfermedad “misteriosa” o “multivariable” (Sontag, 1988), los pacientes buscan sus propias explicaciones al surgimiento de su padecimiento. Esto implica que la visión biomédica no es la única fuente de comprensión del cáncer para los pacientes; también influyen las concepciones locales sobre responsabilidad y riesgo (Lora-Wainwright, 2010). En el contexto chileno, por ejemplo, se ha documentado que mujeres con cáncer ginecológico tienden a atribuir su enfermedad a factores como tratamientos de fertilidad, represión emocional, estrés por problemas familiares o conyugales, y conflictos con ideales de femineidad (Baeza Correa, 2013; Urrutia, 2015; Watkins, 2019). Esta idea de “generación propia” del cáncer puede ser problemática, ya que asigna a los pacientes la culpa y la responsabilidad por haberse enfermado y, por ende, de curarse (Watkins, 2019).

Esta responsabilización individual también ha sido observada en pacientes terminales. En Chile, el cáncer es frecuentemente interpretado como resultado de causas psicosomáticas y endógenas, donde la represión de emociones negativas y la falta de autorresponsabilidad son vistas como causas de la enfermedad (Urrutia, 2015). Según Urrutia (2015), esta visión que atribuye culpa al paciente y considera la enfermedad como una forma de castigo, puede ser la causa de por qué el diagnóstico es escondido por estos pacientes y por qué se hace caso omiso a los primeros síntomas, pues se asocia el cáncer a una enfermedad silenciosa, latente y vergonzosa. Estos casos reflejan que, para los pacientes con cáncer, la explicación de la enfermedad es crucial para su curación y para orientar su diagnóstico, tratamiento y las formas en que la enfrentan (Luxardo, 2006, 2009).

A estas problemáticas se suma la dimensión de género, que juega un papel crucial en la vivencia oncológica. En la literatura antropológica internacional sobre cáncer, incluida la latinoamericana, se analizan los estigmas y normativas de género que se reproducen en la experiencia del cáncer. Bennett y Manderson (2023) examinan las construcciones populares de los cánceres ginecológico-reproductivos que se sostienen sobre moralidades conservadoras que responsabilizan a la persona diagnosticada de su enfermedad. Por ejemplo, estudios en contextos latinoamericanos como Argentina (Luxardo, 2021; Luxardo & Bennett, 2023; Ponce, 2013), México (Hunt, 1998; Mendoza González, 2017) y Chile (Lamadrid Álvarez, 1998) describen cómo pacientes y profesionales de la salud asocian el cáncer cervicouterino a la “conducta sexual inadecuada” de mujeres marginalizadas, al considerarla como un factor de riesgo (véase también Martínez et al. [1997] para un análisis de migrantes latinoamericanas en Estados Unidos). Esto genera en las mujeres diagnosticadas sentimientos profundos de culpa, lo que las lleva a percibir el tratamiento no solo como un medio para sanar la enfermedad, sino también como una forma de “reparar” lo que consideran una subjetividad fracturada y una posición social desestabilizada (Bennett & Manderson, 2023).

Además, la dimensión de género ofrece claves para comprender las prácticas de prevención, la adherencia a los tratamientos médicos o, en algunos casos, su ausencia. Luxardo (2021), por ejemplo, señala que experiencias previas de violencia obstétrica en espacios médicos permiten comprender la falta de adherencia a campañas de tamizaje y prevención del cáncer cervicouterino. Ahora bien, estas aproximaciones etnográficas no buscan representar a las

mujeres afectadas con cáncer como meras víctimas de estigmas y violencias de género, sino como agentes capaces de llevar a cabo estrategias para su autocuidado y navegación en el sistema médico y su comunidad, como la revelación selectiva de su diagnóstico, la resignificación de discursos responsabilizadores, el acceso a terapias complementarias, el establecimiento de redes y relaciones seguras, entre otras (Bennett & Atikasari, 2023).

En Chile, estudios sociales han mostrado que las mujeres a menudo postergan sus controles y consultas debido a que asumen responsabilidades en el cuidado del hogar, participan en trabajos formales o informales, y realizan trabajo emocional dentro de sus núcleos familiares. Esta triple carga actúa como barrera tanto al inicio como durante la fase de tratamiento (Cabieses et al., 2023; Watkins, 2019). El impacto acumulativo de estas obligaciones no solo limita el tiempo y los recursos disponibles para el cuidado y la atención médica, sino que también puede contribuir a un retraso en el diagnóstico y en la búsqueda de atención adecuada.

Finalmente, la investigación revela la influencia significativa de las expectativas de género en la forma en que se experimentan y se perciben los cambios corporales asociados al cáncer. Las mujeres, en particular, pueden sentir presión para mantener una imagen corporal que se alinee con los estándares de salud y belleza esperados, esmerándose en mantener la imagen de un cuerpo no enfermo (Watkins, 2019). Cambios corporales inducidos por tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia, la mastectomía o la histerectomía tienen profundas repercusiones sociales. Estos cambios no solo afectan la percepción de sí mismas y su identidad femenina, sino que también influyen

en la decisión de someterse a ciertos tratamientos (Watkins, 2019).

El cáncer de próstata presenta un caso distintivo en cuanto a su impacto en la identidad de género y la percepción de la masculinidad. Almeida et al. (2020) sugieren que las prácticas relacionadas con la prevención del cáncer de próstata, o la falta de ellas, se deben a la información limitada, a temores asociados a la enfermedad, así como a resquemores sobre el tacto rectal, considerado una violación de la condición masculina. Carreño Balboa (2007) identificó que, en el contexto chileno, el diagnóstico de cáncer prostático y los cambios físicos resultantes pueden desafiar profundamente la construcción de la identidad masculina. Los tratamientos para el cáncer de próstata, como la terapia hormonal, pueden inducir cambios como el crecimiento mamario, alteraciones en el ánimo y una disminución en la energía, lo cual también confronta las expectativas tradicionales de la masculinidad.

Cáncer y sociabilidad: expectativas, cuidado y asociatividad

Desde la antropología, el cáncer es un fenómeno que se entreteje en una compleja red de “relaciones carcinogénicas” que conectan a personas, cuerpos, experiencias, instituciones, narrativas y contextos tanto materiales como simbólicos (McMullin, 2016). Esta comprensión plantea el cáncer como una experiencia profundamente social en lugar de limitarse a una perspectiva netamente individual y biomédica (Livingston, 2012).

En este marco, y tal como adelantábamos anteriormente, las expectativas y normativas

sociales y de género influyen significativamente en las relaciones de cuidado, las decisiones de tratamiento y las prácticas relacionadas con el cáncer. Watkins (2019) demostró cómo mujeres chilenas con cáncer de mama y cérvicouterino generaban estrategias estéticas o se sometían a tratamientos por las expectativas y el bien de los demás. Por ejemplo, las decisiones sobre tratamientos en estas mujeres chilenas giran en torno a sus deseos de maternidad, ideales de belleza, los temores de las madres a dejar a sus hijos y sus objetivos de no provocar ansiedades en sus familias (Watkins, 2019). Incluso, este estudio muestra que las mujeres participantes que estaban en pareja y ya tenían hijos en el momento del diagnóstico solían ser menos reticentes a someterse a tratamientos como mastectomías, histerectomías, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia. En contraste, las mujeres solteras o sin hijos preferían optar por alternativas con más chances de preservación de su fertilidad y que minimicen los cambios corporales significativos (Watkins, 2019).

