

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y ADMINISTRATIVAS**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**LAS VOCES DEL CORÁN DENTRO DE LAS TRAYECTORIAS DE  
ATENCIÓN MÉDICA PARA LA COMUNIDAD MUSULMANA DE BOGOTÁ.**

**PRESENTADO POR:**

**Juan Camilo Arboleda Sarmiento**

**2015**

# CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| Introducción: La salud y la religión en la atención médica.....   | 3  |
| Trayectoria de cuidado entre tradiciones, costumbres y atención médica.....   | 8  |
| Estado Del Arte .....   | 11 |
| Marco Teórico para el análisis del Encuentro Cultural de la comunidad musulmana de Bogotá con la atención médica..... | 19 |
| Lo étnico, la comunidad y el grupo social .....   | 20 |
| El interaccionismo simbólico.....   | 23 |
| Metodología .....   | 24 |
| La geopolítica de los “turcos” de Bogotá hoy: Un misterio entre calles y carreras.....                                | 35 |
| Al Qurtubi: ¿Qué es y quienes hacen parte? .....  | 40 |
| La panorámica social desde el minarete: los musulmanes bogotanos .....  | 48 |
| La religión dentro de las trayectorias de cuidado en salud .....  | 53 |
| Los procesos de conversión: de vuelta a la fe primera .....   | 56 |
| La experiencia de fe en el Islam: aspectos claves .....   | 60 |
| El desafío de comprender la comunidad musulmana a partir de la <i>Sunna</i> .....                                     | 61 |
| Dos ejemplos en la vida cotidiana de la religión en salud: dieta e higiene .....                                      | 63 |
| Trayectorias de cuidado: género, cuerpo y salud.....  | 70 |
| Atención médica en oncología: cáncer de mama .....  | 73 |
| Atención médica en ginecología y obstetricia: la intimidad expuesta.....  | 74 |
| La atención en la unidad de cuidados intensivos pediátricos UCI .....   | 81 |
| De vuelta a las tradiciones dietéticas, el cuidado y la dieta aplicada a la enfermedad. ....                          | 83 |
| La dieta del paciente musulmán.....   | 84 |
| El cuidado y la dieta aplicada a la enfermedad.....   | 86 |
| La diferencia cultural en la voz del Corán: Conclusiones .....  | 89 |
| Bibliografía.....   | 96 |

*"Calasanz seguía defendiendo la tolerancia, la diversidad y la paz entre personas con diferentes costumbres e ideologías"<sup>1</sup>*

A partir de la constitución de 1991 Colombia, el Estado colombiano, plantea el multiculturalismo, se reconoce como un país “pluriétnico y multicultural”, esta definición implica que en Colombia habitan diversos grupos sociales que son reconocidos en su diferencia.

Esta heterogeneidad en Colombia suele ser pensada como una diferencia étnica, para comunidades lejanas geográfica y culturalmente a los centros urbanos del país. Pero cuando nos referimos a las diferencias culturales, la frontera se vuelve difusa sobre todo cuando se trata de pensar el problema de la diversidad cultural y la ciudadanía en el marco del Estado – Nación. Esto significa analizar cómo la diferencia cultural es o no es permitida en un sistema que, idealmente, es pensado como proveedor de un bienestar fundamental para sus ciudadanos y cumplidor de sus obligaciones legales hacia ellos.

Esta ciudadanía no solo se manifiesta en la “igualdad” de posibilidades de acceder a los servicios que el Estado presta como la energía eléctrica, el agua potable, educación, salud, o gas natural para cocinar, también depende de cómo este Estado se escenifica en el mundo social, cómo es imaginado por las poblaciones y cómo las relaciones sociales con él son pensadas por los grupos poblacionales que componen los habitantes de la Nación.

En el campo específico de la salud, la ciudadanía es ejercida por los individuos dentro de una relación determinada por la cultura, lo social, lo legal y las respuestas esperadas dentro de la vida cotidiana de ellos. Por consiguiente es necesario analizar las relaciones de ciudadanía considerado como salud, como enfermedad, como malestar, como dolencia y qué respuestas se dan a ella en el plano individual y social en el proceso curativo y de atención médica, lo que implica como afirma Menéndez (2009:30) “comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales”; así mismo analizar y entender los grupos sociales, exige pensarlos desde una

---

<sup>1</sup>Sobre José Calasanz en <http://acento.com.do/2014/opinion/8151640-calasanz-el-embajador-brewster-y-el-respeto-al-derecho-ajeno/>

complejidad cultural, social, económica y política para saber quiénes son, cómo son, qué hacen y porqué lo hacen.

El problema de la ciudadanía es un ejercicio de derechos civiles y obligaciones hacia el Estado dentro de lo que podría plantearse como transacciones bilaterales. Por ejemplo en el campo de la salud, no es solo cuestión de la afiliación al sistema de salud sino también de la aceptación de la diferencia cultural y de sus prácticas por las instituciones del Estado. Este problema nos muestra que la ciudadanía plantea un debate crítico en lo tocante a como ciudadanos tenemos derecho a la diferencia pero a su vez estamos definidos por unas obligaciones nacionales. En este sentido podemos plantear como un primer elemento de análisis el problema de legitimidad social y legal de la diferencia dentro de un determinismo del Estado que es continuamente interpretado y significado por las personas en la vida cotidiana, bien sea para aceptar o negar la diferencia cultural. En otras palabras, siguiendo el pensamiento de Derrida y Butler et al (2007), el Estado puede ser contenedor y expulsor al mismo tiempo, dentro de la multiculturalidad, de sus ciudadanos.

En ese orden de ideas, preguntas tales como ¿Si Colombia es imaginada como una nación multicultural, hasta dónde llega la aceptación de la diversidad? ¿Si Colombia es imaginada como una nación fundamentalmente católica, los otros no católicos, donde tienen su lugar y espacio de vida social? ¿Son los musulmanes verdaderos colombianos?, ¿el sistema de salud es tan incluyente de la Otridad? Todas estas preguntas buscan contextualizar el problema de la atención médica, de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, de lo que significa riesgo, vulnerabilidad, determinantes en salud al interior de grupos sociales donde sistemas de pensamiento, religión y salud se articulan para escenificar unas formas particulares de vida.

En este documento analizamos el caso de la relación Islam y salud dentro de las trayectorias de atención que se dan en la relación como pacientes (usuarios) dentro del sistema oficial de salud. El caso del Islam, además ha cobrado actualidad debido a los recientes hechos en el continente europeo y africano. Sin embargo, es clave resaltar que este grupo social ha sido objeto desde hace varios siglos de múltiples formas de estereotipamiento que le han generado exclusión social en diferentes contextos, y más recientemente en el contexto europeo. En todos ellos se lo reduce a unas imágenes del musulmán usurpador del bien de occidente, el comerciante usurero, el Ali baba y sus

cuarenta ladrones, el turco vendedor de telas, los “mahometanos”, la “algarabía”, o más recientemente al fanático suicida terrorista. Estos imaginarios plantean cuestionamientos sobre un grupo de ciudadanos que a pesar de haber nacido en el “nosotros” oficial, adoptan una postura histórica, formas de lenguaje diferentes, formas de espiritualidad distinta y hasta referente territoriales distintos. En términos de Mahmood Mamdani (2002) ellos, los “otros” leen la historia diferente, son “buenos o malos musulmanes” dependiendo de quién los mira, se podría decir que a pesar *del 11 de Septiembre*, es una cicatriz que aún se vive en ellos, existe una hostilidad continua hacia ellos que se expresa en los ataques contra una de las mezquitas de Bogotá, independientemente si son musulmanes pacíficos que viven en su marco social, que se hacen visibles pocas veces y que sólo hablan de su fe.

Contrariamente a los casos de grupos racializados como los negros, palenqueros y raizales, que son étnicamente y culturalmente legitimados como “otros” es común que sean, a pesar del racismo existente, validados como “colombianos”; pero entonces ¿dónde quedan aquellos que no son ni negros, ni indios, ni católicos como los musulmanes? Que el negro se vista colorido, sea bullicioso y tenga características sociolingüísticas diferentes en la nación no lo hacen “otro”, solo se convierten en una más de las características del “nosotros” en la idea de nación carnavalesca que se compone de múltiples personajes heterogéneos que entran en dialogo.

Así, en nuestra cultura se han construido taxonomías para designar la diferencia de las personas de otra cultura, y con ellos la sociedad colombiana ha narrado ciertos flujos migratorios imaginados que se han ubicado en espacios geográficos del país. En Colombia están los vascos, los gallegos, los judíos, los alemanes. Los catalanes, ubicados en las áreas de la región antioqueña, los alemanes se afincaron en la zona de Santander y Boyacá, siendo Zapatoca el nodo de las historias de “La otra raya del tigre” y los turcos fueron narrados por David Sánchez Juliao en la rivera del Sinú y en general en la costa atlántica colombiana. A partir de estos asentamientos idealizados se consolidaron estereotipos, se racializaron los grupos sociales para avalarlos o reprobarlos y con ello generar una geopolítica regional. Se dijo que los alemanes además de rubios son católicos, los vascos y los catalanes son separatistas y los “turcos” son comerciantes eficientes.

Por otra parte, la relación sociedad y salud en el mundo contemporáneo ha sido central para pensar los Estados - Nación modernos. La salud pública desde sus orígenes ha sido pensada como un espacio importante en los proyectos de Estados / Nación para la prevención de enfermedades en, intervención de población, creación de conductas saludables, en el marco de las sociedades contemporáneas. Esto significa que se ha creado un lenguaje, un sistema teórico- práctico alrededor de la idea de administrar y garantizar la salud de las poblaciones, tal como afirma el concepto de la OMS<sup>2</sup>:

“La salud pública se refiere a todas las medidas organizadas (ya sea pública o privada) para prevenir enfermedades, promover la salud y prolongar la vida de la población en su conjunto. Sus actividades tienen como objetivo proporcionar las condiciones en las que la gente puede estar saludable y centrarse en poblaciones enteras, no en los pacientes o enfermedades individuales (...) Las tres funciones principales de salud pública son:

La evaluación y seguimiento de la salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar los problemas y las prioridades de salud,

(...)La formulación de políticas públicas orientadas a resolver los problemas de salud locales y nacionales identificadas y sus prioridades. (...)

Asegurar que todas las poblaciones tengan acceso a una atención adecuada y rentable, incluida la promoción de la salud y los servicios de prevención de enfermedades.”

La formulación de políticas públicas y la acción en salud, identificar los problemas y las prioridades en salud de las poblaciones, tal como lo afirma la primera función de la Salud Pública, es confrontado cuando las diferencias culturales se ven en relación con el cuidado paliativo, el riesgo, la protección, la prevención de la enfermedad, cuando ese “otro” vive con nosotros pero no es como nosotros, entonces, ¿qué pasa?

Las practicas alrededor de las conductas de riesgo- el consumo de alcohol, el consumo de cigarrillo, la conducta sexual desordenada, el consumo de sustancia psicoactivas, la obesidad y la inactividad física- surgen como una forma de homogeneidad de las practicas propias de la sociedad nacional, sin embargo existen grupos humanos con diferencias culturales que responden de otra manera a estas prácticas o que no tienen

---

<sup>2</sup> <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/>

necesidad de hacer énfasis en tales conductas porque su sistema cultural regula el actuar.

La diferencia cultural hace posible poner en tensión los valores de la sociedad nacional donde la cultura no tiene inconvenientes. Paradójicamente dentro de un mundo globalizado, tenemos vecinos “otros” que proscriben el consumo de alcohol, el consumo de cigarrillo y de sustancias psicoactivas, así mismo tenemos que producto de contar con practicas dietéticas distintas se responde a temas como la obesidad, en el marco de las prácticas religiosas. En ese sentido es pertinente ver que las conductas deseables de grupos humanos que no viven como el común del “nosotros” son adquiridas por otros motivos diferentes a los discursos institucionales sobre el “deber ser” del estilo de vida propios del multiculturalismo nacional. La diferencia cultural adquiere importancia en tanto que hay otras prácticas en la manera de vivir – que son componentes de “su” estilo de vida y plantean acciones que pueden ser consideradas saludables.

La convivencia contemporánea en contextos multiculturales implica el contacto con diversidad de prácticas, lenguajes, formas de ser y estar en el mundo similares pero diferentes. Por ello, cuando la distancia cultural es muy notoria es relativamente fácil de asumir, pero cuando esta solamente es matizada en términos de sistemas de fe o sistemas gastronómicos se devela la complejidad de la aceptación social, cultural, legal y política. Cuando el vecino es mi “otro” y mi otro no piensa como yo y no vive como yo, y esto no es una tautología propia del relativismo cultural, implica comprenderlo y permitirle ser, por ello se trata de hacer lo que dice Ginzburg (1999) “ser capaz de recrear para mi público el choque del encuentro que yo misma había probado en el contacto de estos «otros» que son también vecinos” y tomar conciencia que no se trata solo de intervenir comunidades, grupos humanos “extraños”, “ajenos”, sino de comprender a este “otro” cercano, en su relación salud – enfermedad, en los elementos que componen su proceso terapéutico y en el acceso a la atención medica en un sistema de salud que aun no da cuenta de la universalidad de la cobertura frente a la opción real de acceso a atención, en una nación tan diversa, como la nuestra.

Si bien la cultura es “la totalidad de formas de pensar y reaccionar y de los modos de conducta habituales que los miembros de esa sociedad han adquirido, fundamentalmente por vía de la imitación” (Barth, 1973 En Zaragoza, 2010) lo étnico se convierte en el marco de relaciones entre lo biológico y lo cultural que hacen posible

la reproducción de un grupo humano, las prácticas culturales no estrictamente tienen un marco cosmogónico en relación con un territorio que suele ser el que habitan y ello unido a un linaje y unos antepasados, además de unos espacios sagrados en esos territorios.

En este sentido es la cultura un Determinante Social de Salud porque es en ella en que se hace realidad los elementos del contexto que “ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006; En PDSP 2012-2021:74). Por ello es pertinente afirmar que la relación terapéutica se da en un marco cultural donde el contenido social del cuerpo individual se pone en juego constantemente con el cuerpo social y el cuerpo político y en donde, la moralidad de la persona y el contexto se ven transformados o inhibidos en virtud de la mediación de la medicina moderna en aras de algo que solo el médico puede ofrecer: la curación (Lupton, 2012:151).

Así la cultura cobra importancia ya que la atención médica en contexto permite mejorar la vida de las personas en su entorno, en relación con su familia, y en relación también con el sistema de creencias en el que profesa su fe. En ese orden de ideas, el trabajo terapéutico debe ofrecer respuestas, de manera igual a todos los usuarios del sistema, donde el “otro” que ve el cuerpo diferente también debe ser pensado y cuidado en el marco de su cultura, no solo en sí, sino desde el ámbito de la ciencia.

## TRAYECTORIA DE CUIDADO ENTRE TRADICIONES, COSTUMBRES Y ATENCIÓN MÉDICA

Este documento de trabajo de grado es producto de un trabajo de campo que busca conocer cómo se relaciona un grupo social definido por su adscripción a una comunidad de fe, el Islam, con la atención médica en Bogotá. Es un estudio de Salud Pública, de corte cualitativo y fenomenológico que se basa en cuatro casos concretos: La atención medica en oncología a partir del cáncer de mama, la atención medica ginecológica en la práctica de la citología y la atención medica obstétrica a partir de la preparación y controles para el parto y el acceso a una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, de los cuales emergen elementos propios de la cultura de la salud en el Islam. En este sentido, la religión es pensada y articulada en el texto no solo a partir de los sagrado



sino a partir de ser un determinante en el campo de la salud de los individuos y de los grupos sociales.

Por ello, este documento está compuesto de 7 capítulos, el primer capítulo es el capítulo metodológico, donde se está contando que realicé entrevistas semi estructuradas, observación participante, lectura de documentos académicos y análisis de contenido sobre las costumbres y la atención médica. El segundo capítulo es el estado del arte consultado sobre problemas culturales en atención médica, manuales de atención para poblaciones diferenciadas por su religión, documentos oficiales sobre la atención médica a personas musulmanas y documentos que abordan la reflexión sobre la religión y la salud que son pertinentes a este caso. El tercer capítulo es el marco metodológico con que se realizó este trabajo de grado, el cuarto capítulo se trata del lugar geopolítico de la comunidad musulmana de Bogotá, el acceso a las mezquitas y el conocimiento de ellas, la realización del trabajo de campo exploratorio y la descripción de la comunidad de Al- Qurtubi. En el quinto capítulo se presenta la fe, la tradición y la salud en la vida cotidiana a través de la higiene y la dieta de las mujeres entrevistadas en el que se ilustra como al fondo de las opciones por la atención medica esta la fe. En el capítulo sexto, se interpreta el acceso imaginado y el acceso real a la atención medica a partir de los cuatro casos específicos en los que se encontró relación entre el acceso a la atención médica en casos concretos: la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos, la atención obstétrica y ginecológica y el cáncer de mama en relación. En el séptimo capítulo presento las conclusiones sobre la atención y trayectorias de cuidado y su relación con lo que significa un estilo de vida para el practicante activo y comprometido con el Islam.

Para finalizar esta introducción, es pertinente plantear que este trabajo de grado surge de una habilidad que empieza por la formación de quien escribe. Es irremediable ver que hechos como los de violencia asociados al Islam, como los episodios del pasado reciente 13 de noviembre en Francia, hacen pertinente pensar el Islam desde múltiples formas, reconocer a la población se hace necesario no solo por un motivo de seguridad o de control, sino para comprender qué ocurre en la composición social de la nación, qué alberga en cada uno de sus componentes y en sus necesidades diferentes.

Hoy pensar el Islam es motivo de molestia, de rabia en el mundo europeo y de países llamados “desarrollados” que han mantenido oculto el pensamiento árabe por mucho

tiempo y que no reconocen lo que “occidente” ha hecho en relación a estas otras formas de pensamiento y de vida que resultan no ser parte del nosotros. Pese a ello hay que conocerlos, debemos saber cómo son, no con la intención de hacerlos como nosotros sino por el contrario pensar en un anhelo de ellos, la primera constitución de Medina, un espacio donde cristianos, judíos y musulmanes podían vivir juntos cordialmente.

La capacidad de sorprenderse y el extrañamiento del que tanto habla la antropología en sus textos metodológicos sobre observación, permite mirar a los lados e identificar entre nosotros a esos “otros” que componen la sociedad en la que vivimos y en la que no tenemos por qué ser todos “iguales”, por ello, quiero terminar con una frase de Wade Davis, que me deslumbró y fue lo que más me llamó la atención cuando estuve en la oficina de mi tutor por primera vez:

*“The world in which you were born is just one model of reality. Other cultures are not failed attempts at being you; they are unique manifestations of the human spirit.”*



ILUSTRACIÓN 1- MUSULMAN

## ESTADO DEL ARTE

La relación religión, cultura y salud han sido importantes en la producción de conocimiento en el campo de la salud. La relación religión - salud ha estado presente en la sociedad mediante las normatividades expresadas bien sea en los textos sagrados o mediante la jurisprudencia religiosa establecida por sacerdotes, rabinos e imanes entre otros. En citas de la biblia cristiana como la del Éxodo 15:26 se puede observar como la idea de salud y enfermedad han estado ancladas en la acción social de los individuos: ...Si escuchas atentamente la voz del SEÑOR tu Dios, y haces lo que es recto ante sus ojos, y escuchas sus mandamientos, y guardas todos sus estatutos, no te enviaré ninguna de las enfermedades que envié sobre los egipcios; porque yo, el SEÑOR, soy tu sanador. O en Jeremias 17: 14, “Sáname, oh SEÑOR, y seré sanado; sálvame y seré salvo, porque tú eres mi alabanza. En el Islam la súplica, la *Ad-duaa* ocupa un lugar privilegiado en la vida, por ello en el Corán 10:57 se puede leer: (...);Oh, seres humanos!, os ha llegado una exhortación de vuestro Señor, una curación para el corazón y para aquellos que creen en la guía y en la misericordia. En el budismo la cita celebre del Buda igualmente muestra la importancia del concepto de salud en su propuesta de vida armoniosa: Mantener el cuerpo sano es un deber... de lo contrario no seremos capaces de mantener nuestra mente clara y fuerte. Múltiples estudios muestran la relación normativa y preventiva de la espiritualidad con el campo de la salud. Así prescripciones alimentarias, normas de higiene, ritmos de vida cotidianos son permeados por la fe y se establece como un factor clave en el proceso de salud y enfermedad (Levin, 1994; Miller, Thoresen, 2003). Así mismo, en la salud pública autores como Chatters (2000) ha explorado el problema de la multidimensionalidad de la religión y cómo operan las dimensiones de este campo y cómo afectan la salud a través de constructos bio-comportamentales y psicosociales.

En este pensamiento, la pregunta de investigación es por cómo se da el encuentro cultural entre diferentes maneras de ver la realidad en salud, desde la perspectiva de la relación médico-paciente de la comunidad Musulmana en Bogotá.

El objetivo general de este trabajo de grado es analizar el encuentro cultural que se da en la relación médico-paciente de la comunidad Musulmana en Bogotá y los retos que ello implica para el sistema de salud, para ello se hace necesario (1) describir los

contextos comunitarios e institucionales que subyacen al encuentro cultural entre médicos y pacientes pertenecientes a la comunidad musulmana en Bogotá, (2) identificar los encuentros culturales y trayectorias terapéuticas entre la medicina y los pacientes de la comunidad musulmana en Bogotá y por último (3) Identificar cómo se da la relación entre el SSGS y los pacientes musulmanes en la relación al médico adscrito al sistema y los pacientes musulmanes.

Varios estudios del siglo XIX buscaban dar cuenta del problema de la religión, de la cultura, de la tradición, de las costumbres, de lo social y de la salud (Weaver et al, 2006). En este sentido, las ciencias sociales emergentes en el siglo XX, igualmente estudiaron los conceptos de salud y enfermedad para entender la relación entre salud, sistemas de creencia - salud en diferentes sociedades, en donde también se conceptualizaron las historias de vida, los momentos claves como el nacimiento la muerte y los recorridos terapéuticos de la población (Good et al, 2010). En Europa autores clásicos como Siegerist (1938,1939) o Virchow (1958) ya planteaban el problema de la salud y lo social. Por otro lado, los trabajos sobre sanación y medicina moderna han sido claves para entender las lógicas de este campo en contextos urbanos y no solamente en sociedades tradicionales. Por ello los trabajos sobre los Testigos de Jehová (JW), muestran el problema de la relación entre sistemas de creencia y salud. Así se ilustran las diferencias religiosas en el acceso al sistema de salud, en lo pertinente a la transfusión de sangre, itinerarios terapéuticos y trayectorias terapéuticas, imaginarios sociales, barreras culturales, itinerarios burocráticos e interaccionismo simbólico como marco teórico y atención médica de comunidades de marcos religiosos no dominantes.

La relación entre religión y cuidado en salud ha sido un campo emergente en los últimas décadas y en éste se presentan los cuestionamientos sobre qué es la creencia, el problema de la relación entre ciencia y creencia y cómo los individuos la negocian en sus vidas cotidianas para afrontar el idea de salud y enfermedad. En conductas tales como el tabaquismo, consumo de alcohol se puede observar las relaciones con la profesión de una fe. Además, en casos como la depresión quienes practican alguna forma de fe lograban controlar sus síntomas (Koenig, King, Carson, 2012).

Algunos estudios sobre sistemas de creencia se esmeraron por ver la religión, las practicas propias de los adeptos en lo concerniente a estilos de vida así como lo aborda

Katerina Sarri (2006)<sup>3</sup> del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Creta en compañía de Siobhan Higgins de la Universidad de Glasgow y Anthony Kafatos de la Universidad de Creta, publican el texto “Are Religions ‘healthy’? A Review on Religious Recommendations on Diet and Lifestyle”, en él relacionan sistemas de creencia como Musulmanes, Cristianos, Cristianos Ortodoxos, Cristianos Protestantes, Judíos, Mormones, Budistas, Católicos, Testigos de Jehová, con enfermedades como infarto, evento coronario, arterioesclerosis, diabetes mellitus, obesidad, grasa en sangre y “factores de riesgo”, en estudios epidemiológicos. El texto se desarrolla abordando las prácticas dietéticas de cada uno de las creencias religiosas mencionadas, notando que, por ejemplo, en el mes de Ramadam los musulmanes reducen el contenido de colesterol en la sangre (TC se reduce en 7.9%; Triglicéridos se reduce en 30% y LDL en 11%); en la doctrina de los Adventistas del séptimo día, tienen menor riesgo de enfermedad cardiovascular, de hipertensión y de diabetes; la población judía tiene mejor perfil de lípidos y menor índice de masa corporal no así los judíos, no practicantes.

El autor concluye que en efecto las restricciones dietéticas propias de los sistemas de creencias si son saludables y son efectivas en la prevención de enfermedades. También aborda la religión como un estilo de vida el Dr. Farr Curlin, médico, escribiendo en el Southern Medical Journal, y en el documento “*spirituality and Lifestyle: what Clinicians to know*”, el autor coincide con el artículo arriba mencionado en cuanto los grupos humanos que profesan su fe de manera práctica no tienen conductas como fumar o la ingesta de bebidas alcohólicas (judíos y musulmanes), tiene bajas tasas de colesterol y aun cuando no está asociado a una mayor tasa de exámenes para prevenir cáncer de seno, si lo está a una mayor tasa de examen de cáncer de próstata y de citologías. Concluye que la religión y la pertenencia a un sistema de creencias es una forma de adquirir capital social para las comunidades.

De otra parte, se han consultado múltiples manuales de atención a pacientes “culturalmente diferentes”, ejemplo de ello es el Manual de “tradiciones religiosas y decisiones de salud”<sup>4</sup>(2002) en el que se encontró “La Tradición Hindú” (Sharma, 2002) y “La Tradición Musulmana” (Earle H.Waugh, 2002). En efecto en estos manuales se

---

<sup>3</sup> <http://krepublishers.com/06-Special%20Volume-Journal/JHE-00-Special%20Volumes/JHE-14-Eco-Cul-Nut-Hlth-Dis-Web/JHE-SI-14-02-007-020-Sarri-K-O/JHE-SI-14-02-007-020-Sarri-K-O-Text.pdf>

<sup>4</sup> En <http://www.che.org/members/ethics/docs/1265/Islamic.pdf> visitada el 10/08/2014, traducción mía

enuncia, para el caso del Islam, ámbitos considerados importantes para tener en cuenta en la atención de pacientes musulmanes como lo son el trasplante de órganos, la reproducción y la vida sexual, la muerte y el manejo de los cadáveres, la salud mental y la observancia religiosa como el ayuno en Ramadán. De manera particular se ve con especial atención la centralidad de la familia en el Islam y la proscripción de la homosexualidad, en donde los métodos de inseminación artificial deben evitarse. Concluyen brevemente haciendo referencia a los retos que tiene la corriente chiita, en la necesidad de actualizarse. Específicamente en la tradición Hindú, realizan un ejercicio similar, haciendo énfasis por ejemplo en el cuidado médico de la mujer (que en el documento sobre el Islam no tiene lugar) frente a la vida sexual.

En el Manual de “Los Aspectos Religiosos del Cuidado de Enfermería”<sup>5</sup> (1996) escrito por J.Kistine Griffith, aborda más la observancia de las reglas que cada sistema de creencia tiene con relación a la atención hospitalaria. En Vancouver con base en el Censo de población de 1991, se identifican 126 lenguas maternas y 100 filiaciones religiosas de las cuales 27 millones son cristianos de todas las denominaciones, 300 mil son judíos 747 mil pertenecen a las otras posibles denominaciones y 3 millones de canadienses afirman que no tienen filiación religiosa. La introducción permite ver que se trata de un esfuerzo por pensar la diversidad cultural de Canadá ya que ella misma empieza a pensarse así desde 1988, a lo cual afirma Griffith (1996(2009)); “el cuidado de enfermería debe ser brindado a todos quienes sean admitidos al sistema de cuidado en salud, es esencial que la enfermera pueda relacionarse con pacientes de diferentes creencias religiosas y diferentes culturas”, en adelante se realiza un recuento breve de cada sistema de creencia, sea religión o modo de espiritualidad, y enumera algunos diacríticos culturales en salud como la dieta, el ayuno, la manera de vestir, la observancia de tradiciones y ritos, libro sagrado, manejo de las enfermedades terminales y la muerte.

El Manual de la Universidad de Lomalinda en los Estados Unidos y el Manual del servicio médico del Estado de Alberta en Canadá generan similares manuales basados en los diacríticos culturales que el marco de lo clínico incluidas algunas explicaciones religiosas desde cada sistema de creencia, se incluyen sistemas de creencia indígenas.