Estas decisiones evidencian que las prácticas asociadas al cáncer se configuran en estrecha relación con redes de apoyo, normas sociales y contextos culturales, y no pueden comprenderse únicamente desde la perspectiva de elecciones individuales. Incluso en contextos de enfermedad, las personas afectadas por el cáncer tienden a adaptarse y responder a las expectativas sociales que las rodean.

Esta dinámica también se observa en el caso de los varones, quienes enfrentan presiones específicas en relación con los mandatos familiares y sociales que moldean su manera de enfrentar la enfermedad (Andreasson et al., 2023). En pacientes chilenos con cáncer de próstata, se identificó que estos no compar-

ten completamente la experiencia de estar padeciendo cáncer prostático con quienes los cuidan (Carreño Balboa, 2007). En respuesta a normas de género masculinas que privilegian la autosuficiencia y el control emocional, muchos hombres suelen gestionar sus relaciones sociales y familiares restringiendo la información sobre su estado de salud y las emociones asociadas (Bowie et al., 2022). Según Carreño Balboa (2007), esta dinámica afecta no solo el estado de ánimo y las relaciones familiares de los pacientes, sino también su disposición hacia los tratamientos. La alteración de su imagen corporal y el deseo de proteger a sus seres queridos llevan a muchos hombres chilenos a retraerse, dejando que sus familias asuman un rol central en el manejo de la enfermedad. En este contexto, son los familiares quienes gestionan la información del padecimiento, los medicamentos y los síntomas, lo que supone una carga práctica y emocional.

Las relaciones sociales que se entablan alrededor del cáncer están, de manera recurrente, asociadas a los cuidados y los afectos mutuos entre la persona enferma, sus familiares y la comunidad (Bright, 2015; Craddock Lee, 2019; Livingston, 2012; Luxardo, 2015). La investigación antropológica revela cómo una parte importante de los cuidados familiares y comunitarios emergen para responder a deficiencias en el sistema de salud y para atender a las demandas emocionales y existenciales que acarrea la enfermedad (Livingston, 2012). Así, el cáncer moviliza complejas interacciones de parentesco que involucran cuidados, intercambios, persuasión, reproche y apoyo (Bright, 2015). Luxardo (2015) analiza la experiencia de cuidadores de pacientes con cáncer terminal en Argentina enfocándose en las obligaciones sociorreacionales de parentesco que se constituyen

alrededor de la enfermedad. A través de una aproximación etnográfica, la autora revela que los cuidados no siempre se asumen de manera totalmente voluntaria, sino que implican altos costos económicos y sociales para las familias —especialmente las mujeres—, quienes requieren realizar tareas complejas, como el suministro de medicamentos, sin un apoyo constante o capacitación por parte de equipos médicos.

En Chile, Urrutia (2015) también plasma cómo el cáncer está lejos de ser un acontecimiento meramente individual. La autora identifica las tensiones y los temores que enfrentan tanto las familias como los pacientes con cáncer terminal. Según la autora, la persona moribunda no solo experimenta la proximidad de la muerte biológica, sino también la de otras formas de “muerte social”. Esta refiere a situaciones en las que una persona es tratada como si ya estuviese muerta, lo cual se manifiesta en experiencias como la exclusión de su comunidad de pertenencia, la vulnerabilidad económica, el debilitamiento o la pérdida de protección jurídica, y la estigmatización y la pérdida de identidad social (Borgstrom, 2017; Králová, 2015; véase también Epele, 1993). La forma en que estos pacientes y sus familias gestionan el final de la vida refleja la interacción compleja entre las circunstancias particulares de la familia, las expectativas sociales, la comunicación sobre la enfermedad y el manejo del cuidado.

Por otro lado, estudios han subrayado cómo las prácticas y significados asociados al cáncer se configuran y cambian a través de la acción de redes asociativas y ciudadanas (Høybye et al., 2005; Macdonald, 2015; Bennett & Atikarsari, 2023). Mediante el trabajo de campo con grupos de pacientes con cáncer y sobrevivientes, la investigación antropológica ha ampliado

la visión sobre el rol que cumplen estas asociaciones en la conformación de la experiencia y la identidad de la persona diagnosticada con cáncer. La investigación evidencia que las organizaciones de pacientes de cáncer no solo ofrecen a sus miembros información sobre la enfermedad y el sistema médico, sino que una oportunidad de empoderamiento al crear espacios seguros y libres de estigma para compartir las experiencias de su afección (Bennett & Atikasari, 2023). En Chile, Campaña et al. (2023) señalan que quienes padecen de cáncer perciben las asociaciones de pacientes como un recurso valioso para sobrellevar las complejidades del sistema médico e impulsar cambios en la política pública (véase Goic, 2022).

Por último, un estudio de Arriaza et al. (2009) con pacientes en cuidados paliativos destacó la importancia de encontrar un refugio emocional y asociativo dentro del sistema médico; de lo contrario, enfrentar la enfermedad se vuelve extremadamente difícil. Esta necesidad fue descrita como “pertenecer a algo mayor”, expresión con la que se subraya el valor de los espacios de apoyo institucionales y de redes sociales en la vida de los pacientes. Estos efectos positivos no solo benefician a quienes padecen cáncer, sino también a quienes los rodean. Ejemplo de ello es un estudio realizado en Chile por Concha-Méndez et al. (2023), centrado en familiares de niños hospitalizados con cáncer. Los hallazgos destacaron que, para ellos, recibir “una luz de ayuda durante la hospitalización” resultaba fundamental. Esto incluía la importancia de disponer de un espacio físico tranquilo, contar con un equipo de salud que ofreciera un trato cariñoso y tener la posibilidad de compartir experiencias con otros padres y madres.

Desigualdades e instituciones: interacciones y relaciones con el sistema médico

A nivel internacional, la antropología ha examinado cómo las desigualdades en salud, las instituciones médicas, las adversidades sociales y las experiencias del cáncer están interconectadas (Sargent & Benson, 2019). Armin (2019), por ejemplo, destaca cómo las desigualdades estructurales en las políticas de salud limitan el acceso y la calidad de la atención para las pacientes con cáncer. Estas injusticias se perpetúan no solo por la falta de recursos para mejorar la infraestructura sanitaria, sino también por el enfoque predominante en salud pública, centrado en el comportamiento individual y la adherencia al tratamiento (Bennett & Manderson, 2023). Esto genera una falta de reconocimiento sobre cómo las desigualdades sociales y los propios mecanismos del sistema de salud, incluidos los seguros y servicios médicos, excluyen directa o indirectamente a las personas con menos recursos al limitar su acceso al diagnóstico y el tratamiento oportuno (Armin, 2019).