---

<sup>5</sup> Traducción mía : The Religious Aspects Of Nursing Care, en : <http://www.nursing.ubc.ca/AboutUs/documents/ReligiousAspectsOfNursingCareEEdition.pdf>

Sobre representaciones sociales en salud, e itinerarios curativos, barreras culturales, ha escrito, por ejemplo, Carolina Wiesner- et al (2006) en el texto sobre citología se plantea representación social en salud como un aspecto donde “la interiorización de las expresiones prácticas y modelos de comportamiento en la relación de pertenencia social”. Las representaciones sociales (Viveros, 1993) se hacen presentes en las barreras que ponen las mujeres para la realización de la citología y el tabú sobre el cuerpo donde hay zonas del cuerpo que no se muestran tan fácilmente, menos a otro hombre por motivos científicos, por lo cual hombres celan a sus mujeres y las mismas mujeres no acceden al examen por lo que implica, mostrar su zona más íntima.

En el problema de la representación social en salud se puede observar como las normas sociales o el deber legal es significado, res significado o negociado. Suarez y Forero (2001) piensan a donde asisten los “enfermos” para llegar a la cura. En el texto Itinerarios Terapéuticos de los devotos al Divino Niño del 20 de Julio, los autores piensan el problema religión-salud a partir de los contextos y de los peregrinajes al santuario del 20 de julio, en donde se plantea una geo-religiosidad de la sanación (Suarez y Forero,2001). En las fisuras de las narrativas expertas en salud se aborda la mezcla particular de la devoción al Divino niño del barrio 20 de julio, la espiritualidad y lo que implica la relación entre el contexto que “rodea” el santuario, centros médicos y odontológicos, unido a la narrativa católica para la ayuda a la sanación y con ello que ayuden al Divino niño a hacer el “milagrito” de la curación física, mental, económica o emocional. Para estos autores, la relación se encuentra en “un continuum terapéutico que unifica milagro, esperanza y recetario medico a la vez que sobre pasa las narrativas de integración, complementariedad, (...) multiculturalismo, sistemas de creencia, (...) tradición y transición de las culturas medicas” (Suarez et al, 2001: 68) en donde la religión ejerce su rol tradicional como ya lo planteaba Durkheim (1915): “la religión es una fuerza que permite la acción y las representaciones religiosas constitutivas de la sociedad

Por otra parte, el problema del cuerpo aparece como un aspecto relevante en las trayectorias en salud en entornos donde los sistemas de creencia y las tradiciones ejercen un rol determinante. Así Soraya Fleischer (2006) en su artículo sobre partería en Guatemala se plantea los problemas alrededor del cuerpo de la mujer, la corporalidad de la mujer indígena en su contexto y la ruta de la partería, la partera como la medicina tradicional para mujeres y en la cual mujeres europeas reivindican su feminidad pero la

mujer parturienta toma decisiones que hagan más fácil su alumbramiento y para ello acude a los tres saberes que conviven en su entorno y logra dar a luz al modo que ella desea, no desde el romanticismo de la partería europea como respuesta desde la feminidad a la obstetricia sino desde el rol de paciente en búsqueda de cura. El itinerario de la mujer que documentan en el texto es la búsqueda de la efectividad de la cura desde la toma de decisión del paciente, de acuerdo a lo que se considera propio. María Claudia Duque et al (2012) muestra como el documento de la partería en Guatemala, trata de la convivencia de sistemas curativos, el sistema médico y el sistema cultural propio de las personas del barrio salen a flote las creencias, los mitos y las acciones curativas que recaen, una vez más, en las mujeres- madres. Las mujeres- madres buscan que el niño siga siendo niño en cuanto que pueda jugar, comer bien, pueda estar adecuadamente en casa y para ello tienen un lenguaje propio de la biomedicina. Los itinerarios de la salud aquí los componen las elecciones que las madres hacen para la cura, primero la atención de acuerdo con sus conocimientos y luego la asistencia al servicio de atención médica para finalizar el proceso curativo.

Lorena Pasarin (2011) aborda la medición sociológica de las redes sociales mediante la conexión de las personas que la componen, siendo la primera línea, los familiares, la más cercana, luego los conocidos y por último los allegados, en donde todos constituyen una posibilidad de consejo y conducta para la intervención terapéutica de los hijos de la madre que consulta antes de acceder al sistema de salud. La línea uterina (madre, abuela, tía) sigue siendo el primer círculo social de las madres que aprenden a serlo mediante los cuidados. La línea uterina solo se ve interrumpida por los dos hombres más cercanos, el padre del niño y el padre de la madre, solo en última medida se acude a los compadrazgos. Una vez se accede al sistema de salud, se activa otro sistema de relaciones que hace parte del itinerario terapéutico.

Ariel Adaszko (2012) piensa en la trayectoria de las personas en la enfermedad, muestra la forma en que los jóvenes que viven el VIH producto de la transmisión vertical viven y toman decisiones sobre cómo vivir su enfermedad y sobre cómo hacer que lo que no es normal para el mundo dominante para ellos lo sea. El proceso de normalización del cuidado a través de las prácticas cotidianas (andar muy abrigados, el uso del condón cuando se inician sexualmente, el salteo de las horas para tomar la medicación), el no hablar del tema de manera cotidiana sino solo de manera extraordinaria y buscar vivir como cualquier adolescente es la manera de convertirse en “el yo que quiero ser”. Por



otro lado, Carolina Ferrante et al (2008) no está buscando una barrera cultural por parte de los agentes que para el texto son la población con discapacidad, porque aquí la barrera cultural la pone la sociedad nacional que construye mobiliario social e infraestructura urbana inaccesible para la población con discapacidad.

La violencia simbólica, como bien lo nota el autor, está en términos del cuerpo que no puede sortear la geografía urbana, no puede ser como la sociedad nacional ella crea a través de las obras de urbanismo la discriminación, de los legítimos y los ilegítimos. La ilegitimidad se convierte en legitimidad en la medida en que existan recursos económicos que oculten la ilegitimidad, es decir, poseer medios como un carro adaptado y el acceso a un espacio privado adaptado y reconocimiento que hagan más digna la vida con discapacidad, entre tanto el más humilde está expuesto de manera permanente a la ilegitimidad. Las formas en que se vive la ilegitimidad creada por la sociedad dominante, me es pertinente para comprender el proceso histórico de inclusión del Islam en la sociedad colombiana.

Finalmente, la OMS no tiene documentos mundiales para el tema interreligioso, no así la Unesco que recientemente aborda las características culturales de cristianos y Musulmanes, sin embargo la oficina regional para el Oriente del Mediterráneo de la OMS con sede en Alejandría produce la Declaración de Amman que aborda la promoción en salud a través de los estilos de vida propios del Islam, que son considerados Sunna, es decir las practicas más deseables desde la tradición musulmana.

La declaración de Amman aborda en 60 puntos, con base coránica (OMS, 1996: 12), muestra cómo se piensa la salud desde el Islam y traduce para los no musulmanes las prácticas culturales. Unesco aborda el interculturalismo como un dialogo en el que “los requisitos previos de ese diálogo son una consideración de los modos en que las culturas se relacionan entre sí, la sensibilización ante los aspectos que tienen en común y los objetivos que comparten y la definición de los retos a que se ha de hacer frente para conciliar las diferencias e identidades culturales” (Unesco, 2010)

SOBRE EL GÉNERO, LA SALUD Y EL CUERPO.

Sobre el pensamiento del cuerpo, Margaret Lock y Nancy Schepper Hugges (1987) proponen un modelo de cuerpo construido en tres capas, la capa política, la social y el cuerpo individual que se transforma a partir de la experiencia social que el cuerpo

brinda a las personas y a partir de la carga simbólica que se da al cuerpo con la intervención del estado y el cumplimiento de las reglas que socialmente se le dan a través de la cultura. Sobre mujer, género y salud, los artículos de Gómez (2002, 2002) Estrada (2009) Salazar (2003) y Esteban (2006) coinciden en la idea de la importancia de reflexionar sobre la equidad de género. Concepto pensado, en primer lugar desde las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, en la división del trabajo y en general en la vida social de los hombres y de las mujeres, así como el actuar de los hombres y de las mujeres en cada cultura. En ese sentido, las relaciones de género en concordancia con la salud se dan de manera desigual y en coherencia con esto, no se trata de generar indicadores epidemiológicos iguales sino de eliminar las diferencias evitables, por lo cual es pertinente conocer las características sociales de cada género. Pese a que las mujeres necesitan mayores servicios, existen relaciones sociales que impiden el acceso a ellos como la pobreza, el trabajo en el hogar, e incluso el machismo.

Por ello, afirma Salazar (2003) ser mujer sobrepasa los significados comunes ya que sobre ellas recae el cuidado del hogar y de sus miembros, acentuando las diferencias sociales para el acceso a atención médica más la significación de su cuerpo y del tipo de cuidado, que en concreto, es asumido por las enfermeras como cuidadoras y no solo como mujeres. En cuanto a la salud, afirma Esteban (2006) que el género es un hecho social debido a que son las mujeres las principales cuidadoras de la familia, el alto componente afectivo y moral de sus actividades y la naturalización del sufrimiento en todos los ámbitos, por lo que se puede concluir que las mujeres, en términos generales no acceden al sistema de salud en la proporción que se debiera, pese a que sus necesidades son mayores debido a la carga social de su rol en los contextos locales a los que pertenecen.

En este mismo sentido, pensar el cuerpo es parte de la experiencia propia de la atención médica, Luque (2015) plantea el cuerpo como una construcción de identidad en espacios como el punk, donde adquirir una nueva identidad corporal representa una forma de resistencia política a los valores de una sociedad que prevalece en otros valores sociales y en el cual la homogeneidad en la apariencia física es la manera de dar por terminadas las diferencias políticas entre grupos sociales. De otra parte la antropología del cuerpo “deconstruye esta idea del cuerpo como un mero objeto natural al mostrarlo como una construcción sociocultural, reconociendo en la corporalidad un

elemento constitutivo de los sujetos” (Del Marmol et al, 2011) donde el cuerpo es parte indispensable de la experiencia humana del ser.

#### MARCO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DEL ENCUENTRO CULTURAL DE LA COMUNIDAD MUSULMANA DE BOGOTÁ CON LA ATENCIÓN MÉDICA.

Aunque este trabajo tiene una propuesta interpretativa cercana a la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967), el documento presenta algunos conceptos claves que son transversales que se consideran útiles para entender el problema de salud, enfermedad y cuidado en este caso de estudio debido a que en él se intersecan la antropología, los sistemas de creencia y la salud como centro de la investigación. Así, la religión como tema de análisis para diferentes autores es un concepto construido a partir de las formas culturales de organización social, política y económica de los grupos que plantea una división entre lo secular y sagrado. Para Durkheim en el texto *Las formas elementales de la vida religiosa*, (1912 pág. 65): "... un sistema solidario de creencias y de prácticas relativas a las cosas sacras, es decir separadas, prohibidas, creencias y prácticas que unen en una misma comunidad moral denominada iglesia a todos los que adhieren a ellas". La religión tiene un rol clave que está definido por la creación y mantenimiento del vínculo social entre los miembros de una sociedad. Clifford Geertz (1973) define la religión como una ideología, en la que el recoge el “estado del arte” sobre creencias que inicia en Durkheim y Weber, pasa por sus alumnos como Mauss y luego llega a él.

La religión es, un sistema de creencias, porque recordando a Weber, se trata de un cumulo ordenado de símbolos que adquieren sentido el uno por el otro, que tienen una jerarquía, por lo cual es pertinente decir que un sistema de creencias es, según Doménech y Nescolarde-Selva<sup>6</sup>, un grupo de “estructuras de normas que están interrelacionados y que varían principalmente en el grado en que son sistémicos (...) Los sistemas de creencias son las historias que nos contamos a nosotros mismos para definir nuestro sentido personal de la Realidad. Cada ser humano tiene un sistema de creencias que utilizan, y es a través de este mecanismo que individualmente, " dan sentido " del mundo que nos rodea ”<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> En: <http://www.vub.ac.be/FOS/cfp/what-are-belief-systems.pdf>

<sup>7</sup> Traducción mía

Los sistemas de creencia, se caracterizan, afirman Doménech y Nescolarde-Selva, por un compromiso personal de quienes viven la creencia, un sistema de creencias va más allá de los creyentes, los sistemas de creencias tienen formas y modos de hacer la congruencia cognitiva de los creyentes que explica la vida del creyente, los sistemas de creencia no son un consenso estricto, es más, requieren de una reflexión, una teología para ser explicados, que les permite conocer la existencia o no de entidades conceptuales que repercuten en la vivencia, que les plantea valores, prescripciones, prohibiciones y un lenguaje particular. Ahora bien, es necesario retomar a Geertz, para que los sistemas de creencia no sean solo la simbología, la religión es una práctica cultural, la creación de los símbolos, la apropiación de ellos, su uso, son los que implican un “hacer” (Geertz, 1973). En los casos particulares de la enfermedad, el autor plantea que los asuntos de la salud y la enfermedad pasan por visiones prácticas como los ritos de purificación, que definen moralidades, ideas de justicia, etc., Los sistemas de creencia, funcionan para Geertz como sistemas de sentido. El sentido del mundo se afina en la vida cotidiana en que la religión permite, sugiere, mediante prácticas que Geertz considera rituales por ser parte de un pensamiento religioso, formulan un estilo de vida. A través de los ritos se viven acciones que resuelven problemas diarios, donde ya están insertos los mandatos religiosos en donde juega también la rememoración del mito, el estado de ánimo y las motivaciones que frente a lo sagrado existen y se reafirman.

Desde esta perspectiva es pertinente decir que el cuerpo es, también, fuente de experiencia social que encarna las moralidades e ideas de justicia arriba planteadas por que encarnan la ritualidad y lo simbólico del sistema de creencias, por ello es pertinente pensar el cuerpo en términos de Margaret Lock y Nancy Schepper Hugges (1987), donde este es un cuerpo vivido como experiencia fenoménica del sujeto, es cuerpo social cargado de significado y es cuerpo político que es regulado e intervenido por el Estado (Sarlingo,2014).

#### LO ÉTNICO, LA COMUNIDAD Y EL GRUPO SOCIAL

Para entender el problema de las trayectorias en salud y la relación entre salud, cultura y grupos sociales es clave entender cómo ésta se conforma, qué los define y cómo se escenifican en el mundo social. Bonfil Batalla (1988) plantea la reflexión alrededor del tema de lo étnico, la Teoría del Control cultural. Este concepto permite pensar en cómo

identificar un sistema cultural étnico de manera concreta a partir de los elementos de la cultura que crean identidad como la lengua y la organización social. La pregunta que quiere responder Bonfil Batalla es ¿qué caracteriza a un grupo étnico?, buscando rasgos característicos de la cultura, los “diacríticos culturales” como el mismo los nombra. Para Bonfil Batalla un grupo étnico es:

“a) Un conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente, b) que conoce su origen común, c) cuyos miembros se identifican entre sí como parte de un nosotros y se interrelacionan como parte de su reconocimiento de la diferencia, d) que comparten elementos y rasgos culturales, en particular la lengua”.

En este sentido, todos los grupos humanos, que aun sin territorio, comparten un origen común, se consideran un “nosotros” y hablan una misma forma lingüística, son una etnia. La condición que da el autor es que deben compartir al menos un rasgo, realidad que nos permite pensar en qué es lo musulmán de la comunidad de Bogotá y de qué manera se da su arraigo y/o si conforman comunidad. Conformar comunidad es muy importante para que exista control cultural. El control cultural es la auto gestión que hacen las comunidades al interior de sí para decidir qué elementos de su cultura quieren o deben mantener, de acuerdo a su tradición, para dar cuenta de la vida cotidiana como colectivo. Se trata de una gestión en la que se procura que dentro de la cotidianidad de la etnia se satisfagan las necesidades que pueden ser materiales, de organización social, de conocimiento y/o simbólicos, que desde esta perspectiva nos plantean un ajuste con los Determinantes Sociales de la Salud ya que estos empiezan a decidirse en la autogestión de los grupos étnicos, en las diferentes dinámicas.

La satisfacción de necesidades se relacionan al control que tienen de sí los colectivos étnicos, si es una cultura autónoma (que toma decisiones sobre sí y sobre las partes de la cultura que la componen), si es una cultura apropiada (cuando toma decisiones sobre elementos culturales ajenos pero que usa para sus propias necesidades), si es una cultura impuesta o es una cultura enajenada (cuando un grupo humano no tiene control sobre las partes de su cultura). Pueden haber relaciones interétnicas que implican o pueden implicar procesos de resistencia (donde un grupo se niega a asumir la nueva cultura), procesos de apropiación (procesos de aculturación) procesos de innovación (se crean o se apropian nuevos elementos culturales) imposición (cuando un grupo dominante

impone su cultura) supresión (cuando se eliminan espacios culturales del dominado), enajenación todo ello son relaciones posibles con una sociedad en la cual son un grupo minoritario. Para Bonfil Batalla la cultura de un grupo étnico si bien es la cultura etnográfica (el inventario de las práctica culturales que hacer parte en el presente etnográfico de la comunidad) es ante todo la agrupación de prácticas que permiten identificar a una comunidad y a sus miembros identificarse con ella, aun si en ellas existen accesos jerarquizados a las prácticas culturales, los órdenes sociales también implican el nosotros al que pertenecemos.

Ahora bien, una comunidad, según Robert Park (2013) es un grupo de personas que habita un espacio geográfico donde ellas tienen interacciones sociales de intercambio económico y social que implican la creación de la identidad, por lo cual “la identidad es una expresión ideológica de la pertenencia al grupo pero que se fundamenta y se expresa en la práctica y el dominio de un conjunto articulado de elementos culturales compartidos (...) que dan contenido (...) a cada identidad cultural”. En este mismo sentido es importante la idea de identidad social ya que permite entender como compartir un sistema de creencia, valores, cultura y prácticas admiten construir y consolidar la idea de pertenecía e identidad social compartida frente a otros (Tajfel; 1972)

Para que esta identidad social cobre sentido es necesario hablar de tradición y la costumbre. La tradición es en relación con el patrimonio cultural inmaterial, como dice Arévalo (2004), “La experiencia del pasado se hace en el presente. La tradición, sujeta a ciertas modificaciones, tiene su origen en la relación dialéctica entre el pasado y el presente, entre la continuidad y el cambio” ya que el patrimonio cultural inmaterial se conforma con todas las prácticas sociales que sirven de soporte a la identidad, como construcción social de lo “auténtico” de un grupo humano. Así mismo, Perez et al (2006), en el caso del derecho y la antropología jurídica en el marco de lo parlamentario, afirman que la costumbre es “una norma creada e impuesta por el uso social”, son una serie de prácticas “que vienen impuestas por la convivencia” (2006) así pues el derecho consuetudinario, como la sharia, la sunna, se configuran como sistemas de derecho que confieren igualmente una identidad, y en el caso del derecho, legitimidad a la aplicación de la ley.

## EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

El interaccionismo simbólico es la corriente del pensamiento social que se plantea la pregunta de cómo los símbolos y el lenguaje, en sus diferentes modos, crea la sociedad y su orden social, que como marco metodológico afirma que:

“el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión. La consciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la consciencia sobre otros objetos; o sea, ambas son el resultado de la interacción social” (Anónimo, SF<sup>8</sup>)

En ese sentido, el “encuentro cultural” se da bajo formas de acción similares y compartidas que expresan las características de una comunidad (Goffman, 2012). En ellas existen comportamientos esperados, dentro de negociaciones flexibles por parte de cada individuo. Por ejemplo se espera que todos los musulmanes y todos los médicos actúen de acuerdo al rol que les ha asignado el equipo, según su identidad, pero cada quien negocia su identidad según sus intereses que estén en juego (Goffman, 2012: 36) Ya que el individuo en legitimidad de su rol quiere acceder a espacios específicos de la sociedad, del conocimiento social (Berger y Luckman, 2012:99).

Para ello habría de esperarse que los pacientes actuaran de tal forma que siempre hubiese relación con la identidad cultural islámica en la atención médica, más no es la única identidad que se plantea en los hombres y mujeres musulmanes habitantes en la sociedad nacional. En ese sentido la interacción se juega en cuál de las múltiples posibles interacciones ocurre la presentación de la identidad cultural y religiosa de los miembros del Islam. Se busca conocer si se da una negociación con la identidad musulmana, si se da, o si por el contrario plantean siempre la hexis corporal propia de la socialización secundaria donde el colectivo admite la conducta de los sujetos o bien si la negociación de la identidad es admitida por el colectivo como estrategia para el acceso a los diferentes espacios del conocimiento social.

---

<sup>8</sup> En: <http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1K6XH9QJQ-1HB851T-2M6>, visitada el 9 de noviembre de 2014

## METODOLOGÍA

Este es un trabajo en salud pública pero de corte cualitativo, con una influencia de la antropología médica y política. Se fundamenta “*en la capacidad de contribuir a la comprensión global del problema y a reubicar al individuo y al grupo social dentro de la complejidad del entramado de la salud y la enfermedad*” (Suarez, 2006:148); es decir, comprender las relaciones sociales que existen en el entramado social que significa esta relación, en lo que Maria Claudia Duque ve como una tarea a realizar para encontrar las relaciones cultura - salud: “*Documentar y valorar la riqueza de la diversidad de las prácticas y saberes culturales en el campo de la salud y la enfermedad*” (Duque,2007:137).

Es en el marco cultural donde la salud tiene lugar, es en el mundo social, en la relación de las personas, en ese sentido, en el marco de los procesos salud - enfermedad es necesario conocer el impacto cultural que tiene la atención médica, los procesos curativos que desde las ciencias de la salud se generan en los grupos humanos. Por ello, si bien no se trata de una etnografía sobre el Islam en Bogotá, si se trata de conocer cómo un grupo social particular se relaciona con los elementos propios del contexto que hacen posible la comprensión de la relación salud-enfermedad al interior de la trayectorias de cuidado del individuo y de los grupos sociales. No se pretende “ofrecer soluciones” o recetas, sino plantear los temas claves de reflexión que podrían ser pertinentes para construir un debate crítico sobre derechos, igualdad, equidad un acceso pleno, en perspectiva de derechos, de un grupo poblacional particular al sistema de salud y en concreto a la atención médica.

Esto teniendo en cuenta que la cultura es un componente fundamental desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, visión propia de la Maestría en Salud Publica de la Pontificia Universidad Javeriana y espacio que permite comprender de manera más profunda “los mecanismos por los cuales (...) se genera desigualdades en salud” (PDSP2012-2021, 2013:76) y cuáles condiciones sociales “restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad” PDSP2012-2021, 2013:77) donde la cultura es fundamental para comprender la causa de estas restricciones, ya no pensadas como barrera al acceso sino como oportunidad para la mejora de las condiciones de vida de los grupos sociales.



En el trabajo con la comunidad musulmana de Bogotá se realizó un proceso de recolección de datos a partir de técnicas propias de la investigación cualitativa, para ello se hizo uso de entrevistas semi estructuradas, observación participante y análisis de contenido. Aproximarse a los espacios musulmanes de Bogotá fue un trabajo de observación e intuición. La primera forma de acercamiento a la comunidad musulmana fue a partir de participar en una oración en la Mezquita Abu Bark de la calle 80 con carrera 30, en la que se puede entrar con la inquietud de conocerla, donde algunos feligreses brindan ayuda al respecto, solo le solicitarán que se descalce, si es hombre, si es mujer le pedirán además que se cubra la cabeza y suba al segundo piso, lugar de reunión de las mujeres. Al comenzar a buscar una persona – contacto, que me permitiera conocer la comunidad musulmana que vive en Bogotá, no pareciera haber un líder único, o una institución que los agrupe a todos de manera visible, por lo que se hizo una búsqueda en internet a través de google con las categorías “*musulmanes de Bogotá*”, “*mezquita de Bogotá*”, “*musulmanes de Colombia*” contando con resultados como la página web de la mezquita Estambul en el web host de *Galeon.com*. Fue a partir de bola de nieve que me pude contactar con uno de los bloggers y columnistas sobre el Islam, un catedrático de la Universidad Sergio Arboleda y funcionario de una entidad del Estado.

Mediante este contacto con la persona a quien denominé “el informante” se planteó un trabajo de campo exploratorio que tuviera como fin conocer la comunidad y problematizar, para la salud pública, el acceso a la atención médica de los miembros del Islam que viven en Bogotá. La pregunta más sencilla que me pude hacer fue ¿ellos como irán al médico?

### **El trabajo de Campo exploratorio**

Con la pregunta: ¿ellos cómo irán al médico? me acerqué al informante, con la pregunta envuelta en algo más que la mera intuición, ya ligada a cómo el conocimiento de las tradiciones del Islam, que pueden ser la causa de una diferencia en la relación que entre el Sistema Nacional de Seguridad Social y ellos- los musulmanes- existe, planteado de manera en que se pudiera ver a través de sus tradiciones el cómo se da un “diálogo” entre dos actores, la “comunidad musulmana” como pacientes y los médicos como representantes del SGSS.

Por tal razón se le propuso al informante una serie de encuentros planteados como entrevistas, para el conocimiento de temas específicos en donde se consideró podrían estar los diálogos culturales, si es que existen, o los conflictos cotidianos en la atención. Se acordó con él, encuentros mensuales, en un lugar donde el informante considerara se pudiera realizar. Asistimos durante 7 sesiones al mismo café de la calle 67 para hablar de Islam y salud. Los encuentros con el informante se relacionan a continuación con las temáticas tratadas:

| <b>Encuentro</b>         | <b>Temas Tratados</b>   | <b>Registro</b> |
|--------------------------|---|-----------------|
| 7 de Junio de 2014       | El Islam, lo sunnita, lo chiita y la presencia en Colombia.   | Diario de Campo |
| 21 de Julio de 2014      | Cocina halal, cocina haram, la higiene cotidiana en el Islam.   | Diario de Campo |
| 23 de Agosto de 2014     | La sunna del profeta  | Diario de Campo |
| 13 de Septiembre de 2014 | Se efectúa la construcción de un registro de las personas que hacen parte de la comunidad musulmana, se plantean algunas preguntas para un formulario censal. | Diario de Campo |
| 10 de Octubre de 2014    | Se inicia el Piloto de censo y organización parental  | Diario de Campo |
| 24 de Enero de 2015      | Presentación de documento protocolo versión de TG y charla sobre la metodología de trabajo.   | Diario de Campo |

Durante el proceso de acercamiento con el informante, se pensó en realizar una encuesta censal a la comunidad musulmana de Bogotá en virtud de ser esa una de sus necesidades considerando que se trata de una comunidad pequeña localizada, ya que

según el informante (Diario de Campo, 2015), ni el Ministerio del Interior tiene datos exactos sobre número y caracterización social de los miembros de la comunidad.

A partir del 18 de octubre se hizo contacto directo con las mezquitas de Bogotá, de las cuales se tiene conocimiento a partir de las charlas con el informante, donde él me indica de la existencia de otras mezquitas, no solo la de la calle 80, además está Al Qurtubi y Estambul. Con la ayuda del informante, quien se comunica primero con la encargada de la oficina de prensa del centro de estudios Al Qurtubi, y con quien empiezo a hablar de la posibilidad de hacer una encuesta censal de la comunidad, planteado con base en las preguntas del censo DANE 2005. Se calculó un muestreo que estaba pensado a partir del promedio de asistencia de la comunidad a los lugares de reunión de acuerdo al estudio titulado Islam en Bogotá: presencia inicial y diversidad escrito por Diego Giovanni Castellanos (2010) del Centro de Estudios Teológicos y de las Religiones (CETRE) de la Universidad del Rosario. Tal estudio había determinado el número estimado de asistentes durante el mes de Ramadam del año 2010 que fue de 100 personas, como resultado de la aplicación de la encuesta, solo respondieron 33 personas esta encuesta, por lo cual se convierte en un estudio de caso.

Con este muestreo se inició el trabajo etnográfico, con la anuencia de los líderes religiosos de cada una de las mezquitas, asistí a la hutba (el sermón) del día viernes, y se realiza la prueba piloto del censo. Para el acceso al segundo piso de la mezquita Abu Bark donde se reúnen las mujeres, le solicité a una estudiante de medicina de la Universidad del Rosario, cercana a mi familia, que usara hiyab<sup>9</sup>, como lo establece la comunidad y que conversara con ellas para que conociera de manera informal sobre su realidad en la mezquita.

La prueba piloto de la encuesta censal buscó caracterizar la comunidad a partir de datos como nivel de ingreso, afiliación al SGSS, edad, número de hijos, nivel educativo, y su relación frente al islam (nacido o converso) se inició en las tres mezquitas en el mes de Octubre de 2014 hasta el mes de Diciembre de 2014, logrando solo documentar la mezquita Al Qurtubi. En la actualidad un grupo de jóvenes musulmanes están realizando un intento por conocer el número exacto de miembros que tiene la comunidad musulmana en Bogotá, por lo que los datos recolectados en este trabajo de

---

<sup>9</sup> El hiyab es el velo musulmán que usan las mujeres musulmanas por motivo de la devoción la fe musulmana.

grado son la primera aproximación que se realiza en busca de este fin. En el documento se incluyen los datos recolectados durante el trabajo de campo exploratorio como base que abre la puerta a la pregunta de investigación: cómo se da el encuentro cultural entre diferentes maneras de ver la realidad en salud, desde la perspectiva de la relación médico-paciente de la comunidad Musulmana en Bogotá.