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, segmentado y estratificado, que muestra importantes desigualdades en acceso y calidad (Labra, 2002; Miranda Hiriart & Saffie Gatica, 2014). Durante la dictadura civil-militar (1973-1990), se implementaron reformas neoliberales que dismantelaron el sistema de salud público mediante la municipalización de la atención primaria, la disminución del gasto fiscal y la privatización del sistema previsional y de salud (Labra, 2002). Desde el retorno a la democracia en 1990, los sucesivos gobiernos han impulsado reformas orientadas a corregir las desigualdades heredadas mediante iniciativas

destinadas a ampliar la cobertura, mejorar la equidad y elevar la calidad del sistema público de salud (Labra, 2002). Ahora bien, a pesar de estas medidas correctivas, en la actualidad el sistema de salud chileno se mantiene segmentado puesto que coexisten subsistemas con modalidades diversas de financiamiento y provisión de servicios, cada uno enfocado en distintos segmentos poblacionales definidos por su nivel de ingresos, capacidad de pago y posición social (Espinoza & Cabieses, 2023).

Además, el sistema de salud chileno se caracteriza por ser fragmentado al proveer servicios en un contexto de escasa capacidad de integración efectiva entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Así, los establecimientos operan de forma independiente, donde es el paciente el que transita entre niveles de atención, y no es el sistema el que conduce al paciente (Espinoza & Cabieses, 2023). En el contexto de la atención oncológica, Campaña et al. (2023) ilustran cómo los pacientes con seguro público son derivados por médicos de atención primaria para realizar exámenes específicos en instituciones de salud de mayor complejidad o en el sistema privado debido a la falta de disponibilidad en la red pública. Esta situación, además de generar una carga económica importante para el paciente y su familia, produce preocupación y confusión, ya que los pacientes deben aprender por su cuenta cómo acceder a estas nuevas instituciones de salud (véase Palma-Rivadeneira et al. [2022], quienes destacan la importancia de las enfermeras de enlace para aliviar los problemas asociados a la navegación en el sistema de salud).

Estudios de trayectorias terapéuticas de cáncer en Chile analizan la secuencia de eventos de atención que una persona sigue desde

que se identifica un síntoma, consulta, se diagnostica, se trata y/o se recupera (Obach & Cabieses, 2023). Estas investigaciones permiten revelar las desigualdades del sistema médico chileno y la forma en que afectan en particular a personas en situación de mayor vulnerabilidad estructural (Aliaga Armijo, 2010; Baeza Correa, 2013; Campaña et al., 2023; Cabieses et al., 2022, Cabieses et al., 2023; Torres Saavedra et al., 2024). Por ejemplo, la investigación de Campaña et al. (2023) sobre las trayectorias de pacientes con cáncer de pulmón identificó que las personas con bajo nivel educativo, las mujeres, quienes residen fuera de la capital y los usuarios del sistema público de salud enfrentan más barreras para el acceso al tratamiento oportuno y para una correcta navegación en el sistema médico.

Aliaga Armijo (2010), por su parte, reveló que mujeres diagnosticadas con cáncer en el sistema público reconocen la precariedad de los servicios al experimentar, en el transcurso de su enfermedad, la falta de recursos y el exceso de burocracia. Del mismo modo, Torres Saavedra et al. (2024) revelan que pacientes diagnosticados con cáncer en la zona norte del país destacan la falta de especialistas oncológicos en su área de residencia, lo que los lleva a trasladarse a la capital (Santiago) para realizarse exámenes y recibir tratamientos. Este proceso conlleva altas trabas burocráticas, logísticas y económicas.

Un estudio comparativo de la morbilidad hospitalaria por cáncer entre la población local e inmigrante mostró diferencias notables entre ambas, destacando que el estatus migratorio es un determinante social clave de desigualdades en salud en Chile (Oyarte et al., 2018). El cáncer suele tener peor pronóstico cuando

se combinan factores como vulnerabilidad social, diagnóstico tardío y acceso limitado, lo cual coincide con el perfil de algunos grupos de inmigrantes en Chile (Oyarte et al., 2018). Las neoplasias constituyen la tercera causa de egresos hospitalarios entre inmigrantes, frente a la séptima posición en chilenos. Los egresos hospitalarios por cáncer son mayores en chilenos que en inmigrantes; los primeros presentan menos días de hospitalización y más acceso a intervenciones quirúrgicas (Oyarte et al., 2018).

Con respecto a la experiencia en el sistema médico, la investigación antropológica realizada con mujeres chilenas revela que la desinformación sobre la enfermedad oncológica y los pasos a seguir en el sistema de salud limita, con frecuencia, una participación activa en sus propios procesos de tratamiento y en la toma de decisiones (Watkins, 2019). En este contexto, se establece una relación desigual entre pacientes y profesionales médicos, que es socialmente aceptada y legitimada, y que afecta especialmente a las mujeres, quienes ven limitada su capacidad para tomar decisiones informadas sobre los tratamientos que reciben (Aliaga Armijo, 2010; Baeza Correa, 2013; Cabieses et al., 2023).

Por ejemplo, el estudio de Cabieses et al. (2023) revela que profesionales de la salud pueden adoptar una actitud poco comprensiva hacia los cambios corporales y emocionales que viven mujeres con cáncer al desestimar la sintomatología y el dolor experimentado. Baeza Correa (2013), por su parte, documenta que las experiencias de mujeres con cáncer cervicouterino pueden evidenciar prácticas violentas y transgresoras de su corporalidad durante intervenciones médicas. Los pacientes con cáncer suelen recibir poca información sobre los

procedimientos, los cuales les son presentados como necesarios para salvar sus vidas sin una explicación detallada. Esta falta de información genera tensiones entre pacientes y personal médico cuando las primeras rechazan tratamientos sugeridos, lo cual refleja su resistencia a la imposición y el control del sistema biomédico sobre sus cuerpos (Baeza Correa, 2013).

En respuesta a estas limitaciones, las prácticas y estrategias de atención en salud realizadas fuera del sistema médico se han convertido en una alternativa significativa para muchos pacientes. No obstante, en Chile, estas prácticas han sido poco estudiadas, ignoradas o descalificadas, por ser consideradas por la autoridad médica como irrelevantes dentro de los procesos de salud, enfermedad y atención (Obach & Cabieses, 2023; Watkins, 2019). A pesar de lo anterior, la investigación de Watkins (2019) indica que mujeres chilenas con cáncer realizan múltiples prácticas fuera del sistema de salud, que van desde cambios alimenticios hasta el tratamiento con chamanes y otras medicinas tradicionales o complementarias. Estos hallazgos muestran que estas prácticas, independientemente de su efectividad, desempeñan un papel fundamental en el manejo y la comprensión de la enfermedad.

La investigación local e internacional sobre pluralismo terapéutico en el contexto del cáncer indica que los procesos de sanación son altamente dinámicos y que la búsqueda de alternativas fuera del sistema médico es con frecuencia una respuesta a las carencias del sistema de salud (Hansen et al., 2020; Vega Vega et al., 2020; Watkins, 2019). Esto sugiere que la política pública en cáncer debiera estar preparada para reconocer la existencia de estas prácticas y adoptar un enfoque más integral, que consi-

dere no solo los aspectos biomédicos y del sistema de salud, sino también su interacción con distintos modelos médicos y sistemas de cuidado⁵ (Watkins, 2019). Al respecto, el estudio de Vega Vega et al. (2020) en Chile señala que la integración de las terapias complementarias amplía las herramientas terapéuticas disponibles, lo que resulta en una mayor satisfacción entre los profesionales de salud al ofrecer una atención más humana y centrada en la persona. Además, los autores destacan la importancia de incorporar estos enfoques en los currículos de las carreras de salud.

De este modo, lejos de ser una entidad exclusivamente biomédica, la investigación antropológica indica que el cáncer se presenta como una enfermedad inscrita en tramas estructurales, sociales, institucionales y culturales que configuran de manera diferenciada la experiencia de quienes lo enfrentan. El estudio de las trayectorias terapéuticas permite no solo visibilizar las desigualdades persistentes en el acceso y la calidad de la atención en Chile, sino también iluminar la emergencia de prácticas y saberes alternativos que responden, de forma situada, a los vacíos, tensiones y exclusiones generados por el sistema médico institucional.

Conclusiones

El cáncer es, sin duda, un desafío biomédico global que involucra investigación y desarrollo de nuevas medidas sanitarias y tratamientos médicos, pero es también un fenómeno que impacta y es impactado por la vida social en un sentido amplio. Desde la antropología médica, el cáncer se configura como un complejo fenómeno biosocial, que implica elementos subjetivos y corporales, políticos, económicos, culturales y

ambientales intrínsecamente interconectados (Bennett & Manderson, 2023; McMullin, 2016; Surawy-Stepney & Cadduf, 2020). En Chile, el cáncer se ha posicionado como un desafío sanitario de gran relevancia al perfilarse como un reto epidemiológico a largo plazo, con gran impacto social y poblacional. No obstante, el análisis de su relación intrínseca con variables socioculturales ha sido escasamente abordado y reconocido. Tanto en la investigación como en el sistema de salud ha predominado una aproximación biomédica sobre este padecimiento, lo cual dificulta abarcar a cabalidad la multidimensionalidad e integralidad del fenómeno.

A partir de la revisión de la literatura internacional en antropología médica y del todavía incipiente desarrollo de investigaciones cualitativas y etnográficas sobre cáncer en Chile, este artículo ha identificado tres áreas analíticas fundamentales para el fortalecimiento de la investigación local. La primera línea analítica aborda la experiencia vivida del cáncer en su dimensión corporal y subjetiva; la segunda, su carácter social e intersubjetivo; y la tercera, la vivencia entrelazada con desigualdades estructurales y adversidades institucionales del sistema médico. Lejos de compartimentalizar la experiencia oncológica, esta propuesta busca robustecer teórica y empíricamente una aproximación crítica al fenómeno mediante la sistematización de la información existente y la apertura de campos de estudio que permitan la formulación de nuevas preguntas.

En línea con el enfoque de Schepher-Hughes y Lock (1987), se insiste en la necesidad de evitar lecturas fragmentadas de la experiencia humana, propias del dualismo cartesiano, que dividen cuerpo y mente, naturaleza y cultura, individuo y sociedad. La intención es desarrollar una comprensión del cáncer como un complejo

proceso biopsicosocial que involucra transformaciones subjetivas, corporales y familiares, íntimamente ligadas a condiciones materiales y estructurales, así como también de expectativas sociales, valoraciones de género, diferentes tipos de conocimientos y creencias sobre la enfermedad, que se entrelazan en un contexto sociomédico particular. Por tanto, se argumenta que la investigación cualitativa y etnográfica del cáncer en Chile debe estar en condiciones de abordar, de manera situada, las dinámicas y los procesos subjetivos, culturales, políticos y económicos que atraviesan la enfermedad.

Como se ha planteado a lo largo de este texto, la trayectoria del cáncer no se limita a las conductas individuales de prevención y tratamiento; también está definida por los desafíos y dinámicos propios de la vida social, las agencias y decisiones de las personas afectadas y sus familias, la acción comunitaria y ciudadana, así como también por los logros y deficiencias de las instituciones médicas y de las políticas públicas de salud vigentes. En este sentido, las tres líneas de investigación abordadas no solo pretenden problematizar futuras áreas de pesquisa para el contexto nacional, sino que también buscan ser un aporte para la mejora de políticas públicas en oncología. En Chile, la Ley del Cáncer (N° 21.258) promueve una visión integral de la atención médica, que contemple también elementos más allá de lo puramente biológico de la enfermedad. La investigación antropológica revisada sugiere que dicha aproximación solo es posible si se incorporan dimensiones sociales y culturales, particulares al contexto chileno, en el diseño de políticas y estrategias de cuidado y atención oncológica. En la práctica, esto implica conformar equipos interdisciplinarios capaces de integrar en su quehacer profesional dimensiones de la experiencia oncológica que trasciendan el

individualismo psicobiológico que caracteriza al sistema biomédico.

Ala luz del análisis presentado en este artículo, la política pública podría fortalecerse mediante la incorporación de conocimiento específico sobre los procesos subjetivos, socioculturales y estructurales que configuran la experiencia oncológica en el contexto nacional. La investigación antropológica revela que el diagnóstico de cáncer en Chile está asociado a profundas transformaciones emocionales y corporales, y que implica altas cargas de cuidados, que suelen recaer en las familias (Aliaga Armijo, 2010; Baeza Correa, 2013; Carreño Balboa, 2007; Urrutia, 2013; Watkins, 2019). Asimismo, se observa que la enfermedad es vivida con fuertes sentimientos de vergüenza y responsabilidad individual, asociados a normativas de género, y a creencias y estigmas en torno a la “generación propia” de la enfermedad y al uso de la metáfora bélica (Baeza Correa, 2013; Rojas, 2023; Urrutia, 2015; Watkins, 2019).

Por otra parte, la investigación demuestra cómo las expectativas sociales y las redes familiares, comunitarias y ciudadanas configuran las decisiones y prácticas asociadas a la enfermedad (Arriaza et al., 2009; Carreño Balboa, 2007; Concha Méndez et al., 2023; Watkins, 2019). Esto sugiere que las redes sociales no solo asumen la carga económica y simbólica que implica el cáncer, sino que también compensan faltas institucionales, probablemente con un alto costo para las familias y comunidades cercanas.

Finalmente, la investigación resalta la presencia de desigualdades estructurales en la atención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, dadas por un sistema de salud segmentado y fragmentado (Espinoza & Cabieses, 2023), que implica obstá-

culos significativos para recibir una atención efectiva (Campaña et al., 2023; Torres Saavedra et al., 2024). Estas desigualdades se manifiestan especialmente en relación con el nivel socioeconómico, el género, el estatus migratorio y el lugar de residencia (Cook et al., 2017; Herrera Riquelme et al., 2015; Oyarte et al., 2018; Villalobos et al., 2023). A esto se suman experiencias de violencia en el contexto de la institucionalidad médica, que involucran problemas de comunicación, información y trato, especialmente relevantes para el tratamiento del cáncer (Aliaga Armijo, 2010; Baeza Correa, 2013).