### **Las Entrevistas Semiestructuradas**

Las entrevistas semi estructuradas, tal como lo afirma Corbetta (2007) “se trata de un cuestionario de preguntas abiertas” que se realizaron mediante *bola de nieve* a miembros de la comunidad que fueran significativos en el orden social, por ello se entrevistó a los líderes de las tres mezquitas de Bogotá, los sheijs Ahmad Tayel, Lyes Marsougui y Carlos Sánchez. A los líderes de las mezquitas se les contactó durante el trabajo de campo exploratorio, se les explicó en qué consistía la investigación y una vez aprobado el protocolo por parte del tutor de tesis se les entregó una copia, para su conocimiento.

Se realizaron nueve (9) entrevistas de las cuales siete (7) fueron grabadas con cada uno de las entrevistadas en las sedes de las mezquitas y dos fueron mediante correo electrónico, en ellas participaron 6 mujeres mayores de edad que fueron quienes manifestaron interés en participar en el estudio y fue a partir de ellas en que se realiza la investigación, los nombres de las mujeres entrevistadas fueron cambiadas en aras de la confidencialidad. Las entrevistas se realizaron los días viernes después de la hutba. El tiempo de entrevista con cada uno de los entrevistados fue de 50 minutos, para cada una de las entrevistas se firmó por parte del entrevistado, un consentimiento informado. Todas las entrevistas se realizaron de acuerdo a las normas de comportamiento musulmán para los hombres, en espacios comunes y la vista a todos los feligreses. No hubo posibilidad de hacer observación en los servicios médicos a los que ellas asisten.

El guion de entrevista contenía preguntas agrupadas por categorías que se consideraron pertinentes para la comprensión de la realidad de la comunidad musulmana, las categorías fueron: Ubicación social, conversión, organización social y comunidad, mujeres (género), cultura médica, itinerarios curativos y migración. Las preguntas corresponden a como lo afirma Bourdieu en “La miseria del Mundo” (2010), ubicar

socialmente los “capitales” que cada entrevistado tiene desde sus *habitus* de sheij, y de miembro de la comunidad musulmana que vive en Bogotá.

*Su función es recordar las condiciones sociales y los condicionamientos de lo que es producto el autor del discurso, su trayectoria, su formación, sus experiencias, profesionales, todo lo que se disimula y se revela a la vez en el discurso transcrito, pero también en la pronunciación y la entonación borradas por la transcripción, así como el lenguaje del cuerpo- gestos, postura, mímicas, miradas y de igual modo en los silencios, los sobre entendidos y los lapsus” (Boudieu;2010:8).*

A través de categorías, definidas como la abstracción de una o varias características comunes de un grupo de objetos o situaciones, que permite clasificarlos (Hurtado de Barrera, 2000), las entrevistas buscaron entender el contexto de la comunidad musulmana de Bogotá y aproximarme a la relación médico - paciente además de entender la representación en el sentido común sobre la presencia de personas de origen sirio-libanes en Bogotá, en la cual se considera aún que todos los habitantes de Bogotá con cultura árabe son comerciantes. Si bien es una característica de la migración mal llamada “turca” en Bogotá, es cierto también que esta realidad ha cambiado de manera significativa en la ciudad.

El guion de entrevista fue el siguiente:

**TABLA 1 GUION DE ENTREVISTA - LÍDERES**

| <b>Categoría</b>                              | <b>Grupo de Preguntas</b>  |
|---|--|
| <b><u>Ubicación social</u></b>                | ¿Cuál es su nombre? ¿Es nacido musulmán o convertido al Islam? ¿Cuál es la formación que recibe un hombre para ser Imán- Sheij?              |
| <b><u>Conversión</u></b>                      | ¿Hace cuánto tiempo se convirtió al Islam? ¿Cuál fue el motivo para su conversión?   |
| <b><u>Organización social y comunidad</u></b> | ¿Qué encontró en la comunidad musulmana de Bogotá?<br><br>¿La comunidad de la mezquita que usted lidera existía cuando usted llegó a Bogotá? |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | <p>¿Cómo funciona la organización de la mezquita?</p> <p>¿Cómo se entablan las relaciones de pertenencia de la comunidad?</p> <p>¿Hay una junta directiva?</p> <p>¿Cómo se organizan los servicios que ofrecen?</p> <p>Los musulmanes de Bogotá, que viven en Bogotá o que son bogotanos ¿Viven en barrio particular? ¿Frecuentan lugares que uno podría designar como propios del Islam de Bogotá?</p> <p>Uno suele asociar a los hombres musulmanes a personas adineradas y negociantes expertos ¿la comunidad de Bogotá está ubicada la clase alta de la sociedad o son personas de clase media? ¿Se dedican a los negocios o ejercen diferentes profesiones?</p> <p>En Bogotá no hay un colegio musulmán – como si los judíos tienen el Colegio Colombo-hebreo, ¿los niños musulmanes a qué colegios asisten?</p> <p>La presencia musulmana es muy discreta, las mezquitas no se ven, ¿Cómo se sienten vistos por el resto de la población bogotana?</p> |
| <p><b><u>Mujeres</u></b></p>        | <p>Las mujeres de la comunidad musulmana son colombianas, nacidas en el Islam, otras conversas a él, ¿Cómo se da la relación de ellas la sociedad Bogotá? ¿Usan hiyab permanentemente? ¿Existe alguna forma de discriminación a ellas?</p> <p>Las mujeres musulmanas de Bogotá, ¿tienen altos estudios? ¿Son mujeres de clase media?, ¿Son conversas?</p>  |
| <p><b><u>Cultura Médica</u></b></p> | <p>Cuando se enferman, o cuando tienen que ir al médico,</p>   |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
|                                     | cuando tienen que acceder a atención medica – hospitalaria, ¿cómo funciona la comunidad?, cómo es la comunidad en estos casos?             |
| <b><u>Itinerarios curativos</u></b> | ¿Hay médicos musulmanes “hakims” en la comunidad?<br>¿Tienen algún tipo de tradición que les evite acceder al servicio de atención médica? |
| <b><u>Migración</u></b>             | ¿Por qué venir a Colombia a vivir como musulmán en un país no musulmán? ¿Hace cuánto tiempo vive en Colombia?                              |

Las categorías usadas para las entrevistas de las mujeres fueron conversión, organización social y comunidad, mujeres (género), cultura médica, itinerarios curativos y migración. El guion de entrevista fue el siguiente:

**TABLA 2 GUIÓN ENTREVISTAS - MUJERES**

| <b>Categoría</b>                              | <b>Grupo de Preguntas</b>  |
|---|--|
| <b><u>Conversión</u></b>                      | Para quienes son revertidos – convertidos al Islam, ¿Cómo era acceder a atención medica antes y como es acceder a esa misma atención ahora que viven el Islam?                           |
| <b><u>Organización social y comunidad</u></b> | ¿En Bogotá hay médicos/ medicas musulmanes, o personal de salud que haga parte del Islam o aprobado por alguna entidad propia del Islam que apruebe la atención médica a la comunidad?   |
| <b><u>Género</u></b>                          | ¿Existe alguna dificultad para la atención médica, como es eso de ir al médico con hiyab y vestida de una cultura diferente?<br><br>Como es ser mujer musulmana, ¿Qué dificultades o que |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>necesidades diferentes del resto de mujeres que acceden a la atención medica consideras tienen?</p>  |
| <p><b><u>Cultura Médica</u></b></p>        | <p>¿Estás afiliada a EPS y todos los miembros de la comunidad acceden a la atención médica que el sistema nacional creo para este fin? O ¿hay alguno que no lo haga?</p> <p>Si hay alguno que no lo hace ¿Cómo resuelve el asunto del acceso a atención medica?</p> <p>El Corán tiene una clara prescripción de las normas de higiene y comportamiento que se podrían considerar salubres, el corte de las uñas, el corte del pelo, las abluciones, la higiene corporal para hombres y mujeres, el no consumo del alcohol, el no consumo de cigarrillo, el consumo de cerdo, el consumo de carne sanguinolenta, el uso de la mano izquierda y el uso de mano derecha, ¿Cuáles otras prácticas están escritas en el Corán que tienen que ver con la salud?</p> |
| <p><b><u>Itinerarios curativos</u></b></p> | <p>Asisten a otro tipo de cuidado médico o de atención en salud diferente del revisto por la afiliación al SGSS, ¿Cuál? ¿Resuelven sus enfermedades en casa entre ustedes?</p> <p>Cuando el médico o el servicio de atención medica receta medicinas o algún tipo de dieta o alimento, es de suponerse que ustedes lo corroboran con la tradición y supongo que lo que es halal lo asumen y lo que es haram no lo asumen, ¿Se negocia con las prescripciones médicas? ¿Cómo se negocia el saber experto con la tradición propia del Islam?</p> <p>¿Ustedes encuentran que ser musulmán y la atención médica es compatible?</p>  |



|                         |  |
|-------------------------|--|
|                         |  |
| <b><u>Migración</u></b> | ¿Cómo es el servicio de salud en un país musulmán?<br>¿Cuáles son las diferencias ustedes han notado entre el acceso a atención medica allá y acá? |

### **La Observación Participante**

La observación participante es “una técnica en la que el investigador se adentra en un grupo social determinado a-) de forma directa b-) durante un periodo de tiempo relativamente largo c-) en su medio natural, d-) estableciendo una interrelación personal con sus miembros, y e-) para describir sus acciones y comprender, mediante un proceso de identificación, sus motivaciones (...) lograr “ver el mundo con los ojos de los sujetos”” (Corbeta, 2007:305).

La observación participante se hizo a partir del trabajo de campo exploratorio desde el mes octubre de 2014 hasta el mes de Julio de 2015 y durante las fechas de encuentro. Para la realización de entrevistas semiestructuradas, se realizaron dos visitas mensuales a las mezquitas, sobre todo a Estambul, que es más cercana a mi lugar de trabajo. A partir del mes de mayo se empezó a asistir solo a la mezquita Al Qurtubi, con una frecuencia similar. Se realizaron en total 18 visitas a las mezquitas cada una con una duración de entre 3 y 4 horas por visita. En concreto, se acompañó la oración de los viernes, y nos quedábamos después de la oración para poder hablar con ellos y ellas, en el salón en el que conforman las filas para postrarse y antes del inicio del sermón del viernes. Pueden hablar durante ese tiempo para conocerse y para actualizarse en la vida de los otros.

Por último, se compartió espacios durante las entrevistas en donde nos tuvimos que adaptar a las dinámicas propias de la mezquita como el llamado del adhan para la oración y algunas veces tuvimos que relacionarnos con algunos de los miembros de la comunidad en ingles ya que algunos pocos de ellos son migrantes de países de ex-colonias británicas.

## El análisis de contenido

Como plantea Luis Porta (2003<sup>10</sup>), el análisis de contenido nos permite pensar sobre qué dice el discurso, cómo está construido, que complementado con lo que dice López (2002), se trata de analizar el contexto del documento, permitiendo hacer una interpretación de su contenido. La revisión se hizo a partir de ubicar las partes del discurso en cada una de las categorías planteadas en los guiones de entrevista y conocer sobre cómo son los musulmanes de Bogotá y sobre cómo es su realidad y las implicaciones que sus acciones tienen en relación con la cultura nacional con base en sus creencias. Además se revisaron manuales del usuario de dos EPS de las cuales se tiene noticia asisten pacientes musulmanes, y una copia de algunas acciones legales tomadas por pacientes musulmanes.

Por último, el marco interpretativo de los datos se realizó desde una aproximación basada en la teoría fundamentada apoyándose en fuentes teóricas de diferentes campos como son la salud pública, antropología y la sociología médica. Igualmente, se usaron fuentes secundarias sobre el Islam, cuidando que fueran sunitas.



ILUSTRACIÓN 3 ISLAM -HIYAB-<sup>11</sup>

<sup>10</sup> En: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

<sup>11</sup> [http://vk.com/Islam.guraba?z=photo-75692928\\_364861159%2Falbum-75692928\\_00%2Frev](http://vk.com/Islam.guraba?z=photo-75692928_364861159%2Falbum-75692928_00%2Frev)

## LA GEOPOLÍTICA DE LOS “TURCOS<sup>12</sup>” DE BOGOTÁ HOY: UN MISTERIO ENTRE CALLES Y CARRERAS.

Si se preguntara de manera desprevenida por los musulmanes<sup>13</sup> de Bogotá, muchos no sabrían qué responder, salvo que recientemente construyeron una “iglesia” en la calle 80 con carrera 30, en el barrio Patria, muy cerca de la calle 100, en un lugar que se puede pensar está bien ubicado y protegido en la ciudad, más si se tiene en cuenta que cerca de la Escuela Militar de Cadetes General José María Córdoba.

Las historias de vida de las personas recuerdan la inserción de esas personas en el contexto de la ciudad a partir de la estética de los lugares y de las personas, de los productos que vendían en las tiendas y de los lenguajes que se escuchaban al pasar. Ver a esos Otros que no se sabía de donde eran, que hablan algo inentendible, era pensar en los barbaros, pero a diferencia de estos últimos en los turcos se podía vislumbrar un aura de exotismo, trabajo y comida. Sin embargo bajo esta categoría se incluían todos diferentes provenientes de esos lugares lejanos, libaneses, sirios y hasta judíos comerciantes de telas. Recuerdan algunos (Diario de Campo, 2015) que en el centro de Bogotá estaba “la calle de los místeres”, allí estaban las ventas de telas y víveres de hombres con bigotes poblados que se enroscaban en su rostro, de negro intenso y más grueso que la estilizada barba de Dalí, vendían desde la crema de leche Nestlé hasta los medicamentos, las telas y los perfumes (Castellanos,2010:117; Vargas y Suaza, 2007), todos ellos de origen Sirio – libanes, de cultura árabe, muchos de ellos cristianos, pero también muchos de ellos musulmanes ocultos en el centro de la ciudad, visto también por Castellanos (2010) quien nota que *los orígenes del Islam en la ciudad se remontan a los inicios de la migración árabe desde medio oriente* (Castellanos,2010:117)

Allí, escondida en el centro de la ciudad de Bogotá, atestada de curas, iglesias y conventos, donde como Popayán o Quito hay una iglesia casi en cada cuadra, en los años 50-70s del siglo XX los musulmanes de Bogotá, decidieron hacer para ellos, en la carrera 9, con calle 11, un lugar de encuentro para orar. Cerca de sus viviendas, ya que “algunos musulmanes de origen palestino se ubicaron en el área cercana a la plaza de

---

<sup>12</sup> Turco fue un término común del lenguaje coloquial para referirse a los migrantes sirio-libaneses documentado por Pilar Vargas y Luz Maria Suaza

<sup>13</sup> Las mezquitas estudiadas son, para referencia del mundo occidental, sunnies, sin embargo, no se hace esta distinción ya que para el Islam el único “Islam” que existe es el sunní, las otras formas de vivir el Islam son “corrientes” desprendidas de la tradición sunní.

Bolívar”, montaron su industria textil en pleno centro de Bogotá y en ella, en el cuarto piso del edificio, donde hoy hay locales donde suelen vender ropa, montaron su “*musalla*” (Castellanos, 2010:117) y allí, escondidos en la ciudad, identificados entre ellos se empezaron a reunir en el nombre de “Allah, Clemente, Misericordioso”, epicentro desde donde antes de la *musalla* ya se reunían entre ellos para hacer *salat* (oración) de manera privada (Castellanos, 2010:117) Un *musalla* no es una mezquita, es una sala de oración que se crea cuando no hay mezquita de manera formal.

La *musalla*, por su escritura en árabe, es en efecto un lugar destinado para la oración ocasional, en Bogotá surge hasta 1978 producto de la necesidad de tener un lugar de reunión, según Carlos Sanchez- líder de la mezquita Estambul, la base de la comunidad de Bogotá desde 1979, año en que se funda la *musalla*, son palestinos, sirios y pakistaníes pero sobre todo Palestinos (Diario de Campo, 2015). La *musalla* cobra importancia para la salud por que les implica dejarse de esconder, pueden vivir su vida con tranquilidad, pueden empezar a desarrollarse libremente y eso les mejora la calidad de vida. La fundación de la *musalla* de Bogotá coincide con los conflictos internacionales que fueron factor expulsor de la población, como la Guerra de Yom Kipur- Guerra de Ramadam, la guerra civil en el Líbano, la revolución islámica de Irán y la invasión de Afganistán por parte de la URSS (Castellanos, 2010)

Hace 30 años querían hacer una mezquita grande en Bogotá, ya que Bogotá era la única ciudad de América latina – capital- que no tenía mezquita. La *musalla* del centro estaba compuesta por personas que comerciaban telas, ropa, y fabricaban en el segundo piso de un edificio, sudaderas y ropa para las tiendas (Diario de Campo). Una *musalla* suele ser un espacio donde no hay división de sexo-género en el espacio, motivo por el cual todos oraban en el mismo piso, aunque se deduce de la costumbre que la división era en líneas de hombres y líneas de mujeres para la oración (Diario de Campo, 2015) esto hacía que la comunidad se identificara más fácilmente. De acuerdo con el testimonio de Carlos Sanchez, los primeros musulmanes de Bogotá fueron de origen palestino (Diario de Campo, 2015) confirmado por el estudio de Castellanos quien afirma que se trataba de Palestinos de origen campesino (Castellanos, 2010:118) quienes, entre otros problemas culturales que surgían en la relación con la sociedad de destino, tendió a perder la lengua. A partir de los años 50 del siglo XX se renueva el Islam de Bogotá a causa de la nueva migración de personas, que tal como lo dice Castellanos (2010:119) contó con la

presencia de familiares que facilitaban el proceso de asentamiento y adaptación, haciendo que los musulmanes ya asentados en Bogotá renovaran su fe con la práctica que traían los recién llegados.

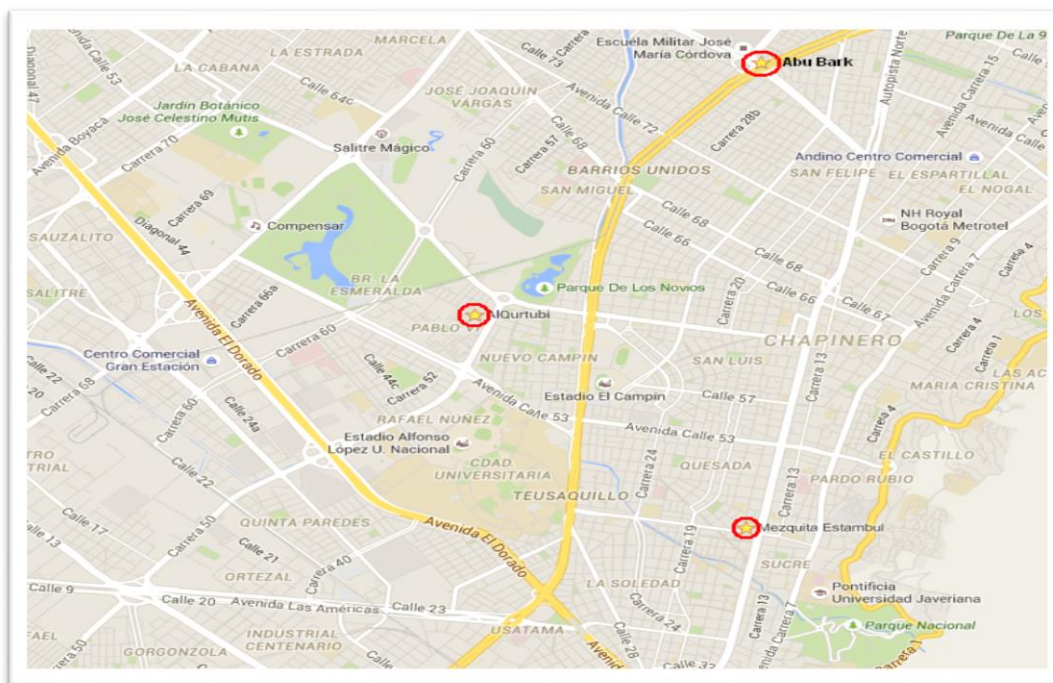


Ilustración 4 Mezquitas (Sunnies) de Bogotá- Google Maps - 2015

En la musalla del centro confluyen Ahmad Tayel, Carlos Sánchez y Lyes Marzougui, los tres líderes actuales de las mezquitas de Bogotá. Las tres mezquitas de Bogotá, sobre todo dos de ellas, están escondidas entre calles y carreras, con sus líderes respectivos, que se difuminan en la ciudad producto de circunstancias que hacen aún más oculta la “comunidad”, a pesar de la notable arquitectura mudéjar de la mezquita de la Calle 80 con carrera 30.

El primer sheij con quien hable es Ahmad Tayel, de nacionalidad siria, licenciado en literatura británica, tiene 54 años, es Sheij<sup>14</sup> y es el líder de la mezquita Abu Bark. Ahmad es miembro del equipo con el dialogo con el vaticano, vive en Colombia hace 23 años, nacido musulmán, se siente colombiano. Vivió en Maicao y ayudo en la creación de una cátedra de lengua árabe en el colegio musulmán de esta ciudad. Es el sheij que vino después del sheij Mustafa, primer sheij de la *musalla* de Bogotá. En el mundo musulmán existen fundaciones que envían sheijs de misión a países como

<sup>14</sup> La traducción literal es “sabio”, funciona como un líder religioso que guarda la tradición

Colombia donde el Islam está naciendo o tienen comunidades pequeñas. Ahmad encuentra una compatibilidad cultural entre lo árabe y lo colombiano, para Ahmad Colombia es un país exento de los conflictos ideológicos europeos.

Carlos Sánchez, tiene 70 años, es abogado litigante, Colombiano, convertido, Imán (orientador), es el líder de la mezquita Estambul. Fue monaguillo, nació en una familia católica practicante y vivía de manera activa de la vida parroquial hacia 1969. Fue director de la *musalla* del centro. Carlos Sánchez es uno de los primeros musulmanes colombianos, nacido en Colombia. Cuenta que una de sus luchas dentro de la naciente comunidad musulmana de Bogotá la dio en compañía del Sheij Mustafa, que después de ver su interés por hacer parte de la fila en la oración y ser saludado no de “quehubo” sino “Salam”, como un musulmán, lo legitimó y lo dejó hacer parte de la fila en la oración y lo instruyó. Lyes Marzougui, nieto de sheij, filósofo, francés de origen tunecino, tiene 38 años, es sheij, es el líder de la Mezquita Al – Qurtubi. Llega a Colombia a finales de 2007, para conocer la familia y casarse con una colombiana musulmana; es profesor de la Pontificia Universidad Javeriana y de la Universidad del Rosario. Le gusta Colombia, considera, como Ahmad, que Colombia no tiene los problemas propios del pensamiento europeo acerca del Islam, sin embargo considera que se importan mentalidades europeas al país, que terminan afectando el pensamiento de la gente sobre el Islam.

En la estructura de la mezquita Abu Bark (la mezquita de la calle 80) así llamada en honor al suegro del Profeta Muhammad (*Paz y Bendiciones de Allah sobre El*<sup>15</sup>) el minarete se alza mirando a los cerros orientales y la media luna corona la cúpula de la mezquita, los ventanales son ojivales, con vidrios que suelen estar rotos por que algún vecino del sector que se sigue oponiendo a la existencia de la mezquita lanza alguna pedrada, grande o chica, que hace que se vea el impacto en el vidrio (Diario de Campo).

*(...)Subió a la parte de arriba de la mezquita Abu Bark, y en la puerta del baño de arriba no tiene puerta y se divide en la parte de la oración y la parte del baño, tiene una ponchera donde hacen abluciones y un cubículo sin puerta asearse por motivo de pureza ritual. Se hace oración en línea, como los hombres, se hace oración a una distancia prudente de*

---

<sup>15</sup> Se pone esta frase ya que es la manera correcta para referirse al profeta de acuerdo a la tradición musulmana

*la celosía, las mujeres se sientan en el tapete de lado. Evitan ser visibles a la celosía, a partir de los 10 años las niñas van arriba y el velo es obligatorio desde los 7 años. Visten en el uso común de Bogotá, salvo el velo, cuando lo usan. La alfombra tiene un diseño y cada mujer ocupa un espacio en el diseño de la alfombra.*

*Las mujeres no llevan joyas, salvo las de compromiso y de matrimonio. En la oración las mujeres usan sillas para ayudarse en la oración.*

*Al llegar a Abu Bark me encontré con que los hombres no paran de llegar, hubo al menos 80 hombres y 10 mujeres y que en el espacio de las mujeres yo no puedo observar. (Diario de Campo; 2015)*

Esta mezquita se construye en el año 2013 es la heredera directa de la *musalla* del centro. La construyen a partir del ahorro que hacen los miembros de la comunidad; la revista Credencial tituló un encabezado que decía “2600 metros más cerca de Allāh<sup>16</sup>” durante su construcción. En 2010 se funda Al Qurtubi, el “centro de estudios islámicos Al – Qurtubi”, Al Qurtubi significa “el cordobés”, que es el nombre porque se conoce al Iman Abu 'Abdullah, comentador del Corán en el año 1200 este lugar se dedica más a la enseñanza académica del Islam.

*(...) Me descalce en su suelo sagrado y deje mis zapatos en el zapatero que está justo a la entrada y subí a hablar con Farid.*

*Farid es iraquí, tiene más o menos 33 años y lleva una jata de cuadros rojos y blancos al cuello, él estaba cargando-con energía eléctrica- su computador portátil y limpiando el tapete donde las mujeres oran. Él me indagó sobre mi trabajo y mi tesis y lo que quería trabajar y tal, con ello salió una visión del mundo más que interesante. Ellos saben que ellos han inventado la medicina, el álgebra, la geometría, y más de una cosa... pero con esas dos ya tienen para decir que el mundo se los debe todo.*

*(...)El Lugar, la sala, con una sede(la silla del presbiterio católico) como la de los curas, el piso todo entapetado, el sheij está vestido de blanco y con una especie de gabán verde con bordes dorados, y un taqiya en la*

---

<sup>16</sup> Revista credencial 01 de Octubre de 2012 en : <http://www.revistacredencial.com/credencial/content/musulmanes-en-bogot-2600-metros-m-s-cerca-de-al>

*cabeza y un turbante, también usa bastón como un callado de obispo. Los hombres llegaron, se ubicaron en el lugar, hay como 30 hombres en la sala, todos barbados y con taqiya, hablan árabe o lo entienden. (Diario de Campo, 2015)*

Para el año 2007 se funda la Mezquita Estambul, en la sede de la mezquita, al entrar, a mano derecha la sala de la oración, a mano izquierda las escaleras que conducen al segundo y al tercer piso, luego la oficina de Carlos Sánchez, al interior de la casa, un baño donde se hacen las abluciones antes de la oración y una estantería donde siempre hay chanclas y donde se suelen dejar los zapatos para poder entrar a la sala de oración.

*(...)Sostuve charla con don Carlos, que es un señor de 60 años, de pelo blanco y barba blanca, de estatura media y de tés mestiza. Me invito a seguir dentro de la mezquita, Carlos empezó a darme instrucciones.*

*Carlos me dijo que pusiera los zapatos en el zapatero y me llevo a “purificar” (...) Carlos me dijo que abriera la llave del grifo y seguí las instrucciones, me lavé la mano derecha tres veces, así también la mano izquierda, luego la boca con tres “buches” de agua, luego me frote la cara con las manos llenas de agua, luego me froté con las manos con agua el cabello y por último me frote los pies. Cada una de estas limpiezas va acompañada de una oración que se recita, pero no pude recitarlas, solo cerré los ojos, como si tuviera fe y entre a la sala como si fuera un musulmán más.*

*El habla perfecto árabe, identifica los rasgos culturales del sheij, me dijo que era egipcio por un par de marcas en sus vestidos, también sabe que algunos de los asistentes a la mezquita son de origen iraní, solo con verlos.*

AL QURTUBI: ¿QUÉ ES Y QUIENES HACEN PARTE?