Entender que el cáncer se configura como un fenómeno sociobiológico implica reconocer que la institucionalidad médica es un actor central en la construcción de la experiencia oncológica. En este sentido, resulta crucial fomentar una reflexión crítica sobre las prácticas médicas, así como sobre los marcos de referencia que orientan la política pública y el sistema de salud (Good, 1993). De manera preliminar, la revisión de la literatura antropológica sobre cáncer en Chile sugiere que es fundamental prestar atención, entre otros aspectos, a las decisiones y experiencias subjetivas de los pacientes y sus familias; a la necesidad de evitar la reproducción de imposiciones culturales de género; a mejorar la capacidad de navegación en el sistema de salud y proveer apoyo a los cuidadores; a promover la comunicación efectiva y el buen trato por parte de los equipos médicos; a establecer un diálogo respetuoso con modelos epistémicos y terapéuticos alternativos al biomédico; a disminuir las desigualdades sociales y territoriales de acceso a la atención onco-

lógica; y a fortalecer la atención psicosocial, en particular en el caso de pacientes que enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad social.

En conclusión, el análisis antropológico del cáncer indica cómo este no solo refleja, sino también produce aspectos fundamentales de una sociedad (Jain, 2013). Para el caso chileno, el cáncer plantea interrogantes sobre la práctica médica y el sistema de salud, las políticas sociales y el Estado, las configuraciones de parentesco y comunitarias en salud, y la producción de subjetividades y ciudadanías en un contexto marcado por una larga historia de “deudas” en materia de justicia y salud (Han, 2012). Además, este padecimiento ocupa un lugar cada vez más prominente en espacios de producción de conocimiento y toma de decisiones puesto que atraviesa la vida de un número creciente de personas en Chile y el mundo. Comprenderlo desde un enfoque social no solo es necesario, sino que urgente para afrontar y entender los retos futuros.

Como fenómeno local y global, el cáncer se configura profundamente arraigado a las sociedades contemporáneas, lo que exige una reflexión continua sobre la forma en que las personas, sociedades y sistemas de salud actuales responden a la cronicidad de las enfermedades y las crisis sociosanitarias. Rescatar y expandir los aportes de la antropología al entendimiento del cáncer facilita la introducción y la articulación de preguntas y líneas analíticas estratégicas, que contribuyen tanto al desarrollo de un campo de estudio robusto como a la mejora de la calidad de la atención oncológica.

Notas

¹ Actualmente, los tipos de cáncer más prevalentes en el país son el de próstata, colorrectal, mama, estómago, pulmón y vesícula (Parra-Soto et al., 2020).

² <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>

³ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149004>

⁴ Desde 2005 se han incorporado diversos diagnósticos de cáncer al programa estatal GES (Garantías Explícitas en Salud) para proveer acceso y protección financiera a pacientes sin importar su capacidad de pago. Sin embargo, hasta la actualidad persisten diferencias socioeconómicas que influyen negativamente en los

estándares de equidad en la atención médica del cáncer (Cea et al., 2021; Cook et al., 2017).

⁵ Con respecto al diálogo con saberes alternativos al biomédico, Good (1993) critica la tendencia a clasificar los saberes locales como simples “creencias” frente al conocimiento científico. El autor advierte que esta visión refuerza una forma de violencia epistemológica al catalogar como irracionales o erróneos aquellos conocimientos y realidades de enfermedad que no se ajustan al paradigma biomédico. En respuesta, Good (1993) subraya que la aproximación biomédica también constituye un producto epistemológico social e históricamente situado.

Referencias bibliográficas

Aliaga Armijo, P. (2010). *Experiencias de mujeres viviendo el climaterio con lesiones precancerígenas en el cuello del útero: Centro de Salud Familiar Dr. Jorge Sabat, Valdivia*. (Tesis de grado). Universidad Austral de Chile. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/ffa398e/doc/ffa398e.pdf>

Almeida, É. S., Souza, R. & Dos-Santos, E. M. (2020). “Afectados por el tacto”: Sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colectiva*, 16, e2176. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>

Andreasson, J., Johansson, T. & Danemalm-Jägersvall, C. (2023). Prostate cancer and the emotionology of masculinity: Joking, intellectualization, and the reconstruction of gender. *The Journal of Men's Studies*, 0(0), 1-19. <https://doi.org/10.1177/10608265231171031>

Armin, J. (2019). Bringing the people into policy: Managing cancer among structurally vulnerable women. En J. Armin, N. J. Burke & L. Eichelberger (Eds.), *Negotiating structural vulnerability in cancer control* (pp. 47-68). University of New Mexico Press.

Armin, J., Burke, N. J. & Eichelberger, L. (Eds.). (2019). *Negotiating structural vulnerability in cancer control*. University of New Mexico Press.

Arriaza, P., Cancino, G. & Sanhueza, O. (2009). Pertenecer a algo mayor: Experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 95-106. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000200010>

Arteaga Pérez, I. (2022). Emotion work during colorectal cancer treatments. *Medical Anthropology*, 41(2), 197-209. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1808976>

Baeza Correa, C. E. (2013). “Me trajinaron Pedro, Juan y Diego”: Experiencias y significados de mujeres con cáncer cervicouterino atendidas en hospitales públicos de Santiago. (Tesis de grado). Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130799>

Banerjee, D. (2020). *Enduring cancer: Life, death, and diagnosis in Delhi*. Duke University Press.

Bennett, L.R. & Atikasari, H. (2023) Intersections of stigma,

morality and care: Indonesian women's negotiations of cervical cancer. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 109-129). University College London Press.

Bennett, L. R. & Manderson, L. (2023). Introduction: Cancer ethnographies and the politics of care. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 1-22). University College London Press.

Bennett, L. R., Manderson, L. & Spagnoletti, B. (Eds.) (2023). *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective*. University College London Press.

Bernales, M., Chandía, A. & San Martín, M. J. (2019). Malestar emocional en pacientes de cuidados paliativos: Desafíos y oportunidades. *Revista Médica de Chile*, 147(6). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000600813>

Bernstein Iriart, J. A. & Gibbon, S. (2023). Biomedical innovations, cancer care and health inequities: Stratified patienthood in Brazil. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 23-41). University College London Press.