Como se dijo antes, intento hacer un censo de la población total de la comunidad musulmana de Bogotá, se planteó como una muestra del número estimado de musulmanes que asisten a las mezquitas en el mes de ramadán, según el estudio del CETRE (2010), a partir de encuestar a los hombres que asisten a las mezquitas y de las



mujeres solteras convertidas, ya que ellas no guardan ningún vínculo con una familia musulmana cuyo padre pueda ser encuestado, se realizó la encuesta, el formato de la encuesta fue el siguiente:

## Censo de la Comunidad Musulmana de Bogotá.

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| <b>Usted es</b> | <b>Fecha:</b>                              |  |
| <b>Hombre</b>   | <b>Mujer Soltera conversa<sup>17</sup></b> |  |

|   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| <b>1- Marque con una X cuál es su estado civil*</b> | <b>A-Si está casado, ¿cuál es la edad de su esposa?*</b> | <b>B-¿Cuántos hijos tienen?(*)</b> |  |
| Soltero   |  | Número de Hombres                  |  |
| Casado  |  | Número de Mujeres                  |  |

**2- ¿Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_\_**

|  |            |              |
|--|------------|--------------|
| <b>3- MÓDULO DE VIVIENDA<sup>18</sup></b>              |            |              |
| <b>En qué Tipo de vivienda vive (Marque con una X)</b> |            |              |
| Casa   |            |              |
| Apartamento  |            |              |
| Otro Tipo de Vivienda                                  |            |              |
| <b>A-Su vivienda es:</b>                               | A- propia, | B- Arrendada |

**4- En cuál de los intervalos de salario esta su ingreso mensual en Salarios mínimos legales vigentes (SMLV) (Un Salario mínimo legal 2014 corresponde a un ingreso de 616,027 pesos)**

| <b>Marque con una X</b>   |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Menos de un SMLV          | <input type="checkbox"/> |
| Entre dos y tres SMLV     | <input type="checkbox"/> |
| Entre tres y cuatro SMLV  | <input type="checkbox"/> |
| Entre cuatro y Cinco SMLV | <input type="checkbox"/> |
| Entre cinco y seis SMLV   | <input type="checkbox"/> |
| Entre seis y diez SMLV    | <input type="checkbox"/> |
| Diez o más SMLV           | <input type="checkbox"/> |

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| <b>5- ¿Cuál es su Lugar de Nacimiento?</b> |  |                      |
| a- Bogotá                                  |  | Nombre del municipio |
| b- Otro municipio colombiano:              |  |                      |

<sup>17</sup> No responda las preguntas que tienen un asterisco (\*)

<sup>18</sup> Las preguntas 2, 3, 5,7, 9 Son tomadas del Censo 2005 Realizado por el DANE

|                                 |  |                 |
|---------------------------------|--|-----------------|
| c- Otro país                    |  | Nombre del país |
| D- En qué año llegó a Colombia? |  |                 |

|   |  |
|---|--|
| <b>6- En salud, Indique el Operador del Sistema de Salud al que está Afiliado: (Marque con una X)</b>               |  |
| Servicio de Salud del Estado-Nueva EPS  |  |
| Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional)  |  |
| Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)  |  |
| Otra EPS (Entidad Promotora de Salud)   |  |
| Una ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) a través del SISBEN?   |  |
| Ninguna?  |  |
| <b>7- ¿Está AFILIADO a un Fondo de Pensiones o pertenece a un Régimen especial de pensiones? (Marque con una X)</b> |  |
| Sí  |  |
| No  |  |
| Ya está pensionado  |  |

|   |    |    |
|---|----|----|
| <b>8- ¿En el último año, estuvo enfermo o alguien de su familia estuvo enfermo?</b>           | Si | No |
|   |    |    |
| <b>La última vez que estuvo enfermo, usted o alguien de su familia acudió por atención a:</b> |    |    |
| Al servicio de salud al que tiene derecho   |    |    |
| A otro hospital, clínica, consultorio médico o centro de salud                                |    |    |
| A una droguería o farmacia, tegua o curandero   |    |    |
| A un médico-medica musulmán   |    |    |
| A ninguna parte   |    |    |

9- ¿Durante los últimos cinco años, usted o alguna persona de su familia ha padecido o padece alguna enfermedad que ha requerido:

| Tipo de tratamiento                             | ¿El tratamiento fue o está siendo atendido por el Sistema General De Seguridad Social? |    |
|---|--|----|
|   | Si   | NO |
| <b>Marque con una X</b>                         |  |    |
| Enfermedad cardiaca                             |  |    |
| Trasplante (riñón, médula ósea, córnea, hígado) |  |    |
| Neurocirugía del sistema nervioso central       |  |    |
| Tratamiento médico y quirúrgico de trauma mayor |  |    |
| Tratamiento quirúrgico por enfermedad congénita |  |    |
| Reemplazos articulares                          |  |    |
| Unidad de cuidados intensivos                   |  |    |
| Diálisis por insuficiencia crónica              |  |    |
| Manejo por grandes quemaduras                   |  |    |
| Tratamiento para VIH – SIDA                     |  |    |
| Quimioterapia y radioterapia para el cáncer     |  |    |
|   |  |    |

10- ¿Cuál fue el ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS que aprobados por usted (y su cónyuge)?

| Su nivel educativo  |                  | A-El nivel educativo de su esposa * |                  |
|---------------------|------------------|-------------------------------------|------------------|
| Nivel de Educación  | Marque con una X | Nivel de Educación                  | Marque con una X |
| Básica primaria     |                  | Básica primaria                     |                  |
| Básica secundaria   |                  | Básica secundaria                   |                  |
| Media académica     |                  | Media académica                     |                  |
| Media técnica 10 11 |                  | Media técnica 10 11                 |                  |
| Normalista          |                  | Normalista                          |                  |
| <b>SUPERIOR</b>     |                  | <b>SUPERIOR</b>                     |                  |
| Técnica Profesional |                  | Técnica Profesional                 |                  |
| Tecnológica         |                  | Tecnológica                         |                  |
| Profesional         |                  | Profesional                         |                  |
| <b>POSTGRADO</b>    |                  | <b>POSTGRADO</b>                    |                  |
| Especialización     |                  | Especialización                     |                  |
| Maestría            |                  | Maestría                            |                  |
| Doctorado           |                  | Doctorado                           |                  |
| <b>NINGUNO</b>      |                  | <b>NINGUNO</b>                      |                  |

| 11- Su condición de Musulmán es por ser:                        |          |            |                       |  |         |  |      |
|---|----------|------------|-----------------------|--|---------|--|------|
| Nacido  |          | Convertido |                       |  |         |  | Otra |
| A- Si es convertido, ¿Cuál fue su anterior sistema de creencia? | Católico |            | Cristiano protestante |  | Ninguna |  |      |

| 12- ¿A cuál mezquita acude con más frecuencia? (marque con una x)  | ¿Por qué Asiste a esa Mezquita? (Marque con una x las razones) |
|--|--|
| Abu Bark   | Por afinidad religiosa   |
| Estambul   | Por cercanía a mi casa   |
| Al- Qurtubi  | Porque mi círculo social asiste allí.                          |
| 13- ¿Practica la tradición de alguna corriente de las siguientes corrientes del Islam (marque con una x) |  |
| Chiísmo  | Salafismo  |
| Sufismo  | ¿Otro?- ¿Cuál?   |
| Wahabismo  | Ninguna  |

Producto de las pocas respuestas obtenidas durante las visitas para la aplicación de la encuesta se consideró que se tenía verdaderamente documentado el caso de la mezquita Centro de Estudios Al- Qurtubi, estas respuestas se complementan con la observación participante no solo en esta mezquita sino también en las dos restantes. En el documento se incluyen los resultados de las preguntas que fueron respondidas en su totalidad.

La mezquita Al Qurtubi está conformada por hombres y mujeres son adultos jóvenes de los cuales 10 mujeres solteras conversas, 11 hombres casados 12 hombres solteros (Ilustración 5 Hombres- Mujeres- Al Qurtubi), sin contar niños y niñas. De acuerdo a lo esperado, los musulmanes de Al - Qurtubi son ciudadanos colombianos con plenos derechos, aun cuando sean nacidos en otros lugares del mundo, así planteado por Carlos Sánchez en el caso de los musulmanes de la Mezquita Estambul, la proporción encontrada es 73% colombianos contra 27 % extranjeros, del porcentaje de colombianos los hombres y las mujeres son en su mayoría bogotanos, con referencia a otros lugares del país que tienen mayor reconocimiento en la migración sirio-libanesa, como Barranquilla, Riohacha y Maicao. Contrario a ello se encuentran musulmanes de Villavicencio, de Cali, y de Popayán. (Ilustración 6 Colombianos- Extranjeros: Al Qurtubi / Ilustración 7 Bogotanos - No Bogotanos- Al Qurtubi).

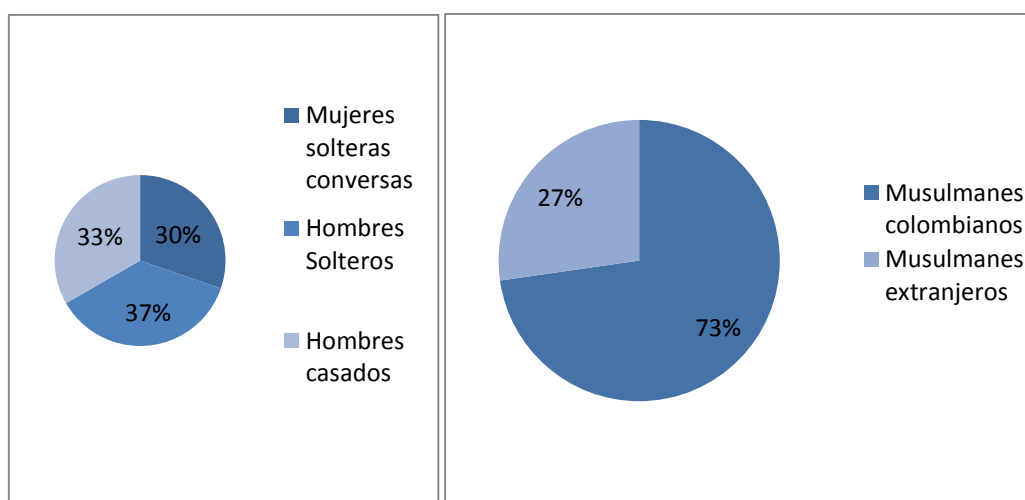


Ilustración 5 Hombres- Mujeres- Al Qurtubi

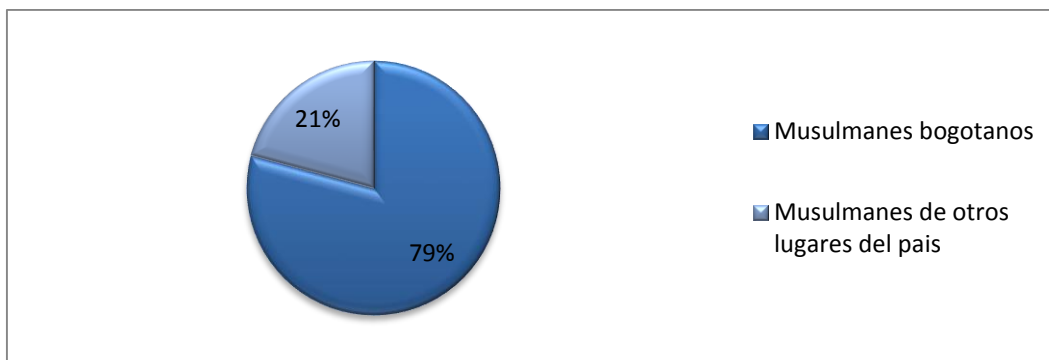
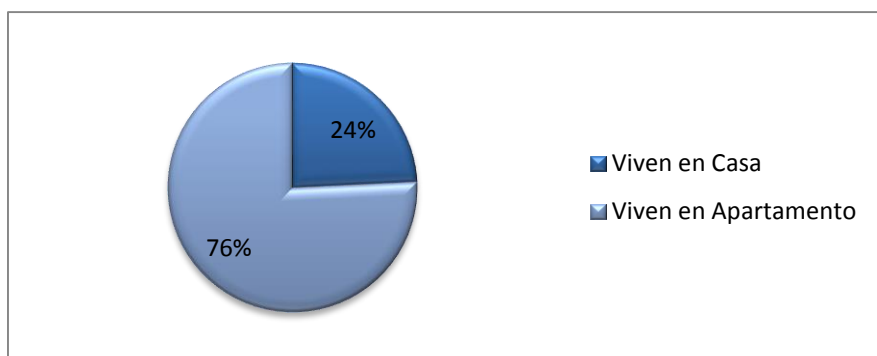
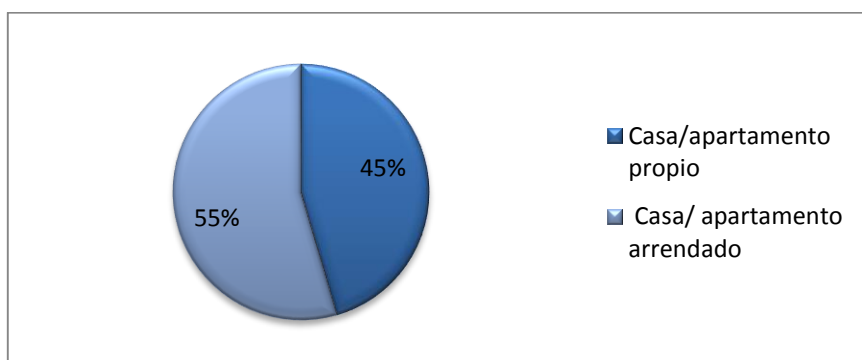


Ilustración 6 Colombianos- Extranjeros: Al Qurtubi / Ilustración 7 Bogotanos - No Bogotanos- Al Qurtubi

De acuerdo con el muestreo realizado, el 76 % de los encuestados viven en apartamento mientras que el 24 % viven en casa, el 55% de ellos vive en arriendo



Quienes viven en casa- apartamento propio, lo hacen muchos de ellos porque son estudiantes, solteros y viven en casa familiar. Pensando en que los musulmanes suelen ser, en el imaginario bogotano, comerciantes de diferentes productos y mercancías, se pensaría que tienen altos ingresos o son una elite comerciante.



Si bien si existen personas en la comunidad que son dueños de reconocidos restaurantes de comida arabe en el centro de Bogotá, tambien es cierto que la mayoría de los feligreses de Al- Qurtubi son profesionales universitarios, posgraduados, estudiantes de pregrado (Diario de Campo; 2015), que se configuran como un estrato de ingreso medio que esta entre 2 millones de pesos y 5 millones de pesos (Ilustración 10 Ingreso- Musulmanes Al-Qurtubi).

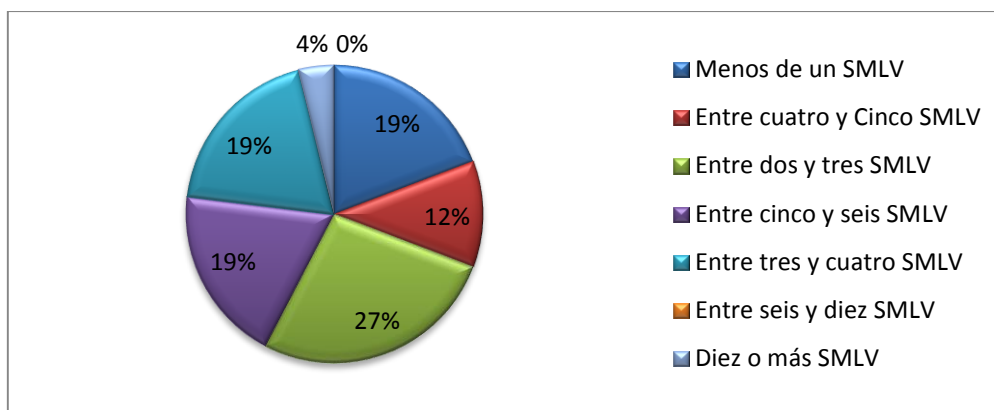


Ilustración 10 Ingreso- Musulmanes Al-Qurtubi

El Sistema general de seguridad social, es el POS (Plan Obligatorio de Salud) que incluye la atención médica y la prevención de enfermedades<sup>19</sup>. Para conocer si en efecto hacen uso del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) se pregunto si asistía al servicio de salud al que tiene derecho, para ello se preguntó por si estaba o no afiliado al SGSS, incluyendo la afiliación a un fondo de pensiones.

La mayoría de las personas encuestadas en Al- Qurtubi- el 76%- está afiliada al sistema general de Seguridad Social (SGSS), son ciudadanos colombianos que entablan relaciones formales con el Estado (Ilustración 81 Afiliación Al Sgss- Al Qurtubi - ).

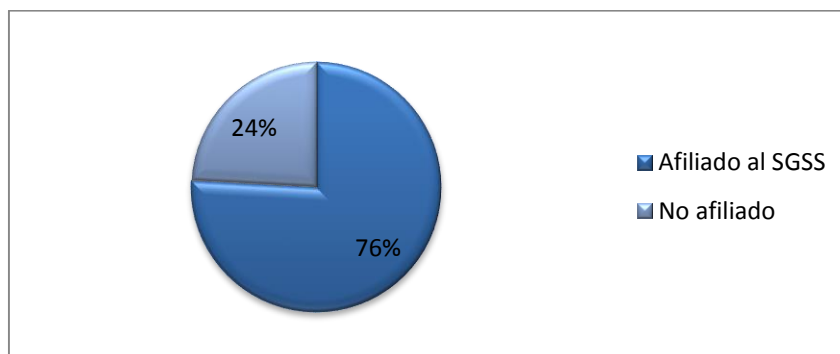


Ilustración 81 Afiliación Al Sgss- Al Qurtubi -

<sup>19</sup> En: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/pos.aspx>

En ese orden de ideas, siempre que lo encuentran necesario acceden al servicio de salud, ya sea mediante la asistencia a un hospital, una clínica, un servicio de urgencias o un médico musulmán, ya que los profesionales de la salud que profesan fe islámica también hacen parte del Sistema General de Seguridad Social y no hay un pluralismo médico que pueda constatarse salvo en los espacios comunitarios en los que los conocimientos culturales se dan, (Diario de Campo;2015) al respecto se hablará más adelante.

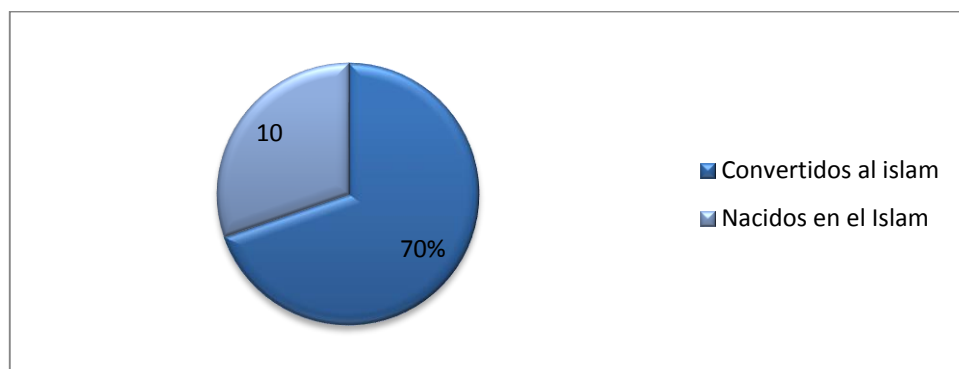
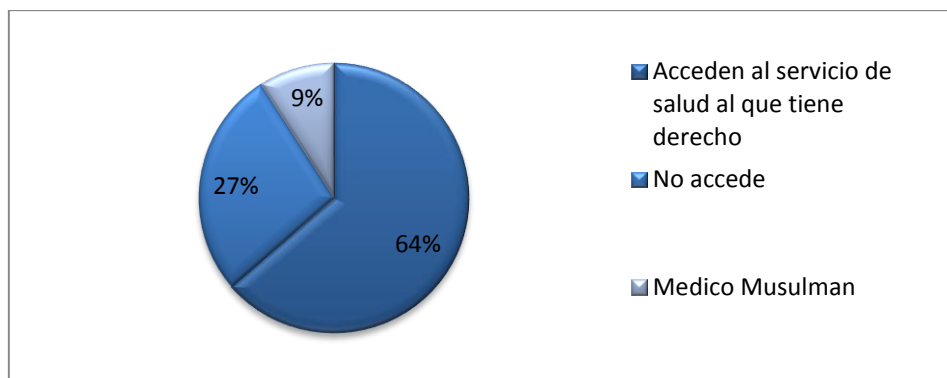


Ilustración 9 Conversos- Ilustración 10 Acceso Al Servicio De Salud- Al- Qurtubi

Los musulmanes de Bogotá, sin desconocer que existe un componente migratorio que fue importante en las décadas del 60-80 del siglo XX, de acuerdo a lo observado, se puede decir que son mayoritariamente colombianos conversos, es lo que ilustra la muestra realizada a Al Qurtubi y así manifestado por el Sheij Lyes Marzougui (Diario de Campo, 2015). Son colombianos que en un plazo de 20 años habrán propiciado una comunidad musulmana de nacidos producto de los actuales vínculos entablados por la comunidad. El promedio de edad de los hombres de Al Qurtubi es de 32,7 años y la edad promedio de las mujeres es de 31 años, son una feligresía muy joven que está en edad reproductiva y que está por desarrollarse en términos demográficos.

Ser musulmán no puede considerarse la antítesis de ser bogotano, sin embargo ser musulmán sí puede convertirse en una barrera para ejercer los derechos civiles, si bien ser bogotano no garantiza el cumplimiento de los derechos, es cierto que no llevar una apariencia musulmana lo haría más fácil. Si pensamos en la burqa, el discurso oficial para ser prohibidas en Francia giraba alrededor de laicidad e inconstitucionalidad, derechos humanos, *apartheid sexual* y “transparencia”- referida a honestidad- ya que de esconder el rostro en los espacios públicos, a pesar de sentirse en algunos casos “extraños” en la sociedad bogotana, los miembros de la comunidad musulmana de Bogotá se han establecido legalmente en la ciudad independientemente de su afiliación religiosa. Ellos han logrado hacer parte de la sociedad bogotana en su diferencia cultural, ellos y ellas trabajan, asisten a colegios y universidades, crean sus negocios y viven el marco de la cultura nacional.

Las diferencias culturales emergen en el acceso a atención médica, que se ilustrará más adelante. Ellos y ellas saben que el sistema de atención médica, como está pensado no los incluye, no está pensado de forma tal que ellos puedan acceder tranquilamente al sistema, motivo real de su reafirmación cultural en las prácticas que se relacionan con el proceso salud - enfermedad. Ser converso aquí implica que una porción de colombianos decidió asumir el estilo de vida musulmán a partir de su fe por una elección propia que obedece a diferentes intereses y motivos que serán ampliados más adelante, en estos motivos aparece un desacuerdo con el estilo de vida difuso que la sociedad nacional tiene por propia.

La población que asiste a la mezquita es de adultos jóvenes, son profesionales, clase media, muchos de ellos son estudiantes, postgraduados, también de altos ingresos económicos (Diario de Campo). Los interesados en el Islam suelen ser los que han indagado a partir de la información disponible, han viajado y por el conocimiento han tenido contacto con otras culturas. La excepción con relación a la edad la hace la Mezquita Abu Bark, heredera directa de la *musalla* del centro, allí el promedio de edad, de acuerdo a la observación, aumenta. Son una comunidad un poco más compacta y hecha de hombres mayores, refiriéndome a hombres que están entre los 40 y los 60

---

<sup>20</sup>Torre de las mezquitas, por lo común elevada y poco gruesa, desde cuya altura convoca el almuédano a los musulmanes en las horas de oración



años, muchos de cabello canoso. Hay una cierta cohesión explicada también desde el término de la migración ya que muchos de ellos son nativos de los países musulmanes que hacen la base poblacional original de la mezquita.

En las mezquitas, en general hay una población de extranjeros (pakistaníes, sirios, africanos de ex colonias británicas), es usual el uso del inglés para comunicarse en las mezquitas, también se usa hablar en árabe, sobre todo cuando se habla de cosas sagradas, aun más el día viernes, el día sagrado del Islam. El inglés, para los que aún no dominan el árabe, es la lengua franca, en Abu Bark incluso el vigilante de la mezquita habla inglés, es africano de una ex colonia británica, casado con una colombiana (Diario de Campo, 2015), y aun cuando habla español, resulta más fácil y más cómodo para él comunicarse en inglés.

Las mezquitas funcionan con una junta directiva que manejan las necesidades de la mezquita y toman decisiones administrativas. Ofrecen actividades que ayudan a la perspectiva religiosa, dictan clases de árabe y conferencias (Diario de Campo, 2015), el acceso a carne *halal*<sup>21</sup>, cursos sobre cultura árabe y musulmana, se reúnen para tomar té donde asisten mujeres musulmanas, lo que confirma que es una comunidad, en algunas mezquitas comparten el almuerzo el día viernes. En general buscan relacionarse y tienen buena vecindad con los bogotanos no musulmanes que los rodean, ello ocurre a través de, por ejemplo obras de caridad que hacen como colectivo (Diario de Campo, 2015).

Las mezquitas funcionan como un circuito (Diario de Campo, 2015) en la que, en día viernes, los feligreses donde se encuentren llegan a la mezquita que les queda más cerca. La variación está en el gusto por el contenido del sermón del viernes, donde se encuentra que, a juicio del investigador, en una de las mezquitas más académica, en otra de ellas es más tradicional y en la última es más piadoso- aun cuando todas se refieran a la misma sura<sup>22</sup> que se recuerda en cada fecha. El uso de la lengua árabe es significativo en este uso de circuito. El uso generalizado de la estética propia del arquetipo como el uso de la barba, el uso de mantas análogas al alba propia de la tradición litúrgica católica (Ilustración 15 Formas de vestido- Musulman), el uso de taqiya (el gorro que cubre la cabeza del hombre musulmán), el uso de jata en el cuello o cubriendo la cabeza

---

<sup>21</sup> Categoría de lo sagrado que hace unos alimentos sean posibles de ser consumidos y otros no. Los que no son halal, son haram, es decir no es posible consumirlos, de acuerdo con la tradición. Es una categoría análoga a Kosher en el mundo judío.

<sup>22</sup> Capítulo del Santo Corán.

a modo de manto y a modo de “turbante”, y, en el caso de las mujeres, el uso casi generalizado de hiyab (Ilustración 15 Formas de vestido- Musulman) fuera de la mezquita (ya que es obligatorio en la mezquita) y el uso de vestidos como mantas discretas, más el vestir cubierto y recatado de todas las mujeres es indicativo de unidad de costumbres y se convierte en un diacrítico cultural.



ILUSTRACIÓN 15 FORMAS DE VESTIDO- MUSULMAN'

Como la población de la comunidad es dispersa, es decir, no existe un barrio musulmán, las mezquitas son referente geográfico y punto de encuentro entre ellos. Por lo que las relaciones “comunitarias” que se debieran tener se realizan a partir de grupos afines- entre hermanos y hermanas- en los cuales hay amistad o cercanía (Diario de Campo,2015). Así mismo, las mezquitas funcionan como espacios donde ellos y ellas pueden “ser” con tranquilidad.

La hermandad musulmana se plantea de manera explícita, son todos “hermanos y hermanas” y se refieren entre ellos como “el hermano, la hermana”. En las mezquitas hay de manera permanente acceso al conocimiento sobre temas de interés del Islam a través de libros, folletos, cartillas que pueden tomar libremente o que les son “obsequiados” por miembros de la comunidad que descubren algún interés por el tema a quien lo regalan (Diario de Campo, 2015). Los lugares femeninos y masculinos están marcados de diversas formas, entre ellas por la presencia de solo hombres o de solo mujeres, aun cuando se comparten espacios. En el tema de la oración, hasta un biombo es la manera de marcar el espacio. El uso del adhan de llamada a oración es interno, es decir, solo suena dentro de las mezquitas y marca absolutamente el tiempo sagrado del tiempo profano. Son una comunidad abierta y dispuesta a ser vista, ellos saben que la

sociedad bogotana los ve de diferentes formas, algunas de ellas asociadas a lo que pasa en oriente medio en relación a los movimientos fundamentalistas que generan atentados terroristas, a pesar de ello y por ello abren sus puertas, para intentar derrotar el mito atemorizante que contra ellos existe.

Los niños asisten a los colegios seculares de Bogotá. Algunos creen que los colegios no musulmanes son nocivos,- no ha entrado gente de gran capacidad económica al Islam para hacer rápido un colegio y quieren hacer una madraza, (Escuela Islámica) esto último solo por parte de la comunidad de la mezquita Estambul. La mayoría de las niñas no visten hiyab<sup>23</sup>, esta prenda se considera propia de la piedad religiosa femenina que emerge por convicción, aunque en muchos casos el no uso ocurre para evitar posible discriminación (Diario de Campo, 2015).

En la actualidad se configuran dentro de la estratificación social se ubican en lugares medios, es decir, estratos 3 y 4, con el paso del tiempo podrían ser una elite. El caso de Al Qurtubi es representativo de la comunidad musulmana de Bogotá, lo que habría de esperarse es un crecimiento de la población musulmana. Es posible afirmar que la comunidad musulmana de Bogotá, a pesar de tener iconos representativos en la geografía bogotana, en específico la mezquita Abu Bark, es una comunidad que pasa desapercibida en la ciudad por el número de sus miembros, sin negar que cada día sea más habitual ver mujeres vistiendo hiyabs en la ciudad.

Finalmente, entonces quienes son los miembros de Al Qurtubi, pensado como ejemplo de la comunidad musulmana, son 12 parejas casadas y un promedio de 2 hijos por pareja, podría pensarse en una membrecía cercana a las 50 personas, sin calcular las mujeres en edad reproductiva en lo relacionado a la fecundidad, lo que haría posible pensar en un número mayor de miembros. En analogía con juego de rol, en donde se entra al juego y se asume una personalidad y se sale de él y se vuelve a una personalidad inicial, siendo la salida la que consideramos dominante – “secular”, y siendo la entrada el Islam; se considera que siendo la mayoría de la feligresía colombiana es convertida, les da una abierta facilidad en el sistema de relaciones que entablan con la sociedad local, que, tal como lo afirma María del Rosario García (2007) es la comunidad de Bogotá la que más fácil se adapta a la sociedad “hegemónica”, muestra de ello es, como lo afirman los Sheijs de Abu Bark y Al Qurtubi (Diario de Campo,2015), los niños

---

<sup>23</sup> El velo característico de las mujeres musulmanas, con que cubren su cabeza.

musulmanes de Bogotá asisten a los colegios privados seculares y religiosos de la oferta académica de la ciudad, donde la enseñanza del Islam se vuelve parte de la vida familiar en casa (García,2007:74).

En ese sentido, lo que se encuentra en la comunidad musulmana de Bogotá, es en términos de García “*una comunidad más abierta que está tratando de acercar el Islam al contexto colombiano y busca generar diálogo interreligioso*” (García, 2007:74) que es la postura que se podría considerar general de la comunidad musulmana de Bogotá (Diario de Campo, 2015).



ILUSTRACIÓN 11 TOMADA DE WWW.EL TIEMPO.COM

¿Cómo entender la salud en un grupo social donde la fe es el eje central de sus vidas? desde su afiliación política, o desde su ciudadanía o desde su cultura, o simplemente, desde la fe. Esto significa que para comprender las formas sociales y culturales de cómo las personas y los grupos entienden la salud y la enfermedad, hay que entender las historias del grupo y de los individuos y aquellos elementos en la vida que han marcado las formas de significar y construir prácticas, identidades, las formas de asentamientos, etc.

Para ello, los modelos explicativos permiten entender las construcciones mentales que permiten a los individuos dar sentido a un hecho social. En este sentido, un modelo explicativo hace referencia a las formas sociales y culturales que explican la salud y enfermedad en grupo social determinado. Para diferentes autores estos modelos buscan dar cuenta de las realidades de las poblaciones, de gnosis y etiología culturales, de cómo significan y dan sentido a lo que es salud, un síntoma, una enfermedad y como a partir de estas explicaciones se detonan trayectorias de cuidado. Para Arthur Kleinman (1978) un modelo explicativo busca dar cuenta de las creencias e ideas que las personas tienen en relación al proceso salud enfermedad, aun cuando este concepto ya existía para la explicación de este proceso. Estos modelos se pueden articular dentro de la vida cotidiana o dentro de lo que se ha llamado “los estilos de vida”, esto entendido como la escenificación de los marcos culturales y estructurales de la relación individuo y sociedad. También se pueden plantear que los estilos de vida son un conjunto de acciones dentro de marcos sociales, de lo que las personas hacen en relación con lo que son, lo que son y su trayectoria vital en el marco de la estructura social; es decir, en relación a las relaciones familiares, la división sexual del trabajo, entre otras (Bourdieu, 2007). Igualmente, pueden ser los comportamientos- o las prácticas de los sujetos, como dice Menéndez (2009) como a partir de sus diferencias de género, religiosas, étnicas, y económicas se hace posible que los grupos sociales e individuos se relacionan con sus enfermedades.

Por eso, para hablar de la manera en que se explica la relación salud- enfermedad hay que hablar de las prácticas, las formas de hablar, de vestir, de comer, la arquitectura, la presentación personal, entre muchos otros aspectos que constituyen la teatralización del

mundo cultural y social, en este caso de la salud, de una persona y del grupo. Estos elementos pueden aglomerarse conceptualmente como *estilo de vida*, concepto que puede ser planteado como un espacio estético y práctico, según la definición de Bourdieu (2007), es la relación entre las dos capas que definen el *habitus* – “los condicionamientos asociados a una clase particular de circunstancias de existencia (...) que producen sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructurantes” (Bourdieu, 2007), es decir, la capacidad de producir unas prácticas y la habilidad de diferenciar y de apreciar las mismas (Bourdieu,2007) en la vida cotidiana o como lo define la OMS, (1998), el estilo de vida, es todo lo que se ha dicho que son:

“(...) Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (...) ***no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas***”<sup>24</sup> (1998;27)

Por ejemplo, se plantea como estilo de vida las personas que por opción deciden hacer ejercicio físico de alto rendimiento y asumir un estilo de alimentación que les permita hacer esfuerzos que impliquen la posibilidad de buenos resultados competitivos, el caso de los atletas o de los / las bailarinas que deben mantener un peso ideal, una dieta particular para la realización de su oficio, que puede ser la danza o el deporte. Así mismo es el caso de quien decide optar la vida nocturna festiva y hace consumo de alimentos e ingiere bebidas que hacen parte del ambiente de la discoteca y los bares que frecuenta producto de su actividad profesional, durmiendo poco haciendo poco ejercicio físico pero viviendo con pocos niveles de stress.

Si bien los estilos de vida son constituidos por un campo performativo que da cuenta de lo cultural, al mirar los casos de ciertos grupos sociales y de cómo significa o dan sentido a síntomas, dolencias o a la salud podemos entrever las relaciones entre múltiples formas de pensamiento que se organizan funcionalmente y adaptativamente para darle sentido a la salud - enfermedad. En cuanto a un modelo explicativo, un ejemplo de ello es el pensamiento de la medicina tradicional indígena en el caso Embera Chami, ilustrado por Luis Guillermo Vasco (1985), donde curar la enfermedad implica

---

<sup>24</sup> Negritas mías

poner de acuerdo al ámbito espiritual y físico. Para ello, el paciente debe llevar un vestido especial que es removido por motivo ritual, se baña, se limpia y se vuelve a vestir, durante este proceso se narra el orden que debe ser entre los espíritus del ambiente, los “jais”, y una vez todos los espíritus están en orden, la enfermedad termina.

Así también, Wiesner (2006) ilustra como en el caso de la citología la asistencia de las mujeres se hace en marco de lo reproductivo, explicando la citología como un examen que se realiza cuando hay infecciones relacionadas a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En el caso de mujeres del régimen subsidiado, en espacios de pobreza no se realiza la citología debido a factores culturales como la presión social por parte de los esposos debido al pensamiento que se tiene sobre la región del cuerpo en la que se realiza el examen. Es decir, el cuerpo es significado y pensado como un territorio en el cual se inscriben lo público y lo privado. Hecho que se opone a un pensamiento preventivo donde el control de la enfermedad prima sobre lo privado. Es a través de la cultura que se entienden las formas de atención de la enfermedad “cuyas diferencias radican no solo en el tiempo de técnicas utilizadas sino también en el sentido y el significado cultural con las que se las utiliza” (Menéndez, 2009:50).

En ese sentido, quedaron atrás las historias sobre personajes que venidos de lejos vivían diferente y que reordenaron su vida y recrearon su estilo de vida a las orillas del río Sinú, personajes de origen sirio-libanes, en migraciones datadas hacia 1930 en Santa Cruz de Lorica, donde un reconocido ventero promocionaba su comercio, justo en frente de la plaza de mercado. El musulmán se puede relacionar no solo geográficamente, ni con la llegada de su arquitectura, o con una forma de vestir, llega con una forma de lenguaje y unas prácticas estéticas, políticas, nutricionales que modifican la cotidianidad bogotana. Dentro de este proceso llegan no solo los migrantes extranjeros, sino también “llegaron” los conversos; es decir, personas provenientes de “Bogotá”, de “Colombia” que migran a unas nuevas formas prácticas en las que empiezan a sentir extrañeza producto de pertenecer a esta nueva “comunidad imaginada” (Anderson,1991) que construyen en el hacer diario, por eso es pertinente decir que se trata de otra forma migratoria donde van a un “destino” que los configura como “otros” en el orden social en el que viven.

Esta forma de migración, la que se da por un cambio de lugar geográfico como la que se da a partir de la conversión, son formas de desarraigo. Si bien la migración es una

fuentes de “transporte” de enfermedades a un territorio y para ello está el Reglamento Sanitario Internacional que determina qué hacer en estos casos, también es cierto que para el caso del Islam en Bogotá se trata de un cambio de relaciones sociales que suponen una novedad para quienes la practican y pueden desencadenar enfermedades en el nuevo sistema de relación con el entorno.

En el centro de Bogotá se adapta un espacio para una *musalla* y lograron para ellos un espacio más donde vivir su cultura y su fe. Los *hiyabs* fueron apareciendo en una ciudad donde las únicas que se cubrían la cabeza y el cabello eran las monjas, empezaron a hablar una lengua que sus acentos y pronunciaciones quedaron retratadas en la pícaro narración de David Sánchez Juliao.

*“Don Abraham Al Humor, brubietario, Sólo El Barata de don Abraham Al Humor la vende: telas de la mayor marca, artículos bara el hugar y zabato axtranjero amburtado bur la aduana o bur Banamá. Sin discriminación don Abraham lo atiende mayor. Atandemos igual al indio flojo, al negro bícaro o al blanco cuntrabandista. Sanior, saniora, si no buede venir, anvíe a su ninio, que la atendemos igual, y gasta menos zabato”* (Sánchez Juliao, 1981).

Poco a poco fueron creando otras formas de vida y otros sistemas de creencia, y los sirio- libaneses y palestinos que llegaron a Colombia se hicieron parte de la sociedad bogotana, como lo afirman Vargas y Suaza (2007) y lograron mediante nacimientos y conversiones hacer adeptos a su fe. Pero no solo es una cuestión de fe, no se trata de empezar solo a leer el Santo Corán, de buscar en un mapa La Meca y dirigir una brújula y calcular a cuantos grados en dirección oriental se debe girar el cuerpo para postrarlo para la oración, no se trata solo de asistir y de escuchar a un especialista religioso nacional o extranjero, las mujeres y los hombres musulmanes bogotanos asumen un sistema de relaciones sociales nuevo, unas nuevas costumbres, una nueva percepción sobre el cuerpo y sus relaciones, una nueva identidad donde ser bogotano, ser hombre y ser mujer cobran un nuevo sentido.

LOS PROCESOS DE CONVERSIÓN: DE VUELTA A LA FE PRIMERA.

Para los musulmanes la conversión es producto del proceso de *dawa* (divulgación del Islam) sin embargo no se piensa como una forma de “conversión” sino como una



“reversión”, es decir, volver a la fe primera, ya que la única fe es el Islam. Es volver a la fe por que se piensa desde el sentido de que Abraham, el padre en la fe de los judíos, de los cristianos y de los musulmanes, fue obediente a la voluntad de Allāh, él acepto lo que Allāh le proponía en su vida, se sometió a la voluntad de Dios, es decir, fue “*muslim*”, por lo cual, todos quienes acepten y sean obedientes a la voluntad de Allāh, son “*muslim*”, por ende aceptan la fe del profeta Muhadma (la paz sea con él) y quienes imitan su aceptación de la voluntad de Allāh también son “*muslim*”, por lo que todos quienes acepten el Islam están imitando a Abraham y al imitar a Abraham, están siguiendo al profeta, y eso es volver a la fe primera, es volver al Islam (Diario de Campo,2015).

La aproximación al Islam es primero una reflexión personal sobre la fe, y la fe son unas serie de prácticas y de símbolos que se escenifican, se hacen prácticas observables a través de un estilo de vida, tal como lo plantea Glifford Geertz cuando afirma “la religión como ideología” en donde la religión es un “sistema de símbolos” para formular concepciones sobre el orden de las cosas en relación a la existencia (Geertz, 2006:89) en el cual se da cuenta de un “estilo de vida”. El “estilo de vida” deviene de esa “religión como ideología” que, según Geertz (2006) implican unas preferencias morales, unas motivaciones claras y concretas en el marco de procesos culturales instituidos- roles- que se manifiestan mediante conductas públicas, en un marco de sentido, en el que los símbolos religiosos- como los sociales en el marco de una ideología- plantean “el orden de las cosas”.

Así, los cuestionamientos devienen a hacia la sociedad nacional, los revertidos no encuentran porqués claros para pertenecer a la Nación, uno de ellos afirmó que se trata de “hombres gobernando hombres” pero no encuentra un comportamiento claro en un país mayoritariamente católico que refleje tal mayoría.

*“Tomar, bailar, fornicar, eso da mucho dinero, si el Islam entra a Colombia todo el dinero de este tipo de prácticas, las ganancias ¿a quién irían?(para él, el enredo es económico) todo el asunto de las fiestas que coincide con las fechas religiosas y las borracheras” y el cómo se comporta la gente en las fiestas religiosas del catolicismo, le parece que es incoherente, le parece que no conduce a Dios (Entrevista; 29/05/ 2015- Diario de Campo 2015)*

Ninguno de ellos y ellas no son ateos, ni escépticos de tiempo atrás, todos son personas creyentes nacidos en el catolicismo, que se presume es la religión propia de la sociedad colombiana. Aun cuando uno de ellos fue monaguillo, es decir, cumplió el rol de ayudar en el presbiterio al sacerdote que oficia la eucaristía y una de ellas optó por ser monja del colegio en el que estudiaba, sin embargo, *“tuve muchas dudas sobre este tema y desilusiones con la iglesia, dado el comportamiento poco ético que vi en la misma congregación del colegio, así que decidí iniciar una carrera profesional. Pasó el tiempo y me alejé del todo de la decisión de ser monja y de la iglesia”* (Entrevista; 18/07/2015) esgrimen motivos morales en cuanto a la práctica para justificar el proceso de conversión al Islam.

En los procesos de búsqueda de sentido en el marco de una ideología religiosa todos apelan al conocimiento como una manera de informarse sobre “la verdad”, buscan primero sobre su propia fe. Muchos de ellos inician buscando sobre la historia de la iglesia, encuentran la historia de los concilios y confirman su desilusión. En otros casos, el papel del conocimiento juega hacia una forma de inmersión en sistemas de creencia que puedan ser una opción verdadera o que tenga elementos que puedan ser llamativos, *“en la universidad tuve diversas invitaciones a iglesias cristianas. Al final fui a una en el norte de Bogotá, muy reconocida. Asistí cerca de 6 meses o más, pero nunca de manera constante (...) pensé en otros caminos, como el budismo, el yoga, la meditación (...) Decidí viajar a India. Allí viví cerca de 5 años, pero no seguidos, sino que iba y volvía”* (Diario de Campo, 2015).

La búsqueda se da en la pesquisa de elementos lógicos que le permitan creer a la persona, buscando conductas que desde una moral personal se pueda afirmar que son “buenos” y encuentren elementos con los cuales se puedan identificar. En otros casos las búsquedas ocurren por que encuentran en su historia personal un evento o una persona que las liga con el Islam, y deciden explorarlo. Una de ellas afirma que la *dawa*, pese a que su madre es católica, lo hizo su misma madre ya que en opiniones negativas frente al Islam despertó la curiosidad y la hizo conectar algo de su pasado y en la lectura del evangelio, más la lectura del Corán y tuvo la posibilidad de comparar las narraciones, sintió más sentido en el Corán y termina por afianzar en su conocimiento de él.

El deseo del conocimiento sobre el Islam también surge de conocer personas que se consideran “coherentes”, “conoció *mujeres musulmanas, hombres musulmanes, asistió a una fiesta invitado por uno de ellos, y desde entonces surgió su curiosidad. En la universidad en la que estaba pudo investigar y sacar toda la información que pudo sobre el Islam*” (Diario de Campo, 2015) Descubren prácticas sociales que, en contraste con la sociedad en la que viven, parecen diferentes, y buscan indagar por qué esas personas se comportan de esa manera, “*mi atención se despertó por una razón simple: dos mujeres de Eritrea eran mis compañeras de clase, profundamente religiosas y su comportamiento jamás lo había visto en otro ser humano. Eran impactantes. Únicas. Yo las observaba mucho porque eran impecables personas en sus modales, ética, moral*”. (Entrevista; 18/07/2015). La identidad se construye cuando “quieren ser como ellas”, cuando descubren en su modo de ser y de estar unas son ruptura con la sociedad mayoritaria, por lo que ser como ellas implica asumir nuevas prácticas sociales, “*Y entendí que su manera de ser se la debían a la religión*” (Entrevista; 18/07/2015) y la manera de hacerlo es indagar sobre el nuevo sistema de creencias, sobre las prácticas que hacen posible ese comportamiento y plantearse la posibilidad de configurar una nueva identidad al respecto de estas nuevas formas de ser y de estar.

Las conversiones no son un evento inmediato, son procesos que llevan años de estudio en el que buscan leer “*sobre Islam con ojo crítico y serio. Jamás hallé error, mentira o corrupción en esta religión. Lo que me llevó a entender que era la verdad fue su cercanía con la ciencia y la variedad de milagros científicos y que en el Islam no hay pregunta sin respuesta*” (Entrevista; 18/07/2015) en busca de que el nuevo sistema de creencias no se parezca o no contenga los motivos que hicieron posible la salida del anterior sistema de creencia.

En realidad lo que está ocurriendo es, más allá de cambiar de credo, de salir de un colectivo religioso a otro -asunto del que no me ocuparé por tratarse de un tema teológico- es un cambio en el estilo de vida ya que hay un cambio en las prácticas propias de cada sujeto en su colectivo, donde el sistema cultural de salida luce indefinido, abstracto, ilimitado, frente a un estilo de vida basado en unas prácticas que, por el contrario, se vuelven más concretas, dando cuenta que la religión como ideología produce actos culturales observables, amparados en una estructura de sentido, que hacen posibles tales prácticas que son las que están en el cuerpo, interiorizadas ya, que entran

en tensión cuando un médico o un profesional de la salud sugiere una forma de tratamiento, es la religión como ideología, es la práctica (Geertz,2006:89-92).

La conversión resulta un cambio de hábitos dietéticos, una forma diferente de llevar el cuerpo, otras maneras de relacionarse con el entorno, implica asumir nuevas disciplinas que van desde levantarse al alba para la oración y empezar a mantener el ayuno, estos cambios afectan el cuerpo, afectan el bienestar mientras el cuerpo los asume como propios, por ello los procesos de conversión son periodos largos de tiempo en el que las personas van asumiendo por opción de fe cada uno de los gestos religiosos que realizan como parte de su creencia.

#### LA EXPERIENCIA DE FE EN EL ISLAM: ASPECTOS CLAVES

La tradición remite al pasado, se supone que la tradición es la repetición de las prácticas antiguas, según dice Arevalo (2004), “la tradición, de hecho, actualiza y renueva el pasado desde el presente. La tradición, para mantenerse vigente, y no quedarse en un conjunto de anacrónicas antiguallas o costumbres fósiles y obsoletas, se modifica al compás de la sociedad, pues representa la continuidad cultural” (2004:926). La tradición y la costumbre se transforman, pero actualizan la vida, actualizan la sociedad y hacen posible el hoy.

De acuerdo Marvín Harris (1995;4), la cultura es “el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos de primera mano, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar” (es decir su conducta) y según ella (...) define la sociedad como un “grupo de personas que comparten un hábitat común y que dependen unos de otros para su supervivencia y bienestar”, por ello hablaré de la dieta, de la higiene, de las formas de vestir y de pensar el cuerpo de los hombres y de las mujeres y las interacciones entre musulmanes y no musulmanes a través de la manera en que se vive la sunna y tratare de extraer la concepción de cuerpo que a partir de la sunna se enuncia (Diario de Campo).

Hablar de cuerpo en el Islam es fundamental ya que es un cuerpo difícilmente divisible porque no es un cuerpo que transcurra por momentos, por facetas, sino es un cuerpo que siempre es uno, siempre orante, siempre introspectivo, que vive la tradición, la dieta, la higiene, el vestido, la salud, la reproducción, etc. como una sola dimensión de la vida: la fe. Es un cuerpo que no se toca, que no se mira, con el que no se interactúa, ello visto en

los gestos más sencillos como el saludo entre hombres y mujeres, no se saludan de mano y mucho menos con un frote de mejillas, es un cuerpo íntimo, es un cuerpo al que no se le sostiene la mirada, es un cuerpo que no admite cercanía sino de sus congéneres, y a pesar de ello es un cuerpo social cuya distancia solo se rompe en virtud de la exogamia de manera definitiva, porque en el Islam no hay noviazgo, por lo cual no hay lugar a “indignidad”, solo formas definitivas de acercamiento que implican la creación de un nuevo núcleo familiar.

#### EL DESAFÍO DE COMPRENDER LA COMUNIDAD MUSULMANA A PARTIR DE LA *SUNNA*

La *Sunna* es la tradición consuetudinaria musulmana que se compone de la *sunna* propia del Corán, el Fiqh y a partir de estas la *sharia*. La *sunna* incluye la práctica de la oración, la realización de ejercicio físico, las formas en que se da el descanso, la alimentación, la vida marital, etc., por lo cual es la base de las relaciones sociales de una comunidad musulmana, en el sentido ideal, por ello, comprender la *sunna* es comprender el Islam y el comportamiento de los musulmanes.

La tradición define el matrimonio, la herencia, el divorcio, los derechos y los deberes de los hombres, donde se destaca la manutención del hogar, los derechos de las mujeres de los cuales se puede inferir que el Islam es un matriarcado donde la mujer es tratada como una joya - en el sentido literal- en una forma no comprendida por el mundo no musulmán, de discriminación positiva.

Parte de ello es el uso del hiyab y la práctica de la *sunna* para los hombres y para las mujeres. El hiyab lo usan las mujeres como producto y resultado de la fe, usar el hiyab no es obligatorio, sino producto de la experiencia personal y cubrir la cabeza es parte de la devoción que ellas van asumiendo en el Islam, cuando se usa suele ser una decisión trascendental y a veces lo usan por temporadas, por lo menos en la comunidad musulmana de Bogotá (Diario de Campo, 2015).

En el Islam no hay “noviazgo” ni relaciones sexuales pre-maritales, al punto que “yo le conozco el cabello (a mi esposa) el día de la luna de miel” (Diario de Campo, 2015). Algunas de las mujeres entrevistadas están casadas con hombres de origen árabe nacidos en el Islam. A simple vista se podría decir que la *sunna* para las mujeres es puesta en práctica de manera más estricta que la *sunna* de los hombres, sin embargo es la misma tradición. El Corán dice:

*“Y diles a las creyentes que recaten sus miradas, se abstengan de cometer obscenidades, no muestren de sus adornos más de lo que está a simple vista, [como lo que usan sobre el rostro, las manos y las vestimentas] a sus maridos, sus padres, los padres de sus maridos, sus hermanos, los hijos de sus hermanos, los hijos de sus hermanas, las mujeres esclavas, sus sirvientes que no tengan deseos sexuales y los niños que todavía no sienten atracción por el sexo femenino, y [diles también] que no golpeen con los pies al caminar para que no se escuche el sonido de sus ajorcas” (24:30).*

*“ Oh profeta! Dile a tus mujeres, a tus hijas y a las mujeres de los creyentes que se cubran [todo el cuerpo] con sus mantos; es mejor para que se las reconozca y no sean molestadas” (32:58)*

Si bien está reseñado para las mujeres, también los hombres deben ser recatados en la mirada, y deben vestir cubiertos lo suficiente, motivo por el cual muchos hombres en los países musulmanes usan mantas con cuello de casaca, igual que las comunidades visitadas durante el trabajo de campo. También los hombres van cubiertos en la cabeza, muchos llevan *hata* y la llevan trajeada como un *hiyab*, de igual manera no le sostienen la mirada a otras mujeres que no sean su esposa y mantienen posturas corporales de recato (Diario de Campo, 2015) que generan identidad de comunidad.

*“El cuerpo islámico cubierto, en cambio, declara su orientación a la trascendencia, mientras que la uniformidad de la indumentaria elimina las diferencias de clase y subraya la importancia de la comunidad por encima del individualismo occidental” (Armstrong, 2014:186).*

Estas prácticas lucen dispares a la sociedad nacional teniendo en cuenta que la cultura dominante es pretendidamente secular, sin conocer que el cristianismo sugiere mantener posturas corporales similares. Finalmente, ser específico sobre quien puede ver la desnudez del “otro”, se destaca de las conversaciones con mujeres que sólo ellas pueden ver la desnudes de sus esposos y viceversa (Diario de Campo, 2015), por lo que la atención debe ser en el sentido de que la única persona del sexo opuesto que puede ver la desnudes de un hombre o de una mujer es su cónyuge, por lo demás solo podría ser vista por personas del mismo sexo, ojalá que sea musulmán. Esta consideración se

aplica dentro de la familia con mayor o menor flexibilidad para los niños y niñas en el marco de los cuidados.

De esta manera queda explícito, de manera gruesa, la inspiración coránica que fundamenta el modelo explicativo del Islam. De aquí en adelante las prácticas en la atención médica se fundamentan en la regulación del Corán, que regula la vida misma de las personas en su día a día y como quedo claro arriba, da cuenta de lo comestible, de lo no comestible, el vestido, las relaciones con el sexo opuesto y la etiqueta del comportamiento.

#### DOS EJEMPLOS EN LA VIDA COTIDIANA DE LA RELIGIÓN EN SALUD: DIETA E HIGIENE

De acuerdo con Marvin Harris (1999) los sistemas dietéticos no son solo un asunto espiritual, son ante todo un problema práctico explicado en este caso por la fe, así, el mundo hindú no consume carne vacuna, “los hindúes veneran a las vacas porque son el símbolo de todo lo que está vivo” (Harris, 1999:10), ello explica el extremo vegetarianismo de los habitantes de buena parte de la India y los altos índices de desnutrición que allí existen por la falta de proteína animal. Así mismo, la comida *kosher* en el mundo judío es también un sistema dietético que basa el consumo de alimentos en lo sagrado, según el libro del Levítico. Así, lo permitido para comer hace parte de una vivencia religiosa, por lo cual no se pueden comer alimentos que tienen un *ethos* que no es el judío, como el cerdo que es holgazán, o como las aves de rapiña, o los cefalópodos, etc. así también, la cocción de los alimentos implica incluso normas como la prohibición del incesto, “no cocinaras el cabrito en la leche de su madre” según el libro del Deuteronomio. Así, la dieta no solo es una forma sistemática de escoger unos alimentos, bajo unos parámetros para ser consumidos, es ante todo, como dice Jack Goody (1995) una forma de promover la “comunidad entre hermanos y refuerza los lazos comunes”, y fortalece las “obligaciones mutuas” (Smith; Sf en Goody; 1995). Así mismo los estilos de vida, como dice Bourdieu (2012) “devienen sistemas de signos socialmente calificados”, que es lo que se espera de los musulmanes.

La tradición musulmana en cuanto a los conocimientos curativos es rica, las dietas, los emplastos, las formas de usar los alimentos para la curación. La dieta *Halal*, lo permitido para ser comestible según el Islam, esta contenido a partir de lo escrito en el

Corán, en la Sura de la Vaca<sup>25</sup> que afirma “*oh humanos! Comed de lo bueno y licito en la tierra y no sigáis los pasos de satanás (...) Se os ha prohibido [beneficiaros de] la carne de animal muerto por causa natural, la sangre, la carne de cerdo, la del animal que haya sido sacrificado invocando a otro nombre que no sea el de Allah*” (2; 167-172). De igual manera el Corán incluye el ayuno, en la Sura de la Vaca, aleya 182 “*Oh creyentes! Se os prescribió el ayuno al igual que a quienes os precedieron para que alcancéis la piedad*” y en las aleyas siguientes se especifica guardar los “días contados” -el mes de Ramadam- y los casos en que se puede no ayunar. Finalmente la aleya 218 de la Sura de la Vaca afirma que están prohibidos los juegos de azar y el consumo de alcohol.

En la práctica común sobre el no consumo de alcohol, plantea el Corán, que cualquier bebida embriagante es nociva y todo lo que haga perder la conciencia de sí, como las sustancias alucinógenas. Frente a la dieta *halal*, los animales que los musulmanes consumen deben ser sacrificados en nombre de *Allah* análogamente a las reglas de kashrut judías- es decir, el animal debe estar tranquilo en el momento del sacrificio ya que estos generan sustancias que pueden ser nocivas para la salud o que malogran la carne – en términos de lo sagrado- producto del estrés que genera esto para los animales, además, el animal debe ser degollado. En la actualidad la empresa de Colanta es una de las fuentes de carne Halal, otra de las fuentes de carne y comida halal es la marca “Qualite” que se puede adquirir en los almacenes Jumbo. Se hizo una lista de mercado propia de la canasta familiar con unas condiciones económicas medias de acuerdo con la información brindada por el informante durante el trabajo de campo exploratorio, en la que estuvieran los alimentos más comunes de una canasta familiar media, propia de la ubicación social de la comunidad musulmana de Bogotá y él informante señaló cuales alimentos son halal y cuales son haram (prohibidos o no aptos para el consumo).