Bhangu, S., Argudo-Portal, V., Neto, L. A. A., Cochrane, T., Denisova, M. & Surawy-Stepney, N. (2024). The political stakes of cancer epistemics. *Social Science & Medicine*, 359, 117176. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117176>

Bhangu, S. & Caduff, C. (2022). How medical anthropology can contribute to cancer research. *Nature Reviews Cancer*, 22(11), 603-604. <https://doi.org/10.1038/s41568-022-00507-9>

Borgstrom, E. (2017). Social death. *QJM, An International Journal of Medicine*, 110(1), 5-7. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw18>

Bowie, J., Brunckhorst, O., Stewart, R., Dasgupta, P. & Ahmed, K. (2022). Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Cancer Survivorship*, 16, 95-110. <https://doi.org/10.1007/s11764->

021-01007-9

Bravo, P., Dois, A., Villarroel, L., González-Aguero, M., Fernández-González, L., Sánchez, C., Martínez, A., Turén, V., Quezada, C., Guasalaga, M. E. & Härter, M. (2023). Factors influencing the implementation of shared decision-making in breast cancer care: Protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*, 13(7), e074111. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074111>

Bright, K. (2015). Love in time of cancer: Kinship, memory, migration and other logics of care in Kerala, India. En H. F. Mathews, N. J. Burke & E. Kampriani (Eds.), *Anthropologies of cancer in transnational worlds* (pp. 222-252). Routledge.

Burke, N. (2023). Laughing in the face of cancer: Intersubjectivity and patient navigation in the US safety net. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 62-82). University College London Press.

Burke, N., Armin, J. & Eichelberger, L. (2019). Introduction: Framing cancer and structural vulnerability. En J. Armin, N. J. Burke & L. Eichelberger (Eds.), *Negotiating structural vulnerability in cancer control* (pp. 1-18). University of New Mexico Press.

Cabieses, B. (2023). Visión general de la epidemiología del cáncer en Chile y América Latina. En D. Rojas, B. Cabieses, A. Obach & C. Rodríguez (Eds.), *Palabras que cuidan: Comunicación social ética y empática en cáncer* (pp. 9-16). Corporación Cáncer de Mama-Chile, "Yo Mujer", Centro de Salud Global Intercultural-ICIM, Universidad del Desarrollo.

Cabieses, B., Obach, A., Espinoza, M. & Rodríguez, C. (2022). Identificando brechas en trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile: Develando desigualdades en la atención de patologías priorizadas: Resultados fase cualitativa. Facultad de Medicina-Universidad del Desarrollo, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Cámara de Innovación Farmacéutica. <http://hdl.handle.net/11447/6595>

Cabieses, B., Obach, A. & Vezzani, F. (2023). Develando necesidades y brechas percibidas de acceso a tratamiento en mujeres jóvenes que viven con cáncer de mama en Chile: Reconociendo inequidades terapéuticas desde la voz de las pacientes. Centro de Salud Global Intercultural-ICIM, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/7999>

Caisso, L. (2023). Pruebas de vida, pruebas de muerte: Antropología del cáncer entre docentes rurales expuestas a agroquímicos en el sudeste de Córdoba (Argentina). *Salud Colectiva*, 19, e4442. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.e4442>

Campaña, C., Cabieses, B., Obach, A. & Vezzani, F. (2023). "Healthcare should be the same for everyone": Perceived inequities in therapeutic trajectories of adult patients with lung cancer in Chile, a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1228304. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228304>

Caro, M. M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R. & Vivanco, L. (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliar de

Chile. *Enfermería Clínica*, 27(6), 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.004>

Carreño, A., Leyton, D., Sadler, M. & Obach, A. (2023). Trenzando las antropologías de la salud en Chile: Temas, diálogos y desafíos. *Antropologías del Sur*, 10(20), 103-132. <https://doi.org/10.25074/rantros.v10i20.2517>

Carreño Balboa, C. A. (2007). *El cuerpo en fragmentos: Cáncer de próstata, masculinidad e imagen corporal*. (Tesis de grado). Universidad Austral de Chile. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/ffc314c/doc/ffc314c.pdf>

Carstens, C. (2012). *Conocimiento y conductas asociadas a VPH: Estudio descriptivo de Chile y España*. (Tesis de magister). Universidad de Salamanca. <https://gredos.usal.es/handle/10366/120780>

Cea, C., Gómez, G. & Lechuga, H. (2021). Ley Nacional del Cáncer Claudio Mora: Metas y desafíos a futuro. *Revista ANACEM*, 15(1), 8-12.

Concha Méndez, C., Vega Vega, P. & Vargas Celis, I. (2023). "Cambia la vida de un día para otro": Experiencias de madres y padres al cuidado personal de un hijo/a hospitalizado por cáncer. *Enfermería, Cuidados Humanizados*, 12(1): e2950. <https://doi.org/10.22235/ech.v12i1.2950>

Cook, P., Paredes, F. & Jiménez de la Jara, J. (2017). *Resumen estudio inequidad en cáncer: Inequidades en cáncer en Chile: Diferencias en mortalidad según nivel educacional y región de residencia*. Fundación Foro Nacional de Cáncer.

Craddock Lee, S. J. (2019). The familiarity of coping: Kinship and social location in the safety-net experience of cancer. En J. Armin, N. J. Burke & L. Eichelberger (Eds.), *Negotiating structural vulnerability in cancer control* (pp. 91-114). University of New Mexico Press.

Epele, M. E. (1993). La relación médico-paciente en el cáncer terminal: Una aproximación a la muerte en la sociedad compleja. *Revista Chilena de Antropología*, 12, 87-98.

Espinoza, M. & Cabieses, B. (2023). Bases generales del sistema de salud chileno. En D. Rojas, B. Cabieses, A. Obach & C. Rodríguez (Eds.), *Palabras que cuidan: Comunicación social ética y empática en cáncer* (pp. 17-23). Corporación Cáncer de Mama-Chile, "Yo Mujer", Centro de Salud Global Intercultural-ICIM, Universidad del Desarrollo.

Faughnan, H. (2021). To be told you have cancer. *Teaching and Learning Anthropology Journal*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.5070/T30054359>

Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.

Frank, A. W. (1991). *At the will of the body*. Houghton Mifflin.

García Rodríguez, J., Revelo Álvarez, P. & Grimont González, S. (2021). Necesidad de una lectura socioantropológica del cáncer. *Humanidades Médicas*, 21(3), 692-710.

Goic, C. (2022). *Ley Nacional del Cáncer: Una historia de participación ciudadana*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Good, B. J. (1993). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Cambridge University Press.

Greco, C. (2022). The uncertain presence: Experiences of living with metastatic breast cancer. *Medical Anthropology*, 41(2), 129-140.

<https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1941003>

Han, C. (2012). *Life in debt: Times of care and violence in neoliberal Chile*. University of California Press.

Hansen, F., Berntsen, G. R. & Salamonsen, A. (2020). Medical pluralism in the aftermath of cancer: Health seeking actions and cancer patients' shaping of trajectories to healing. *Anthropology & Medicine*, 27(3), 330-346. <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1676637>

Helman, C. (2007). *Culture, health and illness*. CRC Press.

Hermosilla-Ávila, A. & Sanhueza-Alvarado, O. (2020). La vivencia de los pacientes con cáncer y el cuidado de enfermería. *Cuidarte*, 11(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.782>

Herrera Riquelme, C. A., Kuhn-Barrientos, L., Rosso Astorga, R. & Jiménez de la Jara, J. (2015). Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 2000-2010. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, 44-51.