---

<sup>25</sup> Se cita “2; 167” por que corresponde al número de la Sura y la aleya- tal como en la citación cristiana.



**TABLA 3 ALIMENTOS HALAL- HARAM**

| Marque con una "X" lo que es Haram |    |                             |    |                     |    |                  |    |             |    |
|------------------------------------|----|-----------------------------|----|---------------------|----|------------------|----|-------------|----|
| Filete                             | X  | Mermelada                   | ok | Café                | Ok | Pasta De Tomate  | ok | Zanahoria   | ok |
| Jarrete                            | X  | Jugos                       | Ok | Te                  | Ok | Mayonesa         | ok | Remolacha   | ok |
| Pecho                              | X  | Pollo Entero                | X  | Pan                 | Ok | Polvo Hornear    | ok | Brócoli     | ok |
| Punta De Palomilla                 | X  | Viseras De Pollo Y Mariscos | X  | Harina De Pancake   | Ok | Frijoles         | ok | Naranjas    | ok |
| Rincón                             | X  | Pechugas                    | X  | Huevos              | Ok | Lentejas         | ok | Manzanas    | ok |
| Carne Molida                       | X  | Hamburguesas De Pollo       | X  | Cereales            | Ok | Arvejas          | ok | Uvas        | ok |
| Babilla                            | X  | Nuggets                     | X  | Avena               | Ok | Sopas Enlatadas  | ok | Peras       | ok |
| Pulpa Blanca                       | X  | Corvina                     | ok | Crema               | Ok | Sopas De Paquete | ok | Papaya      | ok |
| Costillas                          | X  | Calamares                   | ok | Maicena             | Ok | Harina           | ok | Mango       | ok |
| Bistec De Cinta                    | X  | Pargo                       | ok | Gelatina            | X  | Arroz            | ok | Fresas      | ok |
| Lengua                             | X  | Camarones                   | ok | Pudin               | ok | Leche            | ok | Melones     | ok |
| Mondongo                           | X  | Conchuelas                  | ok | Aceites De Cocina   | Ok | Mantequilla      | ok | Limones     | ok |
| Chuletas                           | X  | Mero                        | ok | Sal                 | Ok | Yogurt           | ok | Melocotones | ok |
| Sardinas                           | ok | Jamón                       | X  | Azúcar              | Ok | Helados          | ok | Papas       | ok |
| Jamoneta                           | X  | Salami                      | X  | Condimentos         | Ok | Queso            | ok | Apio        | ok |
| Salchichas De Res                  | X  | Pepperoni                   | X  | Salsas Para Cocinar | Ok | Lechuga          | ok | Habichuelas | ok |
| Salchichas De Pollo                | X  | Mortadela                   | X  | Vinagre             | Ok | Repollo          | ok | Cebolla     | ok |
| Chorizo                            | X  | Tocino                      | X  | Mostaza             | Ok | Tomate           | ok | Ñame        | ok |
|                                    |    | Cubos De Carne Y Pollo      | X  | Ajo                 | Ok | Coliflor         | ok | Plátano     | ok |

El único alimento del cual no queda claro su condición de *halal* o de *haram* es el queso, del cual se intuye que no tiene problema ya que el yogurt no genera debate sobre su elaboración, pareciera que cae en una categoría neutra como lo *parve* en el marco judío, en donde los alimentos también pueden ser neutros. Lo verdaderamente *haram* del

queso es la manera en que se hace y se logra cuajar la leche, ya que algunas veces lo hacen con partes del cerdo.

En términos generales las restricciones dietéticas parecen pocas, sobre todo si se tiene en cuenta que las frutas todas están permitidas, igual que los vegetales, las especias y las bebidas como el chocolate, el té y el café, los huevos a pesar de su condición biológica, y los alimentos de mar como los camarones, que para los judíos están prohibidos por ser cefalópodos. Las restricciones dietéticas se rompen solo por motivos extremos, la locución “Dios sabe que se tiene la mejor intención” es común en los casos que queriendo cumplir la sunna no se puede porque no hay alimentos disponibles que sean halal, por lo que el Islam contempla que solo si la vida está en juego se pueden romper las normas, ya que para ellos la vida humana es lo más importante.

Los verdaderos reparos están en el cómo se hacen o cómo se procesan los productos que están en el mercado, es el caso de las ya mencionadas gelatinas, de algunos medicamentos que tienen alcohol o que contienen aglutinantes o productos que pueden ser del cerdo, muchas veces estas realidades se pasan por alto porque es muy difícil tener conocimiento específico de las formas de procesamiento de los alimentos, de los productos que se emplean para que los productos finales sean los que el mercado ofrece, por lo que las restricciones en el marco de lo cotidiano se reducen aún más.

El caso particular es sin duda el mes de Ramadam. El mes de Ramadan, el mes nueve del calendario lunar y tiempo en que el Profeta – la paz sea con él- le fue revelado en Corán, por lo que implica, de acuerdo a los deberes religiosos un ayuno riguroso desde el alba hasta el ocaso, por lo que los musulmanes hacen ingestas abundantes de alimentos durante la noche, para poder compensar el ayuno diurno, estas comilonas suelen ser espacios de encuentro de carácter festivo en el que se reúnen para compartir el mes y tienen un profundo sentido espiritual. El Ramadan, de acuerdo con la *sunna*, se sigue de acuerdo a lo escrito en el Corán en la Sura de la Vaca en las aleyas 183 a 186, en las que regula el ayuno. Dice el Corán:

- No ayunará quien esté enfermo y/o de viaje – deberá reponer después los días de ayuno.
- No ayunan en ramadán las mujeres menstruantes y/o que estén en puerperio,
- Se debe usar el siwack (una rama que se usa para el cuidado dental)
- Mantener abstinencia sexual durante el mes de ramadán,

De acuerdo con la prohibición, no se busca poner la vida en peligro o en apuros a las personas, por eso, las prohibiciones solo deben ser guardadas en total condición de “normalidad”, procurando la pureza corporal. Las mujeres menstruantes, las personas que se masturban, las personas que vomiten, o que rompan el ayuno de cualquier manera, deberán reponer el tiempo de ayuno una vez se encuentre en un estado de salud que se los permita, a través de actividades que podríamos decir, en términos de Durkheim (2003) se llaman piaculares o que implican actos de piedad, como el ayuno o actos de caridad, todo lo anterior se fundamenta en la cita coránica en la que se expresa que los deberes religiosos no deben generar incomodidad: *“Allah desea facilitaros las cosas y no dificultáros las; engrandeced a Allah por haberos guiado y así seréis agradecidos”* (2, 184).

Las personas que están tomando algún medicamento durante el mes de ramadam, suelen invertir el horario que determina la periodicidad del medicamento para que durante el tiempo de sol no consuman ningún alimento. Organizaciones como la Red De Grupos De Estudio Sobre Diabetes (Red GDPS<sup>26</sup>) tiene en su página web las indicaciones que debe seguir una persona diabética durante el mes guardando el ayuno. De acuerdo con esta organización, las personas que no deben seguir el ramadán y que está en la línea con lo que es sunna son: insulinizados, con mal control metabólico, con infección intercurrente, con complicaciones crónicas, lactantes, mujeres con diabetes gestacional y ancianos (Red GDPS, 2015), ello confirmado por “Maria” quien es enfermera y guía en estos aspectos a sus compañeros, incluso ella prescribe las dietas para personas que tienen enfermedades crónicas, de la misma manera “Claudia” afirma que no se trata solo de los diabéticos, sino en general, las personas se adaptan para poder celebrar ramadam mediante la inversión de los horarios de los medicamentos.

En el mundo moderno la higiene, definida como “conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas” (PAHO)<sup>27</sup>, es sin duda un problema de salud pública por las implicaciones que ella tiene la generación y transmisión de enfermedades, como el cólera, que se previene con la práctica de la higiene.

---

<sup>26</sup> <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=466>

<sup>27</sup> Definición en : <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/entornosdocente/unidad6.pdf>

Alrededor del cuerpo y las prácticas morales, es muy importante la higiene en el Islam, desde el uso del siwack- una rama pequeña para lavarse los dientes- para la higiene dental durante el mes de Ramadam hasta las abluciones propias de la purificación para la oración. Dentro de las practicas que están planteadas por el Corán y que los musulmanes viven está la de comer y beber con mesura (7; 31), lavar las manos antes y después de comer, lavar los dientes, la circuncisión, la depilación del vello púbico, la depilación de las axilas, el recorte del bigote y el corte de las uñas (Diario de Campo: 2015).

En casos extremos el Corán afirma que la manera de “purificarse” si no encuentran agua cerca, porque están de viaje o están enfermos deben “recurrir a tierra limpia y pasáosla por el rostro y por las manos” (5; 6). Durante las purificaciones rituales se deben lavar la cabeza, la nariz (dentro y fuera), las manos, los pies, los ojos, las uñas y la boca. Si hubiesen tenido relaciones sexuales deberían también limpiar el área genital (Diario de Campo; 2015). La higiene no solo se ve en el cómo se asean las partes del cuerpo, también en cómo se usa este para temas tan sencillos como “ir al baño”. El uso de la mano derecha y de la mano izquierda representa lo limpio, lo agradable, lo positivo, lo negativo, lo desechable, lo no deseado, respectivamente.

**TABLA 4 LATERALIDAD-HIGIENE-ISLAM**

| <b>Uso de las lateralidades del cuerpo<sup>28</sup></b> |  |
|---|--|
| <b>Derecha</b>  | <b>Izquierda</b>                               |
| Comer   | La higiene del cuerpo como sonarse, limpiarse, |
| Levantarse  | Entrar al baño                                 |
| <u>Los cuidados de salud<sup>29</sup></u>               | Desvestirse                                    |
| Se duerme   | Descalzarse                                    |
| Se ponen los zapatos,                                   | La limpieza de las “partes íntimas”            |
| Se saluda a las personas                                |  |

La mano izquierda es considera privada en tanto que esta es la mano de lo íntimo, del cuerpo, de esta manera la higiene se aplica ya que la permanente purificación como el lavado de las manos, el lavado bucal, la higiene nasal, permite y exige una vida

<sup>28</sup> Se completó la información del diario de campo con la consulta de la página web [https://www.protocolo.org/internacional/paises\\_rabes/etiqueta\\_social\\_la\\_mano\\_derecha\\_y\\_la\\_mano\\_izquierda\\_en\\_los\\_paises\\_Islamicos.html](https://www.protocolo.org/internacional/paises_rabes/etiqueta_social_la_mano_derecha_y_la_mano_izquierda_en_los_paises_Islamicos.html)

<sup>29</sup> Subrayado mio.

cotidiana que podría decir saludable. También los utensilios lamidos por animales deben ser “purificados”.

Lo puro y lo impuro, lo apto para el consumo y lo no apto para el consumo están el marco del cuerpo sacro, que cumple los preceptos, debe ser sagrado todo lo que ingresa a él por qué si fuera impuro se desacraliza, esto pensado en términos de lo planteado por Frazer (1981) y Douglas (1975) en cuanto lo puro cuando se mezcla con lo impuro, queda impuro, lo que en el marco del cuerpo vivido para Dios debe ser apto y la única forma posible es la pureza que más que ritual, en el Islam es cotidiana por que como se dijo cuándo se habló de la conversión, la vida es hacer la voluntad de Dios ,es decir, ser “Muslim”.

Así, las concepciones sobre la higiene, y los cuidados conforman la “experiencia ordinaria del mundo social” que es una forma de conocimiento (Bourdieu, 2012:2002) que se expresa en los símbolos como el vestido, el lenguaje o la hexis corporal, pero sin duda alguna para Bourdieu, en la alimentación, y este es el caso del Islam y son a su vez una forma de explicar su realidad y su corporalidad. De las costumbres por ellos mencionadas, hay que decir desde ya que se trata de los diacríticos culturales, en los términos de Bonfil Batalla, en particular a los elementos, rasgos, costumbres (Bonfil, 1989) que comparten entre ellos, la feligresía bogotana que asiste a las mezquitas. Las leyes higiénicas, la forma del consumo de alimentos, la forma de vestido y de manejo del cuerpo, son características encontradas en las tres mezquitas, en las que, de mezquita en mezquita la forma de comportamiento es la misma, la variación está en “la piedad” con la que estas se realizan, unos más férreamente que otros. Los esfuerzos por mantenerse en la aplicación y la vivencia de la sunna no son solo el consejo moral entre hermanos sino la manera de mantener la unidad grupal, la barba en la cara de los hombres y el hiyab, incluso, la naturalidad al saludar y el uso del árabe como lengua sagrada, son formas de reafirmación cultural aunque su móvil sea la devoción, son diacríticos culturales, alguien que los viera a solas podría pensar, como afirma Berger y Luckman (2012), que todos actúan así.

De acuerdo con Suarez (2008:50) y Abadía (2010) las trayectorias de cuidado pueden ser pensadas como “(...) los recorridos cotidianos que construye un individuo para buscar soluciones a sus problemas de enfermedad, conformando procesos y trayectorias de respuesta frente a ésta, de acuerdo con los diferentes contextos en los que se puede presentar (...)” dependen de las realidades socioculturales que dan sentido a las prácticas sociales que los conforman. Además, se pueden pensar bajo un contexto de una doble performatividad: la del sistema y la del individuo. En ambos casos se inscriben dentro de una relación continua entre el cuerpo individual y el cuerpo político de la sociedad.

Ir al médico, desde el sentido común, parece un evento cotidiano que por momentos carece de importancia; es un evento más, sobre todo para las personas que viven situaciones de enfermedad o sencillamente porque ya es común ir al médico a tener “chequeos” periódicos que permitan constatar el buen estado de salud de quienes asisten a atención médica. Estas trayectorias se inscriben a través del cuerpo y en virtud de él se vive de manera diferente, siguiendo a Nancy Shepper Hughes et al (1987), hay que decir que el cuerpo que tenemos aquí, no es un cuerpo anatómico, en este caso tenemos al cuerpo como medio experiencia que vive la salud y la enfermedad, es además es un cuerpo social que asume al Islam como una manera de significarlo y es un cuerpo político que es regulado, intervenido en relación con los códigos sociales y científicos que lo modifican y que implican en la solapa de conceptos un solo cuerpo, en él recaen los poderes y es modificado como cuerpo social en el marco de una identidad: Ser musulmán.

Aquí es pertinente plantear la pregunta ¿cómo es pensada la corporalidad de las mujeres en el marco de la identidad musulmana desde la sociedad nacional?, frente a ello Frantz Fanon (1966) afirma “por médico que sea sigue siendo árabe” (...) “volvedle a su naturaleza y de nuevo galopará por el desierto” en donde se piensa al musulmán como un eterno salvaje, desde el pensamiento eurocentrico. Cuando “Luisa” se convirtió, cuenta ella (Entrevista 13/06/2015), que muchos de sus amigos, sobre todo los que hacían parte del ámbito directivo al que ella pertenecía en ese momento, le hicieron saber su descontento, porque para ellos ser mujer musulmana era aceptar la dominación,

la sumisión, la pérdida de los “derechos” que las mujeres en “occidente” habían logrado con las luchas feministas.

Son las mujeres las que acceden al quehacer del acceso al sistema de salud, finalmente el cuidado es un asunto femenino ya que sin ellas los órdenes sociales como la alimentación, la familia, la crianza y la masculinidad dejarían de tener sentido. La anécdota coránica es significativa (Diario de Campo; 2015) cuando, en una hutba uno de los sheijs recuerda que cuando el profeta - *la paz sea con él* - sintió la primera revelación del Corán, el miedo lo invadió y en vez de comentarlo con su círculo masculino más cercano, acudió a su esposa quien fue quien le quito el miedo y le animo a seguir adelante con la empresa que *Allah* le había concedido. Así pues, son las mujeres las encargadas de manejar el alma del *oikos*- el hogar, lo íntimo y de hacer que el núcleo social del Islam funcione. Todo inicia con una llamada a la IPS a la que se está afiliado, ellas como cualquier afiliado, llaman a solicitar una cita médica a sus EPS y cuando lo hacen buscan que las condiciones mínimas que ellas puedan controlar se den, es decir, que si va a solicitar cita médica para sus esposos que el médico que lo atienda sea hombre, o si es para ellas o sus hijas que el médico que las atienda sea mujer.

Los eventos para que no se dé que el hombre sea atendido por un hombre y en particular, para que una mujer no sea atendida por una mujer son dificultades muy concretas en el momento de detonar una trayectoria de cuidado. En este punto hay recordar que a de acuerdo a la Sunna el cuerpo es un espacio íntimo que solo puede ser observado por una persona de su mismo sexo. Si la esposa (Diario de Campo,2015), confía en una médica, que conoce por otros motivo, y es ella quien conoce bien la historia médica familiar, se permitirá que ella ausculte a un hombre, el segundo caso particular es la disponibilidad de profesionales especialistas, por lo cual si solo existen especialistas hombres, la atención deberá ser tenida con hombre- la locución sobre que Dios sabe que se ha hecho todo lo posible para cumplir la tradición- es muy importante porque en todos los casos se trata de ello, del intento por cumplir la tradición de la mejor manera posible.

A este respecto, el Islam en su practicidad dice en el Corán “*Allah desea facilitaros las cosas y no dificultáros las; engrandeced a Allah por haberos guiado y así seréis agradecidos*” (2, 184), promueve que el especialista o el profesional que atienda a las personas musulmanas sea el mejor profesional disponible, independiente que sea

hombre o mujer, sin embargo, si hubiese disponibilidad de profesionales hombres y mujeres para ellos el proceso sería más pertinente y fácil de llevar. El ejemplo que recuerda, está en que en la ciudad de Villavicencio, lugar de origen de una de las mujeres entrevistadas (“María” en Entrevista; 10/07/2015), cuenta que allí solo hay un oncólogo, un ginecólogo - muy pocos especialistas. Cada 15 días, va un médico especialista, cada 8 días de Bogotá viajan médicos para prestar servicio para todo el Departamento del Meta, y no hay disponibilidad- para escoger el médico o medica de su preferencia para acceder a atención (Entrevista; 10/07/2015), y no tenía la posibilidad de hacer su elección como la generalidad de las personas de elegir el sexo de la persona que lo quisiera atender. Si bien en la comunidad existen médicos, ellos atienden en virtud de su disponibilidad profesional más no en la relación de sexo o de religión que puedan tener un individuo, en este caso con la comunidad musulmana que vive en Bogotá. Es un punto es importante ya que devela el desencuentro entre el carácter profesional, experto y legal del sistema frente a una cultura en donde estos aspectos son una condición *ad hoc* de las premisas culturales y religiosas.

En esta línea de pensamiento, es necesario retomar la idea del cuerpo y del uso religioso de este, ya que las mujeres asisten a la atención medica de acuerdo a su uso, es decir usan hiyab, y como se recordará, la mujer y el hombre deben estar cubiertos y la mujer debe estar cubierta tanto como le sea posible durante el examen médico. Ellas desconfían de todo, hay realidades de salud que los aquejan, cuenta una de las mujeres, pero ellas prefieren evitar la atención médica. El cuerpo en general y el del musulmán están permanentemente provistos de significado, es el cuerpo social (Schepper – Hughes, 1987) en el cual acontece Dios y a través de él se acercan a Dios en las prácticas mismas. Asimismo, el cuerpo de la mujer se piensa en relación con la familia, centro de la sociedad musulmana; en relación con el único hombre que puede acceder a lo escondido de la mujer, su esposo, relacionado a la maternidad y relacionado a la oración aspecto fundamental en la vida religiosa del musulmán. El cuerpo de la mujer musulmana es un cuerpo individual pero que solo puede ser pensado como un cuerpo político, digno y solo digno de Dios en las prácticas que para él se siguen en tanto que la moral islámica. Es un cuerpo visible en la sociedad pero, fundamentalmente íntimo, es su escenificación social.



## ATENCIÓN MÉDICA EN ONCOLOGÍA: CÁNCER DE MAMA

De acuerdo con la OMS (SF)<sup>30</sup> el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en los países de ingresos medios y bajos. De acuerdo con el IARC (2008), citado en la página web de la OMS, los factores de riesgo del cáncer son una menarquía precoz, el consumo de anticonceptivos orales, consumo de alcohol, sobre peso y falta de actividad física. El marco común del examen médico, el examen y diagnóstico para el cáncer de mama se realiza, primero a través del examen clínico “la exploración médica de las mamas y de los ganglios linfáticos cercanos incluye la inspección y la palpación” de los senos (ESMO, 2013:7). Luego suele hacerse una “mamografía” que es un examen radiológico en el cual se toman imágenes de los senos poniendo primero una mama y luego la otra “sobre una placa de plástico transparente. Después cubrirá esa mama con otra placa, presionando firmemente. Las placas aplanarán la mama y lo mantendrán inmóvil mientras se saca la radiografía” (CDC, 2013). En general el examen de seno implica descubrir el torso de la mujer la manipulación de los senos para el conocimiento de las patologías propias de esta área geográfica del cuerpo.

La historia de “Claudia”<sup>31</sup> quien usa hiyab desde el momento de su conversión nos muestra las particularidades de la relación cuerpo individual y social en su vida cotidiana. Ella sabe que el hiyab se usa a fin de que las mujeres no llamen la atención y puedan pasar desapercibidas en la sociedad, que no sean molestadas, sin embargo eso no ocurre en Colombia, donde por el contrario las mujeres con hiyab llaman más la atención e incluso pasan por extranjeras (Entrevista “Claudia”; 13/06/2015). Ella antes de su proceso de conversión fue diagnosticada de cáncer de seno, durante su conversión ella tenía que asistir a controles cada seis meses y de un tiempo para acá debe ir cada año. El especialista médico que la trata es hombre y ella considera impertinente cambiar de médico por una razón clara, el actual médico tratante conoce su historia médica en detalle, además que su EPS no le ofrece una médica oncóloga mujer para su tratamiento y los controles que ella debe realizarse, “entonces toca dejarse atender de un hombre” (Entrevista “Claudia”; 13/06/2015). Ella nota que desde su conversión al Islam y el uso de su hiyab la atención medica se ha vuelto más respetuosa ya que la concepción y la

---

<sup>30</sup> <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index2.html>

<sup>31</sup> Se oculta en nombre verdadero en aras de la confidencialidad

percepción del cuerpo para ella y para su médico sobre ella cambio. La atención médica se vuelve más precavida, le dan más información, los preámbulos se hacen más largos hasta que llega el momento de acceder al cuerpo de ella, a sus senos para examinarlos, ella afirma que el médico es más cuidadoso, él solicita que se descubra el área a examinar y también es consciente que a ella le cuesta más hacerlo (Entrevista “Claudia”; 13/06/2015). Quizás antes también se le dificultaba, pero en la cultura occidental no hay tales pudores tan significativos, el médico busca no ser transgresor, ella debe quedar tan cubierta como le sea posible durante el examen. En cuanto a la examinación de los senos, como de otras áreas del cuerpo, parece que los médicos son más puntuales en lo que deben hacer, los símbolos tienen una carga simbólica importante y ella lleva uno que no solo denota pudor sino también espiritualidad. Del pudor musulmán hay que decir que es permanente, que aun en la casa no se anda desnudo, porque el cuerpo musulmán, como lo afirma Karen Armstrong (2014:186) “subraya la importancia de la comunidad por encima del individualismo occidental”.

Por supuesto en que en los casos donde la auscultación no lo requiere o no es un condicional la atención médica transcurre de manera normal, por ejemplo para la toma de la tensión arterial y en general la toma de signos vitales que se puede hacer con la ropa puesta, los controles para refrendar una receta médica, etc. son eventos para los que ella no ve inconveniente que el médico sea hombre.

#### ATENCIÓN MÉDICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: LA INTIMIDAD EXPUESTA

Usualmente se realizan en los servicios de ginecología y obstetricia y en este caso particular, ofrecen de la prueba de Papanicolaou- citología. De acuerdo al Manual de Procedimientos para la toma de la Muestra de Citología Cervical (2006) el área genital debe estar descubierta, a lo cual el personal de salud cubrirá el cuerpo de la mujer con una sábana de la cintura hacia las piernas, luego se inspeccionan los genitales externos y luego se coloca el espejo cervical lubricado solo con agua, se observa el área cervical y luego con la espátula de *ayre* se toma la muestra, luego se retira el espejo y se le solicita a la paciente se vista. Una de las mujeres entrevistadas afirmaba en tono de broma sobre las atenciones médicas en ginecología y obstetricia que pareciera absurdo estar cubierta todo el cuerpo cuando el verdadero lugar del tabú quedaba al descubierto.

De acuerdo con “Luisa”<sup>32</sup> (Entrevista 13/06/2015) es aquí, en los ámbitos de la ginecología y la obstetricia en el que verdaderamente emergen las diferencias culturales que se relacionan directamente con la manera en que se piensa el cuerpo y que, en principio parecen exclusivas del Islam. Recuerda “Luisa” que durante su estadía en los Estados Unidos, ella debió asistir a un servicio médico para realizarse una citología y que en su condición de mujer y de mujer musulmana no recuerda que haya tenido una atención medica tan buena en el sentido de que ella no “sintió nada”, el examen se realizó en el marco de lo estrictamente técnico, de manera breve, que no hubo tiempo para la incomodidad sobre su cuerpo, ni lugar de vergüenza, solo se hizo el examen y pasó rápidamente sin sentirse agredida ni intimidada corporal ni religiosamente, fue un ámbito meramente técnico, y fue una mujer quien lo realizó (Entrevista 13/06/2015).

La mujer, para este caso, debe estar igualmente cubierta en la totalidad de su cuerpo, solo descubierta el área del examen, y ellas buscan ir vestidas de acuerdo a su uso, con mantas, vestidos largos, que les permita descubrir fácilmente la vagina y mantener cubierto el resto del cuerpo sin tener que proceder a desvestirse o tener algún espacio en que la desnudez o el descubrimiento corporal tenga lugar y les implique a ellas alguna incomodidad. “Claudia” afirmaba también, en línea con lo que afirmaba “Luisa” al respecto de que ellas notan que las mujeres de la sociedad nacional- usualmente “cristianas”, por su construcción simbólica del cuerpo, no tienen inconveniente de desvestirse de la cintura hacia abajo por que las mujeres occidentales “van al médico” y logran, en apariencia, deslindarse del tabú corporal (Entrevista “Claudia”; 13/06/2015).

En el caso de la obstetricia, en concreto para el caso del parto, las tradiciones se hacen más palpables ya que el nacimiento implica unas prácticas culturales que tienen un alto peso religioso. Durante un proceso usual de parto, según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010), suele haber rasurado perineal, tactos vaginales, la mujer suele estar acostada y durante el proceso expulsivo, si bien el lugar común es, como en la citología, el uso de sabanas que cubran de la cintura hacia las piernas, el manual consultado no considera pertinente estas coberturas, solo se indica que debe ser *la posición más cómoda y digna para la mujer*, de igual modo en los periodos concernientes a el proceso de pujo y extracción. Solo se habla del personal de salud que debe atender a la mujer en el caso de que sean embarazo de poco riesgo, espacio en cual actuaran las matronas en la dirección del parto.

---

<sup>32</sup> Este nombre también fue cambiado en aras de la confidencialidad de las entrevistas.

Para la mujer musulmana, en el caso de estudio en el cual dos eran embarazo de alto riesgo, para acceder a la atención médica les implicó un doble acción cumplir con la sunna, y además cumplir con los deberes civiles de las atenciones médicas necesarias dadas por el sistema. Esto significa que se pone en juego una doble condición de obligaciones la religiosa y el médico legal lo cual las ubica en un espacio de negociación y transacciones que les exigen firmeza en la fe y resignación en la atención. En las prácticas usuales de preparación al parto se puede observar las pautas necesarias para prepararse, profilaxis corporal, moral y religiosa esto para dar a luz, y recibir al recién nacido primero hay que decir que las tradiciones sobre embarazo y parto en las mujeres musulmanas y de ellas se detallan las siguientes prácticas culturales:

- Las mujeres deben estar cubiertas la mayor parte del cuerpo que les sea posible, para ello usan un mantón de un poco más de diámetro de los vestidos normales, que las cubren de la cabeza a las rodillas.
- El personal de salud que debe atender el parto debe ser preferiblemente mujeres,
- Las primeras palabras que debe escuchar el bebé recién nacido debe ser el nombre de Dios – Allah, y estas deben ser dichas por su papá al oído del niño.

En el proceso de entrevista con “Elvira”<sup>33</sup>, quien tiene 36 años y en virtud de su embarazo de alto riesgo ella notó que “Para evitarme dificultades, lo que he hecho es cuadrar mis citas con mujeres y eso me ha facilitado mucho el asunto. Mi relación con ellas ha sido cordial y natural. Algunas curiosas preguntan, pero otras no. La que me atiende en la actualidad es una obstetra maravillosa sin cuestionamientos o miramientos, me atiende como a cualquier paciente” (Entrevista con “Elvira” - vía Email: 17/07/2015-19/07/2015). Producto de su embarazo ella ha debido hacerse recientemente muchos exámenes pero todos los ha realizado con médicas mujeres, aun cuando “No me gusta ser atendida por hombres, es bastante incómodo para una mujer, sin embargo vuelve y juega la lógica de la fe. En urgencias no hay opción de elegir, *sólo te aferras a tu suerte*. En estos casos he sido atendida por hombres y mujeres, aunque por fortuna lo que son exámenes privados he contado con mujeres, pero un par de ecografías me han sido hechas por doctores. Por fortuna, es sólo un pedazo de vientre el que se ve y en general los médicos son bastante correctos y respetuosos” (Entrevista con “Elvira” - vía Email: 17/07/2015-19/07/2015).

---

<sup>33</sup> Todos los nombres de las entrevistas fueron cambiados en aras de la confidencialidad.

Las mujeres en un embarazo de alto riesgo están previstas de dar a luz de acuerdo a la programación de su embarazo por días y cumplimiento de semanas o por motivo de urgencia, sin embargo algunas de ellas han optado para permanecer dentro de su condición de mujer musulmana y como resistencia al sistema, por solicitar mediante derecho de petición a las EPS la opción de tener partos de acuerdo a su tradición, y otras han optado por pagar partos privados, “*sé de hermanas que han pagado parto particular y les han dado el menú solicitado*” (Entrevista con “Elvira” - vía Email: 17/07/2015-19/07/2015).

A continuación adjuntamos el formato de derecho de petición que algunas de estas mujeres han diligenciado para acceder a un servicio de acuerdo a su tradición:

Bogotá, Colombia – Agosto de 2015

**Señores  
EPS FAMISANAR  
A QUIEN CORRESPONDA**

**DERECHO DE PETICIÓN**

Por medio de la presente, me permito, de manera cordial y respetuosa, elevar un derecho de petición para que mi atención médica pueda ser ejecutada de la manera adecuada, según mi condición de salud y según mis derechos establecidos en la Constitución nacional de Colombia.

Mi nombre es \_\_\_\_\_, ciudadana colombiana, identificada con \_\_\_\_\_ y me encuentro en estado de embarazo. Hasta el momento el servicio que ustedes me han prestado ha sido muy satisfactorio y pertinente; por ello, espero que mi siguiente petición sea tenida en cuenta.

Ya que profeso la religión del Islam, debo solicitar que mi parto sea atendido por personal femenino, esto incluye a todo el equipo, desde la ginecóloga, anestesióloga (de ser necesario) y equipo de enfermeras y demás.

No puedo, por razones religiosas, ser atendida por hombres, petición que me es amparada por la Constitución, en sus numerales 13, 18, 19 y 23. Para que esta petición pueda ser cumplida a cabalidad, me pongo a sus órdenes en lo que se refiere a requisitos o trámites, incluyendo la elección de la IPS que ustedes dispongan (sería ideal una IPS cercana a mi ubicación, que es en Colina Campestre) o los procesos médicos que sean necesarios.

Agradezco de antemano su atención a la presente, esperando contar con su comprensión sobre este asunto religioso, inmodificable para mí.

Extiendo mi más cordial saludo, y quedo atenta de su amable respuesta.

\_\_\_\_\_  
Nombre  
Cédula  
Teléfono  
Dirección

La carta de derecho de petición está argumentando desde la Constitución Política de Colombia los siguientes derechos sobre los cuales la libertad y autonomía del cuerpo de la mujer musulmana se pone en juego:

- **Artículo 13:** *todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación<sup>34</sup> por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.*
- **Artículo 18:** *Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar en contra de su conciencia.*
- **Artículo 19:** *Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley.*
- **Artículo 23:** *Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante las organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.*

Frente a esto, las EPS, en concreto Famisar y Compesar, esta última incluida en virtud de conocer que existe personas de la comunidad musulmana de Bogotá que están afiliadas a ella, de acuerdo con el Manual De Autorizaciones (2013) de Famisanar las autorizaciones pueden ser masivas y son el único caso que pareciera aplicar para solicitar servicios para un grupo poblacional concreto, “*Son las autorizaciones de un mismo servicio, para una misma IPS, para múltiples usuarios. Por ejemplo, la diálisis mensual para el grupo de usuarios con Insuficiencia Renal*” (Famisanar, 2013:15) o las autorizaciones referidas a servicios electivos (...) *que puede corresponder a: procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos, dispositivos médicos, o medicamentos, incluidos o no en el plan de beneficios POS, o Planes Adicionales de Salud (plan Complementario); hasta la definición de EPS Famisanar de la cobertura de dicha solicitud* (Famisar, 2013:27), que pueden ser generadas por cualquier profesional del servicio de salud y cuya prioridad podrá ser considerada por la EPS y de ser considera prioritaria deberá ser respondida a la brevedad (dos días hábiles) y los días

---

<sup>34</sup> Subrayados míos

aumentan de no ser considerado prioritario hasta el poder ser evaluado por un *Comité Técnico Científico*.

Las condiciones especiales como la solicitud que hace “Elvira”, no está contemplada, ya que las consideraciones, que se deduce del documento, se realiza en términos de lo medico verificando el derecho según el estatus de afiliación y los costos que el acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), lo que implica ya una barrera cultural por parte del SGSS. Compensar EPS, no tiene en su manual del usuario un ítem para pedir autorizaciones a servicios específicos, más deja en términos generales el tipo de trámite que debe hacer en relación con los servicios hospitalarios. Sin embargo, se encuentra que en el manual para la atención de la gestante, está redactado de manera tal que pareciera que existe oportunidad para la consideración de una atención en relación con la coherencia cultura y religiosa del paciente, ya que no condiciona de ningún modo la atención prenatal.

Este manual incluye los derechos y los deberes de la madre en los que incluye *“Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnóstico-terapéuticos) que la afecten tanto a ella como a su hijo”* (Compensar, SF: 21), en el que cabe la solicitud que Elvira hace mediante derecho de petición, ya que la solicitud sobre quién debe atender el parto en relación a su religión es de carácter terapéutico y en relación a su modelo explicativo cultural, en la cual entra también el atuendo propio del parto y que, en el deber ser, tendría que ser aceptado por el equipo médico.

En relación con la respuesta de las EPS afirmó “Elvira”:

*“una hermana que hizo lo mismo[y] la Eps la ayudó, pero incitando el parto. Como resulta imposible saber el día del parto y saber si la clínica tiene doctoras ese día, lo que hicieron fue parto programado, pero al menos le dieron esa opción”* (Entrevista con “Elvira - vía Email: 17/07/2015-19/07/2015).

Es decir, el goce de derechos en relación con la diferencia religiosa es posible, quizá también por que se plantean parámetros demasiado amplios para la atención médica que permite la maniobra del sistema de salud para estos casos particulares. Aun cuando existen casos que el goce de derechos religiosos se realiza mediante gasto de bolsillo,

por lo cual, no hay goce pleno de derechos en salud, ya que en las EPS alegan que es imposible saber si el día del parto habrá disponibilidad de personal femenino, para la atención de este parto en particular (Diario de Campo, 2015), y solo mediante gestión particular el día del parto logró ser atendida de acuerdo a su tradición religiosa.

Finalmente, “en general no es fácil como en un país islámico, donde por natura todo está hecho para que mujeres te atiendan, pero tampoco es imposible, hay vías y formas, pero claramente estamos muy expuestos, en los casos de urgencias e imprevistos, a ser atendidos por el sexo opuesto” (Entrevista Elvira; 17/07/2015-19/07/2015) Pese a que existen condiciones de posibilidad de acceso a servicio y ello es lo que entendemos como goce de derechos, se trata ante todo de una gestión personal de ellos y ellas para la atención en sus términos, no porque el Estado- Nación en el marco del sistema de salud así lo plantee. La amplitud de la ley solo abre las puertas pero no da cuenta de un Estado que piensa ese otro como miembro de una sociedad por estar preparado, dispuesto para la atención cultural correcta para los grupos poblacionales que componen la nación.

En este sentido tenemos discursos paralelos en la atención en salud: el discurso legal nacional en el que ninguno de los 4 artículos de la Constitución Política de Colombia citados por ellos plantea la inclusión práctica de los sistemas de creencia como prácticas y componentes poblacionales de la nación, los cuatro artículos plantean un marco discursivo que traduce “no se puede discriminar a nadie, se puede pensar lo que quiera y puede participar en cualquier evento que pueda ser considerado sagrado, desde cualquier punto de vista”, pero no incluye en el sentido práctico a los que piensan, practican, viven y participan en relación con los estilos de vida.

La atención que prestan las IPS del SGSS no están preparadas para la diversidad cultural de la ciudad y mucho menos para la diversidad cultural del país, los manuales citados muestran la enfermedad como un marco de identidad donde colectivos sociales que viven la misma enfermedad “litigan” – “tutelan” sus derechos, pero los colectivos culturales no son vislumbrados dentro de las posibilidades. En ese orden de ideas, ¿dónde están los musulmanes y los otros grupos diferenciados culturalmente en el sistema de salud – en las prácticas de derechos propias del Estado- Nación? el discurso nacional es una narrativa incluyente y contenedora de sus ciudadanos, en este caso contiene a los musulmanes como ciudadanos a través de la afiliación, pero al mismo



tiempo la diferencia es ubicada en un limbo legal y es dejada en manos de administradores que finalmente les expulsa. La idea de la práctica cultural que es considerada desde la práctica de la atención médica como una “barrera cultural”, exige la omisión o por lo menos un paréntesis cultural durante en el tiempo del cuidado para el perfecto acceso a atención ya que es expuesto públicamente y encarnado en el cuerpo de la mujer en aras del *bien supremo*; es decir, en términos de Bentham en el espíritu del bien colectivo aplicado a la Salud Pública, la salud de las poblaciones, de los grupos humanos que componen la sociedad.

## LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS UCI

Según Baena Zapata (2009)<sup>35</sup> “La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud”, sin embargo desde el punto de vista social es un lugar donde se guarda un estado liminal entre la vida y la muerte. De acuerdo con las instrucciones de ingreso disponibles a una Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos<sup>36</sup>, suele hacerse en un horario particular que cada clínica determina, en unas condiciones de higiene concretas como “lavado de manos de acuerdo a las instrucciones que proporcione el personal del área y debe informar en caso de tener alguna lesión o enfermedad infecciosa para determinar si su ingreso genera o no riesgo para los pacientes y reciba instrucciones para su bienestar” de igual modo “en caso de que el papá o la mamá no puedan asistir a la visita, estos autorizaran a través de una carta a una sola persona para que realice la visita con el visto bueno de la enfermera jefe del área y solamente una persona por niño a la vez”<sup>37</sup>.

“María”, musulmana de 30 años, tuvo recientemente a su hija hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI), su hija accedió a tratamiento médico, “María” ha criado a su hija en el modelo explicativo musulmán ya que ella es casada con un musulmán nacido y como familia musulmana, lo obvio es que eduquen a su hija en la fe que profesan los padres (Entrevista con “María” 10/07/2015). En ello, la niña en plena atención médica se negó a ser atendida por un médico hombre, lo que causó

---

<sup>35</sup> En: tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03\_Contenido.pdf

<sup>36</sup> <http://www.clinicafarallones.com.co/publicaciones.php?id=39822>

<sup>37</sup> IBID

desconcierto al médico tratante y la reacción del sistema de salud no fue indagar culturalmente a la madre sino que en el centro de salud le hicieron seguimiento psicológico a la niña, porque que pensaron que había una realidad más compleja (como abuso sexual, etc.) en el que estaba involucrado un hombre, hasta que después de tres días de atención descubrieron que se trataba de un asunto cultural (Diario de Campo, 2015).

“No es solo decirle al médico “yo no me dejo tocar de usted” sino que ella explica por qué no se deja tocar y los médicos lo asumen bien, de hecho trabaja con uno de sus médicos que es judío, motivo por el cual se entiende mejor, hay más afinidad (Diario de Campo,2015).

El sistema médico no tiene más elementos que los patológicos para comprender la realidad de los pacientes que no hacen parte de la sociedad nacional, ya que en un niño la negación en la atención proviene, en efecto, del contexto, que no necesariamente debe ser patológico. Para ingresar a la UCI, de acuerdo a sus tradiciones culturales, lo primero que cuestionaron fue el uso de hiyab, ya que no les pareció procedente dentro de las normas higiénicas de una Unidad de Cuidados Intensivo, por lo cual, “María”, que es enfermera, negoció con el sistema su entrada a la UCI, para ello debió dejar un hiyab para que fuera esterilizado y así poder entrar a ver a su hija de acuerdo a la cultura hospitalaria y de acuerdo a su cultura religiosa (Entrevista “María” 10/07/2015).

Pareciera ser (Diario de Campo, 2015) que este sistema es flexible, está dispuesto a atender a las personas musulmanas una vez sea conocido el porqué de los motivos<sup>38</sup> de no acceder a la relación médico – paciente “tradicional”. Sin embargo tuvo conflicto en el centro de atención al que asistía por solicitar la entrada a un sheij, ya que el conocimiento cultural del personal de salud desconoce que el especialista religioso musulmán es el sheij y pareciera solo conocer al especialista religioso del cristianismo católico, los sacerdotes - los presbíteros. Una vez “María” realizó la explicación pertinente sobre su sistema de creencia, el personal de salud admitió el ingreso del Sheij a la UCI (Entrevista con “María” 10/07/2015). En otras palabras, el desencuentro no solo es en términos de modernidad, ciencia, creencia, y tradición sino en términos de legitimidades sociales y culturales.

---

<sup>38</sup> Subrayado mío.

Aunque la categoría “barrera cultural” es frecuentemente usada en para justificar la necesidad civilizatoria de poblaciones que no se ajustan al deber ser nacional, quizás debería ser igualmente aplicada a los prestadores de servicios que continuamente oscurecen culturas y sistemas de pensamiento diferentes del oficial.

#### DE VUELTA A LAS TRADICIONES DIETÉTICAS, EL CUIDADO Y LA DIETA APLICADA A LA ENFERMEDAD.

Dice Marvin Harris (1997) que los seres humanos comemos “toda clase de cosas” que van desde “secreciones rancias de glándulas mamarias, hongos o rocas” (Harris, 1997:11) refiriéndose al queso, los champiñones y a la sal, y, hacemos dicho consumo particular de elementos “por buenas y suficientes razones prácticas (...) la comida por así decirlo, debe alimentar la mente colectiva antes de poder pasar a un estómago vacío” (Harris, 1997:13), así mismo afirma Levi Straus (1978) los sistemas alimentarios son un conjunto de normas, comportamientos y valores que son compartidos por un grupo cultural.

Los hábitos alimentarios componen de manera fundamental “los estilos de vida”, son parte de las decisiones que se toman a partir del *habitus*, concepto ya mencionado, y que nos lleva a ver que las personas de acuerdo a su rol, a su formación y a su ubicación en la escala social. Sin embargo, estas ideas que parecen, como afirma Harris, “irracionales, inútiles o nocivas” tienen todo el sentido cuando se trata del “modelo explicativo” que cada grupo humano tiene para dar cuenta de la realidad, la salud y la enfermedad y el por qué se enferman. Una de las inquietudes sobre la atención médica para los musulmanes de Bogotá es la dieta, ya que la dieta, si bien es menos detallada en la prescripción en cuanto a la dieta judía se refiere, no es laxa como la dieta cristiana, que es totalmente omnívora.

“Claudia”, en entrevista realizada en la mezquita a la que ella asiste, comparte que existe una forma de “medicina árabe”, en donde emergen manejo de emplastos y consumo de alimentos y en la visión holística del ser humano donde debe haber un equilibrio. Durante la entrevista con “Claudia” aparecen elementos que son propios de la dieta *halal* como el consumo de nueces, de dátiles, de miel (el Corán lo dice expresamente), el consumo de la semilla negra - que los musulmanes de Bogotá traen de

Egipto- el consumo de jengibre, las múltiples infusiones incluido el té, y el consumo de sábila (Entrevista “Claudia”; 13/06/2015).

La manera en que estos conocimientos se comparten es mediante la asistencia a las casas que sirven como mezquita o al centro de estudios de la mezquita Abu Bark (Diario de Campo;2015), allí las mujeres comparten remedios y algunas veces llaman por teléfono o por skype a mujeres colombianas que están en el exterior y son musulmanas, y los hombres que también tienen conocimientos sobre algunos usos medicinales y hacen masajes e infusiones que son parte de la medicina, sobre todo en el mes Ramadán. Con todo ello, se han encontrado dos momentos particulares relacionados a la dieta de la cultura árabe y asociada a las costumbres del Islam, la primera la dieta como paciente, la segunda la dieta aplicada a la enfermedad.

#### LA DIETA DEL PACIENTE MUSULMÁN

En la atención médica hospitalaria, donde los pacientes pasan más tiempo del común en un tratamiento, internados en un hospital-clínica, o durante el proceso de tratamiento en el que paciente asiste a “controles” de manera periódica, Elvira comenta que:

“un hermano hace poco descubrió que tiene una enfermedad de alto riesgo y debe permanecer hospitalizado por temporadas y tener una completa y sana alimentación. En este caso, él ha debido comer la carne que le dan en la clínica, no podría hacer otra cosa. No puede jugar con su vida. Esto claramente no incluye el cerdo, me refiero al pollo y la carne que no es halal ” (Entrevista “Elvira”- vía Email: 17/07/2015-19/07/2015)

Estas decisiones están relacionadas con el estilo de vida musulmán, sobre las costumbres religiosas en las que este “hermano” hace opción pero que el sistema no incluye, producto de la idea universalista de la atención, de lo cual Elvira dice:

“Por supuesto, este tipo de decisiones deben ser consultadas y analizadas por los sabios, shejjs y líderes para analizar cada caso de forma individual, pues si la vida no está en juego sí debemos notificar nuestra condición para que los alimentos sean ajustados a nuestras necesidades” (Entrevista “Elvira”- vía Email: 17/07/2015-19/07/2015)

De igual manera, habría de suponerse que existe o podría existir una “baja adherencia” a los tratamientos si no se tienen en cuenta las costumbres, eso abre la relación médico-paciente al intercambio cultural, ya que el paciente musulmán debe poner de manera explícita sus costumbres frente a la atención médica brindada por el profesional que la/lo atiende, por ello Elvira afirma:

“Incluso la atención con mi médico privado sigue siendo igual. Ni antes ni después ha cambiado. Sólo hay un punto que marca la diferencia, pero con mi médico particular y es que conociendo la diferencia ha debido modificar protocolos para no recetarme medicamentos con alcohol o para respetar momentos como el ramadán<sup>39</sup>, en el caso que existan tratamientos de nutrición” (Entrevista “Elvira”- vía Email: 17/07/2015-19/07/2015)

En ese mismo sentido, la identidad musulmana se expresa de manera cuidadosa- en virtud de las prácticas culturales - en la relación establecida durante el proceso curativo prestado en el servicio de atención médica, por lo que ellos se imponen reglas de comportamiento ya que es muy fácil o muy frecuente el choque con el sistema de salud, a este respecto Elvira afirma en su entrevista que:

“Primero, el musulmán debe evitar ser agresivo o fuerte con sus comentarios, así que más allá de decir "me está dando comida haram", lo que se dice en el departamento administrativo de la Eps, son nuestras restricciones en comida, como lo haría un diabético. Tenemos que manifestarnos en términos de restricciones y no desde una condición de pecado, porque no es necesario”. (Entrevista “Elvira”- vía Email: 17/07/2015-19/07/2015)

Recuerda “María” que ella en su cotidiano vivir como enfermera está en permanente explicación de sus costumbres, del motivo de su fe y de las explicaciones a cada forma práctica que hacen que ella y su hija y su esposo no hagan un cierto número de cosas que la sociedad nacional considera “normal” (Entrevista “Maria” 10/07/2015), como el consumo de cerdo, o por el contrario, que la sociedad podría avalar desde el discurso de los “estilos de vida saludable”, que hacen posible que incluso “Elvira” (Diario de

---

<sup>39</sup> Subrayado mio

Campo;2015) haya decidido no tomar más su medicación contra la recurrencia de cáncer de seno por que encontró una explicación musulmana que hace posible que ella viva tranquilamente y decide por vivir bien desde el “estilo de vida del Islam” que es preventivo y propicia el buen estado de salud.

#### EL CUIDADO Y LA DIETA APLICADA A LA ENFERMEDAD

“María” por su profesión de enfermera conoce los usos de la dieta musulmana, la aplica, además de aplicar su profesión para la atención de otras mujeres que manejan un pudor similar al de las mujeres musulmanas por su rol, como lo son las monjas- las mujeres de vida religiosa consagrada. Ella comenta que hay usos particulares de alimentos que resultan propios de la cultura árabe y asociadas al Islam que se refugian en los productos disponibles en el contexto territorial del Islam, por ejemplo, el consumo de dátiles para incentivar el reflejo de succión- lo ponen en la boca de los niños y ellos chupan el dátil, como quien chupa por un pitillo- además el dátil tiene una carga importante de calorías que es benéfico para los niños que sufre de hipoxia.

De acuerdo a las costumbres y la tradición del Islam y en volúmenes de consumo de alimento traducido a nuestro contexto, “el desayuno es un gran almuerzo, el almuerzo es muy liviano, la cena igual” (Diario de Campo; 2015), así mismo recuerda, como traída de las historias del antiguo Egipto que el uso de gena en los ojos para evitar la conjuntivitis y la protección del cuerpo- a partir de prendas de vestir- para prevenir las enfermedades de la piel y del cabello, lo que nos recuerda la idea funcionalista de la creación de elementos como sombreros para responder a necesidades ambientales propios de cada contexto.

“María”, durante la entrevista compartió un documento divulgativo de la dieta musulmana, que ella aplica con sus pacientes en su trabajo, donde tiene pacientes que son sacerdotes de una reconocida orden religiosa en donde los pacientes prefieren asumir una dieta como la musulmana, en remplazo y como ayuda a diferentes tratamientos para el cáncer (Diario de Campo;2015). No sé si se trate de la etiqueta musulmana, pero si del cómo se consume esta comida en los términos de Jack Goody en cuanto que la comida no pasa solo por el consumo, la mera ingesta de elementos comestibles, sino las costumbres asociadas al hecho cumbre de macerar en la cavidad bucal tales elementos comestibles.

En contra de la obesidad y el sobre peso el Islam, desde la sunna- la tradición oral de lo que vivió el profeta- aconseja comer menos. Comer menos, así como los pecados capitales del cristianismo, el reproche de los excesos y el principio de una buena dieta, más el recato propio de los hombres y las mujeres que siguen la sunna.

*"¡Hijos de Adán! Poneos vuestros mejores y más puros vestidos en cada lugar de oración; y comed y bebed, pero no os excedáis. Es cierto que El no ama a los que se exceden" (7:31).*

No se trata de solo comer de manera recatada, se trata de comer balanceado para conservar la salud, según el documento facilitado<sup>40</sup>, los intérpretes<sup>41</sup> del Corán que han logrado insertar tradiciones a partir de la vida del Profeta (la paz sea con él) afirman que:

*"Nada es peor que aquella persona que llena su estómago (...) Debería ser suficiente para el hijo de Adán comer sólo unos cuantos bocados para satisfacer su hambre. Si aún desea más, podría ser: Un tercio para su comida, un tercio para el líquido y un tercio para el aire".*

No se trata solo de una conducta moral, no, es que la voracidad está prohibida, es una manera de pensar la salud en cuanto quien come lo suficiente y no en exceso se espera que tenga buena salud, este pareciera ser el ethos de la sociedad musulmana, en todos sus ámbitos, en particular, en esta relación con lo moral y con lo social, la sunna recomienda:

- Comer despacio, entendido como la buena masticación de la comida, ello permite aplicar el siguiente consejo,
- Comer juntos, es la forma de tener y generar cohesión social en la nucleación familiar, asociado también a la vida en pareja, en la posibilidad de conocerse entre las personas, en pareja.
- La relación con Dios en la alimentación, "No bebas el agua de un solo golpe (o en un suspiro) como el camello, más bien tómalo en dos o tres sorbos (con pausas para respirar). Menciona el nombre de Allah (diciendo: 'Bismillah')

---

<sup>40</sup> Es una compilación de múltiples fuentes de internet y de libros sobre el tema dietético, se han encontrado las fuentes de internet como [http://www.Islamicbulletin.org/newsletters/issue\\_16\\_spanish/diet.aspx](http://www.Islamicbulletin.org/newsletters/issue_16_spanish/diet.aspx)

<sup>41</sup> Son hombres que existieron en tiempos cercanos al ascenso del profeta al cielo, hacia el 800 después de Cristo, como Tarmazi, ibn Majah y Hakim

cuando empieces a beber, y alábalo (diciendo: 'Alhamdulillah') cuando termines".

En relación con la aplicación curativa de la dieta, María afirma que, de acuerdo a su conocimiento y a la dieta del profeta (la paz sea con él), ella recomienda que se haga consumo de dátiles, frutas, verduras, algo de arroz (para pacientes de colostomía), se sugiere una comida para la obesidad ya que el profeta no enseñaba el comer en abundancia porque se daña la columna y las rodillas tal como pasa en el sobre peso (Diario de Campo; 2015).

De acuerdo con el testimonio de “Claudia”, en la entrevista realizada, se consultó con “María” a cerca del consumo de algunos alimentos y su importancia en la dieta musulmana, los productos fueron los siguientes: miel, leche, dátiles, higos y la semilla negra y algunos alimentos que son de uso común en la cultura colombiana como el cilantro, las uvas y la cebada.

La dieta cobra especial importancia en el marco de los cuidados paliativos, que si bien el concepto de la OMS es “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia” (Quesada; 2008:39), estos cuidados, al margen de la muerte, deben permitir mejorar la vida del paciente, ello a través de cuidado dentro del marco cultural propio, como afirma Madeleine Leininger en su modelo de cuidado transcultural.

En ese sentido, mejorar la calidad de vida, implica no transgredir el “Estilo de vida” del “paciente”, en cuanto a la religión se refiere, ya que estos conocimientos no se dan en un marco individual sino colectivo. Estos conocimientos son parte de la cohesión que en relación a sus costumbres emergen de manera espontánea por el mero hecho de la identificación social y religiosa, que se convierten en diacrítico cultural de un “equipo de actuación” (Goffman; 2012:95) que son los musulmanes de Bogotá.



¡En el *nombre de Alláh*, El  
Compasivo, *El Misericordioso*!

Inicialmente, este trabajo se pensó bajo la idea del “encuentro cultural”, pero los datos y el trabajo de campo fueron guiando la interpretación para dejar de lado la oposición del mito estatal que explica cómo acceden los pacientes a la atención médica en el marco de la sociedad nacional, frente a un colectivo de pacientes que en virtud de condición religiosa plantean otras relaciones sociales. Sin embargo, y como parte de la dinámica de la investigación, los datos más que dar cuenta de una “oposición de mitos” hablaron de un sistema cultural, de un “Estilo de vida” que se relaciona con el sistema de atención médica bajo lógicas que sobrepasan la simpleza argumentativa del concepto de “barrera cultural”.

Así, se perfiló una re-significación lexical y semántica sobre qué es un musulmán, qué es ser parte del Islam, particularmente en un momento donde esto está asociado a una forma cultural altamente machista dentro de un pensamiento racializado de violencia y terrorismo. Aunque parezca redundante, ser musulmán es ser “sumiso a Allah” por ello no solo se hacía pertinente conocer cómo se es “sumiso a Allah” sino ver que más que un encuentro cultural entre dos sistemas de pensamiento se trata de la afirmación cultural de un grupo poblacional que pone en tensión, para ellos y para el sistema de atención médica, las prácticas de respuesta que se dan a los habitantes de la nación en el marco intercultural. Pese a la tensión que se genera, las respuestas no son infinitas, por el contrario, las respuestas están determinadas por la dogmática del Corán y la tradición del profeta-la sunna. Después de recorrer las costumbres musulmanas a través de la narración de las entrevistas y de los testimonios de los líderes de las mezquitas, es pertinente decir que se ven diferencias claras para el acceso a atención médica que se han olvidado de la sociedad nacional y que en marco de la diferencia cultural con nuestros vecinos “otros” son significativos.

En términos generales, Colombia es un país católico o por lo menos cristiano para crear una sola identidad nacional, tal como lo ilustra María del Rosario García (2007:18). Y como “lo que se hereda no se hurta”, según el refrán popular, nuestra nación ha sido católica desde la constitución de 1821 (García;2007:84) hasta la actualidad, aun cuando

se hable de libertad de cultos desde 1991, es claro en el código civil de los ciudadanos colombianos está ligado, según el artículo 13 a “La costumbre, siendo general y conforme con la moral cristiana<sup>42</sup>, que, según la Sentencia C 224 de 1994, se trata de la moral vigente en la población colombiana, sin afirmar que se trata de una comunidad cristiana, se dice se trata de una “*norma que se limita a reconocer la moral de las mayorías*”<sup>43</sup>.