Høybye, M. T., Johansen, C. & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2005). Online interaction: Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. *Psycho-Oncology*, 14(3), 211-220. <https://doi.org/10.1002/pon.837>

Hunt, L. M. (1998). Moral reasoning and the meaning of cancer: Causal explanations of oncologists and patients in southern Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(3), 298-318. <https://doi.org/10.1525/maq.1998.12.3.298>

INE (2021). *Anuario de estadísticas vitales, 2019: Periodo de información 2019*. Instituto Nacional de Estadísticas.

Jain, S. L. (2013). *Malignant: How cancer becomes us*. University of California Press.

Jiménez de la Jara, J. (2022). Breve historia de la Ley Nacional del Cáncer. En C. Goic (Ed.), *Ley Nacional del Cáncer: Una historia de participación ciudadana* (pp. 33-45). Pontificia Universidad Católica de Chile.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

Králová, J. (2015). What is social death? *Contemporary Social Science*, 10(3), 235-248. <https://doi.org/10.1080/21582041.2015.1114407>

Labra, M. E. (2002). La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1041-1052. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400010>

Lamadrid Álvarez, S. (1998). Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), S33-S40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500012>

Landeira, F. P. (2024). "Infancias fumigadas": Violencia, cuidado y futuro en territorios afectados por agrotóxicos en la provincia de Buenos Aires (Argentina). *Revista del Museo de Antropología*, 133-144. <https://doi.org/10.31048/1852.4826.v17.n1.41954>

Langdon, E. J. & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185.

Livingston, J. (2012). *Improvising medicine: An African oncology*

ward in an emerging cancer epidemic. Duke University Press.

Lora-Wainwright, A. (2010). An anthropology of 'cancer villages': Villagers' perspectives and the politics of responsibility. *Journal of Contemporary China*, 19(63), 79-99. <https://doi.org/10.1080/10670560903335785>

Lucero, P. A. (2022). El silencio no es salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 55, 101-118. <https://doi.org/10.34096/cas.i55.10533>

Luxardo, N. (2006). Tejiendo tramas para explicar el cáncer. *Mitológicas*, 21, 54-68.

_____. (2009). Entre la narrativa y la vivencia: Lecturas a partir del cáncer. *Estudios Sociales*, 4, 95-114.

_____. (2015). "As god is my witness...": What is said, what is silenced in informal cancer caregivers' narratives. En H. F. Mathews, N. J. Burke & E. Kampriani (Eds.), *Anthropologies of cancer in transnational worlds* (pp. 193-211). Routledge.

_____. (2021). "Porque no quise": Descifrando qué hay detrás de los rechazos o discontinuidades en los tamizajes de cuello de útero. En N. Luxardo & F. Sassetti (Eds.), *In situ: El cáncer como injusticia social* (pp. 873-892). Biblos.

Luxardo, N. & Bennett, L. R. (2023). 'It just keeps hurting': Continuums of violence and their impact on cervical cancer mortality in Argentina. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 57-86). University College London Press.

Luxardo, N. & Sassetti, F. (2021). *In situ: El cáncer como injusticia social*. Biblos.

Macdonald, A. (2015). Revealing hope in urban India: Vision and survivorship among breast cancer charity volunteers. En H. Mathews, N. Burke & E. Kampriani (Eds.), *Anthropologies of cancer in transnational worlds* (pp. 119-132). Routledge.

Manderson, L. (2010). "Half a woman": Embodied disruptions and ideas of gender among Australian women. En L. Manderson & C. Smith-Morris (Eds.), *Chronic conditions, fluid states: Chronicity and the anthropology of illness* (pp. 96-112). Rutgers University Press.

_____. (2022). Cancers' multiplicities: Anthropologies of interventions and care. En M. Singer, P. Erickson & C. Abadia (Eds.), *A companion to medical anthropology* (pp. 260-274). Wiley Blackwell.

Markovic, M., Manderson, L. & Quinn, M. (2004). "He is telling us something": Women's experiences of cancer disclosure in Australia. *Anthropology and Medicine*, 11(3), 325-339.

Martinez, R. C., Chavez, L. R. & Hubbell, F. A. (1997). Purity and passion: Risk and morality in Latina immigrants' and physicians' beliefs about cervical cancer. *Medical Anthropology*, 17(4), 337-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.1997.9966145>

Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.

Mattingly, C. (1994). The concept of therapeutic 'emplotment'. *Social Science & Medicine*, 38(6), 811-822. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90153-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90153-8)

McMullin, J. (2016). Cancer. *Annual Review of Anthropology*, 45(1), 251-266. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102215-100217>

McMullin, J. & Weiner, D. (2009). Introduction: An anthropology of cancer. En J. McMullin & D. Weiner (Eds.), *Confronting cancer: Metaphors, advocacy, and anthropology*. School for Advanced Research Press.

Mendoza González, Z. (2017). Programa de detección del cáncer cervicouterino: Políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México. *Salud Colectiva*, 13, 521-535. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1122>

Menéndez, E. L. (1997). Antropología médica: Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, 15(51), 83-103.

Meza-Valladares, C., Bernales, M. & Vega, P. V. (2022). Rol de enfermería en el apoyo en duelo en familias de personas con cáncer. *Medicina Paliativa*, 29(3), 180-194. <http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1318/2022>

Mika, M. (2022). *Africanizing oncology: Creativity, crisis, and cancer in Uganda*. Ohio University Press.

Ministerio de Salud (2019). *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028*. Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile.

Miranda Hiriart, G. & Saffie Gatica, X. (2014). Pacientes policonsultantes: ¿Un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioethica*, 20(2), 215-223. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200009>

Mulemi, B. A. (2010). *Coping with cancer and adversity: Hospital ethnography in Kenya*. African Studies Centre.

Muñoz Cordal, G. (2022). Algunas consideraciones acerca de las decisiones del final de la vida en Chile, a propósito del proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos. *Revista de Derecho*, 35(1), 37-57. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502022000100037>

Naidu, M. (2015). Performing illness and health: The humanistic value of cancer narratives. *Anthropology Southern Africa*, 35(3-4), 71-80. <https://doi.org/10.1080/23323256.2012.11500026>

Obach, A. & Cabieses, B. (2023). Una mirada al rol de comunicadores desde la experiencia de las trayectorias terapéuticas. En D. Rojas, B. Cabieses, A. Obach & C. Rodríguez (Eds.), *Palabras que cuidan: Comunicación social ética y empática en cáncer* (pp. 103-109). Corporación Cáncer de Mama-Chile, "Yo Mujer", Centro de Salud Global Intercultural-ICIM, Universidad del Desarrollo.

Offersen, S. M. H., Risør, M. B., Vedsted, P. & Andersen, R. S. (2018). Cancer-before-cancer: Mythologies of cancer in everyday life. *Medicine Anthropology Theory*, 5(5). <https://doi.org/10.17157/mat.5.5.540>

Organización Mundial de la Salud (2017). Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. Resolution on the seventieth World Health Assembly WHA70.12.