Es propio de la cultura colombiana el cristianismo y la homogeneidad de la población a partir de él, aun cuando las personas bautizadas no practiquen los preceptos propios de la fe pretendidamente nacional, lo que implica el no tener un “estilo de vida” uniforme, solo para hablar de salud. La nación se compone, en su diferencia pluri étnica y pluri cultural, de grupos humanos únicos con prácticas culturales propias, y agrupaciones humanas que tienen y comparten un cumulo de conocimientos y creencias comunes que se convierten en prácticas identitarias que los configuran como colectivos sociales. La salud en Colombia ha avanzado particularmente en relación con los grupos étnicos, por que históricamente en el país han habitado otros grupos humanos que pese a tener otra cultura, son colectivos auto contenidos perpetuados en sí, con un conocimiento diferente y un territorio propio dentro del territorio convencionalmente conocido como Colombia el cual no les es relevante y en el cual el Estado busca incluirlos mediante el ejercicio de poder, por ello las leyes que ayudan a la incorporación de la medicina tradicional y la atención específica a estos grupos humanos, fe de ello dan la Resolución 10013 /81, Decreto 1811/90 y Ley 21 de 1991, para dar algunos ejemplos.

Si bien la Ley 100 de 1993, defiende la protección a todas las personas, sin discriminación, es cierto que se sigue dando por supuesto que los únicos diferentes en la nación son los indígenas. Pese a que la Ley 23 de 1981, afirma que la práctica médica se hace “sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso” (Artículo 1.1 Ley 23 de 1981), y luego afirma que el ejercicio médico debe considerar “estudiar” al paciente “como persona que es, en relación con su entorno”, el derecho de petición enviado por las mujeres a sus EPS para solicitar personal femenino para la atención de su parto, solo da fe de que el sistema no tiene en él la conciencia del contexto cultural del paciente y se plantea como una barrera cultural desde el sistema de atención médica.

---

<sup>42</sup> Subrayado mío

<sup>43</sup> <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-224-94.htm>

Así es preciso plantear la pregunta por ¿cómo se da el multiculturalismo en salud en Colombia?, es como la frase de Fanon, una “aceptación” de la otredad pero siempre visto como un “salvaje”, ¿es acaso un tema de expertos en aplicación del enfoque diferencial donde los expertos juegan a hacer propio su conocimiento del otro aplicado en políticas, planes y programas solo para poblaciones “diferentes” generando discriminación positiva?, ¿Cómo se da la ciudadanía desde la diferencia cultural a través de itinerarios curativos a partir del marco legal? Es un estado que sigue pensando la nación desde Bogotá, es una nación de blanco-mestizos que viven a punta de papa, carne, arroz y plátano, que no contempla otras ideas dietéticas, otras ideas corporales y que tiene en el más de una Colombia en su territorio.

Las realidades que la ley deja descubiertas solo dan fe en una serie de problemas a los que me atreveré a llamar, como ya es un lugar común en el discurso, “problemas estructurales”. La disponibilidad de médicos, y en específico la disponibilidad de médicos mujeres es un asunto que va más allá de las necesidades del Islam en Bogotá y en Colombia, que falten médicos y médicas en el país es un problema ya sobre diagnosticado y parte del campo laboral que refleja, además, que se es médico como una profesión, más que como una forma de servicio a su comunidad, que es el caso de los médicos de fe musulmana en Bogotá, ya que ellos mismos se insertan en la dinámica del mercado laboral que para ellos existe, donde incluso dejan de usar hiyab ya que si son asociadas al Islam les cuesta mayor dificultad conseguir trabajo.

De otra parte, asistir al médico se trata de un asunto científico más que vital. Asistimos al médico como cadáveres andantes, desprovistos de carga social, de moral, de símbolos al que se examina en la búsqueda de datos en rangos numéricos que en una campana de gauss sean “normales”, en un ámbito técnico que quita los tabúes y pone en ellos técnica, lo que hace que, como dice Lupton (2012), en una consulta ginecológica el asunto de tocar los genitales de una mujer sea un asunto de ciencia no de humanidad. Se tocan los genitales de una mujer en búsqueda de datos, una vagina como todas las vaginas del universo, que como los automóviles pueden no tener repuestos pero si los mismos daños, las mismas enfermedades, más o menos graves, más o menos leves y que deben ser “arreglados” y que si de haber posibilidad de remplazar como los repuestos de un carro, serian remplazados. De igual manera se trata del parto y del cáncer de seno.

El cuerpo de la mujer, y el cuerpo del hombre, no son cuerpos escondidos sino cuerpos protegidos. Afirman ellas en las entrevistas, que la curación es un don de Dios y por ello es que se dejan atender incluso de un hombre médico, porque es la persona a la que se le ha dado ese don, y por ello debe ser el mejor de los profesionales en su área, en la disponibilidad de una IPS.

Tal como lo dice Lupton (2012) citando a Emerson (2008), es un cuerpo científico donde ni el médico siente, donde la moralidad social se reemplaza por una ética profesional, el cuerpo es objetivado, como lo ha dicho Norbert Elias (2002), donde a través del lenguaje se toma distancia, el miedo que narra Raquel Díaz (2011) sobre las mujeres que se sientan en la silla ginecológica, porque “mostrarlo TODO” es la locución de lo moral, del pudor del cuerpo, la investigación de Raquel Díaz fue realizada con mujeres todas occidentales, hijas del método científico, que han mirado a través de un microscopio por que el sistema educativo así las deja, ¿por qué ellas, conscientes de ello, sienten pena? En este sentido, ¿cuál es nuestro estilo de vida y cuál es nuestra cultura? Esto aparece como una relación difusa de prácticas sociales que varían de un espacio a otro. Quizá habría que decir que la nuestra es una cultura científica en la que se perdió de vista al ser humano.

Por lo pronto, atender a la diferencia cultural en nuestros “vecinos otros” implica comprender estas realidades y atender a ellas como un derecho cultural, que es parte de la determinación social de la salud, independiente si los musulmanes de Bogotá sean conversos, nacidos o migrantes, sino a través de su condición de ciudadanos e incluso de su condición de género, ya que según el informante principal, de cada diez conversiones al Islam, seis son mujeres.

El acceso la atención medica desde una perspectiva multicultural, que se dé en el marco de la equidad y la justicia social implica traducir, mediar, para que el cuidado que se realiza de los pacientes se haga en coherencia con las costumbres culturales de cada lugar y de cada grupo humano, en su contexto social y material. No estoy hablando de algo “raro” provisto de rituales y mitologías no científicas, tan solo de cosas tan sencillas como la disponibilidad de un lugar en los hospitales y clínicas donde en vez de existir un altar con un sagrario y una vela encendida a su lado, indicando que los cristianos católicos allí tienen transubstanciado su Dios, pueda haber un sagrario indicando ello, pero también un símbolo judío y a la entrada una mesa con kipots

blancos que los judíos puedan entrar y al verlos los usen y puedan orar, al igual que tapetes y un símbolo musulmán donde ellos puedan saber que es hacia esa dirección donde está La Meca.

Continuo hablando de símbolos en las habitaciones de los hospitales, donde suelen haber vírgenes con un niño, propias del cristianismo católico, cruces en las cabeceras de las camas, y ¿si se pone una media luna para el paciente musulmán y un tapete en dirección a La Meca?, y ¿si se pone una estrella de David en la cabecera y una silla con un reclinatorio donde se puedan poner las filactelias (tefilín) y el talit cundo no está en uso? y ya que los cristianos oran de cualquier modo, una mesa con una vela en virtud de los significados propios del cristianismo, ¿acaso eso no podría ser?

Tener en los hospitales y clínicas comida kosher y comida halal no es un gasto extra, básicamente porque judíos y musulmanes comen lo mismo, lo que ha de variar en la disposición de los alimentos, ya que si hay diferencias en cómo se ponen los alimentos de carne y los alimentos de leche, pero ello a los ojos de un paciente desprevenido no será notado, pero si celebrado por quien note que lo están curando de acuerdo a su fe, y será un motivo mayor para su curación. Estas son formas apenas iniciales para la relación curativa con personas que tienen diferencias culturales y que son vecinos nuestros, que permiten pensar en la ciudadanía práctica de los grupos humanos diferenciados culturalmente. La relación salud –enfermedad tiene sentido en los sistemas de creencia en la relación con el orden moral, social y físico (Taussig, 1995:113) y ese es el caso del Islam.

Pero también implica la aceptación de otras de otras formas de pensar los cuerpos de estos nuevos miembros de la sociedad nacional, implica respetar el uso de las coberturas corporales en el caso de las mujeres musulmanas, implica la no atención medica por parte de mujeres a hombres musulmanes, implica el respeto de la dieta y no solo el apego a la técnica científica que la más de las veces facilita el actuar del profesional pero no tiene en cuenta la vida y la carga social y moral que hace parte del contexto del paciente, es allí donde hasta las personas “más occidentales” quedan también en el riesgo de su “cultura”.

La fuerza del estilo de vida en el marco del Islam es justamente este, no romper la costumbre por la ciencia sino pedir que la ciencia y la costumbre se articulen, para ser atendidos y curados dentro de su contexto, en sus relaciones sociales, en el cuerpo. Así

hay un proceso de afirmación en la identidad propia que considera, por motivo del proceso de conversión- ilustrado arriba- inconvenientes los valores de la sociedad nacional, es incluso o en consecuencia, una postura política. Y en términos generales el acceso a atención médica es una forma de ejercicio de la ciudadanía, se convierte en un derecho exigible por que condiciona aspectos de la vida como el trabajo, la reproducción y el desarrollo de la personalidad.

Explicar la fe, como lo hacen las entrevistadas en su acceso a atención médica, es el juego de los dominios prácticos en los hechos terapéuticos, y le restringe la cooptación de la propia autodeterminación, por ello comparten, explican, el “modelo explicativo”, para que este sea entendido y respetado, por ello, tiene sentido que el cuidado curativo sea “una relación mutua entre el enfermo y la persona encargada de curarlo (Taussig, 1995:134).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia, la promoción y la prevención en salud se define como “[el] proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad.”<sup>44</sup>En ese orden de ideas, un proyecto de promoción y prevención (PYP) para la comunidad musulmana de Bogotá implica un proceso de reafirmación cultural ya que las conductas que la sociedad nacional considera “de riesgo” están proscritas para el mundo musulmán, por ejemplo: la baja prevalencia de VIH de las que se presume es así debido a la aplicación ideal de las conductas maritales propias del Islam, registrado el periódico El País (en su página web el 30 de noviembre de 2006).

En ese mismo sentido, se encontró que existen un bajo número de enfermedades gástricas relacionadas a zoonosis como la cisticercosis, producto de la porcofobia, además los problemas de cáncer de mama que si bien se trata de un problema de registro, también es claro que, según la página web consultada,<sup>45</sup> los casos de hallazgo reportados son un pequeño número en relación a los altos números que reportan los países occidentales.

---

<sup>44</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>

<sup>45</sup> [http://www.saphirnews.com/Cancer-du-sein-les-musulmanes-face-a-la-maladie\\_a19808.html](http://www.saphirnews.com/Cancer-du-sein-les-musulmanes-face-a-la-maladie_a19808.html)

En relación con este estudio, en la comunidad musulmana de Bogotá, se crea la necesidad de documentar a estas poblaciones, me refiero en plural porque no solo se trata de ellos, se trata de conocer también a judíos, testigos de Jehová y las comunidades religiosas emergentes que dan cuenta de estilos de vida diferentes al de la sociedad nacional y que son el primer escalón para aproximarse de manera clara al multiculturalismo.

La sociedad colombiana se atreve a comprender los pensamientos de *avant garde* pero no se atreve a comprender su multiculturalidad porque somos, como dice David Sánchez Juliao (2012)<sup>46</sup>, “una nación desafirmada culturalmente”. Aproximarse al multiculturalismo en salud, como lo hace el estado colombiano, es un paso gigante que no contempla las cercanías culturales con los cuales se entablan más fácilmente diálogos culturales, vecinos otros a los cuales conocer y a partir de ellos lograr optimizar otros diálogos culturales más complejos que permitan aplicar paso a paso la salud intercultural.

---

<sup>46</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=62L2U467yWE>

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadía Barrero César Ernesto - Goretty Oviedo Diana, 2010, Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud, en: Revista gerencia políticas y salud, Bogotá (Colombia), (18): 86-102, enero -junio
- Adaszko Ariel, Trayectorias de vida y manejo de la enfermedad en la vida cotidiana de adolescentes que crecieron viviendo con vih/; actualizaciones En Sida. Buenos Aires. Abril 2012. Volumen 20. número 75:19-32
- Ameigeiras Aldo Rubén, 2006, El abordaje etnográfico en la investigación social; En Irene Vasilachis, Estrategias de investigación cualitativa; Editorial Gedisa, Barcelona.
- Anderson Benedict, 1991, Comunidad imaginada: reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo, Fondo de cultura económica, México Df
- Ángel L. Sanz Pérez, Luis Villacorta Mancebo, 2006, La costumbre, el uso y otras fuentes no escritas En: El derecho parlamentario, En : [dialnet.unirioja.es/Descarga/Articulo/2233657.Pdf](http://dialnet.unirioja.es/Descarga/Articulo/2233657.Pdf)
- Arévalo Javier Marcos, 2004, la tradición, el patrimonio y la identidad En: Revista de estudios extremeños, Vol. 60, N° 3, 2004, Págs. 925-956 <http://Dialnet.Unirioja.es/Servlet/Articulo?Codigo=1125260>
- Arvind Sharma, 2002, The hindu tradition, En : Religious traditions and health care decisions, En <http://www.Che.Org/Members/Ethics/Docs/1264/Hindu.Pdf>
- Berger Peter Y Luckman Thomas, 2012, La construcción social de la realidad, Amorrortu Editores.
- Bonfil Batalla Guillermo, 1988(1991), La teoría del control cultural en el estudio procesos étnicos, En: Estudios sobre culturas contemporáneas, universidad de colima- Mexico, número 12, paginas 165-204.
- Bourdieu Pierre; 2007, El sentido práctico, Buenos Aires: siglo xxi editores. Argentina.
- Bourdieu Pierre; 2010, La miseria del mundo, Fondo de cultura económica, 564 Págs.
- Bourdieu Pierre; 2012, La distinción: criterio y bases sociales del gusto, Editorial Taurus, Madrid, 696 Págs.



- Castellanos, Diego Giovanni. 2010. Islam en Bogotá: presencia inicial y diversidad. Bogotá: Universidad Del Rosario.
- Centro Para El Control Y Prevención De Enfermedades, En: [http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/mammograms.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/mammograms.htm) visitado el 18 de noviembre de 2015.
- Chatters Linda M, 2000, Religion and health: public health research and practice, en: Annual review of public health, Vol. 21: 335-367
- Compensar Eps, Sf, El nacimiento esta cerca, En: <http://Compensar.Com/Salud/Documents/Nacimientocerca.Pdf>
- Concepto de salud publica En <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/>
- Baena Zapata, Verónica, 2009, Concepto de uci en [http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03\\_contenido.pdf](http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_contenido.pdf), Documento tesis.
- Corbetta Piergiorgio, 2007, Metodología y técnicas de investigación social, Editorial Mcgrawhill, Bogotá, 422 Páginas
- Del Mármol Mariana Y Mariana L. Sáez, 2011, ¿De qué hablamos cuando hablamos de cuerpo desde las ciencias sociales? En: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/1058>
- Díaz Bustamante, Raquel, 2011, Lo que hay entre las piernas [vivencias y formas de interpretar el cuerpo y la sexualidad femenina a través de la citología, tesis de grado para optar por el título de antropóloga-Pontificia Universidad Javeriana
- Douglas Mary, 1976, Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú , Siglo XXI Editores, Buenos Aires
- Duque-Páramo, María Claudia. (2007). cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. investigación en enfermería imagen y desarrollo, 9(2), 127-142.
- El Sagrado Corán
- Elias Norbert, 2002, Compromiso y distanciamiento, Barcelona, Editorial Península.
- Ellison Christopher G., Levin, Jeffrey S, 1998, The religion-health connection: evidence, theory, and future directions, En: Health Education & Behavior, Vol. 25 (6): 700-720

- Emerson Joan P, 2008, Behavior In private places: sustaining definitions of reality in gynecological examinations, En: <http://ssrn.com/abstract=1312385>.
- Esmo En Fundación Contra El Cáncer; 2013, Cáncer de mama: una guía para pacientes - basada en la guía de práctica clínica de la Esmo – V.2013.1
- Esteban Mari Luz, 2006, El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista En: Salud colectiva, Buenos Aires, 2(1): 9-20, Enero – Abril
- Estrada Montoya John Harold, 2009, La articulación de las categorías género y salud: Un desafío inaplazable. Revista gerencia y política de salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 106-122, Junio-Diciembre, Pontificia Universidad Javeriana, En: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2659>
- Famisanar, 2013, Acceso a servicios- manual de autorizaciones para IPS En: [http://www.famisanar.com.co/mailings/famisanar\\_2013/manualautorizaciones.pdf](http://www.famisanar.com.co/mailings/famisanar_2013/manualautorizaciones.pdf)
- Fanon Frantz, 1966, Sociología de una revolución, Ediciones era, México Df
- Farr Curlin, 2006, Spirituality and lifestyle: what clinicians need to know, En: Souther Medical Journal, Pags 1170-1171
- Fernando López Noguero, 2002, El análisis de contenido como método de investigación, En: Revista De Educación, 4 (2002): 167-179. Universidad De Huelva.
- Ferrante Carolina; Miguel A. V. Ferreira 2008 Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados; Revista De Antropología Experimental 8, 2008. Texto 29: 403-428.
- Fleischer Soraya, 2006, pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala\* En: Anthropologica/Año Xxiv, N. ° 24, Diciembre De 2006, Pp. 51-75
- Frazer Sir James George, 1981, La rama dorada magia y religión, Fondo de cultura económica, Ciudad De México
- García Flores María Del Rosario; 2007, Identidad y minorías musulmanes en Colombia, Editorial Universidad del Rosario, Bogotá.
- Geertz, Clifford, 1973, La interpretación de las culturas, Editorial Gedisa, 387 Páginas.

- Ginsburg, Faye. 1999. "Cuando los nativos son nuestros vecinos". En Constructores de otredad. antropofagia, Buenos Aires. Pp. 186-193
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. 1967. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York, United States Of America: Aldine Publishing.
- Goffman Erving; 2012; La presentación de la persona en la vida cotidiana, Amorrortu Editores.
- Gómez Gómez Elsa, 2002, Equidad, género y salud: retos para la acción, revista panamericana de salud pública, n·11 En: [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf)
- Good Byron J, Michael M.J. Fischer, Sarah S. Willen, Mary-Jo Del Vecchio, 2010. Theoretical trajectories, emergent realities En: A reader in medical anthropology: Wiley-Blackwell
- Goody Jack; 1995, Cocina, cuisine y clase, Editorial Gedisa, 309 Páginas
- Griffith Kritine, 2009, The religious aspects of nursing care, Canadá, Págs. 141, En:<http://www.nursing.ubc.ca/aboutus/documents/religiousaspectsofnursingcareedition.pdf>
- Harris, Marvin, 1995, Antropología cultural, Madrid, España: Alianza Editorial
- Harris, Marvin, 1999, Bueno para comer enigmas de alimentación y cultura, Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hurtado De Barrera, J. (2000). Metodología de la investigación holística. Instituto universitario de tecnología caripito. tercera edición. Editorial Fundación Sypal. Caracas, Venezuela
- Judith Butler and Gayatri Chakravorty Spivak, 2007, Who sings the nation-state? Seagull Books.
- Kleinman Arthur Leon Eisenberg, M.D.; And Byron Good, 1978, Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research En: Annals of intern medicine ;88(2):251-258
- Koenig Harold, 2001, Religion and medicine ii: religion, mental health and related behaviors, En: International journal of psychiatry in medicine, Pags, 385-398.

- Laird Lance Daniel, Justine De Marrais, Linda L. Barnes , 2007, Portraying islam and muslims in medline: a content analysis En: Social science & medicine Volume 65, Issue 12, December 2007, Pages 2425–2439
- Levin Jeffrey S. 1994, Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? en: social science & medicine Volume 38, Issue 11, Pages 1475–1482
- Lévi-Strauss, Claude (1987). El origen de las maneras de mesa. México. Siglo XXI editores
- Luis Porta (2003), “La investigación cualitativa: el análisis de contenido, En: La investigación educativa, En: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/reduc/porta.pdf>
- Lupton Devora, 2012, La medicina como cultura, Editorial Universidad De Antioquia; 236 Paginas
- Luque Cecilia Inés, 2015, Cuerpos feos, cuerpos bellos. la importancia de la materialidad y las representaciones del cuerpo, En: Los procesos de construcción de universidad nacional de córdoba argentina, Vol. Iv Edición N° 15 Enero Buenos Aires
- Mamdani Mahmood, 2002, Good muslim, bad muslim: a political perspective on culture and terrorism, En: American Anthropologist, Pags 766-775.
- Manual de procedimientos para la toma de la muestra de citología cervical (2006) Centro Nacional De Equidad Genero Y Salud Reproductiva, Secretaria De Salud, Chapultepec, Mexico
- Marcos Arévalo, Javier, 2004, La tradición, el patrimonio y la identidad en: revista de estudios extremeños, 2004 sept-dic; LX (III), En: <http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/mcheca/geopatrimonio/lectura2e.pdf>
- Menéndez Eduardo, 2009, De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires, 310 Pp.
- Ministerio De Sanidad Y Política Social, 2010, Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, Urdulz-Biskaia- España.
- O. Sarri Katerina, 2006, Are sistemas de creencia s “healthly”? A review on religios recomendations on diet and lifestyle, En: <http://krepublishers.com/06-special%20volume-journal/jhe-00-special%20volumes/jhe-14-eco-cul-nut-hlth->

dis-web/jhe-si-14-02-007-020-sarri-k-o/jhe-si-14-02-007-020-sarri-k-o-text.pdf, visitada el 26 de junio de 2014.

- Oms- Oficina Mediterraneo Oriental, 1996, Declaración De Amman – “Promoción en salud a través de los estilos de vida del islam”, Alejandria-Egipto, 44 Páginas.
- Organización De Las Naciones Unidas Para La Educación, La Ciencia Y La Cultura-Unesco; 2010, Invertir en la diversidad cultural y el diálogo intercultural, Paris.
- Pasarin, Lorena (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En: Los aportes del análisis de redes sociales a la psicología. Mendoza (Argentina): Editorial De La Universidad Del Aconcagua.
- Quesada Tristán Lisbeth; 2008, Derechos humanos y cuidados paliativos; En: Revista médica hondureña En: <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/04/derechos%20humanos%20y%20cuidado%20paliativo.pdf>
- República De Colombia- Corte Suprema De Justicia; Sentencia C 224 De 1994.
- República De Colombia- Ministerio De Salud, Resolución 8430 De 1993 Por La Cual Se Establecen Normas Científicas, Técnicas Y Administrativas Para La Investigación En Salud.
- República De Colombia, 1991, Constitución Política De Colombia.
- República De Colombia, Ley 0023 De 1981 – Por La Cual Se Disponen Las Normas Para La Ética Médica.
- República De Colombia, Ley 100 De 1993 Por La Cual Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral Y Se Dictan Otras Disposiciones.
- República De Colombia-Comisión De Regulación En Salud, Acuerdo 029 De 2011 en: <Http://Www.Acin.Org/Acin/New/Portals/0/Acuerto29de2011.Pdf>.
- República De Colombia-Ministerio De Salud, 2013, Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021.
- Robert Park, 1929 Sociología, comunidad y sociedad, En Martínez Gutiérrez Emilio 2013, La investigación ecológica de las comunidades locales, En : <dialnet.unirioja.es/Descarga/Articulo/4118395.Pdf>

- Salazar Edy, 2003, Mujer y salud significado y responsabilidad, investigación, En Enfermería imagen y desarrollo, En: <http://www.javeriana.edu.co/facultades/enfermeria/revista1/files/46.pdf>
- Sánchez Juliao David, 1981, Abraham Al Humor En: Abraham al humor, el pachanga, el flecha, Editorial Tiempo Americano, Bogotá.
- Sánchez Juliao David, 2012, “La Felicidad De Ser Lo Que Uno Es” En: <https://www.youtube.com/watch?v=6212u467ywe>
- Sarlingo Marcelo, 2014, Cuerpo y medicalización: ampliando la mirada médica, Seminario de antropología médica – Facso- Unicen Departamento De Humanismo Médico Y Bioética–Escuela Superior De Ciencias De Salud- Unicen En: [soc.unicen.edu.ar/index.php?option=com\\_content...id..](http://soc.unicen.edu.ar/index.php?option=com_content...id..)
- Schepper-Hughes, N., Y Lock, M (1987). “The minful body: a prolegomenon to future work in medical anthropolgy”, Medical Anthropology (New Series), N°
- Servicio De Salud Del Estado De Alberta, Sf, healthcare and religiousbiliefs, 50 páginas, En <http://www.albertahealthservices.ca/ps-1026227-health-care-religious-beliefs.pdf>.
- Sigerist He. 1937, Man and medicine. an introduction to medical knowledge. New York: W.W. Norton, 1934. 10. “American Medicine”. New York: W.W. Norton, 11.
- Sigerist He. 1938, Socialized medicine in the Soviet Union. New York: W. W. Norton, 1937.
- Sökerfeld Martin, 1999, Debating self, identity, and culture in anthropology En: Current Anthropology, Vol 40, Issue 4, Pags 417-447.
- Suarez R, Forero A. (2002) Itineraros terpéuticos de los devotos del divino niño del 20 de julio: entre las fisuras expertas En Salud. Uniandes. Colombia.
- Suarez Roberto Et Al, 2006, el sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles En: Revista Antípoda, N3-Julio- Diciembre, Universidad De Los Andes.
- Suárez Roberto Et Al, 2008, Las rickettsias como agentes etiológicos de entidades febriles no diagnosticadas En Colombia, Bogotá: Universidad De Los Andes, Facultad De Ciencias Sociales, Departamento De Antropología, Ceso, Ediciones Uniandes, 2008.

- Tajfel, H. 1972. La catégorization sociale. En S. Moscovici (Ed.), Introduction à la psychologie sociale (Vol.I, Pp. 272-302). París: Larousse, En: Bleda Consuelo Paterna, 1994, La situación de los inmigrantes magrebíes en murcia: Un Análisis Psicosocial, Anales De Psicología, 1994, 10(1), 41-49, En: [http://www.um.es/analesps/v10/v10\\_1/06-10\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v10/v10_1/06-10_1.pdf)
- Taussig Michael, Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Barcelona, Gedisa Editorial, 1995.
- Universidad De Lomalinda- Servicio De Salud, Sf, Healthcare and religious biliefs, en: <http://lomalindahealth.org/media/medical-center/departments/employee-wholeness/healthcare-religious-beliefs.pdf>.
- Vargas Arana Pilar - Suaza Luz María, 2007, Los árabes en Colombia: Del rechazo a la integración, Editorial Planeta, Bogotá, 228 Pags.
- Vasco Uribe Luis Guillermo, 1985, Jaibanás. Los verdaderos hombres, Fondo De Promoción De La Cultura Del Banco Popular.
- Virchow R. Disease, 1958, Life, and man. rather lj, translator; Stanford, Ct: Stanford University Press;
- Viveros Mará (1993) La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad, En: Revista Colombiana De Antropología, Vol Xxx.
- Wauhgt Earle, 20012, The islamic tradición, En: <http://www.che.org/members/ethics/docs/1265/islamic.pdf>
- Weaver Andrew J., Kenneth I. Pargament, Kevin J. Flannelly, And Julia E. Oppenheimer, 2006, Trends in the scientific study of religion, spirituality, and health: 1965–2000, En: Journal Of Religion And Health, Vol. 45, No. 2, Summer.
- Wiesner-Ceballos Carolina, Marcela Vejarano, - Juan Carlos Caicedo. 2006, Citología de cuello uterino en soacha, colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones.
- William Miller R. Thoresen Carl E. Spirituality, 2003, Religion, and health an emerging research field, En: American Psychologist, January Vol. 58, No. 1, 24–35
- World Health Organization, 1998, Promoción de la salud glosario, ginebra-suiza, en: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)

- Zaragoza Contreras, Laura G. (2010). Cultura, identidad y etnicidad, aproximaciones al entorno multicultural: rompiendo costumbres y paradigmas cotidianos. *cuiculco*, 17(48), 149-164. Recuperado en 29 de octubre de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0185-16592010000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-16592010000100009&lng=es&tlng=es).

---

<sup>i</sup> <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/07/01/01016-20140701ARTFIG00196-interdiction-du-port-du-voile-integral-ce-que-font-les-autres-pays.php>