_____. (2022). WHO Fact Sheet on Cancer. Newsroom. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

_____. (2023). Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos. Organización Panamericana de la Salud.

Oyarte, M., Delgado, I., Pedrero, V., Agar, L. & Cabieses, B. (2018). Hospitalizaciones por cáncer en migrantes internacionales y población local en Chile. *Revista de Saúde Pública*, 52, 36. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000222>

Palma-Rivadeneira, S., Lucchini-Raies, C. & Márquez-Doren, F. (2022). Experiencia de vivir el proceso de enfermar de cáncer y recibir quimioterapia, siendo acompañado por una enfermera de enlace. *Revista Médica de Chile*, 150(6), 774-781. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000600774>

Parra-Soto, S., Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva-Ordeñez, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Ulloa, N., Díaz-Martínez, X. & Celis-Morales, C. (2020). Cáncer en Chile y en el mundo: Una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. *Revista Médica de Chile*, 148(10), 1489-1495. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001489>

Piñeros, M., Laversanne, M., Barrios, E., de Camargo Cancela, M., de Vries, E., Pardo, C. & Bray, F. (2022). An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health-Americas*, 13, 100294. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294>

Ponce, M. (2013). La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 9, 215-233.

Püschel, K., Coronado, G., Soto, G., Gonzalez, K., Martinez, J., Holte, S. & Thompson, B. (2010). Strategies for increasing mammography screening in primary care in Chile: Results of a randomized clinical trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 19(9), 2254-2261. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0313>

Püschel, K., Rioseco, A., Soto, M., Paz, S., Martinez, J., Soto, G., Faundez, M., Arenas, E., Vescovi, Z., Fuentes, I., Thompson, B. & Emery, J. (2024). Implementation of cancer prevention practices in primary care: Results of a cohort study in Chile 2018-2022. *Public Health*, 236, 168-174. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.08.006>

Quesada, J. (2019). Afterword: Revealing erasures, configuring silences: Structural vulnerability in cancer prevention, treatment, and research. En J. Armin, N. J. Burke & L. Eichelberger (Eds.), *Negotiating structural vulnerability in cancer control* (pp. 219-242). University of New Mexico Press.

Ríos Leal, J. A., Labbé, T. P., Roje, D. D., Ciudad, A. M., Merino, G. F., López, C., Becerra, S. & Escobar-Oliva, P. (2021). Estrategias para el control del cáncer: Revisitando las directrices globales y mirando nuestro desarrollo local. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 5(1), 15-21. <https://doi.org/10.34052/risp.v5i1.106>

Rojas, D. (2023). Consecuencias del abordaje actual en población sana y personas con cáncer. En D. Rojas, B. Cabieses, A. Obach & C. Rodríguez (Eds.), *Palabras que cuidan: Comunicación social ética y empática en cáncer* (pp. 71-79). Santiago de Chile: Corporación Cáncer de Mama-Chile, "Yo Mujer", Centro de Salud Global Intercultural-ICIM, Universidad del Desarrollo.

Saillant, F. (1990). Discourse, knowledge, and experience of cancer: A life story. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(1), 81-104.

Sanz, C. (2017). Out-of-sync cancer care: Health insurance companies, biomedical practices, and clinical time in Colombia. *Medical Anthropology*, 36(3), 187-201. <https://doi.org/10.1080/01459740.2016.1267172>

Sargent, C. & Benson, P. (2019). Cancer and precarity: Rights and vulnerabilities of West African immigrants in France. En J. Armin, N. J. Burke & L. Eichelberger (Eds.), *Negotiating structural vulnerability in cancer control* (pp. 21-46). University of New Mexico Press.

Scheper-Hughes, N. & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>

Sontag, S. (1988). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.

Stacey, J. (1997). *Teratologies: A cultural study of cancer*. Routledge.

Stoller, P. (2005). *Stranger in the village of the sick: A memoir of cancer, sorcery, and healing*. Beacon Press.

Suárez, R., Wiesner, C., Gonzales, C., Cortés, C. & Shinichi, A. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, 17, 42-55. <https://doi.org/10.7440/res17.2004.04>

Suárez-Rienda, V. & López Sánchez, O. (2019). La dimensión emocional en torno al cáncer: Estrategias de análisis desde la antropología de la salud. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, 26(76), 31-59.

Surawy-Stepney, N. & Caduff, C. (2020). Anthropologies of cancer. *Oxford Research Encyclopedias: Anthropology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190854584.013.127>

Torres Saavedra, C., Campillay Campillay, M. & Dubó Araya, P. (2024). Barriers and facilitators of health care in people with cancer in a commune in northern Chile: Qualitative report. *Enfermería, Cuidados Humanizados*, 13(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3400>

Urrutia, C. (2015). *Proceso de terminalidad y muerte: Experiencias y significados en usuarios(as) con cáncer, sus familiares y el equipo de salud en el modelo de cuidados paliativos de Clínica Familia*. (Tesis de grado). Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/140305>

Van Hollen, C. C. (2022). *Cancer and the Kali Yuga: Gender, inequality, and health in South India*. University of California Press.

Varelaki, F. (2023). Rehumanising illness: Practices of care in a

cancer ward in Athens, Greece. En L. R. Bennett, L. Manderson & B. Spagnoletti (Eds.), *Cancer and the politics of care: Inequalities and interventions in global perspective* (pp. 1-22). University College London Press.

Vega-Vega, P., González-Rodríguez, R., Palma-Torres, C., Ahumada-Jarufe, E., Mandiola-Bonilla, J., Oyarzún-Díaz, C. & Rivera-Martínez, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*, 13(1), 81-91.

Vega Vega, P., Urrutia Egaña, M., Aliaga Barros, V. & Campos Romero, S. (2020). Profundización en la experiencia de profesionales de salud al incorporar terapias complementarias en su práctica clínica. *Enfermería, Cuidados Humanizados*, 9(2), 191-204. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2316>

Vezzani, F. (2024) *Estrategias de afrontamiento y cuidado y su relación con representaciones del cáncer en el transcurso de los itinerarios terapéuticos de mujeres jóvenes diagnosticadas con cáncer de mama en los últimos cinco años*. (Tesis de magister). Universidad de Chile.

Villalobos, C., Ferrer-Rosende, P., Cavallera, C., Cavada, G., Manríquez, M., Quirland, C., Caglevic, C. & Sapunar, J. (2023). Distribución geográfica de la incidencia de cáncer de beneficiarios de un convenio de atención oncológica en Chile. *Revista Médica de Chile*, 151(3), 340-348. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000300340>

Watkins, L. (2019). *"Un tremendo viaje para empezar a preocuparme por mí misma": La autoatención en mujeres tratadas de cáncer de mamas y/o cérvicouterino*. (Tesis de grado). Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177418>

Weiss, M. (1997). Signifying the pandemics: Metaphors of AIDS, cancer, and heart disease. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(4), 456-476. <https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.4.456>

Wenger, L. M. & Oliffe, J. L. (2013). Men managing cancer: A gender analysis. *Sociology of Health & Illness*, 36(1), 108-122. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12045>